



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

แผนดำเนินงานวิจัยและขับเคลื่อน นโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกัน (ระยะที่2)

INCLUSIVE SOCIETY POLICY RESEARCH AND MOVEMENT PROGRAM (PHASE 2)

รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง
อ.ภญ.ดร.ชรินทร์ธร เสถียร
อ.ดร.อริสา สุมามาลย์
ผศ.ภญ.ดร.ธิดา โสทธิโยธิน
นางสาวภค หว่านพีช
นางสาววาศินี กลิ่นสมเชื้อ

LUECHAI SRINGERNYUANG
CHARARINCHON SATIAN
ARISA SUMAMAL
TIDA SOTTIYOTIN
PHAKHA WHANPUCH
VASINEE KLINSOMCHUA

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักวิชาเทสศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

แผนดำเนินงานวิจัยและขับเคลื่อน นโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกัน (ระยะที่2) INCLUSIVE SOCIETY POLICY RESEARCH AND MOVEMENT PROGRAM (PHASE 2)

คณะผู้วิจัย

รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง	LUECHAI SRINGERNYUANG
อ.ภญ.ดร.ชรินทร์ ชะตียง	CHARARINCHON SATIAN
อ.ดร.อริสา สุมาลย์	ARISA SUMAMAL
ผศ.ภญ.ดร.ธิดา โสทธิโยธิน	TIDA SOTTIYOTIN
นางสาวภค หว่านพิช	PHAKHA WHANPUCH
นางสาววาศินี กลิ่นสมเชื้อ	VASINEE KLINSOMCHUA

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มีนาคม 2567

บทคัดย่อ

แผนดำเนินงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกัน มีเป้าหมายการทำงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อสร้างระบบและกลไกที่เน้นให้เกิดสังคมที่เสมอภาคทางโอกาส โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มในสังคมที่เสียเปรียบ ด้อยโอกาสหรืออยู่ชายขอบนโยบายของรัฐหรือชายขอบทางสังคม ประกอบด้วย 2 โครงการคือ โครงการครอบครัวสงบเย็นและเป็นสุข: โครงการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนครอบครัวสุขภาวะในระดับชุมชนผ่านแนวคิดการประเมินเชิงการพัฒนา จังหวัดพิจิตร และโครงการวิจัยสถานการณ์ ผลกระทบ และทางออก ของระบบยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนภาคใต้ สำหรับโครงการแรกใช้กระบวนการวิจัย ตามแนวทางการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) แนวคิดจิตตปัญญา และการทำงานพัฒนาเชิงพื้นที่เป็นแนวทางหลัก โดยมีพื้นที่ 3 อำเภอ ใน จังหวัดพิจิตร เน้นการขับเคลื่อนสังคมด้วยการ สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ และใช้การวิจัยทางสังคมศาสตร์ ตลอดจนกิจกรรมที่เป็นการปฏิบัติการ (action) ต่างๆ เป็นเครื่องมือ กระบวนการสำคัญของโครงการก็คือการสร้าง เวที (dialogue forum) เพื่อสร้างการเรียนรู้ ผ่านการแลกเปลี่ยนและเติมเต็มทัศนะ ประสบการณ์ และข้อมูล ตลอดจนการใช้การวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่เพื่อป้อนกลับเข้าสู่เวที ในขณะที่โครงการที่สอง ใช้วิธีการวิจัย ประกอบไปด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก 40 กรณีศึกษา และการวิจัยเชิงสำรวจ 300 ตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช (อำเภอท่าศาลาและอำเภอเมือง) และจังหวัดสงขลา (เทศบาลเมืองหาดใหญ่) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การเข้าถึง และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านบริบท โครงสร้างครอบครัว และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชน โครงการวิจัยย่อยทั้งสองนี้อยู่บนฐานความคิดเดียวกัน คือ มุ่งทำความเข้าใจกับ ชีวิต สุขภาพ ความเจ็บป่วย และบริบททางสังคมเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง โดยแม้กลุ่มเป้าหมาย และกระบวนการศึกษา จะมีความแตกต่างกัน แต่ในทางสถานการณ์ที่เป็นจริงทางสังคม ทั้งผู้สูงอายุและเด็กล้วนเป็นส่วนประกอบสำคัญของสถาบันครอบครัวที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง และกำลังตกอยู่ในภาวะเปราะบาง การวิจัยครั้งนี้ใช้เวทีวิชาการในการนำเสนอข้อค้นพบจากทั้งสองโครงการเพื่อแลกเปลี่ยนร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ และนำไปสู่บทสรุป และนัยยะในเชิงการพัฒนาและขับเคลื่อนต่อไป

ABSTRACT

The goal of this research and social movement program for inclusive society is to develop a system and mechanism for an equitable society, emphasizing vulnerable people. The program comprises two projects: Peaceful and Happy Family: Social Movements through Developmental Evaluation Approach in Phichit Province and Situation, Effects and Solutions of Drug Systems for The Sick Elderly with Chronic Diseases in the Southern Province Communities. The first project, which employed developmental evaluation, contemplative education, and area-based approaches, focuses on the participatory process by creating dialogue and learning space for stakeholders of family and child problems in the area. Various activities, such as capacity training, community-based research, and dialogue forums, both online and on-site, were initiated to create co-learning atmospheres, building connections among concerned actors like teachers from childcare centers, district hospitals, and local governments. The second project comprises fieldwork using 40 qualitative case studies, 300 cases of quantitative surveys, and a policy movement forum. The study was conducted in the districts of the Nakhon Si Thammarat and Songkla Provinces. The project aimed to understand drug use patterns of the vulnerable elderly and health as well as socio-economic impacts. Both projects share the same theoretical standpoint, to shed light on life, health, and illness of the vulnerable and the determining contexts. Although the target group and methodologies differ, yet, both projects just focus on different dimensions of the same phenomenon: the decline and vulnerability of family institution. A national forum was organized as a mechanism for synthesizing results and lessons learned of the projects to generate policy and academic recommendations.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ช
ส่วนที่ 1 สรุปภาพรวมแผนดำเนินงานวิจัยฯ	1
1. ความเป็นมา	1
2. วัตถุประสงค์	1
3. ระเบียบวิธีวิจัย	2
4. ข้อสรุปและนัยยะเชิงนโยบาย	3
4.1 โครงการครอบครัวสงบเย็นและเป็นสุขฯ	3
4.2 โครงการวิจัยสถานการณ์ ผลกระทบ และทางออกของระบบยาฯ	7
ส่วนที่ 2 โครงการครอบครัวสงบเย็นและเป็นสุขฯ	12
1. บทนำ	13
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	13
1.2 วัตถุประสงค์	15
1.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา	15
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	17
2. ทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการวิจัย	18
2.1 สถานการณ์ครอบครัวไทย: เปราะบางตามการเปลี่ยนแปลง	18
2.2 ครอบครัวเปราะบาง: เพราะการพัฒนา	20
2.3 การประเมินเชิงการพัฒนา (Developmental Evaluation)	24
3. วิธีการวิจัย	26
4. การดำเนินการวิจัยและผลการศึกษา	29
ระยะหนึ่ง: เวทีวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาฯ	30
ระยะสอง: เวทีพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ระยะสาม: ขับเคลื่อนสังคมเพื่อสร้างครอบครัวสุขภาวะ	58
ระยะสี่: เวทีถอดบทเรียนเพื่อยกระดับประสิทธิภาพ	78
5. บทวิเคราะห์ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
6. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	85
7. บรรณานุกรม	89
8. ภาคผนวก	92
ภาคผนวก ก ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์	92
ภาคผนวก ข แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง	94
ส่วนที่ 3 โครงการวิจัยสถานการณ์ ผลกระทบและทางออกของระบบยาฯ	97
1. บทนำ	98
1.1 ที่มาและความสำคัญ	98
1.2 วัตถุประสงค์	100
1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)	100
2. การทบทวนวรรณกรรม	101
2.1 ผู้สูงอายุ กับสถานการณ์ครอบครัวไทย	101
2.2 ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การใช้ยา และผลกระทบในผู้สูงอายุ	103
3. ระเบียบวิธีวิจัย	105
4. ผลการศึกษา	108
ระยะที่ 1 การวิจัยภาคสนามเพื่อประเมินสถานการณ์ฯ	108
ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ผลกระทบในมิติครอบครัวฯ	115
ระยะที่ 3 การขับเคลื่อนทางสังคมบนฐานของการมีส่วนร่วมฯ	124
5. สรุปและอภิปรายผล	127
6. บรรณานุกรม	133
7. ภาคผนวก	138
ภาคผนวก ก ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์	138
ภาคผนวก ข แบบเก็บข้อมูล	140

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ	41
2.2 สรุปการแลกเปลี่ยนมุมมอง ความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วมการอบรม	44
2.3 ภาพรวมจำนวนและสัดส่วนเด็กจำแนกตามศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก	63
2.4 ผลการตรวจพัฒนาการแยกตามศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก	65
2.5 ผลการสำรวจว่าเด็กอาศัยอยู่กับใคร	67
2.6 ผลการสำรวจสถานะของพ่อแม่เด็ก	68
2.7 ผลการสำรวจเวลาเข้านอนและเวลาตื่นนอนของเด็ก	68
2.8 ผลการสำรวจพฤติกรรมการดูจอของเด็ก	70
2.9 ผลการสำรวจระยะเวลาการดูจอของเด็ก	71
2.10 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพครู	74
2.11 การระดมความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมถอดบทเรียน	79
3.1 แผนการดำเนินงาน (action plan)	107
3.2 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุในการศึกษา	115
3.3 ลักษณะครอบครัวและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ	116
3.4 ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ	118
3.5 ข้อมูลการใช้ยาของผู้สูงอายุ	120
3.6 ข้อมูลการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	123

สารบัญรูปลูกภาพ

รูปภาพ	หน้า
2.1 ภูเขา น้ำแข็ง สะท้อนมุมมองปัญหาครอบครัว	23
2.2 บทสรุปครอบครัวคืออาการของวิกฤติเชิงระบบ	24
2.3 เส้นทางดำเนินการกิจกรรม	27
2.4 การประชุมเครือข่ายฯ	30
2.5 การประชุมเครือข่ายระดับอำเภอตะพานหิน	34
2.6 การประชุมเครือข่ายระดับอำเภอบางมูลนาก	34
2.7 การประชุมเครือข่ายระดับอำเภอวังทรายพูน	35
2.8 การแบ่งกลุ่มเด็กเป็น 3 กลุ่มใหญ่	40
2.9 ยายและน้องฮีโร่	47
2.10 ผังเครือญาติครอบครัวน้องฮีโร่	47
2.11 บริบทความเป็นอยู่และประสบการณ์การโดนน้ำร้อนลวกของน้องฮีโร่	48
2.12 พฤติกรรมน้องภูเขาขณะอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	49
2.13 ผังเครือญาติครอบครัวน้องภูเขา	50
2.14 ผังเครือญาติครอบครัวน้องปิ๊ป	51
2.15 ครอบครัวน้องแยม	53
2.16 ผังเครือญาติครอบครัวน้องแยม	54
2.17 น้องข้าวโพดและแม่ขณะอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	55
2.18 แผนภูมิแสดงจำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการจำแนกตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	64
2.19 แผนภูมิแสดงร้อยละของพัฒนาการของเด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการ	64
2.20 แผนภูมิแสดงร้อยละของปัญหาพัฒนาการของเด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการ	66
2.21 สัดส่วนจำนวนเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่พร้อมหน้า	66
2.22 สัดส่วนจำนวนเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่พร้อมหน้า	67
2.23 แผนภูมิแสดงร้อยละของการจัดหาหรือดูแลเรื่องอาหารเข้าให้กับเด็ก	69
2.24 แผนภูมิแสดงร้อยละของการรับประทานอาหารเช้าของเด็ก	69
2.25 แผนภูมิแสดงร้อยละของเมนูอาหารเช้าของเด็ก	70
2.26 แผนภูมิแสดงร้อยละของพฤติกรรมการดูจอของเด็ก	71

สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

รูปภาพ	หน้า
2.27 แผนภูมิแสดงร้อยละของระยะเวลาการดูจอของเด็ก	72
3.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)	100

สรุปภาพรวม

แผนดำเนินงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกัน (ระยะที่2)

1. ความเป็นมา

แผนดำเนินงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกัน (ระยะที่2) เป็นโครงการต่อเนื่องจากการดำเนินงานของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยและขับเคลื่อนนโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกัน (ISREC) ซึ่งได้ดำเนินโครงการไปในระหว่างปี 2560-2564 โดยมีเป้าหมายการทำงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อสร้างระบบและกลไกส่งเสริมให้เกิดสังคมเสมอภาคทางโอกาส โดยเน้นประชากรกลุ่มเปราะบาง ด้อยโอกาสหรืออยู่ชายขอบนโยบายของรัฐหรือชายขอบทางสังคม เพื่อให้เกิดสิทธิ และสามารถใช้บริการของรัฐได้ ได้รับการยอมรับ ได้รับความคุ้มครองให้มีชีวิตและโอกาสอย่างเสมอภาคจากชุมชนและสังคม โดยปราศจากการกีดกัน การตีตรา ความเหลื่อมล้ำลดลงในที่สุด (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2565)

แผนงานในระยะที่ 2 นี้ ยังคงดำเนินการตามแนวคิดที่ใช้ในระยะที่ 1 แต่ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การขับเคลื่อนจากการทำงาน “บนลงล่าง” ไปสู่การทำงานจาก “ล่างขึ้นบน” เนื่องจากข้อค้นพบจากโครงการในระยะที่หนึ่ง ทำให้เชื่อว่ามีความเป็นไปได้มากกว่า โดยใช้วิธีการเชื่อมโยงพื้นที่ระดับอำเภอผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วมทุนทางสังคมต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนครอบครัวอยู่ดีมีสุขภายใต้กรอบความคิดใหม่ คือการประเมินเชิงการพัฒนาในการขับเคลื่อนระดับชุมชน และการเผชิญกับความซับซ้อนของปัญหา (complex system) โดยมีการปรับ ลักษณะโครงการให้มีความเฉพาะและมีความเป็นไปได้อย่างมากขึ้นในทางปฏิบัติ แต่ยังคงเน้นไปที่กลุ่มประชากรเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางของสังคม ประกอบไปด้วย 2 โครงการ ได้แก่ โครงการย่อยที่ 1 โครงการครอบครัวสงบเย็นและเป็นสุข: โครงการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนครอบครัวสุขภาวะในระดับชุมชนผ่านแนวคิดการประเมินเชิงการพัฒนาจังหวัดพิจิตร และโครงการย่อยที่ 2 โครงการวิจัยสถานการณ์ ผลกระทบ และทางออกของระบบยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนภาคใต้

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหา สาเหตุ และแนวทางการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงสังคม ที่เป้าหมายในการสร้างสังคมแห่งการเกื้อกูล ไม่ทอดทิ้งกัน โดยผ่านชุดการวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ หรือประเด็นต่างๆ โดยเป็นการสร้างงานวิชาการที่มีคุณภาพ สามารถนำ

ผลที่ได้ไปสู่การปฏิบัติแก้ไขปัญหากลุ่มคนเปราะบาง และพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อคนทุกคนได้

2.2 การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ภาครัฐเครือข่ายการทำงานระดับพื้นที่จากล่างสู่ระดับบน โดยพัฒนาให้การทำงานวิชาการเพื่อกลุ่มคนเปราะบาง และเป็นศูนย์ที่เผยแพร่ข้อมูลต่างๆ โดยสร้างพื้นที่การสื่อสารสาธารณะเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยเพื่อกลุ่มคนเปราะบางที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ มุ่งสู่การเกิดสังคมไม่ทอดทิ้งกัน ในระดับต่างๆ ทั้งระดับนโยบายและพื้นที่

3. ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการครอบครัวสงบเย็นและเป็นสุข: โครงการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนครอบครัวสุขภาวะในระดับชุมชนผ่านแนวคิดการประเมินเชิงการพัฒนา จังหวัดพิจิตร ใช้กระบวนการวิจัย ตามแนวทางการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) และแนวคิดจิตปัญญาในการทำงานพัฒนาเชิงพื้นที่เป็นแนวทางหลัก โดยมีพื้นที่ 3 อำเภอในจังหวัดพิจิตรที่ใช้เป็นพื้นที่ทำการศึกษา ธรรมชาติของโครงการ คือการขับเคลื่อนสังคมด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆและใช้การวิจัยทางสังคมศาสตร์ ตลอดจนกิจกรรมที่เป็นการปฏิบัติการ (action) ต่าง ๆ เป็นเครื่องมือกระบวนการสำคัญของโครงการคือการสร้างเวที (dialogue forum) เพื่อสร้างการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนและเติมเต็ม ทักษะ ประสบการณ์ ข้อมูล ตลอดจนการใช้การวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ เพื่อป้อนข้อมูลกลับเข้าสู่เวที

โครงการวิจัยสถานการณ์ ผลกระทบ และทางออกของระบบยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนภาคมีธรรมชาติเป็นงานวิจัย เพื่อศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังในชุมชน วิเคราะห์เหตุปัจจัยและวิเคราะห์ผลกระทบในมิติต่างๆ เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนทางสังคมบนฐานการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยคาดหวังว่าในท้ายที่สุดจะเกิดการพัฒนาเป็น นวัตกรรมของระบบยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชนในบริบทภาคใต้ ซึ่งโครงการนี้เป็นต่อเนื่องจากการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคใต้ที่ดำเนินการโดยสำนักเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มีวิธีการวิจัยประกอบไปด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ 40 กรณีศึกษา และการวิจัยเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่าง 300 รายในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช อำเภอท่าศาลาและอำเภอเมือง และจังหวัดสงขลา เขตเทศบาลเมืองหาดใหญ่

อย่างไรก็ตามโครงการวิจัยย่อยทั้งสองนี้อยู่บนฐานความคิดเดียวกัน คือ มุ่งทำความเข้าใจกับชีวิต สุขภาพ ความเจ็บป่วย และบริบททางสังคมเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง แม้ว่าจะมีกลุ่มเป้าหมายและกระบวนการศึกษาที่แตกต่างกัน แต่ในสถานการณ์จริงทางสังคมทั้งผู้สูงอายุและเด็ก

ล้วนเป็นส่วนประกอบสำคัญของสถาบันครอบครัวที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง และกำลังตกอยู่ในภาวะเปราะบางเช่นกัน

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1 โครงการครอบครัวสงบเย็นและเป็นสุข: โครงการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนครอบครัว สุขภาวะในระดับชุมชนผ่านแนวคิดการประเมินเชิงการพัฒนา จังหวัดพิจิตร

จากครอบครัววิกฤตสู่ครอบครัวอยู่เย็นเป็นสุข

1. ความซับซ้อนของปัญหาเด็กและครอบครัวในปัจจุบัน แสดงสภาพปัญหา (อาการ) ที่ปรากฏในรูปแบบปัญหาที่หลากหลาย และเชื่อมโยงหาต้นหาปลายได้ยาก ทั้งความรุนแรง การหย่าร้าง การทอดทิ้ง ยาเสพติด แม่วิกลจริต โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาพัฒนาการทั้งทางร่างกาย สมอง และจิตใจของเด็กเล็กเป็นสิ่งที่ยากต่อการชักชวนให้สังคมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมองเห็นปัญหาทั้งตามความเป็นจริง และในระดับลึกและไกลกว่าการมองเห็นปัญหาเพียงผิวเผิน ไม่มองแบบเหตุเดี่ยวผลเดี่ยว ขึ้นัว เพ่งโทษ หรืออาจไปไกลถึงการจมอยู่กับความชินชากับปัญหา และความสิ้นหวังกับการแสวงหาทางออก

2. วิกฤติครอบครัวมีธรรมชาติเช่นเดียวกับวิกฤติในสังคมและโลกอื่นๆ โดยเป็นอาการที่มีรากมาจากความผิดพลาดของกระบวนการพัฒนาในรอบ 3-4 ศตวรรษที่ผ่านมา จากกระบวนการพัฒนาที่ขาดดุลยภาพ เนื่องจากเน้นความมั่งคั่งทางวัตถุ ละเลยการพัฒนาจิตใจ และศีลธรรม ลักษณะการพัฒนาทางวัตถุที่ผ่านมาเป็นการแลกด้วยต้นทุนที่มองไม่เห็น คือ การพังทลายของครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม และระบบนิเวศ เป็นการพัฒนาที่ทำลายรากฐาน เกิดการพึ่งพิงภายนอก อยู่ในทิศทางที่ไม่สนใจความผาสุก มั่นคงของเด็กและครอบครัวเป็นเป้าหมาย วิกฤติครอบครัวไทยจึงเป็นอาการของวิกฤติเชิงระบบ (manifestation of systemic problem) ที่ไม่อาจแก้ได้ด้วยวิธีคิดเชิงกลไก แต่ต้องขับเคลื่อนในระดับวิธีคิดหรือกระบวนการ ดังนั้นการแก้ปัญหาใดๆ จึงต้องเริ่มจากการใช้แนวคิดเชิงระบบ (systemic thinking) พร้อมทั้งจะทำงานบนวิธีคิดและกระบวนการที่ยืดหยุ่น มีพลวัตรใช้การประเมินเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และสร้างกลไกป้อนกลับของผลการเรียนรู้สู่การปฏิบัติการ

3. การขับเคลื่อนให้เกิดครอบครัวที่เข้มแข็งและมีความสุข ต้องอาศัยพื้นที่ปฏิบัติการที่สำคัญ คือ ชุมชน โดยแกนสำคัญของความเข้มแข็งของชุมชน คือ ความรัก ความผูกพันที่มีต่อกันในครอบครัว การพึ่งตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ การมีวิถีคิดหรือสัมมาพหิติฐิในการใช้ชีวิต และการเผชิญกับโลกภายนอก ตลอดจนการมีสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนให้คนในครอบครัวและใน

ชุมชน เกิดระบบนิเวศในการเรียนรู้ มีการพัฒนาด้านสติปัญญาที่เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงภายนอก และมั่นคงกับสถานะด้านใน มีการเรียนรู้เป็นแกนหลักสำคัญในการใช้ชีวิตที่จะทำให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือปัจจัยภายนอกได้อย่างถูกต้อง การสร้างสัมมาพหุธรรมในระดับชุมชนและครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญและต้องใช้กระบวนการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมที่จะทำให้เกิดพื้นที่ในการร่วมมือ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งในด้านวัตถุ สังคม และสติปัญญาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง

4. โครงการวิจัยนี้ใช้สิ่งที่เรียกว่าการประเมินเชิงการพัฒนา (Developmental Evaluation) เป็นเครื่องมือสำคัญในการทำงานกับความซับซ้อนของวิกฤตครอบครัวและเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สมมุติฐานสำคัญ คือ ปัญหาสังคมต่างๆไม่ใช่ปัญหาในตัวเอง และมีใช้ปรากฏการณ์แบบกลไก การที่ปัญหายังดำรงอยู่หรือทวีความยากขึ้น เพราะการมองข้ามความจริงอันซับซ้อน ตกอยู่ในกับดักของทัศนคติแบบเหตุเดี่ยว ผลเดี่ยว เส้นตรง การแก้ปัญหาต่างๆจึงต้องเริ่มจากการใช้แนวคิดเชิงระบบ (systemic thinking) พร้อมทั้งทำงานบนวิธีคิดและกระบวนการที่ยืดหยุ่น มีพลวัตร ใช้การประเมินเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และสร้างกลไกป้อนกลับของผลการเรียนรู้สู่การปฏิบัติการ

หลักการสำคัญของการทำงานในแนวทางการประเมินเชิงพัฒนานี้ คือ การสร้างปัญญาจนเห็นความจริงที่ซับซ้อน เชื่อมโยง เกิดการยกระดับ ภายในตนจนสามารถเข้าไปทำงาน เพื่อการแก้ปัญหาอย่างมีพลัง ไม่ทอดถอย และคอยสานเป็นเครือข่ายของกัลยาณมิตรในการทำงานร่วมกัน หรือที่เรียกว่า 3 H คือ Head Heart Harmony

5. โครงการวิจัยนี้ตั้งบนสมมุติฐานว่า ปัญหาครอบครัว เด็ก และเยาวชน คือ systemic problem ต้องอาศัยการขับเคลื่อนทางสังคม ผ่านการสร้างพื้นที่และขอความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อเรียนรู้ข้อเท็จจริงของปัญหาเดิมด้วยมุมมองใหม่ ขับเคลื่อนผ่านจุดคานงัดในความซับซ้อนจนสามารถเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบและลึกถึงระดับวิธีคิด โดยใช้กระบวนการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) ในการสร้างการมีส่วนร่วมจากระดับฐานเป็นการขับเคลื่อนทางสังคมในการแก้ปัญหา

โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ทบทวนให้เห็นธรรมชาติของปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ด้วยสายตาใหม่ ตั้งคำถามกับสิ่งเดิม โดยเฉพาะการมองด้วยแนวคิด (complex adaptive system) การวิเคราะห์ทางออกพัฒนาเครื่องมือ/วิธีการตามแนวคิดใหม่ ลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาสรุปเป็นการเรียนรู้จากผลที่ได้ ใช้สถานการณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นใหม่หรือยังคงอยู่ นำกลับมาสู่การวิเคราะห์ หาทางออก และปฏิบัติการใหม่วนเป็นรอบ (feedback loop) ไปเช่นนี้ตลอดกระบวนการ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (area-based) เพื่อให้เห็นภาพความเชื่อมโยงเชิงระบบของปัญหาเหตุปัจจัย และทางออก อันเป็นการทำงานด้วยกระบวนการเชิงระบบ (system approach)

กลุ่มเป้าหมายที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการคือผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ ครอบครัว ผู้นำชุมชน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กและครอบครัว ครู ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข

ภาคเอกชน และเครือข่ายประชาสังคม โดยใช้หลักกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning Through Action- PILA) ซึ่งหมายถึง การใช้กระบวนการการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนสังคมบนฐานของการเรียนรู้ร่วมกัน

6. โครงการวิจัยนี้ดำเนินการใน 3 อำเภอของจังหวัดพิจิตร คือ อำเภอบางมูลนาก อำเภอวังทรายพูน และอำเภอตะพานหิน มีระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน (มี.ค. 2566 – ก.พ. 2567) เป็นการทำงานเชิงขับเคลื่อนผ่านกิจกรรม 4 ลักษณะ คือ (1) เปิดพื้นที่-ขยายมุมมอง-สร้างเครือข่าย (2) เรียนรู้ความจริงอันซับซ้อน-มองส่งเดิมด้วยสายตาใหม่ (3) ติดอาวุธ-เพิ่มพลัง และ (4) ขับเคลื่อน-สรุปบทเรียน

หนึ่ง กิจกรรมเปิดพื้นที่-ขยายมุมมอง-สร้างเครือข่าย: เป็นกิจกรรมเปิดพื้นที่การเรียนรู้ แบ่งปันข้อมูล ความคิดเห็นความซับซ้อน และค้นหาโจทย์ร่วม (onsite/online) โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างพื้นที่ รวมกลุ่มเรียนรู้ปรากฏการณ์ที่เผชิญ ให้เกิดการตั้งคำถามด้วยมุมมองใหม่ ทั้งในสถานการณ์หรือรูปแบบปัญหา ข้อกังวล ความยุ่งยากซับซ้อนของเหตุปัจจัย ทำไมแก้ไขไม่ตก ใครทำอะไรอยู่ ความฝันและจินตภาพร่วม เรียนรู้ทักษะเชิงระบบ มองภาพเล็กในฐานะปรากฏการณ์ย่อย ไปจนถึงรากลึกถึงระดับวิถีคิด

บทเรียนสำคัญของกิจกรรมลักษณะนี้ คือ จำเป็นต้องใช้เวลาและกระบวนการที่จะทำให้ภาคีต่างๆ ก้าวข้ามผ่านการเห็นปัญหาเด็กและครอบครัวเป็นเพียงอาการของวิกฤติที่ซับซ้อน ด้วยเหตุข้อจำกัดจากความคุ้นชินกับประสบการณ์ มุมมองแบบเดิม และบริบทการทำงานงานและวิถีชีวิต

สอง กิจกรรมการสร้างพื้นที่การเรียนรู้แบบเข้มข้น: เป็นการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ด้วยกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการของผู้เข้าร่วม 31 คน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูโรงเรียนอนุบาล อบต. สาธารณสุข และผู้ปกครองจาก 3 อำเภอ ผลของกิจกรรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ในลักษณะกระบวนการที่เน้น 3 H คือ

- Head- มีปัญหาเห็นความซับซ้อนผ่านการวิเคราะห์ รูปธรรมปัญหาเด็กและครอบครัวที่เผชิญอยู่
- Heart- การพัฒนามิติด้านใน ให้สามารถวางและยกระดับจิตใจ ให้มั่นคง สงบ เย็น อยู่กับปัญหาอย่างถูกต้อง (ไม่กดดัน ปีบคั้น)
- Harmony- เกิดเป็นความสัมพันธ์ในกลุ่มคนทำงาน เป็นเครือข่ายที่ชัดเจน เห็นปัญหาชัดและลึกซึ้ง เห็นความจำเป็นในการทำงานเชื่อมต่อเป็นเครือข่ายในทุกภาคส่วน เกิดแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน เริ่มต้นการทำงานด้วยความร่วมมือแบบสมัครใจ และทำงานใช้ความสำเร็จจากจุดเล็กๆ เพื่อขับเคลื่อนภาพใหญ่

สาม กิจกรรมเรียนรู้ความจริงอันซับซ้อน-มองส่งเดิมด้วยสายตาใหม่: เป็นการนำเอาข้อมูลจริงในพื้นที่มานำเสนอ ยกกระดับเป็นการเรียนรู้ความจริงที่เป็นระบบ มีหลักฐานผ่าน

กระบวนการวิจัย เช่น กิจกรรมเยี่ยมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อเรียนรู้ปัญหาและสังเกตการทำงานของครู และผู้ปกครอง , การลงชุมชนเพื่อเยี่ยมเด็กและครอบครัวที่มีปัญหา, การสำรวจปัญหา ความต้องการ บริบทชีวิตผู้ปกครองและเด็ก, กิจกรรมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้จะถูกหยิบยกเข้าสู่เวทีการพูดคุย เพื่อร่วมเรียนรู้ ร่วมกันวิเคราะห์จนเกิดเป็นมุมมองใหม่ และการตระหนักในข้อเท็จจริงของปัญหาในพื้นที่

สี่ กิจกรรมติดตาม-เพิ่มพลัง: การติดตามเพิ่มพลังเป็นไปตามหลักกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกัน ในการปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning Through Action- PILA) มีเป้าหมายให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติร่วมกัน โครงการใช้ 3 กิจกรรมสำคัญคือ (1) การศึกษาดูงานด้านจิตตศึกษา ณ โรงเรียนลำปลายมาศพัฒนา จังหวัดบุรีรัมย์ (2) กิจกรรมการพัฒนาทักษะในการคัดกรอง และช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและการร่วมมือกับผู้ปกครอง (Triple Ps) และ (3) กิจกรรมการอบรมด้านจิตตปัญญาให้กับครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลประจำอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ (รพสต.) มีเป้าหมายเพื่อติดตามให้แก่วิธีการ พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมพัฒนาการการคัดกรองเด็กที่มีความผิดปกติ และการให้ความช่วยเหลือ และการทำงานกับผู้ปกครองในการช่วยเหลือดูแลเด็ก การพัฒนาทักษะด้านใน เพื่อให้เกิดพลังในการทำงานยากๆ โดยไม่ทุกข์ ปีคั่น

นัยยะเชิงนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อน

บทสรุปและเส้นทางอนาคตระยะเวลาหนึ่งปีของการขับเคลื่อนปัญหาเด็กและครอบครัว ผ่านกระบวนการประเมินเชิงการพัฒนาทำให้เกิดบทเรียนสำคัญ ๆ ดังนี้

1. วิถีเด็กและครอบครัว-วิถีเด็กเชิงระบบที่ซับซ้อน: การยืนยันความซับซ้อนของ ปัญหาและเหตุปัจจัยที่เชื่อมโยงกับปัญหาพัฒนาการ และปัญหาเชิงพฤติกรรมของเด็กในชุมชน มีผล เชื่อมโยงกับบริบทครอบครัวอย่างซับซ้อน (แม่วัยรุ่น ท้องไม่พร้อม หย่าร้าง ความรุนแรง ยาเสพติด ครอบครัวแห้วด้วยเงื่อนไขเศรษฐกิจ ความไม่พร้อมทั้งเวลา อารมณ์ และทักษะของการเป็นพ่อแม่ การเลี้ยงด้วยแท็บเล็ต ฯลฯ)

2. ระบบกลไกที่มีขาดประสิทธิภาพในการทำงานกับความซับซ้อน: มีข้อจำกัดเชิงระบบ มากมาย ของกลไกทำงานเพื่อเด็กและครอบครัวที่มีอยู่ โดยเฉพาะมุมมองแบบเหตุเดี่ยว ผลเดี่ยว และ กลไก ที่ยึดโยงกับความคิด (mindset) ของสังคม สื่อ และอื่นๆ ที่ทำให้การจัดการกับปัญหาพัฒนาการ และชีวิตเด็กแยกส่วน กลไกไม่เชื่อมโยง ไม่ยั่งยืน ไม่ตรงจุด แม้จะมีกิจกรรมและโครงการมากมาย รวมทั้งเป็นภาระของคนหน้างาน

3. การขับเคลื่อนการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) ด้วยหลัก 3H: ปัญหาเด็กและเยาวชนเป็นอาการของวิกฤติใหญ่ ยากที่จะเห็นความซับซ้อน เชื่อมโยง และรากระดับ

ทักษะแม่บท การเปิดพื้นที่เพื่อสร้างกระบวนการให้เกิดการมองเห็น (Head) จินตนาการได้ถูกต้อง ไม่แบก ไม่บีบคั้น เพราะเห็นธรรมชาติที่เป็นจริง (Heart) ผ่านการเรียนรู้ไปด้วยกัน จนเกิดเป็นข่ายใยประสาน (Harmony) น่าจะเป็นทางเลือกแทนการพัฒนากระแสหลัก โดยเริ่มจากสิ่งเล็กสู่สิ่งที่ใหญ่ขึ้น (Think globally, act locally)

4. ความเป็นไปได้: บทเรียนการทำงานในโครงการ แสดงถึงความเป็นไปได้ ในการขับเคลื่อนสังคม ให้เกิดมองเห็นเดิมด้วยสายตาใหม่ ขยับการทำงานจาก “เสร็จ” เป็น “สำเร็จ” โดยต้องอาศัยการเรียนรู้ในวิถีใหม่ใช้การแก้วิกฤติเป็นเป้าหมาย (ในที่นี้หมายถึงสุขภาวะของเด็กและครอบครัวเป็นเป้าหมาย) ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องใช้ความพยายาม ใช้เวลา เพื่อค่อยๆเคลื่อนจากจุดที่เป็นไปได้ สู่กว้าง ใช้กรอบทักษะของการเปลี่ยนผ่านสังคม (Transformation) แทนการทำงานแบบ Quick Win นอกจากนี้ประการสำคัญ คือ การมีกลไกเอื้ออำนวยการขับเคลื่อน เพื่อประทับประคอง หล่อเลี้ยง ให้เกิดการเรียนรู้ เติบโตของเครือข่ายในระดับพื้นที่สม่ำเสมอ

4.2 โครงการวิจัยสถานการณ์ ผลกระทบ และทางออกของระบบยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนภาคใต้

สุขภาพและการใช้ยาของผู้สูงอายุ: จากการรักษาสู่การดูแล (from cure to care)

1. สมมติฐานเริ่มต้นของการวิจัยนี้มองว่าปฏิสัมพันธ์ของเหตุปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ความเป็นผู้สูงอายุ (วัย) ความเจ็บป่วยเรื้อรัง และบริบททางกายและสังคมของครอบครัว เท่ากับความเปราะบางของชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อการกำหนดคุณภาพการใช้ยาและการดูแลรักษาสุขภาพ ในขณะที่ผลการวิจัยเบื้องต้นชี้ให้เห็นไปในทิศทางเดียวกันว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะดังกล่าวมักมีปัญหาการใช้ยา เมื่อมองจากมาตรฐานทางการแพทย์อยู่บ้าง แต่โดยทั่วไปกลับไม่ใช่ปัญหาสำคัญอย่างที่ตั้งสมมติฐานไว้ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยยาวนาน บางรายนานถึง 20 ปี ยาที่ใช้มักเป็นยาเดิม และเป็นยาที่มีความปลอดภัยค่อนข้างสูง ส่วนปัญหาการลืมกินยา ความรู้สึกเบื่อเป็นภาระที่พบอยู่บ้างตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ รวมถึงการพบพฤติกรรมการเก็บยาที่กินไม่หมดและมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาเรื่องยาเสื่อมหรือยาหมดอายุจากการเก็บรักษาอยู่บ้าง

2. ข้อมูลที่ยังขาดการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เป็นปัญหาประการสำคัญที่พบจากงานวิจัย โดยเฉพาะกรณีของผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาจากหลายสถานบริการ (โดยเฉพาะคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน) เนื่องจากมีปัญหาความเจ็บป่วยหลายโรค หรือมีสิทธิการรักษาหลายระบบ ทำให้ผู้สูงอายุรายนั้นๆประสบปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนหรือยาตีกัน อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการศึกษารังนี้ มีบทสรุปสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่า

หนึ่ง คุณภาพชีวิต ปัญหาการดูแลสุขภาพ และปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง เป็นสภาวะผูกพันกับปฏิสัมพันธ์อย่างมีพลวัตของตัวแปรสำคัญ ได้แก่ (1) สภาวะความเจ็บป่วย (2) สถานะครอบครัวและผู้ดูแล และ (3) คุณภาพและความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ทั้งสามตัวแปรกำหนดกันและกันและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางถดถอยเมื่อเวลาผ่านไป เช่น หากมองแบบตัดขวาง เมื่อมีความเจ็บป่วยรุนแรงซับซ้อน แต่มีบริบทครอบครัวและผู้ดูแลที่ดี คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะยังสามารถประคับประคองให้อยู่ในระดับที่ดีได้ ในขณะเดียวกันแม้สุขภาพของผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะที่ไม่รุนแรง แต่หากมีบริบทครอบครัวและผู้ดูแลเป็นปัญหา พบว่าคุณภาพชีวิต และการดูแลสุขภาพจะแย่ตามไปด้วย

อย่างไรก็ตามหากมองแบบต่อเนื่องระยะยาว สุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยมีแนวโน้มที่จะมีความซับซ้อนหรือเสื่อมโทรมมากขึ้น เช่นเดียวกับบริบทของครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งในหลายกรณีผู้ดูแลจะมีอายุมากขึ้น และสถานการณ์นี้อาจจะนำไปสู่ความเปราะบางที่เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย กล่าวคือ เมื่อทั้งตัวแปรสภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และ สถานะครอบครัวและผู้ดูแลเป็นไปในทางที่เสื่อมลงหรือเป็นภาระมากขึ้นตามความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ แม้ว่าจะมีเพียงระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้นที่อาจจะยังคงสามารถดำรงฐานะที่ควบคุมหรือจัดการกับดุลยภาพของตัวแปรต่าง ๆ แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังคงส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงคุณภาพชีวิต สุขภาพ และความเปราะบางของผู้สูงอายุได้เช่นกัน

สอง บริบทครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและการมีผู้ดูแลเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่สุดในการกำหนดคุณภาพชีวิต รูปแบบการดูแลสุขภาพ และการกำหนดพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ผลจากการสำรวจแสดงให้เห็นว่านอกจากผู้ดูแลที่มีได้หลากหลาย เช่น เป็นสามี/ภรรยา ลูกสาว/ลูกชาย เขย/สะใภ้ หรือแม้แต่เพื่อนบ้าน หลายครอบครัว แม้จะเคยแยกกันอยู่ ด้วยเงื่อนไขทางอาชีพ ขยาย หรือแยกครอบครัวออกไป แต่เมื่อพ่อแม่มีความเจ็บป่วยต้องการผู้ดูแล ลูกสาว/ลูกชายที่เคยอยู่ย้ายออกไปจะเป็นผู้เสียสละลาออกจากงานประจำ หรือแยกจากครอบครัวตนเองเพื่อกลับมาดูแลพ่อแม่

นอกจากนี้ความแตกต่างของสภาวะครอบครัวของผู้สูงอายุมีทั้งมิติเชิงปริมาณ (จำนวน และองค์ประกอบ) และมิติเชิงคุณภาพ (การอยู่บ้านด้วยกันหรือต่างบ้านแต่ผูกพัน และการช่วยเหลือดูแลกัน) ซึ่งทั้งสองมิติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กันเสมอไป เช่น ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกไม่มาก อาจมีการดูแลเกื้อกูลกันภายในครอบครัวที่ดีกว่าครอบครัวที่อยู่ร่วมกันหลายคน แต่กลับมีความสัมพันธ์ที่ห่างเหินหรือแตกร้างมากกว่า เป็นต้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่ได้เป็นเครื่องการันตีความผูกพันที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้เสมอไป

สาม กองทุน Long Term Care ตามหลักแนวคิดนับเป็นนวัตกรรมของระบบการดูแลสุขภาพที่ตอบโจทย์สังคมผู้สูงอายุ ด้วยการสร้างนิเวศการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่ม

เปราะบาง การใช้กลไกงบประมาณให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ และการนำระบบบริการแบบวิชาชีพไปทำงานแบบบูรณาการเป้าหมายที่ชัดเจน ดังที่งานวิจัยของสมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์และคณะ (2561) รายงานว่า กลไกกองทุนตำบลและอปท. ได้รับการยอมรับจากพื้นที่ในการเป็นกลไกที่เหมาะสมในการบริหารจัดการงบ Long Term Care ในรายงานยังเน้นให้เห็นว่า กระบวนการประชุมหารือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ และญาติ (case conference) เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (individual care plan) เป็นเครื่องมือสำคัญในการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงการบูรณาการต่อเนื่อง และเชื่อมโยงของบริการที่ผู้มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับ

แต่อย่างไรก็ตามในรายงานยังพบข้อจำกัดของการดำเนินงานในด้านองค์ความรู้และศักยภาพในการจัดบริการ Long Term Care ในหลายประเด็นดังนี้

- (1) ขาดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชนที่ชัดเจน
- (2) ข้อจำกัดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะสิทธิ UC
- (3) ข้อจำกัดในการใช้งบประมาณขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการด้านสังคม

สังคม

- (4) ขาดกลไกการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพการทำงานของ Care Manager (CM)

ในอำเภอ

- (5) ประเด็นปัญหาการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ดูแล Care Giver (CG)

นัยยะเชิงนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อน

1. การพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่ตอบสนองความหลากหลาย: การวิจัยครั้งนี้พบความแตกต่างหลากหลายของสภาพชีวิต และความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยสามารถแบ่งลักษณะคล้ายกันได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

หนึ่ง กลุ่มที่มีความผิดปกติทางด้านสุขภาพ แต่ยังแข็งแรงพอที่จะช่วยตัวเองได้ ยังมีสายตา การได้ยิน การเคลื่อนไหว และการรับรู้ที่เป็นปกติ ซึ่งมีจำนวนมากที่สุด

สอง กลุ่มที่นอกจากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังมีความผิดปกติหรือความไม่พร้อมของร่างกายและจิตใจร่วมด้วย เช่น ความสามารถในการได้ยิน การเคลื่อนไหวร่างกาย สายตา ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

สาม กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งอายุ อาการป่วย และสภาพชีวิตที่ต้องการการพึ่งพิงเนื่องจากเผชิญกับปัญหาความยากจน สภาพที่อยู่อาศัยไม่พร้อม หรือขาดผู้ดูแล

จากความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้ บ่งชี้ว่าระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่จำเป็นต้องมีการออกแบบอย่างจำแนกแยกแยะให้มากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพ และบริบทชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนี้

ผู้ป่วยกลุ่มหนึ่ง เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้มากที่สุด ระบบบริการสามารถที่จะออกแบบการให้บริการให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเอง ในอนาคตอาจพัฒนาไปไกลถึงการสร้างนวัตกรรมในการช่วยเหลือตนเอง โดยบทบาทของผู้ให้บริการคือการสนับสนุนให้โอกาสในการพึ่งตัวเองให้มากขึ้น

ผู้ป่วยกลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่ระบบบริการควรให้บริการที่มีลักษณะแยกแยะและใช้เวลาในการสื่อสาร ทำความเข้าใจให้มากขึ้นกว่าการให้บริการปกติ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลและคำแนะนำใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาตนเองและการใช้ยา ถูกรับรู้เข้าใจอย่างแท้จริง ไม่ขาดตกบกพร่อง อันเป็นผลมาจากสภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่สมบูรณ์

และผู้ป่วยกลุ่มที่สาม ควรมีการออกแบบระบบบริการที่นำไปสู่การเข้าถึงบริบทชีวิตและความเป็นอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานแบบสหสาขาในการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้บริการสามารถตอบสนองความต้องการในมิติต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากมิติความเจ็บป่วย เช่น ด้านสังคมจิตวิทยา หรือแม้กระทั่งด้านเศรษฐกิจอื่น ๆ ร่วมด้วย

2. พื้นที่สังคมแห่งการดูแล: ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งที่อยู่ในภาวะเปราะบาง และในกลุ่มที่ยังสามารถพึ่งตัวเองได้ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญและควรได้รับการพิจารณาเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากปัจจุบันสถาบันครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่อ่อนแอลง ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ลูกหลานอยู่ห่างไกล ทำให้เกิดช่องว่างของการดูแลทั้งชีวิตและสุขภาพ ประกอบกับข้อมูลจากภาคสนามชี้ให้เห็นว่าการมีระบบการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว เป็นตัวแปรสำคัญ ที่จะประคับประคองความเปราะบางของชีวิต แม้ว่ากองทุน Long Term Care จะถูกออกแบบให้เข้ามาเติมช่องว่างในส่วนดังกล่าว แต่ยังคงมีปัญหาและอุปสรรคในทางปฏิบัติอีกมาก

กล่าวในภาพรวมสังคมและผู้ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องกลับมาพิจารณาในเรื่องนี้อย่างจริงจังถึงแนวทางในการทำให้สถาบันครอบครัวและชุมชน ยังสามารถหรือกลับมาทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุและเด็ก รวมถึงนโยบายเศรษฐกิจและสังคมมหภาค เป็นเรื่องที่ต้องได้รับการพิจารณาอย่างเร่งด่วน เช่น มาตรการด้านภาษี สวัสดิการสังคม และการให้สังคมหันกลับมาเน้นวัฒนธรรมและระบบคุณค่าทางสังคมเดิมที่เน้นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวและชุมชน อันจะเป็นเงื่อนไขสนับสนุนให้ลูกหลานหรือสมาชิกในครอบครัว องค์กรทางศาสนา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหันกลับมาให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งและการพึ่งตนเองได้ของสถาบันครอบครัว ทั้งในรูปแบบของการจัดสรรงบประมาณ การมีเงินชดเชยให้กับลูกหลานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว และการสร้างนโยบายการพัฒนาที่นำไปสู่การสร้างงาน ในพื้นที่ ชนบทอย่างเป็นจริงและเป็นรูปธรรมให้มากขึ้น รวมถึงการสนับสนุนให้มีการวิจัยเพื่อพัฒนาต้นแบบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทต่างๆ โดยเฉพาะอย่าง

ยังการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการในท้องถิ่น และผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นทิศทางหนึ่งที่สำคัญของการผลักดันงานวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

3. การรื้อสร้างความหมายของผู้สูงอายุ จากฟิงฟิง อ่อนแอ เป็นทุนทางสังคม: การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (สังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น เด็กน้อยลง) เป็นปรากฏการณ์ทั่วโลกและเป็นปรากฏการณ์ใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ผู้คนอายุยืนด้วยระบบสุขภาพและการพัฒนาด้านชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น ขณะที่เด็กเกิดน้อยลง เกิดความไม่สมดุลระหว่างคนผลิตกับคนฟิงฟิงในสังคม เป็นสภาวะที่ต้องเตรียมการ เป็นโจทย์ใหญ่ของสังคมโลกและสังคมไทย อย่างไรก็ตาม วัฏจักรของการมองปรากฏการณ์ผู้สูงอายุมีการวิเคราะห์กันว่าได้รับอิทธิพลจากแนวคิดแบบชีวการแพทย์ (biomedical model) ที่มองภาวะสูงอายุเป็นความผิดปกติความพร่องและเป็นภาวะฟิงฟิงทั้งหมดจึงนำไปสู่การออกแบบสุขภาพ และระบบสังคมอื่น ๆ ในลักษณะของการนิยามผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่ต้องการดูแล เป็นผู้อ่อนแอและฟิงฟิง ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งกระบวนการเช่นนี้มักไม่ถูกตั้งคำถามจากสังคมส่วนใหญ่หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง แต่ในทางวิชาการมีการถกเถียงเรื่องนี้กันมากขึ้นทั้งการตั้งคำถามและรื้อสร้างนิยามความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุใหม่ อาทิเช่น ความเสื่อมถอยลงของร่างกายไม่จำเป็นต้องหมายถึงความเป็นผู้อ่อนแอและฟิงฟิง เพราะหากมองในมิติทางจิตวิทยา ทางวัฒนธรรม ศาสนา หรือทางสังคมอื่น ๆ ความสูงวัยอาจมีความหมายในเชิงศักยภาพและการมีบทบาทต่อตนเองและสังคมได้อีกหลายลักษณะ

4. ทางเลือกที่มากกว่าการป่วยไข้ และฟิงฟิงหามือ: หากพิจารณาระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน บุคคลสูงวัยเมื่อถูกนิยามว่ามีความเสี่ยง มักจะถูกคัดกรองทางการแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติ ซึ่งเมื่อพบความผิดปกติตามกฎเกณฑ์ทางการแพทย์จะถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล อันหมายความว่าเส้นทางชีวิตของบุคคลเหล่านี้จะต้องเข้าสู่เส้นทางการใช้ระบบบริการสุขภาพและในท้ายที่สุดจะจบลงด้วยความเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิต

คำถามที่เกิดขึ้น คือ เส้นทางชีวิตของผู้ที่มีอายุมาก มีเส้นทางอื่นที่มากกว่าการเดินเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจนจนถึงขั้นปลายชีวิตอีกหรือไม่ เป็นไปได้หรือไม่ว่าความผิดปกติตามนิยามทางการแพทย์ คือ ความปกติตามธรรมชาติ ดังนั้นสิ่งที่ทำลายคือการชักชวนสังคมและผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงหันกลับมาพิจารณาในการรื้อสร้างกระบวนการทัศนในการมองปัญหาผู้สูงอายุใหม่ว่าจะอยู่กับความผิดปกติอย่างปกติได้อย่างไร โดยที่ไม่ถูกนิยามว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วย ฟิงฟิง และต้องได้รับการดูแลจากระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น

โครงการย่อยที่ 1

โครงการครอบครัวสงบเย็นและเป็นสุข: โครงการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนครอบครัว สุขภาวะ
ในระดับชุมชนผ่านแนวคิดการประเมินเชิงการพัฒนา จังหวัดพิจิตร
(Peaceful and Happy Family: Social Movements through
Developmental Evaluation Approach in Phichit Province)

โครงการครอบครัวสงบเย็นและเป็นสุข: โครงการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนครอบครัว สุขภาวะในระดับชุมชนผ่านแนวคิดการประเมินเชิงการพัฒนา จังหวัดพิจิตร PEACEFUL AND HAPPY FAMILY: SOCIAL MOVEMENT THROUGH DEVELOPMENTAL EVALUATION APPROACH IN PHICHIT PROVINCE ลือชัย ศรีเงินยวง*, ประทีป จันทรสิงห์†, ชรรินธร เสถียร‡, อริสา สุมามาลย์‡, ภค หวานพีช*, และ วาติณี กลิ่นสมเชื้อ* *คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล †โรงพยาบาลบางมูลนาก ‡ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล คำสำคัญ: ครอบครัวสุขภาวะ / เครือข่ายครอบครัว / การประเมินเชิงการพัฒนา

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

แผนดำเนินงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกันในระยะที่หนึ่งที่ผ่านมา มีเป้าหมายการทำงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อสร้างระบบและกลไกที่เน้นให้เกิดสังคมที่เสมอภาคทางโอกาสโดยเน้นกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มในสังคมที่เสียเปรียบ ด้อยโอกาสหรืออยู่ชายขอบ นโยบายของรัฐหรือชายขอบทางสังคม เพื่อให้เกิดการเข้าถึงสิทธิ บริการของรัฐ ได้รับการยอมรับ ค้ำครอง ให้มีชีวิตและโอกาส อย่างเสมอภาคจากชุมชนและสังคม ชุมชนมีทัศนคติในการดูแลประชากรทุกกลุ่ม ทุกชนชั้น ทุกศาสนา ทุกเชื้อชาติด้วยความเข้าใจ และไม่มีการกีดกัน การตีตรา ความเหลื่อมล้ำลดลงในที่สุด ทั้งนี้แผนงานวิจัยนั้นมีแผนงาน 3 พันธกิจหลัก คือ 1.การพัฒนาองค์ความรู้ 2.การพัฒนาศักยภาพนักวิจัยและคนทำงานฯ 3.การขับเคลื่อนนโยบายและสังคม (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2565)

แผนดำเนินงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกัน (ระยะที่2) เป็นโครงการต่อเนื่องจากการดำเนินงานของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยและขับเคลื่อนนโยบายสังคมไม่ทอดทิ้ง

กัน (ISREC) ซึ่งได้ดำเนินโครงการไปในปีที่ผ่านมา โดยมีเป้าหมายการทำงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อสร้างระบบและกลไกที่เน้นให้เกิดสังคมที่เสมอภาคทางโอกาส โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มในสังคมที่เสียเปรียบ ด้อยโอกาสหรืออยู่ชายขอบนโยบายของรัฐหรือชายขอบทางสังคม เพื่อให้เกิดการเข้าถึงสิทธิ บริการของรัฐ ได้รับการยอมรับ ค้ำครอง ให้มีชีวิตและโอกาส อย่างเสมอภาคจากชุมชนและสังคม ชุมชนมีทัศนคติในการดูแลประชากรทุกกลุ่ม ทุกชนชั้น ทุกศาสนา ทุกเชื้อชาติด้วยความเข้าใจ และไม่มีการกีดกัน การตีตรา ความเหลื่อมล้ำลดลงในที่สุด

ผลจาก โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนสุขภาวะของครอบครัวเปราะบางในสังคมไทย ในระยะที่หนึ่ง (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2565) มีบทสรุปสำคัญ สี่ประการคือ

