



ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

No. 3 Vol. 7

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๓

September - December 2021

กันยายน - ธันวาคม ๒๕๖๔





Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.7 No.3

ปีที่ ๗ ฉบับที่ ๓

September – December 2021

กันยายน – ธันวาคม ๒๕๖๔

สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Factor related with utilizing of Thai traditional medicines knowledge in primary health care service, Chachoengsao province 397-499
ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา
- Factors affecting surgeon's demand feasibility in the implementation of Thailand's medical device registry of breast implant patients 411-428
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย
- Health security perception of social security members: a case study of a government hospital 429-444
การรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม: กรณีศึกษาโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง
- Health Service system and Prisoners' Quality of life in a Medical Correctional Institution 445-459
ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

- Work Life Quality of Registered Nurses at a Private Hospital 461-473
In Bangkok Metropolis
คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
ในกรุงเทพมหานคร
- The Relationship between Personal Characteristics and Intention to 475-489
Stay among the Professional Nurses in Private Hemodialysis Unit,
Bangkok Metropolitan
ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน
ของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร
- Lotion Product Selection Buying Behaviour of Students at 491-504
a university in northern Thailand
พฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิต มหาวิทยาลัยในภาคเหนือแห่งหนึ่ง
- Nursing Professional Leadership in Mahidol University Hospitals 505-519
ภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล
- Creating a Learning Environment through Electronic Media combined 521-539
with Blended Learning in the First Aid and Basic Medical Care Course
การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วม
เรียนรู้ในชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น

Academic Paper บทความวิชาการ

- Preventive measures for newly emerging COVID 19 infection 541-553
มาตรการป้องกันโควิด 19 ระบาดระลอกใหม่
- Advertising and marketing communication problems with the 555-571
enforcement of alcohol control laws
ปัญหาการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

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

รองศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ธาดาเดช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรศรีนิจิตร

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ 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 คงศีล มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.ยุวสุข สัตยสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ ดร. พญ. สาวิตรี อัมมฉัตรกรชัย ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัญญ์ ถนัดศิลป์กุล ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ จันทรวงศ์ 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 โธนากรวิทย์ Department of Health Professions, Hofstra University
อาจารย์ ดร. กฤษณา แสงเจริญทรัพย์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
อาจารย์ ดร.วสิน พิพัฒน์ฉัตร ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ปวีร์ศรี กิจสุขจิต ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยเกริก
แพทย์หญิง ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติและแพทยสภา

บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (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 104 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

สาส์นจากบรรณาธิการ

ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 ในประเทศไทย ที่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นถึงวันละ 20,000 กว่าคนตั้งแต่ต้นเดือนสิงหาคม ยังมีข่าวดีว่า สมาชิกวุฒิสภาสหรัฐอเมริกา แทมมี ดักเวิร์ธ ลูกครึ่งไทย-อเมริกัน เป็นผู้อยู่เบื้องหลังของการที่ประเทศไทยได้รับการบริจาควัคซีน Pfizer เพิ่มขึ้นอีก 1 ล้านโดส เป็น 2.5 ล้านโดส แต่สถานการณ์ในประเทศไทยยังไม่น่าไว้วางใจ เพราะประชากรที่ได้รับวัคซีนยังมีจำนวนไม่มากพอ ในขณะที่การกลายพันธุ์ของไวรัสเป็นปัญหาใหญ่ที่สำคัญ และมีคำถามว่าประเทศต่างๆ จะลดการแพร่ระบาดของ โควิด-19 ได้อย่างไร การเดินทางไปต่างประเทศคงต้องระงับไปอีกนาน ทั้งนี้ ถึงแม้ผู้ที่ได้รับวัคซีน AZ ไปครบแล้ว 2 เข็ม ก็ยังมีปัญหาที่บางประเทศในสหภาพยุโรปจะไม่อนุญาตให้คนไทยเข้าประเทศ ทั้งนี้ เพราะได้รับข่าวจากลูกศิษย์ที่ย้ายไปสร้างครอบครัวอยู่ในสหภาพยุโรป ว่า AZ เข็มแรกที่คนไทยได้รับนั้นผลิตในประเทศเกาหลีใต้ และเข็มที่สองผลิตในประเทศไทย ซึ่งหลายประเทศในสหภาพยุโรปจะไม่ยอมรับวัคซีน AZ ที่ผลิตในเอเชีย

เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม ที่ผ่านมา มีการสัมมนานำเสนอโครงการวิจัย เรื่องการปฏิรูปภาชีสรรพสามิตยาสูบที่เหมาะสมกับประเทศไทย ซึ่งปัญหาเกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ที่กรมสรรพสามิตได้ประกาศใช้อัตราภาษียาสูบใหม่ แต่ผ่านไป 2-3 ปี ปรากฏว่าภาชีสรรพสามิตยาสูบดูเหมือนจะเอื้อให้ยาสูบจากต่างประเทศมีราคาที่ถูกลงกว่ายาสูบของไทย และทำให้เกิดนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น จึงมีคำถามไปยังกรมสรรพสามิตจากทั้งนักวิชาการ ชาวไร่ยาสูบ และประชาชนทั่วไปว่าเหตุใดจึงดูเหมือนกรมสรรพสามิตเอื้อต่ออุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติ ทางกรมสรรพสามิตเองแถลงข่าวออกมาเป็นระยะตั้งแต่ต้นปีนี้ว่า เดือนตุลาคมปีนี้ จะประกาศใช้อัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบใหม่ แต่ยังไม่มีการทราบถึงโครงสร้างใหม่ของภาชีสรรพสามิตยาสูบ

กรรมาธิการด้านการพาณิชย์และทรัพย์สินทางปัญญา สภาผู้แทนราษฎร จึงตั้งอนุกรรมาธิการเพื่อศึกษาภาชีสรรพสามิตยาสูบเพื่อศึกษาและถอดบทเรียนว่า เหตุใดกรม

สรรพสามิตจึงเลือกดำเนินนโยบายที่ขัดแย้งกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ขัดแย้งกับข้อเสนอแนะของธนาคารโลก และขัดแย้งกับกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO-FCTC) ซึ่งประเทศไทยมีพันธะสัญญาที่จะต้องปฏิบัติตาม

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะ ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2564

Factor related with utilizing of Thai traditional medicines knowledge in primary health care service, Chachoengsao province

Kittithorn Panthes^{*} Chardsumon Prutipinyo^{**} Natanaree Aimyong^{***}

Received 22 April 2021; Revised 22 April 2021; Accepted 22 April 2021

Abstract

This cross-sectional analytical survey aims to study utilizing knowledges of Thai traditional in primary health care services in Chachoengsao province. The purposes are to survey associating factors on utilizing behavior of primary healthcare providers. Participants were 198 primary healthcare providers, with data collection through questionnaire. In all, 96 percent of questionnaire were returned from all of 11 districts in Chachoengsao province, with 118 healthcare units. Statistical analysis included Chi-square test and Binary logistic regression analysis.

The research results indicated that factors which have association and influence on utilizing behavior, with statistically significant, are 1) perception of benefits from Thai traditional medicine; 2) accepting factor of traditional Thai philosophy as alternative to conventional medicine; 3) personal factors: 20-29 years of age, job position as healthcare providers, prior training in Thai traditional and herbal medicines.

In conclusion, for improved utilizing behavior are: to provide training for various positions in healthcare providers, especially person aged 20-29 years old, laying foundation of thinking according to rational Thai traditional knowledges, blending with usefulness and philosophy.

Keywords: Thai traditional knowledge; Herbal medicines

^{*} Student in M.Sc. (Public Health) Major in Hospital Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University Corresponding author: kpharma.pan@gmail.com

^{**} Department of Public, Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University,

^{***} Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University,

ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมหรือนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย มาให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

กิตติธรร ปานเทศ* ฉัตรสุมน พงศ์นิญโญ** ญัฐนารี เอมยงค์***

วันที่รับบทความ 22 เมษายน 2564; วันที่แก้ไขบทความ 22 เมษายน 2564; วันที่ตอบรับบทความ 22 พฤษภาคม 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ศึกษาพฤติกรรมหรือนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อสำรวจและหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหรือนำองค์ความรู้มาใช้ กลุ่มตัวอย่างได้แก่บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จำนวน 198 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้รับแบบสอบถามคืน ร้อยละ 96 จาก 11 อำเภอ หน่วยบริการ 118 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ และ Binary Logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยการรับรู้ คือ การรับรู้ประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย 2) ปัจจัยการยอมรับ คือ การยอมรับแนวคิดของการแพทย์แผนไทย 3) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุในช่วง 20-29 ปี ตำแหน่งงาน การเคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน

สรุปได้ว่า การทำให้บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิมีพฤติกรรมหรือนำองค์ความรู้มาใช้มากขึ้น ควรจัดการฝึกอบรมให้ความรู้ ที่การกระจายในทุกตำแหน่งงาน เลือกในช่วงอายุ 20- 29 ปีเป็นลำดับแรก โดยควรวางพื้นฐานวิธีคิดตามองค์ความรู้ฯ อย่างเป็นเหตุเป็นผล นำเสนอประโยชน์ในเชิงลึกมากขึ้น สร้างแนวทางการใช้ยาสมุนไพรทดแทนฯ โดยแบ่งกลุ่มตามรสนิยม

คำสำคัญ : องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย; ยาสมุนไพร

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์ วิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) ผู้รับผิดชอบบทความ ติดต่อ kpharma.pan@gmail.com

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ (Introduction)

การแพทย์แผนไทยเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ของประเทศไทยที่เก่าแก่มีการใช้กันมานานหลายร้อยปีในประเทศไทย เป็นที่ยอมรับในอดีต มีคุณประโยชน์ต่อประชาชน ผ่านการพิสูจน์จากบรรพบุรุษว่ามีคุณภาพ ความปลอดภัย มีผลดีในการรักษา เป็นที่พึ่งทางสุขภาพที่ใกล้บ้าน เข้าถึงได้ง่าย ราคาประหยัด สามารถใช้สมุนไพรใกล้ตัวมาเป็นยาในการรักษา (เพ็ญญาทรัพย์เจริญ 2550) ความเป็นมาของการแพทย์แผนไทยเริ่มตั้งแต่ยุคสุโขทัย ต่อเนื่องจนถึงยุครัตนโกสินทร์ มีการสืบทอดองค์ความรู้มาอย่างต่อเนื่อง จนถึงช่วงรัชกาลที่ 6 การเรียนการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยถูกยกเลิก คงเหลือแต่การแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ได้เริ่มมีการฟื้นฟูอีกครั้งหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนถึงปัจจุบัน การเว้นระยะการถ่ายทอดองค์ความรู้ยาวนานถึง 63 ปี ในปี 2019 องค์การอนามัยโลกได้เห็นความสำคัญของการแพทย์ดั้งเดิมแต่ละประเทศโดยเสนอให้เพิ่มการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ (WHO 2019) ประเทศไทยได้ดำเนินการตามกลยุทธ์นี้โดยออกนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2557) ซึ่งช่วยแพร่ขยายให้องค์ความรู้ที่สำคัญนี้ยังคงอยู่และมีการสืบทอดอย่างต่อเนื่องยั่งยืน สร้างความมั่นใจให้กับประชาชนและประเทศ

ผลจากนโยบายทำให้การนำความรู้การแพทย์ดั้งเดิมได้รับการส่งเสริมให้กระจายลงระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงง่าย และขยายในวงกว้างขวางมากขึ้น ซึ่งให้บริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายที่ถูก แต่การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ของการแพทย์พื้นบ้านของแต่ละประเทศรวมถึงประเทศไทยที่ยังขาดงานวิจัยที่สนับสนุนความปลอดภัย คุณภาพ ประสิทธิภาพมีผลทำให้ การแพทย์แผนดั้งเดิมขาดความเชื่อมั่นในการนำไปใช้ (Thomas Sullivan, 2018) อิทธิพลของการที่นำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยผสมผสานในสุขภาพปฐมภูมิ มีส่งผลกระทบต่อหน่วยงานบริการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะมีการดำเนินการเชิงรุก ในด้านองค์ความรู้ในการเสาะหาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุปัญหาสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง ลดการไปใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ขึ้น (นครชาติ เผื่อนภูมิ, 2554) และประชาชนจะมุ่งเน้นป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (Self-care) รวมถึงสามารถนำมาใช้ดูแลคนในครอบครัว ชุมชนของตนเองได้ เนื่องจากการแพทย์แผนไทยมีองค์ความรู้เกี่ยวกับที่มาและสาเหตุการเกิดโรค สอดคล้องกับวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น แต่มักเกิดแรงต้านจากผู้ปฏิบัติงานเนื่องจากทัศนคติ การยอมรับ การมองเห็นคุณค่าที่ยังไม่มีดี มีผลให้เกิดการปฏิเสธการเรียนรู้ ไม่ยอมปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน หรือยังไม่เข้าใจเพียงพอในการนำไปปฏิบัติ (ชาติชาย คงเพชรดิษฐ์ และธีระวัฒน์ จันทิก, 2559) ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีวิธีการดำเนินงานที่

เหมาะสม เพื่อลดแรงต่อต้านจากผู้ปฏิบัติงานที่ต้องถูกกดดันในการเรียนรู้งานใหม่ ให้เรียนรู้ได้อย่างถูกต้อง เข้าใจได้ง่าย ช่วยสนับสนุนและสอดคล้องกับการทำงานเดิม พร้อมกับนำไปใช้ได้จริง

การศึกษาเกี่ยวกับการปัญหาการเผยแพร่องค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในต่างประเทศที่ผ่านมา Irene A. K. (Kretchy et al., 2016) ทำการศึกษาในประเทศกานา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ ที่ทำงานในโรงพยาบาล จำนวน 23 คน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขการแพทย์แผนปัจจุบันยอมรับการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแต่ยังขาดพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ การใช้องค์ความรู้อย่างปลอดภัยตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับประกอบด้วย การเกิดช่องว่างขององค์ความรู้การแพทย์ทั้งสองแบบ ความยอมรับในแนวความคิดของการแพทย์ดั้งเดิม การเคยมีประสบการณ์ในการแพทย์ดั้งเดิมมาก่อน การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในการให้บริการสุขภาพ (ณัฐจิญา คำผล และคณะ, 2554) ได้สัมภาษณ์ความคิดเห็นบุคลากรสาธารณสุขแบบกลุ่มและเชิงลึกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มียาสมุนไพรให้บริการทั้งมากและน้อย ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรยังขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยาสมุนไพร ยาสมุนไพรมีรูปร่างลักษณะที่ไม่น่าใช้ มีราคาแพง พร้อมกันนั้นความคิดเห็นต่อนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้เป็นไปตามเป้าหมายขณะนั้นคือ ร้อยละ 25 เทียบกับยาแผนปัจจุบัน ในทางปฏิบัติยังเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิที่เน้นรักษาผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมกกว่าโรงพยาบาลระดับล่าง แพทย์แผนปัจจุบันถ้าสามารถใช้ยาสมุนไพรได้จะเป็นต้นแบบที่ดีให้กับบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นๆ ที่มีความมั่นใจในยาสมุนไพรมากขึ้น แต่ปัจจุบันการขับเคลื่อนการใช้ยาสมุนไพรจะมีแต่แพทย์แผนไทยเท่านั้น

ในประเทศไทย ปัญหาของการเผยแพร่องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยเข้าสู่บริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ การขาดการยอมรับจากกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการปฐมภูมิสาขาอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่าง ๆ ผลที่เกิดขึ้นคือ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจะเน้นให้บริการด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก โดยเน้นไปที่การรักษา มากกว่าการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะการรักษาในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อที่มีจำนวนมากขึ้นด้วยการใช้ยาแผนปัจจุบันเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ของโรค เป็นการไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการพึ่งพาการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่สามารถเข้าถึงองค์ความรู้ที่ช่วยให้เข้าใจปัจจัยในการทำให้เกิดโรค เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นของ

ประเทศ สาเหตุที่ทำให้องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยไม่ได้รับการยอมรับจากบุคลากร สาธารณสุขสาขาอื่น มาจากการขาดความรู้ความเข้าใจในองค์ความรู้การแพทย์สาขานี้ ขาด แนวทางปฏิบัติการให้บริการ ขาดประสบการณ์ในการรักษา (วรรณมา ดำเนินสวัสดิ์และถาวร ล่อ ก 2561) รวมถึง องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยยังขาดการจัดการให้มีการสื่อสารต่อบุคลากร สาธารณสุขให้เข้าใจได้ง่าย แนวทางการแก้ปัญหาที่สำคัญคือ 1) การกำหนดการใช้ระดับ การ จัดบริการที่เหมาะสมกับขนาดของสถานบริการ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิสามารถใช้ ทักษะความรู้ในระดับพื้นฐานในการตรวจวินิจฉัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและจ่ายยา สมุนไพรในกลุ่มโรคที่เจ็บป่วยเล็กน้อยได้ 2) การจัดกระบวนการสื่อสารให้องค์ความรู้เกิดความ ชัดเจน เกิดการเรียนรู้ได้ง่าย สามารถทดลองใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและนำไปใช้ในการ ปฏิบัติงานได้ (ประพจน์ เกตุราภาศ และคณะ, 2559)

ในการเผยแพร่องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยสู่ประชาชนในพื้นที่ผ่านระบบบริการปฐม ภูมิจะทำให้เกิดการสืบทอดภูมิปัญญาของประเทศได้อย่างกว้างขวาง เพิ่มองค์ความรู้ในการดูแล สุขภาพตนเอง นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ แต่ยังมี ความ ไม่ชัดเจนถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนำองค์ความรู้ไปใช้ในการให้บริการสุขภาพได้ การศึกษานี้ใช้ในการประเมินผลจากนโยบายการส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการ สุขภาพ ต่อพฤติกรรมของบุคลากรสาธารณสุขด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และหาข้อเสนอแนะใน การปรับปรุงพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในระบบบริการปฐมภูมิได้ทั่วประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสำรวจและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้ การแพทย์แผนไทยมาให้บริการสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการศึกษา (Method)

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross sectional Study) ประชากรคือ กลุ่ม บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระ เกียรติ ศูนย์สุขภาพชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราที่สามารถ วิเคราะห์วินิจฉัยโรคตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย แบ่งกลุ่มประชากรตามชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามอำเภอที่ปฏิบัติงาน เลือกทุกอำเภอของจังหวัด (11 อำเภอ) กำหนดโควตา

(Quota sampling) ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามขนาด ใหญ่ 3 คน กลาง 2 คน เล็ก 1 คน รวมทั้งหมด 118 หน่วยบริการ ได้กลุ่มตัวอย่าง 198 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามมีทั้งหมด มีส่วนต่างๆ ดังนี้ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามส่วนวัดระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยตัวแปรใช้ Likert scale (คะแนนอยู่ระหว่าง 1-6) ประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ มีหัวข้อ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ของการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาใช้ ปัจจัยการยอมรับ มีหัวข้อ การยอมรับแนวความคิดการแพทย์แผนไทย และแบบสอบถามส่วนวัดระดับพฤติกรรมในการนำความรู้มาใช้ (คะแนนอยู่ระหว่าง 1-11) ประกอบด้วย การวิเคราะห์วินิจฉัยโรคด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เริ่มต้นจากวัดระดับความคิดเห็นของตัวแปรปัจจัยแต่ละตัวและพฤติกรรมการนำองค์ความรู้มาใช้ จากนั้นจำแนกระดับความคิดเห็น ออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มตัวแปรปัจจัยที่มีระดับน้อยถึงปานกลาง และ ระดับมาก กลุ่มพฤติกรรมฯ ที่มีระดับน้อยถึงปานกลาง และ ระดับมากถึงมากที่สุด ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติไคสแควร์ นำเสนอความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่า p-value และเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) หาขนาดความสัมพันธ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย คือสถิติถดถอยโลจิสติก Binary Logistic Regression นำเสนอด้วย ค่า odd ratio 95% Confidence interval และ p-value

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม จากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แต่ละข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 ซึ่งถือว่าเนื้อหาสาระมีความถูกต้อง มาตรวัดมีความเหมาะสม ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลพุทธโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และมหาวิทยาลัยมหิดลเรียบร้อย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) 20 ฉบับ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าระดับความคงที่ 0.956

แบบสอบถามส่งผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละแห่ง ให้กระจายแบบสอบถามไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัด บุคลากรในหน่วยงานเป็นผู้ส่งผู้ตอบแบบสอบถามเอง และส่งเอกสารคืนกลับมาแยกแบบสอบถามกับหนังสือยินยอมตนให้ออกจากกันที่สาธารณสุขอำเภอ

เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงข้อมูล ก่อนที่จะคืนแบบสอบถามทั้งหมดให้กับผู้วิจัย เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 – 31 ตุลาคม 2563 แบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดที่ได้รับมีจำนวน 191 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96

ผลการศึกษา (Results) และ การอภิปรายผล (Discussion)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ของปัจจัยกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการมีดังนี้

อายุ

เมื่อให้ปัจจัยอื่นๆ มีค่าเท่าเทียมกัน บุคลากรในช่วงอายุ 20 – 29 ปี จะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการนำองค์ความรู้มาใช้ 3.27 เท่า (95%CI=1.24-8.65) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 50 – 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจถือได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ กลุ่มอายุ 20-29 ปี กลุ่มนี้พร้อมที่จะเรียนรู้และทดลองในองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมากกว่ากลุ่มอายุ 50-60 ปี การรับรู้ประโยชน์ขององค์ความรู้ผ่านสื่อ ผ่านข้อมูลข่าวสารต่างๆ รวมทั้งการมีประสบการณ์ในด้านการแพทย์แผนไทยผ่านการเรียนรู้ ทดลอง สังเกต ทั้งด้วยตนเอง และกับผู้อื่น มาเป็นเวลานานมากพอที่จะประเมินข้อดีข้อเสียได้ จึงจะตัดสินใจนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยปฏิบัติด้วยตนเองและอาจเกิดเป็นพฤติกรรมการนำมาให้บริการสุขภาพ เช่นเดียวกันกับการแพทย์แผนไทยที่มีอายุยืนยาวมาหลายร้อยปี เป็นการแพทย์ที่ศึกษาประสิทธิภาพการรักษาจากการสังเกตผลการรักษาเป็นหลัก แล้วเก็บเป็นประสบการณ์เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ตำแหน่งงาน

ตำแหน่งในงานบริการปฐมภูมิที่ไม่ได้จบทางด้านทางการแพทย์แผนไทยโดยตรง ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลวิชาชีพ เมื่อให้ปัจจัยอื่นๆ มีค่าเท่าเทียมกัน จะมีการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาใช้น้อยกว่าตำแหน่งแพทย์แผนไทย ร้อยละ 90 (95%CI=52-98) , 85 (95%CI=27-97) , 84 (95%CI=21-97) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจาก ตำแหน่งการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีการแพทย์แผนไทยมาแล้ว ผ่านการฝึกฝนอบรมจนมีความเชี่ยวชาญ มีความรู้มีความเข้าใจในองค์ความรู้อย่างดี แต่จำนวนแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ จ.ฉะเชิงเทรา มีเพียงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิทั้งหมด ดังนั้น การแพร่ขยายองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยไม่ควรจะจำกัดเฉพาะ ตำแหน่งการแพทย์แผนไทยเพียงตำแหน่งเดียว ควรส่งเสริมให้ตำแหน่งงานอื่นๆ ได้รับการเรียนรู้ เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐาน เพื่อเชื่อมองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

เข้าด้วยกันเช่นเดียวกับการศึกษา Amy R. W. (Weinstein, Dolce et al. 2018) พบว่าการนำองค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิมลงสู่บริการปฐมภูมิควรเตรียมบุคลากรที่หลากหลายสาขาอาชีพในการให้การฝึกอบรมความรู้ เพิ่มพูนความสามารถทักษะ รวมทั้งการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย พยาบาล เภสัชกร นักสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยเพิ่มทัศนคติที่ดี ลดความขัดแย้ง ช่วยเสริมให้มีการสื่อสารองค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิม รวมถึงการทำงานร่วมกันอย่างเข้าใจ

การเคยฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยมาก่อน

บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จ.ฉะเชิงเทรา ที่เคยฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยมาก่อนเมื่อให้ปัจจัยอื่นๆ มีค่าเท่าเทียมกัน จะมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการนำองค์ความรู้ มาให้บริการสุขภาพ มากกว่าคนที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรม 3.70 เท่า (95%CI=1.76-7.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการฝึกอบรมทำให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจ จนเกิดการรับรู้ การเรียนรู้ ฝึกฝนทักษะอย่างคล่องแคล่วจะกลายเป็นพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการได้ จากข้อมูลการสำรวจบุคลากรส่วนใหญ่เคยได้รับการฝึกอบรมมาแล้ว แต่ยังพบปัญหาแนวทางการปฏิบัติยังไม่ชัดเจนในการนำองค์ความรู้มาใช้ โดยที่กลุ่มบุคลากรส่วนมากยอมรับประโยชน์ของการแพทย์แผนไทย และคิดว่าไม่เป็นอุปสรรคในการนำมาให้บริการมากนักรวมถึงประชาชนบางส่วนมีความพึงพอใจในการใช้ยาสมุนไพร ควบคู่กับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน

การยอมรับประโยชน์ขององค์ความรู้

บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จ.ฉะเชิงเทรา รับรู้ประโยชน์ของการนำองค์ความรู้ มาให้บริการสุขภาพ ระดับมาก มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับพฤติกรรมในการนำองค์ความรู้มาให้บริการ นั่นคือ เมื่อให้ปัจจัยอื่นๆ มีค่าเท่าเทียมกัน บุคลากรที่รับรู้ประโยชน์ระดับมาก จะมีพฤติกรรมการนำองค์ความรู้ มาใช้มากกว่าระดับการรับรู้น้อยลงไป 3.24 เท่า (95%CI=1.63-6.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก ในการให้บริการปฐมภูมิจะเน้นการให้บริการในเชิงการป้องกันโรค การส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ซึ่งองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยสามารถนำมาใช้ได้ ค่าเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 4.88 ($\bar{x}=4.88$, $SD=0.12$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือความสามารถในการสังเกตผลได้ของการแพทย์แผนไทย เท่ากับ 5.29 รองลงมาคือ การรับรู้ของคุณค่าองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย ที่ให้ความสำคัญที่ต้นเหตุการเกิดโรค และการดูแลรักษาสามารถนำสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวมาใช้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.21 น้อยที่สุดคือการรับรู้ประโยชน์เรื่องกลไกการออกฤทธิ์ของยาสมุนไพร ทั้ง 2 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 และ 4.18 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศมาเลเซียของ Anak K.J. (Johny, Cheah et al.

2017) ที่พบว่าแพทย์ดั้งเดิมสามารถป้องกันอาการข้างเคียงของการเจ็บป่วยได้ มีความละเอียดละไม ละเอียดยิ่งขึ้นในการรักษาและปลอดภัย

การยอมรับอุปสรรคในการนำองค์ความรู้มาให้บริการ

บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จ.ฉะเชิงเทรา รับรู้อุปสรรคของการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการนำองค์ความรู้มาให้บริการ ค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคเท่ากับ $3.90 (\bar{x}=3.90, SD=0.11)$ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ารายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ยาสมุนไพรถ้าใช้ไม่ถูกต้อง ก็เกิดอันตรายต่อสุขภาพเช่นกัน เท่ากับ 4.88 รองลงมา คือ รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรแต่ไม่เห็นความชัดเจนในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.39 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาใช้ทำให้เพิ่มภาระงานประจำ มีคะแนนเท่ากับ 3.15 สอดคล้องกับ Uday N. Y.(Yadav, Lloyd et al., 2020) อุปสรรคในการผสมผสานการแพทย์คือ ข้อจำกัดด้านการติดตามความปลอดภัยของการแพทย์ดั้งเดิม และ ความจำกัดในทักษะของบุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ

การยอมรับแนวความคิดการแพทย์แผนไทย

บุคลากรสาธารณสุขปฐมภูมิ จ.ฉะเชิงเทรา ยอมรับแนวความคิดการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาให้บริการสุขภาพ นั่นคือ เมื่อให้ปัจจัยอื่นๆ มีค่าเท่าเทียมกัน บุคลากรที่ยอมรับแนวความคิดการแพทย์แผนไทยระดับมาก จะมีพฤติกรรมการนำองค์ความรู้มาใช้มากกว่าระดับน้อยลงไป 3.09 เท่า ($95\%CI=1.68-5.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรกลุ่มนี้จะเข้าใจแนวทางวิธีในการคิด (Conceptual Philosophy) ขององค์ความรู้การแพทย์แผนไทย/ยาสมุนไพร และสามารถนำไปใช้ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างคล่องแคล่ว ทั้งการวิเคราะห์หาสาเหตุโรค การวินิจฉัยการเจ็บป่วย การจ่ายยาสมุนไพร การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยการยอมรับเท่ากับ $4.70 (\bar{x}=4.70, SD=0.18)$ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าองค์ความรู้เกี่ยวกับ ทฤษฎีธาตุ องค์ประกอบร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยการยอมรับสูงที่สุดเท่ากับ 5.10 รองลงมาคือด้านปัจจัยที่เป็นสาเหตุโรค และ ด้านการทำงานของร่างกาย เท่ากับ 4.69 และ 4.13 สอดคล้องกับ Deborah S. (Sharp, Lorenc et al., 2018) ศึกษาการแพทย์ผสมผสานในบริการปฐมภูมิ สิ่งที่สำคัญในการพัฒนางานบริการมีประสิทธิภาพ และ ต้นทุนต่อประสิทธิผลที่ดีคือ การที่ต้องสามารถปรับให้เข้าใจแนวคิดของการแพทย์ดั้งเดิมให้ได้ แต่ปัญหาที่

พบในการนำมาใช้คือ องค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิมยังขาดฉันทามติหรือข้อสรุปที่ชัดเจนในการนำมาปฏิบัติ

ตาราง แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและตัวแปรปัจจัยกับพฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาใช้ (n=191)

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมการนำองค์ความรู้การแพทย์มาใช้		ค่า p-value เมื่อทดสอบไคสแควร์	การหาขนาดความสัมพันธ์ ด้วย Binary Logistic Regression		
	น้อย-ปานกลาง	มาก-มากที่สุด		Odd ratio	95% Confidence interval	P-value
เพศ			0.506			
หญิง	37.2	49.2				
ชาย	6.8	6.8				
อายุ*			0.038*			
20-29	5.2	15.7		3.27	1.24-8.65	0.017*
30-39	15.7	14.1		0.92	0.41-2.70	0.835
40-49	12.6	16.2		1.42	0.62-3.26	0.402
50-60	10.5	9.9		1.00		
ตำแหน่งงาน*			0.018*			
ผู้อำนวยการรพ.	13.1	14.7		0.15	0.03-0.73	0.019*
พยาบาลวิชาชีพ	11.0	14.1		0.16	0.03-0.79	0.025*
นักวิชาการ สธ.	13.1	9.9		0.10	0.02-0.48	0.004*
เจ้าพนักงานสธ.	5.8	8.4		0.20	0.04-1.05	0.057
แพทย์แผนไทย	1.0	8.9		1.00		
เคยฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยมาก่อน*			0.001*			
เคย	29.8	48.7		3.70	1.76-7.52	<0.001*
ไม่เคย	14.1	7.3		1.00		

ลักษณะส่วนบุคคล	พฤติกรรมหรือนำองค์ความรู้การแพทย์มาใช้		ค่า p-value เมื่อทดสอบด้วยไคสแควร์	การหาขนาดความสัมพันธ์ ด้วย Binary Logistic Regression		
	น้อย-ปานกลาง	มาก-มากที่สุด		Odds ratio	95% Confidence interval	P-value
ขนาดของหน่วยบริการ			0.124			
เล็ก	26.7	27.7				
กลาง-ใหญ่	17.3	28.3				
การรับรู้ประโยชน์ขององค์ความรู้การแพทย์แผนไทย*			0.001*			
มาก	28.3	47.6		3.24	1.63-6.46	0.001*
น้อย-ปานกลาง	15.7	8.4		1.00		
การรับรู้อุปสรรคในการนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยมาใช้			0.258			
มาก	8.4	11.0				
น้อย-ปานกลาง	35.6	45.0				
มาก	21.5	41.9		3.09	1.68-5.69	<0.001*
การยอมรับแนวความคิดขององค์ความรู้การแพทย์แผนไทย*			<0.001*			
น้อย-ปานกลาง	22.5	14.1		1.00		

ข้อเสนอแนะ

1) การฝึกอบรมความรู้การแพทย์แผนไทยในการให้บริการปฐมภูมิ ควรมีการจัดฝึกอบรมในทุกสายอาชีพ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เกษีกร และ เจ้าพนักงานสาธารณสุข ควรเลือกช่วงอายุ 20 -29 ปี เป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความกล้าที่จะเรียนรู้ ทดสอบประสิทธิภาพขององค์ความรู้การแพทย์แผนไทยด้วยตนเอง เพื่อเก็บเกี่ยวประสบการณ์และประเมินผลทำให้เกิดการยอมรับได้ ซึ่งจะเป็นกำลังที่ช่วยในการแพร่ขยายการแพทย์แผนไทยให้ขยายวงกว้างออกไป และเป็นตัวแทนที่จะแนะนำความรู้สู่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ น่าเชื่อถือ เนื่องจากเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ใกล้ชิดในทุกพื้นที่ของประเทศ

2) การจัดการฝึกอบรมการแพทย์แผนไทยสำหรับการให้บริการปฐมภูมิ ในเนื้อหาความรู้การแพทย์แผนไทยพื้นฐาน ควรมีหัวข้อวิธีการทำความเข้าใจในองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย (Conceptual Philosophy) ซึ่งจะช่วยเพิ่มพูนทักษะการวิเคราะห์อย่างเป็นเหตุเป็นผลตามองค์ความรู้ ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจได้ลึกซึ้งมากขึ้น นำไปเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมช่วยในการประเมินผลประกอบการตัดสินใจยอมรับต่อแนวความคิดการแพทย์แผนไทย ผลที่เกิดขึ้นจะช่วยเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์แผนไทย นำองค์ความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองลดความขัดแย้งกับความรู้การแพทย์แผนปัจจุบัน ช่วยในการสื่อสารกันภายในหน่วยงานบริการให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน

3) การดำเนินงานตามนโยบายส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ควรมีการจัดการฝึกอบรมผสมผสานในหลักสูตรปริญญาตรีของบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่ระดับมหาวิทยาลัย เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อองค์ความรู้ของบรรพบุรุษ ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและประชาชนในพื้นที่

4) การปรับปรุงการใช้ภาษาในการแพทย์แผนไทยให้มีความสอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการบำบัดรักษากลุ่มอาการเจ็บป่วยพื้นฐาน เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงทางองค์ความรู้จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยไปใช้ได้ง่ายขึ้น

5) องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยกำลังเป็นทางเลือกใหม่ของประชาชน แต่บุคลากรในพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ควรจัดทำเป็นคลิปวิดีโอเพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ความรู้โดยเฉพาะความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้สมุนไพรหรือตามวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะนำไปใช้ในการให้คำแนะนำในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน

เอกสารอ้างอิง (References)

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2557). "นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน." สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ณัฐธิญา คำพล. และคณะ (2554). ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อยาสมุนไพรและนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขในโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. นนทบุรี, เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- นครชาติ เผื่อนภูมิ (2554). ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ส่งผลสัมฤทธิ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ประพจน์ เกตุรากาศ.และคณะ (2559). สรุปรายงาน งานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ ครั้งที่ 3 วันที่ 30 สิงหาคม-3 กันยายน 2559 นนทบุรี, สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

- เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ (2550). ประวัติ วิวัฒนาการและการประยุกต์ใช้การแพทย์แผนไทย. นนทบุรี, มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา.
- วรรณดา ดำเนินสวัสดิ์และถาวร ล่อกา (2561). "การพัฒนาแบบการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพประชาชนของสถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่จังหวัดลำปาง." วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 11(1): 126-133.
- Johny AK, Cheah WL, and Razitasham S (2017). "Disclosure of Traditional and Complementary Medicine Use and Its Associated Factors to Medical Doctor in Primary Care Clinics in Kuching Division, Sarawak, Malaysia." Evid Based Complement Alternat Med 2017: 5146478.
- Sharp D, Lorenc A, Feder G, Little P, Hollinghurst S, Mercer S, and MacPherson H (2018). "Trying to put a square peg into a round hole': a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity." BMC Complement Altern Med 18 (1): 290.
- Sullivan T. (2018). "Modern Medicine vs. Alternative Medicine: Different Levels of Evidence." from <https://www.policymed.com/2011/08/modern-medicine-vs-alternative-medicine-different-levels-of-evidence.html>.
- Weinstein AR, Dolce MC, Koster M, Parikh R, Hamlyn E, A McNamara E, Carlson A, and DiVall MV (2018). "Integration of systematic clinical interprofessional training in a student-faculty collaborative primary care practice." J Interprof Care 32(1): 104-107.
- WHO (2019). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. Geneva, World Health Organization.
- Yadav UN, Lloyd J, Hosseinzadeh H, Baral KP, Dahal S, Bhatta N and Harris MF (2020). "Facilitators and barriers to the self-management of COPD: a qualitative study from rural Nepal." BMJ Open 10(3): e035700.

Factors affecting surgeon's demand feasibility in the implementation of Thailand's medical device registry of breast implant patients

Patcharaphon Nonthasawadsri^{*} Chardsumon Pritpinyo^{**} Natnaree Aimyong^{**}

Received 16 May 2021; Revised 28 May 2021; Accepted 29 May 2021

Abstract

This cross-sectional descriptive study investigates the demand feasibility of surgeons in the implementation of Thailand's medical device registry and studies the factors affecting surgeon's demand feasibility in the implementation of Thailand's medical device registry of breast implant patients. There were 160 sample surgeons and data gathered by Google Form Self-Reported Questionnaires. The Questionnaires were divided into 7 parts. Data were analyzed using descriptive statistics, percentages, mean, and standard deviations. Logistic regression was used for hypothesis testing at 0.05.

Results showed that the factors acceptability were at a high level (percentage of mean 93.19), adequacy was at a low level (percentage of mean 44%), practice was at a high level (mean 37.50, S.D.0.51), motivation was at a high level (mean 18.86, S.D.0.60), and privacy was at a high level (mean 18.81, S.D.0.52). Logistic regression showed that acceptability, adequacy, practice, motivation, and privacy were statistically significant factors predicting surgeon's demand feasibility at 83.7%.

Policymakers could utilize the factors in this study to enhance the safety of medical device policy. As a pilot study to pursue the implementation of a breast implant patient registry in different stakeholders, this could be used to enhance consumer protection.

