

บทบาทของทีมนสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
ที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

The Role of Multidisciplinary Teams in Protecting Destitute
Persons with Psychiatric Disorders in the Three Southern
Border Provinces of Thailand

Received 21 April 2026

Revised 27 May 2026

Accepted 2 June 2026

ปัทมาวดี มะอิง^{1*}

Pattamawatee Ma-ing^{2*}

มาตี ลิมสกุล³

Madee Limsakul⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทและปัญหาการดำเนินงานของทีมนสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภายใต้บริบทด้านความมั่นคงและพหุวัฒนธรรม ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชจากหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม จำนวน 9 คน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอุปนัย ข้อค้นพบจากการศึกษาพบว่า ทีมนสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การค้นหาข้อเท็จจริงและการประเมินแบบองค์รวม การคุ้มครองสวัสดิภาพ การดูแลรักษา

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท, หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

² Master student of Social Work Program, Faculty of Social Administration, Thammasat University, Bangkok, Thailand.

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย
E-mail: iamwhanka@yahoo.com

⁴ Assistant Professor Dr., Lecturer of Faculty of Social Administration, Thammasat University, Bangkok, Thailand.

*Corresponding author, E-mail: pattamawatee.mai@dome.tu.ac.th

และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประสานและการส่งต่อแบบบูรณาการเชิงเครือข่าย และการติดตามผล ทั้งนี้ผู้ใช้บริการมีปัญหาซับซ้อนทั้งด้านสุขภาพจิต การดำรงชีวิต และการขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม การดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน รวมถึงผู้นำศาสนาเพื่อสร้างความไว้วางใจภายใต้บริบทวัฒนธรรม ข้อท้าทายในการดำเนินงาน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านนโยบาย การขาดระบบฐานข้อมูลกลาง การจัดสรรงบประมาณที่เน้นมิติด้านความมั่นคง และข้อจำกัดด้านบุคลากร ผลการศึกษาสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนานโยบาย กลไกการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และระบบสนับสนุนที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

คำสำคัญ: ทีมสหวิชาชีพ, คนไร้ที่พึ่ง, ผู้ป่วยจิตเวช, สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย

Abstract

This study examined multidisciplinary teams protecting destitute persons with psychiatric disorders in Thailand's southern border provinces under security and multicultural contexts. Using a qualitative design, data were collected by interviewing nine practitioners and analyzed inductively. Findings identified five roles: holistic assessment, welfare protection, treatment/rehabilitation, coordination/referral, and follow-up. Service users faced complex mental health, daily living, and social support problems, requiring multi-sector collaboration and trust-building with religious leaders. Challenges included policy constraints, lack of a centralized database, security-focused budgeting, and workforce limitations. The study highlights need for policy development, integrated data, and context-sensitive support.

Keywords: Multidisciplinary teams, Destitute persons, Psychiatric disorders, Thailand's southern border provinces

บทนำ

ในปัจจุบัน สังคมไทยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลายมิติ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี สภาพภูมิอากาศ และโรคอุบัติใหม่ เช่น การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมถึงความขัดแย้งระหว่างประเทศ ซึ่งส่งผลให้ปัญหาทางสังคมมีความซับซ้อนและทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะปัญหาความยากจน ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของภาครัฐ และความไม่เป็นธรรมในกระบวนการยุติธรรม อันส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการพื้นฐาน ข้อมูลจากรายงานสถิติครัวเรือนเปราะบางของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผ่านระบบบริหารจัดการข้อมูลการพัฒนามนุษย์ (Thai People Map and Analysis Platform [TPMAP]) ระบุว่า ในปี พ.ศ.2567 ประเทศไทยมีประชากรในกลุ่มเปราะบางจำนวน 31,378,149 คน จาก 10,679,070 ครัวเรือน โดยส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนที่มีรายได้น้อยและมีบุคคลอยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น เด็กเล็ก แม่เลี้ยงเดี่ยว ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ป่วยติดเตียง (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [สศช.], 2567) นอกจากนี้ การสำรวจผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับภาคีเครือข่าย ในปี พ.ศ.2566 พบว่า มีผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะจำนวน 2,499 คน โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และยังพบครัวเรือนเปราะบางที่อยู่ในภาวะวิกฤตจำนวน 362,437 ครัวเรือน (กลุ่มการพัฒนามาตรฐานทางสังคม, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางเชิงโครงสร้างของสังคมไทยและความจำเป็นในการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบและบูรณาการในทุกมิติ หนึ่งในปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน คือ ปัญหา

คนไร้ที่พึ่ง ซึ่งครอบคลุมถึงกลุ่มคนเร่ร่อน คนไร้บ้าน และผู้ที่ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ บุคคลกลุ่มนี้ประสบปัญหาในการดำรงชีวิตอย่างรุนแรง ขาดที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้ และไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการพื้นฐานของรัฐ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามาตรฐานทั่วไป และมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2566 พบว่า คนไร้บ้านที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 19 ของทั้งประเทศ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ.2559 (สำนักข่าว Hfocus, 2567) ขณะเดียวกัน การสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า คนไร้บ้านร้อยละ 50 ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข เนื่องจาก ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง และขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการภาครัฐอย่างเหมาะสม อีกทั้งยังพบว่าคนไร้บ้านร้อยละ 30 มีปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง โดยจากการสำรวจคนไร้บ้านจำนวน 1,300 คน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า 390 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานะเป็นคนไร้บ้าน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2562) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหาคนไร้ที่พึ่งที่มีภาวะทางจิตเวช ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลและคุ้มครองอย่างเร่งด่วนและเป็นระบบ

การคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมุ่งดูแลกลุ่มเปราะบางที่เผชิญข้อจำกัดในการดำรงชีวิตและการเข้าถึงระบบคุ้มครองทางสังคม ในอดีต การดำเนินงานอยู่ภายใต้ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ซึ่งมีหน้าที่สำรวจและติดตามสภาพปัญหา สืบเสาะข้อมูล ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น และประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (2568ก) ได้มีการยุบเลิกศูนย์ดังกล่าว และโอนภารกิจไปยังนิคมสร้างตนเองและศูนย์พัฒนาราชภัฏรบนพื้นที่สูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผล ลดความซ้ำซ้อน และเสริมสร้างความเป็นเอกภาพในการบริหาร

จัดการเชิงพื้นที่ และต่อมาเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ.2568 ได้มีการปรับบทบาทและเปลี่ยนชื่อหน่วยงานเป็นศูนย์คุ้มครองและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตจังหวัด จำนวน 37 แห่ง เพื่อยกระดับการขับเคลื่อน การคุ้มครองและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2568ข) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนถึงแนวทางใหม่ของการคุ้มครองกลุ่มเปราะบางที่มุ่งเน้นระบบพื้นที่และการทำงานแบบสหวิชาชีพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ภายใต้อิทธิพลของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส ซึ่งมีความซับซ้อนทั้งในด้านสังคม วัฒนธรรม ศาสนา เศรษฐกิจ และความมั่นคง ส่งผลให้ปัญหาคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้พลัดถิ่นมีความซับซ้อนมากกว่าพื้นที่ทั่วไป โดยรายงานของศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 (2565) ระบุว่า เหตุการณ์วิกฤตจากภัยธรรมชาติและสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชน ก่อให้เกิดภาวะเครียด ความหวาดกลัว และปัญหาสุขภาพจิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในด้านสถานการณ์สุขภาพจิต พบว่าโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) โรคจิตเภท และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะภาวะค่าใช้จ่ายและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ (กรมประชาสัมพันธ์, 2566, อ้างถึงใน อัลญานีย์ สมุห์เสนีโต และคณะ, 2567) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจยังมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยแม้ว่าประชากรในพื้นที่จะมีเพียงร้อยละ 2.6 ของประเทศ แต่กลับมีสัดส่วนคนยากจนสูงถึงร้อยละ 7.8 หรือประมาณ 570,000 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้าจากปัญหาความยากจน (McClain-Nhlapo & Tansanguanwong, 2021, อ้างถึงใน อัลญานีย์ สมุห์เสนีโต และคณะ, 2567) ขณะเดียวกัน บริบททางศาสนาและ

วัฒนธรรมยังเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการคุ้มครองและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่เป็นชาวมุสลิม ความเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตจึงมักเชื่อมโยงกับหลักศาสนาและความเชื่อท้องถิ่น บางชุมชนมองว่า ความเจ็บป่วยทางจิตเป็นผลจากสิ่งเหนือธรรมชาติหรือความเชื่อทางศาสนา ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ แต่เลือกพึ่งพาการรักษาทางศาสนาหรือพิธีกรรมท้องถิ่นแทน (World Bank, 2023) ในอีกมุมหนึ่ง ศาสนาและวัฒนธรรมยังสามารถเป็นภูมิคุ้มกันทางจิตใจที่ช่วยลดผลกระทบของความขัดแย้งและความยากลำบาก โดยการปฏิบัติศาสนกิจและการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาช่วยให้ชุมชนมีพลังในการเผชิญปัญหา และลดการรายงานอาการทางจิตเวชในระดับบุคคลและชุมชน (Ford et al., 2017) นอกจากนี้ บทบาทของผู้นำศาสนาในฐานะผู้ที่ชุมชนไว้วางใจ ยังสามารถช่วยเป็นสะพานเชื่อมในการลดการตีตราและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสม ดังนั้น ปัญหาคนไร้ที่พึ่งในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้จึงมิใช่เพียงมิติของสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังแฝงด้วยความซับซ้อนของเศรษฐกิจ ความมั่นคง และบริบททางศาสนาและวัฒนธรรม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานแบบบูรณาการและความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาบทบาทของทิมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
- 2) เพื่อศึกษาปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทิมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

