

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2565

Vol.1 No.1 January - March 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- การขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติเพศภาวะและความเป็นชาติพันธุ์ของผู้หญิงชาติพันธุ์ในพื้นที่เชียงใหม่ เชียงราย และแม่ฮ่องสอน
- การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนตำบลสุภาวะ
- คัชนี้ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง

รายงานกรณีศึกษา (Case Report)

- เมืองสี่สร้างสรรค: กรณีศึกษาการพัฒนาท้องถิ่นบนฐานทุนชุมชน
- กรณีศึกษา "พื้นที่นี้..คือใจ" นวัตกรรมทางสังคมเพื่อความสุขของเด็กและเยาวชน
- สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพะคนไร้บ้านในประเทศไทยปัจจุบัน

บทความพิเศษ (Special Article)

- การออกแบบโรงพยาบาลสร้างสุข(ภาวะ) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม
- พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศไทย
- ศักยภาพของประเทศไทยในการขับเคลื่อนวาระด้านสุขภาพในเวทีระดับโลก
- ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนในทศวรรษที่ 2 แห่งความปลอดภัยทางถนน
- บทบาทศูนย์วิจัยปัญหาสุรากับนโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
- การบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลในหลักสูตรระดับอุดมศึกษา เพื่อสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัลแก่เยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ISSN 2774-0285 (Print)
ISSN 2774-1249 (Online)



สารบัญ	หน้า Page	Contents
สารจากผู้บริหาร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ดร.สุปรีดา อุดลยานนท์	1	Message from the CEO of Thai Health Promotion Foundation <i>Dr.Supreda Adulyanon</i>
บทบรรณาธิการ วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	2	Editorial <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
การขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความ ละเอียดอ่อนต่อมิติเพศภาวะ และความเป็น ชาติพันธุ์ของผู้หญิงชาติพันธุ์ในพื้นที่เชียงใหม่ เชียงใหม่ และแม่ฮ่องสอน รณภูมิ สามัคคีคารมย์ และคณะ	3	Driving Access to Health Services with Gender and Ethnicity Sensitivity for Ethnic Women in Chiang Mai, Chiang Rai, and Mae Hong Son <i>Ronnapoom Samakkeekarom, et al.</i>
การประเมินผลตอบแทนทางสังคม จากการลงทุนตำบลสุขภาวะ ศิวพร ฟองทอง, วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์	15	Assessment of Social Return on Investment for Healthy Community <i>Siwaporn Fongthong, Worawan Chandoevwi</i>
ดัชนีชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง พงษ์เทพ สันติกุล	30	Community-Strength Index <i>Pongthep Suntigul</i>
รายงานกรณีศึกษา		Case Report
เมืองสื่อสร้างสรรค์: กรณีศึกษาการพัฒนา ท้องถิ่นบนฐานทุนชุมชน เกศินี ประทุมสุวรรณ, ภิรพัฒน์ พันศิริ	38	Creative Media City: a Case Study of Local Development Based on Community Capital <i>Kesinee Pratumswan, Phiraphath Phansiri</i>
กรณีศึกษา “พื้นที่นี้..ดีจัง” นวัตกรรม ทางสังคมเพื่อความสุขของเด็กและเยาวชน สุพงศ์ จิตต์เมือง, เยาวเรศ กตัญญูเสริมพงศ์	46	Case Report of Djung Creative Space: Social Innovation for Children and Youth Happiness <i>Supong Jitmuang, Yaowaret Katanyoosermpong</i>
สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพ คนไร้บ้านในประเทศไทยปัจจุบัน อนรรฆ พิทักษ์ธานิน, อนุสรณ์ อัมพันธ์ศรี	54	Situation of Health Promotion for the Homeless People in Thailand <i>Anuk Pitukthanin, Anusorn Amphansri</i>
บทความพิเศษ		Special Article
การออกแบบโรงพยาบาลสร้างสุข(ภาวะ) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม สรนาถ สินอุไรพันธ์	65	Designing (Well-being) Hospital through the Participatory Design <i>Soranart Sinuraibhan</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของประเทศไทย <i>ฐากูร กาญจนภาค</i>	76	Development of Palliative Care in Thailand <i>Thagoon Kanjanopas</i>
ศักยภาพของประเทศไทยในการขับเคลื่อน วาระด้านสุขภาพในเวทีระดับโลก <i>วริศา พานิชเกรียงไกร และคณะ</i>	90	Thailand's Capacity in Driving Health Agenda at Global Level <i>Warisa Panichkriangkrai, et al.</i>
ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ในทศวรรษที่ 2 แห่งความปลอดภัยทางถนน <i>ธนะพงศ์ จินวงษ์ และคณะ</i>	100	Road Safety Academic Center's Roadmap for the Second Decade of Action for Road Safety <i>Thanapong Jinvong, et al.</i>
บทบาทศูนย์วิจัยปัญหาสุรากับนโยบาย แอลกอฮอล์ในประเทศไทย <i>อุดมศักดิ์ แซ่ฉ้วน และคณะ</i>	110	Roles of the Center for Alcohol Studies on Alcohol Policy in Thailand <i>Udomsak Saengow, et al.</i>
การบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลในหลักสูตรระดับอุดมศึกษา เพื่อสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัลแก่เยาวชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย <i>อังคณา พรหมรักษา</i>	121	Integration of Media Information Digital Literacy into the Higher Education Curriculum to Develop Digital Citizenship of Youth in the Northeastern Region of Thailand <i>Angkana Promruksa</i>
แนะนำบรรณาธิการวารสาร การสร้างเสริมสุขภาพไทย: นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	126	

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย จัดทำขึ้นโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ โดยเป็นสื่อกลางเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพกับภาคี องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

- เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งเชิงวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทย
- เพื่อยกระดับและเผยแพร่บทความข้อมูลวิชาการทางสุขภาพในมิติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ
- เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาสู่มาตรฐานวารสารวิชาการระดับสากล

รูปแบบของวารสาร

- รูปลักษณะวารสารวิชาการทั่วไป แต่สอดแทรกรูปภาพบ้างในส่วนที่ไม่ใช่เนื้อหาวิชาการโดยตรง
- จัดทำปีละ 4 ฉบับเป็นราย 3 เดือน โดยมีกำหนดออก คือ ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน และฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี
- มีขนาดเล่ม 21.0 x 29.7 ซม. ความหนา 120 หน้า โดยเผยแพร่ในรูปแบบวารสารรูปเล่ม และอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยเปิดรับบทความจากนักวิชาการสาขาต่างๆ ในทุกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ และต้นฉบับที่ต้องการเผยแพร่ต้องไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน

ต้นฉบับที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้รับจะผ่านกระบวนการคัดกรองและส่งไปยัง reviewers อย่างน้อย 2 คน เพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจะรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและประสานกับเจ้าของบทความ เพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบบทความและแนวทางการส่งบทความได้ที่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ เลขที่ 99/8 ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 โทรศัพท์ 02-343-1500 โทรสาร 02-343-1501 อีเมล THPJ@thaihealth.or.th เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th/THPJJournal

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วย

Unless otherwise stated, the views and opinions expressed in Thai Health Promotion Journal are those of authors of the papers, and do not represent those of Thai Health Promotion Foundation and the management team.

คณะกรรมการ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศ. นพ.ประทีป วาทีสา อธิการบดี อนุกรรมการที่ปรึกษากองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม กรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ดร.สุปรีดา อุดมยานนท์ ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ศ. นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม อนุกรรมการที่ปรึกษากองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร

รองบรรณาธิการ

ศ. ดร.ชัชวาลย์ กาญจนะจิตรา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

ดร.ณัฐพันธ์ ศุภกา ผอ.สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ และรักษาการ ผอ.สำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส.
นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ ผู้จัดการศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.)
นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ ประธานสาขาวิชาทางสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์
นพ. ดร.ไพโรจน์ เสาแก้ว ผู้ช่วยผู้จัดการ สสส.
นพ. ดร.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ นักวิจัยสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
ผศ. ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย คณะกรรมการที่ปรึกษาศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
ศ. พญ. ดร.สาวิตรี อัมฉัตรชัย ผอ.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

ฝ่ายบริหารจัดการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นายรังสรรค์ มั่นคง ผู้เชี่ยวชาญวิเทศสัมพันธ์

นางสาวณลินี เรืองฤทธิศักดิ์ นักวิชาการสนับสนุนงานนวัตกรรมชำนาญการ

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพไทยจัดทำโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความ ข้อมูลวิชาการทางสุขภาพในมิติที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยรับบทความทางวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1. ประเภทบทความ

วารสารการส่งเสริมสุขภาพไทย เปิดรับบทความประเภทต่างๆ ดังนี้

• นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ สิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่ น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ รูปแบบของบทความมีเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้ ชื่อบทความ ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ (และวัตถุประสงค์ของการวิจัย) วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของบทความ ไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์ ทั้งนี้ ในส่วนของชื่อบทความ ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ คำสำคัญ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

• บทความพินิจ (Review Article)

ควรเป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและนอกประเทศ โดยเป็นเรื่องที่ค้นพบใหม่หรือน่าสนใจ รูปแบบของบทความ ประกอบด้วย ชื่อบทความ ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ (และวัตถุประสงค์ของบทความ) ความรู้หรือข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์หรือวิเคราะห์ (รวมบทสรุป) เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่อง ไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์ ทั้งนี้ ในส่วนของชื่อบทความ ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ คำสำคัญ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

• บทความพิเศษ (Special Article หรือ Commentary)

เป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่อยู่ในความสนใจเป็นพิเศษหรือเป็นบทความเกี่ยวกับงานหรือนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจรวมข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและบทวิจารณ์ที่เกี่ยวข้อง บทความเสนอความรู้ทั่วไป รูปแบบของบทความ ประกอบด้วย ชื่อบทความ ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ (และวัตถุประสงค์ของบทความ) ประเด็นรายละเอียดของเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์หรือวิเคราะห์ (รวมบทสรุป) เอกสารอ้างอิง ทั้งนี้ ในส่วนของชื่อบทความ ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ คำสำคัญ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

• กรณีศึกษา (Case Report)

เป็นรายงานกรณีศึกษาด้านสุขภาพในด้านต่างๆ หรือนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อน เป็นกรณีตัวอย่าง หรือกรณีที่น่าสนใจ รูปแบบของบทความ ประกอบด้วย ชื่อบทความ ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ (และวัตถุประสงค์ของบทความ) ประเด็นรายละเอียดของกรณีศึกษาที่น่าสนใจ วิเคราะห์หรือวิเคราะห์ (รวมบทสรุป) เอกสารอ้างอิง ทั้งนี้ ในส่วนของชื่อบทความ ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ คำสำคัญ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

• ปกิณกะ (Miscellaneous)

เป็นบทความสั้น ที่เกี่ยวข้องกับด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ทั้งด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม) ที่เป็นประโยชน์หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในวงการแพทย์และสาธารณสุข รูปแบบของบทความ ประกอบด้วย ชื่อบทความ ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน ประเด็นรายละเอียดที่น่าสนใจ และเอกสารอ้างอิง ทั้งนี้ ในส่วนของชื่อบทความ ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ คำสำคัญ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวของเรื่องไม่เกิน 3 หน้าพิมพ์

• จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the editor หรือ Correspondence)

เป็นจดหมายที่เขียนวิจารณ์เกี่ยวกับบทความที่ได้ลงตีพิมพ์ไปแล้ว หรือแสดงผลงานทางวิชาการที่ต้องการเผยแพร่อย่างย่อๆ ความยาวไม่เกิน 2 หน้ากระดาษพิมพ์ และมีเอกสารอ้างอิงประกอบ

2. การเตรียมต้นฉบับ

คำแนะนำต่อไปนี้ ใช้สำหรับการเตรียมบทความทางวิชาการที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ แต่หลายหัวข้อก็ใช้สำหรับ บทความประเภทอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบจากบทความแต่ละประเภทในวารสารฉบับที่พิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว

• ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับ และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ควรต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

• ชื่อผู้พิมพ์

ชื่อผู้พิมพ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ระบุตำแหน่งหน้าที่การงานหรือตำแหน่งทางวิชาการ ไม่ใช่คำย่อ ระบุหน่วยงานหรือสถานที่

ผู้พิมพ์ทำงาน ระบุชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์สำนักงาน และโทรศัพท์มือถือ รวมทั้ง e-mail ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อ (Corresponding author) ผู้พิมพ์ที่มีที่ทำงานหลายแห่งก็ให้ระบุที่ทำงานหลักเพียงแห่งเดียว

• บทคัดย่อ (Abstract)

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงการสร้างของบทความโดยมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยสรุปให้สั้นกะทัดรัด หรือไม่เกิน 300-350 คำ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ รูปแบบของบทคัดย่อเป็นแบบย่อหน้าเดียว

• คำสำคัญ หรือคำหลัก (Keywords)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ไม่ควรต่ำกว่า 3 คำ แต่ละคำคั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (semicolon “;”) อาจเป็นหัวข้อเรื่องหรือประเด็นสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยอาจใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก คำสำคัญภาษาอังกฤษทุกคำเป็นอักษรตัวเล็ก ยกเว้นเป็นคำนามเฉพาะ

• บทนำ (Introduction)

เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาอยู่ในย่อหน้าสุดท้ายหรือเป็นย่อหน้าสุดท้ายของบทนำ

• วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วยเนื้อหาต่างๆ คือ (1) รูปแบบแผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment (2) กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน (3) วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (interventions) เช่น กระบวนการศึกษา การดำเนินงาน แนวทางและวิธีการ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุชื่อของมาตรการพร้อมระบุเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ (4) ระเบียบวิธีหรือเครื่องมือในการเก็บข้อมูล เช่น การใช้แบบสำรวจ การใช้แบบสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม หรือใช้แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ (5) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ และ (6) การได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ หากกระบวนการวิจัยมีการกำหนดนิยามเฉพาะสำหรับการวิจัยนั้นๆ ก็ระบุคำนิยามที่ใช้ด้วยก็ได้

• ผลการศึกษา (Results)

แสดงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูกง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบ

• วิจารณ์ (Discussion)

แสดงบทวิจารณ์ ผลการศึกษาว่าเกิดความรู้ใหม่ในประเด็นใด สิ่งที่ค้นพบตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด วิจารณ์ผลการศึกษาอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษหรือข้อจำกัดของการวิจัยได้ ควรมีข้อสรุปว่า ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ และให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

• ตารางและภาพ

บทความเรื่องหนึ่งๆ ไม่ควรมีตารางหรือภาพมากเกินไป จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือภาพ โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือภาพอยู่ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นภาพที่มีความชัดเจนสูง อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่าย หรือกราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกเป็นไฟล์ต่างหากพร้อมด้วย ภาพที่ใช้ทุกภาพต้องไม่แสดงใบหน้าของบุคคล และปลอดจากการมีลิขสิทธิ์ที่ไม่เป็นของผู้เขียน ทั้งนี้ แต่ละตารางหรือภาพที่ใช้จะต้องมีการอ้างถึงในเนื้อเรื่อง

• กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ในกรณีที่ต้องการระบุขอบคุณผู้ให้ความช่วยเหลือ ให้จัดทำเป็นย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากผู้ใด เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และสนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น

• เอกสารอ้างอิง (References)

เป็นการรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความในเนื้อเรื่อง โดยการอ้างอิงจะใช้เป็นตัวเลขในวงเล็บวางบนไหล่บรรทัดท้ายประโยคที่ถูกอ้าง ในการเขียนเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบ Vancouver เรียงลำดับก่อนหลังตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่อง ส่วนรายชื่อของเอกสารที่ใช้อ้างอิงนั้น จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

3. แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยปรับปรุงจากระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver system) มีหลักเกณฑ์การเขียนดังนี้

A. การอ้างอิงบทความจากวารสาร

• รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง, ชื่อผู้แต่ง, ชื่อบทความ, ชื่อวารสาร ปี พิมพ์; ปีที่ (Volume) วารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ตัวอย่าง เช่น

1. Lohan M. How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. Soc Sci Med 2007;65:493-504.
2. สถาพร เปาอินทร์. ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ใน 2 ปี แรกหลังผ่าตัดกระดูกต้นขาหักบริเวณส่วนคอทั้งในกลุ่มที่ใช้ซีเมนต์และกลุ่มที่ไม่ใช้ซีเมนต์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2554;20:548-55.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

• คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1. ชื่อผู้แต่ง อาจจะมีหลายชื่อ ผู้เขียน ผู้แปล ผู้รวบรวม บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน
 - ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อนตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น
 - ชื่อผู้แต่งเป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทย โดยการเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม แต่ถ้าเป็นบทความภาษาอังกฤษ ก็ใช้แบบเดียวกับเอกสารที่ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ
 - ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma - “,”) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (full stop หรือ dot - “.”) กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma - “,”) และตามด้วย et al. สำหรับบทความภาษาอังกฤษ หรือ “และคณะ” สำหรับบทความภาษาไทย
2. ชื่อบทความ
 - บทความเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่เฉพาะตัวแรก นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นคำนามเฉพาะ เช่น ชื่อคน ชื่อหน่วยงาน หรือชื่อสถานที่ เมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (full stop - “.”)
 - บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย
3. ชื่อวารสารที่นำมาอ้างอิง
 - ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้ยึดตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Titles of Publications. แต่ถ้าไม่ทราบ ก็ใช้ชื่อเต็มของวารสาร
 - สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มที่ปรากฏที่หน้าปก เช่น วารสารวิชาการสาธารณสุข พุทธชินราช เวชสาร จดหมายเหตุทางการแพทย์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร เชียงใหม่เวชสาร สารศิริราช ฯลฯ
4. ใช้ปี พ.ศ. สำหรับวารสารภาษาไทย หรือ ค.ศ. สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ และปีที่พิมพ์ หรือ volume และฉบับที่ (number/issue) ไม่ต้องใส่เดือนหรือวันที่พิมพ์
5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัวเลขช้อยสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 10-18 ใช้ 10-8.
หน้า S104-S111 ใช้ S104-11.
หน้า 198-201 ใช้ 198-201.
หน้า 104S-111S ใช้ 104S-11S.

B. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำราแบ่ง เป็น 2 ลักษณะ

1) การอ้างอิงทั้งหมด

รูปแบบพื้นฐาน: ลำดับที่อ้างอิง, ชื่อผู้แต่ง, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์ (edition), เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. ตัวอย่างเช่น

1. World Health Organization. Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity. Geneva: World Health Organization; 2010.
2. รังสรรค์ ปัญญาธิคุณ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

• **คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน**

1. ชื่อผู้แต่ง อาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกันกับชื่อผู้แต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือ
3. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้
4. เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และภาษาไทยใช้ คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่าไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์
5. สำนักพิมพ์ ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (semicolon - ;)
6. ปีพิมพ์ (Year) ให้ใส่เฉพาะตัวเลขปี พ.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทย หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมายมหัพภาค หรือ full stop (.)

2) การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท

รูปแบบพื้นฐาน: ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน หรือ In: ชื่อบรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/P. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ตัวอย่าง เช่น

1. Smith J, Richardson N, Robertson S. Applying a gender lens to public health discourses on men's health. In: J Gideon, editor. Handbook on gender and health. Cheltenham: Edward Elgar Publishers; 2016. p. 117-33.
2. เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิตารัง, พิภพ จิรวิญญู, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

C. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการ ประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

• **รูปแบบพื้นฐาน**

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อหน่วยงานจัดประชุมหรือชื่อบรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. ตัวอย่าง เช่น

1. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

D. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

• **รูปแบบพื้นฐาน**

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อ บรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมือง ที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ตัวอย่าง เช่น

1. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

E. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ ให้เขียนรายการ อ้างอิง ดังนี้

• **รูปแบบพื้นฐาน**

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า. ตัวอย่าง เช่น

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995. 111 p.

2. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543. 80 หน้า.

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

F. เอกสารที่เป็นกฎหมาย

• รูปแบบพื้นฐาน

- กรณีที่เป็นพระราชบัญญัติให้ระบุชื่อของพระราชบัญญัตินั้น. ระบุรายละเอียดของแหล่งเผยแพร่ ซึ่งก็คือสารราชกิจจานุเบกษาตามตัวอย่าง

- กรณีที่เป็นกฎกระทรวง ให้ใส่ชื่อกระทรวงที่ออกกฎนั้นและระบุชื่อของกฎหมายที่ออก. ระบุรายละเอียดของแหล่งเผยแพร่ ซึ่งก็คือราชกิจจานุเบกษา ตามตัวอย่าง

1. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 120, ตอนที่ 130 ก (ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2546).
2. กระทรวงศึกษาธิการ. กฎกระทรวงกำหนด ประเภทของสถานศึกษาและการดำเนินการของสถานศึกษาในการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัย รุ่น พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนที่ 81 ก (ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2561).

G. สิทธิบัตร (Patent)

ให้เขียนรูปแบบตามตัวอย่าง

1. Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R@D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

H. บทความในหนังสือพิมพ์

• รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; เลขหน้า (เลขคอลัมน์). ตัวอย่าง เช่น

1. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).
2. ซี 12. ตุลาคมศาล ปค, เข้ารอบ. ไทยรัฐ. 2543 พ.ย. 20; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข ข: 12 (คอลัมน์ 2).

I. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์

• รูปแบบพื้นฐาน

ใช้รูปแบบการอ้างอิงตามประเภทของเอกสารดังกล่าวข้างต้น (เช่น บทความในวารสาร หรือหนังสือ) และระบุว่า In press หรือรอตีพิมพ์ เช่น

1. Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

อาจใช้คำว่า “forthcoming” ถ้าไม่แน่ใจว่าเอกสารนั้นๆ จะได้รับการตีพิมพ์หรือไม่

J. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

1) วารสารอิเล็กทรอนิกส์

• รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่(volume): [หน้า]. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....> ตัวอย่าง เช่น

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier—Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [สืบค้นเมื่อ/cited 2011 Jun 15];363:1687-9. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>
2. ราม รังสินธ์, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์. การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.tima.or.th/index.php/component/attachments/downloads/24>

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

2) หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

• รูปแบบพื้นฐาน

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....> ตัวอย่าง เช่น

1. Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 [cited 2006 Oct 2]. Available from: http://www.cmf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf
2. Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>
3. Wikipedia. Generation Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y
4. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. แหล่งข้อมูล: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้ เพราะเอกสารอ้างอิงทุกรายการจะใช้เครื่องหมายวรรคตอนเป็นแบบมาตรฐานเดียวกัน

4. การส่งต้นฉบับ

ขอให้ส่งบทความกำหนดส่งที่ THPJ@thaihealth.or.th ทั้งนี้ไฟล์ของบทความให้ใช้โปรแกรม Word เท่านั้น และกรณีที่มีภาพประกอบขอให้ส่งเป็นไฟล์ภาพแยกต่างหาก โดยใช้โปรแกรมไฟล์ภาพ เช่นประเภท jpg หรือ ai

เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งให้ผู้พิมพ์ทราบว่า ให้แก้ไขก่อนตีพิมพ์ รับผิดชอบโดยไม่แก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์ บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ ทางสำนักวิชาการ จะไม่ส่งคืนให้เจ้าของบทความ บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้พิมพ์สามารถ download ได้จาก website สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

5. กำหนดการพิมพ์บทความ

สำนักวิชาการและนวัตกรรมจะดำเนินการตีพิมพ์ บทความตามลำดับที่ได้รับ โดยมีการใช้เวลาทบทวนจาก reviewers ทั้ง 2 ท่าน ทั้งนี้หากบทความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข กำหนดการตีพิมพ์อาจจะเร็วหรือช้าขึ้นกับระยะเวลาที่เจ้าของบทความใช้ในการปรับปรุงแก้ไขบทความ

ขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

สำนักวิชาการและนวัตกรรม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาพ เลขที่ 99/8 ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ 02-343-1500 โทรสาร 02-343-1501 อีเมล THPJ@thaihealth.or.th เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

สารจากผู้บริหาร สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ

ในยุทธศาสตร์การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ใช้ “ไตรพลัง” ในการขับเคลื่อนงาน การพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้เพื่อเป็นฐานในการสร้างนโยบายและการขับเคลื่อนสังคมจึงเป็นหนึ่งในภารกิจที่ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ในหลายเป้าหมายทางสุขภาพที่สำคัญ สสส. ถึงกับพัฒนาให้เกิดศูนย์วิชาการเฉพาะด้านขึ้น พร้อมกับการสร้างเครือข่ายวิชาการที่มีจุดเด่นในการสร้างวิชาการที่ถูกนำมาใช้ตรงในการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยงานจริงของสังคมไทย

ในวาระครบรอบปีที่สี่สิบของการเกิด สสส. นำมาซึ่งแนวคิดในการจัดทำวารสารวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อใช้เผยแพร่และอ้างอิง อันจะสร้างความเติบโตทางวิชาการและการใช้ประโยชน์วิชาการเพื่อพัฒนางานการสร้างเสริมสุขภาพของภาคีเครือข่ายและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย หรือ Thai Health Promotion Journal ฉบับปฐมฤกษ์ประจำเดือนมกราคม-มีนาคม 2565 นี้ จึงได้ออกมาสู่บรรณพิภพด้วยความร่วมแรง ร่วมใจ และรวมปัญญาของบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ ทีมงานผู้จัดทำ และผู้ร่วมเสนอผลงานวิชาการเข้ามา

ผมขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องข้างต้นทุกท่านที่ได้เพียรสร้างความเติบโตก้าวสำคัญให้วงการวิชาการ และหวังว่าวารสารนี้ จะถูกพัฒนาเติบโตเป็นฐานสำคัญในการเสริมพลังปัญญาในการขับเคลื่อนสู่สังคมสุขภาวะอย่างต่อเนื่องต่อไป

ดร.สุปรีดา อุดลยานนท์

ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทบรรณาธิการ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างเสริมสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติและมีพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนจัดการกับสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีความสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การสร้างเสริมสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของงานสาธารณสุขของประเทศ ทัดเทียมกับงานด้านการป้องกันโรค และงานรักษาพยาบาลผู้ป่วย

เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ประเทศสมาชิกของสหประชาชาติได้รับรองวาระการพัฒนารายการที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 ซึ่งประกอบด้วย 17 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีเป็นเป้าหมายที่ 3 ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายย่อย 13 ประการ และเมื่อวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายด้านสุขภาพนั้น ก็พบว่า งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นแนวทางหลักที่นำไปสู่ความสำเร็จดังกล่าว ตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ ปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร (เป้าหมายโลกข้อ 3.6) หากปราศจากงานสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ยานยนต์ จำนวนการเกิดอุบัติเหตุก็คงไม่ลดลง ไม่ว่างานด้านการรักษาพยาบาลจะดีเลิศเพียงใด ก็ยากที่จะลดการเสียชีวิตลงได้ ในปัจจุบันแม้ว่างานด้านสาธารณสุขจะช่วยให้แม้วัยรุ่นปลอดภัย แม่และลูกมีสุขภาพดี แต่หากปราศจากงานสร้างเสริมสุขภาพที่ลดการตั้งครมร์ในวัยรุ่นลง ปัญหาที่เกิดจากท้องวัยรุ่น (เป้าหมายโลกข้อ 3.7) ก็คงลดลงไม่ได้ จากตัวอย่างที่ระบุนมา ทำให้เห็นบทบาทของงานสร้างเสริมสุขภาพในการพัฒนาประเทศได้อย่างชัดเจน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ทำหน้าที่ริเริ่ม ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในสังคมในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพมาตลอดเวลา 20 ปี นับว่ามีส่วนสำคัญในการสร้างเสริมและผลักดันงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ ผลงานที่ผ่านมา มีทั้งการสร้างตระหนักรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวันของประชาชน ผ่านทางสื่อต่างๆ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและองค์กรต่างๆ การสนับสนุนงานพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมใหม่ๆ ในงานสร้างเสริมสุขภาพ การร่วมผลักดันนโยบายสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ผลงานต่างๆ เหล่านี้ นอกจากจะทรงคุณค่าในตัวเองแล้ว ยังเป็นพื้นฐานทางวิชาการที่สำคัญที่ควรมีการบันทึกไว้อ้างอิงและใช้ประโยชน์ต่อไป เครื่องมือชิ้นหนึ่งในการบันทึกผลงานทางวิชาการ คือ “วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย”

เท่าที่ผ่านมา สสส. และภาคีต่างๆ ได้ทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลผลการดำเนินงานผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ อย่างมากมาย แต่สิ่งที่ยังขาด คือ การมีวารสารวิชาการมาเป็นส่วนประกอบในการพัฒนามาตรฐานการเผยแพร่ผลงาน วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยได้รับการจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลของวารสารทางวิชาการ มีกองบรรณาธิการและผู้ประเมินผลงานที่เข้มแข็งจากหลากหลายสถาบัน มีการกำหนดรูปแบบบทความที่ได้มาตรฐาน มีระบบการทบทวนบทความแต่ละเรื่องโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางวิชาการด้านต่างๆ รวมถึงกระบวนการคัดกรองเพื่อปรับปรุงให้ผลงานที่พิมพ์เผยแพร่เป็นไปตามมาตรฐานสากล มีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปอ้างอิงศึกษาต่อยอด ประยุกต์ใช้ในเชิงนโยบาย หรือนำสู่การขยายผล ตามบทบาทของวารสารวิชาการชั้นนำทั่วไป

ผลงานการสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียง สสส. และหน่วยงานที่เป็นภาคี ทั้งนี้เพราะงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคน เป็นของทุกองค์กร และทุกพื้นที่ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยจึงได้กำหนดบทบาทที่จะเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิชาการ และผลงานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพจากทุกแหล่ง เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ที่สนใจงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ จึงขอเชิญชวนให้นักวิชาการต่างๆ ส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสารฉบับนี้ เพื่อให้วารสาร เป็นเครื่องมือสำคัญชิ้นหนึ่งในการพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ

การขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติเพศภาวะ และความเป็นชาติพันธุ์ของผู้หญิงชาติพันธุ์ ในพื้นที่เชียงใหม่ เชียงราย และแม่ฮ่องสอน

รณภูมิ สามัคคีคารมย์¹, อนุสรณ์ อำพันธ์ศรี², วิวัฒน์ ตามี³

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

² สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

³ มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อยและชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

ผู้หญิงชาติพันธุ์ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ประเทศไทย ทั้งที่มีสถานะเป็นพลเมืองของประเทศไทย และกลุ่มที่ยังมีปัญหาสถานะทางทะเบียนอยู่ต่างพบกับปัญหาและอุปสรรคในการมีสุขภาวะที่ดี โดยเฉพาะการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการมีสุขภาวะที่ดี ปัจจัยทางสังคมที่เป็นอุปสรรคและกีดกันผู้หญิงชาติพันธุ์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ความเป็นเพศหญิง สถานะทางทะเบียน ภาษาและวัฒนธรรมชาติพันธุ์ และการอยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่เกิดจากความรุนแรงในเชิงโครงสร้างที่กระทำต่อผู้หญิงชาติพันธุ์ ดังนั้น เพื่อขจัดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและกีดกันการเข้าถึงบริการสุขภาพ สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาสังคมจึงขับเคลื่อนรูปแบบและกระบวนการในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้หญิงชาติพันธุ์ที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติเพศภาวะและความเป็นชาติพันธุ์ ดำเนินงานผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนาด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้หญิงชาติพันธุ์ใน 3 จังหวัด คือ เชียงใหม่ เชียงราย และแม่ฮ่องสอน จากการพัฒนารูปแบบและกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจำนวน 21 รูปแบบ และการนำร่องพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร โดยพัฒนาต่อยอดสามชุมชนที่ทำหน้าที่จัดการและช่วยลดปัจจัยอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ภาษา ความรู้ ทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยผสมผสานความรู้ทางการแพทย์เชิงชาติพันธุ์ ทำให้ผู้หญิงชาติพันธุ์เข้าถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐและการผสมผสานกับการแพทย์เชิงชาติพันธุ์มากขึ้น มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการขยายผลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้หญิงชาติพันธุ์ และเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบาย

คำสำคัญ: ผู้หญิงชาติพันธุ์; บริการสุขภาพที่เป็นมิตร; เพศภาวะ; การแพทย์เชิงชาติพันธุ์

Driving Access to Health Services with Gender and Ethnicity Sensitivity for Ethnic Women in Chiang Mai, Chiang Rai, and Mae Hong Son

Ronnapoom Samakkeekarom¹, Anusorn Amphansri², Wiwat Tamee³

¹ The Faculty of Public Health, Thammasat University, Pathum Thani Province

² Thai Health Promotion Foundation, Bangkok

³ Ethnic People Development Foundation, Chiangrai Province, Thailand

Abstract

Ethnic women living in Thailand continue to face problems and obstacles, especially with their access to the health system, which is a significant factor for good health. The key obstacles involve social factors such as their femininity, civil status, ethnic language and culture and their residence in remote areas. It is evident that these factors are formed by structural violence against ethnic women. This study was conducted using PAR approach with ethnic women in 3 provinces of Thailand including Chiang Mai, Chiang Rai, and Mae Hong Son by developing 21 health promotion models and processes, and piloting to create health services that are sensitive and friendly for them. With aim to provide ethnic women with access to the public health promotion process, this program is a further development of community interpreters, who are responsible for managing and reducing the barriers to accessing health services such as language, knowledge, health promotion skills, as well as preventing disease by combining ethnomedicine. This integration of ethnomedicine also aims to create more satisfactory services as well as install them with more knowledge and understanding of health and reproductive health issues. This will be an effective approach to expand access to health services for ethnic women and eventually become their basis in making any policy decisions in the future.

Keywords: ethnic women; health services; gender; ethnomedicine

บทนำ

ฐานข้อมูลงานวิจัยทางชาติพันธุ์ในประเทศไทยโดยศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) ได้รวบรวมและจำแนกกลุ่มชาติพันธุ์ตามชื่อเรียกชาติพันธุ์ที่คนในใช้เรียกตนเองในประเทศไทย ซึ่งพบมากกว่า 65 กลุ่ม ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร⁽¹⁾ แม้กลุ่มชาติพันธุ์เหล่านี้จะอาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย แต่กลับมีปัญหาเรื่องสถานะทางกฎหมายในการรับรองความเป็นพลเมืองไทย และแม้ว่า

ประเทศไทยจะให้สถานะทางการทะเบียนกับคนกลุ่มนี้ เพื่อให้ได้สิทธิพิสูจน์ตัวตนบุคคลให้ได้รับสัญชาติไทย แต่คนกลุ่มนี้ก็ถูกจัดเป็น “พลเมืองชั้นสอง” มีสิทธิไม่เท่าเทียมคนไทยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้หญิงชาติพันธุ์ในสังคมไทยกลายเป็นกลุ่มเปราะบางที่ถูกกีดกันทางสังคม และถูกเลือกปฏิบัติในหลายมิติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิต⁽²⁾ อีกทั้งหากพิจารณาในมิติของสิทธิมนุษยชนและความเป็นมนุษย์ของพลเมืองชั้นพื้นฐานยังชี้ชัดว่า การเข้าถึงสิทธินี้จะทำให้กลุ่มผู้หญิงชาติพันธุ์ไม่สูญเสียสุขภาวะ แต่ในความ

เป็นจริงของสังคมไทยปัญหาความเหลื่อมล้ำในทางปฏิบัติ อันก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคพบได้ในทุกๆ ด้าน ซึ่งประจักษ์ชัด ในด้านการดูแลสุขภาพประชาชนของผู้ให้บริการสุขภาพ เห็นได้ชัดในสถานบริการของรัฐต่างจังหวัด ที่ประสบปัญหา ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงและรับบริการสาธารณสุข ขั้นพื้นฐานที่จำเป็น จากการตีตราเพื่อการค้าชีวิตที่ส่งผล ให้เป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคมให้ตกอยู่ในสภาวะยากจน ขาดโอกาสในการรับบริการพื้นฐาน มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า เกณฑ์มาตรฐาน ผนวกกับความหลากหลายด้านเชื้อชาติ อุปสรรคด้านการสื่อสาร การใช้ภาษา ความเชื่อทางศาสนา ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและประเพณี ส่งผลให้ขาดการ รับรองทางกฎหมาย การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของรัฐ รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาภาคการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเสริมสร้างสุขภาวะผู้หญิงชาติพันธุ์⁽³⁾

ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับผลการวิจัยของสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข นิสาพร วัฒนศัพท์, ฐานิดา บุญวรรโณ และศิวนาภรณ์ ไชยเจริญ⁽⁴⁾ ที่ชี้ชัดว่าประชากรกลุ่มนี้ ถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางที่มีความต้องการ ด้านสุขภาพแต่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล และเมื่อพิจารณาจากมุมมองระดับมหภาคจะเห็นได้ว่าปัจจัย ที่ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพไม่ดีมักมีสาเหตุมาจากการ ขาดโอกาสและการเข้าถึงไม่ถึงทรัพยากรเป็นสำคัญ

นอกเหนือจากมิติความเป็นชาติพันธุ์แล้วนั้น อิทธิพล สิ่งหล่อ⁽⁵⁾ ได้ทำการทบทวนเอกสารและวิเคราะห์ไว้ว่าประเด็น เรื่องความแตกต่างทางเพศสภาพ (gender differences) ยังเกี่ยวข้องกับ ‘การมีสุขภาพที่ดี’ หรือแง่มุม ‘ความเหลื่อมล้ำทาง สาธารณสุขที่มีฐานมาจากความแตกต่างทางเพศสภาพ’ ด้วย ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว แม้ผู้หญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย แต่ก็มีสุขภาพที่ย่ำแย่กว่าโดยเปรียบเทียบและมีความเสี่ยง ต่อโรคเรื้อรังหลายประเภทในอัตราสูง ขณะที่ผู้ชาย ซึ่งมี ร่างกายที่แข็งแรงมากกว่าแต่กลับมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า เรียกว่า ‘health-survival paradox’ (ภาวะความย้อนแย้ง ระหว่างความเจ็บป่วยกับการเสียชีวิตของชายหญิง) โดยการรับรู้แต่เดิมมองว่าความแตกต่างด้านชีวภาพของ ร่างกายที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมน หรือการตั้งครรภ์และการคลอด ในผู้หญิงที่แตกต่างจากผู้ชายนั้น เป็นเหตุให้มีความเสี่ยง ด้านสุขภาพมากกว่า ทว่าก็มีงานวิจัยอีกหลายชิ้นที่ชี้ว่าการ

อธิบายความแตกต่างด้านชีวภาพที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี อาจไม่เพียงพอ เพราะสุขภาพของคนยังได้รับผลกระทบ จาก ‘สภาพสังคม’ ‘ค่านิยมของสังคม’ ไปจนถึง ‘สังคมที่ เหลื่อมล้ำ’ ด้วย ข้อค้นพบของการศึกษาหลายชิ้นช่วยชี้ว่า ความเสมอภาคทางสาธารณสุขและการสนับสนุนผู้หญิง ให้มีสุขภาพดี สิทธิในการปกครองตนเอง การเข้าถึง ทรัพยากร และมีบทบาทในสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ ส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

‘สภาพสังคม’ ‘ค่านิยมของสังคม’ ข้างต้นแสดงให้เห็นถึง ปัจจัยกีดกันทางสังคมต่อผู้หญิงชาติพันธุ์และผู้หญิง ชาติพันธุ์ที่มีปัญหาสถานะบุคคลในสังคมไทย 4 ด้าน คือ (1) ความห่างไกลในการตั้งถิ่นฐาน บางส่วนอาศัยอยู่ ในพื้นที่อนุรักษ์ เกะแก่ง หรือพื้นที่บริเวณชายแดน บางกลุ่ม มีวิถีชีวิตในการอพยพโยกย้ายถิ่นฐาน ส่งผลให้ตกสำรวจ ในการได้รับสถานะทางทะเบียน ความห่างไกลเป็นอุปสรรค ในการเข้าถึงระบบสาธารณสุขปฐมภูมิพื้นฐาน ส่งผลให้ ขาดการรับรองทางกฎหมายจากรัฐไทย การเข้าถึงสิทธิและ สวัสดิการของรัฐอุปสรรคจากการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ กับศูนย์กลางราชการ (2) ความเป็นผู้หญิง กลุ่มผู้หญิง ต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อนและรุนแรงกว่าผู้ชาย ด้วยเหตุ พื้นฐานจากความเป็นผู้หญิง และขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อที่มีลักษณะที่ไม่เท่าเทียม มีลักษณะที่แฝงไปด้วย อุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ ดังแสดงตัวอย่างได้จากผลการ ศึกษาสำนักงานคณะกรรมการการปฏิรูปกฎหมาย (คปก.) เรื่องประสบการณ์กับการเข้าถึงความยุติธรรมของผู้หญิง ชาติพันธุ์ สำนักงานคณะกรรมการการปฏิรูปกฎหมาย⁽⁶⁾ พบว่า ความทุกข์ของผู้หญิงชนเผ่าที่ยังไม่ได้รับการถูกแก้ไข (3) สถานะทางทะเบียนโดยรัฐ “บัตรบุคคลที่ไม่มีสถานะทาง ทะเบียนราษฎร” กลายเป็น กลุ่มเปราะบางที่จะถูกกีดกัน ทางสังคม และถูกเลือกปฏิบัติในหลายมิติ อันส่งผลต่อ สุขภาวะและคุณภาพชีวิตต่อไป สอดคล้องกับข้อมูลการ วิจัยที่ชี้ชัดว่าสิทธิของพลเมืองถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน เป็นสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งสิทธิด้านหนึ่ง ที่สำคัญ คือ สิทธิที่เขาจะไม่สูญเสียสุขภาพ แต่ใน การปฏิบัติได้ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพ ภาครัฐในต่างจังหวัด ที่ประสบปัญหาความไม่เสมอภาค ในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็น⁽⁷⁾

และ (4) วัฒนธรรมและประเพณี เป็นการดำรงชีวิตที่เป็นเศรษฐกิจแบบพึ่งตนเอง พึ่งธรรมชาติ ซึ่งแตกต่างจากระบบทุนนิยมในสังคมเมือง ส่งผลให้มีความเปราะบางทางสังคมที่จะตกอยู่ในสภาวะยากจน ขาดโอกาสในการรับบริการพื้นฐานและมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผวนกับความหลากหลายด้านเชื้อชาติ ภาษา ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมประเพณี ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การขาดการรับรองทางกฎหมายจากรัฐไทย การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการของรัฐ อุปสรรคจากการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์กับศูนย์กลางราชการ มีความเด่นชัดและส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ชัดเจนมากขึ้น⁽⁶⁾

การดำเนินงานเพื่อให้ผู้หญิงชาติพันธุ์เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติเพศภาวะและความเป็นชาติพันธุ์นั้นจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความหลากหลายของมิติเพศภาวะ (gender) เชื่อมโยงกับความหลากหลายมิติความเป็นชาติพันธุ์ (ethnicity) ความรู้พื้นถิ่น และการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ด้วยความลึกซึ้งในระดับของความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) และสิทธิสุขภาพ (health rights) โดยมีผู้หญิงชาติพันธุ์และผู้หญิงชาติพันธุ์ที่มีปัญหาสถานะบุคคลเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนและดำเนินงาน โดยให้ความสำคัญในความหลากหลายมิติ อาทิ ความห่างไกลของพื้นที่ ความเป็นผู้หญิง ความเป็นชาติพันธุ์ สถานะทางสังคม และสถานะการรับรองโดยรัฐ จารีต ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน และความแตกต่าง และหลากหลายของภาษา กระบวนการดำเนินการอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้หญิงชาติพันธุ์และผู้หญิงชาติพันธุ์ที่มีปัญหาสถานะบุคคล (participation and empowerment) และคำนึงถึงการซ้อนทับกันของมิติความหลากหลายและแตกต่างขององค์ความรู้ด้านสุขภาพและระบบสุขภาพ พื้นถิ่นของชุมชนที่แตกต่างไปตามชาติพันธุ์ โดยมุ่งพัฒนาและสร้างเสริมให้กลุ่มผู้หญิงสามารถเป็นแกนนำในลักษณะของเครือข่ายที่มีศักยภาพในการช่วยเหลือ ส่งเสริม ดูแล และจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชน สามารถเชื่อมโยงประสานกับระบบบริการสุขภาพแพทย์แผนปัจจุบันในรูปแบบของแกนนำผู้หญิงด้านสุขภาพ และ/หรือกลุ่มสุขภาพผู้หญิง ในขณะที่การดำเนินโครงการในภาคส่วน

ของสถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับการบริการข้ามวัฒนธรรม (cross-cultural care) ที่ละเอียดอ่อนต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต ผ่านการวิเคราะห์และตระหนักถึงความเป็นผู้หญิง ความเป็นชาติพันธุ์ สถานะทางสังคม และสถานะการรับรองโดยรัฐ จารีต ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน และความแตกต่างและหลากหลายของภาษา เพื่อให้เกิดการรับบริการที่ทันเวลาและไม่ยุ่งยากซับซ้อนเกินความจำเป็น

การขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการของผู้หญิงชาติพันธุ์ที่ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากฐานข้อมูลและชุดข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงชาติพันธุ์ในพื้นที่ โดยมีแกนนำผู้หญิงชาติพันธุ์/ผู้นำชุมชนที่มีศักยภาพ ร่วมกันพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพกลุ่มชุมชนชุดเก่า เพื่อให้เกิดเป็นกลุ่มชุมชนที่ร่วมกันพัฒนาศูนย์สุขภาวะผู้หญิงชาติพันธุ์เพื่อเป็นองค์กรชุมชนทางกายภาพในการรวบรวมฐานข้อมูล องค์ความรู้ เป็นศูนย์ประสานงานและขับเคลื่อนกลไกการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีคุณภาพ เหมาะสม และยุ่งยากน้อยลง โดยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย อีกทั้งยังสามารถพัฒนาต้นแบบของระบบบริการสุขภาพที่คำนึงถึงประเด็นความละเอียดอ่อนของมิติเพศภาวะและความหลากหลายทางชาติพันธุ์ โดยที่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นมิตรสำหรับผู้หญิงชาติพันธุ์ และสามารถถอดกระบวนการ และบทเรียนออกมาเพื่อเป็นองค์ความรู้และคู่มือให้พื้นที่อื่นๆ สามารถประยุกต์ใช้ได้รวมถึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายต่อไป

บทความนี้มุ่งศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกีดกันสุขภาพในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และกลยุทธ์ต่างๆ ที่หลากหลายที่เกิดจากการริเริ่มและสร้างสรรค์โดยผู้หญิงชาติพันธุ์และชุมชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

วิธีการศึกษา

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยและพัฒนาเรื่องการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาวะผู้หญิงชาติพันธุ์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านการทำงานร่วมกับภาคีภาคประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น และภาครัฐ โดยใช้แนวทางในการเก็บข้อมูลจากวิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาวิถีชีวิต พฤติกรรมเสี่ยงและเสริมต่อสุขภาพ ระบบสุขภาพพหุลักษณะ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และปัจจัยกีดกันสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรม การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และกลยุทธ์ต่างๆ ที่หลากหลายที่เกิดจากการริเริ่ม และสร้างสรรค์โดยผู้หญิงชาติพันธุ์และชุมชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ สุชาติ ทวีสิทธิ์⁽⁸⁾ (PAR: participatory action research) เป็นหลัก ซึ่งมีรายละเอียดขั้นตอน 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผสมผสาน แนวคิดการจัดการชุมชน และการเรียนรู้ปัญหาของชุมชนเข้าด้วยกัน คือ

1) ระยะเวลาท้าววิจัย ได้แก่ การร่วมกันคัดเลือกชุมชน และการเข้าถึงชุมชนผ่านการบูรณาการตัวนักวิจัยเข้ากับชุมชน การร่วมกันสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของชุมชน การเผยแพร่แนวคิด PAR แก่ชุมชนผ่านหลายๆ ช่องทาง เช่น การประชุมหมู่บ้าน การสนทนากลุ่ม และการอบรมให้ความรู้

2) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ได้แก่ การศึกษาวิเคราะห์ปัญหาชุมชนจากผลการสำรวจ การฝึกอบรมทีมวิจัยท้องถิ่น การวิเคราะห์ปัญหาที่ดำรงอยู่ใน PAR และกำหนดแนวทางแก้ไขช่วยเหลือ การออกแบบการวิจัยและเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมหมู่บ้าน

3) ระยะเวลาจัดทำแผน การอบรมทีมงานวางแผนการดำเนินงานของชุมชน การกำหนดกิจกรรมแก้ไขปัญหา การศึกษาความเป็นไปได้ของแผนงาน การวางแผนงบประมาณ บุคคล ทรัพยากรจากหน่วยงานในพื้นที่ในการร่วมกันสนับสนุน การวางแผนเพื่อติดตามและ ประเมินผลโดยผู้ร่วมดำเนินงานโครงการ

4) ระยะเวลาดำเนินการกิจกรรม การกำหนดทีมงานปฏิบัติงานล่ามชุมชน การอบรมล่ามชุมชน การให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันในทีมล่ามชุมชน

5) ระยะเวลาติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน จัดตั้งทีมงานติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของชุมชน และเสนอผลการประเมินต่อที่ประชุมของชุมชน

พื้นที่ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย 9 ชุมชน ใน 3 อำเภอ คือ อำเภอแม่สาย อำเภอเชียงของ อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 4 ชุมชน ในอำเภอปางมะผ้า และจังหวัดเชียงใหม่ 3 ชุมชน ในอำเภอแม่วาง เนื่องจาก

พื้นที่ดังกล่าวมีต้นทุนด้านบุคคล นโยบาย งบประมาณ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพของผู้หญิงชาติพันธุ์ มีความร่วมมือระหว่างภาคีสุขภาพ แกนนำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งระยะเวลาการดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้หญิงชาติพันธุ์ 60 คน คนที่มีความรู้และทักษะสุขภาพเชิงชาติพันธุ์ 10 คน โดยทำการสัมภาษณ์ประมาณ 45 ถึง 60 นาที และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม จำนวน 10 กลุ่ม โดยทำการสนทนาประมาณ 30 นาที บันทึกเทปบันทึกภาพ และแผนที่ ใน 3 พื้นที่ โดยผู้ศึกษาเก็บข้อมูลวิถีชีวิต พฤติกรรมเสี่ยงและเสริมต่อสุขภาพ ระบบสุขภาพพหุลักษณะ ปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกีดกันสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรม การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ กับกลุ่มผู้หญิงชาติพันธุ์ในพื้นที่ และเก็บข้อมูลเชิงวิเคราะห์เกี่ยวกับกลยุทธ์ต่างๆ ที่หลากหลายที่เกิดจากการริเริ่ม และสร้างสรรค์ โดยผู้หญิงชาติพันธุ์และชุมชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพให้เห็นภาพของการพัฒนารูปแบบต่างๆ เพื่อลดปัจจัยอุปสรรคหรือกีดกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและละเอียดอ่อนต่อมิติเพศภาวะ และการแพทย์เชิงชาติพันธุ์ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยจะได้สังเกตการณ์ถึงความแตกต่างในบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยและเงื่อนไขของระบบบริการสุขภาพในการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดบริการที่เป็นมิตรและละเอียดอ่อนต่อมิติเพศภาวะ และการแพทย์เชิงชาติพันธุ์อีกด้วย ซึ่งทุกกระบวนการในการดำเนินการได้คำนึงถึงประเด็นทางจริยธรรมทุกขั้นตอน ได้แก่ การขออนุญาตและได้รับการยินยอมทางวาจาก่อนทุกครั้ง การให้ข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับโครงการ ผลประโยชน์และผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ใช้ข้อมูลใช้ในการตัดสินใจ การสัมภาษณ์และสนทนาเกิดขึ้นในพื้นที่ที่ลับตาเป็นส่วนตัว ตามที่ผู้ให้ข้อมูลแนะนำ การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และการทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นโครงการไปแล้ว 3 เดือน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมไม่ระบุถึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล และเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลแล้วจะนำข้อมูลมาถอดเทปสร้างรหัสให้ข้อมูล ทำการจัดระเบียบ และระบบข้อมูล

ในตาราง และทำการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ข้อค้นพบที่ 1

กลยุทธ์กลไกกลุ่มชุมชนช่วยลดข้อจำกัด/ปัจจัยกีดกันด้านภาษา และการยกระดับสู่นักจัดการสุขภาพชาติพันธุ์ และนักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์

ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงชาติพันธุ์เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ คือ เรื่องของภาษา ผู้หญิงชาติพันธุ์หลายคนมีข้อจำกัดในการสื่อสารด้วยภาษาไทยกลาง ทำให้เมื่อเจ็บป่วยไปโรงพยาบาลจึงไม่สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางสาธารณสุขได้ว่า เจ็บป่วยตรงไหนอย่างไร หรือแม้กระทั่งไม่สามารถเข้าใจคำสั่ง คำอธิบายต่อการรับบริการ หรือการกินยาได้เลย ดังนั้น กลุ่มชุมชน จึงถูกพัฒนาขึ้นให้เป็นกลไกสำคัญในการช่วยให้กลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอุปสรรคด้านภาษาได้เข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพและทั่วถึงในทุกพื้นที่ โดยกลุ่มชุมชนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มชุมชนในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นอาสาสมัครกลุ่มที่อยู่ประจำโรงพยาบาล มีบทบาทหน้าที่ในการแปลภาษาเพื่อการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ อาทิ หมอพยาบาลกับผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ และทำหน้าที่ให้คำปรึกษาสิทธิและการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ผู้รับบริการ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเป็นอาสาสมัครชาติพันธุ์ในชุมชน มีบทบาทในการส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้เกิดการเข้าถึงสิทธิและบริการของรัฐในด้านสุขภาพ รวมถึงสิทธิในด้านอื่นๆ

กลุ่มชุมชน เป็นกลไกที่ถูกพัฒนาจากการอาสาของคนในชุมชนที่สามารถสื่อสารภาษาชาติพันธุ์ได้ และมีความตั้งใจและสนใจการทำงานด้านสุขภาพ และได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยหลักสูตรในการอบรม ดูงาน ทดลองทำงานจริง และรับการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการดำเนินงาน ซึ่งนำร่องในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 โดยเป็นกลไกสำคัญเพื่อแก้ปัญหาการสื่อสารที่เอื้อต่อการจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลและมีข้อจำกัดทางสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลนำร่อง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลแม่จัน โรงพยาบาลแม่สาย และโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง เป็นหนึ่งในรูปธรรมความ

สำเร็จของการดำเนินงานพัฒนารูปแบบระบบและกลไกการจัดบริการด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านการบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลและมีข้อจำกัดทางสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัดเชียงราย

ต่อมาจึงมีการขยายผลกลุ่มชุมชนไปในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดเชียงใหม่เพิ่ม ในปี พ.ศ. 2560 ทำให้มีจำนวนกลุ่มชุมชนเพิ่มขึ้นกว่า 300 คน อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดสำคัญของกลุ่มชุมชนในระยะเวลาที่ผ่านมา คือ การเป็นกลไกสนับสนุนบริการสุขภาพที่เน้นการแก้ไขปัญหาด้านการสื่อสารเท่านั้น ดังนั้นในปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมามีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยการสนับสนุนของสำนักสนับสนุนสุขภาพระดับภาคกลุ่มเฉพาะ สสส. จึงยกระดับศักยภาพ เสริมสมรรถนะให้กับกลุ่มชุมชนเป็น “นักจัดการสุขภาพชาติพันธุ์” และ “นักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์” โดยนักจัดการสุขภาพชาติพันธุ์ทำหน้าที่เป็นเสมือนหมอมุมชนมีหน้าที่ในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และคนในชุมชน โดยมีการติดตามประเมินสมรรถนะเดิมความรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสาธารณสุขพื้นฐาน การจัดการสุขภาพชุมชน ทักษะการทำงานในชุมชน ขั้นตอนการให้บริการในโรงพยาบาล พฤติกรรมการบริการ การใช้ยา โรคเรื้อรังและภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อความแตกต่างของนักจัดการสุขภาพชาติพันธุ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก็คือ นักจัดการสุขภาพชาติพันธุ์จะร่วมกับแกนนำชาวบ้าน ผู้นำทางความคิด ประยุกต์ใช้องค์ความรู้ภูมิปัญญาชาติพันธุ์มาผสมผสานกับความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อออกแบบกระบวนการจัดการสุขภาพ ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน การดูแลรักษาเบื้องต้น การส่งต่อเพื่อรับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังเข้าไปร่วมออกแบบกระบวนการดูแลรักษาร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ให้เกิดรูปแบบการบริการที่เป็นมิตรและมีความละเอียดอ่อนต่อมิติเพศภาวะและความเป็นชาติพันธุ์ สำหรับนักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์นั้น จะเสริมศักยภาพและสมรรถนะในด้านออกแบบกระบวนการสื่อสาร และเครื่องมือสื่อสารที่เหมาะสมกับความแตกต่างหลากหลายของชุมชน นักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์จะไม่ใช่แค่ล่ามแปลภาษา แต่เป็น

กลไกในการสร้างเสริมสุขภาพผ่านการสื่อสาร ในช่วงวิกฤตของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมานักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจในประเด็นเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีการผลิตสื่อคลิปวิดีโอ และสื่อเสียงเป็นภาษาชาติพันธุ์ด้วยตนเอง ทำให้ชุมชนชาติพันธุ์มีความเข้าใจในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองในช่วงการแพร่ระบาดมากขึ้น ดังภาพที่ 1

ข้อค้นพบที่ 2

การแพทย์ผสมผสานช่วยลดข้อจำกัด/ปัจจัยกีดกันด้านระยะทาง

กลุ่มชาติพันธุ์หลายกลุ่มมีถิ่นที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลตามแนวชายแดน หรือในพื้นที่ที่เข้าถึงระบบสาธารณสุขปกตินั้นได้จำกัด เนื่องด้วยเป็นพื้นที่ที่มีความห่างไกลเชิงภูมิศาสตร์จากศูนย์กลางความเป็นเมืองและบริการของรัฐ บางชุมชนอาจใช้เวลาเดินทางทั้งวันกว่าจะออกจากชุมชนเพื่อมารับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และภาคีเครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้หญิงชาติพันธุ์ให้สามารถดำเนินการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน รวมทั้งปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงชาติพันธุ์ด้วยตนเอง โดยนำร่องในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ได้แก่ ตำบลแม่สาย ตำบลห้วยไคร้ ตำบลโป่งผา ตำบลโป่งงาม อำเภอแม่สาย ตำบลห้วยซ้อ ตำบลสถาน ตำบลศรีดอนชัย อำเภอเชียงของ ตำบลเทอดไท ตำบลแม่สลอง อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แก่ บ้านไม้ลัน บ้านน้ำริน บ้านถ้ำลอด บ้านไม้

ซางหนาม อำเภอปางมะผ้า จังหวัดเชียงราย บ้านห้วยอีค่าง บ้านห้วยเย็น บ้านป่าไผ่-มอนยะ อำเภอแม่วาง

การสำรวจสถานการณ์สุขภาพเริ่มตั้งแต่การจัดทำแผนที่สุขภาพชุมชน การเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม/เดี่ยว และสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน โดยพบข้อมูลสถานการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้ พื้นที่ดำเนินการในจังหวัดเชียงราย มีกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ ลahu อาข่า พม่า ไทใหญ่ ไทลื้อ ลีวะ ลาว ขมุ ตระอั้ง ไทเขิน ม้ง ผู้หญิงส่วนใหญ่มีความอายที่จะไปพบแพทย์ ไม่เข้าใจภาษา ไม่มีเงินสถานที่ห่างไกล ไม่มีคนไปส่ง มีความเชื่อทางไสยศาสตร์ ใช้สมุนไพรรักษาเอง ผู้หญิงมีความเสี่ยงเรื่องสุขภาวะทางเพศ เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม พื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ ลีซู ลahu ปะโอ ไทใหญ่ กลุ่มโรคที่ผู้หญิงชาติพันธุ์มารักษาที่โรงพยาบาล ได้แก่ เบาหวาน ความดัน ระบบทางเดินหายใจ มะเร็งปากมดลูก ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปอดอุดกั้น ผิวหนัง และพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ มีกลุ่มชาติพันธุ์ คือ ปะกาเกอะญอ พบปัญหาความดันเพราะเครียดเรื่องปัญหาครอบครัว โดยเฉพาะเรื่องการหย่าร้าง และที่ห้วยอีค่าง พบเรื่องท้องไม่พร้อม คั้นในที่ลับไม่ได้ดูแลสุขภาวะทางเพศ สามิไม่ทำความสะอาดอวัยวะเพศ ฉีดยาคุมแล้วท้อง ซึมเศร้า และยาเสพติด เป็นต้น

จากปัญหาสุขภาพต่างๆ และปัญหาความห่างไกล จึงร่วมกับแกนนำ (ซึ่งต่อมายกระดับเป็นนักจัดการสุขภาวะชาติพันธุ์) นำแนวคิดการแพทย์ผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพชาติพันธุ์ในพื้นที่

ภาพที่ 1 ภาพการสื่อสารภาษากระเหรี่ยงในการป้องกัน Covid-19 จากวีดิทัศน์ที่จัดทำโดยนักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์ บ้านห้วยอีค่าง จังหวัดเชียงใหม่



1. ทาผ้าแบบนิ่มปิดปากและจมูก เวลาไปไหนมาไหนท่าจะเผลออยู่ห่างกันอย่างน้อย 2 เมตร

จนเกิดรูปแบบ และชุดกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้หญิงชาติพันธุ์ จำนวน 21 ชุดกิจกรรม เช่น ชุดกิจกรรม การดูแลสุขภาพตามแบบชาติพันธุ์ชนเผ่า “แหมมือ แห้เท้า” ชุดกิจกรรม “ใส่ใจ เท่ากัน มะเร็งเต้านม” เป็นต้น ทั้งนี้ ชุดกิจกรรมเหล่านี้เป็นชุดกิจกรรม และรูปแบบในการดูแล รักษาสุขภาพตนเองเบื้องต้นเพื่อลดปัญหาของความห่างไกล ของชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพ รวมทั้งยังช่วยลดปริมาณ ความหนาแน่นของผู้รับบริการที่จะเข้าไปใช้บริการในหน่วย บริการทั้งระดับ ปฐมภูมิ และทุติยภูมิด้วย

ข้อค้นพบที่ 3

ระบบบริการสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนต่อมิติ เพศภาวะและความเป็นชาติพันธุ์ช่วยลดข้อจำกัด/ ปัจจัยกีดกันด้านวัฒนธรรม

การให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพและ โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ จำนวนมาก มักพบปัญหาสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นคนเมือง ไม่มีความเข้าใจในภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ และ ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่คำนึงถึงประเด็นความอ่อนไหวทาง เพศภาวะและความเป็นชาติพันธุ์ในขณะที่ตัวผู้หญิงชาติพันธุ์เอง ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยกลางได้ รวมทั้งยังรู้ว่าการ ให้บริการทางการแพทย์นั้นๆ ขัดต่อจารีตประเพณีของ กลุ่มชาติพันธุ์ของตนเอง และด้วยปัจจัยของความเป็น ผู้หญิง รวมทั้งความเชื่อทางวัฒนธรรมทำให้ผู้หญิงชาติพันธุ์ เลือกที่จะไม่รับเข้ารับบริการสุขภาพในหน่วยบริการ

สสส. ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์โรงพยาบาลปางมะผ้า มูลนิธิพัฒนาชนกลุ่มน้อย และชาติพันธุ์ และแกนนำผู้หญิงชาติพันธุ์พัฒนาระบบ บริการที่เป็นมิตรสำหรับผู้หญิงชาติพันธุ์ เพื่อขจัดปัจจัยที่ กีดกันหรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของ ผู้หญิงชาติพันธุ์ ช่วยลดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึง บริการสุขภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขมีความเข้าใจ มีทักษะในการให้บริการมีแนวปฏิบัติ และรูปแบบการ ทำงานที่ละเอียดอ่อนต่อความเป็นผู้หญิง และมิติความเป็น ชาติพันธุ์ โดยมีการดำเนินงานสำคัญ ดังนี้

1. สำรวจสถานการณ์ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ และอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงชาติพันธุ์ในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการดำเนินงาน

2. พัฒนาหลักสูตร และกระบวนการพัฒนาศักยภาพ แกนนำและล่ามชุมชนชาติพันธุ์ เพื่อทำหน้าที่เป็น กลไกในการทำงานด้านส่งเสริม ป้องกันเชิงรุก ในชุมชน/หมู่บ้าน และเชื่อมประสานการเข้ารับบริการ สุขภาพระหว่างผู้หญิงชาติพันธุ์ที่มีปัญหาด้าน การสื่อสารภาษาไทยกับบุคลากรในโรงพยาบาล จำนวน 79 คน

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ในการสร้างความเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม และเพศภาวะของผู้หญิงชาติพันธุ์และระบบบริการ ที่เป็นมิตรต่อผู้หญิงชาติพันธุ์ จำนวน 44 คน

4. พัฒนามาตรฐานแนวทางการปฏิบัติ (standard operation procedure: SOP) ในการให้ บริการของบุคลากร และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนต่อประเด็น เพศภาวะ และความเป็นชาติพันธุ์

5. พัฒนาเครื่องมือสื่อสารภาษาชาติพันธุ์ เช่น ป้าย ให้ความรู้ ป้ายบอกทางและแสดงตำแหน่งขั้นตอน การเข้ารับบริการ และสื่อเสียง เป็นต้น

6. จัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก (ส่งเสริม ป้องกัน) โดยบุคลากร และเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ลงไปในชุมชนในพื้นที่ห่างไกลอย่างสม่ำเสมอ

7. จัดสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการ ใช้บริการของผู้หญิงชาติพันธุ์ เช่น มีพื้นที่สำหรับให้ นมลูก พื้นที่สำหรับการทำพิธีกรรมหลังคลอด เป็นต้น ระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับผู้หญิงชาติพันธุ์ เกิดขึ้น

จากการสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสุขภาพในฐานะ ผู้ให้บริการระบบสุขภาพ ผู้หญิงชาติพันธุ์ในฐานะผู้ใช้บริการ รวมทั้งภาคประชาสังคมจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบ บริการที่เป็นมิตรสำหรับผู้หญิงชาติพันธุ์ระดับอำเภอ โดยมี แผนยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนผ่านการพัฒนาต้นแบบ และพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อผลักดันสู่การเป็น นโยบายระดับประเทศเพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบต่อไป ระบบบริการที่เป็นมิตร ทำให้ผู้หญิงชาติพันธุ์ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทางจากชุมชนซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลบนภูเขาลงมายัง หน่วยบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล เนื่องจากระบบ นี้มีการทำงานเชิงรุกที่เข้าไปทำงานเชิงส่งเสริมป้องกัน ในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ยังมีการปรับสภาพแวดล้อม

ของโรงพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับมิติความเป็น ผู้หญิง
ชาติพันธุ์ เช่น การมีพื้นที่ที่เป็นส่วนตัวสำหรับการให้มลูก
การมีพื้นที่สำหรับประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อหลังคลอด
เป็นต้น จากการทดลองนำร่องระบบในโรงพยาบาลปางมะผ้า
จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้หญิงชาติพันธุ์
ในพื้นที่ดำเนินการได้รับบริการจากระบบที่พัฒนาขึ้น
จำนวน 609 คน มีความพึงพอใจ รวมทั้งมีความรู้ความ
เข้าใจในประเด็นสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์
เพิ่มมากขึ้นโดยเป็นความรู้ที่ผสมผสานระหว่างสุขภาพพื้นถิ่น
กับการแพทย์แผนปัจจุบันทำให้ไม่ขัดต่อความเชื่อและ
วัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์

วิจารณ์

ปัจจัยอุปสรรคของการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ ของหญิงชาติพันธุ์ในประเทศไทย

อุปสรรคที่ชัดเจน คือ ปัจจัยทางสังคม ซึ่งมีความสำคัญ
ที่ชัดเจนและมีผลมากกว่าประสิทธิภาพทางการแพทย์
ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ คุณภาพของบุคลากร
ด้านสุขภาพ และสัดส่วนของสถานบริการ องค์การอนามัยโลก
ได้ให้นิยามของปัจจัยทางสังคมทางสุขภาพ กล่าวคือ
สภาวะหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในช่วงเวลา
ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดการเจริญเติบโต และการดำเนิน
ชีวิต ซึ่งสภาวะเหล่านี้จะถูกระบุโดยกรอบของสังคม
การปกครอง และเศรษฐกิจ⁽⁹⁾ จากผลการศึกษา พบว่า
ปัจจัยทั้งหมดจากการศึกษามีความสัมพันธ์กับปัจจัยทาง
สังคม จะเห็นได้ว่าหญิงไทยชาติพันธุ์มิได้ให้ความสำคัญต่อ
ประสิทธิภาพทางการแพทย์ แต่ให้ความสำคัญอย่างมาก คือ
ความแตกต่างของปัจจัยทางสังคมภายในสังคมของผู้หญิง
ชาติพันธุ์เอง ได้แก่ การปฏิบัติตามวัฒนธรรม ประเพณีของ
ความสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและเพศหญิง การยอมรับจาก
ชุมชนและเครือญาติที่เป็นอุปสรรคหลักที่ส่งผลต่อการเข้าถึง
การรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ที่ผ่านมา ที่ได้กล่าวว่า อิทธิพลของเชื้อชาติ และปัจจัยทาง
สังคมส่งผลอย่างมากต่อการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์
ของกลุ่มชาติพันธุ์ และผลกระทบดังกล่าวยังเชื่อมโยงถึง
ความไม่เท่าเทียมกันภายในกลุ่มชาติพันธุ์⁽¹⁰⁾

ระดับสุขภาพของหญิงไทยชาติพันธุ์มีความสัมพันธ์
กับกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความหลากหลายและความแตกต่าง

ระหว่างชนบทธรรมเนียมประเพณีของกลุ่มชาติพันธุ์ จะเห็นได้
จากพฤติกรรมการดูแลตนเองภายในกลุ่มต่างๆ ที่มีความ
หลากหลาย การศึกษาที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่าเชื้อชาติ
ชาติพันธุ์ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลกระทบ
อย่างมากต่อระดับสุขภาพ มีข้อเท็จจริงที่กล่าวว่า หญิงชาติพันธุ์
มักจะมีระดับสุขภาพที่แย่กว่าระดับสุขภาพของผู้ชาย
ชาติพันธุ์ เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันภายในกลุ่มชาติพันธุ์
ความเป็นผู้หญิงทำให้ผู้ชายมักจะได้รับโอกาสในการเข้าถึง
การรับบริการสุขภาพได้มากกว่าผู้หญิง การลดช่องว่าง
ดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการจัดการการเข้าถึงการ
รับบริการสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมา กล่าวว่า การพัฒนา
นวัตกรรมในการพัฒนาระดับความรู้ ความเข้าใจ และการ
พัฒนาล่ามชุมชนจะเป็นแนวทางที่ติดต่อการจัดการปัญหา
ดังกล่าว⁽¹¹⁾