Keywords : Demand Feasibility, implanted silicone breast prosthesis, the breast implant patient registry, surgeons

^{*} Master of Science (Public Health Administration) program, Faculty of Public Health, Mahidol University, Corresponding Author E-mail: patcharaphon_n@hotmail.com

^{**}Public Health Faculty, Mahidol University

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคน ใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย

พัชรารณ นนทสวัสดิ์ศรี* ฉัตรสมุน พฤทธิบุญ** ณัฐนารี เอมยงค์**

วันที่รับบทความ 22 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไขบทความ 28 พฤษภาคม 2564; วันที่ตอบรับบทความ 29 พฤษภาคม 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทยโดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างศัลยแพทย์ ในสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย จำนวน 160 คน ส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินโดยตนเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การประเมินความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ การยอมรับ ความครอบคลุม ความพร้อม แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สถิติพื้นฐานที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Logistic regression มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ศัลยแพทย์ประเมินการยอมรับ ระดับสูง (ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย 93.19) ความครอบคลุม ระดับต่ำ (ร้อยละของคะแนนเฉลี่ย 44.00) ความพร้อม ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 37.50, S.D.0.51) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 18.86, S.D.0.60) การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 18.81, S.D.0.52). ผลการวิเคราะห์ Logistic Regression พบว่า ปัจจัย การยอมรับ ความครอบคลุม ความพร้อม แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย ได้ร้อยละ 83.7

ผู้กำหนดนโยบายสามารถใช้ผลการศึกษาวิจัยเพื่อยกระดับการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านความปลอดภัยในการใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย และสามารถศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับนโยบายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

คำสำคัญ: ความเป็นไปได้ด้านความต้องการ; เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย; ระบบทะเบียนผู้ป่วย; ศัลยแพทย์

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข (ภาคพิเศษ) E-mail: patcharaphon_n@hotmail.com

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ (Introduction)

การศัลยกรรม (Plastic Surgery) ในอดีตเป็นการศัลยกรรมตกแต่งเพื่อการรักษาและแก้ไขให้กับทหารที่ได้รับบาดเจ็บ ต่อมาได้มีการพัฒนา จากการศัลยกรรมตกแต่งเพื่อการรักษา และแก้ไขเป็นการศัลยกรรมตกแต่งเพื่อความงาม (Cosmetic Surgery) จะเห็นได้ว่า ในปี 2016 มีรายงานจาก International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS, 2016) เกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการศัลยกรรมความงามประเทศไทย โดยมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 45,309 ราย พบว่า การศัลยกรรมที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ การเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียม ซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย (breast surgery) รองลงมา คือ การดูดไขมัน (liposuction) และ การเสริมจมูก (rhinoplasty) ตามลำดับ เต้านมเทียมซิลิโคนเป็นเครื่องมือแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจาก เป็นเครื่องมือแพทย์ที่ฝังในร่างกายทั้งหมด และรูล้ำเข้าไปในร่างกายด้วยวิธีการศัลยกรรม ที่มุ่งหมายสำหรับใช้งานในระยะยาว รวมทั้งมีรายงานการเรียกคืนเต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย โดยสมัครใจ หรือ Voluntary Recall ของบริษัทผู้นำเข้าเต้านมเทียมซิลิโคนรายหนึ่ง สืบเนื่องจากการที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ อ.ย. ได้มีการแจ้งเตือนเกี่ยวกับการเรียกคืนผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย (เปลือกผิวชนิดขรุขระ) แบบสมัครใจ ทุกชิ้นการผลิตที่ยังไม่ได้ฝังในร่างกายของบริษัทนำเข้าเครื่องมือแพทย์รายหนึ่ง ในเดือนสิงหาคม ปี 2019 เนื่องจากพบรายงานของความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Breast Implant–Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma โดยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับการเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย หรือ เรียกว่า โรค BIA-ALCL ในกลุ่มของประชาชนผู้ที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย (เปลือกผิวชนิดขรุขระ) ในจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น โดยมีรายงานความเสี่ยงของเปลือกผิวของซิลิโคน ที่ทำให้เกิดโรค BIA-ALCL ดังกล่าว ได้แก่ เปลือกผิวชนิด Microtexture 1:85,000 เปลือกผิวชนิด Macrotexture 1:3,200 และ Polyurethane 1:2,800 โรคมะเร็งชนิดดังกล่าว จัดว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดที่สามารถรักษาได้ หากผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค และผู้ป่วยได้รับการรักษาโรค โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระยะแรก หากแต่ในปัจจุบันนั้นประเทศไทยยังไม่มีระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาจากการขาดกระบวนการติดตามผู้ป่วยเนื่องจาก โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดดังกล่าวมีระยะเวลาของการดำเนินของโรคหลังการผ่าตัด เฉลี่ยประมาณ 3-14 ปี (WHO, 2016) โดยในผู้ป่วยบางราย มีรายงานจาก WHO (Swerdlow SH, 2016) หรือ องค์การอนามัย

โลกว่าสามารถเกิดโรครื่นไฉนได้ยาวนานถึง 37 ปี ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย (เปลือกผิวชนิดซุซุระ)

จากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ที่เกี่ยวกับระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย เช่น สหราชอาณาจักร ประเทศออสเตรเลีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา เป็นต้น พบว่าในต่างประเทศนั้น ได้มีการจัดทำระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ดังกล่าว เพื่อการตรวจสอบย้อนกลับ (Tracking) กรณีที่เกิดโรค BIA-ALCL ขึ้นและมีระบบในการคุ้มครองความปลอดภัยของข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น ในอเมริกา ยุโรป และออสเตรเลีย เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทย นั้น การริเริ่มระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ (Stakeholders) อันได้แก่ บริษัทผู้นำเข้าเครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย ผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย ผู้ขายเครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย รวมทั้งศัลยแพทย์ ในการสื่อสารความเสี่ยงของโรค BIA-ALCL หรือโรค Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma และผู้ป่วย ระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ดังกล่าว นั้น พบข้อจำกัดในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ด้วยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัญหาด้านการคุ้มครองความปลอดภัยของข้อมูลของผู้ป่วย (Privacy) เนื่องจากผู้ป่วยนั้นไม่กล้าเปิดเผยข้อมูล ในการใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย ดังกล่าว หรือการซ้ำซ้อนกันของข้อมูลของผู้ป่วย โดยในบางครั้ง หากผู้ป่วยมีการเข้ารับการบริการศัลยกรรมเสริมความงามในสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งแห่ง ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับการขึ้นทะเบียนจากสถานพยาบาลที่ต่างกัน จึงมักจะซ้ำซ้อนกัน จากเหตุผลข้างต้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงมีความพยายาม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการในการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนดังกล่าว สืบเนื่องจากการบังคับใช้ประกาศกระทรวงฯ เรื่อง เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย พ.ศ. 2562 โดยกำหนดให้ บริษัทผู้ผลิต บริษัทผู้นำเข้า หรือ บริษัทผู้ขายเต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย ซึ่งขายให้กับ สถานพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จัดให้มีทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย เก็บไว้ ณ สถานที่ผลิต หรือ สถานที่นำเข้า ซึ่งได้รับไว้ในใบจดทะเบียนสถานประกอบการ หรือ สถานที่ขาย ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตขาย เพื่อการตรวจสอบของพนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี นับตั้งแต่วันที่ขาย โดยต้องรายงานต่อผู้อนุญาต หากแต่ในทางปฏิบัตินั้น ยังไม่มีระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย จาก

การที่ผู้วิจัย ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ดังกล่าว พบว่า องค์การอาหารและยาของประเทศออสเตรเลีย (TGA) รายงาน Adverse-Event Report ของ โรค BIA-ALCL ในปี 2016 พบว่า 95% ของผู้ป่วยโรค BIA-ALCL เกิดโรครดังกล่าว ระหว่าง 3-14 ปี ภายหลังการผ่าตัดเต้านมเทียม (median : 8 years, ranges : 1-37 years) (Knight R et al, 2016) TGA Australia ซึ่งเป็นหน่วยงานอาหารและยาของประเทศออสเตรเลียจึงทำงานร่วมกับ ศัลยแพทย์ นักวิเคราะห์ข้อมูล นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ประกอบการและผู้บริโภค เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ โรค BIA-ALCL ซึ่งระบุใน Patient Information Leaflets โดยออกข้อกำหนดในปี ค.ศ. 2018 ประเทศไทยจึงควรมีการศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ก่อน การนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย ในกลุ่มของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ คือ ศัลยแพทย์ ในสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย เพื่อการเชื่อมโยงข้อมูล และสามารถสอกลับ เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายและควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ก่อนการเริ่มดำเนินงาน ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย

ศัลยแพทย์ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย หมายถึง แพทย์ที่เป็นสมาชิกสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย ซึ่งต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติที่ได้รับอนุมัติ และควบคุม ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือผู้ทรงคุณวุฒิในหลักสูตรสาขาวิชาศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้าง Thai Board of Plastic and Reconstructive Surgery จากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และแพทยสภา ตามหลักสูตรการฝึกอบรม เพื่อความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ตกแต่งเป็นระยะเวลาของหลักสูตร 5 ปี และ 7 ปี ศัลยแพทย์ ในสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย เป็นบุคลากรเป้าหมายที่สำคัญ เนื่องจากศัลยแพทย์ เป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรค BIA-ALCL ดังกล่าวก่อนการผ่าตัด โดยแนะนำการเลือกชนิดของเปลือกผิวของซิลิโคนให้กับผู้ป่วย และการให้ข้อมูลที่ เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองความปลอดภัยของข้อมูลที่สำคัญ และจำเป็นของผู้ป่วยเพื่อการสอกลับ หรือการ Tracking หากแต่ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย ในการดำเนินงานดังกล่าว ยังไม่มีการวางกรอบการดำเนินงาน อย่างมีส่วนร่วม และยังไม่ได้ทำการ ศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือ

แพทย์ด้านมัลติสปีชีส์ใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย เพื่อหาทิศทางการทำงานของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ด้านมัลติสปีชีส์ใช้ฝังในร่างกาย โดยการศึกษา วิจัยความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ด้านมัลติสปีชีส์ใช้ฝังในร่างกาย เป็นการดำเนิน การที่ช่วยในการระบุปัญหาโอกาสในการกำหนดเป้าหมาย และสามารถอธิบายถึงสถานการณ์ ช่วยให้การระบุผลลัพธ์ของความสำเร็จให้ชัดเจน และช่วยสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจในการพัฒนา ทำให้ได้รับทราบถึงข้อจำกัด และได้ข้อเสนอแนะในการตัดสินใจว่าจะเริ่มหรือพัฒนานโยบายต่อไปในแนวทางใด การศึกษา วิจัยเกี่ยวกับ ความเป็นไปได้ ด้านความต้องการ (Demand Feasibility) ประกอบไปด้วยข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อการแสดงถึงเหตุผลที่จะสนับสนุนถึงความเหมาะสมก่อนเริ่มนำมาใช้งานของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ด้านมัลติสปีชีส์ใช้ฝังในร่างกาย

วัตถุประสงค์งานวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับความเป็นไปได้ ด้านความต้องการ ของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ด้านมัลติสปีชีส์ใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ด้านมัลติสปีชีส์ใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ด้านมัลติสปีชีส์ใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย เก็บข้อมูลในศัลยแพทย์สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเมษายน 2564 จากศัลยแพทย์ในสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทยทั้งหมด 360 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป (Daniel W, 2010) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 155 คน ได้แบบสอบถามออนไลน์ที่สมบูรณ์กลับคืนมา 160 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Google-Form) ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามให้คัดลอกแพทย์ประเมินความเป็นไปได้ด้านความต้องการจำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการยอมรับ (Bowen D.J., 2009) จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความครอบคลุม (มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, 2558) จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 5 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพร้อม (Toronto, 1991) จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 6 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Good, 1973) จำนวน 4 ข้อ และส่วนที่ 7 เป็นคำถามเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (พระราชกฤษฎีกา, 2564) จำนวน 1 ข้อ มีการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างคัดลอกแพทย์ในสมาคมคัดลอกแพทย์ตงตงแห่งประเทศไทย จำนวน 39 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค รวมเท่ากับ 0.926

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ Certificate of Approval : COA รหัสโครงการ MUPH 2021-022 จากนั้นจึงขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัย คัดลอกแพทย์ สมาคมคัดลอกแพทย์ตงตงแห่งประเทศไทย

เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการส่งแบบสอบถามออนไลน์ (Google-Form) และ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติ Logistic Regression แบบ Binary ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของคัดลอกแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ ต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย และศึกษาระดับของความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของคัดลอกแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย

ผลการวิจัย (Results)

จากกลุ่มตัวอย่างคัดลอกแพทย์ จำนวน 160 คน พบว่า ร้อยละ 64.3 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 31-40 ปี ร้อยละ 28.6 41-50 ปี ร้อยละ 28.6 และ 51-60 ปี ร้อยละ 28.6 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 57.2 ระดับรายได้ต่ำกว่า 50,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 50 ประสบการณ์

ในการทำงานศัลยแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการศัลยกรรมเต้านมเทียมประสบการณ์10ปีร้อยละ 50 ประสบการณ์ในการฝึกอบรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการศัลยกรรมเต้านมเทียมซิลิโคน เช่น Germany, Belgium, Netherland, United States of America (USA) , France, Italy, Australia, Korea, Canada, England (สหราชอาณาจักร) เป็นต้น

การยอมรับของ ศัลยแพทย์ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 111.83$, S.D. = 0.64) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการยอมรับของ ศัลยแพทย์ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย (n=160 คน)

ปัจจัย	Min-max	$\bar{x} \pm$ S.D.	Percentage of Mean	95% CI of Mean	ระดับ
การยอมรับโดยรวม (24-120)	78-120	111.83 $\pm$ 0.64	93.191	(111.73,111.93)	สูง
-ด้านความเห็นด้วย (7-35)	25-35	32.96 $\pm$ 0.52	94.17	(32.88,33.04)	สูง
-ด้านความพึงพอใจ (8-40)	26-40	37.36 $\pm$ 0.60	93.40	(37.27,37.45)	สูง
-ด้านความตั้งใจ (9-45)	27-45	41.50 $\pm$ 0.74	92.22	(41.39,41.61)	สูง

ระดับความครอบคลุม เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารประกาศกระทรวงฯ เรื่อง เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย พ.ศ. 2562 และให้ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้ขายเครื่องมือแพทย์ จัดให้มีทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายเก็บไว้ไม่น้อยกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 63.7) และระดับสูง (ร้อยละ 36.3) ระดับความครอบคลุม อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 0.36$, S.D. = 0.48) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับความครอบคลุม (ในภาพรวม) ตามการประเมินของ ศัลยแพทย์ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย (n=160 คน)

ระดับความครอบคลุม	จำนวน	ร้อยละ
ความครอบคลุมต่ำ (0.00-0.35)	102	63.7
ความครอบคลุมสูง (0.36-1.00)	58	36.3
ค่าเฉลี่ย=0.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.480 (Min=0 Max=1 Percentage of Mean=36.3%)		

ระดับความพร้อม อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 37.5$, S.D. = 0.51) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของระดับความพร้อม (n=160 คน)

ความพร้อม	ระดับความพร้อม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
1.ความสามารถสื่อสารสุขภาพ เกี่ยวกับโรค BIA-ALCL แก่ผู้ป่วยได้	123 (76.9)	37 (23.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2.ความสามารถให้รายละเอียด เกี่ยวกับโรค BIA-ALCL เพื่อให้ ประชาชนผู้ที่ใช้ตระหนักในการ เลือกใช้ ชนิดของเปลือกผิวของ ซิลิโคน	123 (76.9)	37 (23.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3.ความตระหนักถึงความวิตกกังวล ของผู้มารับบริการเกี่ยวกับโรค BIA- ALCL	108 (69.2)	26 (15.4)	26 (15.4)	0 (0)	0 (0)
4.ความสามารถในการสื่อสารความ เสี่ยงของโรค BIA-ALCL โดยไม่ กังวลว่าผู้ป่วยจะไม่พึงพอใจ	123 (76.9)	37 (23.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
5.ความยินดีอย่างยิ่งที่จะให้ คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อคลายความ วิตกกังวลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค BIA- ALCL	123 (76.9)	37 (23.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

ความพร้อม	ระดับความพร้อม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
6.ความมั่นใจในการชักชวน ผู้รับบริการให้ตระหนักถึงประโยชน์ ระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือ แพทย์ เต้านมเทียมซิลิโคน	123 (76.9)	24 (15.4)	13 (7.7)	0 (0)	0 (0)
7.ความพร้อมและความตั้งใจที่จะ เป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับ ข้อมูลที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรค BIA-ALCL	108 (69.2)	52 (30.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
8.ความเข้าใจวิธีการสื่อสารสุขภาพ ที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรค BIA- ALCL	123 (76.9)	37 (23.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

ระดับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 18.86$, S.D. = 0.60) ศัลยแพทย์ในสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย ส่วนใหญ่ มีความคิดว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ อ.ย. เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทยสูงที่สุด (ร้อยละ 84.6) และมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ของประเทศไทย (ร้อยละ 84.6) รองลงมาคือ ศัลยแพทย์มีความเชื่อมั่นว่าการจัดให้มีระบบทะเบียนผู้ป่วยเครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย จะเป็นประโยชน์ ทั้งต่อผู้ป่วยและศัลยแพทย์ในสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย (ร้อยละ 76.9) และ มีความเห็นว่า ระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทยนั้น มี Benefit มากกว่า Risk (ร้อยละ 76.9) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ระดับของแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (n=160 คน)

แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์	ระดับแรงจูงใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
1.ความคิดว่าสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) เป็นหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทที่ สำคัญในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ สุขภาพของประเทศไทย	134 (84.6)	13 (7.7)	13 (7.7)	0 (0)	0 (0)
2.ความยินดีที่จะให้ความร่วมมือกับ หน่วยงานภาครัฐในการกำกับดูแล ผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ของประเทศ ไทย	134 (84.6)	0 (0)	26 (15.4)	0 (0)	0 (0)
3.ความเชื่อมั่นว่าการจัดให้มีระบบ ทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ ต้านมเทียมซิลิโคนจะเป็นประโยชน์	121 (76.9)	39 (23.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4.ความเห็นวาระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ ใช้เครื่องมือแพทย์นั้นมี Benefit มากกว่า Risk	121 (76.9)	26 (15.4)	13 (7.7)	0 (0)	0 (0)

ระดับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 18.81, S.D. = 0.52$) ศัลยแพทย์ มีความเห็นว่า หากในอนาคตมีการจัดให้มีทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ต้านมเทียมซิลิโคน ใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย เห็นว่าควรมีการขอความยินยอมของผู้ป่วยไว้ ก่อนหรือในขณะที่ ทำการรวบรวมข้อมูลมากที่สุด (ร้อยละ 92.3) รองลงมาคือ การบอกกล่าวผู้ป่วยเกี่ยวกับการเก็บ ข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย สามารถทำได้ โดยการแจ้งเป็นหนังสือ หรืออิเล็กทรอนิกส์ได้ (ร้อยละ 76.9) ดังในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ระดับของการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (n=160 คน)

การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ	จำนวน ร้อยละ
1. หากในอนาคตมีการจัดให้มีทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ เห็นว่าควรมีการขอความยินยอมของผู้ป่วยไว้ ก่อนหรือในขณะทำการรวบรวมข้อมูล	147 (92.3)	13 (7.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2. การบอกกล่าวผู้ป่วยเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์สามารถทำได้โดยการแจ้งเป็นหนังสือหรืออิเล็กทรอนิกส์	123 (76.9)	37 (23.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3. ความมั่นใจที่จะแนะนำผู้ป่วยให้ทราบเกี่ยวกับการจัดให้มีทะเบียนผู้ป่วยเครื่องมือแพทย์ด้านมเทียม และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์	110 (69.2)	37 (23.1)	13 (7.7)	0 (0)	0 (0)
4. ความเห็นว่าการคุ้มครองความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยเครื่องมือแพทย์ ด้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของไทยนั้นเป็นสิ่งจำเป็น	110 (69.2)	37 (23.1)	13 (7.7)	0 (0)	0 (0)

ผลการวิเคราะห์ Logistic Regression แบบ Binary ค่าอำนาจในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ด้านมเทียมซิลิโคน ได้แก่

ปัจจัยด้านการยอมรับ มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ (coefficient) เพิ่มขึ้น 2.1174 ($p=0.000$) ปัจจัยด้านความครอบคลุม มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ (coefficient) เพิ่มขึ้น 4.42157 ($p=0.000$) ปัจจัยด้านความพร้อม มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ (coefficient) เพิ่มขึ้น 0.1261 ($p=0.000$) ปัจจัยด้านแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ (coefficient) เพิ่มขึ้น 0.4999 ($p=0.000$) และปัจจัยด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เป็นไปตามวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูลผู้ป่วยในระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมฯ มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ (coefficient) เพิ่มขึ้น 1.6341 ($p=0.000$)

เมื่อพิจารณาค่า Odd ratio จากค่า EXP (beta) พบว่า

หากมีการยอมรับเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้ความเป็นไปได้ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทยสูงขึ้น 0.557 เท่า ($p=0.000$)

หากมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้ความเป็นไปได้ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทยสูงขึ้น 0.578 เท่า ($p=0.000$)

หากมีความพร้อมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้ความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทยสูงขึ้น 0.964 เท่า ($p=0.000$)

หากมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะส่งผลให้ความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทยสูงขึ้น 0.843 เท่า ($p=0.000$)

หากมีการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเป็นไปตามวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ในระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะส่งผลให้ความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายสูงขึ้น 0.651 เท่า ($p=0.000$)

สำหรับตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านการคุ้มครองข้อมูล ด้านการขอความยินยอมของผู้ป่วย หากมีการขอความยินยอมของผู้ป่วยในการเก็บข้อมูล ในระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย ความเป็นไปได้จะลดลง 0.919 เท่า ($p=0.193$) เนื่องจากหากผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอมการเก็บข้อมูลในระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย จะทำให้ข้อมูล ไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ จึงทำให้ความเป็นไปได้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทยลดลง

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ Logistic regression แบบ Binary ค่าอำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ($n= 160$ คน)

ตัวแปรอิสระ	Coefficient	Std. Error	EXP (beta)	p-value
ปัจจัยการยอมรับ	2.1174*	0.150	0.557	<0.001
ปัจจัยความครอบคลุม	4.42157*	0.067	0.578	<0.001
ปัจจัยความพร้อม	0.1261*	0.101	0.964	<0.001
ปัจจัยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์	0.4999*	0.096	0.843	<0.001
ปัจจัยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล การขอความยินยอมของผู้ป่วย	-0.084	0.104	0.919	$p=0.193$
ปัจจัยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลให้เป็นไปตาม	1.6341*	0.067	0.651	$p<0.001$

ตัวแปรอิสระ	Coefficient	Std. Error	EXP (beta)	p-value
วัตถุประสงค์ของการเก็บ ข้อมูลในระบบทะเบียนผู้ ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์				

*หมายถึง มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การอภิปรายผล (Discussion)

จากการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกาย ของประเทศไทย โดยใช้การวิเคราะห์ Logistic regression แบบ Binary ตัวแปรตาม เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ 2 ค่า คือ ความเป็นไปได้ ด้านความต้องการมาก และความเป็นไปได้ ด้านความต้องการน้อยถึงปานกลาง ส่วนตัวแปรอิสระมี 5 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยการยอมรับ ปัจจัยความครอบคลุม ปัจจัยความพร้อม ปัจจัยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และ ปัจจัยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ได้แก่ ปัจจัยการยอมรับ ($b=0.557, p=0.000$) ปัจจัยความครอบคลุม ($b=0.578, p=0.000$) ปัจจัยความพร้อม ($b=0.964, p=0.000$) ปัจจัยแรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ ($b=0.843, p=0.000$) และปัจจัยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ($b=0.651, p=0.000$) โดยทั้ง 5 ปัจจัย มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพยากรณ์โอกาส หรือ ความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย จากค่า Odd ratio ซึ่งหากปัจจัยที่พิจารณามีค่า Odd ratio มากกว่า 1 แสดงว่าเมื่อปัจจัยดังกล่าวเพิ่มขึ้น จะทำให้ความเป็นไปได้ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทยสูงขึ้นด้วย ซึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียน ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย พบว่า หากมีการยอมรับเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้ ความเป็นไปได้

ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย สูงขึ้น 0.55 เท่า

หากมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้ความเป็นไปได้ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย สูงขึ้น 0.57 เท่า

หากมีความพร้อมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้ความเป็นไปได้ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย สูงขึ้น 0.96 เท่า

หากมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะส่งผลให้ความเป็นไปได้ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย สูงขึ้น 0.84 เท่า

หากมีการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลในระบบทะเบียนผู้ป่วย เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะส่งผลให้ความเป็นไปได้ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทย สูงขึ้น 0.65 เท่า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. เนื่องจากการศัลยกรรมเต้านมเทียมซิลิโคนเป็นที่นิยมในประเทศไทย มีรายงานในปี 2016 พบว่าการศัลยกรรมเต้านมเทียมเป็นศัลยกรรมที่ได้รับความนิยมอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ การดูดไขมัน และการศัลยกรรมเสริมจมูก ตามลำดับ หากในประเทศไทยมีการจัดให้มีระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์ จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยชาวต่างชาติ ที่จะเข้ามาใช้บริการ ศัลยกรรมเสริมหน้าอกด้วยเต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายในประเทศไทย ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็น Medical Hub ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในด้านการศัลยกรรมเสริมความงาม เนื่องจากผลการวิจัยนี้ พบว่า ศัลยแพทย์ ในสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย มีความต้องการ ในการนำมาใช้ของระบบทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมในระดับสูง รวมทั้งมีความพร้อมในการสื่อสารความเสี่ยงของ โรค BIA-ALCL ให้กับประชาชนผู้ใช้เครื่องมือแพทย์เต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทยในระดับสูง สอดคล้องกับนโยบายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์หลังออกสู่ท้องตลาด (Post-Marketing Surveillance) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อ.ย.) กระทรวงสาธารณสุข

2. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินความเป็นไปได้ เพียงมิติเดียว คือ ความเป็นไปได้ ด้านความต้องการของศัลยแพทย์ ในสมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย ตามการรับรู้ของ ศัลยแพทย์เพียงมิติเดียว จึงควรมีการทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในมิติอื่นๆ หรือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ในการปรับปรุงระบบทะเบียนผู้ป่วย ที่ใช้เครื่องมือแพทย์ต้านมเทียมซิลิโคนใช้ฝังในร่างกายของประเทศไทยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (References)

- มนิรัตน์ ชีระวิวัฒน์. (2558). การประเมินผลโครงการสุศึกษาและส่งเสริมคุณภาพ. วารสารสุศึกษาปีที่ 38 ฉบับที่ 131. 2558:1-179.
- พระราชกฤษฎีกากำหนดหน่วยงานและกิจการที่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่ง พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (ฉบับที่ 2). (2564). พระราชกฤษฎีกา. [Internet]. [cited 8 May 2021]. Available from: <http://www.krisdika.go.th>
- Bowen D.J., Kreuter M., Spring B., Cofta-Woerpel L., Linnan L., Weiner D., Bakken S., et al. (2009). How We Design Feasibility Studies. American Journal of Preventive Medicine.; 36(5): 452-7.
- Daniel WW. (2010). Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences: 5thed. New York: John Wiley and Son.
- Good, C.V. (1973). Dictionary of Education. New York: McGraw-Hill. Herzberg F Mausner B and Snyderman B. The Motivation to work . (2nd ed.).
- ISAPS. (2016). Plastic Surgery Statistics Global Plastic Surgery Statistics. [Internet]. [cited 1 July 2016] Available from: <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>.
- Knight R et al. (2016). Epidemiology and risk factors for Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL) in Australia & New Zealand. Plastic & Reconstructive Surgery Global Open 2016;4(9S)82-83.
- Simpson M, R Buckman, M Stewart, P Maguire, M Lipkin, D Novack, and J Till. (1991). Doctor-Patient Communication the Toronto consensus statement. [Internet]. [cited 1991 Nov 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1671610/>

Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA et al. (2016). The 2016 revision of the World Health Organisation classification of lymphoid neoplasms. *Blood* 2016; 127(2):2375-2390.

WHO. (2016). who-classifies-bia-alcl-as-a-distinct-of-lymphoma. [Internet]. [cited 16 June 2016]. Available from: www.plasticsurgery.org/Health-Policy

Health security perception of social security members: a case study of a government hospital

Chattip Butnampetch^{*} Chardsumon Prutipinyo^{**}

Vallerut Pobkeeree^{**} Noppadon Kannika^{***}

Received 11 May 2021; Revised 4 June 2021; Accepted 5 June 2021

Abstract

This is a quantitative research to explore health security perception of social security members, and analyzed the relation between personal characteristics, health-social-financial status, service quality, and health security perception of social security members, in a government hospital. Data was collected from a sample group of 383 persons, through questionnaire. Data collection tool was questionnaires distributed in March, 2020. Statistics for data analysis include percentage, mean, standard deviation, Chi-Square, and Multiple Regression Analysis

The research result showed that most sample were female, 37 years of age, married, graduated with a high school diploma, permanent working status, monthly social security contribution for 401-600 THB, employed by private organizations, with monthly salary of 10,001 – 15,000 THB, being a member of social security for more than 10 years, receiving social security benefits during last year - none. Health security perception of social security members were at a high level ($\bar{x} = 3.65$). For the correlation between factors, their occupation, and social security fund were related to their health security perception with statistical significance at $p\text{-value} < 0.05$. Service quality and social security benefit perception could be a statistically significance predictor of health security perception by 30.6% ($R^2 = 0.306$). Resilience was the highest predictor of service quality (Beta = .485, $p < 0.001$) followed by social security benefit perception (Beta = .262, $p < 0.001$). This research suggests that health care administration should emphasize on service quality and perceptions of social security benefits for members through strategic policy's implementation by health care employees.

Keywords: Health security perception; social security

^{*} Student in MSc. (Public Health), Major in Hospital Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{**} Faculty of Public Health, Mahidol University

^{***} Research Institute on Community Happiness and Leadership Foundation

การรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม: กรณีศึกษาโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง

ฉัตรทิพย์ บุตรน้ำเพชร* ฉัตรสุนัน พฤตมิญโญ**

วัลลัรรัตน์ พบศิริ** นพดล กรรณิกา***

วันที่รับบทความ 11 พฤษภาคม 2564; วันแก้ไขบทความ 4 มิถุนายน 2564; วันตอบรับบทความ 5 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความมั่นคงทางสุขภาพ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมที่มีความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายด้านคุณภาพบริการ และการรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณีต่อการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกปกติในเวลาจำนวน 383 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแคว์ และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37 ปี สถานภาพสมรส มีสถานภาพการทำงานแบบงานประจำ และจ่ายจำนวนเงินสมทบ 401–600 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา รองลงมาคือระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อาชีพหลักคือพนักงานบริษัทเอกชน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท ระยะเวลาในการเป็นผู้ประกันตนมากกว่า 10 ปี จำนวนครั้งในการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนทั้ง 7 กรณีในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 0 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับความมั่นคงทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.65$) ซึ่งอาชีพหลัก และจำนวนเงินสมทบมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคุณภาพบริการ การรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี สามารถทำนายการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ได้ร้อยละ 30.6 ($R^2 = 0.306$, $p < 0.001$) โดยคุณภาพบริการสามารถทำนายการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพได้มากที่สุด ($Beta = .485$, $p < 0.001$) รองลงมาคือ การรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี ($Beta = .262$, $p < 0.001$) ดังนั้น ผู้บริหารควรเน้นสนับสนุนคุณภาพบริการและการรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี แก่ผู้ใช้หลักประกันสังคมที่มาใช้บริการผ่านทางนโยบายเชิงกลยุทธ์สู่ผู้ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ : การรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพ; หลักประกันสังคม

* นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** มูลนิธิสถาบันวิจัยความสุขชุมชนและความเป็นผู้นำ

บทนำ (Introduction)

ความมั่นคงของมนุษย์เป็นเกณฑ์ชี้วัดหนึ่งในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme: UNDP) ได้ระบุนิยาม “ความมั่นคงของมนุษย์” ไว้ว่า อิสรภาพหรือการปลอดภัยจากความกลัว (freedom from fear) และอิสรภาพหรือการปลอดภัยจากความต้องการ (freedom from want)” ซึ่งประกอบด้วย ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (Economic security) ความมั่นคงทางอาหาร (Food security) ความมั่นคงทางสุขภาพ (Health security) ความมั่นคงทางสิ่งแวดล้อม (Environmental security) ความมั่นคงส่วนบุคคล (Personal security) ความมั่นคงของชุมชน (Communities security) และความมั่นคงทางการเมือง (Political security) (UNDP, 2012) ทั้งนี้ความมั่นคงทางสุขภาพ (Health security) เป็นองค์ประกอบหลักในความมั่นคงของมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์เป็นแรงงานสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาด้านต่างๆ ส่งผลให้เกิดความคุ้มครองด้านสุขภาพของประชาชนอันประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านอารมณ์ ภายใต้นโยบายของรัฐ ซึ่งมีการดำเนินควบคู่ไปกับการประกันสังคมเพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงในการดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสงบสุข แม้รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพ หรืออยู่ในภาวะที่สูญเสียรายได้

สำหรับประเทศไทยดำเนินความคุ้มครองสุขภาพของประชาชนโดยมีหลักการว่า สุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนทุกคนซึ่งมีความเชื่อมโยงกับระบบความมั่นคงของประเทศ โดยมีการขับเคลื่อนด้านสุขภาพผ่านระบบการบริการสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) สอดคล้องกับนโยบายด้านการประกันสังคมที่เป็นสวัสดิการของกลุ่มวัยทำงานหรือผู้ประกันตนซึ่งครอบคลุมสิทธิประโยชน์ 7 ด้าน อันได้แก่ เจ็บป่วย คลอดบุตร พุพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน ซึ่งมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมพุทธศักราช 2533 จากข้อมูลปี 2560 พบว่ามีผู้มาใช้บริการ ณ สถานพยาบาลทั้งสิ้น 32.73 ล้านครั้ง เป็นการให้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน 31.98 ล้านครั้ง อัตราการใช้บริการเฉลี่ย 2.60 ครั้ง/คน/ปี และเป็นการใช้บริการผู้ป่วยในจำนวน 0.06 ล้านครั้ง (กลุ่มงานสถิติและคณิตศาสตร์ประกันภัย กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม, 2560) จำนวนผู้ประกันตนในปี พ.ศ. 2561-2562 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 14,627,409 คน เป็น 15,895,769 คน (สำนักงานประกันสังคม, 2562) โดยกรุงเทพมหานครเป็นเมืองที่มีจำนวนผู้ประกันตนมากที่สุด อัตราผู้มีงานทำเท่ากับ 98.7% (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2560) อีกทั้งยังเป็นเมืองที่มีสถานการณ์ความมั่นคงของมนุษย์ใน

มิติชุมชนและสังคมสูงที่สุดในประเทศไทย จากข้อมูลที่กำลังมาสะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักถึงความมั่นคงทางสุขภาพและหลักประกันความมั่นคงที่ดำเนินการโดยรัฐของประชาชนทำให้ผู้วิจัยสนใจการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. ศึกษาระดับความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม กับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง
3. ศึกษาปัจจัยทำนายของคุณภาพบริการ และการรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี ต่อการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

วิธีการดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบตัดขวาง (cross-sectional Quantitative Research) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และปัจจัยทำนายกับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมประเภทผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งจำนวน 383 คน โดยใช้สูตรคำนวณของเครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ในการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เลือกแผนกแบบเจาะจง (Purposive sampling) 10 แผนก ได้แก่ 1) ห้องตรวจโรคอายุรเวชกรรม 2) ศัลยกรรมทั่วไป 3) ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 4) สูติกรรม 5) นรีเวชกรรม 6) โสต คอ นาสิก 7) จักษุ 8) ศัลยกรรมกระดูก 9) ห้องตรวจประกันสังคม 10) กายภาพบำบัด สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) จากหน่วยย่อยของประชากรโดยสุ่มทุก 3 คนเอามา 1 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกปกติในเวลาวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-15.00 น. ช่วงวันที่ 1 มีนาคมถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2563
2. ผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมที่สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามได้
3. ผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมที่ยินดีให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ที่สร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.829

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และส่งหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของรัฐ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ติดต่อกับประธานกับหัวหน้างานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของรัฐเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย แล้วทำการส่งแบบสอบถามไปตามแผนกผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งนัดวันเวลา ในการส่งแบบสอบถามคืนให้ผู้วิจัย โดยไม่มีค่าตอบแทนให้กับผู้ตอบแบบสอบถาม
3. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนกลับมา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบแล้วทั้งหมด พิจารณาความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสาธารณสุขศาสตร์ รหัสโครงการ 184/2562 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2563 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ รหัสโครงการ RP002/63 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูลการวิจัย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในรูปของแบบสอบถามที่ตอบข้อมูลสมบูรณ์แล้วจะถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับ ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ได้ และนำเสนอข้อมูลแบบภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล สถานภาพการทำงาน สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม กับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของการรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี และคุณภาพบริการต่อการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผลการวิจัย (Results)

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

ผู้ให้บริการหลักประกันสังคมมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37 ปี โดยอายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 72 ปี สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงานแบบงานประจำ และจ่ายจำนวนเงินสมทบ 401 – 600 บาท ต่อเดือนส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา รองลงมาคือระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า อาชีพหลักคือพนักงาน บริษัทเอกชน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท ระยะเวลาในการเป็นผู้ประกันตนมากกว่า 10 ปี จำนวนครั้งในการรับสิทธิประโยชน์ทดแทนทั้ง 7 กรณีในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 0 ครั้ง

ตารางที่ 1 การรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคมของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ประกอบด้วย สิทธิประโยชน์ 7 กรณี คือ เจ็บป่วย ทุพพลภาพ คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ ว่างาน และเสียชีวิต ของผู้ให้บริการหลักประกันสังคม

สิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม	ระดับการรับรู้		
	รู้	ไม่แน่ใจ	ไม่รู้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ความสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ตนเองเลือกสังกัดอยู่โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย	333 (86.9)	46 (12.1)	4 (1)

สิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม	ระดับการรับรู้		
	รู้	ไม่แน่ใจ	ไม่รู้
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
2. ผู้เอาประกันหรือคู่สมรส กรณีคลอดบุตรได้รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายจำนวน 13,000 บาท/ ครั้ง	198 (51.7)	141 (36.8)	44 (11.5)
3. ผู้ประกันตนหญิงจะได้รับเงินค่าสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายในอัตรา ร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน สำหรับบุตร 2 คนแรก	196 (51.2)	140 (36.6)	47 (12.3)
4. ผู้ประกันตนจะได้รับค่าสงเคราะห์บุตรที่ชอบด้วยกฎหมายตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปีบริบูรณ์ จำนวน 600 บาท /เดือน	203 (53)	122 (31.9)	58 (15.1)
5. กรณีภาวะทุพพลภาพระดับรุนแรงจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นรายเดือนตลอดชีวิต	160 (41.8)	161 (42)	62 (16.2)
6. กรณีภาวะทุพพลภาพจะได้รับค่าพาหนะกรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายไม่เกิน 500 บาท/ เดือน	132 (34.5)	181 (47.3)	70 (18.3)
7. กรณีว่างงานกรณีลาออกหรือสิ้นสุดการจ้างตามกำหนดระยะเวลา จะได้รับเงินทดแทน 30% ของค่าจ้างเฉลี่ย ครั้งละไม่เกิน 90 วัน	227 (59.3)	121 (31.6)	35 (9.1)
8. กรณีว่างงานกรณีถูกเลิกจ้าง จะได้รับเงินทดแทน 50% ของค่าจ้างเฉลี่ย ครั้งละไม่เกิน 180 วัน	233 (60.8)	112 (29.2)	38 (9.9)
9. กรณีเสียชีวิตจะได้รับค่าทำศพ 40,000 บาท	220 (57.4)	110 (28.7)	53 (13.8)
10. การได้รับเงินบำนาญชราภาพ/ บำเหน็จชราภาพในช่วงวัยเกษียณ	257 (67.1)	96 (25.1)	30 (7.8)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคมของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

ผู้ให้บริการหลักประกันสังคมมากกว่าครึ่งมีการรับรู้สิทธิประโยชน์เจ็บป่วย คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร วางงาน ชราภาพ และเสียชีวิต ส่วนใหญ่ไม่แน่ใจกรณีทุพพลภาพ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 ระดับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

ผลการวิเคราะห์ระดับความมั่นคงทางสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมพบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.65$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

การรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพ	ระดับการรับรู้		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ความสามารถในการเข้ารับบริการระบบบริการสาธารณสุขได้ตามความต้องการ	3.76	.642	มาก
2. การมีรายได้ที่เพียงพอในการดำรงชีวิต	3.29	.773	ปานกลาง
3. การได้รับระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน	3.61	.688	มาก
4. การได้รับบริการจากโรงพยาบาลอย่าง เท่าเทียม และได้รับการส่งเสริมการปฏิบัติตามความเชื่อ และหลักศาสนาที่ท่านนับถือ	3.77	.640	มาก
5. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	3.79	.692	มาก
6. ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.65 ระดับการรับรู้มาก			

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม กับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน) สถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม (สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาในการเป็นผู้ประกันตน จำนวนครั้งในการรับสิทธิ

ประโยชน์ทดแทนทั้ง 7 กรณีของสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนเบี้ยประกันต่อเดือน) กับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมด้วยสถิติไคสแควร์ โดยกำหนดค่า α ที่ .05 พบว่า อาชีพหลัก ($p < .05$) จำนวนเงินสมทบ ($p < .05$) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม คุณภาพบริการ กับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

ปัจจัย	ระดับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของ ผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม			p - value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง – น้อยที่สุด	
	n (%)	n (%)	n (%)	
เพศ				
ชาย	11 (7.8)	79 (56)	51 (36.2)	.617
หญิง	14 (5.8)	131 (54.1)	97 (40.1)	
อายุ				
ต่ำกว่า 20 ปี	0	8 (72.7)	3 (27.3)	.587
21-40 ปี	16 (6.8)	132 (56.2)	87 (37)	
มากกว่า 41 ปี	9 (6.6)	70 (51.1)	58 (42.3)	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา - มัธยมศึกษา	10 (5)	110 (55.6)	78 (39.4)	.796
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5 (8.9)	29 (51.8)	22 (39.3)	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	10 (7.8)	71 (55)	48 (37.2)	
สถานภาพสมรส				
โสด	16 (8.9)	95 (52.8)	69 (38.3)	.456
สมรส	8 (4.2)	109 (56.8)	75 (39)	
หม้าย /หย่าร้าง	1 (9.1)	6 (54.5)	4 (36.4)	
อาชีพหลัก				
พนักงานบริษัทเอกชน/ ราชการ	11 (7.5)	90 (61.2)	46 (31.3)	<.05

ปัจจัย	ระดับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของ ผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม			p - value
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง – น้อยที่สุด	
	n (%)	n (%)	n (%)	
รับจ้างทั่วไป	10 (9.9)	51 (50.5)	40 (39.6)	
อื่นๆ/ ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4 (3)	69 (51)	62 (46)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
ต่ำกว่า 10,000	2 (1.7)	66 (55.5)	51 (42.8)	.130
10,001 – 20,000	18 (9)	109 (54.2)	74 (36.8)	
มากกว่า 20,000	5 (7.9)	35 (55.5)	23 (36.5)	
สถานภาพการทำงาน		147 (55.7)		
งานประจำ	23 (8.7)	48 (51.6)	94 (35.6)	.058
อาชีพอิสระ/ แรงงานนอกระบบ	1 (1.1)	15 (57.7)	44 (47.3)	
งานไม่ประจำ/ ออกจากงานภายใน	1 (3.8)		10 (38.5)	
6 เดือน		132 (53.9)		
ระยะเวลาในการเป็นผู้ประกันตน	14 (5.7)	64 (61)	99 (40.4)	.298
0 - 10 ปี	8 (7.6)	14 (42.4)	33 (31.4)	
10 ปี 1 เดือน - 20 ปี	3 (9.1)	86 (54.1)	16 (48.5)	
มากกว่า 20 ปี		88 (57.1)		
จำนวนครั้งในการรับสิทธิประโยชน์		36 (51.4)		
ทดแทนทั้ง 7 กรณีในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา				
0 ครั้ง	9 (5.7)	1 (16.7)	64 (40.2)	.757
1-5 ครั้ง	12 (7.8)	67 (48.2)	54 (35.1)	
มากกว่า 5 ครั้ง	4 (5.7)	142 (59.7)	30 (42.9)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายของคุณภาพบริการ และการรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี ต่อการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized		t	p-value
	Coefficients		Coefficients			
	B	Std. Error	Beta			
ค่าคงที่	5.416	.998			5.426	<0.001
คุณภาพบริการ	.261	.023	.485		11.353	<0.001
การรับรู้สิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี	.173	.028	.262		6.132	<0.001
F = 83.873 R = 0.553 $R^2 = .306$ SE = 2.22436 P-value = < .001						

อภิปรายผลการวิจัย (Discussions)

ส่วนที่ 1 ระดับความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

ระดับความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งโดยภาพรวมนั้นอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 แตกต่างจากผลการศึกษาของศิริพร แสงศรีจันทร์, ปะราลี โอภาสนันท์, มลฤดี เกศหอม (2561) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดพะเยา พบว่า ความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลเนื่องมาจากสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี ได้แก่ เจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน มีความครอบคลุมต่อความมั่นคงด้านสุขภาพรวมทั้งเป็นหลักประกันที่สนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขหากเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่คาดไม่ถึง หรือผิดปกติไปจากเดิม กล่าวคือ การเจ็บป่วยที่ผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมสามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ตนเองเลือกสังกัดอยู่ และการส่งตัวไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่าการบริการจากสถานพยาบาลเครือข่าย

การคลอดบุตรที่ผู้ประกันตนจะได้รับค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายในอัตรา 13,000 บาทต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้งโดยไม่จำกัดจำนวนบุตร

หญิงผู้ประกันตนมีสิทธิรับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน

การทุพพลภาพผู้ที่ประกันตนจะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเป็นรายเดือนตลอดชีวิตในกรณีทุพพลภาพรุนแรง ค่าบริการทางการแพทย์ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะในการรับส่งไม่เกินเดือนละ 500 บาท

การตายที่ผู้ประกันตนจะได้รับค่าทำศพ 40,000 บาท

การสงเคราะห์บุตรที่ผู้ประกันตนจะได้รับเงินเหมาจ่ายเดือนละ 600 บาทต่อบุตรที่ขอบด้วยกฎหมายหนึ่งคน อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปีบริบูรณ์ คราวละไม่เกิน 3 คน

การชราภาพที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบำนาญชราภาพเมื่อมีอายุ 55 ปีบริบูรณ์และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงโดยเงินบำนาญชราภาพจ่ายเป็นรายเดือนทำให้หลังการเกษียณอายุการทำงานมีรายได้ต่อเนื่อง หรือบำเหน็จชราภาพเมื่อมีอายุ 55 ปีบริบูรณ์ หรือเป็นผู้ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม กับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม กับการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพหลัก ($p\text{-value}<0.05$) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ประกันตนที่มีอาชีพหลักต่างๆ เช่น พนักงานบริษัทเอกชน รับจ้างทั่วไป ค้าขาย/ ค้าขายออนไลน์ ธุรกิจส่วนตัว พนักงานราชการ ข้าราชการบำนาญ ช่างปะปา เขียนแบบ ครู เขียนแบบ เชฟ นักแก้ไขการได้ยิน ฟรีแลนซ์ ล่าม เป็นต้น ส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตต่างกัน รวมทั้งยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ประกันตนด้วย

ปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ จำนวนเงินสมทบ ($p\text{-value}<0.05$) อาจเป็นไปได้ว่าจำนวนเงินสมทบที่แตกต่างกันของผู้ประกันตนโดยสมัครใจตามมาตรา 40 มีผลต่อการรับสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคมทั้ง 5 กรณี สอดคล้องกับสถิติลักษณะ ตั้งกิริติชัย, จิระนันท์ แก้วกล้า (2552) ซึ่งได้ศึกษาการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของผู้ประกันตนกับสำนักงานประกันสังคม ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้บริการทางการแพทย์มากที่สุดคือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายของคุณภาพบริการ และการรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี ต่อการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม

ปัจจัยที่ทำนายได้สูงที่สุดถึงการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง คือ ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ แตกต่างจากผลการศึกษาของศิริพร แสงศรีจันทร์, ประรณิ โอภาสนันท์, มลฤดี เกศหอม (2561) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดต่อในจังหวัดพะเยา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายความมั่นคงด้านสุขภาพต่ำที่สุดคือ ปัจจัยด้านคุณภาพบริการพยาบาล ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง และสังคมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอันจะนำไปสู่การเกิดการเจ็บป่วย เช่น มลพิษทางอากาศโดยสารพิษที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเนื่องจากเป็นปัจจัยร่วมอันก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่าง โรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ โรคเมะเร็งปอด และกลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด สถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) คือ โรคเบาหวาน กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ-โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเมะเร็ง โดยมีปัจจัยสำคัญคือ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคหวาน มัน เค็ม การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด เป็นต้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้วผู้ประกันตนไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายและสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ตามสิทธิแต่ผลจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์คือ การหายจากเจ็บป่วยหรือการได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ทำให้คุณภาพบริการมีผลต่อการทำนายการรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งได้สูงที่สุด อีกทั้งคุณภาพบริการยังเป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจใช้สิทธิประกันสังคมเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลดังการศึกษาของสุทธิลักษณ์ ตั้งกิริติชัย, จิระนันท์ แก้วกล้า (2552) ซึ่งได้ศึกษาการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของผู้ประกันตนกับสำนักงานประกันสังคม ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การใช้สิทธิประกันสังคมเป็นประจําร้อยละ 42 โดยเหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิประกันสังคมเนื่องจากไม่มั่นใจในเรื่องคุณภาพของบริการด้านการรักษาพยาบาลและยาที่ได้รับ

รองลงมาคือ การรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี อาจเป็นผลเนื่องมาจากความครอบคลุมเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ได้รับเพื่อสนับสนุนความมั่นคงทางสุขภาพในการดำเนินชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรที่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุในขณะนี้

ประชากรเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงส่งผลให้คนวัยแรงงานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญทั้งในด้านสุขภาพที่สร้างข้อจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวัน ความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจเนื่องจากการไม่มีหลักประกันรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพแต่สิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคมจะเป็นหลักประกันหนึ่งของผู้สูงอายุ ได้แก่ สิทธิประโยชน์เจ็บป่วย ชราภาพ เสียชีวิต ทั้งนี้ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวได้ด้วยอีกทางหนึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสังคม ศุภรจินกุล, ดุษฎี อายุวัฒน์, พระศักดิ์ ศรีธำชา (2552) ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ครอบครัวชนบทในจังหวัดหนองบัวลำภูเกิดความมั่นคงด้านสุขภาพเนื่องจากสุขภาพถูกสร้างผ่านทุนทางสังคม โดยมีกระบวนการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ 3 รูปแบบ ได้แก่ การสร้างผ่านครอบครัวและเครือญาติ การสร้างผ่านกลุ่มเพื่อนบ้านในชุมชน และการสร้างผ่านโครงข่ายสถาบันนอกชุมชนโดยอาศัยความเชื่อมโยง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ผู้บริหารควรเน้นสนับสนุนคุณภาพบริการและการรับรู้ด้านสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคม 7 กรณี แก่ผู้ใช้หลักประกันสังคมที่มาใช้บริการผ่านทางนโยบายเชิงกลยุทธ์สู่ผู้ปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2558). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2558. ค้นเมื่อ 10 พ.ย. 2562, จาก:
http://infofile.pcd.go.th/mgt/ThailandPollut2558_Final.pdf?CFID=1652446&CFTOKEN=92484601.
- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. (2560). สถิติสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). ความมั่นคงของมนุษย์ประเทศไทย ปี 2559. กลุ่มการพัฒนามาตรฐานทางสังคม กองมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- กระทรวงแรงงาน. (2558). คู่มือสำหรับประชาชนตามพระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558. นนทบุรี.
- กลุ่มงานสถิติและคณิตศาสตร์ประกันภัย กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม. (2560). รายงานประจำปี2560. ร้านโชคอนันต์ ซัพพลาย.
- กฎกระทรวง กำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2555,” ราชกิจจานุเบกษา 129 (13 มกราคม 2555), หน้า17-21.
- ธานี ขามชัย. (2562). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชน: ศึกษากรณีเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย. 11 (1): 163-189.
- พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545,” ราชกิจจานุเบกษา 119 (2 ตุลาคม 2545), หน้า19-20.
- ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม. (2546). อะไรนะ...”ความมั่นคงของมนุษย์”. หน้า 2-3. การสัมมนาวิชาการประจำปี 2546. ชลบุรี: โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540, ราชกิจจานุเบกษา 114 (11 ตุลาคม 2540) หน้า 17
- ศิริพร แสงศรีจันทร์, ปะราลี โอภาสนันท์, มลฤดี เกศหอม. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดต่อในจังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36(3): 117-126.
- สุทธิลักษณ์ ตั้งกิตติชัย, จีระนันท์ แก้วกล้า. (2552). การเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลของผู้ประกันตนกับสำนักงานประกันสังคม ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศูนย์บริการวิชาการ. 17 (1-4): 50-55.
- สังคม ศุภรัจกุล, ดุษฎี อายุวัฒน์, พิระศักดิ์ ศรีถาษา. (2552). กระบวนการความมั่นคงด้านสุขภาพของครอบครัวชนบทในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2 (2); 1-12.
- สุชาติ เปรมสุริยา, จุฬารัตน์ วัฒนะ. (2560). แนวทางการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ประกันสังคมมาตรา 40. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์. 32 (1): 51-57.
- สุนตรา อีร์เสนี, เล็ก สมบัติ. (2560). การวางแผนเพื่อการเกษียณของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม. วารสารสังคมวิวัฒน์. 9 (2) หน้า 13-25.

- สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). รายงานการศึกษาแบบสมบูรณ์ โครงการการศึกษาและพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงของมนุษย์. ค้นเมื่อ 27 ก.ย. 2562, จาก https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2014/02/report_human_security.pdf.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานประกันสังคม. (2562). จำนวนสถานประกอบการและสาขา/นายจ้างและผู้ประกันตน / ลูกจ้าง จำแนกตามรายจังหวัด ณ มกราคม 2562. ค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2562, จาก https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/a97a2945c2538725f5036d33b789cbd1.pdf
- สำนักงานประกันสังคม. (2561). จำนวนสถานประกอบการและสาขา/นายจ้างและผู้ประกันตน / ลูกจ้าง จำแนกตามรายจังหวัด ณ ม.ค. 2561. ค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2562, จาก https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/5d22095dea1416ac068bbac0265dafde.pdf
- อนวัณน์ ศุภชุตินกุล บรรณาธิการ. (2561). HA UPDATE 2018. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- International Labour Organization. Social Security (Minimum Standards) Convention. Indonesia; 2008.
- UNDP. (2012). human Security. Retrieved Sep 25, 2019, from http://hdr.undp.org/sites/default/files/human_security_guidance_note_r-nhdrs.pdf
- United Nations Trust Fund for Human Security. (2016). Human Security Handbook. New York.
- World Health Organization. (2007). The world health report 2007 Global Public Health Security in the 21st Century A safer future. France.

Health Service system and Prisoners' Quality of life in a Medical Correctional Institution

Jadetdaw Saraban* Chardsumon Prutipinyo**

Wirin Kittipichai** Vallerut Pobkeeree** Noppadon Kannika***

Received 11 May 2021; Revised 4 June 2021; Accepted 6 June 2021

Abstract

The purposes of this research were to study health service system, and evaluating the prisoners' quality of life in a medical correctional institution. This study was conducted in two steps: first step was collecting data from 5 administrators or personnel who had experiences with health service system of a medical correctional institution; second step was collecting data from 193 prisoners who were admitted in a medical correctional institution, until treatment process was completed. Data collection was conducted from 2-20 November 2020. A questionnaire was used as the data collection instrument from prisoners. Descriptive statistical analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation and chi-square. Data from personnel group was collected by interview, with content analysis.

The study found that 1. The management of physical structure was conducive to control and provide health services; the management of health services was appropriate, and in accordance with necessity along with the principles of practice, and the management of health services system, covering health promotion, disease prevention, treatment and rehabilitation. 2. The overall quality of life among the sample group was at a medium level (mean = 68.51, S.D. = 10.07). The personal factors which showed statistical significance (p-value < .01) were gender and underlying personal illnesses.

Based on the research results, recommendations are: administrators should be supportive and encouraging knowledge of personnel, in order to decrease referral cases. In addition, there should be a mental health promotion policy, and appropriate information management for prisoners.

Keywords: Health Service System; Quality of Life; Sick Prisoner

* Student in MSc. (Public Health), Hospital Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Faculty of Public Health, Mahidol University

*** Research Institute on Community Happiness and Leadership Foundation

ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถาน

โรงพยาบาลราชทัณฑ์

จะเด็จดาว สารบรรณ* ฉัตรสมัน พงษ์นิญญ์**

วิรัตน์ กิตติพิชัย** วลลรัตน์ พบศิริ*** นพดล กรรณิกา***

วันที่รับบทความ 11 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไขบทความ 4 มิถุนายน 2564; วันที่ตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอนคือ 1. ศึกษากระบวนการบริการสุขภาพในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรตำแหน่งผู้บริหาร หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพจำนวน 5 คน 2. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ต้องขังป่วยในที่ได้รับการรักษาในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์จนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษา และอยู่ระหว่างการส่งตัวกลับเรือนจำ/ทัณฑสถาน จำนวน 193 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 2 -20 พฤศจิกายน 2563 โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า 1. การบริหารงานด้านโครงสร้างทางกายภาพเพื่อการควบคุม และการให้บริการสุขภาพ มีการบริหารงานด้านการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องตามความจำเป็น ควบคู่กับหลักทัณฑปฏิบัติ และมีการบริหารงานระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ 2. กลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 68.51, S.D. = 10.07) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ลดการส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกไปรับการรักษาภายนอก นอกจากนี้ควรมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้ต้องขัง รวมถึงการจัดการข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นให้แก่ผู้ต้องขังอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ระบบบริการสุขภาพ; คุณภาพชีวิต; ผู้ต้องขังป่วย

* นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** มูลนิธิสถาบันวิจัยความสุขชุมชนและความเป็นผู้นำ

บทนำ (Introduction)

กรมราชทัณฑ์เป็นหน่วยงานปลายทางของกระบวนการยุติธรรม มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ต้องขังให้เป็นไปตามคำพิพากษา โดยมีเป้าประสงค์หลักในการควบคุมผู้ต้องขังอย่างมีประสิทธิภาพมาตรฐานเสมอภาค ร่วมกับการพัฒนาพฤตินิสัยผู้ต้องขัง เพื่อให้เป็นพลเมืองดี มีอาชีพสุจริต ดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (กรมราชทัณฑ์, 2562) ซึ่งในปัจจุบันกรมราชทัณฑ์มีจำนวนผู้ต้องขังที่มากเกินความจุของเรือนจำ ส่งผลให้สภาพความเป็นอยู่มีความแออัด อีกทั้งสภาพอากาศที่ถ่ายเทไม่สะดวก ทำให้มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เช่น วัณโรค โรคผิวหนัง รวมถึงโรกระบบทางเดินอาหารที่เกิดจากเวลาในการรับประทานอาหารที่แตกต่างจากชีวิตภายนอกเรือนจำ (ใจเอื้อ ชีรานนท์, 2561) นอกจากนี้บทบาทโทษในการจำกัดอิสรภาพยังส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ต้องขัง จนอาจนำมาซึ่งภาวะเจ็บป่วยในเรือนจำ (กุลภาวจนสาระและคณะ, 2561) จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล เนื่องจากคุณภาพชีวิตนั้นประกอบด้วยสุขภาพหลายๆ ด้านรวมกัน ทั้งสุขภาพด้านร่างกาย (Physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (Mental health) สุขภาพด้านสังคม (Social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health) ดังนั้นการมีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรค ได้รับการตอบสนองสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลด้วย (รณกรณ์ เอกฉันท, 2558)

ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ได้ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลด้านสุขภาพของผู้ต้องขังโดยเฉพาะ โดยมีภารกิจในการควบคุม และให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ต้องขังป่วย (คำสั่งกระทรวงมหาดไทย, 2539) ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ยังมีความขาดแคลนทางด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ และบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางในบางสาขา เช่น แพทย์ทางสูติ-นรีเวช ศัลยแพทย์ วัสดุแพทย์ เป็นต้น จึงทำให้ต้องมีการส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ด้วยข้อจำกัดในการดำเนินงาน ด้วยผู้ป่วยอยู่ในสถานะผู้ต้องขัง ซึ่งมีลำดับขั้นตอนการเข้ารับบริการสุขภาพที่แตกต่างจากประชาชนทั่วไป การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่จึงต้องคำนึงถึงทั้งภาวะสุขภาพและการควบคุมตามหลักทัณฑปฏิบัติควบคู่กัน

จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจทำการศึกษาระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่ทำหน้าที่เป็นทั้งเรือนจำ และสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง ทั้งนี้เพื่อนำ

ประโยชน์จากผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ผู้ต้องขังได้ มีสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตที่ดีเทียบเท่ากับประชาชนทั่วไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จังหวัดที่อาศัยอยู่ก่อนต้องโทษ ระดับการศึกษา รายได้ก่อนต้องโทษเฉลี่ยต่อเดือน การสนับสนุนของครอบครัว ในด้านการเงิน คดีที่ต้องโทษ กำหนดโทษ จำนวนโทษที่เหลือ ครั้งที่ต้องโทษ โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน สิทธิในการรักษาพยาบาล และกำลังใจจากญาติหรือเพื่อนที่เข้าเยี่ยมเฉลี่ยต่อเดือน กับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

วิธีดำเนินการศึกษา (Methods)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ (Qualitative Research and Quantitative Research) ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างบุคลากร โดยศึกษาในประชากรบุคลากรผู้ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพของทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์จำนวน 5 คน และกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขัง โดยใช้ข้อมูลจากจำนวนประชากรผู้ต้องขังป่วยในที่ได้รับการรักษาที่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์จนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษา และอยู่ระหว่างการส่งตัวกลับเรือนจำ/ทัณฑสถานในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งมีจำนวน 298 คน แล้วทำการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการของ Krejcie and Morgan (อ้างในธีรวิทย์ เอกะกุล, 2543) จากนั้นเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 20 เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจเข้าร่วมการวิจัยแล้วตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ หรือออกจากกระบวนการวิจัยก่อน รวมกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้น 203 คน

เมื่อได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว จึงทำการการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยแบ่งผู้ต้องขังป่วยในที่ได้รับการรักษาจนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาออกเป็น 5 กลุ่ม ตามหอผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครั้งล่าสุด จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่าง

ตามสัดส่วนประชากร (Proportion to size) และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ (Interview) ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพ โดยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

2. แบบสอบถาม (Questionnaires) ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (1994) และผลการศึกษาการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำไทยของรณกรณ์ เอกฉันท (2558) ตลอดจนคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84

การแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับของคะแนนการรับรู้คุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ดังนี้

ช่วงคะแนน	20.00 – 46.67	หมายความว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	46.68 – 73.35	หมายความว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน	73.36 – 100.00	หมายความว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง
-----------	----------------	---

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 109/2563 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามการป้องกันความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด ปกป้องและรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล และข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ รวมถึงได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธตอบสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม หรือถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ และจะไม่มีผลใดๆต่อการดำเนินงาน (ในกลุ่มบุคลากร) การรักษาและการควบคุม (ในกลุ่มผู้ต้องขัง)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากข้อมูลการสัมภาษณ์
2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย (Results)

1. ระบบบริการสุขภาพของทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรตำแหน่งผู้บริหาร หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพของทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยเป็นเพศชาย 3 คน เป็นหญิง 2 คน มีอายุระหว่าง 51-60 ปี 3 คน และน้อยกว่า 50 ปี 2 คน มีระดับการศึกษาปริญญาโท 3 คน ปริญญาตรี 2 คน มีตำแหน่งปฏิบัติงานเป็นผู้บริหาร 3 คน ผู้ปฏิบัติงาน 2 คน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี 3 คน น้อยกว่า 5 ปี 2 คน

1.2 ข้อมูลระบบบริการสุขภาพในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (Secondary care) ขนาด 500 เตียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่อยู่ภายใต้สังกัดกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม เป็นหน่วยบริการประจำให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิในเรือนจำ/ทัณฑสถานในเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 7 แห่ง ได้แก่ สถานพยาบาลเรือนจำกลางคลองเปรม สถานพยาบาลเรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร สถานพยาบาล ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง สถานพยาบาลทัณฑสถานหญิงกลาง สถานพยาบาลเรือนจำพิเศษธนบุรี สถานพยาบาลเรือนจำพิเศษมีนบุรี และสถานพยาบาลทัณฑสถานหญิงธนบุรี

1.2.1 การบริหารงานด้านโครงสร้างทางกายภาพของทันตสถานโรงพยาบาล

ราชทัณฑ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างทางกายภาพของทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ที่สอดคล้องกัน คือเป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง ซึ่งมีการบริหารจัดการด้านโครงสร้างทางกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการบริหารจัดการภายในองค์กรที่เอื้ออำนวยต่อการควบคุมและการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง โดยจัดให้มีหอผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรคและเพศ มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่เหมาะสม และพร้อมใช้งานในการดูแลผู้ป่วย มีการบริหารจัดการขยะ และบ่อบำบัดน้ำเสียตามมาตรฐาน

1.2.2 การบริหารงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในทันตสถานโรงพยาบาล

ราชทัณฑ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นเกี่ยวกับการบริหารงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ที่สอดคล้องกัน ในประเด็นทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์เป็นสถานพยาบาลที่ให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง มีการตรวจประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและจิต มีการให้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีหอผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรคและเพศ ซึ่งได้ให้บริการแก่ผู้ต้องขังทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิการรักษาประกันสังคม สิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง และผู้ต้องขังที่ไม่มีสิทธิการรักษา เช่น ผู้ต้องขังต่างชาติ ผู้ต้องขังที่ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ผู้ต้องขังที่ถูกจำหน่ายออกจากทะเบียนราษฎร และมีการส่งต่อการรักษาในรายที่เกินศักยภาพ โดยมีหลักในการบริหารจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องตามความจำเป็นควบคู่กับหลักทฤษฎีปฏิบัติ ซึ่งจะต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพและฝ่ายควบคุมในการจัดเตรียมเอกสารการส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกไปรับการรักษาพยาบาลภายนอกเรือนจำ รวมถึงการจัดอัตราค่าส่งผู้คุมในการเฝ้าป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่สถานพยาบาลภายนอกรับตัวผู้ต้องขังป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน เพื่อป้องกันการหลบหนี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ต้องขังได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และสอดคล้องกับนโยบายของกรมราชทัณฑ์

1.2.3 การบริหารงานระบบบริการสุขภาพของทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความเห็นเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ที่สอดคล้องกัน ในด้านการมีหน่วยงาน และบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ

การฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นระบบ ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขังที่ได้รับการส่งต่อจากเรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วประเทศ และเน้นการให้บริการ เชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเรือนจำ/ทัณฑสถานในเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 7 แห่ง โดยมีการตรวจคัดกรอง ประเมิน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ/ทัณฑสถานดังกล่าว รวมถึงมีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เพื่อให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่กลุ่มผู้ต้องขัง

2. คุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

2.1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผู้ต้องขังป่วยในที่ได้รับการรักษาที่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์จนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษา และอยู่ระหว่างการส่งตัวกลับเรือนจำ/ทัณฑสถาน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.7) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 39.4) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 60.6) อาศัยอยู่ต่างจังหวัดก่อนต้องโทษ (ร้อยละ 50.8) มีระดับการศึกษาสูงสุด ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 28.0) มีรายได้ก่อนต้องโทษเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 30.1) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านการเงินเฉลี่ย 1,001 - 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 42.5) คดีที่ต้องโทษเป็นคดีความผิดต่อ พ.ร.บ. ยาเสพติด (ร้อยละ 61.1) มีกำหนดโทษ 1 - 10 ปี (ร้อยละ 53.9) มีจำนวนโทษที่เหลือ 1 - 10 ปี (ร้อยละ 60.1) เป็นการต้องโทษครั้งแรก (ร้อยละ 71.0) มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 17.6) โรคที่เข้ามารับการรักษาในครั้งนี้ เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.1) ปัจจุบันไม่มีอาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 59.6) มีสิทธิการรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/บัตรทอง (ร้อยละ 83.9) ได้รับกำลังใจจากญาติหรือเพื่อนที่เข้าเยี่ยมเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 50.8)

2.2 ระดับความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผู้ต้องขังป่วยในที่ได้รับการรักษาที่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์จนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษา และอยู่ระหว่างการส่งตัวกลับเรือนจำ/ทัณฑสถานมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 68.51, S.D. = 10.07) ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 20.69, 20.01, 13.63, 14.19 S.D. = 3.82, 3.45, 2.93, 3.28 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 193)

คุณภาพชีวิต	ระดับความคิดเห็น			Mean	S.D.	ระดับ
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(%)	(%)	(%)			
ด้านร่างกาย	11 (5.7)	119 (61.7)	63 (32.6)	20.69	3.82	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	12 (6.2)	136 (70.5)	45 (23.3)	20.01	3.45	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	15 (7.8)	96 (49.7)	82 (42.5)	13.63	2.93	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	16 (8.3)	76 (39.4)	101 (52.3)	14.19	3.28	ปานกลาง
รวม	10 (5.2)	105 (54.4)	78 (40.4)	68.51	10.07	ปานกลาง

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ด้วยสถิติไคสแควร์ โดยกำหนดค่า α ที่ .05 พบว่า เพศ (p-value < .01) และโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (p-value < .01) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็น			χ^2	df	p-value
	ต่ำ จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	สูง จำนวน (%)			
เพศ				12.928	2	0.002*
ชาย	10 (5.18)	88 (45.60)	50 (25.91)			
หญิง	0 (0)	17 (8.81)	28 (14.51)			
อายุ (ปี)				2.489	4	0.647
20 – 40	8 (4.15)	62 (32.12)	47 (24.35)			
41 – 60	1 (0.52)	32 (16.58)	25 (12.95)			
≥ 61	1 (0.52)	11 (5.70)	6 (3.11)			
สถานภาพ				2.611	4	0.625
โสด	7 (3.63)	67 (34.72)	43 (22.28)			
สมรส	1 (0.52)	23 (11.92)	19 (9.84)			
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	2 (1.04)	15 (7.77)	16 (8.29)			
จังหวัดที่อาศัยอยู่ก่อน				0.363	2	0.834
ต้องโทษ	4 (2.07)	52 (26.94)	39 (20.21)			
กทม.	6 (3.11)	53 (27.46)	39 (20.21)			
ต่างจังหวัด						
ระดับการศึกษาสูงสุด				1.548	4	0.818
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2 (1.04)	25 (12.95)	22 (11.40)			
ม.ต้น – ม.ปลาย	5 (2.59)	51 (26.42)	40 (20.73)			
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (1.55)	29 (15.03)	16 (8.29)			
รายได้ก่อนต้องโทษ				1.141	4	0.888
เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
≤ 20,000	5 (2.59)	57 (29.53)	46 (23.83)			
20,000 – 40,000	3 (1.55)	29 (15.03)	22 (11.40)			
≥ 40,000	2 (1.04)	19 (9.84)	10 (5.18)			
การสนับสนุนของ				3.199	2	0.202
ครอบครัวในด้าน						
การเงิน	7 (3.63)	71 (36.79)	62 (32.12)			
มี	3 (1.55)	34 (17.62)	16 (8.29)			
ไม่มี						

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความคิดเห็น			χ^2	df	p-value
	ต่ำ จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	สูง จำนวน (%)			
คดีที่ต้องโทษ				0.057	2	0.972
พ.ร.บ.ยาเสพติด	6 (3.11)	65 (33.68)	47 (24.35)			
อื่นๆ	4 (2.07)	40 (20.73)	31 (16.06)			
กำหนดโทษ				4.429	4	0.351
น้อยกว่า 1 ปี	0 (0)	1 (0.52)	3 (1.55)			
1 – 10 ปี	6 (3.11)	52 (26.94)	46 (23.83)			
11 ปีขึ้นไป	4 (2.07)	52 (26.94)	29 (15.03)			
จำนวนโทษที่เหลือ				2.281	4	0.684
น้อยกว่า 1 ปี	1 (0.52)	13 (6.74)	11 (5.70)			
1 – 10 ปี	5 (2.59)	61 (31.61)	50 (25.91)			
11 ปีขึ้นไป	4 (2.07)	31 (16.06)	17 (8.81)			
ครั้งที่ต้องโทษ				0.923	4	0.921
1 ครั้ง	8 (4.15)	74 (38.34)	55 (28.50)			
2 ครั้ง	1 (0.52)	21 (10.88)	17 (8.81)			
3 ครั้งขึ้นไป	1 (0.52)	10 (5.18)	6 (3.11)			
โรคประจำตัวที่ได้รับ				12.615	2	0.002*
การวินิจฉัยจากแพทย์						
ไม่มี	1 (0.52)	25 (12.95)	36 (18.65)			
มี	9 (4.66)	80 (41.45)	42 (21.76)			
อาการเจ็บป่วยใน				2.850	2	0.241
ปัจจุบัน	4 (2.07)	48 (24.87)	26 (13.47)			
มี	6 (3.11)	57 (29.53)	52 (26.94)			
ไม่มี						
สิทธิการรักษาพยาบาล				5.618	2	0.060
ไม่มีสิทธิการรักษา	2 (1.04)	6 (3.11)	2 (1.04)			
มีสิทธิการรักษา	8 (4.15)	99 (51.30)	76 (39.38)			
กำลังใจจากญาติหรือ				0.435	2	0.805
เพื่อนที่เข้าเยี่ยมเนลีย์						
ต่อเนื่อง	8 (4.15)	82 (42.49)	64 (33.16)			
มี	2 (1.04)	23 (11.92)	14 (7.25)			
ไม่มี						

อภิปรายผล (Discussions)

การวิจัยเรื่องระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ได้ทำการศึกษาใน 2 ส่วน ได้แก่

1. ระบบบริการสุขภาพของทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (Secondary care) ขนาด 500 เตียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่อยู่ภายใต้สังกัดกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม มีภารกิจในการควบคุมผู้ต้องขังตามหลักทัณฑปฏิบัติและให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ต้องขังป่วย ซึ่งมีการบริหารจัดการด้านโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการบริหารจัดการภายในองค์กรที่เอื้ออำนวยต่อการควบคุมและการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ที่เหมาะสม พร้อมใช้งาน มีการบริหารจัดการขยะและบำบัดน้ำเสียตามมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับตัวชี้วัดในมาตรฐานที่ 3 ด้านอาคาร สถานที่ และรูปแบบทางกายภาพของเรือนจำ/ทัณฑสถาน (กรมราชทัณฑ์, 2560) ในด้านการบริหารงานดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง พบว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องตามความจำเป็นควบคู่กับหลักทัณฑปฏิบัติ มีการให้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน โดยมีหอผู้ป่วย แยกตามกลุ่มโรคและเพศ ซึ่งให้บริการแก่ผู้ต้องขังทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งสอดคล้องกับบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิด้านสาธารณสุขในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 นอกจากนี้ยังมีระบบการส่งต่อการรักษาในรายที่เกินศักยภาพ เนื่องจากยังขาดอุปกรณ์ เครื่องมือ และแพทย์เฉพาะทางในบางสาขา ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างทันทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 และในการส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกไปรับการรักษายังสถานพยาบาลภายนอกนั้นจะต้องมีการประสานกับฝ่ายควบคุมเพื่อจัดอัตรากำลังในการไปเฝ้าผู้ต้องขังป่วย มิให้เกิดการหลบหนี สอดคล้องกับหลักการของสำนักทัณฑวิทยาส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง (2554)

ในด้านการบริหารงานระบบบริการสุขภาพ พบว่าทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์มีหน่วยงาน และบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการด้านสุขภาพครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นระบบแก่ผู้ต้องขังป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากเรือนจำ/ทัณฑสถาน ทั่วประเทศ เน้นการให้บริการเชิงรุกในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในเรือนจำ/ทัณฑสถานในเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 7 แห่ง รวมถึงมีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เพื่อให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่กลุ่มผู้ต้องขัง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2558) ที่กล่าวถึงระบบบริการสุขภาพว่า ระบบบริการ

สุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบที่มีความครอบคลุมการบริหารสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมบริการที่จัดโดยบุคลากร ทางสุขภาพ และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2. คุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ผู้ต้องขังป่วยในที่ได้รับการรักษาที่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์จนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษา และอยู่ระหว่างการส่งตัวกลับเรือนจำ/ทัณฑสถาน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสมรมน ช้วนปรีชาและพิศมัย จารุจิตติพันธ์ (2559) และสุวัชร พิรณฤทธิ์ (2555) ที่พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวัชร พิรณฤทธิ์ (2555) ที่พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้มีอายุระหว่าง 31 -40 ปี และส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย อีกทั้งยังพำนักอยู่ในสถานที่ที่มีความพร้อมในการดูแลภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ถูกสุขอนามัย แต่ด้วยสภาพความเป็นอยู่ภายในเรือนจำ รวมถึงการมีกฎ ระเบียบที่เคร่งครัด จึงอาจทำให้ผู้ต้องขังมีความรู้สึกหดหู่ สิ้นหวัง และไม่สุขสบายในการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อเปรียบเทียบกับชีวิตก่อนต้องโทษ

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวัชร พิรณฤทธิ์ (2555) ที่พบว่า เพศ และโรคประจำตัวเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของสมรมน ช้วนปรีชา และพิศมัย จารุจิตติพันธ์ (2559) ที่พบว่า เพศเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนการจัดอบรม พัฒนาบุคลากรในสาขาที่ยังขาดแคลนเพื่อให้บุคลากรมีทักษะ ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ลดภาระค่าใช้จ่ายแพทย์ ห่วงเวลาและการส่งต่อผู้ต้องขังป่วยออกไปรับการรักษาภายนอก

2. จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้วพบว่า ด้านจิตใจมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความรู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลในภาวะสุขภาพของตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต ซึ่งผู้บริหารควรมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้ต้องขัง รวมถึงการจัดการข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขังอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง (References)

- กุลภา วจนสาระ, โอปอล์ ประภาวดี, ศรินธร รัตนเจริญจร, จริญญาภรณ์ กระบวนแสง, เบญจมาศ รอดภัย และดวงกมล การไทย. (2561). ป่วยไข้ในเรือนจำ: ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- กรมราชทัณฑ์. (2560). รายงานตัวชี้วัด (KPI) ตามเกณฑ์มาตรฐานเรือนจำ. นนทบุรี: กรมราชทัณฑ์
- กลุ่มงานนโยบายและแผน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมราชทัณฑ์. (2562). แผนปฏิบัติการกรมราชทัณฑ์ พ.ศ. 2563-2565 [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://plan.correct.go.th/wp/?p=1191>. สืบค้นวันที่ 9 มกราคม 2563.
- คำสั่งกระทรวงมหาดไทยที่ 203/2539 เรื่อง กำหนดอาณาเขตทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ (2539, 6 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 113 ตอนที่ 46 ง. หน้า 105.
- ใจเอื้อ ชีรานนท์. (2561). ปฏิสัมพันธ์ของการจัดการเชิงสุขภาพในเรือนจำ : ศึกษากรณีประสบการณ์ของผู้ต้องขังกะเทยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาอาชีววิทยาและงานยุติธรรม ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543).ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560. (2560, 18 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134 ตอนที่ 21 ก. หน้า 17-18.
- รณกรณ์ เอกฉันท. (2558). การพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำไทย. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาการศึกษาตลอดชีวิตและการพัฒนามนุษย์ ภาควิชาการศึกษาตลอดชีวิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. (2560, 6 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก. หน้า 9-15.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2558). ไฮไลต์ระบบสุขภาพ. จุลสาร HSRI FORUM. 3(5). 3.

- สมรมน ช้วนปรีชา และพิศมัย จารุจิตติพันธ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังสูงอายุ ในเรือนจำ และทัณฑสถานเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารเกษมบัณฑิต. 17(1). 110-126.
- สุวภัทร พิรณฤทธิ. (2555). คุณภาพชีวิตผู้ต้องขังสูงอายุ: กรณีศึกษาเรือนจำกลางและทัณฑสถานหญิง พิษณุโลก. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชานโยบายสาธารณะ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักทันตวิทยา ส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง. (2554). คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าพนักงานเรือนจำ (ฉบับพกพา). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์.
- อัสนีย์ สังขเนตร และวุฒิพงศ์ แปงใจ. (2556). การบริหารงานเรือนจำตามแนวทางสิทธิมนุษยชน. นนทบุรี: กรมราชทัณฑ์.
- WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of life assessment instrument (the WHOQOL). Berlin: Springer-Verlag.

Work Life Quality of Registered Nurses at a Private Hospital In Bangkok Metropolis

Nuntarat Chantapreda* Chardsumon Prutipinyo**

Wirin Kittipichail** Vallerut Pobkeeree** Noppadon Kannika***

Received 13 May 2021; Revised 6 June 2021; Accepted 6 June 2021

Abstract

This descriptive research aimed to study the level of work life quality, explained personal factors, job characteristics, organization atmosphere, and analyze the relationship between these factors with work life quality of registered nurses at a private hospital in Bangkok metropolitan. The sample consisted of 109 practicing registered nurses. The research instrument was a self-administered questionnaire for practicing registered nurses which tested for reliability 0.96. Descriptive statistical analysis included mean, percentage, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that the level of work life quality, job characteristics, and organization atmosphere were at a high level ($\bar{x} = 3.86, 4.30$ and 4.12 respectively). Working hours was positive at a low level significantly, associated with work life quality at the 0.01 level ($r = 0.259$). Job characteristics was positive at a moderate level significantly, while organization atmosphere was positive at a high level significantly, related to work life quality at 0.01 level ($r = 0.538$ and 0.797 respectively).

Findings of this research suggest that the management team should analyze working process then plan to improve the work system for reduce working time of nurses. The organization should provide opportunities for nurses to use their skill and knowledge appropriately. The management team should clearly communicate in performance evaluation criteria for the registered nurses as an incentive to work, in order to improve work life quality.

Keywords: Work life quality; Registered nurse; Job characteristic; Organization atmosphere

*Student in MSc. (Public Health), Hospital Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Faculty of Public Health, Mahidol University

*** Research Institute on Community Happiness and Leadership Foundation

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

นันทรัตน์ ฉันทะปรีดา* ฉัตรสุมน พฤตมิถุนิโย**

วิริณธิ กิตติพิชัย** วลัยรัตน์ พบศิริ*** นพดล กรรณิก***

วันที่รับบทความ 13 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไขบทความ 6 มิถุนายน 2564; วันที่ตอบรับบทความ 6 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของ
อธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน บรรยากาศองค์การ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วน
บุคคล ลักษณะงานและบรรยากาศองค์การ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล
เอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 109 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้
แบบสอบถามค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหา
ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน ลักษณะงาน และบรรยากาศองค์การของพยาบาล
วิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.86, 4.30$ และ
4.12 ตามลำดับ) จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการ
ทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.259$) ลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางบวกใน
ระดับปานกลาง และบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงาน
ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.538$ และ 0.797 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ผู้บริหารควรมีการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของพยาบาล
วิชาชีพระดับปฏิบัติการ จากนั้นนำไปวางแผนปรับปรุงระบบงาน เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการทำงาน
ของพยาบาลวิชาชีพให้น้อยลง หน่วยงานควรเปิดโอกาสให้พยาบาลปฏิบัติงานโดยใช้ทักษะ
ความสามารถทางวิชาชีพอย่างอิสระตามความเหมาะสมของงาน ผู้บริหารควรแจ้งเกณฑ์การ
ประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างชัดเจนให้แก่พยาบาลวิชาชีพเพื่อเป็นแรงจูงใจในการทำงาน อันจะส่งผล
ต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตการทำงาน; พยาบาลวิชาชีพ; ลักษณะงาน; บรรยากาศองค์การ

* นักศึกษาลัทธิสุตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** มูลนิธิสถาบันวิจัยความสุขชุมชนและความเป็นผู้นำ

บทนำ (Introduction)

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ทำให้องค์กรธุรกิจต้องพยายามคิดค้นกลยุทธ์ต่างๆ ขึ้นมาเพื่อเร่งพัฒนาคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพให้ได้เปรียบในการแข่งขันอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ต้องมีการปรับปรุงแบบการบริหารงาน ปรับเปลี่ยนขนาดองค์กรเพื่อให้องค์กรมีขนาดเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน มีการนำเครื่องมือการบริหารจัดการที่ทันสมัยเหมาะสมกับบริบทมาใช้เพื่อปรับปรุงระบบการทำงาน (ศรียา ยังศิริ, 2562) ยังมีกลยุทธ์หนึ่งที่มีความสำคัญคือกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์เป็นองค์ประกอบสำคัญของกิจกรรมหรือการดำเนินการใด ๆ ของหน่วยงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ เป็นผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ถือเป็นต้นทุนที่มีคุณค่า การที่มนุษย์มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีนั้นมีผลมาจากการได้รับการตอบสนองความต้องการ ความปรารถนาที่ต้องการให้ชีวิตของตนเองดำเนินไปอย่างมีความสุข เช่น การมีหน้าที่การทำงานมั่นคงและก้าวหน้า มีหัวหน้าและเพื่อนร่วมงานที่ดี สามารถดูแลชีวิตของตนเองและครอบครัวได้อย่างน่าพึงพอใจ (ประภาสรัตน์ พรหมเอี้ยง, 2558) ปัจจุบันการแข่งขันธุรกิจเป็นแบบทุนนิยมผู้ที่มีความได้เปรียบและมีการปรับตัวจึงจะสามารถอยู่ในธุรกิจได้ จึงทำให้บางองค์กรมุ่งการทำธุรกิจเพื่อหวังกำไรเพียงอย่างเดียว มนุษย์ที่เป็นทรัพยากรในองค์กรจึงถูกละเลยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน (ณัฐนิชา ปิยปัญญา, 2560)

คุณภาพชีวิตการทำงานเป็นองค์ประกอบหรือมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตและเป็นสิ่งที่สนองความพอใจและความผาสุกของผู้ปฏิบัติงาน คุณภาพชีวิตการทำงานจึงเป็นแนวคิดการบริหารจัดการที่ให้ความสำคัญกับบุคคลในเรื่องการทำงาน การมีความพึงพอใจ มีความสุขและรู้สึกว่าการทำงานทำให้ชีวิตมีคุณค่า เกิดความรู้สึกรักมั่นผูกพันในองค์กร การมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีของบุคคลในองค์กร และการที่องค์กรสามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงานได้จะส่งผลทำให้งานขององค์กรนั้นมีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งความสำเร็จขององค์กร (ศรียา ยังศิริ, 2562) สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564 ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ร่วมกับการมุ่งเน้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2556) คุณภาพชีวิตการทำงานจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจากลักษณะขององค์กรหรือความคาดหวังของคนที่ทำงานในองค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป หากองค์กรมีบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี เท่ากับเป็นการสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพของงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข ดังนั้นทุกองค์กรต้องมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรให้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะองค์กรพยาบาล

ซึ่งเป็นหน่วยงานทางด้านสุขภาพที่พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบต่อชีวิตประชาชนโดยตรง ก่อนที่พยาบาลจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้อื่นได้นั้น คุณภาพชีวิตของพยาบาลก็ควรที่จะต้องอยู่ในระดับที่ดีพอที่จะทำให้คุณภาพการบริการพยาบาลดีไปด้วย อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งพบว่าองค์การที่มีบุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่พึงพอใจจะส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและคุณภาพ (สุนิภา ชินวุฒิ และคณะ, 2563)

โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเป็นโรงพยาบาลขนาด 150 เตียง เปิดดำเนินการเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2539 มีจุดกำเนิดจากคณะกลุ่มบุคคลหนึ่งที่มีเจตนาจะสร้างโรงพยาบาลชั้นดี มีมาตรฐานไว้รองรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครขึ้นนอกด้านทิศใต้และปริมณฑล มีวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ว่า “มุ่งมั่นให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานสากลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งฯ ได้รับการรับรองมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA) เมื่อปี พ.ศ.2553 ซึ่งการได้รับการรับรองมาตรฐานนี้มาจากความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์การ จากข้อมูลการลาออกตามระเบียบของพยาบาลในช่วงปี 2561 – 2563 พบว่ามีจำนวน 15, 42 และ 32 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.6, 25 และ 19 ของจำนวนพยาบาลในแต่ละปี นอกจากนี้ยังมีพยาบาลที่ขาดงานจึงเป็นเหตุให้ต้องลาออก ปี 2561 จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.32 และปี 2562 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.57 ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพจะทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อส่งเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อันจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลซึ่งเป็นวิธิต่างหนึ่งที่จะลดปัญหาการลาออก จึงเป็นสาเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน และบรรยากาศองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน และบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวนทั้งสิ้น 133 คน ในขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างบุคลากรแบบเจาะจง และคำนวณโดยใช้วิธีการของเครจซี่และมอร์แกน (ประสพชัย พสุนนท์, 2557) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยแบ่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการออกเป็น 12 กลุ่ม และคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าโครงการ (Inclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างการลาป่วย ลาภัก ลาคลอดบุตรหรือลาศึกษาต่อ ในช่วงการเก็บข้อมูล

2. เป็นผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยการใช้ภาษาไทย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสาธารณสุขศาสตร์ รหัสโครงการ 110/2563 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสารวิชาการและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับดัดแปลงจากแบบสอบถามที่มีอยู่ ตลอดจนคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.96

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์คุณภาพชีวิต ลักษณะงาน และบรรยากาศองค์การด้วยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และประเมินระดับจำแนกตามรายด้านและโดยรวมจากค่าเฉลี่ย

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงาน และบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย (Results)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของ อธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน บรรยากาศองค์การ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงานและบรรยากาศองค์การ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งให้แก่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 109 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่ามีความสมบูรณ์ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน และบรรยากาศองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน รายได้ นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=109)	ร้อยละ
อายุ		
23 – 30 ปี	57	52.30
31 – 40 ปี	43	39.40
41 – 50 ปี	9	8.30
อายุเฉลี่ย 30.94 S.D. = 5.629 Max = 46 Min = 23		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	107	98.20
ปริญญาโท	2	1.80
ปริญญาเอก	0	0.00
ประสบการณ์การทำงาน		
1 – 5 ปี	69	63.30

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=109)	ร้อยละ
6 – 10 ปี	22	20.20
11 – 15 ปี	17	15.60
16 – 20 ปี	0	0.00
20 – 23 ปี	1	0.90
ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 5.59 S.D. = 4.501		
Max = 23 Min = 1		
รายได้		
20000 – 30000	38	34.9
30001 – 40000	40	36.7
40001 – 50000	31	28.4
รายได้เฉลี่ย 36933.03 S.D. = 8399.791		
Max = 50000 Min = 20000		

จากตารางที่ 1 พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 23 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.30 รองลงมา มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.40 และอายุระหว่าง 41 – 50 ปี มีน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 8.30 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.94 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 98.20 ประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.30 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 5.59 ปี รายได้ระหว่าง 30,001 – 40,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 36.7 รายได้เฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเท่ากับ 36,933.03 บาท

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายด้านและโดยรวม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายด้านและจำแนกโดยรวม (n=109)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. ด้านความเสมอภาค	3.44	.86	ปานกลาง
2. ด้านการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ	3.95	.61	สูง

คุณภาพชีวิตการทำงาน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
3. ด้านความมั่นคงและเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	3.82	.62	สูง
4. ด้านการได้รับโอกาสพัฒนาความสามารถ	3.93	.57	สูง
5. ด้านความมีประชาธิปไตยในงาน	3.88	.64	สูง
6. ด้านการบูรณาการทางสังคม	4.12	.52	สูง
7. ด้านงานกับเวลาของชีวิต	3.70	.47	สูง
รวม	3.86	.46	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.46) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการบูรณาการทางสังคม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52) โดยที่ด้านความเสมอภาคมีค่าเฉลี่ยปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายด้านและจำแนกโดยรวม (n=109)

ลักษณะของงาน	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
1. ด้านความหลากหลายของงานที่ทำ	4.44	.51	สูง
2. ด้านความมีเอกลักษณ์ของงาน	4.37	.54	สูง
3. ด้านความสำคัญของงาน	4.49	.51	สูง
4. ด้านความมีอิสระในงาน	3.92	.59	สูง
5. ด้านการได้รับข้อมูลป้อนกลับ	4.25	.51	สูง
รวม	4.30	.42	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่าลักษณะของงานโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.42) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความสำคัญของงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับบรรยากาศองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายด้านและจำแนกโดยรวม (n=109)

บรรยากาศองค์การ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. ด้านโครงสร้างองค์การ	4.26	.51	สูง
2. ด้านความรับผิดชอบ	4.35	.52	สูง
3. ด้านรางวัล	3.70	.67	สูง
4. ด้านความอบอุ่น	3.91	.75	สูง
5. ด้านการสนับสนุน	4.06	.56	สูง
6. ด้านเอกลักษณ์และความจงรักภักดี	4.22	.52	สูง
7. ด้านความเสี่ยง	4.10	.57	สูง
รวม	4.12	.45	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่าบรรยากาศองค์การโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะของงาน บรรยากาศองค์การ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงาน รายได้ ลักษณะของงาน บรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	.057	.559
ระดับการศึกษา	-.102	.293

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value
ประสบการณ์การทำงาน	.122	.208
แผนกที่ปฏิบัติงาน	-.159	.099
จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงาน	.259**	.006
รายได้	.071	.463
ลักษณะของงาน	.538**	.000
บรรยากาศองค์การ	.797**	.000

จากตารางที่ 5 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.259$) แสดงว่า หากชั่วโมงการปฏิบัติงานน้อยลงจะทำให้คุณภาพชีวิตการทำงานดีขึ้น ลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.538$) แสดงว่าการรับรู้หรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของงานสูงทำให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานดี และบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.797$) แสดงว่าบรรยากาศองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครสูงทำให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานดี

อภิปรายผล (Discussions)

ในการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ด้วยตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน และบรรยากาศองค์การสามารถอภิปรายผลดังนี้

ผลการวิจัยคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา นาคพิน (2552) บุญยืน สุขแสงทอง (2552) มาสรีน และคณะ (2554) และศรียา ยังศิริ (2562) ในขณะที่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานระดับปานกลางคือด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมและเพียงพอ ผลตอบแทนที่เป็นตัวเงินมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลการทำงานสามารถช่วยให้

ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน สวัสดิการและค่าตอบแทนที่ได้รับจากการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยที่ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในงาน หากองค์กรใดสามารถบริหารจัดการอัตราค่าตอบแทนได้อย่างเหมาะสมและเพียงพอกับความรู้ความสามารถและปริมาณงาน บุคลากรในองค์กรนั้นจะมีความพึงพอใจที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถรวมทั้งมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีด้วยส่งผลให้เกิดความมั่นคงกับองค์กรได้

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นการปฏิบัติงานแบบเปลี่ยนเวรเข้า บ่ายและดึก มีการปฏิบัติงานในแต่ละวันเกินกว่า 8 ชั่วโมง จนเป็นสาเหตุของการลาออกและโอนย้าย ร่วมกับนโยบายของผู้บริหารปัจจุบันที่มุ่งพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้น มีการดำเนินงานด้านประกันคุณภาพ มีการปรับเปลี่ยนขอบเขตความรับผิดชอบทำให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาตัวแปรคุณลักษณะงานพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.538$) อธิบายได้ว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจว่าลักษณะงานที่ปฏิบัติอยู่นั้นอยู่ในระดับที่สูงคุณภาพชีวิตการทำงานก็จะสูงตามไปด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของศศิพิมพ์ คำกรฤชา (2557) ศิรินา เมืองแสน (2555) ศึกษาพบว่าลักษณะงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน พิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความสำคัญของงาน อาจเนื่องมาจากลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นงานบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการซึ่งมีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานสูง ซึ่งความตั้งใจในการทำงานให้ถูกต้องตามแนวทางที่กำหนดอาจเป็นการสร้างความวิตกกังวลอาจทำให้คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพลดลงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถหลากหลายเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละโรคในการปฏิบัติงานทุกครั้งต้องมีความรอบคอบและระมัดระวังเป็นพิเศษและต้องอาศัยการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อให้ผลงานที่เกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการจึงจะส่งผลต่อคุณภาพการปฏิบัติงานสามารถเพิ่มประสิทธิผลของงานได้

เมื่อพิจารณาตัวแปรบรรยากาศองค์การพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.797$) จากการวิจัยพบว่าบรรยากาศองค์การของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของมาสริน และคณะ (2554) ประสพ อินสุวรรณ (2557) ที่ศึกษาพบว่าบรรยากาศองค์การมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน อธิบายได้ว่าการมีบรรยากาศองค์การที่ดีจะสามารถช่วยเพิ่มผลการปฏิบัติงานได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีตามด้วย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความรับผิดชอบอยู่ในระดับสูงสุดอาจมาจากการทำงานที่

เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ที่ต้องอาศัยการมีความรับผิดชอบและความรอบคอบอย่างมาก ซึ่งทางโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครได้ตระหนักถึงความสำคัญของความเสี่ยงทำให้มีการวางแผนทางป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นโดยจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและคณะกรรมการประสานงานคุณภาพเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการฟ้องร้องและเสี่ยงต่อชีวิตมนุษย์ แสวงหาและกำหนดแนวทางในการป้องกันข้อผิดพลาดด้วยการสรรหาคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเพื่อร่วมปรับปรุงคุณภาพงานอย่างสม่ำเสมอทำให้คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพดี มีบรรยากาศองค์กรในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ผู้บริหารควรมีการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จากนั้นนำไปวางแผนปรับปรุงระบบงาน เพื่อช่วยลดระยะเวลาในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพให้น้อยลง
2. หน่วยงานควรเปิดโอกาสให้พยาบาลปฏิบัติงานโดยใช้ทักษะ ความสามารถทางวิชาชีพอย่างอิสระตามความเหมาะสมของงาน
3. ผู้บริหารควรแจ้งเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างชัดเจนให้แก่พยาบาลวิชาชีพเพื่อเป็นแรงจูงใจในการทำงาน อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่นเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานให้ดีขึ้น
2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพหลังจากเกิดการแพร่ระบาดของ COVID-19

เอกสารอ้างอิง (References)

จินตนา นาคพิน. (2552). คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ณัฐนิชา ปิยปัญญา. (2560). คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร Southeast Bangkok Journal 3(2): 77-90.
- บุญยืน สุขแสงทอง. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวโรงพยาบาล สังกัดกองทัพบก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย 6(1): 133-139.
- ประภารัตน์ พรหมเอี้ยง. (2558). คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม วารสารวิชาการสาธารณสุข 24(4): 770-778.
- ประสพ อินสุวรรณ. (2557). บรรยาการองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 20(1): 55-66.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2557). การกำหนดขนาดตัวอย่างตามแนวทาง Krejcie and Morgan (1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์: 112-125
- มาสริน ศุกดปักข์, จริยาพร เจริญไธทองดี และ ดารณี มิตรสุภาพ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานและบรรยาการองค์การต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 5(1): 32-39.
- ศรียา ยังศิริ. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. วารสารแพทยธานี 46(2): 396-415.
- ศศิพิมพ์ คำกรฤชา. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 8 (2): 192-201.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และ จรัมพร ไหล่อย่าง. (2556). คุณภาพชีวิตการทำงานและความสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด.
- ศิรินา เมืองแสน. (2555). คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนิภา ชินวุฒิ, กฤษณา อรุณศรีพงศ์ และ จุฑามาศ วงจันทร์. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 30 (3): 90-103.

