



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง บทเรียนจากการสื่อสารขององค์การอนามัยโลก
ในภาวะวิกฤต-กรณีศึกษาช่วงการระบาดโรคโควิด-19

จัดทำโดย นางกัญญรัตน์ เวชชาชีวะ
รหัส 12031

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 12 ปี 2563
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง บทเรียนจากการสื่อสารขององค์การอนามัยโลก
ในภาวะวิกฤต-กรณีศึกษาช่วงการระบาดโรคโควิด-19

จัดทำโดย นางกัญญรัตน์ เวชชาชีวะ
รหัส 12031

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 12 ปี 2563
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาค้นคว้าส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ.....

(เอกอัครราชทูต วิมล คิตชอบ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. กฤติณี วัฒนวิเศษ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภัทเรศ ศรีโชติ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การสื่อสารจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization–WHO) สู่ประเทศสมาชิกในสถานการณ์การระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ในช่วงเดือนมกราคม–มิถุนายน 2563 ทั้งด้านวิธีการและแรงจูงใจ เพื่อถอดบทเรียนมาจัดทำขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติ (standard of procedure– SOP) ของการสื่อสารโดยองค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤต

โดยที่โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ในช่วงต้นของการระบาดจึงไม่มีภาคส่วนใดที่มีความรู้ความเข้าใจในการรับมือกับการระบาดของโรคนี้ อีกทั้งประเทศส่วนมากไม่ได้เตรียมความพร้อมรับมือกับการระบาดของโรคอุบัติใหม่อย่างเพียงพอ เมื่อการระบาดแพร่ขยายจนกระทั่งกลายเป็นภาวะวิกฤตด้านสาธารณสุขระดับโลกและรัฐบาลของทุกประเทศมีความจำเป็นจะต้องกำหนดมาตรการควบคุมโรคและรับมือกับผลกระทบอื่นๆ ต่อสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จึงคาดหวังจะได้รับข้อมูลและแนวทางปฏิบัติต่างๆ จาก WHO ในฐานะองค์กรกลางระหว่างประเทศที่เป็นแหล่งรวบรวมวิทยาการและกำหนดมาตรฐานด้านสาธารณสุข ตลอดจนมีประสบการณ์จัดการกับโรคระบาดอื่นในอดีต

ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดเรื่อง “แรงจูงใจในการสื่อสาร” ที่ประกอบด้วยสองมิติ ได้แก่ (1) สื่อสารเพื่อให้ข้อเท็จจริง (Operational communication) หรือสื่อสารเพื่อบริหารจัดการผลสืบเนื่องจากการสื่อสาร (Strategic communication) และ (2) การสื่อสารเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพของประเทศสมาชิกในการรับมือกับภาวะวิกฤต (for resilience) หรือสื่อสารเพื่อเพิ่มพูนภาพลักษณ์ที่ดีของ WHO เอง (for reputation) โดยเลือกวิเคราะห์ 3 กรณีที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถของประเทศต่างๆ ในการรับมือกับภาวะวิกฤต ได้แก่ (1) การประกาศการประเมินระดับความเสี่ยง (risk assessment) การประกาศว่าโรคนี้เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) และการพิจารณาว่าการระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern–PHEIC) หรือไม่ (2) การให้คำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ และ (3) การให้คำแนะนำเรื่องการใช้หน้ากากอนามัย

ผลการวิเคราะห์แนวทางการสื่อสารของ WHO ที่เปิดเผยต่อสาธารณะพบว่า แม้ WHO จะพยายามสื่อสารให้ข้อเท็จจริงในแต่ละขณะให้มากที่สุดเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพของประเทศสมาชิกในการรับมือกับการระบาด แต่ในบางกรณี WHO ดูจะมีแรงจูงใจในการสื่อสารเพื่อรักษาภาพลักษณ์ของตนเอง นอกจากนี้ ในบางกรณี WHO ใช้เวลานานก่อนจะเปลี่ยนคำแนะนำที่เคยประกาศไว้ถึงแม้ว่าจะมีข้อมูลจากงานวิจัยใหม่ๆ ออกมาหักล้างคำแนะนำเดิม ทำให้ WHO เสียความน่าเชื่อถือ และประเทศสมาชิกเลยละเลยข้อแนะนำของ WHO เกี่ยวกับการเดินทางระหว่างประเทศและการใช้หน้ากากอนามัย

ในท้ายที่สุด การศึกษาชิ้นนี้ได้เสนอขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงการต่างประเทศอาจพิจารณานำไปใช้ประโยชน์ โดยอ้างอิงคู่มือการสื่อสารขององค์การสาธารณสุขในภาวะวิกฤตที่มีการศึกษาไว้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับคู่มือต่างๆ กับบทเรียนจากการสื่อสารของ WHO จะเห็นได้ว่า ในบางส่วน WHO น่าจะพิจารณาปรับเปลี่ยนลักษณะการสื่อสาร ในขณะเดียวกัน ประเทศสมาชิกควรจะต้องเริ่มกระบวนการเจรจาปรับปรุงกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ไปพร้อมกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนได้รับโอกาสให้จัดทำรายงานการศึกษานี้ในช่วงเวลาที่มีการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 กำลังเข้าสู่ “ระลอกสอง (second wave)” ในหลายประเทศ ในขณะที่การระบาดระลอกแรกยังคงลุกลามไม่สิ้นสุดในอีกหลายประเทศ วิฤตครั้งนี้ “ยังไม่เห็นทางจบ” ไม่มีใครคาดเดาได้ว่า นักวิทยาศาสตร์จะค้นพบวัคซีนป้องกันและยารักษาโรคที่มีประสิทธิผลได้เมื่อไร และ “ความปกติใหม่ (New Normal)” จะนำพามนุษยชาติไปสู่การพัฒนาในรูปแบบใดบ้าง

การศึกษาทเรียนทุกๆ ด้านจากเหตุการณ์ครั้งนี้ จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการก้าวเดินต่อไปของทุกประเทศ ซึ่งผู้เขียนหวังว่ารายงานการศึกษาชิ้นนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้สำหรับทุกฝ่าย

ตลอดระยะเวลา 4 ปีที่ผู้เขียนประจำการที่คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ นครเจนีวา ผู้เขียนได้รับโอกาสการเรียนรู้และแรงบันดาลใจสนับสนุนจากทั้งเอกอัครราชทูตธานี ทองภักดี เอกอัครราชทูตเศษ วรรณเมธี และนายศศิวัฒน์ ว่องสินสวัสดิ์ อัครราชทูตในขณะนั้น รวมทั้งเพื่อนร่วมงานฝ่ายเศรษฐกิจและฝ่ายสาธารณสุขในรุ่นต่างๆ ทั้ง ดร. ชาลี กาญจนกฤษณ์ นางเบญจพร พาธิเยร์ ดร. กิจวัตร ทาเจริญ และ ดร. ฐิติรัตน์ ว่องแก้ว ผู้ซึ่งติดตามการบรรยายสรุปและข้อมูลข่าวสารทุกอย่างจาก WHO อย่างไม่เคยขาดตกบกพร่อง โดยทุกคนเป็น “เพื่อนคู่คิด” ขึ้นยอดในการทำงานของผู้เขียนตลอดมา

นอกเหนือจากเพื่อนร่วมงานในกระทรวงการต่างประเทศแล้ว ผู้เขียนซาบซึ้งในพระคุณและความรักความเมตตาที่ผู้นำในวงการสาธารณสุขระหว่างประเทศสองท่านของไทย ได้แก่ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ได้มอบแก่ผู้เขียนเสมอมา ความรักชาติและประชาชน และความเสียสละของคุณหมอทั้งสองท่าน เป็น “ลมใต้ปีก” ให้ผู้เขียนและผู้แทนไทยทุกคนได้เรียนรู้และเติบโตในเวทีสาธารณสุขโลก ซึ่งความเป็นมิตรและการทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็งของผู้บริหารและผู้แทนจากหน่วยงานด้านสุขภาพและสาธารณสุขของไทยทุกท่าน ที่ได้ร่วมกัน “ปักธงไทย” ให้โบกสะบัดในเวทีโลกเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะคงอยู่ในความทรงจำของผู้เขียนไม่ลืมเลือน

ขอขอบพระคุณเอกอัครราชทูตวิมล คิตชอบ อธิบดีท่านแรกในกระทรวงการต่างประเทศของผู้เขียนและเป็นประธานคณะอาจารย์ที่ปรึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งรองศาสตราจารย์ ดร. กฤตินี ณัฏฐวุฒิสิทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภัทเรศ ศรีโชติ ที่ได้กรุณาสนับสนุน ตั้งคำถามให้คำแนะนำ และเปิดโอกาสให้ผู้เขียนสนุกกับงานการศึกษานี้โดยยังสามารถทำงานได้สำเร็จ

ขอขอบคุณการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติมิตรทุกท่านของผู้เขียน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
สามี พี่วิชชุ ผู้เป็นแบบอย่างที่ดีในการดำรงชีวิตและตั้งคำถามแปลกใหม่เพื่อลบล้างความคิดของผู้เขียนให้
แหลมคม และน้องสาว พี่อ่อนฟ้า ผู้เปิดโลกทัศน์ของผู้เขียนและดูแลความสุขของทุกคนอย่างดียิ่ง

ในท้ายที่สุดนี้ ผู้เขียนขอขอบพระคุณผู้อำนวยความสะดวก ฤมาศ และเจ้าหน้าที่ของสถาบัน
การต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการทุกท่าน ที่สนับสนุนกระบวนการจัดทำและนำเสนอรายงาน
การศึกษาให้ดำเนินไปด้วยความราบรื่น รวมทั้งทุ่มเทแรงกายแรงใจจัดหลักสูตรอบรมอย่างดียเยี่ยม

ข้อคิดเห็นทั้งหมดในรายงานการศึกษานี้เป็นความเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียน และผู้เขียน
ย่อมรับความไม่สมบูรณ์ใดๆ ของรายงานนี้เป็นของผู้เขียนเพียงผู้เดียว

กัญญรัตน์ เวชชาชีวะ

กันยายน 2563

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลังและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา	2
1.4 คำถามการศึกษา	4
1.5 ประโยชน์ของการศึกษา	4
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 แนวคิดทฤษฎี	5
2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
2.3 สรุปกรอบแนวคิด	12
บทที่ 3 ผลการศึกษา	16
3.1 ลำดับเหตุการณ์สำคัญ การดำเนินการและช่องทางการสื่อสารของ WHO	16
3.2 การสื่อสารแต่ละรูปแบบของ WHO ตามแนวคิด (Olsson 2014) และผลจากการสื่อสาร	18
บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	34
4.1 สรุปผลการศึกษา	34
4.2 ข้อเสนอแนะ – Standard Operating Procedure (SOP) สำหรับการสื่อสาร โดยองค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤต	39
4.3 บทส่งท้าย	42
บรรณานุกรม	46

ภาคผนวก

ก. ธรรมนูญก่อตั้ง WHO (Constitution of the World Health Organization)	49
ข. รายชื่อคณะกรรมการฉุกเฉินระหว่างประเทศว่าด้วยการระบาดของ เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่	69
ค. การประกาศระงับการเดินทางระหว่างประเทศครั้งแรกของประเทศต่างๆ	75
ประวัติผู้เขียน	77

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แรงจูงใจ-วิธีการ และผลของการสื่อสารใน 3 กรณีศึกษา

19

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	การสื่อสารโดยองค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤตในบริบทที่โซเชียลมีเดียมีอิทธิพลกว้างขวาง	10
ภาพที่ 2	กรอบแนวคิดการสื่อสารขององค์กรสาธารณะ 4 ลักษณะ	11
ภาพที่ 3	ข้อเสนอ SOP สำหรับกรมสารนิเทศ กระทรวงการต่างประเทศ	40

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลังและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization–WHO) ประกาศเกี่ยวกับโรคใหม่นี้เป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รุนแรง และลุกลามไปทั่วโลก รัฐบาลของประเทศส่วนใหญ่ได้เตรียมความพร้อมรับมือกับการระบาดของโรคอุบัติใหม่อย่างเพียงพอ ในขณะที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการกำหนดและประกาศมาตรการควบคุมโรคและรับมือกับผลกระทบต่างๆ ต่อสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

โดยที่โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ประชากรโลกส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคการศึกษาวิจัย ต่างไม่มีความรู้ความเข้าใจในการรับมือกับการระบาดของโรคใหม่นี้ จึงจำเป็นต้องพึ่งแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคจากหน่วยงานหรือองค์กรกลางที่น่าเชื่อถือเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการบริหารจัดการภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะต้นของการระบาดที่นักวิทยาศาสตร์จากสถาบันด้านสุขภาพและสาธารณสุขต่างๆ ยังไม่มีโอกาสและข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์วิจัยเกี่ยวกับโรคใหม่

WHO เป็นองค์การชำนาญพิเศษของสหประชาชาติที่สร้างขึ้นโดยรัฐบาลของสมาชิก สหประชาชาติปัจจุบันมีสมาชิกจำนวน 194 ประเทศ¹ มีหน้าที่สำคัญประการหนึ่งได้แก่การให้ข้อมูล (information) ข้อแนะนำ (guidance) และความช่วยเหลือ (assistance) ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขสำหรับประชาชนทั่วโลก² และโดยที่สามารถถือได้ว่ารัฐบาลของประเทศและดินแดนต่างๆ เป็นผู้แทนของประชาชนของตน เมื่อเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ทุกครั้ง รัฐบาลประเทศสมาชิกส่วนใหญ่จะหันไปหา WHO เพื่อแสวงหาข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับมาตรการที่จะช่วยรับมือกับการระบาดของโรค

การสื่อสารที่ชัดเจนระหว่าง WHO กับรัฐบาลของประเทศสมาชิก เป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมการระบาดของโรค ซึ่งส่งผลไปยังความสามารถในการรับมือกับ

¹ สมาชิก WHO ประกอบด้วยสมาชิกสหประชาชาติ 193 รัฐ ยกเว้นลิกเตนสไตน์ และเพิ่มหมู่เกาะคุก และเกาะนีอูเอ อย่างไรก็ดี เพื่อความราบรื่นของการอ่านรายงานการศึกษา ผู้เขียนใช้คำว่า “ประเทศสมาชิก” แทนวลี “รัฐสมาชิก WHO”

² Constitution of the World Health Organization, Article 2(q) ซึ่งควรอ่านประกอบกับบทนำ (preamble) ของธรรมนูญก่อตั้ง WHO ด้วย

สถานการณ์ด้านอื่นๆ ด้วย เพราะการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญของการหยุดยั้งหรือแพร่ขยายโรคไปสู่บุคคลใกล้เคียงและสู่สังคมในที่สุด

ภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ผ่านมา 6 เดือน ระดับความเข้มข้นของภาวะวิกฤตได้เริ่มบรรเทาลงในระดับหนึ่ง บุคลากรหลายฝ่ายจึงสามารถผ่อนคลายจากภารกิจรับมือกับสถานการณ์มาประเมินผลการรับมือกับสถานการณ์ในช่วงที่ผ่านมาเพื่อเร่งหาบทเรียน การศึกษาขึ้นนี้เลือกที่จะวิเคราะห์และประเมินเกี่ยวกับการสื่อสารของ WHO เพื่อแสวงหาบทเรียนสำคัญที่ได้และนำไปพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ดี (best practices) ซึ่งในท้ายที่สุดผลการวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จที่วิเคราะห์ได้ก็น่าจะสามารถนำมาพัฒนา Standard Operating Procedures (SOPs) สำหรับภาวะวิกฤตอื่นได้ในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของแนวทางการสื่อสารโดย WHO ในภาวะวิกฤตที่มีความจำเป็นเร่งด่วนและขาดแคลนข้อมูลสำคัญเฉพาะหน้า

1.2.2 เพื่อสังเคราะห์บทเรียนสำหรับองค์กรสาธารณะที่มีภารกิจสำคัญด้านการสื่อสารต่อสาธารณชน เช่น กรมสารนิเทศ กระทรวงการต่างประเทศ

1.3 ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา

1.3.1 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้จำกัดขอบเขตไว้ที่ “การสื่อสารข้อมูลและข้อแนะนำเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จาก WHO ไปสู่รัฐบาลของประเทศสมาชิก” กล่าวคือ การวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสารตามทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิด จะจำกัดขอบเขตไว้เฉพาะกรณีที่ WHO เป็นผู้ส่งสาร และรัฐบาลของประเทศสมาชิกเป็นผู้รับสาร บนสมมติฐานที่ว่า รัฐบาลต่างๆ มีหน้าที่นำข้อมูลและข้อแนะนำที่ได้จาก WHO มาประมวลร่วมกับข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เพื่อจัดทำเป็นข้อมูลและข้อแนะนำให้แก่ประชาชนในประเทศของตนอีกต่อหนึ่ง โดยครอบคลุมเหตุการณ์สำคัญที่เป็นตัวอย่างกรณีศึกษา (situational focus) สามกรณี ได้แก่ (1) การประกาศระดับความเสี่ยง (risk assessment) และความรุนแรงของการระบาด (PHIEC) รวมถึงการประกาศว่า โรคนี้เข้าสู่การระบาดใหญ่ (pandemic) แล้วหรือไม่ (2) การประกาศคำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ และ (3) การให้คำแนะนำเรื่องการใช้หน้ากากอนามัย

1.3.2 ช่วงเวลา

ได้แก่ ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน 2563 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่การระบาดเริ่มต้น ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ชัดเจน รัฐบาลและประชาชนของประเทศต่างๆ มีความตื่นตระหนกสูงที่สุด และการสื่อสารจากองค์กรสาธารณะมีความหมายและความจำเป็นมากที่สุด

1.3.3 ข้อมูล

1.3.3.1 สารของ WHO ได้แก่ ข้อมูล (information) และคำแนะนำ (guidance) สำหรับประเทศต่างๆ ในภาวะการระบาดใหญ่ (pandemic) ของโรคโควิด-19 ซึ่งสืบค้นได้จาก ช่องทางการสื่อสารของ WHO ได้แก่ 1) เว็บไซต์ของ WHO 2) ช่องทางโซเชียลมีเดียที่ WHO ใช้ สื่อสาร ทั้ง Twitter Facebook YouTube 3) เอกสารของคณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา เช่น โทรเลข และบันทึกสรุป การแถลงข่าว (media briefings) และการประชุมให้ ข้อมูลแก่ประเทศสมาชิก (information sessions) โดย WHO เพื่อนำมาอนุมานเกี่ยวกับข้อคำนึงของ WHO ในการตัดสินใจเลือกสื่อสารด้วยเนื้อหาและวิธีต่างๆ

1.3.3.2 กรณีศึกษา (situational focus) 3 กรณี ได้แก่ (1) การประกาศระดับ ความเสี่ยง (risk assessment) และความรุนแรงของการระบาด (PHIEC) รวมถึงการประกาศว่า โรคนี้เข้าสู่การระบาดใหญ่ (pandemic) แล้วหรือไม่ (2) การประกาศคำแนะนำเรื่องการเดินทาง ระหว่างประเทศ และ (3) การให้คำแนะนำเรื่องการใช้หน้ากากอนามัย

1.3.3.3 การประเมินผลจากการสื่อสารของ WHO ว่าได้ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์และน่าเชื่อถือ (ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่อ้างอิงในบทที่ 2) แบ่งเป็น

1) การประเมินผลทางตรงจากการสัมภาษณ์ทางอีเมล (*ทำได้เมื่อผู้ถูก สัมภาษณ์ให้ความร่วมมือ เนื่องจากการแสดงท่าที่เป็นลบหรือวิพากษ์วิจารณ์ เป็นการผิดธรรมเนียม ปฏิบัติทางการทูตที่สำคัญ จึงอาจจะไม่มีนักการทูตยินยอมให้ความร่วมมือ)

2) การประเมินผลทางอ้อม (induce) ด้วยการรวบรวมข้อมูลและ ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ WHO เผยแพร่ต่อสาธารณะ ตามกรณีศึกษา (situational focus) สามกรณี ได้แก่ (1) การประกาศระดับความเสี่ยง (risk assessment) และความรุนแรงของการระบาด (PHIEC) รวมถึงการประกาศว่า โรคนี้เข้าสู่การระบาดใหญ่ (pandemic) แล้ว (2) การประกาศคำแนะนำเรื่อง การเดินทางระหว่างประเทศ และ (3) การให้คำแนะนำเรื่องการใช้หน้ากากอนามัย

1.3.4 ระเบียบวิธีการศึกษาและวิธีการดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาวิเคราะห์เชิงพรรณนา ด้วยการประยุกต์ใช้กรอบความคิดตามทฤษฎี การสื่อสารขององค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤต (crisis communication by public organization) ที่มองการสื่อสารโดยองค์กรสาธารณะใน 2 มิติที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ มิติ “ระดับ” ของการสื่อสาร

(operational vs. strategic) และมีติ “เป้าประสงค์” ของการสื่อสาร (reputation-induced vs. resilience-induced)

1.4 คำถามการศึกษา

1.4.1 วิเคราะห์การสื่อสารโดย WHO–การสื่อสารด้วยรูปแบบใดและเนื้อหาใด ได้ผลดีต่อประเทศสมาชิก WHO ในภาวะวิกฤต? การสื่อสารแบบใดที่ไม่ควรทำในภาวะวิกฤต? เพราะเหตุใด?

1.4.2 สังเคราะห์บทเรียนและพัฒนา Standard Operating Procedures (SOPs) สำหรับภาวะวิกฤต–ปัจจัยใดที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ? ปัจจัยอื่นใดนอกเหนือจากการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อความสามารถของประเทศต่างๆ ในการรับมือกับภาวะวิกฤตทางสาธารณสุข?

