



การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและความเสมอภาค : นโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ทางสุขภาพในประเทศไทย*

HEALTH INFORMATION ACCESS AND EQUITY: POLICY PATHWAYS TO REDUCING HEALTH DISPARITIES IN THAILAND



พงษ์ศักดิ์ ธงรัตนนะ, วิทยากร ท่อแก้ว, หฤทัย ปัญญาวุฒตระกูล

Phongsak Thongratana, Wittayatorn Tokeaw, Haruthai Panyawuttrakul

สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

School of Communication Arts, Sukhothai Thammathirat Open University

Corresponding Author E-mail: mrphongsakth@gmail.com

บทคัดย่อ

ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นธรรมในสังคมไทย แม้การเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานจะขยายตัวมากขึ้น แต่ช่องว่างด้านข้อมูลสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือเพื่อวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำด้านข้อมูลสุขภาพในประเทศไทย โดยเชื่อมโยงกับบทบาทของการสื่อสารสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งสังเคราะห์บทเรียนเชิงนโยบายจากต่างประเทศเพื่อเสนอแนวทางที่เหมาะสม งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพในลักษณะกระบวนการศึกษาวิเคราะห์นโยบายสาธารณะอย่างเป็นระบบ ผ่านการทบทวนเอกสาร งานวิชาการ และกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง แนวคิดทฤษฎีหลักที่ใช้ คือ แนวคิดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเชิงโครงสร้างและทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทสำคัญในการเป็นกลไกสื่อสารสุขภาพระดับพื้นที่ที่เชื่อมโยงนโยบายส่วนกลางสู่ประชาชน ขณะเดียวกันยังเผชิญความท้าทายจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี การเปรียบเทียบกรณีศึกษาต่างประเทศ เช่น กลไกตรวจสอบข่าวลวงด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นความสำคัญของการสร้างระบบข้อมูลที่โปร่งใสและการยกระดับทักษะสุขภาพเชิงรุก บทความนี้เสนอแนวทางข้อมูล-สื่อสาร-เสมอภาค ซึ่งประกอบด้วย 1. การผลักดันนโยบายข้อมูลสุขภาพแบบเปิดเผยและปลอดภัยภายใต้กรอบคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล 2. การจัดตั้งทีมสื่อสารสุขภาพในระดับท้องถิ่น โดยมีทักษะด้านสุขภาพ ดิจิทัล และ



กฎหมายข้อมูล และ 3. การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพเชิงรุกสำหรับประชาชนผ่านกิจกรรมและสื่อเฉพาะกลุ่ม หากดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวจะช่วยลดช่องว่างด้านสุขภาพและสร้างความเสมอภาคทางสุขภาพอย่างยั่งยืนในสังคมไทย

คำสำคัญ: ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ; การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

Health inequality remained a critical challenge affecting quality of life and social equity in Thailand. Despite the expansion of universal health coverage and access to basic services, disparities in health information, digital access, and health literacy persisted as major obstacles. This study aimed to analyze health information inequality in Thailand, emphasizing the role of health communication and health literacy in bridging the gaps, and to synthesize lessons from international policy experiences for application in the Thai context employing a qualitative policy analysis approach. The study reviews academic literature, policy documents, and relevant case studies. Theoretical perspectives on structural health inequality and health literacy frameworks provide the conceptual foundation. Findings indicated that local administrative organizations, village health volunteers, and sub-district health promoting hospitals play crucial roles as community-level health communication mechanisms linking national policies to local populations. However, challenges remained in terms of limited resources, workforce capacity, and digital infrastructure. Comparative international cases, such as open health data initiatives and systematic mechanisms for combating health misinformation, highlight the importance of transparent health information systems and proactive health literacy enhancement. The study proposed the Data–Communication–Equity framework as a strategic policy pathway: 1 . Advancing open and secure health data policies within the framework of personal data protection, 2 . Establishing local health communication teams with competencies in health, digital, and data law, and 3. Promoting proactive health literacy through training programs and tailored media for diverse groups, including the elderly, migrant workers, and ethnic communities. If implemented continuously, this integrated framework will not only reduce health disparities but also foster a more equitable and sustainable health system in Thailand.