ความแตกต่างระหว่างภาษาของกลุ่มชาติพันธุ์และ
บุคลากรด้านสุขภาพก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยทางสังคมที่สำคัญ
และเป็นเหมือนอุปสรรคสำคัญที่กีดขวางกลุ่มชาติพันธุ์การ
สื่อสารที่มีได้ประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อระดับ
สุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
หญิงไทยชาติพันธุ์ การแลกเปลี่ยนภาษาระหว่างกลุ่ม
ชาติพันธุ์และบุคลากรด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ล่ามชุมชน
จึงมีบทบาทอย่างมากในการแก้ปัญหาดังกล่าวและล่ามชุมชน
สมควรที่จะได้รับการพัฒนา การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็น
เห็นว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนมากจะมีระดับความ
รอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำ การทำความเข้าใจภาษา
จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการมีการดูแลสุขภาพที่ดี⁽⁷⁾ ดังนั้น
ล่ามชุมชนจึงจำเป็นอย่างมากในการสร้างเสริมระดับสุขภาพ
ของกลุ่มชาติพันธุ์ นอกเหนือจากนั้นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีการใช้
ล่ามชุมชนจะมีความกล้าในการซักถามถึงการดูแลสุขภาพ
ตนเอง และการปรึกษาถึงสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่มี
ล่ามชุมชนข้อมูลเชิงประจักษ์ของการขับเคลื่อน จะเห็นได้ว่า
การพัฒนาล่ามชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญและล่ามชุมชนที่มี
คุณภาพจะช่วยแก้ปัญหาการไม่เข้าใจภาษาระหว่างกลุ่ม
ชาติพันธุ์และบุคลากรด้านสุขภาพ แนวทางการพัฒนา
ดังกล่าวจะเป็นการสร้างเสริมระดับสุขภาพของกลุ่ม
ชาติพันธุ์อย่างยั่งยืน

การคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมยังคงเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดอุปสรรคในการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพภายในกลุ่มหญิงชาติพันธุ์

กระบวนการลดความไม่เท่าเทียม และการสร้างเสริมการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพภายในกลุ่มหญิงไทยชาติพันธุ์ ต้องการมาจากการขับเคลื่อนของมนุษย์ การขาดพลังอำนาจยังคงเป็นปัญหาหลักของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยเฉพาะหญิงชาติพันธุ์ในสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ชายส่วนมากได้รับโอกาสมากกว่าผู้หญิง มีอำนาจมากกว่าผู้หญิง มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าและมีอำนาจในการครอบครองชุมชนและสถาบันต่างๆ ระดับชาติความไม่เท่าเทียมทางเพศ ทำให้ระดับสุขภาพแย่ลง และผู้หญิงมากกว่า 1 ล้านคนต้องพลาดโอกาสในการได้รับผลลัพธ์ที่เหมาะสมต่อตนเอง⁽¹²⁾ การสร้างพลังอำนาจภายในกลุ่มหญิงชาติพันธุ์จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการลดอุปสรรคทางด้านสังคม รวมถึงการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการเพิ่มพลังอำนาจให้กับกลุ่มที่มีพลังอำนาจค่อนข้างน้อยให้มีความสามารถและขีดจำกัดที่เพิ่มสูงขึ้น⁽¹³⁾ กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมในการเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพภายในกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้จากการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวว่า ระดับพลังอำนาจที่สูงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีระดับความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นของหญิงชาติพันธุ์จะทำให้กลุ่มดังกล่าวเกิดความกล้าในการพิจารณาตัดสินใจ การติดต่อสื่อสารกับล่ามชุมชน การเข้าร่วมสังคม การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพเมื่อพวกเขาต้องการรับการรักษาที่เหมาะสม กระบวนการดังกล่าวจะช่วยเพิ่มระดับความมั่นใจและความพึงพอใจในการก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ นอกจากนั้น กระบวนการดังกล่าวยังเป็นส่วนหนึ่งในการผลักดันให้เกิดกฎหมายและนโยบายในการแก้ปัญหา อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันเป็นสิ่งจำเป็นในการกระตุ้นให้เกิดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการลดความไม่เท่าเทียมภายในกลุ่มหญิงชาติพันธุ์⁽¹⁰⁾

การแพทย์ผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์ชาติพันธุ์ ยังคงจำเป็นในบริบทของชุมชนชาติพันธุ์

การแพทย์ผสมผสานเป็นระบบการให้บริการทางการแพทย์ที่น่าสนใจเป็นอย่างมากกับผู้คนทั่วโลก เนื่องจากระบบการแพทย์แบบผสมผสานจะช่วยแก้ปัญหาความต้องการหายจากอาการป่วยของผู้ป่วยที่มีหลากหลายมิติอย่างเป็นองค์รวม กลุ่มชาติพันธุ์จำนวนมากมีระดับการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพในระดับค่อนข้างต่ำ นอกเหนือจากนั้นหญิงชาติพันธุ์ต้องเผชิญความท้าทายมากมายเมื่อพวกเขาต้องไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ ซึ่งพวกเขาจะต้องการดูแลทางการแพทย์มากขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วย และโรคที่มีความซับซ้อนในระดับที่สูงขึ้น การแพทย์ผสมผสานจะช่วยในการปรับการให้บริการสุขภาพให้เกิดความสมดุลมากขึ้น และเป็นการแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะจัดการกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในพื้นที่ห่างไกล สถานการณ์การแพทย์แบบผสมผสานที่มีประสิทธิภาพสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ควรเกิดจากการผสมผสานระหว่างระบบการแพทย์แผนปัจจุบันและระบบการแพทย์ดั้งเดิมในบริบทนั้นๆ โภมาตราชิงเสถียรทรัพย์⁽¹⁴⁾ แรกเริ่มการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพและวัฒนธรรมด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์เป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก ดังนั้นการสร้างศูนย์สุขภาพแบบผสมผสานจะเป็นแผนเชื่อมโยงตามบริบทความเป็นจริงเพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ ข้อค้นพบจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงจำนวนมากมีความต้องการการรักษาแบบผสมผสานในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ผู้หญิงมักจะเลือกใช้การแพทย์ผสมผสานด้วยเหตุผลหลายประการ การแพทย์ผสมผสานจึงเป็นตัวแทนของ “พลังงานหญิง” ในด้านการแพทย์ ซึ่งเป็นที่ต้องการมากขึ้นในปัจจุบัน ล่ามชุมชนที่เกิดจากหญิงชาติพันธุ์จึงมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อกระบวนการดังกล่าวในการเชื่อมระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและกลุ่มชาติพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงชาติพันธุ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำมาซึ่งการบริการด้านสุขภาพที่ดีที่สุดแก่กลุ่มชาติพันธุ์⁽¹⁰⁾

การพัฒนาบริการที่เป็นมิตร โดยพัฒนาต่อยอดล่ามชุมชนที่ทำหน้าที่จัดการและช่วยลดปัจจัยอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ภาษา ความรู้ ทักษะในการ

สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยผสมผสานความรู้ทางการแพทย์เชิงชาติพันธุ์ ทำให้ผู้หญิงชาติพันธุ์เข้าถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐ และการผสมผสานกับการแพทย์เชิงชาติพันธุ์มากขึ้น มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการขยายผลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้หญิงชาติพันธุ์และเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบาย และการจัดการบริการต่างๆ

ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร โดยพัฒนาต่อยอดลุ่มชุมชนที่ทำหน้าที่จัดการและช่วยลดปัจจัยอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ภาษา ความรู้ ทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยผสมผสานความรู้ทางการแพทย์เชิงชาติพันธุ์ ทำให้ผู้หญิงชาติพันธุ์เข้าถึงกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐ และการผสมผสานกับการแพทย์เชิงชาติพันธุ์มากขึ้น มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการขยายผลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้หญิงชาติพันธุ์และเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดการบริการต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงชาติพันธุ์ในเชิงปริมาณเพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางการแก้ไข ป้องกันปัญหาในระยะเร่งด่วน และระยะต่อเนือง
2. ศึกษารูปแบบและแนวทางการบูรณาการการบริการสุขภาพเชิงผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์เชิงชาติพันธุ์ในชุมชน
3. ศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นการมีกลไกลุ่มชุมชนและระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อผู้หญิงชาติพันธุ์

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

1. พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการผลักดันให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร ผ่านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขยายผล

สู่หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับในพื้นที่อำเภอนำร่อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

2. นักจัดการสุขภาพชาติพันธุ์ นักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์หรือลุ่มชุมชน เป็นหนึ่งในกลไกสำคัญของระบบบริการ บัจุบันยังใช้ความเป็นจิตอาสาในการทำงาน แต่การทำงานของนักจัดการสุขภาพชาติพันธุ์ นักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์ หรือลุ่มชุมชนมักมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นระหว่างทางทั้งค่าเดินทาง ค่าติดต่อสื่อสาร รวมทั้งทำให้เสียเวลาในการทำงานประจำ ดังนั้นจึงควรมีการถอดบทเรียนการทำงาน และพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนให้สามารถมีผลประโยชน์/ผลตอบแทนแก่นักจัดการสุขภาพชาติพันธุ์ นักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์ หรือลุ่มชุมชนได้ โดยอาจเชื่อมโยงกับระบบการดำเนินงานตำแหน่งพนักงานสุขภาพชุมชน/พนักงานช่วยการพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน สุขภาพสำหรับผู้หญิงชาติพันธุ์และเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดการบริการต่างๆ
3. ยกระดับการดำเนินงานการจัดการสุขภาพโดยใช้การแพทย์เชิงชาติพันธุ์ควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งดำเนินการโดยนักจัดการสุขภาพชาติพันธุ์ นักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์หรือลุ่มชุมชน ให้มีการ บูรณาการคนฐานข้อมูล วิธีการทำงาน การประเมินผลร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. สร้างกลไกในการประสานงานให้ใกล้ชิดและมีความเข้าใจตรงกันระหว่างการดำเนินงานของนักจัดการสุขภาพชาติพันธุ์ นักสื่อสารสุขภาพชาติพันธุ์ หรือลุ่มชุมชนกับบุคลากรด้านสุขภาพของรัฐ เช่น รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และบุคลากรด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กองสาธารณสุขหน่วยบริการสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล เพื่อให้การดำเนินงานการจัดการสุขภาพมีการส่งต่อได้อย่างราบรื่น ลดปัจจัยอุปสรรคได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้เขียนขอขอบคุณทุกเสียง ทุกประสบการณ์ของ พี่น้องชาติพันธุ์ทุกคน ผู้ร่วมดำเนินโครงการ ผู้ประสานงาน ในพื้นที่ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนร่วมในทุกๆ กระบวนการในการ สร้างสรรค์บทความนี้เพื่อประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับสังคมไทย

ซึ่งคุณูปการทั้งปวงขอให้กับทุกๆ คนที่มีส่วนร่วมสนับสนุน ต่อเนื้อหาทั้งหมดนี้ และสำนักสนับสนุนสุขภาพประชากร- กลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง- เสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. ฐานข้อมูลงานวิจัยทางชาติพันธุ์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.sac.or.th/databases/ethnicredb>
2. กาญจนา เทียนลาย, อีรวงศ์ สกุลศรี. ประชากรชายขอบ: มุมมองในเชิงจำนวนและการกระจาย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVIII/Download/Article_Files/2-MarginalisedPopulations-Kanchana.pdf
3. พัฒนา นาคทอง. รายงานการติดตามและประเมินภายในโครงการพัฒนากลไกการเข้าถึงบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาพะผู้หญิง ชาติพันธุ์ (ข้อตกลงเลขที่ 60-00-1748 รหัสโครงการ 60-02046) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2562]. แหล่ง ข้อมูล: https://publicadministration.un.org/unpsa/Portals/0/UNPSA_Submitted_Docs/2019/9873f17dd6f443a096388cca590fce15/2020%20UNPSA_Ethnic%20Women%20Friendly%20Health%20Services_Evaluation%20Report_26112019_075717_295c10ab-ce09-45dd-b178-0028c04c08ce.pdf?ver=2019-11-26-075717-963
4. นิสาพร วัฒนศัพท์, สุวนิดา บุญวรรณ, ศิวาภรณ์ ไชยเจริญ. ช่วงชั้นทางสังคม ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม และการอธิบายถึง ความเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางในสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4633>
5. Thiraphon Singlor. 'Health Disparities-ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ' กับ 'Gender'-เพศสภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2518 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://www.sdgmove.com/2021/02/22/gender-health-disparities-mosuo-ethnicity/>
6. สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย. รายงานผลการปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย ประจำปี 2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: https://library2.parliament.go.th/giventake/content_nla2557/d092657-05.pdf
7. รมณี สามัคคีธรรม. รายงานผลการดำเนินโครงการสำรวจสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรผู้หญิงชาติพันธุ์กลุ่มบุคคล ที่มีความหลากหลายทางเพศ และกลุ่มประชากรต่างชาติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
8. ปาริชาติ วลัยเสถียร, พระมหาสุทนต์ ออบอุ่น, สหัททยา วิเศษ, จันทนา เบญจทรัพย์, ชลกาญจน์ ยาชันนารี. กระบวนการและเทคนิค การทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2543.
9. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
10. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, พิมพ์ทิพา มาลาหอม. "เสี้ยวสุขภาพ" การพัฒนาเครือข่ายการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์และ สุขภาวะทางเพศ (SRH) ของแรงงานหญิงลาว ในพื้นที่ชายแดนอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้น เมื่อ 30 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://healthandshare.org/th/2344-2/>
11. ณภัทร ประภาสุชาติ. รายงานฉบับสมบูรณ์การวิจัยระบบและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านการบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มี ปัญหาสถานะบุคคลกรณีศึกษาโครงการนำร่องจังหวัดเชียงราย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม-สุขภาพ; 2559.
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติหญิงและชาย การศึกษาและการอบรม ปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ปีการศึกษา 2553-2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/07.aspx>
13. Mayoux L. Reaching and empowering women [Internet]. [cited 2019 Sep 30]. Available from: <http://www.gen-finance.info/.../Reaching%20and%20Empowering%20Women.pdf>
14. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร; 2549.

การประเมินผลตอบแทนทางสังคม จากการลงทุนตำบลสุขภาพะ

ศิวาพร ฟองทอง, วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์
คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

โครงการพัฒนาสุขภาพะเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ โดยสำนักสนับสนุนสุขภาพะชุมชน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นการส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างประโยชน์ให้กับคนในชุมชน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชนจิตอาสา เกี่ยวกับการจัดการขยะ และการออกกำลังกาย เป็นต้น กิจกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในหลากหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการประเมินความคุ้มค่าของโครงการ นอกจากมูลค่าทางเศรษฐกิจที่เป็นตัวเงินแล้ว จำเป็นต้องพิจารณาผลประโยชน์อื่นๆ ในสังคมที่เป็นผลมาจากโครงการร่วมด้วยการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถวัดผลของโครงการ โดยใช้ตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและแปลงให้เป็นมูลค่าที่มีหน่วยวัดเดียวกับเงินตรา แม้ในกรณีที่ไม่มียุทธศาสตร์ก็สามารถใช้ตัวแทนทางการเงินสะท้อนมูลค่าทางการเงินของผลลัพธ์เหล่านั้นได้ ก่อให้เกิดความชัดเจนในการวิเคราะห์คุณค่าของโครงการที่มีต่อสังคมโดยรวม และสามารถนำมาใช้ในการติดตามโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนในพื้นที่ การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมใน 6 พื้นที่ตำบลสุขภาพะ ได้แก่ (1) เทศบาลตำบลบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น (2) เทศบาลตำบลกลางหมื่น จังหวัดกาฬสินธุ์ (3) องค์การบริหารส่วนตำบลชุมพล จังหวัดนครนายก (4) องค์การบริหารส่วนตำบลเวียง จังหวัดนครราชสีมา (5) องค์การบริหารส่วนตำบลพรมนิมิต จังหวัดนครสวรรค์ และ (6) องค์การบริหารส่วนตำบลเจดีย์ชัย จังหวัดน่าน พบว่า ทั้ง 6 พื้นที่ มีค่า SROI ระหว่าง 1.57-7.53 แสดงว่า เงินทุกๆ 1 บาท ที่ลงทุนไปนั้นให้ผลตอบแทนทางสังคม 1.57-7.53 บาท หรือกล่าวได้ว่าโครงการพัฒนาสุขภาพะเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ในพื้นที่ 6 ตำบลสุขภาพะ มีความคุ้มค่าต่อการลงทุน

คำสำคัญ: ผลตอบแทนทางสังคม; ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง; ตัวชี้วัด; ตัวแทนทางการเงิน

Assessment of Social Return on Investment for Healthy Community

Siwaporn Fongthong, Worawan Chandoevith
Faculty of Economics, Khon Kaen University, Khon Kaen Province, Thailand

Abstract

Office of Community Health Support and the Local Administrative Organization had initiated a healthy community development in the livable community network project aiming to create beneficial

activities for the community's people. The activities included a school for seniors, a youth volunteer group on waste management, and physical exercise. Such activities had resulted in changes in the life quality of those involved in various dimensions, including economic, social, health, and environmental. Assessing the value of the project needs to consider the monetary value and other benefits in society that result from projects. The social return on investment (SROI) analysis is a tool for the project evaluation that measures the value of the benefits relative to the costs of achieving those benefits. SROI analysis demonstrates clarity of the value of projects to society as a whole. Even if there is no market value for the outcomes, a monetary representation can be utilized to depict their monetary value. It generates a clear assessment of the project's overall value to society. It can be used to keep track of funded projects in the area. The researchers analyzed six areas of healthy communities as follow (1) Ban Haed Subdistrict Municipality in Khon Kaen Province, (2) Klang Muang Subdistrict Municipality in Kalasin Province, (3) Chumphon Subdistrict Administrative Organization in Nakhon Nayok Province, (4) Waeng Subdistrict Administrative Organization in Narathiwat Province, (5) Phrom Nimit Subdistrict Administrative Organization in Nakhon Sawan Province, and (6) Chedi Chai Subdistrict Administrative Organization in Nan Province. The results revealed that the SROI values in all six areas were at 1.57–7.53. The findings illustrated that every 1 baht invested had a social return of 1.57–7.53 baht, emphasizing that the healthy community development in the livable community network project in the six healthy communities was worth investment.

Keywords: social return on investment; Theory of Change; indicators; financial proxy

บทนำ

แนวทางการพัฒนาประเทศที่มุ่งสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน มีการพัฒนาแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับการบูรณาการ กระบวนการพัฒนาต่างๆ ด้านเข้าไว้ด้วยกัน โดยยึดคนเป็น ศูนย์กลางของการพัฒนา เพื่อให้เป็นการพัฒนาที่มีความ สมดุลและยั่งยืน และยังให้ความสำคัญกับการกระจาย อำนาจ โดยท้องถิ่นสามารถกำหนดนโยบายการทำงานเพื่อ แก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ ทำให้การแก้ไขปัญหาเชิง พื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และที่สำคัญคือการ เปิดโอกาสและส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการนำทุนทางสังคม ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม รวมถึงทุนทางวัฒนธรรมเข้ามาใช้ในการวาง แนวทางการพัฒนาของชุมชน ให้สอดคล้องกับบริบทและ ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ จะเห็นได้ว่าการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชน การเสริมสร้างความเข้มแข็งของ

ชุมชน และการเชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือด้านต่างๆ นับเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน ที่ผ่านมามีความพยายามในการผลักดันให้เกิดการ พัฒนาชุมชนท้องถิ่นให้เข้มแข็ง บางพื้นที่ประสบความสำเร็จ สามารถพึ่งตัวเองและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของ คนในชุมชนให้ดีขึ้น ในขณะที่บางแห่งยังคงต้องพึ่งพา ความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ดังนั้นเพื่อเป็นการหนุน เสริมกระบวนการพัฒนา โดยเน้นแนวทางการเสริมศักยภาพ ให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถจัดการตนเอง สร้างกระบวนการ เรียนรู้ แก้ไขปัญหา และพัฒนาคุณภาพชีวิตผ่านการมี นโยบายสาธารณะระดับชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยสำนักสนับสนุนสุขภาวะ ชุมชน (สำนัก 3) จึงได้ผลักดันโครงการพัฒนาสุขภาวะ เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่หรือตำบลสุขภาวะ ผ่านการดำเนินงาน 3 โครงการย่อย ได้แก่ โครงการที่ 1 การเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการการเรียนรู้ของพื้นที่

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการเสริมศักยภาพของพื้นที่ให้มีความพร้อมในการทำหน้าที่เป็น “ศูนย์เรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาวะชุมชน” โครงการที่ 2 การสนับสนุนการพัฒนากระบวนการจัดการตนเองและการจัดการเครือข่ายโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลวิจัยชุมชนด้วยวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน⁽¹⁾ (rapid ethnographic community assessment process: RECAP) และข้อมูลที่ได้จากการพัฒนาระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ⁽²⁾ (Thailand community network appraisal program: TCNAP) มากำหนดประเด็นในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่และเครือข่าย รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมจัดการพื้นที่แหล่งเรียนรู้ ยกตัวอย่างเช่น จากการสำรวจด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างตรงเวลาและต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากความไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีรถ และผู้ดูแลจำเป็นต้องไปทำงาน ไม่สามารถพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ได้ตามเวลาที่นัดหมายจึงนำรถกู้ชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมาให้บริการผู้ป่วยกลุ่มด้อยโอกาส ทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น หรือการพบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีความเครียด ไม่ได้ทำงาน ไม่ได้ออกกำลังกายจึงจัดให้มีกิจกรรมออกกำลังกายในโรงเรียนผู้สูงอายุ การได้พบปะพูดคุยกันภายในกลุ่มผู้สูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น เป็นต้น

โครงการที่ 3 เป็นการพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่าย มุ่งเน้นให้แม่ข่าย และเครือข่าย (ลูกข่าย) มีการทำงานร่วมกัน ในปี 2562 มีตำบลสุขภาวะรวม 248 แห่ง กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคทั่วประเทศ เป้าหมายหลักของการดำเนินงาน คือ การสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับพื้นที่ ซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนในชุมชน ทั้งในมิติสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ ทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม และการเมือง การปกครอง

หากพิจารณาถึงความคุ้มค่าของโครงการตำบลสุขภาวะ มีความแตกต่างจากการทำธุรกิจทั่วไปที่เงินลงทุนและผลตอบแทนเป็นตัวเงินที่ชัดเจนสำหรับการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของตำบลสุขภาวะในแง่ของต้นทุนที่ใช้ในการดำเนินงานสามารถใช้ข้อมูลในส่วนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง-

เสริมสุขภาพ (สสส.) จำแนกตามแผนงานและกิจกรรม แต่เมื่อพิจารณาถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจะพบว่ามีความซับซ้อนกว่ามาก เพราะประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการต่างๆ นั้น มีทั้งส่วนที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน หรือกล่าวได้ว่าเกิดประโยชน์ทั้งด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม หรือคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับตัวบุคคล ระดับชุมชน และรวมไปถึงประโยชน์ต่อสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการพิจารณาความคุ้มค่าของโครงการจึงไม่อาจพิจารณาเฉพาะมูลค่าทางเศรษฐกิจที่เป็นตัวเงินเท่านั้น หากแต่ต้องพิจารณารวมถึงผลประโยชน์อื่นๆ ในสังคม ซึ่งรวมถึงสุขภาพ การทำงานร่วมกันของคนในชุมชน และด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นผลมาจากโครงการด้วย

การประเมินผลลัพธ์ทางสังคมมีเครื่องมือที่หลากหลาย โดยเครื่องมือหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ได้แก่ การวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ (cost-benefit analysis: CBA) โดยสะท้อนต้นทุนและผลลัพธ์ที่เกิดจากการลงทุนออกมาในรูปของตัวเงิน โครงการที่มีผลประโยชน์มากกว่าต้นทุนนับเป็นโครงการที่คุ้มค่าในการลงทุน สำหรับการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (social return on investment: SROI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาจากการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ แต่เน้นวิเคราะห์ผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการแปลงผลลัพธ์ทางสังคมให้อยู่ในรูปของมูลค่าทางการเงิน ดังนั้นการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมในการประเมินมีความสำคัญอย่างมาก⁽³⁾ เนื่องจากเป็นผู้ที่สามารถเชื่อมโยงปัจจัยนำเข้าไปสู่ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากโครงการได้ดีที่สุด การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) ในโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในประเด็นต่างๆ อาทิเช่น ด้านเศรษฐกิจชุมชน⁽⁴⁾ ด้านเด็กและเยาวชน ด้านผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ ด้านสุขภาพของคนในชุมชน⁽⁶⁾ รวมถึงด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน⁽⁷⁾ โครงการที่กล่าวมา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างมาก เช่น คนในชุมชนมีสุขภาพกายและใจดีขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความสุขใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น มีความรัก ความสามัคคี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันมากขึ้น และสิ่งแวดล้อมในชุมชนดีขึ้น เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (social return on investment: SROI) ที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมภายใต้โครงการพัฒนาสุขภาวะเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ โดยการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมสามารถวัดผลของโครงการที่มีคุณค่าต่อสังคม โดยแปลงผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่สังคมในด้านต่างๆ ให้เป็นมูลค่าที่มีหน่วยวัดเดียวกับเงินตรา ซึ่งจะสามารถก่อให้เกิดความชัดเจนในการวิเคราะห์คุณค่าของโครงการที่มีต่อสังคมโดยรวม และสามารถประเมินได้ว่าทรัพยากรที่ลงทุนในโครงการแต่ละบาทนั้น สังคมได้รับผลตอบแทนมากน้อยเพียงใด

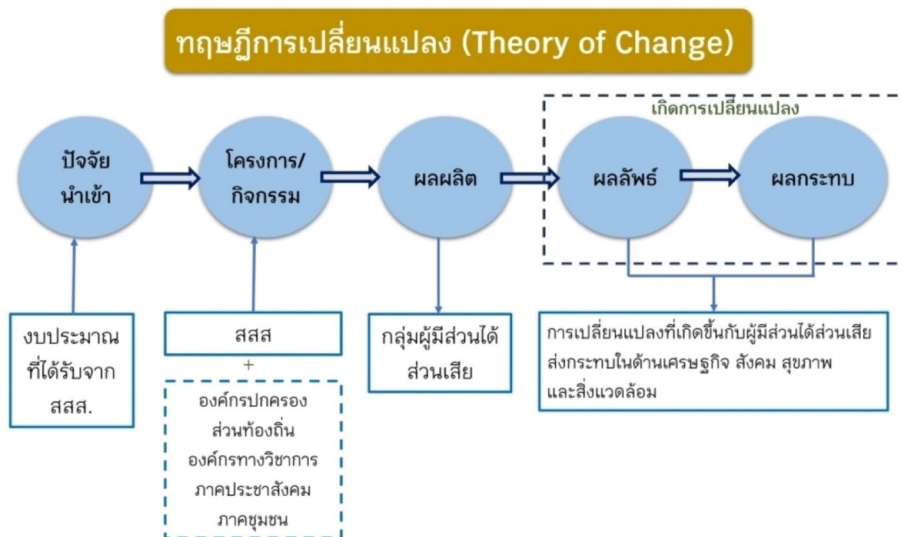
วิธีการศึกษา

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมของโครงการพัฒนาสุขภาวะเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ในครั้งนี้ ครอบคลุมพื้นที่การศึกษา 6 พื้นที่ของตำบลสุขภาวะ ซึ่งกระจายไปทุกภาคของประเทศ ประกอบด้วย ภาคเหนือ ได้แก่ อบต.เจดีย์ชัย อ.ป่า จ.น่าน และ อบต.พรหมนิมิต อ.ตาคี จ.นครสวรรค์ ภาคอีสาน ได้แก่ ทต.บ้านแฮด อ.บ้านแฮด จ.ขอนแก่น และ ทต.กลางหมื่น อ.เมือง จ.กาฬสินธุ์ ภาคกลาง ได้แก่ อบต.ชุมพล อ.องครักษ์ จ.นครนายก และภาคใต้ ได้แก่ อบต.แว้ง อ.แว้ง จ.นราธิวาส

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) เป็นแนวคิดหลักในการวิเคราะห์ ซึ่งจะ

สามารถอธิบายได้ว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกิจกรรมต่างๆ ที่วิเคราะห์นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร⁽³⁾ ทั้งนี้ในการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากกิจกรรมในการดำเนินงานของตำบลสุขภาวะ ใช้การจัดทำห่วงโซ่ผลลัพธ์ในการนำเสนอความเชื่อมโยงของการเปลี่ยนแปลงดังภาพที่ 1 โดยปัจจัยนำเข้า หมายถึง ทรัพยากรต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่มาจากการสนับสนุนของหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ กระบวนการ หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตำบลสุขภาวะ ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การเก็บข้อมูล การอบรม การจัดทำหลักสูตร และการเผยแพร่ผลงาน ผลผลิต หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากการดำเนินกิจกรรมที่สามารถวัดได้ เช่น จำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมกิจกรรมหรือได้รับผลประโยชน์จากกิจกรรม สำหรับผลลัพธ์ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อันเป็นผลมาจากกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยอาจเกิดขึ้นหลังจากมีโครงการ 1-5 ปี เช่น การเข้าร่วมออกกำลังกายทำให้สุขภาพของคนในชุมชนดีขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมจัดการขยะทำให้คนในชุมชนมีรูปร่างที่สุขภาพดีมากขึ้น มีความสุขมากขึ้น มีความสามัคคีกันมากขึ้น เป็นต้น และผลกระทบ หมายถึง การเปลี่ยนแปลง (5 ปีขึ้นไป) ที่เป็นผลในระยะยาว อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง หรือการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร เช่น คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น ชุมชนมีความพร้อมในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา



อย่างเป็นระบบ เป็นต้น ทั้งนี้ในการประเมิน SROI จะต้องผ่านกระบวนการ stakeholder meeting เพื่อระบุผลลัพธ์สำคัญที่เกิดจากกิจกรรม และประเมินมูลค่าผลลัพธ์ต่างๆ ให้เป็นมูลค่าทางการเงิน

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมในครั้งนี ใช้กรอบการวิเคราะห์ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย⁽⁵⁾ ซึ่งได้นำเสนอขั้นตอนการศึกษาออกเป็น 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. การกำหนดขอบเขตและวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการกำหนดว่าใครคือผู้ได้รับผลจากกิจกรรมของโครงการฯ โดยการพิจารณาจากเอกสารและการสัมภาษณ์จากเจ้าหน้าที่โครงการ ซึ่งกรอบของการวิเคราะห์ ประกอบด้วย โครงการ กิจกรรม หรือนวัตกรรมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นศูนย์จัดการเครือข่ายดำเนินการภายใต้ประเด็นเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้ กำหนดระยะเวลาในการประเมิน 5 ปีนับแต่เริ่มโครงการ
2. การสร้างแผนที่ผลลัพธ์จากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) เป็นการระบุความเชื่อมโยงของปัจจัยนำเข้า ผลผลิต และผลลัพธ์ของแต่ละกิจกรรมผ่านการทำห่วงโซ่ผลลัพธ์ โดยใช้ข้อมูลจากการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ซึ่งวัดจากตัวชี้วัด (indicator) เพื่อคำนวณ outcome incidence หรือขนาดของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งหมด โดยข้อมูลที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์มีทั้งข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ เช่น จำนวนคนที่สามารถเลิกบุหรี่หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนชั่วโมงของการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น รวมถึงการกำหนดมูลค่าทางการเงิน (financial proxy) ของแต่ละผลลัพธ์ ซึ่งผลลัพธ์ทางสังคมส่วนใหญ่ไม่มีมูลค่าตลาด จึงจำเป็นต้องหาตัวแทนทางการเงินที่เหมาะสมมาใช้ในการคำนวณมูลค่าของผลลัพธ์ ยกตัวอย่างเช่น กรณีของ อสม. มีความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือคน ความสุขเพิ่มขึ้น สามารถกำหนดมูลค่าทางการเงินได้จากมูลค่าความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดจากการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่

หวังสิ่งตอบแทนเท่ากับ ร้อยละ 40 ของรายได้⁽⁸⁾ หรือเท่ากับ 42,237 บาทต่อคนต่อปี

4. การกำหนดและรวบรวมข้อมูลผลกระทบของโครงการ กำหนดสัดส่วนของผลลัพธ์ที่เกิดจากกิจกรรมของโครงการ ไม่นับรวมผลที่เกิดขึ้นเองอยู่แล้วแม้ไม่มีกิจกรรม (deadweight) แต่พิจารณาสัดส่วนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ (attribution) รวมถึงอัตราการลดลงของผลประโยชน์ของโครงการ (benefit period และ drop off) ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม เช่น ชุมชนมีการรณรงค์การรักษาความสะอาด เริ่มให้ความสำคัญกับการคัดแยกขยะ และคนในชุมชนรู้จักหลัก 5 ส. แล้วนำมาปฏิบัติอยู่แล้ว แม้จะไม่มีโครงการตำบลสุภาพะ ชยะในชุมชนก็จะลดลงประมาณ ร้อยละ 31 (deadweight) เป็นต้น

5. การคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน ทั้งนี้การประเมินโครงการระยะเวลา 5 ปี จำเป็นต้องมีการปรับมูลค่าเงินในอนาคตให้อยู่ในรูปของมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (net present value: NPV) หรือปรับให้เป็นฐานเดียวกันด้วยอัตราคิดลด (discount rate) ก่อนจะทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ซึ่งในการศึกษากำหนดอัตราคิดลดเท่ากับร้อยละ 3 โดยใช้ปีแรกทำการประเมินเป็นปีฐานประโยชน์ทั้งหมด
- $$SROI = \frac{\text{มูลค่าปัจจุบันสุทธิของผลประโยชน์ทั้งหมด}}{\text{มูลค่าปัจจุบันสุทธิของการลงทุนทั้งหมด}}$$

ในการพิจารณาผลประโยชน์จากโครงการจำเป็นต้องหักลบผลที่เกิดขึ้นอยู่แล้วแม้ไม่มีโครงการ (deadweight) ออกก่อน จากนั้นนำมาคูณกับสัดส่วนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ (attribution) ในกรณีที่มีการลดลงของผลประโยชน์ (drop off) จำเป็นต้องหักลบผลประโยชน์ส่วนนั้นออกไป จึงจะได้มูลค่าผลลัพธ์เบื้องต้น ก่อนที่จะนำไปคำนวณมูลค่าปัจจุบันสุทธิของผลประโยชน์ทั้งหมดต่อไป

6. ประมวลผลและรายงานผลโดยการจำแนกผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การสรุปอัตราผลตอบแทนทางสังคม รวมทั้งการวิเคราะห์ความอ่อนไหว (sensitivity analysis) ในกรณีที่ปัจจัยต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์จะ

ส่งผลต่ออัตราผลตอบแทนทางสังคมอย่างไร

ทั้งนี้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder meeting) เป็นการสัมภาษณ์กลุ่ม (group interview) โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อให้ได้ข้อมูลแผนที่ผลลัพธ์ แบ่งกลุ่มย่อยในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งไม่เกิน 10 คน ส่วนที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการฯ โดยใช้แบบสอบถามมีเป้าหมายเพื่อหาขนาดการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัด และทำการสุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดสัดส่วน (quota sampling) ตามขนาดของประชากรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ และในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติอย่างง่าย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าสัดส่วน ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลที่ได้จากการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะนำ

มาสร้างแผนที่ผลลัพธ์ซึ่งแสดงความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม ในขั้นตอนถัดไปเพื่อให้ทราบถึงขนาดของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงต้องมีการกำหนดตัวชี้วัด ซึ่งมีความสำคัญในการบอกทิศทางของการเปลี่ยนแปลง บางผลลัพธ์สามารถกำหนดมูลค่าทางการเงินได้จากตัวชี้วัดผลลัพธ์ได้เลย และมีผลลัพธ์บางตัวที่ต้องกำหนดมูลค่าทางการเงินผ่านตัวแทนทางการเงิน

ผลการศึกษา

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนจะแยกการนำเสนอตามพื้นที่ตำบลสุภาวะ เนื่องจากในแต่ละพื้นที่มีกิจกรรม รวมถึงจำนวนผู้เข้าร่วม

ตารางที่ 1 ขนาดตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่ศึกษา (หน่วย: คน)

พื้นที่	ทต. บ้านแอด	ทต. กลางหมื่น	อบต. ชุมพล	อบต. เวียง	อบต. พรหมนิมิต	อบต. เจดีย์ชัย
การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	41	32	26	27	30	27
ประชาชนในพื้นที่	15	10	3	6	12	13
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	5	3	7	3	2	4
ผู้นำชุมชน	9	11	9	4	10	3
เจ้าหน้าที่ อปท. และหน่วยงานในพื้นที่	12	8	7	14	6	7
การเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด (รวม)	268	257	176	221	198	203
คนในชุมชน	175	140	76	98	75	82
ผู้นำ ประธานแหล่งเรียนรู้		22	30	25	35	27
ผู้สูงอายุ		41	24	43	36	30
ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วย และผู้พิการ	14	10				
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	31	34	26	20	22	26
วิทยากร	14	5	8	20	10	8
เจ้าหน้าที่ อปท.	24	15	15	15	20	15

กิจกรรมที่แตกต่างกัน

เทศบาลตำบลบ้านแฮด อำเภอบ้านแฮด

จังหวัดขอนแก่น

เทศบาลตำบลบ้านแฮด ครอบคลุมพื้นที่ 8 หมู่บ้าน มีประชากร จำนวน 5,926 คน 1,366 ครัวเรือน ประชาชน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกข้าวนาปี และรับจ้างทั่วไป หลังจากฤดูการทำนาปี คนในชุมชนมีการรวมกลุ่มประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เสริม เช่น การรวมกลุ่มปลูกผัก กลุ่มการทำเกษตรผสมผสานในครัวเรือน กลุ่มผลิตปุ๋ยอินทรีย์ชีวภาพ กลุ่มผลิตถัณฑ์ไม้ไผ่แปรรูป กลุ่มแปรรูปผลิตภัณฑ์จากผ้า เป็นต้น เทศบาลตำบลบ้านแฮดห่างจากตัวจังหวัดขอนแก่นเพียง 25 กิโลเมตร ทำให้คนในชุมชนได้รับอิทธิพลจากชุมชนเมือง

โครงการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมจัดการตำบล สุขภาวะสู่ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาให้เป็น “ตำบลแห่งชุมชนดี สิ่งแวดล้อมดี สุขภาวะดี”

ทั้งนี้มีการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากระบบฐานข้อมูลตำบล (TCNAP) และการวิจัยชุมชน (RECAP) จนสามารถค้นหาศักยภาพของชุมชน ก่อให้เกิดกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งสิ้น 69 งาน/กิจกรรม และ 35 แหล่งเรียนรู้ เช่น กิจกรรมส่งเสริมอาชีพคนพิการ เกษตรปลอดภัย การดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ได้มีการสอดแทรกกิจกรรมต่างๆ ของโครงการให้สอดรับและกลมกลืนไปกับงานประจำของเทศบาล ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความเคยชินกับงานและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้กิจกรรมต่างๆ สำเร็จตามเป้าหมาย และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในชุมชน สามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์แผนที่ผลลัพธ์ทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนถัดไปเพื่อให้ทราบถึงขนาดของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงต้องมีการกำหนดตัวชี้วัด และมูลค่าทางการเงิน

ตารางที่ 2 แผนที่ผลลัพธ์ของเทศบาลตำบลบ้านแฮด

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	โครงการ/กิจกรรม	ผลผลิต (ต่อปี)	ผลลัพธ์
1. ประชาชนในพื้นที่	-โรงเรียนผู้สูงอายุ -ออกกำลังกาย การรำของกลุ่มแม่บ้าน -การจัดตั้งแหล่งเรียนรู้ในชุมชน	1,942 คน	ชุมชนน่าอยู่ มีความสามัคคี และสงบเรียบร้อยมากขึ้น
	-การคัดแยกขยะ -การส่งเสริมวินัยในการจัดการขยะ โดยการให้ความรู้ สร้างจิตสำนึก	1,365 ครัวเรือน	ขยะลดลง สิ่งแวดล้อมดีขึ้น
	-การทำผลิตภัณฑ์แปรรูปขาย เช่น สมุนไพร ผลิตภัณฑ์ของเหลือใช้ โฮมสเตย์	486 คน	รายได้เพิ่มขึ้น
	-กิจกรรมรดน้ำต้นไม้	8 คน	สุขภาพกายดีขึ้น
2. เด็กและเยาวชน	-กิจกรรมการคัดแยกขยะ -การส่งเสริมวินัยในการจัดการขยะ โดยการให้ความรู้ สร้างจิตสำนึก -การเล่นกีฬา การออกกำลังกาย -การอบรมต่อต้านปัญหายาเสพติด ร่วมกับเยาวชนในชุมชนใกล้เคียง	21 คน	มีจิตสำนึกมากขึ้น
3. ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วย และผู้พิการ	-การทำผลิตภัณฑ์แปรรูปขาย เช่น สมุนไพร ผลิตภัณฑ์ของเหลือใช้ โฮมสเตย์	48 คน	รายได้เพิ่มขึ้น
	-บริการรถกอล์ฟรับส่งผู้ป่วย ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการจากที่บ้านมารักษาตัวที่ศูนย์บริการสุขภาพ	48 คน	สุขภาพกายดีขึ้น
	-การสร้างเครือข่ายดูแลสุขภาพ	48 คน	สุขภาพจิตดีขึ้น

4. อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.)	-การจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ และนำมาใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพ -การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลสุขภาพ (มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ป่วยในความดูแลของตนเองมากขึ้น)	100 คน	ความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือคน สุขภาพเพิ่มขึ้น
	-การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย	100 คน	มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชนมากขึ้น
	-การออกกำลังกาย	50 คน	สุขภาพกายดีขึ้น
5. วิทยากร	-การเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่คนที่เข้ามาศึกษาดูงานในพื้นที่	35 คน	รายได้เพิ่มขึ้น
6. เทศบาล	-สอดแทรกงานโครงการ สสส. ให้กลายเป็นงานประจำ -การจัดเก็บข้อมูลชุมชนเพื่อวิเคราะห์หาศักยภาพในชุมชน	1 เทศบาล	ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 3 การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนโครงการตำบลสุขภาวะของเทศบาลตำบลบ้านแฮด

ผลลัพธ์	ตัวชี้วัด (Indicators)	ตัวแทนทางการเงิน (Financial Proxy)	Dead weight (%)	Attribution (%)	Drop-off (%)	มูลค่าผลลัพธ์เบื้องต้น (บาทต่อปี)
คนในชุมชน						
ชุมชนน่าอยู่ มีความสามัคคี และสงบเรียบร้อยมากขึ้น	จำนวนคนที่รู้สึกว่ามีสามัคคีและสงบเรียบร้อยมากขึ้น 1,942 คน	มูลค่าความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านบ่อยๆ มีค่าเท่ากับร้อยละ 51 ของรายได้ ^(๑) หรือเท่ากับ 53,852 บาทต่อคนต่อปี	58	34	0	14,970,834
ขยะลดลง สิ่งแวดล้อมดีขึ้น	ปริมาณขยะที่ลดลง 3,200 กิโลกรัม ต่อปี (2.34 กิโลกรัม x 1,365 คราวเรือน)	ค่าใช้จ่ายในการจัดการขยะของเทศบาล 43.75 บาทต่อกิโลกรัม	31	28	0	27,048
รายได้เพิ่มขึ้น	คนในชุมชนมีรายได้เพิ่มขึ้น 4,693,302 บาทต่อปี (9,657 บาท x 486 คน)	-	35	28	0	854,181
สุขภาพกายดีขึ้น	จำนวนคนเลิกบุหรี่ 8 คนต่อปี	ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ลดลง 3,650 บาทต่อคนต่อปี	39	29		5,166
เด็กและเยาวชน						
มีจิตสาธารณะมากขึ้น	จำนวนชั่วโมงการเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาเพิ่มขึ้น 2,184 ชั่วโมงต่อปี (104 ชั่วโมง x 21 คน)	ค่าเสียโอกาส คิดจากค่าจ้างรายชั่วโมงสำหรับนักเรียน นิสิต และนักศึกษา 40 บาท	34	30		17,297

ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วย และผู้พิการ						
รายได้เพิ่มขึ้น	ผู้ด้อยโอกาสมีรายได้เพิ่มขึ้น 451,200 บาทต่อปี (9,400 บาท x 48 คน)	-	28	22	0	71,470
สุขภาพกายดีขึ้น	ผู้ป่วยและผู้พิการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 48 คน	ผู้ดูแลสามารถไปทำงานหารายได้เพิ่มขึ้น 84,500 บาทต่อคนต่อปี (325 บาท x 260 วัน)	43	26	0	601,099
สุขภาพจิตดีขึ้น	ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยและผู้พิการรู้สึกมีชีวิตร่าเริงมากขึ้น จำนวน 48 คน	มูลค่าความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดจากการรู้สึกมีชีวิตร่าเริงเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 95 ของรายได้ ⁽⁸⁾ หรือเท่ากับ 100,312 บาทต่อคนต่อปี	43	29	0	802,494
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)						
ความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือคน ความสุขเพิ่มขึ้น	อสม. จำนวน 100 คนมีความภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือคนอื่นเพิ่มขึ้น	มูลค่าความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดจากการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนเท่ากับร้อยละ 40 ของรายได้ ⁽⁸⁾ หรือเท่ากับ 42,237 บาทต่อคนต่อปี	43	36	0	886,973
มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชนมากขึ้น	จำนวนชั่วโมงที่อสม. ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 2400 ชั่วโมงต่อปี (24 ชั่วโมง x 100 คน)	ค่าเสียโอกาส คิดจากค่าจ้างขั้นต่ำจังหวัดขอนแก่น 46 บาทต่อชั่วโมง	21	30	0	26,165
สุขภาพกายดีขึ้น	จำนวนชั่วโมงที่อสม. ออกกำลังกายมากขึ้น 5,650 ชั่วโมงต่อปี (113 ชั่วโมง x 50 คน)	ค่าเสียโอกาส คิดจากค่าจ้างขั้นต่ำจังหวัดขอนแก่น 46 บาทต่อชั่วโมง	18	24	0	51,148.3
วิทยากร						
รายได้เพิ่มขึ้น	รายได้จากการเป็นวิทยากรเพิ่มขึ้น 857,220 บาทต่อปี (24,492 บาท x 35 แหล่งเรียนรู้)	-	40	33	0	169,730
เทศบาล						
ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น	ค่าใช้จ่ายในการจัดการขยะของเทศบาลลดลง 140,000 บาทต่อปี	-	41	27		22,302

ของแต่ละผลลัพธ์ ดังแสดงในตารางที่ 3

การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) พบว่า ตลอดระยะเวลาโครงการ 5 ปี (2558–2562) มีมูลค่าปัจจุบันสุทธิของผลประโยชน์รวม 118.07 ล้านบาท มูลค่าปัจจุบันสุทธิของการลงทุนทั้งหมด 15.68 ล้านบาท ผลตอบแทนทางสังคมเท่ากับ 7.53 หมายถึง การลงทุนของโครงการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมจัดการตำบลสุขภาวะสู่ชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งของเทศบาลตำบลบ้านแอดนั้น คำนวณค่าต่อการลงทุน เนื่องจากเงินลงทุน 1 บาท สามารถสร้างประโยชน์ให้สังคมได้ถึง 7.53 บาท

เมื่อพิจารณาผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ พบว่า คนในชุมชนเป็นกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์มากที่สุดหรือร้อยละ 89 รองลงมา คือ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วย ผู้พิการ ร้อยละ 5 ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับ อสม. ร้อยละ 3 และผลประโยชน์ที่เหลือเกิดขึ้นกับเยาวชน วิทยากร และเทศบาล การวิเคราะห์ความอ่อนไหวทำ 3 วิธี ได้แก่ การปรับอัตราคิดลดเป็นร้อยละ 1, 3, 5 และ 10 การเพิ่มค่า deadweight ของทุกผลลัพธ์ ร้อยละ 10 และการลด attribution ทุกผลลัพธ์ ร้อยละ 10 ผลการวิเคราะห์หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข พบว่า SROI มีค่าอยู่ระหว่าง 3.67–7.80 นั้น ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าการดำเนินงานของโครงการยังคงให้ผลตอบแทนมากกว่าเงินที่ลงทุนไป

เทศบาลตำบลกลางหมื่น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

เทศบาลตำบลกลางหมื่น ห่างจากตัวจังหวัดกาฬสินธุ์ 24 กิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ 12 หมู่บ้าน มีประชากร 4,345 คน 1,024 ครัวเรือน มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มและที่ดอนเหมาะสำหรับเป็นที่อยู่อาศัยและทำการเกษตรโดยเฉพาะการทำนาซึ่งเป็นวัฒนธรรมของชาวชุมชนกลางหมื่นที่สืบทอดกันมา นอกจากนั้นคนในชุมชนยังมีอาชีพรับจ้างทั่วไปทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่

ในช่วงแรกที่ยังไม่มีการสำรวจและจัดเก็บข้อมูลชุมชน (TCNAP) ชุมชนคิดว่าตนเองมีจุดเด่นในด้านเศรษฐกิจชุมชน เนื่องจากมีกลุ่มอาชีพในชุมชนเป็นจำนวนมาก แต่เมื่อทำการสำรวจและจัดเก็บข้อมูลชุมชน (TCNAP) และการวิจัยชุมชน (RECAP) แล้วจึงได้ พบว่า จุดเด่นของชุมชน คือ การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม การพัฒนาในระยะต่อมาจึงใช้จุดเด่นเรื่องนี้พัฒนาชุมชนและสร้างโครงการที่มีประโยชน์ต่อ

ส่วนรวมเช่น “ป้อมยามอุ่นใจชุมชน” เพื่อรับแจ้งเหตุสาธารณภัยเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง เผื่อระวังและสอดส่องดูแลความปลอดภัยให้กับประชาชน เกิดจิตอาสาในชุมชนนำโดยกลุ่ม อปพร. กลุ่มเด็กและเยาวชน (กลุ่มจิตอาสาพาสาย) เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและอาชญากรรม เนื่องจากเป็นเส้นทางที่คนในชุมชนใช้สัญจรเป็นประจำ มีจุดเปลี่ยวและมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุอยู่หลายจุด รวมถึงการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดอุบัติเหตุ เช่น กิจกรรมจัดหยุดเมาให้คนที่เมาได้รับการ मदที่ป้อมยามและนอนจนกว่าจะหายเมา จึงจะปล่อยให้เดินทางต่อไป โครงการขับเคลื่อนปลอดภัย “เกิน 60 มีสิทธิรับเบี้ย” โครงการลดการสูบบุหรี่ การบริหารจัดการขยะ เป็นต้น

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการ (2560–2564) พบว่า ก่อให้เกิดผลประโยชน์ทั้งสิ้น 43.01 ล้านบาท ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 15.87 ล้านบาท และผลตอบแทนทางสังคมเท่ากับ 2.71 หมายถึง โครงการสร้างพลังชุมชนท้องถิ่นขับเคลื่อนตำบลน่าอยู่ มุ่งสู่ความความยั่งยืนของเทศบาลตำบลกลางหมื่น คำนวณค่าต่อการลงทุน เนื่องจากเงินลงทุน 1 บาท สามารถสร้างประโยชน์ให้สังคมได้ถึง 2.71 บาท

ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการกระจายไปยังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์มากที่สุดถึง ร้อยละ 81 รองลงมา คือ ที่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 5 ส่วนผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับ อสม. กลุ่มผู้นำ และเจ้าหน้าที่เทศบาลเท่ากับ ร้อยละ 4 การวิเคราะห์ความอ่อนไหวทำโดยการปรับอัตราคิดลดเป็น ร้อยละ 1, 3, 5 และ 10 การเพิ่มค่า deadweight ของทุกผลลัพธ์ ร้อยละ 10 และการลด attribution ที่โครงการ มีต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกผลลัพธ์ ร้อยละ 10 ผลการวิเคราะห์หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข พบว่า SROI มีค่าอยู่ระหว่าง 1.57–2.78 นั้น ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าการดำเนินงานของโครงการยังคงให้ผลตอบแทนมากกว่าเงินที่ลงทุนไป

องค์การบริหารส่วนตำบลชุมพล อำเภอองครักษ์

จังหวัดนครนายก

องค์การบริหารส่วนตำบลชุมพล อยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอองครักษ์ ประมาณ 23 กิโลเมตร ครอบคลุมพื้นที่ 8 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 5,422 คน 1,274 ครัวเรือน คนในชุมชนส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม ร้อยละ 86.13 ชาวไทย

พุทธและไทยมอญ ร้อยละ 13.51

องค์การบริหารส่วนตำบลชุมพลใช้ข้อมูลชุมชน (TCNAP) เป็นตัวขับเคลื่อนในการพัฒนาพื้นที่ รวมถึงดึงศักยภาพของชุมชนเพื่อสร้างจุดเด่นในการพัฒนา ยกตัวอย่างเช่น จุดเด่นเรื่อง 3 เชื้อชาติ 2 วัฒนธรรม มีการเล่นลิเกฮูลูเป็นการละเล่นพื้นบ้านดั้งเดิมของชุมชน ที่รวมคนทุกเพศทุกวัยมาทำกิจกรรมร่วมกัน ถือเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายและสร้างการมีส่วนร่วม ตลอดจนพัฒนาให้เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน และสามารถได้รับรางวัลชนะเลิศระดับประเทศจากเข้าร่วมแสดงลิเกฮูลู สร้างความภาคภูมิใจให้กับคนในชุมชนและเป็นจุดเริ่มต้นของความร่วมมือและความสามัคคีในการพัฒนาชุมชน

โครงการรากฐานชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนขององค์การบริหารส่วนตำบลชุมพล (2558-2562) สร้างผลประโยชน์ต่อสังคมทั้งสิ้น 39.92 ล้านบาท ใช้เงินลงทุนทั้งหมด 14.30 ล้านบาท ซึ่งจากการคำนวณก่อให้เกิดผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนเท่ากับ 2.79 หมายถึง การลงทุนของโครงการมีความคุ้มค่าต่อการลงทุน เนื่องจากเงินลงทุน 1 บาท สามารถสร้างประโยชน์ให้สังคมได้ถึง 2.79 บาท

คนในชุมชนเป็นกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์มากที่สุดถึงร้อยละ 92 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ อบต. ร้อยละ 4 และผลประโยชน์ที่เหลือเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน วิทยากร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การวิเคราะห์ความอ่อนไหวโดยการปรับอัตราคิดลดเป็นร้อยละ 1, 3, 5 และ 10 การเพิ่มค่า deadweight ของทุกผลลัพธ์ ร้อยละ 10 และการลด attribution ทุกผลลัพธ์ ร้อยละ 10 ผลจากการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข SROI มีค่าอยู่ระหว่าง 1.57-2.86 ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าการดำเนินงานของโครงการยังคงให้ผลตอบแทนมากกว่าเงินที่ลงทุนไป

องค์การบริหารส่วนตำบลแวง อำเภอแวง จังหวัดนครราชสีมา

องค์การบริหารส่วนตำบลแวง ครอบคลุมพื้นที่ 7 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรทั้งหมด 6,727 คน 1,501 ครัวเรือน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม มีภูเขาสูง และมีแหล่งน้ำธรรมชาติที่สามารถใช้ในการหล่อเลี้ยงชุมชนได้ตลอดทั้งปี ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 95 และศาสนาพุทธ ร้อยละ 5 ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม กรีดยาง เลี้ยงปศุสัตว์ ประมง รับจ้าง และงานก่อสร้าง เป็นต้น

องค์การบริหารส่วนตำบลแวงมีความชัดเจนในเรื่องของการส่งเสริมให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองได้ โดยใช้จุดเด่นของศิลปวัฒนธรรมประเพณีที่ดั้งเดิม วิถีชีวิตของชาวมุสลิม และภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบดั้งเดิม ที่เป็นเอกลักษณ์ของพื้นที่ตำบลแวงเป็นเครื่องมือในการพัฒนาชุมชนให้ประสบความสำเร็จผ่านการเรียนรู้รากเหง้าความเป็นแวง มีทรัพยากรธรรมชาติที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน มีความหลากหลายทางเชื้อชาติที่ก่อให้เกิดความหลากหลายทางภาษา ทัศนคติ และพิธีกรรม ที่ปลูกฝังอารยธรรมที่ดั้งเดิมมาตั้งแต่อดีตมาใช้สร้างอาชีพ เพิ่มรายได้ และเผยแพร่วัฒนธรรมภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่การอนุรักษ์สืบสานให้รุ่นลูกรุ่นหลาน เช่น ศูนย์การเรียนรู้การสอนอ่านอัลกุรอาน หลักสูตร กิรออาตี บ้านกรือซอ เป็นต้น

โครงการเครือข่ายพลังชุมชนร่วมสร้างท้องถิ่นน่าอยู่สู่ตำบลสุขภาวะชายแดนใต้ตำบลแวง ตลอดระยะเวลา 5 ปี (2558-2562) ก่อให้เกิดผลประโยชน์รวม 25.81 ล้านบาท ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 15.03 ล้านบาท ผลตอบแทนทางสังคมเท่ากับ 1.72 ซึ่งหมายถึง การลงทุนโครงการเครือข่ายพลังชุมชนร่วมสร้างท้องถิ่นน่าอยู่สู่ตำบลสุขภาวะชายแดนใต้ตำบลแวงนั้นคุ้มค่าต่อการลงทุน เนื่องจากเงินลงทุน 1 บาท สามารถสร้างประโยชน์ให้สังคมได้ถึง 1.72 บาท

เมื่อพิจารณาผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ พบว่าคนในชุมชนเป็นกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์มากที่สุดถึงร้อยละ 82 รองลงมา คือ วิทยากร เจ้าหน้าที่ อบต. และผู้นำชุมชน การวิเคราะห์ความอ่อนไหวโดยการปรับอัตราคิดลด ร้อยละ 1, 3, 5 และ 10 การเพิ่มค่า deadweight 10% และการลด attribution 10% พบว่าหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข SROI มีค่าอยู่ระหว่าง 0.83-1.76 แสดงว่าหากมีการปรับเปลี่ยนอัตราคิดลดหรือปรับเพิ่ม deadweight อีก 10% หรือปรับลด attribution อีก 10% การดำเนินงานของโครงการยังคงให้ผลตอบแทนมากกว่าเงินที่ลงทุนไป แต่หากมีการปรับเพิ่ม deadweight อีก 10% และปรับลด attribution 10% พร้อมกัน การดำเนินงานของโครงการจะให้ผลตอบแทนน้อยกว่าเงินที่ลงทุนไป ดังนั้นควรมีการทบทวนว่าผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้มี

ส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ นั้น เป็นไปตามเป้าหมายของโครงการที่ได้กำหนดไว้แต่ตอนเริ่มต้นวางแผนทำโครงการหรือไม่

องค์การบริหารส่วนตำบลพรหมนิมิต อำเภอตากคลี จังหวัดนครสวรรค์

องค์การบริหารส่วนตำบลพรหมนิมิต ครอบคลุมพื้นที่ 9 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 4,991 คน มี 1,636 ครัวเรือน พื้นที่ส่วนใหญ่ของแต่ละหมู่บ้านมีขนาดเล็ก มีแหล่งน้ำคลองชลประทานไหลผ่านเหมาะกับการทำเกษตรตำบลพรหมนิมิต เป็นสังคมเมือง ทำให้คนในชุมชนมีภาวะเร่งรีบ เกิดความเครียด ขาดการดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพ การบริหารจัดการตำบล “ใช้หลักการมีส่วนร่วม” ประกอบกับการทำงานร่วมกันขององค์กรในพื้นที่ องค์กรท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลพรหมนิมิต องค์กรท้องถิ่น ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน และองค์กรภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำกลุ่มแหล่งเรียนรู้ หน่วยงานภาครัฐภายในตำบล เช่น โรงเรียน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล รวมถึงองค์กรเอกชนต่างๆ เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนชุมชนให้ก้าวเข้าสู่ความเป็นตำบลสุขภาวะอย่างสมบูรณ์

โครงการร่วมแรง ร่วมใจ ชุมชนท้องถิ่นเครือข่ายสู่ตำบลสุขภาวะขององค์การบริหารส่วนตำบลพรหมนิมิต เน้นกิจกรรมที่สร้างการมีส่วนร่วม ด้านเศรษฐกิจมีการส่งเสริมกลุ่มอาชีพต่างๆ ทั้งด้านการเกษตรและการแปรรูปผลิตภัณฑ์ เช่น กลุ่มมะขามเทศ กลุ่มหอมหัวใหญ่ กลุ่มน้ำพริก ปลาต้ม กลุ่มดอกไม้จันทน์ กลุ่มกระเป๋าคิวรี่ กลุ่มทอผ้าพื้นเมือง โฮมสเตย์ ทำให้ประชาชนมีอาชีพและมีรายได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้คนในชุมชนได้มีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกัน มีกลุ่มจิตอาสาช่วยเหลือดูแลเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และที่สำคัญประชาชนยังได้รับการดูแลสุขภาพทำให้มีสุขภาพดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ยกตัวอย่างเช่น กิจกรรมสามวัยใส่ใจสุขภาพ กิจกรรม “เลิกสูบกี้เจอสุข” บุคคลต้นแบบเลิกเหล้า โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลพรหมนิมิต กิจกรรมกลุ่ม อสม. เยี่ยมเพื่อน รวมถึงการจัดการขยะของชุมชน

ผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการ (2558-2562) ก่อให้เกิดผลประโยชน์ทั้งสิ้น 22.41 ล้านบาท ซึ่งงบประมาณทั้งสิ้น 14.23 ล้านบาท ผลตอบแทนทางสังคมเท่ากับ 1.57 ซึ่งหมายถึง การลงทุนของโครงการร่วมแรง ร่วมใจ ชุมชน

ท้องถิ่นเครือข่าย สู่ตำบลสุขภาวะ ตำบลพรหมนิมิตคุ้มค่าต่อการลงทุน เนื่องจากเงินลงทุน 1 บาท สามารถสร้างประโยชน์ให้สังคมได้ถึง 1.57 บาท

คนในชุมชนเป็นกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์มากที่สุดถึงร้อยละ 85 รองลงมา คือ ผู้นำชุมชนและประธานแหล่งเรียนรู้ ร้อยละ 6 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 4 เจ้าหน้าที่ อบต. ร้อยละ 3 ผลประโยชน์ที่เสียเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและวิทยากร การวิเคราะห์ความอ่อนไหว หลังจากการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขของอัตราคิดลดร้อยละ 1, 3, 5 และ 10 เพิ่มค่า deadweight และลด attribution ทำให้ SROI มีค่าอยู่ระหว่าง 0.87-1.62 แสดงว่าหากมีการปรับเปลี่ยนอัตราคิดลด หรือปรับเพิ่ม deadweight หรือปรับลด attribution การดำเนินงานของโครงการยังคงให้ผลตอบแทนมากกว่าเงินที่ลงทุนไป แต่หากมีการปรับเพิ่ม deadweight ร้อยละ 10 และปรับลด attribution ร้อยละ 10 การดำเนินงานของโครงการจะให้ผลตอบแทนน้อยกว่าเงินที่ลงทุนไป ดังนั้นควรมีการทบทวนผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดว่าเป็นไปตามเป้าหมายของโครงการที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ รวมถึงทบทวนจำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมในแต่ละกิจกรรม

องค์การบริหารส่วนตำบลเจดีย์ชัย อำเภอป่าไร่ จังหวัดน่าน

องค์การบริหารส่วนตำบลเจดีย์ชัย ครอบคลุมพื้นที่ 9 หมู่บ้าน มีประชากร 6,918 คน 1,784 ครัวเรือน ห่างจากตัวอำเภอเมืองประมาณ 60 กิโลเมตร มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มริมแม่น้ำปัวและแม่น้ำน่าน บางส่วนเป็นภูเขาสูงมีความอุดมสมบูรณ์ เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบล้านนา จุดเด่นของตำบลเจดีย์ชัย คือ วิถีชีวิตและความเชื่อทางศาสนาของชาวไทลื้อ เช่น ประเพณีไหว้พระธาตุดินไหว และประเพณีแข่งเรือ คนในชุมชนได้เปรียบเทียบการพัฒนาชุมชนเหมือนการแข่งเรือที่ทุกคนลงเรือลำเดียวกันแล้วต้องมีความสามัคคี ความร่วมมือร่วมใจ พายเรือให้ถึงจุดหมายเดียวกัน ภายใต้แนวคิด “ปะกันฮ่วมคิด พัฒนาตำบลเฮา” ช่วงที่ดำเนินงานตำบลสุขภาวะมีโรคระบาดจากการรับประทานหมูดิบ คือ โรคหูดับ ทำให้ชุมชนสร้างนวัตกรรม “อาหารปลอดภัย” รับประทานอาหารปรุงสุกเพื่อลดโรคระบาด จนได้รับรางวัลโครงการอาหารปลอดภัย ถือเป็นความภาคภูมิใจและความสำเร็จในการพัฒนาชุมชน และเป็นจุดเริ่มต้นที่สามารถทำให้

คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาพื้นที่อย่างแท้จริง
โครงการท้องถิ่นบริหารจัดการด้วยภาคีเครือข่าย
สู่การจัดการเครือข่ายสุขภาพ ตำบลเจดีย์ชัย สามารถสร้าง
ประโยชน์ต่อสังคมตลอดระยะเวลา 5 ปี (2559-2563)
มูลค่าเท่ากับ 46 ล้านบาท ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 15.58 ล้านบาท
และมีผลตอบแทนทางสังคมเท่ากับ 2.95 หมายถึง การลงทุน
ของโครงการ คุ้มค่าต่อการลงทุน เนื่องจากเงินลงทุน 1 บาท
สามารถสร้างประโยชน์ให้สังคมได้ถึง 2.95 บาท

เมื่อพิจารณาผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ พบว่า
คนในชุมชนเป็นกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์มากที่สุดถึง ร้อยละ
85 รองลงมา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) และเจ้าหน้าที่ อบต. ร้อยละ 4 การวิเคราะห์ความ
อ่อนไหวโดยการปรับอัตราคิดลด ร้อยละ 1, 3, 5 และ 10
การเพิ่มค่า Deadweight 10% และการลด Attribution
10% หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข พบว่า SROI มีค่า
อยู่ระหว่าง 1.16-2.99 ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าการดำเนินงาน
ของโครงการยังคงให้ผลตอบแทนมากกว่าเงินที่ลงทุนไป

วิจารณ์

โครงการตำบลสุขภาพะมีเป้าหมายในการเสริมสร้าง
กระบวนการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนิน
กิจกรรม มีการแปลงบทเรียนต่างๆ ในชุมชนให้เกิดเป็น
หลักสูตรการเรียนรู้ และให้ความรู้แก่ชุมชนเครือข่าย ผลลัพธ์
ของโครงการส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติ
ต่างๆ ทั้งเศรษฐกิจสังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม การ
ประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนเป็นเครื่องมือ
ที่จะสามารถตรวจสอบความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้า
ไปจนถึงผลกระทบ ทำให้ทราบว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
เป็นไปตามเป้าหมายของโครงการที่ได้กำหนดไว้หรือไม่
และยังมีประโยชน์ในการพิจารณาความคุ้มค่าของโครงการ
โดยการแปลงผลลัพธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นให้อยู่ในรูปของเงิน
พิจารณาควบคู่กับเงินลงทุน

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนใน
ตำบลสุขภาพะทั้ง 6 พื้นที่ มีค่า SROI มากกว่า 1 แสดงให้เห็นว่า
การลงทุนในตำบลสุขภาพะเป็นโครงการที่มีความคุ้มค่าใน
การลงทุน เนื่องจากเงิน 1 บาทที่ลงทุนไปนั้น ให้ผลตอบแทน
ต่อสังคมมากกว่า 1 บาท ซึ่งค่า SROI จะมีความแตกต่าง

กันไปในแต่ละพื้นที่ โดยภาพรวมผลประโยชน์ส่วนใหญ่
เกิดขึ้นกับคนในชุมชน ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลง
ในด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น

ข้อสังเกตที่ได้จากการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม

1. ควรระมัดระวังการเปรียบเทียบค่า SROI ของแต่ละ
พื้นที่

แม้ว่าโครงการอาจมีกลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่ม
เดียวกัน และมีผลลัพธ์เดียวกัน แต่กิจกรรมที่ก่อให้เกิด
ผลลัพธ์ดังกล่าวมีความแตกต่างกันทั้งในด้านการระยะเวลาการ
ดำเนินกิจกรรม และรูปแบบของการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง
ในกิจกรรม หรือแม้แต่จำนวนของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้น
จึงไม่ควรที่จะเปรียบเทียบผลประโยชน์ของกลุ่มผู้มีส่วนได้
ส่วนเสียกลุ่มเดียวกันแม้ว่าจะมีผลลัพธ์เดียวกัน ลักษณะ
ของโครงการพัฒนาที่มีกลุ่มเป้าหมายต่างกัน ทำให้กิจกรรม
ออกมาต่างกัน หากว่ามี 2 โครงการที่เหมือนกันและกลุ่ม
เป้าหมายเดียวกัน จะทำให้สามารถเปรียบเทียบกันได้ แต่ใน
การศึกษาครั้งนี้มีลักษณะของโครงการที่มีความหลากหลาย
กลุ่มเป้าหมายแตกต่างกัน ด้วยลักษณะของมิติทางสังคมที่
แตกต่างกันควรต้องระมัดระวังในการเปรียบเทียบ เนื่องจาก
แต่ละโครงการแต่ละพื้นที่มีมิติทางสังคมที่แตกต่างกันอยู่

2. ยังมีผลประโยชน์ทางสังคมที่เกิดขึ้นกับการดำเนินงาน
เพื่อพัฒนาเครือข่าย (ลูกข่าย) ที่ยังไม่ได้รวมไว้ในการศึกษา
ครั้งนี้

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมในครั้งนี้พิจารณา
เฉพาะผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับศูนย์จัดการเครือข่ายตำบล
สุขภาพะ (ศจค. หรือแม่ข่าย) เท่านั้น ยังไม่ได้รวมผลประโยชน์
ทางสังคมที่เกิดขึ้นกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเครือข่าย
(ลูกข่าย) ทั้ง 20 แห่ง เนื่องจากงบประมาณที่กระจาย
ไปยังลูกข่าย ใช้ในการจัดทำข้อมูลวิจัยชุมชน (RECAP)
และข้อมูลพื้นฐานของตำบล (TCNAP) แม้ว่าจะเริ่มมีการ
ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ระหว่าง ศจค.
และเครือข่าย แต่ผลที่เกิดขึ้นกับลูกข่ายอาจยังไม่ชัดเจน
ในระยะแรก เนื่องจากกิจกรรมส่วนใหญ่ยังเป็นกิจกรรม
อบรมให้ความรู้และการรณรงค์ ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะยังไม่
รวมผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับลูกข่าย แต่ก็ปฏิเสธ
ไม่ได้ว่าเงินลงทุนของโครงการนั้น ก่อให้เกิดผลประโยชน์
ทางสังคมในพื้นที่ของลูกข่ายด้วยเช่นกัน และหากเป็นเช่นนั้น

SROI ของแต่ละพื้นที่ที่มีค่าเพิ่มสูงขึ้นจากเดิมที่ได้รายงานไว้

3. การศึกษาครั้งนี้กำหนดระยะเวลาการประเมิน 5 ปี อาจมีผลประโยชน์บางอย่างที่ส่งผลในระยะยาวและยังไม่อยู่ในขอบเขตการพิจารณาในครั้งนี

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตของระยะเวลาในการคำนวณ 5 ปี (ระยะเวลาดำเนินโครงการ 3 ปี และหลังจากจบโครงการ 2 ปี) ไม่มีผลกระทบในระยะยาว เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ส่งผลให้สุขภาพของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นในระยะยาว ผลดังกล่าวไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษาครั้งนี้ หรือแม้แต่กระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มทุนทางสังคม 6 ระดับ ซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาในอนาคต ก็ยังไม่ได้พิจารณาผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาครั้งนี้

4. โครงการที่มี SROI น้อยกว่าไม่ได้หมายความว่า เป็นโครงการที่ด้อยกว่า

เนื่องจากเหตุผลหลายประการ เช่น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้สึกพึงพอใจในด้านต่างๆ อยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว ดังนั้น การที่จัดโครงการขึ้นมา อาจทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับผลของการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก (deadweight สูง) เช่นในกรณีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจิตอาสาช่วยดูแลด้านสุขภาพของคนในชุมชน การเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ อาจทำให้มีชั่วโมงการทำงานที่มากขึ้น แต่ความรู้สึกพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นนั้นเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก เนื่องจากได้ทำหน้าที่นี้มาตั้งแต่ก่อนเริ่มมีโครงการ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถกำหนดจำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เอง หรือไม่สามารถขยายจำนวนผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมได้ เช่น จำนวนผู้ป่วยจิตเวช จำนวนคนที่เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุรา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมมีดังต่อไปนี้

1. โครงการพัฒนาสุขภาพจะเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ เมื่อพิจารณาผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชนกลุ่มต่างๆ พบว่า เป็นโครงการที่มีความคุ้มค่าในการลงทุน เนื่องจากเงิน 1 บาท ที่ลงทุนให้ผลตอบแทนต่อสังคม

มากกว่า 1 บาท (ทั้ง 6 พื้นที่ที่มี SROI มากกว่า 1) ดังนั้น ควรมีการสนับสนุนโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขทางใจ เช่น กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ได้รับความรู้ได้ออกกำลังกาย ได้รับการตรวจสุขภาพ ได้พูดคุยกับเพื่อน ในส่วนของการจัดเครือข่ายการเรียนรู้ทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ชุมชนเป็นที่รู้จักของคนภายนอก รวมถึงการทำกิจกรรมร่วมกับคนในชุมชน มีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทำให้ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนดีขึ้น เป็นต้น

2. SROI เป็นเพียงเครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ประเมินผลของโครงการ ซึ่ง SROI จะตอบได้เพียงบางคำถามเท่านั้น ประโยชน์ของ SROI นอกเหนือจากตัวเลข คือ การนำผลการวิเคราะห์ไปทบทวนการดำเนินงานว่าผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ นั้น เป็นไปตามเป้าหมายของโครงการที่ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ออนเริ่มต้นวางแผนทำโครงการหรือไม่ ถ้าได้ผลต่ำกว่าที่คาดไว้จะได้หาทางปรับปรุงได้ตรงจุด

3. การประเมินผลตอบแทนทางสังคมของโครงการพัฒนาสุขภาพจะเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ สามารถนำมาใช้ในการติดตามโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนลงไปในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานในอนาคต และหากมีการวางแผนที่จะนำเสนอผลของโครงการผ่าน SROI จำเป็นต้องมีการพิจารณาตัวชี้วัดที่เหมาะสมในแต่ละกิจกรรม และปรับการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานของตำบล (TCNAP) ให้ครอบคลุมตัวชี้วัดต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้มีข้อมูลเพื่อสะท้อนมูลค่าของประโยชน์ที่เกิดจากการลงทุนได้

4. ระบบข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนา เริ่มตั้งแต่การวางแผนจนถึงการติดตามประเมินผล จากการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอาจไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น การเลิกเหล้า เลิกบุหรี่ อาจไม่ได้ส่งผลให้ผู้เลิกเหล้าเลิกบุหรี่มีสุขภาพดีขึ้นภายในระยะเวลาที่ทำการศึกษา 5 ปี อย่างไรก็ตาม ควรมีการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการ

วิเคราะห์ผลกระทบของโครงการในระยะยาวด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน (สำนัก 3) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้และให้การสนับสนุนทุนการวิจัยตลอดโครงการ และขอขอบคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการพัฒนาสุขภาพเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, นิศาชล บุญผา, อรุณณี ใจเที่ยง. การวิจัยชุมชนด้วยวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2561.
2. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, ณัฐกานต์ เล็กเจริญ, เกศริน อินทองกลาง, ดลมา วงษาจันทร์, ณัฐศาสตร์ บุญมาก, และคณะ. การพัฒนาระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2561.
3. สฤณี อาชวานันทกุล, ภัทธพร แยมละออ. คู่มือการประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2560.
4. ศูนย์วิจัยธุรกิจและเศรษฐกิจอีสาน. โครงการติดตามและประเมินผลโครงการพัฒนาแก้มลิงหนองเล็งเปือย ระยะที่ 2: รายงานฉบับสมบูรณ์. ขอนแก่น: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
5. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. โครงการการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (social return on investment project). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2555.
6. มิ่งสรรพ ขาวสะอาด, ปิยะลักษณ์ พุทรวงศ์, ณัฐพล อนันต์อนสาร, ศุภศิษฏ์ สุวรรณสิน. ประสิทธิภาพและธรรมาภิบาลของนโยบายกระจายอำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. เชียงใหม่: มูลนิธิสถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ, 2561.
7. อริยา เผ่าเครื่อง, วรัญญา ไชยทารินทร์, เรืองรอง สุวรรณการ, ปิยะพงษ์ แสงแก้ว. ถอดบทเรียนขยะสู่การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์เพื่อประเมิน SROI. เพาะ: คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา; 2559.
8. Chandoevit W, Thampanishvong K. Valuing social relationships and improved health condition among the Thai population. Journal of Happiness Studies 2016;17(5):2167-89.

ดัชนีชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง

พงษ์เทพ สันติกุล

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การจัดทำดัชนีชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำดัชนีและเครื่องมือวัดความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นที่เหมาะสมและสะดวกต่อการใช้ประโยชน์และทำซ้ำ โดยใช้ข้อมูลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บไว้อย่างเป็นระบบและน่าเชื่อถือ และจัดเก็บเพิ่มเติมเฉพาะส่วนที่จำเป็นเท่านั้น วิธีการวิจัยเพื่อพัฒนาดัชนีวัดจำแนกออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ (1) ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (2) สร้างกรอบแนวคิดการวิจัยและนำเสนอต่อผู้เกี่ยวข้อง (3) ทบทวนข้อมูลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บ (4) จัดทำแบบบันทึกข้อมูลสำหรับดัชนีวัดแต่ละตัว (5) จัดเก็บข้อมูลจากชุมชน 2 แห่ง (6) นำผลการวิเคราะห์ไปตรวจสอบความถูกต้องจากเจ้าของข้อมูล ผลการวิจัยได้เครื่องมือวัดความเข้มแข็งของชุมชนที่สามารถระบุจุดแข็งและจุดอ่อนของชุมชนได้อย่างสอดคล้องกับบริบททางสังคมและความเป็นจริงของชุมชน และเหมาะสมกับศักยภาพของชุมชนในการทำซ้ำเพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นปัจจุบันสำหรับเป็นแนวทางจัดทำแผนและนโยบายเพื่อพัฒนาความอยู่ดีมีสุขแก่สมาชิกของชุมชน การวัดความเข้มแข็งชุมชน พบว่า ชุมชนต่างมีจุดแข็งและจุดอ่อนที่หลากหลายแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมของชุมชนและกระบวนการพัฒนาที่ผ่านมาในอดีต ความเหมาะสมในการใช้ประโยชน์ พบว่า เครื่องมือวัดมีความเหมาะสมสามารถนำผลการวัดไปใช้ได้จริงและใช้ได้ไม่ยากนัก ชุมชนมีศักยภาพเพียงพอที่จะนำไปทำซ้ำในทุกๆ ปี เพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นปัจจุบัน ดัชนีวัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งที่จัดทำขึ้นใหม่นี้ พิจารณาในอีกมุมมองหนึ่ง คือ เครื่องมือสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บไว้แล้วมาใช้ประโยชน์ให้ได้มากขึ้นกว่าเดิม

คำสำคัญ: ดัชนีชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง; ชุมชนเข้มแข็ง

Community-Strength Index

Pongthep Suntigul

Faculty of Social Administration, Thammasat University, Bangkok, Thailand

Abstract

This study aimed to develop a community-strength index as a tool for indexing and measuring community strengths and weaknesses that are appropriate and easy to replicate. Data were systematically and accurately collected by the local government; and additional essential data were collected by the researcher. It was conducted in 6 steps: (1) literature review, (2) constructing a research framework presented to stakeholders, (3) reviewing the data collected by local governments, (4) designing a database for each indicator, (5) collecting additional data, and (6) checking and analyzing results with

stakeholders. As a result, the instrument was successfully developed with the capacity to identify strengths and weaknesses of the community in line with the social contexts; and it could also be used for future study. The information obtained from the use of the tool was beneficial for developing plans and policies to improve the well-being of community members. Indicator measurements showed that each community had different sets of strengths and weaknesses, which depended on the social context of the community and the previous development process. With this tool, local governments could easily measure up-to-date situation annually. Therefore, this community strength index tool is found to be appropriate and easily applicable to improve the analysis of local government data.

Keywords: community strength indexing; strength community; healthy community

บทนำ

การจัดทำดัชนีวัดความเข้มแข็งของชุมชนที่เป็นรูปธรรมมีความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่นสูง (reliability) นอกจากจะช่วยให้สามารถวัดผลการพัฒนาของชุมชนหรือความเข้มแข็งของชุมชนได้แล้ว ยังใช้เป็นแนวทางการพัฒนาเพื่อสร้างความอยู่ดีมีสุข (well being) ให้กับสมาชิกของชุมชน

การจัดทำดัชนีวัดความเข้มแข็งของชุมชนที่บทวนมาแล้วใช้แนวทางการจัดเก็บข้อมูลโดยแบบสำรวจที่จัดทำขึ้นใหม่ทั้งหมด⁽¹⁻⁷⁾ เมื่อได้ข้อมูลจากการสำรวจแล้วจึงใช้วิธีการทางสถิติคำนวณหาความเข้มแข็งของชุมชน วิธีการดังกล่าวแม้สามารถให้ผลลัพธ์ตรงตามที่นักวิจัยต้องการแต่ชุมชนไม่สามารถนำวิธีการดังกล่าวไปทำซ้ำได้ เนื่องจากเป็นวิธีการที่ยากเกินความสามารถและต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก การจัดทำดัชนีวัดความเข้มแข็งของชุมชนดังกล่าวจึงเป็นการทำเพียงครั้งเดียวและสิ้นสุดเมื่อจบโครงการไม่มีการทำซ้ำ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว การวัดความเข้มแข็งของชุมชนควรทำต่อเนื่องเพื่อความเป็นปัจจุบันของข้อมูล เนื่องจากชุมชนมีพลวัตและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ในขณะที่ชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบและมีความน่าเชื่อถืออยู่แล้วเป็นประจำทุกปีได้แก่ ข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) และ ข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน/ชุมชน (กชช. 2ค)⁽⁸⁾ ซึ่งสนับสนุนการจัดทำ โดยกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย และระบบข้อมูลตำบล (Thailand Community Network

Appraisal Program: TCNAP)⁽⁹⁾ ซึ่งสนับสนุนการจัดทำโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ข้อมูลที่จัดเก็บนี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ไม่มากนัก เนื่องจากการใช้ประโยชน์ข้อมูลต้องอาศัยผู้มีความรู้และทักษะในการใช้ข้อมูลและต้องมีเครื่องมือสำหรับนำข้อมูลมาแปลเป็นสารสนเทศที่เหมาะสมจึงสามารถใช้ประโยชน์ได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำดัชนีและเครื่องมือวัดความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นที่เหมาะสมและสะดวกต่อการใช้ประโยชน์และทำซ้ำโดยชุมชนท้องถิ่น เป็นการสร้างเครื่องมือที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ประโยชน์และทำซ้ำโดยชุมชน ภายใต้แนวคิดการใช้ข้อมูลของชุมชนที่จัดเก็บอย่างเป็นระบบและมีความน่าเชื่อถือเป็นหลัก และจัดเก็บเพิ่มเติมเฉพาะส่วนที่จำเป็นเท่านั้น โดยดัชนีต้องวัดค่าได้อย่างถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ สามารถระบุจุดแข็งจุดอ่อนของชุมชนได้อย่างถูกต้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความอยู่ดีมีสุขให้กับสมาชิกชุมชน

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา ประกอบด้วย (1) การวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression) โดยใช้ข้อมูลทั้งหมดที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเมินตนเองด้วยเครื่องมือวัดความเข้มแข็งชุมชนออนไลน์ จำนวน 105 แห่ง (2) การวิจัยวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาดัชนีวัดความเข้มแข็งชุมชน และ (3) การนำเครื่องมือไปวัดความเข้มแข็ง

ของชุมชนท้องถิ่น 1 แห่ง

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาดัชนีวัดความเข้มแข็งชุมชน จำแนกขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชุมชนเข้มแข็งและการจัดทำดัชนีวัดชุมชนเข้มแข็งเพื่อค้นหาความหมายและองค์ประกอบเพื่อสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยสำหรับจัดทำดัชนีวัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง

ขั้นตอนที่ 2 สร้างกรอบแนวคิดการวิจัยและนำเสนอต่อนักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมการพัฒนาชุมชน สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม และความเป็นไปได้ในการจัดทำดัชนีวัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง

ขั้นตอนที่ 3 ปรับแก้กรอบแนวคิดตามข้อเสนอแนะและทบทวนข้อมูลเบื้องต้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บไว้ได้แก่ ข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน/ชุมชน (กชช. 2ค) และระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ เพื่อค้นหาข้อมูลที่เหมาะสมกับดัชนีวัดแต่ละตัว โดยไม่ต้องจัดเก็บใหม่ทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำแบบบันทึกข้อมูลสำหรับดัชนีวัดแต่ละตัว และจัดทำแบบสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับดัชนีวัดที่ไม่สามารถหาข้อมูลได้จากข้อมูลที่มีอยู่ แล้วนำเสนอต่อนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมการพัฒนาชุมชน สำนักงานส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการจัดเก็บ

ข้อมูลที่ไม่มีการจัดเก็บไว้และต้องสำรวจใหม่ส่วนใหญ่แล้วเป็นข้อมูลเชิงอัตวิสัยซึ่งเป็นทัศนคติของสมาชิกชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ ความเห็นต่อผู้นำ (จำนวน 8 ข้อ) การบริหารจัดการชุมชน (จำนวน 11 ข้อ) ความสามารถในการปรับตัว (จำนวน 2 ข้อ) ความเท่าเทียมทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ (จำนวน 6 ข้อ) การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรและทุนทางสังคม (จำนวน 2 ข้อ) ความภาคภูมิใจในชุมชน (จำนวน 6 ข้อ) การช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างสมาชิกชุมชน (จำนวน 4 ข้อ) การพึ่งตนเอง (จำนวน 4 ข้อ) การมีส่วนร่วม (จำนวน 6 ข้อ) ความปลอดภัย

ในชีวิตและทรัพย์สิน (จำนวน 5 ข้อ) รวมเป็นคำถามสำหรับสำรวจข้อมูลใหม่ จำนวน 54 ข้อ

ขั้นตอนที่ 5 นำเครื่องมือวัดไปจัดเก็บข้อมูลจากชุมชนและนำมาประมวลผลความเข้มแข็งของชุมชน โดยใช้เกณฑ์การประเมินที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและได้รับการตรวจสอบจากนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 6 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลดัชนีชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งไปตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของการดำเนินงาน ด้วยวิธีคืนข้อมูลให้ชุมชนท้องถิ่นเจ้าของข้อมูลตรวจสอบ

ผลการศึกษา

ผลการนำเครื่องมือวัดความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น

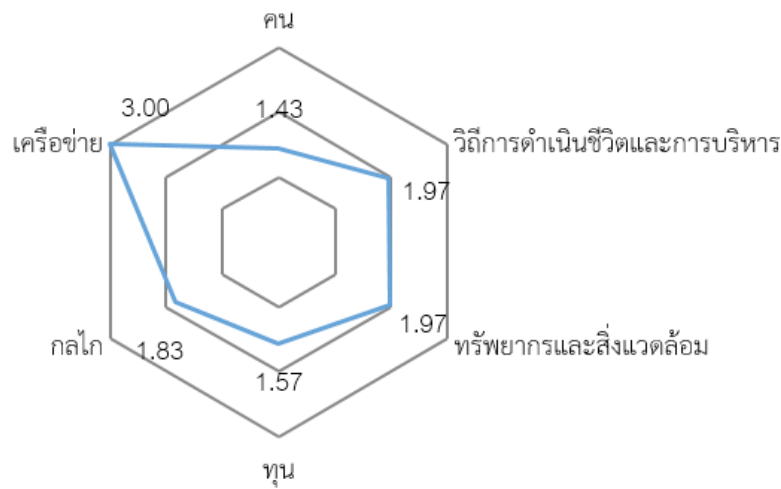
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรในเขตชุมชน A จำนวน 379 คน เพศชาย 138 คน (ร้อยละ 40.5) เพศหญิง 203 คน (ร้อยละ 59.5) ไม่ระบุเพศ 38 คน (ร้อยละ 10.0) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 49.1) รองลงมา คือ อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 23.2)

ชุมชน A มีองค์ประกอบพื้นฐานของความเป็นชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนเรียงลำดับ ดังภาพที่ 1 จุดแข็งของชุมชน A ประกอบด้วย (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ประกอบด้วย เครือข่ายที่เป็นกลุ่มหน่วยงาน องค์กร และสถาบัน ที่ทำหน้าที่ให้ความรู้ มีความเข้มแข็งระดับมาก (คะแนน 3.00 จากคะแนนเต็ม 3.00) และ (2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการดำเนินชีวิตและการบริหาร มีความเข้มแข็งเท่ากับองค์ประกอบด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง (คะแนน 1.97 จากคะแนนเต็ม 3.00)

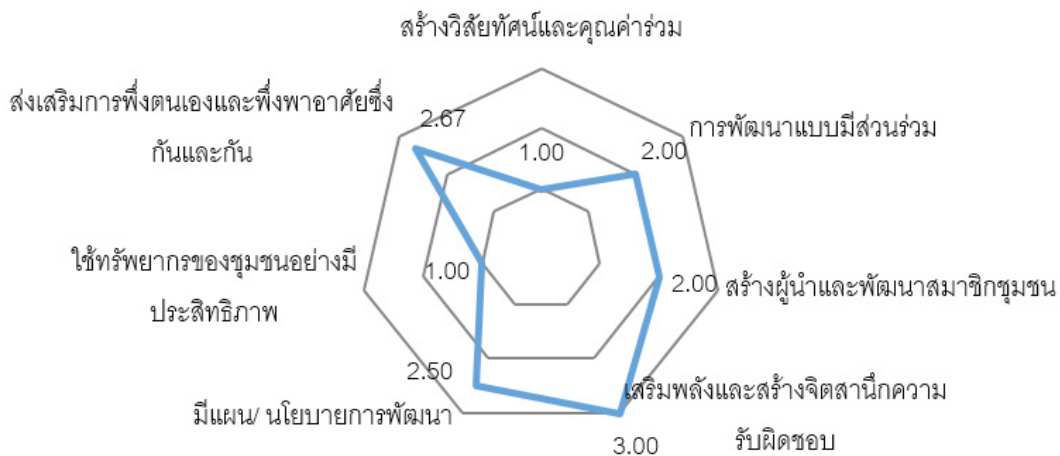
จุดอ่อนของชุมชน A ประกอบด้วย (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความเข้มแข็งในภาพรวมระดับปานกลาง (คะแนน 1.43 จากคะแนนเต็ม 3.00) และ (2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความเข้มแข็งในภาพรวมระดับปานกลาง (คะแนน 1.57 จากคะแนนเต็ม 3.00)

ชุมชน A มีกระบวนการ/วิธีการที่นำไปสู่การเป็นชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนเรียงลำดับ ดังภาพที่ 2 จุดแข็งของชุมชน A ประกอบด้วย (1) การเสริมสร้างจิตสำนึกและความรับผิดชอบแก่สมาชิกชุมชน มีความเข้มแข็งของภาพรวมในระดับมาก (คะแนน 3.00 จากคะแนนเต็ม

ภาพที่ 1 ความเข้มแข็งขององค์ประกอบชุมชน A



ภาพที่ 2 ความเข้มแข็งของกระบวนการ/วิธีการบริหารจัดการชุมชน A



3.00) และ (2) การส่งเสริมการพึ่งตนเองและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความเข้มแข็งในภาพรวมระดับมาก (คะแนน 2.67 จากคะแนนเต็ม 3.00)

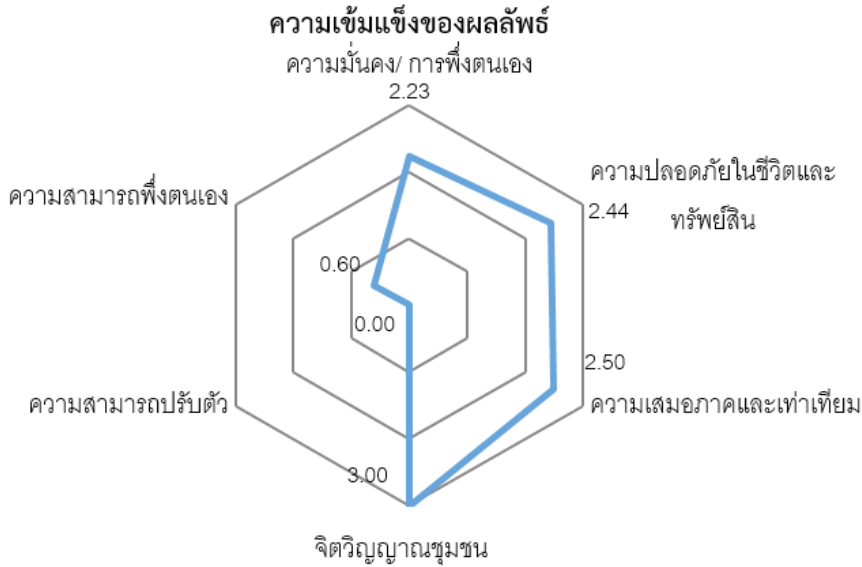
จุดอ่อนของชุมชน A ประกอบด้วย (1) การใช้ทรัพยากรของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ความเข้มแข็งในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (คะแนน 1.00 จากคะแนนเต็ม 3.00) (2) การสร้างวิสัยทัศน์และคุณค่าร่วม มีความเข้มแข็งในภาพรวมในระดับน้อย (คะแนน 1.00 จากคะแนนเต็ม 3.00)

ชุมชน A มีผลลัพธ์จากการพัฒนาที่เป็นผลจากความเข้มแข็งที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อน ดังภาพที่ 3

จุดแข็งของชุมชน A ประกอบด้วย (1) การมีจิตวิญญาณชุมชน ความเข้มแข็งในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (คะแนนเต็ม 3.00) และ (2) ความเสมอภาคและเท่าเทียม ความเข้มแข็งของภาพรวมอยู่ในระดับมาก (คะแนน 2.50 จากคะแนนเต็ม 3.00)

จุดอ่อนชุมชน A ประกอบด้วย (1) ความสามารถในการปรับตัว ความเข้มแข็งในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (คะแนน 0.00) (2) ความสามารถพึ่งตนเอง ความเข้มแข็งในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (คะแนน 0.60 จากคะแนนเต็ม 3.00)

ภาพที่ 3 ดัชนีความเข้มแข็งของผลลัพธ์ชุมชน A



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้ข้อมูลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเมินตนเองออนไลน์จำนวน 105 แห่ง ปรากฏผลดังนี้

กรณีที่ 1: ตัวแปรต้น ได้แก่ ค่าคะแนนรวมด้านองค์ประกอบ และค่าคะแนนรวมด้านกระบวนการ/วิธีการบริหารจัดการชุมชน ตัวแปรตาม คือ ค่าคะแนนรวมด้านผลลัพธ์



ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว คือ องค์ประกอบ และกระบวนการ/วิธีการบริหารจัดการชุมชน ร่วมกันอธิบายความผันแปรของผลลัพธ์ได้ ร้อยละ 32.7 ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวมีผลต่อผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

โดยมีสมการถดถอยพหุดังนี้

$$Y = 0.880 + 0.405 X_1 + 0.175 X_2$$

เมื่อ: X_1 = องค์ประกอบพื้นฐานของชุมชน

X_2 = กระบวนการ/วิธีการบริหารจัดการชุมชน

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์จากการพัฒนา

ตัวแปร	B	SE	Beta	t
องค์ประกอบ	0.405	0.095	0.406	2.698*
วิธีการ	0.175	0.065	0.258	4.247*
ทวน	0.880	0.186		4.740*

$R^2 = 0.327$, $SEE = 0.162$, $F = 25.568$, $Sig\ of\ F = 0.000$, * $p < 0.05$

กรณีศึกษาที่ 2

- คน
- วิถีการดำเนินชีวิต
- ทรัพยากร
- ทุน
- กลไก
- เครือข่าย
- สร้างวิสัยทัศน์
- พัฒนามีส่วนร่วม
- สร้างผู้นำ
- สร้างจิตสำนึก
- มีแผนและนโยบาย
- ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมการพึ่งตนเอง



พบตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 13 ตัวแปร คือ ทุนวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกชุมชน และการเสริมพลังและสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสาธารณะแก่สมาชิกชุมชนร่วมกันอธิบายความผันแปรของผลลัพธ์ได้ร้อยละ 53.3 ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวมีผลต่อผลลัพธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

โดยมีสมการถดถอยพหุคูณดังนี้

$$Y = 0.775 + 0.402 X_1 + 0.232 X_2 + 0.081 X_3$$

เมื่อ: X_1 = ทุน

X_2 = วิถีการดำเนินชีวิต

X_3 = การเสริมพลังและสร้างจิตสำนึก

ความรับผิดชอบต่อสาธารณะแก่สมาชิกชุมชน

วิจารณ์

จากผลการวัดความเข้มแข็งชุมชน พบว่า ชุมชนมีจุดแข็งและจุดอ่อนที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมของชุมชนและกระบวนการพัฒนาที่ผ่านมาในอดีต^(10, 11) ประกอบกับการเข้าไปสร้างการพัฒนาให้กับชุมชนโดยหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และกองทุนสนับสนุนที่อยู่ในประเทศและต่างประเทศเป็นเวลานาน ทำให้ชุมชนมีการพัฒนามาแล้วในระยหนึ่ง แต่พัฒนาการชุมชนมีความหลากหลายแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน กระบวนการ หรือวิธีการบริหารจัดการของชุมชน การวัดความเข้มแข็งทำให้ชุมชนทราบถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง^(12, 13) เพื่อนำไปกำหนดแนวทางการพัฒนาเสริมสร้างความเข้มแข็งและลดจุดอ่อนของชุมชนเพื่อสร้างสมดุลให้การพัฒนา

ดัชนีวัดความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น ประกอบด้วยตัวแปรต้น 2 กลุ่ม คือ (1) องค์ประกอบ (2) กระบวนการ/วิธีการ และตัวแปรตาม 1 กลุ่ม คือ ผลลัพธ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์จากการพัฒนา

ตัวแปร	B	SE	Beta	t
ทุน	0.402	0.057	0.512	7.076*
วิถีการดำเนินชีวิต	0.232	0.064	0.273	3.612*
การเสริมพลังและสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสาธารณะแก่สมาชิกชุมชน	0.081	0.032	0.193	2.483*
ค่าคงที่	0.775	0.149		5.212*

$R^2 = 0.533$, $SEE = 0.135$, $F = 34.409$, $Sig\ of\ F = 0.000$, * $p < 0.05$

1. องค์ประกอบ หมายถึง องค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและชุมชนจำเป็นต้องมี ประกอบด้วย ดัชนีวัดหลัก 5 ดัชนี คือ (1) คน (2) วิธีการ และกระบวนการ (3) ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม (4) ทุน (5) เครือข่าย

2. กระบวนการ/วิธีการ หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ประกอบด้วย ดัชนีหลัก 8 ดัชนี ได้แก่ (1) การสร้างวิสัยทัศน์และคุณค่าร่วม (2) การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม (3) การสร้างผู้นำและพัฒนาคน (4) การเสริมพลังและความรับผิดชอบต่อสาธารณะแก่สมาชิกชุมชน (5) การมีแผนและนโยบายการพัฒนา (6) การมีเป้าหมายมั่นคงเป็นรูปธรรม (7) การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และ (8) การส่งเสริมการพึ่งตนเอง

3. ผลลัพธ์ หมายถึง ผลที่ได้จากการที่ชุมชนมีความเข้มแข็ง เป็นการวัดเพื่อยืนยันว่าชุมชนมีความเข้มแข็งจริง ประกอบด้วย ดัชนีหลัก 5 ดัชนี ได้แก่ (1) ความอยู่ดีมีสุข (2) ความมั่นคงด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (3) การมีจิตวิญญาณชุมชน (4) ความสามารถปรับตัว และ (5) ความสามารถพึ่งตนเอง

ดัชนีวัดชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งมีคุณลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ ประการที่ 1 เป็นตัวแทนที่ดีของสิ่งที่ต้องการศึกษา สามารถวัดทรัพยากรและกิจกรรมของชุมชนที่แสดงถึงความเข้มแข็งได้อย่างเหมาะสม ประการที่ 2 สามารถวัดหรือสังเกตได้อย่างเป็นระบบ มีความเป็นรูปธรรมสูง มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง และ ประการที่ 3 เป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง ง่ายและสะดวกในการใช้ประโยชน์และการทำซ้ำโดยชุมชนได้ในภายหลัง

การจัดทำดัชนีวัดความเข้มแข็งของชุมชนที่ทบทวนมาใช้วิธีการสำรวจเพื่อจัดเก็บข้อมูลใหม่ทั้งหมดและนำมาวิเคราะห์ความเข้มแข็งของชุมชน ส่งผลให้การทำซ้ำในปีต่อไปทำได้ยาก รวมทั้งใช้ค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดทำดัชนีชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งครั้งนี้ใช้วิธีการนำข้อมูลที่จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลประจำตำบล ได้แก่ ข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ) ข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน/ชุมชน (กชช. 2ค) และระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ ประกอบกับ

การสำรวจข้อมูลใหม่ที่ไม่สามารถหาได้จากฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิมมาประกอบการวิเคราะห์/วัดความเข้มแข็งของชุมชน ส่งผลให้เครื่องมือวัดดัชนีความเข้มแข็งชุมชนที่ได้มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริงโดยสะดวก รวมทั้งการทำซ้ำในทุกๆ ปี เพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ไม่ยาก ชุมชนมีศักยภาพเพียงพอที่จะนำไปทำซ้ำ เช่นเดียวกับมีการศึกษา พบว่า ผลการวิจัยที่จะถูกนำไปใช้ประโยชน์ต้องมีความเหมาะสมกับผู้ใช้และสะดวกในการนำไปใช้⁽¹⁴⁾ แตกต่างจากการจัดทำที่ทบทวนมาซึ่งใช้การสำรวจเป็นหลัก ทำให้การทำซ้ำในปีต่อไปยากและใช้งบประมาณมาก

ดัชนีชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งพิจารณาในอีกมุมมองหนึ่งคือ เครื่องมือสำหรับนำข้อมูลที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดเก็บไว้มาใช้ประโยชน์ได้มากขึ้นกว่าเดิม เป็นเครื่องมือสำหรับการประมวลผลข้อมูลที่จัดเก็บในรูปข้อมูลดิบให้เป็นสารสนเทศที่เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้งานได้อย่างดี ข้อจำกัดของดัชนีวัดความเข้มแข็งชุมชนนี้ คือ ชุมชนที่จะนำเครื่องมือนี้ไปใช้ต้องมีฐานข้อมูลครบถ้วนทั้ง 3 ฐาน ซึ่งหลายๆ ชุมชนมีข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงควรนำข้อจำกัดนี้ไปพัฒนาเครื่องมือวัดดัชนีความเข้มแข็งชุมชนสำหรับชุมชนที่มีฐานข้อมูลไม่ครบสามารถนำไปใช้งานได้โดยผลลัพธ์ยังคงมีความถูกต้องและเที่ยงตรงเช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของชุมชน จากการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ประกอบด้วย (1) ทุน ที่ประกอบด้วย ทุนทางสถาบัน และทุนมนุษย์ (2) วิธีการดำเนินชีวิตและการบริหารชุมชน (3) การเสริมพลังและสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสาธารณะแก่สมาชิกชุมชน

เหตุผลที่มีตัวแปรอิสระเพียง 3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ ตัวแปรอีก 10 ตัวแปรที่เหลือมีค่าคะแนนแตกต่างกันมากส่งผลให้ค่าความแปรปรวนของข้อมูลมากจนไม่สามารถหาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงได้แสดงถึงการพัฒนาด้านทุน วิธีการดำเนินชีวิตของสมาชิกชุมชน และการเสริมพลังและสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อสาธารณะแก่สมาชิกชุมชนของกลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาความเข้มแข็งไปในทิศทางเดียวกัน ในขณะที่การพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เหลือยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่เป็นไปตามบริบทแวดล้อมของชุมชนท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. Black A, Hughes P. The identification and analysis of indicators of community strength and outcomes. Canberra: Commonwealth of Australia; 2001.
2. Ashby DT, Pharr J. What is a healthy community? [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 15]. Available from: https://digitalscholarship.unlv.edu/lincy_publications/4
3. Western J, Stimson R, Scott Buam S, Gellecum V. Measuring community strength and social capital. Regional Studies 2005;39:1095–109.
4. Pope J. Indicators of community strength in Victoria: framework and evidence. Victoria: Department of Planning and Community Development; 2011.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2550.
6. สุรพล ปธานวนิช, วรณวดี พูนพอกสิน, พงษ์เทพ สันติกุล, จัตตรงค์ บุญรัตนสุนทร, โชติมา แก้วทอง. การปรับปรุงและพัฒนาตัวชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทยระดับเมืองและชนบท. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
7. พรชัย ตระกูลวรานนท์, สายฝน สุเอียนทรเมธี, รุ่งนภา เทพภาพ. การศึกษาและพัฒนาตัวชี้วัดทุนทางสังคมและประชาสังคม. กรุงเทพมหานคร: สถาบันสัญญา ธรรมศาสตร์ เพื่อประชาธิปไตย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
8. กรมการพัฒนาชุมชน. บริการข้อมูล จปฐ./กชช. 2ค [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://rdic.cdd.go.th/bmn-service>
9. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. TCNAP ระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://tcnap2.tcnep.org/tcnep2/>
10. นภภรณ์ หะวานนท์, เพ็ญศิริ จีระเดชากุล, สุรวุฒิ บัดไธสง, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, ปานจักษ์ เหล่ารัตนวรพงษ์. ดัชนีความเข้มแข็งของชุมชน ความกลมกลืนระหว่างทฤษฎีฐานรากกับข้อมูลเชิงประจักษ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2550.
11. สุมาลี สันติพลวุฒิ, โสมสกา เพชรานนท์, สมหมาย อุดมวิทิต. โครงการการจัดทำระบบฐานข้อมูลและตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2550.
12. วรณธรรม กาญจนสุวรรณ. กระบวนการจัดการชุมชนเข้มแข็ง: รูปแบบ บัจจัยและตัวชี้วัด. รัฐประศาสนศาสตร์ 2553;8:119–21.
13. พระมหาสุกิตย์ อากาศโร. เครือข่าย ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข; 2548.
14. Brown G T, Rodger S. Research utilization model: frameworks for implementing evidence-based occupational therapy practice. Occupational Therapy International 1999;6:1–23.

เมืองสื่อสร้างสรรค์: กรณีศึกษาการพัฒนาท้องถิ่นบนฐานทุนชุมชน

เกศินี ประทุมสุวรรณ, พีรพัฒน์ พันศิริ
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

เมืองสื่อสร้างสรรค์เป็นแนวคิดการพัฒนาท้องถิ่นบนฐาน “ทุนชุมชน” ซึ่งประกอบด้วย ทุนธรรมชาติ ทุนกายภาพ ทุนวัฒนธรรม ทุนมนุษย์ และทุนสังคม โดยมีตัวชี้วัดเป็นเครื่องกำกับทิศทางการดำเนินงาน เริ่มตั้งแต่การกำหนดเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสะท้อนความสำเร็จ ผลลัพธ์สำคัญอยู่ที่การพัฒนาให้ชุมชนเกิด “พื้นที่ดี” เป็นพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับคนทุกกลุ่ม มี “สื่อดี” ที่บอกเล่าเรื่องราวอัตลักษณ์ชุมชน และมี “ภูมิปัญญาดี” ที่ร่วมกันสืบสานเป็นภูมิคุ้มกันแก่ชีวิต โดยมีเด็กและเยาวชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ที่ได้จากบทเรียนการใช้นวัตกรรมเมืองสื่อสร้างสรรค์ ซึ่งได้จากกรณีศึกษาโครงการความร่วมมือระหว่างแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กและเยาวชน แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน และแผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 4 โครงการ ประกอบด้วย โครงการพัฒนาตัวชี้วัดและปฏิบัติการ 3 ดีวิถีสุข โครงการชุมชน 3 ดีวิถีสุข โครงการ Spark U ปลุกใจเมือง และโครงการพัฒนาวิสาหกิจเพื่อสังคม ระยะเวลาการดำเนินงานรวม 4 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2559-2563 องค์ความรู้ที่ได้จากบทเรียนการใช้นวัตกรรมเมืองสื่อสร้างสรรค์ คือ การเกิดกระบวนการสื่อสร้างสรรค์และระบบนิเวศสื่อสุขภาวะในระดับชุมชนที่ก่อให้เกิดการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์ สืบสานภูมิปัญญาและผลงานสื่อสร้างสรรค์โดยนักสื่อสารสุขภาวะและผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีทักษะการเท่าทันสื่อ ปัจจัยความสำเร็จที่สืบเนื่องจากองค์การทุน ประกอบด้วย การดำเนินงานแบบมีกลยุทธ์และการออกแบบการบริหารจัดการ ส่วนปัจจัยความสำเร็จที่สืบเนื่องจากภาคีผู้รับทุน ประกอบด้วย การบริหารจัดการทุนชุมชน และการจัดการความเสี่ยงด้วยการสะท้อนผลลัพธ์

คำสำคัญ: เมืองสื่อสร้างสรรค์; การพัฒนาท้องถิ่น; ทุนชุมชน

Creative Media City: a Case Study of Local Development Based on Community Capital

Kesinee Pratumswan, Phiraphath Phansiri
Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom Province, Thailand

Abstract

Creative media city is a concept of local development based on “community capital”; natural, physical, cultural, human, and social capital. Key performance indicators were used as an important

tool for setting goals, target groups, outcomes and data collecting methods to reflect its success. The creative media city, driven by children and youth, results in ‘3Gs’ building which consists of (1) “good areas” as creative physical area for all groups of people, (2) “good media” presenting community identity, and (3) “good wisdom” for quality of life development. This paper aims to present body of knowledge derived from the use of innovation ‘creative media city’. Four projects funded by Thai Health Promotion Foundation during 2016-2020 were considered as case studies; ‘Creative Media City Indicator Development’, ‘Happiness Community’, ‘Spark U’, and ‘Social Enterprise’. The significant lesson-learned showed that healthy communication ecosystem was established. It brought along good areas, good media, and good wisdom in the communities. More importantly, many people had become creative communicators and change agents who had media literacy skill. Key success factors could be divided into 2 parts: the factors regarding to the organization, Thai Health Promotion Foundation, which designed strategically procedure and management; and the boundary partners with well managed both community capital and several kinds of risk.

Keywords: creative media city; local development; community capital

บทนำ

องค์การยูเนสโกได้ให้ความหมายของ “เมืองสร้างสรรค์” (Creative City) ว่าเป็นเมืองที่มีกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่หลากหลายและมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโดยมีรากฐานมาจากความมั่นคงทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้เมืองมีพื้นที่ในการแสดงออกซึ่งความคิดสร้างสรรค์ผ่านสื่อศิลปะและกิจกรรมทางวัฒนธรรมในรูปแบบต่างๆ อันนำไปสู่การพัฒนาอุตสาหกรรมทางวัฒนธรรมและความคิดสร้างสรรค์⁽¹⁾ โยโกฮามาเป็นเมืองสร้างสรรค์แห่งหนึ่งที่ประสบความสำเร็จโดยการปรับปรุงอาคารที่มีคุณค่าทางประวัติศาสตร์หลายหลังให้เป็นพื้นที่สร้างแรงบันดาลใจ ซึ่งมีจุดเริ่มต้นมาจากการจัดนิทรรศการแสดงผลงานศิลปะของศิลปินในท้องถิ่นและกลุ่มประชาชนที่สนใจด้านสุนทรียศาสตร์⁽²⁾ แนวคิดหลักในนี้ก็คือ วัฒนธรรมท้องถิ่นและความคิดสร้างสรรค์เป็นคานาจัดที่ทรงพลังต่อการสร้างความเสมอภาค ลดความเหลื่อมล้ำและช่วย “เป็นปากเป็นเสียง” แทนชุมชนที่เปราะบาง⁽³⁾

จากแนวคิดดังกล่าว แผนงานสื่อสร้างสรรค์สุขภาวะเด็กและเยาวชน แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน และแผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุน-

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ถอดรหัสมาเป็น “เมืองสื่อสร้างสรรค์” (Creative Media City)⁽⁴⁾ ที่นำไปสู่สุขภาวะชุมชนโดยเน้นปฏิบัติการในระดับ “ตำบล” เป็นสำคัญ ภายใต้ความเชื่อที่ว่าหากชุมชนมีความเข้มแข็ง แม้ในยามที่ประเทศต้องประสบภาวะวิกฤตท่ามกลางความผันผวนต่างๆ ชุมชนก็จะอยู่รอดและกอบกู้วิกฤตได้เพราะมีศักยภาพในการต่อรองกับอำนาจเงิน อำนาจรัฐ และอำนาจของอวิชชา

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ที่ได้จากบทเรียนการใช้นวัตกรรมเมืองสื่อสร้างสรรค์กรณีศึกษาการพัฒนาท้องถิ่นบนฐานทุนชุมชน โดยโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวม 4 โครงการ ใน 34 พื้นที่จาก 19 จังหวัด ทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2563

กรณีศึกษา

เมืองสื่อสร้างสรรค์เป็นนวัตกรรมทางความคิดเพื่อการยกระดับความเข้มแข็งของท้องถิ่นบนฐาน “ทุนชุมชน” ซึ่งประกอบด้วย ทุนธรรมชาติ ทุนกายภาพ ทุนวัฒนธรรม ทุนมนุษย์ และทุนสังคม โดยมี “ตัวชี้วัด” เป็นเครื่องกำกับทิศทางการดำเนินงาน เริ่มตั้งแต่การกำหนดเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ด้านการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี และสื่อดี

ในชุมชน ตัวชี้วัดผลลัพธ์ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนความสำเร็จ

ภูมิทัศน์ คือ ภูมิปัญญา ซึ่งหมายถึง ความรู้ ความสามารถ ความเชื่อ ทักษะ แนวปฏิบัติและพฤติกรรมที่ชุมชนสั่งสม และสืบสานกันมาเพื่อใช้ในการดำรงชีวิตและแก้ปัญหาในมิติต่างๆ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ภูมิทัศน์ คือ “ทุนวัฒนธรรม” (cultural capital) และผู้ที่มีภูมิทัศน์ในเรื่องเหล่านี้ ก็คือ ครัวเรือนปัญญา หรือประชาชนชาวบ้าน อันนับได้ว่าเป็น “ทุนมนุษย์” (human capital) ของชุมชน พื้นที่ดี คือ พื้นที่สร้างสรรค์ ซึ่งหมายถึง อาณาบริเวณที่ผู้คนในชุมชนใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น การละเล่น การแสดง การออกกำลังกาย การประชุม การเป็นแหล่งผลิตเกษตรปลอดสาร อาหารปลอดภัย แหล่งเรียนรู้ แหล่งท่องเที่ยว ฯลฯ นับได้ว่าเป็น “ทุนกายภาพ” (physical capital) คือ สินทรัพย์ถาวรหรือสิ่งก่อสร้างที่ชุมชนสร้างขึ้น บางกรณีเป็น “ทุนธรรมชาติ” (natural capital) คือ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่กำหนดศักยภาพในการดำรงชีวิตและการประกอบกิจการต่างๆ และบางพื้นที่อาจมีพื้นที่ในเชิงนามธรรมคือ เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างเครือข่ายการทำงานแบบมีส่วนร่วม ซึ่งภาคีเครือข่ายต่างๆ ก็จะเป็น “ทุนสังคม” (social capital) ที่เอื้อประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนงานอย่างมีพลัง ส่วน สื่อดี หมายถึง นวัตกรรม การสื่อสาร กระบวนการเครื่องมือ กิจกรรม เนื้อหาสาระ และช่องทางสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมใช้สื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาชุมชนผ่านมุมมองใหม่ๆ และสิ่งที่มาควบคู่กับสื่อดี ก็คือ การพัฒนา “นักสื่อสารสุขภาวะ” และ “ผู้นำการเปลี่ยนแปลง” ให้มีพื้นที่และตัวตนอยู่ในโลกออนไลน์และระบบนิเวศสื่อสุขภาวะชุมชน โดยสรุป “เมืองสื่อสร้างสรรค์” ก็คือ ภาพจำลองของ “เมืองสร้างสรรค์” ในชุมชนระดับตำบลที่อาศัย “วัฒนธรรม” และ “ความคิดสร้างสรรค์” เป็นเครื่องมือในการสร้างสรรค์พื้นที่ดี ภูมิทัศน์และสื่อดี อันนำไปสู่การสร้างรายได้หรือมูลค่าเพิ่มและความสุขจากคุณค่าเดิม

เกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา คือ เป็นโครงการภายใต้แนวคิด 3 ดีวิถีสุขของแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กและเยาวชน แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน และแผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ อันประกอบด้วยโครงการต่างๆ ดังนี้

1. โครงการพัฒนาตัวชี้วัดและปฏิบัติการ 3 ดีวิถีสุข

(พ.ศ. 2559-2561) เป็นการเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและทดสอบประสิทธิภาพการชี้วัด พื้นที่ดำเนินงาน ประกอบด้วย ต.ม่อนปิ่น อ.ฝาง จ.เชียงใหม่, ต.ปางหมู อ.เมือง และ ต.เวียงเหนือ อ.ปาย จ.แม่ฮ่องสอน, ต.สาวะถี อ.เมือง จ.ขอนแก่น, ต.ตาเมียง อ.พนมดงรัก จ.สุรินทร์, ชุมชนคลองรีว ต.ตลิ่งชัน อ.เหนือคลอง จ.กระบี่, ต.ร่มเมือง อ.เมือง จ.พัทลุง, ชุมชนบางลำพู เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร, ชุมชนวัดโพธิ์เรียง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร และ ต.นาพันสาม อ.เมือง จ.เพชรบุรี

2. โครงการชุมชน 3 ดีวิถีสุข (พ.ศ. 2561) เป็นการศึกษาและพัฒนาทุนชุมชนโดยกระบวนการทางวัฒนธรรม พื้นที่ดำเนินงาน ประกอบด้วย ต.ปางหมู อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน, ต.สาวะถี อ.เมือง จ.ขอนแก่น, ชุมชนบ้านดงบัง ต.ดงบัง, ชุมชนบ้านดงน้อย ต.พระธาตุ อ.นาตุณ จ.มหาสารคาม, ชุมชนบ้านคลองรีว อ.เหนือคลอง, ชุมชนบ้านท่ามะพร้าว อ.คลองท่อม จ.กระบี่, ต.โคกสูง อ.พัฒนานิคม จ.ลพบุรี, ต.หนองโพ อ.โพธาราม จ.ราชบุรี และชุมชนบางลำพู เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร

3. โครงการ Spark U ปลุกใจเมือง (พ.ศ. 2562) เป็นการนำทุนชุมชนเพื่อปลุกคนและเปลี่ยนเมือง พื้นที่ดำเนินงาน ประกอบด้วย อ.เมือง จ.เชียงราย, อ.เมือง จ.เชียงใหม่, อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน, อ.ลับแล จ.อุตรดิตถ์, อ.เมือง จ.ขอนแก่น, อ.นาตุณ จ.มหาสารคาม, อ.เชียงคาน อ.วังสะพุง และ อ.เมือง จ.เลย, อ.ไชยบุรี จ.สุราษฎร์ธานี, อ.เกาะลันตา จ.กระบี่, อ.เมือง จ.พัทลุง, อ.เมือง และ อ.จะนะ จ.สงขลา, อ.เมือง จ.ยะลา, อ.ยะหริ่ง อ.ปะนาเระ อ.แม่ลาน อ.เมือง จ.ปัตตานี และ อ.แว้ง จ.นราธิวาส

4. โครงการพัฒนาวิสาหกิจเพื่อสังคม (พ.ศ. 2563) เป็นการนำทุนชุมชนเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจสร้างสรรค์ พื้นที่ดำเนินงาน ประกอบด้วย ต.ม่อนปิ่น จ.เชียงใหม่, ต.สาวะถี จ.ขอนแก่น, อ.เมือง จ.สงขลา และชุมชนบางลำพู กรุงเทพมหานคร

จากการศึกษากรณีดังกล่าวโดยการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และการถอดบทเรียนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง พบว่า องค์ความรู้สำคัญของการขับเคลื่อนชุมชนด้วยแนวคิดเมืองสื่อสร้างสรรค คือ การก่อให้เกิดกระบวนการสื่อสร้างสรรค์และระบบนิเวศสื่อสุขภาวะที่สามารถ “ปลุกแรงบันดาลใจ ปรับวิธีคิด เปลี่ยนพฤติกรรม”

ของกลุ่มเป้าหมายได้โดยการสานพลังภาคีเครือข่ายให้ทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการในพื้นที่ภายใต้เป้าหมายเดียวกัน “พื้นที่ดี” ได้แก่ พื้นที่เรียนรู้ พื้นที่ความสุข พื้นที่ปลอดภัย ฯลฯ “ภูมิดี” ได้แก่ การอนุรักษ์หรือต่อยอดภูมิปัญญา การประสานประสานระหว่างภูมิปัญญากับเทคโนโลยี การขยายผลภูมิปัญญาไปสู่เศรษฐกิจสร้างสรรค์ที่สร้างรายได้ ส่วน “สื่อดี” ได้แก่ สื่อสร้างสรรค์ที่ผลิตโดย “นักสื่อสารสร้างสรรค์” องค์ประกอบเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของ “ระบบนิเวศสื่อสุขภาพ” ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อถึงกันและกัน เช่น ในชุมชนหรือสังคมหนึ่งๆ จะไม่มีสื่อดี ถ้าไม่มีนักสื่อสารสร้างสรรค์ และนักสื่อสารก็จะไม่สามารถสร้างสรรค์ผลงานที่ดีได้ถ้าไม่มีความรู้และทักษะการผลิตสื่อ ไม่รู้เท่าทันสื่อ รวมถึงไม่มีเนื้อหาดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของพื้นที่ดีหรือภูมิดี ในขณะที่ “พื้นที่ดี” หรือ “ภูมิดี” จะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่มี “ผู้นำการเปลี่ยนแปลง” เป็นต้น การสร้างและรักษาระบบนิเวศที่สมดุลจะนำมาซึ่งความสุขและประโยชน์สุขรูปธรรมความสำเร็จ มีดังนี้

1. เกิด “พื้นที่สร้างสรรค์” จากพื้นที่กายภาพซึ่งอาจจะ เป็นพื้นที่ส่วนบุคคลหรือสาธารณะที่ถูกทิ้งร้าง ทรุดโทรม ได้กลายเป็น “แหล่งเรียนรู้” ที่รวบรวมองค์ความรู้เฉพาะด้าน มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ จัดทำและนำเสนอชุดความรู้ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง โดยมีครูภูมิปัญญาเป็นที่ปรึกษา เด็กๆ และเยาวชนเป็นคนขับเคลื่อน ในลักษณะ “เด็กนำ ผู้ใหญ่หนุน” เช่น พิพิธภัณฑ์ภูมิปัญญา สวาทิ จ.ขอนแก่น ซึ่งเดิมทีเป็นเพียงห้องเรียนที่ถูกทิ้งร้าง ในอาคารเรือนไม้หลังเก่าของโรงเรียนบ้านสวาทิ ต่อมาได้ถูกนำมาปรับปรุงใหม่เพื่อจัดแสดงอุปกรณ์เครื่องใช้ในอดีต ศูนย์วัฒนธรรมเฉลิมราช จังหวัดแม่ฮ่องสอน แหล่งเรียนรู้ทางวัฒนธรรมที่รวบรวมข้อมูลและชุดความรู้เกี่ยวกับชาติพันธุ์ “ไทใหญ่” ไว้อย่างสมบูรณ์ที่สุด อยู่ต่อเรือบ้านคลองรั้ว จ.กระบี่ แหล่งเรียนรู้ต้นแบบการต่อเรือหัวโทง และแหล่งเรียนรู้ข่าวไร่ จ.พัทลุง แหล่งเรียนรู้ภูมิปัญญาการปลูกข้าวในร่องสวนยางเพื่อใช้ประโยชน์จากพื้นที่อย่างเต็มประสิทธิภาพ เป็นต้น ต่อมาแหล่งเรียนรู้เหล่านี้หลายแห่งได้พัฒนาต่อยอดและขยายผลกลายเป็น “แหล่งท่องเที่ยว” ที่ให้บริการจุดเช็คอินและของที่ระลึก เชื่อมร้อยกับร้านค้า ร้านกาแฟ โฮมสเตย์ ฯลฯ สร้างรายได้ให้กับครัวเรือนในชุมชน เช่น แหล่งเรียนรู้ด้านศิลปวัฒนธรรมม่อนปิ่น

จังหวัดเชียงใหม่ได้พัฒนาให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติและวัฒนธรรมแห่งใหม่ แหล่งเรียนรู้ชุมชนวัดโพธิ์เรียง ได้พลิกฟื้นสภาพแวดล้อมเดิมอันเอื้อต่อการมีสุขุม ให้กลายเป็นพื้นที่ผ่อนคลายของคนในชุมชนและเป็นสถานที่ท่องเที่ยวสำหรับคนภายนอก พิพิธภัณฑ์บางลำพูและแหล่งเรียนรู้ในชุมชน นำเรื่องราวในยุครัตนโกสินทร์ตอนต้น มาเรียงร้อยเป็นเส้นทางท่องเที่ยวทางประวัติศาสตร์ที่เชื่อมต่อกับวัฒนธรรมสมัยใหม่อย่างกลมกลืน พิพิธภัณฑ์พื้นบ้านไทยเบ็ง จังหวัดลพบุรี เชิญชวนให้นักท่องเที่ยวไปร่วมเรียนรู้วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ศิลปะ วัฒนธรรมและอาหารการกิน “แบบบ้านๆ” อันนำมาซึ่งการประกอบอาชีพเสริมของนักเรียนหรือเยาวชน คนวัยทำงานและผู้สูงอายุ ในขณะที่บางแห่งกลายเป็น “แหล่งเกษตรปลอดภัย อาหารปลอดภัย” ที่ชุมชนปลูกและบริโภคเอง เป็นการลดค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ลดความเสี่ยงจากสารเคมีตกค้างและการขาดแคลนอาหารในช่วงวิกฤตโรคระบาดหรืออุบัติภัยต่างๆ เช่น ศูนย์เรียนรู้เกษตรผสมผสานอินทรีย์ จังหวัดสุรินทร์ และสวนปันสุข ของชุมชนมุสลิมในย่านสงขลาเมืองเก่า เป็นต้น และบางชุมชนได้ต่อยอดไปสู่การพัฒนาเป็น “วิสาหกิจเพื่อสังคม” (Social Enterprise) ในรูปของบริษัทจำกัด เช่น ม่อนปิ่น สวาทิและบางลำพู เป็น “พื้นที่เศรษฐกิจ” ที่สร้างรายได้ เพิ่มการออม และลดค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในชุมชน

2. เกิดการทบทวนและจัดระบบ “ภูมิปัญญา” เพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งระบบคุณค่าดั้งเดิม เพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจภายใต้บริบทสังคมใหม่ เนื่องจากภูมิปัญญาแขนงต่างๆ ที่สั่งสมจากรุ่นสู่รุ่นต่างก็มีลักษณะเฉพาะตัว มีคุณค่าและความหมายที่แตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน หากไม่มีการอนุรักษ์สืบสานหรือถอดรหัสองค์ความรู้จากปราชญ์ชาวบ้านหรือครูภูมิปัญญา สิ่งดีๆ เหล่านี้ก็จะเลือนหายไป การอนุรักษ์สืบสานหรือถอดรหัสองค์ความรู้เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดการปะทะสังสรรค์ทางความคิดและการสานสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างคนต่างวัย เกิดการเรียนรู้ อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้หลายโครงการได้เติมเต็มภูมิปัญญาที่มีอยู่ด้วยความคิดสร้างสรรค์กลายเป็น “นวัตกรรม” ที่มีมูลค่าเพิ่มสร้างรายได้ให้กับชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความภูมิใจและมีภูมิคุ้มกันความเสี่ยงในขณะที่ภูมิปัญญาเดิมมิได้ “หุดหาย” แต่กลับกระจายอยู่ในวิถีชีวิตที่ประสม

ประสานอย่างกลมกลืนระหว่างวัฒนธรรมเก่าและใหม่ ภูมิปัญญาที่มีอยู่ในชุมชนได้ถูกรวบรวม ทบทวน จัดระบบ และถอดรหัสออกมาเป็น “ชุดความรู้” ที่พร้อมส่งต่อ ให้เด็กและเยาวชนเพื่อให้เกิดการแบ่งปันและต่อยอด ขยายผลในวงกว้าง ซึ่งนอกจากการจัดการความรู้เกี่ยวกับ ภูมิปัญญาแล้ว ผลลัพธ์สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การทำให้ ครูภูมิปัญญาหรือปราชญ์ชาวบ้านได้มีตัวตนอยู่ในพื้นที่ สาธารณะ และมีบทบาทต่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน และชุมชนมากขึ้นในหลากหลายรูปแบบ ทั้งเป็น “ผู้นำ” “ที่ปรึกษา” และ “ครูผู้สอน” สุดท้าย คือ เกิดการพัฒนา หลักสูตรท้องถิ่นเกี่ยวกับภูมิปัญญาแขนงต่างๆ สอดแทรก เป็นบทเรียนบูรณาการอยู่ในสาระการเรียนรู้ทั้งในระบบ โรงเรียนและนอกโรงเรียน อันทำให้ “ของเก่า” อยู่ได้อย่าง มีคุณค่าและความหมายใหม่ในบริบทปัจจุบัน เช่น การ สร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์จากหญ้าอีนุแคให้เป็นของที่ระลึกหรือ ของฝากโดยมีโรงเรียนบ้านขอบด้งเป็นศูนย์กลางการผลิต มีนักเรียนเป็นผู้สืบสานและเติมเต็มด้วยเรื่องเล่าของชนเผ่า ล่าหู่ที่เชื่อกันว่าหญ้าอีนุแค คือ หญ้ามงคล สัญลักษณ์ของความโชคดีทั้งผู้ให้และผู้รับ

3. เกิดผลงานสร้างสรรค์ “สื่อดี” ที่ผลิตโดยเด็กและ เยาวชนในพื้นที่ ทั้งคลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก เผยแพร่อยู่ใน โลกออนไลน์เป็นจำนวนมาก ทั้งยังมีสื่ออ่าน เช่น “หนังสือ ทำมือ” ที่ทำให้เด็กๆ ได้มานั่งทำงานร่วมกัน ทั้งคิดพล็อตเรื่อง เขียนเรื่อง วาดรูป ระบายสีและเข้าเล่ม เป็นหนังสือที่สร้าง ความภาคภูมิใจให้กับตนเองและช่วยฝึกการอ่านให้กับ น้องๆ รุ่นต่อไป และเกิดผลงาน “สื่อผสม” เพื่อสร้างการ เปลี่ยนแปลงสุขภาวะที่หลากหลาย เช่น การต่อยอดและ ประสมประสาน “สื่อพื้นบ้าน” หรือ “สื่อศิลปวัฒนธรรม” เข้ากับ “ละครสมัยใหม่” เช่น การนำกระต๊อบข้าวเหนียว มาสร้างสรรค์เป็น “หุ่นกระต๊อบ” นำศาสตร์ “ละครหุ่น” บูรณาการ เข้ากับ “ศิลปะการละครร่วมสมัย” และ “ศิลปะพื้นบ้าน อีสาน” เป็นต้น

4. เกิด “นักสื่อสารสุขภาวะ” และ “ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านสื่อและสุขภาวะทางปัญญา” ทั้งนี้จากการให้นักสื่อสาร สุขภาวะและผู้นำการเปลี่ยนแปลงประเมินตนเองในเรื่อง คุณลักษณะของการเป็นนักสื่อสาร พบว่า โดยภาพรวม มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน เรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ คือ ด้านการเท่าทันตนเอง

การสะท้อนความคิด ด้านการเท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการเป็นผู้รู้ และด้านการสื่อสารและการสร้างความร่วมมือ อันหมายความว่า บุคคลเหล่านี้ตระหนักว่าตนเองยังมี จุดอ่อนหรือจุดที่ควรจะต้องพัฒนามากที่สุดในด้านการ สื่อสารและการสร้างความร่วมมือเพื่อให้เกิดคนรุ่นใหม่เข้ามา ร่วมเป็น “แกนนำแถวสอง” หรือมีภาคีใหม่เข้ามาเป็นหุ้นส่วน การทำงานในฐานะ “เจ้าภาพร่วม” คือ ร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมมือ มิใช่ร่วมงานแบบ “แขกรับเชิญ” ซึ่งก็สอดคล้องกับข้อค้นพบ ของทีมนักวิชาการติดตามประเมินผลที่ว่า การพัฒนาแกนนำ แถวสองที่มีความเข้มแข็งยังเป็นปัญหาของหลายพื้นที่

วิจารณ์

เมื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการนำใช้นวัตกรรมดังกล่าว มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงระบบ สามารถแสดงภาพ ความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังแบบจำลอง ในภาพที่ 1 ซึ่งอธิบายได้ว่า ทูบประเภทต่างๆ ของชุมชน ทั้งทุนธรรมชาติ ทุนกายภาพ ทุนมนุษย์ ทุนสังคม และ ทุนวัฒนธรรม คือ ปัจจัยนำเข้าที่ต้องอาศัย “การออกแบบ กระบวนการ” อย่างมีกลยุทธ์ และ “การบริหารจัดการ” แบบมีส่วนร่วมโดยมีแกนนำเด็กและเยาวชนเป็นกลไก การขับเคลื่อน ผลผลิตสำคัญ คือ เกิดพื้นที่สร้างสรรค์ สื่อ และนวัตกรรมที่สร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่มจากทุนวัฒนธรรม หรือภูมิปัญญาที่มีอยู่เดิม อันส่งผลต่อการเพิ่มรายได้หรือ ลดรายจ่ายให้กับครัวเรือน ส่วนผลกระทบ ก็คือ ผู้คนในชุมชน มีภูมิคุ้มกันชีวิตและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

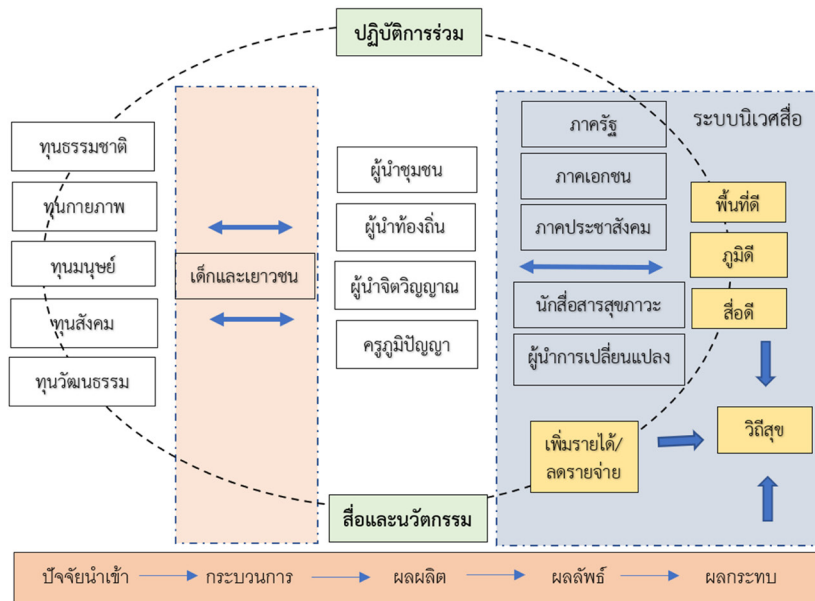
ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสื่อสร้างสรรค์

1. ปัจจัยความสำเร็จที่สืบเนื่องจากองค์กรทุน

“องค์กรทุน” ในที่นี้หมายถึง แผนงานสื่อสร้างสุขภาวะ เด็กและเยาวชน แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน และ แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ สสส. ปัจจัย ความสำเร็จที่สืบเนื่องจากองค์กรทุน ประกอบด้วย การ ดำเนินงานแบบมีกลยุทธ์โดยการสร้างฐานที่มั่นคง และการ ออกแบบการบริหารจัดการที่ตอบโจทย์

1.1 การดำเนินงานแบบมีกลยุทธ์โดยการสร้างฐาน ที่มั่นคง เริ่มตั้งแต่การพัฒนาตัวชี้วัด เนื่องจากคณะทำงาน ของแผนงานผู้ริเริ่มโครงการทั้ง 3 แผน มีชุดความรู้และ ประสบการณ์การทำงานกับสื่อและเยาวชนมายาวนาน จึงตระหนักว่าสื่อมีพลังในการสร้างการเปลี่ยนแปลง

ภาพที่ 1 แบบจำลองเมืองสี่โครงสร้างสรรค์



ส่วนเด็กและเยาวชนมีศักยภาพในการเปลี่ยนโลก แต่การใช้สื่อและเยาวชนเป็นกลไกสร้างการเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีแห่งความสุขของชุมชนภายใต้แนวคิดเมืองสี่โครงสร้างสรรค์ พื้นที่ดี ภูมิดี และสื่อดีนั้น การวัดผลลัพธ์จะวัดอย่างไร และอะไรคือเครื่องชี้วัดความสำเร็จ ดังนั้นในช่วงสองปีแรกของการทำงาน จึงเป็นการพัฒนาและทดลองใช้ตัวชี้วัดเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถสะท้อนความสำเร็จของผลลัพธ์ได้จริงอันเท่ากับเป็นการสร้างฐานรากที่มั่นคง จากนั้นจึงได้จัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ภาคีผู้รับทุนหรือภาคีที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวชี้วัดเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาข้อเสนอโครงการซึ่งต้องมีความสัมพันธ์กันตั้งแต่วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้น กิจกรรมกระบวนการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลง หมายถึง การกำหนดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและชัดเจนโดยคณะทำงานทุกคนต้องรับทราบ เห็นชอบและเข้าใจตรงกัน ทั้งจะต้องมีตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงปริมาณและคุณภาพที่ทุกฝ่ายยอมรับโดยมีข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับข้อมูลที่จะต้องรวบรวม วิธีการเก็บรวบรวมจากแหล่งที่มาต่างๆ เพื่อตอบตัวชี้วัด เช่น การพัฒนาพื้นที่ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ ทุกคนในคณะทำงานจะต้องมีแบบแผนหรือ “พิมพ์เขียว” ฉบับเดียวกันซึ่งระบุตัวชี้วัดผลลัพธ์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและแหล่งที่มาของข้อมูล ด้วยตาราง

รากฐานความรู้ ความเข้าใจที่มั่นคงเช่นนี้ จึงทำให้ภาคีผู้รับทุนสามารถประเมินตนเอง เรียนรู้ ปรับปรุงและพัฒนางานของตนเองได้

1.2 การออกแบบการบริหารจัดการที่ตอบโจทย์การออกแบบที่ดีเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ภาคีทำงานบรรลุเป้าหมายในระดับมากถึงมากที่สุด สำหรับการดำเนินโครงการพัฒนาตัวชี้วัด 3 ดีวิถีสุขและโครงการ Spark U ปลุกใจเมือง ซึ่งเป็นโครงการร่วมของแผนงานสี่โครงสร้างสุขภาพเด็กและเยาวชน แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน และแผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้น แผนงานทุกแผนได้ทำหน้าที่เป็น “พี่เลี้ยง” ทำหน้าที่กำกับทิศทาง เป้าหมาย ให้คำปรึกษาและช่วยประสานงานกับองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้อง มีกลไกการติดตามประเมินผลที่ช่วยเสริมศักยภาพให้แต่ละโครงการสามารถประเมินตนเองเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาได้ มีทีมสื่อช่วยสนับสนุนการบันทึกภาพกิจกรรมสำคัญและผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ทั้งยังมีทีมนักวิชาการหนุนเสริมองค์ความรู้ที่จำเป็นอีกด้วย เช่น โครงการพัฒนาวิสาหกิจเพื่อสังคม ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ที่ภาคีผู้รับผิดชอบโครงการและคณะทำงานจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านการจัดทำแผนธุรกิจ แผนการเงิน และการบริหารความเสี่ยง เป็นต้น และสุดท้าย คือ การจัดเวทีให้ภาคีผู้รับทุนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่อย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดการหลอมรวมเครือข่ายเป็น “พื้นที่กลาง” ในการ

