

J.PH.PL

ISSN 2697-6285 (Online)

# Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 8 No. 3

ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๓

September - December 2022 กันยายน - ธันวาคม ๒๕๖๕



# Public Health Policy & Laws Journal

## วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.8 No.3

September - December 2022

ปีที่ 8 ฉบับที่ ๓

กันยายน – ธันวาคม ๒๕๖๕

### สารบัญ

#### Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- The problem of migrant workers in Thailand border for the development of greater Mekong Subregion's Economy 389-402  
ปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทยเพื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจกลุ่มประเทศในอนุภาคลุ่มน้ำโขง
- The Senior People Potential Empowerment Strategies for Community Participation Development by Vocational Education Institutions in Chiang Rai Province 403-414  
ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย
- Clinical risk management for medical for medical personnel in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital 415-425  
การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
- Occupational Health Literacy and Safety Behavior of Operation workers: A case study of Block Rubber Industry, Thailand 427-442  
ความรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ: กรณีศึกษาโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย
- Musculoskeletal Disorders among employees in automotive industry in Samut Prakan Province 443-453  
อาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมยานยนต์แห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ

- Legal Problems in Managing Public Health Emergencies through a Case Study of the COVID-19 Pandemic in Thailand 455-466  
ปัญหาทางกฎหมายในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของประเทศไทย: ศึกษากรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- The factor that affects the diagnosis of an incorrectly incised wound in the clinical forensic division, Surin hospital 467-482  
ปัจจัยที่มีผลต่อการระบุบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติ วัตถุที่กระทำในผู้ป่วยคดีแผนกนิติเวช โรงพยาบาลสุรินทร์
- Former Female Inmates as Elderly Caregiver: Perspective of Local Government Organizations and Elderly Households 483-494  
การประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุของอดีตผู้ต้องขังหญิง: มุมมองของครัวเรือนผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- Compliance with Personal Data Protection Law in the Provision of Telepharmacy Service: Qualitative Research 495-507  
การปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: การวิจัยเชิงคุณภาพ

#### Academic Paper บทความวิชาการ

- Legal requirements on air monitoring record and medical record retention of occupational asbestos exposure 509-519  
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเก็บผลตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศและการเก็บผลตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหิน
- Impact from COVID-19 to the changing of Thai health system 521-530  
วิกฤติ COVID-19 สู่การพลิกโฉมระบบสุขภาพไทย
- Public Health Innovation in Thailand 4.0 531-540  
นวัตกรรมสาธารณสุข...ในระบบราชการ 4.0
- Medical tourism of Thailand and the future after COVID-19 541-552  
การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทย (Medical tourism) กับอนาคตหลังยุคโควิด 19
- Preparing for taking off face masks in the New Normal era 553-561  
การเตรียมความพร้อมสู่การถอดหน้ากากอนามัยในยุควิถีใหม่

#### Interesting Law/Supreme Court Order กฎหมายหรือคำพิพากษาที่น่าสนใจ

- Interesting law on Criteria and procedures for transferring public health missions to the Provincial Administrative Organization 562-574  
กฎหมายที่น่าสนใจ หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

# 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

# วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

## Public Health Policy & Laws Journal

### คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง อนุสุกาญจน์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ ธาดาเดช มหาวิทยาลัยมหิดล  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกศรีนิจิตร มหาวิทยาลัยมหิดล

### บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

### กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. วิริณดี กิตติพิชัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล  
รองศาสตราจารย์ ดร. มลินี สมภพเจริญ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัญย์ ถนัดศิลป์กุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
รองศาสตราจารย์ ดร. สุมัทธา กลางคาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
รองศาสตราจารย์ ดร. นิรมัย พิเศษ มั่นจิตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน มหาวิทยาลัยศรีปทุม  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ มหาวิทยาลัยรามคำแหง  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนัชพร กังสังข์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ ไรจนวรรฤทธิ์ Department of Health Professions, Hofstra University  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์  
อาจารย์ปวีร์ศรี กิจสุขจิต มหาวิทยาลัยเกริก

เป็นบทความต้นฉบับที่ไม่ได้ผ่านการตีพิมพ์ที่ใดหรือไม่ได้ส่งไปวารสารอื่นใด  
ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer-reviewed journal) จากหลากหลายสถาบัน แบบ  
ปกปิดข้อมูลทั้งสองทาง (Double Blind) ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคล  
ของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบาย  
สาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อ้างอิง  
แหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายและ  
นโยบายสาธารณสุข 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](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 103, โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193  
e-mail : [phlaw.journal@gmail.com](mailto:phlaw.journal@gmail.com)  
[https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal\\_law/information/authors](https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/information/authors)

## บรรณาธิการ แถลง

ระหว่างวันที่ 12-13 ตุลาคม 2565 นี้ จะมีการประชุมทางออนไลน์ เกี่ยวกับการสื่อสาร การตลาดข้ามพรมแดนโดยอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จัดโดยพันธมิตรเครือข่ายนโยบาย ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับโลก (Global Alcohol Policy Alliance – GAPA) ซึ่งเป็นประเด็น สำคัญในกรอบความตกลงการค้าเสรี และจะทำให้เห็นนโยบายการควบคุมผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีประสิทธิผล ระหว่างวันที่ 19-20 ตุลาคม จะมีการประชุมวิชาการสุราระดับชาติ ครั้งที่ 12 “ภัย แอลกอฮอล์: ความเสมอภาค และการเปลี่ยนแปลงในสังคมปัจจุบัน” โดยจัด ณ ศูนย์ประชุมคณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และจะถ่ายทอดสดผ่านทาง Facebook ด้วย

เมื่อปลายเดือนสิงหาคม 2565 ที่ผ่านมา มีการจัดประชุมวิชาการบุหรีกับสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 20 “บุหรีไฟฟ้า: ภัยซ่อนเร้นในสังคม” ณ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย โดยศูนย์วิจัยและจัดการ ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ซึ่งรองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้เกียรติเป็นประธานในการเปิดประชุม

ในขณะที่กลุ่มผู้สนับสนุนบุหรีหรืออิเล็กทรอนิกส์ อ้างว่าประเทศอังกฤษสนับสนุนให้บุหรี อิเล็กทรอนิกส์เป็นผลิตภัณฑ์ที่ช่วยเลิกการสูบบุหรี และปลอดภัยกว่าบุหรีมวน แต่องค์กรสุขภาพ หลายแห่ง เช่น ราชวิทยาลัยแพทย์ของอังกฤษ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (US-CDC) องค์การอนามัยโลก รวมทั้งวารสารทางการแพทย์ชั้นนำ เช่น บริติช เมดิคัล (BMJ) และ แลน เซ็ท (The Lancet) ต่างวิพากษ์วิจารณ์หน่วยงานสาธารณสุขของอังกฤษ (Public Health England) อย่างรุนแรงที่มีจุดยืนในการสนับสนุนบุหรีหรืออิเล็กทรอนิกส์

หนังสือพิมพ์ในอังกฤษฉบับวันที่ 8 กันยายน 2565 พาดหัวข่าวว่า “อังกฤษกำลังละเมอเข้าสู่ ความหายนะทางสาธารณสุข” จากการระบาดของบุหรีหรืออิเล็กทรอนิกส์ในเด็กและเยาวชน กุมารแพทย์ ในอังกฤษมีความกังวลว่าจะเกิดโรคร้ายในทศวรรษหน้า เมื่อมีการเสพติดบุหรีหรืออิเล็กทรอนิกส์เพิ่มขึ้นใน กลุ่มเด็กและเยาวชน

กลุ่มผู้แทนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจากทุกพรรคการเมืองเรื่องยาสูบและสุขภาพ ในอังกฤษ เสนอแผน “อังกฤษปลอดบุหรี 2030” โดยเสนอแนวทางการดำเนินการมาตรการควบคุมยาสูบด้าน ต่างๆ ทั้งการขึ้นภาษีต่อเนื่อง การรักษาการเลิกบุหรี โครงการรณรงค์ในชุมชน การควบคุมยาสูบผิด กฎหมาย การป้องกันเยาวชนจากบุหรีหรืออิเล็กทรอนิกส์ ฯลฯ โดยค่าใช้จ่ายในการดำเนินการปีละ 700 ล้านปอนด์ (ประมาณ 28,000 ล้านบาท) จำนวน 315 ล้านปอนด์จะมาจากอุตสาหกรรมยาสูบ ตาม

หลักการ “ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย” โดยจะมีการออกกฎหมายให้มาจากกำไรของบริษัทบุหรี่ ที่จะถูกจำกัดกำไรให้เหลือ 10% จากเดิมที่กำไร 31-67%

มีความท้าทายเป็นอย่างมากในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์อิเล็กทรอนิกส์ แก่ผู้กำหนดนโยบายในประเทศไทย เนื่องจาก ภาวสุขภาพได้ละเลยการให้ความสำคัญต่อผู้กำหนดนโยบาย เช่น สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในการรณรงค์และให้ความรู้ ทั้งๆ ที่ตระหนักเป็นอย่างดีว่าอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติต้องโน้มน้าว จูงใจ ผู้กำหนดนโยบายให้โอนเอียงและสนับสนุนธุรกิจยาสูบ ดังนั้น ส่วนหนึ่งของการประกาศปฏิญญา ในวันปิดการประชุมวิชาการบุหรืกับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 20 คือรณรงค์ให้ข้อเท็จจริงแก่ผู้กำหนดนโยบาย โดยเฉพาะสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภา ถึงอันตรายของบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์อิเล็กทรอนิกส์ และกลยุทธ์ที่บิดเบือนข้อเท็จจริงโดยอุตสาหกรรมยาสูบข้ามชาติ และเครือข่ายบริวาร

