

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2566

Vol.2 No.3 July – September 2023

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พัฒนาระบบเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้
- ปัญหาสุขภาพที่สูญเสียจากความพิการของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย
- แนวคิดชาติพันธุ์วรรณาหลายสนามกับการศึกษาการประเมินการทำงานหน่วยจัดการด้านเด็กและเยาวชน
- การพัฒนารูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น: กรณีศึกษาโรงเรียนนำร่อง
- สุขภาวะองค์กรรวมแนวพุทธ: การสังเคราะห์พันธกิจหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) ของคณะสงฆ์ไทย
- พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ และการเข้าถึงยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รายงานกรณีศึกษา (Case Report)

- การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีตอบสนองต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทความพินิจ (Review Article)

- การส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร มุ่งผลลัพธ์ความผูกพันที่สูงขึ้นของบุคลากรในองค์กร

บทความพิเศษ (Special Article)

- การสร้างเสริมสุขภาพจิตผ่านนวัตกรรมสุขภาพจิต

ปกิณกะ (Miscellaneous)

- การส่งเสริมสุขภาพตามแนวพุทธ
- ระเบียบและขั้นตอนในการออกใบอนุญาตสุรา: การมีส่วนร่วมของชุมชนและข้อพิจารณาด้านสุขภาพ

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

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial
ทิศทางสู่ความสำเร็จของงานสร้างเสริมสุขภาพ วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	231	Directions Leading to the Success of Health Promotion <i>Wiwat Rojanapithyakorn</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ สุदारัตน์ สุดสมบุญ และคณะ	233	Participation of Network Partners in Multicultural Areas to Reduce Risk Factors for Public Health in the Southern Region <i>Sudarat Sudsomboon, et al.</i>
ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากความพิการ ของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย วิรัชพัชร กิตติธระพันธุ์ และคณะ	241	Years Lived with Disability from Attention Deficit Hyperactive Disorders in Thailand <i>Wiranpat Kittitharaphan, et al.</i>
แนวคิดชาติพันธุ์วรรณนาหลายสนามกับ การศึกษาการประเมินการทำงานหน่วยจัดการ ด้านเด็กและเยาวชน ปรารถนา จันทารุพันธ์	249	Concept of Multi-sited Ethnography and the Study of Development Evaluation of the Child and Youth Node Project <i>Pradhana Chantaruphan</i>
การพัฒนารูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วย หนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและ มีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษา ตอนต้น: กรณีศึกษาโรงเรียนนาร่อง รังรอง สมมิตร และคณะ	260	Development of Read-aloud Model Using Picture Tale Books to Enhance Joyful and Meaningful Learning Process in Early Childhood and Lower Elementary School Students: a Case Study of Sand-box Schools <i>Rungrong Sommirt, et al.</i>
สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ: การสังเคราะห์พันธกิจ หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) ของคณะสงฆ์ไทย ธานี สุวรรณประทีป, วุฒินันท์ กันทะเตียน	272	Buddhist Holistic Well-being: a Synthesis of Missions among the Thai Sangha's Public Training Units (PTUs) <i>Thanee Suwanprateep, Wutthinant Kantatian</i>
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ และ การเข้าถึงยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สโรชา จันทร์คู่ และคณะ	280	HIV Risk Behaviors, Awareness, and Access to Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) among Undergraduate Students in Thammasat University <i>Sarocho Chankoo, et al.</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
รายงานกรณีศึกษา		Case Report
การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของโครงการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีตอบสนองต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามแผน ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ วีรบูรณ์ วิสารทสกุล และคณะ	297	Evaluation Results from the Implementation of the Quality of Life Development at the District Level Project <i>Weeraboon Wisartsakul, et al.</i>
บทความพิเศษ		Review Article
การส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร มุ่งผลลัพธ์ ความผูกพันที่สูงขึ้นของบุคลากรในองค์กร ศุภชัย เหมือนโพธิ์ และคณะ	309	Promotion of Corporate Culture Aim for Higher Employee Engagement Results in the Organization <i>Suppachai Murnpho, et al.</i>
บทความพิเศษ		Special Article
การสร้างเสริมสุขภาพจิตผ่านนวัตกรรมสุขภาพจิต ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, ณีญาดา อิมเพช	323	Promoting Mental Health through Mental Health Innovation <i>Dutsadee Juengsiragulwit, Niyadar Impetch</i>
ปกิณกะ		Miscellaneous
การส่งเสริมสุขภาพตามแนวพุทธ พระครูใบฎีกา ณัฐกิต มหิสุสโร (อนุรักษ์ตระกูล)	335	Health Promotion in the Buddhist Concept <i>Phrakrubaidika Natthakit Mahissaro (Anuruktrakoon)</i>
ระเบียบและขั้นตอนในการออกใบอนุญาตสุรา: การมีส่วนร่วมของชุมชนและข้อพิจารณาด้านสุขภาพ สิริกอร์ นามลาบุตร	341	Regulations and Procedures for Alcohol Licensing: Community Involvement and Health Considerations <i>Sirikorn Namlabut</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 3 คน เพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจะรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและประสานกับเจ้าของบทความ เพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

ผู้สนใจสามารถศึกษาแบบบทความและแนวทางการส่งบทความได้ที่ 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

คณะกรรมการ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศ. นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม อนุกรรมการที่ปรึกษากองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ศ. นพ.ประทีป วาทีสาอภิกข อนุกรรมการที่ปรึกษากองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม กรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ดร.สุปรีดา อดุลยานนท์ ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ วิจารณ์พิทยาการ

รองบรรณาธิการ

ศ. ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

นพ. ดร.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ นักวิจัยสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

นพ. ดร.ไพโรจน์ เสาแก้ว ผู้ช่วยผู้จัดการ สสส.

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

ศ. พญ. ดร.สวิตรี อัมมฉัตรชัย ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

ผศ. ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย คณะกรรมการที่ปรึกษาศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ ผู้จัดการศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.)

นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ ประธานสาขาวิชาทางสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์

ฝ่ายบริหารจัดการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นายรังสรรค์ มั่นคง ผู้เชี่ยวชาญวิเทศสัมพันธ์

นางสาวณิธิ เรืองฤทธิศักดิ์ นักวิชาการสนับสนุนงานนวัตกรรมชำนาญการ

ทิศทางสู่ความสำเร็จของงานสร้างเสริมสุขภาพ

ประเทศทั่วโลกเริ่มให้ความสนใจต่องานสร้างเสริมสุขภาพภายหลังการประชุมนานาชาติรายการหนึ่งซึ่งจัดขึ้นที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2529 การประชุมนี้ชื่อว่า “International Conference on Health Promotion” หรือการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ผลจากการประชุมทำให้เกิดข้อตกลงสำคัญซึ่งเรียกตามชื่อเมืองที่จัดประชุมว่า Ottawa Charter หรือกฎบัตรออตตาวา ที่กลายเป็นต้นตำรับของงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศต่างๆ จนถึงปัจจุบัน

ก่อนหน้านั้น งานด้านสาธารณสุขมักจะมุ่งเน้นไปที่การจัดบริการของรัฐในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและการป้องกันโรค เน้นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการจัดบริการป้องกันโรคและการรักษา ส่วนบทบาทของประชาชน ก็มักจะเน้นให้มีพฤติกรรมที่สนใจเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อมีความเสี่ยงต่อโรคหรือมีอาการเจ็บป่วย หรือทางวิชาการเรียกว่า มี health seeking behavior (พฤติกรรมค้นหาสุขภาพ) แม้แต่ความพยายามให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็เน้นบทบาทของบุคลากรในการ “ให้สุศึกษา” มากกว่าที่จะให้ประชาชนมีความรอบรู้หรือมีทักษะชีวิตด้านสุขภาพเพื่อสร้างสุขภาพด้วยตนเอง

การมีกฎบัตรออตตาวาได้เปลี่ยนหรือเพิ่มทิศทางที่ให้ประชาชนมุ่งไปสู่การมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพและมีความเป็นอยู่ที่ดี มุ่งไปสู่แนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพที่มีตัวประชาชนเองเป็นตัวตั้ง โดยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้เป็นผู้มีความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง

เนื้อหาของกฎบัตรออตตาวาเน้นยุทธศาสตร์ 3 ประการ คือ (1) การสนับสนุนหรือสร้างกระแส (advocate) (2) การสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพ สร้างสภาพแวดล้อม สร้างทักษะ และให้ทางเลือกที่มีสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีศักยภาพทางสุขภาพอย่างพอเพียง (enable) และ (3) การเชื่อมต่อทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (mediate) โดยมีการกำหนดขอบข่ายกิจกรรม 5 ด้านด้วยกัน คือ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (building healthy public policy) (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (creating supportive environments) (3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthening community action) (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (developing personal skills) และ (5) การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขที่มุ่งสู่การป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ (re-orienting health services)

ตลอดเส้นทางของงานสร้างเสริมสุขภาพ มีความพยายามติดตามและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยหลังการจัดประชุมนานาชาติครั้งแรกที่ออตตาวา ก็มีการจัดอีก 8 ครั้ง ครั้งสุดท้ายจัดขึ้นที่เมืองเชียงใหม่ ในประเทศจีน เมื่อปี พ.ศ. 2559 ซึ่งการจัดทั้ง 9 ครั้งมีการทำกฎบัตรการประชุม 2 ครั้งคือ กฎบัตรออตตาวาในการประชุมครั้งแรก และกฎบัตรกรุงเทพฯ ในการจัดประชุมครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพมหานครเมื่อเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2548 โดยกฎบัตรกรุงเทพฯ ได้เน้นถึงการกำหนดทิศทางการดำเนินงานอีก 5 ด้าน เรียกกันติดปากว่า พิราบ (PIRAB) ตามอักษรย่อ 5 ตัวของทิศทางดังกล่าว คือ Partnership (ความร่วมมือ) Investment (การลงทุน) Regulate (การออกกฎระเบียบ) Advocate (การชี้แนะหรือสร้างกระแส) และ Build capacity (การสร้างศักยภาพ)

ในการประชุมนานาชาติครั้งที่ 9 ที่นครเชียงใหม่มีข้อสรุปที่สำคัญ 3 ประการคือ การเสริมสร้างธรรมาภิบาล (good governance) การสร้างสุขภาพในเขตเมือง (healthy cities) และการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ซึ่งก็เป็นทิศทางล่าสุดที่ทุกประเทศให้ความสำคัญเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

กว่า 30 ปีของงานสร้างเสริมสุขภาพโลก ความสำเร็จของงานด้านนี้ยังค่อนข้างจำกัด ตัวชี้วัดที่สำคัญคือการมองที่พฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่โรคภัยต่างๆ โรคทางพฤติกรรมที่รู้จักกันดีคือโรคไม่ติดต่อซึ่งเกิดมาจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การเสพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกินอาหารที่ด้อยสุขภาวะ และการขาดกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมเหล่านี้ถูกนำมาเป็นตัวชี้วัดของงานสร้างเสริมสุขภาพก็เพราะหากสามารถดำเนินงานอย่างได้ผล ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม หลีกเลี่ยงพฤติกรรมดังกล่าวได้ โรคไม่ติดต่อก็ควรจะลดลง ไม่กลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชนกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดอย่างที่เป็นอย่างอยู่ในทุกวันนี้

เมื่อวิเคราะห์จุดอ่อนของงานสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ จะพบว่า งานส่วนใหญ่ถูกมองว่า เป็นบทบาทหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงหรือองค์กรอื่นๆ ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งๆ ที่ควรเป็นงานของทุกคนในการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยงาน จุดอ่อนอีกประการหนึ่งก็คือ การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นบทบาทของหน่วยงานในส่วนกลาง ทั้งๆ ที่งานสร้างเสริมสุขภาพมุ่งไปที่ทุกๆ ครอบครัว ในทุกชุมชน ซึ่งก็หมายถึงความจำเป็นที่จะต้องทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานเน้นหนักของทุกๆ จังหวัด และย่อมหมายถึงการให้ความสำคัญของหัวหน้าส่วนราชการของจังหวัด ตั้งแต่ผู้ว่าราชการจังหวัด หัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชุมชน ซึ่งแน่นอน ความรับผิดชอบนี้ อยู่ที่ผู้บริหารของจังหวัดที่จะดำเนินการและประสานงานตามยุทธศาสตร์และขบข่ายกิจกรรมที่ระบุอยู่ในกฎบัตรรอตราว่า กฎบัตรกรุงเทพฯ และคำประกาศในระดับนานาชาติ ซึ่งเป็นผลผลิตการประชุมนานาชาติด้านการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 9 ครั้งที่ผ่านมา

ดังนั้น ทิศทางการดำเนินงานแต่ต่อไปก็คือ (1) ให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทของทุกหน่วยงานในสังคม และ (2) ให้งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานหลักของทุกจังหวัด ภายใต้ความรับผิดชอบของผู้มีอำนาจในทุกระดับชั้น

มาช่วยกันคิดว่า ประเทศไทยจะมุ่งไปสู่ทิศทางทั้งสองนี้ได้อย่างไร?

นพ.วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร

บรรณาธิการ

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้

สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, ไพรัช วัฒนกุล, พระครูวินัยธรธัญญ์ สุวฑฺฒ (สุขพานิช), อุทัยดียะ พิศสุวรรณ อุเชิง
มูลนิธิคนเห็นคน กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายพื้นที่พหุวัฒนธรรมในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ และ (2) แนวทางการส่งเสริมภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการพหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนใต้ จำนวน 385 คน จากจำนวนทั้งสิ้น 13,217 คน และเป็นการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 41-50 ปี ระดับมัธยมศึกษา อาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไป รายได้ 10,001-15,000 บาท จัดกิจกรรมหรือโครงการเกี่ยวกับการลด ละ เลิก บุหรี่มากที่สุด มีประชาชนเข้าร่วมโครงการ 50-100 คนต่อโครงการ กิจกรรมทำให้สุขภาพดีขึ้น และการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการลด ละ เลิกบุหรี่ป้อนผ่านภาคีเครือข่าย มีอัตราการสูญบุหรี่ยี่สิบถึงสามสิบของจำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด และยังพบการเป็นตัวอย่างที่ดีแก่บุคลากร ส่วนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนใต้รวมทุกด้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มากที่สุด ได้แก่ ด้านการรับประโยชน์ รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติ ด้านการคิดพัฒนา ด้านการติดตามประเมินผล และด้านการรับรู้ข่าวสาร ตามลำดับ แนวทางการส่งเสริม ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมการดำเนินงานตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ รวมทั้งการฝึกอบรมพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมรูปแบบต่างๆ เพื่อร่วมกันลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนใต้ โดยเฉพาะกิจกรรมเกี่ยวกับการลด ละ เลิกบุหรี่ป้อน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม; ภาคีเครือข่าย; สังคมพหุวัฒนธรรม; ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ; ประชาชนในภาคใต้

วันรับ: 3 ก.ค. 2566

วันแก้ไข: 14 ส.ค. 2566

วันตอบรับ: 20 ส.ค. 2566

บทนำ

ภาคใต้เป็นเป็นภูมิภาคซึ่งมีพื้นที่เป็นรูปแหลมยาว ยื่นลงไปในมหาสมุทร ภาคใต้ของไทยติดต่อกับประเทศพม่าทางทิศตะวันตก โดยมีทิวเขาตะนาวศรีและลำน้ำปากจั่นเป็นพรมแดน ติดต่อกับมาเลเซียทางด้านทิศใต้ โดยมีทิวเขาสันกาลาคีรีกับลำน้ำนราธิวาสเป็นพรมแดน มีพื้นที่ 1 ใน 7

ของประเทศ ประกอบด้วย 14 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช สงขลา พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส ะนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ ตรัง และสตูล เป็นภาคที่มีความเป็นพหุวัฒนธรรม ทั้งความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต ประเพณี เนื่องจากเป็นศูนย์รวมของประชาชนที่นับถือศาสนาทั้งศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ แต่ก็สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขและสันติ

แต่ในขณะเดียวกันไม่ว่าประชาชนในศาสนาใดก็ตาม ย่อมประสบปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุบนถนน และการพนัน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ภาคใต้ สามารถแยกเป็นประเด็นได้ดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคบุหรี่ พบว่า จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ของประชาชนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564⁽¹⁾ โดยสำรวจจากประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 18-22 ปี และสูบจนเป็นปกตินิสัยเมื่ออายุ 19-23 ปี สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ เช่น ตลาดสดหรือตลาดนัด ร้านอาหาร/ภัตตาคาร/สถานที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม บริการขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน โรงเรียน/สถานศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา และเมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดในพื้นที่ภาคใต้ ได้แก่ กระบี่ (ร้อยละ 29.4) สตูล (ร้อยละ 25.2) พังงา (ร้อยละ 24.6) นครศรีธรรมราช (ร้อยละ 24.6) และระนอง (ร้อยละ 24.5)

2) ปัจจัยเสี่ยงจากความปลอดภัยบนท้องถนน สถิติข้อมูลผู้เสียชีวิตสะสมประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 จากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (ThaiRSC)⁽²⁾ พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสะสม 13,814 ราย โดยมากถึงร้อยละ 81 เป็นอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ เป็นเพศชายมากกว่าหญิง และช่วงอายุที่เสียชีวิตมากที่สุดคือ 36-60 ปี คิดเป็นเกือบร้อยละ 40 ของผู้เสียชีวิตสะสม นอกจากนี้ยังพบว่า หลายจังหวัดในภาคใต้มีผู้เสียชีวิตบนท้องถนนเกินเป้าที่ตั้งไว้ เช่น นครศรีธรรมราช ตั้งเป้าว่าจะมีผู้เสียชีวิตบนท้องถนนจำนวน 272 คน แต่เสียชีวิตจริง 317 คน สุราษฎร์ธานี ตั้งเป้าว่าจะมีผู้เสียชีวิตบนท้องถนนจำนวน 245 คน แต่เสียชีวิตจริง 260 คน แต่ในขณะเดียวกันมี 2 จังหวัดที่มีผู้เสียชีวิตต่ำกว่าเป้าที่ตั้งไว้ คือ สงขลา ตั้งเป้าไว้ 310 คน เสียชีวิตจริง 309 คน และนราธิวาส ตั้งเป้าไว้ 122 คน เสียชีวิตจริง 112 คน

3) ปัจจัยเสี่ยงจากการพนัน ข้อมูลจากศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน⁽³⁾ พบว่าในปี พ.ศ. 2564 คนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เล่นการพนัน จำนวน 32.3 ล้านคน เป็นผู้หญิง

16.3 ล้านคน เป็นชาย 16 ล้านคน เป็นเด็กและเยาวชน (15-25 ปี) 4.3 ล้านคน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 4.04 ล้านคน ประเภทการพนันที่นิยมมากที่สุด คือ สลากกินแบ่งรัฐบาล หวยใต้ดิน พนันไฟ พนันทายผลฟุตบอล ไอโกล โปป่าน้ำเต้าปูปลา วัวชน ไก่ชน โดยในภาคใต้มีคนเล่นการพนัน 4.3 ล้านคน

4) ปัจจัยเสี่ยงจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁾ พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าภาคใต้มีระดับสัดส่วนนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยที่สุด เนื่องจากภาคใต้เป็นภาคที่มีสัดส่วนคนนับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ซึ่งเป็นศาสนาที่มีข้อห้ามในการข้องเกี่ยวกับสิ่งมีเมาโดยเด็ดขาด แต่ทั้งนี้ก็ยังขึ้นอยู่กับความเคร่งครัดของแต่ละบุคคล ท้องที่ หรือจังหวัดนั้นๆ ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีเรื่องของความปลอดภัยเข้ามาเกี่ยวข้องอีกด้วย จนอาจกระทบต่อการสังสรรค์หรือรื่นเริง ทำให้ผู้คนในภาคใต้ไม่ตัดสินใจเลือกที่จะมานั่งดื่มกินกัน

จากข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 ปัจจัยหลักถึงแม้ว่าบางปัจจัยเมื่อเทียบรายภาคอาจจะอยู่ในระดับต่ำที่สุดในขณะบางปัจจัยอยู่ในระดับสูงสุดในระดับภาค ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตต่อผู้บริโภคและครอบครัว และในขณะเดียวกันยังส่งผลกระทบต่อสังคมและภาวะการคลังของประเทศได้เมื่อมีการรักษาตัวที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงข้างต้น

โครงการพหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนใต้ เป็นโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในภาคใต้ เช่น กลุ่มมัสยิด กลุ่มวัด กลุ่มโบสถ์ กลุ่มโรงเรียน กลุ่มโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม (โรงเรียนปอเนาะ) กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มอาชีพต่างๆ ได้ดำเนินกิจกรรมหรือโครงการที่มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ เช่น โครงการณรงค์การลด ละ เลิก บุหรี่ในมัสยิด วัด โบสถ์ โรงเรียน โครงการขับขี่ยปลอดภัย โครงการวัด/ชุมชนปลอดภัย รวบรวมโครงการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพแก่นักเรียน เยาวชน

ซึ่งดำเนินการกระจายทั่วทั้ง 14 จังหวัดภาคใต้ จนสามารถมีพื้นที่มัสยิดต้นแบบปลอดบุหรี่ โรงเรียนปลอดบุหรี่ วัดปลอดการพนัน จำนวนอุบัติเหตุลดลงในพื้นที่จังหวัดตรัง มีการติดตามพฤติกรรมกรรมการสุบะห์ของพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ มีการจัดทำสื่อรณรงค์เพื่อการลด ละ เลิก บุหรี่ พนัน ความปลอดภัยบนท้องถนน เป็นต้น ซึ่งในปีที่ผ่านมา มีจำนวนคนเข้าร่วมโครงการดังกล่าวจำนวน 13,217 คน ซึ่งมาจากเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมของภาคใต้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ เพื่อมุ่งศึกษาว่าประชาชนในภาคใต้เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรมหรือโครงการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง และมีแนวทางการส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างไร เพื่อจะได้นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ได้อย่างยั่งยืน และสามารถเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นๆ ได้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณโดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า หนังสือ ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง **กลุ่มตัวอย่าง**

คัดเลือกจาก ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ “พหุ-วัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนใต้” ซึ่งมีจำนวน 13,217 คน⁽⁴⁾ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Yamane T⁽⁵⁾ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน เป็นการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ “พหุ-วัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยง-เพื่อสุขภาพคนใต้” เท่านั้น โดยกระจายกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมทุกโครงการย่อยใน 14 จังหวัดภาคใต้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จากการศึกษาค้นคว้า

รวบรวมจากข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่ หนังสือ ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามลักษณะปลายปิด คำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 “การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้” เป็นแบบสอบถามลักษณะปลายปิด คำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 16 ข้อ

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1) การศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้ เพื่อรวบรวมเนื้อหาสาระมากำหนดเป็นกรอบให้ตรงกับตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อมูลในการสร้างแบบสอบถาม แล้วร่างแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

2) สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมขอบเขตการศึกษาวิจัยโดยใช้คำถาม 2 ประเภทคือ แบบปลายปิดและแบบปลายเปิดประกอบกัน ซึ่งเป็นการดัดแปลงเครื่องมือจากแบบสอบถามที่ได้เคยผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability)

3) นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว เสนอผู้เชี่ยวชาญแก้ไขปรับปรุง ให้ถูกต้องและชัดเจน เหมาะสมทั้งเนื้อหาสาระ และการใช้ถ้อยคำสำนวนภาษา แล้วนำมาจัดทำเป็นแบบสอบถาม

4) นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จ ความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความตรงตามเนื้อหา (content validity) และเหมาะสมของข้อความคำถามนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

5) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (index of item – objective congruence (IOC) ได้ค่า IOC=0.90

6) เมื่อผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความถูกต้องเสร็จแล้ว จึงนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มิใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีคุณลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำผลการตอบแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร alpha coefficient ของ Cronbach⁽⁶⁾

7) นำเครื่องมือที่สมบูรณ์แล้วไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

- 1) แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามจำนวนที่กำหนดไว้
- 2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลคืนด้วยตนเอง
- 3) เมื่อได้แบบสอบถามกลับคืนมาแล้ว จำนวน 385 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 จึงตรวจสอบความสมบูรณ์และจัดลำดับข้อมูล
- 4) นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และประมวลผลต่อไป
- 5) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการโดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ มีลำดับขั้นตอนดังนี้

- 1) การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยหาค่าสถิติพื้นฐาน คือ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ ใช้สำหรับอธิบายลักษณะสภาพของประชากรที่ใช้ในการศึกษา
- 2) วิเคราะห์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้โดยใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
- 3) วิเคราะห์ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้โดยการแจกแจงความถี่ และนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย

4) วิเคราะห์เนื้อหาจากประเด็นข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่พหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนในภาคใต้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติสำหรับการวิจัยเรื่องนี้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

พบว่า เพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และเป็นเพศชายจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 51.43 เมื่อจำแนกตามอาชีพ พบว่า มีอาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไปมากที่สุด จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 37.66 เมื่อจำแนกตามรายได้ พบว่า มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาทมากที่สุด จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 47.53 เมื่อจำแนกตามความเกี่ยวข้องกับโครงการ พบว่า เป็นผู้เข้าร่วมโครงการมากที่สุด จำนวน 291 คน คิดเป็นร้อยละ 75.59 เมื่อจำแนกตามโครงการที่ได้รับงบประมาณ พบว่า เป็นโครงการลด ละ เลิก บุหรี่มากที่สุด จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 49.61 เมื่อจำแนกตามจำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการพบว่า มีจำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ 50-100 คนมากที่สุด จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 52.99 และเมื่อจำแนกตามประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับ พบว่า สุขภาพดีขึ้นมากที่สุด จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 และสามารถลดการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 10 รวมทั้งมีการก่อเกิดตัวอย่างที่ดีทั้งในโรงเรียนและครอบครัว เช่น ผู้บริหารโรงเรียนเลิกบุหรี่ได้ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเพื่อนครูและนักเรียน พ่อเลิกบุหรี่ได้เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกชาย เป็นต้น

2. ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้รวมทุกด้าน

ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.03, SD=0.76) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มากที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมด้านการรับประโยชน์ (mean=4.43, SD=0.57) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติ (mean=4.35, SD=0.71) การมีส่วนร่วมด้านการคิดพัฒนา (mean=4.34, SD=0.69) การมีส่วนร่วมด้านการติดตามประเมินผล (mean=3.53, SD=1.07) และการมีส่วนร่วมด้านการรับรู้ข่าวสาร (mean=3.51, SD=0.77) ตามลำดับ

2.1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้ด้านการรับรู้ข่าวสาร ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=3.51, SD=0.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มากที่สุดได้แก่การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ “โครงการพหุวัฒนธรรม” จากสื่อออนไลน์รูปแบบต่างๆ เช่น เฟซบุ๊ก เว็บไซต์ของ สสส. เว็บไซต์ของมูลนิธิคนเห็นคน โลกกลุ่มในชุมชน (mean=3.64, SD=0.64) รองลงมาคือ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์จากคนสนิทในชุมชน (mean=3.52, SD=0.90) จากสื่อบุคคลในชุมชน เช่น ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ อสม. แกนนำชุมชน กลุ่มต่างๆ (mean=3.46, SD=0.63) และการได้รับรู้จากเสียงตามสาย/หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน (mean=3.42, SD=0.68) ตามลำดับ

2.2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้ด้านการคิดพัฒนา ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.34, SD=0.69) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มากที่สุดได้แก่ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมในการดำเนินงาน “โครงการพหุวัฒนธรรม” (mean=4.42, SD=0.57) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการพหุวัฒนธรรม (mean=4.34, SD=0.59) และการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดำเนินงาน (mean=4.31, SD=0.54) ตามลำดับ

2.3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้ ด้านการ

ปฏิบัติ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.35, SD=0.71) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มากที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมการดำเนินงาน ในฐานะผู้รับประโยชน์ (mean=4.41, SD=0.70) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในฐานะคณะกรรมการดำเนินงาน (mean=4.39, SD=0.74) และในฐานะผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ (mean=4.26, SD=0.60) ตามลำดับ

2.4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้ด้านการติดตามประเมินผล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=3.53, SD=0.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มากที่สุดได้แก่ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล “โครงการพหุวัฒนธรรม” โดยการให้ข้อมูลในรูปแบบต่างๆ เช่น การพูดคุย รวบรวมแบบสอบถาม (mean=3.95, SD=0.54) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อบกพร่องของการดำเนินงานแก่ผู้จัดการโครงการนี้ (mean=3.41, SD=0.55) และการมีส่วนร่วมในการประสานงาน (mean=3.24, SD=0.60) ตามลำดับ

2.5) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของคนได้ด้านการรับประโยชน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean=4.43, SD=0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มากที่สุด ได้แก่ การได้ประโยชน์ด้านจิตใจจากการเข้าร่วมการดำเนินงาน “โครงการพหุวัฒนธรรม” เช่น ความภาคภูมิใจ ความเรียบง่าย ความสุข ความพอเพียง สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (mean=4.52, SD=0.70) รองลงมาคือ การได้รับประโยชน์ด้านสังคม เช่น การมีภาคีเครือข่ายต่างๆ การได้รับความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย (mean=4.46, SD=0.93) และการได้รับประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การลดค่าใช้จ่ายเพิ่มรายได้ (mean=4.32, SD=0.59) ตามลำดับ

3. จากการศึกษาข้อเสนอแนะ/แนวทางการจัดโครงการพหุสังคม ในปีต่อไป

พบว่า (1) ควรมีแผนปฏิบัติการตลอดทั้งปีให้กับผู้ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบโครงการ (2) ต้องการให้มีโครงการนี้ตลอดไป เนื่องจากทำให้เกิดความสามัคคีและช่วยเหลือเกื้อกูลในสังคมขึ้น (3) เมื่อมีบุคคลหรือกลุ่มที่ได้รับงบประมาณจากโครงการ ควรได้รับการฝึกอบรมการจัดทำรายงานผลโครงการ รายงานการเงินที่เป็นระบบ

(4) จัดให้มีการศึกษาดูงานระหว่างกลุ่ม/วิถีชีวิต เพื่อการต่อยอดโครงการที่รับผิดชอบ (5) ควรมีเจ้าหน้าที่ให้บริการของโครงการให้มากขึ้น (6) ควรมีการสำรวจปัญหาหรือความต้องการในแต่ละพื้นที่ก่อนดำเนินการโครงการ (7) ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอหรือเหมาะสมกับกิจกรรมของโครงการ ไม่ควรจัดสรรงบประมาณให้เท่าๆ กัน เพราะแต่ละบริบทแตกต่างกัน (8) ควรมีการตั้งเกณฑ์ประเมินการดำเนินโครงการย่อยว่าควรไปต่อหรือให้ยุติ ผ่านการมีส่วนร่วมของคณะทำงาน และ (9) ควรมีการพิจารณาโครงการย่อยก่อนจะจัดสรรงบประมาณ

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการติดตามประเมินผลและด้านการรับรู้ข่าวสารอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 5 ระดับ⁽⁷⁾ ได้แก่ (1) การให้ข้อมูลข่าวสาร (inform) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุดแต่มีความสำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกที่ประชาชนเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งวิธีการการให้ข้อมูลข่าวสาร อาจผ่านเอกสารสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ต่างๆ (Facebook, TikTok) หรือแม้แต่การจัดนิทรรศการในสถานที่ต่างๆ ของชุมชน (2) การรับฟังความคิดเห็น (consult) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการให้ข้อมูลข้อเท็จจริงและความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจ ซึ่งมีวิธีการคือ การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ มีการแสดงความคิดเห็นผ่านสื่อออนไลน์ (3) การเกี่ยวข้อง (involve) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปฏิบัติงานหรือร่วมเสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ ซึ่งมีวิธีการ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อร่วมกันพิจารณาประเด็นสำคัญร่วมกัน (4) ความร่วมมือ (collaboration) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นหุ้นส่วนในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจและมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

เช่น มีคณะกรรมการที่มีภาคีเครือข่ายหรือประชาชนเข้ามาร่วมเป็นคณะทำงานหรือคณะกรรมการ และ (5) การเสริมอำนาจแก่ประชาชน (empower) เป็นขั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงมติเลือกแนวทางการดำเนินงานหรือการกำหนดประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพหรือการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

สรุป

สังคมพหุวัฒนธรรมในภาคใต้ มีความหลากหลายทั้งความคิด ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี วิถีชีวิต การนับถือศาสนา อาชีพ ส่งผลให้การดำเนินงานกิจกรรมหรือโครงการจำเป็นต้องดำเนินงานในรูปของภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน และประเด็นสำคัญจะต้องให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ เพื่อจะเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทที่มีความหลากหลาย และที่สำคัญหากภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับประโยชน์ ย่อมนำไปสู่ความยั่งยืนของกิจกรรมนั้นๆ ได้อย่างแน่นอน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) การมีส่วนร่วมด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีค่าระดับการมีส่วนร่วมที่น้อยที่สุด ดังนั้นผู้รับผิดชอบโครงการจำเป็นต้องเพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนทั่วไปหรือสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการได้รับรู้ข่าวสารการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของภาคีเครือข่ายหรือข้อมูลข่าวสารจาก สสส. หรือ มูลนิธิคนเห็นคน ซึ่งในปัจจุบันมีสื่อออนไลน์หลากหลายรูปแบบ ซึ่งอาจจะเป็นการตั้งเพจชื่อโครงการ และที่สำคัญจะต้องมีการสื่อสารให้เป็นปัจจุบัน

2) การมีส่วนร่วมด้านการติดตามและประเมินผล ซึ่งมีค่าระดับการมีส่วนร่วมที่น้อย ดังนั้น ควรเปิดโอกาสให้สมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ ผู้รับงบประมาณโครงการย่อยมีการจัดทีมติดตามและประเมินผลในระดับโครงการย่อย เพื่อจะได้รับรู้ถึงปัญหา อุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนา และต่อยอดกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งจากการวิจัยพบว่าสามารถลดได้ร้อยละ 10 ของจำนวนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการพหุวัฒนธรรมฯ และยังเกิดแบบอย่างที่ดีขึ้นในครอบครัวและโรงเรียน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทางโครงการจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยการสอดแทรกเป็นส่วนหนึ่งของรายวิชาหรือกลุ่มสาระการเรียนรู้ มีการประกวดพ่อตัวอย่าง หรือผู้บริหารตัวอย่าง หรือครูตัวอย่าง เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมที่นำนักเรียนหรือพ่อหรือผู้บริหารที่เคยสูบบุหรี่แล้วสามารถเลิกบุหรี่ได้ มาสร้างแรงบันดาลใจผ่านคลิปสั้นๆ ผ่าน TikTok เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของคนใต้ในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการลด ละ เลิก บุหรี่
- 2) ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาภาคีเครือข่าย

ในสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสำเร็จเป็นไปตามวัตถุประสงค์ จากการสนับสนุนงบประมาณของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิคนเห็นคน และผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำแนะนำพร้อมให้กำลังใจในการดำเนินการวิจัยมาโดยตลอด คือ คุณรุ่งอรุณ ลิ้มฬหะภิน คุณทักษิณีย์ ศิลปบุตร และนายสัตวแพทย์ปกรณ์ สุวรรณประภา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง และบุคคลสำคัญที่ขาดเสียมิได้ คือ ภาคีเครือข่ายจากพื้นที่ 14 จังหวัดภาคใต้ ที่เข้าร่วมโครงการพหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนใต้ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
2. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (ThaiRSC). สถิติข้อมูลผู้เสียชีวิต สะสม ประเทศไทย ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairsc.com>.
3. ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. สถานการณ์การพนันในสังคมไทย ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gamblingstudy-th.org>.
4. มูลนิธิคนเห็นคน. บัญชีลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ: โครงการพหุวัฒนธรรมหนุนเสริมศักยภาพชุมชนลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อสุขภาพคนใต้; 2565.
5. Yamane T. Statistics, an introductory analysis, 2nd Ed., New York: Harper and Row; 1967.
6. Cronbach LJ. Essentials of psychology testing. New York: Harper; 1990.
7. กองสุกศึกษา. การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

Participation of Network Partners in Multicultural Areas to Reduce Risk Factors for Public Health in the Southern Region

*Sudarat Sudsomboon, Pirat Watanakul, Phrakhruvinaithon AthitSuvaddho (Sookpanich),
Huwaidiyah Pitsuwan Useng
Khon Hen Khon Foundation, Bangkok, Thailand*

Abstract

The purpose of this research was to study the participation of network partners in multicultural societies in reducing health risk factors in southerners and assess the guideline to encourage network partners in a multicultural society to reduce health risk factors in southerners. The samples were 385 people who participated in the multicultural project to enhance community potential to reduce health risk factors in the South. The research instrument was questionnaires. The statistics employed for data analysis were the frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis. The results of the study revealed that most network participants were female, aged between 41-50 years old, educated at the secondary level, occupation was farmer/general contractor, earning 10,001-15,000 baht, doing activities related to reducing and quitting smoking and there are 50-100 people participating in the improving health activities project. The operation of activities related to the reduction and quitting of smoking through network partners that the smoking rate was reduced by 10 percent of the total number of people participating in the project. Moreover, being a good example to personnel participation of network partners in multicultural society in reducing health risk factors in the South in all aspects and overall were at a high level. When considering each aspect, it was found that the highest area was the benefit, followed by the aspect of practice, the aspect of development thinking, the aspect of monitoring and evaluation and the aspect of news perception, respectively. Guidelines for encouraging the participation include the provision of opportunity for network partners to participate in operations from upstream, midstream and downstream process. In addition, training to develop network partners to have knowledge about various forms of activities to jointly reduce health risk factors of the people in Southern region should be included, especially the activities related to smoking reduction and cessation.

Keywords: participation; network partners; multicultural society; health risk factors; Southerners

ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากความพิการของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย

วิรัชพัชร กิตติธรรพ์พันธุ์¹, นันทิยา จีระทรัพย์², กฤษฎกร วังตระกูล³, ชนัญดา ภูวิชัย⁴, พิมพ์รภัช วัฒนศึกษา⁴

¹โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ

²โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

³สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

⁴สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปีสุขภาวะที่สูญเสียของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย โดยเป็นการศึกษาการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของโรคสมาธิสั้น (attention-deficit/ hyperactivity disorder: ADHD) ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาตามการศึกษาระดับโลก ค.ศ. 2000 (GDB, 2000) ได้ทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยค่าพารามิเตอร์ที่นำมาศึกษา ได้แก่ การป่วยตาย (case fatality) ค่าความชุก (prevalence) ความเสี่ยงต่อการตาย (mortality risk ratio: MMR) การหายจากโรค (remission) ค่าถ่วงน้ำหนัก (disability weight) โดยค่าอุบัติการณ์ (incidence) และค่าระยะเวลาเฉลี่ยของภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (duration of disability) คำนวณได้โดยใช้โปรแกรม DISMOD ผลการศึกษาพบว่าโรคสมาธิสั้นไม่พบว่ามีผู้ป่วยตาย (case fatality) เมื่อวัดปีที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือพิการ (YLDs) พบว่าโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดความสูญเสียรวม 42,547 (571 ปี ต่อแสนประชากร) ในเพศชายสูญเสีย 36,201 (943 ปี ต่อแสนประชากร) เพศหญิง 6,346 (7 ปี ต่อแสนประชากร) ช่วงอายุ 5-14 ปี ในเพศชายมีค่ามากกว่าเพศหญิง 5.7 เท่า การสูญเสียสูงสุดเกิดขึ้นในช่วงเด็กช่วงอายุน้อยกว่า 14 ปี ดังนั้นโรคสมาธิสั้นก่อให้เกิดการสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือพิการ (YLDs) ในเด็กไทยโดยเฉพาะเป็นปัญหาที่สำคัญในวัยเรียนและวัยรุ่น ควรได้รับการตระหนักและแก้ไขปัญหาตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อลดความรุนแรงและการเป็นภาระ

คำสำคัญ: ภาระโรค; การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs); โรคสมาธิสั้น; ปีที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือพิการ

วันรับ: 18 ก.ค. 2566

วันแก้ไข: 11 ส.ค. 2566

วันตอบรับ: 20 ส.ค. 2566

บทนำ

จากสถิติของโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในระบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วไป สังกัดกรมสุขภาพจิต มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นอันดับ 1 คือ โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) โรคสมาธิ-

สั้นเป็นโรคที่เกิดจากการพัฒนาที่บกพร่องของสมอง (neurodevelopmental disorder) และสารเคมีในระบบประสาท (neurotransmitters) ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้การยับยั้งชั่งใจ และแรงจูงใจลดลง มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ พฤติกรรม การเรียน และการเข้าร่วมในสังคม ส่งผลให้แสดงอาการ 3 ด้าน ได้แก่ การขาดสมาธิ (inattention)

การชนมากกว่าปกติ (hyperactivity) และการขาดความยับยั้งหรือพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) มักแสดงอาการก่อนอายุ 7 ปี พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง เป็นผลให้เด็กสูญเสียหน้าที่สำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น ปัญหาสัมพันธภาพ และการเข้าสังคม ผู้ป่วย 1 ใน 3 หายจากโรคเมื่อผ่านพ้นช่วงวัยรุ่นไปแล้ว⁽¹⁾ แต่ยังมีผู้ป่วยถึง 2 ใน 3 ที่ยังมีอาการและอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อน เช่น ปัญหาด้านอารมณ์ ความหุนหันพลันแล่น อุบัติเหตุ การใช้สารเสพติด ปัญหาด้านการเรียนและการทำงาน ในปี พ.ศ. 2555 กรมสุขภาพจิตได้ทำการสำรวจความชุกในเด็กสมาธิสั้นทั่วประเทศ พบค่าความชุกร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 12 และหญิง ร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1⁽²⁾ อย่างไรก็ตามจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 ยังไม่พบว่ามีการศึกษาภาวะโรคของโรคสมาธิสั้นซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบมากในเด็กไทยมาก่อน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานค่าภาระโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย โดยคณะทำงานจึงได้ดำเนินการศึกษาภาระโรคสมาธิสั้นในประชากรไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การกำหนดระบบเส้นทางนโยบาย สร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้เข้าถึงการรักษา การบำบัดทางจิตได้อย่างรวดเร็ว ลดผลกระทบข้างเคียงและตราบาป นอกจากนี้ยังอาจใช้ข้อมูลจากการศึกษานี้ทำความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบความช่วยเหลือทางสังคม ลดความเหลื่อมล้ำ ป้องกันความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน โดยการศึกษา

ในครั้งนี้ใช้วิธีประมาณการเครื่องชี้ภาระสุขภาพอย่างเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินปีสุขภาวะที่สูญเสียของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย

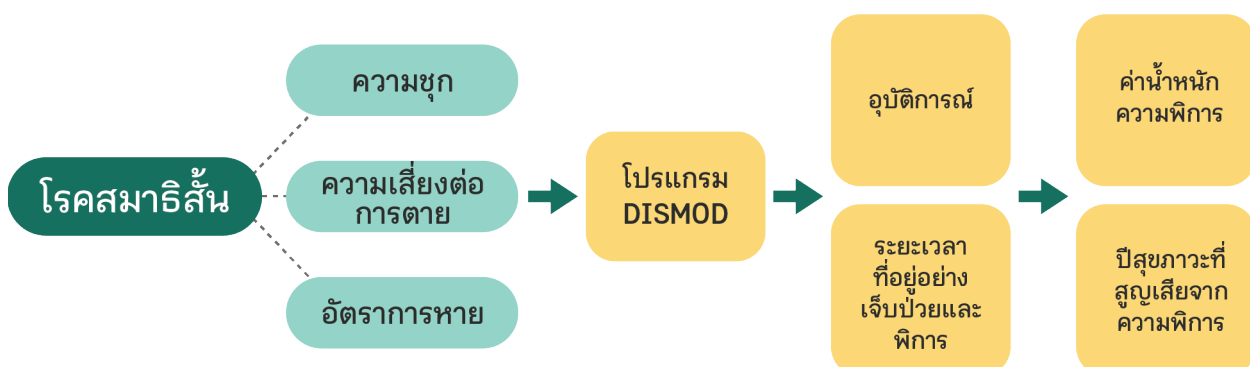
วิธีการศึกษา

คำจำกัดความของโรคสมาธิสั้น ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV-TR ฉบับภาษาไทย และ international classification of mental and behavioral disorders 10th revision (ICD-10) ใช้ทั้งสองเกณฑ์ในการวินิจฉัย ADHD (DSM-IV-TR: 314.00, 314.01)⁽³⁾; ICD-10: F90⁽⁴⁾

แนวคิดและวิธีการวัดภาระโรค

สำหรับการศึกษานี้ใช้แนวคิดและวิธีการวัดภาระโรค โดยคำนวณการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ตามการศึกษา Global Burden Disease ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพประชากรที่ใหญ่ที่สุดของโลก โดยได้ทำการศึกษถึงแนวโน้มใหม่ของโรคภัย การเสียชีวิต และปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพโดยแบ่งตามเพศและช่วงอายุต่างๆ คำนวณน้ำหนักความพิการ (disability weight: DW) ของโรคสมาธิสั้น (ADHD) ได้จากการทบทวนวรรณกรรม⁽⁵⁾ โดยข้อมูลของอุบัติการณ์ (incidence: I) และค่าระยะเวลาที่อยู่อย่างเจ็บป่วยและพิการ (duration of disability: L) ต้องมีการคำนวณตัววัดทั้งสองนี้โดยทางอ้อมด้วยการใช้โปรแกรม DISMOD หลังจากนั้นจึงนำมาคำนวณหาค่า YLDs โดยใช้สูตร $YLDs = I \times DW \times L$ โดยมีแผนที่โรค (Disease Model) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แผนผังการนำข้อมูลเชิงระบาดวิทยามาคำนวณปีสุขภาวะที่สูญเสียจากความพิการ (YLDs)



โดยการศึกษาครั้งนี้ ประเมินค่า DALYs ในโรคสมาธิสั้น (ADHD) ตามแนวทางการศึกษาภาระโรค มีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดกลุ่มอายุ

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาและจัดกลุ่มอายุตามระเบียบวิธีของ Global Burden of Disease ปี ค.ศ. 2000 (GBD 2000)⁽⁶⁾ โดยการศึกษาในครั้งนี้โดยแบ่งเป็น 0-4 ปี, 5-14 ปี, 15-29 ปี, 30-44 ปี และ 45 ปีขึ้นไป

2. ค่าอ้างอิง/ค่าทางสังคม (social values)

- อัตราลดทอน (discount rate) การศึกษาภาระโรคระดับโลก ค.ศ. 2010⁽⁵⁾ และจากการศึกษาภาระโรคในปี พ.ศ. 2556⁽⁷⁾ ไม่มีการใช้อัตราการลดทอน ซึ่งจะแตกต่างจากการศึกษาภาระโรคในปี พ.ศ. 2552⁽⁸⁾ ที่ใช้อัตราการลดทอนที่ร้อยละ 3

- ค่าถ่วงน้ำหนักอายุ (age weight) การศึกษานี้ต่างจาก GBD 2000⁽⁶⁾ โดยไม่คิดค่าถ่วงน้ำหนักอายุ หรือให้ค่าน้ำหนักเท่ากันทุกอายุ

- ค่าน้ำหนักถ่วงความพิการ (disability weights: DW) ใช้ค่าถ่วงน้ำหนักความพิการตาม GBD 2013⁽⁹⁾

- การศึกษาในครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่ไม่มีการลดทอนค่า (discount rate) และไม่มีการถ่วงน้ำหนักตามอายุ อ้างอิงตามการศึกษาของ GBD 2010⁽⁵⁾ ไม่มีการลดทอนค่าและไม่ถ่วงน้ำหนักอายุ

3. แหล่งข้อมูลที่ใช้

จำนวนประชากร

ใช้จำนวนประชากรกลางปี (mid-years population) พ.ศ. 2559⁽¹⁰⁾ จำแนกรายอายุ และเพศ ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์โดยใช้ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ข้อมูลการเจ็บป่วย

ตัวแปรที่จำเป็นในการคำนวณ YLDs มาจากข้อมูลหลายแหล่ง โดยใช้ข้อมูลที่มีความต่อเนื่องกับการศึกษา ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 - 2558 โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยที่มีความต่อเนื่องกับการศึกษา ตั้งแต่ พ.ศ. 2553, 2556, 2557 และ 2558

ตัวแปรที่นำมาคำนวณ	แหล่งข้อมูล พ.ศ. 2556	แหล่งข้อมูล พ.ศ. 2557	แหล่งข้อมูล พ.ศ. 2558
Prevalence of ADHD	ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย ⁽²⁾	Prevalence of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: (Adult ADHD) ⁽¹¹⁾	
MRR of ADHD			Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study ⁽¹²⁾
DW of ADHD			Disability weight for the global burden of Disease 2013 study ⁽¹³⁾
Remission rate			Persistence and remission of ADHD during adulthood: a 7-year clinical follow-up study ⁽¹⁴⁾

ผลการศึกษา

ผลการทบทวนค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการคำนวณค่า YLDs ซึ่งประกอบด้วย ค่าความชุกของโรคสมาธิสั้น (prevalence) ค่าน้ำหนักความพิการ (disability weight), mortality rate ratio, remission rate แสดงดังตารางที่ 2

การคำนวณด้วยโปรแกรม DISMOD ได้ค่าอุบัติการณ์ของการเกิด ADHD เท่ากับ 73,721 คนต่อปี โดยอุบัติการณ์ของเพศชาย 63,216 คนต่อปี และเพศหญิง 10,505 คนต่อปี แบ่งเป็นอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 0.9 ต่อ 1,000 ประชากร คิดเป็นเพศชาย 15.1 ต่อ 1,000 ประชากร และเพศหญิง 2.8 ต่อ 1,000 ประชากร อุบัติการณ์ของการเกิดโรคจะสูงสุดในช่วงอายุ 5-14 ปี หลังอายุ 29 ปี พบอุบัติการณ์ในอัตราที่ต่ำมาก นอกจากนี้ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นในเพศชายและ

เพศหญิงมีค่าใกล้เคียงกัน โดยมากที่สุดในช่วง 1-4 ปี และลดลงเรื่อยๆ ดังแสดงดังตารางที่ 3

การศึกษาครั้งนี้ เมื่อใช้ค่าน้ำหนักของความพิการตาม GBD2010 โดยกำหนดค่าน้ำหนักของความพิการของโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 0.045 พบค่า YLDs ของโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 42,547 ปีสุขภาวะ โดยแบ่งเป็นการสูญเสียในเพศชาย 36,201 ปีสุขภาวะ และสูญเสียในเพศหญิง 6,346 ปีสุขภาวะ โดยมีค่าสูงสุดในช่วงอายุ 5-14 ปี และลดลงตามช่วงอายุที่มากขึ้น แสดงดังตารางที่ 4

โดยปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากโรคสมาธิสั้นของประชากรไทย พ.ศ.2557 จำแนกตามเพศและช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 5-14 ปี ในเพศชายมี YLDs มากกว่าเพศหญิง 5.7 เท่า และเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมี YLDs ลดน้อยลง และยังพบว่า ในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ดังภาพที่ 2

ตารางที่ 2 พารามิเตอร์ที่นำมาคำนวณผล

พารามิเตอร์	แหล่งข้อมูล	ค่าที่นำมาใช้
ความชุก (prevalence of ADHD)	ฐานข้อมูล ทวิศิลป์ วิชญโยธิน และคณะ ⁽²⁾	ความชุกรวม 8.1% เพศชาย 12% เพศหญิง 4.2% อายุ 7-11 ปี
	Amiri S และคณะ ⁽¹¹⁾	ความชุกรวม 3.8% ชาย = 5.5%, หญิง = 2% อายุ -45 ปี
Mortality rate ratio	Dalsgaard S และคณะ ⁽¹²⁾	MRR = 2.07
Disability weight of ADHD	Salomon JA และคณะ ⁽⁹⁾	DW = 0.045
Remission rate	Karam RG และคณะ ⁽¹³⁾	Remission rate = 0.302

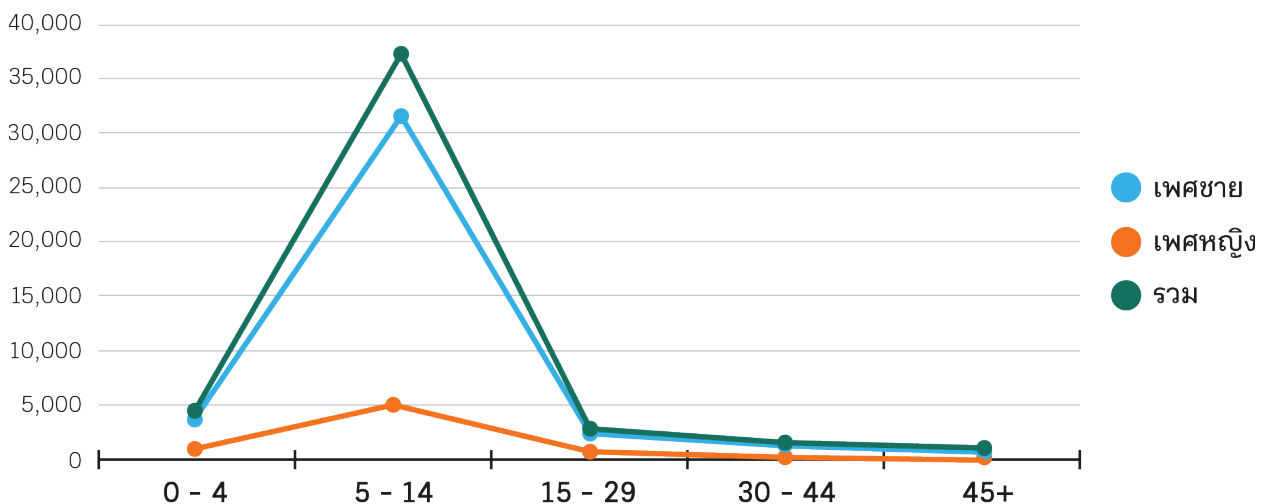
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ incidence per 1,000 ผลจากการคำนวณ

ช่วงอายุ (ปี)	Population		Incidence		Incidence per 1,000		Duration (years)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
0 - 4	1,966,316	1,840,075	3,933	740	2	0.4	19.7	19.2
5 - 14	4,179,206	3,940,160	49,315	9,062	11.8	2.3	14	13.4
15 - 29	7,301,822	7,026,158	3,651	703	0.5	0.1	6.2	7.0
30 - 44	7,896,765	8,017,814	6,317	0	0.8	0	2.2	2.5
≥45	10,578,378	12,199,616	0	0	0	0	2.8	2.4
รวม	31,922,490	33,032,823	63,216	10,505	15.1	2.8		

ตารางที่ 4 ปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม DISMOD

ช่วงอายุ (ปี)	YLDs (ปี)		
	ชาย	หญิง	รวม
0 - 4	3,490.14	639.46	4,129.60
5 - 14	31,060.23	5,484.96	36,545.19
15 - 29	1,019.29	221.77	1,241.07
30 - 44	631.59	-	631.59
รวม	36,201.26	6,346.19	42,547.45

ภาพที่ 2 ปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2557 จำแนกตามเพศและช่วงอายุ



วิจารณ์

การศึกษาภาระโรคของประชากรไทย พ.ศ. 2559 นี้ ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาเดียวกับการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประเทศไทยที่ผ่านมา ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาภาระโรคในระดับโลก ค.ศ. 2000 แต่ได้นำเสนอค่าปีสุขภาวะที่ไม่มีการลดทอนค่า (no discount) และค่าถ่วงน้ำหนักอายุ (age weights) มาคำนวณร่วมด้วย จากผลการศึกษาค้นพบว่า ค่าความชุกโรคสมมติฐานที่เลือกใช้ในการคำนวณปีสุขภาวะที่สูญเสียจากความพิการ (YLDs) เลือกจากผลการสำรวจระดับชาติในประเทศไทย ได้ค่าร้อยละ 8.1 ในช่วงอายุ 7-11 ปี โดยค่าอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสมมติฐานในประเทศไทยจากการศึกษานี้ เท่ากับร้อยละ 0.9 ซึ่งได้จากการคำนวณ อย่างไรก็ตาม ค่าความชุกของโรคสมมติฐานผันแปรไปตามกลุ่มประชากรอื่นที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม ดังนั้นในการคำนวณความชุกอาจจะต้องมีการศึกษาไปในรายพื้นที่ด้วย เช่น รายพื้นที่เขตบริการสุขภาพ ตามภาค ตามเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท โดยทำงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินการศึกษาความชุกของโรคสมมติฐานในรายพื้นที่ต่อไป

โรคสมมติฐานทำให้ประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะรวมทั้งสิ้น 42,547 ปีสุขภาวะ โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 5.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Hong M และคณะ ซึ่งทำการศึกษานี้ในประเทศไทยได้ ซึ่งพบว่าโรคสมมติฐานก่อให้เกิดการสูญเสีย 32,605 ปีสุขภาวะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน อาจเนื่องมาจากระเบียบวิธีการศึกษาที่ใช้ในการคาดประมาณการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยในครั้งนี้มีการปรับปรุงพัฒนาให้สามารถใช้ในการคาดประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ผลการศึกษาที่ถูกต้องใกล้เคียงความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า โรคสมมติฐานในเด็กและวัยรุ่นไทยเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิดความพิการและความสูญเสียปีสุขภาวะ ซึ่งจะเป็นประโยชน์เชิงตัวเลข/ข้อมูล/ปริมาณ ในการวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กระทรวง-

ศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยควรกำหนดเป็นยุทธศาสตร์นโยบายเพื่อสร้างความร่วมมือเป็นภาคีในการค้นหาคัดกรอง และให้การช่วยเหลือโดยเฉพาะในวัยก่อนเข้าเรียน (0-4 ปี) และในวัยเรียนกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี ตลอดจนเยาวชนในช่วงอายุ 15-19 ปีอย่างเข้มข้น เนื่องจากโรคนี้สามารถรักษาให้ดีขึ้น และลดอัตราการเกิดโรคในกลุ่มปัญหาพฤติกรรม (behavioral disorder) โรคซึมเศร้า (depressive disorder) การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ (alcohol/drug use) ที่มีความเสี่ยงของการสูญเสียปีสุขภาวะที่สูงต่อไป แม้ว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคสมมติฐานในช่วงวัยผู้ใหญ่มีจำนวนน้อย แต่ประชากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคสมมติฐานตั้งแต่เด็กที่ไม่เข้าถึงระบบการรักษา ได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องจนกลายเป็นปกติ อาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคม เช่น ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน การก่อความรุนแรงและอาชญากรรมได้ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอันมีผลต่อสุขภาพ เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคสมมติฐาน การดำเนินการช่วยเหลือของโรงเรียน ความตระหนักรู้ของครูผู้สอน ระบบความช่วยเหลือทางสังคม ระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยโรคสมมติฐานให้อยู่ดีมีสุขในสังคมอย่างต่อเนื่องในระยะยาวร่วมด้วย

อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีความยุ่งยากในการค้นหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการคำนวณ ตัวอย่างเช่น ข้อมูลที่แสดงถึงการได้มาของอุบัติการณ์ต่างๆ ซึ่งมีแหล่งข้อมูลที่ใช้ในแต่ละกลุ่มโรคและข้อมูลระดับชาติในช่วงปีการศึกษาที่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทยจึงไม่มีรายงานเปรียบเทียบ รวมทั้งยังไม่สามารถหา burden of disease ใน ADHD กลุ่มย่อย (subtype) และกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อน (comorbidity) เช่น ความบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disorder) ได้ เนื่องมาจากการขาดข้อมูลตัวแปรสำคัญในแต่ละชนิด (subtype) อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยในครั้งนี้หน้าควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาระโรคของโรคสมมติฐานในแต่ละระดับความรุนแรงและแบ่งตามชนิด (subtype) และโรคแทรกซ้อน (comorbidity) ต่อไป นอกจากนี้ในประเทศไทยไม่ได้มี

ข้อมูลการตายอันเนื่องมาจากโรคสมาธิสั้น จึงมีข้อจำกัดในการคำนวณค่าจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (years of life lost: YLLs) ซึ่งการศึกษาในภาคหน้า ควรมีการหาค่า YLL และมีการนำค่าอัตราลดทอน (discount rate) และค่าถ่วงน้ำหนักอายุ (age weights) มาคำนวณร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่เห็นความสำคัญ สนับสนุนงบประมาณและคณะทำงานจากหน่วยงานต่างๆ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการโรค และสุขภาพของประชากรไทย และ พญ. ดร.รัศมี สังข์ทอง ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญวิทย์ พรหมดล. โรคชน-สมาธิสั้น. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2545. หน้า 209-19.
2. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิถ, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, โซธิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พัชรินทร์ อรุณเรือง. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556;21(2):66-75.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - text revision. 4th ed. Washington DC: RR Donnelley & Sons; 2000.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
5. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global burden of disease study 2010 (GBD 2010) results by risk factor 1990-2010. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2012.
6. Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources. Geneva: World Health Organization; 2001.
7. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2558.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์; 2555.
9. Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, Noordhout CM, Polinder S, Havelaar AH, et al., Disability weights for the global burden of disease 2013 study. Lancet Global Health 2015;3(11):712-23.
10. สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง. จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักรตามหลักฐานการจดทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135, ตอนพิเศษ 41 ง (ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2561).
11. Amiri S, Ghoreishizadeh MA, Sadeghi-Bazargani H, Jonggou M, Golmirzaei J, Abdi S, et al. Prevalence of adult attention deficit hyperactivity disorder (adult ADHD): Tabriz. Iranian Journal of Psychiatry 2014;9(2):83-8.
12. Dalsgaard S, Ostergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. Lancet 2015;385(9983):2190-6.
13. Karam RG, Breda V, Picon FA, Rovaris DL, Victor MM, Salgado CA, et al. Persistence and remission of ADHD during adulthood: a 7-year clinical follow-up study. Psychological Medicine 2015;45(10):2045-56.
14. Hong M, Park B, Lee SM, Bahn GH, Kim MJ, Park S, et al. Economic burden and disability-adjusted life years (DALYs) of attention deficit/hyperactivity disorder. Journal of Attention Disorders 2020;24(6):823-9.

