วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS
ISSN 2672-9148 (print) ISSN 2651-1711 (online)

บทบาทของชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
The Role of the Community in Caring for Pregnant Women Who Use Drugs Through Community Participation

นิพนธ์ต้นฉบับ
Received : Mar. 13, 2026
Revised : Mar. 25, 2026
Accepted : Aug. 17, 2026
Published : Aug. 30, 2026

วันเพ็ญ ศรีจิตร[1], วีรวรรณ บุญวงศ์[2], ปัญญา เลิศไกร[3], ลัญจกร นิลกาญจน์[4], ประยูร ภักดีพัฒนาทร[5]
นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต[1], กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช[2], มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช[3,4], สถาบันพระบรมราชชนก[5]
Wanpen Srichit[1], Weerawan Boonwong[2], Panya Lertkrai[3], Lunjakon Nillakan [4], Prayoon Pukdeepatanatorn[5]
Ph.D. Student[1], Maternal and Child Health Development Group Regional of Health Promotion Center 11[2], Nakhon Si Thammarat Rajabhat University[3,4], Praboromarajchanok Institute[5]

บทคัดย่อ

การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อเนื่องทั้งในมิติสุขภาพและมิติทางสังคมเศรษฐกิจ แม้ว่าทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนจะถูกนำมาใช้เป็นกลไกหลักในการแก้ไขปัญหา แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ยังมีความไม่สอดคล้องและมีช่องว่าง เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังติดกับดักการมีส่วนร่วมเชิงสัญลักษณ์ ขาดการเสริมสร้างพลังอำนาจตัดสินใจ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บทบาทของชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดและระบุปัจจัยความท้าทายภายใต้กรอบทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการทบทวนบทความทางวิชาการ รายงานการวิจัย และกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า บทบาทชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดปรากฏใน 5 มิติหลัก ได้แก่ การวางแผน การดำเนินงาน การใช้ประโยชน์ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ผ่านการขับเคลื่อนกลไกโมเดล 4M ทั้งในด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเฝ้าระวัง การประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วน และการสร้างแรงจูงใจพร้อมการสนับสนุน อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบเชิงวิเคราะห์สำคัญ ชี้ให้เห็นว่าการขับเคลื่อนในพื้นที่ยังเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ทั้งความเหลื่อมล้ำเชิงอำนาจ ข้อจำกัดด้านการรักษาความลับ และความเสี่ยงต่อการเกิดตราบาปซ้ำ จึงเสนอแนะการบูรณาการทุนทางสังคม ร่วมกับการปรับปรุงมาตรการลดการตีตรา สร้างระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อและยั่งยืนตามบริบททางวัฒนธรรม เพื่อยกระดับจากการมีส่วนร่วมเชิงสัญลักษณ์ไปสู่การเสริมพลังอำนาจ อันจะนำไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่ยกระดับคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: การใช้สารเสพติด, การดูแลหญิงตั้งครรภ์, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Corresponding author: วันเพ็ญ ศรีจิตร E-mail: wanpen49466@gmail.com

Abstract

Substance use during pregnancy represents a complex public health challenge with far-reaching implications for maternal and child health, as well as broader social and economic outcomes. Although community participation theory is frequently employed as a primary mechanism for addressing this issue, empirical evidence remains inconsistent with noticeable gaps, as most operational models fall into the trap of symbolic participation and lack genuine decision-making empowerment. This study aims to analyze the role of the community in caring for pregnant women who use drugs and to identify challenges within the framework of community participation theory. The review of academic articles, research reports, and related case studies. The findings indicate that the community role in caring for pregnant women who use drugs is evident across five key dimensions: planning, implementation, utilization, benefit-sharing, and evaluation. The initiative was driven through the implementation of the 4M Model mechanisms, encompassing maternal health literacy, monitoring, multisectoral collaboration and motivation and support. However, a key analytical insight reveals patterns showing that local implementation still faces structural limitations, including power asymmetry, confidentiality constraints, and risks of re-stigmatization. Therefore, this study recommends integrating social capital alongside strengthened stigma reduction to establish a seamless and sustainable care system tailored to cultural contexts. Such a measures to transition from symbolic participation to genuine empowerment, ultimately leading to tangible improvements in the quality of life for both mothers and infants.

Keywords: Substance use, Caring for Pregnant Women, Community participation

Corresponding author: Wanpen Srijit E-mail: wanpen49466@gmail.com

บทนำ

การใช้สารเสพติดเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลกที่มีพลวัตการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและซับซ้อน รายงานจาก United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2024) ระบุว่าประชากรทั่วโลกกว่า 292 ล้านคนมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด โดยความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สำหรับบริบทของสังคมไทย ปัญหานี้ได้ขยายตัวเข้าสู่กลุ่มประชากรเปราะบาง โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสถิติจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ONCB, 2022) พบว่า ร้อยละ 3 ถึง 5 ของหญิงตั้งครรภ์มีประวัติการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า กัญชา และแอลกอฮอล์ สถานการณ์ดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางกายและจิตใจของมารดา แต่ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อทารกในครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องต่อมิติทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดมักเผชิญกับอุปสรรคมากมายในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากการตีตราทางสังคม ทำให้ไม่กล้าเข้าถึงบริการสุขภาพ (World Health Organization, 2020) ความกลัวต่อผลกระทบทางกฎหมาย และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (Stone, 2015)

แม้ในระดับสากลจะมีการผลักดันกรอบความเท่าเทียมทางสุขภาพ และนโยบายการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก แต่ในเชิงทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน ยังคงมีคำถามสำคัญในระดับรากฐานว่าเหตุใดการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งยวด ในประชากรเฉพาะกลุ่มอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด และกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมที่มีอยู่นั้นข้ามไม่พ้นข้อจำกัดด้านใด การดูแลทางการแพทย์แบบดั้งเดิมมักมองปัญหานี้ผ่านมิติทางคลินิกและพฤติกรรมบุคคล ซึ่งมองข้ามโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจและตราบาปทางสังคมที่ฝังรากลึก ในขณะเดียวกัน แม้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนจะถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย แต่อุปสรรคเชิงทฤษฎีที่สำคัญคือ การที่กรอบแนวคิดเดิมมักอภิปรายกระบวนการมีส่วนร่วมในลักษณะทั่วไป โดยไม่ได้บูรณาการมิติความซับซ้อนของการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความลุ่มลึกทั้งด้านสิทธิมนุษยชน จริยธรรม และความตระหนกทางสังคม