ในขณะนี้ มีการขับเคลื่อนเพื่อให้รัฐสภาดำเนินการพิจารณามาตรฐานจริยธรรมของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่ให้ข้อมูลเท็จ หรือบิดเบือนข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อมิให้เป็นการเสื่อมเสียต่อรัฐสภาที่ทรงเกียรติ และเสื่อมเสียชื่อเสียงต่อประเทศชาติ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นัทสน์ ศิริโชติรัตน์

บรรณาธิการ





# The problem of migrant workers in Thailand border for the development of greater Mekong Subregion's Economy

SU YAN<sup>1\*</sup> Gomin Wang-on<sup>2</sup> Lelar Treeaekanukul<sup>3</sup> Sasiphat Mekra<sup>4</sup>

1. Faculty of Social Sciences, Chiang Rai Rajabhat University

2. Thesis Advisor School of Social Sciences Chiang Rai Rajabhat University

3. Assistant professor Thesis Advisor School of Social Sciences Chiang Rai Rajabhat University

4. Assistant professor Thesis Advisor School of Social Sciences Chiang Rai Rajabhat University

\* Corresponding Author: E-mail: [629998201@crru.ac.th](mailto:629998201@crru.ac.th),

## Original article

### Abstract

Received: 15 April 2022

Revised: 29 April 2022

Accepted: 29 April 2022

The purposes of this research were to analyze the problems of migrant workers in Thailand border and the present the guideline for solving the problems of migrant workers in Thailand border for the development of Greater Mekong Subregion's economy. The research was qualitative method. The research revealed that; the problem for the economy of Burmese migrant workers in Chiangrai Province was found that sometimes their incomes were not sufficient for food, their children their relatives and healthcare. They were in debt because of vehicle installment and the loans from employers. They had a little saving because of low income liabilities and household spending. The problem for the society of Burmese migrant workers in Chiangrai Province was found that living in the worker camps, dwelling houses and rented room. The brawl was reduced because they were afraid of the arrest. Living adjustment and communication were rapid because of similar religion and culture. However, there were the difference of mindset and different society and culture. The reading was the bid problem of Burmese workers so it could be effected for informational perception. They took could be effected for informational perception. They took care their health's. Suitable environment management should be managed. The workers did not practice for vocational skill and learning. The workers did not understand and know the law and the benefits of labour protection.

The guidelines for solving the problems of migrant workers in Thailand border for the development of Greater Mekong Subregien's economy were as follows: 1) Increasing the wages and the employers paid according to the law. If the employers wanted to lay off, the employers would give advance notice. 2) Reducing workers' spending for example providing free accommodation and lunch. 3) Taking care of safe environment in the workplaces. 4) Developing workers' knowledge and skills. 5) Promoting workers' language skill and laws, and 6) Setting data center for workers.

**Keywords :** The problem of migrant workers/ Burmese workers /Thailand border

## ปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทยเพื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ กลุ่มประเทศในอนุภาคลุ่มน้ำโขง

ชูเหยียน<sup>1\*</sup> โกมินทร์ วังอ่อน<sup>2</sup> เลห้ลา ตริเอกานุกุล<sup>3</sup> ศติพัทธ์ เมฆรา<sup>4</sup>

1. นักศึกษาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มภาค สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
2. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: 629998201@crru.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 15 เม.ย. 2564  
วันแก้ไข 29 เม.ย. 2565  
วันตอบรับ 29 เม.ย. 2565

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทย และเพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทยเพื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจกลุ่มประเทศในอนุภาคลุ่มน้ำโขง เป็นกรณีศึกษาเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสร้างข้อสรุป ดังนี้คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจของแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาในจังหวัดเชียงราย พบว่า รายได้บางเดือนไม่เพียงพอกับรายจ่ายที่เป็นค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายลูกไปโรงเรียน การส่งเงินกลับบ้านแก่ญาติ และการรักษาสุขภาพร่างกาย มีหนี้สินจำยอมในการผ่อนยานพาหนะเพื่ออำนวยความสะดวก และการกักขังจากนายจ้าง ส่วนการเก็บบอมนมีบ้าง แต่ไม่มากนักเพราะมีรายได้น้อย อันเนื่องมาจากมีภาระหนี้สิน และการใช้จ่ายในครัวเรือน ปัญหาด้านสังคมของแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาในจังหวัดเชียงราย พบว่า ความสะดวกสบายไม่มีมากนักสำหรับการอาศัยอยู่ในแคมป์คนงานบ้านพักที่นายจ้างจัดให้ และห้องเช่า การทะเลาะเบาะแว้งลดลงเพราะกลัวถูกตำรวจจับกุม การปรับตัวในการดำรงชีวิตและการสื่อสารค่อนข้างเป็นไปได้อย่างรวดเร็วเพราะมีศาสนาและวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกันกับชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งอาจแตกต่างกันในวิถีคิดและมุมมองเชิงสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันอยู่บ้าน การอ่านภาษาไทยเป็นปัญหาใหญ่ของแรงงานพม่า และส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานบริหารจัดการคนต่างด้าวในท้องถิ่น การป้องกันสุขภาพเพื่อไม่ให้ป่วยหนักที่ทำงานขาดการทำงาน และความต้องการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในสถานที่ทำงาน แรงงานขาดการฝึกฝนพัฒนาทักษะอาชีพและการศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติม ปัญหาเกี่ยวกับความไม่เข้าใจกฎหมายระเบียบปฏิบัติสิทธิประโยชน์และการคุ้มครองแรงงานต่างด้าวหลายประการ

ข้อเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทยเพื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจกลุ่มประเทศในอนุภาคลุ่มน้ำโขง ควรมีแนวทางสำคัญ ดังนี้ 1) การปรับเพิ่มค่าแรง และนายจ้างจ่ายค่าจ้างตามกฎหมายกำหนด หากเลิกจ้างให้แจ้งล่วงหน้า 2) การลดภาระค่าใช้จ่ายแก่แรงงาน เช่น การจัดหาที่พักฟรี อาหารกลางวันฟรี 3) การดูแลและจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานให้ปลอดภัย 4) การพัฒนาความรู้และทักษะฝีมือแรงงาน 5) การส่งเสริมทักษะด้านภาษาและความรู้ทางด้านกฎหมายแรงงาน และ 6) การจัดทำศูนย์ข้อมูล ทะเบียนแรงงาน ข้อมูลแรงงานที่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้สะดวกและง่ายเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ :** ปัญหาแรงงานข้ามชาติ / แรงงานพม่า / ชายแดนประเทศไทย

## บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีปัญหาด้านแรงงานต่างด้าวตั้งแต่อดีตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน เนื่องจากไม่สามารถหาแรงงานได้อย่างเพียงพออันเนื่องจากสาเหตุหลายประการ ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานอย่างรุนแรงจนต้องมีการใช้แรงงานต่างชาติจำนวนมากเข้ามาทดแทน ซึ่งเป็นข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคมไทยที่เป็นจุดอ่อน ตลอดจนการบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพและความโปร่งใสของหน่วยงานที่รับผิดชอบ จนส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับแรงกดดันและความเสี่ยงมากขึ้น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงภายในประเทศและการพัฒนาการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยก่อให้เกิดภัยคุกคาม และความเสี่ยงที่มีความซับซ้อนขึ้น อาทิ ปัญหาอาชญากรรม สุขอนามัยและสาธารณสุข รวมถึงเป็นภาระของรัฐทั้งด้านสิทธิและสถานะของบุคคลตามกฎหมาย การศึกษา สาธารณสุข ตลอดจนเกิดความขัดแย้งกับชุมชนชาวไทย ซึ่งชี้ให้เห็นว่านโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติของไทยตามไม่ทันปัญหาที่เกิดขึ้น และอุปสรรคที่เกิดขึ้นมีได้ อยู่ที่ตัวปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นแต่เพียงเท่านั้น แต่อยู่ที่วิธีคิดจัดการปัญหาของรัฐเองที่ยังไม่ก้าวข้ามพรมแดนจากวิธีการคิดแบบเดิม ๆ ดังนั้น แนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวและอุปสรรคการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในการแก้ไขข้อขัดข้องจากการทำงานของคนต่างด้าวได้ตรงประเด็นปัญหาได้มากขึ้น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตาม พระราชกำหนดการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 และกรอบยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) (ภคสิริ แอนิหน, 2561) ซึ่งการดำเนินการ