Years Lived with Disability from Attention Deficit Hyperactive Disorders in Thailand

Wiranpat Kittitharaphan¹, Nuntiya Jeerasup², Krittikorn Wangtrakul³, Chanutda Phuwichai⁴,
Pimrapach Wattanasuksa⁴

¹ Yuwaprasart Waithayopatum Hospital, Samut Prakarn Province

² Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani Province

³ Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Surat Thani Province

⁴ North-Eastern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Khon Kaen Province, Thailand

Abstract

This research aimed to estimate year of life lost due to disability (YLDs) of attention deficit hyperactive disorders (ADHD) in Thailand, in terms of disability-adjusted life year (DALY) in Thai population in 2016. This study applied a comprehensive assessment following GBD 2000 and using review literature. The parameters in this study were case fatality, prevalence, mortality risk ratio, remission, disability weight. Incidence and duration of disability were calculated by DISMOD program. The study indicated that ADHD had no case fatality, it had no YLLs. From YLDs, ADHD generated 42,547 DALYs (571 years per 100,000 population), 36,201 DALYs in male (943 years per 100,000 population), whereas, 6,346 DALYs in female (7 years per 100,000 population). In ages of 5–14 years, male outnumbered 5.7 to female in ADHD. The maximum of DALYs was at the younger, aged lower than fourteen. Therefore, ADHD is a significant condition which causes disabilities and burdens in Thai children, especially, in school age and adolescent. Awareness and early intervention should be considered in order to reduce the severity and the burden.

Keywords: disease burden; attention deficit/hyperactive disorder; year of life lost due to disability

แนวคิดชาติพันธุ์วรรณนาหลายสนามกับการศึกษา การประเมินการทำงานหน่วยจัดการด้านเด็กและเยาวชน

ปรารธนา จันทรพันธุ์

ภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการติดตามประเมินผลการทำงานของหน่วยจัดการด้านเด็กและเยาวชน โดยบูรณาการแนวคิดเรื่องการประเมินผลเพื่อการพัฒนา กับแนวคิดชาติพันธุ์วรรณนาหลายสนามเป็นกรอบในการวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า แนวคิดชาติพันธุ์วรรณนาหลายสนามใช้ข้อมูลต้นตอที่ต่างกันของหน่วยจัดการเป็นฐานในการวิเคราะห์ จึงช่วยให้การประเมินผลเปิดกว้างและยืดหยุ่นมากขึ้น สามารถเก็บผลลัพธ์ที่หลากหลายตามบริบทเฉพาะของหน่วยจัดการ แต่ละพื้นที่ ตลอดจนประเมินผลการทำงานและความสำเร็จของโครงการย่อยของเด็กและเยาวชนได้หลากหลายมิติ การสะท้อนผลการทำงานตลอดโครงการระหว่างหน่วยจัดการกับทีมประเมินนอกจากช่วยลดความตึงเครียดในการทำงานแล้ว ยังสร้างการเรียนรู้ระหว่างหน่วยจัดการและนำไปใช้ในการออกแบบการพัฒนาการทำงานด้านเด็กและเยาวชนได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โหนด; เด็ก; เยาวชน; การประเมินเพื่อพัฒนา; ชาติพันธุ์วรรณนาหลายสนาม

วันรับ: 3 ก.ค. 2566

วันแก้ไข: 11 ส.ค. 2566

วันตอบรับ: 21 ส.ค. 2566

บทนำ

คำนิยามของ “node” (โหนด) มีความแตกต่างตามบริบทที่ถูกนำมาใช้ แต่เป็นคำที่ใช้กันทั่วไปในการทำควมเข้าใจการทำงานของเครือข่ายคอมพิวเตอร์หรือโทรคมนาคม ข้อมูลจากเว็บไซต์ทางการเงินและคอมพิวเตอร์หลายเว็บไซต์อธิบายตรงกันว่า node ทำหน้าที่เป็นจุดแจกจ่ายหรือจุดสิ้นสุดการสื่อสารในระบบ ในด้านการเงิน node เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อโครงสร้างพื้นฐานของ blockchain ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง ทำให้ทุกคนเข้าดูธุรกรรมหรือข้อมูลในเครือข่ายได้อย่างโปร่งใส ดังนั้น node จึงทำหน้าที่รักษาความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่จัดเก็บไว้ใน blockchain ซึ่งสามารถจัดเก็บไว้ได้เพียง node เดียว (full node) แต่เมื่อยังมี node

มากขึ้นเท่าไร ก็ยิ่งมีการกระจายอำนาจ (ในการเข้าถึงข้อมูล) ได้มากขึ้นเท่านั้น ในระบบเครือข่ายในพื้นที่ (local area network) หรือเครือข่ายวงกว้าง (wide area network) การมี node คือการมีตัวจัดการในการเชื่อมต่อข้อมูลหรือเชื่อมเครือข่ายนั่นเอง จากความหมายดังกล่าว เมื่อนำเอาคำว่า node มาใช้ในการทำงานด้านสุขภาพ node หมายถึงหน่วยจัดการที่ทำหน้าที่เป็นสื่อกลาง หรือจุดแจกจ่ายระหว่างแหล่งทุนกับผู้รับทุน ซึ่งในที่นี้ไม่เพียงแต่แจกจ่ายทุนเพื่อใช้ในการทำกิจกรรม แต่ยังหมายรวมถึงการแจกจ่ายความรู้ การพัฒนาศักยภาพ การติดตามเพื่อหนุนเสริมการทำงานของผู้รับทุนให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมาย สามารถตรวจสอบความสมเหตุสมผลของกิจกรรมและผลที่ได้รับจากการทำงาน ตลอดจนการหาแนวทางเพื่อพัฒนาการทำงานให้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพ

มากขึ้นทั้งในมิติประเด็นเฉพาะของแต่ละ node และมิติการสร้างเสริมสุขภาพ node จึงมีบทบาททั้งการบริหารคน (การทำงาน) งาน (ข้อมูล ความรู้และทักษะ) และเงิน (การใช้งบประมาณอย่างสมเหตุสมผล) สมพงษ์ จิตระดับ และนพพร สุนันทิกานนท์⁽¹⁾ ได้วิเคราะห์บทบาทของ node ในการทำงานพัฒนาสังคมในหลายลักษณะ โดย node ที่ดีต้องมีคุณลักษณะที่ประกอบไปด้วยความรู้ ทักษะ และเจตคติที่มีต่องานที่ทำในลักษณะที่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของแต่ละ node เป็นสำคัญ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้แผนสร้างสรรค์โอกาส (สำนัก 6) เป็นหน่วยงานที่เปิดโอกาสให้กับการทำงานด้านการพัฒนาเด็กและเยาวชน ผ่านการสนับสนุนหน่วยจัดการด้านเด็กและเยาวชน เพื่อเป็นตัวแทนสนับสนุนการทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพให้กับเด็กและเยาวชน โดยเน้นการกระจายโอกาสให้กับเด็กและเยาวชนทุกกลุ่มและทุกพื้นที่ มีบทบาทในการพัฒนาและหนุนเสริมศักยภาพการทำงานตั้งแต่เริ่มต้นพัฒนาโครงการ การแนะนำเครื่องมือ การติดตามเสริมพลัง การพัฒนาศักยภาพ การประเมินผล ถอดบทเรียน การทำงาน ตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูล เพื่อขยายผลองค์ความรู้และเสริมพลังการทำงาน สร้างความภาคภูมิใจให้กับเด็กและเยาวชนในโครงการย่อย ที่พัฒนาการทำงานในพื้นที่ให้เกิดสุขภาวะในวงกว้าง การทำงานของ node จึงเป็นสื่อกลางสำคัญที่ทั้งช่วยกระจายโอกาสให้เด็กและเยาวชนที่เข้าไม่ถึงการทำงานสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถได้รับทุนสนับสนุนการทำงานตามความสนใจ อีกทั้งเป็นหน่วยที่จะช่วยเติมความรู้ แนวคิด เครื่องมือในการทำงาน ติดตั้งทักษะเพื่อให้เป็นทุนทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ที่อาจจะขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพต่อไปในระยะยาว

จากข้อจำกัดของการติดตามประเมินผลแบบดั้งเดิมที่เน้นการประเมินความครบถ้วนสมบูรณ์ของการทำกิจกรรมของ node ทำให้ละเลยการหนุนเสริมระหว่างการทำงาน สำนัก 6 จึงได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็นการประเมินผลเพื่อพัฒนา ซึ่งเป็นการประเมินตลอดระยะเวลาการทำงาน และเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมประเมินกับหน่วยจัดการ เพื่อนำข้อคิดเห็นที่ได้จากการประเมินไปใช้ประโยชน์ ด้วยเหตุดังกล่าวคณะทำงานประเมินผลเห็นว่า แนวคิดมานุษยวิทยาหลายสนามจะสามารถช่วยให้

การประเมินผลเพื่อการพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นจึงได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการประเมิน

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการประเมินผลเพื่อการพัฒนาหน่วยจัดการด้านเด็กและเยาวชน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินผลการทำงานหน่วยจัดการด้านเด็กและเยาวชนโดยมีการบูรณาการทั้งกรอบคิดและวิธีวิจัยในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ระหว่างการประเมินผลเพื่อพัฒนากับชาติพันธุ์วรรณนาหลายสนาม (multi-sited ethnography)⁽²⁾ ซึ่งเป็นกรอบคิดทางมานุษยวิทยา เป็นการอธิบายพฤติกรรมของกลุ่มคนระบบ แบบแผนทางสังคม โดยใช้วิธีการคำนึงถึงข้อเท็จจริงแห่งประเด็นศึกษา และอยู่ในฐานะของวิธีการศึกษาวิจัยที่เน้นการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์ผู้ถูกศึกษา เป็นเครื่องมือสำคัญ มีหลักการสำคัญ 2 ประการ คือ (1) มีการเก็บข้อมูลหลายพื้นที่และ (2) มีระเบียบวิธีเก็บข้อมูลและการถกเถียงจากหลากหลายมุมมองมารวมกัน ทำให้มีกระบวนการวิเคราะห์ที่น่าเชื่อถือและให้ความสำคัญกับเจ้าของพื้นที่ในการบอกเล่าเรื่องราวถ่ายทอดความเข้าใจและความคิดเห็นของตนเอง

การนำวิธีวิทยาทางมานุษยวิทยาแบบชาติพันธุ์วรรณนาหลายสนามมาใช้ในการประเมินผลเพื่อการพัฒนา ช่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการประเมินผลจากการตรวจสอบไปสู่การแลกเปลี่ยนแนะนำ และสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างทีมประเมินผลและคณะทำงานทั้งหมดของ node วิธีการสะท้อนข้อมูลในพื้นที่ช่วยให้เกิดการยอมรับการทำงานปัจจัย และเงื่อนไขจากบริบทที่แตกต่างหลากหลายทั้งในเชิงพื้นที่และในเชิงประเด็นที่แต่ละ node มีความแตกต่างกัน แต่มุ่งเป้าไปที่สิ่งเดียวกันคือการทำงานให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด การทำงานระหว่างทีมประเมินกับ node จะร่วมกันออกแบบการประเมินตั้งแต่ต้นทาง ช่วยให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันในฐานะ “ผู้ร่วมงาน” มากกว่า “ผู้ตรวจสอบ” ซึ่งหมายถึงการมีเป้าหมายร่วมคือการทำกิจกรรมการทำงานของ node ไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ลักษณะดังกล่าวเป็นมุมมองที่อยู่บนวิธีคิดแบบวัฒนธรรมสัมพัทธ์ (cultural relativism)⁽³⁾ กล่าวคือ การให้ความสำคัญกับแต่ละพื้นที่ในฐานะที่จะกำหนดความคิด ความเชื่อ ปฏิบัติการหรือรูปแบบทางวัฒนธรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทอื่นๆ ทางวัฒนธรรมเป็นสำคัญ

การนำกรอบคิดเหล่านี้มาใช้ในงานประเมินผล ช่วยให้ การประเมินถูกคิดอยู่บนฐานการทำงานของ node เป็น สำคัญ เป็นการประเมินผลจากองค์ประกอบโดยรอบ ไม่ใช่หลักการชุดใดชุดหนึ่งเพียงชุดเดียวเป็นตัวตัดสิน ความสำเร็จอย่างไรก็ตามในกระบวนการทำงานมีข้อกำหนด หรือเงื่อนไขที่ทุก node จะต้องปฏิบัติตามเหมือนกันเป็น เบื้องต้น ขณะที่การออกแบบการทำงานพัฒนาเด็กและ เยาวชน แต่ละ node สามารถดำเนินการได้อย่างอิสระ

ดังนั้นการนำแนวคิดชาติพันธุ์วรรณาหลายสนาม มาใช้ในการติดตามประเมินผลการทำงานด้านการ สร้างเสริมสุขภาวะ จึงเป็นการบูรณาการแนวคิดทาง มานุษยวิทยากับงานด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่สามารถ นำมาใช้ออกแบบการทำงานตลอดจนปรับประยุกต์ ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่/หน่วยในการศึกษา ช่วยทำให้เห็น ความแตกต่างของการทำงานภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน ก่อให้เกิดทางเลือกใหม่ๆ และข้อเรียนรู้ใหม่ๆ ในการศึกษา เรื่องสุขภาวะ ผ่านกระบวนการลงพื้นที่ สะท้อนผล วิเคราะห์ ข้อมูลภาพรวมและคืนข้อมูลเพื่อนำไปใช้วางแผนพัฒนา การทำงานในระยะต่อไป

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการติดตาม ประเมินผลการทำงานของหน่วยจัดการด้านเด็กและเยาวชน โดยบูรณาการแนวคิดเรื่องการพัฒนาเพื่อการพัฒนา กับแนวคิดชาติพันธุ์วรรณาหลายสนามเป็นกรอบในการ วิเคราะห์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการ ติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาและเสริมพลัง⁽⁴⁾ โดยเก็บ ข้อมูลและวิเคราะห์ภาพรวมการทำงานของ node ที่มีผล ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของแกนนำเยาวชน เน้นการร่วมงาน ทำความเข้าใจ วิเคราะห์กระบวนการทำงาน และสะท้อนความเห็นต่อการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ บรรลุผลลัพธ์เป็นหลัก เป็นกลไกในการ “รวม” เรียนรู้ และพัฒนาการทำงานกับ node มากกว่าการตรวจสอบ หรือวัดปริมาณความสำเร็จ บทบาทของคณะทำงานประเมิน ผลคือการช่วยคลี่ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ชี้ชวน หรือเชื่อมโยงให้เห็นความเกี่ยวข้องของปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ

ที่ส่งผลต่อการทำงานของ node โดยใช้ข้อมูลที่แท้จริง ที่ได้จากการเก็บข้อมูลเป็นส่วนสำคัญในการประเมินผล การทำงานของ node และนำมาสะท้อนผลการประเมิน ให้กับ node เป็นระยะตลอดโครงการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ร่วมกันและนำผลการประเมินไปทำงานต่อ ทั้งในช่วงของ การทำโครงการตลอดจนนำข้อมูลไปวางแผนการทำงาน หรือใช้ประโยชน์หลังจบโครงการ ระยะเวลาในการประเมิน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะพัฒนาโครงการ ระยะดำเนินการ และระยะก่อนปิดโครงการ

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

1. node/หน่วยจัดการ หมายถึง องค์กร/หน่วยงาน ที่รับทุนจากสำนักเพื่อขับเคลื่อนงานในพื้นที่)
2. project manager (PM) หมายถึง ผู้รับผิดชอบ-หลักของหน่วยจัดการ
3. ทีมหนุนเสริม หมายถึง คณะทำงานของ node ที่มีบทบาทในการพัฒนา และหนุนเสริมแกนนำที่รับทุน
4. พี่เลี้ยง หมายถึง ผู้สนับสนุนการทำงานของแกนนำ เด็กและเยาวชนในพื้นที่ทำงานของโครงการย่อย

หน่วยในการวิเคราะห์ (unit of analysis) คือ หน่วย จัดการด้านเด็กและเยาวชน จำนวน 11 หน่วย ซึ่งมีพื้นที่ ในการทำงานครอบคลุม 19 จังหวัด ได้แก่ node สุรินทร์ (ทำงานในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์และร้อยเอ็ด) node โคราชยิ้ม (ทำงานในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา) node ศรีสะเกษ (ทำงานในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษและยโสธร) node อุบลราชธานี (ทำงานในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี) node ระนอง (ทำงานในพื้นที่จังหวัดระนองและชุมพร) node กระบี่ (ทำงานในพื้นที่จังหวัดกระบี่) node ยะลา (ทำงาน ในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) node ลำพูน (ทำงานในพื้นที่จังหวัดลำพูนและเชียงใหม่) node แพร่ (ทำงานในพื้นที่จังหวัดแพร่และน่าน) node สมุทรปราการ (ทำงานในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ) และ node ปทุมธานี (ทำงานในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีและกรุงเทพมหานคร)

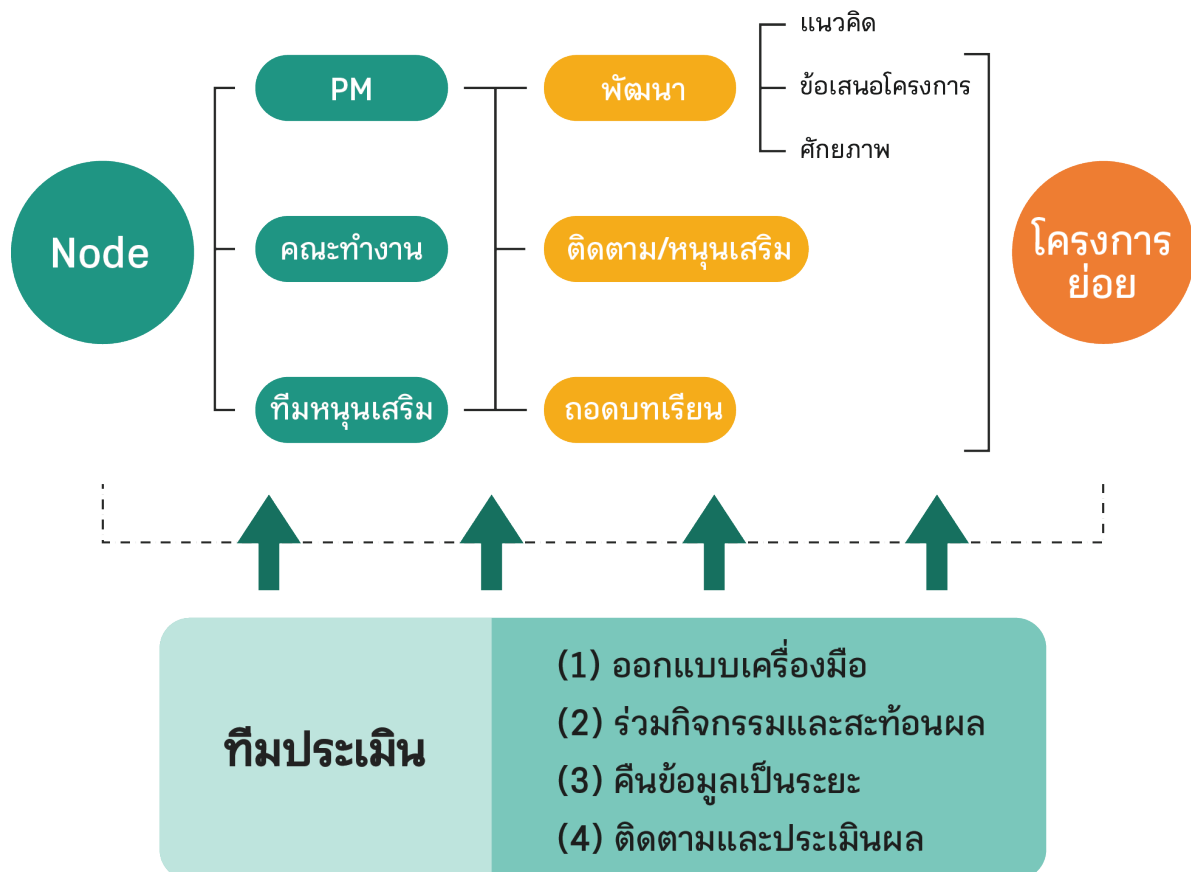
กลุ่มเป้าหมายในการประเมินประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ หัวหน้า node หรือ project manager (PM) ทีมหนุนเสริมโครงการย่อย และแกนนำเด็กและเยาวชน ผู้รับทุน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการทำงาน ดังนี้ (1) การลง พื้นที่สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) (2) การ สนทนากลุ่ม (focus group) (3) การเข้าร่วมกิจกรรมและ

สังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม (participant observation) (4) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างการทำงาน ตลอดระยะเวลาการทำโครงการ (5) การคืนข้อมูลให้กับ node ก่อนปิดโครงการเพื่อนำข้อมูลการประเมินผล ไปใช้พัฒนาการทำงานระยะต่อไป (6) แบบรายงาน การติดตามประเมินผลรายกิจกรรม และ (7) รายงาน การวิเคราะห์การทำงานของ node ส่วนวิธีวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) ใช้การสะท้อนย้อนคิด (reflexive) ระหว่างผู้ประเมินกับกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง และการประชุมทีมประเมินแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อสังเคราะห์ ภาพรวมการทำงานของทั้ง 11 node

กระบวนการศึกษาและเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะต้นโครงการ ทีมประเมินประสานงานกับ node ตั้งแต่ เริ่มโครงการเพื่อทำความเข้าใจและออกแบบการประเมิน ร่วมกัน ระยะกลางของการทำงาน ลงพื้นที่และปรับใช้ เครื่องมือทั้ง 7 ชิ้น ตามช่วงเวลาจัดกิจกรรมของ node

โดยเข้าร่วมสังเกตการณ์ (อย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม) ในกิจกรรม เพื่อประเมินผลกิจกรรม ร่วมสรุปและสะท้อน ข้อมูล ความคิดเห็นต่อคณะทำงานหลังจบกิจกรรม และ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโครงการทุกฝ่าย ระยะก่อนปิด โครงการ มีการประมวลผลการทำงานของทั้ง 11 node ก่อนคืนข้อมูลภาพรวมให้กับทุก node พร้อมทั้งส่ง รายงานการวิเคราะห์การทำงานของ node ให้กับ node และสำนัก 6 เพื่อใช้ออกแบบการทำงานปีต่อไป นอกจากนี้ ยังมีการเก็บข้อมูลโครงการย่อย ด้วยการลงพื้นที่และสนทนา กลุ่มกับเยาวชนเพื่อสอบถามข้อมูลความเปลี่ยนแปลง สุขภาวะตามที่กำหนดไว้ (โดยมีการเลือกกลุ่มโครงการที่เป็น ตัวอย่างการเรียนรู้การทำงานในมิติต่างๆ ทั้งกลุ่มที่สำเร็จ และกลุ่มที่เกิดปัญหาพร้อมทั้งเสนอให้เห็นวิธีการแก้ปัญหา ที่เชื่อมโยงกับประเด็นสุขภาวะ) ดังภาพที่ 1 แสดงวิธีการ ทำงานของโครงการ

ภาพที่ 1 วิธีการทำงานร่วมกันของทีมประเมินผลและหน่วยจัดการ



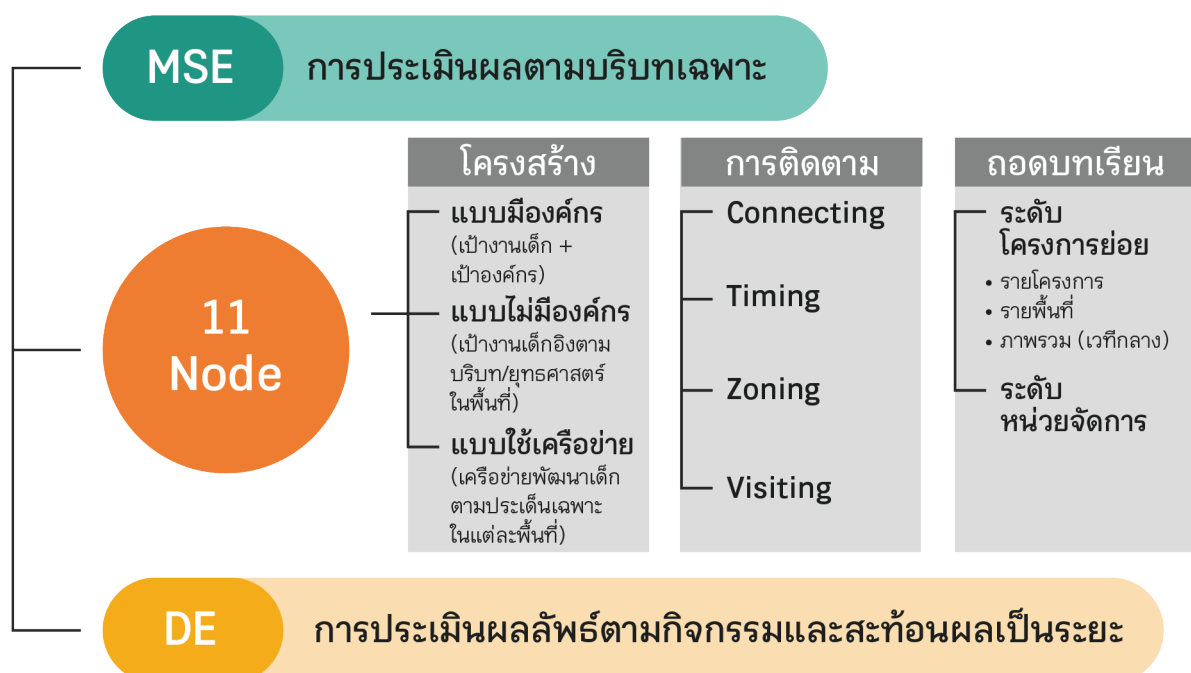
ผลการศึกษา

จากการติดตามประเมินผลการทำงานของ node ทั้ง 11 พื้นที่ตลอด 1 ปีพบว่า แต่ละ node จะมีต้นทุนที่แตกต่างกันและนำมาใช้ในการทำงาน ทั้งองค์ความรู้ เครือข่าย ความถนัดและความสนใจในประเด็นสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนแนวคิดในการพัฒนาเด็กและเยาวชน บริบทที่แตกต่างกันทำให้การออกแบบกิจกรรมของ node มีความหลากหลาย ขณะเดียวกันก็สามารถนำไปสู่ความสำเร็จของโครงการย่อยได้ในลักษณะที่ต่างกันด้วย โดยมีข้อค้นพบสำคัญดังนี้ (1) โครงสร้างองค์กร พบ 3 รูปแบบคือ (1) เมืององค์กร (2) ไม่มีเมืององค์กร (3) ใช้เครือข่าย แต่ละรูปแบบส่งผลต่อการออกแบบและติดตามโครงการแตกต่างกัน (2) การติดตามหนุนเสริม พบ 4 รูปแบบ คือ (1) connecting (2) timing (3) zoning (4) visiting ทั้ง 4 รูปแบบดำเนินการโดยทีมหนุนเสริม และมีหัวใจสำคัญอยู่ที่การเก็บผลลัพธ์และเติมศักยภาพแกนนำ โครงการย่อยในระหว่างดำเนินการ และ (3) การถอดบทเรียนการทำงาน พบว่าทุก node ดำเนินการ 2 ระดับคือ ระดับโครงการย่อย และระดับหน่วยจัดการ โดยแต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังภาพที่ 2

1. โครงสร้างการทำงาน

1.1) การทำงานภายใต้โครงสร้างองค์กร (ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ) ได้แก่ แพร์ ปทุมธานี โคราซ กระบี่ ยะลา ศรีสะเกษ สุรินทร์ ใช้โครงสร้างองค์กร (ตั้งแต่ก่อนรับทุน) เป็นตัวตั้งต้น แล้วเอาโครงสร้างแบบของสำนักสวม (มี PM และทีมหนุนเสริม) ติดตามและหนุนเสริมงานโดยใช้ต้นทุนขององค์กร จุดเด่นคือมีการกำหนดเป้าหมาย ขอบเขตงาน และความสำเร็จที่คาดหวังอย่างชัดเจน มีเครือข่ายที่พร้อมใช้ สามารถตอบสนองความต้องการในการพัฒนาการทำงานของเยาวชนที่ขอรับทุนได้ นอกจากนี้ยังมีต้นทุนที่มีความพร้อม ทั้งเรื่องทักษะการทำงาน (ตามโจทย์องค์กร) เครื่องมือ การถอดบทเรียนการใช้เครื่องมือที่พบว่า ใช้แล้วเกิดผลดี รวมทั้งประสิทธิภาพในการเติมหรือพัฒนาศักยภาพให้กับทีมหนุนเสริม (ที่จะกลายเป็นต้นทุนบุคลากรที่สำคัญให้กับองค์กรอย่างต่อเนื่องต่อไป) PM ยังมีบทบาทในการประเมินความเสี่ยงทั้งระดับภาพรวมทั้งโครงการและระดับโครงการย่อย เชื่อมโยงงานเด็กกับเรื่องงานอื่นๆ ขององค์กร เพื่อสร้างการเรียนรู้ ทำให้ node กลุ่มนี้มีการประชุมคณะทำงานสม่ำเสมอเพื่อประเมินความเสี่ยงและออกแบบการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

ภาพที่ 2 ผลการติดตามประเมินการทำงานของหน่วยจัดการเด็กและเยาวชนทั้ง 11 หน่วย



1.2) พื้นที่ที่ไม่มีองค์กรแต่มีคณะทำงาน ได้แก่ ระนอง (ทีมงานทำวิจัยชุมชนมาก่อน) ทำงานงานตามโครงสร้าง node เด็กและเยาวชน และมีทีมที่ปรึกษาฝ่ายประเด็น เนื้อหาเกี่ยวกับฝ่ายการศึกษาที่เข้าใจการทำงานกับเด็กและเยาวชน การออกแบบงานจึงไม่ได้เกิดจากตัว PM เพียงลำพังแต่มีลักษณะ “ทีมย่อย” ที่พัฒนาการทำงานร่วมกัน เข้าใจแนวทางการทำงาน ทำให้การออกแบบงานตอบโจทย์ความต้องการของสำนักคือการพัฒนาแกนนำเยาวชน สร้างสรรค์โอกาส และเปิดให้แกนนำทำงานตามที่กำหนดเป้าหมายไว้ ทำให้ node ระนองเน้นการใช้เด็กเป็นศูนย์กลาง มีกระบวนการปรับทัศนคติที่เลี้ยงซึ่งมีความคิดครอบงำเด็กอย่างชัดเจน (แม้จะยังปรับได้ไม่ทั้งหมด แต่ที่เลี้ยงเกิดความเข้าใจหลักการทำงานของสำนักและ node มากขึ้น) แม้จะไม่มีองค์กรที่กำหนดเป้าหมายหลักไว้ แต่ฐานความเป็นนักวิชาการ และเป้าหมายของ node ในการพัฒนางานเด็กทำให้มีแนวคิดและเครื่องมือที่จะช่วยให้แกนนำโครงการย่อยทำงานได้มีประสิทธิภาพและบรรลุผลลัพธ์

1.3) พื้นที่ที่ไม่มีองค์กรแต่มีเครือข่าย ใช้เครือข่ายมาทำงาน node เด็กตามโครงสร้าง (โดยมีการทำงานอื่นๆ อย่างอิสระแยกจากกัน) ได้แก่ อุบลราชธานี สมุทรปราการ ลำพูน การทำงานระบบเครือข่ายนี้ทำให้ PM และคณะทำงานมีความคุ้นเคยกัน โดย PM เป็นผู้วางภาพการทำงานกว้างๆ ส่วนเครือข่ายทำหน้าที่ทีมหนุนเสริมขับเคลื่อนในพื้นที่ตนเอง ใช้การประชุมเพื่อหารือวางแผนการทำงานร่วมกัน หลายพื้นที่มีทีมหนุนเสริมที่ค่อนข้างมีทักษะหรือเชี่ยวชาญในประเด็นเฉพาะ มีการทำงานที่ต่อเนื่อง ทำให้หนุนเสริมได้ดี โดยอาจจะไม่ต้องรอการแนะนำจาก PM ดังนั้น node ในลักษณะแบบนี้ PM จะมีบทบาทในการวางภาพรวมของโครงการชวนทีมคิดหรือวางแผนการทำงานให้บรรลุผลเป็นสำคัญแต่ปฏิบัติการพัฒนาเด็กจะอยู่ที่ทีมหนุนเสริมเป็นหลัก

2. การติดตามหนุนเสริม

2.1) Connecting เป็นการติดตามที่มีการนัดหมายพื้นที่โครงการย่อยตามแผนที่ระบุไว้ในโครงการ และลงพื้นที่เพื่อติดตามโครงการย่อย สอบถามปัญหา รวมทั้งแนะนำข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน เป็นรูปแบบที่ทำให้เห็นการทำงานโครงการย่อยซึ่งมีปัจจัยแวดล้อมแตกต่างกัน หลังจากติดตามในพื้นที่แล้ว ทีมหนุนเสริม

จะมีการประมวลผลข้อมูล และประเมินความเสี่ยง มีการเติมเครื่องมือ ทักษะ ความรู้ การแก้ไขปัญหา การปรับเปลี่ยนกิจกรรม การช่วยทำเอกสาร เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้า และยกระดับการทำงานโดยเชื่อมโยงเครือข่ายในพื้นที่ให้กับโครงการย่อย หรือส่งต่อข้อมูลเชื่อมงานกับเครือข่ายของ node เพื่อสนับสนุนให้โครงการย่อยมีพื้นที่หรือประเด็นการทำงานที่ต่อเนื่องต่อไปได้

2.2) Timing เป็นการติดตามประเมินตามระยะเวลาหลังจัดกิจกรรม โดยมีแผนการติดตามที่ชัดเจนเช่นเดียวกับแบบแรก แต่ใช้การจัดเวทีเพื่อติดตามความก้าวหน้าและเก็บผลลัพธ์การดำเนินงานของโครงการย่อย โดยแบ่งเป็นเวทีติดตามประเมินผลกลางน้ำและปลายน้ำ มีการสะท้อนข้อคิดเห็นและแนะแนวทางการเขียนผลลัพธ์ให้กับโครงการย่อย เพื่อให้สามารถรายงานผลที่เป็นรูปธรรม

2.3) Zoning เกิดจากการออกแบบตั้งแต่ต้นทาง โดยให้ทีมหนุนติดตามงานในพื้นที่เดียวกัน จึงมีลักษณะเป็นกลุ่มมากกว่า 2 แบบแรก เนื่องจากทีมหนุนเสริมจะรับผิดชอบดูแลโครงการย่อยในแต่ละ zone ซึ่งอาจจะมีจำนวน 2-5 โครงการตามความรับผิดชอบ โดยมากทีมหนุนเสริมจะมีความคุ้นเคยกับโครงการย่อยใน zone ที่ตนเองรับผิดชอบอยู่แล้ว ทำให้เข้าใจการทำงานของโครงการย่อย ตั้งแต่เริ่มพัฒนาโครงการ

2.4) Visiting เน้นการเข้าเยี่ยมชมพื้นที่เพื่อติดตามความก้าวหน้า ให้กำลังใจแก่โครงการย่อย รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นในการทำงานแล้วมองหาความสำเร็จเชิงรูปธรรมของโครงการ เพื่อไปขยายผล

3. การถอดบทเรียน

แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ (1) ระดับโครงการย่อย (รายโครงการ รายพื้นที่ และเวทีรวม) (2) ระดับหน่วยจัดการ การถอดบทเรียนโครงการย่อย เป็นการทบทวนการทำงานที่ผ่านมา ทั้งเรื่องเป้าหมาย (ก่อน ระหว่าง หลังจากทำโครงการ) เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลง และกระบวนการที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้ยังเป็นการเก็บข้อเรียนรู้ของแกนนำรวมทั้งการทำงานต่อ มีเวทีรวมเพื่อให้เด็กแสดงผลงาน สร้างกำลังใจและเชื่อมร้อยเครือข่ายเด็ก ส่วนการถอดบทเรียนหน่วยจัดการเป็นการประชุมทีมเพื่อสรุปบทเรียนการทำงานตลอดปี เพื่อส่งสำนัก และค้นหาโครงการตัวอย่างที่ดี

สมรรถนะของหน่วยจัดการในการสร้างความสำเร็จให้ โครงการย่อยของเด็กและเยาวชน

ด้วยศักยภาพของ node ดังที่กล่าวมา สมรรถนะของหน่วยจัดการในการพัฒนาเด็ก จึงสะท้อนให้เห็นจากความสำเร็จของโครงการย่อย ทีมประเมินได้กำหนดนิยามความหมายของความสำเร็จเชิงผลลัพธ์โครงการย่อยตามแนวทางของทีม ซึ่งเป็นคนละชุดความหมายของนิยามของ node ทั้งนี้เนื่องจากเป้าหมายของ node จะคัดเลือกโครงการที่ดี (good practice) เพื่อเป็นต้นแบบหรือตัวอย่างความสำเร็จเป็นหลัก แต่ทีมประเมินจะเลือกทั้งกลุ่มที่ประสบความสำเร็จ และกลุ่มที่อาจไม่โดดเด่นเรื่องความสำเร็จแต่มีการเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจ โดยประเมินความสำเร็จเชิงผลลัพธ์จาก “การเรียนรู้” และ “ความเปลี่ยนแปลง” ของกลุ่มแกนนำเยาวชนเป็นสำคัญจากการเก็บข้อมูลความสำเร็จดังกล่าว เกิดจากสมรรถนะในการทำงานของ node ที่มีการออกแบบการทำงานอย่างเป็นระบบ การติดตามและเติมศักยภาพที่ตรงความต้องการของโครงการย่อย รวมทั้งถอดบทเรียนให้เห็นเส้นทางความสำเร็จเพื่อให้เด็กได้เรียนรู้และนำไปใช้ได้ โดยพบความสำเร็จใน 3 ระดับ คือ

ความสำเร็จระดับเบื้องต้น หมายถึง โครงการย่อยที่สามารถดำเนินการได้ดังนี้ มีการจัดกิจกรรม ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ในโครงการ สามารถจัดทำรายงานปิดโครงการให้กับ node ไม่ยกเลิกงานระหว่างทาง ทั้งนี้พบว่ากรณีที่โครงการมีความเสี่ยงหรือไม่สามารถดำเนินงานตามกรอบแนวคิดของสำนักได้จะมีการถอนตัวตั้งแต่มก่อนเริ่มโครงการแล้ว กล่าวได้ว่าโครงการที่ได้รับทุนนั้นสามารถดำเนินการจนแล้วเสร็จทั้งหมด ภายใต้การผลักดันและหนุนเสริมของหน่วยจัดการ ข้อสำเร็จสำคัญคือไม่มีโครงการย่อยที่ขอยกเลิกระหว่างทาง โดยพบว่ามีโครงการย่อยที่ดำเนินการสำเร็จ 280 โครงการ มีแกนนำเกิดขึ้นทั้งสิ้น 1,548 คน พี่เลี้ยง 343 คน และผู้รับผลประโยชน์ทั้งสิ้น 42,961 คน

ความสำเร็จระดับกลางหมายถึง โครงการย่อยที่มีการดำเนินการได้ตามการทำงานระดับเบื้องต้นที่กล่าวมา บวกกับสามารถถอดบทเรียนการทำงานได้ เสนอข้อเรียนรู้จากการทำงาน โดยเห็นภาพการทำงานของโครงการตั้งแต่ต้นจนจบ เรียนรู้ปัญหา และวิธีที่จะแก้ไขหากมีการทำงานต่อ

สามารถทบทวนถึงเป้าหมายที่วางไว้ในตอนแรก และการทำงานที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย รวมทั้งนำเสนอข้อเรียนรู้หรือผลความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้

ความสำเร็จระดับสูงหมายถึง โครงการย่อยที่มีการดำเนินงานในระดับเบื้องต้นและระดับกลางตามที่กล่าวมา รวมทั้งยังคงทำงานต่อเนื่องในลักษณะใดลักษณะหนึ่งหลังปิดโครงการ มีพฤติกรรมสุขภาพ (ไม่ว่าจะเป็นทางการปฏิบัติหรือทางความคิด) ที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งเป็นผลจากการทำงานกับ node ในส่วนนี้เห็นได้จากโครงการของเยาวชนที่ทำต่อเนื่องในหลายลักษณะ เช่น การจับมือกันทำกับกลุ่มอื่น (โมเดลห้องเรียนตามใจ - node สุรินทร์) การที่โครงการย่อยถูกใช้ประโยชน์เพื่อชุมชนอื่นหรือโครงการอื่น (โครงการน้ำบาดาล - node ระนอง) ผลผลิตจากโครงการย่อยถูกใช้ประโยชน์ในวงกว้าง โครงการเครื่องตรวจจับขยะ - node ปทุมธานี โครงการสื่อการสอนขนมปังกับแยม - node ยะลา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โครงการสเก็ตบอร์ดสนามผืน แกนนำเปิดบ้านเป็นโรงเรียนสอนสเก็ตบอร์ด - node สมุทรปราการ โครงการ love the beach เยาวชนยังคงรวมตัวเก็บขยะบนชายหาด - node กระบี่ โครงการไม้กวาดกายสิทธิ์บวรวิชัยสร้างสรรค์ สามเณรทำไม้กวาดร่วมกับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อแจกจ่ายตามวัด - node แพร่

การทำงานต่อเนื่องของกลุ่มเยาวชนหลังปิดโครงการ

ความสำเร็จดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นจากการทำงานต่อเนื่องของแกนนำเยาวชนซึ่งมีหลากหลายลักษณะ เช่น (1) การทำงานต่อเนื่องจากงานเดิม เช่น กลุ่มสองล้อทำดียังคงทำงานจิตอาสาช่วยเหลือสังคมและร่วมงานกับหน่วยจัดการตามวาระโอกาสต่างๆ (2) ทำงานต่อผ่านสภาเด็กของ node ศรีสะเกษ และลำพูน (3) การทำงานต่อยอดในโรงเรียน ผ่านการก่อตั้งชมรม เช่น คลินิกฟุตบอล ชมรมศิลปะ/วัฒนธรรม ของ node ระนอง ศรีสะเกษ และปทุมธานี เป็นต้น (4) การทำงานต่อยอดกับองค์กรมักเป็นกลุ่มที่อยู่ในชุมชน เช่น กรณีของ node อุบลราชธานีใช้เครือข่ายนักพัฒนาที่ยังคงทำกิจกรรมอยู่ในพื้นที่ เชื่อมแหล่งทุนต่างๆ และให้เด็กและเยาวชนที่เป็นผลผลิตของเครือข่ายทำงานต่อยอดจากโครงการย่อย หรือ node แพร่ ที่มีกลุ่มพลังใจคอยสนับสนุนกิจกรรมโครงการย่อยที่เกิดจากต้นทุนการทำงานขององค์กร (5) การทำงาน

ต่อเนื่องผ่าน “พื้นที่สร้างสรรค์” อันเป็นผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของ node ที่ผลักดันการทำงานของเด็กและเยาวชนให้ต่อเนื่องด้วยการเชิญให้เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ (พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, พัฒนาสังคมและสวัสดิการ) มาให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนโครงการเพื่อขอทุนสนับสนุนจากหน่วยงาน หรือเข้ามาดูงานของเยาวชน และนำไปกำหนดนโยบายสนับสนุนให้ต่อเนื่อง เช่น node กระบี่, แพร์, โคราซ และสมุทรปราการ เป็นต้น (6) การทำงานต่อเนื่องข้ามกลุ่ม เช่น กรณีของ node ระนอง กลุ่มเกาะสินไห ได้มีการติดต่อกลุ่มชุดเจาะน้ำบาดาล เพื่อให้เข้าไปทำการเจาะน้ำบนเกาะ หลังจากโครงการได้ปิดตัวลงแล้วและ (7) การรวมกลุ่มโครงการย่อยทำงานร่วมกัน เช่น กรณีของ node สุรินทร์ ได้สร้างรูปแบบการทำงานใหม่ ที่เกิดจากการทำงานต่อเนื่องของโครงการย่อยคือ “โมเดลห้องเรียนตามใจ” ที่เกิดจากโครงการย่อย คิดเล่นเป็นกันตริ้ม กลุ่มเยาวชนห้วยคำโปก เยาวชนกอหญ้าในการทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน และเป็นเครือข่ายของ node ในการทำกิจกรรมด้านเด็กและเยาวชน

วิจารณ์

ผลจากการใช้กรอบคิดชาติพันธุ์วรรณาหลายสนามในการวิเคราะห์ ทำให้เห็นคุณลักษณะเฉพาะของทั้ง 11 node และคุณลักษณะร่วมที่บาง node มีร่วมกัน แม้ทุก node จะมีเป้าหมายสำคัญในการหนุนเสริมและเติมความรู้ให้กับเด็กและเยาวชนเหมือนกัน แต่มีวิธีการทำงานแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยวิธีการทำงานแต่ละรูปแบบส่งผลต่อการเสริมสร้างสมรรถนะให้กับโครงการย่อยแตกต่างกัน

ในประเด็นโครงสร้างคณะทำงาน การประเมิน node ภายใต้อำนาจของแต่ละพื้นที่ ช่วยให้เห็นว่าวิธีการทำงานที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละหน่วย ทักษะ ประสบการณ์ ความสนใจ เป้าหมาย ตลอดจนเครือข่ายของแต่ละ node เป็นต้นทุนสำคัญที่มีมาก่อนที่ node จะขอรับทุนจากสำนัก สิ่งเหล่านี้ถูกเอามาใช้ในการทำงานกับโครงการย่อยแตกต่างกันตามลักษณะโครงสร้างองค์กรที่ต่างกัน จากการประเมิน node พบว่า โครงสร้างองค์กรทั้ง 3 แนวทางมีผลต่อการสร้างทีมหนุนเสริมที่แตกต่างกันตามไปด้วย โดยภาพรวมพบว่า ทุก nodes มี PM ที่ใช้เครือข่าย

เพื่อหนุนเสริมเยาวชนในการเชื่อม/แชร์ความคิดมากกว่าที่จะเป็นการเชื่อมทุน นอกจากนี้ในส่วนของการสร้างทีมหนุนเสริมเพื่อทำงานกับเยาวชนยังพบว่า ทีมหนุนเสริมหลายทีมมีความเชี่ยวชาญทั้งในเชิงประเด็น และ/หรือในเชิงการทำงานในพื้นที่ ดังนั้น จึงไม่ได้หมายความว่า มี PM เก่งคนเดียวแล้วจะทำให้งานเด็กราบรื่นบรรลุเป้าหมายได้ หากมีทีมหนุนเสริมที่ดีจะสามารถติดตาม เสริมพลังแกนนำเยาวชนในพื้นที่ให้ทำงานบรรลุเป้าหมายได้ด้วยเช่นกัน แต่ขณะเดียวกัน หากมีทีมหนุนเสริมที่เก่ง ลงพื้นที่ได้ เข้าใจงาน แต่ PM ไม่สามารถผลักดันให้เกิดการเก็บผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมได้ จะไม่สามารถนำเสนอข้อมูลการประเมินผลลัพธ์ได้แต่เป็นเพียงการลงพื้นที่เพื่อหนุนเสริมโครงการย่อยเท่านั้น ดังนั้นการเลือกทีมหนุนเสริมที่ดีและเติมเครื่องมือให้ทีมหนุนเสริมเป็นระยะ จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะสร้างคนที่มีความสามารถในการหนุนเสริมเติมทักษะให้กับเยาวชนในพื้นที่ได้ ซึ่งการพัฒนาทักษะกับทีมหนุนเสริมนี้ PM ต้องออกแบบ ขณะเดียวกันถ้า PM ไม่มีอำนาจหรือศักยภาพที่จะบริหารจัดการทีมหนุนเสริมจะกลายเป็นว่า ทีมหนุนเสริมทำงานตามความสนใจของตน (เนื่องจากเด็กอยู่ในพื้นที่ทำงานของตนเองอยู่แล้ว) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันทั้งหมดนี้จึงสะท้อนว่า การที่งานสัมฤทธิ์ผลหรือเกิดความต่อเนื่องยั่งยืนไม่จำเป็นต้องมีรูปแบบตายตัวเพียงแบบเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการออกแบบงาน การวางคนในตำแหน่งงานที่เหมาะสม ควบคู่ไปกับศักยภาพของทีมที่ตรงกับตำแหน่งที่กำหนดไว้ในโครงสร้างการทำงาน

ประเด็นของการติดตามหนุนเสริมและถอดบทเรียนกระบวนการทำงานที่นำไปสู่ความสำเร็จเกิดจากคุณลักษณะที่ทุก node มีร่วมกัน นั่นคือ สมรรถนะของ node ในการออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเด็กและเยาวชนที่แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

เส้นทาง: พัฒนาแนวคิด (idea) พัฒนาโครงการ (proposal) พัฒนาศักยภาพ (potential)

เริ่มตั้งแต่การพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เด็กอยากทำ (บ้านฝัน บ้านไอเดีย) ไปจนถึงการพัฒนาเอกสารโครงการให้เป็นสิ่งที่มาจากความต้องการของแกนนำ ผ่านการมองเห็นสถานการณ์ในพื้นที่ (ชุมชน โรงเรียน) เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับมิติสุขภาพของชุมชนและประเด็น 7+1

ของ สสส. โดย node ใช้เครื่องมือต้นไม้ปัญหาเป็น ตัวตั้งต้น การกำหนดกิจกรรมจะเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วม ของเด็กและเยาวชนในการพัฒนาข้อเสนอโครงการย่อย ทีมหนุนเสริมจะคอยช่วยตั้งคำถาม ชักชวนให้เยาวชน มองเห็นประเด็นที่อยากทำและออกแบบกิจกรรมที่ทำแล้ว จะบรรลุเป้าหมายไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ PM รับหน้าที่ วางแผนภาพรวมของการทำกิจกรรมตลอดโครงการ รวมทั้งประเมินความเสี่ยงและให้ข้อคิดเห็นแนะนำ ต่อทีมหนุนเสริมในการทำงานกับโครงการย่อย รวมทั้ง เลือกเครือข่ายพี่เลี้ยงที่สามารถทำงานกับทีมหนุนเสริม หรือเข้าใจแนวคิดเรื่องการเป็นโค้ช ทำให้กระบวนการ หนุนเสริมทำได้ราบรื่น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมพัฒนา ศักยภาพที่ช่วยเติมความคิดสร้างสรรค์ ทำประเด็นให้ แหลคม พัฒนาทักษะการคิด วิเคราะห์ และออกแบบ กิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของการทำงานที่แท้จริง (ไม่ได้เป็นการทำงานตามสั่งหรือครูบังคับ) มีการให้ความเห็น และข้อแนะนำเพิ่มเติมโดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้เป็น ข้อเสนอที่สมบูรณ์ และเปิดโอกาสให้นำเสนอ “แนวทางการทำงาน” ที่หลากหลายรูปแบบตามความถนัด (ไม่ได้ใช้ เอกสารเป็นหลักในการคัดเลือกแต่เน้นที่ความเข้าใจโครงการ ตัวเองอย่างเป็นองค์รวม)

ระหว่างทาง: ติดตามหนุนเสริม

Node มีการมอบหมายทีมหนุนเสริมให้ลงติดตาม โครงการย่อย ด้วยการลงพื้นที่ ร่วมสังเกตการณ์ และ ให้ข้อแนะนำแก่เด็กและเยาวชนในโครงการ โดยมี PM เกือบทุก node ร่วมลงพื้นที่ด้วย ทำให้สามารถประเมิน การทำงานของทีมหนุนเสริม และประเมินความเสี่ยง ของโครงการย่อยไปพร้อมกัน ทั้งนี้ยังพบว่า PM มีการ ประสานงานกับพี่เลี้ยงโครงการย่อยและทีมหนุนเสริม เพื่อวางแผนการติดตาม วิเคราะห์ผลลัพธ์ และหนุนเสริม โครงการย่อยให้ทำงานสำเร็จ ตลอดจนออกแบบเครื่องมือ เพื่อเก็บผลลัพธ์ร่วมกัน โดยการเก็บผลลัพธ์จะเป็นการ รวบรวมข้อมูลโดยทีมหนุนเสริมทำงานร่วมกับพี่เลี้ยงหรือ แกนนำ มี PM เป็นแกนหลักในการวิเคราะห์ภาพรวม การทำงานร่วมกับทีมหนุนเสริม

ในการติดตามหนุนเสริม หลาย node ดึงเครือข่าย ในพื้นที่มาช่วยเติมทักษะ ไอเดีย ให้กับโครงการย่อยในเวที ถอดบทเรียน (กลางน้ำ/ปลายน้ำ) มีการทบทวนเครื่องมือ

การทำงานที่ให้ไป ติดตามผลการใช้เครื่องมือ (ทั้งในพื้นที่ และในเวที) มีกระบวนการแก้ปัญหาหลากหลายรูปแบบ ที่เกิดขึ้น ทั้งเรื่องเอกสาร การถ่ายทอดความรู้ให้แกนนำ ปัญหาจากสถานการณ์โรคระบาด หรือการทำงาน ไม่เป็นตามที่วางแผนไว้ เป็นต้น โดยทีมหนุนเสริมจะมีการ ติดตามทั้งทางออนไลน์ (online) และออนไซต์ (onsite) บางพื้นที่มีการเกาะติดกับโครงการย่อยในพื้นที่ และให้ ข้อคิดเห็นต่อการแก้ปัญหาอย่างตรงจุด นอกจากนี้ ทุก node มีกระบวนการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างคณะ ทำงานเพื่อหารือการแก้ปัญหาาร่วมกัน ทำให้เห็นบทบาท ของ PM ในหลายลักษณะ ทั้งให้แนวคิด ความรู้ เครื่องมือ ออกแบบการติดตามให้ข้อเสนอแนะ การดึงเครือข่าย มาช่วยเหลือ การร่วมคิดวางแผนแก้ปัญหากับทีมหนุนเสริม โครงการย่อยเพื่อให้สามารถทำงานได้บรรลุเป้าหมาย

ปลายทาง: ถอดบทเรียน

ในช่วงปลายโครงการ node มีการถอดบทเรียน การทำงานของเยาวชนเพื่อวางแผนไปต่อ โดยกิจกรรมหลัก ในการถอดบทเรียนถูกออกแบบให้แกนนำโครงการย่อย มาร่วมกันทบทวนการทำงาน ข้อเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนความต่อเนื่อง ข้อมูลส่วนของการถอดบทเรียนนี้ ถูกใช้ประโยชน์ 2 ทาง คือ (1) วางแผนการทำงานต่อเนื่อง สำหรับโครงการย่อย และ (2) เก็บบทเรียนไปพัฒนางาน สร้างเสริมสุขภาวะเยาวชนในปีต่อไปสำหรับ node ในระยะปลายทางนี้ยังพบเรื่องการทำงานกับเครือข่ายของ node ที่ชัดเจนขึ้น แม้ว่าที่จริงแล้วการทำงานกับเครือข่าย เกิดขึ้นตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ค้นหากลุ่มเป้าหมาย ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพ การเติมแนวคิดระหว่างทาง รวมทั้งการส่งต่อการทำงาน แต่ในช่วงปลายทาง เครือข่าย จะมีบทบาทในการรับช่วงต่อเมื่อโครงการย่อยปิดกิจกรรม ไปแล้ว (และต้องรอโครงการปีต่อไปหากจะทำต่อ) ซึ่งพบว่า หากมีกลุ่มเยาวชนที่ต้องการทำงานต่อ node จะใช้การ ส่งต่อกลุ่มเด็กและเยาวชนให้กับเครือข่ายที่มีหน่วยงาน สอดคล้องกับความสนใจของเยาวชน เพื่อให้สามารถทำงาน ได้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม แม้เวทีถอดบทเรียนจะเป็นเวทีที่ช่วย ประเมินการทำงานตลอดโครงการของ node ได้ดี เพราะเป็นเวทีที่รวมเอาการประเมินการใช้เครื่องมือ การประเมินการเรียนรู้ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กับแกนนำและพี่เลี้ยง ไม่ใช่แค่กิจกรรมแชร์ผลสำเร็จของโครงการ แต่ต้องมีการออกแบบกระบวนการถอดและการสังเคราะห์บทเรียน ทำให้ได้บทเรียนการทำงาน (ของเด็กและเยาวชน) ที่ node สามารถนำไปใช้ได้ ข้อสังเกตสำคัญที่พบคือ node ไม่ค่อยนำผลจากการถอดบทเรียนไปใช้งานต่อ แต่เน้นการนำข้อมูลที่ได้ใส่ในรายงานเท่านั้น หากสามารถวิเคราะห์และประมวลบทเรียนจากโครงการย่อยทั้งหมดไปเป็นข้อค้นพบ หรือองค์ความรู้ในการทำงาน จะช่วย node ในการออกแบบกิจกรรมและแนวทางการทำงานกับเด็กและเยาวชนต่อไปได้ นอกจากนี้ยังพบว่า บางโครงการย่อยของบาง node ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ ทำให้ขาดโอกาสที่จะถอดบทเรียนการทำงานของตนเอง

นอกจากการทำความเข้าใจบริบทหน่วยจัดการที่แตกต่างกันแล้ว ชาดิพันธุ์วรรณนาหลายสนามยังมีข้อพิจารณาที่หนุนให้กระบวนการประเมินเสริมพลังมีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากมานุษยวิทยาสนามเดี่ยวถูกตั้งคำถามเรื่องการกลายไปเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่ถูกศึกษา (native)⁽⁵⁾ เพราะต้องฝังตัวอยู่ในพื้นที่เป็นเวลานาน แต่ชาดิพันธุ์วรรณนาหลายสนามชวนให้ทบทวนถึงความสนิทชิดเชื้อดังกล่าว เช่นเดียวกับการที่ทีมประเมินต้องวางตัวเป็นผู้ประเมินที่แม้จะไม่ได้มีการประเมินแบบจับผิด แต่ต้องไม่เข้าข้างหน่วยจัดการมากเกินไป ความสนิทสนมคุ้นเคยในการทำงานร่วมกัน (มากกว่าการประเมินแบบเก่าที่พบกันเพียง 1-2 ครั้งก่อนปิดโครงการ) ต้องไม่ถูกนำมาเป็นเงื่อนไขในการประเมิน ดังนั้นวิธีคิดเรื่องการเก็บข้อมูลภาคสนามในงานชาดิพันธุ์วรรณนาหลายสนามจึงสนับสนุนแนวทางการประเมินเสริมพลังในแง่ของการเก็บข้อมูลและทำให้ผู้ประเมินต้องตระหนัก

ถึงภาระหน้าที่และแนวทางการทำงานของตนเองเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของข้อมูลและไม่เกิดความลำเอียงในการประเมินผล นอกจากนี้การบูรณาการเครื่องมือประเมินผลกับการเก็บข้อมูลทางมานุษยวิทยาที่สำคัญคือการลงภาคสนาม ซึ่งต้องใช้ความถี่และระยะเวลาในการร่วมกิจกรรมเพื่อสะท้อนผล ทำให้การลงภาคสนามกลายเป็นเครื่องมือสำคัญของทีมประเมิน ในทางมานุษยวิทยางานภาคสนามช่วยทำให้เกิดความเข้าใจปฏิบัติการของเจ้าของวัฒนธรรม⁽⁶⁾ เมื่อนำมาใช้ในการประเมินผล ชาดิพันธุ์วรรณนาหลายสนามจึงช่วยให้เกิดการ “เทียบเคียง” ปฏิบัติการของ node ที่แตกต่างกันเพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจเป้าหมายและการเก็บผลลัพธ์ที่ต่างกันด้วย ซึ่งเป็นภารกิจของ node และเป็นสิ่งที่ทีมประเมินจะต้องให้ความเห็นหรือทำความเข้าใจเพื่อทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะในการนำแนวคิดชาดิพันธุ์วรรณนาหลายสนามไปใช้ในการประเมินผล (1) ในระดับพื้นที่แนวคิดนี้ช่วยให้เกิดมิติในการเข้าใจหน่วยจัดการที่หลากหลายเป็นเครื่องมือที่ไม่ยึดติดกับรูปแบบการทำงานเพียงรูปแบบเดียว กลุ่มเป้าหมายไม่เกิดความกดดันในการถูกประเมิน แต่มีลักษณะของการร่วมกันพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และ (2) ในระดับผู้ประเมิน ช่วยให้ผู้ประเมินได้พัฒนาการทำงานโดยไม่มีอคติ มีความเป็นกลาง ใช้การอธิบายและวิเคราะห์ข้อมูลจากบริบทของพื้นที่เป็นหลัก ทำให้เกิดมุมมองในการสร้างสรรค์แนวทางการทำงานด้านเด็กและเยาวชนในรูปแบบที่หลากหลายเห็นความแตกต่างที่เป็นมุมมองมากกว่าการกำหนดกรอบการทำงานแบบผ่านไม่ผ่าน ซึ่งช่วยเพิ่มทักษะการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลให้กับตัวผู้ประเมินไปพร้อมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สมพงษ์ จิตระดับ, นวพร สุพันธ์ลิแกนนท์. Node: หน่วยประสานเครือข่ายงานด้านการพัฒนาสังคมในมุมมองทฤษฎีเครือข่าย – ผู้กระทำการ. สังคมศาสตร์ 2564;51(2):143-66.
2. Candea M. Arbitrary locations: in defence of the bounded field-site. Journal of the Royal Anthropological Institute 2007;13(1):167-84.
3. Spiro ME. Cultural relativism and the future of anthropology. Cultural Anthropology 1986;1(3):259-86.