Keywords: Health Inequality; Health Information Access; Health Literacy

บทนำ

ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นปัญหาที่มีรากฐานเชิงโครงสร้างซึ่งสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันในสังคม ทั้งในด้านรายได้ การศึกษา สภาพแวดล้อมการอยู่อาศัยและการเข้าถึงบริการพื้นฐาน ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ไม่เพียงแต่ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจหรือสังคมเท่านั้น หากยังรวมถึงความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ปัญหานี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ

ในบริบทของประเทศไทย การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ช่วยเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการพื้นฐานได้อย่างกว้างขวางขึ้น ถือเป็นก้าวสำคัญในการลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำด้านการรักษาพยาบาล แต่ถึงกระนั้น ความเหลื่อมล้ำด้านข้อมูลสุขภาพและทักษะทางดิจิทัลยังคงเป็นปัญหาที่ไม่อาจมองข้ามได้ เนื่องจากประชาชนจำนวนมากยังขาดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ ขาดทักษะในการตรวจสอบข้อเท็จจริง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีเพื่อประโยชน์ทางสุขภาพอย่างปลอดภัย สิ่งเหล่านี้กลายเป็นคอขวดที่ขัดขวางความเสมอภาคด้านสุขภาพ และอาจยิ่งซ้ำเติมความเปราะบางของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ แรงงานข้ามชาติ และชุมชนชนบท

การอธิบายความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับแนวคิดปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ ซึ่งชี้ว่าผลลัพธ์สุขภาพไม่ได้เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังขึ้นกับโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่จัดสรรทรัพยากรอย่างไม่เท่าเทียม ขณะเดียวกัน แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยเชิงพฤติกรรมและสังคมที่สำคัญ เนื่องจากความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและการตัดสินใจของประชาชน หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ย่อมสามารถป้องกันโรค ใช้บริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงจากข้อมูลบิดเบือนหรือข่าวลวงด้านสุขภาพได้

การสื่อสารสุขภาพในบริบทชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญ เพราะทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างนโยบายส่วนกลางกับการปฏิบัติจริงในระดับท้องถิ่นและระดับครัวเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ล้วนเป็นกลไกหลักที่ช่วยถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จที่สำคัญคือการขาดโครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัลที่เพียงพอ งบประมาณจำกัด บุคลากรไม่เพียงพอ และการจัดการข่าวสารที่บิดเบือนด้านสุขภาพที่กระจายรวดเร็วในสื่อสังคมออนไลน์ ปัญหาเหล่านี้ทำให้การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพไม่สามารถบรรลุผลได้อย่างเต็มศักยภาพ



ดังนั้น บทความวิชาการนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องวิเคราะห์มิติของความเหลื่อมล้ำด้านข้อมูลสุขภาพในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอธิบายบทบาทของกลไกการสื่อสารสุขภาพระดับชุมชน และวิเคราะห์ความท้าทายที่ประเทศไทยเผชิญอยู่ พร้อมทั้งนำเสนอแนวนโยบายและมาตรการปฏิบัติที่เป็นไปได้ ภายใต้กรอบข้อมูล-สื่อสาร-เสมอภาค เพื่อเป็นแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอย่างยั่งยืน และนำไปสู่การสร้างระบบสุขภาพที่โปร่งใส เป็นธรรม และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

นิยามและมิติของความเหลื่อมล้ำด้านข้อมูลสุขภาพ

WHO ให้นิยามความเสมอภาคด้านสุขภาพว่าเป็น การไร้ความแตกต่างที่ไม่เป็นธรรม และหลีกเลี่ยงได้ระหว่างกลุ่มประชากรที่แบ่งตามเศรษฐกิจสังคม ประชากรศาสตร์ พื้นที่ และฐานะอื่น ๆ (World Health Organization, n.d.) ในเชิงข้อมูลสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำปรากฏอย่างน้อย 4 มิติหลัก

1. ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึง หรือคุณภาพข้อมูล หมายถึง ความแตกต่างในการได้รับข้อมูลสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากร บางกลุ่มสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง เข้าใจง่าย และนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ขณะที่อีกกลุ่มกลับต้องเผชิญกับข้อมูลที่ซับซ้อน ยากต่อการตีความ หรือเต็มไปด้วยศัพท์ทางการแพทย์ที่ไม่เข้าใจ รวมถึงบางครั้งไม่สามารถเข้าถึงข่าวสารได้เลย

2. ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล หมายถึง ความแตกต่างด้านโครงสร้างพื้นฐานการสื่อสาร อินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ดิจิทัล และทักษะการใช้งาน ระหว่างพื้นที่เมืองกับชนบท ความต่างเหล่านี้ทำให้โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพออนไลน์ไม่เท่ากัน แม้ว่าจำนวนครัวเรือนที่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องก็ตาม

3. ความเหลื่อมล้ำเชิงสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง ความแตกต่างด้านฐานะทางการเงิน ระดับการศึกษา และประเภทอาชีพ ซึ่งล้วนมีผลต่อความสามารถของแต่ละคนในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจเนื้อหา และนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง

4. ความเหลื่อมล้ำในกลุ่มเปราะบางหรือเฉพาะกลุ่ม หมายถึง ความแตกต่างที่เกิดขึ้นกับประชาชนบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มชาติพันธุ์ แรงงานนอกระบบ ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านภาษา รวมถึงชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล กลุ่มเหล่านี้มักประสบปัญหาในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านช่องทางสื่อ ความพร้อมทางดิจิทัล หรือการที่เนื้อหาสุขภาพไม่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพวกเขา (World Health Organization, n.d.)

กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การสื่อสารทางสุขภาพ (Health Communication) ไม่ได้หมายถึงเพียงการให้ข้อมูลเท่านั้น หากแต่เป็นกระบวนการสื่อสารที่มุ่งสร้างความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการกำหนดและแบ่งกลุ่มเป้าหมาย การเลือกใช้ช่องทางและสารที่เหมาะสม รวมทั้งการประเมินผลโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Centers for Disease Control and Prevention, 2024)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ความสามารถในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และนำไปใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล องค์กร และชุมชน ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน รวมถึงระดับความเสมอภาคด้านสุขภาพในสังคม (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2018)

ทฤษฎีที่ใช้ในการกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพ ได้แก่

1. ทฤษฎีกำหนดวาระสาธารณะ (Agenda-Setting Theory) แนวคิดนี้อธิบายว่าสื่อและผู้กำหนดนโยบาย มีบทบาทสำคัญในการชี้แนะว่าสังคมจะให้ความสนใจกับประเด็นใดเป็นพิเศษ กล่าวคือ สื่อไม่ได้บอกให้ประชาชนคิดอย่างไร แต่บอกให้ประชาชนคิดเรื่องอะไร (McCombs & Shaw, 1972) ตัวอย่างเช่น หากสื่อมวลชนรายงานอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับปัญหาโรคอ้วนหรือโรคเบาหวาน ประชาชนและหน่วยงานรัฐก็จะให้ความสำคัญกับประเด็นเหล่านี้มากขึ้น และอาจนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะ

2. การตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) เป็นการนำหลักการตลาดมาใช้เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพหรือสังคม โดยใช้แนวคิด 4Ps (Product, Price, Place, Promotion) เช่นเดียวกับการตลาดสินค้า แต่ประยุกต์เพื่อพฤติกรรมสุขภาพ (Culliford et al., 2023) ตัวอย่างเช่น การรณรงค์เลิกบุหรี่ที่จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ (Promotion) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของบุหรี่ และเสนอเครื่องมือช่วยเลิกบุหรี่ (Product) ในราคาที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย (Price) ผ่านช่องทางที่สะดวก (Place)

3. ทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of Innovations Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า การยอมรับสิ่งใหม่ ๆ เช่น นวัตกรรมหรือแนวปฏิบัติด้านสุขภาพ จะกระจายไปในสังคมผ่านขั้นตอนและกลุ่มคนต่าง ๆ โดยมีกลุ่มผู้นำความคิดเป็นตัวกลางสำคัญ (Rogers, 2003)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการสื่อสารสุขภาพระดับชุมชน

ในประเทศไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการจัดการด้านสาธารณสุข เนื่องจากมีกฎหมายรองรับ ได้แก่ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดให้ท้องถิ่นมีหน้าที่ดูแล



ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข ร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ และภาคประชาชน

หนึ่งในเครื่องมือสำคัญคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมทางการคลังเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยมี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมสมทบเพื่อบริหารจัดการโครงการต่าง ๆ ตามบริบทของพื้นที่ (Sudathip et al., 2022) กองทุนนี้ถูกนำมาใช้ในการขับเคลื่อนโครงการสื่อสารสุขภาพเชิงรุกหลายรูปแบบ เช่น การใช้สื่อชุมชน วิทยุท้องถิ่น คลินิกหมอครอบครัว เวทีประชาคม รวมถึงแพลตฟอร์มดิจิทัลที่เข้าถึงง่ายสำหรับคนในพื้นที่

อีกกลไกที่ทรงพลัง คือ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างภาครัฐกับประชาชนในระดับรากหญ้า ซึ่งเครือข่าย อสม. และ รพ.สต. ไม่เพียงแต่สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ แต่ยังช่วยคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น สนับสนุนการเข้าถึงบริการ และลดความเปราะบางของกลุ่มเสี่ยงในสังคม (United Nations, n.d.) หากได้รับการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารเชิงหลักฐาน และการรู้เท่าทันสื่อ อสม. จะสามารถมีบทบาทสำคัญยิ่งขึ้นในการลดช่องว่างข้อมูลระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท และกลุ่มประชากรย่อยในสังคมไทย

สถานการณ์และความท้าทายในไทย

1. มิติข้อมูลสุขภาพ แม้ประเทศไทยมีความพยายามพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพในรูปแบบ Open Data เพื่อสร้างความโปร่งใสและเปิดโอกาสให้ชุมชนและท้องถิ่นนำไปใช้เชิงนโยบายมากขึ้น แต่การเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้ยังไม่ทั่วถึง ข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและกฎหมาย โดยเฉพาะพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งจัดให้ข้อมูลสุขภาพเป็นข้อมูลอ่อนไหว ทำให้การเปิดเผยข้อมูลต้องอยู่ภายใต้กรอบการคุ้มครองที่เข้มงวด ขณะเดียวกัน ความพยายามในการบูรณาการข้อมูลผ่านเว็บไซต์ data.go.th และระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นก้าวสำคัญที่ช่วยให้ท้องถิ่นสามารถเห็นภาพรวมและใช้ข้อมูลเชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากแต่ยังต้องการมาตรการคุ้มครองข้อมูลที่ชัดเจน และเข้มแข็งควบคู่กัน

2. มิติความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล แม้อัตราการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตของครัวเรือนไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ระหว่างเมืองกับชนบทยังคงชัดเจน ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ และรายงานร่วมกับคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) สะท้อนว่าประชาชนในพื้นที่ชนบทยังเผชิญอุปสรรคด้านโครงสร้างพื้นฐานอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์ดิจิทัล ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเมืองมีโอกาสน้อยกว่าที่จะเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัยและเชื่อถือได้

3. มิติความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) ของคนไทยยังถือเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีข้อจำกัด งานวิจัยล่าสุดในประเทศไทยพบว่าประชาชนหลายกลุ่มมี HL อยู่ในระดับจำกัดถึงปานกลาง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง รายงานการสำรวจระดับประเทศ ปี 2024 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขยังชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ การศึกษา และอายุ ล้วนส่งผลต่อระดับ HL ของประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมักเป็นกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างจำกัด

