

เด็กไทยพจญภัย “หลังมือและลำแข้ง”



ฟ้าระวีงกับไกล่ตัว

- พิชัยมอเดอริส : ภัยจากของเด็กและวัยรุ่น
- ยาน้ำ...ยาไอซ์ วัยร้ายในโรงเรียน
- “เด้า” สาวกรุง สวัสดิภาพพุงน้ำ
- ความดันโลหิตสูง กับสมญา “ฆาตกรเงียบ”
- วิธีแห่ง “วินัย” ญะจไขสู่ความสุข



Hi5 Hiso

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล

สำนักงานพัฒนา

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ถึงวาระสร้างกุศล...เริ่มต้นจากตนเอง

ถื่นคึก

2



จดหมายข่าว “ถื่นคึก” รายเดือน

เจ้าของ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ที่ปรึกษา

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล,

เบญจมาภรณ์ จันทพรพัฒน์

กองบรรณาธิการ

หน่วยประสานวิชาการ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ,

กลุ่มต้นคิด

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุน-

การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ห้อง A3 ชั้น 3 อาคาร 4 PLUS Building

เลขที่ 56/22-24 ซ.งามวงศ์วาน 4 ถ.งามวงศ์วาน

ต.บางเขน อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ติดต่อ

ตู้ ปณ. 2 ปณ.๘. ประดิพัทธ์ กรุงเทพฯ 10404

โทรศัพท์ 02-668-2854 โทรสาร 02-241-0171

อีเมล info@tonkit.org

สมัครสมาชิกจดหมายข่าว “ถื่นคึก”

รายสัปดาห์และรายเดือนฉบับอิเล็กทรอนิกส์

เพื่ออ่านก่อนใครได้ฟรี และติดตามกิจกรรม

ที่น่าสนใจที่ www.tonkit.org

ข้อมูลทั้งหมดจากชุดสื่อ “ถื่นคึก” สืบค้นได้

จาก เว็บไซต์สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล

ข่าวสารสุขภาพ www.hiso.or.th

พิมพ์ที่ สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง

โทรศัพท์ 02-903-8257-9

วันอาสาฬหบูชาและเข้าพรรษา เทศกาลงานบุญงานกุศล
หลายคนถือโอกาสนี้เป็นวาระแห่งการเริ่มต้นทำสิ่งดี เพื่อ
สุขภาพของตนเองและคนรอบข้างด้วยการงดดื่มเหล้าในช่วง
เข้าพรรษา น่ายินดีที่มีการสำรวจพบว่าคนไทยกว่า 5 ล้านคน
ตั้งใจว่าจะงดดื่มเหล้าในช่วงเทศกาล ด้วยเหตุผลว่าอยาก
สร้างบุญกุศล อยากทำดี ทำเพื่อลูกเพื่อครอบครัว ฯลฯ

สำหรับ “ต้นคิด” ฉบับนี้ ยังคงมีสาระความรู้ด้าน
สุขภาพที่น่าสนใจมาฝากกันอย่างเต็มอิ่ม โดยเฉพาะ
คุณผู้อ่านที่มีลูกมีหลาน มีข้อมูลน่าสนใจเกี่ยวกับ **ยาเสพติด**
ที่วัยรุ่นหญิงนิยมเสพ จนแข่งหน้าผู้ชาย และเรื่องน่าห่วง
อีกเรื่องหนึ่ง ก็คือ **พิษร้ายมอเตอร์ไซด์** ที่เป็นยานพาหนะ
ตัวฉกาจที่คร่าชีวิตเด็กในแต่ละปีจำนวนไม่น้อยเลยทีเดียว

ส่วนคอลัมน์ “วิถีเสี่ยง” ฉบับนี้ มีข่าวสุขภาพมาฝากคุณ
ผู้อ่าน ถึงความจำเป็นที่ต้องตรวจ **เต้านม** ทั้งการตรวจด้วย
ตนเองและการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม และอีกโรคร้าย

ที่ต้องระวัง นั่นคือ ความดันโลหิตสูงกับสมญา **“ฆาตกร**
เงียบ” โรคที่เจ็บป่วยและเกิดขึ้นอย่างเงียบพลัน

สำหรับผู้อ่านที่สนใจการเคลื่อนไหวงานสุขภาพพระดับ
นโยบาย พลาดไม่ได้กับ “คนต้นคิด” ที่ชวนสนทนากับหัวเรือ
ใหญ่เบื้องหลังความก้าวหน้าในการนำข้อมูลจากชุมชนมาขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระบบเทศบาลตำบล เพื่อให้สอดคล้อง
และเหมาะสมกับความต้องการของคนในชุมชนอย่างแท้จริง

เรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสุขภาพะทางสังคมที่
นำมาเสนอในฉบับนี้หลายเรื่องมีที่มาจาก รายงานสุขภาพ
คนไทย 2552 ซึ่งท่านสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์
www.hiso.or.th

สุขภาพของเราจะดีได้...ต้องเริ่มต้นจากตัวเราและ
การมีพื้นฐานจากข้อมูลรอบด้านเท่าทันสถานการณ์
ครับ



ยาบ้า...ยาไอซ์ วายร้ายในโรงเรียน

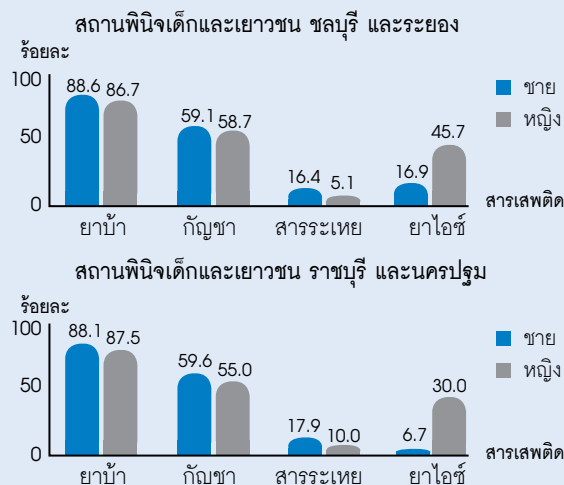
แม้มีการปราบปรามครั้งใหญ่เมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา ทว่า ตั้งแต่ปี 2551 สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยที่มีแนวโน้มลดลง กลับมาทวีความรุนแรงอีกครั้ง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน

จากการเปิดเผยข้อมูลของหลายหน่วยงานชี้ว่า กลุ่มเป้าหมายที่ควรเฝ้าระวัง คือ กลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี กลุ่มว่างงาน และรับจ้าง หรือแม้แต่ข้อมูลที่ทาง คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ออกมาเปิดเผยถึง ภาวะสังคมในช่วงไตรมาส 3 ของปี 2551 ว่า มีคดียาเสพติดเพิ่มขึ้นจาก ช่วงเดียวกันของปีก่อนถึง ร้อยละ 43 ที่สำคัญเป็นคดีที่เกี่ยวกับยาบ้าถึง ร้อยละ 66 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่า ยาเสพติดแพร่ระบาดสู่ สถานศึกษาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 22.5 ในปี 2546 เป็น ร้อยละ 34 ในปี 2551

ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้เห็นภาพสถานการณ์ยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนได้ชัดเจน มากขึ้น โดยเฉพาะยาบ้าซึ่งเป็นยาเสพติดที่แพร่กระจายมาเป็นอันดับหนึ่ง และ สถานศึกษากลายเป็นทั้งสถานที่แพร่และซื้อขาย โดยนักเรียนผู้เสพจะพัฒนาเป็น นักค้ารายย่อย และนักเรียนหญิงจะเข้ามามีบทบาทเกี่ยวข้องกับทั้งในฐานะผู้เสพ ผู้ติดยา และผู้ค้า อีกทั้งยังมีอายุลดน้อยลงเรื่อยๆ ดังผลงานวิจัยของหน่วยวิจัยยาเสพติด และผลกระทบทางสังคม สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ศึกษา สถานการณ์ปัญหาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานพินิจเด็กและเยาวชน 4 จังหวัด

เป็นน่าสังเกตว่า ขณะที่ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่มาแรงที่สุดในกลุ่มเยาวชน รองลงมาเป็นกัญชาและยาไอซ์ แต่ถึงกระนั้น เมื่อโฟกัสไปเฉพาะกลุ่มเยาวชนหญิง จะพบว่า ยาไอซ์ซึ่งเป็นยาเสพติดอันตรายที่สุดท้ายกลับเป็นยาเสพติดชนิดเดียวที่ เด็กผู้หญิงติดมากกว่าเด็กผู้ชาย

ภาพแสดงยาเสพติดที่วัยรุ่นใช้แพร่หลายมากที่สุด 4 ชนิด



ที่มา : สถานการณ์ปัญหาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อ้างใน รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ.๒๕๕๒ สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

อย่างไรก็ตาม แม้ยาไอซ์เหมือนเป็น ยาเสพติดนอกสายตา และฤทธิ์ไม่แรง เท่ายาบ้า แต่ขึ้นชื่อว่ายาเสพติดย่อม ทำลายทั้งกายและใจ ซึ่งเป็นเสมือน “ต้นทุน” ของสังคมไทย ตั้งแต่ต้นทาง ที่ผู้ใหญ่ไม่ควรมองข้าม



วิถีเสี่ยง

ถื่นคึก

4

“เต้า”สาวกรุง สวัสดีภาพพุงนำ!