4. Dozois E, Marc Langlois M, Blanchet-Cohen N. DE 201: a practitioner's guide to developmental evaluation. Montréal: JW McConnell Family Foundation; 2010.
5. Hannerz U. Being there... and there... and there! Reflections on multi-site ethnography. *Ethnography* 2003;4(2):201-16.
6. Marcus GE. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology* 1995;24:95-117.

Concept of Multi-sited Ethnography and the Study of Development Evaluation of the Child and Youth Node Project

Pradhana Chantaruphan

Department of Anthropology, Faculty of Archaeology, Silpakorn University, Thailand

Abstract

The objective of this article was to assess the results of the Development Evaluation for Children and Youth Node Project. Multi-sited ethnography was an integrated concept to analyze the framework. The study found that multi-sited ethnography concepts, focusing on the various nodes' contexts were useful for difference result efficiently analysis according to specific work process of each node. It was also useful in assessing the success of the children and youth subprojects in various dimensions. Reflexivity between node and assessment team not only reduced work stress but also contributed evaluation results to the learning exchange between nodes and continuously applied to nodes' work design and development.

Keywords: node; child; youth; development evaluation; multi-sited ethnography

การพัฒนารูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟัง ด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและ มีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น: กรณีศึกษาโรงเรียนนาร่อง

รังรอง สมมิตร¹, รุจน์ ภาชา¹, ธรรมโชติ เอี่ยมทศนะ¹, นันทิภา นิลาชน², วันเพ็ญ ประทุมทอง¹, กณิการ์ พงศ์พันธุ์สถาพร¹

¹ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² นักวิจัยอิสระ

บทคัดย่อ

ช่วงวิกฤตการณ์โควิด 19 ส่งผลทำให้เกิดภาวะถดถอยทางการเรียนรู้ เด็กนักเรียนในวัยรอยต่อทางการเรียนรู้ระดับชั้นอนุบาลจนถึงประถมศึกษาตอนต้นเกิดปัญหาพื้นฐานความฉลาดรู้การอ่านออกเขียนได้ งานวิจัยผลานวิธินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายในเด็กกลุ่มปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้นในพื้นที่โรงเรียนนาร่องของโครงการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบอ่านสร้างสุข สำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลผ่านศึก อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว กลุ่มเป้าหมายเป็นครูผู้ดูแลเด็ก ครูอนุบาล และครูประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 34 คน เด็กอนุบาล จำนวน 403 คน และนักเรียนประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 163 คน จาก 9 โรงเรียน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อการพัฒนาแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเก็บจากการประเมินคุณภาพของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และศึกษาประสิทธิภาพด้านการอ่านของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบทีสำหรับประชากร 1 กลุ่ม เทียบกับเกณฑ์ ผลพบว่า (1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการเริ่มจากการสร้างการตระหนักรู้เพื่อการพัฒนาการอ่าน พัฒนาทักษะการใช้กระบวนการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพ จัดกระบวนการอ่านออกเสียงให้ฟังในชั้นเรียน หนุนเสริมเพื่อยกระดับการพัฒนาและสร้างการเปลี่ยนแปลง และสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ผลตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=3.77, SD=0.06) และ (2) เด็กอนุบาล มีความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายจากการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 82.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับมาก และนักเรียนประถมศึกษาที่มีความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายจากการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 82.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับมาก การวิจัยครั้งนี้เป็นการประสานงานเครือข่ายระหว่างโค้ชการอ่านและครู รวมทั้งการหนุนเสริมจากแผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่านและอาจารย์มหาวิทยาลัยซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในกระบวนการทำงานด้านการอ่านและนำรูปแบบไปทดลองใช้ให้เกิดประสิทธิผลแก่เด็กนักเรียน การทำงานด้านการอ่านที่ได้จริงจึงต้องอาศัยระบบเครือข่ายและการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ: การอ่านออกเสียงให้ฟัง; หนังสือภาพ; การเรียนรู้ที่มีความสุข; การเรียนรู้ที่มีความหมาย

บทนำ

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในทุกมิติ กระทรวง-ศึกษาธิการได้ติดตามสถานการณ์หาแนวทางป้องกันและแก้ไขการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องด้วยมาตรการของรัฐบาล ทำให้ต้องมีการเลื่อนเปิดเทอมช้ากว่ากำหนด ทำให้วันเรียนหายไปประมาณร้อยละ 10 ของเวลาเรียนทั้งหมด ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะถดถอยทางการเรียนรู้ (learning loss)⁽¹⁾ ข้อมูลจากงานวิจัยของกระทรวงศึกษาธิการที่ได้ศึกษาสภาพปัญหาของภาวะถดถอยทางการเรียนรู้ของผู้เรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น ปีที่ 1-3 จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 จากนักเรียนและครูทั่วประเทศปรากฏว่าเกิดภาวะถดถอยทางการเรียนรู้ด้านความรู้และเกิดภาวะถดถอยทางการเรียนรู้ด้านทักษะการอ่านและคณิตศาสตร์โดยเฉพาะการรับรู้ภาวะถดถอยเชิงผลสัมฤทธิ์ในรายวิชาภาษาไทยซึ่งมีค่าเฉลี่ยถดถอยมากที่สุด รวมถึงคุณลักษณะของผู้เรียนที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่กล้าตอบคำถาม การขาดการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ สัมพันธภาพและการทำงานร่วมกับผู้อื่นลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดแรงจูงใจ ความสนใจและความมั่นใจของนักเรียนลดลงด้วยผลจากการเรียนในรูปแบบออนไลน์ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 ที่นักเรียนบางคนมีความไม่พร้อมของสื่ออุปกรณ์และเทคโนโลยีการเรียนรู้และส่งผลไปถึงสัมพันธภาพระหว่างครูกับนักเรียนที่ลดน้อยลง⁽²⁾

หนังสือภาพสำหรับเด็กถูกใช้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมากในการจัดการเรียนการสอน จากการศึกษาอย่างแพร่หลายทั่วโลก ระบุว่า การอ่านหนังสือภาพช่วยส่งเสริมทักษะทางภาษาและการอ่านออกเขียนได้ (literacy) ของเด็กได้⁽³⁾ ลักษณะของหนังสือภาพนี้เหมาะสมกับวัยเด็กเล็ก โดยลักษณะสำคัญของหนังสือภาพเป็นหนังสือที่ผสมผสานการอ่านตัวบทและการมองภาพ ซึ่งภาพในหนังสือจะสื่อสารกับเด็กได้อย่างเป็นธรรมชาติ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและสร้างความหมายในการรับรู้ของเด็กนำไปสู่การสร้างความรู้เข้าใจตัวบท ภาพรวมของหนังสือและการคิดวิเคราะห์ช่วยเสริมสร้างจินตนาการและช่วยเปิดพื้นที่ให้เด็กได้คิดอย่างอิสระอันเป็นพื้นฐานของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ^(4,5) การนำหนังสือภาพไปใช้โดยการอ่านออกเสียง (read aloud)

ถือเป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้กันอย่างกว้างขวางซึ่งครูสามารถใช้การอ่านออกเสียงคำบรรยายในหนังสือภาพ หรือเปิดหนังสือภาพช้าๆ ในกรณีที่ใช้หนังสือภาพไร้คำเพื่อให้ภาพทำงานกับความคิดของเด็กนักเรียน ผลจากการอ่านออกเสียงหนังสือภาพที่มีต่อเด็กนักเรียนสร้างคุณค่าและประโยชน์ต่อเด็กนักเรียนและครู⁽⁶⁾ อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างคลังคำศัพท์ การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ครูและผู้ปกครอง นักเรียนจะได้กล่าวชื่นชมโดยครูเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับกับนักเรียนในทางบวกอย่างสม่ำเสมอ และการลดการพูดของครูในการบรรยายสภาพต่างๆ ก็จะช่วยให้นักเรียนออกเสียงมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น^(7,8)

ด้วยความเป็นมาและหลักการที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายในพื้นที่องค์กรบริหารส่วนตำบลผ่านศึก อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นกลุ่มโรงเรียนที่ประสบปัญหาการถดถอยทางการเรียนรู้ เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาให้เป็นโรงเรียนนาร่องการอ่านและได้รูปแบบฯ สู่การขยายผลในโรงเรียนอื่นต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายซึ่งประเมินโดยครูกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบผสมวิธี (mixed method) โดยใช้การออกแบบการพัฒนาวิธีการ (treatment-development design)⁽⁹⁾

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการพัฒนารูปแบบฯ

1.1 กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เชี่ยวชาญสำหรับการตรวจคุณภาพของรูปแบบฯ จำนวน 5 ท่าน แบ่งออกเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการอ่านและการศึกษา จำนวน 4 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ

การพัฒนาการอ่านจำนวน 1 ท่าน ได้มาโดยเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ จำนวน 1 ท่าน การศึกษาพัฒนาการของเด็กวัยรอยเชื่อมต่อการเรียนรู้จำนวน 1 ท่าน และการพัฒนาพื้นฐานความฉลาดรู้ด้านการอ่านออก เขียนได้ จำนวน 2 ท่าน

1.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการอ่านเป็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งลงพื้นที่ปฏิบัติการ ทำงานพัฒนาการอ่าน และการสร้างเครือข่ายการอ่านในชุมชน จำนวน 1 ท่าน

2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการทดลองใช้รูปแบบ

ครูผู้ดูแลเด็ก ครูอนุบาลและครูประถมศึกษาตอนต้นจำนวน 34 คน จาก 9 โรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเด็กอนุบาล จำนวน 403 คน จาก 9 โรงเรียน และนักเรียนประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 163 คน จาก 3 โรงเรียน ได้มาโดยการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกครู ได้แก่ เป็นครูผู้ดูแลเด็ก สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลผ่านศึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ครูอนุบาลและครูประถมศึกษาตอนต้น สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา สระแก้ว เขต 2 ซึ่งอยู่ในพื้นที่ของโครงการวิจัย มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการพัฒนาพื้นฐานความฉลาดรู้ (literacy) คือ การอ่านออก เขียนได้ มีความสนใจในการพัฒนาพื้นฐานความฉลาดรู้ โดยใช้เทคนิคการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพ และสามารถเข้าร่วมในการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมและฝึกปฏิบัติการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพ ประกอบไปด้วย การร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ การวางแผนการดำเนินงานร่วมกับโค้ชการอ่าน (reading coach) และการสะท้อนผลงานการอ่านออกเสียงให้ฟังในชั้นเรียน

ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกเด็กนักเรียน ได้แก่ เป็นเด็กนักเรียนที่อยู่ในวัยรอยเชื่อมต่อการเรียนรู้ (transition ages) อยู่ระหว่างชั้นเตรียมอนุบาลไปยังชั้นอนุบาล และชั้นอนุบาลไปยังชั้นประถมศึกษาตอนต้น มีอายุระหว่าง 2-4 ปี และมีอายุระหว่าง 5-8 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเตรียมพื้นฐานความฉลาดรู้ที่จำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อม เรียนรู้ และพัฒนาในด้านการอ่านออก เขียนได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี จากนั้นศึกษาสภาพการณ์ลงพื้นที่ชุมชน ในเขตพื้นที่โครงการวิจัยและพัฒนาโรงเรียนต้นแบบอ่านสร้างสุข: อ่าน เขียน เรียนรู้อย่างมีความหมาย สมวัยและมีความสุข (อ่าน อาน อ้าน) ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลผ่านศึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว โดยมีประเด็นในการลงพื้นที่ คือ สภาพพื้นฐานความฉลาดรู้ของเด็กนักเรียนหลังภาวะการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จากนั้นสังเคราะห์แนวคิดและหลักการของรูปแบบซึ่งได้ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับการศึกษาสภาพการณ์ ลงพื้นที่ชุมชน ยกวางรูปแบบฯ และใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงานการอ่านโดยการอ่านให้ฟังประกอบข้อมูลเชิงปริมาณ

2. การวิจัยเชิงปริมาณ มีกระบวนการในการดำเนินการวิจัยดังนี้

2.1 ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ โดยใช้แบบประเมินแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale)

2.2 อบรมเชิงปฏิบัติการแก่ครูกลุ่มเป้าหมาย เพื่อฝึกปฏิบัติการและนำเสนอรูปแบบฯ แนะนำหนังสือภาพสำหรับเด็กนักเรียนที่เหมาะสมกับการอ่านออกเสียงให้ฟังฝึกทักษะการอ่านออกเสียงให้ฟัง

2.3 ครูกลุ่มเป้าหมายนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ โดยทำงานร่วมกับโค้ชการอ่าน (reading coach) ตั้งแต่การวางแผนการทำงาน การจัดสภาพแวดล้อม การอ่านออกเสียงให้เด็กนักเรียนฟังตามแผนที่วางไว้ ภายใต้การหนุนเสริมเพื่อให้เกิดเสริมพลังและการเปลี่ยนแปลง โดยครูเป้าหมาย โค้ชการอ่านและคณะผู้วิจัยดำเนินการติดตามระหว่างการทำทดลองใช้ แล้วประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบฯ แบ่งตามวิธีการดำเนินการวิจัยประกอบไปด้วย

1. แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบฯ

มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ เป็นเครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ

2. แบบประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ

แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสะท้อนผลการปฏิบัติงานการอ่าน โดยการอ่านให้ฟังของครู และเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบประเมินการรับรู้หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมอ่านสร้างสุขสำหรับเด็กนักเรียนอนุบาลและศูนย์เด็กเล็กและสำหรับนักเรียนประถมศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (inductive)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

มีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

2.1) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญใช้ การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบด้วยการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2.2) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาประสิทธิภาพการทดลองใช้ หลังการใช้รูปแบบฯ แบ่งออกเป็น การประเมินโดยครูสำหรับนักเรียนอนุบาล และการประเมินโดยครูสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น โดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมาย เทียบกับเกณฑ์หลังการใช้รูปแบบฯ ที่เกณฑ์ผ่านร้อยละ 82.50^(7,8) โดยทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ใช้สถิติทดสอบที (one sample t-test)

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนารูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมาย ในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น

1.1) ผลการศึกษาศภาพการณ์และพื้นที่ของงานวิจัย

พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลผ่านศึก อำเภอรัญ-ประเทศ จังหวัดสระแก้ว ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายในพื้นที่ รับผิดชอบเด็ก

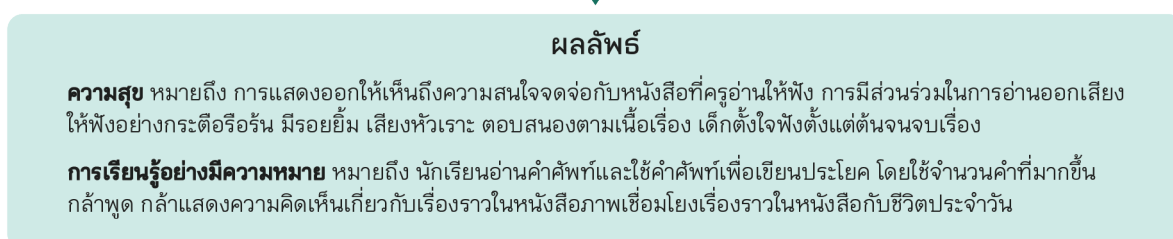
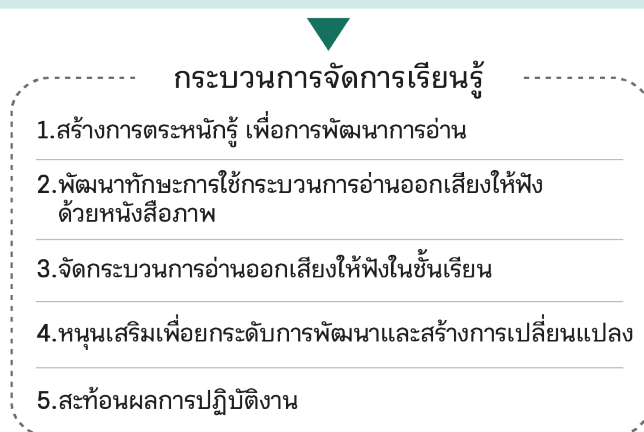
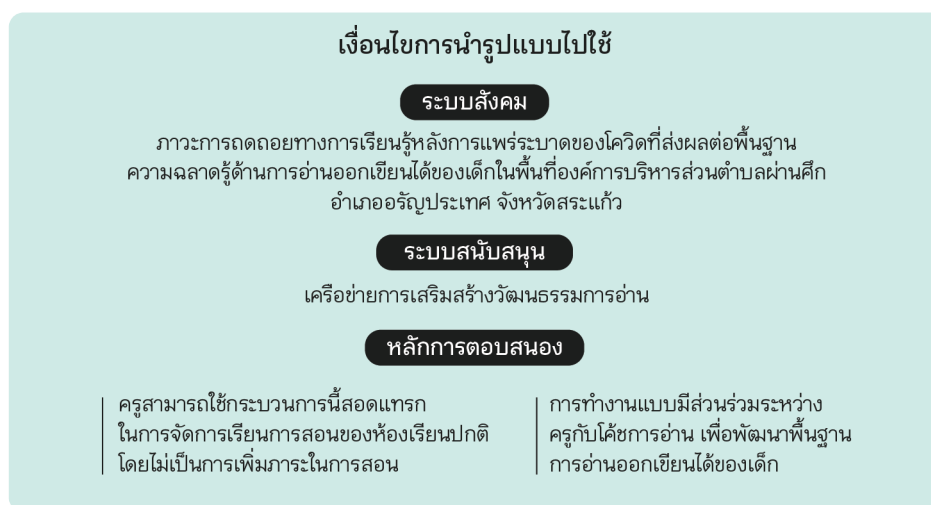
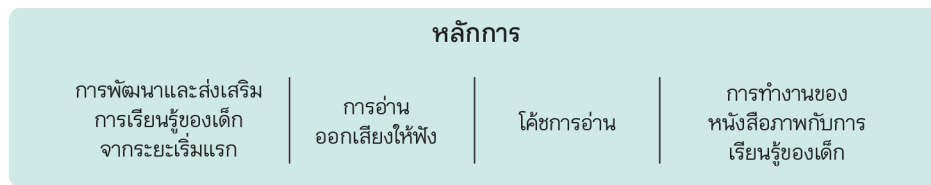
นักเรียนระดับชั้นเตรียมอนุบาลและชั้นอนุบาล 1 สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนตำบลผ่านศึก จำนวน 5 ศูนย์ และโรงเรียนประถมศึกษาซึ่งจัดการเรียนรู้สำหรับนักเรียนระดับชั้นอนุบาล 2 และระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้นจำนวน 3 โรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา สระแก้ว เขต 2 สภาพของโรงเรียนจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อม เรียนรู้และพัฒนาในด้านการอ่านเขียนเรียนรู้ของนักเรียนในปีการศึกษา 2565 พบว่า การจัดการเรียนรู้ทั้งในระดับชั้นเตรียมอนุบาล อนุบาล และประถมศึกษาตอนต้น ประสบสถานการณ์เดียวกัน คือ ความถดถอยทางการเรียนรู้ (learning loss) ด้วยผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนไม่สามารถเปิดทำการเรียนการสอนได้ตามปกติ ในช่วงเวลาดังกล่าวเด็กนักเรียนต้องพึ่งพาการเรียนรู้พื้นฐานความฉลาดรู้โดยผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญ แต่ด้วยสภาพบริบทสังคมและชุมชนเกษตรกรรม ผู้ปกครองส่วนมากในชุมชนไม่มีเวลาในการดูแลและพัฒนาพื้นฐานความฉลาดรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพ

เมื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนเปิดทำการเรียนการสอนตามปกติ ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 ยังคงมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อยู่บ้าง ไม่สามารถจัดกิจกรรมรวมกลุ่มคนจำนวนมากโดยจัดการเรียนการสอนแบบเหลื่อมเวลาในแต่ละระดับชั้นลดเวลาทำกิจกรรม ส่งผลให้การพัฒนาพื้นฐานความฉลาดรู้ของเด็กนักเรียนไม่ต่อเนื่องและในปัจจุบันสถานการณ์มีความคลี่คลายลง เมื่อสถานศึกษาเปิดทำการเรียนการสอนได้ตามปกติ การฟื้นฟูพื้นฐานความฉลาดรู้ด้านการอ่านออก เขียนได้ของเด็กนักเรียนจึงเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของครู จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาเครื่องมือที่ใช้เพื่อฟื้นฟูพื้นฐานความฉลาดรู้ เสริมเพิ่มเติมจากวิธีการสอนปกติ

1.2) รูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น

ผู้วิจัยได้ออกแบบและพัฒนารูปแบบฯ ที่สามารถนำไปใช้ได้กับเด็กนักเรียนทั้งในกลุ่มเด็กปฐมวัย และประถมศึกษาตอนต้น โดยผ่านการยกย่องและการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญ ปรากฏดังแผนผังในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้อย่างมีความสุขและมีความหมาย ในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น



1.2.1) หลักการการพัฒนาและการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กจากระยะเริ่มแรก ซึ่งเป็นทักษะเบื้องต้นในการอ่านเขียนของเด็ก (conventional literacy) ในช่วงการศึกษาปฐมวัยจนถึงระดับประถมศึกษาตอนต้น (อายุตั้งแต่ 3-9 ขวบ) จะเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรม สร้างมโนทัศน์ และทักษะในการรับรู้ด้านภาษาผ่านการพัฒนา ด้านการอ่าน เริ่มต้นหัดเขียน และสร้างองค์ความรู้ทางภาษาเน้นไปที่กระบวนการและกลวิธีสำหรับเด็กนักเรียนในการสร้างความสนใจ กลวิธีการจัดการเรียนรู้และเทคนิคการสร้างพฤติกรรมในการอ่านจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานการสร้างความสำเร็จ การเพิ่มพูนทักษะปฏิบัติ และการวางแผนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เน้นการทำงานร่วมกัน เรียนรู้กับเพื่อนและผู้อื่น

การอ่านออกเสียงให้ฟัง (read aloud) เป็นการเพิ่มจำนวนคลังคำศัพท์ การเข้าใจคำศัพท์จำนวนมากและหลากหลายทำให้เด็กเกิดการพัฒนาความเข้าใจจากการฟัง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการทำความเข้าใจจากการอ่าน ให้เด็กฟัง (read aloud) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ เด็ก ผู้ใหญ่ หนังสือที่ใช้อ่านให้ฟังควรเป็นหนังสือภาพ (picture book) ที่เหมาะสมกับวัยเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวเด็ก มีภาพประกอบดูง่าย ชัดเจน เนื้อหากระชับ เล่าเรื่องด้วยรูปประโยคซ้ำๆ ตัวอักษรไม่มาก ไม่จำเป็นต้องมีอักษรบรรยายภาพหรือเรื่องราวอย่างละเอียด ภาพและเรื่องราวจะต้องเหลือพื้นที่ให้เด็กคิดได้เชื่อมโยงและคาดเดาเรื่องราวได้ด้วยตนเอง วิธีการอ่านออกเสียงให้ฟัง ครูจำเป็นต้องถือหนังสือในลักษณะที่เด็กสามารถดูภาพ หรือสัญลักษณ์ในหนังสือได้ชัดเจนระหว่างฟังข้อความที่ครูอ่าน ครูอ่านให้เด็กฟังตั้งแต่ต้นจนจบเรื่องเพื่อให้เด็กจะได้ฟังและจดจ่อติดตามเรื่องราวในหนังสืออย่างต่อเนื่องไม่สะดุดเป็นช่วงๆ แต่เมื่ออ่านจนจบเรื่องแล้วครูสามารถชวนเด็กๆ พูดคุยโต้ตอบเกี่ยวกับเรื่องที่ฟังจบไปได้

โค้ชการอ่าน คือ ผู้มีประสบการณ์ร่วมกับครูในการจัดการเรียนการสอนหรือกิจกรรมการเรียนรู้ด้านการอ่านให้กับเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผู้ทำงานร่วมกับครูในฐานะเพื่อนที่มีทักษะและประสบการณ์ การเป็นโค้ชการอ่านมีกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติหลากหลาย ทั้งการสังเกตชั้นเรียนและให้การสะท้อนกลับแก่ครู การเป็นผู้อำนวยความสะดวกการเรียนรู้ ช่วยแนะนำครูเกี่ยวกับเทคนิคการอ่านออกเสียง

ให้ฟัง ช่วยครูใหม่ให้วางแผนและจัดการโปรแกรมการอ่านของชั้นเรียนตนเองได้ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของคณะครู รวมไปถึงการจัดให้มีการฝึกอบรมเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในพัฒนาการอ่านของนักเรียน

การทำงานของหนังสือภาพกับการเรียนรู้ของเด็ก หนังสือภาพเป็นหนังสือที่อ่านง่ายเหมาะสำหรับนักอ่านที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการอ่านมากนัก โดยเฉพาะการส่งเสริมการอ่านสำหรับเด็กนักเรียนในวัยเริ่มต้นการพัฒนาพื้นฐานการอ่านออกเขียนได้ ตั้งแต่เด็กเตรียมอนุบาล อนุบาล และนักเรียนประถมศึกษาตอนต้น การอ่านออกเสียงด้วยหนังสือภาพที่ถูกรวบรวมจะส่งผลต่อสมองของเด็กและถือเป็นการฝึกคิดขั้นพื้นฐานและส่งผลต่อการรับรู้ด้านภาษารวมทั้งเพิ่มจำนวนคลังคำศัพท์ให้เด็กโดยอัตโนมัติเมื่อเด็กเติบโตและเรียนในระดับที่สูงขึ้นแล้วก็จะสามารถทำความเข้าใจและรู้ความหมายของคำศัพท์เร็วขึ้น เป็นการเรียนรู้จากบริบทของภาพที่เป็นคลังคำศัพท์ไว้แล้ว ช่วยให้การอ่านออกเขียนได้ของเด็กพัฒนาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

1.2.2) วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้อย่างมีความสุขและมีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและเด็กประถมศึกษาตอนต้น

1.2.3) เงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้
ระบบสังคม สภาพการณ์ถดถอยทางการเรียนรู้หลังการแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ส่งผลต่อพื้นฐานความฉลาดรู้ด้านการอ่านออกเขียนได้ของเด็กในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลผ่านศึก อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

ระบบสนับสนุน เครือข่ายการเสริมสร้างวัฒนธรรมการอ่าน

หลักการตอบสนอง ครูสามารถใช้กระบวนการนี้สอดแทรกในการจัดการเรียนการสอนของห้องเรียนปกติ โดยไม่เป็นการเพิ่มภาระในการสอน และการทำงานแบบมีส่วนร่วมระหว่างครูกับโค้ชการอ่าน เพื่อพัฒนาพื้นฐานการอ่านออกเขียนได้ของเด็ก

1.2.4) กระบวนการ ผู้วิจัยออกแบบกระบวนการของรูปแบบฯ ปรากฏดังแผนภาพต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 สร้างการตระหนักรู้เพื่อการพัฒนาการอ่าน โดยการอ่านกับการแก้ไขปัญหากลดถอยทางการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างวัฒนธรรมการอ่าน และการนำเสนอบทเรียนจากโรงเรียนและชุมชนที่ประสบความสำเร็จ

ขั้นที่ 2 พัฒนากทักษะและความรู้ในการใช้กระบวนการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพ โดยเน้นความรู้เกี่ยวกับหนังสือภาพกับการอ่านออกเสียงให้ฟัง ฝึกการอ่านออกเสียงให้ฟัง และการจัดกระบวนการอ่านออกเสียงในชั้นเรียน

ขั้นที่ 3 จัดกระบวนการอ่านออกเสียงให้ฟังในชั้นเรียน โดยการจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศเพื่อส่งเสริมการอ่าน คุรุปฏิบัติกรอ่านออกเสียงให้ฟังและจัดทำบันทึกรายการหนังสือและความถี่ในการอ่านอย่างสม่ำเสมอ และประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเด็กนักเรียน ทั้งความสุข ความสนใจและความก้าวหน้าทางภาษาผ่านการสังเกตโดยครู

ขั้นที่ 4 หนุนเสริมเพื่อยกระดับการพัฒนาและสร้างการเปลี่ยนแปลง โดยติดตาม สนับสนุนและช่วยเหลือติดตาม สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะ เทคนิควิธีเชิงวิชาการ โดยโค้ชการอ่าน สนับสนุนชุดหนังสือตามลำดับกิจกรรม และจัดพื้นที่หรือเวทีในการแสดงผลงานเพื่อกระตุ้นและสร้างการมีส่วนร่วมผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ขั้นที่ 5 สะท้อนผลการปฏิบัติงานการอ่านออกเสียงให้ฟังระหว่างครูและโค้ชการอ่านโดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการและผลลัพธ์ให้ฟังระหว่างทาง และสะท้อนผลเพื่อประเมินการเรียนรู้หลังจากใช้กระบวนการ

1.2.5) ผลลัพธ์

การเรียนรู้อย่างมีความสุข หมายถึง การแสดงออกให้เห็นถึงความสนใจจดจ่อกับหนังสือที่ครูอ่านให้ฟัง การมีส่วนร่วมในการอ่านออกเสียงให้ฟังอย่างกระตือรือร้น มีรอยยิ้ม เสียงหัวเราะ ตอบสนองตามเนื้อเรื่อง เด็กตั้งใจฟังตั้งแต่ต้นจนจบเรื่อง โดยมีพฤติกรรมการเรียนรู้ที่มีความสุขของนักเรียนหลังจากการอ่านออกเสียงให้ฟัง ประกอบด้วย

1) เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมบ่งชี้ ได้แก่ การให้ความสนใจและนั่งประจำที่เมื่อครูอ่านหนังสือให้ฟัง มีอารมณ์ร่วม รอยยิ้ม หัวเราะ หรือภาคภูมิใจตามเรื่องราวและตัวละครในหนังสือ มีทักษะ การฟังโดยตั้งใจฟังตั้งแต่ต้นจนจบเรื่อง และมีส่วนร่วมในการอ่านออกเสียงให้ฟังอย่างกระตือรือร้น มีการพูดคุยและซักถามเกี่ยวกับเนื้อเรื่องในหนังสือภาพหลังจบกระบวนการอ่านออกเสียงให้ฟัง

2) นักเรียนประถมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมบ่งชี้ ได้แก่ นักเรียนมีความสนใจจดจ่อกับหนังสือที่ครูอ่าน

ให้ฟัง โดยให้ความสนใจ ชอบ และเรียกร้องให้ครูอ่านหนังสือเรื่องใหม่ๆ ให้ฟัง สนใจอ่านหนังสือที่มีภาพประกอบเข้าใจอารมณ์ที่ตัวละครถ่ายทอด มีอารมณ์ร่วมกับตัวละคร มีรอยยิ้ม และเสียงหัวเราะ มีความต้องการให้ครูอ่านหนังสือให้ฟังทุกสัปดาห์ มีทักษะการฟังโดยตั้งใจฟังตั้งแต่ต้นจนจบเรื่อง สามารถจดจำตัวละครและเรื่องราวในหนังสือที่อ่านได้ และมีส่วนร่วมในการอ่านออกเสียงให้ฟัง อย่างกระตือรือร้น มีการพูดคุยและซักถามเกี่ยวกับเนื้อเรื่องในหนังสือภาพ พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวในหนังสือภาพกับเพื่อนหลังครูอ่านให้ฟัง ลงมือทำกิจกรรมหลังการอ่านด้วยความตั้งใจ

3) การเรียนรู้อย่างมีความหมาย หมายถึง การอ่าน คำศัพท์และใช้คำศัพท์เพื่อเขียนประโยคโดยใช้จำนวนคำที่มากขึ้น กล่าวพูดกล้าแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องราวในหนังสือภาพ เชื่อมโยงเรื่องราวในหนังสือกับชีวิตประจำวันของเด็กและนักเรียน โดยมีพฤติกรรมการเรียนรู้ที่มีความหมายของนักเรียนหลังจากการอ่านออกเสียงให้ฟัง ประกอบด้วย

- เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมบ่งชี้ ได้แก่ การอ่าน คำศัพท์ได้มากขึ้น กล่าวพูดและแสดงความคิดเห็น ใช้คำศัพท์เพื่อเขียนประโยคได้ยาวขึ้น เชื่อมโยงเหตุการณ์กับเรื่องราวในชีวิตประจำวัน สร้างเรื่องราวและปะติดปะต่อจากคำศัพท์ที่ได้ฟัง สนใจหนังสือมากขึ้น หยิบหนังสือที่สนใจมาให้อ่านให้ฟัง สามารถหยิบและจับหนังสือด้วยท่าทางที่ถูกต้อง ใช้หนังสืออย่างทะนุถนอม และขอยืมหนังสือกลับไปอ่านที่บ้าน

- นักเรียนประถมศึกษาตอนต้นมีพฤติกรรมบ่งชี้ ได้แก่ การเรียนรู้และอ่านคำศัพท์ได้มากขึ้น ได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ จากการอ่านหนังสือให้ฟัง กล่าวพูดและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องราว ในหนังสือภาพ เชื่อมโยงเหตุการณ์ในหนังสือกับเรื่องราวในชีวิตประจำวัน สนใจที่จะอ่านหนังสือเพิ่มมากขึ้น หยิบหนังสือมาอ่านด้วยตนเองหรืออ่านกับเพื่อนในชั้นเรียน เริ่มต้นการอ่านด้วยตนเอง สร้างเรื่องราวและปะติดปะต่อจากคำศัพท์ที่ได้ฟัง มีความต้องการยืมหนังสือกลับบ้านที่บ้าน มีการนำเรื่องราวในหนังสือภาพที่ได้ฟังไปพูดคุยกับผู้ปกครองหรือบุคคลอื่นๆ

1.3) ผลการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ

ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ ซึ่งผลการตรวจสอบคุณภาพสรุปได้ว่ารูปแบบมีความเหมาะสมในภาพรวมในระดับมากที่สุด

(mean=3.77, SD=0.09) โดยรายการประเมินทุกข้อ คำถามมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ซึ่งความเหมาะสมด้านความชัดเจนของหลักการอ่านออกเสียงให้ฟังและความชัดเจนของกระบวนการในรูปแบบฯ มีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่สุด (mean=4.00, SD=0.00)

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น

2.1) ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายสำหรับเด็กเตรียมอนุบาลและอนุบาล หลังการใช้รูปแบบเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 82.50

จากการใช้รูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุข และมีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น แสดงผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 1 โดยพบว่า เด็กนักเรียนเตรียมอนุบาลและระดับชั้นอนุบาล จำนวน 403 คน มีความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายจากการประเมินโดยครูสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 82.50 ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) ในระดับมาก (Cohen's d=5.73)

2.2) ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น หลังการใช้รูปแบบเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 82.50

จากการใช้รูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุข และมีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น แสดงผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 2 โดยพบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 163 คน มีความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายจากการประเมินโดยครูสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 82.50 ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขนาดอิทธิพล (effect size) ในระดับมาก (Cohen's d=6.89)

2.3) ผลการสะท้อนผลการปฏิบัติงานการอ่านโดยการอ่านให้ฟังของครู

การสนทนากลุ่มหลังการปฏิบัติงานการอ่านโดยการอ่านให้ฟังของครู สรุปได้ว่า การอ่านออกเสียงให้ฟังช่วยให้เด็กและนักเรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีความสุข บรรยากาศของชั้นเรียนสร้างการเปลี่ยนแปลงให้ตัวเด็กปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาตอนต้นที่เข้าร่วมโครงการ ดังตัวอย่างข้อมูลการถอดบทสนทนาจากการสนทนากลุ่มดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าที เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายสำหรับเด็กเตรียมอนุบาลและอนุบาล หลังการใช้รูปแบบเทียบกับเกณฑ์

การประเมิน	คะแนนเต็ม	mean	SD	เกณฑ์ร้อยละ 82.50	df	t	p	Cohen's d
หลังการใช้รูปแบบ	40	34.26	0.22	33	402	5.806	<0.001	5.73

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ค่าที เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นหลังการใช้รูปแบบเทียบกับเกณฑ์

การประเมิน	คะแนนเต็ม	mean	SD	เกณฑ์ร้อยละ 82.50	df	t	p	Cohen's d
หลังการใช้รูปแบบ	90	70.41	0.64	66	162	6.869	<0.001	6.89

“เด็กชอบ วันไหนครูไม่ได้อ่านเด็กทวงเลย ทำไมวันนี้ไม่อ่านหนังสือให้ฟังละ นั้น...แบบนั้นเลย ครูก็ชอบอ่านนะ เด็กก็ชอบฟัง สนุก เด็กมีสมาธิมาก รู้จักคำศัพท์มาก เอาคำศัพท์มาใช้ด้วย เด็กเปลี่ยนแปลงไปมาก ครูอ่านเสียงเบาๆ เด็กก็จะค่อยๆ เบาๆ ลง แต่เด็กเงยบะเวลาฟังครูอ่านหนังสือ”

ครู ก. สทนากลุ่มเมื่อ 7 เมษายน พ.ศ. 2566

“เด็กได้ฟังคำเยอะมาก พูดเก่งขึ้น กล้าพูดมากขึ้น เด็กที่ไม่กล้าพูดก็กล้าพูดมากขึ้น กล้าได้ตอบ กล้าท้าทายครู เดินผ่านกันตรงไหนก็พูดก็เรียก ไม่น่าเชื่อจริงๆ”

ครู ข. สทนากลุ่มเมื่อ 7 เมษายน พ.ศ. 2566

ส่วนประเด็นของการเรียนรู้อย่างมีความหมายพบว่า หลังจากการใช้รูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังโดยครู เด็กนักเรียนสามารถเชื่อมโยงเนื้อหาและประสบการณ์จากหนังสือภาพไปใช้ในชีวิตจริง และรูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังยังช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนและแก้ไขปัญหาด้านการอ่านออกเขียนได้อย่างชัดเจนอีกด้วย ดังตัวอย่างข้อมูลการถอดบทสนทนาจากการสนทนากลุ่มดังต่อไปนี้

“ผมว่าเด็กสนใจหนังสือมากกว่าการที่เขาต้องอ่านเอง สังเกตว่าเด็กๆ จะเลียนแบบครู ครูเป็นตัวแบบในการอ่าน เขาเห็นครูอ่านให้ฟัง พออ่านจบ เด็กก็เริ่มหยิบหนังสือมาอ่านเองบ้าง เด็กเขียนได้มากขึ้นด้วยครับ จากเมื่อก่อนเขียนได้เป็นคำๆ เดียวนี้เขียนได้ยาวขึ้น ใช้คำศัพท์มากขึ้น มีคำขยาย มีคำเชื่อม ใช้คำศัพท์หลากหลาย ผมว่าเขาเขียนเก่งนะ ด้วยความที่หนังสือภาพมันอ่านง่ายและเข้ากับชีวิตประจำวันด้วย มีเรื่องแปรงฟัน เรื่องการเล่น เด็กก็เชื่อมโยงกับชีวิตเขาได้เองด้วยครับ”

ครู จ. สทนากลุ่มเมื่อ 7 เมษายน พ.ศ. 2566

การอ่านอย่างมีความสุขและการอ่านอย่างมีความหมายที่เกิดขึ้นกับนักเรียนเป็นผลมาจากรูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพที่พัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน หัวใจสำคัญของกระบวนการอ่านออกเสียงให้ฟังที่ประสบความสำเร็จจะต้องเน้นไปที่ความถี่ในการอ่าน คุณภาพของหนังสือภาพ และกระบวนการอ่านออกเสียงให้ฟังที่ถูกวิธี รวมไปถึงการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดระหว่างครูกับโค้ชการอ่าน ดังตัวอย่างการสนทนากลุ่ม ดังนี้

“ระยะแรก ครูยังไม่เข้าใจว่าโครงการฯ แนะนำให้อ่านทุกวัน วันละ 3 ถึง 4 รอบ ในแต่ละรอบอ่านซ้ำเล่มเดิม

3 เล่ม กลับกลายเป็นครูอ่านวันละ 3 รอบก็จริง แต่อ่านรอบละ 1 เล่มเท่านั้น และหยิบหนังสืออื่นที่มีอยู่เดิม ซึ่งเนื้อหายากตัวหนังสือเยอะ ภาพซับซ้อน เด็กจึงไม่สนใจ ทำให้ครูต้องไปใช้วิธีเดิมคืออธิบาย สอดแทรก และกำกับให้เด็กนั่ง ฟังครูอยู่ตลอดเวลาเช่นเดิม เมื่อวิทยากร (โค้ชการอ่าน) ลงพื้นที่ติดตามและแนะนำซ้ำอีกครั้ง รวมถึงลงมือปฏิบัติเป็นตัวอย่างในครูเห็น ครูจึงมีวิธีคอยสังเกตเด็กและเริ่มอ่านออกเสียงอีกครั้งเมื่อเข้าร่วมโครงการเข้าสู่เดือนที่ 2 พบว่า เด็กเปลี่ยนไปเยอะมากๆ เปลี่ยนจริงจากที่ก่อนเราเล่าไป อธิบายไป สอนไป แนะนำไปด้วยกว่าจะผ่านไปแต่ละหน้ากินเวลานานมาก คือเราตั้งใจสอนเด็กอย่างเดียว เด็กฟังบ้างไม่ฟังบ้าง เจี้ยวจ้าวไปด้วยเดี๋ยวนี้อ่านอย่างเดียวตามวิธีที่วิทยากรสอน ไม่แทรก ไม่ชี้หน้าเด็กๆ ฟังกัน นั่งเลย ปรากฏว่ามีสมาธิมากกว่าแบบเดิมเสียอีก พอว่างเด็กก็มาจับหนังสือดูกัน ครูก็เหนื่อยน้อยลง”

ครู อ. สทนากลุ่มเมื่อ 7 เมษายน พ.ศ. 2566

วิจารณ์

1. การพัฒนารูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบที่มีความเหมาะสมในภาพรวมในระดับมากที่สุด (mean=3.77, SD=0.09) โดยองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้รูปแบบ ประสบความสำเร็จคือ คุณภาพของหนังสือภาพที่สามารถสื่อสารและบอกเล่าเรื่องราวที่สนุกสนานได้ผ่านองค์ประกอบสำคัญคือการเล่าเรื่องโดยภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของ Martinez & Harmon ที่อธิบายว่าหนังสือภาพที่สมบูรณ์มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ ที่มาของปัญหาหรือเรื่องราว ความพยายามในการแก้ปัญหาและผลที่ตามมา ซึ่งหนังสือภาพที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัยถึงนักเรียนประถมศึกษาตอนต้นเป็นหนังสือที่ใช้ภาพประกอบเป็นบทบาทสำคัญในการเล่าเรื่อง และความถี่ในการอ่านหนังสือภาพจะช่วยให้เด็กนักเรียนเชื่อมโยงประสบการณ์ในการอ่านและทำความเข้าใจเรื่องราว ในการฟังการอ่านออกเสียงแต่ละครั้งผ่านการตีความภาพกับข้อความ หนังสือภาพจึงเป็นสื่อที่มีเสน่ห์และเกิดการตีความที่หลากหลายได้ ในการอ่านแต่ละครั้ง

ผู้อ่านจะได้ประสบการณ์ที่แตกต่างกัน⁽¹⁰⁾ การเรียนรู้ย่อมมีความสุขที่เกิดจากรูปแบบ สอดคล้องกับเป้าหมายของการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ครูและเด็กนักเรียนได้ใช้เวลาร่วมกันในการเรียนรู้ผ่านเรื่องราวและการดำเนินเรื่องของตัวละครที่น่าสนใจ ในหนังสือภาพสร้างแรงบันดาลใจให้กับเด็กนักเรียนและครูผู้อ่านเกิดความบันเทิง เป็นการสร้างสายสัมพันธ์เพื่ออธิบายเรื่องราวและตัวละครในหนังสือภาพ และกระตุ้นความอยากรู้อยากเห็น⁽⁶⁾ ส่วนการเรียนรู้ที่มีความหมายที่เกิดขึ้นจากการทดลองใช้รูปแบบเกิดขึ้นเพราะการอ่านออกเสียงให้ฟังจากหนังสือภาพช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ เพิ่มพูนคลังคำศัพท์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pyle & Danniels⁽¹¹⁾ ที่ได้ทดลองพัฒนาตัวแบบในการให้การยินยอมในการทำวิจัยของเด็กโดยใช้รูปแบบตัวแบบยินยอมที่เป็นรูปแบบของหนังสือภาพเพื่อใช้กับเด็กวัยอนุบาลแล้วพบว่า เด็กจะสามารถเข้าใจข้อความและศัพท์ด้านการวิจัยที่ยากได้มากขึ้น เมื่อจับคู่กับรูปภาพ บวกกับการมุ่งเน้นในการใช้ภาษาที่ง่าย ทำให้เกิดความเข้าใจในการยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ทั้งยังช่วยให้นักวิจัยสามารถศึกษาวิจัยได้สะดวกสบาย การทำวิจัยยังช่วยให้เห็นถึงการใช้หนังสือภาพเพื่อสื่อสารข้อมูลแก่นักเรียนที่เป็นเด็กเล็ก เพราะหนังสือภาพช่วยให้เด็กเล็กสามารถแปลข้อมูลจากหนังสือสู่โลกแห่งความเป็นจริงได้ดีขึ้นเมื่อมีภาพประกอบมีความสมจริง

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมาย ในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น

จากการใช้รูปแบบการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพเพื่อสร้างการเรียนรู้ที่มีความสุข และมีความหมายในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษาตอนต้น โดยเด็กนักเรียนชั้นเตรียมอนุบาลและอนุบาล จำนวน 403 คน มีความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายจากการประเมินโดยครูสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 82.50 ที่กำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 163 คน มีความสามารถในการเรียนรู้ที่มีความสุขและมีความหมายจากการประเมินโดยครูสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 82.50 ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้กับกลุ่มนักเรียนช่วงรอยต่อ

การเรียนรู้ทั้งเด็กปฐมวัยและนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ให้เกิดการเรียนรู้ที่มีความสุขและการเรียนรู้ที่มีความหมาย เป็นไปตามเกณฑ์ร้อยละ 82.50 ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการพัฒนาความเข้าใจในการอ่านออกเขียนได้ผ่านการกระตุ้นการเรียนรู้ด้วยหนังสือภาพ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้โมเดลการตอบสนองของ Sipe⁽¹²⁾ ซึ่งได้มีการคัดเลือกหนังสือภาพ การกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งส่วนใหญ่จากการประยุกต์ใช้โมเดลทำให้ได้จุดตัดของคะแนนที่ระดับ 82.50 ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการคิดเชิงลึกของเด็กและความเข้าใจในการอ่านออกเขียนได้ถูกพัฒนาขึ้นได้ด้วยการอ่านออกเสียงให้ฟังจากหนังสือภาพ รวมไปถึงการเลือกใช้อุปกรณ์ประกอบศิลปก็จะช่วยกระตุ้นความคิดและความกระตือรือร้นในการอ่านของเด็กได้เช่นเดียวกัน⁽⁷⁾ อีกทั้งรูปแบบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีการกำหนดให้โค้ชการอ่านได้แนะนำให้ครูมีการจัดการพูดคุย แลกเปลี่ยน อภิปรายกับนักเรียนหลังจากจบกิจกรรมการอ่านออกเสียงจากหนังสือภาพแต่ละครั้ง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการอ่านออกเสียงผ่านกิจกรรมคำศัพท์ โดยการวิจัยนี้ได้มีการศึกษาอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ของการอ่านออกเสียงร่วมกับการจัดกิจกรรมอื่นๆ เพิ่มเติม ซึ่งพบว่า การจัดกิจกรรมการอ่านออกเสียงร่วมกับการจัดกิจกรรมอื่นๆ เพิ่มเติมนั้นช่วยส่งผลให้นักเรียนสามารถจดจำและท่องคำศัพท์ได้มากกว่าการอ่านออกเสียงเพียงอย่างเดียว⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นช่วยแก้ปัญหาการถดถอยทางการเรียนรู้ด้านการอ่านได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีการศึกษาสภาพการณ์และบริบทในเชิงคุณภาพเพื่อให้ข้อมูลมีความอึดตัวเพียงพอต่อการพัฒนารูปแบบ ในการพัฒนารูปแบบให้ประสบความสำเร็จจึงต้องศึกษาบริบทชุมชนก่อน

2. การประสานงานเครือข่ายระหว่างโค้ชการอ่านและครู รวมทั้งการหนุนเสริมจากแผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน บริหารงานโดย มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และอาจารย์มหาวิทยาลัยจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในกระบวนการทำงานและนำรูปแบบไปทดลองใช้ให้เกิดประสิทธิผลแก่เด็กและนักเรียน การทำงาน

ด้านการอ่านจึงต้องอาศัยระบบเครือข่ายและการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปทดลองขยายผลในโรงเรียนทั้งที่มีบริบทพื้นที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการทดลองกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบนั้น เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวเป็นงานวิจัยเชิงพื้นที่ ซึ่งกำหนดพื้นที่ในการวิจัยเป็นการศึกษาในโรงเรียนนำร่อง (sandbox school) มุ่งเน้นศึกษาวิจัยการพัฒนากระบวนการอ่านออกเสียงให้ฟังด้วยหนังสือภาพและเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบอ่านสร้างสุข: อ่าน เขียน เรียนรู้อย่างมีความหมาย สมวัยและมีความสุข (อ่าน อาาน อ้าน) ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลผ่านศึก อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว โดยแผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน บริหารงานโดย มูลนิธิสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นผู้ริเริ่มสร้างภาคีเครือข่าย และได้รับความร่วมมือจากสำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา (สำนัก 11) และคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยมุ่งเป้าหมายเพื่อพัฒนาการอ่านออกเขียนได้และการเรียนรู้จากหนังสือภาพในทุกกระดับ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. ถอดบทเรียนการแก้ไขภาวะถดถอยทางการเรียนรู้ (learning loss). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ; 2565.
2. อธิพัทธ์ สุวาทันพรกุล, อรุณา เจริญสุข, มนต์ตา ตูลย์เมธาการ, พนิดา ศุภนตนาถ, ชวภณ สารข้าวคำ. การศึกษาภาวะถดถอยทางการเรียนรู้ของผู้เรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานในสถานการณ์โควิด-19: สภาพการณ์ บทเรียน และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ; 2565.
3. Danowski J, Robinson T. The portrayal of older characters in popular children's picture books in the US. *Journal of Children and Media* 2012;6;333-50.
4. Ciecierski L, Nageldinger J, Bintz W, Moore S. New perspectives on picture books. *Athens Journal of Education* 2017;4:123-36.
5. ระพีพรรณ พัฒนาเวช. การเลือกหนังสือภาพสำหรับเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [สืบค้นเมื่อ 25 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.taiwisdom.org/rpartcl>
6. อสมพร โคเมื่อง. พลังแห่งการอ่านออกเสียง. กรุงเทพมหานคร: บุ๊คสเคป; 2562.
7. Braid C, Finch B. "Ah, I know why...": children developing understandings through engaging with a picture book. *Literacy* 2015;49:115-22.
8. Silverman R, Crandel JD, Carlis L. Read aloud and beyond: the effect of read aloud extension activities on vocabulary in head start classrooms. *Early Education and Development* 2013;24:98-122.
9. ภัทราวดี มากมี. การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยผสมวิธี. *วารสารสมาคมนักวิจัย* 2560;21(2):19-31.
10. Martinez M, Harmon J. Picture/text relationships: an investigation of literary elements in picture books. *Literacy Research and Instruction* 2012;51:323-14.
11. Pyle A, Danniels E. Using a picture book to gain assent in research with young children. *Early Child Development and Care* 2016;186:1438-52.
12. Sipe LR. Storytime: young children's literacy understanding in the classroom. New York. Teachers College Press; 2008.

