



ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 7 No. 1

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑

January - April 2021

มกราคม - เมษายน ๒๕๖๔



Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.7 No.1

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๑

January – April 2021

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๔

สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Health Education Policy according to Health Belief Model on cervical cancer perception among HIV-infected women in Dok Kham Tai Hospital, Phayao Province 1-18
นโยบายการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
- Medication Errors' Incidence in Medication Use Process: A Case Study of a Hemodialysis Unit in a Hospital 19-33
อุบัติการณ์คลาดเคลื่อนทางยาของกระบวนการใช้ยา กรณีศึกษา หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
- Minors' consent: a case study on organ donation from living minors 35-52
ความยินยอมของเด็ก : ศึกษากรณีการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่
- Mental health promotion policy and stress among high school students of a university's demonstration school in northern Thailand 53-68
นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

- Knowledge and Attitude towards Medicinal Cannabis of People at Thararue Sub-district, Mueang District, Sakon Nakhon Province 69-86
ความรู้ และทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชน ตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
- Self-protection behavior of COVID-19: A Case Study of Students at Kasetsart University, Chalemphrakiat Campus, Sakon Nakhon Province 87-102
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19: กรณีศึกษานิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
- Public Health Center's Elderly Services: a case study of care manager and care giver of dependent elderly in a Municipality, Thailand 103-120
การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีศึกษาผู้จัดการระบบและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งของประเทศไทย

Academic Paper บทความวิชาการ

- Traditional Chinese Medicine Law with Thai Health System 121-138
กฎหมายการแพทย์แผนจีนกับระบบสุขภาพไทย
- An analysis of guidelines for collecting medical fees from foreign patients at government health service facilities, toward being an international medical health center 139-154
บทวิเคราะห์แนวทางการจัดเก็บค่าบริการพยาบาลผู้ป่วยต่างชาติ สถานบริการภาครัฐ ของประเทศไทย เพื่อมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
- Lesson Learned from Legal Dispute regarding Plain Packaging 155-169
ถอดบทเรียนเกี่ยวกับการดำเนินข้อพิพาททางกฎหมายเกี่ยวกับบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ
- Cyberbullying: Meaning and Concept Review under the Context of Thai Society 171-193
Cyberbullying ความหมาย และการทบทวนแนวคิดภายใต้บริบทของสังคมไทย

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ ด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
3. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ

เจ้าของ

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ฝ่ายจัดการสารสนเทศ

นางสาวสุนิสา คำบุญศรี
นางพิศมัย มณีแจ่มใส

ฝ่ายจัดการทั่วไป

นางพิศมัย มณีแจ่มใส

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรรณจิตร์

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศรีโชติรัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

Assoc. Prof. Dr. Manas Behera, Kalinga Institute of Industrial Technology, India

Dr. Jermish Acharya, Programmes manager, The leprosy mission, Nepal

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์สุชุม เจียมตน มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.ยุวณู สัตยสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ ดร. พญ. สาวิตรี อัมมวงค์กรชัย ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวณีย์ ถนัดศิลป์กุล ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. สมัทนา กลางคาร ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนภัทร ปัจฉิมม ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ์ Department of Health Professions, Hofstra University

อาจารย์ปวิศร์ กิจสุขจิต ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยเกริก

แพทย์หญิง ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติและแพทยสภา

ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

สำนักงาน

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193

http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/index.html

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116, 081 399 5215 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193

e-mail : phlaw.journal@gmail.com

https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/information/authors

สารสนเทศจากบรรณาธิการ

ตลอดปี 2563 ที่ผ่านมา สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้เกิดมาตรการและนโยบายทางสาธารณสุขที่เข้มงวดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด วิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ทำให้มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ การทำงาน และสังคมโลก แต่ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุขที่ทำให้มีจำนวนผู้เสียชีวิตจาก โควิด-19 น้อยมาก ซึ่งทำให้หลายๆ ประเทศและองค์การอนามัยโลกแปลกใจและยอมรับมาตรการสาธารณสุขที่เข้มงวดของประเทศไทย

การประชุมวิชาการรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล ซึ่งจะจัดในปลายเดือนมกราคมของทุกปี จึงมีการเปลี่ยนแปลงการจัดเป็นรูปแบบ webinar เป็นระยะตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา โดยเน้นหัวข้อเรื่อง โควิด-19 และเมื่อวันศุกร์ที่ 22 มกราคม 2564 วารสาร British Medical Journal เปิดตัวฉบับพิเศษในการประชุมวิชาการรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล ซึ่งในวารสารฉบับพิเศษดังกล่าวมีบทความ 10 เรื่องที่วิเคราะห์มิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ โควิด-19 เช่น เศรษฐศาสตร์การเมืองของการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโควิด-19 บทบาทขององค์การระหว่างประเทศ คุณค่าของตัวชี้วัดการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพระดับโลก ระบบสุขภาพ บทบาทของตัวกำหนดทางสังคม และแนวโน้มกระแสหลัก และความเป็นหนึ่งเดียวระดับโลกทางสุขภาพ

ต้นปี 2564 ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพการจัดการแข่งขันกีฬาระดับโลกคือ แบดมินตัน เวิร์ด ทัวริงถึง 2 รายการติดต่อกันในเดือนมกราคม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และยังไม่เคยมีประเทศใดที่ได้รับความไว้วางใจให้เป็นเจ้าภาพระดับโลกเช่นนี้มาก่อน ทั้งนี้ เพราะสมาพันธ์แบดมินตันโลก (World Badminton Federation) ให้ความเชื่อมั่นและความไว้วางใจประเทศไทยในมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งมีนักกีฬาทั้งหมดเกือบ 200 คนมาร่วมในการแข่งขัน คณะกรรมการโอลิมปิกสากลซึ่งมาร่วมสังเกตการณ์การแข่งขันแบดมินตัน เวิร์ด ทัวริง ที่กรุงเทพฯ ประทับใจในการเตรียมความพร้อมและมาตรการต่างๆ ของประเทศไทย จึงได้เสนอแนะให้คณะกรรมการจัดการแข่งขันกีฬาโอลิมปิกของญี่ปุ่น ใช้แนวทางของประเทศไทยเป็นต้นแบบในการเตรียมการจัดการแข่งขันกีฬาโอลิมปิกฤดูร้อนในปีหน้าที่กรุงโตเกียว

ในปลายปี 2563 ที่ผ่านมา รัฐบาลไทยให้ความสนใจในการเข้าร่วมความตกลงที่ครอบคลุมและก้าวหน้าสำหรับหุ้นส่วนเศรษฐกิจภาคพื้นแปซิฟิก (CP-TPP) และมีการแต่งตั้งกรรมาธิการเพื่อพิจารณาศึกษาผลกระทบการเข้าร่วมความตกลงฯ โดยสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งภาคสุขภาพได้รวบรวมข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพและมอบให้กรรมาธิการฯ ในปีนี้ มีการเริ่มประชุม

การวางกรอบเจรจาความตกลงการค้าเสรีไทย-สหภาพยุโรป ซึ่งมีงานวิจัยผลกระทบต่อสุขภาพจากความตกลงการค้าเสรีหลายชิ้นที่จะเป็นประโยชน์ในการป้องกันผลกระทบระยะยาว นโยบายความตกลงการค้าเสรีและนโยบายสุขภาพมีความไม่สอดคล้องกัน ซึ่งองค์การการค้าโลกและองค์การอนามัยโลกจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจและทำให้เกิดความสอดคล้องกันระหว่างนโยบายทางด้านการค้าและ นโยบายสุขภาพ

Health Education Policy according to Health Belief Model on cervical cancer perception among HIV-infected women in Dok Kham Tai Hospital, Phayao Province

Narong Chaitiang^{1*} Sarote Nosri²

Received 25 November 2019; Revised 14 January 2020; Accepted 31 October 2020

Abstract

This is a quasi-experimental research, with the objective to study the health education program's effect on cervical cancer perception among HIV-infected women in Dok Kham Tai Hospital, Dok Kham Tai District, Phayao Province, with a sample size of 50 women. Data collection was through questionnaire, which were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test statistics.

The research results indicated that the experimental group, which received a health education program according to health beliefs model, had average scores for perceived risk of cervical cancer, before and after (2.59, 2.81) with statistically significant ($p < .001$). The perception scores for cancer severity, before and after (2.70, 2.81) were statistically significant ($p < .05$), and on cervical cancer prevention behavior, before and after (2.80, 2.90) with statistically significant ($p < .001$).

In conclusion, the experimental group who received a health education program according to health belief model, on cervical cancer perception, had a higher score on perceived risk, severity of the cancer, and cancer prevention behavior, than before receiving the health education program, with statistical significant at the level of .05. Community nurses should apply health education program, according to Health Belief Model, for HIV-infected women, and apply to other women group proactively, in order to prevent increasing incidents of cervical cancer in community.

Keywords: Health Belief Model; perception on cervical cancer

¹ School of Medicine, University of Phayao

² Registered Nurse, Dok Kham Tai Hospital, Dok Kham Tai District, Phayao Province

*corresponding author: kongkaneku69@gmail.com

นโยบายการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับ โรคเริมปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

ณรงค์ ใจเที่ยง^{1*} สาโรจน์ โนศรี²

วันที่รับบทความ 25 พย. 2562; วันแก้ไขบทความ 14 มค. 2563; วันตอบรับบทความ 31 ตค.2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอ ดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคก่อนและหลัง (2.59,2.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .001$) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคก่อนและหลังการให้ความรู้ (2.70,2.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .05$) และมีผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคเริมปากมดลูกก่อนและหลัง (2.80,2.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .001$)

สรุปได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความรุนแรงของโรค และผลการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูกของกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานเชิงรุกกับหญิงติดเชื้อ HIV และสตรีกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเริมปากมดลูกในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; การรับรู้โรคเริมปากมดลูก

¹ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา

*ผู้รับผิดชอบส่งบทความวิจัย : kongkaneku69@gmail.com

บทนำ (Introduction)

กฎบัตรอตตาวา ที่เกิดขึ้นจากการประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ : การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่” เมื่อปี 2529 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ได้นำเสนอกลยุทธ์แห่งการสร้างเสริมสุขภาพไว้ 5 ประการ ซึ่ง 1 ใน 5 นั้นคือ “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)” นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) นั้นมีความหมายว่า “นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้” นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้น มีได้กำหนดโดยภาครัฐเท่านั้น ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้เปิดช่องทางให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วยผู้คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชนและประชาชนเอง ตามหลักการ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2559” ที่ ครม. ให้ความเห็นชอบไว้แล้วตั้งแต่วันที่ 24 เมษายน 2550 คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานปัญหาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม “แผนยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนามาตรฐานปัญหาสุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 ที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึง ระดับประเทศโดยยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนามาตรฐานปัญหาไทย ฉบับที่ 3 มีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย และใช้อย่างสมเหตุสมผล เป็นฐานในการสร้างเสริมและพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับใช้เป็นกรอบและทิศทางในการขับเคลื่อนมาตรฐานปัญหาสุขภาพวิถีไทย ร่วมกัน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (sick – role behavior) พัฒนาการ

ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันเหมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปีค.ศ 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในยุคนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมากกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคน้อยลง (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554 : 35) มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในหญิงไทย มีอุบัติการณ์ 24.7 ต่อประชากรหญิง 1000 คน กว่า 50 ปีที่ผ่านมา มีหลายประเทศทั่วโลกได้ทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Papanicolaou smear) ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามลดลงถึงร้อยละ 46 การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยเซลล์วิทยา (Conventional Papanicolaou smear) ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่แพทย์ใช้วินิจฉัยมากที่สุดจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในปัจจุบันพบว่า มีผู้ติดเชื้อ HIV (Human Immuno deficiency Virus) ในประเทศไทย 330,740 ราย เป็นเพศหญิง 101,698 ราย พบว่าสตรีที่ติดเชื้อ HIV มีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าคนปกติโดยสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และตรวจพบรอยโรคภายในเยื่อผิวปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่ไม่ติดเชื้อถึง 4.9 เท่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลในหลายรายงานทางการแพทย์ (Meta analysis) พบว่าสตรีที่ติดเชื้อ HIV มีโอกาสที่โรคจะลุกลามไปสู่ระยะที่รุนแรงขึ้น ในระยะเวลา 6 เดือน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มหญิงที่ติดเชื้อ HIV ประมาณร้อยละ 20 และพบการติดเชื้อ HPV และความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ รวมทั้งพบมากขึ้นในผู้ที่มียาระดับ CD4 ต่ำลง ดังนั้นจึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาและทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลรักษาและติดตามตั้งแต่พบความผิดปกติของเซลล์ระยะเริ่มต้น หากพบว่าผู้ติดเชื้อป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก พิจารณาให้ยาต้านไวรัสทันทีโดยไม่ขึ้นกับระดับ CD4 การเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้ที่พอเพียงเกี่ยวกับวิธีการตรวจ อธิบายเรื่องการพบความผิดปกติของเซลล์ แนวทางการดูแลรักษา และช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ติดเชื้อต่อการตรวจคัดกรอง วิธีการตรวจคัดกรองและความถี่ตรวจ pap smear ครั้งแรกหลังจากพบว่าติดเชื้อเอชไอวี และทุก 6 เดือน ในปีแรกที่มาใช้บริการ หลังจากนั้นตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้ง ในผู้ติดเชื้อเพศหญิงทุกราย

จากรายงานคลินิกยาด้านไวรัสของโรงพยาบาลดอกคำใต้พบว่ากลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปี 2559, 2560, 2561 คิดเป็นร้อยละ 68, 72, 81 ตามลำดับ แต่เป้าหมายที่กำหนดคือร้อยละ 90 ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ปัญหาอุปสรรคอย่างหนึ่งคือการ

ได้รับความรู้เรื่องโรคเริมปากมดลูกไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจเริมปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ตำบลตะคร้ำเอน อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการทดสอบความตระหนักรู้ในระบบสุขภาพในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเริมปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อพิจารณาระดับความรู้ในระบบสุขภาพอนามัยเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเริมปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจเริมปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันในระดับต่ำ ขณะที่ความรู้ด้านอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเริมปากมดลูก และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อช่วยให้สตรีไปตรวจเริมปากมดลูกครบถ้วนมากที่สุด คือ การบริการด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ชัดเจน เพียงพอ และเหมาะสม (จิตรบรรจง เชียงทอง ,2557) จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีและค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สตรีที่จะเข้ารับบริการตรวจเริมปากมดลูก เมื่อรับรู้ปัจจัยเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ต่อการตรวจ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจ คัดกรองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการรณรงค์ตรวจเริมปากมดลูก ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางจัดกิจกรรมให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเริมปากมดลูก เพื่อช่วยให้หญิงติดเชื้อ HIV มีการรับรู้ เกิดความตระหนักและเข้ารับบริการตรวจเริมปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะช่วยให้การค้นพบเริมปากมดลูกในระยะเริ่มต้นได้เร็วขึ้นได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเริมปากมดลูกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษานโยบายการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูกของกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูกของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคเริมปากมดลูกของกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลอง

วิธีดำเนินการศึกษา (Method)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi - Experimental study) เพื่อศึกษานโยบายการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยและคณะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้เครื่องมือและแบบสอบถามระหว่างธันวาคม 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม 2562 เป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง : คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ Power Analysis โดยกำหนดค่า Alpha = 0.05, ค่าอำนาจในการทำนาย (Power) = 0.80 ค่าอิทธิพล (Effect Size) = 0.8 (จรินทร ดวงแสง, 2551) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆละ 25 คนที่เป็นอิสระต่อกัน (Two group sample Independent group test) รวมทั้งหมดเป็น 50 คน (Polit & Beck, 2007) ในการศึกษาครั้งนี้ จากนั้นได้สุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random Assignment) โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) และใช้การจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) โดยฉลากหมายเลขคู่ เป็นกลุ่มควบคุม และหมายเลขคี่ เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกันกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. หญิงติดเชื้อ HIV ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสมาไม่น้อยกว่า 1 ปีที่เปิดเผยตนเอง คือ ยอมรับ การติดเชื้อ HIV เข้ารับยาต้านไวรัสในคลินิกอย่างเปิดเผย ครอบครัวและสังคมยอมรับและอยู่ร่วมกับ สังคมได้อย่างปกติ

2. มีอายุ 18 ปีหรือมากกว่า

3. สุขภาพร่างกายแข็งแรงและไม่มีอาการป่วยที่ร้ายแรงในรอบปีที่ผ่านมา

4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือในการวิจัย(โดยการสอบถามและสร้าง ข้อตกลงร่วมกันเนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม)

5. สามารถอ่านออกเขียนได้ไม่มีปัญหาในการสื่อสารภาษาไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ ลักษณะบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกการรับรู้อุปสรรคของ การตรวจหามะเร็งปากมดลูกข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับได้แก่ เห็นด้วย ไม่ แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามได้รับการพิจารณาและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่าความตรง (Content Validity) 0.85 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในคลินิกด้านไวรัสโรงพยาบาลดอกคำใต้ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามความรู้ใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) 0.75

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statics) ใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยก่อนการดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาโดยคณะกรรมการดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 12/2562 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2562

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ที่รับยาต้านไวรัสที่คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จบระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรวม รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 5,310 บาทต่อเดือน ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ระยะเวลาที่ติดเชื้อ HIV เฉลี่ย 13 ปี ในรอบปีที่ผ่านมาเคยตรวจมะเร็งปากมดลูก เหตุผลในการตรวจคือตรวจสุขภาพประจำปีและแพทย์หรือเจ้าหน้าที่แนะนำให้มาตรวจ

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 20 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32 ระดับสูง ร้อยละ 48 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 12 ระดับปานกลาง ร้อยละ 32 ระดับสูง ร้อยละ 56 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับต่ำคงที่ร้อยละ 12 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36 และมีระดับสูงลดร้อยละ 52

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 ทั้งก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 ทั้งก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สาเหตุมาจากกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยไม่ได้ติดตามอยู่เป็นประจำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในระยะแรกจึงมีคะแนนการรับรู้ค่อนข้างสูง ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไป กลุ่มควบคุมไม่ได้จัดอยู่ในโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงติดเชื้อ HIV จึงทำให้ระยะแรกกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และเฉลี่ยต่ำลงตามระยะเวลาระดับการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 12 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ระดับสูง ร้อยละ 68 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84 ระดับปานกลางร้อยละ 16

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48 ระดับสูง ร้อยละ 52 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก 2.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความ

รุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก 2.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก 2.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.37 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก 2.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

การรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 28 ระดับปานกลางร้อยละ 52 ระดับสูงร้อยละ 20 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ผลดีของการตรวจเพิ่มขึ้นอยู่ในปานกลางร้อยละ 64 (ตาราง 1)

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 32 ระดับปานกลางร้อยละ 32 ระดับสูงร้อยละ 36 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ผลดีของการตรวจเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 40 (ตาราง 1)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก 1.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก 0.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05)

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก 2.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก 1.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 24 ระดับปานกลาง ร้อยละ 16 ระดับสูง ร้อยละ 60

ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับระดับสูงร้อยละ 100

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลดีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 44 ระดับปานกลางร้อยละ 20 ระดับสูงร้อยละ 36 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44 (ตาราง 1)

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 1.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 3.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 12 ระดับปานกลางร้อยละ 8 ระดับสูงร้อยละ 80 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับระดับสูงร้อยละ 84

กลุ่มควบคุม พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 16 ระดับปานกลางร้อยละ 4 ระดับสูงร้อยละ 80 ภายหลังการทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 2.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตารางที่ 1 การรับรู้ 5 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
ต่ำ	5	20	0	0	3	12	3	12
ปานกลาง	8	32	0	0	8	32	9	36
สูง	12	48	25	100	14	56	12	52
การรับรู้ความรุนแรง								
ต่ำ	3	12	0	0	0	0	0	0
ปานกลาง	5	20	4	16	12	48	25	100
สูง	17	68	21	84	13	52	0	0

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การรับรู้ผลดีของการตรวจ								
ต่ำ	13	52	8	32	8	32	9	36
ปานกลาง	7	28	16	64	8	32	6	24
สูง	5	20	1	4	9	36	10	40
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ								
ต่ำ	6	24	0	0	11	44	6	24
ปานกลาง	4	16	0	0	5	20	11	44
สูง	15	60	25	100	9	36	8	32
การรับรู้อุปสรรค								
ต่ำ	3	12	4	16	4	16	3	12
ปานกลาง	2	8	0	0	1	4	2	8
สูง	20	80	21	84	20	80	20	80

ตารางที่ 2 การจำแนกการรับรู้ด้านต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		t	p - value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคฯ						
กลุ่มทดลอง	2.28	0.79	3.00	0.00	-5.03	0.000
กลุ่มควบคุม	2.44	0.71	2.40	0.71	-2.68	0.003
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ						
กลุ่มทดลอง	2.56	0.71	2.84	0.37	0.29	0.045
กลุ่มควบคุม	2.52	0.51	2.00	0.00	-2.68	0.010

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังการทดลอง		t	p - value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
การรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
กลุ่มทดลอง	1.92	0.70	2.04	0.58	0.78	0.000
กลุ่มควบคุม	0.04	0.84	1.40	0.89	1.91	0.050
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนฯ						
กลุ่มทดลอง	2.36	0.86	3.00	0.00	0.45	0.001
กลุ่มควบคุม	1.92	0.91	2.08	0.76	-3.35	0.002
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนฯ						
กลุ่มทดลอง	2.68	0.69	2.68	0.75	0.60	0.000
กลุ่มควบคุม	2.64	0.76	2.68	0.69	2.19	0.033

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

ผลของโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลอง ระดับสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 84 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลอง ระดับปานกลางเพิ่มขึ้นร้อยละ 64 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกที่จัดขึ้นให้กับกลุ่มทดลองสามารถพัฒนาการรับรู้ได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เพราะกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางอยู่ก่อนแล้วร้อยละ 32 เนื่องจากกลุ่มหญิงติดเชื้อส่วนใหญ่ติดเชื้อมานานและได้เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในการตรวจสุขภาพประจำปีและได้รับการสอนจากพยาบาลคลินิกยาด้านไวรัส

ตามกิจวัตรของโรงพยาบาลดอกคำใต้และเมื่อได้รับโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้มีการพัฒนาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 จากผลที่เกิดขึ้นดังกล่าวเนื่องมาจากโปรแกรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การป้องกันโรค การวินิจฉัยรักษาโรคและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยการบรรยายประกอบเอกสารแผ่นพับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สไลด์พาวเวอร์พอยท์ ประกอบการบรรยาย วิดีทัศน์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การแบ่งกลุ่มอภิปรายเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้หญิงติดเชื้อ HIV มีความรู้และมีความตระหนักถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพของตนเอง และเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอการแบ่งกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับงานนี้ แต่ไพสิฐพงษ์และคณะ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควรการปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆและการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขาเช่นค่าใช้จ่ายเวลาความไม่สะดวกความกลัวความอายความเชื่อว่าเขาป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการเจ็บป่วยก็ตามจากแนวคิดของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) สรุปรองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลในระยะแรกมีดังนี้คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ Becker และคณะ (Becker, 1974) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งพบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค O' Donnell (O' Donnell, 2002) ได้กล่าวว่าในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ

กล่าวคือ บุคคลจะมีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น 3. การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัตินั้น 4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (กานดา ศรีตระกูล, 2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตำบลท่าข้าวเปลือก อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่าหลังการให้โปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค และทัศนคติในการเข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.05$) และสอดคล้องกับเบญจวรรณ ไชยา (2557) ศึกษาผลของรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ของสตรีในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กาผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรง ของโรค ผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อน และ หลังการให้ความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.01$ ซึ่งสอดคล้องกับวาสนา พูลผล (2557) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับชุมชนในคู่สามีภรรยา ในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความ รุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติ และพฤติกรรมกา ป้องกัน ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$) และสอดคล้องกับอุไรวรรณ สัมมุติ, สมเดช พินิจสุนทร (2558) ความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้ของบุคคล และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มี คะแนนเฉลี่ยที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ความรุนแรง ของโรคมะเร็งที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนปัจจัยร่วม พบว่า ตัวแปรด้านจิตสังคมและสิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีคะแนนส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกอยู่ในระดับสูง สำหรับปัจจัยความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีคะแนน ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปรับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับงานดา ศรีตระกูล, พิษณุรักษ์ กันทวี (2560) ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตำบลท่าข้าวเปลือก อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าหลังการให้โปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรีที่เข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค และทัศนคติในการเข้ารับ การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.05$)

การรับรู้อุปสรรคในการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (อุไรวรรณ สัมมุตติ, 2558) ที่ศึกษาเรื่องความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($OR_{adj} = 3.37$, 95% CI = 0.20–0.71) สถานภาพการสมรส ($OR_{adj} = 2.54$, 95% CI = 1.16–5.59) ด้านจิตสังคม ($OR_{adj} = 2.05$, 95% CI = 1.08–3.89) และการรับรู้อุปสรรค ($OR_{adj} = 3.41$, 95% CI = 1.92–6.08) และผลการวิจัยไม่มีความสอดคล้องกับ (วราภรณ์ ศิริธรรมานุกุล, 2560) เหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกัน และเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ผลการศึกษาพบว่า พบว่าด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การกำหนดแนวทางการให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกกับกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV และสตรีกลุ่มเป้าหมายทั่วไปที่ยังไม่เข้าถึงบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ควรใช้เอกสารรูปภาพ เป็นสื่อ วิดีทัศน์ประกอบการบรรยาย มีการแสดงความคิดเห็นโต้ตอบระหว่างการบรรยาย
2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายได้มีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็น ผู้นำกลุ่มกลุ่มต้องมีการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม

3. รูปแบบการให้ความรู้ควรกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอครอบคลุมเป้าหมายเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักและเข้าถึงบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี
4. ติดตามผลของพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกเช่น การเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV และกลุ่มเป้าหมายทั่วไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- กานดา ศรีตระกูล, พิษณุรักษ์ กันทวี. (2560). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตำบลท่าข้าวเปลือก อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 9 (1), 123-132
- จันทน์ แต่ไพสิฐพงษ์ และคณะ (2556). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ. กรุงเทพมหานคร :วารสารสภาการพยาบาล. 28(2).
- จิตรบรรจง เชียงทอง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลตระครี่เอน อำเภอดงมะกอก จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี. จังหวัดกาญจนบุรี
- เบญจวรรณ ไชยา. (2557). ผลของรูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่กา. วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยพะเยา
- ยุภาพร ศรีจันทร์. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลป่าสักกิ่งอำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา พูลผล, วิณา เทียงธรรม. (2557) โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิในคู่สามีภรรยาในชุมชน. มหาวิทยาลัยมหิดล
- วรารณ ศิริธรรมานุกุล. (2560). เหตุผลการมารับบริการและความเชื่อด้านสุขภาพภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์. วารสารสภาการพยาบาล 10 (1) มกราคม-มิถุนายน 2560, 126-144
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2561). การพัฒนา ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. สุขภาพคนไทย 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ: 65-67, available from https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2018/thai2018_19.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2556). สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขพะเยา, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

อภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ.(2554).การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะที่ 2, 2554: 34

อุไรวรรณ สัมมุติ, สมเดช พินิจสุนทร (2558). ความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสุขภาพชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น 3 (4) 2558, 529-546

Becker, M.H., Drachman, R.H. and Kirscht, J.P. (1974). A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-income Populations. American Journal of Public Health. 64 (3), 206.

O'Donnell, M. P. (Ed.). (2002). Health promotion in the workplace (3rd ed.). Albany, NY:Delmar.

Rosenstock. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 2: 329-335.

Medication Errors' Incidence in Medication Use Process: A Case Study of a Hemodialysis Unit in a Hospital

Kittiphon Khruaeawang*

Received 30 June 2020; Revised 5 July 2020; Accepted 20 July 2020

Abstract

This retrospective, descriptive survey research aims to study the incidence of the medication errors in the medication use process. The sample in this study were 400 electronic medical records, and hemodialysis documents (sheets data). Medication error record data were compiled for data collection. The multi-stage sampling was conducted for the electronic medical records. Statistics used were percentage, frequency, mean, and standard deviation.

The results indicated that there were 6.50% of the medication errors' incidence in the medication use process (of the C level error), and that majority of the error (86.50) were detected before reaching patients, *i.e.*, can be corrected within the process before administration (at the B level error).

The recommendation for hospital administration is as followed. The Hospital Information System (HIS) needs to be improved and implemented. The accuracy and precision of the HIS can reduce the medication error incidence, not only in the hemodialysis unit, but also for the entire hospital.

Keywords: Incidence; Medication errors; Medication use process

* Bhumirajanagarindra Kidney Institute Hospital, Ratchathewi, Bangkok, 10400, E-mail: Kittiphonkhruaeawang999@gmail.com

*Master Degree student in M.Sc. (Public health) Major in Hospital Administration, Faculty of Public health, Mahidol University

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของกระบวนการใช้ยา กรณีศึกษา หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

กิตติพนธ์ เครือวงศ์*

วันที่รับบทความ 30 มิ.ย. 2563; วันที่แก้ไขบทความ 5 กค. 2563; วันที่ตอบรับบทความ 20 กค. 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของกระบวนการใช้ยา หน่วยไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนการใช้ยาอิเล็กทรอนิกส์และเอกสารการฟอกเลือดของผู้ป่วยจำนวน 400 คำสั่งใช้ยา การศึกษาใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนในคำสั่งใช้ยา การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนกระบวนการใช้ยาในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาจนถึงตัวผู้ป่วยร้อยละ 6.50 (ระดับความรุนแรงระดับ C) และความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.50 เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยาและความคลาดเคลื่อนทางยาถูกดักจับได้ก่อนการบริหารยาผู้ป่วย (ระดับความรุนแรงระดับ B)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้ผู้บริหารทำการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาระบบสารสนเทศที่ใช้ในกระบวนการใช้ยาในหน่วยไตเทียม และระบบหลักของโรงพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของกระบวนการใช้ยา

คำสำคัญ: อุบัติการณ์; ความคลาดเคลื่อนทางยา; กระบวนการใช้ยา

*โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 E-mail: Kittiphonkhrueawang999@gmail.com

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญในสถานบริการสุขภาพและเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Thomas, Flynn, 2015) ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยและอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยพบได้มากในหน่วยไตเทียม จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับประเด็นความปลอดภัยในหน่วยไตเทียมที่สำคัญ ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา การไม่ปฏิบัติตามนโยบาย (Garrick, Kliger, & Stefanchik, 2012) ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 Institute of Medicine (IOM, 2000) สหรัฐอเมริกา รายงานความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเฉลี่ยถึง 44,000 - 98,000 คนต่อปี พบว่ายาเป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตถึง 7,000 คนต่อปี จากอุบัติการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและไม่เชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพของผู้รับบริการ ทำให้ปี พ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้ประกาศให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพซึ่งความปลอดภัยในการใช้ยาเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งต้องได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัย (ฉัตรารณณ์ ชุ่มจิต และเยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ, 2009) แม้มีการประกาศให้การใช้ยาเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้มาตรฐานแต่ยังพบการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างต่อเนื่องทั้งในยุโรปและอเมริกา ส่วนการรายงานในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบการรายงานใน 6 ประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ มาเลเซีย อินโดนีเซีย เวียดนาม ฟิลิปปินส์และไทย (Salmasi, Khan, Hong, Ming, & Wong, 2015) ใน ปี พ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) จึงได้ประกาศให้ความสำคัญกับความปลอดภัยเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยอีกครั้งโดยมีวัตถุประสงค์ในการลดความรุนแรงและอันตรายที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาในทุกประเทศ ร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุของการตายอย่างน้อยหนึ่งรายต่อวันและเกิดผลกระทบ ประมาณ 1.3 ล้านประชากรต่อปีในสหรัฐอเมริกาเพียงประเทศเดียว อย่างไรก็ตามในประเทศที่ยังไม่พัฒนาและกำลังพัฒนาอัตราความคลาดเคลื่อนทางยามีความใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว

การศึกษาวินิจฉัยความคลาดเคลื่อนทางยาในประเทศไทยพบการศึกษาศึกษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 1.97 การรายงานทั้งหมดเป็นความคลาดเคลื่อนที่สามารถแก้ไขได้ ร้อยละ 95.60 และป้องกันได้ ร้อยละ 4.40 (เพียงเพ็ญ หนา เทพาพร, สมณ อนุตรชัชวาล และเพียงขวัญ นครรัตน์ชัย, 2557) และจากรายงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้นำร่องการศึกษาเพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยใช้ตัวส่งสัญญาณ พบว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาถึง ร้อยละ 17.00 (ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา

จุฬารัตนพล และปรีชา มณฑานติกุล, 2554) แม้มีการประกาศนโยบายเพื่อให้เกิดการจัดการยาอย่างมีประสิทธิภาพแล้วก็ตามแต่ยังพบการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาความปลอดภัยในกระบวนการจัดการยาในการรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นจะต้องได้รับการพัฒนาระบบให้เกิดการจัดการที่มีคุณภาพ ปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย “Patient and Personnel safety” ซึ่งขยายให้ครอบคลุมความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) โดยประเด็นความปลอดภัยด้านยาให้มีความสำคัญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Events: ADE) ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication errors) กระบวนการประสานรายการยา (Medication reconciliation) และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2561) ได้กำหนดมาตรฐานระบบการจัดการด้านยาไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 โดยประเด็นด้านการปฏิบัติในการใช้ยา (Medication use practices) มีวัตถุประสงค์ คือ องค์การทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสมและประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยาและได้ระบุเป็นหนึ่งในระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาลซึ่งต้องมีการกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (oversight and supportive environment) ซึ่งองค์กรต้องสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสมและได้ผลรวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน

หน่วยไตเทียม เป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยโรคไตที่จำเป็นจะต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะได้รับการฟอกเลือดเป็นเวลา ≥ 4 ชั่วโมง/วัน และได้รับการฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อความพอเพียงของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Eduardo L & Steven M, 2011) และขณะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้ป่วยจะได้รับยาระหว่างการฟอกเลือด พบว่าการใช้ยาเป็นความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงกับผู้ป่วยและอัตราการเกิดความผิดพลาดของการจัดการยาเป็น 1 ใน 2,151 จำนวนครั้งการรักษา (Holley, 2006) การใช้ยาขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการใช้ยาเป็นประจำโดยการให้ทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Heparin) การให้ยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) การให้ยาป้องกันการชืดจากการขาดธาตุเหล็ก (Iron replacement) ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเนื่องจากต้องได้รับยาหลายชนิดและมีความถี่ในการปรับเปลี่ยนการให้ยา (Ledger & Choma, 2008) จากการศึกษาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในเพนซิลวาเนีย (Pennsylvania) ของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งหมดที่มี

การรายงานพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดสูงเป็นอันดับหนึ่งถึง ร้อยละ 28.50 โดยประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด คือ การลืมให้ยา ส่วนประเภทของความคลาดเคลื่อนอื่น ๆ ระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ การบริหารยาเฮปาริน (Heparin) ข้อมูลการใช้ยาผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยมีการย้ายที่ฟอกเลือดใหม่ไปยังพื้นที่อื่นและการสื่อสารผิดพลาดเกี่ยวกับคำสั่งการรักษา (Pennsylvania Patient Safety Advisory, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่าการศึกษาเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยไตเทียมในประเทศไทยพบข้อมูลการทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาจากการบริหารยาของหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลพัทลุงในช่วงเดือนเมษายน - กันยายน ปี พ.ศ. 2556 พบว่า อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการบริหารยาคิดเป็น 3.10, 6.20, 3.90, 4.30, 12.10, และ 8.70 ครั้งต่อพันครั้งของการให้ยาตามลำดับ เฉลี่ยความคลาดเคลื่อน 6.40 ครั้งต่อพันครั้งของการให้ยาและสาเหตุที่พบ ได้แก่ ฉีดยาผิดขนาด ผิดอัตราเร็ว ผิดเวลา ให้ยา/สารน้ำที่แพทย์ไม่ได้สั่ง และไม่ได้บริหารยาตามแพทย์สั่ง (วรรณเพ็ญ ดำนัน, 2558)

จากความสำคัญของปัญหาการใช้ยาที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง และขั้นตอนของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความซับซ้อนและยุ่งยาก จึงทำให้ทุกขั้นตอนของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเสี่ยงหลายด้าน ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนทางยาจะเกิดอุบัติการณ์ขึ้นน้อย แต่พบว่าแต่ละพื้นที่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน การศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของกระบวนการใช้ยา หน่วยไตเทียม จึงเป็นประโยชน์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารในการบริหารจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาของกระบวนการใช้ยา เพื่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาให้สอดคล้องกับแนวนโยบายโรงพยาบาลและได้มาตรฐานตามการรับรองของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่กำหนดให้มาตรฐานด้านการปฏิบัติในการใช้ยาให้มีความปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และเกิดประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมด ตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา ซึ่งต้องมีการกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน และองค์กรต้องสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสมและได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของกระบวนการใช้ยาหน่วยไตเทียม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive study) เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากร คือ เวชระเบียนการใช้ยาอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record) และเอกสารการฟอกเลือดของผู้ป่วย (Hemodialysis sheets) ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนกระบวนการใช้ยา กลุ่มประชากร คือ เวชระเบียนการใช้ยาอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record) และเอกสารการฟอกเลือดของผู้ป่วย (Hemodialysis sheets) ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1 - 31 มีนาคม 2562 รวมทั้งสิ้น 3,265 คำสั่งใช้ยาตามเกณฑ์คัดเข้า เมื่อนำกลุ่มประชากรพิจารณาตามเกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง คงเหลือ 2,740 คำสั่งใช้ยา นำกลุ่มประชากรมาคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 337 คำสั่งใช้ยาเพื่อให้อำนาจการทดสอบสูงขึ้นและความสมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 20 เปอร์เซ็นต์ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 400 คำสั่งใช้ยาอิเล็กทรอนิกส์ การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage sampling) โดยเริ่มวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ให้ครบตามจำนวนสัดส่วน และได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คำสั่งใช้ยา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนกระบวนการใช้ยา ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาข้อมูล แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับกระบวนการใช้ยาหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร

การวิจัยครั้งนี้ผ่านกระบวนการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับการอนุมัติ วันที่ 13 มีนาคม 2562 (COA. NO. MUPH 2019 - 055)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายคุณลักษณะของคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยา หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง และ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)

ผลการวิจัย

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาในหน่วยไตเทียม

ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเบื้องต้นพบว่า จำนวนคำสั่งใช้ยาของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนน้อยที่สุดที่ 110 คำสั่งใช้ต่อวัน และสูงสุดที่ 136 คำสั่งใช้ต่อวัน (ค่าเฉลี่ยจำนวนคำสั่งใช้ยา คือ จำนวน 125.20 ± 8.20 คำสั่งใช้ยาต่อวัน) เมื่อจำแนกคำสั่งใช้ยาตามสถานที่ปฏิบัติงาน (ต่อเดือน) พบว่า ผู้ใช้งาน Lock D มีคำสั่งใช้ยาสูงที่สุดจำนวนร้อยละ 21 และ Lock FG ต่ำที่สุด ร้อยละ 10.75 เมื่อจำแนกตามรอบเวลาปฏิบัติงาน (ต่อเดือน) พบว่า รอบที่หนึ่ง (6-10 น.) มีคำสั่งใช้ยามากที่สุดคือร้อยละ 37.50 โดยรอบที่สาม (15-19 น.) มีคำสั่งใช้น้อยที่สุดคือ ร้อยละ 26.25 เมื่อพิจารณาตามจำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในแต่ละรอบและแต่ละ Lock พบว่า จำนวนที่มากที่สุด 10 คน คิดเป็นร้อยละ 64.50 และน้อยที่สุด 6 คน คิดเป็นร้อยละ 0.75 ($\bar{x} = 9.5 \pm 0.80$ คน/รอบ/lock)

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยา เป็นข้อมูลที่จำแนกว่าเกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นในกระบวนการใช้ยาของหน่วยไตเทียมตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา ($n = 400$) การศึกษาพบว่า มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาร้อยละ 93.00 จากกระบวนการใช้ยาทั้งหมด เมื่อแยกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาออกตามระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติการณ์และผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยใช้ระดับความรุนแรงที่แบ่งออกเป็น 9 ระดับ ตั้งแต่ A - I (NCC MERP, 2001) พบว่า อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาส่วนใหญ่ไม่ถึงตัวผู้ป่วย โดยเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยา และสามารถดักจับความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นได้ก่อนไปถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ B) ร้อยละ 86.50 จากอุบัติการณ์กระบวนการใช้ยา ส่วนความคลาดเคลื่อนทางยาที่ถึงตัวผู้ป่วยมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น (ระดับ C) ร้อยละ 6.50 จากอุบัติการณ์กระบวนการใช้ยา เมื่อศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่ถึงตัวผู้ป่วยทั้งหมด ($n = 26$) พบว่าโดย ส่วนใหญ่อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นในพื้นที่ปฏิบัติงาน (Lock E และ FG) ร้อยละ 61.54 และพื้นที่อื่น ๆ (Lock A, B, C, D) ร้อยละ 38.46 สำหรับอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดในช่วงเวลาปฏิบัติงานต่าง ๆ นั้น พบว่า รอบที่หนึ่งพบร้อยละ 42.30 รองลงมาได้แก่รอบที่สาม ร้อยละ 38.46 การเกิดอุบัติการณ์

ความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่พบเมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมาก (ผู้ป่วยจำนวน 10 คน) โดยพบอุบัติการณ์ที่ร้อยละ 53.85

ตาราง จำนวน ร้อยละของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยา จำแนกตามระดับความรุนแรง (n = 400)

ระดับความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความคลาดเคลื่อนในกระบวนการใช้ยา	28	7.00
ความคลาดเคลื่อนทางยาไปไม่ถึงผู้ป่วย (B)	346	86.50
ความคลาดเคลื่อนทางยาถึงผู้ป่วย (C)	26	6.50
รวม	400	93.00

เมื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาตามกระบวนการใช้ยาทั้งหมด ตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา (n = 400) พบว่า การสั่งใช้ยาไม่พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการแต่พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้สั่งใช้ยาเป็นวิชาชีพอื่น ๆ การคัดลอกคำสั่งใช้ยาแยกออกเป็น การคัดลอกลงคอมพิวเตอร์คลาดเคลื่อนและเอกสารการฟอกเลือดของผู้ป่วย (Hemodialysis sheets) คลาดเคลื่อน พบว่า ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา ร้อยละ 78.50 โดยพบความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาลงคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 72.75 และเอกสารการฟอกเลือดของผู้ป่วย (Hemodialysis sheets) ร้อยละ 6.00 การจัดจ่ายยาพบความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 73.25 โดยการจ่ายยาไม่ตรงกับคำสั่งใช้ยาพบมากที่สุดร้อยละ 73.00 การบริหารยาพบความคลาดเคลื่อนร้อยละ 6.50 ความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด คือ การให้ยาผิดวิธิตามการบริหารยา ร้อยละ 5.75 เมื่อนำข้อมูลในกระบวนการใช้ยาที่เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจนถึงตัวผู้ป่วย (n = 26) มาวิเคราะห์ พบว่า การสั่งใช้ยาไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาแต่พบว่าผู้สั่งใช้ยาเป็นวิชาชีพอื่น ๆ ถึงร้อยละ 42.30 โดยในขั้นตอนของการคัดลอกคำสั่งใช้ยา พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยาลงในเอกสารผู้ป่วยฟอกเลือดสูงถึงร้อยละ 88.46 ส่วนการคัดลอกลงคอมพิวเตอร์ ร้อยละ 19.23 และเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งของทั้งสองระบบ ร้อยละ 11.54 โดยส่วนใหญ่เป็นความคลาดเคลื่อนอันเนื่องมาจากการคัดลอกวิธิตามการบริหารยา (ร้อยละ 92.30) ในขั้นตอนการจัดจ่ายยา มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและฉลากยาที่ร้อยละ 23.07 และในขั้นตอนการบริหารยา พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนของการบริหารยาผิดวิธิตามสูงสุดถึงร้อยละ 88.46 ผิดขนาดยา ร้อยละ 7.69 และลืม

บริหารยา ร้อยละ 3.84 เมื่อศึกษารายละเอียดลักษณะของยาที่เกิดความคลาดเคลื่อนพบว่า ทุกความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นยากระตุ้นเม็ดเลือด ส่วนยาประเภทอื่น ๆ ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น

อภิปรายผล

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของกระบวนการใช้ยาหน่วยไตเทียม พบความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยามากถึง ร้อยละ 93.00 ซึ่งความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยาในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของการใช้ยาหรือเกิดความคลาดเคลื่อนในหลายขั้นตอนของการใช้ยาตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยาก็ได้ แต่เมื่อทำการศึกษาโดยแยกความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นตามระดับความรุนแรงและผลกระทบถึงผู้ป่วยพบความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาที่มีผลกระทบถึงผู้ป่วยเกิดขึ้นร้อยละ 6.50 (ระดับ C) นั้นหมายถึงว่าความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นผ่านหลายขั้นตอนของกระบวนการใช้ยาตั้งแต่การสั่งใช้ยาซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการใช้ยาไปจนถึงการบริหารยาซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สามารถดักจับความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนยาจะถึงตัวผู้ป่วย ส่วนความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในกระบวนการใช้ยาและยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยเกิดขึ้นร้อยละ 86.50 (ระดับ B) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์คล่องกับการศึกษาของโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ที่พบความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ B ร้อยละ 64.74 และระดับ C ร้อยละ 22.89 (ยุพา วิภาสวัชรโยธิน, มาศรินทร์ ธรรมสิทธิบุรณ์, 2551) จากการศึกษาาระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ซึ่งช่วยรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาพบความคลาดเคลื่อนทางยาสูงถึง ร้อยละ 88 และพบว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงในระดับ A และ B (ปัญญาฉัตร ซอสุขไพบูลย์, 2555) และจากการศึกษาระบบคอมพิวเตอร์กับความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงานวิกฤตเด็ก พบความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นทั้งใน Computer entry และ CPOE โดยมีความรุนแรงตั้งแต่ A จนถึง E ระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือ ระดับ B ร้อยละ 61.7 ใน Computer entry errors และร้อยละ 68.9 ใน CPOE รองลงมาในระดับ C ร้อยละ 26.8 และร้อยละ 17.8 ตามลำดับ (Chuo & Hicks, 2008) ความสำคัญของความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ A กับ B และระดับ C มีความแตกต่างกัน ซึ่งความรุนแรงในระดับ A และ B เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาที่ตรวจพบก่อนที่จะบริหารยาให้ผู้ป่วย ความสำคัญดังกล่าว คือ การศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาและจุดอ่อนของระบบและหาวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจนถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ C) ความสำคัญ คือ การต้องมีระบบการจัดความเสี่ยง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิด

อันตรายถึงแก่ชีวิต หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเห็นว่าความคลาดเคลื่อนทางยา มีความแตกต่างกันเนื่องจากมีความแตกต่างกันในการให้นิยามความคลาดเคลื่อนทางยา ระบบของการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ปริมาณผู้ป่วย ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ตลอดจนวัฒนธรรม คุณภาพองค์กร

หากนำข้อมูลทั่วไปของความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาที่มีผลกระทบ ถึงผู้ป่วย (n = 26) มาศึกษากับพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นใน พื้นที่ปฏิบัติงาน (Lock E, FG) ร้อยละ 61.54 แม้จะพบว่าพื้นที่ดังกล่าวมีคำสั่งใ้ช้ยาน้อยกว่าพื้นที่ ปฏิบัติงานส่วนอื่น ๆ (Lock A, B, C, D) และยังพบอีกว่าความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจนถึง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในรอบที่หนึ่งและรอบที่สาม และเกิดขึ้นเมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมาก (ผู้ป่วยจำนวน 10 คน) เนื่องจากหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งเป็นหน่วยไตเทียมขนาดใหญ่ มีพื้นที่ปฏิบัติงานที่ แยกเป็นเฉพาะส่วนของแต่ละ Lock จึงทำให้ลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ปฏิบัติงานมีความ แตกต่างกันไป อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เข้าทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความหลากหลาย เช่นเดียวกันและในแต่ละรอบของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีจำนวนผู้ป่วยที่แตกต่างกัน จาก การศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นอาจจะไม่ได้เกี่ยวข้องกับ ลักษณะทางกายภาพในพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงอย่างเดียวยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับความ คลาดเคลื่อนทางยาแต่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องและจากการศึกษา อื่น ๆ พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยา เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดสมาธิและเกิดความรำคาญส่งผลให้ การปฏิบัติงานไม่ประสบความสำเร็จและอาจเกิดความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้) (Alanko and Nyholm, 2007, Michael, 2010)

จากผลการศึกษาลักษณะยาที่เกี่ยวข้องพบว่า ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็น ความคลาดเคลื่อนของยากระตุ้นเม็ดเลือดส่วนยาประเภทอื่น ๆ ไม่พบความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น อาจจะเนื่องจากยากระตุ้นเม็ดเลือดเป็นยาที่มีการใช้ขณะฟอกเลือดมากกว่ายาในกลุ่มอื่น ๆ และ จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการรายงานถึงความคลาดเคลื่อนทางยาที่เฉพาะเจาะจงถึง ประเภท ชนิด และขนาด รวมถึงบรรจุกัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของยาขณะฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม แต่พบการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย ไตเทียม เนื่องจากผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมักต้องใช้เวลา 10 ถึง 12 รายการโดย 10 รายการเป็นยาที่ต้องรับประทานที่บ้านและอีก 2 รายการเป็นยาที่ต้องบริหารยาในหน่วยไตเทียมอีก ทั้งมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาก่อนข้างบ่อยโดยพบว่าอาจมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่า 4 ครั้ง

หรือมากกว่านั้นในระยะเวลาหนึ่งปีของการใช้ยาขณะผู้ป่วยฟอกเลือด (Manley, Drayer, McClaran, Bender, Muther, 2003) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการใช้ยาจำนวนมากแต่การใช้ยาที่ต้องบริหารยาขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีสองรายการ และพบว่ายาที่ใช้ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีลักษณะของการใช้ยาที่คล้ายคลึงกันแต่ไม่มียาที่มีชื่อพ้องมอญคล้าย

จากผลการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาในหน่วยไตเทียม จำแนกตามประเภทวิชาชีพที่รับผิดชอบในกระบวนการใช้ยาของหน่วยไตเทียมตั้งแต่การสั่งใช้ยา จนถึงการบริหารยา ($n = 400$) การสั่งใช้ยาไม่พบความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นในกระบวนการแต่พบว่าผู้สั่งใช้ยาในระบบคอมพิวเตอร์เป็นวิชาชีพอื่น ๆ ถึงร้อยละ 60 โดยพบว่าแพทย์ซึ่งมีบทบาทหลักในการสั่งใช้ยาสามารถสั่งใช้ยาได้ในเอกสารฟอกเลือดของผู้ป่วยและแพทย์สามารถสั่งใช้ยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (TDMS: TMon; Massage) หลังจากที่แพทย์ได้ดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งในทั้งสองกรณี แพทย์ต้องทำการสั่งใช้ยาในหน้าระบบสั่งใช้ยาของสารสนเทศเดียวกันอีกครั้ง (TDMS: TSS) เพื่อเป็นการบันทึกคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่พบว่าแพทย์จะละเอียดขั้นตอนดังกล่าวเนื่องจากมีความซับซ้อนของขั้นตอนการสั่งใช้ยาแม้ระบบสารสนเทศที่ใช้เป็นระบบเดียวกันแต่มีระบบย่อยต้องเข้าทำการสั่งใช้ยาถึงสองครั้งเพื่อสั่งใช้ยาผู้ป่วยได้ เมื่อแพทย์ละเอียดในขั้นตอนดังกล่าวจึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์วิชาชีพอื่น ๆ ที่สามารถดำเนินการเข้าระบบดังกล่าวได้จึงดำเนินการคัดลอกคำสั่งใช้ยาดังกล่าวลงในระบบแทนแพทย์เพื่อให้ได้คำสั่งใช้ยาที่สมบูรณ์ภายในระบบสารสนเทศ

การคัดลอกคำสั่งใช้ยาแบ่งออกเป็นการคัดลอกคำสั่งใช้ยาลงในระบบคอมพิวเตอร์ และการคัดลอกลงเอกสารฟอกเลือดของผู้ป่วยพบความคลาดเคลื่อนจากการคัดลอกคำสั่งใช้ยา ร้อยละ 78.50 โดยการคัดลอกลงระบบคอมพิวเตอร์คลาดเคลื่อนถึงร้อยละ 72.75 และคัดลอกลงเอกสารฟอกเลือดผู้ป่วยคลาดเคลื่อนร้อยละ 6.00 จากการศึกษาพบว่า ระบบคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในขั้นตอนของการสั่งใช้ยาเป็นระบบคอมพิวเตอร์ (TDMS) ที่แยกส่วนกันกับระบบคอมพิวเตอร์ (HIS: Bitnix; OCS) ที่ใช้เป็นระบบหลักในโรงพยาบาลไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้จึงทำให้ต้องมีการคัดลอกคำสั่งใช้ยาจากระบบหนึ่งสู่อีกระบบหนึ่งอีกครั้งโดยผ่านบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียมและพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ละเอียดและไม่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีทางการบริหารยาและความถี่ของการใช้ยา แต่พบว่าเมื่อมีการบันทึกเอกสารฟอกเลือดของผู้ป่วยการคัดลอกคำสั่งใช้ยาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับคำสั่งใช้ยาในระบบคอมพิวเตอร์ที่หนึ่ง (TDMS: TSS) ซึ่งเป็นคำสั่งใช้ยาที่มีวิธีทางการบริหารยาและความถี่ของการใช้ยาผู้ป่วยที่ถูกต้อง

กระบวนการจัดจ่ายยาพบความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 73.25 จากการศึกษาพบว่า คำสั่งใช้ยาถูกถ่ายโอนจากระบบคอมพิวเตอร์ที่สอง (Bitnix: OCS) สู่อีพียา (Bitnix: Pharmacy manager) โดยคำสั่งใช้ยาถูกคัดลอกจากบุคลากรจากระบบคอมพิวเตอร์ที่หนึ่ง (TDMS: TSS) หากเกิดการคัดลอกผิดพลาดลงสู่ระบบคอมพิวเตอร์ที่สอง (Bitnix: OCS) แล้ว อนุญาตจะถูกบันทึกในลักษณะเดียวกับคำสั่งใช้ยาในระบบคอมพิวเตอร์ที่สอง (Bitnix: OCS) และทำให้อนุญาตมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นเช่นเดียวกัน

การบริหารยาพบความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 6.50 ความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุดคือการบริหารยาผิดวิธีทางการบริหารยา ร้อยละ 5.75 เนื่องจากขั้นตอนของการคัดลอกคำสั่งใช้ยา มีการละเลยในการเปลี่ยนแปลงวิธีทางการบริหารยา ส่งผลให้ในขั้นตอนของการบริหารยา มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความสับสนในการบริหารยาทางหลอดเลือดดำหรือทางผิวหนังเกิดขึ้นได้เนื่องจากอนุญาตได้รับวิธีทางการบริหารยาที่ไม่ถูกต้องและไม่ตรงกับที่พยาบาลคัดลอกคำสั่งใช้ยาลงในเอกสารพอกเลือดของผู้ป่วย หากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาถึงขั้นตอนการบริหารยาผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นอาจไปถึงผู้ป่วยได้ ขั้นตอนการบริหารยาจึงเป็นด่านสุดท้ายในการป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจนถึงผู้ป่วย จากการศึกษาความเกี่ยวข้องของระบบคอมพิวเตอร์กับความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยงานวิกฤตเด็กโดยการเปรียบเทียบระบบการทำงานทั้ง สองระบบคอมพิวเตอร์ พบว่า ความคลาดเคลื่อนทางยา มีความสัมพันธ์ Computer entry 298 รายการ และ CPOE (Computerized prescriber order entry) 48 รายการ หากแยกเป็นกระบวนการใช้ยาพบว่า ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการสั่งใช้ยาเป็นร้อยละ 9.5 และ 76.2 การคัดลอกคำสั่งใช้ยา เป็นร้อยละ 61.8 และ 11.9 การจัดจ่ายยาเป็นร้อยละ 16.1 และ 2.4 การบริหารยาเป็นร้อยละ 11.6 และ 9.5 (Chuo & Hicks, 2008) และจากการทบทวนวรรณกรรมหลายการศึกษาพบว่า การนำระบบสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์มาใช้ในการทดแทนกระบวนการใช้ยาเดิมที่ คำสั่งใช้ยาเป็นเอกสารเป็นลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในหลายมิติที่สามารถทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการได้ ในขั้นแรกของการนำระบบสารสนเทศคอมพิวเตอร์มาใช้ อาจยังไม่สามารถทดแทนกระบวนการใช้ยาเดิมได้ทั้งหมดจึงทำให้การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ มีการศึกษาหนึ่งแสดงความถี่ของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการใช้ยาตามกลุ่มอายุผู้ป่วย โดยพบว่าร้อยละ 50 ของความคลาดเคลื่อนทางยาเกิดขึ้นในเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี โดยพบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา ร้อยละ 30 ความคลาดเคลื่อนการจัดจ่ายยา ร้อยละ 24 ความคลาดเคลื่อนการบริหารยา ร้อยละ 41 ความคลาดเคลื่อนคัดลอกคำสั่งใช้ยา (MAR errors) ร้อยละ 6 (Miller, Clark, Lehmann, 2006) ดังนั้นการศึกษาด้านการลดความ

คลาดเคลื่อนทางยาจึงมีความเป็นเฉพาะเจาะจงของแต่ละพื้นที่เนื่องจากความซับซ้อนของระบบและกระบวนการใช้ยาก่อนยาจะถึงผู้ป่วย อีกทั้งยังมีความหลากหลายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปแก้ไขความบกพร่องของกระบวนการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้อย่างตรงจุดเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา และได้มาตรฐานตามการรับรองกระบวนการคุณภาพต่าง ๆ

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากข้อมูลการศึกษาอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนของกระบวนการใช้ยาหน่วยไตเทียมเป็นข้อมูลทุติยภูมิจึงอาจมีผลเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูลการศึกษาและข้อมูลการศึกษาเป็นข้อมูลในอดีตจึงอาจทำให้ข้อมูลไม่มีความทันสมัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรปรับปรุงระบบสารสนเทศในกระบวนการใช้ยาหน่วยไตเทียมให้มีความสามารถในการเชื่อมโยงกันระหว่างสองระบบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในกระบวนการทั้งนี้
2. คณะกรรมาการมีข้อกำหนดให้ชัดเจนในประเด็นการสั่งใช้ยาในหน่วยไตเทียมเนื่องจากพบประเด็นความซับซ้อนของการสั่งใช้ยาในหน่วยไตเทียม อีกทั้งยังพบอุบัติการณ์ว่าผู้สั่งใช้ยาในระบบคอมพิวเตอร์เป็นวิชาชีพอื่น ๆ ถึงร้อยละ 60

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

กลุ่มตัวอย่างที่วิจัย ควรมีความหลากหลาย เช่น โรงพยาบาลรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชน หลายๆ แห่ง เพื่อสามารถนำผลการศึกษาวิจัยที่ได้ไปอ้างอิงให้เกิดความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรภาภรณ์ ชุ่มจิต .เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ .(2009). การจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล :บทวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสในการพัฒนา .Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 4(1).
- ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬารัตนพล และปรีชา มณฑาทิกุล) .บรรณาธิการ .(2554). การบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย .กรุงเทพฯ :พื้นนาบรรจุกัณฑ์ .พิมพ์ครั้งที่ 3, 27-32.
- ปัญญฉัตร ขอสุขไพบูลย์. (2555). ระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง .วารสารเภสัชกรรมไทย, 4(1), 3-16.
- เพียงเพ็ญ ชนาเทพพร, สมณ อนุตรชัชวาล และเพียงขวัญ นครรัตน์ชัย .(2557). การพัฒนาระบบ การประสานรายการยานของผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ .ศรีนครินทร์ เวชสาร, 29(3), 276-82.
- ยุพา วิภาสวัชรโยธิน, มาศรินทร์ ธรรมสิทธิบุรณ์ .(2551). การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ .เภสัชกรรมคลินิก, 15, 151-61.
- วรรณเพ็ญ ดำนัง .(2558). โครงการพัฒนาลดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการบริหารยาในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพัทลุง [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.ptlhosp.go.th/ptlkl/attachments/article/83/CQI_05.pdf.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) .(2561). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ .4 นนทบุรี.
- Alanko K, Nyholm L. (2007). Opps! Another Medication Error: a literature review of contributing factors and method to prevent medication errors. Bachelor of Nursing. Helsinki Polytechnic Stadia, Helsinki.
- Chuo J, Hicks RW. (2008). Computer-Related Medication Errors in Neonatal Intensive Care Units. Clin Perinatol, 35(1), 119-39.
- Eduardo L, Steven M. (2011). Hemodialysis treatment: a fresh perspective. Clin Am Soc Nephrol, 6(10), 2522-30.
- Garrick R, Alan Kliger A, Stefanchik B. (2012), Patient and facility safety in hemodialysis: Opportunities and strategies to develop a culture of safety. Clin J Am Soc Nephrol, 7(4), 680-8.
- Holley JL (2006). A descriptive report of error and adverse event in chronic hemodialysis unit. Nephrol News Issues, 29(12), 57-58, 60-61, 63.