หนึ่ง ครอบครัวถือเป็นสถาบันที่เป็นพื้นฐานสำคัญของชีวิตปัจเจกและของสังคม การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมาส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทยอย่างมากมาย ดังเห็นได้จากปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาหย่าร้าง ยาเสพติด รวมไปถึงสภาพจิตใจของผู้คน ซึ่งความอ่อนแอ และเปราะบางเหล่านี้ได้สะท้อนผ่านข้อมูลจากสื่อ และผลงานวิจัยต่างๆมากมาย ซึ่งภาพเหล่านี้เป็นอาการที่สะท้อนผลอีกด้านหนึ่งของการพัฒนาที่เกิดจากปัญหาความเหลื่อมล้ำแตกแยก และการเกื้อกูลกันของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคม (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2565)

สอง วิถีครอบครัวคืออาการของวิถีการพัฒนา: การพัฒนาประเทศที่ผ่านมา แม้จะสร้างให้เกิดความทันสมัยในหลากหลายมิติ ทั้งสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี การแพทย์และสาธารณสุข ฯลฯ ประชาชนมีรายได้สูงขึ้น สัดส่วนคนจนลดลง แต่ก็เกิดขึ้นพร้อมกับปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจที่ขยายตัวสูงขึ้น เกิดการเสื่อมโทรมทางสิ่งแวดล้อม การอพยพย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมือง และวิถีทางสังคม และสุขภาพ หลากหลายรูปแบบ หนึ่งในปัญหาดังกล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว ที่เกิดการแตกแยก ห่างเหิน และ พังพาตัวเองได้ลดลง การเปลี่ยนแปลงของสภาพครอบครัว เป็นส่วนสำคัญ คือรากฐานของวิถีต่างๆ (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2565)

สาม ทางแก้วิถีที่ผ่านมาที่มีการพัฒนานโยบาย มาตรการ โครงการ เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว นับตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 รวมไปถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 6 และนโยบาย ภาศิเครือข่าย และกลไกต่างๆมากมายที่ถูกพัฒนาและให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามการแก้วิถีครอบครัวไทยที่ผ่านมาใช้ฐานคิดหลัก คือ การมีกลไก หรือหน่วยงานของภาครัฐเป็นกลไกหลัก ในขณะที่บทบาทของภาคส่วนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นชุมชน สังคม หรือภาคเอกชนกลับมีบทบาทค่อนข้างน้อย (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2565)

สี่ ทางออกของวิกฤติครอบครัวจำเป็นต้องทำงานที่ฐานวิถีคิด โดยต้องใช้มุมมองเชิงระบบ วิเคราะห์เหตุปัจจัยที่เชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน ในหลายระดับ และหลายมิติ การแก้วิกฤติครอบครัวจึงไม่ใช่เพียงการพัฒนานโยบายด้านครอบครัว และใช้วิถีคิดแบบแยกส่วน แต่การแก้วิกฤติครอบครัวของครอบครัวเป็นผลจากการพัฒนานโยบายในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็น เศรษฐกิจ การศึกษา สังคม และต้องผลักดันสุขภาวะของครอบครัวและเด็กเป็นวาระแห่งชาติอย่างแท้จริง (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2565)

บนพื้นฐานของข้อค้นพบ ดังกล่าวข้างต้น จึงได้ก่อเกิดเป็นโครงการวิจัย ในระยะที่สอง ซึ่งจะให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนสังคม ที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน โดยอาศัยกระบวนการ และ Facilitated แบบการประเมินเชิงการพัฒนา (Developmental Evaluation)

1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบของการขับเคลื่อนสังคมที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตหรือความอยู่เย็นเป็นสุขของครอบครัวในระดับพื้นที่ โดยใช้แนวคิดและเครื่องมือ ที่เรียกว่าการประเมินผลเชิงการพัฒนา

1.3 กรอบแนวคิดในการศึกษา

1) โครงการวิจัยนี้วางอยู่บนสมมติฐานที่ว่า การขับเคลื่อน ให้เกิดครอบครัวที่เข้มแข็ง และมีความสุข ต้องอาศัยพื้นที่ปฏิบัติการที่สำคัญคือชุมชน โดยแกนสำคัญของความเข้มแข็งของชุมชน ก็คือ ความรักความผูกพัน ที่มีต่อกันในครอบครัว การพึ่งตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ การมีวิถีคิด หรือ สัมมาทิฐิในการใช้ชีวิต และการเผชิญกับโลกภายนอก ตลอดจน การมีสิ่งแวดล้อม ของชุมชนที่เอื้อ

2) การขับเคลื่อนให้ คนในครอบครัว และในชุมชน เกิด ระบบนิเวศ ในการเรียนรู้ มีการพัฒนาด้าน สติปัญญาที่จะเท่าทัน กับการเปลี่ยนแปลงภายนอกและมั่นคง กับสถานะด้านใน มีการเรียนรู้ เป็นแกนหลักสำคัญในการใช้ชีวิต ที่จะ ทำให้สามารถเผชิญกับ การเปลี่ยนแปลงหรือปัจจัย ภายนอกได้อย่าง ถูกต้อง

3) การสร้าง สัมมาทิฐิรวม ในระดับชุมชนและครอบครัว เป็นเรื่องที่สำคัญและต้องใช้ กระบวนการ ขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วม ที่จะทำให้เกิดพื้นที่ ในการร่วมมือ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งใน ด้านวัตถุ สังคม และสติปัญญาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง

4) บนฐานคิดข้างต้น โครงการวิจัยนี้จึงเลือกที่จะใช้ สิ่งที่เรียกว่าการประเมินเชิงการพัฒนา (Developmental Evaluation) เป็นเครื่องมือ ซึ่งหัวใจสำคัญก็คือการ ทำงานกับความ ซับซ้อนของ วิกฤติครอบครัวและเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

5) หลักคิดพื้นฐานของการประเมินเพื่อการพัฒนา คือ การมีสมมุติฐานว่า ปัญหาสังคมต่างๆ ที่แก้ยังไม่สำเร็จ เพราะเป็นผลจากการมองข้ามความซับซ้อน ตกอยู่ในกับดักของการมองแบบเหตุเดียว ผลเดียว เส้นตรง การแก้ปัญหาใดๆ ต้องเริ่มจากการใช้แนวคิดเชิงระบบ (systemic thinking) พร้อมทั้งจะทำงานบนวิธีคิดและกระบวนการที่ยืดหยุ่น มีพลวัตร ใช้การประเมินเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และสร้างกลไกป้อนกลับของผลการเรียนรู้สู่การปฏิบัติการ

6) การวิจัยครั้งนี้ จึงมีลักษณะเป็นการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ ทบทวนให้เห็นธรรมชาติของปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ ด้วยสายตาใหม่ ตั้งคำถามกับสิ่งเดิม โดยเฉพาะการมองด้วยแนวคิด (complex adaptive system) การวิเคราะห์ทางออก พัฒนาเครื่องมือ/วิธีการระบบ ตามแนวคิดใหม่ ลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา สรุปเป็นการเรียนรู้จากผลที่ได้ ใช้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นใหม่หรือยังคงอยู่ นำกลับมาสู่การวิเคราะห์ หาทางออก และ ปฏิบัติการใหม่วนเป็นรอบ (feedback loop) ไปเช่นนี้ตลอดกระบวนการ

7) วิธีการวิจัยจะมีลักษณะเป็นกระบวนการ เป็นวงรอบ (loop) แต่ละวงรอบจะประกอบด้วยขั้นตอนคือ หนึ่ง การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและวิกฤติของปัญหาครอบครัวในพื้นที่ การประเมินทุนทางสังคม เครือข่าย วัฒนธรรม ภูมิปัญญา และอื่นๆ ของพื้นที่ สอง การวิเคราะห์สาเหตุ และทางออกของปัญหาในระดับแนวคิดและกระบวนการ สาม การปฏิบัติการเพื่อการแก้ปัญหาที่รวมการพัฒนาศักยภาพคนทำงานและการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ และ สี่การประเมินผลภาพรวมของกระบวนการทั้งหมดแล้วป้อนกลับเพื่อนำไปสู่การเริ่มวงรอบต่อไป ทั้งหมดเป็นไปตามกระบวนการประเมินเพื่อพัฒนา

8) การวิจัยจะใช้พื้นที่เป็นฐาน (area-based) เพื่อการเห็นภาพความเชื่อมโยงเชิงระบบของปัญหา เหตุปัจจัย และ ทางออก อันเป็นการทำงานด้วยกระบวนการเชิงระบบ (system approach) กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยที่จะมีส่วนร่วมในการวิจัย จะประกอบด้วย ครอบครัว ผู้นำชุมชน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กและครอบครัว ศูนย์เด็ก โรงเรียน นักพัฒนา ครู ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และ บุคลากรระดับนโยบาย/ผู้นำในระดับท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มเครือข่ายประชาสังคม ในพื้นที่

9) หลักคิดอีกประการหนึ่ง ในการวิจัยครั้งนี้ ก็คือ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในการปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning Through Action- PILA) ซึ่งนายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เสนอไว้ ในฐานะเครื่องมือของการพัฒนา เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน แนวคิดดังกล่าวนี้ มีนัยยะว่า กระบวนการวิจัยเพื่อการขับเคลื่อนสังคม จะอยู่บนฐานของการเรียนรู้ร่วมกัน

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

พื้นที่ของการวิจัยครั้งนี้ตั้งอยู่บนฐานการประเมินเชิงพัฒนาและการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ โดยเฉพาะจากพื้นที่ วิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเริ่มจากการเชิญชวนแบบเจาะจง โดยเริ่มต้นจากการกำหนดพื้นที่วิจัยจาก 4 ตำบล ใน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางมูลนาก และอำเภอวังทรายพูน และขยายเพิ่มอีก 1 อำเภอ คือ อำเภอตะพานหิน รวม 3 อำเภอ อันเป็นไปตามความสนใจของผู้นำในพื้นที่ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของทั้ง 2 อำเภอ ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม หน่วยงานสาธารณสุขในระดับ อำเภอและตำบล โรงเรียน และภาคเอกชน ที่มีการทำงานเป็นเครือข่ายขับเคลื่อนสังคมในระดับพื้นที่อยู่แล้ว โดยจะถูกเชิญชวนให้เป็นแกนนำประสานงานหลัก (Core team) จากนั้น Core team โดยผ่านกระบวนการจัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์และทุนทางสังคม จะขยายการเชิญชวนผู้ที่สนใจ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องการพัฒนาคุณภาพเด็กและครอบครัวในพื้นที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวนดังกล่าวนี้ เป็นไปตามความพร้อมและสมัครใจ คาดว่าอาจจะมีจำนวนประมาณ 20-30 คนในแต่ละพื้นที่ โดยจำนวนดังกล่าว อาจเพิ่มหรือลดไปตามสถานการณ์ อันเป็นไปตามผลที่เกิดจากการเรียนรู้และเติบโตของภาคที่เข้าร่วมโครงการ (Developmental)

ทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการวิจัย

2.1 สถานการณ์ครอบครัวไทย: เปรียบตามการเปลี่ยนแปลง

ในช่วงสามสิบปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2539 - 2560) จำนวนครอบครัวคนเดียวเพิ่มขึ้นจาก 8.8% เป็น 20.5% ของครัวเรือนไทยทั้งหมด หรือเพิ่มขึ้น 2.3 เท่า (กรุงเทพมหานคร, 2562; ณรงญา ตัญญาพัฒน์กุล, 2563) ในขณะที่ปี 2565 ครัวเรือนที่มีสมาชิกคนเดียวมีจำนวนถึง 7 ล้านครัวเรือน หรือ 26.1% ของครัวเรือนทั้งหมด (กรุงเทพมหานคร, 2566) ในขณะที่ครอบครัวเดี่ยวมีสัดส่วนสูงถึง 84% ของครัวเรือนไทยทั้งหมด (กองกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2566) นั่นหมายถึงประเภทครอบครัวส่วนใหญ่ของสังคมไทยในปัจจุบันมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่กันตามลำพัง ทั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทั้งอัตราการเกิดปัจจุบันอยู่ที่ 0.18% โดยมีเด็กเกิดใหม่ต่ำกว่า 600,000 คนต่อปี และสัดส่วนประชากรสูงวัยที่เพิ่มมากขึ้นเป็น 12 ล้านคน หรือ 18.94% ของประชากรทั้งหมด ซึ่งส่งผลให้โครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต โดยพบว่าครอบครัวมีขนาดเล็กลงอย่างต่อเนื่อง ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ยอยู่ที่ 5-6 คน (อุเบศร์ สมุทรจักร และคณะ, 2565) และลดลงเหลือ 3.11 คนต่อครัวเรือนในปี 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ในขณะที่ปัจจุบันเหลือเพียง 2.35 คนต่อครัวเรือนเท่านั้น (กองกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2566) และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้สูงอายุมีแนวโน้มอยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ที่คาดการณ์รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 8.6% ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเป็น 10.8% ในปี 2560 และเป็น 12% ในปี 2563 และคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเกือบ 15% ของประชากรสูงอายุทั้งหมด หรือประมาณเกือบ 3 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับสามีภรรยาถึง 23% ของประชากรสูงอายุทั้งหมด (อุเบศร์ สมุทรจักร และคณะ, 2565)

นอกจากนี้ยังพบว่าคู่สามีภรรยาอาศัยอยู่กันตามลำพังมากขึ้น จากรายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 จัดทำโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่าครอบครัวคู่สามีภรรยาและไม่มีลูก เพิ่มขึ้น 3 เท่า จาก 5.6% ในปี 2530 เป็น 16.2% ของครัวเรือนทั้งหมด ในปี 2556 (คาสปาร์ พิค, วาสนา อิมเอม, และรัตนารณณ์ ตั้งชนเศรษฐ์, 2559) ในขณะที่วัยทำงานที่อยู่ในครัวเรือนสามีภรรยา ในปี 2533 มีสัดส่วนอยู่ที่ 5% และเพิ่มขึ้นในปี 2558 เป็น 10% ของประชากรวัยทำงานทั้งหมด และในปี 2563 เพิ่มขึ้นถึง 14% ของประชากรวัยทำงานทั้งหมด (อุเบศร์ สมุทรจักร และ

คณะ, 2565) โดยสัดส่วนของครัวเรือนเฉพาะสามีภรรยาของประชากรทั้งวัยทำงานและวัยสูงอายุอยู่ในระดับที่สูง และไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลกระทบมาจากการปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ค่าครองชีพที่สูงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร รวมไปถึงสถานการณ์เศรษฐกิจของประเทศ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ความหลากหลายทางเพศ ค่านิยมของการแต่งงาน แรงกดดันจากสังคม รวมไปถึงความเป็นพลวัตรในรูปแบบการอยู่อาศัย และหน้าที่การงาน (คาสปาร์ พิค, วาสนา อิมเมม, และรัตนารณ ตั้งธนเศรษฐ์, 2559; ญุเบศร์ สมุทรจักร และคณะ, 2565; ศิริพงษ์ ไข่มุก, กิ่งกาญจน์ เกษศิริ, 2566)

ในส่วนของครอบครัวที่สามีภรรยาจดทะเบียนกัน พบว่า ข้อมูลปี 2560 จำนวนการจดทะเบียนสมรส 298,164 ครัวเรือน ขณะที่จำนวนการจดทะเบียนหย่า 121,658 ครัวเรือน โดยจากปี 2547-2560 พบว่าการจดทะเบียนหย่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ครอบครัวไทย ปี 2565 ของกองกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบข้อมูลการจดทะเบียนหย่า จำนวน 146,159 คู่ หรือเฉลี่ยวันละ 400 คู่ (กองกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2566)

จากสถานการณ์ข้างต้น พบว่า ครอบครัวพร้อมหน้าที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก มีแนวโน้มลดลงจึงส่งผลให้เกิดครอบครัวลักษณะเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวไม่มีบุตร ครอบครัวที่มีสมาชิกอายุต่ำกว่า 18 ปีตั้งครรภ์ และครอบครัวผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพัง (กองกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2566) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ระบุว่า ครัวเรือนเลี้ยงเดี่ยวเพิ่มจากประมาณ 9% ของครัวเรือนทั้งหมด ในปี 2533 เป็น 10.6% ในปี 2563 และมีแนวโน้มที่เพิ่มไปอยู่ที่ 11% ของครัวเรือนทั้งหมด ในปี 2583 (สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2566 ; ญุเบศร์ สมุทรจักร และคณะ, 2565) ความเปราะบางของครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวนั้นส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตต่อพ่อ แม่ และรวมถึงตัวเด็กทั้งในสุขภาพ การเจริญเติบโต ด้านสังคม เศรษฐกิจ และผลกระทบด้านภาวะจิตใจ (ขวัญเนตร สุขใจ, 2562) โดยพบว่า 80% ของครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวเผชิญกับปัญหาด้านการเงิน (สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2566)

ครอบครัวแห่งกลางหรือครอบครัวข้ามรุ่น ซึ่งหมายถึง ครอบครัวที่คนในรุ่นปู่ย่า ตายาย อาศัยอยู่ร่วมกันกับคนรุ่นหลาน ในขณะที่คนวัยทำงานหรือคนรุ่นกลางไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่มักจะย้ายไปอยู่ที่อื่นไม่ว่าจะเป็น การอยู่กันอย่างถาวรหรือกึ่งถาวร เพื่อทำงานหรือ การศึกษา (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2565) จากพ.ศ. 2539-2560 พบว่าครอบครัวแห่งกลางเพิ่มขึ้นจาก 1% เป็น 2.1% ของครัวเรือนไทยทั้งหมด (ศุทธิดา ขวณวัน, ภัทราพร ตาสึงห์, ภัฏญญา อภิพรชัยสกุล, และกาญจนา เทียนลาย, 2563; ณรจญา ตัญญาพัฒนกุล, 2563) ในขณะที่ปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 5% ของครัวเรือนไทยทั้งหมด (ญุเบศร์ สมุทรจักร และคณะ, 2565) และจากข้อมูลปี 2560

พบว่าผู้สูงอายุ 41.5% จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 11.3 ล้านคน อาศัยอยู่ในครอบครัวเปราะบาง ซึ่งผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองหรือดูแลคนอื่นในครอบครัว (ศุทธิดา ขวณวัน, ภัทราพร ตาสึงห์, กัญญา อภิพรชัยสกุล, และกาญจนา เทียนลาย, 2563; ณรงญา ตัญจพัฒนกุล, 2563)

อีกลักษณะหนึ่งของครอบครัวที่ปรากฏให้เห็นมากขึ้นจากการได้รับการยอมรับจากสังคม คือครอบครัวหลากหลายทางเพศ (LGBT: Lesbian Gay Bisexual Transgender) การสำรวจปี 2554 พบว่า มี “ครอบครัว LGBT” เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลจากทัศนคติเรื่องเพศในสังคมไทยที่เปิดกว้างมากขึ้น โดยพบว่า มีครอบครัวชาย-ชายมีจำนวน 0.4% และครอบครัวหญิง-หญิงจำนวน 0.3% ของครัวเรือนไทย (จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ขวณวัน, สิริพันธ์ พูลเกิด และสรัญญา สุจริตพงศ์, 2562; ณรงญา ตัญจพัฒนกุล, 2563) ทั้งนี้การเก็บข้อมูลและศึกษาครอบครัวของคนเพศเดียวกันยังมีอยู่จำกัด

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจากการเกิดน้อยลงอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์และปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลให้คนอายุยืนยาวมากขึ้น ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ กอปรกับวิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมปัจจุบันทำให้โครงสร้างครอบครัวไทยแตกต่างจากอดีต และมีความแตกต่างหลากหลายมากยิ่งขึ้น อาจนำไปสู่ความเป็นครอบครัวเปราะบาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อปัญหาในครอบครัวเกี่ยวเนื่องกับเหตุปัจจัยภายนอกครอบครัว ที่เชื่อมโยงถึงระบบใหญ่ๆ ทั้งระบบเศรษฐกิจ ทุนนิยม ที่หนุนเสริมให้เกิดการย้ายถิ่น การทำมาหากินและความเป็นอยู่ และเกิดผลกระทบต่อครอบครัวตามมา

2.2 ครอบครัวเปราะบาง: เพราะการพัฒนา

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีความซับซ้อน พลวัต และเป็นไปอย่างรวดเร็ว กอปรกับการพัฒนาประเทศเพื่อสร้างการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป เกิดการขยายตัวของสังคมเมืองพร้อมกับการหดตัวของสังคมชนบท การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมที่นำไปสู่การอพยพแรงงานเข้าสู่เมืองใหญ่ พร้อมกับการขาดแคลนแรงงานด้านการเกษตรเพราะการหดตัวของภาคเกษตรกรรม การเปลี่ยนแปลงรูปแบบและโครงสร้างของครอบครัวไทย แม้ในภาพรวมการพัฒนาประเทศเพื่อสร้างการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจจะส่งผลให้รายได้เฉลี่ยของประชาชนจะดีขึ้นแต่มาพร้อมกับความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ

ในการพัฒนาประเทศทางเศรษฐกิจของประเทศไทยเกือบ 25 ปี (พ.ศ. 2515-2539) ผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3- 7 ที่มุ่งเน้นความเจริญทางเศรษฐกิจ อัตราการเพิ่มของประชากรในครัวเรือนผ่านนโยบายเรื่องการคุมกำเนิด การกระจายรายได้ในระดับภูมิภาค การรักษาสถียรภาพทางเศรษฐกิจการเงินของประเทศ การพัฒนาเมืองและพื้นที่เฉพาะ และการกระจายความเจริญไปสู่เมืองภูมิภาค และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (ทรูปลูกปัญญา, 2564) โดยเป็นพัฒนา

เพื่อให้ประเทศและประชาชนมีศักยภาพและความพร้อมในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งมิติเชิงบวกและเชิงลบกับสังคมไทย รวมไปถึงความเหลื่อมล้ำ การเกิดสภาพที่เรียกว่า รวยกระจุก จนกระจาย สังคม และครอบครัวตกอยู่ในภาวะที่การพึ่งตนเองไม่ได้หรือได้น้อยลง เกิดการเสื่อมทำลายของภูมิปัญญาดั้งเดิม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

จากรายงานผลกระทบการย้ายถิ่นในประเทศไทยที่มีผลต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมในปี 2558 (อารี จำปากล้า, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, แครี ริดเตอร์, สุธรรม นันทมงคลชัย, อัครภาค หลักทอง, และจาริตา ประสิทธิหิมะ, 2559) ระบุว่ามียุติมากกว่าหนึ่งในห้าคนไม่ได้อยู่กับทั้งพ่อและแม่ ซึ่งนับเป็นตัวเลขที่สูงมากสำหรับประเทศที่อยู่ในกลุ่มรายได้ระดับกลาง-สูง การสำรวจดังกล่าว พบว่าเด็กกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะตกอยู่ในสถานะยากจน มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ และมีพัฒนาการช้า ในขณะที่รายงานการพัฒนาเด็กและเยาวชน ประจำปี 2562 พบว่าสัดส่วนของเด็กและเยาวชน ที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ พร้อมหน้าพร้อมตา มีสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของเด็กทั้งหมด โดยพบว่า มีเด็กและเยาวชนที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 53.7 ไม่ได้อาศัยอยู่กับทั้งพ่อและแม่ ร้อยละ 23.5 และอาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว ร้อยละ 21.4 ตามลำดับ (กังสดาล เขารั้ววัฒนกุล และคณะ, 2564) และในช่วงการระบาดโควิด19 (กรกฎาคม 2564 - มีนาคม 2565) เด็กจำนวน 448 คนต้องกลายเป็นเด็กกำพร้าเนื่องจากผู้ปกครองเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด โดย 75% เป็นเด็กอายุ 6-18 ปี และอีก 28% เป็นเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 6 ปี (ฉัตร คำแสง วรตโร เลิศรัตน์ และเจณิตตา จันทวงษา, 2565)

รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2565 พบว่า 20.7% ของเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 21 ปี หรือเกือบ 3 ล้านคนอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่อหัวต่ำกว่า 2,577 บาท ในขณะที่เด็กและเยาวชน 3.2% หรือประมาณ 4 แสนคนอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้สูงสุด ซึ่งรายได้ต่อหัวสูงกว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนที่อยู่ในครัวเรือนรายได้ต่ำสุดถึง 15 เท่า ทั้งนี้การระบาดของโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อเด็ก เยาวชนและครอบครัวยากจนมากกว่า และยาวนานกว่ากลุ่มร่ำรวย (ฉัตร คำแสง วรตโร เลิศรัตน์ และเจณิตตา จันทวงษา, 2565; the 101.world) และเป็นปัญหาต่อเนื่องทับซ้อนมากขึ้น จากรายงานได้กล่าว พบว่า ผลกระทบของวิกฤตโรคระบาดโควิด 19 ทำให้รายได้ครัวเรือนลดลงส่งผลให้เด็กและเยาวชนต้องหยุดเรียนกลางคัน (drop-out) โดยมีเด็กและเยาวชนหลุดออกจากระบบการศึกษาเป็นจำนวนกว่า 2 แสนคน และมีนักเรียนยากจนพิเศษกว่า 1 ล้าน2แสนราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนโควิดถึง 75% นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กและเยาวชนเผชิญกับภาวะการเรียนรู้ถดถอย พัฒนาการหยุดชะงัก โดยทักษะด้านวิชาการถดถอยลงประมาณ 99% และทักษะด้านความจำใช้งาน (working memory) ถดถอยลง 98% และในปี 2564 พบว่า เด็กและเยาวชนเผชิญกับความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น เด็กและเยาวชนที่ทำแบบประเมินมากกว่า 24% เสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และ35%ของเยาวชนไทยที่ทำแบบประเมินมีความเสี่ยงทาง

สุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งด้าน โดยสาเหตุที่ส่งผลต่อความเครียดมากที่สุด คือ การศึกษา การเงิน และความสัมพันธ์ครอบครัว ตามลำดับ(ฉัตร คำแสง วรธร เลิศรัตน์ และเจณิตตา จันทวงษา, 2565)

ที่ผ่านมาผลกระทบเชิงลบที่ไม่ได้ตั้งใจจากการพัฒนาขนาดใหญ่เกิดขึ้นมากมายกับ เด็ก เยาวชน และครอบครัวไทย (ภูเบศร์ สมุทรจักร, กมลชนก ขำสุวรรณ, และพิมลพรรณ นิตยัณรา, 2562) ที่กล่าวไว้ข้างต้นเป็นเพียงผลกระทบบางส่วนเท่านั้น ทั้งนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้นในสังคมเริ่มได้รับการมองเห็นจากหน่วยงานที่กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาของประเทศในภาพรวม โดยเฉพาะในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่ให้ความสำคัญกับการเอาคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ม.ป.ป.) ดังที่ได้กล่าวไว้ในแผนว่า

“การเจริญเติบโตรุดหน้าทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศและความเจริญทางด้านวัตถุที่มากขึ้น มิได้หมายความว่าคนไทยและสังคมไทยจะมีความสุขสมบูรณ์พูนสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างทั่วถึง วัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่ดีงามและเรียบง่ายของสังคมไทยเริ่ม เปลี่ยนไปพร้อม ๆ กับความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ และความไม่มั่นคงของครอบครัว ชุมชน และสังคม การพัฒนาที่ท้าทายต่อการอยู่รอดของระบบเศรษฐกิจและความมั่นคงของสังคมไทยในอนาคต คือ การพัฒนาคน ซึ่งหมายถึงการพัฒนาคุณภาพและสมรรถนะของคนไทยให้สามารถมีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ ที่จะเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน สังคม และของชาติในที่สุด” (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ม.ป.ป., หน้า ง)

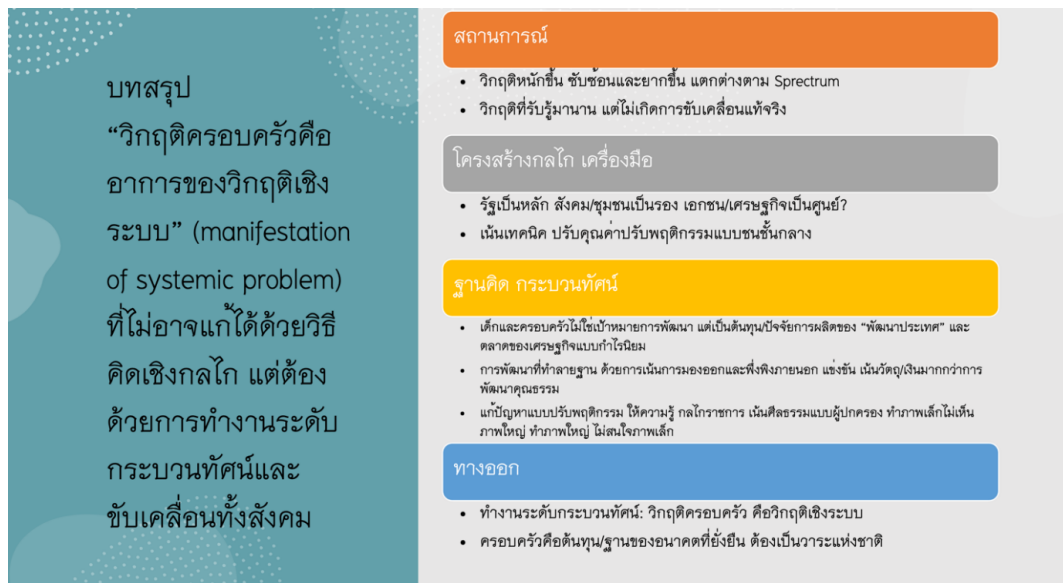
คำปรา้ นักฟิสิกส์ชาวอเมริกัน (Capra, F., 1982) ได้เขียนไว้ในหนังสือเรื่อง จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ (The Turning Point) ว่า วิกฤตินานับประการที่โลกกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ ล้วนเป็นต่างอาการของวิกฤตเดียวกัน คือ วิกฤตระดับการมองโลก (crisis of perception) มีธรรมชาติที่เชื่อมโยงเป็นระบบ (systemic problem) (Capra, F., 1982) การเข้าใจปรากฏการณ์นี้ ต้องอาศัยทัศนะที่ก้าวข้ามชุดความรู้เฉพาะทางที่เป็นกระแสหลักในปัจจุบัน และมองปรากฏการณ์นี้ ในฐานะของการเปลี่ยนผ่านทางสังคม (social transformation) (Capra, F., 1982)

มองในเชิงระบบ ปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ให้เห็น เป็นเพียงส่วนยอดของปัญหาที่อยู่ในระดับเหนือภูเขาน้ำแข็งที่มีเหตุที่ซับซ้อนได้ภูเขาน้ำแข็งเป็นตัวกำหนด ได้แก่ ความยากจน หนี้สิน การตกงาน ติดกับดัก การพึ่งพิงภายนอกทั้งวัตถุและจิตวิญญาณในทุกระดับ มั่งคั่งพร้อมแต่หิวโหยว่างเปล่า และวิกฤติครอบครัว มีธรรมชาติเช่นเดียวกับวิกฤติอื่นๆ ในสังคม คือ เป็นภาพสะท้อนของแนวคิดการพัฒนาระบบหลักในรอบเกือบศตวรรษที่ผ่านมา (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2566)



รูป 2.1 ภูเขาน้ำแข็งสะท้อนมุมมองปัญหาครอบครัว (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2566)

มองด้วยทัศนะเช่นนี้ วิถีครอบครัวก็มีธรรมชาติเช่นเดียวกับวิถีอื่นๆ ในสังคม เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกับพัฒนากระแสหลัก เป็นการ“พัฒนาประเทศ” ที่ก่อให้เกิดการทำลายฐานชุมชน ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม เน้นการพึ่งพิงภายนอก แข่งขัน เน้นวัตถุมากกว่าคุณธรรม เด็กและครอบครัว ถูกแปรเป็นต้นทุน หรือปัจจัยการของพัฒนา แต่ถูกตัดออกจากตัวแปรในสมการ ฯลฯ วิถีครอบครัวไทยจึงเป็นอาการของวิถีเชิงระบบ (manifestation of systemic problem) ที่ไม่อาจแก้ได้ด้วยวิธีคิดเชิงกลไก แต่ต้องขับเคลื่อนในระดับกระบวนทัศน์ เช่น การมองว่าครอบครัวคือต้นทุนสำคัญของอนาคตที่ยั่งยืน จะต้องเป็นวาระแห่งชาติ และใช้วิธีคิดเชิงระบบเอามาเป็นกระบวนทัศน์ในการขับเคลื่อนสังคมทั้งหมด (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ, 2566)



รูป 2.2 บทรูปครอบครัวคืออาการของวิกฤติเชิงระบบ

2.3 การประเมินเชิงการพัฒนา (Developmental Evaluation)

Developmental Evaluation หรือ DE เป็นคำที่ ไมเคิล ควิน แพตตัน (Michael Quinn Patton) ตั้งขึ้น (Patton, M., 2010) ดีอี ตามแนวคิดของ แพตตัน คือการประเมินโครงการหรือกิจกรรมพัฒนา ที่แตกต่างจากการประเมินเพื่อออกแบบ (formative evaluation) หรือ การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย (summative evaluation) ของโครงการ สิ่งที่เราเรียกว่า ปรัชญาพื้นฐาน ของ ดีอี คือ ความซับซ้อน (complexity) การคิดเชิงระบบ (system thinking) และความยืดหยุ่น (flexibility) สมมุติฐานเรื่องทำความเข้าใจและพัฒนาทางออกบนโลกอันซับซ้อน มุ่งที่การหาคำตอบหรือที่เรียกว่านวัตกรรมที่เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ โดยให้กิจกรรมการประเมิน เป็นกระบวนการที่กลืนแทรก ป้อนกลับ อยู่ในกระบวนการพัฒนา

“DE is an approach to evaluation, not a specific method or tool, designed to support decision making for innovation”. (Cense Ltd., n.d.)

งานของ Dozois, E., Langlois, M., & Blanchet-Cohen (2010) ได้สรุปการประเมินเชิงการพัฒนาว่ามีแนวคิดและวิธีการที่แตกต่างจากการประเมินกระแสหลักในหลายมิติ คือ

1. เรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาจริง ไม่ใช่ให้คนนอกมาตัดสิน
2. ประเมินเพื่อใช้ เพื่อแก้ ทันทิ
3. ผู้ประเมินเป็นส่วนหนึ่ง ร่วมแต่เริ่ม
4. บทบาทของ DE มากกว่าการเก็บ วิเคราะห์ข้อมูล แต่ร่วมไปในกระบวนการพัฒนา

5. การประเมินกฎเกณฑ์การประเมินเพื่อค้นหาพลวัตรเชิงระบบและเผยให้เห็นสิ่งใหม่หรือความคิด

6. DE เป็นวิธีการที่ยืดหยุ่น ใหม่สด ปรับตามสถานการณ์จริง (Dozois, E., Langlois, M., & Blanchet-Cohen, 2010, p.14)

นักประเมินเชิงการพัฒนาจะมีคุณลักษณะ ที่แตกต่างจากนักประเมินทั่วไป ในหลายด้าน แนวคิดเรื่องความซับซ้อน (complexity) และความเชื่อมโยงเป็นระบบ (systemic) หมายถึง กระบวนการประเมิน ถึงการพัฒนา ต้อง ใดและตอบได้กับ สถานการณ์ (situational sensitivity and responsiveness) สามารถปรับตัว กับสถานการณ์ที่ยากที่จะควบคุมหรือทำนาย (adaptation, situations of high uncertainty unpredictable and uncontrollable) มีความวางไว้วางใจ ปรารถนา (agility) เรียนรู้ที่จะ คาดการณ์ว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่คาดหมายเกิดขึ้น (learn to expect the unexpected) มีความยืดหยุ่น สามารถเปลี่ยนรูปแบบ แนวคิดและวิธี การประเมิน ให้เป็นไปตาม สถานการณ์ และความคาดหวัง ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ อาจเปลี่ยนแปลง ได้ ตลอดเวลาบน สถานการณ์ที่ซับซ้อน (Morell, 2010) นอกจากนี้ นักประเมินเชิงการพัฒนา ควรจะมีท่าทีของการ เปิดรับ สิ่งที่ไม่รู้ ไม่เข้าใจ หรือไม่คุ้นเคยมาก่อน (embrace unknowability) มี ทักษะ โครงการ เรียนรู้ เปิดกว้างต่อ ความเป็นไปได้หลายทาง (an inquiring mindset) ขณะเดียวกัน ก็เป็นผู้ กัดติติ ไม่ยอมแพ้ กับอุปสรรค ความล้มเหลว หรือข้อจำกัดต่างๆ พร้อมทั้งก้าวเดินไปในทิศทางที่ แม้จะไม่มี ความมั่นใจหรือมีความรู้ มาก่อนก็ ตาม (perseverance) (Patton, M. Q., McKegg, K., & Wehipaihana, N., 2015, p.271)

วิธีการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ใช้ สิ่งที่เราเรียกว่าการประเมินเชิงการพัฒนา (Developmental Evaluation) เป็นเครื่องมือ ซึ่งหัวใจสำคัญก็คือการทำงานกับความซับซ้อนของ วิฤตครอบครัวและ เหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สมมุติฐานสำคัญคือ ปัญหาสังคมต่างๆไม่ใช่ปัญหาในตัวเอง และ มิใช่ ปรากฏการณ์แบบกลไก การที่ปัญหายังดำรงอยู่ หรือทวีความยากขึ้น เพราะการมองข้ามความจริงอัน ซับซ้อน ตกอยู่ในกับดักของทัศนะแบบแบบเหตุเดี่ยว ผลเดี่ยว เส้นตรง การแก้ปัญหาใดๆ ต้องเริ่ม จากการใช้แนวคิดเชิงระบบ (systemic thinking) พร้อมทั้งจะทำงานบนวิธีคิดและกระบวนการที่ ยืดหยุ่น มีพลวัตร ใช้การประเมินเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และสร้างกลไกป้อนกลับของผลการเรียนรู้ สู่การปฏิบัติการ หลักการสำคัญของ การทำงาน ในแนวทางการประเมินเชิงพัฒนานี้ ก็คือ การ สร้างปัญหา จนเห็นความจริงที่ซับซ้อน เชื่อมโยง เกิดการยกระดับ ภายในตนจนสามารถเข้าไป ทำงาน เพื่อการแก้ปัญหาอย่างมีพลัง ไม่ทอดทิ้ง และคอยสานเป็นเครือข่าย ของกัลยาณมิตรในการ ทำงานอยากร่วมกัน หรือที่เรียกว่า 3 H คือ Head Heart Harmony

โครงการวิจัยนี้ ตั้งบนสมมุติฐานว่า ปัญหาครอบครัว เด็ก และเยาวชน คือ systemic problem ต้องอาศัยการขับเคลื่อนทางสังคม ผ่านการสร้างพื้นที่ของความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อเรียนรู้ข้อเท็จจริงของปัญหาเดิม ด้วยมุมมองใหม่ ขับเคลื่อนผ่านจุดคานงัด ในความซับซ้อน เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ลึกถึงระดับวิธีคิด ใช้กระบวนการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) สร้างการมีส่วนร่วมจากระดับฐาน เป็นการขับเคลื่อนทางสังคมในการแก้ปัญหา โดยเริ่ม จากการวิเคราะห์บทวนให้เห็นธรรมชาติของปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ ด้วยสายตาใหม่ ตั้ง คำถามกับสิ่งเดิม โดยเฉพาะการมองด้วยแนวคิด (complex adaptive system) การวิเคราะห์ ทางออก พัฒนาเครื่องมือ/วิธีการระบบ ตามแนวคิดใหม่ ลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา สรุปเป็นการ เรียนรู้จากผลที่ได้ ใช้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นใหม่หรือยังคงอยู่ นำกลับมาสู่การวิเคราะห์ หาทางออก และ ปฏิบัติการใหม่ วนเป็นรอบ (feedback loop) ไปเช่นนี้ตลอดกระบวนการ ใช้พื้นที่เป็นฐาน (area-based) เพื่อการเห็นภาพความเชื่อมโยงเชิงระบบของปัญหา เหตุปัจจัย และ ทางออก อันเป็น การทำงานด้วยกระบวนการเชิงระบบ (system approach) กลุ่มเป้าหมายที่จะมีส่วนร่วมใน กระบวนการคือผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน (ครอบครัว ผู้นำชุมชน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก และครอบครัว ครู ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ภาคเอกชน เครือข่ายประชาสังคม ใช้หลัก กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในการปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning Through Action-PILA) หมายถึง ใช้กระบวนการวิจัยเพื่อการขับเคลื่อนสังคม จะอยู่บนฐานของการเรียนรู้ร่วมกัน

โครงการวิจัยนี้ ดำเนินการใน 3 อำเภอของจังหวัดพิจิตร คือ อำเภอบางมูลนาก อำเภอวังทรายพูน และอำเภอตะพานหิน ระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน (มี.ค. 2566 – ก.พ. 2567) เป็นการทำงานเชิงขับเคลื่อนผ่านกิจกรรม 4 ลักษณะ คือ หนึ่ง เปิดพื้นที่ ขยายมุมมอง สร้างเครือข่าย สอง เรียนรู้ความจริงอันซับซ้อน มองสังคมด้วยสายตาใหม่ สาม ตีอาวุธ เพิ่มพลัง และ สี่ ขับเคลื่อน สรบบทเรียน



รูป 2.3 เส้นทางการดำเนินกิจกรรม

หนึ่ง กิจกรรมเปิดพื้นที่การเรียนรู้ ทวนเครือข่ายแบ่งปันข้อมูล ความคิดเห็นความซับซ้อน ค้นหาโจทย์ร่วม (onsite/online) เป้าหมายเพื่อสร้างพื้นที่รวมกลุ่มเรียนรู้ปรากฏการณ์ที่เผชิญ ด้วยคำถามและมุมมองใหม่ (สถานการณ์/รูปแบบปัญหา ข้อกังวล ความยุ่งยากซับซ้อนของเหตุปัจจัย ทำไมแก้ไขไม่ตก ใครทำอะไรอยู่ ฯลฯ ความฝันและจินตภาพร่วม เรียนรู้ทัศนะเชิงระบบ มองภาพเล็กในฐานะปรากฏการณ์ย่อย รากลึกถึงระดับวิถีคิด บทเรียนสำคัญของกิจกรรมลักษณะนี้ คือ การต้องใช้เวลาและกระบวนการ ที่จะทำให้ภาคีต่างๆ เกิดการข้ามผ่านจากการเห็นปัญหาเด็กและครอบครัวเป็นเพียงอาการของวิกฤติที่ซับซ้อน ด้วยเหตุข้อจำกัดจากความคุ้นชินกับประสบการณ์ มุมมองแบบเดิม และบริบทการทำงานงานและวิถีชีวิต

สอง การสร้างพื้นที่การเรียนรู้แบบเข้มข้น ด้วยกระบวนการจัดตั้งปัญญาศึกษา เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการของผู้เข้าร่วม 31 คน (บุคลากรทางการแพทย์ ครู ศพด ครูโรงเรียนอนุบาล อบต. สาธารณสุข และผู้ปกครองจาก 3 อำเภอ) ทำให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน กระบวนการที่เน้น 3 H คือ Head- มีปัญญาเห็นความซับซ้อนผ่านการ

วิเคราะห์ รูปธรรมปัญหาเด็กและครอบครัวที่เผชิญอยู่ Heart- การพัฒนามิติด้านใน ให้สามารถวางและยกระดับจิตใจ ให้นั่นคง สงบเย็น อยู่กับปัญหาอย่างถูกต้อง (ไม่กดดัน บีบคั้น) และ Harmony- เกิดเป็นความสัมพันธ์ในกลุ่มคนทำงาน เป็นเครือข่ายที่ชัดเจน เห็นปัญหาชัดและลึกซึ้ง เห็นความจำเป็นในการทำงานเชื่อมต่อเป็นเครือข่ายในทุกภาคส่วน เกิดแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน เริ่มต้นการทำงานด้วยความร่วมมือแบบสมัครใจ และทำงานใช้ความสำเร็จจากจุดเล็กๆ เพื่อขับเคลื่อนภาพใหญ่

สาม กิจกรรมมองความจริงเดิมด้วยสายตาใหม่ นำเอาข้อมูลจริงในพื้นที่ มานำเสนอยกระดับเป็นการเรียนรู้ความจริงที่เป็นระบบ มีหลักฐาน ผ่านกระบวนการวิจัย เช่น กิจกรรมเยี่ยมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) เพื่อเรียนรู้ปัญหา และสังเกตการทำงานของครู ผู้ปกครอง การลงชุมชนเพื่อเยี่ยมเด็กและครอบครัวที่มีปัญหา การสำรวจปัญหา ความต้องการ บริบทชีวิตผู้ปกครองและเด็ก กิจกรรมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กใน ศพด โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งหมด ถูกป้อนเข้าสู่เวทีการพูดคุย เพื่อร่วมเรียนรู้ ร่วมกันวิเคราะห์ จนเกิดเป็นมุมมองใหม่ และ การตระหนักในข้อเท็จจริงของปัญหาในพื้นที่

สี่ กิจกรรมการติดตามฯ เพิ่มพลัง เป็นไปตามหลักกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในการปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning Through Action- PILA) มีเป้าหมายให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติร่วมกัน โครงการใช้ 3 กิจกรรมสำคัญคือ การศึกษาดูงานด้านจิตตศึกษา ณ โรงเรียนลำปลายมาศพัฒนา จ.บุรีรัมย์ ของเครือข่าย 3 อำเภอ กิจกรรมการพัฒนาทักษะในการคัดกรอง และช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ และการร่วมมือกับผู้ปกครอง (Triple Ps) และ กิจกรรมการอบรมด้านจิตตปัญญา ให้กับครู ศพด และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของ โรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เป้าหมาย เพื่อติดตามฯ ครู ศพด ในการส่งเสริมพัฒนาการ การคัดกรองเด็กที่มีความผิดปกติ และ การให้ความช่วยเหลือ และ การทำงานกับผู้ปกครองในการช่วยเหลือดูแลเด็ก การพัฒนาทักษะด้านใน เพื่อให้เกิดพลังในการทำงานยากๆ โดยไม่ทุกข์ บีบคั้น

การดำเนินการวิจัยและผลการศึกษา

ตามแนวคิดการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation: DE) ขั้นตอนและวิธีการวิจัยจะตั้งอยู่บนฐานของชุมชนเป็นสำคัญ โดยกระบวนการขับเคลื่อนงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนา รูปแบบของการขับเคลื่อนสังคมด้วยตัวของชุมชนเอง ประกอบไปด้วยกระบวนการ 4 ระยะ ได้แก่

ระยะหนึ่ง : เวทีวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ต้นทุนในพื้นที่ และการพัฒนารอบแนวคิด มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาเด็ก และครอบครัวในชุมชน ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยน แนวคิด ประสบการณ์ ทักษะ นอกจากนี้ ยังเป็นไปเพื่อการค้นหาต้นทุนทางเครือข่ายสังคมในพื้นที่ โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในเวทีดังกล่าวคือ ผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตัวแทนครอบครัว ภาคประชาสังคม ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง (สาธารณสุข พัฒนาสังคม การศึกษา ฯลฯ) และ ภาคเอกชน

ระยะที่สอง : เวทีพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการขับเคลื่อนครอบครัวสุขภาวะ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างพื้นที่การเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย ที่ทำงานเกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อมเกี่ยวกับวิกฤติครอบครัวในพื้นที่ กระบวนการพัฒนาศักยภาพจะเน้นที่การก่อให้เกิดการขยายกรอบทักษะ ในการมองวิกฤตทางสังคมและครอบครัว เกิดการเติมเต็มมุมมองทั้งจากภายนอกและจากภายในชุมชน ทั้งจากประสบการณ์ตรงและจากวิชาการภายนอกและที่สำคัญที่สุดก็คือการใช้กระบวนการทางด้านจิตปัญญาศึกษา ที่จะเป็นเครื่องมือในการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้กับคนทำงาน

ระยะสาม : ขับเคลื่อนสังคมเพื่อสร้างครอบครัวสุขภาวะ เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติการโดยใช้ผลผลิตจากขั้นตอนที่สองมีลักษณะเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือมีการปฏิบัติการของกิจกรรมและโครงการต่างๆ พร้อมทั้งมีการประเมินเพื่อสรุปและถอดบทเรียนเป็นระยะๆ

ระยะสี่ : เวทีถอดบทเรียนเพื่อยกระดับประสบการณ์สู่บทสรุปเชิงนโยบาย เป็นขั้นตอนการขับเคลื่อนสังคมผ่านกิจกรรมและโครงการต่างๆ ในระยะที่สาม ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจะถูกแปรมาเป็นการเรียนรู้และบทสรุปว่าด้วยความซับซ้อนของปัญหาวิกฤติครอบครัวและบทเรียนของการขับเคลื่อนสังคมสู่การสร้างครอบครัวสุขภาวะ

ระยะหนึ่ง: เวทีวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ต้นทุนในพื้นที่ และการพัฒนารอบแนวคิด

ประกอบไปด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่

1. กิจกรรมการประชุมเครือข่ายเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

1.1 วัตถุประสงค์

เพื่อชี้แจงกระบวนการคิดในการดำเนินงานของโครงการ ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในระดับพื้นที่ แนวทางในการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกัน และค้นหาจุดคานงัดก่อนเริ่มต้นขับเคลื่อนงานในพื้นที่

1.2 กระบวนการ

กระบวนการดำเนินงานการพัฒนาแกนนำ (Core team) เพื่อขับเคลื่อนการวิจัยระดับพื้นที่ใช้วิธีการ 2 รูปแบบ คือ

1.2.1 ค้นหาแกนนำระดับพื้นที่หลายครั้งผ่านการประชุมออนไลน์ มีแกนนำสำคัญในระดับพื้นที่ 3 ท่าน ได้แก่ ผอ.โรงพยาบาลบางมูลนากและตัวแทนภาคเอกชน 2 ท่าน เป็นผู้ชักชวนกลุ่มแกนนำท่านอื่นๆ ที่มีบทบาทสำคัญในพื้นที่เพิ่มเติม เช่น ผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำอำเภอ อบต. อปท. เป็นต้น

1.2.2 การประชุมเครือข่ายร่วมกัน 1 ครั้ง ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ณ ห้องประชุมเมืองภูมิ ชั้น 3 อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางมูลนาก มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่ (1) ความคาดหวัง/ภาพฝันที่อยากเห็นครอบครัวอยู่เย็นเป็นสุข (2) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาร่วมกัน และ (3) เสนอแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกันในอนาคต



รูป 2.4 การประชุมเครือข่ายฯ

ลักษณะกิจกรรมเป็นการประชุมเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่รวม 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางมูลนาก อำเภอวังทรายพูน และอำเภอสะพานหิน ประกอบไปด้วย ตัวแทนผู้ปกครอง ตัวแทนสาธารณสุขประจำอำเภอ รองนายกเทศมนตรี นักพัฒนาชุมชน ประธานชมรมข้าราชการ บำนาญ ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และภาคเอกชนรวม 35 คน

1.3 ผลสรุปกิจกรรม

จุดความสำคัญในการขับเคลื่อนงาน

ผลจากการขับเคลื่อนงานในระยนี้เกิดกลุ่มแกนนำขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ 15-20 คน และกลุ่มแกนเห็นพ้องต้องกันว่าจุดตั้งต้นสำคัญในการขับเคลื่อนคือ **ศูนย์เด็กเล็ก** เนื่องจากเป็นพื้นที่สำคัญในการดูแลเด็กช่วงรอยต่อก่อนเข้าสู่วัยอนุบาล และเป็นพื้นที่ที่มีกลุ่มเครือข่ายในพื้นที่ให้ความสำคัญและตระหนักถึงความจำเป็นในการแก้ปัญหาเรื่องเด็กทั้งหน่วยงานภาครัฐ เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลประจำตำบล ชุมชน ครอบครัวและภาคเอกชน รวมไปถึงสามารถนำไปสู่ประเด็นปัญหาโครงสร้างอื่น ๆ เช่น โครงสร้างการเลี้ยงดูเด็ก โครงสร้างการแต่งงาน โครงสร้างครอบครัว เป็นต้น เนื่องจากในภาพรวมการจะทำให้ศูนย์เด็กเล็ก ดำรงอยู่ได้ หรือได้รับการพัฒนาที่ดีได้นั้น ไม่ใช่เพียงการสร้างโรงเรียน ระบบการเรียนการสอน หรือครูที่ดีเท่านั้น ยังหมายรวมถึงสภาพสังคมอื่นที่เด็กต้องออกไปเผชิญในอนาคตด้วยเช่นกัน ดังนั้นในการนำเอาเด็กเล็กหรือศูนย์เด็กเล็กเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างพื้นที่จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ เพื่อรวบรวมคนที่เกี่ยวข้อง และมีความสามารถในการขับเคลื่อนเข้ามาระดมความคิด จนนำไปสู่การค้นหารากเง้าของปัญหาและนวัตกรรมใหม่ ๆ ได้

ผลสถานการณ์ปัญหา

1) ปัญหาโภชนาการ : ในพื้นที่พบเด็กบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับร่างกาย ทั้งผอมหรือ อ้วนเกินไป ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การไม่รู้วิธีรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และไม่สามารถเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพได้

2) ปัญหาทางอารมณ์และสังคมในเด็ก: เด็กประมาณ 30% ในชุมชนมีพฤติกรรม ก้าวร้าว วิตกกังวล มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเพื่อน และใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเล่นโทรศัพท์มือถือ หรือวิดีโอเกม นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมลักขโมยหรือใช้สารเสพติด โดยมีสาเหตุมาจากการดูแลเอาใจใส่ การสนับสนุน และการชี้แนะจากผู้ปกครอง ตลอดจนการขาดทรัพยากรและโอกาสในการมีส่วนร่วมร่วมกับกิจกรรมทางสังคมที่สร้างสรรค์

3) ปัญหาทางสมองและภาษาของเด็ก: ประมาณครึ่งหนึ่งของเด็กในพื้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาหรือการใช้ภาษาของพวกเขา เช่น พัฒนาการทางภาษาช้ากว่าวัย สื่อสารเป็นภาษา

การตูน และมี IQ ต่ำกว่า 100 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดโอกาสทางการศึกษา มีทุนทรัพย์ไม่เพียงพอ หรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง ทั้งในส่วนที่ผู้ปกครองไม่มีเวลาใส่ใจให้การดูแลที่ถูกต้องและในส่วนที่ตามใจลูกมากเกินไป

4) ปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก: ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโตของเด็ก เช่น ในชุมชนแออัดบ้านมีปัญหาขยะพืดต ผอแม่ทำงานเครียดและมีปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบทารกที่คลอดก่อนกำหนดจากแม่ที่ติดยาอาจมีปัญหาในการเจริญเติบโต