4. มิติการมีส่วนร่วมของชุมชน บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถือเป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารสุขภาพระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การทำงานของกลไกเหล่านี้ยังเผชิญความท้าทายด้านงบประมาณ บุคลากร และการสนับสนุนเชิงโครงสร้างในระยะยาว แม้ อสม. จะมีบทบาทเชิงรุกในการเข้าถึงครัวเรือน แต่หากปราศจากการสนับสนุนที่ต่อเนื่องและโครงสร้างสื่อสารที่ทันสมัย การสื่อสารสุขภาพในระดับชุมชนอาจไม่สามารถลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างยั่งยืน

กรณีศึกษาต่างประเทศ : บทเรียนเพื่อการออกแบบสื่อสารสุขภาพที่เท่าเทียม

1. สหราชอาณาจักร ประเทศอังกฤษใช้กลยุทธ์แบรนด์กลาง ภายใต้ชื่อ Better Health ซึ่งรวมแคมเปญย่อย เช่น การเลิกบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก และการดูแลสุขภาพจิต จุดเด่น คือ การใช้หลัก Social Marketing ที่ผสานช่องทางทั้งออนไลน์และออฟไลน์ พร้อมจัดทำเครื่องมือและสื่อที่ใช้งานได้จริงสำหรับประชาชน (National Health Service, n.d.) ข้อดีของการสร้างแบรนด์กลางคือ ทำให้ท้องถิ่นสามารถนำสื่อและชุดเครื่องมือเหล่านี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนตนเองได้

2. ญี่ปุ่น มีนโยบายชุมชนบูรณาการดูแลผู้สูงอายุ (Community-Based Integrated Care System) โดยมอบบทบาทให้เทศบาลเป็นศูนย์กลางในการประสานงานด้านสุขภาพ การบริการทางสังคม และการดูแลระยะยาว จุดแข็งคือมีกรอบกฎหมายและนโยบายชุมชนสุขภาพที่ชัดเจน ทำให้ท้องถิ่นมีอำนาจและทรัพยากรเพียงพอในการสื่อสารและจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (Saito et al., 2019)

3. เกาหลีใต้ เป็นประเทศที่มีความพร้อมด้านดิจิทัลสูง และมีศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งเกาหลี (Korea Disease Control and Prevention Agency) เป็นหน่วยงานหลักในการสื่อสารสาธารณสุข เกาหลีใต้ใช้เครื่องมือดิจิทัลอย่างเข้มข้น เช่น แพลตฟอร์มสื่อสารความเสี่ยงเพื่อจัดการข่าวลวง ขณะเดียวกันยังพัฒนาระบบเฝ้าระวังสาธารณสุข และการตอบสนองด้านข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (Unicef, n.d.)



ตารางที่ 1 สรุปเปรียบเทียบบริบทศึกษาต่างประเทศ

ประเทศ	นโยบาย	จุดแข็ง	บทเรียนสำหรับไทย
อังกฤษ	กลยุทธ์ Better Health รวมแคมเปญสุขภาพ ใช้ Social Marketing ทั้งออนไลน์-ออฟไลน์	มีแบรนด์สุขภาพระดับชาติที่เป็น เอกภาพ ท้องถิ่นสามารถนำ เครื่องมือไปปรับใช้ได้	ไทยสามารถใช้โมเดล แบรินด์ สุขภาพกลางโดยให้ สสส./ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าของ
ญี่ปุ่น	Community-based Integrated Care System เทศบาลเป็นศูนย์กลางการดูแล ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ	มีกฎหมายและกรอบนโยบาย ชัดเจน ทำให้ท้องถิ่นมีอำนาจและ งบประมาณเพียงพอ	ไทยควรเสริมบทบาท อปท. ให้มี ทรัพยากร ในการสื่อสาร และบริการสุขภาพต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มสูงอายุ
เกาหลีใต้	การสื่อสารสุขภาพโดย KDCA ใช้ดิจิทัลเข้มข้น เช่น การจัดการ ชาวลวง	มีโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลพร้อม และระบบสื่อสารที่เข้าถึงรวดเร็ว	ใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อสื่อสาร สุขภาพ ควบคู่กับการลดความ เหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในชนบท

จากการเปรียบเทียบพบว่า แต่ละประเทศมีจุดแข็งที่ไทยสามารถนำมาประยุกต์ได้ ได้แก่ 1. อังกฤษ สะท้อนความสำคัญของการมีแบรนด์สุขภาพระดับชาติที่ชัดเจนและยืดหยุ่นต่อการปรับใช้ในท้องถิ่น 2. ญี่ปุ่น แสดงให้เห็นความสำคัญของการกระจายอำนาจและทรัพยากรสู่ท้องถิ่นเพื่อการดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง และ 3. เกาหลีใต้ ชี้ให้เห็นบทบาทสำคัญของดิจิทัลและการจัดการชาวลวงด้านสุขภาพ

เมื่อสังเคราะห์ร่วมกัน ไทยควรออกแบบเส้นทางการนโยบายที่ผสมผสานทั้ง 3 แนวทาง กล่าวคือ มีแบรนด์สุขภาพกลางระดับชาติที่เป็นเอกภาพ มีการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น มีบทบาทจริง และมีการลงทุนด้านดิจิทัลเพื่อจัดการชาวลวงและลดความเหลื่อมล้ำทางข้อมูลทั้งหมดนี้จะทำให้การสื่อสารสุขภาพของไทยก้าวไปสู่ความเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โมเดลสะพานสามชั้นสู่ความเสมอภาคด้านสุขภาพ

โมเดลสะพานสามชั้นสู่ความเสมอภาคด้านสุขภาพ เป็นการสังเคราะห์จากแนวคิดปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (World Health Organization, 2022) แนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ทฤษฎีการสื่อสารสุขภาพ และแนวนโยบายข้อมูลสุขภาพที่เปิดเผยและปลอดภัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการทำความเข้าใจและกำหนดแนวทางลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในสังคมไทย โดยโมเดลนี้มองว่าการลดช่องว่างดังกล่าวมิได้เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องสร้างสะพานเชื่อมสามชั้น ได้แก่ ข้อมูล การสื่อสาร และทักษะที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบเพื่อทำให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม

1. สะพานข้อมูล ซึ่งเน้นการสร้างระบบข้อมูลสุขภาพที่มีความเปิดเผย โปร่งใส และปลอดภัย โดยยึดหลักการของข้อมูลสุขภาพแบบเปิดที่สามารถเข้าถึงได้และนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบายหรือปฏิบัติได้จริง ภายใต้กรอบกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่กำหนดให้ข้อมูลสุขภาพเป็นข้อมูลอ่อนไหวที่ต้องได้รับการปกป้องเป็นพิเศษ การมีระบบข้อมูลที่เชื่อถือได้และ

เข้าถึงได้จะช่วยให้หน่วยงานท้องถิ่นสามารถวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำมาตรการตอบสนองความต้องการของพื้นที่ได้อย่างตรงจุด

2. สะพานการสื่อสาร ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกแปลงข้อมูลเชิงเทคนิคให้ง่ายต่อความเข้าใจและเข้าถึงของประชาชนทั่วไป การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องมีการออกแบบสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและใช้ช่องทางที่หลากหลาย ทั้งวิทยุชุมชน ป้ายอินโฟกราฟิก เวทีประชาคม และสื่อออนไลน์ งานวิจัยด้านทฤษฎีสื่อสาร และการตลาดเพื่อสังคม (Culliford et al., 2023) แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารมีบทบาทอย่างมากในการชี้้นำความตระหนักของสังคม และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