- Institute of Medicine. (2000). To err is human: Building a safer health system [Internet] [cited 2017 Feb 12]. Available from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf.
- Ledger S, Choma G. (2008). Medication reconciliation in hemodialysis patients. *CANNT J*, 18(4), 41-3.
- Manley HJ, Drayer DK, McClaran M, Bender W, Muther RS. (2003). Drug record discrepancies in an outpatient electronic medical record: Frequency, type, and potential impact on patient care at a hemodialysis center. *Pharmacotherapy*, 23(2), 231-9.
- Michael R Cohen. (2010). Medication errors: causes of medication errors. American Pharmacists Association. Washington, D.C, 3-14.
- Miller MR, Clark JS, Lehmann CU. (2006). Computer based medication error reporting: insights and implications. *Qual Saf Health Care*, 15(3), 208-13.
- Pennsylvania Patient Safety Advisory. (2010). Hemodialysis Administration: Strategies to Ensure Safe Patient Care, 3(7), 87-96.
- Salmasi, S., Khan, TM., Hong, YH., Ming, LC., & Wong TW. (2015). Medication errors in Southeast Asian countries: A systemic review. *PLOS ONE*, 10(9).
- Thomas - Hawkins C, Flynn L. (2015). Patient safety culture and nurse - reported adverse events in outpatient hemodialysis unit. *Res Theory Nurs Pract*, 29(1), 53-65.
- World Health Organization. (2017). WHO launches global effort to halve medication-related error in 5 years, Geneva, Switzerland. [cited 2018 Mar .] Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017medication-related-errors>.

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะ ปีที่ มกราคม 1 ฉบับที่ 7- เมษายน 2564

Minors' consent: a case study on organ donation from living minors

Gunpirom Wisadsing*

Received 10 August 2020; Revised 27 August 2020; Accepted 2 September 2020

Abstract

The primary objective of this article is to study the criteria for organ donation consent from living minors, which includes the conditions and methods of minors' consent, the roles of parents' consent with minors, and the responsibility of relevant organizations to consider minors' consent for organ transplant donation. This article covers the comparative study of foreign laws in order to reflect an appropriate application of the laws to the Thai context.

The result of the study indicated that having only professional ethical principles as guidelines, on surgeons performing surgery to remove the organ from the living minor bodies, was not clear-cut for the purpose of medical donation, since it would be illegal due to the fact that minors were unable to make an autonomous decision as an adult in case of complicated circumstances. Nonetheless, it was unclear whether or not a charge of assault and battery shall be exempted from the physicians who perform organ donation transplantation procedure. If the principle of organ transplant donation of living minors was violated, a consequence would result on disciplinary actions, criminal liabilities, and civil liabilities, from general provisions as a punishment which might not be appropriate for the violation. In conclusion, this article would like to propose the inclusion of organ transplant donation consent criteria from living minors, parental consent, and organizations who have authority to evaluate or examine the consent of minors, to be prescribed as one chapter in the Organ Transplant Act, which is an equal hierarchy of law to Protection of Minor's Organ Donor and Transplant Surgeon Act, in order to protect living minors and transplant surgeons.

Keywords: organ donation, living minors, minors' consent, organ donation from minors

* This article is one of the part of thesis, "Minors' Consent: A Study into Organ Donation from Living Minors", Master of Laws, Criminal Law, Faculty of Law, Thammasat University, Corresponding author e-mail: gunpirompoogun@gmail.com

1.บทนำ (introduction)

1.1 ความสำคัญของปัญหา

การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplantation) เป็นวิธีการที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของอวัยวะภายในร่างกายเนื่องจากอวัยวะภายในร่างกายบางอย่างทำงานบกพร่องหรืออาจจะไม่สามารถทำงานได้เลยมีความหวังมากขึ้นที่จะหายจากความบกพร่องเหล่านั้น ซึ่งเป็นความก้าวหน้าทางเทคนิคศาสตร์และได้รับการยอมรับทางการแพทย์อย่างแพร่หลายในระดับสากล โดยการปลูกถ่ายอวัยวะ คือ การย้ายอวัยวะจากร่างหนึ่งไปสู่อีกร่างหนึ่ง หรือ จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งในผู้ป่วยคนเดียวกัน เพื่อแทนที่อวัยวะที่เสียหายหรือขาดไป ซึ่งวิทยาการดังกล่าวพัฒนาขึ้นมาและประสบความสำเร็จมากขึ้นในปัจจุบัน

ทั้งนี้การปลูกถ่ายอวัยวะมี 2 แหล่งที่มาของอวัยวะ คือจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่กับผู้บริจาคที่เสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งภายหลังประสบปัญหาสภาวะขาดแคลนอวัยวะ(Organ Shortage) เพิ่มขึ้นจึงมีความจำเป็นต้องใช้อวัยวะจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้น และในบางครั้งกรณีผู้ป่วยซึ่งรอรับบริจาคอวัยวะเป็นผู้ป่วยเด็กนั้น จึงมีความจำเป็นต้องใช้อวัยวะที่ได้มาจากผู้บริจาคเด็กเนื่องด้วยข้อจำกัดเรื่องขนาดของอวัยวะกับความเหมาะสมของร่างกายผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้บริจาคอวัยวะเป็นเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่อาจเกิดปัญหาในเรื่องการให้ความยินยอม เนื่องจากอาจเป็นความยินยอมอันไม่สมบูรณ์ตามกฎหมาย ทั้งนี้เพราะเด็กเป็นบุคคลที่มีความอ่อนแอทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจไม่สามารถเข้าใจในเรื่องที่มีความซับซ้อนได้อย่างครบถ้วน ตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ เช่น เด็กอยู่ภายใต้อำนาจปกครองของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ส่งผลให้การตัดสินใจของเด็กได้รับอิทธิพลมาจากบิดามารดา จึงเป็นเหตุให้เด็กอาจถูกชักจูงได้โดยง่ายจากผู้ปกครอง ดังนั้นความยินยอมของเด็กจึงอาจเป็นความยินยอมอันมิชอบด้วยกฎหมายส่งผลให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดมีความรับผิดชอบในกรณีที่เกิดอันตรายกับชีวิตและร่างกายของเด็กผู้บริจาค จึงควรมีบทบัญญัติแห่งกฎหมายในระดับเดียวกับพระราชบัญญัติเพื่อคุ้มครองการตัดสินใจให้ความยินยอมของผู้บริจาคเด็กในการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายเพื่อให้ความยินยอมของเด็กเป็นไปโดยอิสระ และเพื่อคุ้มครองแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเพื่อนำอวัยวะออกจากร่างกายผู้บริจาคอวัยวะมิให้มีความผิดตามกฎหมายด้วย

ทั้งนี้ในประเทศไทยยังมิได้มีบทบัญญัติแห่งกฎหมายในระดับเดียวกับพระราชบัญญัติที่ชัดเจนในเรื่องการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่าย จึงทำให้การผ่าตัดเพื่อนำอวัยวะออกจากร่างกายผู้บริจาคเด็กซึ่งเป็นการกระทำกับเนื้อตัวร่างกายของผู้บริจาคเด็ก

โดยตรง และแพทย์ผู้ผ่าตัดอาจเกิดความรับผิดชอบได้ เนื่องจากผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่มีร่างกายปกติสมบูรณ์มิใช่ผู้ป่วย การกระทำของแพทย์จึงมิใช่การบำบัดโรคอันมีกฎหมายให้อำนาจทำได้ และการให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาโรคกับการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ การเป็นการรักษาบำบัดเพื่อให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น แต่การบริจาคอวัยวะอาจส่งผลให้ผู้บริจาคอาจต้องดูแลรักษาตัว ทั้งระบบการทำงานของร่างกายอาจแย่งอันเนื่องสูญเสียอวัยวะไปจากการบริจาคและการกระทำของแพทย์ในการนำอวัยวะออกจากร่างกายผู้บริจาคเป็นการกระทำที่ครอบงำประกอบความผิดฐานทำร้ายร่างกายตามประมวลกฎหมายอาญา ดังนั้นความยินยอมที่สมบูรณ์ของเด็กจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งต้องเป็นความยินยอมที่ชอบด้วยกฎหมาย กล่าวคือความยินยอมต้องเป็นไปตามหลักความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) หมายถึงความเป็นอิสระในการตัดสินใจในชีวิตร่างกายตนเองโดยปราศจากการแทรกแซงจากบุคคลอื่น และสามารถที่จะให้ความยินยอมได้ด้วยตนเองตามหลักการให้ความเคารพบุคคล (Respect of persons) อีกทั้งต้องเป็นความยินยอมที่บริสุทธิ์ ปราศจากการข่มขู่ หลอกลวง หรือสำคัญผิด และผู้ให้ความยินยอมต้องเข้าใจสาระสำคัญของการบริจาคอวัยวะและผลกระทบที่จะเกิดกับร่างกายผู้บริจาคที่อาจจะได้รับอย่างชัดเจนจากแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเพื่อประกอบการตัดสินใจในการยินยอมบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่าย ในกรณีผู้บริจาคเป็นเด็ก จึงมีประเด็นที่ต้องพิจารณาความสามารถของเด็กในเรื่องความยินยอมที่สมบูรณ์สำหรับการบริจาคอวัยวะเนื่องจาก อายุ สภาพสติปัญญา วุฒิภาวะ ประสบการณ์ ความเข้าใจ การเรียนรู้ ตลอดจนความสามารถในการตัดสินใจของเด็กอาจยังไม่มีคุณสมบัติเพียงพอ ไม่สามารถให้ความยินยอมในการกระทำต่อชีวิตเนื้อตัวร่างกายได้อย่างอิสระ ตามหลักความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ในหลายครั้งจึงจำเป็นที่ผู้ปกครองอาจเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้ความยินยอมแทนเด็กในกรณีต่าง ๆ หรือตัดสินใจร่วมกับเด็กด้วย

ดังนั้นเพื่อให้การให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะของเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย และไม่กระทบสิทธิเสรีภาพในการตัดสินใจของเด็กที่ถูกรับรองไว้ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ซึ่งกำหนดให้เด็กมีเสรีภาพในการตัดสินใจทั้งต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าวด้วย จึงได้ศึกษาหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ในต่างประเทศเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการบัญญัติกฎหมายในประเทศไทยต่อไป

อย่างไรก็ตามกฎหมายไทยกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ ในปัจจุบันไม่มีกฎหมายรับรองการกระทำดังกล่าวให้สามารถกระทำได้โดยชอบด้วย

กฎหมาย มีเพียงข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545 และระเบียบสภาทนายความว่าด้วยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย 2545 ซึ่งมีได้มีสภาพบังคับในระดับเดียวกันกับพระราชบัญญัติ และเป็นเพียงมาตรการทางจริยธรรมวิชาชีพของแพทย์อันอาจส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนในแนวทาง วิธีการ และเงื่อนไข ในการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ได้

1.2 วัตถุประสงค์แห่งการวิจัย

1. เพื่อศึกษาหลักเกณฑ์การให้ความยินยอมและความสามารถในการให้ความยินยอมบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ ทั้งวิธีการ และมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองการแสดงความยินยอมของผู้บริจาคเด็กในการบริจาคอวัยวะ เพื่อให้ความยินยอมดังกล่าวเป็นความยินยอมที่ชอบด้วยกฎหมาย

3. เพื่อศึกษาหลักเกณฑ์การให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งวิธีการบัญญัติกฎหมาย และการบังคับใช้ในอังกฤษ สกอตแลนด์ และในฮ่องกง

1.3 วิธีการศึกษา

ในการศึกษาปัญหาดังกล่าวมีวิธีการศึกษาแบบวิจัยเอกสาร (Documentary Research) บทบัญญัติกฎหมายทั้งกฎหมายประเทศไทยและกฎหมายต่างประเทศ หนังสือและตำราทางวิชาการ และรายงานการศึกษาวิจัย รวมทั้งความคิดเห็นของนักวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาและเรียบเรียงให้เกิดองค์ความรู้ในการศึกษา ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการศึกษาดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.ผลการศึกษา (Results)

การให้ความยินยอมตามกฎหมาย โดยหลักการพื้นฐานในการให้ความยินยอมมาจากหลักความอิสระในตัวเอง (Autonomy) และหลักการเคารพในบุคคล (Respect of person) ดังนั้นความยินยอมอันชอบด้วยกฎหมายจึงประกอบด้วยความสมัครใจของตัวผู้เสียหายเอง มิได้เกิดโดยการ ช่มชู้ หลอกลวง หรืออิทธิพลอื่นใดอันทำให้ความยินยอมมิได้เกิดขึ้นโดยอิสระ ผู้ให้ความยินยอมต้องมีความสามารถในการให้ความยินยอม ทั้งนี้ ความสามารถของบุคคลแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการทางสติปัญญาซึ่งเป็นพัฒนาการที่ทำให้สามารถวัดผลได้ว่าเด็กในช่วงวัยใดมีวุฒิภาวะเพียงพอที่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้มากน้อยเพียงใด เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาความสามารถในการตัดสินใจของเด็กว่าเด็กสามารถคิดอย่างมีเหตุผล สามารถตั้งสมมติฐานและทฤษฎี เกิดกระบวนการ

ทางความคิดต่าง ๆ ในเรื่องที่ซับซ้อนได้เพียงใด นอกจากนี้ความสามารถในการตัดสินใจของเด็กยังขึ้นอยู่กับสติปัญญาแต่ละบุคคล การเรียนรู้ และประสบการณ์ในการชั่งน้ำหนักหรือตัดสินใจต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งอันเป็นปัจจัยที่สำคัญของพัฒนาการดังกล่าว โดยจากการศึกษาพบว่าเด็กสามารถตัดสินใจให้ความยินยอมดังนี้

1. ในช่วงแรกเกิด-7 ปี เป็นช่วงวัยที่เด็กยังไม่สามารถสื่อสารหรือบอกกล่าวเจตนาารมณ์ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากเด็กในช่วงวัยนี้ถือว่าเป็นเด็กที่เล็กมากและยังทำตามอารมณ์และความต้องการของตนเองเป็นหลัก มิสามารถคิดอย่างมีตรรกะหรือเหตุผลได้

2. อายุ 7-12 ปี เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาที่มีวุฒิภาวะสูงสุดในการคิดแบบผู้ใหญ่มากขึ้น และเริ่มเข้าใจข้อมูลที่มีความซับซ้อนได้มากขึ้น แต่ยังมีได้พัฒนาในระดับเทียบเท่าผู้ใหญ่

3. เด็กอายุ 12 ปีขึ้นไปสามารถตัดสินใจได้อย่างมีวุฒิภาวะเพียงพอและเหมาะสมใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ ในช่วงวัยนี้จะสามารถคิดอย่างมีเหตุผล ตั้งสมมติฐานและทฤษฎี ตลอดจนเกิดความคิดรวบยอดในสิ่งที่เป็นามธรรมนอกเหนือจากที่ตามองเห็นได้อย่างสมบูรณ์

แต่อย่างไรก็ตามในการให้ความยินยอมของเด็กซึ่งกฎหมายถือว่าเป็นบุคคลที่มีความเปราะบางจึงจำเป็นผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้ความยินยอมแทนเด็กในกรณีต่าง ๆ หรือตัดสินใจร่วมกับเด็กด้วยภายใต้หลักผลประโยชน์สูงสุดของเด็ก (The Best Interest) ซึ่งเป็นไปตามหลักการในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพิจารณาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการบริจาคอวัยวะเพื่อมาชั่งน้ำหนักกับผลประโยชน์ที่เด็กจะได้รับ นอกจากนี้การให้ความยินยอมอันชอบด้วยกฎหมาย ความยินยอมนั้นต้องมีตลอดระยะเวลาที่ผู้กระทำได้กระทำด้วย โดยมีได้บอกถอนความยินยอมและต้องไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนด้วย

ซึ่งการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายนั้นมีใช้การให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาโรคของผู้ป่วย ดังนั้นการให้ความยินยอมของผู้บริจาคอวัยวะจึงต้องเป็นไปตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ในการปลูกถ่ายอวัยวะ กล่าวคือ ต้องเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้บริจาคอวัยวะ ผู้บริจาคอวัยวะต้องมีความเป็นอิสระในตนเองในการตัดสินใจบริจาคอวัยวะ ผู้บริจาคอวัยวะต้องให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะด้วยความบริสุทธิ์ใจเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น ทั้งนี้ผู้บริจาคอวัยวะต้องได้ให้ความยินยอมโดยชอบด้วยกฎหมายด้วย ดังนั้นในการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ จึงมีประเด็นต้อง

พิจารณาการให้ความยินยอมของผู้บริจาคเด็กในการบริจาคอวัยวะว่าเป็นความยินยอม อันเกิดขึ้นขณะที่ผู้บริจาคเด็กมีความสามารถในการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายหรือไม่ เพื่อคุ้มครองความยินยอมของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ให้เป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย

โดยกฎหมายในหลายประเทศได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ จึงบัญญัติกฎหมายและกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการปลูกถ่ายอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ที่มีความชัดเจน ดังนี้

2.1 อังกฤษ

ในอังกฤษใช้หลักเกณฑ์การปลูกถ่ายอวัยวะซึ่งเป็นกฎหมายแห่งสหราชอาณาจักรโดยกำหนดหลักเกณฑ์ Human Tissue Act 2004 ซึ่งเป็นกฎหมายในระดับเดียวกันกับพระราชบัญญัติ โดยกำหนดให้เด็กที่มีศักยภาพเป็นผู้ใหญ่เพียงพอสามารถเป็นผู้บริจาคอวัยวะได้ ซึ่งในอังกฤษ เด็กหมายถึงบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และการให้ความยินยอมบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายนั้นผู้บริจาคเด็กต้องให้ความยินยอมที่เหมาะสม ภายใต้ความยินยอมของผู้ใช้อำนาจปกครอง ซึ่งหากเด็กมีความสามารถในการให้ความยินยอมอย่างสมบูรณ์แล้วความยินยอมของผู้ปกครองอาจไม่สำคัญอีกต่อไป ทั้งนี้โดยมี Human Tissue Authority (HTA) เป็นองค์กรผู้ทำหน้าที่ประเมินตรวจสอบการให้ความยินยอมโดย ภายใต้หลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก (Best interest) และความสามารถของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นไปตามมีหลักเกณฑ์ Gillick competence ซึ่งเป็นมาตรฐานในการพิจารณาความสามารถของผู้บริจาคเด็ก กล่าวคือ เด็กที่มีความสามารถในการตัดสินใจเองในการบริจาคอวัยวะต้องเป็นเด็กที่มีความเป็นผู้ใหญ่เพียงพอ (Sufficiently Mature) และมีสติปัญญา (Intelligent) ที่สามารถในการพิจารณาซึ่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหากบริจาคอวัยวะให้แก่ผู้อื่น โดยพิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป ทั้งนี้ในการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องได้รับการอนุมัติความยินยอมของเด็กโดยศาลด้วย เพื่อเป็นการคุ้มครองความยินยอมของเด็กซึ่งเป็นบุคคลที่มีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม และหากฝ่าฝืนการให้ความยินยอมที่เหมาะสมในการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ในอังกฤษนั้น มีการกำหนดโทษทางอาญาไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ในการบัญญัติหลักเกณฑ์ดังกล่าวส่งผลให้แพทย์มีอำนาจกระทำในกรณีผ่าตัดนำอวัยวะออกจากร่างกายของผู้บริจาคอวัยวะมิให้มีความผิดตามกฎหมายอาญา

2.2 สกอตแลนด์

ในสกอตแลนด์ใช้หลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ของตนเอง Human Organ and Tissue Live Transplants (Scotland) Regulations 2006 ซึ่งเป็นกฎหมายในระดับเดียวกับพระราชบัญญัติ โดยนิยามความหมายคำว่า เด็ก หมายถึงบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 16 บริบูรณ์ แต่อย่างไรก็ตามในสกอตแลนด์กำหนดห้ามการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ แต่ผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่สามารถบริจาคอวัยวะหรือเนื้อเยื่อบางอย่างที่สามารถเกิดขึ้นใหม่ได้ (Regenerative Tissue) ซึ่งมีได้ทำให้เกิดความเสี่ยงแก่ผู้บริจาคเด็กมากเท่านั้น เช่น ไชกระดูก และการบริจาคเซลล์ต้นกำเนิดที่ได้จากกระแสเลือด หรือการบริจาคแบบแบบโดมิโน (Domino Donation) ดังนั้นในสกอตแลนด์จึงมิได้ใช้หลักเกณฑ์ Gillick competence ในการพิจารณาความสามารถของเด็กแต่ใช้หลักเกณฑ์อายุที่ชัดเจนแทนเพื่อกำหนดความสามารถของผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ และมี HTA ในการพิจารณาประเมินและตรวจสอบการให้ความยินยอมของเด็ก ทั้งนี้พิจารณาภายใต้หลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก (Best Interests) เพื่อดำเนินการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ ทั้งนี้ในสกอตแลนด์ได้กำหนดบทลงโทษทางอาญากรณีฝ่าฝืนหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่อย่างชัดเจน

2.3 ฮองกง

ในฮ่องกงหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายถูกบัญญัติไว้ใน Human Organ Transplant Ordinance (Cap. 465) ซึ่งเป็นกฎหมายในระดับเดียวกับพระราชบัญญัติ โดยกำหนดห้ามผู้บริจาคเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นผู้บริจาคอวัยวะที่ยังมีชีวิตอยู่ในทุกกรณีอย่างชัดเจน ทั้งนี้หากฝ่าฝืนหลักเกณฑ์มีโทษทางอาญากำหนดไว้ในกฎหมายชัดเจน ดังนั้นในฮ่องกงใช้หลักเกณฑ์อายุเพื่อกำหนดความสามารถในการบริจาคอวัยวะโดยมิได้พิจารณาความสามารถเข้าใจกระบวนการปลูกถ่ายอวัยวะ หรือศักยภาพในการให้ความยินยอมของเด็ก เนื่องจากในฮ่องกงมุ่งคุ้มครองเด็กอย่างเคร่งครัดโดยมองว่าเด็กเป็นบุคคลที่มีความอ่อนแอในการให้ความยินยอมและยังไม่มีความสามารถทางสติปัญญาที่เพียงพอสำหรับการชั่งน้ำหนักระหว่างความเสี่ยงกับผลประโยชน์ในขั้นตอนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา นอกจากนี้อาจมีอิทธิพลในการตัดสินใจจากความกดดันของครอบครัวเข้ามาแทรกแซงการตัดสินใจของเด็ก ดังนั้นจึงไม่ควรให้เด็กสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ ทั้งนี้ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ให้ความยินยอมแทนเด็กเพื่อบริจาคอวัยวะได้

เลยเนื่องจากผู้ปกครองอาจไม่สามารถทราบถึงผลประโยชน์สูงสุดของเด็กที่แท้จริงได้ หรืออาจเกิดความขัดกันผลประโยชน์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองได้

3. อภิปรายผล (Discussion)

เมื่อพิจารณาหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายกรณีผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ในต่างประเทศพบว่าประเทศไทยมีปัญหาในเรื่องความชัดเจนของกฎหมาย และการบังคับใช้กฎหมายในประเด็นดังต่อไปนี้

3.1 คุณสมบัติของผู้บริจาคเด็กที่มีความสามารถในการบริจาคอวัยวะขณะที่ยังมีชีวิต

เนื่องจากในประเทศไทยไม่มีหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายที่บัญญัติไว้ในกฎหมายระดับเดียวกับพระราชบัญญัติ มีเพียงมาตรการทางจริยธรรมทางวิชาชีพซึ่งมิได้มีการกำหนดรายละเอียดหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ที่ชัดเจน กล่าวคือ ข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งเวชกรรม พ.ศ.2549 ซึ่งกำหนดว่าผู้บริจาคอวัยวะที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องเป็นบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ และมีความเหมาะสมที่จะยินยอมบริจาคอวัยวะได้ นอกจากนี้ประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เรื่องข้อห้ามต่อการบริจาคไตสำหรับผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตได้กำหนดข้อห้ามสำหรับการบริจาคไตกรณีผู้บริจาคยังมีชีวิตอยู่ (Absolute Contraindication) ซึ่งกำหนดกรณีการบริจาคไตของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องได้รับการพิจารณาความสามารถให้ความยินยอมจากแพทย์ก่อน แต่อย่างไรก็ตามในหลักเกณฑ์ดังกล่าวมิได้กำหนดรายละเอียดหลักเกณฑ์มาตรฐาน และเงื่อนไขในการพิจารณาความสามารถของการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่อย่างชัดเจน

ซึ่งหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะในประเทศไทยมีความแตกต่างกับในต่างประเทศ ทั้งใน อังกฤษ สกอตแลนด์ และฮ่องกง ที่ได้กำหนดหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะกรณีผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ไว้อย่างชัดเจนในกฎหมายระดับเดียวกับพระราชบัญญัติ ทั้งยังมีแนวปฏิบัติในการพิจารณาความสามารถของเด็กที่ชัดเจน เช่น อังกฤษ ที่ให้พิจารณาความสามารถตามพัฒนาการทางสติปัญญาในการตัดสินใจของเด็ก หรือในสกอตแลนด์และฮ่องกงที่ให้พิจารณาตามเกณฑ์อายุของเด็กที่กฎหมายกำหนดไว้ ดังนั้นหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะกรณีดังกล่าวในประเทศไทยไม่ชัดเจนอันส่งผลต่อการให้ความยินยอมของเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลเปราะบางและมีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจและอาจไม่ได้รับการ

คุ้มครองอย่างเหมาะสม ตลอดจนแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดผู้บริจาคอวัยวะเพื่อนำอวัยวะ ออกจากร่างกายผู้บริจาคอาจมีความเสี่ยงในการมีความผิดทางอาญาเนื่องจากการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้บริจาคและครอบครัวประกอบความผิดตามกฎหมายอาญาด้วย

3.2 การมีส่วนร่วมในการให้ความยินยอมของผู้ใช้อำนาจปกครอง

ในประเทศไทยบทบาทของบิดามารดาหรือผู้ปกครองในการเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่มิได้ถูกบัญญัติโดยชัดเจนในหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะ มีเพียงบทบัญญัติมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 ซึ่งได้บัญญัติให้ผู้ปกครองให้ความยินยอมแทนเด็กในความปกครองของตนเพื่อการรักษาของผู้ป่วยเด็กในทางการแพทย์ กรณีที่เด็กมีอายุต่ำกว่า 18 ปี แต่อย่างไรก็ตามกรณีการให้ความยินยอมในการรักษากับการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายมีความแตกต่างกัน เนื่องจากการบริจาคอวัยวะมิได้ทำให้ร่างกายของผู้บริจาคอวัยวะดีขึ้นจึงมิใช่การบำบัดโรคเนื่องจากผู้บริจาคอวัยวะมิใช่ผู้ป่วย ดังนั้นจึงสามารถนำหลักเกณฑ์ดังกล่าวมาพิจารณาใช้กับกรณีการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ได้

ทั้งนี้ในอังกฤษ ซึ่งผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่สามารถเป็นผู้บริจาคอวัยวะได้ นั้นได้กำหนดบทบาทของผู้ปกครองในการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะไว้อย่างชัดเจนในกฎหมายซึ่งเป็นระดับเดียวกันกับพระราชบัญญัติ และแนวปฏิบัติของ HTA

3.3 องค์กรผู้มีอำนาจในการประเมินหรือตรวจสอบการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็ก

ในประเทศไทยระเบียบสภากาชาดไทยว่าด้วยศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย พ.ศ. 2545 กำหนดให้สภากาชาดไทยเป็นองค์กรที่มีบทบาทในการควบคุมดูแลการปลูกถ่ายอวัยวะ ทั้งนี้ในระเบียบดังกล่าวซึ่งเป็นเพียงมาตรการทางวิชาชีพ อันมิได้มีสภาพบังคับในระดับเดียวกันกับพระราชบัญญัตินั้นมิได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของ สภากาชาดหรือองค์กรอื่น ๆ ในการประเมินหรือตรวจสอบการให้ความยินยอมของผู้บริจาคอวัยวะเพื่อคุ้มครองการให้ความยินยอมของผู้บริจาคเด็ก แต่กำหนดเพียงให้แพทย์เป็นผู้ประเมินผู้บริจาคเด็กก่อนบริจาคไตในประกาศศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย เรื่อง ข้อห้ามต่อการบริจาคไตสำหรับผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตกำหนดข้อห้ามสำหรับการบริจาคไตกรณี ผู้บริจาคยังมีชีวิตอยู่ (Absolute Contraindication) เท่านั้น ส่งผลต่อความไม่ชัดเจนของอำนาจในการประเมินหรือตรวจสอบความยินยอมของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ในการบริจาคอวัยวะ และเกิดความไม่แน่นอนในการบังคับใช้กฎหมาย

แต่อย่างไรก็ตามในต่างประเทศได้กำหนดองค์กรซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจสอบหรือประเมินความสามารถในการบริจาคอวัยวะไว้อย่างชัดเจน เช่น อังกฤษและสกอตแลนด์ มี Human Tissue Authority (HTA) ซึ่งเป็นองค์กรที่มีความอิสระ และประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคอวัยวะ และผู้ที่มีความสามารถในการสื่อสารกับเด็กได้อย่างเข้าใจ ซึ่งมีหน้าที่ให้ข้อมูลก่อนการบริจาคอวัยวะแก่ผู้บริจาคเด็กและประเมินตรวจสอบการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย ทั้งในฮ่องกงมี The Human Organ Transplant Board เช่นกัน ซึ่งเป็นองค์ในการควบคุมดูแลการปลูกถ่ายอวัยวะทั้งหมด แม้มิได้พิจารณาในเรื่องการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคเด็กเนื่องจากในฮ่องกงกำหนดห้ามเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นผู้บริจาคอวัยวะ

3.4 ปัญหาความยินยอมในการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคกับเหตุยกเว้นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้ทำการปลูกถ่าย

กรณีที่แพทย์ผ่าตัดร่างกายผู้บริจาคอวัยวะเพื่อนำอวัยวะออกจากร่างกายเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้บริจาคโดยตรงซึ่งผู้บริจาคเป็นผู้ที่มีร่างกายปกติ และการนำอวัยวะออกจากร่างกายเด็กอาจทำให้แพทย์ต้องมีความรับผิดชอบในทางอาญาเนื่องจากการกระทำดังกล่าวครอบงำประกอบความผิดฐานทำร้ายร่างกายให้เป็นอันตรายสาหัส ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 297 แม้แพทย์จะกระทำขอด้วยหลักเกณฑ์ในทางจริยธรรมทางวิชาชีพ แต่อย่างไรก็ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวมิได้มีความชัดเจนถึงเหตุยกเว้นความรับผิดชอบในการดำเนินการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายของที่ยังมีชีวิตอยู่ และมิได้มีการกฎหมายอื่น ๆ ให้อำนาจไว้จึงไม่สามารถอ้างหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมวิชาชีพแพทย์มาเป็นเหตุให้แพทย์มีอำนาจกระทำได้

โดยหากพิจารณาในต่างประเทศทั้ง อังกฤษ สกอตแลนด์ และฮ่องกง มีกฎหมายในระดับเดียวกับพระราชบัญญัติเขียนชัดเจนให้อำนาจในการดำเนินการปลูกถ่ายอวัยวะว่าสามารถทำได้หรือไม่มากนักน้อยเพียงใด ส่งผลให้เกิดความชัดเจนกรณีเหตุยกเว้นความผิดทางอาญาที่แพทย์ต้องรับกรณีผ่าตัดนำอวัยวะออกจากร่างกายผู้บริจาค

3.5 บทลงโทษทางอาญากรณีฝ่าฝืนบทบัญญัติการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่

ในประเทศไทยได้หลักเกณฑ์การปลูกถ่ายอวัยวะถูกบัญญัติในข้อบังคับว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งเวชกรรม พ.ศ.2549 และระเบียบสภาทนายความว่าด้วยศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภาทนายความ พ.ศ. 2545 ทั้งนี้สถานะความของหลักเกณฑ์ดังกล่าวเป็นเพียง

มาตรการในทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ซึ่งมีเพียงบทลงโทษทางวินัยแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ แพทย์เท่านั้น และโรงพยาบาลสมาชิกของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยเท่านั้น ที่อยู่ภายใต้บังคับหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะซึ่งเป็นจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

แต่อย่างไรก็ตามในต่างประเทศได้กำหนดความรับผิดชอบทางอาญาที่มีความชัดเจนกรณีฝ่าฝืนหลักเกณฑ์การให้ความยินยอมในการปลูกถ่ายอวัยวะ ซึ่งส่งผลต่อความชัดเจนของบทลงโทษ ซึ่งบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินการดังกล่าวทั้งหมดมีความรับผิดชอบได้หากการดำเนินการเป็นไปโดยมิชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งมาตรการทางอาญามีความชัดเจนและแน่นอนในการคุ้มครองแก่ผู้บริจาคเด็กอันเป็นบุคคลที่มีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสมมากกว่ามาตรการทางจริยธรรมวิชาชีพ

4. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 บทสรุป

การปลูกถ่ายอวัยวะได้รับความนิยมนอย่างมากในวงการแพทย์ทั้งต่างประเทศ และในประเทศไทยเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของอวัยวะภายในร่างกายและไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้ ทั้งนี้การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นหนึ่งในแหล่งอวัยวะที่เข้ามาช่วยลดสถานะความขาดแคลนอวัยวะ และช่วยเรื่องความเหมาะสมของขนาดอวัยวะกรณีผู้ป่วยที่รอรับบริจาคอวัยวะเป็นเด็ก ซึ่งมีความสามารถใช้อวัยวะของผู้ใหญ่ได้

แต่อย่างไรก็ตามการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ อาจเกิดปัญหาเรื่องความสามารถในการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะ อันเนื่องมาจากการให้ความยินยอมที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายเนื่องจากอายุ วุฒิภาวะ พัฒนาการทางสติปัญญา และประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งทำให้ความยินยอมของเด็กอาจมิได้เป็นไปตามหลักความสามารถในการให้ความยินยอมอันชอบด้วยกฎหมายหรือความยินยอมของเด็กอาจมิได้เกิดขึ้นโดยอิสระเนื่องจากอาจถูกแทรกแซงได้โดยง่าย ดังนั้นกฎหมายจึงควรเข้ามาคุ้มครองผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ในการบริจาคอวัยวะ ทั้งเพื่อให้อำนาจกระทำแก่แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเพื่อนำอวัยวะออกจากร่างกายผู้บริจาค ซึ่งมีใช้ผู้ป่วยและอาจมีผลต่อชีวิตและร่างกายของผู้บริจาคอวัยวะ จนทำให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเพื่อนำอวัยวะออกจากร่างกายของผู้บริจาคมีความผิดทางอาญาเนื่องจากไม่มีอำนาจกระทำตามกฎหมาย

ทั้งนี้ในประเทศไทยหลักเกณฑ์การปลูกถ่ายอวัยวะมีเพียงมาตรการทางจริยธรรมวิชาชีพของแพทย์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545 และระเบียบสภากาชาดไทยว่าด้วยศูนย์รับบริจาคอวัยวะ

สภาวิชาชีพไทย 2545 ซึ่งมีได้กำหนดรายละเอียด หลักเกณฑ์ เงื่อนไขในการพิจารณาการบริจาคม อวัยวะจากผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ไว้เป็นการเฉพาะ ส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนใน หลักเกณฑ์การบริจาคมอวัยวะกรณีผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ว่าสามารถทำได้หรือไม่มากนักย ึ่งในต่างประเทศได้ให้ความสำคัญและบัญญัติหลักเกณฑ์การบริจาคมอวัยวะ กรณีผู้ บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ไว้อย่างชัดเจนทั้งในเรื่อง คุณสมบัติของเด็กที่มีความสามารถในการ บริจาคมอวัยวะที่ยังมีชีวิตอยู่ บทบาทของผู้ปกครองเด็กในการเข้ามามีส่วนร่วมในการ บริจาคมอวัยวะของผู้บริจาคเด็ก ตลอดจนบทบาทขององค์กรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ บริจาคมอวัยวะ เช่น ในอังกฤษ สกอตแลนด์ และฮ่องกง

4.2 ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้จึงเสนอให้ในประเทศไทยจึงควรมีบทบัญญัติให้อำนาจกระทำ แก่ แพทย์เพื่อทำการผ่าตัดผู้บริจาคอวัยวะเพื่อนำอวัยวะออกจากร่างกายผู้บริจาคที่มีชีวิตอยู่ได้ โดยชอบด้วยกฎหมาย และเพื่อคุ้มครองการให้ความยินยอมของผู้บริจาคเด็ก และเพื่อให้การ ให้ความยินยอมของผู้บริจาคเด็กเป็นไปโดยอิสระปราศจากการแทรกแซง จึงเสนอให้มีการ บัญญัติกฎหมายในเรื่องการบริจาคมอวัยวะกรณีผู้บริจาคเด็กขณะที่ผู้บริจาคยังมีชีวิตอยู่ โดย กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้ความยินยอมของผู้บริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กที่ยัง มีชีวิตอยู่ กำหนดบทบาทของผู้ปกครองเด็กในการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความยินยอม หรือให้ความยินยอมแทนผู้บริจาคเด็กในกรณีต่าง ๆ และการกำหนดองค์กรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ประเมินหรือตรวจสอบการให้ความยินยอมบริจาคมอวัยวะของผู้บริจาคเด็กเพื่อคุ้มครองการ ให้ความยินยอมดังกล่าวให้เป็นความยินยอมที่สมบูรณ์ตามกฎหมาย ทั้งนี้โดยกำหนด หลักเกณฑ์ดังกล่าวไว้เป็นหนึ่งในหมวดในพระราชบัญญัติปลูกถ่ายอวัยวะ นอกจากนี้หากมี รายละเอียดและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ต้องกำหนดเพิ่มเติมให้บัญญัติส่วนรายละเอียดเป็น กฎหมายลำดับรอง ทั้งนี้โดยเสนอให้บัญญัติหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

4.2.1 แนวทางการกำหนดหลักเกณฑ์การการบริจาคมอวัยวะโดยผู้บริจาค เด็ก

เนื่องจากความสามารถของเด็กในการตัดสินใจให้ความยินยอมมีความ เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็ก ทั้งนี้เด็กแต่ละคนจะมีพัฒนาการที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น จึงเสนอให้พิจารณากำหนดหลักเกณฑ์การให้ความยินยอมของเด็กโดยพิจารณาตาม ความสามารถในการตัดสินใจ โดยมีได้กำหนดอายุของเด็กที่มีความสามารถในการบริจาคม อวัยวะไว้เป็นหลักเกณฑ์ที่แน่นอนเนื่องจากอาจจำกัคมากเกินไปและไม่มีความยืดหยุ่น ซึ่ง

อาจทำให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนดไม่สามารถบริจาคอวัยวะได้แม้เด็กนั้นจะมีความสามารถเพียงพอเนื่องจากพัฒนาการทางสติปัญญาสมบูรณ์แล้วและสามารถให้ความยินยอมได้โดยชอบด้วยกฎหมายก็ตาม ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงมิได้กำหนดจำกัดอายุขั้นต่ำของเด็กในการให้ความยินยอมบริจาคอวัยวะ แต่พิจารณาจากความสามารถตามความจริง

ทั้งนี้พิจารณาความสามารถของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

1. ผู้บริจาคเด็กต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจบริจาคอวัยวะ และเคารพหลักความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) ของผู้บริจาคเด็ก
2. ผู้บริจาคเด็กต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการให้ความยินยอม ต้องเข้าใจ และสามารถตัดสินใจในกระบวนการปลูกถ่ายอวัยวะเทียบเท่าความสามารถของผู้ใหญ่
3. ผู้บริจาคเด็กต้องได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจอย่างเพียงพอ ทั้งความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อให้เด็กสามารถพิจารณาข้อมูลที่จำเป็นเหล่านั้นประกอบการตัดสินใจซึ่งน้ำหนักในการบริจาคอวัยวะได้
4. การตัดสินใจของผู้บริจาคเด็กต้องปราศจากการครอบงำขณะที่เด็กตัดสินใจบริจาคอวัยวะ

4.2.2 แนวทางการกำหนดบทบาทของผู้ใช้อำนาจปกครองเด็ก

บทบาทในการให้ความยินยอมของผู้ปกครองในการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กต้องพิจารณาความสามารถการให้ความยินยอมของเด็กประกอบด้วย แต่อย่างไรก็ตามความสามารถของเด็กในแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกันตามหลักจิตวิทยาพัฒนาการของเด็ก ซึ่งส่งผลต่อบทบาทของผู้ปกครองในการมีส่วนร่วมตัดสินใจของแต่ละช่วงวัยดังนี้

1. ผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ซึ่งมีอายุน้อยกว่า 7 ปี เป็นช่วงวัยที่เด็กยังเล็กมาก ไม่สามารถเข้าใจข้อมูลที่มีความซับซ้อน หรือตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวได้ ดังนั้นเด็กในช่วงวัยนี้ผู้ปกครองจึงควรเข้ามามีบทบาทในการให้ความยินยอมโดยการให้ความยินยอมแทนผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ แต่ทั้งนี้หากเด็กปฏิเสธให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะก็สามารถบังคับให้เด็กบริจาคอวัยวะได้เนื่องจากการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะต้องเป็นไปตามหลักความยินยอมโดยชอบด้วยกฎหมาย และเคารพสิทธิในการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิตและร่างกายของเด็กเองด้วย

2. ผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ซึ่งมีอายุ 7-12 ปี เป็นช่วงวัยที่เด็กสามารถพิจารณาและตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่มีความซับซ้อนได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังมิได้พัฒนา

ในระดับเทียบเท่าผู้ใหญ่ ดังนั้นในการตัดสินใจให้ความยินยอมในการบริจาคมอวัยวะ ผู้ปกครองจึงควรเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับผู้บริจาคด้วย

ในการให้ความยินยอมโดยการเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ปกครองกรณีเกิดความขัดแย้งระหว่างความยินยอมผู้บริจาคและผู้ปกครองควรมีองค์กรซึ่งเป็นบุคคลภายนอกซึ่งมีความเป็นอิสระในการพิจารณาความยินยอมอีกครั้ง ภายใต้หลักประโยชน์สูงสุดของเด็ก และหลักการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้บริจาคเด็ก ซึ่งกรณีที่ผู้บริจาคเด็กปฏิเสธการให้ความยินยอมนั้นส่งผลให้ต้องพิจารณาความยินยอมของผู้ปกครองอีก แต่หากผู้บริจาคเด็กให้ความยินยอมบริจาคมอวัยวะแต่ผู้ปกครองปฏิเสธ กรณีดังกล่าวองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณาตามหลักประโยชน์สูงสุดของเด็กโดยการพิจารณาซึ่งน้ำหนักระหว่างความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้บริจาคเด็ก เช่น ความเสี่ยงจากการผ่าตัด กับผลประโยชน์ที่ผู้บริจาคเด็กจะได้รับ เช่น กรณีผู้ป่วยเป็นญาติที่มีความใกล้ชิดทางสายโลหิต เช่น มารดา หากผู้บริจาคเด็กสามารถบริจาคได้แต่ไม่ได้บริจาคมอวัยวะอาจต้องรู้สึกผิดไปตลอดชีวิตทำให้สภาพจิตใจเด็กแย่ลง ดังนั้นจึงต้องใช้องค์กรอื่นซึ่งเป็นบุคคลภายนอกซึ่งมีความเป็นอิสระเข้ามาพิจารณาตัดสินอีกครั้งเพื่อความเป็นธรรมและเพื่อคุ้มครองเด็ก

3. ผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ซึ่งมีอายุ 12 ปีขึ้นไป ในช่วงวัยนี้เด็กมีพัฒนาการทางสติปัญญา และทางสังคมที่ใกล้เคียงกับผู้ใหญ่มาก กล่าวคือ สามารถเข้าใจ รับรู้ และตัดสินใจอย่างมีเหตุผลภายใต้ความซับซ้อนได้ ดังนั้นในช่วงวัยนี้ผู้ปกครองไม่มีความจำเป็นในการเข้ามาให้ความยินยอมแทนหรือมีส่วนร่วมในการให้ความยินยอมกับผู้บริจาคเด็ก แต่อย่างไรก็ตามเด็กในช่วงวัยนี้ยังอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง การให้ความยินยอมของผู้บริจาคเด็กจึงควรอยู่ภายใต้การให้คำแนะนำของผู้ปกครองด้วย โดยผู้ปกครองเป็นผู้แสดงความยินยอมในการบริจาคมอวัยวะของผู้บริจาคเด็ก และนอกจากนี้การให้ความยินยอมในการบริจาคมอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องดำเนินการประเมินและตรวจสอบการให้ความยินยอมของหน่วยงานที่กำกับดูแลการปลูกถ่ายอวัยวะด้วย

4.2.3 แนวทางในการกำหนดองค์กรผู้ที่มีอำนาจในการประเมินหรือตรวจสอบการให้ความยินยอมในการบริจาคมอวัยวะของผู้บริจาคเด็ก

ในการพิจารณาความสามารถในการให้ความยินยอม ผู้ให้ความยินยอมในการบริจาคมอวัยวะต้องมีความสามารถเข้าใจกระบวนการในการปลูกถ่ายอวัยวะ และมีการตัดสินใจที่มีความเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้นจึงควรมีองค์กรในการให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ รวมถึงความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการบริจาคมอวัยวะ

นอกจากนี้ในการให้ความยินยอมของผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่มีความจำเป็นต้องได้รับการประเมินหรือตรวจสอบการให้ความยินยอม โดยอาจทำได้โดยการสัมภาษณ์ผู้บริจาคอวัยวะ หรือการทำแบบทดสอบตามความเหมาะสม ทั้งองค์กรดังกล่าวต้องพิจารณาตามหลักผลประโยชน์สูงสุดของผู้บริจาคเด็กกรณีเกิดความขัดแย้งระหว่างความยินยอมของเด็กกับความยินยอมของผู้ปกครองด้วย

โดยองค์กรผู้มียอำนาจในการประเมินหรือตรวจสอบการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็กควรประกอบด้วยบุคคลผู้มีคุณสมบัติดังนี้

- 1.เป็นผู้ที่เข้าใจพัฒนาการของเด็กและศึกษาจิตวิทยาเด็ก เช่น จิตแพทย์
2. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาในการอธิบายที่สามารถเข้าใจได้ง่ายสำหรับเด็ก เช่น จิตแพทย์

3. ควรมีความรู้ในการปลูกถ่ายอวัยวะและการบริจาคอวัยวะ เช่น ศัลแพทย์

ทั้งนี้คุณสมบัติของบุคคลภายนอกที่มีความเป็นอิสระ อันมีบทบาทหน้าที่ในการเข้ามาดำเนินการตรวจสอบที่ได้กล่าวไปข้างต้นนั้น ไม่จำเป็นที่คณะกรรมการทุกคนต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนทุกประการเพียงแต่คนใดคนหนึ่งมีคุณสมบัติหนึ่งข้อหรือมากกว่านั้น แต่ทุกคนที่มีอำนาจหน้าที่ดังกล่าวประกอบกันแล้วต้องมีคุณสมบัติครบตามคุณสมบัติที่ได้กล่าวมาข้างต้น

4.2.4 แนวทางในการกำหนดองค์กรผู้มียอำนาจในการประเมินหรือตรวจสอบการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคเด็ก

เนื่องด้วยการบริจาคอวัยวะ เป็นการกระทำที่กระทำกับร่างกายของผู้บริจาคเด็กโดยตรง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตและร่างกายของเด็กในอนาคตเนื่องจากผู้บริจาคเป็นผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ซึ่งยังคงต้องดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ทั้งนี้เมื่อเด็กเป็นบุคคลที่มีความอ่อนแอทางร่างกายจิตใจ และเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเปราะบางจึงอาจตัดสินใจให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะโดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรืออาจเกิดภายใต้การข่มขู่ ปิบบังคับ หรืออิทธิพลอื่นครอบงำ ดังนั้นกฎหมายจึงควรเข้ามาควบคุมดูแลการให้ความยินยอมของเด็กในการบริจาคอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายกรณีผู้บริจาคเด็กที่ยังมีชีวิตอยู่อย่างเหมาะสม งานวิจัยนี้จึงเสนอให้มีการกำหนดบทลงโทษทางอาญาที่ชัดเจนกรณีฝ่าฝืนการให้ความยินยอมในการบริจาคอวัยวะตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริจาคเด็กอย่างเหมาะสม เป็นการเฉพาะแตกต่างหากจากความผิดทางอาญากรณีทั่วไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2561). กฎหมายการแพทย์สมัยใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : วิทยุชน.
- เปรมฤดี ภูมิถาวร และคณะ .(2552). กุมารเวชศาสตร์ สำหรับนักศึกษาแพทย์. เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร.
- มาตาลักษณ์ เสรมธากุล. (2562). รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่องหลักการคุ้มครองสิทธิเด็กภายใต้แนวคิดเกี่ยวกับประโยชน์สูงสุดของเด็กเสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมงานวิจัย มธ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สุรศักดิ์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล. (2534). รายงานวิจัย เรื่อง ความยินยอมของผู้เสียหาย: ศึกษากรณีปลูกถ่ายอวัยวะ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2530) .การกระทำของแพทย์ต่อร่างกายผู้ป่วย (ในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพ) กับความผิดฐานทำร้ายร่างกาย. ใน วารสารนิติศาสตร์ 17(3); 198-19. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2562. <http://www.tulawcenter.org/sites/default/files/Nitisat%20Journal%20Vol.17%20Iss.3.pdf>.
- อดิรุจ ตันบุญเจริญ. (2548). “มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปลูกถ่ายอวัยวะ: ศึกษากรณีผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่.” วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Tom L Beauchamp. and James F. Childress. (2019). Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press.
- Margaret Brazier and Emma Cave. (2016). Medicine, Patients and the law. 6th ed. Manchester: Manchester University Press.
- Shih-Ning Then. (2018). Children as Tissue Donor Regulatory Protection, Medical Ethics, and Practice. Singapore: Springer Singapore.
- Saul McLeod. Jean Piaget's Theory and Stages of Cognitive Development. Simplypsychology. Accessed July 10, 2020. <https://www.simplypsychology.org/simplypsychology.org-Jean-Piaget.pdf>.
- Saul McLeod. Sensorimotor stage of Cognitive Development. Simplypsychology. Accessed July 10, 2020. <https://www.simplypsychology.org/sensorimotor.html>.
- Saul McLeod. The Preoperational Stage of Cognitive Development. Simplypsychology. Accessed July 10, 2020. <https://www.simplypsychology.org/preoperational.htm>.
- Saul McLeod. Concrete Operational Stage. Simplypsychology. Accessed July 10, 2020. <https://www.simplypsychology.org/concrete-operational.html>.

Saul McLeod. Formal Operational Stage. Simplypsychology. Accessed July 10, 2020.
<https://www.simplypsychology.org/formal-operational.html>.

Alire Parsapoor. Autonomy of children and Adolescent in Consent to treatment: Ethical Jurisprudential and Legal Consideration. National Center for Biotechnology Information Accessed February 4, 2020.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276576/>.

Depart of Helth. Reference Guide to consent for examination or treatment. 2nd ed 2009.” Accessed February 23, 2020
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138296/dh_103653__1_.pdf.

Human Tissue Authority. Code A: Guiding Principles and the Fundamental Principle of Consent Accessed February 20, 2020. <https://www.hta.gov.uk/hta-codes-practice-and-standards-0>.

_____ Guidance for transplant teams. Independent Assessors and Accredited Assessors in Scotland August 2017. Accessed February 20, 2020,
<https://www.hta.gov.uk/policies/guidance-transplant-teams-independent-assessors-and-accredited-assessors-scotland>.

_____ Organ donation. Legislative Council of the Hong Kong Special Administrative Region of the People’s Republic of china. Accessed February 19, 2020,
<https://www.legco.gov.hk/yr17-18/english/panels/hs/papers/hs20180115cb2-656-6-e.pdf>.

_____ Background Information on Organ Donation and Transplant. Food and Health Bureau the Government of the Hong Kong Special Administrative Region. Accessed February 19, 2020,
https://www.fhb.gov.hk/en/search/index.html?gp0=fhb_home&gp1=fhb_home&web=this&query=Background+Information+on+Organ+Donation+and+Transplant&ui_lang=en&ui_charset=iso-8859-1&tpl_id=fhb&last_mod=30.

Mental health promotion policy and stress among high school students of a university's demonstration school in northern Thailand

Rossarin Kaewta^{1*} Narong Chaitiang²

Received 28 November 2019; Revised 14 January 2020; Accepted 12 June 2020

Abstract

This research is a cross-sectional survey research. with objectives to study factors related to stress and stress level, among high school students of a university's demonstration school, in northern Thailand, 2019 academic year. A sample of 200 students were selected by stratified random sampling, using questionnaires to collect data, and statistical analysis by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson Chi-Square and Fisher's Exact test

Results indicated that majority of the students were female (65%), between 16-17 years old (63.5%), at the level of Mattayomsuksa 4 and 6 (34%). Majority were science and math major (66.5%), with overall grades at a good level (86%), average monthly income of 1,500-5,000 baht (94.5%), with 14% had personal illnesses. Internal stress factors were from individual educational performance, and personal overall grade at a moderate level, (71.5% and 55.5% respectively). External factors were financial matter (63%), friends (61.5%), family (58.5%), teachers and school's atmosphere (63%), community (68.5%) and environment (57.5%). Societal factors were at a moderate level (55%). Correlations analysis indicated that class level, personal stress factors, social, friends, family, teachers and school, community and environment, events or changes in daily life, correlated with statistical significance (p-value 0.05, p-value 0.0001 respectively).

Conclusion, majority of students had a high level of stress, according to educational level, causing by internal and external factors. Therefore, schools should adopt good mental health promotion policies, for students' good mental health and happiness.

Keywords: Mental health policy; Stress; Students

¹ Department of Health Promotion, School of Medicine, University of Phayao

² Department of Community Health, School of Medicine, University of Phayao

*Corresponding author: rossarin_poo@hotmail.com

นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและความเครียดของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

รสรินทร์ แก้วตา^{1*} ณรงค์ ใจเที่ยง²

วันที่รับบทความ 28 พย. 2562; วันแก้ไขบทความ 14 มค. 2563 ; วันตอบรับบทความ 12 June 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานโยบายการส่งเสริมสุขภาพจิต ระดับความเครียดและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปีการศึกษา 2562 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คนได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square และ Fisher's Exact test.