ยังเป็นการร่วมกันแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวของประเทศต่าง ๆ ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประเทศพม่าหรือสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาเป็นรัฐอธิปไตยที่ตั้งอยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัจจุบันเป็นประเทศที่มีประชากรมากที่สุดเป็นอันดับที่ 26 ของโลกซึ่งเป็นประเทศที่ใหญ่เป็นอันดับที่ 40 ของโลกโดยแยกตามพื้นที่โดยมีประชากรประมาณ 53.86 ล้านคน ในปี 2018 ประเทศพม่ามีกำลังแรงงานจำนวนมาก โดยร้อยละ 50 ของประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 27 ปี และมีประชากรวัยทำงานประมาณ 34.31 ล้านคน อยู่ในอันดับที่ 19 ของโลก เนื่องจากการพัฒนาเศรษฐกิจในประเทศพม่าที่ล่าช้า การจ้างงานกำลังอยู่ภายใต้แรงกดดันบางประการ จากการสำรวจสำมะโนประชากรของประเทศพม่า ปี 2014 อัตราการว่างงานของกำลังแรงงานที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 65 ปี อยู่ที่ร้อยละ 4.1 และเนื่องจากปัจจัยของความล่าช้าในการพัฒนาเศรษฐกิจทำให้เงินเดือนขั้นพื้นฐานของแรงงานอยู่ในระดับต่ำมาก จากการสำรวจในปี 2018 เงินเดือนขั้นพื้นฐานโดยเฉลี่ยของแรงงานอยู่ที่ประมาณ 160,000 จ๊าด หรือ คิดเป็นเงินไทย ประมาณ 3,617 บาท ในแง่หนึ่งประเทศพม่าเป็นผู้ส่งออกแรงงานที่สำคัญเป็นจำนวนมากไปยังประเทศต่าง ๆ เช่น ไทย มาเลเซีย สิงคโปร์ บังกลาเทศ เกาหลีใต้ และญี่ปุ่น ตามรายงานของ The Global New Light of Myanmar เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2017 ระหว่างปี 1999 ถึง 2017 มีแรงงานประมาณ 2.5 ล้านคนไปทำงานในต่างประเทศเป็นแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่เดินทางไปทำงานในประเทศไทยจำนวน 2,275,432 คน ศิพิมพ์ ศรีบัลลังก์ (2557) กล่าวว่า นอกจากปัจจัยทางภูมิศาสตร์ที่มีส่วนสำคัญในปรากฏการณ์การอพยพของแรงงานพม่าเข้าสู่ประเทศไทย เป็นผลที่เกิดจากทั้งแรงผลักดันจากประเทศต้นทางซึ่งก็คือประเทศพม่าและแรงดูดจากประเทศไทยด้วย ส่งผลให้แรงงานพม่าทะลักเข้าสู่ประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988 เป็นต้นมา ทั้งนี้แรงผลักดันที่ทำให้แรงงานชาวพม่าเดินทางเข้ามายังประเทศไทยเป็นผลพวงที่เกิดจากสภาพเศรษฐกิจที่ตกต่ำอย่างต่อเนื่องยาวนานภายในประเทศพม่า รวมถึง ความไม่มีเสถียรภาพทางการเมืองอันเป็นผลมาจากระบอบการปกครองในรูปแบบสังคมนิยม และสภาพสังคมประเทศพม่าที่เต็มไปด้วยปัญหา ไม่ว่าจะเป็นความขัดแย้งทางชาติพันธุ์และปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างรุนแรง ก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ผลักดันให้คนพม่าดิ้นรนพาตนเอง และครอบครัวเดินทางข้ามเขตแดน เนื่องจากเศรษฐกิจในไทยที่สามารถสร้างรายได้มากกว่าในประเทศพม่า ตลอดจนการเมืองในรูปแบบประชาธิปไตยที่ค่อนข้างมีเสถียรภาพ และสภาพสังคมไทยที่มีวัฒนธรรมคล้ายคลึงกับประเทศพม่า ซึ่งประสบกับภาวะการณ์ขาดแคลนแรงงานอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่เหนือสุดของประเทศไทย มีอาณาเขตทิศเหนือติดต่อกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั้งหมดในไตรมาสที่ 4 ปี 2559 ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2559 จำนวน 25,563 คน โดยแยกเป็นแรงงานต่างด้าวชนกลุ่มน้อย 6,328 คน แรงงานต่างด้าวที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา 7,625 คน แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย 1,616 คน (สำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงราย, 2559) ปัญหาแรงงานข้ามชาติในจังหวัดเชียงราย ด้วยสภาพภูมิศาสตร์ของจังหวัดเชียงรายที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการแก้ปัญหาแรงงานข้ามชาติที่หลบหนีเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายที่มีอยู่จำนวนมาก เนื่องจากมีพื้นที่ชายแดนติดกับประเทศพม่าและประเทศเพื่อนบ้านอื่น ๆ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านความมั่นคง ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ภายในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย ในเรื่องนี้ ผลการศึกษาของ (วิริยา กุลกลการ, 2560) พบว่า การมี การเข้มงวดในการที่ประชาชนเดินทางออกนอกประเทศ ประกอบกับจังหวัดเชียงรายเป็นดินแดนที่มีความอุดม

สมบูรณ์มีภาวะเศรษฐกิจดี จึงเป็นแรงดึงดูดให้แรงงานพม่าเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนแรงงานพม่าที่อพยพมาจากรัฐฉานมีเชื้อชาติไทยใหญ่ ซึ่งมีวัฒนธรรมและภาษาที่คล้ายคลึงกับคนเชียงราย จึงไม่เป็นอุปสรรคในการสื่อสารและการปรับตัว และควรให้มีการกระจายอำนาจในการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มียุทธศาสตร์ที่ยาวนานที่ชัดเจนและเปลี่ยนไปทุกครั้งที่ สอดคล้องกับ (วิรัช ศาสตร์ชัย, 2559) ที่ได้วิจัยเรื่อง แรงงานอพยพพม่า : ศึกษากรณี อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า แรงงานอพยพพม่าเมื่อเข้ามาในอำเภอแม่สายทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ได้แก่ 1) ด้านความมั่นคงทางการเมือง นโยบายของรัฐที่ผ่านมาขาดความชัดเจน ต่อเนื่องและไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ทำให้ผู้ปฏิบัติสับสน 2) ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ แรงงานอพยพพม่าแม้สามารถเข้ามาทดแทนแรงงานไทยได้ เพราะค่าแรงต่ำ ไม่ต้องมีสวัสดิการแต่ก็ส่งผลทำลายโครงสร้างค่าจ้างของแรงงานไทย และยังถูกประชาคมโลกโจมตีเรื่องกีดกันแรงงานต่างด้าว 3) ด้านความมั่นคงทางสังคม แรงงานอพยพพม่าที่เข้ามาทำงานในอำเภอแม่สายได้สร้างปัญหาให้กับประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ ปัญหาการค้ายาเสพติด ปัญหาโสเภณี ปัญหาการก่ออาชญากรรม และสาธารณสุข ซึ่งประเทศไทยต้องมีมาตรการหาแนวทางในการแก้ปัญหาดังกล่าว

จากสภาพดังกล่าวนำมาสู่ความท้าทายของประเทศไทยกับการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาอาศัยอยู่และทำงานค่อนข้างจะถาวรในระยะยาว กับการปรับนโยบาย ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และมาตรการการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานบริเวณตะเข็บชายแดนของประเทศ ที่เกี่ยวเนื่องกับความมั่นคงของประเทศ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงบวก และปัญหาในเชิงลบ การแก้ไขปัญหาให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงปัจจุบันที่อ้างอิงถึงการศึกษาวิจัยจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในทุกภาคส่วน จึงเป็นประเด็นสนใจในการศึกษาและวิเคราะห์

ถึงสภาพปัญหาแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะสัญชาติเมียนมาหรือแรงงานพม่าที่มีอยู่จำนวนมาก ข้างมาก บริเวณชายแดนภาคเหนือของประเทศไทย ด้วยสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของแรงงานที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ศักยภาพที่เอื้อต่อประสิทธิภาพการทำงานที่มีผลในเชิงบวกต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจจังหวัดชายแดน และข้อเสนอแนะสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาอย่างตรงจุดอันจะเป็นข้อมูลทางวิชาการและสารสนเทศที่สามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้ในเชิงยุทธศาสตร์ และการปฏิบัติการสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย และจะเป็นไปเพื่อยกระดับการพัฒนาเศรษฐกิจของกลุ่มประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงว่าด้วยการอพยพย้ายถิ่นของแรงงานอย่างปลอดภัย รวมถึงการปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านแรงงาน การส่งเสริมระบบป้องกันและคุ้มครองางสังคมให้กับแรงงานต่างด้าว และการพัฒนาระบบข้อมูลตลาดแรงงานด้วย

### วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทย
2. เพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทยเพื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจกลุ่มประเทศในอนุภาคลุ่มน้ำโขง

### วิธีการดำเนินการวิจัย (Method)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอนสำคัญตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

**ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทย**

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** คือ แรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาหรือแรงงานพม่า ที่อาศัยอยู่และทำงานในเขตชายแดนจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย รวมจำนวน 27 คน ทำการเลือกอย่างจำเพาะจงเจาะ

(Purposive Sampling) โดยเป็นแรงงานที่ทำงานในประเทศไทยมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง อำเภอแม่สาย อำเภอเชียงของ และอำเภอบ้านจันทน์ จังหวัดเชียงราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** คือ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) เกี่ยวกับปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทย ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ 1) สัมภาษณ์สอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์พื้นฐานและสภาพการทำงานของแรงงาน 2) สอบถามสภาพปัญหาแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาที่อาศัยอยู่และทำงานในจังหวัดเชียงราย 3) ข้อเสนอแนะต่อภาครัฐในการแก้ไขปัญหาแรงงานพม่าในเขตชายแดนประเทศไทย

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย และติดต่อประสานงานกับแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาที่อาศัยอยู่และทำงานในเขตชายแดนจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย เพื่อนัดหมายวันที่ และเวลา จากนั้นนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

**ตอนที่ 2 การศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทยเพื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจกลุ่มประเทศในอนุภาคลุ่มน้ำโขง**