“สองเต้า” ของสตรีเพศในโลกยุคกระแสสื่อสารสนเทศ
แทรกซึมวิถีชีวิตคนทั่วโลก กลายเป็นสัญลักษณ์ของการ
กระตุ้นทางเพศ

ทว่า เจตจำนงที่ธรรมชาติมอบอวัยวะส่วนนี้ให้แก่มนุษยชาตินั้นมีคุณค่าลึกซึ้งกว่า
นั้นมากมายนัก เพราะสองเต้าของผู้หญิงทุกคนคือ แหล่งอาหารที่ไม่อาจหาสิ่งใดเสมอ
เหมือนสำหรับทารกทุกคนที่ถือกำเนิดขึ้นมาบนผืนพิภพสีน้ำเงินใบนี้

นอกจากมีบทบาทหน้าที่ให้แก่โลก สองเต้าบนร่างของสตรียังเป็นสิ่งที่ต้องการการบำรุง
ดูแล เพราะเป็นหนึ่งในอวัยวะที่รวมกลไกอันซับซ้อน และเป็นหนึ่งใน “จุดอ่อน” ของร่างกาย

ปัจจุบันมีแนวทางป้องกันโรคร้ายที่อาจเกิดขึ้นแก่เต้านมหลายวิธี ที่สำคัญคือ การตรวจ
เต้านมเป็นประจำ และการตรวจด้วยเครื่องมือที่เรียกว่า “แมมโมแกรม”

ที่น่าสนใจคือ ผู้หญิงในกรุงเทพฯ คือผู้ที่ “เข้าถึง” การป้องกันทั้งสองวิธีดังกล่าวมากที่สุด

คลำสองเต้า เราทำได้เอง!

ในช่วงที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้จัดโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านม โดยการ
รณรงค์ให้สตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์ของมะเร็ง
เต้านมก็ยิ่งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2542 อัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทยอยู่ที่ 19.9

ต่อประชากรแสนคน มากกว่าปี 2533 ซึ่งมีอัตราเท่ากับ 13.5 ต่อประชากรแสนคน

ข้อมูลที่น่าสนใจจากการสำรวจครั้งนี้ เช่น

- ผู้หญิงไทยอายุ 15-59 ปี ประมาณ ร้อยละ 50 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง อีกประมาณ ร้อยละ 23 ได้รับการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- กลุ่มที่ได้รับการตรวจมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มที่อายุน้อย คือ 15-29 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงร้อยละ 35
- ที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่ง คือ ข้อค้นพบที่ว่าผู้หญิงในกรุงเทพฯ เป็นกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด

ตารางแสดงร้อยละของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำแนกตามภาค

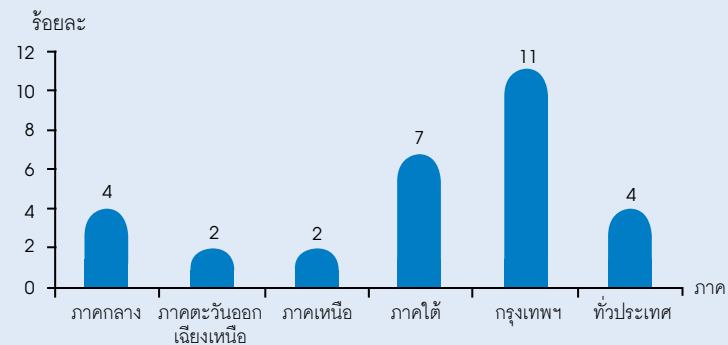
ภาคกลาง	ภาคอีสาน	ภาคเหนือ	ภาคใต้	กทม.	ทั่วประเทศ
49.6	49.6	47.0	46.5	51.6	48.7

ตรวจด้วยเครื่อง เรื่องที่ยังไม่ครอบคลุม

ด้านการตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม ซึ่งถือว่าเป็นวิธีที่ละเอียดและแม่นยำกว่าการตรวจด้วยการคลำ และมีโอกาสพบตั้งแต่ในระยะแรก โดยแพทย์แนะนำให้ตรวจด้วยวิธีนี้ตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่ายังมีหญิงไทยน้อยมากที่มีโอกาสได้รับการตรวจเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมด้วยวิธีนี้ โดยมีผู้หญิงเพียง ร้อยละ 4 จากทั่วประเทศเท่านั้น และผู้หญิงในกรุงเทพฯ ได้รับการตรวจแมมโมแกรมมากกว่าผู้หญิงจากทุกภาค

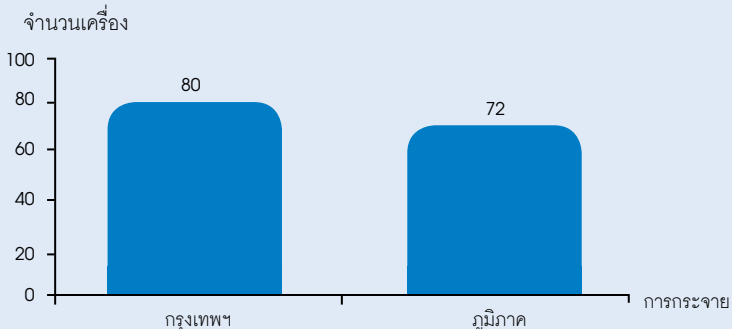
และเมื่อเหลียวมาดูข้อมูลการกระจายเครื่องแมมโมแกรมในประเทศไทย ก็พบว่า ในปี 2549 ในกรุงเทพฯ มีเครื่องแมมโมแกรม 80 เครื่อง มากกว่าในส่วนภูมิภาคทั้งประเทศที่มีรวมกันนับได้เพียง 72 เครื่อง

ภาพที่ 1 แสดงความครอบคลุมการได้รับบริการตรวจเต้านมโดยใช้แมมโมแกรมแก่ประชากรหญิงอายุ 40-59 ปี ในภาคต่างๆ



ที่มา : การสำรวจสุขภาพภพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3

ภาพที่ 2 แสดงกระจายเครื่องแมมโมแกรมในประเทศไทย



ที่มา : กองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2549
อ้างใน การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2548-2550

นี่คืออีกหนึ่งภาพสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำของโอกาสในการเข้าถึงบริการป้องกันโรคร้ายในบ้านเรา

อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้เชี่ยวชาญระบุว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองยังถือเป็นหนึ่งในปราการต้านมะเร็งก่อนสายได้อย่างมีประสิทธิภาพพอสมควร



5กึ่เสื่อ

กึ่คึก

6

ความดันโลหิตสูง กับสมญา “ฆาตกรเงียบ”



จากโรคที่ดูเหมือนอาการประจำตัวที่มาตามวัย... วันนี้ “ความดันโลหิตสูง” ได้รับการขนานนามอันน่าสะพรึงกลัวว่า “ฆาตกรเงียบ”

สถานะ “ฆาตกร” ดูเหมือนมีใช่คำกล่าวเกินจริงแต่อย่างใด เพราะความดันโลหิตสูงนำไปสู่โรคภัยที่ร้ายแรงและเฉียบพลัน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ฯลฯ ก่อนผลพวงสาหัสสาครรจ์ ตั้งแต่อัมพฤกษ์ อัมพาตชั่วคราวจนถึงถาวร ไปจนกระทั่งเสียชีวิตได้ภายในไม่กี่นาที

ทว่า “เงียบ” อีกคำที่แฝงมานั้นมีที่มาอย่างไร

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 เป็นแหล่งเฉลยคำตอบที่ดีที่สุด

สืบสาวที่มา

ความดันโลหิตสูง เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเงียบๆ ในร่างกายของผู้ป่วย อาการที่แสดงออกในระยะแรกๆ ไม่เด่นชัด แต่หากไม่มีการควบคุมหรือป้องกันความเสี่ยงจะค่อยๆ บั่นทอนการทำงานของระบบในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไหลเวียนของเลือดจนทำให้เกิดอันตรายเฉียบพลันหรือโรคแทรกซ้อนได้โดยผู้ป่วยไม่ทันตั้งตัว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

- **กลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรับวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากแพทย์ (ไม่นับรวมบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่นๆ)
- **กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากแพทย์ แต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดัน
- **กลุ่มที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต แต่จากการตรวจวัดความดันยังพบความดันซิสโตลิก ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิก ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท

- **กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต และตรวจวัดความดันโลหิตพบว่าความดันซิสโตลิก < 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก < 90 มิลลิเมตรปรอท

ความจริงที่น่าตกใจ

การศึกษาค้นคว้าพบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในสัดส่วนที่สูง ซึ่งส่งผลให้สัดส่วนของการรักษาด้วยยาต่ำไปด้วย

- ในกลุ่มอายุเดียวกัน ผู้ป่วยชายมีสัดส่วนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาสูงกว่าผู้หญิง
- ผู้ป่วยอายุน้อยมีสัดส่วนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น
- ถึงแม้ในกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง แต่กลับพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง การไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้กลุ่มเสี่ยงนี้ขาดโอกาสที่จะได้รับการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง รวมถึงโรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามหลังจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย
- หากวิเคราะห์แยกโอกาสของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการได้รับการวินิจฉัยและรักษาเป็นชั้นๆ ลงไป จะพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่พบถึงร้อยละ 20 ของประชากร มีเพียง ร้อยละ 21 ในชาย และ ร้อยละ 36 ในหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ นั่นคือ ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคนี้
- ในกลุ่มที่ทราบว่าตนเองป่วยมี ร้อยละ 79 ในชาย และ ร้อยละ 85 ในหญิงที่ได้รับการรักษา และในกลุ่มที่ได้รับการรักษามีเพียง ร้อยละ 34 ในชาย และ ร้อยละ 38 ในหญิงที่สามารถควบคุมโรคได้

