

## Symposium 2: ชุมชนรอบรู้สุขภาพ

วิทยากร คุณวิมล โรมมา ผู้อำนวยการสำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์รอบรู้สุขภาพ  
ดร.มุกดา สำนวนกลาง สถาบันสร้างเสริมสุขภาพเมือง กรมอนามัย  
ดำเนินรายการโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ชชนวนทอง ธนสุกาญจน์  
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### รศ.ดร.ชชนวนทอง ธนสุกาญจน์ : การพัฒนาชุมชนรอบรู้

การสร้างเสริมสุขภาพและการขับเคลื่อนชุมชนนั้นเป็นการขับเคลื่อนให้ชุมชนสามารถทำเอง จุดเริ่มต้นของการทำงานคิดมาจากมิติของ SDGs หัวข้อเป้าหมายที่ 3 ด้านสุขภาพ คือ การทำให้แน่ใจถึงการมีสุขภาพในการดำรงชีวิตและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของคนในทุกช่วงอายุ ซึ่งจากประเด็นจาก SDGs สุขภาพจะทำให้เกิดการพัฒนายั่งยืน และที่สำคัญคือขยายการทำงานสาธารณสุขกว้างไปสู่ระบบอื่นๆ ของสังคมด้วย ในการทำงานด้านสาธารณสุขแต่เดิมเราจะดู Health for all ซึ่งไม่พอต้องทำเป็น all for health ทำ Health in all policies ให้ได้ และ key words สำคัญที่ WHO ใช้กันขณะนี้คือ Choose health คือ ให้เขาเลือกเอง ไม่ใช่บอกให้เขาทำ

จุดเริ่มต้นที่ทำให้ Health literacy พูดกันมากในขณะนี้มาจากการประชุม Conference on Health Promotion มีการเปลี่ยนจุดเน้นเป็น Health in all policies คือ ต้องเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมให้ทุกหน่วยงานเข้าใจเรื่องสุขภาพและร่วมสร้างสุขภาพในมิติของเขา ดังนั้นทุกองค์กรจำเป็นต้องทำให้เขามองมิติด้าน Health จากการประชุมที่เชียงใหม่ มีจุดเน้น 3 เรื่องคือ

1. Good governance คือ ความโปร่งใส การมีส่วนร่วม
2. Healthy cities คือ ในมหานครเกิดการมีส่วนร่วมให้มาก ทำอย่างไรให้ระบบปรับตัวเองมาสู่สุขภาพและบริการสังคม welfare
3. Health literacy เป็น indicator บ่งบอกความสำเร็จของการทำงานการเปลี่ยนพฤติกรรมของเรา ปัจจุบัน Health literacy ถูกมองให้กว้างขึ้นเป็น critical determinants หรือปัจจัยกำหนดที่สำคัญที่สุดในการทำงานสาธารณสุขในการทำให้คนมีสุขภาพดี

Health literacy คือหัวใจของความสำเร็จการสร้างสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ WHO จุดเน้น Health literacy คือเป็นงานที่ทุกวิชาชีพจำเป็นต้องทำให้ประชาชนเกิดทักษะและเกิดความสามารถในการตัดสินใจที่จะเลือกว่าเขาจะมีสุขภาพอย่างไร

สอดคล้องกับในการประชุม World Health Organization South-East Asia Region – WHO SEARO ที่ยืนยันการทำงาน Health literacy เป็นหัวใจของการทำงานเพื่อการมีสุขภาพดีที่ทุกวิชาชีพจำเป็นต้องเข้าใจและทำเป็น และสอดคล้องกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน SDGs ซึ่งประเทศไทยเราพูดกันแล้ว

