ปัญหาของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

มงคลฤทธิ์ มณีเลิศ[*], ไพรินทร์ ยอดสุบัน[a], ชฎารัตน์ สุขสิริวรรณ[***]**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ระยะเวลาศึกษา 1 เดือน ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจงจำนวน 59 คน ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูโรงเรียนประถมศึกษา องค์กรท้องที่ และแกนนำภาคประชาชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบปัญหาใน 5 มิติ ดังนี้ 1) ด้านสังคม ได้แก่ เด็กเข้าไม่ถึงสิทธิ์หรือสวัสดิการขั้นพื้นฐาน ชุมชนขาดระบบสนับสนุนทางสังคม เด็กขาดโอกาสทางการศึกษา การตีตราทางสังคมและทัศนคติเชิงลบ และครอบครัวมีความเปราะบาง 2) ด้านสุขภาพ ได้แก่ ชุมชนขาดระบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็ก ขาดระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังที่ต่อเนื่อง ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง และเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม 3) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ครอบครัวมีความยากจน มีภาระหนี้สิน ขาดความมั่นคงทางอาชีพ และขาดเงินทุนในการประกอบอาชีพ 4) ด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัยแออัดและไม่เหมาะสมต่อการเลี้ยงดูเด็ก ขาดพื้นที่สร้างสรรค์และปลอดภัย และ 5) ด้านการเมืองการปกครอง ได้แก่ ขาดนโยบายและแผนงานที่ชัดเจนในระดับท้องถิ่น ขาดการบูรณาการในการทำงาน มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ กฎหมาย และขาดกลไกการกำกับติดตามผล ข้อค้นพบนี้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ชุมชนต้องบูรณาการความร่วมมือพัฒนาศักยภาพกลไกในพื้นที่ และจัดตั้งระบบการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: เด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์; การดูแลและช่วยเหลือ; ปัญหาของชุมชน; การวิจัยเชิงคุณภาพ

[*] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชุมชนสุขภาวะและความยั่งยืน โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

[**] อาจารย์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

[***] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

[a] Corresponding author: ไพรินทร์ ยอดสุบัน Email: pairin.yod@mahidol.ac.th

รับบทความ: 30 มิ.ย. 69; รับบทความแก้ไข: 14 ก.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 15 ก.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 10 ก.ย. 69

Community Problems in Caring and Assisting Children with Adverse Childhood Experiences in Chanuman Subdistrict, Chanuman District, Amnat Charoen Province

Mongkolrit Maneelert[*], Pairin Yodsuban[a], Chadarat Suksiriwan[***]**

Abstract

This qualitative research aimed at studying community problems in caring for and assisting children with adverse childhood experiences during one month of study period. Fifty-nine informants were selected by purposive sampling, consisting of 6 groups: family caregivers of children with adverse childhood experiences, primary health care units, local administrative organizations, primary school teachers, local territorial organizations, and community leaders. Data were collected through document and secondary data study, non-participant observation, in-depth interviews, and focus group discussions. The data were analyzed with the content analyses.

The research results found 5 dimensions of problems as follows: 1) social dimension: children could not access basic rights or welfare, the community lacked a social support system, children lacked educational opportunities, social stigma and negative attitudes, and family vulnerability; 2) health dimension: the community lacked a child mental health care system, lacked a continuous screening and surveillance system, lacked specialized personnel, and children had inappropriate health behaviors; 3) economic dimension: families had poverty, had debt burdens, lacked occupational stability, and lacked funds for occupations; 4) environmental dimension: housing was crowded and unsuitable for raising children, lacked creative and safe spaces; and 5) politics and governance dimension: lacking clear policies and plans at the local level, lacked integration in working, had budget and legal limitations, and lacked monitoring and evaluation mechanisms. These findings reflect the necessity that the community must integrate cooperation, develop the capacity of local mechanisms, and sustainably establish a care and assistance system for children with adverse childhood experiences that aligns with the area context.

Keywords: Children with adverse childhood experiences; Caring and assisting; Community problems; Qualitative research

---

[*] Master of Science Candidate, Program in Well-being and Sustainability Community (Special Program), Amnat Charoen Campus, Mahidol University

[**] Lecturer, Amnat Charoen Campus, Mahidol University

[***] Assistant Professor, National Institute for Child and Family Department, Mahidol University

[a] Corresponding author: Pairin Yodsuban Email: pairin.yod@mahidol.ac.th

Received: Jun. 30, 26; Revised: Jul. 14, 26; Accepted: Jul. 15, 26; Published Online: Sep. 10, 26

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ประชากรโลกประจำปี ค.ศ. 2024 มีจำนวนประชากรรวมกว่า 8,000 ล้านคน โดยประเทศไทยมีประชากร 71.7 ล้านคน พบเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี จำนวน 5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.26[1] ทั้งนี้ เด็กมากกว่า 385 ล้านคนทั่วโลกอยู่ในสภาวะความยากจนขั้นรุนแรง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อโภชนาการ พัฒนาการทางสมอง และศักยภาพการเรียนรู้ และพบว่าเด็กอายุ 2-17 ปี ทั่วโลกร้อยละ 50 เผชิญกับความรุนแรง[2] การที่เด็กได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ (Adverse childhood experiences: ACEs) ส่งผลรบกวนโครงสร้างสมอง ก่อให้เกิดความบกพร่องด้านทักษะการเรียนรู้ การจัดการอารมณ์ และทักษะทางสังคม[3] โดยพบว่าประชากรประมาณร้อยละ 60 เคยได้รับประสบการณ์ดังกล่าวอย่างน้อย 1 ครั้งในวัยเด็ก[4]

ประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ในเด็กจำแนกได้ 2 ลักษณะ คือ 1) การทารุณกรรมทางร่างกาย จิตใจ ทางเพศ และการทอดทิ้ง และ 2) สภาวะความบกพร่องภายในครอบครัว เช่น การอาศัยร่วมกับผู้มีปัญหาทางจิตหรือผู้ใช้สารเสพติด ความรุนแรงในครัวเรือน และการสูญเสียสมาชิกครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตลอดช่วงชีวิต[5] ผลกระทบที่เกิดขึ้นครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ทั้งโรคหัวใจ เบาหวาน และปัญหาสุขภาพจิต ด้านสังคมที่ก่อให้เกิดวงจรความรุนแรงข้ามรุ่น และด้านเศรษฐกิจที่สร้างความสูญเสียสูงถึงร้อยละ 3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross domestic product: GDP) ในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ[6]

วาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. 2030 ขององค์การสหประชาชาติ กำหนดให้เด็กและเยาวชนเป็นตัวแปรสำคัญในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนา[7] สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ของไทยที่มุ่งพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ควบคู่กับพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ที่เป็นกลไกทางกฎหมายหลักในการช่วยเหลือเด็กในภาวะยากลำบากผ่านระบบสหวิชาชีพ[8] อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังพบว่าเด็กกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงบริการช่วยเหลือ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และขาดกลไกการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เด็กตกหล่นจากระบบ องค์การอนามัยโลกจึงเสนอกรอบการดูแลแบบฟูมฟักเอาใจใส่ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพที่ดี โภชนาการที่เพียงพอ การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการ โอกาสการเรียนรู้ตั้งแต่แรก และความมั่นคงปลอดภัย[9] แต่การดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ของชุมชน ยังมีปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการ ซึ่งส่งผลต่อการป้องกัน คุ้มครอง ดูแล และฟื้นฟูเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ โดยครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ ด้านสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และการเมืองการปกครอง ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ความปลอดภัย และพัฒนาการของเด็ก รวมถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในการดูแลและช่วยเหลือเด็กในชุมชน[10,11]

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสำหรับเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ในระดับชุมชน พ.ศ. 2566-2568 สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยจังหวัดอำนาจเจริญเป็นหนึ่งในจังหวัดนำร่อง พบสัดส่วนเด็กกลุ่มเสี่ยงสูงที่สุดร้อยละ 10.73 และตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน

เป็นพื้นที่ขยายผลโครงการฯ โดยได้มีการคัดกรองแบบชี้เป้า จำนวน 280 คน พบเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ จำนวน 42 ราย โดยมีคณะทำงานบูรณาการระดับชุมชน จำนวน 120 คน อย่างไรก็ตาม ยังขาดองค์ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของชุมชนในการดูแลเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์[12]

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุขจึงสนใจศึกษาปัญหาของชุมชนในการดูแลเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อนำชุดข้อมูลปัญหาไปพัฒนาระบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์และบริบททางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อเด็กผ่านมุมมองและประสบการณ์ตรงของผู้ที่เกี่ยวข้อง การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 ระยะเวลา 1 เดือน การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะหลัก ได้แก่ 1) ระยะศึกษาบริบทพื้นที่ ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมุ่งเน้นการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ การทบทวนวรรณกรรม และการลงสำรวจพื้นที่เพื่อสังเกตสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม และ 2) ระยะศึกษาปัญหาของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ด้วยการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่จริง นำไปสู่การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดทำชุดข้อมูลปัญหาของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นกลุ่มผู้มีประสบการณ์ตรงและเข้าใจข้อมูลอย่างลึกซึ้ง โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) รวมทั้งสิ้นจำนวน 59 คน แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม 1) <u>กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์</u> จำนวน 9 คน มีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวเด็กอายุน้อยกว่า 8 ปี (บิดา หรือ มารดา หรือผู้ปกครองอื่น เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา) ที่รับผิดชอบในการเลี้ยงดูและใช้เวลาอยู่กับเด็กมากที่สุดและอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกับเด็ก โดยเด็กที่ดูแลต้องผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมิน MU-MDP-ACE-01 และมีคะแนนสะสมตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป (2) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือสื่อสารภาษาถิ่นได้ และ (3) ยินดีให้ข้อมูล มีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้เข้าใจ หรือมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล และ 2) <u>กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ</u> จำนวน 10 คน 3) <u>กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</u> จำนวน 10 คน 4) <u>กลุ่มครูโรงเรียนประถมศึกษา</u> จำนวน 10 คน 5) <u>กลุ่มองค์กรท้องที่</u> (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ชรบ.) จำนวน 10 คน และ 6) <u>กลุ่มแกนนำภาคประชาชน</u> จำนวน 10 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) เป็นคณะทำงานการพัฒนาระบบการดูแลเด็กที่ได้รับประสบการณ์

