



โครงการอบรมหลักสูตร “ระบาดวิทยาวัฒนธรรม”

Cultural Epidemiology Program

1. หลักการและเหตุผล

“ระบาดวิทยา” เป็นความรู้ที่สำคัญอย่างยิ่งในการทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพราะช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถเข้าใจแบบแผนการเกิดโรค รูปแบบของพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ และสามารถคาดการณ์แนวโน้มของการเกิดโรค ข้อมูลระบาดวิทยายังเป็นพื้นฐานให้กับการคิดออกแบบและพัฒนาการทำงานส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ กระทั่งอาจกล่าวได้ว่าในยุคที่โรคติดต่อ (Infectious disease) ยังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศ ความรู้ด้านระบาดวิทยามีบทบาทอย่างสำคัญในการช่วยลดอุบัติการณ์ ความชุก และความรุนแรงของโรคติดต่อ จนโรคติดต่อหลายโรคที่เคยเป็นปัญหาสุขภาพลดลงหรือหายไป ระบาดวิทยามีสาระสำคัญที่การศึกษาการกระจายตัวของโรค (Distribution) และค้นหาตัวกำหนดการเกิดโรค (Determinants) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยอ้างอิงผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ระบาดวิทยาใช้วิธีการคำนวณทางสถิติบนฐานประชากรเพื่อวัดอัตราการอุบัติการณ์การเกิดโรค อัตราความชุกของโรค และแบบแผนแนวโน้มการเกิดโรครวมทั้งใช้อัตราค่าเฉลี่ยทางสถิติข้างต้นเป็นภาพตัวแทนนำเสนอปัญหาสุขภาพ และอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของประชากร

อาจกล่าวได้ว่าบนพื้นฐานแนวทางการศึกษาทางระบาดวิทยา ปัจจัยหรือเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมมักได้รับการพิจารณาหลังสุดว่าเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เนื่องจากมองว่า “เป็นข้อเท็จจริงทางสังคม” และ “เป็นตัวแปรเชิงอัตวิสัยส่วนบุคคล (subjectivity)” ที่ยากต่อการตรวจสอบวัดค่าออกมาได้อย่างเป็นวัตถุวิสัยทางสถิติ (objectivity) เจมส์ ทรอสเทิล (James Trostle 2005) ชี้ให้เห็นว่าการขาดหายไปของวิถีวิถวัฒนธรรมที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของพฤติกรรมทางสังคมของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทำให้เราไม่สามารถเข้าใจได้ว่ามีแบบแผนทางวัฒนธรรมในลักษณะใดบ้างที่กำกับแบบแผนการเกิดโรคและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของผู้คนในแต่ละวัฒนธรรม ทำไมปัจเจกบุคคลตัดสินใจเลือกเข้าไปเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับความเสี่ยงสุขภาพต่างๆ ทั้งที่เจ้าหน้าที่สุขภาพมีการให้ความรู้ สุขศึกษาและรณรงค์เคลื่อนไหวทางสังคมอย่างต่อเนื่อง และในหลายกรณีออกเป็นมาตรการทางกฎหมาย เพื่อควบคุมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ นอกจากนั้น เจมส์ ทรอสเทิล เสนอให้เราตีความข้อมูลหรือข้อเท็จจริงทางระบาดวิทยาในฐานะผลผลิตจากปฏิบัติการทางวัฒนธรรมของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อช่วยเปิดเผยให้เห็นว่าการวัดค่าทางสถิติ การคิดเชิงสาเหตุ-ผลลัพธ์ และการออกแบบและพัฒนาการทำงานส่งเสริมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากความเชื่อ ธรรมเนียมปฏิบัติ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจในแวดวงวิชาการของผู้เชี่ยวชาญ (Trostle 2005) ไม่ได้แตกต่างจากแบบแผนทางวัฒนธรรม ที่ทำหน้าที่กำกับแบบแผนพฤติกรรมทางสังคมของผู้คนในแต่ละท้องถิ่น

