

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2565

Vol.1 No.2 April - June 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าครองชีพในวัยรุ่น: กรณีสามจังหวัดชายแดนใต้
- พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ และความรับผิดชอบต่อสังคม
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้
- การศึกษาประสบการณ์ใช้สมุดเบาใจของผู้ใช้งานด้วยตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพ

บทความพิเศษ (Special Article)

- โทรเวชกรรมการนอนหลับในยุคโควิด 19
- พลังทางปัญญากับความท้าทายในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย
- บทบาทภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนนโยบายการจัดการการติดยาต้านจุลชีพของไทย: กรณีศึกษาศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.)

บทความพินิจ (Review Article)

- บทบาทของศูนย์วิชาการด้านกิจกรรมทางกายกับการสนับสนุนข้อมูล เพื่อออกแบบนโยบายด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

รายงานกรณีศึกษา (Case Report)

- กระบวนการสร้างนักร้องสื่อสารสร้างสรรค์เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาบนฐานทุนของชุมชน
- การพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายสังคมสงเคราะห์จิตอาสา: กรณีศึกษาการดูแลทางสังคมผู้ป่วยโควิด 19
- การสร้างสุขภาวะชุมชน โดยการประยุกต์ทุนทางวัฒนธรรมและวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคมสู่การสร้างแบรนด์สถานที่

บทความปึกคัก (Miscellaneous)

- การสร้างเสริมสุขภาพทางเพศเยาวชนโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน

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

สารบัญ	หน้าที่	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial
รางวัลที่ระลึกนายแพทย์ลี จอง-วुक ด้านการสาธารณสุข ความภูมิใจของคนไทยต่อศาสตราจารย์เกียรติคุณ- นายแพทย์ประกิจ วาทีสากกิจ ประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	127	The Pride of Thai People, Professor Emeritus Dr. Prakrit Vathesatogkit, President of the Action on Smoking and Health Foundation, Thailand. Recipient of Dr. Lee Jong-Wook Memorial Prize for Public Health <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
นิพนธ์ค้นฉบับ		Original Article
การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: กรณีสามจังหวัดชายแดนใต้ ซอพิยะห์ นิมะ และคณะ	129	Model Development for the Performance Strengthening of District Health Boards toward the Driven of Teenage Pregnancy Prevention Strategies: a Case Study in 3 Southern Border Provinces of Thailand <i>Sawpheeyah Nima, et al.</i>
พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ และความรับผิดชอบร่วมของสังคม ธีรรัตน์ พันทวิ วงศ์ธนะเอนก	141	Game Online: Mutual Responsibility of the Society <i>Teerarat Pantawee Vongtanaanek</i>
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ หยาดพิรุณ สิริ และคณะ	150	Effect of Empowerment Program on Knowledge and Behaviors Related to Diarrhea Prevention among The Village Health Volunteers in a Subdistrict X, Southern of Thailand <i>Yadpiroon Siri, et al.</i>
การศึกษาประสบการณ์ใช้สมุดเบาใจ ของผู้ใช้งานด้วยตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพ ธิรานันท์ ธีรสิริสิน	160	A study on the Use of the Advance Directive Experience by an Own Will, a Family Caregiver, and a Healthcare Provider <i>Thiranun Thirasirisin</i>
บทความพิเศษ		Special Article
โทรเวชกรรมการนอนหลับในยุคโควิด 19 นฤมล ลือกิตตินันท์	172	Sleep Telemedicine during COVID-19 era <i>Narumol Luekitinun</i>
พลังทางปัญญากับความท้าทายในการควบคุม การบริโภคยาสูบในประเทศไทย รณชัย คงสกนธ์	181	Intellectual Power and Challenges in Tobacco Control in Thailand <i>Ronnachai Kongsakon</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
บทบาทภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนนโยบาย การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของไทย: กรณีศึกษา ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) <i>นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี, ยุพดี ศิริสินสุข</i>	190	Antimicrobial Resistance Policy Advocacy in Thailand: Role of Drug System Monitoring and Development Center as Case Study of Civil Society <i>Niyada Kiatying-Angsulee, Yupadee Sirisinsuk</i>
บทความพิเศษ		Review Article
บทบาทของศูนย์วิชาการด้านกิจกรรมทางกายกับ การสนับสนุนข้อมูลเพื่อออกแบบนโยบายด้านการ ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย <i>ปิยวัฒน์ เกตุวงศ์ และคณะ</i>	204	The Role of the Physical Activity Academic Centre to Support Information for the Design of the Physical Activity Promotion Policy <i>Piyawat Katewongsa, et al.</i>
รายงานกรณีศึกษา		Case Report
กระบวนการสร้างนักสื่อสารสร้างสรรค์ เพื่อลด ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาบนฐานทุนของชุมชน <i>พวงชมพู ไชยอาลา แสงรุ่งเรืองโรจน์</i>	211	The Process for Creating Creative Communicators to Reduce Educational Disparities Based on Community Capital <i>Phuangchomphu Chaiala Sangrungruengroj</i>
การพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายสังคมสงเคราะห์ จิตอาสา: กรณีศึกษาการดูแลทางสังคมผู้ป่วยโควิด 19 <i>ระพีพรรณ คำหอม และคณะ</i>	219	Capacity Building Social Workers for Social Care and Social Rehabilitation in COVID-19 Pandemic <i>Rapeepan Kumhom, et al.</i>
การสร้างสุขภาวะชุมชน โดยการประยุกต์ ทุนทางวัฒนธรรมและวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม สู่การสร้างแบรนด์สถานที่ <i>อุทิศ อติมานะ</i>	229	Creating Community Health by Application of Cultural Capital and Social Enterprise towards Place Branding <i>Uthit Atimana</i>
บทความปกิณกะ		Miscellaneous
การสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศเยาวชน โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน <i>แสงจันทร์ เมธาตระกูล</i>	239	Adolescent Health Promotion by School Based Approach <i>Saengchan Methatrakul</i>

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 (สสส.) และคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วย
Unless otherwise stated, the views and opinions expressed in Thai Health 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.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม อธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. นพ.ประทีป วาทีสา อธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม กรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ดร.สุปรีดา อุดมยานนท์ ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร

รองบรรณาธิการ

ศ. ดร.ชัชวาลย์ ภาณุจิตร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

นพ. ดร.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ นักวิจัยสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

นพ. ดร.ไพโรจน์ เสาแก้ว ผู้ช่วยผู้จัดการ สสส.

ดร.ณัฐพันธ์ ศุภกา ผอ.สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ และรักษาการ ผอ.สำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส.

ศ. พญ. ดร.สาวิตรี อึ้งฉานวงศ์กรชัย ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

ผศ. ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย คณะกรรมการที่ปรึกษาศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ ผู้จัดการศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.)

นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ ประธานสาขาวิชาทางสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์

ฝ่ายบริหารจัดการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นายรังสรรค์ มั่นคง ผู้เชี่ยวชาญวิเทศสัมพันธ์

นางสาวนลินี เรืองฤทธิศักดิ์ นักวิชาการสนับสนุนงานนวัตกรรมชำนาญการ

รางวัลที่ระลึกนายแพทย์ลี จอง-วุก ด้านการสาธารณสุข ความภูมิใจ ของคนไทยต่อศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประกิจ วาทีสารกกิจ ประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 75 ประจำปี พ.ศ. 2565 มีพิธีมอบรางวัลที่ระลึกนายแพทย์ลี จอง-วุก ด้านการสาธารณสุข หรือ Dr. Lee Jong-Wook Memorial for Public Health ให้กับศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ ประกิจ วาทีสารกกิจ ในฐานะที่เป็นแพทย์ที่อุทิศตนทำงานภาคประชาสังคมในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างยาวนาน โดยเฉพาะการเป็นผู้นำในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์เชิงประจักษ์เป็นที่ยอมรับทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

ในพิธีมอบโล่ประกาศเกียรติคุณ ซึ่งจัดขึ้นเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลก นายแพทย์ทีโดรส อัดฮานอม กีบรีเยซุส ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกได้กล่าวชื่นชม ศ. นพ.ประกิจ วาทีสารกกิจ ว่าเป็นผู้ทุ่มเททั้งชีวิตในการลดความชุกของโรคมะเร็งปอดและโรคอื่นๆ อันเป็นผลจากการบริโภคยาสูบ โดยผ่านการผลักดัน การขึ้นภาษียาสูบ การควบคุมการโฆษณา และการเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วย คำกล่าวนี้ แสดงถึงความยอมรับต่อผลงาน ในระดับโลก นับเป็นเกียรติอย่างสูงแก่ ศ. นพ.ประกิจ และวงการสาธารณสุขไทย

รางวัลที่ระลึกนายแพทย์ลี จอง-วุก ด้านการสาธารณสุข ตั้งขึ้นโดยรัฐบาลประเทศเกาหลีใต้ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นการรำลึกถึงคุณงามความดีของนายแพทย์ลี จอง-วุก ที่มีต่อสุขภาพของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลงานของท่านในช่วงที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2547-2549) รวมทั้งเป็นการสนับสนุน การขยายขอบเขตการทำงานด้านสาธารณสุขให้สามารถดำเนินงานได้เพิ่มมากขึ้น แต่ละปี มูลนิธิเพื่อการดูแลสุขภาพ ระหว่างประเทศแห่งประเทศเกาหลีใต้ หรือ Korea Foundation for International Healthcare (KOFIH) จะร่วมกับ องค์การอนามัยโลก ทำการคัดเลือกผู้เหมาะสมเพื่อมอบรางวัล โดยมุ่งหวังให้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นและเสริมสร้าง แรงบันดาลใจให้มีผู้นำรุ่นใหม่ที่จะเป็น “นายแพทย์ลี จอง-วุก” คนต่อไป

จากการที่เคยทำงานในองค์การอนามัยโลกและเคยเข้าประชุมที่สำนักงานใหญ่ที่เจนีวา ได้เคยพบเห็น นายแพทย์ลี จอง-วุก ขณะกล่าวบรรยายในการเปิดประชุม สังเกตได้ว่า เป็นบุคคลที่มีความคิดก้าวไกล แสดงถึง สภาวะการเป็นผู้นำทางสาธารณสุขอย่างเด่นชัด การมีประสบการณ์ทำงานในองค์การอนามัยโลกถึง 23 ปี ก่อนที่จะได้รับเลือกเป็นผู้อำนวยการใหญ่ จึงทำให้นายแพทย์ลีมีความเข้าใจในงานสาธารณสุขหลากหลายด้าน และสามารถพัฒนางานในองค์การอนามัยโลกให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นอย่างชัดเจน นายแพทย์ลีมีบทบาทสำคัญ ในการผลักดันในองค์การอนามัยโลกกลับมาเป็นองค์กรชั้นนำในงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์หลังจากที่ ถูกลดบทบาทลงเมื่อมีการตั้งโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ หรือ UNAIDS โดยนายแพทย์ลีเป็นผู้ติดตามโครงการ 3 by 5 หรือโครงการจัดหายาด้านไวรัสให้แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ 3 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2005 (3 millions by 2005) และได้ทุ่มเทสรรพกำลังในการแสวงหางบประมาณและเตรียมความพร้อมของประเทศต่างๆ ในการจัดหายาด้านไวรัส แก่ผู้ป่วย แหล่งงบประมาณใหญ่ได้มาจากกองทุนโลกต้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียนั่นเอง ทั้งนี้ นายแพทย์ลี ได้ขอให้นายแพทย์คิม จิม-ยอง ชาวอเมริกันเชื้อสายเกาหลีได้จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดมาเป็นมือขวาในการขับเคลื่อนงาน 3 by 5 ให้มีความก้าวหน้าในประเทศต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่ยากจน แม้ว่าจะงานโครงการ 3 by 5 จะไม่สำเร็จตามเป้า มีผู้ป่วยโรคเอดส์เพียง 2 ล้านคนที่ได้เข้าถึงยาต้านไวรัส แต่ก็กล่าวได้ว่า โครงการนี้เป็นจุดเริ่มต้น ที่สำคัญที่ปูพื้นงานด้านการรักษาโรคเอดส์มาจนถึงปัจจุบัน

การคร่ำเคร่งทำงานเป็นผลให้นายแพทย์ลี จอง-วुक ล้มเจ็บด้วยอาการเลือดออกในสมองเฉียบพลันและถึงแก่กรรม ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ ทั้งนี้ ประเทศเกาหลีใต้ถือว่า นายแพทย์ลี จอง-วुक เป็นบุคคลแรกของประเทศที่ได้เป็นผู้นำองค์กรในระดับโลก จึงได้ตั้งรางวัลที่ระลึกนายแพทย์ลี จอง-วुक ด้านการสาธารณสุขขึ้นมา และหากนายแพทย์ลียังมีชีวิตอยู่ ก็คงจะเป็นผู้ได้รับรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลสาขาการแพทย์จากผลงานโครงการ 3 by 5 เลยกกลายเป็นว่า นายแพทย์คิม จิม-ยอง มือขวาของท่านเป็นผู้ได้รับรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลในปี พ.ศ. 2556 จากผลงานที่คิดค้นโดยนายแพทย์ลี จอง-วुक นั่นเอง

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประกิจ วาทีสถกกิจ เป็นบุคคลตัวอย่างที่สังคมควรเอาอย่าง จากการที่เป็นอายุรแพทย์โรคปอด เคยเป็นอาจารย์แพทย์ เป็นหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ และเคยเป็นคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลังเกษียณอายุราชการ สามารถทำงานเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ สร้างรายได้สูง แต่ท่านกลับเลือกอุทิศตนทำงานรณรงค์เพื่อลดนักสูบบุหรี่ ลดความเจ็บป่วยของประชาชนจากพิษภัยบุหรี่ ทุ่มเททั้งแรงกายและปัญญาในการสร้างสังคมไทยให้เป็นสังคมปลอดบุหรี่ ซึ่งนับว่าได้ช่วยสร้างเสริมสุขภาพและลดการเจ็บป่วยให้กับคนนับล้าน นอกจากงานในมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งมีผลงานเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางแล้ว ศ. นพ.ประกิจฯ ยังมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานอื่นๆ อีกมากมาย ทั้งงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ การเป็นกรรมการและที่ปรึกษาของกลไกในระดับชาติ การพัฒนานักสาธารณสุขให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการชี้แนะนโยบาย (policy advocacy) และอื่นๆ อีกมากมาย ศ. นพ.ประกิจฯ เป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วนร่วมในการก่อตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส.

การรับรางวัลที่ระลึกนายแพทย์ลี จอง-วुक ด้านการสาธารณสุข ของศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประกิจ วาทีสถกกิจ เป็นการสร้างแรงบันดาลใจให้กับงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ ลองคิดดูว่า หากมีคนแบบ ศ. นพ. ประกิจฯ แฝงตัวอยู่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพด้านต่างๆ ทั้งในระดับชาติ ในทุกระบวนที่เกี่ยข้อง ในระดับจังหวัด ในระดับพื้นที่ งานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศจะต้องก้าวหน้าแบบก้าวกระโดดอย่างแน่นอน ขอให้ทุกภาคส่วนช่วยกันส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อให้มีการสร้างผู้นำการขับเคลื่อนงานแบบนายแพทย์ลี จอง-วुक และแบบ ศ. นพ.ประกิจฯ ให้ครอบคลุมพื้นที่ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีโดยทั่วกัน

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: กรณีสามจังหวัดชายแดนใต้

ชอพิยะห์ นิมะ, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, พงศ์เทพ สุธีรวิวัฒน์
สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นจังหวัดที่มีอัตลักษณ์เชิงภูมิสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะด้านเพศภาวะ เพศวิถี และการสร้างสุขภาวะทางเพศในวัยรุ่นที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อทางสังคมที่สั่งสมมานาน จนอาจกลายเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ และการเรียนรู้เชิงกระบวนการที่จะทำให้กลไกในระดับอำเภอขับเคลื่อนในประเด็นการตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีจำกัด ทำให้การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาารูปแบบในการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้ ด้วยการเสริมสร้างสมรรถนะของกลไกและภาคีเครือข่ายให้มีการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติผ่านโมดูลที่พัฒนาขึ้นภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 - เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาช่องว่างสมรรถนะและความต้องการพัฒนาตนเองของ พชอ. ระยะที่ 2 พัฒนาโมดูลบนพื้นฐานของข้อแรก ระยะที่ 3 นำโมดูลไปทดลองใช้ และระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของโมดูล พบว่า การเรียนรู้เชิงกระบวนการแบบฐานสมรรถนะเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการผลักดันให้ พชอ. และภาคีมีกระบวนการทัศน์เชิงบวกต่อเพศวิถีและสุขภาวะทางเพศในวัยรุ่นที่สามารถกำหนดแผนงาน โครงการ การเคลื่อนไหวทางสังคม การร่วมมือ แบ่งปันทรัพยากร และติดตามประเมิน สรุป การพัฒนาโมดูลที่มีเนื้อหาการเรียนรู้เชิงกระบวนการจัดเป็นนวัตกรรมที่ทรงพลังเพื่อการขับเคลื่อนป้องกันและแก้ปัญหาคการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่สำคัญต่อการสร้างสุขภาวะทางเพศที่ยั่งยืนในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; การตั้งครรภ์วัยรุ่น; จังหวัดชายแดนใต้

บทนำ

การตั้งครรภ์วัยรุ่น (adolescent pregnancy) คือ การตั้งครรภ์วัยรุ่นหญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ปัจจุบันได้กลายเป็นปัญหาทางสุขภาพและปัญหาทางสังคมที่พบได้ทั่วไปในประเทศต่างๆ เช่น จีน⁽¹⁾ รัสเซีย⁽²⁾ กานา⁽³⁾ บราซิล⁽⁴⁾ รวมทั้งในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2562 พบว่า

มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 1.1 ต่อพันหญิงอายุ 10-14 ปี อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 31.3 ต่อพัน และร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 14.9 ทั้งนี้ จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562⁽⁵⁾ ได้รายงานอัตราการมีบุตรของวัยรุ่นในภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง

ภาคอีสาน และกรุงเทพมหานคร คือ 42, 35, 21, 20, และ 5 คนต่อพันหญิงอายุ 15-19 ปี ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ คือ 23) อายุ 15-19 ปี 1,000 คน การมีบุตรก่อนอายุ 15 ปี ร้อยละ 0.2, 0.8, 0.4, 0.4, และ 0.2 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ คือ 0.4) การมีบุตรก่อนอายุ 18 ปี ร้อยละ 9, 12, 8, 13, และ 6 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ คือ 9) โดยมีการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ในผู้หญิงที่สมรสหรืออยู่กินกับผู้ชาย ร้อยละ 74, 58, 72, 77, และ 72 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ คือ 72) และมีความต้องการในการวางแผนครอบครัวที่พึงพอใจด้วยวิธีสมัยใหม่ในผู้หญิงที่แต่งงานหรืออยู่กินกับผู้ชาย ร้อยละ 90, 80, 87, 91 และ 89 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยในระดับประเทศ คือ 88)⁽⁶⁾

ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 193 ประเทศที่ร่วมรับรองวาระการพัฒนาเป้าหมายที่ยั่งยืน พ.ศ. 2573 ด้วยนั้น จึงได้มีการผลักดันการดำเนินงานตั้งแต่การป้องกันจนถึงการแก้ไขปัญหาสุขภาพทางเพศและการตั้งครอบครัว เช่น การมีหลักสูตรเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา (school-based sexual health education) ที่มีส่วนช่วยเพิ่มพูนความรู้และเปลี่ยนทัศนคติทางเพศในเด็กนักเรียน⁽⁷⁾ และการบริการข้อมูลที่เป็นมิตรกับเยาวชนผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรค⁽⁸⁾ และการเข้าถึงการบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยโดยเครือข่ายแพทยอาสา (referral system for safe abortion: RSA) ที่ได้รับการแต่งตั้งและสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ให้ทำหน้าที่รับส่งต่อวัยรุ่นและผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากสายด่วน 1663 และหน่วยงานให้บริการปรึกษาท้องไม่พร้อมเพื่อให้ได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิการคุมกำเนิด หลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีกึ่งถาวร ทั้งนี้ มีกฎหมายรองรับที่สำคัญในปัจจุบันคือ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และมียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ที่มีหน่วยงานทั้งในระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับอำเภอทำหน้าที่เป็นกลไกขับเคลื่อน อันประกอบด้วย 5 กระทรวงหลักคือ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

นอกจากนี้ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ได้เกิดขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดเป้าหมาย แนวทาง บูรณาการความร่วมมือ เสนอแนะให้คำปรึกษาติดตามประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับอำเภอ⁽⁹⁾ โดยมุ่งความสำเร็จในการจัดการระบบสุขภาพของ พชอ. ที่สำคัญ คือ การมีผู้นำทุกระดับที่มีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการสนับสนุนนโยบายและผลักดันให้อยู่ในยุทธศาสตร์แผนงานของชุมชน การติดตามโครงการอย่างจริงจัง ตลอดจนการรวมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมของภาครัฐเพื่อการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ ภาพรวมผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ ปิงบประมาณ พ.ศ. 2563 นั้น ได้มีการแต่งตั้ง พชอ. ครบทุกอำเภอครอบคลุมทั้งประเทศ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 878 อำเภอ และใน 50 เขตของกรุงเทพมหานครได้มีการดำเนินงานรวมกันทั้งสิ้น 2,706 โครงการ ได้แก่ การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม 554 โครงการ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ และผู้เปราะบาง 502 โครงการ อุบัติเหตุ 479 โครงการ อาหารปลอดภัย เกษตรปลอดภัย 264 โครงการ แม่และเด็ก พัฒนาการเด็กและวัยรุ่น 232 โครงการ โรคติดต่อ 180 โครงการ โรคไม่ติดต่อ 170 โครงการ และยาเสพติด 164 โครงการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บทบาทของ พชอ. ต่อการดำเนินงานด้านการตั้งครอบครัววัยรุ่น มีบทบาทเฉพาะการหนุนเสริมต่อการดำเนินงานด้านคลินิกวัยรุ่น และการรณรงค์ การอบรมให้ความรู้ โดยหน่วยงานหลักที่ดำเนินงาน คือ โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ⁽¹⁰⁾

สำหรับสามจังหวัดชายแดนใต้ ประกอบด้วยจังหวัด ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส มีอาณาเขตติดชายแดนประเทศมาเลเซีย มีอัตลักษณ์เชิงภูมิสังคมและวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างจากพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศอย่างชัดเจน เช่น ศาสนา ภาษา และชาติพันธุ์ โดยเฉพาะแนวความคิดของสังคมต่อต้านเผด็จการ เพศวิถี และการสร้างสุขภาพทางเพศในวัยรุ่นที่มีอยู่แบบดั้งเดิมอาจยังไม่เป็นที่ยอมรับหรือไม่ได้มีการแสดงความคิดเห็นออกมาอย่างเปิดเผย และขาดพื้นที่ในการสร้างความเข้าใจร่วมกันที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ในระยะยาวต่อไปได้ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีอัตรา

การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เท่ากับ 0.4, 0.4 และ 0.6 ต่อพัน ตามลำดับ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2562 ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เท่ากับ 23.5, 28.5 และ 28.4 ต่อพัน และร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2562 ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เท่ากับ 18.4, 18.1 และ 18.2 (ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดไม่เกินร้อยละ 14.0) แม้ว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้จะต่ำกว่าในระดับเขตและระดับประเทศ แต่อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำจะสูงกว่าค่าเป้าหมายติดต่อกันหลายปี รวมทั้งร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ร้อยละหลังคลอดหรือหลังแท้งจะต่ำที่สุดทั้งในระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ โดยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา แม้ว่าจะได้มีการดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในทุกกระดับ แต่ยังมีภาระดำเนินงานที่แยกส่วนทำให้ พชอ. กลายเป็นกลไกที่ถูกคาดหวังว่าจะมีบทบาทในการเชื่อมประสานเครือข่ายและบูรณาการดำเนินงานร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ 5 กระทรวงหลัก ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นในระดับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามบทบาทการดำเนินงานของคณะกรรมการ พชอ. ต่อการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ ยังไม่ได้มีอำนาจใดที่กำหนดเป็นประเด็นในการขับเคลื่อนเพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการ พชอ. ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้

วิธีการศึกษา

(1) ขอบเขตการศึกษา

1) **ด้านเนื้อหา** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ในลักษณะวิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) โดยศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และ

แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การค้นช่องว่างสมรรถนะและความต้องการพัฒนาตนเองของ พชอ.

ระยะที่ 2 การพัฒนาโมดูลบนพื้นฐานของสมรรถนะ

ระยะที่ 3 การนำโมดูลไปทดลองใช้

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของโมดูล

2) **ด้านประชากร** เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่ใช้การสุ่มอย่างง่ายในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม และมีการคัดเลือกอย่างจำเพาะเจาะจง ในกลุ่มที่สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล (พชอ. และ พชต.) ใน 4 อำเภอ รวม 84 คน (2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders) ในพื้นที่จำนวน 400 คน และ (3) ทีมพี่เลี้ยง พชอ. จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 504 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นบุคคลที่อยู่ใน 4 อำเภอนำร่องทั้งเพศชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ (ภาษาไทย หรือ ภาษามลายูถิ่น) เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สะดวกต่อการให้ข้อมูล

3) **ด้านสถานที่และเวลา** ดำเนินการศึกษาใน 4 อำเภอของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ อำเภอเมืองและอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี อำเภอรามัน จังหวัดยะลา และอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 - มีนาคม พ.ศ. 2564

(2) เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบการใช้เครื่องมือในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงคือ อำเภอสบไย้อย จังหวัดสงขลา และนำเครื่องมือวิจัยทุกชุดมาปรับเนื้อหาก่อนนำไปใช้ในพื้นที่ศึกษาจริงสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

(3) การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่อ้างอิง EC 020/63) ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการอธิบายจาก

นักวิจัยก่อนลงนามใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยขออนุญาตในการบันทึกเสียงทุกครั้ง หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกในการให้ข้อมูลสามารถหยุด และ/หรือออกจากกรเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บไว้เป็นความลับในคอมพิวเตอร์ที่ระบุนรหัสผ่าน และนักวิจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ และมีการนำเสนอผลการวิจัยโดยรวมที่ไม่ได้เจาะจงตัวบุคคลแต่อย่างใด

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการ พขอ. ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้ เริ่มจากการประเมินสมรรถนะ และความต้องการในการพัฒนาตนเองของ พขอ. ความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการออกแบบการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์วัยรุ่น นำมาสู่การออกแบบโมดูลเพื่อการเรียนรู้ของ พขอ. มีการทดลองใช้โมดูลในพื้นที่นำร่อง 4 อำเภอ คือ อำเภอเมืองและอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี อำเภอรามัน จังหวัดยะลา และอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส และการประเมินประสิทธิผลของการใช้โมดูลในพื้นที่ข้างต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1) ข้อมูลด้านประชากรที่ศึกษา (demographic data)

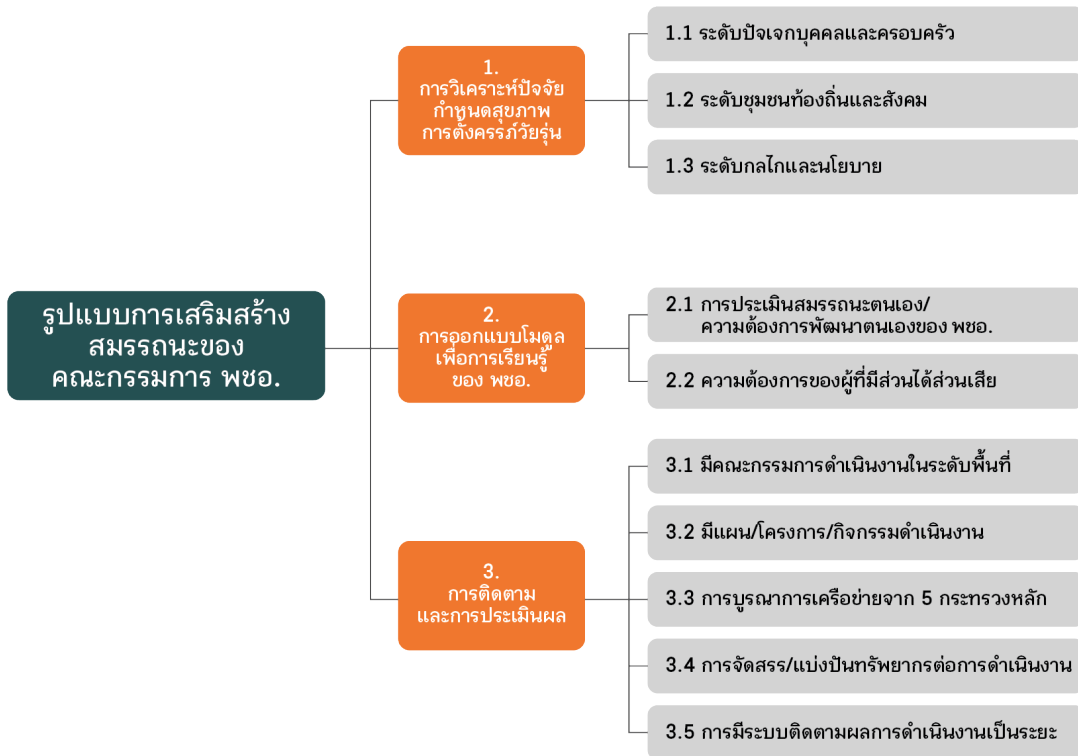
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งประเภทการสำรวจ การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ข้อมูลด้านอายุ เพศ ศาสนา และระดับการศึกษา พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 72.02) เพศหญิง (ร้อยละ 57.94) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 72.22) และการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 79.76) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับการพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการ พขอ. ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักที่สำคัญ คือ (1) การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่น (2) การวิเคราะห์ความต้องการการอบรมของ พขอ. (3) การออกแบบโมดูลและการทดลองใช้ และ (4) การติดตามประเมินผลการใช้โมดูลโดยทีมพี่เลี้ยงที่เอื้อให้คณะกรรมการ พขอ. เข้าใจในแบบแผนและปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น ทำให้เกิดการพัฒนาแผน พัฒนาโครงการ และติดตามประเมินผลโดยอาศัยงบประมาณดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เป็นหลัก และนำไปสู่การรณรงค์ในเชิงนโยบายในภาพรวมของแต่ละอำเภอ ดังแสดงในภาพที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล (n=504 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1) อายุ		
18-24 ปี	141	27.98
25-29 ปี	363	72.02
2) เพศ		
ชาย	212	42.06
หญิง	292	57.94
3) ศาสนา		
พุทธ	140	27.78
อิสลาม	364	72.22
4) ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	402	79.76
ปริญญาตรีขึ้นไป	102	20.24

ภาพที่ 1 รูปแบบในการเสริมสร้างสมรรถนะของคณะกรรมการ พขอ. ต่อการขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสามจังหวัดชายแดนใต้



(2) การแบ่งระยะของการศึกษา

คือ ระยะที่ 1 ศึกษาช่องว่างสมรรถนะและความต้องการพัฒนาตนเองของ พขอ. ระยะที่ 2 การพัฒนาโมดูลบนพื้นฐานของข้อแรก ระยะที่ 3 การนำโมดูลไปทดลองใช้ และระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของโมดูล ดังนี้

1) สมรรถนะของคณะกรรมการ พขอ. ต่อการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พขอ. ได้มีการประเมินสมรรถนะและความต้องการในการพัฒนาตนเอง ทั้ง 4 อำเภอในสามจังหวัดชายแดนใต้ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ดังนี้

จากการประเมินตนเองต่อสมรรถนะพื้นฐานของ พขอ. ในการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า ด้านความรู้ต่อประเด็นการตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการบริหารจัดการและภาวะด้านการนำทีมและการบริการในพื้นที่ อยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่ทักษะการทำแผนและโครงการ และการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับต่ำสุด

ความต้องการพัฒนาตนเองของ พขอ. ที่อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านองค์ความรู้และการจัดการฐานข้อมูล

วัยรุ่น การพัฒนาแผนและโครงการด้านตั้งครรภ์วัยรุ่น และการกำหนดกรอบการประเมินและติดตามงาน ในขณะที่ด้านการวางแผนกลยุทธ์และการถ่ายทอดนโยบายสู่พื้นที่ปฏิบัติและการทำงานเป็นทีมและเครือข่ายมีความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมาก

2) การสำรวจความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับวัยรุ่นต่อการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 400 คน ประกอบด้วย ประชาชนทั่วไป ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ครู ผู้นำชุมชนและผู้นำทางศาสนาที่มีบทบาทในการดูแลวัยรุ่นในพื้นที่ ดังแสดงในตารางที่ 4

ความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้ เป็นดังนี้ (1) ประเด็นรูปแบบการป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ การสร้างคุณค่าแห่งตนผ่านกิจกรรมต่างๆ (ร้อยละ 64.0) (2) กลไกหรือช่องทางสำคัญในการป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์วัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ สนับสนุนให้พ่อแม่มีทัศนคติที่ดี (ร้อยละ 83.8) (3) การสนับสนุนด้านความต้องการพื้นฐานแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนสมรรถนะของ พชอ. ต่อการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ใน 4 อำเภอ (n=84)

สมรรถนะพื้นฐานของ พชอ. ต่อการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ระดับคะแนนการประเมินตนเองของ พชอ.	การแปลผล
1. ด้านการบริการจัดการ	1.45 ± 0.03	ระดับต่ำ
2. ด้านความรู้ต่อประเด็นการตั้งครรภ์วัยรุ่น	2.33 ± 0.05	ระดับปานกลาง
3. ทักษะการทำแผนและโครงการ	0.89 ± 0.02	ระดับต่ำสุด
4. ภาวะด้านนำทีมและการบริการในพื้นที่	1.84 ± 0.01	ระดับต่ำ
5. การติดตามประเมินผล	0.52 ± 0.01	ระดับต่ำสุด

หมายเหตุ: ระดับสมรรถนะประกอบด้วย: ระดับ 0.00-0.99 ระดับต่ำสุด ไม่แสดงสมรรถนะในด้านนี้ ระดับ 1.00-1.99 ระดับต่ำ มีความพยายามในการปฏิบัติหน้าที่ ระดับ 2.00-2.99 ระดับปานกลาง ทำงานได้ผลตามเป้าหมาย ระดับ 3.00-3.99 ระดับดี ปรับกระบวนการทำงานให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น; ระดับ 4.00-5.00 ระดับดีมาก กำหนดเป้าหมายและพัฒนาวิธีการทำงานที่โดดเด่น มีภาวะผู้นำ กล้าคิด และกล้าตัดสินใจ

ตารางที่ 3 การประเมินระดับความต้องการพัฒนาตนเองของ พชอ. (Training Need Assessment: TNA)
ต่อการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นใน 4 อำเภอ (n=84)

ประเด็นความต้องการพัฒนาตนเองของ พชอ. ต่อการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	ระดับคะแนนการประเมินตนเองของ พชอ.	การแปลผล
1. การวางแผนกลยุทธ์และการถ่ายทอดนโยบายสู่พื้นที่	3.26 ± 0.08	ระดับมาก
2. องค์กรความรู้และการจัดการฐานข้อมูลวัยรุ่น	4.35 ± 0.11	ระดับมากที่สุด
3. การพัฒนาแผนและโครงการด้านตั้งครรภ์วัยรุ่น	4.51 ± 0.03	ระดับมากที่สุด
4. การทำงานเป็นทีมและเครือข่าย	3.66 ± 0.04	ระดับมาก
5. การกำหนดกรอบการประเมินและติดตามงาน	4.84 ± 0.32	ระดับมากที่สุด

หมายเหตุ: ระดับ TNA ประกอบด้วย: ระดับ 0.00-0.99 ระดับต่ำสุด ไม่ต้องการฝึกอบรมในด้านนี้ ระดับ 1.00-1.99 ระดับต่ำ ต้องการฝึกอบรมเพียงเล็กน้อย ระดับ 2.00-2.99 ระดับปานกลาง ต้องการฝึกอบรมพอสมควร ระดับ 3.00-3.99 ระดับมาก ต้องการฝึกอบรมด้านนี้ในระดับสูง ระดับ 4.00-5.00 ระดับมากที่สุด ต้องการฝึกอบรมด้านนี้ในระดับสูงสุด

ในวัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 64.5) (4) การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ที่มี การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ ทักษะการผ่อนคลาย ความเครียด (ร้อยละ 61.3) (5) การสนับสนุนด้านคุณภาพชีวิตแก่ผู้ที่มี การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ เงินทุน ในการประกอบอาชีพ หรือ การสร้างรายได้ (ร้อยละ 62.3) (6) การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ที่มี การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับสูงสุด คือ สังคมให้การช่วยเหลือ ลอดอคติและลด การกีดกัน (ร้อยละ 67.5)

3) การพัฒนาโมดูล การออกแบบโมดูลอยู่บนพื้นฐานของสมรรถนะและความต้องการการพัฒนาตนเองของ พชอ. และความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ การเรียนรู้ที่นำไปสู่การขับเคลื่อนที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะทางเพศในวัยรุ่น โดยลักษณะของโมดูลเป็นหน่วยการเรียนรู้

สำเร็จรูปในตัวเองแบบฐานสมรรถนะ (competency-based modules training) จำนวน 5 ฐานสมรรถนะ รวมระยะเวลาในการเรียนและฝึกอบรมจำนวน 60 ชั่วโมง โดยมีผู้เรียน คือ พชอ. และภาคีเครือข่ายใน 4 อำเภอนำร่อง ดังแสดงในตารางที่ 5

4) การนำโมดูลไปทดลองใช้ โมดูลที่ถูกออกแบบได้มี การนำไปทดลองใช้ใน 4 อำเภอ คือ อำเภอเมืองและอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี อำเภอรามัน จังหวัดยะลา และอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน โดยมี ขั้นตอนแรก คือ การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางเพศ และตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังแสดงในตารางที่ 6 และขั้นตอนที่ 2 คือ การทดลองนำโมดูลไปใช้ใน 4 อำเภอนำร่องในสาม จังหวัดชายแดนใต้ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 4 ความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้ (n=400)

ประเด็นความต้องการให้มีการดำเนินงานต่อการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์วัยรุ่น	ร้อยละ
1) รูปแบบการป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
การสร้างคุณค่าแห่งตนผ่านกิจกรรมต่างๆ	64.0
การสร้างทักษะการคิดได้-คิดเป็น และทักษะรู้รอบ	62.3
การสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวและชุมชน	50.5
ป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ/การคุกคามทางเพศ	47.2
การกำหนดนโยบายสาธารณะและการสื่อสารเชิงบวก	39.2
การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง/พื้นที่เสี่ยง	38.2
สอดแทรกเนื้อหาผ่านสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย	32.5
2) กลไกหรือช่องทางสำคัญในการป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์วัยรุ่น	
สนับสนุนให้พ่อแม่มีทัศนคติที่ดี	83.8
การปลูกฝังศีลธรรมและค่านิยมรักษาวลสงวนตัว	66.8
สถานศึกษาสอนเรื่องทักษะชีวิต/เพศวิถี	64.5
หน่วยบริการสุขภาพจัดบริการเชิงรุก	51.0
การสร้างสิ่งแวดล้อม/จัดให้มีพื้นที่ทำกิจกรรม	48.0
การสร้างมาตรการทางสังคม	43.5
เน้นระบบการสื่อสารสาธารณะ	39.5
3) การสนับสนุนด้านความต้องการพื้นฐานแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์	64.5
การจัดหาที่อยู่อาศัย	50.0
การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อการดำรงชีพ	47.8
คำแนะนำเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตร	46.5
4) การสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
การผ่อนคลายความเครียด/วิตกกังวล	61.3
การให้คำปรึกษา	54.5
การสนับสนุนการครองคู่ที่ถูกต้อง	52.2
ผู้ปกครองทั้งสองฝ่ายยื่นมือมาช่วยเหลือ	47.0
5) การสนับสนุนด้านคุณภาพชีวิตแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
เงินทุนในการประกอบอาชีพ หรือ การสร้างรายได้	62.3
การสนับสนุนการศึกษาในระยะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด	52.5
ระบบสนับสนุนการรับฝาก/รับเลี้ยงเด็ก	45.0
ระบบการป้องกันการเกิดเหตุความรุนแรงในครอบครัว	43.8
6) การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	
สังคมให้การช่วยเหลือ ลดอคติ/การกีดกัน	67.5
การให้คำปรึกษาในทางเลือกที่ตัดสินใจได้	59.5
สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่อง	56.0
การดำรงสถานะทางสังคมอย่างมีคุณค่า	44.0

ตารางที่ 5 รายละเอียดเนื้อหาโมดูลในการเสริมสร้างสมรรถนะคณะกรรมการ พขอ.

การเสริมสมรรถนะเฉพาะด้าน	เนื้อหาในหน่วยการเรียนรู้	รูปแบบการเรียนรู้
1. การจัดการองค์ความรู้ต่อประเด็นการตั้งครรภในวัยรุ่น	<ul style="list-style-type: none"> พรบ.การตั้งครรภวัยรุ่น 2559 ยุทธศาสตร์ป้องกันฯ 2560-2569 ปัจจัยกำหนดการตั้งครรภวัยรุ่นในพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษาด้วยตนเอง 5 ชั่วโมง
2. การเป็นทีมนำสู่การเปลี่ยนแปลง	<ul style="list-style-type: none"> ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีมนำด้านการป้องกันการตั้งครรภวัยรุ่น 	<ul style="list-style-type: none"> อบรมเชิงปฏิบัติการ 5 ชั่วโมง
3. ทำแผนและโครงการ ประสานพลังเครือข่าย สู่การรณรงค์เชิงนโยบาย	<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย การสร้างเครือข่าย 5 กระทรวงหลัก การทำแผน และการสื่อสาร 	<ul style="list-style-type: none"> อบรมเชิงปฏิบัติการ 5 ชั่วโมง
4. การประเมินและติดตามผล	<ul style="list-style-type: none"> การเสริมพลัง/การชื่นชมการเรียนรู้ร่วมกันด้านการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภวัยรุ่น 	<ul style="list-style-type: none"> อบรมเชิงปฏิบัติการ 5 ชั่วโมง
5. ทักษะการปฏิบัติการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	<ul style="list-style-type: none"> ปฏิบัติภาคสนามในระดับชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> เรียนรู้ในพื้นที่จริง (on-site) 40 ชั่วโมง

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสุขภาวะทางเพศ และตั้งครรภวัยรุ่นในจังหวัดชายแดนใต้

ปัจจัยกำหนดสุขภาวะทางเพศ และตั้งครรภวัยรุ่น	ข้อสรุปจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก
ระดับปัจเจกบุคคลและครอบครัว	<ol style="list-style-type: none"> 1. เศรษฐฐานะของครอบครัว: รายได้และการศึกษาต่ำจะทำให้ออกเรือนมาประกอบอาชีพเร็วขึ้น 2. การเข้าถึงเนื้อหาด้านสุขภาวะทางเพศ (เฉพาะกลุ่มที่อยู่ในสถานศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน)
ระดับชุมชนท้องถิ่นและสังคม	<ol style="list-style-type: none"> 1. วัฒนธรรมทางสังคม เช่น ผู้ชายที่มีฐานะเป็นผู้ปกครองจะมีอำนาจสูงสุดในครอบครัว เช่น สามี พ่อ พี่ชาย 2. ค่านิยมแต่งงานเร็ว (แต่งงานถูกต้องตามหลักศาสนา)
ระดับกลไกและนโยบาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. มาตรการจัดระเบียบสังคมที่เรียกว่า “ฮุกมปากัด” หรือ “กฎชุมชน” สำหรับการเฝ้าระวังกลุ่มวัยรุ่นที่ออกนอกบ้านที่อาจเสี่ยงต่อการผิดประเวณีค่านิยม แต่งงานเร็ว (แต่งงานถูกต้องตามหลักศาสนา) 2. การดำเนินงานของ 5 กระทรวงหลัก แต่ละหน่วยงานมีการดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภวัยรุ่นในต่างคนต่างทำและแยกส่วน

5) การประเมินประสิทธิผลของโมดูล การประเมินประสิทธิผลของโมดูล เป็นการประเมินตนเองของ พขอ. ต่อการนำโมดูลไปใช้ในการขับเคลื่อนป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภวัยรุ่นในอำเภอทั้ง 4 อำเภอในรอบระยะเวลา 5 เดือน หลังจากการได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเรียนรู้ด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 8

จากผลการประเมินประสิทธิผลโมดูลด้วยการประเมินตนเองของ พขอ. ใน 8 ด้าน พบว่า ด้านความรู้และความเข้าใจต่อสถานการณ์การตั้งครรภในวัยรุ่น ความรู้และ

ความเข้าใจต่อ พรบ. และยุทธศาสตร์ชาติในการแก้ไขและป้องกันการตั้งครรภวัยรุ่น และการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียและการประสานเครือข่ายอยู่ในระดับดีมาก ส่วนประเด็นอื่นๆ อีก 5 ด้าน อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการนำทีมสู่การเปลี่ยนแปลง ด้านการทำแผนและโครงการต่อประเด็นการตั้งครรภวัยรุ่น การรณรงค์เชิงนโยบาย การประเมินและติดตามผล และการปฏิบัติการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับชุมชน

ตารางที่ 7 ผลการทดลองนำโมเดลไปใช้ใน 4 อำเภอในจังหวัดชายแดนใต้

อำเภอ/จังหวัด	พื้นที่ดำเนินงาน	หน่วยดำเนินงาน	แหล่งงบประมาณ	รูปแบบ
เมืองปัตตานี	ตำบลรูสะมิแล	โรงเรียนและชุมชน	สภาสันติสุข	การจัดตั้งหน่วยให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์
ยะหริ่งปัตตานี	ตำบลตาเกาะ	เยาวชนนิหม่ามน้อย หมู่ที่ 4	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	จิตอาสาแกนนำเยาวชนชาย-หญิงเพื่อนช่วยเพื่อน/ดูแลผู้ป่วย
	ตำบลบางปู	เยาวชนชะบาบมัศยิตตะอาวน	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	การจัดการท่องเที่ยวชุมชนโดยเยาวชนของชุมชนเพื่อเสริมรายได้
รามันยะลา	ตำบลโกตาบารู	สภาเด็ก/เทศบาลโกตาบารู	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	แกนนำเยาวชนรุ่นพี่ดูแลรุ่นน้องด้านการปฏิบัติตามหลักการศาสนาและการสร้างอาชีพ
บาเจาะนราธิวาส	ตำบลบาเราะใต้	ชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา และเยาวชน	กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	การจัดการคัดกรองความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกัน 3 ฝ่าย คือ ผู้ปกครอง ผู้นำศาสนา และฝ่ายสาธารณสุข

ตารางที่ 8 การประเมินตนเองของ พขอ. ต่อการนำโมเดลไปใช้ (n=84)

ประเด็นการประเมินคณะกรรมการ พขอ. ต่อการนำโมเดลไปใช้	Mean ± SD	การแปลผล
1. ความรู้และความเข้าใจต่อสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	4.00 ± 0.35	ระดับดีมาก
2. ความรู้และความเข้าใจต่อ พรบ. และยุทธศาสตร์ชาติในการแก้ไขและป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น	4.00 ± 0.34	ระดับดีมาก
3. การบริหารด้านการนำทีมสู่การเปลี่ยนแปลง	3.88 ± 0.22	ระดับดี
4. การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียและการประสานเครือข่าย	4.25 ± 0.43	ระดับดีมาก
5. การทำแผนและโครงการต่อประเด็นการตั้งครรภ์วัยรุ่น	3.63 ± 0.41	ระดับดี
6. การรณรงค์เชิงนโยบาย	3.50 ± 0.35	ระดับดี
7. การประเมินและติดตามผล	3.50 ± 0.35	ระดับดี
8. การปฏิบัติการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับชุมชน	3.75 ± 0.25	ระดับดี

หมายเหตุ: ระดับประสิทธิผลของโมเดลประกอบด้วย: ระดับ 0.00-0.99 ระดับต่ำสุด ไม่มีประสิทธิผลในด้านนี้ ระดับ 1.00-1.99 มีประสิทธิผลในระดับต่ำ ระดับ 2.00-2.99 มีประสิทธิผลในระดับปานกลาง ระดับ 3.00-3.99 มีประสิทธิผลในระดับดี ระดับ 4.00-5.00 มีประสิทธิผลในระดับดีมาก

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่าง พขอ. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในจังหวัดชายแดนใต้ รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของ พขอ. ที่ได้เน้น ถือเป็นนวัตกรรมเชิงกระบวนการบนฐานความต้องการของผู้ใช้โมเดล คือ คณะกรรมการ พขอ. และผู้ที่จะได้ประโยชน์จากโมเดล คือ

กลุ่มวัยรุ่นและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ครู ผู้ปกครอง และผู้ดูแลหรือให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่น โดยโมเดลนี้จะมีลักษณะเด่น คือ เน้นการเสริมสร้างการเรียนรู้และการปฏิบัติการของ พขอ. แบบบูรณาการและครบวงจร ตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินตนเอง การค้นหาความต้องการในการพัฒนา การออกแบบหลักสูตรการเรียนรู้ผ่านโมเดลจำนวน 5 หน่วยการเรียนรู้ การทดลองใช้โมเดลในพื้นที่นำร่องและการประเมินประสิทธิผลของการใช้โมเดล โดยมี

ข้อค้นพบต่อรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของ พขอ. ที่สำคัญ คือ (1) การมุ่งเน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับคณะกรรมการ พขอ. ต่อการตั้งครรภวียรุ่นตามบริบทของพื้นที่แบบบูรณาการ โดยการวางระบบการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ หรือเน้นทั้งการป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภวียรุ่น (2) การมีเครื่องมือที่เป็นแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญและครอบคลุมที่มาจากโมดูลใน 5 หน่วยการเรียนรู้ (3) การเสริมพลังอำนาจจากทีมพี่เลี้ยงในการพัฒนาแผนการพัฒนาโครงการ และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และ (4) การประสานพลังเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนตำบล ภาคประชาสังคม และเยาวชนแกนนำโดยมีการปฏิบัติในพื้นที่ร่วมกับชุมชนทำให้การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างที่สำคัญ คือ การออกแบบเครื่องมือการเสริมสร้างสมรรถนะของ พขอ. ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานสมรรถนะที่จำเป็นและสอดคล้องกับความต้องการการพัฒนาตนเองของผู้เรียน มีการติดตามเสริมพลังอย่างใกล้ชิดจากทีมพี่เลี้ยง (coaching team) ทั้งรูปแบบออนไลน์ และภาคสนาม (on-site fieldwork) มีการใช้ทรัพยากรดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกัน เช่น เครือข่ายสุขภาพ เครือข่ายแกนนำเยาวชน และผู้นำศาสนา ทั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือกองทุนตำบล เป็นหลักในการส่งเสริมแผนงานและโครงการด้านป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภวียรุ่นทั้ง 4 อำเภอนำร่อง

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาศักยภาพของ พขอ. อื่นๆ เช่น การศึกษาและพัฒนากระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า พขอ. มีกระบวนการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในลักษณะเดียวกันคือ แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแผนดำเนินงานที่บูรณาการทรัพยากร และกำหนดการติดตามและประเมินผล⁽¹¹⁾ ทำนองเดียวกันกับการศึกษาเรื่องระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอที่การดำเนินงานต้องอาศัยการมีฐานข้อมูล จัดโครงสร้างองค์กร การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการและกระบวนการแลกเปลี่ยนการดำเนินงานเพื่อการเรียนรู้จากการปฏิบัติ⁽¹²⁾ รวมทั้งการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนาคณะกรรมการและเครือข่าย การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สรุป ถอดบทเรียน ประชาสัมพันธ์ และนำรูปแบบไปใช้⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ เป็นการศึกษในพื้นที่นำร่องจำนวน 4 อำเภอ และศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเท่านั้น โดยไม่ได้มีข้อมูลจากกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี รวมทั้งไม่มีข้อมูลที่ได้จากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงจากการตั้งครรภวียรุ่นอันเป็นกลุ่มที่เปราะบาง (vulnerable group) ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เน้นการสรุปผลอ้างอิงข้ามไปยังบริบทอื่นหรือกลุ่มที่นอกเหนือดังกล่าว

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภวียรุ่นสำหรับ พขอ. ควรมีการหนุนเสริมบทบาทของทีมพี่เลี้ยงในระดับพื้นที่ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พี่เลี้ยงเป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการนำโมดูลไปขยายผลทั้งด้านเนื้อหาเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับ พขอ. การพัฒนาแผนและโครงการ รวมทั้งการขยายผลในด้านพื้นที่ต่อการนำโมดูลมาใช้ในระดับตำบลร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทำให้เกิดการส่งต่อ การเชื่อมประสานแผนการดำเนินงาน และการรณรงค์เชิงนโยบายร่วมกันทั้งสองระดับร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณแหล่งทุนหลัก คือ สำนัก 2 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัยและงานขับเคลื่อนต่อประเด็นสุขภาพะทางเพศในวัยรุ่นแก่สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Guo C, Pang L, Ding R, Song X, Chen G, Zheng X. Unmarried youth pregnancy, outcomes, and social factors in China: findings from a nationwide population-based survey. *Sex Med* 2019;7(4):396-402.
2. Uwizeye D, Muhayiteto R, Kantarama E, Wiehler S, Murangwa Y. Prevalence of teenage pregnancy and the associated contextual correlates in Rwanda. *Heliyon* 2020;6(10):e05037.
3. Siakwa M, Nyarko-Sampson M, Bruce SD. Obstetric outcomes: a comparison of teenagers and adults in the Cape Coast metropolis, Ghana. *Heliyon* 2020;6(11):e05466.
4. Zangiacomini Martinez E, da Roza DL. Ecological analysis of adolescent birth rates in Brazil: association with human development index. *Women Birth* 2020;33(2):e191-8.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 รายงานสรุปผลที่สำคัญ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563.
6. National Statistical Office of Thailand. Thailand multiple indicator cluster survey 2019, snapshots of key findings report. Bangkok: Bangkok: National Statistical Office of Thailand; 2020.
7. Sommart J, Sota C. The Effectiveness of a school-based sexual health education program for junior high school students in Khon Kaen, Thailand. *PSU-USM Int Conf Humanit Soc Sci* 2013;91:208-14.
8. Songtaweasin WN, Kawichai S, Phanuphak N, Cressey TR, Wongharn P, Saisaengjan C, et al. Youth-friendly services and a mobile phone application to promote adherence to pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men and transgender women at-risk for HIV in Thailand: a randomized control trial. *J Int AIDS Soc* 2020;23(Suppl 5):e25564-e25564.
9. Sutapan S, Promsuan W, Howharn C, Sorserb P, Kingmala C. The roles and responsibilities as district health board: from perspective to practice for community health. *J Prev Med Assoc Thai* 2020;10(2):254-73.
10. ภัทรพงศ์ ชูเศษ, นงุาประไพ สาระ, อรุมา ทางดี. การศึกษาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2563;6(4):39-50.
11. ปัญญา พลศักดิ์. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน* 2564;3(2):40-53.
12. จันทิมา นวมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, กฤษฎา เหล็กเพชร, ไพศาล เขียรถาวร. การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการสุขภาพ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. *สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข* 2562;1-167.
13. ศิวาภรณ์ เงินราง. รูปแบบการพัฒนาศูนย์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี* 2562;2(2):108-16.

Model Development for the Performance Strengthening of District Health Boards toward the Driven of Teenage Pregnancy Prevention Strategies: a Case Study in 3 Southern Border Provinces of Thailand

Sawpheeyah Nima, Vorasith Sornsrivichai, Pongthep Sutheravut

Public Policy Institute, Prince of Songkla University, Songkhla Province, Thailand

Abstract

The 3 border provinces in southern Thailand - Pattani, Yala, and Narathiwat have geographic, social, and cultural identities that differ from other areas of the country, especially regarding gender, sexuality, and sexual health among adolescents based on traditional social beliefs and norms which may face huge obstacles for further reproductive health development. Specifically, specific teenage sexual health learning content has not been generated to allow the district level to advocate as a policy nowadays. Thus, there is a need to develop models for the performance strengthening of district health boards (DHB) on the prevention and alleviation of teenage pregnancy problems. This study aimed to strengthen the capacity of DHB mechanisms and network partners to learn and practice through modules developed for driving the prevention and resolution of adolescent pregnancy problems in the southern border provinces. The study design was participatory action research conducted from October 2019 - March 2021. The study was divided into 4 phases: phase 1, competency gaps study, and self needs for improvement of DHB; phase 2, module development based on the data derived from the first phase; phase 3, module implementation; and phase 4, module effectiveness evaluation. The results revealed that the competency-based process learning module was an important tool in driving DHB and their partners toward positive paradigms on sexuality and sexual health in adolescents that shape the future, design social movement processes, and share forces and resources. Process-based learning was a crucial powerful innovation for a key driver towards sustainable sexual well-being in the southern border provinces of Thailand.