วิธีการแก้ปัญหา

1) ทำกิจกรรมที่จะช่วยให้เด็กเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ: ศูนย์เด็กเล็กสามารถทำกิจกรรมส่งเสริมการเจริญเติบโตทางร่างกายและจิตใจของเด็ก เช่น การกระตุ้นให้เด็กๆ ทำสิ่งต่างๆ กลางแจ้งที่ช่วยให้ร่างกายพวกเขาแข็งแรง ว่องไว และรักษาสมดุลได้ รวมถึงการเล่นเกมและกิจกรรมที่ช่วยให้เด็กพัฒนาทักษะการคิด การแก้ปัญหา และความคิดสร้างสรรค์

2) ประเมินพัฒนาการเด็กและช่วยเหลือเด็กที่ประสบปัญหา: ศูนย์เด็กเล็กสามารถตรวจสอบและช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเรียน โดยครูศูนย์เด็กเล็กสามารถทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เพื่อระบุและแก้ไขปัญหาเหล่านี้

3) ติดตามผลกับผู้ปกครอง: ผู้ปกครองควรได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกต้องในด้านต่างๆ ทั้งเรื่องโภชนาการ พัฒนาการเด็ก ทักษะการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติ และทักษะการเลี้ยงดูอย่างมีส่วนร่วมร่วมกับเด็ก เพื่อพัฒนาการถูกต้องสมวัย รวมถึงควรมีการสื่อสารและติดตามผลการเลี้ยงดูเด็กร่วมกันระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้ปกครอง

4) สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนโครงการ: ศูนย์เด็กเล็กสามารถทำงานร่วมกับองค์กรท้องถิ่นเพื่อรับเงินและสนับสนุนโครงการต่างๆ ผ่านการทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน อบต. และภาคเอกชน เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการพัฒนาเด็กและสนับสนุนนโยบายและโครงการที่สนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของเด็ก

ข้อเสนอแนะแนวทางการขับเคลื่อนในอนาคต

1) พัฒนาโภชนาการของเด็กๆ: คนในชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้มีส่วนกำหนดนโยบายสามารถทำงานร่วมกันเพื่อให้อาหารที่ดีขึ้นแก่เด็ก โดยการส่งเสริมนิสัยการกินที่ดีต่อสุขภาพ ทำอาหารเพื่อสุขภาพที่หาซื้อได้ง่าย และสอนพ่อแม่และผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญของการกินที่ถูกต้อง

2) การดูแลความต้องการทางอารมณ์และสังคมของเด็ก: การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและสังคมของเด็กทำได้โดยการจัดกิจกรรมให้เด็กๆ ได้พูดคุยกัน ได้ฝึกการทำงาน

เป็นทีม เรียนรู้ที่จะรู้จักตนเองและเข้าใจผู้อื่น หรือกิจกรรมการส่งเสริมการอ่าน นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญควรประเมินและช่วยเหลือเด็กที่ก้าวร้าว ไม่แก้ไข หรือไม่อดทน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีควบคุมความโกรธ พัฒนาทักษะทางสังคม ให้ความเข้าใจแก่เด็กๆ เพื่อให้พวกเขาสามารถจัดการกับปัญหาทางอารมณ์และสังคมได้

3) การดูแลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม: การใช้ยาเสพติดและพฤติกรรมที่ไม่ดีที่เด็กได้รับจากสิ่งรอบตัวสามารถส่งผลกระทบต่อเจริญเติบโตของพวกเขา การแก้ปัญหา ได้แก่ การจัดสถานที่เล่นที่ปลอดภัย เช่น สวนสาธารณะและสนามเด็กเล่น ครูและผู้ปกครองควรช่วยกันสอนเด็กๆ ให้มีวินัยในการใช้เทคโนโลยีเพื่อลดการติดโทรศัพท์ ปู่ย่าตายายหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญมากในการให้คำแนะนำ สนับสนุน และดูแลหลานๆ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการเจริญเติบโตของพวกเขา นอกจากนี้ ยังควรมีการฝึกอบรมครูในศูนย์ดูแลเด็กเพื่อให้มีทักษะและข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการกับปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการพัฒนาการของเด็ก

กล่าวโดยสรุปเด็กๆ ควรได้รับโภชนาการอย่างถูกต้องเพื่อร่างกายที่แข็งแรง เติบโตสมวัย ได้รับการดูแลด้านจิตใจและสังคม และโอกาสในการพัฒนาสติปัญญาและทักษะการพูดมากขึ้น การมีสถานที่ที่ปลอดภัยให้เด็กๆ ได้เล่นและทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตจะช่วยป้องกันเด็กจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือการลอกเลียนพฤติกรรมที่ไม่ดีจากสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้ยาเสพติด การติดโทรศัพท์มือถือ ฯลฯ ครูในศูนย์ดูแลเด็กควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อศักยภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมถึงปู่ย่าตายายหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ควรได้มีส่วนร่วมในส่งเสริมพัฒนาการของเด็กด้วย

2. กิจกรรมการประชุมเครือข่ายระดับอำเภอ

2.1 วัตถุประสงค์

เพื่อเกิดพื้นที่และเครือข่ายการแลกเปลี่ยนแนวคิด ประสบการณ์ เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาครอบครัวและเด็กและต้นทุนทางสังคมวัฒนธรรม

2.2 กระบวนการ

กิจกรรมการประชุมเครือข่ายระดับอำเภอ ใช้กระบวนการเป็นการประชุมร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละอำเภอ ในวันที่ 22-23 พฤษภาคม พ.ศ.2566

2.3 ผลสรุปกิจกรรม

อำเภอตะพานหิน



รูป 2.5 การประชุมเครือข่ายระดับอำเภอตะพานหิน

กิจกรรมการประชุมเครือข่ายระดับอำเภอตะพานหิน จัดขึ้นในวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ณ ห้องประชุมโรงเรียนเทศบาล 3 มีผู้เข้าร่วมได้แก่ ผอ.โรงเรียนหัวเฉียว, อบต.หัวเฉียว, ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหัวเฉียว, ครูศูนย์การศึกษาเด็กพิเศษ, ครูฝ่ายวิชาการโรงเรียนเทศบาล 3, ผอ.โรงเรียนเทศบาล 3, ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแสงวิทยาเขตเทศบาล 4, คณะกรรมการผู้ปกครองโรงเรียนเทศบาล 3, ตัวแทนภาคเอกชน รวมทั้งหมด 17 คน

ผลสรุปสถานการณ์ปัญหาและต้นทุนสังคมอำเภอตะพานหินพบสถานการณ์ปัญหาเด็กติดมือถือ พูดภาษากำกวน และผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ ขณะที่ต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมพื้นที่มีเครือข่ายครูและท้องถิ่นที่เข้มแข็ง ครุมีศักยภาพและความรู้ในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ดี

อำเภอบางมูลนาก

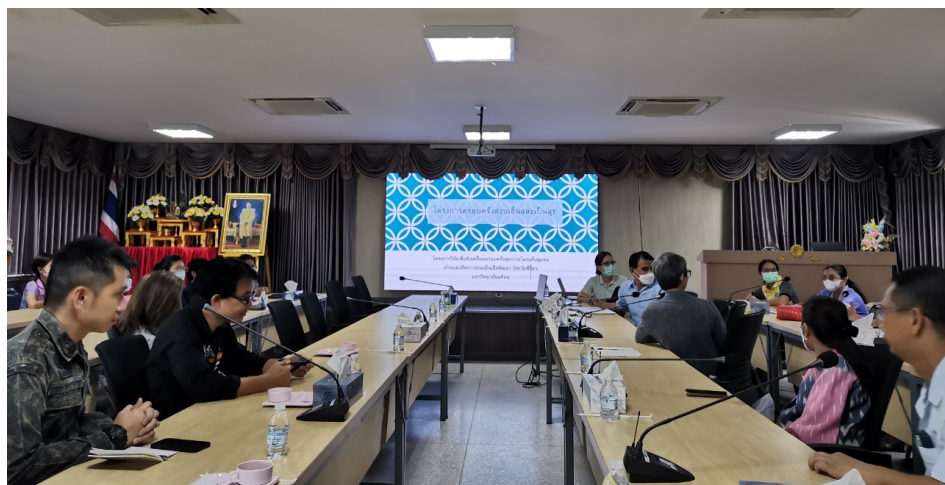


รูป 2.6 การประชุมเครือข่ายระดับอำเภอบางมูลนาก

กิจกรรมการประชุมเครือข่ายระดับอำเภอบางมูลนาก จัดขึ้นในวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลหอไกร มีผู้เข้าร่วมได้แก่ ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.เนินมะกอก, รองนายกฯเนินมะกอก, ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลหอไกร, รองนายกฯหอไกร, ครูรร.เทศบาล 2, ครูรร.โคงจ้อ, ประธานชมรมข้าราชการบำนาญ, กรรมการมูลนิธิ หลวงพ่อขุนแก้ว, สาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก, กุมารแพทย์รพ.บางมูลนาก, นักวิชาการสาธารณสุข หน่วยปฐมนุรักษ์ รพ.บางมูลนาก, ทันตแพทย์จากสโมสรไลออน และตัวแทนภาคเอกชน รวมทั้งหมด 24 คน

ผลสรุปสถานการณ์ปัญหาและต้นทุนสังคมอำเภอบางมูลนาก พบสถานการณ์ปัญหาเด็กติดมือถือ สมาธิสั้น พูดภาษาการ์ตูน ครอบครัวเด็กบางส่วนไม่พร้อม เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ หรือผู้ปกครองไม่มีการควบคุมและความรู้เท่าทันเทคโนโลยีสมัยใหม่ ขณะที่ต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมพื้นที่มีต้นทุนเรื่องการอ่านจากภาคเอกชน มีเครือข่ายความร่วมมือในพื้นที่โดยมีคณะกรรมการสถานศึกษา ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และตัวแทนผู้ปกครอง รวมถึงมีระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างศูนย์เด็กเล็กและระบบสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ยังไม่เป็นระบบมากนัก

อำเภอวังทรายพูน



รูป 2.7 การประชุมเครือข่ายระดับอำเภอวังทรายพูน

กิจกรรมการประชุมเครือข่ายระดับอำเภอบางมูลนาก จัดขึ้นในวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต.วังทรายพูน มีผู้เข้าร่วมได้แก่ นายกอบต.วังทรายพูน, อสม., คณะกรรมการผู้ปกครอง, อบจ., สาธารณสุขอำเภอ, ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุ่งโม่ง, ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลวังทรายพูน และตัวแทนผู้ปกครอง รวมทั้งหมด 35 คน

ผลสรุปสถานการณ์ปัญหาและต้นทุนสังคมอำเภอวังทรายพูน พบสถานการณ์ปัญหาเด็กพูดภาษาการ์ตูน พัฒนาการช้า เด็กติดมือถือ พฤติกรรมเด็กต่างกันเมื่ออยู่บ้านกับอยู่โรงเรียน

ผู้ปกครองบางส่วนไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการเด็ก ขณะที่ต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมพบว่าครูในศูนย์เด็กเล็กสามารถยึดโยงกับผู้ปกครองในพื้นที่ได้ ครูมีความรู้เข้าอบรมพัฒนาทักษะอยู่เสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น EF, LEC, Triple-P, การใช้สื่อ, สุขภาพเด็ก, ภาษาอังกฤษ ฯลฯ เป็นต้น และลักษณะพื้นที่เป็นชนบท/ความสัมพันธ์ชาวบ้านใกล้ชิดกัน สามารถเชื่อมต่อข้อมูลเด็กง่าย และมีพื้นที่ให้เด็กได้ออกไปเล่นต่างจากสังคมเมือง

3. กิจกรรมการลงพื้นที่เยี่ยมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3.1 วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่และข้อจำกัดของเด็กและครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการช่วยแก้ปัญหาหรือพัฒนาการขับเคลื่อนปัญหาครอบครัวและเด็กได้ในอนาคต รวมถึงเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ปัญหาเด็กที่ได้ในพื้นที่ไปใช้เป็นโจทย์สำคัญในกระบวนการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ต่อไป

3.2 กระบวนการ

ลงพื้นที่เยี่ยมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง ใน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางมูลนาก 2 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหอไกรและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเนินมะกอก และอำเภอวังทรายพูน 2 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต.วังทรายพูนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทุ่งโม่ง โดยใช้วิธีการสังเกตการณ์และพูดคุยกับครูและผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้นๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เด็ก จากนั้นลงเยี่ยมบ้านเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการร่วมกับครูในศูนย์เด็กเล็ก

3.3 ผลสรุปกิจกรรม

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานศึกษาที่ให้การอบรมเลี้ยงดู จัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้เด็กเล็กที่มีอายุตั้งแต่ 2 – 4 ปี สังกัดภายใต้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นนั้นๆ มีครูในแต่ละศูนย์ประมาณ 3-4 คนต่อเด็ก 30-40 คนต่อศูนย์ฯ ในภาพรวมกระบวนการทำงานของครูในระหว่างปีการศึกษาจะใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หมายถึงคู่มือที่ใช้ในการประเมิน พัฒนาการเด็กปฐมวัย 5 ด้านได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม หากพบเด็กไม่ผ่านการประเมินหรือครูสังเกตเห็นพฤติกรรมผิดปกติ เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พูดซ้ำ พูดภาษาการตุ้ม ไม่สบตา เป็นต้น จะแจ้งไปทางผู้ปกครองผ่านทางไลน์ พูดคุยก่อน-หลังรับ-ส่งเด็กในแต่ละวัน หรือการประชุมผู้ปกครอง เพื่อแนะนำให้ผู้ปกครองส่งต่อเด็กเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลต่อไป โดยปกติจะแนะนำให้พบแพทย์ที่รพสต.ก่อนจะนำส่งไปโรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดตามลำดับ

ซึ่งวิธีการส่งต่อเด็กในภาพรวมยังพบข้อจำกัดหลายประการ อาทิ ผู้ปกครองไม่ยอมรับว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ครูในบางศูนย์มีทักษะในการประเมินเด็กไม่เพียงพอหรือครูในแต่ละศูนย์มีทักษะไม่เท่ากัน ครูไม่มีความเชื่อมั่นในการประเมินเด็กหรือในบางศูนย์ผู้ปกครองไม่มีความเชื่อมั่นในการประเมิน เป็นต้น

3.3.1 อำเภอบางมูลนาก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหอไกร

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหอไกร ตั้งอยู่ในเนื้อที่ส่วนหนึ่งขององค์การบริหารส่วนตำบลหอไกร ปัจจุบันในปีพ.ศ. 2566 มีเด็กรวมทั้งหมด 35 คน แบ่งเป็นห้องเด็ก 2 ขวบ รวม 21 คน และห้องเด็ก 3 ขวบ รวม 14 คน ดูแลโดยครูห้องละ 2 คน รวมทั้งหมด 4 คน ปัญหาเด็กที่พบส่วนใหญ่ คือเด็กมีปัญหาเรื่องการสื่อสารเป็นหลัก เช่น พูดไม่เป็นคำ พูดซ้ำ พูดภาษาการตุ้น เป็นต้น เฉลี่ยต่อปีที่พบประมาณ 5 คน

ตัวอย่างกรณีศึกษา

น้องต่อ พบมีพัฒนาการล่าช้าด้านการสื่อสาร ไม่พูด ไม่สบตา สันนิษฐานว่าอาจมีปัญหาพัฒนาการอย่างออทิสติก เดิมจากคำบอกเล่าของป้า น้องต่ออาศัยอยู่กับแม่และพี่สาวคนโตอายุ 18 ปี ที่กรุงเทพฯ แม่มีอาชีพค้าขายต้องออกไปขายของทุกวัน ทำให้เวลาส่วนใหญ่น้องต่ออาศัยอยู่กับพี่สาว โดยมีวิธีการเลี้ยงน้องในคอกกั้นตลอดพร้อมกับเปิดทีวีให้ดูไปพร้อมกัน ขณะที่พี่สาวก็ติดโทรศัพท์เช่นกัน ซึ่งส่งผลให้น้องไม่ได้สื่อสารกับใคร อยู่คนเดียว เล่นคนเดียว และต้องใส่แพมเพิสตลอด จนเมื่อ 5 เดือนก่อนแม่เริ่มสังเกตว่าน้องผิดปกติ จึงส่งน้องต่อกลับมาให้ป้าเลี้ยงที่พิจิตรแทน

น้องข้าวโพด พบมีพัฒนาการล่าช้าด้านการสื่อสาร พูดซ้ำ อารมณ์ร้อน และติดมือถือบริบทครอบครัวน้องข้าวโพด มีแม่เป็นแม่วัยรุ่น บ้านเดิมอยู่ทางภาคใต้มีลูกมาแล้ว 3 คน คือ ลูกคนโตเกิดจากสามีคนแรก ส่วนสามีคนปัจจุบันเป็นคนพื้นที่ในจ.พิจิตรมีลูกด้วยกัน 2 คน ลูกชายคนกลางอายุ 6 ขวบ เรียนอยู่โรงเรียนหนึ่งในอำเภอ และน้องข้าวโพดอายุ 2 ขวบ 4 เดือนปัจจุบันแม่น้องมีอาชีพขายของตลาดนัดเล็กๆน้อยๆ และอาศัยอยู่ในบ้านเช่าแห่งหนึ่งกับลูก 2 คน ส่วนพ่อน้องปัจจุบันอยู่ในช่วงเกณฑ์ทหารในจังหวัดเพชรบูรณ์จะกลับมาบ้านบ้างช่วงวันหยุด และมีญาติผู้ใหญ่ของฝ่ายชาย (ปู่-ย่า) อาศัยอยู่ในบ้านอีกหลังหนึ่ง โดยมักจะแวะมาหาน้องข้าวโพดบ้างเป็นบางครั้ง จากคำบอกเล่าของแม่ของน้องคิดว่าสาเหตุที่ทำให้ลูกไม่พูด คือ และเอาแต่ใจอาจเป็นเพราะยาตามใจ และอาจเพราะไม่ได้พาลูกไปขายของด้วย ทำให้ไม่ค่อยได้เจอผู้คน ซึ่งต่างจากลูกคนกลางที่มักพาไปขายของด้วยเสมอ ทำให้ไม่มีอาการแบบเดียวกับน้องวายุ ทั้ง ๆ ที่เลี้ยงลูกทั้งสองคนเหมือนกัน

น้องแยม พบมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกัน ไม่พูด สื่อสารไม่รู้เรื่อง ไม่สบตา การสื่อสารพูดไม่เป็นประโยค แต่เปล่งเสียงได้ ร้องเพลง ABC ได้ พูดเป็นคำ ๆ แต่สื่อสารไม่ได้ และแม่ไม่เข้าใจว่าทำทางหรือสิ่งที่ลูกพูดหมายถึงอะไร สันนิษฐานว่าอาจเป็นออทิสติก ปัจจุบันน้องแยมอายุ 4 ขวบกว่าอาศัยอยู่กับแม่และน้องชายอายุ 7 เดือนตามลำพังในบ้านเช่าแห่งหนึ่ง โดยเดิมตาเคยอาศัยอยู่ด้วยจนเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมาตาตัดสินใจไปบวชโดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ต้องอยู่กันตามลำพังและแม่ไม่สามารถขับรถมอเตอร์ไซด์ไปส่งน้องแยมเข้าเรียนได้ น้องแยมจึงไม่ได้ออกไปไหนอยู่แต่ในบ้าน โดยแม่จะคอยคล้องประตูลูกไว้ตลอดกัมน้องแยมออกจากบ้าน ส่วนรายได้ในการเลี้ยงดูลูกมาจากเงินเดือนของสามีใหม่ที่จะส่งให้ทุกเดือนจากการทำงานโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดสระแก้ว

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเนินมะกอก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเนินมะกอก ตั้งอยู่ในเนื้อที่ส่วนหนึ่งของเทศบาลตำบลเนินมะกอก ปัจจุบันในปีพ.ศ. 2566 มีเด็กทั้งหมด 22 คน แบ่งเป็นห้องเด็ก 2 ขวบ รวม 11 คน และห้องเด็ก 3 ขวบ รวม 11 คน ดูแลโดยครูห้องละ 2 คน รวมทั้งหมด 4 คน ปัญหาเด็กที่พบส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจ ดื้อมือถือ พฤติกรรมเด็กแตกต่างกันเมื่ออยู่ที่บ้านกับศูนย์ฯ และพัฒนาการช้า โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร ซึ่งปัญหาที่พบเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มและซับซ้อนมากขึ้นทุกปี ในขณะที่ทักษะในการจัดการกับเด็กของครูยังใช้วิธีการเดิม ทำให้ในบางกรณีทักษะที่ครูมีไม่เพียงพอต่อการรับมือกับเด็ก และในปีปัจจุบันจากการประเมินของครูห้องเด็ก 2 ขวบพบเด็กพูดช้า 2 คน และห้อง 3 ขวบอีก 2 คน

ตัวอย่างกรณีศึกษา

น้องเหนือ และน้องไต้ ฝาแฝดที่เรียนอยู่กัองเด็ก 3 ขวบ พบพฤติกรรมเอาแต่ใจ เข้ากับเพื่อนคนอื่น ๆ ในห้องไม่ได้ ไม่สบตา ดื้อจ้อ และพูดไม่ได้ทั้ง 2 คน มีประวัติเข้ารับการรักษาที่คลินิกกรรมบำบัดที่โรงพยาบาลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่ปีพ.ศ. 2665 แต่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาทางด้านครอบครัวตามคำบอกเล่าของครูที่กล่าวว่า ครอบครัวนี้มีปัญหาหนี้สินนอกระบบ ทำให้ต้องย้ายที่อยู่และขาดเรียนบ่อย พ่อเด็กไปทำงานขับรถแมคโครนอกพื้นที่ไม่ค่อยได้อยู่บ้านกับลูก ส่วนแม่เด็กดูแลลูกเป็นหลักทำงานรับจ้างและค้าขาย

3.3.2 อำเภอวังทรายพูน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต. วังทรายพูน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต.วังทรายพูน เริ่มต้นก่อตั้งในปีพ.ศ. 2522 บนพื้นที่ร.ร.หนองยาง ปัจจุบันย้ายมาอยู่บนที่ดินเอกเทศมีอาคารเป็นสัดส่วนตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564 ลักษณะอาคารชั้นเดียว

ภายในแบ่งห้องสำหรับเด็ก 2 ขวบและห้อง 3 ขวบ ด้านหน้ามีสนามเด็กเล่นบนพื้นทราย ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2566 มีครูทั้งหมด 3 คน ต่อเด็กรวม 33 คน ซึ่งในจำนวนครู 3 คน มีครู 1 คนหรือที่ผู้ปกครองเรียกว่า “แม่ครู” เป็นกำลังสำคัญในการสื่อสารกับผู้ปกครองและได้รับความไว้วางใจจากคนในพื้นที่ค่อนข้างมาก เนื่องจากแม่ครูทำงานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้มานาน และดูแลเด็กในพื้นที่หลายรุ่น ส่วนปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ เด็กพูดไม่ชัด พูดภาษาการตุ๋น ติดมือถือ และพบผู้ปกครองส่วนใหญ่เลี้ยงลูก/หลานแบบตามใจ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทุ่งโม่ง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทุ่งโม่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่ส่วนหนึ่งของโรงเรียนบ้านทุ่งโม่ง สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2566 มีครูทั้งหมด 3 คน ต่อเด็กรวม 13 คน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ พบคล้ายกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ โดยครูรู้สึกในช่วงหลายปีให้หลังเด็กดูเลอะสกปรกมากขึ้น เพราะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองใช้ความสะดวกสบายในการเลี้ยง ตามใจ มักยื่นมือถือให้เด็กเมื่อเด็กร้อง ดื้อ หรือเอาแต่ใจ ซึ่งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถช่วยปรับพฤติกรรมเด็กได้เพียงบางส่วนเท่านั้น โดยมากครูใช้วิธีการสังเกตและค่อยๆ ปรับพฤติกรรมเด็กเป็นรายคน เช่น เด็กเอาแต่ใจ จะสอนให้เด็กแบ่งของเล่นกับเพื่อน แทรกคำสอนผ่านคำพูด เป็นต้น

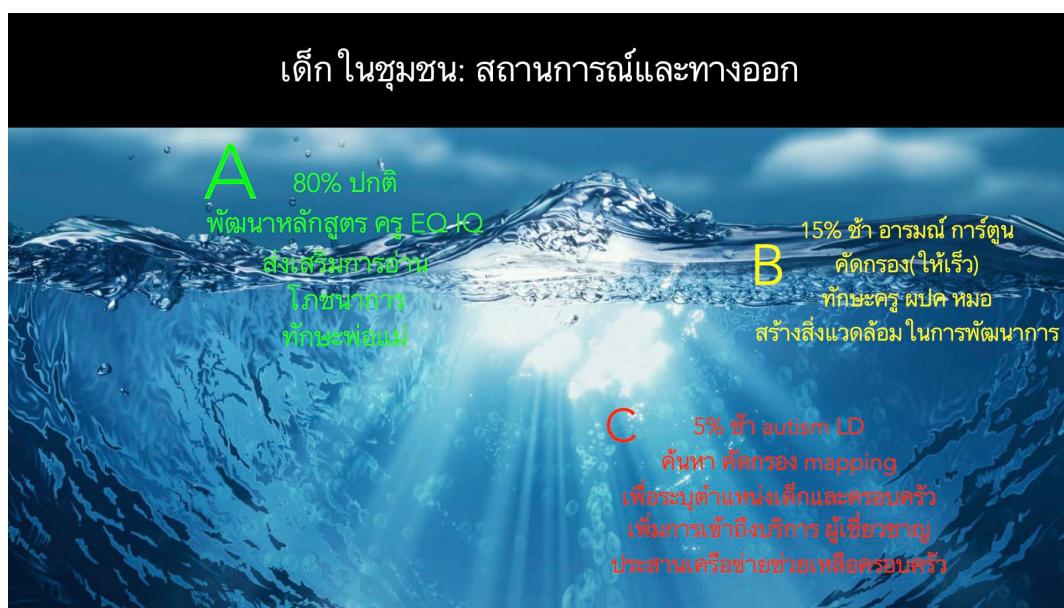
ตัวอย่างกรณีศึกษา

น้องภูเข่า พบพฤติกรรมติดมือถือรุนแรง ไม่พูด ไม่สบตา ไม่เข้ากลุ่มกิจกรรมกับเพื่อน สันนิษฐานเป็นออทิสติก ปัจจุบันอาศัยอยู่กับย่าหวด 2 คน พ่อและแม่เด็กหย่าร้าง แม่หลังจากหย่าร้างกันย้ายกลับไปอยู่บ้านเดิมในอำเภอใกล้เคียง ขาดการติดต่อ ส่วนพ่อเด็กไปทำงานต่างจังหวัด นานๆ ครั้งจึงจะกลับบ้าน รายได้ส่วนใหญ่ในการเลี้ยงดูน้องไทเกอร์มาจากเบี้ยผู้สูงอายุของย่าหวดและงานที่พ่อเด็กส่งมาให้บ้างในบางเดือนเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องสิทธิการรักษาของน้องภูเข่าที่อยู่คนละอำเภอกับที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ทุกครั้งที่เข้ารับการรักษามีต้องเสียเงินเองและเจ้าหน้าที่ไม่มีฐานข้อมูลเด็กในพื้นที่จริง

3.3.3 นัยยะสำคัญที่ได้จากกิจกรรมการลงพื้นที่เยี่ยมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

1) จากสถานการณ์เด็กและบริบทครอบครัวสามารถแบ่งเด็กออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ได้แก่ (1) กลุ่ม A เด็กพัฒนาการปกติตามวัย มีประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ (2) กลุ่ม B เด็กเข้าข่ายจะมีปัญหาหรือมีปัญหาด้านพัฒนาการเพียงเล็กน้อย มีประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ และ (3) กลุ่ม C เด็กวิกฤต เช่น มีปัญหาด้านพัฒนาการช้า ออทิสติก ตัวอย่างเช่นเคส น้องมิน น้องกัน น้องไทเกอร์

2) ระบบการช่วยเหลือส่งต่อภายในชุมชนยังไม่เชื่อมต่อเป็นระบบป้องกันหรือแก้ไขที่ดี โดยเฉพาะการเข้าถึงและค้นหาเด็กในกลุ่ม B และ C เนื่องจากวิธีการตรวจคัดกรองเด็กในภาพรวมเกิดจากการประเมินของครูแล้วจึงส่งไปไปยังสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ทักษะในการประเมินเด็กของครู ความต่อเนื่องของผู้ปกครองที่จะพาเด็กเข้ารับการรักษาสีทธิการรักษาพยาบาลข้ามเขตกรณีตัวเด็กอยู่คนละพื้นที่สิทธิการรักษา เป็นต้น รวมถึงปัจจัยทางสังคมอื่นๆ อาทิ ปัญหาครอบครัวหย่าร้าง ปัญหาผู้ปกครองขาดทักษะในการเลี้ยงดูบุตรหลาน ความต่างทางเจนเนอร์เรชั่น ปัญหาความยากจน ปัญหาเศรษฐกิจ



รูป 2.8 การแบ่งกลุ่มเด็กเป็น 3 กลุ่มใหญ่

3) ข้อเสนอแนะทางการแก้ไขในระยะต่อไป ตัวอย่างเช่น (1) เด็กกลุ่ม A ส่งเสริมพัฒนาหลักสูตรเพิ่มทักษะครู ส่งเสริมการอ่าน โภชนาการ และทักษะการเลี้ยงดูให้กับผู้ปกครอง (2) เด็กกลุ่ม B พัฒนาการตรวจคัดกรองให้รวดเร็ว ส่งเสริมทักษะครู ผู้ปกครอง หมอ ร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการกระตุ้นพัฒนาการ และ (3) เด็กกลุ่ม C ค้นหาและคัดกรองด้วย Mapping เพื่อระบุตำแหน่งเด็กและครอบครัว โดยการก่อร่างเครือข่ายจากหลายภาคส่วนในพื้นที่ทำแผนเฝ้าระวังและลงเยี่ยมเด็กอย่างสม่ำเสมอผ่านกลุ่มผู้สูงอายุหรือข้าราชการเกษียณ ซึ่งจะทำให้มีผลดีทั้งเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับการดูแลสม่ำเสมอ และกลุ่มคนที่เข้าไปเยี่ยม เช่น ผู้สูงอายุ รู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น หรือเพิ่มการเข้าถึงบริการกับผู้เชี่ยวชาญ ประสานเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อช่วยเหลือครอบครัวเด็ก เป็นต้น

ระยะสอง: เวทีพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการขับเคลื่อนครอบครัวสุขภาวะ

ประกอบไปด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม ได้แก่

4. การอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop)

4.1 วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างพื้นที่/เวที แห่งการหลอมรวมพลังในการร่วมเรียนรู้ แบ่งปัน ประสบการณ์ แนวคิด ภาพฝัน และสร้างเครือข่ายการขับเคลื่อนสังคม โดยเน้นการทำงานเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับเด็กและครอบครัวในพื้นที่ร่วมกันทั้ง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางมูลนาก อำเภอวังทรายพูน และอำเภอสะพานหิน

4.2 กระบวนการและกิจกรรม

การอบรมเชิงปฏิบัติการ จัดขึ้นเพื่อพัฒนาแนวคิดแกนนำ (Core group) และเครือข่าย จัดขึ้นเมื่อวันที่ 6 - 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ณ ห้องประชุม สบายใจรีสอร์ท ตำบล เขาทราย อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร

ผู้เข้าร่วมการอบรมประกอบไปด้วยบุคลากรทางการแพทย์ ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูในโรงเรียนอนุบาล ตัวแทนหน่วยงานแทนเทศบาล อบต. สาธารณสุข และผู้ปกครองทั้ง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางมูลนาก อำเภอวังทรายพูน และอำเภอสะพานหิน รวมผู้เข้าร่วมจำนวน 31 คน

ตาราง 2.1 กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ช่วง	เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
วันที่ 1 : 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2566			
1	09:00 – 12:00 น.	❖ ทำความรู้จักกัน ❖ สร้างบรรยากาศผ่อนคลาย	❖ Introduction แจ้งภาพรวมและเป้าหมาย กระบวนการ ❖ กิจกรรมสันทนาการสร้างความคุ้นเคย ผ่านกิจกรรม Human Bingo ใช้คำถามให้รู้จักกันลึกกว่าที่เคยรู้จักมาก่อน ❖ ชมคลิปข่าว เพื่อเป็น input ในการวิเคราะห์และมองปรากฏการณ์เดิมด้วยสายตาใหม่ ❖ กิจกรรม “ชวนคิด ชวนคุย” ยกเคสศึกษาจากการลงพื้นที่ 3 เคส เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมอง (1) เหตุปัจจัย (2) อาการของปัญหา และ (3) ผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหากไม่ลงมือทำอะไร

ช่วง	เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			(แบ่งกลุ่ม 5 กลุ่ม คละพื้นที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น)
พักรับประทานอาหารกลางวัน			
2	13.00 – 16:00 น.	❖ พลังกลุ่มและการทำงานร่วมกัน ❖ เสริมมุมมองและทักษะการคิดเชิงระบบ	❖ กิจกรรมภาวนาเจริญสติ 15 นาที เพื่อเตรียมความพร้อมด้วยการฝึกสติอย่างง่าย ที่สามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถทำงานท่ามกลางความซับซ้อน (complexity) ด้วยใจที่มั่นคง ❖ นำเสนอผลการวิเคราะห์กิจกรรม “ชวนคิดชวนคุย” ❖ เกมเปิดชิงพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ – การมองเห็นความซับซ้อนของปัญหา ปัจจัยที่เชื่อมโยงกันระหว่างตัวเราเองที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เชื่อมโยงสู่การมองปัญหา จุด pain point การทำงานด้านเด็กและเยาวชน ❖ สะท้อนผลจากการทำกิจกรรมเปิดชิงพื้นที่ ❖ บรรยายสรุปภาพใหญ่ในการทำงานเรื่องเด็กและครอบครัว
ช่วง	เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
วันที่ 2 : 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2566			
1	9:00 – 9:30 น.	❖ เตรียมความพร้อมของกลุ่ม	❖ กิจกรรมเช็คอิน ❖ กิจกรรมสนทนาแบ่งกลุ่ม ❖ Recap ทบทวนการเรียนรู้ของวันที่ 1 นำเสนอรายกลุ่ม
2	9:30 – 10:30 น.	❖ เพิ่มเติมแนวคิดในการทำงานกับความซับซ้อน (complexity)	❖ ชมคลิป VDO welcome เพื่อเป็น input ในการวิเคราะห์ ❖ บรรยาย เพื่อเพิ่มเติมแนวคิดในการทำงานกับความซับซ้อนของปัญหาเด็กและครอบครัว โดยใช้เคสตัวอย่างปัญหาเด็กที่พบจากกิจกรรมการลงพื้นที่

ช่วง	เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
			เยี่ยมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นข้อมูลในการชวนคิด ชวนมองปัญหาที่ซับซ้อน และหาทางออกร่วมกัน
พักรับประทานอาหารว่าง			
3	10:45 – 12:00 น.	❖ แשרเป้าหมาย-รู้ เขา-รู้เรา	❖ ชวนมองไปข้างหน้าร่วมกัน (Next Step) อยากทำอะไรกับใครต่อ หลังจากเห็นภาพความ เชื่อมโยงกันจาก mapping ให้เกิดการเกาะเกี่ยวกันเป็นเครือข่ายผ่านโจทย์ สำคัญ 2 โจทย์ คือ (1) ภาพที่อยากเห็นหรือคาดหวังในการขับเคลื่อน (2) โครงการหรือกิจกรรมในการขับเคลื่อน
4	12.00-13.00	❖ เติมกำลังใจซึ่ง กันและกัน	❖ ขอบคุณชื่นชมกันและกัน ❖ สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และปิดวง

4.4 ผลสรุปกิจกรรม

ตลอดระยะเวลา 2 วันของการจัดกิจกรรมพบว่าผู้เข้าร่วมการอบรมมีทัศนคติในการมองเห็นปัญหาเรื่องเด็กและครอบครัวลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น และเห็นถึงความสำคัญของพลังเครือข่ายในการทำงานเพื่อเด็กและครอบครัว ทั้งจากการทำงานกับกลุ่มเครือข่ายในพื้นที่อำเภอเดียวกัน หรือต่างอำเภอบนพื้นฐานของการเห็นภาพความหวังและเป้าหมายอนาคตร่วมกัน โดยเฉพาะในช่วงทำกิจกรรมวันที่ 2 จากกิจกรรม “มองไปข้างหน้าร่วมกัน” ได้สะท้อนให้เห็นมุมมองภาพฝันและการขับเคลื่อนงานผ่านโครงการหรือกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรมในอนาคตดังนี้

กิจกรรม “มองไปข้างหน้าร่วมกัน” เป็นกิจกรรมแบ่งกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนแปลงมุมมองความคิดระหว่างผู้เข้าร่วมการอบรม โดยมีโจทย์ใหญ่ 2 ข้อคือ (1) ภาพที่เราอยากเห็นหรือคาดหวังในการขับเคลื่อนสังคมที่ครอบครัวอยู่เย็นเป็นสุขในพื้นที่ และ (2) ในการขับเคลื่อนงานต่างๆเช่นนี้ควรมีโครงการหรือกิจกรรมอะไรร่วมกันบ้างที่จะทำให้เรามีอาวุธในการทำงานที่ดีขึ้นและมีเครือข่ายคนทำงานที่เข้มแข็งแน่นแฟ้นขึ้น สรุปได้ดังนี้

ตาราง 2.2 สรุปการแลกเปลี่ยนมุมมอง ความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วมการอบรม

กลุ่ม	(1) ภาพที่อยากเห็นหรือ คาดหวังในการขับเคลื่อน	(2) โครงการหรือกิจกรรมในการขับเคลื่อน
กลุ่ม ที่ 1	-อยากเห็นเด็กที่มีปัญหา เหล่านี้น้อยลงทุกปี -ระบบการเชื่อมต่อระหว่าง หน่วยงานต่างๆ	เพิ่มศักยภาพให้กับครู เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้กับ ผู้ปกครอง โดยอาจจะเป็นโครงการภายในพัฒนาหลักสูตร สร้างใบประกาศสำหรับคุณครู
กลุ่ม ที่ 2	-เกิดภาพครอบครัวสุขสันต์ (จุดเริ่มต้นที่ดีต้องเริ่มจาก ครอบครัว) -การร่วมมือกันทุกหน่วยงาน ทั้งจากครอบครัว โรงเรียน สาธารณสุข รพ. หน่วยงาน รัฐ และเอกชน	-โครงการ/กิจกรรมหาข้อพื้นฐานเด็กที่ต้องการเป็น จุดเริ่มต้นหรือต้นแบบโมเดลในการพัฒนา ขอความ ร่วมมือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม เพื่อหาแนว ทางแก้ไขเป็นความสำเร็จเล็กๆ ที่จะขยายต่อไปในอนาคต บนพื้นฐานความร่วมมือแบบสมัครใจทุกภาคส่วน คือ 1. โรงเรียน – หาข้อมูลพื้นฐาน, คุณครูพูดคุยกับครอบครัวที่ มีปัญหา, แนะนำโครงการครอบครัวสุขสันต์ และเยี่ยม บ้านโดยร่วมกับภาคีเครือข่ายครู หมอ จิตอาสาและท้องถิ่น 2. ชุมชน,ท้องถิ่น,ภาคีเครือข่าย - จัดสรรบุคลากรและ งบประมาณ, ประชาสัมพันธ์โครงการให้เห็นถึงความสำคัญ และผลของโครงการที่เกิดขึ้นและจัดตั้งโครงการให้อยู่ใน แผนการพัฒนาที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง 3. ครอบครัว - ร่วมประชุม,รับฟังแนวทางโครงการ,สมัครใจ เข้าร่วมโครงการ,เข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโครงการ 4. สาธารณสุข - ระบบรับ-ส่งต่อเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก, บุคลากรเข้าร่วมโครงการ, วางระบบเชื่อมโยงข้อมูลจาก ศูนย์เด็กเล็กและท้องถิ่น, อบรมศูนย์เด็กเล็กขยายผลไปที่ ครอบครัว และการรณรงค์ที่มศูนย์เด็กเล็กแก่ผู้ปกครอง
กลุ่ม ที่ 3	-ครอบครัวสามารถพึ่งพา ตนเองได้ -มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ร่วมมือกันแก้ปัญหา	-โครงการให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลและ พัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามวัย ผ่านช่องทาง Online และOnsite ที่สามารถสื่อสารได้แบบ 2 Way communicate เช่น App Line เบอร์โทรศัพท์ บุคคลใกล้ชิดที่สามารถให้ ความรู้ได้ เป็นต้น

กลุ่ม	(1) ภาพที่อยากเห็นหรือ คาดหวังในการขับเคลื่อน	(2) โครงการหรือกิจกรรมในการขับเคลื่อน
	-ให้ครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกันในชุมชน -ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ และการดูแลเด็กที่ถูกต้อง -มีแหล่งทุนจาก NGO เข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรม	-การจัดตั้งคณะทำงานจากความร่วมมือของหน่วยงานที่หลากหลาย -มีเครือข่ายและเครื่องมือในการติดตามและส่งต่อข้อมูลกันอย่างชัดเจน -มีแหล่งกิจกรรมที่ผู้ปกครองเข้าถึงในชุมชน เช่น มุมหนังสือนิทาน สนามเด็กเล่น เป็นต้น
กลุ่มที่ 4	อยากเห็นการร่วมมือการทำงาน ทั้งชุมชน ผู้ปกครอง ครู และสาธารณสุข ร่วมมือกันแก้ปัญหาและให้ความรู้ผู้ปกครองในเรื่องที่มันจะเกิดขึ้นกับเด็กๆ เพื่ออนาคตของเยาวชนที่จะเติบโตเป็นสังคมที่ดีต่อไป	-เชิญบุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้กับผู้ปกครองในโรงเรียนในวันปฐมนิเทศ เพราะเป็นวันที่ผู้ปกครองให้ความร่วมมือมากที่สุด -อบรมให้ความรู้กับคุณครู โดยจะเชิญคุณหมอมาให้ความรู้และมีเกียรติบัตรรองรับ เพื่อเพิ่มทักษะให้ครูและสร้างการยอมรับจากผู้ปกครอง -การส่งต่อข้อมูลของเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชนท้องถิ่น/พฤติกรรมเด็กจากครูในศูนย์เด็กเล็ก ส่งต่อไปยังบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเป็นหลักฐานในการประเมินและส่งต่อข้อมูลเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญในการรักษาและปรับพฤติกรรมเด็กต่อไป

กล่าวโดยสรุป ในภาพรวมทุกกลุ่มมีเป้าหมายในการขับเคลื่อนใกล้เคียงกันคือเห็นปัญหาเรื่องเด็กและครอบครัวที่รุนแรงขึ้นได้อย่างลึกซึ้ง และเห็นความจำเป็นในการทำงานเชื่อมต่อเป็นเครือข่ายที่ชัดเจนในทุกภาคส่วน ตั้งแต่ครอบครัว ครู บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานท้องถิ่น ภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อส่งต่อข้อมูลและหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยมีหลักคิดในการทำงานที่น่าสนใจ 2 ประเด็น คือ เริ่มต้นการทำงานด้วยความร่วมมือแบบสมัครใจ และการทำงานที่เริ่มจากจุดเล็กๆแล้วนำความสำเร็จในจุดเล็กๆนั้นเป็นตัวขับเคลื่อนการทำงานที่ใหญ่ขึ้น

อย่างไรก็ตามจากภาพรวมทั้งหมดสะท้อนการขับเคลื่อนสำคัญประการหนึ่งคือการรวมตัวของคณะทำงานในการอบรมครั้งนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการขับเคลื่อนไปสู่กลไกที่ใหญ่ขึ้นโดยกิจกรรมหรือโครงการที่จะขับเคลื่อนต่อไปมีบางส่วนสามารถเริ่มต้นทำได้ทันที ขณะที่บางส่วน

ยังคงต้องอาศัยการวางแผนการทำงานอย่างรอบคอบในระยะยาว ทั้งนี้จากข้อเสนอกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมสามารถแบ่งออกเป็น 4 ส่วนหลักๆ คือ

(1) ครู - กิจกรรม/โครงการที่ส่งเสริมภาพลักษณ์, การให้เครดิต, เพิ่มพูนศักยภาพ เช่น อบรมให้ความรู้กับคุณครู โดยจะเชิญคุณหมอมาร่วมให้ความรู้และมีเกียรติบัตรรองรับ, พัฒนาหลักสูตรสร้างใบประกาศสำหรับคุณครู

(2) ครอบครัว - กิจกรรม/โครงการที่ส่งเสริมความรู้ในการดูแลเด็ก เช่น สร้างกลุ่มไลน์พื้นที่แหล่งเรียนรู้ของผู้ปกครอง, ให้ความรู้ผู้ปกครองในวันปฐมนิเทศ

(3) พื้นที่ - กิจกรรม/โครงการสร้างพื้นที่การเรียนรู้และส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กในชุมชน เช่น สร้างพื้นที่การอ่าน (role model จากคุณเขตต์และเฮียมิ่ง) สร้างพื้นที่สนามเด็กเล่น เป็นต้น

(4) เครือข่าย - กิจกรรม/โครงการที่หนุนเสริมการทำงานเป็นระบบและส่งต่อข้อมูลระหว่างกัน เช่น สมุดวัชชีนสีชมพูบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็ก, บันทึกการประเมินพฤติกรรมเด็กจากครูในศูนย์เด็กเล็กส่งต่อข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญรักษาหรือปรับพฤติกรรมเด็กต่อไป เป็นต้น

5. การลงพื้นที่ร่วมกับแกนนำ 3 อำเภอ

5.1 วัตถุประสงค์

ลงพื้นที่ที่ศูนย์เด็กเล็กในแต่ละอำเภอร่วมกับคอลทีม เพื่อให้คอลทีมเข้าใจสถานการณ์ปัญหาเด็กลึกซึ้ง เห็นปัญหาพัฒนาการเด็กในพื้นที่จริง

5.2 กระบวนการ

ลงพื้นที่เยี่ยมตัวอย่างเคสเด็กและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมกับคอลทีมทั้ง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอวังทรายพูน อำเภอบางมูลนาก และอำเภอตะพานหิน โดยแยกลงพื้นที่เยี่ยมตัวอย่างเคสเป็นรายอำเภอร่วมกับคอลทีมในอำเภอนั้นๆ อำเภอละ 1 วัน รวมทั้งหมด 3 วัน ตั้งแต่วันที่ 4 – 6 กันยายน พ.ศ. 2566 เพื่อพูดคุยทำความเข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัด โอกาส และเปิดมุมมองร่วมกับคอลทีมในพื้นที่

5.3 ผลสรุปกิจกรรม

อำเภอวังทรายพูน

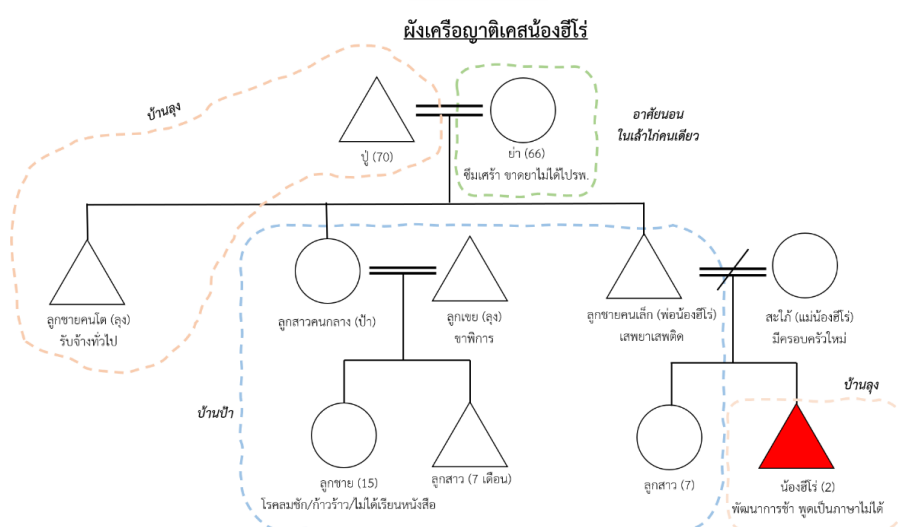
1) กรณีศึกษาน้องฮีโร่ (นามสมมติ)



รูป 2.9 ยายและน้องฮีโร่

บริบทบ้านและครอบครัว

ครอบครัวน้องฮีโร่อาศัยอยู่รวมกันบนที่ดินประมาณ 1 ไร่ แบ่งสัดส่วนบ้านออกเป็น 3 ส่วน คือ บ้านลูกสาวคนกลางและครอบครัว (หลังทางซ้าย) บ้านลูกชายคนโตและน้องฮีโร่ (หลังกลาง) และพื้นที่เฝ้าไก่และตั้งที่นอนของย่า (หลังทางขวา) ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้ชั้นเดียว ยกเว้นหลังกลาง ยกสูงทำเป็นที่นั่งส่วนกลางสำหรับกินข้าว พุดคุยของคนในครอบครัวทั้งหมด ลึกเข้าไปถึงเป็นที่นอน



รูป 2.10 ผังเครือญาติครอบครัวน้องฮีโร่

สมาชิกในครอบครัวปัจจุบันมีทั้งหมด 9 คน คือ ปู่ อายุ 70 ปีและย่า อายุ 66 ปี มีลูก 3 คน ได้แก่ ลูกชายคนโต (ลุง) เป็นคนโสดไม่แต่งงาน , ลูกสาวคนกลาง (ป้า) อยู่กินกับสามี (ปัจจุบันขาดพิการจากอุบัติเหตุติดเชื้และได้รับสารพิษตอนเชื่อมเหล็ก) มีลูกด้วยกัน 2 คน คนโตเป็นผู้ชาย เคยป่วยเป็นลมชัก ปัจจุบันอายุ 15 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือ และคนเล็กเป็นผู้หญิงอายุ 7 เดือน และลูกชายคนเล็ก (พ่อน้องกัน) มีลูก 2 คน คือ ลูกสาวคนโตอายุ 7 ขวบ และน้องกันอายุ 2 ขวบ

เส้นทางชีวิตพ่อและแม่น้องฮีโร่เคยเจอกันที่โรงงานแห่งหนึ่งในกทม. จากนั้นพ่อแม่ตั้งท้องได้ย้ายกับมาอยู่บ้านที่พิจิตร ปัจจุบันตามคำบอกเล่าหลังจากพ่อ-แม่น้องฮีโร่ทะเลาะกัน เมื่อประมาณ 2 เดือนก่อนแม่น้องฮีโร่ได้หนีไปมีครอบครัวใหม่ ทั้งลูก 2 คนไว้ให้ย่าและครอบครัวฝ่ายชายเลี้ยง และไม่ส่งเงินช่วยเหลือรวมถึง “เงินอุดหนุนบุตรแรกเกิด” 600 บาท/เดือน ตามโครงการสนับสนุนของรัฐบาลช่วยเหลือภาระค่าใช้จ่ายตั้งแต่เด็กแรกเกิดไปจนถึงอายุ 6 ปี ส่วนพ่อน้องฮีโร่ปัจจุบันรับจ้างทั่วไปไม่ประจำ รายได้น้อย และมีประวัติเสพยาเสพติด อาชีพคนในครอบครัวรับจ้างทั่วไป ไม่ประจำ รายได้หลักที่ใช้เลี้ยงน้องกันมาจากย่า เป็นเบี้ยผู้สูงอายุเดือนละ 600 บาท ส่วนค่ากับข้าวอื่นๆ ลูกชายคนโตของย่า (ลุงของน้องฮีโร่) จะเป็นคนซื้อเข้าบ้าน

ย่าของน้องฮีโร่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ปัจจุบันขาดยา ไม่ได้ไปรับยาที่โรงพยาบาล และมีความเครียดจากปัญหาความยากจนและรายได้ที่ไม่เพียงพอจะเลี้ยงหลาน ขณะสัมภาษณ์ย่าร้องไห้ และเล่าว่าที่ผ่านมามาตั้งแต่แม่น้องฮีโร่หนีไป เริ่มมีอาการนอนไม่หลับ เครียดเรื่องเงินไม่พอใช้ และมีความคิดอยากตาย ขณะที่พ่อน้องฮีโร่ (ลูกชาย) พยายามนำยา และสารเคมีทุกอย่างไปซ่อนเพื่อไม่ให้แม่ของตัวเองกิน แต่ไม่ได้มีความเข้าใจเรื่องอาการป่วยของแม่มากนัก โดยคิดว่าที่แม่ไม่ยอมไปหาหมอเป็นเพราะดื้อ และเชื่อว่าแม่ตัวเองไม่อยากตายจริง ๆ เพราะมีหลานต้องเลี้ยง

พฤติกรรมเด็กและการเลี้ยงดู



รูป 2.11 บริบทความเป็นอยู่และประสบการณ์การโดนน้ำร้อนลวกของน้องฮีโร่

ปัจจุบันน้องฮีโร่อายุ 2 ขวบกว่า แต่ยังสื่อสารเป็นคำพูดหรือประโยคไม่ได้ มีเพียงയാคนเดียวที่เข้าใจและแปลภาษาท่าทางของน้องได้ จากคำบอกเล่าของย่าเล่าว่าตอนเด็กน้องฮีโร่เคยโดนน้ำ ลวกจากการพลัดตกจากพื้นบ้าน (ภาพด้านบน) ไปโดนหม้อยาที่ปู้สุ่มไฟไต้ยุง และด้วยความตกใจของแม่น้องฮีโร่ที่รีบพาลูกไปล้างน้ำเย็น เช็ด ถูจนผิวหนังแดง ถลอก จนน้องฮีโร่ซ็อก ทำให้ย่าเชื่อว่าเพราะสาเหตุนี้ทำให้น้องพูดไม่ได้ หรือยังไม่พูดในปัจจุบัน

ด้านอาหารส่วนใหญ่กินข้าวกับไข่ หรือมาม่าเป็นหลัก เช่น ตอนที่ไปเยี่ยมบ้านน้องฮีโร่กินมาม่าเป็นอาหารเช้า โดยไม่มีเนื้อสัตว์หรือสารอาหารอื่นๆ และใช้วิธีการปรงด้วยรสติ 1 ซ้อนโต๊ะ แทนเครื่องปรุงที่ให้มาในซอง

2) กรณีศึกษาน้องภูเข (นามสมมติ)