ปะทะสังสรรค์ทางความคิด เช่น โครงการพัฒนาวิสาหกิจเพื่อสังคมใน 4 ภูมิภาค ซึ่งส่วนใหญ่ทำเรื่องการทำเรื่องที่เกี่ยวข้องชุมชนนั้น ได้มีการออกแบบให้คณะทำงานของทุกโครงการทดลองเป็น “นักทอเกี่ยว” เข้าไปสัมผัสกับบรรยากาศและเรียนรู้ประสบการณ์ตรงในทุกพื้นที่ เป็นเหตุให้ฝ่ายเจ้าภาพได้พัฒนาศักยภาพตนเองและได้รับฟังเสียงสะท้อนที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปปรับปรุงแก้ไข ส่วนอีกฝ่ายหนึ่งก็ได้บทเรียนที่ดีนำไปปรับใช้กับพื้นที่ของตนเอง

นอกจากนี้ ทุกแผนงานยังเน้นการทำงานร่วมกับภาคีในลักษณะ “เชิงลึก” และห่วง “เก็บเกี่ยวผลระยะยาว” มากกว่าการทำงานแบบเฉพาะหน้าหรือเฉพาะประเด็นตามกระแสเท่านั้น สิ่งที่เกิดขึ้น ก็คือ เด็กและเยาวชนในชุมชนเป้าหมายเกิดการเติบโตทางความคิด ชุมชนมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง สามารถบริหารจัดการตนเองได้อย่างเข้มแข็งมากขึ้น และจุดนี้เองก็ทำให้เกิดโจทย์และความท้าทายต่อภาคีผู้รับผิดชอบโครงการที่มากขึ้นทุกปี ของการให้การสนับสนุน เช่น ในปีล่าสุด แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ตั้งใจให้ภาคีและชุมชนที่มีความพร้อมเข้าร่วมโครงการพัฒนาวิสาหกิจเพื่อสังคมในรูปของ “บริษัทจำกัด” จะต้องสร้างสรรค์งานที่ทำรายได้ให้แก่บริษัท และบริษัทก็จะต้องนำผลกำไรมาพัฒนาชุมชนตามที่กฎหมายกำหนด

2. ปัจจัยความสำเร็จที่สืบเนื่องจากภาคีผู้รับทุน

2.1 การบริหารจัดการทุนในพื้นที่ “ทุนชุมชน” เป็นปัจจัยนำเข้าไปที่สำคัญ ดังนั้นภาคีผู้รับผิดชอบโครงการและคณะทำงานจำเป็นต้องสำรวจทุนชุมชนให้ครบถ้วน รอบด้าน ทั้งทุนธรรมชาติ ทุนกายภาพ ทุนวัฒนธรรม ทุนมนุษย์ และทุนสังคมเพื่อนำไปใช้ในการออกแบบกระบวนการดำเนินงานและการบริหารจัดการอันนำไปสู่ผลลัพธ์สุดท้ายจากการศึกษา พบว่า ในกรณีที่ชุมชนมีทุนใกล้เคียงกัน ทุนที่มีอิทธิพลชี้วัดความสำเร็จมากที่สุด คือ ทุนสังคม ซึ่งหมายถึงภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการทำงานด้วยความไว้วางใจ เชื่อใจ รวมถึงทุนที่เป็นสถาบันในพื้นที่ เช่น สถาบันการศึกษา สถาบันการเมือง ศาสนสถาน เป็นต้น ทั้งนี้พบว่าแต่ละภาคีมีทุนสังคมและความสามารถในการบริหารจัดการทุนสังคมไม่เท่ากัน ภาคีที่มีศักยภาพมากจะช่วยจุดประกาย “จิตสำนึกความเป็นพลเมือง” ของเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดกลุ่มคนทำงานเพื่อสังคม

ใหม่ๆ เกิดการสานพลังขององค์กรที่หลากหลาย ขับเคลื่อนชุมชนท้องถิ่นภายใต้ฐานข้อมูล องค์ความรู้ และทรัพยากรที่ทุกภาคส่วนต่างระดมมาในฐานะที่เป็น “เจ้าภาพร่วม” การจัดการทุนชุมชนแบบมีส่วนร่วมอีกมิติหนึ่ง คือ “บวร” หรือ บ้าน วัด (ศาสนสถาน) และส่วนราชการ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทุกภาคีดังกล่าวมี “เป้าหมายร่วม” ของปฏิบัติการที่ชัดเจน และเป้าหมายร่วมก็สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร หรือหน่วยงานของภาคี เช่น โครงการหมู่บ้านนิทานธรรม “หมอลำหุ่น” ใช้กระบวนการศิลปะบูรณาการกับการละครร่วมสมัยและสื่อศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นที่เป็นทุนวัฒนธรรม ดึงจุดเด่นอัตลักษณ์ รากเหง้าของสื่อศิลปะและวัฒนธรรม ความภาคภูมิใจในภูมิปัญญาท้องถิ่น มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาเด็กและเยาวชน ร่วมกับศิลปินอิสระ ศิลปินพื้นบ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน พ่อครู แม่ครู ต่อยอดทุนวัฒนธรรมผ่านกระบวนการสร้างสรรค์ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ เกิด “โรงละครหมอลำหุ่นคณะเด็กเทวดา” ทำให้เด็กๆ ในชุมชนได้มีพื้นที่แสดงออก และทุกคนใช้เป็น “เวทีร่วม” ในการทำงานแบบบูรณาการ โดยมีหน่วยงานภายนอกร่วมสนับสนุน

2.2 การจัดการความเสี่ยงด้วยการสะท้อนผลลัพธ์ “ความเสี่ยง” คือ โอกาสหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจส่งผลกระทบต่อโครงการทำให้ผลลัพธ์เป้าหมายเกิดการเบี่ยงเบนไม่บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด การจัดการความเสี่ยงจึงเป็นเรื่องที่ทุกโครงการให้ความสำคัญโดยภาคีผู้รับทุนประเมินตนเองทั้งในช่วงก่อนเริ่มโครงการและระหว่างการทำงานผ่านกิจกรรม “การสะท้อนผลลัพธ์” โดยทีมติดตามประเมินภายในทำหน้าที่สนับสนุน ทั้งนี้หลักการสำคัญของการจัดการความเสี่ยงด้วยการสะท้อนผลลัพธ์ ประกอบด้วย (1) การตั้งวงสนทนาที่มุ่งเน้นการทบทวนและประเมินผลลัพธ์เป็นสำคัญ (2) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นเครื่องยืนยัน เช่น จำนวนสื่อที่ผลิตและเผยแพร่ คุณภาพของสื่อ จำนวนการเข้าถึงสื่อของกลุ่มเป้าหมาย หลักสูตรท้องถิ่นที่นำไปใช้ในการเรียนการสอน รูปแบบการบูรณาการกับสาระการเรียนรู้ต่างๆ เป็นต้น (3) การกระทำอย่างมีส่วนร่วมโดยผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์นั้นๆ บางผลลัพธ์อาจมีเพียงคณะทำงาน ในขณะที่บางผลลัพธ์อาจมีบุคคลภายนอกหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียรวมอยู่ด้วย ในการสะท้อนผลลัพธ์แต่ละครั้งจะต้อง มีองค์ประกอบของผู้เกี่ยวข้องครบถ้วน (4) การยกระดับ ให้การสนทนานั้นเป็นเรื่องของการเรียนรู้ร่วมกัน มิใช่การ ถกเถียงเพื่อเอาชนะ และ (5) การกระทำอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะๆ ตลอดโครงการ⁽⁵⁾ สำหรับแนวทางการสะท้อน ผลลัพธ์ โดยกลไกที่ช่วยให้ภาคีจัดการความเสี่ยงได้ ก็คือ กลไกการติดตามประเมินภายใน ดังนั้นการคืนข้อมูลที่ค้นพบ ของทีมติดตามประเมินให้แก่ภาคีผู้รับผิดชอบโครงการและ คณะทำงานจะช่วยให้ความเสี่ยงลดลง

โดยสรุป เมืองสื่อสร้างสรรค์ เป็นนวัตกรรมทางความคิด ที่นำไปสู่ปฏิบัติการเชิงพื้นที่ที่อาศัยชุมชนเป็นฐาน ใช้กระบวนการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือ และมี เด็กและเยาวชนเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน อย่างไรก็ตาม ในก้าวต่อไป ควรกำหนด “ความท้าทาย” ใหม่ ดังนี้ (1) การ ขยายเครือข่ายแนวกว้างจากชุมชนสู่ชุมชนโดยชุมชนเดิม มีหน้าที่ขยายผลสร้างเครือข่ายและเป็น “พี่เลี้ยง” ให้กับ ชุมชนใหม่ (2) การขยายการทำงานแนวลึก โดยให้ภาคี

ผู้รับทุนสร้างสรรค์ ทุนวัฒนธรรม ให้เป็นนวัตกรรมที่มีมูลค่า สร้างเศรษฐกิจฐานรากและ (3) การจัดทำหลักสูตรการ ขับเคลื่อนเมืองสื่อสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาภาคีผู้รับทุนใหม่ๆ ให้มีศักยภาพในการใช้ตัวชี้วัดเมืองสื่อสร้างสรรค์เป็นเครื่องมือ ในการสร้างชุมชนสุขภาวะ การจัดการทุนชุมชน และการ ประเมินตนเองเพื่อจัดการความเสี่ยง ส่วนข้อเสนอแนะ เชิงนโยบาย คือ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นควรกำหนด ให้ทุกท้องถิ่นสนับสนุนการใช้ทุนชุมชนเป็นสื่อสร้างสรรค์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ. ดร.วิลาสินี อดุลยานนท์ ที่ให้แนวคิด และแนวทางการดำเนินงานเมืองสื่อสร้างสรรค์ ขอขอบคุณ ผู้จัดการและผู้ประสานงานแผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กและ เยาวชน แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน และแผนงาน สื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งภาคีผู้รับทุนที่ มุ่งมั่นร่วมกันผลักดันให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ

เอกสารอ้างอิง

1. โครงการเครือข่ายเมืองสร้างสรรค์ขององค์การยูเนสโก. เมืองสร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 21 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.bic.moe.go.th/images/stories/pdf/Creative_City_Network_Project_UCCN.pdf
2. พีรตร แก้วลาย, ทิพย์สุดา จันทรแจ่มหล้า. เมืองสร้างสรรค์: แนวทางการพัฒนาเมืองจากสินทรัพย์สร้างสรรค์ท้องถิ่นไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า; 2556.
3. United Nations Education, Scientific and Cultural Organization. Voices of the city [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 21]. Available from: https://www.bic.moe.go.th/images/stories/pdf/Voice_of_the_city.pdf
4. เกศินี ประทุมสุวรรณ, พีรพัฒน์ พันศิริ. รายงานการติดตามประเมินโครงการพัฒนาวิสาหกิจเพื่อสังคม เสนอต่อแผนงานสื่อศิลป วัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2563.
5. สุรพล เหลี่ยมสูงเนิน. การประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา: หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และ พัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.

กรณีศึกษา “พื้นที่นี้..ดีจัง” นวัตกรรมทางสังคม เพื่อความสุขของเด็กและเยาวชน

สุพงศ์ จิตต์เมือง, เยาวเรศ กตัญญูเสริมพงศ์
ผู้ติดตามและประเมินผลโครงการเครือข่ายพื้นที่นี้..ดีจัง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ปัญหาเด็กและเยาวชนในสังคมไทยมีความซับซ้อนมากขึ้น การแก้ไขปัญหาด้วยวิธีคิดและวิธีการแบบเดิมไม่ตอบโจทย์ปัญหาที่มีความซับซ้อนเชิงโครงสร้างได้ ดังนั้นการสร้างนวัตกรรมทางสังคมเพื่อแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนจึงมีความสำคัญ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานวัตกรรมทางสังคมที่เกิดจากการดำเนินโครงการของเครือข่ายพื้นที่นี้..ดีจัง ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 ผลการศึกษา พบว่า มีนวัตกรรมทางสังคม 9 กรณีศึกษา ได้แก่ (1) กิจกรรมแจกความสุขสู้โควิด-19 ผ่านตู้ส่งความสุขของกลุ่มแม่ชีไฟ จ.นครราชสีมา (2) โมเดลคลองเตยของรัฐของกลุ่มคลองเตยดีจัง กรุงเทพมหานคร (3) ชมรมผู้ปกครองระดับอนุบาลโรงเรียนบ้านจิกแดงของกลุ่มดีอีลีอีสถานบ้านเฮา จ.สุรินทร์ (4) วงจรพัฒนาเด็กเยาวชนพื้นที่ชายแดนใต้ทั้งในและนอกระบบโรงเรียนของกลุ่มยังยิ้ม จ.นราธิวาส (5) การพัฒนาพื้นที่วัดใหญ่สุวรรณารามวรวิหารเป็นพื้นที่ปฏิบัติการศิลปะและวัฒนธรรมสำหรับเด็กและเยาวชนของกลุ่มลูกหว่า จ.เพชรบุรี (6) งานใบไม้เปลี่ยนเมืองของกลุ่มบ้านไร่อุทัยยิ้ม จ.อุทัยธานี (7) การแข่งขันเรือเกยหาดของศูนย์เรียนรู้วิถีธรรมชาติเพื่อชุมชน จ.สงขลา (8) สมัชชาเยาวชนชาติพันธุ์ 5 อำเภอชายแดน จังหวัดตากของเครือข่ายปกากะถอนมณี จ.ตาก และ (9) HUB 2U สถานีอุดรดิถีดีดียิ้มของเครือข่ายอุดรดิถีดีดียิ้ม จ.อุดรดิถี ซึ่งล้วนเป็นนวัตกรรมที่มีความหลากหลาย ทั้งชิ้นงานหรือผลิตภัณฑ์ กระบวนการทำงาน กลไก พื้นที่ และองค์ความรู้ ที่นำไปใช้พัฒนาและแก้ไขปัญหาเด็กเยาวชนที่มีความซับซ้อนและท้าทายให้มีสุขภาวะที่ดี จนก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายระดับ ตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ท้องถิ่น และจังหวัด ด้วยเหตุนี้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงควรสนับสนุนการเผยแพร่ นวัตกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นสู่สาธารณะ ให้เป็นกรณีศึกษาที่สร้างแรงบันดาลใจ เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ พัฒนาต่อยอดจนเกิดการขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: นวัตกรรมทางสังคม; พื้นที่สร้างสรรค์; เครือข่ายพื้นที่นี้..ดีจัง

Case Report of Djung Creative Space: Social Innovation for Children and Youth Happiness

Supong Jitmuang, Yaowaret Katanyoosermpong
Monitoring and Evaluation Officer of Djung Space Network Project, Bangkok, Thailand

Abstract

Issues affecting children and youth in Thai society today become more and more complex. Traditional thinking and problem-solving can not address and find solution for such complex

structural challenges. Social innovation is therefore essential in response to the issues. The objective of this study was to explore social innovations created by Djung Space Network Project during the years 2018 - 2020. The study revealed that there were 9 case studies of social innovations: (1) providing happiness in fighting COVID-19 through happy mailbox of the Matches Group, Nakhon Ratchasima; (2) Klongtoey waiting for State Model of Klongtoey Djung, Bangkok; (3) Kindergarten Parents Club of Bancheekdaek School, D-E-Lee E-San Baan Hao Group, Surin; (4) children and youth development circle in informal and informal education of 3-southern provinces by Young Yim Group, Narathiwat; (5) increase the role of using the area in Wat Yai Suwannaram as an art and culture laboratory for children and youth by the Look Wa Group, Phetchaburi; (6) leaf plate change city by Ban Rai Uthai Yim Group, Uthai Thani; (7) beach boat race by Natural Learning Center for Community, Songkhla; (8) the ethnic youth assembly of five border districts, Tak province by Pgaz K'Nyau Young Mee Dee Network, Tak; and (9) HUB 2U Uttaradit@smile Station by Uttaradit@smile Network, Uttaradit. All these 9 case studies were diverse innovations both in form of product, process, mechanism, space and knowledge that were developed to tackle and challenge the wellbeing of children and youth. They made significant changes in different levels: family, school, community, district and provincial. Thai Health Promotion Foundation should support in promoting this social innovation to the public. All 9 case studies could inspire, provide platform of sharing knowledge and upscale in finding solutions for issues affecting children and youth in sustainable way.

Keywords: social innovation; creative space; Djung Space Network

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชนในปัจจุบันนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น อันเนื่องมาจากปัญหาเชิงโครงสร้างของสังคม ซึ่งมีรากเหง้าของปัญหามาจากความเหลื่อมล้ำของสังคมไทย สภาพเศรษฐกิจสังคมที่บีบรัดส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กเยาวชน ครอบครัวแตกแยกเด็กเยาวชนถูกทอดทิ้ง กลายเป็นกลุ่มเปราะบาง ถูกกีดกันทางสังคม เข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรที่จำเป็น รวมถึงสังคมไทยยังสร้างระบบการเรียนรู้ที่ไม่สามารถตอบโจทย์การสร้างทักษะชีวิตให้แก่เด็กเยาวชน นอกจากนี้เด็กเยาวชนยังขาดกิจกรรมและพื้นที่สร้างสรรค์ที่ทำให้ได้ค้นพบตัวเอง และไม่เปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

จากปัญหาเด็กเยาวชนที่กล่าวมาข้างต้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีคิดและวิธีการแบบเดิม ไม่สามารถตอบโจทย์

ปัญหาที่มีความซับซ้อนเชิงโครงสร้างได้ การสร้างนวัตกรรมทางสังคมเพื่อแก้ไขปัญหาในโลกยุคใหม่จึงมีความสำคัญ เพราะนวัตกรรมทางสังคมเกิดจากแรงบันดาลใจ ความคิดสร้างสรรค์ และดึงการมีส่วนร่วมของผู้ที่ต้องการขับเคลื่อนสังคมที่มีความหลากหลายมาสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ด้วยการมองปัญหาแบบใหม่ ใช้แนวคิดและกลยุทธ์ใหม่ จุดประกายให้เห็นคุณค่าและความสำคัญนำไปสู่ความร่วมมือกันในการแก้ปัญหาและขับเคลื่อนสังคม ทั้งนี้ นวัตกรรมทางสังคม (social innovation) หมายถึง ความคิด วิธีการใหม่ๆ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรมให้แก่สังคม จุดประกายให้เกิดแนวคิดมุมมองใหม่ที่ชักชวนให้ร่วมตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญนำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจที่จะทำประโยชน์⁽¹⁾

ขณะที่เครือข่ายพื้นที่นี้...ได้จึงได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้แผนงานสื่อสร้างสุขภาวะเด็กและเยาวชน (สสย.)

ให้ดำเนินโครงการเพื่อสร้างกิจกรรมสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ หมายถึง พื้นที่สร้างประสบการณ์สร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนได้เติบโตพัฒนาตามวัย มุ่งตอบสนองความต้องการของเด็ก เพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเด็ก ครอบครัว และชุมชน⁽²⁾ ทั้งนี้ เครือข่ายพื้นที่นี้..ดีจัง ประกอบด้วยภาคีกลุ่มคนทำงาน พัฒนาเด็กและเยาวชนที่ร่วมกันขับเคลื่อนรณรงค์งานพื้นที่ สร้างสรรค์ภายใต้แนวคิดการทำงาน เล่น เรียนรู้ริเริ่ม ร่วมทำ และแบ่งปัน แม้จะมีกลุ่มเป้าหมาย ประเด็น กระบวนการทำงานและปัญหาที่แตกต่างกัน แต่มีเป้าหมายร่วมกัน คือ การขับเคลื่อนการสื่อสารสังคม ขยายพื้นที่ความคิด เพื่อให้เกิดพื้นที่และกิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับเด็กและเยาวชน อย่างกว้างขวาง ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานของเครือข่าย พื้นที่นี้..ดีจัง มากกว่า 10 ปี โดยเฉพาะในระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 ได้ก่อให้เกิดการสร้างสรรคนวัตกรรมทางสังคมที่น่าสนใจตั้งแต่ระดับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน เครือข่าย จนถึงระดับจังหวัด ซึ่งถือเป็นองค์ความรู้สำคัญที่สามารถเป็นบทเรียนในการพัฒนาและแก้ปัญหาเด็กและเยาวชนในปัจจุบันได้เป็นอย่างดี

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานวัตกรรมทางสังคมที่เกิดจากการดำเนินโครงการของเครือข่ายพื้นที่นี้..ดีจัง ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 ซึ่งได้ศึกษาข้อมูลจากรายงานการประเมินผลโครงการเครือข่ายพื้นที่นี้..ดีจัง ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 ได้แก่ รายงานการประเมินผลโครงการ (ปี 9) พื้นที่นี้..ดีจัง พลังพลเมือง สื่อสารสร้างสรรค์สุขภาวะ ปี พ.ศ. 2561 รายงานการประเมินผลโครงการพื้นที่นี้..ดีจัง ยั่งยืนปี พ.ศ. 2562 และรายงานการประเมินผลโครงการปฏิบัติการนิเวศสื่อสุขภาวะเพื่อขับเคลื่อนสังคมแห่งการอยู่ร่วม (พื้นที่นี้ดีจังปี 11) ซึ่งผู้เขียนได้จัดทำขึ้น เนื่องจากเป็นผู้ประเมินผลโครงการดังกล่าว แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผ่านแนวคิดนวัตกรรมทางสังคม (social innovation) ในบริบทสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ (1) การมีพื้นฐานมาจากปัญหา (base on problem) (2) เป็นวิธีการใหม่ (new smart) (3) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (change) ที่ตอบโจทย์การแก้ปัญหาสังคมด้านสุขภาพและสร้างสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี⁽¹⁾

กรณีศึกษา

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการประเมินผลโครงการเครือข่ายพื้นที่นี้..ดีจัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 ทำให้พบนวัตกรรมทางสังคม 9 กรณีศึกษาดังนี้

1. กิจกรรมแจกความสุขสู้โควิด-19

ผ่านตู้ส่งความสุข: กลุ่มไม้ขีดไฟ จ.นครราชสีมา

การมีพื้นฐานมาจากปัญหา (base on problem): ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด-19 ทำให้รัฐบาลต้องประกาศใช้พระราชกำหนด (พ.ร.ก.) การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินโดยเบื้องต้นเป็นเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและการเรียนรู้ของเด็กเยาวชน ในหมู่บ้าน ต.ขงพระ อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา เพราะไม่สามารถออกไปเล่นนอกบ้าน และทำกิจกรรมกับเพื่อนได้ ต้องเก็บตัวเล่นมือถืออยู่แต่ในบ้าน ไม่มีกิจกรรมสร้างสรรค์ แม้เด็กเยาวชนกับผู้ปกครองจะอยู่ร่วมกันแต่ขาดการสื่อสารจนเกิดความเครียด เบื่อหน่าย ขณะที่ผู้ปกครองก็กังวลปัญหาทางเศรษฐกิจ จนไม่ได้ใส่ใจลูกหลาน ทำให้เด็กเยาวชนถูกละเลยทอดทิ้ง

วิธีการใหม่ (new smart): กลุ่มไม้ขีดไฟจึงมีแนวคิดสร้างเครื่องมือและกิจกรรมสร้างสรรค์ให้เด็กเยาวชนได้ทำกิจกรรมแจกความสุขสู้โควิด-19 ผ่านตู้ส่งความสุข โดยนำตู้เย็นเก่าและไมโครเวฟเก่ามาดัดแปลงเป็นตู้ใส่ของเล่น งานศิลปะ งานประดิษฐ์ นิทาน หนังสือสำหรับเด็ก ฯลฯ ให้ผู้ปกครองและคนในชุมชนตำบลขงพระหยิบของต่างๆ ในตู้ส่งความสุขไปใช้ทำกิจกรรมสร้างสรรค์ สร้างการเรียนรู้ในครอบครัว นอกจากนี้ยังทำกรู๊ปไลน์แจกความสุขสู้โควิด-19 เพื่อส่งข้อความ ภาพการทำของเล่นและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมทั้งตัวอย่างการทำงานฝีมือ งานศิลปะ ฯลฯ เพื่อให้ผู้ที่หยิบของไปได้ใช้ดูเป็นตัวอย่างในการทำงาน

การเปลี่ยนแปลง (change): กิจกรรมแจกความสุขสู้โควิด-19 ผ่านตู้ส่งความสุขได้ส่งความสุขให้ชาวตำบลขงพระ จำนวน 3 หมู่บ้านและหมู่บ้านใกล้เคียงเป็นระยะเวลากว่าหนึ่งเดือน ทำให้เด็กและครอบครัวได้ใช้เวลาร่วมกัน สถานสายใยความรักความสัมพันธ์เด็กได้ต่อยอดสู่การพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ในช่วงวิกฤต โดยกิจกรรมนี้มี 5 ชั้น

ตอนสำคัญ ได้แก่ วิธีการขนส่ง การติดตั้งดูแล ตัวกลางในการสื่อสาร การออกแบบของเล่นให้เหมาะสมกับวัย/เพศ และระบบการเวียนสิ่งของ ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางและต้นแบบการทำกิจกรรมสร้างสรรค์กับเด็กเยาวชนในกรณีที่ต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์อื่นๆ

2. โมเดลคลองเตยอรรัฐ: กลุ่มคลองเตยดีจัง กรุงเทพมหานคร

การมีพื้นฐานมาจากปัญหา (base on problem): ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. 2563 กลุ่มคลองเตยดีจังอยู่ระหว่างการดำเนินโครงการคลองเตยดีจัง ปี 6: แปลงสลัมเป็นสถานศิลปะเพื่อการเรียนรู้และกำลังวางแผนดำเนินงานจัดเทศกาลคลองเตยดีจัง แต่เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมรวมกลุ่มได้ จึงปรับเปลี่ยนเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ โดยเริ่มต้นจากการสำรวจข้อมูลเพื่อช่วยเหลือเด็กๆ ในชุมชน รวมถึงสถานการณ์ปัญหาของคนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ หลังจากนั้นเกิดการลือคดวามและปิดกิจการร้านค้าและสถานประกอบการต่างๆ อย่างฉับพลัน ทำให้มีคนตกงานจำนวนมาก

วิธีการใหม่ (new smart): กลุ่มคลองเตยดีจังจึงทำกิจกรรม “คลองเตยดีจัง ปันกันอิม” เพื่อแก้ปัญหาความยากลำบากเฉพาะหน้าในชุมชน และมีการขยายไปสู่เรื่องอื่นๆ ซึ่งมีเป้าหมาย คือ เปลี่ยนอนาคตชุมชน ให้พร้อมรับมือและฟื้นตัวจากภัยโควิด-19 ได้ นอกจากนี้ได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่พัฒนาสู่ “โมเดลคลองเตยอรรัฐ” แผนการบรรเทาความเดือดร้อนจากโควิดของชุมชนโดยองค์กรภาคสังคมในพื้นที่ ผ่านกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ (1) การเก็บข้อมูลชุมชน (2) การทำร้านค้าปันกันอิม (3) การป้องกันและควบคุมโรค (4) การสร้างอาชีพและสร้างรายได้ให้กับคนในชุมชน (5) กิจกรรมคลองเตยดีจัง ปันกันเล่น

การเปลี่ยนแปลง (change): โมเดลคลองเตยอรรัฐได้สร้างการเปลี่ยนแปลงทำให้ชุมชนคลองเตยเป็นชุมชนที่ลุกขึ้นมาจัดการตัวเอง (active community) ไม่รอคอยความช่วยเหลือ และมีอำนาจในการต่อรองกับบุคคลและองค์กรต่างๆ ที่เข้ามาช่วยเหลือ เกิดพลังร่วมของเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่จากที่เคยอยู่โดดเดี่ยว เกิดการรวมตัวทำงานร่วมกันที่สำคัญยังเป็นพื้นที่ต้นแบบของการออกแบบระบบการช่วยเหลือชุมชนในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19

สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ทั้งเด็กเยาวชนคนในชุมชน อาสาสมัคร ภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ และสื่อมวลชนได้มาสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขับเคลื่อนร่วมกันในพื้นที่แห่งนี้

3. ชมรมผู้ปกครองระดับอนุบาลโรงเรียนบ้านจิกแดก อ.พนมดงรัก จ.สุรินทร์: กลุ่มดีอีหลีอีสานบ้านเฮา จ.สุรินทร์

การมีพื้นฐานมาจากปัญหา (base on problem): จุดเริ่มต้นของชมรมผู้ปกครองระดับอนุบาลโรงเรียนบ้านจิกแดกเกิดจาก เจริญพงศ์ ชูเลิศ ผู้ประสานงานกลุ่มดีอีหลีอีสานบ้านเฮา พาลูกชายวัยอนุบาลไปส่งที่โรงเรียน แต่พบว่าสภาพสนามเด็กเล่นของโรงเรียนมีสภาพเก่าผุพัง หญ้าขึ้นรก ไม่มีความปลอดภัย เขาจึงลุกขึ้นมาทำความสะอาดสนามเด็กเล่นตัดหญ้า เก็บขยะ และปลูกต้นไม้ ช่วงแรกเขาทำเพียงคนเดียว โดยมีผู้ปกครองของลูกหลานคนอื่นๆ ฝ้ามองด้วยความแปลกใจบางคนอยากช่วยเหลือแต่ไม่รู้จะช่วยเหลืออย่างไร จึงจุดประกายให้เกิดการก่อตั้งชมรมผู้ปกครองระดับอนุบาลขึ้น

วิธีการใหม่ (new smart): ชมรมผู้ปกครองระดับอนุบาลโรงเรียนบ้านจิกแดกมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลลูกหลาน โดยปรับเปลี่ยนทัศนคติแบบเดิมว่าโรงเรียนมีหน้าที่ดูแลลูกหลานของเรา เปลี่ยนมาเป็นเราจะไม่ทิ้งให้ครูดูแลลูกหลานเราอยู่ฝ่ายเดียว จึงมีการคัดเลือกคณะกรรมการชมรมผู้ปกครองจากผู้ปกครองนักเรียน 3 หมู่บ้าน ซึ่งมีบทบาทหน้าที่สนับสนุนการศึกษาทั้งเรื่องการเรียนการสอนของครู และพื้นที่การเรียนการเล่นที่ดีและปลอดภัยของลูกหลาน มีการจัดกิจกรรมระดมทุนเพื่อพัฒนาโรงเรียน เช่น การสร้างห้องน้ำ ห้องสมุดสำหรับเด็กอนุบาล การปรับปรุงสนามเด็กเล่น การจัดซื้อโต๊ะรับประทานอาหารสำหรับเด็ก เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลง (change): เกิดการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์และปลอดภัยสำหรับเด็กอนุบาลในโรงเรียนบ้านจิกแดก ส่วนผู้ปกครองมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและอยากเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาโรงเรียน โดยเสนอตัวเข้ามาเป็นคณะกรรมการชมรมผู้ปกครอง จนเกิดการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและครูในโรงเรียน เป็นพื้นที่สื่อสารความต้องการของครูและผู้ปกครอง นอกจากนี้ชมรมผู้ปกครองแห่งนี้ยังสามารถเป็นต้นแบบให้แก่โรงเรียนอื่นๆ ที่สนใจเรื่องการมีส่วนร่วมในการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์และ

ปลอดภัยในโรงเรียนให้แก่เด็กนักเรียนอีกด้วย

4. วงจรพัฒนาเด็กเยาวชนในพื้นที่ชายแดนใต้ ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน: กลุ่มยังยิ้ม จ.นราธิวาส

การมีพื้นฐานมาจากปัญหา (base on problem):

เนื่องจากเด็กเยาวชนในพื้นที่ชายแดนใต้ส่วนใหญ่ขาดพื้นที่และกิจกรรมสร้างสรรค์ จึงเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เช่น การรวมกลุ่มมั่วสุม ขับรถเล่น หนีเรียน สูบบุหรี่ และติดยาเสพติด ดังนั้นกลุ่มยังยิ้มจึงดำเนินกิจกรรมสร้างสรรค์ใน อ.แว้ง จ.นราธิวาส ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายเป็นเยาวชนมุสลิมในพื้นที่ เพื่อสร้างกิจกรรมและพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กเยาวชนชายแดนใต้ ผ่านการศึกษาระบบนิเวศป่าอาลา-บาลา และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องราวในประวัติศาสตร์ของท้องถิ่นตนเอง

วิธีการใหม่ (new smart): กลุ่มยังยิ้มพัฒนาเยาวชน

ในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่องจนเกิดแกนนำเยาวชน 3 ระดับ ได้แก่ อาสาสมัคร แกนนำปฏิบัติการ และแกนนำร่วมคิดร่วมขับเคลื่อนงาน (core team) จนสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ใหม่ผ่าน “วงจรพัฒนาเด็กเยาวชนพื้นที่ชายแดนใต้ทั้งในและนอกระบบโรงเรียน” ได้แก่ กิจกรรมสัญจรในโรงเรียน การตั้งชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ซึ่งมีแกนนำกลุ่มยังยิ้มเป็นประธานและพี่เลี้ยง ควบคู่ไปกับการสร้างพื้นที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันนอกระบบโรงเรียน โดยเฉพาะบ้านยังยิ้มเป็นพื้นที่รวมตัวของเยาวชนหลังเลิกเรียนมาทำกิจกรรมร่วมกันจนเป็นบ้านหลังที่สอง นอกจากนี้ยังออกไปเรียนรู้ชุมชนผ่านพื้นที่ธรรมชาติและพื้นที่ประวัติศาสตร์ชุมชนทั้งในและนอกเขตอำเภอแว้ง

การเปลี่ยนแปลง (change): แกนนำเยาวชนกล้าคิด

กล้าแสดงออก มีทักษะชีวิตและการเข้าสังคม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น บางคนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านลบจากเคยหนีเรียน มีผลการเรียนตกต่ำ อ่านเขียนหนังสือไม่ได้ ก็สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านบวก ตั้งใจเรียน จนผลการเรียนดีขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ค้นพบตัวเอง มีเป้าหมายในชีวิต จนกลายเป็นต้นแบบให้รุ่นน้อง จนได้รับการยอมรับจากผู้ปกครอง ครูอาจารย์ และคนในชุมชน ก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ใหม่ให้เยาวชนในพื้นที่ชายแดนใต้

5. การพัฒนาพื้นที่วัดใหญ่สุวรรณารามวรวิหาร เป็นพื้นที่ปฏิบัติการศิลปะและวัฒนธรรมสำหรับเด็ก และเยาวชน: กลุ่มลูกหว้า จ.เพชรบุรี

การมีพื้นฐานมาจากปัญหา (base on problem):

วัดใหญ่สุวรรณารามวรวิหาร จ.เพชรบุรี เป็นวัดที่มีความสำคัญและมีคุณค่าหลากหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นประวัติศาสตร์ สถาปัตยกรรม ประเพณี วัฒนธรรม ฯลฯ แต่ปัจจุบันถ้าไม่ใช่เป็นวันสำคัญทางศาสนา วัดแห่งนี้กลับเป็นพื้นที่ที่ถูกละเลย อาคารสถานที่ไม่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ จากวัดที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์แห่งนี้ กลับกลายเป็นเพียงพื้นที่ให้คนแวะมาไหว้พระ หรือเป็นที่จอดรถเพื่อแวะกินกล้วยเตี๋ยร้านดังฝั่งตรงข้ามวัด

วิธีการใหม่ (new smart): กลุ่มลูกหว้าจึงได้ร่วมมือ

กับภาคีเครือข่ายพัฒนาวัดใหญ่ฯ โดยใช้แนวคิดศิลปะขับเคลื่อนเมือง นำไปสู่การพัฒนาและแปลงร่างพื้นที่วัดให้กลายเป็นพื้นที่ปฏิบัติการศิลปะและวัฒนธรรมสำหรับเด็กและเยาวชนผลักดันให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ขึ้นในวัดอย่างต่อเนื่อง เช่น เปิดหอศิลป์สุวรรณาราม จัดแสดงรูปภาพทำมุมศิลปะ ตลาดเลกาซี (legacy) ตลาดมรดกภูมิปัญญาท้องถิ่น การทำคู่มือ เดินพาชชมงานช่างวัดใหญ่ งานแสดง การอบรมเชิงปฏิบัติการ (workshop) และสภากาแฟช่าง เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลง (change): พื้นที่วัดใหญ่ฯ เกิดการ

เปลี่ยนรูป แปลงร่าง สร้างคุณค่าความหมายใหม่ จากวัดที่เคยเงียบเหงากลายเป็นพื้นที่หลากหลายบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้วัดแห่งนี้กลับมามีชีวิตอีกครั้ง มีผู้คนหลากหลาย โดยเฉพาะเด็กเยาวชน และครอบครัวเข้ามาเรียนรู้มากขึ้น นอกจากนี้พระสงฆ์ยังมีส่วนร่วมปรับปรุงดูแลวัดให้ดีขึ้น จนกลายเป็นพื้นที่ต้นแบบและศึกษาดูงานในการใช้ศิลปะขับเคลื่อนเมือง ขณะเดียวกันหากสามารถพัฒนาต่อยอดพื้นที่ไปสู่โรงเรียนสืบสานงานช่างเมืองเพชรบุรีสำหรับเด็กเยาวชนและคนรุ่นใหม่ ก็จะเป็นทางออกหนึ่งในการแก้ปัญหาการขาดแคลนคนรุ่นใหม่มาสืบทอดงานศิลปะช่างเมืองเพชรได้

6. งานใบไม้เปลี่ยนเมือง: กลุ่มบ้านไร่อุทัยยิ้ม จ.อุทัยธานี

การมีพื้นฐานมาจากปัญหา (base on problem):

ชุมชนสะน่า อ.บ้านไร่ จ.อุทัยธานี ในอดีตถือเป็นพื้นที่ชุ่มน้ำที่มีต้นหมากเป็นจำนวนมาก จนชาวบ้านเรียกกันว่า “ชุมชน

ป่าหมากล้านต้น” แต่คนรุ่นใหม่มักไม่เห็นคุณค่า เนื่องจากผลผลิตที่ได้ไม่คุ้มค่ากับการปลูก ทำให้ชาวบ้านตัดต้นหมากทิ้งและหันไปปลูกพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยวแทน เป้าหมายของการทำจานกาบหมากงานใบไม้ คือ การฟื้นป่าหมากให้คืนกลับมาทำให้ระบบนิเวศและทรัพยากรธรรมชาติไม่ถูกทำลาย นอกจากนี้ยังสร้างอาชีพ กระจายรายได้ ขับเคลื่อนเศรษฐกิจบนฐานนิเวศวัฒนธรรมและทรัพยากรชุมชน

วิธีการใหม่ (new smart): งานใบไม้เริ่มต้นจากการค้นหาคนหัวไวใจสู้ มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ไปด้วยกัน จากนั้นจึงค้นหาประเด็นหรือเรื่องราวของป่าหมาก พาชาวบ้านเปิดโลกทัศน์ออกไปเรียนรู้ ศึกษาดูงานเรื่องงานใบไม้ในพื้นที่ กลับมาสรุปบทเรียน และลงมือทำ ทดลอง เรียนรู้ด้วยตัวเอง ปรับปรุง พัฒนา โดยเฉพาะเรื่องวัตถุดิบและการตลาดเมื่อชาวบ้านมีความพร้อมและความมั่นใจ จึงรวมกลุ่มตั้งวิสาหกิจชุมชนทำจานกาบหมากงานใบไม้ ด้วยการระดมทุนลงทุนจากสมาชิกในชุมชนและผู้สนใจทั่วไปร่วมลงทุน

การเปลี่ยนแปลง (change): งานกาบหมากงานใบไม้ได้สร้างคุณค่าและความหมายใหม่ในการสื่อสารเรื่องราวของชุมชนที่ทรงพลัง ส่งผลให้ชาวบ้านเปลี่ยนความคิดเห็นคุณค่าตัวตน เกิดกระแสขยายไปสู่ชุมชนต่างๆ ทั้งในและนอกจังหวัดอุทัยธานี เกิดการสร้างอาชีพกระจายรายได้ให้แก่เด็กเยาวชนและผู้สูงอายุ ช่วยฟื้นคืนชีวิตระบบนิเวศป่าหมากให้กลับคืนมา นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือให้เด็กเยาวชนได้เรียนรู้เรื่องระบบนิเวศ วิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือสร้างการเรียนรู้ สร้างการมีส่วนร่วม และเสริมพลังอำนาจให้คนในชุมชนลุกขึ้นมาจัดการตนเองไม่รอคอย ไม่จำนนต่ออำนาจรัฐ

7. การแข่งขันเรือเกยหาด: ศูนย์เรียนรู้วิถี

ธรรมชาติเพื่อชุมชน จ.สงขลา

การมีพื้นฐานมาจากปัญหา (base on problem): ท่ามกลางปัญหาสุขภาพของคนที่ในพื้นที่อำเภอจะนะและอำเภอใกล้เคียงของจังหวัดสงขลา ที่กำลังเผชิญหน้ากับความท้าทายครั้งใหญ่จากนโยบายของภาครัฐที่กำหนดให้จะนะเป็นเมืองอุตสาหกรรมก้าวหน้า นำไปสู่ความพยายามของคนทำงานของศูนย์เรียนรู้วิถีธรรมชาติเพื่อชุมชนเครือข่ายจะนะรักษถิ่น และชาวบ้านในการสื่อสารเรื่องราวและคุณค่าของพื้นที่ชายหาดบ้านสวนกง ต.นาทับ อ.จะนะ จ.สงขลา ซึ่งได้รับผลกระทบหากพื้นที่ถูกพัฒนาเป็นท่าเรือ

และเมืองอุตสาหกรรม โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของเด็กเยาวชน ครอบครัว และชุมชน

วิธีการใหม่ (new smart): เป้าหมายที่สำคัญของคนทำงาน คือ การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและทิศทาง การพัฒนาด้วยการกำหนดอนาคตของตัวเอง จึงได้ร่วมกับชาวบ้านนำเรือเกยหาดซึ่งเป็นภูมิปัญญาของชาวประมงในการจอดเรือตามชายหาดบ้านสวนกง มาผลักดันให้เกิดการแข่งขันเรือเกยหาดขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยที่งานเทศกาลอะบิย๊ะมะ เลจะนะหรือจัน#5 และมีการถ่ายทอดสดทางสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส (ThaiPBS) จึงมีการออกแบบการสื่อสารสาธารณะจากความร่วมมือหลายภาคส่วนร่วมกับชุมชน

การเปลี่ยนแปลง (change): ผลของการแข่งขันเรือเกยหาดกลายเป็นเครื่องมือในการดึงคนดึงชุมชนให้เข้ามาในพื้นที่ชายหาดบ้านสวนกง และสามารถเชื่อมสื่อหลากหลายประเภททั้งสื่อบุคคล สื่อพื้นบ้าน สื่อสารมวลชน สื่อออนไลน์ พื้นที่ เทศกาล ฯลฯ ที่สำคัญยังช่วยให้เกิดการเปิดใจยอมรับชาวบ้านสวนกงมากขึ้น จากเดิมที่เคยมองว่าเป็นพวกขัดขวางการพัฒนากลายเป็นเห็นด้วยกับสิ่งที่ชาวบ้านทำ เรือเกยหาดจึงได้ช่วยสร้างนิยามความหมายใหม่ของคำว่า “การพัฒนา” ที่ชาวบ้านสามารถกำหนดนโยบายได้ด้วยตนเอง ไม่เพียงรอนโยบายลงมาจากภาครัฐและจำกัดแนวทางการพัฒนาให้เป็นพื้นที่เขตอุตสาหกรรมเท่านั้น

8. สมัชชาเยาวชนชาติพันธุ์ 5 อำเภอชายแดน

จ.ตาก: เครือข่ายปกากะญอมีดี จ.ตาก

การมีพื้นฐานมาจากปัญหา (base on problem): เนื่องจากในพื้นที่อำเภอชายแดนของจังหวัดตากมีความเหลื่อมล้ำและเปราะบางสูง รวมทั้งมีความแตกต่างหลากหลาย ทั้งวิถีชีวิต วิถีคิด ภาษา วัฒนธรรม ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างเด็กในเมืองกับเด็กชาติพันธุ์และเด็กชาติพันธุ์ข้ามชาติ ความไม่เข้าใจในวัฒนธรรมที่แตกต่างนำไปสู่การตีตราและดูถูกคนที่ไม่ใช่พวกเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ในพื้นที่ที่มีความแตกต่างหลากหลายทางชาติพันธุ์ เด็กและเยาวชนจึงต้องมีทักษะเท่าทันตนเอง มีการเรียนรู้และยอมรับความแตกต่างหลากหลาย เพื่ออยู่ร่วมกันอย่างสันติ โดยเปิดพื้นที่การสื่อสารให้สาธารณะเรียนรู้ และเข้าใจในวิถีชีวิต คุณค่า และวัฒนธรรมร่วมกัน

วิธีการใหม่ (new smart): เครือข่ายปกากะญอผู้มีดี จึงได้ร่วมกับภาคีต่างๆ จัดสมัชชาเยาวชนชาติพันธุ์ 5 อำเภอ ชายแดน จังหวัดตาก ที่วิทยาลัยโพธิวิชชาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ โดยให้เยาวชนชาติพันธุ์มาแลกเปลี่ยน เรียนรู้ข้ามพื้นที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย ฐานกิจกรรมเรียนรู้ต่างๆ นอกจากนี้เยาวชนได้ร่วมเปิดซุ้ม เทศกาล “เยาวชนชาติพันธุ์ยังดีมาโฮว” จัดขึ้นที่สวนสาธารณะ เทศบาลนครแม่สอด ซุ้มกิจกรรมที่ให้ผู้มาร่วมงาน มีส่วนร่วมทั้งของใช้ ของเล่น อาหารขนม และการแสดง ซึ่งแสดงถึงอัตลักษณ์ วัฒนธรรมของชาติพันธุ์ที่มีความ หลากหลาย และมีส่วนร่วมจากองค์กรเครือข่ายต่างๆ ทั้งในเทศบาล ชุมชนสถาบันการศึกษา องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรกลุ่มชาติพันธุ์ข้ามชาติ และเครือข่าย

การเปลี่ยนแปลง (change): การจัดสมัชชาเยาวชน ชาติพันธุ์ 5 อำเภอชายแดน จังหวัดตาก และงานเทศกาล เยาวชนชาติพันธุ์ ยังดีมาโฮว ทำให้เยาวชนชาติพันธุ์เกิดความ ภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภูมิปัญญา ของชาติพันธุ์ตนเอง คนในสังคมมองเห็นศักยภาพของ เยาวชนชาติพันธุ์ ส่วนงานเทศกาลเป็นเครื่องมือเชื่อมความ สัมพันธ์ระหว่างเยาวชนชาติพันธุ์ 5 อำเภอชายแดน จังหวัดตาก เยาวชนกลุ่มชาติพันธุ์ข้ามชาติ และเยาวชนกลุ่มคนในเมือง แม่สอด นำไปสู่การเข้าใจ เคารพ และยอมรับในความแตกต่าง หลากหลาย ลบมาายาคติการตีตราและดูถูกคนที่ไม่ใช่ พวกเขาเดียวกัน อีกทั้งยังทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม คนทำงานด้านชาติพันธุ์และประเด็นอื่นๆ ทั้งในและนอก จังหวัดตากรวมถึงประเทศเพื่อนบ้าน

9. HUB 2U สถานีอุดรดิถีติดยิ้ม: เครือข่าย อุดรดิถีติดยิ้ม จ.อุดรดิถี

การมีพื้นฐานมาจากปัญหา (base on problem): เครือข่ายอุดรดิถีติดยิ้มเกิดจากการรวมตัวของกลุ่มคน ทำงานในจังหวัดอุดรดิถีที่มีความหลากหลายทั้งประเด็น เครื่องมือ และพื้นที่ทำงาน แต่มีเป้าหมายร่วมกันในการผลักดัน เรื่องพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็กเยาวชนและครอบครัว ให้มีความต่อเนื่องและได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วน นำไปสู่การสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อความยั่งยืนในอนาคต เครือข่ายอุดรดิถีติดยิ้มจึงพยายามค้นหาและพัฒนาพื้นที่ สร้างสรรค์ที่เป็นพื้นที่จุดศูนย์กลางร่วมกันเพื่อสื่อสารบอกเล่า เรื่องราวต่างๆ ของภาคี และเป็นพื้นที่ให้เครือข่ายมาพบปะ

แลกเปลี่ยนร่วมกัน

วิธีการใหม่ (new smart): เครือข่ายอุดรดิถีติดยิ้ม จึงได้ก่อตั้ง “HUB 2U” สถานีอุดรดิถีติดยิ้ม โดยพัฒนา พื้นที่ที่เคยเป็นโรงเรียนเก่าที่ถูกทิ้งร้าง ให้เป็นพื้นที่ สร้างสรรค์เพื่อการเรียนรู้ของทุกคนภายใต้แนวคิดจุดนัดพบ ทุกการสร้างสรรค์ เชื่อมโยงทุกคนทุกเรื่องราวทุกรูปแบบ กิจกรรมสร้างสรรค์มาไว้ที่นี่ ทั้งแบบพื้นที่ถาวรเปิดให้ บริการอย่างต่อเนื่อง และโปรแกรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้นเป็น พิเศษตามวาระต่างๆ โดยมีพื้นที่ให้เรียนรู้ทั้งคาเฟ่ แกลเลอรี โรงละคร อาร์ตฟาร์ม สนามเด็กเล่น บอร์ดเกม อาร์ตสเปซ ห้องเรียนรู้ สตูดิโอ ฯลฯ

การเปลี่ยนแปลง (change): พื้นที่ “HUB 2U” สถานีอุดรดิถีติดยิ้ม เป็นกระบวนการขับเคลื่อนสุขภาวะ เมืองและจังหวัดด้วยพลังศิลปะสร้างสรรค์ ทำให้เกิด การเปลี่ยนรูป แปลงร่าง สร้างความหมายใหม่ จากพื้นที่ ที่ถูกทิ้งร้างกลางเมืองให้กลายเป็นพื้นที่หลากหลายมิติ ทั้งพื้นที่กลาง พื้นที่การสื่อสาร พื้นที่สร้างสรรค์ และพื้นที่ เรียนรู้สาธารณะ ส่งผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาวะ ของเด็กและเยาวชนระดับจังหวัด แม้สถานีอุดรดิถีติดยิ้ม จะปิดตัวลงแล้วในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เนื่องจาก ต้องเผชิญกับความท้าทายในการบริหารจัดการพื้นที่ให้ คู่คุณค่าและยั่งยืน ประกอบกับทิศทางของเครือข่ายให้ความสำคัญกับการพัฒนาพื้นที่ของตนเองมากขึ้น แต่ก็ได้สร้าง บทเรียนที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนพื้นที่สร้างสรรค์ในสังคมไทย

วิจารณ์

นวัตกรรมทางสังคม (social innovation) ของเครือข่าย พื้นที่นี้...ดีจังทั้ง 9 กรณีศึกษา มีพื้นฐานมาจากปัญหาที่ แตกต่างกันไป ทั้งเรื่องการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การศึกษา ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ชาติพันธุ์ และพื้นที่ สร้างสรรค์สำหรับเด็กเยาวชน จนนำไปสู่วิธีการใหม่ในการ แก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของเด็กเยาวชน ครอบครัว และ ชุมชน จนก่อให้เกิดนวัตกรรมที่มีความหลากหลายรูปแบบ เช่น ด้านชิ้นงานหรือผลิตภัณฑ์ ดังกรณีกิจกรรมแจกความสุข สู้โควิด-19 ผ่านตู้ส่งความสุขของกลุ่มไม้ขีดไฟ และงานใบไม้ เปลี่ยนเมืองของกลุ่มบ้านไร่อุทัยยิ้ม จ.อุทัยธานี ด้านกระบวนการ ทำงาน ดังกรณีการแข่งขันเรือเกยหาดของศูนย์เรียนรู้วิถี ธรรมชาติเพื่อชุมชน จ.สงขลา และสมัชชาเยาวชนชาติพันธุ์

สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพ คนไร้บ้านในประเทศไทยปัจจุบัน

อนรรฆ พิทักษ์ธานิน¹, อนุสรณ์ อัมพันธ์ศรี²

¹ สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

² สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

คนไร้บ้าน (homeless) คือ ประชากรที่มีความเปราะบางกลุ่มหนึ่งของสังคม และประสบปัญหาทางสุขภาพในหลายมิติ ทั้งในมิติทางที่อยู่อาศัย มิติทางสุขภาพ มิติทางเศรษฐกิจ และมิติทางด้านสวัสดิการ ในช่วงเวลาที่ผ่านมา หน่วยงานทั้งภาคประชาสังคม ภาครัฐ และภาควิชาการ ได้มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการผลักดันและหนุนเสริมการสร้างเสริมสุขภาพคนไร้บ้านที่ครอบคลุมทุกมิติที่สำคัญ ที่สอดคล้องกับความหลากหลายของการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน ทั้งในกลุ่มประชากรที่เปราะบางต่อการไร้บ้าน (pre-homeless) กลุ่มประชากรที่เข้าสู่ภาวะไร้บ้านทั้งที่เป็นคนไร้บ้านหน้าใหม่ (new homeless) และคนไร้บ้านถาวรหรือที่เข้าสู่ภาวะไร้บ้านมาเป็นเวลานาน (permanent homeless) และกลุ่มที่พ้นจากภาวะไร้บ้าน (post homeless) บทความชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เห็นภาพรวมสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพคนไร้บ้านในประเทศไทยปัจจุบัน จากการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ภาครัฐ ภาคเอกชน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบนฐานองค์ความรู้ อย่างไรก็ตาม บทความชิ้นนี้ได้พยายามชี้ให้เห็นว่าการทำงานส่งเสริมสุขภาพคนไร้บ้านและกลุ่มเปราะบางต่อภาวะไร้บ้าน แม้จะประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งในปัจจุบัน ที่สามารถสร้างระบบและเครือข่ายในระดับพื้นที่เพื่อการป้องกันและสนับสนุนสุขภาพคนไร้บ้านได้อย่างครอบคลุม รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายและแกนนำคนไร้บ้านให้เป็นการขับเคลื่อนเชิงปฏิบัติการหรือเปลี่ยนสถานะจาก “ผู้รับ” มาเป็น “ผู้ให้” และการขับเคลื่อนนโยบายอย่างมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งในประเด็นด้านที่อยู่อาศัย สิทธิสวัสดิการ และคุณภาพชีวิต หากแต่ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจในอนาคต ที่นำมาสู่ความเสี่ยงและความเปราะบางต่อภาวะคนไร้บ้านในมิติที่แตกต่างหลากหลายจะเป็นความท้าทายสำคัญต่อระบบและเครือข่ายของการสร้างสุขภาพคนไร้บ้านในปัจจุบัน

คำสำคัญ: คนไร้บ้าน; สุขภาพคนไร้บ้าน; ศูนย์พักคนไร้บ้าน

Situation of Health Promotion for the Homeless People in Thailand

Anuk Pitukthanin¹, Anusorn Amphansri²

¹ Institute of Asian Studies Chulalongkorn University, Bangkok

² Thai Health Promotion Foundation, Bangkok, Thailand

Abstract

The homeless population are one of the vulnerable groups in a society, who face multiple well-being challenges including housing insecurity, health-related problems, and financial insecurity along with welfare issues. Civil-society agencies, state agencies, and academia have been collaborating to improve every important aspects of the homeless population's well-being related to factors contributing to homelessness in those who are vulnerable to homelessness (pre-homeless), those who recently entered homelessness (new homeless), those who have been continuously homeless (permanent homeless), and those who have experienced homelessness (post homeless). This article aims to provide an overview of the current situation on the health promotion for the homeless in Thailand with collaboration from the civil society, public sector, private sector, and Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth) that has established a model of health promotion based on the knowledge from the partnership network. Work was performed in establishing a systemic network in local communities, aiming to comprehensively prevent and improve the well-being of the homeless, building a strong partnership network and the homeless leadership to become a leading actor in driving policy change — becoming “givers” rather than “recipients,” — and advocating policies regarding housing, welfare, and quality of life with the participation of every actor. Despite achieving a certain level of success, socioeconomic changes in the future that cause risks and vulnerabilities to homelessness in different aspects may become major challenges to the systems and networks of the current health promotion for the homeless.

Keywords: homeless; health promotion; shelter for homeless

บทนำ

คนไร้บ้าน (homeless) คือ กลุ่มประชากรที่อยู่อาศัยใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ และไม่สามารถเข้าถึงที่อยู่อาศัยในรูปแบบใดๆ อันเนื่องจากความไม่เพียงพอและมั่นคงทางรายได้⁽¹⁾ ทั้งนี้ คนไร้บ้านและการเข้าสู่ภาวะไร้บ้านเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กับการกลายเป็นเมือง (urbanization) และการขยายตัวของเมือง ตลอดจนความเปลี่ยนแปลง

ทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ทำให้ผู้คนจำนวนมากจากภาคส่วนต่างๆ ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในถิ่นฐานบ้านเกิดของตนเองด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว ปัญหาการไร้ที่พึ่งพาและแรงยึดเหนี่ยวทางสังคม ฯลฯ จึงอพยพเข้าสู่เมืองมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในสังคมไทยยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับคนไร้บ้านไม่มากนัก แม้ว่าจะมีงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่บ้างแล้วจำนวนหนึ่ง แต่พบว่ายังไม่มีข้อมูลเชิงปริมาณของจำนวนประชากร

คนไร้บ้านที่เป็นปัจจุบันและเชื่อถือได้ ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตก็ยังมีอยู่น้อยมาก กลายเป็นข้อจำกัดในการกำหนดแนวนโยบายและการแก้ไขปัญหาคนไร้บ้านอย่างเข้าใจและสอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริง⁽²⁾

คนไร้บ้านเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสังคมและสุขภาพที่สูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ความเปราะบางดังกล่าวมีเหตุปัจจัยมาจากทั้งความเสี่ยงในการใช้ชีวิตบนพื้นที่สาธารณะ การขาดความมั่นคงทางด้านที่อยู่อาศัย การขาดความมั่นคงทางรายได้ และการขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ งานศึกษาจำนวนหนึ่งได้ชี้ให้เห็นว่าสถานะความไม่มั่นคง โดยเฉพาะทางด้านที่อยู่อาศัย และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลอย่างสำคัญต่อภาวะความเปราะบางของคนไร้บ้าน งานศึกษาของ ชญานิศวรร โคโณ ได้ชี้ให้เห็นว่าอายุเฉลี่ยอันเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญของคนไร้บ้านอยู่ต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรทั่วไป กล่าวคือในประเทศไทยคนไร้บ้านมีอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตประมาณ 60 ปี ต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยที่อยู่ 75 ปี ถึงประมาณ 15 ปี และต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของภูมิภาคอาเซียนที่อยู่ 71 ปี⁽³⁾ ทั้งนี้ คนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตบนพื้นที่สาธารณะจะมีอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตต่ำกว่าคนไร้บ้านในศูนย์พักพิงของรัฐและภาคประชาสังคม ในทางเดียวกันงานศึกษาของ ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล ได้ชี้ให้เห็นว่าคนไร้บ้านที่อยู่ในพื้นที่สาธารณะเป็นเวลานานจะมีสัดส่วนของกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตระดับ Major Psychiatric Problem มากกว่ากลุ่มประชากรที่อยู่ในพื้นที่สาธารณะเป็นเวลานานน้อยกว่าอย่างสำคัญ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การอยู่ในพื้นที่สาธารณะเป็นเวลานานส่งผลต่อสุขภาพทางจิตของคนไร้บ้าน⁽⁴⁾

งานศึกษาทางวิชาการจำนวนหนึ่งยังได้ชี้ให้เห็นอีกเช่นกันว่า สถานการณ์ปัญหาทางสังคมและสุขภาพของคนไร้บ้านในปัจจุบันและแนวโน้มของปัญหาในอนาคตที่จะเป็นประเด็นท้าทายของการพัฒนาสุขภาพของคนไร้บ้านอันสามารถจำแนกได้ ดังต่อไปนี้

การเข้าถึงระบบสวัสดิการของภาครัฐ ผลการสำรวจสถานการณ์ประชากรคนไร้บ้าน พบว่า คนไร้บ้านมีความ

ต้องการสวัสดิการเร่งด่วน ดังต่อไปนี้ สวัสดิการด้านที่พักอาศัย ร้อยละ 22.7 สวัสดิการรักษาพยาบาล ร้อยละ 18.8 สวัสดิการทางสังคม ร้อยละ 11.7⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม คนไร้บ้าน ร้อยละ 28 เข้าไม่ถึงระบบสวัสดิการของภาครัฐ เนื่องจากปัญหาการสูญหายของเอกสารทางทะเบียนหรือตกหล่นจากสิทธิสถานะทางทะเบียน ยิ่งไปกว่านั้น งานศึกษาของธิดา อ่อนอินทร์และคณะ⁽⁵⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่า คนไร้บ้านที่มีสิทธิสถานะส่วนหนึ่งก็ยังประสบกับอุปสรรคในการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ อันเนื่องมาจากทัศนคติทางลบและการตีตราของเจ้าหน้าที่รัฐในหน่วยบริการบางแห่ง

ความไม่เพียงพอของรายได้และความเปราะบางจากการทำงาน แม้ข้อมูลจากการสำรวจคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร จะชี้ให้เห็นว่า คนไร้บ้าน ร้อยละ 90 มีงานทำ⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการทำงานของภาคประชาสังคมที่พบว่าคนไร้บ้านส่วนใหญ่ ทั้งในศูนย์พักพิงและพื้นที่สาธารณะต้องการงานและมีรายได้ หากแต่คนไร้บ้านกว่า ร้อยละ 50 รายงานว่ามีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต และคนไร้บ้านประมาณ ร้อยละ 40 รายงานว่า มีรายได้จากการทำงานรับจ้างทั่วไป รองลงมา คือ หาของเก่าขาย และค้าขายเล็กน้อย (ประมาณ ร้อยละ 20 เปรียบเทียบกับร้อยละ 12) อันเป็นภาวะการทำงานที่ไม่มีความมั่นคงทั้งทางอาชีพและรายได้ ซึ่งรายได้และการทำงานที่มีความต่อเนื่องหรือมีความมั่นคงเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการตั้งหลักชีวิตและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน

ภาวะสูงวัยของประชากรคนไร้บ้าน แม้คนไร้บ้านจะมีอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตอยู่ที่ประมาณ 60 ปี หากแต่ประชากรคนไร้บ้านก็มีภาวะสูงวัยในสัดส่วนที่สูง ในปัจจุบันมีคนไร้บ้านอายุ 60 ปีขึ้นไปสูง ร้อยละ 18 ซึ่งภาคกลางและภาคตะวันออก-เฉียงเหนือ มีสัดส่วนคนไร้บ้านสูงอายุค่อนข้างมาก คือ ร้อยละ 25.7 และร้อยละ 22.9 ตามลำดับ⁽⁶⁾ ทั้งนี้ ลักษณะประชากรดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มากกว่าสังคมไทยโดยรวมที่กำลังเข้าสู่ภาวะดังกล่าวนี้ในทางเดียวกัน งานศึกษาของ พีระ ตั้งธรรมรักษ์ และคณะ ชี้ให้เห็นว่าการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อจำนวนของคนไร้บ้านหากขาดสวัสดิการรองรับที่ดีพอ⁽⁷⁾

จากที่กล่าวมาข้างต้น บทความชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เห็นภาพรวมสถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพคนไร้บ้าน

ในประเทศไทยปัจจุบันจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ภาครัฐ ภาคเอกชน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กรณีศึกษา: คนไร้บ้านพื้นที่ประเทศไทย

1. พลิกโฉมด้านองค์ความรู้: เปิดพื้นที่สร้างความรู้ใจคนไร้บ้าน

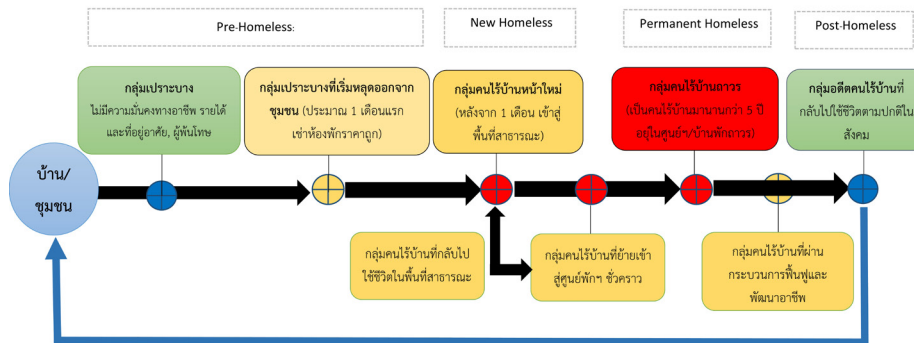
จากการสำรวจข้อมูลองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้านในประเทศไทย ณ ปี พ.ศ. 2556⁽²⁾ พบว่า องค์ความรู้ทางวิจัยที่เกี่ยวข้องมีจำนวนจำกัด แม้กระทั่งข้อมูลจำนวนประชากรของคนไร้บ้านทั้งเชิงปริมาณ และภาพรวมทางประชากรของกลุ่มคนไร้บ้าน แม้หน่วยงานต่างๆ จะมีการเก็บข้อมูลบ้างแล้ว แต่ยังไม่มีการจัดเก็บโดยวิธีวิทยาที่เป็นระบบซึ่งจะทำให้ทราบข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและเป็นภาพรวมของทั้งประเทศ รวมถึงภาพรวมทางด้านลักษณะคนไร้บ้าน และปัจจัยการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน ที่จะเป็นพื้นฐานสำคัญในการผลักดันเชิงนโยบาย หรือยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการขาดแคลนความองค์ความรู้เกี่ยวกับคนไร้บ้านที่มีความทันสมัยและพลวัตก็ยังเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบในการทำงานเกี่ยวกับคนไร้บ้าน การทำงานของหน่วยงานต่างๆ ยังขาดข้อมูลในภาพรวมที่เป็นระบบ ทั้งข้อมูลในเชิงคุณภาพและปริมาณ ซึ่งต่างเป็นองค์ความรู้สำคัญที่จะใช้ประเมินสถานการณ์และแนวโน้มในอนาคตเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2559 สำนักสนับสนุนสุขภาพ-ประชากรกลุ่มเฉพาะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พัฒนาวิธีวิทยาการศึกษา คนไร้บ้าน เรียกว่า “ระเบียบวิธีการแจงนับคนไร้บ้าน และการดำเนินการแจงนับ (homeless point-in-time count)” และ “ระเบียบวิธีการสำรวจคนไร้บ้าน (homeless survey)”⁽¹⁾ และได้ทำการแจงนับและสำรวจคนไร้บ้านมาอย่างต่อเนื่องในหลายพื้นที่ของประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2559 อาทิ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น เชียงใหม่ และนครราชสีมา และในปี พ.ศ. 2562 ได้มีการสำรวจแจงนับคนไร้บ้านทั้งประเทศร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย และภาคีเครือข่าย ซึ่งพบจำนวนประชากรคนไร้บ้านทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 2,721 คน แบ่งเป็น เพศชาย

2,310 คน เพศหญิง 390 คน กลุ่มหลากหลายทางเพศ 12 คน และไม่ทราบเพศ 9 คน โดยคนไร้บ้านกระจายตัวใน “ทุกจังหวัด” ของประเทศไทยไม่เฉพาะแค่ในเมืองใหญ่เท่านั้น โดยกรุงเทพมหานครพบคนไร้บ้านมากที่สุด จำนวน 1,029 คน รองลงมา คือ นครราชสีมา จำนวน 133 คน เชียงใหม่ จำนวน 112 คน สงขลา จำนวน 100 คน ชลบุรี จำนวน 87 คน ขอนแก่น จำนวน 76 คน การพบคนไร้บ้านในพื้นที่อื่นๆ นอกเหนือจากเมืองใหญ่ สะท้อนถึงความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคมที่ขยายตัวออกจากเมืองใหญ่สู่ภูมิภาค อื่นๆ ของประเทศไทย⁽⁶⁾ ทั้งนี้ความเปราะบางของคนไร้บ้านที่พบ ได้แก่ การไม่มีสถานะทางทะเบียน ทำให้เข้าไม่ถึงสิทธิสุขภาพและสวัสดิการต่างๆ การไม่มีศักยภาพในการเข้าถึงที่อยู่อาศัยทุกประเภท และการมีอาชีพที่สามารถสร้างรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ข้อมูลจากการสำรวจยัง พบว่า คนไร้บ้านเพศหญิงมักเลือกอยู่กับครอบครัว คู่ชีวิต หรือคนไร้บ้านคนอื่น ๆ ในขณะที่คนไร้บ้านเพศชายมักเลือกอยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะคนไร้บ้านสูงอายุที่พบว่า มีสัดส่วนการอยู่ตัวคนเดียวสูงกว่าช่วงวัยอื่น

นอกจากข้อมูลทางประชากรในเชิงจำนวนแล้ว การทำงานของภาคประชาสังคม โดยเฉพาะมูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย และงานศึกษาทางวิชาการ⁽⁸⁾ ได้สะท้อนให้เห็นว่า ลักษณะทางประชากรของคนไร้บ้านสามารถจำแนกออกเป็น 4 ระยะของความเสี่ยงและการเข้าสู่ภาวะไร้บ้านที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและแบบแผนการใช้ชีวิต ดังภาพที่ 1 อันได้แก่ (1) กลุ่มคนไร้บ้านที่อยู่ในภาวะเสี่ยง/เปราะบางที่เริ่มออกจากชุมชน (pre-homeless) (2) กลุ่มคนไร้บ้านหน้าใหม่ (new homeless) หรือกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะก้ำกึ่งต่อการไร้บ้าน (proto-homelessness) ทั้งสองกลุ่มนี้ ความหวังในการแสวงหาความมั่นคงทางชีวิตและการกลับมา มีคุณภาพชีวิตที่ดียังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่มีความพยายามในการหางานและรายได้ อันแตกต่างจาก (3) กลุ่มคนไร้บ้านถาวร (permanent homeless) ที่จะมีแนวโน้มที่จะคุ้นชินกับวิถีชีวิตและภาวะไร้บ้าน และประสบกับความเสียหายทางสุขภาพกายและจิตจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ รวมถึงความหวังในการยกระดับชีวิตที่เริ่มหมดภายใต้โครงสร้างทางสังคมที่เปิดโอกาสไม่มากนักให้กับประชากรกลุ่มนี้ (4) กลุ่มที่พ้นจากภาวะไร้บ้าน (post

ภาพที่ 1 วงจรชีวิตคนไร้บ้านในประเทศไทย (The Stages of Homelessness)



homeless) ทั้งจากการเป็นคนไร้บ้านหน้าใหม่และคนไร้บ้านถาวร ที่แม้จะมีความมั่นคงในชีวิตมากขึ้น หากแต่ยังต้องประสบกับภาวะความเปราะบางในบางช่วงเวลา