**กลุ่มผู้ให้ข้อมูล** คือ ตัวแทนกลุ่มแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่าที่เป็นแกนนำ กลุ่มผู้ประกอบการและนายจ้างแรงงานพม่า จำนวน 2 กลุ่ม ๆ ละ 9 คน รวม 18 คน ที่สามารถนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

การจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทย โดยการนำผลการวิเคราะห์ปัญหาแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่าที่ค้นพบมาเป็นประเด็นหลักและร่วมกับปัญหาในส่วนของกลุ่มผู้ประกอบการ นายจ้าง

แรงงานพม่าที่พบ นำไปสู่การมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอ แนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนจังหวัดเชียงราย ประเทศไทยเพื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจกลุ่มประเทศในอนุภาคลุ่มน้ำโขงที่มีทิศทางเหมาะสมและเป็นไปได้ร่วมกัน

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

2) ผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมกลุ่มย่อยกับตัวแทนกลุ่มแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่าที่เป็นแกนนำกลุ่มผู้ประกอบการ นายจ้างแรงงานพม่า เพื่อจัดทำข้อเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทยเพื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจกลุ่มประเทศในอนุภาคลุ่มน้ำโขง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มย่อย นำมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Category Setting) และหาความสัมพันธ์ในโครงสร้างเนื้อหาที่ประเด็นที่ตั้งคำถาม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Reliability) ความครบถ้วนของข้อมูล ทั้งจากการสังเกต การบันทึกข้อเท็จจริง และวิเคราะห์หาความเชื่อมโยง ติความ และนำมาสร้างบทสรุปในทำนองเดียวกัน ทำการสรุปข้อมูลชั่วคราวและลดทอนข้อมูล และการสร้างบทสรุปและบทพิสูจน์บทสรุป โดยมุ่งตอบประเด็นวัตถุประสงค์การวิจัยให้สมเหตุสมผล

### ผลการวิจัย (Results)

#### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทย

จากการลงพื้นที่ภาคสนามโดยนักวิจัยกับการสัมภาษณ์แรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาหรือแรงงานพม่าในจังหวัดเชียงราย จำนวน 27 คน ที่กระจายตัวอยู่ในพื้นที่ทางเศรษฐกิจของเมืองและชุมชนชนบทใน

อำเภอ ต่าง ๆ พบว่า แรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาหรือแรงงานพม่าที่เข้ามาทำงานนั้นเป็นกลุ่มชนชาติไทยใหญ่ที่เดินทางมาจากเมืองเชียงตุง เมืองกาลิ และเมืองมณฑลเลย ในรัฐฉาน ประเทศพม่า โดยลักลอบเข้ามาอย่างผิดกฎหมายทั้งกระบวนการนายหน้า และการเดินทางเข้ามาเองเพื่อหางาน ผ่านช่องทางสะพานมิตรภาพแม่สาย-ท่าขี้เหล็ก คิดเป็นร้อยละ 92.59 โดยหนังสือผ่านแดนมีอายุ 7 วันนับจากวันที่ยื่นขอ แล้วหลบหนีเข้าเมืองเพื่อไปทำงานอย่างผิดกฎหมาย งานที่ทำส่วนใหญ่จากการศึกษาพบว่า เป็นประเภทงานรับจ้างทั่วไป งานช่างสีรถยนต์ประจำบริษัท งานขัดเงาอลูมิเนียม งานล้างรถ งานลูกจ้างรับเหมาก่อสร้าง (ก่อ ฉาบ ทาสี รับเหมาบ้านเป็นหลัก) งานกรรมกรก่อสร้าง งานคัดแยกวัตถุดิบทางการเกษตรก่อนการแปรรูปสินค้า งานเก็บใบชา งานเพาะเห็ดตามฤดูกาล งานปอกสับปะรด งานเลี้ยงหมูในฟาร์ม งานแม่บ้านและรับเหมาทำความสะอาดครบวงจร (ปิด กวาด เช็ด ถู ล้างห้องน้ำ) งานเด็กเสิร์ฟร้านอาหาร และพนักงานรักษาความปลอดภัย (รปภ.) การเข้ามาในระยะแรกอยู่ในสถานะของแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายอาศัยอยู่กับนายจ้างและเช่าห้องพัก ทั้งนี้ไม่ได้เป็นแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติแบบ MOU ที่ถูกต้องตามกฎหมาย และส่วนใหญ่เมื่อทำงานได้ระยะหนึ่งมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ได้มีโอกาสขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว ตามมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบผ่อนผันให้คนต่างด้าว 3 สัญชาติ (กัมพูชา ลาว และเมียนมา) ทำบัตรสีชมพูเพื่ออยู่ในราชอาณาจักรและทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายเป็นกรณีพิเศษ จากกรณีศึกษา คิดเป็นร้อยละ 96.30 ทั้งนี้อาศัยเช่าห้องพัก อยู่กับนายจ้างและทำงานอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายเชียงรายถึงร้อยละ 40.74 และกระจายตัวไปยังชุมชนเขตชานเมืองและชุมชนเกษตรกรรม ผลการวิเคราะห์พบถึงปัญหาของแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมา ดังนี้



รูปภาพที่ 1 แรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา เชื้อชาติไทยใหญ่ ทำงานในโรงเพาะเห็ดและปลอกสับปะรด

## 1. ปัญหาด้านเศรษฐกิจของแรงงานข้ามชาติ สัญชาติเมียนมาในจังหวัดเชียงราย

1.1 ด้านรายได้ แรงงานส่วนใหญ่มีรายได้ บางเดือนไม่เพียงพอกับรายจ่าย โดยเฉพาะบางเดือนที่มีวันหยุดหลายวันได้ค่าแรงงานน้อย และแรงงานบางคนต้องส่งเงินกลับบ้านเกิด รายได้ส่วนใหญ่เฉลี่ย 300-350 บาท/วัน ซึ่งค่าแรงที่ได้เท่ากันกับแรงงานไทย แต่หากคนที่เชื่อมเหล็กเป็นหรือมีประสบการณ์มากกว่าจะได้ค่าแรงที่มากกว่าไม่ว่าจะเป็นคนต่างด้าวหรือคนไทย มีค่าทำงานล่วงเวลาเฉลี่ยชั่วโมงละ 50 บาท ส่วนโบนัสบางปีก็ได้บางปีก็ไม่ได้แล้วแต่นายจ้าง

1.2 ด้านรายจ่าย แรงงานข้ามส่วนใหญ่อยู่ที่ 200-250 บาทต่อวัน เป็นค่าอาหารส่วนมากซื้อมาทำเอง ส่วนค่าเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ของใช้ในครัวเรือนนานที่ถึงจะซื้อ การเลี้ยงโชคก็ซื้อบ้าง งวดละ 2-3 ใบ ส่วนห่วยใต้ดินก็ซื้องวดละ 200-300 บาท เพราะหวังจะโชคดีเหมือนคนอื่นบ้าง บางครอบครัวต้องเลี้ยงลูกและหลาน ต้องไปโรงเรียนให้ค่าใช้จ่ายวันละ 30-50 บาทต่อคน บางคนไม่ได้ส่งเงินกลับบ้าน เนื่องจากครอบครัวอพยพมาอยู่ที่ประเทศไทย

1.3 ด้านภาระหนี้สิน แรงงานส่วนหนึ่งมีภาระหนี้สินจากการผ่อนรถมอเตอร์ไซด์และรถยนต์ ที่

เป็นปัญหาเวลาเดินทางจะต้องอาศัยเพื่อไปรับ-ส่ง ที่ทำงานทุกครั้ง จึงเลยตัดสินใจผ่อนรถเพื่อจะได้สะดวกในการเดินทางหรือไปเที่ยวด้วย และหนี้จากการยืมมาจากนายจ้างก่อนโดยไม่มีดอกเบี่ย แล้วผ่อนชำระเป็นรายเดือน เพื่อการรักษาสุขภาพร่างกายและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่จำเป็น

1.4 ด้านความมั่นคงทางการเงินและการออม แรงงานข้ามส่วนใหญ่จะเก็บออมโดยการฝากธนาคาร แต่สำหรับผู้ที่รายได้น้อยและมีภาระหนี้สินส่วนมากจะไม่มีเก็บออม แรงงานส่วนหนึ่งมีการออมด้วยการซื้อทอง โดยการไปจ่ายเงินให้ร้านทองทุก ๆ เดือน แล้วแต่ว่าเดือนนั้นจะมีเงินเท่าไรก็ไปฝากที่ร้านทองไว้ สิ้นปีได้เงินออมเท่าไรก็ได้ทองคำมูลค่าเท่ากับเงินที่เราออมไว้ การจ่ายค่าจ้างนายจ้างจ่ายด้วยเงินสดเป็นค่าจ้างรายวัน เห็นว่ามีความสะดวกสำหรับการใช้ชีวิตของแรงงาน ซึ่งต้องมีภาระและค่าใช้จ่ายในครอบครัวทุกวัน

## 2. ปัญหาด้านสังคมของแรงงานข้ามชาติ สัญชาติเมียนมาในจังหวัดเชียงราย

2.1 ด้านคุณภาพชีวิตและความมั่นคง แรงงานส่วนใหญ่จะอยู่แคมป์คนงาน หรือบ้านพักที่นายจ้างจัดทำให้ โดยไม่เสียค่าเช่า แต่จะต้องจ่ายค่าน้ำ