Keywords: district health board; teenage pregnancy; southern border provinces; Thailand

พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ และความรับผิดชอบร่วมของสังคม

ธีรรัตน์ พันทวี วงศ์ธนะเอนก

สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งนำเสนอผลการวิจัยเพื่อศึกษาการเล่นเกมออนไลน์ของเด็กไทย ทั้งสถานการณ์ ความรับผิดชอบทางสังคม และข้อเสนอเชิงนโยบาย เป็นการศึกษาแบบผสม คือ ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งเป็นการสำรวจทางออนไลน์ ในประชากรอายุ 13-18 ปี ที่เป็นนักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาทั่วประเทศจำนวน 3,292 ตัวอย่าง ในระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการจัดสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นการสนทนากลุ่มโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ ด้านเทคโนโลยี ด้านผู้ประกอบการอุตสาหกรรมเกม ด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ตลอดจนด้านสุขภาพ ที่มีประสบการณ์การทำงานในด้านดังกล่าวตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน โดยมีวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ (1) เพื่อทราบพฤติกรรมในการเล่นของเด็กไทย (2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเล่นของเด็กไทย (3) เพื่อทราบความคาดหวังถึงความรับผิดชอบทางสังคมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเล่นเกม และ (4) เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการจัดการกิจการเกี่ยวกับเกมของประเทศไทยเพื่อปกป้องคุ้มครองเด็ก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยเล่นเกมออนไลน์ ร้อยละ 85.18 หรือ 2,804 คน โดยร้อยละ 69.79 เล่นเกือบทุกวัน ส่วนวันธรรมดาเฉลี่ยร้อยละ 72.50 เล่นเกมวันละมากกว่า 1 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.35 ระบุว่าเกมออนไลน์มีการพนัน ร้อยละ 15.44 บอกว่าเคยเล่นพนันในเกมออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เคยเสียพนันส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 89.33 เสียพนันเดือนละไม่เกิน 1,000 บาท และมีผู้เสียพนันมากกว่า 1,000 บาท เป็นจำนวนร้อยละ 10.67 โดยเด็กในกรุงเทพมหานคร เป็นผู้เสียพนันในการเล่นออนไลน์สูงที่สุด จากการสนทนากลุ่ม มีข้อเสนอแนะว่า ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการจัดทำแนวทางในการสร้างชุดความรู้ ตลอดจนคำแนะนำ และแนวปฏิบัติ เพื่อร่วมกันปกป้องคุ้มครองเด็ก และเพื่อให้เกิดสุขภาวะในเด็ก ซึ่งประกอบด้วย การเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพให้เหมาะสมกับช่วงวัย โดยไม่สร้างผลกระทบทางลบ หรือภาระให้เกิดขึ้นแก่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด และเกิดการแสวงประโยชน์จากเด็กและเยาวชนโดยปราศจากความรับผิดชอบ

คำสำคัญ: เกม; การเล่นเกม; เด็ก; ความรับผิดชอบทางสังคม; ข้อเสนอเชิงนโยบาย; การปกป้องคุ้มครองเด็ก

บทนำ

การเล่นเกม เป็นกิจกรรมที่ได้รับความนิยมในหมู่เด็ก เยาวชน และคนวัยทำงานมาเป็นเวลานานแล้ว โดยทั่วไป เกม หมายถึง กิจกรรมการแข่งขันที่ให้ความเพลิดเพลิน

โดยมีกฎเกณฑ์และกติกากำกับ และกระตือรือร้นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ปัจจุบันเกมที่เล่นผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต หรือเกมออนไลน์ ได้รับความนิยมแพร่หลายมากขึ้น การเล่นเกมมีทั้ง การเล่นคนเดียว เล่นสองคน หรือเล่นเป็นกลุ่ม ซึ่งบางเกม ก็สามารถผ่อนคลายความตึงเครียด และให้ความบันเทิง

บางเกมก็กระตุ้นการทำงานของร่างกายและสมอง บางเกมก็ฝึกทักษะบางส่วนทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นพิเศษ และบางเกมก็เน้นการต่อสู้ และเอาชนะฝ่ายตรงข้ามทุกวิถีทาง หรือบางเกมก็มีลักษณะผสมผสานหลายรูปแบบเข้าด้วยกัน โดยในปัจจุบันหากกล่าวถึงการเล่นเกมแล้ว นอกจากการเล่นเพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้น ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อการแข่งขันชิงรางวัลเพื่อให้ได้มาซึ่งความสำเร็จ ชื่อเสียงเงินรางวัลและอาชีพ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยรู้จักกันในนาม “อีสปอร์ต”

ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ ได้วิจัยเรื่อง “อีสปอร์ต: สถานการณ์ ผลกระทบและแนวทางการดูแล”⁽¹⁾ สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับอีสปอร์ตในประเทศไทยในกลุ่มเด็กและเยาวชนวัย 13-24 ปี จำนวน 2,155 ตัวอย่าง ผู้ปกครองของผู้ที่มีบุตรหลานอายุ 13-24 ปี อยู่ในความดูแล 1,051 ตัวอย่าง และกลุ่มนักกีฬาอีสปอร์ต 404 ตัวอย่าง พบว่าผลกระทบเชิงบวก ได้แก่ (1) การเกิดอาชีพใหม่ รวมไปถึงอาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักแคสต์ (ทดสอบ) เกม หรือรีวิวกเกม และนักพากย์เกม เป็นต้น (2) การสร้างโอกาสและแรงจูงใจให้เด็กและเยาวชนที่ชื่นชอบการเล่นเกมที่เล่นเกมอย่างสร้างสรรค์ และมีโอกาสประสบความสำเร็จ และ (3) การเติบโตของธุรกิจอีสปอร์ต ส่งผลดีต่อเศรษฐกิจโดยรวม ขณะที่ผลกระทบเชิงลบ คือ อีสปอร์ตอาจส่งผลกระทบต่อเด็กให้อยากเล่นเกมมากขึ้น รวมถึงกระทบต่อสุขภาพ อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น รู้สึกปวดหลัง ปวดเมื่อยร่างกาย มีปัญหาสายตา และเล่นเพลินจนนอนดึก หรือนอนน้อยจนขาดเรียนหรือไปสาย รู้สึกไม่ค่อยอยากทำอะไรนอกจากเล่นเกม และมีพฤติกรรมเล่นพนันท้ายผลการแข่งขันอีสปอร์ต ขณะที่การเป็นนักกีฬาอีสปอร์ตอาชีพมีเวลาสั้น และไม่มั่นคง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลทางการแพทย์ที่ยืนยันได้ว่าการที่เด็กเข้าสู่กิจกรรมการแข่งขันวิดีโอเกมออนไลน์โดยขาดความเข้าใจ หรือฝึกซ้อมเล่นเกมเป็นเวลาดูติดต่อกันหลายชั่วโมง อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจเกิดการเสพติดเกม เสพติดความรุนแรง ขาดการคิดวิเคราะห์และการควบคุมตนเอง ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่ความก้าวร้าว ขาดประสิทธิภาพทางด้านความจำและสติปัญญาในวัยเรียน และมีปัญหาทางสุขภาพจิตในระยะยาว อันอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมอื่นๆ ตามมาได้อีกด้วย

สถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น สอดคล้องกับความเคลื่อนไหวของภาคส่วนต่างๆ ที่แสดงความห่วงใยสุขภาพของเด็ก

ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของผู้ประกอบการเกี่ยวกับเกม และการจัดการแข่งขันวิดีโอเกมชิงรางวัล ดังจะเห็นได้จากระเบียบวาระที่ 2 ที่ได้รับการรับรองในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 11 ประจำปี พ.ศ. 2561 เรื่อง “การแสดงความรักมิตรชอบร่วมทางสังคมเกี่ยวกับอีสปอร์ตต่อสุขภาพของเด็ก” โดยมีมติย่อย 4 ข้อ ซึ่งมีมติย่อยข้อที่ 4 ที่กำลังดำเนินการในขั้นรับฟังความคิดเห็นจากสาธารณชน นั่นคือ มติย่อยที่กำหนดให้มีการยกร่างกฎหมายการกำกับดูแลเกม และการประกอบกิจการเกม เพื่อปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในประเทศไทย ที่กำลังได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อเข้าใจสถานการณ์การเล่นของเด็กไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบเมื่อระยะเวลาผ่านไปในระดับที่คาดว่าน่าจะมีเปลี่ยนแปลง และตรวจสอบการตระหนักรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการร่วมกันรับผิดชอบต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเล่นเกม ทั้งยังจะเป็นแนวทางในการแสวงหาและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายให้เกิดการแก้ปัญหาาร่วมกันเพื่อร่วมปกป้องคุ้มครองเด็ก และเพื่อให้สุขภาพของเด็กซึ่งประกอบด้วยเจริณเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างเข้มแข็ง และมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับช่วงวัย โดยไม่สร้างผลกระทบทางลบ และสร้างภาระให้เกิดขึ้นแก่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด หรือเกิดการแสวงประโยชน์จากเด็กและเยาวชนโดยปราศจากความรับผิดชอบ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเล่นของเด็กไทย ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเล่นและความคาดหวังถึงความรับผิดชอบทางสังคมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเล่นเกม รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการจัดการกิจการเกี่ยวกับเกมของประเทศไทยเพื่อปกป้องคุ้มครองเด็ก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมการเล่นออนไลน์ และความรับผิดชอบต่อสังคมของสังคม จากงานวิจัยเรื่องการเล่นของเด็กไทย: สถานการณ์

ความรับผิดชอบทางสังคม และข้อเสนอเชิงนโยบาย⁽²⁾ เป็นการวิจัยแบบผสม คือ ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ด้วยการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ด้วยการจัดสนทนากลุ่ม (focus group) มีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการจัดเตรียมแบบสำรวจ ดังนี้

- 1) กำหนดภูมิภาคที่จะมีการสำรวจ แบ่งเป็น 6 ภูมิภาค คือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียง
- 2) ประสานโรงเรียนในพื้นที่การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ในแต่ละภูมิภาค โดยให้ครูในแต่ละโรงเรียนรับผิดชอบ และติดตามผลการตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์
- 3) ออกแบบประเด็นคำถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ ที่ต้องการศึกษา นำแบบคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และเสนอแนะเพิ่มเติม และปรับปรุงแบบคำถามให้สมบูรณ์
- 4) วางแบบสำรวจ บนระบบออนไลน์ ในรูปแบบ Google form ระหว่างวันที่ 1 กันยายน - 31 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563
- 5) ประสานครูในโรงเรียนเพื่อให้นักเรียนในสังกัดของตนเองตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์
- 6) วิเคราะห์ข้อมูล
- 7) แปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูล
- 8) นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม

โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้

- 1) ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ของเด็กไทย จำแนกตามภูมิภาค
- 3) การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ของเด็กไทย จำแนกตามเพศ
- 4) การวิเคราะห์ข้อมูลผลจากการเล่นเกมออนไลน์ของเด็กไทย จำแนกตามภูมิภาค
- 5) การวิเคราะห์ข้อมูลผลจากการเล่นเกมออนไลน์ของเด็กไทย จำแนกตามเพศ
- 6) การทดสอบสมมติฐาน

จากนั้นนำผลการสำรวจมาเป็นเนื้อหาในการจัดสนทนากลุ่ม (focus group) ซึ่งเป็นการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อผลการสำรวจสถานการณ์ในการเล่นของเด็กไทยของผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ ด้านเทคโนโลยี ด้านผู้ประกอบการ

อุตสาหกรรมเกม ด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ตลอดจนด้านสุขภาพ ที่มีประสิทธิภาพการทำงานในด้านดังกล่าว ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป โดยได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีจำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 12 คน ประเด็นคำถามหลักในการสนทนากลุ่มคือ ความคาดหวังถึงความรับผิดชอบต่อสังคมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเล่นเกม และการจัดการกิจการเกี่ยวกับเกมของประเทศไทย เพื่อปกป้องคุ้มครองเด็ก

คำจำกัดความหรือนิยามต่างๆ

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดคำนิยามว่า เกม หมายถึง กิจกรรมการเล่นหรือการแข่งขันในรูปแบบวิดีโอเกม ที่ส่วนใหญ่เล่นบนเครือข่ายคอมพิวเตอร์ โดยเฉพาะบนอินเทอร์เน็ต อาจมีผู้เล่นหลายฝ่าย (multiplayers) ส่วนมากจะเป็นเกมแบบ MMO (massive multiplayer online) หรือเกมที่มีผู้เล่นหลายฝ่าย ที่รับจำนวนผู้เล่นได้จำนวนมากในพื้นที่ที่หนึ่ง

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปวช. และ ปวส. จำนวน 3,292 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.19 เพศชาย ร้อยละ 40.13 และเพศทางเลือก ร้อยละ 4.68 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 2,804 คนหรือร้อยละ 85.18 เคยเล่นเกมออนไลน์โดยเพศชาย เคยเล่นเกมออนไลน์ ร้อยละ 88.57 และเพศหญิง เคยเล่นเกมออนไลน์ ร้อยละ 83.93

กลุ่มตัวอย่างที่เล่นเกม ส่วนใหญ่เล่นเกมที่บ้าน/หอพัก (ร้อยละ 82.20) รองลงมาคือเล่นเกมที่โรงเรียน (ร้อยละ 13.20) ที่อื่นๆ คือ ร้านเกม/อินเทอร์เน็ต คาเฟ่ ห้างสรรพสินค้า (ร้อยละ 3.75) ร้อยละ 31.06 ตอบว่าเล่นทุกวัน และกลุ่มตัวอย่างเล่นเกมเกือบทุกวัน คือ ร้อยละ 42.65 โดยในวันธรรมดา เด็กร้อยละ 27.50 ที่เล่นเกมน้อยกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 40.80 เล่นวันละ 1-2 ชั่วโมง และร้อยละ 21.04 เล่นเกมวันละ 3-5 ชั่วโมง ส่วนในวันเสาร์อาทิตย์หรือวันหยุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เล่นเกมออนไลน์ 3-5 ชั่วโมงต่อครั้ง (ร้อยละ 30.88) และมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 23.00 ที่เล่นเกม

มากกว่า 5 ชั่วโมง และมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 10.13 ที่เล่นเกมมากกว่า 8 ชั่วโมง โดยเฉพาะเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 44.08 เล่นมากกว่าวันละ 5 ชั่วโมง และเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านเพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศชายเล่นเกมออนไลน์มากกว่าเพศหญิง ทั้งในแง่จำนวนวันที่เล่น (ชายส่วนใหญ่เล่นทุกวัน ร้อยละ 46.58 หญิงเล่นทุกวันร้อยละ 19.8) และระยะเวลาในการเล่นรวมทั้งวันธรรมดา (ชายเล่นเกมวันธรรมดามากกว่า 5 ชั่วโมง ร้อยละ 14.87 หญิงร้อยละ 7.21) และวันเสาร์อาทิตย์ (ชายเล่นเกมวันธรรมดามากกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 14.62 หญิงร้อยละ 6.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เด็กที่เล่นเกมส่วนใหญ่เล่นกับเพื่อนที่โรงเรียน/สถาบันการศึกษา หรือเพื่อนที่เคยเรียนด้วยกัน ร้อยละ 66.41 รองลงมาคือ เพื่อนที่รู้จักในเกมออนไลน์ ร้อยละ 17.30 ที่น่าสนใจคือ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.89 ที่เล่นเกมกับคนแปลกหน้า และกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 1.21 เท่านั้นที่เล่นเกมกับพ่อแม่และญาติพี่น้อง ส่วนใหญ่เล่นเกมประเภทเกมต่อสู้เพื่อความอยู่รอด เช่น PUBG ร้อยละ 62.80 ส่วนประเภทอื่นๆ ที่มีผู้เล่น ได้แก่ เกมจำลองสถานการณ์ (simulation games) เกมผจญภัย (adventure games) เกมต่อสู้ (fighting games) เกมที่ได้รับความนิยมขึ้นชอบในการเล่นของกลุ่มตัวอย่างสูงสุด คือ เกม Free Fire ร้อยละ 26.46 รองลงมาคือ ROV ร้อยละ 22.65 และลำดับที่สาม คือ เกม PUBG Mobile ร้อยละ 15.19

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.55 เคยเสียเงินค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมออนไลน์ ในขณะที่ร้อยละ 63.45 ไม่เคยเสียค่าใช้จ่ายในกลุ่มที่เคยเสียค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมออนไลน์ ร้อยละ 29.46 เคยเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 500 บาทต่อเดือน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างกรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้ที่การใช้จ่ายเงินสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบการเสียค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมน้อยกว่าเพศชายส่วนใหญ่ เคยเสียค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมออนไลน์ ร้อยละ 52.05 ส่วนผู้หญิง เคยเสียค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมออนไลน์ ร้อยละ 24.92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กลุ่มตัวอย่างที่เล่นเกมและเสียค่าใช้จ่ายนั้นส่วนใหญ่ชำระเงินในการเล่นเกมออนไลน์ผ่านช่องทางเดบิตเงินผ่านตู้เอทีเอ็ม (ร้อยละ 43.71) รองลงมาคือ เดบิตเงินผ่านบัตรเครดิตเซอร์วิส (ร้อยละ 28.39)

ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เริ่มเล่นเกม

ออนไลน์ คือ ยูทูปเบอร์ หรือเกมแคสเตอร์ รองลงมา คือ เพื่อนชวนหรือให้ข้อมูล และการเห็นข้อมูลเกมจากสื่อต่างๆ ร้อยละ 85.59 เล่นเกมเพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.83 ที่เล่นเกมเพื่อหลีกเลี่ยงสังคม/โลกแห่งความเป็นจริง ร้อยละ 7.63 ที่กล่าวถึงสาเหตุที่ตนเองเล่นเกมว่าเพื่อเข้าสู่การแข่งขันอีสปอร์ต และที่น่าสนใจคือ ร้อยละ 7.31 ตอบว่า เล่นเกมเพื่อหารายได้พิเศษ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเล่นเกมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง เพราะไม่มีอะไรทำในเวลาว่างที่ดีไปกว่านี้ คิดเป็นร้อยละ 61.63 รองลงมา คือ ยังไม่ได้ทำอะไรเสียหาย เพราะผลการเรียนยังอยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 50 และผู้ปกครองสนับสนุนให้เล่น คิดเป็นร้อยละ 12.09 อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างถึงเกือบร้อยละ 10 ที่คาดหวังผลตอบแทน เช่น การได้รางวัล การเป็นอาชีพ จากการเล่นเกมออนไลน์

เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเกมออนไลน์และการพนันผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 49.35 ระบุว่าเกมออนไลน์มีการพนัน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.56) ไม่เคยเล่นพนันในเกมออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่างจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เคยเล่นพนันในเกมสูงที่สุด (ร้อยละ 30.11) เมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ รองลงมาคือ ภาคตะวันออกและภาคกลาง และกลุ่มตัวอย่างเพศชาย (ร้อยละ 21.45) เล่นพนันในเกมออนไลน์ มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 10.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยรูปแบบในการเล่นการพนัน ส่วนใหญ่ใช้วิธีวางเดิมพันที่ตนเองเล่น (ร้อยละ 38.52) รองลงมาคือ แลกเปลี่ยน items หรือสิ่งของในเกม (ร้อยละ 30.54) และวางเดิมพันในฐานะผู้ชม (ร้อยละ 18.09) และการเล่นพนันผ่าน Loot Box (ร้อยละ 12.84)

เมื่อศึกษาถึงอาการติดเกมเมื่อไม่ได้เล่นเกม หรือเมื่อถูกบอกให้หยุดเล่นเกม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่แสดงอาการติดเกม โดยเมื่อถูกบอกให้หยุดเล่นเกม ร้อยละ 75.25 หันไปทำกิจกรรมอย่างอื่นทดแทน โดยไม่รู้สึกละอายใจ รองลงมา ร้อยละ 32.56 เก็บความไม่พอใจไว้ภายใน เช่น การหงุดหงิด ไม่พอใจ แต่ไม่ได้แสดงอะไรออกมา เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของเกมที่มีต่อ ความรุนแรงสภาวะทางสุขภาพ ซึ่งเป็นอาการเมื่อไม่ได้เล่นเกม พบว่า เกมเกือบทุกประเภทส่งผลต่อความรุนแรง สภาวะทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งด้านการแสดงอารมณ์รุนแรงขึ้น

การทะเลาะกับคนในครอบครัวบ่อยขึ้น การใช้ภาษาที่รุนแรง และภาษาหยาบคายมากยิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.12 ยอมรับว่า มีหลายคนเคยบอกว่าตนเองติดเกม รองลงมา ร้อยละ 41.12 ทำกิจกรรมกลางแจ้งหรือออกกำลังกายน้อยลง และร้อยละ 22.93 มีคนที่กว่าใช้ภาษาที่รุนแรง และภาษาหยาบคายมากยิ่งขึ้น โดยระยะเวลาในการเล่นเกมนอนไลน์ของเด็กไทยมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของพฤติกรรมที่ถูกรับรู้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างถูกห้ามไม่ให้เล่นเกมออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หรือ ร้อยละ 61.63 ยังเล่นเกมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง เพราะคิดว่าไม่มีอะไรทำในเวลาว่างที่ดีไปกว่านี้ รองลงมา คือ ร้อยละ 50 คิดว่าตนเองยังไม่ได้ทำอะไรเสียหาย เพราะผลการเรียนยังอยู่ในเกณฑ์ดี

ในประเด็นของการรับรู้เรื่องความรับผิดชอบร่วม และนโยบายเกี่ยวกับเกมนอนไลน์ ร้อยละ 49.96 คิดว่าควรกำกับ ไม่ให้มีการพนันในเกม หรือพนันทีมที่แข่งขัน รองลงมาคือ ร้อยละ 49.93 คิดว่า ควรมีการแจ้งกติกา ค่าใช้จ่าย หรือเงินรางวัลอย่างชัดเจน โปร่งใส และเป็นธรรม รวมทั้งมีความคิดเห็นต่อแนวทางการจัดที่เหมาะสมต่างๆ อาทิ ไม่ควรมีสปอนเซอร์เป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง ควรจัดหาเกมที่มีเนื้อหาเหมาะกับช่วงวัย เช่น ไม่ลามกอนาจาร ไม่รุนแรงเกินวัย ไม่ควรจัดการแข่งขันในโรงเรียน ผู้เล่นควรได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองก่อนเข้าแข่งขัน ควรกำหนดอายุผู้เข้าแข่งขันตามกติกาสากลคือ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นต้น ส่วนแนวทางในการจัดระดับเนื้อหาในเกมให้เหมาะสมตามช่วงวัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.24 เห็นควรให้มีการจัดระดับเนื้อหาในเกมให้เหมาะสมตามช่วงวัย หรือจัดเรตติ้งเกม เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดเสพติด ความรุนแรง จากเกม (ร้อยละ 72.82) ป้องกันไม่ให้เด็ก รับเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม เช่น เรื่องเพศ หรือลามกอนาจาร (ร้อยละ 57.43) ป้องกันการเลียนแบบจนนำไปสู่ปัญหาสังคม เช่น อาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว (ร้อยละ 51.04) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วยกับการจัดเรตติ้งเกม เห็นว่าเป็นการลิดรอนสิทธิ เสรีภาพของเด็ก (ร้อยละ 45.36) และเด็กมีวิจารณญาณของตนเองอยู่แล้ว (ร้อยละ 40.55)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การสนทนากลุ่มมีประเด็นวิเคราะห์ที่สำคัญคือข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก

การเล่นเกมน และการจัดการกิจการเกี่ยวกับเกมของประเทศไทย เพื่อปกป้องคุ้มครองเด็ก และความรับผิดชอบทางสังคมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง หลังจากผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) ได้นำเสนอผลการศึกษาแบบสอบถามออนไลน์เบื้องต้นให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิในที่ประชุมแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิได้ถกอภิปราย ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มข้อคิดเห็นและข้อเสนอได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. ข้อเสนอต่อหน่วยงานของรัฐ

1.1 ให้มีกฎหมายเพื่อการกำกับดูแลการประกอบกิจการเกมในประเทศไทย โดยให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับดูแลการประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับเกม ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กและเยาวชน โดยควรมีการจัดระดับความเหมาะสมของเนื้อหาเกมให้เหมาะกับช่วงวัยของเด็ก หรือจัดเรตติ้งเกม การกำหนดช่วงเวลาการเล่นให้เหมาะสม ปัญหาการพนันในเกม และการโฆษณาที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงความอยู่รอดและสภาวะการณ์ของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ภายใต้สิทธิ เสรีภาพ และหน้าที่ความรับผิดชอบต่อสังคม

1.2 กำหนดให้มีกลไกบูรณาการการปกป้องคุ้มครองเด็กจากการเล่นเกม อย่างเป็นองค์รวม ทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น โดยมีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน รวมถึงเด็กและเยาวชนด้วย เพื่อทำงานในเชิงป้องกัน ฝึกระวัง ปกป้องคุ้มครอง และช่วยเหลือเยียวยา พร้อมกำหนดแนวทางการจัดสรรงบประมาณ และกำหนดตัวชี้วัด สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.3 จัดให้มีกองทุนที่แสดงความรับผิดชอบของผู้ประกอบการ เพื่อเยียวยาผลกระทบที่มีต่อเด็กและเยาวชน

1.4 สนับสนุนการศึกษาวิจัยทั้งในแง่แนวทาง และผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับเกม เพื่อพิจารณาความคุ้มค่าในทุกมิติ ทั้งสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อการบริหารจัดการที่เหมาะสม

1.5 ส่งเสริมหลักสูตรเรื่องการรู้เท่าทันเกม ในโรงเรียนให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครู เด็กและเยาวชน เพื่อสร้างเกราะป้องกันปัญหา และช่วยลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อภาคธุรกิจและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับเกม

2.1 จัดให้มีมาตรฐานการบริการมาตรฐานการออกแบบแพลตฟอร์ม และมาตรฐานการจัดกิจกรรมหรือการแข่งขันต่างๆ ให้เป็นไปตามกฎหมาย ไม่ให้มีเนื้อหาสื่อที่ไม่เหมาะสม เช่น การโฆษณาเว็บไซต์พนัน การโฆษณาเกินจริง เนื้อหาในลักษณะก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม

2.2 จัดทำแนวปฏิบัติทางจริยธรรมในการทำธุรกิจ และร่วมพัฒนากับทุกภาคส่วนภายใต้กรอบของกฎหมาย

2.3 สร้างสรรค์เกมที่ช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของเด็กและเยาวชน เช่น เกม การศึกษาต่างๆ เป็นต้น

3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อสื่อและ influencers

3.1 สร้างสรรค์สื่อที่ดี เนื้อหาที่สร้างสรรค์เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็กและเยาวชน ทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสม ความเชื่อ ค่านิยม และมีการจัดสรรแบ่งเวลาการเล่นเกมส์ได้อย่างสมดุล และเหมาะสม

3.2 มีจริยธรรมในการสื่อสาร และการโฆษณา เช่น จะต้องไม่รับโฆษณาเว็บไซต์พนันเด็ดขาด

4. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อบุคคลแวดล้อมตัวเด็ก

4.1 ศึกษาความรู้เรื่องภัยออนไลน์ เข้าใจธรรมชาติของเด็กและสื่อ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาได้หากขาดความรู้ความเข้าใจ และการกำกับดูแลที่เหมาะสม

4.2 ให้ความรู้ และช่วยคัดกรองเนื้อหา การเข้าถึงสื่อ และเกมส์ต่างๆ ให้เหมาะสมตามช่วงวัยของเด็ก

4.3 ส่งเสริมกิจกรรมทางเลือกที่สร้างสรรค์อื่นๆ ให้กับเด็กและเยาวชน

5. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อภาคประชาสังคม

5.1 ร่วมกันสร้างพื้นที่สร้างสรรค์และทางเลือกกิจกรรมอื่นๆ ให้กับเด็กและเยาวชนอย่างจริงจัง เพื่อมุ่งเสริมสร้างการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของเด็กและเยาวชน

5.2 มุ่งศึกษาวิจัยแนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างความรู้ในสังคม โดยมุ่งสร้างชุดความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มคน และช่วงวัย ทั้งกลุ่มพ่อแม่ ครู เด็กและเยาวชน

5.3 ส่งเสริมหลักสูตรการศึกษา และการอบรมการรู้เท่าทันเกมส์ และอีสปอร์ตอย่างรอบด้าน

วิจารณ์

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของเกมส์ที่มีต่อ ความรุนแรง สภาวะทางสุขภาพ ซึ่งเป็นอาการเมื่อ

ไม่ได้เล่นเกม พบว่า เกมส์เกือบทุกประเภทส่งผลต่อความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.24 คิดว่าควรจัดให้มีการจัดระดับเนื้อหาเกมส์ให้เหมาะสมตามช่วงวัยหรือจัดเรตติ้งเกมส์ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างเพศที่แตกต่างกัน ในการให้เหตุผล ระหว่างเหตุผลที่ควรมีและไม่ควรมีการจัดระดับเนื้อหาเกมส์ให้เหมาะสมนั้น เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เพศหญิงจะมีความคิดเห็นด้วยกับเหตุผลต่างๆ ที่ควรให้มีการจัดระดับเนื้อหาเกมส์ให้เหมาะสมสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายจะมีความคิดเห็นด้วยกับเหตุผลต่างๆ ที่ไม่ควรให้มีการจัดระดับเนื้อหาเกมส์สูงกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างเพศชายส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีกฎหมายเพื่อกำกับดูแลการประกอบการเกี่ยวกับเกมส์ เพื่อให้ปลอดภัย และเหมาะสมกับเด็กและเยาวชนน้อยกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ายังมีประเด็นที่น่าห่วงใย เรื่องการเล่นเกมส์ในเด็กและเยาวชนอยู่หลายส่วน ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแนวทางในการสร้างชุดความรู้ ตลอดจนคำแนะนำ และแนวปฏิบัติ เพื่อร่วมกันปกป้องคุ้มครองเด็ก และเพื่อให้เกิดสุขภาพในเด็ก ซึ่งประกอบด้วย การเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ได้รับการส่งเสริม และพัฒนาอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพให้เหมาะสมกับช่วงวัย โดยไม่สร้างผลกระทบทางลบ ไม่สร้างภาระให้เกิดขึ้นแก่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด และเกิดการแสวงประโยชน์จากเด็กและเยาวชนโดยปราศจากความรับผิดชอบ

2. ข้อเสนอต่อกระทรวงวัฒนธรรม

2.1 ควรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาอันเกิดจากการเล่นเกมส์ของเด็กไทย อันมีเนื้อหาเกมส์หลายประเภทที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านเพศ ภาษา ความรุนแรง การพนัน และสิ่งเสพติดแฝงอยู่ โดยยกระดับให้ เป็นวาระสำคัญเร่งด่วน

2.2 ควรสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการร่างกฎหมาย เพื่อกำกับดูแลการประกอบกิจการเกมในประเทศไทย ให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล (good governance) ความเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล (good governance) ความรับผิดชอบ (responsibility) และหลักการปกป้องคุ้มครองเด็ก (child protection) อันเป็นแนวทางสากลที่ใช้ในการกำกับดูแลกิจการที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคม

2.3 ควรร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เร่งรัดให้มีการกำหนดระดับความเหมาะสมของเนื้อหาเกม ให้เหมาะสมกับช่วงวัยของเด็ก หรือการจัดเรตติงเกม พร้อมรณรงค์เสนอผ่านขั้นตอนตามกระบวนการและกลไกของรัฐที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการนำระบบการจัดเรตติงเกมไปใช้ให้ทันต่อสถานการณ์

2.4 ควรร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เฝ้าระวัง ติดตาม และร่วมบรรเทาผลกระทบอันเกิดจากการเล่นเกมของเด็ก ด้วยเนื้อหาเกมที่ไม่เหมาะสม และด้วยเวลาในการเล่นเกมที่มากเกินไป

2.5 ควรร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมเกมที่มีเนื้อหาสร้างสรรค์ และส่งเสริมผู้ประกอบการเกี่ยวกับเกม ให้ตระหนักถึงผลกระทบอันอาจเกิดขึ้นกับผู้บริโภค คือ เด็กและเยาวชน และส่งเสริมให้ผู้ประกอบการเกม ร่วมจัดสรรทุนในการจัดกิจกรรมที่สร้างสรรค์ให้แก่เด็กและเยาวชน เป็นการตอบแทนสังคมด้วย

3. ข้อเสนอต่อคณะกรรมการเสริมสร้างการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์เด็กและเยาวชน วุฒิสภา

ด้วยสถานการณ์การใช้สื่อออนไลน์เพื่อการเล่นเกมของเด็กไทย ที่พบว่าเนื้อหาและรูปแบบที่ไม่เหมาะสมแฝงอยู่ในเกมเป็นจำนวนมาก และมีการดำเนินกิจกรรมและกิจการที่เกี่ยวข้องกับเกม และการแข่งขันวิดีโอเกมเพื่อชิงรางวัลในรูปแบบที่ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ทั้งด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม ดังนั้น

3.1 คณะทำงานฯ ควรให้ความสำคัญต่อประเด็นสถานการณ์และผลกระทบจากการเล่นเกมของเด็กไทย ตามผลการวิจัยชิ้นนี้ เป็นวาระสำคัญเร่งด่วนของคณะทำงานฯ

3.2 คณะทำงานฯ ควรจัดประชุมเพื่อระดมสมอง และเชิญภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสถานการณ์ และผลกระทบจากการเล่นเกมของเด็กไทย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และ

ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ตลอดจนเด็กและเยาวชน เพื่อให้ได้ข้อสรุป และข้อเสนอแนะที่เป็นความเห็นร่วมกัน ในการปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในกิจการที่เกี่ยวข้องกับเกมในประเทศไทย

3.3 คณะทำงานฯ ควรผลักดัน และขับเคลื่อนข้อสรุป และข้อเสนอแนะที่ได้จากข้อ 2 เข้าสู่กระบวนการหรือกลไกที่เหมาะสมและรวดเร็ว เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินกิจกรรม หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเกมในประเทศไทย ให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล หลักความรับผิดชอบ และหลักการปกป้องคุ้มครองเด็ก

3.4 คณะทำงานฯ ควรออกแบบกระบวนการติดตาม และประเมินผลการผลักดัน และขับเคลื่อนดังกล่าว อย่างเป็นรูปธรรม และเป็นไปได้ อันจะส่งผลให้การดำเนินการปกป้องคุ้มครองเด็ก เป็นไปตามเจตนารมณ์สำคัญของการจัดตั้งคณะทำงานชุดนี้

4. ข้อเสนอสำหรับการวิจัยในอนาคต

4.1 ควรดำเนินการวิจัยเพื่อสำรวจสถานการณ์การเล่นเกมออนไลน์ของเด็กไทยทุกปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามข้อมูลเชิงเปรียบเทียบปีต่อปี และเพื่อศึกษาแนวโน้มการเล่นเกมผลกระทบด้านต่างๆ ที่อาจเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาเปลี่ยนไป รวมถึงแนวโน้มของการสื่อสารผ่านสื่อเพื่อชักจูงใจให้เด็กเข้าเล่นเกมออนไลน์มากขึ้นในอนาคต

4.2 ควรจัดทำข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการสำรวจสถานการณ์ในแต่ละปี ทั้งในเชิงนโยบาย และในเชิงปฏิบัติ เพื่อให้ผู้อำนวยการวิจัยได้นำข้อเสนอไปเป็นแนวทางในการทำงานหรือวางแผนรับมือกับสถานการณ์เกมให้ครอบคลุมทุกระดับ

4.3 ควรออกแบบการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนเชิงนโยบายเกี่ยวกับการปกป้องคุ้มครองเด็กในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเกมในประเทศไทย เพื่อถอดบทเรียน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ให้ได้แนวทาง หรือกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายที่มีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาภัยออนไลน์ที่เด็กและเยาวชนเผชิญอยู่ ผู้เขียนขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ จุมพล รอดคำดี ที่ปรึกษาสมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน (สสตย.) ที่ให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัยจนประสบความสำเร็จ ขอขอบคุณคุณธนวัน ทองสุกโชติ ที่ปรึกษา สสตย. ที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานเขียนชิ้นนี้

สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบคุณคุณณัฐพร กังสวิวัฒน์ ที่ช่วยประสานงาน และจัดหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อทำให้งานสำเร็จ ลุล่วงในที่สุด และท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณกรรมการ สสตย.ทุกท่าน ที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันและขับเคลื่อนให้ได้ผลการวิจัยที่สมบูรณ์ และนำมาสู่การนำเสนอข้อมูลสำคัญในบทความชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB). โครงการสำรวจและศึกษาเพื่อการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม: E-Sports สถานการณ์ ผลกระทบและแนวทางการดูแล. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
2. สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน. การวิจัยเพื่อศึกษาการเล่นเกมของเด็กไทย: สถานการณ์ ความรับผิดชอบทางสังคม และข้อเสนอเชิงนโยบาย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน; 2564.

Game Online: Mutual Responsibility of the Society

Teerarat Pantawee Vongtanaanek

Youth Radio and Media Association, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

This article focused on the outcome of the research titled “Online Gaming of Thai Students: situation, social responsibility and policy recommendations”. The research is a mixed research of an online quantitative survey and focus group for qualitative data. The objectives were (1) to better understand gaming behavior of Thai students, (2) to study relevant factors affecting gaming behavior of Thai students, (3) to understand the expectation to the responsibility of the stakeholders concerning the gaming impacts to the young people, and (4) to obtain a set of policy recommendations on the gaming regulation as regard to child protection. The data survey was conducted in high school student across the nation. There were 3,293 students participating in this online survey. The results showed that 85.18% of the participating students or 2,804 students had played online games within the past year, with 69.79% of those played every day and 72.50% of them played more than 1 hour in one day. In addition 49.35% of these young people realized that online games were associated with gambling; and 15.44% who played online games reported that they had never gambled on the online games. The majority of those who had gambled and lost money, or 89.33%, had lost less than 1,000 baht while the rest or 10.67% had lost more than 1,000 baht. Most students who gambled in online game and lost money lived in Bangkok.

Keywords: game; gaming; child; social responsibility; policy recommendation; child protection

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้

หยาดพิรุณ ศิริ, ภาณุเดช เชียงชุม, สมโชค นงศ์นวล, ธัญญชนก นุ่นสงค์
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

โรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขาภิบาลบกพร่องอย่างหนึ่ง แม้ในประเทศที่กำลังพัฒนายังคงพบอัตราป่วยจากโรคนี้อย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้จึงประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 45 คน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.9 อายุระหว่าง 32-59 ปี และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 8 ± 6.78 ปี ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงระดับดีร้อยละ 66.7 และมีระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคอุจจาระร่วงระดับดีร้อยละ 62.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ อสม. มีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และทีมสุขภาพนำไปใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ต่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนได้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ; โรคอุจจาระร่วง; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

โรคอุจจาระร่วงคือการถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้ง ภายใน 24 ชั่วโมง หรือถ่ายเป็นน้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งถือเป็นโรคติดต่อที่พบอัตราการป่วยสูงอย่างต่อเนื่อง ทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยชีวิตด้วยโรคอุจจาระร่วงปีละเกือบ 1.2 ล้านคน โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา⁽¹⁾ สถานการณ์ในประเทศไทย กองโรคติดต่อทั่วไป⁽²⁾ รายงานว่า ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 783,266 ราย เสียชีวิต 4 ราย โรคอุจจาระร่วงเป็นหนึ่งใน 10 อันดับ

โรคที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงที่สุด 6,009.18 ต่อประชากรแสนคน สำหรับข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 60,382 ราย มีอัตราคนป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 3,865.90 ต่อแสนประชากร และในเขตพื้นที่อำเภอท่าศาลา พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยจำนวน 8,391 ราย มีอัตราคนป่วย 7,104.27 ต่อแสนประชากร เช่นเดียวกับหน่วยบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา ที่มีอัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วง 11,880.26 ต่อแสนประชากร

เมื่อเปรียบเทียบย้อนหลัง 3 ปี พบว่า โรคอุจจาระร่วงยังคงมีอัตราป่วยสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในวัยเด็กและวัยทำงานส่วนใหญ่ในพื้นที่ อาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่ได้ปรุงสุกใหม่ และสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม⁽³⁾

ในการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยใช้ระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและตระหนักถึงปัญหา โดยมีบุคคลที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ด้วยบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การเป็นแกนนำชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุข การมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน การสื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างภาครัฐและประชาชน การให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน อาทิ การส่งต่อผู้ป่วย การติดตามดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น⁽⁴⁾

นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้กลวิธีการเสริมพลังอำนาจประชาชนและชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยเน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การค้นพบความจริง เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านการจัดฐานเรียนรู้ (2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ ด้วยการเปิดโอกาสให้มีการซักถาม และอภิปรายกลุ่ม (3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ด้วยความมั่นใจที่จะลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ถ่ายทอดความรู้จริงในชุมชน และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์รายกลุ่มเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติจริง ภายใต้อุปกรณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ได้เน้นบทบาทของ อสม. ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคอย่างยั่งยืน เพื่อให้ชุมชนสามารถเฝ้าระวังและควบคุมโรคอุจจาระร่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการมีความสามารถในการกำหนดและวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการแก้ไขและประเมินผลการดำเนินการได้ด้วยชุมชนเอง⁽⁴⁾

จากการทบทวนงานวิจัยในอดีตพบว่า มีงานวิจัยน้อยมากที่เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจใน อสม. ส่วนใหญ่ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁽⁴⁾ และศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽⁵⁾ ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจ รับผิดชอบต่อความสามารถในตนเอง และสามารถปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงได้⁽⁶⁾ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁽⁷⁾ ที่ระบุว่าการได้รับการเสริมพลังอำนาจใน อสม. จะทำให้ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มสูงขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจใน อสม. อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้จังหวัดนครศรีธรรมราชไม่ปรากฏการวิจัยในประเด็นดังกล่าวใน อสม. และประกอบกับในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวิทยาลัยลักษณะพัฒนา มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 1,000 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ ผลวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้เป็นข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างมีส่วนร่วมในอนาคตให้แก่ อสม. ต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบแผนการศึกษา การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ในประชากรอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา ตำบลไทยบุรี อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครศรีธรรมราช 4 หมู่บ้าน จำนวน 79 คน จากนั้นกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จากตาราง Krejcie และ Morgan⁽⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างได้ใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยคำนวณหาสัดส่วนของประชากรแต่ละหมู่บ้าน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง เพื่อให้แต่ละหมู่บ้านมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแทนประชากรถูกสุ่มมาอย่างเท่าเทียมกัน จากนั้น ทำการสุ่มเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากชื่อ ด้วยคอมพิวเตอร์ เกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวลัยลักษณ์พัฒนา (2) ยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษา มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเป็น อสม. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (3) พูดและฟัง ภาษาไทยได้ดี การรับรู้ต่อบุคคล เวลา และสถานที่ เป็นปกติ เกณฑ์การคัดออก คือ (1) อสม. ตอบแบบสอบถาม ไม่ครบถ้วนมากกว่า 15% ของแบบสอบถามทั้งฉบับ (2) อสม. ที่ไม่สามารถอยู่ร่วมวิจัยตลอดของช่วงการศึกษา (3) อสม. ที่ตอบแบบสอบถามแล้วและแจ้ง ในภายหลังว่าไม่ต้องการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจของ อสม.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลอง และหลังการทดลอง (one group pretest posttest design) โดยอาศัยทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment)⁽⁷⁾ 4 ขั้นตอนปรับปรุงจากชนิดา เตชะปັນ (4) และดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นพบความจริง เป็นระยะการสร้างสัมพันธภาพและการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และผลกระทบจากปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างประสบในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคในชุมชน เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการบรรยายให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรค อัจจาระร่วง การจัดฐานเรียนรู้จำนวน 3 ฐาน ได้แก่ ฐานความรู้พฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมมารับประทานอาหารและพฤติกรรมสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยนำสู่การอภิปรายกลุ่มระหว่างกลุ่มตัวอย่างถึงแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว เป็นการนำความรู้ที่ได้จากระยะที่ 1 ไปปรับใช้ในการลงพื้นที่ในความรับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละคน จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายในการพบกันครั้งต่อไป เพื่อสาธิตในสถานการณ์จริง โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่ม สาธิตการให้ความรู้ด้านการป้องกันโรคอูจจาระร่วง ในพื้นที่ชุมชน ตามความรู้ที่ได้จากการอบรม พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาจนเข้าใจชัดเจน

ระยะที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ ทบทวน ความรู้ที่สำคัญรวมทั้งการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างที่พบขณะให้ความดูแลเพื่อเสริมความมั่นใจ

ระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างประชุมกลุ่มร่วมกันอีกครั้ง ผู้วิจัยนำ การอภิปรายกลุ่มเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง แลกเปลี่ยนการเรียนรู้ และประสบการณ์ฝึกปฏิบัติ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างระบุปัจจัย ที่นำสู่ความสำเร็จของการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคอูจจาระร่วง

2. เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ

ประกอบด้วย สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ วิดีทัศน์เรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอูจจาระร่วง เอกสารประกอบการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาชุมชน ได้แก่ แผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค

3. แบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอูจจาระร่วง⁽⁹⁾ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ทั้งหมด 32 ข้อ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ คำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และแบบสอบถามชนิดปลายเปิด (open-ended form)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคอูจจาระร่วงเกี่ยวกับสาเหตุอาการและการรักษาเบื้องต้นจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ลักษณะของแบบประเมินคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนนและตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน โดยประยุกต์ใช้แนวคำถามของเดือนเพ็ญ แซ่เตี่ยว⁽⁹⁾ เนื่องจากมีความสอดคล้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และ

กรอบแนวคิดของการศึกษาที่ตั้งไว้และมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบราค เท่ากับ 0.966 และแบ่งช่วงคะแนนและการแปลผล 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0-3 (ระดับน้อย) คะแนน 4-6 (ระดับปานกลาง) และ คะแนน 7-10 (ระดับดี) ยกตัวอย่างคำถามเช่น อาการของโรคอุจจาระร่วง คือ ถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน การรักษาโรคอุจจาระร่วงอาการขั้นต้นต้องจิบน้ำเกลือแร่ครั้งละ 200-400 มิลลิลิตร

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง 3 ด้าน ได้แก่ อนามัยส่วนบุคคล การบริโภคอาหารและสิ่งแวดล้อม จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับสำหรับคำถามเชิงบวก คือ 5 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าวทุกวัน 4 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 5-6 วันต่อสัปดาห์ 3 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 3-4 วันต่อสัปดาห์ 2 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 1-2 วันต่อสัปดาห์ 1 คะแนน คือ ไม่เคยปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวและสำหรับคำถามเชิงลบ คือ 1 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าวทุกวัน 2 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 5-6 วันต่อสัปดาห์ 3 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 3-4 วันต่อสัปดาห์ 4 คะแนน คือ ปฏิบัติตนตามข้อความดังกล่าว 1-2 วันต่อสัปดาห์ 5 คะแนน คือ ไม่เคยปฏิบัติตามข้อความดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้แนวคำถามของเดือนเพ็ญ แซ่เตี่ยว⁽⁹⁾ เนื่องจากมีความสอดคล้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการศึกษาที่ตั้งไว้และมีค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบราค เท่ากับ 0.963 และแบ่งช่วงคะแนนและการแปลผล 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 1-44 (ระดับต่ำ) คะแนน 45-59 (ระดับปานกลาง) และคะแนน 60-75 (ระดับดี) ยกตัวอย่างคำถาม เช่น กินอาหารปรุงสุกใหม่ๆ และอุ่นอาหารบ่อยครั้งแค่นั้น หรือกินผักดิบหรือผลไม้โดยไม่ได้ล้างก่อนบ่อยครั้งแค่นั้น เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินโครงการวิจัยโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การฟังและการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพและร่วมวิเคราะห์ปัญหา กิจกรรมที่ 2 การวางแผนและกำหนดวิธี

การแก้ปัญหาที่เหมาะสม กิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติโดยผ่านฐานการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง และกิจกรรมที่ 4 การสะท้อนกลับ และประเมินความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากนั้นในสัปดาห์ที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมนำมาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ได้แก่ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์พิจารณาขอรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ภายใต้ใบรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์เลขที่ WUEC-21-061-01 โดยชี้แจงรายละเอียดและได้รับการยินยอมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ที่เข้าร่วมโครงการครบทั้ง 4 ครั้ง มีจำนวน 45 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 และเพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 จำแนกตามช่วงอายุ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.9 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็น อสม. 5-10 ปี ร้อยละ 37.8 และส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมการพัฒนา อสม. มาก่อน ร้อยละ 66.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=45)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	40	88.9
ชาย	5	11.1
อายุ		
31-40 ปี	10	22.2
41-50 ปี	22	48.9
51-60 ปี	13	28.9
อาชีพ		
เกษตรกร	13	28.9
ลูกจ้างเอกชน	6	13.3
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	17.8
ค้าขาย	7	15.6
รับจ้างทั่วไป	11	24.4
ระยะเวลาที่เป็น อสม.		
0-4 ปี	13	28.9
5-10 ปี	17	37.8
10 ปีขึ้นไป	15	33.3
เคยได้รับการอบรมพัฒนา อสม. มาก่อน		
เคยอบรม	15	33.3
ไม่เคยอบรม	30	66.7

2. ระดับความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดีร้อยละ 66.7 และหลังเข้าร่วมโครงการ มีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.7 ดังภาพที่ 1

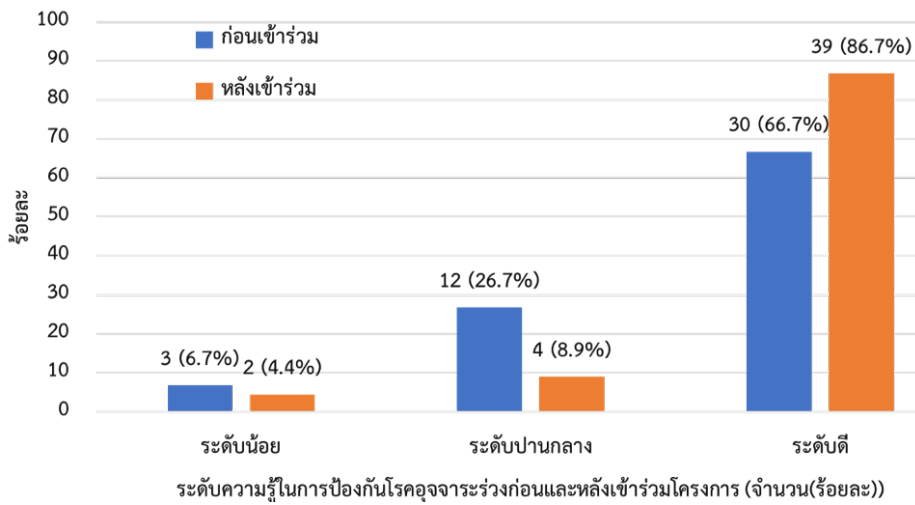
เมื่อจำแนกรายข้อคำถามก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการกำจัดแหล่งรังโรค ช่องทางการสัมผัสเชื้อ และอาการของโรคอุจจาระร่วง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (0.98 ± 0.15) รองลงมา คือ พาหะนำโรคอุจจาระร่วง (0.93 ± 0.25) และน้อยที่สุดคือ ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง (0.09 ± 0.29) และค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันอุจจาระร่วงหลังเข้าร่วมโครงการมากที่สุด คือ

พาหะนำโรคอุจจาระร่วง (1.00 ± 0.25) รองลงมา คือ การป้องกันและการรักษาโรคอุจจาระร่วงเบื้องต้นด้วยตนเอง (0.98 ± 0.15) และน้อยที่สุด คือ แนวทางการรักษาโรคอุจจาระร่วง (0.73 ± 0.45)

ระดับความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) จาก 6.84 คะแนน เป็น 9.04 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) โดยเฉพาะในประเด็นความรุนแรง แนวทางการรักษาและการแพร่กระจายของโรคอุจจาระร่วง ดังตารางที่ 2

3. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่

ภาพที่ 1 ระดับความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=45)



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=45)

หัวข้อ	คะแนน (mean±SD)		P-value
	ก่อน	หลัง	
พาหะนำโรคอุจจาระร่วง	0.93±0.25	1.00±0.25	0.083
การกำจัดแหล่งรังโรค	0.98±0.15	0.93±0.25	0.317
ช่องทางการสัมผัสเชื้อโรค	0.98±0.15	0.93±0.25	0.317
อาการของโรคอุจจาระร่วง	0.98±0.15	0.91±0.29	0.180
ระยะฟักตัวของโรคอุจจาระร่วง	0.69±0.45	0.89±0.32	0.020*
ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง	0.09±0.29	0.84±0.43	<0.0001
แนวทางการรักษาโรคอุจจาระร่วง	0.20±0.41	0.73±0.45	<0.0001
การป้องกันโรคอุจจาระร่วง	0.67±0.48	0.98±0.15	<0.001
การรักษาอุจจาระร่วงเบื้องต้นด้วยตนเอง	0.69±0.47	0.98±0.15	0.0001*
การแพร่กระจายของโรค	0.58±0.50	0.91±0.29	<0.0001
คะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวม	6.84±2.20	9.04±1.94	<0.0001

*p<0.05

มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดีร้อยละ 62.2 และหลังเข้าร่วมโครงการ มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.2 ดังตารางที่ 3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมภาพรวมผู้เข้าร่วมโครงการได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ การใช้ช้อนกลางเมื่อกินอาหารร่วมกับผู้อื่น ถ่ายอุจจาระลงส้วม

ที่ถูกลักษณะ ล้างมือหลังการใช้ส้วมหรือขับถ่าย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ กินผักดิบหรือผลไม้โดยล้างก่อน ไม่กินอาหารทะเลและอาหารทั่วไปสุกๆ ดิบๆ กินอาหารปรุงสุกใหม่ๆ และอุ่นอาหาร ต้มสะอาดต้มสุกหรือน้ำที่ผ่านการกรอง และพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ทำความสะอาดห้องส้วม ทำความสะอาดห้องครัว กำจัดขยะจำพวกเศษอาหารโดยใส่ลงในถัง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=45)

หัวข้อ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่เหมาะสม (1-44 คะแนน)	4	8.9	3	6.7
ระดับปานกลาง (45-59 คะแนน)	13	28.9	5	11.1
ระดับดี (60-75 คะแนน)	28	62.2	37	82.2

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงก่อนและหลัง (n= 45)

หัวข้อ	คะแนน (mean±SD)		P-value
	ก่อน	หลัง	
พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล			
1. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำก่อนกินอาหาร	4.04±0.80	4.18±1.09	0.360
2. ล้างมือหลังการใช้ส้วมหรือขับถ่าย	4.27±0.78	4.44±0.99	0.038*
3. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำก่อนเตรียมหรือปรุงอาหาร	4.16±0.80	4.36±1.05	0.087
4. ถ่ายอุจจาระลงส้วมที่ถูกลักษณะ	4.29±0.84	4.60±1.01	0.001
5. ใช้ช้อนกลางเมื่อกินอาหารร่วมกับผู้อื่น	4.31±0.67	4.64±0.86	<0.001
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			
1. กินอาหารปรุงสุกใหม่ๆ และอุ่นอาหาร	4.33±0.71	4.60±0.89	0.002
2. ไม่กินอาหารอาหารทะเลและอาหารสุกๆ ดิบๆ	4.38±1.50	4.40±1.12	<0.001
3. ดื่มสะอาดต้มสุกหรือน้ำที่ผ่านการกรอง	3.87±1.04	4.09±1.31	0.044*
4. กินผักดิบหรือผลไม้โดยล้างก่อน	4.47±1.61	4.49±1.04	<0.001
5. ดูป้ายอาหารปลอดภัยก่อนเข้าร้านอาหาร	3.76±1.07	3.98±1.29	0.057
พฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม			
1. กำจัดขยะเศษอาหารโดยใส่ในถังขยะที่มีฝาปิด	4.07±0.81	4.33±1.00	0.008*
2. ทำความสะอาดห้องส้วม	4.29±0.70	4.60±0.86	0.001*
3. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างจานและน้ำสะอาด	4.31±0.73	4.58±0.92	0.005
4. ทำความสะอาดห้องครัว	4.24±0.71	4.53±0.92	0.002*
5. กำจัดสัตว์นำโรคและขยะบริเวณบ้าน	4.16±0.68	4.40±0.92	0.012*
คะแนนพฤติกรรมโดยรวม	62.94±13.43	66.22±15.25	<0.001

*p<0.05

วิจารณ์

อสม. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม. ยาวนานกว่า 5 ปี โดยภาพรวมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพาหะนำโรค การกำจัดแหล่งรังโรค ช่องทางการสัมผัสเชื้อและอาการของโรค- อัจจาระร่วงยังไม่ถูกต้องในบางประเด็น ทำให้ อสม. บางคนมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอัจจาระร่วง หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ สาเหตุ ระยะพักตัว ความรุนแรง การติดต่อของโรค แนวทางการรักษา การรักษาเบื้องต้นด้วยตนเองที่บ้าน การจัดการสิ่งแวดล้อม และการป้องกันการแพร่กระจายของโรคร่วมกับการใช้สื่อสำเร็จรูป การอภิปรายกลุ่มสะท้อนคิด พร้อมติดตามให้คำแนะนำ เสริมแรง และให้กำลังใจ ผ่านกลุ่มไลน์แบบเปิด และฝึกปฏิบัติ ประสบการณ์จริงเกี่ยวกับการป้องกันโรคอัจจาระร่วง (ได้แก่ จัดทำสารละลายเกลือแร่ด้วยตนเอง ฝึกทักษะการให้สุขศึกษา)⁽⁴⁾ ทำให้ระดับคะแนนความรู้ดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของนันท์นภัส เพ็ชรสุวรรณและสุเวช พิมน้ำเย็น⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคล มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอัจจาระร่วง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยพื้นฐานโปรแกรมจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นไปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคอัจจาระร่วงที่จัดขึ้นในโปรแกรมนี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลโรคอัจจาระร่วงที่ใหม่ และได้รับสารในวิธีการที่แตกต่างไปจากเดิม⁽¹¹⁾

ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้เน้นการจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม มีการช่วยเหลือภายในกลุ่ม อสม. ผ่านการทำซ้ำทำให้ อสม. ได้พัฒนาความสามารถในการคิด ตัดสินใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้ที่ดีขึ้น ก็ผลักดันให้พฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทางที่ดีขึ้น⁽¹²⁾ สอดคล้องกับ

การศึกษาของชนิดา เตชะปັນ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ อสม. ทำให้ อสม. มีพฤติกรรม การมีส่วนร่วมและการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเปิดโอกาสให้ อสม. มีส่วนร่วมในการแสดงออกถึงความสามารถ ในการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และช่วยพัฒนาศักยภาพใน การทำงานของ อสม. ได้ในอนาคต การวิจัยครั้งนี้ได้จัดโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. เป็นครั้งแรกในพื้นที่ศึกษา มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและการวัดผลในระยะสั้น ครั้งถัดไปควรติดตามผลในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน รวมถึงการเฝ้าระวังสถิติการป่วยด้วยโรคอัจจาระร่วงในกลุ่ม ประชากรที่เป็น อสม. ร่วมด้วย

ดังนั้น การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคอัจจาระร่วง โดยพัฒนาให้ อสม. ได้รับความรู้ผ่านสื่อผสม มีส่วนร่วมในการร่วมสะท้อนคิด ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อฝึกปฏิบัติจริง มีการติดตามเสริมแรง ให้คำแนะนำและทบทวนผลแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติร่วมกัน ทำให้ อสม. มีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอัจจาระร่วงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ อสม. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหารและพฤติกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม อสม. ควรได้รับการกระตุ้นหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคอัจจาระร่วงเป็นระยะๆ ดังนั้นผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมสุขภาพควรพัฒนาการจัดกิจกรรมอบรมความรู้เกี่ยวกับโรค โดยเน้นให้ อสม. รับรู้แนวทางการรักษาและความรุนแรงของโรคอย่างตรงประเด็น และการใช้กระบวนการเสริมพลัง ทำให้ อสม. มีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน และกลุ่มงานส่งเสริมป้องกันโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนสาธิตวิทยาลัยลักษณะ พัฒนาเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>
2. กองโรคติดต่อทั่วไป. กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนยึดหลัก “สุก ร้อน สะอาด” ป้องกันโรคอุจจาระร่วงในช่วงหน้าหนาว [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://gnews.apps.go.th/news?news=74655>.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงต่อประชากรแสนคน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://bit.ly/3b3xRUE>
4. ชนิดา เตชะปັນ. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลป่าฝั้ว อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
5. เกศินี วงศ์สุปิน, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การแพทยศาสตร์คลินิก [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 13 ม.ค. 2564];33:196-209. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/68419>
6. ธาราทิพย์ ไชยวุธ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2564];47:114-28. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/33969>
7. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 1991 [cited 2021 Jan 16]; 16:354-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
8. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement [Internet]. 1970 [cited 2021 Jan 15];30:607-10. Available from: <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
9. เตือนเพ็ญ แซ่เตี้ยว. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/ListDetail?Resolve_DOI=10.14457/PBRU.the.2013.33
10. นันทันภัส เพ็ชรสุวรรณ, สุเวช พิมน้ำเย็น. ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อ ความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง อำเภองาว จังหวัดลำปาง. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 2564];6:15-26. แหล่งข้อมูล: https://apheit.bu.ac.th/journal/science-vol6-1/2_06_formatted%20V6-1.pdf
11. Ahmad ZF, Ardiansyah, Nurdin SSI. The E-Learning utilization on attitudes and behavior of diarrhea prevention during pandemic. Turkish Journal of Computer and Mathematics Education [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2565];12:231-6. แหล่งข้อมูล: <https://doi.org/10.17762/turcomat.v12i6.1298>
12. ทัดติกา ฉัตรชัยพันธ์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกริฑากุล. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 8 ม.ค. 2564];24:70-82. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/74921>

Effect of Empowerment Program on Knowledge and Behaviors Related to Diarrhea Prevention among The Village Health Volunteers in Subdistrict X, Southern Thailand

*Yadpiroon Siri, Phanudet Chaingchum, Somchok Nongnual, and Thanyachanok Nunsong
School of Public Health, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Province, Thailand*

Abstract

Diarrhea is a major public health issue in developing countries. This one-group quasi-experimental with pre-test and the post-test study was to assess and compare the level of knowledge and behavior on diarrhea prevention before and after participating in the empowerment program based on Gibson's empowerment framework. The samples of the study were 45 village health volunteers who participated in the intervention program. The data were collected before participating in the program and on weeks 6 after receiving the program. Data were analyzed using a Wilcoxon signed-rank test. According to the results, the majority of participants (88.9%) were female, aged between 32-59 years old, and the average work duration for village health volunteers was 8 ± 6.78 years. The pre-test mean score for knowledge and behavior was 6.84 ± 2.20 and 62.94 ± 13.43 , respectively, which improved significantly in post-test analysis to 9.04 ± 1.94 and 66.22 ± 15.25 . The program showed 66.7% and 62.2% of participants had a good level of knowledge and behaviors on diarrhea prevention after participating in a program. The level of knowledge and behavior on diarrhea prevention before and after participating in the program at 6 weeks was different at .05 statistical level. The empowerment program in six weeks had an effect on village health volunteer workers' knowledge and behavior concerning diarrhea prevention. The findings indicate the significance of developing work capacity among village health volunteers for diarrhea prevention.