1.5 ประโยชน์ของการศึกษา

1.5.1 เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการสื่อสารโดยองค์กรสาธารณสุขในภาวะวิกฤต

1.5.2 เป็นโอกาสวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนในแง่มุมต่างๆ เกี่ยวกับการสื่อสารในภาวะวิกฤตโดยองค์กรสาธารณสุข (ซึ่งมีพันธกิจต่อสังคมแตกต่างอย่างมากจากองค์กรภาคเอกชน) ในช่วงที่ภาวะวิกฤตลดความรุนแรงลงระดับหนึ่งแล้ว

1.5.3 นำข้อวิเคราะห์ที่ได้มาเป็นบทเรียนและตัวอย่างในการวางแผนการสื่อสารต่อสาธารณชนในภาวะวิกฤตขององค์กรสาธารณสุขอื่นๆ

1.5.4 เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ “แรงจูงใจ” ขององค์กรสาธารณสุขที่มีจากหลากหลายทิศทาง เพื่อประโยชน์สำหรับประเทศสมาชิกในความพยายามปรับเปลี่ยนการทำงานขององค์กรสาธารณสุขดังกล่าว ให้เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศสมาชิก

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทฤษฎี

การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารของ WHO ในภาวะวิกฤต อาศัยแนวคิดสองประการในส่วนที่เชื่อมโยงกัน (intersect) เป็นจุดตั้งต้นในการอธิบาย ได้แก่ (1) การสื่อสารในภาวะวิกฤต (crisis communication) และ (2) การสื่อสารขององค์กรสาธารณะ (communication by public organization) ซึ่งมีวรรณกรรมจำนวนหนึ่งที่วิเคราะห์การสื่อสารขององค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤต (crisis communication by public organization) ไว้เป็นการเฉพาะ

นอกจากนี้ การสื่อสารมวลชนในปัจจุบันมีพื้นที่โซเชียลมีเดียเป็นบริบทสำคัญอย่างยิ่ง ที่ปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสาร (องค์กรสาธารณะ) และผู้รับสาร (สาธารณชน) ไปอย่างมาก และส่งผลต่อพฤติกรรมและความสำเร็จของการสื่อสารโดยองค์กรสาธารณะด้วย

2.1.1 การสื่อสารในภาวะวิกฤตจากมุมมองขององค์กรสาธารณะ

Timothy Coombs นิยาม “ภาวะวิกฤติ (crisis)” ว่าเป็น “การรับรู้เหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ที่ทำลายความคาดหวังที่มีอยู่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเหตุการณ์นั้น” และนิยาม “การสื่อสารในภาวะวิกฤต (crisis communication)” ว่าเป็น “การประมวล กลั่นกรอง และวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำมาใช้เผยแพร่ในภาวะวิกฤต” (Coombs and Holladay 2010)

ทฤษฎีที่ใช้อธิบายการสื่อสารในภาวะวิกฤตในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมของบริษัทเอกชนที่ประสบปัญหาความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัทจากมุมมองของผู้บริโภค (Liu 2007) และมักให้คำแนะนำจากมุมมองของการประชาสัมพันธ์เพื่อรักษาภาพลักษณ์ของบริษัทเป็นหลัก ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรสาธารณะกับประชาชนครอบคลุมมิติอื่นๆ ที่สำคัญมากกว่าการรักษาภาพลักษณ์ขององค์กรในสายตาประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรสาธารณะมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อความเป็นอยู่ที่ดี (well being) ของสังคมในภาพรวม ในขณะที่บริษัทเอกชนมีพันธกิจที่มีขอบเขตจำกัดเพียงเฉพาะกับลูกค้าหรือผู้ที่มีศักยภาพจะเป็นลูกค้าของตนในรอบของสินค้าและบริการที่ตนขายเชิงพาณิชย์ นอกจากนี้ ความคาดหวังของสาธารณชนที่มีต่อองค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤต ยังครอบคลุมกว้างขวางกว่าความคาดหวังของสาธารณชนที่มีต่อบริษัทเอกชนแต่ละรายในภาวะวิกฤต

2.1.2 บทบาทขององค์กรสาธารณะด้านการสื่อสารในภาวะวิกฤต

ในภาวะวิกฤต ความสามารถและวิธีการสื่อสาร (form) และคุณลักษณะของสาร (content) จากองค์กรสาธารณะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สาธารณชนสามารถตอบสนองต่อภาวะวิกฤตอย่างได้ผล (Heath 2010) (Ulmer 2012) โดยอาจแยกการส่งผลออกได้เป็นสองส่วน คือ (1) ปัจจัยหลักของการส่งผลทางตรงจากตัวเนื้อสารที่ถูกต้อง และความสามารถในการนำเสนอสารที่ชัดเจนโดยองค์กรสาธารณะ และ (2) ปัจจัยรองของการส่งผลทางอ้อมจากภาพลักษณ์ขององค์กรสาธารณะในสายตาสาธารณชน ที่ส่งผลต่อความเชื่อถือของสาธารณชนต่อองค์กร 9 ที่นำมาสู่ความสำเร็จในการสื่อสารให้สาธารณชนสามารถตอบสนองต่อภาวะวิกฤตเช่นกัน จึงอาจกล่าวได้ว่าการสื่อสารขององค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤต องค์กรมักจะต้องคำนึงถึงทั้งปัจจัยหลักและปัจจัยรองข้างต้นไปพร้อมๆ กัน

2.1.3 การสื่อสารในบริบทที่โซเชี่ยลมีเดียมีอิทธิพลในวงกว้าง

โลกปัจจุบันมีลักษณะสำคัญคือปัจเจกบุคคลสามารถแบ่งปันข้อมูลสู่สาธารณะผ่านโซเชี่ยลมีเดียได้อย่างง่ายดาย ก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ๆ โดยไม่ต้องพึ่งองค์กรสาธารณะเป็นแหล่งความรู้เพียงแหล่งเดียว แต่สาธารณชนสามารถสร้าง “คลังความรู้สาธารณะ (collective intelligence)” ขึ้นมาได้ด้วยตนเอง (Jenkins 2006)

คุณลักษณะนี้ เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ในการสื่อสารระหว่างองค์กรสาธารณะกับสาธารณชนที่ (Liu 2007) อธิบายว่า เป็นวัฒนธรรมสองรูปแบบ ได้แก่ (1) “push” culture คือวัฒนธรรมการสื่อสารที่องค์กรสาธารณะมองตนเองเป็นหลัก ว่าต้องการส่งสารอะไรออกไป กลั่นกรองสารอย่างระมัดระวังและเป็นแบบแผนเดียวกัน รวมทั้งส่งสารนั้นอย่างเป็นคงเส้นคงวา และ (2) “pull” culture คือวัฒนธรรมการสื่อสารที่ปัจจัยหลักคือความต้องการของปัจเจกบุคคล ที่แต่ละคนมีธรรมชาติต่างกันและมีจำนวนมาก ทำให้การประมวลผลจากโซเชี่ยลมีเดียมีลักษณะรวดเร็ว อีกทั้งเป็นข้อมูลที่หลากหลายและกระจัดกระจาย (diverse and fragmented)

2.1.4 นิยามสำหรับการศึกษานี้

WHO เป็น “องค์กรสาธารณะ” และ รัฐบาลประเทศสมาชิก เป็น “ผู้แทนสาธารณชนของประเทศต่างๆ” เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดข้างต้นกับสถานการณ์

2.2 วรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานศึกษานี้ทบทวนวรรณกรรมสองกลุ่มหลักที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของ WHO ในภาวะวิกฤต ได้แก่ (1) วรณกรรมเกี่ยวกับการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ WHO และความตกลงระหว่างประเทศสำหรับภาวะวิกฤตด้านสุขภาพ และ (2) กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เป็นสมมติฐานว่าองค์กรสาธารณะสื่อสารไปเพื่ออะไร และอย่างไร

2.2.1 ธรรมนูญของ WHO (Constitution of the World Health Organization)

(ภาคผนวก ก)

ธรรมนูญของ WHO คือเอกสารก่อตั้งองค์กรที่ประเทศสมาชิกเห็นชอบร่วมกัน³ เพื่อกำหนดแนวคิดพื้นฐาน (principles) พันธกิจและภาระหน้าที่ (functions) ที่องค์กรจะต้องยึดถือ

2.2.1.1 WHO หมายถึงใคร

ธรรมนูญแบ่งกลไกการบริหารและดำเนินงานขององค์กรออกเป็น 3 ส่วน ที่ทำงานเชื่อมโยงกัน⁴ ได้แก่

1) สมัชชาอนามัยโลก (the World Health Assembly เรียกว่า the Assembly) เป็นเวทีการประชุมระหว่างประเทศสมาชิก ธรรมนูญกำหนดหน้าที่ของสมัชชาฯ ไว้ชัดเจนใน Article 9 ให้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพระหว่างประเทศ ประชุมปีละ 1 ครั้ง

2) คณะกรรมการบริหาร (the Executive Board เรียกว่า the Board) เป็นเสมือนคณะทำงานของสมัชชาฯ ประกอบด้วยประเทศสมาชิก 34 ประเทศที่ได้รับเลือก ให้เป็นผู้แทนจาก 6 ภูมิภาคทั่วโลก ดำรงตำแหน่งครั้งละ 3 ปี ธรรมนูญกำหนดหน้าที่ของ คณะกรรมการบริหารไว้ใน Article 18 อย่างชัดเจน ทั้งในด้านเสนอร่างนโยบายให้สมัชชาฯ พิจารณา และด้านการนำนโยบายที่สมัชชาฯ เห็นชอบแล้วมาถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ประชุมปีละ 2 ครั้ง

3) ฝ่ายเลขานุการ (the Secretariat) ในธรรมนูญไม่มีข้อบทที่กำหนด ภารกิจของฝ่ายเลขานุการไว้ชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติ ฝ่ายเลขานุการเป็นหน่วยปฏิบัติตามข้อมติและ ข้อตัดสินใจต่างๆ ของสมัชชาฯ และคณะกรรมการบริหาร ความสำเร็จประสิทธิภาพของฝ่ายเลขานุการ จึงขึ้นกับการขับเคลื่อนและตรวจสอบโดยผู้แทนประเทศสมาชิกเป็นสำคัญ

อาจกล่าวได้ว่า “WHO” ในสายตาสาธารณชน แท้ที่จริงแล้วคือฝ่าย เลขานุการขององค์กรที่ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายจากประเทศสมาชิก และ “การสื่อสารโดย WHO” ที่สาธารณชนเข้าใจและใช้หมายความถึงในรายงานการศึกษานี้ หมายถึง “การสื่อสารจาก ฝ่ายเลขานุการของ WHO”

2.2.1.2 WHO มีภารกิจอะไร

³ ในการประชุมนานาชาติเพื่อร่างกฎบัตรสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2488 ทุกฝ่ายมีความเห็นต้องกันว่า สหประชาชาติ ควรมีการอนามัยระหว่างประเทศด้วย และในปีต่อมาได้มีการประชุมอนามัยโลก ณ กรุงนิวยอร์ก เพื่อร่าง ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกขึ้น ในขณะที่รอการให้สัตยาบันของประเทศต่างๆ ได้มีการตั้งคณะกรรมการ ชั่วคราวขึ้น ทำหน้าที่ก่อตั้งองค์การอนามัยโลกให้สอดคล้องกับธรรมนูญที่ได้ร่างไว้ เมื่อประเทศต่างๆ ให้สัตยาบัน เพียงพอแล้ว องค์การอนามัยโลกก็ได้ก่อตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2491 (สารานุกรมไทย สำหรับเยาวชน เล่มที่ 9 พ.ศ. 2526)

⁴ Constitution of the World Health Organization, Articles 2 และ 9

ธรรมนูญได้กำหนดภารกิจขององค์กรโดยรวมไว้ใน Article 2 ซึ่งมีข้อ ย่อย 22 ข้อ โดยภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาหาความรู้ กำหนด และประกาศมาตรฐานและ ข้อเสนอแนะด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศบนพื้นฐานของข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของภารกิจด้านการสื่อสารขององค์กรในภาวะวิกฤตทางสาธารณสุข มี 7 ข้อ ได้แก่

2(a) to act as the directing and co-ordinating authority on international health work;

2(f) to establish and maintain such administrative and technical services as may be required, including epidemiological and statistical services;

2(g) to stimulate and advance work to eradicate epidemic, endemic and other diseases;

2(j) to promote co-operation among scientific and professional groups which contribute to the advancement of health;

2(n) to promote and conduct research in the field of health;

2(q) to provide information, counsel and assistance in the field of health;

2(r) to assist in developing an informed public opinion among all peoples on matters of health;

แสดงให้เห็นว่า WHO มีภารกิจที่จะต้องรวบรวมและพัฒนาความรู้ รวมทั้งวิเคราะห์และสื่อสารข้อมูลและข้อเสนอแนะล่าสุดด้านสาธารณสุขแก่ประชาคมโลก

2.2.2 กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations-IHR)

เป็นสนธิสัญญาระหว่างประเทศสมาชิกของ WHO เพียงฉบับเดียวในโลกที่กำหนด มาตรการควบคุมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern-PHEIC) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระดับ สากล มีขอบเขตเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อกันระหว่างประเทศสมาชิก และหน้าที่ขององค์การระหว่าง ประเทศอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมี WHO เป็นหน่วยงานนำและหน่วยประสานงานหลัก

ประเทศสมาชิก WHO รับรองกฎอนามัยฯ ฉบับแรกเมื่อปี 2494 ซึ่งครอบคลุม เพียงโรคระบาดสามโรค ไม่มีข้อบังคับให้ประเทศสมาชิกต้องแจ้งข้อมูลแก่ประชาคมระหว่างประเทศ เกี่ยวกับการระบาดใหม่ของโรคติดต่อหรือสถานการณ์วิกฤตด้านสุขภาพอื่นๆ อีกทั้งไม่กำหนด ขอบเขตของมาตรการที่ประเทศสมาชิกจะใช้ต่อประเทศอื่นในสถานการณ์การระบาด (Fidler 2004) นอกจากนี้ ยังไม่มีกลไกหรือนิยามที่กำหนดว่า สถานการณ์ร้ายแรงเท่าใดจึงจะเรียกว่าเป็น PHEIC

กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (ค.ศ. 2005) ที่มักเรียกโดยย่อว่า **IHR (2005)**⁵ เป็นกฎอนามัยฯ ฉบับปรับปรุงที่ผ่านการเจรจาระหว่างประเทศสมาชิกมาตั้งแต่ปี 2538 แต่การเจรจาเป็นไปอย่างล่าช้าจนกระทั่งเกิดการระบาดของโรค Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) ขึ้นเมื่อปี 2546 จึงเป็นแรงผลักดันให้ในปี 2548 นานาประเทศรับรองข้อเสนอปรับปรุงกฎอนามัยฯ ดังกล่าว โดยมุ่งหวังจะให้เนื้อหาของกฎอนามัยฯ ฉบับนี้สอดคล้องกับความเสี่ยงด้านสาธารณสุขในมิติที่กว้างขวางขึ้น อาทิ ให้ครอบคลุมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่นๆ นอกเหนือจากโรคระบาด (เช่น สารเคมีและกัมมันตรังสี) ในขณะเดียวกันยังคงเจตนารมณ์ดั้งเดิมเรื่องหลีกเลี่ยงการแทรกแซงโดยไม่จำเป็นต่อการจราจรและการค้าระหว่างประเทศ (เปรมศรี 2561) นอกจากนี้ ยังมีข้อบทเรื่องการประเมินศักยภาพของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศรวมถึงความสามารถในการเฝ้าระวัง ซึ่งบังคับให้ประเทศสมาชิกพัฒนาสมรรถนะหลัก (core capacity) ในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (รังษิวงศ์ 2557) ที่ต่อมาได้รับการพัฒนาเป็น Joint External Evaluation (JEE) Tools ให้แต่ละประเทศประเมินตนเองในมิติดังกล่าว

อย่างไรก็ดี IHR (2005) จำกัดขอบเขตการกำหนดให้สถานการณ์ใดเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศเป็นการพิจารณาแบบทวิลักษณ์ คือ “เป็น” หรือ “ไม่เป็น” โดยในการกำหนดว่าสถานการณ์ใดถือเป็น PHEIC แต่ละครั้งจะต้องรอการพิจารณาของคณะกรรมการฉุกเฉินตามกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR Emergency Committee) ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญอิสระจากนานาชาติที่ได้รับการแต่งตั้งขึ้นมาแต่ละครั้งเป็นการเฉพาะของการระบาดในแต่ละโรค⁶

นอกจากนี้ IHR (2005) มิได้กำหนดแนวทางปฏิบัติภายหลังการประกาศ PHEIC ว่าประเทศสมาชิกต่างๆ ควรกำหนดมาตรการควบคุมสถานการณ์ภายในประเทศของตนเช่นไร IHR (2005) ได้แต่เพียงกำหนดมาตรการ “ปลายน้ำ” คือแนวทางปฏิบัติระหว่างประเทศที่จุดผ่านแดนระหว่างประเทศต่างๆ ทำให้ถึงแม้ทุกประเทศจะมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายคนและสินค้าข้ามแดนแต่กลับขาดแนวทางการกำหนดนโยบายภายในประเทศที่ควรจะต้องสอดคล้องกัน (เช่น มาตรการระงับการระบาดของโรคในระดับความเข้มข้นที่ใกล้เคียงกัน) เพื่อให้การรับมือกับสถานการณ์ภายในของแต่ละประเทศเป็นไปโดยเสมอกัน โดยเจตนารมณ์ของผู้เจรจาในอดีตน่าจะเพื่อรักษาอำนาจอธิปไตยของแต่ละประเทศให้รัฐบาลสามารถกำหนดนโยบายภายในประเทศได้เอง โดยอาจไม่ทันตระหนักว่า แต่ละประเทศมีศักยภาพแตกต่างกันมากในการกำหนดนโยบายและบังคับใช้มาตรการที่ได้ผลในการรับมือกับสถานการณ์ หากประเทศใดมีมาตรการควบคุมโรคที่ย่อหย่อนกว่าประเทศอื่น ประเทศที่เป็นจุดหมายปลายทางของผู้เดินทางออกจาก

⁵ เอกสารความยาว 85 หน้า สืบค้นที่ <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>

⁶ IHR (2005) Article 12, 48 และ 49 และ (เปรมศรี พ.ศ. 2561)

ประเทศนั้นย่อมเสี่ยงต่อการรับเชื้อโรคถึงแม้ว่าจะมีมาตรการภายในที่ดีก็ตาม ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็น “ช่องว่างทางนโยบายระหว่างประเทศ” ที่สำคัญ

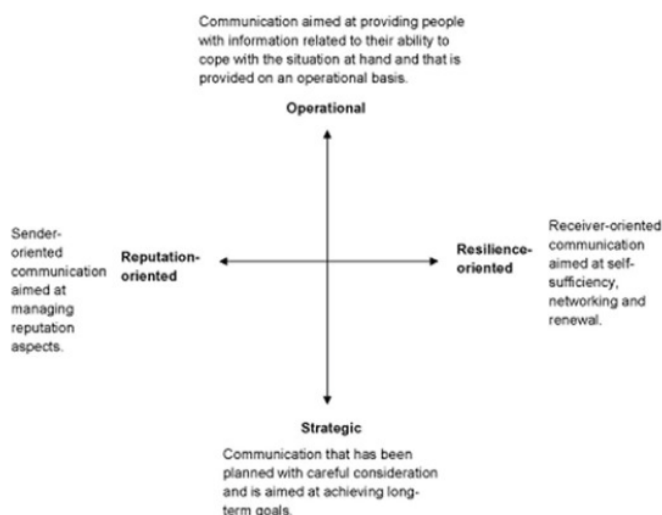
2.2.3 การศึกษาของ Eva-Karin Olsson เรื่อง “Crisis Communication in Public Organisations: Dimensions of Crisis Communication Revisited” (2014)

(Olsson 2014) สังเคราะห์กรอบแนวคิดใหม่ขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ในข้อ 2.1 ข้างต้น โดยวิเคราะห์ทั้งเนื้อหา (content) และวิธีการ (form) ของการสื่อสารโดยองค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤตในบริบทที่โซเซียลมีเดียมีอิทธิพลกว้างขวาง ในสองมิติ ได้แก่

1) “ระดับความคิด” ของการสื่อสาร Olsson แบ่งออกเป็นสองระดับ ได้แก่ การสื่อสารระดับปฏิบัติการ (Operational communication) เน้นการสื่อสารข้อมูลอย่างตรงไปตรงมาในระดับปฏิบัติเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตัวในภาวะวิกฤต และการสื่อสารระดับยุทธศาสตร์ (Strategic communication) เน้นการสื่อสารที่จูงใจออกแบบเพื่อ “หวังผล” ใดๆ อย่างหนึ่งในระยะยาว

2) เป้าประสงค์ของการสื่อสาร Olsson แบ่งออกเป็นสองเป้า ได้แก่ การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความสามารถ (Resilience-oriented communication) ของสาธารณชนในการรับมือกับภาวะวิกฤต และการสื่อสารเพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ (Reputation-oriented communication) ขององค์กรสาธารณะเอง

Crisis Communication in Public Organisations: Dimensions of Crisis Communication Revisited



ภาพที่ 1 การสื่อสารโดยองค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤตในบริบทที่โซเซียลมีเดียมีอิทธิพลกว้างขวาง (Olsson 2014)

จากนั้น (Olsson 2014) ได้ใช้กรอบความคิดดังกล่าววิเคราะห์ตัวอย่างการสื่อสารขององค์กรสาธารณะออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

Crisis Communication in Public Organisations: Dimensions of Crisis Communication Revisited



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการสื่อสารขององค์กรสาธารณะ 4 ลักษณะ

- 1) Operational communication for Resilience การสื่อสารระดับปฏิบัติอย่างตรงไปตรงมาให้สาธารณชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้องรวดเร็วที่สุดเพื่อประโยชน์ในการรับมือกับภาวะวิกฤต
- 2) Operational communication for Reputation การสื่อสารระดับปฏิบัติเพื่อรักษาและเสริมสร้างภาพลักษณ์ขององค์กรผู้ส่งสาร
- 3) Strategic communication for Resilience การสื่อสารระดับยุทธศาสตร์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของสาธารณชนในการรับมือกับภาวะวิกฤต
- 4) Strategic communication for Reputation การสื่อสารระดับยุทธศาสตร์เพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์ขององค์กรผู้ส่งสาร

2.3 กรอบแนวคิด

2.3.1 ลักษณะองค์กร ภาวะวิกฤต และบริบทของการสื่อสาร

ก่อนจะเกิดการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ประเทศส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมความพร้อมรับมือกับโรคระบาดอุบัติใหม่อย่างเพียงพอ⁷ ในช่วงต้นของการระบาดประเทศสมาชิกต่างๆ จึงมีทั้งความต้องการข้อมูลและข้อเสนอแนะที่จะช่วยให้สามารถกำหนดนโยบายและมาตรการรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนต้องการ “ความมั่นใจ” จากหน่วยงานกลางที่สามารถใช้เป็นหลักอ้างอิงได้ และโดยที่ธรรมนูญก่อตั้ง WHO เขียนหลักการและหน้าที่ขององค์กรไว้ครอบคลุมมิติดังกล่าว ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่จึงมีความคาดหวังต่อฝ่ายเลขานุการของ WHO ให้เป็นองค์กรกลางที่กำหนดและเผยแพร่ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับโรคใหม่นี้ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์และน่าเชื่อถือ เพราะ WHO ติดตามพัฒนาการการระบาดอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ต้น และมีเครือข่ายรวบรวมข้อมูลอย่างกว้างขวางทั่วโลก จึงควรจะมี “พร้อม” ที่จะสื่อสารข้อมูลและข้อเสนอแนะที่น่าจะเป็นประโยชน์มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในขณะนั้น

อย่างไรก็ดี WHO เป็นองค์การระหว่างประเทศที่พึ่งพาเงินสนับสนุนองค์กรเกือบทั้งหมดจากประเทศสมาชิก ไม่ว่าจะเป็นเงินค่าสมาชิกองค์กร (Assessed Contribution-AC) หรือเงินบริจาคด้วยความสมัครใจ (Voluntary Contribution-VC) ก็ตาม ดังนั้น พฤติกรรมของฝ่ายเลขานุการของ WHO จึงเชื่อมโยงอย่างแนบแน่นกับความต้องการรักษาภาพลักษณ์องค์กรในสายตาของประเทศสมาชิก ซึ่งย่อมประกอบด้วยหลายกลุ่มหลายท่าที อีกทั้งมีทัศนคติต่อ WHO แตกต่างกันไป ซึ่ง WHO ทราบดีถึงท่าทีของแต่ละกลุ่ม แต่ก็ต้องพยายามรักษา “ความเป็นกลาง” ในฐานะองค์กรกลางระหว่างประเทศที่มีทุกประเทศเป็นสมาชิก

2.3.2 การอธิบายพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของ WHO ตามแนวคิดของ (Olsson 2014)

ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของ (Olsson 2014) แบ่งการสื่อสารระหว่างฝ่ายเลขานุการของ WHO กับประเทศสมาชิกออกเป็น 4 ลักษณะ ตามข้อ 2.2.3 ข้างต้น เพื่อเป็นกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ “แรงจูงใจ” และผลที่เกิดขึ้นจากการสื่อสารทั้ง 4 ลักษณะ โดยเลือกกรณีศึกษาพฤติกรรมของ WHO ที่ให้ข้อเสนอแนะด้านสาธารณสุขใน 3 กรณี ได้แก่ (1) การประกาศการประเมินระดับความเสี่ยง (risk assessment) การประกาศว่าโรคนี้เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) และการพิจารณาว่าการระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHIEC) หรือไม่ (2) การประกาศคำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ และ (3) การให้คำแนะนำเรื่องการใช้หน้ากากอนามัย

⁷ ผลการประเมินศักยภาพประเทศตามแนวทาง JEE ของแต่ละประเทศก่อนเกิดวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 สืบค้นได้ที่ <https://www.who.int/ihr/procedures/mission-reports/en/>

นิยามแนวคิดของ (Olsson 2004) สำหรับการศึกษา

Operational communication หมายถึง การสื่อสารข้อมูลและข้อเสนอแนะเชิงเทคนิคในรายละเอียด ด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และสาธารณสุข ฯลฯ

Strategic communication หมายถึง การสื่อสารที่มีจุดมุ่งหมายเชิงจิตวิทยาเพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกนึกคิดบางอย่างในผู้รับสาร เช่น ต้องการให้ผู้รับสารคลายความกังวลใจ ไม่ตื่นตระหนก หรือเพื่อให้ผู้รับสารได้เตรียมตัวเตรียมใจกับสถานการณ์บางอย่างที่กำลังจะมาถึง

Resilience หมายถึง ความสามารถของผู้รับสาร (รัฐบาลของประเทศสมาชิก) ในการรับมือกับภาวะวิกฤต

Reputation หมายถึง ภาพลักษณ์ ชื่อเสียง และความน่าเชื่อถือขององค์กรผู้ส่งสาร

การสื่อสารลักษณะที่ 1 Operational communication for Resilience

คำถามการศึกษา การสื่อสารของ WHO ช่วยเพิ่มความสามารถในการรับมือกับภาวะวิกฤติของประเทศสมาชิกหรือไม่ ใน 3 กรณี ได้แก่ (1) การประกาศการประเมินระดับความเสี่ยง (risk assessment) การประกาศว่าโรคนี้เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) และการพิจารณาว่าการระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHIEC) หรือไม่ (2) การให้คำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ และ (3) การให้คำแนะนำเรื่องการใช้หน้ากากอนามัย

การสื่อสารลักษณะที่ 2 Operational communication for Reputation

คำถามการศึกษา การสื่อสารของ WHO ช่วยรักษาภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือขององค์กรเรื่องการเป็นองค์กรกลางที่ทำหน้าที่รักษามาตรฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ด้านสาธารณสุข ตามธรรมนูญก่อตั้งองค์กรข้อ 2(f) 2(g) 2(j) 2(n) 2(q) 2(r) หรือไม่ ใน 3 กรณี ได้แก่ (1) การประกาศการประเมินระดับความเสี่ยง (risk assessment) การประกาศว่าโรคนี้เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) และการพิจารณาว่าการระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHIEC) หรือไม่ (2) การให้คำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ และ (3) การให้คำแนะนำเรื่องการใช้หน้ากากอนามัย

การสื่อสารลักษณะที่ 3 Strategic communication for Resilience

คำถามการศึกษา การสื่อสารของ WHO ที่มีวัตถุประสงค์เชิงจิตวิทยา อาทิ เพื่อไม่ให้คนตื่นตระหนก ช่วยเพิ่มความสามารถของประเทศสมาชิกในการรับมือกับภาวะวิกฤตหรือไม่ ใน 3 กรณี ได้แก่ (1) การประกาศการประเมินระดับความเสี่ยง (risk assessment) การประกาศว่าโรคนี้เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) และการพิจารณาว่าการระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้าน

สาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHIEC) หรือไม่ (2) การให้คำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ และ (3) การให้คำแนะนำเรื่องการใช้หน้ากากอนามัย

การสื่อสารลักษณะที่ 4 Strategic communication for Reputation

คำถามการศึกษา การสื่อสารของ WHO ที่มีวัตถุประสงค์เชิงจิตวิทยา อาทิ เพื่อไม่ให้คนตื่นตระหนก ช่วยรักษาภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือขององค์กรหรือไม่ ในทางกลับกัน การสื่อสารเช่นนี้กลับบั่นทอนภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือขององค์กรหรือไม่ ใน 3 กรณี ได้แก่ (1) การประกาศการประเมินระดับความเสี่ยง (risk assessment) การประกาศว่าโรคนี้เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) และการพิจารณาว่าการระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHIEC) หรือไม่ (2) การให้คำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ และ (3) การให้คำแนะนำเรื่องการใช้หน้ากากอนามัย

2.3.3 การถอดบทเรียนสำหรับองค์กรสาธารณะและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้รายงานการศึกษานี้เป็นประโยชน์ ผู้เขียนจะถอดบทเรียนจากการวิเคราะห์แรงจูงใจและแนวทางการสื่อสารของ WHO ข้างต้น นำมาประกอบการพัฒนา Standard Operating Procedure (SOP) สำหรับการสื่อสารโดยองค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤต เช่น สำหรับกรมสารนิเทศกระทรวงการต่างประเทศ เป็นต้น บนพื้นฐานของแนวทาง SOP ที่องค์กรสาธารณะชั้นนำระหว่างประเทศได้จัดทำไว้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนสามฉบับ ได้แก่

2.3.3.1 A Crisis Communication Guide for Public Organisations (2011)⁸

เป็นคู่มือการสื่อสารในภาวะวิกฤตที่เขียนขึ้นจากการศึกษาการนำทฤษฎีด้านการสื่อสารไปปฏิบัติในภาวะจริง โดยนักวิจัยจากฟินแลนด์ นอร์เวย์ อิสราเอล และเอสโตเนีย ระหว่างปี 2551– 2554 โดยได้รับทุนจากสหภาพยุโรป เน้นการบริหารจัดการและสื่อสารในภาวะวิกฤตอย่างเป็นองค์รวมที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยคู่มือเล่มนี้มีจุดเด่นที่ได้รวบรวมความท้าทายที่ผู้ที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงและอาจมีการตัดสินใจไว้ล่วงหน้าหากเป็นไปได้ (“Main challenges”)⁹ รวมถึงแง่คิดเกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ และข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง (“Core dilemmas and common myths”)¹⁰ จากผลการวิจัยโดยการสัมภาษณ์อย่างกว้างขวาง

⁸ http://www.crisiscommunication.fi/criscomscore/files/download/GUIDE_for_Public_Organisations.pdf

⁹ (Z. Reich 2011) Appendix A

¹⁰ (Z. Reich 2011) Appendix B

2.3.3.2 USCDC's Crisis / Emergency Risk and Communication (CERC) Crisis Communication Plan (2014)¹¹

ใช้หลักการเดียวกับ (Z. Reich, 2011) ในการวางแผนการสื่อสารอย่างบูรณาการกับการบริหารจัดการภาวะวิกฤตทุกด้าน เป็นเอกสารลักษณะคู่มือที่ให้รายการสิ่งที่ต้องทำอย่างเป็นขั้นตอนสำหรับทุกช่วงของภาวะวิกฤต โดยให้คิดว่า “Be First, Be Right, Be Credible”

2.3.3.3 IMF's Special Series on COVID-19 “Public Communication During a Financial Crisis” (2020)¹²

บทความนี้ให้หลักคิดที่สำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบายการเงินการคลังที่จะต้องสื่อสารเกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับการสื่อสารในภาวะวิกฤตทุกด้าน เน้นเรื่องหลักคิดพื้นฐานในการสื่อสาร เช่น การสื่อสารให้ “ถึง” กลุ่มได้รับผลกระทบ การเผยแพร่ข่าวร้ายจะต้องถูกต้องชัดเจน แต่ไม่ใช่ถ้อยคำที่ใส่อารมณ์ สร้างความเชื่อมั่นด้วยการบอกว่ากำลังพยายามแก้ปัญหาอย่างไรแต่ไม่สัญญาเกินจริง และทุกหน่วยงานต้องพูดสอดคล้องตรงกัน เป็นต้น

¹¹ https://emergency.cdc.gov/cerc/ppt/CERC_Crisis_Communication_Plans.pdf

¹² <https://www.imf.org/en/Publications/SPROLLS/covid19-special-notes#MSI>

บทที่ 3

ผลการศึกษา

3.1 ลำดับเหตุการณ์สำคัญ การดำเนินการและช่องทางการสื่อสารของ WHO

WHO ได้จัดทำสรุปลำดับเหตุการณ์ (timeline) และการดำเนินการที่สำคัญของตนไว้ใน 3 แหล่ง¹³ สามารถสรุปเหตุการณ์สำคัญระหว่างประเทศระหว่างเดือน ม.ค.-มิ.ย. 2563 ได้แก่

5 ม.ค. 2563	WHO ประกาศว่าได้รับแจ้งจากรัฐบาลจีนเมื่อวันที่ 31 ธ.ค. 2562 ว่าค้นพบโรคใหม่ ‘Pneumonia of unknown cause’ โดยเผยแพร่ผ่าน Disease Outbreak News (DON) ซึ่งเป็นช่องทางหลักในการสื่อสารเรื่องโรคระบาดของ WHO
10 ม.ค. 2563	WHO เผยแพร่คำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศฉบับแรก
22-23 ม.ค. 2563	ผอ.ใหญ่ WHO แต่งตั้งและเชิญประชุมคณะกรรมการฉุกเฉินระหว่างประเทศว่าด้วยการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ครั้งที่ 1 เพื่อพิจารณาว่าการระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHIEC) หรือไม่ แต่เนื่องจาก คณะกรรมการฉุกเฉินฯ มีความเห็นแตกต่างกันครั้งต่อครั้งจึงไม่สามารถหาข้อสรุป
23 ม.ค. 2563	WHO เผยแพร่รายงานสถานการณ์ประจำวัน (Situation Report) ฉบับแรก
30 ม.ค. 2563	คณะกรรมการฉุกเฉินระหว่างประเทศฯ ประชุมครั้งที่ 2 และประกาศให้สถานการณ์เข้าสู่ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (public health emergency of international concern-PHEIC) ฝ่ายเลขานุการ WHO จัดการบรรยายสรุปให้ผู้แทนประเทศสมาชิก ณ นครเจนีวา รับฟังเป็นครั้งแรก ในช่วงระหว่างวันที่ 5-30 ม.ค. การระบาดและจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้เสียชีวิตที่พบ

¹³ (interactive timeline) <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline> (updated timeline) <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline> (old rolling updates) <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>

มากกว่า 90% ยังอยู่ในจีน วันที่ 30 ม.ค. มีเพียง 82 รายงานนอกจีนใน 18 ประเทศ (เทียบกับ 7818 รายในจีน)

ตลอดเดือนมกราคมปฏิสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายเลขานุการ WHO และคณะผู้แทนถาวรของประเทศสมาชิกต่างๆ ในนครเจนีวามุ่งเน้นการเจรจาและเตรียมการประชุม 146th session of WHO Executive Board (3–8 ก.พ.) ซึ่งเป็นเวทีกำหนดนโยบายสาธารณสุขโลกประจำปีที่สำคัญ ไม่มีการหารือเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระหว่างฝ่ายเลขานุการกับผู้แทนของประเทศสมาชิกอย่างเป็นทางการ จนกระทั่ง WHO จัดการบรรยายสรุปสถานการณ์ให้ประเทศสมาชิกทราบเป็นครั้งแรกในวันที่ 30 ม.ค. ซึ่งเป็นวันเดียวกับที่ WHO ประกาศ PHEIC

- 5 ก.พ. 2563 ดร. ทีดรอส อัดฮานอม กิเบเรเยซุส (ผู้อำนวยการใหญ่ WHO) ดร. ไมเคิล ไรอัน (ผู้อำนวยการอาวุโส โครงการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข) และ ดร. มาเรีย แวน เคอร์คอฟ (ผู้เชี่ยวชาญโรคระบาดจากเชื้อไวรัสที่มีต้นตอจากสัตว์) เริ่มการแถลงข่าวรายวันต่อสาธารณชนเป็นครั้งแรก
- 16–24 ก.พ. 2563 คณะผู้เชี่ยวชาญนานาชาติที่ได้รับความเห็นชอบจากรัฐบาลจีน (ซึ่ง WHO เป็นตัวกลางในการประสาน) ลงสำรวจพื้นที่ในกรุงปักกิ่ง นครอู่ฮั่น และมณฑลกว่างตงระหว่าง 7–22 ก.พ. จำนวนประเทศที่พบผู้ติดเชื้อนอกจีน ไม่เพิ่มขึ้นเลย
- 23 ก.พ. 2563 จำนวนผู้ติดเชื้อในอิตาลีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (150 คน ภายใน 24 ชม.)
- 24 ก.พ. 2563 ผอ. ใหญ่ บรรยายสรุปให้ประเทศสมาชิกทราบว่า สถานการณ์การระบาดในจีน ถึงจุดสูงสุดและคงที่อยู่นั้นแล้ว¹⁴
- 24 ก.พ. 2563 จำนวนผู้เสียชีวิตในอิหร่านเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (12 คน ภายใน 24 ชม.)
- 24 ก.พ. 2563 ผอ. ใหญ่ แถลงข่าวประจำวันต่อสาธารณะ แสดงความวิตกกังวลอย่างยิ่งเรื่องจำนวนผู้ตรวจพบเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน แต่หลังจากนั้นได้อธิบายความเห็นของตนเกี่ยวกับสถานการณ์โดยพยายามใช้ถ้อยคำที่จะสร้างความตื่นตระหนกให้น้อยที่สุด เช่น ตนเห็นว่าเชื้อโรคนี้นี้มีศักยภาพที่จะแพร่กระจายอย่างกว้างขวางจนกระทั่งกลายเป็นภาวะการระบาดใหญ่ แต่ในปัจจุบันสถานการณ์ยังไม่ไปสู่จุดนั้น¹⁵

¹⁴ “The spread in China has peaked and plateaued.”

¹⁵ <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---24-february-2020> “For the moment, we are not witnessing the uncontained global spread of this virus, and we are not witnessing large-scale severe disease or death. Does

- 24 ก.พ.-2 มี.ค. 2563 ช่วงวันหยุดยาวในจีนในโอกาสเทศกาลตรุษจีน
- 26 ก.พ.2563 พบผู้ติดเชื้อรายแรกในอเมริกาใต้ (บราซิล)
- 3 มี.ค. 2563 ดัชนีตลาดหุ้นจีน China Securities Index (CSI) 300 มีมูลค่าลดลงถึง 7.9% ภายในวันเดียว เป็นการปรับตัวลดลงของมูลค่าดัชนีตลาดหุ้นเซี่ยงไฮ้-เลนจิน ครั้งสำคัญที่สุดนับแต่ปี 2558
- 11 มี.ค. 2563 ผอ. ใหญ่ประกาศให้สถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ ตลอดเดือน มี.ค. นานาประเทศทยอยประกาศจำกัดการเดินทางเข้า-ออก ประเทศ (ภาคผนวก ค)
- 9 เม.ย. 2563 ครบรอบ 100 วันของการประกาศพบโรคติดเชื้อใหม่นี้
ประธานาธิบดีสหรัฐฯ แถลงว่าจะตัดเงินค่าสมาชิกและเงินสนับสนุน WHO ตลอดช่วงเดือนเม.ย. ผู้แทนประเทศสมาชิกร่วมการเจรจาข้อมติหนึ่งเดียวของการประชุมสมัชชาอนามัยโลกประจำปี 2563 หัวข้อ “COVID-19 Response”
- 14 พ.ค. 2563 WHO เผยแพร่รายงานการประเมินผลการดำเนินการรับมือกับภาวะวิกฤตจากการระบาดของโรคโควิด-19 ฉบับระหว่างกาล¹⁶
- 18 พ.ค. 2563 ประชุมสมัชชาอนามัยโลก (ครั้งแรก) ผ่านการประชุมออนไลน์เป็นครั้งแรก
- 4 มิ.ย. 2563 WHO เผยแพร่แนวทางการใช้หน้ากากอนามัยสำหรับประชาชนทั่วไปเป็นครั้งแรก

3.2 การสื่อสารแต่ละรูปแบบของ WHO ตามแนวคิด (Olsson 2014) และผลจากการสื่อสาร

ผู้ศึกษาใช้เครื่องมือของ (Olsson 2014) วิเคราะห์ว่า ในแต่ละกรณีศึกษา 3 กรณี WHO ใช้วิธีสื่อสารระดับใด ระหว่างการสื่อสารระดับปฏิบัติการ (Operational communication) และการสื่อสารระดับยุทธศาสตร์ (Strategic communication) และมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความสามารถของประเทศสมาชิกในการรับมือกับภาวะวิกฤต (for Resilience) หรือเพื่อรักษาภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือของ WHO เอง (for Reputation) จากนั้นวิเคราะห์ต่อไปว่าการสื่อสารใน 4 รูปแบบดังกล่าว ส่งผลดี/ผลเสียอย่างไร โดยการวิเคราะห์และประเมินนี้ เป็นความเห็นส่วนบุคคลของผู้ศึกษา

this virus have pandemic potential? Absolutely, it has. Are we there yet? From our assessment, not yet.”

¹⁶ Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme (IOAC) Interim Report on WHO’s response to COVID-19 January-April 2020 สืบค้นได้ที่ https://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/en/

การวิเคราะห์ตามแนวคิดข้างต้นสามารถแสดงผลโดยสรุปเป็นตารางขนาด 2x2 “4 types / 3 scenarios / 2 outcomes” ที่แยกแยะว่า สำหรับการสื่อสาร 4 ลักษณะ ในแต่ละลักษณะมี 3 กรณีศึกษา และในแต่ละกรณีศึกษามีความเป็นไปได้ของผลการสื่อสาร 2 แบบ คือ “การสื่อสารในลักษณะนี้ช่วยเพิ่ม Resilience/Reputation” แทนด้วยสัญลักษณ์ ✓ หรือ “การสื่อสารในลักษณะนี้ไม่ช่วยเพิ่ม Resilience/Reputation แต่กลับทำให้ลดลง” แทนด้วยสัญลักษณ์ ✗ ทั้งนี้ หากผลของการสื่อสารไม่ชัดเจน แทนด้วยสัญลักษณ์ ?

ตารางที่ 1 แรงจูงใจ-วิธีการ และผลของการสื่อสารใน 3 กรณีศึกษา

	Resilience	Reputation
Operational Communication	✓ Risk assessment	-
	-	✗ Travel advice
	-	-
Strategic Communication	? Risk assessment	-
	✗ Travel advice	✗ Travel advice
	-	✗ Face masks

3.2.1 กรณีศึกษาที่ 1 การประกาศการประเมินระดับความเสี่ยง (risk assessment) การประกาศว่าโรคนี้เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) และการพิจารณาว่าการระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHIEC) หรือไม่

ในบริบทการจัดการภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคใหม่ คำแนะนำหนึ่ง ที่ประเทศสมาชิกต้องการอย่างยิ่งคือ สภาพความหนักหนาสาหัสของสถานการณ์ ที่โดยทั่วไปมักแสดงออกเป็น “การจัดระดับความเสี่ยง (risk assessment)” เพื่อให้ผู้รับสารสามารถกำหนดระดับมาตรการที่ควรรับมือได้ถูกต้อง และในกรณีของโรคระบาดระหว่างประเทศ ทุกฝ่ายย่อมต้องการทราบว่าการระบาดได้ขยายขอบเขตจากประเทศหนึ่ง (outbreak) สู่ระดับภูมิภาค (epidemic) หรือขยายจนครอบคลุมหลายภูมิภาคในโลก (pandemic)¹⁷ แล้วหรือไม่

นอกจากนี้ ในกรณีของโรคระบาดระหว่างประเทศที่ร้ายแรง กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) ยังกำหนดว่า หากจะเริ่มใช้มาตรการต่างๆ ภายใต้กฎอนามัยฯ จะต้องมีการประกาศลักษณะการระบาดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) หรือไม่ด้วย

¹⁷ ปัจจุบันยังไม่มีความตกลงระหว่างประเทศใดที่ให้นิยามแก่คำเหล่านี้อย่างเป็นทางการ ว่าขอบเขตการระบาดจะต้องแพร่ขยายไปเท่าใดจึงจะเรียกว่าเป็น outbreak – epidemic – pandemic มีเพียงความเห็นของนักวิชาการที่สะท้อนความเข้าใจที่ต่างกันทั่วไปในวงการสาธารณสุขระหว่างประเทศ เช่น (Doshi 2011) และ (Kelly 2011)

3.2.1.1 การสื่อสารของ WHO

WHO ได้พยายามดำเนินการตามหน้าที่ของตนด้วยการเผยแพร่ข้อมูลให้มากที่สุดและรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้ประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายภายในประเทศของตน

การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของ WHO เริ่มตั้งแต่วันที่ 5 ม.ค. 2562 เป็นครั้งแรกที่ WHO ประกาศทาง Disease Outbreak News (DON)¹⁸ เรื่องได้รับแจ้งจากอย่างเป็นทางการจากรัฐบาลจีนเมื่อวันที่ 31 ธ.ค. 2562 ว่า พบการระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ในนครอู่ฮั่น โดยในประกาศฉบับนี้ WHO ได้เริ่มให้คำแนะนำเบื้องต้นทันทีว่า ให้คำนึงถึงโรคนี้บนพื้นฐานของข้อมูลว่าผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบและ WHO ยังให้คำแนะนำที่ใช้กับกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น SARS

ในขณะเดียวกัน WHO ได้พยายามให้ข้อมูลจากมุมมองอีกด้านหนึ่งตามข้อเท็จจริงด้วยว่า “ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่พบในฤดูหนาวหลายโรคมักมีอาการคล้ายคลึงกันที่รวมถึงอาการปอดอักเสบ อย่างไรก็ตาม การพบผู้ป่วยด้วยอาการปอดอักเสบในพื้นที่เดียวกันจำนวน 44 คน ควรได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบ”¹⁹

ผอ. โหยวได้เรียกประชุมคณะกรรมการฉุกเฉินระหว่างประเทศฯ (รายชื่อตามภาคผนวก ข) ครั้งแรกเมื่อวันที่ 22-23 ม.ค. ซึ่งถือเป็นโอกาสแรกที่เป็นไปได้ภายหลังพบผู้ป่วยนอกจีนที่จะสามารถทาบตามผู้เชี่ยวชาญในรายชื่อให้เข้าร่วมเป็นกรรมการ²⁰ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมว่าควรประกาศให้สถานการณ์ระบาดเป็น PHEIC หรือไม่ โดยเชิญผู้แทนประเทศสมาชิกที่พบผู้ป่วย 4 ประเทศแรก (ไทย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสิงคโปร์) ร่วมให้ข้อมูลด้วย ซึ่งเป็นความพยายามที่ตรงไปตรงมาในการพิจารณาเตรียมการรองรับความเป็นไปได้ในการแพร่ขยายของการระบาด

อย่างไรก็ดี ในการประชุมครั้งแรกเมื่อวันที่ 22-23 ม.ค. คณะกรรมการฉุกเฉินฯ มีความเห็นก้ำกึ่งกันครั้งต่อครั้งที่สถานการณ์มีความหนักหนาและน่าห่วงกังวลเพียงใด จึงไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่าควรประกาศให้สถานการณ์การระบาดในขณะนั้นเป็น public health of emergency international concern (PHEIC) ได้หรือยัง โดยถึงแม้ว่าคณะกรรมการฉุกเฉินฯ จะเห็นพ้องกันเรื่องความหนักหนาของสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ และมีข้อห่วงกังวลสำคัญได้แก่ (1) มีการติดต่อกันระหว่างคนสู่คนได้ (2) ร้อยละ 25 ของผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรง และอัตราการ

¹⁸ <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/>

¹⁹ “The symptoms reported among the patients are common to several respiratory diseases, and pneumonia is common in the winter season; however, the occurrence of 44 cases of pneumonia requiring hospitalization clustered in space and time should be handled prudently.”

²⁰ พบผู้ป่วยรายแรกนอกจีนที่ประเทศไทยเมื่อ 13 ม.ค. เป็นนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากนครอู่ฮั่น

เสียชีวิตในจีน (ณ วันที่ 23 ม.ค.) คือร้อยละ 4 (3) ยังไม่ทราบว่ามีสัตว์ใดเป็นพาหะนำโรค และ/หรือ แหล่งหลบเชื้อโรค (carrier/reservoir) (4) ยังไม่ทราบกลไกการระบาดจากคนสู่คนว่าง่ายเพียงใด (เชื้อ “airborne” หรือไม่) แต่คณะกรรมการฉุกเฉินฯ เห็นต่างกันเรื่อง “ความเป็นไปได้ของอนาคตแบบต่างๆ” เนื่องจากความสับสนของสถานการณ์จะขึ้นอยู่กับปัจจัย (3) และ (4) รวมทั้งความสามารถในการกลายพันธุ์ของเชื้อเป็นสำคัญ

การสื่อสารของ WHO ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวสะท้อนความไม่แน่นอน และความเห็นที่แตกต่างกันเป็นสองข้างของคณะกรรมการฉุกเฉินฯ WHO เริ่มเผยแพร่รายงานสถานการณ์รายวัน (Situation Report) เมื่อวันที่ 21 ม.ค. แต่ไม่ได้ให้ความเห็นเรื่องระดับความเสี่ยง จนกระทั่งวันที่ 23 ม.ค. เป็นวันแรกที่ WHO เริ่มให้ความคิดเห็นดังกล่าว (ภายหลังคณะกรรมการฉุกเฉินฯ ได้ประชุมกันครั้งแรกแล้ว) โดยในครั้งแรก รายงานสถานการณ์รายวันประกาศให้ระดับความเสี่ยงของการแพร่ระบาดในโลกอยู่ระดับ “ปานกลาง (medium)” แต่หลังจากนั้น WHO กลับมาปรับการประกาศระดับความเสี่ยงย้อนหลังเป็น “สูง (high)”²¹ ซึ่งการประกาศย้อนหลังนี้ ถึงแม้จะกระทำด้วยเจตนาให้การดำเนินการทุกอย่างโปร่งใส แต่ก็มีผลสร้างความเคลือบแคลงใจในบรรดาผู้แทนประเทศสมาชิก

ทั้งนี้ มีข้อมูลจากบางแหล่งว่าจีนพยายามยับยั้งการประกาศ PHEIC ทั้งโดยการร้องขอและโดยความพยายามให้ความร่วมมือกับนานาชาติเป็นอย่างดี ต่างจากช่วงต้นการระบาดของ SARS เมื่อปี 2545 นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ WHO บางคนยังเคลือบแคลงว่า จีนเปิดเผยข้อมูลที่แท้จริงทั้งหมดของสถานการณ์ระบาดภายในประเทศหรือไม่²² (รวมทั้งแบ่งปันเชื้อที่เริ่มกลายพันธุ์ทั้งหมดให้นานาชาติร่วมกันวิจัยหรือไม่) เพราะการตัดสินใจเชิงนโยบายหลายประการขึ้นกับปัจจัยเหล่านี้เป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่า ประเทศที่ได้รับผลกระทบ (มีชาวจีนติดเชื้อเดินทางเข้าประเทศ) ล้วนแล้วแต่มีระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง สามารถรับมือกับสถานการณ์ได้อย่างดี และยังไม่เกิดการระบาดเองภายในประเทศ ความห่วงกังวลที่มีจึงยังไม่ขึ้นสู่จุดสูงสุด²³

อย่างไรก็ดี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายเลขานุการ WHO และคณะผู้แทนถาวรของประเทศสมาชิกต่างๆ ในนครเจนีวาตลอดเดือนมกราคมมุ่งเน้นการเจรจาและเตรียมการประชุม 146th session of WHO Executive Board (3–8 ก.พ.) ซึ่งเป็นเวทีกำหนดนโยบายสาธารณสุขโลก

²¹ รายงานสถานการณ์ (Situation Report) ฉบับวันที่ 23, 24 และ 25 ม.ค. เชิงอรรถข้อ 3. ตัวอย่างที่ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf?sfvrsn=d6d23643_8

²² ข้อมูลจากการสนทนากับ [REDACTED]

²³ โทรเลข คผถ. ณ นครเจนีวา เลขที่ GVA/48/2563 ลงวันที่ 26 ม.ค.