ชีวิตไม่พึงประสงค์ตำบลชานุมาน (2) มีประสบการณ์ทำงานในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และ (3) ยินดีให้ข้อมูล เกณฑ์คัดออกคือ ขาดการเข้าร่วมประชุมคณะทำงานโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพบูรณาการสำหรับเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ตำบลชานุมาน ติดต่อกันเกิน 2 ครั้ง (โดยปกติจะมีการประชุมเดือนละ 1 ครั้ง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้แก่ 1) ระยะศึกษาบริบทพื้นที่ ใช้แบบบันทึกข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร และแบบบันทึกภาคสนามและการสังเกตการณ์ ซึ่งประกอบด้วยการบันทึก 4 ส่วน ได้แก่ การบันทึกแบบย่อ การบันทึกรายละเอียด บันทึกการวิเคราะห์ และบันทึกสะท้อนคิด เพื่อลดอคติและสร้างความตระหนักรู้แก่ผู้วิจัย 2) ระยะศึกษาปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้สำหรับเก็บข้อมูลอย่างละเอียดจากกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ มีลักษณะเป็นแนวคำถามเชิงเหตุการณ์ (Event-based) ร่วมกับการใช้เทคนิคการซักถามเจาะลึก (Probing) เพื่อความไวเชิงวัฒนธรรมและจิตวิทยาโดยเน้นถามใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ก) สุขภาพและพัฒนาการโดยรวมของเด็ก ข) เหตุการณ์กระทบใจและผลกระทบที่เด็กได้รับ ค) แนวทางการเลี้ยงดูและการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในบ้าน ง) ปัญหาอุปสรรคในการดูแล และ จ) ความต้องการสนับสนุนและสวัสดิการจากชุมชน 2) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม จำนวน 5 ชุด ที่ปรับให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม (หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น-โรงเรียนประถมศึกษา องค์กรท้องที่ และแกนนำภาคประชาชน) มีลักษณะเป็นคำถามเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Comparative analysis) เพื่อค้นหาช่องว่างของการปฏิบัติงาน และใช้แนวคิดการออกแบบคำถามย้อนกลับ (Backward design) เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยและลดความหวาดระแวงของผู้ร่วมอภิปราย โดยมุ่งเน้นในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ก) สถานการณ์และการรับรู้ปัญหาเด็กเปราะบางในพื้นที่ ข) บทบาทและผลการช่วยเหลือดูแลเด็กในปัจจุบัน ค) ปัญหาอุปสรรคเชิงโครงสร้าง (เช่น งบประมาณ อัตรากำลัง ข้อจำกัดทางกฎหมาย) และ ง) แนวทางบูรณาการข้ามภาคส่วนเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายร่วมกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านเด็กและครอบครัว ด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ผลการประเมินความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าเฉลี่ย IOC เท่ากับ 0.90 ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างครบถ้วน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามกรอบแนวคิดของ Lincoln & Guba ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) การนำไปประยุกต์ใช้ได้ (Transferability) ความพึ่งพิงได้ (Dependability) และความสามารถในการยืนยันผล (Confirmability) ด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการแบบผสมผสานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและรอบด้าน มีขั้นตอนดังนี้ 1) การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล โครงการนี้ดำเนินการภายใต้การรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-CIRB) ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านผู้แนะนำ (Gatekeepers) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลเด็กฯ จะเข้าถึงผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นผู้ลงพื้นที่คัดกรองเด็กเท่านั้น เพื่อจำกัดวงผู้รับรู้ข้อมูลให้น้อยที่สุดและป้องกันการตีตราเด็ก (Stigma prevention) 2) การศึกษาข้อมูลเอกสาร (Document analysis) วิเคราะห์ข้อมูลจากแผนพัฒนาตำบล แผนชุมชน ข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพเด็ก และเอกสารนโยบายที่เกี่ยวข้อง 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กฯ แบบตัวต่อตัวในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและปลอดภัย ใช้ทักษะความไวเชิงวัฒนธรรม พร้อมกับการบันทึกเสียงและการจดบันทึกภาคสนาม 4) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussions) จัดเวทีสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูล 5 กลุ่ม (กลุ่มละ 10 คน) โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมหาข้อสรุปร่วมกันและการออกแบบคำถามแบบย้อนกลับ เพื่อเปิดพื้นที่ปลอดภัยให้ผู้ให้ข้อมูลกล้าสะท้อนปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อเสนอแนะเชิงลึก และ 5) การบันทึกภาคสนามและการสังเกต (Field notes and observation) ผู้วิจัยฝังตัวในชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อสังเกตการณ์สภาพแวดล้อมทางกายภาพ พฤติกรรมและการตอบสนองของผู้ดูแลและเด็ก รวมถึงปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นในสถานที่จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ดังนี้ 1) การจัดระเบียบข้อมูล (Data organization) นำข้อมูลจากการถอดเทปสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม และบันทึกภาคสนาม มาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์และมิติต่างๆ เพื่อให้อยู่ในระบบที่พร้อมวิเคราะห์ 2) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) อ่านทบทวนเพื่อตีความและหาประเด็นหลัก (Theme) สกัดเป็นข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนปัญหาของชุมชน จัดกลุ่มข้อมูลตามคุณลักษณะร่วมกัน จำแนกปัญหาตามมิติด้านสังคม ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านการเมืองการปกครอง

