



วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ JOURNAL OF SOCIAL WORK

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
FACULTY OF SOCIAL ADMINISTRATION THAMMASAT UNIVERSITY

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) 2565 VOL.30 NO.1 JANUARY-JUNE 2022

ISSN 0857-3166



วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2565

ISSN 0857-3166

วัตถุประสงค์

วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ เป็นวารสารทางวิชาการของคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม ตลอดจนวิทยาการทางด้านการบริหารสังคม การพัฒนาชุมชน การศึกษา และการบริหารงานยุติธรรม ซึ่งเป็นการส่งเสริมองค์ความรู้ในแนวสหศาสตร์ นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดพื้นที่ให้กับคณาจารย์ นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานทางด้านสังคมสงเคราะห์และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักศึกษาในการนำเสนอผลงานทางวิชาการ อันจะนำไปสู่ความก้าวหน้าในศาสตร์สังคมสงเคราะห์ และสวัสดิการสังคมต่อไป

กำหนดการออกวารสาร

ปีละ 2 เล่ม เดือนมกราคม-มิถุนายน และ เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม

ที่ปรึกษาวารสาร

ศาสตราจารย์ระพีพรรณ คำหอม
ศาสตราจารย์ยุพา วงศ์ไชย
ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร
ศาสตราจารย์ ดร.โกวิทย์ พวงงาม
ศาสตราจารย์ ดร.นฤมล นิราทร
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา สังขวรรณ
รองศาสตราจารย์อภิญญา เวชยชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญมณี บุณกานนท์

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภูซังค์ เสนานุช	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
---------------------------------------	---

ผู้ช่วยบรรณาธิการ (Editorial Assistant)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาตี ลิ้มสกุล	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญญา รุจิเสถียรทรัพย์	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์	นักวิชาการอิสระ
ศาสตราจารย์วุฒิสาร ตันไชย	สถาบันพระปกเกล้า
รองศาสตราจารย์สุรางค์รัตน์ วศิณารมณ	นักวิชาการอิสระ
รองศาสตราจารย์เล็ก สมบัติ	นักวิชาการอิสระ
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ภัทรานุกรม	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรพรรณ นฤภัทร	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ อมรสิริพงศ์	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

International Editorial Board (กองบรรณาธิการต่างประเทศ)

Professor Dr. Tatsuru Akimoto	Asian Research Institute for International Social Work. [ARIISW], Shukutoku University, Japan
Professor Dr. Machiko Ohara	Faculty of Social Work, Japan College of Social Work, Japan
Professor Dr. Adi Fahrudin	Faculty of Social and Political Sciences, University of Muhammadiyah, Indonesia
Professor Dr. Ismail Baba	President of the Malaysian Association of Social Workers [MASW], Malaysia
Professor Dr. Tan Ngoh Tiong	Singapore University of Social Sciences, Singapore
Professor Dr. Zulkarnain A. Hatta	Faculty of Social Science, Arts & Humanities, Lincoln University College, Malaysia
Professor Dr. David Engstrom	Department of Social Work, San Diego State University, United States
Associate Professor Dr. Ruth Phillips	School of Social Work and Policy Studies, The University of Sydney, Australia
Dr. Justin Rogers	Department of Social and Policy Sciences, University of Bath, United Kingdom

ฝ่ายจัดการและประสานงาน

อาจารย์ ดร.สรสิข สว่างศิลป์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณี ลิ้มมณี

Ajarn Alex Michael Lipton

Ajarn Gwyn Peredur Evans

นางสาวสุวรรี ปิ่นเจริญ

นางสาวสุธิมา วุฒิการ

นางสาวพิมพ์ผกา งอกกลาง

ว่าที่ร้อยตรีอิทธิวัตร เงามศรี

บทบรรณาธิการ

วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ฉบับนี้ เป็นการนำเสนอบทความที่เป็นองค์ความรู้จากข้อค้นพบในการวิจัย จำนวน 6 เรื่อง ดังนี้ The situation of the elderly with dementia in Thailand: Problems and Community-Based Care, ข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญ ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและแนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์ลำปาง การสอนออนไลน์กับการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ การหายไปของคน-ผีจากการเรียนสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ได้ร่ำเงาชีวิตการแพทย์ และความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็ก รวมทั้งบทวิจารณ์หนังสือ (Book Review) Beyond Successful and Active Ageing : A Theory of Model Ageing

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์และมีคุณค่าทางวิชาการต่อผู้สนใจศึกษาค้นคว้า ในนามของกองบรรณาธิการวารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ขอขอบคุณ เจ้าของบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อความสำเร็จของบทความ หากผู้อ่านท่านใดมีข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงวารสาร ทางกองบรรณาธิการยินดีรับฟังความคิดเห็นและพร้อมนำไปพิจารณาเพื่อพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภูษงค์ เสนานุช

บรรณาธิการ

p.senanuch@gmail.com

ความคิดเห็นในบทความและงานเขียนซึ่งตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ เป็นความคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนแต่ละท่านโดยอิสระ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป หากท่านใดประสงค์จะนำบทความหรืองานเขียนในวารสารเล่มนี้ไปตีพิมพ์เผยแพร่ จะต้องได้รับอนุญาตจากผู้เขียนตามกฎหมายว่าด้วยลิขสิทธิ์

วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์เป็นวารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพโดย TCI จัดอยู่ในกลุ่มที่ 1

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200 โทร. 0-2696-5512 โทรสาร 0-2696-5513

□ บทบรรณาธิการ

The Development of Caregivers' Community Engagement-based
Guidelines for Elderly People with Dementia 1

Hatairat Warin

Thipaporn Portawin

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อ
ผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญ 50

นิรันดร์ ไชยชมภู

ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม

ความรู้ทางสุขภาพจิตและแนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต
ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง 91

ปรินดา ตาสี

การเรียนออนไลน์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษา
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 127

สุชมา อรุณจิต

การหายไปของคน-ผีจากการเรียนสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
ใต้ร่มเงาชีวิต-การแพทย์ในบริบทสังคมไทย 154

ชัยพร อุโฆษจันทร์

เด็กและความรุนแรงในครอบครัว 178

นฤฤทธิ์ ดวงสุวรรณ

หริรักษ์ แก้วกับทอง

วัลภา ฐาน์กาญจน์

นัสนรินทร์ แซ่สะ

ฮานิดะห์ เจ๊ะแต

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

☐ บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review)	217
“Beyond Successful and Active Ageing: A Theory of Model Ageing”	
ณัฐพัชร์ สโรบล	
☐ การเสนอบทความ	230
- หลักเกณฑ์การเสนอบทความเพื่อตีพิมพ์	
- ขั้นตอนการส่งบทความ	
- แบบฟอร์มเสนอบทความ	
- วิธีเขียนบทความ	
☐ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความภายในสถาบัน	240
☐ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความภายนอกสถาบัน	240

The Development of Caregivers' Community Engagement-based Guidelines for Elderly People with Dementia

Received 18 March, 2022

Hatairat Warin ¹

Revised 14 May, 2022

Thipaporn Portawin ²

Accepted 17 May, 2022

Abstract

This article stems from the research on the elderly with dementia in Thailand, and discusses 3 key issues: (1) Lack of knowledge on elderly people with dementia is the main factor for providing effective care for them. It was found that 76.6% of the caregivers had no knowledge of dementia. 51.1% of the elderly were able to help themselves in daily life. and the care process has 3 aspects, physical care, social and environmental, and psychological care. 2) According to the study with participatory methods through the AIC process, there were 4 groups of caregivers: family members, mostly children, hired caregivers, the medical care team, and community comprising of a group of public health volunteers and nurses (3) Development of caregiver's community engagement-based guidelines for elderly people with dementia needs collaboration from all relevant partners such as government, private and civil society sectors. Home visit for both emergency and non-emergency cases is a method to take care of patients.

¹ Ph.D. candidate in Social Welfare Administration, Faculty of Social Work and Social Welfare, Huachiew Chalermprakiet University, Samutprakarn, Thailand E-mail: yingja_tai@hotmail.com

² Thesis Advisor, Faculty of Social Work and Social Welfare, Huachiew Chalermprakiet University, Samutprakarn, Thailand E-mail: thipaporn.por9@gmail.com

It is necessary to prepare for the home visit. During the home visit, the physical, mental, and environmental assessment of the family must be assessed to diagnose disease in order to provide appropriate assistance. After the home visit, records must be made on a home visit record form. There are two types of care dimensions: structured and non-structured care. There are three modes of care: care from family members, community care and supervision from medical units. Therefore, cooperation among many parties, namely the families of the sick elderly, the community, both public and private agencies, and hospitals is necessary for appropriate and effective dementia care system for the elderly in Thailand.

Keywords: Elderly with Dementia, Community engagement in care, Dementia

Introduction

The National Statistical Office reported that Thai society has entered an aging society since 2010, with 13.19% of the population aged 60 years and over of the whole country's population, in 2020, the number of elderly people will increase to 19.12%. It is expected that in 2030 it will increase to 26.57%, especially among the middle and late elderly (70 years and over), where it will increase greatly. Causing the problem of social dependency (Office of the National Economic and Social Development Board, 2008:18), which is a result of the country's

development. Scientific progress Technology and medicine make people live longer.

Table 1

Ratio of Elderly to Population Classified by Age Group

Age Group	2010	2020	2030	2040
60 – 64	4.10	6.13	7.45	7.08
65 – 69	3.16	4.86	6.55	6.94
70 – 79	4.25	5.57	8.91	11.96
>80	1.68	2.56	3.66	6.14
Total	13.19	19.12	26.57	32.12
Elderly dependency rate	19.7	29.8	45.3	58.3

Note: Elderly dependency rate (Number of elderly people /Number of workers * 100)

Source: Office of the National Economic and Social Development Board. 2008.

According to epidemiological data from the American Dementia Association, dementia is the number one problem among the elderly. It is estimated that there will be higher costs depending on the stage of the illness. It affects the quality of life of the elderly and their caregivers. In a population in which the prevalence and incidence increase with age, 4% of the population under 65 years of age suffers from dementia between 65 and 74 years, 6% between 75 and 84 years, 44% and older than 85, 46 % of dementia is the fifth leading cause of death among seniors over 65 years (Alzheimer's Association, 2012:14. Sick of dementia? Up to 200 billion USD. The World Health Organization estimates that every 20 years the

number of cases will double and that by 2040 there will be more than 81.1 million people with dementia (World Health Organization 2012).

A survey of health problem of the Thai elderly in the year 2008, found that chronic diseases that make the elderly more hospitalization is required for brain and psychiatric disorders, especially dementia. In Thailand, it was found that the elderly with dementia tended to increase in number as the elderly population grew. 2000, there are 25 million people with dementia worldwide and this will increase to 63 and 114 million by 2027 and 2050 respectively, Ratchanee Namchantra (2010) a study between Ritchie K. Lancet and Thailand compared the prevalence of dementia among the elderly as shown in table 2

Table 2

A comparison of the prevalence of dementia among the elderly between the studies Ritchie K. Lancet and Thai education

Ritchie K		Thai education	
60 years	Found prevalence = 1%	60 – 69 years	Found prevalence = 1%
65 years	Found prevalence = 2%	70 – 79 years	Found prevalence = 3%
70 years	Found prevalence = 4%	80 – 89 years	Found prevalence = 10%
75 years	Found prevalence = 8%	>90 years	Found prevalence = 30%
80 years	Found prevalence = 16%		

Note: Ministry of Public Health, Department of Mental Health (2018).

Thailand, it was found that the elderly with dementia tended to increase in number as the elderly population grew. An investigation into the epidemiology of mental health and psychiatric problems in

Chiang Mai, Nan, NakhonSawan, and NakhonRatchasima provinces, as well as SuratThani. There are 2,195 elderly people with dementia, but only 37 people have access to services, which shows that access to treatment services for the elderly with dementia is very low.

Table 3

Number of inpatients with a morbidity rate per 100,000 population, only diagnosed with dementia. Classified by gender (counting unit: cases)

2012			2013			2014		
Number (cases)	Male (cases)	female (cases)	Number (cases)	Male (cases)	female (cases)	Number (cases)	Male (cases)	female (cases)
1,234 (1.92%)	565 (1.79%)	669 (2.05%)	1,245 (1.93%)	586 (1.84%)	659 (2.01%)	8,342 (12.84%)	3,579 (11.21%)	4,763 (14.42%)

Note: Individual patient database Universal health insurance and medical benefits for civil servants and their families

Sources: The Central Office of Health Service information and the office of National Health Security (NHSO), Ministry of Public Health 2014

It was found that the number of elderly people with dementia who were admitted to the hospital was increasing every year, more females with dementia than males. This will cause the need for more medical care and the need for help from the people around to increase as the importance of the problem increases. Finally, there will be a crisis in the future. Alzheimer's disease is a major problem in the elderly population. It has a huge impact on the quality of life for both the

elderly and their family members. Elderly people with dementia therefore become dependent on others regarding daily routine care medical treatment and social life.

Dementia affect the quality of life of the elderly and their caregivers greatly. It has different symptoms at different stages of the disease, Department of Mental Health (2009). In the early stages of dementia, the elderly will look normal as normal people, elderly people can also help themselves, short term memory loss, frequently asked questions, forgetfulness and socially isolated. This stage elderly dementia can able to take care themselves and try to see a doctor with a bad memory. Mid – term stage of dementia the elderly people begin to change their personality, there have behavioral problems and mental health problems for example, hallucinations, delusions, mood swings, anger over a small matter. When angry, they may speak very rudely unexpected or may have a reaction to bodily harm another person, need more help from others and late stage of dementia, the elderly will have a loss of perception of time, place and people, get lose, unable to take care and to tell need. This stage the elderly rely on all caregivers to provide 24 hours.

Therefore, the treatment of elderly patients with dementia must act quickly and in time for palliative symptomatic treatment. It is important that relatives can help the elderly to be happy. No chaos or dangerous accidents. Caring for the elderly with dementia requires

many factors. To provide appropriate care, such as health-care services, family and community care. For caring for the elderly with dementia must cover various aspects , Weerasak Muangphaisan (2013) , as follows : (1) Holistic health care ,it must cover both physical, mental and environmental health care because the elderly often have many congenital diseases.(2) Cognitive care (3) Taking care of behavioral and emotional problems (4) Taking care of self-care in daily routine (5) Rehabilitation medicine care (6) Taking care of safety and environment (7) Care at the end of life (8) Assessment and care for caregivers of elderly with dementia (9) Taking care of legal issues. In caring for the elderly with dementia in Thailand, there are several agencies that provide services both directly and indirectly, namely the Department of Mental Health and the Department of Health, which are affiliated with the Ministry of Public Health. Under the Ministry of Social Development and Human Security, there is a Department of Older Persons. The Dementia Association of Thailand and the Dementia Caregiver Association of Thailand

In order for the elderly with dementia to have a better quality of life, holistic care is required: physically, mentally and socially by receiving care from family members, relatives, neighbors, community while receiving social services in various fields. Community involvement it's the relationship between person- person, individuals – group, build relationships in learning together accept each other and have activities together. It's a society of good friends who help each other. Although

Thailand has many agencies, both the government and the private sector, have provided care services for the elderly with dementia. However, the majority of services it is also a defensive, service is to provide services within the agency itself only. There is no proactive service yet. It is still a modular system of care. As a result, elderly patients with dementia can enter the treatment system more slowly, which the dementia illness specialized treatment is required in order to receive proper care.

Study objectives

This study has three objectives: (1) Factors of caregivers 'scare related to elderly people with dementia, (2) to study the participation in caring people with dementia of caregivers using the AIC process and (3) develop caregivers 's guidelines for elderly people with dementia through community involvement.

Study Purpose

The scope of the study area was caregivers. Considered from the division by administrative region of Thailand by selecting the provinces with the highest number of elderly people with dementia and have caregivers. Including the selection of physical hospitals under the Department of Medicine and mental hospitals under the

Department of Mental Health located in the selected provinces, the study area according to table 4

Table 4

Study Areas

Region	Province	Selected hospitals	
		Physical hospital	Mental hospital
North Region	Chiang Mai	Chiang Mai Neurological Hospital	Suanprung Hospital
Central Region	Bangkok	Phranangklaow Hospital	Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry
Northeast Region	Nakhon Ratchasima	Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital	Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital
South Region	Nakhon Srithammarat	Maharaj Nakhon Srithammarat Hospital	Suan Saranrom Hospital

Population scope the population in this study was a caregiver of an elderly person with dementia, who may be a family member. The network in the community includes neighbors, village health

volunteers, community leaders, and local government organizations including experts or qualified members of the care system elderly people with dementia.

Terms used in the study are defined.

Dementia refers to a group of symptoms caused by deteriorating brain function, causing the brain to have memory loss and affect behavior and mood changes until they affect daily life, such as forgetfulness, being unable to remember the date, time, place or people around you, and the need to see a doctor for further appropriate treatment.

The elderly with dementia is defined as elderly people aged 60 years and over who have been diagnosed with dementia according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (IV: DSM-IV) by a physician. A person who suffers from memory loss, cognitive impairment, language impairment, inability to remember or recognize things, and executive function abnormalities by causing social or work disabilities.

A caregiver refers to a person who is responsible for caring for an elderly person with dementia in daily activities such as bathing and cleaning the body. Take care of personal hygiene and help get dressed. Feeding or feeding through a tube helps with excretion. Arrange for the elderly to take medicine, etc., by giving them time to take care of them

regularly and always more than other sit could be a family member, relative, or close person.

The role of the caregiver refers to the person whose duty it is to assist the elderly with dementia by taking care of their daily activities until receiving social services, such as taking a shower, taking a bathroom prepare food for the elderly with dementia, taking them to see a doctor's participation in community activities.

Dementia-related illness situations refer to the epidemiology of dementia. The prevalence of dementia illnesses in Thai society makes access to medical services difficult network to care for the elderly with dementia.

Holistic care for the elderly with dementia means taking care of the elderly with dementia in the community. There are five components: the ability of the elderly with dementia to perform daily activities; The process of caring for the elderly with dementia Effects of caring for the elderly with dementia Problems and needs of caregivers of the elderly with dementia and the support of the network in caring for the elderly with dementia.

The effect of caring for the elderly with dementia refers to the effect resulting from caring for the elderly with dementia. Problems in care, as well as the needs of caregivers

The care model for the elderly with dementia is divided into 3 forms of caring for the elderly with dementia: family care, isolated care and care in the community

Family care refers to empowering families to participate in dealing with problems that arise to achieve well-being, safety, and stability and feel good both emotionally and mentally.

Institutional care refers to in-service care with personnel and/or multidisciplinary teams taking care of it is a service arrangement to facilitate caregivers and the elderly who are sick with dementia. There are both public and private agencies. The purpose of critical institutional care services is to provide housing for these individuals. It provides both shelter and reliance. Facilitation in various fields and basic services in 4 areas, with services as follows: Home care for the elderly, Caring in a nursing home or a care facility for the elderly. The community-based care model, and the care model in special situations mean caring for the elderly in the last stages of life.

Community care refers to the concept of using community-based organizing to organize participation in the community by working with the community. Usually, it starts with a group of community leaders. There will be a group of clubs, such as the elderly club. There are activities during the day such as recreational and enhancing knowledge in the community together.

Literature review

Dementia is a symptom of a disease that has various causes, which have both groups that can find the cause and can't find the cause. The

American Psychiatric Association (2000), Nampol Kingkan (2010), and Ratchanee Namchantra (2010), said that dementia is a group of diseases that have various causes of pathology that affect work. For brain abnormalities with loss of brain function, one must be sick for at least 6 months with memory impairments. It manifests in memory impairment and perceptual disorders, language use, inability to remember or recognize things, and executive function abnormalities by causing social or work disabilities and showing a marked decline in ability where the deterioration will proceed slowly and gradually. Dementia can be divided into two types: static and dynamic. (1) Primary dementia is caused by the deterioration of brain tissue. (Degenerative Change) is reduced. Alzheimer's disease is a common dementia condition. It is an incurable disease. It is seen in people over 65 years of age. The earliest symptom is memory loss and aggressive mood swings due to loss of language proficiency long-term memory loss and ignoring things because the patient loses his senses and later, they will lose various functions of the body and eventually die. (2) Secondary dementia is caused by a lack of vitamins in the brain blood vessels. Some may be caused by a brain tumor or from being infected with AIDS and affecting brain ailments. However, Thailand still lacks exact figures on the prevalence and incidence of dementia due to several limitations in conducting such surveys, whether it is a research method that requires a large population, a long study period, or unsystematic reporting of patient data in hospitals.

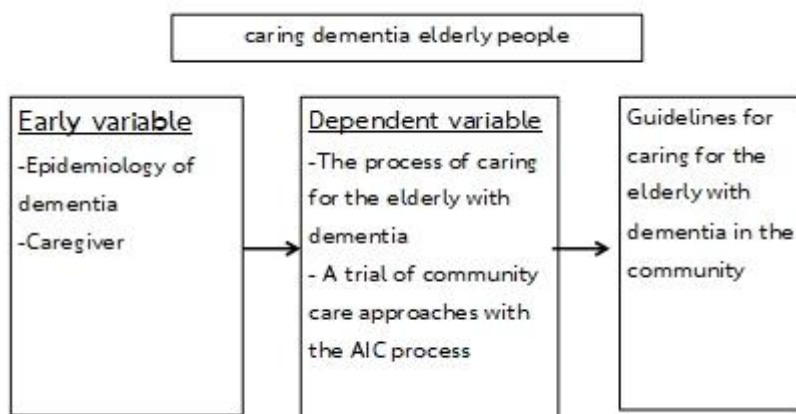
In a study by Zarit et al. (1998), Sasipat Yodpetch (2004), Nampol Khingkan (2010), and Kannika Rakyngcharoen (2013), it was found that the elderly with dementia had appropriate care and assistance are required. Those who will serve caregivers may be spouses, relatives, neighbors, community groups or organizations. Sirinthorn Chansirikanjan (2009) Kobhathai Sitthiranarit (2011) said about that the care of dementia patients must cover all three problems: intellectual, behavioral, and psychosis This problem affects more than 90% of people with dementia at some point in their lives, and it is severe enough that it requires treatment. Pawut Mekwichai Surin Saetang (2013) Sarutaya Hawong, Weena Thiengtham and Suthum Nanthamongkolchai (2017) said about that the effects of caring for dementia patients in Thailand need help with daily activities? Most caregivers of dementia patients are female. The supervisor's time had the greatest impact on related factors include caring for patients who are unable to perform daily activities on their own. Caring for a patient with low intelligence, monogamy and low education.

Caring for the elderly with dementia is the caregiver will be the one who is burdened, because they need to be taken care of 24 hours a day and must understand the symptoms, characteristics of the elderly with dementia in each stage have to learn different ways to help elderly people with dementia, such as making smoothies or liquid food baths for the elderly. Sasipat Yodphet (2004) also divided the mode of care elderly into 4 forms: Home care, Institution Care, Community care and

special care. Liwan Unnaphirak (2004), a study of the impact on relatives caring for the elderly with dementia: a case study of results. It was found that caregivers had problems and were affected in all aspects. The factors that added to the stress on caregivers were elderly caregivers and health problems not sharing the burden. Negative factors included the need to care, lack of personal time, positive contributions were willingness to care for love, relationships adequate income, assistance from others in the family, problems and effects on caregivers the elderly therefore have congenital diseases and health problems, while mental and social problems are a result of fatigue and stress.

The community care model uses the concept of using the community as a basis for organizing participation in the community. By working with the community, usually, it starts with a group of community leaders. There will be a group of clubs, such as the elderly club. There are activities during the day. It will be recreational and enhance knowledge in the community. There were visits to each house. Kahn, R.L. (1979) cited in Pornphimon Petchburi (2016) divided social support into three categories (1) emotional and cognitive attachment, which expresses a person's positive emotions. (2) Confirming and certifying each other's behavior is an expression of approval and accepting the actions and thoughts of the person as being appropriate. (3) Assisting (aid) is the interaction between people by giving things or helping directly.

Conceptual framework



Research Methodology

This research is mixed- method research, consisting of quantitative research and qualitative research.

Objectives: (1) Factors of caregivers' care related to elderly people with dementia: quantitative

Quantitative research employed the questionnaire as a tool to collect data on five issues: (1) knowledge about dementia (2) the ability to perform daily activities of the elderly with dementia, (3) the process of caring for the elderly with dementia, and (3) the effects of caring for the elderly

Objectives (2) to study the participation in caring people with dementia of caregivers using the AIC process and (3) develop caregivers'

guidelines for elderly people with dementia through community involvement: qualitative

The population used in this study was caregivers who care for elderly people with dementia nationwide. The researcher considered the database of elderly people with dementia who received treatment at the hospital the most during 2012– 2014 (Bureau of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2014). There were 2,868 people with deterioration throughout the country, divided by region, namely the northern region of 661 people, the central region of 971 people, the southern region of 300 people, and the northeastern region of 936 people.

Table 5

Elderly with dementia at national and regional levels

Level	Number	Province	Number
National Level	2,868		
Reginal Level			
- North Region	661	Chiang Mai	466
- Central Region	971	Bangkok	1,002
- Southern Region	300	Nakhon Ratchasima	211
- Northeast Region	936	Nakhon Sri Thammarat	712
Total	2,868	Total	2,391

Source: Office of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2014

This study used sample group caregivers who care for senior dementia patients to collect quantitative data. Because the population is in the thousands, the researcher applies the criteria to determine the percentage of the population, which is defined as a percentage of the population. At least 10% of the overall population should be sampled. The sample size was supposed to be 287 participants, but the researcher was only able to get data from 278 people. The data response rate was 96.86 %.

Table 6

Overview of area and number of samples in the qualitative data

Region	Province	Community	Number of Participant
North	Chiang Mai	Sai Mol	7
Central	Bangkok	Nong Khaem	7
South	Nakhon Ratchasima	Tha Samet	7
Northeast	Nakhon Sri Thammarat	Non Rang	7
Total			28

The samples of qualitative data include 7 key informants from each community: Sai Mol community (Chiang Mai Province) , NongKhaem (Bangkok), ThaSamet (Nakhon Ratchasima Province), NonRang (Nakhon Sri Thammarat Province) as shown in the Table 6, this qualitative study are

caregivers, community leaders and volunteers. The researcher selected all 4 regions with elderly with dementia. There were total of 28 people.

After quantitative and qualitative research, the researcher conducted an experimental approach to caring for the elderly with dementia in the community to find a suitable and effective approach.

Research instrument

Reliability Test of quantitative and qualitative tools

Quantitative: For the validity test of the content of the qualitative tool. The researcher received assistance from 3 experts. The researcher used Cranach's Alpha Coefficient formula and used the statistical package SPSS / PC (Statistical Package for the Social Sciences) to test the confidence value twice. An alpha coefficient of 0.65. The researcher modified the questionnaire and retested the non-sample group. An alpha coefficient of 0.80 was obtained, indicating that the questionnaire had an acceptable level of confidence.

Qualitative: For the validity test of the content of the qualitative tool. The researcher received assistance from 3 experts and checks the accuracy of the content of the questionnaires, focus group discussion. The index value was found to be consistent between the questions and the research objectives (Index of Item-Objective Congruence). It's found that the confidence 0.90, which means the group discussion question line, is appropriate.

. : The trial of the guidelines for caring for the elderly with dementia in the community. Processing from Quantitative Data Collection and Qualitative brought (draft). The researcher received assistance from 3 experts. Experimental approaches to caring for the elderly with dementia in community. The index value was found to be consistent between the questions and the research objectives (Index of Item-Objective Congruence). It's found that the confidence 0.80

Data Analysis

Quantitative data analysis:

(1) The data obtained from the questionnaire were used to analyze the data by scoring, coding, and preparing the data before calculating by using the SPSS /PC+ (Statistical Package for the Social Sciences) package to analyze the data and to test the hypothesis in this research The statistical significance was accepted at the 0.05 level.

(2) to study the basic qualities of a person by analyzing by using basic statistics, i.e. Percentage, Frequency, Mean, Standard Deviation.

Qualitative Data Analysis:

(1) Used content analysis, both from the interviews and focus group discussion by using the data obtained to summarize and classify the data (Typological analysis) and categorize the data according to each type. The data validation check used a triangular inspection method. (Methodological Triangulation).

(2) Analysis of the information obtained from the focus group to bring the information from the discussion group categorized in the form of note-taking, tape – recording and compiling the information to have a complete message. According to the narrative of the sample review the information obtained and write a journal and conclusions from the findings and consider the meaning of the information more clearly

Research Ethics Certification

Researchers in this study must get ethics approval from a variety of organizations. Table 7 shows the numerous organizations that have certified the research ethics.

Table 7

Accreditation of Research Ethics by each agency

Agency	Accreditation Date	Accreditation Number
Chiang Mai Neurological Hospital	18 May2018	EC006-60

Findings

1. Factors of caregivers' care related to elderly people with dementia

Caregivers: The results of the study from a sample of 278 caregivers of the elderly with dementia. It was found that most of them were 222 females, representing 79.9% and 56 males to 20.1%. Most were in the age range of 41-50 years old, 95 people to 34.2%, related

to children of 171 elderly people with dementia to 61.5%, married 184 people to 66.2%, and graduated with a bachelor's degree of 96 people to 34.5% and unemployed 66 people to 23.7%. They have to quit from job to take care of the elderly with dementia.

The elderly with dementia: The results of the study from a sample of 278 elderly people with dementia, found that most of them were 182 females, representing 65.5 % and 96 males, to 34.5%. Most were in the age range of 71-80 years. of 154 people, to 55.4%, married 150 people, to 54.0%, having completed primary education, 141 people, to 50.7%.

From interviews and conversations with caregivers of the elderly with dementia about the characteristics of the elderly ability to perform daily activities, it was found that they were able to feed themselves (feeding) but had to be cut into small words. In advance, 142 people, equivalent to 51.1%, were able to wash their faces, comb their hair, brush their teeth, and shave (Grooming), 248 people, representing 89.2%, were able to sit up from the bed. or from the bed to the chair (Transfer) with helpers supporting 129 people, representing 46.4%, were able to use the toilet by themselves, 166 people, representing a total of 59.7% , were able to move within the room or house (Mobility) by themselves, 124 people, representing 44.6%, were able to wear clothes (Dress) by themselves, 184 people, representing 66.2% ,able to go up and down the stairs by themselves (Stairs), 140

people, representing 50.4%, are able to take a bath(Bathing) by themselves ,249 people, representing 89.6%,are able to Bowels were normal for 131 people, representing people, representing 47.1%,and 139 people, representing 50.0% were able to hold bladders normally

Classification of the elderly: Classification of the elderly to be suitable for long-term health promotion of the elderly (Department of Health, Ministry of Public Health) by using the Barthes ADL (Daily routine Assessment Criteria. index) with a full score of 20. The elderly can be classified according to their ability to perform daily activities. It was found that of the 278 elderly people suffering from dementia, most of them were self-reliant older people help others community and society had a total of ADL scores of 12 points or more (social group) of 236 people, representing 84.9%, followed by elderly people who could take care of themselves. Some 27 people representing 9.7 %, were in the home group with ADL scores, and were in the elderly group that could not be self-reliant. Not self-help, handicapped, or handicapped with a total ADL score in the range of 0-4 Score (Bed group) of 15 people to 5.4%.

Knowledge: It was found that most of the caregivers had no knowledge of the knowledge of caring for the elderly with dementia of 213 people to 76.6%. From interview found that when the elderly are sick with dementia in the early stages caregivers understand that it is a common aging condition. And getting advice from a doctor or nurse to treatment, some caregivers are searching the Internet for information.

Ability to perform daily activities of elderly with dementia: From interviews and conversations with caregivers of the elderly with dementia about the characteristics of the elderly 's ability to perform daily activities, it was found that they were able to feed themselves (feeding), but had to be cut into small words. In advance, 142 people, equivalent to 51.1%, were able to wash their faces, comb their hair, brush their teeth, and shave (Grooming), 248 people to 89.2%, were able to sit up from the bed or from the bed to the chair (Transfer) with helpers supporting 129 people to 46.4%, were able to use the toilet by themselves, 166 people to 59.7%, were able to move within the room or house (Mobility) by themselves, 124 people to 44.6%, were able to wear clothes. (Dressing) by themselves, 184 people to 66.2%, able to go up and down the stairs by themselves (Stairs), 140 people to 50.4%, are able to take a bath (Bathing) by themselves, 249 people to 89.6%, are able to bowels were normal for 131 people to 47.1%, and 139 were able to hold bladders normally to 50.0%.

The process of caring for the elderly with dementia: The process of caring for the elderly with dementia by Activities for caring for the elderly with dementia are divided into 3 parts: physical care; social and environmental and mental care from a study of 278 elderly caregivers with dementia concerning activities to care for elderly with dementia, it was found that:

Physical care: Caregivers can provide overall physical care for elderly people with dementia. The mean was at a moderate level ($\bar{x}$ =2.58 S.D.=1.23), with a high mean of caregiver activities. The activities that could be taken care of were moderately averaged, which was to help the elderly with dementia bathe ($\bar{x}$ =2.68 S.D.= 1.17) and to dress. Elderly with dementia ($\bar{x}$ =2.54 S.D.=1.33). Helping to arrange medication for elderly with dementia ($\bar{x}$ =3.12 S.D.=1.15). Walking support for the elderly with dementia ($\bar{x}$ =2.67 S.D.=1.23), and the activities that could be taken care of were averaged at a low level, ie, taking the elderly with dementia to the toilet, such as urine and feces ($\bar{x}$ =2.33 S.D.= 1.33). Helping the elderly with dementia to eat food ($\bar{x}$ =2.25 S.D.= 1.38). Helping the elderly with dementia get out of bed ($\bar{x}$ =1.76 S.D.= 1.06).

Social and environmental care : Caregivers can take care of the social and environmental conditions of sick elderly people with dementia, the mean was at a moderate level ($\bar{x}$ =2.53 S.D.=1.09), with activities that could be taken care of at a high mean is to take the elderly with dementia to see a doctor ($\bar{x}$ =3.70 S.D.= 0.73), take the elderly with dementia to pray / go to make merit/go to temple ($\bar{x}$ =3.60 S.D.= 0.83), and take the elderly with brain disease deteriorated to participate in social activities ($\bar{x}$ =3.51 S.D.=0.96) followed by moderately manageable activities. Helping with legal documents for the elderly with dementia ($\bar{x}$ =2.98 S.D.=1.32) with low-level care was that

the rooms were adjusted to be suitable for the elderly with dementia ($\bar{x}$ =1.81 S.D.= 1.19) Contributes to adjusting walkways/handrails in the house to be suitable for elderly people with dementia ($\bar{x}$ =2.15 S.D.=1.39) and activities that can be taken care of. The mean at the lowest level is Keeping things that will be dangerous for the elderly with dementia, such as knives/sharp objects, in a safe and out of reach of the elderly ($\bar{x}$ =1.68 S.D.=1.16) helps to adjust the lighting in the house to be suitable for the sick elderly with dementia ($\bar{x}$ =1.65 S.D.=1.09) and adjusting walkways/handrails in the bathroom to be suitable for elderly with dementia ($\bar{x}$ =1.64 S.D.=1.18).

Mental care Overall: Caregivers can provide physical care for elderly people with dementia. The mean was at a high level ($\bar{x}$ =3.63 S.D.= 0.81), with activities that could be taken care of at a high level, ie, appropriate time allocation for the elderly with dementia ($\bar{x}$ =3.38 S.D.=1.11). Participate in leisure activities with elderly people suffering from dementia, such as watching television. Traveling has ($\bar{x}$ =3.67 S.D.= 0.78), is a friend to talk to with elderly people with dementia ($\bar{x}$ =3.65 S.D.= 0.83) and contributed to the recovery of memory in elderly patients with dementia ($\bar{x}$ =3.80 S.D.= 0.54).

2. Caregivers' role in caring elderly people with dementia undergone with AIC process

Caregivers: For community-based dementia care for the elderly most caregivers were responsible for diverse activities in caring

for the elderly with dementia. In terms of daily routine is the basis, since waking up until bedtime. Caregivers must spend most of their time with the elderly with dementia because the elderly will call for caregivers all the time causing caregivers to not get enough rest. Which will impair caregivers' use of personal time in their daily tasks because the function and weight of caring for the elderly with dementia will continue to grow, the elderly with dementia will be less able to assist themselves. Caregivers are expected to shoulder greater responsibilities.

Contractors caregiver: If the caretaker is a contractor at family members of elderly people with dementia hired to care for the elderly with dementia. In the care of the contractor will be trained on skills in caring for the elderly initially from the elderly care center. When they come to the caregiver's home, they can initially take care of the elderly who suffer from dementia by taking care of "bathing for the elderly tube feeding initial wound dressing." At times, when an elderly person with dementia is disobedient, the contractor's caregiver has a way to trick the elderly to comply.

Community health volunteers (VHVs): There will be care for the elderly who are sick with dementia by visiting home. There is a multidisciplinary team working with medical personnel. There is a zoning of care areas. Which will start from the area near our own home for convenience quick to care. If the elderly with dementia walk out of the house and get lost, community health volunteers (VHVs) will help bring to back home.

Multidisciplinary care team:

Doctor: Give caregiver advice about dementia along with giving advice on how to care for the elderly with dementia.

Nurse: Preliminary screening for dementia for the elderly, giving advice on caring for the elderly with dementia on continued medication, explain to relatives about the illnesses of the elderly with dementia and group therapy is done with caregivers so that caregivers can share experiences in caring for elderly with dementia and new learning.

Social worker: Advise on the exercise of treatment rights for the elderly with dementia along with joining the multidisciplinary team in doing group therapy with elderly people with dementia and their caregivers.

Psychologist: To screen and assessment of the elderly for patients with dementia or not.

Occupational therapist: Acts in the restoration of memory of the elderly with dementia.

Public health Service Center (Sub- District Health Promoting Hospital): Serves as advice to caregivers in caring for elderly patients with dementia having home visits, provide training to educate Initial community health volunteers about basic health care such as blood pressure measurement screening for diabetes, etc.

3) The caregivers' guideline development for caring dementia elderly people with community involvement

The findings were followed up on by the researcher. After a month of organizing the AIC activity, it was discovered that community members' attitudes about the elderly with dementia had altered. Dementia was better understood. Previously, the family was the sole caregiver for the elderly with dementia. There isn't enough community involvement. When it comes to caring for an elderly person with dementia, the family must either fix the problem or manage it on their own, depending on their capabilities. Following the action of caring for senior persons with dementia collectively, this disease is no longer regarded as a fateful disease. Caregivers of patients with health problems, on the other hand, gain a better grasp of the disease. The caretaker will become enraged if elderly persons with dementia are accepted for their habits, such as forgetting who is in the house or throwing things around. Make the elderly feel inferior by shouting out loud. The caretaker, on the other hand, stated that after engaging in the AIC activity, he "became calmer and better understood the behavior of the elderly with dementia," resulting in less family stress. Older persons with dementia will be greeted by community volunteers or members of the community, making cares feel as alone as they did previously. The community is increasingly assisting one another in the care of dementia-affected seniors. There are now more proactive public health services available. A house visit was made by the community's

family doctor team. Previously, they would only go to bedridden elderly people's houses. Following the completion of AIC activities, every elderly person in the neighborhood was visited at their house. The elderly is registered with the public health system. It serves as a database for caring for the elderly, including those with dementia, in the community. Alzheimer's illness has become more widely known in the population. In the community, there is a health-care campaign. In the community, there is a line vote on health-care issues, as well as dementia knowledge. In terms of the plan's implementation, there is community awareness about health care thanks to the community's voice. At a monthly gathering of community health volunteers, the subject of dementia and care was discussed. Home visits for elderly individuals with dementia were planned by community leaders and community health volunteers and volunteers. Each zone will have seven community health volunteers (VHVs). To make it easier to care for the elderly, Community Health Volunteers (VHVs) will reside at home near their homes. It will integrate health-care services, such as diabetes screening. Dementia care and high blood pressure Dementia-affected seniors were transported to the community elders club to partake in activities.

Dimensional type of care model

Dimensional type of care model are structured caregivers and unstructured caregivers:

- Structured care means non-relative caregivers but is cared for by a hospital or center that is

outsourced to care for the elderly with dementia. These moderators will receive specialized training in caring for the elderly with dementia

- Unstructured care means: family members who are close to the elderly with dementia, such as children, spouses of the elderly with dementia, daughter-in-law, son-in-law, etc. Care all 24 hours a day and no salary or compensation but key person to caring the elderly with dementia

Community health volunteers (VHVs): providing care and advice on health care as well as providing Basic assistance. The working framework will be based on “Elements of primary health care work” is disease prevention health promotion medical treatment and rehabilitation, there will be a division of care.

Mode of care

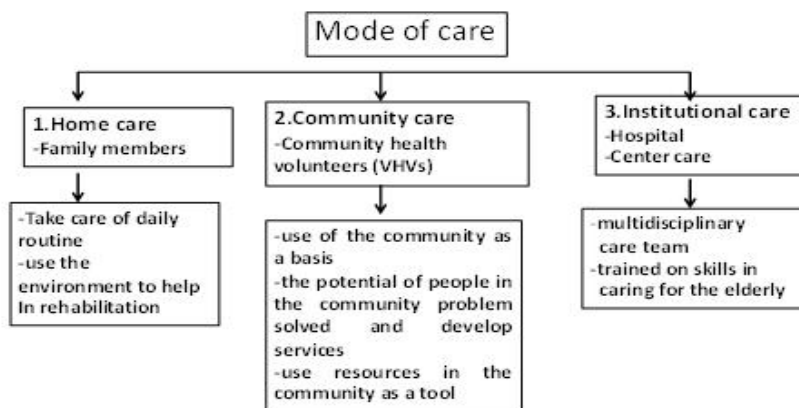
It can be divided into home care, community care and institutional care

(1) Home care: Care from family members. It's represents the strength of the family. In providing services to elderly with dementia shows the potential of the family and managing various problems related to the elderly with dementia. This kind of care it's to help the elderly to warmth and uses the environment to help in rehabilitation. In term of adaptation restoration of memory behavioral care, etc.

(2) Community care: Reducing dependence on external services, use of the community as a basis. In providing services, use resources in the community as a tool. To create a collective consciousness of the people in community – by – community operations which this kind of care aims to is to create awareness and develop the potential of people in the community problem solved and develop services in the community and cooperation in the community.

(3) In institutional care: - Hospital: It is supervised by multidisciplinary team, who has been specially trained in caring for the elderly with dementia. In addition to the treatment will be advised / consultation in caring.

- Center care: Some families with good economic standing caregivers will be hired from the elderly care center to take care the elderly with dementia at home. To maintain this institutional model caregivers will receive compensation.



The researcher used the study's findings and AIC (Appreciation Influence Control) to devise the following plan with the Wat Suan Yai community in Bang Kruai District, Nonthaburi Province:

(1) The act of acquiring knowledge (Appreciation: A). before and after the activity, the researcher employed a questionnaire to assess the participant's understanding of dementia in planning. The evaluation indicated that 11 individuals to 64.70% gained more information after engaging in the activity, while 6 participants had the same knowledge before and after the exercise to 35.29%.

Views on dementia in seniors, the participants recognized that being sick with dementia was portrayed in the media through artwork and writing. Dementia is a terrible condition, and those who suffer from it are deemed wretched, according to karma.

(2) The process of developing recommendations for developing a community-based dementia care plan (Influence: I) According to the findings of the community study, the major caregiver for the elderly with dementia is the sick old child. With dementia, the primary responsibility for care is assumed. Dementia in the elderly There will be a constant condition of reliance on cares. When it comes to medical services. The elderly with dementia were found to have delayed access to medical services. In addition, the public health service serves as a defensive force. Home visits will be made by nurses from Tambon Health Promoting Hospital and Public Health Volunteers (VHVs). We just

take blood pressure readings in the elderly. There is no main level dementia screening for the elderly. The elderly with dementia who are sick do not go out to participate in community events, according to the community participation study. Most of them live at home, and there are no activities designed exclusively for the elderly in the neighborhood.

As a result, the participants collaborated to develop guidelines for caring for the elderly with dementia in the community in two areas:

2.1 Access and service to construct a dementia registration system, as well as a search for senior persons who are at risk of developing dementia. As a starting point, dementia screening for the elderly in the community will be conducted, followed by publicizing the body of dementia information by creating a pamphlet or using the community's voice to campaign for the old to be more aware of health care through community announcements. Caregivers must observe and assess the elderly behavior in order to get them into therapy more quickly. Simultaneously, several channels for obtaining news or contacting a medical doctor will be available, such as community announcements, a phone line, planning activities in the elderly club, and so on.

2.2 Dementia assessment: At first, relatives/caregivers must routinely examine the elderly behavior to see if it has altered and then notify a nurse at Phraya Kindergarten Health Promoting Hospital

(Senkosayodom) for an initial assessment of dementia screening. Community leaders will do home visits. To divide the aged into three categories: those who are in home, those who are in social, and those who are in bed. In the community will be built for the search for risk groups, including a socially dependent elderly group and dementia screening in the elderly in all 3 groups. I'm on the lookout for new dementia-affected seniors.

(3) Procedures for developing practice guidelines. The caretaker requests that the Praya Kindergarten Health Promoting Hospital, together with village health volunteers, pay a visit to the residence (VHV). Participate in senior care to improve the quality of life for the elderly and to assist families of elderly people with dementia in reducing the burden of care. Together with the caregiver's family, nurses from Phraya Kindergarten Health Promoting Hospital (Senkosayodom) and community leaders will devise a plan to care for the elderly with dementia. There is an activity plan for caring for the elderly with dementia in the activities of the Old Club, in which elderly persons with dementia participate in which elderly people with dementia will be brought to participate in activities in the elderly club which has activities every other month, so that the elderly with dementia have the opportunity to participate in community activities met people of the same age and caregivers can use this time to rest In which the activities of the elderly club will include prayer, singing, exercise and knowledge about health and regular self-care. Sometimes it is an exchange of

experiences in caring for each family or invited speakers from outside to impart knowledge on health.

The results of the implementation of the AIC process: The researcher has followed up on the results, after organizing the AIC activity for 1 month, it was found that

(1) Appreciation: A

People in the community have a different view of the elderly with dementia have a greater Understanding of dementia. Taking care of elderly with dementia together. Caregivers gain a greater understanding of the illness increased acceptance of behaviors.

(2) Influence: I

The community is increasingly helping each other to care for the elderly with dementia. More Proactive public health services are available. There was a home visit with the family doctor team in the community.

(3) Control: C

There is publicity in the community through community voices about health care. The topic of Dementia and care was share at community health volunteer's meetings and home visit elderly with dementia.

Guideline for caring dementia elderly in community

1. Community survey

1.1 Survey of the elderly in the community and classification of the elderly to be suitable for long-term health promotion of the elderly (Department of Health, 2017) by using the Bethel ADL (Daily Routine Assessment Criteria. index) with a full score of 20. Elderly group struck at home, in bed and socially

1.2 Assessing the attitudes of people in the community towards the elderly with dementia.

1.3 Assessing the knowledge of people in the community towards the elderly with dementia.

2. Activity in the community

2.1 Knowledge building process: Learning process and exchange experiences mobilize people in the community to caring for the elderly with dementia

2.2 Step to create guidelines for development: Set guidelines for care

- Access and service
- Assessing the elderly with dementia
- Plan to care the elderly with dementia
- Caring the elderly with dementia

3. Evaluation and follow – up of elderly with dementia: per week, per month etc.

Discussion

1. An increase in dementia-related morbidity in the middle and late stages of life.

According to the findings of the study, there are currently 55.4 % of elderly people between the ages of 71 and 80 years old who suffer from dementia, which is consistent with the findings of a study by the Department of Mental Health (2004), Nampol Kingkan (2010), Pawut and Surin (2013), and Athitaya Suwan Suthisri Trakulsitthichok (2016). It becomes more common as people get older, and it affects more women than men. Seniors in their medium and late years (70 and up) will see a 32.13 % boost, while those aged 80 and above would see a 32.5 % increase.

2. Delays in obtaining medical care

Two-thirds of individuals with dementia were not diagnosed in primary care, according to a study of the issue. In fact, 91 percent of cases of early-stage dementia go undiagnosed because in the beginning dementia patients and their cares believe it isn't a problem in line with the findings of Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, et al. (2000), Ratchanee Namchantra (2010) and Kobhathai Sitthiranarit (2011), elderly people with dementia will seek medical help and be identified with moderate or severe dementia. Due to families, caregivers, and seniors, access to the treatment system is still delayed. They're not sure if it's a dementia-

related condition because caretakers are unable to distinguish between aging disorders or Alzheimer's disease.

3. Factors of caregivers's care related to elderly people with dementia

Most of the caregivers of elderly people with dementia are female more than male. There was a relationship as a child of an elderly person suffering from dementia in line with the finding of Zarit, S. H., et al. (1998) Schulz R., Bagel D, Moryez , E., and Visintiner, P. (1989) Phenkhae Chiewayaphan (2002) discovered that cares were relatives or key persons in the patient's life. They could be spouses, fathers, moms, children, or siblings who are solely concerned with assisting others. without obtaining any remuneration or benefits According to Schulz R., Bagel D., Moryez E., and Visintiner P. (1989), this is linked to the concept of caring, which claims that empathy is the driving force behind caring. Pity those who want to rely on caregivers who are members of the same family, are related as relatives, or have previous merits with each other, resulting in a bond and a desire to help. Caregivers, on the other hand, are influenced by their health, time, finances, emotions, and socialization.

The process of caring for the elderly with dementia in line with the finding of Department Mental Health (2005) take care of the daily routine, prevention of complications and accidents, prevention of complications and memory retention. There are two types of care

structured caregivers and unstructured caregivers in line with the finding of Sasipat Yodphet (2004).

4. Community-based dementia care for the elderly

Communities can contribute in the care of dementia patients by cooperating with relevant network partners from the public, private, and Civil Society sectors, according to research employing the AIC method in community planning. The study of Wantanee Wasikasin ,Surangrat Wasinarom ,Kitiphat Nonthapattamadul (2007), which found that being kind and caring to help those in need has been a culture of Thai society since the past, and Wirot Wanphira (2012), who discovered that home visits are care for sickness, is consistent with the study of Wantanee Wasikasin, Surangrat Wasinarom ,Kitiphat Nonthapattamadul (2007), which found that being kind and caring both in emergency and non-emergency situations to provide assistance to the elderly.

During home visits, the family's physical, mental, and environmental assessments must be reviewed in order to detect disease and provide aid by following the plan or adapting to the circumstance. This will make house visits more successful, therefore competent visitors must possess a key skill: communication skills in order to create connections and trust, as well as the ability to refrain from criticizing what he or she has observed. Problem tracing and solving skills with an emphasis on holistic management, psychological care and the use of family medicine tools after the home visit. Records

must be recorded as a home visit record in a family file or OPD card or electronically. The SOAP format may be used: subjective, informed information of patients and relatives which covers physical, mental, social, and spiritual aspects observational data and visitor detection data were used to decide. Determine the nature of the patient's and family's issues. Plan management as a complete, integrated, ongoing, and comprehensive solution. As a result, the appropriate and effective care system for the elderly with dementia in Thailand must be caused by cooperation from many parties, such as a family of an elderly person suffering from dementia, community involvement both public and private agencies, hospital or services related to the elderly with dementia, as well as a national policy that is prescribed for the care of elderly people with dementia and leads to community action.

- Communities can contribute in the care of dementia patients by cooperating with relevant network partners from the public, private, and Civil Society sectors Establish a registration system for the elderly with dementia in the community

- Finding Elderly people at risk of dementia – related illness.(New case)

- Give knowledge about dementia to people in the community.

- Home visits for elderly with dementia by nurse or community's volunteers

Suggestions

1. Policy recommendation

MINISTRY OF LABOR:

-The government should provide assistance to dementia-affected elderly people, such as job opportunities, so that the elderly retain their sense of self-worth and are rehabilitated, as well as preventing the condition of the elderly with dementia from deteriorating further.

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH:

- Dementia care policy should be set on the national agenda
- The government should be to have a follow-up from the policy down to the practitioner
- There is a public health system that allows elderly people with dementia to access services easily and quickly
- It is collaboration between government organizations and private sector in caring for the elderly with dementia to receive specialized care and caregiver's services are also available
- A campaign to raise dementia awareness, which includes knowledge dementia and screening of high-risk groups
- There should be the establishment of social service facilities. It's a method of assisting Dementia-stricken older people. By

providing a One-Stop Service, we will be able to assist both the elderly with dementia and their cares.

MINISTRY OF SOCIAL DEVELOPMENT AND HUMAN SECURITY:

- Social Welfare to the elderly with dementia in each stage of illness

- It is necessary to form a legal advisory organization to the elderly with dementia and their caregivers, since if the elderly has severe dementia, it may generate paranoia in family members, which could be related to riches, money, and other things.

2. Recommendations on the operational level

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH:

- Caregivers should receive training to possess specific information about dementia and its treatment so that caregivers can provide care at home rather than relying on a service center.

- A body of information for the public should be produced. Dementia screening was done in conjunction with the elderly examination in order to prevent dementia-related sickness.

MINISTRY OF DIGITAL ECONOMY AND SOCIETY:

- Various forms of media regarding cognitive dementia should be available.

- In the community, day care center of dementia

- Both public and private agencies must be proactive.

To provide dementia-affected seniors with access to social services.

- Personnel should be trained and developed in different departments. to be well-versed in dementia and how to care for it.

MINISTRY OF SOCIAL DEVELOPMENT AND HUMAN SECURITY:

- Should advocate for the construction of a community-based facility to care for the elderly with dementia

- Personnel should receive training and welfare in caring for the elderly with dementia in each stage

Community – based

- Communities can contribute in the care of dementia patients by cooperating with relevant network partners from the public, private, and Civil Society sectors Establish a registration system for the elderly with dementia in the community

- Finding Elderly people at risk of dementia-related illness.
(New case)

- Give knowledge about dementia to people in the community.