ประจำปีที่สำคัญ ไม่มีการหารือเรื่องโรคโควิด-19 ระหว่างกันอย่างเป็นทางการ จนกระทั่ง WHO จัดการบรรยายสรุปสถานการณ์ให้ประเทศสมาชิกทราบเป็นครั้งแรกในวันที่ 30 ม.ค. ซึ่งเป็นวันเดียวกับที่ WHO ประกาศ PHEIC ตามมติที่ประชุมครั้งที่ 2 ของคณะกรรมการฉุกเฉินฯ

3.2.1.2 วิเคราะห์การสื่อสารของ WHO

การสื่อสารระดับความเสี่ยงของ (risk assessment) WHO ถือได้ว่าค่อนข้างล่าช้า เมื่อคำนึงว่า รัฐบาลจีนเผยแพร่อย่างเป็นทางการตั้งแต่ 31 ธ.ค. 2562 ว่าพบโรคติดต่อจากเชื้อไวรัสชนิดใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนที่แพร่ระบาดได้เหมือนไข้หวัดใหญ่ และเมื่อเปรียบเทียบกับ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) ที่ประกาศระดับความเสี่ยงของการแพร่ระบาดระหว่างประเทศเป็น “high” ตั้งแต่ 48 ชม. ก่อนหน้าที่คณะกรรมการฉุกเฉินฯ จะเริ่มให้ความเห็น²⁴

ในส่วนของการประกาศระดับความเสี่ยงอาจกล่าวได้ว่า WHO สื่อสารแบบ Operational communication for Resilience และ Strategic communication for Resilience ไปพร้อมๆ กัน โดยพยายามรักษาสมดุลระหว่างการให้ข้อมูลแก่ประเทศสมาชิกให้มากที่สุด แต่ในขณะเดียวกันก็รอกจนกระทั่งคณะกรรมการฉุกเฉินฯ ได้ประชุมกันเพื่อลงความเห็นเสียก่อน ซึ่งน่าจะเป็นเพราะว่าการอ้างอิงความเห็นของคณะผู้เชี่ยวชาญระหว่างประเทศจำนวนมากย่อมมีส่วนสนับสนุนสิ่งที่ประกาศ นอกจากนี้ WHO อาจจะพยายามรักษาสมดุลระหว่างการสะท้อนสถานการณ์จริงกับการไม่สร้างความตื่นตระหนกในวงกว้าง เพราะความตื่นตระหนกจะส่งผลอย่างกว้างขวางเรื่องการกักตุนวัสดุอุปกรณ์จำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาแล้วที่มักจะบริหารสถานพยาบาลโดยไม่ค่อยเก็บสำรองวัสดุจำเป็นสำหรับการรับมือกับโรคระบาดเพื่อลดต้นทุน รวมถึงใช้บุคลากรเท่าที่จำเป็นเท่านั้นในยามปกติ ดังนั้น เมื่อเกิดภาวะวิกฤตจึงไม่มีทรัพยากรสำรองเหลืออยู่สำหรับรับมือกับภาวะผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ในส่วนของการประกาศ PHEIC และการประกาศว่าการระบาดนี้เข้าสู่ภาวะระบาดใหญ่แล้วหรือไม่ ผู้ศึกษามีทัศนะว่า มีจุดอ่อนที่เป็นปัญหามากกว่าการสื่อสารเรื่องระดับความเสี่ยง (risk assessment) มาก

ลักษณะด้อยสำคัญประการหนึ่งของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 (IHR (2005)) คือ ถึงแม้ว่าการประกาศการประเมินระดับความเสี่ยงที่เกิดจากการระบาดของ

²⁴ สืบค้นที่ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-outbreak-acute-respiratory-syndrome-associated-novel-coronavirus> ซึ่งมีข้อมูลที่จีนยอมรับตั้งแต่วันที่ 22 ม.ค. ว่าพบการระบาดจากคนสู่คนปรากฏในเว็บไซต์ ECDC เป็นแห่งแรก ซึ่งการพบว่ามีเชื้อสามารถแพร่จากคนสู่คนได้โดยตรง (โดยไม่ต้องพึ่งสัตว์พาหะนำโรค) ย่อมเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่ระบาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงก่อนตรุษจีนซึ่งโดยปกติจะมีชาวจีนออกเดินทางท่องเที่ยวในต่างประเทศเป็นจำนวนมาก

โรคใดโรคหนึ่ง น่าจะเป็น “บริการสาธารณะ” ที่สำคัญมากประการหนึ่งจากองค์กรกลางระหว่างประเทศ ที่แต่ละประเทศต้องการทราบ เพื่อช่วยกำหนดมาตรการรับมือกับภาวะวิกฤต แต่ในกฎหมายฯ กลับไม่มีข้อบังคับใดให้ WHO ต้องประกาศประเมินระดับความเสี่ยงของสถานการณ์ระดับใดๆ อย่างเป็นทางการ มีเพียงการกำหนดกระบวนการพิจารณาให้มีการประกาศให้สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขใดเป็น PHEIC เพื่อนำไปสู่ (trigger) การให้อำนาจ WHO ประกาศขอแนะนำต่างๆ ที่ประเทศสมาชิกต้องพิจารณาปฏิบัติตาม

นอกจากนี้ ข้อจำกัดที่สำคัญอย่างยิ่งของการประกาศ PHEIC คือแบ่งแยกสถานการณ์ต่างๆ ออกเป็นเพียงทวิลักษณ์ (binary) กล่าวคือ “สถานการณ์เป็น PHEIC” หรือ “สถานการณ์ไม่เป็น PHEIC” ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริง ภาวะวิกฤตทุกครั้งมีลักษณะเพิ่มความเข้มข้นรุนแรงต่อเนื่องเป็นขั้นๆ (on a scale) ซึ่งย่อมต้องการมาตรการตอบโต้/ตอบสนองเป็นขั้นๆ ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปเช่นกัน

ดังนั้น ที่ผ่านมานในอดีต WHO จึงไม่เคยมีการประกาศระดับความเสี่ยงของภาวะการระบาดในลักษณะที่ประชาชนทั่วไปเข้าใจและ/หรือคาดหวัง เช่น แบ่งระดับความรุนแรงออกเป็นขั้นๆ แต่ละขั้นกำกับด้วยสีหรือตัวเลขที่ไล่เรียงกันเพื่อส่งสัญญาณการเพิ่มระดับขึ้น และมีเงื่อนไขในการเพิ่มระดับขึ้นความเสี่ยงที่ชัดเจน ฯลฯ แต่ WHO จะพยายามเน้นการสื่อสารแบบ Operational communication for Resilience เพื่อให้ข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์อย่างละเอียดและครอบคลุมที่สุด โดยมุ่งหวังให้ข้อมูลเหล่านี้ช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการตัดสินใจด้วยตนเองในการกำหนดมาตรการตอบโต้และรับมือกับสถานการณ์

3.2.1.3 บทเรียนที่ได้รับจากกรณีศึกษาเรื่องการประกาศระดับความเสี่ยง

การสื่อสารแบบ Operational communication for Resilience ของ WHO มีจุดแข็งหลายด้าน ทั้งการเผยแพร่ข้อมูลและขอแนะนำเชิงเทคนิคอย่างละเอียดที่สุดเท่าที่มีทางเว็บไซต์และช่องทางต่างๆ อย่างกว้างขวาง มีความพยายามแปลขอแนะนำต่างๆ ออกมาเป็นภาษาจำนวนมาก ทั้งภาษาทางการของสหประชาชาติและภาษาท้องถิ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งของประเทศกำลังพัฒนานอกจากนี้ WHO ยังใช้สำนักงานประจำประเทศและสำนักงานระดับภูมิภาคที่มีศักยภาพ ช่วยดำเนินการประชาสัมพันธ์และเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งแง่ระบาดวิทยา (จำนวนคนจำนวนพื้นที่) และข้อควรปฏิบัติด้านสาธารณสุขทุกด้าน (technical guidance) ซึ่งช่วยประเทศสมาชิกเพิ่มขีดความสามารถด้านการตรวจหา รักษา และป้องกันโรค รวมถึงการรับมือกับผลกระทบของโรคที่มีต่อสภาพจิตใจและสังคม (psychological and social effects) อีกด้วย

อย่างไรก็ดี สิ่งที่รัฐบาลประเทศสมาชิกต้องการที่สุดในภาวะวิกฤต คือขอแนะนำแนวทางปฏิบัติตัวที่ชัดเจน และการให้คำแนะนำว่าเมื่อสถานการณ์มีความหนักหนาเพิ่มขึ้นในแต่ละขั้น ควรใช้มาตรการอะไรรับมือกับสถานการณ์นั้นๆ กรณีนี้ผู้ศึกษามีทัศนะว่า WHO

ไม่ต้องการก้าวล่วงอำนาจประเทศสมาชิกซึ่งได้เจรจาความตกลงกฎอนามัยระหว่างประเทศมาแล้ว จึงได้ยึดถือการประกาศความหนักหนาของสถานการณ์ตามที่กำหนดไว้ในกฎอนามัยฯ ซึ่ง ผอ. ใหญ่ และผู้บริหาร WHO ได้เคยชี้แจงเรื่องนี้ต่อสาธารณะในการตอบคำถามช่วงแถลงข่าวเมื่อวันที่ 22 เม.ย. ว่า “อำนาจหน้าที่ของ WHO อยู่ภายใต้กฎอนามัยฯ ค.ศ. 2005 การประกาศ PHEIC คือ การเตือนภัย ขั้นสูงสุดแล้ว และตั้งอยู่บนพื้นฐานของคำแนะนำจากคณะกรรมการฉุกเฉินระหว่างประเทศฯ นอกจากนี้วันที่ประกาศ PHEIC มีจำนวนผู้ติดเชื้อนอกจีนเพียง 82 คน และยังไม่มีผู้เสียชีวิตนอกจีน ในขณะนั้น WHO จึงเชื่อว่ายังสามารถควบคุมโรคได้ (“enough time to cut it from the bud”)²⁵

ข้อเสียของการยึดหลักการเช่นนี้ คือ WHO ให้น้ำหนักอย่างมากต่อแนวคิดที่ว่า รัฐบาลของแต่ละประเทศจะสามารถบังคับใช้ “นโยบายที่เหมาะสม (กับสถานการณ์ที่หนักหนา)” ได้เอง โดยอาจลืมนึกไปว่า การให้ความร่วมมือของฝ่ายต่างๆ ในประเทศขึ้นกับการรับรู้ความหนักหนาของสถานการณ์จาก WHO โดยตรงด้วย ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าบทเรียนจากกรณีศึกษาครั้งนี้คือ

ประเทศสมาชิก WHO ควรจะต้องจัดการเจรจาปรับปรุง IHR (2005) เพื่อ (1) แยกแยะระดับการเตือนความหนักหนาของสถานการณ์ให้ละเอียดไปกว่าเพียงการประกาศแบบ “ทวีลักษณ์” ว่าสถานการณ์เป็น PHEIC หรือไม่ (2) กำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนด้วยว่า ปัจจัยใดบ้างที่จะนำไปสู่ (trigger) การประกาศเตือนระดับต่างๆ และ (3) เชื่อมโยงการประกาศเตือนเข้ากับคำแนะนำเกี่ยวกับมาตรการที่ควรใช้ภายในประเทศ เพื่อให้รัฐบาลของแต่ละประเทศมีมาตรการภายในประเทศที่สอดคล้องกัน

3.2.2 กรณีศึกษาที่ 2 การประกาศคำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ

3.2.2.1 การสื่อสารของ WHO

WHO เผยแพร่ประกาศคำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ สืบเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19²⁶ รวม 6 ฉบับ และ 1 แถลงการณ์ร่วม ดังนี้

ฉบับที่ 1 วันที่ 10 ม.ค.²⁷ – เพียง 5 วันหลังจาก WHO ประกาศอย่างเป็นทางการว่าพบโรคระบาดที่เกิดจากเชื้อชนิดใหม่

²⁵ โทรเลข คผถ. ณ นครเจนีวา เลขที่ GVA/439/2563 ลงวันที่ 23 เม.ย. ข้อ 2.1

²⁶ <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/travel-advice>

²⁷ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china>

ฉบับที่ 2 เมื่อวันที่ 24 ม.ค.²⁸ – 24 ชม. ภายหลัง คณะกรรมการฉุกเฉินฯ ประชุมต่อเนื่องกันสองวันแต่ยังหาข้อสรุปเกี่ยวกับสถานะการระบาดของโรคไม่ได้ว่าเป็น PHEIC หรือไม่ มีเนื้อหาสำคัญเพิ่มเติมจากฉบับที่ 1 คือ (1) พบว่าโรคแพร่ได้โดยตรงระหว่างคนสู่คน แต่ยังไม่ มีรายละเอียดชัดเจนว่าแพร่ระบาดได้รวดเร็วเพียงใดและโรคมีความร้ายแรงเพียงใด และ (2) แนะนำ ให้ทุกประเทศเตรียมใช้มาตรการ entry / exit screening ทันที

ฉบับที่ 3 เมื่อวันที่ 27 ม.ค.²⁹ – update เนื้อหาจากฉบับที่ 2 โดย เพิ่มเติมรายละเอียดในส่วน entry screening ว่า ถึงแม้บางประเทศจะสามารถตรวจพบผู้ป่วยโควิด-19 ได้จากมาตรการ entry screening แต่การใช้มาตรการคัดกรองเหล่านี้กับผู้เดินทางเข้าประเทศ ทุกคนจะต้องใช้ทรัพยากรบุคคลจำนวนมาก อีกทั้งช่วงเวลาดังกล่าวมีโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่นๆ ที่มีอาการคล้ายโควิด-19 ระบาดซ่อนอยู่ด้วย ประเทศต่างๆ จึงควรใช้วิจารณญาณอย่างระมัดระวังเมื่อ พบผู้ที่มีอาการแล้วว่าจะนำไปตรวจอย่างละเอียดต่อหรือไม่ เพราะจะเพิ่มภาระแก่สถานพยาบาล และระบบสาธารณสุขได้

ฉบับที่ 4 เมื่อวันที่ 11 ก.พ.³⁰ – ภายหลัง WHO ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ (pandemic) และหลายประเทศนำคนชาติของตนที่อยู่ในนครอู่ฮั่นและมณฑลที่ พบการระบาดบินกลับสู่ประเทศของตน โดยให้ข้อแนะนำสำคัญเกี่ยวกับมาตรการกักกันผู้ที่เดินทาง ออกจากพื้นที่ระบาดในจีนเมื่อกลับถึงประเทศของตน นอกจากนี้ ที่สำคัญคือ WHO ให้ความเห็นว่า มาตรการจำกัดการเดินทางเข้าประเทศอาจจะมีผลช่วยจำกัดการแพร่ขยายของโรคในช่วงต้นของการ ระบาด (“may have a public health rationale at the beginning of the containment phase of an outbreak”) แต่ก็ร้องขอให้นานาประเทศพิจารณาใช้มาตรการเหล่านี้เพียงระยะเวลาสั้นๆ ให้ เหมาะสมกับความเสี่ยงด้านสาธารณสุข และต้องมีการทบทวนอยู่เสมอ (“Such restrictions, however, need to be short in duration, proportionate to the public health risks, and be reconsidered regularly as the situation evolves.”)

²⁸ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-advice-for-international-traffic-in-relation-to-the-outbreak-of-the-novel-coronavirus-2019-ncov-24-jan>

²⁹ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-advice-for-international-traffic-in-relation-to-the-outbreak-of-the-novel-coronavirus-2019-ncov>

³⁰ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/key-considerations-for-repatriation-and-quarantine-of-travellers-in-relation-to-the-outbreak-of-novel-coronavirus-2019-ncov>

ฉบับที่ 5 เมื่อวันที่ 29 ก.พ.³¹ – สถานการณ์ช่วงวันที่ 7–22 ก.พ. พบว่า การระบาดภายในจีนลดลงและมีแนวโน้มจะดีขึ้น (“lately the situation in China showed a significant decrease in cases”) แต่กลับพบการระบาดจากคนสู่คนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศ (พื้นที่ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากแต่ WHO ไม่กล่าวถึงในประกาศฉบับนี้คือ อิตาลี อิหร่าน และเกาหลีใต้) ในประกาศฉบับนี้ WHO จึงให้นิยาม “พื้นที่พบการระบาด (Affected areas)”³² และเพิ่มคำแนะนำเกี่ยวกับการเดินทางเข้าออกพื้นที่ดังกล่าว อย่างไรก็ตาม นโยบายของการสื่อสารของ WHO ยังเป็นไปในทางที่ไม่ส่งเสริมการใช้มาตรการห้ามการเดินทางระหว่างประเทศ โดยเขียนถ้อยคำที่จะก่อให้เกิดความลังเลใจของผู้อ่าน เช่น “มาตรการห้ามผู้โดยสารที่เดินทางมาจากพื้นที่พบการระบาด มักไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการนำเข้าเชื้อโรค แต่มาตรการเช่นนี้อาจจะส่งผลกระทบทางลบต่อเศรษฐกิจและสังคม”

เมื่อวันที่ 11 มี.ค. WHO เผยแพร่แถลงการณ์ร่วมระหว่าง WHO และ International Civil Aviation Organization (ICAO)³³ – ในวันเดียวกับที่ ผอ. ใหญ่ประกาศให้ สถานการณ์เข้าสู่ภาวะการระบาดใหญ่ (pandemic) ซึ่งในแถลงการณ์ร่วมดังกล่าวไม่มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรับมือกับภาวะการระบาดใหญ่เพิ่มเติมจากที่ WHO ได้เคยเผยแพร่มาแล้ว

ฉบับที่ 6 เมื่อวันที่ 30 ก.ค.³⁴ – ภายหลังประกาศฉบับที่ 5 เมื่อวันที่ 29 ก.พ. แล้ว WHO ก็ได้เผยแพร่คำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศอีก เนื่องจากภายหลังการประกาศให้สถานการณ์เข้าสู่ภาวะการระบาดใหญ่เมื่อวันที่ 11 มี.ค. นานาประเทศได้สั่งจำกัดหรือ ระงับการเดินทางเข้าออกจากต่างประเทศอย่างรวดเร็ว (ตัวอย่างตามภาคผนวก ค) จนกระทั่ง สถานการณ์การระบาดในหลายประเทศเริ่มดีขึ้นในช่วงเดือน มิ.ย. และรัฐบาลของหลายประเทศ/พื้นที่ พิจารณาจะเปิดการเดินทางไปมาหาสู่กันอีกครั้งหนึ่งเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนทั่วไป และนักธุรกิจ รวมถึงเพื่อเพิ่มรายได้จากการท่องเที่ยว ดังนั้น สารสำคัญของประกาศฉบับที่ 6 นี้จึงมี นโยบายยอมรับประสิทธิภาพของนโยบายการระงับการเดินทางระหว่างประเทศที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการ ตัดสินใจดำเนินการเองโดยรัฐบาลของแต่ละประเทศ และ WHO ได้ให้คำแนะนำว่า ควรพิจารณาผ่อนคลายมาตรการระงับการเดินทางอย่างค่อยเป็นค่อยไปและระมัดระวัง

³¹ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-recommendations-for-international-traffic-in-relation-to-covid-19-outbreak>

³² WHO นิยามว่า “พื้นที่พบการระบาด” (Affected areas) คือพื้นที่ที่พบการระบาดอย่างต่อเนื่อง (ongoing transmission) นอกเหนือจากการ “นำเข้า” โรค (imported cases)

³³ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/joint-icao-who-statement-on-covid-19>

³⁴ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-health-considerations-while-resuming-international-travel>

3.2.2.2 วิเคราะห์การสื่อสารของ WHO

เมื่อพิจารณาเนื้อหาของประกาศทั้ง 6 ฉบับและ 1 แถลงการณ์ร่วมโดยละเอียดแล้ว ผู้ศึกษาเห็นว่า

1) ข้อมูลในประกาศคำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศฉบับที่ 1 เป็นการสื่อสารแบบ Strategic communication ทั้ง for Resilience และ for Reputation เพราะเป็นการประกาศอย่างรวดเร็วทั้งที่ยังไม่มีข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคอย่างชัดเจน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักรู้และความตื่นตัวแก่รัฐบาลและประชาชนทั่วไป รวมทั้งส่งสัญญาณว่า WHO กำลังติดตามสถานการณ์อยู่อย่างใกล้ชิด

2) เนื้อหาของประกาศฉบับที่ 2 สะท้อนความเห็นที่กำกวมของ IHR Emergency Committee ในวันที่ 23 ม.ค. ซึ่งไม่สามารถลงความเห็นโดยฉันทามติได้ว่า ควรประกาศให้สถานการณ์ระบาดเป็น PHEIC หรือไม่ นอกจากนี้ เนื้อหาบางส่วนของประกาศฉบับนี้ได้สื่อสารข้อแนะนำที่ผู้รับสารอาจจะเข้าใจว่าขัดกันเอง เพราะข้อความในช่วงแรกของประกาศ WHO “แนะนำให้ใช้มาตรการเพื่อจำกัดการส่งออกหรือนำเข้าโรค” ในขณะเดียวกัน ข้อความในช่วงหลังกลับแนะนำว่า “ไม่ควรใช้มาตรการใดๆ ที่จะจำกัดการเดินทางขนส่งระหว่างประเทศ”³⁵

ในทัศนะของผู้ศึกษา “มาตรการเพื่อจำกัดการส่งออกหรือนำเข้าเชื้อ/โรค” ที่จะได้ผลอย่างแท้จริงย่อมมีผลในการจำกัดการเดินทางและขนส่งระหว่างประเทศไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ในทางกลับกัน ไม่มีมาตรการเพื่อจำกัดการส่งออกหรือนำเข้าเชื้อ/โรคมาตรการใดเลยที่จะไม่จำกัดการเดินทางขนส่งระหว่างประเทศ ดังนั้น ในทัศนะของผู้ศึกษา การสื่อสารสองย่อหน้าในตัวอย่างข้างต้นจึงมีเนื้อหาของสารที่ขัดกันเอง แต่เจตนาของผู้ส่งสารน่าจะต้องการสื่อสารแบบ Strategic เพื่อพยายามยับยั้งกระบวนการทางความคิดของผู้รับสารภาครัฐมิให้กำหนดมาตรการอย่างเข้มข้นที่จะระงับการเดินทางขนส่งระหว่างประเทศโดยเด็ดขาดทันที และเพื่อให้มาตรการต่างๆ มีผลต่อการเดินทางขนส่งระหว่างประเทศน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

อาจเรียกได้ว่าประกาศฉบับนี้เป็นการสื่อสารแบบ Strategic communication for Resilience and Reputation เพราะโดยเนื้อหาของประกาศไม่มีข้อมูลใหม่ที่ประเทศสมาชิกสามารถใช้ประโยชน์ได้มากนัก แต่เป็นความพยายามส่งสัญญาณโดยเพิ่มระดับการให้คำแนะนำขึ้นอีกหนึ่งขั้น จากเพียงให้นักเดินทางใช้ความระมัดระวังตัวในระหว่างเดินทางด้วยระบบขนส่งสาธารณะ เพิ่มเป็นแนะนำให้ประเทศสมาชิกพิจารณาเตรียมใช้มาตรการคัดกรองผู้โดยสารทั้ง

³⁵ “With the information currently available for the novel coronavirus, WHO advises that measures to limit the risk of exportation or importation of the disease should be implemented, without unnecessary restrictions of international traffic. ... WHO advises against the application of any restrictions of international traffic based on the information currently available on this event.”

ขาออกจากประเทศและขาเข้าในประเทศ ซึ่งการ “เพิ่มขึ้น” ของคำแนะนำดังกล่าวมีส่วนช่วยส่งสัญญาณให้ประเทศสมาชิกทราบว่า ควรเพิ่มความตื่นตัวและเตรียมกำลังคนเพื่อบังคับใช้มาตรการรองรับสถานการณ์ในอนาคต

3) อย่างไรก็ดี โดยที่ WHO ยังคงยึดมั่นในแนวคิดที่ว่า “ไม่ควรระงับการเดินทางระหว่างประเทศ” ประกาศฉบับที่ 3-5 รวมถึงการแถลงข่าวและตอบคำถามจากสื่อมวลชนในช่วงเวลาเดียวกัน จึงมีลักษณะเดียวกับประกาศฉบับที่ 2 คือคลุมเครือและไม่นำเสนอข้อสรุปที่ชัดเจน ตัวอย่างเช่น

การแถลงข่าวเมื่อวันที่ 6 ก.พ.³⁶ ดร. ไมเคิล ไรอัน (ผู้อำนวยการอาวุโส โครงการฉุกเฉินด้านสาธารณสุข) กล่าวว่า “การจัดตั้งจุดคัดกรองผู้โดยสารที่เดินทางเข้าประเทศ ใช้ทรัพยากรมากกว่าการช่วยเพิ่มพูนศักยภาพของคลินิกขนาดเล็กเพื่อเตรียมรองรับผลกระทบจากการระบาด”³⁷

การแถลงข่าวเมื่อวันที่ 16 มี.ค.³⁸ ต่อคำถามที่ว่า WHO เห็นอย่างไรต่อการที่ประเทศในยุโรปไม่ปิดพรมแดน คำตอบของ ดร. ไรอัน ก็ยังคงเป็นเชิงเห็นด้วยกับการไม่ปิดพรมแดน

หากจะพิจารณาแรงจูงใจของ WHO อย่างให้ความเข้าใจ อาจอนุมานได้ว่า ฝ่ายเลขานุการ WHO ต้องการให้รัฐบาลของแต่ละประเทศพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของตน นอกจากนี้ WHO ยังมีความจำเป็นจะต้องขนส่งผู้เชี่ยวชาญและสิ่งของเพื่อช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนายากจนในหลายทวีป อีกทั้งยังจะต้องการให้ประชาชนไม่ตื่นตระหนกจนเกินไป ฝ่ายเลขานุการ WHO จึงมีแรงจูงใจที่จะไม่แนะนำให้นานาชาติจำกัดการเดินทาง

อย่างไรก็ดี เป็นไปได้เช่นกันที่ WHO เลือกที่จะสื่อสารแบบ Operational communication for Reputation กล่าวคือฝ่ายเลขานุการไม่ต้องการให้คำแนะนำที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ แล้วภายหลังจากนั้นพบข้อมูลใหม่ๆ ที่หักล้างการให้คำแนะนำดังกล่าว (เช่น พบยารักษาโรคที่มีประสิทธิผลภายหลังจากประกาศแนะนำให้ระงับการเดินทางระหว่างประเทศทั้งหมด) WHO จึงเลือกจะให้คำแนะนำแบบคลุมเครือและระมัดระวังอย่างมาก (“play safe”) ถึงแม้จะวิเคราะห์ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์แล้วว่า โรคใหม่ที่ยังไม่มียารักษาหรือวัคซีนป้องกันนี้ สามารถระบาดจากคนสู่คนอย่างค่อนข้างง่ายตายได้ในลักษณะเดียวกับโรคไข้หวัดใหญ่

³⁶ โทรเลข คผถ. ณ นครเจนีวา เลขที่ GVA/99/2563 ลงวันที่ 7 ก.พ. ข้อ 9

³⁷ “Entry screening costs more than enhancing capacities for small clinics.”