การทบทวนวรรณกรรม (Literature review)

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ โรคทางจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แนวคิด ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายทางสังคม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครอง คนไร้ที่พึ่ง ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและการดูแลกลุ่มเปราะบาง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบทบาทและปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพ โดยแนวคิดเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชอธิบายว่า ผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเปราะบางทางสังคม และขาดเครือข่ายสนับสนุน ขณะที่แนวคิดทีมสหวิชาชีพให้ความสำคัญกับการบูรณาการองค์ความรู้จากหลายวิชาชีพเพื่อร่วมวางแผน ช่วยเหลือ และแก้ไขปัญหาอย่างครอบคลุม รวมถึงแนวคิดเครือข่ายทางสังคมซึ่งเน้นบทบาทของการเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ ในการสนับสนุนการเข้าถึงทรัพยากรและการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ดังนี้ (1) การค้นหาข้อเท็จจริงและการประเมิน ซึ่งมุ่งรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้าน เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (2) การคุ้มครองสวัสดิภาพ ซึ่งเป็นการป้องกันอันตรายและสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน (3) การดูแลรักษาและการบำบัดฟื้นฟู ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาทางการแพทย์และการฟื้นฟูทางสังคม (4) การประสานและการส่งต่อเพื่อเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยงานและภาคีเครือข่าย และ (5) การติดตามผล เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดความเสี่ยงของการกลับเข้าสู่สถานการณ์เดิม ในขณะเดียวกัน ปัญหาในการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพสามารถสรุปได้ 7 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านนโยบาย ซึ่งยังขาดความชัดเจนและไม่สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงาน (2) ด้านการบริหารจัดการ ซึ่งบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจนและมีภาระงานสูง (3) ด้านความรู้ ซึ่งบุคลากรและเครือข่ายยังขาดความเข้าใจใน

การทำงานแบบสหวิชาชีพ (4) ด้าน การปฏิบัติงาน ซึ่งมีความซับซ้อนและ
ขาดแนวทางที่เป็นมาตรฐาน (5) ด้านบุคลากร ซึ่งมีจำนวนไม่เพียงพอและ
ขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (6) ด้านการมีส่วนร่วม ซึ่งครอบครัวและชุมชนมี
ส่วนร่วมจำกัด และ (7) ด้านงบประมาณ ซึ่งไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง
แม้ในทางทฤษฎีจะมีการระบุบทบาทและปัญหาของทีมสหวิชาชีพไว้
อย่างชัดเจน แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาในบริบททั่วไป และยังขาด
การบูรณาการแนวคิดดังกล่าวเข้ากับบริบทเฉพาะของพื้นที่สามจังหวัดชายแดน
ภาคใต้ โดยเฉพาะในมิติของการปฏิบัติงานภายใต้เงื่อนไขด้านความมั่นคงและ
พหุวัฒนธรรม ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้
เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานและการกำหนดแนวทางการคุ้มครองที่มี
ประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อย่างเป็นระบบ

เครื่องมือและวิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่
เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ
(Qualitative research) โดยใช้การศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร (Documentary
study) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) โดยใช้ประเด็น
การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) เพื่อศึกษาบทบาท
และปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครอง
คนไร้ที่พึ่งที่ผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การวิจัยครอบคลุม
การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิด
เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แนวคิดเกี่ยวกับทีมสหวิชาชีพ
แนวคิดเครือข่ายทางสังคม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและการดูแลกลุ่ม
เปราะบาง บทบาทและปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 9 คน ซึ่งคัดเลือกโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง จากผู้ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ไม่น้อยกว่า 3 ปี และยินยอมให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) สหวิชาชีพภายในหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าพนักงานพัฒนาสังคม (2) สหวิชาชีพภายนอกหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ เครือข่ายภาครัฐ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และนักจิตวิทยาในสถานพยาบาล และภาคประชาสังคม จำนวน 3 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่มูลนิธิ เจ้าหน้าที่เครือข่ายภาคประชาชน และผู้เฝ้าศาสนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และประเด็นเกี่ยวกับบทบาทและปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่มีอาการทางจิตเวช โดยพัฒนาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยการประสานหน่วยงาน นัดหมาย และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 1-1.30 ชั่วโมงต่อราย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ การรักษาความลับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยและจัดทำหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทำความเข้าใจและให้ความยินยอมการให้ข้อมูลอย่างสมัครใจโดยปราศจากการบังคับ รวมทั้งมีการชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนในการเก็บข้อมูลผ่าน ลายลักษณ์อักษร และด้วยวาจา พร้อมทั้งดำเนินการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้นามสมมติในการนำเสนอข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงอุปนัย (Inductive analysis) โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ และตีความเชิงเนื้อหา ร่วมกับการอ้างอิงแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอผล ในรูปแบบพรรณนา (Narrative description)

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 9 คน ครอบคลุมทั้งสหวิชาชีพภายในหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสหวิชาชีพภายนอกจากหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10.9 ปี สะท้อนประสบการณ์เชิงปฏิบัติการในพื้นที่อย่างรอบด้าน ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช และ (2) ปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช และมีลักษณะเฉพาะของการดำเนินงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 บทบาทของทีมสหวิชาชีพ

บทบาทของทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การดำเนินงานมีลักษณะการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านสังคม สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยครอบคลุมกระบวนการสำคัญตั้งแต่การค้นหาข้อเท็จจริงและการประเมินแบบองค์รวม การคุ้มครองสวัสดิภาพ การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประสานและการส่งต่อแบบบูรณาการเชิงเครือข่าย และการติดตามผลภายใต้บริบทพื้นที่ที่มีความแตกต่างด้านภาษา ศาสนา วัฒนธรรม และ

สถานการณ์ด้านความมั่นคง ซึ่งส่งผลต่อแนวทางและรูปแบบการดำเนินงานของ ทีมสหวิชาชีพ ดังนี้

1.1 การค้นหาข้อเท็จจริงและการประเมินแบบองค์รวม

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา ข้อมูลเชิงลึกของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชมักไม่ปรากฏชัดเจนในระยะเริ่มต้น เนื่องจากข้อจำกัดด้านการสื่อสารและสภาพอาการทางจิต ข้อมูลที่ได้รับในช่วงแรก จึงมักเป็นเพียงปัญหาเฉพาะหน้า ขณะที่ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับประวัติชีวิตและบริบททางสังคมจะค่อยๆ ปรากฏชัดเจนขึ้นเมื่ออาการทุเลาจากการดูแลเบื้องต้น

2) บทบาทของทีมสหวิชาชีพ สหวิชาชีพภายใน ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าพนักงานพัฒนาสังคม มีบทบาทในการสืบค้นและยืนยันข้อมูลพื้นฐานของผู้ใช้บริการ ผ่านการซักประวัติ การตรวจสอบทะเบียนราษฎร์ร่วมกับฝ่ายปกครองเพื่อยืนยันตัวตน และการลงพื้นที่สืบค้นข้อมูลจากสถานที่พบตัวหรือบุคคลแวดล้อม ดังการให้สัมภาษณ์ว่า “การค้นหาข้อเท็จจริงจากสภาพแวดล้อม เช่น ตลาดหรือสวนสาธารณะที่พบตัว ก็จะสอบถามประชาชนในบริเวณนั้น... เพื่อค้นหาว่ามีคนที่รู้จักหรือรู้ข้อมูลเกี่ยวกับเขาหรือเปล่า” ในกรณีที่ผู้ใช้บริการไม่สามารถให้ข้อมูลได้ จะให้การดูแลเบื้องต้นจนกว่าอาการจะทุเลาก่อนดำเนินการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติม ดังคำพูดที่ว่า “...ในกรณีที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้ ต้องอาศัยการรักษาเบื้องต้น และเมื่ออาการดีขึ้น ข้อมูลจึงค่อยๆ ออกมา แล้วจึงค้นหาข้อเท็จจริงต่อ” พร้อมทั้งประเมินศักยภาพในการดำรงชีวิตและระดับความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ เพื่อใช้ประกอบการวางแผนให้ความช่วยเหลือต่อไป โดยใช้แนวทางการประเมินแบบองค์รวมในมิติด้านกาย จิต และสังคม ดังคำพูดที่ว่า “มีการประเมินความสามารถ ในการดูแลเบื้องต้นว่าเขาช่วยเหลือตัวเองได้มากน้อยแค่ไหน ต่อมาก็จะดูสถานะทางสังคม แล้วก็จิตสังคมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อว่าจะช่วยเหลืออย่างไร” ขณะที่สหวิชาชีพภายนอก ได้แก่ นักจิตวิทยา มีบทบาทในการซักประวัติเพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งผู้ใช้บริการ ครอบครัว ชุมชน และ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประเมินสภาวะทางจิต ระดับความรุนแรงของอาการ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ดังคำพูดที่ว่า “เราก็จะดูอาการก่อนว่าอยู่ระดับไหน รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ยังควบคุมตัวเองได้หรือเปล่า เพราะมันมีผลต่อความเร่งด่วนในการช่วยเหลือ” ขณะที่ภาคประชาสังคมและเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่มูลนิธิ เจ้าหน้าที่เครือข่ายภาคประชาชน และผู้นำศาสนา มีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลบริบทครอบครัว สังคม และสภาพแวดล้อม รวมทั้งประเมินความพร้อมของครอบครัวและชุมชนในการรองรับผู้ใช้บริการ เพื่อสนับสนุนการวางแผนช่วยเหลือให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละราย ดังคำกล่าวที่ว่า “ขั้นตอนแรกๆ ที่ต้องเก็บข้อมูลก่อน ก็คือครอบครัว... แล้วพูดคุยกันว่ามันเกิดอะไรขึ้นกับคนคนนี้ ข้อมูลจริงมันเกิดอะไรขึ้น สาเหตุที่เป็นว่า เกิดจากอะไร สภาพแวดล้อมเป็นยังไง เพื่อที่จะง่ายในการดูแลแล้วก็วางแผนส่งไม้ต่อไป”