2. เปลี่ยนความหมายของคนไร้บ้าน: คนจนจัด ไม่ใช่คนจรจัด

ในอดีตภาพของคนไร้บ้านนั้น เดิมถูกเรียกว่า “คนจรจัด” มาตั้งแต่ในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งหมายรวมถึงคนที่ไม่ได้ประกอบการทำมาหาเลี้ยงชีพ และไม่มีหลักแหล่ง เกี้ยวอาศัยนอนตามศาลาวัดบ้าง ตามโรงปอนบ้าง คนจรจัดส่วนมากมักถูกระบุว่าเป็นคนที่ประพฤติชั่ว ฉกชิงวิ่งราว ลักทรัพย์ของสาธารณชน ต้องรับพระราชอาญาคนละหลายครั้ง⁽⁹⁾ และในพระราชบัญญัติการควบคุมขอทาน พ.ศ. 2484⁽¹⁰⁾ กล่าวถึง “ขอทาน” หรือบางครั้งเรียกว่า “คนเร่ร่อน” ซึ่งเป็นลักษณะของบุคคลที่ไม่มีอาชีพและที่อยู่เป็นหลักแหล่ง มีเพียงการขอเศษเงินเพื่อดำรงชีพ ก่อความเดือดร้อนให้กับตนเองและผู้อื่น จะเห็นได้ว่าภาพของคนไร้บ้านนั้นถูกทำให้เป็นปัญหาของสังคมที่ต้องแก้ไขและกำจัดยังคงดำเนินเรื่อยมา หลังจากนั้น บุญเลิศ วิเศษปรีชา ได้นำคำว่า “คนไร้บ้าน” มาใช้ในการศึกษาวิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต⁽¹¹⁾ ต่อมาภาคประชาสังคมหลายองค์กร เช่น มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย จึงหันมาใช้ “คนไร้บ้าน” แทน “คนเร่ร่อน คนจรจัด” ซึ่งเป็นคำที่กีดทับและตีตราคนไร้บ้าน

การใช้คำว่า “คนไร้บ้าน” ในการขับเคลื่อนงานของ สสส. และภาคประชาสังคม มีนัยยะที่สำคัญเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่มองคนไร้บ้านในแง่ลบ เป็นพวกขี้เกียจ ไม่มีหัวนอนปลายเท้า ไม่รู้จักทำมาหากิน สกปรก หรือเป็นเชื้อโรค แต่เป็นเพียงการเหมารวมและตีตรา เพราะยังมี

คนไร้บ้านอีกมากที่ยังมีความหวังในชีวิต มุ่งงานทำ แต่รายได้ที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน⁽¹²⁾ ดังนั้นการเข้าถึงการมี “บ้าน” หรือที่พักอาศัยจึงเป็นไปได้ยากสำหรับพวกเขา “ไร้บ้าน” จึงเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือในการเสริมพลังอำนาจภายใน (empowerment) ให้แก่คนไร้บ้านโดยให้คนไร้บ้านมีความหวังที่จะ “ไม่ไร้บ้าน” อีกต่อไป นอกจากนี้กระบวนการสื่อสารสังคม ยังถูกนำมาใช้เพื่อปรับทัศนคติของสังคมในการมองคนไร้บ้านใหม่จากคนเร่ร่อนจรจัดเป็น “คนไร้บ้าน” ที่เป็น “คนจนจัด” ตัวอย่างการสื่อสารสังคมที่เกิดขึ้น เช่น เว็บไซต์ และเฟซบุ๊กแฟนเพจ Penguin Homeless หรือการสื่อสารผ่านกิจกรรมภายใต้แนวคิด Human of Street ซึ่งร่วมกับสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส เป็นต้น

ในปัจจุบันจะพบว่าหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคม สื่อมวลชน สถาบันการศึกษา และประชาชนทั่วไปหันมาใช้คำว่าคนไร้บ้าน แทนคนเร่ร่อนจรจัดมากขึ้น รวมทั้งประเด็นคนไร้บ้านก็ได้รับความสนใจมากขึ้นด้วยเช่นกัน

3. บอลลูกไมเดลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไร้บ้าน

ข้อมูลจากการสำรวจคนไร้บ้านที่บ่งชี้ว่าคนไร้บ้านสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ประกอบด้วย

1. กลุ่มคนไร้บ้านที่อยู่ในภาวะเสี่ยง/เปราะบางที่เริ่มออกจากชุมชน (pre-homeless) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการกลายเป็นคนไร้บ้าน อาทิ กลุ่มแรงงานที่เข้ามาทำงานในเมือง แรงงานนอกระบบ ลูกจ้างรายวัน กลุ่มคนจนเมือง/ชุมชนแออัด กลุ่มนี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ใช้กลไกทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในการช่วยเหลือคนที่ประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ปัญหา

ครอบครัว ฯลฯ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดคนไร้บ้านหน้าใหม่

2. กลุ่มคนไร้บ้าน (homeless) คือ กลุ่มที่หลุดออกจากมาเป็นคนไร้บ้านแล้วซึ่งอาจแบ่งย่อยได้อีก กลุ่มนี้มีเป้าหมายเพื่อให้สามารถตั้งหลักชีวิตได้ กลับคืนสู่สังคมได้ หมายความว่า สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีรายได้ มีที่พักอาศัย เข้าถึงสิทธิและบริการขั้นพื้นฐานทางสุขภาพและสวัสดิการสังคมได้ โดยกลุ่มคนไร้บ้านยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มคนไร้บ้านหน้าใหม่ หรือกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะก้ำกึ่งต่อการไร้บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าสู่ภาวะไร้บ้านไม่นาน ส่วนมากไม่เกิน 1 ปี และกลุ่มคนไร้บ้านถาวร เป็นกลุ่มที่เข้าสู่ภาวะไร้บ้านมากกว่า 1 ปี และมักมีความคุ้นชินหรือปรับตัวกับภาวะไร้บ้านแล้ว

3. กลุ่มที่พ้นจากภาวะไร้บ้าน (post-homeless) คือ กลุ่มคนไร้บ้านที่สามารถตั้งหลักชีวิตได้ และสามารถกลับคืนสู่สังคมแล้ว เป้าหมายของกลุ่มนี้ คือ ทำอย่างไรให้คนไร้บ้านที่สามารถตั้งหลักชีวิตได้แล้ว ไม่ต้องกลับมาเป็นคนไร้บ้านอีกครั้ง

จากข้อมูลการสำรวจคนไร้บ้านดังกล่าว เป็นพื้นฐานที่สำคัญของสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ สสส. ในการพัฒนาโมเดลการขับเคลื่อนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะคนไร้บ้านจากการถอดบทเรียนการทำงานในระหว่างที่ผ่านมาร่วมกับภาคีเครือข่าย หรือที่รู้จักกันในชื่อ “Balloon Model: โมเดลการสร้างเสริมสุขภาวะคนไร้บ้าน”⁽¹³⁾ ดังภาพที่ 2 มีสาระสำคัญที่เป็นการทำงานสนับสนุนสุขภาวะคนไร้บ้านที่ครอบคลุมคนไร้บ้านในแต่ละช่วงของภาวะไร้บ้าน ตั้งแต่องานเชิงระบบที่เน้นการป้องกัน

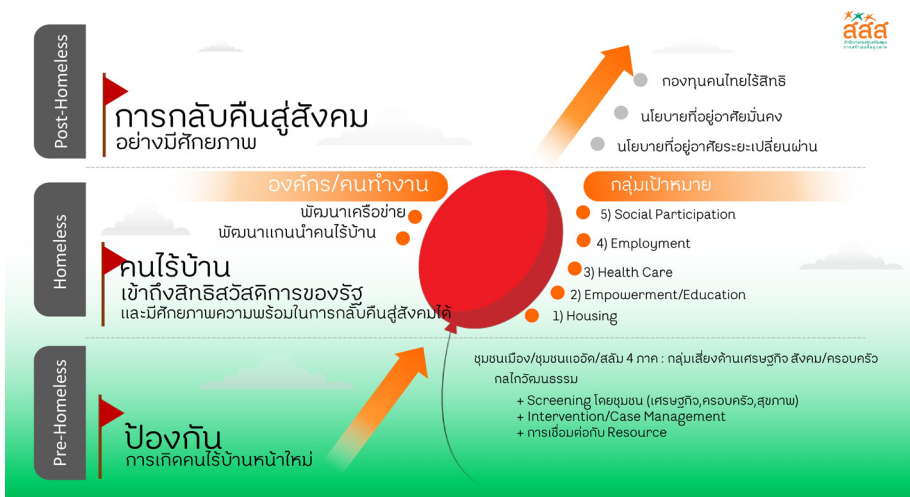
การเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน การพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพเพื่อลดจำนวนคนไร้บ้านและส่งเสริมคืนสู่สังคม และการหนุนเสริมเพื่อไม่ให้เกิดการเข้าสู่ภาวะไร้บ้านซ้ำ

แนวคิดของบอลูนโมเดลคือ หากบอลูนเปรียบเสมือนทรัพยากร และสวัสดิการต่างๆ ของประเทศที่ถูกจัดไว้สำหรับรองรับการช่วยเหลือคนไร้บ้าน หากคนไร้บ้านเพิ่มจำนวนมากขึ้น บอลูนก็จะไม่สามารถรองรับได้จนระเบิด ดังนั้นจึงต้องทำอะไรเพื่อให้คนไร้บ้านออกจากบอลูนพ้นจากภาวะไร้บ้าน หรือกลับคืนสู่สังคมให้ได้ และต้องป้องกันไม่ให้เกิดคนไร้บ้านรายใหม่ หรือป้องกันกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเปราะบางเพื่อไม่ให้เข้ามาสู่การเป็นคนไร้บ้านนั่นเอง

ทั้งนี้การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วย Balloon Model เน้นการขับเคลื่อนด้วยฐานคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือ การสร้างความรู้ เพื่อนำไปขับเคลื่อนทางสังคมและเชื่อมโยงความรู้ และการขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ/โครงสร้างทางสังคมผ่านการขับเคลื่อน/ผลักดันนโยบาย รวมทั้งการเชื่อมประสานกับหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน เพื่อให้เกิดการประสาน และบูรณาการการทำงาน โดยอาจสรุปได้ ดังนี้

1. การพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาวะคนไร้บ้าน ได้แก่ การพัฒนาวิทยุวิทยาและการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้าน เพื่อการทำความเข้าใจและออกแบบกระบวนการในการขับเคลื่อนงาน

ภาพที่ 2 Balloon Model: โมเดลการสร้างเสริมสุขภาวะคนไร้บ้าน



2. การเสริมพลัง และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายคนไร้บ้าน โดยเน้นการดำเนินงานผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพคนไร้บ้าน การสร้างเครือข่าย การสร้างอาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังจัดให้มีกระบวนการเตรียมความพร้อมให้คนไร้บ้านมีส่วนร่วมกับสังคม มีความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคมได้ และมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองได้
3. การสร้างเครือข่ายการขับเคลื่อนงานที่หลากหลายทั้งองค์กรภาครัฐ ทั้งส่วนกลาง และท้องถิ่น เช่น กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น โดยเป็นการสร้างความร่วมมือในการบูรณาการทำงานรวมทั้งการสร้างกลไกระดับพื้นที่ในการสร้างเสริมสุขภาพคนไร้บ้าน
4. การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะนโยบายตามมติคณะรัฐมนตรี “โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มคนไร้บ้าน 2 ปี (พ.ศ. 2559-2560)” เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2559 ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้านในหลายมิติโดยในระยะแรกนี้เน้นการเข้าถึงที่อยู่อาศัย โดยในปี 2560 ได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย สมาคมคนไร้บ้าน และเครือข่ายภาคประชาชนได้ขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวสู่การปฏิบัติโดยการจัดหาที่ดิน และพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับคนไร้บ้านใน 3 พื้นที่ คือ เชียงใหม่ ขอนแก่น และกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ยังผลักดันให้เกิด “คณะกรรมการพัฒนากลุ่มคนไร้บ้านแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมจากภาคีทุกภาคส่วน” ภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์อีกด้วย
5. การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อคนไร้บ้านผ่านการสื่อสารสังคมด้วยรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ไทยพีบีเอส มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย มูลนิธิกระจกเงา เป็นต้น โดยการกระบวนการสื่อสารภายใต้แนวคิด Human of Street ซึ่งเป็นแคมเปญการสื่อสารระยะยาว

นอกจากนี้ยังมีนวัตกรรมสำคัญในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพคนไร้บ้าน⁽¹⁴⁾ นั่นคือ “นวัตกรรมศูนย์พักคนไร้บ้าน” ซึ่งไม่ได้เป็นแค่เพียงการจัดบริการแบบใหม่ที่มีความจำเป็นในสังคมไทย แต่นวัตกรรมนี้นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาสังคม โดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มคนไร้บ้านมีบทบาทกำหนดแนวทาง และดำเนินการในเรื่องต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งในที่นี้ คือ การจัดศูนย์พักสำหรับคนไร้บ้าน การบริหารจัดการศูนย์พัก และการจัดกระบวนการและกิจกรรมต่างๆ แนวทางนี้เป็นการพัฒนาที่ยึดเอาคนเป็นศูนย์กลาง (People-Oriented Approach) ภายใต้สมมติฐานว่าผู้มีส่วนได้เสียโดยตรง ซึ่งในที่นี้ หมายถึงกลุ่มคนไร้บ้านควรเป็นผู้มีบทบาทหลักในการพัฒนา เป็นผู้คิดค้นหรือกำหนดแนวทางการพัฒนาด้วยตนเอง และหากพวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สังคมก็จะมีคุณภาพดีตามไปด้วย นวัตกรรมนี้นอกจากจะเป็นการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการผู้รับบริการแล้ว ยังนับเป็นการจัดบริการสังคมที่มีประสิทธิภาพ เพราะเป็นการใช้งบประมาณและทรัพยากรต่างๆ เช่น อาคารที่พิชิตบุคลากรฯ ได้อย่างคุ้มค่า โดยสามารถวัดประสิทธิภาพของการจัดการได้ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

4. สิทธิและสถานะ: เพื่อการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานในการมีสุขภาพที่ดี

สิทธิและสถานะทางทะเบียนเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญต่อการเข้าถึงสวัสดิการด้านต่างๆ และปัจจัยสำคัญต่อการตั้งหลักชีวิตของคนไร้บ้าน อย่างไรก็ตาม คนไร้บ้าน ร้อยละ 28 ในพื้นที่สาธารณะและศูนย์พักคนไร้บ้าน และประมาณ ร้อยละ 25 ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽¹⁾ มีปัญหาทางด้านสิทธิสถานะทางทะเบียนส่งผลให้เข้าไม่ถึงระบบสวัสดิการของรัฐ นอกจากนี้ คนไร้บ้านทั้งหมดจากการสำรวจ รายงานและประเมินว่าเป็นคนไทยทั้งหมดประมาณ ร้อยละ 99 รายงานว่ามีเอกสารรับรองความเป็นคนไทยและส่วนหนึ่งรายงานว่า เป็นคนไทย⁽¹⁾ แต่มีเอกสารอื่นๆ เช่น บัตรประจำตัวผู้ไร้-รากเหง้า สาเหตุที่ทำให้ปัญหาของการได้รับสิทธิสถานะทางทะเบียนของคนไร้บ้าน อาจจำแนกได้ใน 2 ลักษณะ คือ (1) ปัญหาในการพิสูจน์ยืนยันสิทธิสถานะ อันเนื่องมาจากบัตรประจำตัวประชาชนสูญหายมาเป็นเวลานานและประสบกับปัญหาการรับรองตัวตน การถูกจำหน่ายชื่อออกจาก

ทะเบียนบ้านและทะเบียนบ้านกลาง การขาดผู้รับรองและยืนยันตัวตน รวมถึงความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อ การสืบประวัติ และ (2) ปัญหาตกล่นจากการมีสิทธิสถานะ อันเนื่องมาจากไม่มีเอกสารการเกิดหรือสูติบัตร การถูกทอดทิ้ง แต่กำเนิด และตกล่นจากการมีเลขทะเบียนราษฎร แต่กำเนิด

นอกจากนี้ปัญหาด้านสิทธิสถานะทางทะเบียนมิได้ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ความเปราะบางของคนไร้บ้านเท่านั้น การไม่มีสิทธิสถานะทางทะเบียนและเข้าไม่ถึงสวัสดิการของรัฐยังเป็นอีกปัจจัยสำคัญหนึ่งของการเข้าสู่ภาวะไร้บ้านของกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไร้บ้าน โดยเฉพาะในชุมชนเมืองที่ครัวเรือนมีสถานะยากจนและขาดหลักประกันทางสังคม

สถานะทางทะเบียนเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีความสำคัญอย่างมากในการเข้าถึงสิทธิสุขภาพของประชากรไทย เนื่องจากระบบสุขภาพของไทยยังยึดโยงกับความเป็นพลเมืองหรือการมีบัตรประจำตัวประชาชน ภาควิชาการ ทั้งภาคประชาสังคม และภาควิชาการ รวมถึง สสส. จึงได้มีการผลักดันให้เกิดกลไก⁽¹⁵⁾ ในการเข้าถึงสิทธิและสถานะทางทะเบียนของคนไร้บ้านเพื่อการลดข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการเข้าถึงสิทธิสุขภาพในสองระดับ คือ

1) แกนนำคนไร้บ้านเพื่อการพัฒนาสิทธิสถานะ ที่มีองค์ความรู้และสามารถช่วยเหลือพี่น้องคนไร้บ้านทั้งในศูนย์พักคนไร้บ้าน และในพื้นที่สาธารณะ โดยให้ความช่วยเหลือพี่น้องคนไร้บ้านใน 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 กลุ่มคนที่มีบัตรประชาชนแต่ไม่สามารถหรือไม่สะดวกที่จะเข้ารับบริการในหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นสิทธิไว้ กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีบัตรประชาชนแล้วเกิดการสูญหาย แต่ยังสามารถที่จะติดตามหรือหาเอกสารได้ กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เกิดมาไม่เคยมีการทำบัตรประชาชน จำเป็นต้องลงเก็บข้อมูลบุคคลรวบรวมเอกสารที่มีทั้งหมดไปติดต่อเขตพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้ดำเนินการเช็กข้อมูลสถานะบุคคล สืบประวัติหาครอบครัว เพื่อที่จะเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สถานะบุคคล และกลุ่มที่ 4 กลุ่มคนที่ไม่สามารถหาข้อพิสูจน์ใดๆ ว่าเป็นคนไทยได้ เช่น ถูกทิ้งแต่กำเนิดญาติพี่น้องไม่มีให้ตรวจพิสูจน์ดีเอ็นเอ ไม่มีหน่วยงานใดกล้ารับรองสถานะบุคคล คนกลุ่มนี้จะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ไร้รากเหง้า

2) การขับเคลื่อนนโยบายคนไทยไร้สิทธิ โดยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “คณะทำงานพัฒนาการเข้าถึงบริการระบบหลักประกันสุขภาพของกลุ่มคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน”⁽¹⁵⁾ ภายใต้อนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้ง “คณะทำงานบูรณาการพัฒนาการเข้าถึงบริการระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน” ประกอบไปด้วย ตัวแทนจากกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. และภาคประชาสังคม โดยมีรองปลัดกระทรวงมหาดไทยในฐานะผู้แทนกระทรวงมหาดไทย ในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประธาน เพื่อเป็นกลไกในการสร้างความครอบคลุมในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของคนไร้บ้านและคนไทยตกล่นในเขตเมือง รวมถึงเป็นกลไกในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มคนไทยตกล่นในเขตเมือง และนำไปสู่การลงนามบันทึกความร่วมมือ “การดำเนินงานพัฒนาการเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย ที่มีปัญหาสถานะทางทะเบียน” ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อบูรณาการความร่วมมือดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบางที่ยังเข้าไม่ถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ

5. พลิกโฉมด้านนโยบาย: การสร้างพื้นที่ในระดับนโยบายสำหรับคนไร้บ้าน

การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคมและภาครัฐได้นำไปสู่การวางนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านต่างๆ ทั้งด้านที่อยู่อาศัย หลักประกันทางสุขภาพ และหลักประกันทางสังคมของหน่วยงานภาครัฐที่มีครอบคลุมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน นั่นคือ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) มีสาระสำคัญส่วนหนึ่งที่เชื่อมโยงและครอบคลุมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน โดยเฉพาะในประเด็นการสร้างหลักประกันทางสังคมและสุขภาพ กล่าวคือ ในยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเด็นที่ว่าด้วย “การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ สติปัญญา และสังคม” ได้มีการกล่าวถึง “(4) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี ในทางเดียวกับในยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความ

เสมอภาคทางสังคม” ในประเด็นที่ว่าด้วย “การลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ” ได้มีการกล่าวถึง (5) สร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย ทุกเพศภาวะและทุกกลุ่ม (6) ลงทุนทางสังคมแบบมุ่งเป้าเพื่อช่วยเหลือกลุ่มคนยากจนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาสโดยตรง (7) สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการศึกษา โดยเฉพาะสำหรับผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส⁽¹⁶⁾

ในทางเดียวกัน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานหลักของรัฐบาลในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน ได้มีการวางยุทธศาสตร์ที่ประเด็นคนไร้บ้านถูกหมายรวมในเป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ ตัวอย่างเช่น ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ว่าด้วยการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น โดยทำให้คนในกลุ่มที่ต่ำกว่าสามารถมีโอกาสทางสังคม ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ว่าด้วยการมีภูมิคุ้มกันช่วยเหลือตนเองได้ โดยเน้นการขับเคลื่อนในมิติการพัฒนาป้องกันในลักษณะการเสริมสร้างโอกาส พร้อมกับเสริมศักยภาพไปที่ตัวคนครอบครัว และชุมชน เป็นต้น⁽¹⁷⁾

นอกจากนี้ในประเด็นของการสร้างหลักประกันทางสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561-2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2563-2565) โดยมีการระบุกลยุทธ์ไว้ว่า “สร้างความมั่นใจในการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ (Ensure coverage and access for vulnerable and underutilization groups)” นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังได้มีการกำหนดตัวชี้วัดในการสร้างเครือข่ายเพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงสิทธิสถานะของคนไร้บ้านและคนไทยตกหล่นในเขตเมืองในฐานะตัวชี้วัดหลักขององค์กรด้วยเช่นกัน⁽¹⁸⁾

ในทางเดียวกันสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ภายใต้การผลักดันของภาคประชาสังคม ได้ขับเคลื่อนโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มคนไร้บ้าน 2 ปี (พ.ศ. 2559-2560) ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2559 ครอบคลุมทั้งการพัฒนาทางด้านที่อยู่อาศัย/ศูนย์พักชั่วคราวของคนไร้บ้านและการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านในเมืองใหญ่ของประเทศ⁽¹⁹⁾

บทวิจารณ์: การทำงานในอนาคต ความท้าทายของการสร้างเสริมสุขภาพ คนไร้บ้านในระยะต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นในบทความชิ้นนี้จะเห็นได้ว่าคนไร้บ้านแต่ละช่วงระยะของภาวะไร้บ้าน จำเป็นต้องมีรูปแบบและมีวิธีการพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น คนไร้บ้านหน้าใหม่ควรต้องมีการดำเนินการที่เน้นการพัฒนาต้นรายได้ประกอบกับการยกระดับความสามารถทางอาชีพเพื่อการเข้าถึงการทำงานที่มั่นคงมากขึ้น และคนไร้บ้านถาวรควรมีการฟื้นฟูสภาพทางกายและทางจิตควบคู่กับการพัฒนาต้นรายได้และการยกระดับด้านอาชีพ โดยการสนับสนุนทางด้านที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับสภาพของคนไร้บ้านแต่ละระยะเป็นแกนกลางของความสำคัญในการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ เป็นต้น

งานศึกษาของ ธาณี ชัยวัฒน์ และคณะ⁽¹²⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาสุขภาพของคนไร้บ้านในปัจจุบันจำเป็นต้องให้ความสำคัญใน 4 กรอบประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) การสร้างการเข้าถึงตลาดแรงงาน หรือกลับคืนสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านการพัฒนาทักษะและการจัดหางานที่เหมาะสมให้กับคนไร้บ้านและกลุ่มเปราะบางต่อภาวะไร้บ้าน เพื่อให้มีรายได้ที่ต่อเนื่องอันเป็นพื้นฐานของการตั้งหลักชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว (2) เพิ่มประสิทธิภาพของกลไกภาครัฐผ่านการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมที่จะมีส่วนให้เกิดความครอบคลุมและประสิทธิภาพในการสนับสนุนและฟื้นฟูคนไร้บ้านที่มากขึ้นและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาที่มีความเฉพาะในแต่ละพื้นที่ (3) พัฒนา “ต้นแบบระดับพื้นที่” ในการแก้ไขปัญหาพร้อมกันเชิงบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมเพื่อจัดการกับประเด็นคนไร้บ้านในพื้นที่ที่มีจำนวนคนไร้บ้านไม่มากนัก โดยท้องถิ่นและท้องที่เข้ามาเป็นเจ้าภาพหลักในการทำงาน และ (4) การป้องกันการเข้าสู่ภาวะไร้บ้านถาวรของกลุ่มคนไร้บ้านหน้าใหม่ ที่จะช่วยลดความเสี่ยงทางสังคมและสุขภาพจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะของคนไร้บ้าน และเสริมประสิทธิภาพของการดำเนินการ (intervention) ในการสนับสนุนฟื้นฟูคนไร้บ้าน

ทั้งนี้ จากกรอบประเด็นของการขับเคลื่อนงานข้างต้น ถือได้ว่าเป็นความท้าทายที่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพคนไร้บ้านในอนาคต โดยเฉพาะในประเด็นของการป้องกัน

การเข้าสู่ภาวะไร้บ้านถาวรของกลุ่มคนไร้บ้านหน้าใหม่ งานศึกษาอนาคตการไร้บ้านในเมืองของ อนรรฆ พิทักษ์ธานิน⁽²⁰⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่าความเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจในอนาคตจะส่งผลกระทบต่อความเปราะบางและความเสี่ยงในการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการจ้างงาน การปรับเปลี่ยนแบบแผนการผลิตของประเทศ การเปลี่ยนแปลงสภาวะอากาศ และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบอยู่อาศัยใช้ชีวิตของประชากร เป็นต้น ความเปลี่ยนแปลงในอนาคตที่ว่าจะนำมาสู่ความไม่แน่นอนและความเสี่ยงทางสังคมแบบใหม่ที่จะส่งผลต่อการเข้าสู่ภาวะไร้บ้านของประชากรทั้งที่เป็นกลุ่มเปราะบางและไม่ใช่กลุ่มเปราะบาง รวมถึงส่งผลกระทบ

ทบทต่อตลาดแรงงานและความต้องการทางทักษะแรงงาน ซึ่งจะเป็นความท้าทายสำคัญต่อการทำงานส่งเสริมสุขภาพของคนไร้บ้านทั้งในเชิงของการออกแบบและพัฒนาระบบป้องกันการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน และการพัฒนาทักษะและการจัดหางานที่เหมาะสมให้กับคนไร้บ้านและกลุ่มเปราะบางต่อภาวะไร้บ้าน ในทางเดียวกันความเอื้ออาทรและความสมานฉันท์ (social cohesion) ที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตยังเป็นอีกปัจจัยและความท้าทายสำคัญในการทำงานส่งเสริมสุขภาพคนไร้บ้าน บนพื้นฐานของการขับเคลื่อนและมีบทบาทของภาคประชาสังคมและเครือข่ายทางสังคมที่มีแนวโน้มจะเปลี่ยนรูปแบบไปในอนาคตอีกเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. อนรรฆ พิทักษ์ธานิน, มณฑกานต์ ฉิมมามี, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, ธนานนท์ บัวทอง, ญานิกา อักษรนำ, มธุรส ทาวรมย์. การสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2559.
2. อัจฉรา รักษยุตธรรม. รายงานการวิจัยการวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงาน และองค์ความรู้เกี่ยวกับคนในพื้นที่สาธารณะ: คนไร้บ้าน เด็กเร่ร่อน และผู้ป่วยข้างถนน เพื่อการพัฒนายุทธศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.
3. ชญานิศวรร โคโณะ. รายงานการศึกษาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตและการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2560.
4. ทานตะวัน อวีรุทวรกุล. การสำรวจความชุกโรคทางจิตเวชของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาการเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม; 2559.
5. ธิดา อ่อนอินทร์, นรา ชำคม, อารยา ปานศรี. โครงการศึกษาทัศนคติบุคลากรในหน่วยงานสวัสดิการด้านสังคมและกลุ่มผู้ประกอบการเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงสวัสดิการสังคมและลดการตีตรา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
6. สมาคมคนไร้บ้าน. การสำรวจเจเนอรัลคนไร้บ้านทั่วประเทศ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
7. พีระ ตั้งธรรมรักษ์, เจนนิเฟอร์ ชวโนวานิช, นิชาภัทร ไม้งาม, ณัฐศุภณ ด่าชื่น, โสติธร มัลลิกะมาส, ธาณี ชัยวัฒน์. การพัฒนาตัวชี้วัดความเปราะบางในการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน และตัวชี้วัดความพร้อมในการตั้งหลักชีวิตเพื่อกลับคืนสู่สังคมของคนไร้บ้าน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
8. มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2555.
9. เสถียร วิชัยลักษณ์. พระราชบัญญัติตัดสินคนจรจัดและคนที่เคยต้องโทษหลายครั้ง. กรุงเทพมหานคร: นิติเวช; 2493.
10. พระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พุทธศักราช 2484. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 58, ตอนที่ 71 (ลงวันที่ 7 ตุลาคม 2484).
11. บุญเลิศ วิเศษปรีชา. เปิดพรมแดน โลกของคนไร้บ้าน. กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2546.
12. ธาณี ชัยวัฒน์, พีระ ตั้งธรรมรักษ์, รัฐวิบูลย์ไพรวิน, นิชาภัทร ไม้งาม, โสติธร มัลลิกะมาส. การศึกษาแนวทาง วิเคราะห์ต้นทุนการแก้ไขปัญหาคนไร้บ้าน และติดตามการเปลี่ยนแปลงทางชีวิตของคนไร้บ้านในช่วงเริ่มต้น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2561.
13. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การเดินทางของความสุข รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2561.

14. ไทยโพสต์. สร้างศูนย์ฟื้นฟูฯ คนไร้บ้านแห่งที่ 3 ที่ปทุมธานีเป็นแหล่งพักพิง-สร้างชีวิตใหม่ เผยผลสำรวจพบคนไร้บ้านทั่วประเทศ 2,669 คน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์; 2562 [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaipost.net/main/detail/47064>
15. วรรณภา แก้วชาติ. การศึกษาและพัฒนาต้นแบบกลไกจัดการและเครือข่ายเพื่อการแก้ปัญหาการเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพ (Health Security) ของคนไร้บ้านและคนจนเมืองที่มีปัญหาด้านสิทธิสถานะอย่างยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2564.
16. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561.
17. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2559.
18. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนปฏิบัติราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561-2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2563-2565) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561 [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nhso.go.th/page/strategic>
19. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มคนไร้บ้าน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน; 2559.
20. อนุกรม พิทักษ์ธานี. การศึกษาอนาคตการไร้บ้านในเมือง โครงการชีวิตคนเมือง 4.0: อนาคตคนเมืองในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ; 2563.

การออกแบบโรงพยาบาลสร้างสุข(ภาวะ) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม

สรนาถ สินธุโรพันธ์

กลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ

คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอการดำเนินงานของกลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และภาคีเครือข่ายสถาปนิก ในการออกแบบปรับปรุงพื้นที่ภายในโรงพยาบาลภาครัฐขนาดต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึงปัจจุบัน ด้วยวิธีการศึกษา ผ่านกระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม เปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างบุคลากร ผู้ป่วย และญาติ หน่วยงาน ท้องถิ่น และชุมชนโดยรอบ ผ่านการทำกิจกรรมการออกแบบหลายรูปแบบ จากการสอบถามความต้องการ จัดลำดับความ สำคัญของปัญหา การระดมสมอง และเปิดโอกาสให้เสนอแนะทางเลือกและแนวทางในการพัฒนาสิ่งแวดล้อม สร้างการเรียนรู้ สองทาง และร่วมกันตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การกำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาโรงพยาบาลแต่ละแห่งในอนาคต ผลลัพธ์จากการ ดำเนินงานข้างต้น ไม่เพียงแต่ช่วยสนับสนุนระบบการให้บริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่ยังช่วยสร้างทางเลือกใน การพัฒนาสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลให้ตอบรับกับพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร และเอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและ ญาติที่มารับบริการ ทำให้โรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับชุมชน มีบทบาทมากกว่าเป็นสถานที่รักษาโรคภัยไข้เจ็บ แต่สามารถเป็นสถานที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคมที่เข้มแข็ง ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต และเป็นจุดเริ่มต้นในการสร้าง ความร่วมมือร่วมใจกันเพื่อพัฒนาทั้งพื้นที่ภายในโรงพยาบาล และการให้บริการสุขภาพของชุมชนท้องถิ่นในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: สิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง; โรงพยาบาลชุมชน; การออกแบบอย่างมีส่วนร่วม; สุขภาวะ; พื้นที่สุขภาวะ

Designing (Well-being) Hospital through the Participatory Design

Soranart Sinuraibhan

Built Environment for Health and Well-being Research Unit

Faculty of Architecture, Kasetsart University, Bangkok, Thailand

Abstract

This article presents the work achievements of the Built Environment for Health and Well-being Research Unit at Faculty of Architecture, Kasetsart University in collaboration with Thai Health Promotion

Foundation, as well as partners and networks of architect in designing and improving areas within public hospitals through a participatory design process, since 2018. This creates dialogic space for exchanging ideas between staff, patients, relatives, local authorities, as well as communities through various design activities which derived from interviews, problem prioritization, and brainstorming activities; in order to provide opportunities to suggest ways to develop the built environment within each public hospital. Moreover, it creates a two-way learning process and then leads to a vision and future plan of infrastructure development for each hospital. As a result, the works do not only support healthcare services and systems, but also provide alternative ways to improve the built environment that fits working behavior of the healthcare personnel, and to support the lives of patients and their relatives who receive healthcare services. This emphasizes the role of a hospital, particularly a community hospital, which is not only a place to cure illness, but also play a greater role as a place to build social network and relations. The hospital can be a place that improves quality of life and promotes wellness through the built environment, in order to provide long-term health services to local communities.

Keywords: built environment; community hospital; participatory design; well-being; healthy space

บทนำ

สิ่งแวดล้อมรอบตัวมีผลต่อสุขภาพ และการใช้ชีวิตของมนุษย์ โดยจำเป็นต้องพิจารณาอย่างเป็นองค์รวม⁽¹⁻³⁾ เป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างกาย (physical) ใจ (mental) สังคม (social) ความรู้สึกและจิตวิญญาณ (emotional & spiritual) รวมทั้งสิ่งแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ (physical environment) สังคมวัฒนธรรม (socio-cultural) และเศรษฐกิจ (economic) ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และสามารถส่งผลต่อสุขภาพของมนุษย์แต่ละคนได้ในทุกมิติ

โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่มีความเกี่ยวข้องกับกาหนดำเนินชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก เป็นที่รักษาเยียวยาพักฟื้นของผู้ป่วย รวมถึงญาติของผู้ป่วย เป็นสถานที่สำหรับการฝึกอบรบ และฝึกสอนนักศึกษาด้านสาธารณสุข และเป็นสถานที่ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้มีการไหลเวียนเข้าออกของคนทุกวัน โดยเฉพาะบทบาทการเป็นพื้นที่สาธารณะในระดับชุมชน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิดของผู้คน ดังนั้นการให้ความสำคัญกับคุณภาพของสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามไปได้ เพราะสิ่งแวดล้อมนั้นสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และสุขภาพของทุกคนที่

เข้ามาใช้พื้นที่ของโรงพยาบาล รวมทั้งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการเยียวยารักษาโรค⁽⁴⁻⁶⁾ อาคารประเภทโรงพยาบาลจึงมีความต้องการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment) โดยปัจจุบันในแวดวงสาธารณสุขได้นิยาม “การเยียวยา” (healing) ในขอบเขตที่กว้าง โดยหมายถึงเป็นการทำให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ซึ่งครอบคลุมทั้งสุขภาพทางกายและทางใจ แต่การเยียวยาไม่ได้หลายระดับ ตั้งแต่การทำให้จิตใจผ่อนคลายจากความตึงเครียดหรือเหนื่อยอ่อนทางจิตใจเพื่อยกระดับสุขภาพะ รวมไปถึงการคลายความกังวลจากความเจ็บป่วย และไปจนถึงขั้นการทำให้หายจากโรคร้าย ดังนั้นสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาในที่นี้ จึงหมายถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อกระบวนการเยียวยาไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ หรือสิ่งแวดล้อมที่สร้างสรรค์ขึ้นโดยมนุษย์ เป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำให้สุขภาพดีขึ้นอย่างเป็นองค์รวมไม่ว่าจะโดยการช่วยส่งเสริมหรือฟื้นฟูสุขภาพ รวมไปถึงเพื่อการรักษาโรค มิงงานวิจัยหลายชิ้นชี้ให้เห็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของโรงพยาบาลที่มีต่อสุขภาพและประสิทธิภาพของการรักษาโรค⁽⁷⁻⁹⁾ รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนสุขภาพ (create supportive environments) ซึ่งเป็นหนึ่งในห้าแนวคิดและข้อตกลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่กำหนดไว้ในกฎบัตรรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa

Charter for Health Promotion) ซึ่งประกาศไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและพลวัตของโลก

อย่างไรก็ตาม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเฝ้าระวัง และการสร้างเสริมสุขภาพภายในโรงพยาบาลในประเทศไทยยังไม่ได้ถูกให้ความสำคัญมากนัก โรงพยาบาลภาครัฐส่วนใหญ่ในประเทศไทย อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ถูกกำหนดโดยโครงสร้างเชิงนโยบายแบบบนลงล่าง (top-down approach) และมีการบริหารจัดการแบบรวมศูนย์ โดยเฉพาะด้านการออกแบบและจัดการสิ่งแวดล้อม เนื่องจากโรงพยาบาลภาครัฐนั้นมีอยู่เป็นจำนวนมาก แต่บุคลากรที่รับผิดชอบดูแลงานด้านนี้ไม่มีจำนวนจำกัด จึงทำให้ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องใช้แบบมาตรฐานมาช่วยในการตอบสนองความต้องการด้านพื้นที่อาคาร และสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับเงื่อนไขทางด้านเวลาและงบประมาณ รวมถึงให้เกิดความสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) เหมาะสมกับระดับขีดความสามารถในการให้บริการของแต่ละโรงพยาบาล ที่กำหนดไว้โดยกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่เขตสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกัน การใช้แบบมาตรฐานทำให้เกิดข้อจำกัดตามมา เนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการของการใช้พื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีความแตกต่างไปตามแต่ละบริบทของโรงพยาบาลจึงทำให้เกิดการต่อเติมหรือปรับแก้พื้นที่ภายในอาคารอย่างต่อเนื่องในหลายพื้นที่จนกลายเป็นปัญหาต่อเนื่อง หากแบบที่ปรับปรุงนั้นไม่ได้ถูกพัฒนาจากบุคลากรในสายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและมีประสบการณ์พอ

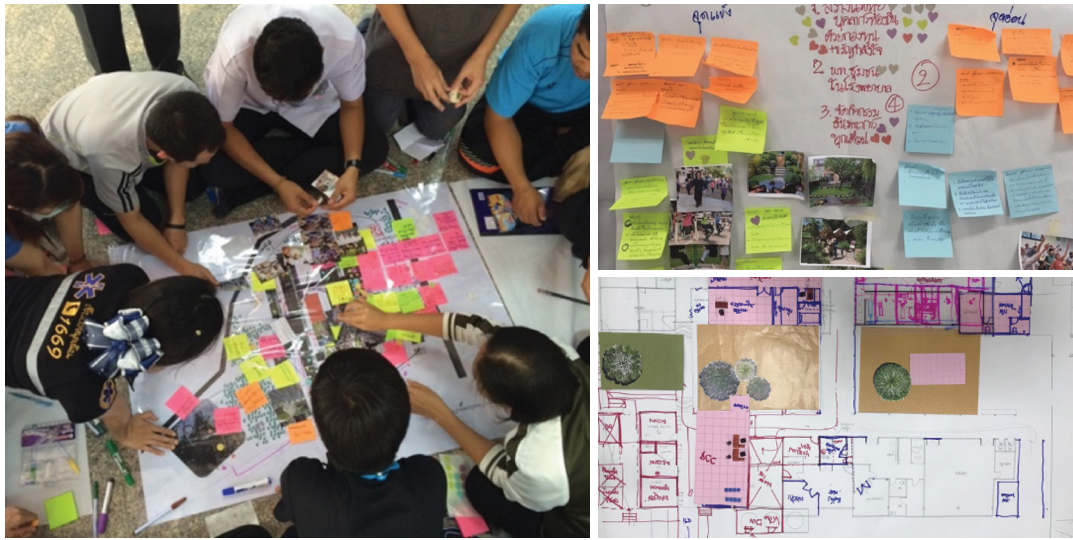
จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น กลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ ได้ดำเนินโครงการวิจัยและพัฒนาพื้นที่ภายในโรงพยาบาลขนาดต่างๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึงปัจจุบันโดยมีคำถามวิจัยหลักในเรื่องการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะในบริบทที่แตกต่างได้อย่างไร นำไปสู่วัตถุประสงค์หลักได้แก่ (1) ออกแบบและพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาวะ ผ่านการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม (2) มุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้และภาคีเครือข่ายนักออกแบบสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง เพื่อสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม และ (3) พัฒนาตัวอย่างการปรับปรุงพื้นที่การให้บริการสุขภาพ

จากแบบมาตรฐาน เพื่อสร้างทางเลือกในการออกแบบและพัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งนี้การดำเนินงานตั้งอยู่บนหลักแนวคิดทางการออกแบบทางสถาปัตยกรรม และการสร้างความเป็นอยู่ที่ดี ส่งเสริมให้เกิดพื้นที่อยู่อาศัยซึ่งในที่นี้หมายถึง พื้นที่ในโรงพยาบาลที่รองรับการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตหรือกิจกรรมด้านต่างๆ แก่บุคลากร ผู้ป่วยญาติ และชุมชน ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการรับหรือให้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งช่วงเวลาอื่นๆ ที่สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลสามารถสนับสนุนและเอื้อให้เกิดคุณภาพชีวิตนำไปสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดปัจจัยต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดความเครียด คลายความวิตกกังวล และสร้างความอยู่ดีมีสุขของผู้คนและชุมชนได้ โดยบทความฉบับนี้นำเสนอตัวอย่างการพัฒนาพื้นที่ภายในโรงพยาบาล จำนวน 5 แห่ง ร่วมกับภาคีเครือข่ายสถาปนิก ได้แก่ (1) โรงพยาบาลนาวิ้งเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดหนองบัวลำภู (2) โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่ (3) โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดกาญจนบุรี (4) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี และ (5) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา ซึ่งทั้งหมดเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินโครงการวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จำนวน 10 แห่ง และ โครงการวิจัยและพัฒนาพื้นที่อยู่อาศัยมีสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จำนวน 21 แห่ง (สสส.)

การออกแบบอย่างมีส่วนร่วม

การออกแบบและพัฒนาพื้นที่ในโรงพยาบาล ใช้การออกแบบอย่างมีส่วนร่วม (participatory design) ดังภาพที่ 1 เป็นวิธีการศึกษาหลัก ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการออกแบบสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตในโรงพยาบาล ทำให้สามารถเข้าใจถึงความต้องการ พฤติกรรม ประสบการณ์ ความคาดหวัง และความกังวลของบุคลากรและผู้มารับบริการในโรงพยาบาลได้ โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล คือ ให้ผู้ที่ไม่ใช่นักออกแบบหรือไม่ได้มีพื้นฐานในการออกแบบ (non-designer) ได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนการออกแบบ โดยมีระดับของการเข้ามามีส่วนร่วมแตกต่างกันไปในแต่ละแนวทางซึ่งที่ปฏิบัติกันแพร่หลาย คือ การให้ผู้ใช้อ้อย (user) หรือ

ภาพที่ 1 กิจกรรมการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมของบุคลากร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวังก์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดหนองบัวลำภู



ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการออกแบบ เข้ามามีส่วนร่วม เฉพาะช่วงการประเมินผลงานการออกแบบ หรือในช่วง ทดสอบการใช้สอย (usability testing) ซึ่งนับเป็นช่วง ท้ายในกระบวนการออกแบบ แต่ภายใต้กรอบใหญ่ของ การออกแบบอย่างมีส่วนร่วมนั้น ยังมีวิธีการศึกษาอีก รูปแบบหนึ่งที่เรียกว่า co-design ซึ่งเป็น กระบวนการที่มอง ผู้ใช้สอยเป็นผู้ออกแบบร่วม (design partner) มากกว่า เป็นกลุ่มเป้าหมาย (subject) ทำให้ระดับการมีส่วนร่วม ของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการออกแบบนั้นมีความเข้มข้น มากกว่า เพราะได้ทำงานร่วมกับนักออกแบบตั้งแต่ช่วงต้น ของกระบวนการออกแบบ ซึ่งต่างจากการให้ผู้ใช้เข้ามา มีส่วนร่วมในช่วงท้ายดังเช่นแต่ก่อน ซึ่งในวงการวิจัยการ ออกแบบ (design research) มองว่าการออกแบบไม่ได้ พุ่งความสำคัญไปที่ผลิตผลของการออกแบบในเชิงรูปธรรม อีกต่อไป แต่กลับมองไปที่เป้าประสงค์ของการออกแบบ เช่น การออกแบบเพื่อสร้างประสบการณ์ การออกแบบเพื่อการ บริการ การออกแบบเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์การออกแบบ เพื่อปรับพฤติกรรม⁽¹⁰⁾ และในกระบวนการออกแบบมีหลักการ ว่าการออกแบบที่ดีนั้น นักออกแบบควรจะได้ข้อมูลครบถ้วน เพื่อสามารถออกแบบที่ตอบสนองความต้องการของ ผู้ใช้สอย ทั้งความต้องการทางด้านกายภาพ ประโยชน์ใช้สอย ความต้องการทางด้านจิตใจ ความรู้สึกและอารมณ์นอกจากนั้น ควรจะต้องออกแบบที่สร้างประสบการณ์การใช้งานที่ น่าจดจำ หรือที่เรียกว่า user-experience design อีกด้วย⁽¹¹⁾

ในการออกแบบด้วยวิธี co-design นั้น มีวิธีการ

เก็บข้อมูลโดยมองว่าผู้ใช้สอยเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ (expert of his/her experience) มีบทบาทและความ สำคัญ สามารถให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนความรู้ ระดมสมอง และสร้างแนวความคิดร่วมกับนักออกแบบ ทั้งนี้เพราะ นักออกแบบเองอาจไม่สามารถเข้าใจถึงความต้องการ อารมณ์ และความรู้สึกของผู้ใช้สอยได้ทั้งหมด⁽¹²⁾ โดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของผู้ใช้สอยนั้น สามารถกระทำได้ตั้งแต่ในช่วง เริ่มต้นของการออกแบบ สร้างแรงบันดาลใจ ช่วยเสนอ แนวความคิดใหม่ประเมินแนวความคิดในการออกแบบ สร้างแบบจำลอง หรือต้นแบบร่วมไปกับนักออกแบบ ผ่านการบอกความเป็นไปได้ในอนาคตถึงพฤติกรรมของผู้ใช้สอย ที่เกิดขึ้นกับงานออกแบบนั้นๆ⁽¹³⁾ ดังนั้นการมีส่วนร่วม ผ่านการออกแบบด้วยวิธี co-design จะนำมาซึ่งงาน ออกแบบที่ตอบสนองความต้องการได้มากกว่าวิธีการแบบเดิม

การออกแบบโรงพยาบาลสร้างสุข(ภาวะ)

“สถาปัตยกรรมเป็นตัวแทนทรงพลังที่แสดงถึงการทำงาน อย่างหนักกับสสารต่างๆ จึงต้องรู้ว่าสถาปัตยกรรมส่งผลต่อ ผู้คน ต่อสถานที่ต่างๆ อย่างไร ต้องรู้ว่าการออกแบบ และการ ก่อสร้างสามารถสร้างสุขภาวะยิ่งกว่าสร้างความเจ็บป่วย”⁽¹⁴⁾

การดำเนินงานออกแบบปรับปรุงพื้นที่ภายใน โรงพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม นำไปสู่การทำความเข้าใจความ สัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้าง สุขภาวะในโรงพยาบาล รวมถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อม สรรค์สร้างที่มีผลอย่างยิ่งต่อระบบการให้บริการสุขภาพ

(health service) การดำเนินงานออกแบบปรับปรุงพื้นที่ภายในโรงพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม นำไปสู่การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะในโรงพยาบาล รวมถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างที่มีผลอย่างยิ่งต่อระบบการให้บริการสุขภาพ (health service) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่อาจมองได้ว่าเป็นเรื่องของฮาร์ดแวร์ (hardware) ควรถูกนำมาคิด วิเคราะห์ และประเมิน ร่วมไปกับการวางแผนระบบการให้บริการสุขภาพ ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นส่วนของซอฟต์แวร์ (software) ภายในโรงพยาบาลเสมอ โดยทั้งสองปัจจัยนี้ไม่สามารถทำงานแยกส่วนกันได้ เพราะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้สอยได้อย่างเต็มที่มีนั้น นำไปสู่การพัฒนาประสิทธิภาพของระบบการให้บริการสุขภาพที่ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยเช่นกัน ส่งผลโดยตรงต่อการเข้ามารับบริการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการสร้างควมไว้วางใจ ความรู้สึกปลอดภัยความรู้สึกเป็นเจ้าของ และความสัมพันธ์อันดีระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนได้เป็นอย่างดี

การดำเนินโครงการวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้าง โรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 ร่วมกับภาคีสถาปนิก ได้แก่ ใจบ้านสตูดิโอ ตาแสงสตูดิโอ และครอสแอนด์เฟรนด์ เป็นตัวอย่างที่สะท้อนถึงการทำงานผ่านกระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม ที่นำไปสู่การพัฒนาพื้นที่ของชุมชน

ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะภายในโรงพยาบาล โดยดำเนินงานผ่านกิจกรรมหลายรูปแบบที่ใช้เครื่องมือ วิธีการ และสื่อที่แตกต่างกัน เพื่อเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่บุคลากรทุกฝ่ายของโรงพยาบาล บุคลากรภาคสาธารณสุข ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อาสาสมัคร ผู้นำ และตัวแทนชุมชนได้แลกเปลี่ยนข้อมูลและเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัด เพื่อวางอนาคตและแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลของตนร่วมกัน โดยเฉพาะผลงานการออกแบบอาคารสืบสานพระราชปณิธาน พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร หรือ “อาคารภูมิพัฒน์” ภายใต้วิสัยทัศน์ และแนวคิดของกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อชุมชนอย่างแท้จริง เป็นโรงพยาบาลที่เป็นมากกว่าโรงพยาบาล โดยอาคารภูมิพัฒน์มีบทบาทสำคัญเชิงพื้นที่ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาภายใน โรงพยาบาล พื้นที่อาคารถูกใช้งานเพื่อสนับสนุนการให้บริการสุขภาพต่อชุมชนเป็นหลัก ให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาวะ และรองรับการใช้ชีวิตของผู้มารับบริการในบริบทวัฒนธรรมของท้องถิ่นที่แตกต่าง รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมเชิงบวกในการทำงานของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนการใช้พื้นที่ให้มีความยืดหยุ่นและเท่าทันกับสถานการณ์ต่างๆ เช่น การรับมือกับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่หรือการเปลี่ยนแปลงการใช้พื้นที่ภายในโรงพยาบาล เป็นต้น ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 (แถวบน) อาคารภูมิพัฒน์ โรงพยาบาลนาวังเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดหนองบัวลำภู (แถวล่าง) ศาลาแม่เตาไฟ โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่



โรงพยาบาลนางเจลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดหนองบัวลำภู

อาคารภูมิพัฒน์ ณ โรงพยาบาลนางเจลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ออกแบบโดยกลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม มุ่งหมายเพื่อใช้เป็นพื้นที่พักคอยของผู้ป่วยและญาติซึ่งเชื่อมโยงสู่ป่าชุมชนด้านหลังโรงพยาบาล รวมถึงใช้เป็นที่จัดกิจกรรมของบุคลากร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในวาระต่างๆ และสามารถปรับเปลี่ยนเป็นพื้นที่อื่นๆ ได้ตามความต้องการ โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมา โรงพยาบาลปรับเปลี่ยนพื้นที่ใต้ถุนอาคารหลังนี้เป็นคลินิกคัดกรองโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic) รวมถึงการปรับพื้นที่บางส่วนเพื่อใช้เป็นพื้นที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) ชั่วคราวในระหว่างการดำเนินการปรับปรุงพื้นที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) เดิมในอาคารผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดเชียงใหม่

ภาคีสถาปนิกใจบ้านสตูดิโอออกแบบศาลาพักคอยของญาติผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาล และชุมชน ณ โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โดยให้ชื่อว่า “ศาลาแม่เตาไฟ” ดังภาพที่ 2 ซึ่งผู้มารับบริการส่วนใหญ่ในบริบทพื้นที่เป็นชาวเผ่าปกากะญอ ภายในศาลาจึงมีเตาไฟตั้งอยู่ตรงกลางอาคารเพื่อให้ความอบอุ่นในหน้าหนาวและเป็นสัญลักษณ์ของศูนย์รวมจิตใจ สะท้อนการใช้ชีวิตของคนปกากะญอ รวมถึงสร้างความไว้วางใจ และคลายความกังวลสำหรับผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการอาคารก่อสร้างขึ้นตามภูมิปัญญาดั้งเดิม โดยช่างชาวบ้านใช้ไม้สนสามใบที่หาได้จากป่าสนสามใบในพื้นที่เป็นโครงสร้างของอาคาร

จากตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการออกแบบพื้นที่ในโรงพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้สอยในแต่ละบริบทที่แตกต่างรวมถึงตอบโจทย์ปัญหาการออกแบบอาคารและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลในภาครัฐ ที่มีข้อจำกัดในเชิงนโยบายและปัญหาในการการออกแบบพื้นที่สนับสนุนการให้บริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการ และสภาพความเป็นจริงในแต่ละพื้นที่ ตัวอย่างอาคารทั้งสองหลัง ณ โรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จึงเป็น

สัญลักษณ์เชิงพื้นที่อันสำคัญที่เกิดจากความมีส่วนร่วมและความร่วมมือของทุกฝ่ายในท้องถิ่น และแสดงแนวคิด “โรงพยาบาลที่เป็นมากกว่าโรงพยาบาล” ได้อย่างเป็นรูปธรรม

แปลร่างโรงพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม

การออกแบบอาคารและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลในภาครัฐนั้นไม่ได้มีทางเลือกมากนัก อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ รวมถึงระเบียบและข้อกำหนดต่างๆ ที่ทำให้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลภาครัฐส่วนใหญ่มีปัญหา อาคารที่แต่ละโรงพยาบาลขออนุมัติหรือได้รับนั้น มักเน้นความสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่กำหนดโดยโครงสร้างเชิงนโยบายจากส่วนกลางเป็นสำคัญ จึงไม่ตอบสนองกับความต้องการที่แท้จริง และอาจมีรูปแบบของการจัดสรรพื้นที่ภายในที่ไม่สอดคล้องกับลักษณะของงาน รวมทั้งรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้ใช้สอยอาคาร ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทสังคมและวัฒนธรรม ดังตัวอย่างเช่น

โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดกาญจนบุรี

โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ได้รับอาคารส่งเสริมสุขภาพ (PCU) หลังใหม่ ตามนโยบายและโครงสร้างของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่ต้องการเน้นเรื่องระบบการให้บริการสุขภาพแบบปฐมภูมิ ซึ่งสวนทางกับสถานการณ์และปัญหาที่เป็นปัจจุบันของโรงพยาบาลที่มีความต้องการในการขยายพื้นที่แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัดของผู้มารับบริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ กระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมจึงถูกนำมาใช้เป็นวิธีการศึกษาและเครื่องมือที่สำคัญในการออกแบบปรับปรุงพื้นที่ภายในอาคารส่งเสริมสุขภาพ จากแบบมาตรฐาน ให้มีการใช้ประโยชน์พื้นที่ (function) เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานจริง โดยเปิดโอกาสให้บุคลากร เจ้าหน้าที่ และผู้ปฏิบัติงานในอนาคต ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในปัจจุบันร่วมกัน และสะท้อนความต้องการที่สอดคล้องกับการใช้ประโยชน์พื้นที่ นำไปสู่การเสนอแนวคิดร่วมกันเพื่อร่วมกันออกแบบ (co-design) พื้นที่ภายในอาคารให้สามารถให้บริการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ สอดคล้องกับลักษณะงาน และเหมาะสมกับการใช้ชีวิตของทุกคน โดยทำการวางผังพื้นที่ใหม่และ

ปรับเปลี่ยนการใช้ประโยชน์พื้นที่ภายในอาคาร ย้ายแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกทันตกรรม และห้องคลอดมาจากอาคารผู้ป่วยนอกหลังเดิม และเปิดทางสัญจรให้สามารถเชื่อมต่อกันได้ จัดรับส่งผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก และคำนึงถึงการระบายอากาศแบบธรรมชาติและแสงสว่างภายในอาคาร ซึ่งมีผลต่อการจัดวางพื้นที่พักผ่อนสำหรับผู้ป่วยและญาติ ปัจจุบันอาคารหลังนี้ก่อสร้างเสร็จสิ้นตามแบบที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วม และเปิดให้บริการร่วมกับอาคารผู้ป่วยนอกหลังเดิมอย่างเต็มรูปแบบ

อย่างไรก็ตามการออกแบบปรับปรุงอาคารจากแบบมาตรฐานนั้น อาจจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ตามขั้นตอนหรือในกระบวนการปกติ แต่การปรับปรุง และแปลงร่างอาคารส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา หลังนี้ นำไปสู่การตั้งคำถามต่อ การได้มาซึ่งแบบและอาคารของแต่ละโรงพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับชุมชน ซึ่งผูกพันกับกระบวนการจัดสรรงบประมาณในแต่ละเขตสุขภาพ ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการทบทวนและพิจารณาถึงความต้องการที่แท้จริงของแต่ละ

พื้นที่ การเตรียมอาคารและสิ่งแวดล้อมที่มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนไปได้ตามแต่ละบริบท อาจจะเป็นสิ่งที่หน่วยงานรับผิดชอบเรื่องอาคารและสิ่งแวดล้อมภายใต้กระทรวงสาธารณสุขควรจะไปพิจารณา ร่วมกับการปรับปรุงแบบมาตรฐานในอนาคตต่อไป ดังภาพที่ 3 และภาพที่ 4

พื้นที่อยู่ดีมีสุขในโรงพยาบาล

การออกแบบพื้นที่เพื่อส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพในโรงพยาบาลแบบมีส่วนร่วม มีการดำเนินงานขยายผลไปที่เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จากการลงพื้นที่สำรวจโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ S หรือโรงพยาบาลทั่วไป ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ภายในพื้นที่โรงพยาบาล เปรียบเสมือนเมืองขนาดย่อมที่มีคนหมุนเวียนภายในพื้นที่เกือบ 6,000 คน/วัน ประกอบด้วย ผู้รับบริการ จำนวน 4,800 คน และผู้ให้บริการรวมทั้งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจำนวน 1,100 คน อย่างไรก็ตามนี่อาจเป็นเรื่องคุ้นชินที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลภาครัฐซึ่งมีความแออัด ซึ่งเกิดจากความหนาแน่นของพื้นที่

ภาพที่ 3 (ภาพซ้าย) ฝั่งพื้นที่อาคารส่งเสริมสุขภาพก่อนการปรับปรุง (แบบมาตรฐาน เลขที่ 10410) (ภาพขวา) ฝั่งพื้นที่หลังการออกแบบปรับปรุงผ่านกระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม



ภาพที่ 4 อาคารส่งเสริมสุขภาพหลังการก่อสร้างแล้วเสร็จ และภาพบุคลากรโรงพยาบาลนำเสนองานจำลองที่พวกเขาสร้างขึ้นเองจากดินน้ำมัน



ใช้สอย อันนำไปสู่ความซับซ้อนของการแบ่งพื้นที่ให้บริการ (zoning) และการสัญจร (flow) ภายในโรงพยาบาล ซึ่งการแก้ปัญหาของโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งคือการหาพื้นที่ว่างและสร้างอาคารใหม่เพิ่ม เพื่อให้สามารถบรรจุคนและขยายพื้นที่เพิ่มเติมเพื่อมุ่งเน้นประสิทธิภาพของการรักษา โดยไม่ได้คำนึงถึงมิติเรื่องการใช้ชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้สอยที่มีจำนวนมากที่สุดต่อวัน คือ 4,800 คน/วัน และมีความต้องการพื้นที่สำหรับการใช้ชีวิตที่สอดคล้องกับลักษณะทางสังคม ประเพณี และวัฒนธรรม เช่น การมาเยี่ยมผู้ป่วยหลังคลอดที่ญาติมักจะมากันเป็นจำนวนมาก ซึ่งต้องการพื้นที่ในการรองรับผู้คนและสนับสนุนกิจกรรมตามประเพณี หรือการมารอตรวจของผู้ป่วยที่ต้องจับจองพื้นที่ในอาคารแผนกผู้ป่วยนอกหรือพื้นที่โดยรอบเพื่อให้สามารถได้ยินการเรียกคิว ทำให้ไม่หลุดคิวตรวจของตนเอง ทั้งนี้รวมถึงของบุคลากรโรงพยาบาลที่ควรมีพื้นที่ส่งเสริมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดี อันส่งผลถึงประสิทธิภาพในการทำงานให้บริการในภาพรวม และสะท้อนภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2563 กลุ่มวิจัย และภาคีเครือข่ายสถาปนิก ร่วมกับบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลรวมถึงผู้ป่วยและญาติ ดำเนินการออกแบบพื้นที่พักคอยของผู้ป่วยและญาติอย่างมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดการพัฒนาพื้นที่อยู่ดีมีสุขของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั้ง 21 แห่ง และดำเนินการก่อสร้างโดยการสนับสนุนของมูลนิธิเอสซีจี โดยมุ่งหวังให้เกิดพื้นที่ส่งเสริมการใช้ชีวิต และพักรอระหว่างการมารับ

บริการของประชาชน อีกทั้งยังต้องมีความสอดคล้องกับแผนการจัดระบบบริการสุขภาพและผังแม่บทโรงพยาบาลในภาพรวม ดังภาพที่ 5

จากการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม บุคลากรโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยและญาติ นำเสนอความต้องการและประเด็นเรื่องความยืดหยุ่นของการใช้ประโยชน์พื้นที่ (function) ซึ่งอาจเป็นได้มากกว่าพื้นที่พักคอย อาจเป็นพื้นที่เรียนรู้หรือพื้นที่จัดกิจกรรมของทั้งของบุคลากรและผู้ป่วยและญาติได้ในคราวเดียวกัน อีกทั้งยังเสนอเรื่องรูปแบบการใช้ประโยชน์พื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมหรือบริบทเฉพาะถิ่น ซึ่งนำไปสู่ความละเอียดอ่อนในการสรุปแบบขั้นสุดท้าย ดังตัวอย่างเช่น การออกแบบอาคาร “เรือนสุขใจ” ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง เน้นรูปแบบอาคารที่เปิดโล่ง ระบายอากาศได้ดี สามารถนั่งล้อมวงเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนหรือรับประทานอาหารร่วมกันได้ในขณะที่การออกแบบ “เรือนอุ่นใจศรีอยุธยา” โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ต้องเน้นพื้นที่ที่สามารถสร้างความเป็นส่วนตัวและสร้างปฏิสัมพันธ์ในคราวเดียวกัน นอกจากนี้ยังรวมถึงการออกแบบพื้นที่รองรับสำหรับคนทุกกลุ่มวัยให้สามารถปรับเปลี่ยนและมีความยืดหยุ่นในการใช้งานในแต่ละเวลาและสถานการณ์ได้ การออกแบบพื้นที่อยู่ดีมีสุขภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของมิติด้านพฤติกรรมและสังคมวัฒนธรรมในการมาโรงพยาบาลเพื่อรับบริการของผู้ป่วยและญาติ

ภาพที่ 5 บรรยากาศการใช้พื้นที่พักคอยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และกิจกรรมออกแบบอย่างมีส่วนร่วม และพื้นที่อยู่ดีมีสุข ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา



นิกอออกแบบโรงพยาบาล

นอกเหนือจากการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมที่สร้างให้เกิดพื้นที่ภายในโรงพยาบาลที่ตอบรับกับการใช้ชีวิตของผู้คน ดังตัวอย่างที่แสดงข้างต้นแล้ว การดำเนินงานที่ผ่านมายังได้พัฒนาเครือข่าย (network) และสร้างจุดเชื่อม (node) ในการหมุนและต่อยอดองค์ความรู้ด้านการออกแบบสถาปัตยกรรมโรงพยาบาลเพื่อนำไปสู่การสร้างความเป็นอยู่ที่ดีให้กับคน สอดคล้องกับแนวคิดหลักเรื่องพื้นที่อยู่อาศัยดีมีสุขในชุมชนและท้องถิ่น ผ่านการสร้างเครือข่ายของภาคีสถาปนิก ทั้งจากสายวิชาชีพและวิชาการ ในภูมิภาค ที่มีความสนใจในการออกแบบพื้นที่เพื่อสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม สร้างกระบวนการในการมองสิ่งแวดล้อมของภาคีสถาปนิก ให้เข้าใจในความละเอียดอ่อนต่อมิติความเป็นมนุษย์ในงานออกแบบใส่ใจต่อเรื่องราวความรู้สึกนึกคิดที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังความเจ็บป่วย ซึ่งไม่ได้มีแต่เรื่องร่างกาย แต่ยังมีชีวิตจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความรู้สึกปลอดภัย ไร้ใจ และความผันต่างๆ⁽¹⁵⁾ สามารถออกแบบพื้นที่ที่มีความละเอียดอ่อน และเอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ ไม่เพียงแต่ทางกายแต่ส่งเสริมสุขภาวะทางใจและสังคมความเป็นอยู่ในภาพรวม

อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ในการออกแบบพื้นที่หรือสถาปัตยกรรมโรงพยาบาลของการดำเนินงานโครงการที่ผ่านมา อาจไม่สามารถเทียบได้กับความรู้และประสบการณ์ของหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลการออกแบบอาคารและสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลภาครัฐ แต่การทำงานผ่านกระบวนการออกแบบอย่างมีส่วนร่วมที่เน้นการใช้ชีวิตของคนเป็นศูนย์กลางและการมองสิ่งแวดล้อมควบคู่ไปกับการใช้ชีวิตและความเจ็บป่วยของผู้คน และไม่ได้แยกออกจากกระบวนการในการรักษาและเยียวยานั้น อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการออกแบบที่มุ่งไปสู่ผลลัพธ์เดียวกัน คือ เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาวะในโรงพยาบาล ดังนั้นภาคีสถาปนิกอาจเปรียบได้กับ “นิกอออกแบบโรงพยาบาล” ที่ไม่เพียงแต่แค่ออกแบบงานสถาปัตยกรรมหรือสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล แต่ออกแบบพื้นที่และการใช้ชีวิตของคนในแต่ละบริบทเฉพาะถิ่น ที่จะต้องอาศัยกินอยู่และหลับนอนในโรงพยาบาล แตกต่างกันไปตามลักษณะของบริบทสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นการจะเป็นนิกอออกแบบโรงพยาบาลได้นั้น

ความรู้และความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอ หากต้องมีทัศนคติและกระบวนการทัศนในการมองการออกแบบสถาปัตยกรรมโรงพยาบาลที่เปลี่ยนไป และหากมีนิกอออกแบบโรงพยาบาลในหลากหลายพื้นที่ตั้งและบริบทเราคงจะเห็นโรงพยาบาลมีบทบาทและมีความสัมพันธ์กับการใช้ชีวิตของผู้คนมากขึ้น

สรุป

การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลภาครัฐมักมีอุปสรรคและข้อจำกัดหลายประการ แต่อันที่จริงแล้วสามารถทำได้ในหลายระดับ จากน้อยไปหามาก ตามทรัพยากรและกำลังความสามารถ แต่ที่สำคัญ คือโรงพยาบาลเหล่านั้นต้องการหลักคิดและองค์ความรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ตามแต่ละบริบทที่เหมาะสมภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ หนึ่งในแนวทางที่สามารถทำได้ คือ การขยายผลการทำงานร่วมกับหน่วยงานและวิชาชีพอื่นที่มีความหลากหลาย ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน อีกทั้งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันบนฐานแนวคิดของกระบวนการมีส่วนร่วม เพราะการออกแบบสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลนั้นไม่สามารถทำได้ภายใต้ร่มของศาสตร์ความเชี่ยวชาญเดียวได้ ต้องอาศัยการทำงานข้ามศาสตร์และระหว่างวิชาชีพ รวมถึงต้องมีศิลปะในการเจรจาและต่อรองกับผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้ประโยชน์พื้นที่ เพื่อให้พวกเขามีโอกาสได้เรียนรู้เพิ่มเติมและบอกกล่าวเรื่องราวเกี่ยวกับพื้นที่ของตนเอง สามารถประเมินพื้นที่ตนเองได้โดยละเอียด และตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมรอบตัว ตัวอย่างดังภาพที่ 6

การออกแบบอย่างมีส่วนร่วมถือเป็นกระบวนการที่สามารถรักษาความหวัง และความปรารถนาของทุกฝ่าย ผ่านการสร้างพื้นที่เพื่อเจรจา ตีรอง และเชื่อมโยงบทสนทนาของผู้คน (dialogic space) เพื่อให้ได้มาซึ่งพื้นที่ใช้สอยที่สอดคล้องกับความต้องการ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ โดยมีนิกอออกแบบหรือสถาปนิกช่วยสนับสนุนขั้นตอนการออกแบบ และเพิ่มเติมน้องความรู้รวมถึงหลักการออกแบบที่เกี่ยวข้อง และเจรจาเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกัน⁽¹⁸⁾ โดยผลลัพธ์ของการออกแบบอย่างมีส่วนร่วม นั้น ถึงแม้จะเกิดขึ้นจากเพียงแค่ความชอบและความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง แต่ก็ถือว่าเป็นผลของการแบ่งปันความคิด การวางแผน การตัดสินใจร่วมกัน

ภาพที่ 6 หุ่นจำลองพื้นที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บันจากดินน้ำมัน โดยบุคลากรและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดนครราชสีมา



และสะท้อนความเท่าเทียมกันในการตัดสินใจ ซึ่งทั้งหมดถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง⁽¹⁹⁾ ความท้าทายของสถาปัตยกรรมโรงพยาบาลในอนาคต อาจจะเป็นเรื่องที่หน่วยงานรับผิดชอบภายใต้ กระทรวงสาธารณสุขควรนำมาทบทวนอย่างจริงจัง หากโรงพยาบาลที่ดีนั้นวัดจากประสิทธิภาพของระบบการให้บริการสุขภาพ และมุ่งเน้นการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับแผนการให้บริการสุขภาพ (service plan) แล้ว สิ่งแวดล้อมที่ดีเราจะวัดจากอะไร เรื่องเล็กๆ ซึ่งต่างจากนโยบายระดับชาติ แต่สามารถส่งผลกระทบต่อในทางบวกเช่น การใช้ชีวิตของคนที่มาโรงพยาบาล ความเป็นอยู่คนที่อาศัยอยู่ในโรงพยาบาล หรือคุณภาพชีวิตของคนทำงาน อาจนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินถึงความเป็น “โรงพยาบาล” ที่อาจต่างกันไปตามบริบทพื้นที่ รวมทั้งการทำงานภายใต้ร่มความเชี่ยวชาญหรือหลักการเดียว อาจจะไม่ใช่คำตอบของการพัฒนาสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลในอนาคต แต่การทำงานอย่างมีส่วนร่วมจากทุกระดับในทุกภาคส่วนอาจเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้การดำเนินงานพัฒนาอาคารและสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลภาครัฐ สามารถดำเนินไปได้อย่างลุล่วงและเท่าทันกับสถานการณ์ นอกจากนี้การปรับกระบวนการทัศน์ในการมองสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล อาจเป็นอีกหนึ่งเรื่องจำเป็น บทบาทของ

สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลอาจไม่ได้มองแค่การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาหรือเยียวยาผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ควรมองให้รอบด้านและมองให้กว้างไปถึงความเชื่อมโยงกับลักษณะการใช้ชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงสังคมวัฒนธรรมในบริบทที่แตกต่าง ดังนั้นโรงพยาบาลในอนาคตจึงเป็นพื้นที่ที่มีความหมายและบทบาทมากกว่าโรงพยาบาล และสามารถเกื้อหนุนการให้บริการสุขภาพของผู้คนชุมชนและท้องถิ่นในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาวะของกลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ-สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 ถึงปัจจุบัน และการดำเนินงานโครงการทั้งหมดได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ทั้ง 10 แห่ง มูลนิธิ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ทั้ง 21 แห่ง ภาควิชาสถาปัตยกรรมศาสตร์ และชุมชนโดยรอบโรงพยาบาลทุกแห่ง

เอกสารอ้างอิง

1. โกศล จิ่งเสถียรทรัพย์, โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์, ธนวรรณ สารระรัมย์, พุทธชาติ แผนสมบุญ. สถาบันตยกรรรมโรงพยาบาลและสิ่งแวดลอมเพื่อการเยียวยยา. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุขศาลา; 2559.
2. Gesler W, Bell M, Curtis S, Hubbard P, Francis S. Therapy by design: evaluating the UK hospital building program. *Health & Place* 2004;10:117-28.
3. Rollins JA. Evidence-based hospital design improves health care outcomes for patients, families, and staff. *Pediatric Nursing* 2004;30:338-9.
4. Cooper M, Barnes M. *Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations*. New York: Wiley; 1999.
5. Sternberg E M. *Healing space*. Boston: Belknap Press of Harvard University; 2009.
6. Ulrich R S. Effects of health facility interior design on wellness: theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Design* 1991;3:97-109.
7. Geimer-Flanders J. Creating a healing environment: rationale and research overview. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2009;76:66-9.
8. Samueli Institute. Optimal healing environments [Internet]. 2013 [cited 2013 Feb 21]. Available from: www.siib.org/research/research-home/optimal-healing.html
9. Sanders EBN, Stappers PJ. Co-creation and the new landscape of design. *Co Design* 2008;4:5-18.
10. Rijn HV, Hoof JV, Stappers PJ. Designing leisure products for people with dementia: developing the “Chitchatters” game. *American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias* 2010;25:74-89.
11. Kouprie M L, Visser F S. A framework for empathy in design: stepping into and out of the user’s life. *Journal of Engineering Design* 2009;20(5):437-48.
12. Rijn H V, Stappers P J. Expressions of ownership: motivating users in a co-design process. In: CPSR. Proceeding for the 10th Anniversary Conference on Participatory Design; 2008 Sep 30-Oct 4; Bloomington, Indiana. Indiana: Computer Professionals for Social Responsibility; 2008. p. 178-81.
13. Day C. *Places of the soul: architecture and environmental design as a healing art*. London: Routledge; 2017.
14. โกศล จิ่งเสถียรทรัพย์, โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์, ธนวรรณ สารระรัมย์, พุทธชาติ แผนสมบุญ. สถาบันตยกรรรมโรงพยาบาลและสิ่งแวดลอมเพื่อการเยียวยยา. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุขศาลา; 2559.
15. Schneekloth LH, Shibley RG. Implacing architecture into the practice of placemaking. *Journal of Architectural Education* 2000;53:130-40.
16. Till J. The negotiation of hope. In: Jones P B, editor. *Architecture and participation*. Oxon: Spon Press; 2005.
17. Till J. The architect and the other [Internet]. 2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <https://www.opendemocracy.net>
18. Arnstein Sherry R. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners* 1969;35(4):216-24.
19. Pateman C. *Participation and democratic theory*. Cambridge: Cambridge University Press; 1970.

พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของประเทศไทย

ฐาภรณ์ กาญจนภาส

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนไทยในช่วงท้ายของชีวิต การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องจากอดีตถึงปัจจุบัน บทความนี้ได้รวบรวมเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง และศึกษาเพื่อประกอบร่างและวิเคราะห์จุดเปลี่ยนที่สำคัญในพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย ผ่านการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนผลักดันและขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย และค้นเอกสารเพิ่มเติม แล้วนำมาจัดแบ่งหมวดหมู่เป็นด้านนโยบาย ด้านการศึกษา ด้านการสนับสนุนให้เกิดเชิงปฏิบัติ และด้านการเข้าถึงยา โดยพบว่า การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 3 ยุค ได้แก่ ยุคที่ 1: รุ่งอรุณแห่ง palliative care (ก่อน พ.ศ. 2547) ยุคที่ 2: สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (พ.ศ. 2547-2555) และ ยุคที่ 3: การพัฒนาอย่างก้าวกระโดด (พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน) โดยมีจุดเปลี่ยนที่สำคัญ 2 ช่วงได้แก่ ในปี พ.ศ. 2547 ประกอบด้วยกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการรวมตัวของผู้สนใจมาสร้างองค์ความรู้ร่วมกันเป็นเครือข่าย จากเดิมที่ทำงานการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นเอกเทศ และในช่วงปี พ.ศ. 2555 ที่ประกอบด้วยชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงท้ายของชีวิต, การจัดตั้งสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย, และการจัดประชุมนานาชาติที่มีประเทศไทยเป็นเจ้าภาพ ทำให้พัฒนาการของประเทศไทยเป็นอย่างก้าวกระโดด ความท้าทายที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะทำให้การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบและกลไกต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คนไทยเข้าถึงบริการนี้ดียิ่งขึ้น ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง; พัฒนาการ; ประเทศไทย

Development of Palliative Care in Thailand

Thagoon Kanjanopas

Department of Internal Medicine, Hatyai Hospital, Songkhla Province, Thailand

Abstract

Palliative care in Thailand has been developed for over 20 years. The purposes of this study were to put together milestones of palliative care development in Thailand and examine events which were the turning points in level of development. After interviewing key experts in palliative care in Thailand, this study reviews published data on development approaches to palliative care and categorizes into 5 domains: policy, education in healthcare providers, public awareness, implementation, and drug

availability. Development of palliative care in Thailand can be divided into 3 era: (1) dawn of the palliative care (before 2004), (2) triangle that moves the mountain and health (2004–2012), and (3) the great leap forward (2012–present). Two significant events that are the turning points include activities where people across the country were connected to build the knowledge altogether, in 2004, and health promotion at the End of Life Projects and national palliative care association, both of which established in 2012, and an international palliative care conference hosted by Thailand in the same year. Thailand is transitioning to aged society, posing a challenge to the accessibility to palliative care in terms of both quality and quantity.

Keywords: palliative care; development; Thailand

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ในประเทศไทยมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องตลอดเกือบ 20 ปี ซึ่งหากพิจารณาตาม World Health Organization's Public Health Strategy for Palliative Care ที่กำหนดกรอบในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองไว้ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านนโยบาย (policy) (2) ด้านการศึกษา (education) (3) ด้านการสนับสนุนให้เกิดเชิงปฏิบัติ (implementation) และ (4) ด้านการเข้าถึงยา (drug availability)⁽¹⁾ พบว่าการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยในแต่ละด้านมีพัฒนาการตามบริบทที่แตกต่างกันตามช่วงเวลาและการผลักดันจากภาคส่วนต่างๆ

การศึกษาพัฒนาการทางด้านการดูแลแบบประคับประคองในระดับสากล โดย International Observatory on End of Life Care (IOELC) ศึกษาเชิงเปรียบเทียบ (comparative study) จากข้อมูลพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของแต่ละประเทศทั่วโลก และได้เสนอขึ้นของการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองของแต่ละประเทศไว้ 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประเทศที่ยังไม่พบการดูแลแบบประคับประคอง, กลุ่มประเทศที่เตรียมศักยภาพ, กลุ่มประเทศที่มีการดูแลแบบประคับประคองในท้องถิ่น และกลุ่มประเทศที่มีการดูแลแบบประคับประคองในบริการสาธารณสุขกระแสหลัก⁽²⁾

ต่อมา Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) ได้พัฒนาเกณฑ์การแบ่งกลุ่มประเทศและได้จัดกลุ่มประเทศตามพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคอง

โดยได้แบ่งกลุ่มย่อยในกลุ่มที่ 3 และ 4 ออกเป็นสองกลุ่มย่อยรวมเป็น 6 กลุ่ม⁽³⁾ ดังตารางที่ 1

ประเทศไทยได้ถูกจัดลำดับการพัฒนาในการดูแลแบบประคับประคอง ตามการศึกษาดังกล่าวไว้ที่กลุ่ม 3a ในปี พ.ศ. 2556 และได้พัฒนาเป็นกลุ่ม 4a ใน ปี พ.ศ. 2560⁽⁴⁾ และนอกจากนี้ประเทศไทยถูกจัดอันดับ คุณภาพของการตาย (Quality of death) เป็นอันดับที่ 44 ของโลก โดย Economist Intelligence Unit⁽⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2558

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีพัฒนาการของการดูแลแบบประคับประคองมาอย่างต่อเนื่อง และเป็นที่น่าสังเกตว่า ข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ถูกบันทึกและจัดเก็บในแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและถูกบันทึกในภาษาไทย จึงมีความเป็นไปได้ที่ข้อมูลดังกล่าวอาจไม่ถูกนับรวมในการรวบรวมพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของการศึกษาที่ผ่านมา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และศึกษาเพื่อประกอบร่างและวิเคราะห์จุดเปลี่ยนที่สำคัญในพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย

ผู้เขียนได้รวบรวมพัฒนาการของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย จากการสัมภาษณ์คุณวรรณจากรัฐมนตรี ประธานกลุ่ม Peaceful Death ที่อยู่บนเส้นทางการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย และมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ให้เกิดขึ้นในสังคมไทยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ยุคแรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน และรศ. พญ.ศรีเวียงไพโรจน์กุล นายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

ตารางที่ 1 ลักษณะการดูแลแบบประคับประคองของประเทศตามกลุ่มพัฒนาการตามเกณฑ์ WPCA

เกณฑ์พัฒนาการ	ลักษณะ
กลุ่ม 1	ยังไม่ปรากฏการดูแลแบบประคับประคอง
กลุ่ม 2 เริ่มเตรียมศักยภาพ (Capacity Building Activity)	เริ่มมีผู้บุกเบิกและปฏิบัติการในระดับบุคคล องค์กร แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์บริการที่ชัดเจน เริ่มมีการจัดประชุมวิชาการ การส่งบุคลากรไปเรียนรู้ในต่างประเทศ เริ่มการผลักดันในระดับนโยบายของรัฐบาล
กลุ่ม 3a การดูแลแบบประคับประคองแบบแยกส่วน (Isolated Palliative Care Provision)	มีการดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นในหลายพื้นที่ แต่อยู่กระจัดกระจายและไม่ได้รับการสนับสนุนเต็มที่นัก การสนับสนุนด้านการเงินเกิดขึ้นผ่านการบริจาคเป็นหลัก การเข้าถึงยากกลุ่มมอริฟินมีความจำกัด และมีสัดส่วนการบริการการดูแลแบบประคับประคองหรือออสพิซต่อจำนวนประชากรที่น้อย หรืออยู่ในรูปแบบการดูแลที่บ้าน
กลุ่ม 3b การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (Generalized Palliative Care Provision)	ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคอง แหล่งรายได้มีความหลากหลาย การเข้าถึงยากกลุ่มมอริฟินมากขึ้น เกิดบริการการดูแลแบบประคับประคองหรือออสพิซจำนวนมากและอาจจะไม่ต้องพึ่งพาบบบริการสุขภาพหลัก
กลุ่ม 4a การดูแลแบบประคับประคองเริ่มเข้าสู่ การรักษาระยะหลัก (Preliminary Integration into Mainstream Service Provision)	การดูแลแบบประคับประคองความหลากหลายของทั้งผู้ให้บริการและชนิดของการให้บริการ มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป มีการเข้าถึงยากกลุ่มมอริฟินและยาลดปวดชนิดแรงอื่นๆ มีหลายองค์กรที่สามารถอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคองเองได้ มีการจัดตั้งสมาคมการดูแลแบบประคับประคองระดับประเทศ
กลุ่ม 4b การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่ง ของการรักษาระยะหลัก (Advanced Integration into Mainstream Service Provision)	ประชาชนเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างทั่วถึง สามารถเข้าถึงยากกลุ่มมอริฟินและยาแก้ปวดชนิดแรงได้หลายชนิด การดูแลแบบประคับประคองมีผลต่อการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับชาติ มีการจัดตั้งสถาบันการศึกษาและการพัฒนาเชิงวิชาการในระดับมหาวิทยาลัย และมีสมาคมการดูแลแบบประคับประคองระดับประเทศหลัก

และหัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ สร้างบุคลากร และการบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เกิดเป็นรูปธรรมในประเทศไทย

ผู้เขียนได้เรียบเรียงพัฒนาการของเหตุการณ์สำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลทั้งสองท่าน และสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม จากนั้นนำมาจัดหมวดหมู่ตามด้านต่างๆ ของ Public Health Strategy for Palliative Care ทั้ง 4 ด้านขององค์การอนามัยโลก โดยแยกพัฒนาการออกเป็นการอบรม/ศึกษาของกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ และการรับรู้ของประชาชนทั่วไป รวมเป็นทั้งหมด 5 ด้าน และได้สรุปเหตุการณ์ที่สำคัญตลอดพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ดังแสดงในตารางที่ 2

พัฒนาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

จากการรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ที่สำคัญและจัดแบ่งหมวดหมู่ในพัฒนาการแต่ละด้านของการดูแลแบบประคับประคอง ผู้เขียนพบว่า มีเหตุการณ์ที่เปรียบเทียบอนจุดเปลี่ยนที่ทำให้พัฒนาการมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราเร่งที่เปลี่ยนไปสองช่วง ทำให้สามารถแบ่งพัฒนาการได้เป็น 3 ยุค และมีรายละเอียดของเหตุการณ์อันเป็นจุดเปลี่ยน ดังนี้

ยุคที่ 1 รุ่งอรุณแห่ง Palliative Care (ก่อน พ.ศ. 2547)

จุดเริ่มต้นสำคัญที่ทำให้ “ความตาย” เป็นเรื่องที่มีการถกกันในสังคมอย่างกว้างขวาง คือ การมรณภาพของพระธรรมโกษาจารย์ พุทธทาสภิกขุ (เงื่อม อินทปัญโญ) ใน พ.ศ. 2536 เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้สาธารณชนเริ่มหันมา

ตารางที่ 2 แสดงเหตุการณ์สำคัญในพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย

พ.ศ.	ก่อน 2547	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
นโยบาย (Policy)	2542 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย บรรจุในแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง			PC ถูกบรรจุใน HA*	พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12**			
การอบรมของผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Education in healthcare providers)		Palliative Care: From Principles to Practice in Thailand	กพลส. บรรจุ PC ในหลักสูตรแพทย์ฯ				ก่อตั้ง MS-PCARE	
การรับรู้ของประชาชน (Public awareness)	2536 พระธรรมโกษาจารย์ พุทธศาสนิก มรณภาพ	2546 กรณีศึกษา คุณสุภาพร พงศ์พฤกษ์	โครงการอบรม "เผชิญความตายอย่างสงบ"				จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง	
การสนับสนุนให้เกิดเชิงปฏิบัติ (Implementation)	การจัดตั้งองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เช่น 2533: ชมรมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย 2535: โครงการธรรมรักษานิเวศน์ วัดพระบาทนันท 2536: ศูนย์บรรเทาใจ โดยบาทหลวง GioVanni Contarin สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์			อาสาชังเตียง				ก่อตั้ง ศูนย์การุณกรักษ์
การเข้าถึงยา (Drug availability)	2530 ยามอร์ฟินออกฤทธิ์เร็วชนิดรับประทาน แบบน้ำเชื่อม โรงพยาบาลศิริราช							นำยามอร์ฟินออกไปใช้นอก รพ. ได้ เป็นครั้งแรก

HA: Healthcare Accreditation, MS PCARE: Medical Schools Palliative Care Network (เครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองในโรงเรียนแพทย์), PC: Palliative Care (การดูแลแบบประคับประคอง) กสพท.: กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, รพ.: โรงพยาบาล
 * พ.ศ. 2549: การดูแลแบบประคับประคองได้รับการบรรจุในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเป็นครั้งแรก
 ** มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาทางพุทธศาสนา มองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ รวมถึงการตั้งคำถามสำคัญกับวงการแพทย์ถึงการทำตามการแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดชีวิตเอาไว้เท่านั้น⁽⁶⁾

บุคคลสำคัญอีกท่านหนึ่งที่เป็นกรณีศึกษาและได้สร้างบทเรียนที่สำคัญในเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย คือ คุณสุภาพร พงศ์พฤกษ์ เจ้าของ “บ้านถั่วพู” นักฝึกอบรมครูสอนโยคะ นักแปลและนักเขียน ใช้ธรรมะในการดูแลโรคมะเร็งเต้านมตัวเองผ่านการปฏิบัติธรรม ทำสมาธิภาวนา และทำอาหารสุขภาพกินเอง และไม่ขอรับการรักษาในโรงพยาบาล⁽⁷⁾ ในช่วงท้ายที่มะเร็งลุกลามมากขึ้น สุภาพรได้อาศัยอยู่ที่บ้านท่ามกลางกัลยาณมิตรที่ผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลและจัดกิจกรรมในบ้านตลอดทั้งวัน ในขณะเดียวกัน ทีมแพทย์นำโดย นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ก็เข้ามามีบทบาทในการดูแล

จัดการอาการที่บ้าน จนกระทั่งสุภาพรจากไปอย่างสงบ เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2546

กรณีศึกษาคุณสุภาพรในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการตายดีเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นที่บ้านได้ ด้วยการช่วยเหลือและการเรียนรู้กันในครอบครัว เพื่อน และชุมชน ในขณะเดียวกัน ทีมแพทย์ได้เรียนรู้ถึงความเป็นไปได้ที่จะออกแบบระบบสุขภาพในการจัดการความทุกข์ทรมานในระยะใกล้เสียชีวิตที่บ้าน และเป็นตัวอย่างของการตัดสินใจร่วมกันระหว่างคนไข้และแพทย์ ถึงแนวทางการรักษาที่ยึดคุณค่าของผู้ป่วยเป็นหลัก⁽⁸⁾ กรณีศึกษาคุณสุภาพร จึงนับว่าเป็นต้นธารของการดูแลแบบประคับประคองในเวลาต่อมาอย่างเป็นรูปธรรม กล่าวคือการตายดีสามารถเกิดขึ้นที่บ้านได้ โดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและต้นทุนทางสังคมในชุมชน ในขณะที่บทบาททางการแพทย์จะต้องไม่ยึดติดกับการบริการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเท่านั้นแต่เป็นการตัดสินใจร่วมกันของ

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงเหตุการณ์สำคัญในพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย

พ.ศ.	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563
นโยบาย (Policy)	สปลช. สนับสนุน การจัดการบริการการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย			แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะท้ายของชีวิต (2557-2559) สธ. กำหนดให้ทุก รพ. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง*			Service Plan**			
การอบรมของผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Education in healthcare providers)	1 st BCCPN		APHC	1 st BCCPM	หลักสูตรอบรมโดย THAPS PC for pharmacist PC in elderly PC in Oncology			How to set PC Program PC in ICU		PC in COVID Era
การรับรู้ของประชาชน (Public awareness)		โครงการความตายพูดได้	Before I Die				Happy Death Day	ตายก่อนตาย	ประชุมวิชาการ ชุมชนกรณา เพื่อการอยู่ และตายดี ครั้งที่ 1	
การสนับสนุนให้เกิดเชิงปฏิบัติ (Implementation)	โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ โรงพยาบาล และชุมชนในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรัง และระยะสุดท้าย	ก่อตั้ง THAPS โครงการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต		แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย กรมการแพทย์ การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาล PC เครือข่ายเขต 7			สมุดเบาใจ	เครือข่ายทั่วประเทศ 12 เขต พร้อมจัดทำ Quality Standard for Palliative Care	เครือข่ายในกรุงเทพฯ	
การเข้าถึงยา (Drug availability)	สปลช. ชดเชยการใช้ยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน					เครือข่ายภาคอีสาน		แนวทางการบริหารจัดการระบบยาของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

สปลช.: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, APHC: Asia Pacific Hospice Palliative Care Conference, BCCPM: Basic Certificate Course in Palliative Medicine, BCCPN: Basic certificate course in palliative care nursing, PC: Palliative Care, THAPS: Thai Palliative Care Society (สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย)

*รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศ. นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน) ประกาศนโยบายด้านสุขภาพสนับสนุนการจัดตั้งหน่วยงานและจัดสรรบุคลากรดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั่วประเทศ โดยมีกรมการแพทย์เป็นแกนนำ

**พ.ศ. 2560 Palliative Care ได้ถูกกำหนดเป็นสาขาหนึ่งของเป้าหมายการให้บริการใน Service Plan

“แพทย์” กับ “ผู้ป่วย” และเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านได้

การศึกษา “โครงการทบทวนกระบวนการค้นเรื่องความตายและมิตีสู่ภาวะ” เป็นจุดเริ่มต้นในการเรียนรู้เรื่องความตายและการจัดการความตายในสังคมไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่า มุมมองในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีความไม่ตรงกัน กล่าวคือ แพทย์มองว่าเป็นภาวะที่คุกคามกับชีวิตไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นเพียงการให้ยาควบคุมจัดการอาการ และให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับ ในขณะที่บทบาทของครอบครัวและชุมชนเป็นการเยี่ยมให้กำลังใจ เป็นเพื่อนร่วมทุกข์ สุข การขอโหสิกรรม การฝากฝัง เรื่องที่ค้างคาใจ ดูแลอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน และการประกอบพิธีกรรม ทำให้เกิดช่องว่างทางการสื่อสารและข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นต่อการตัดสินใจ

องค์กรที่เริ่มมีการดูแลแบบประคับประคองที่เกิดขึ้นในช่วงแรกนี้ กระจายทั่วไปทั้งภาครัฐและเอกชน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี คลินิกะระงับปวด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช จังหวัดพระนครศรีอยุธยาภาคเอกชน ได้แก่โรงพยาบาลเซนส์หลุยส์, St. Claire’s Hospice โครงการธรรมรักษนิเวศน์ ที่บ้านพักผู้ป่วยระยะท้ายที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เป็นต้น โดยพบว่า ภาคเอกชนส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ป่วยเอดส์ระยะท้าย

ยุคที่ 2 สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

(พ.ศ. 2547-2555)

ในด้านการสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์เริ่มมีความสนใจในการดูแลประคับประคองและทำงานในพื้นที่ของตนเองตามความสนใจ ในปี พ.ศ. 2547 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดการประชุมวิชาการหัวข้อ Palliative Care: From Principles to Practice in Thailand ที่จังหวัดสงขลา ทำให้ผู้สนใจจากทั่วประเทศได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์กันอย่างรอบด้าน และนับเป็นการประชุมวิชาการเฉพาะเจาะจงเรื่องนี้ระดับประเทศเป็นครั้งแรก⁽¹⁰⁾ และหลังจากนั้นได้เกิดการรวมกลุ่มของบุคลากรทางการแพทย์กันจนเป็นเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ (Medical Schools-Palliative Care Network, MS-PCARE) ในปี พ.ศ. 2552 ในแผนงานโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) และได้รับการสนับสนุนงบประมาณโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมี นพ.เติมศักดิ์ พึ่งรัตมี เป็นประธานเครือข่ายก่อให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการเรียนการสอน และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ที่สัญจรการเรียนรู้ไปตามเครือข่ายสถาบันต่างๆ การเรียนรู้ดังกล่าวจึงเป็นโอกาสในการกระตุ้นให้สถาบันเจ้าภาพได้มีการประชาสัมพันธ์งานด้านนี้ไปยังผู้สนใจภายใน ก่อเป็นเครือข่ายการทำงานร่วมกันภายในองค์กร และเครือข่ายที่มาทำงานด้วย เช่น อาสาสมัคร กลุ่มผู้ป่วยเพื่อนช่วยเพื่อน คณะพยาบาลศาสตร์ เป็นต้น⁽¹¹⁾

ตลอด 3 ปีของแผนงานเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ ก่อให้เกิดการร่างหลักสูตร Palliative Care ที่บูรณาการเข้ากับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต (พ.บ.) ที่แต่ละสถาบันเครือข่ายทั้ง 18 แห่ง จะนำร่างไปปรับประยุกต์เข้ากับสถาบันของตน⁽¹²⁾ อีกทั้งก่อให้เกิดการผลิตตำราเพื่อสร้างองค์ความรู้การดูแลแบบประคับประคองสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และเอกสารเพื่อเผยแพร่ความรู้การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้สนใจทั่วไป⁽¹³⁻¹⁶⁾ นอกจากนี้ได้เกิดการวิจัยศึกษาความต้องการของประเทศไทยในด้าน Palliative care และสถานการณ์ปัจจุบันในขณะนั้น⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

ในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน เครือข่ายพุทธิกา นำโดย

พระไพศาล วิสาโล ร่วมกับเสมสิกขาลัย ได้ร่วมกันพัฒนาหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ “เผชิญความตายอย่างสงบ” เริ่มในปี พ.ศ. 2546 โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีผู้เข้าร่วมอบรมทั้งประชาชนทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดการรวบรวมองค์ความรู้ทางด้าน การดูแลแบบประคับประคองในทุกมิติ กรณีศึกษาในสังคมไทย ควบคู่ไปกับการผลิตสื่อเรียนรู้ การจัดเวทีสาธารณะ พร้อมกับการพัฒนาเครือข่ายแพทย์และพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไปพร้อมกัน⁽²⁰⁾

จึงกล่าวได้ว่า ช่วงเวลา พ.ศ. 2546-2547 เป็นช่วงเวลาจุดเปลี่ยนสำคัญ ที่ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และคนในสังคมไทยเริ่มรวมกลุ่มกันเพื่อเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคองร่วมกัน จากก่อนหน้าช่วงเวลานั้นที่แต่ละบุคคลหรือองค์กรเรียนรู้และทำงานกันอย่างเอกเทศ เกิดเป็นเครือข่ายการเรียนรู้ร่วมกันทั้งประเทศ

การอบรมการเผชิญความตายอย่างสงบดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง มีผู้สนใจที่ผ่านการอบรมและต้องการทำงานต่อในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่ยังมีขาดพื้นที่ในการฝึกปฏิบัติการ เครือข่ายพุทธิกาจึงได้จัดโครงการ “อาสาข้างเตียง” ในปี พ.ศ. 2549 โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นการเพิ่มพื้นที่ปฏิบัติการให้กับอาสาสมัครมีบทบาทในการดูแลสถานะทางใจและประสานกับทีมแพทย์ พยาบาล ถึงข้อมูลเชิงลึกและประสานความเข้าใจให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว⁽²¹⁾

ในปี พ.ศ. 2552 เครือข่ายพุทธิกาได้มีการจัดทำ “จดหมายข่าววาทิตยอัสดง” เพื่อเป็นสื่อกลางในการรวบรวมความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ประชาสัมพันธ์กิจกรรม และการสื่อสารเรื่องการดูแลแบบประคับประคองให้กับบุคคลทั่วไป โดยจัดพิมพ์อย่างต่อเนื่องราย 3 เดือนและได้ปิดตัวลงในปี พ.ศ. 2559⁽²²⁾

หลังจากที่กิจกรรม “เผชิญความตายอย่างสงบ” ดำเนินมาได้ 5 ปี การสำรวจผู้ที่ผ่านการอบรมโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ โดยเครือข่ายพุทธิกา พบว่า กว่าครึ่งหนึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และในทางปฏิบัติ บุคลากรเหล่านี้ยังไม่ได้มีโอกาสนำความรู้หรือประสบการณ์ไปใช้ในการทำงานดูแลผู้ป่วยประคับประคองมากนัก ด้วยเหตุผลว่า (1) ไม่มีเวลา

ในการทำ เพราะว่ามีภารกิจหลักที่ต้องทำงานดูแลแบบประคับประคองยังไม่อยู่ในระบบการดูแลในโรงพยาบาล (2) ผู้ร่วมงานไม่เข้าใจกระบวนการดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยทั้งศาสตร์และศิลป์ (3) ผู้นำในองค์กรไม่สนับสนุนและ (4) ไม่มีความมั่นใจในการนำองค์ความรู้และประสบการณ์ไปใช้

ในการแก้ปัญหาดังกล่าว วรรณิ จารุสมบุญ ผู้จัดการโครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกาในขณะนั้น เล็งเห็นว่า มีความจำเป็นที่จะต้องหาตัวช่วยให้กับระบบโรงพยาบาล เพราะภาระงานของบุคลากรโรงพยาบาลนั้นมีมากและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติได้ โดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณ ในขณะเดียวกัน สังคมไทยมีต้นทุนในชุมชนที่มีศักยภาพที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ อาทิ พระสงฆ์ นักบวช แม่ชี อาสาสมัครหรือจิตอาสา เป็นต้น ซึ่งจะเป็นตัวช่วยสำคัญให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลได้อย่างดี เพียงแต่ยังขาดระบบที่จะเชื่อมการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2554 เครือข่ายพุทธิกา จึงได้จัด “โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ โรงพยาบาล และชุมชน ในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย” เพื่อเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เปิดพื้นที่ให้ชุมชนหรือภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมหรือมีบทบาทในการดูแลเพิ่มขึ้น วิทยากรหลักผู้ริเริ่มโครงการ คือ พระครุชิต อภิภูจน เจ้าอาวาสวัดวิเวกคาราม อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ⁽²³⁾ และดำเนินการต่อในระลอกที่สอง ในปี พ.ศ. 2557 ภายใต้ชื่อโครงการขับเคลื่อนมิติสุขภาวะทางปัญญาผ่านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย⁽²⁴⁾

กล่าวโดยภาพรวม บุคลากรทางการแพทย์เริ่มเกิดการเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคอง ทั้งจากการไปเรียนหลักสูตรที่ต่างประเทศ การเชิญวิทยากรจากต่างประเทศ มาอบรมผ่านการจัดประชุมวิชาการ และการร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จนเกิดการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายเพื่อเรียนรู้การดูแลแบบประคับประคองในบริบทของประเทศไทยเอง พร้อมกันนั้นก็เริ่มมีการขับเคลื่อนและสร้างความตระหนักรู้เรื่องความตายให้กับประชาชนทั่วไป นโยบายในระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงแรกยังไม่ได้มีบทบาทนัก หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลักดันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ได้แก่ **สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)** ที่ทำหน้าที่ประเมินมาตรฐาน คุณภาพของสถาบันบริการสุขภาพของทุกโรงพยาบาลในประเทศไทย ก็ได้นำเอาการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มาเป็นหนึ่งใน “มาตรฐาน” ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวและการตื่นตัวของ การดูแลแบบประคับประคองเกิดขึ้นทั่วประเทศ โดยเริ่มมีการกล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี⁽²⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่ง ณ ขณะนั้นประเทศไทยมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้านการดูแลแบบประคับประคองยังไม่มากนัก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีโครงการพัฒนาการดูแลคนไข้ระยะท้าย การส่งเสริมกิจกรรมมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน และจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือสังคม ในปี พ.ศ. 2549 และได้กำหนดให้ทุกสำนักงานเขตให้การสนับสนุนโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ ดำเนินโครงการนำร่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในปี พ.ศ. 2553⁽²⁶⁾

ประกาศพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้เป็นพระราชบัญญัติแม่บทลงในราชกิจจานุเบกษา ที่มีเนื้อหาสนับสนุนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างชัดเจน อาทิ มาตรา 12 ที่ว่าด้วยการเปิดโอกาสให้คนไข้สามารถปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดชีวิตได้⁽²⁷⁾ ซึ่งในขณะนั้นยังมีอุปสรรคในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากความตระหนักรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังไม่เป็นที่แพร่หลายนักทั้งในวงการแพทย์และภาคประชาชน รวมไปถึงการเข้าถึงระบบการบริการดูแลแบบประคับประคอง ที่จำเป็นจะต้องมารองรับการดูแลในกรณีผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เป็นไปเพื่อยื้อชีวิต แต่เป็นไปเพื่อประคับประคองแทน

จึงกล่าวได้ว่า การขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองในยุคนี้ มีพื้นฐานจากทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” เสนอโดย ศ. นพ.ประเวศ วะสี ที่กล่าวว่ากลยุทธ์การขับเคลื่อนสิ่งที่เป็นไปได้ยากในระดับประเทศ ประกอบด้วย การสร้างความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อกับอำนาจรัฐหรือการดำเนินการทางการเมือง⁽²⁶⁾ โดยมีโครงการเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ เป็นผู้ขับเคลื่อนภูเขาแห่งองค์ความรู้ เครือข่ายพุทธิกา นำโดย พระไพศาล วิสาโล ขับเคลื่อนภูเขาแห่งภาคประชาชน

ผ่านการอบรม “เผชิญความตายอย่างสงบ” ในขณะที่ภูเขาของการเคลื่อนไหวทางการเมืองและนโยบายระดับชาติ ยังไม่ได้มีบทบาทที่สำคัญนักแต่เป็นรากฐานที่นำไปสู่การขับเคลื่อนในยุคถัดไป ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่ว่าด้วยหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิต

ยุคที่ 3 การพัฒนาอย่างก้าวกระโดด

(พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน)

เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างรวดเร็วในเวลาต่อมา คือ ประเทศไทยได้รับการเสนอเป็นเจ้าภาพจัดงานประชุม Asia Pacific Hospice Conference (APHC) ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งถือว่าเป็นการประชุมระดับนานาชาติที่มีความสำคัญ คือ หลายประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกได้ใช้โอกาสในการจัดประชุมดังกล่าวผลักดันให้เกิดระบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศนั้นๆ อย่างก้าวกระโดด อาทิเช่น ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเกาหลีใต้ และประเทศฟิลิปปินส์⁽²⁸⁾

เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ (MS-PCARE) ได้จดทะเบียนเป็น สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (Thai Palliative Care Society, THAPS) ในปี พ.ศ. 2555 เพื่อรองรับการจัดประชุม APHC ในปีถัดไป การที่ประเทศไทยได้มีโอกาสเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมนานาชาติดังกล่าว ทำให้เกิดการตื่นตัวและการผลักดันระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเวลาต่อมาโดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS) ได้ดำเนินการโครงการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงท้ายของชีวิต⁽²⁹⁾ ภายใต้การสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นชุดโครงการขนาดใหญ่ ประกอบด้วย (1) โครงการสร้างความตระหนักเรื่องวิถีสู่การตายอย่างสงบ (ความตาย พุดได้) (2) โครงการสร้างและจัดการความรู้ระบบบริการสาธารณสุขที่สร้างเสริมสุขภาพ (3) โครงการศึกษาพัฒนาระบบสาธารณสุขในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการศึกษาทางระบาดวิทยา (4.1) โครงการสานต่อกิจกรรมเครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์ (4.2) โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และเภสัชกร (4.3) โครงการฝึกพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลด้านการบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และ (4.4) โครงการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาและผู้ดูแลผู้ป่วย

โครงการเผชิญความตายอย่างสงบและโครงการพัฒนาอาสาสมัครในยุคที่ผ่านมา ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและความตายเกิดขึ้นในประชาชนจำนวนหนึ่ง แต่พบว่ายังอยู่ในวงแคบ เพราะการประชาสัมพันธ์ยังอยู่ในวงจำกัด และเข้าถึงเฉพาะผู้ที่มีความสนใจหรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะท้ายอยู่แล้วเท่านั้น โครงการสร้างความตระหนักเรื่องวิถีสู่การตายอย่างสงบ (ความตาย พุดได้) ดำเนินการโดยเครือข่ายพุทธิกาได้พยายามสื่อสารให้ความตายเป็นสิ่งที่คนในสังคมสามารถพูดคุยกันได้โดยเปลี่ยนภาพลักษณ์ของความตายให้เป็นเรื่องที่จับต้องได้ ไม่น่ากลัวและยึดโยงกับศาสนาเพียงอย่างเดียว และปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานที่มีการทำงานร่วมกับนักโฆษณาและคนทำสื่อเพื่อสร้างสื่อที่มีความหลากหลายมากขึ้น อาทิเช่น บทเพลงคลิป์วิดีโอ การสื่อสารบนสังคมออนไลน์ พัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการพูดคุยเรื่องความตาย เช่น เกมไฟโซชีวิต สมุดเบาใจ เป็นต้น⁽³⁰⁾

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 เครือข่ายพุทธิกาและ THAPS ภายใต้การสนับสนุนจากภาคีสุขภาพได้จัดกิจกรรม “Before I Die พร้อมก่อนตาย”⁽³¹⁾ ขึ้นที่ห้างสรรพสินค้า เซ็นทรัลเวิลด์ ซึ่งเป็นกิจกรรมคู่ขนานไปกับการจัดประชุมวิชาการ APHC กิจกรรมในครั้งนี้ พบว่า มีผู้คนให้ความสนใจจำนวนมาก และมีผู้คนเข้าร่วมกิจกรรมที่ห้างสรรพสินค้าหลายร้อยคน แสดงให้เห็นว่าความตายเริ่มเป็นที่สนใจในหมู่นักรุ่นใหม่และผู้ที่ไม่ได้เคยเกี่ยวข้องกับการทำงานเรื่องความตายหรือผู้ป่วยระยะท้ายเพียงอย่างเดียว

ต่อมา โครงการความตาย พุดได้ โดยเครือข่ายพุทธิกาได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านการเรียนรู้เรื่องชีวิตและความตายจำนวน 18 องค์กร ร่วมกันจัดงาน Happy Deathday ที่ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ วันที่ 10-11 มิถุนายน พ.ศ. 2560⁽³²⁾ ซึ่งมีคนรุ่นใหม่จำนวนมากที่เข้ามามีส่วนร่วมและสนใจในกิจกรรม การมีส่วนร่วมขององค์กรทั้ง 18 องค์กรที่ประกอบด้วยกลุ่มคนที่ทำงานจากทั้งหน่วยงานรัฐ และเอกชนนั้นได้แสดงให้เห็นว่าการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถดำเนินต่อไปได้ตามบริบทของตน ซึ่งวรรณมา จารุสมบุรณ์ ประธานกลุ่ม Peaceful Death และประธานการจัดงาน Happy Deathday ได้ให้ความเห็นว่าการจัดงานดังกล่าวเป็นหมุดหมายที่ทำให้สังคมไทยเกิดความตระหนักเรื่องการเตรียมตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ⁽³³⁾

ความสำเร็จครั้งยิ่งใหญ่จากงาน “Happy Deathday” ทำให้ ในปี พ.ศ. 2561 โครงการความตาย พุดได้ ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายพุทธิกา ให้ดำเนินงานเป็นกลุ่มอิสระในชื่อ Peaceful Death และ ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ ชุมชนกรรณาเพื่อการอยู่และตายดี จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการตายดีโดยมีแนวคิดที่ว่าประสบการณ์การสูญเสียเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในสังคม อาศัยความรู้และทักษะของทุกคนในชุมชนร่วมกับการสนับสนุนของระบบสุขภาพให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้ “ชุมชนกรรณา” มีบทบาทเป็นการดูแลแบบประคับประคองภาคประชาสังคม ที่บริบทในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปัจจุบัน ยังไม่ทั่วถึงและบุคลากรทางการแพทย์ยังมีไม่เพียงพอต่อความจำเป็นนัก⁽³⁴⁾

ในด้านบุคลากรทางการแพทย์ “โครงการสร้างและจัดการความรู้ระบบบริการสาธารณสุขที่สร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายตามบริบทประเทศไทย” มีผู้รับผิดชอบหลักคือ นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัตมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยโครงการดังกล่าวประกอบด้วย 3 โครงการย่อย⁽³⁵⁾ ได้แก่ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้, จัดตั้งชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice, CoP) บนสังคมออนไลน์ Facebook และ GotoKnow และ การรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยวิทยานิพนธ์ สื่อและสิ่งพิมพ์ที่เกี่ยวข้อง และจัดทำฐานข้อมูลจนได้รวบรวมเป็น “วิทยานิพนธ์ก่อนตาย” ซึ่งเป็นการรวบรวมเฉพาะสารนิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2523 จนถึง พ.ศ. 2559 จำนวน 169 รายการ มีการเรียบเรียงตามหัวข้อและเชิงอรรถบรรยายสรุปใจความสำคัญของวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง⁽³⁶⁾

สถาบันที่มีบทบาทโดดเด่นในการจัดบริการผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างครบวงจร และมีบทบาทอย่างมากในการจัดฝึกอบรมให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในเวลาต่อมา คือ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งได้ก่อตั้งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 โดย รศ. พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล เป็นหัวหน้าศูนย์ และเป็นนายกสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย

(Thai Palliative Care Society, THAPS) เช่นเดียวกัน

การดำเนินงานของศูนย์การุณรักษ์ในระยะแรกประกอบด้วย การสร้างให้เกิดระบบการให้บริการที่ครบวงจร (service) โดยเป็นสถาบันที่เป็นต้นแบบในการนำกลุ่ม opioid ออกไปใช้นอกโรงพยาบาลได้เป็นแห่งแรก ทำให้สามารถเปิดการบริการการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างครบวงจร

ในปี พ.ศ. 2556-2557 ศูนย์การุณรักษ์ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตสุขภาพที่ 7 และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้อบรมแพทย์และพยาบาล จนเกิดเป็นเครือข่ายที่แข็งแกร่งเริ่มจากเขตสุขภาพที่ 7 ขยายไปครอบคลุมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยหลักสูตรอบรมพยาบาล Clinical Palliative Care for Community Nurses (CPCN) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความครอบคลุมในทุกพื้นที่ สามารถส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์และมีแนวทางการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน เกิดเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างไร้รอยต่ออันเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและสามารถดูแลผู้ป่วยให้เสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2561 การขยายเครือข่ายด้วยหลักสูตรอบรมพยาบาลทีมประคับประคอง 4 สัปดาห์ได้ขยายผลไปครอบคลุมโรงพยาบาลในจังหวัดทางภาคเหนือและภาคใต้ รวมถึงหลักสูตร How to set PC program in your hospital ที่เป็นการวางรากฐานระบบการจัดตั้งการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล จากเครือข่ายในระดับภาคอีสานขยายสู่ระดับประเทศ ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์การุณรักษ์

การดำเนินงานที่ควบคู่กันไปทั้งการบริการที่ครบวงจรและการมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทำให้ศูนย์การุณรักษ์มีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่สมบูรณ์ และเหมาะในการใช้เป็นพื้นที่ต้นแบบในการจัดฝึกอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์ โดยศูนย์การุณรักษ์ได้เริ่มจัดฝึกอบรมหลักสูตรสำหรับพยาบาลระยะยาว 6 สัปดาห์ Basic Certificate Course in Palliative Nursing (BCCPN) เริ่มในปี พ.ศ. 2554 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รศ. พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล พบว่า พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมระยะยาวนี้ ได้มีบทบาท

สำคัญในการเป็นผู้ผลักดันการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั่วประเทศ รวมถึงโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง อย่างไรก็ตาม ด้วยบทบาทและอำนาจหน้าที่อย่างจำกัดของพยาบาล ทำให้การผลักดันศูนย์ดูแลประคับประคองต้องอาศัยแพทย์ ในการสั่งการรักษาด้วยยาในการจัดการอาการ รวมถึงการเชื่อมโยงกับการดูแลเฉพาะทางในสาขาอื่นๆ ซึ่งต้องอาศัยบทบาทของแพทย์ในการทำงานเชิงรุก ศูนย์การดูแลจึงได้พัฒนาหลักสูตรสำหรับแพทย์ระยะยาว 8 สัปดาห์ Basic Certificate Course in Palliative Medicine (BCCPM) ในปี พ.ศ. 2557 ทำให้แพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมดังกล่าว ได้กลายเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและบริหารงานบริการดูแลแบบประคับประคองตามโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 การจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนมากขึ้น เพื่อรองรับการเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อการดูแลแบบประคับประคอง สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายได้สนับสนุนทุนให้เกิดการจัดอบรมหลักสูตรเพิ่มเติมในหัวข้อที่หลากหลาย⁽³⁷⁾ ทำให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นที่รู้จักในวงการแพทย์ในสาขาเฉพาะทางสาขาอื่นๆ มากยิ่งขึ้น

หลักสูตรสำหรับแพทย์เฉพาะทางด้านดูแลแบบประคับประคอง ได้เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2562 โดยมีลักษณะเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง โดยความรับผิดชอบราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ระยะเวลาหลักสูตร 1 ปี⁽³⁸⁾ โดยมีสถาบันที่เปิดหลักสูตรในปัจจุบัน 5 สถาบัน ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การผลักดันในระดับนโยบายระดับประเทศหลังการจัดประชุม APHC ในปี พ.ศ. 2546 ประกอบด้วยแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557-2559 โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือเชิงระบบที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะท้ายของชีวิต⁽³⁹⁾ และในปี พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และกำหนดเป็น Service Plan Palliative Care ในปี พ.ศ. 2560⁽⁴⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกันดีกับการเร่งพัฒนาบุคลากรแพทย์และพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองผ่านการจับอบรมที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง โดยสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS)

แม้การดูแลประคับประคองจะเข้าสู่ระบบ service plan ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้เกิดศูนย์ดูแลประคับประคองในทุกโรงพยาบาล แต่คุณภาพการให้บริการยังเป็นสิ่งที่ต้องมีการประเมินและการพัฒนา รศ. พญ.ศรีเวียงไพโรจน์กุล และเครือข่ายดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแห่งประเทศไทยได้ร่วมกันจัดทำ Quality Standard for Palliative Care พร้อมสมุดคู่มือประเมินตนเองขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2561 เพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพของศูนย์ดูแลประคับประคอง กรมการแพทย์ได้แจกจ่ายให้ศูนย์ดูแลประคับประคองทั่วประเทศเพื่อใช้เป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน เพื่อประเมินช่องว่างในการพัฒนาและนำไปสู่คุณภาพให้ได้มาตรฐานขึ้น⁽⁴¹⁾

จากฐานข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) ปีงบประมาณ 2564 เทียบกับปีงบประมาณ 2562 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 14.88 จากร้อยละ 9.40 ตามลำดับ ผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน ร้อยละ 34.03 จากร้อยละ 33.65 ตามลำดับ และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.38 จากร้อยละ 25.56 ตามลำดับ⁽⁴²⁾ และจากการศึกษา point prevalence ใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศ โดยเครือข่ายดูแลแบบประคับประคองแห่งประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 18.72 แยกเป็นกลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 55.66 และโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 44.44⁽⁴¹⁾

ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการปรึกษาและอยู่ในการดูแลของศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียง ร้อยละ 6-17%^(41, 42) กลุ่มที่ได้รับการดูแลจากศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง พบมีการวางแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า ร้อยละ 88.7 เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในการดูแลที่มดูแลประคับประคอง ร้อยละ 15.7 ในขณะที่ในภาพรวมระดับประเทศ จากข้อมูลระบบสุขภาพของกระทรวง

สาธารณสุข (Health Data Center) ปีงบประมาณ 2564 พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม family meeting และมีการทำการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า (advance care planning) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว มีเพียงร้อยละ 50.5 เท่านั้น⁽⁴³⁾

ในด้านบุคลากรทางการแพทย์ จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2555⁽¹⁸⁾ พบว่า มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร การดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 1 ปี จำนวน 12 คน มากกว่า 1 เดือนจำนวน 6 คน โดยมีจำนวนแพทย์ที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคองทั้งประเทศ จำนวนรวม 147 คนภายหลังการจัดตั้งศูนย์การดูแลและมีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ตลอดช่วง พ.ศ. 2553-2562 มีแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร ระยะกลาง-ระยะยาว อีกจำนวน 189 คน โดยแบ่งเป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรม mid-career training หลักสูตร 1 ปี จำนวน 29 คน และหลักสูตร BCCPM 8 สัปดาห์จำนวน 160 คน⁽⁴⁴⁾

ในขณะที่จำนวนพยาบาลจากการสำรวจบุคลากรทางการแพทย์ในปี พ.ศ. 2555 พบมีจำนวนพยาบาลทั้งสิ้น 1,680 คน ซึ่งมีเพียง 49 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะเวลายาวกว่า 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 3 ต่อมาในช่วง พ.ศ. 2553-2562 ศูนย์การดูแลและมีการอบรมหลักสูตรสำหรับพยาบาลเพิ่มอีก 927 คน แบ่งเป็น mid-career training หลักสูตร 1 ปีจำนวน 6 คน หลักสูตร BCCPN 6 สัปดาห์จำนวน 174 คน⁽⁴⁴⁾

การศึกษาโดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute, TDRI) ในปี พ.ศ. 2563⁽⁴⁵⁾ ที่ศึกษาการตระหนักรู้สาธารณะ (public awareness) และทัศนคติของคนไทยอายุ 20-80 ปี จำนวน 2,394 คน ต่อการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า มีเพียงร้อยละ 43 ที่ตระหนักเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหรือมีโรคเรื้อรังอยู่แล้ว มีเพียงร้อยละ 24 ที่รู้จักการดูแลแบบประคับประคอง และพบว่ามีเพียงร้อยละ 92 ที่รู้จักพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่ว่าด้วยสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิตแต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่เคยทำพันธกรรมชีวิตหรือวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าไว้แล้ว ทำให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับประชาชนในภาพรวม

บทสรุป

พัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ตลอด 20 ปีที่ผ่านมา อาจแบ่งได้เป็น 3 ยุค ได้แก่ ยุคที่ 1: รุ่งอรุณแห่ง palliative care (ก่อน พ.ศ. 2547), ยุคที่ 2: สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (พ.ศ. 2547-2555) และ ยุคที่ 3: การพัฒนาอย่างก้าวกระโดด (พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน) โดยมีจุดเปลี่ยนที่สำคัญ คือ การจัดประชุมวิชาการด้านการดูแลแบบประคับประคอง และโครงการ “เผชิญความตายอย่างสงบ” จนเกิดการรวมตัวของบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนเป็นเครือข่ายได้มาร่วมกันสร้างองค์ความรู้ และพื้นที่ปฏิบัติงานจากเดิมที่ทำกันอย่างแยกส่วน และจุดเปลี่ยนที่สองที่ทำให้การดูแลแบบประคับประคอง มีพัฒนาการอย่างก้าวกระโดดในยุคที่สาม คือ ชุดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงท้ายของชีวิต การจัดตั้งสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย และการจัดประชุม APHC ที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพทั้งสามเหตุการณ์เหล่านี้เป็นเหตุที่สำคัญที่เร่งให้เกิดการเรียนรู้และการดูแลแบบประคับประคองในทุกมิติ

จากการรวบรวมประวัติศาสตร์ของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย ผู้เขียนพบว่าการสัมภาษณ์ ผู้รู้ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองทั้งสองท่าน ทำให้ผู้เขียนมองเห็นภาพรวมและความต่อเนื่องของเหตุการณ์ที่สำคัญที่ส่งผลต่อกันและกัน และข้อมูลเชิงความสัมพันธ์เหล่านี้ไม่ได้ถูกบันทึกที่ใดมาก่อน ในกระบวนการสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องจากเรื่องราวที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้เขียนพบว่าแหล่งข้อมูลมีการกระจายและข้อมูลจำนวนหนึ่งถูกบันทึกโดยผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบบันทึกส่วนตัวเป็นภาษาไทยในอินเทอร์เน็ต โดยข้อมูลการขับเคลื่อนด้านการรับรู้ของประชาชนมีการรวบรวมไว้อย่างครบถ้วนในเว็บไซต์ของเครือข่ายพุทธิกา ทำให้เห็นการขับเคลื่อนที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่ “เผชิญความตายอย่างสงบ” เรื่อยมาจนถึง “ชุมชนกรุณาเพื่อการอยู่และตายดี” โดย Peaceful Death แหล่งข้อมูลที่เป็นข้อมูลในเชิงนโยบายและหนังสือราชการ ผู้เขียนสามารถสืบค้นได้อย่างจำกัด อาจจะทำให้ข้อมูลพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองในมิติด้านนโยบายยังไม่สมบูรณ์มากนัก สังคมไทยที่กำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุใน

ปัจจุบัน และโครงสร้างสังคมที่มีลักษณะเป็นสังคมเมืองมากขึ้น สร้างความท้าทายให้กับทิศทางของการดูแลแบบประคับประคองในอนาคต ลักษณะของการ “ตายดี” ในบริบทของคนยุคใหม่ อาจไม่เหมือนกับชุดความเชื่อเดิมที่เราเคยคุ้นชิน

จากข้อมูลเชิงสถิติถึงสถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันเทียบกับอดีต ดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น ช่องว่างของพัฒนาการการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย คงจะประกอบด้วย (1) การเพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองให้มากขึ้น (2) การเพิ่มการรับรู้ของแพทย์สาขาต่างๆ ถึงบทบาทของการดูแลแบบประคับประคอง (3) การจัดระบบโครงสร้างให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยงานเทียบเท่าการดูแลเฉพาะทางสาขาอื่นๆ (4) กำหนดบทบาทให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถจัดบริการได้อย่างเต็มเวลาและมีเส้นทางอาชีพที่ชัดเจน (5) การเพิ่มบทบาทของภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชน ในด้านการดูแลแบบประคับประคอง (6) การศึกษาด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบัน (7) การศึกษาวิจัยเรื่อง การแพทย์ทางเลือกที่มีศักยภาพในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ประชาชนสามารถ

เข้าถึงได้ เช่น กัญชาทางการแพทย์ ทั้งหมดนี้จะเป็นปัจจัยที่จะช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการดังกล่าวของผู้ป่วยอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพได้

เมื่อความเป็นอยู่และความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และความรับผิดชอบร่วมกันของประชาชน อนาคตการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทยจึงถูกกำหนดโดยคนไทยทุกคนเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ คุณวรรณภา จารุสมบุญธรรม และ รศ. พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล อย่างสุดซึ้ง ในการให้สัมภาษณ์และเล่าเส้นทางของการดูแลแบบประคับประคองอย่างทรงพลังประสบการณ์การรวบรวมเหตุการณ์ตามแหล่งข้อมูลต่างๆ ทำให้ผู้เขียนตระหนักว่ามีผู้คนอีกจำนวนมากที่มีส่วนร่วมในการสร้างให้เกิดการดูแลแบบประคับประคองขึ้นในประเทศไทย ที่ผู้เขียนไม่สามารถรวบรวมมาได้ทั้งหมดในที่นี้ การดูแลเพื่อนมนุษย์คนหนึ่งให้จากไปอย่างสงบ เป็นสิ่งที่มีคุณค่าและสร้างความหมายที่ดีให้กับบุคคลนั้นเอง และกับคนรอบข้างที่ยังมีชีวิตอยู่ ผู้เขียนจึงขอคารวะทุกๆ ท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับการดูแลแบบประคับประคองทั้งที่ได้เอ่ยนามและไม่ได้เอ่ยนาม

เอกสารอ้างอิง

1. Foley KM, Ferris FD, Stjernswärd J. The public health strategy for palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007;33(5):486-93.
2. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global view. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008;35:469-85.
3. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013;45:1094-106.
4. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 Countries: the situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management* 2020;59(4):794-807.
5. The Economist Intelligence Unit. The 2015 quality of death index: ranking palliative care across the world [Internet]. *the Economist*; 2015 [cited 2021 Mar 1]. Available from: <https://perspectives.eiu.com/healthcare/2015-quality-death-index/white-paper/2015-quality-death-index>
6. พระคุณฐิติ เมธังกูโร, สันต์ หัตถ์ธีรรัตน์, เอกวิทย์ ณ ถลาด, นิธิพัฒน์ เจียรกุล, สุวรรณ สภาอานันท์, ประชา หุตานุกูตร. ความตายในทัศนะของพุทธศาสนิกชน. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย; 2544.
7. พระไพศาล วิสาโล. สุภาพร พงศ์พฤกษ์ [อินเทอร์เนต]. 2546 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.visalo.org/article/person23Supaporn.htm>
8. พรวิไล คาร์. สร้างสุขที่ปลายทาง. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2560.

9. ธนา นิลชัยโกวิทภัย, วริศรา กริชไกรวรรณ, วรณา จารุสมบุญณ์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว. การทบทวนกระบวนการทบทวนทัศนคติเรื่องความตายกับมิติแห่งสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2546.
10. เต็มศักดิ์ ฟังรัศมี. ลำดับเหตุการณ์สำคัญของเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในประเทศไทย. ใน: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2560. หน้า 51-5.
11. เต็มศักดิ์ ฟังรัศมี. บันทึกคนสานเครือข่าย MS-PCARE 3: เครือข่ายภายนอก ภายใน [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/266859>
12. สกล สิงหะ. จิตตปัญญาเวชศึกษา 124: MS-PCARE ตอน 1 กลุ่ม palliative care รร.แพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/348767>
13. พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, วีรมลล์ จันทรัตน์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: pain education: gateway to palliative care เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2553.
14. พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, วีรมลล์ จันทรัตน์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: non-cancer palliative care เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2553.
15. พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, วีรมลล์ จันทรัตน์. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: ethics & law: palliative care เล่มที่ 3. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2554.
16. ดารินทร์ จตุรภัทรพร. สุข รัก เข้าใจ ในช่วงท้ายของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: เครือข่าย Palliative Care ในโรงเรียนแพทย์; 2554.
17. Phunggrassami T, Atthakul N, Thongkhamcharoen R. Palliative care and essential drug availability: Thailand national survey 2012. Journal of Palliative Medicine 2003;16(5):546-50.
18. Phunggrassami T, Thongkhamcharoen R, Atthakul N. Palliative care personnel and services: a national survey in Thailand 2012. Journal of Palliative Care 2013;29(3):133-9.
19. Suvarnabhumi K, Sowanna N, Jiraniramai S, Jaturapatporn D, Kanitsap N, Soorapanth C, et al. Situational analysis of palliative care education in Thai medical schools. BMC Palliative Care 2013;7:25-9.
20. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรอบรมและกระบวนการด้านจิตตปัญญาศึกษา. ชุดความรู้การอบรมกระบวนการแนวจิตตปัญญาศึกษา เล่ม 8 การเผชิญความตายอย่างสงบ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้; 2551.
21. เพ็ชรลดา ซึ่งจิตศิริโรจน์. การพัฒนาระบบอาสาสมัครในโรงพยาบาล กรณีศึกษาโครงการอาสาข้างเตียง. กรุงเทพมหานคร: โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ โรงพยาบาลและชุมชน ในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย เครือข่ายพุทธิกา; 2556.
22. วรพงษ์ เวชมาสินนท์. จดหมายข่าวอาทิตย์อัสดง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.budnet.org/sunset/node/10>
23. ศรินธร รัตน์เจริญจร. โครงการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ โรงพยาบาล และชุมชน ในการเยียวยาจิตใจผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.budnet.org/sunset/node/366>
24. ศรินธร รัตน์เจริญจร. พระสงฆ์ สุขภาวะทางปัญญากับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/พระสงฆ์-สุขภาวะทางปัญญา/>
25. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.80.2/replyImages/20131220145426464.pdf>
26. สกล สิงหะ. นิราศชิตนีย์ 46: ปัจฉิมบทแห่งปฐมกาล [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/361246>
27. แสง บุญเฉลิมวิภาส. หลักการมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือสิทธิที่จะขอตายตามธรรมชาติ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.lpch.go.th/lpch/uploads/20160711083642427762.pdf>
28. เต็มศักดิ์ ฟังรัศมี. บันทึกคนสานเครือข่าย MS-PCARE 14: อีกหนึ่งก้าวสำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/354082>
29. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย (THAPS). โครงการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงท้ายของชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaps.or.th/supplements-climate-project-the-end-of-life/>

30. กองสาราณีย์กร. ความตายพูดได้ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/ความตายพูดได้>
31. เอกภพ สิทธิวรรณธนะ, นงลักษณ์ สุขใจเจริญกิจ. พร้อมก่อนตาย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/พร้อมก่อนตาย>
32. วรรณมา จารุสมบุรณ์. HAPPY: DEATH DAY ตาย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/Happy_DD_1.pdf
33. Peaceful Death. About us [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://peacefuldeath.co/about-us/>
34. กองบรรณาธิการ. ชุมชนกรุณา นวัตกรรมใหม่ของสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.
35. โครงการจัดการความรู้สุขภาพระยะท้าย. Pal2Know รายละเอียดโครงการ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/555525>
36. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. วิทยานิพนธ์ก่อนตาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2559.
37. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. ข่าวประชาสัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaps.or.th/category/news/conference/>
38. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรม ประกาศนียบัตรประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://thaifammed.org/wp-content/uploads/2018/12/หลักสูตร-FMPC-with-Cover-1.pdf>
39. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559 นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
40. กองบริหารการสาธารณสุข. 6th Service Plan Sharing ก้าวเปลี่ยนสู่ความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
41. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. บทที่ 2 การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ. ใน: คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563. หน้า 7-16.
42. Natprayut N. Access to palliative care in a tertiary care hospital in Thailand. The Clinical Academia 2019;43:220-8.
43. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 ส.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5
44. Pairojkul S. Network of primary palliative care in Thailand: a prototype driven by education. In: Silbermann M, editor. Palliative care for chronic cancer patients in the community. Basel, Switzerland: Springer International Publishing; 2021. p. 521-31
45. Kunakornvong W, Ngaosri K. Public awareness and attitude toward palliative care in Thailand. Siriraj Medical Journal 2020;72:424-30.

ศักยภาพของประเทศไทยในการขับเคลื่อน วาระด้านสุขภาพในเวทีระดับโลก

วริศา พานิชเกรียงไกร¹, อรณา จันทร์ศิริ¹, หทัยชนก สุมาลี¹, พุฒิปัญญา เรืองสม¹, พีรยา เพียรเจริญ¹, รังสรร มั่นคง²
¹สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี
²สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยและภาคส่วนต่างๆ มีการดำเนินงานร่วมกันด้านสุขภาพโลก (global health) เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนร่วมกัน โดยประเทศไทยได้แสดงบทบาทในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีโลกหลายวาระ จนเกิดเป็นข้อดีและข้อตัดสินใจที่เป็นแนวทางการทำงานของประเทศและองค์กรระหว่างประเทศ ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพโลก โดยแผนงานการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลกเป็นหนึ่งในแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2560-2564 เป็นกลไกที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ศักยภาพในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีระดับโลก การขยายเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพโลกในประเทศไทยและระหว่างประเทศอื่นๆ ทั้งนี้ปัจจัยในการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การมีหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ การมีทรัพยากรด้านต่างๆ ที่เพียงพอ ทั้งงบประมาณ องค์ความรู้ด้านสุขภาพโลก องค์ความรู้ในประเด็นสุขภาพเฉพาะ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งผ่านการอบรมและการเข้าร่วมประชุมในเวทีจริง บทความนี้ยังมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลก การสร้างกระบวนการขับเคลื่อนประเด็นร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ และการกำหนดเป้าหมายระยะยาวของการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพโลกให้สามารถเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพโลกที่สามารถแสดงบทบาทนำในเวทีระดับโลกได้

คำสำคัญ: สุขภาพโลก; กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก; ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก; การพัฒนาศักยภาพ

Thailand's Capacity in Driving Health Agenda at Global Level

Warisa Panichkriangkrai¹, Orana Chandrasiri¹, Hathaichanok Sumalee¹, Putthipanya Rueangsom¹, Peeraya Piancharoen¹, Rungsun Munkong²

¹International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province

²Thai Health Promotion Foundation, Bangkok, Thailand

Abstract

For the past decades, there are increasing collaboration across sectors on global health to overcome complexity of health-related problems. Thailand has played active roles in driving health-related

agenda at global level through various platforms. The Global Health Diplomacy program under WHO-Royal Thai Government Country Cooperation Strategy 2016-2021 becomes a key mechanism in supporting Thailand's movement, expanding network and building up capacity of young generation. Key success factors include coordinating agency on global health, availability adequate resources (financial, technical knowledge and global health knowledge), and continued capacity building activities for young generation through training and real-life experience. However, Thailand should consider identifying key health agenda that the country would lead, strengthening collaboration across agencies within and between countries, and developing long-term plan for capacity building aiming for Thai global health leaders to play leading roles in global arena.