ช่องว่างทางองค์ความรู้เชิงประจักษ์และเชิงทฤษฎีปรากฏชัดเจนใน 3 ประการหลัก ได้แก่ 1) งานศึกษาส่วนใหญ่ในอดีตมุ่งเน้นการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาและทารก หรือประเมินประสิทธิภาพของมาตรการบังคับใช้กฎหมาย แต่ยังขาดการรวบรวมหลักฐานเชิงระบบที่อธิบายกลไกการทำงานของชุมชนในการโอบอุ้มประชากรกลุ่มนี้ 2) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมมักเป็นการมีส่วนร่วมเชิงสัญลักษณ์ เป็นเพียงการดึงชุมชนมาช่วยปฏิบัติงานมากกว่าการเสริมพลังอำนาจที่แท้จริง ส่งผลให้ยังขาดกรอบทฤษฎีที่อธิบายว่า ชุมชนจะสามารถขยับจากการเป็นเพียงผู้ช่วยปฏิบัติงานไปสู่การเป็นกลไกทลายการตีตรา และเป็นผู้ร่วมตัดสินใจได้อย่างไร และ 3) ยังขาดการบูรณาการมิติทางวัฒนธรรมและโครงสร้างสังคมไทยเข้ากับทฤษฎีการมีส่วนร่วม เพื่อสร้างโมเดลการดูแลที่รองรับความซับซ้อนของพื้นที่อย่างแท้จริง บทความฉบับนี้จึงไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพียงเพื่ออธิบายบทบาทหน้าที่ของชุมชนในเชิงรวบรวมข้อมูลเท่านั้น หากแต่มุ่งสร้างการสนับสนุนเชิงวิชาการและทฤษฎี โดยการทบทวนบทความทางวิชาการ รายงานการวิจัย และกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง สืบค้นจากฐานข้อมูล Thai Journals Online (ThaiJO), PubMed และ ScienceDirect ครอบคลุมเอกสารที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2014 ถึง 2024 เพื่อปิดช่องว่างองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานของชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด บูรณาการมิติตราบาปทางสังคมเข้ากับกรอบทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อข้ามพ้นกับดักไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจที่แท้จริง และนำเสนอโมเดลเชิงสังเคราะห์ที่ทำหน้าที่เป็นกรอบแนวคิดเชิงนโยบายและวิชาการในการขับเคลื่อนระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดอย่างไร้รอยต่อ อันจะเป็นการยกระดับนวัตกรรมการบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมอย่างยั่งยืน

การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์

สถานการณ์การใช้สารเสพติดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์นับเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลกที่มีพลวัตการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและซับซ้อน โดยส่งผลกระทบอย่างเป็นลูกโซ่ทั้งในมิติทางสุขภาพของบุคคล โครงสร้างครอบครัว และเสถียรภาพทางสังคมเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลเชิงประจักษ์จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC, 2024) ระบุว่า ประชากรโลกกว่า 292 ล้านคนมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด โดยมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในรอบทศวรรษที่ผ่านมา สำหรับบริบทของประเทศไทย ปัญหายาเสพติดถือเป็นวิกฤตระดับชาติที่ส่งผลต่อความมั่นคงและสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน ข้อมูลจากสถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Northern Substance Abuse Academic Center, 2022) ชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์ได้ทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของชนิดสารเสพติด และกลุ่มประชากรผู้ใช้ที่ขยายวงกว้างเข้าสู่กลุ่มประชากรเปราะบาง โดยเฉพาะในมิติเชิงระบาดวิทยา สถานการณ์การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมักเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ จากข้อมูลการบำบัดรักษาของสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด (NCMC, 2023) ระหว่างปี ค.ศ. 2021 ถึง 2023 พบสัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดที่เป็นเพศหญิงร้อยละ 12 และในจำนวนนี้เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 65 ขณะที่สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ONCB, 2022) รายงานว่า ประมาณร้อยละ 3 ถึง 5 ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยมีประวัติการใช้สารเสพติด โดยสารที่นิยมใช้มากที่สุด ได้แก่ ยาบ้าหรือสารเมทแอมเฟตามีน รองลงมาคือ กัญชา และแอลกอฮอล์

อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ปัญหานี้ผ่านมุมมองเชิงระบบและกรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) พบว่า การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เกิดขึ้นจากความบกพร่องทางเจตจำนงหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลลัพธ์สะสมจากความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะความยากจน สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ข้อจำกัดด้านโอกาสทางการศึกษา และสภาวะความไร้เป้าหมายในชีวิต ความยากจนบีบบังคับให้หญิงตั้งครรภ์จำนวนมากต้องอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง เผชิญกับความเครียดเรื้อรัง ความรุนแรงในครอบครัว และการขาดระบบค้ำจุนทางสังคม นำไปสู่การใช้สารเสพติดเป็นกลไกรับมือกับความทุกข์ทางจิตใจ อีกทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจยังส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ขาดความพร้อมในการเดินทางไปรับบริการสาธารณสุข ต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายแฝง และการขาดแคลนระบบสวัสดิการที่ยืดหยุ่น นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการตีตราทางสังคม และตราบาปที่ถูกตีตรา ได้สร้างกำแพงเชิงทัศนคติที่รุนแรง แม้ว่าพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 จะมุ่งเน้นการดูแลภายใต้หลักการผู้เสพคือผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติ ทัศนคติเชิงลบของสังคม ตลอดจนอคติที่อาจเกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ ได้ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความกลัวการถูกประณาม กลัวถูกดำเนินคดีทางกฎหมาย หรือกลัวการถูกยึดสิทธิการเลี้ยงดูบุตร (Stone, 2015; WHO, 2020) อุปสรรคเชิงโครงสร้างเหล่านี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์ปกปิดข้อมูล หลีกเลี่ยงการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และขาดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง (ONCB, 2022)