- Home visits for elderly with dementia by nurse or community's volunteers

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Delirium, Dementia, and Amnesic and Other Cognitive Disorder. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed.) (pp.123- 155). Washington, DC: Author.
- Alzheimer's Association. (2012). *Alzheimer's disease fact and figures*. Alzheimer's & Dementia.
- Athitaya Suwan & Suthisri Trakulsitthichok (2016). Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly in Lukhok Subdistrict, Muang District, Pathumtani Province. *Association of Private Higher Education Institutions of Thailand*, 5(2), 21-32.
- Kahn, R. L. (1979). *Aging and Social Support, In Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives*. ed M.M. Riley. Colorado: Westview Press.
- Kannika Rakingcharoen. (2013). Adaptation of Relatives and Caregivers of Stroke Patients. Self-Adaptation of Family Caregivers of Stroke Patients. *Journal of King Prajadhipok's College of Nursing Chanthaburi*, 25(1), 45-63.
- Kobhathai Sitthanarit. (2011). Behavioral, emotional and mental problems in patients with dementia (BPSD): Concept and treatment. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 56(4). 499-462.

Liwan Unnapirak & Wilaiwan Thongcharoen (2004). Effects on caregivers of the elderly brain: Alzheimer's case study. *Journal of Physiology and Geriatric Medicine*, 5(1), 43-48.

Ministry of Public Health, Department of Mental Health (2009). *A guide to creating a knowledge – enhancing group and skills in caring for caregivers of dementia patients*. Bangkok: teachers Council of Thailand Ladprao Printing House.

Ministry of Public Health, Department of Mental Health (2004). *Health service practice guideline on caring for the elderly with dementia for a psychiatric hospital*. Bangkok: teachers Council of Thailand Ladprao Printing House.

Ministry of Public Health, Department of Mental Health (2018). *Health service practice guideline on caring for the elderly with dementia for a psychiatric hospital*. Bangkok: teachers Council of Thailand Ladprao Printing House.

Ministry of Public Health, Department of Mental Health (2014). *Health Statistics Subcommittee and the Working Group on Statistics in the field of health*. Health statistics Development Plan No.1 (2013 – 2015), Bangkok.

Ministry of Public Health, Department of Health (2005). *Knowledge of dementia*, Bangkok: War Veterans Organization.

- Ministry of Public Health, Department of Health (2017). *Providing an environment suitable for Elderly, stuck in the house, next to the bed*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Ministry of Public Health, Department of Mental Health (2017). *Revealing Elderly with Dementia*, June 7, 2017, Retrieved from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27994>
- NampolKingkan. (2010). *Analysis of research on the use of mental health education groups in caregivers of the elderly with dementia*. Mental Health and Psychiatric Nursing: Graduate School Mahidol University.
- Office of Policy and Strategy, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2014). *Thai public health statistics*. Bangkok: Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health.
- Office of the National Economic and Social Development Board (2008). *changes and their impact on the development of the country*.
- Orapichaya Krairit & Sirinthon Chansirikanjana (2005-2007). *Dementia. Disaster is near. Action Thai Public Health 2005-2007*. Nonthaburi: Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health.
- Pawut Mekwichai & Surin Saetang (2013). Effects of caring for dementia patients in the country Thai. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2013*, 58(1), 101-110.
- Penkhae Chiewayapham. (2002). *Quality of care for the elderly in dependency: a case study in the district Photharam District*,

- Ratchaburi Province. Master of Nursing Science, Mahidol University. Bangkok.*
- Phradaonuea Butsita. (2014). *Network creation and network management in dissemination. Buddhism of Ban PhopThamma Nam Suk Community Thung Saliam District Sukhothai Province. Master of Social Development Administration. National Institute of Development Administration. Bangkok.*
- Pornphimon Petchburi. (2016). *Effect of social support program on mental health of Elderly. Master of Nursing Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University. Bangkok.*
- Ratchanee Namchantra. (2010). Rehabilitation of the elderly with dementia. Rehabilitation of Elders with Dementia. *Journal of Academic Affairs, 14(27), 137 - 150.*
- Sarutaya Hawong, Weena Thiengtham & Sutham Nanthamongkolchai. (2017). The results of Health Promotion Program for Elderly People at Risk of Dementia in the Community by Family Participation The Health Promotion Program For The elderly at risk group of Alzheimer's in Community. *Journal of Public Health Nurses, 31(1), 111 – 128.*
- Sasipat Yodphet. (2004). *Careers for the Elderly: A Synthesis of Knowledge. Fund Office. Research Support (TRF) First Edition, Faculty of Social Work Sciences Thammasat University.*

- Schulz R., Bagel D., Moryez, E., & Visintiner, P. (1989). *“Psychological paradigms of Understanding caregiving.”* In Light, E. & Lebowitz, B.D (Eds). *Alzheimer’ Disease Treatment and Family Stress: Directions for Research*. Rockville: Us Department of Health and Human Services
- Sirinthorn Chansirikanjana (2009). Study of Alzheimer’ s: Cost that the state should bear? *HITAP booklet*. 2(6), 5-6.
- Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, et al (2000). *The detection of dementia in the primary care setting*. *ArchIntern Med* 2000;160.
- Wantanee Wasikasin, Surangrat Wasinarom, & Kitipat Nonthapattamadul. (2007) . *General knowledge about Social Welfare and Social Welfare*. 6th printing: Thammasat University Press.
- Weerasak Muangphaisan. (2013). *“Dementia: Prevention, Assessment and care”* (pp. 81-90). Department of preventive and social medicine faculty of Medicine Siriraj Hospital. Bangkok: limited Partnership, printing.
- Wirot Wanphira (2012). *Home visit and home care*. Kamphaengphet: KamphaengPhet Hospital.
- World Health Organization and Alzheimer’ s Disease International. (2012). *Dementia: a public health. Priority*.
- Zarit,S. H., et al. (1998). Stress reduction for family caregiver: Effects of adult day care use. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 53(5), S267–S277.

ข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติ
ต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญ
Policy Recommendations on the Guidelines of
Custodial Measures for "Watch List"

Received 10 January, 2022

Revised 31 May, 2022

Accepted 2 June, 2022

นิรันดร์ ไชยชมภู¹

Nirun Chaichomphu²

ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม³

Thamavit Terdudomtham⁴

บทคัดย่อ

การศึกษาวินิจฉัยเรื่องข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการกำหนดนิยามลักษณะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม เพื่อศึกษาการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อพิจารณาจำแนกกลุ่มผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมในประเทศไทยและเพื่อพัฒนาการกระบวนการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมโดยการใช้การศึกษาวินิจฉัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การค้นคว้าเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก

¹ นักศึกษาปริญญาเอก คณะอาชีวศึกษาและการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี ประเทศไทย

E-mail: salomons99@hotmail.com

² PhD student, Faculty of Criminology and Justice Administration, Rangsit University, Pathumthani, Thailand

³ รองศาสตราจารย์ ดร., คณะบดีคณะอาชีวศึกษาและการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยรังสิต

Email: thamavit.t@rsu.ac.th

⁴ Associate Professor Dr., Dean, Criminology and Criminal Justice Administration, Rangsit University, Pathumthani, Thailand

ผลการวิจัยพบว่า นิยามลักษณะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ได้ว่าหมายถึง “กลุ่มผู้ต้องขังที่มีลักษณะพฤติกรรมการกระทำผิดที่อาชญากรรมกระทำด้วยความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อเหยื่อ ผู้เสียหายและสังคมจนเกิดความหวาดกลัว” โดยมีพฤติกรรมกระทำผิดในความผิดในลักษณะความผิด ได้แก่ ข่มขืนหรือล่วงละเมิดทางเพศเด็ก ข่มขืนหรือข่มขืนในลักษณะทารุณโหดร้าย ฆาตกรต่อเนื่อง ฆาตกรโดยสันดาน กระทำผิดซ้ำซากรุนแรง ฆาตกรโรคจิต ฆาตกรที่มีพฤติกรรมโหดร้ายทารุณ (ฆ่าเด็ก/ฆาตกรรมหมู่) ควรมีมาตรการและแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างจากผู้ต้องขังทั่วไป เพื่อเป็นการเฝ้าระวังภัยและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำผิดซ้ำ ความสำเร็จของการกำหนดมาตรการและแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับการแก้ไข ปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของการกำหนดมาตรการและแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง ได้แก่ การตรากฎหมายเฉพาะ การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่มีความชัดเจน การบูรณาการความร่วมมือและภาคีเครือข่ายระหว่างหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ข้อเสนอเชิงนโยบาย, ผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญ (Watch List)

Abstract

The purpose of this thesis is to examine how to provide a definition of the term “Watch List” and establish measures to classify the term “Watch List” in Thailand in order to recommend approaches on the development of the treatment of “Watch List”. A qualitative

approach is selected as research method, through the use of documentary analysis and in-depth interview.

The research findings indicate that the definition of the term “Watch List” is a group of prisoners who exhibit violent criminal behavior that can inflict harms on victims, injured persons, and society. The violent criminal behavior these prisoners exhibit include child sexual abuse and rape, rape and murder or a third-degree rape, serial killer, born criminal, violent offences recidivism, mental criminal, and violent criminal (Pedicide/Mass murder). The findings also point out that there should be measures and approaches on the specific treatments of these prisoners, which must be different from other prisoners. These measures and approaches are crucial as they can be used as criminal precautions and can prevent negative consequences that may be affected by the repeated offences. To successfully establish such measures and approaches, the executives who strongly focus on improving factors contributing to this establishment, which are an enactment of specific law, an establishment of explicit guidelines, and a cooperation between related sub-organizations in the criminal justice system, must assure full support.

Keywords: Policy Recommendations on the Guidelines, Watch List

บทนำ

กรมราชทัณฑ์ได้พยายามแก้ไข พัฒนาพฤตินิสัยของผู้กระทำผิดมาอย่างต่อเนื่องผ่านกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้กระทำผิดสามารถกลับตัวเป็นคนดีไม่กลับมากระทำความผิดซ้ำหลังพ้นโทษ แต่ด้วยปัญหาผู้ต้องขังเกินอัตราความจุที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการแก้ไขพัฒนาพฤตินิสัยผู้ต้องขัง ไม่สามารถจะดำเนินการจำแนกลักษณะผู้ต้องขังและการแยกประเภทผู้ต้องขังออกมาได้อย่างชัดเจน เพราะพื้นที่ไม่เพียงพอ ทำให้การปรับหรือแก้ไขพฤติกรรม ไม่มีประสิทธิภาพอย่างเพียงพอ และอาจเกิดการถ่ายทอดความรู้การเป็นอาชญากรรมได้อีก เมื่อพ้นโทษออกไปแล้วโอกาสที่จะกระทำความผิดซ้ำอีกจึงเกิดขึ้นได้ จากเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่ปรากฏตามสื่ออยู่เป็นระยะว่าผู้ต้องขังเมื่อพ้นโทษแล้วออกไปกลับมากระทำความผิดซ้ำ เหตุการณ์สะเทือนขวัญนี้ได้สร้างความวิตก ความหวาดกลัวให้กับประชาชนที่อยู่ในสังคมเป็นอย่างมาก ยกตัวอย่างเช่น คดีสมคิด พุ่มพวง ฉายา คิตเดอริปเปอร์ อายุ 56 ปี ต้องโทษครั้งที่ 3 คดีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 ฆาตกรต่อเนื่อง 6 ศพ เป็นคดีที่ช็อกสังคมช่วงปลายปี 2562 พฤติการณ์กระทำความผิดฆาตกรรมหญิงสาวที่เคยคบหาจำนวนหลายคน และใช้เครื่องพันธนาการทำให้เสียชีวิต ฆาตกรต่อเนื่องที่ลงมือโหดมาแล้ว 5 ศพ เมื่อปี 2548 ถูกศาลพิพากษาจำคุกตลอดชีวิต แต่สมคิดเป็นนักโทษชั้นดีจึงได้ลดหย่อนโทษทำให้ติดคุกจริงเพียง 14 ปี และพ้นโทษออกมาเมื่อกลางปี 2562 ที่ผ่านมาสังคมเกิดความตกใจให้กับคนในพื้นที่และประชาชนทั่วไป อีกหนึ่งคดีที่สังคมให้ความสนใจและสร้างความหวาดกลัวให้กับสังคมคือ คดีน้องแก้ม ช่มชื่นฆ่าบรรณไพ์ ยังคงเป็นฝันร้ายของญาติพี่น้องและคนไทยด้วยกันกับความป่าเถื่อนที่ไม่คาดคิดว่าจะมีอยู่ในสังคมไทย โดย นายวันชัย แสงขาว อายุ 25 ปี ต้องโทษครั้งแรก ความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 276, 288 ลงมือช่มชื่นแล้วฆ่า น้องแก้ม ด.ญ.วัย 13 ปี บรรณไพ์ ขวานที่ 174 สุราษฎร์ธานี-

กรุงเทพฯ จากนั้นโยนศพออกจากหน้าต่าง ในขณะที่เหยื่อยังหายใจ เพื่ออำพรางคดี อีกคดีที่เป็นอาชญากรรมสะเทือนขวัญเมื่อปลายปี 2562 คือ คดีนายอภิชัยหรือไอซ์ องค์กรวิเศษ ฉายา ไอซ์หีบเหล็ก อายุ 41 ปี ต้องโทษครั้งที่ 3 ความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 พุทธการณักรกระทำผิด ทำร้ายผู้ตายและจับผู้ตายใส่ไว้ในหีบเหล็กทิ้งไว้ในห้องนอน 2 วัน จนเสียชีวิต

ประกอบกับการจำแนกลักษณะผู้ต้องขังที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร รวมทั้งการบริหารโทษ ระยะเวลาในการเลื่อนชั้นซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการจัดชั้นให้กับผู้ต้องขังตามกฎหมายของกรมราชทัณฑ์ได้กำหนดให้ผู้ต้องขังจะเลื่อนชั้นได้เมื่อเข้ามาต้องโทษในเรือนจำแล้วเป็นเวลา 6 เดือน ในระยะเวลา 6 เดือนนี้ ถือว่าน้อยเกินไปในการที่จะพิจารณาพฤติกรรมของผู้ต้องขังว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีหรือไม่ เพราะอาจมีการสร้างทำพฤติกรรมขึ้นได้เช่นกัน อีกทั้งเกณฑ์ในการเลื่อนชั้นของผู้ต้องขังยังไม่มีความชัดเจนเท่าใดนัก ทำให้ขาดมาตรฐานในการเลื่อนชั้น โดยมากผู้ต้องขังก็จะได้เลื่อนชั้นเกือบทุกคน ซึ่งไม่มีเกณฑ์ในการวัดพฤติกรรมที่แน่นอนว่าผู้ต้องขังเหล่านี้มีความประพฤติที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างแท้จริงหรือไม่นำไปเชื่อมโยงกับประโยชน์ที่ผู้ต้องขังจะได้รับทั้งในเรื่องของการพักการลงโทษและลดวันต้องโทษจำคุกก็เป็นการง่ายที่ผู้ต้องขังอาจจะสร้างทำพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ เมื่อผู้กระทำผิดเข้าสู่ระบบตามขั้นตอน ก็จะสามารถผ่านกระบวนการต่าง ๆ และเข้าสู่ประโยชน์ต่าง ๆ ที่พึงได้รับจากการพัฒนาพฤตินิสัยของตนเองเพื่อให้ตนเองสามารถพ้นโทษออกมาได้เร็วที่สุดนั่นเอง อีกทั้งกรมราชทัณฑ์ยังไม่มีกฎหมาย มาตรการ หรือแนวทางในการปฏิบัติในการสกัดกั้นผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะเทือนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมได้ จึงเป็นเหตุให้ผู้ต้องขังกลุ่มนี้อาจจะไม่ได้รับการแก้ไขพัฒนาพฤตินิสัยอย่างมี

ประสิทธิภาพ ส่งผลให้กลับมาก่อทำผิดซ้ำ สร้างความหวาดกลัวให้กับสังคมตามสื่อที่เห็นในปัจจุบัน

จากสภาพปัญหาข้างต้น กรมราชทัณฑ์โดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกองยุติศาสตร์และแผนงานร่วมกับกองทัณฑปฏิบัติ จึงจัดทำข้อมูลผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ออกเป็น 7 กลุ่มดังนี้

1. พฤติการณ์ข่มขืนหรือล่วงละเมิดทางเพศเด็ก (Child murder or Child rape and homicide)
2. พฤติการณ์ฆ่าข่มขืน หรือข่มขืนในลักษณะทารุณโหดร้าย (Rape and Rape-murder crimes)
3. ฆาตกรต่อเนื่อง (Serial murder)
4. ฆาตกรโดยสันดาน/กระทำผิดซ้ำซาก/รุนแรง (Heinous crime)
5. ฆาตกรโรคจิต (Crime committed by a Sociopath or a Psychopath)
6. ฆาตกรที่มีพฤติกรรมโหดร้ายทารุณ (ฆ่าเด็ก/ฆาตกรรมหมู่) (Mass murder)
7. ผู้ค้ายาเสพติดรายใหญ่ที่มีกำหนดโทษตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปถึงประหารชีวิต (Major Drug dealers)

การจัดทำข้อมูลผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังฯ 7 กลุ่มของกรมราชทัณฑ์กับประกาศของกระทรวงยุติธรรม เรื่อง กำหนดความผิดในคดีอุกฉกรรจ์ คดีสะท้อนขวัญหรือคดีที่เป็นที่สนใจของประชาชน พ.ศ.2563 เป็นการจัดกลุ่มแบบเดียวกัน ซึ่งการจัดกลุ่มดังกล่าว นำมาสู่ความสนใจของผู้วิจัยในการศึกษาการกำหนดนิยามลักษณะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังฯ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ และศึกษาการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม และการบริหารโทษที่แตกต่างไปจากผู้ต้องขังกลุ่มอื่น เพื่อดำเนินการด้านการแก้ไขป้องกันการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขัง สร้างความเชื่อมั่นจากสังคมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขัง (กรมราชทัณฑ์, 2563)

การศึกษาวิจัย เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงการกำหนดนิยามลักษณะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ศึกษาการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อพิจารณาจำแนกกลุ่มผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมในประเทศไทยและเพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาการกระบวนการแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล 2 ประเภท คือ แบบสอบถามซึ่งมีลักษณะเลือกตอบ (Checklist) จากผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ ด้านอาชีววิทยา ด้านทัศนวิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านกฎหมาย และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากผู้บริหาร บุคลากรในกระบวนการยุติธรรม ภาศิเครือข่าย นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในงานราชทัณฑ์ ผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ตลอดจนมีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับเจ้าหน้าที่เรือนจำเป้าหมายที่มีส่วนในการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัย ต่อสังคม จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ 1. เรือนจำกลางระยอง 2. เรือนจำกลางคลองเปรม 3. เรือนจำกลางเขาบิน 4. เรือนจำกลางพิษณุโลก 5. เรือนจำกลางบางขวาง ในส่วนการถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเชิงนโยบาย ผู้เขียนได้มีการถอดบทเรียนการพัฒนาพฤตินิสัยของกรมราชทัณฑ์ จากผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาในเชิงนโยบายด้วยอีกทางหนึ่ง

แนวคิดและทฤษฎีต่อการปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดในงานราชทัณฑ์

แนวคิดของสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิม (Classical School) หลักปรัชญาของสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิม โดยซีซาร์ แบ็คคาเรีย คือ การมีเจตจำนงอิสระ (Free Will) ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมมนุษย์ มีใจความว่า “มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลในการมุ่งแสวงหาเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์สูงสุดทางด้านวัตถุและในการตัดสินใจเลือกกระทำการหรืองดเว้นการกระทำใด ๆ มนุษย์จะพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างมีเหตุผลเพื่อพิจารณาและคำนวณถึงผลประโยชน์หรือผลเสียที่จะได้รับการกระทำนั้น ๆ หลังจากนั้นจึงเลือกงดเว้นพฤติกรรมนั้น” (พรชัย ชันดี, ธัชชัย ปิตะนิละบุตร และ อัคริน วัฒนวิบูลย์, 2543) ในแนวคิดของสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิมนี้นี้ จึงเชื่อว่ามนุษย์มีอิสระในการเลือกที่จะกระทำพฤติกรรมและเมื่อมนุษย์เลือกที่จะทำพฤติกรรมใดแล้ว มนุษย์ย่อมต้องรับผิดชอบต่อพฤติกรรมนั้น ซึ่งถ้าพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมที่ผิดก็ต้องยอมที่จะได้รับการลงโทษด้วยเช่นกัน การต้องโทษจำคุกเป็นการลงโทษทางหนึ่ง เป็นการตัดผู้กระทำผิดออกจากสังคมรวมทั้งเป็นการยับยั้งมิให้ผู้อื่นกระทำการเลียนแบบด้วย

วัตถุประสงค์การปฏิบัติต่อผู้กระทำผิด

แนวคิดของสำนักอาชญาวิทยาสำนักต่าง ๆ สามารถสรุปเป็นทฤษฎีการลงโทษได้ 4 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการลงโทษเพื่อทดแทนความผิด (Retributive Theory) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อป้องกันหรือข่มขู่ยับยั้ง (Deterrence Theory) สองทฤษฎีนี้มาจากแนวคิดของสำนักคลาสสิก (Classical School) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิด (Rehabilitative Theory) ทฤษฎีนี้มีที่มาจากแนวคิดของสำนักโพสิทิฟ (Positive School) และทฤษฎีการลงโทษเพื่อปกป้องคุ้มครองสังคม (Social Protection Theory) ซึ่งมาจากแนวคิดของสำนักป้องกันสังคม

การลงโทษเพื่อทดแทนความผิด (Retributive Theory) Kant and Hegal Kant (1999) ได้ให้เหตุผลว่าเป็นที่เห็นชัดอยู่ในตัวว่าการลงโทษเป็นของคู่กับการกระทำผิดเพื่อความยุติธรรมแล้วผู้ซึ่งจงใจทำการอันไม่เป็นธรรมจะต้องถูกลงอาญา ซึ่งได้สัดส่วนพอดีทั้งในสภาพและความหนักเบากับความผิดของเขา ถ้าสังคมไม่ลงโทษผู้กระทำผิดก็เท่ากับสังคมยอมรับรองการกระทำของเขาและด้วยเหตุนี้ก็มีผลเหมือนว่าสังคมเป็นผู้สนับสนุนให้กระทำผิด Kant (1999) ถือหลักนี้อย่างเข้มงวด โดยไม่ยอมรับเหตุผลอย่างอื่นในการลงโทษและได้กล่าวไว้ในหนังสือ Philosophy of Law ว่า “จะใช้การลงโทษเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างอื่นไม่ได้ ไม่ว่าจะเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ถูกลงโทษเองหรือแก่สังคมเป็นส่วนรวมก็ตาม การลงโทษในทุกกรณีจะต้องเนื่องมาจากเหตุว่าบุคคลที่ถูกลงโทษได้กระทำผิดอาญาเท่านั้น ทั้งนี้เพราะเป็นการไม่บังควร ที่จะปฏิบัติต่อบุคคลหนึ่งเพียงเพื่อจะเป็นเครื่องมือให้บังเกิดผลแก่บุคคลอื่น ทุกคนมีสิทธิในฐานะที่เกิดมาเป็นมนุษย์ในอันจะไม่ถูกปฏิบัติเช่นนั้น” Kant (1999) ยอมให้มีข้อยกเว้นจากหลักข้างต้นนี้ได้ 2 ประการ คือ ประการแรก อาจมีการผ่อนเบาโทษให้ลดลงหากปรากฏว่าการลงโทษอย่างหนักโดยดำเนินตามหลักข้างต้นอย่างเคร่งครัดจะเป็นการกระทบกระเทือนความรู้สึกของประชาชน ประการที่สองในเมื่อการปฏิบัติตามหลักข้างต้นอย่างเคร่งครัดจะเป็นการลดจำนวนพลเมืองของรัฐลงจนเกินควร (Hegal, 1999 อ้างถึงใน พรชัย ขันดี, กฤษณพงษ์ พุตระกุล และ จอมเดช ตรีเมฆ, 2558)

การลงโทษเพื่อป้องกันหรือข่มขู่ยับยั้ง (Deterrence Theory) Bentham (1970) กล่าวด้วยว่าการกระทำให้ประชาชนกลัวไม่กล้ากระทำความผิดอาญานั้นจะต้องบังคับโทษโดยมีลักษณะ 4 ประการดังนี้ 1) การลงโทษจะต้องแน่นอน (Certainty) หมายความว่าจะต้องลงโทษแก่บุคคลทุกคนที่ฝ่าฝืนกฎหมายดังนั้นบุคคลใดที่ทำความผิดจะต้องถูกฟ้องและลงโทษตามกฎหมาย 2) การลงโทษจะต้องมีความรุนแรง

(Severity) หมายความว่า ความร้ายแรงของโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดจะต้องร้ายแรงพอที่จะยับยั้งความต้องการในการทำผิด 3) การลงโทษต้องกระทำโดยฉับไว (Celerity) หมายความว่ากระบวนการพิจารณาและลงโทษนั้นจะต้องกระทำไปโดยรวดเร็วมิใช่รอเป็นเวลานานจนคนทั่วไปสืมนับว่าบุคคลนี้ได้กระทำความผิดอย่างไร 4) การลงโทษจะต้องกระทำโดยเปิดเผยต่อสาธารณชน (Publicity) หมายความว่า การลงโทษจะต้องกระทำให้สาธารณชนได้เห็นหรือรับทราบ เพื่อผลของการข่มขู่บุคคลทั่วไปการลงโทษเพื่อแก้ไขหรือฟื้นฟูจิตใจผู้กระทำความผิดมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนหรือแก้ไขหรือเยียวยา รักษาจิตใจของผู้กระทำความผิดให้ลดความรู้สึกต่อต้านกฎหมาย และกลับมามีความเห็นดีเห็นชอบด้วยกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ตลอดจนมีความยับยั้งตนเองมิให้คิดหรือกระทำการอันเป็นความผิดอีกต่อไปผลของการลงโทษในลักษณะนี้จึงคล้ายคลึงกับการข่มขู่โดยเฉพาะตัวผู้กระทำความผิดเพราะมีความประสงค์จะมีให้บุคคลนั้นกระทำความผิดขึ้นอีก แต่ต่างกันตรงที่การสร้างแรงจูงใจมิให้กระทำความผิด กล่าวคือ การข่มขู่ใช้การลงโทษที่รุนแรงเป็นวิธีทำให้ผู้นั้นกลัวและเข็ดหลาบ ไม่กล้ากระทำความผิดอีกเมื่อนึกถึงโทษที่ตนเคยได้รับกับผลดีที่จะได้จากการกระทำความผิด แต่การแก้ไขฟื้นฟูจิตใจผู้กระทำความผิดใช้โทษเป็นเครื่องมือ ทำให้จิตใจของผู้นั้นยอมรับว่าการกระทำความผิดเป็นสิ่งไม่ถูกต้องและตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามกฎหมายแทนการกระทำความผิด ส่วนการลงโทษเพื่อตัดโอกาสมิให้ผู้นั้นกระทำความผิดมุ่งป้องกันการกระทำความผิดซ้ำโดยวิธีการทำให้หมดโอกาสในการกระทำความผิดเพื่อให้สังคมปลอดภัยจากการกระทำความผิด วิธีการลงโทษต้องเป็นวิธีที่ทำให้ผู้นั้นหมดโอกาสกระทำความผิด เช่น การประหารชีวิต การเนรเทศ หรือจำคุกมีกำหนดเวลาจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้นั้นไม่เป็นอันตรายแก่สังคมอีก

การลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด (Rehabilitative Theory) ทฤษฎีนี้มีความมุ่งหมายเพียงจะป้องกันไม่ให้บุคคลที่ได้กระทำความผิดมาแล้วกลับมากระทำความผิด

ซ้ำอีกไม่ได้มุ่งหมายจะให้ผลลัพธ์ถึงบุคคลอื่นโดยตรง วิธีการตามทฤษฎีนี้คือนอกจากจะพยายามหาทางให้ผู้ที่ได้กระทำผิดมาแล้วเกิดความประสงค์ที่จะยับยั้งไม่กระทำผิดซ้ำอีกแล้วยังจะต้องทำให้ผู้นั้นเกิดความสามารถที่จะยับยั้งเช่นนั้นด้วย มีผู้เห็นว่าไม่ควรใช้คำว่ากลงโทษ (Punishment) แต่ควรใช้คำว่ากาปฏิบัติ (Treatment) แทนเพราะการทำให้ได้รับความยากลำบากด้วยการลงโทษไม่น่าจะทำให้คนประพฤติดีขึ้น การลงโทษเพื่อปรับปรุงแก้ไขโดยใช้โทษจำคุกเป็นแนวคิดของสำนักคลาสสิกด้วยเหตุผลที่ว่า การลงโทษจะทำให้เกิดความกลัวและทำให้เกิดสำนึกว่าการกระทำผิดให้ประโยชน์ไม่คุ้มกับโทษที่ได้รับ ถ้าเป็นโทษจำคุกระยะยาวจะมีผลต่อการปรับปรุงมากยิ่งขึ้นคือ ผู้กระทำผิดเคยชินที่จะไม่ฝ่าฝืนกฎหมายจนกลายเป็นนิสัย ส่วนการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูเป็นแนวคิดของสำนักปฏิฐานนิยมที่เห็นว่าผู้กระทำผิดไม่มีเจตนาในการประกอบอาชญากรรมแต่การกระทำผิดไปเพราะถูกกำหนดโดยปัจจัยที่เกี่ยวกับความบกพร่องทางสภาพร่างกายจิตใจและสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดต้องหาสาเหตุของการกระทำผิดก่อน เมื่อพบสาเหตุจึงแก้ไขที่สาเหตุนั้นโดยดำเนินการแก้ไขผู้กระทำผิดทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่มไม่ว่าจะเป็นการแก้ไขภายในสถานที่ควบคุมหรือในชุมชน ผู้ที่ทำหน้าที่ในการแก้ไขปรับปรุงฟื้นฟูนั้นควรจะต้องมีความรู้และความชำนาญในการแก้ไขสาเหตุที่เกิดขึ้นตามแขนงสาขาวิชาที่ได้ศึกษามาด้วย เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ดังนั้น วัตถุประสงค์การลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิด จึงสอดคล้องกับพันธกิจของกรมราชทัณฑ์ได้ในปัจจุบัน ทั้งเน้นถึงการแก้ไขในระหว่างคุมขังและการติดตามช่วยเหลือเมื่อพ้นโทษกลับสู่สังคมเพื่อให้สังคมกลับสู่ความเป็นปกติสุขดังเดิมมากที่สุด

การลงโทษเพื่อปกป้องคุ้มครองสังคม (Social Protection Theory) มีวัตถุประสงค์ในการลงโทษเพื่อคุ้มครองสังคมให้ปลอดภัย โดยวิธีแยกผู้กระทำผิดออกจากสังคมเพื่อตัดโอกาสไม่ให้ผู้กระทำผิดได้กระทำผิดขึ้นอีก สำหรับการลงโทษ

เพื่อคุ้มครองสังคมนั้น มีหลักการสำคัญคือการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดและอบรม บ่มนิสัยมากกว่าการลงโทษโดยเน้นการคุ้มครองสังคมให้ปลอดภัยจากอาชญากรรม ส่วนการลงโทษจะเน้นให้เหมาะสมกับผู้กระทำผิดเป็นรายบุคคล เพื่อให้มีการปรับปรุงแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดให้เป็นคนดีโดยบัญญัติหลักเกณฑ์ในการป้องกัน ควบคุมและการปรับปรุงแก้ไขผู้กระทำผิดไว้ในกฎหมายอาญาด้วยเช่นหลักเกณฑ์ การนำวิธีการเพื่อความปลอดภัยมาใช้กับผู้กระทำผิดเป็นต้นวัตถุประสงค์ใน การลงโทษเพื่อคุ้มครองสังคม จึงเป็นมาตรการเสริมที่สำคัญอันจะนำมาใช้ในการ แก้ไขปรับปรุงผู้กระทำผิดที่กลับตัวเป็นคนดียาก ซึ่งมาตรการเสริมดังกล่าว อาจนำมาใช้ในกรณีที่กฎหมายกำหนดอัตราโทษไว้น้อยไปไม่เพียงพอต่อการ ปรับปรุงแก้ไขผู้กระทำผิดบางประเภทจึงต้องนำมาตราเสริมมาผนวกใช้ด้วย เช่นการนำวิธีการเพื่อความปลอดภัยมาใช้กับผู้กระทำผิดซ้ำ เป็นต้น (พรชัย ชันดี และคณะ, 2558)

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษา เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายในการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยวิธีการ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้บริหาร กลุ่มภาคีเครือข่าย นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มเจ้าหน้าที่เรือนจำที่มีส่วนในการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม และถอดบทเรียนด้านการพัฒนาพฤตินิสัยจากผู้ต้องขัง โดยการวิเคราะห์ เนื้อหา (Content Analysis) และเพื่อใช้อธิบายผลการวิจัยที่กล่าวมาแล้วให้มีความชัดเจนและมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

การศึกษาในครั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ

1) การ Checklist เพื่อหาความหมายของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม “Watch list” จากผู้เชี่ยวชาญ 8 คน ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านทันตวิทยา 2) นักทันตวิทยาผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบการพัฒนาพฤตินิสัย 3) นักทันตวิทยาผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบด้านทันตวิทยา 4) นักทันตวิทยาผู้เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบด้านทันตปฏิบัติ 5) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา/จิตแพทย์ 6) ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชญาวิทยา 7) ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตวิทยา 8) ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย

2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi - Structured Interview) เพื่อกำหนดมาตรการและหาแนวทางในการปฏิบัติที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม “Watch List” แหล่งข้อมูลที่สำคัญ (KIs) ประกอบไปด้วย 4 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหาร 2) กลุ่มภาคีเครือข่าย นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ 3) เจ้าหน้าที่เรือนจำ 4) กลุ่มผู้ต้องขัง

กลุ่มผู้บริหารจำนวน 9 คน ได้แก่ 1) อธิบดีกรมราชทัณฑ์ 2) รองอธิบดีกรมราชทัณฑ์ 3) ผู้บัญชาการเรือนจำกลางระยอง 4) ผู้บัญชาการเรือนจำกลางคลองเปรม 5) ผู้บัญชาการเรือนจำกลางเขาบิน 6) ผู้บัญชาการเรือนจำกลางพิษณุโลก 7) ผู้บัญชาการเรือนจำกลางบางขวาง 8) ผู้อำนวยการกองทัณฑปฏิบัติ 9) ผู้อำนวยการกลุ่มงานส่งเสริมการจำแนกลักษณะผู้ต้องขัง

กลุ่มภาคีเครือข่าย นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 คน ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาการบริหารงานยุติธรรมระดับจังหวัด (กพยจ.) 2) คณะกรรมการศูนย์เฉพาะกิจ

เฝ้าระวังความปลอดภัยของประชาชน (JSOC) : (Safety Observation Ad hoc Center, Ministry of Justice) 3) คณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาวินิจฉัยนักโทษเด็ดขาดที่ต้องเฝ้าระวังฯ (ระดับกระทรวง) 4) คณะกรรมการพักการลงโทษ 5) คณะกรรมการลดวันต้องโทษจำคุก 6) นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญภายนอกกรมราชทัณฑ์

กลุ่มเจ้าหน้าที่เรือนจำ ที่มีส่วนในการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมเรือนจำที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจากเรือนจำความมั่นคง (Maximum Security Prison) ทั้งหมด 5 แห่ง แห่งละ 2-3 คน เนื่องจากเป็นเรือนจำที่มีผู้ต้องขังที่อยู่ในกลุ่ม Watch List ตามประกาศกระทรวงยุติธรรมจำนวนสูงที่สุด

กลุ่มผู้ต้องขัง จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้ต้องขังที่ถูกกำหนดว่าเป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม “Watch List” เพื่อลดบทเรียน ปัญหาอุปสรรคในการแก้ไขพัฒนาพฤตินิสัยของกรมราชทัณฑ์

การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi - Structured Interview) ได้พัฒนาขึ้นมาจากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ต้องขัง กับกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ซึ่งสร้างขึ้นตามหลักวิชาการโดยประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์มีจุดมุ่งหมายในการได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายเฉพาะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมและการกำหนดมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมการสัมภาษณ์ผู้ต้องขังที่ถูกกำหนดว่าเป็นผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมเพื่อลดบทเรียนในการแก้ไขพัฒนาพฤตินิสัยของกรมราชทัณฑ์ รวมทั้งประเด็นปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติกับผู้ต้องขังกลุ่มดังกล่าว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคุณภาพ ได้ดำเนินการ ดังนี้ คือ ผู้ศึกษาได้ให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความชำนาญในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในการวิจัยตามวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) จากนั้นผู้ศึกษาได้แก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ศึกษาได้หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่าความสอดคล้องหรือดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป การคำนวณ IOC ของผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญได้คะแนน ดังนี้

การกำหนดนิยามลักษณะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม การแบ่งประเภทของผู้ต้องขังตามพฤติการณ์การกระทำผิดออกเป็น 7 ประเภท ค่าเฉลี่ยรวม = 0.81 สรุปว่า ใช้ได้

การประเภทของอาชญากรรมที่ควรจัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม แบ่งตามการละเมิดกฎหมายหรือจารีตประเพณี แบ่งตามศาสตร์ทางจิตวิทยา แบ่งตามความเสียหายและความรุนแรงต่อเหยื่อ ค่าเฉลี่ยรวม = 0.85 สรุปว่า ใช้ได้

องค์ประกอบของผู้ต้องขังที่จัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ค่าเฉลี่ยรวม = 0.75 สรุปว่า ใช้ได้

โดยผลของค่าเฉลี่ยรวมทั้ง 3 ประเด็น = $0.81 + 0.85 + 0.75 / 3 = 0.8$ สรุปว่า ใช้ได้

จริยธรรมของการวิจัยในคน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิตหลังจากสอบโครงร่าง วิทยานิพนธ์ก่อนดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล และได้รับการแจ้งผลการพิจารณา รับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval) ตามเอกสารคำรับรองการทำวิจัย ในคน เลขที่ COA.No.RSUERB 2021- 016 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2564

ผลการศึกษา

1. การกำหนดนิยามลักษณะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรม สะเทือนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม

การกำหนดนิยามลักษณะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรม สะเทือนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ถือเป็นเรื่องใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในงาน ราชทัณฑ์มาก่อน ที่มาของกำหนดแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวัง การก่ออาชญากรรมสะเทือนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม เกิดขึ้นเนื่องจากกระแสสังคม ที่มีต่อข่าวการก่อเหตุกระทำผิดซ้ำของอาชญากรที่มีพฤติการณ์การกระทำผิดที่ รุนแรงและทำให้สังคมเกิดความหวาดกลัว โดยเฉพาะในกรณีของนายสมคิด พุ่มพวง และ ไอซ์ หีบเหล็ก ที่ทำให้สังคมตั้งคำถามถึงกระบวนการในการแก้ไข พัฒนาพฤตินิสัยของผู้ต้องขังของ กรมราชทัณฑ์ ส่งผลให้กระทรวงยุติธรรมและ กรมราชทัณฑ์ตระหนักในความสำคัญของปัญหาการกระทำผิดซ้ำของผู้พ้นโทษ

กระทรวงยุติธรรมได้มีประกาศ เรื่อง กำหนดความผิดในคดีอุกฉกรรจ์ คดีสะเทือนขวัญหรือคดีที่เป็นที่สนใจของประชาชน พ.ศ.2563 เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและป้องกันผลกระทบด้านความปลอดภัยให้กับสังคมในกระบวนการ แก้ไขพัฒนาพฤตินิสัยของผู้ต้องขังตามหลักอาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา และให้

การปฏิบัติงานตามภารกิจของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม ในด้านการควบคุม แก้ไข พัฒนาพฤตินิสัยของผู้ต้องขัง เพื่อคืนคนดีมีคุณค่าสู่สังคม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมจึงได้ออกประกาศไว้ ณ วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ.2563 ดังนี้

ข้อ 1 ความผิดในคดีอุกฉกรรจ์ คดีสะเทือนขวัญ หรือคดีที่เป็นที่สนใจของประชาชน ดังต่อไปนี้ ให้จัดชั้นนักโทษเด็ดขาดเข้าใหม่อยู่ในชั้นต้องปรับปรุงมาก

(1) ความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

(ก) ความผิดเกี่ยวกับการก่อการร้าย ตามมาตรา 135/1 มาตรา 135/2 มาตรา 135/3 และมาตรา 135/4

(ข) ความผิดเกี่ยวกับการก่อให้เกิดภัยอันตรายต่อประชาชน ตามมาตรา 218 และ 222 และมาตรา 224

(ค) ความผิดเกี่ยวกับเพศ ตามมาตรา 276 วรรคสอง วรรคสาม มาตรา 277 วรรคหนึ่ง วรรคสอง วรรคสาม วรรคสี่ มาตรา 277 ทวิ มาตรา 277 ตรี มาตรา 278 วรรคสาม วรรคสี่ มาตรา 279 วรรคสี่ วรรคห้า วรรคหก วรรคเจ็ด มาตรา 280 มาตรา 282 วรรคสาม มาตรา 283 วรรคสาม และมาตรา 285

(ง) ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย ตามมาตรา 288 เว้นแต่กรณีตามมาตรา 69

(จ) ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย ตามมาตรา 289

(ฉ) ความผิดเกี่ยวกับเสรีภาพและชื่อเสียง ตามมาตรา 313

(ช) ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ ตามมาตรา 339 วรรคสี่ วรรคห้า มาตรา 339 ทวิ วรรคสี่ วรรคห้า มาตรา 340 วรรคสาม วรรคสี่ วรรคห้า มาตรา 340 ทวิ วรรคสี่ วรรคห้า วรรคหก และมาตรา 340 ตรี

(2) ความผิดฐานผลิต นำเข้าหรือส่งออก หรือผลิต นำเข้าหรือส่งออก เพื่อจำหน่ายหรือจำหน่ายหรือมีไว้ครอบครองเพื่อจำหน่าย ตามกฎหมายว่าด้วย ยาเสพติดให้โทษ กฎหมายว่าด้วยมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิด เกี่ยวกับยาเสพติด หรือกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และศาล มีคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ถึงตลอดชีวิตหรือประหารชีวิต ซึ่งประกาศ ณ วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2563

จากการนิยามความหมายของกลุ่มผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมจึงมีขอบเขตที่แคบลงว่าผู้ต้องขังกลุ่มใดที่มีพฤติกรรมอยู่ในกลุ่มผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม (Watch list) โดยยึดตามมาตราทางกฎหมายเป็นหลัก อย่างไรก็ตามยังมีข้อถกเถียงถึงการกำหนดเกณฑ์ถึงคุณลักษณะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมดังกล่าว ที่อาจยังไม่ชัดเจนในการใช้ข้อกำหนดมาตราของกฎหมาย เพราะอาจทำให้ผู้ต้องขังบางรายซึ่งไม่ได้มีพฤติกรรมที่รุนแรงถึงขนาดที่อยู่ในกลุ่มดังกล่าว ถูกจำกัดสิทธิ ประโยชน์ที่พึงได้รับ โดยการศึกษาในครั้งนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ความเห็นที่สอดคล้องกันว่า นิยามความหมายของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ควรยึดเกณฑ์หรือคุณสมบัติดังนี้

ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อการนิยามของกระทรวงยุติธรรมที่แบ่งประเภทของผู้ต้องขังตามพฤติการณ์การกระทำผิดออกเป็น 7 ประเภท ทั้งหมดเห็นด้วยกับประเภทที่ 1 - 6 ได้แก่ ช่มชู้หรือล่วงละเมิดทางเพศเด็ก (Child murder or Child rape and homicide) ช่า่มชู้หรือช่มชู้ในลักษณะทารุณโหดร้าย (Rape and Rape - murder crimes) ฆาตกรต่อเนื่อง (Serial murder) ฆาตกรโดยสันดาน กระทำผิดซ้ำซากรุนแรง (violent offences recidivism) ฆาตกร

โรคจิต (Crime committed by a Sociopath or a Psychopath) ฆาตกรที่มีพฤติกรรมโหดร้ายทารุณ (ฆ่าเด็ก/ฆาตกรรมหมู่) (Mass murder) ยกเว้นประเภทที่ 7 คือ ผู้ค้ายาเสพติดรายใหญ่ที่มีกำหนดโทษตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปถึงประหารชีวิต (Major Drug dealers) เนื่องจาก เป็นความผิดที่กฎหมายกำหนด Mala Prohibita ซึ่งไม่ใช่ความผิดที่เกิดจากมูลเหตุจูงใจที่ต้องการทำลายชีวิตผู้อื่นและมุ่งหวังทรัพย์สินเป็นหลัก เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะที่ควรมีรูปแบบการดูแลเฉพาะทาง และควรได้รับการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ แต่อาจไม่จำเป็นต้องเรียกว่า เป็นกลุ่มอาชญากรรมสะท้อนขวัญ ซึ่งผู้ศึกษาเห็นสอดคล้องกับ ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการกำหนดนิยาม ที่ต้องมีเกณฑ์เป็นพฤติกรรมการกระทำผิดที่อาชญากรกระทำด้วยความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อเหยื่อ ผู้เสียหายและสังคม จนเกิดความหวาดกลัว มีแนวโน้มที่ไม่สามารถแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ หากอยู่ในสังคมจะส่งผลเสียหายและเป็นอันตรายต่อสังคม

โดยสรุปแล้ว ผู้ศึกษาเห็นว่า การกำหนดนิยามของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม หมายถึง “กลุ่มผู้ต้องขังที่มีลักษณะพฤติกรรมการกระทำผิดที่อาชญากรกระทำด้วยความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อเหยื่อ ผู้เสียหายและสังคมจนเกิดความหวาดกลัว” โดยมีพฤติการณ์กระทำความผิดในลักษณะความผิด ได้แก่ ข่มขืนหรือล่วงละเมิดทางเพศเด็ก ฆ่าข่มขืนหรือข่มขืนในลักษณะทารุณโหดร้าย ฆาตกรต่อเนื่อง ฆาตกรโดยสันดาน กระทำผิดซ้ำซากรุนแรง ฆาตกรโรคจิต ฆาตกรที่มีพฤติกรรมโหดร้ายทารุณ (ฆ่าเด็ก/ฆาตกรรมหมู่) ยกเว้น คดียาเสพติด เนื่องจากในทางอาชญาวิทยาถือว่าอาชญากรรมยาเสพติดจัดอยู่ในประเภท Victimless Crime เป็นอาชญากรรมไร้เหยื่อ หรือในกลุ่มผู้ค้ายาเสพติดก็มีเป้าหมายหรือแรงจูงใจเกี่ยวกับทรัพย์สินเป็นหลัก ลักษณะพฤติการณ์จึงไม่จัดให้อยู่ในกลุ่มที่สร้างความสะท้อนขวัญให้กับสังคม

ประกอบกับ National Institute of Justice (NIJ) ได้ให้ความหมายอาชญากรรม ความรุนแรง (Violent Crime) หมายถึง อาชญากรรมรุนแรงที่เหยื่อจะได้รับ อันตรายหรือคุกคามด้วยความรุนแรง อาชญากรรมที่รุนแรง รวมถึงการข่มขืนและการล่วงละเมิดทางเพศ การโจรกรรม การทำร้ายร่างกายและการฆาตกรรมซึ่งไม่ได้กำหนดนิยามเกี่ยวกับคดีอาชญากรรมคดีด้วยเช่นกัน

จากการให้คำนิยามของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยสามารถสรุปนิยามลักษณะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมได้ว่าหมายถึง “กลุ่มผู้ต้องขังที่มีลักษณะพฤติกรรมกระทำความผิดที่อาชญากรรมกระทำด้วยความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อเหยื่อ ผู้เสียหายและสังคมจนเกิดความหวาดกลัว” โดยต้องมีการพิจารณาลักษณะพฤติการณ์การกระทำความผิด ตามรายละเอียดของพฤติการณ์การกระทำความผิด ดังนี้ ข่มขืนหรือล่วงละเมิดทางเพศเด็ก ข่าข่มขืนหรือข่มขืนในลักษณะทารุณโหดร้าย ฆาตกรต่อเนื่อง ฆาตกรโดยสันดาน กระทำความผิดซ้ำซากรุนแรง ฆาตกรโรคจิต ฆาตกรที่มีพฤติกรรมโหดร้ายทารุณ (ฆ่าเด็ก/ฆาตกรรมหมู่)

โดยต้องมีการพิจารณาลักษณะพฤติการณ์ของการกระทำความผิดที่อาชญากรรมกระทำรายละเอียดของพฤติการณ์การกระทำความผิดดังนี้

การข่มขืนและล่วงละเมิดทางเพศ ได้แก่

1) พวกล่วงเกินทางเพศกับเด็ก (Child Molester) ผู้ใหญ่ที่ชอบสัมผัสหรือ ลูบไล้เด็กเพื่อความพึงพอใจด้านเพศ มีการใช้กำลังในการบังคับข่มขู่เหยื่อ เพื่อกระทำความผิดทางเพศ บ่อยมากกว่าในพวก Pedophilia

2) พวกชอบมีเพศสัมพันธ์กับเด็ก (Pedophilia) พวกวิปริตที่รักเด็ก (Perverse lover of children) คนที่รักเด็กและใช้เด็กเพื่อความพึงพอใจด้านเพศของตน ซึ่งมีระดับตั้งแต่การกอดรัดลูบไล้ด้วยความรักไปจนถึงการฆาตกรรมและ

ชำแหละศพ เป็นการแสดงความพ้อฝันที่น่าพิงพอใจ ในการกระทำทางเพศกับเด็ก ก่อนวัยเจริญพันธุ์อย่างซ้ำ ๆ หรือใช้วิธีการเฉพาะเพื่อให้ประสบความสำเร็จกับความตื่นเต้นทางเพศ จัดเป็นประเภทหนึ่งของ กามวิปริต (paraphilia) ที่ผู้ใหญ่หรือวัยรุ่นอายุ 16 ปี หรือมากกว่า มีความรู้สึกทางเพศที่รุนแรงและซ้ำ ๆ หรือมีจินตนาการทางเพศต่อเด็กก่อนวัยเจริญพันธุ์

ถ้าแบ่งรูปแบบของการข่มขืนตามแรงกระตุ้นและพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะดังนี้

1) การข่มขืนอันเนื่องมาจากอำนาจ (Power Reassurance Rapist) เป็นการข่มขืนที่ผู้ข่มขืนต้องการจะพิสูจน์ความเป็นชายของตัวเอง โดยมีรูปแบบการสร้างความปลอดภัยให้กับเหยื่อ เช่น การลอบแอบเข้าไปนอนรออยู่ในห้องนอน หรือซ่อนตัวอยู่ที่เบาะนั่งด้านหลังรถยนต์ของเหยื่อและ เลือกเหยื่อจากการแอบดูหรือเที่ยวหาเหยื่อในที่ต่าง ๆ ซึ่งจะพบนักข่มขืนในรูปแบบนี้มากที่สุด

2) การข่มขืนที่ใช้กำลังที่รุนแรง (Power Assertive Rapist) เป็นการข่มขืนที่ต้องการ แสดงอำนาจที่เหนือกว่าโดยใช้กำลังความรุนแรง อาจจะกลับมาข่มขืนเหยื่อคนเดิมซ้ำอีก

3) การข่มขืนเพื่อแก้แค้น (Anger Retaliatory Rapist) เป็นการข่มขืนโดยการจู่โจมอย่างรวดเร็วเพื่อต้องการแก้แค้นด้วยความโกรธโดยมีความสุขและความพอใจที่ได้ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม รวมไปถึงการทำลายความรู้สึกทางคำพูดเพื่อเป็นการแก้แค้น ในขณะที่ผู้กระทำมักไม่ได้รับความพึงพอใจทางเพศหรือได้รับเพียงเล็กน้อยจากการข่มขืน

4) การข่มขืนโดยทำให้ผู้อื่นเจ็บปวด (Anger Excitation Rapist) เป็นการข่มขืนที่ ผู้กระทำมีความสุขอย่างมากที่ได้เห็นอีกฝ่ายได้รับความทุกข์ทรมานจากการกระทำของตน (sexual sadism) มากกว่าความสุขที่จะได้รับจากการ

ปลดปล่อยทางเพศจากการข่มขืน อันเป็นการปลดปล่อย ความเพ้อฝัน (Fantasy) มีความสามารถในการล่าเหยื่อและมักจะจบลงด้วยการฆ่าในที่สุด

5) การข่มขืนที่เกิดขึ้นจากโอกาส (Opportunistic Rapist) เป็นการข่มขืนที่ไม่ได้มีการ วางแผนล่วงหน้ามาก่อน โดยมีแรงจูงใจหลักจากความต้องการทางเพศอย่างทันทีทันใด ซึ่งมักจะมีการใช้ แอลกอฮอล์และยาเสพติดร่วมด้วย

6) การข่มขืนโดยแก๊ง (Gang Rapist) เป็นการข่มขืนโดยยอมรับและทำตามพฤติกรรมของกลุ่ม เพื่อแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มเป็นพวกเดียวกัน สามัคคีกัน

การฆาตกรรมต่อเนื่อง (Serial Killer) หมายถึง ผู้ที่ฆ่าตั้งแต่สามครั้งขึ้นไป ในแต่ละเหตุการณ์ที่แยกจากกัน โดยมีระยะเวลาที่ลงมือฆ่าห่างกัน อาจจะเป็นวัน หรือ เป็นเดือน หรือเป็นปีก็ได้ หรือเป็นนักฆ่าต่อเนื่อง ประเภทที่ออกล่าเหยื่อไปเรื่อย ๆ (Geographically transient serial murderers) เพื่อหลบหนีการสืบสวนจับกุมของเจ้าหน้าที่ และมักสร้างความสับสนให้กับเจ้าหน้าที่

นอกจากนี้ อาจจะเป็นนักฆ่าในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มทารุณโหดร้ายหรือน่าสะพรึงกลัว (The Lust or Thrill hedonistic) โดยพวกนี้จะปลดปล่อยความสุขทางเพศผ่านการฆ่า จึงใช้เวลานานในกระบวนการฆ่า เช่น การทรมาน