Keywords: empowerment; diarrhea; village health volunteers

การศึกษาประสบการณ์ใช้สมุดเบาใจของผู้ใช้งาน ด้วยตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพ

ถิรพันธ์ ธิรสิริสิน

สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

สมุดเบาใจเป็นหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับสุขภาพช่วงสุดท้ายรูปแบบหนึ่ง มีการเผยแพร่ครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 แต่ผู้ใช้งานสมุดเบาใจพบอุปสรรคหลายด้านทำให้ไม่สามารถใช้สมุดเบาใจเพื่อเข้าถึงกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้สมุดเบาใจของผู้ใช้งานสมุดเบาใจจำนวน 20 คน ใน 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ใช้สมุดเบาใจด้วยตัวเอง ผู้ดูแลที่ใช้สมุดเบาใจกับคนในครอบครัว และผู้ให้บริการสุขภาพที่ใช้สมุดเบาใจกับผู้ป่วย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและการสัมภาษณ์เชิงลึก จากการศึกษาพบว่าผู้ใช้สมุดเบาใจส่วนใหญ่รู้จักสมุดเบาใจจากการสนใจเรื่องความตาย การมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายที่ผ่านมา และเมื่อได้ทำสมุดเบาใจแล้วผู้ใช้งานพบกับอุปสรรคที่ต่างกันส่งผลให้ผู้ใช้งานหยุดพักการใช้งานสมุดเบาใจไว้ก่อน สำหรับกลุ่มผู้ใช้สมุดเบาใจด้วยตนเองพบข้อจำกัดเรื่องการไม่มีข้อมูล การตัดสินใจไม่ได้ และการสื่อสารสมุดเบาใจและเรื่องความตายกับคนในครอบครัว ซึ่งข้อจำกัดประการหลังนี้พบเช่นเดียวกับในกลุ่มผู้ดูแลที่ใช้สมุดเบาใจกับคนในครอบครัว ผู้ใช้สมุดเบาใจทั้งสองกลุ่มก้าวข้ามข้อจำกัดด้วยการทำให้ความตายเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน ส่วนข้อจำกัดของกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพคือการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับสมุดเบาใจ เช่น การจัดเก็บสมุดเบาใจ การไม่มีงบประมาณสนับสนุน ผู้ให้บริการสุขภาพมีเวลาจำกัด ทั้งนี้ การใช้สมุดเบาใจสามารถนำไปสู่กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายได้ ซึ่งเป็นการส่งต่อและเรียนรู้ประสบการณ์ความตายดีต่อไป

คำสำคัญ: สมุดเบาใจ; พินัยกรรมชีวิต; หนังสือแสดงเจตนา; การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

บทนำ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เป็นกระบวนการสนทนาปรึกษาหารือกันทั้งแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตัวเอง ปรึกษาสมาชิกในครอบครัว หรือปรึกษานักวิชาการสุขภาพ⁽¹⁾

ผู้ป่วยที่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้ามักจะก้าวผ่านระยะท้ายได้อย่างราบรื่น โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่

ตรงกับความต้องการของตนเองมากที่สุดตามที่ได้อ้างแผนดูแลล่วงหน้าไว้ ไม่ต้องให้ครอบครัวหรือญาติมาตัดสินใจแทน ซึ่งช่วยลดความขัดแย้งภายในครอบครัว จากความเห็นของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่ตรงกัน อีกทั้งยังเอื้อผู้ให้บริการสุขภาพมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องถูกยื้ออยู่ในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และสามารถหลีกเลี่ยงการใช้หัตถการที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากระยะท้ายหรือมีคุณภาพที่ดีขึ้น แต่กลับนำมาซึ่งความเจ็บปวดทรมานจากการถูกรุกฉีกร่างกายด้วยเครื่องมือการแพทย์ชนิดต่างๆ และยังเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็นให้กับครอบครัวและระบบบริการด้วย⁽²⁾

นอกจากนั้น การวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังเป็นแนวปฏิบัติสำคัญที่นำไปสู่การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หรือการดูแลผู้ป่วยที่เน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด โดยเน้นการดูแลในทุกมิติ อันได้แก่ ทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมกับความสูญเสีย และมีเป้าหมายเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือ “ตายดี”⁽³⁾

สำหรับประเทศไทย มีองค์การภาคประชาสังคมชื่อ “กลุ่ม Peaceful Death” ทำกิจกรรมสนับสนุนการอยู่ดีและการตายดีเพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องชีวิตและความตาย โดยหนึ่งในกิจกรรมที่กลุ่ม Peaceful Death ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการวางแผนดูแลล่วงหน้าและการดูแลแบบประคับประคอง คือ “โครงการสมุดเบาใจ” ซึ่งเป็นเครื่องมือช่วยสำรวจความต้องการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อเข้าสู่ช่วงท้ายของชีวิต ช่วยวางแผนและสื่อสารความต้องการของผู้ใช้งานให้ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพได้รับรู้ และสมุดเบาใจเป็นรูปแบบหนึ่งของเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับสุขภาพช่วงสุดท้ายและการตายดี (living will หรือ advance directive)⁽⁴⁾ ตามมาตรา 12 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้⁽⁵⁾

ภายในสมุดเบาใจ ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วนที่ร้อยเรียงกัน โดยมีเนื้อหาหลักคือการให้ผู้ใช้งานได้แสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นส่วนที่คล้ายคลึงกับเอกสารแสดงเจตนาฯ ฉบับอื่นๆ และสิ่งที่สมุดเบาใจมีเพิ่มเติม คือการให้ผู้ใช้งานได้ทบทวนชีวิตของตนเอง การให้ความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการสื่อสารและการจัดการร่างกาย ซึ่งเนื้อหาหลักทั้ง 5 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

- **ข้อมูลส่วนตัว** คือส่วนของการให้ผู้ใช้งานสมุดเบาใจได้ทบทวนชีวิต คุณค่า และทัศนคติของตนเอง เช่น ความภาคภูมิใจในชีวิต มุมมองความเจ็บป่วยและความตาย สิ่งสำคัญที่อยากทำก่อนตาย คุณค่าที่ยึดถือ

- **ความรู้เกี่ยวกับการป่วยระยะสุดท้าย การดูแลแบบประคับประคอง การกู้ชีพเพื่อช่วยชีวิต การยืดชีวิตเพียงเพื่อยืดการตาย และผู้สื่อสารเจตนาแทน** ในส่วนนี้เป็นการแนะนำให้ผู้ใช้สมุดเบาใจรู้จักและเข้าใจแนวคิดและหลักการสำคัญของสมุดเบาใจ

- **หนังสือแสดงเจตนาเลือกวิธีการรักษาในช่วงท้ายของชีวิต** ส่วนนี้ผู้ใช้สมุดเบาใจจะได้แสดงเจตนาของตนเองในช่วงท้ายของชีวิต ได้แก่ ความต้องการยืดหรือไม่ยืดชีวิต สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต การดูแลที่ต้องการ การจัดการความปวดและอาการไม่สบาย

- **การสื่อสารในช่วงท้ายของชีวิต** ผู้ใช้สมุดเบาใจจะได้สำรวจและแสดงความต้องการเรื่องการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับทั้งตนเองและผู้อื่น เช่น ความต้องการการรับฟังคำวินิจฉัยโรค สิ่งที่ยากสื่อสารกับคนใกล้ชิด สิ่งที่ยากให้คนรอบข้างระลึกถึง และสิ่งที่ยังเป็นห่วงหรืออยากให้จัดการ

- **การจัดการร่างกายและงานศพ** ผู้ใช้สมุดเบาใจจะได้แสดงความต้องการเรื่องการจัดการงานศพของตนเอง เช่น จำนวนวัน ค่าใช้จ่ายในการจัดงาน รวมถึงการบริจาคร่างกายหรืออวัยวะ

อย่างไรก็ดี นับตั้งแต่มีการเผยแพร่สมุดเบาใจเป็นระยะเวลากว่า 5 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2562 กลุ่ม Peaceful Death ได้สำรวจการใช้งานสมุดเบาใจในเบื้องต้น และพบข้อจำกัดหลายประการที่ทำให้ผู้ใช้งานไม่สามารถเข้าถึงกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ เช่น ในกรณีผู้ใช้งานไม่ได้ทำสมุดเบาใจ เพราะไม่รู้จักรู้ ไม่เคยได้ยินสมุดเบาใจ หรือกรณีที่อยู่แล้ว แต่ยังไม่ได้เริ่มทำสมุดเบาใจ เนื่องจากยังไม่เห็นความสำคัญ หรือในกรณีที่เริ่มใช้สมุดเบาใจแล้ว แต่ก็ยังไม่เสร็จ ตลอดจนยังไม่ได้สื่อสารกับครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ

ข้อจำกัดการใช้งานสมุดเบาใจสอดคล้องกับงานศึกษาที่ผ่านมาว่า การเขียนเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้ายังไม่เป็นที่รู้จักในวงกว้างมากนัก ผู้ใช้งานไม่เห็นความสำคัญยังไม่ถึงเวลาที่เหมาะสม เพราะความตายเป็นเรื่องไกลตัว การเขียนเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้ามีความยากและซับซ้อน รวมถึงการพูดคุยเรื่องความตายกับคนในครอบครัวทำได้ยาก⁽⁶⁻⁸⁾ ทั้งนี้ งานศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากมักจะศึกษา

ทัศนคติ การรับรู้ หรืออุปสรรคการใช้เอกสารแสดงเจตนา ล่วงหน้า ในกลุ่มเป้าหมายกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอย่างผู้ป่วย^(7,8) ผู้สูงอายุ^(9,10) หรือบุคลากรสุขภาพ⁽¹¹⁾ แต่ยังไม่พบงาน ที่ศึกษาการใช้เอกสารแสดงเจตนา ล่วงหน้า จนนำไปสู่ กระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือการศึกษาอุปสรรค และการก้าวข้ามข้อจำกัดของการเขียนเอกสารแสดงเจตนา ล่วงหน้า ในกลุ่มผู้ใช้งานที่หลากหลาย เช่น ผู้ใช้งานที่ สุขภาพแข็งแรง ผู้ดูแลผู้ป่วย

บทความนี้เป็นการศึกษาการใช้งานสมุดเบาใจ ในฐานะเป็นเอกสารแสดงเจตนา ล่วงหน้า และเป็นเครื่องมือ หนึ่งในกระบวนการสนับสนุนเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้สมุดเบาใจ ในผู้ใช้งาน 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ใช้งานสมุดเบาใจด้วยตนเอง ผู้ดูแลที่ใช้สมุดเบาใจกับคนในครอบครัว และผู้ให้บริการ สุขภาพที่ใช้สมุดเบาใจกับผู้ป่วย โดยมีประเด็นหลัก ในการเก็บข้อมูลว่า ผู้ใช้งานแต่ละกลุ่มมีขั้นตอนการใช้ สมุดเบาใจอย่างไร ตั้งแต่การไม่รู้จักสมุดเบาใจจนถึง การสื่อสารความต้องการของผู้ใช้งาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำตามความต้องการในสมุดเบาใจ แต่ละกลุ่มพบอุปสรรค การใช้งานอย่างไร และก้าวข้ามอุปสรรคการใช้สมุดเบาใจ อย่่างไร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูล ด้วยวิธีการการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ใช้งานสมุดเบาใจ จำนวน 20 คน ซึ่งจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือผู้ใช้งาน สมุดเบาใจด้วยตนเอง ผู้ดูแลที่ใช้สมุดเบาใจกับคน ในครอบครัว และผู้ให้บริการสุขภาพที่ใช้สมุดเบาใจกับ ผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 สำหรับผู้ให้ข้อมูลมาจากการเปิดรับสมัครอาสาสมัครผู้มีประสบการณ์การใช้สมุดเบาใจ ในช่องทางเฟซบุ๊กแฟนเพจ Peaceful Death โดยมีอาสาสมัครสมัครตอบรับจำนวน 29 คน อาสาสมัคร แต่ละคนจะได้ทำแบบ สอบถามออนไลน์เกี่ยวกับ ประสบการณ์การใช้สมุดเบาใจที่ผ่านมา เช่น การเขียน สมุดเบาใจ การสื่อสารกับครอบครัว การสื่อสารกับบุคลากร สุขภาพ การแนะนำผู้อื่นใช้สมุดเบาใจ

สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครนั้น ผู้วิจัยคัดเลือก จากความหลากหลายของประสบการณ์การใช้สมุดเบาใจ อุปสรรคที่พบจากการใช้สมุดเบาใจ ร่วมกับข้อมูลพื้นฐาน ของอาสาสมัคร เช่น เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลยังมาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากเครือข่ายกระบวนการและบุคลากรสุขภาพที่ร่วมงาน กับกลุ่ม Peaceful Death และในส่วนของวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากบันทึก ภาคนามที่ได้บันทึกภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล แต่ละคน และได้จัดกลุ่มข้อมูลขั้นตอนประสบการณ์การใช้ สมุดเบาใจของผู้ใช้งานแต่ละกลุ่มเพื่อแสดงประสบการณ์ การใช้งานสมุดเบาใจ

ผลการศึกษา

1. ผู้ใช้งานสมุดเบาใจด้วยตัวเอง

ผู้ใช้งานสมุดเบาใจด้วยตนเอง มีจำนวน 8 คน อายุ ระหว่าง 24-55 ปี มีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรี- ปริญญาเอก และส่วนมากพักอาศัยในกรุงเทพฯ ผู้ให้ข้อมูล ในกลุ่มนี้ จำนวน 3 คนเป็นผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งสมอง และโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนอีก 5 คนไม่ได้ เจ็บป่วย สุขภาพแข็งแรง

จากไม่รู้จัก-เริ่มเขียนสมุดเบาใจ

ผู้ให้ข้อมูลรู้จักสมุดเบาใจจากมีคนรู้จักแนะนำ เห็นจาก สื่อสังคมออนไลน์ และส่วนใหญ่รู้จักสมุดเบาใจจาก การเข้าร่วมอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมเรื่องการเตรียมตัวตาย การพูดเรื่องความตาย หรือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตัวอย่าง กิจกรรมของกลุ่ม Peaceful Death เช่น การอบรมเผชิญ ความตายอย่างสงบ เกมไพ่ชีวิต เบาใจคลาสрум หรือ การอบรมเผชิญความตายอย่างสงบ สอนโดยพระไพศาล วิสาโล โดยสมุดเบาใจเป็นเครื่องมือหนึ่งในทำกิจกรรม การอบรม

ผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับความตาย มีประสบการณ์ร่วมกันบางประการ คือเคยผ่านเหตุการณ์ การเสียชีวิตของคนในครอบครัว ทั้งที่เป็น การเจ็บป่วย และตายแบบกระทันหัน ไม่ทันได้ตั้งตัว หรือการตายอย่าง ทุกข์ทรมานและโดดเดี่ยวจากการที่คนในครอบครัวรักษาตัว

ในโรงพยาบาล โดยที่ญาติไม่สามารถเข้าไปอยู่ใกล้ชิดได้ ประสบการณ์การตายข้างต้นนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงความไม่แน่นอน และความต้องการที่จะกำหนดหรือวางแผนเรื่องการตายของตัวเองได้เพื่อให้เกิดการตายดีที่ต่างออกไปจากที่เคยประสบมา จนนำไปสู่การเข้าร่วมกิจกรรมหรือการอบรมเรื่องความตาย และทำให้ได้รู้จักกับสมุดเบาใจ

หลังจากรู้จักสมุดเบาใจแล้ว ผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมการอบรมเรื่องความตาย จะได้เขียนสมุดเบาใจในการอบรมเนื่องด้วยสมุดเบาใจเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม มีวิทยากรอธิบายแนวคิดและความสำคัญของสมุดเบาใจ รวมถึงให้คำแนะนำในการเขียน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางคนเขียนสมุดเบาใจจนเสร็จภายในการเข้าร่วมอบรม หรือหากไม่เสร็จก็มีเนื้อหาบางส่วนที่ต้องกลับมาตัดสินใจร่วมกับครอบครัว ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลคนอื่นที่ไม่ผ่านการอบรม ภายหลังจากได้สมุดเบาใจมาแล้ว จะใช้เวลากับการเปิดอ่านสมุดเบาใจทั้งเล่ม ทำความเข้าใจแนวคิด อ่านข้อความหรือประเด็นที่อยู่ในสมุดเบาใจ หลังจากนั้นจึงค่อยเริ่มเขียนสมุดเบาใจ โดยจะใช้เวลาเขียนในช่วงว่าง ไม่เร่งรีบ ในบรรยากาศที่สงบ เช่น ช่วงก่อนนอน ช่วงพักจากงาน

เขียนไม่เสร็จ-หยุดพัก-กลับมาเขียนใหม่-เขียนจนเสร็จ

หลังจากเริ่มเขียนสมุดเบาใจแล้ว ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนพบกับความติดขัดของสมุดเบาใจที่ต่างกัน โดยมีทั้งเรื่องการไม่มีข้อมูล ทำให้ยังไม่สามารถเขียนหรือเติมข้อมูลได้ เช่น การจัดงานศพ หรือเรื่องผู้ให้ข้อมูลตอบยาก ไม่รู้ว่าจะตอบอย่างไร เพราะไม่เคยใครครวญมาก่อน เช่น ความภาคภูมิใจในชีวิต สิ่งสำคัญที่อยากทำก่อนตาย นอกจากนี้อุปสรรคของการเขียนสมุดเบาใจยังมีเรื่องความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและครอบครัว ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงความต้องการที่อาจขัดแย้งกับครอบครัว เช่น เรื่องการจัดการร่างกายหลังเสียชีวิต การตัดสินใจไม่ยื้อชีวิตในวาระท้าย และเมื่อพบกับความติดขัดจากการเขียนสมุดเบาใจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งพักการเขียนสมุดเบาใจในทันที หรือบางคนจะเว้นส่วนที่ติดขัดไว้แล้วไปทำส่วนต่อไป ซึ่งก็อาจจะพบกับความติดขัดอีก ทำให้สุดท้ายแล้วส่วนมากผู้ให้ข้อมูลก็จะตัดสินใจหยุดการเขียนสมุดเบาใจไว้

ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางคนจะกลับมาเขียนสมุดเบาใจอีกครั้งหลังจากที่เวลาผ่านไป อาจจะเป็นการกลับมาเปิด

อ่านใหม่ด้วยความบังเอิญ หรือตั้งใจกลับมาเขียนสมุดเบาใจต่อโดยเฉพาะ ในกรณีหลังนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ให้ข้อมูลได้ไปค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตอบคำถามในส่วนที่ติดขัด หรือได้พบกับประสบการณ์ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับความตาย อย่างการจากไปของคนใกล้ชิด ในช่วงเวลาที่ผ่านไป หรือการเข้าร่วมกิจกรรมที่พูดคุยเรื่องความตายหรือการเตรียมตัวตาย อย่างเบาใจคลาสสิก กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยกลุ่ม Peaceful Death เป็นพื้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในหัวข้อเกี่ยวกับความตาย การตายดี การวางแผนดูแลล่วงหน้า การทำสมุดเบาใจ ฯลฯ กิจกรรมเบาใจคลาสสิกทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้ฟังได้แลกเปลี่ยนอุปสรรคและการก้าวข้ามความติดขัดการใช้สมุดเบาใจจากผู้อื่น จนเป็นแรงบันดาลใจและผลักดันให้กลับมาเขียนสมุดเบาใจต่อ

อย่างไรก็ดี การเขียนสมุดเบาใจอาจจะกลับมาติดขัดอีกหลายครั้ง จนทำให้ต้องหยุดพักการเขียนสมุดเบาใจอีก หรือแม้กระทั่งเลิกเขียน หรืออาจจะผลักดันไปสู่การเขียนสมุดเบาใจได้เสร็จครบถ้วน ซึ่งข้อสังเกตประการหนึ่งคือ การเขียนสมุดเบาใจจนเสร็จของผู้ให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ใช้เวลา อาจจะเป็นวัน เดือน หรือปี แต่เป็นกระบวนการที่ไม่เร่งรีบ ค่อยๆ คิดและทำ และเปลี่ยนแปลงยืดหยุ่นได้เมื่อในวันหนึ่งผู้ให้ข้อมูลกลับมาอ่านทบทวน และหากเขียนสมุดเบาใจในเล่มหนึ่งไม่เสร็จ ผู้ให้ข้อมูลก็อาจจะซื้อเล่มใหม่แล้วมาเขียนใหม่จนเสร็จก็เป็นได้

สื่อสารสมุดเบาใจกับผู้แทน

เมื่อเขียนสมุดเบาใจเสร็จแล้ว คำแนะนำอย่างหนึ่งในสมุดเบาใจคือการสื่อสารความต้องการของเจ้าของสมุดเบาใจให้คนใกล้ชิด คนในครอบครัวได้รับทราบ เพื่อให้คนใกล้ชิดรับรู้และยอมรับความต้องการของเจ้าของสมุดเบาใจ และเป็นผู้แทนสื่อสารเจตนาแทนเจ้าของสมุดเบาใจในยามที่เจ้าของสมุดเบาใจไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตัวเองได้

สำหรับผู้ให้ข้อมูลมีอุปสรรคในการสื่อสารสมุดเบาใจกับผู้แทน เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ฯลฯ ด้วย โดยพบทัศนคติของผู้แทนเมื่อต้องพูดคุยเรื่องสมุดเบาใจและความตายว่าเป็นกลางไม่ตี เป็นเรื่องอับมงคล ในผู้ให้ข้อมูลบางคนที่เป็นผู้ป่วย ถูกมองจากคนใกล้ชิดว่ายอมแพ้ต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ต่อสู้เพื่อจะมีชีวิตอยู่ต่อ นอกจากนั้นยังพบว่า

การชวนคุยเรื่องสมุดเบาใจมีช่วงเวลาที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ไม่สามารถพูดคุยได้ทุกเวลา โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ทุกคนกำลังสนุกสนานรื่นเริง ข้อจำกัดดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลายคนยังไม่สามารถให้ผู้แทนลงชื่อในสมุดเบาใจ อีกทั้งยังไม่สื่อสารหรือพูดคุยเรื่องราวและความต้องการในสมุดเบาใจได้อีกด้วย

อย่างไรก็ดี ผู้ให้ข้อมูลหลายคนก็มีความพยายามพูดคุยสมุดเบาใจกับผู้แทนหรือคนใกล้ชิดให้ได้ โดยใช้วิธีการเป็นรูปแบบเฉพาะของแต่ละคน และปรับเปลี่ยนตามการรับรู้ภูมิหลังของผู้ที่จะสื่อสารด้วย แต่สิ่งหนึ่งที่พบความคล้ายคลึงกันในผู้ให้ข้อมูลคือ การพยายามทำให้การพูดเรื่องความตายเป็นสิ่งที่พูดได้ถึง ทำให้เป็นเรื่องปกติในบ้านหรือครอบครัว ด้วยการพูดซ้ำๆ บ่อยๆ ชวนคนที่บ้านไปทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับเรื่องความตาย ชวนทำสมุดเบาใจไปด้วยกัน โดยตั้งอยู่บนความไม่เร่งรีบ ไม่กดดัน แต่ให้เวลากับคนที่บ้านในการเปิดใจ

เห็นความสำคัญ-แนะนำคนอื่นต่อ

เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ทำสมุดเบาใจแล้ว หลายคนเห็นว่าสมุดเบาใจมีประโยชน์ มีความสำคัญ โดยนอกจากสมุดเบาใจจะเป็นเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับสุขภาพช่วงสุดท้ายและการตายดี เป็นหนึ่งในเครื่องมือของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าตามเป้าหมายหลักแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังพบว่า การใช้สมุดเบาใจช่วยให้ระลึกถึงความตาย ความไม่แน่นอนของชีวิต นำไปสู่การใคร่ครวญการใช้ชีวิตในขณะปัจจุบัน ความหมายของชีวิต การจัดการความสัมพันธ์กับครอบครัว ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วยระยะท้าย พบว่าการใช้สมุดเบาใจทำให้สิ่งที่คิดหลายๆ อย่างได้ถูกเขียนแสดงออกมาเป็นรูปธรรม และได้ตรวจสอบอยู่เสมอว่าทำได้ทำหรือยังไม่ได้ทำสิ่งใดไปแล้วบ้าง จากการเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการใช้สมุดเบาใจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคน ทั้งที่ทำสมุดเบาใจเสร็จแล้วและยังทำไม่เสร็จได้บอกต่อและแบ่งปันสมุดเบาใจให้กับผู้อื่นได้ลงทำ

2. ผู้ดูแลที่ใช้สมุดเบาใจกับคนในครอบครัว

ผู้ดูแลในการศึกษาคั้งนี้คือลูกหลานที่นำสมุดเบาใจไปใช้กับคนในครอบครัว มีจำนวน 6 คน ทุกคนเป็นผู้หญิง

ส่วนมากอยู่อาศัยในกรุงเทพฯ คนในครอบครัวที่ผู้ดูแลนำสมุดเบาใจไปใช้ด้วยคือพ่อแม่ที่อยู่หน่วยผู้สูงอายุและเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดสมอง และในระหว่างการเก็บข้อมูลพ่อแม่ของผู้ดูแลเสียชีวิตแล้วจำนวน 3 คน และกำลังรักษาตัวอยู่อีก 3 คน

การนำสมุดเบาใจไปใช้ของผู้ดูแลในการศึกษาคั้งนี้มี 2 ลักษณะ คือการใช้สมุดเบาใจกับพ่อแม่ในขณะที่ยังสุขภาพแข็งแรง แต่ในเวลาต่อมาพบความเจ็บป่วย มีจำนวน 3 คน และการใช้สมุดเบาใจกับพ่อแม่ภายหลังจากที่เจ็บป่วยแล้วอีก 3 คน ทั้งสองลักษณะมีจุดเริ่มต้นความสนใจ อุปสรรคที่พบ รวมถึงประสบการณ์การใช้สมุดเบาใจที่ต่างกัน แต่มีจุดร่วมกันในปลายทางคือการได้ดูแลและได้ทำตามความต้องการของพ่อแม่ที่ป่วยในระยะท้าย ซึ่งผู้เขียนจะนำเสนอเป็นลำดับต่อไป

ชวนพ่อแม่ทำสมุดเบาใจ ชวนคุยเรื่องความตาย ก่อนพบความเจ็บป่วย

จุดเริ่มต้นของการนำสมุดเบาใจไปใช้กับคนในครอบครัว สำหรับผู้ดูแลที่พ่อแม่ยังสุขภาพแข็งแรงเกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลสนใจเรื่องความตายเป็นทุนเดิม ได้ทำสมุดเบาใจแล้ว และอยากให้พ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุได้ทำสมุดเบาใจด้วย โดยรูปแบบการชวนพ่อแม่ทำสมุดเบาใจของผู้ดูแลในกลุ่มนี้ มีทั้งการให้สมุดเบาใจกับพ่อแม่เพื่อให้ไปทำด้วยตนเอง โดยไม่ได้มีการชวนคุยเป็นพิเศษ และการชวนพ่อแม่คุยและทำสมุดเบาใจด้วยกัน แต่ผู้ดูแลก็พบข้อจำกัดคล้ายคลึงกันว่าพ่อแม่ไม่สนใจ ไม่มีเวลา ไม่ต้องการคุยเรื่องความตาย เพราะเห็นเป็นเรื่องไกลตัว ขณะนี้ไม่เจ็บป่วยและสุขภาพแข็งแรงดี หรือมากกว่านั้นพ่อแม่ผู้ดูแลบางคนรู้สึกไม่ตี รู้สึกน้อยใจที่ถูกนำเรื่องนี้มาคุยด้วย คิดว่าลูกหลานอยากแข่ง ลูกไม่รัก

เมื่อผู้ดูแลเห็นท่าทีการไม่สนใจ ความลำบากใจ หรือการปฏิเสธของพ่อแม่ก็ไม่อยากบังคับหรือกดดันพ่อแม่ จึงพักเรื่องการทำสมุดเบาใจไว้ก่อน ประกอบกับผู้ดูแลเองก็มีภาระงาน ไม่มีเวลา และไม่ได้อยู่บ้านกับพ่อแม่ ดังเช่นผู้ดูแลคนหนึ่งที่จะกลับบ้านปีละ 2 ครั้งในช่วงเทศกาล เมื่ออยู่บ้านได้ใช้เวลากับพ่อแม่จึงเป็นการเฉลิมฉลองในช่วงเทศกาล และไม่สามารถหาโอกาสชวนคุยเรื่องสมุดเบาใจต่อได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลในกลุ่มนี้ไม่ได้ชวนพ่อแม่ทำสมุดเบาใจต่อ

และไม่ทราบความคืบหน้าว่าพ่อแม่ได้ทำสมุดเบาใจต่อด้วยตนเองจนเสร็จหรือไม่

ในเวลาต่อมา พ่อแม่ของผู้ดูแลได้เจ็บป่วยหนักอย่างกะทันหัน และพบว่าโรคร้ายรุนแรงขึ้นในเวลารวดเร็ว เมื่อผู้ดูแลหวนนึกถึงสมุดเบาใจ และได้กลับไปค้นหาสมุดเบาใจที่เคยให้พ่อแม่ทำไว้ก็หาไม่เจอ เพราะไม่รู้ว่าสมุดเบาใจของพ่อแม่เก็บไว้ที่ใด หรือในกรณีที่มาเจอ ก็พบว่าสมุดเบาใจยังไม่เสร็จ และหากจะชวนพ่อแม่คุยเรื่องความต้องการในขณะที่เจ็บป่วยก็พบว่าพ่อแม่เจ็บป่วยหนัก ไม่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารกับผู้ดูแลและคนในครอบครัวได้

เมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้ดูแลบางคนต้องตัดสินใจเรื่องแผนการรักษาแทนพ่อที่สื่อสารไม่ได้ โดยไม่รู้ว่าเป็นความต้องการของพ่อหรือไม่ อีกทั้งยังเสียใจที่ไม่ได้ชักชวนให้พ่อทำสมุดเบาใจได้มากกว่านี้ เพราะหากเป็นเช่นนั้นผู้ดูแลก็จะจัดการตามที่พ่อต้องการโดยไม่ต้องรู้สึกผิดหรือตั้งคำถามว่าเป็นสิ่งที่พ่อต้องการหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ผู้ดูแลบางคนเมื่อพบว่าไม่สามารถหาสมุดเบาใจเจอ ได้ใช้วิธีการชวนพ่อแม่สำรวจความต้องการในวาระท้ายด้วยตนเอง โดยชวนคุยในประเด็นสำคัญๆ ที่หยิบยกมาจากสมุดเบาใจเพื่อจะได้ดำเนินการตามความต้องการของพ่อ

ชวนพ่อแม่ทำสมุดเบาใจเมื่อพบความเจ็บป่วยแล้ว

สำหรับผู้ดูแลที่นำสมุดเบาใจไปใช้กับพ่อแม่ที่เจ็บป่วยแล้ว เกิดขึ้นจากการเห็นพ่อแม่เจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากการรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่ติดต่อกันหลายปี ความผิดหวังจากการรักษาพยาบาลที่ไม่หายขาดแต่กลับนำไปสู่ความเจ็บป่วยรูปแบบใหม่ เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลต้องการหาทางเลือกหรือวิธีการรักษาอื่นๆ ที่จะช่วยเยียวยาหรือบรรเทาความเจ็บปวดของพ่อแม่ได้บ้าง ประกอบกับได้รับคำแนะนำให้รู้จักการดูแลแบบประคับประคอง จนนำไปสู่การได้รู้จักและนำสมุดเบาใจมาใช้กับพ่อแม่

การใช้สมุดเบาใจกับพ่อแม่ที่เจ็บป่วยแล้ว มีส่วนที่ผู้ดูแลในกลุ่มนี้กังวล คือเรื่องความพร้อมของพ่อแม่ในการคุยเรื่องความตาย ซึ่งแทบจะไม่เคยถูกพูดถึงมาก่อนในหลายครอบครัว อีกทั้งในขณะนี้พ่อแม่ก็เป็นผู้ป่วยด้วย จึงยังมีความกลัวมากขึ้นอีกว่า หากชวนคุยแล้วจะยิ่งเป็น

การซ้ำเติมความเจ็บป่วยพ่อแม่ อาการจะทรุดลง ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจเพราะคิดว่าใกล้จะเสียชีวิตหรือไม่ และแม้ผู้ดูแลจะกังวล แต่ก็ไม่หลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องความตายกับพ่อแม่ เนื่องด้วยเชื่อว่าการทำสมุดเบาใจมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับพ่อแม่ในขณะนี้

สิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลในกลุ่มนี้มีร่วมกัน คือ การออกแบบกระบวนการพูดคุยสมุดเบาใจกับพ่อแม่ โดยเริ่มจากการประเมินความพร้อมของพ่อแม่ สำรว่าในขณะนั้นพ่อแม่มีความพร้อมทางกายและใจ ไม่อ่อนเพลียหรือเจ็บป่วยจากการรักษาพยาบาล มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สื่อสารได้ และเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเองที่จะไม่เร่งรีบ ไม่กดดันผู้ป่วยเพื่อจะทำสมุดเบาใจสำเร็จ และเตรียมบรรยากาศการพูดคุยให้มีความผ่อนคลาย

หลังจากนั้นผู้ดูแลจะนำสมุดเบาใจมาใช้กับพ่อแม่ ซึ่งก็มีหลายรูปแบบวิธีการตามแต่ความพร้อมของผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลบางคนใช้การนำประเด็นในสมุดเบาใจวันละหนึ่งหัวข้อมาชวนคุยกับผู้ป่วยทุกวัน โดยเริ่มจากประเด็นง่ายๆ ที่ผู้ป่วยอยากคุย เช่น เพลงที่อยากฟัง ความภาคภูมิใจในชีวิต หลังจากนั้นผู้ดูแลก็จะนำข้อมูลที่ได้ไปเขียนบันทึกลงในสมุดเบาใจของผู้ป่วย ขณะที่ผู้ดูแลบางคนก็ใช้วิธีอ่านสมุดเบาใจที่ละหน้าให้ผู้ป่วยฟัง และชวนคุยชวนถามเพื่อบันทึกคำตอบไปเรื่อยๆ นอกจากนั้น มีผู้ดูแลบางคนใช้วิธีการชวนผู้ป่วยทำสมุดเบาใจเป็นกลุ่ม ทำร่วมระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือคนในครอบครัวที่ผู้ป่วยรักและใกล้ชิดเป็นการสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและช่วยกันแลกเปลี่ยน

ทั้งนี้ ในการชวนพ่อแม่คุยเรื่องสมุดเบาใจ มีข้อจำกัดเมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางกายเกิดขึ้น หรืออยู่ในภาวะสลึมสลือจากยาระงับปวด ทำให้ไม่พร้อมพูดคุยสื่อสารและทำสมุดเบาใจ ผู้ดูแลจึงต้องหยุดพักการทำสมุดเบาใจไว้ก่อน ซึ่งพ่อแม่บางคนก็ไม่ได้กลับไปทำต่อ เนื่องด้วยอาการโรคทรุดหนักจนหยุดทำสมุดเบาใจเพราะต้องมุ่งเน้นที่การรักษาทางการแพทย์ ในขณะที่พ่อแม่ของผู้ดูแลบางคนก็อาจจะพร้อมกลับมาทำสมุดเบาใจต่ออีกครั้ง เมื่อร่างกายและจิตใจพร้อม โดยพบว่าพ่อแม่ของผู้ดูแลในกลุ่มนี้จำนวน 2 คนที่ทำสมุดเบาใจได้สำเร็จ รวมถึงได้พูดคุยกับบุคลากรสุขภาพและได้สื่อสารความต้องการการรักษาวาระท้ายของพ่อแม่ด้วย

รับรู้ความต้องการของพ่อแม่ ทำตามความต้องการ ผู้ที่จากไป

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลที่ใช้สมุดเบาใจกับพ่อแม่จนถึงขั้นตอนของการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วย มีจำนวน 4 คนจากทั้งหมด 6 คน โดยทั้ง 4 คนเป็นผู้ที่ใช้สมุดเบาใจทั้งก่อนและหลังพบว่าพ่อแม่เจ็บป่วย มีทั้งผู้ใช้สมุดเบาใจเป็นเครื่องมือหลักในการสำรวจความต้องการของผู้ป่วย และผู้ใช้สมุดเบาใจโดยหยิบยกเนื้อหาหรือบางประเด็นจากสมุดเบาใจมาเป็นกระบวนการพูดคุยกับผู้ป่วย แต่ปลายทางที่พบร่วมกัน คือผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้พ่อแม่ได้เข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

หลังจากที่ผู้ดูแลได้สำรวจความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ความต้องการของผู้ป่วยในหลายๆ มิติได้รับการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการนั้นๆ ซึ่งมีทั้งมิติสุขภาพ เช่น การแสดงเจตจำนงผ่านสมุดเบาใจอย่างชัดเจนว่าไม่ต้องการยื้อชีวิตในวาระท้าย ด้วยการบั้นหัวใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือใส่ท่ออาหาร ผู้ป่วยต้องการจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมานทางกายด้วยเครื่องมือการแพทย์ หรือมิติทางวัฒนธรรม เช่น พ่อของผู้ดูแลคนหนึ่งได้แสดงความต้องการว่าไม่ต้องการให้ตั้งศพที่บ้านตามวิถีดั้งเดิม เพราะไม่ต้องการให้ลูกหลานยุ่งยาก การได้ทำพิธีขอขมา ขอโหสิกรรมผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต นอกจากนั้นพ่อแม่ของผู้ดูแลยังได้มีส่วนร่วมในการออกแบบงานศพของตัวเอง เช่น จำนวนวันที่ต้องการรูปภาพหน้าโลงศพ เพลงที่เปิดในงาน ของชำร่วย ฯลฯ และสุดท้ายในมิติด้านจิตใจ ภายหลังจากได้เตรียมสิ่งต่างๆ ได้ชำระล้างสิ่งที่กังวลหรือไม่สบายใจ พ่อแม่ของผู้ดูแลบางคนได้บอกว่า ไม่ห่วงอะไรแล้ว ไม่รู้สึกติดค้างสิ่งใด รู้สึกสบายใจ และพร้อมที่จะตายแล้ว

การได้วางแผนการดูแลล่วงหน้า ไม่ได้มีความสำคัญกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่มีความหมายและความสำคัญกับผู้ดูแลและคนในครอบครัวด้วย โดยเมื่อรับรู้ความต้องการหรือสิ่งที่ติดค้างของพ่อแม่ ผู้ดูแลก็ได้เร่งดำเนินการทันที ทำให้สิ่งต่างๆ ถูกจัดการไว้ทุกอย่างแล้ว ดังนั้น เมื่อช่วงเวลาสุดท้ายของพ่อแม่มาถึง ผู้ดูแลและครอบครัวจึงได้ใช้เวลาร่วมกับพ่อแม่อย่างสงบ ไม่วุ่นวาย ไม่เหนื่อยล้า เพราะสิ่งของและการจัดการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกั้งงานศพ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการได้ถูกเตรียมไว้ทั้งหมดแล้ว และโดยเฉพาะการได้เตรียมใจของผู้ดูแลและครอบครัว จากการ

ยอมรับและเข้าใจเรื่องความตายที่จะเกิดขึ้นร่วมกัน ผู้ดูแลไม่รู้สึกติดค้าง หรือรู้สึกผิด การตายของพ่อแม่ในช่วงเวลานั้นจึงเป็นการใช้เวลาร่วมกัน และมีแต่ความยินดีที่ได้ทำให้พ่อแม่ได้ตายอย่างสงบ

ไม่เพียงเท่านั้น ความตายของพ่อแม่ยังนำไปสู่การมีประสบการณ์ความตายรูปแบบใหม่ให้กับลูกหลาน คนในครอบครัว และผู้อื่นๆ โดยผู้ดูแลคนหนึ่งที่มีลูกเล็ก ได้ชี้ชวนให้ลูกเห็นว่า ความตายของตาไม่ใช่เรื่องน่ากลัว ไม่ใช่ความโคกเศร้าหรือการสูญเสีย ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตทุกคน ในขณะที่ญาติและผู้อื่นที่มาเข้าร่วมงานศพหรือได้เห็นการปฏิบัติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ที่จากไป ได้เห็นความแตกต่างของงานศพจากที่ผ่านมาไม่เห็นความเศร้าหมอง แต่เห็นการเตรียมการอย่างพร้อมพร้อม และได้รู้จักสมุดเบาใจ ซึ่งทำให้เกิดการส่งต่อและเรียนรู้เรื่องความตายกับผู้อื่น

3. ผู้ให้บริการสุขภาพใช้สมุดเบาใจกับผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้มีจำนวน 6 คน เป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครในชุมชน รู้จักสมุดเบาใจจากการทำงานสายสุขภาพและได้ลองทำสมุดเบาใจด้วยตนเอง จากนั้นจึงนำสมุดเบาใจมาใช้ในการทำงาน ปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

การใช้สมุดเบาใจของทีมสุขภาพ

การใช้สมุดเบาใจของผู้ให้บริการสุขภาพมี 2 รูปแบบที่แตกต่างกัน รูปแบบแรกคือ ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่คลินิกเบาใจ และอาสาสมัครชุมชน เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของระบบการจัดการของโรงพยาบาลที่มีการเอื้ออำนวยให้ใช้สมุดเบาใจกับผู้ป่วย โดยมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายมายังคลินิกเบาใจหรือแผนกผู้ป่วยประคับประคอง จากนั้นผู้ให้ข้อมูลจะชวนผู้ป่วยคุยเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้า และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้สมุดเบาใจ โดยอาจจะให้ผู้ป่วยทำสมุดเบาใจร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือนำกลับไปทำที่บ้าน และจากนั้นจะนัดหมายให้ผู้ป่วยนำสมุดเบาใจกลับมาส่ง ในระหว่างนั้นผู้ให้ข้อมูลก็จะโทรศัพท์ติดตามความคืบหน้าการใช้สมุดเบาใจเป็นระยะ

เมื่อถึงวันนัดคุยสมุดเบาใจ ผู้ให้ข้อมูลจะชวนผู้ป่วยสำรวจความต้องการในสมุดเบาใจที่ได้ทำมา เพื่อยืนยันข้อมูล จากนั้นก็จะจัดเก็บสมุดเบาใจเข้าสู่ระบบของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการสื่อสารกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องว่าผู้ป่วยคนดังกล่าวได้ทำสมุดเบาใจแล้ว โดยวิธีการจัดเก็บสมุดเบาใจของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนก็จะต่างกัน โดยมีทั้งการสแกนเอกสารหน้าวิธีการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต เข้าสู่ระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ขณะที่บางคนใช้การพิมพ์ข้อความวิธีการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตลงในไฟล์เอกสาร และบันทึกในระบบฐานข้อมูล ซึ่งมีข้อจำกัดคือไม่สามารถพิมพ์ลายเซ็นของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังมีวิธีการถ่ายเอกสารเฉพาะส่วนของหน้าวิธีการดูแลรักษาระยะท้าย และเก็บไว้ในแฟ้มของผู้ป่วยแต่ละคนด้วย

นอกจากการรับส่ง-ต่อผู้ป่วยเพื่อแนะนำให้ใช้สมุดเบาใจแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลายคนในกลุ่มนี้ยังทำงานเชิงรุกด้วยการประชาสัมพันธ์สมุดเบาใจ ทั้งในโรงพยาบาล เช่น การประกาศผ่านวิทยุโรงพยาบาล การประกาศในช่วงเช้าของตึกผู้ป่วยนอก และการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างเฟซบุ๊ก บอกเล่าเรื่องราวของการใช้สมุดเบาใจ ทำให้มีผู้ติดตามจำนวนมากสนใจและเดินทางมาที่คลินิกเบาใจเพื่อขอรับสมุดเบาใจด้วย

ส่วนรูปแบบที่สอง คือ การนำสมุดเบาใจไปใช้ในงานของผู้ให้ข้อมูล จากความสนใจส่วนตัวที่ต้องการแบ่งปันสมุดเบาใจกับผู้อื่น โดยในกลุ่มนี้มีผู้ให้ข้อมูล 2 คนเป็นอาสาสมัครในชุมชน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำสมุดเบาใจไปใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของชุมชนโรงเรียนสอนผู้สูงอายุในจังหวัด ซึ่งมีการจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์หรือทุกเดือน โดยชวนผู้สูงอายุคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความตาย การจัดการเรื่องงานศพ หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลอาจจะให้สมุดเบาใจผู้สูงอายุไปลองทำ แล้วนัดหมายกลับมาคุยเรื่องสมุดเบาใจในการทำกิจกรรมครั้งถัดไป ซึ่งอาจจะเป็นในสัปดาห์หน้าหรือเดือนถัดไป

ชวนผู้ป่วยทำสมุดเบาใจ

ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพมีกระบวนการชวนคิด ชวนคุยกับผู้ป่วยเรื่องการทำสมุดเบาใจที่คล้ายคลึงกัน โดยเป็นขั้นตอนที่เริ่มจากการชวนผู้ป่วย

และญาติรับทราบสถานการณ์ของโรค แผนการรักษาที่จะเกิดขึ้น รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาและช่วงเวลาที่เหลือ และชวนผู้ป่วยคุยเรื่องความตายความรู้สึก ความกังวล ชี้ชวนให้เห็นว่าความตายเป็นเรื่องของทุกคน จากนั้นผู้ให้ข้อมูลจะชี้ให้เห็นว่าก่อนถึงจะถึงช่วงเวลาจากไป ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลรักษาและชีวิตตามความต้องการได้ เพื่อให้สุขสบายทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะหากในอนาคตโรคทรุดหนัก ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่สื่อสารไม่ได้ ไม่รู้สึกตัว หากผู้ป่วยได้บอกความต้องการของการดูแลสุขภาพไว้ล่วงหน้าแล้ว ทีมสุขภาพและครอบครัวก็จะดำเนินการตามความต้องการของผู้ป่วยได้ โดยไม่ต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วย ต่อมาผู้ให้ข้อมูลจะแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักและใช้สมุดเบาใจ โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า วันนี้จะมาชวนผู้ป่วยวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีกิจกรรมอย่างสมุดเบาใจมาให้ผู้ป่วยได้ลองทำ ให้ผู้ป่วยได้สำรวจความต้องการของตัวเอง

นอกจากนั้น หากเป็นกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวมาพร้อมกัน ผู้ให้ข้อมูลบางคนก็จะใช้กระบวนการชวนคุยเรื่องความตายและชวนทำกิจกรรมสมุดเบาใจร่วมกัน ทั้งครอบครัว เพื่อให้การเตรียมความตายเป็นเรื่องของทุกคนในครอบครัว คนในครอบครัวควรจะได้เรียนรู้และเติบโตจากการจากไปของคนในครอบครัว เพื่อจะได้ส่งต่อความเข้าใจเรื่องความตายให้กัน

ทั้งนี้ สิ่งหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลหลายคนระมัดระวังคือการชวนคุยนี้ควรจะเป็นกระบวนการ มีการออกแบบ ไม่ใช้การถามหรือตอบระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วย แต่เป็นกระบวนการชวนคิดชวนคุย ให้เห็นถึงคุณค่าของชีวิต เข้าใจเรื่องความตาย เข้าใจสถานการณ์โรค เข้าใจหลักการดูแลล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจให้กับผู้ป่วย โดยไม่ถูกกดดันให้ตัดสินใจหรือถูกครอบงำโดยบุคลากรสุขภาพ ซึ่งอาจจะมีความสัมพันธ์ทางอำนาจหรือความรู้ทางการแพทย์ที่เหนือกว่าผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการนำสมุดเบาใจไปใช้ของทีมสุขภาพ

การนำสมุดเบาใจไปใช้ในการทำงานของผู้ให้ข้อมูลหลายคน มีข้อจำกัดเรื่องเวลา เนื่องจากการกระบวนการชวนคุยเรื่องสมุดเบาใจใช้เวลาราว 45-120 นาที ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลมีงานและหน้าที่อื่นๆ ในโรงพยาบาลด้วย

จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาล จัดกระบวนการชวนคุยกับผู้ป่วยได้ในจำนวนไม่มาก เพียงสัปดาห์ละ 1-2 คน แต่ในการดำเนินงานในรูปแบบของคลินิกเบาใจ ที่มีเจ้าหน้าที่ทำงานในคลินิกโดยเฉพาะ จะสามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้ยั่งยืนและมั่นคงกว่า เนื่องจากผู้ให้บริการที่ภาระหน้าที่เฉพาะในคลินิกเบาใจ ไม่ได้มีงานอื่นๆ ในโรงพยาบาล จะทำให้ผู้ให้บริการเอง ก็มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ ร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะให้บริการ ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานที่มากกว่า

ตัวอย่างเช่นผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งเคยเป็นพยาบาล ในแผนกดูแลแบบประคับประคอง มีภาระงานหนัก นอนน้อย ไม่มีเวลา เครียด ทำให้ในบางครั้งในการดูแลผู้ป่วยก็จะมี ความติดขัดอยู่บ้าง แต่ปัจจุบันลาออกจากการเป็น พยาบาล และทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ในคลินิกเบาใจโดยเฉพาะ ซึ่งมีขอบเขตงานที่ชัดเจน ทำงานไม่เครียดและไม่เหนื่อย จึงส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการกับผู้ป่วยที่มาคุยเรื่อง สมุดเบาใจด้วย

นอกจากนี้ก็ยังมีย่อจำกัดของการสื่อสารและทำ ความเข้าใจแนวคิดสมุดเบาใจ การวางแผนดูแลล่วงหน้า หรือวิธีการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยพบว่าทีม สุขภาพคนอื่นๆ ในโรงพยาบาลยังไม่เข้าใจและไม่ปฏิบัติตาม ความต้องการของผู้ป่วยที่แสดงเจตจำนงไว้ อีกทั้งยัง กังวลเรื่องหากทำตามความต้องการของผู้ป่วยในการไม่ยืด ชีวิตในวาระท้ายจะนำมาซึ่งการถูกฟ้องร้องและรับผิดชอบ ทางกฎหมาย ดังนั้นการทำให้ทีมสุขภาพคนอื่นๆ ที่อยู่ นอกเหนือจากแผนกดูแลแบบประคับประคองได้เข้าใจ แนวคิดดังกล่าว จะช่วยให้ความต้องการของผู้ป่วย ได้รับการตอบสนองจากบุคลากรสุขภาพ

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้สมุดเบาใจสามารถเกิดขึ้น ได้จากผู้ใช้งานที่หลากหลาย ทั้งผู้ใช้งานด้วยตนเอง ผู้ที่ใช้ สมุดเบาใจกับคนในครอบครัว และบุคลากรสุขภาพที่ใช้ สมุดเบาใจกับผู้ป่วย ประสิทธิภาพการใช้สมุดเบาใจของ แต่ละกลุ่มผู้ใช้งานสามารถนำไปสู่การวางแผนดูแล ล่วงหน้าได้ และในระหว่างทางของกระบวนการใช้สมุดเบาใจ ผู้ใช้งานแต่ละกลุ่มได้พบกับอุปสรรคหลายครั้ง และได้

ทดลอง เรียนรู้ แก้ไขเพื่อก้าวข้ามข้อจำกัดต่างๆ และใน หลายประสบการณ์การใช้สมุดเบาใจที่เกิดขึ้นก็เป็นสิ่งที่ทั้ง 3 กลุ่มได้พบคล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน

จุดเริ่มต้นของการรู้จักและสนใจใช้สมุดเบาใจของผู้ใช้ งานที่มีสุขภาพดีนั้น เกิดขึ้นจากความสนใจเรื่องความตาย การตระหนักถึงความไม่แน่นอนของชีวิต โดยเฉพาะการผ่าน ประสบการณ์ความตายของคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด สอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า การตัดสินใจ ทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า มีความสัมพันธ์กับ ประสบการณ์ความตายหรือการป่วยระยะท้ายที่เคย ประสบมา⁽⁷⁾ ความสนใจดังกล่าวกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลค้นหา กิจกรรม เช่น การอบรมเตรียมตัวตาย หรือแหล่งข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับความตาย เช่น เพชฌัญญูของกลุ่ม Peaceful Death จนนำไปสู่การได้รู้จักสมุดเบาใจ ในขณะที่ผู้ให้ ข้อมูลที่เจ็บป่วยแล้ว หรือมีคนในครอบครัวเจ็บป่วยสนใจใช้ สมุดเบาใจเพื่อเป็นทางเลือกจากการรักษาทางการแพทย์ สมัยใหม่ที่พบว่าทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยมากกว่าเดิม เพื่อบรรเทา ความเจ็บป่วยหรือทุกข์ทรมานจากการรักษาในโรงพยาบาล

การใช้งานสมุดเบาใจยังสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับ ผู้ใช้งาน ทั้งที่คณะเกี่ยวกับความตาย การเตรียมตัวตาย การทำหนังสือแสดงเจตนา การวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงการดูแลประคับประคอง ส่งผลให้ผู้เขียนสมุดเบาใจ ทั้งที่เขียนเสร็จแล้วและยังทำไม่เสร็จ นำไปแบ่งปันและ บอกต่อสมุดเบาใจกับคนใกล้ชิด คนในครอบครัวตามที่พบ ในการใช้งานของกลุ่มผู้ดูแล หรือนำไปใช้ในการทำงานกับ ผู้ป่วยของบุคลากรสุขภาพ การแบ่งปันสมุดเบาใจด้วย การแนะนำบอกต่อจึงเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้สมุดเบาใจ เป็นที่รู้จักและขยายวงกว้างการใช้งานสมุดเบาใจต่อไป

อย่างไรก็ดี แม้สมุดเบาใจจะสร้างทัศนคติที่ดีเรื่องความตาย ให้กับผู้ใช้งาน แต่ทัศนคติของความตายยังคงเป็นอุปสรรค ที่สำคัญประการหนึ่งที่มีร่วมกันในกลุ่มผู้ใช้สมุดเบาใจด้วย ตนเองและผู้ที่ใช้สมุดเบาใจกับครอบครัวที่ไม่สามารถสื่อสาร หรือพูดคุยกับครอบครัวเรื่องความตายและสมุดเบาใจ ซึ่งพบประเด็นนี้ร่วมกันในงานศึกษาจำนวนหนึ่งว่า^(6,9) การพูดความตายทำได้ยาก เป็นกลางร้ายและสิ่งไม่ดี ความตาย ต้องพูดคุยในเวลาที่เหมาะสม ไม่ใช่ในขณะที่ยังสุขภาพ แข็งแรง ทำให้เกิดการปฏิเสธ และหลีกเลี่ยงการคุย เรื่องความตาย ทัศนคติดังกล่าวนี้เกิดขึ้นจากการทำให้

ความตายเป็นเรื่องน่ากลัว ด้วยความเชื่อหรือแนวคิดที่ว่าความตายเป็นสภาวะที่อยู่คนละชั่วหรือแยกขาดจากชีวิต เป็นจุดสุดท้ายหรือสิ้นสุดของชีวิต ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อชีวิตดำเนินมาถึงความตายได้หมายถึงชีวิตจบสิ้นแล้ว ไม่มีอะไรหลังจากนั้นอีกต่อไป ความตายจึงเป็นเรื่องของความเจ็บป่วยทรมาณที่มีแต่ความเสื่อมสลายทางร่างกายหรือทางกายภาพ ดังนั้น คนส่วนใหญ่จึงมองความตายเป็นเป็นเรื่องของความสูญเสีย ความพลัดพราก และความเจ็บปวดทรมาณ จึงทำให้เกิดการกลัวความตาย ไม่อยากนึกถึง และต้องการผลสักไสความตายออกไป^(12,13)

ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่พบอุปสรรคเรื่องทัศนคติความตายได้ต่อตรงกับทัศนคตินี้ด้วยการทำให้การความตายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ทำให้เป็นเรื่องปกติธรรมดาภายในบ้านและครอบครัว ด้วยการพยายามพูดคุยเรื่องความตายบ่อยๆ ทำให้ความตายเป็นเรื่องคุยง่าย⁽¹⁴⁾ รวมถึงการทำกิจกรรมเกี่ยวกับความตายทั้งทางตรงและอ้อมร่วมกัน เช่น การทำสมุดเบาใจร่วมกัน ไปนิทรรศการความตาย ดูภาพยนตร์ การพูดคุยเรื่องคนใกล้ตัวที่ตายหรือกำลังจะตาย

สำหรับบุคลากรสุขภาพพบอุปสรรคการใช้สมุดเบาใจต่างไปจากผู้ใช้งานสองกลุ่มก่อนหน้า ไม่พบข้อจำกัดเรื่องการชวนผู้ป่วยคุยเรื่องความตาย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการชวนคุยเรื่องความตายของบุคลากรสุขภาพถูกร้อยเรียงและเชื่อมโยงบทสนทนามาจากสภาวะโรคของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของบุคลากรสุขภาพที่อาจจะมากกว่าผู้ป่วย อุปสรรคการใช้สมุดเบาใจของบุคลากรสุขภาพในการศึกษานี้จึงเป็นเรื่องการบริหารจัดการกับสมุดเบาใจ เช่น การจัดเก็บสมุดเบาใจ การขาดงบประมาณสนับสนุนการซื้อสมุดเบาใจ นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดด้านเวลาของผู้ให้บริการสุขภาพที่มีจำกัด ร่วมกับภาระงานอีกหลายด้านทำให้บุคลากรสุขภาพไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกระบวนการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยใช้สมุดเบาใจเป็นเครื่องมือได้ ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวนี้จำเป็นต้องผลักดันในเชิงระบบของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ ดังเช่นในการศึกษานี้ที่พบว่า บุคลากรสุขภาพอีกกลุ่มหนึ่งที่มีระบบการจัดการของโรงพยาบาลที่มีการเอื้ออำนวยให้ใช้สมุดเบาใจกับผู้ป่วย เช่น ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้ายมายังคลินิกเบาใจหรือแผนกผู้ป่วยแบบประคับประคอง จะทำให้เกิดความยั่งยืนและมั่นคงมากกว่า

ในที่สุดแล้ว การศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์การใช้สมุดเบาใจสามารถเป็นเครื่องมือหนึ่งนำไปสู่การวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ และยังพบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกมิติ อันได้แก่ ทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁽³⁾ และผู้ป่วยได้มีโอกาสออกแบบทางเลือกในการตายก่อนที่จะเสียชีวิตตามที่ผู้ป่วยต้องการ⁽¹⁵⁾ โดยพบได้อย่างชัดเจนในกลุ่มผู้ดูแลที่นำสมุดเบาใจไปใช้กับคนในครอบครัวที่เป็นผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้การตายของผู้ที่มีกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วยสมุดเบาใจ ยังทำให้เกิดการเรียนรู้และส่งต่อประสบการณ์การตายดีให้กับคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง ผู้ที่มาร่วมงานศพ ฯลฯ ซึ่งเป็นการขยายพื้นที่ของทัศนคติความตายอีกชุดหนึ่งที่ต่างไปจากทัศนคติความตายกระแสหลักที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดในความหลากหลายของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคนเป็นผู้ที่มีสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการศึกษาค่อนข้างสูงพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และในเขตตัวเมืองของจังหวัดขอนแก่น เชียงใหม่ เชียงราย และสงขลา ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้จึงเป็นกลุ่มชนชั้นกลางค่อนข้างสูง มีความสามารถเข้าถึงหลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับความตาย หรือเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับความตายต่างรูปแบบต่างๆ ซึ่งภูมิหลังที่คล้ายคลึงกันของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ อาจจะไม่สะท้อนความหลากหลายของประสบการณ์การใช้สมุดเบาใจ เช่น ข้อจำกัดเรื่องความสามารถในการอ่านและเขียนสมุดเบาใจ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทั้ง 20 คนที่สละเวลาอันมีค่า และเปิดเผยข้อมูลและเรื่องราวอันเป็นส่วนตัวให้ผู้เขียน ทีมงาน และผู้สนใจประสบการณ์การทำสมุดเบาใจได้รับรู้ และมีแนวทางการพัฒนาเพิ่มเติม รวมถึงขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนการออกแบบ จัดพิมพ์ และเผยแพร่สมุดเบาใจ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบันทำให้เครือข่ายคนทำงานด้านการเผชิญความตายอย่างสงบ ความตายพูดได้ และชุมชนกรุณา มีเครื่องมือสื่อสารที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการตายดีมาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข. ใน: ปฐมพร ศิริประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง, บรรณานิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563. หน้า 33-46.
2. วิชัย โชควิวัฒน์, อ่าพล จิตตาวัดนะ, แสง บุญเฉลิมวิภาส, ปิติพร จันทระทัต ณ อยุธยา, ไพศาล ลีสมฤติย์, บรรณานิการ. ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี; 2554.
3. นิรชา อัครวิฑูรย์, ภัคพงศ์ วงศ์คำ, ธิราพร พ่วงโพธิ์. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2556.
4. Peaceful Death. สมุดเบาใจ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สามลดา; 2562.
5. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127, ตอนที่ 22 ก (ลงวันที่ 31 มีนาคม 2553).
6. Wongprasertsuk C, Pramaunwongteera T. Attitudes toward writing self-advance directives. J Med Health Sci 2018; 25:81-94.
7. Phenwan T, Srisuwan P, Tienthavorn T. Perception of advance directive in Thai women with cancer: a qualitative study. Walailak J Sci & Tech 2019;16:601-10.
8. พศิน ภูริธรรมโชติ. ทักษะคิดต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรือ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2559-2560;1(1):39-50.
9. ปานจันทร์ สุภาพนกุลศักดิ์. การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า: ประเด็นสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563;43:12-23.
10. บาดมน มโนทัยพิบูลย์, สุรินทร์ อัครวิฑูรย์, สุทธิศรี กอแก้ววิเชียร, ภรเอก มนัสวานิช. การใช้ชีวิตที่คนเพื่อเพิ่มการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บปวด ณ คลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย: การศึกษาเชิงทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้สื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2563;64:235-42.
11. ภัสสร โรจน์เพ็ญเพียร, เพชรรัตน์ บุญนาค, สวณี เต็งรังสรรค์. ความรู้ ประสพการณ์ และอุปสรรคในกระบวนการจัดการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว. ศรีนครินทร์เวชสาร 2564;36 :460-8.
12. ธนา นิลชัยโกวิทย์, วริศรา กริชไกรวรรณ, วรณา จารุสมบุญ, พรเลิศ ฉัตรแก้ว. กระบวนการทัศนเรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2546 [สืบค้นเมื่อ 24 มีนาคม 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/507>
13. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, บรรณานิการ. วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
14. Scott IA, Mitchell GK, Reymond EJ, Dally MP. Difficult but necessary conversations-the case for advance care planning. Medical Journal of Australia 2013;199:662-6.
15. เอกภพ สิทธิวรรณธนะ. มิติทางวัฒนธรรมของความตายในโรงพยาบาลสมัยใหม่: การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556. 205 หน้า.

A study on the Use of the Advance Directive Experience by an Own Will, a Family Caregiver, and a Healthcare Provider

Thiranun Thirasirisin

*Department of Society and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities,
Mahidol University, Nakhon Pathom Province, Thailand*

Abstract

“Baojai book” is a form of a living will or advance directive. It was first published in 2015, but users of these living wills are faced with several obstacles that prevent them from accessing the advance care planning process. The objective of this article was to study the experience of completing living wills of 20 individuals, categorized into three groups: owner of the will, family caregiver, and healthcare provider providing the service for patients, by using qualitative research methodology and in-depth interviews. It was found that the use of advance directives came from an interest in death and past experiences associated with death. While using the advance directive, users encountered different obstacles, resulting in taking a break from its use. There was a limitation on the lack of information and communication of their living wills with family members. This limitation was also found in family caregivers who use the living will with their own families. Both groups of users transcended this limitation by making death a regular part of their daily lives. The limitation of the health care provider group was the management related to the living will, such as the living will keeping, budget, and the health care providers also had limited time. Finally, using the living will would lead to the advanced care planning process, including palliative care in terminally ill patients, which is to pass on and learn the experience of death well.