³⁸ โทรเลข คผถ. ณ นครเจนีวา เลขที่ GVA/284/2563 ลงวันที่ 17 มี.ค. ข้อ 2.1 และ 2.2.

ไม่ว่าแรงจูงใจที่แท้จริงของ WHO เป็นเช่นไรก็ตาม การสื่อสารอย่างคลุมเครือและไม่นำเสนอข้อสรุปที่ชัดเจนเช่นนี้ ส่งผลให้ประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ไม่ใส่ใจคำแนะนำของ WHO เรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ และได้ประกาศมาตรการจำกัดหรือระงับการเดินทางเข้า-ออกประเทศของตนตั้งแต่เดือน ก.พ. 2563 เป็นต้นมา (รายละเอียดตามข้อมูลที่รวบรวมจากสื่อสาธารณะในภาคผนวก ค) ซึ่งเหตุการณ์ต่อมาในภายหลังแสดงให้เห็นว่า การห้ามการเดินทางระหว่างประเทศช่วยชะลอการระบาดของโรคอย่างมีนัยยะสำคัญ ซึ่งเป็นข้อคำนึงที่สำคัญอย่างยิ่งในภาวะที่ยังไม่มีองค์กรใดพบยารักษาโรคหรือวัคซีนป้องกันโรค

ภายหลังจาก ผอ. ใหญ่ประกาศให้การระบาดของโรคเข้าสู่ภาวะการระบาดใหญ่ (pandemic) เมื่อวันที่ 11 มี.ค. 2563 แล้ว WHO ก็ได้ออกประกาศเกี่ยวกับคำแนะนำเรื่องการเดินทางอีก จนกระทั่งเมื่อวันที่ 30 ก.ค. 2563 ที่ WHO ประกาศให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเริ่มเปิดให้ประชาชนกลับมาเดินทางระหว่างประเทศใหม่อีกครั้ง (“Public health considerations while resuming international travel”)³⁹ ซึ่งเท่ากับ WHO ยอมรับโดยนัยที่ประเทศสมาชิกตัดสินใจที่จำกัดหรือระงับการเดินทางระหว่างประเทศช่วงเดือน ก.พ.-มี.ย. 2563

3.2.2.3 บทเรียนที่ได้รับจากกรณีศึกษาเรื่องประกาศคำแนะนำเรื่องการเดินทาง

การสื่อสารความเห็นอย่างชัดเจนตรงไปตรงมาและไม่คลุมเครือ (“don’t play safe”) เป็นปัจจัยสำคัญให้ผู้รับสารยอมรับเชื่อถือในสารนั้น ถึงแม้ว่าในภายหลังสารหรือข้อแนะนำดังกล่าวอาจจะถูกลบล้างด้วยข้อมูลใหม่ๆ ก็ตาม ซึ่งความยอมรับเชื่อถือของผู้รับสาร เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่งของประสิทธิผลในการรับมือกับภาวะวิกฤต

3.2.3 กรณีศึกษาที่ 3 การให้คำแนะนำเรื่องหน้ากากอนามัย

ประเด็นเรื่องหน้ากากอนามัยเป็นข้อแนะนำที่นานาประเทศกังขาที่สุดและผู้เชี่ยวชาญ WHO ประกาศคำแนะนำช้าที่สุด

3.2.3.1 การสื่อสารของ WHO

WHO ได้พยายามสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิวิทยาของโรคใหม่นี้ให้มากที่สุดเท่าที่จะมีองค์ความรู้ในขณะนั้นๆ ซึ่งรวมถึงวิธีการแพร่ระบาดของโรค

โดยที่ WHO เผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะตั้งแต่ต้น⁴⁰ ว่าเชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อให้เกิดโรคโควิด-19 อยู่ในตระกูลเดียวกับเชื้อของโรค MERS และ SARS และมีลักษณะการแพร่ระบาดคล้ายโรคไข้หวัดใหญ่เป็นหลัก กล่าวคือแพร่จากกระบบทางเดินหายใจของผู้ติดเชื้อทางละอองฝอย (droplets) หรือของเหลว (fomite) ที่มาจากการไอ จาม ที่ติดมือและพื้นผิวต่างๆ ที่

³⁹ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-health-considerations-while-resuming-international-travel>

⁴⁰ Situation Report ฉบับที่ 7 วันที่ 27 ม.ค. และโทรเลข คผถ. ณ นครเจนีวา ที่ GVA/53/2563 ลงวันที่ 28 ม.ค.

ผู้ป่วยสัมผัส (contact) ดังนั้น ชาวเอเชียในหลายประเทศซึ่งมีความเคยชินกับการสวมหน้ากากอนามัยในสถานการณ์ต่างๆ จึงเห็นพ้องต้องกันว่า การสวมหน้ากากอนามัยน่าจะเป็นวิธีป้องกันโรคที่ดี รัฐบาลของประเทศแถบเอเชียจึงแนะนำให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยทั้งสิ้นถึงแม้ว่าจะยังไม่มีผลวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนแน่นอนมาสนับสนุน จนกระทั่งเกิดภาวะขาดแคลนสินค้าหน้ากากอนามัยแบบใช้แล้วทิ้งในช่วงหนึ่ง แต่ประชาชนในหลายประเทศก็ได้พลิกแพลงหาวิธีป้องกันทดแทนด้วยการใช้หน้ากากอนามัยแบบอื่น เช่น ตัดเย็บหน้ากากอนามัยแบบผ้า ผลิต face shield แบบพลาสติกจากวัสดุสำนักงานที่หาได้ง่าย เป็นต้น ซึ่งนับเป็นนวัตกรรมที่ดีที่ประเทศกำลังพัฒนายากจนในทวีปอื่นนำไปใช้ต่อกันอย่างกว้างขวาง

ในช่วงต้นของการระบาด (ม.ค.-เม.ย. 2563) WHO ไม่เคยประกาศให้คำแนะนำว่าควรใช้หน้ากากอนามัยในที่สาธารณะหรือไม่ เพราะ WHO เน้นย้ำให้ทุกคนใช้มาตรการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล ล้างมืออย่างหมั่นจด และรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลเป็นสำคัญ นอกจากนี้ หลายประเทศนอกทวีปเอเชียไม่มีค่านิยมเรื่องการใส่หน้ากากอนามัย และเห็นว่าเป็นแนวปฏิบัติเฉพาะสำหรับบุคลากรในสถานพยาบาลหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ตัวอย่างเช่น

รัฐบาลสวีตเซอร์แลนด์แถลงต่อสาธารณะเมื่อวันที่ 27 ก.พ. ว่า “ในปัจจุบันหน้ากากอนามัยกำลังขาดแคลนในตลาดโลกและในสวีตเซอร์แลนด์ รัฐบาลสวีตฯ จัดหาหน้ากากให้รัฐต่างๆ เฉพาะสำหรับแพทย์และผู้ติดเชื้อโรคนี้นี้เท่านั้น ไม่มีความจำเป็นที่บุคคลทั่วไปจะต้องใส่หน้ากากเพราะการใส่หน้ากากมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันผู้ติดเชื้อมิให้แพร่เชื้อต่อคนอื่น”⁴¹ และเมื่อวันที่ 6 มี.ค. รัฐบาลสวีตเซอร์แลนด์ได้ประกาศเวียนข้อแนะนำสำหรับนายจ้างทั่วประเทศโดยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใส่หน้ากากอนามัยได้ยึดแนวทางที่ WHO ได้แนะนำไว้ กล่าวคือ “รัฐบาลไม่แนะนำในหลักการให้ลูกจ้างใส่หน้ากากอนามัย อย่างไรก็ตาม ยกเว้นคำแนะนำนี้สำหรับอาชีพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับบุคคลอื่น เช่น บุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ให้การดูแลผู้อื่น”⁴²

อย่างไรก็ดี ในเวลาต่อมาเริ่มมีหลักฐานการแพร่ระบาดจากผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ (asymptomatic cases) บทความแรกตีพิมพ์โดยยังไม่ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (peer review) เมื่อ 5 มี.ค. (C. Rothe 2020)^{43 44} และต่อมาเมื่อ 9 เม.ย. มีบทความใน The British Medical Journal (BMJ) (T. Greenhalgh 2020) ที่ได้รับการอ้างอิงอย่างกว้างขวาง⁴⁵ เรียกร้องให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ เพราะโดยหลักการ “ระวังไว้ก่อน

⁴¹ บันทึก คผถ. ณ นครเจนีวา สรุปการแถลงข่าวโดย Federal Office of Public Health สวีตเซอร์แลนด์ เมื่อวันที่ 27 ก.พ.

⁴² หนังสือเวียนจาก Federal Office of Public Health สวีตเซอร์แลนด์ ลงวันที่ 6 มี.ค. ค.ศ. 2020

⁴³ Case report in <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32003551/>

⁴⁴ อ้างอิง <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover-guidance.html>

⁴⁵ ทวิตที่ได้รับการเผยแพร่ <https://twitter.com/erictopol/status/1248255130132033537?lang=en>

(precautionary principle)” การสวมหน้ากากอนามัยโดยคนสุขภาพดีมีส่วนในการช่วยป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาด

ดังนั้น ในการบรรยายสรุปของ WHO ต่อประเทศสมาชิกเมื่อวันที่ 9 เม.ย. ผู้แทนจากคณะผู้แทนถาวรสวิสฯ ประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา ได้สอบถามฝ่ายเลขานุการ ว่า WHO มีคำแนะนำอย่างไรเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัย ซึ่ง WHO ตอบว่า⁴⁶

- ย้ำความจำเป็นของการให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกกับการจัดหาหน้ากากผ่าตัด (surgical masks) และหน้ากากอนามัย (face masks) ให้บุคลากรในสถานพยาบาล
- WHO กำลังศึกษาเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยในที่ชุมชน โดยเน้นศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของการป้องกันโรคด้วยการสวมหน้ากากผ้าหรือการใช้อุปกรณ์อื่นคลุมใบหน้า อย่างไรก็ตามยืนยันว่า หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดมาจากผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการ เป็นพาหะหลักของการระบาด
- WHO กังวลว่า มีประชาชนไม่น้อยสวมหน้ากากอนามัยอย่างไม่ถูกต้อง หรือสวมแล้วเกิดความมั่นใจผิดๆ และละเลยสุขอนามัยที่ดีด้านอื่น (เช่น ละเลยการล้างมือ) หรือนำหน้ากากที่ควรใช้แล้วทิ้งกลับมาใช้ใหม่ หรือทิ้งหน้ากากใช้แล้วอย่างไม่ถูกต้องซึ่งอาจเกิดอันตราย
- WHO ย้ำว่า การสวมหน้ากากอนามัยไม่สามารถใช้แทนที่มาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” (lockdown) ทั้งหมดในภาพรวมได้
- อย่างไรก็ตาม WHO ไม่คัดค้านการตัดสินใจของประเทศสมาชิกที่แนะนำให้ประชาชนของตนสวมหน้ากากอนามัย หากมาตรการดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์รับมือกับโรคที่ครอบคลุมทุกด้าน โดย WHO ยังย้ำการค้นหาผู้ป่วยและเส้นทางการระบาดเป็นสำคัญ
- WHO ขอรับข้อมูล/หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศที่แนะนำให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยเกี่ยวกับผลสำเร็จของการใส่หน้ากากในการป้องกันโรคต่อไป

แม้เมื่อมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สนับสนุนให้ประชาชนทุกคนสวมหน้ากากอนามัยทยอยออกมาเพิ่มขึ้นๆ แต่ประเทศจำนวนหนึ่งยังอ้างอิงคำแนะนำดั้งเดิมเรื่องหน้ากากอนามัยของ WHO อย่างไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ในการบรรยายสรุปแก่คณะผู้แทนถาวรของประเทศต่างๆ ประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา เมื่อวันที่ 30 เม.ย. ผู้แทนสำนักงานการแพทย์ประจำรัฐเจนีวา (Service du médecin cantonal, Etat de Genève) กล่าวว่า “สำหรับการสวมหน้ากากอนามัย ยังไม่มีผลวิจัยที่ชัดเจนว่าจะช่วยป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ที่ยังไม่ป่วย การรักษาสุขอนามัยและรักษาระยะห่างยังเป็นมาตรการที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตาม ในกรณีสัมผัสใกล้ชิด เช่น ร้านตัดผม

⁴⁶ โทรเลข คผถ. ณ นครเจนีวา เลขที่ GVA/392/2563 ลงวันที่ 10 เม.ย.

(ซึ่งรัฐบาลสวีเดน มีแผนจะให้เปิดบริการได้ในช่วงกลางเดือน มิ.ย. 2563) การสวมหน้ากากอนามัยมีความจำเป็น”⁴⁷

ในท้ายที่สุด เวลาผ่านไปถึง 5 เดือน กว่าที่ WHO จะปรับคำแนะนำเกี่ยวกับการใส่หน้ากากอนามัยโดยประชาชนทั่วไปในที่สาธารณะ กล่าวคือภายหลังจากวารสาร The Lancet ได้ตีพิมพ์บทความออนไลน์เมื่อวันที่ 1 มิ.ย. 2563 เกี่ยวกับผลดีของการสวมหน้ากากอนามัยโดยประชาชนทั่วไปในที่สาธารณะ (Derek K Chu 2020) WHO จึงได้เผยแพร่คำแนะนำเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยตามทางแนวทางดังกล่าวทางเว็บไซต์ WHO เป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 4 มิ.ย. 2563⁴⁸

3.2.3.2 วิเคราะห์การสื่อสารของ WHO

ผู้ศึกษามีมุมมองว่า การสื่อสารของ WHO เรื่องหน้ากากอนามัยได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย

ประการแรก WHO ต้องการเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุดเพื่อรักษาภาพลักษณ์ขององค์กรเรื่องการเป็นผู้นำด้านการกำหนดและเสนอแนะมาตรฐานด้านสาธารณสุข จึงเน้นเผยแพร่ข้อแนะนำที่มีหลักฐานรองรับอย่างแน่นหนา ยาวนาน (เรื่องการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจด้วยการรักษาระยะห่างและรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างมืออย่างหมั่นจดบ่อยๆ) อย่างไรก็ตามในขณะเดียวกัน WHO ก็ตระหนักว่า หน้ากากอนามัยเป็นวัสดุจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก แต่ความสามารถในการผลิตหน้ากากทั้งหมดในโลกจำกัดอยู่ในทวีปเอเชีย นอกจากนี้ ประเทศพัฒนาแล้วไม่ได้เก็บสำรองหน้ากากอนามัยไว้ในคลัง และกำลังประสบปัญหาที่มีความต้องการใช้จำนวนมากในสถานพยาบาล (เช่น ในทวีปยุโรป ซึ่งเป็นศูนย์กลางการระบาดช่วงเดือน มี.ค.-พ.ค. 2563) ดังนั้น หาก WHO ประกาศแนะนำให้บุคคลทั่วไปควรสวมหน้ากากอนามัย ก็อาจจะเป็นการชี้แนะให้ประชาชนและประเทศกักตุนสินค้าก่อให้เกิดภาวะขาดแคลนหน้ากาก ซึ่งจะส่งผลให้ราคาตลาดพุ่งสูงขึ้นไปอีกหลายเท่าตัว รวมทั้งอาจส่งผลเรื่องนานาประเทศแก่งแย่งกันครอบครองหน้ากาก

ดังนั้น อย่างน้อยในช่วงต้นของการระบาด ผู้ศึกษามีแนวคิดที่ว่า WHO อาจจะตัดสินใจสื่อสารแบบ Strategic communication for Resilience กล่าวคือพยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการระบาดของโรคให้มากที่สุดเพื่อรัฐบาลและบุคคลธรรมดาสามารถตัดสินใจประกอบการปฏิบัติตนในการป้องกันตัวเอง หากไม่สามารถจัดหาหน้ากากอนามัยมาใช้ได้ (คือ เน้นให้ความสำคัญกับการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะล้างมือ

⁴⁷ โทรเลข คผก. ณ นครเจนีวา เลขที่ GVA/474/2563 ลงวันที่ 1 พ.ค. ข้อ 5

⁴⁸ <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>

บ่อยๆ เป็นอันดับแรก นอกจากนี้จะต้องสละหน้ากากอนามัยให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ก่อนเสมอ) เพื่อไม่สร้างปัญหาและแรงกดดันในการบริหารจัดการสถานการณ์เพิ่มขึ้นจากที่มีอยู่เดิม

3.2.3.3 บทเรียนที่ได้รับจากกรณีศึกษาเรื่องหน้ากากอนามัย

หากมองอย่างเป็นกลาง อาจเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้องแล้วของ WHO ในแง่ Strategic communication for Resilience เพราะถึงแม้ WHO จะไม่ประกาศแนะนำให้คนส่วนใหญ่ใส่หน้ากากอนามัย ก็เกิดกรณีประเทศต่างๆ ก็แย่งกันซื้อสินค้าอยู่เรื่อยๆ เช่น กรณีหน้ากากที่รัฐบาลเยอรมนีสั่งซื้อหายไปในขณะที่ขนส่งผ่านเคนยา⁴⁹ กรณีสมาคมแพทยออสเตรเลียกล่าวหาว่าบริษัทจีนในออสเตรเลียกำลังกักตุนหน้ากากอนามัย⁵⁰ กรณีรัฐบาลเยอรมนีกล่าวหาว่ารัฐบาลสหรัฐฯ “ขโมย” สินค้าที่ตนสั่งซื้อและชำระเงินไปแล้ว⁵¹ และกรณีรัฐบาลแคนาดาจัดตั้งเครือข่ายการจัดหาหน้ากากอนามัยจากแหล่งผลิตในจีนโดยตรง⁵² เป็นต้น

อย่างไรก็ดี การที่ WHO ใช้เวลาถึง 2 เดือนก่อนจะปรับคำแนะนำเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัยภายหลังจากนักวิชาการพบหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วว่า ผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการก็สามารถแพร่เชื้อได้ ทั้งที่มีประเทศสมาชิกได้สอบถามในที่สาธารณะแล้วว่า ควรปรับคำแนะนำให้ประชาชนทั่วไปใส่หน้ากากอนามัยหรือไม่ ทำให้องค์กรเสียความน่าเชื่อถือในสายตาประเทศสมาชิก และในเวลาต่อมาประเทศสมาชิกจำนวนมากไม่สนใจรับฟังคำแนะนำของ WHO ในเรื่องนี้อีกต่อไป ซึ่งเมื่อประกอบกับข้อสงสัยประการอื่นๆ ที่ประเทศสมาชิกมีต่อการดำเนินการของ WHO ก็ได้ส่งผลถึงความน่าเชื่อถือขององค์กรโดยรวมอย่างมากในที่สุด

ในกรณีนี้ ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าบทเรียนที่สำคัญคือ

“ผู้รับสารพร้อมจะให้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อคำนึงของผู้ส่งสารในมิติต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้รับสารตระหนักว่า ผู้ส่งสารมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ของผู้รับสารเอง อย่างไรก็ตาม หากผู้ส่งสารได้รับหลักฐานและข้อมูลหรือผลวิจัยใหม่ๆ ที่หักล้างกับข้อแนะนำเดิม ควรปรับเปลี่ยนข้อแนะนำเกี่ยวกับเรื่องนั้นเสียก่อนที่จะเสียความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสาร”

⁴⁹ Reuters, 24 March 2020, “Germany says six million coronavirus face masks missing in Kenya”

⁵⁰ The Guardian, 26 March 2020, “Medical association warns Australia must protect medical supplies amid reports of stockpiling by China-backed firm in February”

⁵¹ Financial Times, 4 April 2020, “Germany accuses US of face mask piracy”

⁵² Canadian Broadcasting Corporation, 13 April 2020, “Canada building its own PPE network in China”

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

4.1.1 ลักษณะการสื่อสารและแรงจูงใจในการสื่อสารของ WHO

จากการทบทวนข้อมูลทั้งหมดที่ WHO ได้สื่อสารต่อสาธารณะ ทั้งด้วยการเผยแพร่ทางเว็บไซต์ การบรรยายสรุปแก่ผู้แทนรัฐบาลประเทศสมาชิก และการแถลงข่าวต่อสาธารณชน โดยวิเคราะห์เกี่ยวกับกรณีศึกษา 3 กรณี ผู้ศึกษาสามารถวิเคราะห์ลักษณะการสื่อสารและแรงจูงใจในการสื่อสารของ WHO ตามกรอบความคิดของ (Olsson 2014) ได้สองแง่มุม

แง่มุมแรกซึ่งเด่นชัดที่สุดในภาพรวม คือ WHO ใช้การสื่อสารระดับ Operational communication เป็นหลัก กล่าวคือเน้นการสื่อสารข้อเท็จจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลล่าสุดทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับโรคและเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคเท่าที่มีล่าสุดในขณะนั้น รวมถึงข้อแนะนำในระดับปฏิบัติการทุกมิติ ทั้งด้านการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคโดยบุคลากรสาธารณสุข การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและระงับการแพร่ระบาดของโรคโดยประชาชน ตลอดจนคำแนะนำเพื่อรักษาสุขภาพจิตและบรรเทาปัญหาทางสังคมที่เกิดขึ้นในช่วงภาวะวิกฤตการระบาด เช่น ปัญหาการตีตราผู้ติดเชื้อ ปัญหาการตีตราผู้ป่วยและโยกย้ายถิ่นฐาน ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นในช่วงที่ประชากรตกงานและต้องกักตุนอยู่ในที่อยู่อาศัย ฯลฯ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลให้รอบด้านมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การสื่อสารแบบ Operational communication นี้ ผู้ศึกษาประเมินว่า มีส่วนช่วยประเทศสมาชิกจำนวนมากให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการรับมือกับภาวะวิกฤต (for Resilience) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่ไม่มีหรือมีศักยภาพของระบบสาธารณสุขทั้งด้านองค์ความรู้และบุคลากรอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ⁵³ และโดยเฉพาะในช่วงต้นของการเกิดภาวะวิกฤตการระบาดของ “โรคใหม่” ที่ไม่มีฝ่ายใดมีองค์ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคนี้นมาก่อน

⁵³ WHO จัดระดับศักยภาพความสามารถของประเทศสมาชิกในการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด-19 ไว้ในเอกสาร COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan: Country Preparedness and Response Status for COVID-19 สถานะวันที่ 9 มิ.ย. 2563 ซึ่งเป็นการประเมินโดยฝ่ายสาธารณสุขของแต่ละประเทศด้วยตนเองตามระบบ JEE ในกรอบ IHR (2005)

ในขณะเดียวกัน ในบางกรณี WHO สอดแทรกการสื่อสารลักษณะ Strategic communication เข้าไว้ด้วย โดยผู้ศึกษาตีความว่า น่าจะมีจุดประสงค์เพื่อรักษาและเสริมสร้าง ศักยภาพของระบบสาธารณสุขของประเทศสมาชิก (for Resilience) เช่นกัน เช่น ในกรณีศึกษาที่ 3 เรื่องการไม่ประกาศให้การสวมหน้ากากอนามัยเป็นข้อแนะนำที่จำเป็นสำหรับประชาชนทั่วไป มีส่วนช่วยให้ไม่เกิดภาวะขาดแคลนและกักตุนหน้ากากอนามัยสำหรับประเทศต่างๆ มากไปกว่าที่เกิดขึ้น

การสื่อสารทั้งแบบ Operational และ Strategic communication for Resilience เป็นการทำตามพันธกิจที่องค์กรมีอยู่ตามธรรมนูญก่อตั้ง ซึ่งมีประโยชน์สำคัญในการแสดงว่า องค์กรสามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้กำหนดและเผยแพร่มาตรฐานด้านสาธารณสุข (normative function) สำหรับประเทศสมาชิกได้ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤตที่มักเกิดขึ้นรวดเร็วฉับพลัน และประเทศสมาชิก ไม่สามารถแสวงหาแหล่งกำหนดมาตรฐานอื่นๆ ได้ทันการณ์ในระยะแรก จึงถือเป็นจุดแข็งของการสื่อสารโดย WHO ที่องค์กรควรรักษาไว้และพัฒนาต่อไปเรื่อยๆ