“ระบอบวิทยาวัฒนธรรม” จึงให้ความสำคัญต่อการทำความเข้าใจแบบแผนทางวัฒนธรรม ใน 2 ลักษณะข้างต้นทั้ง “วัฒนธรรมท้องถิ่น” (Lay culture) ที่กำกับความคิด ความเชื่อ และการตีความ ประสบการณ์ทางสังคมต่อความเสี่ยงสุขภาพของผู้คนในแต่ละท้องถิ่น กับ “วัฒนธรรมของผู้เชี่ยวชาญ” (Professional culture) หรือจารีตปฏิบัติในการประกอบสร้างความรู้ระบอบวิทยาของเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยเฉพาะวัฒนธรรมองค์กรแบบราชการที่มีอิทธิพลในการกำกับวิธีคิดวิธีปฏิบัติในการออกแบบและพัฒนาการทำงานส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงสุขภาพกับพฤติกรรมทางสังคม โดยมองว่า พฤติกรรมทางสังคมไม่ใช่พฤติกรรมที่ปัจเจกบุคคลเลือกแสดงออกได้อย่างอิสระ หากมันมีเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม การกล่อมเกลாதงสังคม หรือค่านิยมทางสังคมเป็นตัวกำหนดและกำกับพฤติกรรมของปัจเจก บุคคลอีกที ดังนั้น การกำหนดนโยบายหรือมาตรการทางสังคมด้านต่างๆ เพื่อควบคุมความเสี่ยงสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเข้าใจแง่มุมทางสังคมวัฒนธรรมและอิทธิพลจากกลุ่มวัฒนธรรมย่อย (subculture) ที่กำกับ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของผู้คน เพราะไม่อย่างนั้นการรณรงค์อาจนำผลลัพธ์ที่คาดไม่ถึง (unintended consequence) ทั้งการเหมารวม การตีตรา และสร้างการกีดกันทางสังคมให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงในบางชนชั้น ในสังคม อีกทั้งบ่อยครั้งที่เสียงหรือเรื่องเล่าของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่วิเคราะห์ทางสถิติบนฐานประชากร ถูกทำให้ เป็นความรู้ชายขอบ หรือไม่ถูกรับรู้จากเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้กำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และละเลยการทำความเข้าใจต่อประสบการณ์ความเสี่ยงสุขภาพที่หลากหลาย มุมมอง ความเชื่อ และเรื่องเล่า ของกลุ่มเสี่ยง ภายใต้บริบทที่เฉพาะเจาะจงในชีวิตประจำวัน

แผนงานวัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพโดยสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.) จัดการอบรมหลักสูตร “ระบอบวิทยาวัฒนธรรม” โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนา บุคลากรด้านสุขภาพให้มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานมิติสังคมวัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพ และใช้ เครื่องมือระบอบวิทยาวัฒนธรรมในการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ขยายความรู้และความเข้าใจต่อแบบแผน พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของผู้คนภายใต้บริบทยุคปัจจุบัน ขยายมุมมองต่อความเสี่ยงสุขภาพที่เป็นสาเหตุ การเสียชีวิตและการโรคยุคปัจจุบันใน 7 ประเด็น ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ ยาเสพติด อุบัติเหตุทางถนน การพนัน โรคในกลุ่ม NCDs และภัยพิบัติ รวมถึงสร้างพื้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเครือข่ายที่เข้มแข็ง ของบุคลากรด้านสุขภาพที่สนใจมิติสังคมวัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ และระบอบ วิทยาวัฒนธรรม

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานมิติสังคมวัฒนธรรมกับ ความเสี่ยงสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพโดยเฉพาะประเด็น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ ยาเสพติด อุบัติเหตุทางถนน การพนัน โรคในกลุ่ม NCDs และภัยพิบัติ

2.2 เพื่อพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีทักษะการใช้เครื่องมือ “ระบอบวิทยาวัฒนธรรม” ในการ ทำงานกับความเสี่ยงสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ โดยเฉพาะการวิเคราะห์ตัวแปร บุคคล สถานที่ และ เวลาที่ถูกกำกับด้วยวิถีวัฒนธรรมและบริบทเชิงโครงสร้างเศรษฐกิจสังคมการเมืองที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละ ท้องถิ่น

2.3 เพื่อสร้างพื้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเครือข่ายที่เข้มแข็งของบุคลากรด้านสุขภาพที่สนใจ มิติสังคมวัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ และระบอบวิทยาวัฒนธรรม

3. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมหลักสูตรอบรม

1. บุคลากรด้านสุขภาพทุกวิชาชีพที่กำลังทำงานหรือสนใจที่จะทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ใน 7 ความเสี่ยงสุขภาพ ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ ยาเสพติด อุบัติเหตุทางถนน การพนัน โรคในกลุ่ม NCDs และภัยพิบัติ