Keywords: living will; advance directive; advance care planning

โทรเวชกรรมการนอนหลับในยุคโควิด 19

นฤมล ลือกิตตินันท์

ศูนย์โรคการนอนหลับ กลุ่มงานอายุรศาสตร์ปอด สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

โรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคจากการนอนหลับโดยเฉพาะโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่จำเป็นต้องใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเป็นการรักษาหลัก ซึ่งการใช้เครื่องนี้เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไวรัสได้ ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนการวินิจฉัย การรักษา และติดตามผู้ป่วยโดยการนำโทรเวชกรรมมาใช้ บทความนี้ต้องการให้ความรู้และแสดงให้เห็นความสำคัญของโทรเวชกรรมการนอนหลับในยุคโควิด 19 ที่ช่วยในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากจะเป็นการเสริมสร้างสุขภาวะของผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการช่วยควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออีกด้วย

คำสำคัญ: โควิด 19; โทรเวชกรรมการนอนหลับ; โรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น; เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก

บทนำ

โควิด 19 หรือ COVID-19 ย่อมาจาก Coronavirus Disease 2019 หมายถึงโรคติดต่อซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus) ชนิดที่มีการค้นพบล่าสุดในปี พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ถือว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีรายงานการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่นประเทศจีนในเดือนธันวาคมปีพ.ศ. 2562 โดยเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคโควิด 19 นี้ทำให้เกิดอาการของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส-โคโรนา-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome - Coronavirus-2: SARS-CoV-2) ตามที่ทาง International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) ได้กำหนดชื่อไว้⁽¹⁾ ต่อมาการระบาดของโควิด 19 ได้กระจายเป็นวงกว้างรวดเร็วลุกลามไปยังประเทศในภูมิภาคอื่นๆ ทั่วโลก ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ได้รับผลกระทบทั้งจากการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตใจที่ส่งผลทำให้นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอหรือนอนไม่มีคุณภาพที่ดีได้ ซึ่งจะเป็นการซ้ำเติมโรคจากการนอนหลับที่เป็นอยู่เดิมควบคุมได้ยากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยโรคนอนหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea: OSA) ที่ได้รับการตรวจการนอนหลับ (polysomnography) ร่วมกับมีการปรับหน้ากากเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (positive airway

pressure titration) ซึ่งเป็นหัตถการสำคัญในการดูแลรักษาโรคจากการนอนหลับนั้นเพิ่มความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อโรคทางระบบการหายใจ⁽²⁻³⁾

ปัจจุบันการวินิจฉัย OSA ตามมาตรฐานอาการ การตรวจการนอนหลับชนิดที่ 1 และ 2 เป็นหลักซึ่งทำในศูนย์โรคการนอนหลับ มีการติดดูสัญญาณอย่างน้อย 7 สัญญาณ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง การยับยั้งเคลื่อนไหวของตา การเคลื่อนไหวของคาง คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ลมหายใจ ความพยายามในการหายใจ และความอึดตัวของออกซิเจน มีบันทึกวิธีเฝ้าดูพฤติกรรมนอนตลอดทั้งคืนโดยการตรวจชนิดที่ 1 กับชนิดที่ 2 ต่างกันที่การตรวจชนิดที่ 1 มีเจ้าหน้าที่เฝ้าสังเกตอาการคนไข้ ส่วนการตรวจชนิดที่ 2 ไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้าสังเกตอาการ การตรวจทั้ง 2 ชนิดนี้อาจจะมีการพิจารณา รักษา OSA โดยใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกตามแนวทางเวชปฏิบัติปัจจุบัน ซึ่งมีความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไวรัสได้ ในขณะที่การตรวจโรคการนอนหลับชนิดที่ 3 หรือ home sleep apnea testing (HSAT) คือ การส่งเครื่องมือการตรวจไปให้คนไข้ใส่เองที่บ้าน โดยจะมีการติดดูสัญญาณขั้นต่ำอย่างน้อย 4 อย่าง ได้แก่ การยับยั้งเคลื่อนไหวของผนังทรวงอก ลมหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และความอึดตัวของออกซิเจน โดยไม่มีเจ้าหน้าที่เฝ้าสังเกตอาการและไม่มีกาดทดลองรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศ

แรงดันบวก จึงจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคจากการนอนหลับให้เหมาะสมต่อ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยการใช้โทรเวชกรรมการนอนหลับ (sleep telemedicine: sleep TM) ในการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคจากการนอนหลับทางไกล ไม่เพียงแต่ การวินิจฉัย ให้การรักษา และติดตามอาการเท่านั้น แต่ยังสามารถให้คำแนะนำสู่ภาวะการนอนที่ดีให้ผู้ป่วยนำไป ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอนหลับได้โดยที่ไม่ต้อง มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ผลกระทบของการระบาดใหญ่ของโควิด 19 ต่อความ ผิดปกติของการนอนหลับ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ประชากรทั่วโลกมีปัญหาการนอนร้อยละ 35.7 เป็น ผู้ป่วยโควิด 19 สูงถึงร้อยละ 74.8 รองลงมาคือ บุคลากร ทางการแพทย์ร้อยละ 36 และประชาชนทั่วไปร้อยละ 32.3 ซึ่งสอดคล้องกับการใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ของพิตส์เบิร์ก (Pittsburgh sleep quality index: PSQI)⁽⁴⁾ โดยตัวผู้ป่วยโควิด 19 เองได้รับผลกระทบโดยตรง จากอาการทางกาย เช่น ไข้ ไอ เหนื่อย และอาการทางจิตใจ เช่น ความเครียด วิดกกังวล และภาวะซึมเศร้าจากการป่วย เป็นโรคระบาด ส่งผลให้นอนไม่มีคุณภาพได้ถึงร้อยละ 75 ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับภาระหนักขึ้นในการ ดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้พักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่มีคุณภาพได้ ส่วนประชาชนทั่วไปมีปัญหาการนอนหลับซึ่งเกิดจาก ความเครียดวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 29.6, 31.9 และ 33.7 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งอาจเป็นได้จากหลายเหตุปัจจัย อาทิเช่น ความกังวลว่าตัวเองจะได้รับเชื้อ ภาวะซึมเศร้า จากคนในครอบครัวป่วยเสียชีวิต หรือการถูกเลิกจ้างงาน จากภาวะเศรษฐกิจที่ไม่ดี เป็นต้น

ในส่วนของผู้ป่วยที่มีโรคจากการหลับเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว อย่างเช่นภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea: OSA) ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อย และจำเป็นต้องใช้ เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (positive airway pressure: PAP) เป็นการรักษาหลักของโรคนี้ ได้รับผลกระทบจาก การระบาดของโควิด 19 โดยมีการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างโควิด 19 และภาวะหยุดหายใจขณะหลับ จากการอุดกั้น พบว่าโรคร่วมสำคัญที่พบในผู้ป่วยภาวะ

หยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น อย่างเช่น เบาหวาน โรคอ้วน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบในผู้ป่วยโควิด 19 ได้เช่นเดียวกัน และเป็นความเสี่ยง ที่ทำให้ผู้ป่วยโควิด 19 รุนแรงจนเสียชีวิตได้⁽⁶⁾

ในส่วนของเวชปฏิบัติโรคจากการหลับของบุคลากร ทางการแพทย์จากการสำรวจข้อมูลของศูนย์โรคการนอนหลับ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มากกว่าร้อยละ 90 หยุดการตรวจ การนอนหลับ (polysomnography: PSG) หรือลดการตรวจ การนอนหลับเหลือเพียงชนิดเดียว ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เป็นการตรวจชนิดที่ 3 ซึ่งเป็นการตรวจการนอนหลับที่บ้าน (home sleep apnea testing: HSAT) และลดการทดสอบ การแนบสนิทของหน้ากากกับใบหน้า (mask fitting) ร้อยละ 60 ส่วนคนไข้ที่มีโรคร่วมที่อาจมีปัญหาระหว่างการตรวจการ นอนหลับซึ่งจำเป็นต้องมาตรวจการนอนหลับชนิดที่ 1 หรือ 2 ในศูนย์โรคการนอนหลับ ได้รับการคัดกรองอาการร้อยละ 77 ตรวจวัดอุณหภูมิร้อยละ 64 และส่งตรวจไวรัสโควิด 19 ต่อร้อยละ 17.8 ส่วนการให้บริการคลินิกก็มีการปรับเปลี่ยน เป็นระบบออนไลน์เสมือนจริง (virtual clinic visits) ร้อยละ 73 ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถ พุดคุยตอบโต้กันได้แบบ real-time เสมือนการเข้า ศูนย์โรคการนอนหลับจริง⁽⁷⁾ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้อง ไปกับคำแนะนำของศูนย์ป้องกันควบคุมโรค (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) และสมาคม โรคการนอนหลับของอเมริกา (American Academy of Sleep Medicine: AASM)

การนำระบบโทรเวชกรรมการนอนหลับมาใช้ในระหว่าง การระบาดใหญ่ของโควิด 19

เนื่องจากการระบาดใหญ่ของโควิด 19 ส่งผลกระทบ ในทุกด้าน ดังอธิบายไปเบื้องต้น Centers for Disease Control and Prevention (CDC) หรือศูนย์ป้องกันและ ควบคุมโรคในสหรัฐอเมริกา ได้ออกคำแนะนำแนวทางการ จัดการผู้ป่วยในช่วงที่มีการระบาดใหญ่นี้แก่บุคลากรทาง การแพทย์โดยให้หลักการที่สำคัญ ได้แก่ (1) การนำ telemedicine หรือระบบโทรเวชกรรม มาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยระยะไกล (2) การทำ triage protocol หรือ กระบวนการคัดกรองความจำเป็นในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มี การนัดหมายไว้แล้ว และจัดการวันนัดหมายใหม่ให้เหมาะสม

(3) การเลื่อนนัดการทำหัตถการที่ไม่รีบด่วนออกไปก่อน
 (4) การคัดกรองประวัติเสี่ยงและอาการแสดงของโควิด 19 เพื่อส่งผู้ป่วยรับการตรวจค้นหาเชื้อไวรัสด้วยวิธีการที่เหมาะสมต่อไป (5) การใส่อุปกรณ์ป้องกันโรคที่เหมาะสมทั้งตัวผู้ป่วยเอง และบุคลากรทางการแพทย์, (6) การเว้นระยะห่างทางสังคม และ (7) การหลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่ทำให้เกิดฝอยละอองชนิด aerosol และการจัดระบบการถ่ายเทอากาศที่เหมาะสมในการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค⁽⁸⁾ ซึ่งบทความนี้จะขอยุติถึงระบบโทรเวชกรรมที่นำมาใช้กับโรคการนอนหลับเป็นหลัก

ด้วยเหตุนี้ สมาคมโรคการนอนหลับของอเมริกา (American Academy of Sleep Medicine: AASM) จึงได้ออกแนวทางสำหรับการบรรเทาผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 ให้ศูนย์โรคการนอนหลับ (Mitigation Strategies for Sleep Clinics and Labs) โดยมีใจความสำคัญ ได้แก่ (1) ให้นำบุคลากรทางการแพทย์กักตัวเมื่อเจ็บป่วยหรือมีประวัติเสี่ยงสัมผัสเชื้อโควิด 19, (2) นำระบบ triage protocol มาใช้คัดกรองอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ก่อนเข้าศูนย์โรคการนอนหลับ เช่น การวัดไข้ การซักประวัติตามระบบการโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยก่อนถึงวันนัด และการคัดกรองอาการผู้ป่วยเมื่อมาที่ศูนย์ (3) จำกัดคนผู้เข้ามาติดต่อที่ศูนย์โรคการนอนหลับและคลินิกโรคการนอนหลับ, (4) จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (personal protective equipment: PPE) ให้เพียงพอ (5) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลให้เหมาะสม (6) การนำระบบโทรเวชกรรม (telemedicine) มาใช้เพื่อจำกัดการเดินทางมาที่ศูนย์โรคการนอนหลับโดยไม่จำเป็น (7) พิจารณาการใช้อุปกรณ์ตรวจโรคการนอนหลับที่บ้านชนิดใช้แล้วทิ้ง (disposable home sleep apnea test device) แทนที่จะนำกลับมาใช้ซ้ำ (8) กรณีที่ยกเลิกการนัดหมายคลินิกและการตรวจโรคการนอนหลับไป ต้องทำระบบการสื่อสารกับผู้ป่วยที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยขอรับความช่วยเหลือได้ในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน และเพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่องเมื่อไม่มีข้อจำกัดของโควิด 19 แล้ว และ (9) บุคลากรทางการแพทย์ต้องทบทวนหัตถการทุกชนิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อาทิเช่น การทำความสะอาดอุปกรณ์

ทุกชนิดหลังจากใช้งานกับคนไข้แล้ว ซึ่งควรทำการฆ่าเชื้อ (sterilization) ประเภทการทำลายเชื้อระดับสูง (high-level disinfection) ได้แก่ การอบแก๊ส ethylene oxide การอบไอน้ำความดันสูง (autoclave) และการใช้น้ำยาทำลายเชื้อ (glutaraldehyde, chlorine dioxide, hydrogen peroxide และ peracetic acid เป็นต้น) ทำความสะอาดอุปกรณ์ตามมาตรฐานคำแนะนำของผู้ผลิตเครื่องมือและน้ำยาฆ่าเชื้อเหล่านั้น⁽⁹⁾

Sleep telemedicine (sleep TM) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับโรคการนอนหลับ ซึ่งข้อมูลจะส่งผ่านช่องทางโทรศัพท์ หรือผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โดยใช้ระบบวิดีโอคอล (video call) และโปรแกรมประยุกต์สำหรับอุปกรณ์เคลื่อนที่ (smartphone application) เป็นหลัก ส่วนการตอบกลับผู้ป่วยก็ใช้เทคนิควิธีการเดียวกัน⁽¹⁰⁾ โดยบทความนี้จะขอยกตัวอย่างการนำระบบโทรเวชกรรมการนอนหลับมาประยุกต์ใช้กับภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (sleep telemedicine in obstructive sleep apnea) ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยในคลินิกโรคจากการหลับ และมีการปรับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดต่อเนื่อง (continuous positive airway pressure: CPAP) ซึ่งเป็นการรักษาหลักที่สำคัญของโรคนี้ ในขณะเดียวกันการปรับหน้ากากเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (mask fitting) และการปรับแรงดันเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดต่อเนื่องที่เหมาะสมแก่คนไข้ (CPAP titration) ก็มีโอกาสทำให้เกิดฝอยละอองซึ่งจะเพิ่มการแพร่กระจายของโควิด 19 ได้ ดังนั้นศูนย์โรคการนอนหลับจึงควรพัฒนาระบบ sleep telemedicine ให้เกิดขึ้น

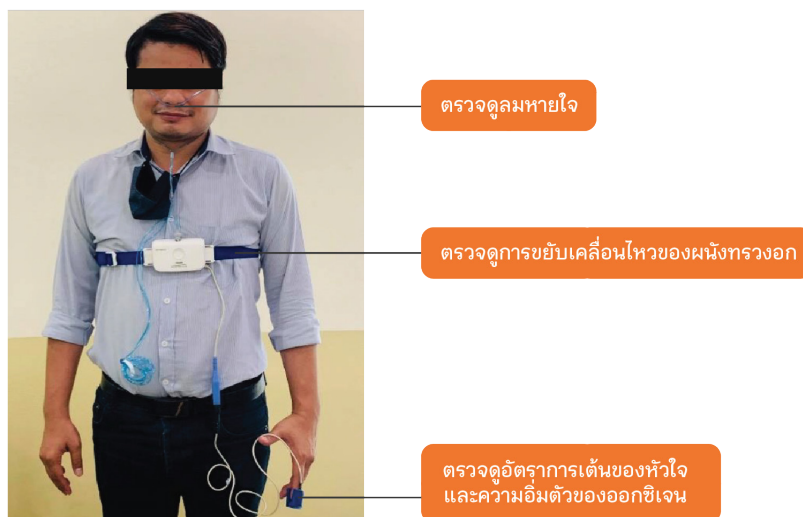
Sleep telemedicine สามารถถูกนำมาใช้ในการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคการนอนหลับหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นโดยจำแนกประเภทของการให้บริการได้ 5 ประเภทด้วยกัน⁽¹⁰⁾ ได้แก่ (1) diagnosis คือ การตรวจวินิจฉัยทางไกล เช่น การใช้เครื่องมือตรวจโรคการนอนหลับชนิดตรวจที่บ้าน (home sleep apnea test, HSAT) (2) consultation คือ การปรึกษาทางไกลระหว่างคนไข้กับบุคลากรทางการแพทย์ (3) CPAP education คือ การฝึกอบรมการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (CPAP) ผ่านการทำ video conferencing และ (4) CPAP titration คือ การปรับแรงดันของเครื่องอัด

อากาศแรงดันบวกทางไกล โดยตัวเครื่อง CPAP ที่อยู่กับคนไข้ จะส่งสัญญาณอินเทอร์เน็ตไร้สายมาที่ศูนย์โรคการนอนหลับเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ดูข้อมูลการใช้งาน และปรับตั้งค่าเครื่อง CPAP ที่ศูนย์ได้เลย โดยไม่ต้องไปหาคนไข้ด้วยตนเอง และ (5) CPAP follow-up คือ การติดตามการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก โดยการทำให้ telemonitoring

การให้บริการของ sleep telemedicine ยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบ⁽¹¹⁾ ได้แก่ (1) synchronous (real time) telemedicine เป็นบริการชนิดถ่ายทอดสด (live) และสามารถโต้ตอบกัน (interactive encounter) ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่อยู่ห่างไกลกันได้ (2) asynchronous (store-and-forward) telemedicine เป็นบริการใช้เทคโนโลยีช่วยในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการเพื่อการวินิจฉัย รักษา และคัดกรองอาการได้โดยที่ปราศจากการถ่ายทอดสด (non-real-time) (3) remote patient monitoring (RPM) เป็นบริการใช้อุปกรณ์ดิจิทัลเพื่อรวบรวมข้อมูลทางสรีรวิทยาจากระยะไกลสำหรับการแปลผลและการจัดการผู้ป่วยภายใต้แผนการรักษาเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย และ (4) mobile health (mHealth) smartphone application เป็นบริการผ่านช่องทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ และ smartphone application เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

เป้าหมายของการทำ sleep telemedicine คือ ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี โดยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคการนอนหลับและได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ซึ่งในสถานการณ์โรคระบาดใหญ่โควิด 19 นี้ทำให้มีข้อจำกัดในการมาตรวจที่ศูนย์การนอนหลับของคนไข้ ดังนั้น ศูนย์การนอนหลับในหลายประเทศทั่วโลกจึงเริ่มพัฒนาระบบ sleep telemedicine ไปพร้อมๆ กันกับการตรวจ home sleep apnea testing (HSAT) คือ การตรวจโรคการนอนหลับชนิดที่ 3 (polysomnography (PSG) type 3) ซึ่งจะมีการส่งเครื่องมือการตรวจ และวิดีโอส่งการใส่เครื่องมือการตรวจไปให้คนไข้ใส่เองที่บ้าน โดยจะมีการติดดูสัญญาณขึ้นตัวอย่างน้อย 4 อย่าง ได้แก่ การขยับเคลื่อนไหวของผนังทรวงอก (chest movement), ลมหายใจ (air flow) อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) และความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) ดังแสดงในภาพที่ 1 การตรวจประเภทนี้จะรายงานผลการตรวจเป็นค่าดัชนี การหายใจผิดปกติที่เรียกว่า respiratory event index (REI) ได้มาจากการคำนวณ respiratory eventsหารด้วยเวลาที่เครื่องวัดค่า monitoring time (MT) หน่วยเป็น events per hour (events/h) มีข้อบ่งชี้การทำในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมรุนแรง จึงไม่ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์คอยเฝ้าดูแลเหมือนอย่างการตรวจโรคการนอนหลับชนิดที่ 1 (PSG type 1) ซึ่งทำในศูนย์โรคการนอนหลับ มีการติดดูสัญญาณอย่างน้อย

ภาพที่ 1 การติดอุปกรณ์การตรวจโรคการนอนหลับชนิด home sleep apnea testing (HSAT) ซึ่งมีการติดดูสัญญาณอย่างน้อย 4 สัญญาณ



7 สัญญาณ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง (electroencephalogram, EEG) การขยับเคลื่อนไหวของตา (electrooculogram, EOG) การเคลื่อนไหวของคาง (chin electromyogram, EMG) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram, ECG) ลมหายใจ (air flow) ความพยายามในการหายใจ (respiratory effort) และความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคร่วมรุนแรง หรือมีภาวะโรคการนอนหลับบางอย่างที่ต้องบันทึกวิดีโอเพื่อดูความผิดปกติขณะหลับ นอกจากนี้การตรวจ PSG type 1 จะรายงานผลการตรวจเป็นค่าดัชนีการหยุดหายใจ-หายใจแผ่วเบาที่เรียกว่า apnea hypopnea index (AHI) ได้มาจากการคำนวณ respiratory eventsหารด้วยเวลาที่นอนหลับจริง total sleep time (TST) ซึ่งค่า AHI จะไม่เท่ากับ REI เนื่องจาก PSG type 3 ไม่ได้ติดดู EEG, EMG และ EOG จึงไม่สามารถดูว่าคนไข้หลับจริงหรือไม่ และไม่สามารถดูภาวะตื่นตัว (arousal) ได้ส่งผลให้ค่า MT จะมากกว่า TST ส่วน respiratory events จากการทำ PSG type 3 จะน้อยกว่า PSG type 1 ทำให้คำนวณได้ค่า REI น้อยกว่าค่า AHI เสมอ ดังนั้นการตรวจ PSG type 3 แล้วไม่พบ OSA จึงไม่สามารถตัดการวินิจฉัย OSA ออกไปได้ หากคนไข้มีอาการแสดงที่เข้าได้กับ OSA ก็ต้องทำ PSG type 1 เพิ่มเติม⁽¹²⁾

การนำโทรเวชกรรมการนอนหลับมาใช้ในการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (sleep telemedicine for diagnosis and management of OSA)

จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการตรวจ PSG ที่บ้านแบบ home unattended polysomnography (H-PSG) กับการตรวจ PSG ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแบบ local hospital telemonitored polysomnography (T-PSG) ในผู้ป่วยชาวฝรั่งเศสที่สงสัยว่าจะมี OSA จำนวน 99 คน พบว่า คนไข้พึงพอใจกับการตรวจด้วย H-PSG และ T-PSG ร้อยละ 41 และ 55 ตามลำดับ ค่า respiratory event index (REI) ไม่แตกต่างกัน ทั้ง H-PSG และ T-PSG มีความสอดคล้องไปด้วยกัน

ร้อยละ 89 โดยใช้ cut-off apnea-hypopnea index (AHI) 10 events/h ในการวินิจฉัย OSA⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบย้อนหลังปี พ.ศ. 2552 – 2555 ในคนไข้ OSA ชาวแคนาดาที่ได้รับการตรวจ PSG 2 รูปแบบ โดยแบบแรก คือ home management (HM) ซึ่งเป็นการตรวจ PSG type 3 คืบหน้าร่วมกับการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดปรับอัตโนมัติ (auto-CPAP) ในคืนถัดไป ส่วนแบบที่สองคือ sleep lab management (SL) เป็นการตรวจ PSG type 1 และปรับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกในคืนเดียวกัน หรือเรียกว่า split-night PSG with CPAP titration ซึ่งเป็นการตรวจมาตรฐาน และรอคอยคิวการตรวจนาน ผลการศึกษาพบว่า คนไข้ที่ตรวจแบบ HM แล้วไม่พบ OSA ต้องไปตรวจแบบ SL ร้อยละ 20 โดยการตรวจแบบ HM มีระยะเวลารอคอยการตรวจ (median time to HM test) 42 วัน มีระยะเวลารอคอยการใช้ auto-CPAP (median time to auto-CPAP) 47 วัน และการทำ HM ช่วยลดระยะเวลารอคอยในการตรวจแบบ SL (median time to SL) จาก 152 วัน เหลือ 92 วัน ภายใน 4 ปี⁽¹⁴⁾

การนำโทรเวชกรรมการนอนหลับมาใช้ในการปรึกษาให้ความรู้สุขภาพการนอนที่ดีและสอนการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (sleep telemedicine for OSA consultation, PAP education and training)

จากการศึกษาในประเทศสเปนที่มีการใช้ระบบ telemedicine ในการทำ CPAP therapy management โดยการนัดคนไข้ OSA 50 คน มาที่ศูนย์โรคการนอนหลับเพื่อติดตามการรักษา แล้วให้พูดคุยกับแพทย์ผ่านระบบ teleconsultation พบว่าคนไข้พึงพอใจกับระบบ teleconsultation มากกว่าร้อยละ 95 และร้อยละ 66 ตอบว่าระบบ teleconsultation สามารถทดแทนการมาตรวจติดตามที่คลินิกได้ นอกจากนี้ ทีมวิจัยเดียวกันได้ทำการศึกษาคนไข้ OSA 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มเปรียบเทียบระหว่างการสอนทักษะการใช้เครื่อง CPAP (CPAP training) ผ่านระบบ video conferencing และการสอนแบบต่อหน้า (face to face) พบว่า คนไข้ทั้ง 2 กลุ่มสามารถตอบคำถามการใช้เครื่อง CPAP หลังการสอน

ได้ถูกต้องด้วยคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 93.6 และ 92.1 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกัน อีกทั้งยังมีทักษะการใส่หน้ากากของเครื่อง CPAP ไม่แตกต่างกัน⁽¹⁵⁾

การนำโทรเวชกรรมการนอนหลับมาใช้ปรับแรงดันเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกและติดตามการรักษา (sleep telemedicine for PAP titration, monitoring and follow-up)

จากการศึกษาในประเทศสเปน ที่มีการนำระบบ telemetric system มาใช้ปรับเครื่อง CPAP ที่บ้าน (home CPAP titration) แก่คนไข้ OSA จำนวน 20 คน โดยใช้ระบบส่งข้อมูลการใช้เครื่องของผู้ป่วยที่บ้านผ่านเครือข่าย GPRS mobile phone network ไปให้บุคลากรทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล สามารถใช้รหัสผ่านกดเข้าไปติดตามการใช้งานเครื่องของคนไข้ (CPAP adherence) แรงดันที่ใช้เฉลี่ย (average pressure) ปริมาณลมรั่ว (air leak) และสามารถปรับแรงดันของ CPAP ได้เลยจากระยะไกล ผลการศึกษาพบว่า home CPAP titration ช่วยทำให้ค่า AHI ลดลงจาก 58.1 เหลือ 3.8 events/h และค่าแรงดันเฉลี่ยของเครื่อง CPAP ที่ใช้รักษาจริง (9.15 cmH2O) ก็มีความใกล้เคียงกันกับค่าแรงดันเฉลี่ยที่ได้จากการทำ hospital PSG (9.20 cmH2O)⁽¹⁶⁾

ในประเทศไทยมีการนำระบบโทรเวชกรรมการนอนหลับมาทำงานวิจัยติดตามการรักษาคนไข้ OSA ด้วย CPAP จำนวน 60 คน ซึ่งมารับการตรวจที่ศูนย์นิทราเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ช่วงปี พ.ศ. 2562 เพื่อดูการปฏิบัติตามของคนไข้ (adherence) โดยให้นิยามว่า ถ้าคนไข้ใช้ CPAP ไป 4 สัปดาห์แล้วมีชั่วโมงการใช้งานเฉลี่ยต่อวันที่ใช้ (average daily usage) มากกว่า 4 ชั่วโมง ร่วมกับสัดส่วนของการใช้เครื่องมากกว่าร้อยละ 70 ถือว่าเป็น good adherence งานวิจัยมีการสุ่มแบ่งคนไข้ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้ CPAP with telemonitoring system (TM group) และกลุ่มที่ดูแลรักษาตามปกติ (Usual care (UC) group) ในกลุ่ม TM จะมีระบบ telemonitoring ส่งข้อมูลการใช้เครื่อง CPAP ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมาที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยถ้าคนไข้ใช้เครื่องน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ร่วมกับมากกว่า 27 L/min หรือใช้เครื่อง CPAP แล้วยังมี AHI >5 events/h

เจ้าหน้าที่ก็จะโทรติดต่อคนไข้เพื่อช่วยแนะนำแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม TM มีค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงการใช้เครื่อง CPAP เท่ากับ 5.68 hour ซึ่งมากกว่ากลุ่ม UC ที่ใช้ CPAP เฉลี่ย 5.1 hour และกลุ่ม TM มีสัดส่วนการปฏิบัติตามที่ดี (good adherence) สูงถึงร้อยละ 64.2 มากกว่ากลุ่ม UC ร้อยละ 34.4 อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁷⁾ จะเห็นได้ว่า TM ช่วยให้คนไข้ใช้เครื่อง CPAP ได้มากขึ้น และมี good adherence

ศูนย์โรคการนอนหลับ สถาบันโรคทรวงอก ได้มีการนำระบบโทรเวชกรรมการนอนหลับมาใช้เช่นเดียวกันในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 ในประเทศไทย ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 โดยเริ่มจากงานวิจัยแบบสุ่มเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนไข้ OSA ที่ใช้เครื่อง CPAP ร่วมกับระบบ telemonitoring (TM group) โดยมีการโทรศัพท์ติดตามและแนะนำการแก้ไขปัญหาคู่คนไข้หลังใช้ CPAP เป็นระยะไปจนครบ 3 เดือน กับอีกกลุ่มคนไข้ที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของศูนย์โรคการนอนหลับ หรือ protocol based (PB) group ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้เครื่อง CPAP ไป 12 สัปดาห์ คนไข้กลุ่ม TM มีคุณภาพการนอนหลับดีกว่ากลุ่ม PB อย่างมีนัยสำคัญ โดยดูจากคะแนน Pittsburgh sleep quality index (PSQI) จากเริ่มต้นคะแนน 7.6 ลดเหลือ 5 คะแนนในสัปดาห์ที่ 4 และลดเหลือ 4 คะแนนในสัปดาห์ที่ 12 โดยที่ PAP compliance ไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง TM กับ PB⁽¹⁸⁾ จึงสรุปได้ว่า TM ช่วยให้คุณภาพการนอนหลับของคนไข้ดีขึ้นชัดเจนหลังรักษาไปแล้ว 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นจึงพัฒนามาเป็นรูปแบบ synchronous (real time) telemedicine ที่แพทย์และคนไข้สามารถพูดคุยโต้ตอบกันได้ ดังแสดงในภาพที่ 2 ส่วนข้อมูลการใช้เครื่อง CPAP สามารถดาวน์โหลดผลดูได้เลยจากระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เครื่อง CPAP ส่งเข้ามาในระบบข้อมูลส่วนกลาง

บทวิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยที่ได้ยกตัวอย่างมาทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าโรคโควิด 19 ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของการนอนหลับเรื้อรังสะสมมากขึ้นโรคจากการหลับที่เป็นอยู่เดิมรวมทั้งโรคอื่นก็ควบคุมได้ยากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วย

ภาพที่ 2 ระบบโทรเวชกรรมการนอนหลับในรูปแบบ synchronous telemedicine ในคลินิกโรคการนอนหลับ



โรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นที่จำเป็นต้องใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเป็นการรักษาหลักซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อได้ ในแง่การวินิจฉัย OSA โดยใช้ค่า REI จากการตรวจ HSAT แทนค่า AHI จากการตรวจ PSG type 1 ไม่ได้แตกต่างกัน เพียงแต่ว่าถ้าผลตรวจ HSAT ไม่เป็น OSA แล้วคนไข้ยังมีการแสดงเข้าได้กับ OSA ก็ควรส่งตรวจ PSG type 1 ซ้ำอีกครั้ง ในแง่การรักษาที่ใช้ค่าแรงดันเฉลี่ยของเครื่อง CPAP ไม่แตกต่างกัน ซึ่งการตรวจ HSAT ร่วมกับการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดปรับอัตโนมัติ (auto-CPAP titration) ที่บ้านนี้สามารถผนวกเข้าในระบบโทรเวชกรรมการนอนหลับได้ โดยคนไข้ไม่ต้องเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาล แต่เอาเครื่อง HSAT ไปใส่ตรวจเองที่บ้าน ร่วมกับการใช้ auto-CPAP titration พร้อมกับระบบ telemonitoring ติดตามทางไกล ไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วขึ้นเท่านั้น แต่ประชาชนทั่วไปที่อยู่ห่างไกลเองก็สามารถเข้าถึงระบบและขอคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพการนอนที่ดีเป็นรายบุคคลจากบุคลากรทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น และถึงแม้ว่าโรคโควิด 19 หมดไปแล้ว การใช้โทรเวชกรรมการนอนหลับในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพการนอนที่ดีก็ยังมีมีความสำคัญและมีประโยชน์สำหรับ

ประชาชนที่อยู่ห่างไกลจากศูนย์โรคการนอนหลับที่ไม่สะดวกหรือมีข้อจำกัดในการมาโรงพยาบาลได้

บทสรุป

โรคโควิด 19 ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของการนอนหลับเรื้อรังสะสมมากขึ้นโรคจากการหลับที่เป็นอยู่เดิม รวมทั้งโรคร่วมอื่นก็ควบคุมได้ยากขึ้นโทรเวชกรรมการนอนหลับจึงมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจากการนอนหลับได้รับการดูแลรักษา ได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพการนอนที่ดีได้รวดเร็วขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาที่ศูนย์โรคการนอนหลับ ส่งผลดีต่อการควบคุมโรคในยุควิดโควิด 19 และมีประโยชน์ต่อประชาชนที่อยู่ห่างไกลซึ่งมีข้อจำกัดในการมารับบริการที่ศูนย์โรคการนอนหลับถึงแม้ว่าโรคโควิด 19 จะหมดไปแล้วก็ตาม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงกัลยา ปัญจพรผล หัวหน้าศูนย์โรคการนอนหลับ กลุ่มงานอายุรศาสตร์ปอด สถาบันโรคทรวงอก ที่อบรมให้ความรู้และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความผิดปกติของการหายใจขณะหลับในยุควิดโควิด 19

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020 [Internet]. 2021 [cited 2021 May 17]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
2. Tran K, Cimon K, Severn M, Pessoa-Silva CL, Conly J. Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PLoS One* 2012;7:e35797.
3. Simonds AK, Hanak A, Chatwin M, Morrell M, Hall A, Parker KH, et al. Evaluation of droplet dispersion during non-invasive ventilation, oxygen therapy, nebuliser treatment and chest physiotherapy in clinical practice: implications for management of pandemic influenza and other airborne infections. *Health Technol Assess* 2010;14(46):131-72.
4. Jahrami H, BaHammam AS, Bragazzi NL, Saif Z, Faris M, Vitiello MV. Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med* 2021;17(2):299-313.5.
5. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health* 2020;16(1):57.
6. Miller MA, Cappuccio FP. A systematic review of COVID-19 and obstructive sleep apnoea. *Sleep Med Rev* 2021;55:101382.
7. Johnson KG, Sullivan SS, Nti A, Rastegar V, Gurubhagavatula I. The impact of the COVID-19 pandemic on sleep medicine practices. *J Clin Sleep Med* 2021;17(1):79-87.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Interim infection prevention and control recommendations for healthcare personnel during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 4]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
9. American Academy of Sleep Medicine. COVID-19 mitigation strategies for sleep clinics and labs [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 4]. Available from: https://j2vjt3dnbra3ps7ll1clb4q2-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/03/covid_mitigation-sleep-clinics-labs.pdf
10. Bruyneel M. Telemedicine in the diagnosis and treatment of sleep apnoea. *Eur Respir Rev* 2019;28(151):180093.
11. Singh J, Badr MS, Diebert W, Epstein L, Hwang D, Karres V, et al. American Academy of Sleep Medicine (AASM) Position Paper for the Use of Telemedicine for the Diagnosis and Treatment of Sleep Disorders. *J Clin Sleep Med* 2015;11(10):1187-98.
12. Berry RB, Quan SF, Abreu AR, Bibbs ML, Rosso LD, Harding SM, et al. The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications. Version 2.6. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2020.
13. Gagnadoux F, Pelletier-Fleury N, Philippe C, Rakotonanahary D, Fleury B. Home unattended vs hospital tele-monitored polysomnography in suspected obstructive sleep apnea syndrome: a randomized crossover trial. *Chest* 2002;121(3):753-8.
14. Stewart SA, Skomro R, Reid J, Penz E, Fenton M, Gjevre J, et al. Improvement in obstructive sleep apnea diagnosis and management wait times: A retrospective analysis of home management pathway for obstructive sleep apnea. *Can Respir J* 2015;22(3):167-70.
15. Isetta V, León C, Torres M, Embid C, Roca J, Navajas D, et al. Telemedicine-based approach for obstructive sleep apnea management: building evidence. *Interact J Med Res* 2014;19;3(1):e6.

16. Dellacà R, Montserrat JM, Govoni L, Pedotti A, Navajas D, Farré R. Telemetric CPAP titration at home in patients with sleep apnea-hypopnea syndrome. *Sleep Med* 2011;12(2):153-7.
17. Chumpangern W, Muntham D, Chirakalwasan N. Efficacy of a telemonitoring system in continuous positive airway pressure therapy in Asian obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med* 2021;17(1):23-29.
18. Panjapornpon K, Luekitinun N, Luengwattanakit P, Denthet M, Wonsa-Ardsakul T, Tongkien W, et al. 431 outcome of positive airway pressure therapy combined with telemonitoring in patients with obstructive sleep apnea syndrome [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 4]. Available from: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab072.430>
19. American Academy of Sleep Medicine. Sleep telemedicine implementation guide [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 4]. Available from: <https://j2vjt3dnbra3ps7ll1clb4q2-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2017/12/SleepTelemedicineImplementationGuide.p>

Sleep Telemedicine during COVID-19 era

Narumol Luekitinun

CCIT Sleep Disorders Center, Department of Respiratory Medicine, Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

COVID-19 affects sleep disorder-patients, especially obstructive sleep apnea (OSA) patients who require positive airway pressure (PAP) machine as the main treatment. PAP increases the risk of viral transmission leading to modify the diagnosis, treatment and follow up the patients by using the sleep telemedicine. This article aims to educate and illustrate the importance of sleep telemedicine in the era of COVID-19 that helps managing patient care without visiting to the hospital. It not only promotes health of the patients but also helps to control the spread of infection as well.

Keywords: COVID-19; sleep telemedicine; obstructive sleep apnea (OSA); positive airway pressure (PAP)

พลังทางปัญญากับความท้าทายในการควบคุม การบริโภคยาสูบในประเทศไทย

รณชัย คงสกนธ์

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ จัดตั้งขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเติมเต็มการพัฒนา ระบบและกลไกการควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีประสิทธิภาพด้วยการขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบด้วยงานวิจัยและ วิชาการหรือพลังทางปัญญา อันเป็นไปตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา อันประกอบด้วย (1) การสร้างองค์ความรู้ (2) การเคลื่อนไหวสังคม และ (3) การผลักดันนโยบายมาใช้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบต้องมีการทำงานประสาน และเสริมกันให้เกิดพลังที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเป็นรูปธรรม เพราะการควบคุมยาสูบไม่ใช่ขับเคลื่อนเพียงแค่หน่วยงาน ภาคสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องอาศัยความร่วมมือกับหน่วยงานทุกภาคส่วน หรือที่เรียกว่า ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ ซึ่งศูนย์วิจัย และจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางด้านวิชาการเพื่อการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหา การบริโภคยาสูบของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการยุติการแพร่ระบาดของยาสูบและฉากทัศน์ของอนาคต ที่โลกจะปลอดบุหรี่ในการสร้างประเทศไทยปลอดบุหรี่ และการสร้างคนรุ่นปลอดบุหรี่ ต้องมีการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ความรู้และการวิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบ การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงสนับสนุนทุนการศึกษารายวิจัย เพื่อสนับสนุนภาครัฐและ ภาคประชาสังคมให้มีพลังในการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในสังคมไทยเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพในทุกนโยบาย

คำสำคัญ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; พลังทางปัญญา; สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา; การควบคุมยาสูบ

บทนำ

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ได้ระบุข้อเท็จจริงว่า การแพร่ระบาดของยาสูบ เป็นหนึ่งในภัยคุกคามด้านสาธารณสุขที่ใหญ่ที่สุดที่สามารถ ป้องกันได้ โดยยาสูบคร่าชีวิตผู้ใช้ไปถึงครึ่งหนึ่งและ คร่าชีวิตผู้คนมากกว่า 8 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี การเสียชีวิต มากกว่า 7 ล้านคนเป็นผลมาจากการใช้ยาสูบโดยตรง ในขณะที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 1.2 ล้านคนที่ต้องเสียชีวิต เนื่องมาจากสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง และผู้ใช้ยาสูบ กว่าร้อยละ 80 ของ 1.3 พันล้านคนทั่วโลกอาศัยอยู่ใน ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งภาระการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับยาสูบนั้นหนักที่สุด อีกทั้ง

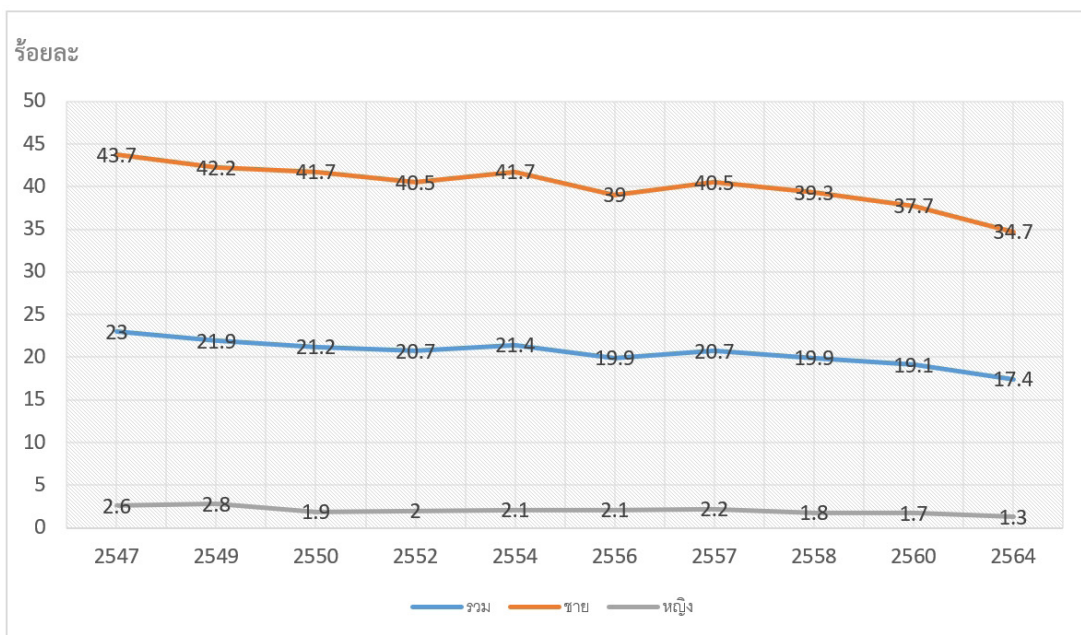
การใช้ยาสูบก่อให้เกิดความยากจน เป็นวงจรอุบาทว์ของยาสูบ และความจน⁽¹⁾ ซึ่งในระหว่างประเทศได้มีกรอบอนุสัญญา ว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) ซึ่งเกี่ยวข้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยมี เป้าหมายในการลดการเสียชีวิตก่อนเวลาจากโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs) ลง 1 ใน 3 ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งเรื่อง การควบคุมยาสูบจะอยู่ในเป้าหมายที่ 3 คือ การรับรอง การมีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนทุกช่วงอายุ (good health and well-being) ซึ่งระบุให้เสริมสร้างความเข้มแข็งในเรื่องของยาสูบในทุกประเทศอย่างเหมาะสม

สำหรับประเทศไทย ความสำเร็จในเรื่องการควบคุมยาสูบเป็นที่ยอมรับทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เนื่องด้วยความเข้มแข็งของคณะกรรมการตั้งแต่ก่อนปี พ.ศ. 2535 อันได้แก่ นพ.หทัย ชิดานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ ศ.เกียรติคุณ นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิ-รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ร่วมกันในการสกัดกั้นการห้ามนำเข้า บุหรี่ต่างประเทศ จนนำมาสู่ชัยชนะทางด้านสุขภาพ ตามคำวินิจฉัยของความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า (general agreement on tariffs and trade: GATT) ที่เสนอให้ประเทศไทยสามารถออกมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ จนเกิดเป็นพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 จนต่อมาเมื่อประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นรัฐภาคีของ WHO FCTC เมื่อปี พ.ศ. 2546 ก็ได้เริ่มมีการดำเนินการตามกรอบของ WHO FCTC ดังปรากฏในแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553-2557 แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562 และแผนยุทธศาสตร์ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570 อันเป็นนโยบายที่ชัดเจนด้านการควบคุมยาสูบของประเทศ และในปี พ.ศ. 2560 มีการปรับปรุงกฎหมายควบคุมยาสูบให้ทันสมัยและสอดคล้องไปกับกรอบ WHO FCTC มากขึ้น คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์

ยาสูบ พ.ศ. 2560 ซึ่งมีนวัตกรรมภายใต้กฎหมายนี้ในการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่ ผ่านกลไกคณะกรรมการจังหวัดอันส่งผลให้มีมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการรณรงค์ให้การศึกษาในรูปแบบต่างๆ ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆอย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยโดยรวมลดลงตามลำดับ (ภาพที่ 1)

ทั้งนี้ การผลักดันให้มีกฎหมายและนโยบายควบคุมยาสูบในแต่ละครั้งที่ผ่านมา ต้องอาศัยข้อมูลและหลักฐานที่น่าเชื่อถือเพื่อนำเสนอและอ้างอิง เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยอมรับและเห็นความสำคัญ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้ก่อตั้งศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 เพื่อเป็นพลังทางปัญญาเติมเต็มการพัฒนา ระบบและกลไกการควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีประสิทธิภาพ ด้วยการขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบด้วยงานวิจัยและวิชาการ อันเป็นไปตาม ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ. นพ.ประเวศ วะสี ที่กล่าวไว้ว่า “การต่อสู้ในเรื่องการควบคุมยาสูบนี้จะบรรลุผลสำเร็จในระดับชาติอย่างต่อเนื่องได้ ก็เพราะการนำรูปแบบสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาอันประกอบด้วย (1) การสร้างองค์ความรู้ (2) การเคลื่อนไหวสังคม และ (3) การผลักดันนโยบายมาใช้อย่างสมบูรณ์ทั้ง 3 องค์ประกอบ จึงเกิดพลังที่ก่อความเปลี่ยนแปลงให้เกิดเป็นจริง”

ภาพที่ 1 แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2564⁽²⁾



โดย ศจย. ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางด้านวิชาการเพื่อการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบของประเทศไทย โดยการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้และการวิจัย เพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึง การให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัย เพื่อสนับสนุนภาครัฐ และภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ ในสังคมไทย

เส้นทางสู่ความสำเร็จการควบคุมยาสูบของไทย

ความสำเร็จในการควบคุมยาสูบของประเทศไทย เริ่มต้น ตั้งแต่ชัยชนะในทางสุขภาพก่อนปี พ.ศ. 2535 ที่ GATT เสนอแนวทางการควบคุมยาสูบให้กับประเทศไทยจนนำไปสู่ การตรา 2 พระราชบัญญัติที่สำคัญ คือ พระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติ คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 จากนั้น ประเทศไทยได้ร่วมให้สัตยาบัน WHO FCTC เป็นประเทศ อันดับที่ 36 จาก 181 ประเทศที่ลงนาม โดยมีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 ซึ่งการเข้าร่วมเป็น สมาชิก WHO FCTC ถือเป็นแนวทางของการขับเคลื่อน

นโยบายและกฎหมายไทยในเรื่องการควบคุมยาสูบ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้เกิดความสำเร็จ ของการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและ สอดคล้องกับ WHO FCTC ในปี พ.ศ. 2551 องค์การ อนามัยโลกจึงได้พัฒนายุทธศาสตร์ “MPOWER” ขึ้นเพื่อเป็น เครื่องมือชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ สำหรับประเทศต่างๆ ขึ้น โดยประกอบด้วย 6 มาตรการ ดังนี้ (1) M: monitor tobacco use การพัฒนางานวิจัย และจัดการฐานข้อมูล (2) P: protect people from tobacco smoke สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ (3) O: offer help to quit tobacco use การสนับสนุนบริการ เลิกบุหรี่ (4) W: warn about the dangers of tobacco คำเตือนบนซองบุหรี่ และกิจกรรมรณรงค์ต่างๆ (5) E: enforce bans on tobacco advertising, promotion, and sponsorshipต่อต้านการโฆษณาต่างๆ และ (6) R: raise taxes on tobacco products การขึ้นภาษีบุหรี่ ตารางที่ 1 แสดงการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ตามหลัก MPOWER และอัตราการสูบบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ. 2544-2563

ตารางที่ 1 การดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทยตามหลัก MPOWER และอัตราการสูบบุหรี่ ในประเทศไทย พ.ศ. 2544-2563

ปี	MPOWER	อัตราการบริโภคยาสูบ (%)	การดำเนินงาน
2544	R	25.47	จัดตั้ง สสส. และเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ ในเดือนมีนาคม รัฐบาลมีมติให้ปรับภาษีสรรพสามิต บุหรี่จากอัตรา 71.5% เป็น 75%
2545	P, R		8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศกระทรวงฯ ให้ร้านอาหาร ที่ติดเครื่องปรับอากาศให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% มีการคัดค้านการแปรรูปโรงงานยาสูบ และเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 รัฐบาลมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จาก 75% เป็น 79%
2546	E, P		สสส. เริ่มทำงานกับ กรมควบคุมโรค ผลักดันโรงเรียนปลอดบุหรี่ระดับนโยบาย
2547	W, P	22.98	มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ครั้งแรกของประเทศไทย มีผลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 และเริ่มมีการรณรงค์ให้บ้านปลอดบุหรี่
2548	M, O, R		เข้าร่วมเป็นรัฐภาคี WHO FCTC และเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 รัฐบาลมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จาก 75% เป็น 79% มีการจัดตั้ง ศจย. และมีการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกปลอดบุหรี่ ณ ศูนย์ บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร 70 แห่ง
2549	P, W		กระทรวงสาธารณสุขมีการออกประกาศกระทรวงฯ ในหลายเรื่องอันได้แก่ เกี่ยวกับภาพ คำเตือนใหม่ จาก 6 ภาพเป็น 9 ภาพ มีการพิมพ์ข้อสารพิษและสารก่อมะเร็ง กำหนด ห้ามพิมพ์สรรพคุณบุหรี่ว่า รสอ่อน รสเบา ในบุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์และยาเส้น และ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มพื้นที่เขตปลอดบุหรี่
2550	P, R	21.22	รัฐบาลมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จาก 79% เป็นร้อยละ 80% และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 ประกาศเพิ่มเติมพื้นที่ปลอดบุหรี่ให้ร้านอาหารที่ติดเครื่องปรับอากาศปลอดบุหรี่ ทั้งหมด ตลาดต้องจัดพื้นที่สูบบุหรี่

ปี	MPOWER	อัตราการบริโภคยาสูบ (%)	การดำเนินงาน
2551	P		ผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขประกาศเพิ่มเติมให้ ผับ-บาร์ และตลาดปลอดบุหรี่ มีผลบังคับใช้ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551
2552	R, O	20.7	รัฐบาลมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จาก 80% เป็น 85% เริ่มให้บริการสายเลิกบุหรี่ (quit line 1600) ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2552
2553	P		มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 ประกาศให้พื้นที่ต่างๆ ปลอดบุหรี่ ทั้งหมด เช่น โรงพยาบาล โรงแรม หอพัก อะพาร์ตเมนต์ บริเวณโรงพักคอย และบริเวณทางเดินทั้งหมดในอาคารเป็นเขตปลอดบุหรี่ และมีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557
2554	P	21.4	เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการปรับปรุงและจัดทำร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบขึ้น และนำร่าง พ.ร.บ. เข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร และดำเนินการปรับปรุงจนร่าง พ.ร.บ. ได้รับการพิจารณาและเริ่มโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่
2555	R		รัฐบาลมีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จาก 85% เป็น 87% มติ ครม.วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2555 ตามมติสมัชชสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้กระทรวงการคลังห้ามธุรกิจยาสูบ ทำกิจกรรมภายใต้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคม
2556		19.94	เปิดตัวสมพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ซึ่งก่อตั้งขึ้น เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชน
2557	W	20.7	เพิ่มขนาดภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาเป็น 85% มีประกาศกระทรวงพาณิชย์ห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า
2558		19.9	มีคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ห้ามขายห้ามบริการบุหรี่ไฟฟ้า
2559	P, R		9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 คณะรัฐมนตรี มีมติขึ้นภาษีบุหรี่ จากร้อยละ 87 เป็นร้อยละ 90 และมีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2559-2562
2560	E	19.1	มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560
2563	P	17	ร่างแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570

สำหรับสถานการณ์ปัญหาเรื่องยาสูบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ประเทศไทยเข้าร่วมอยู่ในภูมิภาคนี้ด้วย มีรายงานจากองค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.6 ล้านคน นอกจากนี้ ภูมิภาคนี้ยังเป็นที่อยู่อาศัยของผู้สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 22 ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และเด็กกว่า 1 ใน 3 ของโลกที่มีอายุระหว่าง 13 ถึง 15 ปี (ร้อยละ 34 หรือ 14.8 ล้านคน) ที่ใช้ยาสูบในรูปแบบต่างๆ ก็อยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นี้ ภูมิภาคนี้ยังเป็นหนึ่งในผู้ผลิตและผู้บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบรายใหญ่ที่สุดด้วย อย่างเช่นประเทศอินโดนีเซีย เป็น 1 ใน 5 ผู้ผลิตยาสูบอันดับต้นๆ ของโลก⁽³⁾ และยังไม่ได้เข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากบริษัทยาสูบมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและการรับรู้ของสาธารณชนในประเทศอินโดนีเซีย⁽⁴⁾

สำหรับผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์ของประเทศไทย ตัวเลขจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปีพ.ศ. 2560

คนสูบบุหรี่ทั้งประเทศมีจำนวน 10.7 ล้านคน มีค่าใช้จ่ายซื้อบุหรี่เฉลี่ยต่อคน เดือนละ 728 บาท คิดเป็นต่อปีเท่ากับ 8,736 บาท ค่าใช้จ่ายซื้อบุหรี่ของคนสูบบุหรี่ทั้งประเทศต่อเดือน 7,772 ล้านบาท ต่อปี 93,268 ล้านบาท⁽⁵⁾ มีการศึกษามูลค่าต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากพฤติกรรมสูบบุหรี่ของประชากรในประเทศไทยและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์จากการได้รับควันบุหรี่มือสองจากบุคคลที่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์รวมที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องจากการสูบบุหรี่มีมูลค่าสูงถึง 101,000 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.65 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) หรือร้อยละ 17.41 ของมูลค่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับสุขภาพในประเทศ (CHE) หรือคิดเป็นมูลค่าประมาณ 1,900 บาทต่อประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 1 คน และเท่ากับ 9,900 บาทต่อนักสูบในปัจจุบัน 1 คน ซึ่งประเด็นที่น่าสนใจคือ กว่าร้อยละ 80 ของต้นทุนดังกล่าวเกิดกับกลุ่มผู้หญิงที่ไม่เคยสูบบุหรี่แต่อาศัยอยู่กับคนที่สูบบุหรี่ในบ้าน เมื่อเทียบกับรายได้จากภาษียาสูบที่

รายงานโดยกระทรวงการคลัง มีมูลค่า 68,603 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2560 และรายได้ที่นำส่งโดยโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง มีมูลค่า 8,927 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2557 มูลค่าความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่น่าจะมีมูลค่าสูงกว่ามูลค่าผลประโยชน์ที่รัฐได้รับอย่างชัดเจน⁽⁶⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องมีกลไกในการจัดการด้านยาสูบของไทยจึงได้มีการจัดตั้ง ศจย. มาเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนพลังทางปัญญา โดย ศจย. ได้ถูกจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญหลายประการ ดังนี้

(1) พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสนับสนุนงานวิจัย มีการบูรณาการแผนและประสานงานกับหน่วยงานวิจัยอื่น เพื่อพัฒนางานวิชาการที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งในเชิงนโยบาย ตลอดจนศึกษาผลลัพธ์และผลกระทบจากการบริโภคยาสูบในมิติด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ นำไปสู่การเผยแพร่ โดยเฉพาะที่สามารถใช้ในการผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

(2) ส่งเสริมผลของงานวิจัยและวิชาการเพื่อผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย (policy advocacy) จากการถอดบทเรียนและจัดการองค์ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ และดำเนินการให้มีการถ่ายทอดผ่านสื่ออย่างต่อเนื่อง (media advocacy) โดยเฉพาะข้อเสนอที่สามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับประเทศและนำไปสู่การรณรงค์กับภาคส่วนต่างๆ ในสังคม รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำรายงานผลและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานสากลตาม WHO FCTC

(3) พัฒนาระบบฐานข้อมูลงานวิจัย องค์ความรู้ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ (big data) รวมทั้งเป็นศูนย์กลางเผยแพร่ผลงานวิจัยและองค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ สื่อสารข้อมูลวิจัยต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ขับเคลื่อนทั้งระดับประเทศและระดับพื้นที่

(4) สร้างและพัฒนาเครือข่ายนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ เพื่อเชื่อมต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ใช้ข้อมูลความรู้ในระดับต่างๆ เพื่อสนับสนุนการควบคุมยาสูบ ตลอดจนการสร้างเสริมเข้มแข็งให้ชุมชนเพื่อสนับสนุนงานการควบคุมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

กว่า 15 ปี ในการดำเนินงานในด้านการควบคุมยาสูบของ ศจย. พิจารณาจากบทบาทที่สำคัญอาจแบ่งได้เป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2548-2551 ได้ดำเนินการวางระบบการเฝ้าระวังการควบคุมยาสูบของประเทศโดยการนำเสนอสถานการณ์การสูบบุหรี่ให้ทันสมัยและต่อเนื่อง ประมวลองค์ความรู้และสนับสนุนงานวิจัย ทั้งงานวิจัยมุ่งเป้าเพื่อใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย สนับสนุนงานวิจัยทั่วไปเพื่อพัฒนาศักยภาพนักวิชาการในสถาบันการศึกษานักวิจัย ทั้งระดับตำบล จังหวัด และนักวิจัยใหม่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการควบคุมยาสูบ

ระยะที่ 2 พ.ศ. 2552-2554 ได้ดำเนินการต่อเนื่องจากระยะที่หนึ่ง เน้นการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบายและเน้นการพัฒนาระบบประเมินผลการควบคุมยาสูบของประเทศตามแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ โดยจัดทำเป็นชุดดัชนีชี้วัดสำหรับการประเมินผลระดับประเทศและระดับจังหวัด การพัฒนาศักยภาพการประเมินผลระดับจังหวัดเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบที่ระดับจังหวัด และพัฒนานักวิจัยนโยบายด้วยการจัดตั้งกลุ่มศึกษานโยบายการควบคุมยาสูบจนเกิดกลุ่มแกนวิจัยระดับภูมิภาค (node) 6 กลุ่ม นอกจากนี้ ศจย. ยังได้สนับสนุนทางวิชาการให้กับภาคีควบคุมยาสูบ ในการพิจารณามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 ประเด็นมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ จนคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบตามมติสมัชชาสุขภาพแล้วตามที่สำนักงานสุขภาพแห่งชาติเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเมื่อวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2555

ระยะที่ 3 พ.ศ. 2555-2558 ได้ดำเนินการต่อเนื่องจากระยะที่สอง เน้นการพัฒนาศักยภาพงานวิจัยในด้านการควบคุมยาสูบระดับปฏิบัติการ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้กำหนดนโยบายระดับพื้นที่ (สสจ.) พัฒนาระบบการประเมินผลลัพธ์มาตรการระดับชาติและระดับพื้นที่ และวิเคราะห์หาช่องว่างการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทยตาม WHO FCTC และพัฒนาหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนให้เกิดการผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักวิจัยรวมทั้งจัดประชุมวิชาการระดับภาคเพื่อเชื่อมโยงเครือข่าย

นักวิจัยภาครัฐกับภาคประชาชน ริเริ่มการสนับสนุนชุดโครงการวิจัย โดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการ เครื่องมือสร้างการเรียนรู้ เพิ่มการสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและเข้าถึงง่าย รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลทางวิชาการสู่สาธารณะเพื่อให้มีการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ระยะที่ 4 พ.ศ. 2558-2561 ได้ดำเนินการการประเมินผลเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและวิจัยเชิงกลยุทธ์การขับเคลื่อนของภาคีเครือข่าย จัดทำคู่มือการดำเนินงานให้ได้ผลลัพธ์คุ้มค่าอย่างมีส่วนร่วมที่สังเคราะห์จากการวิจัยและบทเรียนจากผู้ปฏิบัติ ขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักวิจัยรวมทั้งพัฒนาระบบหรือกลไกการเชื่อมโยงเครือข่ายนักวิจัย/นักวิชาการในระดับชาติและพื้นที่กับภาคประชาชนในท้องถิ่น สนับสนุนทุนวิจัยให้แก่นักวิจัยท้องถิ่นและทำงานร่วมกับพื้นที่ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยพัฒนาและขับเคลื่อน เน้นการจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนซึ่งจะรวมถึงการสร้างให้ผู้ขับเคลื่อนเป็นส่วนหนึ่งของนักวิจัยหรือในโครงการวิจัย และเพิ่มการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังจะเชื่อมโยงงานวิจัยระหว่างประเทศไทย ประเทศเพื่อนบ้านและภูมิภาคอีกด้วย

ระยะที่ 5 พ.ศ. 2561-2564 ได้สร้างผลงานด้านการควบคุมยาสูบที่สำคัญ อันเป็นคุณูปการแก่ประเทศชาติอันได้แก่ ได้พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบสนับสนุนงานวิจัย มีการบูรณาการแผนและประสานงานกับหน่วยงานวิจัยและวิชาการอื่น ตลอดจนภาคีภาคประชาสังคมเพื่อพัฒนาและนำงานวิจัยและวิชาการไปใช้ประโยชน์ โดยมีการสร้างงานวิจัยที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งในเชิงนโยบาย ตลอดจนจนศึกษาผลลัพธ์และผลกระทบจากการบริโภคยาสูบในมิติด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ สังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบาย เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบรวมทั้งการเฝ้าระวังการแทรกแซงนโยบายของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นปัญหาด้านความเชื่อ ความเข้าใจของสังคม และสนับสนุนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้วยการสื่อสารผลงานวิชาการต่อสาธารณะ และกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้ผลงานในรูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและสะดวกในการเข้าถึง สร้างความเข้าใจในการควบคุมยาสูบด้วยงานวิชาการ ศจย. ระยะ 5 ภายได้

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้สร้างผลงานด้านการควบคุมยาสูบที่สำคัญอันเป็นคุณูปการแก่ประเทศชาติ ไม่ว่าจะเป็น (1) การสร้างและใช้งานวิจัยและวิชาการเพื่อการชี้แนะสาธารณะและผลักดันนโยบาย (2) การพัฒนาระบบการสำรวจระดับชาติในเรื่องสถานการณ์การบริโภคยาสูบ (3) การสร้างเครือข่ายนักวิจัยและนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบ (4) การพัฒนาหลักสูตรด้านการควบคุมยาสูบที่สำคัญ และ (5) การสร้างชุมชนเป็นฐานด้านการควบคุมยาสูบ โดยการทำงานวิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มีปัจจัยความสำเร็จในหลายประการ ดังนี้ คือ การมีทีมงานนักวิชาการและทีมสนับสนุนการทำงานที่เข้มแข็ง การมีพันธมิตรทางวิชาการทั้งหน้าเก่าและหน้าใหม่ที่สนใจในงานควบคุมยาสูบอย่างจริงจัง โดยพัฒนาศักยภาพนักวิจัยหน้าใหม่ขึ้นมาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการทำงาน และการชี้แนะสาธารณะที่เท่าทันต่อสถานการณ์ของสังคม เพื่อสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ในเรื่องการควบคุมยาสูบให้แก่ประชาชน การดำเนินงานตลอด 5 ระยะดังกล่าว การดำเนินงานด้านพลังทางปัญญาของ ศจย. ส่งผลให้เกิดการพัฒนา นโยบายและมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมยาสูบของไทยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย นโยบายการห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง กฎกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 วิจัยการเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชิกาเรตในต่างประเทศ การบังคับใช้กฎหมายสถานบันเทิงเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และประกาศกระทรวงเรื่องหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ชิกาเรต พ.ศ. 2561 เป็นต้น

ความท้าทายด้านการจัดการยาสูบของประเทศไทย

การควบคุมยาสูบที่ทำนายและต้องสร้างไปให้ถึงในอนาคต คือ การดำเนินการให้สอดคล้องตามเป้าหมายตามมติที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ (UN) ที่ตั้งเป้าระดับโลกไว้ว่าแต่ละประเทศควรลดการสูบบุหรี่ลงให้ได้ร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากมติดังกล่าวส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยควรมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 15 แทนที่จะเป็นร้อยละ 17.5

นอกจากนั้น ยังมีแนวคิด Tobacco End Game คือ แนวคิด การยุติการแพร่ระบาดของยาสูบและฉาบทันของอนาคต ที่โลกจะปลอดบุหรี่⁽⁷⁾ โดยมีวัตถุประสงค์ในการสร้าง “คนรุ่นปลอดบุหรี่” (smoke free generation) ขึ้น เพื่อการลดปริมาณการบริโภคบุหรี่หรือยาสูบให้เป็นศูนย์ โดยแนวคิดดังกล่าวเริ่มขึ้นในประเทศสิงคโปร์ ที่มีการเสนอ มาตรการในการกำหนดห้ามบุคคลที่เกิดหลังจากปีที่มีการ กำหนดให้เป็นคนรุ่นปลอดบุหรี่ที่กำหนดห้ามซื้อบุหรี่เพื่อ ทำการสูบ โดยแนวคิดดังกล่าวถูกนำเสนอขึ้นเมื่อประมาณ ช่วงปี พ.ศ. 2550 ซึ่งความสำเร็จของแนวคิดในการควบคุม ยาสูบ Tobacco End Game มีปัจจัยประกอบแวดล้อม หลากประการ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างความร่วมมือและ แนวทางให้เกิดในประชาคมสาธารณสุข ให้มีเป้าหมายใหญ่ ร่วมกันเพื่อการลดการบริโภคยาสูบ การสร้างความเชื่อมั่น ให้กับประชาชนเพื่อให้ประชาชนสนับสนุนการลด การแพร่ระบาดของยาสูบ และผู้กำหนดนโยบายต้องมีความกล้าหาญที่จะพร้อมรับความเสี่ยงทางการเมืองและการ แทรกแซงจากอุตสาหกรรมยาสูบ⁽⁸⁾ สำหรับประเทศไทย การควบคุมยาสูบที่ทำลายและต้องสร้างไปให้ถึงเป้าประสงค์ โดย (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมแห่งชาติ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565-2570⁽⁹⁾ การที่จะทำให้สังคมไทยเป็น “smoke free Thailand” หรือ “ประเทศไทยปลอดบุหรี่” ซึ่งการที่จะ ดำเนินการเพื่อให้ไปถึงเป้าหมายนี้ ดังนั้นประเทศไทยต้อง ดำเนินการกับทั้งผู้สูบบุหรี่เก่าและป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ต้องทำให้การสูบบุหรี่กลายเป็นเรื่องไม่ปกติ ลดอัตราการ สูบบุหรี่ ช่วยให้เลิกบุหรี่ และปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะเด็กๆ จากการผลกระทบของควันมือสอง ด้วยการสร้างนโยบายและกรอบกฎหมายที่มั่นคง เพื่อให้ ประชาชนมีชีวิตยืนยาวและมีสุขภาพที่ดี ซึ่งทิศทางในการ ควบคุมยาสูบในอนาคตของประเทศ คือ การดำเนินการ สร้างงานวิจัยเพื่อรองรับกับกรอบ WHO FCTC ให้มากที่สุด โดยในประเด็นที่ประเทศไทยยังไม่มีดำเนินการ ได้แก่ พัฒนากลไกและบังคับใช้ การป้องกันการแทรกแซงนโยบาย รัฐของอุตสาหกรรมยาสูบอย่างเป็นรูปธรรม ประเด็น ด้านมาตรการทางด้านราคาและภาษี ในกรณีปัญหา การลดราคาของอุตสาหกรรมยาสูบต่างชาติที่เกิดจาก การปรับโครงสร้างภาษี การไม่ปรับอัตราภาษี และปัญหา อัตราภาษียาเส้นยังคงต่ำ ทำให้เกิดการใช้ผลิตภัณฑ์

ทดแทน เสริมการบังคับใช้มาตรการคุ้มครองสุขภาพ ของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้เข้มแข็ง รวมถึงรณรงค์การห้ามสูบ บุหรี่ในบ้าน พัฒนาการควบคุมส่วนประกอบของบุหรี่ อันได้แก่ ห้ามการชูรสและเมนทอล และบุหรี่ปลอดการ เผาไหม้ การผลักดันยาเลิกบุหรี่เข้าสู่บัญชียาหลัก และสุดท้าย สมควรผลักดันให้ประเทศไทยเข้าร่วมพิธีสารว่าด้วยการจัด การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย ซึ่งถ้าตัดขาดการเข้าร่วม ให้ปฏิบัติให้สอดคล้องกับพิธีสาร มากที่สุด

นอกจากนั้น จากประเด็นความท้าทายที่ได้นำเสนอ จะเห็นได้ว่า การควบคุมยาสูบ จัดเป็นปัญหาการ สาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ เพื่อให้ การแก้ปัญหาและสามารถขับเคลื่อนงานควบคุมยาสูบ เป็นไปได้ด้วยดี สมควรนำแนวทางการประชุมส่งเสริมสุขภาพ ระดับโลก (Global Health Promotion Conference) ณ กรุงเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ ที่เสนอ “ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP) ในการ ขับเคลื่อน เพราะการควบคุมยาสูบไม่ใช่เพียงแค่พันธกิจ ของหน่วยงานภาคสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องอาศัยความร่วมมือ กับหน่วยงานทุกภาคส่วน เช่น กระทรวงศึกษาธิการในการ ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ กระทรวงพาณิชย์ในการสกัดกั้น การนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครอง ผู้บริโภคที่ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมายในการห้ามขาย ห้าม บริการบุหรี่ไฟฟ้า ตลอดจนมาตรการทางด้านภาษียาสูบ ที่ควรมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพและลดการเข้าถึง ของประชาชนต่อการบริโภคยาสูบ เป็นต้น

บทสรุป

การเป็นพลังทางปัญญาในการแก้ปัญหาการบริโภค ยาสูบในประเทศไทย เป็นภารกิจประการสำคัญที่ ศจย. ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง และตลอดกว่า 15 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานของ ศจย. ที่ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการควบคุม การบริโภคยาสูบในสังคมไทย ดังจะเห็นได้จากพฤติกรรม การบริโภคยาสูบของประชากรผู้สูบบุหรี่ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 32 ในปี พ.ศ. 2534 จนเหลือเพียงร้อยละ 19.10 ในปี พ.ศ. 2563 และคาดการณ์ ว่าจะลดลงเหลือ ร้อยละ 17.5 แต่เพื่อให้สอดคล้องตามมติ

ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยควรมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงเหลือร้อยละ 15 ของประชากรกลุ่มดังกล่าว ซึ่งหากไม่มีการดำเนินงานในการควบคุมยาสูบและลดพฤติกรรมในการบริโภคยาสูบอย่างจริงจังเช่นนี้ ก็จะมีผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคที่มีผลจากยาสูบสูงขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกปีละกว่า 20,000 ล้านบาท ในขณะที่การดำเนินงานของ สสส. ในการขับเคลื่อนภารกิจด้านการควบคุมยาสูบ ใช้งบประมาณไปเพียงปีละ 239.24 ล้านบาท (งบประมาณตามแผนควบคุมยาสูบ ประจำปี พ.ศ. 2562) เท่านั้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบและลดพฤติกรรม การบริโภคยาสูบของคนไทยที่ได้ร่วมดำเนินการกัน เป็นพันธมิตร/ภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญและมีคุณค่า

อย่างยิ่งต่อสังคมไทย และสามารถลดพฤติกรรมความเสี่ยง ที่นำไปสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีมูลค่าสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นหากประเทศไทยจะเดินไปสู่เป้าหมายที่จะทำให้ “ประเทศไทยปลอดบุหรี่” (smoke free Thailand) และสร้าง “คนรุ่นปลอดบุหรี่” (smoke free generation) ตามแนวคิด Tobacco End Game เกิดขึ้นจริง และบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ ศจย. จะต้องสานต่อภารกิจสำคัญในการดำเนินงานสร้างพลังทางปัญญาด้านการควบคุมยาสูบและการลดพฤติกรรม การบริโภคยาสูบของคนไทย ร่วมกับเครือข่ายในทุกภาคส่วนอย่างจริงจังและต่อเนื่องต่อไป ทั้งนี้เพื่อขับเคลื่อนให้ประเทศไทยไปสู่การเป็นสังคมปลอดบุหรี่ได้อย่างแท้จริงในอนาคตอันใกล้และเกิดความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. The Tobacco Atlas. Societal harms [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 15]. Available from: <https://tobaccoatlas.org/topic/societal-harms/>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
3. World Health Organization. Tobacco control in South-East Asia Region [internet]. 2021 [cited 2021 Apr 5]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/tobacco/tobacco-control-in-the-south-east-asia-region>
4. BMC Public Health, Why is tobacco control progress in Indonesia stalled? - a qualitative analysis of interviews with tobacco control experts [Internet]. 2021 [cited 2021 May 15]. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08640-6>
5. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ปี 2562. กรุงเทพมหานคร: สันทวีกิจพรินติ้ง; 2563.
6. Komonpaisarn T. Economic cost of tobacco smoking and secondhand smoke exposure at home in Thailand [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 2]. Available from: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2021/02/24/tobaccocontrol-2020-056147.full?ijkey=7uVhFRrKDtdtyw&keytype=ref>
7. McDaniel PA, Smith EA, Malone RE. The tobacco endgame: a qualitative review and synthesis. Tob Control [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 15];25:594-604. Available from: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/25/5/594>
8. Malone RE. The race to a tobacco endgame. Tob Control 2016;25(6):607-8.
9. คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ. แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมแห่งชาติ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2565 - 2570. นนทบุรี: กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ; 2565.