Health literacy มี definition ต่างๆ ซึ่งนักสาธารณสุขจำเป็นต้องเลือกว่าจะอยู่ตรงไหนและจะนำมาใช้อย่างไร กรอบในการขับเคลื่อนใช้ Ecological มองว่าทำอะไรให้ทุกระดับสอดคล้องกัน ซึ่ง ดอน นัทบีม (Nutbeam D.) ผู้เชี่ยวชาญระดับโลก กล่าวว่าระบบต่างๆ ในการทำให้คนเกิด Health literacy ได้นั้นเกิดจากการเปลี่ยนฐานทุกระดับของสังคมนั้น ไม่ใช่การสอนคนไข้ หรือให้ข้อมูลชุมชนแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกัน ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมาเน้นที่การจัดสิ่งแวดล้อมองค์กรต่างๆ ให้ไปในทิศทางเรื่องของการสร้าง Health literacy

Health literacy as a structural determinant of health เพราะฉะนั้นการสร้างสุขภาพคือการจัดองค์กรสร้างสิ่งแวดล้อมให้มี Health literacy ซึ่ง WHO ได้กำหนดไกด์ไลน์สำหรับการสร้าง Health literacy in low resources settings with complex problem ต้องคำนึงถึงบริบทของชุมชน การศึกษา การเรียนรู้ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าถึงระบบบริการ คุณภาพการดูแล นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงระบบความเชื่อของสังคม ระบบการจัดการสุขภาพ การเมือง เศรษฐกิจ และทุนทางสังคมด้วย สำหรับในระดับ Middle income countries มองเหมือนกัน แต่ต่างตรงที่ต้องมีการประเมินโดยใช้ evidence มีข้อมูล base line จุดเน้นที่ SDG และมอง across sectors

นอกจากนี้ WHO ได้กำหนดแนวทางในการขับเคลื่อน Health literacy in realities ประกอบด้วย ต้องเข้าใจมนุษย์ เหล่านั้น เข้าใจ health needs ของเขา เข้าใจสิ่งแวดล้อมและบริบทเขา การเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากร ความสามารถในการ ประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ การสนับสนุน และความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการและตัดสินใจ ขีดความสามารถในการสื่อสาร ยืนยัน และตัดสินใจ เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำเรื่องนี้มานานแล้ว โดยมีกรอบแนวคิดบริบทด้านบริการสุขภาพและบริบท individuals และ เข้าใจว่า Health literacy เกิดในระบบของสังคมและชุมชนและระบบการศึกษา ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ทำให้มีหลักฐานจากการ survey เป็นระยะ ซึ่งนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบาย รวมถึงมีงานวิจัยทั้งปริญาโทและเอกมากกว่า 15 ปี และพัฒนาเครื่องมือ ในการประเมิน Health literacy ตามกรอบของ IOM ซึ่งรัฐบาลปัจจุบันนำโดยประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูป ได้วิเคราะห์และเห็นว่าจากข้อมูลที่มีอยู่จำเป็นต้องปฏิรูปความรู้สุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ ซึ่ง Health literacy คือ critical determinants ของทุกประเทศ แต่วิธีการทำงานที่จะทำให้คน literate ในส่วนของประเทศไทยทำไม่ถูกอย่างมาก คือ การสื่อสารสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อห่วงใยของรัฐบาลนี้ โดยดูจาก line หรือ social media ซึ่งข้อความที่ส่งเป็นข้อความที่ผิด ทำให้สภาสนับสนุนนโยบายนี้ ดังนั้นการปฏิรูปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้ทำ 2 เรื่อง เพราะการสื่อสารเป็น หนึ่งในกลยุทธ์ในการเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งที่เราทำผิดอีกคือเราคิด message เอง แล้วบอกให้เขาทำ ซึ่งแนวคิดตามมติสภานิติบัญญัติแห่งชาตินี้ได้ผลักดันเข้าไปสู่ พรบ. สุขภาพแห่งชาติแล้ว