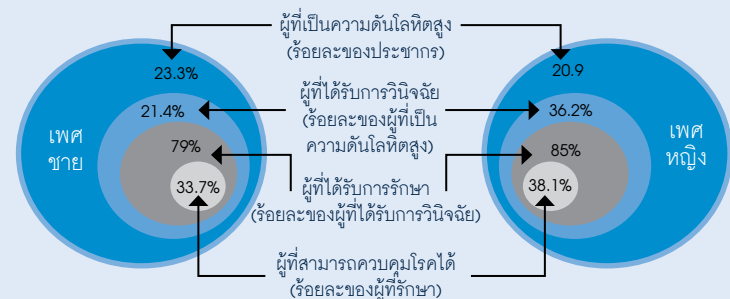
- เมื่อจำแนกตามภาคพบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยในส่วนภูมิภาค จะสูงกว่าในกรุงเทพฯ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยสูงสุด (ร้อยละ 80) รวมถึงการรักษาด้วยยาก็ต่ำที่สุดเช่นกัน ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงปัญหาในการวินิจฉัยโรค หรือการคัดกรองโรค รวมทั้งปัญหาในการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

ป่วยหลัก 100 คุณได้แค่หลัก 10!

โดยหลักการ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้หากดำเนินวิถีชีวิตเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในประเทศไทยที่พบจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า หากคำนวณโอกาสในการควบคุมโรคได้ ในบรรดาผู้ป่วยทั้งหมด จะพบว่ามีเพียง ร้อยละ 5.7 ในชาย และ ร้อยละ 11.7 ในหญิง เท่านั้น

ด้วยเหตุนี้ สมญา “ฆาตกรเงียบ” จึงไม่เกินเลยแต่อย่างใดสำหรับโรคที่น่าจะป้องกันได้โรคนี้

แผนภาพแสดงถึงภาพรวมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและกลุ่มที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา





พิษร้ายมอเตอร์ไซค์ ภัยจากของเด็กและวัยรุ่น

อุบัติเหตุเป็นเรื่องที่ป้องกันได้... แต่เชื่อหรือไม่ว่า 2 ใน 3 ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กไทยคือ จมน้ำตายและอุบัติเหตุจราจร

จากการสำรวจและศึกษาฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขจากใบมรณบัตรทั่วประเทศ ปี 2542 พบว่า เด็กไทยตายจากอุบัติเหตุถึงปีละ 3,000-4,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้ยังไม่รวมเด็กที่ได้รับบาดเจ็บและพิการ โดยสาเหตุอันดับหนึ่งคือ จมน้ำตายประมาณปีละ 1,400 คน

และอันดับสองคือ อุบัติเหตุจราจร เสียชีวิตปีละ 900-1,200 คน โดยมี “มอเตอร์ไซค์” เป็นยานพาหนะก่อความเสี่ยงสูงที่สุด

รถเครื่องพาเยาวชนบาดเจ็บเกินครึ่ง

ข้อมูลจากโครงการวิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยเด็ก (Child Safety Promotion and Injury Prevention Research Center-CSIP) หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ระบุข้อมูลที่น่าตกใจว่า เด็กไทยอายุระหว่าง 0-14 ปี เสียชีวิตน้อยลง ทว่ามีสิ่งที่น่ากังวลคือ นับตั้งแต่ปี 2530 เป็นต้นมา เด็กไทยที่ต้องเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มสูงขึ้น

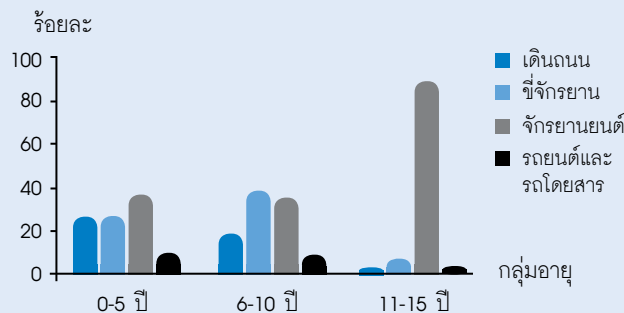
คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติระบุถึงข้อมูลที่สอดคล้องกันคือ เด็กไทยตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13 ต่อปี แซงหน้าประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอัตราเพิ่มขึ้นเพียง ร้อยละ 2 เท่านั้น

ข้อมูลดังกล่าวยังระบุว่า อุบัติเหตุเกิดจากยานยนต์มีมากถึง ร้อยละ 53 ซึ่งมักเกิดขึ้นในกลุ่มเด็ก และ ร้อยละ 25 เกิดขึ้นในกลุ่ม เยาวชนน้อยกว่า 25 ปี

สาวพืชมหันถึกก็ไม้อาจมองข้าม

จากทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุในกลุ่มอายุ 0-15 ปี ของโรงพยาบาล ขอนแก่น ปี 2546 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่ประสบอุบัติเหตุ ขณะซ้อนท้ายรถมอเตอร์ไซด์จำนวนถึง 106 คน ในขณะที่เด็กอายุระหว่าง 6-10 ปี ซึ่งเป็นเด็กในกลุ่มระดับประถมศึกษามักได้รับอุบัติเหตุขณะขี่ จักรยานมีจำนวน 119 คน และขณะขับหรือซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์จำนวน 109 คน ส่วนกลุ่มเด็กโต อายุ 11-15 ปี ประสบภัยจากมอเตอร์ไซด์สูงสุดถึง 703 คน

แผนภาพแสดงการเปรียบเทียบร้อยละของประเภทการเกิดอุบัติเหตุ จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : จากทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2546

ข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่ชี้ชัดว่า ยานพาหนะที่เสี่ยงอันตรายบนถนนมากที่สุดคือ มอเตอร์ไซด์ มีประเด็นที่น่าสนใจตามมาคือ กลุ่มเด็กเล็กที่ประสบอุบัติเหตุ มักเกิดจากความประมาทของผู้ปกครองที่ไม่สวมหมวก

นิรภัยให้ลูกหลานขณะขับขี่ แม้ว่ามักกฎหมายบังคับใช้แล้วก็ตาม และจากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลขอนแก่นยังพบว่า เด็กที่มีอายุ ยิ่งน้อย โอกาสที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะยังมีสูงมากขึ้น

อีกประเด็นที่น่าหยิบยกเป็นอุทาหรณ์คือ กลุ่มเด็กโต อายุระหว่าง 11-15 ปี อุบัติเหตุกว่าร้อยละ 65 เกิดจากเด็กเป็นผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์เอง และแน่นอนว่าเป็นกลุ่มที่ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ และข้อมูลที่น่าตกใจตามมาคือ ร้อยละ 10 ของเด็กกลุ่มนี้ขับขี่ขณะมีอาการเมาสุรา

น.พ.วิทยา ชاذิปัญญาชัย ผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ระบุข้อมูลการสูญเสียของสังคมไทยที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรเป็นประเด็นที่น่าขบคิดต่อว่า

- อุบัติเหตุจากมอเตอร์ไซด์คร่าชีวิตเด็กไทยในแต่ละปีกว่า 2,000 ราย บาดเจ็บ 20,000 ราย พิการ 9,000 ราย
- เด็กต้องกำพร้า เพราะพ่อแม่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรปีละ 16,000 ราย
- ในแต่ละปี สังคมไทยต้องสูญเสียบุคลากรที่เป็นวัยทำงาน 16-40 ปี จำนวนมากถึง 8,000 ราย
- เด็กไทยกว่า 75,000 ราย ต้องมีฐานะทางครอบครัวลำบากและยากจนลง เพราะพ่อแม่ต้องพิการจากอุบัติเหตุ

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการรายงานถึงความสูญเสียจากอุบัติเหตุบนท้องถนนถูกเผยแพร่ออกมามากมาย ทว่าไศกนาฏกรรมบนถนนก็ยังเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่าและยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับมอเตอร์ไซด์ พาหนะคู่ใจวัยรุ่น และคู่ครัวเรือนชนบท

คงต้องช่วยกันปรับมุมมองใหม่ว่า อุบัติเหตุอาจเกิดขึ้นได้โดยไม่ตั้งใจ แต่ไม่ใช่เหตุการณ์ที่คาดเดาไม่ได้ หรือไม่ควรคาดเดา... เพราะอย่างน้อยที่สุดการเริ่มต้นป้องกันอุบัติเหตุจากตัวเราและดูแลคนรอบข้าง เท่านั้นจะช่วยลดโอกาสของความสูญเสียลงได้อย่างมหาศาล **ส.อ.**



เด็กไทยพจนานุกรม

“คลังมือและลำแข้ง”