1.2 การคุ้มครองสวัสดิภาพ

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา ผู้ใช้บริการบางรายมีอาการทางจิตที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อตนเองหรือผู้อื่น อีกทั้งยังอยู่ในภาวะไร้ที่พึ่งอาศัยและขาดผู้ดูแล ทำให้ผู้ใช้บริการมีความเปราะบางทั้งด้านความปลอดภัยและสิทธิขั้นพื้นฐาน ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการคุ้มครองจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งการดูแลความปลอดภัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการควบคู่กัน

2) บทบาทของทีมสหวิชาชีพ สหวิชาชีพภายใน ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าพนักงานพัฒนาสังคม มีบทบาทในการดำเนินงานของหน่วยแรกรับ โดยจัดที่พักชั่วคราวและจัดหาปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นให้แก่ผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งกำกับดูแลการรับประสานอย่างต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัย ควบคู่กับการดำเนินการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ.2557 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ดังคำกล่าวที่ว่า “เราเป็นหน่วยแรกรับ ดูแลปัจจัยสี่และความปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช ห้ามขาดยา เพราะยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้

เขาใช้ชีวิตได้ตามปกติ” ขณะที่สหวิชาชีพภายนอก ได้แก่ เครือข่ายภาครัฐและภาคประชาสังคมมีบทบาทในการสนับสนุนการใช้กลไกกฎหมายด้านสุขภาพจิต ในกรณีที่ผู้ใช้บริการมีความเสี่ยงรุนแรง ควบคู่กับการอาศัยกลไกของฝ่ายปกครอง ผู้นำศาสนา และเครือข่ายในชุมชนในการเฝ้าระวังและแจ้งเหตุในระดับพื้นที่ ดังข้อความที่ว่า “บางเคสที่มีอาการรุนแรงหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย จิตแพทย์จะกำชับให้ตกลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด เพราะเป็นห่วงเรื่องการกินยาและเฝ้าระวังอาการของเคสอย่างจริงจังตามกรอบที่กฎหมายกำหนด” และ “ผู้ดูแลเขาโทรมาหาผมบอกว่าอาการกำเริบหนัก... ผมก็เลยประสานไปทางเจ้าหน้าที่ของ สสจ. แล้วก็ให้ รพ.สต. เชื่อมโยงกับหน่วยงานทหารเพื่อเข้าไปเอาตัวออกมาเข้าโรงพยาบาล” รวมทั้งการประสานส่งต่อผู้ใช้บริการไปยังศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ผู้ใช้บริการอยู่ในภาวะไร้ที่พึ่งหรือขาดผู้ดูแล เพื่อให้ การคุ้มครองสวัสดิภาพและการดูแลสามารถดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า “ถ้าไม่มีญาติ ไม่มีที่อยู่ เราก็ประสานศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในพื้นที่ เพื่อให้มาติดตามดูแลได้ทันที”

1.3 การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เผชิญปัญหาหลายด้านพร้อมกัน ทั้งอาการทางจิต การขาดทักษะในการดำรงชีวิต และการขาดเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ส่งผลให้การดูแลรักษา ไม่สามารถมุ่งเน้นเฉพาะการรักษาอาการทางจิตเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพและเสริมสร้างทักษะการดำรงชีวิตควบคู่กัน เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการกลับคืนสู่สังคม

2) บทบาทของทีมสหวิชาชีพ สหวิชาชีพภายใน ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าพนักงานพัฒนาสังคม มีบทบาทในการสนับสนุนการรักษาและการฟื้นฟูผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดำรงชีวิตและลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้าสู่ภาวะไร้ที่พึ่งซ้ำ ดังคำพูดที่ว่า “ถ้าเกี่ยวกับกิจกรรมฟื้นฟูเบื้องต้น ก็จะส่งเสริมทักษะชีวิต... เพื่อสนับสนุนการรักษาหลักทาง

จิตเวช” และยังพบว่า “การบำบัดทางสังคม ก็จะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น” รวมทั้ง “มีการเตรียมความพร้อมคืนสู่สังคม โดยให้ผู้ให้บริการทำกิจกรรมเตรียมความพร้อมในการกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชน หรือว่าการเข้าสู่ระบบการจ้างงานแล้วก็สถานประกอบการ” ขณะที่สาขาวิชาชีพภายนอก ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา มีบทบาทในการวินิจฉัย บำบัดรักษา และควบคุมอาการทางจิตเวชตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการจัดการภาวะวิกฤต และการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการ ควบคู่กับการให้การปรึกษาทางจิตสังคมแก่ ผู้ให้บริการและครอบครัว ตลอดจนการบำบัดทางจิตสังคม ดังข้อความที่ว่า “การบำบัดใช้หลัก CBT เพื่อปรับความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ พร้อมติดตามต่อเนื่อง” และเครือข่ายภาครัฐและภาคประชาสังคมมีบทบาท ในการสนับสนุน การดูแลต่อเนื่องผ่านเครือข่ายบริการและศูนย์ฟื้นฟูในพื้นที่ ดังคำพูดที่ว่า “ในระยะแรกจะสร้าง ความไว้วางใจและจัดกิจกรรมฟื้นฟูจิตใจ เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้”

1.4 การประสานและการส่งต่อแบบบูรณาการเชิงเครือข่าย

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา ปัญหาของผู้ใช้บริการมักมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพจิต สถานะทางทะเบียนราษฎร สิทธิทางสังคม และความสัมพันธ์กับครอบครัวหรือชุมชน ส่งผลให้การช่วยเหลือ ไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงลำพัง แต่จำเป็นต้องอาศัยการประสาน ความร่วมมือและการส่งต่อแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2) บทบาทของทีมสหวิชาชีพ สหวิชาชีพภายใน ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าพนักงานพัฒนาสังคม มีบทบาทเป็นกลไกหลักในการเชื่อมโยง ผู้ใช้บริการเข้าสู่ระบบการรักษา การเข้าถึงสิทธิทางทะเบียนราษฎร และการวางแผนดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังข้อความให้สัมภาษณ์ที่ว่า “กรณีถ้าเกิดว่าเราพบแล้วคนนี้น่าจะมีปัญหาสุขภาพจิต เราก็จะ ส่งต่อไปที่โรงพยาบาลเลย ให้แพทย์ พยาบาล คัดกรอง ถ้าเห็นควรรักษาก็เข้าสู่กระบวนการรักษาไปเลย แล้ว

เราจะดูแลภายหลังจากอาการทุเลา” ขณะที่สหวิชาชีพภายนอกได้แก่ เครือข่าย ภาครัฐและภาคประชาสังคม มีบทบาทในการประสานงานแบบบูรณาการเชิง เครือข่ายในระดับพื้นที่ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ ผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจกับครอบครัวและชุมชน สนับสนุนให้การช่วยเหลือได้รับการยอมรับ และส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการสามารถ เข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ และการดูแลในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ดังคำพูดที่ว่า “หลักๆ จะประสานศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง รพ.สต. และท้องถิ่น เพื่อให้ช่วย ติดตามในพื้นที่ และประสาน พม. ลงเยี่ยมบ้าน เพื่อดูว่าสามารถดูแลตนเองได้ หรือไม่” และ “กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือโต๊ะอิหม่าม จะเข้ามามีบทบาทในการดูแล และซัพพอร์ต”

1.5 การติดตามผล

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา ผู้ใช้บริการบางรายยังคงมีความเสี่ยง ในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและ การกำเริบของอาการทางจิต หรือประสบปัญหา ในการปรับตัวเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในกรณี ที่ขาด การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) บทบาทของทีมนสหวิชาชีพ สหวิชาชีพภายใน ได้แก่ นักสังคม สงเคราะห์และเจ้าพนักงานพัฒนาสังคม มีบทบาทในการติดตามอาการและ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการติดตามการปรับตัวทางสังคมและบทบาท ของครอบครัว โดยอาศัยการทำงานร่วมกับหน่วยงานและอาสาสมัครในชุมชน ผ่านการลงเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งประสานส่งต่อข้อมูลการติดตามไปยังหน่วยงานใน สังเกตกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในพื้นที่ปลายทาง กรณี ที่ผู้ใช้บริการอยู่ต่างพื้นที่ เพื่อป้องกันการเกิดช่องว่างของบริการและให้ การดูแลมีความต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า “เราก็ติดตามรอบด้านทั้งกาย จิต สังคม เลยว่าเขาสามารถอยู่ต่อได้ไหม พื้นที่เป็นยังไงบ้าง เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้หรือเปล่า มีปัญหาอย่างอื่นเข้ามาหรือเปล่าที่เขาอยู่ตรงนี้... เราจะใช้เครือข่ายในชุมชน จะ ประสานทั้ง อบต. เครือข่ายอาสาสมัคร รวมไปถึงฝ่ายปกครองและกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำศาสนาในพื้นที่” ขณะที่สหวิชาชีพภายนอก ได้แก่ เครือข่าย