ผลกระทบทางสรีรวิทยาของการใช้สารเสพติดในขณะตั้งครรภ์ซึ่งปรากฏในวงจรความเปราะบางนี้ จึงมีความรุนแรงและส่งผลกระทบอันตรายถึงชีวิตทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ การเสพสารเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้าจะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำลายและกระตุ้นการหลั่งโดปามีนอย่างรุนแรง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ การแท้งลูก ทารกเสียชีวิตในครรภ์ หรือการคลอดก่อนกำหนด (Waiketkarn, 2021) สารดังกล่าวยังทำลายหลอดเลือดและเซลล์ประสาท ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ ศีรษะเล็ก เลือดออกในสมอง มี

ภาวะถอนยาแรกคลอด (Drug Withdrawal Symptoms) และเพิ่มความเสี่ยงต่อความผิดปกติของสมาธิ ความจำ และพฤติกรรมในระยะยาว (Puncheuy, 2023; Wright, Schuetter, Tellei & Sauvage, 2015) ขณะเดียวกัน การได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ ทั้งนิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ และทาร์ จะขัดขวางการทำงานของสารสื่อประสาท ทำให้หลอดเลือดดำมดลูกหดตัว เลือดผ่านรกลดลง ส่งผลให้ทารกได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ เพิ่มอัตราการปากแหว่งเพดานโหว่ และพัฒนาการล่าช้า (Tongmuangtunyatep, Dekyong, Yodwong, Thongsukdee & Sanongkhun, 2022) ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์นั้น แอลกอฮอล์จะผ่านทางรกไปสะสมในตัวทารกและทำลายอวัยวะสำคัญ นำไปสู่กลุ่มอาการผิดปกติของทารกในครรภ์จากแอลกอฮอล์ (Fetal Alcohol Spectrum Disorders: FASD) (Laslett, Rankin, Waleewong, Callinan, Hoang, Florenzano et al., 2017) ซึ่งผลกระทบทางสรีรวิทยาอันตรายเหล่านี้ ยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นเมื่อหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการฝากครรภ์และการดูแลเชิงรุกได้ทันท่วงทีเนื่องจากอุปสรรคทางสังคมข้างต้น

ดังนั้น การแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์จึงไม่สามารถพึ่งพาเพียงมาตรการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลหรือการบังคับใช้กฎหมายแบบดั้งเดิมได้ หากแต่จำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงระบบการดูแลเข้ากับบทบาทของชุมชนและทุนทางสังคมอย่างแท้จริง ชุมชนถือเป็นพื้นที่ทางสังคมที่มีความใกล้ชิดและเข้าใจบริบทความยุ่งยากซับซ้อนของชีวิตผู้ป่วยมากที่สุด การนำแนวคิดการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) มาปฏิบัติผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยเปลี่ยนผ่านจากบรรทัดฐานการลงโทษและการตีตรา ไปสู่การสร้างพื้นที่ปลอดภัยที่ไร้การตัดสิน (Non-Stigmatizing) ชุมชนสามารถใช้เครือข่ายความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและองค์กรในท้องถิ่น ในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเชิงรุก ให้การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) คุ้มครองความเป็นส่วนตัว และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อสร้างแรงจูงใจภายในในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบูรณาการบทบาทของชุมชนในการโอบอุ้มและทลายกำแพงตราบาปทางสังคม จึงเป็นกุญแจสำคัญเชิงระบบในการสะพานเชื่อมหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดให้สามารถเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพทางการแพทย์และการบำบัดรักษาได้อย่างไร้รอยต่อ อันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการยกระดับคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกอย่างยั่งยืน

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดผ่านกลไกโมเดล 4M และบทบาทชุมชน

การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดในบริบทสังคมไทย ให้ความสำคัญกับการคัดกรองและการเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้แนวคิดการลดอันตราย (Harm Reduction) ไม่ตัดสิน ไม่ตีตรา และเคารพสิทธิมนุษยชนอย่างสูงสุด เพื่อเชื่อมโยงการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ โดยมีกรอบกลไกหลักในการขับเคลื่อนคือ โมเดลการดูแล 4M ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่มารดา (Maternal Health Literacy), ระบบการเฝ้าระวังและคัดกรอง (Monitoring), การประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (Multisectoral Collaboration), และการสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุน (Motivation and Support) การวิเคราะห์เชิงระบบชี้ให้เห็นว่าโมเดล 4M ไม่เพียงแต่เป็นกรอบการดำเนินงานเชิงนโยบายเท่านั้น หากยังมีกลไกการทำงานที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งประสานเข้ากับบทบาทของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1. Maternal Health Literacy (การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่มารดา) กลไกการทำงานเริ่มต้นจากกระบวนการ Maternal Literacy ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกต้นน้ำในการสร้างความตระหนักรู้ถึงอันตรายของสารเสพติดที่มีต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ ลดพฤติกรรมเสี่ยง ยกระดับการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ กลไกนี้เริ่มจากการเปลี่ยนผ่านข้อมูลข่าวสารซับซ้อนทางการแพทย์ไปสู่การสร้างความตระหนักรู้เชิงสรีรวิทยาและจิตวิทยา การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจถึงกลไกของสารเสพติด เช่น เมทแอมเฟตามีนที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวจนเสี่ยงต่อครรภ์เป็นพิษและเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Waiketkarn, 2021) หรือผลของแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิด FASD

(Tongmuangtunyatep, Dekyong, Yodwong, Thongsukdee & Sanongkhun, 2022) ความรู้นี้ทำหน้าที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดกระบวนการประเมินความเสี่ยงต่อตนเองและทารก นำไปสู่การเกิดแรงจูงใจภายในที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยชุมชนเข้ามาร่วมขับเคลื่อนกลไก ผ่านกลุ่มแกนนำในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เป็นตัวกลางแปลความรู้ เปลี่ยนภาษาทางการแพทย์เป็นภาษาถิ่นที่เข้าใจง่ายและเป็นกันเอง พร้อมจัดกิจกรรมให้ความรู้รายบุคคลในพื้นที่ปลอดภัย ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบการฝากครรภ์ นอกจากนี้ การพัฒนาความรอบรู้ยังต้องครอบคลุมไปถึงสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชน เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) สอดคล้องกับหลักฐานของ Wright, Schuetter, Tellei & Sauvage. (2015) และ WHO (2020) ที่ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอมีผลโดยตรงต่อการลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์