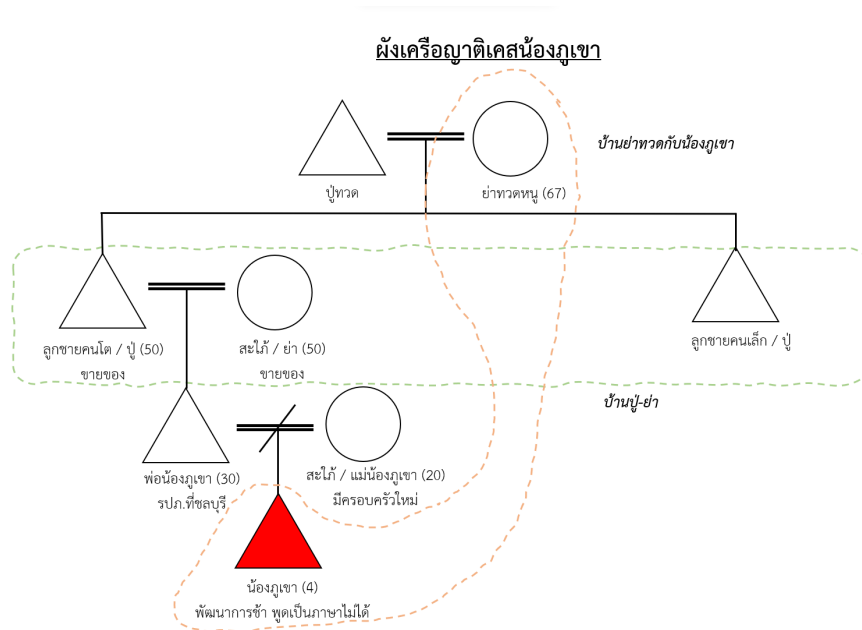


รูป 2.12 พฤติกรรมน้องภูเขขณะอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

บริบทบ้านและครอบครัว

ปัจจุบันน้องภูเขอาศัยอยู่กับย่าทวดเพียง 2 คนในบ้าน ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวแบบกับพื้นดิน ข้างกันเป็นบ้านปูนชั้นเดียวของครอบครัวลูกชายคนโตของย่าทวด ทั้งสองบ้านแยกครัว แยกค่าใช้จ่ายกัน หรือต่างคนต่างอยู่

ครอบครัวของย่าทวดประกอบไปด้วยสมาชิก 8 คน คือ ย่าทวด อายุ 67 ปี มีลูกชาย 2 คน ได้แก่ ลูกชายคนโตปัจจุบันอายุประมาณ 50 ปี มีศักดิ์เป็นตาของน้องภูเขอยู่กินกับยายในบ้านอีกหลังหนึ่งซึ่งอยู่ติดกัน ทั้งสองคนประกอบอาชีพขายของในตลาดมีลูกด้วยกันอีก 2 คน ลูกชายคนโตคือพ่อของน้องภูเข และลูกชายคนเล็กยังไม่ได้แต่งงาน และลูกชายคนเล็กของย่าทวด ยังไม่ได้แต่งงาน



รูป 2.13 ผังเครือญาติครอบครัวน้องภูษา

เส้นทางชีวิตแม่น้องภูเขาคือเดิมเป็นคนจังหวัดอื่นที่ห่างจากอ.วังทรายพูนประมาณ 40 กิโลเมตร แม่ของน้องเคยทำงานอยู่ร้านอาหารแห่งหนึ่ง วันหนึ่งได้ตั้งท้องกับพ่อของน้องภูเขา โดยระหว่างการตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดื่มเหล้า เนื่องจากแม่น้องภูเขาไม่รู้ตัวกำลังตั้งครรภ์อยู่ โดยน้องภูเขาเกิดที่โรงพยาบาลในพื้นที่บ้านเกิดของแม่ และเมื่อน้องภูเขาอายุได้ประมาณ 1 ขวบได้ย้ายมาอยู่ที่บ้านย่าของสามี (ย่าทวด) ในอำเภอวังทรายพูน จากนั้นแม่และพ่อน้องภูเขามิมีปัญหา ทะเลาะเบาะแว้งกัน ส่งผลทำให้เกิดการแย่งการเลี้ยงดูน้องภูเขา จนสุดท้ายพ่อได้รับน้องภูเขามาเลี้ยง ส่วนแม่ได้แต่งงานและมีครอบครัวใหม่ ปัจจุบันพ่อน้องภูเขาทำงานเป็นรปภ.ที่โรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี และจะกลับบ้านนานๆ ครั้ง โดยส่งเงินให้ย่าทวดบ้างในบางเดือน เดือนละ 500 บาท

จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ของน้องภูษา ระบุไว้ว่า แม่ของน้องภูษาดั้งครรถอนอายุ 17 ปีมีประวัติเลือดจาง ส่วนพ่ออายุ 24 ปี (ปัจจุบันอายุ 28 ปี) น้องภูษาได้รับวัคซีนไม่ต่อเนื่อง และไม่ได้ใช้สิทธิ 30 บาทที่รพ./รพสต.ในพื้นที่อำเภอวังทรายพูน เนื่องจากสิทธิการรักษาอยู่ตามบ้านเกิดของแม่ในต่างจังหวัด ตามคำบอกเล่าของย่าทวดเล่าว่า แม่ของน้องภูษาไม่ทำเรื่องย้ายสิทธิให้เพราะจะนำเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดไปใช้เอง ทำให้สิทธิของน้องภูษาดกหล่นในพื้นที่และย่าทวดไม่รู้ขั้นตอน และไม่มีเอกสารในการย้ายสิทธิเช่นกัน ดังนั้นในปัจจุบันถ้าน้องภูษาป่วยจะเข้ารักษาแบบจ่ายเงินเองที่รพ.วังทรายพูนแทน

ขณะที่รายได้หลักของย่าทวดมีไม่เพียงพอ อาศัยเบี้ยผู้สูงอายุเดือนละ 600 บาท และเงินจากพี่น้องภรรยาบ้างในบางเดือนเท่านั้น โดยย่าทวดใช้คำว่า อยู่และเลี้ยงน้องภรรยาแบบตามมีตามเกิด

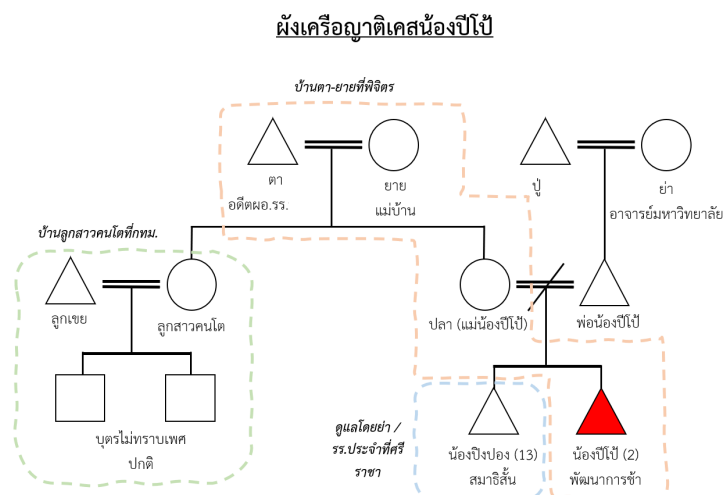
ด้วยเหตุนี้ทำให้ย่าทวดหนักใจ และรู้สึกเป็นภาระที่ต้องเลี้ยงดูน้องภูเขา เพราะด้วยปัจจัยทางกายภาพที่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องดูแลหลาน และย่าได้กล่าวว่า “จะไปทำบุญก็ได้ไป ต้องดูแลหลาน ไม่ได้ทำบุญมา 2 ปีแล้ว”

พฤติกรรมเด็กและการเลี้ยงดู

ปัจจุบันน้องภูเขาอายุ 4 ขวบ แต่ยังสื่อสารเป็นคำพูดหรือประโยคไม่ได้ พูดภาษาการ์ตูนจากท่าทาง สันนิษฐานว่าน้องมีปัญหาด้านพัฒนาการ และอาจจะเป็นออทิสติก ส่วนเวลาที่ต้องการสื่อสารจะใช้วิธีจูงมือ และชี้บอกย่าทวด ด้านอาหารส่วนใหญ่กินข้าวกับไข่เป็นหลัก ไม่สามารถกินข้าวเองได้ ย่าทวดต้องป้อน และอาบน้ำ โดยพ่อของน้องภูเขาซื้อมือถือไว้ให้น้องเล่น และเพื่อเป็นการลดภาระในการดูแลน้องให้กับย่าทวด รวมไปถึงซื้อจักรยานไฟฟ้าไว้ให้ย่าทวดขี่ไปรับส่งน้องภูเขาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้งนี้จากคำบอกเล่าของครู แจ้งว่า น้องภูเขาติดมือถือหนักมาก ระหว่างที่ขี่จักรยานไฟฟ้ามาส่ง น้องจะคุมมือถือตลอดเวลา และจะถือลงมาที่ห้องเรียน เมื่อขอมือถือคืนในบางครั้งน้องจะไม่ยอม และร้องไห้อย่างหนัก โดยระหว่างที่อยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้องภูเขาจะไม่ทำกิจกรรมกับเพื่อนจะนั่ง หรือนอนกลิ้งอยู่ในที่ประจำของตัวเอง แต่ปัจจุบัน (4 กันยายน 66) น้องภูเขามีพฤติกรรมติดมือถือน้อยลง

3) กรณีศึกษาน้องปีโป้ (นามสมมุติ)

บริบทบ้านและครอบครัว



รูป 2.14 ผังเครือญาติครอบครัวน้องปีโป้

เส้นทางชีวิตแม่น้องปีโป้ และแม่ปลา เกิดในครอบครัวชนชั้นกลางพ่อเป็นข้าราชการครูเกษียณ แม่เป็นแม่บ้านเปิดร้านถ่ายเอกสารในเขตเมืองเทศบาล เดิมเคยอาศัยอยู่กับแฟนที่ททม. จนมีลูกชายคนแรกชื่อน้องปีโป้ ตอนที่ตั้งท้องลูกคนแรกไม่ได้วางแผนจะมีลูก และหลังจากมีลูกคนแรก

ฝ้ายาคุมมาเป็นระยะเวลา 5 ปี จนยาคุมหมดฤทธิ์จึงมีลูกคนที่ 2 คือ น้องปีโป้ ที่ผ่านมามีชีวิตคู่ของแม่ปลาและสามีไม่ราบรื่นนัก ทำให้หลังจากน้องปีโป้อายุได้ 5 เดือน ซึ่งตรงกับช่วงโควิดระบาดพอดีแม่ปลาจึงพาน้องปีโป้กลับบ้านที่พิจิตร ระหว่างนั้นเองได้เลิกกับสามีในที่สุด

น้องปีโป้ (ลูกชายคนโต) โดยน้องปีโป้เองเคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นสมาธิสั้น ปัจจุบันอยู่ในการดูแลของคุณย่าซึ่งเป็นอาจารย์ ณ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และญาติฝั่งพ่อ น้องปีโป้เรียนอยู่ชั้นม. 1 ในโรงเรียนประจำแห่งหนึ่ง และคุณย่าเป็นคนดูแลและพาเข้ารับการรักษาโรคสมาธิสั้น โดยวิธีการรักษาใช้การปรับพฤติกรรมแทนการกินยา ส่วนน้องปีโป้ปัจจุบันอายุ 2 ขวบกว่า อาศัยอยู่กับตา ยาย และแม่ที่พิจิตร

พฤติกรรมเด็กและการเลี้ยงดู

ปัจจุบันน้องอายุ 2 ขวบกว่า พูดภาษาการตุ้ม สื่อสารไม่เป็นคำหรือประโยค ผลจากการวินิจฉัยจากหมอในรพ.เอกชนแห่งหนึ่ง ประเมินว่าน้องปีโป้พัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กได้ดี แต่มีปัญหาเกี่ยวกับพัฒนากล้ามเนื้อมัดใหญ่ ลักษณะการพูดระดับเดียวกับเด็ก 1 ขวบ 3 เดือน และหมอให้คำแนะนำว่าให้น้องปีโป้กระโดด กระตุ้นเรื่องการเปล่งเสียง ซึ่งจะช่วยเรื่องการกระตุ้นกล้ามเนื้อใหญ่ด้วย

พฤติกรรมที่ส่งผลให้น้องปีโป้มีพัฒนาการช้า แม่ปลาเล่าว่าเป็นเพราะการติดจอ ทั้งการติดจอทีวีจากการนั่งดูกับตา และการติดจอมือถือขณะกินข้าว โดยบริบทที่บ้านของน้องปีโป้ ตาในวัยเกษียณของน้องจะมีกิจกรรมหลักคือการดูทีวีบริเวณชั้นล่างของบ้าน ส่วนระหว่างที่แม่ปลาทำงานบ้านและชายของทำให้น้องปีโป้ต้องอยู่บริเวณชั้นล่างของบ้านกับตาจึงทำให้น้องนั่งดูทีวีตลอดเวลา โดยน้องปีโป้มีพฤติกรรมงอแงหากมีการกดยปิดทีวี หรือขอมือถือคืนจากน้อง รวมถึงน้องปีโป้จะไม่ยอมกินข้าวถ้าไม่ได้ดูมือถือไปด้วย

ปัจจุบันน้องปีโป้เข้ารับบริการฉีดยาวัคซีน และกระตุ้นพัฒนาการที่รพ.เอกชนเป็นหลัก แต่ถ้าป่วยเป็นหวัดธรรมดาจะไปหาหมอมือที่รพ.วังทรายพูน จุดเริ่มต้นการเข้ารับรักษาของน้องเริ่มจากแม่สังเกตเห็นพัฒนาการน้องที่ค่อนข้างช้า จึงไปปรึกษาคุณครูจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวังทรายพูน คุณครูจึงแนะนำให้ไปปรึกษาแพทย์ โดยแพทย์แนะนำว่าให้จดจอประมาณ 2 เดือนเพื่อรอดูพฤติกรรมก่อน แต่ด้วยความร้อนใจและความกังวลของแม่ แม่จึงตัดสินใจพาน้องไปเข้าคอร์สรักษาที่รพ.เอกชน ราคาครั้งละ 580 บาทต่อ 1 ชั่วโมง ปัจจุบันทำไปแล้ว 4 ครั้ง ผลจากการเข้าคอร์สและกินยาน้องมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น แม่ปลาเริ่มมีความเข้าใจมากขึ้น พยายามศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงดูลูก พร้อมไปกับการปรับพฤติกรรมน้องปีโป้ขณะที่อยู่บ้าน เช่น พาเล่นกระบะทราย เล่นตัวต่อ พากระโดด เล่านิทาน พยายามสอนให้พูดสิ่งที่น้องต้องการแทนการงอแง หรือการสื่อสารภาษากาย เป็นต้น

อำเภอบางมูลนาก

1) กรณีศึกษาน้องแย้ม (นามสมมุติ)



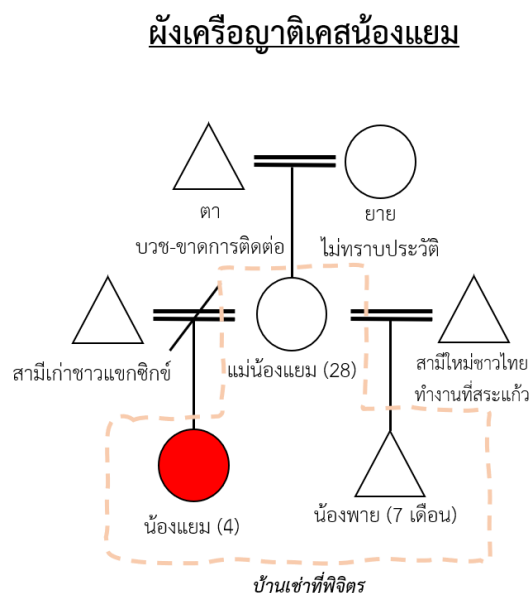
รูป 2.15 ครอบครัวน้องแย้ม

บริบทบ้านและครอบครัว

น้องแย้มอาศัยอยู่กับแม่และน้องชาย ชื่อพาย อายุ 7 เดือนตามลำพังในห้องเช่าแห่งหนึ่ง โดยเดิมมีคุณตาอาศัยอยู่ด้วยและเป็นคนเลี้ยงดูน้องแย้มตั้งแต่เพิ่งคลอดใหม่ๆ จนเมื่อประมาณ 2 เดือนก่อน คุณตาดัดสินใจบวชโดยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้แม่น้องแย้มต้องรับภาระในการดูแลน้องลำพัง ไม่สามารถพาน้องแย้มไปหาหมอ และไปเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ เพราะต้องดูแลลูกเล็กอย่างใกล้ชิด ส่วนสามีคนปัจจุบันทำงานอยู่ที่สระแก้ว

เส้นทางชีวิตแม่น้องแย้ม ปัจจุบันอายุ 28 ปี เคยทำงานอยู่พัทธามาก่อน จนได้เจอกับสามีคนเก่าเป็นชาวแขกซิกข์ ทั้งคู่มีลูกด้วยกัน โดยในช่วงที่ท้องแม่น้องแย้มมีพฤติกรรมดื่มเหล้าด้วย เนื่องจากไม่รู้ว่าตนเองกำลังตั้งท้อง จากนั้นทั้งคู่ได้เลิกรากันไป และแม่น้องแย้มได้ย้ายมาทำงานในโรงงานรองเท้าแห่งหนึ่งในตำบลทันทอง และคลอดน้องแย้มที่รพ.พิจิตร จนโรงงานปิดตัวไปจึงย้ายไปทำงานรับจ้างเป็นเด็กเสิร์ฟในร้านอาหาร ขณะที่น้องแย้มฝากให้พ่อ (ตาน้องแย้ม) เลี้ยงที่บ้านเช่าเป็นหลัก ต่อมาได้เจอกับสามีใหม่ผ่านการติดต่อทางเฟซบุ๊ก โดยสามีเป็นคนสระแก้วมีลูกด้วยกัน 1 คน คือน้องพาย อายุ 7 เดือน ปัจจุบันพ่อน้องพายทำงานโรงงาน ปล่อยเงินกู้ ในจังหวัดสระแก้ว และเป็น

คนส่งเสียเลี้ยงดูครอบครัวผ่านการส่งเงินมาให้ทุกเดือน ส่วนแม่น้องแยมปัจจุบันไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเลี้ยงลูกเท่านั้น



รูป 2.16 ผังเครือญาติครอบครัวน้องแยม

ในอนาคตแม่น้องแยมวางแผนไว้ว่าเมื่อลูกชายคนเล็กอายุได้ประมาณ 4 ขวบ ซึ่งเป็นวัยที่คิดว่าลูกพอจะช่วยเหลือตัวเองได้จะย้ายกลับไปทำงานขายของแบบพวงข้างในตลาดที่พัทธยาเช่นเดิม โดยนำน้องแยมไปด้วย และหวังว่าภายใน 1-2 ปีนี้้องแยมจะสื่อสารได้ ด้วยเหตุนี้จึงพยายามเลี้ยงลูกคนเล็กอย่างใกล้ชิดมากที่สุด ทั้งพยายามพูดคุย กระตุ้นด้วยการเล่านิทาน สอนอ่านออกเสียงตามแฟลชการ์ด ไม่เปิดทีวีหรือให้เล่นมือถือ เพราะกลัวลูกคนเล็กจะพูดซ้ำหรือมีอาการเช่นเดียวกับน้องแยม

พฤติกรรมเด็กและการเลี้ยงดู

ปัจจุบันน้องแยมอายุ 4 ขวบกว่า น้องแยมเข้าเรียนที่ศูนย์เด็กเล็กตอนอายุ 2 ขวบ ในตอนนั้นครูพบความผิดปกติของน้องแยม เพราะไม่ยอมพูด คำที่พูดได้เป็นภาษาการตูน สื่อสารไม่รู้เรื่อง โดยครูพยายามบอกแม่น้องแยมตั้งแต่ช่วงแรก ๆ ที่พบอาการ แต่แม่น้องแยมฟังมายอมรับเมื่อ 4-5 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจากแม่เริ่มสังเกตผิดปกติตอนน้องแยมอายุ 3 ขวบกว่า ๆ ว่า ไม่พูด พูดไม่รู้เรื่อง ทำท่าทางประหลาด จึงให้ตาของน้องแยมพาไปรักษาที่รพ.จังหวัด ผลการวินิจฉัยตามคำบอกเล่า

ของแม่เล่าว่า “น้องเป็นออทิสติก หมอบอกรักษาไม่หาย เป็นปัญหาที่สมอง” โดยหมอให้น้ำ ช่วยเรื่องการนอนหลับมาทานก่อนนอนทุกคืน ปัจจุบันไม่ได้ไปรักษาต่อเนื่องเพราะตาไม่อยู่ ไม่มีคนพาไป

สำหรับสาเหตุที่ทำให้น้องแยมไม่พูด แม่ น้องแยมเชื่อว่าที่ลูกไม่พูดส่วนหนึ่งเป็นเพราะการเลี้ยงดูของตาตั้งแต่ น้องแยม 3 เดือน โดยตาไม่พูดกับหลานเลย เลี้ยงอย่างเดียว โดยแม่มองว่าตา ผิดปกติเช่นกัน และเชื่อว่าเป็นเพราะการติดจอร์มด้วย “เหนื่อยกับเขาไม่รู้จะทำยังไง ลองงงดูจอร์ 6 เดือนแล้วยังไม่หาย ไม่รู้จะทำยังไงกับเขา”

ปัจจุบันน้องแยมไม่ได้ออกไปไหนอยู่แต่ในบ้าน โดยแม่จะคอยคล้องประตูลูกไว้ตลอด เพื่อป้องกันไม่ให้น้องแยมออกจากบ้าน โดยการสื่อสารของน้องแยมไม่สามารถสื่อสารได้ พูดไม่เป็นประโยค แต่เปล่งเสียงได้ ร้องเพลง ABC ได้ พูดเป็นคำ ๆ แต่สื่อสารไม่ได้ และแม่ไม่เข้าใจว่าทำทาง หรือสิ่งที่ลูกพูดหมายถึงอะไร ด้านพฤติกรรมการกิน น้องแยมยังต้องกินนมจากขวดนม ไม่กินข้าวสวย ต้องกินเป็นข้าวและๆผสมน้ำ หรือข้าวต้มกับไข่เจียว และมาม่า จากการสอบถามน้องแยมไม่ได้มีปัญหาเรื่องการเคี้ยว เพราะเคี้ยวขนมได้แต่ไม่ยอมกินข้าว

2) กรณีศึกษาน้องข้าวโพด (นามสมมุติ)



รูป 2.17 น้องข้าวโพดและแม่ขณะอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

น้องข้าวโพดมีพัฒนาการด้านการสื่อสาร พูดภาษาการ์ตูน เอาแต่ใจ และติดมือ ถือ บริบทครอบครัวน้องข้าวโพด มีแม่เป็นแม่วัยรุ่น บ้านเดิมอยู่ทางภาคใต้มีลูกมาแล้ว 3 คน คือ ลูก

คนโตเกิดจากสามีคนแรก ส่วนสามีคนปัจจุบันเป็นคนพื้นที่ในจ.พิจิตรมีลูกด้วยกัน 2 คน ลูกชายคนกลางอายุ 6 ขวบ เรียนอยู่โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอม และน้องข้าวโพด อายุ 2 ขวบ 4 เดือน

ปัจจุบันแม่น้องข้าวโพดมีอาชีพขายของตลาดนัดเล็กๆน้อยๆ และอาศัยอยู่ในบ้านเช่าแห่งหนึ่งกับลูก 2 คน ส่วนพ่อน้องข้าวโพดปัจจุบันอยู่ในช่วงเกณฑ์ทหารในจังหวัดเพชรบูรณ์จะกลับมาบ้านบ้างช่วงวันหยุด และมีญาติผู้ใหญ่ของฝ่ายชาย (ปู่-ย่า) อาศัยอยู่ในบ้านอีกหลังหนึ่ง โดยมักจะแวะมาหาน้องข้าวโพดบ้างเป็นบางครั้ง

พฤติกรรมของน้องข้าวโพดนอกจากมีพัฒนาการช้าทางด้านการพูดแล้ว ยังพบว่ามีพฤติกรรมเอาแต่ใจ โดยสังเกตว่าระหว่างที่อยู่และไม่อยู่กับแม่ น้องข้าวโพดมีพฤติกรรมต่างกัน ตอนที่อยู่กับแม่ค่อนข้างเอาแต่ใจ เห็นมือถือแม่แล้วร้องขอจะเล่น พอแม่ไม่ให้ก็เริ่มแสดงอาการอแง ไม่นั่งอยู่เฉยๆ ดื้อ และปิดของเล่นทิ้ง บางครั้งก็มีอารมณ์รุนแรง

จากคำบอกเล่าของแม่น้องข้าวโพดคิดว่าสาเหตุที่ทำให้ลูกไม่พูด ดื้อ และเอาแต่ใจอาจเป็นเพราะยาตามใจ และอาจเพราะไม่ได้พาลูกไปขายของด้วย ทำให้ไม่ค่อยได้เจอผู้คน ซึ่งต่างจากลูกคนกลางที่มักพาไปขายของด้วยเสมอ ทำให้ไม่มีอาการแบบเดียวกับน้องข้าวโพด ทั้ง ๆ ที่เลี้ยงลูกทั้งสองคนเหมือนกัน

ด้านการรักษาหลังจากคุณครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังเกตเห็นพัฒนาการช้าของน้องข้าวโพดแล้ว ได้แนะนำให้แม่พาไปปรึกษาหมอ ปัจจุบันน้องข้าวโพดเข้ารับการรักษาจากหมอที่รพ.บางมูลนาก มีอาการดีขึ้น เริ่มเปล่งเสียงเป็นคำมากขึ้น และได้รับยารักษาเกี่ยวกับสมาธิสั้น (ยาน้ำ) กินวันละ 3 ซีซีก่อนนอนร่วมด้วย

อำเภอตะพานหิน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแสงวิทยามีเด็กรวมทั้งหมดประมาณ 22 คน แบ่งเป็น 2 ห้อง ดูแลโดยครูห้องละ 1 คน ในมุมมองของครูรู้สึกว่าการพัฒนาเด็กดูแย่ลงมากขึ้น พบเฉลี่ยปีละ 1 คน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ เด็กสมาธิสั้นสาเหตุมาจากเด็กเล่นโทรศัพท์ผู้ปกครองไม่มีเวลาให้ ไม่มีปฏิสัมพันธ์เหมือนเมื่อก่อนที่ผู้ปกครองเลี้ยงลูกเอง และพบเด็กมีอารมณ์รุนแรง ไม่ได้ตั้งใจไปซ้ำของมากขึ้น

นอกจากนี้ปัญหาที่ครูพบอีกอย่างหนึ่ง คือ การสื่อสารกับผู้ปกครองเมื่อครูพบเห็นเด็กมีพัฒนาการช้า ไม่ทันเพื่อน ครูจะสื่อสารให้ผู้ปกครองช่วยปรับพฤติกรรมเด็กขณะอยู่บ้านร่วมด้วย หรือแนะนำให้พบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป โดยในช่วงที่ผ่านมาทั้งผู้ปกครองที่ให้ความร่วมมือดี และผู้ปกครองที่ไม่เชื่อ เพราะพฤติกรรมเด็กตอนอยู่ที่บ้านกับที่โรงเรียนไม่เหมือนกัน หรือพาเด็กไปตรวจแล้วไม่พบว่าเด็กปกติ ครูจึงรู้สึกว่าการไปแนะนำเขามากไม่ได้ ผลสะท้อนกลับมาคือเราไปยุ่งมากเกินไป” ขณะที่ผู้ปกครองบางรายเชื่อว่า “เดี๋ยวมาศูนย์ฯ ก็พูดได้”

สำหรับช่วงปีการศึกษาปัจจุบันเด็กไม่มีปัญหาเท่ากับปีก่อนๆ เพราะผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ ปรับพฤติกรรมเด็กตามคำแนะนำของครู มีเพียง 1 ราย คือน้องเจที่พูดซ้ำ โดยครูสังเกตเห็นพฤติกรรมแล้วแจ้งไปยังผู้ปกครองให้พาเด็กไปตรวจพัฒนาการหรือรับการรักษาที่รพ. แต่ผู้ปกครองแย้งว่าทางรพ.แจ้งผลว่าเด็กปกติ ทำให้ทางครูเองเริ่มไม่มั่นใจในคำแนะนำของตนเอง และทางฝั่งผู้ปกครองเองมีความกังวลเช่นกัน เพราะสังเกตเห็นว่าเด็กไม่พูด ไม่สบตาจริง ประกอบกับคนรอบข้างสังเกตเห็นและบอกว่าน้องเจอาจเป็นออทิสติก แต่จากหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันว่าปกติ ทางฝั่งผู้ปกครองเองก็ไม่รู้ว่าจะต้องทำอย่างไรต่อไป

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลห้วยเกตุปัจจุบันมีเด็กรวมทั้งหมด 31 คน แบ่งการดูแลเด็กออกเป็น 2 ส่วน คือ ห้องเด็ก 2 ขวบ และห้องเด็ก 3 ขวบ รวมถึงเด็ก 1 ขวบบางรายที่ผู้ปกครองมีภาระต้องการฝากเด็กช่วงกลางวัน บริบทครอบครัวส่วนใหญ่เด็กอาศัยอยู่กับตายาย พ่อแม่ออกไปทำงานนอกพื้นที่/กทม. จะกลับมาเฉพาะช่วงวันหยุด ส่วนครอบครัวที่อยู่ในพื้นที่ประกอบอาชีพทำการเกษตร ทำนา ทำสวนมะม่วง มะปรางเป็นหลัก

ในภาพรวมจากคำบอกเล่าของครูเด็กปกติมีเปอร์เซ็นต์เยอะกว่าเด็กที่มีปัญหา โดยในปีนี้มีเด็กที่มีปัญหาเรื่องภาษา หรือสมาธิสั้น 4 คน ลักษณะเด็กทั้ง 4 คนมีแนวโน้มใกล้เคียงกัน คือ เริ่มมีอาการตอน 2 ขวบ พอขึ้น 3 ขวบ เด็กมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งจากนัยยะพัฒนาการที่เป็นไปตามช่วงวัย และนัยยะที่เด็กได้รับการรักษาหรือกระตุ้นทางการแพทย์ โดยจากคำบอกเล่าเด็กทั้ง 4 คนเข้ารับการรักษาที่รพ.สมเด็จพระยุพราชตะพานหินทุกราย และพบ 1 รายเข้ารับการรักษาที่รพ.พิจิตรร่วมด้วย เพราะเป็นเด็กป่วยเป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่ จึงต้องปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่รพ.ในพื้นที่ยังขาดบุคลากรอยู่

ตัวอย่างเคส 1 ใน 4 มีปัญหาช่วงอายุ 2 ขวบ เรื่องความเข้าใจและการสื่อสาร ไม่สามารถได้ตอบตามคำถามที่ถามออกไปได้ เช่น ถามว่า “หนูเป็นใคร” เด็กจะตอบกลับมาว่า “ใคร” เป็นการทวนคำถามแทนการตอบ เป็นต้น แต่ต่อมาเมื่อเข้าสู่วัย 3 ขวบ เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นสื่อสารได้ตอบรู้เรื่อง เนื่องจากเปลี่ยนผู้ปกครองจากปู่ไปเป็นป้าที่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการหลาน พูดคุย และงดพฤติกรรมการติดจอของหลานลง ตามคำแนะนำที่ครูให้ไป

สถานการณ์การดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลห้วยเกตุคล้ายกับการดูแลเด็กในศูนย์ฯอื่นๆ คือ ย้อนหลังกลับไปประมาณ 5 ปี เด็กมีแนวโน้มดูแลยากมากขึ้น มีปัญหาพูดซ้ำ สมาธิสั้น ไม่นิ่ง ไม่ค่อยได้ตอบ ครูต้องคอยถาม คอยประกบตัวต่อตัว รวมถึงแนวโน้มการติดจอสูงขึ้น ทำให้ครูต้องปรับวิธีการสอน กำหนดการใช้สื่อสอนเด็กเป็นเวลา เน้นการฟังมากขึ้น และสื่อสารกับผู้ปกครองในกรณีที่เด็กมีพัฒนาช้าให้ไปพบแพทย์ รวมทั้งแนะนำผู้ปกครองไม่ให้เด็กอยู่กับหน้าจอมากเกินไป ถ้า

จะให้ต้องกำหนดเวลาให้ชัดเจน ซึ่งมีทั้งผู้ปกครองที่รับฟัง ยอมรับพฤติกรรมเด็ก และผู้ปกครองที่ไม่ยอมรับ “เราไปชี้ตรงประเด็นไม่ได้ เขาจะหาว่าเราไปกล่าวหาลูกหลานเขา ครูทำได้แค่พูดเตือน”

ระยะสาม: ขับเคลื่อนสังคมเพื่อสร้างครอบครัวสุขภาวะ

ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม

6. ศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ณ โรงเรียนลำปลายมาศ

6.1 วัตถุประสงค์

- 1) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายกรอบการมองเห็นความเป็นไปได้อื่นๆผ่านแนวทางการเรียนการสอนภายใต้ระบบจิตศึกษา
- 2) สร้างพื้นที่ทำกิจกรรมร่วมเพื่อยกระดับความสัมพันธ์ของกลุ่มเครือข่ายในพื้นที่
- 3) เสริมพลังการทำงานยากๆ ด้วยการทำงานในมิติด้านใน
- 4) นำบทเรียนที่ได้ไปต่อยอดการทำงานในพื้นที่

6.2 กระบวนการ

โรงเรียนลำปลายมาศพัฒนา เป็นโรงเรียนเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไรในสังกัดของกลุ่มส่งเสริมสถานศึกษาเอกชน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาบุรีรัมย์เขต 1 เปิดสอนตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยโรงเรียนนี้ตั้งอยู่ในอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้อำนวยการคนปัจจุบันคือ วิเชียร ไชยบัง ซึ่งดำรงตำแหน่งมาตั้งแต่ก่อตั้งโรงเรียน

จุดเริ่มต้นเกิดจากมูลนิธิลำปลายมาศพัฒนาซึ่งเป็นมูลนิธิเพื่อการกุศล ได้ก่อตั้งโรงเรียนลำปลายมาศพัฒนาขึ้น เพื่อเป็นโรงเรียนตัวอย่างในการจัดการศึกษาที่เอาชีวิตเป็นตัวตั้ง อันจะเป็นที่ที่มนุษย์ได้สร้างการเรียนรู้สำหรับมนุษย์โดยไม่ละทิ้งใครแม้แต่คนเดียว ซึ่งจะมีครู พ่อแม่ และชุมชนร่วมมือกันในการเกื้อหนุนให้เด็กทุกคนได้มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จและงอกงามได้ตามศักยภาพตามความถนัดและตามความปรารถนาของตน โดยมีกระบวนการเรียนการสอนผ่านนวัตกรรม “จิตศึกษา” ที่โรงเรียนลำปลายมาศพัฒนา พัฒนาขึ้นเองเพื่อพัฒนาเด็กให้เกิดการเรียนรู้และงอกงามด้านความฉลาดทางด้านอารมณ์ (EQ) ความฉลาดด้านจิตวิญญาณ (SQ) เพื่อเตรียมเด็กให้สงบ ผ่อนคลาย และมีสมาธิก่อนเรียนทุกเช้า (ครูภร, 2558)

จิตศึกษา (พรณทิพย์พา ทองมี, ม.ป.ป.) เป็นนวัตกรรมการเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาปัญญาภายใน โดยเริ่มจากการฝึกฝนการรู้ในกาย รู้ความรู้สึกทางกาย รู้ความรู้สึกทางใจ และรู้ความคิดของตนเอง เพื่อนำไปสู่การใคร่ครวญให้ตระหนักในตน เคารพคุณค่าตนเอง คนอื่น และสิ่งอื่น เห็นการเชื่อมโยงสิ่งอย่างเป็นหนึ่งเดียวกัน และสารสร้างทางเลือกและตัดสินใจเลือกได้อย่างมีจริยธรรมมีเหตุมีผล ผ่านการจัดการ 3 กระบวนทัศน์ให้สอดคล้องประสานกัน ได้แก่

(1) การออกแบบจัดการให้องค์กรเป็นชุมชนสนามพลังบวก มีวิถี-วัฒนธรรมแบบใหม่ที่มีเหตุผลจัดการสภาพแวดล้อมให้สะอาด สงบ ร่มรื่น และปลอดภัย ทั้งปลอดภัยทางกาย (การเฝ้าระวังอาหารจำพวกน้ำตาล โซเดียม ไขมันทรานส์) ความปลอดภัยทางใจ (การออกแบบเพื่อเฝ้าระวัง และลดการบูลลี่) และความปลอดภัยทางจิตวิญญาณ (ระวังการครอบงำความคิดความเชื่อมโยงโดยปราศจากเหตุผล)

(2) การใช้จิตวิทยาเชิงบวก ลดการตัดสินใจ การเปรียบเทียบ การใช้คำพูดด้านลบ การทำโทษ และสร้างข้อตกลงร่วมในการปฏิบัติต่อกันอย่างเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์

(3) การจัดกิจกรรมจิตศึกษาสม่ำเสมอเพื่อฝึกฝนการตัดสินใจ

6.3 ผลสรุปกิจกรรม

ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1) ความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้

“สนามพลังบวก โดยมีสภาพแวดล้อม คนแวดล้อม และองค์กรที่ดี มีการจัดกิจกรรมตามกระบวนการ ...ฝึกการสะท้อนความคิด (ต่อตนเอง ผู้อื่นและสังคม) สลับที่การคิด การตัดสินใจ การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล และจิตวิทยาเชิงบวก เคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์”

คุณศิริวรรณ พยาบาลจิตเวชเด็กและบำบัดยาเสพติด รพ.บางมูลนาก

“ประทับใจบรรยากาศ ของรร. ตั้งแต่แรกเข้าร่วม สงบ ท่าทีของครูที่มีต่อเด็ก น้ำเสียง การกล้าแสดงออกในการแสดงความคิดเห็น”

คุณวรินทร์ นนทรี นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ รพ.บางมูลนาก

“มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองได้ การศึกษาที่แท้จริงจึงเป็นกระบวนการพัฒนาตัวเอง จากการตั้งคำถาม ปฏิบัติเพื่อค้นหาคำตอบด้วยตัวเอง “หัวใจของการศึกษา คือกระบวนการพัฒนามนุษย์ให้เป็นอิสระ อิสระจากความรู้ อิสระจากสิ่งที่ครอบ” การพัฒนาคน อยากให้เขาเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์โดยมองสองด้าน ด้านแรกคือความฉลาดภายนอก เข้าใจต่อโลกและปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และความฉลาดภายใน คือความเข้าใจตัวเอง ซึ่งความฉลาดทั้งสองด้านจะนำไปสู่การดำเนินชีวิตที่มีความสุขได้ การจัดการศึกษาจำเป็นต้องสร้างการเรียนรู้อย่างองค์รวมเพื่อพัฒนาผู้เรียนแบบองค์รวม ให้ผู้เรียนเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ และสมดุล ถึงพร้อมด้วยปัญญาภายในและปัญญาภายนอก”

คุณบำรุง เกิดขันหมาก พยาบาล รพ.บางมูลนาก

“จากการศึกษาดูงานที่โรงเรียนลำปลายมาศพัฒนา ได้รับความรู้คือแนวทางการใช้ "จิตศึกษา" มาจัดการเรียนการสอน เปิดโอกาสให้เด็ก คิด วิเคราะห์ แก้ปัญหา แสดงความรู้ที่ออกมา”

ตัวแทนครูจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลวังทรายพูน

“แนวทางการใช้ จิตศึกษา มาจัดการเรียนการสอนด้วยเทคนิคแบบบูรณาการในรูปแบบต่างๆที่หลากหลาย เป็นกระบวนการที่ได้ผลในการสร้างวินัยเชิงบวกให้เกิดขึ้น กับผู้เรียนได้พัฒนา ด้านจิตใจครูก็เช่นกันได้ร่วมพัฒนาและขัดเกลาตนเองไปด้วย พฤติกรรมของเด็กที่ได้เข้าสู่กระบวนการ มีสภาวะจิตที่นิ่งรู้ตนเอง กล้าพูด กล้าเปิดใจ กล้าแชร์ กล้าตอบ กล้าคิดแก้ปัญหาด้วยตนเองและการเคารพความคิดทุกคน และยกย่องความดีงามของผู้อื่น”

ครูนิชนันต์ญา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกอบต.วังทรายพูน

“จากการศึกษาดูงานโรงเรียนลำปลายมาศพัฒนาซึ่งเป็นโรงเรียนนอกกะลาที่มีการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยเป็นแบบอย่างการจัดการเรียนการสอนแบบจิตศึกษา ซึ่งสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการศึกษาดูงานครั้งนี้คือแนวคิดการจัดการเรียนการสอนที่นักเรียนสามารถพึ่งพาตนเองและเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้ ได้เรียนรู้การสร้างสนามพลังบวกให้กับนักเรียนทุกคนอย่างเท่าเทียมผ่านกระบวนการจิตศึกษา PBL โดยที่ครูเป็นโค้ชการทำ PLC ที่มีคุณภาพและ COP ผู้ปกครองที่เข้มแข็งเพื่อเป็นส่วนช่วยในการประสบความสำเร็จของการเรียนรู้”

ครูนิรัชพร โรงเรียนหัวเฉียว อ.ตะพานหิน

“(1) การสร้างชุมชนสนามพลังบวก : ภายในโรงเรียน สภาพแวดล้อม สงบ ร่มรื่น สะอาด ปลอดภัย ทางด้านร่างกาย จิตใจ

(2) รู้จักตนเอง และหน้าที่ ที่ควรปฏิบัติ : สังเกตได้จากการเข้าแถวของนักเรียนซึ่งไม่มีออกในโรงเรียนแต่นักเรียนก็สามารถเข้าถึงเข้าแถวได้เองโดยไม่ต้องมีเสียงออกดัง การเงียบเสียงฟัง คุณครูเวลาสอนหรืออธิบาย

(3) นักเรียนรู้จักตนเองและรู้จักผู้อื่นเคารพผู้อื่น : สังเกตได้จากการที่เรียกสิ่งของบริเวณที่อยู่รอบตนเองว่า พี่ทุกคำ เช่น พี่ดินสอ พี่สมุด พี่ยางลบให้เกียรติผู้อื่นฟังเสียงผู้อื่นทุกครั้งที่แสดงความคิดเห็น

(4) การเรียนรู้แบบการบูรณาการสอดคล้อง PBL : การผสมผสานแต่ละวิชา และทำให้เกิดการเชื่อมโยง และเกิดแก่นแท้ ของสิ่งนั้น อย่างสอนวิธีมัด แต่ให้สอนรากแก่นแท้ของการเรียนรู้สิ่งนั้น”

ครูธัญวรัตน์ โรงเรียนหัวเฉียว อ.ตะพานหิน

2) ความรู้ที่ได้รับจะนำไปต่อยอดอย่างไร

“การนำไปใช้กับการทำงาน...นำหลักการ PBL ทำกลุ่มบำบัดในเยาวชน ขั้นการเตรียม สภาวจิต ขั้นกิจกรรม Play(ซง) Talk(เชื่อม) Learn(ใช้) และการพูดกล่าวขอบคุณตนเองและผู้อื่นเมื่อ จบกิจกรรมและการ : ไม่มีก้อนหินใดโง่ (การรวมพลังช่วยกันจากครอบครัว โรงเรียน และชุมชน)”

คุณศิริวรรณ พยาบาลจิตเวชเด็กและบำบัดยาเสพติด รพ.บางมูลนาก

“การเรียนรู้เชิงบวก คนเราต้องมีทักษะในการสร้างสนามพลังบวกให้แก่ตนเองเพื่อชีวิตที่ ดี และมีความสุข และเป็นพลังงานบวกให้กับคนรอบข้าง”

คุณบำรุง เกิดขันหมาก พยาบาล รพ.บางมูลนาก

“การสร้างสนามพลังบวก บริบทแห่งการซึมซับ กระบวนการPBL นำไปใช้ในการดูแลลูก ที่บ้าน การทำงานฝึกพัฒนาการเด็กและการดูแลเด็กในชุมชน งานวิทยากร”

คุณวรนุช นนทรี นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ รพ.บางมูลนาก

“ส่วนตัวทำงานที่ศูนย์เด็กเล็ก จะนำความรู้ที่มาศึกษาดูงานครั้งนี้ ไปปรับใช้ให้ตรงบริบท และวัยที่เหมาะสมต่อไป ถึงแม้ว่าจะนำเทคนิคมาใช้ไม่ได้ทั้งหมดกับเด็กเล็กก็มาปรับประยุกต์ดูเท่าที่ ทำได้ส่วนการนำมาใช้กับชีวิตประจำวัน/การทำงาน มอง และทำทุกอย่างให้เป็นสนามพลังบวก”

ตัวแทนครูจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลวังทรายพูน

“การนำเทคนิคแบบบูรณาการมาปรับใช้ในเชิงบวกให้เกิดขึ้นกับผู้เรียนให้มีความ สอดคล้องและเหมาะสมกับช่วงวัยของผู้เรียน ถึงแม้ว่าบริบทแต่ละที่จะแตกต่างกัน และสร้าง บรรยากาศการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย โดยกระบวนการจิตศึกษา ในชีวิตประจำวันจะสร้างสนามพลัง บวก ให้กับคนในครอบครัว ที่ทำงาน รวมไปถึงชุมชน”

ครูนิชนันต์ญา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต.วังทรายพูน

“สิ่งที่จะนำไปปรับใช้คือการสร้างสนามพลังบวกให้กับนักเรียนโดยจิตวิทยาทางด้าน กิริยา วาจา ท่าที และวิธีคิด เพื่อให้ นักเรียนรู้สึกปลอดภัยจากครูผู้สอนกล้าแสดงออกและพร้อมที่จะ เรียนรู้แบบ Active Learning พัฒนาปัญญาภายในเพื่อการคิดขั้นสูงจากการตั้งคำถามในเนื้อหา ที่ เรียนอย่างหลากหลายรูปแบบเทคนิคการเตรียมสภาวะจิตก่อนเริ่มคาบเรียน การซง การเชื่อม การใช้

“เพื่อให้ นักเรียน ได้ฝึกคิดหลายรูปแบบการคิดแบบสลับที่การแชร์ประสบการณ์และสะท้อนความคิดจากเนื้อหาที่ได้เรียนอย่างเหมาะสม”

ครูนิรัชพร โรงเรียนหัวเฉียว อ.ตะพานหิน

“จะนำเอาความรู้ที่ได้จากกระบวนการไปปรับใช้กับตนเองครอบครัวและนักเรียนภายในห้องเรียนจะสร้างสนามพลังบวกให้นักเรียน สร้างพื้นที่ปลอดภัย และสอนให้นักเรียนรู้จักหน้าที่ที่ควรปฏิบัติ ปลุกฝังจิตสำนึก ให้นักเรียนรู้จักตนเองและรู้จักการเคารพคนอื่นและสิ่งรอบข้างตนเอง

นำเอาจิตวิทยาเชิงบวก มาใช้ เช่น การเปรียบเทียบ การใช้คำพูดด้านลบ การทำโทษ การสร้างข้อตกลงร่วมกัน และการเคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ รวมไปถึงการเสริมแรง การเติมพลังบวก”

ครูธัญวรัตน์ โรงเรียนหัวเฉียว อ.ตะพานหิน

7. กิจกรรมตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก

7.1 วัตถุประสงค์

ตรวจพัฒนาการเด็กในศูนย์เด็กเล็กทั้ง 6 แห่ง โดยหมอผู้เชี่ยวชาญ ประเมินสถานการณ์ จุดแข็ง-จุดด้อยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่ง เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เชื่อถือได้ (Evidence Based) เพื่อใช้ในการประเมินข้อเท็จจริง และการสื่อสารที่ยอมรับได้ในกลุ่มเครือข่ายและผู้ปกครอง รวมทั้งค้นหาข้อจำกัดและโอกาสการพัฒนาศักยภาพทีมทำงานคัดกรอง ช่วยเหลือ และประสานงานส่งต่อได้ครอบคลุม

7.2 กระบวนการ

ลักษณะกิจกรรมเป็นการประเมินพัฒนาการเด็ก อายุ 2-3 ปี ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 7 แห่งใน 3 อำเภอ ได้แก่

อำเภอบางมูลนาก 2 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหอไกรและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลเนินมะกอก

อำเภอวังทรายพูน 3 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกอบต.วังทรายพูน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทุ่งโม่ง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลวังทรายพูน

อำเภอตะพานหิน 2 แห่ง คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแสงวิทยา และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกอบต.มีรายละเอียดกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1) กิจกรรมการประเมินพัฒนาการเด็ก โดย แพทย์หญิงโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

2) กิจกรรมการพูดคุย แลกเปลี่ยนกับผู้ปกครองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรหลาน โดย รอง

ศาสตราจารย์ ดร. ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะทีมวิจัยจากคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ศูนย์
จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล

7.3 ผลสรุปกิจกรรม

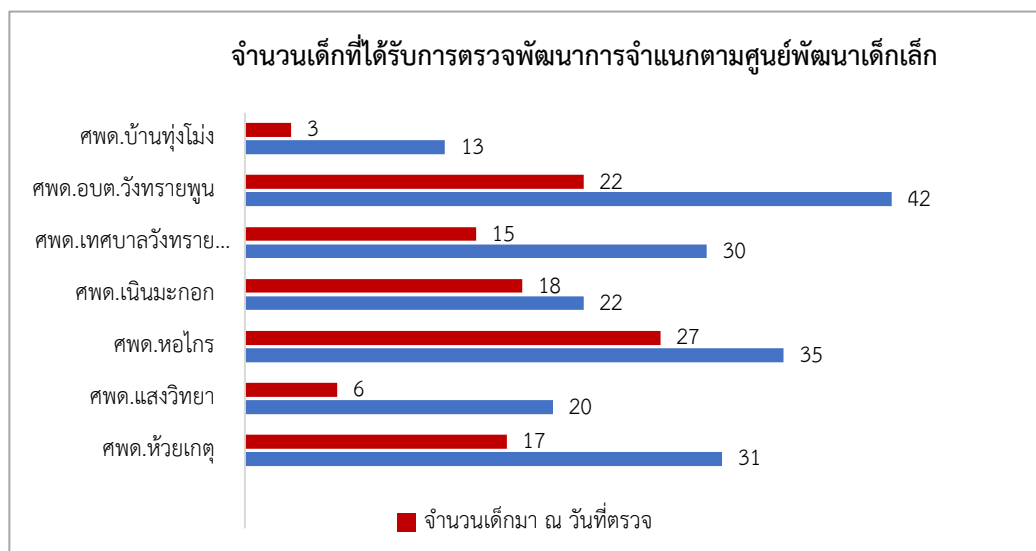
7.3.1 ผลการตรวจพัฒนาการเด็ก

ภาพรวมผลการตรวจพัฒนาการเด็ก

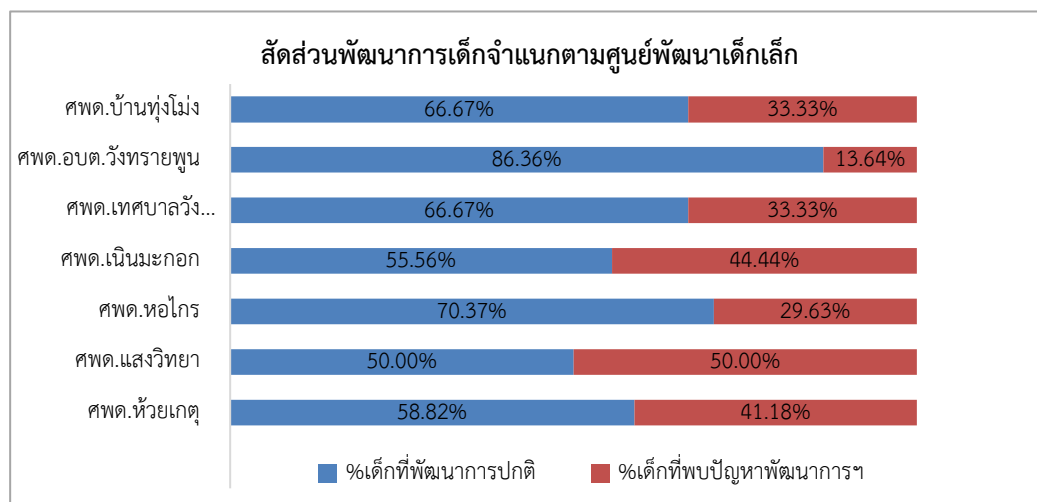
กิจกรรมการตรวจพัฒนาการเด็กช่วงอายุ 3 – 5 ปี ในพื้นที่ 3 อำเภอ 7 ศูนย์พัฒนาเด็ก
เล็กของคณะผู้วิจัย มีวิธีการคัดกรองผ่านการประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ปฐมวัย (DSPM) จากครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้นๆร่วมกับเจ้าหน้าที่จากรพสต.ในชั้นแรกก่อน จากนั้น
จะประเมินเพื่อวินิจฉัยอีกครั้งในวันที่ 10-12 ตุลาคม พ.ศ.2566 โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จาก
สถาบันสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์เป็นผู้ตรวจวินิจฉัย จากจำนวนเด็กทั้งหมด 193 ราย มีเด็ก
เข้ารับการตรวจประเมินกับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 108 ราย ซึ่งในจำนวนดังกล่าวพบเด็กมีปัญหา
พัฒนาการ 35 ราย จำแนกรายละเอียดตามศูนย์ฯ ได้ดังนี้

ตาราง 2.3 ภาพรวมจำนวนและสัดส่วนเด็กจำแนกตามศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก

	อ.ตะพานหิน		อ.บางมูลนาก		อ.วังทรายพูน			รวม
	ศพด. ห้วยเกตุ	ศพด. แสงวิทยา	ศพด. หอไกร	ศพด. เนินมะกอก	ศพด. เทศบาลวัง ทรายพูน	ศพด.อบต. วังทราย พูน	ศพด.บ้าน ทุ่งโม่ง	
จำนวนเด็ก ทั้งหมด	31	20	35	22	30	42	13	193
จำนวนเด็ก ณ วันตรวจฯ	17	6	27	18	15	22	3	108
จำนวนเด็ก พัฒนาการปกติ	10 58.82%	3 50.00%	19 70.37%	10 55.56%	10 66.67%	19 86.36%	2 66.67%	73 67.6%
จำนวนเด็กที่พบ ปัญหา พัฒนาการ	7 41.18%	3 50.00%	8 29.63%	8 44.44%	5 33.33%	3 13.64%	1 33.33%	35 32.4%



รูป 2.18 แผนภูมิแสดงจำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการจำแนกตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก



รูป 2.19 แผนภูมิแสดงร้อยละของพัฒนาการของเด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการ