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 16-17 ปี ร้อยละ 63.5 และศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 6 ร้อยละ 34 มีแผนการเรียนด้านวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ ร้อยละ 66.5 ผลการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ได้รับ 1,500-5,000 ร้อยละ 94.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 14 สำหรับปัจจัยด้านความเครียดภายในตัวบุคคลเกิดจากการเรียนและตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.5 และ 55.5 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเกิดจากเรื่องเงิน เพื่อน ครอบครัว ครูและโรงเรียน ชุมชนและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 63, 61.5, 58.5, 63, 68.5, 57.5 ตามลำดับ และปัจจัยที่เกิดจากสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับชั้น ปัจจัยด้านความเครียดจากตนเอง สังคม เพื่อน ครอบครัว ครูและโรงเรียน ชุมชนและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .0001 ตามลำดับ

สรุป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดสูง ตามระดับชั้นที่ศึกษา ความเครียดดังกล่าวเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก สถาบันการศึกษาจึงควรนำนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนในสถานศึกษา เพื่อให้นักเรียนมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข

คำสำคัญ: นโยบายด้านสุขภาพจิต; ความเครียด; นักเรียน

¹ อาจารย์สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

² อาจารย์สาขาวิชานามัยชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* ผู้รับผิดชอบบทความติดต่อ rossarin_poo@hotmail.com

บทนำ (Introduction)

กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต โดยยึดเป้าหมายและแนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นหนึ่งในแนวทางหลักที่สำคัญในการพัฒนางานสุขภาพจิตมาอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน ผ่านกระบวนการจัดทำและบริหารแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมนั้น พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) อย่างเป็นระบบ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ อันจะนำไปสู่การแปลงเป็นนโยบายและแนวทางการดำเนินงานกรมสุขภาพจิตประจำปีสำหรับหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ในการจัดทำ แผนงาน/โครงการให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ตลอดจนความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการ เครือข่าย และประชาชนต่อไป โดยได้มีการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์การดำเนินงานที่เป็นปัจจุบัน และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติยิ่งขึ้น ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ให้มีความสำคัญกับการวางรากฐานการพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ เริ่มตั้งแต่กลุ่มเด็กปฐมวัยที่ต้องพัฒนาให้มีสุขภาพกายใจที่ดี มีทักษะทางสมอง ทักษะการเรียนรู้ และทักษะชีวิต เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ ควบคู่กับการพัฒนาคนไทยในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม มีทักษะความรู้และความสามารถ ปรับตัวเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงรอบตัวที่รวดเร็ว บนพื้นฐานของการมีสถาบันทางสังคมที่เข้มแข็งทั้งสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สถาบันชุมชน และภาคเอกชนที่ร่วมกันพัฒนาทุนมนุษย์ให้มีคุณภาพสูง อีกทั้งยังเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2560)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (มหาวิทยาลัยมหิดล) ในการสำรวจสุขภาพจิตในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 พบว่า คนไทยผู้ที่สำเร็จการศึกษาใน ระดับอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตมากที่สุด 32.66 คะแนน รองลงมา เป็นระดับมัธยมศึกษา 31.51 คะแนน ระดับประถมศึกษา 31.24 คะแนน และไม่มีการศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา 30.62 คะแนน ซึ่งผู้ที่สำเร็จการศึกษา ในระดับสูง จะมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำลงมา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559)

จากข้อมูลการให้บริการสายด่วนปรึกษาสุขภาพจิต 1323 พบว่า กลุ่มเยาวชนโทรเข้ามาปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2561 จากการให้บริการทั้งสิ้น 70,534 ครั้ง

เป็นกลุ่มเด็ก อายุ 11-19 ปี 10,298 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 14.6 และเป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 20-25 ปี 14,173 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20.1 โดย 5 อันดับปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กและเยาวชน คือ ปัญหาความเครียดหรือวิตกกังวล ปัญหาทางจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว นอกจากนี้ จากการสำรวจ เรื่องสุขภาพจิตของโครงการ ยูริพอร์ตประเทศไทย ในช่วงเดือนกันยายน 2561 พบว่า ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี การเรียน/การสอบเป็นสิ่งที่สร้างความกดดัน ทำให้รู้สึกเครียดหรือกังวลมากที่สุด โดยกว่าครึ่งตอบว่า 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเคยรู้สึกหดหู เศร้า สิ้นหวัง ท้อแท้ และ 1 ใน 4 เคยคิดทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จังหวัดพะเยามีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 11 แห่งที่มีการเรียนการสอนที่เข้มงวดเพื่อให้นักเรียนสามารถสอบแข่งขันศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาซึ่งในปัจจุบันมีการแข่งขันสูงและหนึ่งในนั้น คือ โรงเรียนสาธิต ซึ่งจัดการศึกษาแก่เยาวชนให้มีความรู้ความสามารถ ด้านศิลปะวิทยาศาสตร์ (Liberal Arts) และทักษะทางภาษาในระดับสากล ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การศึกษาระดับอุดมศึกษาและการเป็นส่วนหนึ่งของประชาคมอาเซียน สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการบริหารจัดการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษา โดยบูรณาการและการจัดการความรู้ร่วมกับมหาวิทยาลัย ตลอดจนการส่งเสริมให้ใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการเรียนรู้ โรงเรียนสาธิตจัดตั้งห้องเรียนวิทยาศาสตร์เพื่อรับนักเรียนมีความสามารถพิเศษด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จึงได้มอบหมายให้เข้าร่วม โครงการสนับสนุนการจัดตั้งห้องเรียนวิทยาศาสตร์ในโรงเรียนโดยการกำกับดูแลของมหาวิทยาลัย (รวมว.) ในปีการศึกษา 2558 โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีการรับนักเรียนตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ชั้นละ 1 ห้องเรียนๆ ละ 30 คน เน้นวิชาวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ภาษาอังกฤษสอนโดยอาจารย์ ปริญญาโท-เอก จากคณะวิทยาศาสตร์และโรงเรียนสาธิต รวมทั้งมีการเรียน 4 รายวิชาในระดับปริญญาตรีในคณะวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และวิทยาลัยพลังงานและสิ่งแวดล้อม และสามารถเทียบโอนวิชาเหล่านี้ได้ เมื่อเรียนในระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยจากสถานการณ์ข้างต้น ผู้ที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายนั้นจะสอบแข่งขันเพื่อเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาจึงมีความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตพอสมควร ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษานโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและความเครียดนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษานโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

วิธีดำเนินการศึกษา (Methods)

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ระดับความเครียด และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปีการศึกษา 2562 โดยผู้วิจัย ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลศึกษาวิจัยที่โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณ ของ W.G. Cochran ได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทั้งหมด 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
ข้อคำถามเป็นรูปแบบการเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา แผนการเรียน ผลการเรียนสะสม รายได้ที่ได้รับ โรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยภายในตัวบุคคล ที่ส่งผลต่อความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปีการศึกษาที่ 2562 จำนวน 12 ข้อ (วงศ์พรรณ มาลารัตน์, 2543) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยใช้มาตราส่วน ประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert) (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด) ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของปัจจัยภายในตัวบุคคล และ ปัจจัยที่เกิดจากตนเอง ปัจจัยที่เกิดจากการเรียน โดยใช้การอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ ระดับต่ำ ปานกลาง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่ส่งผลต่อความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปีการศึกษาที่ 2562 จำนวน 26 ข้อ (วงศ์พรรณ มาลารัตน์, 2543) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยใช้มาตราส่วน ประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert) (มากที่สุด มาก ปานกลาง

น้อย และน้อยที่สุด) คะแนนเท่ากับ 26-130 คะแนน ต่อมา โดยใช้การอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับใน ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ปัจจัยที่เกิดจากเรื่องเงิน ปัจจัยที่เกิดจากสังคม ปัจจัยที่เกิดจาก เพื่อน ปัจจัยที่เกิดจากครอบครัว ปัจจัยที่เกิดจากครูและโรงเรียน ปัจจัยที่เกิดจากชุมชนและ สิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่เกิดจากเหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบเกี่ยวกับความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปีการศึกษาที่ 2562 โดยใช้แบบทดสอบความเครียด ของกรมสุขภาพจิต มีลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวน 20 ข้อโดยมีเกณฑ์การ แปลความหมายสามารถ แบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0 – 23 คือ เครียดระดับน้อย (mild stress) คะแนน 24 – 41 คือ เครียดระดับปานกลาง (moderate stress) คะแนน 42 – 61 คือ เครียดระดับสูง (height stress) คะแนน 62 ขึ้นไป เครียดระดับรุนแรง (severe stress)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact test

ผลการวิจัย (Results)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 16-17 ปี ร้อยละ 63.5 และ ศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 6 ร้อยละ 34 มีแผนการเรียนด้านวิทยาศาสตร์ และ คณิตศาสตร์ ร้อยละ 66.5 ผลการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ ได้รับ 1,500-5,000 ร้อยละ 94.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 14 สำหรับปัจจัยด้านความเครียดภายในตัว บุคคลเกิดจากการเรียนและตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.5 และ 55.5 ปัจจัยภายนอกตัว บุคคลเกิดจากเรื่องเงิน เพื่อน ครอบครัว ครูและโรงเรียน ชุมชนและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์หรือความ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63,61.5,58.5,63,68.5,57.5 ตามลำดับ และปัจจัยที่เกิด จากสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	70	35.0
หญิง	130	65.0

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 15 ปี	38	19.0
16-17 ปี	127	63.5
18 ปีขึ้นไป	35	17.5
ระดับชั้น		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	68	34.0
มัธยมศึกษาปีที่ 5	64	32.0
มัธยมศึกษาปีที่ 6	68	34.0
แผนการเรียน		
วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์	133	66.5
โครงการ วมว.	67	33.5
ผลการเรียนสะสม		
น้อยกว่า 2.50	4	2.0
2.51-3.00	24	12.0
3.01-4.00	172	86.0
รายได้ที่ได้รับต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,500 บาท	9	4.5
1,500-5,000 บาท	189	94.5
5,001 บาท ขึ้นไป	2	1.0
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	178	86.0
มีโรคประจำตัว	22	14.0

การศึกษาปัจจัยภายในตัวบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยที่เกิดจากการเรียนส่งผลต่อความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.5 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 11 และปัจจัยที่เกิดจากตนเองส่งผลต่อความเครียดระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 55.5 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 42 และอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 2.5 ปัจจัยที่เกิดจากเรื่องเงินของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 63 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง คิด

เป็นร้อยละ 34 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 3 ปัจจัยที่เกิดจากสังคมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาอยู่ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 37 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 8 ปัจจัยที่เกิดจากเพื่อนของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 61.5 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 13.5 ปัจจัยที่เกิดจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 58.5 รองลงมา อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.5 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 14 ปัจจัยที่เกิดจากครูและโรงเรียนของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 63 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.5 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 5.5 ปัจจัยที่เกิดจากชุมชนและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 68.5 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.5 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 6 ปัจจัยที่เกิดจากเหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 8.5

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละปัจจัยแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยที่เกิดจากการเรียน		
ระดับต่ำ(6.0-14.0)	22	11.0
ระดับปานกลาง (15.0-23.0)	143	71.5
ระดับสูง (24.0 ขึ้นไป)	35	17.5
ปัจจัยที่เกิดจากตนเอง		
ระดับต่ำ (7.0-15.0)	84	42.0
ระดับปานกลาง (16.0-24.0)	111	55.5
ระดับสูง (25.0 ขึ้นไป)	5	2.5
ปัจจัยที่เกิดจากเรื่องเงิน		
ระดับต่ำ (3.0-7.0)	126	63.0
ระดับปานกลาง (8.0-12.0)	68	34.0
ระดับสูง (13.0 ขึ้นไป)	6	3.0
ปัจจัยที่เกิดจากสังคม		
ระดับต่ำ (4.0-9.0)	74	37.0
ระดับปานกลาง (10.0-15.0)	110	55.0
ระดับสูง (16.0 ขึ้นไป)	16	8.0

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยที่เกิดจากเพื่อน		
ระดับต่ำ (4.0-9.0)	123	61.5
ระดับปานกลาง (10.0-13.0)	50	25.0
ระดับสูง (14.0 ขึ้นไป)	27	13.5
ปัจจัยที่เกิดจากครอบครัว		
ระดับต่ำ (5.0-12.0)	117	58.5
ระดับปานกลาง (13.0-20.0)	55	27.5
ระดับสูง (21.0 ขึ้นไป)	28	14.0
ปัจจัยที่เกิดจากครูและโรงเรียน		
ระดับต่ำ (4.0-10.0)	126	63.0
ระดับปานกลาง (11.0-16.0)	63	31.5
ระดับสูง (17.0 ขึ้นไป)	11	5.5
ปัจจัยที่เกิดจากชุมชนและสิ่งแวดล้อม		
ระดับต่ำ (3.0-7.0)	137	68.5
ระดับปานกลาง (8.0-12.0)	51	25.5
ระดับสูง (13.0 ขึ้นไป)	12	6.0
ปัจจัยที่เกิดจากเหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น		
ระดับต่ำ (3.0-7.0)	115	57.5
ระดับปานกลาง (8.0-12.0)	68	34.0
ระดับสูง (13.0 ขึ้นไป)	17	8.5
ระดับความเครียด		
ระดับปานกลาง (24.0-41.0)	52	26.0
ระดับสูง (42.0-61.0)	93	46.5
ระดับรุนแรง (62.0 ขึ้นไป)	55	27.5

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ระดับความเครียด			total	χ^2 / Fisher	p-value
	ปานกลาง	สูง	รุนแรง			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
ส่วนบุคคล						
ชาย	22(42.3)	32(34.4)	16(29.1)	70(105.8)	2.079	0.354
หญิง	30(57.7)	61(65.6)	39(70.9)	130(194.2)		
อายุ						
ต่ำกว่า 15 ปี	11(21.2)	14(15.1)	13(23.6)	38(59.9)	2.643	0.625
16-17 ปี	34(65.4)	60(64.5)	33(60.0)	127(189.9)		
18 ปี	7(13.4)	19(20.4)	9(16.4)	35(50.2)		
ระดับชั้น						
ม.4	20(38.5)	25(26.9)	23(41.8)	68(107.2)	12.160	0.016*
ม.5	22(42.3)	26(28.0)	16(29.1)	64(99.4)		
ม.6	10(19.2)	42(45.1)	16(29.1)	68(93.4)		
แผนการเรียน						
วิทยาศาสตร์-	28(53.8)	64(68.8)	41(74.5)	133(197.1)	5.560	0.062
คณิตศาสตร์	24(46.2)	29(31.2)	14(25.5)	67(102.9)		
โครงการ รวม.						
ผลการเรียนสะสม						
น้อยกว่า 2.50	1(1.9)	1(1.1)	2(3.6)	4(6.6)	2.646 ^a	0.617
2.51-3.00	5(9.6)	14(15.1)	5(9.1)	24(33.8)		
3.01-4.00	46(88.5)	78(89.9)	48(87.3)	172(265.7)		
รายได้ที่ได้รับต่อเดือน						
< 1500 บาท	2(3.8)	2(2.2)	5(9.1)	9(15.1)	4.729 ^a	0.259
15001-5000	49(94.2)	90(96.8)	50(90.8)	189(281.8)		
>5,001 +	1(1.9)	1(1.1)	0(0)	2(3.0)		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	44(84.6)	79(84.9)	49(89.1)	172(258.6)	0.605	0.780
มี	8(15.4)	14(15.1)	6(10.9)	28(41.4)		

ปัจจัย	ระดับความเครียด			total	χ^2 / Fisher	p-value
	ปานกลาง	สูง	รุนแรง			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
ปัจจัยที่เกิดจากการเรียน						
ระดับต่ำ	20(38.5)	0(0.0)	2(9.1)	22(47.6)	75.038	0.0001**
ระดับปาน	31(59.6)	80(86.0)	32(58.2)	143(203.8)		
กลาง	1(1.9)	13(14.0)	21(32.7)	35(48.6)		
ระดับสูง						
ปัจจัยที่เกิดจากตนเอง						
ระดับต่ำ					45.027 ^a	0.0001**
ระดับปาน	37(71.2)	41(44.1)	6(10.9)	84(126.2)		
กลาง	15(28.8)	51(54.8)	45(81.8)	111(165.4)		
ระดับสูง	0(0.0)	1(1.1)	4(7.3)	5(8.4)		
ปัจจัยที่เกิดจากเรื่องการเงินระดับ						
ระดับต่ำ	49(94.2)	58(62.4)	19(34.5)	126(191.1)	44.79 ^a	0.0001**
ระดับปาน	3(5.8)	33(35.5)	32(58.2)	68(99.4)		
กลาง	(0.0)	2(2.2)	4(7.3)	6(9.5)		
ระดับสูง						
ปัจจัยที่เกิดจากสังคม						
ระดับต่ำ	39(75.0)	29(31.2)	6(10.9)	74(117.1)	72.034 ^a	0.0001**
ระดับปาน	13(25.0)	63(67.7)	34(61.8)	110(154.5)		
กลาง	0(0.0)	1(1.1)	15(27.3)	16(28.4)		
ระดับสูง						
ปัจจัยที่เกิดจากเพื่อน						
ระดับต่ำ	45(86.5)	57(61.3)	123(186.0)	123(186.0)	31.505	0.0001**
ระดับปาน	5(9.6)	27(29.0)	50(71.4)	50(71.4)		
กลาง	2(3.8)	9(9.7)	27(42.6)	27(42.6)		
ระดับสูง						

ปัจจัย	ระดับความเครียด			total	χ^2 / Fisher	p-value
	ปานกลาง	สูง	รุนแรง			
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
ปัจจัยที่เกิดจากครอบครัว						
ระดับต่ำ	46(88.5)	54(58.1)	17(30.9)	117(177.5)	39.22	0.0001**
ระดับปาน	5(9.6)	28(30.1)	22(40.0)	55(79.7)		
กลาง	1(1.9)	11(11.8)	16(29.1)	28(42.8)		
ระดับสูง						
ปัจจัยที่เกิดจากครูและโรงเรียน						
ระดับต่ำ	47(90.4)	63(67.7)	16(29.1)	126(187.2)	55.126 ^a	0.0001**
ระดับปาน	2(3.8)	29(31.2)	32(58.2)	63(93.2)		
กลาง	3(5.8)	1(1.1)	7(12.7)	11(19.6)		
ระดับสูง						
ปัจจัยที่เกิดจากชุมชนและสิ่งแวดล้อม						
ระดับต่ำ	45(86.5)	66(71.0)	26(47.3)	137(204.8)	21.828 ^a	0.0001**
ระดับปาน	7(13.5)	23(24.7)	21(38.2)	51(76.4)		
กลาง	0(0.0)	4(4.3)	8(14.5)	12(18.8)		
ระดับสูง						
ปัจจัยที่เกิดจากเหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น						
ระดับต่ำ	46(88.5)	56(60.2)	13(23.6)	115(172.4)	55.787 ^a	0.0001**
ระดับปาน	2(3.8)	32(34.4)	34(61.8)	68(100.0)		
กลาง	4(7.7)	5(5.4)	8(14.5)	17(27.6)		
ระดับสูง						

^aFisher Exact test, * $p\text{-value} \leq 0.05$, ** $p\text{-value} \leq 0.0001$

อภิปรายผล (Discussions)

ผลของการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และความเครียดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณกร พลพิชัย และจันทรา อัยเอ็ง (2561) ศึกษาการศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียด ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกันต์ ขำเหมือน และคณะ (2559) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดระดับชั้น มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ สุจิตรา อูร์ต นมณี และสุภาวดี เลิศสำราญ (2560) ศึกษา ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของ นักเรียนวัยรุ่นที่เตรียมตัวสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย แผนการเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรณกร พลพิชัย และจันทรา อัยเอ็ง (2561) ศึกษาการศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง พบว่านักเรียนที่ เรียนแผนการเรียนแตกต่างกันมีความเครียดแตกต่างกัน โดยนักเรียนที่เรียนแผนการเรียนศิลป์-ภาษา มีความเครียดสูงกว่านักเรียนที่เรียนแผน วิทยาศาสตร์ และแผนการเรียนศิลป์-คำนวณ ผลการเรียนสะสม ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกันต์ ขำเหมือน และคณะ (2559) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าผลการเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด รายได้ที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกันต์ ขำเหมือน และคณะ (2559) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าเงินค่าใช้จ่ายส่วนตัวไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความเครียด โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกันต์ ขำเหมือน และคณะ (2559) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความเครียด

2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านการเรียน ปัจจัยที่เกิดจากตนเอง ผลการศึกษาพบว่า

ปัจจัยด้านการเรียน มีความสัมพันธ์กับความเครียดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพล บรรดาศักดิ์และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท

3. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยที่เกิดจากเรื่องเงิน ปัจจัยที่เกิดจากครอบครัว ปัจจัยที่เกิดจากครูและโรงเรียน ปัจจัยที่เกิดจากชุมชนและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่เกิดจากเหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกิดจากเรื่องเงิน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกานต์ ขำเหมือน และคณะ (2554) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ปัจจัยที่เกิดจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา อุรัตนมณี และสุภาวดี เลิศสำราญ(2560) ศึกษาความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนวัยรุ่นที่เตรียมตัวสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย ปัจจัยที่เกิดจากครูและโรงเรียน ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจาก การที่โรงเรียนเข้มงวดระเบียบวินัยมากเกินไปและความสัมพันธ์กับครูบางคนในโรงเรียนไม่ดี จึงทำให้เกิดความกดดันที่ต้องอยู่ในกฎระเบียบ และมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อครูบางคนในโรงเรียน จึงทำให้เกิดความเครียดในการเรียน ปัจจัยที่เกิดจากชุมชนและสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพมาส เครือสุวรรณละคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ปัจจัยที่เกิดจากเหตุการณ์หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปีการศึกษา 2562 การย้ายโรงเรียนผิดหวังในความรัก สูญเสียคนรัก ทำให้ต้องมีการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปหากไม่สามารถปรับตัวได้ จึงส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมได้

ระดับความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปีการศึกษา 2562 จากการศึกษาพบว่า มีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับ สุจิตรา อุรัตนมณี และสุภาวดี เลิศสำราญ (2560) ศึกษาความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของนักเรียนวัยรุ่นที่เตรียมตัวสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย และสอดคล้องกับวรรณกร พลพิชัย และจันทรา อัยเอ็ง (2561) ศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปีการศึกษา 2562 มีระดับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (height stress) เป็นระดับ

ที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในระดับที่อันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังเกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้ ทั้งนี้ผลการศึกษาทำให้ทราบระดับความเครียดและแนวทางในการจัดการความเครียดในการเรียน เช่น มีหน่วยให้คำปรึกษาเพื่อจัดการความเครียดและมีการจัดกิจกรรมสันทนาการ เพื่อลดความเครียดในการเรียน

2. ใช้ในการให้คำปรึกษาในเรื่องการเรียน และเรื่องทั่วไปสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

3. การนำนโยบายด้านสุขภาพจิตไปใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการนักเรียนในโรงเรียนให้ลดอัตราความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรมสุขภาพจิต.(2560).แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,available from https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98_2560-2564.pdf.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2559).การสำรวจสุขภาพจิต(ความสุข)คนไทย พ.ศ.2558. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ศูนย์ ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา อาคารรัฐประศาสนภักดีชั้น 2 ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ,available from http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/mental-healthm_FullReport_58.pdf
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2562). ‘กำแพงพังกใจ’ ปรึกษาออนไลน์ ผ่าน รพ.เสมือน ลดเสี่ยงซึมเศร้า-ฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น, available from <https://www.hfocus.org/content/2019/07/17382>.
- วรรณกร พลพิชัยและจันทรา อ้อยเอ็ง .(2561). การศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง.วารสารนาคนุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. Vol.10 Special Issue June-September 2018:(94-106)
- ชนิกานต์ ขำเหมือน.(2554). ความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบุรีรัมย์พิทยาคม.วิทยานิพนธ์ (วท.ม.)จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,available from <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/50869/1/5674020730.pdf>

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564

สุจิตรา อู๋รัตนณีและสุภาวดี เลิศสำราญ.(2560).ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของ
นักเรียนวัยรุ่นที่เตรียมตัวสอบคัดเลือกเข้ามหาวิทยาลัย.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 : 78-94

นพมาส เครือสุวรรณและคณะ.(2559).ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศา
สตรบัณฑิตสาขาวิชาเวชระเบียน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี.การประชุมวิชาการระดับชาติ “แพทย์แผนไทยภูมิปัญญาของแผน
ดิน” วันที่ 29-30 สิงหาคม 2559:866-873

Best, J. W. (1981). Research in education (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Likert, R.A. (1932, May). “Technique for the Measurement of Attitudes,” Arch Psychological. 25
(140): 1 – 55.

William Gemmell Cochran. (1963). Sampling Techniques. New York, London

Knowledge and Attitude towards Medicinal Cannabis of People at Tha-Rae Sub-district, Mueang District, Sakonnakhon Province

Ratchadaporn Ungcharoen¹ Passakorn Ongarj^{*1} Soontree Oratanasathaporn¹

Received 9 December 2020; Revised 16 December 2020; Accepted 17 December 2020

Abstract

This study is a cross-sectional research, with an aim to study factors associated with attitude on medicinal cannabis, among people in Tha-Rae Sub-district, Mueang District, Sakonnakhon Province. The sample consisted of 410 people. The data analyzed were descriptive statistics: mean, standard deviation, chi-square, and Pearson's product moment correlation. The results indicated that the mean score for attitude on medicinal cannabis was 3.73, followed by mean score for medicinal cannabis had the effect of treating diseases was 3.69. The least mean score, 2.78, for attitude on medical cannabis was sufficiently publicized. Analysis of association indicated that demographic characteristics had no correlation with attitudes towards medicinal cannabis, but knowledge had a positive correlation with attitude for medicinal cannabis, with statistically significant ($r=0.388$, $p\text{-value} < 0.001$). Therefore, more knowledge on herbal medicine and medicinal cannabis should be provided for people, and educate people about illegal use prevention.

Keyword: attitude; knowledge; medical cannabis

¹ Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalemphrakieat Sakon Nakhon Campus Province

* Corresponding author, e-mail: passakorn.un@ku.th

ความรู้และทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชน ตำบลท่าแร่ อำเภอมือเมือง จังหวัดสกลนคร

รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ¹ พัสกร งามอาจ^{1*} สุนทรี โอรัตนสถาพร¹

วันที่รับบทความ 9 ธค. 2563; วันแก้ไขบทความ 16 ธค. 2563 ; วันตอบรับบทความ 17 ธค. 2563

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนตำบลท่าแร่ อำเภอมือเมือง จังหวัดสกลนคร จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 410 คน สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคแอสควร์ และสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีมากที่สุดคือกัญชาทางการแพทย์มีประโยชน์ทางการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 รองลงมาคือ กัญชาทางการแพทย์มีสรรพคุณทางยาในการรักษาโรค ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ระดับทัศนคติที่น้อยที่สุดคือ การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เพียงพอแล้ว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 ส่วนผลการวิเคราะห์ด้านความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ แต่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.388$, $p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้ควรให้ความรู้กับประชาชนด้านสมุนไพรกัญชาและกัญชาทางการแพทย์ให้มากขึ้นและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้มีการใช้สมุนไพรกัญชาแบบผิดกฎหมาย

คำสำคัญ: ทัศนคติ; ความรู้; กัญชาทางการแพทย์

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร

* ผู้รับผิดชอบบทความติดต่อ passakorn.un@ku.th

บทนำ (Introduction)

เนื่องด้วยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Service Plan) เพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาโรคให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยมานานจากกลุ่มโรคร้ายแรงเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อการรักษาทั้งแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยเท่าใดนักจนทำให้ปัจจุบันมีผู้ป่วยดังกล่าวที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นและครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมานและรอรับบริการในสถานพยาบาลด้วยความหวังเชื่อมั่นในการแพทย์ของประเทศไทยดังนั้นสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์จึงเป็นหนึ่งในนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยทรมานแก่ผู้ป่วยได้โดยกรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขมหาวิทยาลัยและแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์แผนไทยได้ร่วมกันพัฒนาทำการวิจัยด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและองค์ความรู้แพทย์แผนไทยร่วมกันอย่างต่อเนื่องให้ได้ผลิตภัณฑ์และแนวทางการใช้สารสกัด กัญชาทางการแพทย์เพื่อเป็น การเสริมการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ ซึ่งจะสามารถลดความแออัด การรอคอยการรับบริการในโรงพยาบาลและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยได้ ประเทศไทยจึงได้มีนโยบายเร่งด่วน เพื่อให้มีการบริการการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชนได้อย่างปลอดภัยรวดเร็วและ ครอบคลุม กระทรวงสาธารณสุขจึงให้มีการเปิดบริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic) แบบผสมผสานแพทย์ปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็น มาตรการเร่งด่วนโดยโรงพยาบาลนาร่องสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 26 แห่งทั่วประเทศ ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ให้บริการแบบแพทย์แผนปัจจุบัน 13 แห่ง และการแพทย์ทางเลือกและ แผนไทย 13 แห่ง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

กัญชามีส่วนประกอบของสารเคมีมากกว่า 450 ชนิด โดยมากกว่า 60 ชนิด เป็น สารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) มีองค์ประกอบหลัก คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ สารชนิดอื่นในกลุ่ม เดียวกัน เช่น Cannabinol (CBN), Cannabidiol (CBD), Cannabichtomme (CBC), Cannabigerol (CBG) เป็นต้น จากข้อมูลการศึกษามากที่สุดและเกี่ยวข้องกับประโยชน์หรือโทษของกัญชาที่นำมาสกัดเป็นสารออกฤทธิ์ เชื่อว่า delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) มีคุณสมบัติในการรักษาโรค สารสกัด CBD มีฤทธิ์ที่สำคัญที่เชื่อกันว่าเป็นประโยชน์ได้แก่ มีฤทธิ์ด้านการชัก ด้านการอาเจียน กระตุ้น ความอยากอาหาร แก้อาการปวด กำจัดความกระวนกระวาย และทำให้อนอนหลับ เมื่อให้ CBD ร่วมกับ THC สามารถลด อาการไม่พึงประสงค์ของ THC ได้ สารสกัด THC ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่งผลเฉียบพลันให้ร่างกาย รู้สึกผ่อนคลายและมีความรู้สึกสนุก แต่มีอาการข้างเคียงด้านลบต่อจิตประสาท ได้แก่ กระวน

กระวายเป็นที่รู้จัก มีความบกพร่องในสมาธิความจำและการเรียนรู้ตลอดจนการทำงานของระบบเคลื่อนไหวและการพูดและการใช้ศัพท์และมีผลต่อการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต ประโยชน์ สารสกัด THC จากกัญชา มีผลต่อผู้ป่วยมะเร็ง และมีผลการวิจัยสนับสนุน คือฤทธิ์ต้านการอาเจียน โดยพบว่าสาร THC ต้านอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดีกว่ายาแก้คลื่นไส้ อาเจียนหลายชนิด (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

“กัญชา” นับเป็นพืชที่มีอยู่ในตำรับยาไทย มานานนับพันปี โดยมีจารึกไว้ในตำรายาต่าง ๆ จำนวนมาก แต่ที่ผ่านมายังไม่มีกฎหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับกัญชาเป็นยาเสพติด แต่เมื่อมีความชัดเจนมากขึ้นแล้วว่า “กัญชา” มีสรรพคุณเป็นยาที่สำคัญ ทำให้ประเทศไทยเร่งแก้ไข พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 (จุฬาพัฒน์ ช่างเกตุ, 2562) ปลดล็อกให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้แน่นอนว่า การแก้ไขกฎหมายครั้งนี้ครอบคลุมมาถึงตำรับยาไทยด้วย ล่าสุด กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงได้ทำการสังเคราะห์ตำรับยาไทย ได้ 96 ตำรับ ที่นำมาใช้ประโยชน์ได้ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มที่ คือ 1.กลุ่ม ก. มี 16 ตัว ซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมที่สูตรชัดเจนวิธีการชัดเจนใช้ได้เลย ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษากลุ่ม อาการปวด นอนไม่หลับ 2.กลุ่ม ข. กลุ่มที่มีสูตรชัดเจนแต่วิธีการปรุงยายังไม่ชัด ต้องศึกษาเพิ่มเติม 3.กลุ่ม ค. ต้องศึกษาวิจัย และ 4.กลุ่ม ง. กลุ่มที่ยังติดขัดในข้อกฎหมายอื่น ๆ เช่น อนุสัญญาไซเตส เพราะมีการห้ามใช้ สมุนไพรบางตัว (วีรยา ภาณุพิชิต และนุศราพร เกษสมบุรณ์, 2562)

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่พบมีในรูปแบบ ยา กัญชา (Pharmaceutical products) ต้องได้รับการรับรองมาตรฐานโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้แก่ สารสำคัญชนิดเดียวในรูปสารสังเคราะห์ (Synthetic THC: Marinol ® หรือ Syndros ®) หรือสารสกัด (Plant-based CBD: Epidiolex ®) หรือสารสกัดที่ราบปริมาณ CBD:THC (Plant-based equal CBD/THC: Sativex ®) ซึ่งการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยา กัญชาต้องมีการขออนุญาตนำเข้าและขึ้นทะเบียนกับ อย. อย่างถูกต้อง และต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณสมบัติและคุณภาพ ในขณะเดียวกันผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีใช้ในประเทศไทยจะอยู่ในรูปแบบสมุนไพรกัญชา (Herbal cannabis) โดยส่วนใหญ่เป็นตำรับยาแผนไทยตามตำรายารวมไปจนถึงผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชาของโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายและผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชาที่มีการควบคุมมาตรฐานเกรดทางการแพทย์ของหน่วยงานรัฐ (Medical grade) (วีรยา ภาณุพิชิต และนุศราพร เกษสมบุรณ์, 2562; อนันต์ชัย อัสวเมธิน, 2562)

จากนโยบายสาธารณะในการใช้สารสกัดกัญชาในประเทศไทย เป็นบทพิสูจน์ระบบสาธารณสุขไทย หมายความว่าไม่ได้จำเพาะเจาะจงเฉพาะผู้บริหารประเทศ บุคลากรทางการแพทย์ หรือนักวิชาการเท่านั้นที่จะมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายของประเทศ แต่หมายรวมถึง

ประชาชนทุกคนต้องมีส่วนร่วมเพื่อให้ระบบดำเนินไปข้างหน้าด้วยกันได้ โดยที่นโยบายนั้นจะต้องสอดคล้องกับทัศนคติ ค่านิยม พื้นฐานความคิดความเข้าใจ ความต้องการของประชาชน และวิถีชุมชน ซึ่งในปัจจุบันปัญหาที่มีบทบาทหน้าที่มากขึ้นในด้านการแพทย์เพราะใช้กัญชาทางการแพทย์มีความก้าวหน้าและเป็นพลวัตอย่างยิ่ง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสับสนแก่ประชาชนทั่วไปที่ได้รับรู้ว่ากัญชานั้นเป็นสารเสพติดและนำไปประกอบอาหาร ดังนั้น อาจมีประชาชนบางกลุ่มที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาสามารถรักษาโรคได้ไม่เพียงพอหรือมีความรู้เรื่องนี้น้อยไป (อนันต์ชัย อัสวเมธิน, 2562) รวมไปถึงการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการใช้กัญชาในการรักษาโรคนั้นพบว่าประชาชนต้องการข้อมูลที่ชัดเจน ความรู้เกี่ยวกับกัญชาในการรักษาโรคและเพิ่มความมั่นใจในการใช้อย่างถูกวิธี และถูกกฎหมายด้วย (จิรภา สันประเทีย, 2562)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ และทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้ทราบถึงทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์แผนไทยของประชาชนตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ว่ามีทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์มากน้อยแค่ไหน ตลอดจนนำผลที่ได้ไปสู่การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และวิธีใช้กัญชาอย่างถูกวิธี และถูกกฎหมายไม่เป็นอันตรายต่อประชาชนตำบลท่าแร่ จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ของประชาชนที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนในเขตตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

ขอบเขตการวิจัย (Scope of study)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ประชาชนในเขตตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-ตุลาคม พ.ศ. 2563

วิธีดำเนินการวิจัย (Method)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ของประชาชนที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ ศึกษาทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ของประชาชนตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

ประชากรคือ ประชาชนในเขตตำบลท่าแร่ จังหวัดสกลนคร จำนวน 11,004 คน (สำนักงานสถิติ พยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563)

กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ประชาชนที่จังหวัดสกลนคร การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษครั้งนี้คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากกรณีที่มีจำนวนประชากรที่แน่นอน สามารถใช้สูตรได้ดังนี้ ตามการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ของเครซี่ และมอร์แกน (Robert V. Krejcie & Daryle W. Morgan, 1970) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 และระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และกำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 371 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10 เปอร์เซ็นต์ เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง จะได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 39 คน กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คือ 410 คน การสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) ผู้วิจัยเลือกการสุ่มแบบสัดส่วน (Proportion sampling) โดยแบ่งสัดส่วนตามเพศ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ย้ายอยู่ในตำบลนั้นมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. เป็นเพศชายหรือเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้พิการที่มีความผิดปกติทางด้านการได้ยินและการมองเห็น
2. ผู้ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชาชน ในเขตตำบลท่าแร่ จังหวัดสกลนคร เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบบสอบถามในส่วนนี้ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ จากการคำนวณหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม สรุปได้ว่าแบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.85 และนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try Out) เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการนำแบบสอบถามไปทดสอบกับประชากร ที่มีลักษณะประชากรที่คล้ายหรือมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 50 ชุด คำนวณหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาร์ช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.812 อยู่ในระดับดี

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ ทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์โดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ (Frequency Distributions) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ไคแอสควร์ (Chi-square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product's moment correlation)

ผลการวิจัย (Results)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 410 คน เป็นเพศชายจำนวน 206 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.02 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ช่วงอายุ 38 - 47 ปี 152 คน ร้อยละ 28.8 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 28 - 37 ปี ร้อยละ 30.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอยู่ที่ 369 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่ประถมศึกษา 167 คน คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 76 คน ร้อยละ 18.5 อาชีพหลักของครอบครัวเป็นอาชีพเกษตรกรรม 108 คน ร้อยละ 26.3 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป 81 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท 165 คน ร้อยละ 40.2 รองลงมาคือ 5,001 - 10,000 บาท 126 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7 ดื่มสุราอยู่ที่ร้อยละ 57.3 ไม่สูบบุหรี่อยู่ที่ ร้อยละ 64.4 รู้จักปัญหาทางการแพทย์สูงสุดถึงร้อยละ 80.2 ทราบถึงปัญหาทางการแพทย์ที่สามารถนำมาทำอาหารหรือเครื่องดื่มได้เช่น “น้ำชา” อยู่ที่ร้อยละ 52.0

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =410)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	206	50.2
หญิง	204	49.8
อายุ		
18 – 27 ปี	72	17.6
28 – 37 ปี	126	30.7
38 – 47 ปี	152	37.1
48 – 57 ปี	40	9.73
58 – 67 ปี	20	4.87
$\bar{x}$ = 39.44 , S.D = 13.38, Max = 67, Min = 18		
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	41	10.0
ไม่มีโรคประจำตัว	369	90.0
ไม่ได้ศึกษา	12	2.9
ประถมศึกษา	167	40.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	76	18.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	68	16.6
ปวช. / ปวส.	53	12.9
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	30	7.3
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	4	1.0
อาชีพ		
นักเรียน / นักศึกษา	44	10.7
รับราชการ	12	2.9
รับจ้างทั่วไป	81	19.8
เกษตรกร	108	26.3
ค้าขาย	57	13.9
เกษียณอายุราชการ	6	1.5
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	21	5.1
ว่างงาน	60	14.6

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ (ขายของออนไลน์, ฟรีแลนซ์, แม่บ้าน, หมอนวด)	21	5.1
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	165	40.2
5,001 - 10,000 บาท	126	30.7
10,001 - 15,000 บาท	59	14.4
15,001 - 20,000 บาท	39	9.5
มากกว่า 20,001 บาท	21	5.1
$\bar{X}$ = 8974.15, S.D = 6759.21, Max = 35,000, Min=2,000		
พฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา		
ดื่ม	235	57.3
ไม่ดื่ม	175	42.7
พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	146	35.6
ไม่สูบบุหรี่	26	64.4
การรู้จักสมุนไพรรักษาหรือไม่		
รู้จัก	329	80.2
ไม่รู้จัก	81	19.8
ทราบว่าสมุนไพรรักษาสามารถนำมาประกอบอาหารหรือเครื่องดื่มได้ เช่น “น้ำชา”		
ทราบ	213	52.0
ไม่ทราบ	197	48.0

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ การใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อรักษาโรค ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์แผนไทยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น 361 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมาคือ ปัจจุบันสามารถใช้กัญชาทางการแพทย์มารักษาโรคได้ เช่น โรคมะเร็ง 355 คน คิดเป็นร้อยละ 86.6 ข้อคำถามที่ประชาชนตอบผิดมากที่สุดคือ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้านมีสิทธิ์สั่งหรือจ่ายยาสมุนไพรรักษาให้กับผู้ป่วย 202 คิดเป็นร้อยละ 49.3 ด้านโรคและอาการที่ใช้ในการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ โรคโควิด (Covid-19) จำนวน 379 คน คิดเป็นร้อยละ 92.4 รองลงมาคือ โรคมะเร็ง 376 คน คิดเป็นร้อยละ

91.7 ข้อคำถามที่ประชาชนตอบผิดมากที่สุดคือ โรคนอนไม่หลับ 200 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 ด้านอาการไม่พึงประสงค์ ข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ อาการมีผื่นคัน 351 คน คิดเป็นร้อยละ 85.6 รองลงมาคือ อาการง่วง วิงเวียนศีรษะ 330 คน คิดเป็นร้อยละ 80.5 ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุดคือ อาการผิวหนังลอก 116 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (n = 410)

ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรกัญชา	ถูกต้อง จำนวน	ร้อยละ	ผิด จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสมุนไพรกัญชา				
1. แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้านมีสิทธิ์สั่งหรือจ่ายยาสมุนไพรกัญชาให้กับผู้ป่วย	208	50.7	202	49.3
2. ปัจจุบันสามารถใช้สมุนไพรกัญชาการรักษาโรคได้ เช่น โรคมะเร็ง	355	86.6	55	13.4
3. ประชาชนทั่วไปสามารถปลูกต้นสมุนไพรกัญชาได้ไม่เกิน 5 ต้น	278	67.8	132	32.2
4. ถ้าใช้สมุนไพรกัญชามากเกินไปจะทำให้มีอาการปากแห้ง ความดันต่ำ	303	73.9	107	26.1
5. สมุนไพรกัญชาสามารถแก้อาการอาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้	247	60.2	163	39.8
6. ร้านขายยาสามารถขายยาสมุนไพรกัญชาได้	289	70.5	121	29.5
7. สมุนไพรกัญชาสามารถใช้แทนยาแผนปัจจุบันได้	280	68.3	130	31.7
8. ตำรับยาทำลายพระสุเมรุเป็นยาช่วยแก้อาการลมชัก เลือดลมปะทะอก	239	58.3	171	41.7
9. สมุนไพรกัญชาที่นิยมนำมาใช้มากที่สุด คือ ส่วนใบของสมุนไพรกัญชา	318	77.6	92	22.4
10. การใช้สมุนไพรกัญชาเพื่อรักษาโรค ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์แผนไทยและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น	361	88.0	49	12.0

ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรกัญชา	ถูกต้อง จำนวน	ร้อยละ	ผิด จำนวน	ร้อยละ
ด้านโรคและอาการที่ใช้ในการรักษาด้วยสมุนไพรกัญชา				
11. โรคเมะเร็ง	376	91.7	34	8.3
12. โรคหัวใจขาดเลือด	299	72.9	111	27.9
13. นอนไม่หลับ	210	51.2	200	48.8
14. โรคไข้เลือดออก	373	91.0	37	9.0
15. โรคโควิด (Covid-19)	379	92.4	31	7.6
16. ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร	224	54.6	186	45.4
ด้านอาการไม่พึงประสงค์				
17. ง่วงซึม วิงเวียนศีรษะ	330	80.5	80	19.5
18. ผม่ว่ง	318	77.6	92	22.4
19. ผิวน้ำลอก	294	71.7	116	28.3
20. คลื่นไส้	311	75.9	99	24.1
21. ผิดปกติทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า	377	67.6	33	32.4
22. มีผื่นคัน	351	85.6	59	14.4
ภาพรวม	410	74.35	410	27.1

ในด้านความรู้พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก 314 คน คิดเป็นร้อยละ 76.6 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.16 (ดีมาก) มีคะแนนความรู้ต่ำสุด 6 คะแนน และคะแนนความรู้สูงสุด 22 คะแนน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (n = 410)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับน้อย	1	0.2
ความรู้ระดับปานกลาง	95	23.2
ความรู้ระดับดีมาก	314	76.6
รวม	410	100.0
$\bar{X}$ = 16.16 (ดีมาก) S.D.= 3.00 Min = 6 Max = 22		

ทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 (S.D. = 1.47) กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีมากที่สุดคือปัญหาทางการแพทย์มีประโยชน์ทางการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 รองลงมาคือ ปัญหาทางการแพทย์มีสรรพคุณทางยาในการรักษาโรค ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ระดับทัศนคติที่น้อยที่สุดคือ ท่านคิดว่า การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการใช้ปัญหาทางการแพทย์เพียงพอแล้ว ค่าเฉลี่ยร้อยละ 2.78 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ (n = 410)

ทัศนคติที่มีต่อ ปัญหาทาง การแพทย์	ระดับทัศนคติ					$\bar{x}$	S.D.	แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง			
1. ปัญหาทาง การแพทย์มี ประโยชน์ทาง การแพทย์ทางเลือก และแพทย์แผนไทย	136 (33.17)	151 (36.82)	27 (6.58)	67 (16.34)	29 (7.07)	3.73	1.27	ดี
2. สรรพคุณทางยา ในการรักษาโรคได้ หรือไม่	105 (25.61)	180 (43.9)	39 (9.51)	64 (15.60)	22 (5.36)	3.69	1.16	ดี
3. การยอมรับได้ หากแพทย์มีการจ่าย ยาสมุนไพรกัญชา กับท่านและคน ภายในครอบครัว ท่าน	79 (19.27)	146 (35.61)	79 (19.27)	37 (9.02)	69 (16.83)	3.31	1.34	ปาน กลาง
4. ผลลัพท์ของ ปัญหาทางการแพทย์ ที่ใช้ทางการแพทย์ และทางการ แพทย์แผนไทย	112 (27.32)	99 (24.15)	7 (1.46)	80 (19.51)	72 (17.56)	3.24	1.47	ปาน กลาง

ทัศนคติที่มีต่อ กัญชาทาง การแพทย์	ระดับทัศนคติ					$\bar{x}$	S.D.	แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง			
5. การ ประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับการใช้ กัญชาทางการแพทย์ เพียงพอแล้ว	59 (14.39)	64 (15.61)	65 (15.85)	170 (41.46)	52 (12.68)	2.78	1.26	ปาน กลาง
6. สมุนไพรกัญชามี สารเสพติดและยังมี ประโยชน์ในการ รักษาโรคได้	66 (16.1)	206 (50.24)	46 (11.22)	60 (14.63)	32 (7.80)	3.52	1.15	ดี
7. สมุนไพรกัญชา ช่วยบรรเทาอา การวิตกกังวลได้	51 (12.44)	120 (29.27)	79 (19.27)	126 (31.73)	34 (8.29)	3.07	1.19	ปาน กลาง
8. สมุนไพรกัญชา ช่วยบรรเทาอาการ หอบหืดได้	38 (9.26)	106 (25.85)	102 (24.88)	130 (31.71)	34 (8.29)	2.96	1.13	ปาน กลาง
9. สมุนไพรกัญชา ช่วยอาการปวดเกร็ง กล้ามเนื้อได้	124 (30.24)	132 (32.2)	41 (10.0)	78 (19.02)	32 (7.80)	3.47	1.32	ดี
10. สมุนไพรกัญ ชาช่วยอาการเบื่อ อาหารในผู้ป่วยบาง กลุ่มได้	124 (30.24)	132 (32.2)	41 (10.0)	78 (19.02)	35 (8.53)	3.47	1.32	ดี
ภาพรวม						3.29	1.47	ปาน กลาง

ระดับคะแนนทัศนคติเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก 219 คน คิดเป็นร้อยละ 53.5 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32 คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน และคะแนนสูงสุดอยู่ที่ 50 คะแนน (ตารางที่ 5)

จากการวิเคราะห์ด้วยตัวแปร เพศและอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อระดับทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ (p-value = 0.184) อายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อระดับทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ (p-value = 0.059) ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อระดับทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ (p-value = 0.240) อาชีพไม่มีความสัมพันธ์ต่อระดับทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ (p-value = 0.099) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง / ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติระดับน้อย	20	4.9
ทัศนคติระดับปานกลาง	170	41.6
ทัศนคติระดับดีมาก	219	53.5
รวม	410	100.0
$\bar{x}$ = 3.28 (ดีมาก) S.D. = 0.32 Max = 50 Min = 10		

ตารางที่ 6 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์

ปัจจัยส่วนบุคคล	χ^2	p- value
เพศ	0.395	0.184
อายุ	0.123	0.059
ระดับการศึกษา	0.007	0.240
อาชีพ	0.022	0.099

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทั่วไปกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวก ผลการวิเคราะห์ แสดงให้เห็นว่า ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติที่มีต่อปัญหาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.388$, p-value < 0.001) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ (p – value <0.05)

ปัจจัย	ทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์	
	r	p- value
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	0.388**	0.001

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน, ** p-value < 0.001

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion)

ผลการศึกษาทัศนคติของประชาชนที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ แสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนทัศนคติเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 53.4 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 มีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุดอยู่ที่ 50 คะแนน ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 (S.D. = 1.477) กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีมากที่สุดคือกัญชาทางการแพทย์มีประโยชน์ทางการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 รองลงมาคือ กัญชาทางการแพทย์มีสรรพคุณทางยาในการรักษาโรค ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ระดับทัศนคติที่น้อยที่สุดคือ ท่านคิดว่าการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์เพียงพอแล้ว ค่าเฉลี่ยร้อยละ 2.78 ซึ่งทำให้ได้ทราบว่า ประชาชนส่วนมากในเขตตำบลท่าแร่ มีการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ หรือสื่อต่างๆเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ทำให้ประชาชนในบางส่วนไม่เข้าถึงและไม่เปิดรับการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ เพราะประชาชนยังติดที่กัญชาทางการแพทย์เป็นสิ่งเสพติด เป็นพืชที่ผิดกฎหมาย มีความกังวลต่อการนำมาใช้ในทางการแพทย์ว่าใช้ได้จริงหรือไม่ ใช้จะผิดกฎหมายหรือไม่

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทั่วไปกับทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงบวก ผลการวิเคราะห์ แสดงให้เห็นว่า ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ต่อทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.388, p\text{-value}<0.001$) โดยในการศึกษาของประจวบ แหลมหลัก (2563) พบว่าทัศนคติภาพรวมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการทำนายความตั้งใจการใช้กัญชาในการะบวนการรักษาความเจ็บป่วยได้แก่ อายุ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงได้ร้อยละ 35.64 ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พบว่าการประเมินทางบวกลบ หรือการตัดสินใจเป็นสิ่งที่ดี-เลว -ของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมหรือสนับสนุน-ต่อต้านการ

กระทำนั้น หากบุคคลมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมนั้นมากเท่าใด บุคคลก็จะมีความตั้งใจหนักแน่นในการที่จะทำพฤติกรรมมากเท่านั้น และจากการศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของ (สุกิจ ไชยชมภู, พูนสุข ช่วยทอง, ราสิริรี วสิริสิริ, & สุนันท์ ศลโกสม, 2555) พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกรีนและกรูเออร์ (Lawrence W. Green, Marchall W. Kreuter, Sigrid Deeds, & Kay Partridge, 1991) ที่พบว่าทัศนคติเป็นปัจจัยภายในที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ที่พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับการบริโภคยาต้มสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากผลการศึกษาทำให้ทราบถึงระดับความรู้ และทัศนคติของประชาชนต่อกัญชาทางการแพทย์ ดังนั้นการวิจัยในครั้งต่อไปควรจะมีการศึกษาถึงความต้องการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการรักษาโรคของประชาชน ควรมีการศึกษาเรื่องยาเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ให้มากขึ้นแต่ก็ควบคู่ไปกับการป้องกันไม่ให้เป็นการแพร่กระจายของกัญชาทางการแพทย์ที่ใช้แบบผิดกฎหมาย

เอกสารอ้างอิง (References)

- จิรภา สันประเทียบ. (2562). ทัศนคติของประชาชนที่มีผลต่อการใช้พืชเศรษฐกิจ “กัญชา” ในการรักษาโรคมะเร็ง ในเขตพื้นที่จังหวัดสระแก้ว. บริหารธุรกิจ. Retrieved from <http://www.ba-abstract.ru.ac.th/index.php/abstractData/viewIndex/425.ru>
- จุฬาพัฒน์ ช่างเกตุ. (2562). กฎหมายเกี่ยวกับกัญชา. Retrieved from <https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw=2247>
- ประจวบ แผลมหลัก. (2563). ปัจจัยทำนายความตั้งใจการใช้กัญชาในกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยของนิสิต สาขาวิชานามัยชุมชน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา, 21(1), 91-104.
- วีรยา ถาอุบชิต, & นุศราพร เกษสมบุรณ์. (2560). การใช้กัญชาทางการแพทย์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 13(ฉบับพิเศษ), 228-240.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Vol. 1): กองบริหารการสาธารณสุข.
- สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). จำนวนประชากรและบ้าน จำแนกเป็นรายอำเภอ และรายตำบล จังหวัดสกลนคร พ.ศ. 2553. Retrieved from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/districtList/S010107/th/63.htm>

สุกิจ ไชยชมภู, พูนสุข ช่วยทอง, ราสิริรี วสิริสิริ, & สุนันท์ ศลโกสุม. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารเกื้อการุณย์, 19(2), 60-74.

อนันต์ชัย อัศวเมฆิน. (2562). นโยบายสาธารณะในการใช้สารสกัดกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์.

Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17729>

Lawrence W. Green, Marchall W. Kreuter, Sigrid Deeds, & Kay Partridge. (1991). Health education planning: A diagnostic approach. Toronto: Mayfield publishing company.

Robert V. Krejcie, & Daryle W. Morgan. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement, 30, 607-610.

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม- เมษายน 2564

Self-protection behavior of COVID-19: A Case Study of Students at Kasetsart University, Chalermphrakiat Campus, Sakon Nakhon Province

Passakorn Ongarj¹, Ratchadapom Ungcharoen^{1*}

Received 9 December 2020; Revised 21 December 2020; Accepted 24 December 2020

Abstract

This research was a cross-sectional study with the aim of studying the knowledge, attitude, and self-protection behaviors of COVID-19, among students at Kasetsart University, Chalermphrakiat Campus, Sakon Nakhon Province. Data were collected from a sample of 221 students. Descriptive statistics were analyzed for frequency, mean, standard deviation, maximum and minimum. Inferred statistics used were Independent Sample t-test and Pearson's correlation coefficient.

Results indicated that 69.23% were females, with 30.77% were 21 years of age. General knowledge of COVID-19 was at a high level, 59.94%. The attitude on COVID-19 prevention was at a good level, 56.56%, and self-protection behaviors of COVID-19 was at a good level, 50.68%. Comparing the mean scores of self-protection behavior of COVID-19, there was a statistically significant difference in gender ($t=-5.136$, $p<0.001$), while there was no statistically significant difference among those who have and who have no personal illnesses ($t=1.887$, $p=0.060$). The results of this study can be used as a guideline for considering measures to promote and prevention of COVID-19 infection within educational institutions, or within universities. Moreover, results can be used for developing health promoting universities.

Keywords: behavior; COVID-19; self-protection

¹ Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Campus Province

* Corresponding author, e-mail: ratchadapom.un@ku.th

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19: กรณีศึกษานิสิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

พัสกร องอาจ¹, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ^{1*}

วันที่รับบทความ 9 ธค. 2563; วันแก้ไขบทความ 21 ธค. 2563 ; วันตอบรับบทความ 24 ธค.2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของ นิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 221 คน สถิติในการวิเคราะห์ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สถิติเชิงอนุมานที่ใช้คือ Independent Sample t-test, และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.23 อายุส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี ร้อยละ 30.77 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.94 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.56 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.68 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันตนเองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยด้านเพศ ($t=-5.136, p < 0.001$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวไม่ได้มีพฤติกรรมการป้องกันที่แตกต่างกัน ($t=1.887, p=0.060$) และจากผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ภายในสถานศึกษา และสามารถนำไปพัฒนาให้เป็นมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพต่อไปได้

คำสำคัญ: พฤติกรรม; โคโรนา-19; การป้องกันตนเอง

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

* ผู้รับผิดชอบบทความติดต่อ ratchadapom.un@ku.th

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันได้มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) โดยเริ่มต้นที่ประเทศจีน ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 1,000 ราย มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 100 ราย และพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 2 ซึ่งร้อยละ 26.4 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยผู้ที่เป็นโรคหัวใจมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดร้อยละ 10.5 รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 7.3) และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 6.3) ขณะนี้มีหลักฐานการติดต่อจากคนสู่คน และพบมีการระบาดภายในประเทศ (Local transmission) เพิ่มขึ้นหลายพื้นที่ ทั่วโลกก็เฝ้าระวังและมีมาตรการในการรับมือกับการระบาดครั้งนี้อย่างใกล้ชิด เพราะมีประสบการณ์มาจาก โรคทางเดินหายใจร้ายแรงที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ได้แก่ โรคซาร์ส (SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome) ที่ระบาดในภูมิภาคเอเชีย เมื่อปี พ.ศ. 2545 - 2546 ซึ่งมีสาเหตุจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ SARS-CoV₂ ที่เป็นไวรัสโคโรนาจากชนิดมาติดในคน โดยเริ่มระบาดจากประเทศจีนและกระจายไปทั่วโลก มีพบผู้ติดเชื้อจำนวน 8,096 ราย อัตราการตายร้อยละ 10 โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ส่วนโรคเมอร์ส (MERS : Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) ซึ่งระบาดในภูมิภาคตะวันออกกลาง ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2557 เป็นไวรัสโคโรนาผ่านอูฐมาติดเชื้อในคน เริ่มจากผู้ป่วยในประเทศซาอุดีอาระเบีย มีผู้ติดเชื้อประมาณ 1,700 คน อัตราการตายร้อยละ 34

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย โควิด-19 ทั่วโลก 39,801,612 ราย เสียชีวิต 1,110,908 ราย องค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์ และเห็นว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วจนน่ากังวล ในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 จึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) ทั่วโลก (WHO), 2020a)

สาเหตุของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ก่อนหน้านี้มีการสันนิษฐานว่า ไวรัสชนิดนี้อาจเริ่มติดต่อกับสัตว์ป่ามาสู่คน โดยมีต้นตอของการแพร่ระบาดจากงูเห่าจีน (Chinese cobra) และงูสามเหลี่ยมจีน (Chinese krait) ที่นำมาวางจำหน่ายในตลาดสดเมืองอู่ฮั่น ซึ่งเป็นสถานที่ที่พบผู้ติดเชื้อกลุ่มแรก ๆ และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เชื้อไวรัสโคโรนา-19 สามารถติดต่อกับคนได้ผ่านทางการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย และแพร่กระจายผ่านละอองเสมหะทางการไอจามของผู้ที่ติดเชื้อ ซึ่งความรุนแรงของโรคนั้นขึ้นอยู่กับ

จำนวนเชื้อที่เข้าไปถึงเนื้อเยื่อปอดที่ยอมให้เชื้อเข้าไปในเซลล์ได้ เมื่อเชื้อเข้าไปถึงเนื้อปอดก็จะทำให้ปอดอักเสบ และทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนไม่เพียงพอจนเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน ขณะเดียวกันภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยยังไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันทำลายเชื้อได้ทันเวลาด้วย เพราะเม็ดเลือดขาวเพิ่งพบกับเชื้อไวรัสเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยจึงอาจจะเสียชีวิตได้ (อมร ลีลารัตน์, 2563) โดยอาการที่เกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่มโคโรนาส่วนใหญ่จะมีอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจหอบเหนื่อย และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ไปในหลายประเทศ โดยองค์การอนามัยโลกได้รายงาน ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีรายงานจำนวนผู้ป่วย 9,819 ราย เสียชีวิต 213 ราย ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย 85,473 ราย เสียชีวิต 2,924 ราย ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย 789,240 ราย เสียชีวิต 38,092 ราย ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย 3,231,054 ราย เสียชีวิต 228,403 ราย ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย 6,175,290 ราย เสียชีวิต 371,228 ราย ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย 10,176,343 ราย เสียชีวิต 500,834 ราย ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย 17,109,457 ราย เสียชีวิต 663,731 ราย ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย 25,151,409 ราย เสียชีวิต 884,872 ราย ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย 33,563,031 ราย เสียชีวิต 1,005,227 ราย ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วย 38,510,263 ราย เสียชีวิต 1,092,144 ราย จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ล่าสุดการรายงานในเดือนธันวาคม 2563 ทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อ 75,273,824 ราย เสียชีวิตจำนวน 1,668,166 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในส่วนสถานการณ์ของประเทศไทยนั้นโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เริ่มแพร่เข้าสู่ประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 13 เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยผู้เดินทางท่องเที่ยวจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคได้รายงาน ณ วันที่ 19 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อจำนวน 3,691 ราย เสียชีวิตจำนวน 59 ราย และในเดือนธันวาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อจำนวน 4,281 ราย เสียชีวิตจำนวน 60 ราย โดยพบผู้ติดเชื้ออายุมากที่สุด คือ 97 ปี อายุน้อยที่สุด 1 เดือน อายุเฉลี่ย 37 ปี ในพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อสูงสุดคือ กรุงเทพมหานคร จำนวน 1,557 ราย เสียชีวิตจำนวน 147 ราย และล่าสุดในวันที่ 19 ธันวาคม 2563 พบการติดเชื้อในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 548 ราย จากการตรวจในกลุ่มแรงงานต่างด้าว (ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19) ส่วนในเขตพื้นที่จังหวัดสกลนคร มีผู้ติดเชื้อจำนวน 1 ราย แต่ยังไม่พบผู้เสียชีวิต(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2563)

องค์การอนามัยโลก ได้มีข้อเสนอแนะในการทำ Social Distancing กล่าวว่าการเว้นระยะห่างระหว่างตัวเรากับคนที่มีอาการไอหรือจามนั้นควรรักษาความห่างอยู่อย่างน้อย 1 เมตร เพราะไวรัสนั้นสามารถติดต่อได้ผ่านละอองขนาดเล็กที่มาจากการไอหรือจามได้ ซึ่งถ้าหากอยู่ใกล้ชิดกันเกินไปเราก็อาจจะสูดเอาไวรัสเข้าร่างกายได้ หลีกเลี่ยงการสัมผัสทางกายภาพ เพราะอาจเป็นการนำเชื้อมาสู่ตัวเอง หรือในขณะเดียวกันก็เป็นการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น หลีกเลี่ยงการเดินทางออกนอกบ้าน หรือ การใช้ขนส่งสาธารณะ เนื่องจากเชื้อไวรัสโควิด-19 นั้นสามารถติดต่อได้ง่ายผ่านการสัมผัสและละอองขนาดเล็ก รวมถึงการ Work From Home ก็เป็นอีกวิธีที่ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและการแพร่เชื้อ (ฉัตรสุมน พงษ์นิญญ, 2563; WHO, 2020b)

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีแนวปฏิบัติสำหรับสถานศึกษา ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประเทศไทย ได้แก่นโยบายการเริ่มเปิดโรงเรียน (Reopening) การเตรียมการก่อนเปิดภาคเรียน (Preparations before re-opening) แนวปฏิบัติระหว่างเปิดภาคเรียน (Public health and social guidelines in schools) หลักปฏิบัติในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และขั้นตอนการคัดกรองสุขภาพและแนวทางการส่งต่อนักเรียนและบุคลากรในสถานศึกษา การกำกับ ติดตาม และรายงานผล สถานศึกษา คณะกรรมการสถานศึกษา และหน่วยงานสาธารณสุขที่ดูแลสถานศึกษา ควรมีการกำกับ ติดตาม ทบทวนการดำเนินงานให้สอดคล้องตามแนวปฏิบัติ สถานการณ์ และบริบทพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง กรณีพบ ผู้มีอาการเสี่ยงหรือป่วย ต้องรีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที และรายงานต่อผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้อง(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร นิสิตที่ศึกษาอยู่ส่วนใหญ่อยู่อในช่วงวัยรุ่นและมาจากหลายพื้นที่อาจมีแนวโน้มที่จะเข้าไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนอยู่รวมกันจำนวนมาก เช่น ห้องเรียน ห้องสมุด โรงอาหาร สนามกีฬา หอประชุม ลิฟต์สาธารณะ ตลาดนัด ร้านสะดวกซื้อ ห้างสรรพสินค้า โรงหนัง สถานบันเทิง บริการขนส่งสาธารณะ วัด เป็นต้น ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะมีการแพร่กระจายเชื้อไวรัสจากคนสู่คนได้ง่ายขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของ นิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อการนำมาองค์ความรู้ที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาการวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ให้แก่นิสิตทุกคนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
2. ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
3. ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
4. ศึกษาความแตกต่างของตัวแปรที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 : กรณีศึกษานิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ระยะเวลาในการศึกษาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

วิธีดำเนินการ (Methods)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นิสิตภายในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขต เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร จำนวน 5,821 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นิสิตภายในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขต เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ที่ศึกษามีทั้งเพศชายและเพศหญิง ใช้การสุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง และการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ (Krejcie & Morgan) โดยกำหนดให้ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ($\alpha=0.05$) ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และค่าสัดส่วนของตัวแปรเท่ากับ 0.816

คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 221 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 แล้วนำไปเป็นข้อมูลในการสร้างแบบสอบถาม จำแนกเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ลักษณะคำถาม เป็นแบบประเมินค่าหรือมาตราส่วน ให้เลือกคำตอบเพียงข้อเดียว มี 15 ข้อ รวมทั้งหมด 15

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 แบบเชิงบวก 8 ข้อ และแบบเชิงลบ 7 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อ โดยกำหนดคำตอบ 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีคำถามในเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อที่เป็นคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ

และตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 เป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อ โดยกำหนดคำตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีคำถามในเชิงบวก และข้อที่เป็นคำถามเชิงลบ

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ซึ่งได้ค่าจากการตรวจสอบความเที่ยง (Cronbach' alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 นำเสนอในรูปแบบของตารางแสดงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สถิติ Independent Sample t – test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิตัวอย่างโดยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนครเป็นเรียบร้อยแล้ว

ผลการศึกษา (Results)

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.23 อายุส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี ร้อยละ 30.77 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.94 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.56 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.68 กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นิสิตคณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันต่ำกว่านิสิตทั้ง 3 คณะอย่างชัดเจน

ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าความรู้ในระดับสูง จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 59.94 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 และยังมีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.91 (Mean=10.57, S.D. =1.67) จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในความรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.39 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ฯ (n=221)

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19	ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	11.00 – 15.00	117	52.94
ระดับปานกลาง	6.00 – 10.00	102	46.15
ระดับต่ำ	0.00 – 5.00	2	0.91
Mean =10.57, S.D. =1.67, Max =14, Min =4			

การศึกษาทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ฯ พบว่าโดยส่วนใหญ่อยู่ในทักษะดีระดับดี จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 56.56 รองลงมาคือทักษะดีระดับปานกลาง จำนวน 96 คน คิดเป็น ร้อยละ 43.44 (Mean=42.47, S.D. =4.52) จากการศึกษาพบว่าทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในทักษะดีระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 54.69 มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ลีตวิติ (2562) ได้ทำการศึกษาทักษะ บรบทฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุม

พฤติกรรม และความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับ-ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิต

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ฯ (n=221)

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19	ระดับคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	41.00 – 60.00	125	56.56
ระดับปานกลาง	21.00 – 40.00	96	43.44
Mean =42.47, S.D. =4.52, Max =55, Min =34			

การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ฯ โดยรวมอยู่ในพฤติกรรมป้องกันระดับดี จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 50.68 รองลงมาคือพฤติกรรมป้องกันระดับ ปานกลาง จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 49.32 (Mean=31.39, S.D. =5.48) จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในพฤติกรรมป้องกันระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.68 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัย

เกษตรศาสตร์ฯ (n=221)

พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19	ระดับคะแนน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับดี	31.00 – 45.00	112	50.68
ระดับปานกลาง	16.00 – 30.00	109	49.32
Mean=31.39, S.D. =5.48, Max =45, Min =19			

พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 พบว่ามีระดับการปฏิบัติปานกลางได้แก่ และนอกนั้นก็มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งพบว่าโดยส่วนใหญ่่นิสิตมีพฤติกรรมในการใส่หน้ากากอนามัย/ผ้า เวลาออกนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมาคือ การปิดปากและจมูกด้วยกระดาษ

เช็ดหน้าเวลาจาม/ไอ และล้างมือทันทีคิดเป็นร้อยละ 47.1 ในส่วนของการใช้ช้อนกลาง/จาน/แก้วน้ำส่วนตัว เวลากินข้าวร่วมกับผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 39.8 ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ฯ

(n=221)

พฤติกรรมในการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโควิด- 19	ระดับการปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ			
1. ทำนาล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล	92 (41.6)	111 (50.2)	17 (7.7)	1 (0.5)	2.33	2.46	ดี
2. ทำนารักษาระยะห่าง จากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร	75 (33.9)	97 (43.9)	48 (21.7)	1 (0.5)	2.11	2.41	ดี
3. ทำนการใช้ช้อนกลาง/ จาน/แก้วน้ำส่วนตัว เวลากินข้าวร่วมกับ ผู้อื่น	88 (39.8)	96 (43.4)	29 (13.1)	8 (3.6)	2.19	2.45	ดี
4. ทำนใส่หน้ากาก อนามัย/ผ้า เวลาออก นอกบ้าน	129 (58.4)	81 (36.7)	11 (5.0)	0 (0)	2.53	2.53	ดี
5. ทำนปิดปากและ จมูกด้วยกระดาษ เช็ดหน้าเวลาจาม/ไอ และล้างมือทันที	104 (47.1)	97 (43.9)	18 (8.1)	2 (0.9)	2.37	2.49	ดี
6. ทำนหลีกเลี่ยงการ จับใบหน้า ตา จมูก ปาก	72 (32.6)	102 (46.2)	46 (20.8)	1 (0.5)	2.11	2.40	ดี
7. ทำนไม่ปิดปากและ จมูกทุกครั้งไอ จาม ด้วยกระดาษเช็ดหน้า	47 (21.3)	63 (28.5)	43 (19.5)	68 (30.8)	1.60	2.34	ปาน กลาง

พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคติดต่อไวรัสโควิด- 19	ระดับการปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	เป็น ประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ			
หรือจามใส่ข้อพับต้น แขนด้านใน							
8. ทานสเปรย์สเปรย์ป่วย หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ ที่เน่าเสีย	39 (17.6)	51 (23.1)	24 (10.9)	107 (48.4)	1.90	2.49	ปาน กลาง
9. ทานกินอาหารที่มี ประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ เพิ่มขึ้น	81 (36.7)	114 (51.6)	21 (9.5)	5 (2.3)	2.23	2.44	ดี
10. ทานรับประทาน เนื้อสัตว์ดิบรวมถึง ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ แบบกึ่งสุกกึ่งดิบ	45 (20.4)	54 (24.4)	34 (15.4)	88 (39.8)	1.75	2.43	ปาน กลาง
11. ทานเดินทางไป พื้นที่เสี่ยงที่มีการ ระบาดของโรคติดต่อ ไวรัสโควิด-19	45 (20.4)	47 (21.3)	15 (6.8)	114 (51.6)	1.90	2.51	ปาน กลาง
12. ทานเข้าไปในพื้นที่ แออัด หรือชุมชน สาธารณะที่มีคนอยู่ เป็นจำนวนมาก	44 (19.9)	58 (26.2)	69 (31.2)	50 (22.6)	1.57	2.29	ปาน กลาง
13. ทานล้างมือหลัง เข้าห้องน้ำหลังสัมผัส สิ่งสกปรก และหลัง สัมผัสลูกบิดประตู	96 (43.4)	100 (45.2)	20 (9.0)	5 (2.3)	2.30	2.47	ดี
14. ทานสวมหน้ากาก ผ้า หรือหน้ากาก อนามัย และหมั่นล้าง	94 (42.5)	110 (49.8)	15 (6.8)	2 (0.9)	2.34	2.47	ดี

พฤติกรรมການປ້ອງກັນ ໂຣດຕິດເຊື້ໄວຣັສໂຄວິດ- 19	ระดับการปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	การ แปลผล
	เป็น ประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ			
มือ เมื่อเข้าไปในพื้นที่ แออัดหรือพื้นที่ระบาด							
15. ถ้าหากท่านอยู่ใน พื้นที่ที่มีการระบาดของ โรค เมื่อท่านกลับจาก พื้นที่ที่มีการระบาด ท่านสังเกตอาการ ตนเอง โดยวัดไข้ตนเอง ด้วยปรอทวัดไข้ทุกวัน จนครบ 14 วัน จนการ ออกไปในที่ชุมชน สาธารณะ จนใช้สิ่งของ ร่วมกับผู้อื่น และงด การพูดคุยกับผู้อื่นใน ระยะใกล้กันเกินกว่า 1 เมตร	86 (38.9)	96 (43.4)	30 (13.6)	9 (4.1)	2.17	2.45	ดี

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมການປ້ອງກັນระหว่างเพศชายกับเพศหญิงและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมການປ້ອງກັນระหว่างการมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมການປ້ອງກັນที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวไม่ได้มีพฤติกรรมການປ້ອງກັນที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันระหว่างเพศชายกับเพศหญิง และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันระหว่างผู้มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	Mean	S.D.	t	p-value
เพศ					
ชาย	65	28.62	4.93	-5.136*	<0.001
หญิง	156	32.55	5.29		
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	201	31.61	5.53	1.887	0.060
โรคประจำตัว	20	29.2	4.56		

* p-value <0.05

สรุปและอภิปรายผล (Conclusion and Discussion)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 221 คน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 69.23 รองลงมาคือเพศชาย จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 อายุส่วนใหญ่มีอายุ 21 ปี จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 รองลงมามีอายุ 19 ปี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 19.91 และน้อยที่สุดอายุ 23 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 3.62 ชั้นปีที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นปี 1 จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 28.96 รองลงมาเป็นปี 4 จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 28.05 และน้อยที่สุดเป็นปี 2 จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 18.55 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 91.40 รองลงมาเป็นคนที่มีความเสี่ยงต่อโรคประจำตัว จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 8.60

ผลการศึกษาในด้านความรู้ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 59.94 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 จากการศึกษาในด้านความรู้พบว่ามีความคล้ายคลึงกับการศึกษา สวรรยา สิริคมงคล, อิศรา ศิริมณีรัตน์, และ ราญ สิริคมงคล (2561) เกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ประชาชนมีความรู้การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับ ดี และในการศึกษาของ อวาทิพย์ แว (2563) พบว่าความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการล้างมืออย่าง

ถูกวิธี และการสวมใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี และในการสำรวจของ พบว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับช่องทางการแพร่กระจายเชื้อเพียงร้อยละ 30.9 มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการโอเฌามที่ถูกรว้ร้อยละ 55.2 และมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสวมใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้องร้อยละ 80.0 (ปรำโหมทย์ ถำงกระโทก, 2563) และผลการศึกษำด้ำนทัศนคติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19ในภำพรวมอยู่ระดับดี จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 56.56 รองลงมาคือ ทัศนคติระดับปานกลาง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 43.44 (Mean=42.47, S.D. =4.52) และยังสอดคล้องกับกำรศึกษำของ Pornpat Poonaklom, Varnish Rungram และคณะ (2020) พบว่าประชาชนในจังหวัดกำฬสินธุ์มีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ในระดับปานกลางรวมถึงกำรศึกษำของ Ngwewondo, A., Nkengazong, L. และคณะ (2020) ที่พบว่าประชาชนในประเทศไทยคำเมอรูนมีความรู้ร้อยละ 84.19

ผลการศึกษำพฤติกรรมกำรป้องกันในภำพรวมอยู่ระดับดี จำนวน 112 คน ร้อยละ 50.68 รองลงมาคือพฤติกรรมกำรป้องกันระดับปานกลาง จำนวน 109 คน ร้อยละ 49.32 (Mean =31.39, S.D. =5.48) ซึ่งสอดคล้องกับกำรศึกษำของ ธำนี กล่อมใจ, จรรยำ แก้วใจบุญ, และ ทักษิณำ ชัชรวิรัตน์ (2563) ที่พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนำ 2019 ในระดับมำก และในกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดยะล่ำก็มีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับมำกเช่นกัน (ฮุดดำ แวหะยี้, 2563) พบว่าวัยรุ่นในจังหวัดยะล่ำมีระดับกำรรับรู้ควำมรุนแรงของโรคโควิด-19 ในระดับมำก และมีความถึในพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับมำกเช่นกัน และยังสอดคล้องกับกำรศึกษำของ Pornpat Poonaklom, Varnish Rungram และคณะ (2020) พบว่าประชาชนในจังหวัดกำฬสินธุ์มีพฤติกรรมกำรป้องกันโควิด-19 ในระดับดี ส่วนกำรศึกษำเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคในระบพทำงเดินทำงใจอื่น ๆพบว่าคะแนนควำมรู้กำรป้องกันโรคอยู่ในระดับดี และคะแนนพฤติกรรมกำรป้องกันโรคอยู่ในระดับปรับปรุง (สวรยำ สิริภคมงคล และคณะ., 2561)

สำหรับผลการวิเคราะห์กำรเปรียบเทียบควำมแตกต่างของค่ำเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกำรป้องกันระหว่างเพศขำยกับเพศหญิง และเปรียบเทียบควำมแตกต่างของค่ำเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกำรป้องกันระหว่างกำรมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว พบว่ำ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงกับเพศขำยจะมีพฤติกรรมกำรป้องกันที่แตกต่างกันอย่ำงมีนัยสำคัญทำงสถิติ และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวไม่ได้มีพฤติกรรมกำรป้องกันที่แตกต่างกัน ซึ่งในกำรศึกษำของ สวรยำ สิริภคมงคล และคณะ (2561) พบว่ำสถำนะสุภำพสามารถเป็นปัจจัยทำนนำพฤติกรรมกำรป้องกันโรคใช้หัวดีใหญ่ได้ โดยสามารถนำปัจจัยดังกล่ำวไปจัดรูปแบบเฉพาะในกำรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำร

ป้องกันโรคได้ และการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ และคณะ (2563) พบว่าความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา (Recommendations)

ควรมีการใช้ประโยชน์จากผลการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในสถาบันการศึกษา และสามารถนำไปพัฒนาให้เป็นมหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพต่อไปได้ ทั้งนี้ในการศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติมที่ทำให้เกิดอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของนิสิต

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พิมพ์ครั้งที่ 1. พิมพ์ที่ บริษัท คิว แอดเวอร์ไทซิ่ง จำกัด.
- ฉัตรสุมน พงษ์มิญญ. (2563). มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 6(2), 467-485.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, & ทักษิภา ชัยวัฒน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 21(2), 29-39. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/243309>
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2563). เผยผลสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโควิด-19 ยังเข้าใจผิดเรื่องงดออกจากบ้าน. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content>.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19. (2563). สถานการณ์ติดเชื้อโควิด-19. Retrieved from เข้าถึงได้จาก <https://www.prd.go.th/th/page/item/index/id/1>
- สวรยา สิริคมมงคล, อิศรา ศิริมณีรัตน์, & ราวญ์ สิริคมมงคล. (2561). เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับผู้ป่วยอื่นๆ ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 25(3), 1-10.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2563). รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19. เข้าถึงได้จาก <https://www.skko.moph.go.th/dward>.