อย่างไรก็ดี เมื่อวิเคราะห์แรงจูงใจและพฤติกรรมกรรมการสื่อสารของ WHO ในมิติเพื่อการเสริมสร้างภาพลักษณ์ขององค์กร (for Reputation) แล้ว ผู้ศึกษาเห็นว่า WHO สื่อสารด้วยแรงจูงใจเรื่องการรักษาภาพลักษณ์องค์กรอยู่ไม่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีศึกษาที่ 2 เรื่องการประกาศคำแนะนำในการเดินทาง ที่ WHO เขียนถ้อยคำอย่างคลุมเครือและการประกาศมีความล่าช้า และกรณีศึกษาที่ 3 เรื่องการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้หน้ากากอนามัย ที่ WHO ใช้เวลานานมาก ก่อนจะปรับเปลี่ยนคำแนะนำในเรื่องนี้ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานออกมาหักล้างความถูกต้องของคำแนะนำที่เคยประกาศในครั้งแรกก็ตาม

จุดอ่อนที่เกิดขึ้นหากองค์กรสาธารณะสื่อสารด้วยแรงจูงใจเรื่องการรักษาภาพลักษณ์ขององค์กรคือ หากผู้รับสารเห็นว่า ผู้ส่งสารให้ความสำคัญกับ “ผลประโยชน์เรื่องภาพลักษณ์” ขององค์กร หรือ “ผลประโยชน์ของประเทศสมาชิกเพียงบางประเทศ” มากกว่า “ผลประโยชน์ด้านสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชนทั่วไป” ผู้รับสารก็จะหมดความเชื่อถือในสารนั้น และหากผู้ส่งสารมีพฤติกรรมเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง ความน่าเชื่อถือขององค์กรก็จะถูกบั่นทอนลงเรื่อยๆ จนกระทั่งผู้รับสารอาจจะไม่ใส่ใจในการสื่อสารขององค์กรอีกต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระยะเวลาของสถานการณ์การระบาดผ่านไปนานขึ้น ย่อมมีองค์กรอื่นๆ หรือแม้กระทั่งประเทศสมาชิกที่มีศักยภาพด้านสาธารณสุขค่อนข้างสูง สามารถวิเคราะห์วิจัยและรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคใหม่นี้ได้เอง และสามารถปฏิบัติหน้าที่กำหนดและเผยแพร่มาตรฐาน (normative function) ที่อาจจะทดแทนบทบาทของ WHO ได้ในที่สุด

4.1.2 จุดแข็ง-จุดอ่อนของวิธีการสื่อสารของ WHO

นอกเหนือจากบทเรียนที่ได้รับจากการวิเคราะห์ลักษณะการสื่อสารของ WHO ตามแนวทางของ (Olsson 2014) แล้ว ผู้ศึกษาเห็นว่า สามารถถอดบทเรียนจาก “วิธีการสื่อสาร” ของ

WHO ในภาพรวมเพื่อนำมาประกอบการพัฒนา SOP สำหรับองค์กรสาธารณะอื่นๆ ได้ด้วย โดย “วิธีการสื่อสาร” ในที่นี้หมายถึง วิธีการและปฏิบัติการที่ WHO ใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลและข้อเสนอแนะต่างๆ ทั้งทางเว็บไซต์ ทางการบรรยายสรุปแก่รัฐบาลประเทศสมาชิก และการแถลงข่าวต่อสาธารณชน

4.1.2.1 จุดแข็งของวิธีการสื่อสาร

การสื่อสารแบบแถลงข่าวและบรรยายสรุป

1) ตั้งแต่แรกเริ่มภาวะวิกฤต ฝ่ายเลขานุการ WHO ใช้บุคลากรเพียงกลุ่มเดียวทั้งในการบรรยายสรุปต่อประเทศสมาชิกและการแถลงข่าว คือให้ผู้บริหารระดับสูงสุดของหน่วยงานในสาขาที่ปฏิบัติงานโดยตรง เป็นผู้ร่วมแถลงและตอบคำถามในสาขาหน้าที่และความเชี่ยวชาญของตน โดยมีผู้แทนสำรองของแต่ละสาขาเข้าร่วมหรือเข้าแทนในบางโอกาส เช่น

ดร. ทิโตรอส อัดฮานอม กีเบรเยซุส (ผู้อำนวยการใหญ่)

– ตอบคำถามเชิงการเมืองเกี่ยวกับประเทศสมาชิก เน้นส่งสารเชิงจิตวิทยาที่สำคัญในขณะนั้น เช่น ให้กำลังใจ หรือเตือนให้ระวัง เป็นต้น

ดร. ไมเคิล ไรอัน (ผู้อำนวยการอาวุโส โครงการฉุกเฉินด้านสาธารณสุข)

– ตอบคำถามเรื่องการบริหารจัดการภาวะวิกฤตในภาพรวม และมีหน้าที่ย้าสารที่ ผอ. ใหญ่ ต้องการสื่อในแต่ละครั้ง เพราะเป็นผู้ได้รับความเชื่อถือในวงการสาธารณสุขโลกจากความสำเร็จในการบริหารจัดการสถานการณ์ระบาดของโรคอีโบล่าถึงสองครั้งในปี 2550 และระหว่างปี 2557– 2559

ดร. มาเรีย แวน เคอร์คอฟ (ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบาดจากเชื้อไวรัส)

– ตอบคำถามด้านวิทยาศาสตร์ทุกเรื่องเกี่ยวกับเชื้อไวรัสและลักษณะอาการของโรค

ดร. ชุมญา สวามินาทาน (หัวหน้านักวิทยาศาสตร์ WHO)

– ตอบคำถามเกี่ยวกับพัฒนาการของการวิจัยเรื่องยาและวัคซีน

ดร. โอลิเวอร์ มอร์แกน (ผู้อำนวยการฝ่ายข้อมูลและสารสนเทศ)

– ให้ข้อมูลภาพรวมเกี่ยวกับสถานการณ์ระบาดในนานาประเทศทั่วโลก เป็นต้น

2) ผู้แทนดังกล่าวข้างต้นนำเสนอข้อมูลและข้อเสนอแนะได้อย่างมั่นคงและชัดเจนถึงแม้ว่าในบางโอกาสจะถูกถามซ้ำๆ และวกวนไปมาหลายครั้ง นอกจากนี้ยังสามารถหลีกเลี่ยงการให้คำตอบที่อาจทำให้เกิดความตระหนักในวงกว้าง และสามารถเน้นย้ำ “สารสำคัญ” ของการแถลงข่าวในแต่ละครั้งได้อย่างแม่นยำ (เช่น การให้กำลังใจ หรือการเตือนให้ระวัง เป็นต้น)

และสามารถสอดประสานการตอบคำถามและเสริมความครบถ้วนของการให้ข้อมูลซึ่งกันและกันได้
อย่างดี

การสื่อสารด้วยการเผยแพร่ทางสื่อสาธารณะ

3) ฝ่ายเลขานุการได้จัดทำสื่อสาธารณะสำหรับการสื่อสารรูปแบบต่างๆ ทั้งทางเว็บไซต์ ทางโซเชียลมีเดีย และแอปพลิเคชันต่างๆ เช่น WhatsApp รวมทั้งได้แปลข้อมูลและ
ข้อแนะนำการปฏิบัติตัวที่สำคัญเป็นภาษาต่างๆ จำนวนมากนอกเหนือจากภาษาทางการของ
สหประชาชาติ จัดทำอินโฟกราฟฟิก และกระจายสื่อเหล่านี้ทางช่องทางการสื่อสารได้อย่าง
หลากหลาย โดยใช้สำนักงานระดับภูมิภาคและสำนักงานประจำประเทศต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1.2.2 จุดอ่อนของวิธีการสื่อสาร

กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 เป็นตัวอย่างของจุดอ่อนหลักของวิธีการสื่อสาร
ของ WHO ที่แสดงให้เห็นว่า ในบางครั้งผู้เชี่ยวชาญอาจต้องการรักษาภาพลักษณ์เรื่องการให้
คำแนะนำต่างๆ ที่ “ถูกต้องอยู่เสมอแม้มาอ่านในภายหลัง” โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อตระหนักว่าจะมีการ
ประเมินย้อนหลังว่าข้อแนะนำที่ WHO เผยแพร่นั้นถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ส่งผลให้การเผยแพร่
ข้อแนะนำต่างๆ ของ WHO ดูคล้ายกับมีความพยายาม “play safe” โดยเขียนทุกอย่างแบบ
ครอบคลุมและระมัดระวังอย่างมากจนกระทั่งกลายเป็นความคลุมเครือ เช่น สำหรับกรณีศึกษาที่ 1
WHO ไม่เคยประกาศอย่างชัดเจนว่า โรคนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นภาวะการระบาดใหญ่ แต่
พยายามแถลงรายละเอียดของวิธีการแพร่ระบาดของเชื้อโรคว่าระบาดได้ด้วยวิธีเดียวกับโรคหวัดและ
ไข้หวัดใหญ่ ซึ่งหากใช้ตรรกะธรรมดาพิจารณาว่า ในโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่ประชาชนเดินทางไปมาหาสู่กัน
อย่างกว้างขวางตลอดเวลา และโรคหวัดและไข้หวัดใหญ่มีการระบาดไปทั่วโลกทุกปีในฤดูหนาวของทั้ง
สองซีกโลก ย่อมน่าจะอนุมานได้ว่า โรคโควิด-19 มีความเสี่ยงสูงมากที่จะกลายเป็นโรคระบาดใหญ่ใน
เวลาไม่นาน เป็นต้น

4.1.3 หลักคิดเรื่องปัจจัยความสำเร็จของการสื่อสารจากวรรณกรรมศึกษาและ บทเรียนจากการสื่อสารของ WHO

บทเรียนเรื่องจุดเด่นและจุดด้อยของลักษณะการสื่อสาร แรงจูงใจ และวิธีการ
สื่อสาร อาจสามารถประมวลเป็นปัจจัยความสำเร็จของการสื่อสารได้ ดังนี้

1) ทุกภาวะวิกฤตมี “วงจร” ที่อาจแบ่งได้เป็น 4 ช่วง ได้แก่ ช่วงการเตรียมการ
ก่อนภาวะวิกฤต (การเตรียมความพร้อมและวางแผน SOP) ช่วงต้นของภาวะวิกฤต (การบริหาร
จัดการภาวะวิกฤตที่หนักที่สุด) ช่วงที่ภาวะวิกฤตบรรเทาลงแต่ยังไม่หมดไป (การตอบคำถามและ
คำวิพากษ์วิจารณ์) และช่วงการเรียนรู้บทเรียนในภายหลัง ซึ่งการวางแผนยุทธศาสตร์การสื่อสารควร
เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนยุทธศาสตร์รับมือกับภาวะวิกฤตในภาพรวม ในขณะเดียวกันก็ควรมี
ความยืดหยุ่นให้เปลี่ยนแปลงได้ตามความจำเป็นของสถานการณ์

2) ทีมบริหารจัดการภาวะวิกฤตมักจะเป็นบุคลากรจากหลายองค์กรที่ต้องทำงานร่วมกัน ดังนั้นในการเตรียมความพร้อมรับภาวะวิกฤต แต่ละหน่วยงานควรมอบหมายหน้าที่แก่บุคลากรไว้ล่วงหน้า และแนะนำให้รู้จักกันระหว่างหน่วยงาน (ใคร ทำอะไร มีสายงานบังคับบัญชาอย่างไร ฯลฯ) รวมถึงวางแผนรับมือเบื้องต้นไว้ล่วงหน้าเพื่อให้สามารถประสานงานกันและเริ่มใช้แผนได้โดยเร็วที่สุดหลังเกิดเหตุการณ์

3) องค์กรสาธารณะต้องตั้งมั่นไว้เสมอว่า เป้าหมายสูงสุดของการสื่อสารคือเพื่อความอยู่รอดปลอดภัยของประชาชน และเมื่อประชาชนสามารถเห็นได้ถึงความตั้งใจในการสื่อสารเพื่อวัตถุประสงค์นี้ ก็จะมีแนวโน้มสูงขึ้นที่จะให้ความร่วมมือซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การสื่อสารได้ประสิทธิผล ในทางกลับกัน การสื่อสารโดยให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ขององค์กรมากกว่าความอยู่รอดปลอดภัยของประชาชนสามารถส่งผลเสียเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือ และจะลดประสิทธิผลของการสื่อสาร

4) การสื่อสารในภาวะวิกฤตอาจจะไม่สามารถดำเนินการตามแผนการเป็นขั้นเป็นตอนได้อย่างเคร่งครัด หลายหน่วยงานอาจจะมีความจำเป็นจะต้องเริ่มดำเนินการต่อภาวะวิกฤตพร้อมๆ กันโดยไม่สามารถ “เริ่มที่จุดเริ่มต้น” ได้ จึงควรวางแผนในลักษณะ “รายการสิ่งที่ควรทำ (checklist)” ไว้ล่วงหน้า โดยไม่จำเป็นต้องลงรายละเอียดมากนักแต่ควรครอบคลุมหัวข้อสำคัญที่จำเป็นต่อประสิทธิภาพของการประมวล ตรวจสอบ และเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณะ เช่น ช่องทางการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์และข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ช่องทางการกระจายข้อมูลให้ไหลเวียนภายในองค์กรและหน่วยงานที่ร่วมดำเนินงาน ช่องทางการอนุมัติการตัดสินใจเกี่ยวกับการสื่อสาร วิธีประเมินความเสี่ยงของสถานการณ์ต่างๆ (ว่าจะกระทบใคร อย่างไร) และวิธีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่สะท้อนถึงความรับผิดชอบร่วมกันของทุกหน่วยงาน เป็นต้น

5) การวางตัวโฆษก หรือผู้จัดการการสื่อสารในภาวะวิกฤต (crisis communication manager) เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งของความสำเร็จ ทั้งในการสื่อสารและในการรับมือกับภาวะวิกฤตในภาพรวม จึงจำเป็นจะต้องให้บุคคลผู้นี้หรือกลุ่มนี้มีส่วนร่วมและรับทราบตัดสินใจที่สำคัญทุกเรื่อง

7) ถึงแม้ในภาวะวิกฤตควรมีโฆษกเพียงคนเดียวหรือกลุ่มเดียวที่สื่อสารสู่สาธารณะ แต่ควรให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนสามารถเป็น “ทูตการสื่อสาร (communication ambassador)” ได้ด้วย โดยฝึกฝนทักษะพื้นฐานเรื่องการสื่อสารที่เหมาะสมให้เจ้าหน้าที่ทุกคน และให้รับทราบข้อมูลภายในขอบเขตที่สมควรรวมทั้งแนวทางการชี้แจงขั้นพื้นฐานที่ถูกต้องไว้เสมอ

8) ให้ผู้นำองค์กรเห็นชอบกับแผนการการรับมือกับวิกฤตและแผนการสื่อสารฉบับล่าสุดไว้เสมอ เพื่อให้สามารถใช้แนวทางที่จำเป็นปฏิบัติงานได้ทันทีที่เกิดเหตุการณ์

4.2 ข้อเสนอแนะ – Standard Operating Procedure (SOP) สำหรับการสื่อสารโดยองค์กร สาธารณะในภาวะวิกฤต

เป้าประสงค์หนึ่งของการศึกษานี้ คือการสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาและพัฒนา Standard Operating Procedure (SOP) สำหรับการสื่อสารโดยองค์กรสาธารณะในภาวะวิกฤต ที่กรมสารนิเทศ กระทรวงการต่างประเทศ อาจนำมาปรับใช้ตามความเหมาะสม

ผู้ศึกษาใช้แนวทางและรายการข้อเสนอแนะจาก U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (2014) แบ่งวงจรการบริหารจัดการ ภาวะวิกฤตออกเป็น 4 ขั้น เป็นพื้นฐานการจัดทำรายการสิ่งที่ควรทำ (checklist) ซึ่งสามารถประมวล การประยุกต์ใช้ออกมาเป็นลำดับขั้นตอนในลักษณะ SOP ได้ในภาพที่ 3

4.2.1 ช่วงการเตรียมการก่อนภาวะวิกฤต (pre-crisis phase)

(กล่องและลูกศรสีเขียวในภาพที่ 3)

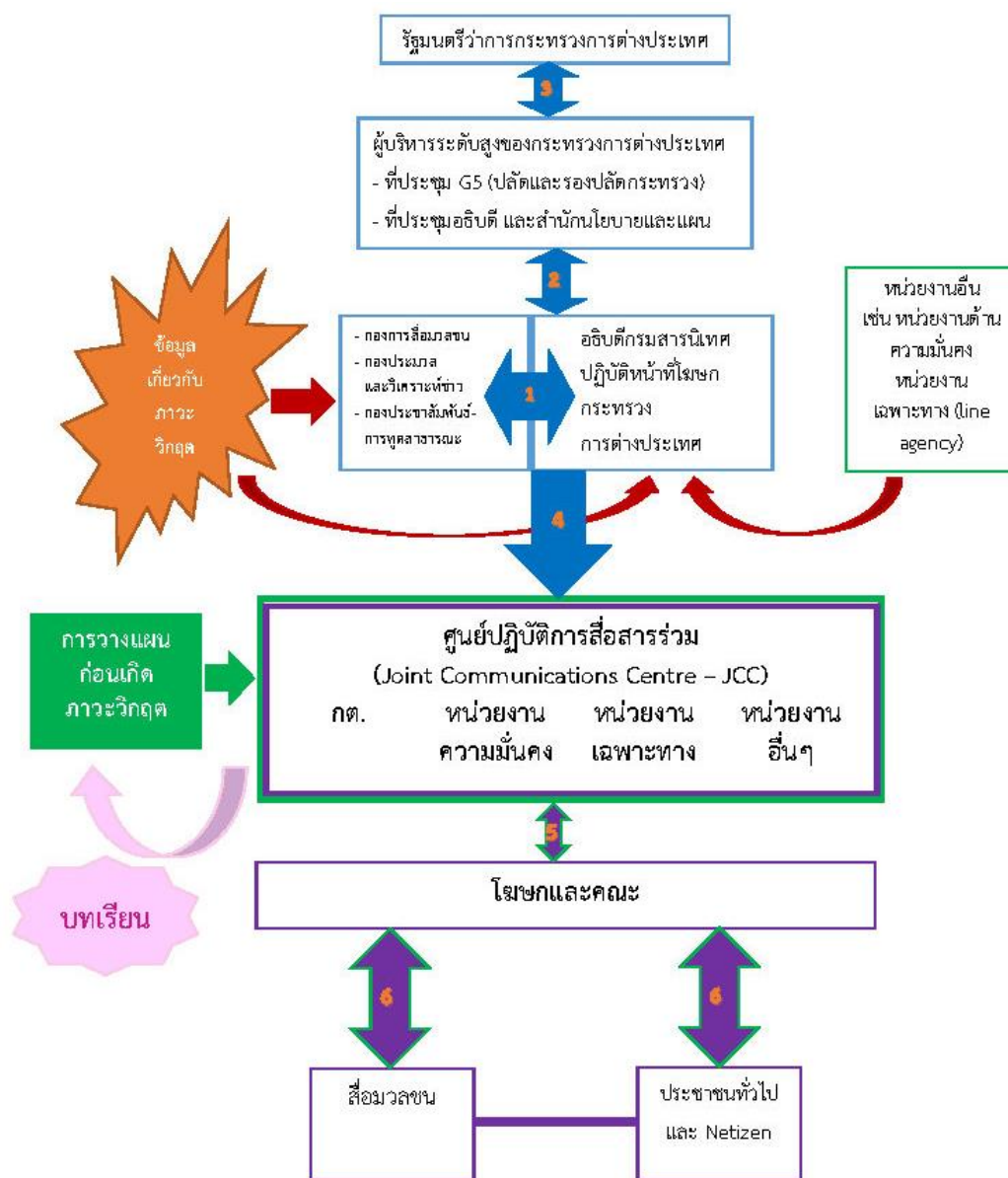
คติพจน์ : ถึงแม้จะไม่สามารถเตรียมการได้พร้อมสมบูรณ์ทุกประการ แต่หากไม่เตรียมการไว้เลย จะมีความเป็นไปได้ของความล้มเหลวสูงมาก

❑ กำหนดตัวบุคคลและหน่วยงานที่ต้องทำงานร่วมกันในภาวะวิกฤต รวบรวม หมายเลขติดต่อ ซึ่งอาจรวมถึง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านเกษตร/ปศุสัตว์/ชลประทาน/ทรัพยากรธรรมชาติ องค์การการกุศลที่มีเครือข่ายกว้างขวาง และหน่วยงานด้านความมั่นคง หน่วยงานรักษาความปลอดภัย และหน่วยงานด้านการบรรเทาสาธารณภัย

❑ เตรียมโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการสื่อสารร่วม (Joint Communications Centre-JIC) ทั้งฮาร์ดแวร์ เช่น เทคโนโลยีและที่เก็บฐานข้อมูล รวมถึงช่องทางการประสานรับส่งข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เช่น หมายเลขโทรศัพท์ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ เครือข่ายฐานข้อมูลร่วม และซอฟต์แวร์ เช่น แนวทางการขออนุมัติการสื่อสารข้อมูลทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน เป็นต้น

❑ เตรียมวางตัวบุคคลที่จะช่วยตรวจทานข้อมูล/เอกสารให้ถูกต้องก่อนเผยแพร่ ซึ่ง (U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention 2014) แนะนำให้มี 3 คน ได้แก่ ฝ่ายสารนิเทศขององค์กร (เพื่อพิจารณาด้านภาพลักษณ์องค์กร) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนองค์กร (เพื่อดูแลสิ่งที่ประกาศให้ไม่ขัดแย้งกับนโยบายองค์กร) และผู้เชี่ยวชาญจากสาขาที่เกี่ยวข้อง (เพื่อดูแลความถูกต้องของเนื้อหาการประกาศ)⁵⁴

⁵⁴ (U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention 2014) p.16



ภาพที่ 3 ข้อเสนอ SOP สำหรับกรมสารนิเทศ กระทรวงการต่างประเทศ

- ❑ เตรียมช่องทางการสื่อสาร (ให้สำนักข่าว ผู้สื่อข่าว/ออนไลน์ และประชาชน) เตรียมช่องทางการติดต่อฉุกเฉินที่ผู้สื่อข่าวและประชาชนจะติดต่อกลับเข้ามาได้ (ทั้งหมายเลขโทรศัพท์สำหรับเวลาปกติและนอกเวลาทำงาน และช่องทางโซเชียลมีเดีย)
- ❑ เตรียมรายการทรัพยากรที่ต้องใช้สำหรับการตั้งศูนย์ปฏิบัติการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เครือข่ายคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์สื่อสารที่รักษาความปลอดภัยได้อย่างเข้มงวด

4.2.2 ช่วงต้นของภาวะวิกฤต (initial crisis phase)

□ เมื่อสัญญาณการเกิดวิกฤตเข้ามาตามช่องทางต่างๆ (กล่องและลูกศรสีแดงในภาพที่ 3) ติดต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนให้ทราบ จากนั้นปฏิบัติตามขั้นตอน (กล่องและลูกศรสีฟ้าในภาพที่ 3) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ประสานงานระหว่างกองการสื่อสารมวลชน (จุดประสานงานกับสื่อมวลชนไทย) กองประมวลและวิเคราะห์ข่าว (จุดประสานงานกับสื่อมวลชนต่างประเทศในไทย) และกองประชาสัมพันธ์ การทูตสาธารณะ (โซเชี่ยลมีเดีย) และรายงานอธิบดีกรมสารนิเทศทราบ ในทางกลับกัน หากอธิบดีได้รับข้อมูลก่อน จะแจ้งกองต่างๆ ให้เตรียมข้อมูลทันที โดยรวบรวมข้อมูลให้กว้างขวางที่สุด และตรวจสอบแยกแยะข้อเท็จจริงโดยเร็ว

ขั้นที่ 2 และ ขั้นที่ 3 หากเป็นเรื่องสำคัญและเกี่ยวข้องกับหลายกรม อธิบดีกรมสารนิเทศนำเรียนผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงพิจารณาตามลำดับขั้น

ขั้นที่ 4 กระทรวงการต่างประเทศประสานหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เตรียมเข้าร่วมการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการสื่อสารร่วม (Joint Communications Centre–JIC)

ขั้นที่ 5 ร่วมจัดทำแนวทางชี้แจงเพื่อโฆษกใช้ในการสื่อสาร ตัดสินใจว่าจะสื่อสารอะไร อย่างไร แล้วเชื่อมโยงกับหน่วยงานทุกหน่วยให้สื่อสารไปในทางเดียวกัน (กล่องและลูกศรสีม่วงในภาพที่ 3)

□ สิ่งที่ต้องสื่อสาร : เกิดเหตุการณ์อะไรขึ้น เหตุการณ์นี้ก่อให้เกิดผลกระทบหรือมีความเสี่ยงอย่างไรต่อประชาชน พยายามให้ข้อแนะนำที่ประชาชนจะพึ่งตนเองได้ เพื่อช่วยสร้างความมั่นใจให้ประชาชน แจ้งช่องทางที่ประชาชนจะขอรับข้อมูลเพิ่มเติมที่เชื่อถือได้ ที่ควรรวมถึงพันธมิตรจากภาคส่วนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ภาครัฐที่เชื่อถือได้ด้วย เพื่อขยายแนวร่วมการส่งสารที่ถูกต้องให้กว้างขวางที่สุด