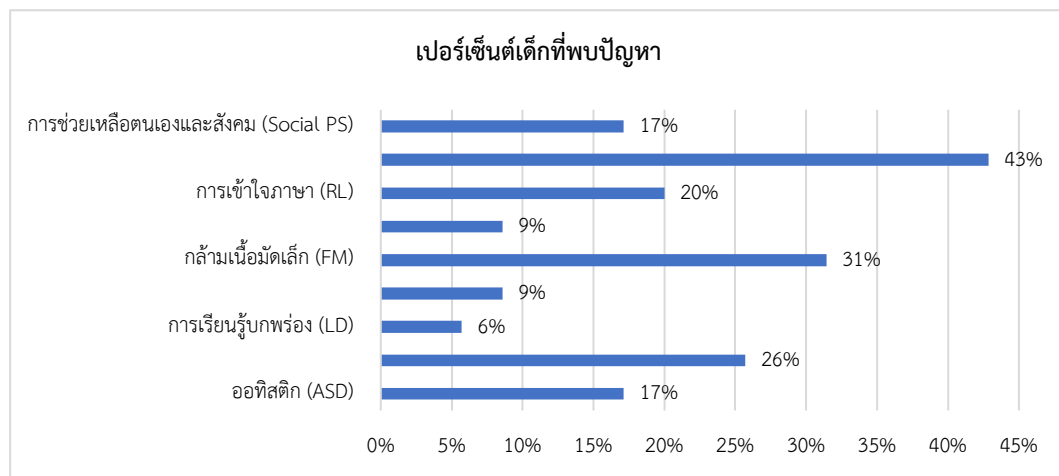
ผลการตรวจพัฒนาการแยกตามศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก

จากจำนวนเด็กที่พบปัญหาพัฒนาการ 35 คน เมื่อพิจารณาแยกตามลักษณะปัญหาที่พบ จากรูป 3 และตาราง 2 พบว่า มีปัญหาด้านการใช้ภาษา (Expressive Language - EL) มากที่สุด 43 % รองลงมาคือปัญหาด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor - FM) 31% สมาธิสั้น

(Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) 26% ปัญหาด้านความเข้าใจภาษา (Receptive Language - RL) 20% ปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเอง (Personal and Social PS) และภาวะออทิสติก (Autism spectrum disorder - ASD) จำนวนเท่ากัน 17% ปัญหาด้านอารมณ์ (Emotional Problems - E) 9% ปัญหาในกลุ่มโรคPDD (Pervasive Developmental Disorders) 9% ปัญหาการเรียนรู้บกพร่อง (LD) 6% และปัญหาอื่นๆ เช่น ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) โรคอ้วน (Obesity) โภชนาการต่ำ (Nutrition) ภาวะน้ำลายไหล (Drooling) เป็นต้น

ตาราง 2.4 ผลการตรวจพัฒนาการแยกตามศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก

ปัญหาพัฒนาการ	ออ-ทิสติก (ASD)	สมาธิสั้น (ADHD)	การเรียนรู้บกพร่อง (LD)	กลุ่ม PDD	กล้ามเนื้อมัดเล็ก (FM)	อารมณ์ (E)	การเข้าใจภาษา (RL)	การใช้ภาษา (EL)	การช่วยเหลือตนเองและสังคม (Social PS)	อื่นๆ
ศพด.ห้วยเกตุ	0	3	1	1	4	3	3	3	2	4
ศพด.แสงวิทยา	0	1	0	1	2	0	1	1		2
ศพด.หอไกร	1	1	0	0	1	0	1	6	1	4
ศพด.เนินมะกอก	3	2	1	0	1	0	1	3	2	3
ศพด.เทศบาลวังทรายพูน	1	1	0	1	3	0	1	2	1	1
ศพด.อบต.วังทรายพูน	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
ศพด.ทุ่งโม่ง	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวม	6	9	2	3	11	3	7	15	6	16
%เด็กที่พบปัญหา	17%	26%	6%	9%	31%	9%	20%	43%	17%	46%



รูป 2.20 แผนภูมิแสดงร้อยละของปัญหาพัฒนาการของเด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการ

7.3.2 ผลสำรวจบริบทครอบครัว

ภาพรวมบริบทครอบครัวเด็ก

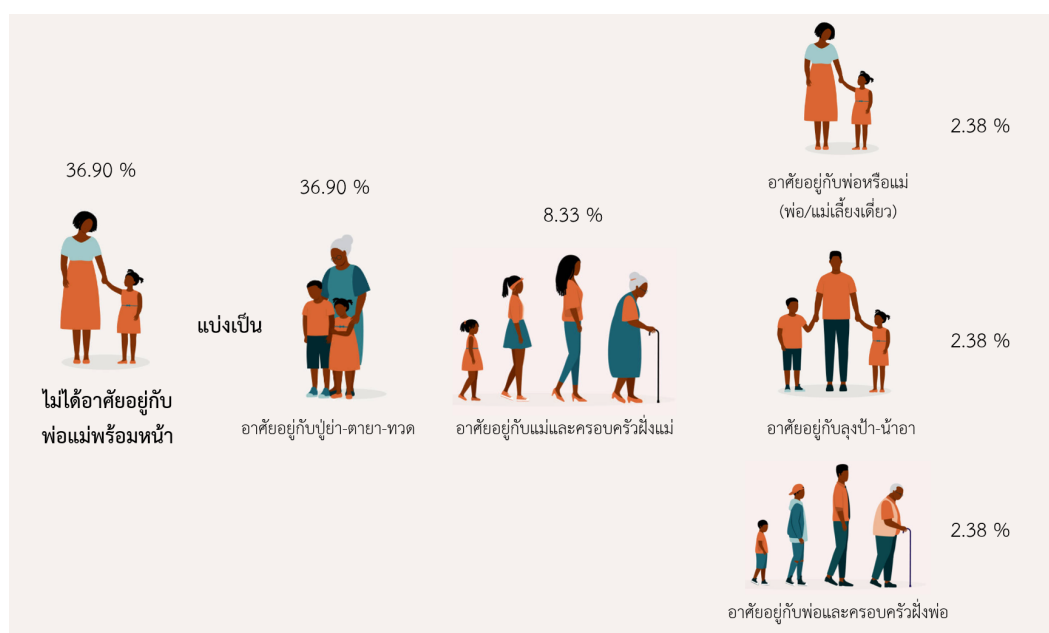
จากผลสำรวจจำนวนครอบครัวทั้งหมด 84 ครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่เด็กอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายอยู่ร่วมกับผู้ปกครองหลายรุ่นในบ้านหลังเดียวกัน และโดยมากปู่ย่า-ตายายมักเป็นผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก จากตาราง 3 แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เด็กอาศัยอยู่กับพ่อแม่พร้อมหน้า จำนวน 53 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 63.10 โดยแบ่งเป็นอาศัยอยู่กับพ่อและแม่จำนวน 22 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 26.19 และอาศัยอยู่กับพ่อแม่และปู่ย่า-ตายายจำนวน 31 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 36.90



รูป 2.21 สัดส่วนจำนวนเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่พร้อมหน้า

กลุ่มที่ 2 เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่พร้อมหน้า จำนวน 31 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 36.90 โดยแบ่งเป็นอาศัยอยู่กับปู่ย่า-ตายาย-ทวด 18 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 21.43 อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่(พ่อ/แม่เลี้ยงเดี่ยว) 2 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 2.38 อาศัยอยู่กับพ่อและครอบครัวฝั่งพ่อ 2 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 2.38 อาศัยอยู่กับแม่และครอบครัวฝั่งแม่ 7 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 8.33 และอาศัยอยู่กับลุงป้า-น้าอา 2 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 2.38



รูป 2.22 สัดส่วนจำนวนเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่พร้อมหน้า

ตาราง 2.5 ผลการสำรวจเด็กอาศัยอยู่กับใคร

เด็กอยู่กับใคร	จำนวน	ร้อยละ
อยู่กับพ่อแม่พร้อมหน้า	53	63.10
อยู่กับพ่อและแม่	22	26.19
อยู่กับพ่อแม่และปู่ย่า/ตายาย	31	36.9
อยู่กับพ่อแม่ไม่พร้อมหน้า	31	36.90
อยู่กับปู่ย่า-ตายาย-ทวด	18	21.43
อยู่กับพ่อหรือแม่(พ่อ/แม่เลี้ยงเดี่ยว)	2	2.38
อยู่กับพ่อและครอบครัวฝั่งพ่อ	2	2.38
อยู่กับแม่และครอบครัวฝั่งแม่	7	8.33
อยู่กับลุงป้า-น้าอา	2	2.38
รวม	84	100

เมื่อพิจารณาเพิ่มเติมจากข้อมูลจะพบว่าในจำนวนเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่พร้อมหน้า จำนวน 31 ครอบครัว อาศัยอยู่กับปู่ย่า-ตายาย- ทวดหรือสมาชิกทางฝั่งพ่อหรือฝั่งแม่อย่างใดอย่างหนึ่ง เนื่องจากสาเหตุครอบครัวมีปัญหาหย่าร้างมากที่สุด 16 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 51.61 รองลงมาเพราะพ่อและแม่เด็กต้องออกไปประกอบอาชีพภายนอกพื้นที่ 14 ครอบครัว ร้อยละ 45.16 และพ่อแม่เสียชีวิต 1 ครอบครัว ร้อยละ 3.23 ตามข้อมูลในตาราง 4

ตาราง 2.6 ผลการสำรวจสถานะของพ่อแม่เด็ก

พ่อแม่เด็กหายไปไหน (สถานะ)	จำนวน	ร้อยละ
พ่อแม่หย่าร้าง	16	51.61
พ่อและแม่ไปทำงานที่อื่น	14	45.16
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	1	3.23
รวม	31	100

กิจวัตรประจำวันเด็ก

จากผลสำรวจกิจวัตรประจำวันของเด็กพบว่าพฤติกรรมการเข้านอนและระยะเวลา การนอนเป็นไปตามพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูเป็นหลัก เฉลี่ยระยะเวลาการนอนอยู่ที่ 10 ชั่วโมงมากที่สุด ร้อยละ 30.95 รองลงมาเป็น 9 ชั่วโมง ร้อยละ 27.38 ตามลำดับ เข้านอนส่วนใหญ่เวลา 21.00 น. ร้อยละ 41.67 รองลงมาเวลา 22.00 น. ร้อยละ 26.19 และเวลา 20.00 น. ร้อยละ 16.67 เป็นลำดับถัดมา ขณะที่เวลาตื่นนอนอยู่ในช่วง 07.00 น. ร้อยละ 41.67 ตามมาด้วยเวลา 06.00 น. ร้อยละ 19.05 และเวลา 08.00 น. ร้อยละ 11.90

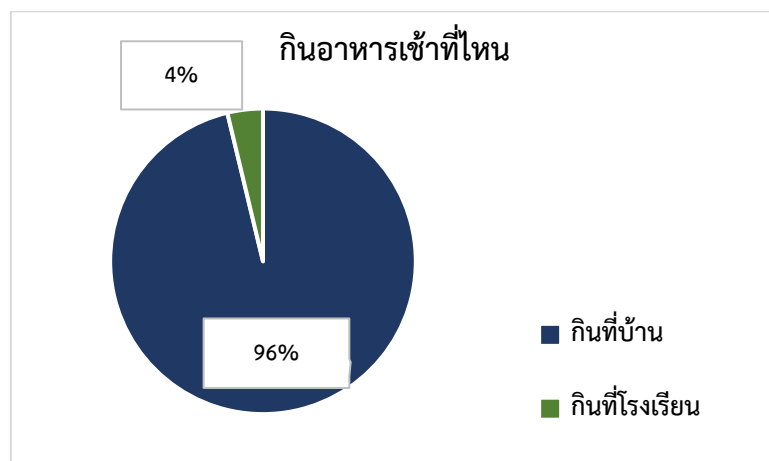
ตาราง 2.7 ผลการสำรวจเวลาเข้านอนและเวลาตื่นนอนของเด็ก

เวลาเข้านอน	จำนวน	ร้อยละ		เวลาตื่นนอน	จำนวน	ร้อยละ
20.00 น.	14	16.67		05.00 น.	5	5.95
20.30 น.	6	7.14		05.30 น.	2	2.38
21.00 น.	35	41.67		06.00 น.	16	19.05
21.30 น.	2	2.38		06.30 น.	9	10.71
22.00 น.	22	26.19		07.00 น.	35	41.67
23.00 น.	4	4.76		07.30 น.	7	8.33
00.00 น.	1	1.19		08.00 น.	10	11.90
รวม	84	100.00		รวม	84	100.00

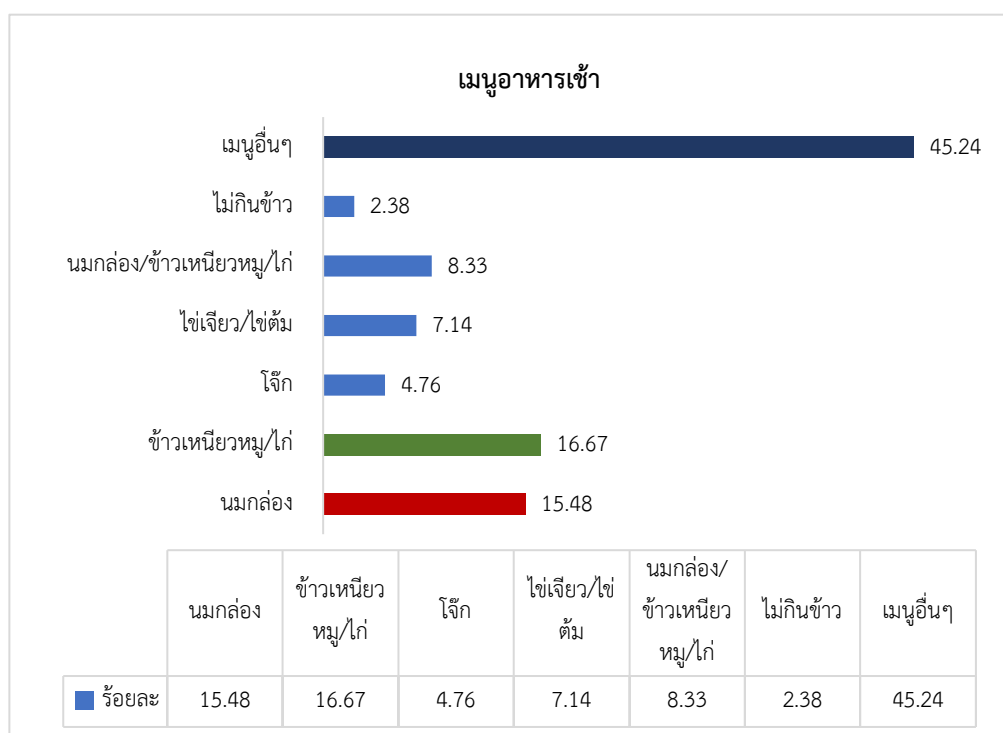
ด้านพฤติกรรมการกินในช่วงเข้าก่อนมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 กินอาหารที่บ้าน โดยผู้ปกครองเป็นคนทำอาหารให้ร้อยละ 67.90 และมีครอบครัวได้กินบางส่วนร้อยละ 32.10 ซื้ออาหารให้เด็กกิน ส่วนมากเป็นข้าวเหนียวหมูหรือไก่ ร้อยละ 16.67 รองลงมาเป็นนมกล่อง ร้อยละ 15.48 และข้าวไข่เจียวหรือไข่ต้ม ร้อยละ 7.14 ในเด็กรายที่ไม่กินอาหารเข้าพบเป็นส่วนน้อย เพียง ร้อยละ 2.38



รูป 2.23 แผนภูมิแสดงร้อยละของการจัดหาหรือดูแลเรื่องอาหารเข้าให้กับเด็ก



รูป 2.24 แผนภูมิแสดงร้อยละของการรับประทานอาหารเช้าของเด็ก



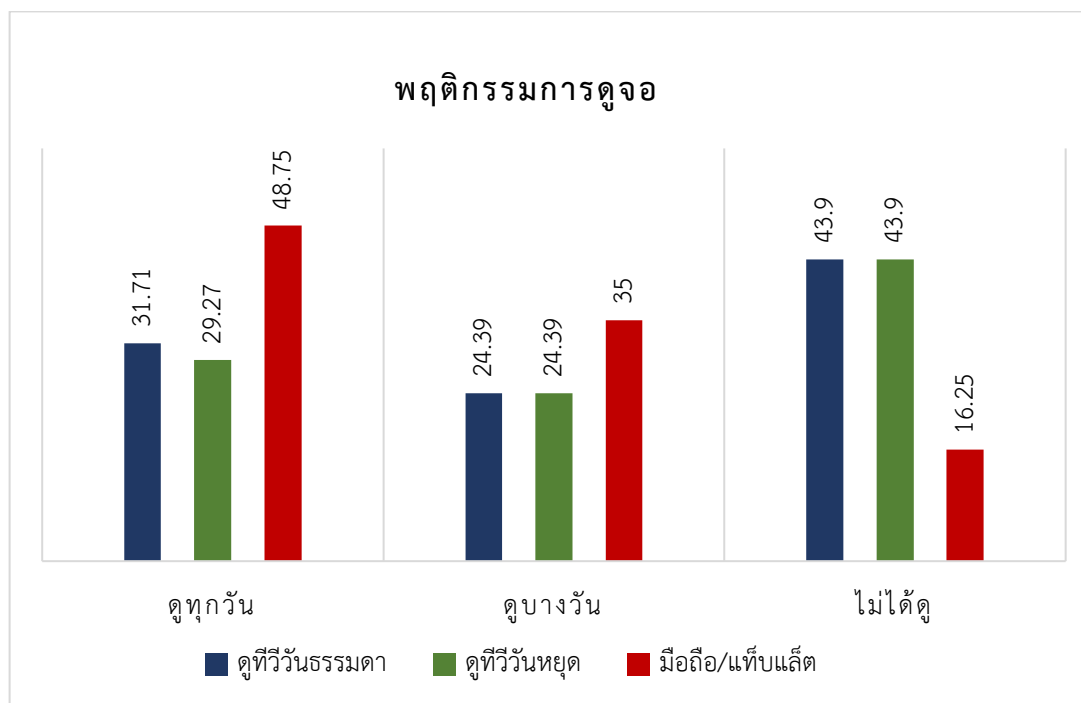
รูป 2.25 แผนภูมิแสดงร้อยละของเมนูอาหารเช้าของเด็ก

พฤติกรรมการดูจอ

จากผลสำรวจพฤติกรรมการดูจอของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 40 เด็กมีพฤติกรรมดูจอมือถือหรือแท็บเล็ตทุกวัน วันละ 1 ชั่วโมงมากที่สุด ร้อยละ 29.33 รองลงมาวันละ 26.67 และเฉลี่ยพฤติกรรมการดูจอในวันธรรมดาหลังจากเด็กกลับจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงเย็น-หัวค่ำมากกว่าพฤติกรรมการดูจอในวันหยุด คิดเป็นร้อยละ 31.71 และ 29.27 ตามลำดับ เฉลี่ยระยะเวลาในการดูต่อวัน 1-2 ชั่วโมงเช่นกัน

ตาราง 2.8 ผลการสำรวจพฤติกรรมการดูจอของเด็ก

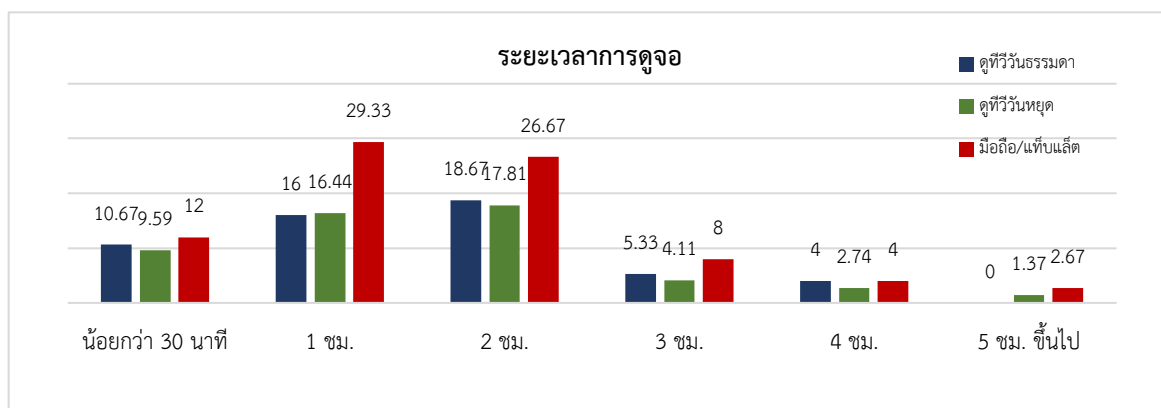
พฤติกรรมการดูจอ	ดูทุกวัน	ดูบางวัน	ไม่ได้ดู
ดูทีวีวันธรรมดา	26 31.71%	20 24.39%	36 43.9%
ดูทีวีวันหยุด	24 29.27%	20 24.39%	36 43.9%
มือถือ/แท็บเล็ต	39 48.75%	28 35%	13 16.25%



รูป 2.26 แผนภูมิแสดงร้อยละของพฤติกรรมการดูจอของเด็ก

ตาราง 2.9 ผลการสำรวจระยะเวลาการดูจอของเด็ก

ระยะเวลา	น้อยกว่า 30 นาที	1 ชม.	2 ชม.	3 ชม.	4 ชม.	5 ชม. ขึ้นไป
ดูทีวีวันธรรมดา	8 10.67%	12 16%	14 18.67%	4 5.33%	3 4%	0
ดูทีวีวันหยุด	7 9.59%	12 16.44%	13 17.81%	3 4.11%	2 2.57%	1 1.37%
มือถือ/แท็บเล็ต	9 12%	22 29.33%	20 26.67%	6 8%	3 4%	2 2.67%



รูป 2.27 แผนภูมิแสดงร้อยละของระยะเวลาการดูจอของเด็ก

7.3.2 วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

นอกจากนี้ผลจากการลงตรวจพัฒนาการและสำรวจบริบทครอบครัวในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 7 แห่ง พบว่าแต่ละศูนย์มีลักษณะ และศักยภาพแตกต่างกันทั้งในแง่ของพื้นที่ ทักษะครู และการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กล่าวคือ ขีดจำกัดของครูแต่ละศูนย์ในการคัดกรองช่วยเหลือเด็ก และการทำงานกับผู้ปกครองไม่เท่ากัน โดยปกติครูจะเป็นผู้ประเมินความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการของเด็กเป็นอันดับแรกก่อน จากนั้นจะสื่อสารกับผู้ปกครองเพื่อให้ผู้ปกครองปรับพฤติกรรมการเล่นดูหรือส่งต่อไปยังสถานพยาบาลต่างๆ เพื่อรับยาต่อไปในกรณีที่จำเป็น ซึ่งเมื่อพิจารณาจากเส้นทางการคัดกรองช่วยเหลือ และประสานงานส่งต่อเข้ากระบวนการรักษามีข้อจำกัด (Gap) 4 ประการ ดังนี้

ข้อจำกัดที่ 1 ครูแต่ละศูนย์ฯ หรือครูภายในศูนย์ฯ เดียวกันมีทักษะในการประเมินเด็กเบื้องต้นไม่เท่ากัน ทำให้เด็กไม่สามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้ตั้งแต่ต้นทาง เนื่องจากข้อจำกัดในอาชีพ กล่าวคือ ภายในหนึ่งศูนย์โดยทั่วไปจะมีตำแหน่งครูบรรจุน้อยเมื่อเทียบกับครูอัตราจ้างรายเดือนหรือรายปี ภาระหน้าที่งานที่นอกเหนือจากการสอน เช่น งานเอกสาร งานพัสดุ การเขียนขอบประมาณ ฯลฯ โดยส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของครูข้าราชการสังกัดกระทรวงศึกษา ทำให้ครูมีศักยภาพในการสอนน้อยลง โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กที่ไม่มีครูธุรการ ขณะที่ครูอัตราจ้างจะพบกับปัญหาขาดทักษะมากกว่าครูข้าราชการ เพราะเมื่อมีกิจกรรมอบรมเสริมทักษะต่างๆ หน่วยงานอปท. บางแห่งจะเลือกส่งครูข้าราชการเข้าอบรม เพราะสามารถทำเรื่องลาและเบิกค่าใช้จ่ายจากส่วนกลางได้

ข้อจำกัดที่ 2 การทำงานและการสื่อสารกับผู้ปกครองเป็นเรื่องยากสำหรับครู เนื่องจากมีผู้ปกครองหลายรายไม่ยอมรับและเข้าใจว่าครูไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญในการประเมินเด็กได้เช่นเดียวกับหมอ

รวมถึงทักษะที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ปกครอง เป็นทักษะการสื่อสารที่แตกต่างจากการสื่อสารโดยทั่วไป ที่ครูใช้สื่อสารกับเด็กในฐานะครู

ข้อจำกัดที่ 3 การทำงานทางความคิดกับผู้นำหรือองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้มีความสนใจและเห็นความสำคัญจำเป็นกับเด็กและครู เนื่องจากปัจจุบันการบริหารงานส่วนใหญ่เน้นพัฒนาเชิงกายภาพ เช่น จำนวนเด็ก สร้างสนามเด็กเล่น ซึ่งอุปกรณ์ของเล่นแต่ไม่รู้วิธีใช้ที่ถูกต้องมากกว่าเห็นความจำเป็นในการดูแลเด็กที่แท้จริงหรือส่งเสริมทักษะให้แก่ครูในศูนย์เด็ก

ข้อจำกัดที่ 4 ข้อจำกัดของระบบบริการ โดยเฉพาะการขาดบุคลากรสาธารณสุข การเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องของระบบส่งต่อ เช่น ความต่อเนื่องของผู้ปกครองที่จะพาเด็กเข้ารับการรักษาสีทธิการรักษายาบาลข้ามเขตกรณีตัวเด็กอยู่คนละพื้นที่สิทธิการรักษา เป็นต้น

8. กิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพครู

8.1 วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงจากภายในให้แก่ครู ฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Triple-P) การสื่อสารกับผู้ปกครองและหลักการส่งเสริมพัฒนาการกรณีเด็กมีปัญหาพัฒนาการ

8.2 กระบวนการ

ลักษณะกระบวนการแบ่งภารกิจรวมทั้งหมด 3 วัน แบ่งเป็นกิจกรรมพัฒนาทักษะด้านในผ่านกระบวนการจิตปัญญา เพื่อให้เกิดพลังในการทำงานต่างๆ โดยไม่ทุกข์และบีบคั้น 1 วัน ในวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2566 และกิจกรรมพัฒนาครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมพัฒนาการการคัดกรองเด็กที่มีความผิดปกติ การให้ความช่วยเหลือ และทำงานกับผู้ปกครองในการช่วยเหลือดูแลเด็ก รวม 2 วัน ในวันที่ 9-10 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยเชิญวิทยากรจากสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ มีเนื้อหากิจกรรม 3 ส่วน ดังนี้

1) โปรแกรม Thai Triple-P มี 3 ส่วน คือ 1. วินัยเชิงบวก 2. สาทิตการทำกลุ่ม Triple-P 4 ครั้ง และ 3. ให้ครูฝึกทำกลุ่ม Triple-P เพื่อให้มีทักษะในการทำกิจกรรม

2) การคัดกรองพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

3) การสื่อสารกับผู้ปกครองและหลักการส่งเสริมพัฒนาการกรณีเด็กมีปัญหาพัฒนาการ

8.3 ผลสรุปกิจกรรม

8.3.1 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ตาราง 2.10 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพครู

สิ่งที่ได้เรียนรู้หรือได้ประโยชน์จากการอบรม	หลังจากการอบรมตั้งใจจะทำอะไรต่อ	ข้อเสนอแนะในการพัฒนาครูหรือบุคลากรที่ทำงานด้านพัฒนาการเด็ก
- ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจ DSPM การเสริมกำลังในการเรียนการสอน เด็กให้มีวินัยเชิงบวกและการใช้ชีวิตประจำวันได้เรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการพูดกับเด็กและผู้ปกครอง ให้เข้าใจและรับรู้ถึงปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการ - ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ด้านการสื่อสาร ด้านการปฏิบัติตัว - ได้ประโยชน์ในการตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบ การอยู่ร่วมกันสังคมที่มาจากต่างถิ่น - ได้รับความรู้ทักษะการเลี้ยงดูบุตรตามวัย - ได้รับความรู้เกี่ยวกับการยอมรับพัฒนาการของเด็กและการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น - รู้และเข้าใจเครื่องมือในการประเมินพัฒนาการเด็ก - ได้รับความรู้อย่างมากในเรื่องการพูดเชิงบวกกับเด็กและผู้ปกครอง - ได้ความรู้ใหม่ของการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เคยทราบมาก่อนในแต่ละช่วงวัยตั้งแต่อายุ 9 เดือน เด็กควรมีพัฒนาอย่างไรตามวัยที่เหมาะสมและกรณีที่ได้มีความปกติควรปรึกษาใคร ควรพาเด็กไปพบนักพัฒนาการได้ที่ไหน และทำให้ทราบจำนวนเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และหน่วยงานของรัฐควรเห็นความเร่งด่วนในการนำบุคลากรทางสาธารณสุขลงพื้นที่การพัฒนาการในศูนย์ศึกษาพิเศษไม่มีทีมพัฒนาการ ไม่นักจิตวิทยา ซึ่งมีผลกับพัฒนาการ	- นำความรู้และกิจกรรมการทดสอบไปใช้ในชั้นเรียน >> เจอไว รักษาไว << Early Detection for Early Intervention - นำรูปแบบของกิจกรรม Tripple-P ไปปรับใช้ในการทำงาน เพื่อสร้างวินัยเชิงบวกของเด็กและนำไปปรับใช้กับครอบครัว - ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ทบทวนเพื่อความแม่นยำ และนำไปปฏิบัติในการปฏิบัติงาน - ต้องให้ความรักความรู้สึกกับเด็กมากขึ้นและเข้าใจเขามากขึ้น - นำไปปรับใช้ในห้องเรียน - นำความรู้ที่ได้จากอบรมไปปรับใช้ได้กับการเรียนรู้กับเด็ก - นำความรู้ที่ได้รับไปใช้กับการสอนในโรงเรียนอนุบาล นอกจากในเรื่องของวิชาการ การเรียนในห้องเรียนแล้ว เด็กๆควรมีการพัฒนาการประสบการณ์การเรียนรู้ ทักษะชีวิต การลงมือปฏิบัติ กิจกรรมด้วยตนเองมากขึ้น กำหนดตารางการฝึกพัฒนาการ - จะกลับไปพัฒนาตัวเอง นำความรู้ที่ได้จากท่านอ. วิทยากรไปปรับใช้กับเด็กๆ ทุกการเรียนรู้ เพราะจะเกิดประโยชน์และคุณค่ากับเด็กมากๆ เด็กจะเติบโตอย่างมี	- อยากให้เจ้าหน้าที่เข้าประเมินเด็กในโรงเรียน เพื่อจะได้พบไวขึ้นหรือให้เบี่ยงเจ้าหน้าที่สธ.ในการออกเยี่ยมบ้านพร้อมครูเพื่อประเมิน 100% - จะนำไปเผยแพร่แก่บุคลากรในองค์กร และน้องร่วมงานในสังกัด - ทุกๆหน่วยงานช่วยกัน แก้ไขปัญหาไม่ผลักระให้เป็นของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ต้องร่วมมือกันทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็กให้มีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ (พลอย/งานบริการปฐมภูมิ) - อยากให้มีกิจกรรมแบบนี้บ่อยๆในสถานที่ต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล รพสต. (นศ.ฝึกงานรพ.วังทรายพูน) - อยากให้มีกิจกรรมแบบนี้ทุกอาทิตย์ (นศ.ฝึกงานรพ.วังทรายพูน) - อยากให้ผู้ปกครองและครูช่วยเหลือเด็กอย่างชัดเจน - สามารถนำมาจัดการวางแผนในการรับมือกับเด็กที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ - กลับไปแนะนำ ให้คำปรึกษากับคณะครูเพิ่มเติมการจัดการเรียนรู้ที่มีอยู่ด้านการพัฒนาการตามวัยของเด็กเล็ก - อยากเห็นทั้งผู้ปกครอง ครู สถานศึกษา องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเด็กได้ช่วยกันพัฒนาและขับเคลื่อนทุกแนวทางดีๆ เพื่อช่วยกันดูแลเด็กๆ และเยาวชนให้เติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติต่อไป (ครูศพต.อบต.วังทรายพูน) - อยากเห็นผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือและพัฒนาการเด็กที่ดีขึ้นเรื่อยๆ

สิ่งที่ได้เรียนรู้หรือได้ประโยชน์จากการอบรม	หลังจากการอบรมตั้งใจจะทำอะไรต่อ	ข้อเสนอแนะในการพัฒนาครูหรือบุคลากรที่ทำงานด้านพัฒนาการเด็ก
เด็กที่ไม่ได้กระตุ้นพัฒนาการให้ทันเวลา - ได้เห็นและเรียนรู้ว่า “เด็ก” มีคุณค่ามากและการใช้หลักจิตวิทยาความเข้าใจพัฒนาการของเด็กคนหนึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนมาก ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ต้องการพัฒนาไม่มีที่สิ้นสุดทั้งครู ผู้ปกครอง และบุคคลที่ใกล้ชิดเด็ก ต้องมีองค์ความรู้ ความเข้าใจในการพัฒนาที่ควรส่งเสริมเด็กในทุกช่วงวัย ไม่ว่าจะเป็นอาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรคให้เด็กแล้ว ควรเลี้ยงดูด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ที่สำคัญกับพฤติกรรมต่อใจมากสำหรับเด็ก - ได้รับความรู้ในด้านการรับฟังผู้อื่นการมีส่วนร่วมกับเพื่อน การได้แบ่งปันความคิดเห็นและเรียนรู้เรื่องเด็กกับการพัฒนาการประยุกต์ใช้ในการให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมและนำไปปรับใช้ในโรงเรียน - ได้ความรู้จากการประเมินพัฒนาการเด็ก - ได้ความรู้จากการจัดกิจกรรมที่มีผู้ปกครองมีส่วนร่วม - ได้เรียนรู้การเสริมแรงทางบวกให้กับผู้ปกครอง การชมเด็ก ๆ วิธีการชมต่างๆ และการลงโทษ เมื่อเกิดพฤติกรรมที่ไม่ดี - ได้เรียนรู้การเสริมพลังผู้ปกครอง ได้ทบทวนทักษะการประเมินพัฒนาการที่หลวม และได้เรียนรู้พลังของครู ศูนย์เด็กเล็กที่อยากพัฒนาเด็ก - ได้รู้จักว่าเด็กแต่ละช่วงวัยนั้นมีความแตกต่างกัน ซึ่งครูและผู้ดูแลต้องเข้าใจเด็กก่อน - ได้เรียนรู้ทักษะการใช้ Triple-P และ DSPM อย่างถูกวิธี	คุณภาพและเป็นคนดีของสังคมและประเทศชาติต่อไป - คิดว่าจะนำเนื้อหาที่ได้รับจากการอบรมไปประยุกต์ใช้ในห้องเรียนและชักชวนผู้ปกครองเด็กให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กและบุตรหลาน - จะนำโปรแกรม Triple-P ไปจัดกับผู้ปกครอง - นำไปใช้กับเด็กในห้องเรียนของเรา ก่อน เช่น พัฒนาการในแต่ละด้านของเด็ก การให้เด็กได้เรียนรู้ การรอยคอย การร่วมทำงานกับผู้อื่นได้ - จะไปจัดกิจกรรม Triple-P กับผู้ปกครองในชั้นเรียนของตนและจะไปประเมินพัฒนาการกับเด็ก - นำแนวทางการอบรมไปใช้กับผู้ปกครองที่โรงเรียน - หลังจากการอบรมครั้งนี้จะนำความรู้ที่ได้ไปใช้กับเด็กให้เกิดประโยชน์ โดยจะรับฟังเหตุผลและรับฟังปัญหาของเด็กให้มากขึ้น และจะนำกิจกรรมไปใช้กับเด็กให้เกิดประโยชน์มากที่สุด - นำไปใช้กับงานที่ทำในปัจจุบันสื่อสารกับครูที่ดูแลเด็กที่มีปัญหามากขึ้น และการคืนข้อมูลพัฒนาการที่เด็กมารับการบำบัด - นำความรู้ที่ได้นำไปจัดโครงการอบรมให้กับผู้ปกครอง และให้ความรู้กับผู้ปกครองในการจัดกิจกรรม	- ควรมีการจัดการฝึกอบรมให้กับครู/บุคลากรในการส่งเสริมพัฒนาการและการดูแลเด็กที่มีความพิเศษ - อยากเห็นเด็กมีพัฒนาการครบ เก่ง ดี มีสุข - อยากให้ครูร่วมกันจัดกิจกรรมที่มีผู้ปกครองมีส่วนร่วม - อยากให้มีส่วนช่วยเหลือในการส่งเสริมพัฒนาการให้กับเด็ก - อยากให้มีส่วนดนตรี/กีฬา หรือ สันทนาการอื่นๆ ที่ให้เด็กได้ทำกิจกรรม เพื่อห่างไกลจากการเล่นโทรศัพท์ - ครูมีทักษะในเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลาเพื่อเด็ก - อยากเห็นชุมชนเข้มแข็ง ท้องถิ่นเห็นความสำคัญในการพัฒนาเด็ก และการสนับสนุนงบประมาณ (นักกิจกรรมบำบัด อ.บางมูลนาก) - อยากเห็นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ท้องถิ่น และครู (นักกิจกรรมบำบัด อ.บางมูลนาก) - ครูและบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในหลักการ ใช้ทักษะพัฒนาเด็กตามวัยเพื่อนำไปต่อยอดร่วมกับผู้ปกครองและทำหน้าที่สาธารณสุขเพื่อช่วยกันคัดกรอง และแก้ไขปัญหาลูกได้ทันทั่วทั้งมากขึ้น - เป็นประโยชน์มาก อยากให้มีโครงการแบบนี้อย่างต่อเนื่องและขยายวงกว้าง (กลุ่มเป้าหมาย) ให้มากขึ้น - อยากให้มีการอบรมแบบนี้และมุ่งไปในชุมชน องค์กร ผู้ปกครอง - ครูและบุคลากรควรจะมีความรู้ที่จะรับมือกับเด็กที่มีความบกพร่อง

สิ่งที่ได้เรียนรู้หรือได้ประโยชน์จากการอบรม	หลังจากการอบรมตั้งใจจะทำอะไรต่อ	ข้อเสนอแนะในการพัฒนาครูหรือบุคลากรที่ทำงานด้านพัฒนาการเด็ก
- ได้ขั้นตอนการแจ้งข่าวหรือความผิดปกติแก่ผู้ปกครอง - ได้ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครองและเทคนิคในการโน้มน้าวให้ผู้ปกครองยอมรับ - กิจกรรมในการอบรมสามารถนำไปปรับใช้กับเด็กนักเรียนได้ - ได้เรียนรู้กิจกรรมและปฏิบัติจริงในแต่ละวัน/ประโยชน์จะนำความรู้ไปสอนกับเด็ก - สามารถนำมาจัดกระบวนการวางแผนในการรับมือกับเด็กในกรณีที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ - การกอดเด็กและลูก เพื่อสร้างความอบอุ่นให้แก่ครอบครัว / แรงเสริมและการชมเชย - ได้แนวคิดในการไปร่วมใช้กับครอบครัวเด็กที่โรงเรียน - ได้ประโยชน์การพัฒนาทักษะของเด็กปฐมวัย	- ได้นำหลักการของ Triple-P และหลักการใช้ DSPM ไปปรับและใช้ในการพัฒนาเด็ก ร่วมกับกับผู้ปกครอง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาเด็กให้มีทักษะที่ดีกว่าเดิม - ปรับเทคนิคการสอนให้เข้ากับบริบทของตนเอง ไม่เน้นการเรียนรู้ด้านเดียว - จากการอบรมครั้งนี้จะนำไปส่งเสริม พัฒนาเด็กในศูนย์เด็กเล็กของตนเองในด้านต่างๆ ทั้งด้านการแก้ไขปัญหา รวมถึงแนะนำผู้ปกครอง - นำไปใช้ควรส่งเสริม พัฒนาการเด็กในศูนย์ต่อไป และหาวิธีช่วยส่งเสริมเด็กที่บกพร่องร่วมกับผู้ปกครอง - จะนำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่กับครูที่ทำงานด้วยกัน และนำไปใช้กับเด็กที่ศูนย์เด็กเล็ก หรือลูกหลานตัวเอง และนำไปบอกต่อผู้ปกครองที่มีเด็กที่มีความเสี่ยงก็จะแนะนำวิธีการพัฒนาเด็กให้ผู้ปกครอง - รู้สึกถึงเรื่องราวเกี่ยวกับเด็กที่มีปัญหาบกพร่อง เช่น ออทิสติก	- จะตั้งใจนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้กับเด็กให้เหมาะสมกับเด็กที่มีปัญหาได้ แล้วบอกผู้ปกครอง - บอกประสบการณ์กับเพื่อนครูเรื่อง DSPM พัฒนาการเด็ก

8.3.2 การต่อยอดหลังจบกิจกรรมและภาพฝันในอนาคต

หลังจากจบกิจกรรมถอดบทเรียน ทีมวิจัยได้ลงไปสอบถามความคิดเห็นตัวแทนครูจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 แห่ง ถึงผลลัพธ์การต่อยอดหลังจบกิจกรรมและภาพฝันในอนาคต สรุปได้ดังนี้

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กห่อไกร

1.) ผลลัพธ์และการต่อยอดหลังจากจบกิจกรรม

สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กห่อไกรยังไม่มีแนวทางพัฒนาที่ชัดเจน แต่วางแผนจะนำกิจกรรม Triple-P มาใช้กับโครงการโรงเรียนพ่อแม่ ซึ่งเป็นโครงการที่ศูนย์ฯจัดทำเป็นประจำทุกปีอยู่แล้ว แต่ลักษณะโครงการที่ผ่านมายังไม่เห็นผลสำเร็จ เนื่องจากลักษณะโครงการเป็นการอบรม 1 ครั้งต่อปีก่อนเปิดภาคเรียน หลังจากนั้นจะเป็นการส่งเอกสารให้ผู้ปกครองเป็นครั้งๆ ไป โดยไม่ได้มีการติดตามผลและไม่ค่อยได้ความร่วมมือจากผู้ปกครองมากนัก

2.) ภาพในอนาคต/แนวทางในอนาคต

- เติบโตศักยภาพครูเป็นประจำ และครอบคลุมครูทุกตำแหน่งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- ลดภาระที่ไม่ใช่งานสอนเด็ก เช่น งานเอกสาร งานพัสดุ เป็นต้น เพื่อให้ครูสามารถสอนและดูแลเด็กได้เต็มศักยภาพ
- ระบบบริหารอัตรากำลังครูให้เพียงพอต่อจำนวนเด็ก และการสนับสนุนจากผู้บริหาร

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอบต.วังทรายพูน

1.) ผลลัพธ์และการต่อยอดหลังจากจบกิจกรรม

- นำความรู้ที่ได้จากการเรียนมาประยุกต์ใช้ในศูนย์ฯ โดยปรับวิธีการสอนจากเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่มีอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่น ตัวต่อไม้ จับคู่ภาพเหมือน เป็นต้น
- พบว่าสถานการณ์หน้างานต่างจากการอบรม เด็กไม่ทำตามคำสั่ง/ทำได้บ้างเล็กน้อย
- ยังไม่มีการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้ปกครอง เนื่องจากภาระของผู้ปกครองที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้และผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ แต่ใช้วิธีการทำเป็นตัวอย่างให้ผู้ปกครองเห็น เช่น การกอด การให้ความอบอุ่น และให้การบ้านเด็กได้ทำกิจกรรมกับผู้ปกครอง

- การเข้าร่วมกิจกรรมเหมือนการกระตุ้น/ชาร์ตแบตให้กับครู/ติดอาวุธให้กับครู

2.) ภาพในอนาคต/แนวทางในอนาคต

- จัดกิจกรรมให้กับครูทุกๆ 3 เดือน
- แลกเปลี่ยนระหว่างเครือข่าย ใช้ความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รพ. สาธารณสุข และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อเรียนรู้วิธีการ/ทักษะต่างๆเป็นระยะ เครือข่ายครูศูนย์ฯเติมเต็มศักยภาพร่วมกัน
- การให้ศักดิ์ศรี ขวัญกำลังใจ ค่าตอบแทนที่สมเหตุสมผลกับจรรยาบรรณของครู
- การสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นสิ่งสำคัญ / ต้องการแรงสนับสนุนนโยบายจากผู้บริหาร
- จัดกิจกรรมกลุ่มกับผู้ปกครอง โดยใช้ความร่วมมือจากสาธารณสุข/รพสต. /หมอ ให้เป็นพี่เลี้ยงกับครู เพื่อทำกิจกรรมกับผู้ปกครองได้อย่างมั่นใจ

- การจัดกิจกรรมระหว่างผู้ปกครองและเด็ก เช่น กิจกรรมวันเด็ก ให้พ่อแม่ทำเล่นเกมแข่งขันกับลูก (แข่งวิ่งผลัดใส่กางเกง ฝึกกล่อมเนื้อมัดเล็ก) เพื่อสานสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทุ่งโม่ง

1.) ผลลัพธ์และการต่อยอดหลังจบกิจกรรม

- เริ่มแรกตอนเข้ากิจกรรมแรกๆ (workshop) มองว่าเป็นการพูดคุยเรื่องปัญหาเด็กซ้าๆ ยังไม่เห็นทางออก แต่เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องมาเรื่อย ๆ ทำให้เห็นภาพรวมมากขึ้น เห็นแนวทาง/โอกาสในการแก้ไขปัญหาเรื่องเด็กมากขึ้น แต่ยังไม่ถึงในระดับแก้ปัญหาในระดับครอบครัวได้

- การวางแผนขอความช่วยเหลือ ประสานงานกับรพ. เพื่อจัดกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง (การทบทวนความรู้จากการเข้าฝึกอบรมและได้ฝึกปฏิบัติ)

- การสื่อสาร พูดคุยกับผู้ปกครองมากขึ้น เพราะมีความรู้และความมั่นใจมากขึ้น

2.) ภาพในอนาคต/แนวทางในอนาคต

- เกิดเครือข่ายระหว่างหน่วยงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงพยาบาล

- การพัฒนาศักยภาพครู เพื่อติดตามและทักษะครูต่อเนื่อง

- การสนับสนุนจากผู้บริหาร

ระยะสี่: เวทีถอดบทเรียนเพื่อยกระดับประสิทธิภาพสู่บทสรุปเชิงนโยบาย

9. กิจกรรมถอดบทเรียน

9.1 วัตถุประสงค์

เพื่อถอดบทเรียนผลการดำเนินงานกิจกรรมในโครงการตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ผ่าน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การเข้าร่วมโครงการทำให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงความคิดต่อการทำงานประเด็นครอบครัวและเด็กอย่างไรบ้าง 2) มีการเปลี่ยนแปลงมิติภายในจิตใจของคนทำงาน อาทิ ความหวัง แรงบันดาลใจ กำลังใจต่อการทำงานอย่างไรบ้าง และ 3) การเกิดความสัมพันธ์แบบเพื่อนที่เป็นเครือข่ายหรือทุนทางสังคมอย่างไรบ้าง

9.2 กระบวนการ

ลักษณะกิจกรรมเป็นการถอดบทเรียนกับกลุ่มคอลทีมในพื้นที่ 3 อำเภอ เพื่อทบทวนและสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในแง่มุมต่างๆ ผ่านกิจกรรม 2 ช่วง ได้แก่

ช่วงที่ 1 ทบทวนกิจกรรมทั้งหมดตลอดระยะเวลาโครงการ ผ่านคลิปวิดีโอประมวลภาพกิจกรรมในโครงการ เพื่อรื้อฟื้นความทรงจำในเหตุการณ์ต่างๆ จากนั้นเข้าสู่กิจกรรมสายสารโครงการ โดยใช้กระดาษ Flipchart ต่อกัน เขียนเส้น Timeline และกิจกรรมที่ผ่านมา โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

เขียน Post it แทนความรู้สึก ประสบการณ์ที่ได้รับ และประสบการณ์ที่มีความหมายต่อกิจกรรมนั้นๆ ที่คอลทีมได้เข้ามามีส่วนร่วม

ช่วงที่ 2 ร่วมระดมความคิดผ่าน 3 ประเด็น คือ 1) ทำแล้ว ทำอยู่ ทำต่อ 2) สิ่งที่เราเห็นว่าสำคัญ แต่ยังไม่ได้ทำ และ 3) ความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นระหว่างร่วมโครงการ สรุปได้ดังนี้

ตาราง 2.11 การระดมความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมถอดบทเรียน

กลุ่ม	(1) ทำแล้ว ทำอยู่ ทำต่อ	(2) สิ่งที่เห็นว่าสำคัญ แต่ยัง ไม่ได้ทำ	(3) ความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นระหว่างร่วม โครงการ
กลุ่ม ที่ 1	-ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นศูนย์กลางการ ขับเคลื่อน -เสริมพลัง (Empower) ความ มั่นใจและใจรักในการ ดูแลเด็กแก่ครู	-ขยายภาคีเครือข่าย เช่น กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ , อบท. , ข้าราชการเกษียณ , วัด หรือศาสนา -ประชาสัมพันธ์โครงการฯ มากขึ้น -ความเชื่อมโยงระหว่างครู กับส่วนราชการอื่นๆ เพื่อ การบริการและส่งต่อเด็ก แบบไร้รอยต่อ	ขยายแกนนำและผู้ร่วมโครงการสู่ พื้นที่อื่นๆหรือพื้นที่รอยต่อใกล้เคียง 3 อำเภอที่เข้าร่วมโครงการฯ
กลุ่ม ที่ 2	-เกิดเครือข่าย -ลงพื้นที่เพื่อรับทราบ สาเหตุของปัญหา -ตรวจพัฒนาการเด็ก -จัดอบรมพัฒนาศักยภาพครู	-คัดแยกและเลือก กลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วม โครงการฯ -ติดตามผล หลังการอบรม พัฒนาศักยภาพครู -จัดอบรมให้ความรู้ครู ต่อเนื่องในปีถัดไป	-จัดทำคู่มือการแก้ปัญหาเรื่องเด็ก และครอบครัว รวบรวมเคสตัวอย่างที่ พบซ้ำ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการ แก้ปัญหาในครอบครัวอื่น -Action Plan กระบวนการทำงาน ร่วมกันของเครือข่ายครอบครัว ศูนย์ พัฒนาเด็กเล็ก รพสต. อบท. ฯลฯ -คู่มือกระบวนการติดตามผล -ความร่วมมือจากภาคเอกชน -ส่งต่อองค์ความรู้ระหว่างครอบครัว เช่น มีใบประกาศเชิดชูครอบครัว ตัวอย่าง-ให้ครอบครัวตัวอย่างเป็น

กลุ่ม	(1) ทำแล้ว ทำอยู่ ทำต่อ	(2) สิ่งที่เห็นว่าสำคัญ แต่ยัง ไม่ได้ทำ	(3) ความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นระหว่างร่วม โครงการ
			วิทยากรให้กับครอบครัวอื่นๆ (ถ่ายทอดและส่งต่อ)
กลุ่ม ที่ 3	-อบรมเพิ่มศักยภาพ ครู -ประเมินพัฒนาการ แยกกลุ่มเด็ก A B C ให้ชัดเจนขึ้น -กระตุ้น ส่งต่อ ติดตามต่อเนื่อง	-ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเด็กที่มี ปัญหา -ลงทำกิจกรรม Triple-P ต่อเนื่อง เพราะในปัจจุบัน เคยมีโครงการอบรมใน ระดับจังหวัด แต่ยังไม่ถูก นำมาปฎิบัติจริงในพื้นที่ -ทำกิจกรรมร่วมกับครู และผู้ปกครอง -การคืนข้อมูลในชุมชน ส่ง ต่อข้อมูล และมีช่องทาง ขอรับความช่วยเหลืออย่าง เป็นระบบ -ติดตามประเมินคุณภาพ การตรวจประเมิน พัฒนาการเด็ก โดยครูและ รพสต.	-ขับเคลื่อนให้เป็นนโยบายระดับ จังหวัด โดยมีกระทรวงอื่นๆร่วม บูรณาการกับโครงการป้องกันการ คลอดก่อนกำหนด -การเข้าถึงข้อมูลประวัติเมื่อเด็กย้าย พื้นที่ ด้วยระบบ AI เช่น เชื่อมต่อ ข้อมูลประวัติวัคซีนเด็ก -ผลักดันให้มีจิตเวชเด็กและวัยรุ่น/ นักกิจกรรมบำบัดทุกพื้นที่

กล่าวโดยสรุป ทีมแกนทั้ง 3 อำเภอ จากอำเภอบางมูลนาก อำเภอมัญจาคีรี และ
อำเภอนาคูเห็นพ้องต้องกันว่าการขับเคลื่อนงานของโครงการฯ โดยมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็น
พื้นที่ปฏิบัติการ ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการทำให้เกิดเครือข่ายในระดับพื้นที่ได้บางส่วน และ
กิจกรรมที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นลงพื้นที่เพื่อรับทราบสาเหตุของปัญหา การประเมินสถานการณ์
ระบบส่งต่อ-ช่วยเหลือเด็กในพื้นที่ กิจกรรมตรวจพัฒนาการเด็ก และการอบรมพัฒนาครู ช่วยเปิด
มุมมองการทำความเข้าใจความซับซ้อนของปัญหามากขึ้น มองเห็นต้นทุนในพื้นที่ และส่วนที่ขาด เช่น
ปัญหาขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ทั้งนักจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักกิจกรรมบำบัด ครูปฐมวัย และ

การสื่อสารเชิงนโยบายกับหน่วยงานท้องถิ่น ดังนั้นในกระบวนการขับเคลื่อนงานหัวใจสำคัญจึงอยู่ที่การสร้างความเข้มแข็งแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่

(1) พัฒนาครู ทั้ง 2 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้นเป็นการเติมเต็มศักยภาพในการดูแลและประเมิณเด็ก และระยะยาวเป็นการสร้างเครือข่ายครูที่มีศักยภาพและความรู้ ผ่านการจ้างงานครูหรือสนับสนุนให้ครูมีความรู้ในการดูแลเด็กตามหลักสูตรปฐมวัย รวมไปถึงการลดภาระหน้าที่อื่นๆ นอกเหนือจากการสอน เพื่อให้ครูได้ทำงานเต็มศักยภาพ

(2) การทำงานกับผู้ปกครอง ผ่านการทำงานร่วมกับครูหรือรพสต.ในพื้นที่มากขึ้น

(3) ระบบสนับสนุน-ส่งต่อด้านสาธารณสุข ที่ช่วยค้นหา ประเมิน ส่งต่อ และติดตามเด็กในกลุ่ม A B C อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

(4) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในเชิงนโยบาย ผลักดันให้ปัญหาเรื่องเด็กและครอบครัวเป็นวาระสำคัญในพื้นที่ เนื่องจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนสำคัญโดยตรงกับการบริหารงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