Development of Read-aloud Model Using Picture Tale Books to Enhance Joyful and Meaningful Learning Process in Early Childhood and Lower Elementary School Students: a Case Study of Sand-box Schools

Rungrong Sommirt¹, Ruj Luecha¹, Thammachot Aeamtussana¹, Nantina Nilayon²,
Wanphen Pratoomtong¹, Kanika Pongpanstaporn¹

¹Faculty of Education, Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand

²Freelance Researcher

Abstract

During the COVID-19 crisis, there has been a regression in the learning process among students in early childhood education through early elementary levels. Basic reading and writing skills have been affected. This research aimed to develop and study the effectiveness of a read-aloud model using picture books to create joyful and meaningful learning experiences for preschool and early elementary students in the pilot schools of the “Reading for Happiness” prototype school development project. The project was implemented by the Subdistrict Administration Organization of Pan Suek, Aranyaprathet, Sa Kaeo, through the Thai Health Promotion Foundation funding support. The target group consisted of 34 caretakers, 403 preschool students, and 163 early elementary students from 9 schools. Qualitative data collection for the development of the prototype model was conducted through content analysis. Quantitative data were collected through quality assessment of the model, analyzed using mean and standard deviation. The effectiveness of reading comprehension was also studied through questionnaires and analyzed using t-test for a single population compared with a standard criteria. The research findings revealed that: (1) the developed read-aloud model using picture books to create joyful and meaningful learning experiences consisted of five stages: raising awareness for reading development, developing skills for reading-aloud using picture books, implementing read-aloud in the classroom, providing support to enhance development and create change, and reflecting on the implementation. The content analysis conducted by experts yielded highly accurate results (mean=3.77, SD=0.06). (2) Preschool students had a significantly higher self-assessment of their ability to learn happily and meaningfully compared to the criterion of 82.50% at a statistical significance level of 0.05 with a large effect size and early elementary students had a significantly higher self-assessment of their ability to learn happily and meaningfully compared to the criterion of 82.50% at a statistical significance level of 0.05 also with a large effect size. This research collaborated with reading coach and teachers, and also enhanced by Reading Culture Enrichment Programmed and university lecturers to foster reading model and process into effective practice for kids. Functional reading model should require networking and closely working together.

Keywords: read-aloud; picture books; joyful learning; meaningful learning

สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ: การสังเคราะห์พันธกิจ หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) ของคณะสงฆ์ไทย

ธานี สุวรรณประทีป¹, วุฒินันท์ กันทะเตียน²

¹ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตบาฬีศึกษาพุทธโฆส จังหวัดนครปฐม

² คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ เป็นแนวคิดที่ตั้งอยู่บนฐานของหลักธรรมสำคัญคือ “ไตรสิกขา” ซึ่งเป็นกระบวนการดำเนินชีวิตที่เรียกว่าชีวิต 3 แดน คือ ชีวิตแดนศีล จิต และปัญญา และเมื่อนำไปสู่ภาคปฏิบัติตามพันธกิจของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) จึงเป็นการผสมผสานหรือหลอมรวมเข้าให้เป็นเนื้อเดียวกันอย่างมีคุณภาพ การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยภายใต้โครงการการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธตามพันธกิจหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) ของคณะสงฆ์ไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธจากโครงการของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลต้นแบบของคณะสงฆ์ไทย โดยใช้วิธีวิจัยเอกสาร ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่คณะสงฆ์ดำเนินการตามพันธกิจทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านศีลธรรมและวัฒนธรรม (2) ด้านสุขภาพอนามัย (3) ด้านสัมมาชีพ (4) ด้านสันติสุข (5) ด้านศึกษาสงเคราะห์ (6) ด้านสาธารณสงเคราะห์ (7) ด้านกตัญญูกตเวทิตาธรรม และ (8) ด้านสามัคคีธรรม สามารถส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธได้ทั้ง 3 องค์ประกอบคือ ไตรสิกขา หรือการดำเนินชีวิต 3 แดน แต่พันธกิจ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสันติสุข ด้านศึกษาสงเคราะห์ และด้านกตัญญูกตเวทิตาธรรม ยังมีกิจกรรมรองรับน้อยกว่าด้านอื่น จึงเป็นข้อเสนอแนะว่าคณะสงฆ์ควรมีการทบทวนและออกแบบกิจกรรมให้ตอบโจทย์พื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ; พันธกิจ; หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล; คณะสงฆ์ไทย

วันรับ: 16 มิ.ย. 2566

วันแก้ไข: 26 ก.ค. 2566

วันตอบรับ: 31 ก.ค. 2566

บทนำ

สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ คือ การบูรณาการหลักไตรสิกขาเข้ากับการดำเนินชีวิต ที่อยู่ร่วมกับระบบใหญ่ คือ ระบบชีวิตแห่งธรรมชาติ ระบบชีวิตกับสังคมยุคไอที ซึ่งเป็นแนวคิดที่สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตฺโต) วิเคราะห์ไว้ โดยให้มุมมองของพระพุทธศาสนาเป็นสำคัญ⁽¹⁾ กล่าวคือ ให้พินิจเพ่งไปถึงต้นเหตุของปัญหา โดยเฉพาะปัญหาของมนุษย์ในยุคนี้ คือ มนุษย์ สิ่งแวดล้อม และสังคม ซึ่งอยู่ในระบบใหญ่เดียวกันแต่ไม่สัมพันธ์ประสานกลมกลืนกัน

ขัดแย้งกัน สุขภาวะของมนุษย์จึงขาดหายไป การที่สุขภาพของมนุษย์ไปสัมพันธ์กับระบบใหญ่ เป็นเรื่องที่ต้องเข้าใจชีวิตที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม หรือส่วนที่เป็นมนุษย์ด้วยกัน แต่การจะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยส่วนประกอบสำคัญเป็นตัวกำกับ กล่าวคือ จิตใจ ซึ่งเป็นเรื่องของเจตจำนงหรือเจตนา โดยการพัฒนาไปสู่สุขภาวะที่พึงประสงค์ได้ด้วยการบริหารจัดการจิตให้มีภาวะเป็นเชิงบวก ให้มีสภาพจิตที่ประกอบด้วย 3 ลักษณะ กล่าวคือ มีคุณภาพจิต มีสมรรถภาพจิต และมีสุขภาพจิต ระบบ

ความสัมพันธ์ของการดำเนินชีวิตจะยังไม่สมบูรณ์ได้จนกว่าจะบูรณาการส่วนที่เป็นปัญหา คือ ส่วนที่จะขยายความสัมพันธ์ให้กว้างขวางและได้ผลเพิ่มขึ้น เป็นความสามารถที่จะพิจารณาและมองเห็นทิศทางการดำเนินการหรือแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเข้าใจเหตุผล แยกแยะเหตุปัจจัย จนกลายเป็นปัญหาสว่างโพล่งตลอดสายการใช้ชีวิตได้ โดยเรียกคุณลักษณะของส่วนประกอบเหล่านี้ว่าแดนชีวิต 3 แดน ได้แก่ (1) แดนศีล ซึ่งเป็นส่วนสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมมนุษย์ (2) แดนจิต/สมาธิ ซึ่งเป็นขั้นการพัฒนาให้จิตมีคุณภาพ สมรรถภาพ และสุขภาพ และ (3) แดนปัญญา ที่เป็นขั้นพัฒนา 2 ขั้นแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจเหตุปัจจัยและทิศทางการใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข และเรียกว่าสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ⁽¹⁾

สุขภาวะองค์รวมที่หมายถึงการบูรณาการด้วยหลักไตรสิกขานั้น เป็นหลักการสำคัญที่คณะสงฆ์ไทยได้ดำเนินการมาในรูปแบบต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความสุข สันติ มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม และถูกต้องตามทำนองคลองธรรม หน่วยงานที่เรียกว่า “หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.)” เป็นหน่วยงานที่เบิกทางการเสริมสร้างความสุขให้ประชาชนในนามองค์กรมาเป็นระยะเวลายาวนาน และเป็นการดำเนินงานที่ฉีกแนวจากจารีตเดิม ที่ไม่เพียงให้ประชาชนรับฟังแต่พระธรรมเทศนา ฟังการบรรยายธรรมเท่านั้น แต่เป็นการทำงานเชิงรุก เริ่มก่อรูปขึ้นตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2518 โดยดำริของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ฟื้น ชุตินฺธรมหาเถร) อดีตกรรมการมหาเถรสมาคม วัดสามพระยา กรุงเทพมหานคร ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบมหาเถรสมาคมว่าด้วยการตั้งหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล พ.ศ. 2518 โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 18 แห่งพระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2505⁽²⁾ มีเป้าหมายสำคัญคือเพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อพระสงฆ์ และฝ่ายประชาชน โดยเฉพาะในฝ่ายประชาชนนั้น ควรดำเนินงานให้ได้ศักยภาพใน 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านกำลังกาย (2) ด้านกำลังความรู้ (3) ด้านกำลังใจ และ (4) ด้านกำลังทรัพย์ ซึ่งเท่ากับเป็นการทำหน้าที่ฝ่ายสงฆ์ ทั้งในแง่การทำให้พระพุทธศาสนามั่นคง พร้อมกันนั้น ยังเป็นการทำให้วัดเป็นศูนย์กลางของประชาชนทำให้วัดมีความสำคัญในสายตาของประชาชนทั่วไป ดังที่สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ฟื้น ชุตินฺธรมหาเถร) ผู้ก่อตั้งปรารภไว้คือ (1) เป็นปรารภ

ปกป้องพระพุทธศาสนา (2) เป็นการรักษาสังฆมณฑล และ (3) ป้องกันความอัปมงคลของวัดวาอาราม⁽³⁾

หน่วย อ.ป.ต. มีพันธกิจสำคัญ 8 ด้าน พันธกิจทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านศีลธรรมและวัฒนธรรม (2) ด้านสุขภาพอนามัย (3) ด้านสัมมาชีพ (4) ด้านสันติสุข (5) ด้านศึกษาสงเคราะห์ (6) ด้านสาธารณสงเคราะห์ (7) ด้านกตัญญู-กตเวทิตาธรรม และ (8) ด้านสามัคคีธรรม ซึ่งคณะสงฆ์ได้ดำเนินการในระยะแรกอย่างเข้มแข็ง การปฏิบัติงานตามพันธกิจข้างต้นได้ขาดช่วงไประยะหนึ่ง กระทั่งคณะสงฆ์ได้เล็งเห็นความสำคัญในการพลิกฟื้นและสานต่ออย่างจริงจังและต่อเนื่อง อีกทั้งได้รับการสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ดำเนินโครงการกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพคณะสงฆ์ทั่วภูมิภาค และจัดทำคู่มือและแบบรายงานของ อ.ป.ต. ขึ้นมา มีการพัฒนาเครือข่าย การดำเนินกิจกรรมเป็นระยะๆ⁽⁴⁾ เพื่อติดตามเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพการทำงานพื้นที่ของคณะสงฆ์ร่วมกับภาคีทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชนอย่างต่อเนื่อง เช่น การดำเนินโครงการพัฒนาเครือข่ายองค์กรสุขภาวะ วิถีพุทธเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นกิจกรรมดำเนินการที่มีส่วนร่วมจากองค์กร หน่วยงานอย่างกว้างขวาง และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 4,361 รูป/คน⁽⁵⁾

อนึ่ง พระภิกษุสามเณรที่บวชเรียน และมีโอกาสเข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัยสงฆ์ทั้ง 2 แห่ง ถือว่าเป็นผู้มีส่วนร่วมสนับสนุนส่งเสริมกิจการของคณะสงฆ์ของหน่วย อ.ป.ต. ไปพร้อมกันในระยะเริ่มต้น เพราะเงื่อนไขการจบปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัยสงฆ์ต้องฝึกปฏิบัติงานสาธารณะประโยชน์ทั้งแก่สังคมทั่วไปและสังคมสงฆ์ที่เรียกว่าปฏิบัติศาสนกิจ ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับของมหาวิทยาลัย-มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ว่าด้วยข้อบังคับการปฏิบัติศาสนกิจ พุทธศักราช 2546 ข้อ 5 ซึ่งหมายถึง การสนองงานในกิจการคณะสงฆ์ งานตามพันธกิจของมหาวิทยาลัย โดยขยายความตามข้อ 10 ไว้เป็นวัตถุประสงค์ 5 ข้อ ได้แก่ (1) เพื่อเผยแผ่พระพุทธศาสนา (2) เพื่อการสนองงานในกิจการคณะสงฆ์ (3) เพื่อพัฒนานิสิตให้มีคุณสมบัติที่พึงประสงค์ (4) เพื่อสงเคราะห์ประชาชน และ (5) เพื่อสนองนโยบายและงานตามพันธกิจของมหาวิทยาลัย⁽⁶⁾ และ

พระสงฆ์สามเณรที่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษานี้ก็จะเป็นพลังสำคัญในการเพิ่มจำนวน หรือเพิ่มศักยภาพงานที่เป็นประโยชน์ร่วมกับหน่วย อ.ป.ต.ของคณะสงฆ์ไปด้วย เพราะพระสงฆ์สามเณรที่จบการศึกษา 3 ปี ย้อนหลัง (เฉพาะปริญญาตรี) (สถิติผู้สำเร็จปริญญาตรี รุ่นที่ 1-66)⁽⁷⁾ เป็บบรรชิต 4,985 รูป เป็นคฤหัสถ์ 4,228 คน และเป็นนิสิตบรรชิต 4,985 รูป

จากสถิติผู้สำเร็จการศึกษาทั้ง 3 ปี รวมจำนวน 9,213 รูป/คน มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาที่เป็นบรรชิตอยู่จำนวนร้อยละ 55.38⁽⁷⁾ ซึ่งน่าจะเป็นเครื่องบ่งบอกได้ถึงบุคลากรสงฆ์ในอนาคตที่จะขยายหรือช่วยกิจการคณะสงฆ์ได้ในอนาคต ดังนั้น ในแง่การสร้างความร่วมมือกันระหว่างคณะสงฆ์กับคณะราษฎรซึ่งเป็นทุนเดิมนั้น ยังมีช่องทางหรือโอกาสปรับเปลี่ยนได้อีกเป็นลำดับ หากพระสงฆ์สามเณรที่จบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงฆ์หรืออาจมองเห็นเป้าหมายการทำงานชัดเจนที่พระสงฆ์ต้องทำงานแบบประสานมือกันกับหน่วยงาน องค์กรอื่นๆ นอกจากคณะสงฆ์ด้วยกันเอง

สำหรับการดำเนินโครงการ “การเสริมสร้างสุขภาพเชิงพุทธของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) ในสังคมไทย” เป็นอีกโครงการหนึ่งที่ต้องการให้คณะสงฆ์ทำงานเชิงรุกและประโยชน์ต่อชุมชนท้องถิ่น เพื่อสร้างความเข้มแข็งทั้งฝ่ายคณะสงฆ์ และฝ่ายประชาชน การดำเนินกิจกรรมในโครงการของคณะสงฆ์จากภาคการปกครองคณะสงฆ์ 17 ภาค ครอบคลุมพื้นที่ 20 จังหวัด การดำเนินการโครงการและศึกษาวิจัยมีรายงานผลการศึกษาที่ทำให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายพระสงฆ์ที่นำองค์ความรู้ด้านสุขภาพวิถีพุทธไปเผยแพร่และพัฒนากิจกรรมให้กับหน่วยอ.ป.ต.ได้⁽⁸⁾ แต่การดำเนินกิจกรรมภายใต้พันธกิจทั้ง 8 ด้านของหน่วยอ.ป.ต. นั้น ยังขาดการสังเคราะห์ความรู้ที่ยืนยันและแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบร่วมของสุขภาพองค์รวมแนวพุทธให้เด่นชัดขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์สุขภาพองค์รวมแนวพุทธจากโครงการของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลต้นแบบของคณะสงฆ์ไทย เพื่อจะแสดงให้เห็นว่าพันธกิจที่ได้ดำเนินการผ่านกิจกรรมต่างๆ นั้น ได้ส่งเสริมหรือสนับสนุนสุขภาพองค์รวมตามองค์ประกอบใดบ้าง มีพันธกิจด้านใดที่ควรนำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์ ทบทวนเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาเชิงเอกสาร (documentary research) โดยใช้แนวคิดสุขภาพองค์รวมแนวพุทธของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตฺโต)⁽¹⁾ เป็นกรอบการอธิบายข้อมูลประกอบการวิเคราะห์และสังเคราะห์แหล่งข้อมูล ประกอบด้วย (1) เอกสารรายงานโครงการวิจัยประจำตำบล (อ.ป.ต.) ในสังคมไทย ซึ่งเป็นการรายงานผลการวิจัยโครงการ อ.ป.ต. ต้นแบบตามเขตการปกครองคณะสงฆ์ทั้ง 4 พื้นที่ ได้แก่ หนเหนือ 4 โครงการ หนตะวันออก 7 โครงการ หนกลาง 6 โครงการ หนใต้ 6 โครงการ (รวม 17 ภาคการปกครอง 23 โครงการ) จำนวน 20 จังหวัด ที่เป็นการดำเนินการเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากิจกรรมแต่ละโครงการ (2) เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพองค์รวมแนวพุทธที่คณะวิจัยหลักใช้วิเคราะห์โครงการ และ (3) รายงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) รวมถึงเอกสารสำคัญทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อบรรยายและแยกสาระสำคัญที่ปรากฏในข้อมูลเหล่านั้น (message) โดยวิเคราะห์ภายใต้กรอบแนวคิดสุขภาพองค์รวมแนวพุทธ แล้วตีความ สรุปผลการศึกษาและนำเสนอผลวิจัยแบบพรรณนา

ผลการศึกษา

การสังเคราะห์สุขภาพองค์รวมแนวพุทธจากโครงการของหน่วย อ.ป.ต. ต้นแบบของคณะสงฆ์ไทย โดยมีพระสุธีรัตนบัณฑิต รศ. ดร. และคณะเป็นผู้ดำเนินการ คณะวิจัยในโครงการเสริมสร้างสุขภาพเชิงพุทธของหน่วย อ.ป.ต. ของคณะสงฆ์ไทยดำเนินการ ได้ข้อค้นพบสำคัญที่แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ (1) แนวคิดสุขภาพองค์รวมแนวพุทธ และ (2) การสังเคราะห์พันธกิจและกิจกรรมของหน่วย อ.ป.ต. กับสุขภาพองค์รวมแนวพุทธ

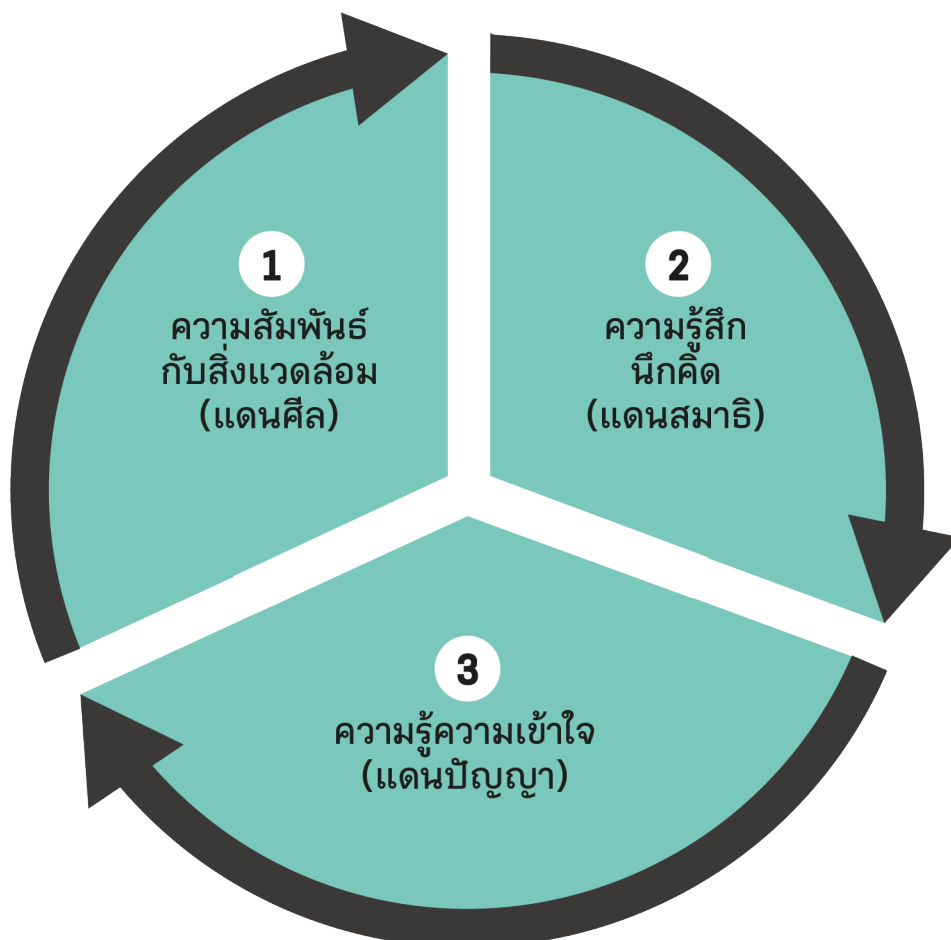
1. แนวคิดสุขภาพองค์รวมแนวพุทธ

จากผลการสังเคราะห์แนวคิดสุขภาพองค์รวมแนวพุทธ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ข้อ เป็นกระบวนการดำเนินชีวิตให้บรรลุถึงสุขภาพโดยเรียกว่าเป็นชีวิต 3 แดน ประกอบด้วย แดนศีล ซึ่งเป็นองค์ประกอบรวมแดนที่ 1 เป็นการพัฒนา

สุขภาวะที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมภายนอก เป็นความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม/การติดต่อสื่อสารกับโลก ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 คือ ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม หรือมนุษย์ร่วมโลก ซึ่งเป็นการพัฒนาชีวิตที่รวมอยู่ในหมวดศีล 4 หมวด โดยสรุปคือ (1) การใช้อินทรีย์เป็น-อินทรีย์สังวร (2) กิน-ใช้ให้เป็น-ปัจจัยปฏิเสวนา (3) อาชีพสุจริต-สัมมาอาชีวะ และ (4) อยู่ร่วมสังคมอย่างมีวินัย-วินัยบัญญัติ ส่วนสุขภาวะองค์รวมแดนสมาธิหรือจิต เป็นองค์ประกอบรวมแดนที่ 2 เป็นการพัฒนาศักยภาพด้านจิตใจ ความรู้สึนึกคิดที่คำนึงการพัฒนาให้เป็นไปตามเป้าหมาย 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านคุณภาพจิต-ดีงาม (2) ด้านสมรรถภาพจิต-เข้มแข็ง และ (3) ด้านสุขภาพจิต-มีความสุข สำหรับองค์ประกอบรวมแดนที่ 3 คือ สุขภาวะองค์รวมแดนปัญญา เป็นส่วนการ

พัฒนาสุขภาวะด้านความรู้ความเข้าใจ ซึ่งควรพัฒนาบรรลุเป้าหมายสำคัญ คือ ปัญญาที่ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสบความสำเร็จ ปัญญาช่วยให้ดำเนินไปสู่วิถีที่ดีงาม ปัญญาที่ชี้ทางบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต แนวคิดดังกล่าว สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตโต) ไม่ได้มองแบบแยกส่วนกัน แต่เป็นการชี้ให้เห็นว่าแต่ละองค์ประกอบล้วนสัมพันธ์กันและกัน การใช้ชีวิตได้อย่างถูกต้องถูกทาง เพราะรู้และเข้าใจชีวิตที่ต้องสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ในขณะนี้เมื่อมนุษย์เข้าใจความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ ย่อมมีองค์ประกอบเบื้องหลังคือจิตใจที่จะแสดงออก สื่อสารกับโลกภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีจิตใจที่ตืออยู่ด้านใน ย่อมส่งผลดีสู่ภายนอก จึงเรียกว่าเป็นสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธด้วยองค์ประกอบคือไตรสิกขานั้นเอง ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ชีวิต 3 แดนสร้างสุขภาวะองค์รวม



2. การสังเคราะห์พันธกิจและกิจกรรมของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) กับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ

เมื่อสังเคราะห์พันธกิจและกิจกรรมของหน่วย อ.ป.ต. กับสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธทั้ง 3 แดน โดยวิเคราะห์ผลลัพธ์จากโครงการทั้ง 23 โครงการที่ดำเนินการสิ้นสุดลงแล้ว องค์ประกอบร่วมของชีวิตแต่ละด้าน สามารถอธิบายตามพันธกิจได้มากกว่าหนึ่งพันธกิจ โดยเป็นการอธิบายกิจกรรมที่ดำเนินการตามพันธกิจทั้ง 8 ด้าน ซึ่งพันธกิจต่างๆ ได้เสริมสร้างสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธตามกรอบวิเคราะห์ด้วยไตรสิกขา

หนึ่ง จากการสังเคราะห์กิจกรรมทั้ง 23 โครงการ ที่ดำเนินการตามพันธกิจทั้ง 8 ด้าน มีพันธกิจด้านสันติสุข ด้านศึกษาสงเคราะห์ และด้านกตัญญูกตเวทิตาธรรม ที่ออกแบบกิจกรรมรองรับน้อยกว่าพันธกิจศีลธรรม และวัฒนธรรม ด้านสาธารณสงเคราะห์ ด้านสัมมาชีพ ด้านสุขภาพอนามัย และด้านสามัคคีธรรม

กิจกรรมที่ตอบโจทย์บริบทพื้นที่หรือที่ตอบพันธกิจได้ทุกพันธกิจ ได้แก่ โครงการเกษตรวิถีธรรมนำสันติสุขของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลปากท่า และตำบลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากการรายงานผลการวิจัยของโครงการซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ได้ชี้ว่ากิจกรรมในโครงการเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ทั้งในเชิงประชากรที่มีความหลากหลายเชื้อชาติศาสนา โดยเฉพาะชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม การทำกิจกรรมที่ได้รับความร่วมมือจากผู้ใหญ่ รวมถึงเด็กและเยาวชนจึงเป็นการ “เปิดพื้นที่” ในสังคมพหุวัฒนธรรมได้อย่างน่าพอใจ และมีการลงนามความร่วมมือ MOU อย่างเป็นกิจลักษณะ จึงเกิดภาคีเครือข่ายระดับวัดและชุมชน การจัดกิจกรรมต่างๆ ของโครงการวัด ประชา รัฐ สร้างสุขด้วยวิถีสีปปายะ 5 ส. การให้ความรู้ทั้งด้านการเกษตรอินทรีย์ กิจกรรมในช่วงวิกฤตโรคโควิด 19 กิจกรรมเข้าค่ายคุณธรรม กิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนด้านอาชีพอื่นๆ การจัดกิจกรรมให้เด็กทั้งไทยพุทธและมุสลิมเข้าเป็นสมาชิกยุวเกษตรตำบลโพธิ์เอน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การรักษายาสมุนไพร เช่น เทศกาลสงกรานต์ รวมถึงการบำเพ็ญสาธารณกุศลต่างๆ เป็นต้น พื้นที่และโครงการดังกล่าวจึงตอบโจทย์ได้อย่างน่าพอใจ

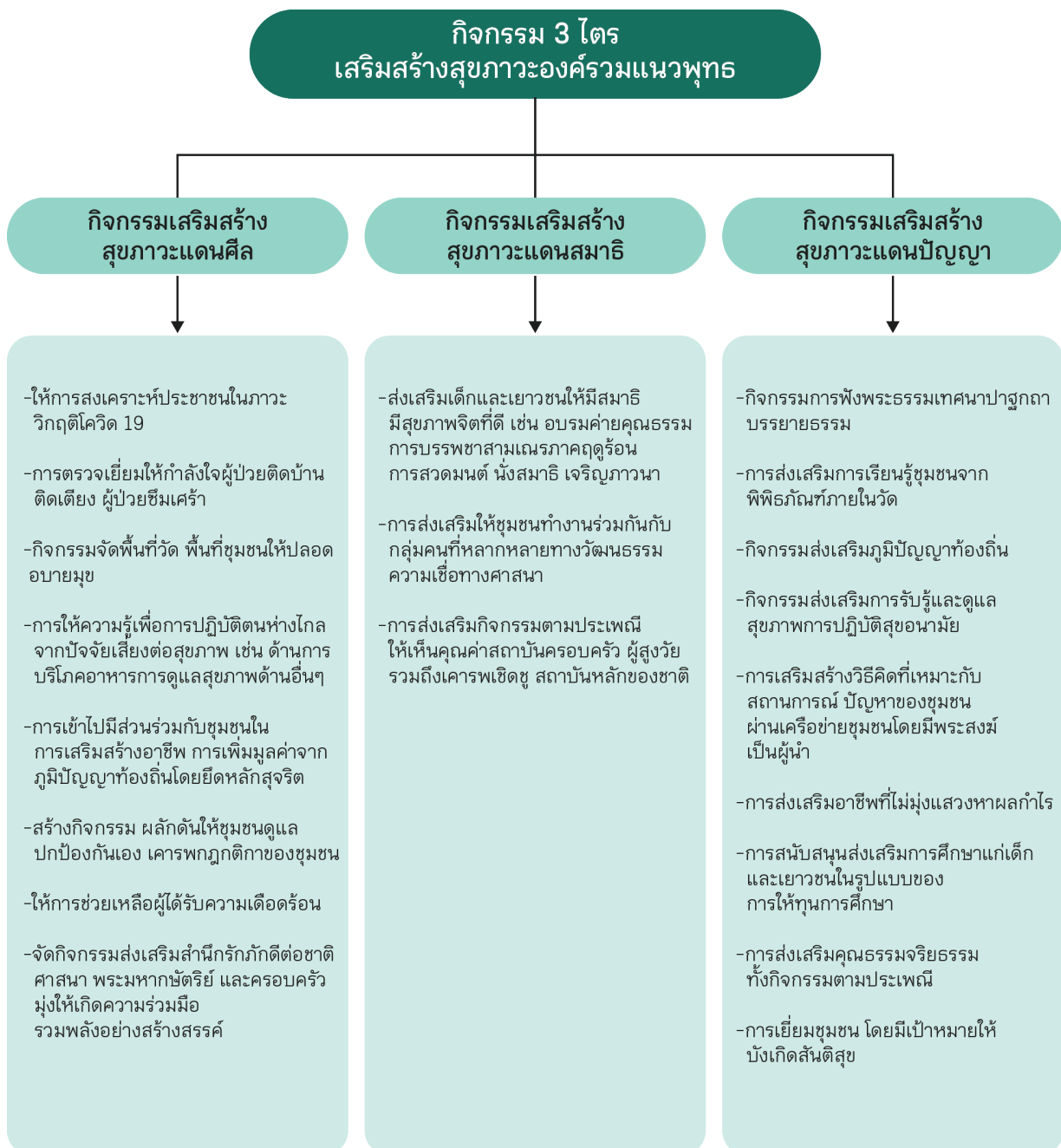
ส่วนบางกิจกรรมและบางพื้นที่ที่ยังไม่ตอบโจทย์พันธกิจได้ทั้งหมด อาทิ กิจกรรมในโครงการเปิดวัดเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ชุมชน ของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลนิคมพัฒนา จังหวัดสตูล เป็นการรับโจทย์จากสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์เฉพาะประเด็นเท่านั้น โดยโครงการดังกล่าวตั้งประเด็นความห่วงใยของเยาวชนที่ห่างไกลจากวัดให้หันเข้าสู่วัด จึงจัดกิจกรรม “เปิดวัดเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ศีลธรรมและวัฒนธรรมชุมชน” ดังนั้น ประเภทของกิจกรรมในบางโครงการจึงไม่ได้เป็นเหตุผลของภาพรวมโครงการทั้งหมดว่าการที่มีกิจกรรมที่ไม่รองรับพันธกิจกิจกรรมทั้ง 8 ด้าน ถือว่าเป็นจุดอ่อน แต่เป็นการตั้งโจทย์เฉพาะเพื่อทำกิจกรรมตอบโจทย์นั้นๆ จึงส่งผลให้พันธกิจที่นำมาวิเคราะห์ไม่ครอบคลุมทั้ง 8 ด้าน เช่นเดียวกันกับกิจกรรมที่รองรับด้านสันติสุข มีจำนวน 4 โครงการในจำนวน 23 โครงการ ดังนั้น เมื่อสังเคราะห์กิจกรรมของโครงการทั้ง 23 โครงการ จึงเข้าลักษณะกิจกรรม 3 ไตรที่เสริมสร้างสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ สามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 2

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งสังเคราะห์กิจกรรมที่ดำเนินการโดยโครงการวิจัยการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) ของคณะสงฆ์ไทย ที่ต้องการวิเคราะห์ผลลัพธ์จากกิจกรรมตามพันธกิจ 8 ด้านของคณะสงฆ์ทั้ง 17 ภาค ที่ดำเนินกิจกรรมในโครงการทั้ง 23 โครงการ ครอบคลุมทั้ง 8 พันธกิจ

การที่กิจกรรมบางกิจกรรม ไม่ได้ตอบทุกพันธกิจ เหตุผลสำคัญของโครงการวิจัยคือการตั้งโจทย์หรือประเด็นเพื่อนำไปพัฒนาโครงการนั้นมีขนาดเล็กและใหญ่ไม่เท่ากันทุกพื้นที่ของเขตปกครองคณะสงฆ์ จึงทำให้กิจกรรมที่จัดไม่ได้วิเคราะห์ภายใต้พันธกิจทั้ง 8 ด้านได้ทุกๆ กิจกรรม ส่วนกิจกรรมที่ตอบพันธกิจด้านศีลธรรมและวัฒนธรรมได้จำนวนมากทุกด้านนั้น เนื่องจากการทำกิจกรรมจะเกี่ยวเนื่องกับบทบาทของพระสงฆ์ผู้นำเป็นหลักที่มุ่งเน้นด้านดังกล่าวอยู่แล้ว ประกอบกับพระสงฆ์มีทักษะการแสดงออกได้อย่างถนัดและเด่นชัด คือ การเทศนา ปาฐกถา บรรยาย การสอน การเผยแผ่ในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะกับผู้ฟังในตำบลหรือพื้นที่นั้นๆ รวมถึงการจัดกิจกรรมที่เป็น

ภาพที่ 2 กิจกรรม 3 ไตร เสริมสร้างสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ



ไปตามแบบขนบประเพณีที่เกี่ยวข้องกับสถาบันทั้ง 3 ได้แก่ ชาติ พระพุทธศาสนา และพระมหากษัตริย์ สำหรับกิจกรรมที่ตอบพันธกิจได้น้อยกว่า 8 พันธกิจ นอกจากเหตุผลการรับโจทย์วิจัยจากสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์แล้วยังสามารถพิจารณาตามเหตุผลและความจำเป็นของการส่งเสริมพื้นที่นั้นๆ ประกอบด้วย เช่น การดำริว่าเด็กและเยาวชนจะห่างไกลศีลธรรม จึงจัดเฉพาะกิจกรรมดังกล่าวเพื่อรองรับและสนับสนุนเด็กและเยาวชนให้มีพื้นที่ทางศาสนามากขึ้น

ส่วนกิจกรรมที่ตอบพันธกิจบางด้าน อาจมีข้อสังเกตเพิ่มเติม เช่น กิจกรรมที่ตอบพันธกิจด้านการศึกษาสงเคราะห์ ซึ่งพบว่าเป็นกิจกรรมในรูปแบบส่งเสริมด้วยการให้ทุนการศึกษามากกว่าจะเป็นการจัดการศึกษาในระบบหรือนอกระบบเพิ่มเติมให้ เช่น การศึกษาตามอัธยาศัย หรือการจัดการเรียนรู้ตามความต้องการของเด็กและเยาวชนซึ่งจะเป็นการให้การศึกษายั่งยืนกว่าการให้ทุนการศึกษา แต่การส่งเสริมในรูปแบบของการให้การศึกษายังยั่งยืนนั้นจำเป็นต้อง

พัฒนาบุคลากรมารองรับและใช้เวลาพอสมควร เป็นโจทย์ที่คณะสงฆ์จะต้องทบทวนและพิจารณาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากโครงการพัฒนาเครือข่ายองค์กรสุขภาพวิถีพุทธเชิงสร้างสรรค์ สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และสำนักสนับสนุนสุขภาพองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระเดชพระคุณคณะที่ปรึกษาโครงการเจ้าประคุณสมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า (ประสิทธิ์ เขมกโร) กรรมการมหาเถรสมาคม และประธานคณะกรรมการอบรม-

ประชาชนกลาง(อ.ป.ก.)สมเด็จพระมหาธีรวงศ์(สุชินอคุชชีโม) กรรมการมหาเถรสมาคมและประธานคณะกรรมการฝ่ายสาธารณูปการของมหาเถรสมาคม พระพรหมวชิราธิบดี (พิมพ์ญาณวีโร) กรรมการมหาเถรสมาคมและเจ้าคณะภาค 7 พระพรหมบัณฑิต (ประยูร ธมฺมจิตฺโต) กรรมการมหาเถรสมาคม และประธานกรรมการเผยแผ่พระพุทธศาสนาแห่งชาติ พระธรรมวัชรบัณฑิต (สมจินต์ สมมาปญฺโญ) อธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และขอขอบคุณ คุณพงษ์ศักดิ์ องค์กรณะ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาพองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่เล็งเห็นประโยชน์และความสำคัญของการดำเนินโครงการวิจัย ทำให้คณะผู้วิจัยได้สังเคราะห์ความรู้จากโครงการจนลุล่วงดังประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตฺโต). พระธรรมบรรยาย 5 เรื่อง. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์สว; 2557.
2. มหาเถรสมาคม. ระเบียบมหาเถรสมาคมว่าด้วยการตั้งหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล พ.ศ. 2518 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.watmoli.com/wittaya-one/1526/#_ftn1
3. มนัส ภาควิ. อ.ป.ต. ในวัด พ่อพระที่เกือบถูกลืมกับบทบาทของการอบรมพัฒนาชาวบ้าน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://nadoon.msu.ac.th/~isan/isan7/cps6212.pdf>
4. พระสุธีรัตนบัณฑิต, พระครูปลัดสุวัฒนวิจิตรคุณ, ดำรงค์ศักดิ์ เกตุแก้ว, สายชล ปัญญชิต, ภูเบศ วณิชชานนท์, นัชชา ทากุดเรือ, และคณะ. คู่มือและแบบรายงานหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.). พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: นิตยธรรมการพิมพ์; 2562.
5. พระสุธีรัตนบัณฑิต, พระสุธีวชิรปฏิภาณ, สายชล ปัญญชิต, ภูเบศ วณิชชานนท์, พระมหาชุตีภัก อภินนฺโท, พงษ์พัฒน์ ใหม่จันทร์ดี, และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาเครือข่ายองค์กรสุขภาพวิถีพุทธเชิงสร้างสรรค์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: นิตยธรรมการพิมพ์; 2566.
6. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. ข้อบังคับมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ว่าด้วยการปฏิบัติศาสนกิจพุทธศักราช 2546 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://sdas-mcukk.net/upload/document/2.pdf>
7. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. สถิติผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี รุ่นที่ 1-66 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://reg.mcu.ac.th/?page_id=103
8. พระสุธีรัตนบัณฑิต, สายชล ปัญญชิต, พระครูปลัดสัมพิพัฒน์ธีรราชจารย์, ภูเบศ วณิชชานนท์, พงษ์พัฒน์ ใหม่จันทร์ดี, นัชชา ทากุดเรือ, และคณะ. รายงานวิจัยโครงการเสริมสร้างสุขภาพเชิงพุทธของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) ของคณะสงฆ์ไทย. นนทบุรี: นิตยธรรมการพิมพ์; 2563.

Buddhist Holistic Well-being: a Synthesis of Missions among the Thai Sangha's Public Training Units (PTUs)

Thanee Suwanprateep¹, Wutthinant Kantatian²

¹Manachulalongkornrajavidyalaya University Palisuksa Buddhagosa Campus,
Nakhon Pathom Province

²Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Thailand

Abstract

Buddhist holistic well-being is a concept based on Trisikkha, which is a process of living in three spheres: Sila, Citta, and Panna spheres. When it is put to practice by the missions of Public Training Units (PTUs), a quality integration or fusion arises. This study is a part of the research under the project, the Thai Sangha's Promotion of Buddhist Well-being according to the missions of Public Training Units (PTUs). It aimed to synthesize Buddhist holistic well-being from projects by the Sangha's model Public Training Units through the method of documentary study. The findings showed that activities that the Sangha implemented under the eight missions: (1) morality and culture, (2) health, (3) Samma Ajiva, (4) peace, (5) education welfare, (6) public welfare, (7) Katannu Katavedin, and (8) harmony — could promote the three elements of Buddhist holistic well-being, that is, Trisikkha or the three spheres of living. However, the three missions on peace, education welfare, and Katannu Katavedin had less activities than others. Therefore, a recommendation is that the Sangha should review and design activities in response to the local needs.

Keywords: Buddhist holistic well-being; missions; public training units; Thai Sangha

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ และการเข้าถึงยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สโรชา จันทร์คู่, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, นนทธิยา หอมขำ, สิริกุล เมืองฟ้า, มณฑกานติ ทิมรอด, วณิษา แสงพิจิตร,
จิราวรรณ เพ็งประภาศรี, ภัทรวดี อิมวิโรจน์, รติมา มีมา, จิณตน์นิภา ภิมย์รักษ์, ปรัชญา คล้ายเครือญาติ,
น้องนวล วีระสมวงศ์, ญาณสิริ เดชดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทักษะคิด การรับรู้ การเข้าถึงยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (pre-exposure prophylaxis: PrEP) อุปสรรคต่อการรับรู้และการเข้าถึงยา PrEP และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงยา PrEP ในนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ด้วยวิธีการศึกษาแบบผสมผสาน ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่าง 158 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ และการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูล 9 คน โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์และรู้จักยา PrEP เครื่องมือในการวิจัย คือ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและตรวจสอบความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient >0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Chi-square test, Fisher's exact test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีระดับต่ำ ร้อยละ 94.3 การเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 53.8 ทักษะคิดต่อยาและผู้รับยาระดับปานกลาง ร้อยละ 68.4 สอดคล้องกับผลเชิงคุณภาพที่มีความเชื่อมั่นในยาและมองว่าการรับยาเป็นเรื่องปกติ การรับรู้อุปสรรคต่อการเข้าถึงยาระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาระดับปานกลาง ร้อยละ 65.9 สอดคล้องกับผลเชิงคุณภาพที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาระดับต่ำ ร้อยละ 58.9 สอดคล้องกับผลเชิงคุณภาพที่พบว่าการประชาสัมพันธ์ของมหาวิทยาลัยไม่ทั่วถึงและไม่มีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา PrEP คือ การมีคู่/คู่นอน การเคยมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา ($p<0.05$) ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเยาวชนควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ด้านประโยชน์ในการใช้ยา PrEP โดยเน้นกลุ่มรักต่างเพศที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาอยู่ระดับต่ำ สนับสนุนการสร้างแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ช่วยให้เข้าถึงหน่วยบริการยา PrEP ง่ายขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี; การรับรู้; การเข้าถึงยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี; นักศึกษา

วันรับ: 18 ก.ค. 2566

วันแก้ไข: 21 ส.ค. 2566

วันตอบรับ: 26 ส.ค. 2566

บทนำ

ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมประมาณ 1.2 ล้านคน ในจำนวนดังกล่าวเสียชีวิตแล้ว 7.7 แสนคน ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,485 คน ซึ่งกรุงเทพมหานคร มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มากที่สุดจากทั่วประเทศ⁽¹⁾ โดยผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจากปัจจัยทางสังคมและการใช้ชีวิตของวัยรุ่นพบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยน้อยลงขณะมีเพศสัมพันธ์ในปี พ.ศ. 2563 มีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอายุระหว่าง 15-24 ปี ทั้งเพศชายและหญิงจำนวน 29,103 คน⁽²⁾ โดยกรมควบคุมโรคได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้จำเป็นต้องได้รับยา PrEP ในภาพรวมทั้งประเทศจำนวน 1.5 แสนคน⁽³⁾ แต่จากรายงานผลการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (pre-exposure prophylaxis: PrEP) ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2566 มีผู้ได้รับประทานยา PrEP มีผู้ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับยา PrEP 6,518 คนได้รับประทานยา PrEP 3,753 คน กินยารายใหม่ 1,926 คน หยุดยา 592 คน ไม่มาตามนัด 1,552 คน และรับประทานยาต่อเนื่อง 1,609 คน รวมทั้งสิ้นมีผู้เข้าถึงยา PrEP จำนวน 15,950 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10.6 และขณะที่รับยายังไม่พบผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁴⁾

ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะได้รับสัมผัสเชื้อ และยาต้านไวรัสหลังได้รับการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (post-exposure prophylaxis; PEP) เป็นยาต้านไวรัสฉุกเฉินสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแล้ว จากรายงานการรับรู้และความสนใจในการใช้ยา PrEP ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงในเมืองลิลองเว ประเทศมาลาวี พ.ศ. 2563 พบว่า วัยรุ่นหญิงไม่รู้จักรายการ PrEP รู้สึกว่าตนมีความเสี่ยงในการติดเชื้อต่ำ และมีความเชื่อว่าการติดเชื้อเอชไอวีอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนกล่าวคือมักขึ้นกับคู่รักของตนมากกว่า อีกทั้งการใช้ยาอาจทำให้ดูเป็นผู้ที่ล่าช้าทางเพศ เมื่อได้รับความรู้และประสิทธิภาพของยาทำให้สนใจที่จะใช้ยามากขึ้น⁽⁵⁾ ทั้งนี้รายงานเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงของยา PrEP พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความกังวลเมื่อเริ่มใช้ยา กลัวการไปรับยาเนื่องจากต้องมีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว การเข้าใจผิดจากผู้อื่นว่าเป็นยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลัวผลข้างเคียง

และประสิทธิภาพของยา⁽⁶⁾ ทศนคติทางสังคมเป็นอีกส่วนที่สำคัญต่อการรับรู้และเข้าถึงยา PrEP แม้ผู้ปกครองบางคนจะรับรู้การทำงาน ประโยชน์ และข้อดีของยา PrEP แต่ยังคงมีทัศนคติในเชิงลบมากกว่าเชิงบวก กล่าวคือ ไม่ต้องการให้บุตรของตนเข้าถึงยา PrEP เนื่องจากอาจทำให้บุตรไปมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร⁽⁷⁾ ในขณะที่วัยรุ่นหนุ่มมองว่ายา PrEP เป็นอีกทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของตนและคู่รักในอนาคตโดยรับรู้ว่าการใช้ยา PrEP สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ บางคนเข้าใจว่าเมื่อได้รับยาแล้วถึงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงก็ไม่เกิดโรค ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด หากยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น ไม่สวมถุงยางอนามัย เปลี่ยนคู่นอนบ่อย เป็นต้น นอกจากเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นแล้วยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีกด้วย สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจให้แก่วัยรุ่นเกี่ยวกับข้อมูลและประสิทธิภาพของยา PrEP เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมการป้องกันทางเพศเพื่อไม่ให้นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีการเข้าถึงยา PrEP ได้ง่ายโดยปัจจัยที่นำไปสู่การใช้ยา PrEP มากที่สุดคืออายุทัศนคติต่อการใช้ยา PrEP พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มาจากประสบการณ์และการเรียนรู้ของตนเอง การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจากการได้รับคำปรึกษาหรือตรวจหาเชื้อเอชไอวีฟรีที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาและการเข้าถึงยา PrEP นอกจากนี้การติดตามจากสังคม ซึ่งเป็นการรับรู้ของตนเองต่อการตอบรับจากสังคมในเชิงลบต่อการกระทำของตน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา PrEP ที่ไม่ดี และนำไปสู่การยุติการใช้ยาได้⁽⁸⁾ ซึ่งจะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา PrEP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแล้วแต่ทัศนคติทางสังคมต่อการใช้ยา PrEP ในเชิงลบยังเป็นส่วนหนึ่งที่จำกัดให้คนส่วนมากมีการเข้าถึงยา PrEP เช่นกัน

ในประเทศไทยได้มีการวางแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 มีเป้าหมายเพื่อ (1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือน้อยกว่า 1,000 คนในแต่ละปี (2) ลดการเสียชีวิตจากผู้ติดเชื้อให้เหลือน้อยกว่า 4,000 คนในแต่ละปี และ (3) ลดการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเพศภาวะลงร้อยละ 90⁽⁹⁾ แต่จากการ

ทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังคงมีผู้ติดเชื้อรายใหม่มากขึ้น เกินจำนวนตามยุทธศาสตร์ที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนมากถึง 29,103 คน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว รวมไปถึงความรู้ทางด้านสุขภาพ การเข้ารับบริการทางสุขภาพที่ขาดการรักษาความลับของข้อมูลผู้รับบริการ ทำให้เยาวชนบางกลุ่มไม่มีการเข้าถึงยา PrEP⁽¹⁰⁾ อีกทั้งนโยบายที่ออกมาในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งขัดกับยุทธศาสตร์แห่งชาติซึ่งว่าด้วยเรื่องการงดจ่ายยา PrEP และยา PEP ทำให้เกิดความลำบากในการเข้าถึงยามากขึ้น ในส่วนของมหาวิทยาลัยได้มีนโยบายตรวจคัดกรองเอชไอวีฟรีสำหรับนักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัย โดยประชาสัมพันธ์ผ่านเพจเฟซบุ๊ก มีคลินิกให้บริการยา PrEP และมีการแจกถุงยางอนามัยแก่นักศึกษา แต่จากการสัมภาษณ์นักศึกษาเบื้องต้นยังคงพบว่า ทางมหาวิทยาลัยไม่ได้มีแคมเปญออกมาชัดเจนเกี่ยวกับการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์เชิงกว้างเกี่ยวกับการรับยา ทำให้นักศึกษาที่อาจมีความเสี่ยงไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ยา PrEP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการรับสัมผัส รวมถึงสถานที่ในการขอรับคำปรึกษาหรือขอรับยา PrEP ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ (1) ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทักษะการรับรู้ การเข้าถึงยา PrEP ปัญหาและอุปสรรคต่อการรับรู้และการเข้าถึงยา PrEP ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการเข้าถึงยาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ได้แก่ การวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของนักศึกษา และเชิงปริมาณเป็นแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์

คำนิยามศัพท์

การเข้าถึงยา PrEP หมายถึง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เข้าถึงข่าวสารของการรับยา PrEP เข้าใจวิธีการ

ใช้ยา PrEP และรวมทั้งเข้าถึงสถานที่ให้บริการที่ประชาชนสามารถเข้าไปรับยา PrEP ได้

ประชากรในการวิจัย

ประชากรในการวิจัย คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 27,888 คน⁽¹¹⁾

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ในการวิจัยเชิงปริมาณได้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยเทคนิคของเครจซีและมอร์แกน⁽¹²⁾ โดยใช้ค่าสัดส่วนของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการยา PrEP ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564-2566 ร้อยละ 10.6⁽⁴⁾ ได้ขนาดตัวอย่างใช้อ้างอิงถึงประชากรที่ศึกษาอย่างน้อย 145 คน และคำนวณ non-response rate ร้อยละ 10 จึงได้ขนาดตัวอย่าง คือ 160 คน ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 158 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ โดยสุ่มจนครบตามจำนวนดังกล่าว ในระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2566 ที่สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่ยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยเป็นผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์และรู้จักยา PrEP อาจเคยรับหรือไม่เคยรับยา PrEP มาก่อน จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งมีจำนวน 9 คน ที่ให้สมัครใจและให้ความยินยอมในการสัมภาษณ์เชิงลึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย เพศวิถี อายุ ชั้นปีการศึกษา คณะ รายได้ สถานภาพการมีคู่/คู่นอน สิทธิการรักษา และประวัติการใช้เข็มฉีดยาและการมีเพศสัมพันธ์ รวมจำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มของรชนิกร ไชหิน⁽¹³⁾ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้เลือกตอบว่า ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 24 ข้อ คะแนนเต็ม 72 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน และแบ่งระดับการรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP โดยพิจารณาตามเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (9-21 คะแนน) ระดับปานกลาง (22-33 คะแนน) และระดับมาก (34-45 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวน 8 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน และแบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP โดยพิจารณาตามเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (10-20 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) และระดับมาก (31-40 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเข้าถึงยา PrEP และรายละเอียดเกี่ยวกับการรับยา PrEP เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ แบบเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ (multiple choices) เช่น ข้อคำถามเกณฑ์พิจารณาการไม่จ่ายยา PrEP ที่ทราบตัวเลือกที่มีให้เลือกตั้งแต่อยู่ใน window period, สงสัยอาการ acute HIV, ผลเอชไอวี positive หรือ (inconclusive) เป็นต้น และข้อคำถามปลายเปิด (open end) รวมทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามทัศนคติต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP มีการดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์⁽¹⁴⁾ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 50 คะแนน และแบ่งระดับทัศนคติต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP (เชิงบวก) โดยพิจารณาตามเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (10-23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24-36 คะแนน) และระดับมาก (37-50 คะแนน)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP เป็นแบบตรวจสอบรายการ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ แบบเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ และข้อคำถามปลายเปิด รวมทั้งหมด 5 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์คะแนนจากผู้ตอบแบบสอบถามทราบการป้องกัน

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยา PrEP หรือทราบข้อมูลในการเข้าถึงยา PrEP หรือทราบหน่วยบริการยา PrEP หรือทราบการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับประโยชน์และการเข้าถึงยา PrEP จากภาครัฐและเอกชน ให้ 1 คะแนน ส่วนผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP ใดๆ ให้ 0 คะแนน ซึ่งได้แบ่งระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP โดยพิจารณาตามเกณฑ์แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-1 คะแนน) ระดับปานกลาง (2-3 คะแนน) และระดับมาก (4-5 คะแนน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่มุ่งศึกษารายละเอียด เจาะลึก และบริบทของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ อุปสรรคและประโยชน์ของยา PrEP และเครื่องบันทึกเสียง ใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยก่อนสัมภาษณ์จะถามความยินยอมให้บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์และการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อนำมาถอดความเรียบเรียงข้อมูลโดยผู้ศึกษาเท่านั้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และพิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญจากค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) ของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.33-1.00 โดยข้อที่ต่ำกว่า 0.50 ได้ทำการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยการทดลองเก็บข้อมูล เพื่อคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถาม โดยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ 0.97 จากรัชนีกร ใช้หิน⁽¹³⁾ การรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP เท่ากับ 0.82 การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP เท่ากับ 0.76 และทัศนคติต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP เท่ากับ 0.76

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้สร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกตามวัตถุประสงค์เป็นคำถามแบบไม่มีโครงสร้างและไม่เป็นทางการ จำนวน 20 ข้อ โดยนำแนวคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและเพศภาวะช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอย่างครบถ้วน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) กระจายผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ รวมถึงติดแผ่นประกาศ เพื่อประชาสัมพันธ์ในจุดต่างๆ ในมหาวิทยาลัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้คำนึงถึงการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นกฎหมายที่ถูกสร้างมาเพื่อป้องกันการละเมิดข้อมูลและนำไปใช้โดยการพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งแนบไว้กับแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้ทำหน้าที่ของเอกสารการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และชี้แจงถึงข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุตัวตนและจะทำลายข้อมูลทิ้งภายหลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมแล้ว 1 ปี ซึ่งแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้จัดทำขึ้นไม่สามารถตรวจสอบไปยังอีเมลล์ของผู้ตอบแบบสอบถามได้ และเอกสารขอความยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มทำแบบสอบถามทุกครั้ง

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) กับกลุ่มตัวอย่างผ่านช่องทาง Zoom, Microsoft Teams และการสัมภาษณ์แบบต่อหน้ากับผู้ให้สัมภาษณ์ (face-to-face interaction) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) ติดต่อนัดหมายผู้ให้สัมภาษณ์ล่วงหน้า

2) ดำเนินการการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ให้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นที่มีต่อยา PrEP ทักษะคิดและการเข้าถึงยา PrEP ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดและเป็นคำถามที่ไม่เป็นการถามนำ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เล่าเรื่องราวของตนเองอย่างเต็มที่ เมื่อจบการสัมภาษณ์ จะทำการเน้นย้ำถึงการรักษาความลับ และขออนุญาตติดต่อกลับมาในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหลังการสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาเรียบเรียงและทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ทางคณะผู้วิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นกฎหมายที่ถูกสร้างมาเพื่อป้องกันการละเมิดข้อมูลและนำไปใช้โดยการพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งแนบไว้กับแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้ทำหน้าที่ของเอกสารการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และชี้แจงถึง

ข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุตัวตน และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลที่ทำกรเก็บรวบรวมทั้งหมดจะถูกทำลายข้อมูลทิ้งภายหลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมแล้ว 1 ปี โดยแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้จัดทำขึ้นไม่สามารถตรวจสอบไปยังอีเมลล์ของผู้ตอบแบบสอบถามได้ โดยทำการขอความยินยอมให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มทำแบบสอบถามทุกครั้ง ทั้งนี้ข้อมูลที่ถูกเก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูลและจะทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้ การเข้าถึงยา PrEP และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยนำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการรับรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับการเข้าถึงยา PrEP

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

โดยการถอดเสียงการสัมภาษณ์จากเทปบันทึกเสียง นำข้อมูลมาถอดรหัสแล้วนำข้อมูลมาจัดกลุ่มลงรหัสเพื่อจัดและแยกประเภทข้อมูล โดยนำข้อมูลมาจัดในรูปแบบตารางการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อตีความและจัดลำดับความสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการวิจัยเชิงปริมาณ

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นรักต่างเพศ ร้อยละ 50.6 อายุเฉลี่ยที่ 20.9+1.3 ปี มีระดับในชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 36.1 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะตามกลุ่มสายการเรียน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ร้อยละ 40.5 กลุ่มสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาร้อยละ 39.2 และกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร้อยละ 20.3 มีรายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 55.1

ไม่มีคู่/คู่นอน ร้อยละ 70.9 และมีคู่นอนประจำ/ชั่วคราว ร้อยละ 29.1 ใช้สิทธิการรักษาเป็นสิทธินักศึกษา ร้อยละ 55.1 ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 98.1

และเคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 1.3 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 67.1 และเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 32.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=158)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศวิถี	
รักต่างเพศ	80 (50.6)
รักสองเพศ	27 (17.1)
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	17 (10.8)
เพศไร้กรอบ	12 (7.6)
หญิงรักหญิง	6 (3.8)
non-binary	2 (1.3)
ชายข้ามเพศ (TGM)	1 (0.6)
หญิงข้ามเพศ (TGW)	1 (0.6)
อื่นๆ เช่น Aromatic pansexual เป็นต้น	5 (3.2)
อายุ	
18-19 ปี	24 (15.2)
20-21 ปี	94 (59.5)
22 ปี ขึ้นไป	40 (25.3)
(mean=20.9, S.D.=1.3, max=28, min=18)	
ชั้นปีการศึกษา	
ชั้นปีที่ 1	21 (13.3)
ชั้นปีที่ 2	57 (36.1)
ชั้นปีที่ 3	54 (34.2)
ชั้นปีที่ 4 ขึ้นไป	26 (16.4)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศวิถี (แบ่งตามกลุ่มสายการเรียน)	
กลุ่มสายการเรียน วิชาสังคมศาสตร์และ มานุษยวิทยา	62 (39.2)
กลุ่มสายการเรียน วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	32 (20.3)
กลุ่มสายการเรียน วิทยาศาสตร์สุขภาพ	64 (40.5)
รายได้	
น้อยกว่า 5,000 บาท	32 (20.2)
5,000-10,000 บาท	87 (55.1)
มากกว่า 10,000 บาท	39 (24.7)
การมีคู่/คู่นอน	
ไม่มีคู่/คู่นอน	112 (70.9)
มีคู่/คู่นอน	46 (29.1)
สิทธิการรักษา	
ชำระเอง	29 (18.3)
ประกันสุขภาพเอกชน/หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	42 (26.6)
สิทธินักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัย	87 (55.1)
การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	
ไม่เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	156 (98.7)
เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น	2 (1.3)
การเคยมีเพศสัมพันธ์	
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	106 (67.1)
เคยมีเพศสัมพันธ์	52 (32.9)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1) การรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP พบว่า มีระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 ระดับมาก ร้อยละ 33.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.2 สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้านปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อความเชื่อมั่นและการเข้าถึงยา PrEP คือ การเกิดผลข้างเคียง โดยมีการอธิบายถึง ผลข้างเคียงที่เคยได้รับ และมีบางส่วนเท่านั้นที่ไม่ได้รับผลข้างเคียง ทั้งมีความคิดว่ายา PrEP ไม่สามารถป้องกันเชื้ออื่นๆ ได้ อีกทั้งมีผลข้างเคียงมาก จึงทำให้บางคนเลี่ยงการใช้ยา PrEP และไปใช้ถุงยางอนามัยแทน

2) การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP พบว่า มีระดับปานกลาง ร้อยละ 65.9 ระดับมาก ร้อยละ 33.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.6 สอดคล้องกับผลเชิงคุณภาพด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นต่อยา PrEP ส่วนใหญ่มีความเข้าใจที่ถูกต้องว่ายา PrEP เป็นยาต้านไวรัสเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ

3) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP พบว่า มีระดับต่ำ ร้อยละ 58.9 ระดับมาก ร้อยละ 20.9 และระดับปานกลาง ร้อยละ 20.2 สอดคล้องกับผลเชิงคุณภาพด้านแหล่งข้อมูลข่าวสารมีผลต่อการเข้าถึงยา PrEP พบว่า ส่วนใหญ่มองว่าความรู้สึกลายที่เข้ามารับยา PrEP และแหล่งข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการเข้าถึงยา PrEP และ

เนื่องจากแหล่งข้อมูลของมหาวิทยาลัยมีไม่เพียงพอ จึงได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลภายนอกมากกว่า แต่แหล่งข้อมูลภายนอกอาจไม่ครอบคลุมเนื่องจากการมีบริการเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

4) ทักษะคิดต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP เชิงบวก พบว่า มีระดับปานกลาง ร้อยละ 68.4 และระดับมาก ร้อยละ 31.6 สอดคล้องผลการศึกษาเชิงคุณภาพด้านทักษะคิดต่อผู้รับยา PrEP พบว่า ส่วนใหญ่มองว่าเป็นเรื่องปกติ แต่มีบางส่วนที่มีทัศนคติว่าการรับยา PrEP อาจทำให้ถูกตีตราได้

5) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีระดับต่ำ ร้อยละ 94.3 และระดับปานกลาง ร้อยละ 5.7

6) การเข้าถึงยา PrEP ของนักศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รู้จักยา PrEP ร้อยละ 53.8 และไม่รู้จักยา PrEP ร้อยละ 46.2 เคยเข้ารับยา PrEP ที่หน่วยบริการ ร้อยละ 7.6 โดยหน่วยบริการที่เคยเข้ารับยา PrEP มากที่สุดคือ Swing Clinic ร้อยละ 2.5 รองลงมาคือศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย (คลินิกนิรนาม) ร้อยละ 1.3 มีกลุ่มตัวอย่างที่ทราบวิธีการรับประทานยา PrEP ร้อยละ 19.0 ทราบเงื่อนไขการรับประทานยา PrEP On-demand ร้อยละ 12.7 ทราบเงื่อนไขการรับประทานยา Daily PrEP ร้อยละ 11.4 และทราบเกณฑ์พิจารณาการไม่จ่ายยา PrEP ร้อยละ 9.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงยา PrEP

ปัจจัย	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP	53 (33.5)	100 (63.3)	5 (3.2)
การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP	53 (33.5)	104 (65.9)	1 (0.6)
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP	33 (20.9)	32 (20.2)	93 (58.9)
ทัศนคติต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP (เชิงบวก)	50 (31.6)	108 (68.4)	0
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	0	9 (5.7)	149 (94.3)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการเข้าถึงยา PrEP พบว่า

1) ปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้าถึงยา PrEP พบว่า เพศวิถี อายุ ระดับชั้นปีการศึกษา คณะ รายได้ สิทธิการรักษา และการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา ($p>0.05$) PrEP แต่การมีคู่/คู่นอน และการเคยมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้าถึงยา PrEP ($p<0.05$)

2) การรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้าถึงยา PrEP โดยการรับรู้ระดับปานกลางถึงต่ำมีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 57.1 และระดับมาก ร้อยละ 47.2 ($p>0.05$)

3) การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้าถึงยา PrEP โดยการรับรู้ระดับมากมีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 77.4 และระดับ

ปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 41.9 ($p<0.05$)

4) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้าถึงยา PrEP โดยการรับรู้ระดับมากมีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 87.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 35.5 ($p<0.05$)

5) ทักษะติดต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้าถึงยา PrEP โดยทักษะคิดระดับปานกลางถึงต่ำมีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 50.9 และระดับมาก ร้อยละ 60.0 ($p>0.05$)

6) ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้าถึงยา PrEP โดยพฤติกรรมเสี่ยงระดับต่ำมีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 73.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ($p>0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา PrEP ของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การเข้าถึงยา PrEP		p-value
	เข้าถึงยา PrEP	ไม่เข้าถึงยา PrEP	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศวิถี			0.752 ^a
รักต่างเพศ	42 (52.5)	42 (52.5)	
ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQIA+)	43 (55.1)	43 (55.1)	
อายุ			0.747 ^a
18-19 ปี	14 (58.3)	10 (41.7)	
20-21 ปี	48 (51.1)	46 (48.9)	
22 ปี ขึ้นไป	23 (57.5)	17 (42.5)	
ชั้นปีการศึกษา			0.592 ^a
ชั้นปีที่ 1	13 (61.9)	8 (38.1)	
ชั้นปีที่ 2	30 (52.6)	27 (47.4)	
ชั้นปีที่ 3	26 (48.1)	28 (51.9)	
ชั้นปีที่ 4	16 (61.5)	10 (38.5)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา PrEP ของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การเข้าถึงยา PrEP		p-value
	เข้าถึงยา PrEP	ไม่เข้าถึงยา PrEP	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
คณะ (แบ่งตามสายการเรียน)			
กลุ่มสายการเรียนวิชาสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา	30 (48.4)	32 (51.6)	0.195 ^a
กลุ่มสายการเรียนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	15 (46.9)	17 (53.1)	
กลุ่มสายการเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพ	40 (62.5)	24 (37.5)	
รายได้ (บาท)			0.188 ^a
น้อยกว่า 5,000	16 (50.0)	16 (50.0)	
5,000-10,000	43 (49.4)	44 (50.6)	
มากกว่า 10,000	26 (66.7)	13 (33.3)	
การมีคู่/คู่นอน			<0.001 ^a
ไม่มีคู่/คู่นอน	50 (44.6)	62 (55.4)	
มีคู่/คู่นอน	35 (76.1)	11 (23.9)	
สิทธิการรักษา			0.493 ^a
ชำระเอง	13 (44.8)	16 (55.2)	
ประกันสุขภาพเอกชน/หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	25 (59.5)	17 (40.5)	
สิทธินักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัย	47 (54.0)	40 (46.0)	
การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น			0.500 ^a
ไม่เคย	83 (53.2)	73 (46.8)	
เคย	2 (100.0)	0	
การเคยมีเพศสัมพันธ์			0.001 ^a
ไม่เคย	47 (44.3)	59 (55.7)	
เคย	38 (73.1)	14 (26.9)	
การรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP			0.243 ^a
ระดับมาก	25 (47.2)	28 (52.8)	
ระดับปานกลาง/ต่ำ	60 (57.1)	45 (42.9)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา PrEP ของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การเข้าถึงยา PrEP		p-value
	เข้าถึงยา PrEP	ไม่เข้าถึงยา PrEP	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP			0.243 ^a
ระดับมาก	25 (47.2)	28 (52.8)	
ระดับปานกลาง/ต่ำ	60 (57.1)	45 (42.9)	
การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP			<0.001 ^a
ระดับมาก	41 (77.4)	12 (22.6)	
ระดับปานกลาง/ต่ำ	44 (41.9)	61 (58.1)	
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP			<0.001 ^a
ระดับมาก	29 (87.9)	4 (12.1)	
ระดับปานกลาง	23 (71.9)	9 (28.1)	
ระดับต่ำ	33 (35.5)	60 (64.5)	
ทัศนคติต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP			0.308 ^a
ระดับมาก	30 (60.0)	20 (40.0)	
ระดับปานกลาง/ต่ำ	55 (50.9)	53 (49.1)	
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี			0.692 ^b
ระดับปานกลาง	6 (66.7)	3 (33.3)	
ระดับต่ำ	31 (73.8)	11 (26.2)	

หมายเหตุ: a p-value จาก Chi-square test

b p-value จาก Fisher's exact test

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 53.8 และไม่เข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 46.2 สอดคล้องกับนันทิยา จักรบาท และคณะ⁽⁸⁾ พบว่ามีการเข้าถึงยา PrEP เกินร้อยละ 50 คือร้อยละ 83.1 แต่ไม่สอดคล้องกับผลการดำเนินการของกรมควบคุมโรคปี พ.ศ. 2563 ที่พบผู้ที่เข้าถึงยา PrEP 11,925 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 143,948 ราย ที่ควรเข้าถึงยา PrEP⁽³⁾ การรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 ซึ่งสอดคล้องกับ Muwonge TR, et al.⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคในระดับมากในการเข้าถึงยา PrEP คิดเป็นร้อยละ 81.0 อุปสรรคที่พบ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรับยา การถูกตีตรา การไม่มีเวลาไปรับยา เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.9 สอดคล้องกับนันทิยา จันทรบาท และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ที่รับยา PrEP มีความรู้เรื่องยา PrEP อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.9 ทั้งนี้ผลในเชิงปริมาณของการรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP และการรับรู้ประโยชน์ในการเข้าถึงยา PrEP สัมพันธ์กับผลเชิงคุณภาพที่พบว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับยา PrEP อย่างถูกต้อง รวมไปถึงความเข้าใจ และความเชื่อมั่นที่มีต่อยา PrEP ในระดับสูง แต่บางส่วนมีพฤติกรรมเสี่ยงเนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เช่น เลือกรับประทานยา PrEP เพื่อที่จะไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ถึงแม้ส่วนใหญ่จะมีความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นต่อยา PrEP ในระดับที่สามารถลดป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แต่บางส่วนอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ศศิโสภณ เกียรติบุญณกุล⁽¹⁶⁾ ที่กล่าวว่าความกังวลของการใช้ยา PrEP คืออาจทำให้การป้องกันด้วยวิธีอื่นลดลง เช่น การใช้ถุงยางอนามัยลดลง เพราะความเป็นจริงการใช้ถุงยางอนามัยยังคงเป็นสิ่งสำคัญ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.9 สัมพันธ์กับผลเชิงคุณภาพที่พบว่า การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารของมหาวิทยาลัยไม่ทั่วถึงและไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ นุชนารถ แก้วดำเกิง และสุภาพร พูลเพิ่ม⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวว่า การสื่อสารด้านการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยา PrEP มีผู้-

เข้าถึงได้เพียงบางกลุ่มและบางพื้นที่เท่านั้น รวมถึงสื่อประชาสัมพันธ์มักอยู่ในรูปแบบที่จำกัดเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเท่านั้น แต่ขณะเดียวกันการศึกษารังนี้ ไม่สอดคล้องกับสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา PrEP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี ร้อยละ 94.4 ของผู้รับบริการในโรงพยาบาล และร้อยละ 94.9 ของผู้รับบริการใน KPLHS โดยส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP จากเว็บไซต์/อินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์มาก่อน ทักษะติดต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP (เชิงบวก) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.4 สัมพันธ์กับผลเชิงคุณภาพที่ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในยาและมองว่าการรับยาเป็นเรื่องปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยา PrEP โดยมองว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าร้อยละ 90 และมีทัศนคติต่อผู้รับประทานยา PrEP ที่ดี มองว่าไม่ใช่เรื่องน่าอายควรปกปิดและไม่เห็นด้วยกับการซ่อนยาไม่ให้ผู้อื่นเห็น และสอดคล้องกับนิตยา ภาณุภาค⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวว่า การสร้างภาพลักษณ์ว่า PrEP เป็นผลิตภัณฑ์ที่ช่วยเสริมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายก็จะกว้างขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.3 สอดคล้องกับจุฑามาศ เบ้าคำทอง และสุภารัตน์ คะตา⁽¹⁹⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา เช่นเดียวกัน มีการประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์อยู่ในระดับไม่เสี่ยง ร้อยละ 58.4

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา PrEP ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

เพศวิถี ($p > 0.05$) กลุ่มรักต่างเพศมีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 52.5 และกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ มีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 55.1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Danquah P⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาในนักศึกษาอายุ 18-24 ปี โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาคพบว่าเพศวิถีมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้ยา PrEP ($p < 0.05$) และสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า เพศวิถีมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา PrEP ($p < 0.05$) โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ร้อยละ 76.9 ซึ่งความไม่สอดคล้องอาจมาจากเพศวิถีของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารังนี้มีการเข้าถึงและไม่เข้าถึงยา PrEP ในสัดส่วน

ร้อยละการเข้าถึงยา PrEP ที่ไม่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงยา PrEP กับเพศวิถีในการศึกษารั้งนี้

อายุ ($p>0.05$) กลุ่มอายุของนักศึกษาอยู่ในระหว่าง 18-24 ปี โดยช่วงอายุ 20-21 ปี เป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึงยา PrEP มากที่สุด ร้อยละ 51.1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ นันทิยา จักรบาท และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการใช้ยา PrEP คือผู้ที่อายุ 20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 95.2 ทั้งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา PrEP ($p<0.05$) โดยกล่าวว่าการมีอายุเพิ่มขึ้น ทำให้พฤติกรรมการใช้ยา PrEP เป็นไปในทางที่ดีขึ้นและทำให้มีประสบการณ์การเรียนรู้ ความสามารถในการดูแลตัวเอง ซึ่งความไม่สอดคล้องอาจมาจากช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระหว่าง 18-24 ปี ทำให้การแบ่งช่วงอายุไม่กว้างเหมือนกับการศึกษาอื่นๆ และแต่ละช่วงอายุมีสัดส่วนร้อยละการเข้าถึงยา PrEP ไม่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงยา PrEP กับอายุในการศึกษารั้งนี้

ชั้นปีการศึกษา ($p>0.05$) นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จากทุกคณะมีการเข้าถึงยา PrEP มากที่สุด ร้อยละ 52.6 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Bunting SR, et al.⁽²¹⁾ ที่พบว่า ชั้นปีการศึกษามีความสัมพันธ์การเข้าถึงยา PrEP ผ่านการเรียนรู้ในหลักสูตรการเรียนของนักศึกษาสายสุขภาพ ($p<0.05$) โดยชั้นปีที่ 3 มีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 64.3 ซึ่งความไม่สอดคล้องอาจมาจากการเก็บข้อมูลจากหลากหลายชั้นปี และคณะ ซึ่งอาจไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับยา PrEP ในหลักสูตรการเรียนจึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงยา PrEP กับชั้นปีการศึกษาในการศึกษารั้งนี้

คณะที่ศึกษา ($p>0.05$) พบว่าคณะในสายการเรียนวิทยาศาสตร์สุขภาพมีการเข้าถึงยา PrEP มากที่สุด คือ ร้อยละ 62.5 สายการเรียนสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา ร้อยละ 48.4 สายการเรียนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร้อยละ 46.9 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Nakathingo FM, et al.⁽²²⁾ ที่พบว่าคณะของกลุ่มตัวอย่างกับการเข้าถึงยา PrEP มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยพบว่านักศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ ร้อยละ 72 มีการเข้าถึงยา PrEP มาก่อนเมื่อเทียบกับคณะศึกษาศาสตร์ ร้อยละ 42 คณะเศรษฐศาสตร์และคณะวิทยาการจัดการ

ร้อยละ 40 ซึ่งความไม่สอดคล้องอาจมาจากแต่ละคณะมีสัดส่วนร้อยละการเข้าถึงยา PrEP ไม่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคณะกับการเข้าถึงยา PrEP ในการศึกษารั้งนี้

รายได้ ($p>0.05$) นักศึกษาที่รายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท มีการเข้าถึงยา PrEP มากที่สุด ร้อยละ 49.4 ซึ่งสอดคล้องกับ นันทิยา จักรบาท และคณะ⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่ารายได้ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาชีพนั้นไม่สามารถทำพฤติกรรมการใช้ยา PrEP ได้ ทำให้รายได้ไม่ทำให้พฤติกรรมการเข้าถึงยา PrEP แตกต่างกัน และสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์⁽¹⁴⁾ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา PrEP ($p<0.05$) โดยรายได้ต่อเดือนของผู้รับบริการในโรงพยาบาลและ KPLHS ที่มีให้บริการยา PrEP อยู่ในระหว่าง 5,000-9,999 บาท และ 15,000-19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งความไม่สอดคล้องอาจมาจากช่วงรายได้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ไม่เกิน 10,000 บาท ทำให้การแบ่งช่วงรายได้ไม่กว้างเหมือนกับการศึกษาอื่นๆ และแต่ละช่วงมีสัดส่วนร้อยละการเข้าถึงยา PrEP ไม่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงยา PrEP กับรายได้ในการศึกษารั้งนี้

การมีคู่/คู่นอน ($p<0.05$) พบว่าผู้ที่มีคู่/คู่นอน มีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 76.3 สอดคล้องกับสินธดา หิมมะ และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่า การมีคู่นอนประจำมีความสัมพันธ์กับการหยุดใช้ยา PrEP ($p<0.05$) เนื่องจากการมีคู่นอนประจำทำให้โอกาสของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเปลี่ยนไปหรือลดลง รวมไปถึงมีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนแทนการใช้ยา PrEP สิทธิการรักษา ($p>0.05$) โดยกลุ่มที่เข้าถึงยา PrEP และใช้ประกันสุขภาพเอกชน/ประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 59.5 ในขณะที่ผู้ชำระเอง คิดเป็นร้อยละ 44.8 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์⁽¹⁴⁾ พบว่าประกันสุขภาพของผู้รับบริการในโรงพยาบาลและ KPLHS มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา PrEP ($p<0.05$) โดยผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ชำระเอง คิดเป็นร้อยละ 11.5 และผู้ที่มีประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 88.5 ซึ่งความไม่สอดคล้องอาจมาจากผู้ที่มีการเข้าถึงยา PrEP ที่ชำระเองและใช้ประกันสุขภาพมีสัดส่วนไม่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงยา PrEP กับสิทธิการรักษาในการศึกษารั้งนี้

การเคยมีเพศสัมพันธ์ ($p>0.05$) พบว่า ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 73.1 สอดคล้องกับสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ภายในระยะเวลา 6 เดือน มีผลต่อการเข้าถึงยา PrEP ($p<0.05$)

การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ($p>0.05$) กลุ่มที่ไม่เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นมีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 53.2 ในขณะที่ผู้ที่เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น 2 คน มีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 100.0 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Jo Y, et al.⁽²⁴⁾ ที่พบว่า กลุ่มผู้ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ใน 30 วัน มีความสนใจในการใช้ยา PrEP และสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา PrEP ($p>0.05$) โดยพบผู้ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 16.7 ที่มีการเข้าถึงยา PrEP โดยความไม่สอดคล้องอาจมาจากจำนวนกลุ่มผู้ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นในการศึกษานี้มีจำนวนน้อย จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงยา PrEP กับการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นในการศึกษาครั้งนี้

การรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP ($p>0.05$) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP ระดับปานกลาง/ต่ำ มีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 57.1 และระดับมาก ร้อยละ 47.2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Muwonge TR, et al.⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าอุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP เช่น การไม่มีเวลาที่จะเข้าไปรับยา การถูกตีตรา การเดินทางที่ไม่สะดวก และผลข้างเคียงของยา เป็นต้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้าถึงยา PrEP ($p<0.05$) โดยความไม่สอดคล้องอาจมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงยา PrEP และระดับการรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงที่ระดับปานกลาง/ต่ำ และระดับมากในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงยา PrEP กับการรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงยา PrEP ในการศึกษาครั้งนี้

การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP ($p<0.05$) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP ระดับมากมีการเข้าถึงยา PrEP มากที่สุด ร้อยละ 77.4 สอดคล้องกับ บัณฑิตพัฒน ลาวัลย์ตระกูล⁽²⁵⁾ ที่พบว่าความสนใจในการใช้ยา PrEP มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงประโยชน์ของยา PrEP ($p<0.05$) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยกับการรับรู้ประโยชน์ของยา PrEP มีความสนใจใช้ยามากกว่า

กลุ่มอ้างอิง (รู้สึกเฉยๆ) เมื่อรับรู้ประโยชน์ของยา PrEP ประมาณ 10 เท่า

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP ($p<0.05$) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP ในระดับต่ำมากที่สุด มีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 33.5 และไม่เข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 64.5 ซึ่งส่วนใหญ่ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสังคมออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับ Kudrati SZ, et al.⁽²⁶⁾ ที่กล่าวว่าสื่อสังคมออนไลน์และเทคโนโลยีเป็นหนึ่งในแนวโน้มที่ช่วยสร้างการเข้าถึงยา PrEP และสอดคล้องกับสุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP ของผู้รับบริการจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP ในระดับมาก เช่นเดียวกับผู้รับบริการจาก KPLHS มาก่อนแล้วโดยส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP จากเว็บไซต์และสื่อสังคมออนไลน์เช่นกัน

ทัศนคติต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP (เชิงบวก) ($p>0.05$) พบว่าผู้ที่มีระดับทัศนคติเชิงบวกที่มีการเข้าถึงยา PrEP อยู่ในระดับปานกลาง/ต่ำ ร้อยละ 50.9 และระดับมาก ร้อยละ 60.0 ซึ่งไม่สอดคล้องกับนันทิยา จักรบาท และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าทัศนคติต่อการใช้ยา PrEP มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา PrEP ($p<0.05$) ทั้งกล่าวว่าทัศนคติต่อการใช้ยา PrEP เชิงบวกจะทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยา PrEP ดีขึ้นเช่นกัน โดยความไม่สอดคล้องอาจมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าถึงยา PrEP และระดับทัศนคติต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP ที่ระดับปานกลาง/ต่ำ และระดับมากอยู่ในสัดส่วนร้อยละที่ไม่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงยา PrEP กับทัศนคติต่อยา PrEP และผู้รับยา PrEP ในการศึกษาครั้งนี้

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($p>0.05$) ผู้ที่มีระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ มีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 73.8 ระดับปานกลางมีการเข้าถึงยา PrEP ร้อยละ 66.7 ซึ่งสอดคล้องกับบัณฑิตพัฒน ลาวัลย์ตระกูล ที่ศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 90 ซึ่งไม่สอดคล้องกับนันทิยา จักรบาท และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยที่ได้รับ

ยา PrEP ตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 71.5 และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีต่ำ ร้อยละ 81.9 เนื่องจากได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และมีเพียงร้อยละ 0.6 ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง โดยความไม่สอดคล้องอาจมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนจึงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีต่ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์และเคยรับคำปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงยา PrEP กับปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษาครั้งนี้

เมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยา PrEP ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการมีคู่/คู่นอน การเคยมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP เป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้นักศึกษาเข้าถึงยา PrEP ได้มากที่สุด โดยการมีคู่/คู่นอนและการเคยมีเพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่มาจากประสบการณ์ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเอง ส่วนปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยา PrEP และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP เป็นการรับรู้ทางข้อมูลด้านสุขภาพที่สนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงยา PrEP เพื่อใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการรับสัมผัส

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. จากผลการศึกษาพบว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP อยู่ในระดับต่ำ จากผลการศึกษาดังกล่าวจะนำไปสู่การเป็นข้อมูลพื้นฐานในการการจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อส่งเสริมการรับรู้และการเข้าถึงยา PrEP และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในเหมาะสมและสามารถเข้าถึงในกลุ่มนักศึกษามากที่สุดต่อไป

2. มหาวิทยาลัยควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ โดยเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านประโยชน์ของยา PrEP และประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการรับสัมผัส เพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

3. มหาวิทยาลัยควรมีแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ทำให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงหน่วยบริการยา PrEP ได้ง่ายขึ้น

เช่น สร้างเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ รวมถึงเป็นช่องทางให้นักศึกษาสามารถสอบถามวิธีการใช้บริการได้ และควรเพิ่มคลินิกให้บริการยา PrEP ฟรีในสถานพยาบาลต่างๆ มากขึ้น

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลจากผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มรักต่างเพศเป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP อยู่ในระดับต่ำมากที่สุดไปสนับสนุนการดำเนินงานนโยบายการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามแนวทางยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยเรื่องการยุติปัญหาเอดส์ โดยส่งเสริมการประชาสัมพันธ์และสร้างความรู้ความเข้าใจด้านประโยชน์ของยา PrEP ในกลุ่มรักต่างเพศให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารุ่นต่อไป

1. เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น ทำให้การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักศึกษาอยู่ในระดับต่ำ จึงอาจเป็นผลให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการเข้าถึงยา PrEP

2. ควรศึกษาถึงประสิทธิผลของการประชาสัมพันธ์เชิงรุก หรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยา PrEP เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเยาวชนที่ไม่เข้าถึงยา PrEP

3. ควรมีศึกษาในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่อาจจะมีการคิดค้นแนวทางและวิธีใหม่ๆ ที่เพิ่มการเข้าถึงบริการการเข้าถึงบริการและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยา PrEP เพื่อตอบโจทย์และเพิ่มการเข้าถึงในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่นักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้เหมาะสมและครอบคลุมมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก รศ. ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ ผศ. ดร.พรทิพย์ จอมพุก และ อ.ชโลบล ตรีศักดิ์ ที่ได้ชี้แนะแนวทางในทำวิจัยตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีและขอบคุณ องค์การนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ให้ความช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์แบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php#>
2. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองระบาดวิทยา AIDS surveillance system [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/
3. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 24 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://www.prepthai.net/Paper/PrEP_Guidelines.pdf
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานผลการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.prepthai.net/View-Cascade.aspx>
5. Maseko B, Hill LM, Phanga T, Bhushan N, Vansia D, Kamtsendero L, et al. Perceptions of and interest in HIV pre-exposure prophylaxis use among adolescent girls and young women in Lilongwe, Malawi. PLoS One [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 1];15:e0226062. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6957134/>
6. Lin B, Liu J, Zhong X. PrEP risk perception and adherence among men who have sex with men: a prospective cohort study based on growth mixture model. BMC Infectious Diseases [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 1]; 22: 969. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12879-022-07966-3>
7. Skovdal M, Sørensen ONK, Muchemwa D, Nyamwanza RP, Maswera R, Svendsen MN, et al. "It will not be easy to accept": parents conflicting attitudes towards pre-exposure prophylaxis for HIV prevention amongst adolescent girls and young women. Research in Social and Administrative Pharmacy [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 1];19:266-71. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.10.008>
8. นันทิยา จักรบาท, นฤมล เอี่ยมณีกุล, อาภาพร เผ่าวัฒนา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาต้านไวรัสป้องกันก่อนสัมผัสเชื้อเอชไอวี (เพร็พ) ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร. วารสารแพทยธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 24 ม.ค. 2566];48:611-30. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/download/248116/171477/961103>
9. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหายาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 7 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/1759>
10. UNICEF Thailand. วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://www.unicef.org/thailand/media/1081/file/วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย%20\(รายงานฉบับย่อ\).pdf](https://www.unicef.org/thailand/media/1081/file/วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทย%20(รายงานฉบับย่อ).pdf)
11. สำนักงานทะเบียนนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. จำนวนนักศึกษามีสภาพจำแนกตาม คณะ สถานที่ และเพศ ระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษาที่ 2/2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.reg.tu.ac.th/th/Picture/AttFile/d84adf3e-200d-491a-a8a7-3ef6ee0c29e7>
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.
13. รัชนิกร ไชยรินทร์. ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554. 116 หน้า.
14. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์. รายงานโครงการวิจัย การประเมินผลการดำเนินงานการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (pre-exposure prophylaxis: PrEP) ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://online.anyflip.com/sasvp/fnya/mobile/index.html>

15. Muwonge TR, Nsubuga R, Brown C, Nakyanzi A, Bagaya M, Bambia F, et al. Knowledge and barriers of PrEP delivery among diverse groups of potential PrEP users in Central Uganda. PLoS ONE [Internet]. 2020 [cited 2023 May 12];15:e0241399. Available from: <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241399>
16. ศศิโสภณ เกียรติบุญกุล. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาต้านเอชไอวีสำหรับการป้องกันหรือเพร็พ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 24 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/ความรู้ความเข้าใจเกี่ยว/>
17. นุชนารถ แก้วดำเกิง, สุภาพร พูลเพิ่ม. การศึกษารูปแบบการจัดบริการเพร็พ (PrEP) ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการสาธารณสุข. วารสารโรคเอดส์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 7 ก.พ. 2566];34:113-30. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/254693/175393>
18. นิตยา ภาณุภาค. แนวปรับภาพลักษณ์ 'PrEP' ป้องกัน HIV เป็นผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ รู้สิทธิภูมิใจที่ได้ดูแลตัวเอง [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 13 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2019/12/18133>
19. จุฑามาศ เบ้าคำกอง, สุภารัตน์ คตะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2566];26:66-76. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/187270/131572>
20. Philip D. Investigating Attitudes and Beliefs of University Students Aged 18 to 24 Years That Influence Their Decision to Take Pre-Exposure Prophylaxis Medication [dissertation]. Las Vegas, NV: University of Nevada; 2020. 182 p.
21. Bunting SR, Garber SS, Goldstein RH, Ritchie TD, Batts TJ, Keyes TJ. Student education about pre-exposure prophylaxis (PrEP) varies between regions of the United States. Journal of General Internal Medicine [Internet]. 2020 [cited 2023 May 12];35:2873-81. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05736-y>
22. Nakathingo FM, Ashipala DO, Iiyambo PT. Knowledge, awareness and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) among students at the University of Namibia. Global Journal of Health Science [Internet]. 2021 [cited 2023 May 12];13:48-58. Available from: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v13n3p48>
23. ลินรดา หิมมะ, สุคนธา ศิริ, ณัฐนารี เอมยงค์, โชชัย หมั่นแสงทรัพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจหยุดการใช้ยาเพร็พเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงข้ามเพศในกรุงเทพฯ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 13 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://pheap.ph.mahidol.ac.th/proceeding%20_%E0%B8%A5%E0%B8%B5%E0%B9%881.pdf
24. Jo Y, Bartholomew TS, Lewis SD, Rodriguez A, Forrest DW, Barber JT, et al. Interest in linkage to PrEP among people who inject drugs accessing syringe services; Miami, Florida. PLoS One [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 1];15:e0231424. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231424>
25. ปัทมพัฒน์ ลาวลย์ตระกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสนใจในการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเทศไทย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 7 ก.พ. 2566];3:46-56. แหล่งข้อมูล: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/231397/166644>
26. Kudrati SZ, Hayashi K, Taggart T. Social Media & PrEP: A Systematic Review of Social Media Campaigns to Increase PrEP Awareness & Uptake Among Young Black and Latinx MSM and Women. AIDS and Behavior [Internet]. 2021 [cited 2023 May 10];25:4225-34. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03287-9>

HIV Risk Behaviors, Awareness, and Access to Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) among Undergraduate Students in Thammasat University

Sarochoa Chankoo, Ronnapoom Samakkeekarom, Nontiya Homkham, Sirikun Mueangfa, Montakan Timrod, Vanidta Sangpijit, Jirawan Pengprapat, Pattarawadee Imwirot, Ratima Meema, Jinnipa Piromruk, Paphatchaya Klhaikhrueayat, Nongnuan Weerasomwong, Yanasiri Dechdee
Faculty of Public Health, Thammasat University, Thailand

Abstract

This research studied behaviors that pose a risk for HIV infection, attitudes, perceptions, and access to Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) among undergraduate students at Thammasat university. The study employed a mixed-methods approach, including quantitative cross-sectional analysis of a sample group of 158 individuals with accidental sampling and qualitative phenomenological research involving 9 key informants who had engaged in sexual activities and knew PrEP. The research tools included in-depth interviews and online questionnaires were checked for content validity and reliability, Cronbach's alpha coefficient >0.75 . The data analysis was performed by using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's Exact test, and content analysis. The study revealed that low-risk behavior for HIV infection was observed in 94.3% of the participants. Access to PrEP was reported by 53.8% of the participants. Moderate-level attitudes towards the medication and recipients were observed in 68.4% of the participants. Moderate-level awareness of obstacles to accessing PrEP was reported by 63.3% of the participants, while 65.9% showed moderate-level awareness of the benefits of using PrEP. These findings were consistent with the qualitative results, which indicated confidence in the medication and normalization of medication usage. Awareness of low-level information related to PrEP was reported by 58.9% of the participants, which aligned with the qualitative findings indicating insufficient and ineffective university communication. Factors related to accessing PrEP included having a partner/spouse, previous sexual experience, awareness of the benefits of using PrEP, and awareness of information related to PrEP ($p<0.05$). To prevent HIV infection among young people, it is recommended to increase awareness of the benefits of using PrEP, particularly targeting the heterosexual with low-level awareness of information related to the medication. Additionally, it is important to support the creation of online platforms that facilitate access to PrEP services.

Keywords: HIV risk behaviors; awareness; access to pre-exposure prophylaxis (PrEP); undergraduate students

การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีตอบสนองต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

วีรบุรณ วิสารทสกุล, ศิญาณี หิรัญสาลี, สุนทร คุณชัยมั่ง, จิตริน วันมียัย
วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

การประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นการประเมินเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นโครงการที่มีเป้าหมายในการพัฒนาระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม โครงการ พชอ. มีการดำเนินการในทุกพื้นที่อำเภอทั่วประเทศไทย ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยการประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพของผลลัพธ์ตามเป้าหมายของ พชอ. และตามเป้าหมายของแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการ (แผน 12) ของ สสส. เพื่อระบุอุปสรรคและปัจจัยสู่ความสำเร็จของการดำเนินโครงการ และเพื่อสร้างบทเรียนและแนวทางในการพัฒนาโครงการในอนาคต ซึ่งเป็นการประเมินผ่านเครื่องมือ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) ทฤษฎีโปรแกรม (Program Theory) ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากร กิจกรรม ผลลัพธ์ และเป้าหมายของการดำเนินงานของโครงการ พชอ. รวมถึงซีปปโมเดล (CIPP Model) โดยการประเมินนี้มีระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) ที่มุ่งเน้นการประเมินแบบ 360 องศา ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย (1) การประเมินตนเองจากคณะกรรมการ พชอ. ในพื้นที่ (2) การประเมินจากผู้บริหารหรือกรรมการกำกับทิศ (3) การประเมินจากกลุ่มเป้าหมายของโครงการ พชอ. และ (4) การประเมินจากกลุ่มผู้ร่วมงานจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายของ พชอ. จากผลการรวบรวมข้อมูลการประเมินจาก 152 พชอ. พบว่า พชอ. มีความพร้อมในด้านบริบทพื้นที่เป็นอย่างดี มีการดำเนินงานที่ตอบโจทย์ความต้องการของบริบทพื้นที่ สามารถทำให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรจากภาคส่วนต่างๆ จนสามารถสร้างความสำเร็จในประเด็นปัญหาของพื้นที่ได้ และสามารถส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดการลดความเสี่ยงหลักด้านสุขภาพของประชาชน และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ อย่างไรก็ตาม โครงการ พชอ. ยังคงประสบปัญหาและอุปสรรคในด้านการประสานงาน งบประมาณ และการประชาสัมพันธ์โครงการสู่ภาคประชาชน ซึ่งปัจจัยสู่ความสำเร็จหลักของโครงการ พชอ. ได้แก่ การประสานงานเพื่อดำเนินงานของหน่วยงานในพื้นที่ ความสัมพันธ์อันดีของหน่วยงานต่างๆ และองค์ความรู้เรื่องปัญหาเฉพาะของพื้นที่จากคณะผู้ดำเนินโครงการระดับพื้นที่

คำสำคัญ: การประเมินผล; การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.); การประเมินโครงการ; การพัฒนาคุณภาพชีวิต

วันรับ: 19 มิ.ย. 2566

วันแก้ไข: 22 ก.ค. 2566

วันตอบรับ: 30 ก.ค. 2566

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 3 ปี (พ.ศ.2563 – 2565)⁽¹⁾ และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 แผนงานที่ 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)⁽²⁾ เพื่อเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคในการพัฒนาระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล การเกิดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ปัญหาลพิษสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ และภัยก่อการร้าย เป็นต้น เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเน้นการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การพัฒนาคนในทุกมิติและทุกช่วงวัย ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ที่มีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ โดยให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพที่ดีในทุกพื้นที่ เป็นแหล่งบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีของประชาชน ผ่านการจัดการความรู้ ด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์และสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การสร้างสุขภาพะที่พึงประสงค์ระหว่างกัน อันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำ ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย และลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี ครอบคลุมทั้งด้านกายใจ สติปัญญา และสังคม ประชาชนทุกช่วงวัยมีศักยภาพในการจัดการ สุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถยกระดับการพัฒนาเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนา

ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง บรรลุตามวิสัยทัศน์ยุทธศาสตร์ชาติ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน”

โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้รับความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วนในการดำเนินโครงการ จากการลงนามความร่วมมือ (MOU)⁽³⁾ ระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อร่วมมือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ในด้านการดำเนินงานเชิงพื้นที่โครงการพชอ. ได้ดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) อันประกอบไปด้วยนายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และยังมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคส่วนราชการต่างๆ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ที่ได้ร่วมกันทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพในพื้นที่ โดยโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการกำหนดแนวทางในการกำกับติดตามและประเมินผลโครงการ ซึ่งเป็นการประเมินผลภายในโครงการฯ ขณะเดียวกันสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ยังจัดให้มีการประเมินผลภายนอก (ซึ่งเป็นที่มาของบทความนี้) โดยมีเป้าหมายในการสะท้อนกระบวนการดำเนินงาน การถอดบทเรียนในประเด็นที่พชอ. และ สสส. ให้ความสนใจรวมทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลเชิงกลยุทธ์ บทเรียนสำคัญ ปัญหาและอุปสรรคระหว่างการดำเนินงานของ พชอ. ทั่วประเทศ โดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์การประเมิน ได้แก่ (1) เพื่อประเมินคุณภาพของผลลัพธ์ตามเป้าหมายของ พชอ. (2) เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดำเนินงานของ พชอ. ตามเป้าหมายของแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการ (แผน 12) ของ สสส. (3) เพื่อระบุอุปสรรคและปัจจัยสู่ความสำเร็จของการดำเนินโครงการ และ (4) เพื่อสร้างบทเรียนและแนวทางในการพัฒนาโครงการในอนาคต

วิธีการศึกษา

โครงการการประเมินผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงานของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

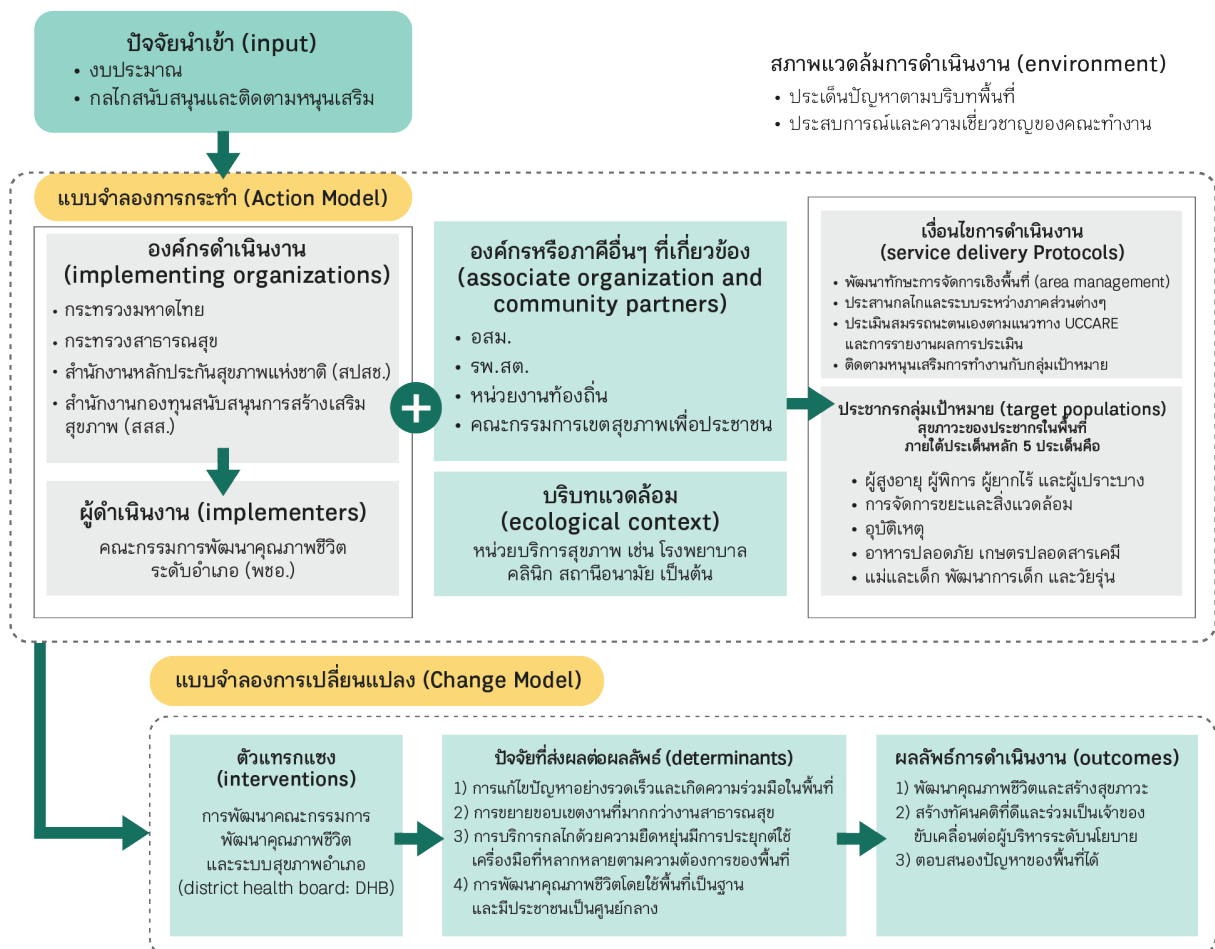
เป็นโครงการที่ดำเนินการประเมินผลภายนอกที่มุ่งเน้นการประเมินเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา เป็นการประเมินที่สามารถสะท้อนบทเรียนการทำงาน สามารถระบุอุปสรรคและความท้าทายในการดำเนินโครงการ และสามารถค้นหาปัจจัยสู่ความสำเร็จของการดำเนินโครงการได้ โดยโครงการได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) กล่าวคือ เป็นการบูรณาการการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงสำรวจ (exploratory sequential design) ทั้งนี้โครงการนี้มีการดำเนินงานเพื่อตอบวัตถุประสงค์ 4 ประการหลัก ได้แก่ (1) เพื่อประเมินคุณภาพของผลลัพธ์ตามเป้าหมายของ พชอ. (2) เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดำเนินงานของ พชอ. ตามเป้าหมายของแผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการ (แผน 12) ของ สสส. (3) เพื่อระบุอุปสรรคและปัจจัยสู่ความสำเร็จของการดำเนินโครงการ และ (4) เพื่อสร้างบทเรียนและแนวทางในการพัฒนา

โครงการในอนาคต โครงการประเมินมีการใช้เครื่องมือในการประเมินหลัก 3 ประการ ได้แก่

1) การใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) มาเป็นแนวคิดหลักในการสร้างกรอบการประเมิน ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ประเมินต้องการ⁽⁴⁾

2) ทฤษฎีโปรแกรม (Program Theory) ซึ่งเป็นชุดข้อตกลงหรือเงื่อนไขของกลไกการดำเนินงานเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เชื่อมโยงให้เห็นถึงสมมติฐานการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงาน ผลกระทบการดำเนินงาน และเป้าหมายการดำเนินงาน โดยประกอบด้วย โมเดลการกระทำ (Action Model) และ โมเดลการเปลี่ยนแปลง (Change Model)⁽⁸⁾ โดยคณะผู้วิจัยได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากร กิจกรรม ผลลัพธ์ และเป้าหมายของการดำเนินงาน⁽³⁾ ของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ร่างทฤษฎีโปรแกรมของกลไกการดำเนินงานของ พชอ.



3) การประเมินผลตามองค์ประกอบของชิปโมเดล (CIPP Model)⁽⁶⁾ ซึ่งประกอบด้วย 4 ประเด็นการประเมินหลัก ได้แก่ สภาพแวดล้อม (context) ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลผลิต (product) โดยในผลผลิตจะมีการขยายออกเป็นการประเมินอีก 4 ด้าน หรือที่เรียกว่า รูปแบบการประเมิน CIPPIEST⁽⁷⁾ ได้แก่ การประเมินผลกระทบ (impact: I) การประเมินประสิทธิผล (effectiveness: E) การประเมินความยั่งยืน

(Sustainability: S) เพื่อประเมินความคงอยู่ หรือความต่อเนื่องในการทำโครงการที่ประสบความสำเร็จไปใช้ และการประเมินการถ่ายทอดความรู้ (Transportability: T) โดยคณะผู้วิจัยสามารถสร้างทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (ในรูปแบบของประโยค ถ้า ... แล้ว ...) ที่เปรียบเสมือนสมมติฐานงานวิจัย และโจทย์ประเมิน (ในรูปแบบของประโยคคำถาม) ที่เปรียบเสมือนตัวแปรของงานวิจัย ดังสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง และโจทย์การประเมินของ พขอ.

โจทย์ประเมินตามเป้าหมายของ พขอ.	โจทย์ประเมินตามเป้าหมายของแผน 12
ถ้า... สภาพแวดล้อม (context) ของโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของการดำเนินงาน แล้ว...	
(1) จะเกิดการประเมินความพร้อมของบริบทพื้นที่และคณะทำงานในพื้นที่ก่อนการดำเนินโครงการ A1. มีการประเมินความพร้อมของบริบทพื้นที่หรือไม่ อย่างไร A2. มีการประเมินศักยภาพของคณะทำงานหรือไม่ คณะทำงานควรมีประสิทธิภาพในประเด็นของพื้นที่หรือไม่ อย่างไร (2) จะเกิดการสร้างภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมในพื้นที่ A3. ภาคีเครือข่ายหลักที่ร่วมทำงานในพื้นที่คือองค์กรใด A4. อุปสรรคและการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคีคืออะไร A5. ภาคีมีส่วนสร้างความสำเร็จหรือไม่ อย่างไร	(1) จะเกิดกลไกสุขภาวะพื้นที่ผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อเขตบริการสุขภาพ B1. ในพื้นที่เกิดกลไกสุขภาวะที่ตรงตามประเด็นการดำเนินงานของ สสส. หรือไม่ ในประเด็นใดบ้าง
ถ้า... ปัจจัยนำเข้า (input) ของโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของการดำเนินงาน แล้ว...	
(1) จะเกิดการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อการดำเนินงาน A6. จำนวนงบประมาณที่ได้รับเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาหรือไม่ A7. ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้งบประมาณเอื้อต่อการดำเนินงานหรือไม่ (2) จะเกิดกลไกสนับสนุนและติดตามหนุนเสริมของ พขอ. A8. กลไกสนับสนุนและติดตามหนุนเสริมของ พขอ. มีประสิทธิภาพหรือไม่ A9. การพัฒนากลไกสนับสนุนและติดตามหนุนเสริมในอนาคตควรเป็นไปในทิศทางใด	(1) จะเกิดการส่งเสริมการใช้นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพ B2. พบการใช้นวัตกรรมสุขภาพที่ตรงกับนิยามของ สสส. หรือไม่ อย่างไร (2) จะเกิดการพัฒนาแบบรองรับการจัดการสุขภาพเขตเมือง B3. พบแบบอย่างในการจัดการสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนในเขตเมืองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองหรือไม่ อย่างไร (3) จะเกิดการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสุขภาพให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ B4. พบการส่งเสริมสมรรถนะและบทบาทแก่เขตบริการสุขภาพและจังหวัดในการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อหนุนการกำกับติดตามกลไก พขอ. หรือไม่ อย่างไร
ถ้า... กระบวนการ (process) ของโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของการดำเนินงาน แล้ว...	
(1) จะเกิดการพัฒนาทักษะการจัดการเชิงพื้นที่ (area management) A10. สามารถวิเคราะห์ปัญหาเชิงพื้นที่ได้หรือไม่	(1) จะเกิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ B5. พบการเพิ่มของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้หรือไม่

ตารางที่ 1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง และโจทย์การประเมินของ พขอ. (ต่อ)

โจทย์ประเมินตามเป้าหมายของ พขอ.	โจทย์ประเมินตามเป้าหมายของแผน 12
ถ้า... กระบวนการ (process) ของโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของการดำเนินงาน แล้ว...	
(2) จะเกิดการประสานกลไกและระบบระหว่างภาคส่วนต่างๆ ภาวการณ์นำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมในการบริหารงานของ พขอ. A11. สามารถสร้างภาวการณ์นำร่วมให้เกิดขึ้นในพื้นที่อย่างไร A12. สามารถสร้างการบูรณาการเพื่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างไร A13. สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในพื้นที่อย่างไร (3) จะเกิดการประเมินสมรรถนะตนเองตามแนวทาง UCCARE และการรายงานผลการประเมิน A14. สามารถประเมินสมรรถนะตนเองตามแนวทาง UCCARE หรือไม่ A15. สามารถรายงานผลการประเมินได้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่ A16. สามารถถอดบทเรียนและสร้างการเรียนรู้จากการดำเนินงานได้หรือไม่ (4) จะเกิดการติดตามหนุนเสริมการทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย A17. มีความสามารถในการดำเนินการติดตามหนุนเสริมการทำงานในพื้นที่กับกลุ่มเป้าหมายได้หรือไม่	(2) จะเกิดระบบบริการสุขภาพที่สามารถหนุนเสริมกลไกด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน B6. พบการเพิ่มของระบบบริการสุขภาพที่สามารถหนุนเสริมกลไกด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน (3) จะเกิดแกนนำในวิชาชีพสาธารณสุขที่มีทักษะในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล B7. พบการเพิ่มของแกนนำในวิชาชีพสาธารณสุขที่มีทักษะในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
ถ้า... ผลผลิต (product) ของโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของการดำเนินงาน แล้ว...	
(1) จะเกิดสัดส่วนความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสุขภาวะตามผลผลิตและผลลัพธ์ที่คาดหวังของ พขอ. ทั้ง 878 อำเภอ A18. การพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสุขภาวะเป็นไปตามผลผลิต และผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้หรือไม่ อย่างไร A19. อุปสรรคในการสร้างผลผลิตและผลลัพธ์คืออะไร A20. ปัจจัยความสำเร็จในการสร้างผลผลิตและผลลัพธ์คืออะไร (2) จะเกิดการสร้างทัศนคติที่ดีและร่วมเป็นเจ้าของขับเคลื่อนต่อผู้บริหารระดับนโยบาย หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน A21. ผู้บริหารระดับนโยบาย หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีทัศนคติอันดีต่อ พขอ. หรือไม่ A22. ผู้บริหารระดับนโยบาย หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันหรือไม่ (3) จะเกิดการตอบสนองปัญหาและความต้องการของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง A23. การดำเนินโครงการของ พขอ. สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของพื้นที่ได้หรือไม่ A24. การดำเนินโครงการของ พขอ. สอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัดหรือไม่	(1) จะสามารถลดความเสี่ยงหลักด้านสุขภาพลง B8. ความเสี่ยงด้านสุขภาพในพื้นที่ลดลงหลังจากการดำเนินโครงการของ พขอ. หรือไม่ อย่างไร (2) จะสามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพและสามารถสร้างวัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพ B9. พฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร B10. การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นไปอย่างยั่งยืนและมีระบบหรือไม่ อย่างไร

กรณีศึกษา

โครงการประเมินได้มีการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายในการเก็บข้อมูลจาก พชอ. ในปี พ.ศ. 2562 ทั้งสิ้น 2,454 โครงการ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้กระจายการเก็บข้อมูลจาก พชอ. ทุกจังหวัดทั่วประเทศไทย จังหวัดละ 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 152 พชอ. โดยสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กรุณาให้ข้อมูล พชอ. 2 พื้นที่ที่มีการดำเนินงานดีเด่นในทุกจังหวัด เพื่อให้คณะผู้วิจัยเข้าสัมภาษณ์เพื่อขอข้อมูล อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในทุกมิติของโครงการ พชอ. คณะผู้วิจัยได้พิจารณาใช้ระเบียบวิธีวิจัยประเมินผลเชิงคุณภาพ (qualitative method) มุ่งเน้นการประเมินแบบ 360 องศา ซึ่งเป็นการประเมินที่สอดคล้องที่เกิดจากผู้ให้ข้อมูลโดยกระบวนการสอบถามจากผู้ให้ข้อมูลหลายระดับ ประกอบไปด้วย (1) การประเมินตนเอง (self-assessment) มีคณะผู้รับผิดชอบของโครงการ พชอ. ร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อประเมินตนเอง (2) การประเมินจากบนลงล่าง (upward appraisal) มีผู้บริหารหรือกรรมการกำกับทิศเป็นผู้ให้ข้อมูล (3) การประเมินจากล่างขึ้นบน (downward appraisal) มีกลุ่มเป้าหมายของโครงการ พชอ. เป็นผู้ให้ข้อมูล (4) การประเมินจากกลุ่มผู้ร่วมงาน (peer review) มีผู้บริหารหรือตัวแทนจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายของ พชอ. เป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งแต่ละกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลนั้นจะมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแตกต่างกัน ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) การสนทนากลุ่มย่อย (focus group discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสำรวจ (survey) จากการเข้าพื้นที่รวบรวมข้อมูลผ่านการจัดประชุมกลุ่มย่อยกับคณะกรรมการ พชอ. การสัมภาษณ์เชิงลึกกับภาคีเครือข่ายที่สนับสนุนการทำงานของ พชอ. และข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ทำงานจำนวน 152 พชอ. คณะผู้วิจัยสามารถรายงานและวิเคราะห์ผลการรวบรวมข้อมูลการประเมินผลตามเป้าหมายของโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้ ดังนี้

1. การประเมินผลสภาพแวดล้อมของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (context) โดยการ

ประเมินนี้จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินความพร้อมของบริบทพื้นที่ การประเมินประสิทธิภาพและความเชี่ยวชาญของคณะทำงาน รวมถึงการสร้างภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันในพื้นที่

1.1) ความพร้อมของบริบทพื้นที่ และคณะทำงานในพื้นที่ก่อนการดำเนินโครงการโครงการ พชอ. มีการประเมินความพร้อมของบริบทพื้นที่ก่อนการดำเนินโครงการผ่านการศึกษาประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทุกพื้นที่อำเภอจะเป็นผู้ลงมติประเด็นที่มีความจำเป็นต้องแก้ไขในพื้นที่หนึ่งพื้นที่อำเภออาจมีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหามากกว่าหนึ่งประเด็นปัญหา โดยขึ้นอยู่กับปัญหาที่ค้นพบจริงในพื้นที่นั้นๆ นอกจากนี้ คณะทำงานของ พชอ. แต่ละพื้นที่ประกอบไปด้วยบุคลากรจากหลากหลายหน่วยงานและหลากหลายภาคส่วนด้วยกัน สอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี อย่างไรก็ตาม ในบางพื้นที่อาจมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการที่มีความคุ้นชินและมีประสบการณ์การทำงานที่สามารถขับเคลื่อนงานในประเด็นนั้นๆ เพื่อขับเคลื่อนงานอย่างเร่งด่วนได้