ภาครัฐและภาคประชาสังคม มีบทบาทในการใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขและหน่วยงานในพื้นที่ติดตามผู้ใช้บริการอย่างใกล้ชิด ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อรายงานสถานการณ์และแลกเปลี่ยนข้อมูล การเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้การติดตามดูแลมีความต่อเนื่องและลดช่องว่างของบริการในระดับพื้นที่ ดังคำพูดของนักจิตวิทยาที่ว่า “เราก็จะมีการติดตามทุกเคส ติดตามการรับยา ให้ผู้ป่วยกลับมาประเมินอีกทีหนึ่งว่ากลับไปสู่ชุมชนแล้วมีปัญหอะไร โดยไม่ได้ตามเฉพาะตัวคนไข้และครอบครัวอย่างเดียว เราก็จะมีการติดตามจากรพ.สต. อีกทีหนึ่ง หรือไม่เจ้าหน้าที่ อปท. ในพื้นที่อีกทีหนึ่ง” สอดคล้องกับบทบาทของหน่วยงานในพื้นที่ ดังคำพูดของ เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชนที่ว่า “เราจะมีทีมงานอยู่ในหมู่บ้านซึ่งเขาจะติดตามและประเมินผลให้เราได้ พี่ก็จะส่งข้อมูลไปทางไลน์ นี่เอาข้อมูลคนนี้ให้หน่อย เป็นยังไงอะไรแบบไหน”

1.6 ลักษณะเฉพาะของการดำเนินงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

จากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่อื่น โดยผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องปรับวิธีการทำงานให้สอดคล้องกับบริบท ด้านความมั่นคง ศาสนา และวัฒนธรรมในพื้นที่ ทั้งในด้านการประเมินความปลอดภัยก่อนเข้าถึงผู้ใช้บริการ การคำนึงถึงหลักศาสนา รวมถึงการใช้ภาษามลายูถิ่นในการสื่อสารกับผู้ใช้บริการและครอบครัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าว มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความไว้วางใจและเอื้อต่อกระบวนการดูแลรักษาและการฟื้นฟูในระยะยาว โดยในมิติ ด้านความมั่นคง ดังคำพูดที่ว่า “ก่อนลงพื้นที่ต้องประสานก่อนว่าพื้นที่ปลอดภัยหรือไม่ เพราะบางแห่งอันตราย ซึ่งด้านนโยบายความมั่นคงทำให้การเข้าถึงพื้นที่ต้องผ่านหลายขั้นตอน ไม่สามารถไปได้ทันทีเหมือนพื้นที่อื่น...” ในมิติด้านศาสนา ดังคำพูดที่ว่า “ในพื้นที่สามจังหวัดต้องคำนึงถึงการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม มีการแยกเพศในการทำกิจกรรมบางประเภท การให้ความรู้ต้องผนวกกับหลักการศาสนาที่ถูกต้องเข้ามาด้วย และต้องใช้การรับรองจากผู้นำศาสนา เพื่อให้ชุมชนยอมรับและดูแลต่อ” และในมิติ

ด้านภาษา ดังข้อความที่ว่า “บางทีเขาอาจจะไม่เข้าใจก็ต้องคุยเป็นภาษามลายู ภาษายาวี ภาษาพื้นบ้าน เพราะเรื่องภาษาเป็นปัจจัยที่ทำให้เคสไว้วางใจเรา ถ้าคุยภาษาเดียวกัน เขาก็จะเปิดใจให้ข้อมูลมากขึ้น”

จากการศึกษาบทบาทของทมิฬวิชาชีพทั้งภายในและภายนอก หน่วยงานดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปและจำแนกประเด็นได้ตามกระบวนการดำเนินงาน บทบาทของทมิฬวิชาชีพ และลักษณะเฉพาะของการดำเนินงาน ในพื้นที่ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1

บทบาทของทมิฬวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสาม จังหวัดชายแดนภาคใต้

| กระบวนการดำเนินงานของทมิฬวิชาชีพ | บทบาทของทมิฬวิชาชีพภายในหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | บทบาทของทมิฬวิชาชีพภายนอกหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | ลักษณะเฉพาะของการดำเนินงาน |
|---|--|---|---|
| 1. การค้นหาข้อเท็จจริงและการประเมินแบบองค์รวม | 1. การชักประวัติผู้ใช้บริการโดยตรง 2. การสืบค้นข้อมูลทะเบียนราษฎร์ และการยืนยันตัวตน 3. การลงพื้นที่และสอบถามข้อมูล จากชุมชนหรือหน่วยงานต้นทาง 4. การประเมินอาการทางจิตและความผิดปกติด้านความคิดและอารมณ์ 5. การประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น 6. การประเมินศักยภาพในการดำรงชีวิตและสภาวะทางจิตสังคม | 1. การชักประวัติแรกรับ 2. การรวบรวมข้อมูลด้านสังคม ครอบครัวและสภาพแวดล้อมของผู้ใช้บริการ 3. การประเมินอาการและระดับ ความรุนแรงของปัญหาทางจิตเวช 4. การประเมินความพร้อมของครอบครัวในการรองรับผู้ใช้บริการ | 1. บริบทสถานการณ์ความมั่นคงในพื้นที่ 2. การคำนึงถึงหลักศาสนา 3. การใช้ภาษามลายูถิ่นในการสื่อสาร |

| กระบวนการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ | บทบาทของทีมสหวิชาชีพภายในหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | บทบาทของทีมสหวิชาชีพภายนอกหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | ลักษณะเฉพาะของการดำเนินงาน |
|--|--|--|----------------------------|
| 2. การคุ้มครองสวัสดิภาพ | <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดที่พักชั่วคราวและปัจจัยพื้นฐาน 2. การพิทักษ์สิทธิ์ตามกฎหมาย | <ol style="list-style-type: none"> 1. การใช้กลไกกฎหมายสุขภาพจิตในกรณีมีความเสี่ยง 2. การประสานส่งต่อกรณีไร้ที่พึ่งหรือขาดผู้ดูแล | |
| 3. การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ | <ol style="list-style-type: none"> 1. การประสานเข้าถึงสิทธิและระบบการรักษาตามกฎหมาย 2. การให้การปรึกษาทางจิตสังคม 3. การฟื้นฟูทักษะชีวิต 4. การฟื้นฟูทักษะทางสังคม 5. การเตรียมความพร้อมคืนสู่ครอบครัวและชุมชน | <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาและการบำบัด 2. การให้การปรึกษาแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว 3. การบำบัดทางจิตสังคม 4. การดูแลต่อเนื่องและกลไกสนับสนุนทางจิตสังคมในชุมชน | |
| 4. การประสานและการส่งต่อแบบบูรณาการเชิงเครือข่าย | <ol style="list-style-type: none"> 1. การประสานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ 2. การประสานการเข้าถึงสิทธิและบริการทางการแพทย์ 3. การประสานส่งต่อผู้ใช้บริการคืนสู่ครอบครัวและชุมชน 4. การส่งต่อไปยังสถานสงเคราะห์ 5. การส่งต่อเพื่อเข้ารับการสนับสนุนด้านอาชีพ | <ol style="list-style-type: none"> 1. การประสานเครือข่ายภาครัฐในระดับพื้นที่ 2. การประสานผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชน 3. การส่งต่อไปยังหน่วยงานสวัสดิการในพื้นที่ | |
| 5. การติดตามผล | <ol style="list-style-type: none"> 1. การติดตามอาการและการใช้ยา 2. การติดตามแบบองค์รวมผ่านเครือข่ายในชุมชน | <ol style="list-style-type: none"> 1. การติดตามผ่านหน่วยงานและอาสาสมัครในชุมชน 2. การติดตามผ่านการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร | |

ส่วนที่ 2 ปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทมิสทวิชาชีพ

การดำเนินงานของทมิสทวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความต่อเนื่องของกระบวนการช่วยเหลือ ครอบคลุมทั้งด้านนโยบาย การบริหารจัดการ ความรู้ การปฏิบัติงาน บุคลากร การมีส่วนร่วม และงบประมาณ นอกจากนี้ บริบทเฉพาะของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อข้อจำกัดในการดำเนินงานของทมิสทวิชาชีพ ดังนี้

2.1 ด้านนโยบาย

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา การดำเนินงานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ต้องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน แต่ยังไม่มีแนวทางเชิงนโยบายที่กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานไว้อย่างชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานต้องอาศัยการประสานงานเป็นรายกรณี

2) ปัญหาการดำเนินงาน การดำเนินงานของสทวิชาชีพภายในพบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง จากการแบ่งส่วนราชการตามกลุ่มเป้าหมายรายการ ส่งผลให้กรณีผู้ใช้บริการที่มีปัญหาซับซ้อนหลายมิติขาดหน่วยงานเจ้าภาพ ที่ชัดเจนและทำให้กระบวนการตัดสินใจล่าช้า นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างระหว่างกฎหมายสุขภาพจิตที่เน้น หลักความยินยอมกับกฎหมายคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่ไม่มีมาตรการบังคับ ทำให้การจัดการกรณีผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเป็นไปได้ยาก รวมทั้งยังขาดแนวทางเชิงนโยบายที่ชัดเจนในการจัดการกรณีผู้ใช้บริการที่เข้า-ออกกระบวนการช่วยเหลือซ้ำ ดังคำพูดที่ว่า “ด้วยโครงสร้างของกระทรวงจะแบ่งเป็นกรมต่างๆ มันก็จะมีการแบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย ส่วนในเรื่องของคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชมันก็จะกำกวม มันก็จะมีข้อจำกัดในการส่งต่อ เพราะว่ากลุ่มเป้าหมายก็อาจจะทำให้เราต้องมาถกกันว่า เคสนี้ควรไปที่ไหนยังไง” และ “จะมีข้อจำกัดทางกฎหมาย ปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมรับการรักษา เนื่องจากต้องได้รับความยินยอมก่อน เว้นแต่เข้าเกณฑ์อันตรายตามกฎหมายสุขภาพจิต” ขณะที่การดำเนินงานของสทวิชาชีพภายนอกพบ