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก (MU-CIRB) เลขที่ COA No. MU-CIRB 2026/244.2805 วันที่รับรอง 28 พฤษภาคม 2569 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มีการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการเก็บรักษาความลับและการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยยึดหลักการเคารพในความเป็นบุคคล การให้คุณประโยชน์ และหลักความยุติธรรม มีการขอความยินยอมโดยสมัครใจ ปกปิดตัวตนและใช้ความไวเชิงวัฒนธรรม รวมถึงเตรียมแผนรับมือหากเกิดผลกระทบทางจิตใจ ระหว่างการให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ในตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงจำนวน 6 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 59 คน ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มโรงเรียนประถมศึกษา กลุ่มองค์กรท้องที่ และกลุ่มแกนนำภาคประชาชน ผลการวิจัยจะนำเสนอรายละเอียดโดยแบ่งออกเป็น

2 ส่วนหลัก ซึ่งถูกจัดหมวดหมู่อย่างเป็นระบบตามโครงสร้างมิติของชุมชน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสังคม ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสภาพแวดล้อม และด้านการเมืองการปกครอง เพื่อให้เห็นภาพรวมที่ครอบคลุม ของปัญหาของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ จะอธิบายถึงอุปสรรค สภาพความเปราะบาง และความยากลำบากที่ครอบครัวรวมถึงชุมชนกำลังเผชิญอยู่จริงในปัจจุบัน เช่น การเข้าไม่ถึงสิทธิสวัสดิการ ความยากจน สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ขาดบุคลากรเฉพาะทาง และการทำงานที่ยังขาดการ บูรณาการ ดังนี้

1. ปัญหาด้านสังคมของชุมชนในการดูแลเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 6 ลักษณะ ได้แก่ 1) การเข้าไม่ถึงสิทธิ์และสวัสดิการ 2) ขาดระบบสนับสนุนทางสังคมในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ 3) ขาดโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ 4) การตีตราและทัศนคติเชิงลบของสังคมต่อเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ 5) การเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร และ 6) ความเปราะบางของโครงสร้างครอบครัวและชุมชน ดังข้อความ

"...ตอนแรกผู้ปกครองที่เอาเด็กมาอยู่กับเราเนาะ อยากมาเรียนอยากมาอยู่กับเรา ที่นี่ แต่ว่ามีปัญหาเรื่องใบเกิดไม่มี... จะเอาเอกสารก็ต้องเอาเงินไปซื้อ... ครูก็กลัวเด็กไม่ได้เข้าเรียนเนาะ เราก็เป็นห่วง แล้วก็เลยลงเฟซบุ๊กนั่นแหละ..."

(กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

"...ในระบบของตำบล การค้นหาหรือว่าการเข้าถึงนี้ยังมีน้อย... ตอนนี้ยังไม่มีคำสั่งปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดูแล เด็กเอซีอี ชัดเจน และยังไม่มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงค่ะ..."

(กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ)

"...เด็กถูกส่งตัวมาในวันสุดท้าย โครงการสมัครเรียนค่ะ มาแต่ตัวกับเสื้อผ้า ขึ้นเรือมา... นี่คือปัญหาของยาเสพติด ซึ่งครอบครัวเกิดการแตกแยกแล้วเด็กก็มีผลกระทบ..."

(กลุ่มโรงเรียนประถมศึกษา)

"...เขาติดสารเสพติด ถ้าเราแจ้งไป เขาถูกจับไปบำบัด... ใครจะรับผิดชอบ คนอื่นจะมองเขาอย่างไร ก็กลัวกระทบน้องตัวเองด้วย..."

(กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว)

"...ปัญหาหลัก ๆ ก็คือพ่อแม่ดื่มเหล้า พ่อแม่ไม่มีความรู้ในการเลี้ยงดูที่จะบ่มเพาะนะครับ ฉะนั้นถ้าทิ้งให้ปัญหาอยู่กับสถาบันครอบครัว โดยที่โรงเรียนไม่มีมาตรการเข้ามา มีส่วนจัดการร่วม หรือชุมชนไม่เข้ามามีส่วนจัดการร่วม ผมว่ามันก็คงจะยากนะครับ..."

(กลุ่มองค์กรท้องถิ่นท้องที่)

2. ปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนในการดูแลเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 6 ลักษณะ ดังนี้ 1) ขาดระบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตของเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ 2) การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ 3) ขาดระบบการคัดกรอง เฝ้าระวังและติดตามเด็กที่ได้รับประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ต่อเนื่อง 4) ขาดบุคลากรด้านสุขภาพจิตเด็ก 5) เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และ 6) ขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังข้อความ

"...มีเด็กรายหนึ่งพ่อแม่เขาแยกทางกันเพราะพ่อเขาติดยาเสพติด... เขาจะพูดว่าเขาจะไม่กินหมู เพราะว่าพ่อเขาชื่อหมู เขาจะไม่กินหมู เขาไม่อยากกินพ่อเขา..."