ในส่วนของชุมชน กรอบการทำงานสาธารณสุขที่ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาสังคมรอบรู้สุขภาพ คือ มองทุกระดับ โดยประยุกต์กรอบแนวคิดนิเวศวิทยา มองอย่างน้อย 3 ถึง 5 ระดับ ได้แก่ บุคคล ครอบครัว ระบบการศึกษา ระบบบริการ Healthy work place ซึ่งต้องเปลี่ยนเป็น Health literate organization และการสื่อสาร ปัจจุบันได้ดึงภาคการสื่อสาร สื่อ ต่างๆ เช่น มูลนิธิสื่อสร้างสรรค์ อสมท. มาช่วยกันคิด ออกแบบ เพราะฉะนั้นการปฏิรูประบบความรู้กับการปฏิรูประบบ การสื่อสารจำเป็นที่จะต้องทำไปควบคู่กัน และเราจะวัดผลลัพธ์คือ ดูการตัดสินใจ สถานะสุขภาพ พฤติกรรม การสื่อสาร

การพัฒนาชุมชนเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ สิ่งที่ต้องเปลี่ยนคือมี evidence และมีตัวขับเคลื่อนภาคพื้นที่ ซึ่ง จำเป็นต้องนำ social determinants of health มาแปลงเป็นการสื่อสารจากนโยบายลงไปให้สอดคล้อง ดังนั้นงานที่จะ เปลี่ยน คือทำอะไรให้น่า social determinants มาออกแบบโครงการ ออกแบบประเด็น ซึ่งจะออกมา 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่ใส่ไปในชุมชนเรียกว่า Tailor made health education ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถ้าใส่ไปในระบบบริการจะ เป็น Therapeutic health education ซึ่งเป็น skill จำเพาะที่จำเป็นต้องสร้าง ซึ่งคณะสาธารณสุขศาสตร์จำเป็นต้องปรับตัว ให้เกิดเรื่องนี้ ซึ่ง social determinants จำเป็นต้องหามาจาก Audience research และ formative research และไป ออกแบบโครงการ ซึ่งยังเป็นสิ่งที่ขาดอยู่ในตอนนี้

สำหรับนวัตกรรมที่จะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมและเกิดการปฏิรูปขับเคลื่อนในชุมชนได้จริงนั้นคือ ปรับให้ทุกองค์กร เป็น Health literate organization คือการให้ข้อมูล เน้นข้อมูล ซึ่งเมื่อใส่ไปในชุมชนก็จะเกิดความเฉพาะชุมชน กลไกการ ขับเคลื่อน คือ ผู้นำชุมชน อบต. เพราะฉะนั้นการที่จะขับเคลื่อนให้เกิด Health literate community สิ่งสำคัญที่ต้องเปลี่ยน คือการทำงาน ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพราะเราคิด message แทนเขา ไม่เคยฟังเขา ไม่เคยนำ บริบท ทูทางสังคมมาพิจารณา ออกแบบโครงการ ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารสุขภาพในทุกองค์กร เพราะนักสาธารณสุขทำงานเพื่อ สร้างสิ่งแวดล้อม โดยใช้กลไกทาง สังคม เพื่อเอื้อให้คนเกิดทักษะและ จัดการตนเองได้ ซึ่งท่านรัฐมนตรี ประกาศว่า ภายในสิ้นปี พ.ศ. 2561 นี้ 10,000 กว่าองค์กรภายใต้ กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็น Health literate organization

“การที่จะขับเคลื่อนให้เกิด Health literate community สิ่งสำคัญที่ต้องเปลี่ยนคือ การทำงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพราะเราคิด message แทนเขา ไม่เคยฟังเขา ไม่เคยนำบริบท ทูทางสังคม มาพิจารณาออกแบบโครงการ ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารสุขภาพในทุกองค์กร เพราะนักสาธารณสุขทำงานเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อม โดยใช้กลไกทางสังคม เพื่อเอื้อ ให้คนเกิดทักษะและจัดการตนเองได้”