- อมร ลีลาธรรม. (2563). ความรู้ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ สำหรับแพทย์. เข้าถึงได้จาก https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-26.pdf.
- อวาทิพย์ แว. (2563). COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในวันนี้. วารสารสมาคมวิชาชีพ สุขศึกษา, 35(1), 24-107.
- ฮุดา แวหะยี. (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6(4), 158-168.
- Ngwewondo, A., Nkengazong, L., Ambe, L. A., Ebogo, J. T., Mba, F. M., Goni, H. O., Oyono, J.-L. E. (2020). Knowledge, attitudes, practices of/towards COVID 19 preventive measures and symptoms: A cross-sectional study during the exponential rise of the outbreak in Cameroon. PLOS Neglected Tropical Diseases, 14(9), e0008700. doi:10.1371/journal.pntd.0008700
- Pornpat Poonaklom, Varnish Rungram, Payaowadee Abthaisong, & Baramheht Piralam. (2020). Factors associated with preventive behaviors towards Coronavirus disease (COVID-19) among adults in Kalasin province, Thailand, 2020. Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal, 13(3), 78-89.
- World Health Organization. (2020a). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- World Health Organization. (2020b). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. เข้าถึงได้จาก <https://who.sprinklr.com/>.

Public Health Center's Elderly Services: a case study of care manager and care giver of dependent elderly in a Municipality, Thailand

Janjira Inthajit* Chardsumon Prutipinyo**

Received 9 June 2020; Revised 20 December 2020; Accepted 22 January 2021

Abstract

This study is a qualitative research with the objective to survey and analyze public health center's services. This is a case study of care managers and care givers of dependent elderly, in a municipality. Samples were 81 public health personnel, or care managers and care givers. Data collection was conducted through questionnaire and interview. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

Results indicated that public health personnel, or care managers and care givers, should receive continuing education at least once a year. Annual financial support should facilitate personnel to obtain necessary materials such as adult diapers, and various physical rehabilitation equipment, in order to be able to work with dependent elderly. There should be cooperation from various stakeholders, in order to achieve integrated teamwork, to increase efficiencies in elderly care services.

Keywords: Public health care managers; care givers for dependent elderly

* Student in M.Sc. (Public Health) Major in Public Health of Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University, Corresponding author: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรณีศึกษาผู้จัดการระบบและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งของประเทศไทย

จันจิรา อินทจิตร* ฉัตรสมัน พงษ์นิญโญ**

วันที่รับบทความ 9 มิถุนายน 2563; วันที่แก้ไขบทความ 20 ธค. 2563; วันที่ตอบรับบทความ 22 มค. 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข “กรณีศึกษาผู้จัดการระบบและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนทั้งสิ้น 81 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย การดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งพบว่ากลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขและกลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการฟื้นฟูความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การสนับสนุนงบประมาณที่เอื้อต่อการจัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์ เช่น ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ แผนรองขับ กายอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมต่อการดำเนินงานผู้สูงอายุและการได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการทำงานเป็นทีม จะส่งผลให้ผลในการดำเนินงานผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

คำสำคัญ : ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข; ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้รับผิดชอบบทความ ติดต่อ chardsumon.pru@mahidol.ac.th

บทนำ

ในสหราชอาณาจักร สัดส่วนผู้สูงอายุได้มากขึ้นตามลำดับ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวได้เปลี่ยนจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชนและบ้านพักอาศัย มีการเสนอความร่วมมือซึ่งรวมถึงผู้ปฏิบัติงานทั่วไปผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อ่อนแอ (Clive Bowman, et al 1999) ทางเลือกหนึ่งในการจัดการกับภาระงานในชุมชนที่เพิ่มขึ้นคือการว่าจ้างผู้ปฏิบัติงานทั่วไป (หรือหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพหลัก) เพื่อสร้างความร่วมมือการดูแลระหว่างผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สิ่งนี้จะให้การดูแลทางการแพทย์ที่ครอบคลุมซึ่งรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพการจัดการโรคเรื้อรังการดูแลคนชราที่เพิ่มขึ้น และ “ การรอคอยอย่างระมัดระวัง ” (Robinson R, et al 1998)

ประสบการณ์ของชาวอเมริกันในการดูแลเชิงรุก สำหรับผู้อยู่อาศัยในระบบการดูแลสุขภาพเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิตลง ชี้ให้เห็นว่า การใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลลดลง จะช่วยให้การพัฒนาพยาบาลผู้สูงอายุ เส้นทางการดูแลและปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ผ่านการตรวจหาปัญหาและการจัดการที่บ้านก่อนสามารถทำได้ (Kane, 1998)

ในประเทศญี่ปุ่น สถานการณ์ของ “ผู้จัดการการดูแล” เกิดขึ้นในปี 2000 จากรายงานของรัฐบาลเรื่อง Japan in the Year 2000 และมีความเห็นว่าจะต้องทบทวนนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 3 เรื่องคือ (1) เรื่องระบบประกันสุขภาพ (2) โครงการบำนาญ (3) การปรับปรุงสถานพยาบาลและสุขภาพอนามัย (ฉัตรสุนัน พงษ์นิญโญ, 2558: 152) มีการนำระบบประกันการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่นมาใช้ ภายใต้ระบบนี้บทบาทของผู้จัดการการดูแลคือการช่วยลูกค้าผู้สูงอายุแต่ละรายครอบครัวและผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในการปรับตัวและรับมือกับความท้าทายของการสูงอายุหรือความพิการโดยดำเนินการประเมินการวางแผนการดูแลเพื่อระบุความต้องการปัญหาและคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับความช่วยเหลือ การคัดกรองประสานงานและติดตามบริการดูแลที่บ้าน การให้การศึกษาและการสนับสนุนลูกค้าและครอบครัว ให้คำปรึกษาและสนับสนุน การดูแลต้องมีความรู้อย่างกว้างขวางเกี่ยวกับต้นทุน คุณภาพ และความพร้อมในการให้บริการในชุมชนของตน นอกจากนี้ผู้จัดการดูแลยังต้องรับผิดชอบในการไกล่เกลี่ยทางการแพทย์และร่วมมือกับผู้ให้บริการรายอื่นรวมทั้งแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลแบบบูรณาการในชุมชน (Hirakawa, Yoshihisa, 2016)

ในประเทศฝรั่งเศส บางครั้ง อาจเรียกผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขว่า “นักสังคมสงเคราะห์” และบทบาทที่ถูกหลอมรวมเข้ากับหน้าที่นั้น สามารถอธิบายได้จากมุมมองสามมิติของผู้ที่เข้ามาช่วยในบ้าน เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางกายภาพ

หรือทางการแพทย์ ซึ่งบางครั้งสามารถช่วยเรียกแพทย์ นักกายภาพบำบัด และพยาบาลให้มาเยี่ยมที่บ้านได้อย่างง่ายดาย บางครั้งก็มีบทบาทซ้อนกับผู้ช่วยของพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็น “แม่บ้าน” ซึ่งเป็นผู้ดูแลและผู้ประกอบอาชีพอื่น ๆ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการดูแลทำความสะอาด สุดท้ายมีบทบาทเป็น “นักสังคมสงเคราะห์” คือคนที่เข้าไปช่วยเหลือในบ้าน และเป็นผู้ที่ “ดูแลเอกสารทั้งหมด” ยิ่งไปกว่านั้น เป็นผู้ “จัดการปัญหา” และค้นหาวิธีจัดการกับปัญหา รวมทั้งมีส่วนช่วยให้คลี่คลายสถานการณ์และไม่รู้สึกโดดเดี่ยวอีกต่อไป เมื่อต้องเผชิญกับความยากลำบาก (Frédéric Balard et al, 2016; 6)

ในประเทศไทย มีความจำเป็นที่จะต้องวางแผนจัดการการดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน ด้วยว่าประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) ในปีพ.ศ. 2551 และจะเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2573 (ฉัตรสมุน พฤทธิญาณ, 2558; 151) เทศบาลนครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีภารกิจหน้าที่ต่างๆ ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยเทศบาลนครที่ผู้วิจัยจะศึกษานี้มีศูนย์บริการสาธารณสุข 4 แห่ง เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนในพื้นที่และตอบสนองต่อภารกิจงานที่ได้รับการถ่ายโอนมาจากกระทรวงสาธารณสุข และมีการดำเนินงานเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับตำบลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัน ดังนั้นการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 4 แห่ง ในกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียง จากภารกิจที่ได้รับการถ่ายโอนจึงทำให้เทศบาลนครแห่งหนึ่งมีการเปิดรับสมัครจิตอาสาภาคประชาชนที่อยู่ในรูปแบบของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver, CG) ที่ได้รับค่าตอบแทน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager, CM) เป็นผู้ดูแลระบบ กำกับ ติดตามการดำเนินงานผู้สูงอายุของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG)

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 เพื่อให้การบริการสาธารณสุขบรรลุเป้าหมาย จึงต้องมีการสำรวจข้อมูลและจำแนกผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อให้สะดวกต่อการดำเนินงานผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มของผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน มักจะเป็นผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ในบางเรื่อง ต้องการการช่วยเหลือ

บางส่วน อาจมีโรคเรื้อรัง และโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่วนกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียง มักจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคประจำตัวหลายโรค มีโรคแทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager, CM)

โดยที่การประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุแต่ละราย และประเมินความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลด้านสาธารณสุข และจัดการให้เข้าถึงบริการที่จำเป็น จากนั้นจะทำการประเมินซ้ำและติดตามเป็นระยะเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงและการเข้าถึงบริการ และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) เช่น ทำการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สังเกตพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การทำแผลเบื้องต้น การแนะนำการดูแลสุขภาพให้แก่ญาติผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมไปถึงการส่งต่อผู้สูงอายุกรณีพบว่ามีความเสี่ยง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2559: 8)

จากการศึกษา ทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบประเด็นสำคัญที่มีความสอดคล้องกันในการจัดบริการและการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข ตลอดจนความร่วมมือในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานพยาบาลต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาผลการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการบริหารงานในศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงานผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ (In-depth Interview) เป็นเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์มีจำนวน 2 ชุด โดยแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 ใช้สัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานผู้สูงอายุและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และแบบสัมภาษณ์

ชุดที่ 2 ใช้สัมภาษณ์ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) โดยจะแตกต่างกันออกไปทั้ง 2 กลุ่ม เนื่องจากบทบาทหน้าที่ ขอบเขตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ใบรับรอง COA. NO. MUPH 2018-159

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ศึกษาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขกับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง

ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานประสบการณ์ทำงาน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 24 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-54 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมามีอายุระหว่าง 45-49 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมาระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 95.8 รองลงมาตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 20-24 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมา 6-9 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8

ผลการศึกษาระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุ จากการศึกษาการดำเนินงานผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่า การจัดโครงการ/กิจกรรม ที่ส่งเสริมความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสนับสนุน สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ การให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การให้บริการรักษาพยาบาล จ่ายยา/เวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ การสนับสนุน จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามจำเป็น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 2.87$) และการให้คำปรึกษาทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.20$)

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข ในส่วนบุคลากรสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข (Care manager, CM) (n=24)

รายการสัมภาษณ์	ผลการดำเนินงาน			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	การแปลผล
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ				
1. โครงการ/กิจกรรม ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ	-	20.8	79.2	สูง
2. การจัดโครงการ/กิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	-	12.5	87.5	สูง
3. ผู้สูงอายุได้รับให้คำปรึกษาทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต	29.2	20.8	50.0	สูง
4. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต	16.7	20.8	62.5	สูง
5. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	-	29.2	70.8	สูง
6. ส่งเสริม สนับสนุน สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน	-	12.5	87.5	สูง
ด้านการป้องกันโรค				
7. การสนับสนุนวัคซีนจำเป็นขั้นพื้นฐาน	8.3	16.7	75.0	สูง
ด้านการรักษาพยาบาล				
8. ระบบส่งต่อผู้สูงอายุกรณีฉุกเฉิน	4.2	16.7	79.2	สูง
9. การให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	-	12.5	87.5	สูง
10. การให้บริการรักษาพยาบาล จ่ายยา/เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็น	-	12.5	87.5	สูง
ด้านการฟื้นฟูสภาพ				
11. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เพื่อชะลอความเสี่ยงของร่างกายผู้สูงอายุ	-	25.0	75.0	สูง
12. การสนับสนุน จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามจำเป็น	-	12.5	87.5	สูง

รายการสัมภาษณ์	ผลการดำเนินงาน			การแปลผล
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
13. การปรับปรุงสภาพบ้านให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ	12.5	16.7	70.8	สูง
14. การจัดตั้งและดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	-	25.0	75.0	สูง

จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมแบบเจาะจง จำนวน 7 คน ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข สรุปได้ดังต่อไปนี้

ด้านการวางแผนงานผู้สูงอายุ พบว่ามีการจัดตั้งคณะทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร โดยประกอบด้วยคณะผู้บริหาร คณะทำงานผู้สูงอายุ ประธานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และภาคเครือข่าย มีการจัดประชุมประชาคม เพื่อข้อมูลที่สำรวจข้อมูล ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาวางแผนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของประชาชน ซึ่งการวางแผนจะสามารถบ่งบอกได้ถึงผลการดำเนินงาน โดยการวางแผนในแต่ละครั้งจะมีการรวบรวมปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานในครั้งที่ผ่านมา เพื่อนำมาปรับให้เหมาะสม และจัดทำโครงการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ โครงการสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง โดยเริ่มจากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง เพื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมิน ADL TAI และจัดกลุ่มบริการ จำแนกตามความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แล้วนำมาจัดทำแผนการดูแลสุขภาพ คือ Care plan และต้องสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ตามความเหมาะสม อีกทั้งควรมีการพัฒนาความรู้ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การจัดการองค์กร พบว่า มีการกำหนดโครงสร้าง แบ่งงาน และกำหนดขอบเขตหน้าที่ในการดำเนินงานอย่างชัดเจน ตามความรู้ความสามารถที่มีอยู่ โดยแต่ละศูนย์บริการจะมี Care manager และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในการดำเนินงานผู้สูงอายุให้สำเร็จคล่องตัวตามแผนที่วางไว้ รวมถึงมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานหรือการส่งมอบงานที่ค่อนข้างเป็นระบบ ในขณะที่เจ้าของงานไม่สามารถปฏิบัติงานได้ เจ้าหน้าที่อื่นสามารถปฏิบัติงานต่อเนื่องได้เลย และมีการแต่งตั้งภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ศูนย์เพื่อกำหนดขอบเขตการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ได้รับการดูแลอย่าง

ครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถติดตามผลการดำเนินงานของผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) และเบิกจ่ายงบประมาณให้แก่ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ศูนย์ผ่านคุณชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ศูนย์ภายใต้หลักเกณฑ์และกฎหมายที่ได้จัดทำไว้

การบังคับบัญชา พบว่า การบังคับบัญชาจะอยู่ในรูปแบบของการสั่งงาน โดยที่ผู้บังคับบัญชาปฏิบัติงานตามคำสั่งให้สำเร็จลุล่วง หากพบปัญหาอุปสรรค ผู้บังคับบัญชาก็จะรายงานต่อผู้บังคับบัญชาเพื่อแก้ไข ปรับปรุงต่อไป

การประสานงาน พบว่า มีการประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุสำเร็จลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น และได้รับการติดต่อประสานงานจากภาคประชาชนและภาคเอกชนในการรับมอบหมายของบริจาค เช่น Walker 3 ขา ไม้เท้า แพนเพิส และอื่นๆ เพื่อส่งมอบให้กับคนไข้ติดบ้านติดเตียงที่ยากไร้ไม่มีญาติดูแล

การควบคุมการดำเนินงานผู้สูงอายุ พบว่า มีการกำหนดตัวชี้วัด ระเบียบ ข้อบังคับ กฎเกณฑ์ต่างๆ ในการดำเนินงานผู้สูงอายุ และการติดตามผลการดำเนินงานผู้สูงอายุเป็นระยะๆ เพื่อปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่มากที่สุด

ส่วนที่ 2 ศึกษาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) กับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง

ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติการและอาชีพหลักกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 57 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0 และเพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 7.0 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 45-49 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0 ตามลำดับ ระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับปริญญาตรี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 22.8 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-4 ปี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และอาชีพหลักของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) ได้แก่ รับจ้างทั่วไป จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 และ อื่นๆ เช่น ข้าราชการบำนาญ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1

ผลการศึกษา จากการวิเคราะห์ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ในเขตเทศบาลนคร ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาแยก

ข้อ พบว่าการสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งรายงานให้ญาติและเจ้าหน้าที่ทราบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.00$) รองลงมาคือการส่งต่อผู้สูงอายุที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉินการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบส่งต่อที่ถูกต้องและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x} = 2.98$) การแนะนำการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุในการเตรียม ปูรงอาหาร ประกอบอาหาร พร้อมทั้งการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.50$)

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดำเนินงานผู้สูงอายุของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) ในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง (n=57)

รายการสัมภาษณ์	ผลการดำเนินงาน			การแปลผล
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
1. การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ	1.8	5.3	93.0	สูง
2. การสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ	-	-	100.0	สูง
3. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามความเหมาะสม	-	3.5	96.5	สูง
4. การจัดบันทึกการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ	1.8	3.5	94.7	สูง
5. การแนะนำการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุในการเตรียม ปูรงอาหาร ประกอบอาหาร พร้อมทั้งการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ	19.3	3.5	94.7	สูง
6. การจัดเก็บสิ่งปฏิกูลมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุและระวังป้องกันไม่ ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหาร	12.3	10.5	77.2	สูง
7. การส่งต่อผู้สูงอายุที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉินการเจ็บป่วยตามระบบส่งต่อที่ถูกต้อง	-	1.8 (1)	98.2	สูง
8. การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ	-	1.8 (1)	98.2	สูง

ในส่วนของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) เกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข ได้มีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม จำนวน 7 คน สรุปได้ดังนี้

1) บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) เกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จะมีการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบของตนเองแล้วจดรายชื่อ ส่งให้ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ลงพื้นที่ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) การประเมินสภาวะผู้สูงอายุ (Typology of Age with Illustration) และการจัดกลุ่มบริการทั้ง 4 กลุ่ม และลงเยี่ยมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบตามแผนการเยี่ยมผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) กำหนดให้และจดบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มตามที่ได้รับมอบหมาย ในการลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จะเป็นการทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ ทีมสหวิชาชีพ คณะผู้บริหาร รวมถึงองค์กรภายนอก หรือถ้าหากผู้สูงอายุรายใดที่สามารถลงเยี่ยมเองได้ ก็ลงเยี่ยมติดตามอาการตามบทบาทหน้าที่ หากพบปัญหา อุปสรรค ก็ทำการจดบันทึกข้อมูลและรายงานให้บุคลากรสาธารณสุขรับทราบหรือผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ต่อไป ดังผลการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ในแต่ละปีจะมีสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ก็ CG จะได้รับข่าวสารแจ้งจาก อสม. หรือคนในชุมชนว่ามีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นมาในชุมชน เราก็จะเข้าไปพูดคุยสอบถามอาการเบื้องต้น แล้วแจ้งรายละเอียดในเจ้าหน้าที่ที่ศูนย์เพื่อลงเยี่ยมประเมินอาการผู้สูงอายุต่อไป”

“การลงเยี่ยมประเมินผู้สูงอายุในชุมชน บางครั้งเป็นการลงเยี่ยมแบบสหวิชาชีพ และมีผู้บริหาร หน่วยงานภายนอก เช่น โตโยต้า มาลงเยี่ยมเพื่อมอบของให้แก่ญาติและผู้สูงอายุเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ”

“ทุกครั้งทีลงเยี่ยมคนไข้ติดบ้าน ติดเตียง เราก็จะมีการจดบันทึกข้อมูล และประเมินคนไข้เบื้องต้นทุกครั้งว่ามีอาการดีขึ้นบ้าง มีอาการผิดปกติอะไรเพิ่มเติมหรือเปล่า เพื่อรายงานให้กับหมอที่เทศบาลต่อไป”

2) การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนทำอะไรบ้าง

การดูแลช่วยเหลือทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารให้เหมาะสม การนอนหลับ การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะ การ

ดูแลแผลกดทับ การพลิกตะแคงตัวสำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง การให้คำแนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง กายภาพบำบัดเบื้องต้น แนะนำการใช้อุปกรณ์ เช่น การใช้ไม้เท้า เป็นต้น การนวดบรรเทาอาการปวดเมื่อย การจัดการสิ่งปฏิกูลมูลฝอย ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและบริเวณบ้านให้เหมาะสมกับตัวผู้สูงอายุ แนะนำด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและวิธีการที่ส่งต่อกรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือการป่วย บาดเจ็บตามระบบการส่งต่อถูกต้อง รวมไปถึงการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล ดังผลการสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ผู้ป่วยอายุ 72 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันกับเบาหวาน ลื่นล้มในห้องน้ำทำให้แขนขาข้างขวาใช้งานไม่ได้ กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่มีญาติลูกหลานดูแล ทำให้อาการไม่ดีขึ้น เกิดเป็นแผลกดทับเลยไปล้างแผลให้ทุกวันร่วมเดือน พร้อมกับทำกายภาพบำบัดตามข้อมือ ข้อเท้า ตอนนี้แผลกดทับหายดีขึ้น เริ่มขยับปลายมือปลายเท้าได้”

“ผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชนบางคนไม่มีญาติพี่น้องดูแล เวลาที่คนไข้ถึงเวลาที่หมอนัดหรือรับยา เราก็จะเป็นคนพาไป แต่ถ้าแค่รับยาอย่างเดียวเราก็จะไปปรับให้ตลอด”

“คนไข้บางคนเป็นอัมพฤกษ์ เราก็จะแนะนำการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือตัวเอง แนะนำการกายภาพบำบัด เวลาเราไปแกก็จะชอบในรณวดให้ นวดไปด้วยพูดคุยกันไปด้วย ตอนนี้เริ่มลุกขึ้นนั่งได้บ้างแล้ว แต่ยังใช้อุปกรณ์ช่วยอยู่”

“ถ้าผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีญาติดูแลอยู่ เราก็จะช่วยแนะนำญาติ ในการพลิกตะแคงตัวป้องกันแผลกดทับทุก 2 ชั่วโมง การจัดการเช็ดทำความสะอาดกรณีมีแผลกดทับ แนะนำเรื่องการกินยาตามแพทย์สั่ง การรับประทานอาหารให้เหมาะสมตามโรคประจำตัว ช่วยกันกับญาติทำกายภาพบำบัดการยกแขนยกขา”

“การดูแลสภาพแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ รวมถึงการพูดให้กำลังใจคนไข้และญาติไม่ให้ท้อแท้”

3) การได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่และหน่วยงานภายนอก

มีการได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่และชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมถึงมีระบบการส่งต่อระหว่างชุมชนและโรงพยาบาลที่ดีด้วย หากเกิดปัญหาระหว่างการปฏิบัติหน้าสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้โดยตรงและปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้รวดเร็ว ดังผลสัมภาษณ์ดังนี้

“ถ้าคนไข้ในชุมชนอาการไม่ดี เราก็จะรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เทศบาลให้รับทราบ ถ้าหากด่วนเราก็จะโทร 1669 ให้รถโรงพยาบาลมารับเลย”

4) ความภาคภูมิใจในการทำงาน

นอกจากการปฏิบัติตามนโยบายที่ได้รับการถ่ายโอนมาจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ไม่ได้มีเพียงแค่พัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ การร่างกฎหมายให้รองรับกับการดำเนินงานและการดูแลให้ผู้สูงอายุมีอาการหรือสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นเท่านั้น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) ยังได้รับการตอบแทนในรูปแบบของค่าชมและการยอมรับนับถือ ทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver, CG) มีขวัญกำลังใจสามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นรางวัลอีกรูปแบบหนึ่งที่สร้างพลังในการทำงานได้ ดังผลสัมภาษณ์ดังนี้

“การคนไข้นอนติดเตียง ลูกไม่ขึ้น เราก็ก้าวเข้าไปดูแล แนะนำญาติคนไข้ว่าต้องทำแบบไหน แล้วก็ดูเขาทำ คอยช่วยเหลือเขา จนอาการคนไข้ดีขึ้นเรื่อยๆ”

“ตอนก่อนที่ทำงานเป็น อสม. ตั้งแต่ยังไม่ได้รับเงินเดือน พอมาสมัครเป็น CG ก็มีค่าตอบแทน เราก็กู้ค่าตอบแทนนั้นเป็นค่าน้ำมันในการออกเยี่ยมคนไข้ติดบ้านติดเตียง แม้ว่าจะไม่มีเรื่องค่าตอบแทนเข้ามาเราก็กินใจจะทำงานนี้ด้วยใจ”

“เราทำตรงนี้ด้วยใจรัก ไม่รังเกียจคนไข้ เช็ดขี้ เช็ดเยี่ยว เช็ดตัวให้”

“ประทับใจคนไข้ติดบ้านคนหนึ่ง แก่ไม่มีกำลังใจในการมีชีวิตต่อ เนื่องจากแกสูญเสียลูกชายที่เป็นเสาหลักของบ้าน เราก็ก้าวมาหาดูแลแกบ่อย หยอกเย้าแกเล่น ให้กำลังใจแกบ่อยๆ ไปวัดความดัน แนะนำการกินข้าว กินยา วันไหนไม่ไปหาแก แกก็จะบ่นกับคนข้างบ้านประจำ ตอนนี้อย่างไรก็กลับมาใช้ชีวิตด้วยตัวเองได้แล้ว”

5) ปัญหา อุปสรรคและประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

การดำเนินงานผู้สูงอายุ มีปัจจัยต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง หากมีการแก้ไข ส่งเสริม สนับสนุนอย่างเหมาะสมก็จะส่งผลให้การดำเนินงานผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการได้รับความร่วมมือ การประสานงาน การสนับสนุนงบประมาณ รวมถึงการพัฒนาความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและการสนับสนุนเครื่องมือที่เพียงพอในการทำงาน ดังผลสัมภาษณ์ดังนี้

“บางทีจะติดขัดเรื่องการเบิกอุปกรณ์ทำแผล เพราะเราต้องไปขอตาม PCU. ที่เป็นเจ้าของพื้นที่เวลาไปขอก็ต้องรอนานพอสมควร เวลาเรารีบๆ เราก็กู้ไปซื้อเองสะดวกกว่า”

“ญาติคนไข้บางคนก็ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา เวลาที่เราเข้าไปดูแลตรงนั้น เขาก็จะคิดว่ามันเป็นหน้าที่ของเรา ไม่ใช่หน้าที่ญาติ เวลาที่เราแนะนำเขาก็ไม่ค่อยปฏิบัติตามเท่าไรจะรอเราเขาไปเยี่ยมอย่างเดียว”

“คนไข้ยากไร้บางคนก็ไม่มีอันจะกินเลย เวลาที่ไปเยี่ยมเราก็ซื้อของกิน ของใช้เข้าไปให้แกทุกครั้ง พอมีเงินค่าดูแลเข้าตรงนี้ก็พอทุนไปได้บ้าง แต่บางทีก็ไม่เพียงพอเพราะสงสารคนไข้”

การอภิปรายผล

ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง

1. จากผลการวิจัย ความสัมพันธ์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงานกับการดำเนินงานผู้สูงอายุของผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง พบว่า บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ทั้งหมดเป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50-54 ปี ระดับการศึกษาสูงส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปริญญาตรี ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ รองลงมาคือ นักวิชาการสาธารณสุขและระยะเวลาการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เฉลี่ยอยู่ที่ 20-24 ปี

ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งจากการสัมภาษณ์บุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) พบว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้และความเข้าใจ รวมถึงบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานตามแผนงานที่วางไว้ รวมถึงมีการนำข้อมูลที่สำรวจ รวมถึงปัญหา อุปสรรค มาวางแผนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และมีการรายงานผู้บังคับบัญชาและติดตามประเมินผลงานตนเองเพื่อพัฒนางานผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ซึ่งบ่งบอกได้ถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Faye L. Hagerling (2558) ศึกษาเรื่องทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะผิดปกติทางจิต พบว่าประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะทางจิตผิดปกติ ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางจิต ระยะเวลาและการสนับสนุนด้านงบประมาณ เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการทางจิต และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Elaina r. tate (2557) เรื่องการจัดการการดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ออกแบบเพื่อรับรองกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพควรได้รับการอบรมความรู้และฝึกฝนอย่างพอเพียงในการดูแลผู้สูงอายุ พร้อมกับมีการวางระบบการบริหารจัดการอย่างมีระบบจึงจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุลดลง และเมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง ได้แก่ การจัดโครงการ/กิจกรรม ที่ส่งเสริมความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ การส่งเสริม สนับสนุน สถานที่ออกกำลังกายในชุมชน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การให้บริการรักษาพยาบาล จ่ายยา/เวชภัณฑ์ และวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ การสนับสนุน จัดหาอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามจำเป็น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=2.87$) ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลนครแห่งหนึ่งได้รับงบประมาณการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครแห่งหนึ่ง ในการจัดทำโครงการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน และการให้คำปรึกษาทั้งทางด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}=2.20$) เมื่อพิจารณาด้านการให้คำปรึกษาทั้งด้านสุขภาพจิต จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางสาธารณสุขและผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) พบว่า บุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (CG) ยังมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการให้คำปรึกษาในเชิงลึกด้านสุขภาพจิตต่อผู้สูงอายุที่มารับคำปรึกษา รวมไปถึงการให้คำปรึกษาญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ดิดเตียง จึงทำให้ทุกครั้ง ที่มีการลงพื้นที่เยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้าน ดิดเตียง ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตด้วย จึงต้องมีการประสานงานนักจิตวิทยาที่เป็นภาคีเครือข่ายในการลงพื้นที่ทุกครั้ง

2.จากผลการวิจัย ความสัมพันธ์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติการและอาชีพหลัก กับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง พบว่าผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มากกว่าครึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50-59 ปี มีระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด คือ ระดับ ประถมศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยอยู่ที่ 1-4 ปี อาชีพหลักของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) คือ รับจ้างทั่วไป

ระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง จากการสัมภาษณ์ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) พบว่า การดำเนินงานผู้สูงอายุมีการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุชุมชนส่งให้ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ลงพื้นที่ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) การประเมินสภาวะผู้สูงอายุ (Typology of Age with Illustration) และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ตามที่กรมอนามัยได้กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์และเพชรฯ ชวนะพันธุ์ (2559) ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อประเมินทักษะความรู้พบว่ามิติด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย สังคมและสิ่งแวดล้อมคะแนนอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80 เมื่อพิจารณาระดับการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครแห่งหนึ่ง แยกเป็นรายด้านแล้วพบว่า การสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งรายงานให้ญาติและเจ้าหน้าที่ทราบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=3.00$) ซึ่งมีความสัมพันธ์สูงกับคุณลักษณะส่วนบุคคลมากกว่าด้านอื่นๆ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) จะมีการสังเกตพฤติกรรมความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบโดยอาศัยความรู้ที่ได้รับการอบรมและมีการรายงานผลต่อผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) เพื่อปรับปรุงแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ji Yeon Park and Kyung Ja June (2554) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้เรื่องสุขภาพเชิงหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชนบท พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของการทำงานเท่ากับ 6.66 ± 3.31 การคำนวณมีค่าเท่ากับ 3.52 ± 1.76 และความเข้าใจเท่ากับ 3.41 ± 2.10 จากกลุ่มตัวอย่าง 39.1% มีคะแนนต่ำกว่าค่ามัธยฐาน ในผลลัพธ์ของการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เรื่องสุขภาพการทำงานคือความรู้พื้นฐานอายุ จำนวนโรคเรื้อรัง สถานะสุขภาพที่รายงานด้วยตนเอง ปัจจัยเหล่านี้คิดเป็น 33.0% ของความรู้เรื่องสุขภาพ ซึ่งทำให้การที่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) สามารถสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุได้มากขึ้นส่งผลจากการอาศัยประสบการณ์ในการทำงานและได้จากการฝึกฝน อบรมจากเจ้าหน้าที่ รองลงมาการส่งต่อผู้สูงอายุที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉิน การเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบส่งต่อที่ถูกต้องและจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=2.98$) จากการสัมภาษณ์ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) พบว่า การดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชนต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจรวมถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารให้เหมาะสม การนอนหลับ การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะ การดูแลแผลกดทับ การให้คำแนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและบริเวณบ้านให้เหมาะสมกับตัวผู้สูงอายุ และวิธีการที่ส่งต่อกรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือการป่วย บาดเจ็บตามระบบการส่งต่อถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนายประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์ (2559) เรื่องการศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 87.50 แต่เป็นที่สังเกตว่าการแนะนำการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุในการเตรียม

ปรุงอาหาร ประกอบอาหาร พร้อมทั้งการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 2.50$) เมื่อพิจารณาด้านการแนะนำการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุในการเตรียม ปรุงอาหาร ประกอบอาหาร พร้อมทั้งการดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ จากการสัมภาษณ์ผู้ช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มักจะเพียงแนะนำการประกอบอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม ให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงเท่านั้น เพราะด้วยเศรษฐกิจของบ้านแต่ละหลังไม่ เท่ากัน รวมถึงบางครอบครัว ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะทำงานนอกบ้านมักจะซื้ออาหารเข้ามาให้ ผู้สูงอายุหรือจ้างบุคคลภายนอกเข้ามาดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้ซึ่งไม่สามารถเลือกซื้ออาหารเองได้ รวมถึงการไม่มีความรู้ในการเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของณปัทม์ สิงห์เลื่อน (2561) เรื่องกิจกรรมการดูแล แรงจูงใจในการดูแล และความพึง พอใจในงานของผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.4 ไม่ได้ผ่านการเตรียมความรู้จากหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ทางด้านร่างกายประกอบด้วย กิจกรรมด้านกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 8.17 กิจกรรม กิจกรรมการดูแล เฉพาะเฉลี่ย 6.50 กิจกรรม กิจกรรมทางด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านสังคม และสอดคล้องการทฤษฎี ของ A. Eertmans, et al (2001) กล่าวว่า พฤติกรรมการกินของมนุษย์ การเลือกอาหารเพื่อการ บริโภค ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในบุคคล เช่น ความชอบอาหาร ประสาทสัมผัส และ ปัจจัยภายนอก เช่น บริบททางสังคม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลให้เกิด การบริโภคอาหารเกิดขึ้นและมีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการกำหนดนโยบาย การพัฒนาศักยภาพของผู้ ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ด้านการทำงานผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการสร้างความพร้อมใน ด้านการปฏิบัติงานและความเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านดูแลสุขภาพ ตลอดจนการสร้าง confianza และความเชื่อมั่นให้ประชาชนมีต่อผู้ช่วยเหลือนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ให้มากขึ้น เพื่อเป็นขวัญ และกำลังใจให้ผู้ช่วยเหลือนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- ฉัตรสมน พุฒินิธิโย. (2558) การทบทวนกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุ สู่การจัดการสุขภาพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 1(2) พฤษภาคม-สิงหาคม: 151
- ณปัทม์ สิงห์เลื่อน. (2561). ศึกษาเรื่องกิจกรรมการดูแล แรงจูงใจในการดูแล และความพึงพอใจในงานของ ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง: วารสารสมาการพยาบาล ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน หน้า 99.

- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์และเพชร ชวนะพันธุ์. (2559). ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, หน้า 30-37.
- ประสิทธิ์ พิริยะไพฑูรย์. (2559). การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุน และส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ พ.ศ. 2560
- Clive Bowman, Malcolm Johnson, David Venables, Chris Foote, Robert L Kane. Geriatric care in the United Kingdom: aligning services to needs. *BMJ*. 1999 Oct 23; 319(7217): 1119–1122. doi: 10.1136/bmj.319.7217.1119)
- Elaina Tate. (2014). How Does Geriatric Care Management Affect Health Outcomes of Geriatric Patients in Hospitals. Pace University, Dyson College of Arts and Sciences, p. 3-4.
- Faye L. Hagerling. (2015). Nurse attitudes toward caring for older patients with delirium. Colorado State University, p.2.
- Frédéric Balard, Marie-Christine Gely-Nargeot, Aline Corvol, Olivier Saint-Jean and Dominique. (2016) Somme Case management for the elderly with complex needs: cross-linking the views of their role held by elderly people, their informal caregivers and the case managers. *BMC Health Services Research*, 16:635. DOI 10.1186/s12913-016-1892-6
- Hirakawa, Yoshihisa. (2016). Care manager as a medical information source for elderly people. *Medical Research Archives*, [S.L.], v. 4, n. 5, sep. 2016. ISSN 2375-1924. Available at: <<https://esmed.org/MRA/mra/article/view/674>>.
- Ji Yeon Park and Kyung Ja June. (2011). Influencing Factors on Functional Health Literacy among the Rural Elderly. *J Korean Acad Community Health Nurs* Vol. 22 (1), 75-85; 75
- Kane RL. Managed care as a vehicle for delivering more effective chronic care for older persons. *J Am Ger Soc*. 1998;46:1034–1039. [PubMed]]
- Robinson R, Steiner A. Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service. Milton Keynes: Open University Press; 1998

Traditional Chinese Medicine Law with Thai Health System

Jularpuk Somsakdanuphap * Narong Chaitiang **

Received 30 August 2020; Revised 18 September 2020; Accepted 26 September 2020

Abstract

Chinese medicine develops from therapeutic experience to survive Chinese illnesses that have accumulated for thousands of years. It plays a role in modern medicine and Thai medicine in healthcare, brought by Chinese people who migrated to Thailand during Sukhothai era. Chinese medicine sees the human body as a whole, making up of basic essential substances. (Jing 精 Essence), power (Qi 气 Qi), and spirit (Shen 神 Spirit), relying on a combination of 4 methods of examination: "Wang 望" "Wen 闻" "Wen 问" "qie". To find out what caused the disease, symptoms, and location of the disease, and the analysis of the mechanism of the disease. Basic principles of traditional Chinese medicine came from the philosophy and ethics of Taoism and Confucius, focusing on holistic health. The standard stipulated in the Chinese medicine practice is the practice of Chinese doctors in various medical facilities in Thailand. There is a health service in the same direction, with quality and professional development standards to protect the benefits of patients. The medical system of treatment is a combination of modern medicine and alternative medicine for greater integration around the treatment. In traditional Chinese medicine. It is necessary to respect and maintain its uniqueness, a holistic concept. Four combined examinations based on the classification of the disease. If you violate the concept and principles, it can't be called Traditional Chinese medicine because its uniqueness is different from the science that makes Traditional Chinese medicine a long-lasting success.

Keywords: Traditional Chinese Medicine; Health System; Standard of Traditional Chinese Medicine Practitioner

¹ Chinese medical teacher School of Medicine, University of Phayao.

² Lecturers, School of Medicine, University of Phayao.

Corresponding Author dream_wan_v2@hotmail.com, kongkangku69@gmail.com

กฎหมายการแพทย์แผนจีนกับระบบสุขภาพไทย

จุฬารัตน์ ศรศักดิ์กานภาพ¹ ณรงค์ ใจเที่ยง^{2*}

วันที่รับบทความ 30 สค.2563; วันที่แก้ไขบทความ 18 กย. 2563; วันที่ตอบรับบทความ 26 กย.2563

บทคัดย่อ

การแพทย์แผนจีนศาสตร์ พัฒนาจากประสบการณ์การรักษาเพื่อความอยู่รอดจากการเจ็บป่วยของชาวจีนที่สะสมมานานหลายพันปี มีบทบาทกับการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ เข้ามาพร้อมคนจีนที่อพยพมาประเทศไทยสมัยกรุงสุโขทัย ศาสตร์แพทย์จีนประกอบขึ้นจากสารจำเป็นพื้นฐาน(จิง 精 Essence) พลัง (ชี่ 气 Qi) และจิตวิญญาณ (เส้น 神 Spirit) โดยตรวบรวมทั้ง 4 วิธี คือ "ว่าง 望" "เหวิน 闻" "เวิน 问" "เชี่ย 切" เพื่อหาปัจจัยก่อโรค คุณลักษณะ ตำแหน่งของโรค วิเคราะห์กลไกการเกิดโรค หลักการพื้นฐานสำคัญของการแพทย์แผนจีน นำปรัชญาและหลักจริยธรรมของเต๋าและขงจื้อ เน้นการมองสุขภาพแบบองค์รวม มีมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนจีนเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์จีนในสถานพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย มีการบริการสุขภาพทิศทางเดียวกัน มีคุณภาพและมาตรฐาน พัฒนาวิชาชีพ คุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ ระบบการแพทย์การรักษาเป็นการประสานการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ากับการแพทย์ทางเลือกต่างๆ เพื่อความสมบูรณ์รอบด้านการรักษามากขึ้น ในการรักษาด้วยการแพทย์แผนจีนจำเป็นต้องเคารพและอ้างไว้ซึ่งความเป็นเอกลักษณ์คือ แนวคิดแบบองค์รวม การตรวบรวมทั้ง 4 วิธีการรักษาตามการจำแนกภาวะโรค หากละเมิดแนวคิดและหลักการ ก็ไม่สามารถเรียกว่าเป็นการแพทย์แผนจีนได้ เพราะความมีเอกลักษณ์อันโดดเด่นแตกต่างไปจากศาสตร์ทำให้การแพทย์แผนจีนสืบเนื่องได้ยาวนาน

คำสำคัญ: การแพทย์แผนจีน; ระบบสุขภาพ; มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนจีน

¹อาจารย์แพทย์จีน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ผู้รับผิดชอบบทความE-mail: dream_whan_v2@hotmail.com, kongkangku69@gmail.com

中医执业医师规则与泰国卫生体系的关联

Jularpuk Somsakdanuphap (朱恬)* Narong Chaitiang**

摘要

中医学是来源于中华民族在数千年前生产与生活实践中的防治疾病以及战胜疾病的经验总结，并在此基础上形成了独特的理论体系。目前中医学加入了不少的泰医学和现代医学的医疗理论体系，这对我国的医疗保健水平及卫生系统有很大的作用。我国的中医学是在素可泰王朝时期，随着华人移居到泰国而传入的。中医学理论是以精、气、神为思维方法，以望、闻、问、切为诊治特点的独特理论体系，在辨证论治的原则上，寻找病因、病机、病位，从而使诊断以及治疗疾病更加准确。结合了道教理论和孔子的道德守则演变出来的整体观，为中医学最重要的基础理论部分。因此，全国各地的中医执业医师执业范围基本一致，是建立在相同的理论基础之上，并且是质量优良的队伍，其规格也越来越高，这些都促进中医职业的不断发展完善，能够保障患者的权利和疗效。目前医疗系统应由各种传统医疗方式与现代医学并存，但是在中医学的诊疗方面应围绕着整体观念的思路、中医四诊方法、辨证论治原则，三者缺一不可，因为中医学是很独特的理论，所以从古至今应该继承发展下去，为提高我国人民的医疗健。

关键词:中医学;卫生系统;中医执业医师规则

*中医医师，医学院，碧瑶大学

**教师，医学院，碧瑶大学

邮件: dream_whan_v2@hotmail.com, kongkangku69@gmail.com

บทนำ

ศาสตร์แพทย์จีนมีการพัฒนาเข้ามาในไทยนับตั้งแต่ พ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบัน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานอันหลากหลายของแพทย์จีน ที่มีภูมิหลัง ประสบการณ์ วิทยุคุณวุฒิ และวิสัยทัศน์ที่แตกต่างกัน การรวมตัวของสมาคมต่างๆ ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้สร้างทางเลือกใหม่ให้แก่วงการแพทย์จีน มีการจัดกิจกรรมเพื่อสมาชิกและสังคมในรูปแบบต่างๆ มากมาย การรวมตัวกันจัดตั้ง “สมาคมแพทย์แผนจีนแห่งประเทศไทย” ขึ้น ยังเป็นการผนึกกำลังความคิด แรงงาน และทุนทรัพย์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนจีนในประเทศไทยปัจจุบัน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสถาบันการแพทย์ไทย-จีนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้ดำเนินการพัฒนามาตรฐานการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย โดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การรวบรวมข้อมูลด้านการแพทย์แผนจีน (2) การจัดการความรู้การแพทย์แผนจีนในประเทศไทย (3) การกำหนดมาตรฐานการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย (4) การบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (5) การผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนปัจจุบัน(เย็นจิตร เตชะดำรงสิน, 2556) มีจุดมุ่งหมายในการนำเสนอพัฒนาการของศาสตร์แพทย์แผนจีน กฎหมายที่เกี่ยวข้องและมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2556 ได้กำหนดให้การแพทย์แผนจีนเป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะ และได้กำหนดนิยามของการแพทย์แผนจีนไว้ดังนี้ “การแพทย์แผนจีน หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์หรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้ความรู้แบบแพทย์แผนจีน” ทางสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน จึงได้จัดทำมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ฉบับนี้ขึ้น เพื่อให้การประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน มีแนวทางการประกอบวิชาชีพอันเป็นมาตรฐาน และเพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการในการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน การแพทย์แผนจีนเน้นให้ความสำคัญอย่างมากกับการเป็นองค์รวมหนึ่งเดียวกันของอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย ตลอดไปถึงความสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียวกันกับธรรมชาติมีความเห็นว่าร่างกายมนุษย์นั้นประกอบขึ้นจากหน่วยต่างๆ ซึ่งในด้านโครงสร้างนั้นไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ในด้านการทำหน้าที่นั้นต้องประสานสอดคล้องพึ่งพากันและกัน ในด้านการเกิดโรคนั้นล้วนส่งผลกระทบต่อกัน ร่างกายมนุษย์สัมพันธ์กับธรรมชาติอย่างแนบแน่น

ดังนั้นการมีชีวิตของมนุษย์รวมไปถึงการเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงของโรคต่างๆ ล้วนสัมพันธ์กับธรรมชาติอย่างแนบแน่น ซึ่งก็คือหลักแนวคิด "ฟ้าและมนุษย์รวมเป็นหนึ่ง" นอกจากนี้เนื่องจากกายกับจิตเป็นอันหนึ่งเดียวกันดังนั้นในการรักษาโรคจึงต้องให้ความสำคัญกับสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย(ราชกิจจานุเบกษา,2556)

ศาสตร์การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine) มีประวัติมายาวนานกว่า 5,000 ปีเป็นศาสตร์ที่สืบทอดมาจากการสังเกตประสบการณ์จริงในการต่อสู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อดำรงชีวิตท่ามกลางธรรมชาติและโรคภัยไข้เจ็บที่คอยเบียดเบียนของมนุษยชาติผสมผสานเข้ากับปรัชญาโบราณ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ธรรมชาติและวิทยาศาสตร์สังคม ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นเป็นทฤษฎีทางการแพทย์เมื่อมีทฤษฎีทางการแพทย์แผนจีนเกิดขึ้น (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2556) ก็ย้อนกลับมาซึ่งการปฏิบัติรักษาจริงในทางคลินิก และประสบการณ์ทางคลินิกที่ได้ก็นำมาเติมเต็มและพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์แผนจีนอย่างต่อเนื่อง ส่งต่อความรู้จากรุ่นสู่รุ่นผ่านการรวบรวมกลั่นกรองสรุปยกระดับให้เป็นระบบจนกลายเป็นทฤษฎีพื้นฐานให้แพทย์จีนรุ่นหลังได้ยึดถือเป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติเรื่อยมาการแพทย์แผนจีนเน้นให้ความสำคัญอย่างมากกับการเป็นองค์รวมหนึ่งเดียวกันของอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย ตลอดไปถึงความสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียวกันกับธรรมชาติมีความเห็นว่าร่างกายมนุษย์นั้นประกอบขึ้นจากหน่วยต่างๆ ซึ่งในด้านโครงสร้างนั้นไม่สามารถแยกออกจากกันได้ในด้านการทำหน้าที่นั้นต้องประสานสอดคล้องพึ่งพากันและกัน ในด้านการเกิดโรคนั้นล้วนส่งผลกระทบต่อกัน ร่างกายมนุษย์สัมพันธ์กับธรรมชาติอย่างแนบแน่น ดังนั้นการมีชีวิตของมนุษย์รวมไปถึงการเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงของโรคต่างๆ ล้วนสัมพันธ์กับธรรมชาติอย่างแนบแน่น ซึ่งก็คือหลักแนวคิด "ฟ้าและมนุษย์รวมเป็นหนึ่ง" นอกจากนี้เนื่องจากกายกับจิตเป็นอันหนึ่งเดียวกันดังนั้นในการรักษาโรคจึงต้องให้ความสำคัญกับสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วยการรักษาตามการจำแนกภาวะโรค เป็นวิธีการตรวจและรักษาโรคอันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของการแพทย์แผนจีน การจำแนกภาวะโรคหมายถึง การรวบรวมข้อมูลอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่ปรากฏออกมาของโรค อันได้มาจากการตรวจร่วมทั้ง 4 วิธี ("ว่าง 望" หมายถึง การดู "เหวิน 闻" หมายถึง การดมกลิ่นหรือการฟังเสียง "เวิน 问" หมายถึง การซักถาม "เฉีย 切" หมายถึง การตรวจชีพจรหรือที่เรียกกันทั่วไปว่าการแมะ รวมถึงการกดเคาะคลำ) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์สังเคราะห์สรุปและจำแนกแยกแยะ แล้วลงความเห็นวินิจฉัยว่าเป็นโรคอะไรและเป็นภาวะโรคใด การรักษา

ตามการจำแนกภาวะโรค จึงเป็นการนำผลของการจำแนกภาวะโรคมากำหนดแนวทางและวิธีการรักษา การเลือกใช้ตำรับยา การเพิ่มลดตัวยาในตำรับ หรือเลือกการรักษาด้วยการฝังเข็ม หรือการรักษาด้วยการนวดทุยหนา ในการแพทย์แผนจีนนั้น การรักษาตามการจำแนกภาวะโรคต้องยึดเอาอาการที่แสดงออกมาในทางคลินิกเป็นหลัก ต้องผ่านการจำแนกภาวะโรคแล้วจึงรักษา กำหนดแนวทางรักษาตำรับและตัวยา ไม่ได้เป็นการรักษาหรือใช้ยาโดยดูเพียงแค่ว่าเป็นโรคอะไร เช่นนี้จึงจัดได้ว่าเป็นแนวคิดแบบองค์รวมอันเป็นวิธีการตรวจรักษาอันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของการแพทย์แผนจีนอย่างแท้จริงการแพทย์แผนจีนมองร่างกายมนุษย์ว่าเป็นองค์รวมที่ประกอบขึ้นจากสารจำเป็นพื้นฐาน(จิง 精 Essence) พลัง (ชี 气 Qi) และจิตวิญญาณ (เสิน 神 Spirit) อาศัยการตรวจรวมทั้ง 4 วิธีคือ "ว่าง 望" "เหวิน 闻" "เ็น 问" "เสีย 切" เพื่อค้นหาปัจจัยก่อโรค คุณลักษณะของโรค ตำแหน่งของโรค ทำการวิเคราะห์กลไกการเกิดโรค อวัยวะต้นทั้งห้าและอวัยวะกลางทั้งหก เส้นลมปราณและข้อต่อต่างๆ การเปลี่ยนแปลงของพลัง , เลือดและสารน้ำต่างๆในร่างกาย ทำการแยกแยะความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของพลังพื้นฐานของร่างกายและปัจจัยก่อโรค จึงได้การวินิจฉัยชื่อโรค แยกแยะภาวะโรค อาศัยหลักการรักษาตามการจำแนกภาวะโรคทำการกำหนดเลือกแนวการรักษาทั้งแปด คือ การขับเหงื่อ (ฮั่น 汗) การทำให้อาเจียน (ทุ 吐) การทำให้ถ่ายระบาย (เสีย 下) การปรับสภาพให้สอดคล้องกัน (เหอ 和) การทำให้อบอุ่น (เวิน 温) การขจัดความร้อน (ชิง 清) การบำรุง (บู 补) และการขจัดปัจจัยก่อโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป (เสียว 消) จากนั้นเลือกใช้รูปแบบในการรักษาต่างๆที่เหมาะสม อาทิการใช้ยาสมุนไพร การฝังเข็มและรมยาการนวดทุยหนา การเจาะปล่อยเลือด การกดจุด การใช้ชี่กงรักษา การใช้อาหารรักษา หรือการใช้การออกกำลังกายแบบต่างๆรักษา เพื่อช่วยเหลือร่างกายในการฟื้นคืนสภาวะสมดุลของอินหยางอันจะทำให้ร่างกายกลับมาแข็งแรงเป็นปกติได้เอง ทั้งเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โดยหากยังไม่เป็นโรคให้ป้องกันไว้ก่อน หากเป็นโรคแล้วให้ป้องกันการพัฒนาของโรค หากในผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงก็สามารถชะลอการพัฒนาและลดความรุนแรงของโรคลง ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตที่ยังเหลือเวลาอยู่ของผู้ป่วยให้มีความสุขสบายขึ้น ดังนั้นแพทย์แผนจีนทุกคนจึงจำเป็นต้องผ่านการศึกษาทฤษฎีและต้องมีการฝึกปฏิบัติทางคลินิก จนกระทั่งเกิดความชำนาญ สามารถนำเสนอแนวทางและวิธีการรักษาโรคที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละรายได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558)

ความหมายของการประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน

การประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนจีน หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์หรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค วินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพโดยใช้ความรู้แบบแพทย์แผนจีน ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ต้องมีคุณสมบัติพื้นฐาน ดังนี้ (พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ, 2556)

ตามความในพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 32 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2550 และมาตรา 33 (7) ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2556 กำหนดให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนต้องมีความรู้ในวิชาชีพ คือ เป็นผู้ได้รับปริญญาสาขาการแพทย์แผนจีน จากสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีนรับรองและต้องสอบผ่านความรู้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีนกำหนด สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศซึ่งมิได้มีสัญชาติไทยต้องได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนจากประเทศที่สำเร็จการศึกษาด้วย

1. มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม
2. มีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และมีเจตคติที่ดีรวมทั้งอุทิศตัวเพื่อประกอบโรคศิลปะตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพการแพทย์แผนจีน และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
3. มีความรู้การตรวจโรค การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาผู้ป่วย การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนจีนความสามารถ มีความรับผิดชอบ และมีทักษะที่เหมาะสมทางวิชาการแพทย์แผนจีน
4. มีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน และกฎหมายทั่วไปในฐานะพลเมืองดี
5. มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวกับ สภาพสังคม เศรษฐกิจการเมืองและวัฒนธรรมนโยบายสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแผนพัฒนาการแพทย์แผนจีน แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การบริหาร สังคมศาสตร์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการประกอบวิชาชีพ

6. มีความใฝ่รู้มีความสามารถในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และเข้าใจการศึกษาวิจัย
ขั้นต้นเพื่อพัฒนาวิชาชีพแพทย์แผนจีน

7. มีความสามารถและทัศนคติที่ดีในการประสานความร่วมมือ ติดต่อสื่อสาร และ
สร้างมนุษยสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ประชาชน ผู้ร่วมงาน และบุคลากรสาธารณสุข
ด้านอื่นๆ

8. มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาชีพการแพทย์แผนจีน เผยแพร่
ความรู้ให้แก่ผู้ป่วย นักเรียน นิสิต นักศึกษา และประชาชน รวมทั้งสามารถเสนอข้อมูลต่อ
ชุมชนได้

2.กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนจีน

2.1 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2556 ได้กำหนดให้
การแพทย์แผนจีนเป็นสาขาหนึ่งของการประกอบโรคศิลปะ และได้กำหนดนิยามของการแพทย์
แผนจีนไว้ดังนี้"การแพทย์แผนจีน หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์หรือมุ่งหมายจะกระทำ
ต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและ
การฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้ความรู้แบบแพทย์แผนจีน"

2.2 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้ประกอบ
โรคศิลปะ พ.ศ.2559 ซึ่งได้ดำเนินการเกี่ยวกับการโฆษณาการประกอบโรคศิลปะ สื่อ การเผยแพร่
การประกอบโรคศิลปะ การปฏิบัติต่อวิชาชีพ การทดลองต่อมนุษย์ และการปฏิบัติตนใน
สถานพยาบาล

2.3 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 โดยกำหนดบทบาทบาง
ประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล มีการดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาชีพ
ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนจีน การควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พนักงานเจ้าหน้าที่ที่
เกี่ยวข้องกับการวิชาชีพ การอุทธรณ์ และบทกำหนดโทษที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการแพทย์แผนจีน

2.4 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวิชาชีพ
การแพทย์แผนจีน โดยกล่าวถึงสถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรค
ศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบกิจการสถานพยาบาลและ การ
ดำเนินการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนจีน การปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่
การปิดสถานพยาบาลและเพิกถอนใบอนุญาตของผู้ประกอบโรคศิลปะ และบทกำหนดโทษ

2.5 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ แพทย์แผนจีน ซึ่งยาประกอบด้วย ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาใช้ภายนอก ยาใช้เฉพาะที่ ยาสามัญประจำบ้าน ยาบรรจุน้ำยา ยาสมุนไพร เกสซ์เคมีภัณฑ์ เกสซ์เคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป การประกอบวิชาชีพเวชกรรม การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ การบำบัดโรคสัตว์ ผลิตภัณฑ์ สารออกฤทธิ์ ความรุนแรงของสารออกฤทธิ์ ฉลาก เอกสารกำกับยา ตำรับยา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนจีน

2.6 ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลกระทำการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนในความควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน พ.ศ.2555 เป็นการดูแลหรือกำกับดูแลบุคคลที่สถานพยาบาลจะมอบหมายให้ทำการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน

มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน

มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน (Professional Standards of Practitioner for Traditional Chinese Medicine) ได้กำหนดองค์ประกอบของมาตรฐานไว้ 11 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 ด้านผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน

สุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม

มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติแห่ง พ.ศ. 2550 มาตรา 3 สุขภาพ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลปัญญา หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลของความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจอันดีงามและความ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ต้องมีคุณสมบัติตามกฎกระทรวงสาธารณสุขอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์เป็นผู้มีความรู้สาขาการแพทย์แผนจีน ต้องมีความรู้ในวิชาชีพ คือเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนจีนจากสถาบันการศึกษาในประเทศหรือต่างประเทศ ที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีนรับรอง และต้องสอบผ่านความรู้ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีนกำหนดและได้รับใบอนุญาต

ให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศซึ่งมีได้ มีสัญชาติไทย ต้องได้รับใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนจากประเทศที่ สำเร็จการศึกษาด้วย ตามมาตรา 33 (7) แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะพ.ศ.2542 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่4) พ.ศ.2556 หรือผู้ที่ได้รับความรู้การแพทย์แผนจีนจากบรรพบุรุษและ ผ่านการประเมินความรู้ของคณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน ปีพ.ศ.2553– 2554 และได้รับใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ไม่เป็นผู้มีความ ประพฤติเสียหายจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำ พิพากษาถึงที่สุดในคดีที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพหรือเป็นโรคที่ไม่สมควรเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ

มีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และมีเจตคติที่ดีรวมทั้งอุทิศตัว ประกอบโรคศิลปะตามปรัชญาแห่งวิชาชีพการแพทย์แผนจีน และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ผู้ ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ต้องเข้าใจหลักกรรมทางศาสนา และสามารถนำ หลักกรรมนั้นมากำกับความรู้ในการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนจีน เพื่อทำในสิ่งดีงามและ ถูกต้อง มีคุณธรรม และศีลธรรมดีงามผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ต้องมี จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และปฏิบัติตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้ประกอบโรคศิลปะสาข การแพทย์แผนจีน มีเจตคติที่ดีต่อการแพทย์แผนจีน และการให้บริการการแพทย์แผนจีน มี ความตั้งใจและสามารถปฏิบัติงานให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน มี ความสามารถและความตั้งใจที่จะประสานความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพทุกสาขาวิชาชีพ มี ความรู้ความเข้าใจในสภาพสังคมไทย และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

มีความรู้ความสามารถ ความรับผิดชอบ และทักษะทางวิชาการแพทย์แผนจีนเกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาผู้ป่วย การป้องกันโรค การสร้างเสริมและฟื้นฟู สุขภาพด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนจีนมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องใน การประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน และกฎหมายทั่วไปในฐานะพลเมืองดี ความรู้ ความเข้าใจ สภาพสังคม เศรษฐกิจการเมืองและวัฒนธรรม นโยบายสาธารณสุข แผนพัฒนา สุขภาพแห่งชาติแผนพัฒนาการแพทย์แผนจีน แผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การบริหาร สังคมศาสตร์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความใฝ่รู้มีความสามารถในการเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง และเข้าใจการศึกษาวิจัยขั้นต้นเพื่อพัฒนาวิชาชีพแพทย์แผนจีน มีความสามารถ และทัศนคติที่ดีในการประสานความร่วมมือ ติดต่อสื่อสาร และสร้างมนุษยสัมพันธ์อันดีกับ

ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ประชาชน ผู้ร่วมงาน และบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่นๆ มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาชีพการแพทย์แผนจีน เผยแพร่ความรู้ให้แก่ผู้ป่วย นักเรียน นิสิต นักศึกษา และประชาชน รวมทั้งสามารถเสนอข้อมูลต่อชุมชนได้

มาตรฐานที่ 2 ด้านการบริหารจัดการและการบริการ

การบริหารจัดการและการบริการทางการแพทย์แผนจีน เป็นการบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ที่ต้องอาศัยหลักการและแนวทางการตรวจวินิจฉัย การจำแนกโรค และการจำแนกกลุ่มอาการหรือภาวะโรค การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยการใช้ยาสมุนไพรจีน การฝังเข็มการรมยา และเทคนิควิธีการอื่นๆตามหลักการแพทย์แผนจีน อันประกอบด้วย การบำบัดรักษาทางอายุรกรรมภายใน (内科) อายุรกรรมภายนอก (外科) แผนกกุมาร (儿科) แผนกนรีเวช (妇科) แผนกโสตสอนาสิก (五官科) แผนกโรคผิวหนัง (皮肤科) การบำบัดรักษาด้านบุรุษเวช (男科) การบำบัดรักษาด้านระบบประสาท (神经内科) แผนกฝังเข็ม (针灸科) แผนกนวดทุยหนา (推拿科) และแผนกอื่นๆ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (中医养生科) การพัฒนาความรู้ของผู้ประกอบโรคศิลปะ การศึกษาค้นคว้าและวิจัย การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ตามองค์ความรู้ของศาสตร์การแพทย์แผนจีนอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้และมีความเที่ยงตรงนั้นจะต้องมีการกำหนดแนวทางการบริหารจัดการและการบริการ

มาตรฐานที่ 3 ด้านการตรวจวินิจฉัยและจำแนกโรค

การปฏิบัติการตรวจวินิจฉัย และจำแนกโรค ต่อผู้รับบริการ แพทย์แผนจีนต้องใช้หลักความรู้ความสามารถด้านศาสตร์การแพทย์แผนจีน การตรวจวินิจฉัยแยกกลุ่มอาการโรค และสภาวะโรค ศึกษารายละเอียดข้อมูลของผู้ป่วยและตรวจสภาพร่างกายและจิตใจ กลไกสาเหตุของปัญหาการเจ็บป่วย ด้วยกระบวนการทางการแพทย์แผนจีนให้ครบถ้วน ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเอกสารส่งต่อ หรือจากผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ หรือข้อมูลอื่นที่ผู้ป่วยนำมาประกอบการรักษา ให้ผู้รับบริการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพอสังเขป เช่น ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ รวมทั้งอาการสำคัญที่มารับบริการ โรคประจำตัวและการแพ้ยา ตรวจวัดความดันโลหิต และชั่งน้ำหนัก สร้างความคุ้นเคยกับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการตรวจ ด้วยการเริ่มต้นทักทาย แสดงความเป็นมิตร พร้อมกับแนะนำรายละเอียดการให้บริการที่สำคัญ ดำเนินการตรวจวินิจฉัย ตามหลักการแพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยโรคตามหลักการแพทย์แผนจีน (辨

病) ให้การจำแนกกลุ่มอาการของโรคหรือสภาวะโรคเพื่อกำหนดวิธีการรักษา (**辨证论治**) วิเคราะห์หลักการรักษา (**治则**) ตามผลการจำแนกกลุ่มอาการโรค กำหนดตำรับการรักษา (**处方**) ให้คำแนะนำข้อมูลและวิธีการรักษาเบื้องต้น เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจในสภาวะโรคบันทึกรายละเอียดการตรวจวินิจฉัย และลงลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจ

มาตรฐาน 4 ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

เมื่อแพทย์จีนได้ทำการตรวจวินิจฉัย และจำแนกโรคหรือกลุ่มอาการของผู้ป่วยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว แพทย์จีนควรทำการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามหลักการกำหนดหลักการหรือวิธีการรักษา(จื่อเจ้อ จื่อฝ่า) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน โดยพิจารณาจากโรคหรือกลุ่มอาการ และหรือร่วมกับอายุ เพศ วิถีความเป็นอยู่ของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมคัดเลือกรูปแบบการรักษาที่เหมาะสมกับโรคหรืออาการของผู้ป่วย อาจมีหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่งรูปแบบในการบำบัดรักษาโรค แพทย์จีนควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ควรติดตามผลภายหลังการรักษาตามความเหมาะสมของโรค ควรทำการสรุปรายงานผลการรักษาเมื่อครบตามแผนการรักษา เพื่อเป็นการประเมินผลการรักษา และเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาต่อไป หรือเป็นฐานข้อมูลในการทำวิจัยต่อไปทั้งนี้ควรมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร การส่งต่อผู้ป่วย แพทย์จีนต้องมีความละเอียดรอบคอบตลอดการทำการบำบัดรักษาผู้ป่วย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยภายในขอบเขตการแพทย์แผนจีนที่ทางกฎหมายกำหนด เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ หรือเหตุไม่พึงประสงค์ และควรหลีกเลี่ยงวิธีการรักษาที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น การทำการบำบัดรักษาในทุกรูปแบบตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน อาจเกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างการรักษา ดังนั้นแพทย์จีนควรมีการทบทวนความเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาจากการรักษา แล้วหาวิธีการแก้ไข้ปัญหาและการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำ เช่น การบันทึกเหตุการณ์การเมาเข็ม นำผลการบันทึกมาประชุมหารือ เพื่อหาแนวทางป้องกัน แพทย์จีนพึงนำความรู้ด้านศาสตร์การแพทย์แผนจีน มาใช้ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้และมีวิธีการป้องกัน ตั้งแต่ก่อนการเกิดโรคของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ

มาตรฐานที่ 5 ด้านการใช้สมุนไพรและตำรับยา

ยาจีนและ/หรือตำรับยาจีน ที่ใช้แก่ผู้ป่วยต้องสอดคล้องกับวิธีการรักษาที่ได้จากผลการตรวจวินิจฉัยตามหลักการแพทย์แผนจีน และเป็นไปตามสภาพของผู้ป่วย ยาจีน เป็นยาที่ได้จากเครื่องยา เกสซ์วัตถุ ทั้งพืช สัตว์และแร่ธาตุในธรรมชาติทั้งในสภาพดั้งเดิม ต้องผ่านการ

เตรียม การแปรรูป และหรือการปรุงขึ้นตามหลักการแพทย์แผนจีน หรือตามตำรับยาจีน ตำรับยาจีน เป็นสูตรส่วนผสมของเครื่องยา เกสซ์วัตถุ พร้อมวิธีการเตรียม การปรุงการแปรรูปการผลิตขึ้นและการใช้ยา ขนาดการบริโภคและอื่นๆ ต้องปฏิบัติตามหลักการแพทย์แผนจีน ยาจีนที่แพทย์จีนใช้มี 3 ประเภท ยาสำเร็จรูปหรือยาที่ปรุงขึ้นหรือผลิตขึ้น ควรปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยยา ยาต้ม เป็นยาในสภาพของเครื่องยา เกสซ์วัตถุทั้งหลายซึ่งจัดขึ้นตามตำรับ หรือตามใบสั่งยาที่แพทย์จีนออกให้ ยาเตรียม เป็นยาซึ่งแพทย์จีนจัดเตรียม แปรรูป ปรุงหรือผลิตขึ้นเพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยตน มีรูปแบบดังเช่น ยาน้ำ ยาผง ยาเม็ด ยาแคปซูล ยาลูกกลอน ยากวิน ยาหมัก ยาตอง ยาตองเหล้า ยารม ยาพอก ยาครีม ยากลั่นและยารูปแบบอื่นๆ เฉพาะที่เตรียมขึ้น แพทย์จีนควรเตรียมตามหลักการแพทย์แผนจีน การควบคุมคุณภาพยาจีน ให้มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ แพทย์จีนควรปรุงยาเอง และให้ความร่วมมือแก่คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจในการตรวจสอบคุณภาพยาจีน ตำรับยาจีนอย่างสม่ำเสมอ การเก็บรักษา จัดให้มีสถานที่ ขึ้น ตู้ยาที่เหมาะสม โดยแยกเป็นสัดส่วนชัดเจนตามรูปแบบ ชนิด ลักษณะของยานั้นๆ ให้มีความสะอาด ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้คุณภาพของยาเสื่อมเสีย ปนเปื้อน กรณีที่สถานพยาบาลสามารถจัดยาให้ผู้ป่วยได้ให้ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนออกใบสั่งยา โดยจะต้องจัดทำสำเนาใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยคำแนะนำในการรักษาด้วยยาและ/หรือตำรับยาจีน แพทย์จีนต้องให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันควรแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจกระบวนการรักษา การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง อันเป็นการส่งเสริมให้การรักษาเป็นไปอย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเป็นการป้องกันผลเสียอันอาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาและ/หรือตำรับยาจีนอย่างไม่ถูกต้อง เช่น วิธีการต้มยา วิธีการรับประทานยา วิธีการใช้ยาข้อห้ามระหว่างใช้ยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการใช้ยา เช่น มีอาการท้องเสียหลังรับประทานยา การติดตามผลการรักษาการรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้ยาและ/หรือตำรับยาควรมีการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยอาจต้องมีการปรับยา และ/หรือตำรับยา เพื่อความเหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นระยะๆ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและเข้าใจเพื่อติดตามผลการรักษาด้วยการนัดหมายหรือวิธีการอื่นๆเท่าที่จำเป็น

มาตรฐานที่ 6 ด้านการฝังเข็มและรมยา

การฝังเข็มเป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์การแพทย์แผนจีน ประกอบด้วยการฝังเข็มและรมยาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษา บรรเทา ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยกระทำต่อจุดฝังเข็มบนเส้นลมปราณ ซึ่งอยู่บนผิวหนังภายนอกร่างกาย การฝังเข็มและรมยาจะอิงทฤษฎีเส้น

ลมปราณและทฤษฎีพื้นฐานแพทย์จีน ได้แก่ ทฤษฎีอินหยาง ทฤษฎีอู่สิง ทฤษฎีจางฝู (อวัยวะภายใน) ทฤษฎีซี่เลือดจินเย่ ต้องมีการตรวจวินิจฉัยและการเบียนเจิ้งมาประกอบในการตรวจรักษา การฝังเข็มยังให้ความสำคัญต่อหัตถการคือ การกระตุ้น การหมุนเข็ม วิธีการฝังเข็มยังแตกแขนงออกไปอีกเช่น การฝังเข็มคีระชะ การฝังเข็มหูการฝังเข็มรอบดวงตา

มาตรฐานที่ 7 ด้านการนวดทุยหนา

การนวดทุยหนาเป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์การแพทย์แผนจีนโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อรักษาบรรเทา ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ท่านวดต่าง ๆ ประมาณ 28 ท่า กระทำบนจุดฝังเข็มหรือบนเส้นลมปราณซึ่งอยู่บนผิวหนังภายนอกร่างกาย หรือกระทำบนตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บเช่น กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ ข้อต่อ เป็นต้น โดยการนวดทุยหนาจะอิงทฤษฎีเส้นลมปราณและยังใช้ทฤษฎีพื้นฐานแพทย์จีนคือ ทฤษฎีอิน-หยาง ทฤษฎีอู่สิง ทฤษฎีจางฝู (อวัยวะภายใน) ทฤษฎีซี่เลือดจินเย่การวินิจฉัย และการเบียนเจิ้ง นอกจากนี้ยังมีการตรวจร่างกายอื่นๆ มาประกอบในการตรวจรักษา นอกจากนี้การนวดทุยหนายังต้องใช้อุปกรณ์อื่น ๆ ร่วมในการรักษา เช่น เตียนนวด ฆ้อนนวด แป้งฝุ่น การครอบกระปุก การอบยาสมุนไพร และยาใช้ภายนอกอื่น ๆ เป็นต้น ในบางกรณีการทุยหนายังสามารถใช้ร่วมกับการใช้ยาสมุนไพรจีน ผู้ประกอบโรคศิลปะจะให้การบำบัดด้วยการนวดทุยหนา

มาตรฐานที่ 8 ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

แพทย์แผนจีนควรแนะนำ และให้ความรู้ด้านศาสตร์การแพทย์แผนจีนแก่ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป เพื่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนการเกิดโรคด้วยการถ่ายทอดความรู้ทางแพทย์แผนจีน คำแนะนำ การทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การณรงค์ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง และปลอดภัยจากโรค ด้วยกระบวนการต่อไปนี้ 1) ให้การแนะนำก่อนเกิดโรค 2) ให้คำแนะนำตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนแก่กลุ่มที่ไม่แข็งแรงแต่ยังไม่แสดงอาการเจ็บป่วย 3) พัฒนาวิชาการและแนวทางการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ 9 ด้านการพัฒนาความรู้วิชาการและการจัดฝึกอบรม

ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนจีน มีการพัฒนาตนเองทั้งความรู้และทักษะในด้านวิชาการโดยการศึกษาค้นคว้าวิจัยจากแหล่งข้อมูล ตำรา เอกสารวิชาการที่น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ รวมถึงเข้ารับการฝึกอบรม ร่วมกิจกรรมทางด้านวิชาการ ประชุมวิชาการและ/หรือการสัมมนา เพื่อพัฒนาและเพิ่มพูนทักษะ การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องนำเอาประสบการณ์ความรู้ทางศาสตร์การแพทย์แผนจีนมาถ่ายทอด แปรและเรียบ

เรียงประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน บรรยาย เผยแพร่ ฝึกอบรมและ/หรือเป็นวิทยากร เพื่อผลิตเป็นเอกสาร ตำรา คู่มือทางวิชาการ เอกสารประกอบการเรียนการสอน เป็นแนวทางสนับสนุนงานด้านวิชาการอื่นๆ และในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนจีน ควรมีบทบาทในการสอน ฝึกอบรมและเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการแก่บุคลากรของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ตลอดจนเพื่อพัฒนาหลักสูตรด้านการแพทย์แผนจีน ดำเนินการฝึกอบรม การสอน บรรยายแก่สถาบันอุดมศึกษา ระดับปริญญา บัณฑิตศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

มาตรฐานที่ 10 ด้านการค้นคว้าวิจัย

ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน ควรมีการพัฒนาความรู้วิชาการทางการแพทย์แผนจีน เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญโดยการศึกษาค้นคว้าวิจัยทางด้านศาสตร์การแพทย์แผนจีนด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิชาการอย่างเป็นระบบ ตามหลักทางวิทยาศาสตร์ที่น่าเชื่อถือด้วยการกำหนดขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงานทางคลินิก การศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารวิชาการ การประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนควรสนใจการนำข้อมูลการบริการคลินิกเฉพาะทางในเชิงปริมาณ และความหลากหลายของผู้รับบริการ เป็นประโยชน์ในกระบวนการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อพัฒนาความรู้ทางด้านวิชาการศาสตร์การแพทย์แผนจีนให้ทันสมัย และเป็นประโยชน์ต่อผู้ร่วมวิชาชีพในการปฏิบัติงานต่อไป ด้วยกระบวนการ ดังต่อไปนี้ 1) ประเมินความสนใจทางวิชาการเพื่อการค้นคว้าวิจัย 2) กำหนดเรื่องที่สนใจในการศึกษาค้นคว้าวิจัย 3) ออกแบบและวางแผนแนวทางการศึกษาค้นคว้าวิจัย 4) ดำเนินการวิจัย ด้วยการทบทวนข้อมูลทางวิชาการ เก็บรวบรวมข้อมูลประมวล และวิเคราะห์ผลข้อมูล สรุปรายงานผลการศึกษาวิจัย เผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยในรูปแบบต่างๆ 5) ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยควรคำนึงถึงระเบียบการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย และจรรยาบรรณการวิจัยในมนุษย์

มาตรฐานที่ 11 ด้านการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูล

การประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของการแพทย์แผนจีน เป็นการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนจีนผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น ทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์เคเบิลทีวีวิทยุกระจายเสียง เครื่องขยายเสียง การฉายภาพหรือภาพยนตร์หรือผ่านทางสื่อสิ่งพิมพ์ทุกชนิด เช่น แผ่นพับ ใบปลิว หนังสือ นิตยสาร วารสาร และสื่ออื่นๆ รวมถึงแผ่นป้ายโฆษณา วัสดุอื่นๆ ที่มีข้อความโฆษณาให้ประชาชนทราบ ควรคำนึงถึงหลักความถูกต้อง ความมีคุณธรรม จริยธรรม ศีลธรรมอันดีงามในการใช้ถ้อยความ หลักจรรยาบรรณแห่ง

วิชาชีพ รวมทั้งการเคารพสิทธิของบุคคล ประโยชน์ต่อสาธารณชน รั้วมดัระวังการกระทำอันผิดต่อหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้คือ 1) แพทย์แผนจีนควรจะตระหนักการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแพทย์แผนจีนที่ถูกต้อง โดยมีหลักฐานอ้างอิง งานวิจัยรองรับ หรือมีการเขียนอ้างอิงจากแหล่งที่เชื่อถือได้

2) ในสถานพยาบาลควรมีการเผยแพร่ข้อมูล ความรู้ในรูปแบบเอกสารการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์แผนจีนที่เหมาะสม 3) การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน ควรรั้วมดัระวังการแอบอ้างความเกินเลยของหลักวิชาการ ด้วยการขาดหลักฐานที่ถูกต้อง หรือทำให้ประชาชนหลงเชื่อข้อมูลที่ขาดการตรวจสอบความถูกต้อง 4) ควรใช้ภาษาที่สุภาพ ให้เกียรติบุคคลอื่นเยี่ยงวิญญูชน 5) ควรศึกษากลุ่มเป้าหมายที่จะรับสื่อ วิเคราะห์ความจำเป็น และประโยชน์ที่จะได้รับผ่านสื่อ 6) ควรศึกษาค้นคว้าข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เพื่อเตรียมการให้ข้อมูลผ่านสื่ออย่างน่าเชื่อถือ ตามหลักวิทยาศาสตร์

บทสรุป

การแพทย์แผนจีน เป็นระบบการแพทย์รูปแบบหนึ่งที่ยังคงอยู่ และมีบทบาทในระบบการดูแลสุขภาพของคนไทย มีบทบาทสำคัญต่องานสุขภาพเนื่องจากแพทย์แผนจีนมีขอบเขตการรักษากว้างขวาง ต้นทุนการรักษาต่ำ สามารถกระจาย การบริการได้ง่าย เหมาะสำหรับการประชากรส่วนใหญ่ที่อยู่ในภาคชนบทของประเทศ ศาสตร์แพทย์แผนจีนมีข้อเด่นเป็นภูมิปัญญาเป็นแนวคิดทาง วัฒนธรรม ที่สามารถนำมาใช้ให้สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ ที่มองความสัมพันธ์ของร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมเชื่อมสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียว ไม่ได้ยึดเอา "โรค" เป็นหลัก แต่ให้ความสำคัญของร่างกายผู้ป่วย ซึ่งเป็นระบบหนึ่งในระบบองค์รวมของธรรมชาติ สามารถนำไปผสมผสานกับการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อเสริมจุดอ่อนซึ่งกันและกันได้ สามารถนำไปประยุกต์กับระบบประกันสุขภาพในเมือง การรักษา ส่งเสริมป้องกันในระบบสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ และการช่วยให้มีสุขภาพและอายุที่ยืนยาว วงการแพทย์จีนในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานอันหลากหลายของแพทย์จีน ที่มีภูมิหลัง ประสบการณ์ วิทยุคุณวุฒิ และวิสัยทัศน์ที่แตกต่างกัน การรวมตัวของสมาคมต่างๆ ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้สร้างทางเลือกใหม่ให้แก่วงการแพทย์จีน มีการจัดกิจกรรมเพื่อสมาชิกและสังคมในรูปแบบต่างๆ มากมาย การรวมตัวกันจัดตั้ง "สมาคมแพทย์แผนจีนแห่งประเทศไทย" ขึ้น ยิ่งเป็นการฝึกกำลังความคิด แรงงาน และทุนทรัพย์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนจีนใน

ประเทศไทย ปัจจุบันกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสถาบันการแพทย์ไทย-จีนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้ดำเนินการพัฒนามาตรฐานการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย โดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การรวบรวมข้อมูลด้านการแพทย์แผนจีน (2) การจัดการความรู้การแพทย์แผนจีนในประเทศไทย (3) การกำหนดมาตรฐานการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย (4) การบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (5) การผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนจีนและการแพทย์แผนปัจจุบัน ปัจจุบันการแพทย์แผนจีนเป็นการแพทย์

ทางเลือกซึ่งเป็นที่นิยมในสังคมไทย เนื่องจากความสัมพันธ์อันดีระหว่างไทยและจีน ทำให้มีความคล้ายคลึงทางด้านวัฒนธรรมเป็นอย่างมาก จึงทำให้ชาวไทยจำนวนมากนิยมรับบริการโดยศาสตร์การแพทย์แผนจีนเป็นการแพทย์ทางเลือก หลักการพื้นฐานสำคัญของการแพทย์แผนจีน อาศัยหลักปรัชญาและหลักจริยธรรมของเต๋าและขงจื้อ การแพทย์แผนจีนเน้นการมองสุขภาพแบบองค์รวม และ การพิจารณาถึงความแตกต่างในลักษณะเฉพาะของโรค ลักษณะของคนและการรักษา รวมทั้งสุขภาพมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมเป็นอย่างมาก การสาธารณสุขไทยสามารถนำการแพทย์แผนจีนมาใช้เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ มีการใช้การฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรคโดยเฉพาะโรคในระบบประสาทและโรคอื่นๆ นอกจากนั้นสามารถใช้อาหารหรือสมุนไพรเพื่อใช้ในการบำบัดโรค ใช้การนวดแบบแผนจีนเพื่อบำบัดอาการปวดและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อการเคลื่อนไหวเดินพลังลมปราณด้วยเทคนิคฉูซู (Wushu) เพื่อส่งเสริมสุขภาพและบำบัดโรค หลักการที่สำคัญที่สุดของการแพทย์แผนจีน คือ หลักการสร้างสมดุลของพลังต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อให้เกิดความพอดี ไม่ร้อนเกินไป ไม่เย็นเกินไป เพื่อจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชนทุกคน

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2558)มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน.

Professional Standards of Practitioner for Traditional Chinese Medicine.สำนัก
สถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 200 หน้า.

พัชณา (เอ็งบริบูรณ์พงศ์) ใจดี, กุหลาบ รัตนจักรธรรม, ศิริพร จันทร์ฉาย.(2556).“การแพทย์แผนจีน”
กับการสาธารณสุขไทย.วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา.8(2):112-118.

ราชกิจจานุเบกษา.(2542).พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542.เล่มที่ 116 ตอนที่ 39 ก.
18 พฤษภาคม 2542.หน้า 28-48. แหล่งที่มา:

<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2542/A/039/28.PDF>

ราชกิจจานุเบกษา.(2556).พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2556 (ฉบับที่ 4). เล่ม 130
ตอนที่ 13 ก. 6 กุมภาพันธ์ 2556.หน้า 1-12.

ราชกิจจานุเบกษา.(2555).ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งปฏิบัติงานในสถานพยาบาล
ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลกระทำการประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีนใน
ความควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน พ.ศ.2555.เล่มที่ 129 ตอน
พิเศษ 79 ง.11พฤษภาคม 2555.แหล่งที่มา:

https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-11-15--130.pdf

ราชกิจจานุเบกษา.(2559).ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของผู้
ประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2559.เล่มที่ 133 ตอนพิเศษ 56 ง.19 กุมภาพันธ์ 2559.1-5

เย็นจิตร เตชะดำรงสิน.(2556). หนึ่งทศวรรษการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย. ใน รายงานการ
สาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 2554-
2556. สำนักข้อมูลและประเมินผล กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผน
ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข.249-253

สำนักการแพทย์ทางเลือก.(2556).การแพทย์แผนจีน (Traditional Chinese Medicine).วารสารสำนัก
การแพทย์ทางเลือก.6(1).1-10.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.(2510).พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510.แหล่งที่มา:

<http://203.155.220.230/bmainfo/law/011/medicine2510.pdf>

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.(2550).พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550. แหล่งที่มา:

<http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CA71/%CA71-20-9999-update.htm>

An analysis of guidelines for collecting medical fees from foreign patients at government health service facilities, toward being an international medical health center

Thipsuda Duangniyom*

Received 29 January 2020; Revised 19 September 2020; Accepted 28 September 2020

Abstract

The objectives of this study are: 1. to review literature of foreign patients' service systems in foreign countries; 2. to analyze how government health centers in Thailand collect health service fees from foreign patients, based on Health Service Support Department's Announcement, B.E. 2561. The findings showed that 10 processes of health service fee collection from foreign patients are lucid. These processes include 1) Reimbursement Process from Workmen's Compensation Fund in compliance with Road Accident Victims Protection Act, B.E. 2535, 2) Reimbursement Process from Insurance Type 1/2/3, 3) Compensation Reimbursement Process from Travel Accident Insurance for Tourism Business and Guide, 4) Reimbursement Process from Foreign Tourists Assistance Fund in compliance with Ministry of Tourism & Sports Regulations, 5) Reimbursement Process from life/health insurance companies, 6) Reimbursement Process via cash/credit cards, 7) Reimbursement Process from Ministry of Finance in compliance with its Rules of Welfare Reimbursement for Medical Treatment, B.E. 2553, 8) Reimbursement Process from Universal Health Fund, 9) Reimbursement Process from Social Security Fund, and 10) Liaising Process with foreign embassies in Thailand

Keywords: guidelines for collecting medical fees; foreign patients

* Registered Nurse, Siriraj Hospital. Email: Thipsuda.dua@hotmail.com

บทวิเคราะห์แนวทางการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยต่างชาติ สถานบริการ ภาครัฐ ของประเทศไทย เพื่อมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

ทิพสุดา ด่วงนิยม*

วันที่รับบทความ 29 มค.2563; วันที่แก้ไขบทความ 19 กย.2563; วันที่ตอบรับบทความ 28 กย. 2563

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ทบทวนวรรณกรรมระบบการบริการผู้ป่วยต่างชาติในต่างประเทศ 2. วิเคราะห์แนวทางการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติ สำหรับสถานบริการภาครัฐ ตามประกาศของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561 ประเด็นต่าง ๆ ที่กำหนดในแนวทางการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยต่างชาติ มีความชัดเจนในเรื่องลำดับขั้นตอนการดำเนินงาน 10 เรื่องได้แก่ 1) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนทดแทน ตาม พรบ. คຸ່ມគຣງູ່ຜູ້ປະສບກຳຈາກຄູ່ພ.ศ. 2535 2) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากประกันภัย ประเภท 1/2/3 3) ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทนจากประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางสำหรับธุรกิจนำเที่ยวและ มัคคุเทศก์ (4) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ตามระเบียบของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา 5) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากบริษัทประกันชีวิต/ประกันสุขภาพ 6) ขั้นตอนการเบิกจ่ายโดยเงินสด/บัตรเครดิต 7) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 8) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 9) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนประกันสังคม 10) ขั้นตอนการดำเนินการติดต่อสถานเอกอัครราชทูตต่างประเทศประจำประเทศไทย

คำสำคัญ: แนวทางการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาล; ผู้ป่วยต่างชาติ

* พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลศิริราช Email : Thipsuda.dua@hotmail.com

บทนำ (Introduction)

ตามที่รัฐบาลได้ประกาศให้มีนโยบายพัฒนาประเทศ Thailand 4.0 ผลักดันให้ประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติที่มีอุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร หรือ Medical hub อุตสาหกรรมที่มีการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในอนาคต โดยบูรณาการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ประเมิน ตลาดคนไข้ต่างชาติของโรงพยาบาลเอกชนไทยเติบโตต่อเนื่อง คาดว่าจะมีการใช้บริการกว่า 3.42 ล้านครั้งในปี 2561 โดยแบ่งเป็นผู้ที่เดินทางมาท่องเที่ยวพร้อมกับการรักษาพยาบาล (Medical Tourism) 2.5 ล้านครั้ง และกลุ่มชาวต่างชาติที่ทำงานในประเทศไทย 9.2 แสนครั้ง หากพิจารณาสัดส่วนของคนไข้ชาวต่างชาติที่มารับบริการโรงพยาบาลเอกชนไทยพบว่ากลุ่มตะวันออกกลางยังคงครองส่วนแบ่งสูงสุดที่ 12.5% รองลงมาคือเมียนมา 8.7% สหรัฐอเมริกา 6.2% สหราชอาณาจักร 5% ญี่ปุ่น 4.9% และกัมพูชา 2.2% สะท้อนกำลังซื้อของประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มอาเซียนที่มีศักยภาพและเป็นโอกาสในการรุกตลาดสุขภาพของผู้ประกอบการไทย นอกจากนี้ยังพบว่าสถานพยาบาลภาครัฐหลายแห่งในเขตจังหวัดท่องเที่ยวมีผู้ป่วยต่างชาตินิยมใช้บริการเป็นจำนวนมาก ทั้งที่มีการทำประกันสุขภาพและไม่มีการทำประกันสุขภาพก่อนเดินทางเข้าสู่ประเทศ ส่วนหนึ่งไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ ส่งผลให้สถานพยาบาลภาครัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายและหนี้สูญเป็นหลักร้อยล้านบาท จากคนไข้ชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาแบบไม่มีประกันภัยจากสภาพปัญหาดังกล่าว กองสุขภาพระหว่างประเทศ จึงได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานกลาง (Claim center) ในการช่วยเหลือและติดตามค่ารักษาพยาบาลกับชาวต่างชาติในกรณีค้างชำระ พร้อมพัฒนาให้สถานพยาบาลภาครัฐจัดตั้งหน่วยงานในการเคลมค่ารักษาพยาบาลจากชาวต่างชาติ บทความนี้มีจุดมุ่งหมายนำเสนอการวิเคราะห์

1. ระบบบริการผู้ป่วยต่างชาติในต่างประเทศจากการทบทวนวรรณกรรม
 2. การวิเคราะห์แนวทางการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ
- ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และประกาศหลักเกณฑ์การคิดคำนวณค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยต่างชาติในสถานพยาบาลของรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการวิเคราะห์การนำระเบียบไปปฏิบัติในเรื่องการเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติ เพื่อเสนอแนะเป็นข้อมูลในการทบทวนปรับปรุงระเบียบการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติ

1. ระบบการบริการผู้ป่วยต่างชาติในต่างประเทศ

ระบบการบริการผู้ป่วยต่างชาติในประเทศญี่ปุ่น

การรักษาพยาบาลในญี่ปุ่นเป็นงานบริการเชิงพาณิชย์ ใช้ระบบร่วมจ่าย (co-payment) ไม่มีการเอื้ออ้างคุณธรรมจริยธรรมหรืออุดมการณ์เลื่อนลอยเพื่อขอรับบริการฟรีสำหรับคนทั่วไป แตกต่างจากประเทศไทยที่เป็นงานบริการเชิงอุดมการณ์ กล่าวให้ชัดเจนขึ้นก็คือ ระบบของญี่ปุ่นเดินหน้าด้วยเงินทุน ส่วนระบบของไทยเดินหน้าด้วยถ้อยคำที่ดังมาจากผู้กำหนดนโยบาย ตามปกติแล้ว ค่ายาและค่ารักษาพยาบาลในประเทศญี่ปุ่นจะสูงมาก แต่สำหรับคนที่อาศัยอยู่ในประเทศญี่ปุ่นระยะยาว ทั้งในฐานะพลเมือง (citizen) และในฐานะคนต่างชาติ จะได้รับสิทธิเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลญี่ปุ่น ซึ่งมีสิทธิประโยชน์หลายประการด้วยกัน (วิชัย โชควิวัฒน์, 2556)

ระบบบริการสาธารณสุขของญี่ปุ่น ขับเคลื่อนด้วยระบบประกันสุขภาพของรัฐบาล (Universal Public Health Insurance System - PHIS) พลเมืองทุกคน และชาวต่างชาติที่พำนักในประเทศญี่ปุ่นในระยะยาว ต้องขึ้นทะเบียนในระบบ หากไม่ขึ้นทะเบียนจะไม่ได้รับสิทธิลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล และหากขึ้นทะเบียนล่าช้า จะต้องเสียค่าธรรมเนียมย้อนหลัง แต่ไม่ได้รับคืนส่วนต่างค่ารักษาพยาบาล ผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลญี่ปุ่น จะต้องเสียเบี้ยประกันรายเดือน ราคาแตกต่างกันไปตามรูปแบบของประกัน เมื่อเสียเบี้ยประกันรายเดือนแล้ว จะได้รับสิทธิลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง โดยจ่ายเพียง 30% ของราคาเต็ม (หรือ 20% สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบ หรือ 10% สำหรับผู้มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป) และได้รับสิทธิพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติมในรายละเอียด แต่หากไม่มีประกันสุขภาพแล้วก็เสียเต็มจำนวน และเสียสิทธิพิเศษอื่น ๆ (วังนา สิละพัฒนะ, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์)

ระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลญี่ปุ่นครอบคลุมทั้งสถานพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน หรือแม้แต่ร้านเภสัชเอกชนทั่วไป ซึ่งเปิดโอกาสให้รัฐสามารถควบคุมราคายาและค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งระบบ ผู้ประกันตนร่วมจ่ายเพียง 30% ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลสังกัดใด ส่วนต่างค่ารักษาพยาบาล 70% สถานพยาบาลเบิกจากรัฐบาล ซึ่งงบประมาณดังกล่าวนี้รัฐบาลได้รับจากค่าเบี้ยประกันสุขภาพของประชาชน รวมถึงส่วนแบ่งงบประมาณของประเทศ เมื่อพิจารณาตรงจุดนี้ก็จะเห็นได้ว่า ระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลญี่ปุ่นใช้ระบบเงินทุนหมุนเวียน จากประชาชนสู่รัฐ รัฐสู่สถานบริการ และสถานบริการสู่ประชาชน แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ที่รัฐบาลไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้กำหนดนโยบายและหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อปีใน

อัตราค่าที่ให้กับโรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาฟรี แต่โรงพยาบาลรัฐกลับประสบปัญหาขาดทุนอย่างต่อเนื่อง (วิชัย โชควิวัฒน์, 2556)

ภาพรวม ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศญี่ปุ่นเป็นความร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลและเอกชน ผู้ป่วยทั่วไปต้องเข้ารับการรักษาในคลินิกเอกชนก่อน ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) จะเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ก็ต่อเมื่อเกินกำลังของคลินิกมีใบส่งตัว หรือบาดเจ็บฉุกเฉินจนต้องเรียกรถพยาบาล ซึ่งก็ต้องผ่านการประเมินและเสียค่าบริการรถพยาบาลเพิ่มเติม จะเดินเข้าโรงพยาบาลเองอย่างในประเทศไทยไม่ได้ เพราะหากทำเช่นนั้นโรงพยาบาลสามารถปฏิเสธการรักษาได้

สำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินชาวต่างชาติในประเทศญี่ปุ่นมีราคาหลายล้านเยน และมีผู้ป่วยชาวต่างชาติจำนวนมากที่ไม่ได้ทำประกันชีวิตและไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม ตัวอย่างเช่น คนไข้ชายรายหนึ่งอายุประมาณ 70 ปีมาท่องเที่ยวที่ประเทศญี่ปุ่นและมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจต้องได้รับการรักษาผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอย่างเร่งด่วน แต่เมื่อผู้ป่วยทราบราคาค่ารักษา ขอปฏิเสธการรักษาและจะกลับไปรักษาตามสิทธิ์ที่บ้านเกิด แต่อาการของผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางกลับเองได้ ส่งผลให้ต้องมีแพทย์และพยาบาลจากประเทศญี่ปุ่นเดินทางไปส่งผู้ป่วยรายนี้ที่ประเทศบ้านเกิด (Mizuhu Aoki, 2561)

ระบบการบริการผู้ป่วยต่างชาติในประเทศสิงคโปร์

ระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์ถือเป็นการประกันสุขภาพแบบระบบคู่ (Dual System) กล่าวคือ ภาระการชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่งจะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ในขณะที่ผู้ใช้สิทธิ์การประกันต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่เหลือ (Public-Private Partnership) ทั้งนี้ เนื่องจากรัฐบาลสิงคโปร์เห็นว่าประชากรสิงคโปร์ควรมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตน และให้ถือเป็นหน้าที่ส่วนบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อจะได้ไม่หวังพึ่งรัฐสวัสดิการและประกันสุขภาพเกินความจำเป็น รวมถึงไม่ก่อให้เกิดภาระแก่รัฐบาลในอนาคต รัฐบาลสิงคโปร์ให้การส่งเสริมสนับสนุนในเรื่องการออมของประชากรอย่างมาก โดยมีการจัดตั้ง Central Provident Fund Board (CPF) เป็นผู้กำกับดูแลการออมเพื่อเลี้ยงชีพภาคบังคับ เพื่อให้สมาชิกมีเงินออมมากเพียงพอสำหรับการใช้จ่ายในวัยเกษียณ โดยสมาชิกจะต้องมีการส่งเงินซึ่งหักจากเงินเดือนของตนเองบางส่วนและเงินที่นายจ้างจ่ายสมทบทุกเดือนเข้ากองทุนฯ ทั้งนี้จะมีการแบ่งประเภทบัญชีออกเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย (คณะศึกษาดูงานด้านการบริหารจัดการด้านสุขภาพของประเทศสิงคโปร์, 2561)

- 1) Ordinary Account เป็นบัญชีเงินออมสำหรับการซื้อที่อยู่อาศัย ซื้อประกัน เงินออมเพื่อการลงทุนทั่วไปและการศึกษาของบุตร รวมถึงเงินออมร่วมจ่ายในบัญชีเกษียณอายุของบุคลากร
- 2) Special Account เป็นบัญชีเงินออมเพื่อการเลี้ยงชีพวัยเกษียณ ใช้สำหรับเหตุฉุกเฉินและการลงทุนวัยเกษียณ
- 3) Medisave Account เป็นบัญชีเงินออมสำหรับค่ารักษาพยาบาลของตนเองและบุตร ซึ่งใช้เบิกจ่ายสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก จ่ายค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอกบางรายการ และใช้สำหรับจ่ายค่าธรรมเนียมเพื่อซื้อโปรแกรม MediShield

ตามที่กฎหมายกำหนด พนักงานหรือลูกจ้างที่เป็นชาวสิงคโปร์หรือได้รับใบอนุญาตพำนักในสิงคโปร์แบบถาวร (PRs) ซึ่งเข้าทำงานในบริษัทหรือสถานประกอบการในสิงคโปร์ จะต้องได้รับการสมทบเงินช่วยเหลือจากนายจ้างเพื่อเข้ากองทุน CPF ทั้งในส่วนของการทำงานแบบเต็มวัน (Full-time) และการทำงานแบบบางช่วงเวลา (Part-time) มีเพียงพนักงานหรือลูกจ้างบางประเภทที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ของ CPF (คณะศึกษาดูงานด้านการบริหารจัดการด้านสุขภาพของประเทศสิงคโปร์. 2561: 70-5) ประเทศสิงคโปร์เคยเป็นจุดมุ่งหมายในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ แต่ปัจจุบันประเทศไทยและมาเลเซีย กำลังจะแย่งส่วนแบ่งตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยเหตุผลหลักคือ ค่าครองชีพและค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ทำให้นักท่องเที่ยวเลือกจะเดินทางไปยังประเทศที่ประหยัดกว่า ยอดนักท่องเที่ยวที่เดินทางเพื่อมารับบริการด้านสุขภาพในสิงคโปร์ปี 2562 ลดลงกว่า 4 เปอร์เซ็นต์จากปี 2561 ขณะที่มาเลเซียกลับเป็นประเทศที่มีการเติบโตด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากมีความพร้อมด้านการบริการของโรงพยาบาลที่ถูกออกแบบมาเพื่อรองรับการให้บริการในระดับนานาชาติ บุคลากรมีความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสารภาษาอังกฤษที่ใกล้เคียงเจ้าของภาษา อีกทั้งยังมีตัวเลือกด้านการรักษาทั้งแพทย์แผนตะวันตกและตะวันออก เช่น สมุนไพรจีน และการฝังเข็ม จุดแข็งอีกประการของมาเลเซียคือ การท่องเที่ยวแบบฮาลาลที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวได้เป็นจำนวนมาก โดยคาดว่าตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจะสร้างรายได้ให้มาเลเซียได้มากกว่า 535 ล้านเหรียญสหรัฐฯ ในปี 2022 และทำให้มาเลเซียเป็นคู่แข่งน่าจับตามองอีกหนึ่งประเทศในอาเซียน

ระบบการบริการผู้ป่วยต่างชาติในประเทศฝรั่งเศส

องค์การอนามัยโลกตระหนักดีว่าระบบสุขภาพของฝรั่งเศสมีประสิทธิภาพมากที่สุดในแง่ของการจัดองค์กรด้านการดูแลสุขภาพและการจ่ายยา นอกจากนี้ Euro Health Consumer Index ยังจัดลำดับการบริการสุขภาพของฝรั่งเศสอยู่ในลำดับที่ 11 ในกลุ่มสหภาพยุโรป (Arne Bjornberg, A. Y. P., 2562) กล่าวคือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายเงินทดแทนในทุกส่วนของค่าใช้จ่าย

ทางการแพทย์ (70-100%) ให้แก่สมาชิกที่มีประกันสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยประกันสุขภาพหลักและประกันสุขภาพเสริม (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2561)

1) ประกันสุขภาพหลัก หมายถึงกองทุนประกันสังคมซึ่งครอบคลุมสวัสดิการรัฐหลายอย่าง ผู้ทำงานที่มีรายได้ทุกคน รวมถึงนักศึกษาที่ได้รับค่าตอบแทนจากการฝึกงาน หรือทำงานในห้องทดลองจะต้องจ่ายเบี้ยประกันสังคม หัก ณ ที่จ่ายคิดเป็นร้อยละ 20 ของรายได้ทั้งหมด และหนึ่งในนั้นคือ สวัสดิการรักษายาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หน่วยงานของรัฐที่ดูแลเรื่องกองทุนรักษายาพยาบาลนี้คือ CPAM ตามแต่ละเขต ประชาชนมักจะรู้จักสวัสดิการรักษายาพยาบาลตัวนี้ ในชื่อของ “บัตรเขียว Carte Vitale” ซึ่งรัฐออกให้แก่ผู้ที่ได้รับความคุ้มครองทั้งคนทำงานคนว่างงาน นักศึกษา และผู้ที่ได้รับอนุญาตให้พำนักในประเทศฝรั่งเศส (อาศัยในประเทศฝรั่งเศสไม่น้อยกว่า 3 เดือน) บัตรนี้เก็บข้อมูลสิทธิในการรักษายาพยาบาลเพื่อใช้แสดงต่อสถานพยาบาลทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน เวลาจ่ายค่ารักษายาพยาบาล และข้อมูลจะถูกส่งไปที่ CPAM เพื่อขอเงินคืนค่ารักษายาพยาบาลทำให้ไม่ต้องกรอกเอกสาร สถานพยาบาลของรัฐจะได้รับการยกเว้นจ่ายเงินในส่วนที่ CPAM ออกให้ เพราะจะชำระโดยตรงกับสถานพยาบาลของรัฐ หรือหากเป็นสถานพยาบาลเอกชนต้องสำรองจ่ายและทำเรื่องเบิกคืนทีหลัง

2) ประกันสุขภาพเสริม ส่วนที่รัฐไม่จ่ายคืนให้ ถ้าต้องการได้คืนเต็มจำนวน ต้องทำประกันสุขภาพเสริมซึ่งมีอัตราคืนเงินแตกต่างกันตามเบี้ยประกัน สามารถใช้ได้กับสถานพยาบาลทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน

ขั้นตอนการตรวจรักษา จำเป็นต้องมีการโทรศัพท์เพื่อนัดหมายกับแพทย์เพื่อการตรวจรักษาเบื้องต้น ต้องแสดงบัตรประกันสุขภาพ (Carte vitale) และแพทย์จะเป็นผู้ส่งข้อมูลออนไลน์ตรงไปยังกองการเงินของสำนักงานประกันสุขภาพ หากแพทย์มีความเห็นว่าจำเป็นต้องตรวจเพิ่มโดยแพทย์เฉพาะทาง หรือต้องตรวจเลือด/อัลตราซาวด์ จะมีจดหมายนำส่งตัวต่อไป เนื่องจากการรักษายาพยาบาลที่ประเทศฝรั่งเศสนี้บุคลากรทางการแพทย์แต่ละตำแหน่งจะทำงานตามบทบาทหน้าที่ของตน การตรวจเพิ่มเติมเช่น เจาะเลือดจำเป็นต้องมีการนัดหมายกับเจ้าหน้าที่ก่อน หลังจากได้รับการวินิจฉัยเรียบร้อยแล้ว แพทย์จะเขียนใบสั่งยาเพื่อให้ไปซื้อที่ร้านขายยา หรือหากต้องฉีดยา ต้องมีซื้อยา และนัดหมายกับพยาบาลเพื่อให้ไปฉีดยาที่บ้าน จะเห็นได้ว่าในประเทศฝรั่งเศสนั้น การพบแพทย์แต่ละครั้งใช้เวลามากกว่า 1 วัน และต้องติดต่อนัดเจ้าหน้าที่เพื่อนัดหมายก่อนทุกครั้ง รัฐให้บริการด้านการรักษายาพยาบาลยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประชาชนเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลเองโดยไม่จำกัดว่าต้องเป็นสถานบริการของรัฐเท่านั้น นอกจากนี้ยังสามารถขอรับการรักษาในพื้นที่ทั่วประเทศและสหภาพยุโรป 27 ประเทศด้วย

2. ระบบการบริการผู้ป่วยต่างชาติ กรณีสถานพยาบาลภาครัฐแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย

บุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทย คนต่างด้าวที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน บุคคลที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก แต่ตัวเลขหลักแรกขึ้นต้นด้วยเลข 6,7,8,9 และ 0 คนต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการซึ่งไม่สามารถระบุสัญชาติได้ในขณะนั้น คนต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการและอยู่ในระหว่างการพิสูจน์

ประกาศหลักเกณฑ์การรับเงินมัดจำค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ พ.ศ.2562 ผู้ป่วยต่างชาติที่ต้องได้รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน จะต้องชำระเงินมัดจำค่ารักษาพยาบาลก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาล จะต้องได้ทราบการประมาณการค่ารักษาพยาบาล (Cost Estimate) จากแพทย์ผู้เกี่ยวข้องก่อน เมื่อทำการรับตัวเป็นผู้ป่วยในจะมีการตัดยอดค่าใช้จ่ายทุก 2 วัน กรณีที่ยังมีการรักษาต่อเนื่องอยู่ยอดเงินมัดจำและค่าใช้จ่ายที่จำนวนใกล้เคียงหรือน้อยกว่าค่ารักษาพยาบาลจริงการเงินผู้ป่วยในจะประสานกับแพทย์ผู้รักษากรอกข้อมูลสำหรับค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อชำระมัดจำค่ารักษาพยาบาลต่อไป กรณีที่การรักษาผู้ป่วยสิ้นสุดลงยอดเงินค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงน้อยกว่าเงินมัดจำค่ารักษาพยาบาลที่ได้ชำระไว้ล่วงหน้า เมื่อได้ทำการหักค่ารักษาพยาบาลตามจริงแล้ว งานการเงิน ฝ่ายการคลังจะเป็นผู้คืนเงินจำนวนที่เกินดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์แนวทางการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ ในสถานพยาบาลภาครัฐ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหาที่ละส่วนตามทีละลำดับในระเบียบพร้อมกับการวิเคราะห์เอกสารวิชาการ เนื้อหาของประกาศหลักเกณฑ์การคิดคำนวณค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยต่างชาติสถานพยาบาลภาครัฐที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในแนวทางนี้มีการระบุขั้นตอนดำเนินงานต่าง ๆ ที่มีความชัดเจน 10 เรื่อง สรุปได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ตาม พรบ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

ผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้าประเทศมาด้วยตนเองประสบภัยจากรถ สามารถใช้ พรบ.คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถได้ สถานพยาบาลสามารถลงทะเบียนผู้ป่วย ตรวจสอบสิทธิ ในกรณีเป็นผู้ขับขี่หรือเป็นผู้โดยสาร เมื่อผ่านการตรวจสอบสิทธิ์ตาม พรบ.คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถแล้ว จะได้รับการรับรองสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ เบื้องต้นจำนวนเงิน 30,000 บาท สถานพยาบาลส่งข้อมูลไปที่ศูนย์ประสานงานกลาง Claim center เตรียมเอกสาร, สรุปค่ารักษาเรียกเก็บหลังจำหน่าย 15 วัน เรียกเก็บกับบริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งโรงพยาบาลจะได้รับการชำระเงินภายในระยะเวลา 15 วัน

ประเด็นที่ 2 ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากประกันภัย ประเภท 1/2/3

ผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้าประเทศมาด้วยตนเองประสบภัยจากรถ สามารถเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลโดยใช้ประกันชั้น 1/2/3 หากเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลคู่สัญญา ค่าใช้จ่ายตามสิทธิสามารถเบิกได้สถานพยาบาลติดต่อและส่งหลักฐานบริษัทประกันฯ ค่าใช้จ่ายที่เกินสิทธิให้เรียกเก็บจากผู้เอาประกัน หากเข้ารับการรักษายาบาลในสถานพยาบาลนอกสัญญา ผู้ป่วยต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อนแล้วนำมาเบิกกับบริษัทประกันฯ โดยส่งหลักฐานเพื่อแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนให้กับบริษัทประกันฯ

ประเด็นที่ 3 ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทนจากประกันภัยอุบัติเหตุเดินทาง สำหรับธุรกิจนำเที่ยวและ มัคคุเทศก์ พ.ศ. 2551 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) ปี พ.ศ. 2559

ผู้ป่วยต่างชาติที่เดินทางมากับบริษัทธุรกิจนำเที่ยวเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาล กรณีนี้ชาวต่างชาติจะมีการทำประกันที่บังคับตาม พรบ. ธุรกิจนำเที่ยว ซึ่งมีแนวทางเรียกเก็บค่ารักษายาบาลไว้ ดังนี้

3.1 กรณีผู้ป่วยนอก

- บริษัทนำเที่ยวสำรองจ่ายค่ารักษายาบาลแทนนักท่องเที่ยว บริษัทธุรกิจนำเที่ยวติดต่อศูนย์บริการของบริษัทประกัน พร้อมส่งเอกสารการรักษายาบาล
- นักท่องเที่ยวสำรองจ่ายค่ารักษายาบาล นักท่องเที่ยวนำเอกสารการรักษายาบาลยื่นต่อบริษัทธุรกิจนำเที่ยว บริษัทธุรกิจนำเที่ยวติดต่อศูนย์บริการของบริษัทประกัน พร้อมส่งเอกสารการรักษายาบาล

3.2 กรณีผู้ป่วยใน

บริษัทธุรกิจนำเที่ยวติดต่อศูนย์บริการของบริษัทประกันเพื่อแจ้งเหตุที่เกิดขึ้น บริษัทประกันติดต่อสถานพยาบาลเพื่อประสานขอเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรักษายาบาลของผู้ป่วย เมื่อเสร็จสิ้นการรักษายาบาลแจ้งสรุปค่ารักษายาบาลไปยังบริษัทประกัน บริษัทประกันตรวจสอบเอกสารและจ่ายค่ารักษายาบาลให้กับสถานพยาบาลโดยผู้ป่วยไม่ต้องสำรองจ่าย

ประเด็นที่ 4 ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนช่วยเหลือเยียวานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ตามระเบียบคณะกรรมการบริหารกองทุนช่วยเหลือเยียวานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการใช้จ่ายเงินกองทุนช่วยเหลือเยียวานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

ผู้ป่วยต่างชาติที่เดินทางเข้าประเทศมาด้วยตนเอง เป็นผู้ถือหนังสือเดินทางประทับตราประเภทนักท่องเที่ยวในหนังสือเดินทางหรือเอกสารที่ใช้แทนหนังสือเดินทางและต้องเป็นการเข้ามาเพื่อการท่องเที่ยวไม่ใช่การเข้ามาเพื่อประกอบอาชีพหรือหารายได้ ภายใต้เงื่อนไข กรณีเสียชีวิต กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรืออันตรายสาหัส (เยียวยาไม่เกิน 1 ล้านบาท กรณีรักษาพยาบาล (เยียวยาไม่เกิน 5 แสนบาท) กรณีหยุดชะงักของการเดินทาง (เยียวยาไม่เกิน 1 พันบาทต่อวัน แต่รวมไม่เกิน 2 หมื่นบาท) กรณีฟื้นฟูสภาพจิตใจ (เยียวยาไม่เกิน 2 หมื่นบาท) กรณีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน ทำให้ขาดปัจจัยในการดำรงชีพ เหม่าจ่าย 6 พันบาท

ผู้ป่วยต่างชาติเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลที่ไม่มีเงินชำระค่าบริการ สถานพยาบาลดำเนินการให้ผู้ป่วยมอบอำนาจให้สถานพยาบาลสามารถขอรับเงินชดเชยจากกองทุนช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวแทนได้ ผู้รับมอบอำนาจส่งหลักฐานและเอกสารมายังกองทุนช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยว กระทรวงท่องเที่ยวหรือ สำนักงานท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด เจ้าหน้าที่กองทุนตรวจสอบเอกสาร และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารกองทุน เพื่อพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยา คณะกรรมการบริหารกองทุนช่วยเหลือเยียวยา ดำเนินการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยา กองทุนจะส่งจ่ายเงินช่วยเหลือเยียวยาตามระเบียบของกระทรวงการคลังให้แก่ นักท่องเที่ยว หรือผู้รับมอบอำนาจ

ประเด็นที่ 5 ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากบริษัทประกันชีวิต/ประกันสุขภาพ

ผู้ป่วยต่างชาติเดินทางเข้ามาด้วยตนเองและ/หรือพำนักระยะยาว 1 ปี ที่มีประกันส่วนบุคคล แจ้งขอใช้สิทธิประกันต่างประเทศ ผู้รับบริการติดต่อบริษัทประกัน ประสานแพทย์ให้เขียนแบบฟอร์มรายงานทางการแพทย์เบื้องต้นส่งให้กับบริษัทประกัน หากบริษัทประกันรับเคสจะส่ง PRE GUARANTEE ให้กับสถานพยาบาล ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลอาจจะต้องส่งความคืบหน้าด้านการรักษาให้กับบริษัทประกัน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายประสานแพทย์เขียนแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ ส่งพร้อมรายการค่ารักษาพยาบาลและรายละเอียดสำหรับการโอนเงินเข้าบัญชีสถานพยาบาล รอจนกว่าจะได้รับผลประกอบการจึงสามารถอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ค่าใช้จ่ายในส่วนที่บริษัทประกันปฏิเสธการคุ้มครองผู้ป่วยชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยเงินสดเอง

ประเด็นที่ 6 ขั้นตอนการเบิกจ่ายโดยเงินสด/บัตรเครดิต (Claim Center)

ผู้ป่วยต่างชาติที่พำนักรในประเทศไทยระยะยาว 1 ปี ไม่มีประกันส่วนบุคคล เมื่อเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐต้องชำระเงินเองทั้งหมด

ประเด็นที่ 7 ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553

ผู้ป่วยต่างชาติที่สมรสกับชาวไทยที่ประกอบอาชีพรับราชการ สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลางได้เช่นเดียวกับชาวไทย

ประเด็นที่ 8 ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ป่วยต่างชาติหญิงสมรสกับชายไทย ที่ใช้สัญชาติไทยสามารถใช้สิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐได้

ตามมาตรา 9 แห่ง พรบ.สัญชาติ 2508 บัญญัติว่าหญิงซึ่งเป็นคนต่างด้าวและได้สมรสกับผู้มีสัญชาติไทย ถ้าประสงค์จะได้สัญชาติไทยให้ยื่นคำร้องต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ตามแบบและวิธีการกำหนดในกระทรวง

ตามมาตรา 5 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้ บุคคลทุกคน มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข ที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดใน พรบ. นี้ บุคคลในที่นี้ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทย ดังนั้นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ คือบุคคลที่มีสัญชาติ มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

สำหรับผู้ป่วยต่างชาติชายที่สมรสกับหญิงไทยนั้นไม่มีสิทธิขอสัญชาติไทย ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลไม่มีสิทธิจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องจ่ายเองหรือใช้ประกันสุขภาพเท่านั้น

ประเด็นที่ 9 ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนประกันสังคมตาม พรบ.พ.ศ.2533 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉ.2) พ.ศ.2537

ผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยตามกฎหมาย และมีจดหมายรับรองการทำงานทุกคน นายจ้างสามารถขึ้นทะเบียนประกันสังคมแก่ลูกจ้างได้

จากมาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขมีภารกิจในการดำเนินการตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพคนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาวและกัมพูชา โดย คนต่างด้าวสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ทุกคนต้องมีหลักประกันตนด้านสุขภาพอย่างใด อย่างหนึ่งคือ ประกันสังคมหรือประกันสุขภาพคนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม รวมทั้งบุตรที่มีอายุไม่เกิน 15 ปีและผู้ติดตามทุกคนต้องตรวจสอบสุขภาพและหาประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข

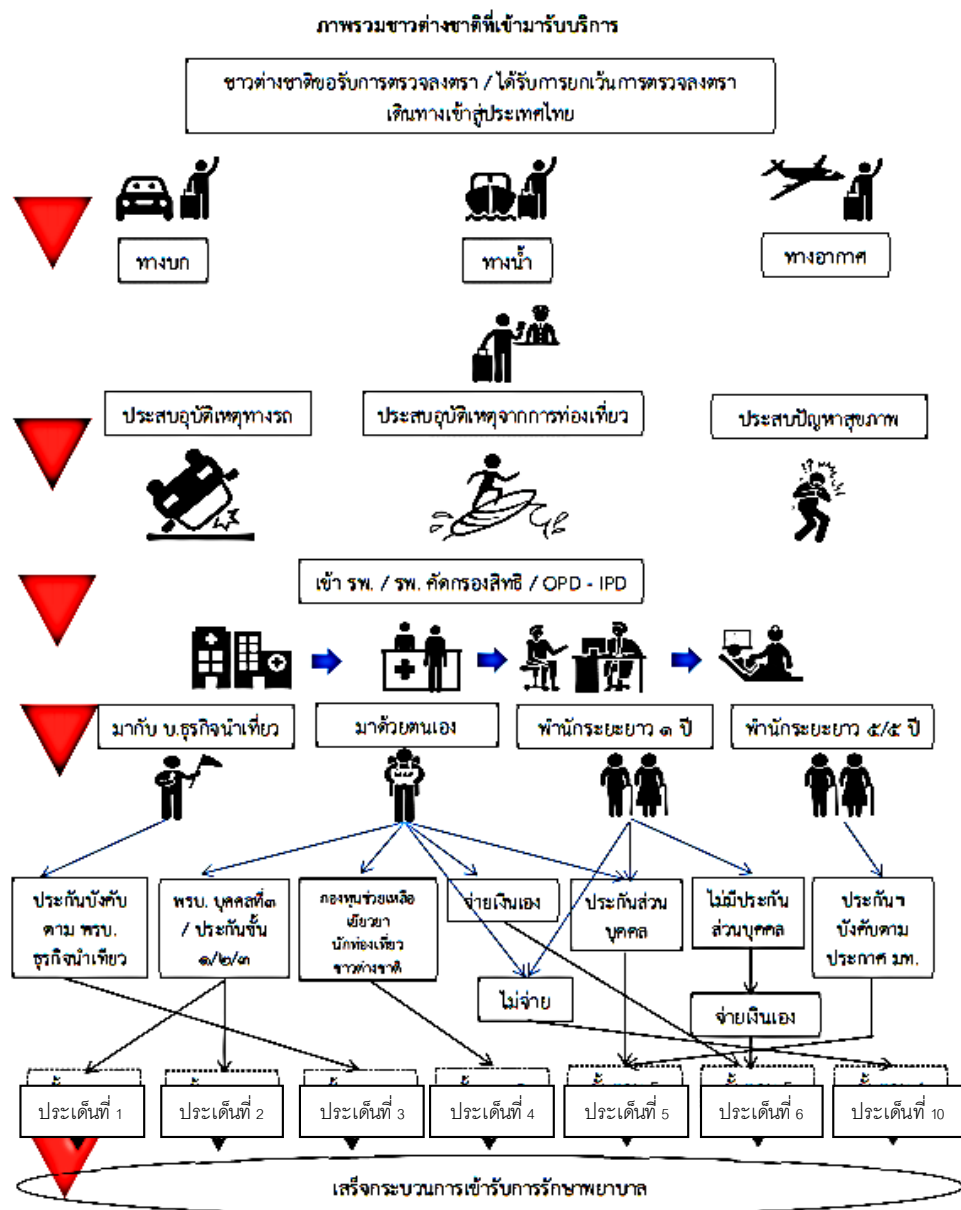
ประเด็นที่ 10 ขั้นตอนการดำเนินการติดต่อสถานเอกอัครราชทูตต่างประเทศประจำประเทศไทย

กระบวนการของสถานพยาบาลในการติดต่อขอรับการเยียวยาการรักษาพยาบาลจากสถานเอกอัครราชทูต กรณีไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยชาวต่างชาติเป็นรายกรณี

สถานพยาบาลประสานเอกอัครราชทูตเพื่อแจ้งเหตุที่ชาวต่างชาติไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ตามจำนวนที่เรียกเก็บ สถานเอกอัครราชทูต ประสานไปยังญาติของผู้ป่วยเพื่อให้ติดต่อมายังสถานพยาบาลของประเทศไทย เพื่อชำระค่ารักษาพยาบาล หากติดต่อญาติได้แต่ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ หรือไม่สามารถติดต่อญาติได้และสถานเอกอัครราชทูตไม่มีงบประมาณสำรองจ่ายแทน ให้สถานเอกอัครราชทูตแจ้งกลับไปยังสถานพยาบาลเพื่อทราบและพิจารณา เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลวางระบบติดตามทวงถามหนี้จากผู้ป่วยส่งให้สถานเอกอัครราชทูตและสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง จัดทำบัญชี Blacklist ลูกหนี้

ในการวิเคราะห์นี้ ผู้เขียน พบว่าประเด็นที่ยังมีความไม่ครอบคลุม คือในแนวทางการเรียกเก็บค่านี้ไม่ได้กำหนดขั้นตอนในเรื่อง ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่สมัครใจเดินทางเพื่อมารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ

การมีแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจนนี้ ในขั้นตอนดำเนินงาน 10 เรื่อง ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ตาม พรบ. คຸ້ມຄອງຜູ້ປະສບຖາຍຈາກຄຣ ພ.ສ. 2535 2) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากประกันภัย ประเภท 1/2/3 3) ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทนจากประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางสำหรับธุรกิจนำเที่ยวและ มัคคุเทศก์พ.ศ. 2551 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) ปี พ.ศ.2559 (4) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ตามระเบียบคณะกรรมการบริหารกองทุนช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการใช้จ่ายเงินกองทุนช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา 5) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากบริษัทประกันชีวิต/ประกันสุขภาพ 6) ขั้นตอนการเบิกจ่ายโดยเงินสด/บัตรเครดิต (Claim Center) 7) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 8) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 9) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนประกันสังคมตาม พรบ.พ.ศ.2533 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉ.2) พ.ศ.2537 10) ขั้นตอนการดำเนินการติดต่อสถานเอกอัครราชทูตต่างประเทศประจำประเทศไทย กล่าวได้ว่า เป็นการสนับสนุนตามนโยบายรัฐบาลด้าน Medical Hub ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (2560 - 2569) จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานในการเรียกเก็บเงินได้รวดเร็วและครบจำนวน สามารถแก้ไขปัญหาการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยต่างชาติไม่ได้



ประเด็นที่ 7 ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการ
รักษาพยาบาล พ.ศ.2553

ประเด็นที่ 8 ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แผนภาพที่ 1 แสดงข้อมูลภาพรวมชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรับบริการในสถานพยาบาลภาครัฐ
ที่มา : คู่มือการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ 2561

สรุปผล (Conclusion)

ผลการวิเคราะห์แนวทางการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยต่างชาติสถานพยาบาลภาครัฐ พบประเด็นต่าง ๆ ที่มีความชัดเจนในขั้นตอนดำเนินงาน 10 เรื่อง ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย ตาม พรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 2) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากประกันภัย ประเภท 1/2/3 3) ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทนจากประกันภัยอุบัติเหตุเดินทางสำหรับธุรกิจนำเที่ยวและ มัคคุเทศก์พ.ศ. 2551 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) ปี พ.ศ.2559 (4) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ตามระเบียบคณะกรรมการบริหารกองทุนช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการใช้จ่ายเงินกองทุนช่วยเหลือเยียวยานักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ ของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา 5) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากบริษัทประกันชีวิต/ประกันสุขภาพ 6) ขั้นตอนการเบิกจ่ายโดยเงินสด/บัตรเครดิต (Claim Center) 7) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 8) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 9) ขั้นตอนการเบิกจ่ายจากกองทุนประกันสังคมตาม พรบ.พ.ศ.2533 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉ.2) พ.ศ.2537 10) ขั้นตอนการดำเนินการติดต่อสถานเอกอัครราชทูตต่างประเทศประจำประเทศไทย

การวิเคราะห์แนวทางการการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยต่างชาติสถานพยาบาลภาครัฐ พบประเด็นที่ไม่ครอบคลุม คือ ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่สมัครใจเดินทางเพื่อมารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ

ปัจจุบันนี้ไทยจะเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอันดับที่ 13 ของโลก (กระทรวงการท่องเที่ยว, รายงานจาก Global Wellness Institute) การมีแนวทางที่ชัดเจนที่จัดทำขึ้นแล้วนี้เป็นผลดีต่อการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยต่างชาติ ทำให้ไม่เกิดความขัดแย้งระหว่างกัน ซึ่งจะส่งผลดีต่อการท่องเที่ยวประเทศไทย และ ยังเป็นผลดีต่อการสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพนานาชาติอีกด้วย ซึ่งเสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีการจัดทำระเบียบการเก็บค่ารักษาพยาบาลสถานพยาบาลภาครัฐสำหรับผู้รับบริการชาวต่างชาติที่สมัครใจเดินทางมารับการรักษาในประเทศไทย ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นระเบียบที่นำมาใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และจัดทำกฎหมายสำหรับการรักษาผู้ป่วยต่างชาติที่มีวัฒนธรรมและความเชื่อที่ต่างกัน เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิผู้ป่วยโดยไม่ได้เจตนาจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561) คู่มือการจัดเก็บค่ารักษาพยาบาลชาวต่างชาติสำหรับสถานพยาบาลภาครัฐ (Claim center). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562) รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ Medical Hub ประจำปีงบประมาณ 2562.
- กระทรวงการท่องเที่ยว (มปป.) การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness Tourism) 2558-2560. เอกสารประกอบการบรรยาย. https://www.mots.go.th/ewt_dl_link.php?nid=7651
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562) ประกาศคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องหลักเกณฑ์การรับเงินมัดจำค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ คณะศึกษาดูงานด้านการบริหารจัดการด้านสุขภาพของประเทศสิงคโปร์, หลักสูตร Public Health Care Project Leader Program กลุ่มที่ 1. (2561) การบริหารจัดการด้านสุขภาพของประเทศสิงคโปร์. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 1(3):70-5.
- องค์การส่งเสริมการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. คู่มือสำหรับการดูแลตัวเอง เมื่อเกิดอาการป่วยเพื่อให้มาเที่ยวประเทศไทยได้อย่างสบายใจ .. สืบค้น 14 มกราคม 2563
<https://www.jnto.or.th/information/emergency-information/>.
- นพกร คนไฉ. (2562) Thailand 4.0 สู่การเป็น Medical Hub ของอาเซียน (2562) [Internet]. Creative Thailand. สืบค้น 14 มกราคม 2563 จาก :
<https://web.tcdc.or.th/th/Articles/Detail/Thailand-Medical-Hub>.
- วัจนาลีละพัฒนะ . (ม.ป.ป.) ประสบการณ์การดูงานที่ Kameda Medical Center ประเทศญี่ปุ่น. สืบค้น 12 มกราคม 2563 จาก <https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/article4th>
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2556). แลระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น. สืบค้น 14 มกราคม 2563 จาก <https://www.hfocus.org/content/2013/12/5750>
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2561). การประกันสุขภาพเมื่อมาศึกษาในฝรั่งเศส. สืบค้น 14 มกราคม 2563 จาก <https://oeaparis.free.fr/newoeaparis/?p=2700>
- Mizuho Aoki (2561). Travelers without insurance cause headaches for Japan's hospitals. สืบค้น 14 มกราคม 2563 จาก
<https://www.japantimes.co.jp/news/2018/06/17/national/social-issues/travelers-without-insurance-cause-headaches-japans-hospitals>.
- Arne Bjornberg , A. Y. P. (2018). *Euro Health Consumer Index 2018*. สืบค้น 14 มกราคม 2563 จาก <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม- เมษายน 2564

News. (2019). Medical tourism in Singapore “No longer a priority”. สืบค้น 10 มกราคม 2563

จาก <https://www.imtj.com/news/medical-tourism-in-singapore-no-longer-a-priority/>

Global Spa & Wellness Economy Monitor, Global Wellness Institute, 2014

Lesson Learned from Legal Dispute regarding Plain Packaging^{**}

Aua-aree Engchanil^{*}

Received 1 September 2020; Revised 22 October 2020; Accepted 22 October 2020

Abstract

Plain packaging and the enlargement of Graphic Health Warning (GHW) on tobacco packaging are measures supported by the World Health Organization. It appears within the Framework Convention on Tobacco Control (WHO-FCTC). This measure aimed at reducing the advertising space on tobacco packaging, which impacted the tobacco industries. They consider this measure effects on their rights and liberties, such as freedom of occupation or trademark rights. The implementation of such measures became litigation cases in several countries, including World Trade Organization (WTO). Currently, all courts have ruled the case confirming that Plain Packaging and Graphic Health Warning (GHW) are not against the law. The state can implement this measure. Consequently, these landmark cases should be studied, to understand the relationship between public health measures and the interest of private sector in order to apply the next tobacco control measure.

Keywords: Plain Packaging; graphic health warning; proportionality; trademark; intellectual property

^{*} Associate Professor, Faculty of Law, Chulalongkorn University, e-mail address:

aengchanil@gmail.com

^{**} This paper is from the complete research project, "Lesson Learn from Legal Dispute regarding Plain Packaging", funding by the Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC) and the Office of Thai Health Promotion Foundation, 2020

ถอดบทเรียนเกี่ยวกับการดำเนินข้อพิพาททางกฎหมาย เกี่ยวกับบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ**

เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล *

วันที่รับบทความ 1 กย.2563; วันที่แก้ไขบทความ 22 ตค. 2563; วันที่ตอบรับบทความ 22 ตค. 2563

บทคัดย่อ

การจัดทำซองบุหรี่แบบเรียบและการขยายขนาดภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบเป็นมาตรการที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก โดยปรากฏอยู่ในกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดพื้นที่การโฆษณาบนตัวบรรจุภัณฑ์ อย่างไรก็ตามการดำเนินการดังกล่าวได้ถูกโต้แย้งจากกลุ่มธุรกิจยาสูบ เนื่องจากกระทบต่อสิทธิเสรีภาพของชน เช่น เสรีภาพในการประกอบอาชีพ สิทธิในเครื่องหมายการค้า เป็นที่มาของการฟ้องคดีไปยังศาลประเทศต่างๆ ที่ดำเนินการมาตรการนี้ รวมถึงองค์การการค้าโลก (WTO) ต่อมาศาลทุกแห่งได้มีคำตัดสินว่ามาตรการบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและมาตรการขยายขนาดภาพคำเตือนให้มีขนาดใหญ่ขึ้นนั้นไม่ขัดต่อกฎหมาย รัฐสามารถดำเนินการได้ จึงควรศึกษาประเด็นของคดีดังกล่าว เพื่อทำความเข้าใจทิศทางการสัมพันธ์ระหว่างมาตรการทางสาธารณสุขและการประกอบกิจการของธุรกิจในปัจจุบันอันอาจส่งผลต่อการออกมาตรการควบคุมยาสูบต่อไป

คำสำคัญ: บรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ; ภาพคำเตือนต่อสุขภาพ 85%; หลักความได้สัดส่วน; สิทธิในเครื่องหมายการค้า; ทรัพย์สินทางปัญญา

*อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย email address: aenechanil@gmail.com
บทความวิจัยนี้มาจากโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง “ถอดบทเรียนเกี่ยวกับการดำเนินข้อพิพาททางกฎหมายเกี่ยวกับบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ” ซึ่งเป็นโครงการได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2563

1. บทนำ (Introduction)

หนึ่งในมาตรการลดการสูบบุหรี่ขององค์การอนามัยโลกภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO-FCTC) ได้แก่ การจัดทำภาพคำเตือนด้านสุขภาพให้มีขนาดใหญ่และหมุนเวียนกันบนบรรจุภัณฑ์และฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ตลอดจนรวมถึงการห้ามการโฆษณาสินค้ายาสูบ มาตรการเหล่านี้ได้รับการตอบรับจากประเทศภาคีจำนวนมาก โดยการตรากฎหมายการขยายภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้เห็นพิสัยอันตรายของยาสูบ รวมถึงได้พัฒนามาถึงการจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ กล่าวคือ การห้ามแสดงภาพ สี สัน สัญลักษณ์หรือเครื่องหมายใด ๆ ของสินค้ายาสูบบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบ โดยรัฐจะเป็นผู้กำหนดสิ่งที่สามารถปรากฏบนบรรจุภัณฑ์ได้เพียงฝ่ายเดียว วัตถุประสงค์ของบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ คือการลดพื้นที่โฆษณาจูงใจผู้สูบ โดยเฉพาะนักสูบหน้าใหม่ ส่งผลให้ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบโจมตีว่ามาตรการดังกล่าวกระทบต่อสินค้าและธุรกิจยาสูบ นำมาสู่การโต้แย้งในทางคดีว่าด้วยบรรจุภัณฑ์ยาสูบในหลายประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ ฝรั่งเศส ปัจจุบันข้อพิพาทเหล่านี้ได้ถูกตัดสินและวินิจฉัยโดยองค์กรที่เกี่ยวข้องแล้ว ไม่ว่าจะเป็นองค์การการค้าโลก (WTO) หรือศาลในประเทศที่มีการฟ้องคดีกฎหมายจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ ในขณะเดียวกันการออกประกาศขยายขนาดภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบจาก 55% เป็น 85% ของประเทศไทยทำให้กลุ่มธุรกิจยาสูบได้ฟ้องร้องไปยังศาลปกครอง เพื่อให้เพิกถอนและยกเลิกประกาศฉบับดังกล่าว ซึ่งศาลปกครองได้ตัดสินคดีและมีคำพิพากษาเป็นที่ยุติแล้ว วัตถุประสงค์ของการวิจัยชิ้นนี้จึงมีขึ้นเพื่อศึกษา รวบรวม และวิเคราะห์แนวทางคำพิพากษาของศาลต่างประเทศในคดีบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ รวมถึงศาลปกครองไทยในคดีภาพคำเตือนขนาด 85% บนบรรจุภัณฑ์ยาสูบ ด้วยข้อมูลในทางข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายของประเทศต่าง ๆ อันจะเป็นฐานข้อมูลในทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรากฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและการขยายขนาดภาพคำเตือนต่อไป

2. ผลการศึกษา (Results)

แม้ลักษณะที่ปรากฏบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบภายใต้กฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ¹ และประกาศภาพคำเตือนขนาด 85%² จะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากกฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบนั้น รัฐจะเป็นผู้กำหนดลักษณะ วิธีการแสดงภาพหรือคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดเพียงฝ่ายเดียว ในขณะที่ประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% ของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการกำหนดการแสดงภาพ ข้อความคำเตือนบนพื้นที่ร้อยละ 85 ของซองบรรจุภัณฑ์ยาสูบ และคงพื้นที่อีกร้อยละ 15 ให้เอกชนจัดแสดงอย่างอิสระ แต่เป้าหมายของการจัดทำกฎเกณฑ์ทั้งสองประเภทนี้ ต่างมุ่งหมายให้ลดหรือจำกัดพื้นที่การโฆษณาของธุรกิจยาสูบผ่านทางบรรจุภัณฑ์ยาสูบ ข้อโต้แย้งของกลุ่มธุรกิจยาสูบในฟอรัมไปยังศาลในประเทศที่ตรากฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและศาลในประเทศที่ตรากฎหมายขยายขนาดภาพคำเตือนให้ใหญ่ขึ้นนั้น มีจุดร่วมของคำฟ้องข้อกล่าวหาที่คล้ายคลึงกัน เช่น เสรีภาพในการประกอบอาชีพ หรืออาจมีประเด็นการฟ้องร้องที่แตกต่างกัน เช่นกรณีกระบวนการในการออกกฎหมายว่าด้วยภาพคำเตือนขนาด 85% ของประเทศไทยเป็นไปโดยมิชอบ งานชิ้นนี้ศึกษาเฉพาะประเด็นการฟ้องคดีที่มีลักษณะร่วมกันของกฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักรและประเทศฝรั่งเศส และกฎหมายขยายขนาดภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบให้มีขนาดใหญ่ขึ้น ได้แก่ ประเทศไทย

2.1 การจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและการขยายขนาดภาพคำเตือน 85% ไม่ขัดกับเสรีภาพในการประกอบอาชีพ

ข้อโต้แย้งประการแรกคือ เสรีภาพในการประกอบอาชีพ³ของกลุ่มธุรกิจยาสูบ (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2560 น. 91-92)

¹ Tobacco Plain Packaging Act 2011 ของประเทศออสเตรเลีย

The Standardised Packaging of Tobacco Products Regulations 2015 under the Children and Families Act 2014 (Section 94) ของสหราชอาณาจักร

Loi de modernisation de notre système de santé 2016 ของประเทศฝรั่งเศส

² ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยและช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ พ.ศ. 2556

³ เสรีภาพในการประกอบอาชีพเป็นกลไกหนึ่งที่อยู่ภายใต้ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม อาจได้รับการรับรองในรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายลายลักษณ์อักษรของแต่ละประเทศ ซึ่งเสรีภาพในการประกอบอาชีพถูกโต้แย้งจากกลุ่มธุรกิจยาสูบว่า การที่รัฐตรากฎหมายซึ่งมีเนื้อหาจำกัดการใช้เครื่องหมายการค้าหรือสัญลักษณ์อื่นใดบนบรรจุภัณฑ์

ศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักร ได้อธิบายเรื่องเสรีภาพในการประกอบอาชีพในคดีระหว่าง BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health (BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 11, (2016), para 57-59) ว่า เสรีภาพในการประกอบอาชีพไม่ใช่สิทธิเสรีภาพเด็ดขาด การใช้สิทธิในเสรีภาพประเภทนี้มีกฎหมายหมายจำกัดเสมอ⁴ โดยความหนักเบาของการจำกัดเสรีภาพดังกล่าวขึ้นอยู่กับประโยชน์สาธารณะในเรื่องที่รัฐต้องการคุ้มครอง ศาลสูงยืนยันว่ากฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบไม่ได้เวนคืนสิทธิในทรัพย์สินของผู้ประกอบการยาสูบ เนื่องจากเป้าหมายของกฎหมายฉบับนี้ต้องการควบคุมการใช้ (control of use) ซึ่งการจำกัดการใช้เครื่องหมายการค้าภายใต้กฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบไม่ได้ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มธุรกิจยาสูบจนไม่สามารถดำเนินธุรกิจของตนต่อไปได้ ศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักรจึงพิจารณาว่าการจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบไม่เป็นการละเมิดเสรีภาพในการประกอบอาชีพแต่อย่างใด

คำวินิจฉัยของคณะตุลาการรัฐธรรมนูญของฝรั่งเศส ในคดีรัฐบัญญัติว่าด้วยความทันสมัยของสุขภาพ (CC., Décision 2015-727 DC, (2016), para 18) มีว่า รัฐอาจจำกัดเสรีภาพในการประกอบอาชีพได้ ภายใต้หลักการว่าการจำกัดสิทธิเสรีภาพเหล่านี้ต้องชอบด้วยเหตุผลในเรื่องประโยชน์สาธารณะ (intérêt général) และมีความได้สัดส่วนต่อวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ควบคุม เมื่อพิจารณาถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบจะพบว่าเป็นสินค้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ มาตรการควบคุมสินค้าประเภทดังกล่าวจึงมีความจำเป็น ดังนั้นการที่รัฐต้องการให้หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบลดความสามารถในการโฆษณาสื่อสารกับประชาชนโดยผ่านช่องทางการจัดทำกฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบจึงเป็นสิ่งที่รัฐธรรมนูญยินยอมให้รัฐออกมาตรการที่อาจกระทบต่อสิทธิในทรัพย์สินและเสรีภาพในการประกอบอาชีพของเอกชนได้ ซึ่งบทบัญญัติในเรื่องการจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบนี้ ไม่ได้ห้ามการผลิตหรือห้ามการขายสินค้ายาสูบ มาตรการในเรื่องบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบจึงมิได้กระทบต่อเสรีภาพในการประกอบอาชีพในลักษณะที่เกินความได้สัดส่วน

ศาลปกครองสูงสุดของประเทศฝรั่งเศส ได้ตัดสิน (CE., Decision n.399117, (2016), para 15) ว่ากฎหมายลำดับรองเรื่องบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบยังคงอนุญาตให้

ยาสูบ จะส่งผลให้เสรีภาพในการประกอบอาชีพของกลุ่มธุรกิจยาสูบยังคงดำรงอยู่เช่น กฎหมายการแข่งขัน กฎหมายสิ่งแวดล้อม กฎหมายสุขภาพและความปลอดภัย อย่างปกติหรือไม่

⁴ เช่น กฎหมายการแข่งขัน กฎหมายสิ่งแวดล้อม กฎหมายสุขภาพและความปลอดภัย

ผู้ประกอบการใช้ซื้อยี่ห้อบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบต่อไปได้ เนื่องจากผู้บริโภคยังมีความจำเป็นที่จะต้องรู้ชื่อยี่ห้อเพื่อแยกแยะสินค้าออกจากกัน กฎหมายลำดับรองจึงไม่ได้ตราโดยขยายอำนาจเกินเลยไปจากขอบเขตที่กฎหมายหลักมอบอำนาจ อีกทั้งมาตรการการจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบมิได้ห้ามผู้ประกอบการผลิตหรือขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ หากแต่เป็นบทบัญญัติที่มีขึ้นเพื่อกำหนดกฎเกณฑ์เงื่อนไขในการการค้า เสรีภาพในการประกอบอาชีพของกฎหมายลำดับรองเรื่องบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบจึงมิได้ขัดแย้งกับคำประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมืองแต่อย่างใด

ศาลปกครองของไทยได้พิจารณา ในคดีหมายเลขแดงที่ 1886/2561 และหมายเลขแดงที่ 1887/2561 ว่า⁵ กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ภารกิจในการออกกฎเกณฑ์เกี่ยวกับภาพคำเตือนอันตรายบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบ อันเป็นภารกิจหน้าที่ของรัฐที่ต้องดำเนินการให้มีการลดปริมาณการบริโภคยาสูบให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งเป็นการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนโดยส่วนรวมให้ได้ประโยชน์สูงสุด ดังนั้นแม้กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของผู้ประกอบการกิจการยาสูบที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการยาสูบโดยถูกต้องตามกฎหมายและสุจริต แต่การใช้อำนาจดุลยพินิจของรัฐ จึงต้องเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย จะกระทบการเตือนสาระสำคัญหวั่นสิทธิไม่ได้และเสรีภาพนั้นมิได้ มาตรการเพิ่มขนาดของพื้นที่ในการแสดงรูปภาพ ข้อความ หรือคำเตือนไว้บนซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ซิการ์แต่เพิ่มขึ้น ย่อมชัดเจนว่าจะทำให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ซิการ์แต่มา กขึ้น ส่งผลต่อการเกรงกลัวถึงพิษภัยของบุหรี่และสามารถลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยหากมาตรการใดสามารถช่วยลดจำนวนของผู้ต้องการบริโภคยาสูบลงได้ ก็ย่อมเป็นมาตรการที่บรรลุวัตถุประสงค์ของกฎหมายที่ดี

จากการที่เสรีภาพในการประกอบอาชีพเป็นหนึ่งในคำฟ้องของคดีบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและคดีประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% แนวทางการตีความของศาลที่พิจารณา คดีทั้ง 3 ศาล ได้แก่ ศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักร คณะตุลาการรัฐธรรมนูญและศาลปกครอง

⁵ โปรดดูคำพิพากษาศาลปกครองกลาง คดีหมายเลขแดงที่ 1886/2561 ระหว่าง บริษัทเจที อินเตอร์เนชั่นแนล (ไทยแลนด์) จำกัด และ เจที อินเตอร์เนชั่นแนล เอสเอ กับ กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 25 กันยายน 2561, หน้า 37 และคำพิพากษาศาลปกครองกลาง คดีหมายเลขแดงที่ 1887/2561 25 กันยายน 2561 ระหว่างบริษัท บริติชอเมริกัน โทแบคโค ลิมิเตด และ บริษัทบริติช อเมริกัน โทแบคโค (แบรนด) อิงค์ กับ กระทรวงสาธารณสุข, หน้า 35-36

สูงสุดของประเทศฝรั่งเศส ได้อธิบายด้วยเหตุผลเดียวกันว่าเสรีภาพในการประกอบอาชีพแม้ จะได้รับการรับรองในระดับรัฐธรรมนูญ แต่ก็มีใช้เสรีภาพโดยเด็ดขาด กล่าวคือรัฐสามารถ ตรากฎหมายเพื่อจำกัดการใช้เสรีภาพในการประกอบอาชีพได้ หากมีความจำเป็นเพื่อ ประโยชน์สาธารณะ เช่นเดียวกับศาลปกครองไทย พิจารณาในเรื่องประกาศสภาพคำเตือน ขนาด 85% ว่า “การใช้อำนาจดุลยพินิจของรัฐ ต้องเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมาย กล่าวคือ ต้องสอดคล้องกับบทบัญญัติว่าด้วยการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรอง ไว้⁶ จะกระทำไม่ได้ เว้นแต่โดยบทบัญญัติแห่งกฎหมายหรือกฎที่ออกโดยอาศัยอำนาจตาม บทบัญญัติแห่งกฎหมายนั้น” ซึ่งแสดงให้เห็นว่าศาลปกครองของประเทศไทยพิจารณาว่า เสรีภาพในการประกอบอาชีพมิใช่เสรีภาพโดยเด็ดขาด เช่นเดียวกับศาลต่างประเทศ ด้วย เหตุนี้ รัฐจึงสามารถออกกฎเกณฑ์ทางกฎหมายเพื่อจำกัดการใช้เสรีภาพเรื่องนี้ได้ ตราบใดที่ เป้าหมายของการตรากฎเกณฑ์ดังกล่าวเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะและเท่าที่จำเป็นจะ กระทบการเตือนสาระสำคัญของสิทธิและเสรีภาพนั้นมิได้

ดังนั้นจากคำวินิจฉัยข้างต้นของศาลต่างประเทศและประกาศสภาพคำเตือนขนาด 85% บนบรรจุภัณฑ์ยาสูบของประเทศไทย พบว่าการจัดทำกฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบ เรียบไม่ขัดต่อเสรีภาพในการประกอบอาชีพแต่อย่างใด

2.2 การจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและการขยายภาพคำเตือนขนาด 85% ไม่ขัดกับหลักความได้สัดส่วน

หลักความได้สัดส่วนเป็นหลักกฎหมายมหาชนอย่างหนึ่งที่ได้รับการยอมรับอย่าง กว้างขวางในฐานะที่เป็นกฎหมายทั่วไปในระดับรัฐธรรมนูญ มีขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจสอบการ กระทำของรัฐ อันจะมีผลต่อความสมบูรณ์หรือความชอบด้วยกฎหมายของการกระทำนั้นๆ นอกเหนือจากจะเป็นหลักการในทางเนื้อหาที่ห้ามมิให้มีการใช้อำนาจอย่างอำเภอใจแล้ว หลักความได้สัดส่วนยังถือว่าเป็นเกณฑ์มาตรฐานที่เป็นสาระสำคัญในการควบคุมตรวจสอบ ของรัฐธรรมนูญ รวมถึงยังมีบทบาทสำคัญในการตรวจสอบความชอบด้วยกฎหมายของ การ กระทำในทางปกครองทั้งหลาย โดยเฉพาะในกรณีที่มีการแทรกแซงในสิทธิขั้นพื้นฐาน

⁶ มาตรา 29 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 “การจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลที่ รัฐธรรมนูญรับรองไว้ จะกระทำมิได้เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจบทบัญญัติแห่งกฎหมาย เฉพาะเพื่อการที่รัฐธรรมนูญนี้ กำหนดไว้และเท่าที่จำเป็น และจะกระทบกระเทือนสาระสำคัญของสิทธิและเสรีภาพนั้นมิได้...”

การที่กฎหมายบรรจุกัญธยาสูบแบบเรียบกำหนดให้สิ่งที่เคยแสดงให้เห็นปรากฏบนบรรจุกัญธยาสูบของบุหรี่ยี่ห้อไม่สามารถมีได้อีกต่อไป หรือการที่ประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% กำหนดพื้นที่ให้ผู้ประกอบการยาสูบสามารถใช้พื้นที่บนบรรจุกัญธยาได้เพียง 15% นั้น กลุ่มธุรกิจยาสูบมีความเห็นว่าธุรกิจของตนได้รับผลกระทบกระเทือนเป็นอย่างยิ่ง (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น. 63-64, น.77-80) ทั้งในเรื่องมูลค่าและความเป็นตัวตนของบุหรี่ยี่ห้อแต่ละยี่ห้อ โดยเฉพาะกฎหมายบรรจุกัญธยาสูบแบบเรียบที่เสมือนเป็นเครื่องมือของรัฐที่ใช้อำนาจ “เวนคืน” ธุรกิจที่ตนได้ลงทุนไป

ศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักรได้พิจารณาว่ามาตรการตามกฎหมายบรรจุกัญธยาสูบแบบเรียบนั้นมีความเหมาะสมแล้วและไม่มีความจำเป็นใด ๆ ที่ต้องประสานประโยชน์ในเรื่องเป้าหมายของการจัดทำบรรจุกัญธยาสูบแบบเรียบให้เข้ากับผลประโยชน์ตามความต้องการของเอกชน (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น.37) เนื่องจากการจัดทำบรรจุกัญธยาสูบแบบเรียบมีขึ้นด้วยเหตุที่รัฐมีหน้าที่ดูแลให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งถือเป็นหน้าที่พื้นฐานของรัฐอย่างหนึ่ง ในขณะที่เป้าหมายของเอกชนที่ประกอบธุรกิจคือมุ่งหวังเรื่องผลประโยชน์หรือกำไร เมื่อพิจารณาถึงภารกิจที่รัฐต้องดูแลหรือให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชนอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานกับการที่รัฐต้องคุ้มครองผลกำไรของเอกชนนั้นจึงไม่มีความจำเป็นใด ๆ ที่จะต้องให้กฎหมายบรรจุกัญธยาสูบแบบเรียบประนีประนอมกับผลประโยชน์ของเอกชน

คณะตุลาการรัฐธรรมนูญของฝรั่งเศสได้ให้ความเห็นว่าแม้กฎหมายบรรจุกัญธยาสูบแบบเรียบมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความสามารถในการโฆษณาสื่อสารสิ่งที่อยู่บนบรรจุกัญธยาสูบกับประชาชน แต่เมื่อพิจารณาถึงถึงตัวผลิตภัณฑ์ยาสูบซึ่งเป็นสินค้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การจัดทำบรรจุกัญธยาสูบแบบเรียบจึงเป็นมาตรการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพ โดยที่บทบัญญัติในเรื่องการจัดทำบรรจุกัญธยาสูบแบบเรียบนี้ ไม่ได้ห้ามการผลิตหรือห้ามการขายสินค้ายาสูบ มาตรการในเรื่องบรรจุกัญธยาสูบแบบเรียบจึงมิได้กระทบต่อผู้ประกอบการจนเกินความได้สัดส่วนแต่อย่างใด (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น. 48-49)

ศาลปกครองของประเทศไทยได้พิพากษาว่า เมื่อมาตรการเพิ่มขนาดของพื้นที่ในการแสดงรูปภาพ ข้อความหรือคำเตือนไว้บนซองหรือภาชนะบรรจุบุหรี่ยี่ห้อเพิ่มขึ้น ย่อมชัดเจนว่าจะทำให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ยี่ห้อเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกรงกลัวถึงพิษ

ภัยของบุหรี่และสามารถลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ อันเป็นมาตรการที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนโดยรวมมากขึ้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มุ่งคุ้มครองสุขภาพของผู้บริโภคยาสูบและผู้ที่มิได้บริโภคยาสูบ โดยหากมาตรการใดสามารถช่วยลดจำนวนของผู้ต้องการบริโภคยาสูบลงได้ ก็ย่อมเป็นมาตรการที่บรรลุวัตถุประสงค์ของกฎหมายที่ดี ข้อความคำเตือนที่มีภาพประกอบมีขนาดใหญ่ขึ้นย่อมได้รับความสนใจมากกว่า และจะกระตุ้นความรู้สึกและความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่และลดปริมาณการบริโภคยาสูบลงได้ เป็นช่องทางการสื่อสารที่มีคุณภาพสำหรับ กลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือมีข้อจำกัดด้านการอ่านรวมถึงเด็กและเยาวชน ดังนั้น มาตรการตามประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% จึงไม่เป็นการรุกรานสิทธิของผู้ฟ้องคดี จนเกินไปกว่าความจำเป็นที่ต้องมีมาตรการดังกล่าว (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น.65-66)

จากความเห็นข้างต้นของศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักร คณะตุลาการรัฐธรรมนูญของประเทศฝรั่งเศสและศาลปกครองของประเทศไทยพบว่า ศาลทั้ง 3 แห่งได้พิจารณาหลักความได้สัดส่วนในคดีการจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ และประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% โดยศาลได้ชี้แจงน้ำหนักระหว่างความจำเป็นของรัฐที่ตรากฎหมายจำกัดการใช้พื้นที่บนบรรจุภัณฑ์ยาสูบในการโฆษณาของกลุ่มธุรกิจ เพื่อเป็นมาตรการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายของบุหรี่และประโยชน์ของเอกชน ได้แก่ กลุ่มธุรกิจยาสูบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับธุรกิจของผู้ประกอบการจากการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้มีความเหมาะสม ได้สัดส่วนหรือจำเป็นมากน้อยเพียงใด แนวทางการตีความของศาลทั้ง 3 ศาลพบว่า ศาลทั้งหมดมีความเห็นตรงกันว่าในภาพรวมนั้น กฎหมายการจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบมีความสอดคล้องกับหลักความได้สัดส่วนตามรัฐธรรมนูญด้วยเหตุผลว่ารัฐดำเนินการเพื่อประโยชน์สาธารณะด้านการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

2.3 การจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและการขยายภาพคำเตือนขนาด 85% ไม่ขัดกับสิทธิในเครื่องหมายการค้า

เครื่องหมายการค้าเป็นหนึ่งในประเด็นของข้อพิพาทในคดีการจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและการขยายขนาดภาพคำเตือน 85% เนื่องจากเครื่องหมายการค้า นั้น ถือเป็นทรัพย์สินทางปัญญาแขนงหนึ่ง มีขึ้นเพื่อเป็นการจำแนกสินค้าของผู้ประกอบการรายหนึ่งออกจากสินค้าของผู้ประกอบการรายอื่นเพื่อให้ลูกค้าสามารถตัดสินใจได้ว่าจะเลือกซื้อสินค้าของผู้ประกอบการรายใด บทบัญญัติแห่งกฎหมายว่าด้วยเครื่องหมายการค้าของ

ประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่กำหนดให้ความคุ้มครองสิทธิในเครื่องหมายการค้าอันได้รับการจดทะเบียนไว้โดยชัดแจ้ง ข้อโต้แย้งที่เกิดขึ้นจากกลุ่มธุรกิจจากการจัดทำบรรจุนัยยาสูบแบบเรียบคือ รัฐได้ทำการ “เวนคืน” เครื่องหมายการค้าของธุรกิจที่ตนได้จดทะเบียนคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาไว้ (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น.80-81)

องค์การการค้าโลก (WTO) ได้มีคำตัดสินในคดีดังกล่าวระหว่างรัฐผู้ฟ้องคดีกับรัฐบาลของประเทศออสเตรเลีย (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น.19-21 และ น.81) จากมาตรการการจัดทำบรรจุนัยยาสูบแบบเรียบว่า ความตกลงระหว่างประเทศที่คุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา (TRIPS) ไม่ได้รับรอง “สิทธิที่จะใช้เครื่องหมายการค้า” (positive right to use) แต่เป็นการรับรอง “สิทธิเชิงปฏิเสธ” (negative right to exclude) ที่ผู้เป็นเจ้าของสิทธิมีสิทธิหวงกันมิให้เอกชนรายอื่นมาใช้เครื่องหมายการค้าของตน แต่รัฐสามารถกำหนดเงื่อนไขการใช้เครื่องหมายการค้าเพื่อคุ้มครองประโยชน์สาธารณะได้ ดังนั้นเมื่อรัฐยอมให้แสดงเครื่องหมายการค้าในรูปแบบตัวอักษรสีเดียวไม่มีโลโก้ ลูกค้ายังแยกแยะสินค้าได้ ก็บรรลุวัตถุประสงค์กฎหมายคุ้มครองเครื่องหมายการค้าแล้ว

ศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักรพิพากษาว่า สิทธิในเครื่องหมายการค้าเป็นสิทธิในเชิงปฏิเสธ (negative right) กล่าวคือ เจ้าของเครื่องหมายการค้าที่ได้ทำการจดทะเบียนมีสิทธิที่จะหวงกันบุคคลอื่นที่จะเข้ามาใช้เครื่องหมายการค้าของตน สิทธิในเชิงปฏิเสธนี้จึงมิได้มีความหมายถึงสิทธิในการใช้เครื่องหมายการค้าแต่อย่างใด (right to use) ศาลยังได้เห็นว่าไม่มีส่วนใดของข้อตกลงระหว่างประเทศ กฎเกณฑ์ของสหภาพยุโรปหรือกฎหมายภายในประเทศในเรื่องสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่ยินยอมให้เครื่องหมายการค้ามีความหมายรวมถึงการใช้สิทธิไปในทางที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพสาธารณะอย่างถูกกฎหมาย โดยย้ำว่าไม่มีส่วนใดในข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) กำหนดให้แก่เจ้าของเครื่องหมายการค้าหมายถึงสิทธิในการใช้ทรัพย์สิน (เครื่องหมายการค้า) ของเจ้าของที่จดทะเบียนดำรงอยู่เพื่อใช้อำนาจความสะดวกให้กับโรคภัยที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพที่ร้ายแรง ด้วยเหตุนี้หลักการของข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) และกรอบอนุสัญญาะหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) สามารถประสานวัตถุประสงค์ไปด้วยกันได้ระหว่างการคุ้มครองสุขภาพสาธารณะกับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาของเอกชนโดยไม่กระทบหรือขัดแย้งซึ่งกันและกัน (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น. 39)

ศาลสูงแห่งสหราชอาณาจักรอธิบายเพิ่มเติมว่า สิทธิในเครื่องหมายการค้ามีความสำคัญในฐานะที่คุ้มครองเจ้าของที่ได้ทำการจดทะเบียนในสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ในขณะที่การจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบมีวัตถุประสงค์ที่จะจัดการปรากฏของเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ทางการค้าบนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบเพื่อเป็นการลดความดึงดูดในการเข้าถึงสินค้าบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มนักสูบหน้าใหม่ กฎหมายการจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบจำกัดเพียงการใช้สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเฉพาะบนของยาสูบ อย่างไรก็ตาม การจำกัดสิทธิดังกล่าวไม่ใช่การจำกัดสิทธิแบบเด็ดขาด และกลุ่มธุรกิจยาสูบยังคงเป็นเจ้าของเครื่องหมายการค้า ตลอดถึงสิทธิในเครื่องหมายการค้าของผู้ประกอบการยังคงมีบทบาทป้องกันบุคคลอื่นเข้าใช้ประโยชน์หากเจ้าของมิให้ความยินยอม ผู้ประกอบการบุหริยังสามารถสื่อสารกับผู้บริโภคผ่านทางชื่อยี่ห้อ (brand name) และชื่อผู้ผลิตบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบได้ เงื่อนไขเหล่านี้ส่งผลให้ผู้บริโภคยังคงสามารถแยกแยะแหล่งที่มาของสินค้าบุหริได้ตามปกติ (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น.40-41)

คณะตุลาการรัฐธรรมนูญของฝรั่งเศส วินิจฉัยว่าเงื่อนไขของกฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบยินยอมให้ใช้ชื่อยี่ห้อบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบได้ ทำให้ผู้บริโภคสามารถแยกแยะผลิตภัณฑ์ยาสูบแต่ละยี่ห้อออกจากกันได้ถือเป็นการสร้างความชัดเจนให้แก่ผู้ซื้อ ในขณะที่เดียวกันเจ้าของเครื่องหมายการค้ายังคงสิทธิในการได้รับความคุ้มครองต่อการใช้สิทธิในเครื่องหมายการค้าจากบุคคลที่สามอยู่เช่นเดิม (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น.82)

ศาลปกครองสูงสุดของฝรั่งเศส ได้พิจารณาเรื่องสิทธิในเครื่องหมายการค้าของผู้ประกอบการว่า บทบัญญัติในกฎหมายลำดับรองเรื่องบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบแม้จะห้ามมิให้แสดงภาพเครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ บนหีบห่อบรรจุภัณฑ์บรรจุภัณฑ์ยาสูบซิการ์เรตและบุหริมวนเอง แต่ชื่อยี่ห้อของบุหริยังคงปรากฏอยู่บนหีบห่อยาสูบได้ตามปกติ การใช้ชื่อยี่ห้อสินค้าปรากฏได้ต่อไปบนหีบห่อบรรจุภัณฑ์ ถือว่าเพียงพอที่ผู้บริโภคจะแยกแยะตัวสินค้าและผลิตภัณฑ์ของยี่ห้อต่าง ๆ ออกจากกันได้ การจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้บริโภคเกิดความสับสนระหว่างบุหริยี่ห้อต่างๆ ที่วางจำหน่ายในท้องตลาดแต่อย่างใด ในขณะที่เดียวกันกฎเกณฑ์ที่รัฐได้ตราขึ้นเป็นกฎหมายลำดับรองเรื่องบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบเป็นเพียงเงื่อนไขในการใช้ (conditions d'exercice) เครื่องหมายการค้าบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ โดยที่ผู้เป็นเจ้าของเครื่องหมายที่ได้ทำการจดทะเบียนยังคงเป็นเจ้าของซึ่งมีสิทธิในทรัพย์สิน ได้แก่ เครื่องหมายการค้าของตนอยู่

สาระสำคัญของสิทธิในเครื่องหมายการค้าจึงมิได้ถูกระทบกระเทือนโดยผลของกฎหมายบรรจุกฎหมายยาสูบแบบเรียบแต่อย่างใด (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น.82-83)

ศาลปกครองของประเทศไทยมีคำพิพากษา ในคดีหมายเลขแดงที่ 1886/2561 ว่า การที่กลุ่มธุรกิจกล่าวหาว่า “ประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% ได้สร้างภาระแก่กลุ่มธุรกิจจนเกินสมควรและลิดรอนสิทธิในการใช้เครื่องหมายการค้าที่ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติเครื่องหมายการค้า พ.ศ. 2534 แม้ตามข้อกำหนดในประกาศพิพาทที่ให้ฉลากของบุหรี่ซีการ์เรตต้องมีขนาดครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 85 ของบรรจุกฎหมายยาสูบ ทำให้ผู้ฟ้องคดีทั้งสองอาจใช้พื้นที่แสดงเครื่องหมายการค้าได้เพียงร้อยละ 15 ของพื้นที่ของ แต่ผู้ฟ้องคดีก็ยังสามารถแยกแยะความแตกต่างหรือสาระสำคัญของผลิตภัณฑ์ยาสูบยี่ห้อต่าง ๆ ได้ โดยไม่ถึงขนาดทำให้คุณค่าเครื่องหมายการค้าของธุรกิจเสื่อมลงอย่างมีนัยสำคัญแต่ประการใด มาตราการของรัฐเรื่องภาพคำเตือนขนาด 85% จึงไม่เป็นการลิดรอนสิทธิของธุรกิจที่ได้รับตามพระราชบัญญัติเครื่องหมายการค้า พ.ศ. 2534 จนเกินไปกว่าความจำเป็นที่ต้องมีมาตรการดังกล่าวแต่อย่างใด”⁷

จากการศึกษาคำพิพากษาข้างต้น พบว่า ศาลทุกแห่งได้มีการตัดสินคดีไปในทางเดียวกัน คือ กฎหมายบรรจุกฎหมายยาสูบแบบเรียบและประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% ไม่กระทบต่อสิทธิในเครื่องหมายการค้า องค์การการค้าโลก สหราชอาณาจักรและฝรั่งเศสมีความเห็นร่วมกันว่า สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาถือเป็นสิทธิในการปฏิเสธ (negative right) ซึ่งเป็นสิทธิที่มีไว้เพื่อกันมิให้บุคคลที่สามเข้ามาใช้ประโยชน์ในทรัพย์สินทางปัญญาของเจ้าของผู้จดทะเบียน ซึ่งรัฐผู้ตรากฎหมายบรรจุกฎหมายยาสูบแบบเรียบไม่ได้เข้ามาใช้ประโยชน์ดังกล่าว แต่เป็นเพียงกำหนดเงื่อนไขในการใช้ (conditions d'exercice) เครื่องหมายการค้าบนบรรจุกฎหมายยาสูบแบบเรียบ โดยที่กลุ่มธุรกิจยาสูบเจ้าของเครื่องหมายการค้ายังคงสิทธิในการหวงกันมิให้บุคคลที่สามเข้ามาใช้ประโยชน์ในเครื่องหมายการค้าของตนได้ต่อไป (เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล, 2563, น.84) นอกจากนี้ผู้บริโภคยังคงสามารถแยกแยะสินค้าบุหรี่แต่ละยี่ห้อออกจากกันได้ เนื่องจากกฎหมายบรรจุกฎหมายยาสูบแบบเรียบยังคงยินยอมให้ยี่ห้อบุหรี่ปากฎอยู่บนหีบห่อบรรจุกฎหมายยาสูบ ซึ่งทำให้ผู้บริโภคไม่เกิดการสับสนหลงผิดในตัว

⁷ โปรดดูคำพิพากษาศาลปกครองกลาง คดีหมายเลขแดงที่ 1886/2561 ระหว่าง บริษัทเจที อินเตอร์เนชั่นแนล (ไทยแลนด์) จำกัด และ เจที อินเตอร์เนชั่นแนล เอสเอ กับ กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 25 กันยายน 2561, หน้า 36-37

สินค้าแต่ละยี่ห้อแต่อย่างใด ซึ่งเหตุผลประการหลังของศาลในคดีกฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบนี้ตรงกับคำพิพากษาของศาลปกครองไทยเรื่องประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% ที่อธิบายว่า ประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% นั้น ผู้ประกอบการยังสามารถแยกแยะความแตกต่างหรือสาระสำคัญของผลิตภัณฑ์ยาสูบยี่ห้อต่าง ๆ ได้ โดยไม่ถึงขนาดทำให้คุณค่าเครื่องหมายการค้าของธุรกิจเสื่อมลงอย่างมีนัยสำคัญแต่ประการใด

จากการศึกษาข้อพิพาทและคำตัดสินขององค์การการค้าโลก ศาลประเทศออสเตรเลีย ศาลสหราชอาณาจักร ศาลประเทศฝรั่งเศสและศาลปกครองของไทยพบว่า แม้กฎหมายการจัดทำบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% จะมีรายละเอียดที่ปรากฏบนบรรจุภัณฑ์แตกต่างกันบ้าง แต่สาระหรือแก่นของมาตรการการจัดทำภาพ ข้อความ คำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบของกฎเกณฑ์ 2 ประเภทข้างต้นไม่ได้มีความแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาจากคำพิพากษาที่ยุติลงอย่างเด็ดขาดแล้วในองค์การการค้าโลก (WTO) ศาลประเทศออสเตรเลีย ศาลสหราชอาณาจักร ศาลประเทศฝรั่งเศสและศาลปกครองของไทย พบว่าศาลทุกแห่งได้ยืนยันว่า มาตรการบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% นั้น ไม่ขัดต่อสิทธิเสรีภาพในทางรัฐธรรมนูญและไม่ขัดต่อกติกาการค้าระหว่างประเทศแต่อย่างใด

3. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทสรุปและข้อเสนอแนะจากการศึกษางานชิ้นดังกล่าว มีดังนี้

3.1 บทสรุป

หากพิจารณาถึงจุดร่วมของข้อโต้แย้งจากบริษัทยาสูบในคดีบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบกับประกาศภาพคำเตือนขนาด 85% นั้นพบว่ามีประเด็นร่วมกันในเรื่อง การกระทบต่อเสรีภาพในการประกอบอาชีพ การกระทบต่อหลักความได้สัดส่วน และการกระทบต่อสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา (เครื่องหมายการค้า) ซึ่งคำพิพากษาของศาลและองค์การที่พิจารณาคดีพิพาทเรื่องนี้ทุกแห่ง ได้ตัดสินให้รัฐบาลของประเทศที่ออกมาตรการจำกัดพื้นที่การโฆษณาบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและการขยายขนาดภาพคำเตือนเป็นฝ่ายชนะคดีทั้งหมด ด้วยเหตุผลที่ว่ามาตรการบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและมาตรการขยายขนาดภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบไม่ขัดต่อหลักเสรีภาพในการประกอบอาชีพ สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาและหลักความได้สัดส่วนซึ่งได้รับการรับรองไว้ในรัฐธรรมนูญ

3.2 ข้อเสนอแนะ

(1) การตรากฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบหรือการตรากฎหมายเพื่อขยายขนาดภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบสามารถกระทำได้และเป็นสิ่งที่กรอบอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) สนับสนุนหากรัฐภาคีจะดำเนินการเนื่องจากวัตถุประสงค์ของกฎหมายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายของบุหรี่ แม้ข้อตกลงระหว่างประเทศหลายฉบับ เช่น ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPs) จะมีสาระในเรื่องการคุ้มครองเจ้าของทรัพย์สินทางปัญญา แต่ข้อตกลงระหว่างประเทศเหล่านี้ล้วนมีข้อยกเว้นการคุ้มครอง หากรัฐต้องออกมาตรการใด ๆ เพื่อสุขภาพสาธารณะของประชาชน ดังนั้นหลักการด้านสุขภาพภายใต้กรอบอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) กับข้อตกลงระหว่างประเทศในเรื่องการค้าหรือทรัพย์สินทางปัญญา เช่น ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPs) สามารถดำเนินการไปด้วยกันได้ ไม่ขัดหรือแย้งกันแต่อย่างใด

(2) คดีข้อพิพาทจากการตรากฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและการตรากฎหมายเพื่อขยายขนาดภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบ แม้จะเป็นการฟ้องคดีไปยังหลายประเทศ แต่ลักษณะข้อโต้แย้งจากกลุ่มธุรกิจยาสูบมีความคล้ายคลึงกัน ตลอดจนถึงแนวทางคำตัดสินคดีของศาลในประเทศต่าง ๆ ที่เกิดข้อพิพาทดังกล่าวมีการวางแนวทางไปในทิศทางเดียวกัน แสดงให้เห็นถึงกระแสโลกในเรื่องการชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์สาธารณะทางสุขภาพกับประโยชน์ทางธุรกิจของเอกชน (ธุรกิจยาสูบ) ว่าการจำกัดพื้นที่บนบรรจุภัณฑ์ยาสูบนั้น เป็นมาตรการที่มีความชอบธรรมและเป็นหนึ่งในวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

(3) แม้กฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและกฎหมายขยายขนาดภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบ จะมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน แต่รัฐต้องตระหนักถึงหลักการสำคัญ ได้แก่ หลักการไม่เลือกปฏิบัติและหลักความได้สัดส่วน เนื่องจากหลักการทั้ง 2 เรื่องนี้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการควบคุมการใช้อำนาจออกกฎหมายของรัฐเพื่อพิจารณาว่ากฎหมายที่รัฐตราขึ้นนั้นจะอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่เกินเลยไปจากเป้าหมายที่รัฐต้องการให้บรรลุผล กล่าวคือ การอยู่ในขอบเขตเพื่อคุ้มครองสุขภาพ ในขณะเดียวกันต้องไม่มีบุคคลภายใต้การบังคับใช้กฎหมายบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบและ

กฎหมายขยายขนาดภาพคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ยาสูบ ที่ถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม มีฉะนั้นแล้วกฎหมายฉบับนั้น จะกลายเป็นวัตถุในการฟ้องคดีเป็นข้อพิพาทให้ศาลเพิกถอนการบังคับใช้ได้

4. เอกสารอ้างอิง

- เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล. (2560). **มาตรการของบุหรี่แบบเรียบ : กฎหมายและคำพิพากษาของศาลต่างประเทศ**. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล
- เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิลและคณะ. (2563). **ถอดบทเรียนเกี่ยวกับการดำเนินข้อพิพาททางกฎหมายเกี่ยวกับบรรจุภัณฑ์ยาสูบแบบเรียบ**, ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- คำพิพากษาศาลปกครองกลาง คดีหมายเลขแดงที่ 1886/2561 ระหว่าง บริษัทเจที อินเตอร์เนชั่นแนล (ไทยแลนด์) จำกัด และ เจที อินเตอร์เนชั่นแนล เอสเอ กับ กระทรวงสาธารณสุข
- คำพิพากษาศาลปกครองกลาง คดีหมายเลขแดงที่ 1887/2561 25 กันยายน 2561 ระหว่างบริษัท บริติช อเมริกัน โทแบคโค ลิมิเตด และ บริษัทบริติช อเมริกัน โทแบคโค (แบรนด) อิงค์ กับ กระทรวงสาธารณสุข
- BAT, PM, JTI, ITL & Secretary of State for Health, EWHC 1169, (2016), เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2563 จาก <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2016/05/bat-v-doh-judgment.pdf>
- Conseil Constitutionnel, n. 2015-727 DC 21 มกราคม 2016, เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2563 จาก <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2016/2015-727-dc/decision-n-2015-727-dc-du-21-janvier-2016.146887.html>
- Conseil d'Etat, n. 399117 DC 23 ธันวาคม 2016, เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2563 จาก <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000033685128/>

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะ ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564

Cyberbullying: Meaning and Concept Review under the Context of Thai Society

Krisda Saengcharoensap¹ Veenunkarn Rujipak²

Received 3 October 2020; Revised 1 November 2020; Accepted 4 November 2020

Abstract

This article examined the meanings and the characteristics of cyberbullying in Thailand. Moreover, it also compared the differences between cyberbullying and other similar behaviors which are normally mentioned when cyberbullying has become an issue in Thailand, such as disrespect, defamation, cyber harassment, including hate speech. This study adopted the documentary research approach. Literature review was the main source for data collection. The findings indicated that the existing definition and the elements of cyberbullying in Thailand require reconceptualization. This is because the context of the Thai society is different from those of other countries – especially the Thai society tends to use common words, and to create new words should be understood as cyberbullying. Additionally, some Thai people use cyberbullying to build friendships among friends. Furthermore, this research also found the differences between cyberbullying and cyber-harassment. We suggested that cyberbullying should be defined as any actions which lead to hurt feelings, humiliation, pain, humility, inferiority, or mental suffering of the victims, while cyber-harassment should be referred to any actions causing fear, insecurity or feeling suspicious.