Intellectual Power and Challenges in Tobacco Control in Thailand

Ronnachai Kongsakon

Tobacco Control Research and Knowledge Center (TRC), Faculty of Medicine Ramathibodi, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

Tobacco Control Research and Knowledge Management (TRC) is established in October 2005, supported by the Thai Health Promotion Foundation. The main objective is to accomplish the development of an effective system and mechanism of tobacco consumption control on research and academic, or intellectual power, basis according to the triangle that moves the mountain strategy. This includes (1) knowledge creation (2) social movement and (3) pushing policies into action. All three factors have to work together and support each other to make a change to tobacco consumption control, not only for the health care unit but also for cooperation with all related parties. With this, TRC serves as an academic center for controlling, protecting, and solving problems concerning tobacco consumption in Thailand, in particular, the goals of Tobacco End Game: smoke free Thailand and smoke free generation. This leads to knowledge development and researches on tobacco control, information providing, and research funding for supporting public sectors and civil society in order to drive tobacco control for achieving the goals of all health policies in Thailand.

Keywords: Tobacco Control Research and Knowledge Center; intellectual power; triangle that moves the mountain; tobacco control

บทบาทภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนนโยบาย การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของไทย: กรณีศึกษา ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.)

นียดา เกียรติยิ่งอังคาสี¹, ยุพดี ศิริสินสุข²

¹ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

²สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 เป็นฉบับแรกของไทย ด้วยการใช้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวและทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาให้ความสำคัญกับสมดุลสามส่วน ได้แก่ การสร้างหรือจัดการองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวของสังคม และอำนาจรัฐ จากกรอบทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษานโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทยมักมุ่งเน้นวิเคราะห์ที่สาระของนโยบาย แต่ยังขาดการทำความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องและกระบวนการทางนโยบาย โดยเฉพาะบทบาทภาคประชาสังคมในการร่วมผลักดันให้เกิดนโยบาย การทำความเข้าใจดังกล่าวจะช่วยให้การจัดการทรัพยากรในหลายด้าน เพื่อสนับสนุนให้ประชาสังคมได้มีโอกาสสามารถทำงานเชิงนโยบายได้มากขึ้น บทความนี้เสนอบทบาทกรณีศึกษาของศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ซึ่งทำหน้าที่ทั้งด้านวิชาการและในฐานะตัวแทนภาคประชาสังคมที่ทำงานร่วมกับภาคีในการร่วมขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทยจนสำเร็จ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทำการศึกษาโดยการประมวลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาต่างๆ อธิบายกระบวนการทำงาน และวิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็งในการทำงานดังกล่าว สรุปผลสำคัญที่ได้พบว่า เครือข่ายประชาสังคมสามารถร่วมขับเคลื่อนนโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพโดยมีส่วนร่วมในรูปแบบต่างๆ เช่น การผลักดันนโยบาย ติดตามและมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการทดสอบการตกค้างยาปฏิชีวนะ (ยาต้านแบคทีเรีย) ในเนื้อสัตว์ การรณรงค์และสื่อสารสาธารณะ ให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มต่างๆ การทำงานขับเคลื่อนร่วมกับเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรในพื้นที่ ข้อดีของประชาสังคม คือ มีความตั้งใจมุ่งมั่น คล่องตัว เข้าถึงชุมชน แต่มีข้อจำกัด เช่น งบประมาณ อาจขาดการต่อเนื่อง เข้าไม่ถึงข้อมูล และการขาดองค์ความรู้ในบางกลุ่ม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการทำงานดังกล่าว

คำสำคัญ: นโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ; ประชาสังคม; การผลักดันนโยบาย; การมีส่วนร่วม; กพย.

บทนำ

ประเทศไทยประกาศใช้ยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย (พ.ศ. 2560-2564) ในปี พ.ศ. 2559⁽¹⁾ ซึ่งประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ยุทธศาสตร์ที่ 2 การควบคุมการกระจายยาต้าน-

จุลชีพในภาพรวมของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ยุทธศาสตร์ที่ 4 การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม

แก่ประชาชน และยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารและพัฒนา กลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน โดยที่ก่อนหน้าการมียุทธศาสตร์ประเทศไทยมีโครงสร้างและการจัดการด้านดื้อยาต้านจุลชีพบ้างแล้ว แต่ยังคงจัดกระจายขาดการทำงานแบบบูรณาการ ไม่มีทิศทางระดับประเทศที่ชัดเจน และขาดระบบประสานภาพรวม เมื่อปัญหาสถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก ร่วมกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก และการขับเคลื่อนทางนโยบายจากหลายส่วน จึงเกิดเป็นภาพรวมของประเทศในการจัดทำนโยบายที่ใช้หลักสุขภาพหนึ่งเดียว และแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา มีจุดหมายสำคัญที่สะท้อนบทบาททั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมในไทย และหน่วยงานระหว่างประเทศ^(2,3)

ทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาในการขับเคลื่อนนโยบาย และประเทศ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ยากให้เกิดขึ้นได้นั้น จำเป็นต้องเกิดความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ส่วน คือ การสร้างความรู้ที่เกี่ยวข้อง ความเคลื่อนไหวสังคม และอำนาจรัฐ ทั้งสามส่วนเข้ามาเชื่อมโยงกัน⁽⁴⁾ ซึ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ให้ความสำคัญกับบทบาทภาคประชาสังคม ในการทำงานการเคลื่อนไหวทางสังคม ด้วยการสนับสนุนภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมมาอย่างต่อเนื่อง และต่อมายังได้เสริมแนวคิดด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งต่อยอดบทบาทการสร้าง ความเข้มแข็งภาคประชาชน ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าประชาสังคมมีบทบาทในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับประเทศ ตามขั้นตอนการกำหนดนโยบาย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการศึกษา และผลักดันการก่อวาระ ส่วนร่วมในการพัฒนาร่างนโยบาย การขับเคลื่อนนโยบาย ระดมเครือข่าย ในการร่วมสร้างฉันทามติ และการเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบการดำเนินการตามนโยบาย

การศึกษานโยบายสาธารณะและนโยบายสุขภาพ มิได้หลายทฤษฎี ที่ได้รับการยอมรับ คือ การวิเคราะห์ 4 ด้าน⁽⁵⁾ ได้แก่ สารของนโยบาย (contents) ผู้มีส่วนได้เสีย (actors) กระบวนการทางนโยบาย (process) และบริบท (context) The south center (2020) จัดทำรายงานผลการ วิเคราะห์ บทบาทของภาคประชาสังคม (civil society organization: CSO) ในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ เช่น บุหรี่ การเข้าถึงยา ราคารายา การส่งเสริมนมแม่ และนำเสนอ

ตัวอย่างบทบาทด้านการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ⁽⁶⁾ พบว่ายังขาดการมีส่วนร่วมเท่าที่ควร เนื่องจากนโยบายด้านดื้อยาต้านจุลชีพมีความซับซ้อนเนื้อหายาก ประชาชนทั่วไปอาจไม่เข้าใจเพียงพอ ผลกระทบที่ไม่ได้ไม่เกิดทันที อีกด้านหนึ่งพบว่ายังขาดการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน และระบบรายงานที่ไม่สมบูรณ์ จึงขาดการรายงานสถิติผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง

บทบาทของภาคประชาสังคมต่อการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพให้เป็นหนึ่งในสามกิจกรรมหลัก ในกรอบแม่บทของการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของแอฟริกา (ค.ศ. 2018-2023) ซึ่งหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อของทวีปแอฟริกา (Africa CDC) ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อต้องการมีส่วนร่วมของประชาสังคม ซึ่งหน่วยงานด้านสาธารณสุขอาจยังไม่เห็นความสำคัญเรื่องนี้มากนัก ควรให้ความสำคัญมากขึ้น⁽⁷⁾ มีการศึกษาวิจัยบทบาทของประชาสังคมต่อนโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในทวีปแอฟริกา⁽⁸⁾ พบว่ามีบทบาทในระดับหนึ่งในการเข้าร่วมพัฒนานโยบาย และนำไปปฏิบัติ และมีบทบาทที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ได้มีการเสนอไว้แล้ว เช่น บทบาทช่วยเพิ่มการเฝ้าระวังสถานการณ์ ชะลอการเกิดเหตุฉุกเฉิน ควบคุมการแพร่ของดื้อยา จัดการกับอันตรายที่เกิดขึ้น แต่พบว่ามีบทบาทน้อยในเรื่องการติดตามประเมินผล

งานศึกษานโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย ได้มุ่งเน้นที่สาระของนโยบาย โดยการสะท้อนสถานการณ์ เสนอแนะกรอบทิศทางปฏิบัติการต่อนโยบายและกระบวนการจัดการ รวมถึงการศึกษาผลลัพธ์จากนโยบาย⁽⁹⁾ แต่ยังมีภาวะวิเคราะห์บทบาทของผู้เกี่ยวข้อง (actors) ไม่มากนัก โดยเฉพาะบทบาทภาคประชาสังคม ในการร่วมผลักดันให้เกิดนโยบาย ในขณะที่ประชาชนยังมีความรู้ไม่เพียงพอ ตระหนักถึงปัญหาความรุนแรงของการดื้อยาต้านจุลชีพน้อย มีความเชื่อที่ผิดในบางประเด็น และมีพฤติกรรมที่สุ่มเสี่ยงต่อการเกิดการดื้อยาต้านจุลชีพ⁽¹⁰⁾ การทำความเข้าใจบทบาทของภาคประชาสังคมต่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ เรียนรู้กระบวนการทำงาน สรุปเป็นบทเรียน จะช่วยยกระดับการทำงานเชิงนโยบายโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น

บทความนี้นำเสนอบทบาทของเครือข่ายประชาสังคม โดยใช้กรณีศึกษาศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ซึ่งทำหน้าที่ทั้งด้านวิชาการและในฐานะตัวแทนภาคประชาสังคม และเครือข่ายวิชาชีพต่างๆ ในการร่วมผลักดันขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายการต่อต้านจุลชีพของประเทศไทย โดยประมวลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาต่างๆ การได้รับการสนับสนุน อธิบายลักษณะของการทำงาน และวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง พร้อมทั้งพัฒนาข้อเสนอเพื่อเพิ่มบทบาทดังกล่าวให้เข้มแข็งขึ้น

การนำเสนอเนื้อเรื่องแบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ การขับเคลื่อนนโยบายการจัดการการต่อต้านจุลชีพของประเทศไทย บทบาทที่ผ่านมายของภาคประชาสังคม ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยากับงานขับเคลื่อนนโยบายต่อต้านจุลชีพ ปัจจัยความสำเร็จของงาน ความท้าทายที่ควรจัดการ และภาพอนาคตของงาน

การขับเคลื่อนนโยบายการจัดการการต่อต้านจุลชีพของประเทศไทย

หมุดหมายที่สำคัญในการพัฒนานโยบายการจัดการการต่อต้านจุลชีพ ประกอบด้วยสามประสาน คือ ภาครัฐ ภาคประชาสังคม และความร่วมมือกับนานาชาติในส่วภาครัฐ⁽²⁾ ได้จัดทำโครงการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (พ.ศ. 2514) จัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังเชื้อต่อต้านจุลชีพแห่งชาติ (พ.ศ. 2541) โครงการฉลาดใช้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic smart use, ASU) ในปี พ.ศ. 2550 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้เกี่ยวข้อง และโครงสร้างการจัดการ ของสองหน่วยงานหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบการแยกส่วนขาดการบูรณาการ จึงเกิดการประชุมร่วมสองกระทรวงนำไปสู่การจัดตั้งคณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการต่อต้านจุลชีพ (พ.ศ. 2558) จัดทำรายงานภูมิภาคของสถานการณ์และการจัดการการต่อต้านจุลชีพในประเทศไทย (พ.ศ. 2558) และต่อมาพัฒนาร่างแผนยุทธศาสตร์ ที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งงานนี้สอดคล้องกับกิจกรรมที่ภาคประชาสังคมร่วมรณรงค์ผ่านการสื่อสาร การให้ความรู้ การสำรวจสถานการณ์ในชุมชน (พ.ศ. 2518 - ปัจจุบัน) การทำกิจกรรมวันรณรงค์ตระหนักใช้ยาปฏิชีวนะ (พ.ศ. 2556 - ปัจจุบัน) การร่วมเครือข่ายเสนอวาระ

เข้าสู่สภาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558

การประสานร่วมมือกับต่างประเทศนำไปสู่การยอมรับบทบาท การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และทำงานวิชาการ เช่น ร่วมประกาศ Jaipur Declaration on AMR (2011) ประสานงานกับองค์การอนามัยโลก นำเสนอในที่ประชุม high level meeting ขององค์การสหประชาชาติ

บทบาทที่ผ่านมายของภาคประชาสังคม

บทบาทประชาสังคมในการขับเคลื่อนนโยบายการจัดการการต่อต้านจุลชีพในระดับนานาชาติมีหลายด้าน⁽⁶⁻⁸⁾ เช่น สะท้อนปัญหาของประชาชน ส่งเสริมการตระหนักรู้ของประชาชนถึงอันตรายของเชื้อต่อต้านจุลชีพ สะท้อนความต้องการอาหารที่ไม่มีการตกค้างยาปฏิชีวนะ รวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการใช้ยาปฏิชีวนะ การอบรมเผยแพร่ความรู้ และการเฝ้าระวังติดตามการทำงานตามนโยบาย

การขับเคลื่อนปัญหาการต่อต้านจุลชีพของประเทศไทยโดยภาคประชาสังคมพบว่ามีมายาวนาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 ในนามกลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.)⁽¹¹⁾ มีกิจกรรมรณรงค์ต่อมาเป็นระยะเน้นปัญหาปฏิบัติไม่เหมาะสม และการใช้ไม่ถูกต้องในชุมชน จนเมื่อเกิดการจัดตั้งแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา เมื่อ พ.ศ. 2551 ต่อมาปรับเป็นศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) จึงขยายบทบาทการทำงาน

เครือข่ายประชาสังคมส่วนอื่นๆ เพิ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเรื่องเชื้อต่อต้านจุลชีพอย่างเป็นทางการ โดยการประสานการทำงานกับ กพย. ตั้งเป้าหมายเพื่อกระตุ้นวาระทางสังคม ร่วมในการผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ เสริมสร้างความเข้มแข็งขยายเครือข่ายที่ตระหนักและร่วมทำงาน รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ สถานการณ์แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย และสังคมวงกว้าง

ลักษณะกิจกรรมมีความหลากหลาย จากด้านสาธารณสุข ด้านเกษตร (พืช สัตว์) สิ่งแวดล้อม การสะท้อนสถานการณ์การใช้และการปนเปื้อนยาปฏิชีวนะ และงานรณรงค์ (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิชีววิถี เครือข่ายผู้นำในการเฝ้าระวัง และจัดการปัญหาระบบยา (นพย.) รายงานการตกค้างยาปฏิชีวนะ และเชื้อดื้อยาในสิ่งแวดล้อมรอบๆ ฟาร์มขนาดใหญ่ (องค์กรพิทักษ์สัตว์แห่งโลก) การสื่อสารให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (มูลนิธิหมอชาวบ้าน

เครือข่ายอาหารปลอดภัยเชียงใหม่ ชมรมเภสัชชนบท โครงการเขียวสวยหอม เครือข่ายเกษตรพันธะสัญญา) มีการรวมกลุ่มกันเพื่อจัดทำกิจกรรมรณรงค์วันรู้รักษ์ตระหนักใช้ยาปฏิชีวนะทุกปี เช่น การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคีเอกชนและโรงเรียนในจังหวัดเชียงใหม่ และภาคราชการ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จังหวัดสระบุรี

ตัวอย่างการทำงานที่สำคัญ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคร่วมกับ กพย. ได้สำรวจการตกค้างของยาปฏิชีวนะในอาหารสำเร็จรูป และอาหารสด (หมู ไก่ ปลา) และจัดรณรงค์นำยาปฏิชีวนะออกจากอาหารของเรา⁽¹²⁾ ในกรณีขององค์กรพิทักษ์สัตว์แห่งโลก มีเป้าหมายส่วนหนึ่งในการพัฒนาสวัสดิภาพของสัตว์ฟาร์มในประเทศไทย เพื่อนำไปสู่ระบบอาหารที่ยั่งยืนและเป็นธรรม ผลการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการประชุมพบประเด็นร่วมของการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมในฟาร์มที่ทำให้ร้ายสุขภาพสัตว์จากความแออัดและปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม จึงเกิดโครงการศึกษาสำรวจสถานการณ์ และมีรายงาน “มัจจุราชดื้อยาแฝงในแหล่งน้ำใกล้ตัวคุณ” (silent superbugs killers in a river near you)⁽¹³⁾

อย่างไรก็ดี กิจกรรมยังมีความจำกัด ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากแต่ละองค์กรมีภารกิจประจำด้านอื่น ความซับซ้อนของปัญหาการดื้อยา ทำให้การขยายเครือข่ายยังไม่ได้เต็มที่ ขาดแคลนงบประมาณ การเข้าถึงข้อมูลวิชาการและสถานการณ์ และปัญหาขาดการยอมรับบทบาทจากภาครัฐ

ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยาภิงานขับเคลื่อนนโยบายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ

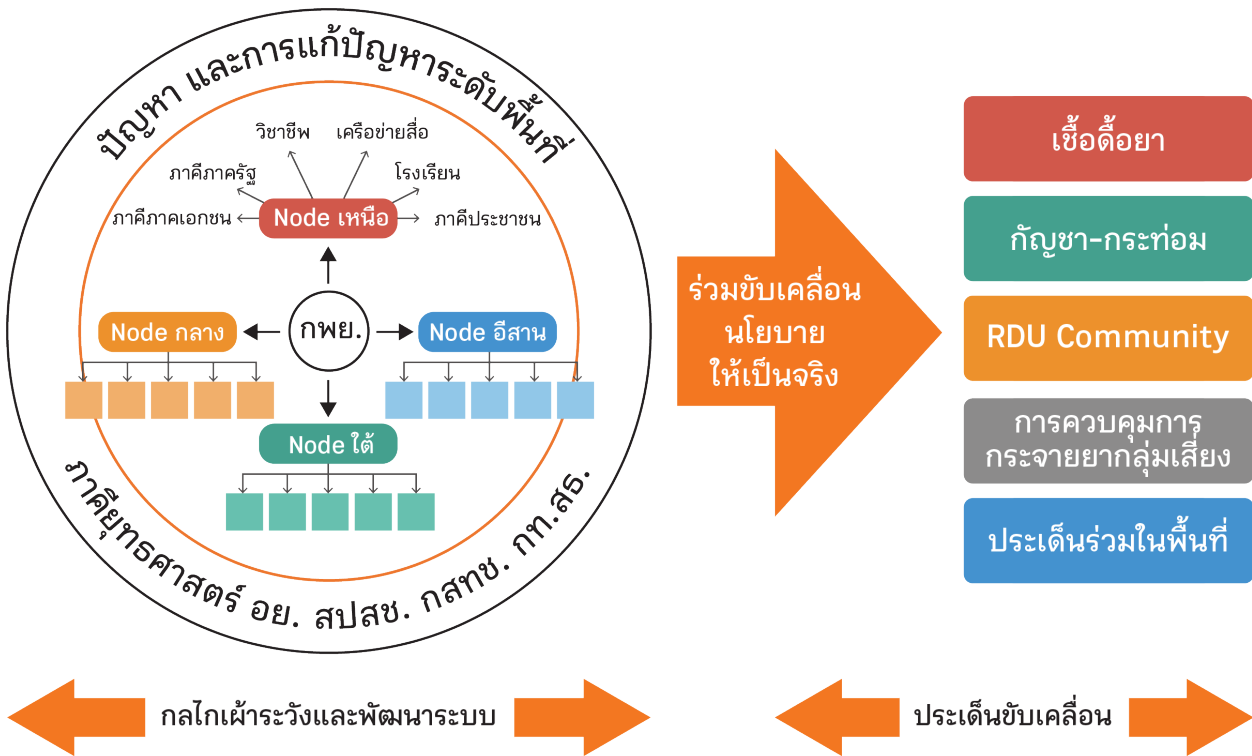
ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนรณรงค์นโยบายการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพมาอย่างต่อเนื่องและในหลายรูปแบบ เช่น การจัดกิจกรรมรณรงค์วันรู้รักษ์ตระหนักใช้ยาต้านแบคทีเรียครั้งแรกในไทยเมื่อปี พ.ศ. 2556 และร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สนับสนุนพื้นที่นำร่องในปฏิบัติการรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมใน 3 โรค (หวัด ท้องเสีย และบาดแผล) กรอบแนวคิดการทำงานเน้นกลไกเฝ้าระวังปัญหา ยา เพื่อนำไปสู่การส่งสัญญาณเตือนภัยสู่ชุมชนสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนนำไปสู่การพัฒนาเป็นนโยบายในระดับต่างๆ กิจกรรมหลักที่ทำได้แก่ การจัดตั้ง

คลังปัญญาาระบบยา จัดทำชุดข้อมูลวิชาการ วิจัย หรือ สนับสนุนการวิจัย การศึกษา การถอดบทเรียน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ข้อมูล และทำฐานข้อมูล การสร้างคน พัฒนา และจัดอบรมหลักสูตรพัฒนาผู้นำเครือข่ายในการเฝ้าระวัง และจัดการปัญหาาระบบยา (นพย.) หลักสูตรพิเศษเฉพาะด้าน หลักสูตรสำหรับเครือข่ายประชาสังคม ฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ เภสัชศาสตร์การพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยาด้วยภาคีเครือข่าย ทำการเฝ้าระวังจากพื้นที่ ในชุมชน ในสถานพยาบาล และระดับประเทศ ประสานข้อมูลเพื่อการแก้ไขสถานการณ์ ทั้งระดับพื้นที่และส่วนกลาง การสื่อสารสาธารณะ การผลิต ข้อมูลข่าวสาร องค์กรความรู้และส่งผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อสะท้อนปัญหาเพื่อการรณรงค์ และใช้ในการอบรมเผยแพร่ การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ นโยบายการเข้าถึงยา การจัดการราคา ยา และระบบทรัพย์สินทางปัญญา ร่างพระราชบัญญัติพืชยา (กระท่อม กัญชา) นโยบายการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ นโยบายการใช้ยาสมเหตุผล รวมถึงปัญหาการโฆษณาและส่งเสริมการขายยา การทบทวนทะเบียนตำรับยา และการกระจายยากกลุ่มอันตรายในชุมชน

ปัจจุบันได้มีการขยายเครือข่ายของภาคีทำงานจากเดิม ทำในระดับชุมชนหรือจังหวัด โดยต่อมาพัฒนาการเป็น เครือข่ายระดับภาค (node) ที่ชัดเจนขึ้น ประกอบด้วยภาคี วิชาการ วิชาชีพ เครือข่ายสื่อ เครือข่ายประชาสังคมด้านต่างๆ โรงเรียน และภาคีเอกชน ร่วมทำงานเป็นเครือข่ายในการช่วยเฝ้าระวัง ทำงานวิชาการ โดยรวมจัดตั้งได้ 4 ภาค ร่วมกันทำงานวิชาการ การเฝ้าระวังระบบยาและขับเคลื่อนนโยบาย ทั้งระดับภาคและระดับชาติ (ภาพที่ 1)

ในการทำงานขับเคลื่อนนโยบายการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ มีเป้าหมายในการสร้างระบบนิเวศที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การพัฒนา นโยบาย แบ่งลักษณะของกิจกรรมที่มีความเชื่อมโยงกัน ได้ 5 ลักษณะ ได้แก่ (1) การทำงานทางวิชาการ และตรวจสอบสถานการณ์ (2) การแสวงหา ผู้สนใจหรือทำงานที่เกี่ยวข้อง ในประเทศ และต่างประเทศ (3) การสื่อสารสาธารณะและรณรงค์แก่ชุมชนและในสังคมวงกว้าง รูปแบบการรณรงค์มีได้หลากหลาย (4) การเข้าร่วมพื้นที่ทางนโยบายและเสนอวาระทางนโยบาย (5) พัฒนากลไกเฝ้าระวังและจัดการปัญหาจากพื้นที่ ชุมชนและเครือข่าย เพื่อส่งสัญญาณแก่สังคมและแก่ฝ่ายนโยบาย รวมทั้งติดตามการทำงานตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 1 กลไกระดับภาคในการขับเคลื่อนงานระบบยาของ กพย.



สรุปผลลัพธ์การดำเนินงาน

การขับเคลื่อนนโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยภาคประชาสังคม มุ่งเน้นที่สถานการณ์และผลกระทบต่อประชาชนในระดับล่าง เพื่อสะท้อนสู่นโยบายระดับชาติ โดยมีหลักการเพียงการเป็นน้ำมันหล่อลื่น หรือส่วนเสริมภาครัฐ ผลลัพธ์พบว่าในระดับชาติเกิดยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งมียุทธศาสตร์ย่อยที่เกี่ยวข้องกับภาคประชาสังคมและประชาชนทั่วไป ระดับปฏิบัติการพบว่าสามารถขยายเครือข่ายประชาสังคม ที่ตระหนักร่วมกันทำงานขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้อง และสามารถขยายการเข้าถึงข่าวสารและความรู้ในกลุ่มประชาชนทั่วไปได้มาก เช่น กิจกรรมที่เข้าร่วมกับ สสส. ในปี พ.ศ. 2562 เข้าถึงประชาชน 9 ล้านคน และปี พ.ศ. 2563 เข้าถึงประชาชนมากกว่า 2 ล้านคน ขยายการเกิดความตื่นตัวเข้าใจเรื่องเชื้อดื้อยา ในประชากรหลายกลุ่ม นอกจากนี้ตัวแทนภาคประชาสังคมได้รับเชิญในคณะกรรมการระดับชาติ มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานวิชาการ ฝึกอบรมงานวิจัย งานวิชาการ ต่อเนื่อง

ปัจจัยความสำเร็จของงาน

ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การขับเคลื่อนนโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของไทยเกิดขึ้นได้ และดำเนินการไปได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม โดยมีปัจจัยด้านกระบวนการทำงาน 6 ด้าน ได้แก่

(1) การทำงานต่อเนื่องด้วยข้อมูลและการสื่อสารรณรงค์ ทั้งระดับพื้นที่ ระดับชาติ และนานาชาติ

กพย. ได้กำหนดปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เมื่อ พ.ศ. 2552 ด้วยการจัดทำวิพากษ์ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 ยาปฏิชีวนะ วิกฤติชาติ⁽¹⁴⁾ การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบยา พ.ศ. 2553⁽¹⁵⁾ เพื่อเป็นการนำข้อมูลสภาพปัญหา ส่งสู่สาธารณชน และหน่วยงานที่รับผิดชอบ จากจุดเริ่มต้นได้ทำกิจกรรมต่อเนื่องกว่า 10 ปี (ภาพที่ 2) การจัดงานวันรณรงค์ตระหนักรู้ด้านแบคทีเรีย เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2556 และทำต่อเนื่องทุกปี ในหัวเรื่องที่สอดคล้องกับสถานการณ์ พร้อมการทำจดหมายข่าววิพากษ์ประกอบงานทุกปีด้วยเช่นกัน เพื่อกระตุ้นความตระหนักและเผยแพร่ความรู้สู่สังคม

ภาพที่ 2 เส้นทางเดิน 10 ปี ของการขับเคลื่อนการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพโดย กพย. (พ.ศ. 2553-2563)



การต่อสู้ของ กพย. กับ เชื้อดื้อยา

ความเป็นมา

ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) เริ่มก่อตั้งครั้งแรกในชื่อ แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กย.) ในปี 2552 ได้ดำเนินการด้านระบบยาอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) มาจนถึงปัจจุบัน ปี 2563 ได้ดำเนินแผนงานสร้างเสริมความเข้มแข็งกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่ 5 ของการดำเนินงาน ตลอดความรณรงค์ที่ผ่านมา กพย. พยายามผลักดันและรณรงค์มาตลอดคือ "ปัญหาเชื้อดื้อยา" ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข 20 ปี ได้นำเสนอต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 วิกฤติการณ์เชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรียและการจัดการปัญหาอย่างบูรณาการ และมีส่วนร่วมในยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ.2560-2564

รูปแบบการรณรงค์

จัดทำโครงการ ฝึก เสาะ: แบคทีเรียตัวรัก กับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ทุ่มซ้ำจ๊อนโจหน้า กับโจหน้า จ.เชียงใหม่
 สื่อละครชุมชนกับไฟ: บ่อยโงะ กับชุมชนกับไฟ จ.เชียงใหม่
 กิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เรื่อง เชื้อดื้อยา ณ สถาบันไม่ว่างร่วมกับ บริษัทอินฟินิตี ซักกิต
 จัดทำเอกสารวิชาการใช้หนังสือ "กูโกไปเป็นหวัด" และ "กรจับต้องมือ" ในศูนย์พัฒนาเด็ก ร่วมกับ แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน (สสส.) ณ T-Park จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 FLASH MOB รณรงค์ใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดย สมพันธ์นิพนธ์ศึกษานพรัตนนาชาติแห่งประเทศไทย
 ศิลปิน CM Café เดินแบบและร้องเพลงเชื้อดื้อยา

การจัดกิจกรรม



ปี 2553
โครงการสานศิลป์ในป่าสวย.. เพื่อบุคลากรทางการแพทย์
โดย อาจารย์ปัญญา ไข่มุก

ปี 2554
โครงการประกวดสื่อสาธารณะ: ตลาดสีเขียวปฏิชีวนะ
โดยความร่วมมือระหว่างสมาคมภษ.นศ.นท.ภษ.นศ. และ สำนักงนกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ปี 2555
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ: นวัตกรรม Infographic สื่อสารสุขภาพ: Health Info+Graphic Workshop
ร่วมกับมูลนิธิสวนหวาน

ปี 2556
โครงการประกวดต้นกล้าสีเขียวปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
ร่วมกับสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)

ปี 2557
โครงการประกวดต้นกล้าสีเขียวปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
ร่วมกับสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)

ปี 2558
โครงการประกวดต้นกล้าสีเขียวปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
ร่วมกับสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)

ปี 2559
โครงการประกวดต้นกล้าสีเขียวปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
ร่วมกับสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)

ปี 2560
โครงการประกวดต้นกล้าสีเขียวปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
ร่วมกับสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)

ปี 2561
โครงการประกวดต้นกล้าสีเขียวปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
ร่วมกับสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)

ปี 2562
โครงการประกวดต้นกล้าสีเขียวปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
ร่วมกับสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)

ปี 2563
โครงการประกวดต้นกล้าสีเขียวปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
ร่วมกับสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)

ดาวน์โหลด: สื่อเชื้อดื้อยา



(2) การแสวงหาและขยายเครือข่ายร่วมงาน

เริ่มด้วยการวิเคราะห์ห่วงจรปัญหาเชื้อมือด้านจุลชีพในระบบใหญ่ และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง แล้วค้นหาเครือข่ายที่ทำงานในประเด็นใกล้เคียง มีศักยภาพในการสร้างความเข้าใจร่วมกัน หรือเครือข่ายที่มิงานเกี่ยวข้องโดยตรง โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลวิชาการ และร่วมกันพัฒนาความร่วมมือต่อเนื่อง มีลักษณะการทำงานที่ชัดเจน คือการทำงานร่วมกับภาคี เพื่อก่อให้เกิดเป็นเครือข่ายเรียนรู้ด้วยการถ่ายทอดชุดความรู้ สะท้อนสภาพปัญหา และเชิญชวนให้มีส่วนร่วม สนับสนุนการทำงาน

การทำงานแบบเป็นเครือข่าย และการสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการให้แก่ภาคประชาสังคม การแสวงหาเครือข่ายที่สนใจหรือทำงานเสริมงานกันได้ ตัวอย่างเช่น มูลนิธิชีววิถีทำงานด้านความมั่นคงด้านอาหาร เรื่องสารเคมีสารพิษ การเสริมความเข้าใจว่าการเกิดเชื้อมือด้านจุลชีพทำลายแหล่งอาหารจำนวนมาก ทำลายสิ่งแวดล้อม และยังทำลายสุขภาพของเกษตรกรผู้ผลิตและประชาชนผู้บริโภค เกิดเครือข่ายร่วมมือด้านเชื้อมือด้านจุลชีพกับระบบอาหาร และสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ กพย. ยังสร้างเครือข่ายจากทุกภาคส่วนเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ เครือข่ายประชาสังคม เครือข่าย

วิชาการ เครือข่ายยุทธศาสตร์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังแสดงในตารางที่ 1

**(3) แสวงหาพื้นที่ทางนโยบายเป็นเป้าหมายครึ่งทาง
สู่เป้าหมายหลัก: สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8**

สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยใช้ความรู้เป็นฐานการทำงาน และสร้างความสมานฉันท์ในสังคม มีการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมและเป็นระบบ เพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี และมีการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยช่องทางและวิธีการที่หลากหลาย⁽¹⁶⁾

กพย. และภาคี ร่วมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ด้วยกระบวนการทำงานสื่อสารหลายขั้นตอน งานวิชาการ การเตรียมความพร้อม เป็นเวทีการทำความเข้าใจกับพื้นที่ และเป็นช่องทางในการเสนอนโยบายจากล่างขึ้นบนจากประชาชนทั่วไป ต้องใช้กระบวนการหลายขั้นตอน กระบวนการเตรียมการล่วงหน้า ติดตามงานต่อเนื่อง งานข้อมูล ขยายงานวิชาการ สื่อสารกับชุมชน สื่อสารกับสาธารณะ ประสานนักวิชาการวิชาชีพ ทั้งในและต่างประเทศ ประสานส่วนราชการระดับปฏิบัติการและวิชาการ จนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8

ตารางที่ 1 รายชื่อเครือข่ายที่ร่วมกิจกรรมขับเคลื่อนนโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ

ก. เครือข่ายในประเทศ
<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มเครือข่ายประชากรเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ เครือข่ายผู้ป่วย เครือข่ายผู้บริโภค เครือข่ายเกษตร เครือข่ายพ่อแม่ เครือข่ายเด็ก เครือข่ายสื่อ และสื่อสารมวลชน 2. เครือข่ายเชิงประเด็น เช่น ภาคีจัดงานสัปดาห์รู้รักษ์ตระหนักใช้ยาต้านจุลชีพ เครือข่ายใช้ยาสมเหตุผล เครือข่ายส่งเสริมการอ่าน เครือข่ายอาหารปลอดภัย เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค 3. เครือข่ายเชิงพื้นที่ มี nodes ทั้ง 4 ภาค ที่รวมหลากหลายกลุ่มภาคี (โรงพยาบาลทุกระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ครู ประชาสังคม เกษตรกร และสื่อมวลชน) ประสานงานโดยคณะเภสัชศาสตร์ในแต่ละภาค 4. เครือข่ายวิชาการ วิชาชีพ เช่น เครือข่าย เภสัช นพย. ชมรมเภสัชชนบท คณะเภสัชศาสตร์ 5. เครือข่ายยุทธศาสตร์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ข. เครือข่ายนานาชาติ
<p>World Health Organization, South Center, ReAct, Third World Network, MORU, Health Action International Asia Pacific, ISIMUM, Antibiotic Resistance Coalition, World Animal Protection.</p>

มีมติเอกฉันท์ในวาระวิฤตการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยา และการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ⁽¹⁷⁾ ดังแสดงใน ตารางที่ 2 ซึ่งร่วมประสานการพัฒนาโดยภาคีรัฐ

(4) การใช้งานวิชาการและงานวิจัยเพื่อสร้างความตระหนักรู้ปัญหาเชื้อดื้อยาในสังคม

ก. การใช้หนังสือกุกโก่เป็นหวัดและกระจับท้องเสียในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก⁽¹⁸⁾

กพย. ร่วมกับแผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน สสส. และมูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน จัดทำโครงการความร่วมมืออ่านสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนหนังสือให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวม 1,049 แห่ง โดยใช้สื่อเป็นหนังสือนิทาน 2 เล่ม (ภาพที่ 3) ที่แต่งโดยอาจารย์ตูปอง (อ.เรืองศักดิ์ ปิ่นประทีป) เป็นเครื่องมือการสอน และดูแลส่งเสริมพฤติกรรมเด็ก โดยมีครูอ่านหนังสือให้เด็กฟัง การออกแบบกิจกรรมและสื่อส่งเสริมพฤติกรรมเด็กต่อยอดจากหนังสือ รวมถึงการให้เด็กยืมหนังสือกลับบ้านเพื่อให้ผู้ปกครองร่วมอ่านให้เด็กฟังเพิ่มเติมที่บ้าน

การประเมินโครงการดังกล่าวด้วยการส่งแบบสอบถาม โทรศัพท์ติดตาม และทำกรณีศึกษาวิธีการใช้หนังสือประกอบกิจกรรม ผลที่ได้พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงทาง

ด้านพฤติกรรมของเด็ก โดยคำคล้องจอง และรูปภาพประกอบสวยๆ จากหนังสือนิทาน ทำให้เด็กรู้สึกสนุก และติดตามเรื่องราวจากหนังสือได้ง่ายขึ้น เป็นหนังสือที่มีความโดดเด่นด้านเนื้อหา หนังสือเรื่องการเข้ายา หรือ การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัย ยังไม่ค่อยมีหนังสือช่วยปลูกฝังนิสัยเด็กเรื่องการรักษาความสะอาด การเข้ายา และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องการเข้ายาสำหรับเด็กเล็กที่ครูนำไปสื่อสารกับผู้ปกครองได้ง่าย ส่งผลต่อเด็ก 3 ลำดับแรก ดังนี้

- 1) ร้อยละ 29 เด็กเล็กมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามเนื้อหาที่อ่านจากหนังสือ
- 2) ร้อยละ 24 เด็กเล็กมีสมาธิ สนใจ จดจ่อและมีความสุขกับการเรียนรู้มากขึ้น
- 3) ร้อยละ 19 เด็กเล็กสนใจหนังสือและมีพฤติกรรมรักการอ่านมากขึ้น

ข. งานวิจัย “ผลการรักษาโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้นและภาวะท้องเสียฉับพลัน ในเด็กก่อนวัยเรียนเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ” ตีพิมพ์ในจดหมายเหตุทางแพทย์⁽¹⁹⁾

ตารางที่ 2 จังหวะก้าวของ กพย. ในการขับเคลื่อนสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 (พ.ศ. 2558)

ช่วงเวลา	กิจกรรม
ก่อน 2552 จนถึงปัจจุบัน	งานวิชาการร่วมกับต่างประเทศเช่น ทำโครงการทดลองรูปแบบ ร่วมนำเสนอ ประสพการณ์ ในการประชุมวิชาการ ร่วมในคณะทำงานพัฒนาข้อเสนอ ร่วมจัดงาน กับองค์กร เช่น WHO SEARO, ReAct, HAIAP, ARC, WAP และ TWN
2552	ยารักษา ปีที่ 1 ฉบับ 3 เชื้อดื้อยา วิฤตชาติ
2553-2554	สนับสนุนการทำงานโครงการ ASU ให้ขยายสู่พื้นที่ 17 จังหวัด 26 โครงการ
2554	รายงานสถานการณ์ระบบยา 2553: สถานการณ์เชื้อดื้อยาและปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะ
2556	Antibiotic Awareness Day ครั้งแรกของไทย ในประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะ ในเด็ก ASU Kids
2558	กพย. และภาคี เสนอสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 สื่อสารกับภาคีสมัชชาสุขภาพจังหวัด สื่อสารสาธารณะ
2559	มติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ นำส่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ คณะรัฐมนตรี (เมษายน พ.ศ. 2559) เพื่อทราบและมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสมตามอำนาจหน้าที่ โดยให้อยู่ในกรอบของกฎหมายและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องต่อไป

ภาพที่ 3 หนังสือกูกไก่เป็นหวัด และกระเจิบท้องเสีย



กพย. ได้สนับสนุนให้มีการศึกษาในเด็กเล็กก่อนวัยเรียน ที่ติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนต้น (209 ราย) และภาวะท้องเสียฉับพลัน (199 ราย) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะและไม่ได้รับยา ผลพบว่ายาปฏิชีวนะไม่ได้เกิดประโยชน์ทางคลินิกในโรคทั้งสองโรคในเด็กเล็ก งานวิจัยนี้สนับสนุนข้อเสนอของโครงการฉลาดใช้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic smart use) ว่าไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะในโรคสองโรคนี้ ซึ่งมักพบได้บ่อยในเด็กเล็ก และยืนยันนโยบายการควบคุมเพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค 3 โรค⁽³⁾

(5) การทำงานร่วมกับภาครัฐตั้งแต่เริ่มต้น

การที่ กพย. ได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมทำงานระดับปฏิบัติการในกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่เริ่มต้นแนวคิดการพัฒนานโยบาย และขยายไปสู่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมรณรงค์สื่อสารรณรงค์ร่วมกับหลายหน่วยงาน เพื่อสร้างบรรยากาศของความสำคัญและเป็นแรงกระตุ้น สนับสนุนให้ฝ่ายนโยบายเห็นความสำคัญ ขณะเดียวกันการสื่อสารในระหว่างทางทำให้ลดความขัดแย้ง เพราะมีการทำงานในเรื่องความคิด การเตรียมทางเลือก การจัดการ การทำงานจึงเกิดความสอดคล้องของกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบหลัก การได้เข้าร่วมในคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้นได้สะท้อนปัญหาและข้อเสนอจากภาคประชาสังคมอย่างต่อเนื่อง เกิดการสื่อสารสองทาง ภาคีเครือข่ายมีโอกาสเข้าร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอ

(6) การสนับสนุนจาก สสส.

สสส. มีส่วนช่วยสนับสนุนงานรณรงค์เรื่องปัญหาเชื้อดื้อยาและการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยภาพรวมและโดยเฉพาะเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน การสนับสนุนมีหลายด้าน ด้านแรกคือการสนับสนุนงบประมาณเพราะจุดอ่อนส่วนหนึ่งของหน่วยงานประชาสังคม คือ การมีงบประมาณที่จำกัด ผลการสนับสนุนทำให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรม และทำได้หลายรูปแบบ เช่น การรณรงค์ รวมไปถึงการสร้าง ความเข้มแข็งของชุมชนด้วย ด้านที่สอง การที่ สสส. ร่วมกับ กพย. จัดโครงการรณรงค์สื่อสารสังคม ในปี พ.ศ. 2562 เรื่อง “เทรนดใหม่ เป็นหวัดเจ็บคอ เช็กให้ชัดว่าเป็นไวรัสหรือแบคทีเรีย จะได้ไม่เกิดเชื้อดื้อยา” ผลการประเมินพบว่าเข้าถึงประชาชนผู้รับสารได้กว่า 9 ล้านคน และเพิ่มความตระหนักในเรื่องนี้ได้มาก เสริมการรณรงค์ประจำปี และการทำงานระดับพื้นที่ ด้านที่สาม การมีภาคีเครือข่าย ที่ทำงานร่วมกับ สสส. ทำให้เกิดการร่วมแลกเปลี่ยน ข้อมูล เกิดการขยายความเข้าใจประเด็นได้ภาคีของ สสส. และการมาร่วมโครงการหรือกิจกรรมในอนาคต ด้านที่สี่ การใช้ ศูนย์เรียนรู้ของ สสส. เป็นพื้นที่เผยแพร่ ชุมนิทรรศการ ชุดข้อมูล ชุดความรู้สู่ประชาชนในวงกว้าง ทั้งที่มาเยี่ยมชมศูนย์เรียนรู้ และผ่านทางสื่อออนไลน์

ความท้าทายที่ควรจัดการ

เรื่องเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นเรื่องที่ซับซ้อน เข้าใจยาก และไม่ได้เห็นผลกระทบในทันที จึงมีความยากลำบากในการสื่อสารให้ประชาชนได้เข้าใจผลกระทบ นอกจากนี้ปัจจัยเรื่ององค์ความรู้ความเข้าใจ และมีประเด็นทัศนคติ และพฤติกรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยหลายมิติ การจัดการจึงต้องอาศัยการประมวลทั้งทางหลักฐานวิทยาศาสตร์ การใช้มิติทางกฎหมาย และความเข้าใจทางสังคมศาสตร์ และมานุษยวิทยาของพฤติกรรมการใช้ยาของทั้งบุคลากรสายสุขภาพ และประชาชน ในด้านต่างๆ ทั้งการสั่งจ่ายยาใช้เอง ใช้ในการเกษตร และสัตว์เลี้ยง

มีรายงานการสำรวจสำมะโนของสำนักงานสถิติ พบว่าประชาชนทั่วไปยังขาดความตระหนักรู้และรอบรู้ด้านของภาคประชาชนต่อเรื่องสุขภาวะ และการดูแลการป้องกันตนเอง การใช้ยาปฏิชีวนะ ผลการสำรวจ สองรอบ พ.ศ. 2560⁽²⁰⁾ และ พ.ศ. 2562⁽²¹⁾ พบว่าประชาชนไทยมีความรู้ค่อนข้างต่ำ เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมและเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพ (ตามเกณฑ์ที่กำหนด) ในปี พ.ศ. 2560 มีเพียงร้อยละ 23.7 และไม่มี การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน คือ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.3 ในปี พ.ศ. 2562 นอกจากนี้ การสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมที่เสี่ยงต่อการเกิดเชื่อดื้อยา พบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม⁽¹⁰⁾ เช่น เคยไปซื้อยาแก้อักเสบ (ยาปฏิชีวนะ) มากินเอง⁽²²⁾ และหยุดกินยาปฏิชีวนะเมื่ออาการดีขึ้น⁽²³⁾ จึงเป็นเรื่องท้าทายว่าจะมีแผนการใดที่จะสามารถยกระดับความรู้ความเข้าใจได้ตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 20 เมื่อสิ้นสุดแผนในปี พ.ศ. 2564) และภาคประชาสังคมจะมีบทบาทอย่างไรในการช่วยงานครั้งนี้ ในลักษณะบูรณาการ

การพัฒนาเริ่มต้นจากเด็ก จะทำอย่างไรที่นำประเด็นเชื่อดื้อยา และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเข้าสู่ระบบการศึกษา ทั้งในระบบทางการและระบบไม่เป็นทางการ รวมถึงแผนสื่อสาร ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการขยายผลจากประสบการณ์การผลิตหนังสือสำหรับเด็กสู่ชุดความรู้ ในช่วงวัยต่างๆ จะสามารถช่วยเสริมได้เพียงใด ที่สำคัญการพัฒนาแหล่งข้อมูลที่ต้องชัดเจนยอมรับได้ของประเทศ ทั้งเกี่ยวกับยาและสถานการณ์ต่างๆ ที่มีความถูกต้องของประเทศที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชน

การประเมินผลงานการทำงานรณรงค์ในทางปฏิบัติ จะทำได้อย่างไร ที่สามารถอธิบายผลได้ชัดเจน งานทดลองรูปแบบในพื้นที่ เมื่อสำเร็จและจะนำไปสู่การขยายผลสู่ระดับใหญ่ขึ้น ในระดับภาค และระดับประเทศได้อย่างไร บทบาทของภาคประชาสังคมในการสะท้อนสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง เป็นระบบจะเสริมข้อมูลทางวิชาการได้อย่างไร

ภาคประชาสังคมจะมีบทบาทเฝ้าระวังและติดตามรวมถึงมีส่วนร่วมขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์อื่น นอกเหนือจากยุทธศาสตร์ที่ 5 ได้อย่างไร อาจต้องมีการศึกษาวางกรอบบทบาทของภาคประชาสังคมต่อการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพทั้งระบบ เหมือนที่มีการพัฒนาในทวีปแอฟริกา⁽⁷⁾ แนวคิดเบื้องต้นที่ควรคำนึงถึง เช่น

- การร่วมเฝ้าระวังการกระจายยาปฏิชีวนะในชุมชน ที่เป็นการผิดกฎหมาย ในยุทธศาสตร์ที่ 2
- การช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรสายสุขภาพในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ ในยุทธศาสตร์ที่ 3
- ในการจัดการเรื่องผลกระทบของเชื่อดื้อยาต้านจุลชีพต่อสิ่งแวดล้อม และระบบอาหาร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ในยุทธศาสตร์ที่ 4

ประชาสังคมมีบทบาทมีภารกิจในการพัฒนาสังคม ช่วยพัฒนาประเทศ เรื่องนโยบายสุขภาพ รวมถึงเรื่องนโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ และหน่วยงานระหว่างประเทศอื่น⁽⁶⁻⁸⁾ จึงมีความสำคัญที่รัฐบาลไทย จะตระหนักและสนับสนุนบทบาทในด้านนี้อย่างเต็มที่ การจัดฝึกอบรมเพิ่มความเข้มแข็งในด้านที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนเพื่อการทำงาน การสื่อสาร ชุดความรู้สู่ประชาชน ภาคีและ สสส. จะมีส่วนสำคัญต่อการสื่อสารต่อภาครัฐบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น และมาลงทุนสนับสนุนภาคประชาสังคมให้มีบทบาทในการร่วมขับเคลื่อนที่มากกว่านี้และอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเรียนรู้จากการทำงานในยุทธศาสตร์ย่อยที่ 5 การส่งเสริมความรู้เรื่องเชื่อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน พบว่าในการทำงานของเจ้าภาพร่วม เจ้าภาพหลักภาครัฐ ยังไม่ชัดเจน มีความล่าช้า บทบาทภาคประชาสังคมจะเข้าไปมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการปฏิบัติตามนโยบาย ได้อย่างไรบ้าง รวมถึงตลอดถึง

การบูรณาการ ทั้งภายในและข้ามกระทรวง การปรับระบบโครงสร้างระบบราชการที่ขาดความยืดหยุ่น เพื่อให้มีหน่วยประสานงานกลางที่ “จิวแต่แจ้ว”

ภาพอนาคตของงาน

ข้อเสนอต่อเป้าหมายและทิศทางการทำงานการขับเคลื่อนปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและสนับสนุนการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลในระยะต่อไป แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่

(1) **ภาครัฐ** นอกจากหน้าที่หลักในการทำงานตามนโยบาย งานประจำ รวมทั้งงานเชิงโครงสร้างการจัดการที่ต้องบูรณาการให้ชัดเจนแล้ว มีงานที่เกี่ยวข้องกับภาคประชาสังคมที่ควรคำนึงถึง โดย

ก. ตระหนักถึงบทบาทของประชาสังคมในการร่วมขับเคลื่อนและปฏิบัติการทางนโยบาย

ข. สนับสนุนภาคประชาสังคมทั้งด้านงบประมาณ และวิชาการ ในการให้มาร่วมทำงาน

(2) **ภาคประชาสังคม** ภาคประชาสังคมได้เข้าไปมีส่วนร่วมขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อเสริมความเป็นบูรณาการการมีหน่วยประสานงานกลางที่คล่องตัวและเชื่อมต่อผู้เกี่ยวข้องได้ชัดเจนขึ้น ทำงานให้เข้าสู่ระบบปกติของหน่วยงานรับผิดชอบ การนำเข้าสู่โรงเรียน การจัดการเรียนการสอน ที่หลากหลาย ทางเลือกกิจกรรม ประเด็นใหม่ๆ คือ การทำความเข้าใจ เรื่อง จุลินทรีย์ในร่าง การมนุษย์ในสิ่งแวดล้อม และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อระบบอาหารของโลก และสุขภาพของผู้ป่วย

ก. มีแกนหลักร่วมผลักดันอย่างต่อเนื่องกับภาคียุทธศาสตร์อื่น โดยเฉพาะการร่วมผลักดันแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย ระยะที่สอง

ข. มีหน่วยประสานงานภาคประชาสังคมเพื่อการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ในการเฝ้าระวังการทำงานด้านนโยบาย สถานการณ์ใหม่ๆ และสนับสนุนข้อมูลสำคัญๆ แก่เครือข่ายที่ชัดเจนขึ้น และคอยกระตุ้นสังคมเป็นระยะการติดตามความก้าวหน้าในประเด็นที่เกี่ยวข้อง และประสานต่างประเทศ การเร่งสร้างความเข้มแข็ง ความเข้าใจ ของเครือข่ายประชาสังคม ต่อความสำคัญของเชื้อดื้อยาต้าน

จุลชีพ เพื่อขยายฐานการทำงานให้กว้างขวางขึ้น ด้วยการใช้อิทธิพลจากการทำงาน โดยเฉพาะการเฝ้าระวังติดตามและกระตุ้นความตื่นตัว รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานของภาครัฐ และผลกระทบอื่นๆ ในพื้นที่เป้าหมาย

ค. ยกกระตือรือร้นบทบาทภาคประชาสังคมให้ชัดเจนขึ้น ด้วยการประสานให้มีตัวแทนภาคประชาสังคมที่หลากหลาย เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมทำงานและขับเคลื่อน ให้เป็นที่ยอมรับของภาครัฐโดยต้องเพิ่มศักยภาพทั้งด้านเทคนิคและกระบวนการ

ง. การสื่อสารสาธารณะร่วมกับทุกเครือข่าย เพื่อสร้างความตระหนักรู้และความรอบรู้ในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล ความแข็งแกร่งและความหลากหลายของเครือข่ายจะเป็นพลังขับเคลื่อนในลักษณะของเครือข่ายร่วมสร้างสื่อสำหรับการสื่อสาร เป็นช่องทางสื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

สรุป

ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ในการทำงานเป็นภาคประชาสังคม และภาควิชาการที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้มีบทบาทในการร่วมกันผลักดันขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ฉบับแรกของประเทศไทย และได้รับการยอมรับให้ร่วมเป็นกรรมการนโยบายระดับชาติ แต่บทบาทของประชาสังคมโดยรวมในการร่วมขับเคลื่อนอาจยังมีข้อจำกัดหลายประการ ด้วยความซับซ้อนของเนื้อหายากต่อการทำความเข้าใจ การสื่อสารและภารกิจขององค์กร การทำงานเฝ้าระวังและผลักดันให้นโยบายอาจยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ด้านที่ 5 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายนี้ ทั้งจากการสนับสนุนงบประมาณ การทำการรณรงค์ระดับกว้าง และการที่มีภาคีมาร่วมจากหลากหลายสำนัก ทำให้เกิดความตื่นตัวในประชาชนได้มากพอสมควร สิ่งถัดไป คือ การยังคงความตื่นตัว และเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนต่อเรื่องนี้ให้มากขึ้น และเกิดความต่อเนื่องของการทำงานบูรณาการของหน่วยงานต่อไป ในนโยบายระยะถัดไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการต่อต้านจุลชีพ. แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/AMR/O1.pdf>
2. Sumpradit N, Wongkongkathep S, Poolpolsup S, Janejai N, Praveenkittiporn W, Boonyarit P, et al. New chapter in tackling antimicrobial resistance in Thailand. *BMJ* 2017;358:j2423.
3. Sumpradit N, Chongkratul P, Anuwong K, Poomthong S, Kongsomboon K, Butdeemee P, et al. Antibiotics smart use: a workable model for promoting the rational use of medicines in Thailand. *Bull World Health Organ* 2012;90:905-13.
4. Suvetwethin D. ทฤษฎีสถิตยศาสตร์และเภสัชวิทยา สร้างจุดเปลี่ยนพัฒนาประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/Content/34866-ทฤษฎีสถิตยศาสตร์และเภสัชวิทยา%20สร้างจุดเปลี่ยนพัฒนาประเทศ%20.html>
5. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994;9:353-70.
6. Portillo MA. How civil society action can contribute to combating antimicrobial resistance [Internet]. 2020. [Cited 2021 May 20]. Available from: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/12/RP-126.pdf>
7. Africa Centres for Disease Control and Prevention. Concept note: Africa CDC antimicrobial resistance civil society organization engagement workshop; 2018 [Internet]. [cited 2021 May 20]. Available from: <https://www.icenecdev.org/africa-cso-framework.pdf>
8. Fraser JL, Alimi YH, Varma JK, Muraya T, Kujinka T, Carter VK, et al. Antimicrobial resistance control efforts in Africa: a survey of the role of civil society organisation. *Global Health Action* 2021;14:1868055.
9. Sommanustweechai A, Tangcharoensathien V, Malathum K, Sumpradit N, Kiatying-Angsulee N, Janejai N, et al. Implementing national strategies on antimicrobial resistance in Thailand: potential challenges and solutions. *Short Communication. Public Health* 2018;157:142-6.
10. นียดา เกียรติยิ่งอังคัลลี, ยุพดี ศิริสินสุข, วิมล สุวรรณเกศวงษ์, สุนทรี ท ชัยสัมฤทธิ์โชค, สมหญิง พุ่มทอง, ฟ้าใส จันท์จากรุณณ์, และคณะ. บทที่ 6 การขยายยา. ใน: วิชัย โชควิวัฒน์ บรรณาธิการ. ระบบยาของประเทศไทย 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธารุณการพิมพ์; 2563. หน้า 259-324.
11. อภิญา ตันทวิวงศ์. เขย่าสังคมด้วย “ปัญหา”: พลิกประวัติศาสตร์ 4 ทศวรรษ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา; 2561.
12. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. เอยาปฏิชีวนะออกจากอาหารของเรา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.consumerthai.org/consumers-news/ffc-news/561-590302.html>
13. องค์การพิทักษ์สัตว์แห่งโลก. พบมดตยูดื้อยาในแหล่งน้ำใกล้ฟาร์มสัตว์อุตสาหกรรมที่ไร้สวัสดิภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 20 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.worldanimalprotection.or.th/Deadly-superbugs-found-in-waterways%20>
14. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา. ยาวิพากษ์: ยาปฏิชีวนะ วิฤติชาติ. กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
15. นียดา เกียรติยิ่งอังคัลลี, นุศราพร เกษสมบุญ, อุษาวดี มาลีวงศ์, บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์ระบบยา ประจำปี 2553 สถานการณ์เชื้อดื้อยาและปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะ. กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์; 2554.
16. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/1947>
17. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารหลัก สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 วาระ วิฤติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยา และการจัดการปัญหาแบบบูรณาการ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaidrugwatch.org/blog/wp-content/uploads/2015/12/เอกสารหลัก-หลัก1.pdf>

18. แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน สสส. การใช้หนังสือก๊อปปี้เป็นหวัดและกระเจิบท้องเสียในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้โครงการความร่วมมืออ่านสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานผลการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
19. Vandepitte WP, Ponthong R, Srisarang S. Treatment outcomes of the uncomplicated upper respiratory tract infection and acute diarrhea in preschool children comparing those with and without antibiotic prescription. *J Med Assoc Thai* 2015;98:974-84.
20. Chanvatik S, Kosiyaporn H, Lekagul A, Kaewhankhaeng W, Vongmongkol V, Thunyahon A, et al. Knowledge and use of antibiotics in Thailand: A 2017 national household survey. *PLOS ONE* [Internet] 2019 [cited 2021 May 20];14(8):e0220990. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220990>
21. สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้และความตระหนัก เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมและเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประชาชนในประเทศไทย: ผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562. Technical Brief. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส; 2563.
22. ธิติมา เฟิงสุภาพ, ชินวัจน์ แสงอังคมาลี. ผลการศึกษา 10 พฤติกรรมที่มีส่วนทำให้เชื้อดื้อยาของคนไทย. *ยาวิพากษ์* 2560;9:8-10.
23. ธิติมา เฟิงสุภาพ, ชินวัจน์ แสงอังคมาลี. 5 พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดเชื้อดื้อยา. *ยาวิพากษ์* 2561;10:19-22.