ข้อจำกัดจากการจัดลำดับความสำคัญในยุทธศาสตร์จังหวัดที่มุ่งเน้นด้านความมั่นคงและเศรษฐกิจมากกว่างานด้านสวัสดิการสังคม ส่งผลให้นโยบายสนับสนุนและงบประมาณมีจำกัด นอกจากนี้ การทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีลักษณะแยกส่วน และขาดเวทีกลางในการวางแผนและบูรณาการแนวทางการดำเนินงานร่วมกันในระดับนโยบาย ดังคำพูดที่ว่า “ยุทธศาสตร์ของสามจังหวัด ไปมุ่งเน้นเรื่องการคลอดก่อนกำหนด หรือการดูแลสุขภาพคนแต่ละช่วงวัย มุ่งเรื่องเศรษฐกิจ รายได้ครัวเรือนต่ำ การท่องเที่ยว และความไม่สงบมันเลยทำให้นโยบายช่วยเหลือด้านจิตเวชหรือสุขภาพจิตมีน้อยมากๆ” และ “แต่ละหน่วยงานทำงานแบบพาร์ทไคร์พาร์ทมัน ทำให้ขาดการประสานงาน ไม่มีข้อมูลอัปเดตมาถึงเราเลย ส่งผลให้งบประมาณ เราขาดแคลนมาก แทบไม่มีหน่วยงานซัพพอร์ตเลย ทำให้กิจกรรมเด่นๆ ไม่มี”

2.2 ด้านการบริหารจัดการ

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา การดำเนินงานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน แต่ยังคงขาดระบบการบริหารจัดการร่วมที่เชื่อมโยงข้อมูลและกระบวนการทำงานระหว่างหน่วยงาน ทำให้การดำเนินงานในบางกรณีขาดความต่อเนื่อง

2) ปัญหาการดำเนินงาน การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายในประสบปัญหาการขาดระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานด้านสังคมและสาธารณสุข ส่งผลให้การสืบค้นประวัติและการติดตามผลผู้ใช้บริการเกิดความล่าช้า นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดด้านภาระงานที่สูงและจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ รวมถึงความไม่ชัดเจน ในการกำหนดบทบาทของผู้จัดการรายกรณี โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ใช้บริการมีปัญหาซับซ้อนหลายมิติ ดังคำพูดที่ว่า “ตอนนี้ฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยยังไม่เชื่อมโยงกัน เวลาเราจะช่วยเหลือใครสักคนมันเลยซ้ำ ต้องประสานหลายที่กว่าจะได้ข้อมูลครบ” และ “ก็อาจจะมีการเรื่องที่ว่า ยังไม่เคลียร์กันว่าเคสนี้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายไหน แล้วก็ใครควร มาเป็น CM ก็ยังหา CM ไม่ได้เพราะว่าเคสๆ นึง บางทีเขามีสภาพปัญหาหลายอย่าง... ต้องมานั่ง

คัดกรองร่วมกันว่า เข้ากลุ่มเป้าหมายไหนก็อาจจะเป็นในเรื่องที่ยังเป็นข้อจำกัดอยู่” ขณะที่การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายนอก พบข้อจำกัดด้านเวลาและความต่อเนื่องในการติดตามเยี่ยมบ้านและประสานงานรายกรณี เนื่องจากภาระงานจำนวนมากของหน่วยบริการ รวมถึงการลาออกของบุคลากรหลักที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน ส่งผลให้องค์ความรู้และประสบการณ์ในการทำงานร่วมกันขาดความต่อเนื่อง ดังคำพูดที่ว่า “การทำงานเชิงเจาะลึกของหน่วยงานภาครัฐ ในเรื่องการลงเยี่ยมบ้าน เพื่อสืบหาข้อมูล ให้คำปรึกษาช่วยเหลือ หรือการส่งต่อ นั้น ยังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่อง เนื่องจากการทำงานยังเป็นแบบเฉพาะกิจ” และ “การบริหารจัดการก็เหมือนกับการบริหารทรัพยากรของมูลนิธิ เรื่องคน เรื่องงบ เพราะว่าปีที่ผ่านมามีคนซึ่งเป็นตัวหลักเขาออกจากงาน ก็เลยมีข้อจำกัดในการที่เราจะทำงาน”

2.3 ด้านความรู้

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา ผู้ปฏิบัติงาน ครอบครัวของผู้ใช้บริการ และเครือข่ายในระดับพื้นที่ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกัน ส่งผลให้การดำเนินงานในบางกรณีต้องใช้เวลาในการสร้างความเข้าใจและประสานแนวทางการดูแลร่วมกัน

2) ปัญหาการดำเนินงาน การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายในเผชิญความท้าทายจากช่องว่าง ด้านองค์ความรู้ทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงานและครอบครัวของผู้ใช้บริการ โดยผู้ปฏิบัติงานบางส่วนยังขาดความรู้เฉพาะทางด้านจิตเวชและสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ขณะเดียวกัน ครอบครัวและชุมชนบางส่วนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคจิตเวช และเชื่อมโยงกับความเชื่อทางไสยศาสตร์ ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังคำพูดที่ว่า “ถ้าเป็นบุคลากร เจ้าหน้าที่ก็จะขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเกี่ยวกับจิตเวชและสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ แล้วก็ความรู้ด้านเหมือนพยาบาลเบื้องต้น ก็คือไม่ค่อยมี” และ “ญาติ ชุมชน ก็ไม่ค่อยมีความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคจิตเวช อาจจะมองว่าเป็นเรื่องของ ไสยศาสตร์ แล้วก็มีการตีตรา

ส่งผลให้ญาติแล้วก็ตามก็ชุมชนไม่ต้องการรับกลับ แล้วก็มองว่าคนนี่จะโดนของ หรือว่าถูกทำของใส่” ขณะที่การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายนอก พบว่า เครือข่ายในระดับพื้นที่บางส่วนยังมีข้อจำกัดด้านความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและ ขอบเขตการปฏิบัติงานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เกิดความลังเลในการตัดสินใจเข้าช่วยเหลือผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ เครือข่ายในพื้นที่ยังขาดทักษะเชิงเทคนิคเกี่ยวกับการจัดการระบบยาจิตเวชและการติดตามอาการของผู้ใช้บริการ ซึ่งส่งผลต่อมาตรฐานและความมั่นใจในการดูแลผู้ใช้บริการในระดับชุมชน ดังคำพูดที่ว่า “ปัญหาจริงๆ สำหรับเราก็ในความรู้เรื่องกฎหมาย เราไม่รู้ อะไรที่เราทำได้ อะไรที่เราไม่สามารถทำได้” และ “เราจะเข้าไปหาครอบครัว ผู้ดูแลและถามข้อมูลเบื้องต้นว่าคุณดูแลยังไง คุณเข้าใจเรื่องจิตเวชไหม เพื่อดูว่า สิ่งที่เขาดูแลลูกเขาตอนนี้กับอาการหรือกับความรู้ทางจิตเวชเป็นอย่างไร เขาดูแลถูกต้องหรือไม่ เพราะความรู้เชิงลึกในชุมชนมันยังขาดอยู่”

2.4 ด้านการปฏิบัติงาน

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา กระบวนการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชต้องอาศัยขั้นตอน การสืบค้นข้อมูลการประสานงาน และการส่งต่อระหว่างหลายหน่วยงาน ทำให้การดำเนินงานในบางกรณีเกิดความล่าช้าหรือไม่ต่อเนื่อง

2) ปัญหาการดำเนินงาน การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายในเผชิญความยากลำบากในการสืบค้นข้อเท็จจริงในกรณีผู้ใช้บริการไม่สามารถสื่อสารได้หรือไม่เอกลสารแสดงตัวตน อีกทั้งยังมีความล่าช้าในการส่งต่อเข้าหน่วยงานรองรับปลายทางเนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนเตียงและคิวรอรับ ส่งผลให้ผู้ใช้บริการต้องพักคอยเป็นระยะเวลานานและเกิดความเครียดสะสม ดังคำพูดที่ว่า “บางทีเข้าถึงข้อมูลได้ยาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ บางทีพูดไม่ได้ หรือว่าพูดไม่รู้เรื่อง อาการหลอน หรือบางทีก็เป็นเคสที่ไม่มีเอกสารยืนยันตัวตน ก็จะหาข้อมูลได้ยากมาก” และ “ปัญหาอย่างการประสานส่งต่อ บางทีมันก็เกิดความล่าช้าและระยะเวลาที่อยู่กับเราก็จะนานมากขึ้น