2. Monitoring (ระบบการเฝ้าระวังและคัดกรอง) กลไกการทำงาน คือการเฝ้าระวังโดยชุมชนที่ไม่ตัดสิน สร้างพื้นที่ปลอดภัยเชิงโครงสร้าง ลดความกลัวการถูกตีตราและดำเนินคดี ค้นหาและส่งต่อเข้าสู่ระบบฝากครรภ์ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ถือเป็นขั้นตอนที่ละเอียดอ่อนและมีความสำคัญในเชิงคลินิก World Health Organization (2020) ให้ข้อเสนอแนะว่าการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดต้องกระทำด้วยทัศนคติที่ไม่ตัดสิน (Non-judgmental approach) และให้ความสำคัญกับการรักษาความลับเป็นลำดับแรก ประสิทธิผลของกลไกเฝ้าระวังช่วยให้สามารถตรวจพบภาวะเสี่ยง คัดกรองอาการถอนยาหรือระบุภาวะแทรกซ้อนได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ทำให้เกิดการดูแลรักษาได้ทันท่วงที ในด้านบทบาทของชุมชน อสม. และผู้นำชุมชนทำหน้าที่เป็นเครือข่ายเฝ้าระวังด่านหน้าที่ใช้ความสนิทสนมและความไว้วางใจในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สาร เสพติดเชิงรุก โดยไม่ใช้มาตรการทางกฎหมายหรือการประณาม แต่ใช้การปกปิดข้อมูลเป็นความลับสูงสุด ซึ่งช่วยลดกำแพงตราบาป (Stone, 2015) และเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่การดูแลทางการแพทย์ได้ทันท่วงที

3. Multisectoral Collaboration (การประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วน) ซึ่งทำหน้าที่เชื่อมโยงบริการของหน่วยงานสาธารณสุขเข้ากับบริการทางสังคม กลไกการทำงานคือ การทำงานร่วมกันระหว่างสาธารณสุข ชุมชน และฝ่ายปกครอง จัดระบบการดูแลแบบรายกรณีอย่างครอบคลุม (Case Management) ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหลังคลอด (Relapse Prevention) กลไกนี้ช่วยประสานทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นในการส่งต่อข้อมูลที่เป็นระบบและวางแผนการจำหน่ายที่ครอบคลุม (NIDA, 2024) โดย บทบาทของชุมชน ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมประสาน ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์บำบัดในพื้นที่ เพื่อจัดหาทรัพยากรค้ำจุน เช่น ยานพาหนะรับส่งไปฝากครรภ์ การจัดหาสวัสดิการสงเคราะห์ และการดูแลความปลอดภัยในครอบครัว ทำให้ระบบการดูแลขยายขอบเขตจากโรงพยาบาลออกมาสู่ชุมชนอย่างครบวงจร เกิดระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ (Seamless Care)

4. Motivation and Support (การสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุน) กลไกการทำงาน คือ การเสริมพลังจิตสังคมและการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจ ลดความเครียดเรื้อรัง เพิ่มความคงอยู่ในการบำบัดรักษาระยะยาว (Treatment Retention) และพัฒนาพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร กลไกนี้ใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบไม่ตีตรา (Non-Stigmatizing Counseling) โดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ร่วมกับการบำบัดโดยมีชุมชนเป็นฐาน (CBR) (Ritsri, Wattanapraphaijit & Junharn, 2022) ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบเป้าหมายชีวิตและคุณค่าของการเป็นมารดา ชุมชนมีบทบาทสำคัญ ในการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมเชิงพื้นที่ ทั้งในรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พี่เลี้ยงดูแลจิตใจ และการสร้างกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ ซึ่งช่วยบรรเทาภาวะความเครียดเรื้อรังจากปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และช่วยให้มารดามีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพ (Stone, 2015)