บทวิเคราะห์ อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความซับซ้อนของปัญหาเด็กและครอบครัวในปัจจุบัน โดยอาการที่ปรากฏคือ รูปแบบปัญหาที่หลากหลาย เชื่อมโยง หาด้นหาปลายได้ยาก ทั้งความรุนแรง การหย่าร้าง การทอดทิ้ง ยาเสพติด แม่วิยโส และโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาพัฒนาการทั้งร่างกาย สมอ และ จิตใจ ของเด็กเล็ก เป็นสิ่งที่ยากต่อการชักชวนให้สังคมและกลไกหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มองเห็นตามความเป็นจริง โดยไปให้ลึกลงและไกลจากการมองที่ผิวหน้า มองแบบเหตุเดี่ยวผลเดี่ยว ขึ้นัว เพ่งโทษ หรืออาจไปไกลถึงการจมอยู่กับความชินชา และ และความสิ้นหวังกับการแสวงหาทางออก

วิกฤติครอบครัว มีธรรมชาติ เช่นเดียวกับวิกฤติในสังคมและโลกอื่นๆ โดยเป็นอาการ ที่มีรากมาจากความผิดพลาดของกระบวนการทัศน์ในการพัฒนาในรอบ 3-4 ศตวรรษที่ผ่านมา จากกระบวนการทัศน์ที่ขาดดุลยภาพ ด้วยเน้นแต่ความมั่งคั่งทางวัตถุ ละเลยการพัฒนาจิตใจ และศีลธรรม เป็นการพัฒนาทางวัตถุ ที่แลกด้วยต้นทุนที่มองไม่เห็น คือการพังทลายของครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม และระบบนิเวศ เป็นการพัฒนาที่ทำลายรากฐาน เกิดการฟุ้งฟิงภายนอก อยู่ในทิศทางที่ไม่ได้เอาความผาสุก มั่นคงของเด็กและครอบครัวเป็นเป้าหมาย วิกฤติครอบครัวไทยจึงเป็นอาการของวิกฤติเชิงระบบ (manifestation of systemic problem) ที่ไม่อาจแก้ได้ด้วยวิธีคิดเชิงกลไก แต่ต้องขับเคลื่อนในระดับวิธีคิดหรือกระบวนการทัศน์ การแก้ปัญหาใดๆ ต้องเริ่มจากการใช้แนวคิดเชิงระบบ (systemic thinking) พร้อมทั้งจะทำงานบนวิธีคิดและกระบวนการที่ยืดหยุ่น มีพลวัตร ใช้การประเมินเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และสร้างกลไกป้อนกลับของผลการเรียนรู้สู่การปฏิบัติการ

การขับเคลื่อน ให้เกิดครอบครัวที่เข้มแข็งและมีความสุข ต้องอาศัยพื้นที่ปฏิบัติการที่สำคัญคือชุมชน โดยแกนสำคัญ ของความเข้มแข็งของชุมชนก็คือ ความรักความผูกพัน ที่มีต่อกันในครอบครัว การพึ่งตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ การมีวิธีคิด หรือ สัมมาทิฐิในการใช้ชีวิต และการเผชิญกับโลกภายนอก ตลอดจน การมีสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่เอื้อ การขับเคลื่อนให้ คนในครอบครัว และในชุมชน เกิด ระบบนิเวศ ในการเรียนรู้ มีการพัฒนาด้าน สติปัญญาที่จะเท่าทัน กับการเปลี่ยนแปลงภายนอกและมั่นคง กับสถานะด้านใน มีการเรียนรู้ เป็นแกนหลักสำคัญในการใช้ชีวิต ที่จะ ทำให้สามารถเผชิญกับ การเปลี่ยนแปลงหรือปัจจัยภายนอกได้อย่าง ถูกต้อง การสร้าง สัมมาทิฐิรวม ในระดับชุมชนและครอบครัว เป็นเรื่องที่สำคัญและต้องใช้กระบวนการ ขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วม ที่จะทำให้เกิดพื้นที่ ในการร่วมมือ ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งในด้านวัตถุ สังคม และสติปัญญาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง

โครงการวิจัยนี้ใช้ สิ่งที่เรียกว่าการประเมินเชิงการพัฒนา (Developmental Evaluation) เป็นเครื่องมือ ซึ่งหัวใจสำคัญก็คือการทำงานกับความซับซ้อนของ วิฤตครอบครัวและ เหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สมมุติฐานสำคัญคือ ปัญหาสังคมต่างๆไม่ใช่ปัญหาในตัวเอง และ มิใช่ ปรากฏการณ์แบบกลไก การที่ปัญหายังดำรงอยู่ หรือทวีความยากขึ้น เพราะการมองข้ามความจริงอัน ซับซ้อน ตกอยู่ในกับดักของทัศนคติแบบเหตุเดี่ยว ผลเดี่ยว เส้นตรง การแก้ปัญหาต่างๆ ต้องเริ่ม จากการใช้แนวคิดเชิงระบบ (systemic thinking) พร้อมทั้งทำงานบนวิธีคิดและกระบวนการที่ ยืดหยุ่น มีพลวัตร ใช้การประเมินเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และสร้างกลไกป้อนกลับของผลการเรียนรู้ สู่การปฏิบัติการ หลักการสำคัญของ การทำงาน ในแนวทางการประเมินเชิงพัฒนานี้ ก็คือ การ สร้างปัญญา จนเห็นความจริงที่ซับซ้อน เชื่อมโยง เกิดการยกระดับ ภายในตนจนสามารถเข้าไป ทำงาน เพื่อการแก้ปัญหาอย่างมีพลัง ไม่ท้อถอย และคอยสานเป็นเครือข่าย ของกัลยาณมิตรในการ ทำงานอยากร่วมกัน หรือที่เรียกว่า 3 H คือ Head Heart Harmony

โครงการวิจัยนี้ ตั้งบนสมมุติฐานว่า ปัญหาครอบครัว เด็ก และเยาวชน คือ systemic problem ต้องอาศัยการขับเคลื่อนทางสังคม ผ่านการสร้างพื้นที่ของความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อเรียนรู้ข้อเท็จจริงของปัญหาเดิม ด้วยมุมมองใหม่ ขับเคลื่อนผ่านจุดคานงัด ในความซับซ้อน เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ลึกถึงระดับวิธีคิด ใช้กระบวนการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) สร้างการมีส่วนร่วมจากระดับฐาน เป็นการขับเคลื่อนทางสังคมในการแก้ปัญหา โดยเริ่ม จากการวิเคราะห์ทบทวนให้เห็นธรรมชาติของปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ ด้วยสายตาใหม่ ตั้ง คำถามกับสิ่งเดิม โดยเฉพาะการมองด้วยแนวคิด (complex adaptive system) การวิเคราะห์ ทางออก พัฒนาเครื่องมือ/วิธีการระบบ ตามแนวคิดใหม่ ลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา สรุปลงเป็นการ เรียนรู้จากผลที่ได้ ใช้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นใหม่หรือยังคงอยู่ นำกลับมาสู่การวิเคราะห์ หาทางออก และ ปฏิบัติการใหม่ วนเป็นรอบ (feedback loop) ไปเช่นนี้ตลอดกระบวนการ ใช้พื้นที่เป็นฐาน (area-based) เพื่อการเห็นภาพความเชื่อมโยงเชิงระบบของปัญหา เหตุปัจจัย และ ทางออก อันเป็น การทำงานด้วยกระบวนการเชิงระบบ (system approach) กลุ่มเป้าหมายที่จะมีส่วนร่วมใน กระบวนการคือผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน (ครอบครัว ผู้นำชุมชน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก และครอบครัว ครู ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ภาคเอกชน เครือข่ายประชาสังคม ใช้หลัก กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในการปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning Through Action-PILA) หมายถึง ใช้กระบวนการวิจัยเพื่อการขับเคลื่อนสังคม จะอยู่บนฐานของการเรียนรู้ร่วมกัน

บทสรุปและเส้นทางอนาคต: ระยะเวลาหนึ่งปี ของการขับเคลื่อนปัญหาเด็กและ ครอบครัว ผ่านกระบวนการประเมินเชิงการพัฒนา ก่อให้เกิดบทเรียนสำคัญๆดังนี้

วิฤตเด็กและครอบครัว: วิฤตเชิงระบบที่ซับซ้อน: การยืนยันความซับซ้อนของปัญหา และเหตุปัจจัยที่เชื่อมโยงกัน ของปัญหาพัฒนาการ และปัญหาเชิงพฤติกรรมของเด็กในชุมชน โยงกับ

บริบทครอบครัวอย่างซับซ้อน (แม่วัยรุ่น ท้องไม่พร้อม หย่าร้าง ความรุนแรง ยาเสพติด ครอบครัว
 แหว่งด้วยเงื่อนไขเศรษฐกิจ ความไม่พร้อมทั้งเวลา อารมณ์ และทักษะ ของการเป็นพ่อแม่ การเลี้ยง
 ด้วยแท็บเล็ต ฯลฯ)

ระบบ กลไก ที่มี ขาดประสิทธิภาพในการทำงานกับความซับซ้อน: มีข้อจำกัดเชิงระบบ
 มากมาย ของกลไกทำงานเพื่อเด็กและครอบครัว ที่มีอยู่ โดยเฉพาะมุมมองแบบเหตุเดี่ยว ผลเดี่ยวและ
 กลไก ที่โยงกับmindset ของสังคม สื่อ และอื่นๆ ที่ทำให้การจัดการกับปัญหาพัฒนาการและชีวิตเด็ก
 แยกส่วน กลไก ไม่เชื่อมโยง ไม่ยั่งยืน ไม่ตรงจุด แม้จะมีกิจกรรมและโครงการมากมายเป็นภาระของ
 คนทำงาน

การขับเคลื่อนดีด้วยหลัก 3H: ปัญหาเด็กและเยาวชน เป็นอาการของวิกฤติใหญ่ ยากที่
 จะเห็นความซับซ้อน โยงใย และ รากระดับทัศนะแม่บท การเปิดพื้นที่เพื่อสร้างกระบวนการให้เกิดการ
 มองเห็น (head) จนวางใจได้ถูกต้อง ไม่แบก ไม่บีบคั้น เพราะเห็นธรรมชาติที่เป็นจริง (Heart) ผ่าน
 การเรียนรู้ไปด้วยกัน จนเกิดเป็นข่ายใยประสาน (Harmony) น่าจะเป็นทางเลือกแทนการพัฒนา
 กระแสหลัก เริ่มจากเล็กสู่ใหญ่ (think global, act local)

ความเป็นไปได้: บทเรียนการทำงานในโครงการ แสดงถึงความเป็นไปได้ ในการ
 ขับเคลื่อนสังคม ให้เกิดมองสิ่งเดิมด้วยสายตาใหม่ ขยับการทำงานจากเสร็จเป็นสำเร็จ โดยต้องอาศัย
 การเรียนรู้ในวิถีใหม่ ใช้การแก้วิกฤติเป็นเป้าหมาย (ในที่นี้คือ สุขภาวะของเด็กและครอบครัวเป็น
 เป้าหมาย) แต่เป็นสิ่งที่ต้องใช้ความพยายาม ใช้เวลา เพื่อค่อยๆเคลื่อนจากจุดที่เป็นไปได้ สู่กว้าง ใช้
 กรอบทัศนะของการเปลี่ยนผ่านสังคม (transformation) แทนการทำงานแบบ Quick Win ประการ
 สำคัญคือ การมีกลไกการเอื้ออำนวยการขับเคลื่อน เพื่อประคับประคอง หล่อเลี้ยง ให้เกิดการเรียนรู้
 เติบโต ของเครือข่ายในระดับพื้นที่

ความพยายามในการ แก้ปัญหาวิกฤตครอบครัวและเด็ก โดยหน่วยงาน ของรัฐ และ
 เอกชน ได้ดำเนินการมาหลายทศวรรษ แม้จะได้ผลในระดับ หนึ่ง แต่ก็มักจะเป็นเรื่องระยะสั้น มากกว่า
 ผลที่ยั่งยืน สถานการณ์ปัญหาเด็กและครอบครัวที่ปรากฏ ตามรายงานของสื่อต่างๆ สะท้อนให้เห็น
 ชัดเจนถึงความรุนแรงความซับซ้อน และความ แผลชานของปัญหา ไปในทุก พื้นที่ของสังคม การ
 ส่งเสริมให้มี พื้นที่ปฏิบัติการ ที่เป็นการนำเอาแนวคิดใหม่ๆบนฐานกระบวนการทัศน์ ที่แตกต่าง โดยเฉพาะ
 อย่างยิ่งการ ส่งเสริมให้ท้องถิ่น ชุมชน ทำงานร่วมกับ ภาคส่วนต่างๆที่จะ แก้ปัญหาวิกฤตเด็กและ
 ครอบครัว โดยการมองเห็นภาพรวม ถึงมหภาค ลึกลงไปถึง ทัศนะแม่บท ที่เป็น กรอบการพัฒนาใหญ่
 ของประเทศและโลก ขณะเดียวกันกับที่ ระดมการมีส่วนร่วม ของภาคส่วนต่างๆ ที่เรียกว่า เห็นภาพ
 ใหญ่ ลงมือปฏิบัติในสิ่งที่เกิดขึ้น จริงได้ (Think Global, Act Local) เป็นการทำงาน จากจุดเล็กๆ
 แล้วขยายสู่ พื้นที่ อื่นในแนวนอน (horizontal) ก็น่าจะเป็นอีกทิศทาง หนึ่ง ของการ หาจุดคานงัด ใน
 การแก้วิกฤตดังกล่าว

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

แผนดำเนินงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกันในระยะที่หนึ่งที่ผ่านมา มีเป้าหมายการทำงานวิจัยและขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อสร้างระบบและกลไกที่เน้นให้เกิดสังคมที่เสมอภาคทางโอกาสโดยเน้นกลุ่มเป้าหมายประชากรกลุ่มในสังคมที่เสียเปรียบ ด้วยโอกาสหรืออยู่ชายขอบ นโยบายของรัฐหรือชายขอบทางสังคม เพื่อให้เกิดการเข้าถึงสิทธิ บริการของรัฐ ได้รับการยอมรับ คำนึงถึง ให้มีชีวิตและโอกาส อย่างเสมอภาคจากชุมชนและสังคม ชุมชนมีทัศนคติในการดูแลประชากรทุกกลุ่ม ทุกชนชั้น ทุกศาสนา ทุกเชื้อชาติด้วยความเข้าใจ และไม่มีการกีดกัน การตีตรา ความเหลื่อมล้ำลดลงในที่สุด ทั้งนี้แผนงานวิจัย นั้นมีแผนงาน 3 พันธกิจหลัก คือ 1.การพัฒนาองค์ความรู้ 2.การพัฒนาศักยภาพนักวิจัยและคนทำงานฯ 3.การขับเคลื่อนนโยบายและสังคม

วิกฤติครอบครัว มีธรรมชาติ เช่นเดียวกับวิกฤติในสังคมและโลกอื่นๆ โดยเป็นอาการ ที่มีรากมาจากความผิดพลาดของกระบวนการพัฒนาในรอบ 3-4 ศตวรรษที่ผ่านมา จากกระบวนการที่ขาดดุลยภาพ ด้วยเน้นแต่ความมั่งคั่งทางวัตถุ ละเลยการพัฒนาจิตใจ และศีลธรรม เป็นการพัฒนาทางวัตถุ ที่แลกด้วยต้นทุนที่มองไม่เห็น คือการพังทลายของครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม และระบบนิเวศ เป็นการพัฒนาที่ทำลายรากฐาน เกิดการพึ่งพิงภายนอก อยู่ในทิศทางที่ไม่ได้เอาความผาสุก มั่นคงของเด็กและครอบครัวเป็นเป้าหมาย วิกฤติครอบครัวไทยจึงเป็นอาการของวิกฤติเชิงระบบ (manifestation of systemic problem) ที่ไม่อาจแก้ได้ด้วยวิธีคิดเชิงกลไก แต่ต้องขับเคลื่อนในระดับวิธีคิดหรือกระบวนการทัศน์ การแก้ปัญหาใดๆ ต้องเริ่มจากการใช้แนวคิดเชิงระบบ (systemic thinking) พร้อมทั้งจะทำงานบนวิธีคิดและกระบวนการที่ยืดหยุ่น มีพลวัตร ใช้การประเมินเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้และสร้างกลไกป้อนกลับของผลการเรียนรู้สู่การปฏิบัติการ การขับเคลื่อน ให้เกิดครอบครัวที่เข้มแข็งและมีความสุข ต้องอาศัยพื้นที่ปฏิบัติการที่สำคัญคือชุมชน โดย แกนสำคัญของความเข้มแข็งของชุมชนก็คือ ความรักความผูกพัน ที่มีต่อกันในครอบครัว การพึ่งตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ การมีวิถีคิด หรือ สัมมาทิฐิในการใช้ชีวิต และการเผชิญกับโลกภายนอก ตลอดจน การมีสิ่งแวดล้อม ของชุมชนที่เอื้อ การขับเคลื่อนให้ คนในครอบครัว และในชุมชน เกิด ระบบนิเวศ ในการเรียนรู้ มีการพัฒนาด้าน สติปัญญาที่จะเท่าทัน กับการเปลี่ยนแปลงภายนอกและมั่นคง กับสถานะด้านใน มีการเรียนรู้ เป็นแกนหลักสำคัญในการใช้ชีวิต ที่จะ ทำให้สามารถเผชิญกับ การเปลี่ยนแปลงหรือปัจจัยภายนอกได้อย่าง ถูกต้อง การสร้าง สัมมาทิฐิรวม ในระดับชุมชนและครอบครัว เป็นเรื่องที่

สำคัญและต้องใช้กระบวนการ ขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วม ที่จะทำให้เกิดพื้นที่ ในการร่วมมือ ช่วยเหลือ เกื้อกูลกัน ทั้งในด้านวัตถุ สังคม และสติปัญญาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่ง

โครงการวิจัยนี้ใช้ สิ่งที่เรียกว่าการประเมินเชิงการพัฒนา (Developmental Evaluation) เป็นเครื่องมือ ตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า ปัญหาครอบครัว เด็ก และเยาวชน คือ systemic problem ต้องอาศัยการขับเคลื่อนทางสังคม ผ่านการสร้างพื้นที่ของความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อเรียนรู้ข้อเท็จจริงของปัญหาเดิม ด้วยมุมมองใหม่ ขับเคลื่อนผ่านจุดคานงัด ในความซับซ้อน เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ลึกถึงระดับวิถีคิด ใช้กระบวนการประเมินเชิงพัฒนา (Developmental Evaluation) สร้างการมีส่วนร่วมจากระดับฐาน เป็นการขับเคลื่อนทางสังคมในการแก้ปัญหา โดยเริ่ม จากการวิเคราะห์ทบทวนให้เห็นธรรมชาติของปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นอยู่ ด้วยสายตาใหม่ ตั้งคำถามกับสิ่งเดิม โดยเฉพาะการมองด้วยแนวคิด (complex adaptive system) การวิเคราะห์ ทางออก พัฒนาเครื่องมือ/วิธีการระบบ ตามแนวคิดใหม่ ลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหา สรุปเป็นการ เรียนรู้จากผลที่ได้ ใช้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นใหม่หรือยังคงอยู่ นำกลับมาสู่การวิเคราะห์ หาทางออก และ ปฏิบัติการใหม่ วนเป็นรอบ (feedback loop) ไปเช่นนี้ตลอดกระบวนการ ใช้พื้นที่เป็นฐาน (area-based) เพื่อการเห็นภาพความเชื่อมโยงเชิงระบบของปัญหา เหตุปัจจัย และ ทางออก อันเป็น การทำงานด้วยกระบวนการเชิงระบบ (system approach) กลุ่มเป้าหมายที่จะมีส่วนร่วมใน กระบวนการคือผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน (ครอบครัว ผู้นำชุมชน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก และครอบครัว ครู ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ภาคเอกชน เครือข่ายประชาสังคม ใช้หลัก กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในการปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning Through Action-PILA) หมายถึง ใช้กระบวนการวิจัยเพื่อการขับเคลื่อนสังคม จะอยู่บนฐานของการเรียนรู้ร่วมกัน

โครงการวิจัยนี้ ดำเนินการใน 3 อำเภอของจังหวัดพิจิตร คือ อำเภอบางมูลนาก อำเภอวังทรายพูน และอำเภอดงเจริญ ระยะเวลาดำเนินการ 12 เดือน (มี.ค. 2566 – ก.พ. 2567) เป็น การทำงานเชิงขับเคลื่อนผ่านกิจกรรม 4 ลักษณะ คือ หนึ่ง เปิดพื้นที่ ขยายมุมมอง สร้างเครือข่าย สอง เรียนรู้ความจริงอันซับซ้อน มองสังคมด้วยสายตาใหม่ สาม ติดอาวุธ เพิ่มพลัง และ สี่ ขับเคลื่อน สรุป บทเรียน กิจกรรมเปิดพื้นที่การเรียนรู้ ทวนเครือข่ายแบ่งปันข้อมูล ความคิดเห็นความซับซ้อน ค้นหา โจทย์ร่วม (onsite/online) เป้าหมายเพื่อสร้างพื้นที่ รวมกลุ่มเรียนรู้ปรากฏการณ์ที่เผชิญ ด้วยคำถาม และมุมมองใหม่ (สถานการณ์/รูปแบบปัญหา ข้อกังวล ความยุ่งยากซับซ้อนของเหตุปัจจัย ทำไมแก้ไขไม่ ตก ใครทำอะไรอยู่ ฯลฯ ความฝันและจินตภาพร่วม เรียนรู้ทักษะเชิงระบบ มองภาพเล็กในฐานะ ปรากฏการณ์ย่อย รากลึกถึงระดับวิถีคิด บทเรียนสำคัญของกิจกรรมลักษณะนี้ คือ การต้องใช้เวลา และกระบวนการ ที่จะทำให้ภาคีต่างๆ เกิดการข้ามผ่านจากการเห็นปัญหาเด็กและครอบครัวเป็นเพียง อาการของวิกฤติที่ซับซ้อน ด้วยเหตุข้อจำกัดจากความคุ้นชินกับประสบการณ์ มุมมองแบบเดิม และ บริบทการทำงานงานและวิถีชีวิต การสร้างพื้นที่การเรียนรู้แบบเข้มข้น ด้วยกระบวนการจิตตปัญญา

ศึกษา เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการของผู้เข้าร่วม 31 คน (บุคลากรทางการแพทย์ ครู ศพด ครูโรงเรียนอนุบาล อบต. สาธารณสุข และผู้ปกครองจาก 3 อำเภอ) ทำให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน กระบวนการที่เน้น 3 H คือ Head- มีปัญญาเห็นความซับซ้อนผ่านการวิเคราะห์ รูปธรรมปัญหาเด็กและครอบครัวที่เผชิญอยู่ Heart- การพัฒนามิตินานให้สามารถวางและยกระดับจิตใจให้มั่นคง สงบเย็น อยู่กับปัญหาอย่างถูกต้อง (ไม่กดดัน ปืบคั้น) และ Harmony- เกิดเป็นความสัมพันธ์ในกลุ่มคนทำงาน เป็นเครือข่ายที่ชัดเจน เห็นปัญหาชัดและลึกซึ้ง เห็นความจำเป็นในการทำงาน เชื่อมต่อเป็นเครือข่ายในทุกภาคส่วน เกิดแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน เริ่มต้นการทำงานด้วยความร่วมมือแบบสมัครใจ และทำงานใช้ความสำเร็จจากจุดเล็กๆ เพื่อขับเคลื่อนภาพใหญ่ กิจกรรมมองความจริงเดิมด้วยสายตาใหม่ นำเอาข้อมูลจริงในพื้นที่ มานำเสนอ ยกย่องการเรียนรู้ความจริงที่เป็นระบบ มีหลักฐาน ผ่านกระบวนการวิจัย เช่น กิจกรรมเยี่ยมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก- ศพด เพื่อเรียนรู้ปัญหา และสังเกตการทำงานของครู ผู้ปกครอง การลงชุมชนเพื่อเยี่ยมเด็กและครอบครัวที่มีปัญหา การสำรวจปัญหา ความต้องการ บริบทชีวิตผู้ปกครองและเด็ก กิจกรรมการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กใน ศพด โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งหมด ถูกป้อนเข้าสู่เวทีการพูดคุย เพื่อร่วมเรียนรู้ ร่วมกันวิเคราะห์ จนเกิดเป็นมุมมองใหม่ และ การตระหนักในข้อเท็จจริงของปัญหาในพื้นที่ กิจกรรมการติดต่อฯ เพิ่มพลัง เป็นไปตามหลักกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ในการปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning Through Action- PILA) มีเป้าหมายให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติร่วมกัน โครงการใช้ 3 กิจกรรมสำคัญคือ การศึกษาดูงานด้านจิตตศึกษา ณ โรงเรียนลำปลายมาศพัฒนา จ.บุรีรัมย์ ของเครือข่าย 3 อำเภอ กิจกรรมการพัฒนาทักษะในการคัดกรอง และช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ และ การร่วมมือกับผู้ปกครอง (Triple Ps) และ กิจกรรมการอบรมด้านจิตตปัญญา ให้กับครู ศพด และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของ โรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เป้าหมาย เพื่อติดต่อฯ ครู ศพด ในการส่งเสริมพัฒนาการ การคัดกรองเด็กที่มีความผิดปกติ และ การให้ความช่วยเหลือ และ การทำงานกับผู้ปกครองในการช่วยเหลือดูแลเด็ก การพัฒนาทักษะด้านใน เพื่อให้เกิดพลังในการทำงานยากๆ โดยไม่ทุกข์ ปืบคั้น

ระยะเวลาหนึ่งปี ของการขับเคลื่อนปัญหาเด็กและครอบครัว ผ่านกระบวนการประเมินเชิงการพัฒนา ก่อให้เกิดบทเรียนสำคัญๆว่า หนึ่ง วิถีเด็กและครอบครัวเป็น วิถีเชิงระบบที่ซับซ้อน มีเหตุปัจจัยที่เชื่อมโยงกัน ปัญหาพัฒนาการ และปัญหาเชิงพฤติกรรมของเด็กในชุมชน โยงกับบริบทครอบครัวอย่างซับซ้อน (แม่วัยรุ่น ท้องไม่พร้อม หย่าร้าง ความรุนแรง ยาเสพติด ครอบครัวแห้วด้วยเงื่อนไขเศรษฐกิจ ความไม่พร้อมทั้งเวลา อารมณ์ และทักษะ ของการเป็นพ่อแม่ การเลี้ยงด้วยแท็บเล็ต ฯลฯ) สอง ระบบ กลไก ที่มี ขาดประสิทธิภาพในการทำงานกับความซับซ้อน กล่าวคือมีข้อจำกัดเชิงระบบมากมาย ของกลไกทำงานเพื่อเด็กและครอบครัว ที่มีอยู่ โดยเฉพาะมุมมองแบบเหตุเดี่ยว ผลเดี่ยวและกลไก ที่โยงกับmindset ของสังคม สื่อ และอื่นๆ ที่ทำให้การจัดการกับปัญหา

พัฒนาการและชีวิตเด็ก แยกส่วน กลไก ไม่เชื่อมโยง ไม่ยั่งยืน ไม่ตรงจุด แม้จะมีกิจกรรมและโครงการมากมายเป็นภาระของคนทำงาน สาม การขับเคลื่อนที่ดีด้วยหลัก 3H เป็นหนึ่งในการสร้างจุดคานงัด ปัญหาเด็กและเยาวชน เป็นอาการของวิกฤติใหญ่ ยากที่จะเห็นความซับซ้อน โยงใย และ รากระดับ ทักษะแม่บท การเปิดพื้นที่เพื่อสร้างกระบวนการให้เกิดการมองเห็น (head) จนวางใจได้ถูกต้อง ไม่ แยก ไม่บีบคั้น เพราะเห็นธรรมชาติที่เป็นจริง (Heart) ผ่านการเรียนรู้ไปด้วยกัน จนเกิดเป็นข่ายใย ประสาน (Harmony) น่าจะเป็นทางเลือกแทนการพัฒนากระแสหลัก เริ่มจากเล็กสู่ใหญ่ (think global, act local) และ สืบบทเรียนการทำงานในโครงการ แสดงถึงความเป็นไปได้ ในการขับเคลื่อน สังคม ให้เกิดมองสิ่งเดิมด้วยสายตาใหม่ ขยับการทำงานจากเสร็จเป็นสำเร็จ โดยต้องอาศัยการเรียนรู้ ในวิถีใหม่ ใช้การแก้วิกฤติเป็นเป้าหมาย (ในที่นี้คือ สุขภาวะของเด็กและครอบครัวเป็นเป้าหมาย) แต่ เป็นสิ่งที่ต้องใช้ความพยายาม ใช้เวลา เพื่อค่อยๆเคลื่อนจากจุดที่เป็นไปได้ สู่กว้าง ใช้กรอบทักษะ ของการเปลี่ยนผ่านสังคม (transformation) แทนการทำงานแบบ Quick Win ประการสำคัญคือ การ มีกลไกการเอื้ออำนวยการขับเคลื่อน เพื่อประคับประคอง หล่อเลี้ยง ให้เกิดการเรียนรู้ เติบโต ของ เครือข่ายในระดับพื้นที่

ความพยายามในการ แก้ปัญหาวิกฤตครอบครัวและเด็ก โดยหน่วยงาน ของรัฐ และ เอกชน ได้ดำเนินการมาหลายทศวรรษ แม้จะได้ผลในระดับ หนึ่ง แต่ก็มักจะเป็นเรื่องระยะสั้น มากกว่า ผลที่ยั่งยืน สถานการณ์ปัญหาเด็กและครอบครัวที่ปรากฏ ตามรายงานของสื่อต่างๆ สะท้อนให้เห็น ชัดเจนถึงความรุนแรงความซับซ้อน และความ แฝงซ้อนของปัญหา ไปในทุก พื้นที่ของสังคม การ ส่งเสริมให้มี พื้นที่ปฏิบัติการ ที่เป็นการนำเอาแนวคิดใหม่ๆบนฐานกระบวนการ ทักษะ ที่แตกต่าง โดยเฉพาะ อย่างยิ่งการ ส่งเสริมให้ท้องถิ่น ชุมชน ทำงานร่วมกับ ภาคส่วนต่างๆที่จะ แก้ปัญหาวิกฤตเด็กและ ครอบครัว โดยการมองเห็นภาพรวม ถึงมหภาค ลึกลงไปถึง ทักษะแม่บท ที่เป็น กรอบการพัฒนาใหญ่ ของประเทศและโลก ขณะเดียวกันกับที่ ระดมการมีส่วนร่วม ของภาคส่วนต่างๆ ที่เรียกว่า เห็นภาพ ใหญ่ ลงมือปฏิบัติในสิ่งที่เกิดขึ้น จริงได้ (Think Global, Act Local) เป็นการทำงาน จากจุดเล็กๆ แล้วขยายสู่ พื้นที่ อื่นในแนวนอน (horizontal) ก็น่าจะเป็นอีกทิศทาง หนึ่ง ของการ หาจุดคานงัด ใน การแก้วิกฤตดังกล่าว

บรรณานุกรม

- Capra, F. (1982). *The Turning Point: Science, Society, and the Rising Culture*. New York, NY: Bantam Books.
- Cense Ltd.,. (n.d.). *Developmental Evaluation: A Short Introduction*. Retrieved 25 February 2024 from <https://www.cense.ca/developmental-evaluation-a-short-introduction/>.
- Dozois, E., Langlois, M., & Blanchet-Cohen, N. (2010). *DE 201: A practitioner's guide to developmental evaluation*. Montreal, QC: J.W. McConnell family foundation and the international institute for Child rights and development.
- Patton, M. Q. (2010). *Developmental evaluation applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New York, NY: Guilford Press
- Patton, M. Q., McKegg, K., & Wehipeihana, N. (Eds.). (2015). *Developmental evaluation exemplars: Principles in practice*. Guilford publications.
- The 101. world. (2565). 7 แนวโน้มเด็กและเยาวชนไทยในวิกฤตเหลื่อมล้ำ โรคระบาดและการเมือง. สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2566. จาก <https://www.the101.world/7-trends-youth-by-kid-for-kids/>
- กังสดาล เชาว์วัฒนกุล และคณะ. (2564). รายงานการพัฒนาเด็กและเยาวชน ประจำปี2562. สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2566. จาก https://www.dcy.go.th/public/mainWeb/file_download/1645691207632-639873976.pdf
- กรุงเทพธุรกิจ. (2562). อนาคตครัวเรือนไทยเปราะบาง. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566. จาก <https://www.bangkokbiznews.com/social/839400>
- กรุงเทพธุรกิจ. (2566). 'Solo Economy' โอกาสธุรกิจในยุค 'เศรษฐกิจแบบอยู่คนเดียว'. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566. จาก <https://www.bangkokbiznews.com/business/economic/1101322>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). ไทย"หย่าร้าง" ปีกว่าแสนคู่ จิตแพทย์ แนะนำห้าม-4ควรดูแลลูก. สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2566. จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29864>

- กองกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2566). *สถานการณ์ครอบครัวไทยประจำปี 2565*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566. จาก https://library.dwf.go.th/library_v2/pdf/สถานการณ์ครอบครัวไทย%202565.pdf
- คาสปาร์ พิค, วาสนา อิมเอม, และรัตนภรณ์ ตังธนเศรษฐ์. (2559). *รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ.2558 โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิดน้อย อายุยืน*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566. จาก https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/State%20of%20Thailand%20Population%20report%202015-Thai%20Family_th.pdf
- ขวัญเนตร สุขใจ. (2562). *ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว: ความท้าทายที่ต้องก้าวผ่านให้ได้ในสังคมไทยปัจจุบัน*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566. จาก <http://legacy.orst.go.th/wp-content/uploads/2019/05/ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว-ความท้าทายที่ต้องก้าวผ่าน.pdf>
- จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน, สิรินทร์ยา พูลเกิด และสร้อยญา สุจริตพงศ์. (2562). *ประชากรและสังคม 2562: ครอบครัวไทย...สะท้อนอะไรในสังคม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา. <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/486-IPSR-Annual-2019-final.pdf>
- ฉัตร คำแสง, วรต เลิศรัตน์, และเจณิตตา จันทวงษา. (2565). *เด็กและครอบครัวไทยในสามวิกฤต: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2022*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2566. จาก https://kidforkids.org/wp-content/uploads/2022/08/01_คิดforคิดส์_2022_เด็กและครอบครัวไทยในสามวิกฤต-รายงาน.pdf
- ณรงญา ตัญญาพัฒนกุล. (2563). *เปิดบ้านครอบครัวไทยยุคใหม่: ความหลากหลายที่ไร้กรอบจำกัด*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566. จาก: <https://www.the101.world/thai-families-diversity-statistic/>
- ทรูปลูกปัญญา. (2564). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ*. สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2566 <https://www.truelookpanya.com/learning/detail/34776>
- ภูเบศร์ สมุทรจักร, กมลชนก ขำสุวรรณ, และพิมลพรรณ นิตยน์รา. (2562). *ครอบครัวเปราะบาง เมื่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมทำร้ายครอบครัวไทยและทั้งใครหลายคนไว้เบื้องหลัง*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภูเบศร์ สมุทรจักร, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน, กาญจนา เทียนลาย, พิมลพรรณ นิตยน์รา และสิทธิชาติ สมตา. (2565). *ครอบครัวไทยในอนาคต: พ.ศ. 2583*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, ปกรณ์ สิงห์สุริยา, ปิยณัฐ ประถมวงษ์, สายสุตา วงษ์จินดา, ชุติมา พัฒนพงศ์, และวาศินี กลิ่นสมเชื้อ. (2565). *แผนดำเนินงานวิจัยภายใต้ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัย*

และขับเคลื่อนนโยบายสังคมไม่ทอดทิ้งกัน (รายงานผลการวิจัย). สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566. จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5695?locale-attribute=th>

ลือชัย ศรีเงินยวง, ปกรณ์ สิงห์สุริยา, ปิยณัฐ ประถมวงษ์, สายสุดา วงษ์จินดา, ชุตินา พัฒนพงศ์, และ วาสนิ กลิ่นสมเชื้อ. (2566). *ชีวิตและความเปราะบางสู่การสร้างสังคมไม่ทอดทิ้งกัน*. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *รายงานผลการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของครัวเรือน พ.ศ. 2563 ทั่วประเทศ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230501021305_43992.pdf

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่แปด (พ.ศ. 2540 – 2544)*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566. จาก https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3783

สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2566). *พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว...ความท้าทายที่ต้องก้าวผ่าน*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2566. จาก <https://ebooks.m-society.go.th/ebooks/detail/729>

ศิริพงษ์ ไช้มุก, กิ่งกาญจน์ เกษศิริ. (2566). *สังคมไทยจะอย่างไร เมื่อคนรุ่นใหม่ไม่ยอมมีลูก*. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2566. จาก <https://www.bot.or.th/content/dam/bot/documents/th/research-and-publications/article/article-2023sep18.pdf>

ศุทธิดา ขวนวัน, ภัทรพร ตาสิงห์, กัญญา อภิพรชัยสกุล, และกาญจนา เทียนลาย. (2563). *ผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยว (แต่) ไม่ได้เียวดาย*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-572.pdf>

อารี จำปาปลาย, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, แครี ริคเตอร์, สุธรรม นันทมงคลชัย, อัครภาค หลักทอง, และ ชาริตา ประสิทธิหิมะ. (2559). *ผลกระทบของการย้ายถิ่นภายในประเทศที่มีต่อสุขภาวะและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการสำรวจพื้นฐานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ*. สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2566. จาก <https://www.unicef.org/thailand/media/396/file/ผลกระทบของการย้ายถิ่นภายในประเทศที่มีต่อสุขภาวะ%20และพัฒนาการเด็กปฐมวัย.pdf>

ภาคผนวก ก

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์

	
<i>Certificate of MUSSIRB Approval</i>	

Certificate of Approval No.	2023/081.0205
MUSSIRB No.	2023/081 (B2)
Title of Project:	A SOCIAL MOVEMENT FOR HAPPY AND PEACEFUL FAMILY THROUGH DEVELOPMENTAL EVALUATION APPROACH IN COMMUNITIES OF PHICHIT PROVINCE
Principal Investigator:	ASSOC. PROF. DR. LUECHAI SRI-NGERNYUANG Affiliation: FACULTY OF SOCIAL SCIENCES AND HUMANITIES, MAHIDOL UNIVERSITY
Approval includes:	1) Submission Form Version Date 3 April 2023 2) Protocol Version Date 3 April 2023 3) Participant Information Sheet Version Date 2 May 2023 4) Informed Consent Form version Date 3 April 2023 5) Focus Group Discussion Guideline Version Date 3 April 2023
The Committee for Research Ethics (Social Sciences) is in full compliance with International Guidelines of Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, and CIOMS Guidelines.	
Date of Approval:	2 May 2023
Date of Expiration:	1 May 2024
	
(Asst. Prof. Dr. Teeradej Chai-aroon)	(Prof. Pol. Capt. Dr. Sutham Cheurprakobkit)
Vice Chairman	Deputy Dean for Research and Academic Services, Faculty of Social Sciences and Humanities
Office of The Committee for Research Ethics (Social Sciences), Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. 0 2441 9180 Website: www.mussirb.com ; Email: mussirb310@gmail.com	

ภาคผนวก ข

แนวคำถามการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง

แนวคำถามสำหรับผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล และครอบครัวเด็ก Interview Guidelines

ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก

1. ชื่อ-นามสกุลเด็ก.....อายุ.....เพศ.....
2. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร
3. ชื่อ ผู้ปกครอง.....
4. ที่อยู่.....
5. ภูมิหลังครอบครัว
 - a. พ่อผู้ให้กำเนิด ชื่อ.....อายุ.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
 - b. แม่ผู้ให้กำเนิด ชื่อ.....อายุ.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
 - c. ปัจจุบันพ่อแม่ผู้ให้กำเนิดเด็ก ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ อยู่แยกกัน ☐ หย่าร้าง ☐ พ่อหรือแม่เสียชีวิต
 - d. ปัจจุบันเด็กอาศัยอยู่กับ ☐ พ่อแม่แท้ๆ ☐ พ่อกับภรรยาใหม่ ☐ แม่กับสามีใหม่
☐ ปู่/ย่า ☐ ตา/ยาย ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 - e. จำนวนคนที่อยู่ด้วยกันในบ้าน.....คน คือ
6. ผู้ปกครองที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กในปัจจุบัน
 - a. คือใคร ☐ พ่อ ☐ แม่ ☐ ยาย ☐ ย่า ☐ ตา ☐ ปู่ ☐ ลุง ☐ ป้า ☐ น้า ☐ อา
☐ อื่นๆ ระบุ.....
 - b. อายุ.....ปี อาชีพ.....
 - c. รายได้ประจำ ☐ เบี้ยผู้สูงอายุ ☐ เงินเดือน/รายได้ประจำ ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย
☐ อื่นๆ ระบุ.....
7. สุขภาพและชีวิตประจำวันของเด็ก
 - a. อาหาร
 - i. อาหารเข้าส่วนใหญ่ ☐ ซื้อ ☐ ทำเอง
 - ii. อาหารเข้ากินที่ไหน ☐ บ้าน ☐ โรงเรียน
 - iii. ข้าวกลางวัน (วันหยุด) ☐ ซื้อ ☐ ทำเอง
 - iv. อาหารเย็น ☐ ซื้อ ☐ ทำเอง
 - v. กินข้าวเย็นที่ไหน ☐ กินที่บ้าน ☐ กินที่โรงเรียน

b. กิจกรรมประจำวัน

- i. เข้านอน เวลา.....น. ☐ ทำเอง ☐ มีคนดูแล
- ii. ตื่นนอน เวลา.....น. ☐ ทำเอง ☐ มีคนดูแล
- iii. อาบน้ำ ☐ ทำเอง ☐ มีคนดูแล
- iv. ล้างหน้า/แปรงฟัน ☐ ทำเอง ☐ มีคนดูแล
- v. ขับถ่าย ☐ ทำเอง ☐ มีคนดูแล

c. การดูทีวี

- i. วันธรรมดา ☐ ไม่ได้ดู ☐ ดูบางวัน ☐ ดูทุกวัน วันละ.....ชม.
- ii. วันหยุด ☐ ไม่ได้ดู ☐ ดูบางวัน ☐ ดูทุกวัน วันละ.....ชม.

d. การดูโทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต

- i. ☐ ไม่ได้ดู ☐ ดูบางวัน ☐ ดูทุกวัน วันละ.....ชม.

8. พัฒนาการของเด็ก

- a. ขนบถือ ☐ ปกติ ☐ ไม่ได้วางแผน ☐ มีปัญหา ระบุ.....
- b. คลอด ☐ ปกติ ☐ มีปัญหา
- c. สุขภาพ ☐ แข็งแรงดี ☐ ไม่ค่อยแข็งแรง ☐ ป่วยบ่อย/มีโรคประจำตัว
- d. พัฒนาการ ☐ ปกติ ☐ ไม่ค่อยปกติ
☐ ผิดปกติ/มีปัญหา (☐ พูดช้า ☐ เรียนรู้ช้า ☐ ตัวเล็ก ☐ อื่นๆ.....)
- e. อารมณ์/นิสัย ☐ ร่าเริง ☐ เลี้ยงง่าย ☐ ดื้อ/เลี้ยงยาก/ชน ☐ เจ้าอารมณ์
☐ อื่นๆ ระบุ.....
- f. หากเด็กมีปัญหาสุขภาพ ผู้ปกครองจัดการอย่างไร
 - i. ☐ ไม่ได้ทำอะไร
 - ii. ☐ เคยไปพบแพทย์ สถานที่ ระบุ.....
 - iii. ☐ รับการรักษา/ปรึกษาต่อเนื่อง สถานที่ ระบุ.....

โครงการย่อยที่ 2

โครงการวิจัยสถานการณ์ ผลกระทบ และทางออกของระบบยา
ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนภาคใต้

(Situation, Effects and Solutions of Drug Systems for The Sick Elderly
with Chronic Diseases in the Southern Province Communities)

โครงการวิจัยสถานการณ์ ผลกระทบ และทางออกของระบบยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนภาคใต้

Situation, Effects and Solutions of Drug Systems for The Sick Elderly with Chronic Diseases in the Southern Province Communities

ลือชัย ศรีเงินยวง*, ธิดา โสทธิโยธิน†, และภาค หว่านพีช*

*คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

†สำนักเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ / โรคเรื้อรัง / ภาคใต้

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 ทั่วโลกมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทย ในปี 2565 ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” คือมีประชากรสูงอายุร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) โดยเมื่อจำแนกตามลักษณะการอยู่อาศัยปี 2564 พบว่า ผู้สูงอายุอยู่กับบุคคลอื่นซึ่งรวมทั้งที่มีหรือไม่มีคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยคิดเป็นร้อยละ 66.9 ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมสมมีร้อยละ 21.1 และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 12 ซึ่งตัวเลขผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยคิดเป็นร้อยละ 8.7, 10.8, และ 12 ในปีพ.ศ. 2557, 2560, และ 2564 ตามลำดับ (Hfocus, 2020)

และจากข้อมูลปี 2560 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 41.5 จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 11.3 ล้านคน อาศัยอยู่ในครอบครัวเปราะบาง ซึ่งผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองหรือดูแลคนอื่นในครอบครัว ในจำนวนนี้ร้อยละ 50.2 เป็นครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสตามลำพัง และร้อยละ 26.1 เป็นครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียว

ความท้าทายหนึ่งที่มาพร้อมกับสังคมสูงวัยก็คือ การรับมือกับภาวะสุขภาพและการใช้ยาของผู้สูงอายุ จากรายงานของกรมอนามัยพบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม เป็นผู้พิการ โรคซึมเศร้า และผู้ป่วยนอนติดเตียง ขณะที่มียาอยู่ร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Lehnert et al., 2011; กรมอนามัย, 2563; วิชัย เอกพลากร, 2565) ยาจึงกลายเป็นความจำเป็นของชีวิตโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และความเจ็บป่วยเรื้อรัง ยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาในบริบทของการรักษาตนเอง (self-medication) มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการใช้ยาที่ได้รับจากสถานบริการ ไม่ว่าจะเป็นปัญหา การปรับขนาดยา การหยุดยา การใช้ยาร่วมกับคนอื่น การใช้ยาไม่ครบ หรือการใช้ยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากปัญหาสุขภาพ เช่น สายตามองไม่เห็น อยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือ การไม่มีลูกหลานหรือคนในครอบครัวช่วยดูแล (Sottiyotin, 2020b; อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2557) นอกจากนี้ มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุมักจะมีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่ลูกหลานซื้อส่งมาให้ หรือซื้อเองผ่านระบบออนไลน์และขายตรงซึ่งยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากขึ้น (Sottiyotin, 2020a; Sringermyuang & Sottiyotin, 2022) ผลกระทบจากระบบการเข้าถึงยาและพฤติกรรมการใช้ยาที่อาจจะขาดความเหมาะสมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านั้น นอกจากจะทำให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่ต้องการแล้ว อาจทำให้เกิดอันตรายจากผลข้างเคียง ของการใช้ยาจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนที่เป็นค่ารักษาพยาบาล และเศรษฐกิจของระบบสุขภาพของประเทศโดยรวมอีกด้วย (Lee et al., 2013; Leelakanok et al., 2017)

อย่างไรก็ดี แม้ว่าปรากฏการณ์นี้จะมีการกล่าวถึงและตระหนักกันมานานพอสมควร แต่การวิจัยที่เป็นอยู่โดยส่วนใหญ่ มักเป็นเพียงการวิจัยที่เน้นเรื่องการประเมินความคิด ความเชื่อ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ยังขาดองค์ความรู้ในแง่ของการประเมินสถานการณ์การใช้ยา เหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริบทของครอบครัวที่กำลังเปลี่ยนแปลง การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ชีวิต สุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยใช้พื้นที่ภาคใต้ของไทยเป็นกรณีศึกษา ซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง และแตกต่างหลากหลายได้อย่างเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น

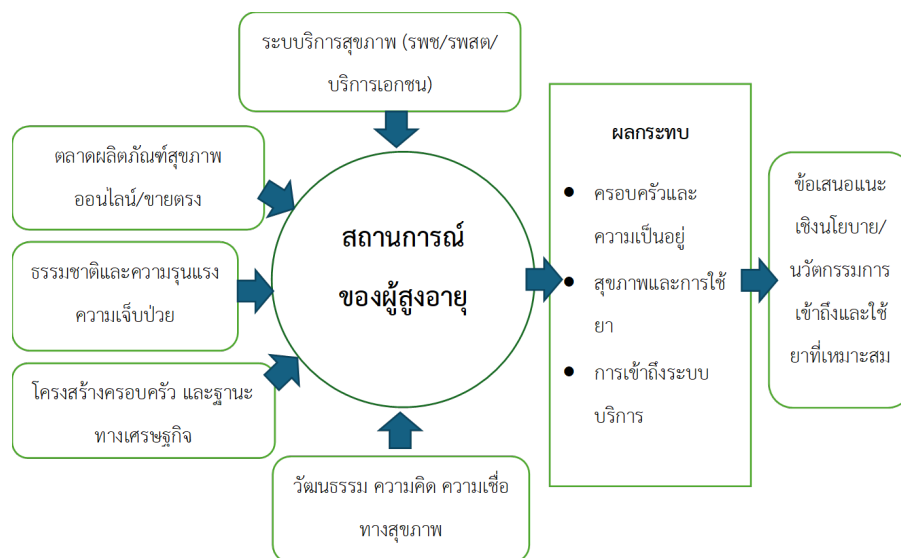
โครงการนี้ ต้องการใช้กระบวนการวิจัยเพื่อเติมเต็มช่องว่างของปัญหาดังกล่าว ทั้งในแง่ของการประเมินสถานการณ์ปัญหา ระบบยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระดับชุมชน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในด้านสุขภาพ การควบคุมโรค ประสิทธิภาพของการรักษา ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ตลอดจนผลกระทบในเชิงเศรษฐกิจ ทั้งระดับปัจเจกและระดับนโยบาย และที่สำคัญที่สุดก็คือต้องการที่จะใช้ผลการวิจัยเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือในการสร้างนวัตกรรมผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับพื้นที่ในการพัฒนาระบบยาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือดังกล่าว

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การเข้าถึง และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านบริบทโครงสร้างครอบครัว และเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลกระทบจากการเข้าถึงและการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีต่อ ประสิทธิภาพในการรักษาและควบคุมโรค เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และผลกระทบในเชิงเศรษฐกิจ ทั้งในระดับปัจเจกครอบครัวและระบบสุขภาพ
3. เพื่อพัฒนานวัตกรรมหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการสร้างระบบยาที่เหมาะสมในระดับชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยอาศัยกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)



รูป 3.1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมโครงการวิจัยสถานการณ์ ผลกระทบ และทางออกของระบบยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนภาคใต้ ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้สูงอายุ กับสถานการณ์ครอบครัวไทย

2.2 ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การใช้ยา และผลกระทบในผู้สูงอายุ

2.1 ผู้สูงอายุ กับสถานการณ์ครอบครัวไทย

ปัจจุบันลักษณะครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยโครงสร้างของครอบครัวมีขนาดเล็กลงมาก พบว่าในช่วงพ.ศ. 2539 – 2560 (คาสปาร์ พิค วาสนา อิมเมม และ รัตนภรณ์ ตั้งธนเศรษฐ์, 2560; ปัทมา ว่าพัฒนวศ์, 2562). โดยจำนวนครอบครัวคนเดียวเพิ่มขึ้นจาก 8.8% เป็น 20.5% ของครัวเรือนไทยทั้งหมดหรือเพิ่มขึ้น 2.3 เท่าตัว และจำนวนครอบครัว 2 คน เพิ่มขึ้นจาก 15.9% เป็น 27.3% ของครัวเรือนไทยทั้งหมดหรือเพิ่มขึ้น 1.7 เท่าตัว และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ในขณะที่จำนวนครอบครัวที่มี 3 คนขึ้นไปกลับมีแนวโน้มลดลง จาก 75.3% เหลือ 52.2% ของครัวเรือนไทยทั้งหมดหรือลดลง 23% นั้นหมายถึงครอบครัวมีขนาดเล็กลง มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่กันตามลำพังเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับจากรายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 ที่จัดทำโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่พบว่า ครัวเรือนคนเดียวเพิ่มขึ้น 2 เท่าในระยะเวลา 25 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยอยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันประชาชน 2.7 ล้านคนกำลังอยู่คนเดียว และจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เพิ่มจาก 6 % ของครัวเรือนทั้งหมดในปี 2530 เป็น 14% ในปี 2556 เพิ่มจาก 0.7 ล้านครัวเรือนในปี 2530 เป็น 2.7 ล้านครัวเรือนในปี 2556 และอีก 20 ปีข้างหน้าคาดว่า 1 ใน 5 ของครัวเรือนทั้งหมด เป็นครัวเรือนอยู่คนเดียว ส่วนใหญ่ (75.4%) เป็นวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี โดยรวมครัวเรือนอยู่คนเดียวเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย เป็นวัยแรงงานที่อยู่คนเดียวเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย แต่วัยสูงอายุที่อยู่คนเดียวเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเกือบเท่าตัว ทั้งนี้ในรายงานนี้กล่าวถึงแรงผลักดันของการอยู่คนเดียว โดยสรุปใจคือ ต้องการเป็นอิสระ ย้ายถิ่นฐานเพราะการทำงาน การเงินพร้อม ที่อยู่อาศัยพร้อม สุขภาพแข็งแรง มีเครือข่ายทางสังคมที่พึ่งพาอาศัยได้ กลุ่มที่ไม่ได้สมัครใจกับการอยู่คนเดียว มีเหตุที่เกี่ยวข้องคือ หย่า แยกกันอยู่ หรือเป็นหม้าย ไม่มีบุตร หรือบุตรย้ายออก และขาดคนอาศัยร่วมด้วย ขณะที่ครอบครัวเดี่ยวส่วนหนึ่งเป็นครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากจาก 970,000 ครัวเรือน เป็น 1.37 ล้านครัวเรือน หรือเพิ่มขึ้นถึง 41% และใน

จำนวนนี้ประมาณ 80% ของครอบครัวเลี้ยงเด็ยนั้นเป็นครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว ที่มีเหตุปัจจัยจากการสิ้นสุดความสัมพันธ์หย่าร้าง/แยกทาง (ณรงญา ตัญญพัฒนกุล, 2563)

ความเป็นครอบครัวที่มีขนาดเล็กลงยังพบเห็นได้ในลักษณะครอบครัวแห่วงกลางหรือครอบครัวข้ามรุ่น ซึ่งหมายถึงครอบครัวที่คนในรุ่นปู่ย่า/ตายายอาศัยอยู่ร่วมกันกับคนรุ่นหลาน ในขณะที่คนวัยทำงานหรือคนรุ่นกลางไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่มักจะย้ายไปอยู่ที่ไม่ว่าจะเป็น การอยู่ที่ไม่อย่างถาวรหรือกึ่งถาวรเพื่อทำงานหรือการศึกษา จากพ.ศ. 2539-2560 พบว่าครอบครัวแห่วงกลางเพิ่มขึ้นจาก 1% เป็น 2.1% ของครัวเรือนไทยทั้งหมด ปัจจัยที่ทำให้เกิดครอบครัวแห่วงกลาง การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมือง ค่าครองชีพในเขตเมืองที่สูงกว่าชนบท และการขาดระบบสนับสนุนต่าง ๆ โดย 90% ของครอบครัวแห่วงกลางมีผู้หนึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว และ 76% ของครอบครัวแบบนี้อาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งการที่ไม่มีคนวัยทำงานอาศัยอยู่ด้วยอาจส่งผลกระทบต่อทั้งเด็กและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกันโดยไม่มีคนวัยทำงานอยู่ร่วมด้วย และจากข้อมูลปี 2560 พบว่าผู้สูงอายุ 41.5% จากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 11.3 ล้านคน อาศัยอยู่ในครอบครัวเปราะบาง ซึ่งผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองหรือดูแลคนอื่นในครอบครัว ในจำนวนนี้ 50.2% เป็นครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสตามลำพัง และ 26.1% เป็นครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียว (ศุทธิดา ขวนวัน ภัทรพรตาสิงห์ ภัฏญา อภิพรชัยสกุล และ กาญจนา เทียนหลาย, 2563; ภูเบศร์ สมุทรจักร กมลชนก ขาสวรรณ และพิมลพรรณ นิตยัณรา, 2560) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ลักษณะครอบครัวไทยแตกต่างจากอดีต และมีความแตกต่างหลากหลายมากยิ่งขึ้น ที่อาจนำไปสู่ความเป็นครอบครัวเปราะบาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อปัญหาในครอบครัว เกี่ยวเนื่องกับเหตุปัจจัยภายนอกครอบครัว ที่เชื่อมโยงถึงระบบใหญ่ ๆ ทั้งระบบเศรษฐกิจ ทุนนิยม ที่หนุนเสริมให้เกิดการย้ายถิ่น การทำมาหากินและความ เป็นอยู่ และเกิดผลกระทบต่อครอบครัวตามมา

ปัญหาหลักของผู้สูงอายุที่พบยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ สำหรับด้านสุขภาพนั้น ผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุ 95% มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรัง แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมได้ หากแต่การมีโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้สมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรในชีวิตประจำวันลดลง หรืออาจจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แนวโน้มความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น โรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (41%) โรคเบาหวาน (18%) โรคข้อเสื่อม (9%) นอกจากนี้การสำรวจยังบ่งชี้ว่า การเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุก่อนที่จะเกิดปัญหาโรคเรื้อรังอันเป็นเหตุให้เกิดการพึ่งพานั้นยังไม่มากเท่าที่ควร โดยมีผู้สูงอายุ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเพียง 56.7% ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน 31% ตรวจการได้ยิน 30% ตรวจการมองเห็น 46% และได้รับการคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า 13% ส่วนด้านเศรษฐกิจพบว่า การขาดหลักประกันที่มั่นคงในยามสูงอายุ

เป็นประเด็นท้าทายอย่างยิ่ง ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้สูงอายุ 34.3% มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน แหล่งรายได้หลักที่สำคัญของผู้สูงอายุคือบุตร (36.7%) การทำงาน (33.9%) รายได้จากเบี้ยยังชีพยังไม่สูงมากพอที่จะเป็นรายได้หลักของผู้สูงอายุ แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่มีหลักประกันในรูปแบบอื่นที่ได้รับก็ตาม (อุเบศร์ สมุทรจักร, กมลชนก ขาสวรรณ, และพิมลพรรณ นิตยัณรา, 2560)

2.2 ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การใช้ยา และผลกระทบในผู้สูงอายุ

การวิจัยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังในจังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด รวมทั้งมีอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่เป็นประจำ เช่น ปวดแหวะ เหนื่อยเพลีย วิงเวียน เบื่ออาหาร ท้องผูก และเป็นลม ที่มีผลทำให้มีการใช้ยาหลายชนิด ผลการวิจัยระบุว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังมีความเห็นที่ไม่ถูกต้องสำคัญคือเห็นว่าสามารถนำยาของผู้อื่นมาใช้ได้ (ใช้ยาของผู้อื่นที่มีอาการคล้ายคลึงกัน) การแกะยาเม็ด แคปซูลออกรับประทานทำให้ยาออกฤทธิ์เร็วขึ้น และสามารถตัดสินใจหยุดยาได้เอง (กาญจนา ปัญญาธร ญัฏฐากุล บึงมุ่ม และอรุณี มรกตพิทยารักษ์, 2561) รวมถึงปัญหา การลืมกินยา การปรับลด เพิ่มยาเอง และ การแบ่งยากันรับประทาน (ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก ปวีณา ว่องตระกูล พรรษา มหามงคล และวรัญญา เนียมขำ, 2559)

จากการสำรวจยาเหลือใช้ในจังหวัดเชียงใหม่ พบยาเหลือใช้มากที่สุด 5 ลำดับ ได้แก่ hydrochlorothiazide 50 mg tab, aspirin 81 mg tab, enalapril 5 mg tab, simvastatin 10mg tab และ glibenclamide 5 mg tab ตามลำดับ คิดเป็นมูลค่า 57,132.82 บาท หรือเฉลี่ย 225.82 บาทต่อคน โดยสาเหตุ ที่ทำให้เกิดยาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยระบุก็คือได้รับยามากเกินไปจากโรงพยาบาลหรือสถานีนานามัย การลืมกินยา การปรับยาเอง การไม่มีวินัยที่แน่นอน และการหยุดยาเนื่องจากเกิดปัญหาการใช้ยา (ปรารณา ขามพูนท, 2554) คล้ายคลึงกับการประชุมวิชาการ เรื่องภาควิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาที่จัดโดยศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาหรือ กพย. มีการสะท้อนปัญหาในลักษณะเดียวกันในทั้งสี่ภาคของประเทศ โดยในภาคกลางพบกลุ่มยาที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดผลกระทบทางสุขภาพ ได้แก่ Dimenhydrinate, Tramadol, Amitriptyline, Lorazepam และ Trihexyphenidyl ขณะที่การศึกษาในภาคใต้พบปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะการพบแนวโน้มการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สั่งซื้อทางออนไลน์และขายตรง (Sottiyotin, 2020a; Sottiyotin, 2020b; Sringeriyuang & Sottiyotin, 2022).