ณ ดินแดนที่เรียกขานกันว่า “สยามเมืองยิ้ม” อันชวนให้จินตนาการว่าอุดมด้วยคนใจดีแห่งนี้ หากเงี่ยหูและเบิกตาให้ดี ๆ อาจได้เห็นและได้ยินเสียงสะท้อนและน้ำตาหยดใส ๆ รินไหลจากเด็ก ๆ ที่เติบโตอยู่ที่นั่น

รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ.2552 เผยแพร่ข้อมูลที่ประมวลจากแหล่งที่มาจำนวนมาก ซึ่งชี้ให้เห็นว่าชะตากรรมของเด็กไทยยุคปัจจุบันเป็นการเติบโตที่ต้องฝ่าฟัน “คลังมือและลำแข้ง” หรือความรุนแรงจากผู้คนรอบข้าง นับตั้งแต่จากคนในครอบครัว เพื่อน หรือแม้แต่คุณครู

ฉายหน้ากา “ความรุนแรง”

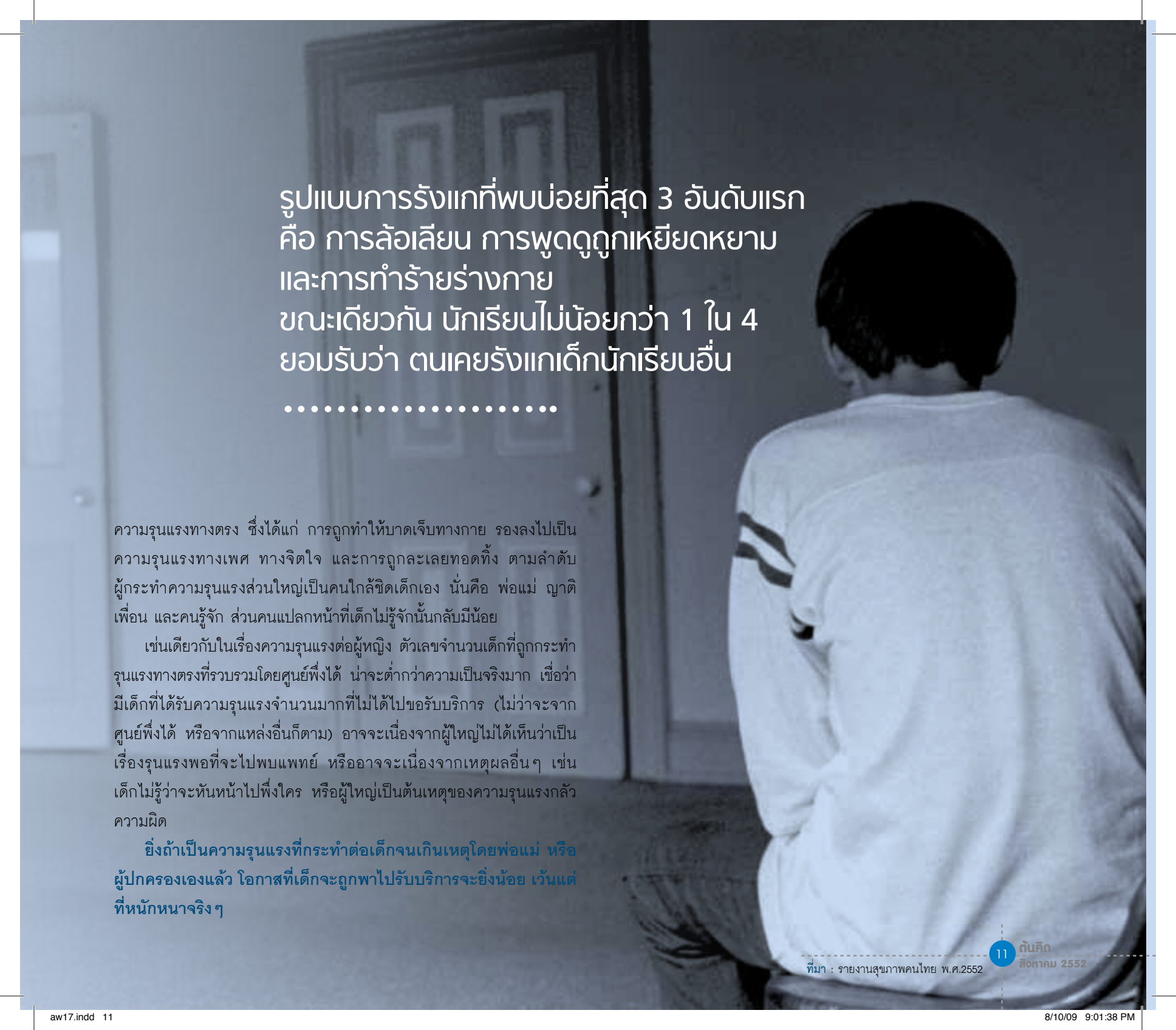
ความรุนแรงต่อเด็ก หมายถึง การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อเด็กทุกรูปแบบ (child abuse) ตั้งแต่การละเลย ทอดทิ้ง การล่วงละเมิดทางเพศ การทำร้ายร่างกาย ไปจนถึงการทำร้ายอารมณ์และจิตใจ

นอกจากนี้ ยังมีความรุนแรงที่แฝงอยู่ในโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ใหญ่ (เช่น พ่อ แม่ ครู) และสังคม กระทำรุนแรงต่อเด็กได้โดยไม่ถือว่าเป็นความรุนแรง เช่น

- การลงโทษเด็กด้วยการเฆี่ยนตี
- การเลือกปฏิบัติ เพราะเห็นว่าเป็นเด็ก
- การใช้แรงงานเด็ก
- การบังคับค้าประเวณีเด็ก การลักพาเด็ก
- การมอมเมาเด็กด้วยสื่อที่รุนแรง สื่อลามก สิ่งเสพติดและอบายมุขต่างๆ
- แม้แต่ระบบการศึกษาแบบ “แพ็คตัดออก” ก็ถือว่าเข้าข่ายเป็นความรุนแรงต่อเด็กเช่นกัน เพราะกีดกันเด็กจำนวนหนึ่งจากโอกาสที่จะได้พัฒนาตนเองในทางการศึกษาที่เขาต้องการ

ณ ที่ซึ่งปัญหาปรากฏ

ตัวเลขปี 2550 จาก **ศูนย์พึ่งได้** ของกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้ารับบริการเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี (9,579 ราย จากทั้งสิ้น 19,068 ราย) ในจำนวนนี้เป็นเด็กผู้หญิงมากกว่าเด็กผู้ชายประมาณ 3-4 เท่า ประเภทของความรุนแรงที่เด็กได้รับส่วนมากเป็น



รูปแบบการรังแกที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก
คือ การล้อเลียน การพูดดูถูกเหยียดหยาม
และการทำร้ายร่างกาย
ขณะเดียวกัน นักเรียนไม่น้อยกว่า 1 ใน 4
ยอมรับว่า ตนเคยรังแกเด็กนักเรียนอื่น

.....

ความรุนแรงทางตรง ซึ่งได้แก่ การถูกทำให้บาดเจ็บทางกาย รองลงไปเป็น
ความรุนแรงทางเพศ ทางจิตใจ และการถูกละเลยทอดทิ้ง ตามลำดับ
ผู้กระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นคนใกล้ชิดเด็กเอง นั่นคือ พ่อแม่ ญาติ
เพื่อน และคนรู้จัก ส่วนคนแปลกหน้าที่เด็กไม่รู้จักนั้นกลับมีน้อย

เช่นเดียวกับในเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิง ตัวเลขจำนวนเด็กที่ถูกกระทำ
รุนแรงทางตรงที่รวบรวมโดยศูนย์พึ่งได้ น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เชื่อว่า
มีเด็กที่ได้รับความรุนแรงจำนวนมากที่ไม่ได้ไปขอรับบริการ (ไม่ว่าจะจาก
ศูนย์พึ่งได้ หรือจากแหล่งอื่นก็ตาม) อาจจะเนื่องจากผู้ใหญ่ไม่ได้เห็นว่าเป็น
เรื่องรุนแรงพอที่จะไปพบแพทย์ หรืออาจจะเนื่องจากเหตุผลอื่นๆ เช่น
เด็กไม่รู้ว่าจะหันหน้าไปพึ่งใคร หรือผู้ใหญ่เป็นต้นเหตุของความรุนแรงกลัว
ความผิด

ยิ่งถ้าเป็นความรุนแรงที่กระทำต่อเด็กจนเกินเหตุโดยพ่อแม่ หรือ
ผู้ปกครองเองแล้ว โอกาสที่เด็กจะถูกพาไปรับบริการจะยิ่งน้อย เว้นแต่
ที่หนักหนาจริง ๆ



ต้นคิด

12

ดังนั้น ตัวเลขความรุนแรงต่อเด็กที่มีอยู่จำกัดนี้อาจเป็นเพียงส่วนยอดของปัญหาที่โผล่ขึ้นมาให้เราเห็นเท่านั้น ลึกลงไปในความเป็นจริงอาจจะมีเด็กอีกจำนวนมากที่ต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความรุนแรง

มันมากับ “ความหวงกั”