1.2) ภาคีเครือข่ายที่ทำงานร่วมกันในพื้นที่ ภาคีเครือข่าย มีส่วนอย่างมากในการสร้างความสำเร็จของการดำเนินงานตามประเด็นในพื้นที่ เนื่องจากคณะกรรมการ พชอ. ไม่มีบทบาทหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติ จึงต้องอาศัยการทำงานของภาคีเครือข่ายที่สามารถเข้าถึงและดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายได้โดยตรง ภาคีเครือข่ายนั้นประกอบไปด้วยคณะบุคคลและหน่วยงานหลายภาคส่วนอย่างยิ่ง ตัวอย่างเช่น ตำรวจ โรงเรียน โรงพยาบาล อสม. แกนนำในพื้นที่ อาสาสมัครกู้ภัย แขวงทางหลวง เครือข่ายสตรี ผู้สูงอายุ เด็ก ฯลฯ

2. การประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (input) โดยการประเมินนี้จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อการดำเนินงาน และการประเมินกลไกสนับสนุนและติดตามหนุนเสริมของโครงการ

2.1) การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อการดำเนินงาน จากผลการรวบรวมข้อมูล พบว่า ร้อยละ 71.05 เล็งเห็นว่างบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่ และร้อยละ 70.40 ให้ข้อมูลว่า

ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้งบประมาณไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน เพราะตามระเบียบไม่สามารถใช้ในการลงพื้นที่จริงได้และเบิกได้ล่าช้า

2.2) การเกิดกลไกสนับสนุนและติดตามหนุนเสริมของ พชอ. จากผลการรวบรวมข้อมูล พบว่า ร้อยละ 92.76 ของ พชอ. มีกลไกสนับสนุนและติดตามหนุนเสริมของ พชอ. ที่มีประสิทธิภาพ คณะกรรมการสามารถสร้าง กลไกของ พชอ. ทำให้เกิดการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาสู่ผลผลิตและผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ คณะกรรมการ พชอ. ยังเล็งเห็นว่าหากต้องการพัฒนากลไกสนับสนุนและติดตามหนุนเสริมของ พชอ. มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต ควรมีทิศทางในการพัฒนา ได้แก่ ควรปรับปรุงงบประมาณในการดำเนินงาน ควรสนับสนุนเครื่องมือและองค์ความรู้ให้คณะทำงาน และเพิ่มการประชาสัมพันธ์โครงการ พชอ. เพื่อให้ภาคประชาชนรับรู้ถึงการดำเนินงานได้ดียิ่งขึ้น

3. การประเมินกระบวนการของโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (process) โดยการประเมินนี้จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินการพัฒนาทักษะการจัดการเชิงพื้นที่ การประสานกลไกและระบบระหว่างภาคส่วนต่างๆ ภาวการณ์นำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมในการบริหารงานของ พชอ. และการประเมินสมรรถนะตนเองของ พชอ. ตามแนวทาง UCCARE และการรายงานผลการประเมิน

3.1) การพัฒนาทักษะการจัดการเชิงพื้นที่ (area management) โดยโครงการ พชอ. ร้อยละ 100 สามารถทำให้เกิดการวิเคราะห์ปัญหาเชิงพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่และร่วมกันคัดเลือกประเด็นหลักที่ต้องการแก้ไขในพื้นที่ระหว่าง คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

3.2) การประสานกลไกและระบบระหว่างภาคส่วนต่างๆ ภาวการณ์นำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมในการบริหารงานของ พชอ. โดยร้อยละ 95.40 ของโครงการ พชอ. สามารถดึงทั้งแกนนำโดยธรรมชาติและผู้นำที่อยู่ในพื้นที่เข้ามาร่วมดำเนินงานได้โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการสร้างภาวการณ์นำร่วม และร้อยละ 94.74 ของโครงการ พชอ. สามารถสร้างการบูรณาการ

เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ ผ่านการบูรณาการระหว่างทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และองค์ความรู้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างดี ท้ายที่สุด ร้อยละ 98.03 ของโครงการ พชอ. สามารถสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการพูดคุย และประชุมของภาคีเครือข่าย รวมถึงภาคประชาชนได้ในเวทีต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

3.3) การประเมินสมรรถนะตนเองตามแนวทาง UC-CARE และการรายงานผลการประเมิน โดยร้อยละ 86.19 ของโครงการ พชอ. สามารถประเมินสมรรถนะตนเองตามแนวทาง UCCARE ได้ และร้อยละ 95.40 ยังสามารถรายงานผลการประเมินได้ตามวัตถุประสงค์ โดย พชอ. สามารถเกี่ยวผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านการลงพื้นที่ โดยคณะกรรมการและภาคีเครือข่าย ท้ายที่สุด พบว่า ร้อยละ 86.19 สามารถถอดบทเรียนและสร้างการเรียนรู้จากการดำเนินงานของ พชอ. อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของการถอดบทเรียน และนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานในอนาคตนั้น ก็ยังไม่มีผลการแสดงผลอย่างชัดเจน อีกทั้งยังไม่มีผลการถอดบทเรียนข้ามพื้นที่ พชอ. ด้วย

3.4) การเกิดการติดตามหนุนเสริมการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายโดยร้อยละ 89.48 ของโครงการ พชอ. สามารถดำเนินการติดตามหนุนเสริมการทำงานในพื้นที่กับกลุ่มเป้าหมายด้านการลงพื้นที่เพื่อสำรวจการดำเนินงานและติดตามผล

4. การประเมินผลผลิตของโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (product) โดยการประเมินนี้จะมุ่งเน้นไปที่การประเมินการเกิดสัดส่วนความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสุขภาวะตามผลผลิตและผลลัพธ์ที่คาดหวังของ พชอ. การประเมินการเกิดการสร้างทัศนคติที่ดีและร่วมเป็นเจ้าของขับเคลื่อนต่อผู้บริหารระดับนโยบาย หน่วยงาน รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และการประเมินการเกิดการตอบสนองปัญหาและความต้องการของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

4.1) การเกิดสัดส่วนความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสุขภาวะตามผลผลิต และผลลัพธ์ที่คาดหวังของ พชอ. ทั้ง 878 อำเภอ โดยร้อยละ 92.11 ของโครงการ พชอ. เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสุขภาวะเป็นไปตามผลผลิตและผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ตามประเด็นปัญหาที่แต่ละพื้นที่เลือกดำเนินงาน เนื่องด้วย

พื้นที่ดังกล่าวสามารถสร้างภาวะการณ์นำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นในพื้นที่ได้

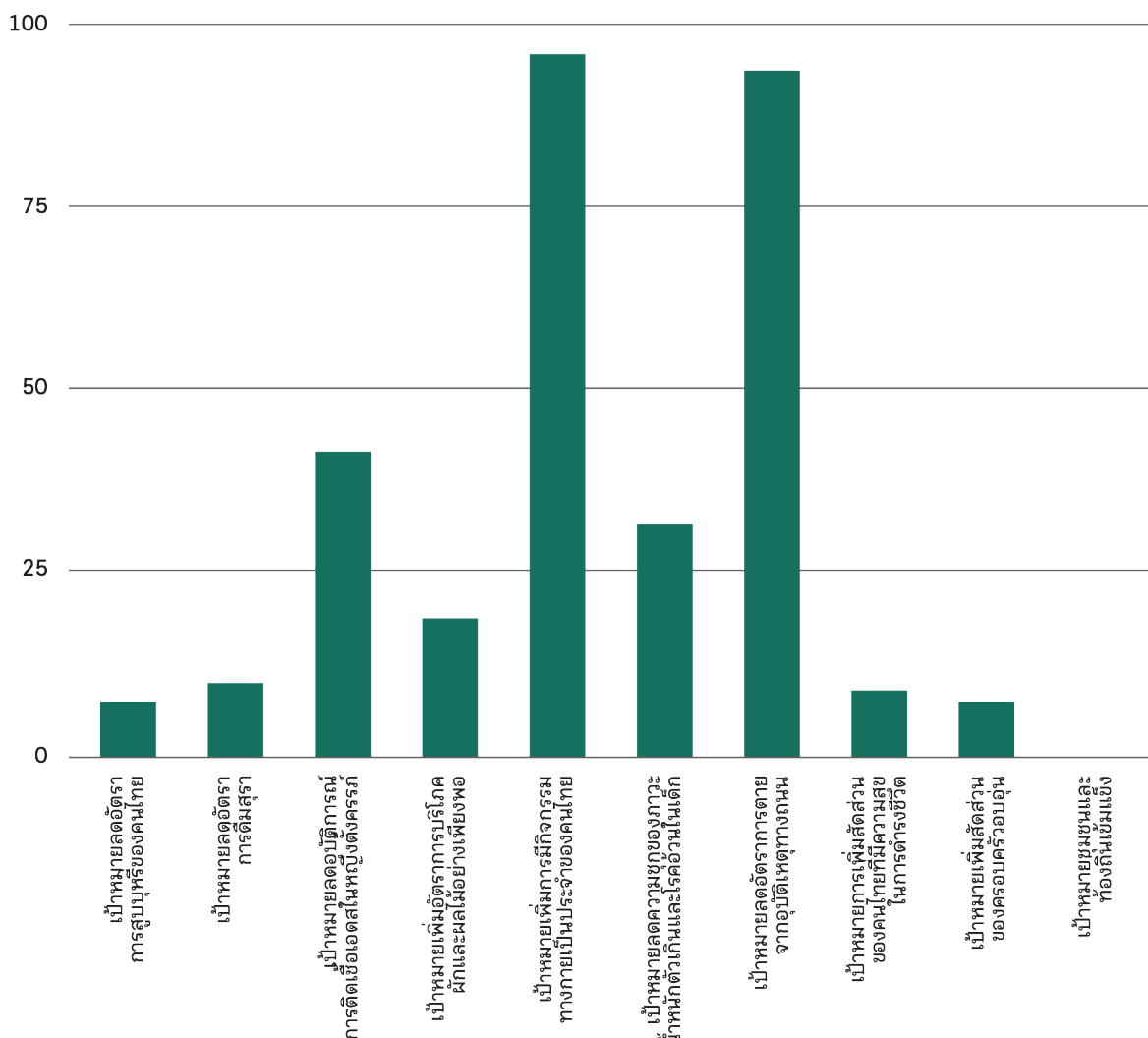
4.2) การเกิดการสร้างทัศนคติที่ดีและร่วมเป็นเจ้าของ ขับเคลื่อนต่อผู้บริหารระดับนโยบาย หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วนโดยร้อยละ 80.26 ของโครงการ พขอ. มีผู้บริหาร ระดับนโยบาย หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่มี ทัศนคติอันดีต่อการดำเนินโครงการ พขอ. ที่ให้ให้ความสนใจ และรับงานในการแก้ไขประเด็นปัญหาจาก พขอ. มาดำเนินงาน ต่อ และช่วยแก้ไขประเด็นปัญหาในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ

4.3) การเกิดการตอบสนองปัญหาและความต้องการ ของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง โดยร้อยละ 94.07 ของโครงการ พขอ. สามารถวิเคราะห์ประเด็นปัญหาในพื้นที่ได้อย่าง

ตรงประเด็น และออกแบบวิธีการในการแก้ไขปัญหาได้ ตรงกับความต้องการของพื้นที่ และร้อยละ 97.36 ดำเนินโครงการ พขอ. ได้อย่างสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ จังหวัด

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังสามารถรายงานและวิเคราะห์ ผลการรวบรวมข้อมูลการประเมินผลตามเป้าหมายของ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการ (แผน 12) ของ สสส. โดยในด้านสภาพแวดล้อม (context) มีพื้นที่อำเภอที่ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ แล้วเกิดกลไกสุขภาพะตรงตามประเด็นการดำเนินงาน ของ สสส. ตามทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 โครงการ พขอ. ที่ดำเนินงานได้ตรงตามประเด็นเป้าหมายของแผน 12 ของ สสส.



นอกจากในด้านปัจจัยนำเข้า (input) นี้มีพื้นที่อำเภอที่เกิดการส่งเสริมการใช้นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนการจัดการสุขภาพ โดยมีการใช้นวัตกรรมสุขภาพที่ตรงกับนิยามของ สสส. ร้อยละ 53.94 มีพื้นที่อำเภอที่เกิดการพัฒนาารูปแบบรองรับการจัดการสุขภาพเขตเมืองโดยพบแบบอย่างในการจัดการสุขภาพและส่งเสริมให้ประชาชนในเขตเมืองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 88.15 และมีพื้นที่อำเภอที่เกิดการเพิ่มสมรรถนะบุคลากรสุขภาพให้เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ โดยพบการส่งเสริมสมรรถนะและบทบาทแก่เขตบริการสุขภาพและจังหวัดในการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อหนุนการกำกับติดตามกลไก พขอ. จำนวน 135 พขอ. (ร้อยละ 88.81) ในด้านกระบวนการมีพื้นที่อำเภอที่เกิดเกิดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยพบการเพิ่มของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 28.28 มีพื้นที่ที่เกิดระบบบริการสุขภาพที่สามารถหนุนเสริมกลไกด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน โดยพบการเพิ่มของระบบบริการสุขภาพที่สามารถหนุนเสริมกลไกด้านการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน ร้อยละ 15.13 และมีพื้นที่ที่เกิดแกนนำในวิชาชีพสาธารณสุขที่มีทักษะในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล โดยพบการเพิ่มของแกนนำในวิชาชีพสาธารณสุขที่มีทักษะในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน ร้อยละ 29.94 ท้ายที่สุด ในด้านผลลัพธ์ ร้อยละ 96.71 ของโครงการ พขอ. สามารถลดความเสี่ยงหลักด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายลงจากการดำเนินโครงการ ร้อยละ 90.78 สามารถทำให้ประชาชนในพื้นที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทางสุขภาพของตนเอง และร้อยละ 81.57 สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้อย่างยั่งยืนและมีระบบ

วิจารณ์

จากข้อมูลการประเมินและเสียงสะท้อนของคณะกรรมการ พขอ. พบว่าการดำเนินโครงการ พขอ. นั้นมีอุปสรรคในการสร้างผลผลิตและผลลัพธ์อยู่ 8 ประการหลัก ได้แก่ (1) การประสานงานและสร้างความเข้าใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้หน่วยงานในคณะกรรมการ พขอ. และภาคีเครือข่ายไม่เข้ามาร่วมขับเคลื่อนงาน เนื่องจากไม่เข้าใจ

ถึงเป้าหมายและความสำคัญของการดำเนินโครงการ พขอ. ในพื้นที่ และเข้าใจว่าโครงการพขอ. นี้เป็นงานของสาธารณสุขเพียงเท่านั้น (2) งบประมาณที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการดำเนินโครงการ และมีระเบียบการใช้งานงบประมาณที่ไม่สามารถนำไปใช้ในการติดตามหนุนเสริมหรือริเริ่มแก้ไขปัญหาที่ไม่ถึงงบประมาณได้ นอกจากนี้กลไก พขอ. ยังไม่ทำให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรงบประมาณในพื้นที่ได้ (3) การประชาสัมพันธ์กับภาคประชาชนในพื้นที่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถทำให้ภาคประชาชนรับรู้ถึงการดำเนินโครงการ พขอ. ทำให้เมื่อจะดำเนินงานในแต่ละครั้งไม่ได้รับความร่วมมือจากภาคประชาชน (4) กฎระเบียบที่เคร่งครัดและไม่มีความยืดหยุ่นทำให้การขับเคลื่อนงานพขอ. ในพื้นที่เกิดความติดขัด ดังเช่น ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีที่กำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกและจำนวนคณะกรรมการ พขอ. ทำให้ไม่สามารถดึงบุคลากรที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานเข้ามาร่วมดำเนินงานได้ (5) ความล่าช้าในการดำเนินงาน เนื่องจากหน่วยงานภาคีที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน พขอ. มีภาระงานจำนวนมาก ทำให้งานของโครงการ พขอ. ดำเนินงานได้ล่าช้าไปกว่าที่กำหนดไว้ (6) ผู้บริหารระดับนโยบายหรือนายอำเภอไม่ให้ความสำคัญกับการดำเนินโครงการ พขอ. เนื่องจากนายอำเภอเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถสั่งการและดึงหน่วยงานภาคีเข้ามาร่วมดำเนินงานได้ ดังนั้นหากนายอำเภอในพื้นที่ไม่เล็งเห็นถึงความสำคัญของโครงการ พขอ. ก็ไม่สามารถทำให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ได้ (7) สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด 19 ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ทำให้การดำเนินโครงการ พขอ. เกิดความติดขัด และไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องตามแผนที่วางไว้ และ (8) จุดภูมิศาสตร์ของพื้นที่อำเภอไม่เอื้อต่อการดำเนินโครงการ พขอ. กล่าวคือ หน่วยงานที่ช่วยขับเคลื่อนงานในพื้นที่และภาคประชาชนอยู่ห่างจากกันหลายกิโลเมตร ทำให้การขับเคลื่อนงานทำได้ล่าช้าและต้องใช้งบประมาณในการเดินทางจำนวนมาก

คณะผู้วิจัยยังสามารถรายงานปัจจัยความสำเร็จในการสร้างผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการ พขอ. 6 ประการหลัก ดังนี้ (1) การประสานและสร้างความเข้าใจที่มีประสิทธิภาพ ทำให้หน่วยงานในคณะกรรมการ พขอ. และภาคีเครือข่ายเข้าใจถึงเป้าหมายและเล็งเห็นความสำคัญของการดำเนิน

โครงการ ทำให้การขับเคลื่อนงานในพื้นที่สามารถสร้างผลผลิต และผลลัพธ์เชิงประจักษ์ได้ (2) ความสัมพันธ์อันดีส่วนตัวระหว่างหน่วยงานในคณะกรรมการ พขอ. และหน่วยงานภาคี ทำให้สามารถมาร่วมขับเคลื่อนงานได้อย่างราบรื่น รวมถึงความเป็นจิตอาสาของภาคีเครือข่ายและแกนนำโดยธรรมชาติในพื้นที่ ทำให้เกิดการดำเนินโครงการ พขอ. ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง (3) การมีองค์ความรู้และเครื่องมือที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนงาน พขอ. ทำให้บุคลากรและหน่วยงานที่ดำเนินงานในพื้นที่สามารถใช้องค์ความรู้และเครื่องมือดังกล่าวในการขับเคลื่อนงาน ทำให้การแก้ไขปัญหาในพื้นที่เกิดได้เร็วยิ่งขึ้น (4) ผู้บริหารระดับนโยบายได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายอำเภอมีทัศนคติอันดีและร่วมขับเคลื่อนโครงการ พขอ. ผ่านการสั่งการไปยังหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ และทำให้เกิดการสร้างภาพการณ้นำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วมในพื้นที่ (5) การประชาสัมพันธ์กับภาคประชาชนในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพสูง ทำให้ภาคประชาชนเข้าใจสิ่งที่โครงการ พขอ. ต้องการแก้ไข และพร้อมให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนงาน พขอ. และ (6) การเกิดการบูรณาการงบประมาณจากหน่วยงานอื่นๆ เข้ามาช่วยขับเคลื่อนงาน พขอ. เนื่องจากโครงการ พขอ. ไม่มียกงบประมาณในการดำเนินงานเพียงพอ งบประมาณจากหน่วยงานอื่นๆ จึงสามารถเข้ามาเป็นตัวหล่อลื่นทำให้ผลผลิตและผลลัพธ์เกิดได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ท้ายที่สุด คณะผู้วิจัยสามารถสังเคราะห์บทเรียนและแนวทางในการพัฒนาโครงการในอนาคต ดังนี้ (1) พิจารณาการระบุขอบเขตของการใช้งบประมาณที่สร้างข้อจำกัด เช่น การระบุให้มีการใช้งบประมาณในการประชุมและการรับเบี้ยประชุมเฉพาะคณะกรรมการเท่านั้น เนื่องจากการขับเคลื่อนกลไก พขอ. ในพื้นที่นั้นอาศัยการทำงานผ่านคณะอนุกรรมการอย่างมาก จึงไม่สามารถจำกัดผู้เข้าร่วมประชุมให้อยู่ในขอบเขตเพียงคณะกรรมการเท่านั้น (2) พัฒนากลไกสนับสนุนความเข้าใจของการใช้งบประมาณของ พขอ. เช่น การบรรจุรายละเอียดของการใช้งบประมาณลงบน VDO ขนาดความยาวสั้นๆ เพื่ออธิบายถึงจุดมุ่งหมายของการ

ใช้งบประมาณ และตัวอย่างแนวทางในการใช้งบประมาณเพื่อการขับเคลื่อนกลไก พขอ. ซึ่งจะเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับคณะกรรมการในการดำเนินงานในประเด็นที่มีประสบการณ์น้อยได้ (3) พิจารณาให้เกิดการใช้งบประมาณที่แตกต่างกันตามบริบทของการดำเนินงาน เช่น การเอื้อให้มีการใช้งบประมาณไปในเชิงกำกับและติดตามผล โดยคณะกรรมการ พขอ. มากขึ้น หรืออาจส่งเสริมให้มีการจัดอันดับการทำงานของ พขอ. และมีช่องทางให้ พขอ. ที่มุ่งทำงานในเชิงป้องกันปัญหาที่จะมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้เขียนข้อเสนอโครงการเพื่อรับเงินทุนสนับสนุนตามประเด็นที่ไม่สามารถบูรณาการงบประมาณจากแหล่งอื่นได้ (4) การสร้างสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจและความสำคัญของกลไก พขอ. ให้กับกลุ่มเป้าหมายและภาคีเครือข่าย โดยเน้นช่องทางการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์และวิทยุ ซึ่งยังเป็นช่องทางหลักในการรับข้อมูลข่าวสารของในหลากหลายพื้นที่อยู่ มิใช่เพียงช่องทางของสื่อสังคมออนไลน์ที่อาจไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย (5) ปรับเปลี่ยนการระบุนกรอบของคณะทำงานให้เป็นไปอย่างกว้างขึ้น อาจมีการระบุตำแหน่งหลักไม่เกิน 5 ตำแหน่ง จาก 21 ตำแหน่ง (6) จัดให้มีกลไกในการสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นแบบแผนและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่าง พขอ. ที่ทำงานภายใต้ประเด็นที่คล้ายคลึงกัน (7) การสร้างสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสื่อสารความสำเร็จของโครงการระดับดีเด่น อาจทำร่วมกับการจัดอันดับ พขอ. และถอดบทเรียนเพื่อนำเสนอแก่สาธารณะ ทำให้บุคคลที่ไม่มีโอกาสเข้าไปร่วมในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นั้นสามารถเข้ามามีส่วนร่วม (8) พัฒนาเครื่องมือในการดำเนินงานให้กับ พขอ. ได้เลือกใช้ กล่าวคือ มีเครื่องมือที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้ แต่ไม่ได้เป็นการบังคับให้ใช้เท่านั้น และ (9) พิจารณาให้มีทีมหนุนเสริมการทำงานของ พขอ. หรือ อาจประยุกต์ใช้ทีมประเมินผลให้มีบทบาทหน้าที่เป็นทีมประเมินเพื่อการพัฒนา มีหน้าที่นอกเหนือจากการประเมินผลลัพธ์ คือ การสะท้อนประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานของ พขอ.

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 23 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/1-plan3year2563-2565_ops-1.pdf
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 23 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/3-plan2563moph.pdf>
3. กระทรวงสาธารณสุข. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) (district health board: DHB) โดยใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมตามแนวทาง “ประชารัฐ” [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 23 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://ylo.moph.go.th/webssjold/file2018/doc081160-1.pdf>
4. Anderson AA. Theory of change as a tool for strategic planning [Internet]. 2004 [cited 2023 Apr 23]. Available from: <https://www.wallacefoundation.org/knowledge-center/Documents/Theory-of-Change-Tool-for-Strategic-Planning-Report-on-Early-Experiences.pdf>
5. Chen HT. Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation, and effectiveness. Thousand Oak, CA: Sage; 2005.
6. Wholey JS. Evaluability assessment: developing program theory. New Directions for Program Evaluation 1987(33):77-92.
7. ยาวดี ราชย์กุล วิทยุยศรี. การประเมินโครงการ: แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
8. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation theory, models and applications. San Francisco, CA: John Wiley; 2007.

Evaluation Results from the Implementation of the Quality of Life Development at the District Level Project

Weeraboon Wisartsakul, Siyanee Hirunsalee, Soontorn Koonchaimang, Jitrin Wanmeechai
Puey Ungphakorn School of Development Studies, Thammasat University, Thailand

Abstract

This case study was conducted with the objective to evaluate results from the implementation of the quality of life development project at the district level focus on evaluation for learning and development of projects to improve the quality of life at the district level. It aimed to develop the health system and quality of life of people of all age groups in line with changes in the social context. The development project was implemented in every district throughout Thailand under the cooperation between the Ministry of Interior, Ministry of Public Health, National Health Security Office, and Thai Health Promotion Foundation. The main objective of this evaluation was to assess the quality of the results according to the goals of the project and according to the goals of the health promotion support plan through the service system (Plan 12) of the Thai Health

Promotion Foundation with the intentions to identify obstacles and factors for success in project implementation and create lessons and guidelines for future project development. The research team used evaluation tools such as the Theory of Change and Program Theory, which demonstrated the relationship between resources, activities, outcomes, and goals of the project implementation, and the CIPP model. The research team used a qualitative evaluation methodology that focuses on 360-degree evaluation, which reduced bias caused by informants through a review process from informants at various levels, consisting of (1) self-assessment from the district committee in the area, (2) upward appraisal from executives or direction committees, (3) downward appraisal from the project's target groups, and (4) evaluation from the peer review group from the district committee network agencies as informants. From the results of collecting evaluation data from 152 districts, it was found that the goals of the project were met. The project was very well-prepared in terms of the local context. There were operations that met the needs of the local context. It could lead to the integration of resources from various sectors within the area until success could be created in the area's specific problems. According to the goals of the 12th plan, the project could encourage people to take care of their own health. This resulted in the reduction of major risks to public health and changes the health behavior of people in the area. However, the project still faced problems and obstacles in terms of coordination, budget, and public relations of the project to the public sector. The main success factors of the project included coordination to carry out the work of local agencies, good relationships among various agencies, and knowledge of area-specific problems from area project teams. In addition, from the synthesis of evaluation data, guidelines for project development could be suggested, including: adjusting the scope of project budget usage, development of a mechanism to support understanding of the use of the budget by the committees, creation of public relations media for the project, and development of operational tools for the committees.

Keywords: evaluation; quality of life development project; project evaluation; quality of life development

การส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร มุ่งผลลัพธ์ความผูกพัน ที่สูงขึ้นของบุคลากรในองค์กร

ศุภชัย เหมือนโพธิ์¹, ยอดขวัญ รุจนกนกนาฏ², ปิยภาณดา บุญนิธิ², ธนัยชนก นาควิโรจน์²

¹ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

² สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ส่งเสริมความสำคัญถึงการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร มุ่งผลลัพธ์ความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กร และสังเคราะห์แนวคิดและทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งความผูกพันต่อองค์กรแสดงให้เห็นถึงความรัก การทุ่มเทแรงกาย แรงใจ การตั้งใจและเต็มที่กับงานที่ได้รับมอบหมาย นำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งสิ่งสำคัญสำหรับการบริหารงานในยุคปัจจุบัน องค์กรต้องมีการสร้างความผูกพันต่อองค์กร เพื่อให้บุคลากรอยู่กับองค์กรตลอดไป โดยการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้สอดคล้องกับพฤติกรรม สังคม ชั่ววัย (generation) ที่เปลี่ยนแปลงไปและมีความหลากหลาย ตั้งแต่การสรรหาและคัดเลือก การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และการจัดกิจกรรมให้กับพนักงาน ซึ่งทรัพยากรบุคคลจัดเป็นหัวใจหลักสำคัญที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่งผลให้สามารถสร้างผลกำไร เสริมประสิทธิภาพสูงสุดให้กับองค์กร และเป็นแรงผลักดันให้สามารถเติบโตไปข้างหน้าได้อย่างยั่งยืน บุคลากรในองค์กรย่อมมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกในการทำงาน หากมีการปฏิบัติงานที่ดี มีคุณภาพ และมีความรับผิดชอบ เมื่อมีต้นแบบในการปฏิบัติงาน ก็เกิดการจัดการความรู้ที่ดี และนำไปถ่ายทอดให้เกิดวัฒนธรรมการปฏิบัติงานได้ ส่งผลให้องค์กรประสบความสำเร็จ ซึ่งความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กรมีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กร เพื่อทำให้องค์กรได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณภาพและมีคุณค่า มีความเสียสละ ทุ่มเทแรงกาย แรงใจในการปฏิบัติงานกับองค์กรอย่างเต็มที่ ทำให้องค์กรสามารถแข่งขันและดำรงอยู่ภายใต้ความไม่แน่นอนของเศรษฐกิจได้อย่างยืนหยัดและมั่นคง

คำสำคัญ: วัฒนธรรมองค์กร; ความผูกพันของพนักงาน; ความภักดีต่อองค์กร

วันรับ: 21 มิ.ย. 2566

วันแก้ไข: 22 ก.ค. 2566

วันตอบรับ: 28 ก.ค. 2566

บทนำ

ปัจจุบันสภาพแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในมีการเปลี่ยนแปลงและผันผวนอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อมต่างๆ ส่งผลให้องค์กรต้องมีการปรับเปลี่ยนนโยบาย รูปแบบการบริหาร โครงสร้างองค์กร และการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกและภายใน เพื่อให้ทราบถึงสภาพการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้การดำเนินธุรกิจ

สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา ซึ่งการบริหารองค์กรในปัจจุบันให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้นต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายประการทั้งด้านบุคลากร (man) งบประมาณ (money) วัสดุ/อุปกรณ์ (material) และวิธีการปฏิบัติงาน (method) ซึ่งเป็นพื้นฐานในการขับเคลื่อนองค์กรให้ประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะบุคลากรถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าที่สุดในองค์กร

ทรัพยากรบุคคลจัดเป็นหัวใจหลักสำคัญที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากบุคลากรเป็นกำลังในการขับเคลื่อนให้กับองค์กร ซึ่งจะเห็นได้ว่าองค์กรต้องการทรัพยากรบุคคลที่ปฏิบัติงานให้กับองค์กรอย่างเต็มความสามารถ และเป็นไปตามกระบวนการที่ถูกต้องตามภารกิจและเป้าหมายขององค์กร อีกทั้งหลายองค์กรให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในองค์กรเป็นอย่างมาก ตั้งแต่การสรรหา การคัดเลือกบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานในองค์กร การฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรในองค์กร การจัดการเงินเดือน สวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ให้กับบุคลากร เพื่อให้บุคลากรมีความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร มีความสุขในการทำงานและอยู่กับองค์กรตลอดไป เกิดความพึงพอใจและความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กร ส่งผลต่อความสำเร็จทางธุรกิจขององค์กรในระยะยาว⁽¹⁾

ความผูกพันของพนักงาน (employee engagement) ที่มีต่อองค์กร เป็นกุญแจสำคัญในการให้บุคลากรปฏิบัติงานและอยู่ร่วมกับองค์กรอย่างมีความสุข ซึ่งความผูกพันจะค่อยพัฒนาไปอย่างช้าๆ แต่จะอยู่อย่างมั่นคง⁽²⁾ ความผูกพันต่อองค์กรถือเป็นตัววัดที่ดีที่สุดของการประเมินประสิทธิภาพองค์กร สะท้อนให้เห็นถึงผลการปฏิบัติงาน อัตราการลาออก การขาดงาน หรือการเข้า-ออกงาน อีกทั้งเป็นความเต็มใจของบุคลากรในการทำงาน สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของพันธกิจและเป้าหมายขององค์กร รวมถึงความพยายามที่จะทำให้งานบรรลุจุดมุ่งหมาย สามารถลดอัตราการลาออกได้⁽³⁾

อย่างไรก็ตามความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กรจะเกิดขึ้นได้ ต้องเกิดจากปัจจัยหลายๆ ปัจจัย เช่น ปัจจัยแรงจูงใจในการทำงาน⁽⁴⁾ ปัจจัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง⁽⁵⁾ ปัจจัยบรรยากาศองค์กร⁽⁶⁾ ปัจจัยวัฒนธรรมองค์กร⁽⁷⁾ เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งหากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การแข่งขันทางธุรกิจที่มีมากขึ้น การสร้างวัฒนธรรมในการทำงานที่มีนวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน ทำให้องค์กรมองเห็นถึงผลการดำเนินงานขององค์กรที่เป็นภาพรวมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้⁽⁸⁾ วัฒนธรรมองค์กร เป็นวิถีชีวิตที่ปฏิบัติตามความเชื่อ ค่านิยม ทำให้บุคลากรอยู่ร่วมกันเป็นสังคม อย่างมีระเบียบ องค์กรมีบุคลากรที่มีความรู้

ความคิด ความรู้สึกที่แตกต่างกันก่อให้เกิดวัฒนธรรมองค์กร โดยบุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาให้ประสบความสำเร็จ และเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด⁽⁹⁾

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เน้นความสำคัญถึงการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร มุ่งผลลัพธ์ความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กร และสังเคราะห์แนวคิดและทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งความผูกพันต่อองค์กรแสดงให้เห็นถึงความรัก การทุ่มเทแรงกาย แรงใจ การตั้งใจและเต็มใจกับงานที่ได้รับมอบหมาย นำไปสู่ความสำเร็จ

วัฒนธรรมองค์กร (organizational culture)

บุคลากรในองค์กรย่อมมีความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกในการทำงาน หากมีการปฏิบัติงานที่ดี มีคุณภาพ และมีความรับผิดชอบ เมื่อมีต้นแบบในการปฏิบัติงาน ก็เกิดการจัดการความรู้ที่ดี และนำไปถ่ายทอดให้เกิดวัฒนธรรมการปฏิบัติงานได้ ส่งผลให้องค์กรประสบความสำเร็จ บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดวิถีปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งองค์กรที่มีวัฒนธรรมที่เข้มแข็งจะช่วยให้บุคลากรก้าวสู่ความสำเร็จและมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัฒนธรรมองค์กร (organizational culture) หมายถึง แนวทางการประพฤติปฏิบัติงาน สร้างมาตรฐาน และความเชื่อที่บุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วม เกิดจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จนนำมาปฏิบัติกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กร วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งที่สร้างเป้าหมาย กำหนดกลยุทธ์ และวิถีที่บุคลากรในองค์กรทำงานร่วมกัน จึงเป็นหัวใจสำคัญในความสำเร็จองค์กร⁽¹⁰⁾ ซึ่งปัจจุบันกลุ่มบุคลากรภายในองค์กรมีทุกช่วงวัย (generation) หลายๆ องค์กรพบปัญหาบุคลากรหลาย generation ที่มีความคิดแตกต่างกัน ต้องทำงานร่วมกัน ทั้ง baby boomer, gen X, gen Y, gen Z อาจทำให้เกิดอุปสรรคในการทำงานได้⁽¹¹⁾ โดยกลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม generation Y เป็นคนที่เกิดในยุคดิจิทัลที่มีความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตเข้ามาอยู่ในชีวิตประจำวัน สามารถเข้าถึงข่าวสารได้ตลอดเวลา ส่งผลให้คนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดในตลาดแรงงาน เป็นกำลังสำคัญของทุกองค์กร⁽¹²⁾ โดยการสร้าง

วัฒนธรรมให้บุคลากรเกิดความผูกพันต่อองค์กรนั้นต้องเริ่มจาก (1) การมีทัศนคติที่ดี มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน แนวทางปฏิบัติที่ส่งเสริมบุคลากรได้รับโอกาสอย่างเหมาะสม (2) สถานที่ทำงานมีความทันสมัย สร้างสรรค์ มีบรรยากาศที่ดี (3) การสรรหาและคัดเลือกบุคลากรที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร (4) การจัดกิจกรรมที่ให้พนักงานได้เข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง (5) มีระบบพี่เลี้ยงหรือระบบโค้ชซึ่งมีประสิทธิภาพ ไม่ให้บุคลากรใหม่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว (6) มีการปฏิบัติงานร่วมกัน และมอบโอกาสให้ลงมือทำอย่างต่อเนื่อง มอบความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และลดช่องว่างระหว่างบุคลากรเก่าและใหม่ และ (7) การรับฟังความคิดเห็นอย่างเต็มที่และผลักดันไปสู่ความสำเร็จ⁽¹¹⁾

แนวคิดการสร้างวัฒนธรรมขององค์กร

วัฒนธรรมองค์กรที่ดีควรมีความเหมาะสมกับค่านิยมองค์กร (core value) และพันธกิจ (mission) รวมทั้งอุดมการณ์ที่เป็นเป้าหมายหลักขององค์กร ซึ่งวัฒนธรรมองค์กรที่ดีควรมีลักษณะ 6 ประการ ได้แก่ (1) วิสัยทัศน์ (vision) วัฒนธรรมองค์กรที่ดีควรเริ่มตั้งแต่การกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายขององค์กร (2) คุณค่า (values) วัฒนธรรมองค์กรที่ดี ควรให้คุณค่าและสอดคล้องกับทิศทางองค์กร คุณค่าที่ดีจะช่วยปรับมุมมองและการทำงานของบุคลากรให้เป็นหนึ่งเดียว (3) การปฏิบัติ (practices) เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน การกำหนดข้อบังคับทางจริยธรรม เป็นต้น ซึ่งเป็นการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้มีทิศทางการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน (4) บุคลากร (people) เป็นการสรรหา แต่งตั้ง บุคลากรเข้ามาปฏิบัติงานในองค์กร และวิธีการดูแลบุคลากรที่ดีให้มีความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กรให้สามารถปฏิบัติงานกับองค์กรตลอดไป (5) การเล่าเรื่อง (narrative) มีการสื่อสารภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อสร้างประสิทธิภาพการสื่อสารในทุกระดับ มีช่องทางในการสื่อสารและรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของบุคลากรในลักษณะการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication)

ได้แก่ ผู้บริหารกับผู้บริหาร ผู้บริหารกับพนักงาน พนักงานกับพนักงาน รวมถึงช่องทางการเสนอแนะ หรือร้องเรียนปัญหาต่างๆ ในองค์กร และ (6) สถานที่ (place) สถานที่ตั้ง สภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่สอดคล้องกับภารกิจและเป้าหมายขององค์กร เช่น สิ่งแวดล้อม การปฏิบัติงาน co-working space ห้องออกกำลังกาย ห้องอาหาร ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย กิจกรรมกีฬา และนันทนาการต่างๆ กิจกรรมสัมพันธ์ของคนในองค์กร กิจกรรมส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นต้น⁽¹³⁾

ตัวอย่างองค์กรที่มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ใครก็อยากร่วมงาน เช่น บริษัท พีทีที โกลบอล เคมิคอล จำกัด (มหาชน) หรือ GC ในฐานะแกนนำธุรกิจเคมีภัณฑ์ของกลุ่มปตท. GC เชื้อมั่นในคุณค่าของคน และให้ความสำคัญต่อบุคลากรขององค์กร เชื่อว่าบุคลากรมีส่วนสำคัญอย่างมากในการร่วมกันผลักดันองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน โดยยึดมั่นในการปฏิบัติตามพฤติกรรมหลัก 4 ประการ (GC Spirit 4 core behaviors) คือ (1) กล้าคิด กล้าทำ สร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่า (2) พัฒนาตนทำงานเป็นทีม (3) ทำงานเชิงรุก สนองตอบความต้องการของลูกค้า และ (4) มุ่งปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตนโดยองค์กรให้ความสำคัญกับพนักงานเพื่อขับเคลื่อนองค์กรสู่เป้าหมายที่ยิ่งใหญ่ไปด้วยกัน เช่น work from home ตอบโจทย์การทำงานแบบดิจิทัล จากการทำ digital transformation มี smart office มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำงานอย่างมีความสุข มีสวัสดิการที่ดี และมีกิจกรรมเพื่อคน GC สุขภาพกายใจที่ดี เป็นต้น⁽¹⁴⁾

การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่งผลให้องค์กรทุกองค์กรต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันทั้งการทำงานที่บ้าน (work from home) พฤติกรรมของบุคลากรที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการปฏิบัติงาน เช่น การประชุมออนไลน์ผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป การอนุมัติงานผ่านระบบ Internet, E-mail เป็นต้น และหลังจากสถานการณ์คลี่คลายลงองค์กรมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน อีกทั้งการปรับตัวที่เกิดขึ้นทำให้องค์กร

เห็นช่องทางการปฏิบัติงานได้มากขึ้น และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การประชุมออนไลน์ผ่านโปรแกรม Microsoft Teams, Zoom, Google Classroom การทำงานที่บ้าน (work from home: WFH) หรือการทำงานที่ไหนก็ได้ เพียงแค่มีอินเทอร์เน็ต และสามารถสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดรูปแบบการปฏิบัติงานใหม่ๆ ดังนี้⁽¹⁵⁾

1. Digital transformation การปรับตัวขององค์กร มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาปรับใช้ในการปฏิบัติงาน ทั้งด้านการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรในองค์กร หรือการสื่อสารกับลูกค้า การขนส่งผ่าน digital หรือ social media ต่างๆ เช่น การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ผ่าน Facebook, TikTok, Instagram การประชุมออนไลน์ผ่านโปรแกรม Microsoft Teams, Zoom, Google Classroom เป็นต้น

2. Human behavior พฤติกรรมของบุคลากรที่เปลี่ยนไปในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีเทคโนโลยีใหม่เข้ามาอำนวยความสะดวกให้บุคลากรได้มีความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการประชุมออนไลน์ การสั่งอาหารและการขนส่งผ่าน application ต่างๆ เช่น Grab, Lineman, Lalamove เป็นต้น อีกทั้งการสั่งของ/ขายสินค้าผ่านทางออนไลน์เพิ่มมากขึ้น

3. Work from home การทำงานที่บ้าน จากเดิมองค์กรต่างๆ จะมีที่ทำงานเป็นหลักแหล่ง แต่เมื่อเกิดสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงขึ้น ทำให้องค์กรหลายๆ องค์กรหันมาให้บุคลากรทำงานที่บ้านเป็นส่วนใหญ่และปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานให้เข้ากับการทำงานที่บ้าน (WFH) มากขึ้น เพื่อให้ได้งานที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

วัฒนธรรมองค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้องค์กรต้องมีการปรับตัวและขับเคลื่อนองค์กรให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสังคมและช่วงวัย (generation) ที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน บุคลากรส่วนใหญ่เป็นบุคลากรช่วง generation Y และมี generation อื่นร่วมอยู่กันภายในองค์กร ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ฉะนั้น หากองค์กรให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรตามยุคสมัยเปลี่ยนแปลงไป แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวในองค์กรที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรในองค์กรส่งผลให้เกิดความผูกพันของพนักงาน (employee engagement)

ลักษณะของวัฒนธรรมองค์กร

วัฒนธรรมองค์กรมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานและสร้างความผูกพันของพนักงานในองค์กร เป็นปัจจัยเกื้อหนุนต่อความสำเร็จขององค์กร นำไปใช้ในการพัฒนาองค์กร (organization development) และทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กร ตั้งแต่การสรรหาและคัดเลือก การปฏิบัติงาน และการรักษาบุคลากร ซึ่งลักษณะของวัฒนธรรมองค์กร ประกอบด้วย (1) วัฒนธรรมที่เน้นบทบาท (Apollo หรือ role culture) เป็นวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นตำแหน่ง บทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ มีกฎระเบียบ ข้อบังคับในกระบวนการปฏิบัติงานต่างๆ อย่างชัดเจน (2) วัฒนธรรมที่เน้นงาน (Athena หรือ task oriented culture) เป็นวัฒนธรรมที่เน้นทำงานร่วมกันเป็นทีม สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรมีการพัฒนาและใช้ความรู้ (3) วัฒนธรรมที่เน้นบทบาทอิสระเฉพาะตัวบุคคล (Dionysus หรือ existential) พนักงานจะมีความอิสระสูง มีความหลากหลาย มีผลต่อประสิทธิภาพและชื่อเสียงองค์กร และ (4) วัฒนธรรมแบบเป็นผู้นำ (Zeus หรือ leader culture) รูปแบบวัฒนธรรมมีกลุ่มผู้บริหารที่สามารถเป็นที่ปรึกษา นำการตัดสินใจ นโยบาย แนวทางและแผนงานไปปฏิบัติให้บรรลุผล ความสำเร็จเกิดจากความสามารถของผู้นำที่พัฒนาและสร้างระบบการติดต่อสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจ จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ลักษณะของวัฒนธรรมองค์กรเป็นแบบแผนระเบียบปฏิบัติของแต่ละองค์กรที่ประพฤติปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน กำหนดขึ้นตามความเชื่อและค่านิยมของบุคลากรจนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร เมื่อบุคลากรมีความสัมพันธ์ที่ดี มีวัฒนธรรม ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความสุข อยู่กับองค์กรตลอดไปทำให้เกิดความผูกพันของพนักงาน (employee engagement) ที่มีต่อองค์กร⁽¹⁶⁾

กระบวนการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรนำไปสู่ความผูกพันของพนักงาน

ปัจจุบันการบริหารจัดการองค์กรแบบยั่งยืน (sustainable organization) มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากสภาพการแข่งขันในปัจจุบันมีความรุนแรงมากขึ้น มีการเปลี่ยนผ่าน

กลุ่มบุคลากรภายในองค์กร เป็นกลุ่ม generation Y ซึ่งองค์กรต้องมีการปรับตัวให้บุคลากรมีความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กร ตั้งแต่การสรรหาใหม่ การรักษาบุคลากรให้อยู่กับองค์กร โดยการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร เป็นปัจจัยแรกๆ ที่องค์กรควรปฏิบัติงาน หากองค์กรมีวัฒนธรรมที่ชัดเจน บุคลากรในองค์กรได้ทราบและรับรู้ เข้าถึง เข้าใจและแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกความเป็นตัวตนขององค์กร จะทำให้องค์กรยืนหยัดอยู่ในกระแสความนิยมและรักษาความมีเสถียรภาพขององค์กรได้อย่างยั่งยืน โดยกระบวนการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรนำไปสู่ความผูกพันของพนักงาน ประกอบด้วย (1) การศึกษาวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ขององค์กร องค์กรควรศึกษาและวิเคราะห์วิสัยทัศน์ กลยุทธ์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ซึ่งผู้บริหารควรมีส่วนร่วมและเห็นถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยน สนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมที่ดี (2) การประเมินวัฒนธรรมองค์กร โดยการเก็บข้อมูลด้านวัฒนธรรมในการดำเนินงานจากการสัมภาษณ์ focus group หรือแบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ในการปรับปรุงและยกระดับวัฒนธรรมองค์กร (3) การวิเคราะห์และกำหนดวัฒนธรรมองค์กร โดยนำผลลัพธ์ที่ได้มาวิเคราะห์ ทบทวน และปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรให้นำมาสู่ความผูกพันของพนักงาน และ (4) การวัดผลและประเมินผล เมื่อองค์กรมีวัฒนธรรมองค์กรนำไปสู่การปรับใช้กับพนักงานในระยะหนึ่ง ต้องมีการวัดผล ประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน

ความผูกพันของพนักงาน (employee engagement)

ความผูกพันของพนักงาน (employee engagement) หมายถึง การที่พนักงานมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์มีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจ การอุทิศตน การแสดงออกถึงพลังความเชื่อมั่น ความมุ่งมั่นในการทำงาน เพื่อที่จะทำงานให้บรรลุผลสำเร็จของบทบาทในการทำงานและเป้าหมายขององค์กร⁽¹⁷⁾ ซึ่งความผูกพันต่อองค์กรแสดงถึงความรู้สึกลึกซึ้งของบุคลากรว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีความเต็มใจ เสียสละส่วนตัวเพื่อองค์กร ปรารถนาที่จะเป็นสมาชิกขององค์กรนั้นตลอดไป และยังเป็นตัวบ่งชี้ประสิทธิผลขององค์กร⁽¹⁸⁾

Employee engagement เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดี ลดอัตราการลาออกของพนักงาน เมื่อองค์กรสามารถลดอัตราการลาออกได้ ย่อมส่งผลต่อในด้านการประหยัดงบประมาณและเวลาในการสรรหาบุคลากรใหม่ การปฏิวัติเทคโนโลยีบุคลากรใหม่ นอกจากนี้การสร้างความผูกพันของพนักงานสามารถมัดใจบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ให้อยู่กับองค์กรต่อไป อีกทั้งองค์กรจะได้บุคลากรที่มีความเข้าใจในเนื้อหาและบริบทต่างๆ ขององค์กรอย่างลึกซึ้ง ส่งผลถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานโดยรวม การแก้ไขปัญหาอย่างตรงจุดภายในระยะเวลาอันสั้น ไปจนถึงสามารถสร้างกำไรให้องค์กรมากขึ้นตามไปด้วย

ความสำคัญของความผูกพันต่อองค์กร

ความผูกพันต่อองค์กร เป็นสิ่งสำคัญต่อความอยู่รอดและความมีประสิทธิภาพขององค์กร เนื่องจากความผูกพันเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์กับจุดมุ่งหมายขององค์กร ซึ่งการเชื่อมโยงนี้สามารถแสดงออกได้ทางพฤติกรรมและความรู้สึก โดยทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กร และมีส่วนร่วมในการทำงาน⁽¹⁹⁾ ซึ่งความผูกพันต่อองค์กรจะส่งผล 4 ประการ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ขององค์กรมากยิ่งขึ้น (2) ความปรารถนาที่จะคงอยู่กับองค์กรต่อไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (3) การมีส่วนร่วมในงานที่ทำอยู่มากขึ้น และ (4) การเพิ่มความพยายามในการทำงานมากยิ่งขึ้น ความผูกพันต่อองค์กรเป็นขั้นตอนหนึ่งใน 3 ขั้นตอนของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรกับองค์กรในกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับองค์กร (organizational attachment) ได้แก่ (1) การเข้าเป็นสมาชิกขององค์กร (organizational entry) เป็นขั้นตอนแรก ที่บุคลากรเลือกเข้ามาเป็นสมาชิกในองค์กร (2) การมีความผูกพันของพนักงาน (employee engagement) เป็นขอบเขตของความรู้สึกของบุคลากรที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับเป้าหมายขององค์กร ค่านิยมในการเป็นสมาชิก และความเต็มใจ ตั้งใจที่จะทำงานเพื่อความสำเร็จ อีกทั้ง หากบุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง จะมีอัตราการขาดงาน การลาออกในระดับต่ำ ขณะเดียวกัน หากบุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กรในระดับต่ำจะนำมา

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กรมีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กร เพื่อทำให้องค์กรได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณภาพและมีคุณค่า มีความเสียสละ ท้วมเทร่างกาย แรงใจในการปฏิบัติงานกับองค์กรอย่างเต็มที่ ทำให้องค์กรสามารถแข่งขันและดำรงอยู่ภายใต้ความไม่แน่นอนของเศรษฐกิจได้อย่างยืนหยัดและมั่นคง

1. แนวคิดและทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กรของ Steers RM

2. แนวคิดและทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กรของ Hewitt Associates

บุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์กรจะแสดงพฤติกรรมออกมา 3 พฤติกรรม ดังนี้ (1) say คือ การพูดเกี่ยวกับองค์กรในทางบวกต่อผู้ร่วมงานและมีแนวโน้มสู่การพูดกับลูกค้า (2) stay คือ ความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะเป็นสมาชิกขององค์กร และ (3) strive คือการใช้ความพยายามอย่างสุดความสามารถและทำหน้าที่ให้ดีที่สุด มีความเป็นไปได้ที่จะช่วยเหลือ/สนับสนุน เพื่อความสำเร็จทางธุรกิจขององค์กร โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันของพนักงาน 7 ประการ ได้แก่ (1) ภาวะผู้นำ (leadership) หรือบทบาทและลักษณะของผู้นำในองค์กร ซึ่งถือเป็นผู้ที่มีหน้าที่กำหนดแนวนโยบายและบริหารงานภายในองค์กร มีผลโดยตรงต่อรูปแบบในการบริหารงานและการทำงานของบุคลากรในองค์กร (2) วัฒนธรรมหรือจุดมุ่งหมายขององค์กร (culture/purpose) เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวให้คนในองค์กรสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (3) ลักษณะงาน (work activity) ลักษณะหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรที่เขาได้รับมอบหมายว่ามีความสำคัญต่อองค์กรมากน้อยเพียงใด ทำทลายความสามารถ และโอกาสเติบโตในสายงาน (4) ค่าตอบแทนโดยรวม (total compensation) ผลตอบแทนที่บุคลากรได้รับจากการส่งมอบผลการทำงานที่บริษัทตอบแทนในระดับที่เหมาะสมกับความพึงพอใจของบุคลากร (5) คุณภาพชีวิต (quality of life) สิ่งแวดล้อมและการใช้ชีวิตส่วนตัวของบุคลากรมีความสมดุล ความสะดวกสบาย (6) โอกาสที่ได้รับ (opportunity) บุคลากรได้รับโอกาสในการที่จะได้รับการยกย่อง เป็นส่วนหนึ่งของทีม หรือการพัฒนาความรู้ความสามารถ และ (7) ความสัมพันธ์ (relationship) การที่พนักงานมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งต่อหัวหน้า เพื่อนร่วมงาน ลูกค้า หรือระหว่างทีมงาน⁽²¹⁾

3. แนวคิดและทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กรของ The Gallup Organization

บุคลากรทุกระดับในองค์กรจะสร้างการเติบโตทั้งด้าน ยอดขายและกำไรขององค์กร สภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้ดีที่สุด จึงต้องมีการสร้าง แรงจูงใจ วัฒนธรรมองค์กร เพื่อรักษาบุคลากรที่มีความ สามารถและให้เกิดความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งความผูกพัน ต่อองค์กรมี 4 ระดับ คือ (1) ด้านความต้องการพื้นฐาน

(basic need) เป็นความคาดหวังและความต้องการด้านต่างๆ องค์กรที่จะประสบความสำเร็จได้จะต้องเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร (2) ด้านการสนับสนุนทางการบริหาร (management support) เป็นโอกาสที่ทำงานให้ดีที่สุด การได้รับการยอมรับ การพัฒนา และการดูแลเอาใจใส่ (3) ด้านสัมพันธภาพ (relatedness) เป็นการยอมรับในความคิดเห็น ภารกิจ/ วัตถุประสงค์ เพื่อนร่วมงานที่มีคุณภาพและดีที่สุด และ (4) ด้านความก้าวหน้าในงาน (career advancement) คือ ความก้าวหน้า และการเรียนรู้/พัฒนา ซึ่ง Gallup Organization ได้แบ่งประเภทของบุคลากร เป็น 3 ประเภท คือ (1) บุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์กร (engaged) คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจ และคำนึงถึงองค์กร (2) บุคลากรที่ไม่ยึดติดกับความผูกพันต่อองค์กร (not-engaged) คือ บุคลากรไม่มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานโดยไม่ตั้งใจ และ (3) บุคลากรที่ไม่มีความผูกพันต่อองค์กร (actively disengaged) คือ บุคลากรที่ไม่มีความสุขในการปฏิบัติงาน⁽²²⁾

4. แนวคิดและทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กรของ Burke

บุคลากรที่มีความผูกพันจะต้องทำงานอยู่กับองค์กรนั้น พร้อมทั้งจะเสียสละเพื่อองค์กร สร้างผลผลิต ตลอดจนช่วยเหลือให้องค์กรประสบความสำเร็จ ส่งผลให้เกิดความภักดี ซึ่งจะเกิดประโยชน์สูงสุดขององค์กร โดยสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความผูกพันต่อองค์กร ประกอบด้วย (1) องค์กร (organization) เป็นความภักดีต่อองค์กร มีความภาคภูมิใจในองค์กร พร้อมอุทิศตนเพื่อองค์กร (2) กลุ่มงาน (line of work/field) คือ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี (3) สายอาชีพ (career/ profession) เป็นการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพในการทำงานของตนเอง ทั้งการฝึกอบรม การอบรม/สัมมนา การศึกษาดูงาน (4) ลูกค้า (customer) คือ เป็นความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกค้า มีใจให้บริการและมีความสุขในการบริการ (5) งานที่ทำ (job) การได้รับมอบหมายงาน มีความพึงพอใจในงาน พร้อมทั้งจะรับงานใหม่ๆ อยู่เสมอ และพร้อมที่จะให้งานสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ และ (6) ผู้จัดการ (manager) คือ เป็นผู้บังคับบัญชาที่มีส่วนร่วมในการทำงานและมีความสัมพันธ์ที่ดีร่วมกัน⁽²³⁾

จากแนวคิดและทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กร จะเห็นได้ว่า ความผูกพันต่อองค์กรมีพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน โดยเริ่มจากการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ พร้อมรับทุกการเปลี่ยนแปลง มีทัศนคติที่ดี ความเชื่อมั่น ความศรัทธาในองค์กร นำไปสู่ความผูกพันต่อองค์กร โดยจะพูดถึงองค์กรในสิ่งที่ดี มีพฤติกรรมทุ่มเทแรงกาย แรงใจ มีส่วนร่วมในงานให้ประสบความสำเร็จ ปฏิบัติหน้าที่/ภารกิจอย่างเต็มความสามารถ และมีความตั้งใจที่จะอยู่กับองค์กรตลอดไป

การที่บุคลากรจะมีความผูกพันต่อองค์กร มีปัจจัยหลายปัจจัยที่สามารถวัดและบอกได้ว่าบุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กรมากน้อยเพียงใด จากการรวบรวมแนวคิดของนักวิชาการพบว่า ความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร เป็นความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานที่แสดงตน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีจุดร่วมที่เหมือนกัน และเต็มใจที่ทุ่มเท กำลังกาย กำลังใจ เพื่อปฏิบัติงานตามภารกิจขององค์กร ดังตารางที่ 1