พบปัญหาการหยุดยาเอง ยาเหลือใช้ และการใช้ยาไม่ถูกต้องเนื่องจากอ่านฉลากไม่เห็น โดยมีการเสนอทางเลือกของการสร้างนวัตกรรมในการดูแล การใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง เช่น เพิ่มการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข และสร้างเครือข่ายภาคประชาชนโดยเฉพาะเยาวชนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงตลอดถึงการสร้างกระเป๋ายาเพื่อเก็บยาเหลือใช้คืนและการใช้เอกสาร

แนะนำเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุให้กินยาตรงเวลาและนำยาเหลือใช้กลับไปคืนสถานบริการ เป็นต้น (Hfocus, 2022)

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย (research design)

การวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (1) การวิจัยภาคสนามเพื่อประเมินสถานการณ์ปัญหาการใช้ยา ของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ในชุมชน และเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (2) เป็นการวิเคราะห์ผลกระทบ ในมิติ สุขภาพ การควบคุมโรคผลข้างเคียงและ เศรษฐกิจ และ (3) เป็นการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนทางสังคม บนฐานการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อพัฒนา นวัตกรรม ระบบยา ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชน ใช้ทั้งเครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ข้อมูลที่เก็บรวบรวมประกอบด้วย 4 ส่วนสำคัญคือ บริบทครอบครัวและเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยและการใช้บริการ ยาและพฤติกรรมการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ และผลที่เกิดจากการใช้ยา หลังจากนั้นทำการสำรวจด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง และการประชุมกลุ่มย่อยโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

ระยะที่หนึ่ง

เป้าหมาย เพื่อศึกษาสถานการณ์ การเข้าถึงและการใช้ยา ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระดับชุมชน ด้วยวิธีวิทยาเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาใน 3 พื้นที่ คืออำเภอนครหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช เทศบาลเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช และเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา การเลือกพื้นที่ทั้ง 3 แห่งนี้ ด้วยเหตุผลหลัก 3 ประการคือ (1) เป็นพื้นที่การวิจัยที่ต่อยอดจากงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้เคยศึกษาพฤติกรรมการใช้ยามาก่อนหน้า (2) เพื่อให้ครอบคลุมบริบทชุมชนและระบบบริการสุขภาพทั้งในเขตเมืองใหญ่ (หาดใหญ่) เมืองรอง (เทศบาลเมืองนครศรีธรรมราช) และชนบท (อำเภอนครหลวง) และ (3) เพื่อเป็นการขยายความร่วมมือกับเครือข่ายองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบยาในพื้นที่ภาคใต้ (กพย.)

ทำการเก็บข้อมูลด้วยการเยี่ยมบ้านและใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก นำเสนอข้อมูลด้วยกรณีศึกษา การเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ คือ เลือกผู้ให้ข้อมูลโดยยึดหลักการ information rich เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความรู้มรรยละเอียด และเก็บข้อมูลจนกระทั่งได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturated data)

ระยะที่สอง

มีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจภาคสนาม มาสู่การวิเคราะห์ ผลกระทบทางสุขภาพ การควบคุมโรค และเศรษฐกิจ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ภาคใต้ของไทย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาด้วยยาอย่างน้อย 1 โรค และอาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ของไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาด้วยยาอย่างน้อย 1 โรค อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ สืบสารด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 323 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มโดยบังเอิญ (accidental sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างแบบไม่ทราบประชากรจากสูตรของ W.G. Cochran (Chaokromthong & Sintao, 2021; Cochran, 1977) ที่ความเชื่อมั่น 95%

$$n = \frac{p(1-p)z^2}{d^2} = 322.69$$

โดย

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

p = สัดส่วนของประชากร (ในที่นี้กำหนดค่าเท่ากับ 30% หรือ 0.30)

z = ระดับความเชื่อมั่น (ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ค่า Z = 1.96)

d = สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ค่า d = 0.05)

ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการสัมภาษณ์จากการทบทวนวรรณกรรมจนได้แนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งสามารถแบ่งประเด็นได้เป็น 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ข้อ ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ข้อมูลด้านครอบครัวและการดูแล จำนวน 3 ข้อ ข้อมูลด้านการเข้ารับบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ข้อมูลด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 4 และข้อมูลด้านเศรษฐกิจ จำนวน 3 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรม SPSS ver.28.0.1.1(14)

ผลการศึกษา

โครงการวิจัย "สถานการณ์ ผลกระทบ และทางออกของระบบยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนภาคใต้" มีการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่หนึ่ง การวิจัยภาคสนามเพื่อประเมินสถานการณ์ ปัญหาการใช้ยา และเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเป้าหมาย ระยะที่สอง การวิเคราะห์ผลกระทบในมิติสุขภาพ การควบคุมโรค และเศรษฐกิจ และระยะที่สาม คือ การขับเคลื่อนทางสังคม บนฐานของการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อพัฒนานวัตกรรมและระบบยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ระยะที่ 1 การวิจัยภาคสนามเพื่อประเมินสถานการณ์ ปัญหาการใช้ยา และเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ความซับซ้อน หลากหลายของผู้สูงอายุ

อาจารย์ (67 ปี) สูงวัย ไม่พึ่งพิง

อาจารย์มีโรคประจำตัว 5 โรค ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดตีบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไต ปัจจุบันเริ่มมีอาการอ่อนเพลีย หอบ ไม่มีแรง ป้าเล่าว่าเมื่อ 5 ปีก่อนเป็นนิ้วในกรวยไต ผ่าตัดแล้วที่โรงพยาบาล หลังผ่าตัดมีอาการปัสสาวะบ่อย ทำให้ต้องมาออกมานอนหน้าทีวี

อาจารย์จัดยา หยิบยากินเองมาตลอด 20 กว่าปีที่ผ่านมา ป้าจะแบ่งยาจากถุงใหญ่ออกมาทีละเม็ด เอาแผงยาออกจากซองมาใส่ไว้ในกระปุกทรงกลม เมื่อถามวิธีการกินยา ป้าสามารถอธิบายได้ วิธีการใช้ยาได้ถูกต้องตรงตามหน้าที่แพทย์สั่ง เมื่อถามว่าลืมหินยาบ้างไหม อาจารย์ตอบว่าไม่ลืมหินยา 5.00 น. ป้าจะตื่นขึ้นมากินยามื้อเช้า 11.30 น. กินยามื้อเที่ยง และ 17.00 น. กินยาตอนเย็น ลูกสาว confirm ว่าป้าจะตื่นและกินยาเป็นเวลาอย่างมีวินัย ยาบำรุงเลือดของป้าจารย์มี 2 ตัว มียา 1 ตัวหมดก่อนวันนัด ลูกสาวไปรับยาเพิ่มให้จาก รพ.สต. แต่ไม่สามารถสื่อสารกับ จนท.รู้เรื่องว่ายาตัวไหนที่หมด ทำให้ได้รับยามาผิดตัว ปัจจุบันป้าจารย์และญาติหยุดใช้ยาตัวนั้นและรอให้ถึงวันนัดค่อยไปรับยามาเพิ่ม เนื่องจากรู้สึกลำบากที่จะกลับไปขอยามาใหม่อีกรอบ

ยาของป้าจารย์ในกระปุกทรงกลม ไม่บรรจุอยู่ในซอง ไม่มีฉลาก ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าต้องกินยังไง ป้าอธิบายว่า โรคเยอะ ยาก็เยอะ ไม่รู้ว่ายาไหนเป็นยาอะไร ก็กินไปตามที่หมอสั่ง รายการยาที่มีอยู่ในกระปุกมีจำนวนทั้งสิ้น 7 รายการ ได้แก่ Ferrous fumarate 200 mg, Folic, Aspirin 81 mg, Amlodipine 10 mg, Pioglitazone 30 mg, Glipizide, และ Zimvastatin 20 mg ปัจจุบันป้าจารย์ตัดสินใจไม่รับการรักษาโรคไต (CKD) ด้วยการฟอกไต เนื่องจากไม่อยากเป็นภาระของ

ลูกหลาน กังวลว่าถ้าพอกไตแล้วจะเป็นภาระ จากที่ต้องพอกอาทิตย์ละครั้งก็ต้องเพิ่มเป็น 2 ครั้ง 3 ครั้ง

ด้านชีวิตความเป็นอยู่ ป้าอาศัยอยู่กับสามี ลูกสาว และหลานสาวอีก 2 คน สามีประกอบอาชีพประมง ไม่มีโรคประจำตัว เจ็บป่วยบ้าง เช่น หูอื้อ รับการรักษาจากคลินิก ซื้อยาจากร้านยา หลานสาวคนโตกำลังจะไปเรียนที่ กทม. หลานสาวคนเล็กอายุราว 7-8 ขวบ ช่วยดูแลป้าจारीได้บ้าง ส่วนใหญ่จะอยู่เป็นเพื่อน นอนเป็นเพื่อน คอยหยิบข้าวหยิบยามาให้ป้าจारीตามคำสั่งของผู้เป็นแม่หรือตามคำร้องขอของป้าจारी ลูกสาวของป้าจारीเป็น อสม. แต่ก็ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญมากนัก รายได้หลักของป้าจारीมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รับบริการที่ รพ.สต.เป็นหลัก

ป้าเขียน (87 ปี) ผู้สูงอายุกับเทคโนโลยีเพื่อการดูแล

ป้าเขียนมีโรคประจำตัว 4 โรค คือ เส้นเลือดตีบ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน วันที่ทีมวิจัยไปเยี่ยม ป้ามีอาการปวดแหว ซึ่งลูกสาวคาดว่าเกิดจากการยกของหนัก ป้าไม่กินยาแก้ปวดและยังไม่ได้รับการรักษาอาการปวดนี้ เนื่องจากประเมินแล้วว่ายังไม่อันตรายและน่าจะหายเองได้ ป้าและลูกสาวไม่นิยมใช้ยาเสริมอาหารหรือยาสมุนไพรอื่น ๆ

ในอดีตป้าเคยใช้ยา 5 แส่น (penicillin V) ลูกสาวเล่าให้ฟังว่า หลายปีก่อนป้าเคยเจ็บป่วย แล้วให้เด็กแถว ๆ บ้านไปซื้อยา 5 แส่น จากร้านขายของชำในชุมชนมาให้กิน ไม่แน่ใจว่ากินไปนานแค่ไหน ป้าเริ่มมีอาการผิดปกติ (ไม่ได้ลงรายละเอียด) ญาติพาไปหาหมอ หมอวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเฉียบพลัน เมื่อถามป้าเขียนเรื่องยา 5 แส่น ป้าเล่าได้เพียงว่า ก็ไม่รู้ว่ามันคือยาอะไร มีการใช้กันมานานและเชื่อว่ารักษาได้ทุกโรค ปัจจุบันป้าเขียนใช้ยา 7 รายการ คือ Glipizide 5 mg, Aspirin 81 mg, Simvastatin 20 mg, MTV, Omeprazole 20 mg, Amlodipine 5 mg, และ NOVO pen (ปากกาฉีดอินซูลิน) ปัจจุบันป้าอาศัยอยู่กับลูกสาวซึ่งเป็น อสม. และหลานสาว ป้าเขียนมีรายได้หลักจากเบี้ยผู้สูงอายุ ลูกสาวเป็นอดีตแม่ครัวอยู่ที่ภูเก็ต หลังจากป้าเขียนป่วย ลูกสาวก็ตัดสินใจลาออกจากงานแล้วย้ายกลับมาอยู่ด้วยกัน ปัจจุบันลูกสาวรับจ้างเลี้ยงเด็ก ซึ่งมักจะรับเลี้ยงเด็กในชุมชน ทำให้บ้านของป้าเป็นที่รู้จักของคนในชุมชนและมีความสัมพันธ์คล้ายเครือญาติกัน ปกติลูกสาวจะเป็นผู้ดูแลหลัก แต่หากมีการกิจจำเป็นก็สามารถให้หลานสาวช่วยดูแลป้าเขียนได้ สามารถใช้ VDO call แนะนำให้ลูกสาวจัดการเรื่องต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องการจัดยาให้ป้าเขียนแทนตนได้

ลุงนับ (64 ปี) โชคดีมีครอบครัวแข็งแรง

ลุงนับมีโรคประจำตัว 5 โรค ได้แก่ Stroke ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ต่อมลูกหมากโต และนิ่ว ปัจจุบันรับการรักษาจาก 2 โรงพยาบาล ทั้งนี้จากการสอบถามเรื่องการรับการรักษาโรคต่อมลูกหมากที่ซับซ้อน ป้าหยอยผู้เป็นภรรยาให้ข้อมูลว่า ยาไม่ซ้ำกันเพราะทุกครั้งป้าหยอยจะนำยาไปให้

หมอด้วย หมอจะรู้ว่าอีกโรงพยาบาลหนึ่งสั่งยาอะไรไว้แล้วบ้าง ก็จะมั่นใจได้ว่ายาไม่ซ้ำซ้อนกัน ปัจจุบันแขนขาของลุงนับขยับได้ มีเพียงการพูดที่ยังพูดได้ไม่ชัด ลุงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่การอาบน้ำแปรงฟันยังไม่ค่อยสะอาด ป้าหยอยจึงมักจะทำให้ ยาที่ลุงนับใช้อยู่ปัจจุบันมีทั้งสิ้น 10 รายการ คือ Doneperzil 10 mg, Aspirin 81 mg, Manidipine 20 mg, Omeprazole 20 mg, Pioglitazone 30 mg, Finasteride 5 mg, Doxazosin 4 mg, ยาน้ำสลายนิ่ว และยานอนหลับ 2 รายการ

ยาน้ำสลายนิ่วมีรสเปรี้ยว ป้าหยอยเล่าว่าลุงนับไม่ชอบกิน ยาเม็ดอื่น ๆ ป้าจะแกะใส่แก้วเล็กไว้ให้เป็นมื่อ ๆ ลุงจะหยิบกินเองได้ แต่ยาน้ำจะต้องให้กินต่อหน้า (คล้าย ๆ การทำ DOT) เพื่อให้แน่ใจว่าลุงกินยาตัวนี้แล้ว การจัดเก็บยาและสภาพยาดูเรียบร้อยดี ยาที่เห็นเป็นยาใหม่ที่ได้รับจาก visit ล่าสุด จากการสอบถามป้าหยอยอธิบายว่า ยาไม่เคยหมดก่อนวันนัด มีเหลือบ้างซึ่งเข้าใจว่าทางโรงพยาบาลอาจจะให้เผื่อมา ทุกครั้งที่ไปพบแพทย์ตามนัด จะนำยาที่เหลือไปด้วย

ด้านครอบครัว ลุงนับมีลูก 2 คน แต่งงานแล้ว 1 คนและกำลังจะแต่งงานอีก 1 คน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ภรรยา (ป้าหยอย) แม่ยาย ลูกสาวคนโต และลูกเขย ที่บ้านเปิดเป็นร้านขายของชำ (ขนาดค่อนข้างใหญ่) ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับดี ทั้งภรรยา ลูกสาวและลูกเขย ทำอาชีพขายของที่บ้านเป็นหลัก มีรายได้เสริมจากสวนยางบ้าง ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวค่อนข้างดี ภรรยารับหน้าตาดีดูแลเรื่องอาหารและยา ลูกสาวและลูกเขยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลรอง สามารถสลับหน้าที่มาคอยดูแลลุงนับได้ในยามที่ป้าหยอยติดภารกิจ

ลุงสอง (85 ปี) สังคมดี ชีวิตดี

ลุงสองมีโรคประจำตัวคือโรคถุงลมโป่งพอง ทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วยยากินและยาพ่น ลุงเข้าออกโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบอยู่บ่อยครั้ง ญาติจึงไม่กล้าให้ลุงอยู่บ้านตามลำพัง ปัจจุบันยาที่ลุงใช้มีทั้งสิ้น 7 รายการ ได้แก่ MTV, Senokot, Mysolven sachet, Prednisolone 5mg, Gabapentin, ยาพ่น steroid และ ยาพ่น Ventolin

ลุงมีลูกสาว 2 คน ลูกสาวคนเล็กเกิดได้ 3 วัน ลุงกับป้าก็เอาไปเลี้ยง ปัจจุบันมีสามีเป็นฝรั่งอยู่ภูเก็ต ลุงไม่ค่อยสนิทกับลูกสาวคนนี้นัก ลูกสาวจะคอยส่งเงินมาช่วยเหลือ ปัจจุบันลุงอาศัยอยู่กับลูกสาวคนโต ลูกเขย และหลานชาย ลูกเขยทำงานอยู่โรงแรมทวินโลตัส ลูกสาวลาออกจากงานประจำ แล้วมาทำงานรับจ้างที่ร้านน้ำชาในวันเสาร์อาทิตย์ช่วงเช้า เพื่อจะสามารถสลับกับลูกชายดูแลลุงสองได้ ตอนนี้ลูกสาวของลุงกำลังหางานที่สามารถทำกะดึก เพื่อจะได้อยู่ดูแลลุงในช่วงเวลากลางวันได้ บ้านของลุงเป็นบ้านที่ปลูกติด ๆ กันกับหลังอื่น ๆ เพื่อนบ้านมีทั้งที่เป็นเครือญาติกันและไม่ใช่วเครือญาติ ทุกคนพึ่งพาอาศัยกันอยู่เสมอ หยิบยื่นแบ่งปัน ฝากกันดูแลเป็นหูเป็นตา สิ่งที่สะดุดตาก็คือ ฝาผนังบ้านของลุงมีกระดาษที่เขียนด้วยลายมือ ขอความร่วมมือไม่สูบบุหรี่ในบริเวณรอบบ้านเนื่องจากควันบุหรี่เป็นตัวกระตุ้นให้ลุงสองหอบ จากการสอบถาม ลูกสาวให้ข้อมูลว่า เพื่อนบ้านให้ความร่วมมือ

ดีมาก หลังจากขอความร่วมมือก็ไม่มีใครมาสูบบุหรี่และลูกก็ไม่ต้องไปโรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืด ง่ายๆ มาพักใหญ่แล้ว

ลูกสามารถหยิบยากินเองได้ เนื่องจากจำยาได้ แต่ถ้าอาการหอบกำเริบหรือไม่มีแรงสูดยา เข้าปอดเองได้ ลูกสาวจะช่วยโดยใช้ nebulizer ช่วยให้การพ่นยาง่ายขึ้น วิธีการเหล่านี้เรียนรู้มาจากการ counseling กับแพทย์และเภสัชกร ลูกสาวเล่าว่า ลูกจะไม่ค่อยใช้ mysolven รสส้มเนื่องจาก รุ้สักระคายเคือง ปกติจะใช้ธรรมชาติ แต่ถ้าหากโรงพยาบาลไม่มีให้เลือก ก็จะได้รับยามาก่อน อย่างน้อย ก็มั่นใจว่ามียาใช้ในยามที่ต้องการ วันที่ทีมวิจัยเยี่ยมบ้าน พบกล่อง mysolven ในสภาพสกปรกและ ใกล้เคียงหมดอายุ ลูกสาวอธิบายว่า หมอจะสั่งมาให้เยอะมาก ๆ แต่ลูกไม่ค่อยได้ใช้เพราะจะใช้ก็ต่อเมื่อมี เสมหะเท่านั้น ยาจึงเหลืออยู่เยอะ วิธีการจัดการคือ ลูกสาวจะหมั่นดูวันหมดอายุของยา เลือกกล่องที่ไม่หมดอายุให้ลูกใช้ ถ้ายาเหลือเยอะก็แจกจ่ายเพื่อนบ้าน แต่จะไม่ค่อยนำไปคืนโรงพยาบาล

ป้ากล่อง (77 ปี) ครอบครัวมีแต่ไม่เอื้อ

ป้ากล่องมีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วจำนวน 2 โรค คือ ไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง และมีโรคที่ป้ากล่องเข้าใจว่าตนเป็นอีก 2 โรคคือ จิตเวชและเบาหวาน มียาที่ต้องใช้เป็นประจำ ได้แก่ HCTZ 25 mg. Enalapril 5 mg. Lorazepam 5 mg. Cyproheptadine Simvastatin 20 mg. Fluoxetine 20 mg. และ MTV ปัจจุบันป้าอาศัยอยู่กับสามีเพียง 2 คน แต่จะมีลูกสาวและลูกเขยแวะมาหาบ้าง

Visit ที่ผ่านมา ป้ามีอาการนอนไม่หลับ ลูกเขยซึ่งมีอาการทางจิตเวชและลูกสาวทำหน้าที่พาไปพบแพทย์ แต่เมื่อถามว่าแพทย์วินิจฉัยยังงัย เกิดอะไรขึ้นบ้าง ทั้งลูกเขยและลูกสาวให้ข้อมูลสับสน บอกว่าตนพาป้าไปแผนกจิตเวช เพราะอาการของป้าคืออาการของผู้ป่วยจิตเวช ในขณะที่ป้านั่งนิ่งไม่โต้ตอบ ป้าอธิบายว่าไปพบแพทย์ครั้งสุดท้าย แพทย์บอกว่าตนเป็นโรคเบาหวาน ป้าไม่รู้ว่ายากินอยู่เป็นยาอะไรบ้าง จึงไม่รู้ว่าในนั้นมียาเบาหวานหรือไม่ ตอนนี้ป้าไม่กล้ากินอะไรเลยเนื่องจากกลัวเบาหวาน การดูแลสุขภาพค่อนข้างสับสนและลำบาก ตลอดการเยี่ยมบ้าน ลูกเขยจะมีบทบาทในการ ชี้แนะและกำหนดความเจ็บป่วยของป้าตลอดเวลา ญาติมักอธิบายลักษณะของป้าว่า “แกสับสน” “แกไม่รู้เรื่องแล้ว” แต่จากการสังเกตก็พบว่า ญาติไม่ได้มีส่วนเข้ามาดูแลป้าเท่าไรนัก มีเพียงสามีที่จะคอยดูแลเรื่องอาหารและคอยอยู่เป็นเพื่อนอยู่ข้าง แต่ลูกก็ให้ข้อมูลแบบหยอก ๆ ว่า “กูจะช่วยเหลืออะไรได้ กูก็เอาตัวเองไม่ค่อยรอดแล้วเหมือนกัน” ลูกให้ข้อมูลว่า การที่ป้าต้องตัดเม็ดยาเพื่อกินครึ่งเม็ด มีการ สูญเสียวานเนื่องจากยาแตกบ้าง ตกหล่นบ้าง ลูกอธิบายว่าเวลากวาดพื้นหรือเดินบนพื้นบ้าน จะพบยาของป้าหล่นอยู่บนพื้นเสมอ

ป้าละเวง (79 ปี) โดดเดี่ยวแต่ไม่เดียวดาย

ป้าเคยมีประวัติ stroke แขนขาอ่อนแรงข้างซ้าย หูตึง ปัจจุบันไม่มียาประจำตัว ไม่ได้รับการ follow up ที่สถานพยาบาล ปัจจุบันป้าอาศัยอยู่กับลูกชาย ซึ่งเดิมลูกชายอาศัยอยู่กับครอบครัวที่ต่างจังหวัด หลังจากป้าละเวงป่วย ลูกชายก็ย้ายลงมาอยู่กับป้า โดยครอบครัวของลูกชายก็ยังอยู่ต่างจังหวัด ปัจจุบันลูกชายทำงานรับจ้าง

กิจวัตรประจำวันของบ้านนี้คือ ตื่นเช้าขึ้นมาลูกชายจะอาบน้ำให้ป้าละเวง แล้วออกไปซื้ออาหารเช้ากลับมากินกัน 2 คน หลังจากนั้นก็จะพาป้าละเวงออกมาตอนเช้าที่แคร่หน้าบ้าน วางอาหารกลางวันไว้ให้บนโต๊ะม้าหินอ่อนหน้าแคร่ บางวันลูกชายก็จะกลับมาตอนเที่ยงแต่บางวันก็ไม่ได้มา ป้าละเวงจะค่อย ๆ ไต่จากแคร่มาที่โต๊ะม้าหินเพื่อกินข้าวกลางวัน แล้วก็ไต่กลับไปนอนบนแคร่ ป้าจะมีหนังสือพิมพ์ 1 ฉบับที่ลูกชายซื้อไว้ให้ ป้าอ่านหนังสือพิมพ์ตลอดทั้งวัน ในช่วงกลางวันหากคนรู้จักผ่านไปมา ก็จะหันมาดูป้าบ้างเป็นการดูแลอยู่ห่าง ๆ ว่าป้ายังปกติดีหรือไม่ ป้าไม่มีโทรศัพท์มือถือ หูไม่ได้ยินสื่อสารกับคนอื่นลำบาก น้องสาวของป้าเป็นประธาน อสม. จะทำหน้าที่คอยดูแล ผ่านไปผ่านมาก็จะแวะดูแลอยู่เสมอ คอยมาคัดกรองโรค สอบถามความเจ็บป่วยของป้า

ป้าตา (72 ปี) ชีวิตในชอกหลืบของเมืองใหญ่

ป้าตาป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มียาที่ต้องใช้เป็นประจำได้แก่ Metformin 500 mg. Glipizide 5 mg. Amlodipine 10 mg. และ Omeprazole ป้าตามีตาที่มองไม่เห็น ความจำไม่ดี แขนขาไม่มีแรง เดินหรือทำงานไม่ได้ อ่านไม่ออก มองไม่เห็น ต้องหยิบยากินเอง โดยใช้ความคุ้นเคย เนื่องจากผู้ดูแลออกไปทำงาน ฐานะยากจน ลูกสาวและลูกเขยเก็บของเก่าขาย ลูกสาวดูแลเรื่องการพบแพทย์ แต่ช่วยเรื่องยาได้ไม่มาก เพราะอ่านหนังสือไม่ออก ลูกชายคนโตเป็นผู้ป่วยจิตเวช เร่ร่อนอยู่ในตลาดใกล้บ้าน โรงพยาบาลติดต่อคนไข้ผ่าน app. แต่ผู้ดูแลทำไม่เป็น อ่านหนังสือไม่ออก จึงไม่สามารถเข้าถึงบริการบางอย่างได้ เช่น ไม่สามารถนัดหมอออนไลน์ได้ ทำให้ขาดยาบ่อย และไม่สามารถจัดการอาการข้างเคียงได้ ป้าตาเสียชีวิตเมื่อ 2 มิถุนายน 2566 ด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ป้าเกตุ (88 ปี) เหมือนขาดแต่สมบูรณ์

ป้าเกตุอยู่ในสภาวะติดเตียง แขนขาซิกขาใช้งานไม่ได้ พูดได้เป็นประโยคสั้น ๆ นอนอยู่บนที่นอนส่วนหน้าของบ้าน ลูกชายเล่าให้ฟังว่าความเจ็บป่วยเริ่มจากที่ป้าไปเฝ้าญาติที่โรงพยาบาล และมีแผลถลอกกลับมา ลูกชายไม่แน่ใจว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง แต่เช้าวันหนึ่ง ป้าเกตุก็ไม่ยอมลุกขึ้นจากเตียง ญาติเข้าใจว่าป้าเหนื่อย แต่เมื่อเปิดเข้าไปดู ญาติพบว่าป้าอยู่ในอาการโคม่า คือ นิ่งคอตก ขี้เยียว เต็มเตียง ญาติจึงพาส่งโรงพยาบาล แพทย์ระบุว่าติดเชื้อในกระแสเลือด หมอให้การรักษาด้วยการตัด

แผลทำศัลยกรรมแผล ในระหว่างนั้นก็พบว่าความดันแก่มากเลือดขึ้นไปเลี้ยงสมองไม่ทัน จนในที่สุดก็กลายเป็นอัมพฤกษ์ ปัจจุบันจำเป็นต้องใช้ยา 3 รายการ ได้แก่ Hydralazine 5 mg Doxazosin 4 mg และ Losartan 50 mg ป้าเกิดเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว ปัจจุบันอายุ 88 ปี อาศัยอยู่กับลูกชายอายุ 64 ปี ป้ามีลูกชายคนเดียว ประกอบอาชีพทนายความในประเทศออสเตรเลีย

8 ปีที่แล้วป้าเกิดล้มป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ลูกชายจึงตัดสินใจกลับมาอยู่บ้านและทำงานแบบออนไลน์ หลานที่กำลังตัดสินใจไปเรียนต่อปริญญาโทในต่างประเทศก็เปลี่ยนแผนเป็นเรียนในประเทศ เนื่องจากเป็นห่วงป้า ในแต่ละวัน ลูกชายพยายามให้ป้าได้ออกไปเดินเล่นนอกบ้านบ้าง ออกไปข้างนอกในยามจำเป็น เช่นไปตัดผม ลูกชายทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างดี ปัจจุบันป้าไม่ต้องไปรับการติดตามอาการที่ รพ.สต.เอง แต่จะให้ลูกชายเป็นคนไปรับยา โดย รพ.สต.จะทำแบบฟอร์มให้ลูกชายกรอกค่าความดันของป้าไปให้ จนท. หนึ่งสัปดาห์ก่อนวันนัดลูกชายจะวัดความดันโลหิตป้าตอนเช้า 2 ครั้ง ตอนเย็น 2 ครั้งทุกวัน โดยอธิบายว่าอยากให้ค่าที่ได้เป็นค่าความดันจริงที่สุด เวลาแพทย์เห็นตัวเลขจะได้ประเมินอาการของป้าได้แม่นยำขึ้น ลูกชายพยายามทำความเข้าใจโรคและยาอย่างดี จัดจำ pattern การใช้ยาของป้าได้ว่าแพทย์ปรับยาอย่างไร เมื่อไหร่ โดยจะมีสมุดบันทึกเล็กไว้ เหมือนเป็น diary ส่วนตัว บางช่วงที่ป้ามีผลกดทับ จำเป็นต้องทำแผล ลูกชายจะเป็นผู้ทำแผลให้ป้า โดยได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ทำแผลจาก รพ.สต.ช่วยหนึ่งเครื่องมือให้ทุกสัปดาห์ จนท.รพ.สต.มาช่วยเจาะเลือดให้ที่บ้าน

ลุงหล่อ (78 ปี) อยู่กันไปจนหมดเวรหมดกรรม

ลุงหล่อเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มียาที่ต้องใช้หลายรายการ วันที่ทีมวิจัยเยี่ยมบ้าน ไม่พบซองยาจากโรงพยาบาล แต่พบกระปุกกลมที่ข้างในบรรจุยาเป็นชุด ๆ ภรรยาของลุงเป็นคนจัดยาเป็นชุด ๆ ไว้เพื่อความสะดวก ซองซิปลิส 1 ซองคือยา 1 มื้อ ในซองซิปลิสจะมียาหลากหลายเม็ดหลากหลายสี ผู้เป็นภรรยามีประวัติโรคมะเร็งเต้านมเมื่อหลายปีก่อน รับยาและทำคีโมจนครบคอร์สแล้ว ปัจจุบันรับการติดตามอาการที่โรงพยาบาลในตัวเมือง

ลุงหล่ออาศัยอยู่กับภรรยา ลูกสาว และหลาน ลุงเป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย อีกทั้งมีปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลให้เอะอะโวยวายบ้าง รื้อตู้เย็น หยิบของกินโดยไม่รู้จักตัวบ้าง ลุงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันใด ๆ ได้ด้วยตัวเอง ในวันที่ทีมวิจัยเยี่ยมบ้าน ลุงนอนอยู่บนที่นอนใกล้ตู้เย็น สภาพลุงดูสะอาดสะอ้าน ทีมวิจัยไม่สามารถสื่อสารกับลุงได้ เพราะลุงสับสนสับสนอยู่ตลอดเวลา มีแค่บางช่วงที่หันมายิ้มแล้วก็กลับไป ทีมวิจัยไม่ได้เจอลูกสาวและหลานของลุง ลูกสาวนอนอยู่ในห้องที่มีผ้า màn บังไว้ ภรรยาของลุงเล่าให้ฟังว่าลูกสาวมีภาวะอ้วน ไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่ค่อยมีบทบาทในครัวเรือนเท่าไรนัก สามารถฝากให้ดูแลลุงได้บ้างเป็นช่วงสั้น ๆ การดูแลก็คือคอยดูไม่ให้ลุงคลานออกไปไหนไกล ๆ หรือถ้ามีอะไรฉุกเฉินก็จะโทรขอความช่วยเหลือให้ได้ คอยเอาข้าวเอา

น้ำให้ลุงได้ แต่ภรรยาลุงก็ไม่ค่อยปล่อยให้เป็นการของลูกสาวมากนักเพราะรู้ว่าลูกสาวไม่ค่อยเต็มใจ อสม.เล่าให้ฟังว่าเหตุที่ลูกสาวไม่ค่อยสนใจช่วยดูแลลุงเป็นเพราะลูกสาวกับพ่อไม่ค่อยลงรอยกันนัก ตั้งแต่ก่อนป่วย ภรรยาของลุงจึงเป็นเสาหลักของครอบครัว คอยดูแลลุง ดูแลความเป็นอยู่ของทุกคนในครอบครัว รายได้หลักมาจากเงินผู้สูงอายุของลุงและป้าและเงินผู้พิการของลุง หลานสาวยังคงเรียนฟรี ตามนโยบายของรัฐ

เนื่องจากลุงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ป้าจึงต้องคอยพุงเพื่อพาเข้าห้องน้ำ บ้าง ลุงขึ้นกินข้าวกินยาบ้าง ป้าใช้วิธีเอาผ้าขาวมาคล้องคอลุงแล้วดึงขึ้นนั่ง ก่อนที่จะลากกันไปห้องน้ำ บ่อยครั้งที่ล้มลุกคลุกคลาน เนื่องจากป้าไม่มีแรง ทำให้ตามแขนขาของลุงมีรอยฟกช้ำรอยแผลอยู่ตลอด ครอบครัวได้รับการสนับสนุนแพมเพิสจาก รพ.สต. ตามนโยบายอยู่เป็นระยะ

จากกรณีศึกษาทั้งหมด 40 กรณีศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่เพศหญิง อายุ 70-85 ปี ยังชีพด้วย เบี้ยผู้สูงอายุ/ผู้พิการ หรือลูกหลาน ฐานะและการใช้ชีวิตต่างกันระหว่างชนบท เมือง และ ชุมชนเขต เมือง ครอบครัวและการดูแลส่วนใหญ่มีคนอยู่ด้วย ได้แก่ สามี ภรรยา ลูก ญาติที่อยู่ใกล้ หลาน ครอบครัวครอบครัวลูกที่เคยทำงานที่อื่น ลาออกกลับมาดูแลพ่อแม่ ปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรค ความดัน เบาหวาน ไขมัน เป็นปัญหาร่วม ประมาณ 1 ใน 3 มีอาการค่อนข้างมาก เช่น อ่อนแรง ฟังฟัง ติดเตียง จนต้องมีคนดูแล

ยาที่ใช้และปัญหาการใช้ยา ยาส่วนใหญ่เป็นยาความดัน เบาหวาน ไขมัน ซึ่งมีการใช้มานานหลายสิบปี ปัญหาการใช้ยาเป็นเพียงการลืม การหยุด/ปรับยาเอง ไม่พบปัญหาการใช้ยาที่รุนแรง ยาส่วนใหญ่เป็นยาพื้นฐาน อาจมีการลืม การหยุดยาเอง เพราะยามาก กลัวปัญหากับไต ไม่มีอาการ เบื่อกับการใช้ยามานาน เป็นยาเดิม ๆ ที่คุ้นเคย การเปลี่ยนยาไม่เป็นปัญหามาก พบปัญหาหาซื้อ การเก็บยารวมกัน การจัดยาเอง แกะยา แบ่งยาเป็นสต็อกสำหรับยาที่ใช้ในชีวิตประจำวันกับยาที่ไม่ใช้

ข้อค้นพบสำคัญ คือ แบบแผนสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเปรียบคล้ายเจดีย์ ทั้งหมดคือผู้ที่ ถูกคัดกรองว่ามีอาการป่วยเรื้อรัง และเข้าสู่ระบบบริการ กลุ่มใหญ่ที่มีอาการป่วยไม่ซับซ้อน (เขี้ยว เหลือง) คือผู้ที่ถูกสำรวจจากสถานบริการ ส่วนผู้ที่มีอาการซับซ้อน ช่วยตัวเองไม่ได้ (ส้ม แดง) พบจากการเยี่ยมบ้าน

สภาวะครอบครัวของผู้สูงอายุ เป็นบริบทสำคัญในการดูแล ประคับประคองชีวิตและ สุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยา ความแตกต่างของสภาวะครอบครัวของผู้สูงอายุมี ทั้งมิติเชิงปริมาณ (จำนวนและองค์ประกอบ) และมิติเชิงคุณภาพ (การอยู่บ้านด้วยกันหรือต่างบ้านแต่ ผูกพัน และ การช่วยเหลือดูแลกัน) สองมิติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กันเสมอไป ครอบครัวเจดเขี้ยว เหลือง มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูล แม้บางครอบครัวมีจำนวนคนน้อย และอยู่คนละที่ ขณะที่เจดเหลืองถึง แดง หมายถึงการอยู่ตามลำพังหรืออยู่หลายคนแต่ขาดการช่วยเหลือดูแล

ความเปราะบางของผู้สูงอายุ เป็นพลวัตรแห่งการประคับประคองความเสื่อมถอย คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ความสมดุลระหว่างความเจ็บป่วย ครอบครัวยุคใหม่/การดูแล/ผู้ดูแล และระบบบริการ โดยปัจจัยด้านความเจ็บป่วย มีแนวโน้มทรุดลง ถอยลง ตลอดเส้นทาง เช่นเดียวกับปัจจัยด้านครอบครัวยุคใหม่/การดูแล/ผู้ดูแล ที่มีแนวโน้มอ่อนแอลง ถดถอย ดังนั้น ปัจจัยด้านระบบบริการจึงเป็นขาคู่เดียวที่มีความเป็นไปได้ที่จะยืดหยุ่น รองรับเพื่อให้เกิดความสมดุล และทำให้ดุลยภาพนี้อยู่ได้นานที่สุด

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ผลกระทบในมิติครอบครัวและความเป็นอยู่ สุขภาพและการใช้ยา และการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสำรวจในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 323 คน พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในการศึกษาคั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 72.00 ± 7.74 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.04) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 82.04) ในการเข้ารับบริการสุขภาพเป็นหลัก

ตาราง 3.2 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุในการศึกษา (N=323)

ลักษณะทั่วไป	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
อายุ		
(เฉลี่ย 72.00 ± 7.74 ปี; Min=60; Max=91)		
60-64	59	18.27
65-69	78	24.15
70-74	75	23.22
75-79	51	15.79
80-84	33	10.22
85-89	23	7.12
90 ปีขึ้นไป	4	1.23
เพศ		
หญิง	223	69.04
ชาย	98	30.34
อื่น ๆ	2	0.62
สิทธิสวัสดิการสุขภาพ		
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	265	82.04

ลักษณะทั่วไป	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
ข้าราชการ	53	16.41
ประกันสังคม	5	1.55
อาชีพ		
ว่างงาน	202	62.54
เกษตรกร	107	33.12
รับจ้าง	7	2.17
ข้าราชการเกษียณ	7	2.17

ครอบครัวและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจรายได้และค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 323 คน มีรายได้ประจำ โดยร้อยละ 96.59 มีรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุซึ่งเป็นสวัสดิการที่ทางภาครัฐจัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อเป็นเงินช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระค่าครองชีพในแต่ละเดือน ร้อยละ 3.41 มีรายได้จากบำนาญซึ่งเป็นสวัสดิการของผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการเกษียณ และมีผู้สูงอายุจำนวน 125 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 38.70 ได้รับเงินยังชีพจากบัตรสวัสดิการแห่งรัฐที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยตามหลักเกณฑ์ที่รัฐกำหนดขึ้น และทั้ง 125 คนเป็นผู้ที่มีรายได้หลักจากเบี้ยผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาในภาพรวม รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุในการศึกษาคิดเป็น $1,602.18 \pm 4,676.08$ บาทต่อคนต่อเดือน รายได้สูงสุดเท่ากับ 47,000 บาทต่อเดือน ในขณะที่รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 600 บาทต่อเดือน

ผู้สูงอายुर้อยละ 50.16 ให้ข้อมูลว่ามีเงินเก็บส่วนตัวสำหรับใช้จ่ายในยามจำเป็น และร้อยละ 81.61 ประเมินตนเองว่าไม่มีปัญหาหรือมีปัญหาน้อยเรื่องค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ค่าเฉลี่ยของสมาชิกในครัวเรือน (รวมผู้ให้ข้อมูล) เท่ากับ 3.44 ± 1.80 คน โดยผู้สูงอายุ 35 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 10.84 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัยอยู่ตามลำพัง และเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่กัน 2 คน จำนวน 83 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.65) อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยาที่สูงอายุ รองลงมาคืออาศัยอยู่กับลูกสาว (ร้อยละ 16.87) ลูกชาย (ร้อยละ 9.64) หลาน (ร้อยละ 8.44) พ่อหรือแม่สูงวัย (ร้อยละ 1.20) และญาติ (ร้อยละ 1.20) ตามลำดับ

ตาราง 3.3 ลักษณะครอบครัวและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ (N=323)

ลักษณะครอบครัวและความเป็นอยู่	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
แหล่งรายได้ประจำ		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	312	96.59
บำนาญ	11	3.41

ลักษณะครอบครัวและความเป็นอยู่	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
เปี้ยยังชีพจากบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	125	38.70
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
(รวมผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล)		
(เฉลี่ย 3.44 ± 1.80 คน; Min=1; Max=11)		
1 คน (ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง)	35	10.84
2 คน	83	25.70
3 คน	69	21.36
4 คน	54	16.72
5 คน	43	13.31
6 คนขึ้นไป	39	12.07
บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย		N=83
(ครอบครัวที่มีสมาชิก 2 คน)		
สามีหรือภรรยา	52	62.65
ลูกสาว	14	16.87
ลูกชาย	8	9.64
หลาน	7	8.44
พ่อหรือแม่	1	1.20
ญาติ	1	1.20

เมื่อพิจารณาภาวะในครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่า มี 84 ครอบครัวจาก 323 ครอบครัว (ร้อยละ 26.01) มีสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยจนต้องได้รับการดูแล และจากการสำรวจพบว่า มีผู้สูงอายุถึง 54 คน ที่ต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

สุขภาพและการใช้ยาของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจผู้สูงอายุจำนวน 323 คน พบว่า มีจำนวนโรคประจำตัวเฉลี่ย 2.34 ± 1.06 โรค โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 77.71) รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 67.80) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 43.96) ภาวะไตเสื่อม (ร้อยละ 5.57) ภาวะยูริกในเลือดสูง (ร้อยละ 2.48) ภาวะข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 2.17) และอื่น ๆ (ร้อยละ 4.64) ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาในการเป็นโรคและใช้ยาเพื่อการรักษาเฉลี่ย 9.81 ± 2.54 ปี เมื่อพิจารณาแยกตามโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระยะเวลาในการเป็นโรคและใช้ยาเพื่อการรักษาเฉลี่ย $10.59 \pm$

8.13 ปี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวานมีระยะเวลาเฉลี่ย 9.08 ± 7.46 และ 12.20 ± 9.43 ปี ตามลำดับ

ตาราง 3.4 ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ (N=323)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
จำนวนโรคประจำตัว		
(เฉลี่ย 2.34 ± 1.06 โรค; Min=1; Max=9)		
1 โรค	78	24.15
2 โรค	107	33.13
3 โรค	101	31.27
4 โรค	31	9.59
5 โรค	4	1.24
6 โรคขึ้นไป	2	0.62
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	251	77.71
ไขมันในเลือดสูง	219	67.80
เบาหวาน	142	43.96
ภาวะไตเสื่อม	18	5.57
ภาวะยูริกในเลือดสูง	8	2.48
ภาวะข้อเข่าเสื่อม	7	2.17
อื่น ๆ	15	4.64
ระยะเวลาในการเป็นโรคและใช้ยา		
(เฉลี่ย 9.81 ± 2.54 ปี; Min=1; Max=40)		
ความดันโลหิตสูง		N=251
(เฉลี่ย 10.59 ± 8.13 ปี; Min=1; Max=40)		
1-5 ปี	84	33.47
6-10 ปี	88	35.06
11-15 ปี	27	10.76
16 ปีขึ้นไป	52	20.71

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
ไขมันในเลือดสูง		N=219
(เฉลี่ย 9.08 ± 7.46 ปี; Min=1; Max=40)		
1-5 ปี	86	39.27
6-10 ปี	80	36.53
11-15 ปี	23	10.50
16 ปีขึ้นไป	30	13.70
เบาหวาน		N=142
(เฉลี่ย 12.20 ± 9.43 ปี; Min=1; Max=40)		
1-5 ปี	40	28.17
6-10 ปี	44	30.99
11-15 ปี	19	13.38
16 ปีขึ้นไป	39	27.46

การใช้ยาของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุในการศึกษา กินยาโดยเฉลี่ย 5.35 ± 3.92 เม็ดต่อวัน โดยมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15.17 ที่ต้องกินยามากกว่า 10 เม็ดต่อวัน และมีจำนวนยาเม็ดที่ต้องกินสูงสุดเท่ากับ 19 เม็ด

ส่วนรายการยาที่ผู้สูงอายุในการศึกษาต้องใช้เกือบทั้งหมดเป็นยาพื้นฐาน (first line drug) เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และเป็นยาที่ได้มาจากสถานพยาบาลของรัฐที่ผู้สูงอายุรับบริการติดตามและรักษาโรคเรื้อรังที่ตนเป็น จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.21) ใช้ยาจากสถานบริการเพียงแหล่งเดียว ในขณะที่ มีผู้สูงอายุร้อยละ 25.08 ใช้บริการจาก 2 แหล่งร่วมกัน และร้อยละ 3.71 เลือกใช้บริการจากสถานบริการตั้งแต่ 3 แหล่งขึ้นไป โดยมีจำนวนแหล่งรับบริการสูงสุดเท่ากับ 4 แหล่ง เมื่อพิจารณาประเภทของยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผู้สูงอายุเลือกซื้อ/ใช้ จำแนกตามแหล่งบริการ พบว่า ผู้สูงอายุเลือกรับยาแก้ปวด ยาโรคเรื้อรัง และยาที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด จากโรงพยาบาลหรือคลินิก เลือกซื้อยาสามัญประจำบ้าน ยาแก้ปวดบางชนิดนมและอาหารเสริม รวมถึงวิตามินต่าง ๆ จากร้านยาที่มีเภสัชกร ในขณะที่มีผู้สูงอายุร้อยละ 8.36 เลือกซื้อยาหรือผลิตภัณฑ์ประเภทนมและอาหารเสริม คอลลาเจน วิตามินและสมุนไพรบางชนิดจากร้านชาหรือร้านค้าออนไลน์

ข้อมูลจากการสำรวจโดยการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 69.35 ให้ข้อมูลว่าแทบไม่เคยลืมกินยา ในขณะที่ร้อยละ 1.24 ให้ข้อมูลว่าลืมกินยาบ่อย ร้อยละ 64.40 อธิบายว่าไม่จำเป็นต้องกินยาทุกวัน โดยมีบางรายอธิบายเพิ่มว่า “กินมาเป็นสิบปีแล้ว เหมือนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

แล้ว ไม่เบื่อ ไม่รู้สึกอะไร” และ “กินมานานมากแล้ว จากที่เคยเบื่อก็ไม่เบื่อแล้ว” ในขณะที่ร้อยละ 4.95 อธิบายว่าเบื่อมาก โดยให้รายละเอียดเพิ่มว่า “กินมานานมาก โรคก็ขึ้น ๆ เป็นแล้วไม่หาย มันก็เบื่อ เบื่อมาก ไม่อยากกิน แต่ก็ไม่มีทางเลือก” เมื่อถามถึงความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 73.37 ตอบว่าไม่เป็นภาระ โดยให้เหตุผลเพิ่มเติมว่า “ชินแล้ว มียาอยู่ในกระเป๋าทลอด ถึงเวลาก็กิน ไม่ได้รู้สึกเป็นภาระแล้ว” ร้อยละ 26.01 ตอบว่าเป็นภาระบ้าง ในขณะที่ร้อยละ 0.62 ตอบว่าเป็นภาระมาก

ตาราง 3.5 ข้อมูลการใช้ยาของผู้สูงอายุ (N=323)

ข้อมูลการใช้ยา	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
จำนวนยาเม็ดที่ต้องกินต่อวัน		
(เฉลี่ย 5.35 ± 3.92 เม็ด; Min=1; Max=19)		
1-3	127	39.32
4-6	91	28.17
7-9	56	17.34
10 เม็ดขึ้นไป	49	15.17
รายการยาที่ผู้สูงอายุใช้จำแนกตามโรค/อาการที่เป็น		
โรคความดันโลหิตสูง		N=251
Amlodipine	142	56.57
Hydralazine	98	39.04
Enalapril	140	55.78
Losartan	117	46.61
Manidipine	70	27.89
HCTZ	98	39.04
Doxazosin	24	9.56
อื่น ๆ	17	6.77
ไขมันในเลือดสูง		N=219
Simvastatin	203	92.69
Atorvastatin	13	5.93
อื่น ๆ	3	1.38
เบาหวาน		N=142
Metformin	121	85.21
Glipizide	94	66.20