2. ผู้ที่มีความสนใจประยุกต์ความรู้มิติสังคมวัฒนธรรม เพื่อช่วยในการออกแบบและพัฒนาการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง

4. หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก

คณะกรรมการคัดเลือกของแผนงานวัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้สมัคร โดยพิจารณาจากประวัติส่วนบุคคล หน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจและแรงจูงใจในการเข้าอบรมหลักสูตร ผู้ที่ผ่านการพิจารณา คัดเลือกให้เข้าร่วมการอบรมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

5. กระบวนการอบรม

ผสมผสานทั้งการเรียนรู้ผ่านการบรรยายแนวคิดและตัวอย่างการศึกษาร่วมสมัยที่เกี่ยวข้อง ในประเทศไทยและต่างประเทศ การเรียนรู้ผ่านการอภิปรายแลกเปลี่ยนระหว่างวิทยากรผู้เชี่ยวชาญกับผู้เข้าร่วมอบรมในกลุ่มย่อย ได้แก่ กิจกรรม *World Cafe* การชมภาพยนตร์ประกอบการเสวนา ฯลฯ

6. เนื้อหาหลักสูตรการอบรม

เนื้อหาการเรียนรู้หลัก แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) วัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพ 2) แนวคิด สังคมศาสตร์ของความเสี่ยงสุขภาพ 3) ระบาดวิทยาวัฒนธรรม

เนื้อหาส่วนที่ 1: วัฒนธรรมกับความเสี่ยงสุขภาพ

ในเนื้อหาส่วนที่ 1 นี้ จะให้ความสำคัญกับ “วัฒนธรรม” เพื่อประยุกต์ความรู้ทางสังคมวัฒนธรรม มาใช้ในการออกแบบและพัฒนาการทำงานส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากในหลายกรณีเจ้าหน้าที่สุขภาพมักจะ เข้าใจวัฒนธรรมในมุมมองที่ว่าคนในวัฒนธรรมเดียวกัน หรือคนในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกันจะมีค่านิยมทาง วัฒนธรรมที่สอดคล้องต้องกันและมีพฤติกรรมทางสังคมที่แสดงออกในลักษณะกลมกลืนเป็นเนื้อเดียวกัน เนื่องจากเชื่อว่าถูกกำกับด้วยแบบแผนทางสังคมวัฒนธรรมชุดเดียวกัน นิยามวัฒนธรรมลักษณะนี้ ได้รับการ วิพากษ์วิจารณ์ว่า ละเลยความแตกต่างหลากหลายของลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมภายในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ (ethnic heterogeneity) เช่น เพศสภาพ ชนชั้นทางสังคม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ เป็นต้น ซึ่งล้วนมีอิทธิพล ต่อการแสดงออกของพฤติกรรมทางสังคมที่แตกต่างกันของสมาชิกแต่ละคนแม้จะอยู่ภายในกลุ่มชาติพันธุ์ เดียวกัน นอกจากนี้ก็รอบคอบคิดดังกล่าว ยังไม่สนใจอิทธิพลของบริบทการเปลี่ยนผ่านทางสังคมเศรษฐกิจ ความเป็นสมัยใหม่ โลกาภิวัตน์ และลักษณะสังคมร่วมสมัยที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง สุขภาพของผู้คน

โดยเน้นศึกษาอิทธิพลของวัฒนธรรม 2 ลักษณะ ที่สัมพันธ์กับความหมายของความเสี่ยงสุขภาพและ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ได้แก่ (1) วัฒนธรรมชาวบ้าน (Lay culture) และ (2) วัฒนธรรมของเจ้าหน้าที่ หรือ วัฒนธรรมผู้เชี่ยวชาญ (Professional culture) ตัวอย่างเช่น ไม่มองเพียงว่าแบบแผนของวัฒนธรรมท้องถิ่น มีผลต่อแบบแผนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้คนในแต่ละสังคมเท่านั้น แต่ยังสนใจวัฒนธรรมองค์กร

ทั้งวัฒนธรรมราชการและวัฒนธรรมการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนว่ามีอิทธิพลต่อการทำงานรณรงค์หรือการออกนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับความเสี่งสุขภาพด้วย