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2564

The Relationship between Personal Characteristics and Intention to Stay among the Professional Nurses in Private Hemodialysis Unit, Bangkok Metropolitan

Patjarin Hongsa^{*} Youwanuch Sattayasomboon^{**}

Charuwan Tadadej^{**} Jutatip Sillabutra^{***}

Received 27 May 2021; Revised 8 June 2021; Accepted 9 June 2021

Abstract

Intention to stay (IS) of professional nurses is lack of knowledge for human resource management in hemodialysis unit. This cross-sectional study aims to explain IS, and to investigate the factors related with IS among professional nurses in private hemodialysis unit (PHU), Bangkok. A sample of 232 (89.58%) nurses who working as full time at least 6 months in PHU were selected by multi-stage random sampling. Data was collected during July to August, 2020 by a self-administered questionnaire (Cronbach's alpha coefficient of the IS scale = 0.96). The association between the personal characteristics and working factors with the IS were analyzed by using Pearson product-moment correlation and independent t-test.

The result showed that the IS of the nurses in PHU were at high level (Mean = 3.73, S.D.=0.68). The personal characteristics and working factors that statistically associated with the IS were marital status, age and duration of work (p-value=0.06, p-value=0.03, p=0.042 respectively). Conclusion, IS among the nurses in PHU, the younger, shorter duration of work were lower IS than the older and longer duration of work. Thus, administration of PHU should develop interventions aimed at increasing motivation the nurses for maintain them to continue working as long as possible.

Keywords: Intention to stay; Professional nurse; Hemodialysis unit

^{*} Student in MSc. (Public Health), Hospital Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{**} Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{***} Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: you-nuch@hotmail.com

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร

ภัทรจาริน หงษา* ยูวณัฐ สัตยสมบูรณ์**

จารุวรรณ ธาดาเดช** จุฑาธิป ศีลบุตร**

วันที่รับบทความ 27 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไขบทความ 8 มิถุนายน 2564; วันที่ตอบรับบทความ 9 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้เพื่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์ในบริการไตเทียม การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความตั้งใจคงอยู่ในงาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียมภาคเอกชน แบบเต็มเวลา มีอายุงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 232 คน (89.58%) ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามแบบให้ตอบด้วยตนเอง (IS scale $\alpha=0.96$) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2563 การหาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ เพื่อหาความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการทำงานกับความตั้งใจคงอยู่ในงาน

ผลการวิจัย พบว่า ความตั้งใจคงอยู่ในงาน อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.73, S.D.=0.68) คุณลักษณะส่วนบุคคลและ ปัจจัยด้านการทำงาน ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (p -value=0.06, p -value=0.03, p =0.042 ตามลำดับ) สรุปความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพอายุน้อยต่ำกว่าผู้ที่อายุมากกว่า อายุงานน้อย ต่ำกว่าอายุงานนานกว่า ดังนั้นผู้บริหารหน่วยไตเทียมควรพัฒนามาตรการจูงใจที่เหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชนเพื่อจูงใจ ให้พยาบาลวิชาชีพทำงานอยู่ในหน่วยไตเทียมให้นานที่สุด

คำสำคัญ : ความตั้งใจคงอยู่ในงาน; การบำบัดทดแทนไต; พยาบาลวิชาชีพ

* นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ (Introduction)

ปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียม กำลังเป็นปัญหาสำคัญเช่นเดียวกับการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอื่นๆทั่วโลก (Flynn, 2009) สาเหตุเกิดจากจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เพิ่มมากขึ้น (Foley, 1998) ซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคเรื้อรังอื่นเช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความชุกเพิ่มขึ้น และจากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ที่รวบรวมข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2562 (TRT registry report) พบว่า มีผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) สะสม จำนวน 114,262 ราย โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นเฉพาะในปี พ.ศ. 2562 ถึง 16,997 ราย (TRT registry report, 2563) เนื่องจากสถานบริการของภาครัฐไม่เพียงพอต่อการรองรับและให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาไตเรื้อรังที่จำเป็นต้องรับบริการบำบัดทดแทนไตที่เรียกว่า การฟอกไต การจัดตั้งหน่วยบริการไตเทียมภาคเอกชนจึงเป็นส่วนสำคัญในการจัดบริการไตเทียมนี้ให้เพียงพอรองรับการบริการผู้ป่วยจนภาคเอกชนต้องมีการขยายสถานพยาบาลบำบัดทดแทนไตเอกชนขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวนมาก (สมาคมโรคไต, 2557) ในประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตกระจายอยู่ทุกภูมิภาค แต่จำนวนหน่วยไตเทียมภาคเอกชนมีมากที่สุดในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จากการสำรวจรายชื่อสถานพยาบาลเอกชนทั้งที่เป็นมูลนิธิ โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชนในกรุงเทพมหานคร เมื่อ 23 มกราคม พ.ศ.2563 พบว่า จำนวนหน่วยไตเทียมภาคเอกชนมีจำนวน 143 แห่ง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) ในขณะที่จำนวนสถานพยาบาลและผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น แต่อัตรากำลังการผลิตพยาบาลวิชาชีพยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในหน่วยไตเทียมตามมาตรฐานบุคลากรในหน่วยไตเทียมต้องเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(ผ่านการสอบประกาศนียบัตรเป็นผู้เชี่ยวชาญ) หรือพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการเรียนหรืออบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต กรณีที่ผู้ป่วยอาการไม่หนักใช้อัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:4 แต่หากผู้ป่วยหนักต้องใช้อัตรากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:1 ทำให้การรักษาจำนวนพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางนี้มีความสำคัญต่อการบริหารหน่วยไตเทียมที่ต้องมีอัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพเพียงพอตลอดเวลา ข้อมูลของสมาคมโรคไตปี พ.ศ.2562 พบว่า มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 1,422 และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดทดแทนไต สาขาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งหลักสูตร 4 เดือนและ 6 เดือน จำนวน 1,702 คน (TRT registry report, 2563) จากความไม่สมดุลระหว่างอัตราากำลังของพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง

บำบัดทดแทนไตกับจำนวนผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมจึงต้องทำงานมากกว่า 8 ชม ต่อวัน และมีความเครียดจากการทำงาน การวิจัยต่างประเทศ พบว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมมีความเครียดสูงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีอายุการทำงานที่สั้นและลาออกจากงานด้านการพยาบาลไตเทียม ลาออกจากวิชาชีพ หรือโอนย้ายไปอยู่หน่วยงานอื่นที่ไม่ต้องทำงานด้านการบริการพยาบาล (Flynn, 2009)

กำลังคนทางด้านสุขภาพที่เพียงพอเป็นปัจจัยทรัพยากรการบริหารที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เนื่องจากมีความสำคัญในการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน (อรุณรัตน์ คันธา, 2556) พยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมมีความสำคัญต่อการบริการผู้ป่วยฟอกไต ซึ่งหากหน่วยไตเทียมมีการหมุนเวียนพยาบาลวิชาชีพบ่อยๆอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วย รวมถึงคุณภาพบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ เนื่องจากงานด้านไตเทียมต้องใช้ความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา (Flynn, 2009) มีผลการศึกษาที่พบว่าระดับความเชี่ยวชาญของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมที่สูงขึ้น มีผลต่ออาการที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย (adverse patient events) ที่ลดลง ทั้งการเกิดภาวะ ความดันโลหิตต่ำขณะ ฟอกเลือด (intradialytic hypotension) การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (hospitalization) และ อัตราการตาย (mortality) ของผู้ป่วยลดลง (Flynn, 2009)

ความตั้งใจคงอยู่ในงาน (Intention to stay) ของพยาบาลวิชาชีพเป็นประเด็นสำคัญ ประเด็นหนึ่งที่อยู่การพยาบาลทั่วโลกให้ความสนใจ (Murray, 2002) ความตั้งใจคงอยู่ในงาน เป็นการที่พยาบาลวิชาชีพแสดงเจตนาและวางแผนที่จะปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ในการวิจัยนี้ใช้นิยามความตั้งใจคงอยู่ในงานตามแนวคิดของคิมไพร์มุลเลอร์และวัตสัน (Kim, S. & et al., 1996) ความตั้งใจคงอยู่ในงาน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเต็มเวลาในหน่วยไตเทียมภาคเอกชน วางแผนที่จะทำหน้าที่ต่อไปให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ว่าสถานการณ์ใดๆโดยไม่คิดลาออก ไม่ย้าย ไม่เลิกการทำงานไตเทียม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความตั้งใจคงอยู่ในงานมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการคงอยู่ในงาน หากพยาบาลวิชาชีพมีความตั้งใจคงอยู่ในงานสูงก็จะมีแนวโน้มคงอยู่ในองค์กรโดยไม่คิดลาออกหรือโอนย้ายหน่วยงาน (ละอ อริยกุลนิมิต, 2546) ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ (นวลรัตน์ วรจิตติ, 2560) สถานภาพสมรส การศึกษา (Engeda, E.H., et al., 2014) ภูมิลำเนา (นฤมล นัยรัตน์, 2561) และปัจจัยด้านการทำงาน เช่น รายได้ อายุงาน (นฤมล นัยรัตน์, 2561) และตำแหน่งงาน

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมในต่างประเทศยังพบน้อย และยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร และหาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจคงอยู่ในงานกับคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงาน ซึ่งการมีข้อมูลผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ผู้บริหารกำลังคนด้านสาธารณสุข ผู้บริหารกำลังคนด้านการพยาบาล ในการวางแผนการบริหารอัตรากำลังบุคลากรวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมให้คงอยู่ในงานเพื่อให้มีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพรองรับการบริการบำบัดทดแทนไตแก่ประชาชนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อประเมินระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร

วิธีการดำเนินการศึกษา (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานแบบเต็มเวลา ในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร จำนวน 671 คน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร จำนวน 253 คน มีอายุงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 2013) โดยใช้ค่าสัดส่วนความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งระดับมากร้อยละ 75 (นฤมล นัยรัตน์, 2561) ได้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณเท่ากับ 202 คนและเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการตอบกลับแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงได้ขนาดตัวอย่างในการวิจัยนี้ 253 คน การเลือกตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage

random sampling) ขั้นที่ 1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามประเภทสถานพยาบาลและสุ่มอย่างง่ายเลือกสถานพยาบาลตามสัดส่วนประเภทสถานพยาบาล ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่ายเลือกพยาบาลในแต่ละสถานพยาบาลตามสัดส่วนพยาบาลที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด แบบให้ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล -ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ข้อมูลด้านการทำงาน จำนวน 4 ข้อ 2) แบบสอบถามความตั้งใจคงอยู่ในงาน จำนวน 4 ข้อ ประยุกต์จากแนวคิดของคิม ไพรส์ มุลเลอร์ และวัตสัน (Kim S, 1996) มีคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1-5 คะแนน คือ 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วย 3=ไม่แน่ใจ 4=เห็นด้วย และ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามลำดับ

ระดับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำที่สุดที่สุด 1.00-1.80 คะแนน ระดับต่ำ 1.81-2.60 คะแนน ระดับปานกลาง 2.61-3.40 คะแนน ระดับมาก 3.41- 4.20 คะแนน ระดับมากที่สุด 4.21-5.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยรายชื่อทุกข้อใช้ความเห็นร่วมของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 คนขึ้นไปจึงถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามเท่ากับ 0.85 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้แบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชนอื่น ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำคำตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค แบบสอบถามความตั้งใจคงอยู่ในงานมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 หมายความว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับที่ดีสามารถใช้สอบถามได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำจดหมายจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้จัดการหน่วยไตเทียมเอกชน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหน่วยไตเทียม เพื่อขออนุญาตนำส่งแบบสอบถามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการรับตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ โดยให้ของแบบสอบถามและซองใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับใส่แบบสอบถามแยกจากใบยินยอมส่งกลับไว้ที่ผู้ประสานงาน ซึ่งให้เจ้าหน้าที่บริษัทบริการรับส่งพัสดุ ไปรับเอกสารแบบสอบถามจากผู้ประสานงาน นำส่งให้ผู้วิจัย และนำมาวิเคราะห์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1. วิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2020-062 ก่อนเริ่มดำเนินการขอเก็บข้อมูล

2. การดำเนินการวิจัยปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด
การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้เพื่อการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา และข้อมูลด้านการทำงาน ได้แก่ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน สวัสดิการ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-moment Correlation Coefficient) และสถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย (Results)

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงาน

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 232 คน คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93. มีอายุเฉลี่ย 36.0 ปี (S.D.7.61 ปี) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.8 มีสถานภาพ โสด ร้อยละ 58.6 มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 65.5

ข้อมูลด้านการทำงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีรายได้ต่อเดือน 40,001 - 50,000 บาท ร้อยละ 39.2 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียมปัจจุบัน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 69.0 มีตำแหน่งในงาน (ด้านไตเทียม) เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 49.6 ด้านสวัสดิการ พบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 94.4

ส่วนที่ 2 ระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร

ภาพรวมระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.73) โดยกลุ่มตัวอย่าง มีความตั้งใจคงอยู่ในงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.9 และระดับสูงมาก ร้อยละ 25.0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร (n =232)

	Mean (S.D.)	ระดับความตั้งใจคงอยู่ในงาน					ระดับ ค่าเฉลี่ย
		สูง		ปาน		ต่ำ	
		มาก	สูง	กลาง	ต่ำ	มาก	
		n	n	n	n	n	
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
ความตั้งใจคงอยู่ในงาน	3.73 (0.68)	58 (25.0)	103 (44.4)	60 (25.9)	11 (4.7)	0 (0.0)	สูง

ส่วนที่ 3 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามตัวแปรอิสระที่เป็นข้อมูลระดับนามมาตรา (Nominal scale) และอันดับมาตรา (Ordinal scale) กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติ independent t-test การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่เป็นข้อมูลระดับช่วงมาตรา (interval scale) และอัตราส่วนมาตรา (Ratio scale) กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-moment Correlation Coefficient) โดยใช้เกณฑ์ระดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของมันโร (Munro, 1997) แบ่งความสัมพันธ์เป็น 5 ระดับคือ 0.00-0.25 หมายถึง ต่ำมาก 0.26-0.49 หมายถึง ต่ำ 0.50-0.69 หมายถึง ปานกลาง 0.70-0.89 หมายถึง สูง และ 0.90-1.00 หมายถึง สูงมาก

สมมติฐานที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร

จากตารางที่ 2 และตารางที่ 3 ผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจคงอยู่ในงาน ตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน ด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ความตั้งใจคงอยู่ในงานของมีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส และ ระยะเวลาปฏิบัติงาน (≤ 10 ปี/ > 10 ปี) ผลวิเคราะห์หสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 หมายความว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพโสดมีความตั้งใจคงอยู่ในงานน้อยกว่าผู้ที่สมรส (Mean = 3.63 v.s. Mean = 3.88, $p\text{-value} = 0.006$) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความตั้งใจคงอยู่ในงานน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ($p\text{-value} = 0.042$) ผู้ที่อายุน้อยมีความตั้งใจคงอยู่ในงานน้อยกว่าผู้ที่ยาวมากกว่า ($r = .137$, $p\text{-value} = 0.037$) ส่วนตัวแปรที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลในหน่วยไตเทียมเอกชน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ตำแหน่งงาน และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจคงอยู่ในงาน จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร (n = 232)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	n	Mean	S.D.	t (df) ^A	p-value
เพศ				1.36 (230)	0.177
หญิง	217	3.75	.682		
ชาย	15	3.50	.619		
สถานภาพสมรส (n=227)				-2.79 (225)	0.006
โสด	136	3.63	.670		
สมรส	91	3.88	.679		
ระดับการศึกษา				-0.07 (230)	0.946
ปริญญาตรี	227	3.72	.684		
สูงกว่าปริญญาตรี	5	3.75	.530		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	n	Mean	S.D.	t (df) ^A	p-value
ภูมิภาค				-0.94 (230)	0.347
ต่างจังหวัด	152	3.70	.706		
กรุงเทพมหานคร	80	3.79	.626		
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ปีเต็ม)					
≤ 10 ปี	216	3.70	.671	-2.045 (230)	.042
>10 ปี	16	4.06	.727		
ตำแหน่งงาน				-1.72 (230)	0.087
พยาบาลวิชาชีพไม่เชี่ยวชาญ ^B	117	3.65	.700		
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	115	3.81	.650		

A = Independent t-test, ตัวแปรตาม คือ ความตั้งใจคงอยู่ในงาน

B = พยาบาลวิชาชีพไม่เชี่ยวชาญ คือ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการอบรม

ตารางที่ 3 Univariate ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร (n = 232)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ความตั้งใจคงอยู่ในงาน	
	ประสิทธิสหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	.137*	.037
รายได้ (บาทต่อเดือน)	.100	.131

*significant at 0.05, ตัวแปรตาม คือ ความตั้งใจคงอยู่ในงาน,

r=Pearson's product moment correlation coefficient

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion)

1 ความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัยพบว่าภาพรวมของความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมภาคเอกชน อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.73) โดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจคงอยู่ในงานอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 25.9 และระดับสูง ร้อยละ 44.4 โดยตั้งใจที่จะทำงานอยู่ในหน่วยไตเทียมแห่งนี้ไปนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Mean = 4.08) ไม่มีแผนเลิกทำงานไตเทียมไป

ทำงานอื่น (Mean = 3.72) ลังเลใจหากต้องลาออกจากงานไต่เทียมเอกชนแห่งนี้ (Mean = 3.67) และ ตั้งใจว่าจะไม่ลาออกจากหน่วยงานแห่งนี้ไม่ว่าในสถานการณ์ใด (Mean = 3.45)

ผลวิจัยชี้ให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไต่เทียมภาคเอกชนมีความตั้งใจคงอยู่ในงานสูง อาจเนื่องจากว่าพยาบาลวิชาชีพรู้สึกภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานในหน่วยไต่เทียม รับรู้ได้ว่างานด้านไต่เทียมเป็นงานที่มีความมั่นคง รวมทั้งการสื่อสารหรือทำงานร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นในหน่วยงานมีความราบรื่น ซึ่งสอดคล้องกับโทมัส-ฮอว์คินส์ (Thomas-Hawkins, 2003) เจน เค การ์ดเนอร์ (Jane K Gardner, 2007) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไต่เทียมมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับแพทย์ การมีค่าตอบแทนด้านรายได้อยู่ในระดับสูงเพียงพอต่อการดำรงชีวิต โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 50,000 บาท ทำให้มีความตั้งใจคงอยู่ในงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับ เอนเกด้า (Engeda, 2014) ที่พบว่าความพึงพอใจต่อเงินเดือนและค่าตอบแทนเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจที่จะอยู่ในงานได้ดีที่สุด

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนประเทศไทยของนฤมล นัยรัตน์ (2561) และในประเทศญี่ปุ่น ยาซุชิ คุโด (Yasushi, 2006) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพ มีความตั้งใจคงอยู่ในงานอยู่ในระดับสูง แต่ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยในพยาบาลหน่วยไต่เทียมประเทศซาอุดีอาระเบีย แฟตมา (Fatma, 2013) พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีอายุการทำงานที่สั้น และมีความตั้งใจลาออกจากงานภายใน 3 ปี และฟลินน์ (Flynn, 2009) พบว่า พยาบาลวิชาชีพวางแผนที่จะย้ายไปอยู่หน่วยงานอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

2 คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไต่เทียมเอกชน กรุงเทพมหานคร

สามารถอภิปรายได้ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพที่มีสถานภาพโสด จะมีความตั้งใจคงอยู่ในงานน้อยกว่าคนที่สมรสแล้ว โดยผลวิจัยนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจคงอยู่ในงานคนโสดต่ำกว่าคนที่มีสถานภาพสมรส (Mean = 3.63 กับ Mean = 3.88, p-value=0.006) อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ยังโสด ส่วนมากอายุน้อย หน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวยังน้อยกว่าคนที่แต่งงานแล้ว การตัดสินใจไม่ต้องปรึกษาคู่สมรส จึงทำให้การตัดสินใจย้ายงานสามารถตัดสินใจได้โดยไม่ลังเล และอาจเนื่องจากผู้อายุน้อยมีทักษะน้อยในการรับมือกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เปลี่ยนแปลง ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอัลมากิ (Almaki, 2012) สอดคล้อง

กับการาคอค (Karakoc, 2016) ที่พบว่าสถานภาพโสดมีระดับความเหนื่อยหน่ายในงานมากกว่าผู้ที่สมรส เพราะงานการพยาบาลผู้ป่วยในหน่วยไตเทียมเป็นงานที่มีความเครียด

ผู้ที่อายุน้อยมีความตั้งใจคงอยู่ในงานน้อยกว่าผู้ที่อายุมากกว่า ($r = .137, p\text{-value} = 0.037$) และวิจัยนี้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่อายุ 50 ปีขึ้นไป มีความตั้งใจคงอยู่ในงานสูงกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ($p\text{-value} = 0.006$) อาจเนื่องจากว่าพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชนที่มีอายุน้อย ร้อยละ 49.6 อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่อยู่ใน Generation Y มีความต้องการความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน การทำงานในหน่วยไตเทียมเอกชนพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้อบรมการพยาบาลเฉพาะทางอาจต้องการลาออกเพื่อหาเวลาพัฒนาตนเองหาโอกาสก้าวหน้าอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญ หากมีตำแหน่งทางอาชีพที่สูงขึ้นจะทำให้ค่าตอบแทนตามตำแหน่งสูงไปด้วย สอดคล้องกับการวิจัยในประเทศไทย การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ Generation Y (บุญช่วย ศิลาหม่อม, 2018 และสอดคล้องกับการาคอค (Karakoc, 2016) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่อายุน้อยมีภาวะเครียดและเหนื่อยหน่ายในงานมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่อายุมาก อาจเนื่องจากว่างานด้านนี้ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียด พยาบาลวิชาชีพที่อายุน้อยยังมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ไม่เพียงพอ จัดการกับความเครียดได้ไม่ดี

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความตั้งใจคงอยู่ในงานน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากว่างานด้านไตเทียมต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ตึงเครียด ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่มากกว่าส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะความชำนาญที่มากกว่า มีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยและญาติ สอดคล้องกับวิจัยพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียม ต่างประเทศ การาคอค (Karakoc, 2016) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 3 ปี มีภาวะเครียดและเหนื่อยหน่ายในงานมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่อายุงานมากกว่า และสอดคล้องกับฮาเยส (Hayes, 2015) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานน้อยกว่า 1 ปี มีระดับความพึงพอใจในงานน้อยกว่า ภาวะเครียดสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงาน 1-20 ปี

ข้อเสนอแนะการวิจัย (Recommendations)

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมความตั้งใจคงอยู่ในงาน ดังนี้

1. ผู้บริหารหน่วยไตเทียมเอกชน ในกรุงเทพมหานคร ควรหามาตรการสนับสนุนหรือส่งเสริมบุคลากรที่มีระยะปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี ให้มีแรงจูงใจเพิ่มความตั้งใจคงอยู่ในงานมากยิ่งขึ้น เช่นการให้รางวัลพิเศษครบทุก 5 ปี การได้สิทธิประโยชน์พิเศษต่างๆ

2. ผู้บริหารหน่วยไตเทียมเอกชน ในโรงพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับการตอบสนองด้านแรงจูงใจในงานให้สอดคล้องกับความต้องการตามกลุ่มอายุ โดยสอบถามความต้องการที่จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงานมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้จัดการหน่วยไตเทียมเอกชน ในกรุงเทพมหานคร ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมเอกชนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง (References)

- คณะกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (TRT). (2563). Thailand renal replacement therapy: year 2016-2019. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nephrothai.org/TRT-Annual-report-2016-2019>. สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2563.
- นฤมล นัยรัตน์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สมดุลชีวิตการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร กับความตั้งใจอยู่ในงานของพยาบาลผู้มีประสบการณ์โรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองโรงพยาบาลมาตรฐานระดับสากล กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 19.149-157.
- บุญช่วย ศิลาหม่อม. (2018). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงาน ของพยาบาลวิชาชีพ Generation Y โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36. 62-71.
- ละออ อริยกุลนิมิต. (2546). การวิเคราะห์ตัวประกอบที่ทำให้เกิดการคงอยู่ในกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Foley, R.N., Parfrey, P.S., and Sanak M.J. (1998) Epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease. J Am Soc Nephrol. 9. S16-23.
- สมาคมโรคไต. (2563). ข้อมูลหน่วยไตเทียมภาคเอกชนในกรุงเทพมหานคร. [จดหมายอิเล็กทรอนิกส์]. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2563.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2557). ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

- อรุณรัตน์ คันทา และคณะ. (2556). การย้ายงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล. 28(3). 19-31.
- Almaki, M.J., FitzGerald, G., and Clak, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurse in Saudi Arabia. BMC Health Services Research. 12. 314-25.
- Ayten, K., Murvet, Y., Nilufer, A., Bennur, E., Hansan, K., and Dede, S. (2016). Burnout Syndrome Among Hemodialysis and peritoneal Dialysis Nurses. Iranian journal of Kidney Diseases. 10 (6). 395-404.
- Charlotte, T.H., Marry, D., Helen, C., and Gail, W. (2003). Staff nurses' Perceptions of the work Environment in Freestanding Hemodialysis Facilities. Nephrology Nursing Journal. 30 (4). 377-446.
- Daniel WW. (2013). Biostatistics. A foundation for analysis in health sciences. 10th ed. Singapore: John Wiley & Sons.
- Engeda, E.H., Anteneh, M.B., and Kefyalew, A.A. (2014). Intent to stay in the nursing profession and associated factors among nurses working in Amhara regional state referral hospitals, Ethiopia. BMC Nursing. 13. 24.
- Fatma Abdel moneim Al tawil. (2013). Nephrology Nurses' Job Satisfaction and intention to stay in kidney Hemodialysis unit at prince Abdel Rahman Al Sidiri hospital, Al Jouf. Journal of American Science. 9(6). 224-233.
- Flynn, L., Thomas, H.C., and Clarke, S.P. (2009) Organizational traits, care process, and burnout among chronic hemodialysis nurse. West J Nurs Res. 31(5). 569-582.
- Hayes, B., Douglas, C., and Bonner, A. (2015). Hemodialysis work environment contributors to job satisfaction and stress: a sequential mixed methods study. BMC nursing. 14.58.
- Harwood, L. (2010). Occupational burnout, retention and health outcomes in nephrology nurses. CANNT J. 20(4). 18-23.
- Jane, K.G., Louis F., Charlotte. T.H., and Carolyn, E.L. (2007). The Relationships Between Nurses' Perceptions of the Hemodialysis Unit Work Environment and Nurse Turnover, Patient Satisfaction, and Hospitalizations. Nephrology Nursing Journal. 34 (3). 271-282.

- Kim, S., Price, J.L., Mueller, C.W., and Watson, T.W. (1996) The determinants of career intent among physicians at a U.S. Air Force hospital. *Human Relations*. 49(7). 947-976.
- Murray, M.K. (2002). The Nursing shortage: Past Present, and Future. *Journal of Nursing Administration*. 32(2). 79-84.
- Munro, B.H. (1997). *Statistical Methods for Health Care Research*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Yasushi, K., Toshihiko, S., Kaori, H., & Takeo, M. (2006). Association between Intention to stay on the Job and Job Satisfaction among Japanese Nurses in Small and Medium-sized Private Hospitals. *J Occup Health*.48. 504-513.

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะ ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2564

Lotion Product Selection Buying Behaviour of Students at a university in northern Thailand

Narong Chaitiang^{1*}, Saowaluk Piamee¹

Received 11 May 2021; Revised 17 June 2021; Accepted 1 July 2021

Abstract

This descriptive research aimed to study lotion product buying behavior. Samples were 375 second year students, with a questionnaire as research instrument, and data analyzed for descriptive and inferential statistics, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square test.

Research findings are as follows: more than half was female (68.8%), with average age of 20 years old (63.5%), majoring in information technology science and communication field (35.5%), receiving monthly income of 5,001-10,000 baht (40.0%), using Nivea product (34.7%), and the benefit was UV/SPF50 +++ protection (59.5%), most had never been allergic to lotion products (92.3%), and their hometown were in the northern region (45.1%). Students chose to buy their selection through marketing mix at a moderate level (52.5%), having knowledge in the use of lotion product at a high level (79.2%), and having attitude toward using lotion product at a moderate level (44.3%). Findings indicated that sex, major, money received from parents, lotion products most commonly used, benefits from lotion product, hometown, marketing mix, knowledge, and attitude, were correlated with lotion product selection behavior, with statistical significance at $p\text{-value} \leq 0.05$. Age and whether allergic to lotion product experience were not correlated with lotion product selection behavior.

Most customers want to use lotion products to take care of their skin, so they seek for products, and several methods, for their skin to look healthy always. Therefore, customers should select suitable lotion products for their own skin.

Keywords: lotion product; attitude; behavior; marketing mix

¹ Department of Public Health (community Health), School of Public Health, University of Phayao.

* Corresponding author, email: kongkangku69@gmail.com

พฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิต

มหาวิทยาลัยในภาคเหนือแห่งหนึ่ง

ณรงค์ ใจเที่ยง^{1*} เสาวลักษณ์ เปี่ยม¹

วันที่รับบทความ 11 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไขบทความ 17 มิถุนายน 2564; วันที่ตอบรับบทความ 1 กรกฎาคม 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 375 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมานได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่าสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ตัวอย่างเป็นเพศหญิง (68.8%) มีอายุ 20 ปี (63.5%) เป็นกลุ่มวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (35.5%) เงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (40.0%) นิยมใช้ NIVEA (34.7%) และ ประโยชน์ที่ได้จากผลิตภัณฑ์โลชั่น คือ ช่วยป้องกันรังสี UV/SPF50+++ (59.5%) ไม่เคยแพ้ครีมผลิตภัณฑ์โลชั่น (92.3%) และ ภูมิสำเนาจากภาคเหนือ (45.1%) การเลือกซื้อโดยเลือกจากส่วนประสมทางการตลาดในการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นระดับปานกลาง (52.5%) มีความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นระดับสูง (79.2%) มีทัศนคติของการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นระดับปานกลาง (44.3%) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า เพศ กลุ่มคณะ เงินที่ได้จากผู้ปกครอง ประเภทของครีมผลิตภัณฑ์โลชั่นที่เลือกใช้บ่อยที่สุด ประโยชน์ที่ได้จากผลิตภัณฑ์โลชั่น ภูมิสำเนาส่วนประสมการตลาด ความรู้ และ ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} \leq 0.05$ ส่วน อายุ และ การแพ้ครีมผลิตภัณฑ์โลชั่นมาก่อนหรือไม่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น

ผู้บริโภคมีความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น เพื่อดูแลสุขภาพผิวของตนเอง จึงทำให้เกิดการแสวงหาการบำรุงรักษาผิวพรรณ วิธีการต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพผิวให้ขาวใสดูดีอยู่เสมอ ดังนั้น ผู้บริโภคควรเลือกผลิตภัณฑ์โลชั่นที่มีความเหมาะสมกับสภาพผิวของตนเอง

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์โลชั่น; ทัศนคติ; พฤติกรรม; ส่วนประสมทางการตลาด

¹หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (อนามัยชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author, email: kongkangku69@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ในยุคโลกาภิวัตน์นี้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทันสมัยเกิดขึ้นมากมาย ในปัจจุบันนี้มีช่องทางเกิดขึ้นในสื่อออนไลน์เป็นจำนวนมาก อาทิเช่น Line, face book, Instagram หรือ online social network ที่ใช้ในการซื้อขายสินค้า ไม่ว่าจะเป็นเครื่องใช้เครื่องสำอาง อุปกรณ์ ความสะดวกต่างๆ ทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่มีการโฆษณาบอกสรรพคุณผ่านทางสื่อออนไลน์ซึ่งบุคคลสามารถเปิดชมจากที่ได้ก็ได้ไม่ว่าจะใช้ช่องทางผ่านคอมพิวเตอร์ที่บ้าน ที่ทำงาน หรือแม้แต่การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตผ่านมือถือ จึงเป็นอีกทางเลือกให้ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตสามารถซื้อขายสินค้าผ่านสื่อออนไลน์มากขึ้น เพราะมีความสะดวกและมีประโยชน์ที่หลากหลายแนวโน้มในการซื้อสินค้าจากต่างประเทศมีมากขึ้น โดยเฉพาะเครื่องสำอางจากประเทศเกาหลีที่มีดารา นักแสดง เป็นพรีเซนเตอร์ชักจูงซื้อสินค้าผ่านสื่อออนไลน์ทำให้สินค้าแบรนด์ต่างๆ ได้รับความนิยม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นไทย ทั้งหญิงและชาย การโฆษณาชวนเชื่อเกิดขึ้นจำนวนมาก ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามประเภทสินค้า ส่งผลให้สินค้าจากแบรนด์ต่างประเทศเหล่านี้ได้รับความนิยม จนทำให้มียอดขายเพิ่มขึ้น โดยที่อาจจะไม่ต้องเกิดการลงทุนทางการตลาดมากนัก และสินค้าที่ได้รับความนิยมหนึ่งในนั้นก็คือ เครื่องสำอาง (รัตนพร ฉัตรมงคล, 2561)

ในปัจจุบันวัยรุ่นตอนนี้ให้ความสนใจกับเรื่องความสวยความงามเป็นอย่างมากไม่ว่าจะเป็นความสวยงามที่เกิดจากตัวเองในแง่ของรูปร่าง หน้าตา ผิวพรรณ หรือจะเป็นความสวยงามที่เกิดจากสิ่งภายนอก เช่น เสื้อผ้าเครื่องประดับ ซึ่งความสวยกับผู้หญิงนั้นเป็นเหมือนสิ่งที่คู่กันเสมอโดยจากการสำรวจทัศนคติต่อการให้คุณค่าความสวยงาม พบว่าเหตุผล 3 ข้อแรกของผู้หญิงอยากมีรูปลักษณ์ที่สวยงาม คือ ต้องการเพิ่มความเชื่อมั่น ต้องการเป็นที่ดึงดูดใจ และต้องการเพิ่มโอกาสทางการงาน ผู้หญิงร้อยละ 60 มองว่าแค่สวยและดูดีก็เพียงพอแก่การดำเนินชีวิตในยุคนี้นี้ได้แล้ว ผิวหน้าและกายที่ดีเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงดูสวยดังนั้นจึงมีคนมากมายให้ความสำคัญกับการบำรุงผิวหน้าและผิวกายโดยการใช้ครีมโดยครีมบำรุงผิวหน้าและผิวกายนั้นได้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มของผลิตภัณฑ์ประเภทเครื่องสำอางอ้างอิงตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2553 ซึ่งระบุไว้ว่าเครื่องสำอางหมายถึงวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ทา ถู โรย พ่น หยด ใส่ อบ หรือกระทำด้วยวิธีอื่นต่อส่วนหนึ่งของร่างกายเพื่อความสะดวกความสวยงามหรือส่งเสริมให้เกิดความสวยงาม และ รวมตลอดทั้งเครื่องประพินผิวต่าง ๆ ด้วยแต่ไม่รวมถึงเครื่องประดับและเครื่องแต่งตัว ซึ่งเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกายปัจจุบันมีครีมบำรุงหน้าและผิวกายมากในท้องตลาดซึ่งสามารถแบ่งได้ ดังนี้ Counter Brand คือตราสินค้าที่มีขายตามห้างสรรพสินค้ามีเคาน์เตอร์หรือร้านที่เป็นของตัวเองมักมีราคาที่ค่อนข้างสูง เช่น SK-II La Mer และ Clinic เป็นต้น Mass Brand คือ ตราสินค้าทั่วไปที่เห็นตามท้องตลาดมักขายตาม Drug Store Supermarket หรือ Special Store โดยมีราคาที่ค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง เช่น Ponds Biore และ Olay เป็นต้น Local Brand คือ ตราสินค้าที่มีขนาดเล็กเจ้าของมักไม่มีห้องแลป หรือโรงงานของตัวเอง

เป็นการจ้างวิจัยและจ้างผลิตจากนั้นนำมาติดตราสินค้าของตัวเองโดยเน้นขายผ่านช่องทางออนไลน์เป็นหลักซึ่งบางกลุ่มคนเรียกครีมประเภทนี้ว่า “ครีมในอินเทอร์เน็ต” สำหรับราคานั้นจะมีตั้งแต่ราคาถูกถึงแพงขึ้นอยู่กับตราสินค้า สำหรับตลาดอุตสาหกรรมเครื่องสำอางกลุ่มสกินแคร์ ในประเทศไทยมีมูลค่าถึง 400,000 ล้านบาทและเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อผิวขาวถึงร้อยละ 48 ซึ่งเป็นอันดับ 1 ในส่วนแบ่งทางการตลาด สอดคล้องกับงานวิจัยของแบรนด์ Artistry (วีรพล วัฒนกุลจรัส, 2558) ที่พบว่า ผิวพรรณที่เป็นอุดมคติของคนไทยส่วนใหญ่คือการมีสีผิวที่ขาวโดยคนไทยใช้ครีมบำรุงผิวหน้าประมาณ 6-7 ซินต่อวันตลอดการบำรุงผิวทั้งวันและเน้นไปที่การบำรุงผิวทั่วใบหน้าและผิวกายไม่เน้นเฉพาะจุดอย่างไรก็ตามผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเพื่อผิวขาวมักพบ “สารปรอท” เป็นส่วนประกอบซึ่งนับว่าเป็นสารที่ส่งผลเสียต่อร่างกายหากใช้ในปริมาณที่มากเกินไปหรือใช้อย่างต่อเนื่องดังนั้นจึงมีบางประเทศที่ไม่อนุญาตให้จัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีสารปรอทเป็นส่วนประกอบและมีหลายประเทศที่กำหนดปริมาณสารปรอทที่อยู่ในแต่ละผลิตภัณฑ์ การซื้อขายส่วนใหญ่จึงมักทำผ่านทางอินเทอร์เน็ตในส่วนของประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้สารปรอทเป็นสารห้ามใช้ในเครื่องสำอางครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2532 และได้ปรับปรุงกฎหมายล่าสุดเมื่อ พ.ศ.2551 แต่จากการสุ่มตรวจผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเพื่อผิวขาวเป็นระยะ ๆ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย (อย.) ยังคงพบผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของสารปรอทปนเปื้อนอยู่มาก จากปัญหาพฤติกรรมในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่น ดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและทำกิจกรรมต่าง ๆ ของวัยรุ่น และการเข้าถึงในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่น เพื่อให้เหมาะสมกับผิวพรรณตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักและให้ความสำคัญในการดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่างและเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่น เมื่อได้ข้อมูลหลังจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเป็นแนวทางในการเลือกซื้อสำหรับกลุ่มตัวอย่างให้สามารถเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมและมีสุขภาพผิวพรรณที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objective)

เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์การใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

วิธีดำเนินการศึกษา (Method)

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อเป็นหลักในการศึกษาพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์การใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ใน

มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ รวบรวมและเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ โคสแควร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ นิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 4,314 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 375 คนโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan,1970)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่มีคำถามชนิดปลายปิด โดยแบ่งคำถามออกเป็น 5 ตอนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ แผนการศึกษา เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง เคยใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นมาก่อนหรือไม่ ประเภทของผลิตภัณฑ์โลชั่นที่เลือกใช้บ่อยที่สุด ประโยชน์ที่ได้จากการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น เคยแพ้ผลิตภัณฑ์โลชั่นมาก่อนหรือไม่ ภูมิสำเนา มีลักษณะเป็นคำตอบแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 9 ข้อ พัฒนามาจาก (นภาพิพย์ ไตรกุลนิภัทร,2559)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่วนประสมทางการตลาด ผลิตภัณฑ์ ราคาช่องทางการซื้อ ผลิตภัณฑ์โลชั่น มีลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบ (Check list) จำนวน 10 ข้อ พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ซึ่งจะมีให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวโดยมีการกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ (นภาพิพย์ ไตรกุลนิภัทร,2559). ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของพฤติกรรมส่วนประสมทางการตลาดโดยใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อย ดังนี้ พฤติกรรมส่วนประสมทางการตลาดระดับต่ำ (≤ 36.6) พฤติกรรมส่วนประสมทางการตลาดระดับปานกลาง ($36.7 - 43.2$) และ พฤติกรรมส่วนประสมทางการตลาดระดับสูง (≥ 43.3) (Best,1977)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น เป็นแบบทดสอบเพื่อให้ทราบถึงความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

คำถามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) ซึ่งจะมีให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยมีการกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ (นภาพิพย์ ไตรกุลนิภัทร, 2559). ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของความรู้โดยใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อย ดังนี้ ความรู้ระดับต่ำ (≤ 25.3) ความรู้ระดับปานกลาง ($25.4 - 27.6$) และความรู้ระดับสูง (≥ 27.7) (Best, 1977)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภคไว้ 5 ระดับ ซึ่งจะมีให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวโดยมีการกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ (นภาพิพย์ ไตรกุลนิภัทร, 2559). ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของทัศนคติโดยใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อย ดังนี้ ทัศนคติระดับต่ำ (≤ 37.3) ทัศนคติระดับปานกลาง ($37.4 - 43.6$) และทัศนคติระดับสูง (≥ 43.7) (Best, 1977)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภคไว้ 5 ระดับ ซึ่งจะมีให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียวโดยมีการกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ (นภาพิพย์ ไตรกุลนิภัทร, 2559). ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโดยใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อย ดังนี้ พฤติกรรมระดับต่ำ (≤ 30) พฤติกรรมระดับปานกลาง ($31 - 40$) และพฤติกรรมระดับสูง (≥ 41) (Best, 1977)

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือและการหาค่าความเชื่อมั่น

นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปตรวจสอบคุณภาพตามขั้นตอน ดังนี้

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้ศึกษาร่างแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้ตรงตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา (IOC: item objective congruence index) ค่าที่ได้ เท่ากับ 0.880

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แล้วนำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์หรือนิยาม ในแต่ละข้อโดยใช้ Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.848

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

การวิจัยครั้งนี้เชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 375 คน 17 คณะ โดย

1. เสนอโครงร่างและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขอรองรับจริยธรรมมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ
2. ผู้วิจัยทำการเชิญชวนพร้อมกับขอความร่วมมือโดยใช้วิธีแจกแบบสอบถามให้กลุ่มนิสิต

3. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามด้วยตนเอง
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม
5. จัดหมวดหมู่ของข้อมูลในแบบสอบถามเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้วไปลงรหัสในโปรแกรมสำเร็จรูป
2. ลงข้อมูลตามรหัสที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์
4. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากรโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
5. การหาค่าพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน 1. ข้อมูลส่วนบุคคล 2. ด้านส่วนประสมทางการตลาด 3. ด้านความรู้ 4. ด้านทัศนคติ 5. ด้านพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่น โดยใช้การหาค่าไคสแควร์ (Chi-square Test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยมีนัยสำคัญที่ 0.05 และ 0.001

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษการวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมในการวิจัยเป็นสำคัญ คือ ดำเนินการเก็บข้อมูลนั้นจะต้องผ่านการขออนุญาตและยินยอมพร้อมใจจากฝ่ายกลุ่มตัวอย่างโดยที่กระบวนการจะต้องดำเนินไปโดยการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างผลการวิจัยจะต้องไม่ทำให้เกิดผลกระทบในทางลบโดยตรงแก่กลุ่มตัวอย่าง และวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, COMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice ICH-GCP หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้พิจารณา และมีมติรับรอง เลขที่โครงการ 2/011/63 วันที่รับรอง 27 เมษายน 2563

ผลการศึกษา (Results)

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 มีอายุ 20 ปี ร้อยละ 63.5 เป็นนักศึกษาที่ศึกษาอยู่ในกลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ร้อยละ 35.5 เงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.0 มีความนิยมใช้ผลิตภัณฑ์ NIVEA ร้อยละ 34.7 และประโยชน์ที่ได้จากผลิตภัณฑ์โลชั่นคือช่วยป้องกันรังสี UV/SPF50+++ ร้อยละ 59.5 ไม่เคยแพ้ครีมผลิตภัณฑ์โลชั่น ร้อยละ 92.3 และภูมิแพ้มาจากภาคเหนือร้อยละ 45.1 ส่วนใหญ่

มีการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โดยคัดเลือกจากส่วนประสมทางการตลาดในการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.5 รองลงมามีการเลือกซื้อโดยคัดเลือกจากส่วนประสมทางการตลาดในการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 39.2 และมีการเลือกซื้อโดยคัดเลือกจากส่วนประสมทางการตลาดในการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 8.3 มีความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 79.2 รองลงมามีความรู้การใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 14.1 และมีความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 6.7 มีทัศนคติของการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.3 รองลงมามีทัศนคติของการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 33.3 และมีทัศนคติของการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 22.4 มีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44.3 รองลงมามีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับสูงร้อยละ 33.3 และมีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 22.4

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ โดยจำแนกตามความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับ พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น			χ^2	df	p-value
	ต่ำ จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน(%)	สูง จำนวน(%)			
เพศ				35.438	2	0.001*
ชาย	28(23.9)	63(53.8)	26(22.3)			
หญิง	11(4.3)	153(59.3)	94(36.4)			
อายุ(ปี)				4.258	4	0.372
ต่ำกว่า 20 ปี	6(7.8)	39(50.6)	32(41.6)			
20 ปี	26(10.9)	142(59.7)	70(29.4)			
มากกว่า 20 ปี	7(11.7)	35(58.3)	18(30.0)			
กลุ่มคณะ				24.409	4	0.001*
กลุ่มวิทยาศาสตร์	7(5.3)	64(48.1)	62(46.6)			
เทคโนโลยีฯ						
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	20(15.5)	82(63.6)	27(20.9)			
กลุ่มสังคมศาสตร์	12(10.6)	70(61.9)	31(27.5)			

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น			χ^2	df	p-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
	จำนวน (%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)			
เงินที่ได้จากผู้ปกครอง (บาท)				50.031	8	0.001*
≤5,000	6(60.0)	2(20.0)	2(20.0)			
5,001-10,000	12(8.0)	71(47.3)	67(44.7)			
10,001-15,000	13(9.8)	90(68.2)	29(22.0)			
15,001-20,000	8(12.5)	42(65.6)	14(21.9)			
20,001 บาทขึ้นไป	0(0.0)	11(57.9)	8(42.1)			
ประเภทของครีมผลิตภัณฑ์โลชั่นที่เลือกใช้บ่อยที่สุด				23.491	10	0.009*
Vaseline	11(11.5)	58(60.4)	27(28.1)			
NIVEA	14(10.8)	64(49.2)	52(40.0)			
Bhaesaj	6(8.1)	50(67.6)	18(24.3)			
White Spa	5(20.0)	16(64.0)	4(16.0)			
Citra	3(6)	28(56)	19(38)			
ประโยชน์ที่ได้จากผลิตภัณฑ์โลชั่นที่ใช้				13.400	6	0.037*
ป้องกันรังสี UV/SPF50 PA+++	24(10.8)	140(62.7)	59(26.5)			
ผิวไม่เป็นขุย	2(8.0)	12(48.0)	11(44.0)			
ผิวกระจ่างใสขึ้น	11(9.5)	56(48.3)	49(42.2)			
ผิวชุ่มชื้นขึ้น	2(18.2)	8(72.7)	1(9.1)			
เคยแพ้ครีมผลิตภัณฑ์โลชั่นมาก่อนหรือไม่				0.094	2	0.636
เคย	2(6.9)	19(65.5)	8(27.6)			
ไม่เคย	37(10.7)	197(56.9)	112(32.4)			
ภูมิสำเนา				14.444	6	0.025*
ภาคอีสาน	12(16.4)	41(56.2)	20(27.4)			
ภาคเหนือ	14(8.3)	91(53.8)	64(37.9)			

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น			χ^2	df	p-value
	ต่ำ จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน(%)	สูง จำนวน(%)			
ภาคกลาง	7(6.7)	71(67.6)	27(25.7)			
ภาคใต้	6(21.4)	13(46.4)	9(32.2)			
ส่วนประสมการตลาด				21.874	4	0.001*
ระดับต่ำ	5(16.1)	24(77.4)	2(6.5)			
ระดับปานกลาง	22(11.2)	122(61.9)	53(26.9)			
ระดับสูง	12(8.2)	70(47.6)	65(44.2)			
ความรู้				11.866	4	0.018*
ระดับต่ำ	1(4.0)	9(36.0)	15(60.0)			
ระดับปานกลาง	4(7.6)	36(67.9)	13(24.5)			
ระดับสูง	34(11.4)	171(57.6)	92(31.0)			
ทัศนคติ				74.292	4	0.001*
ระดับต่ำ	16(19.1)	59(70.2)	9(10.7)			
ระดับปานกลาง	18(10.8)	112(67.5)	36(21.7)			
ระดับสูง	5(4.0)	45(36.0)	75(60.0)			

หมายเหตุ * = p-value $\leq$ 0.05

อภิปรายผล (Discussions)

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.8 มีความสนใจในเรื่องสุขภาพผิวของตนเอง จึงทำให้เกิดการแสวงหาการบำรุงรักษาผิวพรรณในวิธีการต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพผิวของตนเองให้ขาวใสดูดีอยู่เสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐานิสร์ ไกรกังวาร และธรรมวิมล สุขเสริม (2562) ศึกษาการตัดสินใจซื้อครีมกันแดดทาผิวกายของลูกค้าในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เพศหญิงพบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ จุฑารัตน์ ทองสนิท (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหน้าออร์แกนิกของผู้บริโภคที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อการ

ตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหน้าออร์แกนิกเป็นประจำของผู้บริโภคที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปพน สรรค์ กลั่นเรืองแสงและคณะ (2561) ศึกษาการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มความใสของผิวพรรณในกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มความใสของผิวพรรณในกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มคณะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ และ อำนาจในการทำนายของการรับรู้ความเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักศึกษาพยาบาลที่มีความสัมพันธ์ และ อำนาจในการทำนายของการรับรู้ความเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมความงามของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 190 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นและ แบบมีระบบจากการทดสอบแบบไคสแควร์ (Chi-square Test) กลุ่มคณะมีความสัมพันธ์ต่อการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นกับกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.01$

เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปพน สรรค์ กลั่นเรืองแสงและ คณะ (2561) ศึกษาการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ เพื่อเพิ่มความขาวใสของผิวพรรณในกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 บริโภคผลิตภัณฑ์ เพื่อเพิ่มความขาวใสของผิวพรรณ การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยแบบโลจิสติกส์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์การไม่พึงพอใจต่อผิวพรรณของตนเองความรู้ในเรื่องของผลิตภัณฑ์เสริมเพื่อเพิ่มความขาวใสของผิวพรรณ การได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้มีรายได้ ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป ผลการวิจัยนั้นนำไปสู่การให้ความรู้และ สร้างการสื่อสารเกี่ยวกับการบริโภค ผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มความขาวใส จากการทดสอบแบบไคสแควร์ (Chi-square Test) รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น กับกลุ่มตัวอย่าง

การแพ้งค์ผลิตภัณฑ์โลชั่นมาก่อนหรือไม่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น สอดคล้องกับงานวิจัยของเอกพล ลิมพงษา และคณะ (2558) ศึกษาการตั้งตำหรับและประเมินผลิตภัณฑ์พอกหน้าทีเตรียมจากข้าวหอมมะลิไทย ผลการวิจัยพบว่า การระคายเคืองผิวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์พอกหน้า

ภูมิลำเนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นโดยพบว่านิสิตส่วนใหญ่ที่มีจากภูมิลำเนาในภาคเหนือมีความสัมพันธ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณดา อภิวัฒน์ชาญกุล และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางดูแลผิวหน้าของผู้หญิงทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่มีภูมิลำเนา อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาและรายได้ โดยเฉลี่ยต่อเดือนบำรุงผิวกายเพื่อป้องกันแสงแดดของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านผลิตภัณฑ์ด้านราคา ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และด้านการส่งเสริมการตลาดมีพฤติกรรมการใช้และการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหน้าด้านค่าใช้จ่าย และด้านเหตุผลที่ตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

2. ความสัมพันธ์ของส่วนประสมทางการตลาดในการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

ส่วนประสมทางการตลาดมีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับส่วนประสมทางการตลาดในการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นที่ทำให้ผิวขาวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.5 สอดคล้องกับนภาพิพย์ ไตรกุลนิภัทร (2559) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์กันแดดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่าการรับรู้มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของผู้บริโภคต่อส่วนประสมทางการตลาดที่มีความสัมพันธ์ต่อปัจจัยด้านช่องทางการจัดจำหน่าย และการโฆษณา มีผลต่อการตัดสินใจ เลือกซื้อผลิตภัณฑ์กันแดดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} = 0.008$

3. ความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

ความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.2 และ สอดคล้องกับ ปพนสรร์ กลั่นเรืองแสง (2561) ศึกษาการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มความขาวใสของผิวพรรณในกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในเรื่องของผลิตภัณฑ์เสริมเพื่อเพิ่มความขาวใสของผิวพรรณมีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มความขาวของผิวโดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สูงมีแนวโน้มในการใช้ผลิตภัณฑ์มากขึ้น การศึกษาในประเทศรวันดา พบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ถึงผลข้างเคียงและอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มความขาวแต่ก็ยังใช้ผลิตภัณฑ์ต่อไป

4. ความสัมพันธ์ของทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.3 และสอดคล้องกับ วารุณี จิรารัตนกุลชัย (2554) ศึกษาเรื่องค่านิยมการมีผิวขาว ความพึงพอใจในสีผิว ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทบำรุงผิวของผู้หญิงใน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ค่านิยมการมีผิวขาวของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในสีผิว ค่านิยมการมีสีผิวขาวของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทบำรุงผิว ค่านิยมการมีผิวขาวของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคด้านการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทบำรุงผิว ความพึงพอใจในสีผิวของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทบำรุงผิว และ ความพึงพอใจในสีผิวของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค ด้านการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทบำรุงผิวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} \leq 0.05$ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยคาดว่าผู้ที่ผู้บริโภคมีความตั้งใจที่จะบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทบำรุงผิวจะต้องมีแรงกระตุ้นหรือมีความต้องการบางสิ่งที่จะคาดหวังจะได้รับหลังจากการบริโภค เช่น คุณประโยชน์ต่อร่างกายผิวพรรณที่ดีขาวขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. จากการศึกษาส่วนประสมทางการตลาดในการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตชั้นปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้บริโภคส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นที่มีความหลากหลาย จึงส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิตที่ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นในการดูแลสุขภาพผิวของตนเอง เนื่องจากส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในผลิตภัณฑ์โลชั่น ขาดผู้เชี่ยวชาญด้านผลิตภัณฑ์โลชั่นในการให้ความรู้อย่างจริงจัง ดังนั้นจึงควรมีการบริการแนะนำในเรื่องผลิตภัณฑ์โลชั่นให้กับผู้บริโภคเพิ่มมากขึ้น

2. จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิต พบว่า เพศหญิงมีความต้องการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์โลชั่นมากกว่าเพศชาย ดังนั้น ผู้ประกอบการควรทำการศึกษาพฤติกรรม และความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของเพศชายให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อวางแผนทางด้านการกลยุทธ์ในการสร้างยอดขาย หรือออกผลิตภัณฑ์โลชั่นใหม่สำหรับเพศชายโดยเฉพาะ เพื่อเพิ่มยอดขายจากลูกค้ากลุ่มนี้

3. จากการศึกษาความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นของนิสิต พบว่า ความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับสูง ในช่วงอายุ 20 ปี แต่ช่วงอายุอื่นมีความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นอยู่ในระดับปานกลาง และมีความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นระดับต่ำ ซึ่งยังขาดความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่น ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมและสร้างความรู้เกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์โลชั่นให้เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

- จุฑารัตน์ ทองสนธิ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ดูแลผิวหน้าออร์แกนิกของผู้บริโภคที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์. 3(2): 9-11.
- ฐานิสร ไกรกังวาร และธรรมวิมล สุขเสริม. (2562). การตัดสินใจซื้อครีมกันแดดทาผิวของลูกค้านิคมอุตสาหกรรมลาดกระบัง. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 9(3):202-212.
- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, บุษยา สังขชาติ, ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์ และคณะ. (2562). ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 5(2): 258-271.
- นภาพิพย์ ไตรกุลนิภัทร. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์กันแดดในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์การศึกษาด้านบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปพนสรณ์ กลิ่นเรืองแสง มลินี สมภาพเจริญ และณัฐนารี เอมมรงค์. (2561). การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มความใสของผิวพรรณในกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 18(1):13-23.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ:เจ้าพระยาการพิมพ์.
- รัตนพร ฉัตรมงคล. (2561). กฎหมายคุ้มครองการซื้อเครื่องสำอางผ่านสื่อออนไลน์. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 4 (1): 88-97.
- วีรพล วัฒนกุลจรัส. (2558). สวยเกาหลี สวยให้สุด. เข้าถึงได้จาก <http://www.chicministry.com>
- วารุณี จิรารัตนกุลชัย. (2554). ค่านิยมการมีผิวขาว ความพึงพอใจในสีผิว ทักษะคิด และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทบำรุงผิวของผู้หญิงในกรุงเทพมหานคร. งานนิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสื่อสารการตลาด, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เอกพล ลิมพงษา, นภภัค ใจภักดี และศิริรัตน์ ดีศีลธรรม (2558). การตั้งตำหรับและประเมินผลิตภัณฑ์พอกหน้าที่ทำจากข้าวหอมมะลิไทย. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 19 (6):905-915.
- Best, J. W. (1977). Research in Education. (3rded). New Jersey: Prentice hall Inc.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 30(3):607- 610.

Nursing Professional Leadership in Mahidol University Hospitals

Dusadee Benjachat* Chardsumon Prutipinyo** Piyatida Khajornchaikul**

Received 4 May 2021; Revised 8 June 2021; Accepted 11 June 2021

Abstract

This survey research at studying levels of nursing professional leadership and analyzing influences between work characteristics perception and organizational climate within nursing professional leadership in Mahidol University hospitals. The samples consisted of 330 professional nurses working full-time at least 1 year in the Nursing Department at a Mahidol University hospital. Questionnaires were used to collect data.

The research findings revealed an overall high level of nursing professional leadership. From the hypothesis testing results, the factors influencing nursing professional leadership in Mahidol University hospitals with statistical significance were the variables of job characteristics perception and organizational climate: autonomy (Beta=0.323), organizational culture (Beta=0.202), task identity (Beta=0.166), skill variety (Beta=0.136), organizational structure (Beta=0.130) and work environment (Beta=0.085), which positively affected nursing professional leadership in Mahidol University hospitals at 58.2% .

Some recommendations from the research -- the executives should let professional nurses work by applying their knowledge and ability directly in alignment with their skills and experience. This would help them feel valuable in achieving work assigned and accomplishing goals.

Keywords: nursing professional leadership; work characteristics perception; organizational climate perception

* Student in M.Sc. (Public Health) Major in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University, Corresponding author: Nanny171614@gmail.com

** Faculty of Public Health, Mahidol University

ภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

ดุชนิ เบ็ญจชาติ* ฉัตรสมน พงศ์ภิญโญ** ปิยะธิดา ขจรชัยกุล**

วันที่รับบทความ 4 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไขบทความ 8 มิถุนายน 2564; วันที่ตอบรับบทความ 11 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพและวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างการเรียนรู้คุณลักษณะงานและบรรยายกาของค์กรกับภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในฝ่ายการพยาบาลเต็มเวลาอย่างน้อย 1 ปี ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลแห่งหนึ่งจำนวน 330 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่ากลุ่มตัวแปรการเรียนรู้คุณลักษณะงานและกลุ่มตัวแปรบรรยายองค์ได้แก่ ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน ($Beta=0.323$) วัฒนธรรม ($Beta=0.202$) ความมีเอกลักษณ์ของงาน ($Beta=0.166$) ความหลากหลายของงาน ($Beta=0.136$) โครงสร้าง ($Beta=0.130$) และสภาพแวดล้อม ($Beta=0.085$) มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งส่งผลทางบวกกับภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลได้ร้อยละ 58.2

การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะคือ ผู้บริหารควรให้กลุ่มงานพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานโดยมีอิสระตัดสินใจเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการปฏิบัติงานตามความเหมาะสมเกี่ยวกับงานที่ได้รับผิดชอบด้วยตนเองภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพ; การรับรู้คุณลักษณะงาน; การรับรู้บรรยายกาของค์กร

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้รับผิดชอบบทความ ติดต่อ Nanny171614@gmail.com

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคแห่งข้อมูลข่าวสาร ร่วมกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงการแข่งขันและพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้ง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและแนวโน้มปัญหาสุขภาพในอนาคต การให้บริการสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยนตามกล่าวคือความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสารระบบคอมพิวเตอร์และสารสนเทศทำให้วิชาชีพพยาบาลต้องมีการพัฒนาและเพิ่มทักษะทางด้านการบริหาร และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลมีมาตรฐานและตอบสนองต่อความต้องการของสังคม และผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเช่นเดียวกับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลในยุคที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนั้น การปฏิบัติงานต้องมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาตนเองมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้และรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งยังต้องมีความสามารถดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมสามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งการปฏิบัติงานจะแสดงออกถึงความเป็นวิชาชีพการปฏิบัติงานจึงเป็นสาระสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล (ปิยรัตน์ วัฒนา, 2551)

มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นมหาวิทยาลัยที่ทำหน้าที่ครบวงจรด้านสาธารณสุขทั้งด้านการให้บริการด้านการเรียนการสอนและการทำวิจัยสร้างความเป็นเลิศทางด้านสุขภาพ ศาสตร์ ศิลป์ และนวัตกรรมบนพื้นฐานของคุณธรรม เพื่อสังคมไทย และประโยชน์ สุขแก่มวลมนุษยชาติ โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งนับได้ว่าเป็นโรงพยาบาลผู้นำและผู้ชี้นำทางการแพทย์ที่ได้รับความเชื่อถือระดับสากลและสร้างองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์ระดับประเทศ เปิดดำเนินการระดับตติยภูมิขั้นสูง(Super tertiary care)มีการวิจัยและพัฒนากิจการการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กร ส่องครึ้มแห่งการเรียนรู้ มุ่งสู่ความเป็นเลิศอย่างยั่งยืน

พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้มาใช้บริการทางการพยาบาลใกล้ชิดที่สุด จึงจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมตัว ต้องเร่งพัฒนาตนเองเพื่อให้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ มีความรู้ความชำนาญและทักษะด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทักษะทางด้านภาษาต่างประเทศการดูแลช่วยเหลือสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ดีวางแผนให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีให้คำปรึกษาสอนสุขศึกษาแก่ผู้ให้บริการความสามารถด้านการจัดการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพทุกระดับยังต้องการพัฒนาสมรรถนะทุกด้านอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะด้านภาวะผู้นำ การ

จัดการ และการพัฒนาคุณภาพ ให้มีภาวะผู้นำ การบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพพยาบาล การทำงานเป็นทีม การใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด (สภาการพยาบาล:2553)

ภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรพฤติกรรมภาวะผู้นำแบบปฏิรูปเป็นกระบวนการสร้างความผูกพันของลูกน้องผู้ปฏิบัติงานด้วยค่านิยมและวิสัยทัศน์ร่วมเหมาะสมอย่างยิ่ง กับบริบทของการจัดการเปลี่ยนแปลงยุคปัจจุบันที่จำเป็นต้องสร้างสัมพันธภาพของผู้นำกับผู้ตามบนพื้นฐานของความไว้วางใจต่อกันสร้างแรงบันดาลใจทำให้เกิดประสิทธิภาพในการนำองค์กรให้ประสบความสำเร็จและการบริหารจัดการตนเองและงานที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสมวิชาชีพพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนา และเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร โดยเพิ่มทักษะด้านบริหารทักษะภาวะผู้นำ และการปฏิบัติการพยาบาลการรับรู้วัฒนธรรมองค์กรบรรยากาศองค์กรโครงสร้างองค์กรและสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน เพื่อให้การพยาบาลมีมาตรฐานและได้ผลลัพธ์ที่ดีตอบสนองความต้องการทางสังคมและประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ(Laura Mahlmeister, 1999) การรับรู้คุณลักษณะงานบรรยากาศองค์กรและสภาพแวดล้อมเป็นองค์ประกอบภายในองค์กร ซึ่งบุคคลในองค์กรรับรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และมีอิทธิพลต่อการจูงใจและการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กรเป็นสำคัญประการหนึ่งเกี่ยวกับสภาพที่มองเห็นของแต่ละบุคคล ซึ่งเข้าใจถึงสิ่งต่าง ๆ ภายในองค์กรที่เป็นอยู่ลักษณะของสภาพแวดล้อมภายในองค์กรบรรยากาศองค์กรนั้นมีผลกระทบต่อทัศนคติและพฤติกรรมในการทำงาน และมีบทบาทต่อประสิทธิภาพขององค์กร(Steers)

จากสาเหตุดังกล่าวผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษารั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพด้านการรับรู้คุณลักษณะงานบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพในองค์กรและสามารถรับรู้การปฏิบัติงานต่อองค์กรและผู้มารับบริการได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ และเพื่อในการวางแผนการเตรียมเป็นผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

ศึกษาระดับภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล และอิทธิพลระหว่างการรับรู้คุณลักษณะงานบรรยากาศองค์กรกับภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

วิธีการดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ปฏิบัติงานทุกหน่วยในสังกัดฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลแห่งหนึ่งเต็มเวลาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 330 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประเมินตนเอง ประเด็นแบบสอบถามประกอบด้วย การรับรู้คุณลักษณะงานบรรยายภาคองค์กรและสภาพแวดล้อมในองค์กร การสร้างเครื่องมือซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาข้อมูล แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบstepwise

การวิจัยครั้งนี้ผ่านกระบวนการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับการอนุมัติ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 (COA. NO. Si 152/2020)

ผลการวิจัย (Results)

ส่วนที่1 ศึกษาข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

ลักษณะบุคคลพบว่า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 330 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 319 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 รองลงมา เป็นเพศชาย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 พยาบาลวิชาชีพมีอายุระหว่าง 25 - 35 ปี จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 47.58 รองลงมา มีอายุระหว่าง 36 - 45 ปี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 มีอายุน้อยกว่า 25 ปี จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 17.88 อายุระหว่าง 46 - 55 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 10.30 และสุดท้ายอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 4.24 ตามลำดับพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 85.15 รองลงมา สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 14.85 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีระดับตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงานจำนวน 294 คน คิดเป็นร้อยละ 89.09 รองลงมา พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 5.76 พยาบาลระดับชำนาญการพิเศษ จำนวน 16 คน

คิดเป็นร้อยละ 4.85 และสุดท้ายพยาบาลวิชาชีพระดับเชี่ยวชาญ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ .30 ตามลำดับพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 37.27 รองลงมา ระยะเวลาการปฏิบัติงานระหว่าง 5-15 ปี จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 33.94 ระยะเวลาการปฏิบัติงานระหว่าง 16 -25 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 19.70 ระยะเวลาการปฏิบัติงานระหว่าง 26-35 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27 และสุดท้าย ระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่า 35 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ มีดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ

ภาวะผู้นำ	Mean	S.D.	ระดับ	ลำดับ ที่
1. มีความสามารถสร้างความภาคภูมิใจในสัมพันธภาพระหว่างการทำงานได้	3.65	.690	มาก	19
2. งานที่สามารถทำในสิ่งที่เหนือความคาดหมายได้เสมอ	3.74	1.714	มาก	17
3. มีความสามารถใช้เชาว์ปัญญาเปลี่ยนแปลงเพื่อนร่วมงานได้	3.45	.756	มาก	24
4. การตื่นตัวหรือเตรียมความพร้อม กับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น	3.94	.596	มาก	11
5. การเห็นคุณค่าของผู้ร่วมงานเสมอ	4.29	.628	มากที่สุด	1
6.การให้ความสำคัญกับความเชื่อและค่านิยมตนเองมากที่สุด	3.96	.610	มาก	10
7. การมุ่งเน้นการพัฒนาระดับการทำงานของผู้ร่วมงาน	3.88	.637	มาก	12

ภาวะผู้นำ	Mean	S.D.	ระดับ	ลำดับ ที่
8. การได้ร่วมวางแผนให้ผู้ปฏิบัติ ตามผ่านการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน	3.85	.642	มาก	13
9. การทำงานเป็นทีม	4.29	.642	มากที่สุด	2
10. มีความสามารถสร้างแรงบันดาลใจเพื่อนร่วมงานได้	3.55	.779	มาก	21
11. มีความกระตือรือร้นรับงานที่ปฏิบัติ	3.54	.784	มาก	22
12.คำนึงถึงความต้องการของเพื่อน ร่วมงานเสมอ	3.99	.606	มาก	9
13. มีความตั้งใจจนประสบ ความสำเร็จจากการปฏิบัติงาน	4.23	2.281	มากที่สุด	3
14.มีความสามารถมีการกระจาย อำนาจในการทำงานทั่วถึง	4.08	.628	มาก	6
15. มีความสามารถโน้มน้าวผู้ ปฏิบัติตามได้ดี	3.77	.667	มาก	16
16. ความเสียสละผลประโยชน์ ส่วนตัวเพื่อส่วนรวม	3.70	.677	มาก	18
17.ความเปิดใจรับฟังความคิดเห็น ของผู้ร่วมงาน	4.04	.602	มาก	7
18.การปล่อยให้ลูกน้องทำงานแบบ สบายๆ	4.19	.588	มาก	4
19. การมีอิสระก็ทำได้ให้องค์กร สำเร็จ	3.46	.810	มาก	23
20. การรับฟังปัญหาเพื่อนร่วมงาน เสมอ	3.84	.720	มาก	14

ภาวะผู้นำ	Mean	S.D.	ระดับ	ลำดับ ที่
21. การทำให้ผู้ปฏิบัติตามเกิดความเชื่อมั่นในการทำสิ่งต่างๆ	4.16	.574	มาก	5
22. การทำงานโดยไม่ต้องออกคำสั่ง	3.83	.628	มาก	15
23. การรับฟังปัญหาเพื่อนร่วมงานและช่วยแก้ไขให้	3.58	.760	มาก	20
24. การแนะนำการทำงานที่เป็นประโยชน์แก่เพื่อนร่วมงาน	4.02	.626	มาก	8
ค่าเฉลี่ยรวม	3.88	.422	มาก	

ผลจากการศึกษาระดับภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.88 เมื่อพิจารณารายละเอียด พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญการเห็นคุณค่าของผู้ร่วมงานเสมอ และการทำงานเป็นทีม มีค่าเฉลี่ย 4.29 รองลงมา มีความตั้งใจจนประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 4.23 ถ้าเป็นผู้นำการปล่อยให้ลูกน้องทำงานแบบสบายๆ มีค่าเฉลี่ย 4.19 มีความสามารถทำให้ผู้ปฏิบัติตามเกิดความเชื่อมั่นในการทำสิ่งต่างๆ มีค่าเฉลี่ย 4.16 ความสามารถมีการกระจายอำนาจในการทำงานทั่วถึงมีค่าเฉลี่ย 4.08 เปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงานมีค่าเฉลี่ย 4.04 สามารถจะแนะนำการทำงานที่เป็นประโยชน์แก่เพื่อนร่วมงานมีค่าเฉลี่ย 4.02 มีความคำนึงถึงความต้องการของเพื่อนร่วมงานเสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.99 ให้ความสำคัญกับความเชื่อและค่านิยมตนเองมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย 3.96 มีการตื่นตัวหรือเตรียมความพร้อม กับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นมีค่าเฉลี่ย 3.94 มุ่งเน้นการพัฒนายกระดับการทำงานของเพื่อนร่วมงาน มีค่าเฉลี่ย 3.88 การได้ร่วมวางแผนให้ผู้ปฏิบัติตามผ่านการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันมีค่าเฉลี่ย 3.85 สามารถรับฟังปัญหาเพื่อนร่วมงานเสมอ 3.84 สามารถทำงานโดยไม่ต้องออกคำสั่งมีค่าเฉลี่ย 3.83 มีความสามารถโน้มน้าวผู้ปฏิบัติตามได้ดี มีค่าเฉลี่ย 3.77 งานที่ทำสามารถทำในสิ่งที่เหนือความคาดหมายได้เสมอ มีค่าเฉลี่ย 3.74 มีความเสียสละผลประโยชน์ส่วนตัวเพื่อส่วนรวม มีค่าเฉลี่ย 3.70 มีความสามารถสร้างความภาคภูมิใจในสัมพันธภาพระหว่างการทำงานได้มีค่าเฉลี่ย 3.65 การรับฟังปัญหาเพื่อนร่วมงานและช่วยแก้ไขให้ มีค่าเฉลี่ย 3.58 มีความสามารถ

สร้างแรงบันดาลใจเพื่อนร่วมงานได้ มีค่าเฉลี่ย 3.55 มีความกระตือรือร้นทำงานที่ปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 3.54 การมีอิสระก็ทำให้องค์กรสำเร็จ มีค่าเฉลี่ย 3.46 และสุดท้ายมีความสามารถใช้เช่าทรัพย์สินเปลี่ยนแปลงเพื่อนร่วมงานได้ มีค่าเฉลี่ย 3.45 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุของภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจัย	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for Beta	
						Lower	Upper
						Bound	Bound
การรับรู้คุณลักษณะงาน							
ความหลากหลายของงาน	0.117	0.040	0.136	2.907	0.004	0.038	0.196
ความมีเอกลักษณ์ของงาน	0.144	0.045	0.166	3.219	0.001	0.056	0.232
ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน	0.315	0.048	0.323	6.576	<0.001	0.221	0.409
บรรยากาศขององค์กร							
โครงสร้างองค์กร	0.094	0.032	0.130	2.930	0.004	0.031	0.157
วัฒนธรรม	0.156	0.035	0.202	4.493	<0.001	0.088	0.224
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	0.040	0.017	0.085	2.296	0.022	0.006	0.074

** Selection variables based on stepwise elimination method. **

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ(Multiple Regression Analysis) เท่ากับ 0.763 ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) เท่ากับ 0.582 ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจที่ปรับค่าแล้ว ($R^2_{adjusted}$) เท่ากับ 0.574 และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการตัดสินใจ (Standard Error) เท่ากับ 0.276

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวแปร 2 กลุ่มหลังจากปรับตัวแปรกวน (Confounding Factors) แล้วพบว่า ขนาดน้ำหนักกลุ่มตัวแปร การรับรู้คุณลักษณะงานและบรรยากาศองค์กร ได้แก่ ความมี

อิสระในการปฏิบัติงาน (Beta=0.323) วัฒนธรรม (Beta=0.202) ความมีเอกลักษณ์ของงาน (Beta=0.166) ความหลากหลายของงาน (Beta=0.136) โครงสร้าง (Beta=0.130) และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (Beta=0.085) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล (Discussions)

ระดับภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

จากผลวิจัยพบว่า ระดับภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพ ภาพรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.88 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นหญิง มีอายุระหว่าง 25 - 35 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ระดับตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเห็นคุณค่าของผู้ร่วมงานเสมอและทำงานเป็นทีมมากกว่า รองลงมา มีความตั้งใจจนประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติงาน เปิดใจรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงาน รับฟังปัญหา คำนึงถึงความต้องการของเพื่อนร่วมงานเสมอ เสียสละผลประโยชน์ส่วนตัวเพื่อส่วนร่วม อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลมีภาวะผู้นำในตนเองในทุกระดับตำแหน่งถึงมีอายุน้อยมีประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปีแต่สามารถเห็นคุณค่าการปฏิบัติงานวางแผนการภายในทำงานให้สำเร็จ ล่วงได้ดีไม่ว่าจะอยู่สถานการณ์ใดสามารถขับเคลื่อนการปฏิบัติงานให้บรรลุตามนโยบาย พันธกิจ เป้าหมายขององค์กรได้สำเร็จสาเหตุอาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล คณะผู้บริหารมีแนวคิดและปฏิบัติตัวนำองค์กรเกิดการจัดการความรู้ในองค์กรเพื่อนำมาพัฒนาการจัดการความรู้ในองค์กรให้เหมาะสมกับการบริหารจัดการและวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลสามารถใช้ความรู้ในองค์กรของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนนำมาใช้ประโยชน์ในการเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันและพัฒนาองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้มุ่งความเป็นเลิศอย่างยั่งยืนตามเป้าหมายขององค์กรยกตัวอย่างเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์กรในที่นี่ในการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลคือ การประยุกต์เครื่องมือและวิธีการประเมินความรู้ เป็นต้น ทั้งหมดนี้จะ ขับเคลื่อนพร้อมกันทั้งองค์กร โดยส่งเสริมให้มี CQI, Innovation, KM, R2R ซึ่งมีผลทางอ้อมต่อการมีภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพในแผนกต่างๆของโรงพยาบาลศิริราชสอดคล้องกับพันทิวา สุพัฒนาภรณ์ (2556) ที่ว่าภาวะผู้นำเป็นกระบวนการที่ผู้นำใช้อิทธิพลหรืออำนาจที่มีอยู่ในการชักนำหรือโน้มน้าวให้ผู้อื่นได้บังคับบัญชาปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

สอดคล้องกับงานวิจัยของ M Moradi (2016) ที่ศึกษาการวิเคราะห์ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพบว่าภาวะผู้นำขององค์กรมีบทบาทสำคัญมากขึ้นและถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องกระตุ้นสมาชิกขององค์กรเพื่อทำการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานให้เป็นรากฐานขององค์กรเพื่อเตรียมพร้อมและเพิ่มขีดความสามารถที่จำเป็นสำหรับการก้าวไปสู่ทิศทางใหม่อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

1. ความมีอิสระในการปฏิบัติงานสามารถส่งผลเชิงบวกต่อภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลมากที่สุดที่เป็นเช่นนี้พบว่าโรงพยาบาลศิริราชให้ความอิสระในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นลักษณะงานที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระเสรีภาพ สามารถใช้ดุลพินิจ และตัดสินใจด้วยตนเองในการกำหนดเวลาทำงาน และวิธีปฏิบัติงาน บุคลากรได้ปฏิบัติงานอย่างเต็ม ความรู้ความสามารถ จะมีความรู้สึกรู้ว่าต้องทุ่มเทกำลังความสามารถ ทำประโยชน์ให้แก่องค์กร และยังทำให้เกิด ความรู้สึกของความเป็นเจ้าขององค์กร ซึ่งจะเพิ่มความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยในองค์กรมากขึ้นการที่องค์กรมีความเป็นอิสระในการทำงาน มีความอิสระในการตัดสินใจมีความอิสระเลือกวิธีการทำงานพร้อม ๆ กับการสนับสนุนของผู้นำในองค์กร สอดคล้องกับฉันทวรรณ เอ็งฉ้วน(2560) ที่พบว่า ความมีอิสระในงานมีอิทธิพลทางบวกกับประสิทธิผลของการทำงาน สอดคล้องแนวคิด Hackman and Oldham (1980) งานที่ปฏิบัติมีเสรีภาพอิสระในการปฏิบัติงานใช้ความพยายามความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์งาน ตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ในงานของตนเองโดยไม่ต้องรับการควบคุมจากผู้บังคับบัญชาหรือปฏิบัติตามคู่มือแต่เพียงอย่างเดียว

2. วัฒนธรรมขององค์กรสามารถส่งผลเชิงบวกต่อภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่าวัฒนธรรมองค์กรส่งผลให้ภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลมีความตระหนักรู้ร่วมกันของสมาชิกในองค์กรเป็นค่านิยมหลักที่บุคลากรยึดถืออย่างมั่นคงสุภาพนี้ สฤญวณิช (2552) กล่าวว่า วัฒนธรรมองค์กรเป็นสิ่งสำคัญที่มีบทบาทต่อองค์กรเป็นกลไกควบคุมพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมีความภูมิใจที่เป็นสมาชิกขององค์กรช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานให้บรรลุภารกิจขององค์กร Sveiby (2001) ระบุว่า วัฒนธรรมของการทำงานร่วมกันและความไว้วางใจ ช่วยส่งเสริมกระบวนการจัดการจนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กรซึ่งเป็น ความเชื่อ ความคิด ค่านิยม และวิธีปฏิบัติของสมาชิก สอดคล้องกับรุ่ง โอซารส(2559)ที่ศึกษาวิจัย

พบว่า ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์การได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง สามารถทำนายวัฒนธรรมองค์การได้ร้อยละ 59.00 ได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์การในระดับสูง ($DE=1.19, p<.05$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. ความมีเอกลักษณ์ของงานสามารถส่งผลเชิงบวกต่อภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล จากผลวิจัยพบว่า องค์การพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลมีการปฏิบัติงานตามคู่มืองานการพยาบาลทำให้ความมีเอกลักษณ์ของงานที่บุคลากรในองค์กรรับรู้และปฏิบัติในตำแหน่งที่ของแต่ละบุคคลทุกขั้นตอนของการทำงานและบุคลากรสามารถทำงานตามขั้นตอนได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นกระบวนการการทำงานทำให้เกิดผลงาน โดยมีการจัดแบ่งบทบาทและหน้าที่ ความรับผิดชอบ กระจายงานกันตามความรู้ความสามารถ และความถนัดของสมาชิก ซึ่งสอดคล้องกับสมคิด บางโม (2550, หน้า 116) การกำหนดหน้าที่งานกิจกรรมหรือภารกิจหน้าที่ งานที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

4. ความหลากหลายของงานสามารถส่งผลเชิงบวกต่อภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลจากผลวิจัยองค์การโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลมีขนาดใหญ่ที่มีหลากหลายแผนกหลากหลายส่วนงานย่อมเกิดความหลากหลายทางวิชาชีพตลอดจนทักษะในการทำงานที่แตกต่างกันอยู่แล้ว แต่ละวิชาชีพต่างก็ถูกปูพื้นฐานความรู้ตลอดจนความคิดเห็นในลักษณะที่แตกต่างกันอีกด้วย ดังนั้นองค์กรขนาดใหญ่จึงมีความหลากหลายทางความคิด การแสดงความคิดเห็น วิธีการจัดการ ตลอดจนความสามารถที่ต่างกันไป ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทำให้องค์กรเคลื่อนที่ไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยงานหลากหลายลักษณะซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hackman & Oldham (1980) ที่กล่าวว่า ในการทำงานนั้นผู้ทำได้ใช้ความรู้ หรือทักษะที่หลากหลายในการทำงานมากน้อยแค่ไหนยิ่งทำทายมาก รับรู้ว่างานที่ปฏิบัติได้ใช้ทักษะกิจกรรม ประสบการณ์ และความชำนาญหลายๆด้าน ลักษณะของงานที่ทำทายความสามารถและมีความหมาย มุ่งองค์ความรู้กับความรู้และความรับผิดชอบในงานนั้น รวมทั้งได้ใช้สติปัญญาในการปฏิบัติงานเพื่อให้งานสำเร็จบรรลุเป้าหมาย

5. โครงสร้างขององค์กรสามารถส่งผลเชิงบวกต่อภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่าโครงสร้างองค์กรเป็นพื้นฐานและความสำคัญของบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพบรรยากาศองค์กรเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับสภาพที่มองเห็นของแต่ละบุคคลซึ่งเข้าใจถึงสิ่งต่าง ๆ ภายในองค์กรที่เป็นอยู่ Litwin & Stringer (1968) กล่าวว่าโครงสร้าง ปัจจัยนี้กล่าวถึงการกำหนดขนาดของโครงสร้างขององค์กรที่นำไปใช้กับงาน

ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่กำหนดขึ้นมาโดยผู้บังคับบัญชาหรือองค์กรต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง สมมติพัสสามิกดิ์(2557)ที่ทำการศึกษาศึกษาความสัมพันธ์ของโครงสร้างองค์การกับพฤติกรรมที่แสดงถึง ความพึงพอใจในการทำงานและระดับความสุขของพนักงาน : กรณีศึกษา พนักงานในบริษัทในพื้นที่แขวงสีลม พบว่า โครงสร้างองค์การมีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึก ทางบวก หรือทางลบของพนักงานและก่อให้เกิดเป็นความสุขของพนักงานตามมาโดยปัจจัยที่สัมพันธ์ กับระดับความสุขในการทำงานของพนักงานคือ ภาระงานที่พนักงานได้รับมอบหมาย ความสัมพันธ์ กับเพื่อนร่วมงานผู้บังคับบัญชา ด้านความรักในการทำงาน ด้านการทำงานให้สำเร็จและการได้รับการ เป็นที่ยอมรับจากบุคคลรอบข้าง

6. สภาพแวดล้อมในการทำงานขององค์กรสามารถส่งผลเชิงบวกต่อภาวะผู้นำพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่าสภาพแวดล้อมการทำงานในองค์กรให้เอื้อต่อการทำงาน สร้างแรงจูงใจที่ดีพัฒนาศักยภาพการทำงาน ความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพและทำให้พยาบาลวิชาชีพไว้วางใจ ยอมรับ ความสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีส่งเสริมการทำงานเป็นทีมสร้างบรรยากาศการทำงานเป็นมิตร ช่วยเหลือและร่วมมือกันเมื่อหน่วยงานมีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี Pearcell (2007) กล่าวว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานว่าเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อ ความศรัทธาคุณค่า ทศนคติและการดำเนินชีวิตของบุคลากรในองค์กร ศิวพร โปทยานนท์ (2554, หน้า. 28) ได้กล่าวว่าสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและความรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ โดยอาจเป็นสิ่งที่ส่งเสริมเอื้อประโยชน์ต่อการทำงานหรืออาจเป็นอุปสรรคต่อการทำงานสอดคล้องกับ ศุภลักษณ์ พรหมศรี (2558) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีความเหมาะสมทั้งทางด้านกายภาพ ด้านสังคม และด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะการวิจัย (Recommendations)

1. ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลควรสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรให้เกิดความก้าวหน้าในสายวิชาชีพและการปฏิบัติงานให้ตามเป้าหมายขององค์กรโดยคำนึงถึงความสามารถทักษะ ส่วนบุคคลที่ปฏิบัติงานเพื่อให้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย
2. ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลพิจารณาให้พยาบาลวิชาชีพมีอิสระตัดสินใจเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการปฏิบัติงานตามความเหมาะสมเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบด้วยตนเองภายใต้ขอบเขตวิชาชีพและสามารถปฏิบัติงานตามคู่มือหรือตามคำสั่งอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง (References)

- ฉันทวรรณ เอ็งฉ้วน (2560). อิทธิพลของควมมีอิสระในการทำงานกับบุคลิกภาพด้านเปิด
ประสบการณ์ และบุคลิกภาพด้านสำนึกในหน้าที่และการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ที่มีต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาจารย์มหาวิทยาลัยในจังหวัดชุมพร. วารสาร
อิเล็กทรอนิกส์การเรียนรู้ทางไกลเชิงนวัตกรรม, 7 (1) :มกราคม-มิถุนายน 2560.
- ปิยรัตน์ วัฒนา (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย
การเรียนรู้ตลอดชีวิตกับการปฏิบัติงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิต
วิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันทิวา สุพัฒนามากรณ์ (2556). ภาวะผู้นำที่ส่งผลต่อวัฒนธรรมองค์กร กรณีบริษัท ไทยอริฟิวดส์
จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร
ศาสตร์.
- รุ่ง โอหารส (2559). ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและวัฒนธรรมองค์กรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
การเป็นสมาชิกที่ดีของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการที่3กระ ทรวง
สาธารณสุข, 17(3): กันยายน-ธันวาคม 2559.
- ศุภลักษณ์ พรหมศรี (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานการรับรู้รูปแบบ
ภาวะผู้นำของพนักงาน ความผูกพันในงานกับความพึงพอใจในงาน. วิทยานิพนธ์ศิลปศา
สตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิวพร โปทยานนท์ (2554). พฤติกรรมของผู้นำและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งผลต่อความ
สร้างสรรค์ในงานของบุคลากร กรณีศึกษา องค์การธุรกิจไทยที่มีนวัตกรรมยอดเยี่ยมปี
2552. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 52 (3).
- สภาการพยาบาล (2553). พระราชบัญญัติวิชาชีพ การพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่
แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- สมคิด บางโม (2550). องค์การและการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- สมณทิพย์ สามิภักดิ์ (2557). การศึกษาความสัมพันธ์ของโครงสร้างองค์การกับพฤติกรรมที่แสดง
ถึงความพึงพอใจในการทำงานและระดับความสุขของพนักงาน: กรณีศึกษา พนักงานใน
บริษัทในพื้นที่แขวงสืลม. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สุพานี สฤญวานิช (2552). พฤติกรรมองค์การสมัยใหม่: แนวคิดและทฤษฎี. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Denison, Daniel R. (1990). Corporate Culture and Organization Effectiveness. New York: John Wiley and Sons.
- Hackman, J.R., Oldham, G.R. (1980). Work redesign. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Karl-Erik Sveiby (2001) A Knowledge-based Theory of the Firm to guide Strategy Formulation. Journal of Intellectual Capital 2 (4).
- Laura Molester (1999). Professional Accountability and Legal Liability for the Team Leader and Charge Nurse. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing: Volume 28 Issue 3.
- Litwin, G.H., & Stringer, R.A. (1968) Motivation and Organizational Climate Boston: Division of Research Harvard Business School.
- Moradi M (2016). An analysis of the transformational leadership theory. Journal of fundamental and Applied Sciences.
- Pearce, J. A. (2007). Strategic management. New York: McGraw-Hill Irwin.