ค่าไฟ เดือนละประมาณ 300-400 บาท บางส่วน บ้านพักที่อยู่อาศัยไม่ค่อยสะดวกเพราะอยู่บนเขา ถนนหนทางก็ไม่ค่อยดี มีแต่ดินแดง ถ้าหน้าฝนถนนค่อนข้างลื่น บางครั้งก็เกิดอุบัติเหตุมอเตอร์ไซด์ลื่นล้ม เรื่องอาหารไม่ขาดแคลนเนื่องจากกินอาหารแบบง่าย ๆ มีอะไรก็กินแบบนั้น กิจกรรมยามว่างส่วนใหญ่จะนอนพักผ่อน ทำความสะอาดบ้าน และออกไปเที่ยวเล่นบ้าง บางครั้งก็ไปหารายได้เสริมโดยการไปรับจ้างยกของในตลาด และส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติด้วยกันหรือแรงงานคนไทยเนื่องจากกลัวถูกตำรวจจับ

2.2 ด้านการสื่อสาร วัฒนธรรม และความเชื่อที่แตกต่างกัน แรงงานส่วนใหญ่การสื่อสารด้วยภาษาไทยอยู่ในระดับที่ดี สามารถสื่อสารพูดคุยได้กับบุคคลทั่วไป รวมทั้งการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ เข้าใจในการสื่อสารความหมาย แต่สำเนียงภาษาไม่ค่อยชัดเจน ด้านการสื่อสารด้วยภาษาพื้นถิ่น (ภาษาเมืองเหนือของประเทศไทย) ไม่มีปัญหาอาจเนื่องด้วยสำนวนภาษาใกล้เคียงกับภาษาชาติพันธุ์ไทยใหญ่ ซึ่งแรงงานเป็นชาติพันธุ์ไทยใหญ่ที่มาจากประเทศเมียนมาแล้วด้วย จึงทำให้การปรับตัวด้านภาษาเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว เรื่องศาสนาประเทศไทยนับถือศาสนาพุทธ ส่วนตัวแรงงานก็นับถือศาสนาพุทธเช่นเดียวกัน เพราะฉะนั้นวิถีคิดและมุมมองค่อนข้างมีความใกล้เคียงกันอาจจะมีความแตกต่างในเรื่องของวัฒนธรรม ประเพณีที่มีระเบียบวิธีปฏิบัติที่ไม่เหมือนกัน แต่ก็อยู่ร่วมกันได้ โดยไม่มีปัญหาการรับข้อมูลโดยการฟัง หรือดูในทีวีส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหา เนื่องจากสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ แต่ถ้าเป็นการอ่านจะมีปัญหาบ้างเนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่อ่านภาษาไทยไม่ได้ส่วนใหญ่ข่าวสารที่ได้รับจะเป็นปากต่อปากจากเพื่อนแรงงานด้วยกันมากกว่า ถ้าหากมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานก็จะไปติดต่อที่ศูนย์ช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติจังหวัดเชียงรายเป็นส่วนใหญ่ เพราะที่นั่นจะมีล่ามแปลภาษาให้หากแรงงานไม่เข้าใจ โดยเฉพาะข่าวสารเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด

19 และการต่อสัญญาการทำงานของแรงงานต่างด้าวผ่านทางนายจ้าง และเพื่อนแรงงานด้วยกัน

2.3 ด้านสาธารณสุข แรงงานส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหาสุขภาพ ส่วนมากจะเป็นไข้ หรือไข้หวัดธรรมดา ถ้าเป็นไม่มากก็จะซื้อยามารับประทานเอง หรือไม่ก็ไปหาหมอตามคลินิก ถ้าเป็นไม่มากก็จะไม่หยุดงาน เนื่องจากถ้าลาหรือหยุดงานจะไม่ได้ค่าแรง ที่ผ่านมาในพื้นที่ที่อาศัยอยู่หรือที่ทำงาน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด โรคเอดส์ โรคติดต่อต่าง ๆ แต่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ต้องถูกกักตัว และขาดรายได้ในช่วงนั้นไป ด้านสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน เช่น อากาศเป็นพิษ น้ำเน่าเสีย เสียงเป็นพิษ ขยะมูลฝอย ส่งผลต่อสุขภาพ หรือ การเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา จะมีบ้างเวลาทำงานบางทีจะมีฝุ่นในระหว่างทำงาน ทำให้ระคายเคืองตาบ้าง

2.4 ด้านการศึกษา แรงงานส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือเพิ่มเติมที่ไหน แต่เรียนภาษาไทยเอง ซึ่งไม่ยากเท่าไร เพราะเป็นคนไทใหญ่ที่ใช้ภาษาใกล้เคียงกับคนไทยอยู่แล้ว และบางคนเคยฝึกอบรมทักษะอาชีพการขับรถในระหว่างทำงาน จากเดิมเป็นแค่งานงานหลังจากฝึกอาชีพได้เลื่อนตำแหน่งขึ้นมาเป็นคนขับรถของ ซึ่งรายได้ก็ดีขึ้นตามไปด้วย และการศึกษาส่วนใหญ่ที่เข้ามาเป็นแรงงานแบบครอบครัวจะให้ลูกเรียนหนังสือที่ประเทศไทย อยู่ใกล้กับสถานที่ทำงาน หรือที่พัก ซึ่งมีความคาดหวังอยากจะส่งให้ลูกหลาน เรียนจนจบชั้นปริญญาตรี สำหรับบางครอบครัวที่ลูกอยู่พม่าจะต้องหยุดเรียนชั่วคราวเนื่องจากสถานการณ์ทางการเมือง ทำให้ไม่สามารถไปเรียนได้

2.5 ด้านกฎหมายและมาตรการทางสังคม แรงงานส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเรื่องกฎหมายของประเทศไทยมากพอ ทั้งยังไม่เคยมีปัญหาถึงขั้นต้องขึ้นโรงขึ้นศาล จึงไม่ทราบว่ามีมาตรการอย่างเป็นธรรมหรือไม่ และไม่เข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์และการคุ้มครองแรงงานต่างด้าว เมื่อถูกเลิกจ้างแล้วไปติดต่อเจ้าหน้าที่ จึงได้รู้ว่าตนเองมีสิทธิต้องได้รับเงินค่าจ้างขั้นต่ำ 315

บาท และนายจ้างไม่มีสิทธิเก็บบัตรประจำตัวของ  
คนงานเอาไว้ด้วย และไม่คอยมีปัญหาอะไรรุนแรง เคย  
เจอการทะเลาะกันในวงเหล้าบ้าง แต่ก็แก้ไขปัญหาได้

## ตอนที่ 2 ผลการศึกษาแนวทางการแก้ไข ปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทย

จากผลการศึกษาการเสนอแนวทางการ  
แก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศ  
ไทยเพื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจกลุ่มประเทศใน  
อนุภาคลุ่มน้ำโขง พบว่า ควรมีแนวทางในการแก้ปัญหา  
ดังนี้

1. ควรมีการปรับค่าแรงเพิ่มขึ้นให้ครอบคลุม  
ทุกพื้นที่ เนื่องจากบางพื้นที่ยังได้รับค่าจ้างต่ำกว่าที่  
กฎหมายกำหนดอยู่มาก เนื่องจากรายรับไม่สัมพันธ์กับ  
รายจ่าย ทั้งค่าอาหาร และค่าสินค้าอุปโภคบริโภคมี  
ราคาที่สูงขึ้น

2. นายจ้างและสถานประกอบการควร  
จัดหาที่พักให้แรงงานข้ามชาติฟรี เพื่อช่วยแรงงานลด  
ค่าใช้จ่ายในเรื่องของค่าเช่าบ้านลง รวมทั้งอาหาร  
กลางวันฟรี

3. นายจ้างและสถานประกอบการควร  
จัดแยกที่พักระหว่างแรงงานชายกับแรงงานหญิงสำหรับ  
คนที่ไม่ได้สมรสให้ชัดเจน เพื่อความปลอดภัยของ  
แรงงาน

4. นายจ้างควรจ่ายค่าจ้างตามกฎหมาย  
แจ้งล่วงหน้าถ้าเลิกจ้าง ดูแลความปลอดภัยให้ลูกจ้าง  
และไม่ยึดบัตรคนงานเอาไว้

5. ควรขยายอายุเกี่ยวกับใบอนุญาตทำงาน  
บัตรชมพู กับกลุ่มแรงงานผู้เข้ามาใหม่ ด้วยการต่อ  
ใบอนุญาตทำงานแต่ละครั้งซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง  
จาก 2 ปีครั้ง ควรขยายให้มากขึ้น เช่น 5-7 ปี ครั้ง  
เพราะ การเก็บออมเงินเพื่อเตรียมต่อใบอนุญาต  
ทำงานนั้น ไม่สอดคล้องกับรายได้/เงินเดือนที่ได้รับ

6. นายจ้างควรดูแลลูกจ้างในเรื่องปัญหาฝุ่น  
ที่เกิดจากการทำงาน เช่น หาอุปกรณ์ในการป้องกันฝุ่น  
ให้กับแรงงาน เนื่องจากในที่ทำงานบางสถานที่ที่มีเศษ  
ฝุ่นค่อนข้างมาก ทำให้เส็บตา และกังวลเรื่องเกี่ยวกับ  
ทางเดินหายใจในอนาคต และในที่ทำงานควรจัดหา  
น้ำสะอาดสำหรับใช้อุปโภคและบริโภคให้เพียงพอ

7. การพัฒนาทักษะฝีมือและให้ความรู้แก่  
แรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทยให้มี  
คุณภาพเพื่อไม่ต้องเป็นภาระแก่ผู้ประกอบการที่ต้องฝึก  
ทักษะแรงงานเหล่านี้ก่อนรับเข้าทำงาน