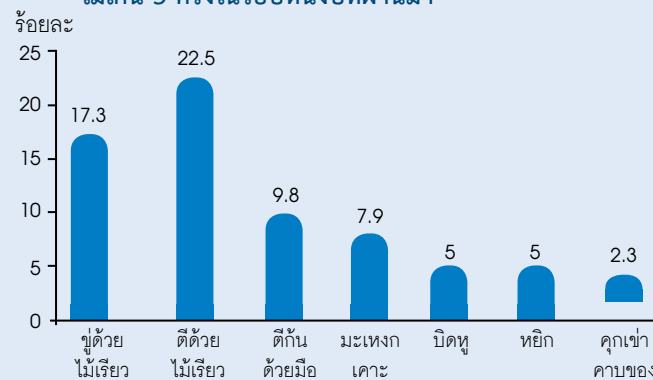
“ระวังตัวกลัวครูหนูเอ๊ย ไม่เรียวเจียวเหวีย ูกเคยเข็ดหลาบขวาวเขวียว หันหวดปวดแสบแปลบเสียว หยิกซ้ำซ้ำเขวียว ออย่าเหวียเล่นหลงจงจำ”

คำกลอนจากสุนทรภู่อ้างถึง ขี้ว่า การกำราบลูกศิษย์ด้วยไม้เรียวนั้น มีมาแต่โบราณ และในสมัยนั้นความเจ็บแปลบจากไม้เรียวของครูดูจะมีคุณค่าแตกต่างไปจากทุกวันนี้ไกลโข

การที่ครูทำโทษนักเรียนด้วยการตีนั้น เป็นสิ่งที่มีมาช้านานในระบบการศึกษาไทย ผู้ใหญ่หลายคนที่ได้ดิบได้ดีมาทุกวันนี้ อาจจะยังระลึกถึงพระคุณของไม้เรียวครูได้อยู่ แต่ในปัจจุบัน ปรัชญาการเรียนการสอนเปลี่ยนไปอีกทั้งสังคมก็ตื่นตัวในเรื่องสิทธิเด็กมากขึ้น การลงโทษเด็กในโรงเรียนด้วยการเขียนตี หรือทำรุนแรงในรูปแบบอื่น เป็นสิ่งต้องห้ามตามระเบียบกระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยการลงโทษนักเรียนนักศึกษา พ.ศ.2543 แต่ครูหลายคนก็ยังใช้ไม้เรียว

ยิ่งไปกว่านั้นยังมีวิธีลงโทษในรูปแบบหลากหลายดังข้อมูลภาพที่ 1 ทั้งนี้ ครูส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) มีทัศนคติว่าการลงโทษเด็กด้วยการตียังเป็นสิ่งจำเป็น และการลงโทษนักเรียนที่ครูส่วนใหญ่ทำคือ การชูปีกกล้วย ไม้เรียว ตีด้วยไม้เรียว หรือไม่ก็ตีด้วยมือ

ภาพที่ 1 ร้อยละของครูที่บอกว่าตนได้ทำโทษนักเรียนด้วยวิธีต่างๆ ไม่เกิน 5 ครั้งในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา



ที่มา : สมบัติ ตาปัญญา, 2549. อ้างใน รายงานสุขภาพคนไทย 2552 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วัยใส...ร้ายบริสุทธิ์

การรังแกกันในหมู่นักเรียนเองก็เป็นปัญหาความรุนแรงในโรงเรียนอีกอย่างหนึ่ง

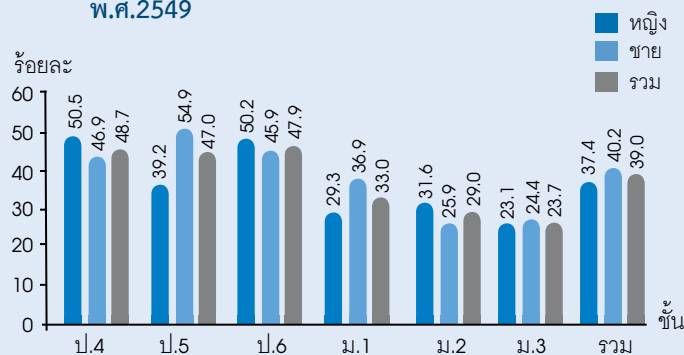
ดร.สมบัติ ตาปัญญา แห่งมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการสำรวจปัญหานักเรียนรังแกกัน เมื่อ พ.ศ.2549 โดยสอบถามนักเรียนชั้น ป.4-ม.3 จำนวน 3,047 คน และครู 1,300 คน จากโรงเรียนที่เลือกเป็นตัวอย่างในทุกภาคของประเทศ ผลการสำรวจพบว่านักเรียนเกือบ 2 ใน 5 (ร้อยละ 39) บอกว่าตนเคยถูกเพื่อนรังแกด้วยวิธีอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงเวลา 2 เดือนก่อนการสำรวจ

ในภาพรวมนักเรียนชายถูกรังแกมากกว่านักเรียนหญิงเล็กน้อย แต่ถ้าพิจารณารายชั้นปีแล้วนักเรียนชายและหญิงมีโอกาสถูกรังแกใกล้เคียงกัน นักเรียนระดับประถมมีอัตราถูกรังแกสูงกว่าระดับมัธยม รูปแบบการรังแกที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ การล้อเลียน การพูดดูถูกเหยียดหยาม และการทำร้ายร่างกาย

ขณะเดียวกัน นักเรียนไม่น้อยกว่า 1 ใน 4 ยอมรับว่า ตนเคยรังแกเด็กนักเรียนอื่น

ข้อมูลจากครูในการสำรวจเดียวกันนี้สอดคล้องกับข้อมูลจากนักเรียน ครูเกือบ 9 ใน 10 (ร้อยละ 89) บอกว่าเคยเห็นเด็กนักเรียนรังแกกัน อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 1 ปี ก่อนการสำรวจในจำนวนนั้น 1 ใน 4 บอกว่าเคยเห็นมาไม่น้อยกว่า 10 ครั้ง

ภาพที่ 2 แสดงร้อยละของนักเรียนชั้น ป.4 ถึง ม.3 ที่บอกว่าตนถูกรังแก 2-3 ครั้ง หรือมากกว่า ในรอบ 2 เดือนก่อนการสำรวจ พ.ศ.2549



ที่มา : สมบัติ ตาปัญญา, 2549. อ้างใน รายงานสุขภาพคนไทย 2552 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

หลากหลายที่ยังรอค่า

นอกจากความรุนแรงในรูปของการลงไม้ลงมือดังกล่าว เด็กไทยวันนี้ยังมีโอกาสประสบกับความรุนแรงอีกหลายลักษณะ ได้แก่ **ความรุนแรงทางเพศในโรงเรียน** ซึ่งเป็นปัญหาที่ดูเหมือนจะรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน แม้จะไม่มีข้อมูลที่เป็นระบบมาสนับสนุนในเรื่องนี้ แต่ก็พอจะอนุมานได้จาก

เหตุการณ์ที่เป็นข่าวทางสื่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรุนแรงทางเพศที่ครูกระทำต่อนักเรียนหญิง ทั้งในรูปของการข่มขืน หรือในรูปของการใช้เล่ห์กลหลอกล้อด้วยสิ่งแลกเปลี่ยน และเมื่อเกิดขึ้นแล้วโดยมากเด็กมักจะไม่รายงานให้พ่อแม่ได้ทราบ นอกจากนี้ ความรุนแรงทางเพศระหว่างนักเรียนด้วยกันเองก็ไม่ใช่สิ่งที่ควรมองข้าม รวมถึงการใช้ความรุนแรงตัดสินปัญหาความรักในรูปแบบต่างๆ เช่น ทำร้ายร่างกายกัน ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าคนรักที่ตกลงกันไม่ได้ เป็นต้น

ความรุนแรงต่อเด็กที่แฝงอยู่ใน “โครงสร้างสังคม” ก็เป็นภัยเงียบ โดยอาจจะมาในรูปของวัฒนธรรมบริโภคนิยมและวัตถุนิยม จำนวนสถานบันเทิงและพื้นที่เสี่ยงต่างๆ (ผับ บาร์ คาราโอเกะ ร้านเกมส์ ฯลฯ) สื่อชักชวนและสื่อชั่วร้าย (โดยเฉพาะที่นำเสนอเรื่องเพศและความรุนแรง) สังคมที่แข่งขันและเร่งรีบเกินขนาด มลภาวะในสภาพแวดล้อม และความเหลื่อมล้ำในการกระจายรายได้ เป็นต้น นอกจากสามารถทำความรุนแรงต่อเด็กได้โดยตรงแล้ว สิ่งเหล่านี้ยังสามารถทำให้เด็กกลายเป็นคนรุนแรงทั้งต่อตัวเขาเองและต่อคนอื่นได้ด้วย หากมองจากแง่สังคมนี้คือสิ่งที่น่าเป็นห่วง เพราะคุกคามต่ออนาคตของชาติโดยตรง

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในจังหวัดที่มีปัจจัยเอื้ออำนวยความรุนแรงเชิงโครงสร้างมาก เฉพาะอย่างยิ่งสถานบันเทิงและพื้นที่เสี่ยง หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว มักจะมีดัชนีที่บ่งถึงความรุนแรงเกี่ยวกับเด็กสูงด้วย เช่น เด็กพยามฆ่าตัวตาย และเด็กถูกจับส่งเข้าสถานพินิจและความคุ้มครองเด็ก เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้การปล่อยให้ “ความรุนแรง” นานารูปแบบล้อมกรอบเด็กไทยจึงเท่ากับเป็นการปิดกั้นพวกเขาจากโอกาสที่จะได้เติบโตอย่างมีสุขภาวะโดยตรง **สู่**