ความสัมพันธ์ของบุคลากรที่ส่งผ่าน ความพึงพอใจและความผูกพันของ บุคลากรไปจนถึงความภักดี ที่มีต่อองค์กร

องค์กรที่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ต้องอาศัยปัจจัยที่สำคัญหลายอย่าง ทรัพยากรมนุษย์ถือเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยในการผลักดันให้องค์กรดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นกำลังสำคัญในการนำพาองค์กรขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายตามที่กำหนดไว้⁽²⁴⁾ ซึ่งต้องเริ่มจากความสัมพันธ์ที่ดีของบุคลากรภายในองค์กร มีความสุขในการทำงาน เกิดความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากร เพื่อสร้างความจงรักภักดีต่อองค์กร บุคลากรที่มีความจงรักภักดีต่อองค์กร จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในงาน พยายามทำงานให้ดีที่สุด ต้องการความก้าวหน้า รวมทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมอื่นๆ ที่ส่งเสริมการทำงานทำให้เกิดความกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วม เอาใจใส่ทุ่มเททำงานนอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ที่องค์กรกำหนดไว้⁽²⁵⁾ ดังภาพที่ 1

ตารางที่ 1 การสรุปแนวคิดและทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กร

แนวคิดและทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กร	Steers RM, et al. ⁽²⁰⁾	Hewitt Associates ⁽²¹⁾	The Gallup Organization ⁽²²⁾	Burke ⁽²³⁾
ด้านความเชื่อมั่นและการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมองค์กร (ความมุ่งมั่น)	●	●		
ด้านความเต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างเต็มความสามารถ เพื่อประโยชน์ขององค์กร (ความทุ่มเท)	●	●		
ด้านความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะคงความเป็นสมาชิกขององค์กร (ความภักดี)	●	●		
ด้านความต้องการพื้นฐาน (basic need)			●	
ด้านการสนับสนุนทางการบริหาร (management support)			●	●
ด้านสัมพันธภาพ (relatedness)			●	●
ด้านความก้าวหน้าในงาน (career advancement)			●	●

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของบุคลากรที่ส่งผ่านความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรไปจนถึงความภักดีที่มีต่อองค์กร⁽²⁶⁾



1. Employee relationship (ความสัมพันธ์ของบุคลากร)

relationship (ความสัมพันธ์) เป็นการสร้างความรู้จัก ตักตัก เจตคติ เป็นพื้นฐานในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พัฒนาสู่การทำงานร่วมกัน ความเป็นเพื่อนกัน เป็นมิตรกัน เป็นหนทางนำไปสู่มิตรภาพ ซึ่งการพัฒนาความสัมพันธ์เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น โดยการพัฒนาความสัมพันธ์ต้องเริ่มจาก (1) ความใส่ใจ และเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน สนใจในความรู้สึก รับรู้ในความล้มเหลวและความสำเร็จ (2) ความไว้วางใจ เชื่อใจ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

ตนเองต้องทำให้ผู้อื่นไว้วางใจในตัวเรา เช่น การตรงต่อเวลา การรักษาสัญญา และอื่นๆ เป็นต้น (3) การยอมรับนับถือ มีความยินดีกับความสำเร็จของเพื่อนร่วมงาน มีการให้การยอมรับกันทั้งในเรื่องความคิดเห็น ความสำเร็จ การชื่นชม ยินดี ซึ่งเพื่อนร่วมงาน คนรอบข้างเป็นตัวกระตุ้นให้พัฒนาความสามารถของตนเอง (4) การมีส่วนร่วมหรือการแบ่งปัน การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีที่สุด คือ การได้มีส่วนร่วมและการแบ่งปันในเรื่องต่างๆ ทั้งด้านประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ทำให้การพัฒนาความสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ง่าย

และสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง (5) การมีความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์ที่ดีต้องมีความยืดหยุ่นซึ่งกันและกัน ทั้งด้านความบกพร่อง ความผิดพลาด และความแตกต่างทางความคิด เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข และ (6) ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ความสัมพันธ์ที่ดีต้องมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน ทั้งด้านความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของเพื่อนร่วมงาน

2. Employee satisfaction (ความพึงพอใจของบุคลากร)

Satisfaction (ความพึงพอใจ) คือ การทำให้บุคลากร หรือแม้แต่คนหางานภายนอกองค์กร ยากหรือชอบทำงาน กับองค์กร การสร้างความผูกพันต้องเริ่มสร้างตั้งแต่ การสรรหาคนเข้ามาในองค์กร หลังจากที่บุคลากรรู้สึกอยาก หรือชอบทำงานกับองค์กรแล้ว ต้องทำให้บุคลากรอยาก อยู่ทำงานกับองค์กรไม่ไปที่อื่นหรือทำให้เกิด loyalty (ความภักดี) กับองค์กร แล้วทำให้พนักงานมี commitment (ความมุ่งมั่น) คือ มีความต้องการพัฒนาผลงานขององค์กร ให้ดีขึ้นด้วย ไม่เพียงแต่ผลงานของตนเอง และสุดท้าย จึงทำให้เกิดความผูกพัน หรือ engagement คือ ทำให้ พนักงานปรารถนาที่จะสร้างมูลค่าเพิ่มในด้านผลงานกับ องค์กร หรือต้องการพัฒนาผลงานขององค์กรให้ดีขึ้น อย่างสม่ำเสมอ

Employee satisfaction (ความพึงพอใจของบุคลากร) เป็นความรู้สึกที่ดี อิ่มเอม ยินดี มีความสุข ตลอดจนทัศนคติ ในเชิงบวกที่มีต่องานที่ปฏิบัติอยู่ ความพึงพอใจอาจเป็นผล ของการกระทำอย่างตั้งใจให้เกิดผลดี หรือเห็นชอบกับการ กระทำอื่นๆ โดยบุคลากรได้รับการตอบสนองที่ดีจากองค์กร ซึ่งจะทำให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน รวมถึง ความสุขในการปฏิบัติงานที่จะส่งผลให้การปฏิบัติงาน มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้ และส่งผลให้องค์กรประสบ- ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ อีกทั้งเกิดความทุ่มเท ในสิ่งที่ทำอย่างไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นทุกข์หรือโดนบังคับ และสามารถอยู่กับงานหรือปฏิบัติงานในระยะยาวได้อย่างมี ความสุข

3. Employee engagement (ความผูกพันของพนักงาน)

employee engagement (ความผูกพันของพนักงาน) หมายถึง สภาพหรือลักษณะแต่ละบุคคลที่อุทิศเกี่ยวกับ อารมณ์ความรู้สึกและสติปัญญาแก่องค์กรหรือกลุ่มงาน มีทัศนคติที่เป็นบวก แสดงถึงความรู้สึกและพฤติกรรม

บุคลากรที่มีความผูกพันต่อองค์กรนั้นเป็นความต้องการ ส่วนบุคคล และทำงานอย่างจริงจัง ตั้งใจ อันไปสู่การเพิ่ม ผลผลิตทางธุรกิจขององค์กร⁽²¹⁾ ความผูกพันของพนักงาน มีความสำคัญต่อองค์กรอย่างมาก โดยความผูกพันจะส่งผล ให้บุคลากรมีความรู้สึกต่อองค์กรในทางบวก ซึ่งมีความผูกพัน ที่มีต่องาน เป้าหมาย และค่านิยมขององค์กร พนักงานจะมี ความภักดี โดยปรารถนาที่จะเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร (commitment) จะมุ่งมั่นให้เกิดกับองค์กร โดยองค์กรต่างๆ ต้องการให้ บุคลากรมีความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร และความ ผูกพันในงานของบุคลากร เนื่องจากความผูกพันของ บุคลากรต่อองค์กรจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการลาออก (turnover rate) ถ้าบุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กรสูง อัตราการลาออกจะลดลง⁽²⁴⁾

อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมอาจเกิดจากความเต็มใจ หรือพึงพอใจหรือไม่ก็ได้ แต่ส่วนใหญ่แล้วอาจหมายถึง ความยินดีในการกระทำหรือร่วมมือมากกว่า การมีส่วนร่วม กับองค์กรที่ดีนั้นย่อมเกิดจากความพึงพอใจเป็นพื้นฐานแรก เมื่อเกิดความพึงพอใจก็จะนำสู่การมีส่วนร่วมตลอดจน ความผูกพันกับองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดการ ทำงานหรือทำประโยชน์ต่างๆ ให้องค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ได้เช่นกัน และการมีส่วนร่วมต่อองค์กรที่ดีนั้นย่อมทำให้ บุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรได้ดียิ่งขึ้น ตลอดจน รู้สึกเป็นเจ้าขององค์กรร่วมกัน และร่วมผลักดันให้องค์กร สู่อำนาจสำเร็จอย่างเต็มที่ด้วยกัน

4. Organization loyalty (ความภักดีต่อองค์กร)

organization loyalty (ความภักดีต่อองค์กร) เป็น ความรู้สึกและการแสดงออกของบุคลากร ซึ่งเคารพต่อ องค์กร มีความเต็มใจปฏิบัติงานและอุทิศตนต่อองค์กร มีความผูกพันมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความต้องการเป็น ส่วนหนึ่งขององค์กรที่บุคคลมีความผูกพันต่อองค์กรภูมิใจ ในการเป็นสมาชิกขององค์กร มีความตั้งใจจะทำงานอยู่กับ องค์กรนี้ตลอดไป สามารถร่วมทุกข์ ร่วมสุข ยินดี ยินร้าย อยู่เคียงข้างทั้งยามสุขและยามทุกข์ ร่วมกันเผชิญและแก้ไข ปัญหาในรูปแบบได้ ตลอดจนร่วมกันยินดีกับความสำเร็จ ด้วยความปลาบปลื้มใจอย่างแท้จริง พร้อมทั้งจะปกป้อง ยอมทำทุกอย่างเพื่อองค์กรอย่างเต็มใจและเต็มที่ ผลักดัน องค์กรทุกวิถีทางให้ประสบความสำเร็จ

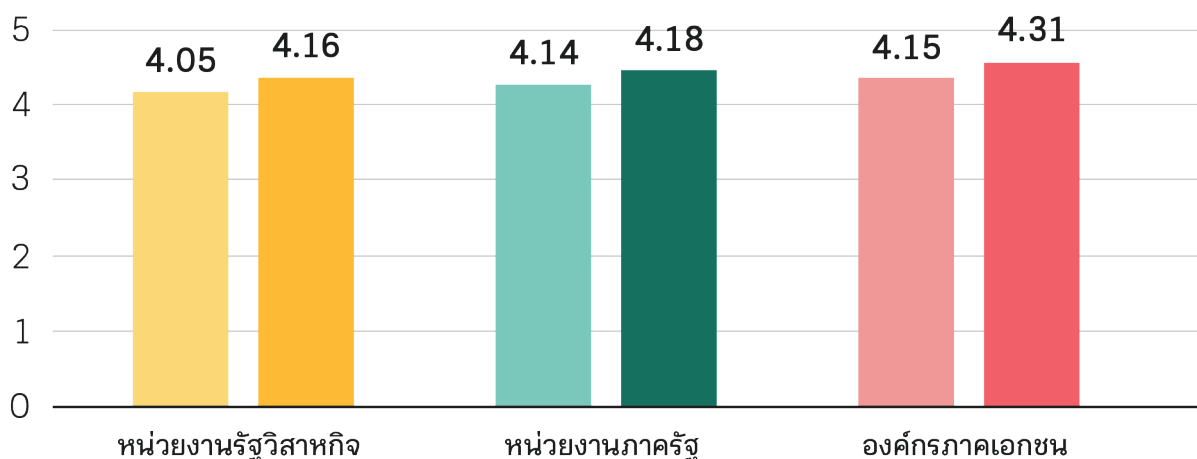
ความภักดีต่อแบรนด์หรือองค์กร แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก (behavioral aspect) เป็นการแสดงออกถึงความปรารถนาที่จะคงอยู่กับองค์กรต่อไป ไม่อยากย้ายไปจากองค์กร หรือหากองค์กรมีความจำเป็นที่ต้องย้ายสถานที่หรือมีความเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร บุคลากรก็ยังคงย้ายตามหรือปรับตามความต้องการขององค์กร (2) ด้านความรู้สึก (affective aspect) เป็นความรักที่จะปฏิบัติงานกับองค์กร รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อองค์กรและยินดีมีส่วนร่วมทุกกิจกรรมขององค์กร ซึ่งเปรียบเสมือนทุกคนเป็นครอบครัว และเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และ (3) ด้านการรับรู้ (cognitive aspect) เป็นความเชื่อมั่น และไว้วางใจในองค์กร มีความรู้สึกโดยตรงว่า มีความภักดีต่อองค์กร มีทัศนคติเชิงบวกต่อคุณค่าและเป้าหมายของบริษัท ดังนั้น หากบุคลากรเกิดความภักดีต่อองค์กรแล้ว องค์กรจะประสบผลสำเร็จและบรรลุจุดหมายปลายทางที่กำหนดได้เพราะการใช้ทรัพยากรประกอบด้วย คน เงิน วัสดุอุปกรณ์ (รวมถึงอาคารสถานที่) และเทคโนโลยีที่มีอยู่ในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการที่จะเกิดความภักดีต่อองค์กรได้สามารถเกิดขึ้นได้เป็นลำดับขั้นจากความพึงพอใจในงาน สู่การมีส่วนร่วมและพัฒนาความผูกพันต่อองค์กร จนเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ภูมิใจในองค์กร และเกิดความภักดีต่อองค์กรในที่สุด

การสำรวจความผูกพัน ของพนักงานที่มีต่อองค์กร

องค์กรส่วนใหญ่ทั้งหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรภาคเอกชนต่างให้ความสำคัญของความผูกพันต่อองค์กร จากการศึกษาความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร ทั้งหน่วยงานภาครัฐและองค์กรภาคเอกชนมากกว่า 100 องค์กร พบว่า องค์กรที่มีการสำรวจความผูกพันต่อองค์กร มีระดับความผูกพันต่อองค์กรมากกว่าปีที่ผ่านมา ดังภาพที่ 2

ผลการสำรวจความผูกพันต่อองค์กร ปี พ.ศ. 2565 มีแนวโน้มสูงกว่า ปี พ.ศ. 2564 เนื่องจากองค์กรมีกิจกรรมการสร้างความผูกพันให้กับบุคลากร และมีแผนกลยุทธ์การยกระดับความผูกพันต่อองค์กร ทำให้ในปี พ.ศ. 2565 บุคลากรมีความผูกพันเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า องค์กรที่มีกิจกรรมหรือการให้ความสำคัญต่อการสร้างความผูกพันส่งผลให้บุคลากรเกิดความรู้สึกที่ดี ได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มกระบวนการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และเป้าหมายขององค์กร ทำให้บุคลากรรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร รวมถึงการกำหนดแนวปฏิบัติที่ดี จนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร ส่งผลให้บุคลากรมีความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กร

ภาพที่ 2 ผลการสำรวจความผูกพันต่อองค์กร ค่าเฉลี่ย ปี พ.ศ. 2564–2565⁽²⁶⁾



วิจารณ์

ทรัพยากรบุคคลจัดเป็นหัวใจหลักสำคัญที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากบุคลากรเป็นกำลังในการขับเคลื่อนให้กับองค์กร ซึ่งจะเห็นได้ว่าองค์กรต้องการทรัพยากรบุคคลที่ปฏิบัติงานให้กับองค์กรอย่างเต็มความสามารถและเป็นไปตามกระบวนการที่ต้องตามภารกิจและเป้าหมายขององค์กร อีกทั้งหลายองค์กรให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลในองค์กรเป็นอย่างมาก ตั้งแต่การสรรหา การคัดเลือกบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานในองค์กร การฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากรในองค์กร การจัดการเงินเดือน สวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ให้กับบุคลากร เพื่อทำให้บุคลากรมีความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร มีความสุขในการทำงานและอยู่กับองค์กรตลอดไป เกิดความพึงพอใจและความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กร ส่งผลต่อความสำเร็จทางธุรกิจขององค์กรในระยะยาว ดังนั้นองค์กรควรตระหนักถึงความสำคัญของบุคลากรเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญอย่างยิ่งต่อองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่การพัฒนาย่างยั่งยืน และเพื่อป้องกันบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถลาออกจากงานหรือออกจากองค์กร จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีมาตรการในการรักษา และจงใจให้พนักงานที่ดีมีคุณภาพนั้นมีความพึงพอใจเกิดความผูกพัน และรู้สึกผูกพันกับองค์กร ตลอดจนทุ่มเทความรู้ความสามารถในอันที่จะเพิ่มประสิทธิผลให้แก่องค์กร

ปัจจุบันการบริหารจัดการองค์กรแบบยั่งยืน (sustainable organization) มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจาก สภาพการแข่งขันในปัจจุบันมีความรุนแรงมากขึ้น มีการเปลี่ยนผ่านกลุ่มบุคลากรภายในองค์กร เป็นกลุ่ม generation Y ซึ่งองค์กรต้องมีการปรับตัวให้บุคลากรมีความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กร ตั้งแต่การสรรหาใหม่ การรักษาบุคลากรให้อยู่กับองค์กร โดยการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยแรก ที่องค์กรควรปฏิบัติงาน หากองค์กรมีวัฒนธรรมที่ชัดเจน บุคลากรในองค์กรได้ทราบและรับรู้ เข้าใจ เข้าใจและแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกความเป็นตัวตนขององค์กร จะทำให้องค์กรยืนหยัดอยู่ในกระแสความนิยมและรักษาความมีเสถียรภาพขององค์กรได้อย่างยั่งยืน ซึ่งวัฒนธรรมองค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้องค์กรต้องมี

การปรับตัวและขับเคลื่อนองค์กรให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสังคม และช่วงวัย (generation) ที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบัน บุคลากรส่วนใหญ่เป็นบุคลากรช่วง generation Y และมี generation อื่นร่วมอยู่กันภายในองค์กร ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ฉะนั้น หากองค์กรให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรตามยุคสมัยเปลี่ยนแปลงไป แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวในองค์กรที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรในองค์กรส่งผลให้เกิดความผูกพันของพนักงาน (employee engagement)

ความผูกพันของพนักงานที่มีต่อองค์กรมีความสำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กร เพื่อทำให้องค์กรได้มาซึ่งบุคลากรที่มีคุณภาพ และมีคุณค่า มีความเสียสละ ทุ่มเท แรงกาย แรงใจในการปฏิบัติงานกับองค์กรอย่างเต็มที่ ทำให้องค์กรสามารถแข่งขันและดำรงอยู่ภายใต้ความไม่แน่นอนของเศรษฐกิจได้อย่างยืนหยัดและมั่นคง อีกทั้งการสร้างความผูกพันต่อองค์กรต้องมีปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้องค์กรสามารถสร้างความผูกพันได้ โดยเฉพาะการสร้างวัฒนธรรมในการทำงานที่สนับสนุนเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน ทำให้องค์กรมองเห็นถึงผลการดำเนินงานขององค์กรที่เป็นภาพรวมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

ความภักดีต่อองค์กร จะเกิดขึ้นได้ควรเริ่มจากความสัมพันธ์ต่อผู้บังคับบัญชาผู้ใต้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน มีความใส่ใจ เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ให้เกียรติ ยอมรับนับถือ ได้มีส่วนร่วมและการแบ่งปันในเรื่องต่างๆ ทั้งด้าน ประสิทธิภาพ ความคิดความรู้สึกเมื่อบุคลากรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน บรรยากาศในการปฏิบัติงานก็จะดีตามไปด้วย ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของบุคลากร ความพึงพอใจอาจเป็นผลของการกระทำอย่างตั้งใจให้เกิดผลดี หรือเห็นชอบกับการกระทำอื่นๆ โดยบุคลากรได้รับการตอบสนองที่ดีจากองค์กร ซึ่งจะก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงความสุขในการปฏิบัติงานที่จะส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้ หากบุคลากรมีความสัมพันธ์ที่ดี และมีความพึงพอใจ ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งความผูกพันที่มีต่องาน เป้าหมาย และค่านิยมขององค์กร บุคลากรจะมีความภักดี โดยปรารถนาที่จะเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีความเต็มใจปฏิบัติงานและอุทิศตนต่อองค์กร ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จและบรรลุจุดหมายปลายทางที่กำหนดได้ เพราะการใช้ทรัพยากร ประกอบด้วย คน เงิน

วัสดุอุปกรณ์ (รวมถึงอาคารสถานที่) และเทคโนโลยีที่มีอยู่ในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

องค์กรที่มีความเข้าใจในการสร้างความผูกพัน จะส่งผลไปยังบุคลากร ซึ่งเชื่อมโยงกับสุขภาวะทางสังคม การเห็นเป้าหมายขององค์กรในทิศทางเดียวกัน ทำให้คุณภาพชีวิตของบุคลากรในองค์กรดีขึ้น เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสภาพจิตใจ ก่อเกิดการทำงานเป็นทีม หรือเป็นองค์กรแห่งความสุข (happy workplace) สุดท้ายยังส่งผลไปถึงผู้รับบริการ ลูกค้า ที่ได้ส่งผ่านการทำงานที่เกิดจากความผูกพันของคนในองค์กร ซึ่งการพัฒนาบุคลากรในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพและให้ยุทธศาสตร์สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยใช้ความสุขพื้นฐานแปดประการ (Happy 8) เป็นแนวทางในการบริหารจัดการชีวิตให้มีความสุขอย่างยั่งยืน ประกอบด้วย (1) happy body (สุขภาพดี) มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงก็จะมีจิตใจที่ดีพร้อมที่จะรับมือกับ ปัญหาที่จะเข้ามาได้เป็นอย่างดี

(2) happy heart (น้ำใจงาม) การมีน้ำใจเอื้ออาทรต่อกันและกัน (3) happy society (สังคมดี) มีสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดี (4) happy relax (ผ่อนคลาย) รู้จักผ่อนคลายต่อสิ่งต่างๆ ในการดำเนินชีวิต (5) happy brain (หาความรู้) มีการศึกษาหาความรู้พัฒนาตนเองตลอดเวลาจากแหล่งต่าง ๆ นำไปสู่การเป็นมืออาชีพและความมั่นคงก้าวหน้าในการทำงาน (6) happy soul (ทางสงบ) มีความศรัทธาในศาสนาและมีศีลธรรมในการดำเนินชีวิต (7) happy money (ปลอดภัย) มีเงิน รู้จักเก็บ รู้จักใช้ ไม่เป็นหนี้ และ (8) happy family (ครอบครัวดี) รักตนเอง รักครอบครัว รักการงาน รักเพื่อน รักในสิ่งที่พอเพียง⁽²⁷⁾ อีกทั้งองค์กรต้องมีระบบการจัดการคนเพื่อให้เกิดทีมในฝัน (dream team) คือทีมที่มีคนทำงานด้วยความสุข มีความมุ่งมั่น สบายงามเป็นระเบียบ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความก้าวหน้าและการพัฒนาขององค์กรอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างแท้จริงส่งผลให้เกิดความผูกพันของพนักงาน (employee engagement)

เอกสารอ้างอิง

1. วัชรินทร์ นิตยจรรวคุณ. การศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความผูกพันของพนักงานต่อองค์กรที่ส่งผลต่อความสำเร็จทางธุรกิจขององค์กรตามแนวคิดของ Kincentric กรณีศึกษา: บริษัทระดับโลกในประเทศไทย [สารนิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564. 138 หน้า.
2. ศุภชัย เหมือนโพธิ์, นนทวัฒน์ สุขผล, ณัฐพร วิรุฬหารุญ. ความพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัท ธารักษ์ พัฒนาสินทรัพย์ จำกัด. วารสารรังสิตบัณฑิตศึกษาในกลุ่มธุรกิจและสังคมศาสตร์. 2561;4:104-20.
3. กรรณิก มาตรคำมี. ความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด จังหวัดกรุงเทพฯ [รายงานวิจัย ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562. 127 หน้า.
4. Herzberg F. Work and nature of man. Cleveland: Word Publishing Company; 1966.
5. Bass BM, Avolio BJ. The four I's transformational leadership. Journal of European Industrial Training 1990;15:9-16.
6. Litwin GH, Stringer RA. Motivation and organizational climate. Boston: Division of Research Harvard Business School; 1968.
7. Denison DR. Corporate culture and organizational effectiveness. New York: Wiley; 1990.
8. Skarzynski P, Gibson R. Innovation to the core: a blueprint for transforming the way your company innovates. Boston, MA: Harvard Business Review Press; 2008.
9. สมภาพ ภูวิจิตร, ภูภาพร ภูภาค, สัณญา เคนาภูมิ. รูปแบบวัฒนธรรมองค์กรที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา 2558;9:73-7.
10. วรวิมล กิจสิริศาล. วัฒนธรรมองค์กรที่ปรึกษาออกแบบรถไฟฟ้าของ รฟม.: โครงการรถไฟฟ้าสายสีน้ำเงินส่วนต่อขยาย [การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553. 70 หน้า.

11. Business Plus. การสร้างวัฒนธรรม [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.businessplus.co.th/activities/ข่าวสาร-hrm-c021/สร้างวัฒนธรรมองค์กร-ให้โดนใจวัยรุ่น-v8478>
12. พลกริต คอนซัลแทนท์. เคล็ดลับทำงานกับคน Gen Y [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.palagrit.com/insight-gen-y/>
13. วิทยารทอแก้ว. การสร้างวัฒนธรรมองค์กร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 เม.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://commarts.stou.ac.th/wp-content/uploads/2022/04การสร้างวัฒนธรรมองค์กร.pdf>
14. Pttgcgroup. วัฒนธรรมของ GC [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 เม.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.pttgcgroup.com/th/people/life-at-gc>
15. บุญเรือน ทองทิพย์. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กับศักยภาพของผู้นำต่อการพัฒนาองค์กรแบบ New Normal. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2563;5:434-46.
16. สุรเสกข์ ผลบุญ. วัฒนธรรมองค์กรกับความผูกพันต่อการ. พุทธจักร 2558;69(5):50-61.
17. ยสวร อามฤต. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานบริษัท MM Logistics. [สารนิพนธ์การจัดการมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564. 67 หน้า.
18. Steers RM. Antecedents and outcomes of organizational commitment. Administrative Science Quarterly 1997;22:46-56.
19. Buchanan B. Building organization commitment. Administrative Science Quarterly 1974;19:533-43.
20. Steer RM, Porter WL. Motivation and work behavior. 5th ed. New York: Mc. Graw-Hill; 1991.
21. Hewitt Associates. Impact of engaged employees on business outcomes; ongoing employee engagement research [Internet]. [cited 2023 Apr 11]. Available from: <http://www.aon.com/default.jsp>
22. The Gallup Organization. Employee engagement. Gallup's research-based approach [Internet]. [cited 2023 Apr 11]. Available from: <http://gmj.gallup.com/content/126173/Bolster-Employees-Confidence.aspx>
23. Burke. Employee engagement & retention management [Internet]. [cited 2023 Apr 11]. Available from: <http://www.burke.com/Services/EERM/services.cfm?id=180>
24. บงกช ตั้งจิระศิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อองค์กร ความจงรักภักดีต่อองค์กร และผลการปฏิบัติงานของนักบัญชีในจังหวัดระยอง. วารสารบริหารธุรกิจอุตสาหกรรม 2564;3(2):55-70.
25. เดชพงศ์ โพธิ์สุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความจงรักภักดีต่อองค์กรของพนักงานระดับปฏิบัติการในองค์กรภาคเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. [การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2560.
26. ศุภชัย เหมือนโพธิ์. กลยุทธ์การจัดทำแผนความพึงพอใจและความผูกพันบุคลากรหน่วยงานภาครัฐ. หลักสูตร Human Capital Management: HCM. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาองค์กรภาครัฐ; 2563.
27. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. Happy workplace [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://happy8workplace.thaihealth.or.th/about/concept>

Promotion of Corporate Culture Aim for Higher Employee Engagement Results in the Organization

Suppachai Murnpho¹, Yodkwan Rudjanakanoknad², Piyakanda Boonnithi², Thanchanok Nakviroj²

¹Kasetsart University

²Thai Health Promotion Foundation, Thailand

Abstract

The purposes of this academic article are (1) to emphasize the promotion of corporate culture aimed at the effects of employee's commitment to the organization and (2) to synthesize the concepts and theories of organizational commitment which will express love, dedication, and determination to completing the assigned task leading to success. In this essence, the importance of modern management is the organizational commitment for employee retention by creating the corporate culture to be in line with ever-changing and different behavior, society, generations, from recruitment, selection, environment change and adjustment, and providing personnel with activities. Moreover, human resources are the key to making the organization successful according to its goals. As a result, it can create profits and enhance maximum efficiency for the organization, and it can be a driving force for personnel to be able to grow forward sustainably. Personnel in the organization have their thoughts, beliefs, and feelings about their work if their performance is good, qualified, and responsible. When they have a good role model in terms of performance, they will have good knowledge and transfer it to create a work culture. This can result in the organization's success. The employee's commitment to the organization is important for the organizational performance to enable the organization to acquire quality, valuable, selfless, and physically and mentally dedicated personnel toward the organization to the utmost, allowing the organization to stably and sustainably complete and survive under the economic uncertainty.

Keywords: corporate culture; employee engagement; organization loyalty

การสร้างเสริมสุขภาพจิตผ่านนวัตกรรมสุขภาพจิต

ดุษฎี จิรังกุลวิทย์¹, ฌินดา อัมเพร²

¹ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

² สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทคัดย่อ

“สุขภาพจะดีไม่ได้ หากไร้สุขภาพจิตที่ดี” หรือ no health without mental health เป็นคำขวัญวันสุขภาพจิตโลก ปี พ.ศ. 2559 เนื่องจากภาระโรคที่เกิดขึ้นในปัจจุบันกว่าร้อยละ 14 เป็นผลจากโรคในกลุ่มจิตเวชและระบบประสาท โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าเรื้อรัง โรคที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตกลับไม่เด่นชัดนักเมื่อเทียบกับปัญหาทางสุขภาพกาย ทั้งที่กายกับจิตนั้น มีความสัมพันธ์กันอย่างแยกออกไม่ได้ เช่น โรคจิตเวช อาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ และมีส่วนทำให้เกิดการบาดเจ็บทั้งโดยไม่ได้ตั้งใจและโดยเจตนา ในทางกลับกัน ภาวะสุขภาพทางกายหลายอย่างมีความเสี่ยงต่อโรคทางจิต รวมถึงโรคประจำตัว ที่สามารถทำให้เกิดความยุ่งยากในการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาสุขภาพจิตยังส่งผลต่อความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติหลายประการ เช่น การส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศและการให้อำนาจแก่สตรี การลดอัตราการเสียชีวิตในเด็ก การส่งเสริมสุขภาพมารดา และการลดการแพร่กระจายของโรคเอดส์และเอชไอวี การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงจำเป็นต้องบูรณาการเข้าไปใน “ทุกมิติของสุขภาพ” ทั้งในแง่นโยบายสังคม การวางแผนระบบสุขภาพ การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ไม่เพียงแต่ภาวะสุขภาพทางกายเท่านั้นที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต แต่แนวโน้มความเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิต ก็สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนในสังคมไทยได้เช่นกัน ดังจะเห็นจากรายงานว่า ประชาชนไทยต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี แต่การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตยังไม่ครอบคลุมมากนัก การนำนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นเครื่องมือที่สำคัญและเหมาะสมกับช่วงวัยหรือเข้ามาเป็นส่วนช่วยในระบบบริการทางด้านสุขภาพจิตนั้น จะเป็นอีกหนึ่งแนวทางสำคัญที่จะช่วยยกระดับสุขภาวะของคนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจะส่งผลลัพธ์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดดในอนาคตต่อไปได้

คำสำคัญ: สุขภาพจิต; ความสุข; ความเครียด; ซึมเศร้า; ความวิตกกังวล; นวัตกรรม; สร้างเสริมสุขภาพจิต

วันรับ: 3 ก.ค. 2566

วันแก้ไข: 19 ส.ค. 2566

วันตอบรับ: 25 ส.ค. 2566

บทนำ

แนวโน้มความเปลี่ยนแปลงที่ก่อตัวขึ้นและมีโอกาสสร้างผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม และการใช้ชีวิตที่ผ่านมา ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชน

ต้องเผชิญทั้งปัญหาครอบครัว ปัญหาค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการเรียนการทำงาน รวมถึงปัญหาความขัดแย้งทางสังคมและการเมือง ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถแทรกซึมต่อวิถีชีวิตและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว สะท้อนให้เห็นได้จากภาพข่าว

ตามหน้าหนังสือพิมพ์ที่เต็มไปด้วยสถานการณ์ความรุนแรงและความขัดแย้ง อันเกิดมาจากความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ ทุกข์ใจ และซึมเศร้า ซึ่งเป็นอาการที่สามารถนำไปสู่ภาวะอาการผิดปกติทางจิตและนำไปสู่เรื่องราวทะเลาะวิวาทในครอบครัวและชุมชนต่อไปได้

อีกหนึ่งอิทธิพลสำคัญที่มีผลต่อการขับเคลื่อนความเปลี่ยนแปลงสุขภาพจิตคนไทยในเชิงประจักษ์คือการเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัลและเทคโนโลยี (digital & technology transformation) ที่ปัจจุบันกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของคนในสังคมไทยและเริ่มเข้ามามีผลต่อสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือคนไทยมีความพร้อมในการก้าวสู่สังคมดิจิทัลเป็นอันดับต้นๆ ของโลก แต่ในมุมของการรู้เท่าทันนั้นกลับพบว่าไม่มากนัก โดยสะท้อนจากสถิติของการถูกล่อลวงทางออนไลน์ ขวาลปลอม และการนำเสนอข้อมูลที่ไม่ถูกต้องมีตัวเลขเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี⁽¹⁾ และนี่คือโจทย์สำคัญของประเทศว่าจะเดินหน้าอย่างไรกับการส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มต่อเศรษฐกิจของประเทศควบคู่ไปกับการสร้าง mental health literacy อันจะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันต่อผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับปัญหาสุขภาพจิตในอนาคตได้ จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่านวัตกรรมทางเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วเพียงใด นวัตกรรมทางสุขภาพจิตยิ่งจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นมากเพียงนั้น ซึ่งปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายเล็งเห็นถึงความสำคัญของการจัดการกับปัญหาเหล่านี้และเร่งพัฒนานวัตกรรมสุขภาพจิตให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ “คนไทยมีสุขภาพดีพร้อมกับมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกันภายในสังคมได้อย่างมีความสุข” โดยเน้นยุทธศาสตร์การทำงานเชิงรุกจาก “กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจิตผ่านนวัตกรรมสุขภาพจิต”⁽²⁾ เพื่อชี้ให้เห็นว่าการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นสื่อสันติภาพหรือเข้ามามีส่วนช่วยในระบบบริการทางด้านสุขภาพจิตนั้น สามารถช่วยยกระดับสุขภาพของคนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นวัตกรรมสุขภาพจิต

นวัตกรรมสุขภาพจิตหมายถึงสิ่งที่พัฒนาขึ้นจากองค์ความรู้สุขภาพจิต ความคิดสร้างสรรค์ ประสบการณ์ตรง

จากการทำงานเพื่อประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต⁽¹⁾ สุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดูแลและปรับปรุงให้ดีขึ้นในทุกช่วงชีวิตเช่นเดียวกับสุขภาพร่างกายและสิ่งแรกคือไม่เพิกเฉยต่ออารมณ์และสภาพจิตใจทั้งของตนเองและผู้อื่น การแสดงออกทางอารมณ์ของแต่ละช่วงวัยจะมีสัญญาณบางอย่างบ่งบอกถึงความผิดปกติที่แตกต่างกัน ดังนั้นการสร้างความตระหนักรู้ถึงสภาวะทางอารมณ์ของแต่ละช่วงวัยจะช่วยให้เกิดการจัดการและสามารถปรับปรุงสภาวะทางจิตของตนได้อย่างเหมาะสม ปัจจุบันการส่งเสริมการเรียนรู้ถึงสภาวะทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ควรสร้างความตระหนักกับทุกคน เพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหา เกิดความเข้าใจต่อผู้อื่น และสามารถแสดงออกในทางที่ดีต่อผู้อื่นได้

1. สภาพจิตของเด็กปฐมวัย-วัยเรียน

เด็กวัยนี้จะโกรธง่ายเมื่อเวลาที่ไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตัวเองต้องการ และจะแสดงออกด้วยการร้องไห้ ก้าวร้าว อาละวาด ส่งเสียงดัง เด็กจะรักบุคคลที่สามารถตอบสนองในสิ่งที่เขาต้องการ โดยจะแสดงอารมณ์รักอย่างเปิดเผย เช่น การกอดบุคคลหรือสิ่งของที่รัก เด็กจะอยากรู้อยากเห็น ชอบซักถาม ถ้าหากซักถามผู้ใหญ่แล้วได้รับการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้ความอยากรู้อยากเห็นลดลงน้อยกว่าเด็กวัยเดียวกัน เด็กจะร่าเริงแสดงอาการประหม่อ กระโดด ยิ้ม ดีใจ ก็ต่อเมื่อเขาได้รับการตอบสนองตามที่ตนเองต้องการทันเวลา เด็กจะขี้อิจฉาริษยา เมื่อรู้สึกว่าเขาดีกว่าคนอื่น หรือกำลังสูญเสียความสนใจที่ตนเองเคยได้รับถูกแบ่งปันให้บุคคลอื่น แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นอารมณ์ของเด็กวัยนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะการเลี้ยงดูและสภาพอารมณ์ของพ่อแม่ที่จะพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งการเลี้ยงดูลูกโดยทางสายกลางเป็นสิ่งที่ดีที่สุดคือ ไม่มาก - ไม่น้อยเกินไป และควรจะเป็นแบบอย่างที่ดีให้เด็กได้เลียนแบบ

2. สภาพจิตของวัยรุ่น

ช่วงวัยนี้จะเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตเร็วมาก ทั้งในทางสรีระและจิตวิทยา โดยช่วงเวลานี้จะเป็นเวลาที่มีความใฝ่ฝันทะเยอทะยาน และมุ่งมั่นในการสร้างจุดมุ่งหมายให้กับชีวิต ถือเป็นระยะเริ่มแรกที่เริ่มมองหาอาชีพของตนในอนาคต แสวงหารูปแบบของตนเองในแง่มุมต่างๆ เช่น เรื่องของค่านิยม และภาพพจน์ กล้าลองกล้าเสี่ยง โดยวัยนี้จะเริ่มเลือกรูปแบบ

ของชีวิตที่ตนพึงพอใจ ติดเพื่อนหรือภาวะแวดล้อมทางสังคม และจะยึดมั่นในอุดมการณ์ของตนเองจนกระทั่งกลายมาเป็นเหตุของความขัดแย้งได้ ซึ่งส่วนใหญ่อารมณ์ของเด็กวัยรุ่นเป็นผลสืบเนื่องมาจากระยะก่อนวัยรุ่นที่เคยมีความรู้สึกนึกคิดขัดแย้งกับผู้ใหญ่ จนทำให้เด็กวัยรุ่นเกิดความกังวลใจ เรื่องการเจริญเติบโตและจะชอบใช้ความรุนแรง ไม่ค่อยจะยอมใครง่ายๆ หรือมีความเชื่อมั่นที่เป็นไปอย่างรุนแรง ฉะนั้นวัยรุ่นควรพูดคุยและระบายความรู้สึกให้บุคคลรอบข้างที่ไว้วางใจได้ฟังบ้าง เพราะจะเป็นเทคนิคง่ายๆ ที่สามารถช่วยลดความเครียดและอารมณ์ที่ไม่ดีลงได้

3. สภาพจิตของวัยกลางคน – วัยทำงาน

เมื่อเข้าสู่วัยกลางคนหรือวัยทำงาน มักจะปักหลักเรื่องหน้าที่การงาน แต่งงานมีครอบครัว สร้างฐานะ และมีความมุ่งมั่นกระตือรือร้นที่จะสร้างความสำเร็จในหน้าที่การงานเพื่อให้ได้มาซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง แต่ในบางครั้งด้วยความเชื่อมั่นในสิ่งต่างๆ มากเกินไป เมื่อเกิดความล้มเหลวก็จะทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามหลีกเลี่ยงต่อความรู้สึกกังวลใจ ความไม่สบายใจ ความโกรธ ความหงุดหงิด ด้วยการดื่มสุรา ใช้ยา กระทั่งส่งผลให้เกิดการหยุดชะงักของการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และเกิดการแยกตัวออกจากสังคมได้ในที่สุด ดังนั้นควรจะเปลี่ยนจุดสนใจหาทางแก้ไขด้วยวิธีที่เหมาะสม และสร้างกิจกรรมที่สร้างสรรค์

4. สภาพจิตของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงวัย 5 อันดับแรก คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ ซึ่งส่วนใหญ่อาจเกิดจากความเครียดและความรู้สึกของการสูญเสีย โดยเฉพาะด้านความสามารถของตนเองที่เคยเป็นที่พึ่ง เคยเป็นผู้นำให้กับคนอื่น หรือจากการที่เคยมีครอบครัวใหญ่กลายเป็นครอบครัวเล็กๆ หรือต้องเลี้ยงดูตนเองตามลำพัง ถูกลูกหลานทอดทิ้ง ซึ่งเหตุการณ์ในอดีตจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดอาการน้อยใจ เสียใจ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร หวาดกลัว จนต้องแยกตัวออกจากสังคมเพราะไม่กล้าสู้กับปัญหา ทั้งนี้หากผู้สูงอายุเข้าใจชีวิตกล้าเผชิญปัญหาได้ด้วยการยอมรับความจริง สร้างกิจกรรมอันมีคุณค่าประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจอย่างสม่ำเสมอก็ย่อมเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีได้

พฤติกรรมทางอารมณ์ที่แตกต่างในแต่ละช่วงวัย ทำให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

โดยสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ(สำนัก2) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อให้คนไทยในทุกช่วงวัย มีปัญหาอารมณ์ดี และมีความสุข ตามนโยบายและยุทธศาสตร์แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562⁽³⁾ จึงได้ร่วมกันจัดตั้งแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551⁽⁴⁾ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนปัจจุบันกลายเป็น “แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนงานในการกิจสร้างเสริมสุขภาพจิตในบทบาทนำ-หล่อลื่น (enabler) เพื่อให้คนไทยมีความสุข สุขภาพจิตดี โดยในระยะ 10 ปีแรก เป็นการพัฒนาวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย และในปี พ.ศ. 2560-2563⁽⁵⁾ เป็นการพัฒนาวัตกรรมการเชิงระบบเพื่อให้โปรแกรมหรือชิ้นงานนวัตกรรมสามารถขับเคลื่อนใช้ในระบบปฏิบัติงานจริงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในแต่ละกลุ่มวัยมีนวัตกรรมที่สามารถขยายผลและเกิดการนำไปใช้อย่างกว้างขวางดังนี้

1. กลุ่มปฐมวัย (0-5 ปี)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558⁽⁶⁾ เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาวัตกรรมการสุขภาพจิตคือ “การสร้างระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)” โดยส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง มีการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยตนเองจากการอ่านเล่มคู่มือและบุคลากรสาธารณสุขจะทำหน้าที่คัดกรองพัฒนาการในช่วงอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนที่มารับวัคซีน (DSPM1) หากสงสัยว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า จะมีการให้ความรู้เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กและติดตามประเมินซ้ำ 1 เดือน (DSPM2) หากยังคงพบพัฒนาการล่าช้า จะทำการส่งต่อเพื่อรับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ต่อมาในปี พ.ศ. 2560⁽⁷⁾ กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาวัตกรรมการสุขภาพจิตสำคัญคือ “Triple-P” (preschool parenting program) หรือ “กลุ่มฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัยในพื้นที่ทุรกันดาร” ซึ่งผลของการใช้วัตกรรมการนี้พบว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ระบบปกติ 14.25 เท่า

ความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่ใช้ระบบปกติ และนวัตกรรมนี้ทำให้เกิดการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินงานโดยสาธารณสุขจังหวัดน่าน พบว่า Triple-P เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลคุ้มค่าคุ้มทุน ในปี พ.ศ. 2563 มีการดำเนินงานขยายผลเป็น “โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในพื้นที่ทุรกันดาร”⁽⁸⁾ ในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารในพระราชดำริให้ครอบคลุม 870 แห่งทั่วประเทศภายในปี พ.ศ. 2569 และกรมสุขภาพจิต จัดตั้งคณะทำงานส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนในพื้นที่ทุรกันดารเพื่อสนองพระราชกระแสรับสั่งต่อไป ผลลัพธ์สำคัญของนวัตกรรมสุขภาพจิตนี้คือ ทำให้เกิดระบบงานส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ทุรกันดาร เพื่อช่วยให้เด็กกลุ่มด้อยโอกาสและขาดแคลนกลับมามีพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์สมวัยเช่นเดียวกับเด็กในพื้นที่อื่น ลดความเหลื่อมล้ำและขาดแคลนในเด็กด้อยโอกาส เป็นพระมหากรุณาธิคุณที่ทรงมีต่อระบบสุขภาพและเด็กปฐมวัยของไทยอย่างหาที่สุดมิได้

2. กลุ่มวัยเรียน

ผลการสำรวจภาวะโรคของประชากรกลุ่มอายุ 0-14 ปี พบโรคซึมเศร้าเป็นภาวะโรคอันดับ 8 ในเด็กหญิง (ร้อยละ 2.6)⁽³⁾ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 พบเด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย 98.6 ต่ำกว่าค่ามาตรฐานสากลที่ 100 เด็กสติปัญญาบกพร่องร้อยละ 6.5 ขณะที่ความชุกสากลอยู่ที่ร้อยละ 2-3 ส่วนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำลงจาก 186.42 คะแนน (ปี พ.ศ. 2549) เป็น 179.58 คะแนน (ปี พ.ศ. 2544) และ 169.72 คะแนน (ปี พ.ศ. 2559) การดำเนินงานในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จึงมีการพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)⁽⁹⁾ เกิดเป็นคู่มือเครือข่ายโรงเรียน - โรงพยาบาล เพื่อคัดกรองเด็กที่มีปัญหาการเรียนเข้าสู่ระบบบริการและส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ แต่ยังขาดรูปแบบหรือระบบการดูแลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และในปี พ.ศ. 2559⁽⁹⁾ เป็นต้นมา จึงเริ่มมีการใช้รูปแบบการพัฒนาเครือข่าย HERO (health and educational regional operation) โดยเชื่อมเครือข่ายทั้งเขตการศึกษา โดยงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. พบว่าสามารถขยายผลได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยในปี

พ.ศ. 2563⁽¹⁰⁾ โรงเรียนประถมศึกษาสังกัด สพฐ. และ กทม. 15,812 แห่ง (ร้อยละ 59.82) มีระบบดูแลช่วยเหลือเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ สังคม และการเรียน กลุ่มเสี่ยงร้อยละ 92.66 ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น (94,493 คนจาก 101,982 คน) โดยแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต ได้เข้าไปสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยโปรแกรมเสริมพลังผู้ปกครองและครูเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน เพื่อพิสูจน์ว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้จริง และพบว่า มีการนำไปทดลองในพื้นที่อื่นแล้วสามารถช่วยให้ผลการเรียนของเด็กดีขึ้นได้ด้วย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ได้ขยายงาน HERO เป็น “ระบบงานสุขภาพจิตโรงเรียนบนระบบดิจิทัล (school health HERO)”⁽¹¹⁾ โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกรมสุขภาพจิตกับ สพฐ. เพื่อช่วยครูในการเฝ้าระวัง เรียนรู้ ดูแล และปรึกษาส่งต่อบุคลากรสาธารณสุข โดยไม่จำเป็นต้องนำเด็กมาโรงพยาบาลทุกราย ทำให้ระบบงาน HERO เกิดขึ้นโดยความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วนทั้งโดยกรมสุขภาพจิต สพฐ. สสส. สปสช. และองค์กรระหว่างประเทศ ขณะนี้อยู่ระหว่างการขยายผลใช้กับโรงเรียนคุณภาพชุมชนและโรงเรียนดีใกล้เมืองรวม 260 แห่งทั่วประเทศ และได้ประกาศใช้กับโรงเรียนในสังกัด สพฐ. ทั่วประเทศ⁽¹²⁾ ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564

ความรุนแรงและประสบการณ์เชิงลบในวัยเด็ก (violence and adverse childhood experience: ACE) เป็นปัญหาสำคัญอีกประการในเด็กที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตจนถึงวัยผู้ใหญ่ ผลการศึกษาความชุกของ ACE ในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป 271 ราย พบว่า ปัญหา 3 อันดับแรก คือ รู้สึกถูกรบกวนคร่ำครวญตลอดทั้งพ่อแม่หย่าร้างหรือแยกทาง และความรุนแรงในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและเป็นทุกข์ ลดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความสามารถในการจัดการกับความยากลำบากในชีวิตน้อยลง การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรเร่งพัฒนาเพื่อลดการเกิดและลดผลกระทบของ ACE⁽⁴⁾ ทั้งนี้ การพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอย่าง

“พ่อแม่เลี้ยงบวก” จึงเป็นบทสนทนาเชิงสถานการณ์สมมุติเกี่ยวกับทักษะการเลี้ยงดูเด็กที่เผยแพร่ให้ประชาชนและหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ได้ผ่าน www.jitdee.com ปัจจุบันนวัตกรรมนี้อยู่ระหว่างดำเนินการร่วมกับแผนยุทธศาสตร์ครอบครัวโดยกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์⁽¹³⁾ เพื่อขยายผลการดำเนินงานต่อไป นอกจากนี้ยังมี “การ์ตูนเสริมสร้างทักษะชีวิตเด็ก ป.1-ป.6” และ “เครื่องมือวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (specific learning disorder: LD)” ที่กำลังพัฒนาต่อเพื่อให้เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำคัญในการยกระดับความสามารถการเรียนรู้ของเด็กไทย โดยให้ครูหรือผู้ปกครองสามารถเปิดให้เด็กได้เรียนรู้ประกอบการพูดคุยเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของเด็กไปพร้อมกัน โดยเผยแพร่ผ่าน www.jitdee.com เช่นกัน

3. กลุ่มวัยรุ่น

ผลการสำรวจสุขภาพจิตวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี (Thai mental health indicator) ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าวัยรุ่นมีระดับสุขภาพจิตต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มช่วงอายุอื่น⁽⁵⁾ ข้อมูลการเฝ้าระวังเชิงรับจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 พบว่า เยาวชนอายุระหว่าง 15-21 ปี โทรศัพทขอรับการปรึกษาว่า 15,000 ราย ซึ่งร้อยละ 46.8 มีภาวะเครียด ร้อยละ 19.4 มีปัญหาความรัก และร้อยละ 10.9 มีปัญหาซึมเศร้า⁽⁶⁾ นอกจากนี้ การก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัล ยังก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่น และผลการสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ โดยศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ กรมกิจการเด็กและเยาวชน ประจำปี พ.ศ. 2563⁽⁷⁾ ในกลุ่มตัวอย่างเด็กมัธยมศึกษา อายุ 12-18 ปี จำนวน 14,945 คน พบว่า เยาวชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89) เชื่อว่าในโลกออนไลน์มีภัยอันตรายหรือความเสี่ยงต่างๆ และเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการแก้ไขปัญหานั้นได้ (ร้อยละ 61) และเว็บไซต์หรือเนื้อหาข้อมูลที่ผิดกฎหมาย/เป็นอันตรายที่เด็กเข้าถึงมากที่สุด 4 อันดับแรก คือ ความรุนแรง (ร้อยละ 49) การพนัน (ร้อยละ 22) สื่อลามกอนาจาร (ร้อยละ 20) และสารเสพติด (ร้อยละ 16) ซึ่งล้วนเป็นสื่อที่ส่งผลกระทบต่อนปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่น แผนงาน-สร้างเสริมสุขภาพจิตได้มีการพัฒนานวัตกรรมทางหลักสูตร

เพื่อใช้เสริมสร้างสุขภาพจิตกลุ่มวัยรุ่นให้มีความเข้มแข็งขึ้น ดังนี้

1) หลักสูตรเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เป็นหลักสูตรพัฒนาทักษะชีวิตเยาวชนที่ครูหรือผู้ปฏิบัติงานกับวัยรุ่นสามารถนำไปใช้จัดการเรียนรู้ได้ง่าย

2) หลักสูตรคุยกับลูกเรื่องเพศ เพื่อช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารของพ่อแม่ผู้ปกครองในการคุยกับลูกวัยรุ่นในประเด็นเพศศึกษารอบด้าน เพื่อช่วยลดปัญหาพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม และลดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

3) หลักสูตรให้การปรึกษาวัยรุ่นออนไลน์ เป็นหลักสูตรแรกในประเทศไทย เพื่อให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานกับเด็กและวัยรุ่นเข้ามาเรียนรู้เทคนิคการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตออนไลน์ มีโปรแกรมฝึกสติเพื่อการยอมรับและพัฒนาตนเอง หรือ โปรแกรมจับใจ เพื่อช่วยพัฒนาทักษะสังคมอารมณ์ความคิดของวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น และช่วยในการป้องกันโรคซึมเศร้าได้ด้วย⁽⁸⁾ โดยสื่อต่างๆ เผยแพร่ผ่าน www.jitdee.com ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยมีต้นทุนต่ำ

นอกจากนี้ การคุ้มครองเยาวชนจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจิตที่สำคัญคือ “ปัญหาการติดเกม” ซึ่งต้องการสมดุลระหว่างการใช้เกมเสริมสร้างเศรษฐกิจของประเทศกับการควบคุมความรุนแรงในเกมและภาวะเสพติดเกมที่จะเกิดกับเยาวชน ดังนั้น “การพัฒนาเครื่องมือประเมินความรุนแรงของภาวะติดเกม” ซึ่งจะเป็นเครื่องมือนำไปสู่การจัดระดับเกมที่มีความเสี่ยงต่อการเสพติดสูง และเป็นข้อเสนอในการจัดกลุ่มเกมกับกลุ่มอายุของผู้เล่น โดยเครื่องมือนี้จะเสนอเข้าสู่คณะกรรมการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิตภายใต้คณะกรรมการ-จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติต่อไป

4. กลุ่มวัยกลางคน - วัยทำงาน

การดูแลด้านสังคมจิตใจในวัยทำงานโดยเฉพาะในสถานประกอบการ ปัจจุบันมีรูปแบบการพัฒนาจิตให้เป็นวิถีในองค์กรซึ่งเป็นรูปแบบวิธีที่น่าสนใจและควรแก่การให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะแนวโน้มสังคมที่เปลี่ยนเป็นสังคมเมือง คนส่วนใหญ่ทำงานในองค์กรต่างๆ ความเครียดและความทุกข์ส่วนใหญ่ก็มาจากการทำงาน และมีผลต่อไปยังครอบครัว หลายๆ องค์กร มีวิสัยทัศน์

จึงเน้นกลับมาที่ความสุขหรือสภาวะของคนในองค์กร ดังที่ปรากฏไว้ในระบบสภาวะในองค์กรหรือ Happy 8⁽¹⁴⁾ ที่สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมทั้งเกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งนอกจากจะครอบคลุมสภาวะทางกายใจ และสังคมแล้ว หลายๆ องค์กรก็พยายามก้าวไปให้ถึงด้านจิตวิญญาณโดยเน้นเรื่องความดี ความเสียสละรวมทั้งการพัฒนาจิต

ตามแนวคิดการสร้างองค์กรแห่งความสุข 8 มิติ หนึ่งในนั้นคือ happy soul ซึ่งเป็นความสุขด้านจิตใจ มีคุณธรรม ศรัทธาในพระพุทธศาสนา และศีลธรรมในการดำเนินชีวิต ที่เรียกว่า การใช้ชีวิตอย่างมีสติ

กรมสุขภาพจิตจึงร่วมกับโครงการสร้างสุขและจิตสำนึกด้วยโปรแกรมสติในองค์กร จัดทำโปรแกรมสร้างสุขด้วยสติในองค์กรเรียกว่า mindfulness in organization (MIO) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่เน้นการใช้สติในทางจิตวิทยาและศาสตร์สมอง โดยไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา เพื่อประโยชน์ของทั้งองค์กร สติในมุมมองนี้ จึงเป็นการพัฒนาสภาวะจิตขั้นสูงกว่าเพื่อยกระดับคนทั้งองค์กรผ่านวิถีและระบบ/วัฒนธรรม องค์กรให้มีการใช้สติในทุกระดับ สามารถนำไปปรับใช้ในองค์กรและในชีวิตประจำวันได้ เป็นโปรแกรมเพื่อมุ่งส่งเสริมให้ประชาชน มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในการทำงาน และเน้นการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติ ฝึกให้คนมีสภาวะจิตที่สูง คือ การมีสติและสมาธิ มาเป็นเครื่องมือในลักษณะ (meta skill) นำไปสู่คุณลักษณะที่ดีของตน เช่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความรับผิดชอบ มีความคิดบวก สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพดีขึ้น มีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานดีขึ้น เกิดความสงบ ด้วยการรับฟังอย่างมีสติ เกิดการสื่อสารอย่างมีสติ เกิดความคิดสร้างสรรค์สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ทั้งในระดับตนเอง ระดับทีม และระดับองค์กรได้ สอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตภายใต้แนวคิด “คิดดี คิดให้ คิดเป็น เป็นสุข”

5. กลุ่มวัยสูงอายุ

ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันร้อยละ 7.83 ที่ผ่านมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีการฝึกอบรม care giver/care manager ให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาโครงการ 3 หมอ⁽⁹⁾ คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. และ อสม. เพื่อการดูแลสุขภาพ