มันจะเกิดความเครียดกับตัวเองด้วย” ขณะที่การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายนอกประสบปัญหาการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว โดยเฉพาะ ข้อมูลเชิงลึกและประวัติชีวิตของผู้ใช้บริการ รวมถึงการปฏิเสธการช่วยเหลือจากตัวผู้ให้บริการเอง ส่งผลให้กระบวนการคุ้มครองขาดความต่อเนื่องและมีความเสี่ยงต่อการกลับเข้าสู่ภาวะไร้ที่พึ่งซ้ำ นอกจากนี้ การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎรยังมีความซับซ้อน ทั้งด้านกฎหมาย สิทธิ และการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ ทำให้กระบวนการช่วยเหลือมีข้อจำกัดและไม่สามารถดำเนินการในระยะยาวได้ อย่างเต็มศักยภาพ ดังคำพูดที่ว่า “บางทีคือเราไม่รู้ข้อมูลที่มาที่ไป ญาติก็ไม่ได้ให้ข้อมูล แต่ว่ามันมีอาการทางจิตเวชแล้ว แต่เราก็ไม่รู้ว่ที่ไปที่มาที่เขาเป็นแบบนี้ เป็นอะไรยังไง ปัญหาครอบครัวเขาเป็นยังไง คือบางทีข้อเท็จจริงตรงนี้เราก็ไม่มี” และ “สำหรับผู้ป่วยจิตเวช ถ้าเราสร้างความประทับใจในการเจอกันครั้งแรก เราจะมีโอกาสเข้าไปครั้งที่สองได้อีก แต่มันก็ไม่ง่าย เพราะถ้าเขาไม่ไว้วางใจ เขาก็จะไม่ยอมรับการช่วยเหลือจากเราเลย”

2.5 ด้านบุคลากร

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่มีจำนวนจำกัด และยังขาดบุคลากรเฉพาะทางด้านจิตเวชและสังคมสงเคราะห์ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานต้องรับภาระงานหลายด้านในการดูแลผู้ให้บริการ

2) ปัญหาการดำเนินงาน การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายในพบข้อจำกัดด้านกำลังคน โดยจำนวนผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอต่อภาระงานในการดูแลผู้ให้บริการ ทำให้ต้องรับภาระงานในอัตราส่วนที่สูงกว่ากำลังคนที่มีอยู่อีกทั้งยังขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวช ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานทั่วไปต้องรับภาระในการดูแลผู้ให้บริการที่มีอาการรุนแรงหรือมีปัญหาทางกายที่ซับซ้อน ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานและการดูแลผู้ให้บริการ ดังคำพูดที่ว่า “ผู้ปฏิบัติงานกับคนไร้ที่พึ่งจิตเวช ปัญหาหนึ่ง คือ

จำนวน สองคือมีแต่ผู้หญิง... “ และ “ ผู้ปฏิบัติงานขาดองค์ความรู้และความปลอดภัย การอยู่เวร 24 ชั่วโมง เราไม่รู้หรือว่าเขาจะคลุ้มคลั่งตอนไหน กรณี ที่ต้องมีการทำแผลหรือดูแลภาวะทางกายร่วมด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เราไม่ได้มีองค์ความรู้ในการดูแลเขา ” ขณะที่การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายนอกพบข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทางในระดับพื้นที่ที่มีจำนวนจำกัด ส่งผลให้ นักสังคมสงเคราะห์หรือนักจิตวิทยาหนึ่งคนต้องรับผิดชอบหลายบทบาทพร้อมกัน ทำให้เกิดการะงันเกินขอบเขตและไม่สามารถดำเนินการจัดการรายกรณีได้อย่างทั่วถึง ดังคำพูดที่ว่า “บุคลากรในพื้นที่ก็ยังใช้บุคลากรหนึ่งคนสามารถทำได้หลายอย่าง ถ้าเป็นไปได้อยากได้แบบนักสังคมสงเคราะห์ที่มาดูแลเคสโดยเฉพาะ เพราะว่าในพื้นที่ก็จะมีนิติบัญญัตินัก ก็จะมาดูแลเคสพวกนี้มากขึ้น นักจิตวิทยาสองคนไม่เพียงพอ ”

2.6 ด้านการมีส่วนร่วม

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา ครอบครัวและชุมชนของผู้ใช้บริการ บางรายยังไม่สามารถเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การติดตามและการดูแลผู้ใช้บริการภายหลังการรักษาเป็นไปได้ยาก

2) ปัญหาการดำเนินงาน การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายในพบข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ใช้บริการ เนื่องจากครอบครัวปฏิเสธการดูแลผู้ใช้บริการระยะยาวและผลักภาระมายังหน่วยงานภาครัฐ ส่งผลให้กระบวนการส่งคืนผู้ใช้บริการสู่ครอบครัวและชุมชนเป็นไปได้ยาก ดังคำพูดที่ว่า “กรณีที่เราเจอ ก็คือครอบครัวปฏิเสธแล้ว ไม่เอาแล้ว ครอบครัวก็มีสภาพที่ไม่ดีของผู้ใช้บริการ บางครอบครัวก็คือผลักใส แบบว่าไม่เอาแล้ว พยายามที่จะจบ แล้วก็ต้องไปหาต่อที่ไหนเพื่อไม่ให้เขากลับมาบ้าน ภาพจำที่ครอบครัวมีคือตอนอยู่ก็สร้าง ความเดือดร้อน ไม่ใช่แค่ผู้ใช้บริการที่อยู่ไม่ได้ ครอบครัวเองก็เดือดร้อนด้วย ตรงนี้เราต้องเข้าไปเตรียมครอบครัว เข้าไปเหมือนให้คำปรึกษาแนะนำ เพราะบางทีแวดล้อมข้างนอกไม่เอาด้วย ” ขณะที่การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายนอกพบข้อจำกัดจากความเปราะบางของ

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ใช้บริการ ขณะเดียวกัน ชุมชนบางแห่งยังมีความหวาดกลัวหรือไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ขาดกลไกสนับสนุนที่สำคัญใน การรองรับการดูแลต่อเนื่องภายหลัง การรักษา ดังคำพูดที่ว่า “มีที่ว่าไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ ญาติไม่เอา ชุมชนไม่เอา เพราะกลัวว่าจะทำร้าย คนอื่น อย่างเคสที่ตำบลแห่งหนึ่ง ญาติเขาโทรหาผมเลย ว่าอาการกำเริบหนักแล้ว เขาดูแลไม่ไหวแล้ว ให้ผมช่วยประสานหน่วยงานเอาตัว ออกไปที่”

2.7 ด้านงบประมาณ

1) ข้อค้นพบจากการศึกษา การดำเนินงานต้องดำเนินการภายใต้ งบประมาณที่จำกัด ส่งผลให้การช่วยเหลือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และ การดำเนินงานบางส่วนไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

2) ปัญหาการดำเนินงาน การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายในพบ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ เนื่องจากงบประมาณภาครัฐในพื้นที่ส่วนใหญ่ ถูกจัดสรรไปยังภารกิจด้านความมั่นคงเป็นลำดับต้น ส่งผลให้งานสวัสดิการ สังคมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้รับงบประมาณในวงจำกัดและขาดความ ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการขาดงบประมาณสำหรับกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูและการ ส่งเสริมอาชีพของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ เกณฑ์ราคางบประมาณสำหรับการ จัดสรรปัจจัยสี่และค่าใช้จ่ายในการลงพื้นที่ยังไม่สอดคล้องกับค่าครองชีพใน ปัจจุบัน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการและการดำเนินงานในระดับ ปฏิบัติการ ดังคำพูดที่ว่า “งบประมาณที่มาทำกิจกรรมพัฒนา มันไม่ได้มีเฉพาะ หรอก เราก็ต้องหากิจกรรมที่ไม่ใช่งบประมาณ อย่างเศรษฐกิจพอเพียงที่ ผอ. ให้ เริ่มทำ ปลูกผักอะไรอย่างนี้ ซึ่งไม่ได้ใช่กับที่หาจากตรงนั้นตรงนั้นมา ให้เคสได้ พัฒนาศักยภาพเขา” ขณะที่การดำเนินงานของสหวิชาชีพภายนอกพบข้อจำกัด ด้านงบประมาณเช่นกัน งบประมาณภาครัฐในพื้นที่ส่วนใหญ่ถูกจัดสรร ไปยังภารกิจด้านความมั่นคง ดังคำพูดที่ว่า “สามจังหวัดมีผลกระทบเรื่อง งบประมาณ เขาไปเน้นเรื่องความมั่นคงมากกว่า ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

กระบวนการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อไปตอบโจทย์ปัญหาเหล่านี้ยังไม่มีประสิทธิภาพและไม่สอดคล้องเท่าที่ควร”

2.8 ลักษณะเฉพาะของปัญหาการดำเนินงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ปัญหาการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่อื่น เนื่องจากต้องปฏิบัติงานภายใต้บริบทด้านความมั่นคง ศาสนา วัฒนธรรม และภาษาที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน ความทับซ้อนระหว่างภารกิจด้านความมั่นคงกับงานสวัสดิการสังคมส่งผลให้การเข้าถึงพื้นที่และการประสานงานมีข้อจำกัด ขณะเดียวกัน การดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการหลักศาสนา บทบาทของผู้นำชุมชน และการใช้ภาษามลายูถิ่นในการสื่อสาร เพื่อสร้างความไว้วางใจและเอื้อต่อกระบวนการดูแลรักษา โดยในมิติด้านความมั่นคง ดังคำพูดที่ว่า “นโยบายความมั่นคง ทำให้การเข้าถึงพื้นที่หรือการเคลื่อนย้ายคนรั้ที่พึงบางครั้งต้องผ่านกระบวนการที่ซับซ้อนกว่าพื้นที่อื่น ต้องผ่านหลายขั้นตอนและการประสานงานที่ซับซ้อน ไม่สามารถลงพื้นที่ได้ทันทีเพราะเป็นพื้นที่เสี่ยงภัย การเดินทางเข้าพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะในเคสที่อยู่อำเภอไกลๆ จึงเป็นอุปสรรคสำคัญ” ในมิติด้านศาสนาและวัฒนธรรม ดังคำพูดที่ว่า “ความรู้ความเข้าใจของชุมชนต้องจัดการกับความเชื่อทางศาสนาแล้วก็วัฒนธรรมท้องถิ่น การให้ความรู้จึงต้องผนวกกับหลักการศาสนาที่ถูกต้องเข้ามาด้วย บางทีเคสอาจจะไปหาหมอบ้าน รักษาหมอบ้าน” และในมิติด้านภาษา ดังคำพูดที่ว่า “การสื่อสารถ้าเป็นไทยพุทธเองจะมีปัญหาถ้าลงไปโดยที่ไม่มีล่ามหรือเจ้าหน้าที่อิสลามไปด้วย มันต้องอธิบายแบบเป็นมลายูให้เขา บางทีในเรื่องของการพูดภาษาไทยจะไม่เข้าใจ”

จากการศึกษาปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปและจำแนกประเด็นได้ตามปัญหาการดำเนินงาน ปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพ

และลักษณะเฉพาะของปัญหาการดำเนินงานในพื้นที่ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

| ปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพ | ปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพภายในหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | ปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพภายนอกหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | ลักษณะเฉพาะของปัญหาการดำเนินงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ |
|--|--|--|---|
| 1. ด้านนโยบาย | 1. การแบ่งส่วนราชการตามกลุ่มเป้าหมาย 2. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง | 1. การจัดลำดับความสำคัญตามยุทธศาสตร์จังหวัด 2. การบูรณาการการทำงานในพื้นที่ | 1. บริบทสถานการณ์ความมั่นคงในพื้นที่ 2. การคำนึงถึงหลักศาสนา 3. การใช้ภาษามลายูถิ่นในการสื่อสาร |
| 2. ด้านการบริหารจัดการ | 1. ระบบฐานข้อมูลกลาง 2. ภาระงานและการกำหนดบทบาทผู้จัดการรายกรณี | 1. ความต่อเนื่องในการติดตามและการประสานงานรายกรณี 2. การลาออกของบุคลากรหลักในการทำงาน | |
| 3. ด้านความรู้ | 1. ความรู้เฉพาะทางด้านจิตเวชและสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ 2. ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชของครอบครัวและชุมชน | 1. ความรู้ด้านกฎหมายและขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลทางจิตเวชของครอบครัวและชุมชน | |

| ปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพ | ปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพภายในหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | ปัญหาการดำเนินงานตามบทบาทของทีมสหวิชาชีพภายนอกหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | ลักษณะเฉพาะของปัญหาการดำเนินงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ |
|--|--|--|---|
| 4. ด้านการปฏิบัติงาน | 1. การสืบค้นข้อเท็จจริงและยืนยันตัวตน 2. การส่งต่อและจัดหาหน่วยรองรับ | 1. การสนับสนุนจากครอบครัว 2. การช่วยเหลือผู้ใช้บริการ | |
| 5. ด้านบุคลากร | 1. จำนวนบุคลากร 2. ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านจิตเวช | 1. จำนวนบุคลากรเฉพาะทาง | |
| 6. ด้านการมีส่วนร่วม | 1. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ใช้บริการ | 1. ความสัมพันธ์ในครอบครัว | |
| 7. ด้านงบประมาณ | 1. งบประมาณสำหรับกิจกรรมบำบัดและส่งเสริมอาชีพ 2. เภณศรัทธางบประมาณ 3. การจัดลำดับความสำคัญงบประมาณในระดับพื้นที่ | 1. การจัดลำดับความสำคัญงบประมาณในระดับพื้นที่ | |

การอภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ มิได้เป็นเพียงความแตกต่าง ในเชิงกระบวนการปฏิบัติงาน แต่เป็นผลจากปัจจัยเชิงโครงสร้าง นโยบาย และบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการทำงาน การดำเนินงานของ

ทีมสหวิชาชีพที่ปรากฏในผลการศึกษาระหว่างความสอดคล้องกับแนวคิดการประเมินแบบองค์รวม (Bio-psycho-social assessment) และการจัดการรายกรณี (Case management) ซึ่งมุ่งเน้นการทำความเข้าใจผู้ใช้บริการอย่างรอบด้าน ทั้งในมิติทางกาย จิต และสังคม โดยเฉพาะกระบวนการ คัดกรองการวินิจฉัยทางสังคม และการจัดทำแผนฟื้นฟูรายบุคคลที่มีความยืดหยุ่นตามบริบทของผู้ใช้บริการแต่ละราย อย่างไรก็ตาม ในบริบทของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากขาดการสร้างความไว้วางใจและการสื่อสารที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน โดยเฉพาะ การใช้ภาษามลายูถิ่นและความเข้าใจในมิติทางวัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่เอื้อให้ผู้ใช้บริการเปิดเผยข้อมูลและยอมรับกระบวนการช่วยเหลือ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสะท้อนความสอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559) ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานของ ธรณรงค์จินใด (2565) และ เจษฎาวารี และคณะ (2566) ที่เน้นความสำคัญของการบูรณาการการทำงานผ่านภาคีเครือข่าย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ได้ขยายองค์ความรู้เดิมโดยชี้ให้เห็นว่า ในพื้นที่ที่มีความเปราะบางและมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง การบูรณาการเชิงโครงสร้างเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากแต่ต้องอาศัยทุนทางสังคมและศาสนาเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและลดแรงต้านจากชุมชน

ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษายังสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงาน การทำงานแบบแยกส่วน และการขาดระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ใช้บริการขาดความต่อเนื่องและต้องอาศัย การประสานงานรายกรณีเป็นหลัก ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับ นภัสวรรณ โยธา (2564) และ พรรณปพร ส่วนเจริญศรี (2562) ที่ชี้ให้เห็นว่าข้อจำกัดด้านโครงสร้างและระบบสนับสนุนมีผลโดยตรงต่อ

ประสิทธิภาพของ การจัดการรายกรณี นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในมิติของ การทำงานแบบสหวิชาชีพ พบว่า ข้อค้นพบยังสอดคล้องกับแนวคิดการทำงาน ของทีมสหวิชาชีพที่อธิบายว่าการแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อนจำเป็นต้องอาศัย การบูรณาการ องค์ความรู้ ทักษะ และบทบาทจากหลากหลายวิชาชีพร่วมกัน ผ่านกระบวนการสื่อสาร การแบ่งบทบาทหน้าที่ และการกำหนดเป้าหมายร่วม ในการปฏิบัติงาน (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2561) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าการดำเนินงานในพื้นที่ซึ่งเผชิญข้อจำกัดด้านบทบาทหน้าที่ และกลไกการประสานงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นช่องว่างระหว่างหลักการเชิง แนวคิดกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ในบริบทของพื้นที่สามจังหวัด ชายแดนภาคใต้ ปัญหาดังกล่าวมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นจากเงื่อนไขด้าน ความมั่นคง ซึ่งส่งผลต่อทั้งความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานและความต่อเนื่อง ของการให้บริการ โดยเฉพาะการลงพื้นที่ติดตามและการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะ การพึ่งพาเครือข่ายอาสาสมัครและผู้นำศาสนาเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยง ผู้ใช้บริการกับระบบบริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ อาบกนก ทองแถม และคณะ (2565) และ ยุวดี รอดจากภัย และ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2565) ที่ชี้ให้เห็นบทบาทของเครือข่ายชุมชนในการเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลใน ระดับพื้นที่ ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูล การติดตาม และการเฝ้าระวังเชิงรุก

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมและ วัฒนธรรม โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับ โรคจิตเวชและการตีตราทางสังคม ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อกระบวนการฟื้นฟูและการคืนสู่สังคมของผู้ใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ รุ่งนภา เทพภาพ และ นิถมน รัตนะรัต (2567) ที่ระบุว่า การตีตราทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการลดทอนประสิทธิภาพของ การฟื้นฟู ข้อค้นพบทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่าการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้เปราะ ภัยจิตใจในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ไม่สามารถอาศัยกลไกเชิงนโยบายหรือ ระบบบริการเพียงลำพัง หากแต่ต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างโครงสร้าง ระบบบริการกับทุนทางสังคม วัฒนธรรม และเครือข่ายชุมชนอย่างสอดคล้อง

กับบริบทพื้นที่ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่กำหนดทั้งประสิทธิภาพและความยั่งยืนของการดำเนินงานในระยะยาว ทั้งนี้ ข้อค้นพบยังสะท้อนความสำคัญของแนวคิดเครือข่ายทางสังคมที่มองว่าการดูแลและคุ้มครองผู้ใช้บริการจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน ชุมชน และสถาบันศาสนา เพื่อสร้างกลไก การช่วยเหลือที่เชื่อมโยงและสนับสนุนกันอย่างต่อเนื่อง (รณรงค์ จันโต, 2565) โดยในบริบทสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เครือข่ายดังกล่าวมิได้ทำหน้าที่เพียงสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น หากแต่ยังมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงผู้ใช้บริการ การติดตามต่อเนื่อง และการสร้างการยอมรับจากชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเครือข่ายทางสังคมเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

สรุป

บทบาทของทีมนสวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีลักษณะเป็นการดำเนินงานแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงหน่วยงานด้านสังคม สาธารณสุข และเครือข่ายในพื้นที่ ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาข้อเท็จจริง การคุ้มครองสวัสดิภาพ การดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การประสานและการส่งต่อแบบบูรณาการเชิงเครือข่าย ตลอดจนการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบทพหุวัฒนธรรมของพื้นที่ ทั้งด้านความมั่นคง ศาสนา ภาษา และวัฒนธรรม โดยเฉพาะการใช้ภาษามลายูถิ่นและบทบาทของผู้นำศาสนาและเครือข่ายชุมชนในการสร้างความไว้วางใจ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเข้าถึงและดูแลผู้ใช้บริการ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและระบบปฏิบัติงาน ทั้งด้านนโยบาย การบริหารจัดการ บุคลากร งบประมาณ รวมถึงบทบาทหน้าที่ที่ไม่ชัดเจน การประสานงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่เป็นระบบ ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดูแลและการติดตาม

ในระยะยาว อีกทั้ง ข้อจำกัดด้านสถานะบุคคลและการขาดเอกสารแสดงตน ยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาลและสวัสดิการสังคม ทั้งนี้ แม้มີข้อจำกัดดังกล่าว การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัคร และเครือข่ายในพื้นที่ ยังคงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมความต่อเนื่องของการคุ้มครองให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

จากการศึกษาบทบาทและปัญหาการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพในการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ศึกษาขอเสนอแนวทางพัฒนาการดำเนินงาน ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะต่อสหวิชาชีพภายในหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) การบูรณาการระบบฐานข้อมูลกลาง ควรจัดทำฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงระหว่างกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้การสืบค้นและการส่งต่อข้อมูลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ภายใต้กรอบพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 นอกจากนี้ ควรกำหนดตัวชี้วัดร่วมในการดูแลคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะ

2) การปรับโครงสร้างงบประมาณและบุคลากร ควรจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับต้นทุนการปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัย พร้อมสนับสนุนอัตราค่าจ้างบุคลากรเฉพาะทาง เช่น นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช เพื่อลดภาระงานที่เกินขีดความสามารถ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) การจัดทำแผนฟื้นฟูรายบุคคลเชิงพหุวัฒนธรรม (Multicultural IRP) ควรพัฒนาแผนฟื้นฟูรายบุคคลที่บูรณาการทั้งมิติการรักษาทางจิตเวช

วิถีชีวิตทางศาสนาและอัตลักษณ์ท้องถิ่น เช่น การใช้ภาษามลายูถิ่นในการสื่อสาร และจัดกิจกรรมฟื้นฟู รวมถึงการนำกิจกรรมทางศาสนา เช่น การซิกิริ (การระลึกถึงพระเจ้า) และการละหมาด มาเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้กระบวนการฟื้นฟูสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของพื้นที่มากกว่าการใช้กิจกรรมฟื้นฟูรูปแบบทั่วไป

2) การพัฒนาระบบพี่เลี้ยงด้านจิตเวช (Psychiatric mentoring system) ควรจัดให้มีทีมที่ปรึกษาจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในการดูแลผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเสริมทักษะในการปฏิบัติงานและลดการส่งต่อกลับโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

3) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรส่งเสริมการพัฒนาความรู้เฉพาะทางด้านจิตเวชและสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรในการประเมินและวางแผนให้การช่วยเหลือที่มีความซับซ้อนได้อย่างแม่นยำ ควบคู่กับการพัฒนาสมรรถนะด้านภาษา วัฒนธรรม และความเข้าใจ ในมิติความเชื่อทางศาสนา เพื่อเสริมสร้างความไว้วางใจ ลดอุปสรรคด้านทัศนคติ และเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้ใช้บริการและครอบครัวภายใต้บริบทวัฒนธรรมของพื้นที่อย่างยั่งยืน

4) การพัฒนาไกลบ้านพักกึ่งวิถี (Halfway house) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนาในการร่วมรับรองและสนับสนุนกระบวนการเตรียมความพร้อมของผู้ใช้บริการ เพื่อช่วยลดการตีตราทางสังคม และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ครอบครัวและชุมชนในการยอมรับผู้ใช้บริการกลับคืนสู่สังคม

2. ข้อเสนอแนะต่อสหวิชาชีพภายนอกหน่วยงานสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) การผลักดันแนวคิดความมั่นคงทางมนุษย์ เสนอให้ฝ่ายความมั่นคงปรับกรอบการจัดสรรทรัพยากร โดยสนับสนุนงานสวัสดิการสังคม

ในฐานะกลไกสร้างสันติภาพระยะยาว และบรรจुประเด็นสุขภาพจิตไว้ในแผนพัฒนาจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) การเสริมพลังกลไกชุมชนและศาสนา ส่งเสริมบทบาทของผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชนในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และรับรองตัวตนทางสังคมของผู้ใช้บริการที่ไร้สถานะ เพื่อลดช่องว่างทางกฎหมายและสร้างพื้นที่ปลอดภัยเชิงวัฒนธรรม ควบคู่กับการพัฒนาความร่วมมือจากระดับกรณีเฉพาะไปสู่ความร่วมมือเชิงระบบ

2) การรณรงค์ลดการตีตราผ่านอาสาสมัครชุมชน พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในชุมชน ให้มีความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อทำหน้าที่สื่อสารความเข้าใจ ที่ถูกต้อง ลดอคติ และเป็นกลไกประสานความช่วยเหลือผ่านระบบฐานข้อมูลดิจิทัลที่มีมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

3) การเตรียมความพร้อมครอบครัวและชุมชน ควรเสริมทักษะการดูแลในชีวิตประจำวันและการสังเกตอาการกำเริบเบื้องต้นแก่ครอบครัวและชุมชน รวมถึงให้ทราบช่องทางการขอความช่วยเหลือและการประสานหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อให้สามารถรองรับคนไร้ที่พึ่งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างศาสนสถาน สถาบันบำบัดวิศิศาสนา และสถานคุ้มครองของรัฐ เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เหมาะสมต่อการบูรณาการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

2) ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับทัศนคติและความพร้อมของครอบครัวในสังคมพหุวัฒนธรรมต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติดร่วม เพื่อออกแบบกลไกสนับสนุนระดับชุมชนที่เหมาะสม

3) ควรศึกษาบทบาทของเครือข่ายทางสังคมและทีมสหวิชาชีพในการติดตามดูแลหลังออกจากสถานคุ้มครอง เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการดูแลและปัจจัยที่เอื้อต่อการกลับคืนสู่ชุมชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2561). *คู่มือทีมสหวิชาชีพเพื่อการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2568ก). *ประกาศกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เรื่อง ยุบเลิกศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและให้อำนาจหน้าที่ไปเป็นของนิคมสร้างตนเอง หรือศูนย์พัฒนาราษฎรบนพื้นที่สูง*. (ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2568). กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2568ข). *ประกาศกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เรื่อง การเปลี่ยนชื่อ หน้าที่ และอำนาจของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเป็นศูนย์คุ้มครองและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตจังหวัด*. (ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2568). กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กลุ่มการพัฒนามาตรฐานทางสังคม, กองมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2567). *รายงานความมั่นคงของมนุษย์ประเทศไทย ปี 2566*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- เจษฎา วารี, จิตติ กิตติเลิศไพศาล, พิศดาร แสนชาติ และ ชนินทร์ วะสินนท์. (2566). ประสิทธิภาพของศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 26(3), 37-49.

- นภัสวรรณ โยธา. (2564). การทำงานของทีมนิสิตวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคจิตเภทซับซ้อนก่อนจำหน่าย: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังสารสนเทศดิจิทัล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:307608
- พรรณปพร ต่วนเจริญศรี. (2562). บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเวชในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเพื่อคืนสู่สังคม [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังสารสนเทศดิจิทัล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:183542
- ยุวดี รอดจากภัย และ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2565). การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 33(2), 113-128.
- รณรงค์ จันใด. (2565). รูปแบบ กลไก และกระบวนการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ, รายงานสืบเนื่องการสัมมนาวิชาการเรื่องในโอกาสการสถาปนาคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีที่ 65 ปี (น. 62-72). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รุ่งนภา เทพภาพ และ นิถมน รัตนะรัต. (2567). การพัฒนาการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และการบริหารสังคม, 32(2), 254-293.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2559). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่สุขภาวะ: การจ้างงาน (สำหรับบุคลากรสาธารณสุข). โรงพยาบาลศรีธัญญา.

- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12. (2565). รายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ชายแดนใต้. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักข่าว Hfocus. (22 มกราคม 2567). สสส.เผยตัวเลขผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน 19% ลงนาม MOU พัฒนาระบบเฝ้าระวัง. <https://www.hfocus.org/content/2024/01/29574>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). (2562). *สำรวจปรากฏการณ์คนไร้บ้านกลางเมืองใหญ่*. <https://www.thaihealth.or.th/>
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). รายงานข้อมูลสถิติครัวเรือนเปราะบางผ่านระบบบริหารจัดการข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า (TPMAP) ปี 2567. <https://www.tpmmap.in.th/2567/>
- อัลญาน์ สมุห์เสনীโต, ชัมชู สาอู, พะเยาว์ ละกะเด็บ และ มุฮัมหมัดรอฟีอี มูซอ. (2567). แนวทางการบูรณาการในการช่วยเหลือสุขภาพจิตและจิตสังคมของเยาวชนไทยในจังหวัดปัตตานี. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 8(2), 164–175.
- อาบกนก ทองแถม, สุขุมมา ฐิติพลธำรง และ ศิวิมล เครือแก้ว. (2565). ประสบการณ์ของเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือประชาชนกลุ่มเปราะบางที่ประสบอุทกภัยในอำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารพยาบาลสหภาพวิชาชีพไทย*, 15(2), 75–91.
- Ford, K., Jampaklay, A., & Chamrathirong, A. (2017). Mental health in a conflict area: Migration, economic stress and religiosity in the three southernmost provinces of Thailand. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(2), 91-98. <https://doi.org/10.1177/0020764016685119>

World Bank. (2023). *Promoting Resilience and Mental Health in Thailand's Conflict-Scarred Deep South.*

<https://www.worldbank.org/en/news/feature/2023/10/11/promoting-resilience-and-mental-health-in-thailand-s-conflict-scarred-deep-south>