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะ ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2564

Creating a Learning Environment through Electronic Media combined with Blended Learning in the First Aid and Basic Medical Care Course

Sunutcha Phopongsin¹, Akaphol Kaladee², Warangkana Chankong^{3*}

Received 15 July 2021; Revised 22 July 2021; Accepted 14 August 2021

This research and development aimed to design and evaluate a learning environment through electronic media, combined with blended learning in the First Aid and Basic Medical Care Course. The research process was divided into three phases: Phase 1, creating the learning environment through electronic media combined with blended learning; Phase 2, implementing with setting up a learning environment through electronic media combined with blended learning; and Phase 3: evaluation stage. The study was conducted among all 86 students enrolled in the First Aid and Basic Medical Care Course. Statistics used in data analysis were percentage, mean, standard deviation; and paired t-test.

The results showed that the learning environment through electronic media combined with blended learning consisted of four steps: 1) preparation before going to practice in the field work by using blended learning activities, includes teaching the skills necessary for studying in the course so that students can share their learning with teachers and peers, and also practicing in the classroom 2) self-learning by teaching through the e-learning system 3) practice in a training center and 4) assessing and reinforcing deficiencies in required skills by using blended learning activities. Assessment of the learning environment through electronic media combined with blended learning, found that the scores in the e-learning system, the first skill reinforcement score, the assigned training, the second reinforcement exercise, and the total scores were significantly different from the scores on criteria that were required to pass 60 percent of the scores on each activity statistically.

Keywords: Learning Environment; e-learning; Blended Learning; First Aid and Basic Medical Care

¹Lecturer, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

² Assistant Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

³ Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

*Corresponding author: warangstou@gmail.com

การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ในชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น

สุณัฐชา เฝ้าพงษ์ศิลป์¹, เอกพล กาละดี², วรางคณา จันทร์คง^{3*}

วันที่รับบทความ 15 กรกฎาคม 2564; วันที่แก้ไขบทความ 22 กรกฎาคม 2564; วันที่ตอบรับบทความ 14 สิงหาคม 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบและประเมินผลการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ในชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 จัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ ระยะที่ 2 ทดลองใช้การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ และระยะที่ 3 ประเมินผล ทำการศึกษาในนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้นทุกคนจำนวน 86 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความพร้อมและความรู้ของนักศึกษา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ ที-แบบจับคู่

ผลการวิจัย พบว่า การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนลงฝึกปฏิบัติจริงในพื้นที่ในลักษณะของกิจกรรมร่วมเรียนรู้ โดยการสอนทักษะที่จำเป็นสำหรับการเรียนในชุดวิชานี้เพื่อให้ให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาจารย์และเพื่อนและการฝึกปฏิบัติในห้องเรียน 2) การให้นักศึกษาฝึกด้วยตนเองโดยการเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในระบบ e-learning 3) การฝึกตามมอบหมายหรือการลงฝึกในแหล่งฝึก และ 4) การประเมินผลการฝึกและเสริมส่วนขาดในทักษะที่จำเป็นในลักษณะของกิจกรรมร่วมเรียนรู้ การประเมินผลการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ พบว่า คะแนนการเข้าเรียนในระบบ e-learning คะแนนฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 การฝึกตามมอบหมาย การฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 2 และคะแนนรวม แตกต่างจากคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนดว่าต้องผ่านร้อยละ 60 ของคะแนนแต่ละกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : สภาพแวดล้อมการเรียนรู้; e-learning; กิจกรรมร่วมเรียนรู้; การปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น

¹อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³รองศาสตราจารย์ ดร., ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

*ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย: warangstou@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ในช่วงต้นศตวรรษที่ 21 เทคโนโลยีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในสังคมและความเป็นอยู่ของมนุษย์อย่างมากมาย ซึ่งส่งผลให้ปัจจุบันกลายเป็นสังคมแห่งข่าวสารข้อมูลมีความรู้ใหม่เกิดขึ้น รวมถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสังคมและความเสี่ยงของการเกิดโรคจากกลุ่มประเทศอาเซียน ดังนั้นสถาบันการศึกษาต่างๆ จึงจำต้องปรับตัวให้ทันกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นสังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ที่มุ่งเปิดโอกาสให้คนไทยทุกคนสามารถคิดเป็น ทำเป็น มีเหตุผล มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต รู้เท่าทันโลก สถาบันการศึกษาและผู้สอนจึงต้องออกแบบกระบวนการเรียนการสอนในรูปแบบต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอนและอำนวยความสะดวกในการศึกษาหาความรู้ให้กับผู้เรียน (พิมพ์พัฒน จันทรเทียนและคณะ, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่กำหนดในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2562 โดยมีการปฏิรูปการศึกษา เพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษาให้นักศึกษาสาธารณสุขก็จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตได้มีการพัฒนาหลักสูตร เพื่อสนองความต้องการของสังคมโดยมีการจัดการศึกษาแบบผสมผสานที่เน้นการพัฒนาให้บัณฑิตมีความรู้ ความสามารถในการบูรณาการศาสตร์ทางวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน เพื่อให้เป็นนักวิชาการ และนักวิชาชีพที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เน้นการใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการสำรวจ ตรวจสอบ ตรวจสอบ ประเมิน การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการบำบัดโรคเบื้องต้น

ชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้นเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งเป็นระบบการเรียนการสอนทางไกลของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนาทักษะต่างๆ ครอบคลุม ทั้งทักษะด้านพุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย การฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น พัฒนาขึ้นเพื่อให้มีความสอดคล้องกับบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ในการให้การดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ ทั้งในชุมชนและในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ตลอดจนการตัดสินใจส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตในระบบการเรียนการสอนทางไกลของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้กำหนดรูปแบบการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติสำหรับชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้นนี้ไว้ 3 ลักษณะ ได้แก่ การฝึกด้วยตนเอง การฝึกเสริมทักษะ

และการฝึกตามมอบหมาย โดยนักศึกษาจะต้องฝึกปฏิบัติครอบคลุมตามรูปแบบที่มหาวิทยาลัยกำหนด ณ ศูนย์บริการการศึกษาเฉพาะกิจที่มหาวิทยาลัยกำหนดให้ ภายใต้การดูแลและการให้คำแนะนำการฝึกปฏิบัติจากอาจารย์ฝึกเสริมทักษะและอาจารย์ฝึกตามมอบหมายที่มหาวิทยาลัยแต่งตั้ง เพื่อพัฒนาทักษะต่างๆ ให้แก่นักศึกษาฯ ได้ครบถ้วนตามมาตรฐานทางวิชาการและวิชาชีพ (ข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชน, 2663)

คณะกรรมการบริหารชุดวิชาชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น กำหนดทักษะที่สำคัญตามมาตรฐานการเรียนรู้ที่สภาวิชาชีพกำหนดไว้ ประกอบด้วย 9 ทักษะ คือ ทักษะการซักถามและบันทึกประวัติผู้ป่วย ทักษะการตรวจวัดสัญญาณชีพ ทักษะการตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น ทักษะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ทักษะการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทักษะการทำแผลชนิดต่างๆ และพันแผล ทักษะการเช็ดตัวลดไข้ ทักษะการแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ (AED) ทั้งนี้รูปแบบการเรียนรู้ที่กำหนดไว้คือ หลังจากที่นักศึกษาลงทะเบียนจะได้รับเอกสารประกอบการสอนซึ่งเป็นสื่อหลัก และเนื่องจากชุดวิชานี้จะต้องมีการฝึกปฏิบัติจริง ณ ศูนย์บริการการศึกษาเฉพาะกิจฝึกตามมอบหมาย ที่มหาวิทยาลัยกำหนดไว้ ดังนั้นจึงจัดทำสื่อเสริมคือ e-learning นักศึกษาจะต้องเข้ารับการประเมินก่อนและหลังเข้าเรียน และศึกษาโมดูลต่างๆ ให้ครบตามชุดวิชากำหนด โดยชุดวิชาจัดฝึกปฏิบัติเสริมทักษะให้นักศึกษาฝึกทักษะด้านการให้บริการทางสาธารณสุข และการบำบัดโรคเบื้องต้นอย่างถูกต้องก่อนลงไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ภายใต้การทำงานสาธารณสุขทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ การฝึกเสริมทักษะของนักศึกษาจะได้ฝึกปฏิบัติเสมือนการจำลองสถานการณ์ให้นักศึกษาได้ฝึกฝนกับสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความจริง เหมาะสมสอดคล้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุข พ.ศ.2556 อย่างไรก็ตามจากการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาผลการประเมินจากนักศึกษาอาจารย์ฝึกเสริมทักษะ และอาจารย์ผู้สอน พบว่า นักศึกษายังมีความพร้อมน้อยมากในการลงฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง และยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและการสื่อสารกับผู้รับบริการ ดังนั้นคณะกรรมการบริหารชุดวิชา จึงเห็นควรปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนโดยนำสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ในชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น โดยคาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาในการเรียนและฝึกปฏิบัติในชุดวิชานี้ ซึ่งจะส่งผลต่อประชาชนผู้รับบริการที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการการศึกษาเฉพาะกิจ ในช่วงที่นักศึกษาลงฝึกปฏิบัติงาน ตลอดจนทำให้นักศึกษามีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้นได้ตามมาตรฐานวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อออกแบบและประเมินผลการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ในชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียน ชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น
2. เพื่อพัฒนาสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ในชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของนักศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเข้าร่วมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่อเสมือนจริง และกิจกรรมร่วมเรียนรู้
5. เพื่อศึกษาปัญหา และข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้

วิธีดำเนินการศึกษา (Method)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยดำเนินการ 3 ระยะ โดยมีขั้นตอนการวิจัย ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 **ขั้นจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้**ในการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ ชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น การสร้าง “ร่าง” การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ โดยการประเมินความพร้อมของนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนจำนวน 86 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำเป็น “ร่าง” การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ **เครื่องมือที่ใช้** เป็นแบบประเมินความพร้อมซึ่งประกอบด้วย *ส่วนที่ 1* ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัคร ลักษณะงานที่ท่านปฏิบัติ และการหาความรู้เพิ่มเติม นอกเหนือจากเอกสารการสอนของชุดวิชา เป็นแบบเติมคำและให้เลือกตอบ *ส่วนที่ 2* ประเมิน

ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพร้อมในการฝึกชุดวิชา 52311
ลักษณะส่วนที่ 2 และ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ระยะที่ 2 ขั้นทดลองจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ ในช่วงของการทดลองใช้ฯ ดำเนินการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบที่ออกแบบไว้ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนจำนวน 86 คน **เครื่องมือที่ใช้** คือ สื่อ e learning การสอนแบบกิจกรรมร่วมเรียนรู้ แบบประเมินความรู้ของนักศึกษา โดยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ระยะที่ 3 ขั้นติดตามประเมินผล หลังจากสิ้นสุดภาคการศึกษา จะมีการติดตามประเมินผลของการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ โดยเปรียบเทียบความพร้อม และความรู้ของนักศึกษาในการเข้าร่วมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ ตลอดจนประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่อเสมือนจริง และกิจกรรมร่วมเรียนรู้ **เครื่องมือที่ใช้คือ** แบบประเมินความรู้ของนักศึกษาในการเข้าร่วมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ ตลอดจนประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่อเสมือนจริง และกิจกรรมร่วมเรียนรู้ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

คุณภาพเครื่องมือ ภายหลังจากสร้างเครื่องมือผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานได้แก่การทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t Test)

ผลการวิจัย (Results)

1. **ผลการศึกษา** พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 86 คน ร้อยละ 77.9 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 26-40 ปี ร้อยละ 79.1 ใช้วุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีในการสมัครเข้าเรียน ร้อยละ 84.9 ลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขศาสตร์ ร้อยละ 84.9 และการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมนอกเหนือจากเอกสารการสอนของชุดวิชา ส่วนใหญ่ศึกษาจากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 77.7 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	22.1
หญิง	67	77.9
อายุ (ปี)		
≤25 ปี	8	9.3
26-40 ปี	68	79.1
≥41 ปี	10	11.6
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	32.1	(7.5)
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	29	(23 : 67)
วุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัคร		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	73	84.9
ปริญญาตรี	11	12.8
ปริญญาโท	2	2.3
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ		
เกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขศาสตร์	71	82.6
ไม่เกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขศาสตร์	15	17.4
การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมนอกเหนือจากเอกสารการสอนของชุดวิชา		
หนังสือที่เกี่ยวข้องกับการปฐมพยาบาลและ	19	22.4
การบำบัดโรคเบื้องต้น		
อินเทอร์เน็ต	66	77.7

2. การออกแบบสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้

ผลการศึกษาความพร้อมในการฝึกปฏิบัติชุดวิชา 52311 การปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น พบว่า นักศึกษา ร้อยละ 59.3 มีความพร้อมระดับมากในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ร้อยละ 41.9 มีความพร้อมระดับปานกลางก่อนเข้ารับการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติชุดวิชา 52311 การปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น

ผลการประเมินความพร้อม ภาพรวม	จำนวน (ร้อยละ)			Mean (SD)	การแปล ผล
	มาก (3.67-5.00)	ปานกลาง (2.34-3.66)	น้อย (1.00-2.33)		
การเรียนรู้ด้วยตนเอง	51 (59.3)	33 (38.4)	2 (2.3)	3.72 (0.65)	มาก
ก่อนเข้ารับการฝึกเสริมทักษะ ครั้งที่ 1	26 (30.2)	36 (41.9)	24 (27.9)	2.98 (0.96)	ปาน กลาง

จากการประเมินความพร้อมของนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น ประกอบด้วยความพร้อมก่อนเข้ารับการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 จำนวน 10 ข้อซึ่งเป็นกิจกรรมหรือทักษะที่จำเป็นสำหรับการเรียนในชุดวิชานี้ พบว่า นักศึกษามีความพร้อมในระดับปานกลางทุกข้อ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1

ความพร้อม	ก่อนเข้ารับการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
1. ความพร้อมในเรื่องการซักประวัติการเจ็บป่วย	3.10	1.04	ปานกลาง
2. ความพร้อมในเรื่องการตรวจวัดสัญญาณชีพ	3.37	1.10	ปานกลาง
3. ความพร้อมในเรื่องการตรวจประเมินการ เจ็บป่วยเบื้องต้น	2.95	1.08	ปานกลาง
4. ความพร้อมในเรื่องการตรวจคัดกรองเต้านม	2.70	1.05	ปานกลาง
5. ความพร้อมในเรื่องการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค	2.71	1.04	ปานกลาง
6. ความพร้อมในเรื่องการทำแผลชนิดต่างๆ และ การพันแผล	3.00	1.19	ปานกลาง
7. ความพร้อมในเรื่องการเช็ดตัวลดไข้	3.14	1.16	ปานกลาง
8. ความพร้อมในเรื่องการแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย	3.03	1.02	ปานกลาง
9. ความพร้อมในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ	3.06	1.08	ปานกลาง

ความพร้อม	ก่อนเข้ารับการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1		
	ที่ 1		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
10. ความพร้อมในเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	2.93	1.10	ปานกลาง

จากการประเมินความพร้อมพบว่านักศึกษามีความพร้อมในระดับปานกลาง ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนหากเป็นในลักษณะของการจัดรูปแบบเดิมที่ใช้เอกสารประกอบการสอนเป็นหลักอาจไม่สามารถทำให้ทักษะของนักศึกษาเพิ่มขึ้นเพียงพอที่จะลงฝึกพื้นที่จริง ผู้วิจัยนำมาสู่การออกแบบสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่อ อิเล็คทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ตามลำดับดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมก่อนลงฝึกปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 เป็นแบบเผชิญหน้าในลักษณะของกิจกรรมร่วมเรียนรู้ โดยการสอนทักษะที่จำเป็นสำหรับการเรียนในชุดวิชานี้ให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาจารย์และเพื่อน และฝึกปฏิบัติในห้องเรียนโดยกำหนดสัดส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษา เท่ากับ 1/8 การฝึกปฏิบัติเสริมทักษะให้นักศึกษาฝึกทักษะด้านการให้บริการทางสาธารณสุขอย่างถูกต้องก่อนลงไปฝึกปฏิบัติดูแลประชาชนในชุมชนที่เป็นสถานการณ์จริง ณ ศูนย์บริการการศึกษาเฉพาะกิจฝึกตามมอบหมาย โดยใช้การฝึกทักษะต่างๆ ทั้ง 9 ทักษะ ภายใต้การทำงานสาธารณสุขทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เป็นการให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้นที่นักศึกษาสาธารณสุขควรจะมีทักษะนี้ก่อนลงไปฝึกปฏิบัติจริง การฝึกเสริมทักษะของนักศึกษาจะได้ฝึกปฏิบัติเหมือนการจำลองสถานการณ์ให้นักศึกษาได้ฝึกฝนกับสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความจริง

2. หลังจากเข้ารับการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 แล้วจะมีเสริมส่วนขาดและสร้างความเชื่อมั่นในทักษะต่างๆ โดยการให้นักศึกษาฝึกด้วยตนเองผ่านการเรียนการสอนผ่านสื่อเสมือนจริงในระบบ e-learning โดยการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ชุดวิชาให้นักศึกษาฝึกด้วยตนเองโดยเรียนรู้ในระบบ e-learning นักศึกษาจะต้องเข้ารับการประเมินก่อนและหลังเข้าเรียน และศึกษาโมดูลต่างๆ ให้ครบตามชุดวิชาที่กำหนด ซึ่งแต่ละโมดูลก็จะมีกรมอบหมายงานให้นักศึกษาได้ลงมือฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ณ ที่พักอาศัยหรือที่ทำงาน เมื่อเสร็จสิ้นนักศึกษาจะต้องนำงานนั้นส่งเข้าระบบ e-learning จะมีอาจารย์ผู้รับผิดชอบโมดูลตรวจและให้ข้อเสนอแนะ

3. การฝึกตามมอบหมายหรือการลงฝึกในแหล่งฝึก ตามทักษะที่จำเป็นสำหรับการเรียนในชุดวิชา

4. การประเมินผลการฝึกและเสริมส่วนขาดในทักษะที่จำเป็นการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 2 เป็นแบบเผชิญหน้าในลักษณะของกิจกรรมร่วมเรียนรู้กับอาจารย์และเพื่อนโดยกำหนดสัดส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษา เท่ากับ 1/8

3. ประเมินผลการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้

ผลการศึกษาความพร้อมในการฝึกปฏิบัติชุดวิชา 52311 การปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น พบว่า นักศึกษาร้อยละ 72.1 มีความพร้อมหลังเข้ารับการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 ในระดับมาก จากที่มีความพร้อมระดับปานกลางก่อนเข้ารับการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 จึงเข้าสู่การเรียนรู้การเข้าฝึกตามมอบหมายหรือการลงฝึกในแหล่งฝึก รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติชุดวิชา 52311 การปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น

ผลการประเมินความพร้อม ภาพรวม	จำนวน (ร้อยละ)			Mean (SD)	การแปล ผล
	มาก (3.67-5.00)	ปานกลาง (2.34-3.66)	น้อย (1.00-2.33)		
ก่อนเข้ารับการฝึกเสริมทักษะ ครั้งที่ 1	26 (30.2)	36 (41.9)	24 (27.9)	2.98 (0.96)	ปาน กลาง
หลังเข้ารับการฝึกเสริมทักษะ ครั้งที่ 1	62 (72.1)	23 (26.7)	1 (1.2)	4.00 (0.66)	มาก

ด้านคะแนนการเรียนการสอนชุดวิชา 52311 การปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น พบว่า คะแนนการเข้าเรียนในระบบ E-learning คะแนนฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 การฝึกตามมอบหมาย การฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 2 และคะแนนรวมแตกต่างจากคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนดว่าต้องผ่านร้อยละ 60 ของคะแนนแต่ละกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนจากการเรียนการสอนชุดวิชา 52311 การปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น

กิจกรรม	คะแนนเต็ม	เกณฑ์คะแนนที่ผ่าน	คะแนนค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	t-test	p-value
E-learning	5	3	4.60 (0.70)	20.85	<0.001
ฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1	8	4.8	7.17 (0.30)	71.82	<0.001
ฝึกตามมอบหมาย	15	9	13.40 (1.00)	39.65	<0.001
ฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 2	12	7.2	10.13 (1.09)	24.31	<0.001
คะแนนรวม	40	24	35.37 (1.87)	55.06	<0.001

เมื่อนักศึกษาได้เข้าเรียนและการทำกิจกรรมการเรียนการสอนตามที่คณะกรรมการบริหารชุดวิชาได้กำหนดและจัดกิจกรรมแล้ว มีการประเมินประเมินความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนชุดวิชา 52311 พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนระดับมาก ทั้งการเข้าเรียน e-learning การเข้าฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 การเข้าฝึกตามมอบหมาย และการเข้าฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 2 ซึ่งทุกกิจกรรมมีความพึงพอใจ ร้อยละ 93 ขึ้นไป รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ประเมินความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนชุดวิชา 52311 การปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น

ความพึงพอใจในภาพรวม	จำนวน (ร้อยละ)			Mean (SD)	การแปลผล
	มาก (3.67-5.00)	ปานกลาง (2.34-3.66)	น้อย (1.00-2.33)		
การเข้าเรียน e-learning	59 (93.6)	4 (6.4)	-	4.30 (0.52)	มาก
การเข้าฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1	59 (93.6)	3 (4.8)	1 (1.6)	4.32 (0.60)	มาก
การเข้าฝึกตามมอบหมาย	58 (93.6)	2 (2.2)	2 (2.2)	4.19 (0.62)	มาก
การเข้าฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 2	57 (93.4)	3 (4.9)	1 (1.6)	4.27 (0.59)	มาก

4. ปัญหา และข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้

ด้านปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ในชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น ประกอบด้วยปัญหาก่อนการเข้ารับการฝึกปฏิบัติ และขณะเข้ารับการฝึกปฏิบัติ โดยสามารถจัดเป็นกลุ่มความคิดเห็นของปัญหาและข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านกรณีศึกษาที่มอบหมาย

ปัญหา เรื่องการทำกรณีศึกษา ในการเลือกผู้ป่วยอาจารย์ฝึกตามมอบหมาย มอบหมายให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยที่มีโรคหรืออาการใกล้เคียงกัน ทำให้ความรู้ที่ได้ไม่หลากหลาย จำนวนกรณศึกษาน่าจะมอบหมายให้ศึกษาเพียง 1 รายเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ คือควรให้อาจารย์ฝึกตามมอบหมายกระจายกรณีศึกษา ไม่ให้ซ้ำ หรือซ้ำกันให้น้อยที่สุด และกรณีศึกษาควรเป็นกรณีศึกษาที่สามารถให้ได้รายละเอียดครบถ้วนครอบคลุมมากที่สุดในทุกๆ มิติ

ปัญหา นักศึกษามีความไม่เข้าใจในการมอบหมายงานของการฝึกแต่ละทักษะ และการทำกรณีศึกษา เข้าใจว่าเป็นเรื่องเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ ในการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 ควรเพิ่มช่วงเวลาสำหรับการชี้แจงการมอบหมายงานของการฝึกแต่ละทักษะ และการทำกรณีศึกษา และอาจารย์ควรมีการติดตามนิเทศงานนักศึกษาในขณะที่ฝึกตามมอบหมาย ณ ศูนย์บริการการศึกษานอกพื้นที่ฝึกตามมอบหมาย

ปัญหา การลงฝึกปฏิบัติในสถานที่จริง บางทักษะที่มอบหมายไม่มีให้ฝึกปฏิบัติ ในขณะที่บางทักษะได้รับมอบหมายให้ทำ แต่ขาดการเตรียมทักษะก่อนลงฝึก

ข้อเสนอแนะ ควรลดทักษะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง การให้วัคซีน และควรเพิ่มการฝึกทักษะในการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 ได้แก่ การประเมินอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น การเย็บแผล การฉีดยาเบื้องต้น ที่นักศึกษาสามารถปฏิบัติได้ เพราะบางศูนย์ฝึกฯ อาจารย์ฝึกตามมอบหมายให้ฝึกเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และส่งจ่ายยา

2. ด้านแบบฟอร์มรายงาน และแบบบันทึกการฝึกปฏิบัติ

ปัญหา รูปแบบของแบบฟอร์มบางทักษะมีความละเอียดมากเกินไป ทำให้ขณะฝึกปฏิบัติทักษะนั้นใช้เวลานานมาก โดยทำให้ผู้รับบริการเสียเวลามากกว่าจะได้เข้าตรวจ เช่น ทักษะการตรวจประเมินร่างกายเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะ ควรปรับแบบฟอร์มให้เหลือเฉพาะที่จำเป็น และควรเพิ่มการสอนทักษะ การเขียนรายงานการเชื่อมโยงโรคและอาการเจ็บป่วย โดยควรมีตัวอย่างการเขียนรายงานเฉพาะ กรณีศึกษา

3. ด้านการประเมินผลและความพร้อมของนักศึกษา

ปัญหา ขาดการประเมินผลที่เป็นข้อมูลย้อนกลับทันทีหลังฝึกเพื่อจะได้เห็นส่วนขาดของ นักศึกษา

ข้อเสนอแนะ ควรมีการทดสอบความรู้ก่อน และหลังฝึกปฏิบัติแต่ละขั้นตอนทันที และมี คะแนนส่วนหนึ่งให้ ทั้งฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 และ 2 เพื่อให้ นักศึกษากระตือรือร้นในการอ่าน หนังสือก่อนเข้ารับการศึกษาฝึกปฏิบัติ หรือทำเป็นแบบทดสอบในแต่ละทักษะ

4. ด้านระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ

ปัญหา ช่วงเวลาในการฝึกตามมอบหมายน้อยเกินไปทำให้นักศึกษาที่มีงานประจำแบ่ง เวลาในการฝึกยาก บางครั้งมาช่วงที่ไม่สอดคล้องกับการให้บริการของศูนย์ฝึกฯ เช่น การให้วัคซีนมี กำหนดเดือนละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ ระยะเวลาฝึกปฏิบัติควรประมาณ 1-2 เดือน เพื่อเพิ่มทักษะให้นักศึกษา มีการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมมากขึ้น ซึ่งระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติในพื้นที่ค่อนข้างจำกัดมาก ทำให้นักศึกษาเลือกระยะเวลาว่างงานเพื่อไปปฏิบัติค่อนข้างยาก บางครั้งอาจารย์ที่ได้รับมอบหมายติด ภาระงาน เช่น ประชุม ฝึกอบรม ทำให้นักศึกษาได้ประโยชน์จากการฝึกไม่เต็มที่

อภิปรายผล (Discussions)

1. อภิปรายผลการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และ ความพร้อมในการฝึก ปฏิบัติของนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนชุดฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น จาก การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองพบว่าอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาจุดที่ใช้ใน การศึกษาคือส่วนใหญ่ใช้ชุดการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ประกอบกับเกณฑ์ในการลงทะเบียนเรียน ในชุดวิชานี้ตามโครงสร้างหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คือจะเป็นนักศึกษาที่ไม่ได้มี ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการบำบัดโรคเบื้องต้นมาก่อน (รายละเอียดของหลักสูตร หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสาธารณสุขชุมชน หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561) และจากการ ตอบแบบสอบถามพบว่า ร้อยละ 66.0 มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ต ดังนั้น นักศึกษาจึงอาจจะมีเพียงความรู้แต่ยังขาดทักษะเพราะการศึกษาจากอินเทอร์เน็ตนั้นเป็นการเรียนรู้ เพิ่มเติมในลักษณะของการสื่อสารทางเดียว ไม่สามารถแลกเปลี่ยนหรือฝึกทักษะได้ประกอบกับ

ทักษะที่จำเป็นสำหรับการเรียนชุดวิชานี้เป็นทักษะด้านการบำบัดโรคหากนักศึกษาไม่เคยฝึกมาก่อน อาจมีความพร้อมน้อย และอาจเป็นเพราะว่าวิชานี้เป็นวิชาแรกที่นักศึกษาจะมีการฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริงและฝึกบำบัดโรคเบื้องต้นกับผู้ป่วย มิใช่เพียงการศึกษาจากเอกสารการสอนเพียงอย่างเดียว จึงทำให้นักศึกษาประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับศิริจิตร จันทรและฉัญลักษณ์ บรรลิจิตกุล (2555) ที่ประเมินความพร้อมในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พบว่าความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

2. อภิปรายผลการเปรียบเทียบความรู้ของนักศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเข้าร่วมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ พบว่า คะแนนการเข้าเรียนในระบบ e-learning คะแนนเสริมทักษะครั้งที่ 1 การฝึกตามมอบหมาย การฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 2 และคะแนนรวมแตกต่างจากคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนดว่าต้องผ่านร้อยละ 60 ของคะแนนแต่ละกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทุกกิจกรรมมีคะแนนที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สะท้อนให้เห็นความสอดคล้องของการเรียนรู้ที่เกิดการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาได้เรียนรู้ด้วยตนเองผ่าน e-learning โมดูลต่างๆ 18 โมดูล ก่อนจากนั้นมาเข้ารับการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า และได้ไปลงฝึกปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ตามการฝึกตามมอบหมายและการฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 2 ที่ได้นำเสนอผลการศึกษาต่างๆ ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ทั้งทฤษฎีและได้ลงมือปฏิบัติจริงทำให้คะแนนผลการประเมินในภาพรวมค่อนข้างสูง แต่อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากคะแนนในเชิงปริมาณที่ค่อนข้างมากแล้ว ในการจัดกิจกรรมต่างๆ อาจออกแบบให้ถึงผู้เรียนได้ง่ายขึ้น สะดวกในการเข้าเรียนและมีการควบคุมกำกับคุณภาพของการฝึกปฏิบัติโดยอาจารย์ของมหาวิทยาลัยที่มีการนิเทศงานแบบออนไลน์ให้ผู้เรียนได้เกิดการร่วมเรียนรู้และใกล้ชิดกับอาจารย์ผู้สอนเสมือนจริง อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับ Xu (2016) ที่สรุปว่ากลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลการใช้สถานการณ์เสมือนจริง (High-fidelity simulation) เป็นยุทธวิธีที่ใช้ได้ผลดีมากที่สุดสำหรับการสอนภาคปฏิบัติในคลินิกซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจถึงความหลากหลายในการดูแลผู้ป่วยที่จะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมด้วย เช่นเดียวกับ Maginnis & Croxon (2010) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะช่วยให้ นักศึกษาสามารถรวบรวมความรู้ ทักษะ ปฏิบัติและกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาที่ใช้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติที่พวกเขาต้องเผชิญในการปฏิบัติงานที่คลินิก ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวของการจัดการเรียนการสอนในการศึกษาครั้งนี้เป็นไป

ในลักษณะของการจัดกิจกรรมร่วมเรียนรู้ (blended learning) และเป็นไปตามทิศทางของการจัดการเรียนการสอนในต่างประเทศ (Choules, 2007)

3. อภิปรายผลการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่อเสมือนจริง และกิจกรรมร่วมเรียนรู้ นั้นจะพบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด การเข้าเรียน e-learning การเข้าฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 การเข้าฝึกตามมอบหมาย และการเข้าฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 2 โดยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดอยู่ที่การเข้าฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 เนื่องมาจากการได้เรียนรู้ ได้ทดลองการฝึกปฏิบัติ การใช้อุปกรณ์ต่างๆ และเผชิญหน้ากับอาจารย์ผู้สอนทำให้เกิดความพึงพอใจมาก รองลงมาคือ นักศึกษามีความพึงพอใจในการเข้าเรียน e-learning นั้นแสดงให้เห็นว่าแนวทางการจัดกิจกรรมสอดคล้องกับความต้องการและความพร้อมในการเรียนรู้ของนักศึกษาในยุคปัจจุบันที่ต้องการทั้งได้ทดลองฝึกปฏิบัติผสมผสานกับการได้เรียนรู้ผ่านสื่อเทคโนโลยีสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา พิงชมพูและ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557) ที่พบว่า ผู้เรียนเกี่ยวกับการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้ e-Learning มีความพึงพอใจในระดับดีทั้งในด้านกระบวนการเรียนการสอน ด้านโครงสร้างกระบวนการวิชาและด้านการสนับสนุนผู้เรียน และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน วรณิข พัวไพโรจน์และพวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษฎ์ (2558) ที่พบว่าความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนตามแนวคิดการสร้างความรู้ด้วยตนเองของนักเรียนที่ประเมินตนเอง เพื่อนประเมินนักศึกษา และครูประเมินนักศึกษาอยู่ในระดับดีมาก และในต่างประเทศยังพบร้อยละ 42 ของรายงานวิจัยที่ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเรียนการสอน e-learning มากกว่าการเรียนแบบเดิม (traditional learning) (Rasmussen et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ George et al. (2014) ที่พบว่า 29 ใน 50 ของรายงานวิจัย นักศึกษามีความพึงพอใจในการเรียนออนไลน์ผ่าน e-learning อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีส่วนที่ต้องพัฒนาหรือปรับปรุงแก้ไขกระบวนการฝึกให้ดียิ่งขึ้นคือ การเข้าฝึกตามมอบหมาย เนื่องจากนักศึกษามีความพึงพอใจมาก แต่คะแนนไม่สูงเท่ากิจกรรมอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของแหล่งฝึกที่มีอยู่ทั่วประเทศ และการเดินทางที่อาจไม่สะดวกมากนักในการไปฝึกจึงทำให้มีคะแนนพึงพอใจที่ไม่สูงเท่าประเด็นอื่น แต่ทางคณะกรรมการบริหารชุดวิชาที่มีการนิเทศงานออนไลน์ระหว่างกาฝึกงานของนักศึกษาเพื่อติดตามการฝึกปฏิบัติ รวมถึงได้ให้ความรู้และให้กำลังใจนักศึกษาและเป็นเหมือนเพื่อนร่วมทางที่จะคอยสนับสนุนให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับธีระพล สาตสิน และศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล. (2564). ที่เสนอแนะว่าอาจารย์จึงต้องเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการ

จัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ที่เกิดขึ้นภายใต้การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน เพื่อให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและไม่สับสน

4. อภิปรายผลการศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะการจัดการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ นั้นจะพบว่า นักศึกษาที่เจอปัญหาก่อนการเข้ารับการฝึกปฏิบัติ และขณะเข้ารับการฝึกปฏิบัติทุกขั้นตอนส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาของการฝึกตามมอบหมาย ณ ศูนย์บริการการศึกษาเฉพาะกิจฝึกตามมอบหมาย สรุปได้ 3 ประเด็นสำคัญ คือ ด้านทักษะที่มอบหมายให้ฝึกปฏิบัติ ด้านการประเมินผลของนักศึกษา และด้านระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งด้านทักษะที่มอบหมายให้ฝึกปฏิบัติ คือ การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยตามกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติ และจัดทำรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วย จำนวน 2 กรณี โดยให้เลือกศึกษากรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพแตกต่างกันจากกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นกับระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งพบว่านักศึกษาต้องการให้ลดจำนวนกรณีศึกษาเหลือเพียง 1 กรณีเท่านั้น เพราะมีปัญหาอุปสรรคในการเลือกกรณีศึกษา การเขียนรายงานใช้เวลานาน และเกิดความซ้ำซ้อนกันในกลุ่มเดียวกัน ได้เสนอแนะให้ชุดวิชามีการยกตัวอย่างในการเขียนรายงานกรณีศึกษา และเพิ่มทักษะที่จำเป็นให้มากขึ้น ส่วนด้านการประเมินผลของนักศึกษา คือ นักศึกษาต้องการให้มีการทดสอบความรู้ก่อน และหลังการฝึกปฏิบัติแต่ละขั้นตอนทันที และมีคะแนนส่วนหนึ่งให้ ทั้งฝึกเสริมทักษะครั้งที่ 1 และ 2 เพื่อให้นักศึกษากระตือรือร้นในการอ่านหนังสือก่อนเข้ารับการฝึกปฏิบัติ หรือทำเป็นแบบทดสอบในแต่ละฐาน ในส่วนของด้านระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ คือ ควรเพิ่มระยะเวลาช่วงของการฝึกตามมอบหมายให้มากขึ้น เพื่อที่จะให้นักศึกษาได้มีเวลาลางานมาฝึกปฏิบัติได้ ซึ่งคณะกรรมการบริหารชุดวิชาจึงควรนำข้อคิดเห็นเหล่านี้ของนักศึกษามาพิจารณา เพื่อหาแนวทางพัฒนาการจัดการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้ในชุดวิชาฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้น ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในปียการศึกษาต่อไป และนอกจากประเด็นของบริหารจัดการแล้ว ในโอกาสถัดไปอาจมีการศึกษาที่เกี่ยวกับการลดต้นทุนเกี่ยวกับการจัดการเรียนในลักษณะร่วมเรียนรู้นี้ เนื่องจากในบางการศึกษาพบว่าการจัดการเรียนการสอนแบบร่วมเรียนรู้สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ 42 (Sissine et al., 2014) ซึ่งการพิจารณาทั้งรูปแบบการจัดฝึกปฏิบัติ การผสมผสานระหว่างการจัดกิจกรรมแบบเผชิญหน้า รวมถึงออนไลน์แล้วการพิจารณาเรื่องค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการด้วยก็จะทำให้คณะกรรมการบริหารชุดวิชาสามารถบริหารจัดการได้ครอบคลุมทุกมิติของการจัดการเรียนการสอนในยุคปัจจุบันและเป็นไปตามแนวทางการประเมิน Quality Management System (QMS) สำหรับการจัดเรียนการสอนในระบบ e-learning (Abrusch, Marienhagen, Böckers, & Gerhardt-Szép, 2015)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ในสาขาที่มีการฝึกปฏิบัติควรมีการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้เพื่อเสริมทักษะให้นักศึกษา

1.2 คณะกรรมการบริหารสาขาควรจัดให้มีการประเมินทักษะที่จำเป็นตามมาตรฐานการเรียนรู้ของนักศึกษาก่อนการเรียนและนำผลที่ได้มาออกแบบการเรียนรู้เพื่อเสริมส่วนขาดให้นักศึกษา

1.3 ควรมีการปรับปรุงแบบฟอร์มการฝึกปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงในพื้นที่และควรมีการฝึกเสริมทักษะในส่วนการเขียนรายงานกรณีศึกษาและตัวอย่างการเขียน

1.4 ควรปรับลดทักษะที่ไม่ได้กำหนดเป็นทักษะบังคับตามมาตรฐานของสภาวิชาชีพ ได้แก่ ทักษะการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และปรับทักษะบางอันที่อาจหากรณีศึกษายาก เช่น การให้วัคซีน โดยอาจปรับเป็นการให้คำแนะนำในการสร้างภูมิคุ้มกันโรคหรือการให้วัคซีน

1.5 ควรเพิ่มการติดตามนิเทศในขณะที่นักศึกษาฝึกตามมอบหมาย เพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสสอบถามปัญหา หรือข้อสงสัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการติดตามประเมินผลภายหลังจากที่นักศึกษาเรียนจบว่าสามารถนำทักษะในการปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้นไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริงหรือไม่

2.2 ควรมีการศึกษาในมุมมองของอาจารย์ผู้สอนทั้งอาจารย์ฝึกเสริมทักษะและอาจารย์ฝึกตามมอบหมาย

2.3 ควรมีการเปรียบเทียบทักษะของนักศึกษาการจัดการเรียนการสอนสาขาปฐมพยาบาลและการบำบัดโรคเบื้องต้นระหว่างการใช้ตำราเป็นฐานกับการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ผสมผสานกับกิจกรรมร่วมเรียนรู้

2.4 ควรมีการสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการนิเทศงานออนไลน์สำหรับการฝึกตามมอบหมาย ณ สถานที่ฝึกปฏิบัติงานจริง

เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชน (2563). หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัว. ราชกิจจานุเบกษา, 137(137ง), 92-94.
- ธีระชล สาดสิน และศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล. (2564). ถอดบทเรียนการสอนออนไลน์: ความท้าทายสำหรับอาจารย์ในสถานการณ์โรคโควิด 19. วารสารพยาบาลทหารบก. 22(1), 1-9.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน วรณิช พัวไพโรจน์และพวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์ (2558). ผลการใช้แนวคิดการสร้างความรู้ด้วยตนเองในการเรียนการสอนรายวิชา กระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26(1), 149–164.
- วนิดา พิงชมพูและศิริรัตน์ ปานอุทัย (2557). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในกระบวนการวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร, 41(5), 11–25.
- ศิริจิตร จันทและฉัญลักษณ์ บรรลิติตกุล (2555) ประเมินความพร้อมในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 5(1).32-45.
- Abrusch, J., Marienhagen, J., Böckers, A., & Gerhardt-Szép, S. (2015). Quality management of eLearning for medical education: Current situation and outlook. GMS Zeitschrift Fur Medizinische Ausbildung, 32(2), Doc20. <https://doi.org/10.3205/zma000962>
- Choules, A. P. (2007). “The Use of Elearning in Medical Education: A Review of the Current Situation.” Postgraduate Medical Journal 83(978):212–16.
- George, P. P., Papachristou, N., Belisario, J. M., Wang, W., Wark, P. A., Cotic, Z., & Car, J. (2014). Online eLearning for undergraduates in health professions: A systematic review of the impact on knowledge, skills, attitudes and satisfaction. Journal of Global Health, 4(1), 010406.
- Maginnis, C., & Croxon, L. (2010). Transfer of learning to the nursing clinical practice setting. Rural and Remote Health, 10(2), 1313.