รศ.ดร.ชนนวนทอง ธนสุกาญจน์

ความต่างมีอยู่กับการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ให้คิดข้อมูลที่สอดคล้องบริบทมากขึ้น ซึ่งหากมหาวิทยาลัยจะทำวิจัยจำเป็นต้องทำ Audience research และ formative research ให้ชัดเจนว่าชุมชนมี social determinants อย่างไร ดังนั้นการที่จะทำชุมชน literate คือ เข้าใจอย่างที่เขาเป็น เข้าใจวิถีการสื่อสารของเขา message ต้องออกมาจากเขา ฟังชุมชน วิเคราะห์เขาก่อน ก่อนทำโครงการ

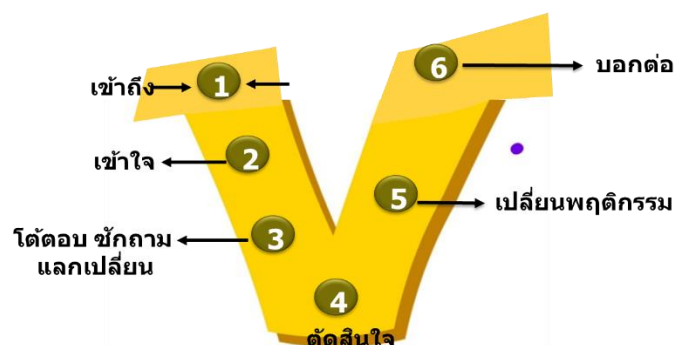
อธิบดีกรมอนามัย นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ ได้พัฒนากระบวนการเพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้เป็นแนวทางตรวจสอบตนเองว่าได้ดำเนินการครบถ้วนตามนิยามสำคัญของความรู้สุขภาพหรือยัง โดยใช้ภาพตัววี (V-shape) เป็นสัญลักษณ์ในการจำและตรวจสอบ ประกอบด้วย

1. เข้าถึง คือ ทำความรู้จักกลุ่มเป้าหมาย
2. เข้าใจ คือ เข้าใจ message ที่ส่งไป
3. โต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน คือ ออกแบบให้คนมีการตั้งคำถาม
4. ตัดสินใจ คือ ออกแบบทำให้คนตัดสินใจ คือ กระบวนการทำงานกับปัจเจกบุคคล
5. เปลี่ยนพฤติกรรม คือ ทำ buddy/เครือข่ายให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
6. บอกต่อ คือ สร้าง self-management แล้วให้เขาบอกต่อ

ถ้าเทียบ Progress การขับเคลื่อนเรื่องนี้ในเอเชียประเทศไทยเกาะติดสถานการณ์และกำลังจะทำการประเมินใหญ่ทั้งประเทศ และเนื่องจาก Health literacy มีหลาย definition หน้าที่ของเราคือต้องเลือกให้ถูกกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นความยากที่ไม่เคยวิเคราะห์มาก่อน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ต้องเข้าใจทักษะทางปัญญา คือ เข้าใจต้นเหตุจนตกผลึกและตัดสินใจได้ และทักษะทางสังคม คือ รู้ว่าเรื่องนี้เกี่ยวข้องกับใครแสวงหาข้อมูลอย่างไร และจะทำข้อตกลงอะไร อย่างไร เพื่อให้ชีวิตเขามีพลังอำนาจพอที่จะตั้งเป้าและจัดการได้เอง ดังนั้นหากจะสอนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องใช้ definition นี้ แต่เมื่อเข้าไปในโรงเรียนเราต้องเปลี่ยนจาก Health promoting school เป็น Health literacy school สำหรับผู้สูงอายุ ใช้ definition ว่า ระดับความสามารถของบุคคลในการอ่าน ทำความเข้าใจข้อมูล ดังนั้นเจ้าหน้าที่ต้องถูก reshape-reform และ Health literate organization จะถูกนำมาประยุกต์ใช้