3. สะพานทักษะและความรอบรู้ ซึ่งมุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินความน่าเชื่อถือ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นทักษะสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความเสมอภาคทางสุขภาพ การยกระดับทักษะนี้ทำได้ผ่านการจัดกิจกรรมเชิงรุก เช่น คลินิกความรู้สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์การเรียนรู้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนการผลิตสื่อเฉพาะกลุ่มเพื่อรองรับความแตกต่าง เช่น สื่อเสียงสำหรับผู้พิการทางสายตา สื่ออักษรขนาดใหญ่สำหรับผู้สูงอายุ และสื่อหลายภาษาสำหรับแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ (Wongkongdech et al., 2024)

โมเดลนี้จึงสะท้อนว่า การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอย่างยั่งยืนต้องไม่ใช่เพียงการจัดบริการทางการแพทย์หรือการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น แต่ต้องสร้างสะพานเชื่อมสามชั้นที่ทำงานสอดประสานกัน โดยสะพานข้อมูลสร้างความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือของระบบ สะพานการสื่อสารทำให้ข้อมูลเข้าถึงและเข้าใจได้ในระดับชุมชน และสะพานทักษะช่วยให้ประชาชนสามารถใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว หากขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ประชาชนกลุ่มเปราะบางก็จะยังคงไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพได้อย่างแท้จริง

แนวทางเชิงนโยบายและมาตรการปฏิบัติ

การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพจำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการ ตั้งแต่ระดับชาติ ท้องถิ่น ไปจนถึงระดับประชาชน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกำลังหลักในพื้นที่ และเชื่อมโยงกับนโยบายส่วนกลางเพื่อให้เกิดพลังร่วมอย่างแท้จริง



ภาพที่ 1 แนวทางเชิงนโยบายและมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

ในระดับชาติ ควรผลักดัน นโยบายข้อมูลสุขภาพแบบเปิดเผยและปลอดภัย (Open Health Data) เพื่อให้ประชาชนและท้องถิ่นเข้าถึงข้อมูลที่ใช้ได้จริง โดยอยู่ภายใต้กรอบการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) อย่างรัดกุม ควบคู่กับการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลเพื่อลดช่องว่างเมือง-ชนบท และการจัดการข่าวลวงอย่างเป็นระบบ เพื่อรับมือข่าวลวงและข้อมูลผิด ๆ ที่กระทบต่อความเชื่อมั่นด้านสุขภาพ

ในระดับท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเทศบาลควรจัดตั้ง ทีมสื่อสารสุขภาพ (Health Communicator) ที่มีความรู้ทั้งด้านสุขภาพ ดิจิทัล และกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อทำหน้าที่ออกแบบและส่งสารสุขภาพให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย ผ่านระบบสื่อสารหลายช่องทาง เช่น วิทยุชุมชน ป้ายอินโฟกราฟิก และเวทีประชาคม การสนับสนุนจาก กองทุนสุขภาพท้องถิ่น จะช่วยให้ท้องถิ่นมีงบประมาณและความต่อเนื่องในการทำงาน

ในระดับประชาชน จำเป็นต้องยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เชิงรุก โดยจัดกิจกรรมฝึกอบรม เช่น คลินิกความรู้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ ศูนย์การเรียนรู้ขององค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อสอนการอ่านฉลากยา การตรวจสอบข่าวสารออนไลน์ และการใช้เทคโนโลยีสุขภาพอย่างปลอดภัย ฯลฯ พร้อมทั้งออกแบบสื่อเฉพาะกลุ่ม เช่น สื่อเสียง และตัวหนังสือขนาดใหญ่สำหรับผู้สูงอายุ หรือสื่อหลายภาษาสำหรับแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์

แนวนโยบายข้อมูล-สื่อสาร-เสมอภาค มีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบสุขภาพที่โปร่งใสเป็นธรรม และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม โดยเน้นการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงและนำไปใช้ได้จริง การจัดตั้งทีมสื่อสารสุขภาพในระดับพื้นที่ ตลอดจนการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน หากดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และทำให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการและข้อมูลที่เป็นได้อย่างเท่าเทียม