Antimicrobial Resistance Policy Advocacy in Thailand: Role of Drug System Monitoring and Development Center as Case Study of Civil Society

Niyada Kiatying-Angsulee¹, Yupadee Sirisinsuk²

¹Drug System Monitoring and Development Center, Social Research Institute
Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

²National Health Security Office, Bangkok, Thailand

Abstract

Thailand national strategic plan on antimicrobial resistance 2017-2021 is the first AMR policy of the country. It has one health approach with the concept of “triangle that move the mountain” through the balance of knowledge generation and management, social movement and political will. The studies on antimicrobial resistance policy emphasized on policy contents rather than actors’ roles and policy process. Acknowledgement of civil society roles in policy advocacy may facilitate engagement of civil society in policy process both financially and technically. This article aimed to elaborate roles of civil society by using case study of Drug System Monitoring and Development Center (DMDC.) involved in the process of policy formation and implementation. The study included three parts: collation and explanation of activities performed by DMDC and civil society network, analysis of strengths and weaknesses, and proposal for improvement. We found that civil society played significance roles in antimicrobial resistance policy processes. These include networking, testing of antibiotic residue in meat, campaigning, training, and public communication. Strengths consist of commitment, flexibility, and community focus. Weaknesses involved lack of financial support, non-continuity, lack of enough technical knowledge in some groups, as well as less access to data and information. Thai Health has significance role in encouraging engagement and empowerment of civil society. Government should consider continuous support civil society roles in policy process in term of financial and technical.

Keywords: antimicrobial resistance policy; civil society; policy advocacy; engagement; Drug System Monitoring and Development Center

บทบาทของศูนย์วิชาการด้านกิจกรรมทางกาย กับการสนับสนุนข้อมูลเพื่อออกแบบนโยบาย ด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, ณัฐพร นิลวัฒนา, อับดุล อุ่รอไฟ, นันทวัน ป้อมคำย, อัญญารัตน์ คณะวาปี
ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกายทั้งในระดับสากลและระดับชาติให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาวิชาการที่น่าเชื่อถือสำหรับประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและบรรยายถึงบทบาทของศูนย์วิชาการด้านกิจกรรมทางกายในฐานะเป็นหนึ่งในระบบสนับสนุนข้อมูลเพื่อออกแบบนโยบายด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของภาคี สสส. ที่ทำงานด้านกิจกรรมทางกายในมิติต่างๆ ทั้งที่เป็นภาคีเชิงนโยบาย ภาคีภาควิชาการ และภาคีภาคประชาสังคม โดยในปัจจุบันมีศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) ทำหน้าที่สนับสนุนข้อมูลเพื่อตอบเป้าหมายระดับชาติและทิศทางการทำงานของ สสส. เพื่อให้เกิดนโยบายที่สนับสนุนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของกลุ่มเป้าหมาย ตอบเป้าหมายระดับแผนเรื่องการมีฐานข้อมูลเพื่อนโยบายสาธารณะ และด้วยกิจกรรมของโครงการที่ดำเนินงานกับประชาชนในพื้นที่โดยตรง จึงทำให้มีส่วนช่วยในเรื่องการสร้างการรับรู้ และความเข้าใจต่อกิจกรรมทางกาย การมีฐานข้อมูลที่เป็นระบบของศูนย์ฯ สามารถนำมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ได้อย่างทันทั่วทั้ง และสามารถพัฒนาเครือข่ายไปจนถึงระดับนโยบาย จึงทำให้เป็นที่รับรู้และได้รับการยอมรับ นำไปสู่การพัฒนาด้านความร่วมมือกับเครือข่ายการทำงานด้านวิชาการและสุขภาพที่กว้างขวาง ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการใช้ข้อมูลวิชาการมาประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ก่อให้เกิดผลเชิงประจักษ์ในเชิงความยั่งยืนและความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านกิจกรรมทางกายที่มีคุณภาพสามารถประเมินสถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกาย กำหนดนโยบายและสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: กิจกรรมทางกาย; ศูนย์วิชาการด้านกิจกรรมทางกาย; นโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

บทนำ

แรกเริ่มการทำงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นการให้ความรู้ในเรื่อง “สุขศึกษา” (health education) ที่ทำกันมาตั้งแต่ดั้งเดิม ช่วงปี พ.ศ. 2548 ในสังคมไทยนั้น แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ “รูปแบบใหม่” (health promotion) ในแวดวงวิชาการวิชาชีพสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวา เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ขององค์การ

อนามัยโลก (Ottawa Charter for Health Promotion)⁽¹⁾ ยังมีการศึกษาและมีคนเข้าใจอยู่น้อยมาก ซึ่งความเป็นจริงแล้วแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เป็นการควบคุมปัจจัยลบและส่งเสริมปัจจัยบวกที่มีต่อสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องสุขศึกษา และการรณรงค์ ไม่เพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคน ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคน นอกจากการให้สุขศึกษาแล้ว ต้องมีมาตรการอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวร่วมด้วย จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การมีข้อกฎหมาย

การขึ้นภาษี มีนโยบาย และมาตรการต่างๆ ที่ส่งผลต่อ การปรับเปลี่ยนสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ที่ต้องการ จะให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย

ในฐานะที่ สสส. ได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโทรอนโต ในปี พ.ศ. 2553 และมีพันธกิจในการสนับสนุนการมีสุขภาพ ที่ดี ด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน โดยเน้น ให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือขององค์กรด้านสุขภาพ ด้านขนส่งและคมนาคม สิ่งแวดล้อม กีฬาและนันทนาการ การศึกษา การผังเมือง วัฒนธรรม และท้องถิ่น เพื่อสร้างเสริม สุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนในสังคมไทย และปัจจุบัน สสส. เป็น ส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases; NCDs) “NCD global monitoring framework 9 voluntary targets” ขององค์การอนามัยโลก⁽²⁾ ซึ่งประเด็นสำคัญ ที่แผนฯ จะร่วมผลักดันให้บรรลุตามเป้าหมาย คือ ลดการมี กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอลงร้อยละ 10 และลดการตาย ก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ร้อยละ 25 ภายใน ปี พ.ศ. 2568⁽³⁾ ในฐานะที่ประเทศไทยเป็นประเทศสมาชิก ตามข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก ด้วยเหตุดังกล่าว แผน ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จึงได้มุ่งมั่นในการเป็นส่วนหนึ่งของการ ผลักดันให้เกิดนโยบายที่สำคัญในระดับนานาชาติ อาทิ Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development 2016 (กฎบัตร กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2559) Global Action Plan on Physical Activity 2018 – 2030 ซึ่งการประกาศกฎบัตรกรุงเทพ พ.ศ. 2559 ส่งผลให้เกิดนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทาง กายที่สำคัญระดับชาติ อาทิ มติคณะรัฐมนตรี กำหนดให้มี กิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันพุธของทำเนียบรัฐบาล และ ส่วนราชการต่างๆ ในช่วงเวลา 15.00-16.30 น. สมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 10 การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรม ทางกายเพิ่มขึ้น และการพัฒนาพื้นที่เล่นสร้างเสริมสุขภาวะ ของเด็กปฐมวัยและวัยประถมศึกษา และสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 11 การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมือง เพื่อสุขภาวะสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การร่วมผลักดันให้เกิดแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 – 2573 (แผนชาติ) ที่ผ่านการพิจารณาจากกรอง จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ตามขั้นตอนการเสนอแผนต่อคณะรัฐมนตรี ในปี

พ.ศ. 2561 รวมไปถึงการร่วมดำเนินงานให้เป็นไปตาม แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564)⁽⁴⁾

จากเป้าประสงค์ของกฎบัตรดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้การ ขับเคลื่อนประเด็นกิจกรรมทางกายทั้งในระดับสากลและ ระดับชาติให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์ สถานการณ์นโยบายและปัจจัยที่สำคัญด้านต่างๆ จึงเห็นควร ดำเนินงานการขยายผลนโยบายนำสู่การปฏิบัติจริง ในรูปแบบต่างๆ ในพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน เพื่อให้กิจกรรมทางกายเป็นเป้าหมายร่วม ในการดำเนินงานในระดับชาติและองค์กร การส่งเสริม ให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม ด้านการเพิ่มกิจกรรม ทางกาย และการสร้างจิตสำนึกแห่งสุขภาพ เพื่อให้เกิด กิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง ในระดับบุคคล พร้อมกับส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการ มีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันเพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยอาศัยยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการสนับสนุน กิจกรรมกีฬาให้เป็นกีฬาเพื่อสุขภาพ ที่ปราศจากอบายมุข และปัจจัยที่ทำลายสุขภาพต่างๆ ดังนั้นจึงเกิดการดำเนินงาน ของหลายภาคี ที่มุ่งส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้กับคนไทย และศูนย์วิชาการก็เป็นเป้าประสงค์หลักที่จะสามารถดำเนินงาน ให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้นได้ในสังคม

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและบรรยายถึง บทบาทของศูนย์วิชาการด้านกิจกรรมทางกายในฐานะ เป็นหนึ่งในระบบสนับสนุนการทำงานเชิงนโยบายด้าน การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

บทบาทด้านการสนับสนุนฐานข้อมูลเชิงวิชาการด้าน กิจกรรมทางกาย กับการตัดสินใจเชิงนโยบายของ ภาคีเครือข่าย

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทยได้เข้าไป มีบทบาทในการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการกำหนดและตัดสินใจ เชิงนโยบายที่สำคัญหลายประการ และที่สำคัญ ในช่วง การระบาดของโควิด 19 ศูนย์ฯ ได้มีการดำเนินงานด้านการ สนับสนุน และพัฒนากลไกภาคีทางวิชาการมากมาย โดยมี ผลผลิตแผนฯ ด้านการส่งเสริม การออกแบบและคิดค้น นวัตกรรมองค์ความรู้ โมเดลต้นแบบ ชุดความรู้ เครื่องมือ

การทำงาน อาทิ รายงานข้อมูลเชิงสถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกายของประเทศไทย และแนวทางการฟื้นฟูกิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด 19 ชุดข้อมูลสถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 คู่มือส่งเสริมการเรียนรู้จากที่บ้าน “เล่น เรียน รู้ 3 มิติ”⁽⁵⁾ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยให้ภาคีทั้งในภาคนโยบาย ภาควิชาการ และประชาสังคม ได้มีฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและอ้างอิงได้ในการจัดทำนโยบายเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้องได้

ภาคีภาคนโยบาย

1. สนับสนุนข้อมูลอ้างอิงและสนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการขาดกิจกรรมทางกายให้กับองค์การอนามัยโลก
2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์ฐานข้อมูลด้านกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทย (Thailand report card)
3. เป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดทำสื่อเพื่อใช้ในการรณรงค์และสื่อสารสำหรับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
4. ใช้ข้อมูลวิเคราะห์และจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายระดับชาติ ฉบับที่ 1 โดยกระทรวงสาธารณสุข
5. ข้อมูลสนับสนุนการจัดทำคู่มือคำแนะนำการมีกิจกรรมทางกาย (Thailand physical activity guideline)
6. ข้อมูลสนับสนุนการกำหนดยุทธศาสตร์ของศูนย์วิจัยกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ สสส.
7. ข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายและกิจกรรมทางวิชาการของแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศ (IHPP)
8. สนับสนุนการจัดทำสื่อเพื่อใช้ในการรณรงค์และสื่อสารสำหรับภาคีเชิงยุทธศาสตร์
9. สนับสนุนการจัดทำคู่มือคำแนะนำการมีกิจกรรมทางกาย (Thailand physical activity guideline)
10. สนับสนุนการกำหนดนโยบายและกิจกรรมทางวิชาการของแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศ (IHPP)

ภาคีภาควิชาการ

11. นำเสนอผลข้อมูลในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติด้านกิจกรรมทางกาย
12. ต้นแบบการพัฒนาฐานข้อมูลการติดตามและเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมด้านการบริโภคผักและผลไม้
13. การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการวิจัยผ่านการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการมากกว่า 8 ชิ้น
14. ข้อมูลประกอบการเผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ
15. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์เชิงสถานการณ์ให้กับภาคีเครือข่ายในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมเนือยนิ่ง พฤติกรรมการนอน พฤติกรรมหน้าจอ รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของคนไทย เป็นต้น
16. ข้อมูลสนับสนุนการวิจัยและงานวิชาการระดับหน่วยงานและบุคคล อย่างน้อย 10 เรื่อง
17. การสนับสนุนการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่เพื่อต่อยอดการทำงานวิจัยด้านกิจกรรมทางกายให้กับประเทศไทย
18. ข้อมูลประกอบการอ้างอิงในวารสารวิชาการระดับนานาชาติ ไม่น้อยกว่า 40 เรื่อง

ภาคีภาคประชาสังคม

19. ข้อมูลสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายของประชากรในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

บทบาทของฐานข้อมูลในการสะท้อนภาพสถานการณ์ด้านการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย

ข้อมูลทางวิชาการด้านกิจกรรมทางกายที่ผลิตขึ้นได้ชี้ให้เห็นถึงโอกาสที่สำคัญในการส่งเสริมเกี่ยวกับข้อมูลและความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและเพียงพอของประชากรทุกช่วงวัย และด้วยเป้าหมายหลักในการดำเนินงานของแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย มีเป้าประสงค์ให้คนไทยทุกเพศทุกวัยมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออย่างถ้วนหน้าด้วยเหตุนี้ การวิเคราะห์ทิศทางและความสำเร็จจากการทำงานของแผนจึงกำหนดตัวชี้วัดภาพรวมคือ ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยในระดับประเทศ

โดยกำหนดเป้าหมายความสำเร็จไว้ให้มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดระดับประเทศ ผลจากการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์กิจกรรมทางกายระดับประเทศตลอดช่วง 8 ปีที่ผ่านมา โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับ สสส. และกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าในภาพรวมระดับประเทศ ทิศทางการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยมีแนวโน้มโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คือ จากร้อยละ 66.3 ในปี พ.ศ. 2555 (ปีฐานของการสำรวจ) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.6 ในปีปัจจุบัน (พ.ศ. 2562)⁽⁶⁾ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจำแนกตามช่วงวัยพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 นี้ จะเห็นได้ว่าเป็นครั้งแรกในรอบ 8 ปีที่ผ่านมาที่ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรทุกกลุ่มวัยอยู่ในระดับที่สูงเกินกว่าร้อยละ 70 นับเป็นหนึ่งในผลสำเร็จของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของภาคีเชิงยุทธศาสตร์ที่ร่วมกันผลักดันกิจกรรมตามแผนงานกระทรงเกิดเป็นผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในระยะยาว ซึ่งข้อมูลจากศูนย์ฯ ช่วยส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักที่นำไปสู่การสร้างพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมได้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังใช้ข้อมูลดังกล่าวในการประกอบการวิเคราะห์การวางแผนและกำหนดทิศทางในเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้อย่างเหมาะสมตามกลุ่มประชากรต่างๆ อีกด้วย

ขณะเดียวกัน การพัฒนาให้เกิดการก่อตั้งศูนย์วิชาการด้านกิจกรรมทางกายก็ถือเป็นหนึ่งในกลไกของระบบสนับสนุนที่สำคัญสำหรับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และนโยบายด้านต่างๆ ในระดับประเทศให้บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ด้วยผลผลิตที่สำคัญที่เกิดจากศูนย์วิชาการคือ องค์ความรู้และข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ที่ผ่านกระบวนการศึกษาและวิจัยอย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นผลการศึกษา ผลการวิจัย รูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่มีประสิทธิผล องค์ความรู้จากการถอดบทเรียน การพัฒนาต้นแบบ ฐานข้อมูล รวมไปถึงเครื่องมือและนวัตกรรมต่างๆ ที่มีความเท่าทันต่อสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงของสังคมในแต่ละยุคสมัย ด้วยเหตุนี้ ศูนย์วิชาการที่มีคุณภาพและมาตรฐานในระดับสูงมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจะสามารถผลิตองค์ความรู้และข้อมูลที่มีคุณภาพเพื่อตอบสนองความ

ต้องการของการใช้งานเพื่อช่วยกำหนดทิศทางและตัดสินใจเชิงนโยบายของประเทศ และในมิติของการส่งเสริมสุขภาพก็เช่นกัน การมีศูนย์วิชาการเฉพาะทางที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาองค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ จะช่วยให้กิจกรรมการป้องกันและรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพผ่านทางนโยบายและการรณรงค์ในระดับต่างๆ ได้รับการขับเคลื่อนไปโดยใช้ข้อมูลเป็นฐานในการคิดออกแบบและตัดสินใจอย่างสูงสุด โดยในประเทศไทยเองได้มีการริเริ่มให้เกิดศูนย์วิชาการที่ทำงานเพื่อสนับสนุนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ

กระทั่งก้าวสู่ยุคปัจจุบัน เป็นยุคของความพยายามในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคอุบัติการณ์ใหม่อย่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases) ด้วยสถานการณ์การเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงด้านอุบัติการณ์ อัตราการเสียชีวิตจากโรค ตลอดจนผลกระทบต่อทางด้านค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประเทศที่สูงขึ้นแบบทวีคูณ ด้วยเหตุนี้จึงมีศูนย์วิชาการที่ให้ความสนใจในการพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเฉพาะประเด็นเกิดขึ้นอีกหลายแห่ง ทั้งที่เป็นในรูปแบบขององค์กรที่ทำงานร่วมมือกับภาครัฐและองค์กรภาคเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร หนึ่งในนั้นคือ ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) โดยการดำเนินงานทั้งหมดนี้ก็เพื่อช่วยสนับสนุนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพของประชากรไทยด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เป็นไปตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้

จะเห็นได้ว่า การก้าวเข้าสู่การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในยุคปัจจุบัน นับเป็นความท้าทายที่มากยิ่งขึ้นเป็นทวีคูณเมื่อการรณรงค์เพียงอย่างเดียวกลับไม่เพียงพอที่จะจูงใจและกระตุ้นให้ประชากรหันมามีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอได้ การบูรณาการองค์ความรู้ระหว่างศาสตร์สาขาวิชาต่างๆ จำเป็นต้องถูกนำมาใช้อย่างเหมาะสมในการกำหนดนโยบายให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวหลายประเทศต่างพยายามหาแนวทางในการสร้างความเข้าใจกับประชากร และสนับสนุนให้เกิดการมีกิจกรรมทางกายในระดับวิถีชีวิต ดังนั้นจึงได้ร่วมกันบัญญัติกฎบัตรโตรอนโตเพื่อกิจกรรมทางกาย: ข้อเสนอระดับโลกเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ (Toronto Charter for Physical Activity: a Global

Call for Action) ขึ้นมาเป็นข้อเสนอระดับโลก และใช้เป็นแนวทางปฏิบัติและเป็นเครื่องมือชี้แนะในการสร้างโอกาสอย่างยั่งยืนในการใช้ชีวิตทางบวกที่เอื้อต่อสุขภาวะสำหรับประชาชนทุกคน องค์กรและปัจเจกบุคคลที่สนใจในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เนื้อหาของกฎบัตรจะประกอบด้วยประเด็นสำคัญในเรื่องของ หลักการสำหรับแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เน้นกลุ่มประชากรมากกว่ารายบุคคล การลงมือปฏิบัติการนำนโยบายและแผนปฏิบัติระดับชาติไปสู่การปฏิบัติ นำเสนอนโยบายที่สนับสนุนกิจกรรมทางกายการปรับเปลี่ยนบริการและการสนับสนุนทุนเพื่อยกระดับความสำคัญของกิจกรรมทางกาย อาทิ การศึกษาการวางแผนระบบขนส่งมวลชนการวางแผนด้านสภาพแวดล้อม สถานประกอบการหรือองค์กรการกีฬา สวนสาธารณะ และกิจกรรมนันทนาการสุขภาพ⁽⁷⁾

ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) จัดตั้งขึ้นเพื่อการสนับสนุนข้อมูลเพื่อตอบเป้าหมายระดับชาติและทิศทางการทำงานของ สสส. เรื่องร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของกลุ่มเป้าหมาย ตอบเป้าหมายระดับแผนเรื่องการมีฐานข้อมูลเพื่อนโยบายสาธารณะ นอกจากนี้ด้วยกิจกรรมของโครงการที่ดำเนินงานกับประชาชนในพื้นที่โดยตรง จึงทำให้มีส่วนช่วยในเรื่องของการสร้างการรับรู้ และความเข้าใจต่อกิจกรรมทางกาย

ภายใต้สถานการณ์ของประเทศที่ยังคงต้องการองค์ความรู้ทั้งในเชิงสถานการณ์ ข้อมูลการประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย ต้นแบบและแนวทางการดำเนินนโยบายกับประชากรกลุ่มต่างๆอย่างเหมาะสม การสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการศูนย์วิชาการด้านกิจกรรมทางกายที่เป็นศูนย์ที่จะช่วยทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ เพื่อวิเคราะห์ให้เห็นถึงสถานการณ์ ตลอดจนโจทย์ที่สำคัญที่เชื่อมโยงกับการดำเนินนโยบายตามเป้าหมายและแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติที่มุ่งเน้นไปในการศึกษาประเด็นเชิงพฤติกรรมของบุคคล กลุ่มบุคคล และปรากฏการณ์ในสังคม รวมถึงเป็นจุดเชื่อมต่อการดำเนินแนวคิดของคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้มีแผนการดำเนินงาน และการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมทำงานในลักษณะการเชื่อมโยงบูรณาการองค์ความรู้และข้อมูลที่มีกับศูนย์วิชาการด้านกิจกรรม

ทางกายในมิติอื่นที่สำคัญ อาทิ มิติพื้นที่สุขภาวะ หรือมิติของการพัฒนานวัตกรรมเชิงเครื่องมือและเทคโนโลยีทางวิศวกรรม จึงนับเป็นอีกหนึ่งในพันธกิจของการขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้ดำเนินไปอย่างรอบด้านและลุ่มลึกสามารถตอบโจทย์การใช้งานทั้งเชิงนโยบาย การนำสู่การปฏิบัติ และขยายผลเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของประชากรเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย สามารถตอบเป้าหมายการขับเคลื่อนกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ของแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการดำเนินงานส่งเสริมกิจกรรมทางกายของแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศได้อย่างสอดคล้องและเท่าทันต่อสถานการณ์ซึ่งวัตถุประสงค์ของการมีศูนย์ฯ ก็เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ศึกษาทางประชากรและสังคมเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่สามารถเป็นกลไกในการเชื่อมประสานการทำงานและการขับเคลื่อนนโยบายด้านกิจกรรมทางกายให้เป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งเพื่อทบทวนพัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และผลผลิตทางวิชาการเพื่อตอบสนองนโยบายด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสุขภาวะของประชากรไทย

จากฐานข้อมูลสามารถทำการวิเคราะห์ถึงแบบแผนและแนวโน้มของการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยตามช่วงวัยต่างๆ จำแนกเป็นกลุ่มอายุ 5 ปี เปรียบเทียบในลักษณะการวิเคราะห์ระยะยาว เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยหลักที่เป็นตัวกำหนดพื้นฐานที่แท้จริง โดยการวิเคราะห์ในส่วนนี้เริ่มต้นจากการสังเกตแบบแผนการมีกิจกรรมทางกายของประชากรในแต่ละช่วงวัย จากข้อมูลการสำรวจทั้ง 6 ปี ว่ามีแบบแผนที่คงที่ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือไม่ เหตุผลสำคัญเพราะในการวิเคราะห์แบบแผน (pattern) จะมีประโยชน์อย่างยิ่งทั้งในความเข้าใจเชิงอุปติการณ์และการจัดการเชิงนโยบาย ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาเรื่องแบบแผนการตาย แบบแผนภาวะเจริญพันธุ์แบบแผนการย้ายถิ่นหรือแบบแผนการสมรสของประชากร เป็นต้น แบบแผนเหล่านี้ล้วนบ่งชี้ให้ทราบถึงตัวกำหนดหลัก 2 ประการ คือ (1) ตัวกำหนดเชิงชีววิทยา และ (2) ตัวกำหนดเชิงพฤติกรรมและค่านิยม

นอกจากนั้น เมื่อสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 เข้ามาทำให้อัตราการมีกิจกรรมทางกายของประชากรลดลง⁽⁸⁾ การมีโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้าน

กิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand physical activity surveillance system) ที่ดำเนินการโดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย ทำให้มีฐานข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ได้อย่างทันทั่วทั้งทำให้เกิดการยอมรับในวงกว้างมากขึ้น และเนื่องจากการมีฐานข้อมูลที่เป็นระบบของศูนย์ฯ สามารถพัฒนาเครือข่ายไปจนถึงระดับนโยบายจึงทำให้เป็นที่รับรู้และได้รับการยอมรับท้ายที่สุดจึงนำไปสู่การพัฒนาด้านความร่วมมือกับเครือข่ายการทำงานด้านวิชาการและสุขภาพที่กว้างขวาง อย่าง WHO Collaborating Centre for Research in Human Reproduction

บทสรุป

การมีฐานข้อมูลเชิงวิชาการด้านกิจกรรมทางกาย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย ประกอบกับการมีข้อมูลเชิงวิชาการเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ ให้กับสังคม นอกจากจะสะท้อนข้อมูลเชิงสถานการณ์เพื่อบ่งชี้ถึงความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในแง่ของการวางแผน และกำหนดทิศทางในเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้อย่างเหมาะสมตามกลุ่มประชากรต่างๆ อีกด้วย นอกจากนี้ การมีระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย ทำให้สามารถนำข้อมูลที่ได้ออกไปเพื่อการศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ เพื่อค้นหา

ปัจจัยทั้งในระดับพื้นที่ศึกษา ช่วงเวลา ตลอดจนเพื่อให้เห็นถึงแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงทางวิถีชีวิตและพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรในภาพรวมได้

ในช่วงที่ผ่านมา ผลจากการดำเนินนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันเป็นไปอย่างกว้างขวาง ด้วยเหตุนี้การติดตามศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์ด้านการมีกิจกรรมทางกายของคนไทยจึงมีความสำคัญกับประเทศไทยเป็นอย่างมาก เพราะการมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือบนฐานของข้อมูลจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การติดตามประเมินความก้าวหน้าของตัวชี้วัดตามแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกายระดับชาติ การดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หน่วยงานรัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการพัฒน่องค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายให้มีความทัดเทียมกับระดับสากล จึงเป็นประเด็นที่ยังคงมีความจำเป็นในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะสานต่อให้มีศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย เพื่อการดำเนินการสำรวจข้อมูลและสร้างระบบการเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง ให้เกิดความยั่งยืนและน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านกิจกรรมทางกายที่มีคุณภาพสามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการประเมินสถานการณ์ด้านกิจกรรมทางกาย การกำหนดนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในหมู่ประชากรไทยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ottawa Charter - health promotion. Geneva. World Health Organization; 1986.
2. World Health Organization. NCD global monitoring framework. Geneva. World Health Organization; 2011.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2563.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). นนทบุรี: อีโมชั่นอาร์ต; 2560.
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ชุดคู่มือส่งเสริมการเรียนรู้ 3 มิติ เล่น-เรียน-รู้ learning from home. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/media/Rqly>
6. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. ผลการสำรวจโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พ.ศ. 2555-2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.

7. Global Advocacy Council for Physical Activity International Society for Physical Activity and Health. The Toronto Charter for Physical Activity: a global call for action. *Journal of Physical Activity & Health* 2010;7(Suppl 3):S370-S385.
8. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. Regenerating physical activity in Thailand after COVID-19 pandemic: พื้นกิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด 19. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. นครปฐม: ภาพพิมพ์; 2563.

The Role of the Physical Activity Academic Centre to Support Information for the Design of the Physical Activity Promotion Policy

*Piyawat Katewongsa, Nattaporn Nilwatta, Abdul Aunampai, Nanthawan Pomkai, Aunyarat Khanawapee
Thailand Physical Activity Knowledge Development Centre, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Nakhon Pathom Province, Thailand*

Abstract

To effectively advocate physical activity issues at both international and national levels, it is essential to initiate credible and reliable academic data for policy decisions. This article aimed to review and describe the role of the physical activity academic centre to support information for the design of the physical activity promotion policy to Thai Health Promotion Foundation and partners in all sectors, including policy, academic, and social. Currently, Thailand Physical Activity Knowledge Development Centre (TPAK) was established to provide information in response to national goals and strategies of the Thai Health Promotion Foundation, in order to advocate policies that support the physical activity of the Thai population. The centre is aimed to develop a database for public policy where the projects activities operate directly within the community to increase their awareness on the importance of physical activity. TPAK has developed a systematic database that can be analyzed and utilized in a timely manner which can be developed to the policy level. It also has developed network of academic and health through cooperation and collaboration. Thus, it is evident that the application of academic data to support policy decision has led to sustainability and credibility of the quality of physical activity data. Particularly, in analyzing the recent and updated physical activity situation, in order to support the policy decision making appropriately.

Keywords: physical activity; Physical Activity Academic Centre; physical activity policy

กระบวนการสร้างนักร้องสร้างสรรค เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา บนฐานทุนของชุมชน

พวงชมพู ไชยอาลา แสงรุ่งเรืองโรจน์

ภาควิชาวิทยาศาสตร์ คณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างนักร้องสร้างสรรคเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา บนฐานทุนของชุมชนของโรงเรียนเมืองคง (คงคาวิทยา) อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ และโรงเรียนบ้านแม่แพน้อย อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 - 31 มกราคม พ.ศ. 2564 ด้วยวิธีการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การวิเคราะห์เอกสารรายงานโครงการ รวมทั้งสัมภาษณ์ผู้บริหาร คณะครู และนักเรียน ผลการศึกษา พบว่า ความยากจน การอยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก การไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาของนักเรียน ดังนั้นโรงเรียนจึงใช้ฐานทุนของชุมชน เช่น ภูมิปัญญา ด้านการประกอบอาชีพ ภูมิปัญญาด้านศิลปวัฒนธรรม มาออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสร้างนักร้องสร้างสรรคโดยทำการส่งเสริมทักษะชุดสมรรถนะของการสื่อสาร ประกอบด้วย ความสามารถในการเข้าถึง (access) วิเคราะห์ (analyze) ประเมิน (evaluate) สื่อสาร (communicate) ผลของการจัดกระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสร้างนักร้องสร้างสรรคบนฐานทุนของชุมชนของทั้งสองโรงเรียน พบว่า โรงเรียนสามารถพัฒนาให้นักเรียนให้เกิดความรู้ในสาระวิชาหลักและสามารถบูรณาการเข้ากับทักษะเพื่อดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อและเทคโนโลยี ทักษะชีวิตและอาชีพ และเมื่อเกิดวิกฤตสถานการณ์โควิด จนต้องปิดโรงเรียน ทั้งสองโรงเรียนก็ยังสามารถสร้างการเรียนรู้ด้วยกระบวนการดังกล่าวให้กับนักเรียนได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: นักร้องสร้างสรรค; ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา; การพัฒนาเด็กเยาวชน

บทนำ

ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา คือ ความไม่เท่าเทียมกันของคุณภาพและมาตรฐานของการจัดการศึกษาที่ผู้เรียนได้รับ อันมีสาเหตุมาจากสภาพเศรษฐกิจ ปัจจัยภูมิหลังทางสังคม และวัฒนธรรมของผู้เรียน รวมถึงคุณภาพและมาตรฐานที่แตกต่างกันของสถานศึกษาต่างๆ และระดับการศึกษาของผู้เรียนแต่ละช่วงชั้น⁽¹⁾ ในปัจจุบันสถานการณ์ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาอันมีสาเหตุหลักมาจากความยากจนนั้นได้เกิดขึ้นกับเด็กเยาวชน 1 ใน 5 ของเด็ก

และเยาวชนไทยทั่วประเทศ โดยจากจำนวนเด็กเล็กถึงเยาวชนวัยแรงงานอายุระหว่าง 0-25 ปี ทั่วประเทศทั้งหมด 20.54 ล้านคน มีเด็กถึง 4.32 ล้านคน⁽²⁾ กำลังเผชิญกับปัญหานี้⁽¹⁾ ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความอ่อนแอของสถาบันต่างๆ ในระดับโครงสร้างของสังคม ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา วัฒนธรรม และความอ่อนแอของสถาบันที่ใกล้ชิดเด็ก ได้แก่ สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา ศาสนา ชุมชน ฯลฯ ซึ่งถือเป็นระบบนิเวศในการพัฒนาเด็กที่ขาดความสมดุล ทำให้เกิดทุกขภาวะ

ที่ผ่านมาเครือข่ายอีสานตุ้มโฮมภายใต้การสนับสนุนของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็กได้ตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้และพยายามแก้ปัญหาด้วยการสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ซึ่งนำแนวคิดเมือง 3 ดี อันประกอบด้วย สื่อดี พื้นที่ดี ภูมิดี เป็นกลไกในการทำงานเพื่อพัฒนาเด็ก โดยอาศัยการมีส่วนร่วมทั้งจากเด็ก ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน สื่อ และการนำภูมิปัญญาของชุมชนมาสร้างการเรียนรู้เพื่อตอบโจทย์ปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ผนวกเข้ากับการพัฒนาศักยภาพของเยาวชนด้วยแนวคิดการรู้เท่าทันสื่อ สารสนเทศ และดิจิทัล (media information and digital literacy – MIDL) ซึ่งเป็นชุดสมรรถนะของการสื่อสาร ประกอบด้วย ความสามารถในการเข้าถึง (access) วิเคราะห์ (analyze) ประเมิน (evaluate) สื่อสาร (communicate) ข้อมูลต่างๆ ในรูปแบบที่หลากหลายซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นการเสริมพลังของเยาวชนให้มีทักษะในการวิพากษ์วิจารณ์ การเป็นผู้ผลิตงาน จนกระทั่งเป็นนักสื่อสารสร้างสรรค์ ที่มีทักษะความสามารถมีความเท่าทันในการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดเนื้อหาและขับเคลื่อนประเด็นทางสังคมเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง⁽³⁾

บทความกรณีศึกษานี้จะนำเสนอกระบวนการสร้างนักสื่อสารสร้างสรรค์เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาบนฐานทุนของชุมชนของโรงเรียนเมืองคง (คงคาวิทยา) อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ และโรงเรียนบ้านแม่แพน้อย อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นโรงเรียนในเครือข่ายอีสานตุ้มโฮมและนำกระบวนการพัฒนาเด็กและเยาวชนของเครือข่ายมาใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งนอกจากจะลดปัญหาความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาโดยสามารถพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 แล้ว ยังสามารถสร้างเยาวชนให้เป็นพลเมืองที่มีพลังในการขับเคลื่อนสังคมให้หลุดพ้นจากปัญหาด้านต่างๆที่กำลังประสบอยู่

กรณีศึกษา

กระบวนการสร้างนักสื่อสารสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาบนฐานทุนของชุมชนของโรงเรียนเมืองคง (คงคาวิทยา) อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ

โรงเรียนเมืองคง (คงคาวิทยา) เป็นโรงเรียนประถมศึกษาขนาดกลาง ตั้งอยู่ในอำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นชุมชน

ที่มีกลุ่มชาติพันธุ์เยออาศัยอยู่ ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์เยอนั้น เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความเหนียวแน่นในการรักษาขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่มชนไว้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีภูมิปัญญาการทำมาหากินของชาวอีสานกลุ่มแม่น้ำมูลที่มีวิถีชีวิตในการพึ่งพิงธรรมชาติและการทำเกษตรกรรม

อย่างไรก็ตามสมาชิกในชุมชนแต่ละครอบครัวยังมีสภาพความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน บางครอบครัวผู้ปกครองต้องไปทำงานในกรุงเทพมหานครหรือในเมืองใหญ่ โดยให้บุตรอยู่ในการดูแลของปู่ย่าตายาย บางครอบครัวมีปัญหาความยากจนจากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้บริหารและคณะครูมีความเห็นว่าการใช้รูปแบบมาตรฐานการจัดการศึกษาให้เป็นแบบเดียวกันหมดทั้งประเทศนั้น นำไปสู่ความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษา เพราะนักเรียนแต่ละคนมีสภาพและความต้องการที่แตกต่างกันด้วยเหตุนี้โรงเรียนจึงมีการปรับรูปแบบการจัดการเรียน

การสอนให้มีความสอดคล้องกับบริบทชุมชนมากยิ่งขึ้น โดยนำภูมิปัญญาของชุมชนเช่นภูมิปัญญาด้านอาหารด้านเกษตรกรรมด้านดนตรี มาเป็นกิจกรรมเพื่อสร้างการเรียนรู้ให้กับนักเรียน ดังนั้นในทุกวันศุกร์โรงเรียนจึงจัดกิจกรรม Friday is a Fly Day เพื่อให้นักเรียนได้มีอิสระในเลือกประเด็นการเรียนรู้ด้วยตนเองบนฐานของภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างอิสระโดยคุณครูรับบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกชั้นเรียน มีหน้าที่อำนวยความสะดวกเกิดขึ้นและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น กิจกรรมผักเพาะงอก สร้างสรรค์ป้องกันโควิด ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เป็นกิจกรรมที่นักเรียนเป็นผู้เสนอว่าเป็นสิ่งที่พวกเขาต้องการจะเรียนรู้ เพราะการปลูกผักเพื่อรับประทานเองในช่วงการระบาดของโรคโควิดเป็นการหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน ลดปัญหาการแพร่เชื้อในชุมชนและยังสามารถพัฒนาเป็นรายได้เสริมได้ โดยกระบวนการเรียนรู้นั้นคุณครูจะดำเนินการตามหลักการจัดการเรียนรู้บูรณาการผ่านกิจกรรม Friday is a Fly Day ของโรงเรียน ดังนี้

1. ชื่นเชยสุขภาพจริง/จำลอง คุณครูสร้างความกระตือรือร้นและแรงบันดาลใจที่จะเรียนรู้ โดยใช้ทั้งสื่อสังคมออนไลน์ ข้อมูลจากเกษตรกรในชุมชน และการชวนนักเรียนพูดคุยแลกเปลี่ยนในประเด็นเรื่องผัก การบริโภค และซื้อขายผักในชุมชน การปลูกผักด้วยวิธีการต่างๆ พร้อมทั้งร่วมกำหนดเป้าหมายและวางแผนงานการเพาะงอกเมล็ดถั่วเขียว
2. ชื่นคิดวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลเชื่อมโยงกับ

ประสบการณ์เดิมสู่เป้าหมายการเรียนรู้ คุณครูชวนพูดคุย ในประเด็นอัตราส่วนผลของดิน ซึ่งเป็นความรู้เดิมของ นักเรียนที่เรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงและในบทเรียนที่เคย เรียนผ่านมาแล้ว เพื่อนำความรู้เดิมของนักเรียนมาเชื่อมโยง กับความรู้ใหม่เรื่องการเพาะงอกที่ใช้ทราย แกลบเผา ฟางข้าว ฟองน้ำ ฯลฯ เป็นวัสดุเพาะแทนดิน จากนั้นทำการแบ่งกลุ่ม ปฏิบัติงานตามที่ร่วมกันวางแผน

3. ขั้นเชื่อมโยงเป้าหมายการเรียนรู้สู่องค์ความรู้ใหม่ นักเรียนร่วมกันถอดบทเรียนและนำองค์ความรู้ที่ได้จาก การเพาะงอกเมล็ดถั่วเขียว ไปใช้กับเมล็ดพันธุ์ผักอื่น เช่น เมล็ดทานตะวัน เมล็ดผักกาดหัว

4. ขั้นนำเสนอสิ่งที่เรียนรู้และนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน นักเรียนผลิตสื่อเพื่อเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรม ผักเพาะงอกสร้างสรรค้ป้องกันโควิด และนำความรู้ที่ได้รับ จากกิจกรรมไปใช้กับการปลูกผักที่บ้านเพื่อรับประทานแบ่งปัน หรือจำหน่าย

แผนการเรียนรู้ดังกล่าวคุณครูจะบูรณาการเพื่อเชื่อมโยง เข้ากับกลุ่มการเรียนรู้ กลุ่มทักษะทั่วไปเพื่อการดำรงชีวิต อย่างมีความสุข ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ซึ่งสอดคล้อง กับสมรรถนะ ทักษะอาชีพและเป็นผู้ประกอบการ ภาษาไทย เพื่อการสื่อสารการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล การทำงาน แบบรวมพลังเป็นทีมและมีภาวะผู้นำ

จากการศึกษาพบว่าในกิจกรรม Friday is a Fly Day นั้น นักเรียนจะต้องถอดบทเรียนและผลิตสื่อที่เกิดจาก กระบวนการเรียนรู้เพื่อเผยแพร่ในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น คลิปวิดีโอ คิวอาร์โค้ด หนังสือเล่มเล็ก จึงทำให้นักเรียน โรงเรียนเมืองคง (คงคาวิทยา) ได้ฝึกทักษะของการเป็น นักสื่อสารสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง

ในช่วงปิดภาคเรียนเมษายน พ.ศ. 2563 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ โควิดระบาดระลอกแรก รัฐบาลได้สั่งการให้แต่ละโรงเรียน จัดเตรียมความพร้อมเพื่อสอนออนไลน์และการสอน DLTV แต่ปรากฏว่ามีปัญหาในการบริหารจัดการของโรงเรียน ทั้งประเทศ สะท้อนปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านการ ศึกษาที่ชัดเจน แต่โรงเรียนเมืองคง (คงคาวิทยา) ได้นำ กิจกรรม Friday is a Fly Day มาปรับใช้โดยให้นักเรียนระดับ ปฐมวัย คุณครูจะมอบใบงานกิจกรรมให้นักเรียนทำ โดยมี ผู้ปกครองช่วยดูแลและจะมีคุณครูออกเยี่ยมบ้านเพื่อ ให้คำแนะนำและประเมินผลการเรียนรู้ ส่วนนักเรียนระดับ

ประถมศึกษา เมื่อทำกิจกรรมในใบงานที่ได้รับมอบหมาย เรียบร้อยแล้วจะมีการสรุปและถอดบทเรียน ซึ่งทั้งการ ทำกิจกรรมและการถอดบทเรียนนั้น นักเรียนต่างล้วน มีความคุ้นเคยอยู่แล้วจากกิจกรรม Friday is a Fly Day จึงทำให้การเรียนรู้ของนักเรียนไม่หยุดตามโรงเรียนไปด้วย

นอกจากนั้นยังพบว่านักเรียนบางคนได้รวมกลุ่ม กันเพื่อผลิตคลิปวิดีโอนำเสนอ วิธีการดูแลตนเอง และ การปรับรูปแบบการทำมาหากินของคนในชุมชนช่วงการ ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อให้ความรู้ด้านดูแลสุขภาพและ สร้างกำลังใจในการดำเนินชีวิตให้กับสมาชิกในชุมชน โดยเผยแพร่ผ่านเพจของโรงเรียน ซึ่งเป็นการแสดงบทบาท ของนักสื่อสารสร้างสรรค์ของนักเรียน

กระบวนการสร้างนักสื่อสาร สร้างสรรค้เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ทางสังคมบนฐานทุนของชุมชนของโรงเรียนบ้านแม่แพน้อย อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

โรงเรียนบ้านแม่แพน้อย อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นโรงเรียนขนาดเล็กอยู่ในพื้นที่ภูเขาสูง สมาชิกในชุมชน เป็นชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง มีฐานะค่อนข้างยากจน อาชีพหลัก ของชุมชนคือการทำเกษตรกรรม โดยมีนักเรียนในฐาณะ บุตรหลานของครอบครัวเป็นแรงงานสำคัญในการทำงาน จึงทำให้ในฤดูเพาะปลูกหรือเก็บเกี่ยวนักเรียนต้องขาดเรียน เพื่อช่วยงานครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าในการทำ เกษตรกรรมมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นปัจจัยสำคัญ ในการผลิต เพราะจะทำให้ผลิตผลทางเกษตรกรรมเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการใช้สารเคมีทางการเกษตรดังกล่าวส่งผลให้สารพิษ เข้าสู่ร่างกาย รวมทั้งการปนเปื้อนในอาหารและน้ำดื่มและ เกิดการสะสมในระยะยาว ซึ่งในปัจจุบันสมาชิกในชุมชน รวมทั้งนักเรียนบางคนเริ่มมีอาการเจ็บป่วยจากสารเคมี อย่างไรก็ดีในอีกด้านหนึ่งชุมชนก็มีภูมิปัญญาหลายด้าน ที่สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้เพื่อสร้างทักษะชีวิตให้แก่ นักเรียน เช่น การทอผ้ากะเหรี่ยง เนื่องจากชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง มีขนบธรรมเนียมที่ต้องทอผ้าใช้เอง นอกจากนี้ยังมี ภูมิปัญญาด้านการจักสาน เช่น การสานชะลอมเพื่อใช้ ในการบรรจุพืชผลทางเกษตร กระจัดใส่ของใช้ ซึ่งลวดลาย จักสานจะมีลักษณะเฉพาะของท้องถิ่นและบุคคลที่จะ สร้างสรรค์ลวดลาย

ดังนั้นโรงเรียนบ้านแม่แพน้อยจึงจัดทำโครงการนักร้องสารสุขภาพแม่แพน้อยอีกบ้านโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างแกนนำนักเรียนและเครือข่ายอาหารปลอดภัยในชุมชน รวมทั้งการสร้างการเรียนรู้วิถีชีวิต ภูมิปัญญาเพื่อสร้างทักษะชีวิต สร้างรายได้และอาชีพ ตลอดทั้งความภาคภูมิใจในชาติพันธุ์ของตนให้กับนักเรียน เพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารและสภาพความเป็นอยู่อันเป็นวิถีทางที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษาของนักเรียน

ในขณะที่โรงเรียนเริ่มดำเนินกิจกรรมเป็นช่วงที่สถานการณ์โควิดเริ่มระบาดรอบแรก และสมาชิกในชุมชนยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด โรงเรียนจึงสร้างแกนนำนักเรียนให้เป็นผู้สื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับการป้องกัน ฝ่าระวัง และปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด มีความรับผิดชอบต่อสังคมของคนในชุมชนผ่านเสียงตามสาย ของชุมชนสัปดาห์ละ 1 วัน ซึ่งนักเรียนแกนนำจะเป็นผู้รับผิดชอบรายการด้วยตนเอง โดยคุณครูจะสอนให้นักเรียนแกนนำค้นหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มาคัดกรองเพื่อนำเสนอ ซึ่งนอกจากภาษาไทยแล้ว นักเรียนจะนำข้อมูลที่คัดกรองแล้วไปแปลเป็นภาษากะเหรี่ยงเพื่อสื่อสารให้ชุมชน โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือกับกลุ่มคนชราในชุมชนที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ซึ่งกระบวนการดำเนินงานดังกล่าวได้สร้างพื้นที่การเรียนรู้ให้กับนักเรียนทั้งในเรื่องการป้องกันตัวเองให้ปลอดภัยจากโควิด และการพัฒนาทักษะการสื่อสารจากการปฏิบัติจริงในชุมชน

นอกจากนั้นโรงเรียนยังได้สร้างทักษะชีวิตให้กับนักเรียนด้วยการแจกเมล็ดพันธุ์ผักให้ปลูกภายใต้การดูแลของผู้ปกครองและนักเรียน และเมื่อได้ผลผลิตแล้วก็จะนำมาแลกเปลี่ยนในชุมชน โดยผักที่ปลูกนั้นเป็นผักปลอดสารพิษซึ่งมีความแตกต่างจากผักที่ชุมชนปลูกเพื่อจำหน่ายที่มีการใช้สารเคมี การเรียนรู้ครั้งนี้จึงเป็นการเรียนรู้ประเด็นอาหารปลอดภัยร่วมกันระหว่างนักเรียนและชุมชน และนอกจากการเรียนรู้เรื่องอาหารปลอดภัยจากการปลูกผักปลอดสารพิษแล้วโรงเรียนยังนำความรู้จากปราชญ์ชุมชนเกี่ยวกับการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เพื่อดำรงชีวิตของคนในชุมชน หากสถานการณ์โควิดรุนแรงถึงขั้นต้องปิดหมู่บ้านมาสร้างการเรียนรู้ให้กับนักเรียน ซึ่งปราชญ์ชุมชนได้ถ่ายทอด

ภูมิปัญญาการนำไม้ไผ่มาผลิตเครื่องดักสัตว์เพื่อใช้ในการหาอาหารให้แก่นักเรียน กิจกรรมดังกล่าวทำให้เกิดการรื้อฟื้นภูมิปัญญาและสร้างความภาคภูมิใจให้กับปราชญ์ชุมชนที่ได้รับบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ให้กับครูและนักเรียน ในขณะเดียวกันนักเรียนก็เห็นภาพที่สะท้อนอัตลักษณ์ด้านบวกของชาติพันธุ์ของตนมากยิ่งขึ้น

จากการประเมินผลของโรงเรียนพบว่าการจัดกิจกรรมดังกล่าวเป็นการสร้างพื้นที่แห่งการเรียนรู้ระหว่างโรงเรียนกับชุมชน ซึ่งสามารถทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ทักษะชีวิตเกิดความภาคภูมิใจในอัตลักษณ์ชาติพันธุ์ของตน รวมทั้งยังสามารถเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะการสื่อสาร ซึ่งนักเรียนและคุณครูได้ร่วมกันผลิตเนื้อหาประเด็นในชุมชนเพื่อเผยแพร่ผ่านช่องทางเพจของโรงเรียน และช่วงนักข่าวพลเมืองของสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอสอย่างต่อเนื่อง เช่น แหล่งเกษตรกรรมของชุมชน กิจกรรมการปลูกผักปลอดสารพิษเพื่อประกอบอาหารของนักเรียน จากความสำเร็จดังกล่าวโรงเรียนได้สร้างกิจกรรมเพื่อสร้างพื้นที่แห่งการเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วยการเชิญชวนให้ผู้ใหญ่ในชุมชนหรือผู้ปกครองของนักเรียนได้ร่วมมือกันในการสร้างพื้นที่เล่นในบริเวณโรงเรียน โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเพื่อสร้างเครื่องเล่นต่างๆ และในอนาคตโรงเรียนมีแนวทางที่จะพัฒนาพื้นที่แห่งการเรียนรู้ระหว่างโรงเรียนกับชุมชนให้เกิดรายได้จากงานทอดผ้าของชุมชน ซึ่งเป็นกะเหรี่ยงโปว์ โดยงานทอดผ้าผ้านั้นเป็นอัตลักษณ์ของกะเหรี่ยงโปว์ ซึ่งปกติจะทอเพื่อใช้ในครอบครัวเท่านั้น ไม่ได้นำออกจำหน่าย และเมื่อการทอดผ้าถูกนำมาเป็นฐานทุนในการเรียนรู้ที่นั่น ปราชญ์ชาวบ้านและผู้ปกครองจะรับบทบาทครูสอนการทอผ้าให้นักเรียน ส่วนคุณครูในโรงเรียนรับบทบาทผู้ให้คำแนะนำและจัดแนวทางการเรียนรู้แบบ สร้างสรรค์ นำเสนอชิ้นงานออกมาและให้นักเรียนเป็นผู้ผลิตสื่อหรือช่องทางการขายด้วยตนเอง อันจะนำมาซึ่งความภาคภูมิใจและความรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่การเรียนรู้ระหว่างโรงเรียนกับชุมชน และนำไปสู่ความยั่งยืนในการจัดพื้นที่การเรียนรู้โดยใช้ฐานทุนของชุมชนต่อไป

วิจารณ์

ผลจากการจัดกิจกรรมโดยใช้ฐานทุนของชุมชนทำให้

เกิดการเรียนรู้ในสาระวิชาหลัก เช่น กิจกรรมการปลูกผัก ปลอดภัยและกิจกรรมให้ความรู้โควิดผ่านหอกระจายข่าว สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับวิชาภาษาไทย วิทยาศาสตร์ หน้าที่พลเมือง กิจกรรมการผลิตเครื่องจักสานสามารถเชื่อมโยง การเรียนรู้เข้ากับวิชาศิลปะ ภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ โดยคุณครูเป็นผู้มีบทบาทอย่างยิ่งในการบูรณาการดังกล่าว

นอกจากนั้นกระบวนการสร้างนักสื่อสารสร้างสรรค์ โดยนำแนวคิดการเท่าทันสื่อได้แก่ความสามารถในการเข้าถึง (access) วิเคราะห์ (analyze) ประเมิน (evaluate) สื่อสาร (communicate) ทำให้นักเรียนเกิดทักษะในการเรียนรู้และ นวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อและเทคโนโลยี ซึ่งเป็นทักษะ ที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 ดังนี้

1) ทักษะการเข้าถึง คือ การส่งเสริมให้นักเรียนเข้าถึง ข้อมูลในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งการค้นหาข้อมูลจากชุมชน เอกสาร สื่อออนไลน์ เช่น นักเรียนค้นหาวิธีการเพาะปลูกผัก จากสมาชิกในชุมชน ร่วมกับการค้นหาจากสื่ออินเทอร์เน็ต ทักษะเหล่านี้ทำให้นักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลจากหลายแหล่ง ที่สะท้อนข้อเท็จจริงและมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งมีความ จำเป็นอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบันที่มีความหลากหลาย ทางแนวคิดและวัฒนธรรม

2) ทักษะการวิเคราะห์ คือ การส่งเสริมให้นักเรียนเข้าใจ ข้อมูลที่ได้รับว่าถูกสื่อสารออกมาด้วยวัตถุประสงค์อะไร เช่น ในกรณีของการรายงานข่าวโควิด การทำความเข้าใจ กับข้อมูลโควิดที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ ว่าข้อมูลที่ได้มา แต่ละแหล่งนั้นมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนออย่างไร เช่น ทำไมจึงมีการสื่อสารว่าโควิดเป็นโรคที่ร้ายแรงหากพบว่า ใครเป็นต้องหลีกเลี่ยง หรือการสื่อสารว่าถึงแม้โควิดจะเป็น โรคที่ร้ายแรงแต่เราสามารถป้องกันได้ หรือในกรณีของการ วิเคราะห์เมล็ดพันธุ์ที่จะนำไปเพาะงอกว่า ทำไมแหล่งข้อมูลที่ นำเสนอจึงสนับสนุนให้เพาะงอกเมล็ดพันธุ์ชนิดนี้มากกว่า ชนิดอื่น ซึ่งนักเรียนจะได้วิเคราะห์ด้วยการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นระหว่างกระบวนการทำงานกับเพื่อนและ คุณครูหรือจากการนำองค์ความรู้เดิมของตนมาเป็นต้นทุน ในการวิเคราะห์ ทักษะเหล่านี้ทำให้นักเรียนสามารถเข้าใจ ระบบคิดที่อยู่เบื้องหลังข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งปัจจุบันมีข้อมูลที่ แฝงค่านิยม ความเชื่อของผู้ส่งสารไว้อย่างหลากหลาย และแนบเนียน

3) ทักษะการประเมิน คือ การส่งเสริมให้นักเรียนประเมิน

ว่าข้อมูลที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ คุณประโยชน์ที่จะนำมาใช้ ในการดำเนินกิจกรรมหรือไม่ เช่น การเปิดโอกาสให้นักเรียน เป็นผู้คัดเลือกประเด็นที่จะทำการสื่อสารเพื่อเผยแพร่ข้อมูล โควิด หลังจากประเมินแล้วว่าเป็นประเด็นที่สมาชิกในชุมชน จำเป็นต้องรู้ หรือการให้นักเรียนเป็นผู้ตัดสินใจว่าจะเลือก เพาะงอกเมล็ดพันธุ์ชนิดไหน หลังจากประเมินแล้วว่าเมล็ด พันธ์ุนี้สามารถเพาะได้ง่ายหรือเป็นที่ต้องการของตลาด ทักษะเหล่านี้จะทำให้นักเรียนสามารถให้คุณค่ากับข้อมูล และสามารถจัดหมวดหมู่ข้อมูลเหล่านั้นให้เป็นฐานข้อมูล ประสพการณ์หรือรอบอ้างอิงในการอธิบายหรือเข้าใจ ปรากฏการณ์ทางสังคม รวมทั้งการตัดสินใจที่จะสื่อสาร ข้อมูลที่ตนประเมินแล้วว่ามีความคุ้มค่าออกสู่สังคม

4) ทักษะการสื่อสาร คือ การส่งเสริมให้นักเรียนสามารถ ออกแบบเนื้อหาสาระและเลือกช่องทางในการสื่อสารที่เหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การเผยแพร่ผ่านหอกระจายข่าว เพจโรงเรียน สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส ทักษะเหล่านี้ ทำให้นักเรียนสามารถออกแบบเนื้อหาที่จะสื่อสารรวมทั้ง เลือกช่องทางการสื่อสาร เพื่อให้การสื่อสารนั้นบรรลุผล ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

นอกจากนั้นการเรียนรู้ที่เกิดจากฐานทุนของชุมชน ทำให้นักเรียนได้เกิดการเรียนรู้ทักษะชีวิตและอาชีพที่มาจาก ภูมิปัญญาของชุมชนอย่างต่อเนื่องเพราะพื้นที่ในการเรียนรู้ นั้นเกิดขึ้นในชุมชนที่นักเรียนได้อาศัยอยู่ และนอกจาก นักเรียนจะได้เรียนรู้ทักษะชีวิตและอาชีพแล้วยังเกิดความ ภาคภูมิใจในวัฒนธรรม อัตลักษณ์ของชุมชนตนเอง ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นทำให้สามารถลดความเหลื่อมล้ำ ทางการศึกษาได้ เพราะเป็นการเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย สอดคล้องกับบริบทและความสามารถ ความต้องการ ของผู้เรียนแต่ละคน

จากการวิเคราะห์พบว่ากิจกรรมของทั้งสองโรงเรียน มีความสอดคล้องกับแนวคิดที่อยู่เบื้องหลังการทำงาน ในการออกแบบกระบวนการ/กิจกรรมเพื่อการพัฒนาเด็ก และเยาวชนของศคสโสฬส จิตรวานิชกุล⁽⁴⁾ ได้แก่

1) หลักการ “เล่นให้เกิดการเรียนรู้” (playing is learning) หรือวิธีการแบบ “สาระบันเทิง” (edutainment) นั่นคือการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ให้มีความหลากหลาย และแฝงไปด้วยความสนุกสนาน

2) หลักการทำงานบนพื้นฐานที่ยอมรับในความแตกต่าง

หลากหลายมีความเชื่อในเรื่อง “ความหลากหลาย” (diversity) ซึ่งมีหลายนัยยะ เช่น ความหลากหลายของเยาวชนที่เข้ามา
ร่วมกิจกรรม ความหลากหลายในแนวทางของการแก้ไขปัญหา

3) กลยุทธ์การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม (participatory communication) ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ
ได้มากขึ้น

4) กระบวนการแสดงความคิดเห็น/วิพากษ์วิจารณ์ เป็น
กระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม กล้าแสดงออก
ทางความคิด การใช้เหตุผล การยอมรับฟังความเห็น และ
การพัฒนาปรับปรุงตนเองผ่านคำวิพากษ์วิจารณ์

กิจกรรมเหล่านี้นอกจากนักเรียนจะเข้าร่วมด้วยความ
สนุกสนาน เนื่องจากได้รับอิสระในการออกแบบการเรียนรู้
 อีกทั้งบรรยากาศในการเรียนรู้ได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม
อย่างเท่าเทียม สามารถแสดงความคิดเห็น และการยอมรับ
ความแตกต่างที่หลากหลายอันเป็นหนึ่งในการลดความ
เหลื่อมล้ำทางการศึกษาแล้ว เมื่อผนวกกิจกรรมเข้ากับ
แนวคิดการพัฒนาทักษะการเท่าทันสื่อและการส่งเสริมให้
นักเรียนมีความเป็นพลเมืองที่มุ่งเน้นความเป็นธรรม
ในสังคม คือ เป็นพลเมืองที่มีความรู้และเข้าใจในเรื่อง
โครงสร้าง ระบบสื่อ สารสนเทศ สื่อดิจิทัล ใช้เพื่อสร้างการ
เปลี่ยนแปลงสังคมให้ดีขึ้น ก็จะทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ
ของเยาวชนให้เป็นผู้เปลี่ยนแปลงสังคมในที่สุด

อย่างไรก็ตามความยั่งยืนของโครงการนั้นขึ้นอยู่กับ
ความร่วมมือระหว่างชุมชนกับโรงเรียน ซึ่งจากการศึกษา
ได้ค้นพบว่าการเปิดโอกาสให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมกับ
กิจกรรมของโรงเรียนสามารถสร้างความสัมพันธ์ได้ เพราะ
เมื่อสมาชิกได้เข้ามามีส่วนร่วมในงานแล้วก็เริ่มมีความรู้สึก
ผูกพัน และเมื่อมีความรู้สึกผูกพันรูปแบบการมีส่วนร่วมก็จะ
มีในระดับที่สูงขึ้น เพราะรู้สึกว่าเป็นเจ้าของ (sense
of belonging) ในงานดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากกรณีของ
โรงเรียนบ้านแม่แพน้อยที่ชุมชนเริ่มจากการมีส่วนร่วมในการ
จัดการเรียนรู้ในชุมชนในช่วงการระบาดของโรคโควิดมาเป็น
ผู้ช่วยผลิตเครื่องเล่นให้กับโรงเรียน

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

1. จากการศึกษาพบว่าโอกาสที่เปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้
ในชุมชนทำให้เห็นประเด็นปัญหาของชุมชน ดังนั้นครูผู้สอน

ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกการเรียนรู้ให้กับเด็ก ควรพัฒนา
ทักษะการเท่าทันสื่อให้กับเด็ก ซึ่งประกอบไปด้วยความสามารถ
ในการเข้าถึง (access) วิเคราะห์ (analyze) ประเมิน
(evaluate) สื่อสาร (communicate) และผนวกกับแนวคิด
การเป็นพลเมือง เพื่อกระตุ้นให้เด็กได้ตระหนักถึงศักยภาพ
ของตนเองและเกิดแรงจูงใจที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลง
ให้กับชุมชน ตามศักยภาพที่ตนเองมี ซึ่งพิณสุดา สิริธังศรี⁽⁵⁾
กล่าวว่าการศึกษาเพื่อสร้างการเป็นพลเมืองนั้น การจัดกิจกรรม
การเรียนรู้ทั้งในและนอกสถานศึกษา ด้วยวิธีการเรียนรู้
ที่หลากหลายสอดคล้องกับวิธีการเรียนรู้แบบใหม่ใน
ศตวรรษที่ 21 โดยยึดกระบวนการเรียนรู้เชิงรุก หรือการ
เรียนรู้จากสถานการณ์และการปฏิบัติจริง ควรจัดกิจกรรม
การเรียนรู้ที่เน้นกระบวนการฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะ การคิด
วิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ การประเมินผลเชิงพฤติกรรม
รวมทั้งการที่ชุมชนและสังคมให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วม
ในการจัดการศึกษา

2. ทั้งสองโรงเรียนได้ใช้ฐานทุนด้านภูมิปัญญาของ
ชุมชนให้นักเรียนได้เรียนรู้จนเกิดความเข้าใจและภาคภูมิใจ
ในอัตลักษณ์ ชาติพันธุ์ของตน อย่างไรก็ตามชุมชน
มีลักษณะทวิลักษณ์ กล่าวคือ มีทั้งด้านที่เป็นศักยภาพ และ
ด้านที่เป็นปัญหา เช่น ที่ชุมชนบ้านแม่แพน้อย อำเภอสบเมย
จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ค้นพบว่าขณะที่ชุมชนมีปัญหา
ความยากจน แต่ในขณะที่เดียวกันชุมชนก็มีภูมิปัญญา
ในการผลิตผ้าทอชนเผ่าและเครื่องจักสานที่สวยงาม
ซึ่งสามารถสร้างมูลค่าได้แต่ชุมชนไม่เคยผลิตเพื่อจำหน่าย
แต่ผลิตเพื่อใช้ในครอบครัวอย่างเดียว ดังนั้นหากจะทำให้
การจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาความยากจน เพื่อให้
เกิดผลที่ยั่งยืนนั้น การนำศักยภาพของชุมชนเข้ามาร่วม
แก้ไขจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม เพราะวิธีการในการแก้ไข
ปัญหายังเป็นสิ่งที่ชุมชนคุ้นเคย อย่างไรก็ตามใน
การคัดเลือกภูมิปัญญาได้นั้นมาใช้ในการพัฒนานั้นจำเป็นต้อง
ต้องระดมความเห็นชอบ/ความเห็นจากคนทุกๆ กลุ่มใน
ชุมชนเพื่อสร้างมติร่วมกัน (consensus-common
agreement) ตามแนวคิดของ กาญจนา แก้วเทพ⁽⁶⁾ ที่ว่า
การทำงานด้านวัฒนธรรมนั้น ควรคำนึงถึงหลักการของ
การมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากภูมิปัญญา
วัฒนธรรมประเพณีนั้นนอกจากจะเป็น “สมบัติของชุมชนแล้ว”
ก็ยังมีลักษณะเป็น “สมบัติร่วมของทุกกลุ่มในชุมชน”

3. การสื่อสารสังคมเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนแนวคิดจากชุมชนไปสู่นโยบาย ซึ่งการดำเนินงานได้มีการสร้างทักษะการสื่อสารรูปแบบต่างๆ ให้กับนักเรียน ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ที่จะผลิตเนื้อหาเพื่อบอกเล่าเรื่องราวศักยภาพของชุมชนด้วยตนเอง จึงทำให้การสื่อสารมีพลังอย่างยิ่ง สอดคล้องกับแนวคิดสื่อสารชุมชนที่กล่าวว่า สื่อชุมชนคือ สื่อของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน ดังนั้นการที่ชุมชนสามารถผลิตสื่อได้ด้วยตนเอง จึงทำให้เนื้อหาที่ถูกผลิตนั้นสร้างผลประโยชน์ให้กับชุมชนเอง เช่น เกิดรายได้จากการสื่อสารการตลาดเกิดความภาคภูมิใจในอัตลักษณ์ของตนจากการสื่อสารเรื่องราวของชุมชน เกิดการสร้างชุดความหมายใหม่ด้วยชุมชนเอง อย่างไรก็ตามการสื่อสารสังคมจะเกิดผลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นอาจจะต้องใช้กระบวนการเสริมพลังและสร้างเครือข่ายด้านการสื่อสารจากสื่อมืออาชีพ หรือสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการผลิตสื่อ เพื่อจะทำให้

การสื่อสารนั้นสร้างความน่าสนใจต่อสังคม รวมทั้งเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้อยู่ในระดับมวลชนมากยิ่งขึ้น เช่น การทำงานร่วมกับสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอสทำให้ชุมชนสื่อสารประเด็นออกสู่สังคมในช่วงนักข่าวพลเมือง

4. จากการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ ดังนั้นโรงเรียนกับชุมชนควรวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน รวมทั้งระบุรูปแบบการมีส่วนร่วมของแต่ละฝ่ายให้ชัดเจน เพื่อให้การบริหารงานดำเนินไปได้อย่างราบรื่น นอกจากนี้การวางแผนร่วมกันยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานอันเป็นต้นทุนสำคัญในการทำงานร่วมกันต่อไปในอนาคต เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ทั้งนี้การทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนกับโรงเรียนนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจในความแตกต่างของกันและกัน ใช้รูปแบบการสื่อสารแบบสองทางเน้นการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจไม่ใช่สั่งการ

เอกสารอ้างอิง

1. วีนิจ ผาเจริญ, ภัทรชัย อุทาพันธ์, กรวิทย์ เกาะกลาง, สุรัชย์ พุดชู. ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาของพลเมืองไทยกับสถานการณ์การเรียนออนไลน์ในยุคไวรัสโควิด 19. วารสารปัญญาภิธาน 2564;6:1-14.
2. The Reporters. 1 ใน 5 ของเด็ก และเยาวชนไทยทั่วประเทศ ประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ม.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thereporters.co/knowledge/equalityineducation>
3. พวงชมพู ไชยอาลา แสงรุ่งเรืองโรจน์. นักสื่อสารสุขภาวะเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมบนฐานทุนของชุมชน. สมุทรปราการ: ออฟเซ็ทพลัส; 2564.
4. ศศโสฬส จิตรวานิชกุล. กระบวนการสื่อสารเพื่อการพัฒนาเด็กและเยาวชนในชุมชน. วารสารวารสารศาสตร์ ฉบับเครือข่ายสื่อสาร... ล้อมวงตรงเข้ามา 2560;10:7-46.
5. พิณสุดา สิริธรงค์ศรี. การพัฒนาการศึกษาเพื่อความเป็นพลเมือง. วารสารสุทธิปริทัศน์ 2560;31:100-13.
6. กาญจนา แก้วเทพ. สื่อพื้นบ้านเพื่อการพัฒนาภาพรวมจากงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร: ซีโนดีไซน์; 2547.