2) กลุ่มที่ต้องการมีอำนาจเหนือกว่า หรือ ต้องการควบคุมเหยื่อ (The Power/Control Serial Killer) พวกนี้จะมีความสุขจากการได้ครอบงำและใช้อำนาจเหนือเหยื่อ พวกนี้ไม่ได้เจ็บป่วยทางจิต แต่เขาเลือกใช้ชีวิตตามแนวทางของตัวเอง พวกนี้มักเลือกใช้อาวุธที่ถือด้วยมือ โดยมีแนวโน้มที่จะใช้การรัดคอเหยื่อ

การสังหารหมู่ (Mass Murder) เป็นการฆ่าคนจำนวนมากในสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) ประเภทที่เลือกเป้าหมายพิเศษ ที่ฆาตกรเชื่อว่าเป็นสาเหตุให้ตนเกิดความเครียดกดดัน

2) ประเภทที่เลือกเป้าหมายที่ไม่รู้จัก แต่เป็นกลุ่มที่ตัวเองไม่ชอบ โดยมักจะถูกกระตุ้นโดยความเกลียด ที่คุกรุ่นอยู่ จนกระทั่งมีเหตุการณ์พิเศษเป็นตัวกระตุ้นจุดให้เดือดขึ้นมา

สำหรับการสังหารหมู่ สามารถแบ่งเป็น 10 แบบ (Mass Murderer Classification)

1) พวกสังหารในครอบครัว (Family Slayer) คนร้ายจะฆ่าคนในครอบครัวและฆ่าตัวเองตายตาม

2) พวกฆ่าเพื่อผลประโยชน์ (Murderer for Profit) อาจฆ่าคนในครอบครัวหรือคนกลุ่มอื่น เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อประโยชน์ทางวัตถุ

3) พวกฆ่าเพื่อวัตถุประสงค์ทางเพศ (Murderer for Sex) มีเป้าหมายเพื่อการทรมาณทางเพศ การข่มขืน การฆาตกรรมเหยื่อ

4) พวกหน่วยจู่โจม (Pseudo - Commando) เป็นพวกหมกมุ่นอยู่กับปืน และมีความเพ้อฝันที่จะฆ่า

5) พวกนักฆ่าที่ลงมือแล้วหลบหนี (Set – and – Run - Killer) เป็นพวกที่มีการวางแผนหลบหนีหลังจากลงมือ โดยอาจใช้การใช้ยาพิษ หรือจูดไฟเผา

6) พวกนักฆ่าโรคจิต (Psychotic Killer) เป็นพวกที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

7) พวกลูกจ้างที่ไม่มีความพอใจ (Disgruntled Employee) หาทงแก่แค่นเพื่อนหรือนายจ้าง ในความผิดที่อาจจะจริงหรือคิดมโนไปเอง

8) พวกนักฆ่าที่เป็นสาวก (Disciple – Type Killer) ฆ่าตามคำสั่งผู้นำที่มีความน่าศรัทธา (Charismatic Killer)

9) พวกฆ่าจำนวนมากตามลัทธิอุดมการณ์ (Ideological Mass Murderer) โดยผู้นำนาซีหรือผู้นำชาวกุญให้คนอื่นฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่น

10) พวกฆ่าจำนวนมากตามสถาบัน (Institutional Mass Murderer) การได้รับคำสั่งจากผู้นำของตนให้ก่ออาชญากรรม มักพบในการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์

“ไซโคพาท” (Psychopaths) ฆาตกรที่ไม่สามารถระบุเหตุจูงใจในการก่ออาชญากรรมได้อย่างชัดเจน เป็นหนึ่งในกลุ่มของโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder) โดยมีลักษณะ ขาดความเห็นใจผู้อื่น ขาดความสำนึกผิด ความรู้สึกด้านชาไม่เกรงกลัว ขาดความยับยั้งชั่งใจ เอาตัวเองเป็นจุดศูนย์กลาง

สาเหตุของอาการไซโคพาท

1) ทางกาย มีความผิดปกติของสมอง โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า และสมองส่วนอะมิกดาลา

2) ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง อาจเกิดจากอุบัติเหตุทางสมอง และพันธุกรรมรวมถึงความผิดปกติของฮอร์โมน Estosterone, Serotonin และ Cortisol

3) ด้านจิตใจ และสังคม ถูกกระทำทารุณกรรมในวัยเด็ก ถูกเลี้ยงดูแบบละเลย เพิกเฉย

4) อาชญากรรมในครอบครัว ความแตกแยกในครอบครัว สภาพสังคมรอบตัวที่โหดร้าย

จะเห็นได้ว่าการนิยามลักษณะของผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะหากเราไม่ได้กำหนดนิยามลักษณะผู้ต้องขังฯ ไว้อย่างชัดเจน จะทำให้การกำหนดหลักเกณฑ์ การกำหนดมาตรการเพื่อการปฏิบัติ การพัฒนาพฤตินิสัยผู้ต้องขัง

ดังกล่าวไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายด้วยเช่นกัน ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะได้นำเสนอถึงการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อพิจารณาจำแนกกลุ่มผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมในประเทศไทย

2. การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อพิจารณาจำแนกกลุ่มผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมในประเทศไทย

หลักเกณฑ์ในการกำหนดกลุ่มผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม เนื่องจากการประกาศของกระทรวงยุติธรรม ได้ยึดหลักเกณฑ์ตามกฎหมายและกำหนดโทษ ตลอดจนประเภทคดีเป็นหลัก ถือเป็นการกำหนดหลักเกณฑ์แบบกว้างที่ยังทำให้ไม่สามารถถ่วงน้ำหนักที่เป็นกลุ่มผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงต่อสังคมได้อย่างเหมาะสม แต่ความคิดเห็นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกกลุ่มมีความเห็นว่าแนวทางการปฏิบัติกับผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ควรจะมีความแตกต่างจากผู้ต้องขังทั่วไป ทั้งในเรื่องของพฤติกรรมความรุนแรง ต้องศึกษาหาสาเหตุการกระทำความผิดอย่างละเอียด เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้ต้องขังที่มีปัญหาซับซ้อน มีปัญหาจากหลายสาเหตุ ควรมีการจำแนกลักษณะผู้ต้องขังซึ่งเป็นการแยกผู้ต้องขังกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมออกจากผู้ต้องขังทั่วไป โดยใช้กลไกของคณะกรรมการและสหวิชาชีพ ในการวิเคราะห์ผู้ต้องขังที่เข้าข่ายแต่ละราย ทั้งนี้ จะต้องพิจารณาจากภูมิหลัง ประวัติการกระทำความผิด พฤติการณ์กระทำความผิด และการคาดการณ์ความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกกลุ่มให้ความสำคัญเป็นอย่างมากกับมาตรการและแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญ โดยระบุว่ากรมราชทัณฑ์ต้องมีการกำหนดมาตรการในการควบคุม และการแก้ไข

ฟื้นฟูพฤติกรรมกับผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็น
ภัยต่อสังคมให้มีความเหมาะสมกับพฤติการณ์การกระทำผิดต้องวิเคราะห์มูลเหตุของ
การกระทำผิด ภูมิหลัง ประวัติการกระทำผิด โดยต้องมีการจัดเก็บข้อมูลตั้งแต่รับตัว
เข้ามาในเรือนจำ มีการจัดทำ Case Study เพื่อกำหนดแผนการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง
รายบุคคล (Sentence Plan) ในการควบคุม และแก้ไขพัฒนาพฤติกรรมผู้ต้องขัง ได้อย่าง
เหมาะสม ดังนั้นกระบวนการแก้ไขฟื้นฟูพัฒนาผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่อ
อาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมย่อมมีความละเอียดอ่อนและมี
กระบวนการในเชิงลึกในการขัดเกลามีระยะเวลาที่เหมาะสมและต้องประเมินในทุก
มิติ โดยผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างจริงจัง ผู้ต้องขังในกลุ่มที่ต้อง
เฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมควรได้รับโทษให้
นานขึ้นเพื่อตัดโอกาสในการออกไปกระทำผิดซ้ำ โดยให้ความแก่ชราทำลายความ
เป็นอาชญากรของเขา และควรมีการรวมกลุ่มผู้ต้องขังดังกล่าวด้วยกัน เวลาที่จะ
นำเข้าสู่โปรแกรมการแก้ไขฟื้นฟูและพัฒนาพฤติกรรมผู้ต้องขังจะได้มีความชัดเจนขึ้น หรือ
เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรม เรียนรู้พฤติกรรมกับผู้ต้องขังอื่น เพราะ
ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ในต่างประเทศมีแนวทางปฏิบัติกับผู้ต้องขังคดี
ความรุนแรง เช่น สหรัฐอเมริกา มีโปรแกรม Long-Term Segregation Unit
Houses เป็นโปรแกรมที่เน้นกลุ่มผู้ต้องขังที่มีปัญหาที่ต้องโทษจำคุกระยะยาว โดย
จะเน้นการควบคุมที่เข้มงวดและงดการให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ต้องขังที่ต้องโทษสูงหรือ
จัดเป็นผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงสูง ในประเทศสิงคโปร์ก็มีโปรแกรมเฉพาะด้าน
ความรุนแรง “MANALIVE” โดยโปรแกรมหากล่าวจะเป็นโปรแกรมที่จะเน้นถึง
การเปลี่ยนแปลงและความหวัง เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์จากในด้านความต้องการ
ของผู้ต้องขังในด้านความเสี่ยง ความต้องการ และความสามารถที่จะดำเนินการได้
ซึ่งจากการนำโปรแกรมหากล่าวมาใช้กับผู้ต้องขังที่ก่อความผิดที่เกี่ยวข้องกับ

ความรุนแรง โดยการศึกษายังพบว่า โปรแกรมดังกล่าวประสิทธิภาพในการใช้กับผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงสูงที่มีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงในการก่อคดีสำหรับในประเทศไทยนั้น ก็ควรมีโปรแกรมการแก้ไขฟื้นฟูเฉพาะรายในระยะยาว Long-Term เช่นเดียวกัน ซึ่งจากการศึกษาโปรแกรมการแก้ไขเฉพาะรายสำหรับกลุ่มผู้ต้องขังดังกล่าวนี้ในขณะนี้กรมราชทัณฑ์อยู่ระหว่างการร่างการศึกษาโปรแกรมการแก้ไขสำหรับผู้ต้องขังต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม (Watch list) เห็นควรเร่งดำเนินการจัดทำโปรแกรมเฉพาะขึ้นเพื่อแก้ไขฟื้นฟู พัฒนาพฤติกรรมผู้ต้องขังกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะ

กฎหมายและมาตรการของต่างประเทศที่ใช้ในการลงโทษและแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดซ้ำพบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศออสเตรเลีย และประเทศสิงคโปร์ ให้ความสำคัญกับการลงโทษผู้กระทำผิดซ้ำด้วยโทษจำคุกที่ยาวนาน เพื่อตัดโอกาสในการกระทำผิดซ้ำของผู้กระทำผิดซ้ำบางประเภทให้ได้มากที่สุด ส่วนประเทศญี่ปุ่นมีกฎหมาย เพิ่มโทษผู้กระทำผิดซ้ำที่คล้ายคลึงกับประเทศไทย ในขณะเดียวกันก็พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศออสเตรเลีย และประเทศสิงคโปร์ต่างให้ความสำคัญกับทฤษฎีแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดซ้ำด้วยการนำหลักการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดตามหลักความเสี่ยง - ความต้องการ - การตอบสนอง (Risk-Need-Responsivity) ที่ให้ความสำคัญกับการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดที่มีความเสี่ยงในการกระทำผิดซ้ำสูงให้ตรงกับปัจจัย อันนำไปสู่การกระทำผิดกฎหมายของบุคคลดังกล่าว เพื่อลดความเสี่ยงในการกระทำผิดซ้ำให้ได้มากที่สุดมาใช้แก้ไขพฤติกรรมของผู้กระทำผิดกฎหมายอย่างจริงจังจนได้ผลเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง สำหรับประเทศญี่ปุ่นก็มีกฎหมายเกี่ยวกับการบังคับโทษที่มีวัตถุประสงค์และเจตนารมณ์ในการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดด้วยกระบวนการยุติธรรมในทุกกระบวนการบังคับโทษ และยังมี การนำพัฒนาการของผู้ต้องขังในการแก้ไขฟื้นฟูตนเองและความเสี่ยงใน

การกระทำผิดซ้ำไปเชื่อมโยงกับการพิจารณาพักการลงโทษอีกด้วย (เอกมล ลวดลาย, 2663)

ผู้วิจัยมีความคิดเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความคิดเห็น โดยสรุปแล้วมาตรการและแนวทางปฏิบัตินั้น ควรจะมีการกำหนดเป็นระยะ เพื่อส่งผลต่อการปฏิบัติที่โดยกำหนดเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะสั้นและระยะยาว มาตรการระยะสั้น คือ การทำให้สังคมรับรู้ว่ามีบุคคลอันตรายอยู่ในสังคมนั้น จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์เฉพาะกิจเฝ้าระวังความปลอดภัยของประชาชน Justice Safety Observation Ad hoc Center (JSOC) เพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวังผู้พ้นโทษ มีการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ EM มาใช้ในการติดตามตัวเพื่อควบคุมความเสี่ยงของการกระทำผิดซ้ำของผู้กระทำความผิดที่ได้รับการพักการลงโทษและให้อาสาสมัครคุมประพฤติเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม มาตรการระยะยาว คือ การเพิ่มเติมมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมด้วยการออกกฎหมาย เช่น หลังพ้นโทษแล้วต้องมีระยะเวลาในการติดตาม อย่างน้อย 3-5 ปี หรืออาจจะใช้ EM ในการติดตามตลอดชีวิต หรือจนกระทั่งแพทย์ลงความเห็นว่าคุณคนนั้นเป็นคนที่ไม่อันตรายแล้ว กระทรวงยุติธรรมต้องมีการยกร่างกฎหมายเป็นกรอบการดำเนินการที่สำคัญและเป็นเกราะป้องกันภัยอันตรายในสังคม นำกฎหมายนักโทษคดีร้ายแรง คดีอุกฉกรรจ์ คดีสะเทือนขวัญ กระทำผิดซ้ำซาก ออกบังคับใช้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในกระบวนการยุติธรรมของไทย สร้างความมั่นใจ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ซึ่งจะส่งผลถึงภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่ประเทศไทยในด้านการท่องเที่ยว และการลงทุนในอนาคต โดยเจตนารมณ์ของกฎหมาย ให้มีการดำเนินการกับผู้พ้นโทษลักษณะพิเศษ คือมีการเฝ้าระวังหลังพ้นโทษ มีการแก้ไขฟื้นฟูเฉพาะราย และมีการดูแลทางการแพทย์ในการบำบัดรักษา เพื่อไม่ให้ผู้พ้นโทษกระทำผิดซ้ำซากและ

เป็นการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังเป็นการคืนคนดีมีประสิทธิภาพสู่สังคมไทย

ปัจจัยความสำเร็จของการกำหนดมาตรการและแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับการแก้ไข และได้รับความร่วมมือจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านจิตวิทยา ด้านอาชญาวิทยา ด้านกฎหมาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรการและแผนการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังดังกล่าว ทั้งมาตรการระหว่างต้องโทษและมาตรการภายหลังพ้นโทษ การสร้างความเข้าใจให้กับผู้บริหารเรือนจำ/ทัณฑสถาน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเรือนจำ/ทัณฑสถาน เพื่อช่วยส่งเสริมภารกิจ พร้อมให้ความร่วมมือในการแก้ไข พัฒนาพฤตินิสัยผู้ต้องขังกลุ่มนี้ให้เป็นรูปธรรม รวมถึงความสำเร็จของการบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญของผู้พ้นโทษที่มีลักษณะพิเศษให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป้าหมายการสร้างเชื่อมั่นในชีวิตและความปลอดภัยให้แก่ประชาชนและการไม่ให้ผู้ต้องขังกลับมากระทำผิดซ้ำอีกต่อไป

โดยสรุป ผู้วิจัยมีความเห็นว่า เนื่องจากเป้าหมายของนโยบายการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจนตามประกาศกระทรวงยุติธรรม ลงวันที่ 24 มีนาคม 2563 ได้กำหนดไว้เพียงความผิดในคดีอุกฉกรรจ์สะท้อนขวัญหรือคดีที่ประชาชนให้ความสนใจ โดยระบุเฉพาะความผิดตามกฎหมาย เพื่อจัดชั้นนักโทษเด็ดขาดเข้าใหม่ให้อยู่ในชั้นต้องปรับปรุงมาก และให้เป็นดุลพินิจของคณะกรรมการฯ ในการพิจารณาเท่านั้น ยังขาดหลักเกณฑ์ในการจำแนกลักษณะผู้ต้องขังกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม หากพิจารณาแนวทางหรือมาตรการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขณะนี้ต้องมองเป็น 3 ส่วน คือ

แนวทางที่เรื้อรังจำใช้อยู่เป็นปกติ แนวทางที่กำลังพัฒนาให้มีความเหมาะสม และแนวทางที่ควรจะเป็นในอนาคต จะต้องมีการออกแบบแนวทางด้านทัศนคติปฏิบัติและการควบคุม ให้มีความสอดคล้องกันด้วย เพื่อให้เห็นว่าผู้ต้องขังกลุ่มนี้มีความพิเศษกว่าผู้ต้องขังกลุ่มอื่น โดยเฉพาะแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมนิสัย ที่อาจมีความจำเป็นต้องให้การพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว บางรายอาจต้องตลอดระยะเวลาการต้องโทษ ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและต้องใช้เวลาในการพัฒนา มีการทดลองมาตรการการปฏิบัติ ควรจะมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาแนวทางที่มีความเหมาะสมในอนาคตตามสภาพสังคมและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

3. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรม สะเทือนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม

การพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรม สะเทือนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ต้องมีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม สามารถนำไปปฏิบัติได้กับกลุ่มผู้ต้องขังดังกล่าว ซึ่งต้องมีการปรับกระบวนการทัศนคติในการปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดคดีอุกฉกรรจ์ ประกอบด้วยการบูรณาการหลักการ แนวคิด ทฤษฎี ปรับเปลี่ยนปรัชญาจากการมุ่ง “แก้แค้นทดแทน” มาเป็น “แก้ไขฟื้นฟู” ผู้กระทำผิดคดีอุกฉกรรจ์ จะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ต้องขังกลุ่มนี้เมื่อกลับออกไปสู่สังคม กลับมากระทำผิดซ้ำอีก เป็นการปกป้องสังคมให้ปลอดภัย ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจให้สังคมและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้เข้าใจร่วมกัน จึงมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่อผู้ต้องขังกลุ่มดังกล่าว ดังนี้

1) การตรากฎหมายเฉพาะ เพื่อกำหนดแนวทางและมาตรการที่ชัดเจนในเรื่องนี้ การตราเป็นกฎหมายจะทำให้เกิดความตื่นตัวทั้งต่อตัวเจ้าหน้าที่ในการที่จะปฏิบัติตามกฎหมายที่กำหนดอำนาจหน้าที่ซึ่งมีสภาพบังคับ รวมทั้งเกิดความตื่นตัวต่อผู้ต้องขังที่จะต้องถูกควบคุมโดยกฎหมายเป็นพิเศษ ทำให้เกิดความรู้สึก

ยากลำบากในการจะลงมือกระทำความผิดซ้ำ นอกจากนี้ยังเห็นว่า การตรากฎหมายพิเศษสำหรับผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวัง จะส่งผลให้เกิดสภาพการยับยั้งป้องกันโดยทั่วไป (General Deterrent Effect) ที่ทำให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้กระทำความผิด เกิดความรู้สึกไม่ยากที่จะกระทำความผิด เพราะได้รับทราบถึงความยากลำบากในการถูกเฝ้าระวังติดตามและจะเกิดความตื่นตัวต่อสังคมในการช่วยกันเฝ้าระวังติดตามผู้กระทำความผิด ตลอดจนช่วยกันแจ้งเบาะแสต่อเจ้าหน้าที่ เป็นการขับเคลื่อนให้มาตรการต่าง ๆ ที่ออกมาประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น เช่น การพิจารณานำวิธีการเพื่อความปลอดภัย ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 39 มาใช้กับผู้ต้องขังกลุ่มนี้ ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคที่ส่งผลต่อการทำงานของส่วนต่าง ๆ การควบคุมดูแลตามมาตรการที่ยังไม่ชัดเจน กลายเป็นช่องโหว่ ที่ส่งผลให้เกิดปัญหาการร้องเรียนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจากผู้ต้องขังที่ถูกกำหนดให้เป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังหรือถูกทำให้ตนเสียประโยชน์ด้านต่าง ๆ ก็มักจะร้องเรียนขอความเป็นธรรมอยู่เสมอ โดยเฉพาะผู้ต้องขังที่มีลักษณะร้าย ขาดจิตสำนึก มีอิทธิพล ขอบสร้างปัญหาในการปกครองและการควบคุม สิ่งเหล่านี้จึงเป็นประเด็นที่จะต้องมีการนำมาร่วมในการวิเคราะห์ เพื่อหามาตรการและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป

2) การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมที่เกี่ยวข้อง และมีการออกกฎหมายลำดับรองเพื่อให้อำนาจในการควบคุมดูแลผู้ต้องขังกลุ่มดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม โดยในเรื่องการบูรณาการความร่วมมือ เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติระยะยาว ที่ไม่ใช่เพียงแค่อยูในความรับผิดชอบของกรมราชทัณฑ์เท่านั้น แต่ยังคงคาบเกี่ยวไปถึงการดูแลติดตามภายหลังพ้นโทษ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกรมคุมประพฤติ ที่ได้มีการจัดตั้ง “ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยของประชาชน (JSOC)” เพื่อติดตามผู้พ้นโทษกลุ่มนี้

ที่สำคัญจะต้องมีการผลักดันกฎหมายให้ศูนย์ JSOC นี้มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการติดตามพฤติกรรมของบุคคลกลุ่มนี้ เนื่องจากไม่ได้อยู่ในสถานะผู้ต้องขัง และผู้ถูกคุมประพฤติแล้ว นอกจากนี้ ยังรวมถึงหน่วยงานป้องกันและปราบปรามอาชญากรรมต่าง ๆ เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงาน ป.ป.ส. ฯลฯ ที่จะต้องมีการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ต้องขังกลุ่มดังกล่าว เพื่อประสิทธิภาพในการป้องกันการกระทำผิดซ้ำต่อไป ในส่วนของการบูรณาการความร่วมมือนั้น ไม่เพียงเกี่ยวข้องกับ การติดตามดูแลหลังพ้นโทษเท่านั้น ในขั้นตอนก่อนและหลังพ้อง ก่อนที่ศาลจะมี คำพิพากษาเด็ดขาด หากผู้ต้องหาหรือจำเลยไม่ได้รับการปล่อยตัวชั่วคราว ก็ต้องอยู่ในการควบคุมของกรมราชทัณฑ์ด้วยเช่นกัน จึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการจำแนก ลักษณะผู้ต้องขังกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์ด้วย อันเป็นต้นทางในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง ซึ่งต้องใช้การบูรณาการไม่เพียงหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมเท่านั้น ยังต้องอาศัยเครือข่าย หรือองค์กรภายนอกหน่วยงานยุติธรรม เช่น สาธารณสุข อบต. หรือ องค์กรเอกชนต่าง ๆ เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการกำหนดมาตรการและแนวทางปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่เฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม เป็นทั้งเรื่องของมาตรการและแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจนของกรมราชทัณฑ์ที่ยังไม่สามารถกำหนดระบบ หลักเกณฑ์ รายละเอียดของวิธีปฏิบัติที่นำมาใช้ในการเฝ้าระวังผู้ต้องขังกลุ่มนี้ได้เหมาะสม รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรที่ต้องทำหน้าที่ในการควบคุมดูแล ที่มีอัตราไม่เพียงพอ และยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่เฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ทศนคติเกี่ยวกับการทำความเข้าใจกับผู้ต้องขังที่เฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ทั้งจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานต่าง ๆ หรือ สังคมภายนอกที่มีความหวาดกลัวต่อสถานะทางสังคมของกลุ่มผู้ต้องขังที่เฝ้า

ระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม เมื่อมีโอกาสกลับสู่สังคม จะหวนกลับมาก่อคดีซ้ำอีก นอกจากนี้ ยังหมายรวมถึง ปัญหากฎหมายไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินการในระยะยาว

4. การถอดบทเรียนการพัฒนาพฤตินิสัยของกรมราชทัณฑ์จากผู้ต้องขังที่เฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม ในส่วนของการถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเชิงนโยบาย ผู้วิจัยได้มีการถอดบทเรียนการพัฒนาพฤตินิสัยของกรมราชทัณฑ์ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

(1) มาตรการและแนวทางในการปฏิบัติกับผู้ต้องขังในปัจจุบัน กรมราชทัณฑ์มีมาตรการและแนวทางปฏิบัติกับผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญที่เหมาะสม โดยสนับสนุนให้มีการแยกกันระหว่างผู้ต้องขังอัตราโทษสูงและอัตราโทษต่ำ โดยเสนอว่าควรจะมีการจัดการอบรมหรือสนับสนุนกิจกรรมที่เพิ่มความรู้ในด้านกิจกรรมทางศาสนา การอบรมฝึกวิชาชีพ และมีการติดตามสำรวจพฤติกรรมภายหลังการปล่อยตัวพ้นโทษ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้กลับมากระทำผิดซ้ำอีก กรมราชทัณฑ์ ควรมีมาตรการ แนวทาง หรือวิธีการ โดยเริ่มจากการมีการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสม ได้แก่ การสนับสนุนกิจกรรมทางศาสนา เพื่อพัฒนาจิตใจ หรือการอบรมและการฝึกวิชาชีพ การได้รับการอบรมก่อนปล่อย และการแนะนำแนวทางในการเริ่มต้นในการใช้ชีวิตภายนอก รวมถึง ควรจะมีการติดตามสำรวจผู้ต้องขังเป็นรายบุคคลและดูพฤติกรรม ทั้งตอนอยู่ในเรือนจำและหลังการปล่อยตัวพ้นโทษออกไป เพื่อปรับเปลี่ยนนิสัยของกลุ่มผู้ต้องขัง เพื่อป้องกันการกลับมาทำความผิดซ้ำอีก

(2) ปัญหาอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาพฤตินิสัยผู้ต้องขังของกรมราชทัณฑ์ สิ่งที่จะก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคสำคัญ ต่อการพัฒนาพฤตินิสัยผู้ต้องขังของกรมราชทัณฑ์ เกิดจากพฤติกรรม นิสัยใจคอและจิตใจของผู้ต้องขังคนนั้นที่

อาจจะทำให้เกิดความร่วมมือ หรือการต่อต้าน รวมถึงการถูกจำกัดสิทธิต่าง ๆ เช่น การไม่ได้รับการอภัยโทษ หรือการไม่ได้รับข่าวสารจากภายนอก เป็นต้น ผู้วิจัยเห็นด้วยกับการพัฒนาพินิสัยผู้ต้องขัง เพราะปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความหวาดกลัวอาชญากรรมในสังคม กรมราชทัณฑ์ไม่ควรปล่อยให้เพียงกระแสและจบไป หลาย ๆ ประเทศให้ความสนใจกับเรื่องนี้ เช่น การปล่อยผู้ต้องขังคดียาเสพติดออกไปแล้วต้องมีการแจ้งเตือนไปยัง ชุมชน หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการป้องกัน ให้ระมัดระวังตัว ไม่ให้เสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อของอาชญากรรม มีการเก็บข้อมูลพันธุกรรม หรือ DNA และยังมีข้อมูล Criminal profile เฉพาะของกลุ่มผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคม (watch list) เพื่อเป็นฐานข้อมูลในกรณีที่ออกไปแล้วก่อเหตุอาชญากรรมขึ้นมาอีก โดยสามารถตรวจสอบรายละเอียดของผู้ต้องขังกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะได้ เพื่อไม่ให้ผู้พ้นโทษกระทำความผิดซ้ำซากและเป็นการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังเป็นการคืนคนดีมีประสิทธิภาพสู่สังคมไทย

ข้อเสนอแนะ สำหรับข้อเสนอแนะนั้นผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็นข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดผลในการปฏิบัติ ควรมีมาตรการและแนวทางปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะท้อนขวัญที่เหมาะสม โดยเสนอแนะเป็นมาตรการระยะสั้น ที่สามารถดำเนินการได้ทันที รวมถึงมาตรการระยะยาวที่ต้องมีการผลักดันให้นโยบายนี้มีความต่อเนื่องและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่ได้จากการสรุป ดังนี้

มาตรการและแนวทางปฏิบัติระยะสั้น ประกอบด้วย

1) ทำให้สังคมรับรู้มีบุคคลอันตรายอยู่ในสังคม ก็จะไม่มีการเสียชีวิต โดยมี การจัดตั้งศูนย์เฉพาะกิจเฝ้าระวัง ความปลอดภัยของประชาชน Justice Safety Observation Ad hoc Center (JSOC) เพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวังผู้พันโท

2) มีการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ EM มาใช้ในการติดตามตัวเพื่อควบคุม ความเสี่ยงของการกระทำผิดซ้ำของผู้กระทำความผิดที่ได้รับการพักการลงโทษและ ให้อาสาสมัครคุมประพฤติเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตาม

มาตรการระยะยาว ประกอบด้วย

1) การเพิ่มเติมมาตรการข้อกฎหมายที่เหมาะสม ออกกฎหมาย เช่น หลัง พันโทแล้วต้องมีระยะเวลาในการติดตาม อย่างน้อย 3 – 5 ปี หรืออาจจะใช้ EM ในการติดตามตลอดชีวิต หรือจนกระทั่งแพทย์ลงความเห็นว่าบุคคลนั้นเป็นคน ที่ไม่อันตรายแล้ว

2) กระทรวงยุติธรรมต้องมีการร่างกฎหมายเป็นกรอบการดำเนินการที่ สำคัญและเป็นเกราะป้องกันภัยอันตรายในสังคม นำกฎหมายนักโทษคดีร้ายแรง ออกมาบังคับใช้

3) ให้มีการดำเนินการกับผู้พันโทลักษณะพิเศษ คือ มีการเฝ้าระวังหลัง พันโท มีการแก้ไขฟื้นฟูเฉพาะราย และมีการดูแลทางการแพทย์ในการบำบัดรักษา และเป็นการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังเป็นการคืนคนดีมีประสิทธิภาพสู่ สังคมไทย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำหรับข้อเสนอในเชิงนโยบายนั้น ผู้ศึกษา เห็นว่า ควรมีการเสนอกฎหมาย ใหม่ มีกฎหมายการใช้ EM หากเป็นผู้ต้องขังอันตรายก็ให้ติดตาม 10 ปีหรือตลอดไป โดยเริ่มต้นกระบวนการที่สำคัญ ในการรับตัวผู้ต้องขัง จัดทำประวัติผู้ต้องขังซึ่งมี

ความสำคัญมาก มีการประสานงานกับสถาบันนิติวิทยาศาสตร์เพื่อเก็บข้อมูล พันธุกรรม DNA การจำแนกลักษณะผู้ต้องขัง การประเมินด้วยเครื่องมือ Criminal Mind รวมทั้งมีการตรวจประเมินสุขภาพจิตโดยผู้เชี่ยวชาญ หากพบว่ามีปัญหา สุขภาพจิตต้องส่งไปบำบัดรักษาตามกระบวนการรักษาที่ถูกต้อง หากไม่พบปัญหา สุขภาพจิตก็เข้าสู่กระบวนการในการแก้ไขฟื้นฟู ทั้งการปรับทัศนคติ พฤติกรรม ซึ่งเป็นโปรแกรมเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ต้องขังที่ต้องเฝ้าระวังการก่ออาชญากรรมสะเทือนขวัญหรือเป็นภัยต่อสังคมโดยเฉพาะ และต้องมีการประเมินผลการเข้าอบรมอย่างเข้มข้น โดยคณะกรรมการประเมินผลซึ่งเป็นผู้แทนจากสภวิชาชีพ และหน่วยงาน ภายนอกที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาพฤตินิสัย หากผ่านการประเมินถึงจะเข้าสู่ กระบวนการเช่นเดียวกับผู้ต้องขังทั่วไป หลังจากเข้าสู่ระยะเวลาใกล้พ้นโทษต้องมีการติดตามประเมินเป็นระยะ และส่งต่อข้อมูลให้กรมคุมประพฤติเพื่อติดตาม ภายหลังพ้นโทษอย่างมีกำหนดเวลา ถึงจะเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ต้องขังกลับมา กระทำผิดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมี Model ที่ได้จากการสรุป ดังนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมราชทัณฑ์. (2561). คู่มือการจัดโปรแกรมการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังตามลักษณะแห่งคดี และพฤติการณ์การกระทำผิด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์.
- กรมราชทัณฑ์. (2562ก). หนังสือประทับตราการประเมินตามแบบจำแนกลักษณะผู้ต้องขัง. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมราชทัณฑ์. (2562ข). ประกาศกรมราชทัณฑ์ เรื่องหลักเกณฑ์การพักการลงโทษ พ.ศ. 2562. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมราชทัณฑ์. (2563). จำนวนผู้ต้องขัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์.
- กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2562). จิตวิทยาอาชญากรรมการวิเคราะห์พฤติกรรมอาชญากรรม ความผิดปกติทางจิตและฆาตกรรม. นครปฐม: ภูมิการพิมพ์.
- จอมเดช ตรีเมฆ. (2561). *CRIMINOLOGY*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.
- นันทิ จิตสว่าง. (ม.ป.ป.). *หลักพันธุวิทยา: หลักวิเคราะห์ระบบงานราชทัณฑ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มูลนิธิพิบูลสงเคราะห์ กรมราชทัณฑ์.
- นันทิ จิตสว่าง. (2564). ควรรีด EM ที่ “ใจ” ของผู้ต้องขังกลุ่มคดีร้ายแรง 7 ประเภท (Watch List). สืบค้นจาก <https://www.chulacriminology.com/index.html>
- พรชัย ขันดี, ธัชชัย ปิตะนิละบุตร และ อัครวิน วัฒนวิบูลย์. (2543). *ทฤษฎี และงานวิจัยทางอาชญาวิทยา*. กรุงเทพฯ: บัณฑิต.
- พรชัย ขันดี, จอมเดช ตรีเมฆ และ กฤษณพงศ์ พุตระกูล. (2558). *ทฤษฎีอาชญาวิทยา: หลักการ งานวิจัย และนโยบายประยุกต์*. กรุงเทพฯ: ส.เจริญการพิมพ์.
- เพลินใจ แต่เกษม และคณะ. (2556). *การจัดทำมาตรการในการแก้ไขและบำบัดฟื้นฟูผู้ต้องขังในเขตควบคุมพิเศษ*. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

- สฤณี สืบพงษ์ศิริ. (2560). แผนประทุษกรรมกับลายเซ็นอาชญากรรมของคนร้าย: ความเหมือนที่แตกต่าง. *วารสารวิชาการอาชญาวิทยาและนิติวิทยาศาสตร์*, 3(2), 37-52.
- เอกมล ลวดลาย. (2563). *มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดร้ายแรงที่มีลักษณะสะท้อนขวัญ*. สำนักงานกิจการยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม.
- Abuza, Z. (2009). *The rehabilitation of Jemaah Islamiyah detainees in South East Asia: A preliminary assessment*. In T. Bjørge and J. Horgan (Eds.), *Leaving terrorism behind: Individual and collective disengagement* (pp. 193-211). New York: Routledge.
- Austin, J. and McGinnis, K. (2004). Classification of high-risk and special management prisoners a national assessment of current practices. Retrieved from [file:///C:/Users/ZZZ/Downloads/451773%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ZZZ/Downloads/451773%20(2).pdf)
- Australian Institute of Criminology. (2003). In Crime Reduction that matters. Retrieved from <https://aic.gov.au/publications/crm/crm001>
- Australian Institute of Criminology. (2017). Crime Prevention Approaches: Theory and Mechanisms. Retrieved from <https://aic.gov.au/publications/rpp/rpp120/crime-prevention-approaches-theory-and-mechanisms>
- Beccaria, C., and Voltaire. (1770). *An essay on crimes and punishments*. London: F. Newbery.

- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press.
- Bentham, J. (1970). *An Introduction to Principle of Morals and Legislation*, in J.H. Burns & H.L.A. Hart, eds. *The Collected Works of Jeremy Bentham*. London: Athlone Press.
- Bjorgo, T., Horgan, J., (eds). (2009). *Leaving Terrorism Behind: Individual and Collective Disengagement*. New York: Routledge.
- Ferri, E. (1884). *Criminal Sociology*. New York: Agathon Press.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. Berkeley, CA.: University of California Press.
- Fox, J. A., & Levin, J. (2005). *Extreme killing: Understanding serial and mass murder*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Justice Inspector of Custodial Services. (2015). *Lifers: classification and regression*. Retrieved from <http://www.custodialinspector.justice.nsw.gov.au/Documents/Lifers%20Classification%20and%20regression.pdf>
- Law Revision Commissioner. (2008). *The penal code and subsidiary legislation*. Retrieved from http://agc.gov.ms/wp-content/uploads/2010/02/penal_code.pdf
- Lombroso, C. (1911). *Criminal man*. New York: Putnam.
- Office for National Statistics. (2018). *The nature of violent crime in England and Wales: year ending March 2018*. Retrieved from <https://www.ons.gov.uk/releases/thenatureofviolentcrimeinenglandandwalesyearendingmarch2018>

Sutherland, E. H. (1947). *Principles of Criminology* (4th ed.).

Philadelphia: Lippincott.

Thailand Institute of Justice (TIJ). (2017). A comparative study of treatment of prisoners and non-custodial Measures in ASEAN.

Retrieved from <https://knowledge.tijthailand.org/en/publication/detail/36#book/>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

(2016). A Teacher's Guide on the Prevention of VIOLENT EXTREMISM. Retrieved from https://en.unesco.org/sites/default/files/lala_0.pdf

United Nations. (2016). Handbook on the management of high-risk prisoners. Retrieved from file:///C:/Users/ZZZ/Downloads/HB_on_High_Risk_Prisoners_Ebook_appr%20(1).pdf

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและแนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของ

นักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง¹

Mental Health Literacy and Supports among Thammasat University Lampang Center Students

Received 10 January, 2022

ปรินดา ตาสี²

Revised 10 May, 2022

Parinda Tasee³

Accepted 17 May, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของ นักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์ลำปาง และเพื่อศึกษาแนวทางการสนับสนุน ด้านสุขภาพจิตให้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง โดยใช้การเก็บ ข้อมูลด้วยวิธีการเชิงปริมาณและคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลด้วยด้วย แบบสอบถามออนไลน์ แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพจิตทั้งฉบับมี ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์ลำปาง ปีการศึกษา 2563 จำนวน 325 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มจำนวน 14 คน จากการเลือก แบบเจาะจง เป็นประธานกรรมการนักศึกษาแต่ละคณะ แล้วทำการเลือกแบบ สโนว์บอลล์จากประธานกรรมการนักศึกษาแต่ละคณะไปยังผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

¹ บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง “สภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง”

² อาจารย์ ดร., อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ลำปาง ประเทศไทย

E-mail: tparinda@gmail.com

³ Lecturer Dr., Faculty of Social Administration, Thammasat University, Lampang, Thailand

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.08 (S.D. = 8.87) เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ในแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 15.66 (S.D. = 2.34) และด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการทางจิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 8.54 (S.D. = 1.78) ความรู้เกี่ยวกับการรับการรักษาหรือบรรเทาความเจ็บป่วยทางจิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 5.72 (S.D. = 1.12) ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 30.95 (S.D. = 5.89) และด้านทัศนคติเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 24.75 (S.D. = 5.21) และผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า แนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาต้องการ คือ การอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การส่งเสริมการประเมินสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง การประชาสัมพันธ์ให้เกิดความเข้าใจต่อภาพลักษณ์เชิงบวกต่อผู้ป่วยและบริการการให้การปรึกษาทางสุขภาพจิตมีให้กับนักศึกษา ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต รณรงค์ในระดับคณะและมหาวิทยาลัยเพื่อลดการตีตราผู้ที่ป่วยจิตเวชหรือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต มีสวัสดิการสำหรับนักศึกษาที่มีอาการป่วยทางจิต รวมถึงการเพิ่มความถี่ของเวลาและ ช่องทางในการให้การปรึกษาออนไลน์ หรือระบบโทรศัพท์

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต, การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต, นักศึกษา

Abstract

The purpose of this study was to investigate mental health literacy among Thammasat University, Lampang Center students, as well as the

guidelines for mental health assistance for Thammasat University, Lampang Center students, using quantitative and qualitative data collection methods. In terms of quantitative research, online questionnaires were used to collect data. 325 students from Thammasat University, Lampang Center, Year 2020 had a confidence level of 0.83 on the Literacy Assessment Tool using stratified random sampling. The qualitative study collected data through group discussions with 14 subjects chosen through purposive sampling. is the chairman of each faculty's student, and then a snowball selection of the key informants of each faculty.

According to the quantitative data analysis, the sample population had a medium level of mental health literacy. When the amount of knowledge in each area was taken into account, the average was 79.08 (S.D. = 8.87). The sample group demonstrated a high level of understanding of mental health information sources. The mean score was 15.66 (S.D. = 2.34), and all other factors, such as knowledge of disease or mental illness, were moderate. The mean was 8.54 (S.D. = 1.78) for understanding on how to obtain therapy or treatment for mental illness. The mean score for understanding of people with mental health problems was 5.72 (S.D. = 1.12). The average score was 30.95 (S.D. = 5.89), and mental illness was associated with attitude. The average score was 24.75 with a standard deviation of 5.21. The qualitative research findings suggest that the student mental health support approach should include a mechanism to assist mental health education training. Public relations work is needed to gain an

understanding of the patient's image and the services offered to students. The correct mental health information should be provided, and at the faculty and university levels, stigmatization of people with mental illnesses or mental health difficulties should be reduced. Students experiencing mental health issues would benefit from the increased availability of online counseling or a helpline telephone service. In addition, the frequency and number of people involved in consulting services should be increased.

Keywords: Mental health literacy, Mental health supports, University Students

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มวัยรุ่นในประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิตพบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้า เป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ และเป็นโรคใกล้ตัวที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากไม่ได้รับการรักษาอาจรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในปี พ.ศ.2561 พบว่า ร้อยละ 11.5 เป็นเยาวชนที่อยู่ในวัยเรียนอายุ 15-24 ปี ทั้งนี้ แม้ในกลุ่มเยาวชนจะมีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่าในกลุ่มวัยอื่น ๆ แต่นับเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญและต้องเร่งแก้ไขเนื่องจากวัยรุ่นเป็นทรัพยากรที่มีค่าในการพัฒนาประเทศในอนาคต และข้อมูลพบว่า ในปี 2560 กลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต : ออนไลน์) และเมื่อมองเฉพาะสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษาในประเทศไทย จากผลศึกษาตลอด 4 ปีที่ผ่านมา พบว่า ยิ่งขึ้นปีที่สูง ยิ่งพบภาวะซึมเศร้ามาก เพราะการเรียน

ท้าทายมากขึ้น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนิสิตนักศึกษา ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ความเครียด ความสัมพันธ์ไม่ดีกับพ่อแม่ มีความทุกข์ทางใจ ความคิด อัตโนมิติทางลบ ครุ่นคิดถึงเหตุการณ์เชิงลบ บุคลิกภาพของพ่อแม่ การขาดความรู้ เข้าใจในการจัดการทางสุขภาพจิตของตนเอง

เมื่อนักศึกษาปัญหาสุขภาพจิตจะไม่ขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ สุขภาพจิตมากนัก แม้ว่าจะมีความรุนแรงมากก็ตาม สอดคล้องกับงานวิจัยรายงานว่า นักศึกษาที่จะขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต และมีความเต็มใจที่จะ ขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตนับเป็นปัญหาที่พบได้ในทุกประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกามีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่สมัครใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญ (Aloud & Rathur, 2009) แม้ว่าเพื่อนสนิทจะคอยให้กำลังใจทำให้ สามารถผ่านพ้นไปได้ แต่บางปัญหาที่ซับซ้อนไม่สามารถช่วยเหลือจากเพื่อนได้ ทั้งหมดโดยธรรมชาติของมนุษย์ หากรู้สึกไม่สบายใจถึงเครียดในระดับที่รุนแรง ควรจะขอรับความช่วยเหลือทางจิตใจกับนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต (Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005) แต่พบผลตรงกันข้าม คือ ความรุนแรงของ ปัญหาสุขภาพจิตไม่มีผลโดยตรงต่อความช่วยเหลือ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นบางราย มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงและไม่ได้รับการช่วยเหลือจนถึงขั้นฆ่าตัวตายที่เป็นข่าว ตามสื่อต่าง ๆ เป็นระยะ ๆ เป็นต้น (ณัฐวุฒิ อรินทร์, 2553) ดังนั้น การเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพจิตและการจัดการดูแลสุขภาพจิตเพื่อการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาจึง เป็นข้อท้าทายหนึ่งของแต่ละมหาวิทยาลัยในการสร้างระบบบริหารจัดการดูแล ให้กับนักศึกษาของตนเองอย่างทั่วถึง

ความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) เป็นแนวทางการในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตปัจจุบัน ในต่างประเทศทั้งในเอเชีย อเมริกา และยุโรป ให้ความสำคัญกับการสำรวจในกลุ่มนักศึกษา ซึ่งความรู้ทางสุขภาพจิตหมายถึง ความรู้และเจตคติที่มีต่อสุขภาพจิต ที่ทำให้บุคคลรับรู้ จัดการ

และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยมีลักษณะ คือ มีความสามารถในการรู้จักความผิดปกติทางสุขภาพจิต รู้วิธีการหาข้อมูลทางด้านสุขภาพจิต รู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและ สาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิต รู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตรู้ที่จะแสวงหาการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตและหาทางช่วยเหลือที่เหมาะสมการให้ความสำคัญกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตนั้นเนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า การเจ็บป่วยทางจิตเวชเริ่มตั้งแต่วัยรุ่นและไม่ได้ได้รับการรักษา หากวัยรุ่นมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต จะทำให้สามารถรู้ถึงปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้เหมาะสม (นุสรา นามเดช, 2561)

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง เปิดการเรียนการสอนในระดับชั้นปริญญาตรี ในปีการศึกษา 2563 มีจำนวนนักศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 2,118 คน (รายงานสถิติจำนวนนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ข้อมูล ณ วันที่ 18 สิงหาคม 2563) และยังไม่มียางานสถิติที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในภาพรวม ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละคณะในการให้การดูแลเฉพาะราย และการให้บริการปรึกษาทางสุขภาพจิตของนักศึกษาศูนย์ลำปางแบบ Face to Face หรือ Video call แต่อย่างไรก็ดีเสียงสะท้อนจากนักศึกษาที่กล่าวถึง การให้บริการยังคงมีไม่เพียงพอต่อและตรงกับความต้องการ ปัญหาเชิงทัศนคติส่วนบุคคลต่อการขอรับบริการทางสุขภาพจิต และนักศึกษาบางส่วนก็ยังไม่มีความเข้าใจต่อการดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพจิต

ดังนั้น การศึกษานี้ จึงเป็นการศึกษาเพื่อเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ ที่เป็นฐานการเริ่มต้นต่อการวางรูปแบบแนวทางการให้การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาตามสภาพปัญหาที่เป็นจริง อันเป็นการเฝ้าระวังผลของปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง พร้อมทั้งการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งในการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อ

การป้องกัน ดูแล แก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยตรงตามสภาพความเป็นจริง และตรงกับความต้องการ ความสะดวกต่อการเข้าถึงแก่นักศึกษาที่เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ทั้งในระดับคณะและมหาวิทยาลัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง
2. เพื่อศึกษาแนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตให้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

ขอบเขตในการศึกษา

1. ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้กำหนดขอบเขตการศึกษาเฉพาะนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง
2. ขอบเขตด้านประชากร
 - การวิจัยเชิงปริมาณ นักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์ลำปาง ปีการศึกษา 2563 จำนวน 2,118 คน (รายงานสถิติจำนวนนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ข้อมูล ณ วันที่ 18 สิงหาคม 2563) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 คน
 - การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย นักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ที่เป็นตัวแทนของทุกคณะและมีความสมัครใจ จำนวน 14 คน

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพจิต

1. ความหมายของความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy)

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่ามี การให้นิยามความหมายของคำว่า “ความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy)” ไว้หลากหลาย โดยได้ให้ความหมายดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (Nammontri, 2018 อ้างถึงใน อรุณทัย ปาทาน และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, 2563) หมายถึง ความสามารถของบุคคลและชุมชน ในการค้นหาคำตอบที่ต้องการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นตรวสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมาและตัดสินใจนำข้อมูลนั้นไปใช้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็นเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ในขณะที่ เชษฐา แก้วพรม และคณะ (2557) ได้ให้ความหมายของคำว่าความฉลาดทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการหรือป้องกัน การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ตลอดจนแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาดังกล่าว บุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต เช่นเดียวกับ นุสรรา งามเดช และคณะ (2550) ได้ให้ความหมายของความรู้ทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) หมายถึง ความรู้และเจตคติที่มีต่อสุขภาพจิตที่ทำให้บุคคลรับรู้ จัดการและป้องกันการเกิดปัญหา สุขภาพจิตได้ โดยมีลักษณะ คือ มีความสามารถ ในการรู้จักความผิดปกติทางสุขภาพจิต รู้วิธีการหาข้อมูลทางด้านสุขภาพจิต รู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและ สาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

รู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต รู้ที่จะแสวงหาการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทาง สุขภาพจิต และหาทางช่วยเหลือที่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่าการให้ความหมายของความรอบรู้ไว้อย่างหลากหลาย โดยสามารถสรุปการให้ความหมายได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีซึ่งความรู้และความเข้าใจต่อสภาวะสุขภาพจิตได้อย่างหลากหลาย จากการเข้าถึงข้อมูลที่มีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือที่บุคคลสามารถนำมาปรับใช้ได้ อย่างเหมาะสม โดยส่งผลให้บุคคลสามารถตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและ บุคคลรอบข้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีมุมมอง หรือทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มี ปัญหาทางจิตได้อย่างเหมาะสม

2. องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

Nutbeam (Nutbeam, 1990 อ้างถึงใน วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) เสนอกรอบแนวคิด (Conceptual model) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น ครั้งแรก “conceptual model of health literacy as a risk” โดยเสนอ องค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะ การตัดสินใจ ทักษะ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อต่อมา Sorensen และคณะ เสนอกรอบ แนวคิดที่ได้จากการสังเคราะห์กรอบแนวคิดที่รวบรวมได้ในระหว่าง ค.ศ. 2000 - 2009 “Integrated model of health literacy” และเสนอองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่

- 1) การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพ
- 2) การเข้าใจ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ

3) การประเมิน หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย การตีความ การคัดกรอง และประเมินข้อมูล ด้านสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง

4) การปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูล ในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ

สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป็น 6 ระดับพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพของพลเมือง 4.0 (Smart Thai People 4.0) ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ชักถาม ประเมิน ตัดสินใจ รับปรับใช้ และบอกต่อในต่างประเทศมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบทางด้านความรู้ทางสุขภาพจิตไว้หลายท่าน โดย โอ คอนเนอร์ (O'Connor & Casey, 2015) ได้เสนอว่า องค์ประกอบทางด้านความรู้ทางสุขภาพจิตประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ประการ ที่มนุษย์ต้องมีเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของตนไว้คือ 1) ความสามารถในการจำแนกอาการป่วยทางจิต 2) ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต 4) ความรู้ในการรักษาตนเองเมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต 5) ความรู้ในแสวงหาความช่วยเหลือจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และ 6) ทักษะคิดในการส่งเสริมการรับรู้พฤติกรรมขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม ต่อมาในปี 2019 ดักลาสและแฮมเมอร์ (Douglas A. Spiker & Joseph H. Hammer. 2019) ได้เสนอเพิ่มองค์ประกอบทางด้านความรู้ทางสุขภาพจิตประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 7 ประการที่มนุษย์ต้องมีเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของตนไว้ ดังนี้ 1) การรับรู้ความผิดปกติทางจิต 2) ความรู้ในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิต 3) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิต 4) ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต 5) ความรู้ในการรักษาตนเอง 6) ความรู้ในขอรับการช่วยเหลือจากนักวิชาชีพเฉพาะทาง และ 7) ทักษะคิดในการส่งเสริมการรับรู้พฤติกรรมขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม

จากที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่าองค์ประกอบทางด้านความรู้ทางสุขภาพจิตนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบทางด้านความรู้และความเข้าใจจากการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตในด้านต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบหลัก เนื่องจากหากมีความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องแล้วทำให้บุคคลสามารถนำมาปรับใช้ หรือปฏิบัติได้อย่างเท่าทันทั้งกับตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมจากทักษะในด้านต่าง ๆ อันสืบเนื่องมาจากความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

วิธีการการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เป็น การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ด้วยวิธีการใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือ การศึกษา และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นเครื่องมือการศึกษา

การศึกษาที่ 1 การศึกษาทางด้านการรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ได้แก่ นักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ ลำปาง ปีการศึกษา 2563 จำนวน 2,118 คน (รายงานสถิติจำนวนนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ข้อมูล ณ วันที่ 18 สิงหาคม 2563)