- Rasmussen, K., Belisario, J. M., Wark, P. A., Molina, J. A., Loong, S. L., Cotic, Z., Car, J. (2014). Offline eLearning for undergraduates in health professions: A systematic review of the impact on knowledge, skills, attitudes and satisfaction. *Journal of Global Health*, 4(1), 010405.
- Sissine, M., Segan, R., Taylor, M., Jefferson, B., Borrelli, A., Koehler, M., & Chelvayohan, M. (2014). Cost Comparison Model: Blended eLearning versus traditional training of community health workers. *Online Journal of Public Health Informatics*, 6(3), e196.
- Xu, J. (2016). Toolbox of teaching strategies in nurse education. *Chinese Nursing Research*, 3(2), 54–57.

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะ ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2564

Preventive measures for newly emerging COVID 19 infection

Narong Chaitiang*

Received 15 January 2021; Revised 18 February 2021; Accepted 3 June 2021

Abstract

The situation of Covid-19 in Thailand was well-managed by The Corona 2019 Infectious Disease Outbreak Center (COVID-19), under the implementation of emergency situations law throughout the country, by the Thai government. As a result, 19 infected patients were identified, and the situation was back to normal. In December 2020, new mutated corona virus infection was reported from Samut Sakhon Province, where the number of Covid-19 patients increased to nearly 700, within 3 days. Most of them were Myanmar workers who worked in the fishing industry. In addition, it was reported that infected people from Samut Sakhon were found to be traveling to at least three provinces: Bangkok, Samut Prakan and Nakhon Pathom.

Confronted with the “Covid-19” epidemic among migrant workers, despite the lockdown, spreading to other provinces, forcing medical authorities to proactively identify infected persons as quickly as possible, in order to keep the outbreak situation under control.

From this circumstance, legal measures must be taken strictly in accordance with various regulations, in order to control the new outbreak situation, to prevent, control, and monitor, in preparation for New Year's festivity.

Keywords: preventive measures; COVID 19; newly emerging

*Department of Public Health (community Health), School of Public Health, University of Phayao. Corresponding author: Kongkangku69@gmail.com

มาตรการป้องกันโควิด 19 ระบาระลอกใหม่

ณรงค์ ใจเที่ยง*

วันที่รับบทความ 15 มกราคม 2564; วันที่ไขบทความ 18 กุมภาพันธ์ 2564; วันที่ตอบบทความ 3 มิถุนายน 2564

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์โควิด 19 ในประเทศไทยโดยศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้บริหารจัดการเป็นอย่างดี ภายใต้การใช้อำนาจพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ทั่วราชอาณาจักร ทำให้มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ลดลงและสถานการณ์กลับมาเป็นปกติ ต่อมาในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ก็มีรายงานการพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ใน จ.สมุทรสาคร จำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ในจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นเกือบ 700 รายภายในสามวัน และมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนมากเป็นแรงงานชาวเมียนมาที่ทำงานในอุตสาหกรรมประมง นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าพบผู้ติดเชื้อจากสมุทรสาครกระจายอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ สมุทรปราการ และนครปฐม

การเผชิญหน้ากับการแพร่ระบาดของเชื้อ "โควิด-19" ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว แม้มีการล็อกดาวน์แต่การแพร่ระบาดได้ขยายวงกว้างแบบดาวกระจายไปยังจังหวัดอื่นไปแล้ว ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเร่งตรวจหาผู้ป่วยเชิงรุกให้มากที่สุด เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรค

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงต้องมีการกำหนดมาตรการทางกฎหมายตามระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ และหาแนวทางในการควบคุมสถานการณ์เพื่อสกัดกั้น ควบคุมและเฝ้าระวังอย่างเคร่งครัด และเตรียมความพร้อมสำหรับเทศกาลสงกรานต์ปีเก่าต้อนรับปีใหม่ ซึ่งต้องมีการควบคุมเฝ้าระวังตามมาตรการทางกฎหมาย และการประเมินสุขภาพอย่างเคร่งครัด

คำสำคัญ: มาตรการป้องกัน; โควิด 19; ระลอกใหม่

*หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (อนามัยชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ผู้ส่งบทความ Kongkangku69@gmail.com

บทนำและสภาพปัญหา

ทุกวันนี้คนไทยจะได้รับการแถลงข่าวสารจากโดยศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในการพบผู้ติดเชื้อจาก COVID-19 เป็นจำนวนมากเพิ่มขึ้นทุกวัน สาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนประเทศไทยมีการติดเชื้อจาก COVID-19 มาจากพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ที่เดินทางกลับมาจากประเทศที่มีการระบาดของ COVID-19 ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ไม่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ล้างมือเมื่อหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ เวลาไอ จาม ไม่ใช้ผ้า หรือทิชชูปิดปาก ปิดจมูก การใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น (เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว) การรวมกลุ่มเพื่อนสนิทร่วมวงสังสรรค์ ดื่มสุราแก้วเดียวกัน สูบบุหรี่รวมกันเดียวกัน การรับประทานอาหารสำหรับเดียวกัน ไม่ใช้ช้อนกลาง และใช้เวลาอยู่ด้วยกันกับผู้ป่วยในห้องแอร์ที่ปิดมิดชิด และสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ สนามมวย สถานบันเทิง โรงภาพยนตร์ และที่สาธารณะ หรือแหล่งชุมชนแออัด ฯลฯ สำหรับกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด-19 ได้แก่ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ คนที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง คนที่ภูมิคุ้มกันผิดปกติ หรือกินยากดภูมิต้านทานโรคอยู่ คนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมาก (คนอ้วนมาก) ผู้ที่เดินทางไปในประเทศเสี่ยงติดเชื้อ เช่น จีน เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ไต้หวัน ฮองกง มาเก๊า สิงคโปร์ มาเลเซีย เวียดนาม อิตาลี อิหร่าน ฯลฯ ผู้ที่ต้องทำงาน หรือรักษาผู้ป่วย ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด-19 อย่างใกล้ชิด และผู้ที่ทำอาชีพที่ต้องพบปะชาวต่างชาติจำนวนมาก เช่น คนขับแท็กซี่ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ลูกเรือสายการบินต่าง ๆ โดยมีวิธีการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 คือหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการไอ จาม น้ำมูกไหล เหนื่อยหอบ เจ็บคอ หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่ในที่สาธารณะระมัดระวังการสัมผัสพื้นผิวที่ไม่สะอาด และอาจมีเชื้อโรคเกาะอยู่ เช่นราวจับของรถ BTS, MRT, Airport Link ตำแหน่งเปิด-ปิดประตูในรถ กลอนประตูต่าง ๆ ก๊อกน้ำ ราวบันได ฯลฯ เมื่อจับแล้วอย่าเอามือสัมผัสหน้า และข้าวของเครื่องใช้ส่วนตัวต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ กระเป๋า ล้างมือให้สม่ำเสมอด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลอย่างน้อย 20 วินาที ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ไม่ต่ำกว่า 70% (ไม่ผสมน้ำ) งดจับตา จมูก ปากขณะที่ไม่ได้ล้างมือ หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดสัมผัสสัตว์ต่าง ๆ โดยที่ไม่มีการป้องกัน รับประทานอาหารสุก สะอาด ใช้ช้อนกลาง ไม่ทานอาหารที่ทำจากสัตว์หายาก สำหรับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด-19 โดยตรง ควรใส่หน้ากากอนามัย หรือใส่แว่นตานิรภัย เพื่อป้องกันเชื้อในละอองฝอยจากเสมหะหรือสารคัดหลั่งเข้าตา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สถานการณ์ระบาดระลอกใหม่ในจังหวัดสมุทรสาคร

จากการรายงานของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิดพบว่าเพียงสามวันหลังจากมีการพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ใน จ. สมุทรสาคร จำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ในจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นเกือบ 700 ราย ส่วนมากเป็นแรงงานชาวเมียนมาที่ทำงานในอุตสาหกรรมประมง นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าพบผู้ติดเชื้อจากจังหวัดสมุทรสาครกระจายอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ สมุทรปราการ และ นครปฐม โดย นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้รายงาน สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยเมื่อเวลา 15.00 น. ของวันที่ 20 ธันวาคม 2563 ว่า กรณีการระบาดใน จ.สมุทรสาคร นับว่าเป็นการพบผู้ติดเชื้อมากที่สุดนับตั้งแต่มีการระบาดในประเทศไทยโดยในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาพบผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มถึง 576 ราย รวมผู้ติดเชื้อที่ยืนยันก่อนหน้านี้เป็น 689 ราย โดยหลังจากนี้คาดว่าจะพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีกเรื่อย ๆ จากมาตรการค้นหาเชิงรุก ซึ่งที่มาของการระบาดใน จ.สมุทรสาคร พบว่า เริ่มตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม 2563 พบหญิงไทยวัย 67 ปี อาชีพค้าขายที่ตลาดกลางกุ้ง ใน ต. มหาชัย อ.เมืองสมุทรสาคร ติดเชื้อโดยไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ซึ่งหมายความว่าผู้ติดเชื้อรายนี้ไม่ได้เป็น "ต้นเชื้อ" (ไทยโพสต์, 2564) ทางกรมควบคุมโรคจึงได้พยายามค้นหาต้นเชื้อหรือสาเหตุการติดเชื้อของหญิงรายนี้ ซึ่งคาดว่าจะเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวเมียนมาในตลาดกลางกุ้ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานเมียนมาอยู่อย่างหนาแน่นเมื่อเจ้าหน้าที่เข้าพื้นที่เพื่อทำการตรวจคัดกรองก็พบว่าผู้ติดเชื้อจำนวนมากโดย 90% เป็นแรงงานเมียนมาที่เหลือเป็นคนไทย และราว 90% ของผู้ติดเชื้อพบว่าไม่มีอาการ จึงทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ง่าย อีกทั้งแรงงานเมียนมาพักอยู่รวมกันอย่างแออัด จึงเกิดการติดเชื้อจำนวนมาก โดยรายงานดังกล่าวเป็นเพียงการตรวจระยะแรกเท่านั้นหลังจากนี้จะมีรายงานผลการตรวจในระยะต่อไป ซึ่งคงจะพบผู้ติดเชื้ออีกจำนวนมาก" สามารถระบุกลุ่มผู้ติดเชื้อและขอบเขตการแพร่ระบาดชัดเจน จึงได้ออกมาตรการ "ล็อกดาวน์" ตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดได้ประกาศไปแล้วเพื่อไม่ให้เชื้อกระจายไปที่อื่น (BBC NEWS, 2563) โดยจังหวัดสมุทรปราการ ออกประกาศเรื่อง มาตรการควบคุมการแพร่ของโรคติดต่ออันตรายในท้องที่จังหวัดสมุทรปราการ ออกคำสั่งไว้ดังต่อไปนี้ (กรุงเทพธุรกิจ, 2563)

1. ปิดสถานศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน และสถาบันกวดวิชา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนผู้สูงอายุ ในอำเภอมะขาม และอำเภอมะขาม และอำเภอมะขามของจังหวัดสมุทรปราการ เป็นการชั่วคราว ตั้งแต่วันที่ 22 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 4 มกราคม 2564 และให้สถานศึกษาที่มีความเสี่ยงพิจารณาปิดโรงเรียนตามความเหมาะสมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

2. สถานบริการและสถานประกอบการที่คล้ายสถานบริการ ผับ บาร์ คาราโอเกะให้เน้นรับประทานอาหารอย่างเดียวก่อน และให้ถือปฏิบัติตามมาตรการที่ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) กำหนด

3. ขอความร่วมมือหน่วยงานภาครัฐและเอกชน จัดกิจกรรมที่มีการรวมตัวของประชาชน หากประสงค์จัดงานต้องเสนอแผนควบคุมโรคต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อนำเรื่องเข้าพิจารณาในคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสมุทรปราการ ตามมาตรการที่ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) กำหนด

4. จัดตั้งจุดตรวจ จุดสกัด จุดคัดกรองโรค เพื่อสกัดกั้นการเดินทางเข้าออกและการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว และควบคุมคนไทยที่เดินทางเข้า-ออกจากจังหวัดสมุทรสาคร ตามความจำเป็น

5. ให้ใช้สวนสาธารณะเพื่อการออกกำลังกาย และให้ผู้รับผิดชอบสวนสาธารณะควบคุมจำนวนผู้เข้าใช้กิจกรรมมิให้เกิดการรวมตัวแออัด

6. จัดเจ้าหน้าที่ตรวจค้นหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)เชิงรุกในแรงงานต่างด้าวจำนวน 1,500 คน รวมถึงประชาชนที่เดินทางไปพื้นที่เสี่ยงจังหวัดสมุทรสาคร

7. ขอความร่วมมือศาสนสถานทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ งดให้แรงงานต่างด้าวเข้ามาทำกิจกรรมภายในพื้นที่

8. ข้าราชการและบุคลากรของจังหวัดสมุทรปราการที่เดินทางไปกลับจังหวัดสมุทรสาคร หรือมีที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร ให้ทำงานที่บ้าน (work from home) ตั้งแต่วันที่ 22 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 4 มกราคม 2564

9. สถานที่ราชการทุกหน่วยงาน ให้เจ้าหน้าที่ใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าทุกคน

10. ห้างสรรพสินค้า ร้านสะดวกซื้อ ตลาดสด ตลาดนัด และร้านอาหารให้มีการคัดกรองอุณหภูมิร่างกาย ลงทะเบียนแพลตฟอร์มไทยชนะ จัดให้มีจุดล้างมือหรือแอลกอฮอล์เจล และใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

11. การขนส่งสาธารณะให้ใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และผู้ประกอบการต้องจัดการทำความสะอาดยานพาหนะทุกวัน

12. ให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการค้นหาและเฝ้าระวังแรงงานต่างด้าวในพื้นที่

13. จัดตั้งศูนย์ Call Center โรงพยาบาลสมุทรปราการ หมายเลข 02 701 8132 39 (24 ชั่วโมง)

14. ห้ามการนำเสนอข่าวหรือทำการเผยแพร่ต่างๆ ซึ่งมีข้อความหรือข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อันเป็นเท็จหรืออาจจะทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว หรือเจตนาบิดเบือนข้อมูลข่าวสารดังกล่าว อันทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสถานการณ์ฉุกเฉิน จนกระทบต่อการดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ในกรณีเช่นนี้ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการตักเตือน ให้ระงับหรือสั่งให้ดำเนินการแก้ไข หรือหากเป็นกรณีที่มีผลกระทบรุนแรงให้ดำเนินคดีตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 หรือพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548

15. ปิดสนามชนไก่ สนามคัดเลือกไก่ สนามกอล์ฟ เวทีมวย สนามซ้อมมวย ร้านเกมส์ ร้านอินเทอร์เน็ตและสนุกเกอร์

16. งดการจัดกิจกรรมปีใหม่ และการสวดมนต์ข้ามปี

17. ควรงด หรือชะลอการจัดกิจกรรม และพิธีการทางสังคม เช่น พิธีมงคลสมรส พิธีเช่นไหว้บรรพบุรุษยกเว้นพิธีศพ กิจกรรมหรืองานพิธีที่ทางราชการจัดขึ้น หรือเป็นไปตามกำหนดการของทางราชการ ยังคงจัดได้ตามความเหมาะสม แต่ต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค ข้อ 18 ของประกาศฉบับนี้

18. กำหนดมาตรการป้องกันโรค ให้มีมาตรการป้องกันโรค ดังนี้

(1) ให้ทำความสะอาดโดยการเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสของสถานที่ที่เกี่ยวข้องก่อนการจัดกิจกรรม และให้กำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน

(2) ให้เจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการ ผู้ร่วมงาน ผู้ร่วมกิจกรรม ลูกจ้าง ผู้ใช้บริการ สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า

(3) ให้บุคคลตาม (2) ล้างมือด้วยสบู่ แอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

(4) ให้บุคคลตาม (2) เว้นระยะนั่ง หรือยืนห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร เพื่อป้องกันการติดต่อสัมผัส หรือแพร่เชื้อโรคทางฝอยละอองน้ำลาย

(5) ให้ควบคุมจำนวนผู้ร่วมกิจกรรมมิให้แออัด หรือลดเวลาในการทำกิจกรรมให้สั้นลงเท่าที่จำเป็น โดยถือหลักการหลีกเลี่ยงการติดต่อสัมผัสระหว่างกัน

หากผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามประกาศฉบับนี้ มีความผิดตามมาตรา 18 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกิน

สีหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และมีความผิดตามมาตรา 52 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ(ราชกิจจานุเบกษา,2558)

การดำเนินการตามมาตรการนี้เป็นการดำเนินการชั่วคราวจนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่นกรณีมีความจำเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ อาจประกาศเปลี่ยนแปลง หรือลดเงื่อนไขตามประกาศนี้ได้ ประกาศใดขัดหรือแย้งประกาศนี้ให้ใช้ประกาศฉบับนี้แทน (พระราชบัญญัติโรคติดต่อ, 2558)

การใช้มาตรการทางกฎหมายในการระบาดระลอกใหม่

จากกฎหมายคุ้มครอง "โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรวบรวมกฎหมาย ประกาศ มาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) โดยมาตรการต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย สร้างความร่วมมือ อำนาจสั่งการ และความรับผิดชอบต่อสังคม ข้อเสนอแนะคือ หมั่นล้างมือให้สะอาด อยู่เสมอด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลล้างมือ ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น และปฏิบัติตามคำแนะนำ “กินร้อน ช้อนกู ทุสบู่ อยู่ห่างกัน” อย่างเคร่งครัด (ณรงค์ ใจเที่ยง,2563)

พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

ตามกฎหมายระหว่างประเทศ รัฐมีอำนาจอธิปไตยที่จะอนุญาตหรือไม่อนุญาตให้คนต่างด้าวเข้ามาในราชอาณาจักรได้(Oppenheim's International Law,2008) อำนาจอธิปไตยที่ว่านี้แสดงออกโดยผ่านกฎหมายคนเข้าเมือง(Immigration law) ซึ่งทุกประเทศก็มีกฎหมายเช่นว่านี้ การควบคุมคนต่างด้าวเพื่อสกัดการแพร่เชื้อโรคนี้อาจควบคุมทั้งขาเข้า (entering) และขาออก (leaving) โดยหากพบคนต่างด้าวที่สงสัยว่าอาจติดเชื้อก็อาจมีการกักกันผู้นั้นได้สำหรับกฎหมายไทย คือ พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 กฎหมายนี้จะบัญญัติคุณสมบัติของคนต่างด้าวไว้ว่าหากมีคุณสมบัติบางอย่างจะเข้ามาในราชอาณาจักรไทยไม่ได้ และหนึ่งในนั้นก็คือเรื่องสุขอนามัย ฉะนั้นกฎหมายฉบับนี้จึงมีบทบาทสำคัญในการห้ามมิให้คนต่างด้าวที่เป็นโรคติดต่อเข้ามาในราชอาณาจักรไทย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2522)

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

กฎหมายฉบับนี้ถือว่าเป็นกฎหมายอนุวัติการกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) ที่ออกโดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2548 (ค.ศ. 2005) สำคัญของกฎหมายฉบับนี้คือ มีการกำหนดมาตรการเฝ้าระวัง การกำหนดบทบาทของหน่วยงานกลางเพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับองค์การอนามัยโลก มาตรการแยกกักและกักขัง มาตรการสุขอนามัยเกี่ยวกับการสัญจรระหว่างประเทศทั้งทางเรือและอากาศยาน (ราชกิจจานุเบกษา, 2558) ราชกิจจานุเบกษา ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่ออาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2563 โดยประกาศให้โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย

โดยพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวซึ่งปรากฏในมาตรา 31 มีการควบคุม เฝ้าระวังและป้องกันโดยอาศัยตามระเบียบมาตรา เพื่อให้เจ้าบ้าน หรือผู้รับผิดชอบในสถานพยาบาล เจ้าของสถานประกอบการหรือสถานที่ใดๆ ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่กรณีที่มีผู้ต้องสงสัย หรือผู้ป่วยผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา 34 (1) ให้เจ้าพนักงานหรือผู้มีอำนาจ ดำเนินการให้ผู้ต้องสงสัย หรือผู้ป่วยโควิด 19 มารับการตรวจ การชันสูตร แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต มาตรา 35 กรณีมีเหตุจำเป็นเร่งด่วนเพื่อป้องกันการแพร่ของโรคโควิด ให้ผู้มีอำนาจผู้ว่าราชการ สั่งปิดสถานที่ต่าง ๆ สั่งห้ามไปในสถานที่ชุมชน มาตรา 39 (5) ห้ามเจ้าของหรือผู้ควบคุมพาหนะนำผู้เดินทาง ซึ่งไม่ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเข้ามาในราชอาณาจักร โดยทั้งหมดนี้ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดและต้องไม่ฝ่าฝืน หรือกระทำการขัดแย้งต่อระเบียบดังกล่าว

พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548

ข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนด การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 6) โดยข้อกำหนดดังกล่าวใช้บังคับการบริหาร การป้องกัน และการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการทั้งหลาย ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การผ่อนคลายเป็นให้ดำเนินการหรือทำกิจกรรมบางอย่างได้ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการทำกิจกรรมด้านเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต ตลอดจนด้านการออกกำลังกายหรือการดูแลสุขภาพพอันเป็นการช่วยป้องกันโรคได้ทางหนึ่ง ภายใต้บังคับข้อกำหนดว่าด้วยการห้ามออกนอกเคสสถาน และภายใต้มาตรการป้องกันโรคและคำแนะนำของทางราชการ

ให้สถานที่สถานประกอบการหรือกิจกรรมซึ่งรัฐอนุญาตให้เปิดบริการหรือมีนโยบายสนับสนุนให้เปิดดำเนินการได้อยู่ก่อนแล้วตามข้อ 12 แห่งข้อกำหนด (ฉบับที่ 1) ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 เช่น ธนาคาร โรงงาน สถานีบริการเชื้อเพลิง บริการส่งสินค้าและอาหารตามสั่งยังคงเปิดดำเนินการต่อไปได้เช่นเดิม ส่วนสถานที่ สถานประกอบการหรือกิจกรรมใดซึ่งเคยมีข้อกำหนด ประกาศ หรือคำสั่งให้ปิดหรือจำกัดการดำเนินการชั่วคราวหรือเคยผ่อนผันโดยมีเงื่อนไขไว้ในระยะแรกนี้ให้เปิดดำเนินการได้ทั่วราชอาณาจักรตามความสมัครใจและความพร้อม ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป ดังต่อไปนี้ กิจกรรมด้านเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต กิจกรรมด้านการออกกำลังกาย หรือการดูแลสุขภาพ

ข้อ 2 ให้เจ้าของหรือผู้จัดการสถานที่ตามข้อ 1 (1) หรือ (2) ทุกประเภทมีหน้าที่รับผิดชอบ การดูแลรักษาความสะอาดของสถานที่ ภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้ และจัดให้มีมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนด เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัย การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนจัดระบบอื่น ๆ ให้เป็นไปตามคำแนะนำ เงื่อนไข และเงื่อนไขที่ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือทางราชการกำหนด เช่น การให้เข้าใช้บริการโดยนัดหรือแจ้งล่วงหน้า การไม่ให้ผู้ใช้บริการหลายคนรออยู่ในสถานที่เดียวกัน การจำกัดจำนวนผู้ใช้บริการในแต่ละคราว และเวลาการเข้าใช้บริการ ทั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่สามารถเข้าตรวจและให้คำแนะนำ หรือตักเตือนห้ามปรามได้ตลอดเวลา หากพบว่าการฝ่าฝืนหรือเป็นอันตรายต่อการป้องกันการแพร่ของโรค ให้เสนอผู้มีอำนาจตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อสั่งปิดสถานที่นั้นเฉพาะราย (ราชกิจจานุเบกษา, 2563)

การบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีผลบังคับใช้ 8 กันยายน 2558 เพื่อใช้ในการบริหารสถานการณ์ การเฝ้าระวังโรค COVID-19 หากพบผู้มีเหตุสงสัยว่าป่วยหรือมีอาการป่วยต้องแจ้งทันที เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือปอดอักเสบ และมีประวัติเพิ่งเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ต้องแจ้งทันทีการเฝ้าระวังโรค COVID-19 ฝ่าฝืน ปรับไม่เกิน 20,000 บาท โดยกฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ในรูปแบบของ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการแจ้ง ปรากฏตามมาตรา 31 สำหรับในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย / โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดที่เกิดขึ้น (มีผลบังคับใช้ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2560) ตามมาตรา 32 สำหรับเจ้าพนักงานควบคุมติดต่อโรค ดำเนินการเอง/ออกคำสั่งเป็นหนังสือให้ผู้ใดดำเนินการนำผู้ที่เป็น หรือมีเหตุสงสัยว่าเป็นโรค มารับการตรวจ ชันสูตร แยกกัก คุมไว้สังเกต ผู้มีความเสี่ยงจะติดโรคมารับเสริมสร้างภูมิคุ้มกันกำจัด แก๊สปรับปรุง ที่อยู่อาศัย สถานที่ต่าง ๆ

พาหนะ หรือทำลายสิ่งใด ๆ ที่มีเชื้อโรคให้ถูกสุขลักษณะ รวมไปถึงกำจัดสัตว์ แมลง เป็นต้น โดยมาตรา 34 นี้ได้ระบุนำพาหนะเข้าไปในสถานที่ พาหนะ ที่สงสัยว่ามีโรคเกิดขึ้น

มาตรา 35 ผู้ว่าราชการจังหวัด/กทม. กรณีมีเหตุจำเป็นเร่งด่วน สั่งให้ผู้ที่ไป/สงสัยว่าเป็นโรค หยุดประกอบอาชีพเป็นการชั่วคราว อาทิ ปิดตลาด, ปิดสถานที่ประกอบ/จำหน่ายอาหาร, ปิดโรงงาน, ปิดสถานศึกษา, ปิดโรงแรมที่พัก, สถานที่ชุมนุม ฯลฯ

มาตรา 39 เจ้าของ/ผู้ควบคุม พาหนะเมื่อมีเหตุสงสัยว่าพาหนะมาจากท้องที่หรือเมืองท่าใดนอกราชอาณาจักรที่มีการระบาดของโรค เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านติดต่อระหว่างประเทศ ต้องทำตามกฎดังนี้ เจ้าของ/ผู้ควบคุม พาหนะ แจ้งกำหนดการ ยื่นเอกสารต่อเจ้าพนักงาน และต้องได้รับการตรวจสอบก่อนว่าถูกสุขลักษณะ

มาตรา 39 ท้องที่ หรือเมืองท่าใดนอกราชอาณาจักรเป็นเขตโรคติดต่อเมื่อรัฐมนตรีประกาศให้ท้องที่ หรือเมืองท่าใดนอกราชอาณาจักรเป็นเขตโรคติดต่ออันตรายเจ้าพนักงานประจำด่านต้อง กำจัด ป้องกัน และควบคุมการแพร่ของโรค ห้ามผู้ใดเข้าไป หรือนำสิ่งของเครื่องใช้ที่มีเหตุสงสัยว่าเป็นสิ่งติดโรคเข้าไปหรือออกจากพาหนะ สำหรับผู้ที่เดินทางมากับพาหนะได้รับการตรวจทางการแพทย์ แยกกักตัวไว้สังเกต ในสถานที่และระยะเวลาที่กำหนด

มาตรา 41 เจ้าของพาหนะ หรือ ผู้ควบคุมพาหนะเจ้าของพาหนะ หรือ ผู้ควบคุมพาหนะ ต้องเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการขนส่งผู้เดินทางมากับพาหนะนั้น เพื่อแยกตัวไว้คุมสังเกต รวมไปถึงออกค่าใช้จ่ายเลี้ยงดู รักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องค่าใช้จ่ายเป็นไปตามความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ

มาตรา 42 เจ้าพนักงานควบคุมโรค ๆ มีอำนาจสั่งในกรณีพบว่าผู้เดินทางป่วย หรือเข้าข่ายเสี่ยง ต้องสงสัยว่าเป็นโรค หรือพาหนะนำโรค เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ มีอำนาจสั่งให้บุคคลดังกล่าว ถูกแยกกัก กักกัน คุมสังเกต หรือได้รับสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยค่าใช้จ่ายผู้เดินทางต้องเป็นผู้รับผิดชอบ โดยทุกมาตราที่กล่าวมานี้ เป็นมาตรการที่บังคับใช้เพื่อให้การดำเนินการควบคุม ฝักระวังการเกิดสถานการณ์และความรุนแรงของโรคแพร่กระจายมากขึ้น จึงได้ประกาศใช้และดำเนินโดยผ่าน ศบค. (ราชกิจจานุเบกษา, 2558)

การปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้แนวทางที่สำคัญคือ 1. การป้องกัน โดยจัดให้มีหน้ากากอนามัย จัดหาแอลกอฮอล์ชนิดเจลหรือชนิดน้ำให้เพียงพอ ตรวจวัดคัดกรองวัดอุณหภูมิของร่างกายซึ่งต้องมีอุณหภูมิไม่เกินกว่า 37.5 องศาเซลเซียส 2. การสร้างระยะห่างทางสังคมโดยที่งดการประชุมอบรม สัมมนา กิจกรรมอื่นที่มีการรวมกันของผู้คน และให้นำระบบออนไลน์มาใช้แทน การจัดเก้าอี้ให้มี

ระยะห่างกันอย่างน้อย 1 เมตรโดยกำหนดจุดที่นั่งให้ชัดเจน 3. การปิดสำนักงาน หากพบกรณีพบบุคลากรในสังกัดเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยที่การดำเนินมาตรการทางสาธารณสุขภายใต้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ประสบความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 จนเป็นที่ยอมรับทั่วโลก ในช่วงเปลี่ยนผ่านการลดการระบาดของ “โควิด-19” สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จนกลายเป็นความสูญเสีย การป้องกันตนเองเพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ผิดไปจากวิถีเดิม ๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสิ่งใหม่เหล่านี้ได้กลายเป็นความปกติใหม่ (New Normal) ทั้งใน ด้านอาหาร การรักษาสุขภาพ การศึกษา การสื่อสาร การทำธุรกิจ (ฉัตรสุน พณนิญญ, 2563)

สรุปแนวทางการใช้มาตรการป้องกันโควิด 19 ระบาดระลอกใหม่

ผลการประชุมคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) (ศบค.) ควรให้การพิจารณาประกาศพื้นที่ควบคุมสูงสุด พื้นที่ควบคุม และพื้นที่เฝ้าระวังสูงตามสถานการณ์และความรุนแรงของการแพร่ระบาด โดยไม่จำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมพื้นที่ในรูปแบบเดียวกันทั่วทั้งจังหวัด ควรให้มีข้อกำหนดมาตรการด้านสาธารณสุข และเน้นย้ำมาตรการ D-M-H-T-T รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการป้องกันและทำลายเชื้อในอากาศ และให้กำหนดเป็นความรับผิดชอบของผู้ประกอบการที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุข อันเป็นเหตุให้ เกิดการแพร่ระบาด โดยอาจพิจารณาให้มีมาตรการลงโทษตามระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรค การกำหนดพื้นที่ควบคุมสูงสุดและดำเนินการควบคุมการเคลื่อนย้ายออก นอกเขตพื้นที่ยังคงมีความสำคัญและจำเป็น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อขัดข้องในการสอบสวนโรคและพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด เป็นต้น และควรดำเนินการ ตั้งจุดตรวจคัดกรองการเดินทางเข้าหรือ ออก พื้นที่อย่างเข้มข้น และให้ผู้เดินทางเข้าออกติดตั้งระบบติดตามตัวเพื่อประโยชน์ในการสอบสวนโรคได้อย่างรวดเร็ว ควรรณรงค์ให้ประชาชนใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ ซึ่งเหมาะกับสถานประกอบการ และแอปพลิเคชันหมอชนะ ซึ่งมีระบบติดตามตัวบุคคล (Tracking) เพื่อประโยชน์ในการสอบสวนโรค ขณะนี้พร้อมใช้งานแล้วประมาณ 20 ล้านคน และสามารถขยายได้ถึง 40 ล้านคน การสกัดกั้นการลักลอบเข้าเมือง ดำเนินการเฝ้าระวังการลักลอบเข้าเมืองจากประเทศเพื่อนบ้านใน

ทุกพื้นที่ กวดขันและบูรณาการการปฏิบัติของกองกำลังป้องกันชายแดน เจ้าหน้าที่ตำรวจ และฝ่ายปกครอง รวมถึงเพิ่มความถี่การเฝ้าตรวจและการลาดตระเวนในพื้นที่ชายแดน วางเครื่องกีดขวางตามช่องทาง/ท่าข้ามที่ล่อแหลมและสำคัญในภูมิภาค และเครื่องมือพิเศษทุกระบบในการเฝ้าตรวจพื้นที่ เช่น CCTV และการใช้โดรน นอกจากนี้ได้บูรณาการการปฏิบัติในพื้นที่ชายแดนทางบกทั้ง 7 กองกำลังป้องกันชายแดน และเพิ่มเติมกำลังในพื้นที่พรมแดนด้านตะวันตก (เมียนมา) และด้านใต้ (มาเลเซีย) ด้านตะวันออก (สปป.ลาว และกัมพูชา) ดำรงความเข้มข้นในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และใช้กำลังที่จัดออกปฏิบัติการป้องกันชายแดนประจำปีเป็นผู้ปฏิบัติ รวมทั้งบูรณาการการปฏิบัติในพื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา ด้านจังหวัดจันทบุรีและจังหวัดตราด การสนับสนุนของศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความมั่นคง ในพื้นที่ควบคุมสูงสุด สนับสนุนศูนย์ห่วงใยคนสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม 2 แห่ง เตียงนอน จำนวน 1,000 เตียง ที่นอน จำนวน 500 ชุด หมอน ผ้าห่ม มุ้ง จำนวน 1,000 ชุด และเตรียมโรงพยาบาลสนาม จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ค่ายมหาเจษฎาราชเจ้า อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี (รองรับได้ 174 คน ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้าพักรักษาแล้ว 41 คน) โรงพยาบาลสนามสโมสรเรือใบหน่วยบัญชาการต่อสู้อากาศยานและรักษาฝั่ง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี (รองรับได้ 320 คน) และสนามฝึกบ้านจันทเขลม จังหวัดจันทบุรี (รองรับได้ 232 คน) การบังคับใช้มาตรการตามข้อกำหนดฯ ฉบับที่ 16 ดำเนินการจัดตั้งจุดตรวจ/ด่านตรวจร่วมตามคมนาคมสำคัญเพื่อควบคุมและคัดกรองการเดินทางข้ามจังหวัด รวมถึงสนับสนุนการจัดตั้งจุดตรวจคัดกรองโรคโควิด - 19 ภายในจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และจัดตั้งจุดตรวจร่วม/ชุดสายตรวจร่วม เพื่อป้องกัน ป้องปราม กวดขัน และจับกุมบุคคลที่มั่วสุมกระทำผิดกฎหมายหรือกระทำความผิดก่อให้เกิดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรค (คณะรัฐมนตรี, 2564)

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สาเหตุของการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 อย่างรวดเร็ว.

คลังความรู้สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=730

กรุงเทพธุรกิจ. (2563). ประกาศคำสั่งสมุทรสงคราม เชื้อสมุทรปราการสั่งปิดร. เหตุยอดผู้ติดเชื้อโควิดเพิ่มขึ้น. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ. 23 ธันวาคม 2563.

<https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/913687>

คณะรัฐมนตรี. (2564). สรุปผลการประชุมคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) (ศบค.) ครั้งที่ 1/2564. ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา (นายกรัฐมนตรี) วันที่ 5 มกราคม 2564.

<https://www.rvt9.com/s/cabt/3188868>

ฉัตรสุมน วฤณวิญญู. (2563). มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 6(2):467-485.

ณรงค์ ใจเที่ยง. (2563). กฎหมายคุ้มครอง "โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019". วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 6(เพิ่มเติม):S183-S197.

ไทยโพสต์. (2564). ค้นหาเชิงรุกสมุทรสาคร ล้นเคาะคลายล็อกศูรีนี้. ไทยโพสต์

26 มกราคม พ.ศ. 2564. สืบค้นจาก: <https://www.thaipost.net/main/detail/91004>.

ราชกิจจานุเบกษา. (2558). พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2558. เล่มที่ 122 ตอนที่ 58 ก. 16 กรกฎาคม 2558.

https://library2.parliament.go.th/giventake/content_give/em160748.pdf

ราชกิจจานุเบกษา. (2563). ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. 29 กุมภาพันธ์ 2563. สืบค้นจาก

http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_0001.PDF

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ. (2558). มาตรา 52 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 132 ตอนที่ 86 ก. 8 กันยายน 2558.

https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/001_1gcd.PDF

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2522). พ.ร.บ. คนต่างด้าว พ.ศ. 2522 มาตรา 12 (4) สำหรับรายชื่อของโรคติดต่ออันจะปรากฏในกฎกระทรวง. สืบค้นจาก

<http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%A402/%A402-20-9999-update.pdf>

BBC NEWS. (2563). โควิด-19: สธ. ประกาศการระบาดระลอกใหม่ในไทย ผู้ติดเชื้อจากกรณีสมุทรสาคร เกือบ 700 รายใน 3 วัน. หนังสือพิมพ์ BBC NEWS ประเทศไทย.