ดังนั้น การใส่ใจต่อความละเอียดอ่อนของมิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยง จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ทำงานควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ มีมุมมองที่กว้างขึ้นในการทำงานและมีความละเอียดอ่อนในการออกมาตรการหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของผู้คน ลดอุปสรรคทางวัฒนธรรม (cultural barrier) โดยเฉพาะมาตรการที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานการเคารพความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้คนในแต่ละวัฒนธรรม

เนื้อหาส่วนที่ 2: แนวคิดทางสังคมศาสตร์ของความเสี่งสุขภาพ

เนื้อหาหลักในส่วนที่ 2 นี้ เน้นทำความเข้าใจมุมมองมิติทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการให้ความหมายความเสี่งสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งในฐานะสมาชิกในสังคมและกลุ่มวัฒนธรรมย่อย มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมขยายมุมมองทางเลือกใหม่ๆ และเข้าใจประเด็นปัญหาความเสี่งสุขภาพ รวมทั้งผลกระทบที่คาดไม่ถึงที่อาจมีต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง

ความเสี่งสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสังคม กล่าวคือ พฤติกรรมทางสังคมไม่ใช่พฤติกรรมที่ปัจเจกบุคคลเลือกแสดงออกได้อย่างอิสระ หากแต่มีเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม การกล่อมเกลாதงสังคมหรือค่านิยมทางสังคมเป็นตัวกำหนดและกำกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลอยู่ก่อนแล้ว พฤติกรรมเสี่งสุขภาพของผู้คนและกลุ่มทางสังคมแยกไม่ออกจากอิทธิพลแรงผลักดันทางสังคมวัฒนธรรม โดยในแต่ละสังคมวัฒนธรรมจะมีค่านิยมเกี่ยวกับความเสี่งสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ง ประเมินความเสี่งระหว่างความเสี่งทางสังคมกับความเสี่งสุขภาพ (Social and health risks) การจัดลำดับช่วงชั้นความเสี่ง (heirarchy of risk) และการแสดงออกเมื่อเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับความเสี่งรูปแบบต่างๆ

ดังนั้น การกำหนดนโยบายหรือมาตรการทางสังคมด้านต่างๆ เพื่อควบคุมความเสี่งสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเข้าใจแง่มุมทางสังคมวัฒนธรรมที่กำกับพฤติกรรมเสี่งสุขภาพของผู้คน ไม่เช่นนั้นการรณรงค์อาจนำผลลัพธ์ที่คาดไม่ถึง (unintended consequences) ทั้งการเหมารวม การตีตรา และสร้างการกีดกันทางสังคมให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงในบางชนชั้นในสังคม

ในแต่ละสังคมมีพัฒนาการเชิงประวัติศาสตร์ของแนวคิด “ความเสี่งสุขภาพ” ซึ่งเป็นฐานคิดกำกับการทำงานรณรงค์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละยุค ตัวอย่างเช่น ในกรณีของประเทศไทย สมัยที่โรคเอดส์เริ่มระบาด การรณรงค์ต่อสู้กับการแพร่ระบาดตั้งอยู่บนฐานคิด “กลุ่มเสี่ยง” (Risk groups) อย่างไรก็ตาม แนวคิดกลุ่มเสี่ยงได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าตั้งอยู่บนฐานคิดการเหมารวมและการตีตราทางสังคมต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากไม่ใช่ทุกคนที่ถูกจัดประเภทให้เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ในการทำงานรณรงค์เพื่อควบคุมป้องกันโรคเอดส์ภายใต้ฐานคิดกลุ่มเสี่ยงในอีกด้านหนึ่งได้นำมาซึ่งผลลัพธ์ที่คาดไม่ถึงคือ สร้างภาพลักษณ์ทางสังคมด้านลบให้กับกลุ่มเสี่ยง การทำงานรณรงค์ในยุคต่อมาได้ปรับเปลี่ยนฐานคิดจากกลุ่มเสี่ยงมาสู่การควบคุม “พฤติกรรมเสี่ยง” (Risk behavior) ของประชากรกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตามแนวคิดพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่า ถึงเราจะรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงแต่ก็เป็นเรื่องที่ยากในการดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ ของบุคคล จึงเสนอให้มองพฤติกรรมเสี่ยงภายใต้บริบทสถานการณ์ที่นำมาสู่ความเสี่งนั้นๆ หรือแนวคิด “บริบทและสถานการณ์ที่นำไปสู่ความเสี่ง” (Risk situation) กล่าวอีกนัยเน้นไปที่การรณรงค์เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้คนตกไปอยู่ในสถานการณ์ความเสี่งที่จะนำมาสู่พฤติกรรมเสี่งสุขภาพหรือการให้ความสำคัญกับสถานการณ์มากกว่าจะมองพฤติกรรมแบบเหมารวม เนื่องจากพฤติกรรมเสี่งสุขภาพบางลักษณะจะเกิดขึ้นภายใต้บริบทสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงบางแบบ

เนื้อหาส่วนที่ 3: ระบาดวิทยาวัฒนธรรม

เนื้อหาในส่วนที่ 3 นี้ เน้นศึกษาแบบแผนทางวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับระบาดวิทยาการเกิดโรค โดยพิจารณาจากการเจ็บป่วยของชาวบ้านในแต่ละวัฒนธรรม การให้ความหมายต่อสาเหตุการเกิดโรค การติดต่อของโรค วิธีการเฝ้าระวังรักษา และการควบคุมป้องกันโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน แม้จะทราบกันดีว่าโรคเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับตัวก่อโรค (pathogens) แต่โรคภัยไข้เจ็บเหล่านั้น จะมีความหมาย ถูกรับรู้ และได้รับการตระหนักว่าเป็นปัญหาสุขภาพมากน้อยหรือไม่ขึ้นอยู่กับแรงกระตุ้นจากความเชื่อเกี่ยวกับอาการหรือลักษณะโรคภัยไข้เจ็บนั้นๆ ที่ชาวบ้านในแต่ละวัฒนธรรมมีประสบการณ์ทางสังคมร่วมกัน

แนวทางการศึกษาทางระบาดวิทยาเชื่อว่าเราจะเข้าใจความชุก อุบัติการณ์ของโรค แบบแผนและ แนวโน้มการเกิดโรคในแต่ละประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง *บุคคล สถานที่ และ เวลา* ของการเกิดโรค ซึ่งมีวิถีวัฒนธรรมกำกับอยู่เบื้องหลังเสมอ ดังนั้น จำเป็นต้องวิเคราะห์ตัวแปร *บุคคล สถานที่ และเวลา* ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละท้องถิ่น รวมทั้งให้ความสำคัญต่อตัวกำหนดทางสังคมด้านสุขภาพ (Social determinants) เช่น ความไม่เท่าเทียมทางสังคม ความยากจน ขนชั้นทางสังคม เป็นต้น เศรษฐศาสตร์การเมืองทั้งภายในและภายนอกประเทศ และบริบทโลกาภิวัตน์

บุคคล: มุมมองคนใน ประสบการณ์ทางสังคม และมิติเพศสภาพ

การทำความเข้าใจ “พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ” ในฐานะ “พฤติกรรมทางสังคม” ที่มีบริบททาง วัฒนธรรมกำกับอยู่นั้น ต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจว่ากลุ่มเสี่ยงมี “มุมมอง” อย่างไรต่อความเสี่ยง สุขภาพ หรืออีกนัยหนึ่งปัจจัยเสี่ยงสุขภาพด้านต่างๆ มี “ความหมายทางสังคม” อย่างไรในโลกชีวิตทางสังคม ที่เฉพาะเจาะจงของกลุ่มเสี่ยง โดยการทำความเข้าใจต่อมุมมองคนในของกลุ่มเสี่ยง จะเป็นพื้นฐานช่วยให้ เข้าใจว่าทำไมกลุ่มคนในแต่ละวัฒนธรรมถึงมีพฤติกรรมทางสังคมที่แสดงออกต่อความเสี่ยงสุขภาพ ในชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันไป ไม่จำเป็นต้องขึ้นกับนิยามความหมายของเจ้าหน้าที่สุขภาพเท่านั้น