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ นักศึกษาที่ศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 325 คน การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Krejcie and Morgan (1970) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 325 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ stratified random sampling ของคณะ ต่าง ๆ โดยแต่ละคณะใช้วิธีการคำนวณ สัดส่วนระหว่างชั้นปี (proportional to size) แล้วใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม (Questionnaire Research) โดยใช้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ข้อมูลด้านความรู้ทางสุขภาพจิต โดยแบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ของ โอ คอนเนอร์และ แคซี (O'Connor & Casey, 2015) ทั้งหมด 25 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 25-120 คะแนน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการทางจิต 2) ความรู้เกี่ยวกับการรับการรักษาหรือบรรเทาความเจ็บป่วยทางจิต 3) ความรู้แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต 4) ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช 5) ด้านทัศนคติเกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยทางจิต และ ความต้องการด้านบริการสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ รูปแบบบริการช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิตที่นักศึกษาต้องการ และข้อเสนอแนะระบบและการบริการช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครื่องมือในการวิจัย โดยแบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยปรับแบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ของ โอ คอนเนอร์ และ แคซี (O'Connor & Casey, 2015) ทั้งหมด 35 ข้อ โดยแบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิตนี้ผู้วิจัยได้แปลแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษา 1 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาคลินิก 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เมื่อได้ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ นำมาหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) มีค่า IOC เท่ากับ 0.60-1.00 ถ้าข้อใดมีค่า 0.50 ขึ้นไป แสดงว่า ข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ หรือตรงตามเนื้อหานั้น แสดงว่า ข้อคำถามข้อนั้นใช้ได้

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิต โดยวิธีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลอง (Try out) กับไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α – coefficient) ตามวิธีของคอนบาค (Conbach) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ผลของการหาค่าความเชื่อมั่นพบว่า แบบสอบวัดความรู้ทางสุขภาพจิตด้านความรู้ความเข้าใจต่อสุขภาพจิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72 ด้านทัศนคติเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 แบบวัดทั้งหมดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษาที่ 2 รูปแบบการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตให้กับนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ นักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปางที่สมัครใจ จำนวน 14 คน โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นประธานกรรมการนักศึกษาแต่ละคณะ แล้วใช้การเลือกแบบสโนว์บอลล์ (snowball sampling) จากประธานกรรมการนักศึกษาแต่ละคณะ ผู้วิจัยใช้การจัดกลุ่มการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการจับฉลาก โดยจะคละกันทั้งชั้นปี และขณะที่ศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria) คือ เป็นนักศึกษาระดับการศึกษาระดับการปริญญาตรีชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในเทอม 2/2563 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง และไม่อยู่ระหว่างพักการศึกษา อายุตั้งแต่ 18 บริบูรณ์ขึ้นไป มีความเต็มใจและสมัครใจให้ข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตเวชและอยู่ในระหว่างการรักษาจากสถานพยาบาล

เครื่องมือการวิจัย คือ แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักศึกษา และ ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบแนวทางการให้การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในการวิจัยเชิงคุณภาพการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การตีความและสรุปความ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ร่วมกันระหว่าง ผู้ให้ข้อมูล นักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในคน

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะอนุกรรมการวิจัยในคนชุด 2 สาขาสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ได้รับรหัสโครงการวิจัย 026/2564 หนังสือรับรองเลขที่ 055/2564

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลด้านเพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 68.3 รองลงมาเป็นกลุ่มหลากหลายทางเพศ ร้อยละ 16 และเพศชาย ร้อยละ 15.7

ชั้นปีที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 60.6 รองลงมาเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 15.4 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 14.2 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 9.8

คณะที่ศึกษา พบว่า เป็นนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มากที่สุด ร้อยละ 28.9 รองลงมาคือ คณะนิติศาสตร์ ร้อยละ 22.2 คณะสาธารณสุข

ศาสตร์ ร้อยละ 19.4 วิทยาลัยสหวิทยาการ ร้อยละ 19.7 คณะศิลปกรรมศาสตร์ ร้อยละ 5.2 และคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร้อยละ 4.6

ภูมิลำเนาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ภาคเหนือ ร้อยละ 30.5 รองลงมาคือภาคกลาง ร้อยละ 25.8 กรุงเทพฯและปริมณฑลร้อยละ 19.7 และน้อยที่สุดคือภาคตะวันออก ร้อยละ 3.7 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 1

ตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (n=325)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	15.7
หญิง	222	68.3
กลุ่มหลากหลายทางเพศ	52	16.0
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	50	15.4
ชั้นปีที่ 2	197	60.6
ชั้นปีที่ 3	46	14.2
ชั้นปีที่ 4	32	9.8
คณะที่ศึกษา		
คณะนิติศาสตร์	72	22.2
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	15	4.6
คณะศิลปกรรมศาสตร์	17	5.2
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์	94	28.9

ข้อมูล	จำนวน (n=325)	ร้อยละ
คณะสาธารณสุขศาสตร์	63	19.4
วิทยาลัยสหวิทยาการสังคมศาสตร์	64	19.7
ภูมิภาค		
กรุงเทพมหานครฯ และปริมณฑล	64	19.7
ภาคกลาง	84	25.8
ภาคตะวันออก	12	3.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	36	11.1
ภาคใต้	30	9.2
ภาคเหนือ	99	30.5

2) ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ผลการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีผลการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการทางจิตและการรักษาหรือการบรรเทาความเจ็บป่วยทางจิต

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการทางจิตและการรักษาหรือการบรรเทาความเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.54 (S.D. = 1.78) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคกลัวการเข้าสังคมหรือ Social phobia ร้อยละ 66.2 มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับโรควิตกกังวลทั่วไปร้อยละ 80.9 และมีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าร้อยละ 73.5 และความรู้เกี่ยวกับ

การรับการรักษาหรือบรรเทาความเจ็บป่วยทางจิต พบว่า มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับผลของการพักผ่อนที่มีต่อการบรรเทาความเจ็บป่วยทางจิตร้อยละ 76.9 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบรรเทาปัญหาทางด้านการจัดการอารมณ์ร้อยละ 71.7

จากข้อมูลคุณเชิงคุณภาพ เมื่อผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการทางจิตที่พบเห็นได้ในกลุ่มนักศึกษา ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึง ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาที่พบเจอส่วนใหญ่ ได้แก่ ความเครียด เป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มนักศึกษามากที่สุด รองลงมา คือ ความวิตกกังวล และโรคซึมเศร้า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงแหล่งของความเครียดหลัก ๆ แล้ว ได้แก่ 1) ความเครียดจากการเรียน 2) ความเครียดจากปรับตัวและสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัย 3) ความเครียดจากอาจารย์ 4) ความเครียดด้านการเรียน 5) ความเครียดจากความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน เมื่อผู้วิจัยได้ถามถึงอาการทางจิต อื่น ๆ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าไม่ทราบแน่ชัดถึงความแตกต่างของโรคหรืออาการทางจิตเวชเหล่านี้ ว่ามีอาการเป็นอย่างไร และแต่ละโรคมีความแตกต่างกันอย่างไร จะใช้วิธีการคาดคะเน คิดเองว่าถ้าเพื่อนมีอาการเก็บตัว พยายามทำร้ายตัวเอง นั้นอาจหมายถึงเป็นโรคซึมเศร้า เป็นต้น

2.2 ความรู้แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.66 (S.D. = 2.34) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้อินเทอร์เน็ตเอกสารหรือโทรศัพท์เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตได้มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 (S.D. = .66) รองลงมา สามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ เช่น ศูนย์บริการทางสุขภาพจิต เว็บไซต์ แอปพลิเคชัน เพื่อค้นหาข้อมูลและประเมินเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 (S.D. = .80) สามารถพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตแบบเผชิญหน้าเพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (S.D. = .91) รู้จัก

แหล่งข้อมูลที่สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 (S.D. = .79) ตามลำดับ

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ เมื่อผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเห็นพ้องกันว่า ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือความเจ็บป่วยทางจิตส่วนใหญ่สามารถสืบค้นหาได้ด้วยตนเอง จากอินเทอร์เน็ตเป็นหลัก เป็นความรู้ที่ขึ้นปรกฏใน Facebook Twitter Instagram Podcast โดยที่เป็นความรู้ได้จากเพจที่นักศึกษาเข้าร่วมติดตาม หรือเป็นความรู้จากเพื่อนแชร์ไว้ ส่วนความรู้ที่นักศึกษาแสวงหา ส่วนใหญ่เป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสังเกตอาการความเจ็บป่วยทางจิตต่าง ๆ หรือการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง

2.3 ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.95 (S.D. = 5.89) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าผู้ป่วยทางจิตสามารถแสดงความรู้สึก เช่น โกรธ ร้องไห้ หัวเราะ โศกเศร้า ที่อยู่ในจิตใจของเขาได้เมื่อเขาต้องการมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (S.D. = .91) รองลงมา เชื่อว่าการรักษาอาการทางจิต โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต จะไม่เกิดผลข้างเคียงใด ๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (S.D. = 1.13) วิธีที่จะหลีกเลี่ยงที่จะมีปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิตทางที่ดีที่สุดคือเราไม่ต้องยุ่งหรือก่อปัญหาเกี่ยวกับเขามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 (S.D. = 1.4) ถ้ามีอาการป่วยทางจิตฉันจะไม่บอกใคร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 (S.D. = 1.18) การไปพบกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต หมายถึง การไม่มีความเข้มแข็งพอที่จะจัดการกับความยากลำบากของฉันได้ด้วยตัวเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.47 (S.D. = 1.35) และ ถ้ามีอาการป่วยทางจิตจะไม่ขอ

ความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 2.06 (S.D. = 1.15) และอื่น ๆ ตามลำดับ

จากข้อมูลคุณเชิงคุณภาพ หากสงสัยว่าตนมีอาการเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชหรือไม่นั้น จะเริ่มทำแบบวัดความซึมเศร้าหรือวัดความเครียดด้วยตนเองเบื้องต้น หากว่าอาการเช่นนี้เข้าข่ายอาการของโรคทางจิตเวช ไม่ว่าจะเป็น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล อารมณ์สองขั้ว หรืออื่น ๆ ก็จะเข้าไปพบแพทย์ในคลินิก หรือในโรงพยาบาล เชื่อมั่นว่าการปรึกษากับผู้ที่มีความเชี่ยวชาญจะทำให้อาการของตนดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การไปพบแพทย์ผู้ให้ข้อมูลจะปิดบังคนรอบข้างหรือครอบครัวไม่ให้ทราบ เพราะรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่อยากให้คนอื่นรู้ว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต

2.4 ด้านทัศนคติเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.74 (S.D. = 5.21) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเต็มใจที่จะทำความรู้จักเพื่อนที่เป็นผู้ป่วยทางจิตมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 (S.D. = .87) รองลงมา รู้สึกเต็มใจที่จะใช้เวลามีกิจกรรมหรือพบปะสังสรรค์ร่วมกับผู้ป่วยทางจิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 (S.D. = .87) รู้สึกเต็มใจหากที่จะต้องมีการผู้ป่วยทางจิตเข้ามาทำงานร่วมกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 (S.D. = .91) และน้อยที่สุด 2 อันดับสุดท้ายคือ รู้สึกเต็มใจหากที่จะต้องจ้างงานคนที่รู้ว่าเขาเป็นผู้ป่วยทางจิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 (S.D. = 1.00) รู้สึกเต็มใจหากที่จะต้องลงคะแนนเสียงให้ผู้นำที่รู้ว่าเขามีอาการป่วยทางจิต 2.92 (S.D. = 1.12) และอื่น ๆ ตามลำดับ

จากข้อมูลคุณเชิงคุณภาพ เมื่อสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาในกรณีที่มีเพื่อนที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ได้รับการวินิจฉัย และได้รับการรักษาความเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล นักศึกษาที่ความเห็นอย่างไร และจะปฏิบัติตนอย่างไรนั้น พบว่า นักศึกษาจะปฏิบัติตนเป็นเพื่อนที่คอยเข้าใจและรับฟังปัญหาของเพื่อน ให้กำลังใจเพื่อน ช่วยเพื่อนในเรื่องต่าง ๆ เท่าที่ตนเองจะช่วยให้ได้ ในขณะเดียวกันก็จะระวังคำพูดและการกระทำของตนเองที่มีต่อเพื่อนมากขึ้น

รวมถึงจะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมถึงวิธีการปฏิบัติกับเพื่อนจากอินเทอร์เน็ตเพิ่มเติม
จะไม่ทิ้งเพื่อน และยังคงรักษาความสัมพันธ์ไว้

2.5 ระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.08 (S.D. = 8.87) เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ในแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ความรู้แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 15.66 (S.D. = 2.34) และด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมดได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการทางจิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 8.54 (S.D. = 1.78) ความรู้เกี่ยวกับการรับการรักษาหรือบรรเทาความเจ็บป่วยทางจิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 5.72 (S.D. = 1.12) ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 30.95 (S.D. = 5.89) และด้านทัศนคติเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 24.75 (S.D. = 5.21)

ตารางที่ 2

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	Mean	S.D.	แปลผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการทางจิต (3- 12 คะแนน)	8.54	1.78	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับการรับการรักษาหรือบรรเทาความเจ็บป่วยทางจิต (2- 8 คะแนน)	5.72	1.12	ปานกลาง
ความรู้แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต (4 -20 คะแนน)	15.66	2.34	มาก
ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต (9-45 คะแนน)	30.95	5.89	ปานกลาง

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านทัศนคติเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต (7-35 คะแนน)	24.75	5.21	ปานกลาง
คะแนนรวม (25-120 คะแนน)	79.08	8.87	ปานกลาง

2.6 การจัดการตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตในขณะที่ศึกษาในมหาวิทยาลัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.5 จะปรึกษาเพื่อน รองลงมา ร้อยละ 52 จะหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 53.5 จะเก็บปัญหานั้นเอาไว้ในใจคนเดียว ร้อยละ 39.6 ปรึกษาครอบครัว ร้อยละ 29.9 ปรึกษานักจิตวิทยาที่บริการในมหาวิทยาลัย และอื่น ๆ ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลเชิงปริมาณสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ในด้านเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิต และการปฏิบัติตนเมื่อพบว่าตนเองอาจมีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าหากตนเองมีอาการเครียดหรือไม่สบายใจ ในเบื้องต้นจะจัดการความรู้สึกด้วยตนเอง ด้วยการละเว้นจากเรื่องที่ทำให้เครียดหรือไม่สบายใจ อาจจะออกไปเที่ยว ฟังเพลง เล่นเกมส์ ดูซีรีส์ ในบางกลุ่มจะใช้วิธีการเล่าเพื่อระบายให้กับเพื่อนสนิท ครอบครัว และอาจารย์ที่ไว้ใจ เพื่อให้ผ่อนคลาย ความเครียดลงที่ว่าเมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตนักศึกษาส่วนใหญ่จะใช้วิธีการพูดคุยปรึกษากับเพื่อน มีส่วนน้อยที่จะปรึกษาอาจารย์หรือผู้ปกครอง

3) การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตให้กับนักศึกษา

บริการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตที่นักศึกษาต้องการ จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีการให้บริการปรึกษาโดยนักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญภายนอกมากที่สุดร้อยละ 31.7 รองลงมา คือ การให้บริการนักศึกษาโดยนักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญทางออนไลน์ร้อยละ 28.0 ต้องการระบบการอบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพจิตแก่นักศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตร้อยละ 9.5

การบริการให้การปรึกษาโดยเพื่อนนักศึกษาทางออนไลน์แชท ร้อยละ 7.1 และอื่น ๆ ตามลำดับ

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม นักศึกษาได้ให้ข้อมูลแนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย แบ่งเป็น 2 แนวทางดังต่อไปนี้

3.1 แนวทางการป้องกันเฝ้าระวัง ในการป้องกันเฝ้าระวังเพื่อนำสู่การลดจำนวนหรือไม่ให้เกิดผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตนั้น ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าต้องมีการดำเนินการตั้งแต่ระดับคณะและระดับมหาวิทยาลัย ดังมีรายละเอียด ดังนี้

ก) ระดับคณะ คณะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่ในการดำเนินการป้องกัน ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การจัดอบรมให้กับนักศึกษา เพราะในบางคณะได้ส่งผู้นำนักศึกษาไปอบรมเกี่ยวกับการดูแลปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะ ในขณะที่บางคณะอาจจะเลยในประเด็นเหล่านี้ สิ่งที่นักศึกษาเสนอคือ รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาควรมีบทบาทในการให้การปรึกษาที่แท้จริง โดยมีโอกาสได้เจอนักศึกษาทุกคน เพื่อให้เข้าถึงนักศึกษาเพราะนักศึกษาบางคนที่มีปัญหาอาจถูกลืมไป เพราะการเข้าถึงอาจารย์ที่ปรึกษา คือ การต้องร้องขอจากนักศึกษาเป็นกรณี ๆ ยังรวมไปถึงในแต่ละคณะควรมีการประเมินสุขภาพจิตนักศึกษาทุกคนเพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวม อันจะนำไปสู่การวางแผนในการพัฒนาด้านกิจกรรมนักศึกษา ซึ่งการประเมินทางสุขภาพจิตนี้มหาวิทยาลัยอาจมีส่วนร่วมในการนำผลที่ได้ของแต่ละคณะมาวางแผนในภาพรวมด้วยเช่นกัน ยิ่งไปกว่านั้นการควรมีมาตรการเฝ้าระวังเชิงรุกจากอาจารย์และเจ้าหน้าที่ในคณะควรสังเกตนักศึกษาที่มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ผลการเรียนลดลง เก็บตัว เพื่อนไม่ยอมรับเข้ากลุ่มในการทำงาน ฯลฯ เพื่อดำเนินการช่วยเหลือศึกษารายนั้น ๆ ในเบื้องต้น ดังเช่นข้อมูลที่ได้จากคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ในเรื่องการดูแลสุขภาพจิต เนื่องจากว่าตนเองเป็นประธานนักศึกษาและคณะมีโครงการให้ความรู้และอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพจิตกับกลุ่มแกนนำนักศึกษาในช่วงก่อนเปิดเทอม ทำให้ทราบข้อมูลในประเด็นเหล่านี้บ้าง แต่อย่างไรก็ดีคนที่ไปอบรมก็มีเพียงไม่กี่คนเมื่อเทียบกับนักศึกษาทั้งหมดดังนั้นการอบรมให้ความรู้ น่าจะจัดให้กับนักศึกษาทุกคนไม่ทางตรงก็ทางอ้อมเพราะมีหลายคนที่ยังไม่เข้าใจในเรื่องของความเจ็บป่วยอาการทางจิตและการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อต้องเผชิญปัญหาในเรื่องของความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเรียนกันใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยและครอบครัว”

“แต่ละคณะก็จะมีการจัดอาจารย์ที่ปรึกษาไว้ดูแลนักศึกษา แต่อาจารย์บางท่านนักศึกษาไม่สะดวกใจที่จะเข้าพบหรือให้การปรึกษาเพราะมีความรู้สึกว่าคุณช่องว่างระหว่างวัยและอาจารย์ท่านก็ได้เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เข้าไปรับบริการปรึกษาดังนั้นนักศึกษาหลายคนจึงเลือกวิธีการที่จะคุยกับเพื่อนหรือครอบครัวมากกว่าอาจารย์ที่ปรึกษา”

“ในคณะฯ ควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังกับนักศึกษาที่อาจมีแนวโน้มที่จะป่วยทางจิตซึ่งสังเกตได้จากการแยกตัวกับกลุ่มเพื่อน มีผลการเรียนลดลง ประสิทธิภาพในการทำงานตามที่อาจารย์ได้มอบหมายลดลง การขาดเรียนบ่อยก็จะทำให้นักศึกษาคนนั้น สารมารถรักษาได้ทันช่วงที่ และป้องกันไม่หลุดไปจากระบบการศึกษา”

“คิดว่าอาจารย์ประจำคณะควรมีการตรวจเช็คนักศึกษาอย่างละเอียดต่อการมีแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา ซึ่งบางทีปัญหาสุขภาพจิตของ นศ. ยังส่งผลต่อกลุ่มเพื่อน การทำงานกลุ่ม และทัศนคติต่อรายวิชาคณะรวมไปถึงทัศนคติต่อสายอาชีพของคณะ ซึ่งอาจกระทบหลังการเรียนจบด้วย อาจมีเมล์บล็อกให้นักศึกษาเข้าไปปรึกษานักจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ได้ แบบที่เขาไม่ต้องเปิดเผยตัวตน”

ข) ระดับมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยควรเพิ่มเนื้อหา (content) ที่น่าสนใจในสื่อออนไลน์ต่าง ๆ รวมถึงการจัดกิจกรรมที่ทำให้นักศึกษารับรู้และเข้าใจประเด็นปัญหาสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงการทำแบบประเมินสุขภาพจิตออนไลน์และการประชาสัมพันธ์ให้เกิดความเข้าใจต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยและบริการที่มีให้กับนักศึกษา ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต ธรรมชาติในระดับมหาวิทยาลัยเพื่อลดการประทับตราผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต รวมไปถึงมุมมองของการใช้บริการการให้การปรึกษาทางสุขภาพจิตเป็นเรื่องของความต้องการพัฒนาตนเองมากกว่ามีมุมมองว่าเป็นคนมีปัญหา ดังเช่นข้อมูลที่ได้จากคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในด้านสุขภาพจิตนั้นมีความสำคัญมาก ทุกวันนี้นักศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองตามความสนใจ มหาวิทยาลัยน่าจะมีคอนเทนต์ที่น่าสนใจในรูปแบบสื่อออนไลน์ของมหาวิทยาลัยที่จะทำให้นักศึกษาเข้าถึงการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิต รวมไปถึงการอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดีและการดูแลเพื่อนเมื่อพบว่า เพื่อนมีปัญหาทางสุขภาพจิตทั้งรูปแบบออนไลน์และออนไซต์ และในการสื่อสารออนไลน์ของมหาวิทยาลัยน่าจะมีการให้ความรู้ความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้เป็นระยะ ๆ ”

“อยากให้ทุกคนทุกวัยในมหาวิทยาลัยมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยซึมเศร้า เพราะบางคนพอรู้ว่าเป็นซึมเศร้า ก็แสดงความหวาดกลัว ความรังเกียจอย่างหนัก ทำให้ผู้ป่วยเครียดกว่าเดิม”

“ทำให้การเข้าไปพบนักดูแลมีการเข้าถึงได้ง่าย หรือโปรแกรมต่าง ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าไม่ได้ยากแล้ว ทุกคนสามารถเข้าไปพูดคุยได้ ถึงจะไม่มีเรื่องเครียดแต่เชื่อว่าทุกคนมีปมในใจที่ต้องได้รับการแก้ไข”

“อยากให้มีแบบสอบถามถึงนักศึกษาทุกคน โดยอยู่ที่ตัว นศ. ว่าต้องการทำหรือไม่ โดยเป็นการทำแบบสอบถามออนไลน์ โดยแจกจ่ายผ่านทาง

อมช. ถึง นศ. เป็นต้น หรือสแกน QR code ผ่านห้องหรือจุดต่าง ๆ ถ้าหากทำแล้ว ผลรวมมีผลว่า มีการเข้าช่วยโรคทางจิตหรือเครียดผิดปกติ ก็อยากให้ผู้ใช้วชาญ หรือคุณหมอบที่ได้รับทราบผลของ นศ.แล้ว ติดต่อกลับมาที่นศ.อย่างเป็นทางการเป็นส่วนตัวเพื่อ หลีกเลี่ยงการเดินทางไปมา หรือนักศึกษาบางคนมีเหตุจำเป็นไม่กล้าเข้าหาตัวต่อ ตัว โดยวิธีการ เช่น การโทรศัพท์ อีเมลล์ แชนไลน์ เป็นต้น”

3.2 แนวทางการดูแลรักษา ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่า ในกรณีนี้ที่ นักศึกษามหาวิทยาลัยต้องเข้ารับการรักษาด้านสุขภาพจิตหรือป่วยด้วยโรคทางจิต เวช ในระดับศูนย์ลำปาง ควรมีช่องทางพิเศษสำหรับการรักษานักศึกษาซึ่งอาจ จะมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบเฉพาะสำหรับนักศึกษา ม.ธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง หรือคลินิกพิเศษสำหรับนักศึกษาโดยเฉพาะ มี สวัสดิการสำหรับนักศึกษาที่มีอาการป่วยทางจิตรวมถึงการเพิ่มช่องทางในการให้ การปรึกษาออนไลน์ หรือระบบโทรศัพท์ และนอกจากนั้นควรเพิ่มความถี่ของ ระยะเวลาให้บริการ และจำนวนของบุคลากรในการให้บริการ ดังเช่นข้อมูลที่ได้ จากคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“เมื่อนักศึกษาต้องการพบและปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ นักศึกษาต้องเดินทางไปที่โรงพยาบาลเองและเข้าระบบให้บริการ เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไปซึ่งในบางครั้งต้องใช้เวลารอนานมาก เนื่องจากมีคนไข้ ของโรงพยาบาลอยู่แล้วเป็นจำนวนมาก ดังนั้นเพื่อให้นักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว มหาวิทยาลัยน่าจะมีคอนแทกกับสถานบริการทาง สุขภาพจิตเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับนักศึกษาในการเข้ารับการรักษ”

“ในการจัดระบบให้การปรึกษาของมหาวิทยาลัยในปัจจุบันคิดว่า สิ่งที่เป็นข้อจำกัดสถานที่และเวลาที่ให้การปรึกษา เนื่องจากว่าผู้ให้การปรึกษา เป็นบุคลากรนอกมหาวิทยาลัยและทำงานเฉพาะวันเสาร์ หากนักศึกษาไม่มีเรียน และไม่ได้เข้ามามหาวิทยาลัยก็จะไม่ได้มีโอกาสในการรับการปรึกษา และเวลาใน

การให้การศึกษามีค่อนข้างจำกัดบางที่นักศึกษาเกิดปัญหาในบางเวลาต้องการผู้รับฟังแบบทันทีทันใดแต่ต้องรอถึงวันเสาร์และต้องเดินทางเข้ามาในมหาวิทยาลัยถึงจะให้การปรึกษาได้ ดังนั้น อาจจะทำในรูปแบบของการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ทางแชทเพิ่มเติมก็จะทำให้นักศึกษาเข้าถึงมากขึ้นกว่านี้”

“อยากให้มียุคกลางที่ให้การปรึกษาที่มีความหลากหลายให้นักศึกษาสามารถเลือกได้ว่าสะดวกใจจะเลือกปรึกษากับใครเพราะบางครั้งนักศึกษาไม่สะดวกใจที่จะปรึกษากับบุคคลที่มีช่องว่างระหว่างวัยมากอาจจะได้คนวัยใกล้เคียงกันที่เข้าใจปัญหามีมุมมองปัญหาเช่นเดียวกันกับนักศึกษา”

“เมื่อเกิดความเครียดหรือไม่สบายใจระหว่างเรียนความต้องการส่วนตัวของดิฉันคือไม่ได้ต้องการการให้คำปรึกษาใด ๆ เพียงแค่ต้องการการรับฟัง การเข้าใจในสิ่งที่เราเจอ เพราะเรารู้ดีว่าเราควรต้องทำตัวยังไง บางคำพูดที่หวังดีให้กำลังใจแต่อาจจะบั่นทอนจิตใจได้ในภายหลังเพราะผู้ป่วยเก็บมาคิดซ้ำแล้วซ้ำอีก จนบั่นทอนจิตใจ เราต้องการมากกว่านักจิตแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญที่มาให้คำปรึกษา เราต้องการทางออกที่มากกว่าการปรึกษา เช่น การส่งต่อไปประเมินอาการเพื่อวิเคราะห์และวางแผนการรักษา มีสวัสดิการสำหรับนักศึกษาที่มีอาการป่วยทางจิต การให้ความสำคัญที่เป็นเชิงประจักษ์กว่านี้ เพราะตอนนี้สื่อต่างเกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิตในมหาวิทยาลัยน้อยมาก นักศึกษาไม่กล้าเข้าไปปรึกษา บางครั้งไม่ทราบวันเวลาเพราะมีการแจ้งผ่านสื่อที่ไม่ครอบคลุม หรือบางกรณีไม่กล้าขอรับคำปรึกษาเพราะกลัว ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ตอนไปปรึกษาจะมีความเป็นส่วนตัวไหม ควรมีการโปรโมทหรือแจ้งรายละเอียดการเข้ารับการปรึกษาอย่างคร่าว ๆ ให้นักศึกษาได้รับรู้มา”

อภิปรายผลการศึกษา

1) ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต จากการผลศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง ดังตามแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตนั้นของ โอ คอนเนอร์ (O'Connor & Casey, 2015) ทั้ง 6 ด้าน เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ในแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับปานกลางขึ้นไปทุกด้าน โดยจำแนกเป็นความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้านความรู้แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับมาก และด้านอื่น ๆ ที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการทางจิต ความรู้เกี่ยวกับการรับการรักษาหรือบรรเทาความเจ็บป่วยทางจิต ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต และด้านทัศนคติเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต โดยผลจากข้อมูลเชิงปริมาณสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต ด้านการประเมิน การดูแลเบื้องต้น เนื่องจากปัจจุบันการใช้สื่อออนไลน์จากโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต อยู่ในชีวิตประจำวันของนักศึกษาเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งเรื่องการติดต่อสื่อสาร การสนทนา การเรียน การซื้อสินค้า การทำงานพิเศษ ฯลฯ จึงทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ง่ายและมีความสะดวกจากการได้รับความรู้จากสื่อออนไลน์ที่ส่วนใหญ่มาจากการแชร์ในเครือข่ายออนไลน์ ใน Facebook Twitter TikTok หรือการแสวงหาข้อมูลด้วยตนเองจากการสืบค้นในเวปไซด์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้น จากผลการศึกษานี้มีผลใกล้เคียงกับการศึกษาของ ญัฐภณภัตต์สันต์ ศรีวิชัย (2563) ที่ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรอบรู้สุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้น ประกอบด้วย ด้านความเข้าใจและตระหนักรู้ถึง

ความเจ็บป่วยและสภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสภาวะปัญหาทางสุขภาพจิต ด้านการรู้แหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือสำหรับดูแลสภาวะจิตใจเบื้องต้น และด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเอง แต่ในขณะเดียวกันก็แตกต่างจาก นุสรา นามเดช (2561) ที่พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง

2) การจัดการตนเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตในขณะที่ศึกษาในมหาวิทยาลัย ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะปรึกษาเพื่อนมากที่สุด รองลงมาคือ การหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตด้วยตนเอง การเก็บปัญหานั้นเอาไว้ในใจคนเดียว การปรึกษาครอบครัวการปรึกษานักจิตวิทยาบริการในมหาวิทยาลัย และอื่น ๆ ตามลำดับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าหากตนเองมีอาการเครียดหรือไม่สบายใจ ในเบื้องต้นจะจัดการความรู้สึกด้วยตนเอง ในบางกลุ่มจะใช้วิธีการเล่าเพื่อระบายให้กับเพื่อนสนิทเป็นอันดับแรก มีส่วนน้อยที่จะปรึกษาอาจารย์หรือผู้ปกครองเพราะเนื่องจากหากปรึกษาผู้ปกครองแล้วเกรงว่าจะทำให้ผู้ปกครองไม่สบายใจ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดักลาส (Douglas, 1984, pp. 323-326) ได้เสนอว่านักศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ความคิดเห็นของเพื่อน หรือผู้ที่มีอายุมากกว่าเล็กน้อยมีความสำคัญต่อพวกเขามากกว่า ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากผู้ใหญ่วัยกลางคน ครู หรือผู้ปกครอง พวกเขาปฏิเสธบทบาทของ ผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า ไม่ใช่เพราะว่าพวกเขามีเจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ใหญ่ แต่เป็นเพราะว่า การได้รับคำแนะนำจากผู้ใหญ่ จะทำให้รู้สึกว่าเป็นเด็ก พวกเขาไม่ได้สนใจต่อระเบียบกฎเกณฑ์ ความถูกต้องของสังคม แต่สนใจที่จะได้รับการยอมรับความเห็นใจความเข้าใจ และปฏิบัติตามข้อตกลงที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนมากกว่า

เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยของ ประรณนา สวัสดิสุธา และคณะ (2559) ที่พบว่า การใช้วิธีการจัดการกับความเครียด (coping mechanism) ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นเช่นกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการกับความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (problem-focus coping) มากที่สุด วิธีจัดการกับความเครียดที่ใช้บ่อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การแสวงหาความเพลิดเพลิน เพื่อการผ่อนคลาย (seek relaxing diversion) การเข้าหาเพื่อนสนิท (investing in close friend) และการมุ่งมั่นทำงานเพื่อสัมฤทธิ์ผล (work and achieve) จากผลการศึกษาที่พบว่านักศึกษาจะเก็บไว้แล้วจัดการด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ นั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดิซัน (Dizon. A. Alvin Ryan, 2019) ที่พบว่านักศึกษาในมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ประสบปัญหาสุขภาพจิตและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม นักศึกษามีเหตุผลที่ไม่เข้ารับการรักษานั้น ได้แก่ คิดว่าปัญหาต่าง ๆ จะดีขึ้นเอง ความเครียดเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในระหว่างการเรียนในมหาวิทยาลัย และไม่มีเวลาไปรับการรักษา ซึ่งหากไม่มีการรักษาที่ถูกต้องและเพียงพอ นักศึกษาที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้อาจเสี่ยงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำหรือถูกให้ออกจากมหาวิทยาลัย หรือเมื่อต้องทำงานอาจเสี่ยงต่อการตกงานหรือไม่มีงานทำมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต

3) แนวทางการให้การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีการให้การปรึกษาโดยนักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญภายนอกมากที่สุด รองลงมา คือ การให้บริการนักศึกษาโดยนักจิตวิทยา หรือผู้เชี่ยวชาญทางออนไลน์ ต้องการระบบการอบรมให้ความรู้ การดูแลสุขภาพจิตแก่นักศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และการบริการให้การปรึกษาโดยเพื่อนนักศึกษาทางออนไลน์แชทและอื่น ๆ ตามลำดับ จากข้อมูลเชิงปริมาณนั้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการให้บริการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตในระดับมหาวิทยาลัยและคณะ ดังเช่น

ให้การให้การปรึกษาออนไลน์ หรือระบบโทรศัพท์ เพิ่มความถี่ จำนวนและความหลากหลายของบุคลากรในการให้บริการการปรึกษาให้การปรึกษา รวมไปถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การให้ความสำคัญต่อการประเมินทางสุขภาพจิต การพัฒนาความเข้าใจต่ออาการลักษณะของผู้ป่วยและบริการทางสุขภาพจิตที่มีให้กับนักศึกษา และการจัดสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัยมีสถานที่ให้นักศึกษาทำกิจกรรมสันทนาการ ที่พักผ่อนคลายจากความเครียด จากผลการศึกษาดังกล่าวจากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยในประเทศออสเตรเลีย (Allen L. et al., 2016) ที่แสดงให้เห็นว่ามีข้อมูลการวิจัยบ่งชี้ว่านักเรียนและนักศึกษาเป็น ประชากรที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อความทุกข์ทางจิตใจและความผิดปกติทางจิต และความชุกและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตกำลังเพิ่มในกลุ่มดังกล่าว ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตในระดับมหาวิทยาลัย ถือเป็นเป้าหมายหนึ่งของการดูแลนักศึกษา การมีนโยบายและแนวทางด้านส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของนักศึกษาร่วมกับการสนับสนุนจากการเรียนการสอนในชั้นเรียน และการจัดกิจกรรมนักศึกษา จัดสภาพแวดล้อมทางสังคม กายภาพ และใช้เทคโนโลยีมาสนับสนุนการให้บริการ เพื่อนำมาสู่ความตระหนักต่อปัญหาด้านสุขภาพจิต และให้นักศึกษามีทักษะในการกำกับตนเอง และให้นักศึกษาเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิตารัตน์ อดตะมะ และคณะ (Autthama N., 2019) ที่ได้กล่าวถึง การสนับสนุนด้านสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย ควรมีกลยุทธ์ในการดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัย การสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษา รวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวของนักศึกษา ควรได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ควรพิจารณา

การคัดกรองสุขภาพจิต การหาปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เพื่อการป้องกัน
ปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1) การส่งเสริมด้านความรู้สุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย ในรูปแบบ
ต่างๆ ทั้งในระดับคณะและมหาวิทยาลัย เนื่องจากความรู้ทางสุขภาพจิตของ
นักศึกษาจากผลการสำรวจ พบว่า มีความรอบรู้ในระดับปานกลางเกือบทุกด้าน
โดยเฉพาะในประเด็นความรู้ที่ถูกต้องของอาการโรคทางจิตเวชที่มีความ
หลากหลาย และด้านความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่งเสริมให้
เกิดความรู้เท่าทันถึงความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับตนเองและ
การจัดการตนเองในเบื้องต้น รวมไปถึงทัศนคติเชิงบวกต่อการเข้ารับบริการการให้
การปรึกษาทางสุขภาพจิต

2) การพัฒนากลไกการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของศูนย์ลำปาง จาก
ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินงานสนับสนุนด้านการป้องกัน เฝ้าระวัง และดูแล
รักษาสุขภาพจิตยังคงเป็นหน้าที่ของอาจารย์และเจ้าหน้าที่ในระดับคณะ
การดำเนินการในภาพรวมยังมีข้อจำกัดเรื่องการประสานงานร่วมกันในส่วนต่าง ๆ
ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นควรตั้งกลไกในการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการเพื่อ
พัฒนาสุขภาพจิตศูนย์ลำปาง อันประกอบด้วยตัวแทนจาก คณะทั้ง 6 คณะ
ฝ่ายการนักศึกษาศูนย์ลำปาง กองบริหารทรัพย์สิน (ดูแลหอพักนักศึกษา) และฝ่าย
อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกลไกการส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยงานงานให้บริการทาง
สุขภาพจิตภายนอกมหาวิทยาลัย โดยกลไกดังกล่าวอาจดำเนินงานครอบคลุม
นักศึกษา 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักศึกษาที่ไม่พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มนักศึกษา
ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มนักศึกษาที่พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต

3) การสร้างและพัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิต คณะกรรมการด้านสุขภาพจิตของศูนย์ลำปาง หรือฝ่ายการนักศึกษาในระดับคณะและระดับศูนย์ลำปางควรร่วมมือกันดำเนินการเฝ้าระวังด้วยการเริ่มดำเนินการจัดทำเครื่องมือการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเองให้นักศึกษาทุกคนเป็นผู้ประเมิน และผลการประเมินดังกล่าวจะสะท้อนภาวะสุขภาพจิตให้นักศึกษาผู้ประเมิน และจะเป็นข้อมูลด้านสุขภาพจิตให้แก่คณะและมหาวิทยาลัย เพื่อวางแผนงานต่อไป

4) การจัดตั้งศูนย์การดูแลสุขภาพจิตของศูนย์ลำปาง เนื่องจากการดำเนินการด้านดูแลรักษาของศูนย์ลำปางโดยหลักยังคงเป็นบทบาทของนักจิตวิทยาจากโรงพยาบาลศูนย์ลำปางทั้งรูปแบบการให้การปรึกษาแบบเผชิญหน้าและโทรศัพท์หรือ Chat ซึ่งมีข้อจำกัดด้านเวลาและจำนวนบุคลากร และการไปรับบริการจากศูนย์รังสิตอาจจะทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อผู้รับบริการ ดังนั้นหากเกิดศูนย์การให้การปรึกษาของศูนย์ลำปางโดยใช้ความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตจังหวัดลำปาง อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษาในศูนย์ลำปาง หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมการให้การปรึกษา เพื่อลดข้อจำกัดในเรื่องบุคลากร รูปแบบ และเวลาในการให้บริการ

5) การประสานความร่วมมือคณะในการถอดบทเรียนด้านปัญหาสุขภาพจิต การดำเนินการด้านการช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตของแต่ละคณะ ด้วยการทำงานด้านสุขภาพจิตการดำเนินการช่วยเหลือนักศึกษาของแต่ละคณะมีรูปแบบการดำเนินการที่ต่างกัน ดังนั้นหากเกิดการเรียนรู้แนวทางดำเนินการจะได้เกิดบทเรียนรู้ภายใต้สถานการณ์ต่าง เพื่อเตรียมพร้อมในการจัดการต่อไป

6) การประชาสัมพันธ์เชิงรุกที่หลากหลายและต่อเนื่อง ศูนย์ลำปางและคณะ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์การให้บริการ การให้ความรู้เชิงรุก การสร้าง

ภาพลักษณ์ผู้เจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่รับรู้การบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตจากการประชาสัมพันธ์ในมหาวิทยาลัย ควรให้นักศึกษาเข้าถึงข้อมูลการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูลต่าง ๆ ผ่านสื่อที่มีความหลากหลาย ทั้งสื่อออนไลน์ ในแพลตฟอร์มต่าง ๆ Facebook Twitter Instagram ด้วยการสร้างเนื้อหาที่ทันสมัยและน่าสนใจของศูนย์ลำปางและคณะอย่างต่อเนื่อง

7) การส่งเสริมให้อาจารย์ทุกคนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษา เนื่องจากอาจารย์มีบทบาทเป็นทั้งผู้จัดการเรียนการสอน การเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และแหล่งความเครียดของนักศึกษาโดยส่วนใหญ่มาจากการเรียน ดังนั้น อาจารย์ควรมีความรู้ความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยทางจิตเบื้องต้น การดูแลช่วยเหลือ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักศึกษา
2. ควรมีการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักศึกษา
3. ควรวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทัศนคติต่อการขอรับบริการให้บริการทางสุขภาพจิต ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเวช และการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเวช ในกลุ่มนักศึกษา
4. ควรวิจัยกรณีศึกษานักศึกษาที่มีปัญหาทางจิตเวช เพื่อวิเคราะห์ถึงความต้องการจำเพาะของนักศึกษา แล้ววางแผนงานการจัดบริการหรือดำเนินงานด้านอื่น ๆ ต่อไป
5. ควรมีการวิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบที่เกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพจิตของนักเรียนนักศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมการวิจัย มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ประจำปี 2563

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2562). *กรมสุขภาพจิต ห่วงวัยรุ่นเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า แนะนำ
ครอบครัวรับฟังอย่างเข้าใจ*. สืบค้นจาก <https://new.camri.go.th/>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *"โรคซึมเศร้า" ทำใจพัง เช็กलिस्टสาเหตุและอาการ*, สืบค้นจาก
<https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>
- เชษฐา แก้วพรม และคณะ (2557) . ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาสองตำบลในพื้นที่อำเภอขลุง จันทบุรี.
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 8(1), 10-16.
- ณัฐวุฒิ อรินทร์. (2553). ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือ
ด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัย. *วารสาร
พฤติกรรมศาสตร์*, 16(1), 82-101.
- ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย วราภรณ์ บุญเชียง และ พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์. (2563).
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และ
ความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *มนุษยศาสตร์สาร*, 22(1),
144-161.
- นุสรา นามเดช. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ของนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3),
125-138.

- ปรารธนา สวัสดิสุขา และคณะ. (2559). การจัดการกับความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(1), 41-52.
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ:แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนิววี*, 44(3), 183–197.
- อรุณทัย ปาทาน และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 12(2), 215-231.
- Allen, L., Brett, M., Brooker, A., Field, R., James, R., and Wyn, J. (2016). *A Framework Promoting Student Mental Well-being in Universities student wellbeing*. edu.au.
- Auttama, N, Seangpraw K, Ong-Artborirak, P. & Tonchoy, P. (2019). Factors Associated with Self-Esteem, Resilience, Mental Health, and Psychological Self-Care Among University Students in Northern Thailand. *J Multidiscip Healthc*. 2021(14), 1213-1221
- Debra, Rickwood, Frank, P. Deane, Coralie, J. Wilson & Joseph, Ciarrochi (2005) Young people's help-seeking for mental health problems, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4:3, 218-251, DOI: 10.5172/jamh.4.3.218
- Dizon, A. Alvin Ryan (2019). Students' Mental Health Literacy of One State University as Basis for Strategic Action Areas. *Asia Pacific Journal of Multidisciplinary Research*, 7(3), 48-55.

- Douglas, V.A. (1984). *The psychological proesses implicated in A.D.D.* In L.M. indale (Ed.), *Attention deficit disorder: Diagnostic, cognitive and theraputic understanding*. NY: Speutrum.
- Douglas, A. Spiker & Joseph, H. Hammer. (2019). Mental health literacy as theory: current challenges and future directions, *Journal of Mental Health*, 28:3, 238-242, DOI: 10.1080/09638237.2018.1437613
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Nasser, Aloud, & Amena, Rathur (2009) Factors Affecting Attitudes Toward Seeking and Using Formal Mental Health and Psychological Services Among Arab Muslim Populations, *Journal of Muslim Mental Health*, 4(2), 79-103, DOI: 10.1080/15564900802487675
- O'Connor, M., Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1), 511-516.

การเรียนรู้ออนไลน์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษา

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Self-Directed Learning in Online Learning among Students

of Faculty of Social Administration, Thammasat University

Received 23 September, 2021

Revised 11 January, 2022

Accepted 9 February, 2022

สุขума อรุณจิต¹

Sukhuma Aroonjit²

บทคัดย่อ

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Self-directed learning) ในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีวัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อศึกษาการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา 3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมและความเครียดกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระดับชั้นปีที่ 1-4 ศูนย์รังสิตและศูนย์ลำปาง ปีการศึกษา 2563 จำนวน 312 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ สถิติพื้นฐาน t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance ANOVA) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิจัย

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ลำปาง ประเทศไทย
E-mail: akee_ky@hotmail.com

² Assistant Professor Dr., Lecturer of Faculty of Social Administration, Thammasat University, Lampang, Thailand

พบว่า 1) การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้านปรากฏว่า นักศึกษามีลักษณะของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ในประเด็นด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองมากที่สุดรองลงมาเป็นประเด็นด้านความรักในการเรียนรู้ และในประเด็นด้านการเปิดโอกาสต่อการเรียนรู้น้อยที่สุด 2) ปัจจัยด้านศูนย์การศึกษาและความถนัดในการใช้คอมพิวเตอร์ที่แตกต่างกันมีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญ ในขณะที่ปัจจัยด้านระดับการศึกษาและผลการเรียนเฉลี่ยสะสมของนักศึกษาไม่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ 3) สภาพแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ทุกด้านทั้งสภาพแวดล้อมด้านผู้สอน สภาพแวดล้อมด้านกลุ่มเพื่อนและสภาพแวดล้อมด้านทรัพยากรในการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ ในขณะที่ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา

คำสำคัญ: การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง, การเรียนออนไลน์, นักศึกษา, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

Abstract

The purpose of this research is to explore self-directed learning in online learning among students of the Faculty of Social Administration, Thammasat University with the aim to; 1) study self-directed learning in online learning among students, 2) investigate and make comparisons between factors and self-directed learning in online learning among students, and 3) search for correlations between the environment, stress, and self-directed

learning in online learning among students. Samples are taken from 312 students from 1st-4th year students, Academic Year 2020 of the Faculty of Social Administration, Thammasat University from both Rangsit Campus and Lampang Campus. The instrument used in this research is a questionnaire. Statistics used for the analysis are; t-test Statistic, One -Way Analysis of Variance ANOVA, and Pearson Product Moment Correlation Coefficient. The research result is as follows; 1) Self-directed learning in online learning among students is at a moderate level. When considering each aspect, it appears that students have the most self-directed learning aspect of online learning in regard to the responsibility for learning, followed by the aspect of the passion for learning and the aspect of the opportunity for learning as the least one. 2) There are significant differences between the factors related to the study center and computer aptitude affecting self-directed learning in online learning among students, while the factors of education level and the student's cumulative GPAX have no effect on self-directed learning in online learning. 3) All aspects of the online learning environment, including the environment of the instructor, the environment of group of friends, and the environment of resources in online learning has correlations with self-directed learning in online learning, while stress has no correlations with self-directed learning in online learning among students.