Keywords: global health; global health strategic framework; Country Cooperation Strategy; capacity building

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นการพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพจำเป็นต้องความร่วมมือจากหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากปัญหาสุขภาพมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพที่ข้ามเขตแดนของประเทศใดประเทศหนึ่ง รวมถึงส่งผลการค้าเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศประเด็นสุขภาพโลก (global health) จึงมีความสำคัญมากขึ้น ทั้งนี้ Koplán และคณะ ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพโลกไว้ว่าสุขภาพโลกมุ่งเน้นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม และสามารถข้ามเขตแดนของประเทศได้ การแก้ไขปัญหามักต้องการความร่วมมือระดับโลก โดยเป้าหมายหลักคือ การสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างประเทศสำหรับประชาชนทุกคน ซึ่งต้องการความเชี่ยวชาญที่หลากหลายและการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพจากทั้งในและนอกภาคส่วนสุขภาพ⁽¹⁾

ดังนั้นการดำเนินงานด้านสุขภาพโลก จึงเกี่ยวข้องกับมิติต่างๆ 5 ด้าน⁽²⁾ ได้แก่ ด้านนโยบายระหว่างประเทศ ด้านความมั่นคง ด้านสุขภาพ ด้านมนุษยธรรม ด้านการลงทุนระหว่างประเทศและด้านการสาธารณสุข ดังนั้นจึงมีหน่วยงานและองค์กรต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพโลก ประเทศต่างๆ จึงเกิดความร่วมมือและการสร้างข้อตกลงในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกร่วมกัน เห็นได้จากการมีเอกสารแสดงเจตจำนงทางการเมืองและนโยบาย

ระดับสูงหลายฉบับที่แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการผลักดันให้เกิดการแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อเป็นทิศทางการดำเนินงานให้กับประเทศต่างๆ โดยมีตัวอย่างในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ปฏิญญาทางการเมืองเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติ ปี 2018 (Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases)⁽³⁾ แผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2013-2020 (Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020)⁽⁴⁾ Montevideo Roadmap 2018-2030 on NCDs⁽⁵⁾ นอกจากนี้ผู้นำสูงสุดของทุกประเทศทั่วโลกได้รับรองการตั้งเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) ที่มุ่งการลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงหนึ่งในสามภายในปี ค.ศ. 2030⁽⁶⁾

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้แสดงบทบาทในเวทีโลกมากมาย เช่น การผลักดันวาระหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวทีสมัชชาสหประชาชาติ สมัชชาอนามัยโลก เป็นต้น รวมถึงการสร้างความร่วมมือกับประเทศต่างๆ ในการขับเคลื่อนประเด็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ประสบการณ์การดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จของประเทศในการขับเคลื่อน เช่น จาก

ที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ และมีการพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้พัฒนากรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559-2563⁽⁷⁾ ภายใต้ความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม และมีเป้าประสงค์ให้เกิดความมั่นคงทางด้านสุขภาพและความปลอดภัยจากภัยคุกคามด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งให้ประเทศไทยมีบทบาทในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและเป็นที่ยอมรับของประชาคมโลก ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบด้านสุขภาพโลกของไทย และการเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากร องค์กร และพัฒนาคุณภาพของข้อมูลด้านสุขภาพโลกอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ประเทศไทยได้มีการพัฒนาแผนงานการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลก (Global Health Diplomacy, GHD) ซึ่งเป็นหนึ่งในหกแผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก (Country Cooperation Strategy, CCS) พ.ศ. 2560-2564 โดยแผนงานการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลก เป็นกลไกหนึ่งที่ยุทธศาสตร์การดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในประเทศไทยและองค์การอนามัยโลก

บทความนี้เป็นกรนำเสนอบทเรียนการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีระดับโลกของประเทศไทยผ่านกลไกของแผนงานการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลกในการพัฒนาศักยภาพของประเทศไทยในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ประเทศไทยกับการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีระดับโลก

องค์การอนามัยโลกก่อตั้งในปี พ.ศ. 2491 มีบทบาทหลักในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับโลก การให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับ

ประเทศ และการสนับสนุนการดำเนินงานของประเทศเพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยมีการประชุมหลักที่มีการตัดสินใจเชิงนโยบายขององค์การอนามัยโลก 2 การประชุม ได้แก่ การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly, WHA) ซึ่งเป็นเวทีการตัดสินใจหลักโดยประเทศสมาชิก 194 ประเทศ และการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก (Executive Board, EB) ซึ่งเป็นเวทีการตัดสินใจโดยประเทศสมาชิก 34 ประเทศที่เป็นตัวแทนจากทั้ง 6 ภูมิภาค เพื่อนำผลจากการประชุมเข้าที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเพื่อพิจารณาต่อไป นอกจากนี้ยังมีเวทีในระดับภูมิภาค ได้แก่ การประชุมคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO Regional Committee for South-East Asia, RC) ซึ่งเป็นการประชุมหารือทิศทางการทำงานด้านสุขภาพในระดับภูมิภาค ประกอบด้วยประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้งหมด 11 ประเทศ

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีระดับโลกหลายประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวทีการประชุมหลักขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การประชุมสมัชชาอนามัยโลก การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก และการประชุมคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทั้งนี้ การขับเคลื่อนประเด็นเป็นการทำงานประสานกันระหว่างหน่วยงานในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ ซึ่งรวมถึงคณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครนิวยอร์ก และคณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา โดยการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพของประเทศไทยมุ่งหวังให้เกิดข้อมติ (resolution) หรือข้อตัดสินใจ (decision) ที่จะนำไปสู่การดำเนินงานต่อไปของประเทศต่างๆ และองค์การอนามัยโลก ดังตารางที่ 1 เป็นการสรุปบทบาทของประเทศไทยในการขับเคลื่อนประเด็นในเวทีต่างๆ

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลก (Country Cooperation Strategy, CCS) พ.ศ. 2560-2564 มุ่งการพัฒนากรอบที่จำเป็นต่อการนำนโยบายสาธารณสุขของประเทศสู่การปฏิบัติ ตลอดจนการพัฒนา

ตารางที่ 1 ตัวอย่างประเด็นสุขภาพที่ประเทศไทยขับเคลื่อนในเวทีระดับโลกหรือระดับภูมิภาคระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564

ประเด็นสุขภาพ	ผู้มีบทบาทหลัก	เวทีในการขับเคลื่อน	บทบาทของประเทศไทย	
Physical Activity	-กรมอนามัย -IHPP -สสส. -กองการ ต่างประเทศ -กระทรวงการ ต่างประเทศ	SEA RC69 (พ.ศ. 2559)	ประเทศไทยได้ผลักดันวาระ Promoting Physical Activity in Southeast Asia Region ในที่ประชุม RC สมัยที่ 69 ในปี พ.ศ. 2559 โดยที่ประชุมได้รับรองข้อมติ Promoting Physical Activity in Southeast Asia Region (SEA/RC69/R4) ⁽⁸⁾	
		EB140 (พ.ศ. 2560)	ประเทศไทยได้เสนอวาระ Revitalizing Physical Activity for Health เพื่อพิจารณาในที่ประชุม EB สมการเสนอวาระเข้าสู่ที่ประชุม EB สมัยที่ 140 ในปี พ.ศ. 2560 โดยที่ประชุมมีข้อตัดสินใจให้ฝ่ายเลขานุการจัดทำร่าง Global Action Plan on Physical Activity เพื่อนำเสนอต่อที่ประชุม EB สมัยที่ 142 ⁽⁹⁾	
		EB142 WHA71 (พ.ศ. 2561)	ประเทศไทยได้ส่งบุคลากรไทยไปปฏิบัติงานที่องค์การอนามัยโลกเพื่อร่วมจัดทำ ร่าง Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 นอกจากนี้ประเทศไทย โดยคณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา ยังเป็นประธานการหารือข้อข้อมติ Draft WHO Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 ซึ่งได้รับการรับรองจากที่ประชุม EB สมัยที่ 142 ⁽¹⁰⁾ และ WHA สมัยที่ 71 ⁽¹¹⁾ รวมถึงการรับรอง WHO Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 ⁽¹²⁾	
	Universal Health Coverage	-IHPP -สสส. -กองการ ต่างประเทศ -กระทรวงการ ต่างประเทศ	United Nations General Assembly (UNGA) 72 (พ.ศ. 2561)	สืบเนื่องจากที่ประชุม UNGA สมัยที่ 72 ในปี พ.ศ. 2561 กลุ่ม Foreign Policy and Global Health (FPGH) Initiative ซึ่งประเทศไทยเป็นสมาชิก ได้เสนอข้อมติให้ที่ประชุมรับรอง 2 เรื่อง ได้แก่ การกำหนดให้วันที่ 12 ธันวาคมของทุกปี เป็น International Universal Health Coverage Day ⁽¹³⁾ และ กำหนดให้มีการจัด high-level meeting on universal health coverage ในปี พ.ศ. 2562 ⁽¹⁴⁾
			SEA RC71 (พ.ศ. 2561)	ประเทศไทยได้ผลักดันให้เกิดข้อตัดสินใจ ซึ่งที่ประชุมได้รับรองให้มีการเสนอวาระ “Preparation for the high-level meeting of the General Assembly on Universal Health Coverage” เพิ่มในวาระของ EB สมัยที่ 144 และสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นผู้เสนอวาระในนามของภูมิภาค ⁽¹⁵⁾
			EB144 WHA72 (พ.ศ. 2562)	ประเทศไทยได้เสนอวาระเข้าสู่ที่ประชุม EB สมัยที่ 144 และเป็นประธานร่วมกับประเทศญี่ปุ่นในการหารือร่างข้อมติทั้งหมด 5 ครั้ง และที่ประชุมได้รับรองข้อมติ ⁽¹⁶⁾ โดยมีประเทศร่วมอุปถัมภ์ข้อมติรวม 26 ประเทศ ทั้งนี้ข้อมติดังกล่าวได้นำเข้าสู่ที่ประชุม WHA สมัยที่ 72 และได้รับการรับรองจากที่ประชุม ⁽¹⁷⁾
			UNGA (พ.ศ. 2562)	เอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครนิวยอร์ก ได้ทำหน้าที่ร่วมกับเอกอัครราชทูตผู้แทนถาวรจอร์เจีย เป็นผู้ประสานงานการเจรจาร่างปฏิญญาทางการเมืองของการประชุม High-Level Meeting of the General Assembly on Universal Health Coverage โดยมีบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขร่วมสนับสนุนด้านวิชาการ ซึ่งที่ประชุมได้รับรอง UNGA political declaration ⁽¹⁸⁾
Harmful use of Alcohol	-IHPP -สสส. -กองการ ต่างประเทศ -กระทรวงการ ต่างประเทศ	SEA RC72 (พ.ศ. 2562)	ประเทศไทย ได้เสนอขอรับรองวาระ Strengthening the control of harmful use of alcohol ที่ EB สมัยที่ 146 โดยที่ประชุมได้สนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นผู้เสนอวาระในนามของภูมิภาค ⁽¹⁹⁾	
		EB146 WHA73 (พ.ศ. 2563)	ประเทศไทยได้เสนอวาระเข้าสู่ที่ประชุม EB สมัยที่ 146 และเป็นประธานในการหารือร่างข้อมติทั้งหมดและที่ประชุมได้รับรองข้อมติ Accelerating action to reduce the harmful use of alcohol ⁽²⁰⁾ โดยมีประเทศร่วมอุปถัมภ์ข้อมติรวม 39 ประเทศ	

ตารางที่ 1 (ต่อ) ตัวอย่างประเด็นสุขภาพที่ประเทศไทยขับเคลื่อนในเวทีระดับโลกหรือระดับภูมิภาคระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564

ประเด็นสุขภาพ	ผู้มีบทบาทหลัก	เวทีในการขับเคลื่อน	บทบาทของประเทศไทย
Mental Health	-กรมสุขภาพจิต -กองการต่างประเทศ -IHPP -กระทรวงการต่างประเทศ	EB148 WHA74 (พ.ศ. 2564)	ประเทศไทยได้เสนอวาระ Mental health preparedness and response for the COVID-19 pandemic เข้าสู่ที่ประชุม EB สมัยที่ 148 และเป็นประธานในการหารือร่างข้อตัดสินใจทั้งหมด 3 ครั้ง และที่ประชุมได้รับรองข้อตัดสินใจ ⁽²¹⁾ โดยมีประเทศร่วมอุปถัมภ์ข้อตัดสินใจรวม 47 ประเทศ ทั้งนี้ข้อตัดสินใจดังกล่าวได้นำเข้าสู่ที่ประชุม WHA สมัยที่ 74 และได้รับการรับรองจากที่ประชุม ⁽²²⁾

ยุทธศาสตร์ด้านต่างๆ โดยมีกระบวนการคัดเลือกแผนงานที่สำคัญ 6 แผนงาน ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังความปลอดภัยบนท้องถนน เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ สุขภาพของผู้ย้ายถิ่น การค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลก (Global Health Diplomacy, CCS-GHD) ซึ่งแผนงานทั้งหมดสอดคล้องกับการจัดลำดับแผนงานสำคัญที่กำหนดขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีสำหรับประเทศไทย นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือนี้ยังมุ่งหวังการใช้ทุนทางปัญญาและทุนทางสังคมขององค์การอนามัยโลกในการขยายเครือข่ายการทำงานและการสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อการดำเนินงานในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนไทย

หลักการสำคัญของการดำเนินงานที่ช่วยเอื้อการทำงาน ได้แก่ งบประมาณใช้หลักการรวมงบประมาณจากทุกแหล่งทุน (pooled fund) ได้แก่ องค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และใช้ระเบียบการใช้งบประมาณของ สวรส. ไม่ใช่ระเบียบของแต่ละแหล่งทุนนอกจากนี้การส่งรายงานเป็นรายงานเดียว (single report) ซึ่งหมายถึงทุกแผนงานส่งรายงานฉบับเดียวกับทุกแหล่งทุน

แผนงานการสร้างเสริมสุขภาพโลก

การจัดการปัญหาที่สำคัญด้านสุขภาพโลกอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีขีดความสามารถในระดับประเทศทั้งในด้านการบริการของระบบสาธารณสุขและการทูตด้านสุขภาพโลก ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศจึงได้จัดทำกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563 ขึ้น ทั้งนี้กรอบยุทธศาสตร์

ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อปี พ.ศ. 2559 มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกของประเทศไทยให้ยั่งยืน ดังนั้นแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพโลก จึงมีบทบาทในการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการเสริมการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักทั้งในเรื่องการสร้างองค์ความรู้และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยมีระยะเวลาการดำเนินงานระหว่าง พ.ศ. 2560-2564

กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักของแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพโลก ซึ่งทั้งสองหน่วยงานมีบทบาทในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพของประเทศไทยมาโดยตลอด หน่วยงานรับผิดชอบแผนงานมีบทบาทที่หลากหลาย ได้แก่ การวางแผนงานในภาพรวม 5 ปี การวางแผนงานรายปี การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินงานตามแผนงาน และการรายงานผลการดำเนินงานแก่คณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก และคณะกรรมการกำกับทิศแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพโลก ทั้งนี้องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารและอนุกรรมการกำกับทิศมีผู้แทนจากหน่วยงานทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่มีส่วนในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในระดับโลก รวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพโลก

การดำเนินงานของแผนงานใน 2 ปีแรกมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้และศักยภาพบุคลากรเพื่อขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีโลกของประเทศไทย ได้แก่ การถอด

บทเรียนการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของประเทศไทย การสร้างระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และการพัฒนาศักยภาพคณะผู้แทนไทยเพื่อเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลกต่อมาในปีที่ 3 (พ.ศ. 2563) คณะกรรมการบริหารแผนงานจึงได้เสนอให้เพิ่มกลไกการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ ในเวทีระดับโลก และในปีที่ 4 (พ.ศ. 2564) จึงได้ปรับขอบเขตการทำงานเป็น การสร้างแหล่งความรู้ (intellectual capital) การสร้างเครือข่าย (social capital) และการสร้างคน (human capital) เพื่อเป็นการสร้างทรัพยากรที่ยั่งยืนให้กับประเทศไทยในด้านสุขภาพโลกต่อไป

ผลงานของแผนงานครอบคลุมการสร้างองค์ความรู้ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพโลก การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีระดับโลก ทั้งนี้การสร้างองค์ความรู้มีงานวิจัย 4 เรื่อง ได้แก่ การศึกษากลไกอภิบาลสุขภาพโลกประเทศไทย การทบทวนและประเมินโครงการส่งบุคลากรไปปฏิบัติงานในองค์กรระหว่างประเทศภายใต้การประชุมนานาชาติ รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล การศึกษาทิศทางและแผนการวิจัยในประเด็นสุขภาพโลก และการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกอาหารและเครื่องดื่มที่ดีและไม่ดีต่อสุขภาพด้วยแนวคิดเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม ซึ่งผลการศึกษานำมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของประเทศไทยได้

การสร้างองค์ความรู้ยังมีกรอบบทเรียนการดำเนินงานที่ผ่านมาในประเด็นเฉพาะ ได้แก่ การขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพทางกาย (physical activity) สู่วาระนโยบายระดับโลก การถอดบทเรียนกระบวนการ global health scholar การสังเคราะห์องค์ความรู้การขับเคลื่อนระดับโลกและการดำเนินงานในประเทศไทยด้านความปลอดภัยทางถนน การจัดการความรู้เรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพโลก

สำหรับการติดตามประเมินผลเป็นการพัฒนากรอบการติดตามประเมินผล กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย จากการทบทวนและประเมินแผนกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย ก็ได้มีการต่อยอดและเป็นข้อมูลสำคัญในการหาหรือผู้เชี่ยวชาญ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการประชุมของผู้บริหารระดับสูง และการ

ประชุมทบทวนการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย เพื่อพัฒนาต่อสำหรับแผนกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยในอนาคต

การพัฒนาศักยภาพ ได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ global health diplomacy การอบรมเชิงปฏิบัติการ การเขียนคำกล่าว การพัฒนาศักยภาพวิทยากรด้านสุขภาพโลก และการพัฒนาคุณภาพผ่านการเข้าร่วมประชุมในเวทีระดับโลกต่างๆ เช่น การประชุมสมัชชาอนามัยโลก การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก และการประชุมคณะกรรมการองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นต้น อีกหนึ่งกิจกรรมที่ได้ดำเนินการคือ global health scholars โดยเป็นการจัดกระบวนการเพื่อพัฒนานักวิชาการ นักวิจัย นักวิเทศสัมพันธ์ อาจารย์ แพทย์ จากหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษา และหน่วยงานเครือข่าย เพื่อสร้างคนรุ่นใหม่ที่จะสามารถขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพของประเทศไทยในระดับโลกได้

นอกจากนี้ ได้ดำเนินการจัดสัมมนาออนไลน์ webinar series จัดทำสื่อ global health series และอีกหนึ่งกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ และอยู่ระหว่างกระบวนการพัฒนา คือ Resource Center on Global Health เป็นแพลตฟอร์มออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงได้สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์และรวบรวมผลงานเกี่ยวกับงานด้านสุขภาพระดับโลกในระดับประเทศและระดับนานาชาติ นำเสนอแนวคิดพื้นฐาน องค์ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับงานด้านสุขภาพโลก ในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น บทความ วิชาการ รายงานวิจัย สื่อมัลติมีเดีย ที่จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพโลก และแหล่งรวมข้อมูลด้านสุขภาพโลกต่อไป รวมถึงพัฒนาไปเป็นช่องทางการเรียนรู้ออนไลน์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพโลกแก่ผู้สนใจทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติด้วย

ตัวอย่างประสบการณ์การขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีระดับโลก: กิจกรรมทางกาย

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้รับการบรรจุเข้าเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 53 (พ.ศ. 2543) และ สมัยที่ 55 (พ.ศ. 2545) ก่อนมีการรับรองยุทธศาสตร์โลกด้านอาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2547⁽²³⁾ ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้จัดทำคู่มือและ

เอกสารเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสำหรับประเทศสมาชิก และกำหนดเครื่องมือเพื่อสำรวจระดับกิจกรรมทางกาย จนถึงปี พ.ศ. 2554 ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ได้ร่วมกันรับรองยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ หลังจากนั้นการขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายจึงอยู่ภายใต้ร่มประเด็นการควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งยุทธศาสตร์นี้ได้กำหนดเป้าหมายการลดการขาดกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 10 ภายในปี พ.ศ. 2568⁽²⁴⁾ ถึงแม้ประเด็นการขาดกิจกรรมทางกายจะเป็นประเด็นในระดับโลกที่ต้องการการประสานการทำงานร่วมกันทั้งในและนอกภาคสุขภาพ อย่างไรก็ตามการดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมทางกายมีความก้าวหน้าค่อนข้างน้อย และต้องการแรงผลักดันในเวทีสุขภาพโลกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเทศไทยมีการวิเคราะห์โอกาสในการขับเคลื่อนประเด็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในระดับโลก พบว่ามีโอกาสสูงในการขับเคลื่อน เนื่องจากประเทศไทยมีโครงการความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกกับ สสส. ซึ่งองค์การอนามัยโลกในฐานะฝ่ายเลขานุการการประชุมสามารถร่วมสนับสนุนกระบวนการได้ นอกจากนี้ประเด็นกิจกรรมทางกายยังเป็นประเด็นเชิงบวกต่อด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศโดยไม่มีการเสียประโยชน์ของภาคธุรกิจ จึงทำให้ไม่มีความขัดแย้งระหว่างประเทศ ทั้งนี้หน่วยงานในประเทศไทยมีความพร้อมในการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข สสส. กระทรวงการต่างประเทศ องค์การอนามัยโลก สมาพันธ์นานาชาติส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และภาคีเครือข่าย

การสร้างการรับรู้ความสำคัญของประเด็นกิจกรรมทางกาย

กระบวนการดำเนินงานประกอบด้วย การสร้างการรับรู้ความสำคัญของประเด็นกิจกรรมทางกาย การขับเคลื่อนประเด็นผ่านเวทีระดับภูมิภาค เพื่อเป็นฐานในการขับเคลื่อนประเด็นในระดับโลก โดยเริ่มจากการจัดการประชุมคู่ขนานในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 69 ในหัวข้อ Towards achieving the physical activity target 2025 (10x25): Are we walking the talk? การจัดการประชุมคู่ขนานมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นความสำคัญของวาระการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและเพื่อสร้างเครือข่ายประเทศสมาชิกที่มี

ความสนใจในประเด็นเดียวกัน นอกจากนี้ยังได้สร้างชื่อให้กับประเทศไทยต่อการเป็นเจ้าภาพหลักของการขับเคลื่อนวาระการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

การผลักดันการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในภูมิภาค

หลังจากการจัดประชุมคู่ขนาน ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบร่วมกันให้ผลักดันวาระต่อเนื่องผ่านการประชุมคณะกรรมการอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สมัยที่ 69 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนทิศทางของนโยบายประเทศไทยในการผลักดันประเด็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และเพื่อผลักดันให้มีการดำเนินการอย่างจริงจังในภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรอบการประเมินผล และการรายงานสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรในภูมิภาคอย่างต่อเนื่อง

การขับเคลื่อนโดยการร่วมปฏิบัติให้เกิดแผนปฏิบัติการระดับโลก

จากนั้นประเทศไทยจึงได้เสนอวาระเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 140 โดยเกิดผลลัพธ์เป็นข้อตัดสินใจให้ฝ่ายเลขานุการไปดำเนินการจัดทำร่างแผนปฏิบัติการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและมารายงานความก้าวหน้าในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกสมัยที่ 142

นอกจากนี้ยังมีการส่งบุคลากรไทยไปปฏิบัติงานที่องค์การอนามัยโลก โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการขับเคลื่อนด้านการส่งเสริมสุขภาพภายใต้บันทึก”ความเข้าใจข้อตกลงความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลก ในการจัดทำร่าง Global Action Plan on Physical Activity และการจัดประชุมหารือกับประเทศสมาชิกในภูมิภาคต่างๆ นอกจากนี้ยังมีส่วนในการเสนอร่างข้อมติเพื่อให้การขับเคลื่อนในระดับโลกมีนโยบายที่รองรับและมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยคณะจากกระทรวงสาธารณสุขและ สสส. สนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการ

จากกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ใช้ประโยชน์ต่อยอดจากกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือระหว่างประเทศและใช้ทุกช่องทางที่ภาคีเครือข่ายสามารถประสานให้เกิดความร่วมมือและขยายผลในวงกว้างได้ทำให้ประเด็น

กิจกรรมทางกายกลายเป็นประเด็นสำคัญในระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไทย และองค์การอนามัยโลก

ทั้งนี้แผนงานการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลกได้สนับสนุนการถอดบทเรียนจากการขับเคลื่อนประเด็นการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อเป็นตัวอย่างสำหรับการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพอื่นๆ ในเวทีระดับโลกต่อไป

ปัจจัยความสำเร็จของแผนงานการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลก

แผนงานการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลกได้ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย เช่น หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข สสส. สปสช. สช. และองค์กรระหว่างประเทศตลอด 5 ปีของแผนงาน โดยมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้และพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพโลกเพื่อให้ประเทศไทยสามารถขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีระดับโลกได้

ปัจจัยหนึ่งเกิดจากการมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานแผนงานการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลก ทำให้การดำเนินงานมีการวางแผนเป้าหมายทั้งในภาพรวมและรายปีการวางแผนการทำงาน รวมถึงความต่อเนื่องของการทำงาน นอกจากนี้ยังสร้างโอกาสในการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การหารือทั้งทางการและไม่ทางการ การประชุมผู้ทำงานด้านสุขภาพโลกเป็นอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ให้ความคิดเห็นในการขับเคลื่อนประเด็นตามความเชี่ยวชาญขององค์กรนั้นๆ ในขณะที่กองการต่างประเทศเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการประสานงานและกระบวนการขับเคลื่อนและสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศช่วยสนับสนุนวิชาการในภาพประเทศและภาพระดับโลก ซึ่งถือเป็นการพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกันในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพโลก และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ อีกด้วย

อีกปัจจัย คือ ความเพียงพอของทรัพยากรด้านต่างๆ ทั้งงบประมาณ องค์ความรู้ด้านสุขภาพโลก องค์ความรู้ในประเด็นสุขภาพเฉพาะ และบุคลากรที่ร่วมขับเคลื่อนทรัพยากรเหล่านี้มีความสำคัญในการช่วยปิดช่องว่างของการดำเนินงานในระบบปกติ (routine work) เช่น การสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานของแผนงาน

ระเบียบการใช้งบประมาณที่ไม่ติดกรอบของระเบียบราชการ การสร้างองค์ความรู้โดยถอดบทเรียนจากการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพหลายๆ ประเด็นในระดับโลก และระดับภูมิภาค และที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง ทั้งผ่านการอบรมและการเข้าร่วมประชุมในเวทีจริง ทำให้เข้าใจกระบวนการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพและการสร้างเครือข่ายทั้งในและระหว่างประเทศ เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ความท้าทายของแผนงานการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลก

การขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพที่ผ่านมาของประเทศไทย เป็นไปตามความเชี่ยวชาญของหน่วยงานหรือบุคคล โดยขาดทิศทางหรือเป้าหมายในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพโลก ในภาพรวมที่ชัดเจน และการวางแผนการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและสร้างภาพลักษณ์ในเวทีระดับโลกที่เด่นชัดได้มากขึ้น

ผลผลิตจากแผนงานการสร้างความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลก สามารถเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญสำหรับประเทศไทยให้ผู้ที่สนใจเรียนรู้เรื่องสุขภาพโลก อย่างไรก็ตามพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์ยังมีไม่มากนักทำให้ผู้เข้าถึงผลผลิตของโครงการอยู่ในวงที่จำกัด นอกจากนี้ที่ผ่านมาแผนงาน CCS-GHD มุ่งเน้นการสร้างศักยภาพบุคลากรรุ่นใหม่ แต่ผู้บริหารระดับสูงยังไม่เห็นประโยชน์ของการขับเคลื่อนประเด็นในเวทีโลก ทำให้ระดับผู้ปฏิบัติไม่สามารถขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีระดับโลกได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

ถึงแม้ประเทศไทยจะมีการพัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกมากกว่าทศวรรษ แต่ยังคงมีความท้าทายในการดำเนินงานอยู่ บทความนี้จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การจัดทำเป้าหมายของการดำเนินงานในระยะยาว เพื่อให้ประเทศมีทิศทางการทำงานด้านสุขภาพโลกและมีขีดความสามารถในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในเวทีระดับโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การจัดกระบวนการหารือเพื่อกำหนดทิศทางหรือเป้าหมายในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพโลกที่ชัดเจน

โดยอาจพิจารณาจากประเด็นสุขภาพที่ประเทศไทยสามารถดำเนินงานได้ดี สามารถนำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนกับนานาประเทศได้ เช่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสร้างเสริมสุขภาพ และความมั่นคงด้านสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังควรมีการวางแผนการขับเคลื่อน การกำหนดเวทีที่ประเทศไทยควรแสดงบทบาทนำ และกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ อีกด้วย

3. การสร้างกระบวนการขับเคลื่อนประเด็นร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งนี้การทำงานร่วมกันทำให้เกิดการขยายเครือข่ายด้านสุขภาพโลก รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่จะเข้าใจด้านวิชาการด้านกระบวนการขับเคลื่อนด้านเศรษฐกิจ สังคม ที่มีผลต่อพลวัตของการขับเคลื่อน โดยควรต้องมีการจัดกระบวนการที่ทุกคนสามารถเข้ามามีส่วนร่วม และมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพโลกด้วย

4. การกำหนดเป้าหมายระยะยาวของการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพโลกให้สามารถเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพโลกที่สามารถแสดงบทบาทนำในเวทีระดับโลกได้ ทั้งนี้ต้องมีการวางแผนกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ทั้งเรื่องการอบรม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ และการสนับสนุนให้ได้มีโอกาสทำงานในเวทีระดับโลก นอกจากนี้ยังต้องมีผู้รับผิดชอบกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่ชัดเจน โดยกำหนดเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งภายใต้กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

สรุป

ประเทศไทยได้แสดงบทบาทนำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพที่สำคัญในเวทีระดับโลกมากมายจนเป็นที่ยอมรับจากนานาประเทศ ทั้งนี้ประเทศไทยมีการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก 2559-2563 ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน และมียุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและองค์การอนามัยโลกที่มีแผนงานการสร้าง ความเข้มแข็งของงานสุขภาพโลก จึงเป็นกลไกในการร่วมขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการขยายเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพโลกในประเทศไทยและประเทศต่างๆ ได้

ปัจจัยในการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การมีหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ การมีทรัพยากรด้านต่างๆ ทั้งงบประมาณ องค์ความรู้ด้านสุขภาพโลก องค์ความรู้ในประเด็นสุขภาพเฉพาะ และบุคลากรที่ร่วมขับเคลื่อนที่เพียงพอ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่องทั้งผ่านการอบรมและการเข้าร่วมประชุมในเวทีจริง อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังขาดการกำหนดทิศทางหรือเป้าหมายในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพโลกที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและสร้างภาพลักษณ์ในเวทีระดับโลกที่เด่นชัดได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *The Lancet* 2009;373:1993-5.
2. อรรถยา ลีมวัฒนาอึ้งยง. ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก. ใน: วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, บรรณานิกร. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2562. หน้า 269-98.
3. Friends of the UN HLM on NCDs. The how: a message for the UN high-level meeting on NCDs. *Lancet* 2018;392(10143):e4-e5.
4. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 6];102. Available from: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
5. World Health Organization. Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on Non-communicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2015.

7. กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.bihmoph.net/download/czetH0Z6g2Wt.pdf>
8. Regional Office for South-East Asia, World Health Organization. SEA/RC69/R4 - Promoting physical activity in the South-East Asia Region. World Health Organization; 2016.
9. กองการต่างประเทศ. สรุปผลการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 140 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.พ. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://bihmoph.net/userfiles/file/Summary%20Report%20EB140_20Mar2017_BS.pdf
10. World Health Organization. EB142.R5-WHO global action plan on physical activity 2018-2030. Geneva: World Health Organization; 2018.
11. World Health Organization. WHA71.6-WHO global action plan on physical activity 2018-2030. Geneva: World Health Organization; 2018.
12. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.
13. United Nations. A/RES/72/138-International Universal Health Coverage Day. New York: United Nations; 2018.
14. United Nations. A/RES/72/139-Global health and foreign policy: addressing the health of the most vulnerable for an inclusive society. New York: United Nations; 2018.
15. Regional Office for South-East Asia, World Health Organization. SEA/RC71(2)-Review of the draft provisional agenda of the 144th Session of the WHO Executive Board. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018.
16. World Health Organization. EB144.R10-Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2019.
17. World Health Organization. WHA72.4-Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2019.
18. United Nations. A/RES/74/2- Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. 2019.
19. Regional Office for South-East Asia, World Health Organization. SEA/RC72(1)-Review of the draft provisional agenda of the 146th Session of the WHO Executive Board. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2019.
20. World Health Organization. EB146(14)- Accelerating action to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2020.
21. World Health Organization. EB148(3)-Promoting mental health preparedness and response for public health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2021.
22. World Health Organization. WHA74(14)-Mental health preparedness for and response to the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2021.
23. World Health Organization. Global strategy on diet physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2014.
24. World Health Organization. Global Action Plan for the prevention and control of NCDs. Geneva: World Health Organization; 2013.

ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ในทศวรรษที่ 2 แห่งความปลอดภัยทางถนน

ธนะพงศ์ จินวงษ์, จินตนา มโนรถกุล, เพ็ญนภา พรสุพิกุล, ธัชวุฒิ จาดบัณฑิตถ์, ดารารัตน์ ช่างด้วง
ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ตลอดทศวรรษที่ผ่านมา จากยอดผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 19,000 คน/ปี ยอดผู้บาดเจ็บที่สูงกว่า 1 ล้านคน/ปี และผู้พิการรายใหม่กว่าหมื่นคน/ปี อีกทั้งจากสถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิต พบว่า กลุ่มเด็กและเยาวชน และกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ยังเป็นกลุ่มที่มีอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงที่สุด โดยพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด คือ การดื่มขับ การใช้ความเร็วเกินกฎหมายกำหนด การตัดหน้ากระชั้นชิด และการไม่ใช้อุปกรณ์นิรภัย ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนได้รับการสนับสนุนการขับเคลื่อนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการพัฒนา และผลักดันองค์ความรู้ทางวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนนร่วมกับภาคนโยบายทั้งในระดับส่วนกลางและระดับท้องถิ่น โดยแบ่งการขับเคลื่อนงานออกเป็น 2 รูปแบบ คือ (1) การขับเคลื่อนงานเชิงกลไก/ระบบการทำงาน และ (2) การขับเคลื่อนงานเชิงประเด็นความเสี่ยง เป็นการพัฒนาชุดความรู้และเครื่องมือ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (health literacy) ทั้งในภาพกว้างและระดับเฉพาะกลุ่ม การขับเคลื่อนงานของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ทั้งด้านทรัพยากรงบประมาณ และการสื่อสารสร้างความตระหนัก รวมถึงสนับสนุนให้เกิดกลไกภาคสังคมและภาคนโยบายในการเสริมพลังการขับเคลื่อนความรู้สู่สังคมแห่งความปลอดภัยทางถนน โดยทิศทางสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในระยะต่อไป คือ การออกแบบแผนงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในอนาคต เป้าหมายการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของ ปก. ที่กำหนดให้เหลือ 12 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2570 ควบคู่ไปกับแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี สสส. (พ.ศ. 2565-2574)

คำสำคัญ: อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์; ความปลอดภัยทางถนน; วิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย; ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

Road Safety Academic Center's Roadmap for the Second Decade of Action for Road Safety

Thanapong Jinvong, Jintana Manorothkul, Pennapa Pornsupikul, Thachawut Jarbundista,
Dararat Changduang
Road Safety Academic Center, Road Safety Policy Foundation, Bangkok, Thailand

Abstract

Road crashes are one of the major health problems in Thailand. Over the past decade, annually, more than 19,000 people died, over 1 million people injured, and more than ten thousand people

disable as a result of road crashes. In addition, children and young people are the group with the highest rates of injury and death, along with motorcyclists. The riskiest behaviors that result in injury and death are drinking and driving, speeding, dangerous lane changing and not using safety equipment. For over 10 years, the Thai Health Promotion Foundation has supported the Road Safety Academic Center to play a key role in research and knowledge development for policymakers at both central and local levels. Applied strategies are driving management mechanisms and problem-based mechanisms by creating knowledge and instruments for specific targets in order to promote health literacy for the generous people. The supports from the Thai Health Promotion Foundation include human resources, budget, communication awareness, and collaboration among road safety partners and policymakers to empower the society. The future plan of the Road Safety Academic Center is to create working model and strategies which address the challenge of reducing the road mortality rate of the Department of Disaster Prevention and Mitigation, which is set at 12 per 100,000 population by 2027 and be part of the 10-year strategic plan of the Thai Health Promotion Foundation (2022-2031).

Keywords: motorcycle crash; road safety; Safe System Approach; determinant of health

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นหนึ่งในสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทยมาอย่างยาวนานเป็นระยะเวลากว่า 20 ปี โดยสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและนำมาซึ่งความสูญเสีย ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ คน ยานพาหนะ และสภาพแวดล้อม (ถนนและบริบทแวดล้อมข้างทาง)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตระหนักว่า อุบัติเหตุทางถนนเป็นประเด็นปัญหาทางสุขภาพเรื้อรังและต้องการการจัดการปัญหาเพื่อลดการสูญเสียประชากรของประเทศไทยอย่างจริงจัง จึงได้สนับสนุนโครงการศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) ให้ดำเนินงานมากกว่า 10 ปี โดยปัจจุบัน ศวปถ. ดำเนินงานภายใต้มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย (มนป.) ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจด้านส่งเสริม และผลักดันการขับเคลื่อนความรู้สู่ระดับนโยบาย รวมถึงเป็นกลไก (node) ในการสร้างองค์ความรู้ทั้งโครงการวิจัย และโครงการพัฒนา เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) นำไปสู่การเคลื่อนไหวทางสังคม และสร้างการ

เชื่อมโยงภาครัฐในการจัดการความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาสังคมในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ ร่วมกับกองทุนหลักต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อนและยกระดับเรื่องความปลอดภัยทางถนน ปัจจุบัน ศวปถ. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. ให้ดำเนินงานมาเป็นระยะที่ 6 (พ.ศ. 2563-2565) และยังคงมุ่งมั่นขับเคลื่อนให้เกิดองค์ความรู้เพื่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม

บทเรียนสำคัญในการขับเคลื่อนงานของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนเป็นการนำทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”⁽¹⁾ กรอบแนวคิด “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” (determinant of health)⁽²⁾ แนวทาง “กฎบัตรออตตาวา” (The Ottawa Charter)⁽²⁾ รวมถึงหลักการการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับสากล อย่างหลักการวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย (Safe System Approach)⁽³⁾ และปัจจัยของมนุษย์ (human factors)⁽³⁾ มาเป็นเครื่องมือในการออกแบบกรอบแนวคิดและกรอบแนวทางในการดำเนินการของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน โดยแบ่งการขับเคลื่อนงานออกเป็น 2 รูปแบบ คือ (1) การขับเคลื่อนงานเชิงกลไก/ระบบการทำงาน และ (2) การขับเคลื่อน

งานเชิงประเด็นความเสี่ยง โดยการขับเคลื่อนงานเชิงกลไกการทำงานจะเป็นส่วนที่หนุนเสริมการจัดการปัญหาในเชิงประเด็นความเสี่ยงด้วยการพัฒนาชุดความรู้และเครื่องมือทางวิชาการที่ช่วยให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) ทุกระดับเกิดการจัดการข้อมูลและการจัดการปัญหาเชิงผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ผ่านการใช้ “ชุดความรู้เครื่องมือ 5 ชิ้น” นอกจากนี้ในการขับเคลื่อนงานเชิงประเด็นความเสี่ยงยังเป็นการพัฒนาชุดความรู้และเครื่องมือเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีเครื่องมือที่ใช้ในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (health literacy) ทั้งในภาพกว้างและระดับเฉพาะกลุ่ม

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอถึงสถานการณ์ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย บทเรียน ปัจจัยความสำเร็จของงาน ความท้าทายที่ควรจัดการ ประเด็นอุบัติเหตุทางถนน รวมถึงเป้าหมายและภาพอนาคตของการขับเคลื่อนงานด้านความปลอดภัยทางถนนของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนในระยะเวลา 5-10 ปี ข้างหน้า

1. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในช่วงระยะเวลา 10 ปี

1.1 ภาพรวมสถานการณ์

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา⁽⁴⁾ (พ.ศ. 2554-2563) พบว่า มีแนวโน้มลดลงในช่วงระยะเวลา 5 ปีแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิต 21,746 คน หรือคิดเป็นอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 33.45 รายต่อประชากรแสนคน หลังจากนั้นอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องอีกครั้ง และในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงมากที่สุด โดยลดลงเหลือ 27.2 รายต่อประชากรแสนคน เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ดังภาพที่ 1

1.2 เด็ก เยาวชน และวัยทำงานยังเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงที่สุด

เมื่อพิจารณาข้อมูลจำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสะสม⁽⁴⁾ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2563 ตามช่วงอายุและเพศ พบว่า กลุ่มช่วงอายุที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-19 ปี โดยเพศชายมีผู้เสียชีวิตจำนวน 17,143 คน และเพศหญิงจำนวน 3,541 คน รองลงมา คือ เพศชายช่วงอายุ 20-24 ปี มีผู้เสียชีวิตจำนวน 15,685 คน ทั้งนี้เมื่อประมาณการ

เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยการวิเคราะห์อนุกรมเวลา (time series) คาดการณ์แนวโน้มปี พ.ศ. 2563-2573 จะมีเด็กและเยาวชนเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีก 40,421 คน⁽⁵⁾

ข้อมูลจากระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ในช่วงทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (พ.ศ.2554-2563)⁽⁴⁾ พบว่า การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในรถจักรยานยนต์ โดยพบผู้เสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีจำนวน 21,061 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.45 จากจำนวนการเกิดอุบัติเหตุในรถจักรยานยนต์สะสม (10 ปี) จำนวน 156,548 คน

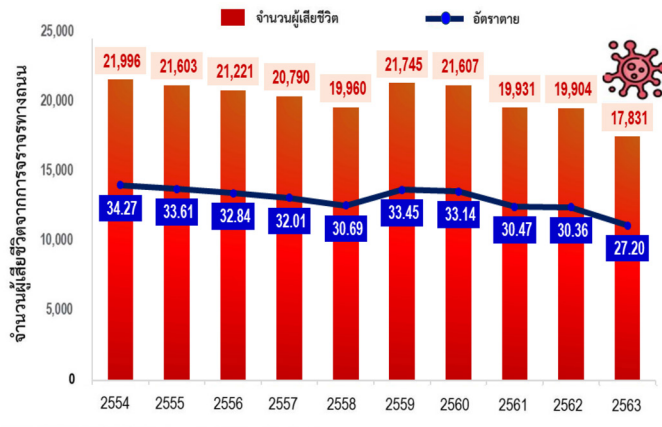
จากข้อมูลการสอบสวนอุบัติเหตุเชิงลึกการเกิดอุบัติเหตุในรถจักรยานยนต์ จำนวน 1,001 กรณี โดย รศ.ดร.กัณวีร์กนิษฐพงษ์ ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย⁽⁶⁾ ระบุว่าสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในรถจักรยานยนต์เกิดจากผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์สูงถึง ร้อยละ 53 โดยปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ ความผิดพลาดในการประเมินสถานการณ์เสี่ยงที่จะเกิดขึ้น (perception failure) ร้อยละ 49 ความผิดพลาดด้านการตัดสินใจ (decision failure) ร้อยละ 32 และความผิดพลาดจากการตอบสนอง/การควบคุมรถที่ไม่เหมาะสม (reaction failure) ร้อยละ 13

1.3 ดื่มแล้วขับ-พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องยาวนาน

ข้อมูลจากระบบออนไลน์ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน⁽⁷⁾ พบว่าในเทศกาลสงกรานต์ 2564 ช่วง 7 วัน อันตรายน (10-16 เมษายน 2564) แม้จะเป็นช่วงสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ยังคงมีผู้บาดเจ็บจำนวน 19,457 ราย และเสียชีวิต 346 ราย โดยยานพาหนะที่ทำให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด คือ “รถจักรยานยนต์” โดยมีจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุ 15,651 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.03 จากจำนวนยานพาหนะทั้งหมด โดย “ดื่มแล้วขับ” เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุกว่าร้อยละ 24.18 ของสาเหตุการเกิดเหตุทั้งหมด

อย่างไรก็ตาม ผลการบริหารนโยบายและมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทยตามแผนปฏิบัติการ “ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2554-2563” ในประเด็นดื่มแล้วขับ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภค

ภาพที่ 1 สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ปี 2554-2563



เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับขี่ยานพาหนะมีแนวโน้มลดลง อันเป็นผลมาจากกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ในช่วงเทศกาลต่างๆ ยังมีการรณรงค์ การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ แต่กระบวนการดังกล่าวยังเป็นการแก้ปัญหาที่กลางน้ำและปลายน้ำ ยังไม่ได้มีการกำหนดมาตรการต้นน้ำในการจำกัดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ นอกจากนี้การเพิ่มมาตรการบังคับกฎหมายช่วงกลางน้ำ เช่น random breath test ร่วมกับตำรวจในการผลักดันพระราชบัญญัติจราจรทางบกฉบับที่ 13 โดยบังคับให้ต้องมีการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดทุกรายเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน หรือการใช้เทคโนโลยียกระดับการบังคับใช้กฎหมายจะมีส่วนสำคัญในการลดอุบัติเหตุเนื่องจากการดื่มแล้วขับได้

1.4 ต้นตอสำคัญของอุบัติเหตุทางถนน-ปัญหาที่ยังคงถูกมองข้าม

สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและนำมาซึ่งความสูญเสียประกอบด้วย 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ความผิดพลาดของคน ความบกพร่องของยานพาหนะ และความบกพร่องของถนนและสภาพแวดล้อมข้างทาง โดยสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมากกว่า ร้อยละ 80 เกิดจากพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนน และสังคมยังคงมองว่าอุบัติเหตุทางถนนเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล ส่งผลให้มาตรการและนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุทางถนนจึงมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ขับขี่เป็นหลัก แต่เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิด “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ”⁽²⁾ และปัจจัยของมนุษย์⁽³⁾ พบว่า ความผิดพลาดของบุคคลที่นำไปสู่

การเกิดอุบัติเหตุทางถนน มักเกี่ยวข้องกับ 2 ความเสี่ยงหลัก คือ ความเสี่ยงทางกายภาพ (ถนน ยานพาหนะ หรือสิ่งแวดล้อม) และความเสี่ยงทางสังคม โดยตามกรอบแนวคิด “Safe System Approach”⁽³⁾ กล่าวว่า ระบบที่ปลอดภัยนั้นจะต้องออกแบบมาเพื่อรองรับข้อผิดพลาดของมนุษย์ ซึ่งนำไปสู่อุบัติเหตุ แต่การเกิดอุบัติเหตุเหล่านั้นต้องไม่นำมาซึ่งความสูญเสีย ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวนับว่าเป็นทิศทางและความท้าทายในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการวางรากฐานการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย

การเกิดอุบัติเหตุทางถนน การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตเปรียบเสมือนยอดภูเขาน้ำแข็งที่เป็นปรากฏการณ์อันสืบเนื่องมาจากการสั่งสมของรากปัญหาที่ซ่อนตัวอยู่ภายใต้ภูเขาน้ำแข็ง ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมองข้ามไม่เข้ามาจัดการอย่างเป็นระบบ สิ่งที่ซ่อนตัวอยู่ภายใต้ภูเขาน้ำแข็งในปรากฏการณ์อุบัติเหตุทางถนนนั้นยังมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน 4 ประการ (การวิเคราะห์ตาม human factors และ swiss cheese model)⁽⁸⁾ และ 3 ประการ (การวิเคราะห์ตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ)⁽²⁾ ดังตารางที่ 1

ต้องอุดช่องโหว่ที่จุดไหน จึงจะคุ้มค่าและยั่งยืน

ที่ผ่านมา เมื่อเกิดอุบัติเหตุมักจะสรุปสาเหตุโดยเน้นที่ “ปัจเจก” (การกระทำไม่ปลอดภัย) แต่ไม่ได้โยนไปสู่ต้นตอหรือสาเหตุที่เป็นรากปัญหา เช่น เติมน้ำมันที่ไม่ปลอดภัย ระบบกำกับดูแลที่บกพร่อง หรือต้นตอที่เป็นปัจจัยองค์กรหน่วยงานที่ต้องมารับผิดชอบกำกับดูแล ซึ่งในหลักการช่องโหว่จุดไหนที่พร้อมจะมีมาตรการจัดการก็ดำเนินการโดยทันที โดยต้อง

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	Human factors & Swiss cheese model
1) ปัจจัยเชิงปัจเจก	1) การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (unsafe act) (1) ความผิดพลาด/จากการรับรู้ การตัดสินใจ การควบคุม (2) การฝ่าฝืน เช่น ดื่มหรือเม้าซ์บ์
2) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม	2) เงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย (unsafe conditions) (1) สภาพแวดล้อม/ความเสี่ยงทางกายภาพ (ถนน ยานพาหนะ ฯลฯ) (2) สภาพแวดล้อม/ความเสี่ยงทางสังคม (3) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น โรคประจำตัว อายุ ฯลฯ
3) ปัจจัยด้านระบบที่เกี่ยวข้อง	3) ระบบการกำกับติดตามบกพร่อง (unsafe supervision) 4) อิทธิพลขององค์กร (organization influence)

เน้นช่องทางที่เกิดจากปัจจัยหน่วยงานองค์กร เพราะถ้ามีการจัดการแก้ไข ก็จะเป็นต้นทางในการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนได้ การวิเคราะห์การขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนด้วยเครื่องมือ SWOT analysis⁽⁹⁾ พบว่า

จุดแข็ง-ประเทศไทยมีโครงสร้างการจัดการถึงระดับอำเภอ-ตำบล มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDG)⁽¹⁰⁾ และมี ภาคิ “ระดับพื้นที่” ตื่นตัว มีกลไกเสริมโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมควบคุมโรค (คร.)-สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) กลไกสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัด-อำเภอ (คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ)-ตำบล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อาสาสมัครสาธารณสุข/ยูวอาสาสมัครสาธารณสุข)

จุดอ่อน-โครงสร้างการจัดการที่ยังทำงานไม่ต่อเนื่อง การบังคับใช้กฎหมายทำได้จำกัด และขาดกลไกการสนับสนุนทั้งด้านนโยบาย ระบบงบประมาณ และกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้ง ระบบข้อมูล/สอบสวนเคส ยังขาดการวิเคราะห์/เชื่อมโยงไปสู่สภาพแวดล้อม และเจ้าภาพจัดการ

โอกาส-กระแสดับโลกของสหประชาชาติ (UN) และแนวคิดใหม่ที่ UN เสนอให้ใช้ คือ Safe System Approach⁽³⁾, กระแส IT, AI (กล้องวงจร CCTV application) กระแสสื่อ และความสนใจของสังคมและ social media ท้องถิ่นมีความตื่นตัว มีการขับเคลื่อนนโยบาย smart city และ ภาคนโยบาย (รัฐสภา ทั้งวุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎร) และแหล่งทุนร่วมสนับสนุน (กองทุนเพื่อความปลอดภัย

ในการใช้รถใช้ถนนและสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ)

อุปสรรค-ประชาชนยังคงมีแนวความคิดว่า “อุบัติเหตุเกิดจากความประมาท/ขาดจิตสำนึก/เคราะห์กรรม” เป็นเรื่อง “ปัจเจก” มากกว่าปัญหาสาธารณสุข มีปัจจัยเอื้อให้เกิดความผิดพลาดเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความเร่งรีบ การใช้เทคโนโลยีมือถือ ฯลฯ และ “ความเสี่ยง” ภายใต้ชีวิตวิถีใหม่ เช่น รถจักรยานยนต์ delivery ความเสี่ยงทางสังคม (social risk) ฯลฯ

2. เส้นทางการทำงานของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน

1.1 ภาพรวมการทำงาน

ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนเริ่มดำเนินงานเมื่อ พ.ศ. 2551 ภายใต้การบริหารงานของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ต่อมาดำเนินงานภายใต้มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย (มนป.) ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจด้านส่งเสริม และผลักดันการขับเคลื่อนความรู้สู่ระดับนโยบาย ในปี พ.ศ. 2557 ปัจจุบัน ควบ. ภายใต้การบริหารงานของ มนป. และการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. ได้ดำเนินงานมาเป็นระยะที่ 6 (พ.ศ. 2563-2565) และยังคงมุ่งมั่นขับเคลื่อนให้เกิดองค์ความรู้เพื่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม ผ่านการสร้างชุดความรู้ คู่มือ เครื่องมือต่างๆ อาทิเช่น เครื่องมือ 5 ชั้น กล้องการจัดการจุดเสี่ยง นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานหลักในการจัดสัมมนาวิชาการระดับชาติ เรื่องความปลอดภัยทางถนน ซึ่งจัดทุกๆ 2 ปี โดยทุกครึ่งจะมีการสรุปและจัดทำข้อเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินการในระยะแรกของ ควปถ. ใช้กรอบทฤษฎี **สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา**⁽¹⁾ ในการขับเคลื่อน ยึดหลักการ “สร้างความรู้ สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายเคลื่อนไหว สังคมและเชื่อมโยงอำนาจรัฐ” พร้อมกับการใช้เครื่องมือ outcome mapping⁽¹¹⁾ สำหรับการกำหนดกลยุทธ์และแนวทางในการทำงาน และยุทธศาสตร์ 5E’s of road safety (Engineering Education Enforcement Emergency service และ Evaluation)⁽¹²⁾ เพื่อวิจัยและพัฒนาชุดความรู้ที่เปิดเผย “ข้อมูลข้อเท็จจริงและพิสูจน์ข้อเท็จจริงของสังคม ในประเด็น “อุบัติเหตุไม่ใช่เคราะห์กรรม แต่อุบัติเหตุสามารถป้องกันได้” รวมถึงการสร้างแนวร่วม และระบบการจัดการใน กลไกปกติเป็นการกระตุ้นให้เกิด accountability ของหน่วยงาน ภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับประเด็นความปลอดภัยทางถนน

ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนตระหนัก ถึงอุปสรรคที่ทำให้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนยังไม่ใช้จุดเน้น สำคัญของฝ่ายบริหารระดับสูงของประเทศ เพราะเป็น ปัญหาที่เกิดจากหลากหลายมิติที่จะต้องขับเคลื่อนอย่าง เชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน ให้เกิดการแก้ปัญหาในเชิงระบบ ตั้งแต่ต้นทาง และยังไม่สามารถขับเคลื่อนไปสู่การสร้าง วัฒนธรรมความปลอดภัยได้ รวมถึงโครงสร้างการบริหารจัดการ ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนยังจำกัดอยู่ในระดับศูนย์อำนาจ การความปลอดภัยทางถนน (ส่วนกลาง) และศูนย์อำนาจ การความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด ยังไม่ลงไปถึงการ จัดการในระดับอำเภอและท้องถิ่นซึ่งเป็นจุดจัดการปัญหา ที่สำคัญ ด้วยเหตุผลดังกล่าว สสส. จึงมีบทบาทสำคัญใน การหนุนเสริมให้เกิดกลไกขับเคลื่อนภาคนโยบาย โดยการ หนุนเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่าง ควปถ. และภาคีเครือข่าย โดย ควปถ. ได้นำกรอบแนวคิด **ปัจจัยกำหนดสุขภาพ**⁽²⁾ มาประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนงานในระยะที่ 2 ที่เน้นการ หนุนเสริมนโยบายในการพัฒนาโลกที่มุ่งเน้นการสร้าง ระบบที่ปลอดภัย และสนับสนุนให้เกิดระบบ/กลไกจัดการ เข้มแข็ง (เชิงระบบ) ควบคู่ไปกับการบูรณาการเพื่อจัดการ ความเสี่ยงสำคัญ (issue base) โดย (1) การหนุนเสริม วิชาการเพื่อผลักดันนโยบายสุขภาพ (ส่วนกลาง-พื้นที่) สนับสนุนงานวิชาการร่วมกับองค์กรทั้งในและต่างประเทศ (2) การออกแบบเครื่องมือการเสริมสร้างเข้มแข็ง โครงสร้างการบริหารจัดการ ร่วมกับภาคีเครือข่าย (3) การ สนับสนุนชุดความรู้สำหรับเสริมประสิทธิภาพระบบข้อมูล

ระบบติดตามกำกับและการสะท้อนกลับ feedback loop อาทิเช่น เครื่องมือ 5 ชั้น อีกทั้ง การขับเคลื่อนงานของศูนย์ วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนถูกกำหนดให้สอดคล้อง กับแนวคิด “วิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย” (Safe System Approach)⁽³⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่เน้นการลดการตาย และ บาดเจ็บสาหัสต่างกับแนวคิดเดิมที่เน้นการลดอุบัติเหตุ” และแผนยุทธศาสตร์ สสส. 10 ปี ตาม “กฎบัตรอตตาวา” (The Ottawa Charter)⁽²⁾ ทั้ง 5 ประการ

2.2 บทเรียนสำคัญการทำงานของศูนย์วิชาการเพื่อ ความปลอดภัยทางถนน

การทำงานของ ควปถ. ในปัจจุบันใช้กรอบแนวคิด OKR (Objective Key Results)⁽¹³⁾ เป็นเครื่องมือสำคัญ ในการกำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินงาน โดยกำหนด เป้าหมาย 2 รูปแบบ คือ ความรู้สำหรับการขับเคลื่อนเชิงกลไก และความรู้สำหรับการขับเคลื่อนเชิงประเด็นสำคัญ ดังนี้

2.2.1 การทำงานขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาเดิมแล้วขับเคลื่อนของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน

บทเรียนสำคัญในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในประเด็น เดิมแล้วขับเคลื่อนของ ควปถ. เริ่มจากการเข้าไปมีบทบาทเป็น คณะทำงานต่างๆ สนับสนุนและผลักดันให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงนโยบายในด้านกฎหมาย นอกจากนั้นบทบาท สำคัญในการแก้ไขปัญหาเดิมแล้วขับเคลื่อนในการใช้ข้อมูลและ งานวิชาการในการลดช่องว่างภายในโครงสร้างการจัดการ ในส่วนกลางถึงท้องถิ่น โดยจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายให้ จัดตั้งกลไกอนุกรรมการบังคับใช้กฎหมาย ในการควบคุม กำกับดูแล ทั้งเรื่องการตั้งด่าน การบังคับใช้กฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการดื่มขับ

2.2.2 การทำงานขับเคลื่อนเพื่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

กลุ่มเด็กและเยาวชนถือเป็นกลุ่มเปราะบางต่อการ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน บทเรียนการทำงานที่ผ่านมา จึงมุ่งเน้นไปที่การจัดการเชิงป้องกันเพื่อนำไปสู่การสร้าง วัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน ตามกรอบแนวคิด “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” ในระยะแรกเป็นการผลักดันให้ สถานศึกษาต้องจัดการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัย ทางถนนครอบคลุมความเสี่ยงทุกช่วงวัย โดยร่วมกับภาคี เครือข่ายและกระทรวงศึกษาธิการในการพัฒนาหลักสูตร ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทุกวิชา ในระยะต่อมาได้มีการ

เริ่มผลักดันให้เกิดการพัฒนาต้นแบบสถานศึกษาด้านการจัดการระบบข้อมูลความปลอดภัยทางถนนในสถานศึกษา ร่วมกับกลไก ศปถ. อำเภอ นอกจากนี้ได้ร่วมกับคณะทำงานเฉพาะกิจและภาคีเครือข่ายวิชาการแก้ไขปัญหาคณะทำงานรถจักรยานยนต์ ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาคณะทำงานอุบัติเหตุที่เกิดจากรถจักรยานยนต์ครอบคลุม 7 มาตรการในมิติคน รถ ถนน อีกทั้งยังมีการขับเคลื่อนงานผ่านกลไกรัฐสภา เพื่อผลักดันการติดตั้งระบบ ABS (anti-lock brake system) หรือระบบเบรก ป้องกันล้อล็อกในรถจักรยานยนต์ผ่านสำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) ท้ายที่สุดส่งผลให้กรมการขนส่งทางบกได้ออกประกาศกำหนดคุณสมบัติ คุณลักษณะ สมรรถนะ หลักเกณฑ์วิธีการเงื่อนไขการรับรองแบบระบบห้ามล้อสำหรับรถจักรยานยนต์ ปี พ.ศ. 2564 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2564

อย่างไรก็ตาม ก็ไม่อาจปฏิเสธได้ว่ากลไกการบังคับใช้กฎหมายยังเป็นกลไกสำคัญในการป้องปรามพฤติกรรมเสี่ยงลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ดังนั้น ศปถ. ร่วมกับอาจารย์วีระ ชื่อสุวรรณ ได้พัฒนาหลักสูตรสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการควบคุมกฎ ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชน ในการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวก เน้นการสื่อสารความห่วงใยโดยประยุกต์ใช้หลักการ Behavior Based Safety: BBS⁽¹⁴⁾ เป็นเครื่องมือกระตุ้นให้ผู้ขับขี่ได้ฉุกคิดถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่สวมหมวกนิรภัย

เนื่องจากเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงและมีโอกาสการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด ในขณะเดียวกันยังเป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่มีพลังในการเปลี่ยนแปลงสังคมสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยทางถนนต่อไปในอนาคต ศปถ. จึงได้ผลักดันให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนภายใต้กระทรวงมหาดไทย กำหนดให้มีผู้แทนเยาวชนจากสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทยและสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย เป็นหนึ่งในอนุกรรมการในกลไกด้านความปลอดภัยทางถนนในระดับประเทศและในระดับท้องถิ่น

2.2.3 การทำงานขับเคลื่อนเพื่อความปลอดภัยรถโดยสารสาธารณะ

รถโดยสารสาธารณะเป็นอีกหนึ่งความเสี่ยงที่ ศปถ.

ขับเคลื่อนความปลอดภัยโดยได้รับการสนับสนุนจาก สสส. อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ โดย ศปถ. มีบทบาทในการสนับสนุนให้เกิดงานวิชาการในการวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อปิดช่องว่าง ลดอุบัติเหตุของรถโดยสารทุกประเภท โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่ (1) การจัดการต้นน้ำ ได้แก่ การผลักดันให้สถานประกอบการรถโดยสารสาธารณะเกือบทุกชนิด ต้องมีผู้ประกอบการทำหน้าที่ดูแลจัดระบบ (2) การจัดการกลางน้ำ ได้แก่ การกำกับดูแลผู้ประกอบการ พนักงานขับรถขณะปฏิบัติหน้าที่ ด้วยการใช้นวัตกรรมกำกับ และ (3) การจัดการปลายน้ำ ได้แก่ เมื่อเกิดอุบัติเหตุต้องมีระบบจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในด้านการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ ระบบประกันภัยที่เหมาะสม และการสอบสวนอุบัติเหตุโดยสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ

การดำเนินงานขับเคลื่อนความปลอดภัยของ ศปถ. ในประเด็นรถโดยสารสาธารณะได้มีการขับเคลื่อนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ลงไปถึงระดับพื้นที่ ในช่วงระยะแรกมุ่งประเด็นการจัดการกลุ่มรถโดยสารสาธารณะขนาดใหญ่ และกลุ่มรถตู้ ดังนี้ (1) การดำเนินงานผลักดันเพื่อแก้ไขระดับนโยบาย (macro) และขับเคลื่อนในระดับชุมชน (micro) ระยะแรกเน้นการจัดทำ “ข้อมูล” เพื่อนำข้อมูลคืนเข้าสู่หน่วยงานในระดับนโยบายเพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงและปิดช่องว่างของปัญหา (2) การดำเนินงานผลักดันโดยใช้แนวคิด logic model⁽¹⁵⁾ เพื่อให้ลงไปแก้ไขที่รากปัญหาของรถแต่ละประเภท โดยใช้ logic model เป็นตัวกำหนดผลสำเร็จเป็นระยะสั้น กลาง และยาว ขับเคลื่อนในระดับนโยบายและในระดับพื้นที่ และเกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ ได้แก่ ศปถ. ร่วมกับกรมการขนส่งทางบก ได้ขับเคลื่อนมาตรฐานความปลอดภัยของรถตู้โดยสารสาธารณะ โดยเฉพาะเรื่องความปลอดภัยของสภาพตัวรถ นอกจากนี้ สสส. ยังสนับสนุนให้ทุกภาคี รวมทั้ง ศปถ. ขับเคลื่อนความปลอดภัยในการเดินทางของนักเรียน โดยเฉพาะรถรับส่งนักเรียน ภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ให้มีการตั้งคณะทำงานในพื้นที่เพื่อกำกับติดตามการรวมกลุ่มผู้ประกอบการในลักษณะองค์กรอย่างไม่เป็นทางการเพื่อสนับสนุนหน่วยงานในพื้นที่ และต้องกำหนดบทบาทการทำงานของแต่ละภาคส่วนให้มีความชัดเจน

3. ภาพอนาคตในระยะ 5-10 ปีข้างหน้า

การขับเคลื่อนเพื่อลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสิ้นสุดทศวรรษที่ 1 ลงในปี พ.ศ. 2563⁽¹⁶⁾ และเริ่ม

ทศวรรษที่ 2 ใน ปี พ.ศ. 2564-2573 ในขณะเดียวกันอุบัติเหตุทางถนนถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในด้านความมั่นคงและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย โดยศูนย์อำนวยการ-ความปลอดภัยทางถนนได้กำหนดค่าเป้าหมายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2565-2570 โดยจะต้องลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้เหลือไม่เกิน 12 รายต่อประชากรแสนคน⁽¹⁷⁾

ภายใต้เป้าหมายดังกล่าว ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้เหลือ 12 ต่อประชากรแสนราย ภายในปี พ.ศ. 2570 โดยใช้กลไกการขับเคลื่อน 2 ระดับ ภายใต้แนวคิดใหม่ คือ วิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย คือ (1) การขับเคลื่อนเพื่อจัดการประเด็นเสี่ยงสำคัญ โดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนผ่านอนุกรรมการทั้ง 8 ชุด ภายใต้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนและ (2) การพัฒนาระบบจัดการพื้นที่ (ตำบลขี้นี้ปลอดภัย) โดยกำหนดให้เกิดผลลัพธ์สำคัญ 3 ประการ คือ เกิดระบบจัดการความเสี่ยงสำคัญ “ต้นน้ำ-กลางน้ำ-ปลายน้ำ” ในมิติสำคัญ 5Es โดยเน้น Engineering Enforcement และ Education เกิดกลไกจัดการแผนทุกระดับตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติ แผนระดับชาติ แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน แผนพื้นที่ทุกระดับ มีงบประมาณ และมีระบบกำกับติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและเกิดกลไกจัดการในระดับพื้นที่ที่เข้มแข็ง

เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตของประเทศไทยในด้านความปลอดภัยทางถนน พบว่า มีความท้าทายที่สำคัญของสังคมไทยในการสร้างการเปลี่ยนแปลงระบบฐานความคิดและความเชื่อของสังคมไทย (mind-set) ตามกรอบวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย ประกอบด้วย การพัฒนาด้านเทคโนโลยีที่เป็นไปอย่างก้าวกระโดด ทำให้ควปถ. จำเป็นต้องพิจารณาถึงสภาพอนาคตในการสร้างความปลอดภัยทางถนนให้กับสังคมไทย โดยวางบทบาทการทำงานไว้ ดังนี้

1. มุ่งมั่นสร้างการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและความเชื่อของสังคมไทยสู่ความคิดที่ว่า “อุบัติเหตุทางถนนเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ และการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจะต้องไม่นำไปสู่การเสียชีวิต” ด้วยการจัดการข้อมูลเพื่อการผลักดัน

นโยบายที่มีประสิทธิภาพ และการสื่อสารที่เข้าถึงทั้งกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย และประชาชน

2. ขยายฐานแนวร่วมการเป็นเจ้าภาพในการแก้ไขและป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่ โดยสร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทั้งผู้กำหนดนโยบาย หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่าย

3. สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนนให้มีความรู้ในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความปลอดภัยทางถนน รวมถึงการจัดการความเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย อันประกอบด้วยรถจักรยานยนต์ ดื่มแล้วขับ และการขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด

4. สนับสนุนการสร้างเครือข่าย สร้างและเผยแพร่องค์ความรู้งานวิจัยและงานวิชาการด้านนวัตกรรมสำหรับการแก้ไขและป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย รวมถึงผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องผ่านการจัดงานสัมมนาวิชาการระดับชาติเรื่องความปลอดภัยทางถนน ในครั้งต่อไป

สรุป

ความท้าทายที่ประเทศไทย สสส. ควปถ. และภาคีที่เกี่ยวข้อง ต้องเผชิญและลงมืออย่างเร่งด่วน คือ ต้องพัฒนาระบบการจัดการทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น เพื่อนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตให้ได้ตามเป้าหมายเหลือ 12 ต่อประชากรแสนรายภายในปี พ.ศ. 2570 ประกอบกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเทคโนโลยี สังคม และวัฒนธรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งเป็นประเด็นใหม่ที่ต้องการข้อมูลและองค์ความรู้ที่ทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน ในขณะที่ SDGs ได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาให้มุ่งไปสู่การเป็นเมืองที่ปลอดภัยในการเดินทางสำหรับทุกคน เชื่อมโยงกับความเป็นมิตรด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้น เพื่อให้สามารถดำเนินการลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้ตามเป้าหมายของประเทศให้มีอัตราการเสียชีวิตลดลง ร้อยละ 50 จึงควรนำแนวคิดวิถีแห่งระบบที่ปลอดภัย ประยุกต์รวมกับแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี สสส. (พ.ศ. 2565-2574) และเครื่องมือ chain of outcome⁽¹⁵⁾

เป็นหลักการในการกำหนดเป้าหมายและทิศทางในการขับเคลื่อนงานเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติมาตรการที่เหมาะสม และการสร้างเครือข่ายวิชาการระดับพื้นที่ เพื่อเป็นกลไกหนุนเสริมในการขับเคลื่อนงาน และเพื่อให้การดำเนินงานของ ศวปถ. เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สสส. ที่สนับสนุนทรัพยากรและหนุนเสริมให้เกิดภาคีเครือข่ายสานพลังขับเคลื่อนนโยบาย คณะกรรมการกำกับทิศที่ให้คำแนะนำและชี้แนะทิศทางอันเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนงานวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนในประเทศไทย รวมถึงภาคีเครือข่ายภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ภาครัฐ และภาคเอกชนในการร่วมผลักดันให้ผลงานวิชาการเกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. จัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม “พลังความรู้ สู่การเขยื้อนภูเขา” [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/4645>
2. คณะทำงานโครงการพัฒนาหลักสูตรแนวคิดและหลักการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับภาคีเครือข่ายสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือวิชาการ: แนวคิดและหลักการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับภาคีเครือข่าย สสส. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 29 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://dol.thaihealth.or.th/File/media/54259f40-0d22-4b34-81ed-a23a4af301bf.pdf>
3. Larsson P, Tingvall C. The safe system approach – a road safety strategy based on human factors principles. [Internet]. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2013 [cited 2021 Jul 15]. Available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-642-39354-9_3.pdf
4. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. ข้อมูล 3 ฐานการเสียชีวิต ปี พ.ศ. 2554-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://public.tableau.com/app/profile/datacenter/viz/RTDDC1_ServerWorkshopEP1/DB_
5. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หยุด!! เด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://35.190.29.12/uploads/publish/1036520200811093802.pdf>
6. ศูนย์วิจัยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. โครงการวิจัยเพื่อเมืองไทยไร้อุบัติเหตุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihonda.co.th/honda/news/csr/20210305/>
7. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข. Dashboard ช่วงเทศกาลภาพรวมทั้งประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://ict-pher.moph.go.th/index.php?r=dashboard/default/monitor&precessid=>
8. Reason J. Human error: models and management. BMJ [Internet]. 2000 [cited 2021 Jul 20]320:768-70. Available from: <https://www.bmj.com/content/320/7237/768>
9. HotPMO. SWOT analysis [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://www.hotpmo.com/management-models/swot-analysis-strengths-weaknesses-opportunities-threats/>
10. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://sdgs.nesdc.go.th/เกี่ยวกับ-sdgs/เป้าหมายที่-3-สร้างหลักป/>
11. Research to Action. Outcome mapping: a basic introduction [Internet]. 2012 [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://www.researchtoaction.org/2012/01/outcome-mapping-a-basic-introduction/>
12. Phanthunane P, Siririsakulchai, Taekratoke T, Pannarunothai S. Road safety investment: a step to achieve the Decade of Action on road safety goal in Thailand. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 30 ก.ค. 2564]; 24: 12-28. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/issue/view/10632/vol7no24>

13. ประชาชาติธุรกิจ. OKR คืออะไร? เข้าใจวิธีตั้งเป้าหมายแบบ Google [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 29 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.prachachat.net/csr-hr/news-209471>
14. ศูนย์เทคโนโลยีความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม (SAFETECH). BBS: Behavior Based Safety [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.safetechthailand.net/article/detail.asp?id=17260>
15. Gale J. Logic model: components and implementation [Internet]. 2014 [cited 2021 Jul 20]. Available from: <https://www.ruralcenter.org/sites/default/files/program-evaluation-workshop/Logic%20Model%20John%20Gale.pdf>
16. United Nations Road Safety Collaboration. Global plan for the decade of action for road safety 2011-2020 [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 20]. Available from: https://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/en/
17. ฐานเศรษฐกิจ. มท.ตั้งเป้าลดเสียชีวิตทางถนนเหลือ 12 คนต่อ 1 แสนประชากร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.thansettakij.com/content/normal_news/470218

บทบาทศูนย์วิจัยปัญหาสุรา กับ นโยบายแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว¹, อภิญญา เลหาประภานนท์², รัตติยา อักษรทอง²

¹ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

² ศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิทยาศาสตร์ข้อมูลเพื่อวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทความ

เมื่อมองย้อนไปในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา จะมองเห็นความก้าวหน้าในการดำเนินมาตรการควบคุมปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บทความชิ้นนี้ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของศูนย์วิจัยปัญหาสุราในฐานะศูนย์วิชาการที่สนับสนุนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยแบ่งสถานการณ์ออกเป็น 2 ช่วงเวลา โดยใช้การออก พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เป็นจุดตัด ความแตกต่างของความเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อสนับสนุนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ในช่วงก่อนมี พ.ร.บ. บทบาทของภาควิชาการเน้นไปที่การจัดทำข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทยและใช้อ้างอิงตัวอย่างมาตรการจากต่างประเทศเพื่อสนับสนุนการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคม ซึ่งทำให้เกิดแคมเปญรณรงค์ที่สำคัญขึ้นในช่วงเวลานี้ หลังจากการเคลื่อนไหวในประเด็นการควบคุมที่หลากหลายผ่านไปสักระยะหนึ่งจึงเกิดการหลอมรวมเอามาตรการต่างๆ มาสร้างเป็น พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเคลื่อนไหวของทุกภาคส่วนจึงมีเป้าหมายที่ชัดเจน คือ การผลักดัน พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 หลังจากมี พ.ร.บ. ดังกล่าวออกมาแล้ว พร้อมกันนั้นแต่ละภาคส่วนที่ร่วมเคลื่อนไหวก็มีสถานะที่เป็นองค์กรที่มีความเป็นทางการมากขึ้น ประเด็นความเคลื่อนไหวในระยะนี้มุ่งเน้นการสนับสนุนมาตรการที่ระบุไว้ใน พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการผลักดันมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มเติม เช่น การจำกัดการจำหน่ายรอบสถานศึกษา ซึ่งมี ศวส. เป็นหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการที่สำคัญ การขับเคลื่อนทั้งหมดได้ส่งผลเชิงประจักษ์เป็นการลดลงของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากเดิมที่เฉลี่ยประมาณ 8 กรัมของแอลกอฮอล์ต่อหัวต่อปี มาเป็น 7 กรัมต่อหัวต่อปี ในช่วงเวลาหลังจากการบังคับใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

คำสำคัญ: การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์; ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ; การขับเคลื่อนทางสังคม

Roles of the Center for Alcohol Studies on Alcohol Policy in Thailand

Udomsak Saengow¹, Apinya Laohaprapanon², Ruttiya Asksontong²

¹ School of Medicine, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Province

² Center of Excellence in Data Science for Health Study, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand

Abstract

Alcohol policy in Thailand has evolved significantly over the last two decades, owing to mechanisms supported by the Thai Health Promotion Foundation. This article discusses the role of the Center for Alcohol

Studies (CAS), a leading think tank on alcohol policy. Prior to the enactment, CAS's work focused on the consequences of alcohol consumption in Thailand and a review of other countries' alcohol control policies. These works were used to advocate for the regulation of the alcohol industry. The movement was composed of a number of formal and informal organizations that addressed various aspects of alcohol control. Finally, they collaborated to develop a comprehensive alcohol control law that resulted in the passage of the Alcoholic Beverage Control Act, 2008. Following that, each of the movement's organizations became more formally established. These included the Alcohol Control Committee's office and the Stop Drinking Network. Throughout this time period, these organizations have operated in support of the Alcoholic Beverage Control Act's alcohol control provisions. New alcohol control measures, such as controlling sale outlets near universities, have been added. CAS played a critical role in providing supporting information. Overall movement has resulted in a decrease in per capita alcohol consumption from an average per capita of eight gram of ethanol per year to an average per capita of seven gram of ethanol per year after the Alcoholic Beverage Control Act, 2008, went into effect.