การให้ความสำคัญกับ “มุมมองคนใน” ของกลุ่มเสี่ยงจะช่วยเราขยายกรอบคิดในการมองกลุ่มเสี่ยง จากการวิเคราะห์บนฐาน “ประชากร” มาสู่ความเข้าใจ “กลุ่มเสี่ยง” บนฐานคิดอื่น เช่น ฐานคิดมุมมองต่อกลุ่มเสี่ยงในฐานะที่พวกเขาเป็นสมาชิกกลุ่มวัฒนธรรมย่อย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการให้ความหมายต่อความเสี่ยงสุขภาพ การจัดลำดับช่วงชั้นของความเสี่ยงสุขภาพ (hierarchies of risks) การประเมินผลได้ผลเสียระหว่างความเสี่ยง สุขภาพกับความเสี่ยงทางสังคม และการตอบสนองต่อความเสี่ยงสุขภาพ เป็นต้น

“มิติเพศสภาพ” หรือ นิยาม “ความเป็นชาย” “ความเป็นหญิง” และ “ความเป็นเพศทางเลือก” สัมพันธ์กับความคาดหวังทางสังคมและบทบาททางสังคม เป็นสิ่งที่กำกับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้คน ในแต่ละวัฒนธรรมว่าพฤติกรรมใดเป็นสิ่งที่เหมาะสมหรือเป็นสิ่งต้องห้าม มิติเพศสภาพจึงไม่เพียงมีบทบาท ทั้งในการควบคุมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ หากยังมีอิทธิพลชักนำให้ปัจเจกบุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องสัมพันธ์ กับปัจจัยเสี่ยงสุขภาพต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุราของวัยรุ่นเพศชายสะท้อนความเป็นชาย

สถานที่: ความหมายทางสังคมของพื้นที่ทางกายภาพ

สถานที่และพื้นที่ ไม่ได้เป็นเพียงลักษณะทางภูมิศาสตร์ หรือสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เกิดจากการ ปรับสมดุระหว่างมนุษย์กับระบบนิเวศวัฒนธรรมของชุมชน หากแต่สถานที่ต่างๆ ในชุมชนยังทำหน้าที่และ มีความหมายทางสังคมบางอย่าง ตัวอย่างเช่น ในหมู่บ้านจะมีพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ที่มีความหมายพิเศษทางสังคม บางอย่างแก่คนในชุมชน เช่น ดอนปู่ตา ถือว่าเป็นที่อยู่ของผีบรรพบุรุษหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่คอยปกป้องคุ้มครอง คนในหมู่บ้าน ในรอบหนึ่งปีชาวบ้านจะจัดพิธีไหว้ผีปู่ตาขึ้นเพื่อแสดงความเคารพ ความหมายทางสังคมของ พื้นที่พิเศษยังเกิดขึ้นในพิธีกรรมท้องถิ่นซึ่งจะกำหนดพื้นที่และการแสดงออกของพฤติกรรมทางสังคมที่

เหมาะสมระหว่างผู้ชายและผู้หญิงในช่วงการประกอบพิธีกรรม ซึ่งไม่เพียงช่วยเราให้เข้าใจโครงสร้าง ความสัมพันธ์ทางสังคม หากยังสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ชุกช่อนอยู่ภายใต้ค่านิยมเพศสภาพ เช่น ในสังคมชายเป็นใหญ่ ในช่วงการประกอบพิธีกรรมสำคัญของชุมชน ผู้ชายจะได้รับอนุญาตให้นั่งแถวหน้า และเป็นผู้นำในพิธีกรรมศักดิ์สิทธิ์ ส่วนผู้หญิงและเด็กจะนั่งลดหลั่นกันลงมา เป็นต้น

นอกจากนั้น บางสถานที่หรือพื้นที่ในชุมชนมีความหมายทางสังคมและได้รับการหวงห้ามไว้เฉพาะ คนบางกลุ่ม เช่น พื้นที่ผู้ชาย พื้นที่ผู้หญิง พื้นที่วัยรุ่น และพื้นที่ผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ร้านซ่อมรถมอเตอร์ไซด์ ในหมู่บ้านไม่ได้เป็นเพียงพื้นที่ทางกายภาพสำหรับการซ่อมและแต่งรถเท่านั้น แต่ในขณะเดียวกันยังเป็นพื้นที่ ทางสังคมของวัยรุ่นในหมู่บ้านที่มารวมตัวกันเพื่อพบปะสังสรรค์ พูดคุยแลกเปลี่ยน และนัดประลองความเร็ว ซึ่งทำให้พื้นที่ใกล้เคียงเป็นพื้นที่เสี่ยงเกิดอุบัติเหตุมากกว่าพื้นที่อื่นในชุมชน รวมทั้งงานศึกษาต่างประเทศ ที่พบว่าผับหลายแห่งเป็นที่รวมกันของแรงงานอพยพ ผับไม่ได้มีความหมายแค่เป็นพื้นที่สังสรรค์ดื่มเหล้า หากมี หน้าที่ทางสังคมเป็นแหล่งพบปะแลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องงาน และสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายทางสังคมอีกด้วย ดังนั้น การเข้าใจลักษณะพื้นที่ทางกายภาพที่มีความหมายทางสังคมต่างๆ ทัชช้อยอยู่ จะช่วยให้เข้าใจ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ และแบบแผนความเสี่ยงสุขภาพที่สัมพันธ์อย่างเฉพาะเจาะจงกับบางสถานที่หรือพื้นที่ ภายในชุมชนของแต่ละกลุ่มเสี่ยง