Keywords: cyberbullying; cyber-harassment; definition

¹ Lecturer, Law Division, Faculty of Humanities and Social Sciences, Phetchaburi Rajabhat University

² Associate Professor, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University

* Corresponding author: krisda.sae@gmail.com

Cyberbullying ความหมาย และการทบทวนแนวคิด ภายใต้บริบทของสังคมไทย

กฤษฎา แสงเจริญทรัพย์¹ วรินทร์กานต์ รุจิภักดิ์²

วันที่รับบทความ 3 ต.ค.2563; วันแก้ไขบทความ 1 พย. 2563; วันตอบรับบทความ 4 พย. 2563

บทคัดย่อ

งานศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความหมาย และลักษณะของการกลั่นแกล้งรังแกกันบนพื้นที่ไซเบอร์ นอกจากนี้ยังเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการกลั่นแกล้งรังแกกันบนพื้นที่ไซเบอร์และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่มีความคล้ายคลึงกันซึ่งมักมีการกล่าวถึงเมื่อการกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ตที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เช่น การดูหมิ่น การหมิ่นประมาท การคุกคามทางไซเบอร์ รวมถึงคำพูดที่เป็นการแสดงความเกลียดชัง การศึกษาครั้งนี้ใช้การศึกษาจากเอกสารและการทบทวนวรรณกรรมเป็นแหล่งข้อมูลหลักในการรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าคำจำกัดความของคำว่า การกลั่นแกล้งรังแกกันบนพื้นที่ไซเบอร์และองค์ประกอบของการกลั่นแกล้งรังแกกันบนพื้นที่ไซเบอร์ในประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการทบทวน เนื่องจากบริบทของสังคมไทยที่มีความแตกต่างจากประเทศอื่น ๆ โดยเฉพาะสังคมไทยเป็นสังคมที่สามารถนำคำสามัญที่พบเห็นได้ทั่วไปมาใช้ในความหมายของการกลั่นแกล้งรังแกกันบนพื้นที่ไซเบอร์ รวมถึงคนไทยบางส่วนยังใช้การกลั่นแกล้งรังแกกันบนพื้นที่ไซเบอร์เป็นเครื่องมือในการสร้างมิตรภาพในหมู่เพื่อน นอกจากนี้งานศึกษาในครั้งนี้ยังพบความแตกต่างระหว่างการกลั่นแกล้งกันบนพื้นที่ไซเบอร์กับการคุกคามบนอินเทอร์เน็ต โดยผู้ศึกษาเห็นว่า การกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นบนพื้นที่ไซเบอร์คือการกระทำใด ๆ ที่เกิดขึ้นบนพื้นที่ไซเบอร์และนำไปสู่การทำร้ายความรู้สึกสร้างความอับอาย ความเจ็บปวด ความรู้สึกต่ำต้อยสูญเสียความมั่นใจ หรือความทุกข์ทรมานทางจิตใจของเหยื่อ ขณะที่การคุกคามทางอินเทอร์เน็ตคือการกระทำใด ๆ ที่เกิดขึ้นบนพื้นที่ไซเบอร์นำไปสู่ความรู้สึกหวาดกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย หรือสร้างความหวาดระแวงให้กับตัวผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ ซึ่งส่งผลให้การกำหนดมาตรการในการลดหรือป้องกันปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมทั้งสองประเภทนี้แตกต่างกันออกไปด้วย

คำสำคัญ : การกลั่นแกล้งกันบนพื้นที่ไซเบอร์; การคุกคามทางอินเทอร์เน็ต; คำจำกัดความ

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชานิติศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

² รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้รับผิดชอบบทความ: krisda.sae@gmail.com

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การ cyberbullying ถือเป็นพฤติกรรมออนไลน์ที่ได้รับความสนใจในวงกว้าง เนื่องจากผลกระทบทางอารมณ์ด้านลบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ เช่น โกรธ เสียใจ อับอาย ท้อแท้ใจ เครียด การมีภาวะซึมเศร้า (e.g., R. M. Kowalski and S. P. Limber, 2012; R. Slonje, P. K. Smith and A. Frisen, 2013 BA3; T. Ayas and M. Deniz, 2014) รวมถึงร้ายแรงขนาดการฆ่าตัวตาย (M. Goodman, 2011) ขณะที่ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อบางรายโดยเฉพาะในรายที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักตัดสินใจเลิกใช้บัญชีสื่อสังคมออนไลน์ของตน (M. Cavna, 2018; R. Gilbey, 2017) เพื่อหลบหนีจากปัญหาดังกล่าว ซึ่งจากความรุนแรงของการ cyberbullying ที่นับวันยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในสังคมไทยที่มีผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์สูงติดอันดับโลก (Leesa-nguansuk, 2019) และกำลังประสบปัญหาการ cyberbullying ทั้งในกลุ่มศิลปิน ดารา หรือผู้มีชื่อเสียง (Thai PBS, 2016) และคนทั่วไป (ETDA, 2019) ส่งผลให้เกิดความตื่นตัวต่อเรื่องดังกล่าว รวมถึงการแสวงหามาตรการต่าง ๆ เพื่อใช้ป้องกัน หรือลดการเกิดให้น้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการใช้มาตรการในทางกฎหมาย (คณาธิป ทองรวีวงศ์, 2558; เจริญ สุวรรณกิจ, 2560) หรือการใช้มาตรการทางสังคมอื่น โดยเฉพาะมาตรการทางเทคโนโลยี (จิตต์สุภา ฉิน, 2019; B. S. Nandhini and J. I. Sheeba, 2015 P024; N. A. Wahab, W. A. J. W. Yahaya and B. Muniandy, 2015) ก็ตาม

แม้ว่าในด้านหนึ่งการตื่นตัวต่อปัญหาการ cyberbullying จะเป็นการสร้างความตระหนักให้แก่สังคมถึงความรุนแรง และผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับเหยื่อ แต่ในอีกด้านหนึ่งการตื่นตัวโดยที่ขาดองค์ความรู้ ในเรื่องการ cyberbullying ก็อาจจะนำไปสู่ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายต่าง ๆ ที่อาจจะไม่ตรงต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้าใจในเรื่องของความหมาย หรือขอบเขตที่แน่ชัดของการ cyberbullying ซึ่งปัญหาดังกล่าวไม่ได้เป็นเพียงปัญหาในสังคมไทย หากแต่เป็นปัญหาของการศึกษาเรื่อง cyberbullying ในทางสากลเช่นเดียวกัน (C. Langos, 2012 BA2; I. K. Peter and F. Petermann, 2018 BL 011; M. L. Ybarra, D. Boyd, J. D. Korchmaros and J. Oppenheim, 2012 P012) บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการที่จะชี้ให้เห็นถึงความพยายามในการกำหนดความหมาย และองค์ประกอบของการ cyberbullying รวมถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการ cyberbullying กับพฤติกรรมอื่นที่มีความใกล้เคียงกัน และมักที่จะมีการกล่าวถึงอยู่เสมอเมื่อมีการ cyberbullying ในประเทศไทย อันได้แก่ การดูหมิ่นซึ่งหน้า การหมิ่นประมาท การคุกคามบนพื้นที่โซเชียล รวมถึงการใช้คำพูด

เพื่อสร้างความเกลียดชังระหว่างกัน (hate speech) โดยใช้การวิเคราะห์จากเอกสาร งานวิจัยทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ และท้ายสุดจะเป็นการทบทวนแนวคิด และองค์ประกอบของการ cyberbullying ที่เกิดขึ้นในบริบทของสังคมไทยที่อาจมีความเหมือนและอาจมีความแตกต่างกับการ cyberbullying ที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ เพื่อที่จะนำมาใช้เป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาการ cyberbullying ที่เหมาะสม และสอดคล้องกับประเทศไทยต่อไป

ความหมาย และองค์ประกอบของการ cyberbullying

แม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มีคำจำกัดความคำว่า cyberbullying ในลักษณะที่เป็นความหมายที่ได้รับการยอมรับในทางสากล อย่างไรก็ตามในร่างกฎหมาย Megan Meier Cyberbullying Prevention Act ซึ่งเป็นร่างกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดโศกนาฏกรรมขึ้นกับ Megan Meier จนที่ที่สุดแล้วเธอก็ได้เลือกที่จะจบชีวิตตนเองอันเกิดจากการถูก cyberbullying (กฤษฎา แสงเจริญทรัพย์, 2017) ได้มีการกำหนดความหมายของคำว่า cyberbullying ไว้ใน section ที่ 3 § 881 ว่า ได้แก่การสื่อสารทั้งระหว่างรัฐ และจากต่างประเทศ โดยผู้ส่งตั้งใจในการข่มขู่ ทำให้กลัว คุกคาม หรือเป็นสาเหตุสำคัญในการนำไปสู่ความรู้สึกเศร้าโศก เสียใจทางอารมณ์แก่ผู้อื่น โดยการใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์อื่นเป็นการเพิ่มขนาดของความรุนแรง เพิ่มจำนวนการกระทำซ้ำ รวมถึงพฤติกรรมที่มีเจตนาร้ายต่าง ๆ ต้องระวางโทษปรับ หรือจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือทั้งจำทั้งปรับ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาพบว่ามีความพยายามในการให้ความหมายของคำว่า cyberbullying ไว้ค่อนข้างที่จะหลากหลายแตกต่างกันไปตามแต่ละมุมมอง หรือวิธีการที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่าควรนำมากล่าวไว้ในเบื้องต้นเพื่อให้เห็นถึงภาพรวมของความหมายของคำว่า cyberbullying เสียก่อน ดังนี้

โนเซนทีนี และคณะ (2010) อธิบายว่า cyberbullying คือการแสดงออกซึ่งความรุนแรงก้าวร้าวแบบใหม่ ผ่านทางการใช้เทคโนโลยีการติดต่อสื่อสาร และสามารถเกิดขึ้นได้ข้ามประเทศ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ต้องเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นโดยเจตนา มีลักษณะของการกระทำซ้ำ ภายใต้รูปแบบของความไม่เท่าเทียมกันทางอำนาจ รวมถึงมีลักษณะของความเป็นนิรนามของผู้ที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่น และต้องมีการแสดงความรุนแรงนั้นในลักษณะที่เป็นสาธารณะ

องค์กรเอกชน Ditch The Label (2017) ได้จัดทำรายงานประจำปีจากการสำรวจในเรื่องของพฤติกรรม cyberbullying ได้อธิบายว่า ความหมายของการ cyberbullying ค่อนข้างที่จะมีความเป็นอัตวิสัย ซึ่งในแต่ละบุคคลก็จะมี ความเข้าใจในลักษณะของการ cyberbullying ที่แตกต่างกันออกไป โดยพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับกันว่าอยู่ในข่ายของการ cyberbullying ได้แก่ การส่งภาพ screenshot หรือรูป ของผู้อื่นเข้าไปในกลุ่มสนทนาทาง application ต่าง ๆ โดยผู้ส่งต้องการให้ผู้อื่นเห็นว่าเป็นเรื่องตลกขบขัน ในทำนองเยาะเย้ยหรือล้อเลียนผู้ที่ เป็นเจ้าของสถานะ หรือเป็นเจ้าของภาพนั้น นอกจากนี้ยังมีความหมายถึงการมี พฤติกรรมก่อกวนผู้อื่นในการเล่นเกมนออนไลน์ การกดถูกใจ (like) หรือแบ่งปัน (shared) เรื่องราวที่มีการเผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ ซึ่งมีเนื้อหาหรือลักษณะของการนำเสนอที่ เป็นการล้อเลียนผู้อื่น รวมถึงการมีพฤติกรรมใด ๆ อันก่อให้เกิดความรำคาญแก่คนที่ตนเองไม่ชอบผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ

ทูแรน และ คณะ (2011) ได้ทำการศึกษาถึงการ cyberbullying ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม นักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย โดยเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นความรุนแรงในรูปแบบใหม่อันเป็นด้านลบจากการใช้เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารในปัจจุบัน โดยลักษณะของการ cyberbullying ที่สำคัญและส่งผลกระทบในแง่ลบมากที่สุดคือ cyberbullying ในลักษณะจากเพื่อนสู่เพื่อน รวมถึงมีลักษณะของการกระทำซ้ำ ผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ประเภทต่าง ๆ

โควิลสกี และคณะ (2008) ได้ให้ความหมายของการ cyberbullying โดยเปรียบเทียบกับ การรังแกกันแบบเดิม (การรังแกกันบนพื้นที่ทางกายภาพ) โดยอธิบายว่าการรังแกกันแบบเดิม เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นโดยผู้กระทำมีความตั้งใจ ในลักษณะของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีความไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งความไม่เท่าเทียมกันทางอำนาจดังกล่าวอาจแสดงให้เห็นได้จากความแตกต่างในทางกายภาพ รวมถึงอำนาจหรือสถานะในทางสังคมด้วย ทั้งยังเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซ้ำๆ และเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ในขณะที่พฤติกรรม cyberbullying เป็นพฤติกรรมที่กำหนดความหมายได้ค่อนข้างยาก และคลุมเครือ แต่ก็อาจกล่าวได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวพันกับการรังแกกันแบบเดิม เพียงแต่ cyberbullying นั้นแสดงออกโดยการใช้เทคโนโลยีหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น การเชื่อมโยงผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต หรือการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ โดยอาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า cyberbullying ถือเป็นพัฒนาการอย่างหนึ่งของการรังแกกันแบบเดิม

ฮินดูจา และ พัตชิน (2009) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า cyberbullying ไว้ว่าเป็นการกระทำให้ผู้ที่ถูกรังแกได้รับความทุกข์ โดยผู้กระทำมีเจตนาในการกระทำเช่นนั้น และมีลักษณะ

ของการกระทำซ้ำผ่านทางการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ โดยผู้รังแกได้ใช้อุปกรณ์ต่างๆ เหล่านี้ในการแสดงออกซึ่งความประสงค์ร้าย หรือการทำร้ายความรู้สึกของผู้อื่น โดยการเผยแพร่ภาพหรือข้อมูลใดๆ ที่เป็นการทำให้ผู้อื่นรู้สึกขายหน้า หรือทำให้รู้สึกอับอาย ในพื้นที่ออนไลน์อันมีลักษณะเป็นพื้นที่สาธารณะอย่างหนึ่ง การ cyberbullying จึงถือเป็นการที่ผู้รังแกใช้สื่ออินเทอร์เน็ตไปในทางที่ผิด และเป็นการกระทำต่อตัวเหยื่อผู้ที่อยู่ห่างโดยระยะทาง (Physically Distant) ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสภาพอารมณ์ของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อจากการถูกรังแกได้อย่างรุนแรง แม้ว่าผู้รังแกและผู้ที่ถูกรังแกจะไม่เคยได้มีการพบหน้าหรือไม่ได้มีความรู้จักกันมาก่อนเลยก็ตาม โดยองค์ประกอบสำคัญของการ cyberbullying คือ การกระทำโดยผู้กระทำมีเจตนาให้เกิดขึ้นด้วยความตั้งใจไม่ใช่การเกิดขึ้นโดยความบังเอิญ รวมถึงต้องมียุทธศาสตร์ของการกระทำซ้ำ และต้องมีความชั่วร้าย กล่าวคือเป็นการกระทำด้วยความตั้งใจให้ผู้ที่ถูกรังแกได้รับความทุกข์ โดยผ่านทางการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ รวมถึงอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ

แม้ว่าจะมีความพยายามในการกำหนดความหมายของคำว่า cyberbullying ให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น แต่ลักษณะของพฤติกรรมดังกล่าวก็ยังอาจที่จะมีความทับซ้อนกับพฤติกรรมอื่นขึ้นได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความเข้าใจผิดดังกล่าวดังงานศึกษาของ ยบราลา และคณะ (2012) ที่พบว่าในการเก็บข้อมูลการศึกษาที่ไม่ได้มีการให้คำจำกัดความคำว่ารังแก รวมถึงการใช้คำว่ารังแกในชุดคำถาม ส่งผลให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเข้าใจพฤติกรรมก็เกินเลยไปจากขอบเขตของคำว่ากรรังแกกัน สำหรับชุดคำถามที่มีการให้ความหมายแต่ไม่ได้ใช้ถ้อยคำว่าการรังแก พบว่ามีอัตราการจัดกลุ่มพฤติกรรมผิดในระดับสูง จึงเสนอว่าในการใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวัดพฤติกรรม cyberbullying ควรที่จะมีการใช้คำว่า การรังแก ในแบบสอบถามให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนด้วย อย่างไรก็ตาม มีนักวิชาการบางกลุ่มที่เห็นว่าการใช้คำว่า cyberbullying อาจจะยังไม่ครอบคลุมถึงลักษณะของพฤติกรรม หรือกลุ่มบุคคลที่อาจตกเป็นเป้าหมายจากการถูกรังแกบนพื้นที่ไซเบอร์ในปัจจุบันที่มีการขยายขอบเขตออกไปจากเดิม จึงได้มีการเสนอให้มีการใช้ถ้อยคำอื่นแทน เช่น ลอว์ และคณะ (2012) เสนอให้ใช้คำว่าความก้าวร้าวรุนแรงออนไลน์ (Online aggression) หรือคำว่า ความก้าวร้าวทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic aggression) แทนการใช้คำว่า cyberbullying เนื่องจากเห็นว่า เป็นคำที่มีความหมายตรงกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นบนพื้นที่ไซเบอร์ในปัจจุบัน มากกว่าการใช้คำว่า cyberbullying ซึ่งที่มีรากฐานมาจาก การรังแกกันบนพื้นที่ทางกายภาพ ที่ส่วนใหญ่เป็นการ

รังแกกันในกลุ่มเด็ก อันเป็นความเสียหายที่เห็นประจักษ์และเกิดขึ้นในวงจำกัด เนื่องจากรูปแบบและผลกระทบของการ cyberbullying สามารถเกิดขึ้นได้กว้างกว่า เช่น อาจเกิดจากการรังแกโดยใช้วาจา คำพูด ภาพ และเป็นเรื่องของความเสียหายต่อจิตใจ มากกว่าที่จะเป็นความเสียหายทางด้านร่างกายเมื่อเปรียบเทียบกับกรรังแกกันในทางกายภาพ

สำหรับ โวลต์ และฟิงเคลลอร์ (2007) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของลักษณะทั่วไปของพฤติกรรมการคุกคามออนไลน์ (Online harassment) และขอบเขตของพฤติกรรมที่อาจถือเป็นกรรังแกกันโดยศึกษาการถูกคุกคามในกลุ่มวัยรุ่น การคุกคามออนไลน์ ความรู้สึกเศร้าใจจากการถูกคุกคามบนพื้นที่ออนไลน์ โดยผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงเหตุการณ์การคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์ส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ถูกให้ความหมายในลักษณะเดียวกันกับความหมายของการรังแกกันในทางกายภาพที่มีลักษณะของความก้าวร้าว (Aggression) การทำซ้ำ (Repetition) และความไม่เท่าเทียมกันในทางอำนาจ (Power Imbalance) อันนำไปสู่ข้อสรุปของงานศึกษาวิจัยว่าแนวคิดในการใช้คำว่ากรรังแกกัน (Bullying) หรือ cyberbullying อาจจะไม่เหมาะสม โดยเสนอให้ใช้คำว่ากรคุกคามออนไลน์ (Online harassment) แทน โดยที่อินเทอร์เน็ตถูกมองว่าเป็นเพียงเครื่องมือในการช่วยให้เกิดความสะดวกหรือเป็นการขยายโอกาสในการตกเป็นเหยื่อจากการถูกรังแกบนพื้นที่ทางกายภาพมาสู่การตกเป็นเหยื่อจากการถูกรังแกบนพื้นที่ใหม่นั้น

จากการศึกษาในเรื่องของการให้คำจำกัดความข้างต้น จึงทำให้ได้ข้อสรุปว่า cyberbullying คือ พฤติกรรมกรรังแกรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นบนพื้นที่ไซเบอร์ อันเป็นการกระทำที่ผู้รังแกมีเจตนาหรือตั้งใจเพื่อที่จะให้ผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อจากการถูกรังแกได้รับความอับอาย ขาดหน้า เสียใจ เจ็บปวดทางความรู้สึก หรือทุกข์ทรมานใจ ในลักษณะที่เป็นการเยาะเย้ย หรือล้อเลียน ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เป็นเครื่องมือในการเข้าถึง โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ต้องเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นโดยความตั้งใจของผู้กระทำ 2) ต้องมีลักษณะของการกระทำที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ และสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา โดยไม่ถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขด้านสถานที่ และ 3) ต้องมีความไม่เท่ากันทางอำนาจระหว่างผู้รังแกและผู้ที่ถูกรังแก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการใช้คำว่า cyberbullying จะเป็นถ้อยคำที่การใช้แพร่หลายในปัจจุบัน แต่ก็ยังมีแนวคิดในการเสนอให้ใช้ถ้อยคำอื่นแทนการใช้คำดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากว่าการใช้คำว่ากลั่นแกล้งรังแก อาจส่งผลกระทบต่อทัศนคติของสังคมส่วนใหญ่ในการพิจารณาพฤติกรรมดังกล่าวว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเฉพาะในวัยเด็ก ส่งผลให้กลุ่มของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการถูกรังแกบนพื้นที่ไซเบอร์ถูกจำกัดให้แคบลง ทั้งที่ในปัจจุบันนี้บุคคลที่

อยู่ในข่ายของการตกเป็นเหยื่อจากการถูกรังแกกันบนพื้นที่ไซเบอร์ได้มีการขยายขอบเขตออกไป โดยหมายรวมถึงประชากรในทุกช่วงวัยที่สามารถเข้าถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันราชบัณฑิตยสภาของประเทศไทยได้ให้ความหมายของคำว่า cyberbullying ไว้ว่าหมายถึงการกระรานทางไซเบอร์ อันได้แก่ การกลั่นแกล้ง การให้ร้าย การด่าว่า การข่มเหง หรือการรังแกผู้อื่นทางสื่อสังคมต่าง ๆ เช่น เฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2019) เมื่อศึกษาความหมายของคำว่าระราน ตามที่ได้มีการกำหนดไว้ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2555 พบว่า ระราน เป็นคำกริยา หมายถึง ประพฤติเป็นพาลเกร ทำให้เดือดร้อน ซึ่งในความเห็นของผู้เขียนเห็นว่าการใช้คำดังกล่าวอาจจะสื่อความหมายไม่ได้ครอบคลุมถึงลักษณะของการกระทำที่เป็น cyberbullying อย่างครบถ้วนดังที่กล่าวถึงข้างต้นเท่าใดนัก ซึ่งหากเปรียบเทียบกับการใช้คำว่า การกลั่นแกล้งผู้อื่นบนพื้นที่ไซเบอร์ ซึ่งคำว่าแกล้ง ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2555 ได้ให้ความหมายว่าเป็นคำกริยา หมายถึง ทำให้เดือดร้อนรำคาญ ใจทำ พุด หรือแสดงอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้เขาเสียหาย อาย เดี๋ยวร้อน ขัดข้อง เข้าใจผิด ซึ่งผู้เขียนเห็นว่า เมื่อนำความหมายของคำว่า แกล้ง ในภาษาไทยมาศึกษาเปรียบเทียบกับพฤติกรรม cyberbullying ที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าคำว่า แกล้ง จะมีความหมายที่สอดคล้องกับลักษณะ และผลของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมากกว่าการใช้คำว่า การกระรานทางไซเบอร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อศึกษาถึงความหมาย ลักษณะ รวมถึงผลที่เกิดขึ้นกับตัวผู้เสียหายที่ตกเป็นเหยื่อจากการถูกกลั่นบนพื้นที่ไซเบอร์แล้ว จะเห็นได้ว่าการให้ร้าย และการด่าว่า ไม่อาจนับได้ว่าเป็นลักษณะของการ cyberbullying อีกทั้งโดยที่การให้ร้าย และการด่าว่า มีลักษณะของการกระทำที่เป็นความผิดอยู่แล้ว กล่าวคือ การให้ร้ายก็คือการหมิ่นประมาท และสำหรับการด่าว่า ก็คือการดูหมิ่น ตามที่มีกำหนดไว้ในกฎหมายอาญาของประเทศไทย ดังที่จะได้กล่าวถึงรายละเอียดเรื่องดังกล่าวในหัวข้อต่อไป ดังนั้น ผู้เขียนจึงมีความเห็นที่ไม่สอดคล้องกับราชบัณฑิตสภาในการกำหนดความหมายของคำว่า cyberbullying ดังกล่าว และเห็นว่าหากจำเป็นที่จะมีการให้ความหมายของคำดังกล่าวในภาษาไทยก็ควรที่จะใช้คำว่า การกลั่นแกล้งผู้อื่นทางไซเบอร์ จะทำให้ได้ความหมายที่ครอบคลุม และสอดคล้องกับลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมากกว่า

คำที่มีความใกล้เคียงกับการ cyberbullying

นอกจากปัญหาในเรื่องการให้คำจำกัดความที่ชัดเจนของคำว่า cyberbullying แล้ว ยังมีปัญหาในเรื่องของความทับซ้อนกับพฤติกรรมอื่นที่มีความใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

ประเทศไทยที่ค่อนข้างจะมีความสับสนในพฤติกรรมดังกล่าวกับการกระทำความผิดกฎหมาย โดยเฉพาะการกระทำความผิดฐานหมิ่นประมาท ดูหมิ่นซึ่งหน้า รวมถึงพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 อยู่พอสมควร ในส่วนนี้ผู้เขียนจึงขอกล่าวถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีความใกล้เคียงกับการ cyberbullying รวมถึงชี้ให้เห็นถึงข้อแตกต่าง เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจในเบื้องต้น ดังนี้

1) การดูหมิ่นซึ่งหน้า และการหมิ่นประมาท

การดูหมิ่น และการหมิ่นประมาท เป็นพฤติกรรมที่พบว่ามีจะมีการหยิบยกขึ้นมา กล่าวถึงเสมอ เมื่อมีปัญหาการ cyberbullying เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยที่ทั้งการดูหมิ่น และหมิ่นประมาท จัดได้ว่าเป็นพฤติกรรมอาชญากรรม เนื่องจากมีการกำหนดให้การกระทำความผิดดังกล่าวเป็นความผิดไว้ในประมวลกฎหมายอาญา และเป็นความรับผิดทางแพ่งฐานละเมิด ตามที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ แต่จากการศึกษาพบว่า ลักษณะของการกระทำความผิดดังกล่าว ก็มีความแตกต่างในข้อสาระสำคัญกับการ cyberbullying อยู่บ้าง กล่าวคือ การกระทำที่จะถือว่าเป็นการดูหมิ่นซึ่งหน้าได้นั้น จะต้องเป็นการด่าด้วยถ้อยคำหยาบคายอันเป็นการดูถูกเหยียดหยามผู้อื่น ไม่ว่าจะโดยทางวาจา กิริยาท่าทาง หรือจะเป็นทางตัวอักษรก็ได้ เป็นเหตุให้ผู้ที่ถูกดูหมิ่นรู้สึกโกรธ หรือไม่พอใจที่ถูกด่าว่าเช่นนั้น ซึ่งต่างจากผลที่เกิดขึ้นจากการ cyberbullying ที่ผู้ตกเป็นเหยื่อจะมีความรู้สึกเจ็บปวด หรือเกิดบาดแผลขึ้นในจิตใจจากการถูกเยาะเย้ย ล้อเลียน นอกจากนี้การดูหมิ่นซึ่งหน้าจะต้องเป็นการด่าโดยการใช้อถ้อยคำ หรือคำพูด รวมถึงกิริยาท่าทางต่าง ๆ ในขณะที่การ cyberbullying อาจจะเป็นการกระทำที่ผ่านทางคำพูด ตัวอักษร ภาพติดต่อกับหรือภาพล้อเลียน ซึ่งจะมีลักษณะของการกระทำที่กว้างและหลากหลายกว่าการดูหมิ่นซึ่งหน้า สำหรับความแตกต่างประการสุดท้ายคือ การดูหมิ่นซึ่งหน้าจะต้องเป็นการกล่าวถ้อยคำอันเป็นการดูหมิ่นต่อบุคคลผู้ถูกดูหมิ่นเมื่ออยู่ต่อหน้ากัน ทั้งนี้เนื่องจากเจตนารมณ์ที่สำคัญของกฎหมายอาญาในเรื่องการดูหมิ่นซึ่งหน้ามีขึ้นเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการทำร้ายซึ่งกันและกันอันอาจเกิดขึ้นจากการถูกดูหมิ่นซึ่งหน้าได้ ตามที่ได้มีการวางหลักไว้ในคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 3711/2557 แต่การ cyberbullying นั้น ตัวบุคคลผู้รังแก และผู้ที่ถูกเป็นเหยื่ออาจจะอยู่ห่างไกลกัน และไม่สามารถทำร้ายร่างกายกันได้ในทันทีทันใดนั้น

สำหรับความผิดฐานหมิ่นประมาท ก็เป็นอีกฐานความผิดหนึ่งที่มีจะถูกหยิบยกขึ้นมา เพื่อนำมาปรับใช้กับการ cyberbullying อยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม การกระทำอันจะถูกถือว่าเป็นการหมิ่นประมาทผู้อื่นนั้นจะถือว่าเป็นการกระทำความผิดอาญาของประเทศไทยนั้น ได้มีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 326 ซึ่งมีเจตนารมณ์ของกฎหมายมุ่งที่จะคุ้มครองคือ

ชื่อเสียง หรือเกียรติคุณของบุคคลผู้ถูกหมิ่นประมาทเป็นสำคัญ ดังนั้น ถ้อยคำ หรือการกระทำที่จะถือว่าเป็นการหมิ่นประมาทนั้น จะต้องเป็นการกล่าวในลักษณะที่ทำให้ชื่อเสียง เกียรติคุณของผู้อื่นลดลง หรือทำให้ผู้อื่นมองว่าผู้ที่ถูกหมิ่นประมาทเป็นคนไม่ดี เช่น การกล่าวว่าเป็นคนขี้โกง หรือเป็นหญิงขายบริการทางเพศ แต่การ cyberbullying ไม่จำเป็นที่จะต้องถึงขั้นนั้น เนื่องจากการ cyberbullying เป็นการเยาะเย้ย ล้อเลียน ที่ส่งผลกระทบทางด้านอารมณ์ต่อตัวผู้ที่ตกเป็นเหยื่อโดยตรง และไม่เกี่ยวกับเรื่องชื่อเสียงแต่อย่างใด เช่น การล้อเลียนรูปร่าง หน้าตา หรือสีผิว ทำให้ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อเกิดความรู้สึกทุกขใจ เจ็บปวดทางความรู้สึก ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ ดวงเด่น นาคสีหราช (2019) ดังนั้น จึงเห็นว่า การดูหมิ่นซึ่งหน้า และการหมิ่นประมาท มีความแตกต่างจากการ cyberbullying ทั้งในเรื่องลักษณะขององค์ประกอบของการกระทำ และผลที่เกิดขึ้นกับตัวเหยื่อ โดยการดูหมิ่น และการหมิ่นประมาท ถือว่าเป็นพฤติกรรมอาชญากรรมตามกฎหมายไทย เนื่องจากการกระทำที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นความผิดไว้ ขณะที่การ cyberbullying ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในปัจจุบันนี้ยังไม่ถือว่าเป็นพฤติกรรมอาชญากรรมแต่อย่างใด เนื่องจากว่ายังไม่มีกฎหมายกำหนดให้พฤติกรรมดังกล่าวเป็นความผิดกฎหมายไว้โดยเฉพาะ ดังนั้น หากการกระทำที่เข้าองค์ประกอบของความผิดฐานดูหมิ่น หรือหมิ่นประมาท ผู้กระทำก็ต้องได้รับโทษตามกฎหมาย แต่หากการกระทำที่ยังไม่ถึงขั้นที่เป็นการดูหมิ่น หรือหมิ่นประมาท แต่เป็นเพียงการเยาะเย้ย ล้อเลียน ในเรื่องรูปร่าง หน้าตา สีผิว การกระทำนั้นก็เป็นการ cyberbullying แต่ไม่ได้เป็นการดูหมิ่น หรือหมิ่นประมาทแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม ในประมวลกฎหมายอาญาของประเทศไทย มาตรา 397 ได้มีการกำหนดว่า ผู้ใดกระทำความผิดประการใด ๆ ต่อผู้อื่น อันเป็นการรังแก ข่มเหง คุกคาม หรือกระทำให้ได้รับความอับอายหรือเดือดร้อนรำคาญ ต้องระวางโทษ อันเป็นการกำหนดให้การรังแกกัน เป็นการกระทำความผิดที่เรียกว่าลู่โทษ ที่หมายความถึงความผิดที่มีโทษสถานเบา อย่างไรก็ตามมาตราดังกล่าวถูกกำหนดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2499 อันเป็นปีที่มีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายอาญา และไม่เคยมีการแก้ไขเนื้อหาของกฎหมายนอกจากมีการแก้ไขเรื่องจำนวนโทษค่าปรับใน ปี พ.ศ. 2558 ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่ามาตรา 397 จึงถูกร่างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการรังแกกันแบบเดิม (การรังแกกันบนพื้นที่ทางกายภาพ) ซึ่งเป็นการรังแกกันทางกายภาพ และเกิดความเสียหายที่สามารถเห็นได้ แต่การ cyberbullying เป็นเรื่องของความเสียหาย หรือเจ็บปวดทางอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งก็ยังไม่มีความพิพากษาของศาลไทยที่จะอธิบายว่ากฎหมายไทยจะยังคงใช้แนวทางดังกล่าวมาใช้บังคับกับการ cyberbullying ด้วยหรือไม่

2) การคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์

การคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์ หรือที่ภาษาไทยแปลความว่าหมายถึง การคุกคามที่เกิดขึ้นบนพื้นที่ไซเบอร์ ก็เป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่มีความใกล้เคียงกับการ cyberbullying ซึ่งในงานศึกษาจำนวนมากก็เห็นว่าพฤติกรรมสองประการนี้มีความคล้ายคลึงกัน (อินดูจา และพัตชิน, 2009; วิลเลียม และเพียร์สัน, 2016) จนถึงขนาดที่มีความเห็นว่าทั้งสองคำนี้สามารถใช้แทนที่ซึ่งกันและกันได้ (โคลวลสกี และคณะ, 2008) โดยเมื่อทำการศึกษาถึงลักษณะของพฤติกรรม การคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์ แล้ว พบว่า จะต้องเป็นลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นการคุกคาม รังควาน เกิดขึ้นซ้ำ ๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยผู้กระทำความมุ่งสร้างความเดือดร้อนรำคาญ หรือเพื่อสร้างความหวาดกลัวให้แก่ตัวบุคคลผู้ตกเป็นเหยื่อ เช่น การสะกดรอยเหยื่อออนไลน์ (cyber-stalking) การส่งข้อความข่มขู่คุกคามผ่านทาง email การส่ง email ที่มีไวรัสคอมพิวเตอร์ หรือ spam mail และเป็นการกระทำที่ผู้กระทำการสื่อสารกับตัวเหยื่อโดยตรงอย่างเฉพาะเจาะจง (จอมพล พิทักษ์สันตโยธิน, 2005) ซึ่งต่างไปจากการ cyberbullying ที่ผู้กระทำไม่ได้ใช้วิธีการสื่อสารซึ่งข้อความ หรือข้อมูลดิจิทัลกับตัวเหยื่อโดยตรง แต่มักจะใช้วิธีการโพสต์ข้อความหรือข้อมูลทางดิจิทัลเหล่านั้นต่อสาธารณะ เพื่อให้เหยื่อมีความรู้สึกได้รับความอับอายขายหน้า หรือทรมานใจ

จากการศึกษาผู้เขียนเห็นว่า แม้การคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์จะเป็นคำที่มีความหมายใกล้เคียงกับการ cyberbullying แต่พฤติกรรมทั้งสองก็ยังมีความแตกต่างกันอยู่ในข้อสาระสำคัญ โดยผู้เขียนเสนอให้ใช้เกณฑ์การพิจารณาจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายหรือผู้ที่ตกเป็นเหยื่อเป็นสำคัญ กล่าวคือ ผลกระทบต่อเหยื่อที่เกิดจากการ cyberbullying เป็นการมุ่งต่อการสร้างความรู้สึกเจ็บปวด ความเจ็บช้ำน้ำใจ หรือความรู้สึกมีบาดแผลในจิตใจ รวมถึงความรู้สึกอยากแค้นเอาคืนให้แก่สภาพจิตใจของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ โดยเปรียบเทียบกับ การรังแกกันบนพื้นที่ทางกายภาพ ที่ผู้รังแกมุ่งประสงค์ต่อการสร้างความเจ็บปวดแก่เนื้อตัวร่างกายของผู้เสียหาย ขณะที่ผลกระทบที่เกิดจากการคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์ จะก่อให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัว ไม่มั่นคงปลอดภัย ความรู้สึกกังวล หวาดระแวง หรือการสูญเสียความเป็นส่วนตัว ของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ เช่น การ cyberstalking นอกจากนี้การคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์ ยังถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมอาชญากรรมประเภทหนึ่งซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นความผิดตามกฎหมายในหลายประเทศ เช่น อังกฤษ (จอมพล พิทักษ์สันตโยธิน, 2005) รวมถึงในประเทศไทยดังที่ปรากฏในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 392 แต่ขณะที่การ cyberbullying ที่แม้ว่าจะมีแนวคิดในการกำหนดให้เป็นพฤติกรรมอาชญากรรมที่ต้องได้รับโทษตามกฎหมายในบางประเทศ เช่น ใน

สหรัฐอเมริกา (กฤษฎา แสงเจริญทรัพย์, 2017) อังกฤษ (อแซม และชามารา, 2016) รวมถึงออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ (เดวิส, 2015) แต่ก็มีนักวิชาการมองว่าการ cyberbullying ถูกจัดอยู่ในกลุ่มพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคม (deviance behavior) เช่นเดียวกันกับการรังแกกันบนพื้นที่ทางกายภาพเท่านั้น (คิม และคณะ, 2016; ฮาร์เปอร์, 2017) อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญก็ไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า ลักษณะของพฤติกรรมทั้งสองดังกล่าวในบางกรณีก็อาจมีความทับซ้อนกันได้ กล่าวคือ การกระทำบางลักษณะสามารถทำให้ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อเกิดความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมานใจ ได้รับความอับอาย ยากแค้นเคือง และในขณะเดียวกันก็สามารถทำให้ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อรู้สึกไม่ปลอดภัย หรือหวาดกลัว ได้อีกด้วย ดังนั้น การกระทำลักษณะดังกล่าวจึงอาจเป็นได้ทั้งการคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์ และการ cyberbullying ได้ในคราวเดียวกันดังเช่นกรณีที่เกิดขึ้นกับ Amanda Todd (Goodman, 2015) เป็นต้น

3) Hate speech

Hate speech หรือเรียกว่าการใช้วาจาที่ก่อให้เกิดความเกลียดชัง (มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2559) ที่เป็นลักษณะหนึ่งของอาชญากรรมแห่งความเกลียดชัง (Hate crime) ซึ่งเป็นอีกคำหนึ่งที่มีมักจะมีการนำมาใช้สับสนกับการ cyberbullying อยู่บ่อยครั้ง โดย ชานูชัย ชัยสุโกศล (2554) ได้ให้คำจำกัดความว่า Hate speech คือ การแสดงออกทั้งทางคำพูด ข้อเขียน การแสดงออกเชิงสัญลักษณ์ ที่มุ่งโจมตี ประจาน สบประมาท หรือข่มขู่ ผู้ถูกกล่าวถึงอย่างร้ายแรง จนดูคล้ายกับเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำร้ายหรือก่ออันตรายต่อผู้ที่ถูกกล่าวถึง แม้โดยปกติแล้ว Hate speech ใช้ประเด็นเรื่องสีผิว เชื้อชาติ ศาสนา และเพศ เป็นเรื่องหลัก แต่พฤติกรรมดังกล่าวก็สามารถขยายครอบคลุมได้แทบประเด็นทั้งขนชั้น ฐานทางเศรษฐกิจ การศึกษา และอุดมการณ์ วอลล์ (2007) กล่าวว่า Hate speech คือการทำให้ผู้อื่นรู้สึกหวาดกลัว (Intimidate) หรือ ยุ้งปลุกปั่น เพื่อให้เกิดความรุนแรงหรือการกระทำที่ก่อให้เกิดผลร้าย โดยมีพื้นฐานมาจากความแตกต่างทางด้าน เชื้อชาติ (Race) ขนเผ่า (Ethnicity) ความเป็นชนชาติดั้งเดิม (National origin) ศาสนา (Religion) การเป็นเพศทางเลือก (Sexual orientation) หรือการเป็นผู้พิการ (Disability) ขณะที่ โบดีนเจอร์ ดียูริอาร์ต และซานโซ (1992) ได้ทำการศึกษาถึงความหมายของคำว่าอาชญากรรมแห่งความเกลียดชัง (Hate crime) โดยอธิบายว่า เป็นการโจมตี (Assault) บุคคลหรือทรัพย์สินใดอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นที่เห็นได้ชัดว่ามีที่มาจากอคติ (Prejudice) ในเรื่องของเชื้อชาติ (Race) ศาสนา (Religion) เพศทางเลือก (Sexual orientation) หรือ ขนกลุ่มน้อย (Ethnicity)

จากการศึกษาพบว่า Hate speech ถือเป็นลักษณะหนึ่งของอาชญากรรมแห่งความเกลียดชัง กล่าวคือ เป็นการกระทำที่มุ่งต่อการโจมตีต่อกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่างในเรื่องของสีผิว เชื้อชาติ ศาสนา หรือเพศ เป็นสำคัญ ซึ่งแม้ว่าโดยผลบางประการที่เกิดจาก Hate speech ก็อาจจะนำไปสู่การ cyberbullying ได้ด้วยเช่นเดียวกัน แต่ข้อแตกต่างประการสำคัญก็คือบุคคลที่ตกเป็นเหยื่อจากการ cyberbullying จะมีลักษณะที่เป็นปัจเจกบุคคล (Individual) ที่สามารถระบุเจาะจงตัวผู้ที่เป็นเหยื่อจากการถูก cyberbullying ได้ ในขณะที่ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อจากการ Hate speech จะอยู่ในรูปแบบของกลุ่มบุคคล (Group) ที่มีความแตกต่างทางด้านเพศ เชื้อชาติ ฐานะ สีผิว ศาสนา อย่างไรก็ตาม มีบางกรณีเช่นกันที่เป็นการกล่าวให้ร้าย เสียตสี หรือโจมตี ปังเจกบุคคลเป็นรายคน แต่เป็นการกล่าวถึงในฐานะที่ปัจเจกบุคคลเหล่านั้นเป็นตัวแทนของกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลายทางด้านเพศ เชื้อชาติ ฐานะ สีผิว ศาสนา ซึ่งในกรณีดังกล่าวก็อาจส่งผลให้การกระทำดังกล่าวเป็นได้ทั้ง cyberbullying ตัวปัจเจกบุคคลที่ตกเป็นเหยื่อ และในขณะเดียวกันก็ถือได้ว่าเป็นการ Hate speech กลุ่มบุคคลที่ปัจเจกบุคคลคนนั้นเป็นตัวแทนด้วยก็ได้

การให้ความหมาย และการทบทวนแนวคิดการ cyberbullying ภายใต้บริบทของสังคมไทย

จากการศึกษาถึงความหมายของพฤติกรรม cyberbullying รวมถึงการศึกษาถึงคำที่มีความหมายที่ใกล้เคียงกันอันได้แก่ การดูหมิ่นซึ่งหน้า การหมิ่นประมาท การคุกคามบนพื้นที่โซเชียล และ Hate speech แล้ว ผู้เขียนเสนอว่า การ cyberbullying คือ พฤติกรรมการรังแกรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นบนพื้นที่โซเชียล อันเป็นการกระทำที่ผู้รังแกมีเจตนาหรือตั้งใจที่จะให้ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อจากการถูกรังแกได้รับความทุกข์ใจ ขายหน้า หรืออับอาย ในลักษณะที่เป็นการเยาะเย้ย หรือล้อเลียน ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เป็นเครื่องมือในการเข้าถึง โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ กล่าวคือ ประการแรก การ cyberbullying จะต้องเป็นพฤติกรรมที่ผู้กระทำความตั้งใจที่จะกลั่นแกล้งรังแกในลักษณะที่รู้สึกเกลียดชัง หรือไม่ชอบหน้า ประการต่อมา การ cyberbullying จะต้องมีลักษณะของการกลั่นแกล้งซ้ำๆ กับเหยื่อรายเดิม และประการสุดท้าย การ cyberbullying จะต้องมีลักษณะของความไม่เท่ากันทางอำนาจระหว่างผู้กลั่นแกล้ง และผู้ถูกกลั่นแกล้ง เช่น ผู้กลั่นแกล้งเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางด้านการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ที่มากกว่า รวมถึงการเข้าสู่สังคมออนไลน์ในของความเป็นนิรนาม ก็ถือว่าเป็นความไม่เท่ากันทางอำนาจในระหว่างผู้รังแก และผู้

ที่ตกเป็นเหยื่อได้เช่นเดียวกัน โดยองค์ประกอบทั้ง 3 ประการดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์การ cyberbullying อย่างแพร่หลาย

อย่างไรก็ตาม หากจะมีการนำเอาองค์ประกอบของการ cyberbullying ในทางสากลดังกล่าวมาใช้อธิบายปรากฏการณ์การ cyberbullying ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยนั้น ผู้เขียนเห็นว่าควรมีการทำการทบทวนถึงแนวคิดขององค์ประกอบแต่ละประการเพื่อให้มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการ cyberbullying ที่เกิดขึ้นในบริบทของสังคมไทยเสียก่อน ทั้งนี้ดังที่กล่าวแล้วว่าการกลั่นแกล้งรังแกที่เกิดขึ้นในแต่ละสังคม ก็อาจจะมีลักษณะ หรือรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปตามแต่ละสังคม วัฒนธรรม การกระทำที่ดูเป็นการกลั่นแกล้งรังแกที่เกิดขึ้นในสังคมหนึ่ง อาจจะถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางสังคมทั่วไปที่สามารถยอมรับได้ในอีกสังคมหนึ่งก็ได้ ดังเช่นในสังคมไทยที่ยอมรับพฤติกรรมการแฉว รวมถึงการ verbal bullying ซึ่งเป็นลักษณะทางพฤติกรรมที่มีความใกล้เคียงกันกับการ cyberbullying ส่งผลให้การกำหนดความหมาย รวมถึงลักษณะ หรือรูปแบบ ของการกลั่นแกล้งรังแกบนพื้นที่ไซเบอร์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยอาจมีความแตกต่างไปจากต่างประเทศ ซึ่งจากการศึกษา ผู้เขียนเห็นว่าควรมีการทบทวนแนวคิดในเรื่องขององค์ประกอบการ cyberbullying โดยศึกษาเปรียบเทียบกับบริบทที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ดังนี้

1) ผู้กระทำจะต้องมีเจตนาในการ cyberbullying

องค์ประกอบแรกของการกระทำที่จะถือว่าเป็น cyberbullying ได้ก็คือ การกลั่นแกล้งนั้นจะต้องเกิดขึ้นโดยผู้กระทำมีเจตนาที่จะกลั่นแกล้งตัวผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ เพื่อให้ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อรู้สึกอับอาย ขาดความมั่นใจ เสียใจ เจ็บปวดทางความรู้สึก ทุกข์ทรมานใจ อันเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการใช้ถ้อยคำ รูปภาพ คลิปวิดีโอ คลิปเสียง ผ่านทางการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ โดยผู้กระทำจะต้องกระทำไปโดยมีเจตนาที่จะทำร้ายความรู้สึกของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อในลักษณะที่มีเจตนาโดยตรงที่จะกลั่นแกล้งรังแก อย่างไรก็ตาม ในสังคมไทยจะมีวัฒนธรรมของการกลั่นแกล้งเพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ หรือสร้างมิตรภาพระหว่างกัน ในลักษณะที่เป็นการหยอกเย้า เช่น การตบศีรษะ หรือการขโมยรองเท้าเพื่อนไปซ่อน (พิมพัลย์ บุญมงคล และคณะ, 2558) ซึ่งในบางครั้งเป็นการยากที่จะแยกว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการหยอกเย้าระหว่างเพื่อนฝูง หรือเป็นการกลั่นแกล้งรังแก แต่ดูคล้ายกับว่าหากการกระทำที่เป็นการกลั่นแกล้งหยอกเย้าเกิดขึ้น และจบลงภายในไม่กี่ชั่วโมง หรือไม่กี่วัน โดยที่ไม่มีความรุนแรงอื่นใดเกิดขึ้นตามมา อาจจะทำให้สามารถเกิดกระบวนการเยียวยาความเสียหายทางจิตใจของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อโดยเห็นแก่ความเป็นเพื่อน การกระทำนั้นก็จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มของการกลั่นแกล้งหยอกเย้า แต่หากว่าการกระทำดังกล่าวมีลักษณะที่รุนแรง ผู้ถูกกระทำเกิดความรู้สึกไม่พอใจ จนนำไปสู่ความรุนแรงในรูปแบบ

อื่นตามมา เช่น การด่าทอ หรือการใช้กำลัง การกระทำนั้นก็อาจจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มของการทะเลาะเบาะแว้ง หรือการกลั่นแกล้งในลักษณะที่เป็นการรังแกได้

อย่างไรก็ตาม การ cyberbullying แม้ว่าจะเป็นการกลั่นแกล้งในลักษณะหนึ่งและเป็นผลให้ผู้ถูกรังแกเกิดความรู้สึกอับอาย ขาดหน้า เจ็บใจ หรือทุกข์ใจได้เช่นเดียวกัน แต่ความแตกต่างที่สำคัญคือข้อความ รูปภาพ หรือสื่อต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นการ cyberbullying นั้นไม่ได้เกิดขึ้น และจบลง หรือเป็นที่รู้กันเฉพาะในวงเพื่อนเพียงไม่กี่คนเหมือนเช่นอย่างการรังแกกันทางกายภาพ หากแต่ข้อความต่างๆ เหล่านั้นจะถูกบันทึกอยู่ในรูปแบบของข้อมูลทางดิจิทัล ซึ่งมีความคงอยู่ของข้อมูลบนระบบอินเทอร์เน็ต ทำให้สามารถถูกพบซ้ำ ทำซ้ำ รวมถึงแพร่กระจายได้โดยง่าย ทำให้กระบวนการเยียวยาความรู้สึกโดยความเป็นเพื่อนเกิดขึ้นได้ยาก จึงอาจส่งผลให้การโพสต์ข้อความ หรือสื่อต่างๆ ดังกล่าวที่แม้ว่าผู้กระทำจะเริ่มต้นจากการมีเจตนา กลั่นแกล้งเพื่อหยอกเย้า เพื่อให้เกิดความสนุกสนานระหว่างเพื่อนฝูง หรือคนรู้จัก โดยที่ไม่ได้มีเจตนาในการที่จะทำให้ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อเกิดความรู้สึกเศร้า เสียใจ เจ็บปวด อับอาย ทุกข์ทรมานใจแต่อย่างใด การกระทำดังกล่าวก็อาจจะกลายเป็นการกลั่นแกล้งรังแกบนพื้นที่ไซเบอร์โดยที่ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจ (Unintentional cyberbullying) ขึ้นได้ นอกจากนี้ การ cyberbullying ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยบางกรณี อาจเกิดขึ้นจากความรู้สึกว่าตัวผู้ cyberbullying กำลังทำในสิ่งที่ถูกต้อง เช่น การโพสต์ประณามคนร้ายที่มีพฤติกรรมเหี้ยมโหดร้ายแรง การโพสต์เยาะเย้ย เสียดสี ประชดประชันดารานักแสดง หรือผู้มีชื่อเสียงที่แย่งสามีคนอื่น หรือใช้สินค้าที่ละเมิดลิขสิทธิ์ ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำที่ผู้โพสต์บางรายก็อาจรู้สึกว่าตนเองกำลังทำในสิ่งที่ผิด หรือเป็นการ cyberbullying คนร้าย ดารานักแสดง หรือผู้มีชื่อเสียงคนนั้นๆ แต่อย่างไร ในทางตรงกันข้ามคือ ผู้ที่โพสต์กลับรู้สึกว่าตนเองกำลังทำในสิ่งที่ถูกต้อง (self-righteousness) เหมาะสม ในลักษณะที่เป็นการผดุงความเป็นธรรมบนพื้นที่ไซเบอร์ อันอาจถือได้ว่าเป็น unintentional cyberbullying ได้ด้วยเช่นกัน

2) ต้องมีลักษณะของการกระทำซ้ำ

องค์ประกอบประการต่อมา คือ การ cyberbullying จะต้องมีความถี่ของการรังแกซ้ำ ต่อเหยื่อรายเดียวกัน โดยผู้รังแกคนเดียว หรือกลุ่มเดียวกัน โดยองค์ประกอบดังกล่าวนี้มาจากลักษณะของ การรังแกกันบนพื้นที่ทางกายภาพ ทั้งนี้สืบเนื่องจากองค์ประกอบข้อแรกที่ว่าผู้กระทำจะต้องมีเจตนาในการรังแก แต่หากว่าเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว ไม่ได้เกิดขึ้นในลักษณะซ้ำๆ ก็ไม่อาจถือว่าเป็นพฤติกรรมรังแกได้เช่นกัน ด้วยลักษณะดังกล่าวจึงทำให้เหยื่อจากการรังแกที่เกิดขึ้นบนพื้นที่ทางกายภาพสามารถทราบ หรือระบุตัวบุคคลที่มักจะ

เป็นผู้รังแกตนเอง ช่วงเวลา รวมถึงสถานที่ หรือบริเวณที่เอื้อต่อการถูกรังแก เช่น ที่ลับตาคน หรือตามซอกมุมอาคารต่างๆ เพื่อป้องกันตนเอง และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตกเป็นเหยื่อจากการถูกรังแกได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามเมื่อการรังแกดังกล่าวขยายตัวจากพื้นที่ทางสังคม กายภาพมาอยู่บนพื้นที่ไซเบอร์ ส่งผลให้การ cyberbullying สามารถเกิดขึ้นได้ง่าย และไม่ถูกจำกัดโดยเวลา หรือสถานที่ ทำให้ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อมีความรู้สึกว่ามีสถานที่ใดเป็นที่ปลอดภัยสำหรับตนเองอีกต่อไป โดยตราบใดที่เหยื่อยังสามารถที่จะเชื่อมต่อกับเครือข่ายทางอินเทอร์เน็ต ได้ ก็สามารถตกเป็นเหยื่อจากการ cyberbullying ได้เสมอ

อย่างไรก็ตาม ลักษณะของการรังแกซ้ำที่เกิดขึ้นบนพื้นที่ไซเบอร์ก็มีลักษณะที่แตกต่างออกไป โดยสามารถเกิดการรังแกซ้ำได้สองลักษณะ กล่าวคือ การรังแกซ้ำที่เกิดขึ้นจากผู้รังแกคนเดียว หรือกลุ่มเดียวกัน เช่นเดียวกับ การรังแกกันบนพื้นที่ทางกายภาพ เช่น การโพสต์ข้อความ หรือข้อมูลที่เป็น การ cyberbullying ซ้ำๆ กับเหยื่อรายเดียวกัน นอกจากนี้การรังแกซ้ำที่เกิดขึ้นบนพื้นที่ไซเบอร์ ยังสามารถเกิดขึ้นได้จากการโพสต์ข้อความ หรือการแสดงความคิดเห็นของบุคคลหลายคน ในลักษณะที่เป็นการ cyberbullying โดยที่ผู้โพสต์ข้อความแต่ละคนอาจจะโพสต์ หรือแสดงความคิดเห็นเพียงคนละหนึ่งโพสต์ แต่เมื่อรวมจำนวนของการโพสต์ หรือการแสดงความคิดเห็นเพียงคนละหนึ่งครั้ง จากบุคคลหลายคนแล้วก็อาจถือได้ว่าเป็นการกระทำซ้ำได้ เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผู้เขียนยังมีข้อสังเกตเพิ่มเติมว่าเทคโนโลยีการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตในปัจจุบันที่มีการใช้เว็บ search engine ต่างๆ ในการสืบค้น ซึ่งเว็บเหล่านี้จะใช้ระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ให้เป็นหมวดหมู่ และสามารถแสดงผลของข้อมูลที่ถูกรับสืบค้นทั้งหมดให้ปรากฏในรูปของ web link ต่างๆ ที่มีข้อมูลที่ต้องการสืบค้นปรากฏอยู่ไม่ว่าเวลาจะผ่านไปนานแค่ไหน ซึ่งหากมีการโพสต์ข้อความ หรือข้อมูลทางดิจิทัล ที่มีเนื้อหาเป็นการ cyberbullying ข้อความหรือข้อมูลทางดิจิทัลต่างๆ เหล่านี้ก็จะยังคงอยู่ และสามารถปรากฏขึ้นทุกครั้งได้เมื่อมีการสืบค้น ในกรณีเช่นนี้ผู้เขียนมีความเห็นว่าอาจจะถือได้ว่ามีลักษณะของการกระทำซ้ำได้ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ โดยผลของลักษณะการกระทำซ้ำจากการ cyberbullying ที่มีความแตกต่างไปจาก การรังแกกันบนพื้นที่ทางกายภาพ ดังที่กล่าวมาแล้ว ส่งผลให้หากจะมีการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อลงโทษผู้ cyberbullying คนอื่นอาจจะกระทำไต่ยาก เนื่องจากไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าความเสียหายเกิดขึ้นจากผู้โพสต์รายใด ผู้โพสต์แต่ละคนสามารถคาดเห็นผลร้ายแรงสุดท้ายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ถูก cyberbullying ได้หรือไม่ รวมถึงปัญหาในเรื่องของการกำหนดสัดส่วนของโทษในทางอาญา หรือการชดเชยค่าสินไหมทดแทน ในทางแพ่งที่จะบังคับแก่ตัวผู้โพสต์ควรเป็นเช่นไร และใช้เกณฑ์ใดในการกำหนดโทษ หรือค่า

สินไหมทดแทนดังกล่าว ซึ่งหากสังคมไทยเลือกที่จะออกแบบมาตรการทางกฎหมายเพื่อในการควบคุมพฤติกรรม cyberbullying ก็ควรที่จะพิจารณาถึงสภาพปัญหาในประเด็นดังกล่าวด้วย

3) ต้องมีความไม่เท่ากันทางอำนาจของผู้โพสต์ และผู้ที่ตกเป็นเหยื่อจากการ cyberbullying

องค์ประกอบประการสุดท้ายของการ cyberbullying คือ พฤติกรรมดังกล่าวจะต้องมีลักษณะของความไม่เท่ากันทางอำนาจที่เกิดขึ้นในระหว่างผู้โพสต์ และผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ โดยองค์ประกอบดังกล่าวก็นำมาจากแนวคิดในเรื่องของการรังแกกันบนพื้นที่ทางกายภาพ ที่มีลักษณะของความไม่เท่ากันทางอำนาจอย่างชัดเจน กล่าวคือ คนที่มีความแข็งแรงมากกว่า มีฐานะทางการเงินดีกว่า มีอำนาจมากกว่า ก็มักจะกลั่นแกล้งผู้ที่อ่อนแอกว่า มีฐานะทางการเงินด้อยกว่า หรือมีอำนาจน้อยกว่า ซึ่งในพื้นที่ทางกายภาพสามารถเห็นถึงความแตกต่างเหล่านี้ได้อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรม แต่เมื่อการรังแกได้ขยายพื้นที่มาอยู่บนสังคมไซเบอร์ ซึ่งเป็นสังคมที่ไม่มีปัญหาในเรื่องความแตกต่างของลักษณะ หรือขนาดของร่างกาย รวมถึงในเรื่องของสถานะทางการเงิน เนื่องจากสังคมดังกล่าวเป็นสังคมที่อยู่ในรูปแบบของข้อมูลทางดิจิทัล ดังนั้นบนพื้นที่ทางสังคมไซเบอร์จึงดูคล้ายกับว่าจะไม่มีข้อแตกต่างของสมาชิกในสังคมในเรื่องของความเท่าเทียมกันทางอำนาจ

อย่างไรก็ดี ผู้ศึกษาเห็นว่า ในสังคมไซเบอร์เองก็สามารถที่จะเกิดความไม่เท่าเทียมกันทางอำนาจได้เช่นเดียวกัน โดยลักษณะของความไม่เท่าเทียมกันดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้สองลักษณะ กล่าวคือ ความไม่เท่าเทียมกันที่เกิดขึ้นจากสังคมกายภาพที่เชื่อมโยงสู่สังคมไซเบอร์ เช่น การที่ผู้โพสต์ข้อความ หรือข้อมูล อันเป็นการ cyberbullying บางรายที่มีความรู้ หรือมีความสามารถทางด้านเทคโนโลยีที่มากกว่าบุคคลทั่วไป หรือผู้ที่เป็เหยื่อ เช่น มีความสามารถซ่อนตัว ปลอมตัว ปกปิดตัวตน รวมถึงความสามารถในการเข้าสู่ระบบอินเทอร์เน็ตโดยนิรนาม ทำให้ยากต่อการติดตามและตรวจสอบ และใช้ความสามารถนี้ในการ cyberbullying ผู้อื่น ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะของความไม่เท่าเทียมกันทางอำนาจประการหนึ่ง สอดคล้องกับงานศึกษาของ ปีเตอร์ และพีเตอร์แมน (2018) โดยความไม่เท่าเทียมกันทางอำนาจดังกล่าวแม้ว่าจะมีที่มาจากพื้นที่ทางสังคมกายภาพแต่ก็สามารถส่งผลต่อสังคมบนพื้นที่ไซเบอร์ได้ นอกจากนี้ในสังคมไทยยังมีลักษณะของความไม่เท่าเทียมกันทางอำนาจที่เกิดขึ้นจากพื้นที่ไซเบอร์โดยแท้ อันเห็นได้จากยอดข้อมูลตัวเลขของผู้กด like โพสต์ หรือการแสดงความคิดเห็น หรือยอดตัวเลขผู้ติดตาม (follower or subscriber) เนื่องจากพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในสังคมไทยที่เป็นอีก

สังคมหนึ่งที่ค่อนข้างจะมีลักษณะของการยึดติดในตัวเลขดังกล่าว โดยยอดตัวเลขที่มีจำนวนสูงจะถูกตีความเป็นคะแนนความนิยมของคนทั่วไปต่อโพสต์ ความคิดเห็น หรือเฟซบุ๊คแฟนเพจของตนเอง ซึ่งนอกจากจะหมายความว่าได้รับการยอมรับ หรือการมีตัวตนในสังคมออนไลน์แล้ว ตัวเลขดังกล่าวยังสามารถแสดงให้เห็นถึงจำนวนฐานอำนาจที่ผู้โพสต์ หรือแอดมินเพจ นั้นๆ มีอยู่ ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าเป็นลักษณะเฉพาะขององค์ประกอบทางด้านความไม่เท่ากันทางอำนาจที่กำลังเกิดขึ้นในสังคมไทย เนื่องจากเป็นสังคมหนึ่งที่มีการเปิดบัญชี facebook fanpage เป็นจำนวนมาก ซึ่งในหลายๆ เพจที่มียอดผู้ติดตามจำนวนมาก เช่น อีเจ๊บบีเสียบด่วน ดรามาแอดดิก ก็อาจจะกลายเป็นผู้ทรงอิทธิพลทางความคิด (influencer) ให้กับผู้ติดตาม หรือผู้ที่กด like เพจต่างๆ เหล่านั้นได้ ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นรูปแบบทางอำนาจในอีกลักษณะหนึ่ง โดยแอดมินเพจที่เป็นผู้ทรงอิทธิพลเหล่านี้ก็อาจจะใช้อำนาจที่ตนเองมีในการชี้นำผู้ติดตาม หรือผู้ที่ชื่นชอบตนในการ cyberbullying บุคคลที่แอดมินเพจไม่ชอบ หรือมีความคิดเห็นแตกต่างไปจากแอดมินได้เช่นกัน ดังที่มีปรากฏตามเพจแอนตี้กร๊องศิลปินดารารายๆ ที่มักจะโพสต์ข้อความ หรือข้อมูลทางดิจิทัลที่เป็นการชี้นำให้ผู้ติดตามใช้ถ้อยคำที่เป็นการเหยียดดารา ศิลปินที่ตกเป็นเป้าหมายได้ เป็นต้น

สรุป

ทัศนคติของสังคมไทยยังคงมองว่าการกลั่นแกล้งรังแกกันบนพื้นที่ทางกายภาพรวมถึงการ cyberbullying เป็นเรื่องสนุกสนาน ตลกขำขัน หรือเป็นการสร้างมิตรภาพขึ้นในกลุ่มเพื่อนฝูง จึงอาจจะเป็นพฤติกรรมที่มีเส้นแบ่งที่บางมากๆ ระหว่างการหยอกล้อ กับการรังแกโดยใช้คำพูด หรือการ cyberbullying ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่แทบจะเรียกได้ว่าได้รับการยอมรับในสังคมไทย โดยมองว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบความอดทน ไม่ใช่เรื่องหรือปัญหาใหญ่โต ไม่ควรคิดมาก ส่งผลต่อการให้ความหมายของการ cyberbullying ในสังคมไทยจึงค่อนข้างยาก เพราะมีความทับซ้อน และมีความสับสนไหลของพฤติกรรมที่ค่อนข้างสูง ประกอบกับสังคมไทยยังมีความสามารถในการใช้คำสามัญ รวมถึงการประดิษฐ์คิดคำใหม่ๆ ขึ้นมาใช้ในการ cyberbullying กันได้อยู่เสมอ ดังนั้น การที่จะกำหนดความหมายของคำว่า cyberbullying ในสังคมไทย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการทบทวนแนวคิด (re-conceptual) ความหมายของคำว่า cyberbullying ในทางสากล โดยปรับให้เข้ากับบริบททางวัฒนธรรมของสังคมไทย

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่าลักษณะของการ cyberbullying เองก็ยังมีความใกล้เคียงกันกับการคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์อีกด้วย โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากลักษณะของการ

กระทำที่มีความใกล้เคียงกัน เพียงแต่การคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์ถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมอาชญากรรมซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทางสากลแต่ในขณะที่การ cyberbullying นั้นอาจจะอยู่ในลักษณะของพฤติกรรมทางสังคมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานที่ควรจะเป็นเท่านั้น ส่งผลให้การกำหนดมาตรการต่างๆ โดยเฉพาะมาตรการในทางกฎหมายในการลดหรือป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นจากการกระทำทั้งสองลักษณะย่อมมีความแตกต่างกันออกไปด้วย ดังนั้น ผู้เขียนจึงเห็นว่าการให้ความหมายของการ cyberbullying ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยจึงควรพิจารณาจากผลที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ ความรู้สึกของตัวเหยื่อ มากกว่าที่จะพิจารณาจากถ้อยคำ ข้อความที่ใช้ หรือลักษณะของการกระทำ โดยผู้เขียนเสนอว่าการ cyberbullying คือการกระทำใดๆ ที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอับอายขายหน้า เจ็บปวด ต่ำต้อยด้อยค่า เสียความมั่นใจ หรือทุกข์ทรมานในทางจิตใจแก่ผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อ โดยใช้เกณฑ์ความรู้สึกของผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อแต่ละรายเป็นฐานในการพิจารณา อย่างไรก็ตาม การกระทำบางอย่างอาจจะเป็น cyberbullying เพียงอย่างเดียว เช่น การล้อเลียนในเรื่องลักษณะรูปร่าง หน้าตา สีมิว แต่บางการกระทำก็อาจจะเป็นได้ทั้งการ cyberbullying และการคุกคามบนพื้นที่ไซเบอร์ได้ในคราวเดียวกัน หากว่าเป็นการกระทำนั้นนอกจากจะส่งผลให้ผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อรู้สึกอับอายขายหน้า เจ็บปวด หรือทุกข์ทรมานในทางจิตใจแล้ว ยังสามารถเกิดความรู้สึกหวาดกลัว หรือไม่ปลอดภัยกับตัวเหยื่ออีกด้วย โดยเฉพาะในเรื่องของการโพสต์ข้อความ หรือข้อมูลดิจิทัลในลักษณะที่เป็นการล่อลวงละเมิดทางเพศ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Asam, A. E. and Samara, M. (2016). Cyberbullying and the law: A review of psychological and legal challenges. *Computers in Human Behavior*, 65, 127-141.
- Ayas, T. and Deniz, M. (2014). Predicting the exposure levels of cyberbullying of elementary students with regard to psychological symptoms. 5th World Conference on Educational Sciences-WCES 2013. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 116, 4910-4913.
- Bangkok Post. (2019, 1 November). Joint report bodes well for internet economy. Retrieved on February 12, 2020 from <https://www.bangkokpost.com/business/1784259/joint-report-bodes-well-for-internet-economy>
- Bodinger-deUriarte, C. and Sancho A. R. (1992). Hate Crime: sourcebook for schools. Research for Better Schools: USA.