วิถีแห่ง “วินัย” กุญแจไขสู่ความสุข

คนส่วนใหญ่มักมีมุมมองต่อเรื่อง “วินัย” ว่านำไปสู่ความตึงเครียด โดยลืมนึกถึงว่า การขาดวินัยคือชนวนแห่งความล้มเหลว การเกิดปัญหาทับถมซ้ำซ้อน และนำไปสู่ความเครียด ความทุกข์จนถึงขั้นฆ่าตัวตายเพราะไร้ทางออกในที่สุด

ตัวอย่างใกล้ตัวง่ายๆ คือ การจับจ่ายแบบ “ขาดวินัยทางการเงิน” ทั้งระดับกระเป๋าชาวบ้าน ไปจนถึงกระเป๋าประเทศชาติ นำไปสู่การกู้ กู้ และกู้ อันเป็นต้นทางแห่งความระทมทุกข์และนานาปัญหาเริ่มรุมเร้าในบั้นปลาย

ในสังคมไทยเรามีเสียงบ่นเสมอว่า คนไทยติดนิสัย “ทำอะไรตามใจ คือไทยแท้” เป็นสังคมที่ขาดวินัย ทำให้เจริญช้า ไม่ว่าคำกล่าวที่ว่า เป็นเรื่องจริงเพียงไร แต่ก็ดูเหมือนจะเป็นที่ยอมรับและมีการกล่าวซ้ำๆ สืบต่อกันมาจนถึงวันนี้

“วิถีสุข” ฉบับนี้ ขอนำข้อคิดดีๆ จาก **ศ.รณชัย คงสกนธ์** แห่งภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ที่อยู่ใน www.hiso.or.th ว่าด้วยการสร้างวินัยอย่างฉลาดเพื่อให้ชีวิตและงานประสบความสำเร็จ ชีวิตเป็นสุขมานำเสนอ

ความสำเร็จในการทำงานทุกสิ่งทุกอย่างอยู่ที่วินัย

ศ.รณชัย ระบุว่า ทุกวงการไม่ว่าจะเล็กใหญ่เพียงใดต้องมีวินัย มิฉะนั้นแล้ววงการนั้นก็ไม่อาจทำอะไรให้สำเร็จได้ ในที่สุดก็ต้องเลิกล้มไป

“เมื่อเราเข้าโรงเรียน เราก็พบกับวินัยของโรงเรียน ซึ่งบางทีเราก็พยายามหลีกเลี่ยง เป็นทหารก็พบกับวินัยที่เข้มงวดยิ่งขึ้น ถ้าได้เข้าทีมฟุตบอลหรือทีมกีฬา ก็พบกับวินัยอีก ทีมฟุตบอลหากไม่มีวินัยก็ยากที่จะเอาชนะคู่ต่อสู้ได้ การที่วิ่งการเหล่านี้จะมีวินัยดี คือให้สมาชิกปฏิบัติตามระเบียบที่วิ่งการนั้นๆ ตั้งขึ้น สมาชิกทุกคนจะต้องมีวินัยของตัวเองเสียก่อน”

ต่อไปนี้เป็นวิธีคิดและวิธีการในการสร้างวินัยให้ตนเอง

– กำหนดความมุ่งหมายให้ชัดเจน

ความมุ่งหมายนั้นอาจเป็นงานที่ต้องทำในระยะยาว หรือเป็นงานในวันหนึ่งๆ ก็ได้ แต่โดยมากเป็นงานที่ต้องใช้เวลาาน โดยต้องเขียนเรื่องที่ท่านต้องการจะทำให้สำเร็จลงเป็นลายลักษณ์อักษร เพราะจะทำให้ท่านเห็นชัดขึ้น และรู้แผนงานแน่นอนกว่าที่จะติดเอาไว้ในใจ ท่านต้องเขียนจุดมุ่งหมาย หรือเรื่องที่ต้องทำให้แจ่มแจ้งชัดเจน ต่อจากนั้นก็เขียนแผนงานว่าจะทำอะไรก่อนหลังเป็นลำดับไปจนถึงที่สุด

– เริ่มทำจากส่วนเล็กหรือส่วนย่อยๆ ก่อน

เวลาจะทำอะไร ถ้าคิดใหญ่โตเกินไปนักก็จะท้อ จึงมีข้อแนะนำว่าควรแยกส่วนใหญ่นั้นออกเป็น

ส่วนย่อยๆ แล้วทำให้เสร็จไปทีละส่วน จะพบว่าไม่เหนื่อยแรงและทำได้ง่าย เมื่อแรกลงมือทำนั้นอาจรู้สึกอึดอัดใจ คิดอะไรไม่ออก ทำอะไรก็ไม่ค่อยคล่องแคล่ว แต่ถ้าตั้งใจทำต่อไป ก็ารู้สึกว่าทำได้รวดเร็วคล่องแคล่วขึ้น

เคล็ดลับสำคัญในการปูพื้นฐานการสร้างวินัยให้ตนเองนั้น ศ.รณชัย ระบุว่า อย่างวางแผนอย่างคิดฝัน ต้องดูว่าอยู่ในวิสัยที่ปฏิบัติได้จริง และเมื่อได้กำหนดอะไรลงไปแล้วต้องบังคับใจปฏิบัติตามแผนให้ได้ตามกำหนด

“แรกๆ จะรู้สึกว่ายากมากทีเดียว ระยะนี้แหละที่ท่านต้องเอาชนะใจให้ได้ หากท่านชนะหนแรก ก็จะทำให้มีกำลังใจแรงขึ้น ต่อไปก็เอาชนะใจของตัวเองได้ง่ายขึ้น ท่านก็จะกลายเป็นคนมีระเบียบ มีความสำเร็จ และเป็นที่เชื่อถือของคนอื่นๆ” อาจารย์ให้กำลังใจ

ท้ายสุด รศ.รณชัย มีข้อแนะนำปลีกย่อยอีกบางประการ นั่นคือ **หนึ่ง** ต้องพยายามรักษาระเบียบและความเรียบร้อย **สอง** ฝึกตัวเองให้พักผ่อนเป็น และ **สาม** คือ ลองทำงานที่ยากเสียบ้าง

นี่คือหนึ่งในฐานอันแข็งแกร่งของการมีชีวิตที่ถูกคุกคามจากความทุกข์ที่มีสาเหตุจากความเครียด ชีวิตที่สับสน และผิดพลาดซ้ำๆ ได้อย่างชะงัด **๕๖**

สร้างวินัย ใช้เวลาแค่วันละ 14 นาที!

วันหนึ่งมี 1,440 นาที ท่านอาจจะใช้เป็นเวลาอนาถาเสีย 440 นาที ยังมีเวลาอีก 1,000 นาที ควรแบ่งเวลานั้นมาสัก 14 นาที ในวันหนึ่งๆ กำหนดว่าวันรุ่งขึ้นจะทำอะไรบ้าง ท่านเคยเขียนแผนงานประจำวันบ้าง หรือเปล่า เชื่อว่ามีน้อยคนหรืออาจไม่มีเลย แต่ว่าการกระทำดังนี้เป็นการศึกษาฝึกตนเองอย่างดียเยี่ยม

รายการที่จะเขียนไว้สำหรับวันรุ่งขึ้นคือ วันรุ่งขึ้นจะทำอะไรบ้าง เขียนไว้เป็นเรื่องราว ตามลำดับความสำคัญ ทำเครื่องหมายสำหรับเรื่องที่จะต้องทำให้เสร็จในวันนั้นๆ พอรุ่งขึ้นท่านทำตามแผนงานที่กำหนด จนหมดเวลางาน จึงเอาแผนงานมาดูว่าได้ทำอะไรเสร็จไปบ้าง มีอะไรค้างอยู่ จะทำต่อไปวันรุ่งขึ้นอีกอย่างไร



คนกันคิด

กันคิด

16

ก้าวใหม่จาก “เมืองใต้”

เอ่ยชื่อ ภก. พงศ์เทพ สุธีรวัฏี สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้คนในแวดวงการพัฒนาด้านสุขภาพน่าจะคุ้นเคยเป็นอย่างดี แต่มีคนไม่มากนักที่ทราบว่านักวิชาการท่านนี้อยู่เบื้องหลังความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของภาคใต้ อีกด้านด้วย “คนต้นคิด” ฉบับนี้ จึงขอนัดสนทนาเพื่อนำเรื่องราวที่น่าสนใจมาเล่าสู่กันฟัง



ทำไมอาจารย์ถึงสนใจงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพและบุกเบิกงานด้านนี้มาอย่างต่อเนื่อง

โลกทุกวันนี้เป็นโลกของข้อมูลข่าวสาร และเวลาดำเนินการหรือวางแผนอะไรก็มักจะใช้ข้อมูลเป็นฐานในการทำงานที่ผ่านมา ผมมองเรื่องของระบบข้อมูลข่าวสารอยู่ 3 ระดับด้วยกัน คือ 1.ข้อมูลระดับประเทศ 2.ข้อมูลระดับของจังหวัด 3.ข้อมูลระดับชุมชน ซึ่งเรื่องของสุขภาพในอนาคตหากมีการถ่ายโอนภารกิจ หรือกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น อบจ. อบต. หรือเทศบาล ข้อมูลคือสิ่งสำคัญในการทำงาน