The Process for Creating Creative Communicators to Reduce Educational Disparities Based on Community Capital

Phuangchomphu Chaijala Sangrungruengroj

*Communication Arts Department, Informatics Faculty, Mahasarakham University,
Mahasarakham Province, Thailand*

Abstract

This case study aimed to study the process of creating creative communicators to reduce educational disparities based on community capital of Mueng Khong (Khong Kha Witthaya) School, Rasri Srai district, Srisaket province and Ban Mae Phae Noi School, Sob Maei district, Mae Hong Sorn province. The study was conducted through the process of collecting data which has started from March 2020 - January 2021. The methods used were the following: a non-participant observation and whitepaper analysis which included interviews with administrators, teachers and students. The results showed that destitution, living in a remote area, inconvenient transportation, no internet signal were causing disparities in the education of students. Thus, schools used the community's capital base such as occupational wisdom, arts and culture wisdom for design activities to create learning through the process of creating creative communicators by promoting the skills of communication competency include access, analyze, evaluate, communicate. The results of organizing the learning process through the process to create creative communicators based on community capital of both schools had found that school could develop students to have knowledge of core subjects and ability to integrate various skills for life in the 21st century which include the following; learning and innovation skills, information media and technology skills, life and career skills. From the study, it was found that when a crisis arose, just like COVID-19. Schools had to be closed. But students from both schools could continue their learning through these methods.

Keywords: creative communicators; educational disparities; child and youth development

การพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายสังคมสงเคราะห์จิตอาสา: กรณีศึกษาการดูแลทางสังคมผู้ป่วยโควิด 19

ระพีพรรณ คำหอม, สโรทร ม่วงเกลี้ยง, ชนิษฐา บุรณพันธ์ดี, เขียวเรศ คำมะนาด, วาสนา เก้านพรัตน์, รณรงค์ จันดี
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

บทคัดย่อ

การดำเนินงานพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสา เป็นการเตรียมความพร้อมของนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสา 324 คน ภายใต้โครงการพัฒนาสมรรถนะและรูปแบบการดูแลทางสังคม และเสริมพลังชุมชนในการเฝ้าระวัง ดูแล และจัดการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จัดการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษา 4 หลักสูตรทั้งแบบ online และ e-learning เป็นการ up-skills และให้คำปรึกษา และเสริมพลัง จัดทำระบบปฏิบัติการเพื่อการทำงานออนไลน์ของนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสากับผู้ป่วยจำนวน 1,465 คน พบผู้ที่มีปัญหาทางสังคมที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ และการดูแลทางสังคมที่รุนแรงร้อยละ 1.2 (17 ราย) ในระยะการระบาดระลอกที่ 1 ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาที่มีบทบาทในการจัดหา ประสาน แหล่งทรัพยากรและเมนูบริการทางสังคม รวมถึงการส่งต่อเพื่อให้เข้าถึงบริการตามความต้องการจำเป็น ซึ่งผู้ป่วยโรคโควิด 19 ได้รับการฟื้นฟู เยียวยา ขจัดอุปสรรคต่างๆ และผู้ป่วยโรคโควิด 19 สามารถกลับสู่การดำเนินชีวิตปกติได้ กิจกรรมภายใต้โครงการที่สำคัญอีกเรื่อง คือ งานสังคมสงเคราะห์ชุมชน โดยมีนักวิชาการสังคมสงเคราะห์ทำงานกับชุมชนเพื่อจัดทำแผนเผชิญเหตุ การดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 และผู้ที่ได้รับผลกระทบการฟื้นฟูทางสังคมโดยชุมชน บทเรียนของโครงการที่เกิดขึ้น คือ การพัฒนารูปแบบการทำงานทางสังคมด้วยระบบออนไลน์ การบันทึกข้อมูลด้วยระบบผ่าน digital platform ซึ่งช่วยให้วิเคราะห์ จัดระบบข้อมูล นำไปวางแผนการดูแลทางสังคมได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ และปรับเป็นการทำงานแบบไร้รอยต่อ (ไม่ระบุสังกัด) ถือเป็นปรับเปลี่ยน mindset ใหม่ในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ในชีวิตวิถีใหม่ (new normal)

คำสำคัญ: การพัฒนาสมรรถนะ; เครือข่ายนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสา; การดูแลทางสังคมผู้ป่วยโควิด 19

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกแรก สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) กรมควบคุมโรคได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC)⁽¹⁾ เพื่อการดูแลผู้ป่วยโควิด หลังการรักษาแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยหลายรายได้ติดต่อกลับมาแจ้งว่ามีปัญหาทางสังคมเกิดขึ้นกับตนเอง และไม่มีบุคลากรที่จะทำงานด้านสังคม เจ้าหน้าที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ปัญหา

ทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโควิด 19 ก็ยังพบในผู้ป่วยโรงพยาบาลสนามธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเช่นกัน เช่น คนในครอบครัวปฏิเสธให้กลับบ้าน เจ้าของคอนโดมิเนียมไม่อนุญาตให้กลับบ้านห้องพักคนรอบข้างแสดงท่าทีรังเกียจ การถูกออกจากงาน การถูกตีตราจากสังคม การไม่ได้รับการเผาศพในวัดเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต และปัญหาทางสังคมอื่นๆ ร่วมด้วย สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองจึงได้ประสานงานมาที่สำนัก 7 สำนักสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อขอความช่วยเหลือให้มีนักสังคมสงเคราะห์มาดำเนิน

การติดตามและประเมินผลเพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมตามความเหมาะสม

ช่องว่างของระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในระบบงานปกติของหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่จำนวนนักสังคมสงเคราะห์ที่มีใบประกอบวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกหน่วยงานมีเพียงร้อยละ 28 (800 คนจากจำนวนทั้งหมด 2,900 คน) เฉลี่ยมีนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขจำนวน 1 คน หากเป็นโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางจะมีจำนวนไม่เกิน 10 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เกือบทั้งหมดจึงมีภารกิจการให้บริการงานประจำล้นมือ การทำงานในระบบไม่ทันกับสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาผู้ป่วย ที่มงานของโครงการ จึงได้ระดมความคิดเห็นกับเครือข่ายองค์กรวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ โดยมีคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลสนามธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ สภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย สมาคมนักสังคมสงเคราะห์การแพทย์ไทย และเครือข่ายองค์กรวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ ที่ประชุมจึงเสนอให้มีการรับสมัครนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาที่สนใจมาร่วมโครงการ โดยใช้ตัวแบบการปฏิบัติงานใหม่ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์โรงพยาบาลสนาม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถือเป็นทีมแรกๆ ที่เริ่มดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม การปรับตัวในชีวิตวิถีใหม่ (new normal) การทำงานผ่านระบบ telemedicine ร่วมกับทีมแพทย์พยาบาล การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยผ่านระบบไลน์

การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน การดูแลด้านสวัสดิการสังคมกับผู้ป่วย การให้บริการสุขภาพวิถีใหม่ และการติดตามประเมินผลผู้ป่วยหลัง 14 วันของโรคโควิด 19

ดังนั้น สำนักสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้ทำงานร่วมกับคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และเครือข่ายองค์กรวิชาชีพสังคมสงเคราะห์จัดทำโครงการพัฒนาสมรรถนะและรูปแบบการดูแลทางสังคม และเสริมพลังชุมชนในการเฝ้าระวัง ดูแล และจัดการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่

ระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อให้ นักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาเป็นหนึ่งในทีมงานของระบบสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสังคมสามารถปรับตัวใหม่หลังการเจ็บป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายสังคมสงเคราะห์จิตอาสาเป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการพัฒนาสมรรถนะและรูปแบบการดูแลทางสังคม และเสริมพลังชุมชนในการเฝ้าระวัง ดูแล และจัดการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19” เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการทำงานสังคมสงเคราะห์ในระบบปกติต้องปรับตัวใหม่ในการทำงานผ่านระบบดิจิทัลมากขึ้น แต่นักสังคมสงเคราะห์ส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการทำงานในระบบดิจิทัล การขาดทักษะการทำงานผ่านระบบ telemedicine โดยเฉพาะการประเมินปัญหาและความต้องการ การให้คำปรึกษาแนะนำ การให้ความรู้ใหม่ต่อการดูแลตนเองและครอบครัว เป็นต้น

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาจึงเป็นการก่อตัวใหม่ของนักสังคมสงเคราะห์ที่มีใจที่จะร่วมช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด 19 นักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาตระหนักว่าความรุนแรงของโรคภัยพิบัติใหม่นี้จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากนโยบายและมาตรการของรัฐเป็นการดำเนินการแบบเชิงเดี่ยว มุ่งรายปัจเจกบุคคลมากกว่าครอบครัว รวมทั้งการสูญเสียชีวิตของผู้นำครอบครัวจะทำให้เกิดบาดแผลเชิงลึกกับคนในครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์เป็นหนึ่งในทีมงานที่ต้องทำงานในระยะฟื้นฟูทางสังคมร่วมกับทีมสุขภาพ

แนวคิดการดูแลทางสังคมผู้ป่วยโควิด 19 เป็นบริการที่จัดขึ้นหลังจากที่นักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อให้เกิดแผนการดูแลทางสังคมประกอบด้วย 6 เมนูทางสังคมประกอบด้วย (1) เมนูสุขภาพ ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ รวมถึงประกันสุขภาพของภาคเอกชน (2) เมนูเศรษฐกิจ การแนะนำอาชีพเสริม การจัดหางานใหม่ (3) เมนูด้านบริการที่อยู่อาศัย การแนะนำการดูแลตนเองในสถานกักแยก การจัดหาโรงพยาบาลสนามสำหรับหลังจากออกจากโรงพยาบาล หรือก่อนเข้าโรงพยาบาล (4) เมนูบริการ

ทางสังคม สิทธิสวัสดิการตามกลุ่มเป้าหมายทางสังคม (5) เมฆุการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การให้คำปรึกษาแบบเสริมพลังอำนาจ การให้คำปรึกษาแบบปรับความคิด เปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาภาวะสูญเสียสมาชิกครอบครัวจากโรคโควิด 19 และ (6) เมฆุการคุ้มครองเด็กและครอบครัว ให้มีทักษะการดูแลเด็กให้ปลอดภัย ป้องกันหรือลดภาวะการถูกรังแกด้วยความรุนแรง

วิธีการดำเนินงาน

ภารกิจภายใต้โครงการฯ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ดังนี้ (1) พัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสา (ไม่จำกัดสังกัดในการทำงาน แต่รวมตัวเพื่อการพัฒนาตนเองให้พร้อมทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19) (2) พัฒนารูปแบบ กลไกการให้บริการคำปรึกษา และการดูแลด้านสุขภาวะสังคมในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ และ (3) พัฒนารูปแบบการเสริมพลังชุมชนให้มีระบบการเฝ้าระวังทางสังคม และดูแลช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นการพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ในบทบาทการทำงานสังคมสงเคราะห์-ชุมชน ซึ่งมีพื้นที่ดำเนินการ 5 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบางบัว เขตบางเขน และชุมชนริมทางรถไฟ เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ชุมชนวัดโดนด อ.บางกรวย นนทบุรี ชุมชนคูบางหลวง อ.คลองหลวง ปทุมธานี และชุมชนศิริสุข อ.เมืองสมุทรปราการ

ผลผลิตที่เกิดขึ้น (output)

1) การพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสา (ไม่จำกัดสังกัดในการทำงาน แต่รวมตัวเพื่อการพัฒนาตนเองให้พร้อมทำงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19) ได้พัฒนาหลักสูตร 4 หลักสูตรเพื่อ re-skill และ up-skill นักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาตัวในโรงพยาบาล จัดการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ให้พร้อมทำงานแบบออนไลน์ โดยโครงการฯ ได้ดำเนินกิจกรรมกับนักสังคมสงเคราะห์

จิตอาสาที่สมัครเข้าร่วมโครงการกว่า 300 คน และมีนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาที่ได้นำความรู้ทักษะที่ได้รับ การอบรม 324 คน และร่วมทำงานภายใต้โครงการนี้ จำนวน 119 คน และได้พัฒนาหลักสูตรออนไลน์ต่อยอด เป็นหลักสูตร e-learning 4 หลักสูตร ได้แก่ (1) การให้ การปรึกษาออนไลน์ (hotline counseling) (2) การให้ การปรึกษาเสริมพลังอำนาจ (empower counseling) (3) เทคนิคการให้การปรึกษาเชิงความคิดและพฤติกรรม ในสถานการณ์ โควิด 19 (cognitive behavior therapy: CBT) และ (4) หลักสูตรการสนับสนุนทางจิตใจและ จิตสังคม (mental health and psychosocial support: MHPSS) สำหรับเด็กระดับชุมชนเบื้องต้นในภาวะระบาด โควิด 19 เปิดโอกาสให้นักสังคมสงเคราะห์ได้เข้ามาเรียนรู้ ด้วยตนเองและสามารถนำไปใช้งานได้จริง

2) การพัฒนารูปแบบ กลไกการให้บริการคำปรึกษา และการดูแลด้านสุขภาวะสังคมในการดูแลผู้ป่วย โควิด 19 เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ นักสังคม สงเคราะห์จิตอาสาที่ผ่านการอบรมตามภารกิจที่ 1 ติดตาม คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ออกจากโรงพยาบาลตาม ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต เมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลสนามธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 1,465 รายทางโทรศัพท์ เพื่อ ประเมินปัญหาทางสังคมผ่านทางโทรศัพท์ด้วยแบบประเมิน “แบบประเมินปัญหาทางสังคมผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/ โรคติดต่อร้ายแรง version 1” ที่พัฒนาจาก กรอบแนวคิด ตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน สุขภาพและความ พิจาร (international classification of functioning, disability and health: ICF) ขององค์การอนามัยโลก⁽²⁾ ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ (1) มิติเศรษฐกิจ (2) มิติครอบครัว และ (3) มิติสุขภาพและสังคม

ผลการติดตามผู้ป่วยโควิด 19 มีนักสังคมสงเคราะห์ จิตอาสาเข้าร่วมปฏิบัติการจำนวน 110 คน พบผู้ป่วยที่มีปัญหา สังคมร้อยละ 1.2 (จำนวน 17 ราย) ปัญหาสังคม 3 อันดับของ ผู้ป่วยโควิด 19 ที่พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 49.8 ของผู้ป่วยมี ปัญหาการประกอบอาชีพและการทำงาน รองลงมาร้อยละ 45.3 มีปัญหาการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจและรายได้ และร้อยละ 35.7 มีปัญหาความรู้สึกไม่สบายทั้งทางกายและจิตใจ

มีเพียงร้อยละ 29.4 ของผู้ป่วยโควิด 19 มีปัญหา ด้านทัศนคติและการติตรผู้ป่วยเกิดขึ้น นักสังคมสงเคราะห์ จิตอาสาจึงจัดแผนการดูแลทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เช่น ประสานหน่วยงานเพื่อให้ได้รับสิทธิสวัสดิการตามมาตรการ เยียวยาของรัฐ การได้รับบริการทางสังคม การให้ความรู้ การเสริมพลังการดูแลตนเองและครอบครัว การจัดหางาน ที่เหมาะสม เป็นต้น รวมทั้งได้มีการจัดเวทีออนไลน์ถอดบทเรียน เพื่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะการทำงานสังคมสงเคราะห์ เพิ่มเติมขึ้น

3) เครื่องมือการทำงานทางสังคมออนไลน์ที่พัฒนา ไปตามสถานการณ์ ในการระบาดโควิด 19 ระลอกที่ 2 ได้มีการปรับปรุงเครื่องมือการทำงานทางสังคมออนไลน์รอบที่ 2 เป็น “แบบประเมินปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยด้วยตนเอง” จำนวน 14 ข้อ เป็น 22 ข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคโควิด 19 เข้าใจ และสามารถประเมินตนเองได้ผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ การแปลผลการประเมินปัญหาทางสังคมแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 3 มีปัญหารุนแรงมากหรือมีความยากลำบากมาก ระดับ 2 มีปัญหารุนแรงมากหรือมีความยากลำบากระดับ ปานกลาง และระดับ 1 มีปัญหาเล็กน้อยหรือมีความยาก ลำบากระดับน้อยหรือไม่มี ดำเนินงานติดตามผลผู้ป่วย โรคโควิด 19 ที่หายป่วย ออกจากโรงพยาบาลแล้ว อย่างน้อย 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นการสอบถามสถานะความเป็นอยู่ปัจจุบัน หากพบปัญหาจะมีการติดตามช่วยเหลือทางสังคมตามปัญหา ที่พบเป็นครั้งที่ 2 และหากต้องประสานงาน ส่งต่อเพื่อ จัดบริการทางสังคมได้มีการติดตามเป็นครั้งที่ 3 ซึ่งส่วนใหญ่ ดำเนินการได้ภายในระยะเวลา 3 เดือน บริการที่นักสังคม สงเคราะห์จิตอาสาให้กับผู้ป่วยโรคโควิด 19 มีการให้ คำปรึกษาแบบเสริมพลังอำนาจ การประสานการจัดบริการ เมฆูทางสังคมร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้เข้าถึงบริการตามสิทธิ และความต้องการจำเป็น แล้วจึงยุติการให้บริการหลังจากนั้น ได้มีการจัดเวทีออนไลน์ถอดบทเรียนร่วมกับนักสังคม สงเคราะห์ที่ร่วมดำเนินการติดตามผู้ป่วยโรคโควิด 19 ออนไลน์ และนำบทเรียนดังกล่าวไปเผยแพร่ให้นักสังคม สงเคราะห์โดยทั่วไป

4) คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อการดูแลทางสังคมกับผู้ป่วยโควิด 19 นอกจากนี้โครงการ ได้ผลิตคู่มือการปฏิบัติงาน 3 เล่ม ที่จะนำไปใช้งานกับพื้นที่ ต่างๆ ได้แก่ (1) คู่มือการดูแลทางสังคมระยะฟื้นฟูกับผู้ป่วย

และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽³⁾ (2) คู่มือการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมสำหรับเด็ก และครอบครัวระดับชุมชนในภาวะการระบาดโควิด 19⁽⁴⁾ และ (3) คู่มือการจัดตั้ง CI: community isolation คู่มือ สำหรับประชาชน ชุมชน และท้องถิ่น⁽⁵⁾ ผลิตเรื่องละ 500 เล่ม เผยแพร่ในรูปแบบ e-book เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และ เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโควิด

เมื่อเข้าสู่การระบาดระลอกที่ 2 โครงการ ได้ปรับเปลี่ยน การดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ซึ่งทำให้เกิด การพัฒนาเครื่องมือและสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ จิตอาสามากขึ้น จากนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาที่ทำงาน ออนไลน์กับผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนเป็นการทำงานผ่านล่าม ภาษาพม่า กัมพูชา และลาว เนื่องจากสถานการณ์การ ระบาดระลอก 2 มีแรงงานต่างด้าวติดเชื้อโควิด 19 เป็น คลัสเตอร์ใหญ่ จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและ เป็นสถานการณ์ที่วิกฤต ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษา กักตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย โรคโควิด 19 และกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงทั้งด้านสุขภาพ และ ความเป็นอยู่ โครงการฯ จึงได้ร่วมกับมูลนิธิพัฒนาคุณภาพ ชีวิตแรงงาน จัดการอบรมพัฒนาสมรรถนะล่าม เพื่อให้ ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการรักษาโรคโควิด 19 การดูแลสุขภาพ ตนเอง การรับบริการทางการแพทย์ การคุ้มครองสิทธิ แรงงาน

การคุ้มครองสิทธิเด็ก และการดำเนินตามมาตรการ ควบคุมโรค และที่สำคัญ คือ มีการพัฒนาทักษะของล่าม ด้วยเทคนิคการให้คำปรึกษาพื้นฐาน เช่น รับฟังผู้ป่วย ด้วยหัวใจ (active listening) การให้คำปรึกษาเพื่อการ เสริมพลัง (empowerment counseling) ซึ่งการ ทำงานเป็นระบบออนไลน์ทางโทรศัพท์แบบ 3 สาย และ ยังคงดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะวิกฤต มาจนถึง สถานการณ์การระบาดในระยะการระบาดระลอกที่ 2, 3 และ 4

นักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาให้การดูแลช่วยเหลือ ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับมูลนิธิพัฒนาคุณภาพ ชีวิตแรงงาน จนถึงระยะการระบาดระลอก 4 ได้รับการ ประสานส่งต่อและให้ความช่วยเหลือเพื่อเข้าถึงบริการ การรักษา และการช่วยเหลือทางสังคมอย่างต่อเนื่อง จำนวน 2,231 ราย⁽⁶⁾

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (outcome)

เกินความคาดหมาย

1) เกิดโครงการการจ้างงานผู้ป่วยที่หายจากโควิด มาเป็นจิตอาสาของจังหวัดปทุมธานี และผู้ป่วยจิตอาสา จัดทำ โครงการกำลังใจสู้ภัยโควิด ปทุมธานี จากผู้ป่วย โควิด 19 ที่หายป่วยแล้ว จากช่วงการระบาดระลอกที่ 1 หลังจากได้รับคำปรึกษาเพื่อการเสริมพลัง และการดูแล ทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาแล้ว เกิดแรงบันดาลใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยโควิด 19 ที่ยังรักษาตัว ในโรงพยาบาล จึงมีจิตอาสาช่วยรณรงค์ สร้างความรู้ ความเข้าใจกับผู้ป่วยในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมตัวเพื่อกลับไปใช้ชีวิตหลังจากหายป่วย โดย เดินสายให้กำลังใจผู้ป่วยครอบครัวโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 6 อำเภอของจังหวัดปทุมธานีอย่างต่อเนื่อง และจาก จิตอาสาที่ประกอบอาชีพขับแท็กซี่ ได้พัฒนาเป็นภารกิจ

2) เกิดโครงการแท็กซี่อาสาเพื่อผู้ป่วยโควิด 19 บริการรับ-ส่ง ผู้ป่วยโควิด 19 ที่ได้กลับบ้านหลังจากโรงพยาบาลจำหน่ายแล้วแต่ไม่มีพาหนะเดินทาง และไม่สามารถ ใช้บริการรถสาธารณะได้ การจัดบริการรถแท็กซี่อาสา เน้น มาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ทั้งชุดป้องกันการติดเชื้อ เจลล้างมือ หน้ากากอนามัย และการกั้นฉากภายในรถแท็กซี่ ในส่วนของคนขับและผู้โดยสาร ในอัตราค่าโดยสารปกติ ซึ่งในระยะของการระบาดระลอก 3, 4 ผู้ป่วยที่รักษาตัว อยู่ที่บ้าน ตามระบบ home isolation ต้องมารับบริการ ที่โรงพยาบาล แต่ไม่มีพาหนะ และไม่กล้าเดินทางโดย รถสาธารณะ แท็กซี่อาสาเหล่านี้จึงขยายการให้บริการเพิ่มขึ้น เป็นการเติมเต็มระบบเพื่อให้ผู้ป่วยโควิด 19 ได้รับการ ดูแลอย่างครบวงจร และจิตอาสาเหล่านี้เกิดความรู้สึกร ักภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน อีกทั้งยัง ปรับเปลี่ยนการประกอบอาชีพ เปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส ท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้อีกด้วย

3) พัฒนารูปแบบการเสริมพลังชุมชนให้มีระบบการ เฝ้าระวังทางสังคม และดูแลช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ ทางเศรษฐกิจ สังคมจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นักวิชาการได้ทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการตระหนักถึง สถานการณ์ และการเตรียมความพร้อมในระดับชุมชน เพื่อเตรียมเผชิญเหตุ โครงการ จัดอบรมพัฒนาวิทยากร กระบวนการ (แกนนำชุมชน) ในการเฝ้าระวัง ดูแล และจัดการ

ทางสังคมสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ โรคโควิด 19 ในชุมชน สามารถเป็นวิทยากรกระบวนการ เพื่อจัดเวทีการทำแผนเผชิญเหตุ การวางแผนการเฝ้าระวัง ดูแล และจัดการทางสังคมสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากการ แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในชุมชนของตนเองได้ กระตุ้นชุมชน ให้เตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามศักยภาพและบริบทของชุมชน

วิจารณ์

1. เครื่องมือแบบประเมินปัญหาทางสังคมออนไลน์ เป็นการออกแบบประเมินประเด็นปัญหาทางสังคมใน ภาวะวิกฤตเป็นเครื่องมือใหม่ที่เกิดขึ้นจากการทำงานของ นักสังคมสงเคราะห์จิตอาสา เพื่อทดลองใช้วัดระดับความ รุนแรงของปัญหาทางสังคมในช่วงการแพร่ระบาดของ โรคโควิด 19 ความสามารถและความบกพร่องของการ ดำรงชีวิตในด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด 19 ได้มีการปรับปรุงและ อิง core set บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน สุขภาพ และความพิการในชื่อ “แบบประเมินปัญหาทางสังคมผู้ป่วย โรคอุบัติการณ์ใหม่/โรคติดต่อร้ายแรง version 1” ซึ่ง ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการสภาวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ที่มีเนื้อหาหลัก 3 มิติ มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ (ดังภาพที่ 1) ประกอบด้วย

1. มิติเศรษฐกิจ มีคำถาม 5 ข้อ คือ (1) การพึ่งพาตนเอง ทางเศรษฐกิจและรายได้ (2) ทรัพย์สิน (3) การ ประกอบอาชีพและการทำงาน (4) ลักษณะที่อยู่อาศัย (5) การหาซื้อสินค้าและบริการ
2. มิติครอบครัว มีคำถาม 2 ข้อ คือ (1) สัมพันธภาพใน ครอบครัว (2) ภาวะความรับผิดชอบต่อครอบครัวและผู้อื่น
3. มิติสุขภาพและสังคม มีคำถาม 7 ข้อ ประกอบด้วย (1) การเข้าถึงระบบสวัสดิการจากรัฐ (2) การเข้าถึง ระบบสุขภาพของรัฐ (3) การดูแลสุขภาพของตนเอง และครอบครัว (4) อารมณ์และบุคลิกภาพ (5) ความ เจ็บปวด และภาวะสุขภาพ (6) ทศนคติของบุคคล (7) พลังงานและแรงขับ หลังการประเมินปัญหาจะมี การวางแผนการดูแลทางสังคมต่อไป

ซึ่งในระยะของการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอก 2, 3, 4

มีการระบอดอย่างกว้างขวาง จำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โครงการฯ ได้พัฒนา แบบประเมินปัญหาทางสังคม “แบบประเมินปัญหาทางสังคมผู้ป่วยโรคอุบัติการณ์ใหม่/โรคติดต่อร้ายแรง version 1” เป็นการประเมินปัญหาด้วยตนเองของผู้ป่วย ในชื่อ “แบบประเมินปัญหาทางสังคมด้วยตนเองในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)” ดังภาพที่ 1 เป็นการใช้งานแบบออนไลน์ จำนวน 22 ข้อ ได้นำไปใช้ในโรงพยาบาลสนามธรรมศาสตร์ และขยายผลเข้าสู่ระบบการให้บริการสุขภาพ อาทิ โรงพยาบาลสุพรรณบุรี ศูนย์-การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ โรงพยาบาลชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โรงพยาบาลบาราศณราดูรนนทบุรี โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลน่าน

2. ระบบปฏิบัติการออนไลน์ของนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสากับผู้ป่วยกว่า 1,600 คน มีขั้นตอนในการจัดสรรผู้ป่วย ดังนี้

1) ดึงฐานข้อมูลผู้ป่วยโควิด 19 จาก google sheet สปคม. และคัดกรองเฉพาะผู้ป่วยโควิด 19 โดยแยกรายชื่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในความดูแลของโรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งจะจัดสรรให้นักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลดำเนินการเอง และรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยโควิด 19 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี และปทุมธานีเพื่อให้ครอบคลุม กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ซึ่งไม่ได้เป็นข้อมูล real time

2) สร้างไฟล์โปรแกรม excel ขึ้นมาเพื่อเป็น

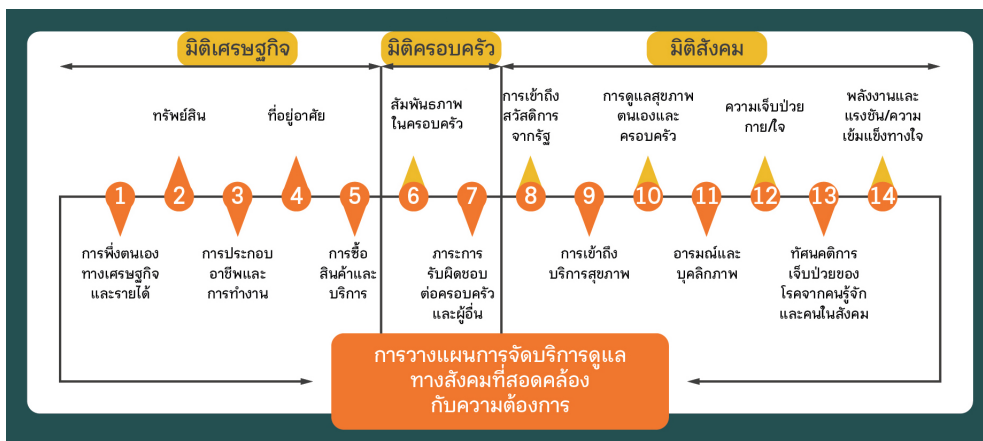
ฐานข้อมูลเดี่ยวและนำข้อมูลจาก สปคม. จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ มารวบรวมอยู่ในไฟล์เดียว ซึ่งประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล เพศ อายุ ที่อยู่หรือที่พัก ในประเทศไทย วันที่ตรวจ วันที่ออกจากโรงพยาบาล รหัสการบันทึกผู้ป่วยของศูนย์บริหารจัดการโควิด 19 (ศบค.) หมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้ป่วยให้ไว้ หมายเลขโทรศัพท์สถานพยาบาลที่รักษาตัว

3) จากรายชื่อนักสังคมสงเคราะห์อาสาทั้งหมดรวมทั้งสิ้น 192 คน (ข้อมูล ณ เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563) และนำจำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูลที่รวบรวมและมาหารจำนวนนักสังคมสงเคราะห์อาสาที่ลงทะเบียนมาทั้งหมด จะได้ว่าค่าเฉลี่ยผู้ป่วยโควิด 19 ที่นักสังคมสงเคราะห์อาสาต้องดูแลต่อนักสังคม 1 คน คือ 5-7 ราย ต่อนักสังคมสงเคราะห์อาสา 1 คน ในการแจกผู้ป่วยโควิด 19 ทีมงานได้ทำการแจกข้อมูลจำนวน 1,600 ผู้ป่วยโควิด 19 ต่อนักสังคมสงเคราะห์อาสา 192 ท่าน โดยเทียบรายชื่อนักสังคมสงเคราะห์กับลำดับรายชื่อผู้ป่วยแบบสุ่ม

4) การติดตามตรวจสอบการบันทึกในฐานข้อมูล google forms จะติดตามหลังจากจัดสรรรายชื่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 ประมาณ 1 เดือน ทีมงานจะตรวจสอบในฐานข้อมูล google forms ว่ามีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแล้ว โดยนักสังคมสงเคราะห์คนใด หากพบว่านักสังคมสงเคราะห์อาสาท่านใดยังไม่ดำเนินการจะสอบถามทางโทรศัพท์ หากไม่สะดวกจะดำเนินการ ทีมงานจะดึงข้อมูลรายชื่อกลับและจัดสรรให้นักสังคมสงเคราะห์อาสาคนใหม่

แม้โครงการฯ จะมีความพยายามจะใช้ platform ใหม่ ๆ

ภาพที่ 1 กรอบการประเมินปัญหาทางสังคมด้วยตนเองในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



แต่ด้วยระยะเวลา สถานการณ์ ทำให้ application ที่วางไว้ ยังไม่สามารถใช้งานได้อย่างกว้างขวาง และยังไม่ถึงจังหวะ เวลาที่จะเชื่อมต่อกับ platform CLICKNIC⁽⁷⁾ ซึ่งเป็น platform ด้านการแพทย์ระบบใหญ่ โดยคาดว่าจะมีการ พัฒนา platform ทางสังคมที่ไปเชื่อมโยงกับระบบ AMED telehealth ต่อไปในอนาคต

3. การทำงานออนไลน์บน platform ไลน์กลุ่มชื่อ “hotline นักสังคมสงเคราะห์สู้โควิด” ซึ่งเชิญให้ นักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาที่เข้าร่วมโครงการเข้าเป็น สมาชิก เพื่อให้เกิดการสื่อสารในการทำงาน ช่วยเหลือกัน และกันในเครือข่ายนักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงการส่งข้อมูล ข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน การพัฒนา สมรรถนะ และยังคงใช้งานอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งถือว่าเป็นการทำงานแบบไร้รอยต่อ ถือเป็น การปรับเปลี่ยน mindset ใหม่ในการปฏิบัติงานของนักสังคม-สงเคราะห์ในชีวิตวิถีใหม่ (new normal) กล้าคิด กล้าลอง กล้าทำในสิ่งที่ไม่เคยทำ เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยออนไลน์ (เปิดวิดีโอคอลเพื่อให้ถ่ายวิดีโอบ้านให้นักสังคมสงเคราะห์ดู) การใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาออนไลน์ที่ต้องสังเกตน้ำเสียง แทนการสังเกตสีหน้า แววตา ท่าทางของผู้ใช้บริการ การพูดคุยเพื่อสร้างความไว้วางใจ และสื่อสารข้อมูลที่ ชัดเจน ไม่สร้างความคาดหวังให้กับผู้ป่วย แต่สามารถ เสริมพลังของผู้ป่วยได้ด้วยบทสนทนา ซึ่งสอดคล้องกับ Abrams & Dettlaff⁽⁸⁾ ที่เห็นว่านักสังคมสงเคราะห์ ในระบบสุขภาพต้องทำงานร่วมทีมกับแพทย์ พยาบาล การปรับตัวกับการทำงานผ่านระบบแพทย์ทางไกล การอำนวยความสะดวกในการดูแลทางสังคม การใช้นวัตกรรม การทำงานเพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายของโรค การรักษาระยะห่างในการทำงานกับผู้ป่วยด้วย

4. การบริหารจัดการเพื่อการจัดสรรทรัพยากร ที่จำเป็นและการใช้มาตรการช่วยเหลือต่างๆ ตามมาตรการ ของรัฐบาล และภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ซึ่งโครงการฯ ได้จัดแบ่งหมวดหมู่บริการทางสังคม และจัดหาทรัพยากร ทางสังคมไว้ 6 เมนู ดังต่อไปนี้

1) เมนูสุขภาพ ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสิทธิข้าราชการและพนักงาน รัฐวิสาหกิจ รวมถึงประกันสุขภาพของภาคเอกชน ซึ่งเป็น

ระบบสวัสดิการด้านสุขภาพที่มีในประเทศไทย

2) เมนูเศรษฐกิจ การแนะนำอาชีพเสริม การจัดหา งานใหม่ การประสานงานกับกรมสวัสดิการและคุ้มครอง แรงงาน กระทรวงแรงงาน เพื่อการคุ้มครองสิทธิการนำเสน ออาชีพออนไลน์ใหม่ๆ

3) เมนูที่อยู่อาศัย รวมถึงการแนะนำการดูแลตนเอง ในสถานกักแยก การจัดหาโรงพยาบาลสนาม สำหรับหลังจาก ออกจากโรงพยาบาล หรือก่อนเข้าโรงพยาบาล ในช่วง การระบาดระลอก 2 เป็นต้นมา จนถึงระยะที่ 4 ซึ่งระบบ การรักษาตัวที่บ้าน ทำให้ต้องมีการจัดการเรื่องที่อยู่อาศัย ที่พักชั่วคราว ทั้งมิติเมืองและชนบท

4) เมนูบริการทางสังคม สิทธิสวัสดิการตามกลุ่ม เป้าหมายทางสังคม เช่น สวัสดิการของเด็กแรกเกิด คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ประสบปัญหาทางสังคม การเข้าถึงบริการของรัฐ การลงทะเบียนโครงการสวัสดิการของรัฐรวมถึงมาตรการ ความช่วยเหลือของรัฐที่ส่วนใหญ่ต้องผ่านระบบการลง-ทะเบียนออนไลน์ ซึ่งกลุ่มประชาชนเปราะบางมักจะเข้าไม่ถึง หรือใช้บริการไม่ได้ในระบบออนไลน์

5) เมนูการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การให้คำปรึกษา แบบเสริมพลังอำนาจ การให้คำปรึกษาแบบปรับความคิด เปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หรือ ปัญหาภาวะสูญเสียสมาชิกครอบครัวจากโรคโควิด 19

6) เมนูการคุ้มครองเด็กและครอบครัว ให้มีทักษะการ ดูแลเด็กให้ปลอดภัย ป้องกันหรือลดภาวะการถูกกระทำด้วย ความรุนแรง

นักสังคมสงเคราะห์จิตอาสา ทำหน้าที่บริหารจัดการ การประสานงาน แหล่งทรัพยากรและเมนูบริการทางสังคม เหล่านี้ช่วยเหลือทางสังคมผู้ป่วยโรคโควิด 19 ให้ได้รับการ พินฟู เยียวยา ขจัดอุปสรรคต่างๆ จนผู้ป่วยโรคโควิด 19 สามารถกลับสู่การดำเนินชีวิตปกติได้

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการทำงานสังคมสงเคราะห์ผ่าน digital platform ขับเคลื่อนการทำงานทางสังคมร่วมกับ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยพัฒนาเครื่องมือการทำงาน ทางสังคมบน digital platform ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

ด้านดิจิทัล และนักวิชาชีพอื่นๆ โดยยังคงสามารถรักษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ (human touch) ด้วยเทคนิคการทำงานกับมนุษย์ของนักสังคมสงเคราะห์ ทั้งในระดับการจัดการรายกรณี (case management) รายครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะการทำงานกับกลุ่มเปราะบางทางสังคม รวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทั้งมิติการแก้ไข การป้องกันและการพัฒนา

2. ควรพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์อย่างต่อเนื่อง ในระหว่างการทำงาน (on the job training) ซึ่งเน้นการสร้างทักษะการทำงานออนไลน์ โดยเฉพาะทักษะการให้คำปรึกษา (counseling) ซึ่งเป็นการ (re-skill) ทบทวนทักษะการทำงานเดิมและยกระดับทักษะเดิมให้ดีขึ้น (up-skill) อย่างต่อเนื่อง เน้นการทำงานทางสังคมแบบทางไกล (social telecare) บนพื้นฐานองค์ความรู้ของโรคอุบัติใหม่ และการทำงานแบบวิถีวิถีใหม่ (new normal)

บทสรุป

การพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายสังคมสงเคราะห์จิตอาสา: กรณีศึกษาการดูแลทางสังคมผู้ป่วยโควิด 19 เป็นความรู้ประสบการณ์ และบทเรียนของนักสังคมสงเคราะห์ในระดับนักวิชาการ นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ ผู้บริหารนโยบายสวัสดิการสังคม ที่นำความรู้ของวิชาชีพสังคมสงเคราะห์มาจัดทำโครงการพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์ภายใต้สถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ ซึ่งทุกวิชาชีพต้องปฏิบัติการและเรียนรู้เพื่อพัฒนาไปสู่ระบบบริการที่ตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นปัญหาระดับโลกโดยไม่จำกัดหน่วยงานต้นสังกัด จึงนับเป็นการพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาที่ “ไร้รอยต่อ” นำความรู้เดิมมา re-skill และ up-skill อันได้แก่ หลักสูตรพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการทำงานกับมนุษย์ คือ การให้คำปรึกษาพื้นฐาน การให้คำปรึกษาเพื่อการเสริมพลัง การให้คำปรึกษาเพื่อปรับความคิด เปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนทางจิตสังคมเด็กและครอบครัวจากสถานการณ์โรคโควิด 19 ซึ่งสามารถนำไปพัฒนาเพื่อใช้ในสถานการณ์ภัยพิบัติอื่นๆ ในอนาคต การจัดการรายกรณี (case management) สังคมสงเคราะห์ชุมชนด้วยการทำงานบน digital platform ที่มีอยู่และถูกสร้างขึ้นใหม่ที่นักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาสามารถใช้งาน

ได้จริง และผู้ประสบปัญหาทางสังคมที่ต้องการความช่วยเหลือสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น และจากการดำเนินโครงการพัฒนาสมรรถนะและรูปแบบการดูแลทางสังคมและเสริมพลังชุมชนในการเฝ้าระวัง ดูแล และจัดการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เมื่อกลางปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน การสื่อสารออนไลน์ทำให้การพัฒนาสมรรถนะนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสามีความต่อเนื่อง ขยายเครือข่ายในการทำงาน ส่งผลให้การบริหารจัดการเพื่อการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นและการใช้มาตรการช่วยเหลือต่างๆ ตามมาตรการของรัฐบาล และภาคเอกชน ภาคประชาสังคม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการดูแลช่วยเหลือทางสังคมเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม สามารถตรวจสอบได้ ลดขั้นตอน ระเบียบปฏิบัติได้ในระดับหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) กรมควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ที่สนับสนุนข้อมูลพื้นฐานการติดตามผู้ป่วยเพื่อการดูแลทางสังคมของโครงการรวมทั้งหน่วยงาน 13 หน่วยงานที่ร่วมมือร่วมใจสนับสนุนการทำงานร่วมกัน ได้แก่ (1) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2) สมาชิวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ (3) สมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย (4) สมาคมนักสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย (5) มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก (6) เครือข่ายสิทธิเด็กประเทศไทย (7) กรุงเทพมหานคร (8) เทศบาลนครรังสิต (9) วัดโตนด อ.บางกรวย นนทบุรี (10) เครือข่ายจิตอาสาสังคมสงเคราะห์และทีมงานสุขภาพ จำนวน 200 คน (11) เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัว กรมกิจการเด็กและสังคมและเจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทั่วประเทศ 200 คน (12) นักสังคมสงเคราะห์สมาชิกสมาชิวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ 300 คน (13) เครือข่ายในชุมชน รวมทั้งทีมงานนักสังคมสงเคราะห์จิตอาสาทุกท่านที่ร่วมขับเคลื่อนงานในครั้งนี้ให้สำเร็จเป็นรูปธรรม และเกิดการพัฒนาเครื่องมือการทำงานทางสังคม เป็นนวัตกรรมทางสังคมอีกชุดหนึ่งที่จะสร้างความเชื่อมั่นที่จะพัฒนาร่วมกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค. ข่าวประชาสัมพันธ์สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง: สปคม. ร่วมกับ กทม. เตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เตรียมเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) เผื่อระวัง ติดตามสถานการณ์กรณีโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสจากจีนอย่างใกล้ชิด [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1093220200107091328.pdf>
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการ และสุขภาพ: ICF (ฉบับภาษาไทย). นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2547.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมสำหรับเด็กและครอบครัวระดับชุมชนในภาวะการระบาดโควิด 19. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2564.
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือการสนับสนุนทางจิตใจและจิตสังคมสำหรับเด็กและครอบครัวระดับชุมชนในภาวะการระบาดโควิด 19. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2564.
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือการจัดตั้ง CI: community isolation คู่มือสำหรับประชาชน ชุมชน และท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2564.
6. สมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย. ข้อมูลนักสังคมสงเคราะห์อาสา. การอบรมเชิงปฏิบัติการ ล่าม 3 สัญชาติ เพื่อให้คำปรึกษาแก่แรงงานข้ามชาติที่ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ครั้งที่ 1/2564; 17 มกราคม 2564. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ไทย; 2564.
7. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค. ข่าวประชาสัมพันธ์สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง: สปคม. ร่วมกับเครือข่ายเขตเมืองขับเคลื่อนโครงการยูนิเวลแคร์ ออกแบบระบบการจัดเก็บข้อมูล (platform) โดยใช้เทคโนโลยี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 6 ม.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1065320191217094649.pdf>
8. Abrams LS, Dettlaff AJ. Voices from the frontlines: Social workers confront the COVID-19 pandemic. *Social Work* 2020;65(3):302-5

Capacity Building Social Workers for Social Care and Social Rehabilitation in COVID-19 Pandemic

Rapeepan Kumhom, Sarotorn Muangklieng, Khanittha Booranaphansak, Yaowaret khammanat, Wassana Kaonoparat, Ronnarong Jundai
Faculty of Social Administration, Thammasat University, Pathum Thani Province, Thailand

Abstract

There were 324 voluntary social workers trained under the project for capacity building of social workers to provide social care model and empowering for patients and families those affected by the COVID-19 pandemic. The training program consisted of 4 counseling courses, both online and e-learning, which were for providing up-skills, counseling and empowerment. Implementation of project provided system for online work with 1,465 patients, counseling, provide social support and assistants which met the basic needs and recover from illness for 1.2% (17 intense cases) during the first wave of the outbreaks, Online working brought up social service menus, referrals in order to access services according to the needs. The patients with COVID-19 were rehabilitated, healed, solved various obstacles and patients with COVID-19 recovered to normal life. Another implement of project was a community social work model to provide program of social awareness of COVID-19, emergency plans, social car plan for patients with COVID-19 and families in community. The lesson of the project is the development of social work patterns through online systems, working through a digital platform plan social care and social services menus which are appropriately, quickly learnt to work with borderless, change their mind set and work through new normal.

Keywords: capacity building; volunteer social workers networks; social care for COVID-19 patients

การสร้างสุขภาวะชุมชน โดยการประยุกต์ ทุนทางวัฒนธรรมและวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม สู่การสร้างแบรนด์สถานที่

อุทิศ อติมานะ

แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ สสส. กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ สสส. มีพันธกิจการส่งเสริมให้เกิดภาคีเครือข่ายชุมชนทั่วประเทศผ่านโครงการ “เมืองสามดี-วิถีสุข” (สื่อดี พื้นที่ดี และภูมิดี) โดยให้แต่ละชุมชนต่อยอดการพัฒนาชุมชนจากทุนทางวัฒนธรรมและทุนทางสังคม เพื่อมุ่งสู่สุขภาวะชุมชน ก้าวต่อไป คือ การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายชุมชนพัฒนาสู่การเป็นองค์กร วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม โดยเลือกภาคีเครือข่ายชุมชนเข้าร่วมโครงการในฐานะตัวแทน 4 ภูมิภาค กรอบการดำเนินงานมุ่งสร้างสุขภาวะชุมชนในบริบทสังคมเสรีทุนนิยม ประกอบด้วย (ก) การสร้างความสุขทางกายจากเศรษฐกิจในชุมชนที่มั่งคั่ง (ข) การสร้างความสุขทางสังคมจากการมีส่วนร่วม ความร่วมมือ ความเกื้อกูล ความวางใจซึ่งกันและกัน การพัฒนาต่อยอดความร่วมมือภายในชุมชนให้มีความเหนียวแน่นมากขึ้นสู่วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม มีความสุขทางปัญญาในการเรียนรู้ทุนทางวัฒนธรรมของชุมชน ทักษะใหม่ๆ ที่ช่วยส่งเสริมการดำเนินกิจการเพื่อสังคมในสามารถเลี้ยงตัวเองได้จริงอย่างยั่งยืน (ค) มีความสุขใจจากความภาคภูมิใจในรากเหง้าทุนทางวัฒนธรรมของชุมชน นำมาต่อยอดสร้างเรื่องราวของชุมชน ผลิตภัณฑ์ บริการของชุมชนให้เกิดความโดดเด่น แตกต่าง พัฒนาจินตนาการร่วมทิศทางพัฒนาาร่วมกันของชุมชน ร่วมกันสร้างแบรนด์สถานที่ของชุมชนให้สังคมวงกว้าง รับรู้ เข้าใจ เกิดความเชื่อมั่นในกิจการเศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์ของชุมชนปัญหาและความท้าทายการพัฒนาภาคีเครือข่ายสู่วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม คือ (ก) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรความเป็นผู้นำและทีมงาน ในฐานะแกนนำการขับเคลื่อนชุมชน ที่เสียสละทุ่มเท รับผิดชอบ ไม่เพียงดำเนินกิจกรรม เพื่อสังคมเป็นครั้งคราวตามเงินบริจาคเป็นโครงการๆ (ข) ทักษะคิดเปิดของผู้นำและชุมชนพร้อมเรียนรู้ ปรับตัวด้านการบริหารจัดการ การตลาด การขาย การสื่อสารการตลาดสมัยใหม่ ฯลฯ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขันของชุมชน ควบคู่กับการยังคงรักษาสุขภาวะชุมชนอย่างมีดุลยภาพ ทั้งมิติเชิงมูลค่าและคุณค่า

คำสำคัญ: การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม; วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม; ทุนทางวัฒนธรรม; ทุนทางสังคม; การสร้างแบรนด์สถานที่

บทนำ

แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีหน้าที่ริเริ่ม ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และสานพลังภาคีเครือข่ายในสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาควิชาการ

ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีครบ 4 ด้าน กาย จิต ปัญญา สังคม และร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ ด้วยวิสัยทัศน์ คือ ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีขีดความสามารถ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ โดยในแต่ละปีที่ผ่านมา แผนงานสื่อ-

ศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพฯ (สสส.) จะสนับสนุนโครงการต่างๆ ทั่วประเทศ ในลักษณะโครงการต้นแบบเชิงรุก เพื่อการจัดการความเสี่ยง สุขภาวะของกลุ่มเป้าหมายและชุมชน ส่งเสริมให้เกิดการสร้างสรรคณ์นวัตกรรม ด้านต่างๆ ที่ต่อยอดจากทุนทางวัฒนธรรมและทุนทางสังคมของชุมชนในแต่ละพื้นที่ ภายใต้แนวคิด “โมเดลเมืองสามดี-วิถีสุข” (สื่อดี พื้นที่ดี และภูมิดี) ส่งเสริมพัฒนาชุมชนเชิงนวัตกรรมที่ยั่งยืน

โครงการวิจัยและพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชน 4 ภูมิภาค หัวข้อการสร้างสุขภาวะชุมชน โดยการประยุกต์ทุนทางวัฒนธรรมและวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคมสู่การสร้างแบรนด์สถานที่ เป็นโครงการต่อเนื่องที่ต่อยอดจากโครงการ “เมืองสามดี-วิถีสุข” ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ 4 พื้นที่ในปี พ.ศ. 2563 และ 3 พื้นที่ในปี พ.ศ. 2564 และ 2 พื้นที่ในปี พ.ศ. 2565 ตามลำดับ

หนึ่งโครงการ “เมืองสามดี-วิถีสุข” (สื่อดี พื้นที่ดี และภูมิดี) เป็นโครงการพัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชนทั่วประเทศที่มีทุนทางวัฒนธรรม มีอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่ถือเป็นมรดกของชาติ ทำงานเชิงรุกภายใต้แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพฯ (สสส.) มาอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การสร้างต้นแบบชุมชนสร้างสรรค์สื่อทางสังคมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของชุมชน ส่งเสริมประชาชนในการเรียนรู้ทุนทางวัฒนธรรมที่มีความแตกต่าง หลากหลาย มีการจัดการความรู้เพื่อสืบสาน พัฒนา ต่อยอด มรดกทางศิลปวัฒนธรรมของชาติ ผ่านกิจกรรมการสร้างสรรค์สื่อรูปแบบต่างๆ ส่งเสริมให้เกิดการประสานงาน (coordination) สร้างความร่วมมือ (cooperation) และการมีส่วนร่วม (participation) กับชุมชน ทั้ง (ก) กลุ่มเด็กและเยาวชน (ข) กลุ่มวัยทำงาน และ (ค) กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อต่อยอดสร้างสรรค์ทุนทางสังคมให้เกิดความเข้มแข็งภายในชุมชนนั้นๆ

เป้าหมายของโครงการวิจัยนี้ เริ่มดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 โดยเริ่มต้นโครงการจากภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เคยได้รับการสนับสนุนมาอย่างต่อเนื่องจาก สสส. ผ่านโครงการ “เมืองสามดี-วิถีสุข” เพื่อพัฒนาสู่องค์กรวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคมต้นแบบ ซึ่งเป็นรูปแบบนิติบุคคลที่สามารถแสวงหากำไร สะสมทุนเพื่อชุมชน มีระบบบัญชีการเงินและการเสียภาษีที่น่าเชื่อถือ เพื่อถอดบทเรียนแสวงหา

ต้นแบบแนวทางการพัฒนาวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคมที่สามารถขยายผลความสำเร็จสู่การพัฒนาสุขภาวะชุมชนในพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศต่อไป

วิธีการดำเนินโครงการ เริ่มจากการคัดเลือกภาคีเครือข่ายที่มีความพร้อมทั้งทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนที่เข้มแข็ง มีทุนทางสังคม ผู้นำชุมชนและเครือข่ายที่พร้อมเป็นแกนขับเคลื่อนโครงการอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง ผลการคัดเลือกได้ 4 พื้นที่ในปี พ.ศ. 2563 และ 3 พื้นที่ในปี พ.ศ. 2564 และ 2 พื้นที่ในปี พ.ศ. 2565 ตามลำดับ ซึ่งเป็นตัวแทน 4 ภูมิภาคที่มีบริบทปัญหา โอกาส จุดแข็ง จุดอ่อน ในการพัฒนาชุมชนที่แตกต่างกัน โดยมี 8 กิจกรรมหลักในการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ

(ก) การพัฒนาต่อยอดทุนทางวัฒนธรรม ศึกษาทบทวนประวัติศาสตร์ เรื่องเล่า ความเชื่อ ชาติพันธุ์ ศาสนา ภาษา ประเพณี ศิลปะ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ผู้นำ ปราชญ์ท้องถิ่น และชีวิตทางเศรษฐกิจของชุมชนที่ผ่านมา ฯลฯ เพื่อรวบรวมเป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงด้านประวัติศาสตร์ เรื่องเล่า สิ่งประดิษฐ์เชิงนวัตกรรม ศิลปะ วัฒนธรรม ฯลฯ ของชุมชนนั้นๆ และใช้ในการพัฒนาเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมของชุมชน ที่มีการจัดการโปรแกรมการท่องเที่ยวที่มีมาตรฐานการบริหารสร้างประสบการณ์ประทับใจ อาทิ ทำให้เป็นประสบการณ์แฟนตาซี อลังการ มีสีสันชีวิตชีวา เป็นเรื่องเล่าชุมชนที่แตกต่าง ไม่ธรรมดา เป็นตำนาน มีความเป็นต้นฉบับที่เดียวในโลก สร้างประสบการณ์มีส่วนร่วมและมีระยะห่างกับนักท่องเที่ยวที่เหมาะสม สร้างความหมายทางสังคมที่เชื่อมโยงจากอดีตถึงปัจจุบัน⁽¹⁾ เป็นต้น

(ข) การออกแบบสื่อรูปแบบต่างๆ เชิงสร้างสรรค์ เพื่อเปลี่ยนทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนมาเป็นสื่อรูปแบบต่างๆ เผยแพร่สู่สาธารณะ พัฒนาสื่อเรื่องเล่าชุมชนเพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างจินตนาการร่วมของชุมชน สร้างความภาคภูมิใจและความรักสามัคคีภายในชุมชน และการสื่อสารสร้างแบรนด์สถานที่ของชุมชน

(ค) การจดนิติบุคคลวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม ในรูปแบบบริษัทจำกัดกับกระทรวงพาณิชย์ เพื่อเตรียมขอขึ้นทะเบียนเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคมปีต่อไป จากคณะกรรมการส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ และกรมสรรพากร ตามลำดับ กล่าวได้ว่า แนวคิดวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม ซึ่งเป็นรูปแบบนิติบุคคลใหม่ของประเทศไทย มีฐานะขององค์กรเอกชน

บริษัทจำกัด ที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจทุนนิยม เพื่อให้เป็นเครื่องมือการสร้างต่อยอดทุนทางสังคมให้เกิดความร่วมมือของชุมชนที่เข้มแข็ง มีกฎหมายรับรองการดำเนินกิจการเพื่อสังคม มีกฎระเบียบที่เอื้อต่อการร่วมทุนจากภาคเอกชนภายนอกชุมชน เน้นระบบบริหารจัดการสมัยใหม่ และทักษะการจัดการเชิงกลยุทธ์ แจกเช่นบริษัทจำกัด มีการดำเนินธุรกิจเพื่อสังคมอย่างจริงจังต่อเนื่อง และสามารถเลี้ยงตัวเองได้จริง ในระบบเศรษฐกิจที่ต้องมีศักยภาพการแข่งขัน⁽²⁾

(ง) การพัฒนาวิสัยทัศน์ร่วมของชุมชน การร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาเพื่อแสวงหาฉันทมติร่วมของชุมชนที่เชื่อมโยงกับ แผนการตลาดสถานที่ที่มีการวางแผนบูรณาการร่วมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง การทำข้อตกลงความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ร่วมวางกรอบวิสัยทัศน์ กลยุทธ์ กลวิธี ระยะสั้น ระยะยาว พัฒนาปัจจัยพื้นฐานทางการตลาด อาทิ โครงสร้างพื้นฐาน แหล่งธรรมชาติ สิ่งประดิษฐ์ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้คนในชุมชน สื่อสารตำแหน่งทางการตลาดชุมชน พัฒนาความรู้ ทักษะเสริมทักษะปรับปรุงและทักษะใหม่ที่จำเป็นให้ชุมชน เพื่อรองรับให้เกิดการลงทุนใหม่ จากย้ายถิ่นฐานผู้อยู่อาศัยที่มีศักยภาพมาอยู่ภายในชุมชน มีนักท่องเที่ยวเข้ามาเยี่ยมชม เกิดความร่วมมือระหว่างชุมชนกับสังคมวงกว้าง เป็นต้น⁽³⁾