ในการนำตัว V-shape เข้ามาในชุมชน เราต้องทำให้ได้ว่าในชุมชนมีคนเข้าถึง message ก็คน และเข้าใจว่าอย่างไร และมีข้อซักถามอะไรบ้าง ซึ่งเป็นวิถีที่เราพยายามเปลี่ยนโดยใช้ทฤษฎี Positive deviance ค้นหาค้นหาที่ทำได้ในชุมชน ชุมชนที่ทำได้ดี โดยเฉพาะกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนระบบการนิเทศกำลังจะปรับมาเป็นระบบ Implementation Sciences เพราะฉะนั้นกลยุทธ์ในการเปลี่ยนพฤติกรรมจะเน้นเรื่องสื่อสารให้คนเข้าใจ โต้เถียง ตั้งเป้า ส่วนในโครงสร้างชุมชนสังคมจะปรับให้เป็น Health literate organization, Health literate community ซึ่งต่อไปจะเป็น Health literate society

สรุป การทำงานในชุมชนเปลี่ยนจาก Community-base เป็น Community mobilization โดยไปเรียนรู้เขาก่อน จากนั้นสร้าง message และการพัฒนาพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ที่เรียกว่า Tailor made health education แล้วทำการขับเคลื่อนให้เขาไปบอกต่อได้



กระบวนการสร้างความรอบรู้สุขภาพในปัจเจกบุคคล

### กรณีตัวอย่าง 1: ระดับ กรมและกระทรวง โดย ผอ.วิมล โรมา ผู้อำนวยการสำนักขับเคลื่อนยุทธศาสตร์รอบรู้สุขภาพ

การประสานระดับกระทรวงและกรมเพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและการพัฒนา อสม. ยุค Health literacy หลังสถาปนาปฏิรูป กระทรวงสาธารณสุข มอบหมายให้กรมอนามัยดำเนินการ พบว่า Health literacy มีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ

1. การปฏิรูปการรับรู้ด้านสุขภาพ
  2. การปฏิรูปการสื่อสารด้านสุขภาพ
- โดยกรมอนามัยได้ดำเนินการ ดังนี้
1. ผลักดันเข้าวาระแห่งชาติ เข้าไปอยู่ในแผนชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายภายใน 5 ปี ต้องผ่านการประเมินได้ระดับดีร้อยละ 25 โดยกรมอนามัยสำรวจเพื่อทำ base line และให้ key message เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนดูแลจัดการบริหารสุขภาพตนเองได้
  2. กรมอนามัย เป็นเจ้าภาพประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
  3. สถานศึกษา สถานบริการ ชุมชน จะต้องเป็นสังคครอบรู้สุขภาพ
  4. สนับสนุนให้เกิดการวิจัย
  5. พัฒนาให้เกิด Digital Health & Health literacy

ทั้งนี้กรมอนามัยได้ใช้กรอบการพัฒนาสุขภาพของยุโรป โดยการทำให้เขามีข้อมูลและเลือกข้อมูลเพื่อพัฒนาสุขภาพของตนเอง ให้ข้อมูล เข้าถึง เข้าใจ และตอบโต้ เพื่อประเมินและตัดสินใจ ให้เหมาะกับบริบท ซึ่งกรมอนามัยมีหน้าที่จัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีข้อมูลให้ประชาชนตามกลุ่มช่วงวัย และขับเคลื่อน key message และประเมินโดยเครื่องมือที่จะ

“ทำให้เขามีข้อมูลและเลือกข้อมูลเพื่อพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ข้อมูล เข้าถึง เข้าใจ และตอบโต้ เพื่อประเมินและตัดสินใจให้เหมาะกับบริบท”

วิมล โรมา



สร้างขึ้น ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และ setting ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน โดยกรมอนามัยได้ทำ MOU กับ 7 กระทรวง โดยเฉพาะกระทรวงดิจิทัล ประสานความร่วมมือกับมูลนิธิสื่อสร้างสรรค์ ชัวร์ก่อนแชร์ สถาบันดนตรี เป็นต้น ขณะนี้กรมอนามัยกำลังพัฒนาต้นแบบ และแบบสำรวจ ซึ่ง “ต้นแบบ” ในที่นี้หมายถึง ทำด้วยเป้าหมายเดียวกัน แต่วิธีการต่างกัน