Keywords: Self-directed learning, Online Learning, Students, Faculty of Social Administration

บทนำ

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Self-directed learning: SDL) เป็นปรัชญาแนวคิดหลักสำคัญของการศึกษาผู้ใหญ่ (Garrison, 1992, p. 137) ซึ่งเป็นได้ทั้งเป้าหมายของการศึกษาและกระบวนการเรียนรู้ (Merriam S. B., 2001, p. 5) วิชาชีพสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพหนึ่งที่ต้องมีการเรียนรู้อยู่เสมอ เนื่องจากจะต้องนำองค์ความรู้ใหม่ ๆ ไปใช้ในการฝึกฝนทักษะ เทคนิคต่าง ๆ เพื่อปรับประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Council on Social Work Education, 2014) ดังนั้นแนวทางจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีทักษะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ทั้งนี้คณะและมหาวิทยาลัยต้องเตรียมความพร้อมให้ผู้เรียนมีประสบการณ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองได้ดี (Wilcox, 1996 citing in Veronica McCauley & George McClland, 2004, p. 26) การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองนี้มีความสำคัญในฐานะการพัฒนาศักยภาพของตัวบุคคลและการพัฒนาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ในอนาคต ด้วยการปลูกฝังให้นักศึกษาเป็นบุคคลที่มีความใฝ่เรียนรู้ด้วยตนเองอยู่เสมอ

การเรียนการสอนในระดับมหาวิทยาลัยในศตวรรษที่ 21 มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกระบวนการเรียนการสอนเป็นอย่างมาก ปัจจุบันสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนการสอนออนไลน์ ส่งผลให้ผู้เรียนเข้าถึงบทเรียนและสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองไม่ว่าจะอยู่สถานที่ใด เวลาใด ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสในการเรียนรู้มากขึ้น (Active Learning) ในทางกลับกันการเรียนการสอนออนไลน์อาจไม่สามารถทดแทนการเรียนในห้องเรียนได้โดยตรง (ธัญจิรา จิรนนทกาญจน์, 2560, น. 98) นักศึกษาบางส่วนอาจปรับตัวได้และบางส่วนไม่สามารถปรับตัวได้จนประสบปัญหาในการเรียนออนไลน์ สำหรับคณะสังคม

สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีลักษณะความรู้ทางวิชาชีพเฉพาะตัวในเชิงของทักษะวิชาชีพ การฝึกภาคปฏิบัติ แนวทางการศึกษาที่เน้นการสร้างทัศนคติเชิงบวกในการปฏิบัติงาน จรรยาบรรณทางวิชาชีพ เหล่านี้จำเป็นต้องใช้การฝึกฝน ประสบการณ์จากการดูงาน การฝึกปฏิบัติ การนิเทศงาน การเรียนการสอนออนไลน์จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการเรียนรู้ดังกล่าว ฉะนั้นการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญภายใต้สถานการณ์นี้

การจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยการนำตนเองนั้น ผู้เรียนจะต้องมีความพร้อมในการเรียนรู้ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเรียนการสอนในลักษณะนี้ประสบความสำเร็จ การทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองนั้น จะทำให้การจัดการวางแผนการเรียนการสอนออนไลน์สามารถตอบสนองผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นจึงนับเป็นข้อท้าทายของคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์อย่างยิ่งที่จะเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการเรียนการสอนที่กระตุ้นให้ผู้เรียนมีพันธะผูกพันแนบแน่นเข้ากับการเรียนด้วยการนำตนเอง ก่อนจบไปเป็นบัณฑิตในสาขาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์และสายงานอื่น ๆ ที่มีการเรียนรู้หรือการใฝ่เรียนรู้ได้อย่างไม่รู้จักจบ (Pauline Jivanjee et al., 2015, p. 260) สามารถปรับการปฏิบัติงานที่ผสมผสานกับองค์ความรู้ใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เท่าทันการณ์ การเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมและความเครียดกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สมมติฐานในการวิจัย

1. ระดับการศึกษาที่แตกต่างของนักศึกษามีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่แตกต่างกัน

2. ผลการศึกษาเฉลี่ยที่แตกต่างของนักศึกษามีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่แตกต่างกัน

3. ศูนย์การศึกษาที่แตกต่างของนักศึกษามีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่แตกต่างกัน

4. ความถนัดในการใช้คอมพิวเตอร์ที่แตกต่างของนักศึกษามีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่แตกต่างกัน

5. ความเครียดของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์

6. สภาพแวดล้อมทางการเรียนของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงระดับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ทราบถึงความแตกต่างระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมและความเครียดกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. องค์ความรู้ที่ได้ผู้สอนและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปพัฒนาการเรียนการสอนออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนออนไลน์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์

จากการออกแบบการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ มีฐานทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ 3 ทฤษฎีคือ การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Self-directed learning: SDL) การเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) และการเรียนรู้ด้วยการเปลี่ยนแปลงจากความรู้เก่าสู่ความรู้ใหม่ (Transformational Learning) (Kathleen Cercone, 2008) สามารถประยุกต์เข้ากับการเรียนออนไลน์ได้ดี การนำทฤษฎีเหล่านี้มาประยุกต์ใช้สามารถนำมาใช้ออกแบบเพื่อปรับประยุกต์ใช้สำหรับการเรียนรู้ออนไลน์ของผู้ใหญ่

ได้ ด้วยการส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ในชั้นเรียนออนไลน์ การเรียนการสอนออนไลน์มีทั้งข้อดีและข้อจำกัด ในส่วนของข้อดี คือ ผู้เรียน สามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา ผู้เรียนสามารถฟังซ้ำได้ตลอด เข้าถึงแหล่งเรียนรู้ได้ง่าย เสริมสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ พัฒนาทักษะในการใช้เทคโนโลยี ส่วนข้อจำกัด คือ อินเทอร์เน็ตไม่เสถียร ความกังวลในการเรียน ไม่มีความพร้อมในวัสดุอุปกรณ์การเรียน ความไม่ชำนาญในการใช้แอปพลิเคชัน สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมกับการเรียน ขาดสมาธิในการเรียน การซักถามผู้สอนทำได้ยาก การสอบออนไลน์ไม่เหมาะสม ความไม่สะดวกในการส่งงาน การเพิ่มภาระงานให้กับผู้สอน (ธัญจิรา จิรนนทกาญจน์, 2560, น. 99-100; มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี, 2563, น. 17)

2. แนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Self-Directed Learning: SDL)

การเรียนรู้แบบนำตนเอง เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีกลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic Philosophy) ซึ่งมีความเชื่อเรื่องความเป็นอิสระ และความเป็นตัวของตัวเองของมนุษย์ Knowles (1975, p. 18) ได้ให้ความหมายการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองว่าเป็นกระบวนการที่ใช้ตนเองเป็นหลักหรือกระบวนการที่ไม่มีพึ่งผู้อื่น ตนเองสามารถรู้ได้เองว่ามีความต้องการเรียนรู้อะไร ตั้งเป้าหมายในการเรียนรู้เอง รู้แหล่งทรัพยากรบุคคลหรือเครื่องมือในการเรียนรู้ สามารถเลือกขั้นตอนการเรียนรู้ และประเมินผลการเรียนรู้ของตนเองได้ สำหรับ Dixon, W. B. (1992, p. 1,789) ได้ระบุว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนอาจจะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือไม่ก็ได้ แต่ผู้เรียนจะสามารถวิเคราะห์ความต้องการ เป้าประสงค์ การตั้งเป้าหมายและการรับรู้ถึงแหล่งข้อมูลแห่งการเรียนรู้ อุปกรณ์ในการเรียนรู้ รวมทั้งสามารถประเมินผลการเรียนรู้ของตนเองได้ ส่วน Fisher & other (2001, p. 516) มีความคิดเห็นในทำนองเดียวกันว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เป็นการตอบสนองของ

ผู้เรียน ในการควบคุมตนเอง การมีอิสระในการเรียนรู้ ทักษะของผู้เรียนมีความสำคัญ เพราะผลการเรียนรู้จะแตกต่างกันออกไปตามค่านิยม ความสามารถและลักษณะของแต่ละบุคคล ในขณะที่ Guglielmino (1977, p. 34) ได้กล่าวถึง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองว่าผู้เรียนจะต้องสามารถกำหนดจุดประสงค์ในการเรียน กิจกรรมการเรียน แหล่งเรียนรู้ และอื่น ๆ ที่ประกอบการเรียนรู้ด้วยตนเองมากกว่าการนำของผู้อื่น ทั้งนี้ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ลักษณะการจัดการเรียนการสอน การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเกิดขึ้นทั้งสภาพภายในและภายนอกชั้นเรียน และผู้เรียนกำหนดวางแผนด้วยตนเอง 2) บุคลิกลักษณะของผู้เรียนเองที่มีโอกาสทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยการพึ่งตนเองได้สูง ทั้งนี้ลักษณะของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันและค่อนข้างมีความซับซ้อนอย่างมาก โดย Guglielmino, Lucy M. กล่าวถึง บุคคลที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองจะประกอบไปด้วยคุณลักษณะ 8 ประการ ได้แก่ การเปิดโอกาสต่อการเรียนรู้ มโนคติของตนเองในด้านการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ การมีความคิดริเริ่มและเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง การมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง มีความรักในการเรียน เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องหรือคนที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ รักและใส่ใจในการเรียนรู้อยู่เสมอ มีความคิดสร้างสรรค์คือเป็นผู้ที่รู้จักตนเองดีพอในการเรียน ไม่ต้องให้ผู้สอนบอกทุกอย่าง การมองอนาคตในแง่ดี เป็นผู้ที่ชอบสถานการณ์การเรียนที่มีการท้าทาย สามารถใช้ทักษะการศึกษาหาความรู้และทักษะการแก้ปัญหา สามารถตัดสินใจในการศึกษาเรื่องใหม่ ๆ

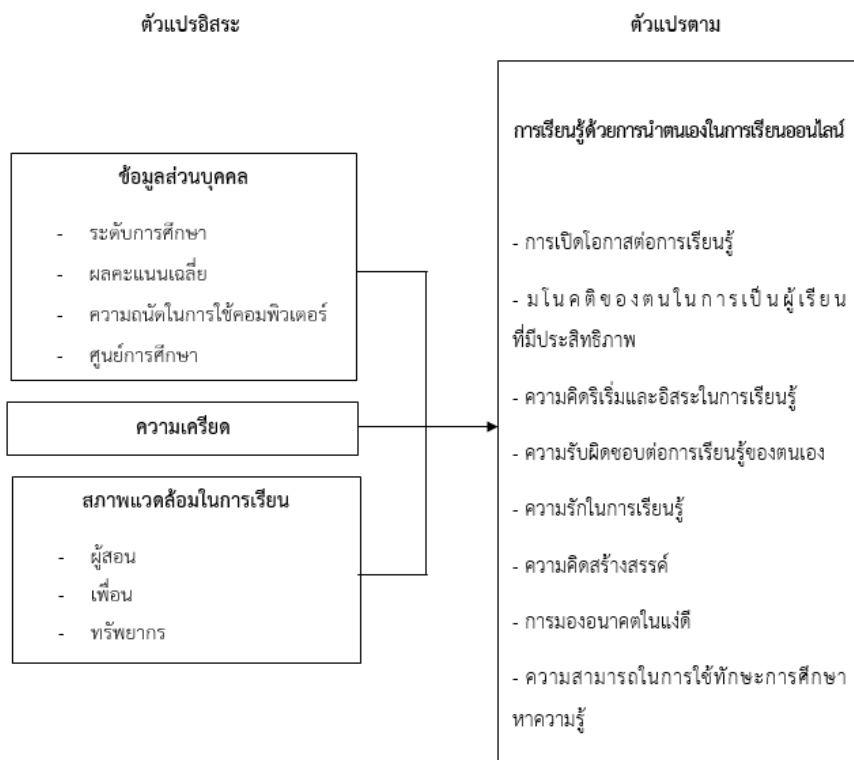
สำหรับองค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้ Rogers (1969, p. 5) ได้กล่าวถึงดังนี้ 1) การให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ 2) การเริ่มต้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดจากความต้องการที่จะเรียนรู้จากภายในจิตใจของผู้เรียนเอง 3) การสร้างความแตกต่างหลากหลายในมีความแตกต่าง ตามพฤติกรรม ทักษะ บุคลิกภาพของผู้เรียนแต่ละคน 4) การประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้เรียนจะ

ตอบสนองความต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง และประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง
5) ผู้เรียนเกิดความรู้ขึ้นจากการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือจากประสบการณ์ของตนเอง
เป็นสิ่งสำคัญและมีความหมายจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง

เมื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง นอกจากจะเกี่ยวข้องกับลักษณะที่แตกต่างระหว่างบุคคลแล้ว ยังพบว่า สภาพแวดล้อมในการเรียนกับความเครียดส่งผลต่อการเรียนรู้ได้เช่นกัน สำหรับสภาพแวดล้อมทางการเรียน good Carter v. (1973, p. 106) ให้ความหมายของบรรยากาศการเรียนการสอนว่า เป็นสภาพแวดล้อมทางการเรียน ซึ่งไม่ใช่สภาพแวดล้อมทางกายภาพเท่านั้น แต่หมายรวมถึงระดับอารมณ์ความรู้สึกรับรู้บรรยากาศในการเรียนการสอนเป็นสภาพทางจิตวิทยา ประกอบด้วยพฤติกรรมครู พฤติกรรมผู้เรียน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และผู้เรียนกับผู้เรียน (Lawrenz, Frances, 1976, p. 318; Moos R. H., & Moos, B. S., 1978, p. 263; Carl R. Rogers, 1969, p. 157-164) ส่วนความเครียดนั้น Selye (1956, p. 54) ได้กล่าวว่า เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงอาการตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยของบุคคลที่เกิดจากร่างกายและจิตใจ แต่ละบุคคลจะมีลักษณะที่ต่างกัน ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การศึกษาในมหาวิทยาลัย เช่น สิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัย การเรียน การบ้าน แบบฝึกหัดที่มากหรือน้อยเกินไป และปัจจัยภายนอกอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย และการเดินทาง เป็นต้น อันเป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ปฏิกริยาตอบสนองเหล่านี้จะแสดงออกในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ซึ่งนำไปสู่อาการต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

แผนภาพที่ 1

แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องการเรียนรู้ออนไลน์กับการเรียนรู้
ด้วยการนำตนเองของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ของศูนย์ลำปาง และศูนย์รังสิต ปีการศึกษา 2563 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. นักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง รวม 411 คน แบ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 133 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 98 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 103 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 77 คน
2. นักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต รวม 1,003 คน แบ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 280 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 244 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 260 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 219 คน

นักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทั้งสองศูนย์รวมทั้งสิ้น 1,414 คน โดยการวิจัยนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการของ ทาโร่ ยามานะ (Taro Yamane) คำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมทั้งสิ้น จำนวน 312 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ใช้ สถิติ t -test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance ANOVA) และสถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย สามารถแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การเรียนรู้ ด้วยการนำตนเอง การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 29.20 ศึกษาอยู่คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ศูนย์รังสิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 71.20 ผลคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ตั้งแต่ 3.00-3.49 มากที่สุด มีความถนัดในการใช้งานคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 77.60 ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.60 สภาพแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.53

2. การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

สำหรับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.21 เมื่อพิจารณารายด้านปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ในประเด็นด้านความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองมากที่สุด ซึ่งมีระดับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.77 รองลงมาเป็นประเด็นด้านความรักในการเรียนรู้ ซึ่งมีระดับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.73 และประเด็นด้านการเปิดโอกาสต่อการเรียนรู้ที่น้อยที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.09

3. การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์

การวิเคราะห์ปัจจัย ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ พบว่า ศูนย์การศึกษาและความถนัดในการใช้คอมพิวเตอร์ที่ต่างกัน มีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่ต่างกัน ในขณะที่ระดับการศึกษาและผลคะแนนเฉลี่ยสะสมที่แตกต่างกัน มีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่ไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ พบว่า สภาพแวดล้อมในการเรียนออนไลน์มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทั้งสภาพแวดล้อมในด้านผู้สอน สภาพแวดล้อมด้านกลุ่มเพื่อน และสภาพแวดล้อมด้านทรัพยากรในการเรียนออนไลน์ ในขณะที่ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลการวิจัยจากการทดสอบสมมติฐานงานวิจัยมีดังนี้

1. ระดับการศึกษาที่แตกต่างของนักศึกษามีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่ต่างกัน
2. ผลการศึกษาเฉลี่ยที่แตกต่างของนักศึกษามีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่ต่างกัน
3. ศูนย์การศึกษาที่แตกต่างของนักศึกษามีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่ต่างกัน
4. ความถนัดในการใช้คอมพิวเตอร์ที่แตกต่างของนักศึกษามีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่ต่างกัน
5. ความเครียดของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์
6. สภาพแวดล้อมทางการเรียนของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์

ตารางสรุปผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัยการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข้อที่	ตัวแปร	การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ในการเรียนออนไลน์	Sig.
1	ระดับการศึกษา	ไม่แตกต่าง	0.07
2	ผลการศึกษา	ไม่แตกต่าง	0.09
3	ศูนย์การศึกษา	แตกต่าง	0.01*
4	ความถนัดในการใช้คอมพิวเตอร์	แตกต่าง	0.04*
5	ความเครียด	ไม่มีความสัมพันธ์	0.05
6	สภาพแวดล้อมในการเรียน ออนไลน์	มีความสัมพันธ์	0.00*

จากตารางสรุปผลการทดสอบสมมติฐานงานวิจัยการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผลการทดสอบสมมติฐานของงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้แก่ ปัจจัยด้านศูนย์การศึกษา ความถนัดในการใช้คอมพิวเตอร์ สภาพแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ ซึ่งประกอบไปด้วย สภาพแวดล้อมในด้านผู้สอน สภาพแวดล้อมด้านกลุ่มเพื่อน และสภาพแวดล้อมด้านทรัพยากรในการเรียนออนไลน์ ในขณะที่ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ผลการศึกษา และความเครียด ไม่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ส่วนข้อเสนอแนะของนักศึกษาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่มาจากแบบสอบถาม ในส่วนของข้อเสนอแนะที่เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ สรุปเป็นประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ระยะเวลา การกำหนดระยะเวลาในการ เรียนออนไลน์ในแต่ละครั้งควรอยู่ในระยะเวลา 1-3 ชั่วโมง ต่อครั้ง ต่อ 1 รายวิชา และทุก 1 ชั่วโมงในการสอน ควรจะต้องมีการพักอย่างน้อย 10-15 นาที และหากสามารถบริหารจัดการได้ ควรมีการเรียนเฉพาะครึ่งวันในเวลาช่วงเช้า

ประเด็นที่ 2 วิธีการสอน ผู้สอนควรให้ข้อมูลเอกสารการเรียนการสอนไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ให้นักศึกษามีโอกาสได้ศึกษาเพิ่มเติม แล้วนำสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้านั้นมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Discuss) กันในชั้นเรียน และในส่วนของ การบรรยาย นั้น ผู้สอนควรบรรยายแบบสรุปประเด็นเนื้อหาสาระในการเรียนแต่ละครั้งอย่างรวบรัด เพื่อให้อยู่ในระยะเวลาการสอนที่เหมาะสม และควรมีการบันทึก (Record) การเรียนการสอนทุกครั้ง เพื่อให้ นักศึกษาสามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา หรือมีโอกาสกลับมาเรียนซ้ำ เพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจ ได้บ่อยเท่าที่ต้องการ

ประเด็นที่ 3 การกำหนดเนื้อหาในการเรียน ผู้สอนควรแนะนำแหล่งข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมให้แก่ นักศึกษา เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง การเปิดโอกาสให้นักศึกษาเรียนรู้ อย่างอิสระจากการค้นคว้าด้วยตนเองตามความสนใจของนักศึกษาแต่ละคน

ประเด็นที่ 4 กิจกรรมการเรียน นักศึกษาหลายคนต่างสะท้อนให้เห็นว่า ต้องการกลับไปเรียนในห้องเรียนมากกว่าการเรียนออนไลน์ เนื่องจากการเรียนออนไลน์ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย เหนื่อยล้า มีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้นการใช้กิจกรรมในการเรียนประกอบนั้น จะสามารถช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนได้ ในส่วนของกิจกรรมเชิงวิชาการนั้น ผู้สอนควรมอบหมายงานให้ทำในช่วงเวลาของการเรียนการสอน แทนการให้แบบฝึกหัดหรือการบ้านทำนอกชั่วโมงเรียน หากต้องมอบหมายงานให้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมนอกชั่วโมงสอน ผู้สอนในทุกรายวิชา ควรจะคำนึงถึงปริมาณงานที่เหมาะสมไม่มากเกินไป เพื่อลดความเครียดในการเรียน

ออนไลน์ของนักศึกษา นอกจากนี้ ผู้สอนควรแจ้งให้นักศึกษาทราบถึงจุดเด่น จุดด้อยของงานที่ส่งไป เพื่อให้ นักศึกษาสามารถนำไปพัฒนาการเรียนรู้ของตนเองต่อไป ในส่วนของกิจกรรมเชิงนันทนาการ ควรมีสอดแทรกอยู่ในการเรียนการสอน ด้วย สร้างสภาพแวดล้อมทางการเรียนที่ดีหรือการสร้างบรรยากาศที่ไม่เป็นทางการบ้าง เพื่อเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดขณะเรียนออนไลน์ให้แก่ นักศึกษาและ เพื่อดึงดูดความสนใจของนักศึกษาให้มีสมาธิอยู่กับผู้สอนต่อไป

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย เรื่อง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นขององค์ประกอบ ได้แก่ ประเด็นองค์ประกอบลักษณะส่วนบุคคล ประเด็นองค์ประกอบทางสังคม ประเด็นองค์ประกอบทางกายภาพ และ องค์ประกอบทางการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นที่หนึ่ง องค์ประกอบลักษณะส่วนบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะตัว ความรู้ ความสามารถ ทักษะส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันออกไป ความถนัดในการใช้คอมพิวเตอร์ เทคโนโลยี ที่ทันสมัยนี้ นับเป็นความรู้ ความสามารถและทักษะเฉพาะตัวของนักศึกษาที่มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นแสดงให้เห็นว่า ความถนัดในการใช้คอมพิวเตอร์ที่แตกต่างกันมีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่แตกต่างกัน มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Guglielmino (1977, p. 34) ที่ได้ชี้ให้เห็นว่า บุคลิกลักษณะของผู้เรียนเองมีผลต่อความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และยังมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Fisher & other (2001, p.516) Oddi L. F. (1987, p. 22) Michael Posner, Steve E Petersen (1990, 813-A) และ Pao-Nan Chou (2012, p. 177) Marlene Schommer-Aikins & Marilyn Easter

(2018, p. 112) ที่ได้สะท้อนให้เห็นว่าการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นการตอบสนองของผู้เรียนอย่างอิสระ เนื่องด้วยความสามารถตามลักษณะเฉพาะบุคคลที่แตกต่างกัน มีผลให้การเรียนรู้ของบุคคลย่อมแตกต่างกัน ดังนั้นความสามารถและความถนัดในการใช้คอมพิวเตอร์ที่แตกต่างกัน จึงนำมาซึ่งการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ที่แตกต่างกัน อนึ่ง ความถนัดในการใช้คอมพิวเตอร์นี้อาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ นักศึกษามีความสามารถในการสืบค้นข้อมูล การหาแหล่งข้อมูล การเข้าถึงแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่แตกต่างกัน ยังมีทักษะ ความถนัดมากเท่าไร การเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือแหล่งทรัพยากรในการเรียนรู้ออนไลน์ยิ่งมากขึ้นตามไปด้วย

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์แล้วพบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยไม่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา ผลการวิจัยในครั้งนี้จึงไม่มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Susan T. Fiske & Shelley E. Taylor (1991, p. 4190-A) และ Hudspeth, Jerald Henry (1992, p. 3514-A) ที่มีข้อค้นพบว่าผลคะแนนเฉลี่ยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองในทำนองเดียวกันนี้เอง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบอีกด้วยว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่ไม่มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานการศึกษาในต่างประเทศของ Veronica McCauley and George McClland (2004, p. 33-34) และงานการวิจัยในประเทศของ พิมพ์พรรณ เทพสุเมธานนท์ และ สุพิชชา ประสิทธิธัญกิจ (2553, น. 71-72) ที่ต่างก็พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันนั้นมีผลทำให้ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญ

ประเด็นที่สอง องค์ประกอบทางสังคม เป็นสภาพแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ สภาพแวดล้อมในการเรียนการสอนนั้นเป็นภาพสะท้อนถึงบรรยากาศในการเรียนออนไลน์ระหว่างผู้สอนทำการเรียนการสอนให้กับผู้เรียน และการมี

ปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน หมายรวมถึงระดับอารมณ์ความรู้สึก ตามแนวคิดของ Good Carter v. (1973, p. 106) ผู้วิจัยได้พิจารณาแล้วว่า ศูนย์การศึกษาที่ต่างกันสภาพแวดล้อมในการเรียนออนไลน์ย่อมมีความแตกต่างกัน สภาพแวดล้อมทางสังคมของการเรียนออนไลน์นั้นยังประกอบไปด้วย สภาพแวดล้อมด้านผู้สอน สภาพแวดล้อมด้านกลุ่มเพื่อน ผลปรากฏเป็นที่น่าสนใจว่า ศูนย์การศึกษาที่แตกต่างกัน รวมถึงสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ที่มีความแตกต่างกันนั้นส่งผลต่อการเรียนรู้ด้วยนำตนเองในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา ฉะนั้นศูนย์การศึกษาที่มีสภาพแวดล้อมในการเรียนแตกต่างกันและตัวแปรสภาพแวดล้อมในการเรียนนั้นเองเป็นตัวแปรสำคัญที่เป็นข้อค้นพบในงานวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศหลายเรื่องไม่ว่าจะเป็นผลการวิจัยของ Pao-Nan Chou (2012, p. 177) Curtis J. Bonk, Mimi Miyoungh Lee, Xiaojing Kou, Shuya Xu & Feng-Ru Sheu (2015, p. 349) และงานวิจัยในประเทศ อย่างเช่นงานวิจัยของ ปริณดา ตาสี (2551, น. 76-78) ที่พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางการเรียนมีผลกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

สภาพแวดล้อมในการเรียนด้านผู้สอนมีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง มีความสอดคล้องกับแนวคิดในกลุ่มมนุษยนิยมของ Carl R. Rogers (1969, pp. 157-164) ที่ได้มุ่งเน้นให้ความสำคัญในการเรียนรู้ของมนุษย์ด้วยบรรยากาศในชั้นเรียนที่ต้องมีการคำนึงถึงลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ ท่าที ดังนั้นแล้ว Carl R. Rogers เชื่อว่าบรรยากาศการเรียนเหล่านี้ควรได้รับความสนใจและให้ความสำคัญไม่น้อยกว่าการเน้นทางด้านวิชาการ บรรยากาศไม่ตึงเครียด เป็นการเสริมความอบอุ่นมั่นใจและความเชื่อถือระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ผู้วิจัยมีความเห็นพ้องกับการศึกษาของ Dixon W. B. (1995, p. 1789-a) ที่ได้ระบุว่า การเรียนรู้ที่เป็นทางการต่ำ มีส่วนทำให้เกิดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองมากกว่าการเรียนรู้ในสภาพที่เป็นทางการสูง

สภาพแวดล้อมในการเรียนด้านผู้สอนมีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์นี้สอดคล้องตามแนวคิดของ Moos R. H., & Moos, B. S. (1978, p. 263) ที่ชี้ให้เห็นว่าบรรยากาศแห่งการเรียนการสอนนี้ ผู้สอนพยายามสร้างขึ้นเพื่อให้การเรียนการสอนดำเนินไปอย่างราบรื่น และแนวคิดเหล่านี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lawrenz, Frances (1976, p. 318) Bull, Shirley & Solity, Joanthan (1987, pp. 16-18) Rosemary Kim, Lorne Olfman, TerryRyan & EvrenEryilmaz (2013, p. 150) และ Cogen, M. L. (1975, pp. 135-139) และงานวิจัยในไทยของ พัทณี อ่ำแก้ว (2553, น. 130) ที่ต่างสะท้อนให้เห็นว่าบรรยากาศในการเรียนอันเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้สอน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนมีความสำคัญต่อการเรียนรู้

สภาพแวดล้อมด้านกลุ่มเพื่อนมีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์ มีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับแนวคิดและผลการศึกษาของ Lawrenz, Frances (1976, p. 318) Moos R. H., & Moos, B. S. (1978, p. 263) Bull, Shirley & Solity, Joanthan (1987, pp. 16-18) Rosemary Kim, Lorne Olfman, TerryRyan & EvrenEryilmaz. (2013, p. 150) และ พัทณี อ่ำแก้ว (2553, น. 129-133) ที่ต่างก็ฉายภาพสะท้อนให้เห็นว่าการเรียนรู้ที่เกิดจากบรรยากาศของการเรียนระหว่างกลุ่มเพื่อนหรือผู้เรียนกับผู้เรียน

ประเด็นที่สาม องค์ประกอบทางกายภาพ คือ สภาพแวดล้อมด้านทรัพยากรในการเรียนออนไลน์ อันประกอบไปด้วย อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ (Computer) โน้ตบุ๊ก (Notebook) แท็บเล็ต (Tablet) เครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Internet) ไว-ไฟ หรือ เทคโนโลยีเครือข่ายแบบไร้สาย (Wi-Fi) แหล่งข้อมูลสารสนเทศออนไลน์ (Online Information) ทั้งหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-Books) วารสารอิเล็กทรอนิกส์ (e-Journals) ฐานข้อมูลออนไลน์ (Online Database) โทรศัพท์มือถือ รวมถึงวัสดุ

อุปกรณ์ อื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการเรียนการสอนออนไลน์ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ที่มีข้อค้นพบว่า สภาพแวดล้อมด้านทรัพยากรในการเรียนออนไลน์มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในการเรียนออนไลน์เป็นอย่างยิ่ง เพราะการค้นคว้าเพิ่มเติมด้วยตนเอง และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสารสนเทศแบบออนไลน์นั้น จำเป็นต้องมีความพร้อมในด้านอุปกรณ์ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bull, Shirley & Solity, Joanthan (1987, pp. 16-18) และ Curtis J. Bonk, Mimi Miyoung Lee, Xiaojing Kou, Shuya Xu & Feng-Ru Sheu (2015, p. 349) ที่ต่างก็เห็นพ้องต้องกันว่า องค์ประกอบทางกายภาพ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการเรียนการสอนมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ไม่น้อยไปกว่าองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ฉะนั้นแล้วเพื่อเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียนตามแนวคิดของ Rogers (1969, pp. 164-166) จึงต้องมีการจัดทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ให้มีความเหมาะสม เพียงพอและมีความหลากหลาย

ประเด็นที่สี่ องค์ประกอบทางการศึกษา เป็นสถานการณ์ที่มีผลต่อการเรียนการสอน เช่น การกำหนดเนื้อหา วิธีสอน กิจกรรมในชั้นเรียน การเรียนการสอนออนไลน์ผู้สอนควรแทรกกิจกรรมที่น่าสนใจ เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิด ความสนุกเพลิดเพลินและมีความสนใจในชั้นเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ คมสิทธิ สิทธิประการ, วิกรม ฉันทรางกูร และ ภัชญาภา ทองใส (2563) ที่สะท้อนให้เราเห็นว่าผู้สอนควรมีรูปแบบการเรียนและกิจกรรมที่สร้างบรรยากาศให้การเรียนมีความเพลิดเพลินส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ด้วย การนำตนเองในการเรียนออนไลน์ได้ดี นอกจากนี้ Rogers (1969, pp. 164 -166) Knowles, M. S. (1975, pp. 34-37) Guglielmino (1977, p. 34) และ Rosemary Kim, Lorne Olfman, Terry Ryan & Evren Eryilmaz. (2013, p. 150) ต่างเสนอแนะไปในแนวทางเดียวกันว่า การเรียนรู้ควรมีการวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้ ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนอย่างเป็นระบบ การศึกษาถึงความต้องการของผู้เรียนและผู้สอน การกำหนด

วัตถุประสงค์ร่วมกัน การออกแบบการเรียนรู้ การดำเนินการและการประเมินผล กิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยที่พบว่าความถนัดทางคอมพิวเตอร์ที่แตกต่างกันทำให้การเรียนรู้ด้วยการเรียนออนไลน์มีความแตกต่างกัน ดังนั้น แนวทางในการสนับสนุนการเรียนออนไลน์ของนักศึกษา คือ การจัดอบรมในการปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ให้มีความรู้ ความเข้าใจในแนวทางการเรียนการสอนออนไลน์ ให้นักศึกษาเข้าใจการใช้แอปพลิเคชันหลัก ของคณะหรือมหาวิทยาลัยที่ใช้ทำการเรียนการสอน

2. การพัฒนาความสามารถ ความถนัดในด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยี เพื่อการศึกษานั้น คณะและมหาวิทยาลัยควรมีการจัดอบรม สัมมนา พัฒนาทั้งผู้สอนและผู้เรียนอยู่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการเรียนการสอน

3. สภาพแวดล้อมทางการเรียนออนไลน์มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังนั้นผู้สอน ผู้เรียน คณะ และมหาวิทยาลัย ควรส่งเสริมสภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศการเรียนการสอนออนไลน์ที่ดีให้เกิดขึ้น เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียน

4. สภาพแวดล้อมด้านผู้สอนมีผลอย่างมากต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ผู้สอนควรตระหนักในบทบาทของการเป็นผู้แนะนำแหล่งเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดีด้วยการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สอนและผู้เรียน การให้เกียรติ เคารพกันและกัน การดึงการมีส่วนร่วมของผู้เรียน การนำกิจกรรมเข้ามาสอดแทรกในการเรียนการสอน สิ่งเหล่านี้จะทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. พฤติกรรมของนักศึกษาหรือผู้เรียนและปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและกลุ่มเพื่อนนั้นมีผลต่อการเรียนการสอนออนไลน์ ดังนั้นนักศึกษาควรมี

ความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน การชักชวนกลุ่มเพื่อนศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมในประเด็นต่าง ๆ ที่น่าสนใจ โดยไม่รอรับข้อมูล ความรู้จากผู้สอนเพียงฝ่ายเดียว ในขณะที่ผู้สอนก็ควรเลือกกิจกรรมที่ให้นักศึกษาได้แสดงความคิดเห็นร่วมกันในชั้นเรียนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน

6. สภาพแวดล้อมด้านทรัพยากรที่ใช้ในการเรียน เท่าที่ผ่านมา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีมาตรการในการสนับสนุนด้านทรัพยากรการศึกษา เช่น การบริการให้ยืมคอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก การแจกซิมการ์ดฟรี การบริการฐานข้อมูลออนไลน์ การบริการส่งตำราหนังสือผ่านไปรษณีย์ ฯลฯ ดังนั้นจึงควรมีมาตรการอื่น ๆ เพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ แหล่งข้อมูลที่มีความจำเป็นในการเรียนการสอนออนไลน์ให้เกิดความพอเพียงแก่นักศึกษา

7. การออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับผู้สอน ผู้วิจัยนำเสนอเพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบ วางแผนการเรียนการสอนออนไลน์เป็นลำดับคือ 1) การแนะนำผู้เรียนถึงที่มา สิ่งที่จะเรียน แหล่งของข้อมูลให้ชัดเจน เพื่อให้เข้าใจตรงกันและสามารถปรับตัวเข้ากับการเรียนออนไลน์ได้ 2) ต้องให้นักศึกษาทราบถึงเนื้อหาสาระ หลักการของวิชาเรียน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในหัวข้อและทักษะที่เกี่ยวข้อง 3) การปรับประยุกต์ใช้ เมื่อนักศึกษาประสบปัญหาจากการเรียน ผู้สอนมีบทบาทในการแนะนำแก่นักศึกษา ให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ การแก้ปัญหานี้จะเป็นการปรับประยุกต์ใช้ 4) การตกผลึกความรู้ หลังจากการนำข้อมูล ความรู้ มาปรับประยุกต์ใช้ได้แล้ว ผู้เรียนสามารถสรุปประมวลข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้จนตกผลึก

เอกสารอ้างอิง

คมสิทธิ์ สิทธิประการ, วิกรม ฉันทรางกูร และภัชญาภา ทองใส. (2563). ผลสัมฤทธิ์การเรียนการอ่านขั้นสูงของนักศึกษาผ่านบทเรียนออนไลน์. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(11), 185-198.

- ธัญจิรา จิรนนทกาญจน์. (2559). การใช้แบบเรียนออนไลน์ในการศึกษาแพทยศาสตร์. *เวชบัณฑิตศิริราช*, 9(2), 98-106.
- ปรินดา ตาสี. (2551). ลักษณะทางจิตและสภาพแวดล้อมทางการเรียนที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร. *ปริญญาวิทยาสาตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- พิมพ์พรรณ เทพสุเมธานนท์ และ สุพิชชา ประสิทธิ์ธัญกิจ. (2553). *ศึกษาเรื่องการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษาภาควิชาพื้นฐานการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.*
- พชนี อ้าแก้ว. (2553). *ปัจจัยด้านคุณลักษณะในตนเองและด้านสิ่งแวดล้อมทางการเรียนที่ส่งผลต่อความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ศึกษาศาตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและสถิติการศึกษา, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. (2563). การเรียนออนไลน์. *สารสำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ*, 9(2), 10.
- Bull, Shirley, Solity, Joanthan. (1987). *Classroom Management: Principles to Practice*. New York: Croom Helm.
- Cogen, M. L. (1975). Studies of Teacher Behavior. *The Journal of Experimental Education*, 34(2), 135-139.
- Council on Social Work Education [CSWE]. (2014). *Draft 3 of the 2015 Educational Policy and Accreditation Standards (EPAS)*. Alexandria, VA: Author.

- Curtis, J. Bonk, Mimi Miyoung, Lee, Xiaojing, Kou, Shuya, Xu, & Feng-Ru, Sheu. (2015). Understanding the Self-Directed Online Learning Preferences, Goals, Achievements, and Challenges of MIT Open Course Ware Subscribers. *Educational Technology & Society*, 18(2), 349–368.
- Dixon, W. B. (1992). An exploratory study of self-directed learning readiness and pedagogical expectations about learning among adult inmate learners in Michigan. Michigan: Michigan State University.
- Fisher, M. King, J. and Tague, G. (2001). Development of a Self-Directed Learning Readiness Scale for Nursing Education. *Nurse Education Today*, 21(1), 516-525.
- Garrison, D. R. (1992). Critical thinking and self-directed learning in adult education: An analysis of responsibilities and control issues. *Adult Education Quarterly*, 42(3), 136-148.
- Good, Carter v. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Guglielmino, L. M. (1977). *Development of the Self-Directed Learning Readiness Scale*. Georgia: University of Georgia.
- Hans, Selye. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Hudspeth, & Jerald, Henry. (1992). *Student Outcomes: The Relationship of Teaching Style to Readiness for Self-Directed Learning*. Dissertation Abstracts International-A. (CD-ROM).
- Jivanjee, P., Pendel, K, Nissen, L., & Goodluck, C. (2016). Lifelong Learning in Social Work: A Qualitative Exploration with Social Work Practitioners, Students, and Field Instructors. *Advances in Social Work*, 16(2), 260-275.

- Kathleen, Cercone. (2008). Characteristics of Adult Learners with Implications for Online Learning Design. *AACE Review (formerly AACE Journal)*, 16(2), 137-159.
- Knowles, M. S. (1975). *Self-Directed Learning: A Guide for Learners and Teacher*. Chicago: Association Press.
- Lawrenz, Frances. (1976). Student Perception of the Classroom Learning Environment in Biology, Chemistry and Physics courses. *Journal of Research in Science Teaching*. 13(4), 315-323.
- Marlene, Schommer-Aikins, & Marilyn, Easter. (2018). Cognitive Flexibility, Procrastination, and Need for Closure Linked to Online Self-directed Learning Among Students Taking Online Courses. *Journal of Business and Educational Leadership*, 8(1), 112 - 123.
- Merriam, S. B. (2001). Andragogy and self-directed learning. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 89(1), 3-14.
- Michael, Posner, Steve, E. Petersen. (1990). The Attention System of the Human Brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13(1), 25-42.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1978). Classroom social climate and student absences and grades. *Journal of Educational Psychology*, 70(2), 263-269.
- Oddi, L. F. (1987). Perspectives on Self-Directed Learning. *Adult Education Quarterly*, 38(1), 21-31.
- Pao-Nan, Chou. (2012). Effect of Students' Self-Directed Learning Abilities on Online Learning Outcomes: Two Exploratory Experiments in

- Electronic Engineering. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2(6), 172-179.
- Rogers, C. R. (1969). *Freedom to learn*. Columbus: Charles E. Merrill Publishing Co.
- Rosemary, Kim, Lome, Olfman, Terry, Ryan, & Evrenli Eryilmaz (2014). Leveraging a personalized system to improve self-directed learning in online educational environments. *Computers & Education*, 70(2), 150–160.
- Susan, T. Fiske, Shelley, E. Taylor. (1991). *Social Cognition*. New York: McGraw-Hill Series in Social Psychology.
- Veronica, McCauley, & George, McClland. (2004). Further Studies in Self-Directed Learning in Physics at the University of Limerick, Ireland. *International Journal of Self-Directed Learning*, 1(2). 26-37.

การหายไปของคน-ผีจากการเรียนสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
ได้ร่มเงาชีวะ-การแพทย์ในบริบทสังคมไทย

The Disappearance of Human-Ghost Relationship from Medical
Social Work Education under Biomedicine in Thai Context

Received 30 November, 2021

Revised 16 May, 2022

Accepted 18 May, 2022

ชัยพร อุโฆษจันทร์¹

Chaiyaporn Ukosachan²

บทคัดย่อ

บทความชิ้นนี้เกิดจากความสนใจในทฤษฎีเครือข่าย-ผู้กระทำการ (Actor-Network Theory) ซึ่งเกิดขึ้นช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 โดยเป็นการพยายามสร้างกรอบในการวิเคราะห์ใหม่ที่ก้าวผ่านการยึดเอามนุษย์เป็นศูนย์กลาง ซึ่งต่างจากสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ซึ่งถือกำเนิดมาในบริบทของโรงพยาบาลในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ทำให้จำเป็นต้องคิดและปฏิบัติภายใต้กรอบของการแพทย์สมัยใหม่หรือที่เรียกว่าชีวะ-การแพทย์และแนวคิดมนุษยนิยม ซึ่งได้ตัดขาดมนุษย์ออกจากอิทธิพลของอำนาจเหนือธรรมชาติอย่างสิ้นเชิงและมองว่ามนุษย์คือผู้กระทำเพียงฝ่ายเดียว ส่งผลให้สังคมสงเคราะห์ที่จริง ๆ ควรให้ความสำคัญกับมิติทางสังคม วัฒนธรรม กลับต้องปฏิบัติงานภายใต้เงื่อนไขที่จำกัด ส่งผลต่อการละลายและผลักไสองค์ความรู้ชุดอื่นที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ออกไป ในขณะที่ในต่างประเทศเริ่มมีการกล่าวถึง

¹ อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย

E-mail: Ajarn_tan@hotmail.com

² Lecturer, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Pathumthani, Thailand

การใช้ประโยชน์จากอำนาจเหนือธรรมชาติของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
ดังนั้นผู้เขียนจึงเสนอว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการจัดการเรียน
การสอนความรู้ชุดอื่น และบทบาทของผู้กระทำที่ไม่ใช่มนุษย์ในชีวิตมนุษย์
ท่ามกลางวัฒนธรรมและเทคโนโลยีเพื่อให้สามารถให้บริการกับมนุษย์ได้อย่าง
ครอบคลุมทุกมิติอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์, มนุษยนิยม, ความสัมพันธ์คน-ผี

Abstract

This article arises from an interest in Actor-Network Theory introduced in the late 20th century. Differing from medical social work that originated with a hospital context in the early 20th century, the theory attempts to create a new analysis framework beyond a human-centered viewpoint. Thinking and practicing with the theory requires modern medical frameworks, so-called Biomedicine and Humanism, which completely dissociate humans from an influence of supernatural power and perceive humans as the only actors in the scenario, resulting in restricted working conditions in social work instead of generally emphasizing social and cultural dimension. Other non-scientific knowledge is consequently ignored and excluded from education while the exploitation of supernatural power by medical social workers is mentioned in foreign countries. The author therefore proposes the substantial necessity of arranging an alternative educational instruction and of

defining the role of the non-human actor in human life surrounded by culture and technology to actually provide service to people in every extensive dimension.

Keywords: Medical Social Work, Humanism, Human-ghost relationship

บทนำ

สังคมสงเคราะห์ศาสตร์เป็นทั้งสาขาวิชาและเป็นวิชาชีพที่จำเป็นต้องประยุกต์ใช้ความรู้จากศาสตร์สาขาอื่น ๆ อย่างมาก เช่น มานุษยวิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยา และผู้เขียนเชื่อมั่นว่าเราไม่อาจปฏิเสธได้ว่า ปรัชญา แนวคิด และทฤษฎีมีความสำคัญในการกำหนดวิธีการมองเห็น การพิจารณา รวมทั้งการปฏิบัติงานในทุกกระดับ ซึ่งปัจจุบัน แนวคิด ทฤษฎีต่างพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีแง่มุมใหม่ ๆ ถูกพัฒนาเพื่อทำความเข้าใจสังคม แน่นอนว่าแนวคิดและทฤษฎีมานุษยวิทยาเป็นหนึ่งในศาสตร์ที่จำเป็นของนักศึกษาและผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์โดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมสงเคราะห์คลินิก โดยในช่วงปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา นักวิชาการด้านมานุษยวิทยาไทยได้กล่าวถึงแนวคิดที่ขยับความสนใจจากมนุษย์ไปสู่สิ่งอื่น ๆ มากขึ้น ได้แก่ กลุ่มแนวคิดหลังมนุษยนิยม (Posthumanism) และทฤษฎีเครือข่ายผู้กระทำการ (Actor-Network Theory [ANT])

กลุ่มแนวคิดหลังมนุษยนิยมเป็นแนวคิดที่ไม่ได้สนใจนำมนุษย์มาเป็นศูนย์กลาง โดยกลุ่มแนวคิดนี้ให้ความสำคัญไปที่สิ่งอื่น ๆ นอกจากมนุษย์ เช่น การให้สนใจการศึกษาทำความเข้าใจภาววิทยาของวัตถุ (Object Oriented Ontology [OOO]) ที่มองว่ามนุษย์มีความเข้าใจต่อวัตถุที่จำกัด และตัววัตถุเองก็มีคุณสมบัติต่าง ๆ มากมายเกินกว่าที่มนุษย์จะรับรู้ เพราะตัววัตถุเองสามารถถอนความสามารถ (Withdraw) ของมันได้ หรือนัยหนึ่ง วัตถุเองก็สามารถ

กระทำบางอย่างได้ไม่ต่างจากมนุษย์ นอกจากนั้นยังมีมานุษยวิทยาไซเบอร์ก ซึ่งเป็นการมุ่งพิจารณาและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับเครื่องจักร (วสันต์ ปัญญาแก้ว, 2564) ซึ่งเผยให้เห็นว่าเทคโนโลยีต่าง ๆ นอกจากจะสำคัญกับชีวิตมนุษย์ กำกับชีวิตมนุษย์ แล้วในบางมุมมองเทคโนโลยีที่คิดเองได้เหล่านี้ ยังมีการดำรงอยู่เหมือนกับมนุษย์ ต้องการพลังงาน มีอายุขัย ต้องการการเอาใจใส่ดูแล ต่อมาเป็นทฤษฎีเครือข่าย-ผู้กระทำการ ในมุมมองที่ใกล้เคียงกับ OOO ในแง่ที่ว่าเราควรพิจารณาผู้กระทำการ (Actor) สามารถเป็นสิ่งอื่นได้นอกจากมนุษย์ ทั้งสิ่งมีชีวิต ไม่มีชีวิต ไม่เพียงเท่านั้นแง่มุมทางทฤษฎีอีกประการที่น่าสนใจก็คือให้ความสำคัญกับความรู้ (Knowledge) เสมอกับความรู้ที่ไม่เป็นวิทยาศาสตร์ซึ่งแต่เดิมถูกมองว่าเป็นความเชื่อ (Belief) ในฐานะที่ต่างเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ทำให้เกิดความเป็นจริง (Latour, 1996, p. 2 อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559, น. 124-126) นอกจากทฤษฎีดังกล่าวแล้ว จากประสบการณ์การเป็นนักสังคมสงเคราะห์ และประสบการณ์การสอนวิชาสังคมสงเคราะห์ในระดับมหาวิทยาลัย ผู้เขียนเห็นว่าการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ โดยเฉพาะทางการแพทย์ สังคมสงเคราะห์คลินิกนั้นกำลังดำเนินไปภายใต้ชีวะ-การแพทย์และแนวคิด-ทฤษฎียุคสมัยใหม่นิยมค่อนข้างมาก ไม่ค่อยมีการกล่าวถึงวิธีการอธิบายพฤติกรรม ความเจ็บป่วย ผ่านการอธิบายด้วยกลุ่มแนวคิดหลังยุคสมัยใหม่อื่น ๆ และแนวคิดที่เปิดรับผู้กระทำการอื่น ๆ นอกจากมนุษย์เท่าที่ควร

หากย้อนกลับมาดูความหมายของสังคมสงเคราะห์การแพทย์ Hassan (2016) กล่าวว่า สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์แต่เดิมนั้น เรียกว่า สังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล (Hospital social work) ซึ่งต้องทำงานกับมิติชีวะจิตสังคม และวิญญานของปัจเจกที่ประสบปัญหา โดยมีบทบาทในการให้การบำบัดรักษา

ปัญหาทางจิตใจและจิตสังคมซึ่งเป็นทั้งสาเหตุ ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรืออาจเป็นกำแพงขวางกั้นความร่วมมือในแผนการบำบัดรักษาทางการแพทย์ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ก็คือนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โรงพยาบาล คลินิกผู้ป่วยนอก ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานฟื้นฟูในชุมชน ฯลฯ ซึ่งต่อมาเปลี่ยนไปเรียกว่านักสังคมสงเคราะห์สุขภาพ (กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2562, น. 228)

การที่ผู้เขียนมองว่าสังคมสงเคราะห์การแพทย์นั้นอยู่ภายใต้ร่วมเงาของชีวะ-การแพทย์ เพราะว่ารากเหง้าของสังคมสงเคราะห์นั้นเกิดขึ้นมาจากความคิดที่จะทำให้สังคมสงเคราะห์นั้นมีความเป็นวัตถุวิสัยให้มากที่สุดผ่านหนังสือเรื่องการวินิจฉัยทางสังคมของแมร์รี ริชมอน ซึ่งการทำให้เป็นวิทยาศาสตร์นั้นเป็นกระแสหลักของสังคมเหมือนกับที่อีมิล เดอร์ไคม์ (Emile Durkheim) และนักสังคมศาสตร์ปฏิฐานนิยม (Positivism) พยายามทำให้การศึกษาเรื่องสังคมให้กลายเป็นวิทยาศาสตร์สังคมที่มีความเป็นวัตถุวิสัย

เช่นเดียวกัน สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เกิดขึ้นครั้งแรกที่โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐแมสซาชูเซตส์ (Massachusetts general hospital) ในช่วงต้นคริสต์ทศวรรษ 1900 ซึ่งบริบทด้านสุขภาพใจยุคดังกล่าวนั้นบุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับการระบาดของโรคต่าง ๆ เช่น ซิฟิลิส โปლიโอ ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลที่ยาวนาน ดังนั้น นายแพทย์ริชาร์ด คาบอท (Richard Cabot) ตระหนักว่าในฐานะที่ตนเองเป็นแพทย์ ทำให้เขาจะไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดระหว่างให้การบำบัดรักษา ความห่างไกลนี้ทำให้ไม่สามารถประเมินผลกระทบในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยที่บ้านได้ ไม่สามารถประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งไม่รู้เลยว่าลักษณะของงาน/อาชีพของผู้ป่วยนั้นส่งผลต่อความเจ็บป่วยอย่างไร

มากไปกว่านั้นเขายังกังวลว่าผู้ป่วยถูกขัดขวางการรับการรักษาทางการแพทย์จากคนในครอบครัว ดังนั้น เขาจึงให้นักสังคมสงเคราะห์เข้ามาปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ โดยมีบทบาทในการให้ข้อมูลและสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้พวกเขา/เธอสามารถปรับตัวเข้ากับการรับการรักษาในโรงพยาบาลได้ อันจะนำไปสู่ผลดีต่อการรักษาทางการแพทย์ (Beder, 2006) ซึ่งเห็นได้ว่าแม้จะมีการนำแนวคิดชีวจิตสังคม (รวมทั้งจิตวิญญาณ) มาใช้ระหว่างการบำบัดรักษา แต่เป้าหมายก็คือเพื่อส่งเสริมให้การรักษาด้วยชีว การแพทย์ประสบผลสำเร็จ และผู้เขียนยังมองว่าความคิดเช่นนี้ก็ยังหลงเหลืออยู่ในการทำงานด้านสุขภาพในปัจจุบัน

ถึงแม้คำอธิบายของสังคมสงเคราะห์การแพทย์จะมีการกล่าวถึงการให้ความสำคัญของการประเมินด้านชีวจิตสังคม (Biopsychosocial dimension) รวมไปถึงจิตวิญญาณ แต่ด้วยการสังคมสงเคราะห์นั้นได้ผันตัวเองกลายมาเป็นศาสตร์ ซึ่งเลือกสังกัดกับการแพทย์ยุคสมัยใหม่ ทำให้การมองเรื่องจิตวิญญาณถูกทำให้เป็นการมองในฐานะพัฒนาการของมนุษย์อย่างหนึ่งซึ่งมีความเป็นวิทยาศาสตร์ เช่นเดียวกับที่นักจิตวิทยาพยายามอธิบายแง่มุมต่าง ๆ ของมนุษย์ที่เป็นพัฒนาการ เช่นพยายามเรื่องจิตวิญญาณผ่านมุมมองแบบพัฒนาการก่อนหลัง ผ่านทฤษฎีพัฒนาการของศรัทธา (Faith development) ของฟาวเลอร์ (James W. Fowler) มากกว่าที่จะมองไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และอำนาจเหนือธรรมชาติ (ซึ่งมีแต่นักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาที่ให้ความสนใจในประเด็นดังกล่าว) หรือแม้จะมีการปรับใช้มิติความสัมพันธ์คน-ผีมาใช้ก็มีความเป็นไปได้ว่าเป็นการนำมาใช้ในขั้นตอนของการพยายามทำความเข้าใจมนุษย์เพื่อนำไปสู่การประเมินปัญหา ซึ่งไม่ได้นำไปสู่การให้การบำบัดรักษาที่สร้างมาจากรากฐานองค์ความรู้พื้นถิ่นเช่นเรื่องความสัมพันธ์คน ผี เพราะการเรียนรู้

การสอนในชั้นเรียน ก็ยังมุ่งเน้นไปที่แนวคิดทฤษฎีที่เป็นของตะวันตกเป็นหลัก แม้แต่การพยายามทำความเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ก็ยังไม่มียารละเอียดของการอธิบายความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของคนไทยผ่านมโนทัศน์เรื่องกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์คน-ผี ซึ่งมีบทบาทอย่างยิ่งในชีวิตของผู้คนนอกโรงพยาบาลอย่างมาก

แม้คนเราจะดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางวัฒนธรรมที่หลากหลาย แต่สังคมสงเคราะห์การแพทย์ยังคงมุ่งพิจารณาและแก้ไขสิ่งที่จับต้องได้ เป็นวิทยาศาสตร์ และเป็นตะวันตกนิยม เช่นมุ่งวิเคราะห์ตัวตนมนุษย์ด้วยโครงสร้างของจิตของ فروยด์ พัฒนาการจิตสังคมของอีริกสัน ทฤษฎีความผูกพันผ่านการมุ่งเน้นวิเคราะห์พฤติกรรมในระดับย่อย เพื่อให้สามารถจับต้องและทำความเข้าใจได้อย่างเป็นสากล ทว่าละเอียดชุดคำอธิบายตัวตนในมุมมองศาสนาต่าง ๆ เช่นนักสังคมสงเคราะห์ต่างรู้จักและสามารถวิเคราะห์การทำงานของจิตได้ ผ่าน อิด อีโก้ และซูเปอร์อีโก้ ทว่ากลับไม่ถูกสอนเรื่องของต้นหา³ ซึ่งพุทธศาสนาได้อธิบายความต้องการของมนุษย์เอาไว้ลึกซึ้งยิ่งกว่าความรู้ตะวันตกเสียอีก หรือนำมโนทัศน์เรื่องกรรม บุญ บาป โดยเฉพาะเรื่องบาป ซึ่งไม่ว่าศาสนาใดก็ย่อมกล่าวถึงบาปเอาไว้ อีกทั้งยังมีพลังในการอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมของมนุษย์อีกด้วย ซึ่งจุดนี้ผู้เขียนคิดว่าถ้าศาสนายังไม่สามารถดำรงอยู่ในฐานะความรู้ชุดหนึ่งของการทำงานสังคมสงเคราะห์กระแสหลัก (รวมถึงสังคมสงเคราะห์การแพทย์) แล้ว คงเป็นไปได้ยากที่ความรู้เรื่องคน-ผี จะถูกนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้คน ทั้ง ๆ ที่ความสัมพันธ์ คน-ผี

³ กามตันหา ภาวตันหา และวิภาวตันหา (ภิกษุณีรัตนธมมเจตนา, 2561)

เป็นชุดการอธิบายความเจ็บป่วยพื้นฐานของคนในวัฒนธรรมภาคเหนือภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

สิ่งที่เกิดขึ้นคือการพยายามเบียดขับความรู้พื้นถิ่น หรือ ญาณวิทยาท้องถิ่น (Folk epistemology) และเป็นการที่ความรู้การแพทย์กระแสหลักได้กดทับความรู้ทางการแพทย์ (การรักษา) อื่น ๆ ซึ่งมิเชล ฟูโกต์ (Michael Foucault) เรียกว่าความรู้ขอยอบ (Subjugated knowledge) (ธวัช มณีผ่อง, ม.ป.ป.) ออกไป ผ่านการทำให้เป็นความรู้ชุดรอง ความรู้ของชาวบ้าน และตามที่กล่าวไว้ข้างต้น คือทำให้ความรู้ชุดรองดังกล่าวอยู่ในฐานะของความเชื่อ เช่นที่เราจะได้ยินวลี “ก็ความเชื่อ” ซึ่งมักจะถูกกล่าวออกมาด้วยน้ำเสียงที่เบาของผู้พูดอยู่เสมอ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้พูดตระหนักว่าสาเหตุของพฤติกรรมคืออะไร แต่ฉันในฐานะนักสังคมสงเคราะห์วิชาชีพนั้นไม่อาจนำความเชื่อ (ความรู้ของชาวบ้าน) มาใช้ในการทำงานได้นอกจากเป็นแง่มุมหนึ่งในการประเมินเท่านั้น

แม้ความรู้กระแสหลักจะทำการเบียดขับ กดทับ และลดสถานะความรู้รองให้เหลือเพียงความเชื่อ หรือศาสนาซึ่งไม่เป็นวิทยาศาสตร์เพราะว่าที่ผ่านมาความรู้แบบชีวะ-การแพทย์สามารถแสดงให้เห็นเชิงประจักษ์ว่าจัดการกับเชื้อโรคได้อย่างเด็ดขาด เช่น การปลูกฝีเพื่อป้องกันไข้ทรพิษของหมอบรัดเลย์ แม้ในวงจรรัชกาลที่ 3 การแพทย์ตะวันตกยังไม่เป็นที่เชื่อถือเท่าใด แต่ก็ได้รับความเชื่อมั่นมากขึ้นในรัชกาลที่ 4 และรัชกาลที่ 5 ซึ่งการแพทย์จากตะวันตกกลายเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้ทันสมัย (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2550, น. 83) และชนชั้นนายยังเล็งเห็นว่าความรู้ชีวะ-การแพทย์ของตะวันตกนี้ช่วยให้รัฐสมัยใหม่ก้าวข้ามอุปสรรคเรื่องจำนวนประชากร ซึ่งไม่อาจได้มาจากการยกทัพไปกวาดต้อนมาเช่นในอดีต (ทวิศักดิ์ เผือกสม, 2561, น. 161) แต่ต้องทำด้วยการรักษาชีวิตของประชากรที่มีอยู่ซึ่งลดจำนวนลงด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ

แต่ใช้ว่าความรู้กระแสหลักนี้จะอยู่ในสถานะที่มั่นคงตลอดไปหลังจากที่วางรากฐานในสังคมตะวันตกตั้งแต่ช่วงศตวรรษที่ 16-18 และมีบทบาทอย่างมากในสังคมไทยในช่วง พ.ศ. 2368-2393 (รัชกาลที่ 3) เนื่องจากที่ผ่านมาการแพทย์ยุคสมัยใหม่ได้ถูกท้าทาย และทำให้สั่นคลอนจากความรู้ที่ถูกเรียกว่าการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น เพราะปัจจุบันโรคภัยไข้เจ็บที่มีนั้นเป็นโรคที่ทำให้เจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น เช่น มะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางจิตเวชซึ่งเป็นโรคที่ต้องรักษาระยะยาว ไม่สามารถทำให้หายได้เพียงการกินยา/ผ่าตัดอีกต่อไป ทำให้คนเริ่มตั้งคำถามกับประสิทธิภาพของการแพทย์ยุคสมัยใหม่เรียกว่าวิกฤตของการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ อีกทั้งการรักษายังทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ค่าใช้จ่ายสูง จึงเกิดเป็นความรู้สึกไม่พอใจต่อการรักษาจากความรู้การแพทย์ยุคสมัยใหม่ (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, ม.ป.ป.)