นอกจากนี้เรายังคิดกันว่าจะไปวางระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ เช่น ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งในเชิงประเด็นเรื่อง

แม่และเด็กเป็นประเด็นใหญ่ เพราะเมื่อไปดูข้อมูลในเรื่องนี้พบว่า คุณภาพข้อมูลยังไม่ดี ทำอย่างไรถึงจะทำให้มีการจัดการข้อมูลตรงนี้ เพื่อการวางแผน นี่เป็นงานหลักๆ ที่เราทำ

อีกประเด็นคือ เรื่องอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นประเด็นหลักและมีหลายหน่วยงานทำเรื่องนี้ แต่ละหน่วยงานก็มีข้อมูลของตัวเอง เราจะทำอย่างไรให้ข้อมูลเหล่านี้มารวมกันได้ และเมื่อรวมข้อมูลแล้วทำอย่างไร ที่จะหาที่วิเคราะห์ข้อมูลและส่งข้อมูลย้อนกลับไปให้แต่ละหน่วยงานได้ใช้งานต่อ



ทราบว่าโครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ ต.ปริก อ.สะเตา จ.สงขลาเสร็จเรียบร้อยแล้ว มีเรื่องราวอะไรที่น่าสนใจบ้าง

อันนี้เป็นโครงการพัฒนารฐานข้อมูลสุขภาพ ระดับภูมิภาคของเทศบาลตำบลปริก หลักคิดของเรา เริ่มต้นจากที่เราคิดว่าหากองค์กรส่วนท้องถิ่นจะดูแลเรื่องสุขภาพ เวลาที่เราคิดแผนคิดจากอะไร ใช้ข้อมูลอะไร แล้วเราจะทำให้เขาสนใจข้อมูลเหล่านี้ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างไร

บังเอิญว่าเรามีทีมที่ทำเรื่องการจัดการความรู้ เราจึงวางโครงการว่าใช้เรื่องของการจัดการพัฒนารฐานข้อมูลมาเป็นเครื่องมือ ให้สามารถจัดการเรื่องสุขภาพในเทศบาลตำบลปริก โดยใช้การจัดการฐานข้อมูลเป็นตัวชี้วัดสุขภาพของชุมชน ซึ่งไม่ใช่ของกระทรวงสาธารณสุข วิธีการคือรวบรวมข้อมูลในแวดวงสุขภาพว่า มีเรื่องอะไรบ้าง แล้วดูว่าแต่ละตัวชี้วัดสามารถหาแหล่งข้อมูล

จากหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ได้หรือไม่ จากนั้นให้ชาวบ้านมาเลือกดูว่าเขาต้องการตัวชี้วัดอะไรและอย่างไร กระบวนการนี้สำคัญทำให้ชาวบ้านมาร่วมคิด แล้วเป็นคนกำหนดตัวชี้วัด เช่น เขาต้องการคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพอย่างไร มันเหมือนการทำแผนที่ที่มีจุดหมายว่าคุณอยากได้ตัวชี้วัดแบบไหน ความยากจนจะวัดอย่างไร คุณคิดว่าอุบัติเหตุมันมากขนาดนี้ เราจะลดลงมาเหลือเท่าไร? เป็นต้น ซึ่งการเลือกตัวชี้วัดนี้ต้องใช้กระบวนการจัดการความรู้ไปตามเวทีชุมชนแต่ละชุมชน ให้ชุมชนคิด แล้วทางนายกเทศบาลตำบลปริก มอบหมายให้ผู้อำนวยการแต่ละกองเป็นผู้ดูแลตัวชี้วัด คืออัตรการอย่างไรบ้าง เช่น คอยดูว่าเดือนนี้มีอัตราคนติดเหล้าเท่าไร อุบัติเหตุเกิดขึ้นกี่ครั้ง เมื่อเทียบกับเป้าหมายมันห่างกันมากไหม ถ้าห่างกันมากตัวซอฟต์แวร์จะบอกออกมาเลยว่าเดือนนี้ตัวชี้วัดนี้ตก ตัวชี้วัดตัวนี้ผ่าน เวลาผู้บริหารมาดูข้อมูลก็จะเห็นชัดว่า ตัวชี้วัดที่ดูแลอยู่เป็นอย่างไร จะต้องมีการมีโครงการอะไรเข้าไปพัฒนาเพื่อให้ตัวชี้วัดนั้นผ่าน

แล้วเราก็คิดกันต่อว่าชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างไร เราไปคุยกับนักวิจัยว่าทำยังไงให้เกิดความรู้ในเชิงจัดการความรู้ เขาคิดอยู่ 2 วิธี คือ 1. ผลที่ออกมาในแต่ละเดือนๆ ให้แกนนำชุมชนเป็นคนนำผลมาแจ้ง ตีตประกาศประชาสัมพันธุ์ให้ชาวบ้านทราบว่า เดือนนี้พวกเราตกเรื่องอะไร แล้วให้เขามีเวทีพูดคุยกันว่า ทำไมมัน

ถึงตก 2. บางครั้งการจัดเวทีต้องใช้เวลานานกว่าจะจัดได้สักครั้ง เราก็จะให้เขาแลกเปลี่ยนความรู้ผ่านกลองในโปรแกรมฐานข้อมูลซึ่งทำเป็นเว็บไซต์ขึ้นมา เพื่อให้แลกเปลี่ยนความรู้ บางคนมีข้อมูลดีๆ ก็ใส่เข้าไป บางคนอยากคุยเรื่องสุขภาพ บางคนอยากคุยถึงปัญหาที่ตกเกณฑ์ การคุยกันตรงนี้ทำให้เว็บไซต์มีความเคลื่อนไหว และเวลาพบกับแกนนำเขาจะนำสิ่งเหล่านี้ไปพูดคุยกัน เพราะฉะนั้น งานที่เราทำนี้เป็นเหมือนการใช้ฐานข้อมูลเพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในเทศบาลตำบล

ตอนนี้เรากำลังขยายชุดความรู้ไปยังเทศบาลอื่นๆ และสิ่งดีที่เกิดขึ้นคือ นักวิชาการในมหาวิทยาลัยได้รู้ว่าเวลาจะพัฒนาฐานข้อมูลหรือซอฟต์แวร์ มันไม่ได้มาจากการพัฒนาข้อมูลอย่างเดียว แต่ได้ลงไปในพื้นที่ไปเห็นสภาพชุมชนจริงๆ ว่าเขาอยากได้อะไรใช้อะไร แล้วตัวชี้วัดมันเปลี่ยนแปลง 50 ตัว เหลือ 40 ตัว บางทีขึ้นไป 60 ตัว คือถ้าเป็นอย่างนี้ก็มาร่วมกันกำหนดว่า ขอเรื่องนี้เพราะมีความเคลื่อนไหว มีชีวิต เราก็พยายามไปจับ ไปติดตามดูแล วิธีการที่ผมบอกว่าเป็นสิ่งที่ดีคือการไปชื่นชม ไปประชาสัมพันธ์ ให้เขามารับรู้ มาเรียนรู้ เพราะฉะนั้นการที่เขาเป็นเจ้าของ เขามีความรู้สึกภาคภูมิใจ และจะทำให้ผลลุล่วงไปได้ดี



อาจารย์มองว่าจุดอ่อนของระบบของข้อมูลสุขภาพของบ้านเราอยู่ตรงไหน

มีการเก็บข้อมูลเยอะไปหมด แต่ใช้ข้อมูลน้อย เก็บเยอะใช้น้อย คนเก็บไม่ได้ใช้ คนใช้ไม่ได้เก็บ ข้อมูลจึงซ้ำซ้อน คุณภาพข้อมูลไม่ค่อยมี ก็อุปถัมภ์มาบ้าง อีกเรื่องหนึ่งคือผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องไม่ค่อยตระหนักเรื่องของการใช้ข้อมูล เพราะฉะนั้นเราใช้ความเห็นมากกว่าใช้ความรู้ คือเวลาให้ทำแผนก็เอาแผนเก่ามาใช้ยึดตามแผนเก่า แต่ว่าไม่ใช้ข้อมูล แล้วมานั่งคิดว่าปีนี้เราต้องปรับแผนอะไรบ้าง เพราะอะไร



แล้วแง่มุมต่างๆ ที่ควรสร้างให้เกิดในระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพคืออะไร

อย่ามองเป็นเรื่องของซอฟต์แวร์ ฮาร์ดแวร์ แต่อย่ามองในเรื่องของการจัดการ ทำอย่างไรที่จะทำให้คนมีศักยภาพ ให้คนตระหนักในเรื่องของข้อมูล ทั้งคน ทั้งเครือข่ายของข้อมูล ของพื้นที่ ทำยังไงให้การจัดการข้อมูลเกิดพลังมากขึ้น



“ต้นทุน” ที่ต้องเร่งสร้าง!