8. สำรวจความต้องการแรงงานต่างด้าวใน  
เรื่องความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะทาง โดยเฉพาะ  
อย่างยิ่งแรงงานในสาขาที่ไทยยังขาดแคลน เพื่อเป็น  
ข้อมูลในการกำหนดมาตรการด้านแรงงานใน  
อุตสาหกรรมต่าง ๆ

9. ส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติมีความรู้และ  
ความเข้าใจกฎหมายไทย เพื่อให้เข้าใจสิทธิหน้าที่ และ  
ผลประโยชน์

10. การพัฒนาศูนย์รับแจ้งการทำงานของ  
คนต่างด้าวให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้บริการแรงงาน  
ข้ามชาติและนายจ้างอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

11. รัฐควรสนับสนุนให้เขตชายแดนเป็นเขต  
อุตสาหกรรมแรงงานราคาถูก และอนุญาตให้  
อุตสาหกรรมเหล่านั้นใช้แรงงานต่างด้าวได้เต็มที่

12. การเสริมสร้างจิตสำนึก ทักษะคิด  
ส่งเสริมให้แรงงานต่างด้าวร่วมมือกับชุมชนไทยในการ  
จัดระเบียบและดูแลชุมชนร่วมกัน

13. ควรมีการปรับปรุงระเบียบการจด  
ทะเบียนแรงงานต่างด้าว และการเข้าเมืองของแรงงาน  
ต่างด้าวโดยให้ดำเนินการจดทะเบียนให้แล้วเสร็จ  
ภายใน 1 สัปดาห์ และมีการบันทึกประวัติพร้อมคำ  
รับรองของนายจ้าง

14. ควรมีการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว  
ในลักษณะของอัตลักษณ์ เช่น ลายนิ้วมือ DNA เพื่อ

ความสะดวกถูกต้องในการตรวจสอบในเรื่องการเข้าเมือง และอาชญากรรม

15. ควรปรับปรุงรูปแบบองค์กรในการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวของกรมการจัดหางานให้มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

16. ผู้นำท้องถิ่นจะต้องติดตาม และยืนยันบุคคลที่เข้ามาพักอาศัย หรือประกอบอาชีพในพื้นที่ของตนเองและหากพบข้อพิรุณควรแจ้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายความมั่นคงเพื่อดำเนินการต่อ

17. ควรมีการจัดทำศูนย์ข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลให้กับทุกหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ

### สรุปผลการวิจัย

1. ปัญหาด้านเศรษฐกิจของแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาในเขตชายแดนประเทศไทย จังหวัดเชียงราย พบว่า ด้านรายได้ แรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมา ส่วนใหญ่มีรายได้บางเดือนไม่เพียงพอกับรายจ่าย ด้านรายจ่าย ส่วนใหญ่อยู่ที่ 200-250 บาทต่อวัน ค่าอาหารส่วนมากซื้อมาทำเอง ส่วนค่าเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ของใช้ในครัวเรือนนานที่ถึงจะซื้อ ด้านภาระหนี้สิน ส่วนหนึ่งมีภาระหนี้สินจากการผ่อนรถมอเตอร์ไซด์และรถยนต์ และหนี้จากการยืมมาจากนายจ้างก่อนโดยไม่มีดอกเบี่ย แล้วผ่อนชำระเป็นรายเดือน เพื่อการรักษาสุขภาพร่างกายและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่จำเป็น และด้านความมั่นคงทางการเงินและการออม ส่วนใหญ่จะเก็บออมโดยการฝากธนาคาร แต่สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยและมีภาระหนี้สินส่วนมากจะไม่มีเก็บออมการจ่ายค่าจ้างนายจ้างจ่ายด้วย เงินสดเป็นค่าจ้างรายวัน เห็นว่ามีความสะดวกสำหรับการใช้ชีวิตของแรงงาน ซึ่งต้องมีภาระและค่าใช้จ่ายในครอบครัวทุกวัน

2. ปัญหาด้านสังคมของแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาในเขตชายแดนประเทศไทย จังหวัดเชียงราย พบว่า ด้านคุณภาพชีวิตและความมั่นคง ส่วน

ใหญ่จะอยู่แคมป์คนงาน หรือบ้านพักที่นายจ้างจัดหาให้โดยไม่เสียค่าเช่า แต่จะต้องจ่ายค่าน้ำค่าไฟ เดือนละประมาณ 30-400 บาท บางส่วนบ้านพักที่อยู่ไม่ค่อยสะดวกเพราะบ้านพักอยู่บนเขา ถนนหนทางก็ไม่ค่อยดี เรื่องอาหารไม่ขาดแคลนเนื่องจากกินอาหารแบบง่าย ๆ มีอะไรก็กินแบบนั้น ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับแรงงานต่างชาติด้วยกันหรือแรงงานคนไทยด้านการสื่อสารวัฒนธรรม และความเชื่อที่แตกต่าง ส่วนใหญ่การสื่อสารด้วยภาษาไทยอยู่ในระดับที่ดี สามารถสื่อสารพูดคุยได้กับบุคคลทั่วไป รวมทั้งการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ด้านการสื่อสารด้วยภาษาพื้นถิ่น (ภาษาเมืองเหนือของประเทศไทย) ไม่มีปัญหาอาจเนื่องด้วยสำนวนภาษาใกล้เคียงกับภาษาชาติพันธุ์ไทยใหญ่ ซึ่งแรงงานเป็นชาติพันธุ์ไทยใหญ่ที่มาจากประเทศเมียนมาแล้วด้วย จึงทำให้การปรับตัวด้านภาษาเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีปัญหาสุขภาพ ส่วนมากจะเป็นไข้ หรือใช้หวัดธรรมดา ถ้าเป็นไม่มากก็จะซื้อยามารับประทานเอง หรือไม่ก็ไปหาหมอตตามคลินิก ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด โรคเอดส์ โรคติดต่อต่าง ๆ แต่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ต้องถูกกักตัวและขาดรายได้ในช่วงนั้นไป ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือเพิ่มเติมที่ไหน แต่เรียนภาษาไทยเองซึ่งไม่ยากเท่าไร เพราะเป็นคนไทใหญ่ที่ใช้ภาษาใกล้เคียงกับคนไทยอยู่แล้ว และการศึกษาส่วนใหญ่ที่เข้ามาเป็นแรงงานแบบครอบครัวจะให้ลูกเรียนหนังสือที่ประเทศไทย อยู่ใกล้กับสถานที่ทำงาน หรือที่พัก ซึ่งมีความคาดหวังอยากจะส่งให้ลูก หลาน เรียนจนจบชั้นปริญญาตรี ด้านกฎหมายและมาตรการทางสังคม แรงงานส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในเรื่องกฎหมายของประเทศไทยมากพอ ทั้งยังไม่เคยมีปัญหาถึงขั้นต้องขึ้นโรงขึ้นศาล จึงไม่ทราบว่ามีมาตรการอย่างเป็นธรรมหรือไม่ และไม่เข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์และการคุ้มครองแรงงานต่างด้าว

3. จากผลการศึกษาการเสนอแนวทางการแก้ไข ปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทย

พบว่า ควรมีแนวทางในการแก้ปัญหา ดังนี้ 1) พัฒนาทักษะฝีมือและให้ความรู้แก่แรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทยให้มีคุณภาพ 2) สำรวจความต้องการแรงงานต่างด้าวในเรื่องความชำนาญในวิชาชีพเฉพาะทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานในสาขาที่ไทยยังขาดแคลน เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดมาตรการด้านแรงงานในอุตสาหกรรมต่าง ๆ 3) ส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติมีความรู้และความเข้าใจกฎหมายไทย เพื่อให้เข้าใจสิทธิหน้าที่ และผลประโยชน์ 4) พัฒนาศูนย์รับแจ้งการทำงานของคนต่างด้าวให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้บริการแรงงานข้ามชาติและนายจ้างอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 5) ควรมีการปรับปรุงระเบียบการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว และการเข้าเมืองของแรงงานต่างด้าวโดยให้ดำเนินการจดทะเบียนให้แล้วเสร็จภายใน 1 สัปดาห์ และมีการบันทึกประวัติพร้อมคำรับรองของนายจ้าง 6) ควรปรับปรุงรูปแบบองค์กรในการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวของกรมการจัดหางานให้มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน 7) สกัดกั้นไม่ให้แรงงานต่างด้าวเข้าในราชอาณาจักร โดยการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด 8) ควรมีการเพิ่มมาตรการเฝ้าตรวจ โดยการเพิ่มจุดตรวจ ด่านตรวจ ให้ครอบคลุมพื้นที่หรือเส้นทางของผู้ลักลอบหลบหนีเข้าเมือง 9) ควรมีการจัดทำศูนย์ข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลให้กับทุกหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ และ 10) ควรมีการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ประชาชนเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการลักลอบหลบหนีเข้าเมืองว่า อาจเป็นเหตุให้มีอาชญากรรมข้ามชาติแฝงตัวในประเทศไทยได้

## อภิปรายผล

1. ปัญหาด้านเศรษฐกิจของแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาในเขตชายแดนประเทศไทย จังหวัดเชียงราย พบว่า ด้านรายได้ แรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมา ส่วนใหญ่มีรายได้บางเดือนไม่เพียงพอ