(กลุ่มโรงเรียนประถมศึกษา)

"...ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยเฮาดูแลเองก่อน... ตอนนี้อีกเรื่องคือหนูยังคิดว่าเพิ่นน่าเป็นสมาธิสั้น เพราะว่าในความคิดหนู เพิ่นจ้องโทรศัพท์ เวลาคนอื่นเอิ้น (เรียก) จะบ่หัน..."

(กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว)

"...มีเจ้าหน้าที่หลายๆ คนนะ ไม่กล้าไม่กล้าออกไปค้นหาปัญหาในครอบครัวเลย ไม่กล้าไปชี้ว่าครอบครัวไหนมีปัญหา... เวลาต้องตอบข้อมูลหัวหน้า เขาก็จะให้ไปถาม อสม. เอา..."

(กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

"...บุคลากรด้านสุขภาพของเราจริงๆ เรามีกันไม่กี่คน ภาระบทบาทหน้าที่หลักก็คือแค่ดูแลเคสยาเสพติดที่เดินมา มาเนี่ยก็ถือว่ามากแล้ว กับเรายังขาดนักจิตวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก..."

(กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ)

"...ถ้าเด็กที่มีปัญหา ผมก็จะเชิญสหวิชาชีพมาทั้งตำรวจ ทั้ง อบต. ทั้งโรงพยาบาล คณะกรรมการหมู่บ้าน มาคุยว่าเคสนี้เราจะบริหารจัดการดูแลอย่างไร ทั้งทีเราไม่มีงบประมาณนะ..."

(กลุ่มองค์กรท้องถิ่นท้องที่)

3. ปัญหาด้านเศรษฐกิจของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) ยากจนและรายได้ไม่เพียงพอ 2) มีหนี้สิน 3) ความไม่มั่นคงทางอาชีพของผู้ปกครอง 4) ขาดความรู้และทักษะในการประกอบอาชีพ และ 5) ขาดเงินทุนในการประกอบอาชีพ ดังข้อความ

"...ปัญหาที่หนักสุดในการเบิ่งแยงเด็กน้อยกะคือรายได้บ่พอใช้จ่ายจ้า ในบ้านมีคนอยู่ 6-7 คน แต่มีป้าหาเงินอยู่ผู้เดียว... ค่านมลูกกะยังบ่จุบ บ่พอ..."

(กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว)

"...ปัญหาสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้คือ ผู้ปกครองที่มีฐานะยากจนมักจะไม่มีเวลามาใส่ใจดูแลเด็กเท่าที่ควร พอส่งลูกไปโรงเรียนเสร็จ เขาก็ต้องรีบไปทำงานหาเงินเพื่อปากท้อง..."

(กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ)

"...เด็กหลายคนมาจากครอบครัวยากจนที่พ่อแม่ต้องไปทำนา ทำให้ไม่มีคนดูแลอยู่ที่บ้าน เด็กบางคนต้องเดินเท้าไปโรงเรียนเพราะความขัดสน ซึ่งเป็นปัญหาที่เราอยากเข้าไปช่วยเหลือ เช่น อยากให้มีผู้สนับสนุนซื้อจักรยานให้เด็ก..."

(กลุ่มแกนนำภาคประชาชน)

"...ปัญหาสำคัญที่ทำให้ช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ทำได้ยากคือภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการเฉพาะทางครับ... ภาระค่าใช้จ่ายตรงนี้เลยกลายเป็นอุปสรรคใหญ่..."

(กลุ่มโรงเรียนประถมศึกษา)

"...เรื่องเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ถือเป็นเรื่องใหม่ของเรา งบประมาณบางอย่างของ อบต.ชานุมานและเทศบาลชานุมานเรายังไม่ได้ตั้งไว้ เลยยังไม่สามารถสนับสนุนเงินทุนในการส่งเสริมอาชีพได้..."

(กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

4. ปัญหาด้านสภาพแวดล้อมของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ดังนี้ 1) สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย 2) สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการเลี้ยงดูเด็ก และ 3) ขาดพื้นที่สร้างสรรค์ในชุมชนเพื่อการเรียนรู้สำหรับเด็ก ดังข้อความ

"...ปัญหาความบ่ปลอดภัยของสภาพแวดล้อมมันเฮ็ดให้เฮาเบิ่งแยงเด็กน้อยยากลำบากจ้า อย่างคนในครอบครัวหรือคนข้างบ้านใช้สารเสพติด... ปัญหาคือมันเกิดเรื่อง เกิดความรุนแรงตลอด ตีกัน อารมณ์บ่ดีมากะมาลงที่เด็กน้อย..."

(กลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว)

"...พื้นที่อำเภอชานุมานส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีการลำเลียงขนยาเสพติด ทำให้ชุมชนไม่ปลอดภัย และพอครอบครัวหรือผู้ปกครองตกเป็นทาสยาเสพติด ปัญหาที่ตามมาคือเด็กถูกทอดทิ้งให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่อันตราย..."

(กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ)

"...ปัญหาที่เห็นชัดคือสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมในบ้านที่เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงดูเด็กค่ะ โดยเฉพาะเรื่องสุขลักษณะและความสะอาดในบ้าน... เราพยายามพูดตักเตือน... แต่สภาพที่เห็นในวันถัดไปก็ยังสกปรกเหมือนเดิม..."

(กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

"...การที่ชุมชนขาดพื้นที่ปลอดภัย ทำให้ปัญหามาตกอยู่ที่โรงเรียนครับ... ด้วยสภาพแวดล้อมหรือลานกิจกรรมที่อาจจะจำกัด ทำให้ปัญหาการเล่นผาดโผนของเด็กยังมีอยู่ เปิดเทอมมาเข้าโรงพยาบาลไปแล้ว 45 คน..."

(กลุ่มโรงเรียนประถมศึกษา)

"...เวลาเลิกโรงเรียน ทำการบ้านเสร็จเด็กๆ ก็จะมารวมตัวกันเล่นที่บ้านป้า... อยากให้มีพื้นที่หรือที่พักคอยตอนเย็นให้เด็กๆ ได้มาชุมนุมกันอย่างปลอดภัยระหว่างรอพ่อแม่เลิกงาน จะได้มีกิจกรรมดีๆ ทำ ดีกว่าปล่อยให้เล่นกันเองหน้าบ้านจนอาจเกิดอันตรายค่ะ..."

(กลุ่มแกนนำภาคประชาชน)

5. ปัญหาด้านการเมืองการปกครองของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) ขาดนโยบายและแผนงานด้านเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ 2) ขาดการบูรณาการความร่วมมือในการดูแลและช่วยเหลือเด็ก 3) ข้อจำกัดด้านงบประมาณและการจัดสรรทรัพยากร 4) ขาดกลไกกำกับ ติดตาม และประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และ 5) ข้อจำกัดด้านกฎหมายและการบังคับใช้ ดังข้อความ

"...ปัญหาความไม่ต่อเนื่องของนโยบายคือ แม้จะมีการพูดถึงการตั้งคณะกรรมการดูแลเด็ก แต่ในทางปฏิบัติเรายังไม่เคยได้เข้าร่วมประชุมเลย... ที่ผ่านมาเวลาเจอปัญหาและแจ้งเรื่องไป ส่วนใหญ่ก็จะเป็นการแก้ปัญหาแบบครั้งเดียวจบ..."

(กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

"...ปัญหาสำคัญในการช่วยเหลือเด็กคือ ทุกวันนี้หน่วยงานต่างๆ ต่างคนต่างทำและแยกส่วนกันอย่างชัดเจน การแก้ปัญหาจึงไปไม่ถึงไหน อย่างเวลาผมเจอเคสที่วิกลจริต ผมต้องเป็นคนเชิญสหวิชาชีพ... มาคุยกันเอง..."

(กลุ่มองค์กรท้องถิ่นท้องที่)

"...ปัญหาเรื่องงบประมาณจำกัดเป็นอุปสรรคมากครับ เมื่อครูลงพื้นที่เยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลเข้าระบบเพื่อขอรับความช่วยเหลือ ส่วนใหญ่สิ่งที่เราสามารถจัดสรรให้เด็กได้ก็มีเพียงทุนการศึกษาแค่บางส่วนเท่านั้น..."

(กลุ่มโรงเรียนประถมศึกษา)

"...ปัญหาการขาดระบบติดตามทำให้การดูแลช่วยเหลือเด็กไม่ครอบคลุมค่ะ ปัจจุบันเราติดตามเฉพาะเคสที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้วเท่านั้น ส่วนกลุ่มเสี่ยงยังมีระบบติดตามน้อยมาก..."

(กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ)

"...ปัญหาใหญ่คือข้อจำกัดด้านอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายครับ อย่างกำนันในพื้นที่มีหน้าที่แค่รักษาความสงบ ได้แต่พูดตักเตือน แต่จะให้มีอำนาจไปจัดการเด็ดขาดเลยนั้นทำไม่ได้... พอดำเนินคดีจับกุมยาบ้าไปแล้ว สุดท้ายกฎหมายก็ปล่อยตัวออกมา..."

(กลุ่มองค์กรท้องถิ่นท้องที่)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาของชุมชนในการดูแลและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ ตำบลชานุมาน อำเภอชานุมาน จังหวัดอำนาจเจริญ จำแนกได้เป็น 5 มิติ ได้แก่ ด้านสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และการเมืองการปกครอง ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ความปลอดภัย และพัฒนาการของเด็ก รวมถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในการดูแลและช่วยเหลือเด็กในชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ด้านสังคม ได้แก่ เด็กตกหล่นและเข้าไม่ถึงสิทธิ์หรือสวัสดิการขั้นพื้นฐาน ชุมชนขาดระบบสนับสนุนทางสังคม เด็กขาดโอกาสทางการศึกษา การตีตราทางสังคมและทัศนคติเชิงลบ และครอบครัวมีความเปราะบาง 2) ด้านสุขภาพ ได้แก่ ชุมชนขาดระบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตเด็ก ขาดระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังที่ต่อเนื่อง ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง และเด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม 3) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ครอบครัวมีความยากจน มีภาระหนี้สิน ขาดความมั่นคงทางอาชีพ และขาดเงินทุนในการประกอบอาชีพ 4) ด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมชุมชนไม่ปลอดภัย สภาพที่อยู่อาศัยแออัดและไม่เหมาะสมต่อการเลี้ยงดูเด็ก ขาดพื้นที่สร้างสรรค์และปลอดภัย และ 5) ด้านการเมืองการปกครอง ได้แก่ ขาดนโยบายและแผนงานที่ชัดเจนในระดับท้องถิ่น ขาดการบูรณาการความร่วมมือในการทำงาน มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ กฎหมาย และขาดกลไกในการกำกับติดตามผล และปัญหาเชิงเศรษฐกิจและ

ความยากจนเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างหลักและปัจจัยกำหนดสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบเชิงระบบต่อเนื่องไปยังมิติอื่นอย่างเด่นชัด โดยข้อจำกัดทางรายได้ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถของผู้ดูแลในการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัยในบ้าน บีบบังคับให้ผู้ปกครองต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำงานหาเงิน เพื่อปากท้องจนขาดโอกาสในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม และสร้างภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพและการรักษาเฉพาะทางนอกพื้นที่

การอภิปรายผล

ปัญหาด้านสังคม ผลการศึกษาพบว่า เด็กและครอบครัวในพื้นที่ต้องเผชิญกับความเปราะบางจากความยากจน การอพยพแรงงาน การตกหล่นจากการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการ และการถูกสังคมตีตรา ประเด็นเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Camacho et al.[13] ที่ชี้ให้เห็นว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยหรือกลุ่มเปราะบางต้องเผชิญสภาวะเสี่ยงสูงต่อการได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก เนื่องจากความไม่เท่าเทียมทางระบบที่ขัดขวางการเข้าถึงทรัพยากร นอกจากนี้ การที่ชุมชนต้องการระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง (เช่น อสม. เฉพาะทาง) ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Longhi et al.[14] ที่ระบุว่าการพัฒนาศักยภาพชุมชนผ่านการปรับเปลี่ยนกรอบความคิดและสร้างเครือข่ายความร่วมมือสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นและลดผลกระทบจากประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กได้ ในส่วนของปัญหาการตีตรา สอดคล้องกับ Bunting et al.[15] ที่เน้นว่าการพัฒนาระบบดูแลที่คำนึงถึงบาดแผลทางใจ (Trauma-informed care) ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรและลดช่องว่างเชิงอำนาจเพื่อสร้างความไว้ใจ

ปัญหาด้านสุขภาพ ชุมชนมีข้อจำกัดด้านระบบการคัดกรอง ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางสุขภาพจิต และการดำเนินงานขาดการบูรณาการร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Buysse et al.[16] ที่พบว่าอุปสรรคในการพัฒนาระบบดูแลเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ คือการขาดเวลา ขาดบุคลากรสำหรับการประสานงาน ขาดแหล่งส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และข้อจำกัดด้านเงินทุน เพื่อการทำงานข้ามภาคส่วน โดยเสนอว่าการนำโมเดล Project ECHO มาใช้จะช่วยเชื่อมต่อผู้ให้บริการในพื้นที่กับทีมผู้เชี่ยวชาญได้ ทั้งนี้ ปัญหาเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ มักเข้าไม่ถึงบริการ ยังสอดคล้องกับ Schweer-Collins & Lanier[17] ที่ระบุว่าเด็กกลุ่มนี้มีโอกาสน้อยที่สุดที่จะได้รับการดูแลที่มีศูนย์กลางอยู่ที่ครอบครัวและการรักษาด้านสุขภาพจิตอย่างทันท่วงที ส่วนความพยายามในการพัฒนาบริการในชุมชนเพื่อลดความเครียดของเด็ก สอดคล้องกับ Mazzeo & Bendixen[18] ที่เสนอให้ใช้การบำบัดด้วยศิลปะหรือการแทรกแซงทางเลือกในชุมชน

ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาที่พบอย่างความยากจนและหนี้สิน สอดคล้องกับกรอบคิดของ Camacho et al.[13] ที่มองว่าสภาวะเสี่ยงสูงถูกขับเคลื่อนโดยสถานการณ์ทางสังคมการเมืองและเศรษฐกิจ หากไม่จัดการที่รากฐานความยากจน ผลกระทบจากประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กจะยิ่งรุนแรงขึ้น ซึ่งไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Longhi et al.[14] ที่เน้นย้ำว่า การลงทุนเพื่อพัฒนาความยืดหยุ่นทางเศรษฐกิจของครอบครัว จะช่วยป้องกันการลุกลามของบาดแผลในวัยเด็กไปสู่ความยากจนในวัยผู้ใหญ่ได้

ปัญหาด้านสภาพแวดล้อม ปัญหาการขาดแคลนพื้นที่สร้างสรรค์และการมีสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยสำหรับเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Lappan et al.[19] ที่เน้นย้ำว่า พื้นที่ส่วนกลางและ

ความเชื่อมโยงของชุมชน (Connectedness) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างชุมชนที่มีชีวิตชีวาและยืดหยุ่น