ข้อมูลการใช้ยา	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
Insulin injection	46	32.39
Glibenclamide	54	38.03
Pioglitazone	68	47.88
อื่น ๆ	72	50.70
อื่น ๆ		N=321
MTV/Vit B	184	57.32
Omeprazole	113	35.20
นม Ensure®	101	31.46
ยาสมุนไพรลดปวด/คลายเส้น	85	26.48
Collagen	78	24.30
Amway® protein	47	14.64
Lorazepam	40	12.46
Folic/Ferrous	34	10.59
Gabapentin	32	9.97
Tramadol	20	6.23
Fluoxetine	17	5.29
Aspirin	13	4.05
Theophylline	8	2.49
Colchicine	8	2.49
อื่น ๆ	79	24.61
จำนวนแหล่งที่มาของยาที่ผู้สูงอายุใช้บริการ		
1 แหล่ง	230	71.21
2 แหล่ง	81	25.08
3 แหล่งขึ้นไป	12	3.71
ประเภทยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพจำแนกตามแหล่งที่มา		
โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน		N=39
ยาแก้ปวด	28	71.79
ยาโรคประจำตัวเรื้อรัง	19	48.72
ยารักษาอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น หวัด	12	30.77
อื่น ๆ	7	17.95

ข้อมูลการใช้ยา	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
ร้านยาที่มีเภสัชกร		N=53
ยาสามัญประจำบ้าน	32	60.38
ยาแก้ปวดบางชนิด	26	49.06
นมและอาหารเสริม	26	29.06
วิตามินต่าง ๆ	18	33.96
อื่น ๆ	9	16.98
ร้านชำหรือร้านค้าออนไลน์		N=27
นมและอาหารเสริม	18	66.67
คอลลาเจน	15	55.56
วิตามิน	7	25.93
สมุนไพร	5	18.52
อื่น ๆ	4	14.81
การลืมนินยา		
ไม่ลืม/แทบไม่ลืม (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน)	224	69.35
ลืมบ้าง (น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	95	29.41
ลืมบ่อย	4	1.24
เบื่อที่ต้องกินยา		
ไม่เบื่อ	208	64.40
เบื่อบ้าง	99	30.65
เบื่อมาก	16	4.95
ความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องกินยา		
ไม่เป็นภาระ	237	73.37
เป็นภาระบ้าง	84	26.01
เป็นภาระมาก	2	0.62

การรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสถานการณ์การเข้ารับบริการของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.11) เดินทางมารับบริการ ณ สถานบริการโดยมีญาติมารับมาส่ง ร้อยละ 31.58 เดินทางมาเอง และมีอีกร้อยละ 13.31 ต้องจ้างรถรับจ้างหรือคนรู้จัก

ให้มาส่ง ระยะทางเพื่อเข้ารับบริการเฉลี่ย 8.36 ± 15.18 กิโลเมตร โดยระยะทางที่ไกลที่สุดคือ 52 กิโลเมตร

สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการโดยมีญาติมารับส่งจำนวน 178 คน พบว่า 145 คน (ร้อยละ 81.46) จำเป็นต้องมีญาติอยู่ด้วยตลอดเวลาที่รับบริการ ในขณะที่ 33 คน (ร้อยละ 18.54) ให้ญาติมาส่งในตอนเช้าและมารับกลับหลังจากการรับบริการเสร็จ โดยจำนวนญาติหรือผู้ดูแลที่ต้องมาอยู่ด้วยในระหว่างรับบริการเฉลี่ย 1.28 ± 0.56 คน ญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 155 คนให้ข้อมูลว่าต้องหยุดงาน และสูญเสียรายได้จากการหยุดงานเฉลี่ย 215.67 ± 102.54 บาทต่อครั้งของการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาวิธีการเดินทางมารับบริการของผู้สูงอายุที่ต้องมารับบริการด้วยตัวเองจำนวน 102 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน (ร้อยละ 63.73) เดินทางมารับบริการโดยการขี่รถมอเตอร์ไซด์มาด้วยตัวเอง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 21.56) ขับรถยนต์มาด้วยตนเอง และจำนวน 15 คน (ร้อยละ 14.71) เดินหรือปั่นจักรยานมาด้วยตนเอง

ตาราง 3.6 ข้อมูลการการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (N=323)

ข้อมูลการรับบริการสุขภาพ	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ
การเดินทาง		
ญาติ/ผู้ดูแลมาส่ง	178	55.11
เดินทางมาเอง	102	31.58
จ้างรถรับจ้าง/จ้างคนรู้จัก	43	13.31
ญาติ/ผู้ดูแลมาส่ง		N=178
ญาติ/ผู้ดูแลมารับ-ส่ง	33	18.54
ญาติ/ผู้ดูแล 1 คนมาอยู่ด้วย	112	62.92
ญาติ/ผู้ดูแล 2 คนมาอยู่ด้วย	27	15.17
ญาติ/ผู้ดูแล 3 คนมาอยู่ด้วย	5	2.81
ญาติ/ผู้ดูแล 4 คนมาอยู่ด้วย	1	0.56
เดินทางมาเอง		N=102
ขี่มอเตอร์ไซด์มาเอง	65	63.73
ขับรถยนต์มาเอง	22	21.56
เดินหรือปั่นจักรยาน	15	14.71

ระยะที่ 3 การขับเคลื่อนทางสังคม บนฐานของการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อพัฒนานวัตกรรมและระบบยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

จากเวทีระดมความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายไม่ว่าจะเป็น บุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชน บุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยบริการปฐมภูมิ บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นักวิจัย และผู้สนใจทั่วไป มีประเด็นที่น่าสนใจซึ่งเป็นข้อเสนอแนะเพื่อต่อยอดองค์ความรู้และเป็นจุดเริ่มต้นการขับเคลื่อนเชิงพื้นที่ สรุปได้ดังนี้

การประเมินผลนโยบาย long term care

องค์ประกอบสำคัญที่โครงการวิจัยให้ความสำคัญอย่างมาก นั่นคือ ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งขณะนี้สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะ รพ.สต. คือการออกไปอยู่นอกระบบ เข้าใจว่าปัญหาหนึ่งของ CM คือ พยาบาลไม่ได้ย้ายตามสังกัด ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในหลาย รพ.สต. เพราะคนที่ทำหน้าที่เป็น CM จริง ๆ คือพยาบาลที่อยู่รพ.สต.ที่จะทำหน้าที่ดูแล Care plan ของ CG การประเมินผลที่จะช่วยทำให้เห็นความแตกต่างระหว่าง รพ.สต.ที่อยู่ในระบบ กับรพ.สต.ที่อยู่นอกระบบ หรือการขาดแคลนพยาบาล รพ.สต.ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ผลกระทบต่อ CM หรือส่งผลกระทบต่ออะไรต่อระบบสุขภาพ Long term care ถือเป็นโจทย์สำคัญอีกโจทย์หนึ่งต่อระบบสุขภาพ ซึ่งจะให้เห็นหรือนำผลการวิจัยไปออกแบบนโยบายระบบสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบยาและการเข้าถึงยาของผู้สูงอายุในโลกปัจจุบัน

งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ณ ช่วงเวลานี้ ผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เปราะบางมาก กลุ่มที่ซับซ้อน และกลุ่มดี ซึ่ง 2 กลุ่มแรกการดูแลอาจจะแย่ แต่สามารถชี้ให้สังคมเห็นปรากฏการณ์การใช้ยาได้ลึกขึ้น งานวิจัยนี้ทำให้เห็นว่า เรื่องยาอาจจะเป็นกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากกินยามายาวนาน เป็นเวลากว่า 10-20 ปี แต่ในความเป็นจริง อาจจะมี disruptive หลายเรื่อง เช่น ยาออนไลน์ ยาทดแทน ดังนั้นผลการวิจัยทำให้เห็นว่าสังคมเรามีต้นทุนที่ไม่พอที่จะทำให้เกิดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และมีปัญหาโยงใยมากมาย ทั้ง Care giver, Care Management ต่าง ๆ แม้แต่ข้อจำกัดของการดูแลของคนในครอบครัว น้องเป็นคนดูแล พี่เป็นคนส่งเสีย แต่เมื่อถึงเวลาเงินไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้เกิดหายนะของครอบครัว ดังนั้นทางออกอาจจะต้องมาหารากของปัญหาให้เจอจริง ๆ และหากจะดันเป็น National agenda ต้องระบุจุดปัญหาชัด ๆ ว่าจะเริ่มต้นจากจุดไหน

การดูแลทางสังคม (Social care)

โดยปกติ เรามักมองเรื่องผู้สูงอายุโดยใช้มุมมองทางด้านสุขภาพ (Health perspective) อย่างเดียว แต่ผลงานวิจัยนี้พบว่าความเปราะบางเป็น multidimensional ไม่ใช่เฉพาะ health dimension แต่ยังมี social dimension ด้วย เพราะฉะนั้นการสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดของ care manager (CM) เมื่อเราพูดถึง CM เราพูดเฉพาะมุมมองทางด้านสุขภาพ ที่ CM คือ Health professional ที่มาทำหน้าที่เป็น care manager แต่จริง ๆ แล้วในการดูแล ไม่ใช่แค่มุมมองทางสุขภาพ แต่เราจะทำอย่างไรให้ care manager ไม่ถูก fix แค่ระบบสุขภาพ แต่เขาสามารถทำงานที่ Across health and social ได้หรือไม่ สิ่งนี้เป็นประเด็นที่พื้นที่ควรขับเคลื่อนต่อ ทำให้อาจจะต้องย้อนกลับมาดูว่าจริง ๆ นโยบาย long term care (LTC) ที่หลักการก็ไม่ได้มีแค่ Health แต่เมื่อเวลาเกิดปรากฏการณ์กับ health sector กลับถูกลดทอนความเป็น LTC ลงไปทั้งในเรื่องของ work force ประเทศไทยจะมองการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุแบบไหน จะถูก fix แบบนี้ หรือจะถูกการหยิบประเด็น social เข้ามาด้วยได้อย่างไร ผลการวิจัยในครั้งนี้ชี้ให้เห็นอุปสรรค 2 ประการ คือ (1) ค่าเดินทาง ซึ่งมีงานวิจัยมากมายพบว่าค่าเดินทางเป็นปัญหา และ (2) คนพามารับบริการ ซึ่งก็ควบคู่ไปกับ Care giver ที่จะมุ่งไปยัง informal care giver แต่ก็ยังไม่มีใครไปเผยให้เห็นในส่วนของ social policy ที่นโยบายของกระทรวงพัฒนาสังคม ก็มีแต่นโยบายที่เป็น piecemeal ไม่ได้เป็น system ดังนั้นความเป็น health system จะถูกยกให้เป็น health and social ได้ไหม หรือต้องยกนโยบายการดูแลผู้สูงอายุให้เป็น social policy ไม่ใช่ health policy ซึ่งประเด็นนี้อาจจะเป็นข้ออภิปรายที่สามารถพูดคุยกันได้เยอะ

การถ่ายโอนรพ.สต. นัยยะที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ บทบาทการดูแลจะถูกมอบให้กับท้องถิ่น อปท.จะทำเรื่องนี้อย่างไร ซึ่งจุดแข็งของอปท.ไม่ใช่การให้บริการ แต่เป็น community organization/community development ดังนั้นอปท.จะดูแล health sector อย่างไร โดยเดิมรพ.สต.ซึ่งเป็น health service แต่เมื่อไปอยู่อปท.ต้องไม่ใช่แค่ health service ดังนั้น อปท.จะออกแบบกระบวนการทำงานอย่างไร โดยเราต้องไม่มองแค่ทำหน้าที่เป็นรพ.เล็ก ๆ 1 รพ. แต่อาจจะเป็นจุดที่ให้อปท.ทำเรื่องชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ มีโจทย์ว่าจะทำอย่างไรให้เกิด aging impress เพราะผู้สูงอายุทุกคนไม่ได้อยากไปอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่บ้านของตนเอง ไม่ว่าจะอยู่ในสถานะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรืออะไรก็ตาม แต่จะ aging impress ได้อย่างไร เมื่อไปมองหานโยบายที่เกี่ยวข้องก็จะมีนโยบายปรับสภาพบ้าน ซึ่งเป็นนโยบายของพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และก็มีนโยบายภายใต้กรมกิจการ พช. โดยเป็นนโยบายที่ถูกลดทอนมองแค่ตัวบ้าน แต่ไม่ได้มองในเชิง supporting environment และนำนโยบายไปใช้ในเชิงปัจเจก เช่น ผู้สูงอายุ 1 คน ได้ปรับสภาพบ้าน แต่ไม่มีเรื่อง community organization ซึ่งคล้ายกับนโยบายของระบบสุขภาพ เพราะทุก

อันมองในระดับ individual base แต่จะอย่างไรให้ยกระดับนโยบายเป็น community base ซึ่งท้องถิ่นน่าจะเป็นจุดสำคัญที่จะคลี่คลายนโยบายเหล่านี้ให้เป็น community welfare ได้

ระบบการดูแลทางสังคม และสุขภาพของประเทศไทยขาดการบูรณาการ ทำให้นโยบายภาพใหญ่ของประเทศ ซึ่งจริง ๆ มีนโยบายชาติมานานแล้ว แต่ได้มีการวิเคราะห์หรือไม่ ว่าการนำนโยบายไป implement มีข้อจำกัดอย่างไร หรืออะไรที่ทำให้ไม่สามารถทำให้ครบวงจร ซึ่งตัวอย่างการจัดการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ ที่เป็นการดูแลในระบบ social เช่น ญี่ปุ่น เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจที่นำ Health เข้ามารวมกับการดูแลในเชิง social โดยบริบทบ้านเราที่เห็นชัดเจนคือการเป็นอยู่อย่างสังคมเล็ก ๆ ดังนั้นการที่จะดูแลกันเองอาจจะยาก ดังนั้นระบบที่ต้องมาจัดการดูแล ยกตัวอย่างที่อังกฤษจะมีบ้านผู้สูงอายุ ส่วนญี่ปุ่นนำโรงแรมมาให้ผู้สูงอายุเช่าอยู่ ซึ่งต้องกำลังการจัดการอย่างเป็นระบบ ส่วนในของประเทศไทยระบบอะไรที่จะเข้ามาดูแลจัดการในระดับชุมชนอาจจะต้องวิเคราะห์ออกมาเพิ่ม ยกตัวอย่าง สบ้าย้อย โรงพยาบาลมีการจัดรถรับส่งในการ refer ซึ่งน่าสนใจว่ามีการวิเคราะห์ระบบ refer ในระดับชุมชนเอง ที่ทำให้การเดินทางกระชับ และปลอดภัยขึ้น ซึ่งประเด็นยากตัญญูเป็นประเด็นที่น่าสนใจมาก และสอดคล้องกับบริบทสังคมในปัจจุบัน

สรุปและอภิปรายผล

ชีวิต สุขภาพ และการใช้ยา: ข้อมูลเชิงประจักษ์

การศึกษาสถานการณ์ชีวิต สุขภาพ และการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุในครั้งนี้นำพบว่าชีวิตของผู้สูงอายุมีความซับซ้อน หลากหลาย และทุกมิติของชีวิตต่างก็เชื่อมโยงถึงกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่มีรายได้หลักจากสวัสดิการของรัฐ ทั้งจากเบี้ยผู้สูงอายุและบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แม้ว่ารายได้เฉลี่ยจะมีค่าต่ำกว่าเส้นความยากจนของภาคใต้ที่มีค่า 2,840 บาทต่อเดือนและค่าเฉลี่ยรายได้ต่อหัวประชากรไทยในปี 2566 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 270,921.8 บาทต่อคนต่อปี หรือเท่ากับ 22,576.81 บาทต่อคนต่อเดือน (ศูนย์วิจัยและนวัตกรรมแรงงาน กองเศรษฐกิจการแรงงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน, 2566; สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มยากจนเพิ่มขึ้นในทุกปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) นอกจากนี้การศึกษาในอดีตยังเผยให้เห็นว่าระดับรายได้ที่ต่ำกว่าเส้นความยากจนของผู้สูงอายุไทยมีความสัมพันธ์กับจำนวนสมาชิกในครอบครัว (Meemon & Paek, 2020; Paweena Leetrakun, 2019) อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุเพียง 3 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 0.93 ที่ประเมินตนเองว่ามีความเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งระบบครอบครัวของไทยยังมีการจุนเจือช่วยเหลือกัน แม้รายได้ของผู้สูงอายุจะไม่มากแต่ก็เพียงพอสำหรับดูแลตนเองไม่ให้เป็นภาระของครอบครัวมากเกินไป ส่วนผู้สูงอายุ 3 รายในการศึกษานี้ที่ระบุว่าตนเองมีปัญหาค่าใช้จ่ายในระดับมาก เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่กับลูกที่ป่วยหรือหลานที่ยังเล็กเพียงลำพัง มีค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลบุตรหลานหรือญาติ รายได้ของผู้สูงอายุจึงกลายเป็นรายได้ของครัวเรือนซึ่งไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตของคนถึง 2 คน (สันติ ธิรพัฒน์, 2563) การศึกษานี้ นอกจากจะเผยให้เห็นความเปราะบางทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุแล้วยังเผยให้เห็นภาระของผู้สูงอายุที่จะนำไปสู่ความเปราะบางในอนาคตได้เช่นกัน จากผลการศึกษาในมิติของครอบครัวและชีวิตความเป็นอยู่ ผู้สูงอายุนอกจากจะดูแลตนเองจากความเจ็บป่วยแล้ว มีอย่างน้อย 7 คนมีหน้าที่ต้องดูแลหลาน อีก 1 คนที่ต้องดูแลพ่อหรือแม่ที่สูงอายุ และที่น่าสนใจคือ 54 คนจาก 84 ครัวเรือนที่มีผู้ป่วยในบ้าน ผู้สูงอายุต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีบทบาททั้งการเป็นผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรายอื่น ซึ่งมีความเปราะบางทางอารมณ์ (emotional burden) สูงมากและแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับโรคของผู้ป่วยที่ผู้สูงอายุต้องดูแล (Spatuzzi et al., 2022)

ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงนำไปสู่บทสรุปเบื้องต้นที่น่าสนใจว่า นโยบายภาครัฐด้านการช่วยเหลือทางการเงินเป็นนโยบายที่มีประโยชน์ ช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางโดยเฉพาะผู้สูงอายุได้ แต่การสนับสนุนโดยพิจารณาเฉพาะรายหัวอาจจะยังไม่เหมาะสมนัก เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเปราะบางที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรือผู้สูงอายุที่มีภาระในการดูแลผู้อื่น ซึ่งในอนาคตจะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567)

ในมิติของการใช้ยา จากรายการยาที่พบเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับแนวทางการรักษาโรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Thai Hypertension Society, 2019; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566; สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย, 2560) พบว่ายาที่ผู้สูงอายุใช้เป็นรายการยาตามแนวทางการรักษา อีกทั้งยังเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ, 2565) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ายาที่ผู้สูงอายุในการศึกษาใช้เป็นยาที่มีความปลอดภัยสูงและการสั่งจ่ายยาเป็นไปตามหลักเกณฑ์การการใช้ยาเพื่อการรักษาตามแนวทางของแต่ละโรค อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถวิเคราะห์ถึงความเสี่ยงด้านอันตรกิริยาของยา (drug interaction) รวมถึงผลทางคลินิก (clinical outcomes) จากการใช้ยาของผู้สูงอายุได้

การศึกษาในอดีตพบว่าการลืมรับประทานยาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Prattana Gulchusak, 2022; ทรงวุฒิ สารจันทิก, 2565; พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร, 2564) แต่การศึกษาในครั้งนี้กลับพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่แทบไม่ลืมกินยา อย่างไรก็ตาม การเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการสำรวจจากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุอาจมีอคติจากการจดจำ (recall bias) เกิดขึ้นได้

ในมิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้เผยให้เห็นจุดแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของไทยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับบริการใกล้บ้านได้อย่างทั่วถึง ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา อีกทั้งระบบสวัสดิการสุขภาพของไทยที่ครอบคลุมประชาชนทุกคน ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลและค่ายาที่จำเป็น (Tangcharoensathien et al., 2018; Tuangratananon et al., 2021; Waranya et al., 2021) อย่างไรก็ตามยังพบค่าใช้จ่ายที่มองไม่เห็น เช่น ค่าเสียโอกาสของผู้ดูแล และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น อุบัติเหตุและทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการเดินทางมารับบริการ ประเด็นเรื่องการขนส่งสาธารณะเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีและระบบการดูแลหรือผู้ดูแลภายใต้บริบทความเปลี่ยนแปลงของครอบครัวและชุมชน จึงน่าจะเป็นโจทย์สำคัญของสังคมและการวิจัยในอนาคต

สุขภาพและการใช้ยาของผู้สูงอายุ: จากการรักษาสู่การดูแล

สมมติฐานเริ่มต้นของการวิจัยนี้ คือการมองว่า ปฏิสัมพันธ์ของเหตุปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ความเป็นผู้สูงอายุ (วัย) ความเจ็บป่วยเรื้อรัง บริบททางขนาดแคลนของครอบครัว ซึ่งรวมกันเป็น

ความเปราะบางของชีวิต น่าจะเป็นปัจจัยที่จะกำหนดคุณภาพของการใช้ยาและการดูแลสุขภาพ และแม้ว่าผลจากการวิจัยในเบื้องต้นจะทำให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะดังกล่าวมักจะมีปัญหาการใช้ยาเมื่อมองจากมาตรฐานทางการแพทย์อยู่บ้าง แต่โดยทั่วไปกลับไม่ใช่ปัญหาสำคัญอย่างที่ ตั้งสมมติฐานไว้ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยมานาน บางรายยาวนานถึง 20 ปี ยาที่ใช้ก็เป็นยาเดิม เป็นยาที่มีความปลอดภัยค่อนข้างสูง ปัญหาการลืมกินยา ความรู้สึกเบื่อ เป็นภาระ มีอยู่บ้าง ซึ่งเป็นเรื่องปกติ มีการพบการเก็บยาที่กินไม่หมด มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาเรื่องยาเสื่อมยาหมดอายุ จากการเก็บรักษาอยู่บ้าง

ปัญหาที่ยังขาดการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ก็คือ กรณีของผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาจากหลายสถานบริการ (โดยเฉพาะคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน) ด้วยเพราะมีปัญหาความเจ็บป่วยหลายโรค หรือเพราะมีสิทธิการรักษาหลายระบบ สิ่งที่น่ากังวลก็คือ อาจมีผลถึงปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนหรือยาตีกัน อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ มีบทสรุปสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่า

หนึ่ง แท้ที่จริงแล้วคุณภาพชีวิต ปัญหาการดูแลสุขภาพ ซึ่งต่อเนื่องถึงปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังเป็นสถานะที่ขึ้นกับปฏิสัมพันธ์อย่างมีพลวัตของตัวแปรสำคัญ ได้แก่ (1) สถานะความเจ็บป่วย (2) สถานะครอบครัวและผู้ดูแล และ (3) คุณภาพและความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทั้งสามตัวแปรกำหนดกันและกัน และเปลี่ยนแปลงไปในทางถดถอยเมื่อเวลาผ่านไป เช่น หากมองแบบตัดขวาง ความเจ็บป่วยรุนแรงซับซ้อน แต่หากมีบริบทครอบครัวและผู้ดูแลที่ดี คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก็ยังสามารถประคับประคองให้อยู่ในระดับที่ดีได้ ในขณะเดียวกัน แม้สุขภาพของผู้สูงอายุจะอยู่ในภาวะที่ไม่รุนแรง แต่หากบริบทครอบครัวและผู้ดูแลเป็นปัญหา คุณภาพชีวิตและการดูแลสุขภาพก็จะแย่ไปด้วย อย่างไรก็ตาม หากมองแบบต่อเนื่องระยะยาว สุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลจาก ความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยก็มีแนวโน้มที่จะมีความซับซ้อนหรือเสื่อมโทรมมากขึ้น เช่นเดียวกับบริบทของครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งในหลายกรณีผู้ดูแลก็จะมีอายุมากขึ้น และสถานการณ์ก็อาจนำไปสู่ความเปราะบางที่มากขึ้น เมื่อทั้งตัวแปรสุขภาพวัยของผู้สูงอายุ และภาระการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวที่เป็นไปในทางที่เสื่อมลงหรือเป็นภาระมากขึ้นตามความเจ็บป่วยของผู้ถูกดูแล มีเพียงระบบบริการสาธารณสุขที่อาจมีความมั่นคง และสามารถบริหารจัดการให้ยังคงมีระดับประสิทธิภาพการทำงานได้ดี ซึ่งในปฏิสัมพันธ์ของทั้ง 3 ตัวแปรที่มีแนวโน้มจะถดถอยลงตามกาลเวลาก็จะมีระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้นที่อาจจะยังคงสามารถดำรงฐานะที่ควบคุม หรือจัดการกับดุลยภาพของตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องถึงคุณภาพชีวิต สุขภาพ และความเปราะบางของผู้สูงอายุ

สอง บริบทครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและการมีผู้ดูแลเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่สุดในการกำหนดคุณภาพชีวิต รูปแบบการดูแลสุขภาพ รวมถึงกำหนดพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ข้อมูลสนามแสดงให้เห็นว่า นอกจากผู้ดูแลที่มีได้หลากหลาย เช่น เป็นสามี/ภรรยา ลูกสาว/ลูกชาย เขย/สะใภ้ หรือแม้แต่เพื่อนบ้าน หลายครอบครัวแม้จะเคยแยกกัน

อยู่เพราะอาชีพ การงาน และการมีครอบครัว แต่ยามพ่อแม่เจ็บป่วยต้องการคนดูแล ลูกสาว/ลูกชายที่เคยอยู่ไกลก็เสียสละลาออกจากงานประจำ หรือแยกจากครอบครัวตนเองเพื่อกลับมาดูแลพ่อแม่ ความแตกต่างของสภาวะครอบครัวของผู้สูงอายุมีทั้งมิติเชิงปริมาณ (จำนวนและองค์ประกอบ) และมิติเชิงคุณภาพ (การอยู่บ้านด้วยกันหรือต่างบ้านแต่ผูกพัน และการช่วยเหลือดูแลกัน) สองมิติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กันเสมอไป ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลที่ดี แม้บางครั้งมีสมาชิกไม่กี่คน ก็มีการดูแลเกื้อกูลที่ดีกว่า ครอบครัวที่อยู่กันหลายคน แต่ด้วยความสัมพันธ์ที่ห่างเหินหรือแตกร้าง

สาม กองทุน Long Term Care โดยแนวคิดนับเป็นนวัตกรรมของระบบการดูแลสุขภาพที่ตอบโจทย์สังคมผู้สูงอายุ ด้วยการสร้างนิเวศการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง การใช้กลไกงบประมาณให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ และการนำระบบบริการแบบวิชาชีพไปทำงานแบบระบุเป้าหมายที่ชัดเจน งานวิจัยของสัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์และคณะ (2561) รายงานว่า กลไกกองทุนตำบลและอปท. ได้รับการยอมรับจากพื้นที่ในการเป็นกลไกที่เหมาะสมในการบริหารจัดการงบ Long Term Care ในรายงานยังเน้นให้เห็นว่า กระบวนการประชุมหารือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ และญาติ (case conference) เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (individual care plan) เป็นเครื่องมือสำคัญในการบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงการบูรณาการ ต่อเนื่อง เชื่อมโยง ของบริการที่ผู้มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับ กระนั้นในรายงานยังพบมีข้อจำกัดของการดำเนินงานในด้านองค์ความรู้และศักยภาพในการจัดบริการ Long Term Care ขาดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชนในเรื่องดังกล่าวที่ชัดเจน การจำกัดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะสิทธิ UC และ ข้อจำกัดในการใช้งบประมาณขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการด้านสังคม รวมทั้งการขาดกลไกการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพการทำงานของ CM ในอำเภอ และประเด็นเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ดูแล (CG)

ผลการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์และคณะ ในส่วนที่เป็นข้อจำกัดของกองทุนฯ ที่ได้รับการยืนยันจากเสียงสะท้อนของการทำงานในระดับพื้นที่ว่า หนึ่งในความท้าทายของการดำเนินงานกองทุนฯ คือ การไม่สามารถหาผู้ที่จะทำหน้าที่ Care Manager นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมให้ความเห็นต่องานวิจัยนี้ยังตั้งข้อสังเกตว่า Care ที่ กองทุน Long Term Care ออกแบบและดำเนินการมีมิติของ medical/health care มากกว่า social care หรือ care ด้านอื่น ๆ ซึ่งเมื่อพิจารณาบนข้อมูลภาคสนามที่แสดงให้เห็นความซับซ้อนของปัญหา ความต้องการ และบริบทของชีวิตกองทุนฯ จะมีข้อจำกัดมากในการตอบโจทย์ชีวิตผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง

สี่ การวิจัยครั้งนี้พบความแตกต่างหลากหลายของสภาพชีวิต และความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยอาจแบ่งเป็นคล้ายเคสได้ 3 กลุ่ม คือ หนึ่ง กลุ่มที่แม่จะมีความผิดปกติทางด้านสุขภาพ แต่ก็ยังมีความแข็งแรงพอที่จะช่วยตัวเองได้ ยังมีสายตา การได้ยิน การเคลื่อนไหว และการรับรู้ที่เป็นปกติซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด สอง กลุ่มที่นอกจากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังมีความผิดปกติหรือความไม่

พร้อมของร่างกายและจิตใจร่วมด้วย เช่น ความสามารถในการได้ยิน การเคลื่อนไหวร่างกาย สายตา ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และ สาม กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งอายุ อาการป่วย และสภาพชีวิตที่มี การพึ่งพิงเพราะความยากจน สภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่พร้อม หรือการขาดคนดูแล ความแตกต่าง หลากหลายเหล่านี้ บ่งชี้ว่าระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่จำเป็นต้องมีการออกแบบอย่างจำแนก แยกแยะให้มากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพ และบริบทชีวิตที่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยกลุ่มแรก เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยตนเองได้มาก ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่สามารถที่จะ ออกแบบการให้บริการให้ผู้ สูงอายุกลุ่มนี้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเอง ซึ่งอาจจะไปไกลถึงการ สร้างนวัตกรรมในการช่วยเหลือตนเอง โดยบทบาทของผู้ให้บริการก็คือการสนับสนุนให้โอกาสในการ พึ่งตัวเองให้มากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่ระบบบริการควรให้บริการที่มีลักษณะแยกแยะและให้ เวลาในการสื่อสาร ทำความเข้าใจให้มากขึ้นกว่าการให้บริการปกติ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลและคำแนะนำ ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาตนเองและการใช้ยา ถูกรับรู้เข้าใจอย่างแท้จริง ไม่ขาดตก บกพร่องอันเป็นผลมาจากสภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่สมบูรณ์ สำหรับผู้ป่วยกลุ่มที่สาม ควรมีการ ออกแบบระบบบริการที่นำไปสู่การเข้าถึงบริบทชีวิตและความเป็นอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การทำงาน แบบสหสาขาในการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้บริการสามารถตอบสนองความต้องการในมิติต่าง ๆ ที่ นอกจากมิติทั้งนั้นความเจ็บป่วย เช่นทางด้านสังคมจิตวิทยา หรือแม้กระทั่งด้านเศรษฐกิจอื่น ๆ

ห้า การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ (สังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น เด็ก น้อยลง) เป็นปรากฏการณ์ทั่วโลก และเป็นปรากฏการณ์ใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ผู้คนอายุยืนด้วย ระบบสุขภาพและการพัฒนาด้านชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น เด็กเกิดน้อยลง เกิดความไม่สมดุลระหว่างคน ผลิตกับคนพึ่งพิงในสังคม เป็นสภาวะที่ต้องเตรียมการ เป็นโจทย์ใหญ่ของสังคมโลกและสังคมไทย อย่างไรก็ดี กระบวนทัศน์หลักของการมองปรากฏการณ์ผู้สูงอายุมีการวิเคราะห์กันว่าได้รับอิทธิพลจาก แนวคิดแบบชีวการแพทย์ (biomedical model) ที่มองภาวะสูงอายุ เป็นความผิดปกติความพร่อง และเป็นภาวะพึ่งพิง ทั้งหมดจึงนำไปสู่การออกแบบสุขภาพ และระบบสังคมอื่น ๆ ในลักษณะของการ นิยามผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่ต้องการดูแล เป็นผู้อ่อนแอและพึ่งพิง ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งกระบวน ทัศน์เช่นนี้มักไม่ถูกตั้งคำถามจากสังคมส่วนใหญ่หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง แต่ในทาง วิชาการมีการถกเถียงเรื่องนี้กันมากขึ้นว่ามีความจำเป็นต้องตั้งคำถามและรื้อสร้างนิยาม ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุใหม่ ความเสื่อมถอยลงของร่างกายไม่จำเป็นต้องหมายถึงความเป็นผู้ อ่อนแอและพึ่งพิง เพราะหากมองในมิติทางจิตวิทยา ทางวัฒนธรรม ศาสนา หรือทางสังคมอื่น ๆ ความสูงวัยอาจมีความหมายในเชิงศักยภาพและการมีบทบาทต่อตนเองและสังคมได้อีกหลายลักษณะ

นอกจากนี้ หากพิจารณาระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน บุคคลสูงวัยเมื่อถูกนิยามว่าเป็นความ เสี่ยงก็จะถูกคัดกรองทางการแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติ ซึ่งเมื่อมีการพบความผิดปกติตามกฎหมาย การแพทย์ก็จะกลายเป็นกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มป่วยที่ต้องได้รับการดูแล อันหมายความว่าเส้นทาง

ชีวิตของบุคคลเหล่านี้ก็จะเดินไปบนเส้นทางของระบบบริการสุขภาพ และท้ายที่สุดก็จบลงด้วยความเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิต คำถามที่เกิดขึ้นก็คือ เส้นทางชีวิตของผู้ที่มีอายุมาก มีเส้นทางอื่นที่มากกว่าการเดินเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจนจนถึงบั้นปลายชีวิตอีกหรือไม่ เป็นไปได้หรือไม่ว่าความผิดปกติตามนิยามทางการแพทย์ คือความผิดปกติตามธรรมชาติ หรือแม้กระทั่งในทางวัฒนธรรมอื่น ๆ สิ่งที่ทำหายก็คือการชักชวนสังคมและผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงทั้งหลาย ได้หันกลับมาพิจารณาในการรื้อสร้างกระบวนการทัศน์ใหม่ในการมองปัญหาผู้สูงอายุว่าจะอยู่กับความผิดปกติอย่างปกติได้อย่างไร โดยที่ไม่ถูกนิยามว่าเป็นกลุ่มที่ป่วย พิંગพิ้ง และต้องได้รับการดูแลจากระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น

บรรณานุกรม

- Chaokromthong, K., & Sintao, N. (2021). Sample size estimation using Yamane and Cochran and Krejcie and Morgan and green formulas and Cohen statistical power analysis by G* Power and comparisions. *Apheit International Journal*, 10(2), 76-86.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques*. John Wiley & sons.
- Hfocus. (2020). *น่าห่วง! ผู้สูงอายุ 12 % อยู่คนเดียว อีก 21.1% อยู่ลำพังกับคู่สมรส ชี้สารพัดปัญหาสวัสดิการไม่เพียงพอ*. <https://www.hfocus.org/content/2022/08/25865>
- Hfocus. (2022). *ผลวิจัยพบผู้สูงอายุมีปัญหาการใช้ยาหลายด้าน ภาครัฐเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาเสนอสร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยเหลือ*. <https://www.hfocus.org/content/2022/02/24547>
- Lee, V. W., Pang, K. K., Hui, K. C., Kwok, J. C., Leung, S. L., Yu, D. S., & Lee, D. T. (2013). Medication adherence: is it a hidden drug-related problem in hidden elderly? *Geriatr Gerontol Int*, 13(4), 978-985. <https://doi.org/10.1111/ggi.12042>
- Leelakanok, N., Holcombe, A. L., Lund, B. C., Gu, X., & Schweizer, M. L. (2017). Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc (2003)* , 57(6) , 729- 738. e710. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2017.06.002>
- Lehnert, T., Heider, D., Leicht, H., Heinrich, S., Corrieri, S., Lippa, M., Riedel-Heller, S., & König, H.-H. (2011). Review: Health Care Utilization and Costs of Elderly Persons With Multiple Chronic Conditions. *Medical Care Research and Review*, 68(4), 387-420. <https://doi.org/10.1177/1077558711399580>
- Meemon, N., & Paek, S. C. (2020). Older Adults Living Alone in Thailand: Socioeconomic Inequality and Its Relation to Unmet Health Needs. *Asia-Pacific Social Science Review*, 20(4).

- Paweena Leetrakun. (2019). An analysis of the poverty in elderly in Chiang Rai province. *Srinakharinwirot Research and Development (Journal of Humanities and Social Sciences)*, 11(22), 95-110.
- Prattana Gulchusak. (2022). Study on the problem of leftover medications in diabetics patients at chronic disease clinic, Ban Khwao, Chaiyaphum province. *Chaiyaphum medical journal*, 42(1), 66-74.
- Sottiyotin, T. (2020a). A pill is not only a pill: The social meaning of the elderly's daily medications. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 11(7), 16-33.
- Sottiyotin, T. (2020b). *Subjectivity and Polypharmacy Using Behavior among the Elderly in the Southern Rural Area of Thailand: an ethnographic study of a community in Nakhon Si Thammarat province* [Unpublished doctoral's thesis]. Mahidol University.
- Spatuzzi, R., Vespa, A., Fabbietti, P., Ricciuti, M., Rosati, G., Guariniello, L., Verrastro, M. A. F., Attademo, L., & Giulietti, M. V. (2022). Elderly Helping Other Elderly: A Comparative Study of Family Caregiver Burden Between Patients With Dementia or Cancer at the End of Life. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 18(1), 96-108. <https://doi.org/10.1080/15524256.2022.2042459>
- Sringernyung, L., & Sottiyotin, T. (2022). "Ya Luk Ka Tan Yoo": An Ethnography of Filial Piety Culture, Medication Usage, and Health Perceptions of the Elderly in Rural Southern Thailand. *Int J Environ Res Public Health*, 19(19) . <https://doi.org/10.3390/ijerph191912134>
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223.
- Thai Hypertension Society. (2019) . *2019 Thai Guidelines on The Treatment of Hypertension*. Trickthink.

Tuangratananon, T., Julchoo, S., Phaiyarom, M., Panichkriangkrai, W., Pudpong, N., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2021). Healthcare providers' perspectives on integrating NCDs into primary healthcare in Thailand: a mixed method study. *Health Research Policy and Systems*, 19(1) , 139. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00791-1>

Waranya, R., Yi, W., Rukmanee, B., Nitichen, K., Jadej, T., Yot, T., & Wanrudee, I. (2021). Retrospective secondary data analysis to identify high-cost users in inpatient department of hospitals in Thailand, a middle-income country with universal healthcare coverage. *BMJ Open*, 11(7), e047330. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047330>

กาญจนา ปัญญาธร ณัฐกุล บึงมู และอรุณี มรกตพิทยารักษ์. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จังหวัดอุดรธานี. การประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2562 ราชธานีวิชาการครั้งที่ 4 “การวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”, 651-659.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). ข้อมูลผู้สูงอายุทั่วไป. <https://www.dop.go.th/th>

กรมอนามัย. (2563). รายงานประจำปี 2563. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-static/>

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (2565). บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2565. [https://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/drugs_current?p=บัญชียาแผนปัจจุบัน](https://ndi.fda.moph.go.th/drug_national/drugs_current?p=บัญชียาแผนปัจจุบัน&name=บัญชียาแผนปัจจุบัน)

คาสปาร์ พีค วาสนา อิมเมม และ รัตนภรณ์ ตังธนเศรษฐ์. (2560). รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้าครอบครัวไทยยุคเกิดน้อย อายุยืน. กรุงเทพฯ: United Nations Population Fund (UNFPA) กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย

ณรงญา ตัญญาพัฒนกุล. (2563). เปิดบ้านครอบครัวไทยยุคใหม่: ความหลากหลายที่ไร้กรอบจำกัด. <https://www.the101.world/thai-families-diversity-statistic/>

ทรงวุฒิ สารจันทิก. (2565). ผลการประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 7(2), 233-247. <https://he02.tcithaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/253086>

- ปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2562). *การอยู่อาศัยร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือนไทย พ.ศ. 2539-2560: การจำแนกรูปแบบด้วยกลุ่มวัย*. <http://www.ms.ipsr.mahidol.ac.th/Conference2019/documents/Book/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%A362-Article03.pdf>
- ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก ปวีณา ว่องตระกูล หรรษา มหามงคล และวรัญญา เนียมขำ. (2559). การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนศิระชะจรเข้้อย จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 98, 20. <http://journal.hcu.ac.th/pdf/jn2039/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%208.pdf>
- ปรารธนา ชามพูนท. (2554). *ยาเหลือใช้และพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/CMU.the.2011.285
- พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *เภสัชกรรมคลินิก*, 29(1), 13-24. <https://thaidj.org/index.php/TJCP/article/view/13017>
- ภูเบศร์ สมุทรจักร กมลชนก ขาสวรรณ และพิมลพรรณ นิตยัณรา. (2560). *การดูแลครอบครัวเปราะบางในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสังคมไทย*. <https://dric.nrct.go.th/Search/ShowFulltext/2/307491>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย เอกพลากร. (2565). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563* <https://www.hsri.or.th/media/printed-matter/detail/13443>
- ศุทธิดา ขวนวัน ภัทราพร ตาสิงห์ กัญญา อภิพรชัยสกุล และ กาญจนา เทียนหลาย. (2563). *ผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยว (แต่) ไม่ได้เดียวดาย*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ศูนย์วิจัยและนวัตกรรมแรงงาน กองเศรษฐกิจการแรงงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. (2566). *สถิติแรงงานรายเดือน พฤศจิกายน 2566*. <https://www.mol.go.th/academician>

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559*. สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย.

สันติ ธีรพัฒน์. (2563). *การจัดการทรัพยากรเส้นทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุไทย*. <https://thaitgri.org/?wpdmpo=โครงการ-การจัดการทรัพยากร>

สำฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และคณะ. (2561). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี 2566*. https://www.nesdc.go.th/ewtdl_link.php?nid=14557

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2557). *พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย*. <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4305/hs2180.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

ภาคผนวก ก

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์



Certificate of MUSSIRB Approval

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Certificate of Approval No.	2023/082.0205	
MUSSIRB No.	2023/080 (B2)	
Title of Project:	SITUATION, EFFECTS AND SOLUTIONS OF DRUG SYSTEMS FOR THE SICK ELDERLY WITH CHRONIC DISEASES IN THE SOUTHERN PROVINCE COMMUNITIES	
Principal Investigator:	ASSOC. PROF. DR. LUECHAI SRI-NGERNYUANG	Affiliation: FACULTY OF SOCIAL SCIENCES AND HUMANITIES, MAHIDOL UNIVERSITY
Approval includes:	1) Submission Form Version Date 2 May 2023 2) Protocol Version Date 3 April 2023 3) Participant Information Sheet Version Date 2 May 2023 4) Informed Consent Form version Date 3 April 2023 5) Questionnaire Version Date 2 May 2023 6) Interview Guideline Version Date 3 April 2023	

The Committee for Research Ethics (Social Sciences) is in full compliance with International Guidelines of Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, and CIOMS Guidelines.

Date of Approval:	2 May 2023
Date of Expiration:	1 May 2024



(Asst. Prof. Dr. Teeradej Chai-aaron)
Vice Chairman



(Prof. Pol. Capt. Dr. Sutham Cheurprakobkit)
Deputy Dean for Research and Academic Services,
Faculty of Social Sciences and Humanities

Office of The Committee for Research Ethics (Social Sciences), Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University
Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. 0 2441 9180
Website: www.mussirb.com ; Email: mussirb310@gmail.com

ภาคผนวก ข

แบบเก็บข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูล _____ วดป ที่เก็บข้อมูล _____

สถานที่เก็บข้อมูล

☐ รพสต บ้านคูใหม่	☐ รพสต ชุมชนสาธิตฯ	☐ รพสต บ้านสาขา	☐ รพสต บ้านโพธิ์ทอง	☐ รพสต บ้านหาร
☐ รพสต บ้านไม้แดง	☐ รพสต บ้านบางปู	☐ รพ.มหาราช	☐ รพ ท่าศาลา	☐ รพ หาดใหญ่

ผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อ - นามสกุล ผู้ให้ข้อมูล _____ บ้านอยู่หมู่ที่ _____ ระยะทางถึง รพสต _____ กม

2. ปัจจุบันลง/ป้าอายุ _____ ปี

3. เพศ ☐ 1. ชาย. ☐ 2. หญิง ☐ 3. อื่นๆ

4. สุขภาพทั่วไป

4.1. ตา ☐ ปกติ ☐ มีปัญหา

4.2. หู ☐ ปกติ ☐ มีปัญหา

4.3. ความจำ ☐ ปกติ ☐ มีปัญหา

4.4. สภาพร่างกาย ☐ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ☐ มีปัญหาการช่วยเหลือตัวเอง

4.5. อ่านหนังสือ ☐ คล่อง ☐ ไม่คล่อง

5. ปัจจุบันลุง/ป้า มีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอะไรบ้าง (หมายถึง อาการป่วยที่กำลังรับการรักษาอยู่ที่ รพสต / รพ หรือ คลินิก) (ตอบได้มากกว่า หนึ่งข้อ)

อาการป่วย	อาการดังกล่าวรับการรักษา (กินยา) มาแล้วกี่ปี?
☐ 1. เบาหวาน	
☐ 2. ความดันโลหิตสูง	
☐ 3. ไขมันในเลือดสูง	
☐ 4. หอบหืด/ถุงลมโป่งพอง/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	
☐ 5. ไอเรื้อรัง	
☐ 6. เกาต์	
☐ 7. ข้อเข่าเสื่อม	
☐ 8. ภูมิแพ้	
☐ 9. ไต	
☐ 10. มะเร็ง	
☐ อื่นๆ.....	

6. ทุกวันนี้ ที่บ้านลุง/ป้าอยู่กันกี่คน ใครบ้าง

☐ อยู่คนเดียว (ข้ามไปข้อ 7) ☐ บ้านเดียวกัน อยู่กัน _____ คน (นับรวมผู้ให้ข้อมูลด้วย) ☐ อยู่เป็นกลุ่มบ้าน อยู่กัน _____ คน (นับรวมผู้ให้ข้อมูลด้วย)

ถ้าอยู่หลายคน คนที่อยู่เกี่ยวพัน เป็นอะไร กับลุง/ป้า (ตอบได้มากกว่า หนึ่งข้อ)

☐ สามี	☐ ภรรยา	☐ พ่อ	☐ แม่
☐ ลูกชาย	☐ ลูกสาว	☐ ลูกเขย	☐ ลูกสะใภ้
☐ หลาน	☐ ญาติ	☐ อื่นๆ	

7. ทุกวันนี้ ยามป่วยไข้ ไม่สบายมี คนในบ้านคอยช่วยเหลือดูแล/ป้า หรือไม่ (เช่น คอยจัดยา เตรียมอาหาร พาไปหาหมอ ฯลฯ) ถ้ามี เกี่ยวพัน เป็นอะไร กับลุง/ป้า (ตอบได้มากกว่า หนึ่งข้อ)

☐ ไม่มี

☐ มี เกี่ยวพัน เป็นอะไร กับลุง/ป้า (ตอบได้มากกว่า หนึ่งข้อ)

☐ สามี	☐ ภรรยา	☐ พ่อ	☐ แม่
☐ ลูกชาย	☐ ลูกสาว	☐ ลูกเขย	☐ ลูกสะใภ้
☐ หลาน	☐ ญาติ	☐ จ้างคนดูแลบาท/วัน	

8. ในบ้านของลุง/ป้า ยังมีคนในครอบครัวที่ไม่สบายจนต้องมีคนคอยดูแลอีกหรือไม่

☐ ไม่มี (ข้ามไปข้อ 9)

☐ มี เกี่ยวพัน เป็นอะไร กับลุง/ป้า (ตอบได้มากกว่า หนึ่งข้อ)

☐ สามี	☐ ภรรยา	☐ พ่อ	☐ แม่
☐ ลูกชาย	☐ ลูกสาว	☐ ลูกเขย	☐ ลูกสะใภ้
☐ หลาน	☐ ญาติ		

- 8.1. ถ้ามี ลุง/ป้าต้องเป็นผู้ดูแลเขาหรือไม่

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

9. ลุง/ป้า มีสิทธิการรักษาพยาบาลอะไร

☐ ไม่มีสิทธิการรักษาใดๆ

☐ บัตรทอง

☐ ประกันสังคม

☐ สิทธิราชการของตนเอง

☐ สิทธิราชการของสามี/ภรรยา/ลูก

10. ในเดือนที่ผ่านมา ลุง/ป้ามีรายได้ จากแหล่งใดบ้าง

☐ ไม่มีรายได้ (ข้ามไปข้อ 11)

☐ มีรายได้ (จากแหล่งใด โปรดระบุ)

รายได้ประจำ	เดือนละเท่าไร
☐ บำนาญ	
☐ เบี้ยผู้สูงอายุ	
☐ เบี้ยคนพิการ	
☐ เงินสวัสดิการแห่งรัฐ	
☐ อื่นๆ.....	

รายได้ไม่ประจำ	ในเดือนที่ผ่านมา ได้รับเท่าไร?	รายได้เช่นที่ได้รับดังกล่าว ได้รับบ่อยครั้งเพียงใด		
		เฉลี่ยปีละครั้ง	เฉลี่ยปีละ 2-3ครั้ง	เฉลี่ยเดือนละ ครั้ง
☐ จากลูกหลาน				
☐ จากการรับจ้าง				
☐ จากการค้าขาย ทำสวน ฯลฯ				
☐ อื่นๆ.....				

11. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ลุง/ป้าใช้เงินเป็นค่ารักษาหรือดูแลการเจ็บป่วยของตนเองอื่นๆอะไร บ้างหรือไม่ ถ้ามี จำนวนเท่าไร

- ☐ ไม่มี (ข้ามไปข้อ 12)
- ☐ มี (ระบุ)

	รายจ่าย เดือนที่ผ่าน มา จำนวน (บาท)	รายจ่ายดังกล่าว เกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงใด			ใครซื้อ	
		เฉลี่ยปี ละครั้ง	เฉลี่ยปีละ 2-3ครั้ง	เฉลี่ย เดือนละ ครั้ง	ตัวเอง	คนอื่น ซื้อ
จ่ายค่ายา/ค่ารักษาที่คลินิก/รพ เอกชน						
จ่ายซื้อยา/ยาสมุนไพรจากร้านขาย ยาหรือออนไลน์						
จ่ายค่าอาหารเสริม นม วิตามิน						
อื่นๆ.....						

12. ลุง/ป้า มีเงินเก็บของตัวเองบ้างหรือไม่

☐ มีเงินเก็บ

☐ ไม่มีเงินเก็บ

13. ลุง/ป้า มีปัญหา/ความเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันหรือไม่

☐ ไม่มีปัญหา

☐ มีบ้าง

☐ มีมาก

14. ลุง/ป้า เดินทางมาใช้บริการ ที่ รพสต/ รพ (แห่งนี้) อย่างไร

☐ มาเอง โดย

☐ เดิน หรือ จักรยาน

☐ รถมอเตอร์ไซด์

☐ รถยนต์

☐ มีคนมาส่ง โดย

☐ รถมอเตอร์ไซด์

☐ รถยนต์

☐ จ้างคนขับรถ หรือ เหมารถ บาท

☐ มารถโดยสาร บาท

15. การมาที่ รพสต./รพ. (แห่งนี้) มีใครมาเป็นเพื่อนด้วยหรือไม่ ก็คน

☐ ไม่มี

(ข้ามไปข้อ 17) ☐ มี จำนวน..... คน (ไม่นับรวมผู้ให้ข้อมูล)

16. กรณีที่มีคนมาเป็นเพื่อน บุคคลนั้นต้องลาหรือหยุดงาน หรือไม่

☐ ไม่ต้องลาหรือหยุดงาน

☐ ต้องลาหรือหยุดงาน แต่ไม่เสียรายได้

☐ ต้องลาหรือหยุดงาน และต้องเสียรายได้ บาท/วัน

17. การมารับการรักษาที่ รพสต/ รพ ในครั้งนี้ ลุง/ป้าต้องมีค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง

ค่าเดินทาง

☐ ไม่เสีย

☐ เสีย จำนวน _____ บาท

ค่าอาหาร

☐ ไม่เสีย

☐ เสีย จำนวน _____ บาท

ค่าใช้จ่ายอื่นๆ

☐ ไม่เสีย

☐ เสีย จำนวน _____ บาท ระบุ

()

18. นอกเหนือจากยาที่ได้รับจาก รพสต/รพ แห่งนี้ ลุง/ป้ายังใช้ยา/สมุนไพร/อาหารเสริม อะไรอีกบ้างหรือไม่

☐ ไม่มี (ข้ามไปข้อ 19)

☐ มี ระบุ

ยาอะไร หรือยาสำหรับรักษาอาการอะไร	ได้มาจากที่ใด
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

19. ทุกวันนี้ รับประทาน/ฉีดยาวันละกี่ครั้ง ปริมาณเท่าไร

เมื่อ	ปริมาณยารวม/วัน	
	ยาเม็ด (กี่เม็ด)	ยาฉีด (กี่ครั้ง)
☐ เช้า		
☐ กลางวัน		
☐ เย็น		
☐ ก่อนนอน		
รวม		

20. การต้องกินยา/ฉีดยาดังกล่าว มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้างหรือไม่

1. การลืมกิน/ฉีดยา	☐ ไม่ลืม ☐ ลืมบ้าง/นานๆครั้ง ☐ ลืมบ่อย
2. ความรู้สึกเบื่อ	☐ ไม่เบื่อ ☐ เบื่อบ้างบางครั้ง ☐ เบื่อมาก
3. ความรู้สึกเป็นภาระ	☐ ไม่เป็นภาระ ☐ เป็นภาระบ้าง ☐ เป็นภาระมาก

21. สรุปความน่าสนใจของเคสนี้ (เช่น ปัญหาความเจ็บป่วย ฐานะรายได้ ลักษณะครอบครัว ประวัติชีวิต ประวัติการรักษา/ใช้ยา)