□ วิธีการ/ลักษณะการสื่อสาร : ใช้คำศัพท์ง่ายๆ อธิบายเหตุการณ์ให้ชัดเจนที่สุด รักษาบุคลิกลักษณะที่สงบและไม่แสดงความตระหนก สื่อสารอย่างเห็นอกเห็นใจและให้ความเข้าใจต่อประชาชน อย่างไรก็ตามก็ควรใช้ถ้อยคำที่อธิบายลักษณะภัยคุกคามให้ชัดเจนว่าเป็นสิ่งที่จับต้องได้ ซึ่งจะสามารถช่วยสื่อนัยยะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถรับมือและตอบโต้ภัยคุกคามนี้ได้

ขั้นที่ 6 เผยแพร่การสื่อสารตามช่องทางที่ได้รับมอบหมาย

□ ช่องทางและวิธีการส่งสาร (release authorities) : กำหนดตัวบุคคลที่เป็นจุดติดต่อระหว่างองค์กรและผู้สื่อข่าวและประชาชน เขียนวิธีการส่งสารให้ชัดเจนที่สุดเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อจะได้ไม่มีข้อกังขาขยาดูเงิน แต่ควรพร้อมปรับเปลี่ยนแนวทางหากมีพัฒนาการที่จำเป็น โดยต้องแจ้งให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบทันที นอกจากนี้ต้องตระหนักว่า หน่วยงานต่างๆ สามารถ

รับทราบข้อมูลส่วนใหญ่ได้พร้อมๆ กัน จึงอาจปล่อยข้อมูลพื้นฐานได้พร้อมๆ กันโดยควรประสานงานกันไว้ก่อน

- ❑ ให้ความสำคัญสูงสุดกับความน่าเชื่อถือของผู้ส่งสารและองค์กร

4.2.3 ช่วงที่ภาวะวิกฤตบรรเทาลงแต่ยังไม่หมดไป (maintenance phase)

- ❑ สาธารณชนมีแนวโน้มจะต้องการคำตอบต่อคำถามสำคัญ เช่น

- เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นได้อย่างไร
- จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ขึ้นอีกได้อย่างไร
- ผลกระทบระยะยาวจะเป็นอย่างไร
- ประชาชนจะฟื้นตัวได้อย่างไร

❑ คณะทำงานยังคงต้องติดตามประเมินสถานการณ์ที่สามารถเปลี่ยนแปลงไปได้อยู่เสมอ และกระจายข้อมูลที่เข้ามาใหม่ให้ทั่วถึงทุกหน่วยงานที่ต้องทำงานร่วมกันในศูนย์ปฏิบัติการสื่อสารร่วม เพื่อมิให้เกิดช่องโหว่ของการสื่อสารภายในองค์กรที่อาจนำมาสู่ความผิดพลาด

❑ สื่อมวลชนจะติดตามและตรวจสอบการทำงานขององค์กรทุกขั้นตอน และมักจะมีผู้วิพากษ์วิจารณ์การทำงานขององค์กรอยู่เสมอ พยายามรับฟังโดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลปกป้องการกระทำขององค์กร แต่ต้องอธิบายด้วยข้อเท็จจริง

4.2.4 ช่วงการประเมินผลและเรียนรู้

(กล่องและลูกศรสีชมพูในภาพที่ 3)

❑ ภายหลังจากควบคุมวิกฤตได้และเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติใหม่ (a new normal) เป็นช่วงประเมินผลการดำเนินการ เพื่อศึกษาบทเรียนว่าสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้อย่างไร อาทิ สามารถพัฒนา “แนวทางชี้แจงมาตรฐาน” (standard talking points) ให้ดีขึ้นสำหรับอนาคต

- ❑ นำบทเรียนที่ได้กลับไปสู่การพัฒนาแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตตามข้อ 4.2.1

4.3 บทส่งท้าย

การวิเคราะห์แรงจูงใจและลักษณะการสื่อสารขององค์การอนามัยโลกในรายงานการศึกษานี้ เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 กำลังเข้าสู่ “ระลอกสอง (second wave)” ในหลายประเทศ ในขณะที่การระบาดระลอกแรกตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 ยังคงลุกลามไม่สิ้นสุดในอีกหลายประเทศ วิกฤตในครั้งนี้ “ยังไม่เห็นทางจบ” ไม่มีใครสามารถคาดเดาได้ว่า นักวิทยาศาสตร์จะค้นพบวัคซีนป้องกันและยารักษาโรคที่มีประสิทธิผลได้เมื่อไร และ “ความปกติใหม่ (New Normal)” จะนำพามนุษยชาติไปสู่การพัฒนาในรูปแบบใดบ้าง

การศึกษานี้ทุกด้านจากเหตุการณ์ครั้งนี้ จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการก้าวเดินต่อไปของทุกประเทศ ซึ่งผู้ศึกษาหวังว่ารายงานการศึกษาชิ้นนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้สำหรับทุกฝ่าย

เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2563 WHO ได้เผยแพร่รายงานการประเมินผลดำเนินการของ WHO ในการรับมือกับภาวะวิกฤตจากการระบาดของโรคโควิด-19 ฉบับระหว่างกาล (interim report) ซึ่งเป็นรายงานการประเมินการดำเนินการของ WHO เกี่ยวกับเรื่องนี้เป็นครั้งแรกโดย คณะกรรมการอิสระจำนวน 7 คนที่ได้รับการแต่งตั้งโดย ผอ. ใหญ่ (คณะกรรมการชุดปัจจุบันได้รับการแต่งตั้งมาตั้งแต่ปี 2562 ก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด-19) ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ มีกำหนดเผยแพร่รายงานการประเมินฉบับสมบูรณ์ในการประชุม Executive Board ครั้งถัดไปช่วงต้นปี 2564

ข้อคิดเห็นจากรายงานดังกล่าว⁵⁵ ให้ความสนใจในการดำเนินการของ WHO และชื่นชมความพยายามของบุคลากร WHO ทุกภาคส่วนที่ตั้งใจปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตาม รายงานได้ตั้งคำถามในทิศทางเดียวกับที่ผู้ศึกษาได้พิจารณาไว้ในบทที่ 3 เช่น ข้อ 8 ของรายงานตั้งคำถามเกี่ยวกับนิยามและปัจจัยที่กำหนดการประกาศ PHEIC ข้อ 10 ของรายงานตั้งคำถามให้ประเทศสมาชิกพิจารณามุมมองที่ตนมีต่อฝ่ายเลขานุการ WHO ในการประกาศให้คำแนะนำเรื่องการเดินทางระหว่างประเทศ และข้อ 12 แนะนำให้ประเทศสมาชิกทบทวนและเปิดการเจรจาปรับปรุงกฎอนามัยระหว่างประเทศอีกครั้งหนึ่ง

ในทัศนะของผู้ศึกษา องค์การสาธารณสุขควรยึดถือการสื่อสารแบบ Operational communication for Resilience เป็นหลัก เน้นการเผยแพร่ความรู้และให้คำแนะนำแนวทางปฏิบัติ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของสาธารณสุขนให้รับมือกับภาวะวิกฤต เพราะการสื่อสารเช่นนี้นอกจากจะเป็นการทำตามพันธกิจขององค์การสาธารณสุขที่มีต่อสาธารณสุขแล้ว การตั้งมั่นในวัตถุประสงค์ดังกล่าว ย่อมนำมาซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กรเองในสายตาประเทศสมาชิกในที่สุด

นอกจากนี้ การสื่อสารโดยคำนึงถึงภาพลักษณ์องค์กรเป็นหลัก ถึงแม้ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ทุกฝ่ายอาจจะพยายามทำความเข้าใจและยอมรับได้ว่า เป็นธรรมชาติของบุคคลและองค์กรที่มีอัตลักษณ์ แต่บทเรียนสำคัญที่เกิดขึ้นก็คือ หากผู้รับสารเห็นว่า ผู้ส่งสารให้ความสำคัญกับ “ผลประโยชน์เรื่องภาพลักษณ์” ของตน หรือ “ผลประโยชน์ของประเทศสมาชิกเพียงบางประเทศ” มากกว่า “ผลประโยชน์ของประชาชนทั่วไป” ผู้รับสารก็จะหมดความเชื่อถือในสารนั้น และหากผู้ส่งสารมีพฤติกรรมเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง ความน่าเชื่อถือขององค์กรก็จะถูกบั่นทอนลงเรื่อยๆ จนกระทั่งอาจจะเข้าสู่ภาวะที่สาธารณสุขคนไม่ใส่ใจในการสื่อสารข้อเสนอแนะต่างๆ ขององค์กรอีกต่อไป

หากจะมองให้รอบด้านจากมุมมองของฝ่ายบริหารและฝ่ายเลขานุการของ WHO การตั้งเป้าประสงค์จะสื่อสารเพื่อรักษาภาพลักษณ์ในสายตาประเทศสมาชิก อาจถือได้ว่าเป็นเรื่องจำเป็น เนื่องจาก WHO เป็นองค์การระหว่างประเทศที่พึ่งพาเงินสนับสนุนองค์กรทั้งหมดจากประเทศสมาชิก ไม่ว่าจะเป็นเงินค่าบำรุงองค์กร (Assessed Contribution-AC) ที่ประเทศสมาชิกแต่ละประเทศชำระ

⁵⁵ https://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/meeting-reports/en/

เป็นสัดส่วนตามรายได้ประชาชาติของตน หรือเงินบริจาคด้วยความสมัครใจ (Voluntary Contribution-VC) ประเทศมหาอำนาจที่มีรายได้ประชาชาติสูงจึงชำระ AC ในสัดส่วนที่สูง ซึ่งอาจนำมาสู่ “อิทธิพล” ต่อความรู้สึกนึกคิดของฝ่ายเลขานุการของ WHO นอกจากนี้ ผู้บริจาค VC ต่อ WHO ในปริมาณสูงสุด 5 ลำดับแรก ก็เป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรในประเทศมหาอำนาจที่เป็นผู้ชำระค่าบำรุงองค์กรในอัตราส่วนที่สูงอยู่แล้ว จึงอาจจะไม่น่าประหลาดใจว่าพฤติกรรมของฝ่ายเลขานุการของ WHO จะเชื่อมโยงกับความต้องการรักษาภาพลักษณ์องค์กรในสายตาของประเทศสมาชิกที่เป็นผู้บริจาคลำดับต้นๆ ต่อองค์กร ถึงแม้ว่า ฝ่ายเลขานุการก็ย่อมต้องรักษาภาพลักษณ์ของตนในสายตาประเทศสมาชิกกลุ่มอื่นๆ ด้วยเช่นกัน

ความซับซ้อนจากมุมมองเชิงภาพลักษณ์องค์กรของ WHO คือประเทศสมาชิกต่างๆ มีความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์อยู่อย่างโยงใยซับซ้อนตามแต่ละสาขาสุขภาพและการแพทย์ โดยในปัจจุบันไม่สามารถแบ่งแยกโดยคร่าวดังเช่นในอดีตได้แล้วว่า ความต้องการของประเทศที่พัฒนาแล้วขัดกับความต้องการของประเทศกำลังพัฒนา เพราะในปัจจุบันประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศได้พัฒนาขีดความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุขเทียบเท่าหรือล้ำหน้าไปกว่าประเทศพัฒนาแล้วจำนวนหนึ่ง ประเทศกำลังพัฒนาเหล่านี้จึงมีแนวทางผลประโยชน์บางด้านที่สอดคล้องกับประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศ (อาทิ การมีศักยภาพเป็นประเทศผู้ผลิตวัคซีนบางชนิด)

ดังนั้น หากพิจารณาในบริบทที่กว้างขึ้นว่า ประเทศสมาชิก WHO ประกอบด้วยหลายกลุ่มหลายท่าที อีกทั้งมีทัศนคติต่อ WHO แตกต่างกัน และโดยธรรมเนียมองค์กร ฝ่ายเลขานุการ WHO มีหน้าที่น่านโยบายที่ประเทศสมาชิกเจรจาตกลงกันไปปฏิบัติ แต่ข้อตกลงในกรอบ WHO ไม่มีบทลงโทษในทางกฎหมายระหว่างประเทศหากประเทศสมาชิกไม่ปฏิบัติตาม ก็อาจกล่าวได้ว่า WHO ไม่สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องแท้จริงได้ทราบเท่าที่ประเทศสมาชิก WHO ยังเล่น “เกมการเมือง” ระหว่างกันอยู่ ดังเช่นที่บทวิเคราะห์ของสำนักข่าว The Guardian ได้เคยตั้งคำถามไว้ว่า WHO สามารถเป็นองค์กรที่กำหนดมาตรฐานสาธารณสุขระหว่างประเทศได้อย่างเป็นกลางโดยแท้จริงและทุกฝ่ายให้ความเชื่อถือและนำไปปฏิบัติ ได้หรือไม่⁵⁶

ท้ายที่สุดนี้ ผู้ศึกษาตระหนักดีว่า การวิเคราะห์เหตุการณ์และการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากแหล่งต่างๆ ภายหลังจากช่วงเวลาคับขันที่สุดของภาวะวิกฤตได้ผ่านพ้นไปแล้ว ย่อมทำให้เห็นภาพที่ละเอียดลึกซึ้งกว่าการบริหารจัดการสถานการณ์เฉพาะหน้าในภาวะวิกฤต ที่มีข้อมูลแยกส่วน (piecemeal) ถ้าโหมเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการยากอย่างยิ่งที่จะพิจารณาเชื่อมโยงเหตุและผลอย่างรอบคอบ ผู้ศึกษาจึงขอแสดงความชื่นชมอย่างจริงใจต่อผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ฝ่ายเลขานุการของ WHO ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ของตนด้วยความตั้งใจจริงและเข้มแข็ง ตลอดระยะเวลา 4 ปีที่ผู้ศึกษาประจำการที่คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา ผู้ศึกษาได้ร่วมงานกับ

⁵⁶ The Guardian, 10 April 2020, “The WHO vs. Coronavirus: Why it can’t handle the pandemic”

บุคลากรมีอาชีพจากฝ่ายเลขานุการของ WHO จากหลากหลายสาขา และได้สัมผัสถึงความสามารถ และจิตใจอันแน่วแน่ที่จะทำหน้าที่ของตนให้ดีที่สุดเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุขของเพื่อนมนุษย์ในโลกอย่างแท้จริง ไม่ว่าสภาพการเมืองในเวทีระหว่างประเทศหรือโครงสร้างขององค์กรจะเป็นข้อจำกัด ในการปฏิบัติหน้าที่อย่างไรก็ตาม

บรรณานุกรม

- A. Piris L. Cortavarria Checkley. 2020. "Public Communication During a Financial Crisis." International Monetary Fund. April. 4 September 2020 ที่เข้าถึง.
<https://www.imf.org/en/Publications/SPROLLs/covid19-special-notes#MSI>.
- B.F. and Horsley, J.S. Liu. 2007. "The Government Communication Decision Wheel: Toward a Public Relations Model of the Public Sector." Journal of Public Relations Research, Vol. 19 377–393.
- David P. Fidler. 2004. Revision of the World Health Organization's International Health Regulations. 16 April. 8 August 2020 ที่เข้าถึง. health.
- E.–K. Olsson. 2014. "Crisis Communication in Public Organizations: Dimensions of Crisis Communication Revisited." Journal of Contingencies and Crisis Management 113–125.
- Elie A Akl, Stephanie Duda, Karla Solo, Sally Yaacoub, Holger J Schünemann, on behalf of the COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors Derek K Chu. 2020. "Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis." *The Lancet* 395: 1973–1987. 4 September 2020 ที่เข้าถึง. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9).
- H. Jenkins. 2006. *Convergence Culture: Where Old and New Media Collide*. New York: New York University Press.
- Heath Kelly. 2011. "The classical definition of a pandemic is not elusive." Bulletin of the World Health Organization, July: 540–541. doi:10.2471/BLT.11.088815.
- M. B. Schmid, T. Czipionka, D. Bassler, L. Gruer, T. Greenhalgh. 2020. Face masks for the public during the COVID-19 crisis. 9 April. doi:10.1136/bmj.m1435.

- M. Bentman and O. Jackman Z. Reich. 2011. A CRISIS COMMUNICATION GUIDE FOR PUBLIC. 1 September 2020 ที่เข้าถึง.
<http://www.crisiscommunication.fi/criscomscore/guides>.
- M. Schunk, P. Sothmann, G. Bretzel, G. Froeschl, C. Wallrauch, T. Zimmer, V. Thiel, C. Janke, W. Guggemos, M. Seilmaier, C. Drosten, P. Vollmar, K. Zwirgmaier, S. Zange, R. Wölfel, M. Hoelscher C. Rothe. 2020. "Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany." The New England Journal of Medicine 970–971.
- Peter Doshi. 2011. "The elusive definition of pandemic influenza." Bulletin of the World Health Organization, July: 532–538. doi:10.2471/BLT.11.086173.
- R.L. Heath. 2010. "Communication: Defining the Beast and De-marginalizing Key Publics." ใน The Handbook of Crisis Communication, โดย W.T. and Holladay, S.J.(eds) Coombs, 1–13. Malden, MA: Wiley–Blackwell.
- R.R. Ulmer. 2012. "Thought Leadership Series: Increasing the Impact of Thought Leadership in Crisis Communication." Management Communication Quarterly, Vol. 26 523–542.
- U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. 2014. Crisis Emergency Risk Communication. Atlanta: U.S. Centers for Disease Control and Prevention.
- W.Timothy Coombs, และ Sherry. J. Holladay. 2010. The Handbook of Crisis Communication. Malden, MA: Wiley–Blackwell.
- นคร เปรมศรี (ที่ปรึกษา). 2561. กฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 3. กัญยาน. 11 August 2020 ที่เข้าถึง. https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/ihr-thai.pdf?sfvrsn=9bb97cfd_0.
- สิริรักษ์ รังษิวงศ์ และคณะ. 2557. ที่นี้มีคำตอบ- ตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548: หนังสือชุดความรู้ในการดำเนินงานตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
https://www.nno.moph.go.th/epidnan/downloads/laws/IHR_20140428.pdf.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ธรรมนูญก่อตั้ง WHO (Constitution of the World Health Organization)

BASIC DOCUMENTS

Forty-ninth edition

Including amendments adopted
up to 31 May 2019

2020



CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION¹

THE STATES Parties to this Constitution declare, in conformity with the Charter of the United Nations, that the following principles are basic to the happiness, harmonious relations and security of all peoples:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.

The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States.

The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all.

Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger.

Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development.

The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health.

Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people.

Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.

ACCEPTING THESE PRINCIPLES, and for the purpose of co-operation among themselves and with others to promote and protect the health of all peoples, the Contracting Parties agree to the present Constitution and hereby establish the World Health Organization as a specialized agency within the terms of Article 57 of the Charter of the United Nations.

¹ The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (*C.J.f. Rec. Wld Hlth Org.*, 2, 100), and entered into force on 7 April 1948. Amendments adopted by the Twenty-sixth, Twenty-ninth, Thirty-ninth and Fifty-first World Health Assemblies (resolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 and WHA51.23) came into force on 3 February 1977, 20 January 1984, 11 July 1994 and 15 September 2005 respectively and are incorporated in the present text.

CHAPTER I – OBJECTIVE

Article 1

The objective of the World Health Organization (hereinafter called the Organization) shall be the attainment by all peoples of the highest possible level of health.

CHAPTER II – FUNCTIONS

Article 2

In order to achieve its objective, the functions of the Organization shall be:

- (a) to act as the directing and co-ordinating authority on international health work;
- (b) to establish and maintain effective collaboration with the United Nations, specialized agencies, governmental health administrations, professional groups and such other organizations as may be deemed appropriate;
- (c) to assist Governments, upon request, in strengthening health services;
- (d) to furnish appropriate technical assistance and, in emergencies, necessary aid upon the request or acceptance of Governments;
- (e) to provide or assist in providing, upon the request of the United Nations, health services and facilities to special groups, such as the peoples of trust territories;
- (f) to establish and maintain such administrative and technical services as may be required, including epidemiological and statistical services;
- (g) to stimulate and advance work to eradicate epidemic, endemic and other diseases;
- (h) to promote, in co-operation with other specialized agencies where necessary, the prevention of accidental injuries;
- (i) to promote, in co-operation with other specialized agencies where necessary, the improvement of nutrition, housing, sanitation, recreation, economic or working conditions and other aspects of environmental hygiene;
- (j) to promote co-operation among scientific and professional groups which contribute to the advancement of health;

- (k) to propose conventions, agreements and regulations, and make recommendations with respect to international health matters and to perform such duties as may be assigned thereby to the Organization and are consistent with its objective;
- (l) to promote maternal and child health and welfare and to foster the ability to live harmoniously in a changing total environment;
- (m) to foster activities in the field of mental health, especially those affecting the harmony of human relations;
- (n) to promote and conduct research in the field of health;
- (o) to promote improved standards of teaching and training in the health, medical and related professions;
- (p) to study and report on, in co-operation with other specialized agencies where necessary, administrative and social techniques affecting public health and medical care from preventive and curative points of view, including hospital services and social security;
- (q) to provide information, counsel and assistance in the field of health;
- (r) to assist in developing an informed public opinion among all peoples on matters of health;
- (s) to establish and revise as necessary international nomenclatures of diseases, of causes of death and of public health practices;
- (t) to standardize diagnostic procedures as necessary;
- (u) to develop, establish and promote international standards with respect to food, biological, pharmaceutical and similar products;
- (v) generally to take all necessary action to attain the objective of the Organization.

CHAPTER III – MEMBERSHIP AND ASSOCIATE MEMBERSHIP

Article 3

Membership in the Organization shall be open to all States.

Article 4

Members of the United Nations may become Members of the Organization by signing or otherwise accepting this Constitution in accordance with the provisions of Chapter XIX and in accordance with their constitutional processes.

Article 5

The States whose Governments have been invited to send observers to the International Health Conference held in New York, 1946, may become Members by signing or otherwise accepting this Constitution in accordance with the provisions of Chapter XIX and in accordance with their constitutional processes provided that such signature or acceptance shall be completed before the first session of the Health Assembly.

Article 6

Subject to the conditions of any agreement between the United Nations and the Organization, approved pursuant to Chapter XVI, States which do not become Members in accordance with Articles 4 and 5 may apply to become Members and shall be admitted as Members when their application has been approved by a simple majority vote of the Health Assembly.

Article 7¹

If a Member fails to meet its financial obligations to the Organization or in other exceptional circumstances, the Health Assembly may, on such conditions as it thinks proper, suspend the voting privileges and services to which a Member is entitled. The Health Assembly shall have the authority to restore such voting privileges and services.

Article 8

Territories or groups of territories which are not responsible for the conduct of their international relations may be admitted as Associate Members by the Health Assembly upon application made on behalf of such territory or group of territories by the Member or other authority having responsibility for their international relations. Representatives of Associate Members to the Health Assembly should be qualified by their technical competence in the field of health and should be chosen from the native population. The nature and extent of the rights and obligations of Associate Members shall be determined by the Health Assembly.

¹ The amendment to this Article adopted by the Eighteenth World Health Assembly (resolution WHA18.48) has not yet come into force.

CHAPTER IV – ORGANS

Article 9

The work of the Organization shall be carried out by:

- (a) The World Health Assembly (herein called the Health Assembly);
- (b) The Executive Board (hereinafter called the Board);
- (c) The Secretariat.

CHAPTER V – THE WORLD HEALTH ASSEMBLY

Article 10

The Health Assembly shall be composed of delegates representing Members.

Article 11

Each Member shall be represented by not more than three delegates, one of whom shall be designated by the Member as chief delegate. These delegates should be chosen from among persons most qualified by their technical competence in the field of health, preferably representing the national health administration of the Member.

Article 12

Alternates and advisers may accompany delegates.

Article 13

The Health Assembly shall meet in regular annual session and in such special sessions as may be necessary. Special sessions shall be convened at the request of the Board or of a majority of the Members.

Article 14

The Health Assembly, at each annual session, shall select the country or region in which the next annual session shall be held, the Board subsequently fixing the place. The Board shall determine the place where a special session shall be held.

Article 15

The Board, after consultation with the Secretary-General of the United Nations, shall determine the date of each annual and special session.

Article 16

The Health Assembly shall elect its President and other officers at the beginning of each annual session. They shall hold office until their successors are elected.

Article 17

The Health Assembly shall adopt its own rules of procedure.