ปัญหาด้านการเมืองการปกครอง การขาดนโยบาย ขาดการบูรณาการ และมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาเชิงระบบ ซึ่งสอดคล้องกับ Bunting et al.[15] ที่ชี้ว่า การขาดแคลนเงินทุน (Underfunding) และภาระงานที่แข่งขันกัน เป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการสร้างระบบสวัสดิการเด็ก ในขณะเดียวกัน ความต้องการตั้งศูนย์ประสานงานในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวทางแบบบูรณาการในโครงการ Family Referral Service in Schools (FRSIS) ของ Dalton et al.[20] ที่ใช้วิธีลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้วยการตั้งศูนย์ในโรงเรียน แม้ว่าในทางปฏิบัติจะต้องเผชิญกับความท้าทายด้านความยั่งยืนทางการเงินและการสนับสนุนจากผู้นำในระยะยาวก็ตาม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาศักยภาพของกลไกชุมชน (อสม., ผู้นำชุมชน, ครู) ให้มีความรู้ในการคัดกรองและให้การดูแลที่คำนึงถึงบาดแผลทางใจ (Trauma-informed care) โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีหรือสร้างเครือข่ายพี่เลี้ยงแบบข้ามภาคส่วน
2. ควรพัฒนาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังที่เชื่อมโยงกับบริบทชุมชนอย่างระมัดระวัง โดยบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพและการศึกษา รวมถึงการจัดทำระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงเรียนควรประสานความร่วมมือเพื่อจัดตั้งพื้นที่ปลอดภัย ศูนย์ช่วยเหลือ หรือระบบจัดการกรณี (Case management) ในพื้นที่ที่เด็กเข้าถึงง่าย
4. ชุมชนควรมีมาตรการส่งเสริมความปลอดภัย ปราบปรามยาเสพติด และจัดสรรทรัพยากรเพื่อยกระดับสภาพที่อยู่อาศัยและอาชีพของผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อประเมินผลกระทบที่แท้จริงของการได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ที่มีต่อพัฒนาการของเด็กไทย
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน (เมือง ชนบท ชาติพันธุ์) เพื่อหารูปแบบการแทรกแซงที่สอดคล้องกับทุนทางสังคมของแต่ละแห่ง
3. ควรมีการวิจัยทดลองปรับใช้โมเดลความร่วมมือระหว่างหน่วยงานจากต่างประเทศ (เช่น Project ECHO หรือ FRSIS) ควบคู่กับการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness)

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Population Prospects 2024: Summary of Results. Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2024.
2. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.

3. Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012 Jan;129(1):e232-46. doi: 10.1542/peds.2011-2663.
4. Madigan S, Thiemann R, Deneault AA, Fearon RMP, Racine N, Park J, et al. Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Child Population Samples: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Pediatr. 2025 Jan 1;179(1):19-33. doi: 10.1001/jamapediatrics.2024.4385.
5. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2017 Aug;2(8):e356-e366. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
6. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2019 Oct;4(10):e517-e528. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30145-8.
7. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2015.
8. Chotchaisathit R. Child Protection in Thailand: Towards an Improved System; 2014.
9. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018.
10. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979.
11. Centers for Disease Control and Prevention. About adverse childhood experiences (ACEs) [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2022 [cited 2026 Jun 20]. Available from: https://www.cdc.gov/aces/
12. โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสำหรับเด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์ในระดับชุมชน. รายงานสถานการณ์เด็กไทยที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตไม่พึงประสงค์. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2567.

13. Camacho S, Henderson SC. The Social Determinants of Adverse Childhood Experiences: An Intersectional Analysis of Place, Access to Resources, and Compounding Effects. Int J Environ Res Public Health. 2022 Aug 27;19(17):10670. doi: 10.3390/ijerph191710670.
14. Longhi D, Brown M, Barila T, Reed SF, Porter L. How to increase community-wide resilience and decrease inequalities due to adverse childhood experiences (ACEs): Strategies from Walla Walla, Washington. J Prev Interv Community. 2021 Jan-Mar;49(1):43-59. doi: 10.1080/10852352.2019.1633071.
15. Bunting L, Montgomery L, Mooney S, MacDonald M, Coulter S, Hayes D, et al. Developing trauma informed care in Northern Ireland: The child welfare system. Belfast: Centre for Evidence and Social Innovation, Queen's University Belfast; 2019.
16. Buysse H, Raman S, Bunnell HT, Koita K, Purewal Boparai SK, Harris NB. Community ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes) project promotes cross-sector collaboration and evidence-based trauma-informed care. medRxiv. 2022.
17. Schweer-Collins M, Lanier P. Health Care Access and Quality Among Children Exposed to Adversity: Implications for Universal Screening of Adverse Childhood Experiences. Matern Child Health J. 2021 Dec;25(12):1903-1912. doi: 10.1007/s10995-021-03270-9.
18. Mazzeo G, Bendixen R. Community-Based Interventions for Childhood Trauma: A Scoping Review. OTJR (Thorofare N J). 2023 Jan;43(1):14-23. doi: 10.1177/15394492221091718.
19. Lappan S, Boyd D, Files M, Coleman M. Addressing Adverse Community Environments: Participant Recommendations to Foster Community Well-Being. J Community Psychol. 2025 Feb;53(2):e23185. doi: 10.1002/jcop.23185.
20. Dalton H, Dawson A, Draper G, Sims S, Hazelton M, Williams R. Making connections that count – a case study of the Family Referral Service in Schools program on the Central Coast, New South Wales, Australia. Int J Integr Care. 2023;23:6998.