(จ) การพัฒนาแหล่งเรียนรู้และหลักสูตรการศึกษาทางเลือกของชุมชน เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิง แหล่งเรียนรู้ต่อยอดสู่ทุนทางปัญญาของชุมชน ที่เพิ่มพูนความรู้ ทักษะเชิงสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง

(ฉ) การพัฒนาผลิตภัณฑ์บริการของชุมชนที่มีศักยภาพการสร้างรายได้ให้ชุมชนได้จริง ต่อเนื่อง อาทิ เส้นทางท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมของชุมชน ของฝากของที่ระลึก หลักสูตรการศึกษาทางเลือกของชุมชน งานบริการจัดงานวัฒนธรรมตลาดทางวัฒนธรรม เป็นต้น

(ช) การพัฒนาทีมงานและกลยุทธ์การตลาด การขาย การสื่อสารการตลาด ที่ตอบสนองเป้าหมายยอดขายและลูกค้าเป้าหมาย ทั้งช่องทางค้าส่ง ค้าปลีก และช่องทางออนไลน์ต่างๆ

(ซ) การสร้างแบรนด์สถานที่ (place branding) การจัดทำคู่มือการสื่อสาร เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของภาคีเครือข่ายชุมชน ผ่านความมีชื่อเสียง

ความน่าเชื่อถือ ให้กลุ่มเป้าหมายสามารถรับรู้ จดจำ เข้าใจ คุณค่า คุณภาพ ที่แตกต่างของผลิตภัณฑ์ บริการ⁽⁴⁾ เข้าใจ สุนัขภาวะชุมชน ทั้งกาย จิตใจ ปัญญา สังคม และการให้ความสำคัญทั้งในเชิงมูลค่าและคุณค่า สื่อสารจนกลายเป็นทุนเชิงสัญลักษณ์ (symbolic capital) ของชุมชน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอค้นพบต้นแบบเชิงแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนสู่สุขภาวะชุมชน โดยใช้วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม ทำหน้าที่หลักในการขับเคลื่อนกิจการเพื่อสังคม เศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์ การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม และการสื่อสารสร้างแบรนด์สถานที่ของชุมชนให้เกิดความยั่งยืน

กรณีศึกษา

(1) การพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนบางลำพู

เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร สุวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม

ทุนทางวัฒนธรรม: ชุมชนบางลำพู ประกอบด้วย 7 ชุมชนหลักในย่านบางลำพู และ 13 ชุมชนในเขตพระนคร ถือเป็นรากเหง้าของวัฒนธรรมรัตนโกสินทร์ อยู่เขตพระนคร ใจกลางเมืองกรุงเทพฯ ในเกาะรัตนโกสินทร์ ที่ตั้งเขตพระราชฐาน วังหลวง วัด หน่วยงานรัฐสำคัญของชาติ และชุมชนบางลำพู ในฐานะย่านการค้าดั้งเดิม ตั้งแต่สมัยต้นรัตนโกสินทร์ ที่มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นย่านเศรษฐกิจสำคัญจวบถึงปัจจุบัน อาทิ ถนนข้าวสาร ถนนพระอาทิตย์ ฯลฯ มีอัตลักษณ์ทางศิลปวัฒนธรรม วิถีชีวิตชุมชนในแบบต้นรัตนโกสินทร์ ที่สะท้อนความเป็นพหุวัฒนธรรม ประกอบด้วย ชุมชนชาวไทย ชาวจีน ชาวอิสลาม ชาวฮินดู และชาวตะวันตก เป็นต้น อาศัยอยู่ร่วมกันอย่างสงบ นอกจากนี้ ยังมีแหล่งเรียนรู้ชุมชน คือ พิพิธภัณฑ์บางลำพู ดำเนินงานโดยภาครัฐ ช่วยให้อัตลักษณ์ เรื่องราวของชุมชน มีความโดดเด่นอีกด้วย

การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม: ชุมชนบางลำพูมีการจัดโปรแกรมการท่องเที่ยวชุมชนโดยไกด์เด็กบางลำพู ซึ่งเป็นเยาวชนจิตอาสาที่อาศัยอยู่ในชุมชนบางลำพู มีผู้นำคุณปานทิพย์ ลิกยะไชย ที่มีความมุ่งมั่นทุ่มเท ในการจัดโปรแกรมด้านการท่องเที่ยวชุมชนอย่างต่อเนื่อง พาผู้สนใจเข้าเยี่ยมชมชุมชน สัมผัสอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมได้มีโอกาสนพุดคุยกับบุคคลสำคัญของชุมชน บอกเล่าเรื่องราวสำคัญๆ

การนำชมการทำอาหาร ขนม ศิลปวัฒนธรรมเลี้ยงชีพ ฯลฯ ใน 7 ชุมชน เริ่มจากชุมชนวัดสังเวช ชุมชนวัดสามพระยา ชุมชนวัดใหม่อมตรส ชุมชนบ้านพานถม ชุมชนบวรรังษี ชุมชนมัลลิจักรพงษ์ ชุมชนเขียนนิवासัน-ตรอกไก่แจ้ เป็นต้น ประเด็นท้าทาย คือ การพัฒนามาตรฐานการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมของชุมชน ที่มีมาตรฐานสามารถตอบสนองอุตสาหกรรมท่องเที่ยวกระแสหลักได้จริง และการพัฒนาของฝากของที่ระลึกที่เชื่อมโยงกิจการการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมของชุมชน

วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม: มีบริษัท เสน่ห์บางลำพู จำกัด เป็นนิติบุคคลในการดำเนินงานกิจการเพื่อสังคม ย่านบางลำพูถือเป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูง เพราะอยู่ใจกลางเมืองหลวง มีทุนทางสังคมสูงผ่านภาคประชาสังคมในย่านบางลำพูที่เข้มแข็ง อาทิ ประชาคมบางลำพู ประชาคมวิสุทธิกษัตริย์ ประชาคมฟื้นฟูวัฒนธรรมบางลำพู ประชาคมถนนข้าวสาร ประชาคมร้านค้าผู้ประกอบการถนนข้าวสาร ฯลฯ ทำหน้าที่สนับสนุนพื้นที่ทำกิจกรรม และงบประมาณบางส่วน อย่างต่อเนื่องมากกว่า 20 ปี ปัจจุบันบริษัท เสน่ห์บางลำพู จำกัด ยังไม่สามารถเลี้ยงตัวเองได้จริง บุคลากรส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงการเรียนรู้ทักษะการบริหารจัดการสมัยใหม่ และการพัฒนาวิสัยทัศน์ร่วมของชุมชน ที่เชื่อมโยงกับกิจการเพื่อสังคมของบริษัท เสน่ห์บางลำพู จำกัด เพื่อทำหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนาของชุมชนในระยะยาว ก้าวต่อไปของบริษัทฯ คือ การขอเปลี่ยนสถานะสู่การเป็นวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม จากหน่วยงานคณะกรรมการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติและกรมสรรพากรต่อไป

การสร้างแบรนด์สถานที่ของชุมชน: มีการจัดทำคู่มือการพัฒนาแบรนด์สถานที่ และมีการออกแบบสื่อและเผยแพร่อัตลักษณ์ชุมชน มีช่องทางการตลาดและการขายออนไลน์อย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อ social media โดยชมรมเสน่ห์บางลำพู เพื่อสร้างทุนเชิงสัญลักษณ์ของชุมชนผ่านช่องทาง Facebook: เสน่ห์บางลำพู, Instagram: sanae_banglamphu, YouTube: เสน่ห์บางลำพู และ app TikTok: เสน่ห์บางลำพู ประเด็นท้าทาย คือ การวางแผนงานการสื่อสารที่เป็นระบบต่อเนื่อง สื่อสารภาพลักษณ์ชุมชนอย่างคงเส้นคงวา เพื่อสร้างการรับรู้ สร้างความเข้าใจและความน่าเชื่อถือต่อสังคมวงกว้างอย่างมีเอกภาพ

(2) การพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ สู่วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม

ทุนทางวัฒนธรรม: ชุมชนม่อนปิ่น ในฐานะตัวแทน ทุนทางวัฒนธรรมที่สะท้อนพหุวัฒนธรรมชาติพันธุ์ในภาคเหนือของประเทศไทย อยู่ติดชายแดนไทย-พม่า เขตกวัดขัน ด้านความมั่นคงชายแดนและยาเสพติด เป็นแหล่งทางการเกษตรของประเทศที่มีพื้นที่การเพาะปลูกที่อุดมสมบูรณ์ตลอดปี มีเกษตรกรคนเมืองล้านน้าย้ายมาเพื่อปลูกหอมหัวใหญ่ กระเทียม ฯลฯ ปัจจุบันมีกลุ่มทุนขนาดใหญ่จากส่วนกลาง ย้ายมาทำสวนส้ม สวนลิ้นจี่ เงาะ ทุเรียน ลองกอง ฯลฯ อย่างต่อเนื่อง โดยใช้แรงงานต่างชาติในประเทศเพื่อนบ้าน ทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย พื้นที่ชุมชนม่อนปิ่นประกอบด้วยชาติพันธุ์หลักๆ 4 กลุ่ม (ก) คนไทยล้านนาและทั่วไปที่ทยอยอพยพเข้ามาทำประโยชน์ในชุมชนม่อนปิ่นราว 100 ปีที่ผ่านมา (ข) ชาวไทใหญ่ ซึ่งถือว่าเป็นชาติพันธุ์ดั้งเดิมที่ตั้งถิ่นฐานในพื้นที่นี้มาอย่างยาวนาน (ค) ชาติพันธุ์ดาราอาง (ปะหล่อง) อพยพมาจากพม่า และ (ง) ชาติพันธุ์ลาหู่ (มุเซอดำ แดง) อพยพมาจากประเทศจีน ทิเบต

กล่าวได้ว่าชุมชนแห่งนี้ทุกเชื้อพันธุ์อาศัยอยู่ร่วมกันอย่างสามัคคี และมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนข้ามวัฒนธรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ตั้งโครงการหลวงดอยอ่างขาง ที่มีชื่อเสียงในฐานะศูนย์วิจัยและพัฒนาพืชเมืองหนาว และการท่องเที่ยวเชิงเกษตรระดับประเทศ ในอดีตพื้นที่นี้ถือว่าเป็นที่อาศัยของชาวไทใหญ่ ช่วงยุคล่าอาณานิคมที่ประเทศอังกฤษปกครองประเทศพม่า ในเวลานั้น บ้านเวียงหวายยังขึ้นตรงกับประเทศอังกฤษ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประเทศพม่า ต่อมาหลังยุคล่าอาณานิคม ชุมชนแห่งนี้เลือกที่จะขึ้นกับประเทศไทย โดยมีวัดสุนทรवासและวัดพระธาตุเฉลิมพระเกียรติม่อนปิ่น เป็นศูนย์กลางจิตใจของชุมชนเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

ชุมชนม่อนปิ่นมีอัตลักษณ์สถานที่ที่โดดเด่นทั้งการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ การท่องเที่ยวเชิงเกษตรและ การท่องเที่ยวเชิงชาติพันธุ์ ดังนี้

(ก) การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ ชุมชนม่อนปิ่นอยู่ในทำเลที่ตั้งที่มีธรรมชาติ ป่าไม้บนพื้นที่สูงที่อุดมสมบูรณ์ สวยงาม ทั้งแหล่งน้ำ สภาพดิน สัตว์ป่า ความหลากหลายทางชีวภาพ โดยเฉพาะในฤดูหนาวซึ่งถือเป็นช่วงเวลาการท่องเที่ยว

ของชุมชน มีเมฆหมอกตอนเช้าที่สวຍงาม มีจุดชมทิวทัศน์ พระอาทิตย์ขึ้น ณ หมู่บ้านขอบด้ง ดอยอ่างขางที่มีชื่อเสียง มีต้นไม้ดอกพญาเสือโคร่ง (ดอกซากุระเมืองไทย) ที่ปลูกเรียงรายตลอดเส้นทางที่สวຍงาม เป็นที่นิยมของนักท่องเที่ยวชาวไทยทั่วประเทศ และยังมีจุดชมนกที่ดอยสันจู้ บ้านลาน ในเขตอุทยานแห่งชาติดอยผ้าห่มปก ช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงมีนาคม ซึ่งถือเป็นจุดดูนกที่มีชื่อเสียงของนักดูนกทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ มีทั้งนกประจำถิ่นและนกอพยพจำนวนมาก

(ข) การท่องเที่ยวเชิงเกษตร ด้วยสภาพภูมิประเทศพื้นที่สูงที่อุดมสมบูรณ์ด้วยแหล่งน้ำ สภาพดิน ความหลากหลายทางชีวภาพ จึงเป็นที่ตั้งของโครงการหลวงดอยอ่างขาง ซึ่งทำหน้าที่วิจัยและพัฒนาพืชไม้ผลและพืชดอกเมืองหนาวที่มีชื่อเสียง และเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงเกษตรระดับประเทศ นอกจากนี้ ชุมชนม่อนปิ่นยังแวดล้อมด้วยพื้นที่การทำอุตสาหกรรมเกษตรขนาดใหญ่ อาทิ สวนส้มธนาธรสวนลิ้นจี่ไร่สตรอว์เบอร์รี่บ้านขอบด้ง-นอแล ที่ปลูกสดหล่นตามที่ลาดเทของภูเขาที่สวຍงาม อาทิ ไร่ชา 2,000 ดอยอ่างขางสวนดอกไม้ สวนลำไย หรือโฮมสเตย์ริมแม่น้ำมว ฯลฯ ที่มีศักยภาพในการพัฒนาสู่การท่องเที่ยวเชิงเกษตร

(ค) การท่องเที่ยวเชิงชาติพันธุ์ ชุมชนม่อนปิ่นตั้งอยู่ติดกับชายแดนพม่า ดังนั้นจึงมีชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่อย่างหลากหลาย ซึ่งชาติพันธุ์ต่างๆ ยังคงอนุรักษ์ทุนทางวัฒนธรรมของตนเองอย่างเหนียวแน่น อาทิชาวไทยใหญ่ยังคงอนุรักษ์สถาปัตยกรรมแบบไทยใหญ่ เช่น วัดสุนทรवास มีการสืบสานเทศกาลบวชบอยส่งลงประจำปีที่ยิ่งใหญ่ การฟ้อนกิ่งกะหร่า ที่ก่อนบวชเป็นคนก่อนกลางเป็นนก การอนุรักษ์การแต่งกายสไตลไทยใหญ่ ฯลฯ หรือ ชาวชาติพันธุ์ดาราอาง ยังคงอนุรักษ์วิถีชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณีที่เหนียวแน่น โดยเฉพาะหัตถกรรมผ้าทอย้อมสีธรรมชาติของชนเผ่าดาราอาง บ้านขอบด้ง-นอแล ซึ่งมีสีเส้นที่สดใสถือเป็นอัตลักษณ์การแต่งกายที่โดดเด่น หรือ ชาวชาติพันธุ์ลาหู่ (มุเซอดำ แดง) ซึ่งยังคงอนุรักษ์ขนบธรรมเนียมประเพณี วิถีชีวิตแบบดั้งเดิมอย่างจริงจัง กล่าวได้ว่าชุมชนม่อนปิ่นแต่ละชาติพันธุ์ต่างอยู่ร่วมกันกับวัฒนธรรมล้านนาได้อย่างกลมกลืน โดยมีวัดพระธาตุนครพระเกียรติม่อนปิ่นพัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้อัตลักษณ์ของชาติพันธุ์ต่างๆ ในชุมชนม่อนปิ่น นอกจากนี้ ชุมชนม่อนปิ่นยังมีชื่อเสียง

ด้านการนำหญ้าอีปู้แค ซึ่งเป็นพืชประจำถิ่นที่เกิดตามธรรมชาติ มาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์เครื่องประดับที่สะท้อนอัตลักษณ์ของชุมชนได้อย่างโดดเด่นอีกด้วย

วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม: มีการจัดตั้งบริษัท ม่อนปิ่นจำกัด มีผู้จัดการคุณภรรยา พนางค์ และทีมงาน เกิดจากการรวมตัวของกลุ่มครู นักเรียนทั้ง 7 โรงเรียนในตำบลม่อนปิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลม่อนปิ่น กลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลม่อนปิ่น กลุ่มสภาเด็กและเยาวชนตำบลม่อนปิ่น กลุ่มพระภิกษุสงฆ์ในตำบลม่อนปิ่น ผู้แทนกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ฯลฯ เป็นพันธมิตรในการขับเคลื่อนกิจการเพื่อสังคม ประเด็นท้าทายของชุมชนนี้ คือ การพัฒนาผู้นำและทีมงานรุ่นใหม่วัยทำงานในการขับเคลื่อนองค์กรได้อย่างต่อเนื่องจริงจัง การพัฒนากิจกรรมใหม่การบริหารจัดการองค์กร และการพัฒนาแผนกิจการเพื่อสังคม ที่ตอบสนองแก้ปัญหาสภาพของชุมชนที่ไม่เอื้อในการจัดเส้นทางท่องเที่ยว เนื่องจากระยะทางระหว่างแหล่งท่องเที่ยวที่เดินทางยากลำบาก สภาพถนน และชุมชนม่อนปิ่นยังคงเป็นพื้นที่ความมั่นคง เส้นทางขนส่งยาเสพติด มีการควบคุมอย่างเข้มงวดจากฝ่ายกองทัพ

การสร้างแบรนด์สถานที่ของชุมชน: มีการออกแบบสื่อและเผยแพร่สื่ออัตลักษณ์ชุมชนผ่านสื่อ social media โดยบริษัท ม่อนปิ่น จำกัด เพื่อสร้างทุนเชิงสัญลักษณ์ ของชุมชนผ่านช่องทาง Facebook: ม่อนปิ่น และ YouTube: ม่อนปิ่น จำกัด แต่ยังคงขาดการวางแผนงานการสื่อสารที่เป็นระบบ มีการสื่อสารที่ต่อเนื่อง คงเส้นคงวา เพื่อสร้างการรับรู้ สร้างความเข้าใจ และความน่าเชื่อถือต่อสังคม

(3) การพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนสงขลาเมืองเก่า

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา สุวีสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม

ทุนทางวัฒนธรรม: พื้นที่สงขลาเมืองเก่า ยังคงรักษาวิถีชีวิตเชิงวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมได้อย่างเหนียวแน่น มีความเป็นชุมชนพหุวัฒนธรรมที่ยังคงอนุรักษ์เมืองเก่า มีร้านค้า ร้านอาหารแบบดั้งเดิมที่โดดเด่น อาทิ ร้านชาลาเปา สุนทรโบราณ ร้านลูกชิ้นหมูหนึ่งสุนทรโบราณ ร้านก้วยเตี่ยว ร้าน-ไอศกรีมถั่วเขียวโบราณ ร้านข้าวต้ม ร้านหัตถกรรมผลิตภัณฑ์แบบดั้งเดิม ร้านขายของฝากของที่ระลึก ร้านกาแฟ ฯลฯ

นอกจากนี้ยังมีชายหาดติดทะเลทั้งด้านฝั่งอ่าวไทย

และทะเลสาบสงขลาที่สวยงาม ยังคงมีป่าไม้ที่อุดมสมบูรณ์ มีชายหาดชลาทัศน์ ชายหาดสวรรค์ริบอรุณ และประติมากรรมเงือก ณ ชายหาดสมิหลา ที่กลายเป็นภาพแทนความเป็นสงขลาเมืองเก่า ที่ถูกรับรู้อย่างกว้างขวางจากผู้มาเยือน

การอนุรักษ์มรดกทางศิลปะและวัฒนธรรมภาคใต้ มีความโดดเด่น มีพิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ ของสะสมที่ถือเป็นภาพแทนวัฒนธรรมภาคใต้ มีพิพิธภัณฑ์คติชนวิทยาของสถาบันทักษิณคดีศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ ที่เน้นการสะสมศิลปวัฒนธรรมระดับพื้นบ้าน และยังคงเหลือสถาปัตยกรรมแบบดั้งเดิม ที่สะท้อนความเป็นพหุวัฒนธรรม ทั้งสไตล์แบบไทยจีน ไทยพุทธ ไทยอิสลาม และวัฒนธรรมกึ่งตะวันตก อาทิ อาคารโรงสีแดง ใช้สังกะสีเนื้อหนาสีแดงจากไอร์แลนด์ ปัจจุบันเป็นที่ตั้งภาคีคนรักเมืองสงขลา สมาคม บ้านนครในรูปแบบสไตล์ตะวันตก อาคารโคโลเนียล ถนนนครใน ศาลเจ้าพ่อหลักเมืองที่โดดเด่นในแบบไทยจีน อาคารมัสยิดบ้านในสไตล์ไทยอิสลาม พิพิธภัณฑ์พ้อมะรงค์ ซึ่งจำลองบ้านเกิดของ พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ในสไตล์ไทยพุทธ เป็นต้น ซึ่งถือเป็นวิสัยทัศน์หนึ่งที่สำคัญของชุมชน ในการมุ่งมั่นอนุรักษ์อาคารโบราณต่างๆ ในย่านสงขลาเมืองเก่า เพื่อก้าวสู่การขอขึ้นทะเบียนเป็นเมืองมรดกโลก

นอกจากนี้ยังสนับสนุนศิลปะร่วมสมัย สร้างภาพลักษณ์เมืองสร้างสรรค์ ที่สะท้อนสุนทรียภาพทั้งความใหม่-เก่าอยู่ร่วมกัน (juxtaposition aesthetic) อาทิ มีศูนย์ศิลปะร่วมสมัย Art Mill Art Center ที่จัดนิทรรศการศิลปะร่วมสมัยอย่างต่อเนื่อง มีเทศกาลดีไซน์และศิลปะร่วมสมัยจัดโดย TCDC อย่างต่อเนื่อง มีโครงการ street art จัดโดยผู้บริหารท้องถิ่น ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมและประติมากรรมในพื้นที่สาธารณะในย่านเมืองเก่า ที่สะท้อนวิถีชีวิตของผู้คนย่านเมืองเก่าในอดีต และมีประติมากรรมกลางแจ้งแนวศิลปะนามธรรม โดยศิลปินที่มีชื่อเสียง ติดตั้งแสดงถาวรตามชายหาด เพื่อสร้างความแตกต่างให้ชุมชนได้อย่างน่าทึ่ง

การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม: ชุมชนสงขลาเมืองเก่า มีความโดดเด่นทางสถาปัตยกรรมในย่านเมืองเก่าสงขลา และวิถีชีวิตผู้คนแบบดั้งเดิมที่ยังคงอนุรักษ์ได้อย่างน่าทึ่ง และมีกิจกรรมทางศิลปวัฒนธรรมร่วมสมัยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ชุมชนสงขลาเมืองเก่า กลายเป็นแหล่งท่องเที่ยว

เชิงวัฒนธรรมทั้งชาวไทย และชาวต่างประเทศมาเยี่ยมชมอย่างต่อเนื่อง มีร้านค้าที่พัฒนาของฝากของที่ระลึกตอบสนองการท่องเที่ยว มีบ้านโรงสีแดง ที่พัฒนาเป็นแหล่งเรียนรู้วิถีชีวิตชุมชนที่ลงทุนโดยภาคเอกชน

วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม: มีบริษัท สงขลาเฮริเทจ จำกัด ทำหน้าที่เป็นนิติบุคคลหลักในการขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายชุมชน โดยมีสถาบันอาศรมศิลป์และภาคีคนรักเมืองสงขลา ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาหลัก สนับสนุน ส่งเสริมกระบวนการการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมอนุรักษ์สงขลาเมืองเก่า และขับเคลื่อนให้เกิดกิจการเพื่อสังคมในนามของบริษัท สงขลาเฮริเทจ จำกัด นอกจากนี้ยังมีกลุ่มเก้าห้องหนองจิก เป็นกลุ่มผู้อาศัยและผู้ประกอบการในพื้นที่เมืองเก่า เห็นคุณค่าการอนุรักษ์พื้นที่ อาคาร วิถีชีวิตพื้นที่เมืองเก่าสงขลา ร่วมกันขับเคลื่อนเปิดบ้านเรียนรู้ สร้างเส้นทางเรียนรู้ชุมชนสงขลาเมืองเก่าอีกด้วย

สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในพื้นที่ ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย และมหาวิทยาลัยทักษิณ ทำหน้าที่ศึกษา วิจัย นำเสนอองค์ความรู้เชิงบูรณาการเพื่อพัฒนาพื้นที่เมืองเก่า มีโรงเรียนเครือข่ายในพื้นที่ ทำหน้าที่พัฒนาสู่โรงเรียนต้นแบบ การเรียนรู้สู่สร้างสรรค์เพื่อพัฒนาพื้นที่เขตเมืองเก่า นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายนักวัฒนธรรม อาทิ ศิลปิน นักออกแบบ พิพิธภัณฑ์ ศูนย์ศิลป์ ทั้งการอนุรักษ์ ศิลปวัฒนธรรม และศิลปะสมัยใหม่ ทำหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดกิจกรรมสร้างสรรค์ ทั้งในเชิงการอนุรักษ์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันบริษัท สงขลาเฮริเทจ จำกัด เริ่มสามารถสร้างรายได้เลี้ยงตัวเอง บุคลากรส่วนใหญ่ยังอยู่ในวงการเรียนรู้ทักษะการบริหารจัดการสมัยใหม่ และการพัฒนาวิสัยทัศน์ร่วมของชุมชนเบื้องต้น ที่เชื่อมโยงกับกิจการเพื่อสังคมของบริษัท สงขลาเฮริเทจ จำกัด ที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนาของชุมชนในระยะยาว ก้าวต่อไปของบริษัทฯ คือ การขอเปลี่ยนสถานะสู่การเป็นวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม จากหน่วยงานคณะกรรมการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติและกรมสรรพากรต่อไป

การสร้างแบรนด์สถานที่ของชุมชน: มีการออกแบบสื่อและเผยแพร่สื่ออัตลักษณ์ชุมชนและยังเป็นช่องทาง การตลาดและการขายออนไลน์อย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อ

social media โดยบริษัท สงขลาเอริเทจ จำกัด เพื่อสร้าง ทุนเชิงสัญลักษณ์ของชุมชนผ่านช่องทาง Facebook: SKA Heritage, Instagram: ska_heritage และ Website: หลาดสองเล แต่การสร้างแบรนด์สถานที่ของชุมชน ยังขาดการวางแผนงานการสื่อสารที่เป็นระบบ ต่อเนื่อง คงเส้นคงวา เพื่อสร้างการรับรู้ สร้างความเข้าใจ และความน่าเชื่อถือต่อสังคม

(4) การพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนสินไซโมเดล

ตำบลสาวะถี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

สู่วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม

ทุนทางวัฒนธรรม: ชุมชนสาวะถี ยังคงอนุรักษ์วิถีชีวิต เชียงวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมในฐานะภาพแทนวัฒนธรรม อีสาน-ลาวของประเทศ วัดยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางชุมชน ที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะการสืบสานประเพณี 12 เดือน นอกจากนั้นยังอนุรักษ์ประเพณีบุญข้าวจี่วิถีชีวิตการแต่งกาย อาหารและขนมประจำถิ่น เครื่องดื่มสมุนไพร ข้าวต้ม หัวหอมยกหยอกสาว ข้าวเขียบ ข้าวแดงกา เป็นต้น มีการอนุรักษ์หัตถกรรมพื้นบ้าน อาทิ การทำตุ่งหรือธูปอีสาน ที่มีอัตลักษณ์เฉพาะที่โดดเด่น การทำจักสานไม้ไผ่ เป็นต้น มีการอนุรักษ์ศิลปะพื้นบ้าน อาทิ หมอลำ ดนตรีพื้นบ้านอีสาน การฟ้อนพื้นบ้านอีสาน หนังสือประโมทัย เป็นต้น มีการจัดตั้ง พิพิธภัณฑ์ภูมิปัญญาสาวะถีที่สร้างโดยชุมชนเอง รวบรวม ของสะสมที่ได้บริจาคจากชุมชน สะท้อนวิถีชีวิตดั้งเดิม ของชุมชนกว่า 400 ชิ้น

สิมหรือโบสถ์วัดไชยศรี มีจิตรกรรมฝาผนัง (อุปแต้ม) โดยช่างพื้นบ้าน วาดขึ้นราว 150 ปีที่ผ่านมา ที่มีความโดดเด่น ในเชิงสุนทรียภาพในระดับประเทศ ซึ่งวาดขึ้นร่วมยุคสมัย กับศิลปะสมัยใหม่ในแนว expressionism โดยเฉพาะผลงาน ของ Henri Matisse ซึ่งสุนทรียภาพของอุปแต้มสินไซ วัดไชยศรีที่เน้นการออกแบบรูปทรงที่เรียบง่าย วาดอย่าง ฉับพลัน สะท้อนพัฒนาการของทักษะทางสุนทรียภาพและ พัฒนาการของสังคมระดับสูงในอดีต กล่าวได้ว่าเรื่องราว จิตรกรรมฝาผนังสินไซ มุ่งเน้นการอบรมศีลธรรม คุณธรรม ให้ชุมชนในอดีต

นอกจากนั้นที่ตั้งชุมชนยังมีแหล่งโบราณคดี ในฐานะ ต้นกำเนิดอารยธรรมอีสาน-ลาว มีตำนานการตั้งถิ่นชุมชน สาวะถีผ่านเรื่องเล่าเชิงจินตนาการและความศักดิ์สิทธิ์

เกี่ยวกับพื้นที่ป่าชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่ตั้งเหล่าพระเจ้า ที่ชุมชนนับถือ และพื้นที่ตั้งโนนเมืองเก่า ซึ่งยังไม่ถูกศึกษา วิจัย ค้นคว้า และพัฒนาให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงโบราณคดี อย่างจริงจังจากภาครัฐ ปัจจุบันเรายังคงเห็นขอบเขต คูเมืองเก่า การขุดพบภาชนะดินเผามากมายที่เชื่อมโยงถึง วัฒนธรรมบ้านเชียงกว่า 3,500 ปี หลักฐานสิ่งก่อสร้าง เมืองด้วยอิฐเผา สิ่งประดิษฐ์หินทรายรูปทรงใบเสมา ของยุคทวารวดี หรือหินทรายฐานควิลิ่งคี่ในยุคอาณาจักร ขอมรุ่งเรือง เป็นต้น

การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม: สิมหรือโบสถ์วัดไชยศรี ตั้งอยู่ในชุมชนสาวะถี ถือเป็นจิตรกรรมฝาผนังที่มีสุนทรียภาพ ที่แตกต่าง โดดเด่นระดับประเทศ ดึงดูดนักท่องเที่ยว ทั้งชาวไทยและต่างชาติให้มาเยี่ยมชมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ยังมีแหล่งโบราณคดี แหล่งเรียนรู้ศึกษาวิจัย ต้นกำเนิด อารยธรรมอีสาน-ลาว 4 ยุคทับซ้อนกัน ประกอบกับการ อนุรักษ์วิถีชีวิต ศิลปวัฒนธรรม ประเพณีสำคัญแบบดั้งเดิม ซึ่งมีศักยภาพในการพัฒนาโปรแกรมการท่องเที่ยว เชียงวัฒนธรรมที่มีมาตรฐานตอบสนองอุตสาหกรรม การท่องเที่ยวได้

วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม: มีบริษัท สินไซโมเดล จำกัด ผู้ถือหุ้นและทีมงาน ทำหน้าที่เป็นนิติบุคคลหลักในการ ขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายชุมชนร่วมกับวัดไชยศรี โดยมี เจ้าอาวาสวัดไชยศรี ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาหลักของภาคี นอกจากนั้นยังมีเครือข่ายศิลปินภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชาชนชุมชนและนักวิชาการท้องถิ่น ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ มีมหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษา ศึกษาวิจัย มีภาคธุรกิจ สภาอุตสาหกรรมจังหวัดขอนแก่น หอการค้าจังหวัดขอนแก่น ภาครัฐ TCDC ขอนแก่น และชมรมธุรกิจท่องเที่ยวจังหวัด ขอนแก่น ชมรมสื่อมวลชนเพื่อการท่องเที่ยวจังหวัด ขอนแก่น ฯลฯ ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เข้าร่วมกิจกรรม ของโครงการอย่างต่อเนื่อง ก้าวต่อไปของบริษัทฯ คือ การขอเปลี่ยนสถานะสู่การเป็นวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม จากหน่วยงานคณะกรรมการสร้างเสริมกิจการเพื่อสังคม แห่งชาติและกรมสรรพากรตามลำดับ

การสร้างแบรนด์สถานที่ของชุมชน: มีการออกแบบสื่อ และเผยแพร่สื่ออัตลักษณ์ชุมชนและเป็นช่องทางการตลาด และการขายออนไลน์ของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผ่านสื่อ social

media โดยบริษัท สินไซโมเดล จำกัด เพื่อสร้างชุมชนเชิงสัญลักษณ์ของชุมชนผ่านช่องทาง Facebook: เทียวสภาวะดี วิถีสุข และ YouTube: Tlc Esan แต่การสร้างแบรนด์สถานที่ของชุมชน ยังขาดการพัฒนาคู่มืออัตลักษณ์แบรนด์เพื่อควบคุมภาพลักษณ์โดยรวม การวางแผนงานการสื่อสารที่เป็นระบบ การสื่อสารอย่างต่อเนื่อง คงเส้นคงวา เพื่อสร้างการรับรู้ สร้างความเข้าใจ และความน่าเชื่อถือต่อสังคม

วิจารณ์

เป้าหมายของโครงการวิจัยนี้ คือ การค้นพบต้นแบบแนวทางการพัฒนาภาคีเครือข่ายสู่สุขภาวะชุมชนสามารถนำไปขยายผลการพัฒนาในพื้นที่อื่นๆ ได้ โดยต่อยอดจากทุนทางวัฒนธรรมที่โดดเด่น ทุนทางสังคมที่ชุมชนนั้นมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายกลุ่ม รวมตัวสร้างกิจกรรมสาธารณะภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม ทำหน้าที่หลักในการขับเคลื่อนกิจการเพื่อสังคม

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ผู้วิจัยเห็นว่าต้นแบบภาคีเครือข่ายชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ มีสุขภาวะชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน ยังไม่สามารถสรุปในที่นี้ ยังต้องการเวลาในการพัฒนา วัตถุประสงค์ระยะหนึ่ง แต่ผู้วิจัยสามารถสรุปต้นแบบเชิงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการพัฒนาภาคีเครือข่ายสู่วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม ผ่านโมเดลการพัฒนาภาคีเครือข่าย 8 ข้อ ประกอบด้วย (1) การพัฒนาต่อยอดทุนทางวัฒนธรรมของชุมชน (2) การออกแบบสื่อเชิงสร้างสรรค์เพื่อสื่อสารทุนทางวัฒนธรรม (3) การพัฒนาต่อยอดทุนทางสังคมสู่การจัดตั้งนิติบุคคลวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม ที่ทำหน้าที่หลักในการขับเคลื่อนกิจการเพื่อสังคมอย่างต่อเนื่อง (4) การพัฒนาวิสัยทัศน์ร่วมของชุมชนระยะยาว เน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (5) การพัฒนาแหล่งเรียนรู้และการศึกษาทางเลือกของชุมชน (6) การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการเชิงเศรษฐกิจสร้างสรรค์ ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม (7) การพัฒนาทักษะใหม่ด้านการบริหารจัดการสมัยใหม่ ให้บุคลากรวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคมและชุมชน อาทิ ทักษะการจัดการองค์กรสมัยใหม่ ระบบบัญชีการเงิน กลยุทธ์การตลาด การขาย การสื่อสารการตลาด ลูกค้าสัมพันธ์ ฯลฯ (8) การสร้างแบรนด์สถานที่ของชุมชน

ที่สะท้อนสุขภาวะชุมชนทั้งมิติเชิงมูลค่าและคุณค่า

แนวทางการดำเนินงาน สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 ควรเน้นทั้ง 8 กิจกรรม เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้าใจองค์ประกอบปัจจัยความสำเร็จโดยรวม โดยมุ่งเน้นการวัดผลในกิจกรรมที่ 1, 2, 3, 4, 5 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุนทางวัฒนธรรม ทุนทางสังคม เป็นหลัก ในการดำเนินงานระยะที่ 2 และ 3 จึงเพิ่มการวัดผลในกิจกรรมที่ 6, 7, 8 ซึ่งเกี่ยวข้องการเศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์ของชุมชน การวัดรายได้ เป้ายอดขาย กลยุทธ์การตลาด การขาย การสื่อสาร การพัฒนาผลิตภัณฑ์ และบริการเชิงนวัตกรรม ฯลฯ ซึ่งต้องการระบบการตรวจสอบเส้นทางการเงินที่เป็นระบบ มีทีมงานที่ทำงานเต็มเวลา มีความพร้อมในการเรียนรู้ทักษะใหม่ที่ซับซ้อน การปรับตัวอย่างต่อเนื่อง และความทุ่มเทในการทำงานในภาคเศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์ เพื่อสะท้อนความสามารถในการเลี้ยงตัวเองได้จริงขององค์กรและชุมชน มีการสะสมทุน การเติบโตทั้งเชิงมูลค่าและคุณค่าอย่างต่อเนื่อง มั่นคง และมีศักยภาพการแข่งขันในระบบตลาดเสรีทุนนิยม สะท้อนจากการมีลูกค้าเป้าหมายที่จงรักภักดี เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยเห็นว่า กิจกรรมในหัวข้อที่ 3 จากโมเดลการพัฒนาภาคีเครือข่าย 8 ข้อ คือหัวใจสำคัญในการพัฒนาภาคีเครือข่ายคือ การสร้างวัฒนธรรมองค์กร วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งเกี่ยวข้องใน 2 ประเด็น

(ก) ภาวะความเป็นผู้นำของวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม ซึ่งมีธรรมชาติที่แตกต่างจากองค์กรธุรกิจเอกชนทั่วไป ที่มีความเป็นเจ้าของกิจการที่ชัดเจน มีแรงจูงใจที่มากพอ เพื่อแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว นำมาสู่การขับเคลื่อนแก้ปัญหา ทุ่มเท มีความต่อเนื่อง ฯลฯ เพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จขององค์กรธุรกิจทั่วไป ซึ่งในทางตรงข้าม วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม ความเป็นเจ้าของหรือผู้นำไม่มีความชัดเจน แรงจูงใจในการทำงาน ต้องให้พนักงานทั้งเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัวและสาธารณะ ต้องให้คุณค่าในการดำเนินกิจการทั้งเชิงคุณค่าทางเศรษฐกิจ สร้างยอดขาย และคุณค่าทางสังคม การแบ่งปัน ความเกื้อกูล และ/หรือการอนุรักษสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น ทำอย่างไรที่จะค้นหาผู้นำและทีมงานขององค์กรวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม ที่ทำงานเป็นตัวแทนชุมชนร่วมกันทำงานเต็มเวลาอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง มีความทุ่มเท มุ่งมั่น ถือเป็นปัจจัยความสำเร็จข้อแรกสุดที่สำคัญ ทำอย่างไรที่จะเปลี่ยนแปลงการรวมตัวอย่างหลวมๆ ของ

ชุมชน รวมตัวตามงบประมาณบริจาคตามวัตถุประสงค์ของผู้บริจาคทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ปรับตัวมาสู่การรวมตัวภายใต้องค์กรแสวงหากำไรเพื่อสังคม ผู้ทำงานมีความรับผิดชอบทางกฎหมาย มีการทำงานที่เป็นระบบ จริงจัง ต่อเนื่อง เผลอเช่นบริษัทจำกัดทั่วไป ในขณะที่เดียวกัน ยังคงสร้างสุขภาวะชุมชนเกิดความสุขจากความร่วมมือ ความเกื้อกูล ความวางใจ ต่อยอดจากทุนทางสังคม ต่อยอดจากเครือข่ายทางสังคมภายในและภายนอกชุมชนนั้นๆ มีความสุขจากการต่อยอดทุนทางวัฒนธรรมของชุมชน สร้างจุดแข็ง สร้างความแตกต่าง สร้างความสุขที่เกิดจากความภาคภูมิใจ ในรากเหง้าทุนทางวัฒนธรรมของตัวเอง ทำงานร่วมกันภายใต้องค์กรวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคมที่มีศักยภาพการแข่งขันในระบบเศรษฐกิจทุนนิยมอย่างมีความสุข

(ข) การเรียนรู้ การปรับตัว สู่ศักยภาพการแข่งขัน
การประกอบกิจการเพื่อสังคมปัจจุบัน ซึ่งต้องอาศัยความรู้ และทักษะใหม่ด้านการจัดการองค์กรเชิงกลยุทธ์สมัยใหม่ การตลาด การขาย การสื่อสารสร้างแบรนด์ ฯลฯ ซึ่งมีความซับซ้อน ปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว ต้องการความทุ่มเทในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ตลอดเวลาไม่รู้จบ อาทิ การเรียนรู้การวิเคราะห์แนวโน้มตลาดอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้พฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายที่ปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว เรียนรู้คู่แข่งที่มีกลยุทธ์ใหม่ๆ ตลอดเวลา เพื่อช่วงชิงส่วนแบ่งทางการตลาด

สู่การเป็นผู้นำ ผู้ตาม หรือผู้ทำซึ่งในส่วนแบ่งทางการตลาด การจัดการองค์กรที่ทีมงานผู้คนที่ความเชื่อความรู้ที่แตกต่างกันให้ทำงานร่วมกันในฐานะทีม สอดประสานกันอย่างเป็นระบบ การจัดการแผนการผลิตสินค้า บริการใหม่ ที่ต้องค้นหานวัตกรรมที่เหนือแข่งขันได้ตลอดเวลา การวางแผนการเงิน ควบคุมต้นทุน รายได้ กำไร ที่รักษาขีดความสามารถการแข่งขันด้านราคา คุณค่า การวางกลยุทธ์เพื่อให้กิจการเพื่อสังคมเติบโตอย่างมั่นคง การวางแผนขยายยอดขาย ที่เป็นระบบ แม่นยำ การวางแผนการตลาด การขยาย การสร้างแบรนด์ เหนือคู่แข่ง การจัดการพันธมิตรธุรกิจ ให้เติบโตร่วมกัน ฯลฯ เหล่านี้ล้วนต้องการภาวะความเป็นเจ้าของ ผู้นำ ความร่วมมือของทีมงาน ชุมชน ที่มีแรงจูงใจที่มากพอ ของบุคลากรภายในวิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม ในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ การปรับตัว ความทุ่มเท และความต่อเนื่อง

ดังนั้น วิสาหกิจชุมชนเพื่อสังคม จึงต้องการบุคลากรในชุมชนที่เสียสละ มีสำนึกทางสังคมสูง มีความรับผิดชอบ แม้ไม่ใช่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว ซึ่งถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง ในโลกยุคเสรีนิยมใหม่ปัจจุบัน ซึ่งทั้ง 2 ประเด็นที่กล่าวมาข้างต้น ถือเป็นปัจจัยความสำเร็จตั้งต้น กุญแจสู่ความสำเร็จหรือล้มเหลว ในมุมมองของผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. McKercher B, Cros HD. Cultural tourism. New York: Haworth Hospitality Press; 2002.
2. Nyssens M. Social enterprise. London: Routledge; 2006.
3. Kotler P, Haider D, Rein I. Marketing places. New York: The Free Press; 1993.
4. Govers R, Go F. Place branding. London: Palgrave Macmillan; 2009.

Creating Community Health by Application of Cultural Capital and Social Enterprise towards Place Branding

Uthit Atimana

The Art & Culture for Health Literacy Thai Health Promotion Foundation (THPF), Bangkok, Thailand

Abstract

Art & Culture for Health Literacy Thai Health Promotion Foundation (THPF) has a mission to promote community network partners across the country through the “3 Dee - Vitheesook Project” (good media, good area and good wisdom) by allowing each community to build on community development from cultural capital and social capital to lead to community health. The next step is to encourage community network partners to develop into an organization called social enterprise by selecting the community network partners to join the project as representatives of 4 regions. The framework aims to create community well-being in the context of a neoliberal society which consists of (a) the creation of happiness from the economy in a prosperous community; (b) the creation of social happiness through participation, cooperation, support, and mutual trust. The development of cooperation within the community to be more cohesive to social enterprise is intellectually happiness in learning new skills. These will help supporting social enterprises in being able to truly sustain themselves; cultural capital of the community will be used to build the brand storytelling, products, services of the community to be outstanding, different, develop a shared vision, the direction of community joint development, together to create a place branding of the community for the wider society with awareness, understand, and gain royalty in the community’s creative economy. Problems and challenges in the development of network partners to social enterprises are: (a) creating an organizational culture, leadership and teamwork; as a community-driven core, sacrifice, dedication, and responsibility not only undertake occasional social contribution activities based on project donations; and (b) open attitude of community ready to learn adapting management, marketing and sales, marketing communications to increase the competitiveness of the community coupled with maintaining community health with balance a in terms of cost and value.

Keywords: cultural tourism; social enterprise; cultural capital; social capital; place branding

การสร้างเสริมสุขภาพะทางเพศเยาวชน โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน

แสงจันทร์ เมธาตระกูล
มูลนิธิแพธทูเฮลท์ กรุงเทพมหานคร

บทนำ

จากการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์สูงสุดในประเทศไทย (พ.ศ. 2530-2540) และสถานการณ์ดีขึ้นในช่วงทศวรรษต่อมา แต่ข้อมูลภาพรวมของประเทศไทยในอีกด้านหนึ่งกลับพบว่า เด็กและเยาวชนของประเทศไทยมีแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีสูงขึ้น โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนแม่วัยรุ่น 129,451 ราย อัตราเฉลี่ยของแม่วัยรุ่นตั้งครรภ์อยู่ที่ 53.8 ต่อ 1,000 ประชากร ค่าเฉลี่ยอายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 13-15 ปี สถิติการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ⁽¹⁾ กระทั่งปัจจุบันเกิดกระแสวิพากษ์กันในสังคมอย่างกว้างขวางมากขึ้น ในประเด็นการไม่ยอมรับความหลากหลายทางเพศ การกลั่นแกล้งรังแกกันด้วยเหตุแห่งเพศ (gender based violence) การใช้ความรุนแรงหรือละเมิดสิทธิและความเป็นส่วนตัวในเรื่องเพศของเด็กและเยาวชนในสถานศึกษาที่ยังคงปรากฏในสื่อออนไลน์อย่างต่อเนื่อง^(2,3) การจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาในระบบโรงเรียนซึ่งใช้ตำราเรียนและองค์ความรู้ต่างๆ ยังคงล้าหลังไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากล⁽⁴⁾ รวมถึงการให้นักเรียนออกกลางคันเนื่องจากตั้งครรภ์ในขณะที่เรียนซึ่งขัดกับ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าครองชีพวัยรุ่น พ.ศ. 2559 สถานการณ์ทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับการมีสุขภาพะครอบครัวของครอบครัวไทยและการมีสุขภาพะที่ดีของเด็กและเยาวชน และสะท้อนข้อจำกัดสำคัญ คือ (1) มิติเรื่องเพศภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย ซึ่งให้ความสำคัญต่อเรื่องเพศที่นำไปสู่โอกาสเสี่ยงทางเพศในกลุ่มผู้หญิง ไม่ยอมรับความหลากหลายทางเพศ ไม่มีการจัดการเรียนรู้เพศวิถีอย่างเป็นระบบ และ (2) จำนวนของแม่วัยรุ่นที่มากขึ้น ส่วนหนึ่งสะท้อนพฤติกรรมทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กและเยาวชนที่ขาดการเรียนรู้ อย่างรอบด้าน เป็นระบบ ดังปรากฏในรายงานผลการวิจัย

เพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาที่ระบุว่าครูยังคงใช้รูปแบบการสอนแบบบรรยายซึ่งไม่เน้นการสร้างทักษะชีวิต และสอนไม่ครบเนื้อหาเพศวิถีศึกษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเรียนรู้ของนักเรียนที่พบว่า ยังคงมีความเข้าใจผิดในเรื่องเพศและความรุนแรงทางเพศ⁽⁵⁾ หมายถึงว่ากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่เป็นอยู่ยังไม่ทำให้เด็กและเยาวชนสามารถจัดการตัวเองได้ ลดผลกระทบจากพฤติกรรมทางเพศเติบโตหรือเลือกเส้นทางชีวิตที่มีคุณภาพและมีสุขภาพะที่ดีทั้งในปัจจุบันและอนาคต

มูลนิธิแพธทูเฮลท์ (path2health foundation, p2h) ให้ความสำคัญและมีเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพะเด็กและเยาวชน (adolescent health) โดยเน้นกระบวนการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองท้องถิ่น สถาบันวิชาการ ชุมชน ครอบครัว และโรงเรียน โดยเฉพาะการใช้โรงเรียนเป็นฐานการทำงานเพื่อสร้างเสริมทักษะชีวิตควบคู่กับทักษะวิชาการสำหรับเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่น โดยการพัฒนาโครงการและได้รับงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อพัฒนาหลักสูตรและสร้างความเข้มแข็งของระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศและสร้างเสริมสุขภาพะที่ดีสำหรับเด็กและเยาวชน

กระบวนการดำเนินงาน

กระบวนการทำงานโครงการภายใต้ p2h เป็นการทำงานในลักษณะการปฏิบัติงานที่อิงการวิจัยและพัฒนา เน้นการหาข้อสรุปและบทเรียนในแต่ละโครงการเพื่อต่อยอดและขยายผลการดำเนินงาน โดยมีกรอบแนวคิดการดำเนินงานที่ใช้รูปแบบการมุ่งแก้ไขระบบนิเวศน์รอบตัวเด็กและเยาวชน หรือกำจัดปัจจัยแวดล้อมที่ทำให้เกิดภาวะคุกคามสุขภาพะของเยาวชน

ทั้งจากตัวเด็กและเยาวชน ครอบครัว เพื่อนและโรงเรียน ชุมชนและสังคม ระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม และนโยบายที่เกี่ยวข้อง และวางยุทธศาสตร์การทำงานโครงการต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ คือ การพัฒนาไกลและสร้างความเข้มแข็งของระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและสร้างเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับเด็กและเยาวชน ในประเด็นเพศวิถีและสุขภาพไว้ 3 ข้อ และเกิดผลลัพธ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. พัฒนาระบบการศึกษา ผลิตโปรแกรมออนไลน์และคู่มือการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพครูทั่วประเทศซึ่งมีครูเข้าเรียนมากกว่า 130,000 คน แนวทางการทำงานเรื่องเพศและสุขภาพะ ชุดกิจกรรมและสื่อการเรียนรู้ในและนอกห้องเรียน หนังสือเรียน ซึ่งถูกนำไปใช้และเผยแพร่ต่อโดยกระทรวงศึกษาธิการ และเชื่อมโยงมิติการทำงานเรื่องเพศวิถีและทักษะชีวิตไปสู่การทำงานการสร้างสุขภาพองค์รวมในกลุ่มนักเรียนมากขึ้น ส่วนในระดับพื้นที่มีการสร้างกลไกการทำงานโดยมุ่งให้สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา (สพท.) เป็นเจ้าภาพหลักในการประสานทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ปกครอง ขับเคลื่อน และสนับสนุนให้โรงเรียนจัดการเรียนรู้เพศวิถีศึกษา คัดกรองสิทธิทางการศึกษาและสุขภาพ และดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่เผชิญปัญหาทางเพศ เช่น การตั้งครรภ์ และเชื่อมต่อบริการสุขภาพและโรงเรียน

2. พัฒนาระบบเครือข่ายการเรียนรู้และบริการสุขภาพเด็กและเยาวชน พัฒนารูปแบบและเครือข่ายการเรียนรู้นอกห้องเรียนทั้งผ่านกลุ่มแกนนำนักเรียน สภานักเรียนและเยาวชน คลับหรือชมรม กลุ่มสนใจของเด็กและเยาวชน โดยออกแบบการทำงานผ่านสื่อสมัยใหม่ มีโปรแกรมเรียนรู้เพศวิถีออนไลน์ chatbot clinic online / website: lovecarestation.com พัฒนาคณะทำงานสาธารณสุขให้เป็นกลไกการทำงานให้บริการที่ลดรูปแบบความซ้ำซ้อนและบริการแบบเป็นมิตรเข้าถึงง่ายสำหรับเยาวชน พร้อมทั้งสร้างกิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่สาธารณะโดยกลุ่มเยาวชนเพื่อให้เข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพ ซึ่งทำให้มีกลุ่มวัยรุ่นหรือเยาวชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การคุมกำเนิด การปรึกษา จากจุดบริการในพื้นที่และผ่านระบบออนไลน์

3. พัฒนาระบบชุมชน เป็นแนวทางการทำงานเชิงพื้นที่ area based เพื่อมุ่งให้เกิดรูปธรรมของการทำงานเป็นพื้นที่ต้นแบบ โดยเน้นการสร้างกลไกพื้นที่คือ คณะทำงานที่มาจาก

ทุกภาคส่วน การพัฒนาสมรรถนะผู้ปกครองในการดูแลบุตรหลาน และเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายให้ทำงานร่วมกันทั้งการป้องกัน ดูแล แก้ไขปัญหา ทำให้มีเครือข่ายคนทำงานเพศวิถีในพื้นที่ทำงานและขยายผลต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

กล่าวโดยภาพรวมของผลการทำงาน คือ มีชุดเครื่องมือการพัฒนาสมรรถนะครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเด็นเพศวิถีและสุขภาพะ ชุดการเรียนรู้ทั้งแบบออนไลน์และออฟไลน์สำหรับเด็กและเยาวชนทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา ช่องทางและกลไกการทำงานในพื้นที่ที่เป็นลักษณะเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ป้องกัน ช่วยเหลือ ให้เด็กและเยาวชนเข้ารับบริการด้านสุขภาพะที่เข้าถึงง่ายในพื้นที่ที่มีจุดบริการ อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานคือ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์รัปชัน พ.ศ. 2559 ที่ทำให้การดำเนินงานร่วมกับต้นสังกัดของโรงเรียนหรือกระทรวงศึกษาธิการเป็นเจ้าภาพขับเคลื่อนงานโดยมี p2h เป็นหน่วยงานทำหน้าที่เสริมด้านวิชาการเพศวิถีและสุขภาพะ และยังกระตุ้นให้เกิดภาคีการทำงานในระดับพื้นที่มากขึ้น และปัจจัยด้านกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่อง และเป็นเชิงลึกกับเจ้าหน้าที่ ครู ศึกษานิเทศก์ที่เกี่ยวข้องที่เน้นการพัฒนาศักยภาพการทำงาน ส่งผลให้เกิดเครือข่ายทำงานในพื้นที่ทำงานทั้งในระบบการศึกษา ระบบสาธารณสุข และชุมชน นอกจากนี้ยังมีอีกปัจจัยที่สำคัญในการทำงาน คือ ประเด็นเรื่องเพศวิถีและสุขภาพะแม้จะมีการทำงานมานาน เพราะมีความแตกต่างกันทั้งระหว่างคนแต่ละรุ่น บริบทพื้นที่ สภาพแวดล้อม การดำเนินชีวิต แต่มีหลากหลายแง่มุมซึ่งเชื่อมโยงไปสู่การมีสุขภาพะส่วนบุคคล จึงมีแง่มุมให้ทุกคนเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

ในขณะเดียวกันปัญหาอุปสรรคและความท้าทายที่สำคัญในการทำงานขับเคลื่อนเพศวิถีและสุขภาพะ คือ แม้จะมีครูลงทะเบียนอบรมผ่านโปรแกรมเพศวิถีออนไลน์จำนวนมาก แต่การสอนเพศวิถีที่ยังไม่ครอบคลุมนักเรียนทุกคนและการสอนไม่ครบทุกมิติ เพื่อให้วัดผลพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนที่ชัดเจน ขณะเดียวกันคุณภาพการสอนในทุกๆ สารวิชาของระบบการศึกษาไทยยังมีปัญหาไม่เฉพาะการสอนเพศวิถีศึกษา อีกประการหนึ่ง คือ การคัดกรองสิทธิทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิทางการศึกษา ซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานของนักเรียนยังถูกละเมิด

จากผู้ใหญ่รอบตัว แม้จะมีกฎหมายรองรับแต่ในทางปฏิบัติ เด็กและเยาวชนยังถูกละเมิดอยู่ในโรงเรียนและชุมชน ส่วนประการสุดท้าย คือ การไม่มีช่องทางการเรียนรู้เพศวิถีศึกษา และสุขภาพของนักเรียนที่หลากหลาย ในการจัดการเรียนรู้ในระบบโรงเรียนที่อาศัยชั่วโมงสอนในห้องเรียนของครูและมีข้อจำกัดมาก แต่ระบบหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้ไม่ได้เปิดให้มีการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ที่เป็นการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองหรือให้หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้คู่ขนานโดยกระทรวงศึกษาให้การรับรอง การขับเคลื่อนงานผ่านโครงการที่ดำเนินงานภายใต้ p2h ในด้านการพัฒนาการจัดการเรียนรู้เพศวิถีและสุขภาพ โดยใช้โรงเรียนเป็นฐานพบว่า การเปลี่ยนแปลงในด้านพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนเกิดขึ้นได้ หากมีการเรียนการสอนที่ครบทุกมิติอย่างมีคุณภาพ มีกิจกรรมการเรียนรู้ของเครือข่ายนักเรียนแกนนำ การเชื่อมกับผู้ปกครอง และมีการสอนที่ต่อเนื่องกับนักเรียนทุกคน โดยการดำเนินงานอย่างเป็นระบบทั้งโรงเรียน (whole school approach) ซึ่งโรงเรียนเป็นฐานการดำเนินงาน (school based management) ด้วยการสนับสนุนของภาคีในชุมชน และเกิดระบบการเครือข่ายการเรียนรู้และบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของเด็กและเยาวชน มีการส่งต่อและให้บริการด้านสุขภาพที่หลากหลาย มีพื้นที่สร้างสรรค์ของเยาวชนเกิดขึ้น โดยระบบชุมชนที่มีเครือข่ายการทำงานทำหน้าที่สนับสนุนเพื่อให้เด็กเยาวชนและผู้ปกครองได้รับการดูแลช่วยเหลือ และมีความปลอดภัย เข้าถึงสิทธิทางเพศ สิทธิทางการศึกษา และเรียนรู้ มีความเท่าทันหรือรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่เฉพาะกรณีปัญหาทางเพศแต่ยังครอบคลุมไปถึงปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่เป็นภัยคุกคามเด็กและเยาวชน ทั้งนี้การขับเคลื่อนงานในระยะถัดไป จึงมีแนวโน้มที่จะดำเนินงานในลักษณะของการมุ่งไปที่การสร้างระบบการทำงานทั้งด้านการศึกษา การเรียนรู้และบริการ และชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพเด็กและเยาวชน

สรุป

การพัฒนากลไกและกระบวนการทำงานลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเด็กและเยาวชน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง

ของระบบการศึกษา ระบบเครือข่ายการเรียนรู้และบริการสุขภาพ และระบบชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากทั้งภาคีทั้งจากภาครัฐ ท้องถิ่น ชุมชนที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงานร่วมกัน เป็นทีม โดยมีการออกแบบเครื่องมือชุดการเรียนรู้เรื่องเพศ หรือสุขภาพ พัฒนากิจกรรมคนทำงานต่อเนื่องไม่ใช้การอบรมเพียงครั้งเดียว แต่มีกระบวนการพัฒนาคนทำงานหรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ใหญ่และเยาวชน รวมถึงสร้างเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อให้มีแรงกระตุ้นให้เรียนรู้อยู่เสมอจะเป็นปัจจัยและกลไกสำคัญในการทำงานทุกระบบ เพราะคาดว่าจะนำไปสู่ความยั่งยืนและบรรลุผลด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและสุขภาพในอนาคต ทั้งนี้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและสุขภาพของเยาวชนไทย จำเป็นต้องพัฒนาผู้ใหญ่ใกล้ตัวเด็กและเยาวชนให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ต้องพัฒนาระบบนิเวศรอบตัวเด็กไปพร้อมๆ กัน เพราะฐานคิดเรื่องเพศและสุขภาพของผู้ใหญ่ในสังคมไทยกับวิถีส่วนตัวของเด็กและเยาวชนนั้นแตกต่างกัน ทั้งการยอมรับการให้คุณค่า ค่านิยม ดังจะเห็นจากสถานการณ์ทางสังคมที่เกี่ยวกับเรื่องเพศในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ที่พบว่า มีรูปแบบของปัญหาและสถานการณ์ที่ปรากฏขึ้นซ้ำๆ อยู่เสมอๆ กับตัวเด็กและเยาวชนที่ถูกผู้ใหญ่ละเมิดสิทธิในเนื้อตัวร่างกาย สิทธิทางการศึกษา สิทธิที่จะพัฒนาตัวเองให้เจริญเติบโตตามพัฒนาการ เข้าไม่ถึงสิทธิสุขภาพหรือระบบบริการที่กฎหมายกำหนดไว้ แม้จะมีความพยายามทำงานกันหลายภาคส่วนก็ตาม เพราะการเปลี่ยนมุมมอง ทัศนคติ วิถีปฏิบัติของผู้ใหญ่ที่มีต่อเรื่องวิถีทางเพศของเด็กและเยาวชนต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยน หรือรอสร้างฐานคิดใหม่ที่ผ่านมาการทำงานเพศวิถีศึกษากับระบบการศึกษามีปัจจัยหนุนที่สำคัญ คือ นโยบายที่สนับสนุนจากส่วนกลาง และการออกแบบโครงการที่เน้นกระบวนการทำงานพัฒนาศักยภาพกับภาคีทุกฝ่าย หรือเชื่อมโยงผู้เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน ให้มีบทบาทหนุนเสริมกันและกันเป็นปัจจัยสำคัญ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้นโยบายลงสู่การปฏิบัติจริง หากมีเพียงนโยบายสั่งการแต่ขาดกระบวนการลงติดตาม ช่วยหนุนเสริม ก็จะไม่เกิดประสิทธิภาพหรือคุณภาพการทำงาน และคำนึงถึงการคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชนในทุกมิติ ในขณะเดียวกันก็ต้องสร้างพลังของกลุ่มเยาวชนให้มีการส่งเสียง มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานี้ด้วย เนื่องจากเป็นเจ้าของปัญหา และต้องการการพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2556 แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://thailand.unfpa.org/th/publications/>
2. พศิกา เขินอำนวยการ. ล่วงละเมิดทางเพศ: เมื่อโรงเรียน-ชุดนักเรียน ไม่อาจป้องกันเยาวชนจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bbc.com/thai/thailand-55359018>
3. กุลธิดา สามะพุทธิ. ช่มชู้นักเรียน: กำจัดระบบอุปถัมภ์-อำนาจนิยม ทางแก้ปัญหาล่วงละเมิดทางเพศในโรงเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bbc.com/thai/thailand-52643849>
4. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). แนวปฏิบัติสากลทางวิชาการเรื่องเพศวิถีศึกษา ฉบับปรับปรุง [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/368655tha.pdf>
5. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.unicef.org/thailand/th/reports/>