ดูเหมือนว่าวิกฤตการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ได้ทำให้การแพทย์ในรูปแบบอื่น ๆ มีพื้นที่มากขึ้นในความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งย้อนกลับมาที่ความหมายดั้งเดิมของคำว่าแพทย์/หมอ ซึ่งในปัจจุบันคนทั่วไปรับรู้ว่าเป็นแพทย์ได้อาจ (ต้อง) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่เรียนเก่ง จึงจะสามารถเป็นแพทย์ (ในไทย) ได้ นอกจากนั้นต้องเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีและผ่านการฝึกฝนอย่างหนักหลายปีจนเกิดความชำนาญจึงสามารถเป็นแพทย์เพื่อรักษาคนได้ ทั้งนี้คำว่าแพทย์/หมอ ไม่ได้มีความหมายเช่นนั้นตั้งแต่แรก เพราะแพทย์คือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคภัย ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้คน ซึ่งสามารถเป็นได้ทั้งพระสงฆ์ นักบวช แพทย์สมุนไพร รวมไปถึงคนทรงเจ้า ซึ่งก่อนที่จะแพทย์สมัยใหม่จะเข้ามามีบทบาทในการอธิบายและครอบงำเรื่องของสุขภาพ เช่น ทุกวันนี้ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ว่าทั้งทางกายหรือทางจิตถูกอธิบายจากชุด

ความรู้ที่แตกต่างกันออกไป เช่นถูกพระเจ้าลงโทษ มองว่าเกิดการเสียสมดุลของธาตุทั้งสี่ รวมไปถึงการที่ปฏิสัมพันธ์กับอำนาจเหนือธรรมชาติ (Superstition)

ทั้งนี้ผู้เขียนขอกล่าวถึงความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ใช่การแพทย์สมัยใหม่ 2 ประการคือ (1) การเจ็บป่วยเกิดจากการเสียสมดุลของธาตุในร่างกาย และ (2) การเจ็บป่วยเกิดจากการถูกอำนาจของสิ่งเหนือธรรมชาติกระทำ ดังนี้

สำหรับความรู้การเสียสมดุลของธาตุในร่างกายทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นนั้น โดยส่วนมากแล้วผู้คนอาจรับรู้ว่าเป็นความคิดด้านสุขภาพของชาวจีน ซึ่งมองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เน้นไปที่ความสมดุลระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ถ้าเกิดการขาดสมดุลในส่วนใดส่วนหนึ่งก็จะทำให้เกิดความผิดปกติในภาพรวม ซึ่งหมายถึงการเจ็บป่วย ดังนั้นแพทย์จีนจึงมีวิธีการรักษาทั้งใช้ยาเช่นสมุนไพร และไมใช่ยา ได้แก่การฝังเข็ม และการนวดแบบทฤษฎีนาเพื่อปรับสมดุลในร่างกาย (เชือจิ้ง, 2546) ทว่าไม่เพียงแต่ชาวจีนเท่านั้น จากประสบการณ์ขณะทำวิทยานิพนธ์ของผู้เขียนได้ทราบว่าสังคมในภาคเหนือของไทยมีความรู้และปรับใช้ความรู้เรื่องสมดุลของธาตุทั้งสี่ในการอธิบายการเจ็บป่วยรวมทั้งการบำบัดรักษาทั้งทางกายและทางจิตใจ โดยการกินยาหม้อ “หมอเมือง”จะเป็นคนวินิจฉัยสมดุลของธาตุภายใน ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล และจัดยาสมุนไพรให้กับผู้ป่วย เช่น คุณบ๋าท่านหนึ่งเล่าให้ผู้เขียนฟังว่าหลังจากที่ตนเองแยกทางกับสามี รู้สึกว่าไม่อยากจะทำอะไรเพื่อการมีชีวิต ซึ่งถ้าผู้เขียนในฐานะอาจารย์สังคมสงเคราะห์ภายใต้วิชาการแพทย์คงจะบอกว่าให้ไปพบแพทย์เพื่อทานยาต้านซึมเศร้า แต่คุณบ๋ากลับบอกว่าที่ตนไม่สบายนั้นเป็นเพราะธาตุในร่างกายเสียสมดุล รักษาหายด้วยการกินยาสมุนไพร ร่วมกับการพูดคุยกับเพื่อนบ้านซึ่งพอจะมีความรู้เรื่องสุขภาพจิตและสุดท้ายก็หายจากความไม่สบายใจดังกล่าว ซึ่งความรู้และปฏิบัติการ

เช่นนี้พบได้ทั่วไปในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะภาคเหนือหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น

ความรู้ด้านสุขภาพประการต่อมา คือ การอธิบายว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งหมายถึงสิ่งที่วิทยาศาสตร์ไม่สามารถพิสูจน์ได้และถูกลดสถานะเป็นความเชื่อ ความเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางกายรวมถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้คนอาจเกิดจากการไปล่วงละเมิดบรรทัดฐานของสังคมที่ตนอาศัยอยู่ หรืออาจจะปฏิบัติต่อผีบรรพบุรุษ (ซึ่งจัดเป็นผีฝ่ายดี) ได้ไม่ดีเพียงพอ อาจจำเป็นต้องทำพิธีกรรมต่าง ๆ ตามมา โดยจะต้องไปขอความช่วยเหลือจากเมื่อซึ่งมีความสามารถในการติดต่อกับผีได้ เพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น เป็นการกระทำของผีตายโหง ผีปอบ เป็นต้น (สามารถ ใจเตี้ย และ วรางคณา สินธูยา, 2562, น. 165) เพื่อนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้อง หรือในสังคมภาคตะวันออกเฉียงเหนืออาจอ้อนวอนให้ผีฟ้ามาช่วยรักษาผ่านหมอลำผีฟ้า (ภัทรลดา ทองเถาว์ และ สุวัดนา เลี่ยมประวัตติ, 2563, น. 227) หรืออาจถูกผีฝ่ายร้ายทำร้าย หรือบางคนที่เลี้ยงผีเพื่อให้การทำมาค้าขายเจริญรุ่งเรือง แต่เลี้ยงผีกะไม่ดี ผีก็จะกินคนในครอบครัวทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้

ดังนั้นเราจะเห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพของมนุษย์นั้นแม้จะอยู่ภายใต้ชุดการอธิบายของชีวะการแพทย์มาเป็นเวลานาน แต่ก็ไม่สามารถครอบงำวิธีการอธิบาย การทำความเข้าใจเรื่องสุขภาพได้อย่างเบ็ดเสร็จ เพราะในสังคมยังปรากฏให้เห็นชุดความรู้อื่น ๆ ที่แม้จะถูกกดให้อยู่ในฐานะความรู้รอง ความรู้ชายขอบแต่ก็ยังมิมีบทบาทในพื้นที่ของตนเองอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่ความรู้ของจีนและไทยเท่านั้น แต่ในต่างประเทศมีงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้พลังอำนาจที่วิทยาศาสตร์ไม่ยอมรับในการรักษาเยียวยาผู้คน ซึ่งจะขอกกล่าวถึงดังต่อไปนี้

สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีงานวิจัยเรื่อง Medical Pluralism Traditional Healing Practices and the Partido Albulario: Challenge in Inclusion ได้ศึกษาวิธีการรักษาความเจ็บป่วยโดยใช้ความรู้พื้นถิ่นของชาวฟิลิปปินส์ โดยมีกระบวนการรักษาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของความเจ็บป่วย เช่น การรักษาหนึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ ผู้รักษาเผ่ากระดาซ (ที่ถูกเขียนข้อความบางอย่างลงไป) แล้วนำคว้นไปสัมผัสกับร่างกายในบริเวณที่มีความเจ็บป่วยจนกระดาซเผาไหม้หมด จากนั้นเติมน้ำลงไป ในซีเล้า แล้วให้ผู้ป่วยดื่ม และใช้นิ้วมือสัมผัสที่ศีรษะของผู้ป่วย ค่อย ๆ นวด และดึงเอาวิญญาณที่ไม่ดีออกจากคน ๆ นั้น เป็นต้น (Rebuya et al., 2020)

ในกรณีของไทย ซึ่งประสบการณ์จากภาคสนามของผู้เขียนมีความคล้ายคลึงกับวรรณกรรมทั้งทางวิชาการและเรื่องที่คนทั่วไปในภาคเหนือรับรู้ ผู้คนส่วนหนึ่งมักจะพยายามอธิบายความเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตที่เกิดขึ้นด้วยความรู้จากกรอบความสัมพันธ์คน-ผี (หรือกรอบการอธิบายอื่น ๆ เช่นสมดุลของธาตุในร่างกาย) ก่อนเป็นอันดับแรก โดยการไปขอคำแนะนำผู้ที่มีความสามารถเป็นร่างทรงหรือม้าขี่ของผีฝ่ายดีต่าง ๆ เพื่อให้ร่างทรงได้เชิญผีฝ่ายดีนั้น ๆ ลงมาประทับในตัวเองและวินิจฉัยความเจ็บป่วย ซึ่งอาจเกิดจากการถูกผีฝ่ายร้ายกระทำ การที่คน ๆ นั้นมีพฤติกรรมที่ผิดจากบรรทัดฐานของสังคม การบนบานศาลกล่าวแล้วไม่ได้บนตามที่ให้สัญญา การเลี้ยงผีกะอย่างที่ไม่กล่าวเอาไว้ข้างต้น รวมไปถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหา หรือในกรณีที่ไม่ได้เจ็บป่วย แต่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเช่นการไม่สบายใจ ร่างทรงก็จะสามารถให้คำตอบและคำแนะนำกับพวกเขาและเธอได้ ทั้งนี้แนวทางการแนะนำอาจไม่ใช้การให้การปรึกษา แต่เป็นการบอกถึงวิธีการ/บอกแนวโน้มของสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตให้ทราบ

นอกจากนั้นยังมีความไม่สบายทางจิตใจอีกอย่างหนึ่งซึ่งไม่ได้เป็นผลมาจากการทำผิดบรรทัดฐานใด ๆ ทว่าก็เป็นสิ่งที่สามารถทำให้คน ๆ หนึ่งมีความผิดปกติทางกาย-จิตใจ และพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับยอมเป็นร่างทรง กล่าวคือผู้ที่ผู้คนเคารพนับถือนั้นไม่ได้มีร่างทรงเพียงคนเดียวแต่สามารถมีร่างทรงหลายร่างได้ในช่วงเวลาเดียวกัน นอกจากนั้นยังต้องมีการคัดเลือกร่างที่เหมาะสมที่จะใช้เป็นตัวกลางในการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือผู้คนที่เคารพและศรัทธา ซึ่งโดยทั่วไปก็จะสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น เช่น รุ่นทวดเคยเป็นร่างทรง ลูกหลานก็มีโอกาสที่จะถูกผีนั้น ๆ เลือกให้เป็นร่างทรงของตนเองได้เช่นกัน (ทั้งชาย-หญิง-เพศสภาวะอื่น ๆ) ซึ่งคนที่ได้รับเลือกมักจะมีสัญญาณบ่งชี้คือการเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางกาย หรือทางจิตใจร่วมด้วยในช่วงที่เป็นวัยรุ่นตอนต้น และจากที่ผู้เขียนเคยพูดคุยกับร่างทรง ร่างทรงคนหนึ่งบอกว่าการที่ผีที่เราเคารพนับถือมาเลือกเรานั้น ตอนแรกก็ไม่ได้อยากเป็น เพราะเราไม่มีสิทธิที่จะปฏิเสธ เพราะถ้าไม่ยอมรับ ความเจ็บป่วยที่มีอยู่ก็จะไม่หายไปโดยง่าย และเมื่อเป็นแล้วก็ต้องเป็นตลอดชีวิต และการเป็นร่างทรงในช่วงต้นก็จะถูกตรวจสอบจากผู้ที่เคารพนับถือจนเกิดเป็นฉันทามติขึ้น นอกจากนั้นยังเป็นการเปลี่ยนสถานะทางสังคมของเราไปด้วย

ในการเข้าภาคสนามครั้งหนึ่งเมื่อช่วงปี พ.ศ.2557 ผู้เขียนได้มีโอกาสไปพบกับคนทรงคนหนึ่งที่อยู่รอบนอกในอำเภอหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ และการได้พูดคุยกันทำให้เกิดข้อสรุปเบื้องต้นข้อหนึ่งว่าในขณะที่ Superstition ซึ่งมักถูกคนในวิทยาศาสตร์ผลักให้เป็นเรื่องของความเชื่อซึ่งไม่ตั้งอยู่ในหลักของวิทยาศาสตร์ ไม่ได้มีสถานะเป็นศาสตร์ ไม่ใช่องค์ความรู้ (Knowledge) แต่เป็นความเชื่อ (Belief) ในมุมมองของคนที่เป็นร่างทรงและทำหน้าที่ให้คำแนะนำด้านสุขภาพกาย จิตของผู้คนที่มาใช้บริการนั้นกลับมองว่าการแพทย์ยุคสมัยใหม่

มีสถานะเป็นทางเลือกของการบำบัดรักษาหนึ่ง ซึ่งถ้าหากว่าสาเหตุของการเจ็บป่วย ความไม่สบายที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากเงื่อนไขทางวัฒนธรรมแล้ว ก็มีความจำเป็นที่จะต้องแนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลในตัวเมือง

ผู้เขียนได้มีโอกาสเข้าร่วมฟังการแลกเปลี่ยนทางวิชาการและได้รู้จักกับบทความชิ้นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องความเชื่อของชาวพุทธและพิธีกรรมไล่ผีของคนเวียดนามอย่างสั้น ๆ ด้วยความสนใจและความเกี่ยวข้องกับคุณนิพนธ์ของผู้เขียน จึงได้สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมจนมาพบกับบทความวิจัยชิ้นดังกล่าว โดยผู้ประพันธ์ Nguyen (2014) ได้กล่าวว่าความรู้เรื่องเกี่ยวกับการไล่ผีและพุทธศาสนานั้นเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ คือ (1) ถ้านักสังคมสงเคราะห์มีความรู้เรื่องศาสนา ความเชื่อทางจิตวิญญาณ และประเพณีที่มากเพียงพอจะทำให้สามารถบูรณาการมิติทางจิตวิญญาณในการเข้าไปประเด็นด้านสุขภาพจิตได้ดีขึ้น (2) หากนักสังคมสงเคราะห์สามารถเข้าใจแนวคิดเรื่องพลังของหัวใจ (Tam Loung) จะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์อย่างมาก เพราะถ้านักสังคมสงเคราะห์นำแนวคิดเรื่องการไม่เห็นแก่ตัว (Selflessness) และ ความเมตตา/ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) มาใช้กับผู้ใช้บริการแล้ว ผู้ใช้บริการมีแนวโน้มที่จะรู้สึกพึงพอใจกับการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์มากขึ้นกว่าคนที่ไม่ได้ใช้แนวคิดดังกล่าว (ผู้เขียนเข้าใจว่า Nguyen อาจมองว่านักสังคมสงเคราะห์ทำตัวภายใต้แนวคิดแบบปฏิฐานมากเกินไป ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าคุณค่าคือเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ แต่ในการทำงานกลับพยายามแยกตัวเอง “ผู้ปฏิบัติงาน” ออกจากคุณค่าทั้งปวงเหมือนนักวิจัยที่ต้องล้างตัวให้สะอาดก่อนเข้าภาคสนาม) และ (3) ความรู้เกี่ยวกับการเยียวยาบนพื้นฐานของพุทธศาสนาอาจสามารถนำมาพัฒนาเป็นรากฐานในการให้การปรึกษา (การปรึกษาเชิงพุทธ) การทำกรรมนั่งสมาธิ และ

วิธีการทางความคิด-กาย-และวิญญาณมาใช้เพื่อรักษาความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ (Nguyen, 2014, p. 45) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงตัวอย่างของการพยายามทำงานแบบข้ามศาสตร์ของนักสังคมสงเคราะห์ในประเทศไทย

ย้อนกลับมาที่นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทยซึ่งดูเหมือนว่าจะยังไม่ขยับกรอบคิด-วิเคราะห์ไปถึงขั้นที่ทฤษฎีเครือข่าย-ผู้กระทำการรวมทั้งหลังมนุษย์นิยมเสนอเอาไว้ได้ เพราะในขณะที่เครือข่าย-ผู้กระทำการพยายามสลายเส้นแบ่งผู้กระทำที่เป็นคนออกจากสิ่งที่ไม่ใช่คนและการแยกความรู้ออกจากความเชื่อ (เหมือนที่เรเน่-เดสการ์ตแยกกาย-จิตออกจากกันอย่างอิสระ) แต่สังคมสงเคราะห์ ซึ่งแม้จะเป็นสาขาวิชาที่ให้ความสำคัญกับประเด็นคุณค่าความเชื่อ และวัฒนธรรม⁴ ก็ยังไม่สามารถขยับกรอบการทำงาน ซึ่งผู้เขียนหมายถึง การยอมรับเอากรอบคน-ผี และอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ศาสตร์มาอธิบายพฤติกรรมมนุษย์และนำมาเป็นทางเลือกหนึ่งของบริการได้อย่างเต็มตัว อย่างมากที่สุดที่มีการถ่ายทอดในรูปแบบงานวิชาการก็คือการนำแนวคิดเรื่องศาสนาเข้ามาทำงานเพื่อเยียวยาจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพื่อให้เกิดการปล่อยวางและยอมรับความจริง (วัชรภรณ์ คำแสน และ มาตี ลิมสกุล, 2564, น. 45) เพราะนอกจากราก-ต้นกำเนิดที่เกิดขึ้นจากการเป็นฝ่ายสนับสนุนให้การรักษาของแพทย์ยุคสมัยใหม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแล้ว แนวคิดเรื่องมนุษยนิยม (Humanism) ที่เป็นหลักสำคัญของการเรียนสังคมสงเคราะห์ในปัจจุบันก็เป็น

⁴ สมาคมแห่งชาติของนักสังคมสงเคราะห์ (NASW) กล่าวว่า นักสังคมสงเคราะห์จะต้องระมัดระวังผลกระทบจากการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นคุณค่า วัฒนธรรม ความเชื่อและปฏิบัติการทางศาสนาของผู้ใช้บริการ (National Association of Social Workers, n.d. Retrieved from <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English>).

อีกหนึ่งอุปสรรคที่ทำให้การขยับรอบการทำงาน (รวมถึงการเรียน) ไปสู่การทำงานเชิงข้ามศาสตร์

คำถามมนุษยนิยมน่าจะเป็นคำที่นักศึกษาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ยุคปัจจุบันคุ้นเคย แม้จะไม่ได้เรียนในหัวข้อนี้โดยตรง แต่นักศึกษาย่อมพบเจอแนวคิดดังกล่าวจากการเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ เช่นแนวคิดลำดับขั้นพัฒนาการของอับบราฮัม มาสโลว์ (Abraham H. Maslow) ซึ่งเป็นคนที่ผลักดันจิตวิทยามนุษยนิยม (Humanistic Psychology) มาตั้งแต่ยุค ค.ศ. 1960-1980 (Resnick & Serlin, 2001) หรือเนื้อหาเรื่องอัตถิภาวนิยม (Existentialism) จากวิชาการให้การปรึกษา อย่างไรก็ตาม เราไม่อาจเข้าใจมนุษยนิยมจากมุมมองเชิงจิตวิทยาเท่านั้น แต่ต้องทำความเข้าใจผ่านมุมมองของสาขาอื่น รวมถึงเข้าใจการมองแบบหลังมนุษยนิยมจึงจะทำให้เราสามารถวิพากษ์ถึงข้อจำกัดและการเบียดขับชุดความรู้อื่น ๆ รวมทั้งการลดความสำคัญของผู้กระทำกรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มนุษย์ออกไป

มนุษยนิยมไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นมาลอย ๆ ทว่ามีช่วงเวลาที่ถูกกำเนิดขึ้นตั้งแต่ยุคแสงสว่างแห่งปัญญา (Enlightenment) (สุรเดช โชติอุดมพันธ์, 2562, น. 444) หรือในกรณีของสาขาวิชาจิตวิทยา มนุษยนิยมมีสถานะเป็นเหมือนกลุ่มแนวคิดหนึ่งท่ามกลางแนวคิดจิตวิทยาที่หลากหลาย สำหรับผู้เขียนแล้วมองว่ามนุษยนิยมเกิดขึ้นมาจากการท้าทายยุคสมัยที่ความรู้ของศาสนามีอิทธิพลอย่างมาก ซึ่งในขณะนั้นหลายอย่างในสังคมตะวันตกถูกอธิบายผ่านมุมมองของศาสนาทั้งหมด แม้กระทั่งโลกยังถูกว่าเป็นศูนย์กลางของจักรวาลเป็นต้น ดังนั้นชีวิตของมนุษย์จึงไม่เคยเป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถกำหนดได้ด้วยตนเอง เพราะถูกเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับเราเป็นแผนการของพระเจ้า หรือในสังคมไทยอาจมองว่าเป็นเพราะกรรมเก่าในชาติปางก่อนที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือป่วย

ด้วยโรคจิตเวช ซึ่งมนุษย์ไม่อาจต่อรองกับสิ่งที่ถูกกำหนดเอาไว้แล้วได้ ดังนั้น มนุษยนิยมจึงให้ความสำคัญกับศักยภาพของมนุษย์อย่างมาก

ในอีกความหมายหนึ่ง มนุษยนิยมคือแนวคิดการเอามนุษย์เป็นศูนย์กลาง (Human-Centered Approach) เหมือนกับการที่นักสังคมสงเคราะห์ ยึดเอาผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered Approach) มนุษยนิยม อาจไม่ได้มองว่ามนุษย์แยกขาดออกจากสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติเสียทีเดียว แต่มุมมองต่อการมีชีวิตรอยู่ของมนุษย์นิยมหลายประการก็ไม่เปิดรับความ เชื่อมโยงกับธรรมชาติ รวมไปถึงมิติทางจิตวิญญาณ เช่น มนุษยนิยมไม่เชื่อว่าจะมีอะไรที่ดำรงอยู่หลังจากที่ร่างกายของเราได้ตายลงไปแล้ว กล่าวคือไม่มีชีวิต หลังความตายใด ๆ ส่วนจิตใจ (Mind) สามารถเติบโตได้เหมือนกับที่ร่างกายเรา เจริญเติบโต ได้รับบุคลิกภาพจากพ่อและแม่ และสามารถเจ็บป่วยได้เมื่อติดเชื้อ และการใช้สารเสพติด จิตใจเชื่อมต่อกับสมอง ดังนั้นมนุษย์นิยมจึงไม่เชื่อว่ามี ความเป็นไปได้ที่จิตของเราจะแยกเป็นอิสระจากสมอง (Copson, 2015) มนุษย นิยมคือแนวคิดที่เชื่อในศักยภาพของมนุษย์อย่างแท้จริงซึ่งมีเหตุผล สามารถ สร้างทางเลือกและมีการกระทำที่เป็นอิสระ มนุษย์จะไม่ได้รับอิทธิพลจากสัตว์ที่ เหนือกว่า เช่นพระเจ้า ศาสนา และผีสิง เทวดา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Payne, 2011)

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า มนุษยนิยมที่นักสังคมสงเคราะห์ยึดถือนั้นยากที่จะ เปิดรับภววิทยาแบบอื่น ๆ นอกจากวิทยาศาสตร์ หลัก-เหตุผล รวมไปถึงการให้ ความสนใจไปที่ผู้กระทำการที่เป็นมนุษย์ ตัวอย่าง นักสังคมสงเคราะห์ที่ยึดถือ มนุษยนิยมเป็นหลักสำคัญในการทำงานสังคมสงเคราะห์จะไม่สามารถเชื่อได้ว่า บุคลิกภาพของใครสักคนจะสามารถไปคล้ายกับคนในครอบครัวที่เคยมี ปฏิสัมพันธ์กันมาก่อนได้ (เช่น การกลับชาติมาเกิดหรือการเป็นร่างทรงของผี ซึ่งในชุมชนจะมีการยืนยันอัตลักษณ์ของผีที่มาประทับร่างอย่างเข้มข้น สามารถ

ตรวจสอบได้ว่าผีที่มาทรงนั้นเป็นของจริงหรือเรื่องที่คน ๆ นั้นอุปโลกขึ้นมาได้อีกด้วย) เพราะนักสังคมสงเคราะห์ถูกฝึกฝนให้เข้าใจบุคลิกภาพผ่านแนวคิดของ فروยด์ และ อิริกสัน อย่างเข้มข้น และแน่นอนว่าทั้งสองทฤษฎีต่างมองว่าบุคลิกภาพของมนุษย์พัฒนาขึ้นมาตามช่วงวัยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมเช่นพ่อแม่ คนเลี้ยงดู ครู เพื่อน ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่มีบทบาทในการหล่อหลอมบุคลิกภาพนั้นสามารถเห็นได้เชิงประจักษ์ ในขณะที่กลุ่มแนวคิดหลังมนุษย์นิยมให้ความสำคัญกับผู้กระทำอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มนุษย์ และ ANT เน้นการสืบค้นไปที่ระบบความสัมพันธ์ในสังคมที่เชื่อมต่อ ประสานกันของผู้กระทำการต่าง ๆ มีความหลากหลาย (Donovan, 2014) และมนุษย์เราดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางเครือข่ายที่ซับซ้อน ไม่ตายตัว และไม่ได้จำกัดเฉพาะสิ่งกับมนุษย์ เช่น ผู้ใช้บริการกับคนในครอบครัว ผู้ใช้บริการกับโรงพยาบาล แต่หมายถึงทั้งสิ่งที่มีชีวิต สัตว์ วัตถุ และเทคโนโลยี

มากไปกว่านั้น สำหรับมนุษย์นิยม คำว่ามิติจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) นั้นมีความหมายถึงการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิตและการเชื่อว่าบุคลิกภาพของมนุษย์ถูกประกอบขึ้นจากบูรณาการประสบการณ์ที่หลากหลาย (Payne, 2011) หรือสำหรับวงการแพทย์ ซึ่งเริ่มมีการให้ความสำคัญกับมิติทางจิตวิญญาณในการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในช่วงต้น ค.ศ. 1990 นั้น มีความพยายามกำหนดนิยามของมิติทางจิตวิญญาณหลายต่อหลายครั้ง เช่นในการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับการพัฒนามิติทางจิตวิญญาณในการดูแลบุคคลอย่างองค์รวมเมื่อปี ค.ศ. 2013 ได้กำหนดนิยามของจิตวิญญาณเอาไว้ว่า จิตวิญญาณคือการเปลี่ยนแปลงและเป็นธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ โดยที่บุคคลจะค้นหาความหมายสูงสุด จุดประสงค์ สิ่งที่อยู่นอกเหนือความรู้ความเข้าใจของมนุษย์ ประสบการณ์ที่

เกี่ยวข้องกับตนเอง ครอบครัว บุคคลอื่น ๆ ชุมชน สังคม ธรรมชาติ และ สิ่งศักดิ์สิทธิ์⁵ ซึ่งจิตวิญญาณจะแสดงออกผ่านความเชื่อ คุณค่า ประเพณี และการกระทำ (Puchalski et al., 2014) ซึ่งถ้าปรับเปลี่ยนวิธีการอธิบายดังกล่าว มาในวิถีของ ANT ก็อาจได้มุมมองว่าการดำรงอยู่ของมนุษย์คนดังกล่าว ซึ่งอาจจะเป็นผู้ให้บริการของเรา วางอยู่บนเครือข่ายของผู้กระทำการที่หลากหลาย ทั้งมนุษย์และไม่ใช่มนุษย์ และสิ่งนี้จะช่วยขยายมุมมองต่อ พฤติกรรม การแก้ไขปัญหาของผู้ให้บริการได้อย่างมาก ทำให้สามารถหาวิธีการ ทำงานที่สร้างสรรค์และเหมาะสมกับเครือข่ายที่มนุษย์คนนั้นดำรงอยู่ในเงื่อนไข หนึ่ง ๆ

ดังนั้น การนำศาสนา การทำสมาธิ และการขอขมาของนักสังคม สงเคราะห์ทางการแพทย์ของไทยมาใช้ นั่นผู้เขียนเห็นว่าต่างจากการนำศาสนา และความสัมพันธ์คน-ผีของนักสังคมสงเคราะห์ในประเทศเวียดนาม เพราะ สำหรับไทยแล้วเป็นการนำมาใช้โดยแม้จะมีความพยายามก้าวออกจาก ความเป็นศาสตร์ในแง่ของชื่อที่เรียก (คือ มองว่าสมาธิคือเรื่องศาสนา ไม่ใช่ วิทยาศาสตร์) แต่ก็ยังติดกรอบชีวะ-การแพทย์ในแง่ของการอธิบาย เพราะสมาธิ (ในศัพท์ของพุทธศาสนา) ได้ถูกอธิบายและทำความเข้าใจผ่านสาขาวิชาจิตวิทยา ซึ่งสุดท้ายโยงกระบวนการเกิดสมาธิไปที่การลดการเปลี่ยนแปลงการสั่นสะเทือน ของสมอง อีกทั้งสมาธิยังถูกทำให้กลายเป็นความรู้ทั่วไปที่ใช้ได้อย่างกว้างขวาง ทุกเพศ ทุกวัย ทุกศาสนา (พิงเนตร สฤณรัตน์รันดร์ และ อาคม อารยาวิชานนท์,

⁵ ในบทความต้นฉบับมาจากคำว่า Sacred ซึ่งหมายถึงสิ่งที่เป็นที่สักการะในทางศาสนา ซึ่งอาจมี ความหมายที่ต่างจาก Superstition ซึ่งมีความหมายในเชิงความเชื่อทางไสยศาสตร์ ซึ่งในบทความ นี้ผู้เขียนจัดความสัมพันธ์คน-ผี เอาไว้เป็น Superstition

2564) ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าการชีวะ-การแพทย์ได้พยายามตัดเงื่อนไขทางวัฒนธรรมออกไป ซึ่งยิ่งตอกย้ำมิติทางวัฒนธรรมของมนุษย์ให้ลงไปอีก

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้เขียนไม่ได้ต้องการให้สังคมสงเคราะห์ทั้งสถานะที่เป็นสาขาวิชาและตำแหน่งงานปฏิเสธองค์ความรู้ของชีวะ-การแพทย์ เพราะแท้จริงแล้ว ANT และมานุษยวิทยาพันมนุษย์ไม่ได้ปฏิเสธชีวะ-การแพทย์ ทั่วว่าต้องการให้ขยายกรอบในการทำความเข้าใจต่อสังคมและมนุษย์ในสังคมรวมไปถึงการวางแผนเพื่อออกแบบกระบวนการรักษา-แก้ไขปัญหาของผู้ใช้บริการ หรืออย่างน้อยอาจขยายขอบเขตองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพให้พ้นจากกรอบชีวะ-การแพทย์และมนุษย์นิยมที่เน้นบทบาทของมนุษย์ในฐานะผู้กระทำการมากเกินไป ซึ่งเป็นข้อเสนอที่ใกล้เคียงกับความคิดหนึ่งของ ปรียานุช โชครณวนิชย์ (2563) ซึ่งเสนอว่าสถาบันการศึกษาสังคมสงเคราะห์และองค์กรวิชาชีพนอกจากจะต้องพัฒนารูปแบบการบำบัดทางคลินิกเพิ่มเติมแล้ว ควรให้ความสำคัญกับการบำบัดพื้นถิ่น (Indigenous approach)

สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ไม่ควรแบ่งแยกความรู้และความเชื่อออกจากกัน แต่ควรมองทั้งความรู้และความเชื่อให้มีความเท่าเทียมกัน (Equality) มากขึ้น ผู้กระทำการเปลี่ยนแปลงไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นมนุษย์เสมอไป ซึ่งส่งผลให้สถาบันการศึกษาสังคมสงเคราะห์ต้องสอนความรู้เรื่องผู้กระทำการที่ไม่ใช่มนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงอยู่ การใช้ชีวิต การแสดงออกถึงชีวิตทางสังคมของผู้ใช้บริการให้นักศึกษาเข้าใจมากขึ้นด้วย เพราะถ้าไม่เช่นนั้นแล้ว เราก็จะพบกับลักษณะของการทำงาน แทรกแซงด้านสุขภาพของนักสังคมสงเคราะห์ที่วางอยู่บนแนวคิดว่าการแพทย์สมัยใหม่คือสิ่งที่ถูกต้อง และมองว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ที่นอกเหนือชีวะ-การแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่ควรพิจารณาอย่างถี่ถ้วน นักสังคมสงเคราะห์พึงตระหนักว่าชีวะ-การแพทย์

แพทย์พื้นบ้าน ศาสนา อำนาจเหนือธรรมชาติ ก้อนหิน พระพุทธรูป รูปปั้นรูปเคารพ เป็นทางเลือกที่มีสถานะเท่าเทียมในมิติสุขภาพ สภาวะหนึ่ง ๆ ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นอย่างไร ปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตเกิดขึ้นจากเครือข่ายของผู้กระทำต่าง ๆ ที่หลากหลายและซับซ้อนมากกว่าการแบ่งสิ่งแวดล้อมออกเป็นระดับที่ใกล้เคียง เช่นในทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) เหมือนกัน ที่ร่างทรงบอกว่าบางกรณีตนก็ต้องแนะนำให้ผู้ที่มาขอความช่วยเหลือไปพบจิตแพทย์ ดังนั้นสิ่งที่นักสังคมสงเคราะห์ควรพิจารณาคือวิธีการรักษาใดที่มีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้ใช้บริการมากที่สุดผ่านการเปิดกว้างปัจจัยต่าง ๆ รอบตัวมนุษย์ที่หลากหลายกว่าเดิม

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพัฒน์ นนทปัทมดุษฎี. (2562). บทวิจารณ์หนังสือ Handbook of health Social Work. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 27(2), 228-253.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2559). ศาสตร์-อศาสตร์: มานุษยวิทยา ณ จุดเปลี่ยนทางภววิทยา. ใน จันทน์ เจริญศรี (บ.ก.), *ศาสตร์-อศาสตร์*. (น. 116-141). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ชื่อจิง. (2546). การแพทย์จีนในศตวรรษที่ 21. *วารสารการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก*, 1(1), 91-93.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2561). *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ธวัช มณีผ่อง. (ม.ป.ป.). *ความรู้ชายขอบ ความรู้ที่ถูกกดทับ*. สืบค้นจาก <http://www.shi.or.th/download/category/10/1/>

- ปรียานุช โชคอนวณิช. (2563). รูปแบบการบำบัดในงานสังคมสงเคราะห์คลินิก และแนวทางการพัฒนา. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 28(1), 117-152.
- พระไพศาล วิสาโล และคณะ (2550). ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, วรพงษ์ เวชมาลีนนท์, นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์, ชาติชาย มุกสง และ วรัญญา เพ็ชรคง (บ.ก.), *สันติ-สุขภาวะ สันติวิถีกับการจัดการความขัดแย้งในระบบสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- พิงเนตร สฤษดิ์นิรันดร์ และ อาคม อารยาวิชานนท์. (2563). สมานิบัติทางการแพทย์. *วารสารสรรพสิทธิเวชสาร*, 41(1), 29-40.
- ภัทรลดา ทองเอว และ สุวตนา เลี่ยมประวัตติ. (2563). บทบาทความเชื่อเรื่อง ผีต่อสังคมอีสาน กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต*, 15(2), 221-236.
- ภิกษุณีนันทนธมมเจตนา (ธัมมเมธา). (2561). การอธิบายตีความค้นหาด้วยหลัก เทศนาหาระ. *วารสารปรัชญาปริทรรศน์*, 23(2), 1-9.
- ยกศักดิ์ ต้นติปิฎก. (ม.ป.ป.). *ปรากฏการณ์แพทย์ทางเลือก พหุลักษณะทางการแพทย์ ในยุคสมัยใหม่*. สืบค้นจาก <http://www.shi.or.th/download/category/10/1/>
- วสันต์ ปัญญาแก้ว. (2564). *มนุษยวิทยาไซเบอร์กว่าด้วยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ เครื่องจักรและสมองกล*. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. สืบค้นจาก. https://youtu.be/kAQK_6j5E38
- วัชรารณณ์ คำแสน และ มาตี ลิ้มสกุล. (2564). บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ ในการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 29(1), 29-67.

- สามารถ ใจเตี้ย และ วรางคณา สีนธยา. (2562). ฝึกฝนนามิตีสร้างเสริมสุขภาพชุมชน. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนครสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(2), 162-169.
- สุรเดช โชติอุดมพันธ์. (2562). *นวัตวิถี: วิถีวิทยาร่วมสมัยในการศึกษาวรรณกรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยามปริทัศน์ จำกัด.
- Beder, J. (2006). *Hospital Social Work: The Interface of Medicine and Caring*. New York: Taylor & Francis Group.
- Copson, A. (2015). *What is Humanism: The Wiley Blackwell Handbook of Humanism*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Donovan, K. P. (2014). 'Development' as if We Have Never Been Modern: Fragments of a Latourian Development Studies. *Development and Change*, 45(5), 869-894.
- Hassan, S.M. (2016). Medical Social Work: Connotation, Challenges, and prospects. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 36(1), 495-504.
- Nguyen, H. (2014). Buddhism-Based Exorcism and Spirit-Calling as a Form of Healing for mental Health problems: Stories from Vietnam. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 33, 33-48.
- Payne, M. (2011). *Humanistic Social Work*. Retrieved from http://global.oup.com/us/companion.websites/fdscontent/uscompanion/us/static/companion.websites/9780190615246/C10_Final_Human.doc
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching

National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642-656.

Rebuya, N. R., Lasarte, E. S., & Amador, M. M. A. (2020). Medical Pluralism, Traditional Healing Practices, and the Partido Albularyo: Challenge in Inclusion. *Open Journal of Social Sciences*, 8, 72-79.

Resnick, S., Arthur, W., & Serlin, I. (2001). The Humanistic Psychology and Positive Psychology Connection: Implications for Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology-Journal of Humanistic Psychotherapy*, 41, 73-101.

เด็กและความรุนแรงในครอบครัว
Children and Domestic Violence

Received 2 March, 2022

Revised 28 April, 2022

Accepted 6 May, 2022

นฤทธิ์ ดวงสุวรรณ¹

Narit Doungsuwan²

หริรักษ์ แก้วกัทธอง³

Harirak Kaewkabthong⁴

วัลภา ฐานกาญจน์⁵

Wallapa Thakan⁶

นัสรีนทร์ แซ่สะ⁷

Natsarin Saesa⁸

ฮามิดะห์ เจ๊ะแด⁹

Hameedah Jehtae¹⁰

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็ก โดยดำเนินการวิจัยด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำสถาบันสันติศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ สงขลา ประเทศไทย E-mail: narit.d@psu.ac.th

² Assistant Professor Dr., Institute for Peace Studies, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus, Songkla, Thailand

³ นักวิชาการอิสระ E-mail: ktharris22 @gmail.com

⁴ Independent scholar

⁵ หัวหน้าหน่วยบัณฑิตอาสา ศูนย์อาสาสมัครเพื่อสังคม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ สงขลา ประเทศไทย E-mail: t.wallapa@gmail.com

⁶ Head of the Graduate Volunteers Unit, PSU Volunteers Center, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus, Songkla, Thailand

⁷ อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ปัตตานี ประเทศไทย E-mail: natsarin.s@psu.ac.th

⁸ Lecturer, Bachelor of Social Work Program, Faculty of Humanities and Social Sciences, Prince of Songkla University, Pattani Campus, Pattani, Thailand

⁹ ผู้ช่วยนักวิจัย E-mail: hamidah.j@psu.ac.th

¹⁰ Assistant researcher

มีส่วนร่วม มีการใช้แบบสำรวจการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ ผู้ปกครอง จำนวน 15 ครอบครัว และเด็กอายุ 10-12 ปี จำนวน 14 คน ที่อาศัยในพื้นที่ชุมชนจันทร์วิโรจน์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วม

ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็กในพื้นที่ชุมชนจันทร์วิโรจน์ ประกอบด้วย 1) การกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย 2) การกระทำความรุนแรงด้านจิตใจ และ 3) การละเลย/ทอดทิ้ง ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เด็กไม่ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ใช้สารเสพติด เล่นการพนัน ติดเกม ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม/อารมณ์ของตัวเองได้ ทำร้ายผู้อื่น ไม่ทำบัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น ข้อเสนอแนะที่สำคัญจากการศึกษา คือ แนวทางการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็กนั้น ควรใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ทำงานร่วมมือกันในการดูแล แก้ไขปัญหา และปกป้องคุ้มครองเด็กในชุมชน เพราะปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไม่ใช่เป็นหน้าที่ของครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง แต่เป็นหน้าที่ของทุกคน

คำสำคัญ: ความรุนแรง, ความรุนแรงในครอบครัว, เด็กเป็นผู้ถูกกระทำ

Abstract

This study aims to investigate problems regarding family violence against children. Conducted as participatory action research (PAR), it applies participative observation and in-depth interviews. Targets are parents from 15 households and 14 children

aged between 10 and 12 years old who have lived in Chan Wirot Community in Hat Yai District, Songkhla Province for at least five years, can communicate in Thai, and whose parents consent to let them participate.

Results of the study show that forms of violence against children in Chan Wirote community include physical abuse, mental abuse, and negligence/abandonment. These affect both the children's bodies and minds. When they fall ill, they are left without care. They start using drugs, take part in gambling, develop game addictions, quit school, fail to behave themselves or to keep their emotions under control, physically attack others, refuse to register for an identification card, and so on. Based on this study, it is recommended to deal with the aforementioned issues through the participation of family, school, and community. These groups should work together to tackle the problems and to protect the children in the community. The family unit is not obliged to carry the burden of this responsibility alone but rather everyone should take this responsibility together.

Keywords: Violence, Family violence, Child abuse

บทนำ

ความรุนแรงในครอบครัวเกิดขึ้นคู่สังคมไทยมาเป็นเวลานานและนับวันยิ่งทวีความรุนแรงมีความซ่อนเร้นของปัญหาเพิ่มขึ้น เนื่องจากปัญหาดังกล่าว

ถูกมองว่าเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นปัญหาเฉพาะสมาชิกในครอบครัว บุคคลภายนอกไม่ควรเข้ายุ่งเกี่ยว และการขาดมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหามารยาทในครอบครัว ในฐานะอาชญากรรมประเภทหนึ่ง (สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2558) ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่เป็นเพียงปัญหาภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่เป็นปัญหาระดับความสัมพันธ์ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน หากมีการใช้ความรุนแรงขึ้นครอบครัวในชุมชนใด โอกาสที่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน จะตกเป็นเหยื่อจะสูงกว่าเป็นอาชญากรรมอื่น ๆ และในขณะเดียวกัน การใช้ความรุนแรงในครอบครัวเป็นพฤติกรรมทางอาชญากรรมที่ใกล้ชิดกับเด็กและเยาวชนมากที่สุด โดยเด็กเล็กและเยาวชนตามชุมชนสามารถเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวได้ง่ายกว่าพฤติกรรมทางอาชญากรรมประเภทอื่น ๆ โดยเฉพาะปัจจุบันประเทศไทย กำลังประสบปัญหาทางอาชญากรรมซึ่งได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น อันเป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงความเสื่อมโทรมของสังคม ในอีกมุมหนึ่งของสังคมไทยได้เป็นอย่างดี คือ ปัญหาการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 7-18 ปี ที่มีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงในการกระทำผิดอันไม่แตกต่างจากพฤติกรรมของผู้ใหญ่ในชุมชน ซึ่งผลจากการใช้ความรุนแรงกระทบต่อทัศนคติของเด็กที่มีต่อสังคม รวมทั้งพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม (ชินนุทัย กาญจนะจิตรรา, กฤตยา อาชวนิจกุล, และ วาสนา อิมแอม, 2542) และเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่เด็กเหล่านี้จะมีความโน้มเอียงที่จะกระทำความรุนแรงคล้ายกับประสบการณ์ในอดีตที่เคยพบเห็นหรือเคยถูกทำร้าย เป็นการถ่ายทอดความรุนแรงจากรุ่นสู่รุ่น (อำพล สุอำพัน, 2542) ซึ่งสภาพแวดล้อมและชุมชน จึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดความรุนแรง และปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของความรุนแรงในครอบครัวประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประสบการณ์ความรุนแรงที่เคยได้รับในอดีต และปัจจัย

สภาพแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ ผู้กระทำผิดสุรา ทะเลาะวิวาท หึงหวง และโอกาสเอื้ออำนวย (บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์, 2558)

สถิติข้อมูลและสถานการณ์ด้านเด็กและเยาวชน ประจำปี 2563 รายงานโดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ความรุนแรงในครอบครัวโดยเด็กเป็นผู้ถูกกระทำ จำนวน 1,007 คน คิดเป็นร้อยละ 4.48 และจากข้อมูลสาเหตุเด็กที่เข้ารับบริการในบ้านพักเด็กและครอบครัว ในปี 2563 (เดือนกรกฎาคม 2563) เด็กเข้ารับบริการในบ้านพักเด็กและครอบครัวด้วยสาเหตุความรุนแรงในครอบครัว จำนวน 858 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุด รองลงมาเกิดจากสาเหตุเด็กถูกทารุณกรรม กาย/เพศ/จิตใจ ไม่มีที่พักอาศัย ปัญหาพฤติกรรม และน้อยที่สุด คือผู้ปกครองไม่สามารถดูแลได้ จากข้อมูลสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก เป็นปัญหาที่เด็กเผชิญมากที่สุด ทำให้เด็กต้องเข้ารับการดูแล ค้ำครอง ในบ้านพักเด็กและครอบครัวเป็นเวลาชั่วคราว เด็กบางรายต้องแยกออกจากครอบครัวมาอยู่ที่บ้านพักเด็กและครอบครัว เพื่อความปลอดภัยในชีวิตไม่ให้เกิดความรุนแรงเกิดขึ้น

สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวเกิดขึ้นในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ จังหวัดสงขลาเป็นอีกพื้นที่ในภาคใต้ที่มีจำนวนเด็กและเยาวชนมากที่สุด จากข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ 31 ธันวาคม 2562 จังหวัดสงขลา มีจำนวนประชากรเด็กและเยาวชน จำนวน 512,591 คน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา (2564) รายงานสถานการณ์ปัญหาทางสังคมในพื้นที่จังหวัดสงขลา ประจำปี 2564 พบว่า เด็กที่อยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว จำนวน 2,094 คน เด็กที่ถูกทำทารุณกรรมทางร่างกาย

จิตใจ และทางเพศมีการดำเนินคดี จำนวน 54 คดี เด็กที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม จำนวน 36 คน เด็กที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมก่อนวัยอันควรและไม่พร้อมในการเลี้ยงดู จำนวน 10 คน เยาวชนที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม จำนวน 127 คน เยาวชนที่ถูกทำรุนแรงทางร่างกายจิตใจและทางเพศ จำนวน 87 คน

จากรายงานสถานการณ์ข้างต้น จะเห็นได้ว่า พื้นที่จังหวัดสงขลา เป็นหนึ่งพื้นที่ที่กำลังเผชิญปัญหาพื้นที่ที่มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดความรุนแรงในครอบครัวโดยเด็กเป็นผู้ถูกกระทำ คณะผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาสาเหตุแห่งปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นต้นเหตุของการเกิดขึ้นความรุนแรงในครอบครัว โดยเด็กเป็นผู้ถูกกระทำของความรุนแรงที่เกิดขึ้น โดยเลือกศึกษาในพื้นที่ชุมชนแออัดริมทางรถไฟหาดใหญ่ คือ ชุมชนจันทร์วีโรจน์ ซึ่งเป็นชุมชนเครือข่ายในการทำงานด้านเด็กและเยาวชนของคณะผู้วิจัยมายาวนาน คณะผู้วิจัยในพบเห็นสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่อเด็กและเยาวชนในชุมชน หนึ่งนั้นคือ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว จึงได้เลือกพื้นที่ชุมชนดังกล่าวในการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาสาเหตุและผลกระทบต่อเด็กที่เผชิญปัญหาความรุนแรงในครอบครัวในชุมชนจันทร์วีโรจน์

นิยามศัพท์ในการศึกษา

ความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็ก หมายถึง ความรุนแรงที่พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง เป็นผู้กระทำต่อเด็ก ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงด้านร่างกาย ความรุนแรงด้านจิตใจ ความรุนแรงทางเพศ และการทอดทิ้ง/ละเลย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ต่อเด็ก: เด็กได้ทราบและเข้าใจถึงสถานการณ์ความรุนแรงมากขึ้น และสามารถแยกแยะ ได้ว่าสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญนั้น คือความรุนแรงหรือไม่

ประโยชน์ต่อครอบครัว: ครอบครัวได้ทราบถึงสาเหตุอะไรบางอย่างที่ทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว และความรุนแรงที่เกิดขึ้นเกิดผลกระทบอย่างไรบ้าง เมื่อครอบครัวทราบสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในครอบครัว และช่วยกันป้องกันความรุนแรงนั้น ๆ

ประโยชน์ต่อสังคม: ข้อมูลจากการศึกษาประเด็นสาเหตุและผลกระทบความรุนแรงในครอบครัวสามารถนำไปใช้ในการหาแนวทางแนวทางในการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว

การทบทวนวรรณกรรม

สาเหตุและผลกระทบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว

ความรุนแรงในครอบครัว (Domestic violence) ถือเป็นการกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นจากความไม่พอใจและอารมณ์ในเชิงลบ (Negative feeling) ของบุคคลในครอบครัวที่กระทำต่อกัน ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอารมณ์ และกระบวนการคิดในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยให้เกิดความรุนแรงขึ้น (Malley-Morrison, 2004) ทั้งนี้ รณชัย คงสกนธ์ (2549) อ้างถึงใน ยงยุทธ แสนประสิทธิ์, (2554) ได้กล่าวถึง ความหมายของความรุนแรงในครอบครัวไว้อย่างครอบคลุมว่า หมายถึง ลักษณะการทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศ และทำร้ายจิตใจ ระหว่างสมาชิกที่มีความสัมพันธ์ฉันครอบครัวเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็น สามีภรรยา บุตร หรือญาติผู้ใหญ่ความรุนแรงในครอบครัว

ที่เกิดจากการทำร้ายมีหลายกรณี เช่น สามิทำร้ายภรรยา ผู้หญิงถูกทำร้ายจากคูรักของตนเอง บิดาหรือมารดาทำร้ายบุตร ผู้ที่แข็งแรงกว่าทำร้ายบุพการีที่มีความชราภาพหรือญาติผู้ใหญ่ที่มีความอ่อนแอทางสรีระ รวมทั้งผู้ที่ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจสังคม โดยภรรยาที่ทำร้ายสามีนั้นมีเพียงส่วนน้อย ซึ่งสามารถจำแนกประเภทความรุนแรงในครอบครัวได้ออกเป็น 3 ลักษณะตามผู้ถูกกระทำ คือ ความรุนแรงที่เกิดกับเด็ก คูสมรส และผู้สูงอายุ สำหรับกระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้ระบุถึงลักษณะและขอบข่ายของความรุนแรงในครอบครัว ตามที่หน่วยงานและองค์กรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับปัญหานี้ได้ระบุไว้ดังนี้

1) การทำร้ายร่างกาย (Physiological assault) เป็นการทำร้ายกันโดยใช้กำลัง เช่น ตบ ตี ตะ คอย รวมทั้งการใช้อาวุธจนได้รับบาดเจ็บ และการฆาตกรรม

2) การทำร้ายจิตใจ (Psychological / Emotional / Verbal abuse) เป็นการทำร้ายโดยใช้คำพูดหรือภาษาพูดที่หยาบคาย ดูถูกเหยียดหยาม ทำให้ผู้ถูกกระทำขาดความเชื่อมั่นและนับถือในตนเอง การกระทำดังกล่าว มีผลทางด้านจิตใจ และมีผลเสียต่อการอบรมดูแลเด็กในครอบครัว ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002 อ้างถึงใน ยงยุทธ แสนประสิทธิ์, 2554) ได้ให้ความหมายของการทำร้ายจิตใจในคูสมรส วารวมไปถึงการละเลยไม่สนใจ เป็นการละทิ้งคูสมรส ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและจิตใจอย่างสำคัญ

3) การใช้ความรุนแรงในด้านสังคม (Social abuse) หมายถึง การปลอยปละละเลย ไม่ให้ความสำคัญหรือความสนใจ การขัดขวางความก้าวหน้า การจำกัดสิทธิทางสังคมที่พึงมีเช่น การปฏิเสธสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ทั้งนี้รวมถึงการจำกัดบริเวณด้วย

4) การใช้ความรุนแรงด้านเศรษฐกิจ (Economical abuse) เป็นการควบคุมและยึดครองทรัพย์สินต่าง ๆ ของครอบครัว รวมทั้งการจำกัดค่าใช้จ่าย