กับรายจ่าย และด้านความมั่นคงทางการเงินและการออม ส่วนใหญ่จะเก็บออมโดยการฝากธนาคาร แต่สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยและมีภาระหนี้สินส่วนมากจะไม่มีเก็บออม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า แรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาส่วนใหญ่เข้ามาอย่างผิดกฎหมาย เป็นแรงงานที่ไร้ฝีมือ และขาดทักษะ สอดคล้องกับ สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนา (องค์การมหาชน) (2558) ที่กล่าวว่า ประเทศเมียนมา ถือเป็นประเทศต้นทางของแรงงานไร้ฝีมือข้ามชาติในอาเซียน ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า การดำเนินการของรัฐบาลเมียนมา ด้านการป้องกันและปราบปรามการลักลอบเดินทางออกนอกประเทศโดยผิดกฎหมายยังไม่มีประสิทธิภาพ และแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาส่วนใหญ่เป็นแรงงานไร้ฝีมือ ขาดทักษะความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกฎหมาย และวัฒนธรรมของประเทศที่เดินทางไปปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับ สมเดช มุงเมือง (2559) ได้วิจัยเกี่ยวกับการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยพบว่า ความยากจนเป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญและอัตราค่าจ้างสูงเป็นปัจจัยดึงดูดสำคัญที่มีอิทธิพลต่อแรงงานต่างด้าวในการเข้ามาทำงานในจังหวัดเชียงราย ปัจจัยด้านแรงงานที่สำคัญที่สุดคือ การขาดแคลนแรงงานมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้บริหาร สถานประกอบการในการจ้างแรงงานต่างด้าว

2. ปัญหาด้านสังคมของแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมาในเขตชายแดนประเทศไทย จังหวัดเชียงราย พบว่า ด้านคุณภาพชีวิตและความมั่นคง ส่วนใหญ่จะอยู่แคมป์คนงาน หรือบ้านพักที่นายจ้างจัดหาให้โดยไม่เสียค่าเช่า เรื่องอาหารไม่ขาดแคลนเนื่องจากกินอาหารแบบง่าย ๆ การสื่อสารด้วยภาษาไทยอยู่ในระดับที่ดี ด้านสาธารณสุข ไม่ค่อยมีปัญหาสุขภาพส่วนมากจะเป็นไข้ หรือไข้หวัดธรรมดา ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือเพิ่มเติม ด้านกฎหมายและมาตรการทางสังคม แรงงานส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในเรื่อง

กฎหมายของประเทศไทยมากพอ สอดคล้องกับ วิมลรักษ์ ศานติธรรม (2559) กล่าวว่า ปัญหาด้านสังคมจากการที่กลุ่มแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในไทยมากขึ้น อาทิ ปัญหาด้านอาชญากรรม ยาเสพติด และสิ่งแวดล้อม มีขยะมาก ชุมชนสกปรกขึ้น ปัญหาด้านสาธารณสุข พบว่า แรงงานต่างด้าวบางส่วนได้เป็นพาหะนำโรคใหม่ ๆ เข้ามาในประเทศไทย ถึงแม้ว่าแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย จะได้รับการตรวจสุขภาพและค้นหาโรคจากหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดและได้รับบัตรประกันสุขภาพแล้ว และสอดคล้องกับ ไพรินทร์ มากเจริญ (2561) ได้วิจัยเรื่อง สถานการณ์แรงงานข้ามชาติ: แรงงานพม่าปัญหาการอยู่ร่วมกันในชุมชนในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาหลักที่สำคัญ คือ แรงงานพม่าที่เข้ามาทำงานจำนวนมากเป็นแรงงานผิดกฎหมาย มีแรงงานข้ามชาติจำนวนหนึ่งทำงานในสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการทางเพศ

3. จากผลการศึกษาการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทย พบว่า ควรมีแนวทางในการแก้ปัญหา ดังนี้ 1) ควรปรับเพิ่มค่าแรงและนายจ้างจ่ายค่าจ้างตามกฎหมายกำหนด 2) ควรมีการลดภาระค่าใช้จ่ายแก่แรงงาน เช่น การจัดหาที่พักฟรี อาหารกลางวันฟรี 3) ควรดูแลและจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน 4) การพัฒนาความรู้และทักษะฝีมือแรงงาน และ 5) การส่งเสริมทักษะด้านภาษาและความรู้ทางด้านกฎหมายแรงงาน สอดคล้องกับ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2560) กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) มีนโยบายเร่งด่วน (Agenda Based) ได้แก่ เร่งรัดให้มีการกำหนดอัตราค่าจ้างตามกฎหมายกำหนด ขับเคลื่อนนโยบาย Safety Thailand ด้วยการตรวจและบังคับใช้กฎหมายความปลอดภัยในการทำงานอย่างจริงจัง และผลักดันให้แรงงานนอกระบบเข้าถึงระบบหลักประกันทางสังคมเพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึง และมี

คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับ อภิชาติ ทรัพย์ประเสริฐ (2560) กล่าวถึง แนวทางการแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวและผู้หลบหนีเข้าเมือง ได้แก่ 1) ควรมีการปรับปรุงระเบียบการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว 2) ควรมีการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวในลักษณะของอัตลักษณ์ เช่น ลายนิ้วมือ DNA เพื่อความสะดวกถูกต้องในการตรวจสอบในเรื่องการเข้าเมือง และอาชญากรรม และ 3) ควรปรับปรุงรูปแบบองค์กรในการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวของกรมการจัดหางานให้มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และยังคงสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วชิรวัชร งามละม่อม (2560) ได้วิจัยเรื่อง ความท้าทายของประเทศไทยในประชาคมอาเซียนกับการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าว พบว่า แนวนโยบายการจัด การปัญหาแรงงานต่างด้าว คือ 1) การขึ้นทะเบียนเพื่อผ่อนผันให้แรงงานต่างด้าวที่ไม่ถูกกฎหมายอยู่ในประเทศไทยได้ชั่วคราว 2) การปรับสถานะแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนให้เป็นผู้เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมาย และ 3) การนำเข้าแรงงานต่างด้าวอย่างถูกกฎหมายจากประเทศต้นทางทั้งระบบ

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

#### ด้านวิชาการ

1. ข้อค้นพบทางวิชาการจะช่วยแก้ไขปัญหาคคุณภาพของแรงงานและการขาดแคลนแรงงานของประเทศไทยที่ต้องคำนึงถึงสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมของแรงงานข้ามชาติที่ทำงานและอาศัยอยู่ในประเทศทั้งที่เป็นแรงงานถูกกฎหมายและและผิดกฎหมายโดยหลักของสิทธิมนุษยชนที่จะเพิ่มศักยภาพการผลิตขั้นพื้นฐานและจำนวนแรงงานที่เหมาะสมในภาคเศรษฐกิจ

2. สภาพปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม อาทิ รายได้ ภาระค่าใช้จ่ายและหนี้สิน คุณภาพชีวิตและความมั่นคงในการทำงาน การสื่อสารและวัฒนธรรม การสาธารณสุข การศึกษา การบังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคม ควรได้รับการส่งเสริมปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต การทำงานที่

ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของแรงงานข้ามชาติที่เป็นกำลังหลักสำคัญของทางเศรษฐกิจของประเทศไทย

### ด้านนโยบาย

1. การปรับปรุงนโยบายและกลยุทธ์เชิงปฏิบัติการการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติหรือคนต่างด้าวให้ทันต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากตัวแรงงานต่างด้าวสัญชาติต่าง ๆ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยทั้งที่เป็นแรงงานถูกกฎหมายและและผิดกฎหมาย ผู้ประกอบการนายจ้างแรงงานต่างด้าว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริหารจัดการคนต่างด้าวภายในประเทศให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การก้าวข้ามพรมแดนจากวิธีคิดแบบเดิม ๆ ให้ตรงประเด็นปัญหามากขึ้น

2. การแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวภายในประเทศที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาคน การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงชายแดนระหว่างประเทศ รวมทั้งการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเหมาะสมกับความร่วมมือทางพัฒนาเศรษฐกิจของกลุ่มประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

### ด้านหน่วยงาน

1. กระทรวงแรงงาน สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานจัดหางานจังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด สำนักงานพัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด และสำนักงานประกันสังคมจังหวัด สามารถใช้พื้นฐานข้อมูลสารสนเทศประกอบการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย การกำหนดยุทธศาสตร์และกลยุทธ์เชิงปฏิบัติการที่เหมาะสมและทันต่อสถานการณ์ ตรงกับสภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการของกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ทำงานและอาศัยอยู่ในประเทศไทย

2. หน่วยงานและฝ่ายปฏิบัติการเชิงพื้นที่สามารถปรับกลวิธีการทำงานให้เกิดความเหมาะสมคล่องตัว ตอบสนองภารกิจที่เอื้อต่อการบริหารจัดการคนต่างด้าวที่ทำงานในพื้นที่รับผิดชอบ อันเป็นการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต และศักยภาพการทำงานของแรงงานต่างด้าวที่เป็นแรงงานพื้นฐานสำคัญของเศรษฐกิจไทย ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจร่วมกันของกลุ่มประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยสาเหตุและปัจจัยสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และคุณภาพในการทำงานของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

2. การกำหนดยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทยเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจกลุ่มประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

3. การศึกษาแนวทางการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติระหว่างประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่องยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติในเขตชายแดนประเทศไทย เพื่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจกลุ่มประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง ในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.โกมินทร์ ว่างอ่อน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เลหล่า ตรีเอกานุกูล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิพัชร์ เมฆรา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้รับความรู้และแนวทางในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ และได้ประสบการณ์อย่างกว้างขวางในการทำวิจัย จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง (References)