ถกเถียง

18

หลายปีก่อน รศ.นพ.สุวัฒน์ จริยเลิศศักดิ์ แห่งคณะแพทยศาสตร์ ม.เชียงใหม่ ลงแรงทำการศึกษาวิจัยทบทวนสถานะความก้าวหน้าของระบบข้อมูลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย ควบคู่กับการศึกษาสถานการณ์เรื่องเดียวกันจากบางประเทศที่มีความก้าวหน้า ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย แคนาดา และเครือข่ายที่ดำเนินการร่วมกันภายใต้การสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก

เป้าหมายสำคัญของการศึกษาดังกล่าวคือ “กลั่น” ข้อมูลทั้งหมดออกมาให้เห็นภาพของ “ช่องว่าง” ระหว่างสภาพระบบข้อมูลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นอยู่ในขณะนั้นกับภาพที่ควรก้าวไปให้ถึง พอที่จะเป็น “ทุน” ให้แก่สังคมในการสร้างพัฒนาการให้งานสร้างเสริมสุขภาพดำเนินไปอย่างเต็มกำลัง

“ต้นคิด” ขอนำบทวิเคราะห์ปัญหา ในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพมาเสนอเพื่อให้เห็นสภาพที่เป็นอยู่ให้แจ่มชัด

1. ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพของประเทศที่ผ่านมากกำหนดโดยหน่วยงานในระดับกรม/กอง มีตัวชี้วัดจำนวนไม่น้อยที่มีการจัดเก็บซ้ำซ้อนกันบ่อยครั้งที่แต่ละหน่วยงานอาจไม่ทราบว่าหน่วยงานอื่นจัดเก็บข้อมูลที่หน่วยงานตนเองต้องการใช้อยู่ด้วยหรือไม่

2. ขาดการประสานงานและการกำหนด “ตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประเทศ (National Health Indicator) ร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ การไม่มีหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพในระดับชาติอย่างชัดเจน ทำให้ขาด

นโยบายในการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพในระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง

3. การสำรวจหลักๆ ที่ผ่านมา ยังขาดการพัฒนาคุณภาพของการสำรวจแต่ละครั้งอย่างต่อเนื่อง อีกประเด็นที่คิดว่ายังขาดในการสำรวจส่วนใหญ่ คือ การประเมินผลโครงการสำรวจแต่ละครั้งในเชิงของคุณภาพของการสำรวจและการนำผลการสำรวจไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมของหน่วยงานต่างๆ อย่างชัดเจน

แม้งานวิจัยชิ้นนี้นำเสนอสู่สังคมตั้งแต่ปี 2545 แต่เห็นด้วยไหมว่าการชี้ช่องปัญหาส่วนใหญ่ยังเป็น “โจทย์” ที่รอให้เราท่านคลี่คลาย

เพราะเป็นเรื่องใหญ่ที่ต้องการทั้งสมองและความร่วมมือของทุกฝ่ายเข้ามาร่วมมือกัน

สสว



**Hilight
Hiso**
ฝ่ายวิชาการ
สำนักงานพัฒนา
ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สุขภาวะองค์รวม คือ สุขภาพแบบพอเพียง

เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2552 สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Hiso) ได้ขับเคลื่อนประเด็นสุขภาวะโดยรวมมือกับ “เวทีสร้างสุข” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กลุ่มงานวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับเกียรติจาก **นพ. ชูฤทธิ์ เตังไตรสรณ์** กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมาบรรยายในหัวข้อ **“สุขภาวะองค์รวม = สุขภาพแบบพอเพียง นวัตกรรมใหม่สุขภาพไทย”** ซึ่งเป็นชื่อเดียวกับหนังสือที่มาจากกรรการรวบรวมงานเขียนของคุณหมอชูฤทธิ์ในหนังสือพิมพ์โลกวันนี้ ในรูปแบบเรื่องเล่าเจ้าพลัง (story telling) ที่จัดพิมพ์ขึ้นเนื่องในโอกาสครบรอบ 90 ปี กระทรวงสาธารณสุข และแจกฟรีเป็นธรรมทาน

ในการบรรยายครั้งนี้ คุณหมอได้นำหลักพุทธศาสนาอธิบายสุขภาวะองค์รวม และเชื่อมโยงเข้ากับแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวง รัชกาลที่ 9

การนำคิโชนะมาช่วยในการนำเสนอได้อย่างสอดคล้องลงตัว ทำให้การบรรยายเรื่องสุขภาวะกับหลักธรรมตลอด 4 ชั่วโมง กลายเป็นเรื่องเข้าใจง่ายและได้รับความรู้อย่างสนุกสนาน

คุณหมอนำเสนอความคิดว่า คนทั่วไปมองพุทธศาสนา คือ เรื่องที่เกี่ยวกับศาสนาเท่านั้น แต่แท้จริงแล้วยังมีความเป็นวิทยาศาสตร์อย่างมาก ทว่าขณะเดียวกันก็มีบริบทที่กว้างกว่าวิทยาศาสตร์ เพราะประกอบไปด้วยเหตุผลอันเป็นนามธรรม ขณะที่วิทยาศาสตร์จะกล่าวถึงเฉพาะเหตุผลที่เป็นรูปธรรมมองเห็นและจับต้องได้

หลักธรรมคำสอนในพุทธศาสนาที่เราได้ยินจนชินหู (แต่น้อยครั้งที่จะปฏิบัติตาม) ถ้วนนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อสุขภาพของเรา สุขภาพของสังคมและสุขภาพของโลกได้ทั้งสิ้น ยกตัวอย่างเรื่อง “สติ” ซึ่งคุณหมอได้เขียนไว้ในหนังสือว่า

“สติสำคัญมาก ถ้าคนเรามีสติ จะช่วยลดปัญหาสุขภาพได้มาก คนจะไม่อ้วนถ้ามีสติรู้ตัว กินอาหารแต่พอประมาณ เวลาขี้เกียจออกกำลังกาย ถ้ามีสติ

รู้ทันก็จะเอาชนะความขี้เกียจได้ หากต้องการเลิกเหล้า เลิกบุหรี่ ถ้ามีสติรู้เท่าทันความอยากในใจ ก็พอจะมีช่วงเวลาให้ปัญญาเข้ามาช่วยยับยั้งห้ามได้แน่นอน”

เพราะพุทธศาสนาอธิบายสรรพสิ่งด้วยเหตุผล และเป็นองค์รวม ไม่แยกขาดจากกัน สิ่งนี้เกิด สิ่งนี้จึงเกิด หลักการทางพุทธศาสนาจึงสามารถนำมาอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดทุกวันนี้ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะ “หลักอริยสัจ 4” อันประกอบด้วย ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค ซึ่งเป็นการเริ่มมองจากทุกข์ออกไปหาเหตุและหาทางออก ซึ่งก็คือการเดินตามหลัก “ไตรสิกขา” ศีล สมาธิ ปัญญา นั่นเอง

ผู้สนใจหนังสือ “สุขภาวะองค์รวม = สุขภาพพอเพียง นวัตกรรมใหม่สุขภาพไทย” ซึ่งนำแนวทางพุทธศาสนามาเชื่อมโยงกับประเด็นสุขภาวะและแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงได้อย่างน่าสนใจ สามารถติดต่อขอรับหนังสือเล่มนี้ได้ที่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หรือสนทนากับคุณหมอชูฤทธิ์ได้โดยตรงทางอีเมล ที่ t.churit@gmail.com 



ยิ้มก่อนอ่าน

เรื่องเล็ก...เรื่องใหญ่

อย่าเอาเรื่องกับสิ่งเล็กน้อย อย่าทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่
ทางที่ถูก ควรทำเรื่องใหญ่ให้เป็นเรื่องเล็ก ถ้าเป็นเรื่องเล็กอยู่แล้ว ก็ไม่ควรเอาเรื่องเสียเลย

มนุษย์ที่มีใจสูงย่อมรู้จักให้อภัยไม่เอาเรื่องกับสิ่งเล็กน้อย หรือแม้ในสายตาของคนอื่นจะเป็นเรื่องใหญ่
แต่สำหรับท่านผู้มีใจสูงย่อมเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย

พระพุทธเจ้า ศาสดาของพุทธศาสนาเป็นผู้ปองร้ายพระองค์ถึงกับจะเอาชีวิตก็มี
แต่ไม่สำเร็จ พระองค์ไม่ร้ายตอบ ทรงให้อภัย

พระเยซูเจ้า ศาสดาของคริสตศาสนาก็ทรงมีชื่อเสียงมากในการให้อภัย
ไม่ทรงถือโทษต่อผู้คิดร้ายทำร้ายต่อพระองค์ ให้อภัยผู้ทำความผิด เปิดโอกาสให้กลับตัว

ท่านมหาตมะคานธี มีชื่อเสียงไปทั่วโลกในเรื่องอหิงสา ความไม่เบียดเบียน การให้อภัย
จนถึงกับ อัลเบิร์ต ไอน์สไตน์ นักวิทยาศาสตร์ผู้ยิ่งใหญ่
ได้กล่าวสดุดีท่านไว้ว่า “ต่อไปภายหน้า มนุษย์จะเชื่อหรือไม่ก็ไม่ทราบว่าจะ
ได้เคยมีคนอย่างนี้ (ท่านมหาตมะคานธี) เกิดขึ้นแล้วในโลก”

รวมความว่า มหามุขที่โลกยกย่องให้เกียรติเคารพพานั้น ล้วนมุ่งมั่นในอุดมคติจนไม่มีเวลาสนใจในเรื่องเล็กน้อย
แต่ท่านเหล่านั้นจะสนใจในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อันเกี่ยวกับสุขทุกข์ของผู้อื่นเสมอ

เขียนเรื่องจาก บทความ "เพื่อความเข้าใจ" โดย วศิน อินทสระ
สืบค้นได้จาก http://www.hbo.or.th/hbo/gheath/gheath6_42.php