- Boonmongkon, P., Guadamuz, T. E., Samoh, N. and Chonrat, M. (2015). Stop online violence! Social innovation to combat online violence among Thai youth. Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University. (in Thai)
- Chaisukosol, C. (2011). "Hate Speech and Dangerous Information: Alternatives to Political Response" (Hate Speech & Harmful Information: Alternatives for Political Response), part of the research project report on "The Mystery of Information: Violence and Non-Use of Political Violence in the 21st Century of Thailand". The 2nd Seminar for Senior Research Savant Series 1, titled "Peaceful Ways and Violence in Thai Society: Knowledge, Secrets and Memories ". The Thailand Research Fund. (in Thai)
- Davis, J. (2015). Legal Responses to Cyberbullying by Children: Old Law or New?. *UniSA Student Law Review*. 1, 52-61.
- Ditch The Label. (2017). The Annual Bullying Survey 2017. Retrieved on August 30, 2018 from <https://www.ditchthelabel.org/research-papers/the-annual-bullying-survey-2017/>
- ETDA. (2019, 10 October). Cyberbullying: ระรานออนไลน์ ร้ายล้นวิว. Retrieved on February 12, 2020 from <https://www.etcha.or.th/content/stop-cyberbullying-2019.html> (in Thai)
- Goodman, M. (2015). Future Crimes. Transworld Publishers: London.
- Harper, M. G. (2017). Tolerable Deviance and How it Applies to Cyberbullying. *Deviant Behavior*, DOI: 10.1080/01639625.2017.1411023
- Hinduja, S. and Patchin, J. W. (2009). Bullying Beyond the Schoolyard Preventing and Responding to Cyberbullying. Sage: California.
- Kim, J., Song, H. and Jennings, W. G. (2016). A Distinct Form of Deviance or a Variation of Bullying? Examining the Developmental Pathways and Motives of Cyberbullying Compared With Traditional Bullying in South Korea. *Crime & Delinquency*, 63(12), 1600–1625.
- Kowalski, R. M. and Limber, S. P. (2007). Electronic Bullying Among Middle School Students. *Journal of Adolescent Health*, 41, 22-30.
- Kowalski, R. M., Limber, S. P. and Agatston, P. W. (2008). Cyberbullying. Blackwell: Oxford.

- Kowalski, R. M. and Limber, S. P. (2013). Psychological, Physical, and Academic Correlates of Cyberbullying and Traditional Bullying. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 13-20.
- Langos, C. (2012). Cyberbullying: The Challenge to Define. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(6), 285-289.
- Law, D. M., Shapka, J. D., Hymel, S., Olson, B. F. and Waterhouse, T. (2012). The changing face of bullying: An empirical comparison between traditional and internet bullying and victimization. *Computers in Human Behavior*, 28, 226-232.
- Matichon Weekly. (2019, 19 February). จุดจิบของ Cyberbullying โดยฝีมือของ AI. Retrieved on March 14, 2020 from https://www.matichonweekly.com/column/article_171767 (in Thai)
- Nakseeharach, D. (2018). The Attitude and Legal Problem on the Prevention and Control of Cyberbullying in Thailand: Study of Students in Mahasarakham University. *CMU Journal of Law and Social Sciences*, 12(1), 135-171.
- Nandhini, B. S. and Sheeba, J. I. (2015). Online Social Network Bullying Detection Using Intelligence Techniques. *Procedia Computer Science*, 45(2015) 485-492.
- Nocentini, A., Calmaestra, J., Schultze-Krumbholz, A., Scheithauer, H., Ortege, R. and Menesini, E. (2010). Cyberbullying: Labels, Behaviours and Definition in three European Countries. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 20(2), 129-142.
- Office of the Royal Society. (2019). ศัพท์คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ ฉบับราชบัณฑิตยสภา. Retrieved on April 20, 2020 from <https://www.facebook.com/RatchabanditThai/posts/2527570780634335>
- Peter, I. K. and Petermann, F. (2018). Cyberbullying: A concept analysis of defining attributes and additional influencing factors. *Computers in Human Behavior*, 86, 350-366.
- Phitaksantayothin, J. (2005). Cyberstalking and Criminal Liability in the United States of America and the United Kingdom]. *Humanities and Social Sciences Academic Journal*, 13 (9). 51-65. (in Thai)

- Saengcharoensap, K. (2016, 31 May). Cyberbullying: การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์และ
โศกนาฏกรรมของเมแกนไมเออร์. Retrieved on January 24, 2018 from
<https://thainetizen.org/2016/05/cyberbullying-megan-meier-krisda/> (in Thai)
- Slonje, R., Smith P. K. and Frisen, A. (2013). The nature of cyberbullying, and strategies for
prevention. *Computer in Human Behavior*, 29(1), 26-32.
- Suwannakit, M. (2017). Legal Measures to Protect Child and Juvenile from Cyber-Bullying.
Naresuan University Law Journal, 10(2), 49-70. (in Thai)
- Thai PBS. (2016, 6 June). คนดังกับความเสี่ยงโดนกลั่นแกล้งผ่านโลกเสมือนจริง Cyberbullying.
Retrieved on August 19, 2019 from <https://news.thaipbs.or.th/content/252893> (in
Thai) Thailand Development Research Institute. (2016). A complete study report
(Final report) Media Reform Research Project Volume 5 "Content Management
of New Media (New Media)". Office of the National Broadcasting and
Telecommunications Commission. (in Thai)
- The Guardian. (2017, 7 December). Daisy Ridley is right to quit social media. Actors should
be seen and not followed. Retrieved on February 12, 2020 from
[https://www.theguardian.com/commentisfree/2017/dec/07/daisy-ridley-quit-
social-media-actors-instagram](https://www.theguardian.com/commentisfree/2017/dec/07/daisy-ridley-quit-social-media-actors-instagram)
- Thongraweewong, K. (2015). Legal measures for protecting persons' right from cyber-
bullying which leads to suicide: A study of the Cyber-safety Act of Nova Scotia.
E-proceeding Retrieved January 24, 2018, from
[http://artslc.nida.ac.th/2015/images/proceedings/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0
%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0
%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B9%88%E0%B8%A1%20ARTS-LC.pdf](http://artslc.nida.ac.th/2015/images/proceedings/%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B9%88%E0%B8%A1%20ARTS-LC.pdf)
(in Thai)
- Turan, N., Polat, O., Karapirli, M., Uysal, C. and Turan, S. G. (2011). The new violence type
of the era: Cyberbullying among university students Violence among university
students. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 17, 1-26.
- Wahab, N. A., Yahaya, W. A. J. W. and Muniandy, B. (2015). The Use of multimedia in
increasing perceived knowledge and awareness of cyber-bullying among
adolescents: A pilot study. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 176, 745-
749.

- Wall, D. S. (2007). *Cybercrime: The Transformation of Crime in the Information Age*.
Cambridge: Polity Press.
- Williams, M. and Pearson, O. (2016). *Hate Crime and Bullying in the Age of Social Media*.
Conference Report. Social Data Sciences Lab. Cardiff University.
- Wolak, J., Mitchell, K. J. and Finkelhor, D. (2007). Does Online Harassment Constitute
Bullying? An Exploration of Online Harassment by Known Peers and Online-Only
Contacts. *Journal of Adolescent Health*, 41, 51-58.
- Ybarra, M. L., Boyd, D., Korchmaros, J. D. and Oppenheim, J. (2012). Defining and
Measuring Cyberbullying Within the Larger Context of Bullying Victimization.
Journal of Adolescent Health, 51, 53-58.

COVID-19 Field hospital: Alternative State Quarantine Hospital and Hospitel

Chardsumon Prutipinyo*

Abstract

With increasing number of COVID-19 infected people, there is a need to manage health resources properly so as not to affect the health system. field hospital and hospitel are another option to reduce the burden of regular hospitals. Field hospitals are legally required to serve as temporary health care facilities. Guest must understand that 1. It is a place to treat infected patients only, and do not provide screening services. Screening service for COVID-19 is provided at hospitals only. 2. Infected people who are admitted to field hospital and hospitel are those who have no symptoms or a little symptom. It is a state quarantine facility for infected people who are not required to be hospitalized, in order to reduce the risk of infecting health professionals, healthcare workers and people in communities, and also reducing number of hospital beds occupancy. 3. Field hospitals and hospitels received only referred patients from hospitals. Patients are not able to request to stay at a field hospital or hospitel by themselves, and 4. It is a "an alternative" option. Field hospitals are not the only alternative to conventional medical facilities, since patients can choose to stay in hospitals.

Keywords; field hospital, COVID-19, Alternative State Quarantine Hospital, Hospitel

* Public Health Faculty, Mahidol University. e-mail chardsumon.pru@mahidol.ac.th

โรงพยาบาลสนาม กรณีผู้ป่วยโรคโควิด-19: สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก และหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

ฉัตรสมน พฤตมิญโญ[†]

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เพิ่มสูงขึ้น มีความจำเป็นต้องจัดการทรัพยากรสาธารณสุขที่เหมาะสม เพื่อมิให้กระทบต่อระบบสุขภาพ โรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (hospital) เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งที่จะลดภาระของโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนามถูกกำหนดตามกฎหมายให้สามารถเป็นสถานพยาบาลชั่วคราว ที่เป็นการรักษาผู้ป่วย ผู้เข้าพักรักษาต้องทำความเข้าใจว่า 1. เป็นสถานที่พักรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อแล้วเท่านั้น ไม่มีการตรวจคัดกรองโรค การตรวจคัดกรองโรคต้องทำที่สถานพยาบาลทั่วไป 2. ไม่มีอาการหรือมีเพียงเล็กน้อย เป็นสถานที่กักตัวสำหรับผู้ติดเชื้อที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์และชุมชน ทั้งช่วยลดภาระเตียงในโรงพยาบาลต่าง ๆ 3. ส่งต่อจากโรงพยาบาล รับเฉพาะผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากสถานพยาบาลทั่วไปเท่านั้น ผู้ป่วยไม่สามารถขอเข้าพักรักษาที่โรงพยาบาลสนามได้เอง และ 4. เป็นทางเลือก “หนึ่ง” โรงพยาบาลสนาม ไม่ใช่ทางเลือกทดแทนสถานพยาบาลทั่วไปเพียงทางเดียว ผู้ป่วยสามารถเลือกพักรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจได้

คำสำคัญ: โรงพยาบาลสนาม, ผู้ป่วยโรคโควิด-19, สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก, หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

[†] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ติดต่อ chardsumon.pru@mahidol.ac.th

บทนำ

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โควิด 2019 (Corona virus disease 2019) หรือโรคโควิด-19 ได้ข้ามปี 2562 และทวีความรุนแรงขึ้นในปี 2564 และจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เพิ่มสูงขึ้น หากขาดการควบคุมการระบาด และการจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมเข้ากับสถานการณ์ในแต่ละจังหวัด และเขตสุขภาพ อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ดังนั้น ผู้บริหารประเทศระดับสูง ควรกำหนดนโยบายหลักในการควบคุมการระบาดของโรค และสนับสนุนระบบบริการให้เพียงพอ เช่น การ lock down การจัดหาทรัพยากรโรคที่เพียงพอ การสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการโรงพยาบาล สนาม และการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล การบริหารจัดการสินค้าเวชภัณฑ์ให้ครอบคลุมคนไทยมากที่สุด เร็วที่สุด ตลอดจนการสนับสนุนเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนการกำหนดให้หน่วยงานทางราชการ และรัฐวิสาหกิจต่างๆ ต้องให้การสนับสนุนการบริการด้านสาธารณสุขในช่วงเวลานี้ อย่างเต็มที่ ขณะที่ประชาชนก็มีหน้าที่ คือ การสวมใส่หน้ากากอนามัย งดการเดินทางที่ไม่จำเป็น ล้างมือบ่อยๆ ลดการพูดคุยกันในระยะใกล้กว่า 1 เมตร และฉีดวัคซีนตามที่ทางราชการกำหนด ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาการคงที่ ควรเข้าโครงการส่งยาถึงบ้าน ดูแลตนเองให้ดี หลีกเลี่ยงการเดินทาง เพื่อลดอุบัติเหตุ เพราะจะเพิ่มภาระให้โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ในการจัดระบบบริการด้านสาธารณสุข ต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ด้วย เพราะขณะนี้ โรงพยาบาลต่างๆ ได้รับผลกระทบอย่างมาก ต้องงดการให้บริการผู้ป่วย ยกเว้นผู้ป่วยฉุกเฉินเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการให้บริการผู้ป่วยโรคโควิด 19 จึงต้องรอบคอบ ต้องให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยอื่นๆ ให้น้อยที่สุด โดยเลือกโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีความรุนแรง เช่น กลุ่มไม่มีอาการ กลุ่มอาการเพียงเล็กน้อย กลุ่มอาการรุนแรงปานกลางมีปอดติดเชื้อแต่ไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มอาการรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะการกำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้การใช้ทรัพยากร การบริหารจัดการทั้งระบบง่ายกว่าการที่ให้ผู้ป่วยโรคโควิด 19 กระจายไปอยู่ในทุกโรงพยาบาล เพราะเมื่อมีผู้ป่วยโรคโควิดเพียง 1 คน ก็ต้องปิดการบริการของหอผู้ป่วยนั้นทันที ดังนั้น การกำหนดให้อาการ 1 อาการของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเป็นอาคารรักษาผู้ป่วยโรคโควิด ก็ทำให้การจัดการนั้นทำได้ง่าย ส่วนผู้ป่วยในอาคารนั้นก็ควรย้ายออกมาอยู่อีกอาคารหนึ่งหรือย้ายโรงพยาบาล เพื่อให้การรักษาที่ต่อเนื่อง จะต้องมียาหลายโรงพยาบาลที่ไม่มีผู้ป่วยโรคโควิดเลย และรับดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ จากโรงพยาบาลต่างๆ ด้วย นอกจากนี้ โรงพยาบาลศูนย์ในแต่ละเขตสุขภาพต้องเป็นโรงพยาบาลหลักในการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 กลุ่มอาการรุนแรงมาก ๆ ร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัดต่างๆ ในเขตสุขภาพนั้น (สมศักดิ์ เทียมเก่า, เมษายน 2564)

ในต้นปี 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) โดยคำสั่งของนายกรัฐมนตรีที่ 4/2563 เรื่องแต่งตั้งผู้กำกับการปฏิบัติงานหัวหน้าผู้รับผิดชอบและพนักงานเจ้าหน้าที่ในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 ที่มอบหมายให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร อาศัยอำนาจตามคำสั่งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อโควิด -19 ที่ 2/2563 ลงวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2563 เรื่องกำหนดองค์ประกอบของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อโควิด -19 ประกอบกับคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ที่ 8/2563 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เรื่อง แนวปฏิบัติตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 7) เนื่องจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องจัดเตรียมสถานที่ไว้ในรูปแบบของโรงพยาบาลสนาม

โรงพยาบาลสนาม หมายถึง สถานที่ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งเกินศักยภาพการจัดระบบบริการในการรองรับผู้ป่วย ทั้งนี้การจัดตั้งจะต้องตั้งนอกสถานพยาบาล ขึ้นกับการดำเนินการของหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ เช่น วัด โรงเรียน โรงยิม หรือหอประชุมขนาดใหญ่ เป็นต้น เพื่อให้การรักษา ดูแลและเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยภายในระยะเวลา 14 วัน หรือภายในระยะเวลาที่แน่ชัดว่าผู้ป่วยหายจากโรคภายในระยะเวลาการรักษา หากผู้ติดเชื้อมีอาการป่วยวิกฤตหรือเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลสนาม (node of referring) ได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นซึ่งจะเป็นการลดการระบาดของโรคโควิด-19 และการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่ได้ในวงกว้าง

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง ควรให้การรักษาที่โรงพยาบาลสนาม และหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ โดยการจำแนกว่า ในผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง ขึ้นอยู่กับสังกัดของโรงพยาบาลที่ได้เลือกรับการตรวจผู้ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ได้รับการตรวจในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ส่วนหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospitel) จะเป็นผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โรงเรียนแพทย์ต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช จุฬาลงกรณ์ รามาธิบดี และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งช่วยแบ่งเบาภาระสาธารณสุขภาครัฐ ในการประสานจัดการเตียงให้กับผู้ป่วยที่มารับการตรวจ โดยทางโรงพยาบาลมีการจัดตั้งเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospitel) ในบทความนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอโรงพยาบาลสนาม: สถานกักกันในโรงพยาบาล

ทางเลือก โรงพยาบาลทางเลือก เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การดำเนินงานของ โรงพยาบาลสนามตามกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อกรณีผู้ป่วยโรค โควิด-19

การทบทวนโรงพยาบาลสนามในต่างประเทศ

ประเทศจีน การระบาดเริ่มขึ้นในเมืองหวู่ฮั่น (city of Wuhan) ซึ่งมีประชากรราว 11 ล้าน คน มีผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันโรคโควิด-19 ประมาณ 10,000 ราย โดยจำนวน 213 รายเสียชีวิต เมือง อยู่นี้มีกำหนดสร้างโรงพยาบาลสนาม (อาคารกักกัน) ให้แล้วเสร็จภายใน 6 วันเพื่อรักษาผู้ป่วยที่สงสัย ว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา จากประสบการณ์ระหว่างการระบาดของโรคซาร์สที่เมืองปักกิ่ง ในปี 2546 ซึ่ง โรงพยาบาล Xiaotangshan ถูกสร้างขึ้นในปักกิ่งใช้เวลา 7 วัน เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่แสดงอาการ ของโรคซาร์ส ถือเป็นการทำลายสถิติโลกในการสร้างโรงพยาบาลที่เร็วที่สุด ใช้การระดมพลจากบนลงล่าง ราว 4,000 คนทำงานเพื่อสร้างโรงพยาบาลให้เป็นไปตามกำหนดเวลา ในส่วนของเวชภัณฑ์หวู่ฮั่น สามารถรับเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือสั่งซื้อจากโรงงานได้อย่างง่ายดาย (Sophie Williams, 31 January 2020)

โรงพยาบาลสนามหรืออาคารกักกันศูนย์หวู่ฮั่นเป็นอาคารสำเร็จรูป มีห้องและสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ ที่จะจุคนได้มากกว่า 4,000 คนจีนได้ควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส การ ปิดล้อมอย่างเข้มงวดและย้ายหมู่บ้านทั้งหมดไปยังสถานกักกันเพื่อหยุดการแพร่ระบาดโควิด- 19 ที่ เมืองฉือเจียจวง (China's Shijiazhuang city) ทางตอนเหนือของจีน ห้องสำเร็จรูปหลายพันห้อง พื้นที่กว้างใหญ่ในเขตชานเมืองฉือเจียจวง ภายในมีห้องเอกซเรย์ ห้อง CT ห้องผู้ป่วยหนัก และ ห้องปฏิบัติการ แต่ละวอร์ดมีห้องน้ำในตัว ภายในสองเดือนมีการรับผู้ป่วยโรคซาร์ส จำนวน 1 ใน 7 ของประเทศ และได้รับการยกย่องว่าเป็น "ปาฏิหาริย์ในประวัติศาสตร์การแพทย์" จากสื่อของประเทศ อาคารกักกันในฉือเจียจวงมีห้องน้ำ Wi-Fi และเครื่องปรับอากาศและสามารถติดต่อผู้ป่วยได้อย่าง ใกล้ชิด (Asia-pacific, 20/01/2021)

ประเทศอังกฤษ ใช้ฐานทัพทหารชั่วคราว โรงพยาบาลในดิงเกลโดยหน่วยแพทย์ของ NHS ซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากทหาร ในขั้นต้น มีเตียงประมาณ 500 เตียง พร้อมเครื่องระบายอากาศ และออกซิเจน กองทัพได้จัดหาสถานที่อื่น ๆ ที่เป็นไปได้เพื่อรักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าพักในสถาน บริการของ NHS ตามปกติได้ NHS รักษาผู้ป่วยโควิดไวรัสในโรงพยาบาลภาคสนามชั่วคราวในศูนย์ ExCeL ในลอนดอนตะวันออก พื้นที่จัดแสดงซึ่งเคยใช้ในอดีตสำหรับ Crufts และ Comic Con ซึ่งจุ ผู้ป่วยได้ถึง 4,000 คน (Rachel Schraer, 24 March 2020)

การประกาศ 'เพิ่มขีดความสามารถ' ด้วยว่าความกังวลว่า หน่วยดูแลผู้ป่วยหนักของ NHS จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มเข้ามามากเกินไป โรงพยาบาล Northwick Park Hospital ทางตะวันตกเฉียงเหนือของลอนดอน ประกาศเหตุการณ์ร้ายแรง หลังจากที่ไม่มียาผู้ป่วยหนัก เจ้าหน้าที่ทหารจึงส่งมอบหน้ากากฉุกเฉินและฝีกอบรมเกี่ยวกับวิธีการขับเรือบรรทุกออกซิเจน ทหารมีส่วนร่วมในการแจกจ่ายอุปกรณ์ หน้ากาก ถุงมือป้องกันส่วนบุคคล ชุดคลุม PPE จำนวน 7.5 ล้านชิ้นให้กับเจ้าหน้าที่ NHS มีการจัดตั้งสายด่วนเฉพาะเพื่อให้องค์กรต่างๆ สามารถสั่งซื้อ PPE ได้ตลอด 24 ชั่วโมง(Rachel Schraer, 24 March 2020)

ประเทศสหรัฐ ถือเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์อเมริกาเหนือ มีการประกาศภาวะฉุกเฉินพร้อมกันในทุกจังหวัดทั้ง 50 รัฐของสหรัฐฯ และ District of Columbia และเกือบทุกเขตของสหรัฐฯ ผู้ว่าการทั่วอเมริกาได้ระดมหน่วยพิทักษ์แห่งชาติเพื่อเปลี่ยนบ้าน สนามกีฬา และที่จอดรถ สถานที่ดังกล่าวประกอบด้วยสนามกีฬา NFL จำนวน 10 สนามพร้อมด้วยสนามแข่งรถ และสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เพื่อเป็นโรงพยาบาลสนาม เนื่องจากยอดผู้เสียชีวิตทะลุ 50,000 คน ในเดือนเมษายน และสนามกีฬาหลายแห่งถูกดัดแปลงเพื่อวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน เป็นโรงพยาบาลสนาม หรือสถานที่ทดสอบโคโรนาไวรัส บางส่วนพักพิงคนไร้บ้าน บางแห่งเป็นห้องเก็บศพ (From field to field hospitals, 2020)

กองทัพวิศวกรได้ระดมกำลังในสหรัฐฯ โดยว่าจ้างผู้รับเหมาเอกชนเพื่อสร้างโรงพยาบาลฉุกเฉินทั่วประเทศ ความพยายามนี้มีค่าใช้จ่ายมากกว่า 660 ล้านดอลลาร์ แต่เกือบสี่เดือนในการส่งสิ่งอำนวยความสะดวก แต่พบว่า ไม่ได้มีการรักษาผู้ป่วยแม้แต่รายเดียว (Army Corps of Engineers, 2020)

ในช่วงกลางเดือนมีนาคม กองทัพบกได้เริ่มสร้างโรงพยาบาลภาคสนามมากกว่า 30 แห่ง ใช้ศูนย์การประชุมที่ติดตั้งเพิ่มเติมและสร้างเต็นท์ควบคุมสภาพอากาศ มีสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อม

ในเดือนเมษายน ที่แมคคอร์มิคเพลสของชิคาโก คนงานได้เปลี่ยนศูนย์การประชุมให้เป็นโรงพยาบาลชั่วคราวขนาดใหญ่ที่มีเตียง 3,000 เตียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสนามที่ใหญ่ที่สุดในอิลลินอยส์ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยชีวิตในกรณีที่เกิดสถานการณ์เลวร้าย

ในปลายเดือนเมษายน โรงพยาบาลสนามลองไอส์แลนด์ทั้ง 2 แห่งแล้วเสร็จและไม่เคยเปิดให้ประชาชนเข้ามาและไม่ได้รักษาผู้ป่วยใด ๆ

ในความเป็นจริงโรงพยาบาลภาคสนามของกองทัพบกส่วนใหญ่ไม่พบผู้ป่วยแม้แต่รายเดียว ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขกล่าวยกย่อง กองทัพบกที่จัดหาเตียงเสริมหลายพันเตียงได้อย่างรวดเร็ว นายรอน เดซานติส รัฐพลอริดาจากพรรครีพับลิกันกล่าว "นั่นเป็นสิ่งที่ดีมาก" รัฐบาลมิชิแกน

Gretchen Whitmer จากพรรคเดโมแครต กล่าวว่า "สถานดูแลทางเลือก 1,000 เตียงที่ไม่มีผู้ป่วยนั้น เป็นสิ่งที่ดี" ด้วยว่าการแพร่กระจายของไวรัสโคโรนาเริ่มช้าลง การทำงานในโรงพยาบาลภาคสนาม ยังคงดำเนินต่อไป แม้ว่าบางโครงการจะถูกลดขนาด - รวมถึง โรงพยาบาลภาคสนาม McComick Place เปิดให้บริการโดยมีเตียงถึงหนึ่งในสามตามแผนเดิมและปิดรับในเวลาต่อมาหลังจากรักษาผู้ป่วยน้อยกว่า 40 คน

ในหลายส่วนของสหรัฐอเมริกา โรงพยาบาลสามารถขยายขีดความสามารถเพื่อรองรับผู้ป่วยโคโรนาไวรัสที่เพิ่มสูงขึ้น มีแต่ในนิวยอร์ก ที่โรงพยาบาลมีผู้ป่วยล้นและเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นร้องขอให้บริการเฉพาะผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด โรงพยาบาล Javits Center ใช้วิธีการรักษาให้ผู้ป่วยพักตามทางเดิน ในช่วงสามสัปดาห์ที่เปิดให้บริการโรงพยาบาลสนาม Javits ได้ทำการรักษาผู้ป่วยประมาณ 1,100 คน โรงพยาบาลชั่วคราวในนิวยอร์กยังไม่ถูกปิด สถานการณ์เริ่มมีความต้องการเตียงในโรงพยาบาลลดลง

เจ้าหน้าที่ในรัฐอื่น ๆ เช่น อิลลินอยส์และมิชิแกน ชี้ว่าโรงพยาบาลสนามสามารถเปิดให้บริการอีกครั้งได้อย่างรวดเร็ว หากมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาเพิ่มขึ้น มีการบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพบางส่วน เจ้าหน้าที่กำลังจับตามองจำนวนผู้ป่วย COVID-19 ในโรงพยาบาลท้องถิ่นอย่างใกล้ชิด (NPR., May 7, 2020)

โรงพยาบาลสนาม (Field hospital)

ประเทศไทย การระบาดที่กระทรวงสาธารณสุขเรียกว่าเป็น "ระลอกเดือน เม.ย." 77 จังหวัดของประเทศไทยมีผู้ป่วยยืนยันแล้วทุกจังหวัด ศูนย์บริหารสถานการณ์โรคโควิด-19 รายงานว่ามีผู้ป่วยยืนยันสะสม 14,879 ราย (วันที่ 19 เม.ย.) ทำให้รัฐบาลสั่งการให้เปิดโรงพยาบาลสนามทุกจังหวัดเพื่อรองรับผู้ป่วย ศูนย์กีฬาหลายแห่ง อาคารหอประชุมของหน่วยงานรัฐ สถาบันการศึกษา หรือกระทั่งลานจอดรถได้ถูกหอประชุมของมหาวิทยาลัย ถูกจัดตั้งเป็นโรงพยาบาลสนามโดยคณะกรรมการควบคุมโรคของจังหวัด ภาพของโรงพยาบาลสนามบางแห่งถูกเผยแพร่ผ่านเพจของสาธารณสุขจังหวัด เป็นภาพของเตียงนอนที่เป็นเตียงเหล็กบ้าง หรือเตียงกระดาษรีไซเคิล ถูกเตรียมไว้ให้ผู้ป่วยบางแห่งเว้นระยะได้ดี บางแห่งดูหนาแน่น จำนวนเจ้าหน้าที่ที่งานหลัก ๆ ของพวกเขา คือ การทำความสะอาด เก็บขยะของผู้ติดเชื้อและชุดผู้ป่วย โดยทุกคนสวมใส่ชุดป้องกัน เริ่มทำงานตั้งแต่ 6-7 โมงเช้า และเลิกตอนห้าทุ่มที่เป็นเวลาปิดไฟ (บีบีซีนิวส์ไทย, 20 เมษายน 2564)

โรงพยาบาลสนาม เป็นสถานพยาบาลอื่นตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กรณีที่ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่อ

อันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นการชั่วคราวเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2563 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องสถานพยาบาลอื่น ซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมาย ว่าด้วยสถานพยาบาล กรณีให้บริการเฉพาะ ผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคโควิด-19 เป็นการชั่วคราว ดังนั้นโรงพยาบาลสนามมีความจำเป็น เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยด้านโรคติดต่อในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรค เพราะสามารถจัดตั้งได้อย่างรวดเร็วขยายหรือลดขนาดตามความเหมาะสม มีการตรวจรักษาผู้ป่วยตามหลักมาตรฐาน มีการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไปสู่บุคลากร ชุมชนและสิ่งแวดล้อม มีการควบคุมป้องกันโรคให้อยู่ในวงจำกัด โดยหากจำเป็นสามารถดำเนินการส่งต่อ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่าและปิดดำเนินการโรงพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการระบาดหรือมีการควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม

การคัดเลือก สถานที่ที่ตั้งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง ความต้องการของชุมชนและทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในสถานการณ์ที่มีการระบาดได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัยผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามคือ ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) จังหวัด และหน่วยงานอื่นๆ รวมถึง มีการกำหนดคณะทำงานที่ประกอบด้วยหัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน

การเตรียมความพร้อมเพื่อรับการระบาดของโรคโควิด-19 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวงกว้าง) เพื่อเป็นข้อแนะนำสำหรับการจัดสถานที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการรับดูแลรักษาผู้ป่วยไว้ได้ เรียกว่า “โรงพยาบาลสนาม” หรือ “camp quarantine” แนวคิดในการจัดตั้งสถานที่รักษาพยาบาล และการเตรียมระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การจัดทำ หรือ การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจจัดตั้งขึ้นในบริเวณที่เป็นโรงพยาบาล หรือ สถานที่ที่ไม่ได้เป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขมาก่อน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 7 มกราคม 2564) ดังนี้

1. จัดตั้งระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้าข่าย PUI ในกรณีที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การให้การวินิจฉัยดูแลรักษา แบบ One Stop Services
2. สามารถรับผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 ไว้ดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน และให้การดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง

3. ใช้เป็นสถานที่เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ และได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาล ซึ่งดูแลผู้ป่วยในภาวะเฉียบพลัน หรือวิกฤต จนดีขึ้นแล้วข้อมูลที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจ เพื่อเตรียมจัดตั้งโรงพยาบาลสนามพิจารณาจากข้อมูลและสถานการณ์การระบาด เมื่อมีรายงานการระบาดจากคนสู่คนในวงจำกัด และมีแนวโน้มที่จะขยายการระบาดจากคนสู่คนในวงกว้างมากขึ้น ข้อมูลที่ช่วยในการวางแผนการดำเนินงานได้แก่

1) รายงานสถานการณ์ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการระบาดในประเทศอื่นๆ หรือจังหวัดอื่นๆ

2) อัตราการมารับบริการในห้องฉุกเฉิน หรือโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

3) อัตราการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยอาการ PUI เพิ่มมากขึ้น

4) ความสามารถของโรงพยาบาลที่จะรองรับผู้ป่วยโรคโควิด-19

5) อัตราส่วนของผู้ป่วยที่อยู่อาศัยร่วมกับผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงหรือผู้ที่ไม่มีคนดูแลที่บ้านและไม่สามารถดูแลตนเองได้

แนวทางการจัดเตรียมพื้นที่กรณีมีการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขการบริหารจัดการในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 13 มีนาคม 2563)

1. การเลือกสถานที่สถานที่ในชุมชนที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1) อากาศโปร่ง และเป็นสถานที่ที่มีการถ่ายเทอากาศได้ดี

2) ไม่อยู่ในที่ชุมชนแออัด เช่น ตลาดสด

3) มีสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสาธารณูปโภคที่สำคัญในการดำเนินงาน เช่น ไฟฟ้า ประปาและอื่นๆ ตัวอย่างโรงพยาบาลสนาม เช่น อาคารเรียน หอพัก หอประชุมวัด ที่อยู่ห่างจากชุมชน แต่มีระบบน้ำประปา และไฟฟ้าเข้าถึง

2. การจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นรวมถึงวัสดุสำนักงาน เครื่องอุปโภค บริโภค และน้ำดื่ม เสบียง อาหาร รวมถึงการฝึกอบรม ปฐมนิเทศ ตลอดจนการกำกับดูแลการทำงานของบุคลากรโดยเฉพาะอาสาสมัคร การรับสมัครเข้าร่วมเป็นสถานที่กักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) โดยกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าในเขตที่มีการระบาดให้มีโรงพยาบาลสนามสำรองอย่างน้อย 1,000 เตียง

3. ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข

4. ระบบการบริหารจัดการหน่วยผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย การจัดเวรประเมินความเพียงพอของการให้บริการ

5. ระบบการขนส่งต่างๆ รวมถึง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยการขนส่งวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ วัสดุอุปกรณ์อื่นๆ ขยะติดเชื้อการจัดการและการเคลื่อนย้ายศพ เป็นต้น

6. ระบบการเชื่อมโยง และระบบสื่อสาร เช่น ระบบเวชระเบียน การติดต่อสื่อสารทั่วไป ระหว่างโรงพยาบาลสนามกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค การประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

7. ระบบการป้องกันควบคุมการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ

1) ควรสำรวจ และเตรียมสำรองอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) ให้พร้อมและเพียงพอ เมื่อมีการระบาด และสามารถจัดหาเพิ่มได้

2) การฝึกซ้อมการสวมและถอดชุด PPE

3) การทำความเข้าใจ หลักการพื้นฐานของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection prevention and control)

8. ระบบสนับสนุนรวมถึงการจัดการด้านสาธารณูปโภคที่พบบุคลากรโภชนาการ เครื่องปั่นไฟ เครื่องกรองน้ำ ประปาสนาม ฯลฯ

9. ระบบรักษาความปลอดภัยแก่บุคลากร ผู้ป่วย ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

10. งานสังคมสงเคราะห์และจิตวิทยา

11. การจัดระบบการสื่อสารความเสี่ยงให้ผู้ป่วย ญาติ รวมถึงประชาชนให้เข้าใจตั้งแต่ก่อนจัดตั้ง และ ในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19

หลักเกณฑ์ของสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine)

สถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) คือ การกักกันตัวผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติ รวมผู้ติดตามที่เดินทางกลับเข้ามาในราชอาณาจักรไทยโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่รัฐกำหนดซึ่งได้มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้าโดยใช้สถานพยาบาลให้เป็นสถานที่กักกันเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 พร้อมกับการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคอาการหนักที่นัดหมายเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน ตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่รัฐกำหนด (ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อโควิด -19, 2564)

ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาลได้กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 อาศัยอำนาจตามข้อ 6 และข้อ 9 แห่งประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่ออันตรายติดเชื้อโควิด-19 การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น อธิปไตยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงออกประกาศเรื่องแนวทางการป้องกันควบคุมและส่งต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 กรณีสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนไว้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) ดังนี้

การให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนห้องปฏิบัติการที่ทำการตรวจต้องผ่านการทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด (ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อโควิด-19, 2564) มีดังนี้

(1) ก่อนการให้บริการตรวจคัดกรองจะต้องดำเนินการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการรับบริการตรวจคัดกรอง

(2) การแจ้งผลการตรวจคัดกรอง

(ก) กรณีผลการตรวจคัดกรองไม่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ให้สถานพยาบาลต้องดำเนินการแจ้งผลการตรวจคัดกรองแก่ผู้รับบริการทราบ

(ข) กรณีผลการตรวจคัดกรองพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด19 ให้สถานพยาบาลแจ้งผลการตรวจคัดกรองพร้อมให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและต้องดำเนินการประสานกับสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรับการรักษายาบาลโดยทันที

(ค) ให้สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนซึ่งตรวจคัดกรองรายงานเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อแห่งท้องที่ที่สถานพยาบาลนั้นตั้งอยู่ประกาศ ณ วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2564

ประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีโรคติดเชื้อโควิด -19 ประกาศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564 กรณีผู้ซึ่งไม่มีสัญชาติไทยซึ่งมีความจำเป็นต้องเข้ามารับการตรวจ

รักษาพยาบาลในประเทศไทยและผู้ติดตามของบุคคลดังกล่าว แต่ต้องไม่เป็นกรณีเข้ามาเพื่อการรักษาพยาบาลโรคโควิด-19 ทั้งนี้ให้จำกัดจำนวนผู้ติดตามได้ไม่เกิน 3 คนและให้ผู้ติดตามเข้ารับการกักกันในสถานพยาบาลเดียวกันรวมถึงต้องมีระยะเวลาที่อยู่ในราชอาณาจักรไม่น้อยกว่า 14 วันโดยมีหลักเกณฑ์แนวทางปฏิบัติ คืออนุญาตให้สถานพยาบาลซึ่งดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ สภาวิชาชีพแพทยวิชาชีพ ร่วมเป็นสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) พร้อมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่รัฐกำหนดโดยชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดระหว่างการรักษาพยาบาลและกักกันตนโดยสมัครใจซึ่งสามารถดำเนินการได้ภายหลังที่สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย อนุญาตให้อากาศยานทำการบินเข้าสู่ประเทศไทยได้

หลักการและเหตุผลตามที่มิประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) กำหนดให้ผู้เดินทางมาจากต่างประเทศทุกคนต้องได้รับการตรวจคัดกรองแยกกักหรือกักกันเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคซึ่งมาจากท้องถิ่นอื่นหรือเมืองท่านอกราชอาณาจักรกรณีโรคโควิด-19 โดยข้อกำหนดสถานพยาบาลที่จะเข้าร่วมต้อง

(1) เป็นสถานพยาบาลตามประกาศศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดต่อโควิด – 19 เรื่องหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564

(2) แสดงความจำนงค์เข้าร่วมตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและได้รับการประกาศรายชื่อจากกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทยเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลและมีความจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเดินทางมาพร้อมผู้ติดตามไม่เกิน 1 – 3 ราย ซึ่งได้มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้ากับสถานพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

สิทธิในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและผู้ติดตามจะต้องชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และการกักกันตนด้วยตนเองในทุกกรณี

สถานพยาบาลที่เป็น Alternative Hospital Quarantine ต้องมีองค์ประกอบหลัก 3 หมวด ดังนี้

หมวด 1 ลักษณะโดยทั่วไปสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หมวด 2 ลักษณะที่ต้องจัดให้มีเพิ่มเติมโดยสถานพยาบาลต้องจัดให้มีสถานที่บุคลากรและระบบงานพร้อมอุปกรณ์ซึ่งแยกจากระบบงานปกติ ได้แก่

(1) Isolation Room หรือห้องแยกโรคติดเชื้อ AIIR-ICU Modified AIIR หรือ Cohort Ward

(2) ระบบทางเดิน (Pathway)

(3) ระบบสุขอนามัย (Hygiene)

(4) บุคลากรผู้ให้บริการ

(5) มีห้องพักที่เป็นห้องเดี่ยว (Single Room) สำหรับผู้ติดตาม

(6) ห้องปฏิบัติการที่ได้ตามมาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 3 ระบบฐานข้อมูลสถานพยาบาลต้องจัดเตรียม (1) เอกสารการนัดหมายจากสถานพยาบาล (Confirmation Letter for Alternative Hospital Quarantine) (2) แบบฟอร์มรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (3) รายละเอียดประกอบการจัดทำรายงานผลการรักษา (Personal Health Record/ Discharge Summary) (4) หนังสือรับรองการกักกันตัว

หมวด 3 การดำเนินการของผู้ป่วย ต้องปฏิบัติ ดังนี้

(1) จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องก่อนเดินทางเข้ามายังราชอาณาจักรไทย ได้แก่ หนังสือส่งตัวจากโรงพยาบาลเดิมเอกสารการนัดหมายจากสถานพยาบาลในประเทศไทย (Confirmation Letter for Alternative Hospital Quarantine) เอกสารทางด้านการเงิน และเอกสารรับรองความจำเป็นในการเดินทาง ตามประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร (แบบ ต.8)

(2) หากมีผู้ติดตามต้องดำเนินการจัดทำการรับรองโดยใช้เอกสาร Affidavit letter โดยต้องเดินทางพร้อมผู้ป่วย

(3) แจ้งความจำนงค์ต่อกระทรวงการต่างประเทศในการเดินทางกลับเข้าสู่ราชอาณาจักรไทยเพื่อการรักษาพยาบาลโดยต้องแสดงเอกสารการนัดหมาย (Confirmation Letter for Alternative Hospital Quarantine) และเอกสาร Affidavit letter

(4) ระหว่างอยู่ในสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine) ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัดจนครบ 14 วัน

ข้อปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

(1) สถานพยาบาล

1.1 จัดให้มีบริการรักษาพยาบาลที่พัก (Isolation Ward) สถานที่สิ่งอำนวยความสะดวกตามระบบงานที่กำหนดแยกจากระบบงานปกติหลักเกณฑ์ในการป้องกันการติดเชื้อควบคุมการระบาดของ

โรคติดต่อการจัดหายานพาหนะที่ได้มาตรฐานตามแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในการรับผู้ป่วยและผู้ติดตามจากสนามบินด้านทั้งทางน้ำและทางบก รวมทั้งจัดให้มีบุคลากรดูแลที่ได้รับการคัดกรองก่อนเข้าปฏิบัติงานและสวมชุดป้องกันรวมถึงทำความสะอาดร่างกายหลังการปฏิบัติงานและจัดระบบเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามแนวทางปฏิบัติของกรมการแพทย์และหน่วยงานอื่น

1.2 แสดงความจำนงสมัครเข้าร่วมเป็นสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine)

1.3 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มีความประสงค์จะเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่หมายวันเวลาในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

1.4 ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของเอกสารตามข้อ 7 (1) หากข้อมูลครบถ้วนให้สถานพยาบาลแจ้งยืนยันการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโดยสถานพยาบาลกรอกรายละเอียดตามเอกสารการนัดหมายตามที่ระบุในแบบฟอร์ม (Confirmation Letter for Alternative Hospital Quarantine) พร้อมลงนามโดยผู้มีอำนาจของสถานพยาบาลและจัดส่งเอกสารดังกล่าวให้ผู้ป่วยเพื่อเก็บเป็นหลักฐานแสดงตนต่อกระทรวงการต่างประเทศและสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองและให้สถานพยาบาลจัดส่งเอกสารให้กระทรวงสาธารณสุขทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail: AHQMOPH@outlook.com)ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมงก่อนที่ผู้ป่วยจะเดินทางเข้าประเทศไทย (Arrival) โดยมีรายละเอียดข้อมูลนำส่งดังนี้

1) ชื่อ-ชื่อสกุล เพศ สัญชาติ หมายเลขหนังสือเดินทางของผู้ป่วย

2) เอกสารการนัดหมายจากสถานพยาบาล (Confirmation Letter for Alternative Hospital Quarantine)

3) เอกสารทางการแพทย์อื่นๆ

1.5 จัดส่งรายงานอาการผู้ป่วยรายวันให้กระทรวงสาธารณสุขทราบและกักกันตัวจนครบ 14 วัน

1.6 หากสิ้นสุดการรักษา สถานพยาบาลจัดส่งรายงานรายละเอียดประกอบการจัดทำรายงานผลการรักษา (Discharge Summary) ส่งกระทรวงสาธารณสุขทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail: ahqdischarge@gmail.com) ภายใน 30 วันหลังเสร็จสิ้นการรักษา

1.7 จัดทำหนังสือรับรองการกักกันตัวตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการให้ตามกฎหมาย

1.8 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาเข้ารับการรักษานัดหมาย ให้สถานพยาบาลแจ้งข้อมูลกลับมายังกระทรวงสาธารณสุขทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail: AHQMOPH@outlook.com) ภายใน 1 วัน หลังจากยืนยันได้ว่าผู้ป่วยไม่มาเข้ารับการรักษานัดหมาย

1.9 สถานพยาบาลนัดหมายผู้ป่วยตามวันที่กำหนด

(2) กระทรวงสาธารณสุข

2.1 รับสมัครตรวจสอบความพร้อมและความครบถ้วนของสถานพยาบาล

2.2 จัดทำบัญชีรายชื่อสถานพยาบาลที่พร้อมเป็นสถานกักกันในโรงพยาบาลทางเลือก (Alternative Hospital Quarantine)

2.3 ดำเนินการรับข้อมูลจากสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยแสดงความประสงค์จะเข้ารับการรักษายาบาลโดยข้อมูลดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการส่งข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันทีทาง Email: AHQMOPH@outlook.com.

2.4 ติดตามและตรวจสอบรายงานรายละเอียดประกอบการรักษาจากสถานพยาบาลที่ให้การรักษา

2.5 จัดทำฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในส่วนที่เกี่ยวข้อง

(3) กระทรวงการต่างประเทศ

3.1 ประสานและแจ้งข้อมูลแก่สถานเอกอัครราชทูตสถานกงสุลใหญ่ไทยหรือหน่วยงานราชการในต่างประเทศเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานตามคู่มือปฏิบัติงานที่กำหนด

3.2 พิจารณาคัดกรองผู้ที่จะเดินทางเข้าสู่ราชอาณาจักรไทยด้วยวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อการรักษายาบาลและการจัดเตรียมยานพาหนะ

3.3 แจ้งข้อมูลแก่กระทรวงสาธารณสุข/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่กำหนดเพื่อได้วันนัดหมายในการเดินทางของผู้ป่วย

(4) บริษัทท่าอากาศยานไทยจำกัด (มหาชน) จัดเตรียมระบบงานและอุปกรณ์ในฝ่ายการแพทย์สำหรับการรับผู้ป่วยในกรณีต้องการความช่วยเหลือ

(5) สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง

5.1 ตรวจสอบข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกรณีมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษ

5.2 มีกระบวนการด่านตรวจคนเข้าเมืองและระบบลงทะเบียน AOT Airports Application เพื่อกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มที่ ต.8 (T.8) เมื่อผู้ป่วยเดินทางเข้าประเทศไทยที่กำหนด

(6) ด้านสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาอนุญาตในการนำเข้า-นำออก ยา
รักษาโรค อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยนำติดตัวเข้ามาเพื่อการรักษาพยาบาลโดยยกเว้นการเสียภาษี
ศุลกากร

หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital)

การจัดตั้งโรงพยาบาลโรงแรม (Hospital) ตามแผนการรองรับระดับที่ 2 โดยเปลี่ยนโรงแรม
ให้เป็นพื้นที่เฝ้าระวังอาการ หรือหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย
ให้รักษาตัวในโรงแรมที่จัดหาไว้ให้ เพื่อให้โรงพยาบาลหลักมีเตียงเพียงพอรองรับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก
ได้อย่างเต็มที่มีประสิทธิภาพสูงสุด สำหรับผู้ประกอบการโรงแรมในพื้นที่ที่มีความประสงค์จะเข้า
ร่วมเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลในจังหวัด เช่น กทม. เพื่อปรับโรงแรมเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ นอก
สถานพยาบาล โดยการขยายพื้นที่การดูแลรักษาผู้ป่วย หรือเพิ่มจำนวนเตียงรักษาอย่างรวดเร็วใน
ระยะเวลาที่จำกัด วัตถุประสงค์เพื่อ 1) ช่วยลดความแออัดของเตียงผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาล
หลัก 2) ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วย กลุ่มไม่มีอาการ/อาการน้อย
ก่อนจำหน่ายกลับบ้านเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในสถานการณ์การระบาดที่
รุนแรง (การบริหารจัดการเตียง และการใช้ทรัพยากร โดยเฉพาะ PPE อย่างคุ้มค่า) 3) ส่งเสริมความ
ร่วมมือด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคมระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม
รวมทั้งสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน

คำแนะนำการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) ฉบับวันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2564 การ
พัฒนาหอผู้ป่วยเฉพาะกิจนอกสถานพยาบาล เปรียบเสมือนการขยายพื้นที่การรักษาดูแลผู้ป่วย หรือ
เพิ่มจำนวนเตียงรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วในเวลาจำกัด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคระบาดที่สามารถดูแล
สุขภาพตนเองได้ อาการไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องอาศัยเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ครุภัณฑ์การแพทย์ที่ซับซ้อน
แต่ยังอยู่ในระยะการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้ สามารถรับการดูแลติดตามโดยทีมบุคลากรทาง
การแพทย์ และป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 ที่ควรรับการ
รักษา ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

1) ผู้ป่วยยืนยันที่ไม่มีอาการหลังนอน โรงพยาบาล 4-7 วัน เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้พัก
ต่อที่หอผู้ป่วยเฉพาะกิจจนครบ 10 วัน (และครบ 14 วันในกรณีสงสัยเชื้อกลายพันธุ์; อังกฤษ บราซิล
แอฟริกาใต้)

2) ผู้ป่วยยืนยันที่มีอาการไม่มีภาวะเสี่ยง/ภาวะร่วม หลังนอน โรงพยาบาล 4-7 วันเมื่ออาการดีขึ้นให้พักต่อที่หอผู้ป่วยเฉพาะกิจจนครบ 10 วัน (และ 14 วันในกรณีสงสัยเชื้อกลายพันธุ์: อังกฤษ บราซิล แอฟริกาใต้)

3) ผู้ป่วยยืนยันโควิดที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ที่ไม่มีอาการ หรือ ไม่มีภาวะเสี่ยง/ภาวะอื่นร่วม เข้าพัก รักษา สังเกตอาการที่หอผู้ป่วยเฉพาะกิจจนครบ 10 วัน (และ 14 วันในกรณีสงสัยเชื้อกลายพันธุ์: อังกฤษ บราซิล แอฟริกาใต้)

4) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ แนะนำให้เอกซเรย์ปอดทุกราย หากปอดผิดปกติควรอยู่โรงพยาบาล

หลักเกณฑ์การเปลี่ยนโรงแรมเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ

โรงแรมที่จะเข้าร่วมโรงแรมเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (ตามแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (Hospitel) ฉบับวันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2564) กล่าวคือโรงแรมต้องมีใบอนุญาตตามกฎหมาย รวมถึงกรณีดัดแปลง และขนาดโรงแรมเริ่มต้นที่จำนวน 30 ห้องเหมาะสำหรับ 1) ผู้ป่วย Mild case ที่ไม่มีอาการหลังนอนโรงพยาบาล 7 วัน เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้พักต่อที่หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospitel) จนครบ 14 วัน 2) ผู้ป่วย Mild case ที่มีอาการ แต่ไม่มีภาวะเสี่ยง/ภาวะร่วม หลังนอนโรงพยาบาล 7 วัน เมื่ออาการดีขึ้นให้พักต่อจนครบ 14 วัน

หลักเกณฑ์การเปลี่ยนโรงแรมเป็นโรงพยาบาลสนาม (Hospitel) มี 5 หมวด ได้แก่ โครงสร้างอาคาร และวิศวกรรม บุคลากรทางการแพทย์ และ เจ้าหน้าที่สนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์สำนักงาน เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และการจัดการสิ่งแวดล้อมและเป็นมิตรกับชุมชน

ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐ เอกชน ตลอดจนการประสานภาคีเครือข่ายต่างๆ จะทำให้การดูแลในภาวะการระบาดของโรคโควิดสามารถควบคุมได้ โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในภาคเอกชนมีเตียงว่าง 700-800 เตียง ซึ่งการบริหารจัดการเตียงจะให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้รับการรักษา เพราะอาจต้องใช้ห้องความดันลบ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหมายเลข 1668 และ 1330 ในการประสานเรื่องเตียงให้แก่ผู้ป่วย

บทสรุป

การสร้างโรงพยาบาลสนามควรถูกดำเนินการทันทีที่มีภาวะจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจากการระบาดในระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคโควิด 19 มีอัตราการครองเตียงร้อยละ 70 ดังนั้นผู้บริหารจึงได้พิจารณาไปที่พื้นที่สถานศึกษา สนามกีฬา โรงแรม เนื่องจากมีโครงสร้างพื้นฐานพร้อมใช้ทันที จึงไม่ต้องการลงทุนในส่วนนี้ ตลอดจนมีความเป็นส่วนตัว เป็นสัดส่วน ส่วนการบริการผู้ป่วยโรคอื่นๆ

ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่แยกสัดส่วนผู้ป่วยโรคโควิด 19 กับโรคอื่นๆ ให้อยู่กันคนละอาคาร ซึ่งยังสามารถให้บริการได้ โรงพยาบาลที่ไม่มีผู้ป่วยโรคโควิด 19 ก็ยังสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามปกติ และผู้ป่วยจากโรงพยาบาลข้างเคียงที่ให้บริการโรคโควิด -19 ได้ด้วย และอัตราค่าลงงบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์จะถูกบริหารอย่างเป็นระบบจากส่วนกลางของจังหวัด และเขตสุขภาพ ส่วนจังหวัดใดมีโรงพยาบาลเอกชน ต้องกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมการบริการรักษาผู้ป่วยด้วย เช่น การรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ต้องการและสามารถรับผิตชอบค่ารักษาพยาบาลได้ เช่น ผู้ป่วยมีฐานะดี มีประกันสุขภาพ เป็นต้น หรือสนับสนุนกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อโรงพยาบาลของรัฐ เช่นเดียวกัน ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในแนวทางการรักษา เช่น เมื่ออาการดีขึ้นต้องย้ายออกจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไปสู่โรงพยาบาลเครือข่าย หรือโรงพยาบาลสนาม ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ และสำหรับโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยเฉพาะ (hospital) ที่เป็นสถานที่พักรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ไม่มีอาการหรือมีเพียงเล็กน้อย เป็นสถานที่กักตัวสำหรับผู้ติดเชื้อที่ไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์และชุมชน และช่วยลดภาระเตียงในโรงพยาบาลต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (7 มกราคม 2564) แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม(กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวงกว้าง). Available at https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640111082302AM_Field%20Hospital%20GL_V_5_08012021.pdf
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (13 มีนาคม 2563) แนวทางการจัดเตรียมพื้นที่กรณีมีการระบาดในวงกว้างของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) : โรงพยาบาลสนาม. Available at https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g06.pdf
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (เมษายน 2564) ประกาศ เรื่องแนวทางการป้องกันควบคุมและส่งต่อผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด- 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) กรณีสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 83 ง ราชกิจจานุเบกษา หน้า 4-5
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คำแนะนำในการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) (2564) หลักเกณฑ์แนวทางการเปลี่ยนโรงแรมเป็นโรงพยาบาลสนาม. Available at <http://www.hsscovid.com/img/helphospital.pdf>

- ฉันทชัย สิทธิพันธุ์. (2564). ข้อปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยโรคโควิด-19 ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสนาม. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ Available at <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B9%82/>
- บีบีซีนิวส์ไทย. (20 เมษายน 2021) โควิด-19: เปิดบันทึกประสบการณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม. Available at <https://www.bbc.com/thai/thailand-56811495> ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขโรคติดเชื้อโควิด -19 ประกาศ เรื่องหลักเกณฑ์แนวทางการกำหนดสถานที่กักกันที่รัฐกำหนด (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564 หน้า 37 เล่ม 138 ตอนพิเศษ 69 ง ราชกิจจานุเบกษา 26 มีนาคม 2564
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2564). โควิด 19 อาจทำให้ระบบสาธารณสุขไทยอาจล่มสลาย ถ้าไม่ช่วยกัน. Available at <https://www.naewna.com/politic/columnist/47545>
- Army Corps of Engineers (2020) USAspending.gov, Federal Procurement Data System. Available at <https://apps.npr.org/dailygraphics/graphics/field-hospitals-20200501/>
- Asia-pacific. (20/01/2021). China rushes to build quarantine center in new Covid-19 hotspot Hebei. Available at <https://www.france24.com/en/asia-pacific/20210120-china-rushes-to-build-quarantine-center-in-new-covid-19-hotspot-hebei>
- From field to field hospitals. (2020). Available at https://www.espn.com/espn/feature/story/_/id/29040773/how-coronavirus-turned-world-athletic-fields-field-hospitals
- NPR. (May 7, 2020). U.S. Field Hospitals Stand Down, Most Without Treating Any COVID-19 Patients. Available at <https://www.npr.org/2020/05/07/851712311/u-s-field-hospitals-stand-down-most-without-treating-any-covid-19-patients>
- Rachel Schraer. (24 March 2020) Coronavirus: ExCeL Centre planned as NHS field hospital. <https://www.bbc.com/news/health-52018477>
- Rachel Schraer. (24 March 2020) Coronavirus: ExCeL Centre planned as NHS field hospital. Available at <https://www.bbc.com/news/health-52018477>
- Sophie Williams. (31 January 2020) Coronavirus: How can China build a hospital so quickly?. BBC News Available at <https://www.bbc.com/news/world-asia-china-51245156>