ภาพที่ 2 แผนนโยบายข้อมูล-สื่อสาร-เสมอภาค

สรุป

ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย แม้การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้บริการพื้นฐานครอบคลุมมากขึ้น แต่ช่องว่างด้านข้อมูล ดิจิทัล และความรอบรู้สุขภาพ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ การสื่อสารสุขภาพและการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพจึงมีบทบาทเป็นกลไกเชิงพฤติกรรมและสังคมที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจได้จริง

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและการเปรียบเทียบกรณีศึกษาจากต่างประเทศ เช่น อังกฤษ ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ พบว่าการสื่อสารสุขภาพที่มีโครงสร้างรองรับ ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย และผสมผสานมีส่วนร่วมของท้องถิ่น สามารถลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างเป็นรูปธรรม สำหรับประเทศไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถือเป็นสะพานเชื่อมสำคัญระหว่างรัฐกับชุมชน

ข้อเสนอเชิงนโยบายสำคัญ คือ การสร้างสะพานข้อมูล-สื่อสาร-ทักษะ ควบคู่กัน ได้แก่ 1. ผลักดันนโยบายข้อมูลสุขภาพแบบเปิดเผยและปลอดภัยในระดับชาติ 2. สร้างทีมสื่อสารสุขภาพท้องถิ่นที่เข้มแข็ง และ 3. จัดตั้งกลไกจัดการข่าวลวงเชิงรุก แนวทางดังกล่าวตั้งอยู่บนหลักฐานว่าการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพเชิงหลักฐานสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมและปิดช่องว่างความเหลื่อมล้ำได้จริง หากได้รับการสนับสนุนด้วยโครงสร้างดิจิทัลที่เข้าถึงได้และระบบคุ้มครองข้อมูลที่รัดกุม ก็จะทำให้ข้อมูลสุขภาพเข้าถึงได้ เข้าใจได้



เชื่อถือได้ และใช้ได้สำหรับทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง อันจะนำไปสู่การสร้างระบบสุขภาพที่โปร่งใส เท่าเทียม และยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Health Communication Strategies and Tools*. Retrieved August 25, 2025, from <https://shorturl.asia/rTGIP>
- Culliford, A. E. et al. (2023). Improving Communication of the UK Sustainable Healthy Diet Guidelines: Application of the COM-B Model and Social Marketing Principles. *Sustainability*, 15(7), 1–23.
- McCombs, M. E. & Shaw, D. L. (1972). The Agenda–Setting Function of Mass Media. *Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176–187.
- National Health Service. (n.d.). *Better Health Campaign Resources*. Retrieved August 25, 2025, from https://www.nhs.uk/better-health/?utm_source.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *Health Literacy, Policy, and Equity*. Retrieved August 25, 2025, from <https://shorturl.asia/3dHlh>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th ed.). New York: Free Press.
- Saito, T. et al. (2019). Development of an Index of Community-Based Integrated Care for Older People in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(10), 930–935.
- Sudathip, P. et al. (2022). Leveraging Geo-Referenced Malaria Information to Increase Domestic Financial Support for Malaria Elimination in Thailand. *Malaria Journal*, 21(1), 1–15.
- Unicef. (n.d.). *Korea Disease Control and Prevention Agency Resources*. Retrieved August 25, 2025, from <https://shorturl.asia/1AYsU>
- United Nations. (n.d.). *Sustainable Development Goals (SDGs) and Health Equity*. Retrieved August 25, 2025, from <https://shorturl.asia/Oy9zt>
- Wongkongdech, A. et al. (2024). The Effectiveness of Participatory Health Literacy Promoting Programs Among Diabetes Risk Groups in Community, Thailand. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 7(4), 172–179.



World Health Organization. (2022). *Infodemic Management: Key Principles and Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

_____. (n.d.). *Health Equity and Social Determinants*. Geneva: World Health Organization.