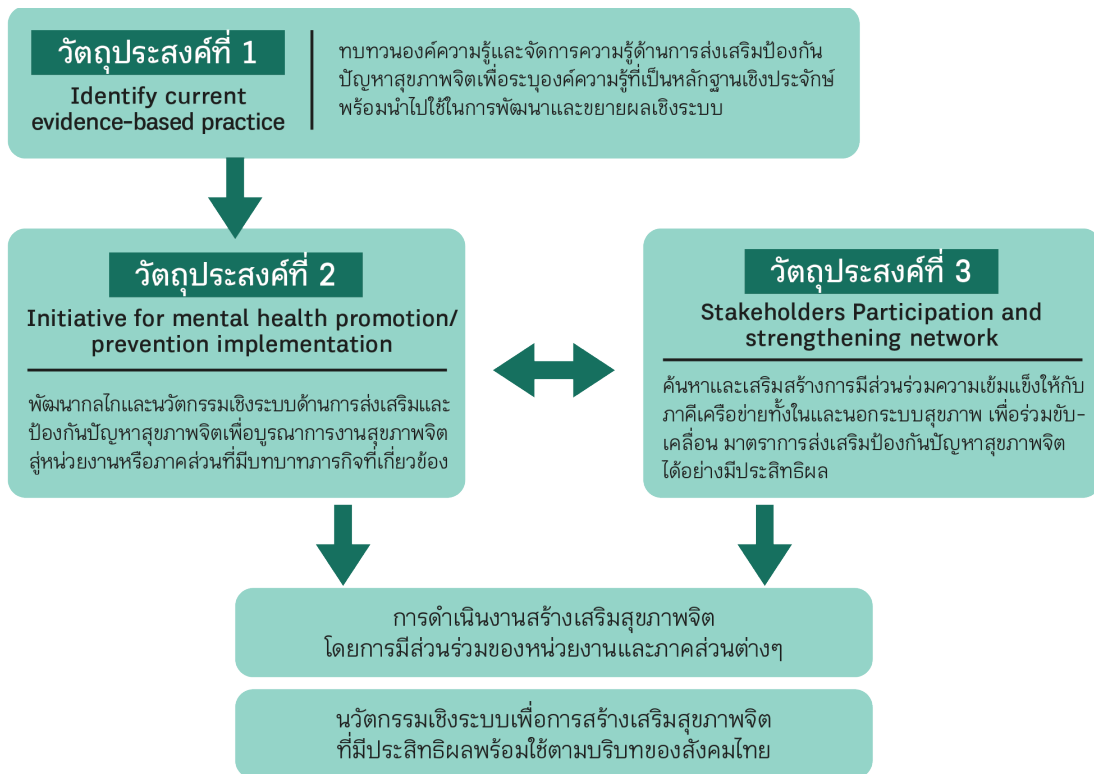
ประชาชน อุปสรรคสำคัญคือ การบูรณาการงานสุขภาพจิตรวมถึงประเด็นสุข 5 มิติ เข้าไปในหลักสูตร care giver/care manager และ บุคลากรในโมเดล 3 หมอ รวมถึงการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตที่ไม่เป็นภาระงานของพื้นที่ การพัฒนา “โปรแกรมปรับพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งโดยมากเป็นผู้สูงอายุ พบว่าได้ผลดี

นอกเหนือจากงานนวัตกรรมเชิงระบบแล้ว แผนงาน-สร้างเสริมสุขภาพจิตและแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต ดังภาพที่ 1 และ 2 ยังได้จัดทำผลงานวิชาการทั้งงานแปลเอกสารวิชาการต่างประเทศ และงานทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นต่อการพัฒนางาน สร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เช่น สุขภาพจิตกับอาการสมองเสื่อม ภัยสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สุขภาพจิตกับสุขภาพจิต สุขภาพจิตในบุตรหลานของผู้ป่วยจิตเวช แนวทางการดูแลภาวะสมองเสื่อมขององค์การอนามัยโลก การส่งเสริมสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งผลงานวิชาการดังกล่าว ถูกนำไปเป็นเอกสารประกอบการเรียนรู้ ใน “หลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน” ซึ่งเป็นหลักสูตรพัฒนาแพทย์เฉพาะทางเพื่อการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพจิต และ “หลักสูตรส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต” สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตและเกิดการเชื่อมโยงงานกับแผนสุขภาพแรงงาน สามารถบูรณาการมิตินานสุขภาพจิตเข้าในแผนสุขภาพแรงงานได้

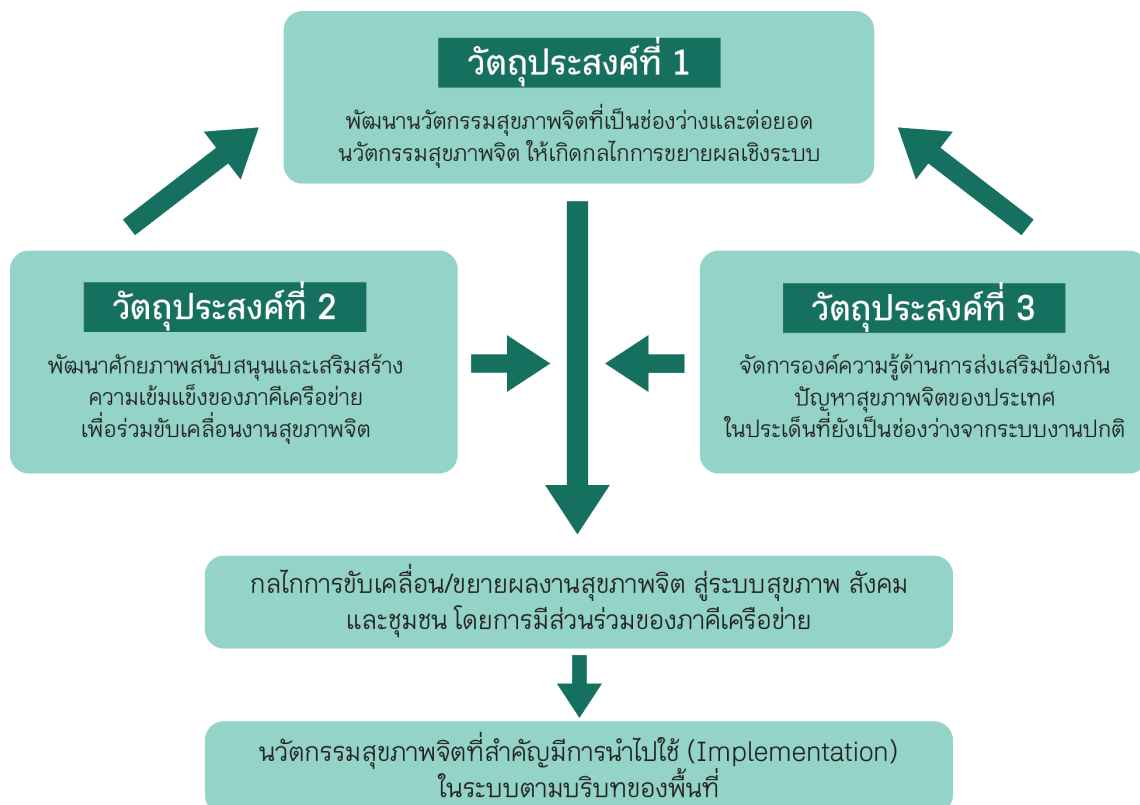
กรอบแนวคิดแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต พ.ศ. 2560-2563

ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ มุ่งตอบเป้าหมายเฉพาะ ในระยะ 10 ปี ของ สสส. โดยตรง คือ “การเพิ่มสัดส่วนของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่มีความสุขในการดำรงชีวิต” โดยวัดด้วย “อัตราการย่อยละของคนไทยที่มีคะแนนสุขภาพจิตในระดับปกติขึ้นไป” ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของแผนงานฯ และการเชื่อมโยงกับแผนปัจจุบัน สสส. ได้สนับสนุน “แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต” ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2550 และได้ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตร่วมกับภาคีต่างๆ ด้วยการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 1 แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต ระยะที่ 1: 2560-2561



ภาพที่ 2 แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต ระยะที่ 2: 2562-2563



ได้ผลผลิตที่เป็นชุดความรู้และวิธีการทำงานจำนวนมาก เช่น คู่มือสร้างสุขสำหรับเด็กเยาวชนและผู้ปกครอง เชื่อมชี-
ความสุข คู่มือเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การ์ตูน
เสริมสร้างทักษะชีวิต คู่มือคุยกับลูกวัยรุ่นเรื่องเพศ เป็นต้น
ซึ่งมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย แต่อาจยังไม่ครอบคลุม
ประชากรทั้งหมด เนื่องจากข้อจำกัดเรื่อง งบประมาณ
ทรัพยากรบุคคล และโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักฐานเชิง-
ประจักษ์เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การบูรณาการงาน
สุขภาพจิตเข้าไปในภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตในปัจจุบัน
ได้นำผลผลิตบางส่วนของแผนงานฯ ที่ผ่านมา เช่น ชุดความรู้
องค์ความรู้ (บางเรื่อง) ไปต่อยอดหรือขยายผลเพื่อให้เกิด
การดำเนินงานต่ออย่างมีประสิทธิภาพหรือเกิดความยั่งยืน
เช่น โปรแกรมจับใจ คลินิกจิตสังคมในศาลอาญา เป็นต้น
โดยในปี พ.ศ. 2557 กรมสุขภาพจิต⁽¹⁵⁾ ได้จัดทำ “รายงาน
การทบทวนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตระดับชาติ (national
mental health and well-being strategy)” ครอบคลุม
มาตรการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า
มีประสิทธิภาพประสิทธิผลในการนำไปใช้จริง เช่น มาตรการ-
เยี่ยมบ้านหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์
มาตรการป้องกันการกลั่นแกล้งรังแกในเด็กวัยเรียน
มาตรการสร้างมิตรให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น

จากการดำเนินที่ผ่านในการสร้างเสริมสุขภาพจิต
ของ สสส. นั้น ยังคงมีน้ำหนักในการทำงานร่วมกับกรม-
สุขภาพจิตและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านการ
พัฒนานวัตกรรม โดยเน้นการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบและ
ชุดความรู้เพื่อนำไปขยายผลเข้าสู่ระบบต่อไป และมีหน่วยงาน
ที่จะรับขยายผลร่วมดำเนินงานในบางโครงการ ที่เห็นชัดเจน
คือ กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ
กลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน มีกระบวนการหนุนเสริม
การพัฒนาศักยภาพภาคีของ สสส. ในด้านสุขภาพจิต
ซึ่งเป็นการพัฒนาบุคลากรด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ
และการสนับสนุนการทำวิจัยเพื่อให้บุคลากรมีความรู้
ด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและสามารถ
นำไปประยุกต์ใช้เพื่อนำไปสู่การมีเครือข่ายที่เข้มแข็งต่อไป
นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานในส่วนของกลไกการรณรงค์
ที่เน้นการลดอคติ การตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย
ที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดยมีกระบวนการพัฒนาในการพัฒนา

สุขภาพจิตโดยรวม คือ

1) ทำงานร่วมกับกรมสุขภาพจิตและภาคีที่เกี่ยวข้อง
ในการพัฒนารูปแบบ (model) การสร้างเสริมสุขภาพจิต
ในกลุ่มวัยต่างๆ เพื่อให้ได้มาตรการ (intervention) ที่มี
หลักฐานยืนยันประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิต
ในกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ รวมถึงมีการทดลอง ขยายผลได้จริง
ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อพัฒนาเป็นมาตรการที่จะช่วยสนับสนุน
การบรรลุเป้าหมาย ด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต ใน
ยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต

2) ค้นหาภาคีที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการ
สร้างเสริมสุขภาพจิต ทั้งในและนอกภาคีสุขภาพเพื่อสนับสนุน
และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่าย ในการมี
ส่วนร่วมขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้อง
ตามยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาแนวโน้มของสถานการณ์
ความสุขคนไทย ที่ใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (หรือ
อีกชื่อหนึ่งว่าดัชนีชี้วัดความสุข) ฉบับสั้น 15 ข้อ โดยถือว่า
ตามบริบทของสังคมไทยสุขภาพจิตมีความหมายเดียวกับ
ความสุข ซึ่งจัดเก็บโดยความร่วมมือกับสำนักงานสถิติ-
แห่งชาติ พบว่า ระดับสุขภาพจิตปกติของคนไทยอายุ 15 ปี
ขึ้นไป ลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 64.9 (ปี พ.ศ. 2558)
เป็นร้อยละ 63.1 (ปี พ.ศ. 2561)⁽²⁾ นอกจากนี้ จากการ
ทบทวนกระบวนการดำเนินงานพบว่า ในส่วนของภาคี
โดยส่วนใหญ่ สามารถดำเนินการสำเร็จตามวัตถุประสงค์
และเป้าหมายของโครงการได้เป็นอย่างดี ยกเว้นในช่วง
ปีสุดท้าย ที่มีการแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่งผลให้ต้อง
ปรับเปลี่ยนและรูปแบบของกิจกรรมที่ดำเนินงาน เช่น
การเปลี่ยนรูปแบบการประชุม อบรม เป็นแบบออนไลน์
แทนการมาร่วมประชุมพบเจอกัน การปรับแผนไปดำเนิน
กิจกรรมเพื่อตอบสนองสถานการณ์สุขภาพจิตที่เป็นผล
มาจากโควิด 19 และผลผลิตที่เกิดขึ้นสำเร็จและเป็นไป
ตามตัวชี้วัดของแผนฯ ที่กำหนดไว้ เมื่อพิจารณาในเชิง-
คุณภาพและเชิงผลกระทบ พบว่า นวัตกรรมหลายเรื่อง
มีการนำไปขยายให้ครอบคลุมหลายพื้นที่มากขึ้น โดยเฉพาะ
นวัตกรรมที่ดำเนินการในกลุ่มนักเรียน ที่เห็นเด่นชัดคือ
โครงการ HERO ที่ทำงานร่วมกับ สพฐ.⁽¹⁶⁾ โดยกำลังขยายผล
โดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือ
เด็กที่ประสบปัญหาสุขภาพจิต และโครงการพัฒนาวิชาการ

เชิงระบบเพื่อให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมในระบบศาล มีการพัฒนาและลงนามความร่วมมือ (MOU) กับกระทรวงยุติธรรม และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เพื่อขยายโครงการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ยังต้องการการเชื่อมต่อนุรณาการเข้าสู่โครงสร้างระบบปกติและถ่ายทอดองค์ความรู้และเครื่องมือให้ภาคยุทธศาสตร์สามารถนำไปดำเนินการต่อได้เองต่อไปเพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงานรวมทั้งมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ สามารถนำไปขยายผลต่อ แต่ยังขาดการเชื่อมต่อกับระบบที่จะนำไปใช้ในเชิงนโยบายและบูรณาการเข้าสู่แผนงานของภาคยุทธศาสตร์และแหล่งทุน คือ โครงการพัฒนาศักยภาพผู้นำและกลไกการสร้างเสริมสุขภาพจิตกลุ่มแรงงาน (สร้างสุข-ลดทุกข์) เป็นการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนให้สามารถจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพจิตในระดับชุมชน ซึ่งจะช่วยขยายบริการให้การปรึกษาแนะนำที่ไม่จำกัดอยู่เฉพาะในวงวิชาชีพสุขภาพจิต และขยายบริการลงสู่ระดับชุมชน และจากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนเป็นหมอสุขชุมชน พบว่า เป็นกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยทดลองปฏิบัติการจัดการปัญหาด้วยตนเอง และได้รับการเพิ่มศักยภาพการเป็นผู้ให้การปรึกษาเพื่อช่วยสนับสนุนคนอื่นๆ ในชุมชนได้ต่อไป

นอกจากนี้ยังมีการนำผลการประเมินแผนงาน/โครงการ และผลการทบทวนเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายเรื่องเพื่อออกแบบและพัฒนานวัตกรรมของแผนงาน ประเด็นที่สำคัญคือ การศึกษาเชิงระบบ เรื่องการใช้โปรแกรมมักจะถูกกละเลยหรือมองข้ามไป ความท้าทายคือ การใช้หลักการหรือวิธีประเมินให้สอดคล้องกับหลักการปฏิบัติของการส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งแตกต่างจากระเบียบวิธีวิจัยตามปกติ และจำเป็นต้องประเมินทั้งสองด้าน คือ ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ การศึกษาที่เน้นไปที่การประเมินผลลัพธ์จากงานวิจัยแบบสุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCTs) มีความน่าเชื่อถือสูง แต่มีข้อจำกัดด้านการนำไปใช้ ส่วนการวิจัยการนำไปใช้ (implementation research) เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อทำความเข้าใจว่าต้องนำโปรแกรมนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใด อย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพ การรวบรวมข้อมูลเหล่านี้จะทำให้เกิดความรู้ใหม่ที่นำไปสู่แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice)

ในการนำไปใช้จริง จึงเป็นที่มาของแผนงานฯ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ และรูปแบบการนำนวัตกรรมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ไปขยายผลใช้ในระบบสุขภาพสังคมและชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้ “คนไทยมีสุขภาพจิตดี มีความสุข”

สรุป

ผลจากการทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และผลการดำเนินงานของแผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต ทิศทาง/เป้าหมายและยุทธศาสตร์ 10 ปี สสส. (พ.ศ. 2565-2574) และแผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2563-2565 สะท้อนให้เห็นว่าการขับเคลื่อนหรือยกระดับภาวะสุขภาพจิตของคนไทยทั้งระบบให้คนไทยมีสุขภาพจิตดี ต้องอาศัยการพัฒนาทั้งมิติส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติส่งเสริมสุขภาพจิตของประชากรทั้ง 5 กลุ่มวัย ซึ่งมีภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้เสียและผู้รับผิดชอบหลักอยู่หลายภาคส่วน ที่ไม่จำกัดเฉพาะในระบบสุขภาพเท่านั้น หากสามารถขับเคลื่อนงานส่งเสริมและงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิตร่วมกันโดยทุกภาคส่วนได้ จะช่วยลดภาระโรคจิตเวชลงได้ถึง 2/3 ของภาระโรคจิตเวชทั้งหมด

เพื่อให้การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมีความต่อเนื่อง สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกกลุ่มวัยอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการพัฒนาและต่อยอด “นวัตกรรมเชิงระบบ” ซึ่งเป็นการพัฒนากลไกเชิงระบบเพื่อนำรูปแบบใหม่ที่ได้แสดงถึงประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลลงใช้ในพื้นที่ ให้สามารถขยายผลครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกกลุ่มวัยอย่างมีประสิทธิภาพผ่านกลไก “นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิต” ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิตจึงขอเสนอ “แผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิต” เพื่อพัฒนาและผลักดันนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2563 ให้เป็นนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิตที่สนับสนุนให้คนไทยมีสุขภาพจิตดีมีความสุขดังเจตนารมณ์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิตต่อไป

แม้แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตและแผนงานพัฒนา
นวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตจะพัฒนา
และขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตร่วมกับกรมสุขภาพจิต
ในหลากหลายประเด็น แต่โลกในยุคปัจจุบันที่เกิดการ
เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รวมถึงผลกระทบจากสถานการณ์
โควิด 19 ส่งผลต่อสุขภาพจิตคนไทยอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้
ความร่วมมือระหว่างกรมสุขภาพจิตกับสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญ
ที่ร่วมผลักดันให้สุขภาพจิตของคนไทยดีขึ้นควบคู่ไปกับการ
สร้างเสริมสุขภาพกาย

นวัตกรรมเชิงระบบ เป็นการพัฒนากลไกเชิงระบบ
เพื่อนำรูปแบบใหม่ที่ได้แสดงถึงประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล
ลงในพื้นที่ (implementation) โดยคำนึงถึงความ
เป็นไปได้จริง (feasibility) และบริบทของพื้นที่ (social
context) มีการประเมินผลเชิงระบบเพื่อการปรับปรุง
พัฒนา และเพื่อการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนให้บูรณาการ
เข้ากลไกปกติ เพื่อความยั่งยืน และขยายผลครอบคลุม
ทั่วทุกพื้นที่ เพราะสุขภาพจะดีไม่ได้ หากไร้สุขภาพจิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลต่อต้านข่าวปลอมประเทศไทย. ดีอีเอส โชว์ตัวเลขคนไทยแชร์ข่าวปลอมมากถึง 23 ล้านคน พบปัญหาข่าวปลอมเพิ่มขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.mdes.go.th/news/detail/5095>
2. ชีวานันท์ เกาทิพย์. ถอดรหัสนวัตกรรมการดูแลสุขภาพจิตภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2565. กรุงเทพมหานคร: ปิยะนิตพัลลิสซิง; 2565.
3. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: เดอะ กราฟฟิโก ซิสเต็มส์; 2560.
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. แผนหลัก สสส. ประจำปี 2551-2553. กรุงเทพมหานคร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; ม.ป.ท.
5. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. รายงานสรุปผลการดำเนินงาน โครงการนวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต (ระยะที่สอง). กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2564.
6. สถาบันพัฒนาอเนกวัยเด็กแห่งชาติกรมอนามัย. การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM). กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาอเนกวัยเด็กแห่งชาติกรมอนามัย; 2561.
7. สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม Preschool Parenting Program: Triple-P. กรุงเทพมหานคร: สยามพิมพินา; 2562.
8. ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์. ความเป็นมาและผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ทุรกันดารตามพระราชดำริ ปีการศึกษา 2564. การประชุมชี้แจงการดำเนินงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ทุรกันดาร ปีการศึกษา 2565. กรุงเทพมหานคร: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์; 2564.
9. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. การพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
10. กลุ่มพัฒนาระบบการแนะแนว สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา. แนวทางการสร้างเสริมความปลอดภัยในมิติส่วนตัว สังคม และสุขภาพจิตของนักเรียน ด้วยการแนะแนว และ School health hero. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน; 2564.
11. อิศระ อนันตวรศิลป์. คู่มือการใช้งานสำหรับครูและผู้บริหารโรงเรียน School health hero ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง; 2565.
12. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. การพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
13. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนปฏิบัติการด้านครอบครัว พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2563.

15. สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร. Happy 8 workplace เสริมสร้างคุณภาพชีวิตของคนทำงานในองค์กร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2564.
16. คณะพัฒนาชุดแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในประเทศไทย. รายงานการทบทวนยุทธศาสตร์สุขภาพจิตระดับชาติ. กรุงเทพมหานคร: วนิดาการพิมพ์; 2558.
17. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. สพฐ. ร่วม กรมสุขภาพจิต ผลงานโดดเด่น School health hero ระบบสุขภาพจิตโรงเรียนวิถีใหม่ เฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา ดูแลสุขภาพจิตนักเรียนอย่างเป็นรูปธรรม ได้รับรางวัลเลิศรัฐประจำปี 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน; 2566.

Promoting Mental Health through Mental Health Innovation

Dutsadee Juengsiragulwit¹, Niyadar Impetch²

¹ Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

² Thai Health Promotion Foundation, Thailand

Abstract

No health without mental health” was the slogan of World Mental Health Day 2016. About 14% of the global burden of disease has been attributed to neuropsychiatric disorders, mostly due to the chronically disabling nature of depression and other common mental disorders, alcohol-use and substance-use disorders, and psychoses. Such estimates have drawn attention to the importance of mental disorders for public health. However, because they stress the separate contributions of mental and physical disorders to disability and mortality, they might have entrenched the alienation of mental health from mainstream efforts to improve health and reduce poverty. Mental disorders increase risk for communicable and non-communicable diseases, and contribute to unintentional and intentional injury. Conversely, many health conditions increase the risk for mental disorder, and comorbidity complicates help-seeking, diagnosis, treatment, and influences prognosis. Health services are not provided equitably to people with mental disorders, and the quality of care for both mental and physical health conditions for these people could be improved. We need to develop and evaluate psychosocial interventions that can be integrated into management of communicable and non-communicable diseases. Health care systems should be strengthened to improve delivery of mental health care, by focusing on existing programs and activities, such as those which address the prevention and treatment of HIV, tuberculosis, and malaria; gender-based violence; antenatal care; integrated management of childhood illnesses, child nutrition; and innovative management of chronic disease. An explicit mental health budget might need to be allocated for such activities. Mental health affects progress towards the achievement of Sustainable Development Goals (SDGs), such as promotion of gender equality and empowerment of women, reduction of child mortality, improvement of maternal health, and reversal of the spread of HIV/AIDS. Mental health awareness

needs to be integrated into all aspects of health and social policy, health-system planning, and delivery of primary and secondary general health care. It's not only physical health that affects to mental health, but trends in innovation, economic, social, environmental and lifestyle changes its can be affected to the mental health of people in Thailand as well. This can be seen from the report that Thai people have to face mental health problems continuously every year, but access to mental health services is not as comprehensive. Applying the innovation to be an important and age-appropriate tools or contribute to the mental health service systems. It will be another important way to effectively improve the well-being of Thai people and will be resulted in a leap forward change in the future.

Keywords: mental health; happiness; anxiety; depression; syndrome; innovation; mental health promotion

การส่งเสริมสุขภาพตามแนวพุทธ

พระครูใบฎีกา ฌวัณจิต มหิสุสโร (อนุรักษตระกูล)
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การส่งเสริมสุขภาพถือเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต แต่ก็ไม่สามารถที่จะหนีโรคภัยไข้เจ็บไปได้ โรค NCDs เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม มีการสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อถึงเวลาก็แสดงอาการของโรค จนทำให้เกิดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนาสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ ถือเป็น การส่งเสริมตามแนวพุทธ ด้วยหลัก อปัณณกปฏิบัติ โดยการควบคุม ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ เป็นการรับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์ พอสมควร และเป็นการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ; แนวพุทธ; การดำเนินกิจกรรม

วันรับ: 13 ก.ค. 2566

วันแก้ไข: 10 ส.ค. 2566

วันตอบรับ: 15 ส.ค. 2566

บทนำ

คำว่า “สุขภาพ” นั้น คนทั่วไปก็เข้าใจและใช้กันมานาน แต่มีความหมายอยู่ในขอบเขตจำกัด หมายถึงด้านร่างกาย คือ ความไม่มีโรคภัย ไม่เจ็บไข้ได้ป่วยทางกาย เมื่อมีร่างกาย สมบูรณ์แข็งแรง ก็เรียกว่า มีสุขภาพดี⁽¹⁾ สุขภาพเป็น ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย

โรค NCDs (non-communicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มโรค NCDs 4 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ-โรคหลอดเลือดสมอง, โรคมะเร็ง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ซึ่งมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสารที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ประชาชนป่วยด้วยโรค NCDs

เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2557 คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะ รวมทั้งสิ้น 14.9 ล้านปี โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.4 เท่า และเมื่อจำแนกตาม 3 กลุ่มโรค พบสัดส่วนการสูญเสียปีสุขภาวะดังนี้ กลุ่มโรคติดต่อร้ายละ 14 กลุ่มโรคไม่ติดต่อร้ายละ 71 และกลุ่มการบาดเจ็บร้ายละ 15 โดยโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ ในขณะที่แนวโน้มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรค NCDs ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและต้นทุนทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾ โรค NCDs เป็นปัญหาระดับโลก

ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ถึง 14 ล้านคน ในจำนวนนี้ต้องเสียชีวิตลงปีละกว่า 3 แสนคน สาเหตุของปัญหามาจากพฤติกรรมการกินอยู่ ใช้ชีวิต นอกจากทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรแล้วยังลดทอนคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบผู้ป่วยโรค NCDs

ในกลุ่มอายุที่น้อยลง หมายถึงประชากรกลุ่มนี้ต้องอาศัยยาเพื่อรักษาโรคไปตลอดชีวิตในบางกลุ่มโรค เช่น หากป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ก็จะต้องฟอกไตไปตลอด หรือต้องอาศัยการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะซึ่งจะกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก แทนที่จะได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพไปจนตลอดอายุขัย⁽³⁾ พฤติกรรมการใช้ชีวิตในสภาพปัจจุบันเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

พระพุทธศาสนาถือว่าความเจ็บป่วยเป็นปัญหาสำคัญของมนุษย์ เช่นเดียวกับปัญหาเรื่องความเกิด ความแก่ ความเจ็บ และความตาย เพราะความป่วยนั้นเป็นกระบวนการทางธรรมชาติอย่างหนึ่งของทุกชีวิต ดำเนินไปตามกฎธรรมชาติ ซึ่งไม่มีใครสามารถปฏิเสธได้ ในทางพระพุทธศาสนา การดูแลสุขภาพสามารถดูแลรักษาทั้งทางกายและใจไปพร้อมๆ กัน มีการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เชื่อมโยงประสานกัน มุ่งชีวิตปลอดจากโรค บำบัดโรค และเชื้อโรค เพื่อเป็นฐานชีวิตและพัฒนาชีวิตให้ดียิ่งขึ้น การแก้ไขปัญหสุขภาพและพัฒนาการดูแลสุขภาพเพื่อให้หลุดพ้นจากภาวะอาการเจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถแยกทำเป็นส่วนๆ และต่างคนต่างทำได้ จะต้องเกิดการบูรณาการให้ทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเข้ามาร่วมคิด ร่วมทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพอย่างจริงจัง อันจะเป็นประโยชน์และเป็นไปตามวิถีการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาตนเองในการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคของชุมชนให้ยั่งยืนได้ด้วยตนเอง⁽⁴⁾ พระพุทธศาสนามีส่วนช่วยในการส่งเสริม รักษา เยียวยา ความเจ็บป่วยของมนุษย์ได้

ดังนั้น บทความนี้ต้องการนำเสนอการส่งเสริมสุขภาพตามแนวพุทธ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง สามารถที่จะปฏิบัติกิจการงานต่างๆ ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยนำหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา มาประยุกต์ใช้ในการดูแล ส่งเสริมรักษาสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ลง

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อในประเทศไทย

สถานการณ์ปัจจุบันสำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) มากพอสมควร หรือ non-communicable diseases เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คือ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วย จึงอาจจัดว่าโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังได้ ตัวอย่างของโรค NCDs เช่น โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งต่างๆ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคอ้วนลงพุง โรคตับแข็ง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น⁽⁵⁾ ซึ่งภาพรวมมีสาเหตุของปัญหามาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

อีกทั้งยังประสบกับปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เป็นโรคอุบัติใหม่ ส่งผลต่อวิถีชีวิต การทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในหลายพฤติกรรมของผู้คน ความไม่แน่นอน และการคาดเดาสถานการณ์ไม่ได้ ประกอบกับการได้รับข้อมูลข่าวสารถึงผลกระทบต่างๆ อาจก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว ในจิตใจของคนไทยได้ทุกเพศทุกวัย ทำให้มีเทรนด์พฤติกรรมจากการสำรวจของซูเปอร์โพล⁽⁶⁾ มีดังนี้คือ (1) การใช้เทคโนโลยีควบคุมคู่กับอินเทอร์เน็ตจะเข้ามามีบทบาทกับการใช้ชีวิตมากขึ้น ที่จากเดิมมีมากอยู่แล้ว แต่ในสังคมยุค new normal สิ่งเหล่านี้จะเข้าไปอยู่ในแทบทุกจังหวะชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการเรียนออนไลน์ การทำงานที่บ้าน การประชุมออนไลน์ การซื้อสินค้าออนไลน์ การทำธุรกรรม และการให้ความบันเทิงกับชีวิตรูปแบบต่างๆ อย่างดูหนัง ฟังเพลง (2) การเว้นระยะห่างทางสังคม ผู้คนในสังคมจะเห็นความสำคัญของการเว้นระยะห่างที่เป็นแนวทางการใช้ชีวิตช่วงวิกฤตโควิด 19 และจะดำเนินชีวิตแบบนั้นต่อไป โดยรักษาระยะห่างทางกายภาพเพิ่มขึ้น และใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนช่วยในการสื่อสารและการใช้ชีวิตลดการปฏิสัมพันธ์ การไปในสถานที่สาธารณะ และเน้นการทำกิจกรรมที่บ้านมากขึ้น (3) การดูแลสุขภาพทั้งตัวเองและครอบครัว โดยเกิดความคุ้นชินจากช่วงวิกฤตโควิด 19 ที่ต้องดูแลด้านสุขภาพและความสะอาดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ ดังนั้นพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ และการล้างมืออย่างถูกวิธี และหมั่นสังเกตตัวเองเมื่อไม่สบายจะยังคงมีต่อไป รวมถึงการหันมาใส่ใจสุขภาพ การออกกำลังกาย และการทำประกันสุขภาพ

จะมีแนวโน้มมากขึ้น (4) การใช้เงินเพื่อการลงทุน ยุค new normal เป็นจังหวะที่ผู้คนยังระมัดระวังการลงทุนใหม่ๆ และลดการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย เพราะแนวโน้มเศรษฐกิจยังไม่แน่นอน และ (5) การสร้างสมดุลชีวิต การมีโอกาสดำรงงานที่บ้าน ลดจำนวนวันการเข้าออฟฟิศ หรือการลดการพบปะผู้คนในสังคม แล้วหันมาใช้ชีวิตและทำงานที่บ้าน ทำให้ผู้คนมองเห็นแนวทางที่จะสร้างสมดุลชีวิตระหว่างอยู่บ้านมากขึ้น และจะเป็นแนวทางในการปรับสมดุลชีวิตระหว่างเวลาส่วนตัว การงาน และสังคมให้สมดุลมากยิ่งขึ้น⁽⁷⁾ แม้ว่าพฤติกรรม การดำเนินชีวิตจะถูกปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบ แต่ผู้ป่วยโรค NCDs ก็ยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง

ด้วยเหตุที่ประชากรของประเทศไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.52)⁽⁸⁾ และมีพระราชดำริของในหลวง รัชกาลที่ 9 ในวันพระราชพิธีทรงพระผนวช ตุลาคม พ.ศ. 2499 ว่า “พุทธศาสนา เป็นศาสนาประจำชาติ มีคำสั่งสอนให้คนประพฤติตนเป็นคนดี และเพียบพร้อมด้วยบรรดาสัจธรรมอันชอบ ด้วยเหตุผลอันน่าเลื่อมใสยิ่งนัก”⁽⁹⁾ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของพระพุทธศาสนาอย่างมาก ที่อยู่ควบคู่กับคนไทยมาอย่างยาวนาน จึงควรค่าอย่างยิ่งที่จะน้อมนำหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนาไปปรับใช้ในวิถีประจำวันให้เป็นรูปธรรม และก่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดต่อการดำเนินชีวิต

ในทางพระพุทธศาสนาแสดงสาเหตุการเกิดโรคต่างๆ ไว้ 4 อย่างด้วยกัน คือ กรรม จิต อุตฺ (อุณฺหภูมิ) และอาหาร⁽¹⁰⁾ การนำหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนาไปปรับใช้โดยเน้นไปในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะโรค NCDs อันเกิดมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เพื่อให้คนไทยมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จึงนำเรื่องของอภินิหารปฏิบัติ เป็นหลักธรรมที่ว่าด้วยข้อปฏิบัติที่ไม่ผิด ที่ปรากฏในอภินิหารสูตร⁽¹¹⁾ ความเป็นภิกษุทั้งหลายภิกษุผู้ประกอบด้วยธรรม 3 ประการ ชื่อว่าปฏิบัติไม่ผิด และเธอชื่อว่าปรารถนาเหตุเพื่อความสิ้นอาสวะธรรม 3 ประการ อะไรบ้าง คือ ภิกษุในธรรมวินัยนี้ (1) คຸມครองทวารในอินทริย (2) ฐัประมาณในการบริโภคอาหาร (3) ประกอบความเพียรเครื่องตื่นอยู่เนืองๆ จะเห็นได้ว่าคำสอนทางพระพุทธศาสนาทรงคุณค่าอย่างยิ่ง นอกจากจะทำให้บุคคลมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ยังส่งผลให้ถึงความบริสุทธิ์บริบูรณ์ด้วยการสิ้นอาสวะ

(กิเลส) ที่เป็นเครื่องร้อยรัดพันธนาการทั้งปวง เป็นบ่อเกิดแห่งปัญหาทั้งหลาย ถือว่าเป็นการยับยั้งโรคภัยต่างๆ อันจะเกิดขึ้นได้ตรงสาเหตุที่สุด แต่แน่นอนว่าเมื่อนำหลักธรรมคำสอนมาปรับประยุกต์ใช้ให้เห็นเป็นแนวทางที่สามารถนำมาใช้ได้จริงในสถานการณ์ปัจจุบัน จึงต้องมีการนำเป็นแนวทางที่มีความชัดเจนเป็นขั้นตอนโดยอยู่ภายใต้กรอบหลักของอภินิหารปฏิบัติ

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามแนวพุทธ ด้วยหลักอภินิหารปฏิบัติ โดยเริ่มต้นที่

1) คຸມครองทวารในอินทริย เป็นการควบคุม ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ เมื่อมีสิ่งใด ก็ตามเข้ามากระทบ หรือรับรู้ได้ หากไม่มีการควบคุม หรือการยับยั้งชั่งใจ ก็จะมีการไหลไปตามกระแสความชอบใจ ความถูกใจ เช่น ตาก็จะแสวงหารูปที่มีความสวยงาม หูก็จะแสวงหาเสียงไพเราะ จมูกก็จะแสวงหากลิ่นหอม ลิ้นก็จะแสวงหารสชาติที่อร่อย กายก็จะแสวงหาความสบาย ใจก็จะแสวงหาอารมณ์ที่น่าปรารถนา เมื่อกระทำไปในสิ่งเหล่านี้ ถือว่าไม่เป็นการควบคุม ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ เป็นที่แน่นอนว่าโรคภัยต่างๆ ย่อมเกิดขึ้นตามมา

ตัวชี้วัดในการควบคุม ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ หากจะสังเกตว่าการดำเนินการถูกต้องหรือไม่ สามารถตรวจสอบในขณะนั้นว่า มีอยากได้ของเขามีความทุกข์ใจเกิดขึ้น แสดงว่าการปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง หากเมื่อใดที่เข้าใจตามความเป็นจริง ปราศจากความคิดที่ไม่ดี เช่น ความคิดที่อยากได้ เมื่อไม่ได้สิ่งนั้นก็เกิดความทุกข์ใจ ในขณะที่ตาเห็นรูป หูได้ยินเสียง จมูกได้กลิ่น ลิ้นได้ลิ้มรส กายได้สัมผัส ใจได้คิดนึก ถือว่าปฏิบัติได้ถูกต้องตามตัวชี้วัดข้อนี้

2) ฐัประมาณในการบริโภคอาหาร เป็นการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์พอสมควรแก่ร่างกายของตนในแต่ละมื้อ คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการเป็นสำคัญ

ตัวชี้วัดในการบริโภคอาหาร หากจะสังเกตว่าดำเนินการถูกต้องหรือไม่ สามารถตรวจสอบในขณะนั้นว่า เพื่อเล่น เช่น รับประทานด้วยความเพลิดเพลิน สนุกสนาน เหมือนเด็กเล่น เพื่อมัวเมา เช่น รับประทานด้วยเมาในกำลังความมีพลังกำลัง เพื่อประดับ เช่น รับประทานด้วยความต้องการให้บริบูรณ์ในอวัยวะน้อยใหญ่ เพื่อตกแต่ง เช่น รับประทานด้วยความต้องการให้ผิวพรรณผ่องใส สวยงาม เมื่อสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น แสดงว่าการปฏิบัติยังไม่ถูกต้อง

หากเมื่อใดที่เข้าใจตามความเป็นจริง รับประทานเพื่อให้ร่างกายดำรงอยู่ได้ รับประทานเพื่อกำจัดความหิว รับประทานเพื่อให้ชีวิตสามารถทำสิ่งที่เป็ประโยชน์ ถือว่าปฏิบัติได้ถูกต้องตามตัวชี้วัดข้อนี้

3) ประกอบความเพียรเครื่องต้นอยู่เนืองๆ เป็นการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการออกกำลังกาย การทำงาน การใช้ชีวิตในภาพรวมของแต่ละวันด้วยสติ และพักผ่อนเพียงพอ

ตัวชี้วัดในการประกอบความเพียร เป็นเรื่องของเวลา ในการพักผ่อน สามารถปรับไปตามบริบทของสถานการณ์ปัจจุบัน จะทำกิจกรรมใดๆ ก็ต้องมีเวลาในการพักผ่อนที่เหมาะสม เช่น 6 ถึง 8 ชั่วโมง ถือว่าปฏิบัติได้ถูกต้องตามตัวชี้วัดข้อนี้

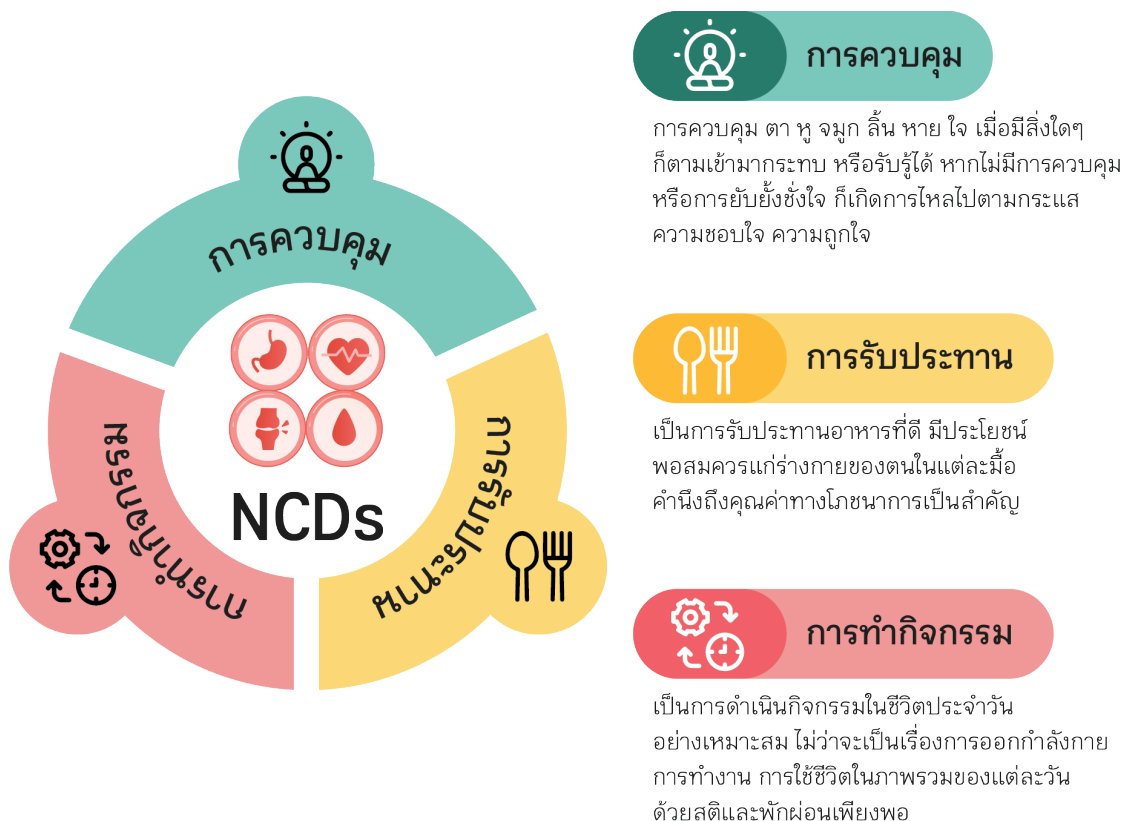
จากแนวทางดังกล่าว ถือได้ว่าเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพตามแนวพุทธ มีปรากฏในคัมภีร์ทางพระพุทธศาสนาสามารถนำมาปรับประยุกต์ใช้ได้จริงด้วยการควบคุม ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ รับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่าง

เหมาะสม เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่อยากเป็นโรค NCDs หรือแม้ผู้ป่วยในโรคดังกล่าวก็สามารถดำเนินตามแนวทางนี้อาจทำให้ความรุนแรงของโรคเบาบางลง

สรุป

โรคไม่ติดต่อ (NCDs) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วย ในแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามแนวพุทธ เป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถใช้ได้จริง ทำได้ด้วยการควบคุม ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ การรับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์ พอสสมควรแก่ร่างกาย และการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม มีการพักผ่อนที่เพียงพอ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามแนวพุทธ



เอกสารอ้างอิง

1. พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). พื้นสุขภาวะ ยามสังคมวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: สหธรรมิก; 2551.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/NCDUNIATF61.pdf>
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สืบร่องรอยโรค หุตุภัยเงียบ NCDs. จดหมายข่าวชุมชนคนรักสุขภาพ ฉบับสร้างสุข 2565;19(260):1-24.
4. สมนึก หงส์ยิ้ม. พุทธวิธีการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมอย่างยั่งยืน. วารสารพุทธนวัตกรรมการปริวรรต 2564;1(2):27-41.
5. ศูนย์จัดการความรู้ผู้ป่วย โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โรคที่เกิดจากพฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/may-2016/ncds-non-communicable-diseases-symptoms-prevention#:~:text=%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%20NCDs%20%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20non%2Dcommunicable,%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%88%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%A7%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%20NCDs>
6. สำนักวิจัย Super Poll. จริตใหม่ประชาชนหลังฟื้นโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://storage.googleapis.com/wzukusers/user-17406417/documents/7dd008db68314e41854623f0077ad01e/Super%20Poll%20%E0%B8%88%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B9%83%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B9%88%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%9E%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%94-19.pdf>
7. Nitayaporn. New Normal ชีวิตวิถีใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>
8. กรมการปกครอง. แผนภูมิแสดงสัดส่วนผู้นับถือศาสนาพุทธ และศาสนาอื่นๆ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://e-service.dra.go.th/religion/buddhism?type=10>
9. สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ. พระราชดำรัสและพระบรมราโชวาท ของในหลวง รัชกาลที่ 9: พุทธศาสนา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล <https://www.bedo.or.th/contentdetail?id=2359#:~:text=%22%E0%B8%9E%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%99%E0%B8%B2%20%E0%B9%80%E0%B8%9B%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3,%E0%B8%95%E0%B8%B8%E0%B8%A5%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A1%20%E0%B9%92%E0%B9%94%E0%B9%99%E0%B9%99>
10. มริศา ไซอ่ำเอี่ยม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมุฏฐานของรูปและโรคกับการแพทย์แผนปัจจุบัน [วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต]. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2557.
11. มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เล่มที่ 20 ข้อ 16. กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2539.

Health Promotion in the Buddhist Concept

Phrakrubaidika Natthakit Mahissaro (Anuruktrakoon)

Mahamakut Buddhist University, Nakhon Pathom Province, Thailand

Abstract

Promotion healthy is very important for life, but it is not possible to escape from the disease. NCDs are behavioral diseases that continuously accumulate. When it's time, symptoms of the disease are shown and causing obstacles to life. In the Buddhist doctrine can be applied as a Buddhist promotion with the Unimpeachable path by controlling the eyes, ears, nose, tongue, body, mind, eating good and useful, moderately and carrying out daily activities appropriately.

Keywords: health promotion; Buddhist concept; daily activities

ระเบียบและขั้นตอนในการออกใบอนุญาตสุรา: การมีส่วนร่วมของชุมชนและข้อพิจารณาด้านสุขภาพ

สิริกร นามลาบุตร

สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การพิจารณาด้านสุขภาพและความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ การออกใบอนุญาตสุรา ควรมีการกำหนดมาตรการด้านสุขภาพและความปลอดภัยเพื่อป้องกันอันตรายหรือความเสี่ยงใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขายและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ควรมีการปฏิบัติตามและการตรวจสอบ เมื่อได้รับใบอนุญาตจำหน่ายสุราแล้ว สิ่งสำคัญคือต้องปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องทั้งหมด มีการตรวจสอบเป็นประจำเพื่อให้แน่ใจว่าสถานประกอบการปฏิบัติตามเงื่อนไขของใบอนุญาตและรักษามาตรฐานด้านสุขภาพและความปลอดภัยที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การออกใบอนุญาตสุรา; การมีส่วนร่วม; ชุมชน

วันรับ: 13 มิ.ย. 2566

วันแก้ไข: 28 ก.ค. 2566

วันตอบรับ: 30 ก.ค. 2566

บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นับได้ว่าประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและก่อปัญหาในด้านต่างๆ เมื่อบริโภคประจำและต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยโทษของสุรานั้นอาจมีตั้งแต่ขั้นเบาไปจนถึงขั้นรุนแรงอย่างเช่น เสียการทรงตัว พุดไม่ชัด และที่รุนแรงคือหมดสติ ดังนั้นสุราจึงถูกควบคุมทั้งการจำหน่าย และการผลิต จากกฎหมายอย่างเคร่งครัด ภาวะเมาสุราเป็นภาวะที่บุคคลมีอาการไม่สบายจากพิษของแอลกอฮอล์ หลังจากดื่มสุราเข้าไปปริมาณหนึ่ง ทำให้ร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมผิดปกติ ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ บกพร่อง โทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ออวัยวะภายในของร่างกาย ด้านสุขภาพ เป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิต ทั้งผลเสียในระยะสั้นและระยะสะสม หากดื่มสุรา

ติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน (ติดเหล้า) จะส่งผลอย่างแน่นอนกับระบบความจำ ระบบประสาท ระบบเลือด ความดัน และที่ส่งผลโดยตรงต่ออวัยวะในร่างกายนั่นคือ “ตับ” พิษภัยจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อสมองที่รุนแรงขึ้นหากดื่มตั้งแต่อายุยังน้อย⁽¹⁾ ประกอบกับในการออกใบอนุญาตจำหน่ายสุราเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ⁽²⁾

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นับได้ว่าประชาชนทุกกลุ่ม อาทิ เยาวชน กลุ่มผู้หญิง ผู้ชาย วัยผู้ใหญ่ กลุ่มผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และก่อปัญหาในด้านต่างๆ เมื่อบริโภคประจำและต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยโทษของสุรานั้นอาจมีตั้งแต่ขั้นเบาไปจนถึงขั้นรุนแรงอย่างเช่น เสียการทรงตัว พุดไม่ชัด และที่รุนแรงคือหมดสติ ดังนั้นสุราจึงถูกควบคุมทั้งการจำหน่าย และการผลิต จากกฎหมายอย่างเคร่งครัด ภาวะเมาสุรา เป็นภาวะที่บุคคลมีอาการไม่สบายจากพิษของ

แอลกอฮอล์ หลังจากดื่มสุราเข้าไปปริมาณหนึ่ง ทำให้ร่างกายจิตใจ และพฤติกรรมผิดปกติ ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ บกพร่อง โทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ออวัยวะภายในของร่างกาย ด้านสุขภาพเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิต ทั้งผลเสียในระยะสั้นและระยะสะสม หากดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน (ติดเหล้า) จะส่งผลอย่างแน่นอนกับระบบความจำ ระบบประสาท ระบบเลือด ความดัน และที่ส่งผลโดยตรงต่ออวัยวะในร่างกายคือ “ตับ” พิษภัยจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อสมองที่รุนแรงขึ้นหากดื่มตั้งแต่อายุยังน้อย⁽¹⁾ ประกอบกับในการออกต่อใบอนุญาตจำหน่ายสุราเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ⁽²⁾ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

หลักการขอใบอนุญาตจำหน่ายสุราในประเทศไทย ได้ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มาตรา 155 และกฎกระทรวงการอนุญาตขายสุรา พ.ศ. 2560 ข้อ 4 ที่ได้กำหนดหลักการที่สำคัญคือ ผู้ประสงค์จะขายสุรา ต้องยื่นคำขอต่อเจ้าพนักงานสรรพสามิตตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนด พร้อมด้วย

เอกสารหรือหลักฐาน ณ สำนักงานสรรพสามิตพื้นที่หรือสำนักงานสรรพสามิตพื้นที่สาขาแห่งท้องที่ที่สถานประกอบการตั้งอยู่หรือสถานที่อื่นที่อธิบดีประกาศกำหนด หรือทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ และใบอนุญาตดังกล่าวจะมีอายุ 1 ปีนับแต่วันที่ได้รับอนุญาต ในส่วนของประเภทของใบอนุญาตขายสุรา ปัจจุบันได้ถูกกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มาตรา 156 มีอยู่ด้วยกัน 2 ประเภท ประเภทที่ 1 ใบอนุญาตขายสุราสำหรับการขายสุราทุกชนิด ครั้งหนึ่งจำนวนตั้งแต่สิบลิตรขึ้นไป ประเภทที่ 2 ใบอนุญาตขายสุราสำหรับการขายสุราทุกชนิด ครั้งหนึ่งจำนวนต่ำกว่าสิบลิตร⁽⁴⁾

หลักการขอใบอนุญาตจำหน่ายสุราในประเทศไทย

พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560⁽⁵⁾ ในมาตรา 155 ผู้ใดประสงค์จะขายสุรา ให้ยื่นคำขออนุญาตต่อเจ้าพนักงานสรรพสามิตการขออนุญาตและการออกใบ

ตารางที่ 1 การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564⁽³⁾

การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 30 วัน						
อายุ	จำนวนคน/ล้าน	ร้อยละ	ชาย (คน/ล้าน)	ความชุก ร้อยละ	หญิง (คน/ล้าน)	ความชุก ร้อยละ
ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	11.78	20.65	10.10	36.74	1.68	5.68
15 - 19 ปี						5.44
25 - 44 ปี						26.97

ตารางที่ 2 ใบอนุญาตจำหน่ายสุรา⁽²⁾

พ.ศ.	ใบอนุญาตจำหน่ายสุรา/ใบ
2558	616,710
2560	583,880
2561	588,962

อนุญาตตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวงใบอนุญาตที่ออกตาม มาตรานี้ให้มีอายุหนึ่งปีนับแต่วันที่ได้รับอนุญาต

บทบัญญัติตามวรรคหนึ่ง มิให้ใช้บังคับกับการ ขยายสุรา ในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) การขายทั้งหมดในคราวเดียวภายใต้ความควบคุม ของเจ้าพนักงานสรรพสามิต ในกรณีที่ผู้ได้รับใบอนุญาตตาย หรือถูกเพิกถอนใบอนุญาต
- 2) การขายในการบังคับคดี
- 3) การขายโดยคำสั่งของอธิบดีกรมศุลกากรตาม กฎหมายว่าด้วยศุลกากร
- 4) กรณีอื่นตามที่อธิบดีประกาศกำหนด

มาตรา 156 ใบอนุญาตขยายสุรามี 2 ประเภท คือ (1) ใบอนุญาตขยายสุราประเภทที่ 1 สำหรับการขยายสุรา ทุกชนิด ครั้งหนึ่งจำนวนตั้งแต่สิบลิตรขึ้นไป และ (2) ใบ- อนุญาตขยายสุราประเภทที่ 2 สำหรับการขยายสุราทุกชนิด ครั้งหนึ่งจำนวนต่ำกว่าสิบลิตร

มาตรา 157 ห้ามมิให้ผู้ใดเปลี่ยนแปลงภาชนะบรรจุ สุราเพื่อการค้า เว้นแต่เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้ผลิตสุรา หรือเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตขยายสุราประเภทที่ 2 เฉพาะกรณี ผู้ซื้อได้ร้องขอให้เปลี่ยนแปลงภาชนะบรรจุสุรา เพื่อดื่ม ในขณะนั้น

มาตรา 158 ห้ามมิให้ผู้ใดเปลี่ยนแปลงสุรา โดยนำ สุราอื่นใด หรือน้ำ หรือของเหลว หรือวัตถุอื่นใดเจือปน ลงในสุราเพื่อการค้า เว้นแต่เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้ผลิต สุรา หรือเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตขยายสุราประเภทที่ 2 เฉพาะกรณีผู้ซื้อได้ร้องขอให้เปลี่ยนแปลงสุราเพื่อดื่ม ในขณะนั้น ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่กำหนด ในกฎกระทรวง

สรุป

ระเบียบและขั้นตอนในการออกใบอนุญาตสุรา: การมีส่วนร่วมของชุมชนและข้อพิจารณาด้านสุขภาพ

การพิจารณาด้านสุขภาพและความปลอดภัย เป็นสิ่งสำคัญ การออกใบอนุญาตสุรา ควรมีการกำหนด มาตรการด้านสุขภาพและความปลอดภัยเพื่อป้องกัน อันตรายหรือความเสี่ยงใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขายและ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ควรมีการ ปฏิบัติตามและการตรวจสอบ เมื่อได้รับใบอนุญาตจำหน่าย สุราแล้ว สิ่งสำคัญคือต้องปฏิบัติตามกฎหมายและ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องทั้งหมด มีการตรวจสอบเป็นประจำ เพื่อให้แน่ใจว่าสถานประกอบการปฏิบัติตามเงื่อนไข ของใบอนุญาตและรักษามาตรฐานด้านสุขภาพและ ความปลอดภัยที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. โทษ พิษ ภัยของสุรา และผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้ใกล้ชิด [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/hp-ebook_13_mini-2/
2. กนิษฐา ไทยกล้า. การเข้าถึงจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 12 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: cas.or.thhttps://cas.or.th/uploads/2019/07/86.61-A...PDF
3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ สงขลา. เอกสารวิชาการ 2565-1 ในชุดสถานการณ์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของศูนย์วิจัยปัญหาสุราแบบแผนและแนวโน้ม พฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย. สถานการณ์ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน สถานที่ซื้อและดื่มสุรา เศรษฐฐานะของผู้ดื่ม ตลอดจนนักดื่มไทยในสถานการณ์ โควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 11 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://cas.or.th/FF-chapter-1-For-Print> PDF
4. พรพล เทศทอง, อรัสมัน พิเชฐวรกุล. การจัดทำคู่มือสำหรับผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://cas.or.th/?p=8706>
5. พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134, ตอนที่ 32 (ลงวันที่ 20 มีนาคม 2560).

Regulations and Procedures for Alcohol Licensing: Community Involvement and Health Considerations

Sirikorn Namlabut

Thailand Professional Qualification Institute Bangkok, Thailand

Abstract

Health and safety considerations are crucial when issuing alcohol licenses. It is essential to establish measures related to health and safety to prevent any dangers or risks associated with the sale and consumption of alcoholic beverages. Additionally, compliance and monitoring should be in place once a license to sell alcohol is obtained. Adherence to all relevant laws and regulations is paramount; and regular inspections are conducted to ensure that the establishments comply with the licensing conditions and maintain health and safety standards appropriately.

Keywords: alcohol licensing; community involvement; community



www.thaihealth.or.th/THPJournal