Keywords: alcohol control; Center for Alcohol Studies; Thai Health Promotion Foundation; social movement

บทนำ

จากการประมาณการล่าสุดในปี พ.ศ. 2559 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกถึง 3,000,000 คนต่อปี⁽¹⁾ แอลกอฮอล์จึงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ มาตรการที่มีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่าสูงในการลดขนาดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่เป็นมาตรการที่มุ่งหวังในการลดปริมาณการบริโภคเป็นสำคัญ เช่น จำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มราคาและเก็บภาษี และการควบคุมการโฆษณา⁽²⁾ สังเกตได้ว่า มาตรการดังกล่าวอยู่นอกขอบข่ายการให้บริการทางการแพทย์ตามปกติ และบางมาตรการอยู่นอกเหนือการกำกับของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในประเทศไทย

ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้ถูกจัดวางให้มีกลไกในการส่งเสริมสนับสนุนมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แต่อยู่นอกเหนือการให้บริการทางการแพทย์และขอบเขตอำนาจของหน่วยงานด้านสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหนึ่งในกลไกที่มีความสำคัญในการส่งเสริมมาตรการในลักษณะดังกล่าว สสส. ได้สนับสนุนให้เกิดภาคีทั้งในด้านประชาสังคม ผู้กำหนดนโยบาย และภาคีด้านวิชาการ เมื่อมองย้อนไปในช่วงเวลา 20 ปี

ได้มีนวัตกรรมเกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกิดขึ้นมากมายในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา การออก พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 การจัดงานปลอดเหล้าในรูปแบบต่างๆ เป็นต้น ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) เป็นภาคีหลักในภาคฝั่งวิชาการที่คอยสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีภาคประชาสังคม และผู้กำหนดนโยบายในการควบคุมการบริโภคและลดปัญหาที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

บทความชิ้นนี้ได้เลือกเอาผลของการขับเคลื่อนเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญในรอบ 20 ปีที่ผ่านมาองค์ความรู้ที่ถูกนำมาใช้ในการขับเคลื่อนดังกล่าว พร้อมทั้งอธิบายบทบาทของ ศวส. ในการขับเคลื่อนแต่ละครั้ง เพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของภาคีทางวิชาการของ สสส. ในการควบคุมและลดปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา

ประวัติและบทบาทของ ศวส. ในการสนับสนุนนโยบายควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ถูกจัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2547 จากการสนับสนุนงบประมาณโดยสำนักสนับสนุนการ-

ควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุน- การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้แก่สถาบันวิจัยระบบ- สาธารณสุข (สวรส.) วัตถุประสงค์หลักของ ควส. ใน ระยะเวลาแรกนี้ คือ การสนับสนุนการผลิตองค์ความรู้ด้านการ จัดการปัญหาแอลกอฮอล์และการนำองค์ความรู้ไปใช้ใน กระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ หรือกล่าวได้ว่ามีหน้าที่ หลักในการเป็นองค์กรจัดการความรู้ภารกิจสำคัญจึง ประกอบไปด้วย กิจกรรมสองด้าน คือ (1) การกำหนดทิศทาง งานวิจัยผ่านการคัดเลือก สนับสนุนทุนวิจัยและการพัฒนา คุณภาพงานวิจัยที่สนับสนุน และ (2) การใช้ประโยชน์จาก งานวิจัย ซึ่งประกอบไปด้วยการสื่อสารงานวิจัยสู่สาธารณะ และผู้เกี่ยวข้องในรูปแบบต่างๆ และการจัดให้มีกลไกการ สื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะการจัดการประชุมสุรา วิชาการประจำปี⁽³⁾

ควส. เป็นกลไกสำคัญในการผลิตงานวิจัยเพื่อสนับสนุน การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัย แบบทุติยภูมิ การทำวิจัยร่วมกับหน่วยงานอื่น และการจัดทำ ฐานข้อมูลพื้นฐาน เช่น การจัดทำรายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี นอกจากนี้ ควส. ยังมีส่วนสำคัญในการผลักดัน นโยบายแอลกอฮอล์รวมถึงการผลักดัน พ.ร.บ. ควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านกลไกกรรมวิธีการของสภา- นิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) อีกด้วย โดยการจัดทำเอกสาร วิชาการโดยใช้ข้อมูลจากทั้งในและต่างประเทศเพื่อสนับสนุน มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽³⁾

ในช่วงเวลาก่อนการก่อตั้ง ควส. ไม่นานนักปัญหาจาก แอลกอฮอล์ก็ได้รับความสนใจในระดับนานาชาติในปีพ.ศ. 2542 องค์การอนามัยโลกได้ออกรายงาน Global Status Report on Alcohol เป็นครั้งแรก และได้มีรายงานสืบเนื่องกันออก มาอีก 3 ฉบับ คือ Global Status Report: Alcohol and Young People (พ.ศ. 2544) Global Status Report: Alcohol Policy (พ.ศ. 2548) และ Global Status Report on Alcohol 2004 (พ.ศ. 2548) และในปี พ.ศ. 2549 ใน การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 58 ได้มีมติที่ 58.26 ยอมรับผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่า เป็นปัญหาระดับโลก⁽⁴⁾

ในปี 2551 ควส. ได้เริ่มดำเนินงานวิจัยแบบปฐมภูมิ ของตนเอง ในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งได้มีการปรับโครงสร้างองค์กร มาอยู่ภายใต้สังกัด IHPP ตามสังกัดของผู้อำนวยการ ควส.

คนใหม่ ภารกิจของ ควส. ในระยะนี้ประกอบด้วยการทำงานเป็น ผู้จัดการงานวิจัย การเป็นแหล่งผลิตความรู้ และการพัฒนา ศักยภาพทางวิชาการโดยในส่วนของพัฒนาศักยภาพนั้น ควส. ใช้แนวคิดของการพัฒนาศักยภาพใน 4 ระดับ ได้แก่ ศักยภาพส่วนบุคคล ศักยภาพระดับองค์กร ศักยภาพของ เครือข่าย และศักยภาพของระบบโดยรวม แนวคิดนี้เป็น รากฐานของการทำงานพัฒนาเครือข่ายของ ควส. ในระยะ ต่อมา ในปี พ.ศ. 2556 ผู้อำนวยการในขณะนั้นได้ลาออก จากตำแหน่งผู้อำนวยการ ควส. ก่อนครบวาระเนื่องจาก มีกรย้ายหน่วยงานต้นสังกัดหลักในช่วงปีพ.ศ. 2556-2557 ควส. ได้รับการดำเนินการโดยคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์- มหาวิทยาลัย⁽³⁾

ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2558 ควส. ได้ย้ายที่ตั้งสำนักงาน มายังหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ เนื่องจากเป็นต้นสังกัดหลักของผู้อำนวยการ คนใหม่ ได้มีงานเกี่ยวข้องกับผู้เชี่ยวชาญในต่างประเทศ เพิ่มมากขึ้น อันประกอบไปด้วย การพัฒนานโยบายและ มาตรการในระดับนานาชาติ การช่วยเหลือภาคีเครือข่าย ในต่างประเทศในการผลักดันนโยบายแอลกอฮอล์ การ ทำงานวิชาการร่วมกันกับต่างประเทศ การจัดประชุมวิชาการ และการประชุมเชิงปฏิบัติการกับต่างประเทศ การทำงาน ร่วมกับองค์การอนามัยโลกการเป็นวิทยากร รวมถึงการเป็น ที่ปรึกษาของต่างประเทศ ผลงานเชิงประจักษ์ที่สำคัญรวมถึง การจัดประชุมนโยบายแอลกอฮอล์ระดับโลก (Global Alcohol Policy Conference [GAPC]) ที่ควส. ทำหน้าที่เป็นทีมเลขานุการ ของคณะกรรมการจัดการประชุม และการจัดเวทีปรึกษาหารือประจำภูมิภาคเอเชียใต้ และเอเชียตะวันออก ต่อยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับโลกตามแนวนโยบาย ของผู้อำนวยการคนใหม่⁽³⁾

ก่อนจะมี พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

การเคลื่อนไหวเพื่อผลักดัน พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

สถานการณ์

ก่อนที่จะมี พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 การดำเนินงานด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของไทย หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กระทรวงการคลัง โดยเป็นการดำเนินการมาตรการด้านการควบคุมด้านอุปสงค์ ผ่านกฎหมายที่เกี่ยวกับการออกใบอนุญาตจำหน่ายสุราและ

การจัดเก็บภาษีอากรตาม พ.ร.บ. สุรา พ.ศ. 2493 แต่ยังไม่มีความเห็นชอบร่าง พ.ร.บ. เพื่อให้ สนช. พิจารณาต่อไปเมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2550⁽⁶⁾

การจัดเก็บภาษีอากรตาม พ.ร.บ. สุรา พ.ศ. 2493 แต่ยังไม่มีความเห็นชอบร่าง พ.ร.บ. เพื่อให้ สนช. พิจารณาต่อไปเมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2550⁽⁶⁾

หน่วยงานรัฐที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากการบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียงภาคประชาสังคมที่ขับเคลื่อนประเด็นที่เกี่ยวข้องเช่น มูลนิธิเมาไม่ขับ⁽⁵⁾ และไม่มีมาตรการควบคุมอุปทานที่ชัดเจน อีกทั้งยังไม่มีข้อกำหนดนโยบายหรือยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ ในระหว่างการขับเคลื่อนเพื่อผลักดัน พ.ร.บ. ดังกล่าวได้เกิด 3 หน่วยงานสำคัญขึ้นคือ การจัดตั้ง สสส. เป็นองค์กรมหาชน (พ.ศ. 2544) เครือข่ายองค์กรงดเหล้า (พ.ศ. 2546) และคณะกรรมการการดำเนินการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติหรือ คบช. (พ.ศ. 2546) มีบทบาทในฐานะภาครัฐต่อมาได้พัฒนาให้เป็นสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551⁽⁶⁾

ลำดับเหตุการณ์สำคัญในการผลักดัน พ.ร.บ. ดังกล่าวมีดังนี้ เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 คณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบตามที่รองนายกรัฐมนตรี (นายจาตุรนต์ ฉายแสง) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบเพื่อสังคม ซึ่งมีการประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าวเมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2548 สรุปผลการประชุมได้ ดังนี้ การกำหนดมาตรการในการควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบต้องให้ความสำคัญและพิจารณาถึงปัญหาและแนวทางแก้ไขให้เป็นภาพรวมทั้งระบบ ทั้งในส่วนของนโยบายมาตรการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการจำหน่ายสุราและการดื่มสุรารวม 2 ฉบับ คือ พ.ร.บ. สุรา พ.ศ. 2493 และประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 253 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2515 กำหนดระยะเวลาการจำหน่ายสุราและบทลงโทษที่แตกต่างกันส่งผลให้เกิดช่องว่างของกฎหมาย และให้จัดทำแผนการดำเนินงานโดยให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รับเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมดังกล่าว⁽⁶⁾

เมื่อวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2549 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์มงคล ณ สงขลา) ได้เสนอร่าง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2549 คณะรัฐมนตรีมีมติให้มีการประชุมและรวบรวมความเห็นหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องก่อน จนเมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2550

คณะรัฐมนตรีในรัฐบาลของ พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้เห็นชอบ ร่าง พ.ร.บ. เพื่อให้ สนช. พิจารณาต่อไปเมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2550⁽⁶⁾

ในระหว่างนั้นได้เห็นบทบาทของภาคประชาชนและภาควิชาการโดยภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและภาคประชาชนได้ร่วมจัดกิจกรรม “โครงการวิ่งด้านเหล้า ทำความดี ปีมหามงคล” วิ่งจาก 4 ภาค รวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุน พ.ร.บ. ได้ราว 12.8 ล้านคน ในขณะที่ภาควิชาการนำโดย ศวส. และเครือข่ายนักวิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่มีคุณภาพทั้งในและต่างประเทศอย่างรอบด้านเพื่อยืนยันว่า ร่าง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ จากการเคลื่อนไหวดังกล่าวได้ส่งแรงสนับสนุน พ.ร.บ. นี้ไปยัง สนช. ทำให้กฎหมายดังกล่าวผ่านการรับรองจาก สนช. ในที่สุด พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา⁽⁷⁾

ในปีเดียวกันกับที่มีการประกาศใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในประเทศไทย การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 58 ได้แนะนำให้มีการปรึกษาหารือในระดับนานาชาติ เพื่อร่าง Global Strategy for Reducing the Harmful Use of Alcohol หรือยุทธศาสตร์ระดับโลกในการลดการบริโภคแอลกอฮอล์แบบอันตราย และเอกสารยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้ถูกตีพิมพ์ออกมาอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2553⁽⁴⁾

บทบาทของ ศวส.

หลังจาก ศวส. ได้ก่อตั้งขึ้น ในปี พ.ศ. 2547 เพื่อสนับสนุนการผลิตองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ ผลกระทบและมาตรการลดผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการนำองค์ความรู้ไปใช้ในการผลักดันนโยบายแอลกอฮอล์ในระยะแรกตั้งแต่ก่อตั้ง ศวส. ได้มีการจัดทำรายงานรวบรวมข้อมูลปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อใช้เป็นเอกสารวิชาการประกอบการพิจารณา พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลฉบับนี้จึงกลายเป็นเอกสารฉบับประวัติศาสตร์ขึ้นสำคัญจากการรวบรวมประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อน พ.ร.บ. และได้นำเสนอมาตรการควบคุมแอลกอฮอล์ ใน 5 ประเด็น ดังนี้⁽⁸⁾

(1) สุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา เพราะทำให้เกิดผลกระทบมากมาย

จึงต้องมีมาตรการพิเศษควบคุมไม่ให้เกิดการบริโภคและผลกระทบจากการบริโภคที่มากเกินไป (2) พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเครื่องมือทางกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคและปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมุ่งเป้าหมายที่การลดนักดื่มหน้าใหม่ การลดปริมาณการบริโภคโดยรวมและการลดผลกระทบโดยประกอบด้วยมาตรการลดอุปทานลดอุปสงค์ และลดผลกระทบควบคู่กันไป (3) มีหลักฐานจากทั่วโลกที่แสดงถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมปัญหาสุรา (4) มีหลักฐานจากทั่วโลกแสดงว่าสุราก่อให้เกิดผลร้ายมากกว่าบุหรี่แต่มีมาตรการควบคุมที่น้อยกว่า (5) หากไม่มีการควบคุมอุปทานและอุปสงค์ที่จะก่อให้เกิดการบริโภคที่มากเกินไปจนเกิดปรากฏการณ์ “มอมเมาขายมาก ราคาถูก” ส่งผลให้เกิดการบริโภคที่มากขึ้น ขี้เมาเต็มประเทศ โดยเฉพาะนักดื่มหน้าใหม่ ส่งผลให้ประเทศไม่สามารถพัฒนาในที่สุด ข้อมูลดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้เป็นเหตุผลประกอบร่าง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การต่อต้านธุรกิจแอลกอฮอล์ในตลาดหลักทรัพย์ สถานการณ์

ในปี พ.ศ. 2546 บริษัท ไทยเบฟ จำกัด ได้ตัดสินใจรวบรวมบริษัทผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีก 58 บริษัทเข้าด้วยกันเพื่อที่จะเตรียมตัวจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์⁽⁹⁾ ซึ่งจะทำให้ไทยเบฟสามารถระดมทุนเพื่อขยายธุรกิจไปได้อีกจากที่เป็นผู้ผลิตแอลกอฮอล์รายใหญ่ที่สุดในประเทศไทยที่มีส่วนแบ่งตลาดในประเทศมากกว่า ร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2542 และ ร้อยละ 64 ของตลาดเบียร์ในปี พ.ศ. 2544 ขณะเดียวกันสำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ (ก.ล.ต.) ไม่มีข้อห้ามเกี่ยวกับธุรกิจที่จะเข้าจดทะเบียน ในปี พ.ศ. 2548 ทางบริษัท ไทยเบฟ จึงได้ชี้แจงและยืนยันสิทธิในการจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ไทยโดยอ้างอิงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ^(6, 10) การลงมตินี้จึงทำให้ ก.ล.ต. ได้รับการวิจารณ์อย่างมาก จนกระทั่งกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยได้มีการออกมาเคลื่อนไหวต่อต้านคัดค้านการนำเบียร์ช้างเข้าตลาดหุ้นไทยและขอให้ยกเลิกประกาศมติคณะกรรมการ ก.ล.ต. ที่เปิดทางให้บริษัท ไทยเบฟ สามารถจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ได้โดยมีแกนนำคือ พล. ต.จำลอง ศรีเมือง นักปฏิรูปการเมืองและอดีตรองนายกรัฐมนตรี พล. อ. อ.วีระวุธ ละวะปารยะ และองค์กรต่างๆ 128 องค์กร

ประกอบด้วย เครือข่ายงดเหล้า เครือข่ายภาคประชาชน ตัวแทนผู้นำนิสิตนักศึกษา 50 สถาบัน สมาคมผู้นำสตรีพัฒนาชุมชนไทย สมาคมผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย คณะสงฆ์ ผู้นำศาสนาอิสลามผู้นำศาสนาคริสต์ เครือข่ายเยาวชนคนรักชาติ รวมกว่า 20,000 คน เดินทางไปยื่นหนังสือคัดค้านต่อ ก.ล.ต. คณะกรรมการตลาดหลักทรัพย์และตัวแทนรัฐบาล⁽¹¹⁾ พร้อมให้เหตุผลว่า บริษัท ไทยเบฟ เป็นบริษัทจำหน่ายของมีนเมา ขัดต่อศีลธรรมและเป็นการส่งเสริมให้คนไทยดื่มเหล้าเบียร์มากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคม ธุรกิจนี้จึงไม่ควรถูกพิจารณาว่าเป็นธุรกิจที่สร้างประโยชน์ให้กับสังคมได้ บริษัท ไทยเบฟ จึงได้ตัดสินใจไม่เข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ของไทยและได้เข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ของประเทศสิงคโปร์แทน ในชื่อบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน)⁽¹²⁾

ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 เครือข่ายด้านน้ำเมาเข้าตลาดหลักทรัพย์จำนวน 384 องค์กร และคณะสงฆ์ได้รวมตัวกว่า 10,000 คน ร่วมกันชุมนุมหน้าตลาดหลักทรัพย์อีกครั้งเนื่องจากบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ ได้นำเบียร์ช้างเข้ามาจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ไทย กลุ่มผู้ชุมนุมจึงได้ออกมาเรียกร้องให้ตลาดหลักทรัพย์ระงับการรับหลักทรัพย์จากบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ อย่างถาวรในครั้ง⁽¹³⁾ ภายหลังจากกลุ่มผู้ชุมนุมจึงได้หารือกับตัวแทนจากบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ ซึ่งขณะนั้นทางตัวแทนจากบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ ได้รับการระงับการนำหุ้นเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ไทยไปหารือกับคณะกรรมการบริษัทอีกครั้ง จนกระทั่งในที่สุดทางตลาดหลักทรัพย์ได้ออกมายืนยันว่า เนื่องจากเอกสารไฟล์ (filing) ของบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ ยังไม่สมบูรณ์ การจดทะเบียนบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ เข้าตลาดหลักทรัพย์ก็จะไม่เกิดขึ้นแน่นอนทางกลุ่มผู้ชุมนุมจึงได้ถอนการชุมนุมไป จากการเคลื่อนไหวกรณีของ บริษัท ไทยเบฟเวอเรจ นำไปสู่การสร้างหลักเกณฑ์และมาตรฐานไม่ให้ประเภทธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่นๆเข้ามาระดมทุนในตลาดหลักทรัพย์ไทยได้ตลอดมา^(14, 15) ซึ่งถือเป็นหนึ่งในเหตุการณ์ที่ช่วยสร้างให้เกิดบรรทัดฐานทางสังคมขึ้นในประเทศไทยว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ใช่สินค้าธรรมดา จึงไม่สามารถระดมทุนผ่านตลาดหลักทรัพย์ได้อย่างธุรกิจอื่นๆ

ในช่วงเริ่มต้นของการเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านการเข้าสู่

ตลาดหลักทรัพย์ของบริษัท ไทยเบฟ จำกัด องค์กรความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการจดทะเบียนบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตลาดหลักทรัพย์นั้นยังคงมีอยู่น้อย ทาง ศวส. จึงได้มีการวิจัยและการระดมความคิดระหว่างนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญจากสายวิชาชีพต่างๆ เกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ ศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมทั้งเผยแพร่ข้อมูลที่อธิบายว่าเหตุใดธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ควรจดทะเบียนเข้าตลาดหลักทรัพย์ในประเทศไทย โดยมีองค์ความรู้ที่ได้นำไปใช้ขับเคลื่อนนโยบาย ดังต่อไปนี้

การที่บริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์จะเป็นการเพิ่มขีดความสามารถทางการเงินของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเมื่อบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีงบประมาณการตลาดเพิ่มขึ้นก็จะนำไปสู่การบริโภคที่เพิ่มขึ้น⁽⁶⁾ ดังจะเห็นได้จากการเติบโตของธุรกิจแอลกอฮอล์ที่มีแนวโน้มทำให้คนไทยดื่มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเกือบ 3 เท่าตัว ในรอบ 14 ปี คือ ในปี พ.ศ. 2532 คนไทยมีอัตราการบริโภคเฉลี่ย 20.2 ลิตร/คน/ปี และได้เพิ่มขึ้นเป็น 58.0 ลิตร/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2546⁽¹⁰⁾ และการกระจายการถือหุ้นจะส่งผลให้มีจำนวนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่ออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขยายตัวมากขึ้นรวมทั้งรัฐบาลซึ่งมองว่าดัชนีหุ้นเป็นตัวบ่งชี้เศรษฐกิจของประเทศ จึงอาจจะล้มเหลวในนโยบายใดๆ ที่จะสร้างความผลกระทบให้กับอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภายหลังได้⁽⁶⁾

นอกจากนี้ได้มีการเปรียบเทียบใน 3 ประเทศ คือ ฝรั่งเศส เยอรมัน และสวีเดน เกี่ยวกับปริมาณการดื่มกับความเข้มงวดของการดำเนินนโยบายเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีและไม่มีจดทะเบียนบริษัท แอลกอฮอล์ในตลาดหลักทรัพย์ พบว่า สวีเดนเป็นประเทศเดียวที่ไม่มีธุรกิจสุราในตลาดหลักทรัพย์ แต่มีนโยบายการจำกัดการเข้าถึง การผูกขาดแอลกอฮอล์ทุกชนิดโดยรัฐ และมีการดำเนินนโยบายในภาพรวมของประเทศทั้ง 5 ประการ ความเข้มงวดของนโยบายเหล่านี้ สวีเดนจึงเป็นประเทศที่มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ (บริสุทธ์) ของประชากรน้อยที่สุด 5.72 ลิตร/คน เมื่อเทียบกับ ฝรั่งเศส 10.86 ลิตร/คน และเยอรมัน 10.98 ลิตร/คน⁽¹⁰⁾

ศวส. สรุปเหตุผลที่ไม่ควรนำบริษัทสุราเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งต่อมาข้อมูลนี้ได้ถูกใช้ในการสนับสนุน

การเคลื่อนไหวทางสังคมที่แพร่หลายโดยเฉพาะในเวทีการอภิปราย และการประชุมต่างๆ⁽¹⁰⁾ โดยใช้ข้อมูลข้างต้นเพื่อชี้ให้เห็นว่า ตลาดหลักทรัพย์เป็นแหล่งระดมทุนสำหรับกิจการที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ดังนั้นควรยึดหลักธรรมาภิบาลของบริษัทเป็นสำคัญไม่ควรเน้นกำไรอย่างเดียว กิจการใดที่สังคมไม่ให้การยอมรับจึงไม่ควรนำเข้าในตลาดหลักทรัพย์ หลัง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีผลบังคับใช้

มาตรการโซนนิ่งรอบสถานศึกษา สถานการณ์

จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา ส่งผลให้กลุ่มเยาวชน นักเรียน นักศึกษา สามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น และกระตุ้นให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 พบว่า ร้านค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษาได้รับความนิยมและเฟื่องฟูอย่างมาก⁽¹⁶⁾ มีการจัดโปรโมชั่นส่งเสริมการขาย แจกใบปลิวเชิญชวนกันในสถาบันการศึกษา ถึงแม้ว่าจะมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี⁽¹⁷⁾ แต่กลับพบว่ายังคงมีปัญหาเรื่องช่องว่างของการบังคับใช้กฎหมายและการฝ่าฝืนการปฏิบัติตามกฎหมายของร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง

สำหรับสถานศึกษาหลายแห่งได้เล็งเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมีร้านค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมาก รอบสถานศึกษา ทำให้หลายฝ่ายเริ่มออกมาผลักดันให้มีการกำหนดเขตพื้นที่โซนนิ่ง (zoning) รอบสถานศึกษา ดังเช่นกรณีของ อธิการบดีมหาวิทยาลัยหอการค้าไทยและมหาวิทยาลัยรังสิตได้มีการร้องเรียนไปยังสื่อมวลชนจนเป็นข่าวเรื่องร้านค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษาที่ได้กลายเป็นแหล่งมั่วสุม และเกิดเหตุทะเลาะวิวาทไปจนถึงการเสียชีวิตของนักศึกษาเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีและหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้มีคำสั่งฉบับที่ 22/2558 เรื่องการควบคุมสถานบริการหรือสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการ โดยห้ามสถานบริการทำผิดกฎหมาย คือ ห้ามปล่อยให้คนอายุต่ำกว่า 20 ปีเข้า ห้ามขายเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ให้คนอายุต่ำกว่า 20 ปีห้ามเปิดเกินเวลา และห้ามตั้งสถานที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใกล้หอพัก สถานศึกษา⁽¹⁸⁾ ต่อมาเพื่อเน้นย้ำคำสั่งดังกล่าวนายกรัฐมนตรีจึงได้ลงนามเพื่อออกเป็นประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ. 2558 (ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา 22 ตุลาคม พ.ศ. 2558) “ห้ามผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณใกล้เคียงสถานศึกษา หรือหอพักบริเวณใกล้เคียงสถานศึกษา ตามข้อ 6 วรรค 1 แห่งคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ 22/2558 ลงวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ...”⁽¹⁹⁾

สำนักงานคณะกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงได้มีแนวปฏิบัติในการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดเขตโซนนิ่ง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเขตโซนนิ่งรอบสถานศึกษาที่ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจนในแต่ละพื้นที่ โดยให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัด ประกอบด้วย สรรพสามิต ผู้ว่าราชการจังหวัด และส่วนราชการหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการร่วมกันกำหนดเขตพื้นที่ โซนนิ่งที่ต้องห้ามขายสุรารอบสถานศึกษา เมื่อจัดทำเขตพื้นที่โซนนิ่งเสร็จสิ้นให้ประกาศเผยแพร่เพื่อรับทราบโดยทั่วกัน

ภายหลังการประกาศบังคับใช้กฎหมาย ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบการกระจายตัวจุดจำหน่ายรอบสถานศึกษา 15 แห่งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่ารอบมหาวิทยาลัยเกือบทุกแห่งมีจำนวนร้านค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือจุดจำหน่ายลดลง จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2559 แบบมีที่นั่งดื่มลดลง ร้อยละ 46 จุดจำหน่ายแบบไม่มีที่นั่งดื่มลดลง ร้อยละ 32 และจุดจำหน่ายที่อยู่ในหอพักอะพาร์ตเมนต์สัดส่วนลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง⁽²⁰⁾

บทบาทของ ศวส.

การศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมร้านค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษาที่ ศวส. สนับสนุน ถูกนำไปเป็นหลักฐานทางวิชาการที่ชี้ให้เห็นว่า สถานที่ตั้งและจำนวนร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เยาวชนดื่มและเกิดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้มากขึ้น การศึกษาพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างนักเรียนนักศึกษา พบว่า นักศึกษา ร้อยละ 67 และนักเรียนมัธยมศึกษา ร้อยละ 38 มีพฤติกรรมการดื่ม และ ร้อยละ 93 มีพฤติกรรมการดื่ม

แบบรวมกลุ่ม โดยสถานที่ที่ไปดื่มบ่อยที่สุด คือ ร้านเหล้าใกล้สถานศึกษา โดยมีแรงจูงใจที่สำคัญ คือ การแสดงดนตรีและความสะดวก⁽¹⁸⁾

ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการสำรวจการกระจายตัวของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 15 แห่ง พบว่า โดยเฉลี่ยมี 57 จุดต่อตารางกิโลเมตร และในบางมหาวิทยาลัยยังพบว่ามีจุดจำหน่ายมากกว่า 100 ร้านในรัศมี 1 ตารางกิโลเมตร⁽²¹⁾ และขณะที่ในปี พ.ศ. 2557 ได้มีการทำการสำรวจอีกครั้ง ในรัศมี 500 เมตร จากรัฐสถาบันจำนวน 17 แห่ง เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะ 11 พื้นที่ที่เคยสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2552 พบว่า ในระยะเวลา 5 ปี มีจุดจำหน่ายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 72 (จาก 1,448 ร้าน ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 2,484 ร้าน ในปี พ.ศ. 2557) เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14 ต่อปี และสถาบันเชิงขยายตัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 12 ต่อปี⁽²²⁾

จากสำรวจร้านจำหน่ายอาหารรอบมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงและมหาวิทยาลัยพะเยา พ.ศ. 2556 พบว่า ร้านจำหน่ายอาหารรอบมหาวิทยาลัยที่สามารถสั่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยนักศึกษาสามารถซื้อดื่มในร้านได้ตลอดเวลา และพบว่าร้านค้าเล็กๆ เช่น ร้านขายของชำหรือร้านขายเหล้าในหมู่บ้านก็ยังขายให้กับคนทั่วไปหรือนักศึกษาที่อายุยังไม่ถึง 20 โดยจุดจำหน่ายอันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซื้อได้ คือ ร้านสะดวกซื้อ รองลงมาคือร้านจำหน่ายอาหารและร้าน ขายของชำ ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 45.3 สามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตลอดเวลา และ ร้อยละ 55.8 ให้ข้อมูลว่าไม่เคยถูกถามอายุจากผู้จำหน่ายเมื่อต้องการซื้อ⁽²³⁾

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทาง ศวส. จึงได้มีข้อเสนอแนะต่อประเด็นการควบคุมร้านค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา⁽²⁴⁾ ดังนี้ (1) แก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยกำหนดระยะห่างหรือรัศมีของการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบมหาวิทยาลัยให้ชัดเจน (2) กำหนดระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับการใช้มาตรการกำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษาเพื่อให้ผู้ประกอบการได้มีโอกาสในการปรับตัว (3) กำหนดเวลาเปิดและปิดร้านจำหน่ายแอลกอฮอล์ให้เร็วขึ้น ควรห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสื่อต่างๆ ที่นักศึกษาเข้าถึงได้ง่าย

(4) ใช้เว็บไซต์ <https://alcohol.sct.ac.th> มาปรับปรุงฐานข้อมูลร้านจำหน่ายสุรา⁽²⁵⁾ มาตรการที่ถูกบังคับใช้จริงคือ ให้คณะกรรมการระดับจังหวัดโดยมีสรรพสามิตพื้นที่เป็นฝ่ายเลขานุการ ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และส่วนราชการหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเป็นคณะกรรมการร่วมกันพิจารณากำหนดเขตพื้นที่โซนนิ่งที่ต้องห้ามขายสุรารอบสถานศึกษา โดยภายในเขตจะไม่สามารถออกใบอนุญาตขายสุราตั้งแต่วันที่ 23 กรกฎาคม 2558 ผู้ขายรายเดิมสามารถขายและต่อใบอนุญาตได้ แต่หากทำผิดและถูกเพิกถอนใบอนุญาตจะไม่สามารถออกใบอนุญาตให้อีกได้⁽²⁶⁾

การหายไปของลานเบียร์

สถานการณ์

ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ปีเก่าต้อนรับปีใหม่ ธุรกิจลานเบียร์ได้มีการจัดขึ้นครั้งแรกที่ลานจอดรถสยามเซ็นเตอร์และเริ่มได้รับความนิยมมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ซึ่งมักจะพบเห็นลานเบียร์ได้เกือบทุกห้างสรรพสินค้าในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ต่อมาในหลายๆ เทศกาลนักดื่มสามารถพบเห็นลานเบียร์ได้ แม้กระทั่งในงานถนนคนเดินหรือตลาดนัดตอนกลางคืน

ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ลานเบียร์ได้กลายเป็นสนามแข่งขันทางการค้าของบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องการรุกตลาดในกลุ่มเป้าหมายทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น เช่น การจัดลานเบียร์พร้อมด้วยลานดนตรี ลานคอนเสิร์ตขนาดใหญ่ ลานแสดงสื่อโฆษณาของธุรกิจเบียร์แทบทุกบริษัท⁽²⁷⁾ ดังจะให้เห็นได้จาก ในปี พ.ศ. 2548 ขณะที่พื้นที่ลานเบียร์หน้าเซ็นทรัลเวิลด์มีการปรับเพิ่มค่าเช่าขึ้น 30-40% แต่กลุ่มบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใหญ่ยังคงเข้าร่วมประมูลเพื่อแย่งชิงพื้นที่⁽²⁸⁾

ต่อมาเครือข่ายภาคประชาสังคมร่วมกับผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะนั้นได้ลงพื้นที่ตรวจลานเบียร์ซึ่งเปิดบริเวณศูนย์การค้าพบว่า ผู้ประกอบการยังคงมีการฝ่าฝืนกฎหมาย โดยเฉพาะการไม่ความเข้มงวดในการตรวจสอบอายุของผู้บริโภคที่เข้าไปใช้บริการ รวมทั้งยังมีเยาวชนซึ่งแต่งกายด้วยชุดนิสิตนักศึกษาเข้าไปนั่งดื่ม⁽²⁹⁾ นอกจากนี้ยังพบการกระทำผิดอื่นๆ อีกในหลายพื้นที่ เช่น การจัดลานเบียร์ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่บริเวณรัฐวิสาหกิจและพื้นที่ของหน่วยงาน^(30, 31) โดยทางสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มองว่า การตั้ง

ลานเบียร์มีความเสี่ยงที่จะขัดกับ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาตรา 32 ด้านการควบคุมการโฆษณา⁽¹⁷⁾

อย่างไรก็ตาม ใบอนุญาตขายสุราชั่วคราวนี้ได้ถูกยกเลิกไปเมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 เนื่องจากไม่มีใบอนุญาตประเภทนี้อีก^(32, 33) ทำให้ธุรกิจลานเบียร์ ซึ่งส่วนใหญ่มีการขออนุญาตขายสุราในสถานที่ขายชั่วคราวไม่สามารถขออนุญาตขายสุราได้อีก ส่งผลให้ธุรกิจลานเบียร์ในหลายๆ พื้นที่ต้องปิดตัวลง ดังเช่นในปี พ.ศ. 2563 เป็นปีที่ห้างสรรพสินค้าเซ็นทรัลเวิลด์ได้ตัดสินใจยกเลิกการจัดลานเบียร์ที่เคยมีการจัดมาต่อเนื่องกว่า 20 ปี โดยให้เหตุผลว่า “ลานเบียร์อาจไม่แมตช์กับไลฟ์สไตล์คนเมืองมากนัก ทุกวันนี้คนไม่ได้กินเบียร์ที่ลานเบียร์แล้ว โลกเปลี่ยนไปจากเดิมแล้วเปลี่ยนเร็วมาก เราไม่สามารถทำอะไรเดิมๆ ได้ แต่จำเป็นต้องปรับให้ทันผู้บริโภคเพื่อให้เรายังเป็นที่ที่ผู้บริโภคเลือกจะมาอยู่เสมอ”⁽³⁴⁾

บทบาทของ ศวส.

ด้วยผลกระทบของลานเบียร์และธุรกิจที่ได้ขยายแทรกตัวไปทุกเทศกาลทุกพื้นที่ พร้อมทั้งมีการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดต่างๆ ที่สุ่มเสี่ยงในการกระทำผิดมาตรา 30 และ 32 ของ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2558 ทาง ศวส. จึงได้มีการสนับสนุนทุนวิจัยให้มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภคและสถานการณ์ลานเบียร์ ศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการจัดลานเบียร์และการจัดปาร์ตี้ดื่มไม่อื่น เพื่อใช้เป็นองค์ความรู้ในการควบคุมลานเบียร์ รวมทั้งนักวิชาการของ ศวส. ได้แสดงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับจำนวนนักดื่มและอุบัติเหตุที่ลดลงภายหลังธุรกิจลานเบียร์ถูกควบคุมเข้มงวดมากยิ่งขึ้น ดังนี้

จากการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพของผลกระทบที่เกิดจากปรากฏการณ์ลานเบียร์และกลยุทธ์ประเภทดื่มไม่อื่นของธุรกิจแอลกอฮอล์ ในกลุ่มตัวอย่าง 3 วัย คือ วัยมัธยมศึกษา วัยอุดมศึกษา และวัยทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.7 เคยไปดื่มที่ลานเบียร์ โดยให้เหตุผลว่า ต้องการหาความสนุกเพราะลานเบียร์เป็นสถานที่รวมความบันเทิงพร้อมการกินดื่มอย่างครบวงจร และ ร้อยละ 89.7 ยังระบุว่าไม่ควรมีกฎหมายใดๆ ห้ามการมีลานเบียร์ มีกลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมปลาย ร้อยละ 34.1 ระบุว่าเคยไปลานเบียร์ทั้งที่อายุยังไม่ถึง 20 ปี อีกทั้งนักเรียนร้อยละ 23.4 สามารถพบเห็นลานเบียร์บริเวณใกล้โรงเรียน

และยังพบเห็นได้ตามหน้าห้างขานเมือง เทศกาลอาหาร ถนนคนเดิน และตลาดนัด⁽²⁷⁾

สำหรับผลกระทบจากการไปลานเบียร์ พบว่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม มีการดื่มเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ และมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ผู้ดื่มที่ลานเบียร์มีอาการมีนเมา ร้อยละ 45.5 ร้อยละ 44.9 ระบุว่าเสียเงินมากกว่าที่คิด ร้อยละ 3.4 เกิดการทะเลาะวิวาท ร้อยละ 1.7 เกิดอุบัติเหตุ และ ร้อยละ 4.5 มีปัญหาทะเลาะกับพ่อแม่⁽²⁷⁾

อีกทั้งจากการหายไปของลานเบียร์ในปี พ.ศ. 2563 นั้น นักวิชาการของ ศวส. ได้ออกมาเปิดเผยแสดงข้อมูลเปรียบเทียบสถิติของอุบัติเหตุและกรณีเมาแล้วขับในช่วง 7 วันอันตรายของเทศกาลปีใหม่ว่าจำนวนอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บ เสียชีวิต และสัดส่วนของการดื่มแล้วขับในช่วงปีใหม่ พ.ศ. 2563 โดยพบว่าเป็นตัวเลขต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา เช่นเดียวกับผลของการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ดื่มปัจจุบันในสัดส่วนร้อยละ 28.4 ลดลงจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 ถึงร้อยละ 3.9 และถือเป็นสัดส่วนที่ต่ำที่สุดในรอบ 15 ปี ของการสำรวจจากแนวโน้มการลดลงของจำนวนอุบัติเหตุเมาแล้วขับและจำนวนนักดื่มปัจจุบันจึงเป็นข้อบ่งชี้ว่ามาตรการภายใต้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (จำกัดการเข้าถึงและการตลาด) และการรณรงค์เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่มได้จริง⁽³⁵⁾

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2546-2562

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาเดียวกับเหตุการณ์ที่บทความนี้ได้นำเสนอถูกแสดงดังภาพที่ 1 สถิติที่ใช้บ่งชี้สถานการณ์ในภาพดังกล่าว คือ ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ซึ่งเป็นหนึ่งในสถิติที่นิยมนำมาใช้บ่งชี้สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากภาพเห็นได้ว่า ในช่วงเวลาที่มีการก่อตั้ง ศวส. ปริมาณการบริโภคในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 8 กรัมต่อหัวประชากรต่อปี สถิติดังกล่าวลดลงอย่างมากในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นปีที่มีการประกาศใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้อาจมีสาเหตุส่วนหนึ่งจากกิจกรรมเคลื่อนไหวเพื่อผลักดัน พ.ร.บ. ซึ่งอาจส่งผลเปลี่ยนแปลงค่านิยมของสังคมและส่งผลต่อการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ลง และในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2551 จนถึง 2562 ปริมาณการบริโภคก็อยู่ในระดับน้อยหรือมากกว่า 7 กรัมต่อหัวประชากรต่อปีเล็กน้อย ซึ่งลดลงจากช่วงเวลาก่อนหน้าประมาณ 1 กรัม ซึ่งคงเป็นผลลัพธ์จากมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้ พ.ร.บ. ดังกล่าวและการขับเคลื่อนทางสังคมที่มี ศวส. เป็นหนึ่งในหน่วยงานที่สนับสนุนผ่านการสร้าง รวบรวม และสังเคราะห์องค์ความรู้ดังที่ได้ยกตัวอย่างไปแล้วข้างต้น

สรุป

หน่วยงานภาควิชาการในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ศวส. มีบทบาทในการสนับสนุนภาคีอื่นๆ

ภาพที่ 1 ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ (กรัมของแอลกอฮอล์) ต่อหัวประชากรไทยต่อปี พ.ศ. 2546-2562 (คำนวณโดยผู้เขียนใช้ข้อมูลปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต)



ในการเคลื่อนไหวเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา หนึ่งในผลลัพธ์ที่สำคัญของการเคลื่อนไหวดังกล่าว คือ การผลักดัน พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และแม้ พ.ร.บ. มีผลบังคับใช้แล้ว ก็ยังจำเป็นต้องมีการเคลื่อนไหวเพื่อสนับสนุนการดำเนินการเพื่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มเติม เช่น

การจำกัดการขายรอบสถานศึกษา การขับเคื่อนดังกล่าว ซึ่งมี ศวส. เป็นหน่วยงานสนับสนุนที่สำคัญได้ส่งผลเชิงประจักษ์เป็นการลดลงของปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาหลังจากการบังคับใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2018 [cited 2021 Jan 2]. Available from: file:///C:/Users/Admin/Downloads/9789241565639-eng.pdf.
2. World Health Organization. SAFER: Preventing and reducing alcohol-related harms [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2018 [cited 2021 Jan 2]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/safer/msb_safer_framework.pdf
3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ความเป็นมา [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: 2552 [สืบค้นเมื่อ 6 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/?p=5267>
4. Monteiro MG. The road to a world health organization global strategy for reducing the harmful use of alcohol. Alcohol Res Health. 2011;34(2):257-260.
5. มูลนิธิเมาไม่ขับ. เกี่ยวกับมูลนิธิ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ddd.or.th/pages/view/aboutus>
6. Thamarangsi T. The “triangle that moves the mountain” and Thai alcohol policy development: four case studies. Contemp. Drug Probl. 2009;36:245-281.
7. มติชน. ทำไมต้องมี พรบ.คุมน้ำเมา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551 [สืบค้นเมื่อ 6 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://shortest.link/wck>
8. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาทารณ แก้วมุงคุณ. การควบคุมปัญหาแอลกอฮอล์ด้วยกฎหมายเอกสารวิชาการประกอบการพิจารณาพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2550 [สืบค้นเมื่อ 6 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3432>
9. Jarungthammachote H. เบียร์ช้างไทย จะไปสร้างความแข็งแกร่งให้ตลาดทุนต่างประเทศ อีกแล้ว? [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: The story Thailand; 2564 [สืบค้นเมื่อ 13 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thestorythailand.com/05/02/2021/13213/>
10. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ธุรกิจสุรากับตลาดหลักทรัพย์. นำเสนอเวทีวิชาการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ; 17 มีนาคม 2548; โรงแรมแอมบาสเดอร์, กรุงเทพมหานคร: 2548. หน้า 1-16.
11. ผู้จัดการรายวัน. ขบวนการต่อต้านช้างเพิ่มทวีคูณกว่า 6 หมื่นรายชื่อ กดตัน ก.ล.ต. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: นิตยสารผู้จัดการ; 2548 [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://info.gotomanager.com/news/printnews.aspx?id=36089>
12. Wongsawat N. ทำไม “ไทยเบฟ” ไม่เข้าซื้อขายในตลาดหุ้นไทย!? [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: BillionWay; 2563 [สืบค้นเมื่อ 13 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.billionway.co/why-thaibev-not-trade-in-thai-market/>
13. สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า. ไทยเบฟยอมถอย-มือบข สลาย ตลาดอ้างข้อมูลไม่ครบ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า; 2551 [สืบค้นเมื่อ 13 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.stopdrink.com/contents/view/1175%20%E0%B8%9B%E0%B8%B5>
14. เติลินิวส์. จีเบียร์ช้างเล็กเข้าตลาดหุ้นถาวร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2551 [สืบค้นเมื่อ 13 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://sumpunsermcheep.blogspot.com/2014/07/blog-post_5523.html
15. กรุงเทพธุรกิจ. ร้อง ก.ล.ต. แก้เกณฑ์เข้าตลาดตีกันเบียร์ช้าง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2551 [สืบค้นเมื่อ 14 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://sumpunsermcheep.blogspot.com/2014/07/blog-post_1927.html
16. ศรีรัช ลอยสมุทร. เหล้าขมหน้าแลหลัง เกาะกระแสดีแต่ทุกประเด็น: เจาะลึกกลยุทธ์ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา [อินเทอร์เน็ต].

- กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2561 [สืบค้นเมื่อ 14 เม.ย. 2564] แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/?p=6018>
17. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 135, ตอนที่ 33 ก (ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551).
 18. ศรีรัช ลากใหญ่. การศึกษาสถานการณ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงหลังการบังคับใช้กฎหมาย และผลกระทบของร้านอาหารรอบสถานศึกษาในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และภูมิภาค [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2560 [สืบค้นเมื่อ 14 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/?p=6718>
 19. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 129, ตอนพิเศษ 123 ง (ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2555).
 20. นพดล กรรณิกา. การกระจายตัวและความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร และพื้นที่ใกล้เคียงกรณีศึกษาเปรียบเทียบการกระจายตัวจุดจำหน่าย ปี พ.ศ. 2552 ปี พ.ศ. 2557 และ ปี พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559 [สืบค้นเมื่อ 15 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/?p=6730>
 21. ภัทรภร พลพนาธรรม. การกระจายตัวของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
 22. ภัทรภร พลพนาธรรม. การกระจายตัวของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ และปริมณฑลปี 2557. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
 23. ชมนาด พจนามาตร์, มนตรา พงษ์นิล, สุริย์ฉาย คิดหาทอง. รูปแบบและการเข้าถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2557.
 24. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ร้านอาหารรอบสถานศึกษา สถานการณ์ ปัญหา สู่แนวทางแก้ไขที่เหมาะสม [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2562 [สืบค้นเมื่อ 16 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/?p=6149>
 25. พวงรัตน์ จินพล, มานิดา เจือบุญ. ระบบสารสนเทศเพื่อการแสดงความต้องการของจุดจำหน่ายสุราใกล้สถานศึกษาในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2560 [สืบค้นเมื่อ 16 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/?p=6779>
 26. กรมสรรพสามิต. การถ่ายทอดความรู้ (KM) ชักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบคำถาม Zoning [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/mjuy/~edisp/uatucm252005.pdf>
 27. ศรีรัช ลอยสมุทร. การศึกษาผลกระทบที่เกิดจากปรากฏการณ์ลานเบียร์และกลยุทธ์ประเภทดื่มไม่อั้น (beer buffet) ของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2560 [สืบค้นเมื่อ 17 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/?p=5860>
 28. ผู้จัดการรายวัน. คีกลานเบียร์ระอุอัศวาค่าที่ 30% [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: นิตรสารผู้จัดการ; 2548 [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://info.gotomanager.com/news/printnews.aspx?id=38961>
 29. Sirintip. เผยกลยุทธ์แยบยลลานเบียร์ดึงวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2553 [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/node/18355>
 30. โพสต์ทูเดย์. ลานเบียร์-บารากุเก็ลงานคอนเสิร์ตบุรี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2556 [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.posttoday.com/social/general/201038>
 31. MGR Online. จี้อาผิตผู้ว่าฯแพร่ เปิดช่อง บ.น้ำเมาจัดลานเบียร์กลางเมืองท่าทวาย กม. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: ผู้จัดการออนไลน์; 2557 [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://mgronline.com/qol/detail/9570000022644>
 32. เดลินิวส์. ปมร้อน “ลานเบียร์” ถูกหรือผิดกฎหมาย ขอแค่เลิกตะแบง...อยู่กันรอดแบบยาวๆ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2558 [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dailynews.co.th/article/360115>
 33. ธนกร วงษ์ปัญญา. รัฐคุมเข้มลานเบียร์ทำไม? ห้ามโฆษณาคนจะอยากดื่มน้อยลงไหม? [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: The standard; 2560 [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://thestandard.co/beer-garden-under-government-control/>
 34. Rassarin. “ลานเบียร์” ไม่ Cool แล้วเซ็นทรัลประกาศ ไม่มีลานเบียร์ครั้งแรกในรอบ 20 ปี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: Brand Buffet; 2562 [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.brandbuffet.in.th /2019/10/no-more-beer-garden-at-ctw/>
 35. อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว. ลานนม ช่มลานเบียร์ ปีใหม่ 2563 เมาแล้วขับต่ำสุดรอบ 5 ปี [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2563 [สืบค้นเมื่อ 19 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://cas.or.th/cas/?p=7341>

การบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลในหลักสูตรระดับอุดมศึกษา เพื่อสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัลแก่เยาวชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

อังคณา พรหมรักษา

ภาควิชาวิทยาศาสตร์ คณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล ระบบนิเวศสื่อใหม่ สถานการณ์วิกฤตในสังคม รวมถึงรูปแบบพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของเยาวชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเยาวชนในปัจจุบัน การเสริมสร้างคุณลักษณะความเป็นพลเมืองดิจิทัล (digital citizenship) แก่เยาวชนเพื่อสร้างให้เกิดการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (media information digital literacy) เป็นความท้าทายต่อการจัดกระบวนการสร้างการเรียนรู้ของหลักสูตรระดับอุดมศึกษา งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ศึกษาการบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ในหลักสูตรระดับอุดมศึกษาเพื่อสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัลแก่เยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผลที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7 สถาบัน ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถนำแนวคิดการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ไปออกแบบ เชื่อมโยงการเรียนรู้ในห้องเรียนกับกระบวนการเสริมสร้างพลเมืองดิจิทัล และพัฒนาพื้นที่ปฏิบัติการแหล่งเรียนรู้ในระดับชุมชน ใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วมสร้างแกนนำเยาวชน นิสิต นักศึกษาเป็นนักสื่อสารสร้างสรรค์ที่มีคุณลักษณะความเป็นพลเมืองดิจิทัล มีทักษะรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล เท่าทันตนเอง เท่าทันสังคม มีทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะชีวิต และเป็นพลังสำคัญในการสร้างสังคมสุขภาวะ สร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน หรือเสริมจุดแข็งให้กับชุมชน

คำสำคัญ: การบูรณาการ; พลเมืองดิจิทัล; การรู้เท่าทันสื่อ; สารสนเทศ; และดิจิทัล; เยาวชน; หลักสูตรระดับอุดมศึกษา

Integration of Media Information Digital Literacy into the Higher Education Curriculum to Develop Digital Citizenship of Youth in the Northeastern Region of Thailand

Angkana Promruksa

Communication Arts, Informatics Faculty, Mahasarakham University, Maha Sarakham Province, Thailand

Abstract

The development of digital technology, novel media ecosystem, social crises, and communicative behavior of the youth are crucial factors affecting the lives of youth. Reinforcement of digital citizenship of youth aiming for media information digital literacy is a challenge for the instructional management of the higher education curriculum. This research studied by using the media information digital literacy intended to the integration of the media information digital literacy into the higher education curriculum to develop the digital citizenship of youth in the northeastern region. The sample group was seven universities in the northeastern region selected by purposive sampling. The research results showed the sample group successfully implemented the media information digital literacy concept to connect classroom learning with the digital citizenship reinforcement process and improve the learning area at community level to apply the participatory learning approach to produce a student leader to become the creative communicator. The student leader would be a digital citizen with media information, digital literacy, self-awareness, and communication and life skills and would become the significant force to build a socially aware society and a powerful community.

Keywords: integration; digital citizenship; media information digital literacy; youth; higher education curriculum

บทนำ

ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีการสื่อสารได้รับการพัฒนาเกิดการหลอมรวมสื่อดิจิทัล (digital media convergence) และสร้างการเปลี่ยนแปลงต่อภูมิทัศน์สื่อ (media landscape) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรมสื่อสารของเยาวชน โดยเฉพาะในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดต่อสื่อสาร การเปิดรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในชีวิตประจำวัน อาจมีลักษณะ

ของข้อมูลข่าวสารที่จะนำไปสู่ความเสี่ยงในสังคมดิจิทัล รวมถึงการสร้างโอกาสและประโยชน์จากการใช้สื่อสังคมดิจิทัลของเยาวชน ที่จะต้องมีทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องสิทธิและความรับผิดชอบ ซึ่งเยาวชนจะต้องมีแนวคิด แนวปฏิบัติเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่จะใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล ปกป้องตนเองจากความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เคารพสิทธิของตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อผู้อื่น และสังคม เข้าใจถึงผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่มีต่อ

สังคม⁽¹⁾ และรู้เท่าทันเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ดีขึ้น การสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัล (digital citizenship) จึงเป็นคุณลักษณะที่ได้รับการกล่าวถึงอย่างกว้างขวางว่าควรเสริมสร้างให้เกิดขึ้นแก่เยาวชนในศตวรรษที่ 21 เพื่อสร้างให้เกิดการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (media information digital literacy)⁽²⁾

บทความนี้เป็นการวิเคราะห์การบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลในหลักสูตรระดับอุดมศึกษาเพื่อสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัลแก่เยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผลที่เกิดขึ้น ในช่วงปีการศึกษา 2563 กับกลุ่มตัวอย่าง คือ มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7 สถาบัน คือ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร และมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ สามารถแบ่งกลุ่มหลักสูตรออกเป็น 3 กลุ่ม คือ รายวิชาในหลักสูตรนิเทศศาสตร์ รายวิชาในหลักสูตรครุศาสตร์ และรายวิชาศึกษาทั่วไปของมหาวิทยาลัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวคิดการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (media information digital literacy) และแนวคิดความเป็นพลเมืองดิจิทัล (digital citizenship) เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างอาจารย์ผู้สอน และสนทนากลุ่ม (focus group) นิสิตนักศึกษาที่เป็นแกนนำเยาวชนของ 7 สถาบัน

กระบวนการบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลในหลักสูตรระดับอุดมศึกษาเพื่อสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัลแก่เยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ประกอบด้วย การเสริมสร้างแนวคิด องค์กรความรู้ แก่แกนนำเยาวชนนิสิตนักศึกษา โดยอาจารย์ผู้สอนมีการนำแนวคิดการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล มาออกแบบร่วมกับเนื้อหาของแต่ละรายวิชา สร้างกระบวนการเรียนรู้ในห้องเรียนและในพื้นที่ชุมชนนอกห้องเรียน จากนั้นสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้นิสิตนักศึกษาออกแบบเครื่องมือกิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติการในชุมชน จากนั้นแกนนำเยาวชน นิสิต นักศึกษาลงพื้นที่ปฏิบัติการ นำองค์ความรู้ แนวคิด เครื่องมือ กิจกรรมไปสร้างกระบวนการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลแก่เด็ก เยาวชน และคนในชุมชน

รวมทั้งมีการนำกระบวนการผลิตเป็นสื่อสร้างสรรค์เผยแพร่สาธารณะ หรือนำเสนอกิจกรรมกระบวนการเผยแพร่แก่นิสิต นักศึกษาในสถาบันการศึกษา

การบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลในหลักสูตรระดับอุดมศึกษา

พลเมืองดิจิทัล หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีการใช้งานดิจิทัลอย่างสม่ำเสมอในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทั่วโลก และใช้งานดิจิทัลในทางที่เหมาะสมสร้างสรรค์ มีคุณธรรมจริยธรรมในการใช้งานดิจิทัลเพื่อพัฒนาตนเอง และสังคม⁽³⁾

การรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล เป็นคุณลักษณะสำคัญของพลเมืองประชาธิปไตย ที่จะต้องมีสมรรถนะในการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) ใช้สื่อต่างๆ รวมถึงการวิเคราะห์ และเข้าใจในรูปแบบของสื่อ และเทคนิคที่สื่อใช้ในการสร้างผลกระทบต่อผู้รับสื่อ ความสามารถในการอ่าน วิเคราะห์ประเมิน และสร้างสื่อในหลากหลายรูปแบบได้รู้เท่าทัน สารสนเทศ (information literacy) สามารถประเมิน เลือกใช้ สื่อสารข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพในหลากหลายรูปแบบ รวมถึงความเข้าใจข้อมูลสารสนเทศในความหมายเชิงจริยธรรม และรู้เท่าทันดิจิทัล (digital literacy) มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เครื่องมือสื่อสาร เครือข่ายต่างๆ เพื่อค้นหาข้อมูล (เข้าถึง) ประมวลผล (เข้าใจ) และสร้างสรรค์ข้อมูล (ประยุกต์ใช้) ได้หลากหลายรูปแบบ⁽⁴⁾

การบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ในหลักสูตรระดับอุดมศึกษาเพื่อสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัลแก่เยาวชนในรายวิชาของหลักสูตรระดับอุดมศึกษา พบว่า อาจารย์ผู้สอนได้นำแนวคิดการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล มาออกแบบร่วมกับเนื้อหาของแต่ละรายวิชา สร้างกระบวนการเรียนรู้ในห้องเรียน และในพื้นที่ชุมชนนอกห้องเรียน จากนั้นสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้นิสิต นักศึกษาออกแบบเครื่องมือกิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติการในชุมชน เช่น หลักสูตรนิเทศศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อาจารย์ผู้สอนจัดกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียนโดยใช้แนวคิดความเป็นพลเมืองดิจิทัล และการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลบูรณาการในรายวิชาการสื่อข่าวขั้นสูง การบรรณาธิกรณ การผลิตวารสารสนเทศ

และการแสดง และการกำกับแสดง จากนั้นนักศึกษาได้ร่วมกันออกแบบกระบวนการสร้างการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล ดำเนินกระบวนการสื่อสารสร้างสรรค์ชุมชนในพื้นที่กุดลิงจ้อ ตำบลนาดี อำเภอเมือง จ.อุดรธานี, หลักสูตรศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร อาจารย์ผู้สอนได้บูรณาการแนวคิดเรื่องความเป็นพลเมือง และการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล กับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาสังคมไทยกับโลกาภิวัตน์ผ่านการรับชมภาพยนตร์เรื่อง searching (เสิร์ชหา สูญหาย) โดยให้นักศึกษาร่วมวิเคราะห์ภาพยนตร์นี้เชื่อมโยงกับแนวคิด นอกจากนี้มีการจัดเวทีเสวนาเรื่อง อาสาสอน: พลเมืองดิจิทัล เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง โดยบูรณาการกับโครงการอาสาสอนที่นักศึกษาแกนนำเยาวชนดำเนินงานกิจกรรมอาสาสอนลงพื้นที่ชุมชนเพื่อฝึกปฏิบัติจริง มีการนำเนื้อหาบูรณาการร่วมกับกิจกรรมในแต่ละโรงเรียน หรือชุมชน, หลักสูตรครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ นำแนวคิดไปบูรณาการกับรายวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อชีวิต และวิชานวัตกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับครู มีการจัดกิจกรรมบูรณาการแนวคิดกับรายวิชา จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการทำงานของนักศึกษาจากกลุ่มแกนนำสู่นักศึกษาใหม่มหาวิทยาลัย และนักศึกษาได้ขยายผลแนวคิด และกระบวนการ ไปจัดกิจกรรมร่วมกับนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษเป็น Project Approach เพื่อออกแบบการสื่อสารสถานการณ์การแพร่ระบาดของ

เชื้อไวรัสโคโรนา สร้างความตระหนักต่อบทบาทหน้าที่พลเมืองประชาธิปไตยที่จะมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบสังคม

จากการศึกษาการบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ในหลักสูตรระดับอุดมศึกษา พบว่า แกนนำเยาวชนในกระบวนการที่ได้เรียนรู้แนวคิดในห้องเรียน จากนั้นได้ร่วมออกแบบกิจกรรม และลงพื้นที่นำกิจกรรมไปดำเนินการในชุมชน หรือโรงเรียน ได้รับการพัฒนาคุณลักษณะความเป็นพลเมืองดิจิทัล ที่มีความรับผิดชอบ มีส่วนร่วม มีความรู้ความเข้าใจต่อการสร้างสรรค์สื่อดิจิทัล มีคุณธรรมจริยธรรมในการใช้งานดิจิทัลเพื่อพัฒนาตนเอง ชุมชน และสังคม

การบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ในหลักสูตรระดับอุดมศึกษาเพื่อสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัลแก่เยาวชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย มีกระบวนการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย (1) กระบวนการติดตั้งแนวคิด องค์ความรู้ เครื่องมือ กิจกรรมในห้องเรียน นอกห้องเรียน และในพื้นที่แก่แกนนำเยาวชนนิสิตนักศึกษา (2) แกนนำเยาวชนนิสิตนักศึกษาออกแบบกระบวนการสร้างการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ของแกนนำเยาวชน นิสิตนักศึกษาในพื้นที่ปฏิบัติการชุมชน โรงเรียน มหาวิทยาลัย อย่างมีส่วนร่วม มีกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ เด็ก เยาวชน ครอบครัว คนในชุมชน ผู้สูงอายุ ซึ่งจากการบูรณาการแนวคิดในรายวิชาของหลักสูตรระดับอุดมศึกษา ได้ทำให้เกิดผลต่อการสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัลแก่แกนนำเยาวชน ดังสรุปได้ในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กระบวนการพัฒนาหลักสูตรระดับอุดมศึกษาเพื่อสร้างความเป็นพลเมืองดิจิทัลแก่เยาวชน



สรุป

การบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ในหลักสูตรระดับอุดมศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย เป็นกลไกสำคัญของการสร้างพลเมืองดิจิทัลแก่เยาวชนที่เป็นนิสิตนักศึกษา ทำให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ในห้องเรียนไปยังชุมชน และสื่อสารสาธารณะเป็นรูปแบบหนึ่งของการใช้หลักสูตรทางการศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล ที่ทำให้เยาวชนได้พัฒนาตนเอง หนุนเสริมพลังของเยาวชนต่อการขับเคลื่อนประเด็นทางสังคม⁽⁵⁾

จากการศึกษา พบว่า การบูรณาการการจัดการเรียน การสอนในหลักสูตรที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เสริมศักยภาพของเยาวชนนิสิตนักศึกษาให้ได้บริหารจัดการ แสดงความคิดสร้างสรรค์ ลงมือปฏิบัติการ เชื่อมโยง ประสบการณ์และสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม นำไปสู่ผลลัพธ์ที่หลากหลาย⁽⁶⁾ สร้างคุณลักษณะความเป็นพลเมืองดิจิทัลที่มีความรู้ ความเข้าใจต่อการใช้สื่อดิจิทัลในทางที่เหมาะสม สร้างสรรค์มีคุณธรรมจริยธรรมในการใช้งานดิจิทัลเพื่อพัฒนาตนเองและสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. Subrahmanyam K, Smahel D. Digital youth: the role of media in development. New York: Springer Science & Business Media; 2010.
2. วรพจน์ วงศ์กิจรุ่งเรือง. คู่มือพลเมืองดิจิทัล. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัลกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2561.
3. Ribble M, Bailey G. Digital citizenship in schools. Washington DC: International Society for Technology in Education; 2011.
4. สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน และเครือข่ายการศึกษาเพื่อสร้างพลเมืองประชาธิปไตย. กรอบแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัลเพื่อสร้างพลเมืองประชาธิปไตย. การประชุมโต๊ะกลม การพัฒนากรอบแนวคิดและหลักสูตรการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล เพื่อสร้างพลเมืองในระบอบประชาธิปไตย; 22 มิถุนายน 2559; โรงแรมแมนดาริน, กรุงเทพมหานคร.
5. Mitchell L. Beyond digital citizenship [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 11]. Available from: <https://eric.ed.gov/?q=source%3a%22middle+grades+review%22&ff1=subMiddle+School+Students&pg=3&id=EJ1154813>
6. Tsekoura M. Space for youth participation and youth empowerment: case studies from UK and Greece. Young 2016;24:326-41.

แนะนำบรรณาธิการวารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย: นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร มีประสบการณ์การประกอบอาชีพเป็นนักวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในหลายระดับ ทั้งระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับกอง ระดับกรม ระดับกระทรวง (กระทรวงสาธารณสุข) ระดับชาติ ระดับภูมิภาค (UNAIDS - Asia-Pacific) และระดับนานาชาติ (WHO China, Mongolia) รวมทั้งยังเคยทำงานในสถาบัน การศึกษา (มหาวิทยาลัยมหิดล) มีผลงานเป็นที่ยอมรับในวงการสาธารณสุข โดยเคยได้รับรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล สาขา สาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2552

ประสบการณ์การทำวารสารทางวิชาการ

1. ผู้ริเริ่มและเป็นบรรณาธิการวารสาร “ปัญญา” (สโมสรนักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) ปี 2516-2517
2. บรรณาธิการวารสารโรคติดต่อ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข) ปี 2527-2532 และ 2534-2542
3. บรรณาธิการวารสารสมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สมาคมแพทย์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย) ปี 2527-2530, 2535-2540 และประจำกองบรรณาธิการ 2541-2542
4. ผู้ริเริ่มและเป็นบรรณาธิการวารสาร “ข่าวสารโรคติดต่อ” (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข) ปี 2528-2529
5. ผู้ริเริ่มและเป็นบรรณาธิการวารสาร “ข่าวสารโรคเอดส์” (ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ & กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ) ปี 2531-2536
6. กองบรรณาธิการวารสารโรคเอดส์ (กรมควบคุมโรค) ปี 2532-2543, บรรณาธิการ ปี 2564-ถึงปัจจุบัน
7. ผู้ริเริ่มและเป็นบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข (สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) ปี 2535-2540, บรรณาธิการที่ปรึกษา 2541-2545 และบรรณาธิการ (ช่วงที่ 2) ปี 2556-ถึงปัจจุบัน
8. บรรณาธิการวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข) ปี 2538
9. รองบรรณาธิการแพทยสภา (แพทยสภา) ปี 2538-2546
10. กองบรรณาธิการวารสารผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) ปี 2536-2542
11. ผู้ช่วยบรรณาธิการ วารสาร Human Resources for Health Development ปี 2540-2545
12. ผู้ริเริ่มและเป็นบรรณาธิการวารสาร Get a Picture (โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก) ปี 2543-2544; ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “See a Picture”
13. ผู้ร่วมริเริ่มและเป็นกองบรรณาธิการวารสาร Journal of Health Science (Health Science University ประเทศมองโกเลีย) (2547-2555)
14. Chief Editor วารสาร OSIR-Outbreak, Surveillance, Investigation and Response (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) ปี 2556-ถึงปัจจุบัน
15. คณะบรรณาธิการวารสารควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค) ปี 2556-ถึงปัจจุบัน
16. บรรณาธิการ Journal of Population and Social Studies (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล) ปี 2560
17. บรรณาธิการวารสาร Public Health Open Access (Medwin Publishers) 2018-2020
18. บรรณาธิการวารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) ปี 2564-ถึงปัจจุบัน
19. บรรณาธิการวารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) ปี 2565-
20. บรรณาธิการวารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย (การแพทย์แผนจีนหัวเฉียว) ปี 2565-

www.thaihealth.or.th/THPJournal