การสังเคราะห์กลไกของโมเดล 4M ร่วมกับบทบาทชุมชนชี้ให้เห็นว่า ทุกองค์ประกอบทำงานสอดประสานกันเป็นวงจรปิด (Closed-loop Mechanism) โดย Health Literacy และ Monitoring ที่มีชุมชนเป็นฐานทำหน้าที่เป็นกลไกต้นน้ำในการเปิดประตูเข้าสู่ระบบบริการ ส่วน Multisectoral Collaboration และ Motivation & Support ทำหน้าที่เป็นกลไกกลางน้ำและปลายน้ำในการประคองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) คือหัวใจสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาสังคมที่ยั่งยืน เป็นกระบวนการทางสังคมเชิงพลวัตที่สมาชิกในชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เพื่อแลกเปลี่ยน สร้างความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันในการจัดการปัญหาเชิงพื้นที่ การมีส่วนร่วมที่แท้จริงต้องตั้งอยู่บนรากฐานของความเท่าเทียมและการยอมรับในภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Community Empowerment) ให้แก่ประชาชน จนสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว (Bouneaw, 2007) เมื่อพิจารณาผ่านกรอบบันไดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (Ladder of Citizen Participation) ของ Arnstein (1969) จะพบว่า ระดับของการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 3 ระดับหลัก ได้แก่ 1) ระดับไร้การมีส่วนร่วม (Non-participation) 2) ระดับการมีส่วนร่วมเชิงสัญลักษณ์ (Tokenism) ซึ่งเน้นเพียงการแจ้งข่าวสารหรือรับฟังความคิดเห็นโดยที่อำนาจตัดสินใจยังคงอยู่ที่ภาครัฐ และ 3) ระดับอำนาจประชาชน (Citizen Power) ที่ชุมชนมีบทบาทเป็นหุ้นส่วนทางการพัฒนาหรือมีอำนาจตัดสินใจเบ็ดเสร็จ สอดคล้องกับการประยุกต์ใช้ในบริบทไทยของ Powwattana, Kalampakorn, Lagampan & Amnatsatsue (2011) ที่จำแนกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ การให้ข้อมูล (Inform) การรับฟังความคิดเห็น (Consult) การสร้างความเกี่ยวข้อง (Involve) การสร้างความร่วมมือ (Collaborate) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empower) ซึ่งระดับหลังสุดถือเป็นเป้าหมายสูงสุดที่ตอบสนองต่อหลักการขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ในเรื่องการเสริมอำนาจ (Empowerment) ความเป็นเจ้าของ (Ownership) และความยั่งยืน (Sustainability) ในมิติของกระบวนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถแบ่งออกเป็นวงจร 5 ด้านที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ (Ratchathawan, Kaewkrajok, Jongkatekit, Phromkaew, Sumdangsan & Thonglert, 2018) ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Participation in Planning) กระบวนการนี้เริ่มจากการเปิดพื้นที่ให้สมาชิกชุมชนและกลุ่มเป้าหมายได้ร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ การวางแผนโดยชุมชนจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตามบริบทวัฒนธรรม ช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของตั้งแต่เริ่มต้น และช่วยลดแรงต้านที่อาจเกิดขึ้น การร่วมวางแผนยังรวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการกำหนดทรัพยากรที่ต้องใช้ ซึ่งถือเป็นการใช้ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่มาบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Participation in Implementation) ระยะนี้คือการลงมือปฏิบัติร่วมกัน โดยสมาชิกชุมชนไม่ได้เป็นเพียงผู้รับบริการแต่เป็นผู้ให้บริการ และผู้ขับเคลื่อนกิจกรรม ชุมชนจะใช้เครือข่ายความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในการเข้าถึงกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ซึ่งมักหลบซ่อนตัวจากเจ้าหน้าที่รัฐ ความไว้วางใจที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในชุมชนด้วยกันเองคือกลไกกลางที่สำคัญในการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

3. การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Participation in Utilization) จากผลผลิตหรือบริการที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือ ช่วยให้สมาชิกชุมชนเห็นความสำคัญของการพัฒนาสวัสดิการในพื้นที่ การใช้ประโยชน์ร่วมกันยังช่วยสร้างบรรทัดฐานใหม่ในการดูแลกันเองภายในสังคม และกระตุ้นให้เกิดความพยายามในการพึ่งพาตนเองโดยลดการรอคอยงบประมาณจากภายนอก

4. การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Participation in Benefit Sharing) การกระจายผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง คือเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การมีส่วนร่วมเกิดความต่อเนื่อง ความรู้สึกว่าตนเองหรือกลุ่มของตนได้รับผลลัพธ์เชิงบวกจากการมีส่วนร่วมจะสร้างแรงจูงใจในการทำเพื่อส่วนรวมในระยะยาว ผลประโยชน์ที่ได้รับคือสุขภาวะที่ดีขึ้นของคนในครอบครัว หรือการได้รับการยอมรับในฐานะแกนนำชุมชน

5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation) เป็นกระบวนการให้ชุมชนร่วมตรวจสอบและสะท้อนความสำเร็จ รวมถึงข้อบกพร่องจากการทำงานร่วมกัน การประเมินผลโดยชุมชนจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้แบบกลุ่ม และนำไปสู่การปรับปรุงแผนงานให้สอดรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การประเมินผลยังช่วยสร้างความโปร่งใส และสร้างความเชื่อมั่นระหว่างประชาชนและหน่วยงานสนับสนุน

ในเชิงวิเคราะห์ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ได้ทำงานโดดเดี่ยว หากแต่ขับเคลื่อนผ่านกลไกตัวกลาง (Mediating Mechanisms) ที่มีความสำคัญต่อประชากรเปราะบางอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด กลไกตัวกลางประการแรกคือ การสร้างความไว้วางใจ (Trust Building) เมื่อกระบวนการมีส่วนร่วมยกระดับจากการแจ้งเพื่อทราบไปสู่การสร้างความร่วมมือและการเสริมอำนาจ ความไว้วางใจระหว่างสมาชิกในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหญิงตั้งครรภ์จะถูกพัฒนาขึ้น ความไว้วางใจนี้ทำหน้าที่เป็นกลไกเปิดประตู ที่ลดความหวาดกลัวต่อการถูกดำเนินคดีหรือการถูกยึดสิทธิการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ยินยอมเปิดเผยข้อมูลและเข้าสู่ระบบการฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น กลไกตัวกลางประการที่สองคือ การลดการตีตราทางสังคม (Stigma Reduction) ซึ่งอาศัยทฤษฎีทุนทางสังคม (Social Capital Theory) ตามแนวคิดของ Putnam (1993) กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับลึกจะช่วยปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคม จากการประณามและการตีตรา ไปสู่ความเข้าใจและการมองปัญหายาเสพติดผ่านมิติด้านสุขภาพ การทลายตราบาปในระดับพื้นที่ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มความคงอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพและการบำบัดรักษา และกลไกตัวกลางประการสุดท้ายคือ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งครอบคลุมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของจำเป็น การมีระบบพี่เลี้ยงหรือเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนช่วยลดภาวะความเครียดเรื้อรัง ทำหน้าที่เป็นปัจจัยคุ้มกันทางจิตสังคม ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งการลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การลดอัตราการเกิดภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด (NAS) และการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน

อย่างไรก็ตาม เมื่ออภิปรายเชิงวิพากษ์ถึงการนำทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ใช้ในบริบทจริง มักติดกับดักและเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้างอย่างรุนแรง ประการแรกคือ ความไม่สมดุลของอำนาจภายในชุมชน (Power Asymmetry) กระบวนการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่มักถูกครอบงำโดยกลุ่มผู้นำตามธรรมชาติ กลุ่มอิทธิพล หรือชนชั้นนำในท้องถิ่น ส่งผลให้เสียงของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ไร้อำนาจและไม่ถูกรับฟังหรือถูกมองข้าม การมีส่วนร่วมส่วนใหญ่จึงอยู่ในกับดักเชิงสัญลักษณ์ (Tokenism) ที่ภาครัฐหรือผู้นำชุมชนคิดแทนและกำหนดมาตรการจากบนลงล่าง ประการที่สองคือ ความเสี่ยงด้านความเป็นส่วนตัวและการละเมิดการรักษาความลับ (Confidentiality and Privacy Risks) ในบริบทสังคมชนบทหรือชุมชนขนาดเล็กที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด การดึงชุมชนเข้ามาร่วมเฝ้าระวังหรือติดตามดูแล มีความเสี่ยงสูงที่จะนำไปสู่การรั่วไหลของข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างรุนแรง และประการสุดท้ายคือ ผลกระทบย้อนกลับจากการตีตราโดยชุมชนเอง (Community-induced Re-stigmatization) หากชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจและยังคงมีอคติเชิงลบ การสร้างกิจกรรมการมีส่วนร่วมในพื้นที่อาจกลับกลายเป็นการชี้เป้าหรือสร้างตราบาปใหม่ให้แก่หญิง

ตั้งครรภ์และครอบครัว นำไปสู่การกีดกันทางสังคม และมีบบังคับให้หญิงตั้งครรภ์ต้องหลบซ่อนตัวออกห่างจากระบบบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เกิดประสิทธิผล จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานผ่านวงจร 5 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินกิจกรรม การใช้ประโยชน์ การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผล โดยต้องออกแบบกลไกการคุ้มครองสิทธิ การรักษาความลับ และการค้ำจุนทางจิตวิทยากำกับไว้ทุกขั้นตอน เพื่อให้การมีส่วนร่วมนั้นข้ามพ้นกับดักการเป็นเพียงเครื่องมือแบ่งเบาภาระงานของรัฐไปสู่การเป็นกลไกเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ที่ไร้การตัดสิน และสามารถส่งมอบผลลัพธ์ทางสุขภาพอันยั่งยืนแก่ทั้งมารดาและทารกอย่างแท้จริง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด

การประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ากับระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ถือเป็นการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ครั้งสำคัญสู่การสร้างระบบนิเวศแห่งการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐานอย่างแท้จริง การขับเคลื่อนนี้เป็นการใช้ทุนทางสังคมที่ประกอบด้วยความไว้วางใจ บรรทัดฐานการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเครือข่ายความสัมพันธ์ในพื้นที่มาเป็นกลไกกลางในการทลายกำแพงแห่งการตีตราทางสังคม ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทนี้จึงเป็นหุ้นส่วนเชิงยุทธศาสตร์ที่ทรงพลังในการออกแบบและบริหารจัดการระบบการดูแล โดยมีกลไกการขับเคลื่อนผ่านการมีส่วนร่วมใน 5 มิติเชื่อมโยงกับโมเดลการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการวางแผน (Participation in Planning) ขั้นตอนนี้เป็นการให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการกำหนดทิศทางและวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมาย เพื่อค้นหาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการที่แท้จริง โดยชุมชนมีบทบาทในการระบุปัญหาและประเมินความต้องการ กลไกสำคัญในระยะนี้คือการใช้ทุนทางสังคมในการระบุตัวตน และประเมินความเสี่ยงอย่างละเอียดอ่อน ชุมชนมีบทบาทในการร่วมออกแบบกิจกรรมหรือรูปแบบการบริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การกำหนดเวลาและสถานที่ให้บริการที่ยืดหยุ่นและเป็นส่วนตัว ซึ่งจะช่วยลดแรงต้านเชิงระบบและสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของตั้งแต่เริ่มต้น การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ตัดสินใจตั้งแต่การระบุปัญหา พัฒนาทางเลือกและแนวทางแก้ไข จัดเป็นการสร้างความร่วมมือ และสร้างเสริมพลังอำนาจ ซึ่งนับว่าเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับมาก (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan & Amnatsatsue, 2011)

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (Participation in Implementation) แกนกลางของระบบที่เปลี่ยนความรู้สู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยชุมชนสวมบทบาทเชิงรุกผ่านการคัดกรองและการค้นหาเชิงรุก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำชุมชนจะทำหน้าที่เป็นด่านหน้า ซึ่งใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลสร้างความไว้วางใจเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์กล้าเปิดเผยความจริงและเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้รวดเร็วขึ้นตามหลักการของ World Health Organization (2020) ที่เน้นย้ำเรื่องการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม ซึ่งสอดคล้องกับ Sukee (2024) ระบุให้ส่งเสริมระบบการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเชิงรุกเพิ่มแรงจูงใจให้อยู่ในระบบการบำบัด ปรับปรุงการเข้าถึงบริการ ลดการตีตรา และจัดการดูแลแบบเฉพาะบุคคล นอกจากนี้ชุมชนยังทำหน้าที่จัดระบบสนับสนุนทางสังคม เช่น เครือข่ายพี่เลี้ยงและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งทำหน้าที่เป็นพื้นที่ปลอดภัยที่ไร้การตัดสิน การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและชุมชน และการสนับสนุนด้านอาชีพเพื่อสร้างความมั่นคง กลไกนี้มีความสำคัญยิ่งในการสร้างแรงจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาจนสิ้นสุดกระบวนการ

3. การมีส่วนร่วมในการใช้ประโยชน์ (Participation in Utilization) มิตินี้มุ่งเน้นที่ผลสัมฤทธิ์ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงกับคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก ลดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ลดอัตราการ

เสียชีวิตของมารดาและทารก การมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง ทำให้ชุมชนมีวุฒิภาวะในการจัดการตนเองสูงขึ้น ได้เรียนรู้กระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การค้นหาปัญหา วางแผน ลงมือทำ และประเมินผล และพึ่งพาปัจจัยภายนอกน้อยลง โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชนจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Heidarifard & Khoshnamrad, 2025)

4. การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Participation in Benefit Sharing) ผลลัพธ์จากการดำเนินงานต้องได้รับการกระจายอย่างเสมอภาคเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ชุมชนจะได้รับผลประโยชน์ร่วมกันในรูปแบบของสุขภาวะที่ดีขึ้นของสมาชิกในชุมชน ความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคม การพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน และการลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด รวมถึงการลดปัญหาสังคมที่เกิดจากยาเสพติดในอนาคต ความสำเร็จเชิงประจักษ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์จะสร้างความภาคภูมิใจและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมทำให้ชุมชนมีวุฒิภาวะในการจัดการปัญหาซับซ้อนอื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Stone (2015) ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากชุมชนช่วยลดผลกระทบเชิงลบจากการตีตราและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ตัวบุคคล ซึ่งส่งผลดีต่อสภาวะจิตใจของมารดาหลังคลอด และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพในสังคม

5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Participation in Evaluation) เพื่อให้การดำเนินงานเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ชุมชนจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามและสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลป้อนกลับจากประสบการณ์จริงในพื้นที่จะเป็นหัวใจสำคัญในการปรับปรุงนโยบายให้ทันต่อสถานการณ์ และตอบสนองต่อความต้องการได้ดียิ่งขึ้น เป็นวงจรของการเรียนรู้และพัฒนาที่ไม่สิ้นสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chusri (2024) พบว่า การแก้ไขปัญหายาเสพติดเกิดจากการระเบิดจากข้างในชุมชน การหนุนเสริมจากหน่วยภายนอกชุมชน และการประสานความร่วมมือจากทั้งภายในและภายนอกชุมชน ชุมชนมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการได้รับการแก้ไข และปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

บทสรุป

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดมีเป้าหมายสูงสุดในการปกป้องสุขภาวะของมารดาและทารกในครรภ์ ทว่าความสำเร็จของภารกิจนี้จำเป็นต้องก้าวข้ามขีดจำกัดของการรักษาในสถานพยาบาลแบบดั้งเดิม ไปสู่การเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์จากการดูแลที่มุ่งเน้นสถานพยาบาลเป็นศูนย์กลาง (Hospital-based) ไปสู่ระบบการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based) อย่างแท้จริง โดยยึดหลักการลดตราบาป หรือการตีตรา (Stigma Reduction) เป็นรากฐานสำคัญที่สุด ผ่านการสร้างสภาวะที่ชุมชนยินดียอมรับและโอบกอดผู้ป่วยด้วยความเข้าใจอันเป็นมิตร

คุณค่าเชิงวิชาการของบทความนี้ถูกยกระดับสู่บทวิเคราะห์ที่มีน้ำหนักทางสังคมวิทยาขั้นสูง ด้วยการขับเคลื่อนระบบผ่านทุนทางสังคม (Social Capital) ในระดับพื้นที่ ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกขับเคลื่อนหลักใน 3 มิติสำคัญ ได้แก่ 1) ความไว้วางใจ (Trust) ที่สร้างพื้นที่ปลอดภัย เป็นมิตร และยอมรับ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ก้าวข้ามความกลัวการถูกลงโทษ และยินดีเปิดเผยปัญหาเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง 2) บรรทัดฐานทางสังคม (Norms) ที่ถูกปรับเปลี่ยนจากอคติและการประณาม ตลอดจนการตีตราไปสู่บรรทัดฐานใหม่แห่งการเห็นอกเห็นใจ ความเกื้อกูล และการมองปัญหายาเสพติดผ่านมุมมองด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน และ 3) เครือข่ายความร่วมมือ (Networks) ทางสังคมที่เชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกชุมชนอย่างแข็งแกร่ง เพื่อทำหน้าที่เป็นเกราะคุ้มกันเชิงสังคมและสวัสดิการค้ำจุนชีวิต

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกิดขึ้นจากทุนทางสังคมดังกล่าว ได้ปรับเปลี่ยนสถานะของชุมชนจากผู้รับบริการเชิงรับ ไปสู่การเป็นหุ้นส่วนเชิงยุทธศาสตร์ที่มีพลังในการร่วมคิด ร่วมวางแผน

ค้นหา คัดกรอง ดูแลบำบัด และประเมินผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ผ่านการขับเคลื่อนกลไกโมเดล 4M ทั้งในด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Maternal Health Literacy) การเฝ้าระวัง (Monitoring) การประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (Multisectoral Collaboration) และการสร้างแรงจูงใจพร้อมการสนับสนุน (Motivation and Support) โดยชุมชนร่วมกันส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ จัดระบบเฝ้าระวังและคัดกรองสารเสพติด ซึ่งถือเป็นขั้นตอนแรกที่จะนำไปสู่การช่วยเหลือ ฟื้นฟู และดูแลอย่างเหมาะสม ควบคู่กับการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุน เพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง การประสานความร่วมมือในการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีศักยภาพในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง ระบบการดูแลที่เกิดขึ้นจะมีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตในชุมชน ท้ายที่สุด เมื่อชุมชนได้รับการเสริมอำนาจจนมีความเข้มแข็งและสามารถสร้างระบบการดูแลที่รับฟังและโอบกอดผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ระบบนี้ไม่เพียงแต่จะช่วยลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดและยกระดับคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกได้อย่างยั่งยืนเท่านั้น แต่ยังเป็นการก้าวข้ามการมีส่วนร่วมเชิงสัญลักษณ์ ไปสู่การสร้างนวัตกรรมสาธารณสุขเชิงรุกที่หยั่งรากลึกในทุนทางสังคมและบริบททางวัฒนธรรม ซึ่งถือเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างการพัฒนาสุขภาวะทางสังคมจากฐานรากอย่างเป็นรูปธรรมและมั่นคง



ภาพที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด

ความท้าทายในการดำเนินงาน (Challenges)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนจะมีศักยภาพสูง แต่การนำไปปฏิบัติจริงต้องเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนและละเอียดอ่อน ดังนี้

1. ตราบาปที่ฝังลึกและความลับของผู้ป่วย (Deep-rooted Stigma and Confidentiality) สิ่งที่ท้าทายที่สุดคือการรักษาความลับในชุมชนขนาดเล็กที่ผู้คนรู้จักกันอย่างทั่วถึง การรั่วไหลของข้อมูลอาจนำไปสู่การตีตราซ้ำเติม และทำให้ผู้ป่วยหลบซ่อนตัวมากขึ้น ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการฝากครรภ์และรับการบำบัดรักษา การออกแบบกระบวนการมีส่วนร่วมจึงต้องสร้างแนวทางการรักษาความลับที่เข้มงวด ควบคู่กับการปรับทัศนคติของคนในชุมชนให้มองว่าการใช้สารเสพติดคือปัญหาสุขภาพที่ต้องการความช่วยเหลือ

2. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและศักยภาพ (Resource and Capacity Constraints) การขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดทางทักษะของอาสาสมัครในการจัดการกับผู้รับบริการที่มีความซับซ้อนสูง และการจัดการกับสถานการณ์วิกฤต รวมถึงความรู้เท่าทันเกี่ยวกับผลกระทบของสารเสพติดสมัยใหม่ ส่งผลให้การดูแลในระดับชุมชนอาจขาดความเชื่อมั่นและประสิทธิภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

เพื่อเอาชนะความท้าทายและผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. ด้านการเสริมสร้างศักยภาพและการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากรด่านหน้า

1.1 การพัฒนาหลักสูตร อสม. และแกนนำชุมชน ควรจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางที่เน้นทักษะการสื่อสารเชิงบวกเพื่อลดการตีตรา และการบริหารจัดการความลับของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

1.2 การสนับสนุนค่าตอบแทนและสวัสดิการพิเศษ ควรเสนอนโยบายกำหนดให้มีค่าตอบแทนหรือสวัสดิการพิเศษเพิ่มเติมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต้องรับภาระดูแลเคสที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ แรงจูงใจ และความยั่งยืนของระบบการดูแลในระยะยาว

2. ด้านการบูรณาการระบบบริการและกลไกเชิงโครงสร้าง ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม (Standard Operating Procedure: SOP) เพื่อให้เกิดการรับ-ส่งข้อมูลที่รัดกุมและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด และควรมีนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดพื้นที่กิจกรรมที่สร้างความเข้าใจระหว่างคนในชุมชนกับผู้ที่ประสบปัญหาการใช้สารเสพติด เพื่อทำลายกำแพงแห่งการตีตราและเสริมสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน อันเป็นหัวใจสำคัญของการพึ่งพาตนเองของชุมชนในที่สุด

References

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners, 35*(4): 216–224.

Bouneaw, J. (2007). *The Participation in Research for Locally*. Chiang Mai: Chiang Mai University. (In Thai)

Chusri, K. (2024). Model of prevention, solving and treatment of drug addict by communities and network partners participation in Ban Thung Mae Bua, Khlong Hoi Khong District, Songkhla Province. In *The 15th Hatyai National and International Conference* (pp. 539-552). Songkhla, Thailand: Hatyai University. (in Thai)

Heidarifard, S., & Khoshnamrad, M. (2025). Assessing supportive needs in pregnant women with substance use, a qualitative study. *AJOG Global Reports, 5*(3): 1-6.

Laslett, A. M., Rankin, G., Waleewong, O., Callinan, S., Hoang, H. T. M., Florenzano, R., Hettige, S., Obot, I., Siengsounthone, L., Ibanga, A., Hope, A., Landberg, J., Vu, H. T. M., Thamarangsi, T., Rekve, D., & Room, R. (2017). A Multi-Country Study of Harms to Children Because of Others' *Drinking. J Stud Alcohol Drugs, 78*(2): 195-202.

National Institute of Drug Abuse Treatment and Rehabilitation (NIDA). (2024). *Treatment by enhancing the motivation of drug and substance users*. Pathum Thani: Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (in Thai)

Northern Substance Abuse Academic Center, Social Research Institute. (2022). *Report on the situation of drug problems 2022*. Chiang Mai: Chiang Mai University. (in Thai)

Office of the Narcotics Control Board (ONCB). (2022). *Thailand narcotics control annual report 2022*. Bangkok: Ministry of Justice. (in Thai)

Office of the Secretary of National Addiction treatment & Rehabilitation Committee. (2023). *Report on the drug addiction treatment situation in pregnant women*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

Powwattana, A., Kalampakorn, S., Lagampan, S., & Amnatsatsue, K. (2011). *Health promotion and disease prevention in community: an application of concepts and theories to practice* (2nd ed.). Khon Kaen: Khlangnanavittaya Printing. (in Thai)

Puncheuy, S. (2023). Effects of Maternal Methamphetamine Use on the Child. *Krabi Medical Journal, 6*(2): 115-118. (in Thai)

Putnam, R. D. (1993). The prosperous community: Social capital and public life. *The American Prospect, 4*(13): 35–42.

Ratchathawan, R., Kaewkrajok, T., Jongkatekit, W., Phromkaew, P., Sumdangsan, D., & Thonglert, D. (2018). The community participation process in well-being development. *Journal of Southern Technology, 11*(1), 225–232. (in Thai)

Ritsri, N., Wattanapraphaijit, S., & Junharn, S. (2022). The community-based treatment and care model for drug rehabilitation: A case study in a village, Mueang District, Mahasarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal*, *19*(2): 164–173. (in Thai)

Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: Fear, stigma, and barriers to care. *Health & Social Work, 40*(1): 15-21.

Sukee, S. (2024). The development of care model for pregnant women used methamphetamine during pregnancy in public hospitals in Phetchabun Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office, 6*(4): 1-16. (in Thai)

Tongmuangtunyatep, K., Dekyong, E., Yodwong, A., Thongsukdee, T., & Sanongkhun, P. (2019). Factors Predicting Preeclampsia among Pregnant Women in Sawanpracharak Hospital. *Songklanagarind Journal of Nursing, 42*(1): 11-22. (in Thai)

United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World drug report 2024*. Vienna: Author.

Waiketkarn, A. (2021). Maternal and fetal outcomes in pregnant women who use methamphetamine during pregnancy. *Mahasarakham Hospital Journal, 18*(2): 105–111. (in Thai)

Wright, T. E., Schuetter, R., Tellei, J., & Sauvage, L. (2015). Methamphetamines and pregnancy outcomes. *Journal of Addiction Medicine, 9*(2): 111–117.

World Health Organization. (2020). *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use in Pregnancy*. Geneva: WHO Press.