เวลา: เรื่องเล่าความเจ็บป่วย ประวัติชีวิต และปรากฏการณ์วิทยาของเวลา (Phenomenology of time)

“เวลา” มีความหมายทางวัฒนธรรมในโลกของชาวบ้านและไม่ได้เดินทางสม่ำเสมอเท่ากันเหมือนกับ เวลาในระบบกลไกของนาฬิกา หากมีการลำดับความสำคัญให้กับช่วงเวลาที่แตกต่างกันไป เช่น เวลาพิเศษ ของหมู่บ้าน ช่วงเวลาพิเศษของชีวิต และช่วงเวลาหยุดพักผ่อน เวลาของชาวบ้านไม่ได้เดินทางเป็นเส้นตรง แต่เดินทางเป็นวัฏจักรวงจร มีภพชาติ การเวียนว่ายตายเกิด ความเชื่อในเรื่องเวลาดังกล่าวจะมากำกับ พฤติกรรมในแต่ละช่วงชีวิตของชาวบ้าน โดยส่วนใหญ่แล้วเวลาของชาวบ้านจะสัมพันธ์กับวิถีการผลิตในรอบปี หากมีข้อมูลทางระบาดวิทยาแต่ไม่เข้าใจ “เวลาในโลกของชาวบ้าน” เช่น จังหวะชีวิต วงจรการทำงาน และวิถีชุมชนในแต่ละช่วงเวลา จะไม่มีทางเข้าใจพฤติกรรมของชาวบ้านที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงสุขภาพ และแบบแผนระบาดวิทยาการเกิดโรค

การเข้าใจช่วงเวลาพิเศษ เทศกาลงานบุญของชุมชนจะช่วยให้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระบาด วิทยาความเสี่ยงสุขภาพกับมิติของเวลาได้ดีขึ้น เช่น ในชนบทเมื่อมีงานบุญของชุมชนมักมีการสังสรรค์ดื่มสุรา อย่างหนัก จนเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุและการทะเลาะวิวาทของคนในชุมชน ทำให้ช่วงเวลาพิเศษ ของชุมชนเป็นช่วงเวลาที่ต้องใช้ความรอบคอบมากยิ่งขึ้นในการทำงาน เนื่องจากไม่สามารถกะเกณฑ์พฤติกรรม ของชาวบ้านได้เหมือนช่วงเวลาปกติ เพราะชาวบ้านจะมีพฤติกรรมอีกแบบที่ถูกกำกับด้วยช่วงเวลาพิเศษ ของชุมชน และมีบางพฤติกรรมที่อนุญาตให้แสดงออกได้เฉพาะในช่วงเวลาพิเศษของชุมชนนี้เท่านั้น

“เรื่องเล่า” (Narrative) เป็นวิธีการที่เราใช้ทำความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ และสื่อความหมายสิ่งที่เป็น นามธรรมให้ออกมาเป็นรูปธรรม เช่น การเล่าเรื่องโดยใช้การอุปมาอุปไมย (metaphor) เพื่อนำเสนอสิ่งที่เป็น นามธรรม สิ่งที่ยากแก่การอธิบายสื่อความออกมาได้ให้เป็นรูปธรรมขึ้นเรื่องเล่าจึงเป็นวิธีการพื้นฐานในการช่วย ให้เข้าใจชีวิตในช่วงเวลาหนึ่งๆ และการเล่าเรื่องยังช่วยให้เราได้ทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมา ทั้งการกระทำของเรา ตลอดจนการแสดงออกและการมีส่วนร่วมของคนอื่นๆ ต่อเหตุการณ์ดังกล่าว เรื่องเล่าจึงก่อให้เกิดประวัติศาสตร์ ส่วนบุคคลของคนเล่าขึ้น