### กรณีตัวอย่าง 2: ระดับชุมชนใน กทม. โดย ดร.มุกดา สำนักกลาง สถาบันสร้างเสริมสุขภาพเมือง กรมอนามัย

ตัวอย่าง เรื่อง โอกาสการพัฒนาชุมชนรอบรู้สุขภาพกรณีอาคารชุดลุมพินี

สถาบันพัฒนาเขตเมือง ทำหน้าที่ดูแลการทำงาน 5 setting 5 กลุ่มวัย เพื่อนำไปสู่ Health literacy society โดยการเรียนรู้กลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาออกแบบ โดยมีวิธีคิดคือ จะทำอย่างไรให้ message เป็นไปตามบริบทของเขา

วัตถุประสงค์ คือ เรียนรู้กลุ่มเป้าหมายชุมชนแนวตั้ง วิเคราะห์ห้องค์กร บทเรียนการดำเนินงาน เพื่อเรียนรู้กลุ่มเป้าหมายให้รู้บทบาทที่จะลงว่าจะมี positioning อยู่ตรงไหนของโครงการต่างๆ เพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมสุขภาพได้ และทบทวนทุนที่มี ให้เขาสามารถทำตัวเอง โดยใช้กรอบ “คุณลักษณะ 10 ประการขององค์กรรอบรู้สุขภาพ” ได้แก่

1. ผู้นำ : เน้นให้ความสำคัญกับนโยบาย ให้ข้อมูลกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. บุรณาการ : เศรษฐกิจพอเพียง ชุมชนนำอยู่ทุกกลุ่มวัย ตามหลักการ SDG 17 ข้อ
3. ทักษะบุคคล : บุคลากรได้รับการพัฒนาจาก LPN Academy สร้างพื้นที่ส่วนกลางให้เชื่อมร้อยความสัมพันธ์
4. ข้อมูลสุขภาพขององค์กร : เน้นสิ่งแวดล้อมและสังคม และความสุข
5. กระบวนการสื่อสาร: เพื่อมีส่วนร่วมออกแบบที่อยู่อาศัย
6. ช่องทางสื่อสาร : มีรูปแบบ วิธีการ ช่องทางหลากหลายเอื้อให้เข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้และบอกต่อ
7. การสื่อสาร (สุขภาพ) สู่สังคม : เพื่อสร้างกระแสด้วยรางวัลความสำเร็จ รายงานประจำปีที่มีอย่างต่อเนื่อง

8. ประเด็นสื่อสารเน้นความเสี่ยง (สุขภาพ) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แบบยั่งยืน : มี key message เฉพาะของแต่ละกลุ่ม เช่น พนักงาน แรงงาน ก่อสร้าง
9. ประเด็นสื่อสารสังคม : เน้นสิทธิ มีข้อตกลงการอยู่ร่วมกัน และใช้ข้อมูลมาปรับปรุงและสร้างมาตรฐานการบริการและความรับผิดชอบชุมชนร่วมกัน
10. การสื่อสาร (สุขภาพ) องค์กร : มีระบบตรวจสอบ ประเมิน มีผลลัพธ์การสื่อสารองค์กร  
โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ทุนเดิม เดิม Health literacy ชุมชนรอบรู้สุขภาพ

“วิเคราะห์องค์กร  
บทเรียนการดำเนินงาน  
เพื่อเรียนรู้กลุ่มเป้าหมาย  
ให้รู้บทบาทที่จะลงว่าจะ  
มี positioning อยู่ตรง  
ไหนของโครงการต่างๆ  
เพื่อนำมาออกแบบ  
กิจกรรมสุขภาพได้ และทบทวนทุนที่มีให้เขาสามารถทำได้อเอง”



ดร.มุกดา สำนวนกลาง