5) การกระทำทารุณทางเพศ (Sexual assault) การกระทำทารุณทางเพศถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น การข่มขืน หรือการกระทำอนาจารที่ทำให้เกิดความเสื่อมเสีย

จากข้อมูลสถิติเด็กถูกทารุณกรรม รายงานโดย กรมกิจการเด็กและเยาวชนระหว่าง ปีพ.ศ. 2556-2563 ทั้งหมด 1,739 ราย พบว่า เด็กถูกทารุณกรรมทางเพศมากที่สุด 1,244 ราย คิดเป็นร้อยละ 72 ลำดับที่ 2 เด็กถูกทารุณกรรมทางร่างกาย 428 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และลำดับสุดท้ายเด็กถูกทารุณกรรมทางจิตใจ 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 4 และข้อมูลสถิติเด็กถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว รายงานโดย กรมกิจการเด็กและเยาวชนระหว่าง ปี พ.ศ. 2556-2563 ทั้งหมด 1,950 ราย พบว่า เด็กถูกกระทำ ความรุนแรงทางร่างกายมากที่สุด 1,089 ราย คิดเป็นร้อยละ 63 ลำดับที่ 2 เด็กถูกกระทำ ความรุนแรงทางเพศ 756 ราย คิดเป็นร้อยละ 43 และลำดับสุดท้ายเด็กถูกกระทำ ความรุนแรงทางจิตใจ 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 6

จากที่กล่าวมาในข้างต้น จะเห็นได้ว่าความรุนแรงในครอบครัวที่เด็กเป็นผู้ถูกกระทำมีหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงด้านร่างกาย ความรุนแรงด้านจิตใจ ความรุนแรงทางเพศ เป็นต้น ซึ่งความรุนแรงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต พัฒนาการ และคุณภาพชีวิตของเด็กเป็นอย่างมาก

ปพนธีร์ ธีระพันธ์ (2559) ความรุนแรงในครอบครัวในเขตพื้นที่ลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลาฝั่งตะวันตก ได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 394 ครอบครัว จากประชากร 25,232 ครอบครัว ใน 11 ตำบล จำนวน 5 อำเภอ มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อสำรวจและวิเคราะห์ถึงการมีอยู่และสาเหตุของความรุนแรงในครอบครัว

(2) เพื่อสำรวจและวิเคราะห์ลักษณะของความรุนแรงในครอบครัว และ (3) เพื่อสำรวจและวิเคราะห์กระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัวในเขตพื้นที่ลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลาฝั่งตะวันตก ผลการศึกษา **สาเหตุของการใช้ความรุนแรงในครอบครัว** 3 อันดับแรก ได้แก่ การดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด คิดเป็นร้อยละ 24.4 ความเครียดจากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 13.1 และการขาดความรักความเข้าใจกันในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 12.6 ผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัวส่วนใหญ่ ได้แก่ ภรรยา รองลงมาคือ สามเณร โดยมีอัตราการเกิดความรุนแรงเฉลี่ย 18 ครั้งต่อปี **ลักษณะของความรุนแรง** ร้อยละ 69.3 เป็นการด่าทออย่างรุนแรง ร้อยละ 27 เป็นการทำร้ายร่างกายทั้งที่ไม่เป็นและเป็นเหตุให้ได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ และร้อยละ 3.7 เป็นการบังคับให้กระทำการใด ๆ โดยมีขอบด้วยกฎหมาย **กระบวนการจัดการแก้ไขปัญหา** (1) เมื่อเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ผู้ถูกกระทำหรือผู้พบเห็นเลือกที่จะไม่ดำเนินการอย่างใด ๆ คิดเป็นร้อยละ 47 แจ้งปัญหาการเกิดขึ้นของความรุนแรงต่อผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน คิดเป็นร้อยละ 26.4

รักยัม ปัทมสิงห์ ณ อยุธยา และคณะ (2553) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว: กรณีศึกษา 3 ชุมชนในจังหวัดสระบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนในแนวทางการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ที่พำนักอยู่ใน 3 ชุมชนจังหวัดสระบุรี จำนวน 600 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษางานวิจัยพบว่า **สาเหตุที่ทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวมากที่สุด** คือ ความใจร้อน เจ้าอารมณ์ของคนใดคนหนึ่ง ร้อยละ 85.3 ความจู้จี้ ขี้บ่นร้อยละ 81.0 และความขัดแย้งเรื่องการเงิน ร้อยละ 77.4 **ประเภทความรุนแรงในครอบครัว** คือทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะ

การถูกตำราว่าพบเห็นได้มากที่สุดร้อยละ 86.2 รองลงมาความรุนแรงทางร่างกาย ได้แก่ การตบ ตี เตะ ต่อย ร้อยละ 72.8 และเกิดขึ้นสม่ำเสมอร้อยละ 19.3

แนวทางการแก้ไขปัญหามารดาที่มีความรุนแรงในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นให้องค์กรชุมชนควรเข้าไปมีส่วนร่วมกับภาครัฐในการประเมินและรับทราบปัญหา อุปสรรค และช่วยในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหามารดาที่มีความรุนแรงในครอบครัวในชุมชน และควรมีการจัดกิจกรรมในลักษณะการรณรงค์ การสร้างความสมานฉันท์ให้แก่คนในชุมชน ตลอดจนมีการเชิญวิทยากรให้ความรู้แก่ชุมชนในเรื่องปัญหามารดาที่มีความรุนแรงในครอบครัว รวมถึงการสร้างครอบครัวเป็นสุขไร้ความรุนแรงในครอบครัว

จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในครอบครัวของเด็กวัยเรียน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับความรุนแรงในครอบครัวของเด็กวัยเรียน ได้แก่ ประวัติความรุนแรงด้านวาจา ประวัติการทะเลาะวิวาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว ความเครียดของการเป็นบิดามารดา โดยศึกษาจากครอบครัวเด็กวัยเรียนในจังหวัดชลบุรี จำนวน 269 ครอบครัว แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ผลการศึกษาพบว่า

- 1) ครอบครัวที่เคยมีประวัติความรุนแรงด้านวาจาหรือการกระทำที่ทำร้ายจิตใจ และมีการทะเลาะวิวาทเกิดขึ้นภายในครอบครัวมีโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงในครอบครัว บุตรที่เติบโตมาจะเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมเหล่านั้นและนำมาใช้ต่อไป
- 2) ครอบครัวที่บิดาหรือมารดาที่มีความเครียดสูงจะมีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวได้สูงกว่าเนื่องจากภาวะตึงเครียดในการแสดงบทบาทของตนเองหรือความยุ่งยากในการเลี้ยงดูบุตร ทำให้บิดามารดามีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเด็ก และส่งผลให้มีการแสดงออกในทางที่ไม่ดีต่อเด็กและบุคคลใน

ครอบครัวได้ 3) ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีมีโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัวน้อย เป็นการสื่อสารที่แลกเปลี่ยนและรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการแก้ปัญหาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา 4) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะทำให้สมาชิกทุกคนมีความสุขหรือความทุกข์ และจะส่งผลให้บิดามารดาแสดงบทบาทหน้าที่ได้เหมาะสม มีการแสดงออกทางอารมณ์และการตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัวในทางบวก สำหรับบิดามารดาที่ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุตร จะนำมาซึ่งความรุนแรงในครอบครัวได้

รณชัย คงสกนธ์ (2549) ได้ระบุถึง ผลกระทบของปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวว่าจะส่งผลต่อ 1) ทางด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วยค่ารักษาโดยตรงและค่ารักษาทางอ้อมเป็นจำนวนมหาศาล เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตน การไม่สามารถประกอบอาชีพได้ปกติ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ถูกออกจากการงาน หรือลาออกเอง รวมทั้งการไม่มีงานทำ 2) ทางด้านสังคม ผลกระทบคือการมีพฤติกรรมความเสื่อมเสียศีลธรรมกระทบต่อสิทธิมนุษยชน ความผิดต่อกฎหมายบ้านเมือง จากผลวิจัยชี้ชัดว่าเด็กในครอบครัวที่มีความรุนแรง จะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม โรคจิต โรคประสาท วิตกกังวล ความก้าวร้าว รวมถึงการใช้สารเสพติดในอนาคต 3) ทางด้านสาธารณสุข ผลกระทบในด้านนี้คือ ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จนนำไปสู่การรักษา ความพิการทางกาย ความเจ็บป่วยทางจิต โรคทางจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตายและการทำร้ายคนใกล้ชิด และการก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจของลูกในครอบครัว และ 4) ทางด้านความมั่นคง ผลกระทบคือการล่มสลายของครอบครัว การอยู่อย่าง การทำร้ายถึงแก่ชีวิต

การเป็นคดีความ และการกระทบต่อความเป็นอยู่ของสังคมโดยรวมทั้งนี้ ผลกระทบโดยภาพรวมต่อสังคม ก็คือความเป็นอยู่ในสังคมแยลงสวนทางกับการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ เยาวชนรุ่นต่อไปที่มีปัญหา รวมทั้งการใช้ความรุนแรงมากขึ้น ความเจ็บป่วยทางจิตพบสูงขึ้น และสังคมไทยจะอ่อนแอลง

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวในระดับของชุมชนนี้ จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อิทธิพลจากสภาพแวดล้อมที่ผลทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวขึ้นได้ เช่น ผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มภรรยาที่ถูกกระทำรุนแรงจากสามี คือภรรยาที่ได้รับการศึกษาน้อย มีรายได้ต่ำ สภาพสังคมเศรษฐกิจระดับต่ำ และปัญหารายได้ไม่เพียงพอ และชุมชนที่ยากจนนั้นจะมีสถิติความรุนแรงในครอบครัวสูงมาก เช่น มีการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 50 บอกว่าถูกสามีตีบตี (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546) และชุมชนเมืองที่อยู่กันอย่างแออัด หรือเป็นชุมชนที่มีลักษณะซับซ้อน เพราะประชากรมีความหลากหลาย เช่น จากการศึกษาของ รุ่งรัตน์ เพิ่มเกียรติขจร และ รณชัย คงสกนธ์ (2549) ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 38-47 ปี และสวนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา เป็นต้นหากพิจารณาบริบทของชุมชนในลักษณะของถิ่นที่อยู่อาศัยของพลเมืองแล้ว ครอบครัวถือเป็นหน่วยเล็ก ๆ ที่ประกอบกันเป็นชุมชนขนาดใหญ่ขึ้นมา ซึ่งจะต้องมีกิจกรรมการผลิตมีสวนรวมและมีกลไกในการควบคุมทางสังคม (สุรพล พยอมแย้ม, 2545) จึงกล่าวได้ว่า ชุมชนเป็นสังคมหนึ่งที่มีโครงสร้าง เช่นเดียวกับสังคมใหญ่ ดังนั้น สถานการณ์ความรุนแรงในชุมชน จึงสามารถอธิบายได้จากความรุนแรงในระดับสังคม ซึ่ง กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2546) ได้พิจารณาเชื่อมโยงการกระทำรุนแรงกับปัจจัยต่าง ๆ ของสังคมและบุคคลที่มีความสลับซับซ้อน

จะเห็นได้ว่า จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบว่า สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวมีในหลากหลายรูปแบบ เช่น การตี ตี ตะ ต่อย เคยถูกล่วงโทษในวัยเด็กอย่างรุนแรง เคยเห็นพ่อแม่ทะเลาะ ตบตี ทำร้ายกันในวัยเด็กจนกลายเป็นประสบการณ์ฝังใจ ค่าหอ เป็นต้น ในส่วนของสาเหตุที่ก่อให้เกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น ความใจร้อน เจ้าอารมณ์ ความจู้จี้ ขี้บ่น ความขัดแย้งเรื่องการเงิน ผู้ปกครองไม่มีเวลาดูแลบุตร การดื่มสุราหรือเสพสิ่งเสพติด ความเครียดจากการทำงาน และการขาดความรักความเข้าใจกันในครอบครัว เป็นต้น

ระเบียบวิธีการศึกษาวิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาสภาพปัญหาความรุนแรงในครอบครัวของชุมชน ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวิธีการวิจัยดังนี้

1. พื้นที่ที่ใช้ในการทำวิจัย

ชุมชนจันทร์วีโรจน์ (ชุมชนแออัดริมทางรถไฟ) เทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

2. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2.1 กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 10-12 ปี จำนวน 14 คน ที่มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ศึกษาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมในการวิจัย

2.2 กลุ่มตัวอย่างพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง จำนวน 15 คน คือ ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเด็ก 10-12 ปี

3. วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากเอกสาร และข้อมูลทุติยภูมิอื่น ๆ ที่ปรากฏในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ เอกสารเกี่ยวกับ ประวัติชุมชน ข้อมูลทะเบียนราษฎรของชุมชน และข้อมูลด้านสาธารณสุข สำหรับข้อมูลปฐมภูมิ ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการใช้แบบสอบถาม

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ตัวผู้วิจัย บันทึกติดอาสาในพื้นที่ เทปบันทึกเสียงและสมุดจดบันทึก กล้องถ่ายภาพ กล้องถ่ายวิดีโอ วีดิทัศน์ แนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความรุนแรงในครอบครัว มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสำรวจความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็กในชุมชน (สำหรับพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง)
2. แบบสำรวจความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็ก (สำหรับเด็ก) ผู้วิจัยได้ปรับจากแบบคัดกรองเด็กเพื่อสนับสนุนกลไกการเฝ้าระวังการทารุณกรรมเด็กของหน่วยงานด้านสาธารณสุข
3. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกในเด็ก (In-dept Interview)
4. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกพ่อ แม่ ผู้ปกครอง (In-dept Interview)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อมุ่งตอบโจทย์งานวิจัยที่กำหนดการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาความรุนแรงใน

ครอบครัว และผลที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำข้อมูลมีการรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลมาจัดกระทำโดยการพิจารณาเหตุการณ์ สถานการณ์ ที่เกิดขึ้น ทั้งกับบุคคลและชุมชนแล้วจัดแยกประเภทออกเป็นหมวดหมู่ โดยให้ความสำคัญไปถึงสภาพการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย

6. จริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษากับกลุ่มเป้าหมายที่มีความเปราะบาง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการทำเอกสารชี้แจงต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงแนวทางการศึกษา การสัมภาษณ์ วิธีการเก็บข้อมูล และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ ตลอดจนแนวทางการถอนตัวของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทั้งนี้ให้ความสำคัญและเน้นย้ำในการเก็บรักษาความลับข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ให้ผู้ร่วมวิจัยรับทราบก่อนการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

จากการศึกษาสภาพปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็กในชุมชนจันทร์วิโรจน์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยวิธีการสัมภาษณ์ และสำรวจกลุ่มเป้าหมายเด็กอายุ 10-12 ปี จำนวน 14 คน และกลุ่มตัวอย่างพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง จำนวน 15 คน มีผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จากที่กำหนดศึกษาครอบครัวทั้งหมดที่มีเด็กอายุ 10-12 ปี จำนวนทั้งหมด 16 ครอบครัว พบว่า ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ 1 ครอบครัวเนื่องจากป่วยเป็นอัมพฤกษ์ในช่วงการเก็บข้อมูลสรุปผู้มีส่วนร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1) พ่อแม่ ผู้ปกครอง จำนวน 15 คน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นแม่ อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 93.33 และเพศชาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 และอายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาหย่าร้างหรือหม้าย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 โสด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมา ระดับการศึกษามัธยมต้น จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ระดับการศึกษามัธยมปลาย/ปวช. จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 และไม่ได้ศึกษา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40 แม่บ้าน (ที่ไม่มีรายได้) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ไม่มีอาชีพ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67

2) เด็ก มีจำนวนรวม 16 คน ให้สัมภาษณ์ได้ 14 คน ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ 2 คน เนื่องจากเป็น อีสุกอีใส 1 คน และอีก 1 คนย้ายออกจากพื้นที่ชุมชนจันทร์วิโรจน์ในช่วงการเก็บข้อมูล เป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และเพศชาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีอายุ 10 ปี และ 12 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 และอายุ 11 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 ศึกษาอยู่ในระดับชั้นป. 4 และ ป. 5 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 ป.6 จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 ป.3 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.14 และมีเด็กที่ไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 2 คน คิดเป็น

ร้อยละ 14.29 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 100 เด็กอาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 ปู่ ย่า จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 แม่ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 พ่อ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.14 และอื่น ๆ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57

2. สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็กในชุมชนจันทร์วิโรจน์

ชุมชนจันทร์วิโรจน์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ลักษณะชุมชนเป็นชุมชนแออัด ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ของการรถไฟแห่งประเทศไทย ประชากรทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง สภาพบ้านที่อยู่อาศัยบางส่วนเป็นเพิงสังกะสีที่สร้างขึ้นเอง ไม่มีห้องเป็นสัดส่วน การใช้ไฟฟ้า และน้ำประปาส่วนใหญ่ใช้ระบบต่อพ่วงจากบ้านที่อยู่ติดกันนอกเขตการรถไฟ มีปัญหาสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเรื่องการจัดการขยะ จะพบเห็นขยะบริเวณรอบบ้านและบนถนนหนทาง ไม่มีคูระบายน้ำ เมื่อมีฝนตกจะมีน้ำท่วมขังอยู่ทั่วไป จากการสำรวจผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเด็กอายุ 10-12 ปี ในพื้นที่ จำนวน 14 คน พบว่า เด็กที่ต้องได้รับการดูแล มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50 เด็กที่ต้องเฝ้าระวังหรือกลุ่มเสี่ยง มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และเด็กปกติมีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 โดยมีรูปแบบความรุนแรงในครอบครัวกระทำต่อเด็ก ดังนี้

ตารางที่ 1

สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็ก (จำนวน 14 คน)

ข้อมูล	จำนวน		ร้อยละ	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1) ด้านสุขภาพทางกายและทางจิตของเด็ก				
มีความพิการ และ/หรือ โรคประจำตัว หรือความเจ็บป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ	8	6	57.14	42.86
เมื่อมีการบาดเจ็บสามารถอธิบายสาเหตุได้ (เช่น กระตุกหัก กระแทกกระเ็นภายใน ฟกช้ำ รอยกัด บุหรี่จี้ แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก)	13	1	92.86	7.14
สามารถกิน นอน เล่น ตามวัย และ ทำกิจกรรมได้ตามเวลา	13	1	92.86	7.14
เคยใช้สารเสพติด หรือดื่มแอลกอฮอล์ เป็นครั้งคราวหรือเคยลอง	5	9	35.71	64.29
เคยเล่นการพนันเป็นครั้งคราว/ประจำ	3	11	21.43	78.57
ติดเกมส์จนไปรบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน	3	11	21.43	78.57
มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเป็นประจำ	0	13	0.00	92.86
เคยมีใครสัมผัสร่างกาย/อวัยวะที่หนูไม่ยินยอม	2	11	14.29	78.57

ข้อมูล	จำนวน		ร้อยละ	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
ไม่เคยได้รับวัคซีนเลย (อายุมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป)	3	11	21.43	78.57
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	11	14.29	78.57
สามารถกิน นอน และ ทำกิจกรรมได้ตามเวลา	12	1	85.71	7.14
ควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ของตัวเอง ไม่ได้เป็นประจำ	4	9	28.57	64.29
ทำร้ายตนเอง	0	13	0.00	92.86
ทำร้ายผู้อื่นเป็นประจำ	3	10	21.43	71.43
ถูกทำร้ายหรือถูกรังแกบ่อยครั้ง	5	8	35.71	57.14
เด็กไม่มีความสุขขณะอยู่กับครอบครัว	3	10	21.43	71.43
ไม่มีพ่อแม่ หรือผู้ปกครองที่พึ่งพาได้	0	13	0.00	92.86
ไม่ระวังอันตราย และพาตัวเองไปเสี่ยงอันตรายบ่อยครั้ง	3	10	21.43	71.43
แสดงอารมณ์ และ/หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับเวลา บุคคล และสถานที่เป็นประจำ	2	11	14.29	78.57
ไม่เห็นข้อดีของตนเองเลย	1	12	7.14	85.71
ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น	0	13	0.00	92.86
2) ด้านกฎหมาย				
ไม่มีการจดทะเบียนแจ้งเกิด	0	13	0.00	92.86

ข้อมูล	จำนวน		ร้อยละ	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
ไม่มีการทำบัตรประจำประชาชน	1	12	7.14	85.71

จากตารางข้างต้น ผลการสำรวจ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเด็กอายุ 10-12 ปี จำนวน 14 คน สามารถอธิบายผลการศึกษา ดังนี้

1) การเลี้ยงดูลูกของพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง

การกิน การดูแลของพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่จะซื้ออาหารในชุมชนสำหรับมื้อเช้า แม่จะทำอาหารสำหรับมื้อเที่ยง หรือมื้อเย็น บางครอบครัวพ่อจะเป็นคนทำอาหารให้กับเด็ก และเด็กส่วนใหญ่จะกินอาหารวันละ 3 มื้อ จำนวน 11 ราย ไม่กินอาหารเที่ยงโดยให้เหตุผลว่าไม่หิว จำนวน 1 ราย และไม่กินมื้อเช้า จำนวน 1 ราย **การเรียนรู้** การเรียนเด็กจะที่กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษา จำนวน 12 ราย และไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 2 ราย เนื่องจากผู้ปกครองทำเอกสารใบแจ้งเกิดสูญหายจึงไม่สามารถไปโรงเรียนได้ และมีความพิการทางร่างกาย เมื่อกลับจากโรงเรียนแม่จะเตือนหรือช่วยสอนการบ้านเด็ก จำนวน 5 ราย ทำการบ้านด้วยตนเอง จำนวน 3 ราย พี่ช่วยสอนการบ้าน จำนวน 2 ราย พ่อช่วยสอนการบ้าน จำนวน 2 ราย และครูสอนที่โรงเรียน 1 ราย **การเล่น** พบว่า เด็กส่วนใหญ่จะเล่นเกมหรือโทรศัพท์ จำนวน 9 ราย เล่นกีฬา จำนวน 4 ราย ได้แก่ ฟุตบอล และเล่นแบดมินตัน เล่นดินน้ำมัน จำนวน 3 ราย ดูทีวี จำนวน 2 ราย กระโดดยาง ปั่นจักรยาน ปางรวด เล่นมอริงไล่จับ และตีกลอง จำนวน 1 ราย โดยเล่นสรวกบ้าน จำนวน 7 ราย ในโรงเรียน จำนวน 2 ราย สนถามเลี้ยงวัว จำนวน 2 ราย และร้านเกมส์ จำนวน 1 ราย **การอบรม** ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในเรื่องของการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น เช่น ไม่พูดคำหยาบ ไม่ทำร้ายเพื่อน และไม่ยืมและขอเงินเพื่อน และอบรมเรื่องการ

พูดจากับผู้ใหญ่ ให้มีความกตัญญู การดูแลของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง เวลาลูกไม่สบาย ส่วนใหญ่พบว่าคนที่คอยดูแลเด็ก เมื่อไม่สบาย มีแม่คอยดูแล จำนวน 6 ราย ย่า/ยายคอยดูแล จำนวน 2 ราย พ่อคอยดูแล จำนวน 1 ราย และเพื่อนบ้านช่วยดูแล จำนวน 1 ราย โดยการซื้อยาให้กิน จำนวน 7 ราย พาไปโรงพยาบาล/คลินิก/หมอ จำนวน 5 ราย เช็ดตัว จำนวน 5 ราย และแม่ไม่ทำอะไร จำนวน 1 ราย การช่วยครอบครัว เด็กส่วนใหญ่จะมีหน้าที่ในการแบ่งเบาภาระในครอบครัวของตนเอง สิ่งที่ต้องทำ ได้แก่ กวาดบ้าน เก็บขยะ หรือถูพื้น จำนวน 6 ราย ล้างจาน จำนวน 6 ราย ซักผ้า จำนวน 3 ราย หุงข้าว จำนวน 2 ราย เลี้ยงน้อง เก็บที่นอน เติมน้ำ ล้างห้องน้ำ กรณีละ 1 ราย

2) วิธีการปฏิบัติของพ่อ แม่ หรือผู้ปกครองเมื่อลูกไม่ทำตามที่บอกหรือสั่ง

(1) มีการใช้ความรุนแรงด้วยวาจา ได้แก่ ด่า ตบอย่างคำด่า เช่น “แม่” “สัตว์” “ชาติเปรต” ชู ตัวอย่างคำชู “ถ้าไปเล่นไกล ๆ อีกแม่จะทุบ” “ถ้ากลับช้าอีกจะโดนอีก” “จะให้ไปอยู่กับพ่อ” (พ่อแม่หย่ากันแล้ว) ดุ และบ่น เมื่อลูกไม่ทำตามที่บอก พ่อแม่ หรือผู้ปกครองมักมีการใช้คำรุนแรงด้วยวาจา ได้แก่ ดุ จำนวน 9 ราย บ่น จำนวน 4 ราย ด่า จำนวน 4 ราย เช่น “เปรตไม่รู้เรื่อง” พุด/อธิบาย/เตือน จำนวน 3 ราย ชู จำนวน 3 ราย เช่น “จะไม่มีแม่ แม่จะไปค้ายา และจะติดคุก”, “ระวังจะตีทุกคนเลย”, “ดื้ออีกแล้วนะ เดี่ยวจะโดนตี” เป็นต้น

(2) มีการทำร้ายร่างกาย ส่วนใหญ่เด็กจะโดนตี จะตีบริเวณหลัง และก้น อุปกรณ์ที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็นไม้แขวนเสื้อ ไม้/ก้านมะยม มือ ไม้กวาด สายยาง เข็มขัด ท่อ PVC และสายไฟ และมี 1 คนที่พ่อแม่ไม่ให้ลูกออกจากบ้าน การกระทำความรุนแรงด้านร่างกาย โดยวิธีการตี จำนวน 13 ราย

วัตถุประสงค์ของการตี ส่วนใหญ่เพื่อสั่งสอน เนื่องจากขอบทะเลาะระหว่างพี่น้อง และออกไปเล่นแล้วกลับบ้านไม่เป็นเวลา ผู้ปกครองมองว่ากลัวเกิดอันตรายกับเด็ก สิ่งที่ใช้ตีได้แก่ ไม้เรียว ไม้ หรือไม้ไผ่ 5 ราย และมือ 3 ราย บริเวณที่ตี ได้แก่ ขา 3 ราย ก้น 3 ราย สะโพก 1 ราย แขน 1 ราย และ ไหล่ 1 ราย

3. ประเภทรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็ก

จากการศึกษา พบว่าเด็กในชุมชนจันทร์วิโรจน์ เป็นผู้กระทำ ความรุนแรงในครอบครัวสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การกระทำ ความรุนแรงด้านร่างกาย พบว่า เด็กโดนกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวโดยพ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นผู้กระทำ ใช้วิธีการลงโทษเด็ก ด้วยการตี อุปกรณ์ส่วนใหญ่ใช้สิ่งที่อยู่ใกล้มือ เช่น ไม้แขวนเสื้อ ไม้เรียว ไม้กวาด บางรายมีรอยแผลฟกช้ำ 2-3 วันหาย มี 1 ราย ใช้ท่อพีวีซี ซึ่งทำให้เกิดแผล มีเลือดออกมาก

2) การกระทำ ความรุนแรงด้านจิตใจ พบว่า เป็นความรุนแรงด้านนี้ เป็นความรุนแรงที่เด็กเผชิญมากที่สุด โดยการบ่น ดุ ชู ด่าด้วยถ้อยคำหยาบคาย ได้แก่ ด่า ตัวอย่างคำด่า เช่น “แม่” “สัตว์” “ชาติเปรต” ชู ตัวอย่างคำชู “ถ้าไป เล่นไกล ๆ อีกแม่จะทุบ” “ถ้ากลับช้าอีกจะโดนอีก” “จะให้ไปอยู่กับพ่อ” (พ่อ แม่หย่ากันแล้ว) ดุ และบ่น

จะเห็นว่าความรุนแรงทางจิตใจ มีในรูปแบบของคำพูด วาจา เชิงลบ ด้วยการต่อว่า ตำหนิ ชู ซึ่งคำพูดเหล่านี้ เป็นการทำร้ายจิตใจแก่ผู้รับสาร เป็นอย่างยิ่ง ทำให้เกิดผลทางใจที่ไม่อาจมองเห็นได้ นอกจากนี้เป็นการลด ความเป็นมนุษย์และการตีตราให้เด็กเจ็บปวดทางจิตใจ

3) การละเลย/ทอดทิ้ง

3.1 ด้านสุขภาพ จากข้อมูลการสำรวจในเด็ก พบว่า มีเด็ก จำนวน 2 คน ไม่ได้รับวัคซีน และจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก เรื่อง การรับประทานอาหารเช้าส่วนใหญ่เป็นข้าวเหนียวไก่ทอดเกือบทุกวัน (สังเกตเห็นน้ำมันที่แม่ค้าใช้ทอดมีสีดำ เป็นน้ำมันทอดซ้ำหลายครั้ง) และ บางส่วนรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปบ่อยครั้ง และสังเกตเด็กบางคนผอม แคระแกร็น

3.2 การละเลยด้านการศึกษา พบว่า มีเด็ก จำนวน 2 ราย ที่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ไม่ส่งเด็กเข้าโรงเรียน รายแรกอยู่ในครอบครัวพ่อเลี้ยงเดี่ยว เด็ก ไม่มีเอกสารใบแจ้งเกิด อีกรายเป็นเด็กพิการแต่สามารถใช้มือได้ เคลื่อนไหวโดย มือใช้พุงตัว เพื่อให้เคลื่อนที่ไปได้

3.3 การละเลยด้านกฎหมาย มีเด็ก จำนวน 1 คน ไม่มีบัตร ประจำตัวประชาชน

4. ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรง

จากการกระทำดังกล่าวของพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ส่งผลด้าน อารมณ์หรือด้านจิตใจของลูก ได้แก่ ร้องไห้ เสียใจ น้อยใจ งอน โกรธ และ เครียดหรือไม่มีความสุข มีเด็กบางคนหัวเราะกับการกระทำดังกล่าวและมีเพียง 1 คนเท่านั้น ที่ไม่รู้สึกอะไร ผลต่อความรู้สึกทางกายจากการทำร้ายร่างกาย ได้แก่ เจ็บ นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อร่างกายของเด็ก มีแผลหรือรอยฟกช้ำ บนร่างกาย 2-3 วัน จากการกระทำดังกล่าวของพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ผลทาง อารมณ์/ความคิดของเด็ก ได้แก่ ร้องไห้ จำนวน 7 ราย หน้าบูด/ซีกสีหน้า/งอน จำนวน 3 ราย คิดว่าพ่อไม่รัก จำนวน 1 ราย เสียใจ จำนวน 1 ราย นอกจากนี้ ยังส่งผลทางร่างกาย เลือดออก จำนวน 1 ราย มีรอย (แผล) จำนวน 1 ราย ไม่มี รอยฟกช้ำ จำนวน 1 ราย และเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ เฉย ๆ /ไม่เถียง/เงียบ

จำนวน 4 ราย เลี้ยง จำนวน 1 ราย ไม่กินข้าว จำนวน 1 ราย ไปหาน้ำข้างบ้าน
จำนวน 1 ราย ขอร้อง “ย่า อย่าตีได้ไหม” จำนวน 1 ราย ด่าแม่ จำนวน 1 ราย
ใช้สายตามองอยากให้แม่ปลอบจำนวน 1 ราย ให้มือปกป้องตัวเอง จำนวน 1
ราย พูดว่า “ไม่เอาแล้ว รักแม่” จำนวน 1 ราย

จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กจากความรุนแรงใน
ครอบครัวนั้น ส่งผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความเจ็บป่วย
ทางจิตใจจะติดค้างในใจเป็นเวลานาน และอาจส่งผลให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ
หรือความทรงจำเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่เปราะบาง หวาดกลัว กลียดชังตามมา
ซึ่งแผลทางจิตใจที่เกิดขึ้นมีผลต่อพฤติกรรมของเด็กอีกด้วย เด็กได้ซึมซับ หรือ
เก็บความทรงจำที่ไม่ดีเหล่านี้ ผู้การแสดงออกพฤติกรรมที่ก้าวร้าว พฤติกรรม
เลียนแบบ นำไปใช้กับตนเองหรือคนอื่น ๆ ต่อไปได้

5. การรับรู้ด้านการช่วยเหลือ

การรับรู้แหล่งช่วยเหลือและบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมี
น้อย จากผลการวิจัยที่พบว่า การจัดการความรุนแรงที่กระทำต่อเด็กในชุมชน
พบว่า ไม่มีการจัดการปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้น มองว่าเป็นเรื่องส่วนตัวของ
ครอบครัว นั้น ๆ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 66.67) เมื่อสถานการณ์ความรุนแรง
เกิดขึ้น ไม่ทราบหาหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ/บุคคลที่ช่วยเหลือ ต้องแจ้ง
ใคร หรือหน่วยงานใด จำนวน 12 คน (ร้อยละ 80) ไม่มีการรับรู้ข้อมูลแหล่ง
ขอรับการช่วยเหลือ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบ 10 คน (ร้อยละ 66.7) ความสนใจ
เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.
2550 พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบแต่สนใจ 6 คน (ร้อยละ 40) รองลงมา พอทราบ
บ้าง 5 คน (ร้อยละ 33.33) และไม่เคยได้ยินไม่สนใจ 4 คน (ร้อยละ 26.67)

แสดงให้เห็นถึงการรับรู้หรือความใส่ใจต่อการให้ความช่วยเหลือเด็กที่ถูกกระทำ ความรุนแรงยังมีน้อยมาก

จากข้อมูลการรับรู้ด้านการช่วยเหลือ ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระบวนการช่วยเหลือ แม้กระทั่งเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ ไม่ทราบในรายละเอียดส่วนนี้ ทำให้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการช่วยเหลือ ตามกระบวนการ เมื่อปัญหาไม่ถูกแก้ไข หรือไม่ได้รับความช่วยเหลือ ปัญหาเหล่านี้ ถูกสะสมเป็นปมในใจของเด็ก เกิดความเคยชินในความรุนแรงนั้น ๆ มองว่าเป็นเรื่องปกติ ซึ่งในความเป็นจริงไม่ใช่เรื่องปกติและเป็นเรื่องที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อเด็ก เป็นอย่างยิ่ง อาจเป็นจุดกำเนิดของการเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามอีกด้วย

การอภิปรายผล

การศึกษาสภาพปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่โดยเด็กเป็นผู้ถูกกระทำ ในพื้นที่ชุมชนจันทรีโรจน์(ชุมชนแออัดริมทางรถไฟ) อำเภอหาดใหญ่ จังหวัด สงขลา สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชุมชนจันทรีโรจน์ โดยเด็กเป็นผู้ถูกกระทำจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้น จากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมีหลากหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็น **1. ความรุนแรงทางร่างกาย** พบว่า พ่อแม่ ผู้ปกครอง ใช้วิธีการลงโทษเด็กด้วยการตี อุปกรณ์ส่วนใหญ่ใช้สิ่งที่อยู่ใกล้มือ เช่น ไม้แขวนเสื้อ ไม้เรียว ไม้กวาด ใช้ท่อพีวีซี ซึ่งทำให้เกิดแผลตามร่างกายของเด็ก **2. ความรุนแรงทางจิตใจ** พบว่า พ่อแม่ ผู้ปกครอง ได้กระทำความรุนแรงด้วยวาจา เช่น บ่น ดุ ชู่ ด่าด้วยถ้อยคำหยาบคาย เป็นต้น เป็นประเภทความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับเด็กในพื้นที่ชุมชนจันทรีโรจน์มากที่สุด **3. การละเลยในการเลี้ยงดู** จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก เรื่อง

การรับประทานอาหารเช้าส่วนใหญ่เป็นข้าวเหนียวไก่ทอดเกือบทุกวัน และบางส่วนรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปเกือบทุกมื้อ จะเห็นว่าการดูแลเรื่องอาหารมีความเสี่ยงที่เด็กจะขาดสารอาหาร มีภาวะโภชนาการบกพร่อง และสังเกตเด็กบางคนผอมแฉะแกร็น ขาดการดูแลเอาใจใส่และไม่เห็นความสำคัญในเรื่องโภชนาการ ซึ่งปรากฏการณ์นี้เด็กกำลังเผชิญกับความรุนแรงในมิติของการละเลยในการเลี้ยงดู นอกจากนี้ มีเด็กถูกละเลยด้านการศึกษา พบว่ามีจำนวน 2 ราย ที่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ไม่ส่งเด็กเข้าโรงเรียน รายแรกอยู่ในครอบครัวพ่อเลี้ยงเดี่ยว เด็กไม่มีเอกสารใบแจ้งเกิด อีกรายเป็นเด็กพิการด้านร่างกายหรือการเคลื่อนไหวแต่สามารถใช้มือได้ เคลื่อนไหวโดยใช้มือพุงตัวให้เคลื่อนที่ไปได้ แต่แม่ไม่ได้สนับสนุนให้เด็กเข้ารับการการศึกษาในห้องสมุดของชุมชนที่ทางเทศบาลนครหาดใหญ่จัดเป็นสถานที่เรียนสำหรับเด็กออทิสติก

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความรุนแรงนั้นไม่ใช่แค่การใช้กำลังอาวุธ ในการทำร้ายร่างกายของอีกฝ่าย ทำให้อีกฝ่ายได้รับบาดเจ็บแผลตามร่างกายเพียงเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงแล้วความรุนแรงนั้นมีหลายประเภท มีทั้งความรุนแรงทางร่างกาย โดยการ ตี ตบ ตะ ต่อย ใช้กำลังในการจัดการ ส่งผลให้ผู้ถูกกระทำได้รับบาดเจ็บมีแผลตามร่างกาย ประจักษ์เห็นได้ง่ายแก่ผู้พบเห็นถึงความผิดปกติเหล่านี้ อีกหนึ่งความรุนแรงที่คนมักมองข้าม หรืออาจไม่ทราบว่าการกระทำเหล่านี้คือความรุนแรง นั่นคือ ความรุนแรงทางจิตใจ ด้วยคำพูด วาจาเชิงลบ ในลักษณะคำพูดที่ด่าต่อกัน คำหยาบคาย คำขู่ เป็นต้น ซึ่งคำพูดเหล่านี้ที่เปล่งออกมานั้นเป็นความรุนแรงชนิดหนึ่งกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้รับสารเป็นอย่างยิ่ง บางครั้งคนที่พูดออกไปนั้นไปทราบว่ามัน คือความรุนแรง อาจมองว่าเป็นคำพูดที่ใช้ในการสื่อสารทั่วไปหรือเป็นการสั่งสอน แต่เด็กที่ได้รับสารคำพูดวาจาเชิงลบเหล่านี้จะสะสมความรู้สึกแล้วเกิดเป็น

ปมแผลในใจต่อไป เป็นแผลที่ไม่สามารถประจักษ์เห็นได้ ซึ่งแตกต่างกับความรุนแรงทางร่างกายที่สามารถมองเห็นแผลตามร่างกายได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงด้านร่างกายย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจด้วยเช่นกัน เกิดเป็นแผลในใจของเด็กอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น หรืออาจเป็นฉนวนในการก่อเกิดปัญหาสังคมอื่น ๆ ตามมาอีกด้วย และอีกหนึ่งความรุนแรงที่ไม่ได้เกิดจากการใช้กำลังทำร้ายร่างกาย หรือใช้คำพูดวาจาเชิงลบทำร้ายจิตใจ คือการปล่อยปละละเลย ทอดทิ้งไม่เลี้ยงดูลูก/เด็ก ขัดขวางการเจริญเติบโตของลูก/เด็ก ไม่ส่งเสริมสนับสนุนให้ลูก/เด็กได้รับการพัฒนาการด้านต่าง ๆ ตามวัยที่ลูก/เด็กควรได้รับ ซึ่งการที่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ได้กระทำการเช่นนี้ เท่ากับว่าพ่อแม่ ผู้ปกครองเหล่านี้กำลังใช้ความรุนแรงต่อลูกของตนเอง ความรุนแรงประเภทนี้ไม่ใช่กำลังในการทำร้าย และไม่ใช้คำพูดทำร้ายด้วยเช่นกัน แต่เกิดจากพฤติกรรม หรือการบกพร่องในบทบาทหน้าที่ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง นำพาให้ลูก/เด็กเข้าสู่วงจรของความรุนแรงในครอบครัวได้ในที่สุด จะเห็นได้ว่า การกระทำความรุนแรงในลักษณะนี้จัดอยู่ในประเภทความรุนแรงสอดคล้องกับข้อมูลของ กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้ระบุถึงลักษณะและขอบข่ายของความรุนแรงในครอบครัว ตามที่หน่วยงานและองค์กรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับ กระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุถึงลักษณะและขอบข่ายของความรุนแรงในครอบครัว ตามที่หน่วยงานและองค์กรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับปัญหานี้ได้ระบุไว้ ดังนี้ 1) การทำร้ายร่างกาย (Physiological assault) เป็นการทำร้ายกันโดยใช้กำลัง เช่น ตบ ตี เตะ ต่อย รวมทั้งการใช้อาวุธจนได้รับบาดเจ็บ และการฆาตกรรม 2) การทำร้ายจิตใจ (Psychological / Emotional / Verbal abuse) เป็นการทำร้ายโดยการใช้อำพุดหรือภาษาพูดที่หยาบคาย ดูถูกเหยียดหยาม ทำให้ผู้ถูกกระทำขาดความเชื่อมั่นและนับถือในตนเอง

การกระทำดังกล่าวมีผลทางด้านจิตใจ และมีผลเสียต่อการอบรมดูแลเด็กในครอบครัว 3) การใช้ความรุนแรงในด้านสังคม (Social abuse) หมายถึง การปล่อยปละละเลย ไม่ให้ความสำคัญหรือความสนใจ การขัดขวางความก้าวหน้า การจำกัดสิทธิทางสังคมที่พึงมีเช่น การปฏิเสธสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ทั้งนี้รวมถึงการจำกัดบริเวณด้วย 4) การใช้ความรุนแรงด้านเศรษฐกิจ (Economical abuse) เป็นการควบคุมและยึดครองทรัพย์สินต่าง ๆ ของครอบครัว รวมทั้งการจำกัดใช้จ่าย 5) การกระทำทารุณทางเพศ (Sexual assault) การกระทำทารุณทางเพศถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น การข่มขืน หรือการกระทำอนาจารที่ทำให้เกิดความเสื่อมเสีย

ในส่วนของการสาเหตุการเกิดความรุนแรงในครอบครัวโดยเด็กเป็นผู้ถูกกระทำ ในพื้นที่ชุมชนจันทร์โรจน์นั้น จากการศึกษาพบว่า **1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ** สถานะทางเศรษฐกิจของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน รายได้ที่ไม่แน่นอน ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป พ่อแม่ผู้ปกครองทำงานนอกบ้านไปเช้าเย็นกลับ ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ลูก ๆ ได้อย่างเต็มที่ตามบทบาทหน้าที่ของพ่อแม่ผู้ปกครอง ไม่ว่าจะเป็นด้านอาหารการกิน สุขอนามัย ด้านการเรียน ไม่แจ้งเกิด ไม่พาไปทำบัตรประชาชน เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กเป็นอย่างยิ่ง ทำให้เด็กบางคนมีปัญหาด้านสุขภาพ บางคนไม่ได้เรียนหนังสือ ด้วยสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวไม่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากนัก จนเกิดความเคยชินในวิถีชีวิตดังกล่าวมองว่าเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน ซึ่งปรากฏการณ์เหล่านี้บ่งบอกว่าเด็กกำลังเผชิญกับความรุนแรงในครอบครัวในประเภทของความรุนแรงการปล่อยปละละเลย หรือทอดทิ้งเด็ก **2. ปัจจัยด้านสังคม** พ่อแม่ผู้ปกครองมีปัญหาพฤติกรรมส่งผลให้เป็นผู้ต้องขัง บางครอบครัวมีการใช้

สารเสพติด หรือดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ พฤติกรรมเชิงลบเหล่านี้ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง เมื่อมีอาการมีนเมาก่อให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวโดยการทำร้ายร่างกาย สำหรับบางครอบครัวเกิดความรุนแรงด้านจิตใจ เกิดการทะเลาะ ต่ำทอกันด้วยฤทธิ์ของสุรายาเสพติด พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวหนึ่งในนั้น คือลูก ๆ ที่ยังอยู่ในวัยเด็ก วัยไร้เดียงสา ที่ไม่สามารถที่จะแยกแยะออกได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น คือความรุนแรงในครอบครัว **3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม** ด้วยสภาพชุมชนเป็นชุมชนแออัดมีความซับซ้อนของผู้คนที่มีความหลากหลาย มีแหล่งอบายมุขในชุมชนจากการสังเกตเห็นการเล่นการพนันต่าง ๆ มีร้านเกมที่อยู่ใกล้ชุมชน และมีการลดราคาจูงใจอยู่เรื่อย ๆ สิ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่เอื้อในการเกิดความรุนแรงในครอบครัวขึ้นได้

จะเห็นได้ว่า ทั้ง 3 ปัจจัย เป็นปัจจัยทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว มีความสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิงที่ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนแออัด/ชุมชนอื่น ๆ พบว่า คนในครอบครัวที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวสาเหตุเกิดจากการศึกษาน้อย มีรายได้ต่ำ สภาพสังคมเศรษฐกิจระดับต่ำ และปัญหารายได้ไม่เพียงพอ และชุมชนที่ยากจน ชุมชนแออัดนั้น มีสถิติความรุนแรงในครอบครัวสูงมาก จากการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 50 บอกว่า ถูกสามีตี (กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2546) และชุมชนเมืองที่อยู่กันอย่างแออัด หรือเป็นชุมชนที่มีลักษณะซับซ้อนเพราะประชากรมีความหลากหลาย เช่น จากการศึกษาของ รุ่งรัตน์ เพิ่มเกียรติขจร และ รณชัย คงสกนธ์ (2549) ที่

ชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่พบบ่อยมากที่สุดคือช่วงอายุ 38-47 ปี และส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อเด็กจากความรุนแรงในครอบครัวที่เด็กได้รับนั้นจากการศึกษา พบว่า เด็กที่ได้รับความรุนแรงทางร่างกายจากการลงโทษเด็กด้วยการตี อุปกรณ์ส่วนใหญ่ใช้สิ่งที่อยู่ใกล้มือ เช่น ไม้แขวนเสื้อ ไม้เรียว ไม้กวาด มี 1 ราย ใช้ท่อพีวีซี ซึ่งทำให้เกิดแผลตามร่างกายของเด็ก ในส่วนของเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงด้วยคำพูด วาจาเชิงลบ ต่ำทอ ขู่ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเด็ก เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมเข้าใจว่าคำพูดเหล่านี้สามารถใช้ได้กับคนทั่วไปนำไปใช้กับเพื่อน ๆ ก่อเกิดปัญหาทะเลาะวิวาท และปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกด้วย ผลกระทบด้านจิตใจนั้นสะสมเป็นปมเกิดแผลทางใจ ถึงขั้นรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้เด็กมีอาการทางจิตเกิดขึ้น และในส่วนของผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตอันเนื่องมาจากการถูกการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมปล่อยปละละเลย ไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของเด็ก ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจ พัฒนาการของเด็ก เป็นต้น แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้นไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงประเภทใดก็ตาม ล้วนเกิดผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งสิ้นเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งสิ้นกลายเป็นปมใจชีวิตและภาพความทรงจำที่แสนเจ็บปวดในชีวิตซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รณชัย คงสกนธ์ (2549) ในประเด็นกระทบด้านสังคม สาธารณสุข และด้านความมั่นคง ในส่วนของด้านสังคม ผลกระทบคือการมีพฤติกรรมความเสื่อมเสียศีลธรรม กระทบต่อสิทธิมนุษยชน ความผิดต่อกฎหมายบ้านเมือง จากผลวิจัยชี้ชัดว่าเด็กในครอบครัวที่มีความรุนแรง จะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม โรคจิต โรคประสาท วิตกกังวล ความก้าวร้าว รวมถึงการใช้สารเสพติดในอนาคต ทางด้านสาธารณสุข

ผลกระทบในด้านนี้คือ ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจนนำสู่การรักษา ความพิการทางกาย ความเจ็บป่วยทางจิต โรคทางจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตายและการทำร้ายคนใกล้ชิด และการก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจของ ลูกในครอบครัว และทางด้านความมั่นคง ผลกระทบคือการล่มสลายของ ครอบครัว การหย่าร้าง การทำร้ายถึงแก่ชีวิต การเบียดเบียน และผลกระทบ ต่อความเปราะบางของสังคมโดยรวมทั้งนี้ผลกระทบโดยภาพรวมต่อสังคม ก็คือ ความเปราะบางในสังคมแยลง สวนทางกับการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ เยาวชน รุนตอไปที่มีปัญหา รวมทั้งการใช้ความรุนแรงมากขึ้น ความเจ็บป่วยทางจิตพบ สูงขึ้น และสังคมไทยจะอ่อนแอลง

จะเห็นได้ว่าปัญหาความรุนแรงในครอบครัวนั้น เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นใน ครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งจริง แต่ไม่ใช่เป็นเรื่องของครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง เพราะผลกระทบที่เกิดขึ้นสามารถแพร่กระจายวงกว้างเกิดผลกระทบทางตรง และทางอ้อม มีผู้ที่เกี่ยวข้องต้องรับผิดชอบมากมาย ยิ่งผู้ถูกกระทำเป็นเด็กไม่ ความมองข้ามเป็นอย่างยิ่ง เป็นหน้าที่ของทุกคนในสังคมที่ต้องคุ้มครองดูแลเด็ก ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของครอบครัวเด็กเท่านั้น ช่วยกันดูแล ปกป้องคุ้มครองเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ดี ได้รับการพัฒนา ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเติบโต เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การป้องกันคุ้มครองเด็กนั้นไม่ใช่หน้าที่ของครอบครัวเพียงผู้เดียว หรือ ไม่ใช่เรื่องของครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง แต่เป็นเรื่องของทุกคนในสังคม เพราะ เด็กคือสมาชิกของสังคม เมื่อสมาชิกของสังคมได้รับอันตรายหรือเผชิญกับ ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง ทุกคนในสังคมต้องช่วยกันดูแล คุ้มครองเพื่อให้คนในสังคม

ใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข สังคมก็จะน่าอยู่ปลอดภัย ความรุนแรง ยิ่งกรณีเด็กยิ่งต้องเพิ่มความดูแลเอาใจใส่เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิง เป็นกลุ่มเปราะบาง ซึ่งเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยง เป็นผู้ถูกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งทุกคนควรมีส่วนร่วมในการปกป้องคุ้มครองเด็ก โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน สามารถออกแบบรูปแบบการป้องกันความรุนแรงในครอบครัวที่กระทำต่อเด็ก อธิบายตามแผนผังต่อไปนี้



1. บทบาทของครอบครัว (พ่อแม่ ผู้ปกครอง)

1.1 พ่อแม่ ผู้ปกครอง ควรเรียนรู้พัฒนาการตามธรรมชาติของเด็ก เพื่อจะได้เข้าใจพฤติกรรมของเด็ก และสามารถตอบสนองต่อพฤติกรรมของเขา ได้อย่างเหมาะสม

1.2 พ่อแม่ ผู้ปกครอง ควรเรียนรู้การสื่อสารเชิงบวก

1.3 พ่อแม่ ผู้ปกครอง ควรเรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพ มีกิจกรรม สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว จัดเวลาให้ครอบครัว

1.4 พ่อแม่ ผู้ปกครอง ควรเข้าใจความแตกต่างและสามารถประเมินศักยภาพ ความถนัดของเด็กได้เพื่อจะได้สนับสนุนความสามารถอะไร และสนับสนุนลูกให้ถูกทาง

1.5 พ่อแม่ ผู้ปกครอง ควรมีการศึกษาทางศาสนา เพื่อสามารถอบรมลูกทั้งทางกาย วาจา จิตใจ และด้านศาสนา

1.6 พ่อแม่ ผู้ปกครอง ฝึกฝนให้เด็กรู้จักการช่วยเหลือครอบครัว และการช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักมารยาททางสังคม และเป็นแบบอย่างที่ดีของลูก

2. บทบาทของโรงเรียน

2.1. โรงเรียน ดำเนินการจัดโครงการหรือกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหา ร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน

2.2. โรงเรียนควรจัดสอนวิชา หรือกิจกรรมเพื่ออบรมมารยาทและจริยธรรม

2.3 โรงเรียนมีการสอนที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาในสังคมปัจจุบัน เช่น วิชาการสร้างความเมตตา ทักษะที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน มารยาททางสังคม การมีจิตสาธารณะ เน้นสอนปฏิบัติจริงพร้อมสาธิต เด็กได้ทำจริง ไม่ใช่สอนตามตำราอย่างเดียว

3. บทบาทของชุมชน

ทุกคนในชุมชนช่วยกันดูแลเด็กสอดส่องมองว่า หากมีบ้านใดกระทำความรุนแรงต่อเด็ก หรือเด็กคนใดกำลังเผชิญปัญหาความรุนแรงในครอบครัว สามารถแจ้งผู้นำของชุมชนที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายก อบต.) ตามกฎหมายพระบัญญัติคุ้มครองเด็ก 2546 มาตรา 24 ได้กำหนดชัดเจนว่า ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ หรือแจ้ง อาสาสมัคร

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ทาง อพม. ก็จะแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป หรือบางกรณีที่สามารถใกล้เคียงได้ ทางชุมชนสามารถจัดการใกล้เคียงสร้างความเข้าใจระหว่างกันและกัน โดยมีผู้นำชุมชน หรือผู้นำศาสนา เป็นผู้ใกล้เคียง ผู้นำศาสนาบรรยายด้านศาสนา ให้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ใส่ใจ การดูแลลูก และอบรมจริยธรรมสำหรับเด็ก การที่ชุมชนมีบทบาทในการป้องกัน คัดกรองเด็กในลักษณะที่ทุกคนในชุมชนช่วยกันดูแล ปกป้องคุ้มครอง โดยไม่ได้มองว่าเป็นเรื่องของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นเรื่องของทุกคนในชุมชน เมื่อคนในชุมชนมีมุมมองต่อสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวเป็นเรื่องของทุกคน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบบทบาทหน้าที่ในการคุ้มครองเด็ก นำพาให้ชุมชนเกิดความความเข้มแข็ง ในการพึ่งพาตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาชุมชนโดยชุมชน เป็นต้นแบบชุมชนคุ้มครองเด็ก

4. บทบาทของหน่วยงาน

4.1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดการอบรมผู้ปกครองเรื่องการดูแลลูก ในชุมชน โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญมา บรรยายในพื้นที่ เพื่อสร้างเข้าใจการเลี้ยงลูกที่ถูกต้อง ชักชวนผู้ปกครองทุกคนเข้า ร่วมรับฟัง

4.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดกิจกรรมสัมพันธ์พ่อแม่ลูก ที่เกิดจากความร่วมมือของหน่วยงาน ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง และเด็กเช่น ค่ายครอบครัว ค่ายคุณธรรม จริยธรรม เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน

4.3 ส่งเสริม สนับสนุนการทำงานของสภาเด็กและเยาวชนในการทำกิจกรรมกับเด็ก ๆ และครอบครัวในชุมชน

4.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม พ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน เป็นการตระหนักถึงเพื่อการป้องกันความรุนแรงในครอบครัว และหาวิธีป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาสถานการณ์ได้ตรงตามปัญหาที่แลกเปลี่ยน

4.5 หน่วยงานราชการ และหน่วยงานภายนอกเข้ามาช่วยเหลือ ให้ เด็กได้ไปทำกิจกรรมนอกพื้นที่ ทักษะศึกษา ให้มีการสนับสนุน ส่งเสริมเด็กทุกคน ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในชุมชน ให้ได้รับสิทธิที่เท่าเทียมกัน

จะเห็นได้ว่าพลังการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน ชุมชน หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและเกี่ยวข้องกับเด็กมากที่สุด เข้ามามีส่วนร่วมในการปกป้องคุ้มครอง ดูแลเด็ก เพราะปัญหาที่เด็กเผชิญไม่ใช่เพียงแค่ เป็นหน้าที่ของครอบครัวเพียงผู้เดียว แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนไม่ว่าจะเป็น โรงเรียนซึ่งเป็นสถานที่ที่เด็กใช้ชีวิตมากที่สุดรองจากบ้าน เด็กมีความผูกพันกับ โรงเรียน ชุมชนในฐานะที่เด็กเป็นสมาชิกของชุมชนได้พักอาศัย เกิดและโตใน ชุมชนย่อมมีความคุ้นเคยและผูกพัน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและ เอกชน ที่มีภารกิจในการทำงานด้านส่งเสริม พัฒนา ปกป้องคุ้มครองเด็ก เมื่อ พลังของครอบครัว โรงเรียน ชุมชน หน่วยงาน มีส่วนร่วมในการปกป้องคุ้มครอง เด็ก โดยร่วมกันทำงานไม่แยกส่วนต่างคนต่างทำ แต่เป็นการร่วมกันโดยเด็กอยู่ ตรงกลาง มีครอบครัว โรงเรียน ชุมชน หน่วยงาน คอยปกป้องคุ้มครอง เพราะ เรื่องของเด็ก ไม่ใช่เรื่องเด็ก ๆ ไม่ควรมองแยกส่วนหรือต่างคนต่างทำ ควรแก้ไข ปัญหาแบบองค์รวมโดยยึดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดย ยึดหลักที่ว่า การปฏิบัติต่อเด็กไม่ว่ากรณีใด ให้คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็ก เป็นสำคัญและไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม เด็กก็จะได้รับการปกป้อง คุ้มครองมีความปลอดภัยในชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยในพื้นที่ชุมชนจันทร์วิโรจน์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *โครงการจัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤติจากความรุนแรงเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ (ศูนย์พึ่งได้)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ. (2546). *ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). *รายงานสถานการณ์ด้านเด็กและเยาวชน ประจำปี 2563 สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว*.
- จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ. (2561). ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในครอบครัวของเด็กวัยเรียน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(2), 189-200.
- ชินุทัตย์ กาญจนจิตรา, กฤตยา อาชวนิจกุล, และ วาสนา อิมเอ็ม. (2542). ความรุนแรงต่อผู้หญิง: ปัญหาที่ยังซ่อนเร้น. *ประชากรและการพัฒนา*, 19(6), 1-2
- บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์. (2558). สถานการณ์การกระทำรุนแรงต่อสตรี: ศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรีโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(5), 587-599.