Article 18

The functions of the Health Assembly shall be:

- (a) to determine the policies of the Organization;
- (b) to name the Members entitled to designate a person to serve on the Board;
- (c) to appoint the Director-General;
- (d) to review and approve reports and activities of the Board and of the Director-General and to instruct the Board in regard to matters upon which action, study, investigation or report may be considered desirable;
- (e) to establish such committees as may be considered necessary for the work of the Organization;
- (f) to supervise the financial policies of the Organization and to review and approve the budget;
- (g) to instruct the Board and the Director-General to bring to the attention of Members and of international organizations, governmental or non-governmental, any matter with regard to health which the Health Assembly may consider appropriate;
- (h) to invite any organization, international or national, governmental or non-governmental, which has responsibilities related to those of the Organization, to appoint representatives to participate, without right of vote, in its meetings or in those of the committees and conferences convened under its authority, on conditions prescribed by the Health Assembly; but in the case of national organizations, invitations shall be issued only with the consent of the Government concerned;
- (i) to consider recommendations bearing on health made by the General Assembly, the Economic and Social Council, the Security Council or

Trusteeship Council of the United Nations, and to report to them on the steps taken by the Organization to give effect to such recommendations;

- (j) to report to the Economic and Social Council in accordance with any agreement between the Organization and the United Nations;
- (k) to promote and conduct research in the field of health by the personnel of the Organization, by the establishment of its own institutions or by co-operation with official or non-official institutions of any Member with the consent of its Government;
- (l) to establish such other institutions as it may consider desirable;
- (m) to take any other appropriate action to further the objective of the Organization.

Article 19

The Health Assembly shall have authority to adopt conventions or agreements with respect to any matter within the competence of the Organization. A two-thirds vote of the Health Assembly shall be required for the adoption of such conventions or agreements, which shall come into force for each Member when accepted by it in accordance with its constitutional processes.

Article 20

Each Member undertakes that it will, within eighteen months after the adoption by the Health Assembly of a convention or agreement, take action relative to the acceptance of such convention or agreement. Each Member shall notify the Director-General of the action taken, and if it does not accept such convention or agreement within the time limit, it will furnish a statement of the reasons for non-acceptance. In case of acceptance, each Member agrees to make an annual report to the Director-General in accordance with Chapter XIV.

Article 21

The Health Assembly shall have authority to adopt regulations concerning:

- (a) sanitary and quarantine requirements and other procedures designed to prevent the international spread of disease;
- (b) nomenclatures with respect to diseases, causes of death and public health practices;
- (c) standards with respect to diagnostic procedures for international use;

- (d) standards with respect to the safety, purity and potency of biological, pharmaceutical and similar products moving in international commerce;
- (e) advertising and labelling of biological, pharmaceutical and similar products moving in international commerce.

Article 22

Regulations adopted pursuant to Article 21 shall come into force for all Members after due notice has been given of their adoption by the Health Assembly except for such Members as may notify the Director-General of rejection or reservations within the period stated in the notice.

Article 23

The Health Assembly shall have authority to make recommendations to Members with respect to any matter within the competence of the Organization.

CHAPTER VI – THE EXECUTIVE BOARD

Article 24

The Board shall consist of thirty-four persons designated by as many Members. The Health Assembly, taking into account an equitable geographical distribution, shall elect the Members entitled to designate a person to serve on the Board, provided that, of such Members, not less than three shall be elected from each of the regional organizations established pursuant to Article 44. Each of these Members should appoint to the Board a person technically qualified in the field of health, who may be accompanied by alternates and advisers.

Article 25

These Members shall be elected for three years and may be re-elected, provided that of the Members elected at the first session of the Health Assembly held after the coming into force of the amendment to this Constitution increasing the membership of the Board from thirty-two to thirty-four the term of office of the additional Members elected shall, in so far as may be necessary, be of such lesser duration as shall facilitate the election of at least one Member from each regional organization in each year.

Article 26

The Board shall meet at least twice a year and shall determine the place of each meeting.

Article 27

The Board shall elect its Chairman from among its members and shall adopt its own rules of procedure.

Article 28

The functions of the Board shall be:

- (a) to give effect to the decisions and policies of the Health Assembly;
- (b) to act as the executive organ of the Health Assembly;
- (c) to perform any other functions entrusted to it by the Health Assembly;
- (d) to advise the Health Assembly on questions referred to it by that body and on matters assigned to the Organization by conventions, agreements and regulations;
- (e) to submit advice or proposals to the Health Assembly on its own initiative;
- (f) to prepare the agenda of meetings of the Health Assembly;
- (g) to submit to the Health Assembly for consideration and approval a general programme of work covering a specific period;
- (h) to study all questions within its competence;
- (i) to take emergency measures within the functions and financial resources of the Organization to deal with events requiring immediate action. In particular it may authorize the Director-General to take the necessary steps to combat epidemics, to participate in the organization of health relief to victims of a calamity and to undertake studies and research the urgency of which has been drawn to the attention of the Board by any Member or by the Director-General.

Article 29

The Board shall exercise on behalf of the whole Health Assembly the powers delegated to it by that body.

CHAPTER VII – THE SECRETARIAT

Article 30

The Secretariat shall comprise the Director-General and such technical and administrative staff as the Organization may require.

Article 31

The Director-General shall be appointed by the Health Assembly on the nomination of the Board on such terms as the Health Assembly may determine. The Director-General, subject to the authority of the Board, shall be the chief technical and administrative officer of the Organization.

Article 32

The Director-General shall be ex officio Secretary of the Health Assembly, of the Board, of all commissions and committees of the Organization and of conferences convened by it. He may delegate these functions.

Article 33

The Director-General or his representative may establish a procedure by agreement with Members, permitting him, for the purpose of discharging his duties, to have direct access to their various departments, especially to their health administrations and to national health organizations, governmental or non-governmental. He may also establish direct relations with international organizations whose activities come within the competence of the Organization. He shall keep regional offices informed on all matters involving their respective areas.

Article 34

The Director-General shall prepare and submit to the Board the financial statements and budget estimates of the Organization.

Article 35

The Director-General shall appoint the staff of the Secretariat in accordance with staff regulations established by the Health Assembly. The paramount consideration in the employment of the staff shall be to assure that the efficiency, integrity and internationally representative character of the Secretariat shall be maintained at the highest level. Due regard shall be paid also to the importance of recruiting the staff on as wide a geographical basis as possible.

Article 36

The conditions of service of the staff of the Organization shall conform as far as possible with those of other United Nations organizations.

Article 37

In the performance of their duties the Director-General and the staff shall not seek or receive instructions from any government or from any authority external to the Organization. They shall refrain from any action which might reflect on their position as international officers. Each Member of the Organization on its part undertakes to respect the exclusively international character of the Director-General and the staff and not to seek to influence them.

CHAPTER VIII – COMMITTEES

Article 38

The Board shall establish such committees as the Health Assembly may direct and, on its own initiative or on the proposal of the Director-General, may establish any other committees considered desirable to serve any purpose within the competence of the Organization.

Article 39

The Board, from time to time and in any event annually, shall review the necessity for continuing each committee.

Article 40

The Board may provide for the creation of or the participation by the Organization in joint or mixed committees with other organizations and for the representation of the Organization in committees established by such other organizations.

CHAPTER IX – CONFERENCES

Article 41

The Health Assembly or the Board may convene local, general, technical or other special conferences to consider any matter within the competence of the Organization and may provide for the representation at such conferences of international organizations and, with the consent of the

Government concerned, of national organizations, governmental or non-governmental. The manner of such representation shall be determined by the Health Assembly or the Board.

Article 42

The Board may provide for representation of the Organization at conferences in which the Board considers that the Organization has an interest.

CHAPTER X – HEADQUARTERS

Article 43

The location of the headquarters of the Organization shall be determined by the Health Assembly after consultation with the United Nations.

CHAPTER XI – REGIONAL ARRANGEMENTS

Article 44

- (a) The Health Assembly shall from time to time define the geographical areas in which it is desirable to establish a regional organization.
- (b) The Health Assembly may, with the consent of a majority of the Members situated within each area so defined, establish a regional organization to meet the special needs of such area. There shall not be more than one regional organization in each area.

Article 45

Each regional organization shall be an integral part of the Organization in accordance with this Constitution.

Article 46

Each regional organization shall consist of a regional committee and a regional office.

Article 47

Regional committees shall be composed of representatives of the Member States and Associate Members in the region concerned. Territories or groups of territories within the region, which are not responsible for the conduct of their international relations and which are not Associate

Members, shall have the right to be represented and to participate in regional committees. The nature and extent of the rights and obligations of these territories or groups of territories in regional committees shall be determined by the Health Assembly in consultation with the Member or other authority having responsibility for the international relations of these territories and with the Member States in the region.

Article 48

Regional committees shall meet as often as necessary and shall determine the place of each meeting.

Article 49

Regional committees shall adopt their own rules of procedure.

Article 50

The functions of the regional committee shall be:

- (a) to formulate policies governing matters of an exclusively regional character;
- (b) to supervise the activities of the regional office;
- (c) to suggest to the regional office the calling of technical conferences and such additional work or investigation in health matters as in the opinion of the regional committee would promote the objective of the Organization within the region;
- (d) to co-operate with the respective regional committees of the United Nations and with those of other specialized agencies and with other regional international organizations having interests in common with the Organization;
- (e) to tender advice, through the Director-General, to the Organization on international health matters which have wider than regional significance;
- (f) to recommend additional regional appropriations by the Governments of the respective regions if the proportion of the central budget of the Organization allotted to that region is insufficient for the carrying-out of the regional functions;
- (g) such other functions as may be delegated to the regional committee by the Health Assembly, the Board or the Director-General.

Article 51

Subject to the general authority of the Director-General of the Organization, the regional office shall be the administrative organ of the regional committee. It shall, in addition, carry out within the region the decisions of the Health Assembly and of the Board.

Article 52

The head of the regional office shall be the Regional Director appointed by the Board in agreement with the regional committee.

Article 53

The staff of the regional office shall be appointed in a manner to be determined by agreement between the Director-General and the Regional Director.

Article 54

The Pan American Sanitary Organization¹ represented by the Pan American Sanitary Bureau and the Pan American Sanitary Conferences, and all other inter-governmental regional health organizations in existence prior to the date of signature of this Constitution, shall in due course be integrated with the Organization. This integration shall be effected as soon as practicable through common action based on mutual consent of the competent authorities expressed through the organizations concerned.

CHAPTER XII – BUDGET AND EXPENSES

Article 55

The Director-General shall prepare and submit to the Board the budget estimates of the Organization. The Board shall consider and submit to the Health Assembly such budget estimates, together with any recommendations the Board may deem advisable.

Article 56

Subject to any agreement between the Organization and the United Nations, the Health Assembly shall review and approve the budget estimates and shall apportion the expenses among the Members in accordance with a scale to be fixed by the Health Assembly.

¹ Renamed "Pan American Health Organization" by decision of the XV Pan American Sanitary Conference, September–October 1958.

Article 57

The Health Assembly or the Board acting on behalf of the Health Assembly may accept and administer gifts and bequests made to the Organization provided that the conditions attached to such gifts or bequests are acceptable to the Health Assembly or the Board and are consistent with the objective and policies of the Organization.

Article 58

A special fund to be used at the discretion of the Board shall be established to meet emergencies and unforeseen contingencies.

CHAPTER XIII – VOTING

Article 59

Each Member shall have one vote in the Health Assembly.

Article 60

(a) Decisions of the Health Assembly on important questions shall be made by a two-thirds majority of the Members present and voting. These questions shall include: the adoption of conventions or agreements; the approval of agreements bringing the Organization into relation with the United Nations and inter-governmental organizations and agencies in accordance with Articles 69, 70 and 72; amendments to this Constitution.

(b) Decisions on other questions, including the determination of additional categories of questions to be decided by a two-thirds majority, shall be made by a majority of the Members present and voting.

(c) Voting on analogous matters in the Board and in committees of the Organization shall be made in accordance with paragraphs (a) and (b) of this Article.

CHAPTER XIV – REPORTS SUBMITTED BY STATES

Article 61

Each Member shall report annually to the Organization on the action taken and progress achieved in improving the health of its people.

Article 62

Each Member shall report annually on the action taken with respect to

recommendations made to it by the Organization and with respect to conventions, agreements and regulations.

Article 63

Each Member shall communicate promptly to the Organization important laws, regulations, official reports and statistics pertaining to health which have been published in the State concerned.

Article 64

Each Member shall provide statistical and epidemiological reports in a manner to be determined by the Health Assembly.

Article 65

Each Member shall transmit upon the request of the Board such additional information pertaining to health as may be practicable.

CHAPTER XV – LEGAL CAPACITY, PRIVILEGES AND IMMUNITIES

Article 66

The Organization shall enjoy in the territory of each Member such legal capacity as may be necessary for the fulfilment of its objective and for the exercise of its functions.

Article 67

(a) The Organization shall enjoy in the territory of each Member such privileges and immunities as may be necessary for the fulfilment of its objective and for the exercise of its functions.

(b) Representatives of Members, persons designated to serve on the Board and technical and administrative personnel of the Organization shall similarly enjoy such privileges and immunities as are necessary for the independent exercise of their functions in connexion with the Organization.

Article 68

Such legal capacity, privileges and immunities shall be defined in a separate agreement to be prepared by the Organization in consultation with the Secretary-General of the United Nations and concluded between the Members.

CHAPTER XVI – RELATIONS WITH OTHER ORGANIZATIONS

Article 69

The Organization shall be brought into relation with the United Nations as one of the specialized agencies referred to in Article 57 of the Charter of the United Nations. The agreement or agreements bringing the Organization into relation with the United Nations shall be subject to approval by a two-thirds vote of the Health Assembly.

Article 70

The Organization shall establish effective relations and co-operate closely with such other inter-governmental organizations as may be desirable. Any formal agreement entered into with such organizations shall be subject to approval by a two-thirds vote of the Health Assembly.

Article 71

The Organization may, on matters within its competence, make suitable arrangements for consultation and co-operation with non-governmental international organizations and, with the consent of the Government concerned, with national organizations, governmental or non-governmental.

Article 72

Subject to the approval by a two-thirds vote of the Health Assembly, the Organization may take over from any other international organization or agency whose purpose and activities lie within the field of competence of the Organization such functions, resources and obligations as may be conferred upon the Organization by international agreement or by mutually acceptable arrangements entered into between the competent authorities of the respective organizations.

CHAPTER XVII – AMENDMENTS

Article 73

Texts of proposed amendments to this Constitution shall be communicated by the Director-General to Members at least six months in advance of their consideration by the Health Assembly. Amendments shall come into force for all Members when adopted by a two-thirds vote of the Health Assembly and accepted by two-thirds of the Members in accordance with their respective constitutional processes.

CHAPTER XVIII – INTERPRETATION

Article 74¹

The Chinese, English, French, Russian and Spanish texts of this Constitution shall be regarded as equally authentic.

Article 75

Any question or dispute concerning the interpretation or application of this Constitution which is not settled by negotiation or by the Health Assembly shall be referred to the International Court of Justice in conformity with the Statute of the Court, unless the parties concerned agree on another mode of settlement.

Article 76

Upon authorization by the General Assembly of the United Nations or upon authorization in accordance with any agreement between the Organization and the United Nations, the Organization may request the International Court of Justice for an advisory opinion on any legal question arising within the competence of the Organization.

Article 77

The Director-General may appear before the Court on behalf of the Organization in connexion with any proceedings arising out of any such request for an advisory opinion. He shall make arrangements for the presentation of the case before the Court, including arrangements for the argument of different views on the question.

CHAPTER XIX – ENTRY-INTO-FORCE

Article 78

Subject to the provisions of Chapter III, this Constitution shall remain open to all States for signature or acceptance.

¹ The amendment to this Article adopted by the Thirty-first World Health Assembly (resolution WHA31.18) has not yet come into force.

Article 79

- (a) States may become parties to this Constitution by:
- (i) signature without reservation as to approval;
 - (ii) signature subject to approval followed by acceptance; or
 - (iii) acceptance.
- (b) Acceptance shall be effected by the deposit of a formal instrument with the Secretary-General of the United Nations.

Article 80

This Constitution shall come into force when twenty-six Members of the United Nations have become parties to it in accordance with the provisions of Article 79.

Article 81

In accordance with Article 102 of the Charter of the United Nations, the Secretary-General of the United Nations will register this Constitution when it has been signed without reservation as to approval on behalf of one State or upon deposit of the first instrument of acceptance.

Article 82

The Secretary-General of the United Nations will inform States parties to this Constitution of the date when it has come into force. He will also inform them of the dates when other States have become parties to this Constitution.

IN FAITH WHEREOF the undersigned representatives, having been duly authorized for that purpose, sign this Constitution.

DONE in the City of New York this twenty-second day of July 1946, in a single copy in the Chinese, English, French, Russian and Spanish languages, each text being equally authentic. The original texts shall be deposited in the archives of the United Nations. The Secretary-General of the United Nations will send certified copies to each of the Governments represented at the Conference.

ภาคผนวก ข.

รายชื่อคณะกรรมการฉุกเฉินระหว่างประเทศว่าด้วยการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่

International Health Regulations (2005) Emergency Committee
regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)

ประธาน

Dr Didier Houssin

President, AP-HP International, the subsidiary of Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
France

สมาชิก

Professor Stuart D. Blacksell

Mahidol-Oxford Tropical Medicine Research Unit, Faculty of Tropical Medicine,
Mahidol University, Bangkok
Thailand

Dr Martin Cetron

Director, Division of Global Migration and Quarantine, National Center for Emerging and
Zoonotic Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta
United States of America

Dr Adelle-Lisa Chang On

County Medical Officer of Health, Ministry of Health
Trinidad and Tobago

Dr Supamit Chunsuttiwat

Advisor, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Bangkok
Thailand

Dr Vladimir M. Dubyanskiy

Department Head, Epizootic monitoring and forecasting, Stavropol Plague Control
Research Institute
Russian Federation

Dr Youngmee Jee

Advisor, Global Centre for Infectious Diseases, Seoul National University College of
Medicine
Republic of Korea

Dr Nyoman Kandun

Program Director, Field Epidemiology Training Program, Ministry of Health, Jakarta
Indonesia

Dr Hiroshi Kida

Seoul National University College of Medicine
Republic of Korea

Professor Marion Koopmans

Chief, Virology Department, Laboratory for Infectious Diseases and Screening, National
Institute of Public Health and the Environment
Kingdom of the Netherlands

Professor Rose Gana Fomban Leke

Former Head of Immunology and Parasitology, Faculty of Medicine and Biomedical
Sciences, University of Yaoundé
Cameroon

Professor Wannian Liang

Head of Expert Panel, China National Health Commission, Beijing
China

Professor John Mackenzie

Professor of Tropical Infectious Diseases, Division of Health Sciences, Curtin University,
Perth Australia

Dr Brian McCloskey

Senior Consulting Fellow at the Chatham House Centre on Global Health Security,
London

United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Dr Ziad Memish

Senior Infectious Disease Consultant, Director, Research Centre, King Saud Medical City,
Ministry of Health, Riyadh

Kingdom of Saudi Arabia

Professor Babacar Ndoeye

Expert–Consultant, Trainer in Hospital Hygiene, Infection Control, Patient Safety and
Antimicrobial Resistance, Dakar

Senegal

Dr Palliri Ravindran

Director, Emergency Medical Relief Division, Directorate General of Health Services,
Ministry of Health

India

Professor Helen Rees

Executive Director, Reproductive Health and HIV Institute, University of Witwatersrand
South Africa

Dr Muhammad Salman

Principal Scientific Officer, Public Health Laboratories Division, National Institute of
Health, Islamabad

Pakistan

Ms Karen Tan

Senior Director, Public Communication Division, Ministry of Communications and Information

Singapore

Dr Linfa Wang

Director, Programme in Emerging Infectious Diseases, Duke–NUS Medical School
Singapore

Dr Denise Werker

Clinical Associate Professor, College of Medicine, University of Saskatchewan
Canada

ที่ปรึกษา

Dr Steve Ahuke

Chief, Department of Virology, National Institute of Biomedical Research
Democratic Republic of the Congo

Dr Lucia Alonso

Deputy Director of the Epidemiology Division, General Directorate of Health, Ministry of Health Uruguay

Etienne Bonbon

Senior Veterinary Advisor, EMC–AH / Animal Health Service, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome
Italy

Dr Denis Coulombier

Former Head of Unit, Preparedness and Response Support, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm
Sweden

Dr Heike Deggim

Director, Maritime Safety Division, International Maritime Organization

United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Dr Dirk Glaesser

Director, Sustainable Development of Tourism Programme, World Tourism

Organization, Madrid Spain

Dr Keith Hamilton

Head of the Preparedness and Resilience Department, World Organization for Animal

Health France

Dr Chikwe Ihekweazu

Director General, Nigeria Centre for Disease Control

Nigeria

Dr Joanna Jordaan

Chief, Aviation Medicine Section, International Civil Aviation Organization, Montreal

Canada

Dr Palitha Karunapema

Director, Health Promotion Bureau (responsible for risk communication), Ministry of

Health, Nutrition and Indigenous Medicine

Sri Lanka

Dr Khalil Mohammad Khalil

Head of Aviation Medicine, Department Jordan Civil Aviation Regulatory Commission

(CARC) Jordan

Dr Malik Peiris

Director, School of Public Health and Chair in Virology; Co-Director, WHO H5 Reference Laboratory, The University of Hong Kong,
Hong Kong SAR, China

Dr David Powell

Chief Medical Officer, International Air Transport Association
New Zealand

Dr Theresa Tam

Chief Public Health Officer of Canada, Ottawa
Canada

* * * * *

ภาคผนวก ค.

การประกาศระงับการเดินทางระหว่างประเทศครั้งแรกของประเทศต่างๆ

Democratic People's Republic of Korea	21 ม.ค.
China	23–24 ม.ค.
Hong Kong & Mongolia	28 ม.ค. (เฉพาะผู้เดินทางมาจากจีน)
Russian Federation	30 ม.ค. (เฉพาะผู้เดินทางมาจากจีน)
Singapore	31 ม.ค. (เฉพาะผู้เดินทางมาจากจีน)
Italy	31 ม.ค. (เฉพาะผู้เดินทางมาจากจีน)
UK, France, Taiwan	4 ก.พ. (เฉพาะผู้เดินทางมาจากจีน)
Hong Kong 14–d quarantine (against China)	5 ก.พ.
Italy	22 ก.พ. (เฉพาะแคว้น Lombardia)
	4 มี.ค. (ทั้งประเทศ)
Austria	24 ก.พ. (เฉพาะผู้เดินทางจากประเทศที่มีพรมแดนติดกัน)
Palestine	5 มี.ค.
-----WHO ประกาศให้โรคเป็นการระบาดใหญ่เมื่อวันที่ 11 มี.ค.-----	
El Salvador	11 มี.ค.
Israel	12 มี.ค.
Kuwait	13 มี.ค.
Czech Republic, Suriname	14 มี.ค.
Argentina, Honduras, Morocco, Qatar	15 มี.ค.
Qatar, Saudi Arabia	15 มี.ค.
Canada, Colombia, Panama	16 มี.ค.
Cameroon, Sudan, Ghana	17 มี.ค.
Bolivia, Guatemala, Trinidad and Tobago	17 มี.ค.
Jordan	17 มี.ค.
Chile, Costa Rica, Bahrain, Malaysia, Mali	18 มี.ค.
New Zealand , Taiwan	19 มี.ค.
Australia, Singapore, Georgia, Tajikistan	20 มี.ค.
Pakistan	21 มี.ค.
India, Philippines, Viet Nam	22 มี.ค.

Switzerland	23 มี.ค.
Azerbaijan, Hong Kong SAR	23 มี.ค.
Bhutan, Brunei, Iraq	24 มี.ค.
Cote d'Ivoire	25 มี.ค.
Nigeria	26 มี.ค.
Thailand	26 มี.ค. (บุคคลที่ไม่มีถิ่นพำนักในไทย) 3 เม.ย. (ทุกเที่ยวบิน)
Cambodia	30 มี.ค.
Uruguay, Indonesia	1 เม.ย.
Cuba	2 เม.ย.
Sri Lanka	8 เม.ย.
Venezuela	10 เม.ย.

แหล่งที่มาของข้อมูล

สำนักข่าว Aljazeera

<https://www.aljazeera.com/news/2020/03/coronavirus-travel-restrictions-border-shutdowns-country-200318091505922.html>

รายงานภาวะการเดินทางท่องเที่ยวของ United Nations World Tourism Organization ฉบับที่ 1 หน้า 11-13

https://webunwto.s3.eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/2020-04/TravelRestrictions_0.pdf

Wikipedia

https://en.wikipedia.org/wiki/Travel_restrictions_related_to_the_COVID-19_pandemic

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางกัญญรัตน์ เวชชาชีวะ

ประวัติการศึกษา

- ประถม-มัธยม โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- B.Sc. Economics and Econometrics
University of Nottingham
- MPhil in Economics, University of Oxford
- DPhil in Economics, University of Oxford

ประวัติการทำงาน

ธันวาคม พ.ศ. 2547

เลขานุการโครงการเศรษฐกิจระหว่างประเทศ

พ.ศ. 2549

เลขานุการโครงการเอเชียใต้ ตะวันออกกลางและแอฟริกา

พ.ศ. 2551

เลขานุการเอกสำนักบริหารการคลัง

พ.ศ. 2552

เลขานุการเอกสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงปักกิ่ง

พ.ศ. 2555

ลาติดตามสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงมานามา

พ.ศ. 2557

เลขานุการเอกกรมสารนิเทศ

พ.ศ. 2559

ที่ปรึกษา คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา

พ.ศ. 2561

อัครราชทูตที่ปรึกษา คณะผู้แทนถาวรไทยประจำสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา

พ.ศ. 2563

นักการทูตชำนาญการพิเศษ กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ

ความเชี่ยวชาญ

นโยบายเศรษฐกิจมหภาค นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