<https://www.bbc.com/thai/thailand-55383363>

Advertising and marketing communication problems with the enforcement of alcohol control laws^{*}

Chardsumon Prutipinyo^{**}

Abstract

The Alcohol Control Act B.E. 2551 (2008) has been in force for more than 10 years, so it's time for an amendment to be up-to-date with current situation. From literatures review on the problem of advertising and marketing communication, and the enforcement of the alcohol control law, it was found that the current alcohol control law should be amended as follows: 1. Prohibition of advertisement in all forms, throughout 24 hours (total advertising ban) should be implemented in the master law? 2. Additional provisions for prohibition of alcohol marketing communication on the internet, which specifically targeting youths. 3. Amendment of Section 32, paragraph 3, by closing the gaps in advertising control coming from abroad, including closing the gaps on business operators, who intend to violate the spirit of total advertising ban in the Alcohol Control Act. 4. Amendment of Section 43 of the Alcohol Control Act B.E. 2551, by separating the penalty between individual persons and entrepreneurs, with higher penalty for business operators on fines than before, and implementing additional measure of punishment by suspension of licenses for business operators, who violate advertisement control law

Keywords: Advertising and marketing communication; enforcement; alcohol control laws

^{*} Synthesis of alcohol control measures from research in Thailand, Center for Alcohol Studies

^{**} Department of Public, Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

ปัญหาการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด กับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*

ฉัตรสุมน พฤตภิญญไญ**

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้บังคับใช้มานานกว่า 10 ปีแล้ว จึงถึงเวลาที่จะต้องมีการปรับปรุง เพื่อให้มีความทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน จากการทบทวนงานวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ พบว่า ควรปรับแก้ไขกฎหมายใหม่ ดังนี้ 1. การกำหนดห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิงหรือในทุกรูปแบบตลอด 24 ชั่วโมงในกฎหมายแม่บท 2. บัญญัติเพิ่มห้ามสื่อสารการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนสื่อทางอินเทอร์เน็ตที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเยาวชนอย่างเด็ดขาด 3. ให้ปรับปรุงแก้ไขมาตรา 32 วรรค 3 โดยบัญญัติให้ครอบคลุมช่องว่างของการโฆษณา ที่มีแหล่งที่มาจากต่างประเทศมาพิจารณาประกอบด้วย เพื่ออุดช่องว่างที่ผู้ประกอบการธุรกิจอาศัยทำการโฆษณาที่ฝ่าฝืนเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4. เสนอให้มีการปรับปรุงแก้ไขมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยให้แบ่งโทษระหว่างบุคคลธรรมดาและผู้ประกอบการแยกออกจากกัน โดยอัตราโทษปรับของผู้ประกอบการให้สูงกว่าเดิมและเพิ่มมาตรการในการลงโทษโดยการพักใบอนุญาตผู้ประกอบการธุรกิจที่ทำการโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมาย

คำสำคัญ: การโฆษณาและการสื่อสารการตลาด; การบังคับใช้กฎหมาย กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

* ส่วนหนึ่งของงาน “การสังเคราะห์มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากงานวิจัยในประเทศไทย”

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

มาตรการในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มุ่งเน้นการควบคุมกิจกรรมของธุรกิจแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นภาคธุรกิจที่ได้ประโยชน์จากการจำหน่ายสินค้า ที่มีผลกระทบต่อสังคมอย่างรุนแรงในวงกว้าง มีให้ภาคธุรกิจดังกล่าวดำเนินการจูงใจประชาชนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประชาชนไทยประมาณร้อยละ 30 เท่านั้นที่ดื่มเครื่องดื่มสุรา มาตรการในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 จึงไม่ได้ส่งผลกระทบต่อประชาชนส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 ที่ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่มุ่งเน้นที่จะปกป้องประชาชนส่วนนี้ ซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศจากผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เพียงก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือผลกระทบต่างๆ โดยตรงต่อของผู้ดื่มเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเชิงลบด้านอื่นๆ ต่อไปถึงบุคคลและสังคมที่อยู่รอบข้างตัวผู้ดื่มทั้งโดยตรงและโดยอ้อมอีกด้วย ในทางวิชาการมีการเรียกผลกระทบในมิติเหล่านี้ว่า “ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น (ภัยเหล้ามือสอง)” (Alcohol’s harm to others) ไปจนถึงเป็นคนแปลกหน้าที่ไม่รู้จักรักกับผู้ดื่ม ดังนั้น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงต้องเป็นสินค้าควบคุม ทั้งการผลิต การขาย การโฆษณาและการสื่อสารการตลาด ผลกระทบจากดื่มสุราของผู้อื่น (อรทัย วลีวงศ์, 2562: 99) ซึ่งผู้เขียนเห็นว่า ในการควบคุมนั้นภาครัฐได้ดำเนินการถูกต้องแล้ว

ประเด็นสำคัญที่มีการพูดกันมากก็คือ ปัญหาของการตีความคำว่า “โฆษณา” จนเป็นเรื่องราวขอแก้ไขกฎหมายนี้ แต่ผู้เขียนกลับเห็นตรงกันข้ามกับฝ่ายธุรกิจ เพราะว่าถ้าวินิจฉัยคำว่า “โฆษณา” มีการความหมายและนัยครบถ้วน กล่าวคือ การกระทำไม่ว่าโดยวิธีใด ๆ ให้ประชาชนเห็น ได้ยินหรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ในทางการค้า และให้หมายความรวมถึงการสื่อสารการตลาด และ คำว่า “การสื่อสารการตลาด” หมายความว่า การกระทำกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขายสินค้า บริการหรือภาพลักษณ์ การประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ข่าวสาร การส่งเสริมการขายการแสดงสินค้า การจัดหรือสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมพิเศษ และการตลาดแบบตรง

คำว่า “ขาย” หมายความว่ารวมถึง จำหน่าย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้ เพื่อประโยชน์ในทางการค้า เหตุที่ต้องรวมการแจกจ่าย แลกเปลี่ยน ให้ เข้ากับคำว่า ขาย ก็ด้วยเหตุว่า “การแจกจ่าย แลกเปลี่ยน ให้” เป็นพฤติกรรมที่ผู้ประกอบการค้าหวังเพิ่มยอดขายและกำไรมากยิ่งขึ้น อีกทั้งรวมถึงการสร้างภาพลักษณ์ของยี่ห้อหรือแบรนด์สินค้าซึ่งเข้าข่ายเพื่อประโยชน์ทางการค้าทั้งสิ้น หากผู้กระทำมีเจตนาเพื่อประโยชน์ในทางการค้าก็ย่อมถือได้ว่าเป็นการโฆษณาโดยเฉพาะฝ่ายธุรกิจ

เคยดำเนินการให้เห็นอย่างชัดเจนในอดีตที่ผ่านมา เช่น “การขายเหล้าฟ่งเปียร์” การแจกคู่มือเพื่อแลกเปลี่ยนสินค้าและการบันเทิงและนำไปสู่การขายยอขายในที่สุด

ส่วนที่ว่า ต้องรวมคำว่า “สื่อสารการตลาด” เข้าไปด้วย เพราะทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการขายจริง หรือแจก หรือให้ ล้วนแล้วแต่เป็นส่วนหนึ่งของการตลาดเพื่อประโยชน์ในทางการค้าทั้งสิ้น หากไม่รวมคำว่า “สื่อสารการตลาด” เข้า การทำงานของเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายจะยิ่งยากเข้าไปอีก

โดยหลักการพิจารณาง่ายๆ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าที่ต้องควบคุม เพราะเป็นสินค้าที่ไม่ปกติ ในทุกประเทศก็มีหลักการควบคุมคล้ายๆ กันอย่างนี้ หากจะมีการปรับแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ผู้เขียนเห็นว่า ควรจะไม่อนุญาตให้ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โฆษณาโดยสิ้นเชิงมากกว่า ด้วยว่า ในโลกดิจิทัล การค้าเสรี รัฐไทยจะไม่สามารถควบคุมการค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เลย **บทบาทของบริษัทโฆษณาได้เปลี่ยนไป** ถึงแม้เป้าหมายจะยังเหมือนเดิม คือ ทำให้ได้รับผลที่คาดหวังมากที่สุด ขยายขอบเขตของกลุ่มเป้าหมาย และทำผลกำไรให้มากที่สุด บริษัทการตลาดทางสื่อสังคมในวันนี้ เก็บเกี่ยวและรวบรวมข้อมูลเพื่อที่จะเอื้อแก่กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผู้บริโภคที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยว่า ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการปฏิบัติมาอย่างยาวนานในการจ่ายค่าจ้างสำหรับการโฆษณา ให้แก่นักกีฬาและนักแสดงที่มีชื่อเสียงเพื่อเป็นผู้นำเสนอผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ รวมทั้งจ่ายค่าเป็นผู้อุปถัมภ์รายการและการโฆษณาแฝง (ฉัตรสมุน พฤตภิญโญ และนิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, 2564)

การสื่อสารการตลาดเป็นกลยุทธ์ไปคู่ขนานกับการจัดกิจกรรมการตลาด (Event Marketing) มีจุดประสงค์เพื่อให้ประชาชนรับรู้ว่ามีบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กำลังจัดกิจกรรมอะไรอยู่ และโฆษณาให้คนไปร่วมกิจกรรมให้มากที่สุดเพื่อให้ได้เห็นตราสินค้า กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดมีการเปลี่ยนแปลงมาก เนื่องมาจากการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีที่มากขึ้น ทำให้เกิดช่องทางการติดต่อสื่อสารหลากหลายรูปแบบต่างจากก่อนหน้านั้นที่โฆษณาผ่านสื่อหลัก เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสารต่างๆ เท่านั้น จากการสำรวจ พบว่า กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดมีด้วยกัน 5 กลยุทธ์เด่น ได้แก่ 1) การออกแบบผลิตภัณฑ์ และการออกแบบพื้นที่พิเศษเพื่อการขาย เพื่อทำให้สินค้าที่จำหน่ายมีความโดดเด่นกว่าคู่แข่ง 2) กลยุทธ์การใช้สื่อออนไลน์ ได้แก่ ป้ายโฆษณาป้ายไฟในสถานบันเทิง 3) กลยุทธ์การใช้ CSR สร้างคุณค่าความเป็นชาว โดยทำกิจกรรมในรูปของกิจกรรมเพื่อสังคมและนำมาเผยแพร่ผ่านสื่อ โดยที่มีการวางแผนซื้อสื่อไว้แล้ว และเน้นการประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์องค์กรและแบรนด์สินค้าเป็นหลัก 4) กลยุทธ์การใช้ใบหน้าคน (power of face) เนื่องจากคนจะให้ความสนใจกับคนที่มีอิทธิพลทางความคิดให้เป็นตัวดึงดูดให้คนอยาก

มีส่วนร่วมในตราสินค้าโดยเฉพาะกลุ่มดารา นักร้อง หรือเซเลบริตี้ต่างๆ และ 5) กลยุทธ์การเชื่อมประสานผ่านสื่อออนไลน์ (digital engagement) โดยใช้ช่องทางสื่อสารออนไลน์ในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับลูกค้า สร้างกระแสสินค้า การสร้างการรับรู้ตราสินค้าการประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการสร้างความรักภักดีต่อผลิตภัณฑ์ (brand loyalty) ซึ่งสื่อออนไลน์จะมีการใช้มากขึ้นโดยผ่านเนื้อหา (Content) ที่ปรับให้เข้ากับกลุ่มลูกค้า (นิษฐา หรุ่นเกษม, 2556)

กลยุทธ์ที่มีพลวัตมากที่สุดข้างต้น คือ กลยุทธ์การเชื่อมประสานผ่านสื่อออนไลน์ โดยพบว่ามีการใช้วิธีการที่หลากหลายสามารถจำแนกออกมาเป็นประเภทตามเนื้อหาที่ต้องการสื่อสารหลักๆ ได้ 4 ประเภท ได้แก่ 1) กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดด้านผลิตภัณฑ์ (product) มีการนำเสนอให้เห็นถึงความแตกต่างของผลิตภัณฑ์ของตนเองว่าแตกต่างกับคู่แข่งอื่นอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นเรื่องต้นกำเนิดของสุรากระบวนการผลิตและวัตถุดิบ รสชาติ สูตร ขนาดการบรรจุ ตลอดจนบรรจุภัณฑ์ คุณภาพของกระบวนการผลิต 2) กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดด้านราคา (price) กลยุทธ์นี้ใช้เครือข่ายสังคม เพื่อให้ข้อมูลการลดราคาพิเศษของผลิตภัณฑ์ในสถานบันเทิง หรือการโปรโมทแคมเปญ การจัดช่วงลดราคาพิเศษคู่กับกิจกรรมในเครือข่ายสังคมออนไลน์ 3) กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดด้านสถานที่ โดยร่วมมือกับร้านอาหาร สถานบันเทิง ผับ บาร์ เพื่อนำเสนอพื้นที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งการนำเสนอพื้นที่การดื่มในบ้านด้วย 4) กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดด้านการส่งเสริมการขาย (promotion) เน้นหนักไปที่การสื่อสารกิจกรรมที่ธุรกิจได้ดำเนินการจัดขึ้น หรือเป็นผู้สนับสนุนหลักอย่างเป็นทางการได้แก่ กิจกรรมดนตรี กิจกรรมกีฬา การจัดประกวดควบคู่ไปด้วย การจัดกิจกรรมส่งเสริมการขายจึงมีทั้งการลด แลก แจก แถม การชิงโชคต่างๆ ผ่านเครือข่ายสังคม (ณัฐวิภา สินสุวรรณ, 2556)

สำหรับเนื้อหาสาระใน Facebook ซึ่งสื่อกับผู้บริโภคนั้นได้สร้างความคลุมเครือระหว่างโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับความรู้รอบตัวทั่วไปเกี่ยวกับวัฒนธรรมการดื่มซึ่งช่องทางสำหรับวัยรุ่นหรือคนรุ่นใหม่คือการใช้สื่อบนระบบอินเทอร์เน็ต ดังนั้น การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์จึงมีผลต่อการรับรู้และการคาดหวังต่อการดื่ม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการดื่มของวัยรุ่นนั่นเอง (ปิยรัตน์ ปันลี, 2555)

หลังออกประกาศบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การตลาดและวิธีการสื่อสารตลอดมา เมื่อถูกห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ (product advertising) แต่ในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 อนุญาตให้โฆษณาแนวรับผิชอบสังคม ทำให้การสื่อสารในยุคแรก หลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติมีแนวทางเป็นโฆษณาแบบรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ทุกแบรนด์และ

แตกยอดการสื่อสารแนว CSR มาเป็นการโฆษณาแบบหวังดี (goodwill advertising) โดยการนำเอาความหมายเชิงวัฒนธรรมในลักษณะของ “คำทั่วไป” (generic name) ที่ใช้ในชีวิตประจำวันเข้ามาใช้ในวงการโฆษณามากขึ้น โดยเฉพาะการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้เกิดการโยงเข้ากับ ความหมายของแบรนด์สินค้า เช่น คำว่า สมม. หรือ ก้าวต่อไป เพื่อนให้กันได้เกินร้อย เป็นต้น คำเหล่านี้จะถูกเผยแพร่ผ่านสื่อโฆษณาหลักๆ ทั้งในโทรทัศน์วิทยุ หนังสือพิมพ์ หรือแม้แต่ป้ายโฆษณากลางแจ้งที่เป็นสื่อเก่าที่คุ้นเคยกันอยู่แล้ว เพื่อสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย ยิ่งเมื่อผนวกเข้ากับการนำเอากิจกรรมเพื่อสังคม คือ โฆษณาที่นำเสนอในเรื่องดีๆ คนดี สังคมดี สังคมมีน้ำใจ สุภาพบุรุษ รักสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ภาพลักษณ์เชิงบวกเพื่อสร้างความเข้าใจกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น เด็ก เยาวชน วัยรุ่น

ศรีรัช ลอยสมุทร (2561: 6) ชี้ว่า ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้การตอกย้ำมายาคติดั้งเดิมที่อยู่คู่สังคมไทย คือ ต้มเพื่อผูกมิตร ต้มเพิ่มมิตร ต้มไปคุยไปจะได้เพื่อนกลับมา และความสนิทสนมเกิดในวงดื่มในเวลาต่อมา นอกจากนี้มีการตลาดแนวผจญภัย (adventure marketing) ซึ่งมาพร้อมกับการชิงโชคลุ้นรางวัล ได้เดินทางผจญภัยไปกับแบรนด์นั้นๆ รวมทั้งการตลาดแนววาบหวิว (sexy marketing) ที่ต่อยอดมาจากการประกวดสาวแซ่บซึ่ง กลยุทธ์การตลาดดนตรีที่แฝงมาในรูปแบบต่างๆ เช่น คอนเสิร์ต เบียร์ ปาร์ตี้ มินิคอนเสิร์ตในร้านเหล้ารอบสถานศึกษา ลานเบียร์+ดนตรีและงานเฟสติวัลดนตรีกลางแจ้ง รวมไปถึงกลยุทธ์การตลาดกีฬา (sports marketing) ที่ถูกใช้มาตลอดและได้ผลดีมากกับนักดื่มและเยาวชนไทย

ด้วยว่า การโฆษณามีอิทธิพลต่อผู้บริโภค เพราะสร้างการรับรู้ในตัวสินค้าหรือบริการพร้อมกับโน้มน้าวให้ตัดสินใจซื้อ การสื่อสารการตลาดในรูปแบบกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อแสดงสินค้าส่งเสริมการขาย ส่งเสริมภาพลักษณ์ ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข่าวสาร จัดหรือสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมพิเศษ และทำการตลาดแบบตรง หรือ “การตลาดเชิงกิจกรรม” ที่ดึงดูดกลุ่มเป้าหมายให้เข้ามามีประสบการณ์ร่วมกับสินค้า การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่าน โดยเฉพาะคอนเสิร์ตที่ธุรกิจแอลกอฮอล์ให้การสนับสนุนรวมถึงงานเทศกาล อย่างเช่น เทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ นอกจากจะสร้างการรับรู้ต่อตัวสินค้าสูงแล้ว ยังส่งผลให้เกิดความอยากซื้อ และอยากดื่มในสัดส่วนที่สูงมาก (สมสมร ชิตตระกูล, 2562) อันจะเป็นการช่วยเพิ่มยอดขาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้เยาว์ จึงเห็นได้ว่า ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พยายามใช้ทุกรูปแบบในการสื่อสารออกไป แต่มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสื่อสารการตลาดในปัจจุบันไม่สามารถควบคุมได้ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่มีอยู่ไม่สามารถควบคุมการโฆษณาได้อย่างทั่วถึง การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมโฆษณา

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผ่านการส่งเสริมสร้างภาพลักษณ์ต่างๆ เช่น การอุปถัมภ์รายการ การรับผิดชอบต่อสังคม และโดยเฉพาะการโฆษณาผ่านอินเทอร์เน็ต ยังไม่ได้มีการบัญญัติไว้เป็นการเฉพาะ ทำให้ผู้ประกอบการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พยายามหาช่องว่าง ของกฎหมายทำการโฆษณาสินค้าของตน เพื่อให้ผู้บริโภคเกิดแรงจูงใจในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแก้ไข พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เพื่อจะทำให้ผู้บริโภค ลดแรงจูงใจในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เนื่องจาก มีการเรียกร้องจากบรรดาผู้ที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขอให้ตัดคำว่า “การสื่อสารการตลาด” ออกไปจากพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 หากพิจารณา จะเห็นได้ว่า เป้าหมายของการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดไม่แตกต่างกัน คือเพิ่มยอดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม ลองมาพิจารณาคำศัพท์ของการใช้คำ 2 คำนี้ โดยทั่วไปคำว่า “โฆษณา” ที่ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายของคำว่าโฆษณาไว้ว่า “โฆษณา หมายถึง เผยแพร่ ข้อความออกไปยังสาธารณะป่าวร้องป่าวประกาศการกระทำไม่ว่าวิธีใดๆ ให้ประชาชนเห็นหรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ทางการค้า เช่นโฆษณาสินค้า ในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ให้ความหมายของคำว่าโฆษณา คือ หมายรวมถึงการกระทำไม่ว่าวิธีใดๆ ให้ประชาชนเห็นหรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ทางการค้า ส่วนคำว่า “การสื่อสารการตลาด” มาจาก 2 ส่วน คำว่า การสื่อสาร และ คำว่า การตลาด คำว่า “การสื่อสาร” พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 (2530, น.825) ให้ความหมายไว้ว่า การสื่อสาร หมายถึง การนำหนังสือข้อความของฝ่ายหนึ่งส่งให้อีกฝ่ายหนึ่ง การแสดงปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) ด้วยการใช้สัญลักษณ์และระบบสาร (message system) ส่วนคำว่า “การตลาด” หมายถึง กิจกรรมทางธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ ราคา การส่งเสริมการตลาดการจำหน่ายสินค้าหรือบริการ การวางแผน การจัดการ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการแก่ลูกค้าในปัจจุบันและผู้ที่คาดว่าจะเป็ลูกค้าในอนาคต ดังนั้น เมื่อรวมกันเข้าในคำของการสื่อสารการตลาด ในความหมายของคนทั่วไป จึงหมายถึง การนำส่งข้อความ (กิจกรรมทางธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ ราคา การส่งเสริมการตลาดการจำหน่ายสินค้าหรือบริการ การวางแผน การจัดการ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการแก่ลูกค้าในปัจจุบันและผู้ที่คาดว่าจะเป็ลูกค้าในอนาคต) ด้วยการใช้สัญลักษณ์และระบบสาร ทั้งนี้ในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ให้นิยามความหมายการสื่อสารการตลาดว่า “การกระทำกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขายสินค้า บริการ หรือภาพลักษณ์ การประชาสัมพันธ์ การเผยแพร่ข่าวสาร การส่งเสริมการขาย การแสดงสินค้า การจัดหรือสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมพิเศษ และการตลาดแบบตรง” จึงถือได้ว่า

การโฆษณาตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นครอบคลุมแล้ว กล่าวคือ “การกระทำ ไม่ว่าโดยวิธีใด ๆ ให้ประชาชนเห็น ได้ยิน หรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ในทางการค้า และให้หมายความรวมถึง การสื่อสารการตลาด”

การฝ่าฝืนกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของธุรกิจ

เมื่อพิจารณาถึงการดำเนินงานเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 -2562 มา มีการรับเรื่องร้องเรียนทางช่องทางต่างๆ รวมทั้งสิ้น 2,172 เรื่อง พบว่า ความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่มีการร้องเรียนสูงสุด คือ การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามมาตรา 32 รองลงมาคือ การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือ ลักษณะแจก แถมให้ฯ และ พบว่า เกิดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 37 เรื่อง รองลงมาคือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 28 เรื่อง และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 25 เรื่อง จังหวัดพังงา จำนวน 18 เรื่อง และจังหวัดราชบุรี นนทบุรี นครศรีธรรมราช และชลบุรี จังหวัดละ 14 เรื่อง ตามลำดับ (พงศ์ธร ชาติพิทักษ์ 2562; 176)

จากการรับเรื่องร้องเรียนเห็นได้ว่า การฝ่าฝืนโฆษณามีสถิติสูงสุด รองมาพิจารณาว่าการทำตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอะไรบ้าง การโฆษณาที่ผ่านเทศกาลและงานบุญประเพณี มาในหลากหลายรูปแบบ ได้แก่

การเป็นผู้อุปถัมภ์รายการ (sponsorship) โดยธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำการสื่อสารการตลาดผ่านเทศกาล งานบุญประเพณี และงานต่างๆ เพราะการเป็น sponsorship สามารถทำตลาดรูปแบบอื่นๆ ได้อีกมาก ไม่ว่าจะเป็นการโฆษณา การสื่อสารการตลาด การขาย การทำข่าว ประชาสัมพันธ์ (PR) หรือเข้าร่วมรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) และทุนบำราศศิลป์วัฒนธรรม เช่น งานเทศกาลงานบุญต่างๆ ตัวอย่าง เช่น เป็นผู้อุปถัมภ์สπονเซอร์งานแข่งเรือ การแสดงซออู้รา สิ้นค้าสามารถแสดงได้ผ่านสิ่งต่างๆ เหล่านี้ เช่น ซออู้เรือ เสื้อผ้า ฝัพาย อุปกรณ์การแข่งขัน ป้ายข้าง สนาม ฯลฯ

การขายตรง การเป็น sponsor หรือ co-sponsor งานเทศกาลงานบุญต่างๆ มักพบการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยี่ห้อที่เป็น sponsor ในงานนั้นๆ

ลานเบียร์ การเปิดลานเบียร์เป็นสิ่งที่พบเห็นในทุกเทศกาลและงานบุญประเพณี โดยเข้าพื้นที่ในงานหรือใกล้เคียงกับงาน นอกจากนี้ ยังมีการลักลอบขาย นอกจากการขายตรง ยังพบการลักลอบขายในทุกกรณีตามงานประเพณีต่างๆ ทั้งเร่ขาย แอบขาย นำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาขายในรูปแบบต่างๆ เช่น ใส่ถังน้ำดื่มเข้ามาขาย เป็นต้น ยิ่งกว่านั้น งานของศรีรัช ลอยสมุทร (2558)

ชี้ว่า ลานเบียร์ มีผลต่อการเปลี่ยน/ตอกย้ำค่านิยม คือเรื่องการดื่มในที่สาธารณะ ค่านิยมการดื่มเคล้าเสียงดนตรี และทำให้เยาวชนกลายเป็น supporter ของลานเบียร์ คัดค้านมาตรการควบคุมลานเบียร์

เทศกาลอาหารและงานบุญ เทศกาลของดีประจำจังหวัด ฯลฯ กลยุทธ์นี้เป็นกลยุทธ์แฝง โดยธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะจัดงานประเภทเทศกาลอาหาร ถนนคนเดิน เทศกาลของดีประจำจังหวัด คาราวัน เร่ขายสินค้า ฯลฯ โดยเข้าพื้นที่เปิดบุชขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสื่อสารตราสินค้าพบว่า มีการปรับรูปแบบการสื่อสารไปตามเทศกาล เช่น ถ้าเป็นเทศกาลสงกรานต์ การสื่อสารตราสินค้าจะอยู่ในรูปของซองกันน้ำ ปืนฉีดน้ำ เสื้อ หมวก รถมอเตอร์ไซด์ บูธ ฯลฯ ที่แสดงชื่อสินค้า ถ้าเป็นงานแข่งเรือการสื่อสารตราสินค้าจะอยู่ในรูปของเสื้อ พัด ป้าย ฯลฯ ถ้าเป็นงานบั้งไฟ การสื่อสารตราสินค้าจะอยู่ในรูปของการจัดเวที รถมอเตอร์ไซด์ ฯลฯ เป็นต้น

ศรีรัช ลอยสมุทร (2558) ได้ศึกษา พบว่า สถานการณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีลักษณะเป็นพหุลักษณะ เป็นเครือข่ายที่มีเส้นเชื่อมมากมายมาหล่อเลี้ยง มีทั้งแรงผลักดัน และแรงดึงดูดผู้ดื่มทั้งหน้าใหม่และหน้าเก่าอยู่ตลอดเวลา ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใช้กลยุทธ์ในทุเทศกาลคือการตลาดดนตรีทั้งในรูปแบบคอนเสิร์ต และลานเบียร์ การศึกษาพบว่า การแทรกแซงจากธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้ยอดขายเพิ่มขึ้น โดยเป็นผู้สนับสนุนหลักของเทศกาล (sponsorship) และการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่น สร้างพื้นที่เปิดสำหรับเยาวชน เช่น โชนอาหาร โชนครอบครัวและเด็ก โดยพื้นที่เหล่านี้จะถูกจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของลานเบียร์หรือคอนเสิร์ต ทำการสื่อสาร 3 รูปแบบหลักๆ คือ 1) โฆษณาออนไลน์ ก่อนถึงเทศกาล 2) โฆษณาในสื่อกลางแจ้ง (outdoor media) ในพื้นที่จัดงาน และ 3) สื่อบุคคล เช่น พรตตี้เบียร์ เป็นต้น

ในการศึกษาระยะยาว 21 งานของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (2564) พบข้อมูลตรงกันว่า การเห็น ได้ยิน รับรู้โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนอายุ 11-17 ปีที่ได้รับสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสในการเริ่มต้นดื่มในระยะเวลา 9 เดือนหลังจากได้รับสื่อ นั้น และเยาวชนที่ได้รับสื่อโฆษณาแอลกอฮอล์จะมีโอกาสที่จะกลายเป็นคนดื่มหนักหรือดื่มแบบเสี่ยงมากกว่าเยาวชนที่ไม่ได้รับสื่อโฆษณา 1.38 - 2.15 เท่า ผ่านกลไกการรับรู้ ความชื่นชอบและจำได้ จนเกิดความตั้งใจที่จะซื้อ/ดื่ม โดยอิทธิพลต่อการดื่มสอดคล้องกับยี่ห้อที่โฆษณา และยังส่งผลสะสมต่อการดื่มเมื่อเยาวชนโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่อีกด้วย

ปัญหาทางกฎหมายและการบังคับใช้

ปัญหาเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย ในด้านการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 การที่จะทำให้การควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพได้นั้น มีปัจจัยที่ต้องร่วมพิจารณาร่วมกันหลายปัจจัย (สมชาย พลูไกรราษฎร์, 2556) ดังนี้

ปัญหาความชัดเจนของบทบัญญัติกฎหมายหรือนโยบายของรัฐ ซึ่งต้องมีบทบัญญัติหรือนโยบายในการควบคุมการโฆษณาที่ชัดเจน เช่น ประเทศไทย ประกาศ นโยบายเป็นแหล่งท่องเที่ยว การที่นโยบายของรัฐ ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีอำนาจเหนือและเป็นผู้ตรากฎหมายออกมาบังคับเอง แต่กลับไม่ปฏิบัติตามกฎหมายที่ตราขึ้น เช่น การตราพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ให้มีการเข้าถึงโดยง่าย แต่รัฐกลับมีนโยบายส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยว หรือในบทบัญญัติมาตรา 32 ในการกำหนดห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังเปิดโอกาสให้ผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำการโฆษณาได้ ถ้าเป็นการโฆษณาในลักษณะที่ให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เชิงสร้างสรรค์ สังคม ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางรายใช้ช่องว่างนี้ ในการกระทำผิดได้

ปัญหาเกี่ยวกับการตรวจสอบการควบคุมโฆษณา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เนื่องจากพระราชบัญญัตินี้ไม่ได้มีบทบัญญัติที่บังคับให้ผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จะทำการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำสื่อโฆษณา รวมทั้งสื่อสารการตลาด กรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตรวจสอบก่อน ซึ่งต่างจากกฎหมายที่มีการออกพระราชบัญญัติควบคุมแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาบังคับใช้ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 มาตรา 10 มาตรา 88 และพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 มาตรา 41 ซึ่งมีมาตรการที่บังคับให้ผู้ประกอบการธุรกิจกระทำการโฆษณา ต้องนำโฆษณาให้คณะกรรมการหรือผู้อนุญาตพิจารณาตรวจสอบ จึงจะสามารถเผยแพร่โฆษณานั้นออกไปได้ นอกจากนี้ยังมีราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 มาตรา 29 วรรคหนึ่ง ที่ให้สิทธิผู้ประกอบการที่เกรงว่าโฆษณาของตนจะเป็นโฆษณาที่ฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ก็ได้ให้สิทธิผู้ประกอบการรายนั้นนำโฆษณาของตนไปให้คณะกรรมการว่าด้วยโฆษณาพิจารณาตรวจสอบก่อนได้ ขณะที่พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นกฎหมายที่บัญญัติมาตรการในการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้เป็นการเฉพาะ แต่ในบทบัญญัติมาตรา 32 ซึ่งเป็นบทบัญญัตินี้ให้มีเนื้อหาในการควบคุมโฆษณากับไม่ได้บัญญัติเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการโฆษณาเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ไว้ ไม่ว่าจะเป็นการบังคับยื่นตรวจหรือให้สิทธิผู้ประกอบการยื่นตรวจสอบโฆษณา ก่อนเผยแพร่สู่ผู้บริโภค ทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำการเผยแพร่สื่อโฆษณา โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบใดๆ ก่อนทั้งสิ้น (อดิศร เข้มทิส, 2560)

นอกจากนี้ ปัญหาเกี่ยวกับมาตรการในการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต เนื่องจากผู้บริโภคสามารถเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตได้ง่ายโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริโภค ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้เยาว์ซึ่งยังขาดวิจรรย์ญาณในการรับสื่อเมื่อได้รับ สื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ขาดการยั้งคิด ทำให้รับค่านิยมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เข้ามาได้ง่าย แรงจูงใจที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมาตรการที่จะควบคุมการโฆษณา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตนั้น ไม่ได้มีการบัญญัติไว้เป็นการเฉพาะ มีเพียงมาตรการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไข การแสดงภาพลักษณ์ เพื่อประกอบการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ สื่อสารการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียงแต่การควบคุมการโฆษณา ผ่านสื่อทางกิจการโทรทัศน์การฉายภาพ ภาพยนตร์วีดิทัศน์และการแสดงภาพ เครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีการจำกัดช่วงเวลาที่สามารถให้ทำการโฆษณาได้ กล่าวคือช่วงเวลา 22.00 น.ถึง 5:00 น. ไม่ได้กำหนดให้แสดงคำเตือนไว้ในการโฆษณา

เห็นได้ว่าการโฆษณาผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตในปัจจุบันผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ได้มีการโฆษณาอย่างโจ่งแจ้งโดยไม่คำนึงถึงช่วงเวลาพร้อมๆกันไม่มีคำเตือนต่างๆ ด้วย จึงส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคอย่างมากโดยเฉพาะผู้บริโภคที่เป็นเยาวชน ทำให้เยาวชนได้รับสื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเกิดความอยากรู้อยากลองจนกลายเป็นผู้บริโภคหน้าใหม่ ประกอบกับประเทศไทยไม่ได้มีมาตรการทางกฎหมายที่จะควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตเป็นการเฉพาะ ทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจอาศัยช่องว่าง จากการที่มาตรการในการควบคุมยังควบคุมไม่ถึง ทำการฝ่าฝืนเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ต้องการไม่ให้ผู้บริโภคโดยเฉพาะผู้เยาว์ เกิดแรงจูงใจที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัญหาเกี่ยวกับช่องว่างของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต การโฆษณาผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตโดยตัวผู้ประกอบการธุรกิจเป็นผู้ทำการโฆษณาเอง หรือมีตัวแทนของผู้ประกอบการเป็นผู้จัดการในการโฆษณา ไม่ว่าจะเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทเหล้าเบียร์ สื่ออินเทอร์เน็ตนี้เอง ที่ผู้บริโภคเข้าถึงได้อย่างง่ายและรวดเร็ว เนื่องจากเป็นชีวิตประจำวันของผู้บริโภคส่วนใหญ่ที่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ต การโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย ทั้งๆที่ตัวบทกฎหมายก็ได้บัญญัติห้ามไว้อย่างชัดเจน ห้ามมิให้โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ปรากฏในรูปแบบลักษณะหรือภาพใดๆที่สามารถสื่อให้เห็น มิทำให้เข้าใจได้

ว่าเป็นภาพของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์หรือภาพบรรจุภัณฑ์ของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ประเด็นปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นเนื่องจากบทบัญญัติมาตรา 32 วรรคสามบัญญัติว่า บทบัญญัติใดในวรรคหนึ่งและสองมิให้ใช้ บังคับกับการโฆษณาที่มีต้นกำเนิดนอกราชอาณาจักร หมายความว่า การโฆษณาจากนอกราชอาณาจักรได้ยกเว้นไม่ผิดตามบทบัญญัติวรรคหนึ่งและวรรคสอง สาเหตุที่กฎหมายให้ข้อยกเว้น เพราะในความจริง รายการที่ถ่ายทอดสดจากต่างประเทศนั้น หากมีการโฆษณาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ร่วมอยู่ด้วย เป็นการยากที่จะทำการตัดต่อหรือสามารถทำการ Sensor ได้ในขณะการถ่ายทอดนั้น เกิดขึ้นจากเหตุการณ์จริง ในเวลาที่กำลังถ่ายทอดเหตุการณ์นั้นอยู่ และไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะทำการโฆษณา เครื่องตี้มแอลกอฮอล์เป็นการเฉพาะ กฎหมายจึงให้มีการการยกเว้น

แต่ผู้ประกอบการธุรกิจในปัจจุบัน อาศัยช่องว่างของมาตรา 32 วรรค 3 นี้ทำการโฆษณาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต โดยทำการโพสต์โฆษณาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เช่น Facebook จากต่างประเทศ ซึ่งเมื่อทำการตรวจสอบรหัสตัวเลขของสื่อ นั้น IP Address จะพบว่า มีแหล่งที่มาการโพสต์ข้อความจากต่างประเทศจึงทำให้ได้รับการยกเว้นตามวรรค 3 ทั้งที่ผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ที่ทำการโฆษณานั้น มีเจตนาต้องการจะโฆษณาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์และเพิ่มยอดขายในราชอาณาจักร

ปัญหาเกี่ยวกับบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนมาตรา 32 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาตราการในการลงโทษผู้ฝ่าฝืนมาตรานี้ ซึ่งได้บัญญัติไว้ในมาตรา 43 โดยวัดแระกะบุไว้ว่า ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 32 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 500 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ กล่าวคืออัตราโทษนี้ได้มีการบังคับใช้มาตั้งแต่ปี 2551 จนถึงปัจจุบัน ใช้สำหรับผู้ฝ่าฝืนมาตรา 32 ทุกคน โดยไม่ได้มีการแบ่งแยกว่า บุคคลที่กระทำการฝ่าฝืนบทบัญญัตินั้นจะเป็นผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ หรือผู้บุคคลมีชื่อเสียงหรือบุคคลอื่นใด

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาโทษตามมาตรา 43 แล้ว เห็นว่าอัตราโทษสำหรับการฝ่าฝืนการโฆษณานี้ ยังอยู่ในอัตราที่น้อยเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เนื่องจากปัจจุบันการลงทุนในการโฆษณาเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต ใช้ต้นทุนในการโฆษณาน้อย แต่กระแสรอบรับสูง ต่างจากในอดีตที่การโฆษณาแต่ละครั้งทางโทรทัศน์ เพื่อให้ผู้บริโภคจำนวนมากได้รับสื่อโฆษณานั้น ซึ่งตัวผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องตี้มแอลกอฮอล์นั้น จะต้องซื้อช่วงเวลาโฆษณาโดยใช้เงินลงทุนจำนวนมาก ดังนั้นต้นทุนในการโฆษณาต่ำย่อมทำให้ผู้ประกอบการเครื่องตี้มแอลกอฮอล์สามารถโฆษณาได้มากขึ้น และในการโฆษณาแต่ละครั้ง ก็สามารถกระตุ้น การขาย แม้ว่าจะเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย ผลตอบรับจากการโฆษณา ก่อให้เกิดรายรับที่สูงกว่าการฝ่าฝืนกฎหมาย กำหนดโทษไว้ ผู้กระทำความผิดจึงไม่กลัวบทลงโทษที่จะได้รับ

ด้วยว่าการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบันยังมีช่องว่างทางกฎหมายอยู่มาก ประกอบกับการบังคับใช้กฎหมาย การตีความมาตรา 32 เรื่องการควบคุมโฆษณา การบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ยิ่งกว่านั้น บุคลากรสาธารณสุขไม่มีความเชี่ยวชาญในการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย ก้าวต่อไปต้องมีการปรับแก้ไขกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 มีความจำเป็นต้องเพิ่มความเข้มแข็งและบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดมากขึ้น (นิพนธ์ ชินานนท์เวช, 2561) นอกจากนี้ ผู้บังคับใช้กฎหมายต้องบังคับใช้กฎหมายบนพื้นฐานตามหลักกฎหมายอย่างเข้มงวดเพื่อให้มาตรการควบคุมการโฆษณาเกิดประสิทธิภาพ เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

หลังจากที่มีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 กลยุทธ์ทางการตลาดมีการพัฒนาไปอย่างมาก และมีการแข่งขันกันอย่างรุนแรง มีการใช้งบประมาณด้านการตลาด การจัดกิจกรรม การโฆษณาประชาสัมพันธ์อย่างมหาศาล เพื่อสร้างลูกค้ากลุ่มใหม่และรักษากลุ่มลูกค้าเดิมไว้โดยในช่วงนี้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างมาก (ชัยพร เขียนพานิช 2557) นั่นคือการเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่ออกมาโดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ (1) ต้องการลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรโดยรวมและป้องกันการเพิ่มขึ้นของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ และ (2) ลดอันตรายจากการดื่ม เช่น อุบัติเหตุความรุนแรง และสุขภาพ โดยมีการห้ามขายในสถานที่ต่างๆ ได้แก่ วัดหรือสถานที่ที่ปฏิบัติธรรม สถานพยาบาล สถานที่ราชการ สถานศึกษา หอพัก สวนสาธารณะ สถานบริการเชื้อเพลิง รวมไปถึงการห้ามจำหน่ายแก่บุคคลที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และยังรวมไปถึงการห้ามแจก แคมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วย รวมถึงการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แสดงชื่อหรือเครื่องหมาย ทำให้การโฆษณาผ่านหน้าโทรทัศน์ที่เป็นพื้นที่การนำเสนอผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาตลอด ไม่สามารถกระทำได้โดยตรง แต่การควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์ได้ถูกพลิกแพลงกลยุทธ์การตลาด แม้ว่าปัจจุบันจะเห็นไม่มีการโฆษณาบนโทรทัศน์วิทยุ (โดยตรง) แล้วก็ตาม แต่ก็ยังพบเห็นการโฆษณาในส่วนอื่นๆ อยู่ เช่น ป้ายโฆษณา ป้ายแบนเนอร์ตามร้านอาหารการจัดบูธ การจัดกิจกรรมคอนเสิร์ต หรือการจัดกีฬาที่มีตราสินค้าของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในการจัดงาน กลยุทธ์การตลาดหลัก คือ (1) กิจกรรมการตลาด และ (2) การสื่อสารการตลาดมีบทบาทมากในการสร้างตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตลอด 10 ปีที่ผ่านมา

ในต่างประเทศบ่งชี้ว่าประเด็นสำคัญในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำหรับสาธารณสุข ความปลอดภัยสาธารณะ และ คุ่มครองสิทธิมนุษยชน เฉพาะควบคุมการโฆษณา และการตลาดของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่มาตรการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยนั้นยังไม่เพียงพอเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ทางด้านสาธารณสุข และการโฆษณาเป็นปัญหา อุปสรรค ในการบังคับใช้มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา ในประเทศไทยจะไม่สามารถควบคุมปัญหาที่เกิดจากการดื่มและผลที่ตามมาจากการดื่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่ปรับเปลี่ยนการควบคุมไปเป็น “มาตรการห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิง” (Total Alcohol Advertising Ban) (นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และ ฉัตรสมน พฤตวิญญู, 2558) ในทางตรงกันข้าม หากปรับลดความเข้มข้นของมาตรการจะก่อให้เกิดผลเสียที่ตามมาอย่างมากมาย

ด้วยว่าพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้บังคับใช้มานานกว่า 10 ปีแล้ว จึงถึงเวลาที่จะต้องมีการปรับปรุง เพื่อให้มีความทันสมัยเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน จากการทบทวนงานวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการโฆษณากับการสื่อสารการตลาดและการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทางกฎหมายในการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีข้อเสนอแนวทางในการแก้ไขมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตดังนี้

1. การกำหนดช่วงเวลาในการเผยแพร่โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น เพื่อเป็นการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรออกกฎหมาย กำหนดห้ามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความชัดเจน โดยการกำหนดห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิงหรือในทุกรูปแบบตลอด 24 ชั่วโมงในกฎหมายแม่บท โดยไม่มีข้อยกเว้นใดๆ ทั้งสิ้น เหมือนกับการรณรงค์ห้ามโฆษณาบุหรี่โดยสิ้นเชิงที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว

2. การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กันอยู่ แม้จะมีกฎหมายห้าม ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พยายามใช้วิธีการสื่อสารการตลาด ดังนั้น ควรกำหนดให้มีการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ในกฎหมายแม่บท เช่นเดียวกับการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามต่างๆ ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 27 และ 28 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ 2551 หรือกำหนดห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกสถานที่โดยไม่มีข้อยกเว้นใดๆ ทั้งสิ้น

3. เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้มีมาตรการทางกฎหมายที่จะควบคุมการโฆษณาหรือสื่อสารการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตเป็นการเฉพาะ ทำให้ผู้ประกอบการอาศัยช่องว่างจากมาตรการทางกฎหมายที่ยังควบคุมไม่ถึง ทำการโฆษณาอันเป็นการฝ่าฝืนเจตนารมณ์

ของกฎหมาย ที่ต้องการคุ้มครองผู้บริโภคโดยเฉพาะผู้เยาว์ เกิดแรงจูงใจที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวอย่างในประเทศฝรั่งเศส มาตรา L.3323-2 แห่งประมวลกฎหมายสาธารณสุขของสาธารณรัฐฝรั่งเศส ที่บัญญัติห้ามมิให้โฆษณา หรือ สื่อสารการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนสื่อทางอินเทอร์เน็ต ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเยาวชนอย่างเด็ดขาด มาบัญญัติเพิ่มเติมในพระราชบัญญัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. เนื่องจากมีช่องว่างทางกฎหมายที่ทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยใจช่องว่างของบทบัญญัติของมาตรา 32 วรรค 3 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากต่างประเทศ เพื่อให้เข้าข่ายเว้นของกฎหมายซึ่งโดยแท้จริงและมีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างกระตุณยอดขาย ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้ปรับปรุงแก้ไขมาตรา 32 วรรค 3 โดยบัญญัติให้ครอบคลุมช่องว่างของการโฆษณา ที่มีแหล่งที่มาจากต่างประเทศมาพิจารณาประกอบด้วย เพื่ออุดช่องว่างที่ผู้ประกอบการธุรกิจอาศัยทำการโฆษณาที่ฝ่าฝืนเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5. เนื่องจากอัตราโทษที่บังคับใช้อยู่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยำเกรง ต่อการกระทำการฝ่าฝืนกฎหมาย จึงเสนอให้มีการปรับปรุงแก้ไขมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยให้แบ่งโทษระหว่างบุคคลธรรมดาและผู้ประกอบธุรกิจแยกออกจากกัน โดยอัตราโทษปรับของผู้ประกอบการที่สูงกว่าเดิมหลายเท่า ให้อัตราโทษมีประสิทธิภาพความน่าเกรงขามและเพิ่มมาตรการในการลงโทษโดยการพักใบอนุญาตผู้ประกอบการธุรกิจที่ทำการโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมาย เพื่อเป็นมาตรการเชิงป้องปรามไม่ให้ผู้เสียหายกล้าที่จะกระทำการโฆษณาที่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย ส่วนโทษ สำหรับบุคคลธรรมดาที่ฝ่าฝืนมาตรา 32 นั้นผู้วิจัยเห็นว่าอัตราโทษที่มีอยู่เดิมนั้นมีความเหมาะสมอยู่แล้ว

เอกสารอ้างอิง

- ชัยพร เขียนพานิช. (2557) อุปทานและกลยุทธ์ทางการตลาดของธุรกิจแอลกอฮอล์ ในชุดหนังสือ ทศวรรษแห่งการเรียนรู้และการขับเคลื่อน ทศวรรษศูนย์วิจัยปัญหาสุรา : สถานะความรู้ เพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บรรณาธิการ นพพล วิทย์วรพงศ์ 143-177
- ณัฐวิภา สินสุวรรณ. (2556). กลยุทธ์สื่อสารการตลาดบนสื่อออนไลน์ของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในสังคมไทย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

นิพนธ์ ชินานนท์เวช. (2561, พฤศจิกายน) บทบาทภาครัฐในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งานประชุมวิชาการสู่ระดับชาติ
ครั้งที่ 10 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2561 ณ เซ็นจูรี พาร์ค ประตูน้้า

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และ ฉัตรสมน พงษ์นิญโญ (2558). การห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่าง
สิ้นเชิง. รายงานวิจัย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส)/สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ (สสส)

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และ ฉัตรสมน พงษ์นิญโญ (2564) ผลของข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ
ต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อช่วยในการตัดสินใจภาครัฐ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
2564 หน้า 162 -164

นิษฐา หรุ่นเกษม. (2556) กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดของกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

ปิยรัตน์ บั่นลี. (2555). เครือข่ายสังคมออนไลน์: ผลกระทบของการสร้างแบรนด์ของอุตสาหกรรม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อการอยากลองดื่มของวัยรุ่น. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

พงศ์ธร ชาติพิทักษ์. (2562) ‘ระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์’ ใน
ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561. สานิตรี
อักษณงค์กรชัย บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992)

ศรัรัช ลอยสมุทร (2558). การศึกษาผลกระทบที่เกิดจากปรากฏการณ์ลานเบียร์และกลยุทธ์ประเภท
ดื่มไม่อั้น (beer buffet) ของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. รายงานการวิจัย : ศูนย์วิจัย
ปัญหาสุรา (ศวส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ศรัรัช ลอยสมุทร. (2561) เหลียวหน้า แลหลัง เกาะกระแส ดีแต่ทุกประเด็น : เจาะลึกกลยุทธ์ธุรกิจ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา รายงานการวิจัย : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หน้า 6.

ศรัรัช ลอยสมุทร. (2563) การศึกษาเปรียบเทียบผลของการรณรงค์เหล้าในงานเทศกาลงานบุญ
ประเพณี: สงกรานต์ ปีใหม่ ลอยกระทง งานแข่งเรือ บุญบั้งไฟ และกลยุทธ์การตลาดของ
ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลดังกล่าว. รายงานการวิจัย : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
(ศวส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (2564) โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: ผลการศึกษาระยะยาว เอกสาร infographic

<https://www.facebook.com/cas.org.th/photos/a.799327503463416/4346617672067697/>

สมชาย ปลุกใจราษฎร์. (2556, มิถุนายน) มาตรการทางกฎหมายในการเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิตกลุ่มสาขาวิชากฎหมายมหาชน คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สมสมร ชิตตระการ (2562) ‘การรับรู้ ความคิดเห็น และทัศนคติของประชาชนไทยต่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551’ ใน ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561

อรทัย วลีวงศ์. (2562) ‘ผลกระทบจากตีตสุราของผู้อื่น’ ใน ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561. สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992);

อดิสร เข้มทิศ. (2560) มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต วิทยานิพนธ์หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ปรีดี พนมยงค์, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.