- ปพนธีร์ ชีระพันธ์. (2559). ความรุนแรงในครอบครัวในเขตพื้นที่ลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลาฝั่งตะวันตก. *วารสารปาริชาติ*, 29(2), 155-168.
- รณชัย คงสกนธ์. (2549). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องความรุนแรงในครอบครัว. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤตินกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- รักยัม ปัทมสิงห์ ณ อยุธยา และคณะ. (2553). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว: กรณีศึกษา 3 ชุมชนในจังหวัดสระบุรี. *รามานธิบดีเวชสาร*, 33(4), 242-250.
- รุ่งรัตน์ เพิ่มเกียรติขจร และ รณชัย คงสกนธ์. (2549). การศึกษาผลกระทบด้านครอบครัว สังคม อารมณ์ จากปัญหาความรุนแรงในครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนรอบโรงพยาบาลรามานธิบดี. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 29(3), 84-91.
- ยงยุทธ แสนประสิทธิ์. (2554). รูปแบบการป้องกันปัญหาความรุนแรงในครอบครัว โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤตินกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา. (2564). รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดสงขลาประจำปี 2564.
- สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, สำนักวิชาการ. (2558). การใช้ความรุนแรงในครอบครัว กฎหมายช่วยได้. สืบค้นจาก http://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2558/feb2558-3.pdf

อำพล สุอำพัน. (2542). ความรุนแรงในบ้าน. *จิตเวชสำหรับประชาชน*.
เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทพันธ์.

Malley-Morrison, Kathleen. (2004). *Family Violence in a Cultural Perspective: Defining, Understanding, and Combating Abuse*.
California: SAGE Publications.

บทวิจารณ์หนังสือ (Book Review)

ณัฐพัชร สโรบล¹

Nattapat Sarobol²



ชื่อหนังสือ: “Beyond Successful and Active Ageing: A Theory of Model Ageing”

ผู้แต่ง: Virpi Timonen

สำนักพิมพ์: Policy Press

ปีที่พิมพ์: ค.ศ. 2016

จำนวนหน้า: 102 หน้า

Beyond Successful and Active Ageing

ผู้เขียนหนังสือเล่มนี้ตั้งคำถามในแง่มนต์ที่เกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จและสะท้อนแนวคิดที่เชื่อมโยงกันระหว่าง การมีทัศนคติเชิงบวก การยังประโยชน์ พลัดพลังและการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ โดยผู้เขียนได้แรงบันดาลใจในการเขียนหนังสือเล่มนี้มาจาก หนังสือเรื่อง “Winning Strategies for Successful Ageing” ของ Pfeiffer ที่เขียนขึ้นในปี ค.ศ. 2013 โดยผู้เขียนเลือกประโยคสำคัญบางหน้าจากหนังสือดังกล่าวมาขยายความ ได้แก่

- 1) หน้า 14 เขียนไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่ชอบสถานที่

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

E-mail: familypooh@hotmail.com

² Assistant Professor Dr., Lecturer of Faculty of Social Administration, Thammasat University, Bangkok, Thailand

ที่เขาอยู่ รู้ว่าเขาเป็นใครและเขาไม่ได้อยู่อย่างโดดเดี่ยว” 2) หน้า 16 เขียนไว้ว่า “หลังจากเกษียณอายุแล้ว ผู้สูงอายุสามารถอาศัยอยู่ที่ไหนก็ได้ในโลก โดยไม่มีพันธะสัญญาและการถูกข่มขู่จากเพื่อนร่วมงานหรือสถานที่ที่เป็นบ้านเกิด” 3) หน้า 29 เขียนไว้ว่า “ผู้สูงอายุสามารถทำงานที่ถนัดหรือมีความชำนาญต่อไปเรื่อย ๆ แต่ลดการเฉิดฉายลง ให้ทำงานที่คุณถนัด เช่น การเป็นที่ปรึกษา” 4) หน้า 34 เขียนไว้ว่า “ผู้สูงอายุสามารถเดินทางไปไหนก็ได้ในโลกทราบเท่าที่ปรารถนาหรือต้องการ” 5) หน้า 37 เขียนไว้ว่า “ผู้สูงอายุมีอิสระที่จะใช้เวลาอยู่กับลูกหลานเมื่อเขายังมีชีวิต” และ 6) หน้า 40 เขียนไว้ว่า “เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมแบบกับความสัมพันธ์ของคู่สมรส และสิ่งสำคัญคือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม”

ผู้เขียนหนังสือเล่มนี้สะท้อนความจริงที่ว่า จำนวนนักวิชาการและนักวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น แต่ปรากฏว่า งานวิจัยที่ได้รับทุนในการศึกษาประเด็นดังกล่าวกลับมีน้อยและส่งผลให้คนที่ถูกเลือกเข้ามามีส่วนร่วมในการวิพากษ์วิจารณ์ตามความเชี่ยวชาญกลับมีโอกาสน้อยมากในการทำงานและการตั้งคำถามต่อประเด็นดังกล่าว และผู้เขียนความคาดหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะช่วยให้บุคคลที่มีความสามารถในการวิพากษ์แนวคิดของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานด้านผู้สูงอายุและนักพัฒนาวิทยาได้เข้าใจและช่วยจุดประกายให้ผู้อ่านได้ตรวจสอบตัวเองในฐานะนักวิจัยและนักวิชาการที่เป็นส่วนหนึ่งของความเชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ

ในฐานะผู้วิจารณ์หนังสือเล่มนี้มองว่าประเด็นปฏิทรรศน์หรือความย้อนแย้งเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุเป็นเรื่องน่าสนใจและอยากแนะนำให้ นักวิชาการด้านผู้สูงอายุได้อ่านและทำความเข้าใจ เพราะเชื่อว่านักวิชาการหลายคนหรือแม้แต่ผู้สูงอายุเองต่างมีคำถามย้อนแย้งเช่นเดียวกับผู้เขียนเล่มนี้

แต่หาโอกาสนำเสนอแง่มุมเหล่านี้ได้น้อยมาก เพราะความย้อนแย้งดังกล่าวนี้ ยากที่จะอธิบายได้เพราะเป็นข้อสรุปที่ขัดแย้งกับข้อความที่ได้รับ การยอมรับกันโดยทั่วไปว่าถูกต้องโดยเฉพาะเรื่องที่ “ผู้สูงอายุมักถูกคาดหวังให้ มีความกระตือรือร้น มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม” ทั้งที่จริง ๆ แล้วสิ่งที่ ผู้สูงอายุปรารถนานั้นอาจแตกต่างออกไปจากความคาดหวังของสังคมโดยเฉพาะ บทที่ 2 และ 3 ผู้เขียนได้วิจารณ์ทั้งแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ และแนวคิดพหุพลังโดยการนำเสนอการให้คำนิยามจากนักคิดต่าง ๆ นอกจากนี้ บทที่ 2 ยังนำเสนอการศึกษาทบทวนข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับประเด็น การสูงวัยที่ประสบความสำเร็จไว้อย่างน่าสนใจ ในส่วนท้ายของเล่ม เป็น การนำเสนอเกี่ยวกับการตั้งคำถามเรื่องการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบ คุณลักษณะ และปัจจัยที่ทำให้เป็นผู้สูงอายุต้นแบบ รวมทั้งอธิบายเกี่ยวกับทฤษฎีการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบไว้อย่างน่าสนใจ

สาระสำคัญ

หนังสือเล่มนี้นำเสนอเนื้อหาจำนวน 5 บท ประกอบด้วย 1) ปฏิทรรศน์ และปริศนาในสังคมผู้สูงอายุ 2) บทวิจารณ์รูปแบบการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ 3) บทวิจารณ์รูปแบบผู้สูงอายุที่มีพหุพลัง 4) ปัญหาเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบ 5) ทิศทางของทฤษฎีการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบ

บทที่ 1 ปฏิทรรศน์และปริศนาในสังคมผู้สูงอายุ

สาระสำคัญของบทนี้ ผู้เขียนนำเสนอปฏิทรรศน์และปริศนาผ่าน วาทกรรมและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสังคมผู้สูงอายุ โดยสรุปความย้อนแย้งและ ปริศนาหลัก 5 ประการของประเด็นดังกล่าว ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุมักถูกคาดหวังให้ มีความกระตือรือร้น มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม แต่ในขณะเดียวกัน ประชากรสูงอายุมักถูกตีตราว่าเป็นบุคคลที่เปราะบาง ต้องการการพึ่งพิง และ

ขาดความเป็นอิสระในตัวเอง 2) ปริศนาเรื่องเพศและสภาพความมีดบอดของชนชั้นทางสังคม ซึ่งเกิดจากการตั้งสมมติฐานแบบเหมารวมว่า ไม่ว่าเพศหญิงหรือชาย คนที่มีฐานะร่ำรวยหรือจน จะต้องมีรูปแบบวิถีชีวิตที่เหมือนกันในวัยชรา ทั้ง ๆ ที่ในความเป็นจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น และยังสะท้อนแง่มุมของการที่ผู้สูงอายุถูกคาดหวังจากสังคม เช่น เรื่องการทำงานให้นานที่สุด ไม่ว่าจะเป็นงานที่มีค่าจ้างหรืองานอาสาสมัคร และงานดูแลช่วยเหลือผู้อื่น 3) ความย้อนแย้งของการสร้างนโยบายที่มุ่งเน้นเพียงเป้าประสงค์เดียวสำหรับประชากรผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ท่ามกลางการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกัน ทั้งในแง่ของสถานะเศรษฐกิจ สังคม โอกาส และประสบการณ์ 4) ปริศนาของการสมมุติหรืออนุมานว่า รัฐมีหน่วยงานที่เข้มแข็งที่จะผลิตสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุได้ แต่ในขณะเดียวกันผู้เขียนก็สะท้อนประเด็นความไม่แน่นอนของบทบาทรัฐด้วย และ 5) ความย้อนแย้งในการเปลี่ยนปัญหาให้เป็นวิธีแก้ไขปัญหา ซึ่งนับว่าเป็นความย้อนแย้งหลักที่สำคัญและสามารถใช้สรุปประเด็นนโยบายปัจจุบันของรัฐสวัสดิการผู้สูงอายุได้ดีที่สุด ผู้เขียนเชื่อมโยงการอธิบายความย้อนแย้งนี้ผ่านการนำเสนอวิธีการของภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นผลิตนโยบาย แนวทาง และให้คำแนะนำต่าง ๆ รวมทั้งยังนำเสนอแนวคิดการเปลี่ยนภาวะเป็นพลังหรือต้นทุนทรัพยากร

นอกจากนี้ ยังอธิบายเกี่ยวกับความคาดหวังจากประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ที่หลากหลายมากขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้ก่อให้เกิด “ตัวแบบทางพฤติกรรม” และการสร้างภาพลักษณ์ของประชากรสูงอายุไปในรูปแบบทิศทางเดียวกัน และสร้างความเชื่อที่ว่าผู้สูงอายุควรต้องมีพฤติกรรมและทัศนคติในการดำเนินชีวิตเป็นไปตามต้นแบบที่กำหนด รวมทั้งในส่วนท้ายนำเสนอให้เห็นถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสังคมสูงวัยที่ถูกมองข้ามไป รวมถึงความท้าทายของสังคมผู้สูงอายุที่

จำนวนประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนนานขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสังคมที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ ข้อมูลเชิงลึกและความจำเป็นในการพัฒนาทฤษฎีใหม่ ๆ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์และประเด็นต่าง ๆ ให้มีความเหมาะสมและครบถ้วน

บทที่ 2 บทวิจารณ์รูปแบบการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ

สาระสำคัญของบทนี้ ผู้เขียนนำเสนอแนวคิดเรื่องผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจและถูกวิพากษ์วิจารณ์ในวงการต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่องและแพร่หลาย โดยเน้นข้อสังเกตที่มีต่อการให้คำนิยามแนวคิดเรื่องการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จว่ายังไม่มีโครงสร้าง ขอบเขตหรือความหมายใดที่ชัดเจนที่จะสามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุมหรือเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง รวมทั้งนำเสนอการทบทวนการให้คำนิยามแนวคิดดังกล่าวจากการศึกษาที่ผ่านมา โดยได้สนับสนุนการให้นิยามที่เด่นชัดจากบทความของ Havighurst (1961) ซึ่งได้ให้คำนิยามไว้ว่าหมายถึง “สภาวะชีวิตของปัจเจกบุคคลและทางสังคมที่บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขมากที่สุด”

นอกจากนี้ ในบทนี้ยังมีการนำเสนอกรอบแนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จจากแนวคิดของนักคิดต่าง ๆ โดยเฉพาะนักคิดที่ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่ความเสื่อมถอยและสภาพพยาธิวิทยาของความชราภาพ แต่ให้ความสำคัญกับพัฒนาการ การปรับตัว และการปฏิบัติตนของบุคคลตั้งแต่ช่วงวัยกลางคน โดยครอบคลุมมิติความปลอดภัยและความทุกข์ทรมาน การมีสภาวะการทำงานทางร่างกายและความรู้สึกนึกคิดที่ดี และการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมที่สร้างคุณประโยชน์ และนำเสนอปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของช่วงวัย

ในบทนี้ยังมีการศึกษาทบทวนข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการประเด็นการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จไว้ 4 ประการ ได้แก่ (1) **ขาดค่านิยมที่เป็นที่ยอมรับในทิศทางเดียวกัน** นักวิจัยจำนวนมากพยายามให้ค่านิยมของคำว่า การสูงวัยที่ประสบความสำเร็จ แต่ด้วยมุมมองและการรับรู้แนวคิดดังกล่าวมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ บางส่วนให้ความสำคัญกับหลักเกณฑ์เชิงรูปธรรม แต่บางส่วนเห็นควรยึดหลักเกณฑ์เชิงนามธรรม ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งมุ่งเน้นไปที่มิติอื่น ๆ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะนำไปสู่การเห็นพ้องในคำจำกัดความเดียวกันได้ (2) **มีการขยายกรอบแนวคิดเรื่องการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จออกไปจนไร้ทิศทาง** ความพยายามในการศึกษาและสอบถามความเห็นและแนวคิดต่อเรื่องดังกล่าวในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและมีจำนวนมากขึ้น นำไปสู่การขยายกรอบแนวคิดต่อเรื่องดังกล่าวไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด (3) **ถูกมองว่าเป็นเรื่องของ การควบคุมของปัจเจกบุคคลระดับสูง** ผู้เชี่ยวชาญเรื่องผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งให้ความเห็นว่าแนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จนั้นมีรากฐานมาจากความพึงพอใจ คุณลักษณะ และประสบการณ์ของกลุ่มอภิสิทธิ์ชน ซึ่งมุ่งเน้นให้ค่าในเชิงวัตถุนิยมเป็นหลัก และ (4) **การสูงวัยที่ประสบความสำเร็จได้กลายเป็นสินค้าเพื่อการค้าขายและสร้างผลประโยชน์ในเชิงธุรกิจ** เนื่องจากกระบวนการทัศนคติความสำเร็จในวัยสูงอายุชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จขึ้นอยู่กับพฤติกรรม ทัศนคติ และสิ่งแวดล้อมมากกว่าลักษณะทางพันธุกรรม จึงทำให้เกิดการคิดค้นและสร้างผลิตภัณฑ์ในรูปแบบต่าง ๆ ที่โฆษณาว่าจะเป็นเครื่องมือชะลอวัยและส่งเสริมการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จในมิติต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมากมาย และในส่วนตัวยผู้เขียนได้สรุปข้อถกเถียงเรื่องแนวคิดการสูงวัยที่ประสบความสำเร็จว่าส่งผลกระทบต่อสังคมอย่างไรบ้าง

บทที่ 3 บทวิจารณ์รูปแบบผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรม

สาระสำคัญของบทนี้ ผู้เขียนวิจารณ์รูปแบบผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมว่าเป็นแนวคิดเชิงนโยบายขั้นพื้นฐานซึ่งเกิดจากการที่นักพฤกษศาสตร์ได้ใช้ประโยชน์จากแนวคิดเรื่องผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จไปสู่วงจรรายงานซึ่งสะท้อนการนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติได้จริงและเรียกว่าเป็น “การเป็นผู้สูงอายุต้นแบบ” ใบบทนี้ได้นำเสนอความคลุมเครือของความหมายพฤติกรรมและการโต้เถียงกันของนักวิชาการ รวมทั้งการอธิบายความหมายทั้งในแง่บวกและแง่ลบของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังนำเสนอการก่อรูปของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไปสู่การเกิดวงจรรายงานผ่านการศึกษาทบทวนจากตัวอย่างการกล่าวถึงแนวคิดนี้สู่ประชาคมโลกผ่าน 3 องค์การหลัก ได้แก่ องค์การสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลกและสหภาพยุโรปตั้งแต่ในช่วงปี ค.ศ. 1991 ถึงปี ค.ศ. 2015 โดยเน้นการนำเสนอแนวคิดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่อธิบายโดยสหภาพยุโรป ในปี ค.ศ. 2012 ที่อธิบายว่า แนวคิดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมนั้นมีจุดเน้น 3 ประการ ได้แก่ 1) การมีชีวิตอย่างอิสระ 2) การจ้างงาน และ 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม โดยหนังสือเล่มนี้ได้เชื่อมโยงจุดเน้น 3 ประการกับการเป็นต้นแบบของพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยนำเสนอความเชื่อมโยงเกี่ยวกับการเป็นต้นแบบพฤติกรรมในแง่ของการมีชีวิตอย่างอิสระ การเป็นต้นแบบพฤติกรรมในแง่ของการยังประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และการเป็นต้นแบบพฤติกรรมในแง่ของการยังประโยชน์ทางสังคม

ในส่วนต่อมานำเสนอ 1) การเป็นต้นแบบพฤติกรรมในแง่ของการมีชีวิตอย่างอิสระ โดยอธิบายไว้ว่า การที่ผู้สูงอายุจะสามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระได้นั้นการดำเนินการของนโยบายในเรื่องต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การปรับปรุงบ้านและการบริการ

การเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะ การมีสภาพแวดล้อม ผลิตภัณฑ์และการบริการที่เป็นมิตร และการพึ่งพิงตนเองได้มากที่สุดในระบบการดูแลระยะยาว 2) การเป็นต้นแบบพฤติกรรมในแง่ของการยังประโยชน์ทางเศรษฐกิจ โดยในส่วนนี้อธิบายถึงกรอบนโยบายที่จะส่งเสริมพื้ที่ก่อให้เกิดต้นแบบทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การฝึกจัดอบรมและอาชีพศึกษาอย่างต่อเนื่อง การสร้างบริบทการทำงานให้มีสุขภาพดี กลยุทธ์การบริหารจัดการอายุ การจ้างงานผู้สูงอายุ การป้องกันเรื่องการเลือกปฏิบัติในผู้สูงอายุ การจ้างงานที่เป็นมิตร ระบบผลประโยชน์ การถ่ายทอดภูมิประสพการณ์ และ การประนีประนอมการทำงานกับการดูแล และ 3) การเป็นต้นแบบพฤติกรรมในแง่ของการยังประโยชน์ทางสังคม ในส่วนนี้นำเสนอทิศทางของผู้สูงอายุในหลายรูปแบบ ได้แก่ การอยู่ร่วมกันในสังคม การเป็นอาสาสมัคร การเรียนรู้ตลอดชีวิต การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การสนับสนุนการดูแลแบบครอบครัวและชุมชน โดยสรุปสาระสำคัญของบทนี้สามารถตอบสมมติฐานเรื่องการทำงานของผู้สูงอายุว่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีเมื่อเทียบกับคนอายุ 60 ปีในอดีตที่ผ่านมา นอกจากนี้ การทำงานอาสาสมัครเพื่อสังคมซึ่งนำไปสู่การยังประโยชน์ให้สังคมและการมีเครือข่ายเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งของการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ

บทที่ 4 ปัญหาเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบ

สาระสำคัญในบทนี้นำเสนอเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบและการต่อต้านต้นแบบซึ่งบทนี้เป็นการนำเสนอที่ต่อเนื่องมาจากบทที่ 2 และบทที่ 3 ที่มีการอธิบายด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ของผลผลิตของนโยบาย และการนำเสนอแนวคิดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมและผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ในบทนี้ได้ขยายความเกี่ยวกับความคิดเรื่องพฤติกรรมและการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จโดยผู้เขียนนำเสนอมุมของการพัฒนาการใช้

ประโยชน์ทฤษฎีทางสังคมวิทยาในงานผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ผ่านการศึกษา
รายบุคคลและปรากฏการณ์ นอกจากนี้ในบทนี้ยังนำเสนอเกี่ยวกับการก้าวสู่
ทฤษฎีมีขั้วมิตติภาคในการทำความเข้าใจต่อความขัดแย้งระหว่างปณิธานการเป็น
ผู้สูงอายุต้นแบบ และชีวิตจริงที่เกิดขึ้นในรัฐสวัสดิการผู้สูงอายุ โดยนำเสนอผ่าน
ปจฺฉาเกี่ยวกับมิติของการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่
มิติที่ 1 ปจฺฉาความจำเป็นของการเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ มิติที่ 2
ปจฺฉาความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง และมิติที่ 3 ปจฺฉาความ
จำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องยังประโยชน์ต่อสังคม และในบทนี้ยังนำเสนอปัจจัยทาง
สังคมที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จและการมีพฤฒิพลัง โดย
นำเสนอมุมมองของนักคิดที่แตกต่างหลากหลาย และมีการอธิบายถึงเส้นทาง
ชีวิตที่เป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เช่น ประสบการณ์ในวัยเด็ก หรือ
ปัจจัยพฤติกรรมในวัยผู้ใหญ่ และไม่ใช่ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องเฉพาะตัว
บุคคลของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ปัจจัยที่สำคัญควบคู่กันคือ ผลกระทบจากนโยบาย
มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ โดยในส่วนท้ายของบทนี้
ผู้เขียนนำเสนอตัวแทนและข้อได้เปรียบในประเด็นของการเป็นบุคคลสูงอายุ
ต้นแบบ โดยได้ขยายความว่าการเป็นบุคคลสูงอายุต้นแบบนั้นมีคุณสมบัติสำคัญ
ได้แก่ การมีสุขภาพแข็งแรง การเป็นตัวแทนของการเรียนรู้ด้วยตนเอง
การตัดสินใจด้วยตนเอง และการปรับตัวเข้ากับสภาพสังคม เศรษฐกิจและ
การเมือง โดยนำเสนอแนวทางการเป็นบุคคลสูงอายุต้นแบบ ผ่านวงจรประเสริฐ
ของการเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤฒิพลัง ประกอบด้วย 1) กระตือรือร้นและมี
ขีดความสามารถในการเพิ่มพูนศักยภาพ 2) การมีงานทำที่ก่อให้เกิดรายได้ และ
3) การรักษาหรือกลายเป็นผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์แก่สังคม โดยสรุปในบทนี้เน้น
ย้ำว่า การจะเป็นผู้สูงอายุต้นแบบนั้น มีปัจจัยหลายประการทั้งในระดับบุคคล

ผ่านเส้นทางชีวิตและในระดับนโยบายที่เอื้อต่อการเป็นต้นแบบหรือไม่ การอธิบายที่นำเสนอไว้อย่างชัดเจนข้างต้นนั้น กลับทำให้ต้องหันมาพิจารณา กลุ่มที่ต่อต้านการเป็นบุคคลต้นแบบ และไม่สามารถดำเนินแนวทางตาม คำแนะนำของการเป็นบุคคลสูงอายุต้นแบบ โดยต้องทำให้เกิดความชัดเจน โดยเฉพาะการกำหนดนโยบาย

บทที่ 5 ทิศทางของทฤษฎีการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบ

สาระสำคัญในบทนี้นำเสนอทฤษฎีการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบ โดย อธิบายคำว่า “ต้นแบบ” ที่แตกต่างกันไว้ 2 แบบ ได้แก่ 1) การทำให้เป็น ต้นแบบทั้งในด้านการดำเนินชีวิต การมีสุขภาพดี และ 2) ทฤษฎีต้นแบบ โดย ผู้เขียนนำเสนอปัจจัยหลักของทฤษฎีต้นแบบไว้ 10 ประการ โดยอธิบายถึง ปัจจัยที่ทำให้เป็นผู้สูงอายุประสบความสำเร็จไว้อย่างกว้าง อาทิ ผู้ปฏิบัติงานที่ หลากหลายต้องให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงอายุกับความชราภาพ การแก้ไข ปัญหาโดยเน้นความเฉพาะเจาะจงมากกว่าเหมารวม การใช้ความพยายามใน การแก้ไขปัญหาในระดับบุคคลให้มากขึ้นและลดความสำคัญของการแก้ไข ปัญหาแบบกลุ่มก้อน รวมทั้งเน้นการคาดหวังเรื่องการปรับตัวของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ให้คำนึงถึงการทำงานกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีต้นทุนทรัพยากรน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีต้นทุนทางสังคมหรือทรัพยากรดีอยู่แล้วมักมีความสัมพันธ์ กับความสามารถทางเลือก ความชอบ ความสนใจโดยไม่จำเป็นต้องสร้าง แรงจูงใจใด ๆ ต่างกับกลุ่มที่มีต้นทุนน้อย อย่างไรก็ตาม หนึ่งในปัจจัยที่ผู้เขียน ประารถนาให้เห็นปัจจัยที่สำคัญคือ การที่แนวโน้มของการเป็นต้นแบบจะ เจริญเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ ด้วยการกระตุ้นคະຍອທີ່เพิ่มขึ้น การที่ผู้สูงอายุที่มีต้นทุนที่ ดียิ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นสิ่งนี้จะเป็นผลทางลบสำหรับประชากร ผู้สูงอายุที่เสียเปรียบทำให้เกิดช่องว่างของความเหลื่อมล้ำที่สูงขึ้น

โดยสรุปของบทนี้ได้อธิบาย “ผู้สูงอายุที่ก้าวผ่านความสำเร็จและมีพหุพลัง” ว่าเป็นกระบวนทัศน์ที่มีทั้งพลังขับเคลื่อนและเป็นอันตรายในคราวเดียวกัน อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาและอธิบายเกี่ยวกับความสำเร็จ และปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นประสบความสำเร็จและมีพหุพลังจำนวนมาก แต่ไม่ค่อยนำเสนอเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถก้าวผ่านไปสู่ความสำเร็จได้ด้วยอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ยากจน แยกตัวออกจากสังคมและอยู่ตามลำพัง ผู้เขียนต้องการนำเสนอแนวคิดการบูรณาการการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่หลากหลายสาขาอาชีพโดยสะท้อนผ่านผลลัพธ์ในทางบวกและลบ และการพัฒนาแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบผ่านการเน้นสถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือกลุ่มคนที่ไม่สามารถไปถึงผลลัพธ์ที่ปรารถนา หนังสือเล่มนี้จึงสะท้อนแง่มุมที่ต่างออกไป ให้ความสำคัญกับจุดเน้นใหม่และให้ความสนใจกับความแตกต่างและจุดเปลี่ยน

บทวิจารณ์หนังสือของผู้อ่าน

แนวคิดพหุพลังและการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จเป็นแนวคิดที่แพร่หลายในประเทศไทย การดำเนินงานของนักสวัสดิการสังคม นักสังคมสงเคราะห์ และนักพัฒนาชุมชนที่ทำงานประเด็นผู้สูงอายุต่างให้ความสำคัญกับการจัดสวัสดิการและจัดบริการที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีพหุพลังและประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตามหัวใจหลักของการนำไปสู่เป้าหมายดังกล่าวคือการทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากร และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลว

ผู้วิจารณ์มองว่า เนื้อหาในหนังสือเล่มนี้นำเสนอแง่มุมที่เป็นคำถามในใจของนักวิชาการ นักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุหลายคนเกี่ยวกับความคาดหวังของสังคมที่ปรารถนาให้ผู้สูงอายุต้องประสบความสำเร็จซึ่งแท้จริงแล้ว ยังมีอีกหลายแง่มุมที่ยากต่อการอธิบายได้เพราะขัดแย้งกับข้อความที่ได้รับการยอมรับกันโดยทั่วไปว่าถูกต้องโดยเฉพาะเรื่องให้ผู้สูงอายุต้องประสบความสำเร็จตามบรรทัดฐานที่สังคมหวังไว้ โดยไม่ได้อธิบายถึงการที่ผู้สูงอายุต้องประสบความสำเร็จและมีพฤติกรรมในแบบที่เขาคาดหวัง ผู้วิจารณ์มองว่าหนังสือเล่มนี้นำเสนอพฤติกรรมของสังคมผู้สูงอายุไว้อย่างน่าสนใจ ในขณะเดียวกัน หนังสือเล่มนี้ได้เขียนบทวิจารณ์แนวคิดที่ทำให้คนอ่านเข้าใจความหมายของการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จและมีพฤติกรรม แต่ยังไม่มีการอธิบายอุปสรรค หรือสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถไปสู่ความคาดหวังของสังคมได้

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้วิจารณ์ได้หยิบยกหนังสือเล่มนี้มานำเสนอ เพราะผู้วิจารณ์เองได้แรงบันดาลใจหลายอย่างจากเนื้อหาในหนังสือเล่มนี้โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง การเกิดความเหลื่อมล้ำทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จและผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จที่มีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้ ผู้เขียนอธิบายไว้ว่า จะยิ่งเหลื่อมล้ำมากขึ้นเรื่อย ๆ หากเร่งทำงานตามความคาดหวังทางสังคม แต่ไม่มีการทำงานตามความคาดหวังหรือปัญหาของผู้สูงอายุตามสภาพความเป็นจริง ในฐานะผู้วิจารณ์หนังสือเล่มนี้มองว่า การนำเสนอในแง่มุมความย้อนแย้งและการอธิบายการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบจะช่วยให้นักวิชาการและนักวิจัย รวมถึงผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงการให้ความสำคัญกับประชากรสูงวัยทุกกลุ่มและสามารถวิเคราะห์แยกแยะได้ระหว่าง ความคาดหวังของสังคม ความคาดหวังของผู้สูงอายุ และความเป็นจริงทางสังคม นอกจากนี้ การเชื่อมโยงแนวคิด

การเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จกับวงจรนโยบายในหนังสือเล่มนี้ยังทำให้ผู้วิจารณ์เกิดความเข้าใจมากขึ้นว่า ทิศทางและผลลัพธ์ของการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จของแต่ละประเทศย่อมมีความแตกต่างกัน แม้ว่าเราจะทำการศึกษาทบทวนอยู่บนฐานของหน่วยงานและแนวคิดที่เป็นสากล แต่ด้วยปัจจัยด้านนโยบายเป็นตัวกำหนดความสำเร็จของแต่ละประเทศ ด้วยเหตุนี้ การที่หนังสือเล่มนี้พยายามสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุต้นแบบว่าเป็นแนวคิดที่ช่วยคลี่คลายการจัดบริการแบบกระจุกตัว และกระตุ้นให้คนอ่านต้องหันมาตั้งคำถามและให้ความสนใจว่า 1) ผู้สูงอายุมีความปรารถนาอะไรที่แตกต่างไปจากที่สังคมคาดหวัง และ 2) อะไรคือสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไปไม่ถึงการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ และ 3) การที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีต้นทุนประสบความสำเร็จทำได้อย่างไร ผ่านการนำเสนอของหนังสือเล่มนี้

**หลักเกณฑ์การเสนอบทความเพื่อตีพิมพ์
ในวารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**

1. เป็นบทความทางวิชาการหรือบทความวิจัยด้านสังคมสงเคราะห์ สวัสดิการสังคม และการบริหารสังคม (เช่น องค์ความรู้ด้านสวัสดิการแรงงาน การพัฒนาชุมชน การศึกษา สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ฝ่ายกายและฝ่ายจิต สังคมสงเคราะห์ ในกระบวนการยุติธรรม ฯลฯ) ที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในที่ใดมาก่อน
2. เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
3. ส่งต้นฉบับบทความมีความยาวไม่เกิน 20 หน้ากระดาษ A4 ข้อความในบทความ พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ขนาดตัวอักษร 16 รูปแบบ ตัวอักษร TH Sarabun New ผ่านระบบ Submissions Online “<https://www.tci-thaijo.org/index.php/swjournal>”
4. ระบุชื่อบทความ ชื่อ-นามสกุลจริง (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) ตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงานของผู้เขียนบทความ และ E-mail Address
5. ระบุชื่อบทความ ประเภบทความวิชาการ หรือบทความวิจัยของนักศึกษา ที่ตีพิมพ์เพื่อจบการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา ให้ระบุชื่อบทความ ชื่อ-นามสกุลจริง(ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) เป็นชื่อแรก และระบุชื่อ-นามสกุลจริง (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) ตำแหน่งวิชาการของอาจารย์ที่ปรึกษาหลักเป็นชื่อลำดับที่ 2
6. การอ้างอิงให้ใช้ระบบการอ้างอิง APA
7. บทความต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกินหนึ่งหน้ากระดาษ A4 โดยระบุชื่อบทความ ชื่อ-นามสกุลผู้เขียน คำสำคัญ เนื้อความ

8. หากเป็นงานแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ ต้องมีหลักฐานการอนุญาตให้ตีพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรจากเจ้าของลิขสิทธิ์
9. เกณฑ์การพิจารณา มีดังนี้
 - 9.1 กองบรรณาธิการจะพิจารณาเบื้องต้น
 - 9.2 ผู้ทรงคุณวุฒิ (ผู้ประเมินบทความ) เป็นผู้พิจารณาเนื้อหาสาระ ตรวจสอบความถูกต้อง และคุณภาพทางวิชาการ
10. ลิขสิทธิ์บทความเป็นของผู้เขียนและสงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย การตีพิมพ์ซ้ำต้องได้รับอนุญาตจากผู้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ในกรณีที่มีแหล่งให้ทุน จะต้องมีการอนุญาตให้ส่งบทความเป็นลายลักษณ์อักษรจากแหล่งให้ทุนด้วย
11. ผู้เขียนบทความซึ่งมิใช่เป็นบทความที่ส่งเพื่อให้จบตามหลักสูตรการศึกษา หากได้รับการตีพิมพ์จะเป็นการตีพิมพ์ในรูปแบบ Online บนเว็บไซต์วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

การอ้างอิงเอกสาร

การอ้างอิงใช้การอ้างอิงแบบนามปี และการเขียนรายการอ้างอิงตามแบบของ APA (American Psychological Association) ดังตัวอย่าง

พรทิพย์ กาญจนนียต และคณะ. (2546). *การจัดการความรู้: สู่วงจรคุณภาพที่เพิ่มพูน*. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.

Axinn, J., & Levin, H. (1997). *Social Welfare: A History of the American Response to Need*. (4th ed.). White Plains, New York: Longman.

ขั้นตอนการส่งบทความของวารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

ผู้เขียนจะต้องดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) การกรอกรายละเอียดแบบฟอร์ม

1.1 ผู้เขียนจะต้อง download แบบฟอร์มเพื่อกรอกประวัติส่วนตัว

1.2 ผู้เขียนต้องทำจดหมาย/บันทึกข้อความเพื่อขอส่งบทความพิจารณาตีพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรจากต้นสังกัด (กรณีนักศึกษาทำในลักษณะจดหมายทั่วไป และลงชื่อนักศึกษาผู้ขอส่งบทความ)

2) การส่งต้นฉบับ

1.1 ผู้เขียนจะต้องนำต้นฉบับตามข้อกำหนดรูปแบบวารสาร พร้อมไฟล์ Word Document ใช้ขนาดตัวอักษร 16 รูปแบบ ตัวอักษร TH Sarabun New ผ่านมายังระบบ Submissions Online <https://www.tci-thaijo.org/index.php/swjournal>

1.2 กรณีส่ง E-Mail Address มายังกองบรรณาธิการ ทางกองบรรณาธิการจะดำเนินการพิจารณาบทความของท่านก็ต่อเมื่อได้รับเอกสารต้นฉบับผ่านระบบ Submissions Online แล้วเท่านั้น

3) การพิจารณาบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ

บทความจะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิจารณ์อย่างน้อย 2 ท่าน ต่อ 1 เรื่อง และจะส่งผลการพิจารณาไปให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มข้างต้น

ขั้นตอนการพิจารณาดังนี้

1.1 กรณีที่บทความผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิโดยไม่ต้องปรับแก้ไข ผู้เขียนจะได้รับใบตอบรับการตีพิมพ์เผยแพร่

1.2 กรณีที่บทความผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วลงความเห็นว่าจะต้องปรับแก้ไข ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนจึงจะจัดพิมพ์ผลงานได้ ท่านจะไม่ได้รีบตอบรับการตีพิมพ์เผยแพร่จนกว่าส่งผลงานที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาให้พิจารณาใหม่ (แก้ไขภายใน 7 วัน)

1.3 กรณีที่บทความไม่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ท่านจะไม่ได้รีบตอบรับการตีพิมพ์เผยแพร่ (ทางกองบรรณาธิการจะติดต่อท่านกลับตามเบอร์ติดต่อที่ให้ไว้ข้างต้น และจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้แก่ผู้เขียนบทความ)

แบบฟอร์มเสนอบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์
ในวารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
(ส่งแนบมาพร้อมกับบทความ)

เรียน บรรณาธิการ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....รหัสนักศึกษา.....

ตำแหน่งทางวิชาการ / สาขา / หมวดวิชา (โปรดระบุ).....

หน่วยงาน /สังกัด / คณะ

ขอส่ง ☐ บทความวิจัย (Research Article)

☐ บทความวิชาการ (Academic Article)

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

.....

ชื่อเรื่อง (อังกฤษ)

.....

ชื่อผู้เขียน คนที่ 1

ชื่อผู้เขียน คนที่ 2

ชื่อผู้เขียน คนที่ 3

ชื่อผู้เขียน คนที่ 4

(กรณีผู้เขียนหลายคนกองบรรณาธิการขอสงวนให้ใช้ชื่อผู้เขียนหลักเพียง

คนเดียวในบทความที่ได้รับการตีพิมพ์)

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-Mail.....

ข้าพเจ้ารับรองว่าบทความนี้

() เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง

โดยบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อนนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้

ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร

ผู้เขียน.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : โปรดระบุชื่อทุนวิจัย (ถ้ามี)

.....
.....
.....
.....

วิธีการเขียนบทความ

บทความวิชาการที่จะตีพิมพ์ในวารสารคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มีส่วนประกอบดังต่อไปนี้

1) **ชื่อเรื่อง (Title)** การกำหนดชื่อเรื่อง ต้องใช้ภาษาที่เป็นทางการ ชื่อเรื่องชัดเจน ตรงไปตรงมา และครอบคลุมประเด็นของเรื่องและมีความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องจะต้องสื่อถึงเนื้อหาของเรื่อง ซึ่งต้องมีลักษณะที่เจาะลึก ไม่กว้างเกินไป มีความใหม่และน่าสนใจ สอดคล้องกับเวลา สถานการณ์ และนโยบายของวารสาร

2) **บทคัดย่อ (Abstract)** ควรเขียนให้สั้น กระชับ เน้นประเด็นสำคัญของงานที่ต้องการนำเสนอจริงๆ มีความยาวไม่เกิน 10 ถึง 15 บรรทัด โดยบทคัดย่อมักจะประกอบด้วยเนื้อหาสามส่วน คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ และสรุปผลสำคัญที่ได้ ซึ่งอ่านแล้วต้องเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน ควรมีคำสำคัญ (Keyword) อยู่ในย่อหน้าต่อจากบทคัดย่อเพื่อให้ระบบสืบค้นฐานข้อมูลตรวจพบ

3) **บทนำหรือคำนำ (Introduction)** ส่วนนี้จะเป็นส่วนที่ผู้เขียนตั้งใจให้ผู้อ่านเกิดความสนใจในเนื้อเรื่อนั้นๆ ซึ่งสามารถใช้วิธีการและเทคนิคต่างๆ ตามแต่ผู้เขียนจะเห็นสมควร เช่น อาจใช้ภาษาที่กระตุ้น จูงใจผู้อ่านหรือยกปัญหาที่กำลังเป็นที่สนใจขณะนั้นขึ้นมาอภิปราย หรือตั้งประเด็นคำถามหรือปัญหาที่ท้าทายความคิดของผู้อ่านหรืออาจจะกล่าวถึงประโยชน์ที่ผู้อ่านจะได้รับจากการอ่าน เป็นต้น นอกจากจะเป็นส่วนที่ใช้จูงใจผู้อ่าน ส่วนนำเป็นส่วนที่ผู้เขียนสามารถกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความนั้น หรือให้คำชี้แจงที่มา

ของการเขียนบทความนั้นๆ รวมทั้งขอบเขตของบทความนั้น เพื่อช่วยให้ผู้อ่านไม่คาดหวังเกินขอบเขตที่กำหนด

นอกจากนั้น ผู้เขียนอาจใช้ส่วนนำนี้ในการปูพื้นฐานในการอ่านที่ควรจะอ่านเรื่องนั้นให้แก่ผู้อ่านหรือให้กรอบแนวคิดที่จะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจเนื้อหาสาระที่น่าเสนอต่อไป

บทนำประกอบด้วย

(1) หลักการและเหตุผล (Rationale) หรือความเป็นมาของภูมิหลัง (Background) หรือความสำคัญของเรื่องที่เขียน (Justification) หัวข้อนี้จะทำให้ผู้อ่านได้ทราบเป็นพื้นฐานไว้ก่อนว่าเรื่องที่เลือกมาเขียนมีความสำคัญหรือมีความเป็นมาอย่างไรเหตุผลใดผู้เขียนจึงเลือกเรื่องดังกล่าวมาเขียน ในการเขียนบทนำในย่อหน้าแรกซึ่งถือว่าเป็นการเปิดตัวบทความทางวิชาการและเป็นย่อหน้าที่ดึงดูดความสนใจของผู้อ่าน

(2) วัตถุประสงค์ (Objective) เป็นการเขียนว่าในการเขียนบทความในครั้งนี้ต้องการให้ผู้อ่านได้ทราบเรื่องอะไรบ้าง โดยจำนวนวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อไม่ควรมีมากเกินไปและวัตถุประสงค์แต่ละหัวข้อจะต้องสอดคล้องกับเรื่องหรือเนื้อหาของบทความ

(3) ขอบเขตของเรื่อง (Scope) ที่ผู้เขียนต้องการจะบอกกล่าวให้ผู้อ่านทราบและเข้าใจตรงกันเพื่อเป็นกรอบในการอ่านโดยการเขียนขอบเขตนั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยในการเขียน ได้แก่ ความยาวของงานที่เขียน หากมีความยาวไม่มากก็ควรกำหนดขอบเขตการเขียนให้แคบลงไม่เช่นนั้นผู้เขียนจะไม่สามารถนำเสนอเรื่องได้ครบถ้วนสมบูรณ์และระยะเวลาที่ต้องรวบรวมข้อมูลการกำหนดเรื่องที่จะเขียนลึกซึ้ง สลับซับซ้อนหรือเป็นเรื่องเชิงเทคนิคอาจจะ

ยากต่อการรวบรวมข้อมูลและเรียบเรียงเนื้อเรื่อง ดังนั้นหากมีเวลาน้อยก็ควรพิจารณาเขียนเรื่องที่มีขอบเขตไม่กว้างหรือสลับซับซ้อนไม่มากนัก

(4) คำจำกัดความหรือนิยามต่าง ๆ (Definition of terms) ที่ผู้เขียนเห็นว่าควรระบุไว้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านในกรณีที่คำเหล่านั้นผู้เขียนใช้ในความหมายที่แตกต่างจากความหมายทั่วไปหรือเป็นคำที่ผู้อ่านอาจจะไม่เข้าใจ

4) เนื้อเรื่อง (Body) การเขียนส่วนเนื้อเรื่องจะต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ประกอบกัน กล่าวคือ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ (Sciences) นั้นเป็นหลักวิชาการที่ผู้เขียนจะต้องคำนึงถึงในการเขียน ได้แก่ กรอบแนวความคิด (Conceptual framework) ที่ผู้เขียนใช้ในการเขียนจะต้องแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุผลที่นำไปสู่ผล (Causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่าง ๆ ในส่วนศิลป์ (Art) ได้แก่ ศิลป์ในการใช้ภาษาเพื่อนำเสนอเรื่องที่เขียน การลำดับความ การบรรยาย วิธีการอ้างอิง สถิติและข้อมูลต่าง ๆ ที่ใช้ในการประกอบเรื่องที่เขียน เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจและประทับใจมากที่สุด

5) ส่วนสรุป รวมถึงข้อเสนอแนะสำหรับบทความวิจัย (Conclusion and Recommendation) บทความทางวิชาการที่ดีควรมีการสรุปประเด็นสำคัญๆ ของบทความนั้น ๆ ซึ่งอาจทำในลักษณะที่เป็นการย่อ คือ การเลือกเก็บประเด็นสำคัญๆ ของบทความนั้น ๆ มาเขียนรวมกันไว้อย่างสั้นๆ ท้ายบท หรือ อาจใช้วิธีการบอกผลลัพธ์ว่า สิ่งที่กำลังกล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้อะไรได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป หรืออาจใช้วิธีการตั้งคำถามหรือให้ประเด็นทั้งท้ายกระตุ้นให้ผู้อ่านไปสืบเสาะแสวงหาความรู้หรือคิดค้นพัฒนาเรื่องนั้นต่อไป งานเขียนที่ดีควรมีการสรุปในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเสมอ

6) ส่วนเอกสารอ้างอิง (References) เนื่องจากบทความวิชาการเป็นงานที่เขียนขึ้นบนพื้นฐานของวิชาการที่ได้มีการศึกษา ค้นคว้า วิจัยกันมาแล้ว และการวิเคราะห์วิจารณ์อาจมีการเชื่อมโยงกับผลงานของผู้อื่น จึงจำเป็นต้องมีการอ้างอิงเมื่อนำบทความหรือผลงานของผู้อื่นมาให้โดยการระบุให้ชัดเจนว่าเป็นงานของใคร ทำเมื่อไหร่และนำมาจากไหน เป็นการให้เกียรติเจ้าของงาน และประกาศให้ผู้นั้นรับรู้ว่า ส่วนนั้นไม่ใช่ความคิดของผู้อื่น รวมทั้งเป็นการให้หลักฐานแก่ผู้อ่าน ให้ผู้อ่านสามารถไปสืบเสาะแสวงหาความรู้เพิ่มเติม หรือติดตามตรวจสอบหลักฐานได้ การอ้างอิงควรจะเป็นการกระทำอย่างมีจุดหมาย เพื่อให้ผู้อ่านได้ทราบแหล่งที่มาของความรู้ และช่วยให้ผู้อ่านมีโอกาสหาความรู้เพิ่มขึ้นและเป็นการแสดงว่าสิ่งที่นำมากล่าวมีหลักฐานควรเชื่อถือได้เพียงใด ความรู้พื้น ๆ เป็นสิ่งที่ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย ไม่จำเป็นต้องมีการสืบค้นอะไรอีก ไม่จำเป็นต้องมีการอ้างอิง ควรอ้างอิงเท่าที่จำเป็น การอ้างอิงมากเกินไปเป็นจำทำให้บทความดูรุ่มร่าม และก่อความรำคาญในการอ่านได้นอกจากนั้น พึงตระหนักอยู่เสมอว่าการคัดลอกงานของผู้อื่นนั้นทำได้ แต่ต้องเป็นการนำมาเพื่ออธิบายสนับสนุนเท่านั้น มิใช่ลอกเอามาเป็นเนื้อหาของตน

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความในวารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

ผู้ทรงคุณวุฒิภายในสถาบัน

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา ภัทรานุกรม | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน สุธีรัมย์ | คณะสหวิทยาการ |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิธมน รัตนะรัต | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ |

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกสถาบัน

- | | |
|---|---|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.วันทนี วาสิกะสิน | นักวิชาการอิสระ |
| 2. ศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร | นักวิชาการอิสระ |
| 3. ศาสตราจารย์ ดร.กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดูล | นักวิชาการอิสระ |
| 4. รองศาสตราจารย์ อภิญา เวชชัย | นักวิชาการอิสระ |
| 5. รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ | นักวิชาการอิสระ |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ อมรสิริพงษ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาสังคมศาสตร์ |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.เกียรติศักดิ์ บังเพลิง | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนทิพย์ จิตสว่าง | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะรัฐศาสตร์ |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัญญาพงศ์ ลิ้มประเสริฐ | มหาวิทยาลัยรังสิต คณะนิติศาสตร์ |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิตยา เพชรมนี่ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะรัฐศาสตร์ |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิยาพร กันดาธนวัดน์ | สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร
ลาดกระบัง คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินดา ดุรงค์ฤทธิชัย | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ |

*“Education is not preparation for life;
education is life itself”*

“การศึกษาไม่ใช่การเตรียมตัวของชีวิต มันคือชีวิตในตัวเอง”

- John Dewey



คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
JOURNAL OF SOCIAL WORK

• **ศูนย์ท่าพระจันทร์**

2 ถนนพระจันทร์ แขวงพระบรมมหาราชวัง
เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
โทรศัพท์ : 02-613-2500
โทรสาร : 02-224-9417

• **ศูนย์รังสิต**

99 หมู่ที่ 18 ต.พหลโยธิน
ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง
จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์ : 02-696-5512
โทรสาร : 02-696-5513

• **ศูนย์ลำปาง**

248 หมู่ 2 ต.ลำปาง-เชียงใหม่
ต.ปงยางคก อ.ห้างฉัตร
จ.ลำปาง 52190
โทรศัพท์ : 054-268703 กด 3
โทรสาร : 054-268703 กด 5300