นักสังคมศาสตร์สนใจนำเรื่องเล่ามาศึกษาความเจ็บป่วย (Illness narrative) เพื่อช่วยในการทำความเข้าใจต่อวิถีคิดของผู้คนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทั้งจากมุมมองของคนไข้ ญาติ แพทย์ หรือกลุ่มทางสังคมต่างๆ ดังนั้น เรื่องเล่าความเจ็บป่วย และเรื่องเล่าประวัติชีวิตของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เผชิญความเสี่ยงทั้งความเสี่ยง

ทางสังคมและความเสี่ยงสุขภาพ ไม่เพียงช่วยให้เข้าใจความหมายและตรรกะคำอธิบายทางวัฒนธรรมของความเครียดสุขภาพ และการนำเสนอภาพตัวแทนของความเครียดสุขภาพจากมุมมองและประสบการณ์ของประชากรกลุ่มเสี่ยง หากยังเปิดเผยให้เห็นบริบททางประวัติศาสตร์ที่เฉพาะเจาะจงและบริบทชีวิตที่ผลักดันให้ผู้คนจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกเข้าไปเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงสุขภาพในบางสถานการณ์

7. ระยะเวลาการดำเนินการ

โครงการอบรมแบ่งผู้เข้าร่วมการอบรมออกเป็น 3 รุ่น รอบละ 40 คน เนื้อหาของหลักสูตรอบรมครอบคลุมระยะเวลา 3 วัน ดังนี้

| รุ่น | รับสมัคร | ประกาศผล | วันอบรม |
|------|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 1 | วันที่ 18 กรกฎาคม - 18 สิงหาคม 2560 | วันที่ 25 สิงหาคม 2560 | วันที่ 11 - 13 กันยายน 2560 |
| 2 | วันที่ 1 - 30 กันยายน 2560 | วันที่ 4 ตุลาคม 2560 | วันที่ 1 - 3 พฤศจิกายน 2560 |
| 3 | วันที่ 1 - 31 ตุลาคม 2560 | วันที่ 8 พฤศจิกายน 2560 | วันที่ 13 - 15 ธันวาคม 2560 |

8. งบประมาณ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

9. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

10.1 บุคลากรด้านสุขภาพมีทักษะความรู้มิติทางสังคมวัฒนธรรมกับความเครียดสุขภาพพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ และระบาดวิทยาวัฒนธรรม รวมทั้งสามารถประยุกต์ความรู้ในประเด็นดังกล่าวในการพัฒนางานประจำ การกำหนดนโยบายและมาตรการทางสังคม และการรณรงค์เพื่อควบคุมป้องกันความเครียดสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง

10.2 เกิดเครือข่ายที่เข้มแข็งของบุคลากรด้านสุขภาพที่สนใจประยุกต์ความรู้มิติทางสังคมวัฒนธรรมกับความเครียดสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ และระบาดวิทยาวัฒนธรรมเพื่อช่วยในการปฏิบัติงานในพื้นที่ การทำงานรณรงค์ และการออกนโยบายและมาตรการทางสังคมที่ใส่ใจต่อความละเอียดอ่อนและความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมของประชากรกลุ่มเสี่ยง

11. การสมัครเข้าร่วมโครงการ

ผู้ที่สนใจสามารถดาวน์โหลดรายละเอียดโครงการและใบสมัคร ได้ที่ www.shi.or.th และส่งใบสมัครมาที่อีเมล chrproject58@gmail.com หรือ ส่งไปรษณีย์มาที่ “แผนงานวัฒนธรรมกับความเครียดสุขภาพ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ อาคารคลังพัสตูล ชั้น 3 สาธารณสุขซอย 6 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000” ตามวันและเวลาที่กำหนด โดยคณะกรรมการจะประกาศผลการคัดเลือก ทาง www.shi.or.th และ [facebook.com/CultureandHealthRisks](https://www.facebook.com/CultureandHealthRisks)

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ คุณจิตชนก ไกรवास โทร 0 2590 2375 หรือ 096 941 7730 ในวันและเวลาราชการ