- ไพรินทร์ มากเจริญ. (2561). สถานการณ์แรงงานข้ามชาติ: แรงงานพม่า ปัญหาการอยู่ร่วมกันในชุมชนในจังหวัดนครปฐม. *วารสารเศรษฐศาสตร์การเมืองบูรพา*. 6(1) : 63-64.
- ภาคี สิริ แอนิน. (2561). แรงงานต่างด้าว : การบริหารและการจัดการในประเทศไทย. *วารสารศิลปะการจัดการ*. 2(2): 117-118.
- วชิรวิชัย งามละม่อม. (2560). ความท้าทายของประเทศไทยในประชาคมอาเซียนกับการจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าว. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*. 10(1) : 408-409.
- วิริยา กุลกลการ. (2560). ผลกระทบของแรงงานต่างด้าวต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานไทย และโครงสร้างการผลิตและการจ้างงานในประเทศไทย. *วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์*. 10(3): 30-34.
- วิมลรักษ์ ศานติธรรม. (2559). *ปัญหาผลกระทบกรณีแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย*. เอกสารข่าวสารงานวิจัยและพัฒนา Research and Development Newsletter. 15(163).
- วีรชัย ศาสตราศรัย. (2559). *แรงงานอพยพพม่า : ศักยภาพนี้ อำเภอมแม่สาย จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัย (รัฐศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ศิพิมพ์ ศรีบัลลังก์. (2557). ที่มาของแรงงานพม่าในประเทศไทย. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 20(33): 32-33.
- สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการการค้าและการพัฒนา (องค์การมหาชน). (2558). *โครงการวิจัยการพัฒนานโยบายการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติภายใต้ประชาคมอาเซียนเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการการค้าและการพัฒนา.
- สมเดช มุงเมือง. (2559). *การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากฎหมาย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- สำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงราย. (2559). *ปัญหาแรงงานข้ามชาติในจังหวัดเชียงราย*. เชียงราย: กระทรวงแรงงาน. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 3 มกราคม 2564). สืบค้นจาก: <https://www.doe.go.th/prd/chiangrai>.
- อภิชาติ ทรัพย์ประเสริฐ. (2560). *ปัญหาหลบหนีเข้าเมือง กับภัยคุกคามความมั่นคง (ศึกษาเฉพาะกรณี จ.จันทบุรี และ จ.ตราด)*. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยการทัพบก.

# The Senior People Potential Empowerment Strategies for Community Participation Development by Vocational Education Institutions in Chiang Rai Province

Rewat Kaewthongmoon<sup>1\*</sup>, Benjamat Muangkasem<sup>2</sup>, Vikrom Boonnun<sup>2</sup>,  
Lelar Treeaekanukul<sup>2</sup>

*1 Doctor of Philosophy Program in Regional Development Strategies, School of Social Sciences, Chiang Rai Rajabhat University, \*Corresponding Author E-mail: 629998204@cr.ru.ac.th*

*2 School of Social Sciences, Chiang Rai Rajabhat University,*

## Original article

Received: 15 April 2022

Revised: 29 April 2022

Accepted: 29 April 2022

### Abstract

This research and development study aimed to (1) to analyze the potential level and potential empowerment needs among elderly people in Chiang Rai Province; (2) to examine the level of educational resources administration of vocational education institutions for potential empowerment of elderly people in Chiang Rai Province; and (3) to construct elderly people potential empowerment strategies for community participation development by vocational education institutions in Chiang Rai Province. The samples were 400 elderly people and 245 participants including administrators and teachers of vocational education institutions. The research instruments were questionnaire and interview while SWOT Analysis and TOWS Matrix were deployed as a means to construct the development strategies. The results showed that:

1. The empowerment of elderly people, in general was rated at the moderate level in which environment and security were rated at the highest level and identical to the potential of elderly people. The individual aspect analysis indicated that elderly people showed the preference for their community to have good structure, clean and safe environment at high scores.

2. The educational resources of the administration of vocational education empowerment of elderly people in Chiang Rai Province. The aspect showing the highest mean was administration and management. Followed by personal, materials and budget.

3. The elderly people potential empowerment strategies for community participation development by vocational education institutions in Chiang Rai Province consisted of 4 strategic issues. Strategy 1: Career building, income generation and entrepreneurship comprised 5 sub-strategies. Strategy 2: Creating and developing innovations, inventions and information system comprised 4 sub-strategies. Strategy 3: Mobilizing participation and learning society comprised 3 sub-strategies. And, Strategy 4: Developing environment and optimizing living conditions comprised 3 sub-strategies.

**Keywords :** Potential Elderly People, Community Mobilization, Vocational Education



## ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย

เรวัตกร แก้วทองมูล<sup>1\*</sup>, เบญจมาศ เมืองเกษม<sup>2</sup>, วิกรม บุญนุ่น<sup>2</sup>, เลหลำ ตรีเอกานุกูล<sup>2</sup>

1 นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมารเวชศาสตร์ สำนักวิชาสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย \* ผู้ประพันธ์บทความ อีเมล: 629998204@cr.ru.ac.th

2 สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 15 เม.ย. 2564

วันแก้ไข 29 เม.ย. 2565

วันตอบรับ 29 เม.ย. 2565

การวิจัยเรื่องยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพ ความต้องการการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ และปัญหาของชุมชนในการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย 2) เพื่อศึกษาการบริหารทรัพยากรทางการศึกษาของอาชีวศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย และ 3) เพื่อสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ผู้บริหารสถานศึกษา และครูผู้สอน 245 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก (SWOT Analysis) และใช้เทคนิค TOWS Matrix ผลการวิจัย พบว่า

1. ระดับศักยภาพและความต้องการการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับศักยภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสภาพแวดล้อมและความมั่นคงของที่อยู่อาศัย ความต้องการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านสภาพแวดล้อมและความมั่นคงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด

2. การบริหารทรัพยากรทางการศึกษาของอาชีวศึกษาในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบริหารจัดการ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านงบประมาณ ตามลำดับ

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 ประเด็น โดยยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างอาชีพ สร้างรายได้ และการเป็นผู้ประกอบการ มี 5 กลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและพัฒนานวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ และระบบสารสนเทศสำหรับผู้สูงอายุ มี 4 กลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างพลังการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมและสังคมแห่งการเรียนรู้ มี 3 กลยุทธ์ และยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มี 3 กลยุทธ์

**คำสำคัญ:** ศักยภาพผู้สูงอายุ, ขับเคลื่อนชุมชน, อาชีวศึกษา

## บทนำ (Introduction)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2561) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติ และในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้าน และมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ และรับผิดชอบต่อสังคม และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ผู้การเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง เป็นนวัตกรรม นวัตกรรม ผู้ประกอบการ เกษตรกรยุคใหม่ และอื่น ๆ โดยมีสัมมาชีพตามความถนัดของตนเอง นอกจากนี้ แผนแม่บทภายในยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดชีวิต (พ.ศ.2561 - 2580) ได้มีแผนพัฒนาศักยภาพคนตลอดชีวิต โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ในช่วงวัยผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ โดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่ง United Nations (2013) ระบุว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging Society และจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ” (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 20 โดยตัวเลขของประเทศไทย ในปี 2564 ไทยจะเข้าสู่สังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์ โดยมีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี เกิน ร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด อนึ่ง สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร (2561) กล่าวว่า เมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้ปัจจัยการผลิตทางด้านแรงงานลดลง ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวมากขึ้น การลงทุนการออมน้อยลง ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP) หรือรายได้ประชาชาติน้อยลง งบประมาณรายจ่ายเพิ่มขึ้น รัฐบาลต้องสนับสนุนงบประมาณด้านสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุมากขึ้น อีกทั้งเกิดปัญหาสังคมตามมา เช่น ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง สภาพจิตใจแย่ และความเสื่อมโทรมทางร่างกาย จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ ดังนั้น การ

เตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุควรจะมีร่วมกันทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีงานทำมากขึ้น รวมถึงการสนับสนุนให้มีการเตรียมวางแผนการออม การใช้ชีวิตในบ้านปลาย จะส่งผลให้ผู้สูงอายู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า ไม่เป็นภาระของสังคม

สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย (2563) ได้วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 225,862 คน โดยคาดว่าจังหวัดเชียงรายจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2567 นั่นคือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 20 ของประชากร ซึ่งแนวทางการใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาชุมชนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงราย มีกลยุทธ์การใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาชุมชนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงราย ปัจจุบันทางสังคมมีอิทธิพลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อศักยภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย ซึ่งการเรียนรู้การสร้างกระบวนการทัศน์ในการพัฒนาสังคม คือ การสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจในการพัฒนาตนเอง และสังคม ให้ก้าวหน้าเกิดการเปลี่ยนแปลง และนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายเพื่อการพัฒนาชุมชน ในจังหวัดเชียงราย มีการจัดตั้งกลุ่มหรือองค์กรสาธารณะที่ดำเนินกิจการโดยผู้สูงอายุหลายองค์กร ทั้งชมรมเก่าผญา ชมรมหอมเมือง สมาคมคนดีศรีเชียงราย สมาคมคนฮักเจียงฮาย และสภาคนฮักเจียงฮาย ซึ่งผู้สูงอายุได้เล็งเห็นความสำคัญของชุมชน และวัฒนธรรม จึงรวมกลุ่มกันเพื่อฟื้นฟูวัฒนธรรม และภูมิปัญญาชาวบ้านขึ้นมา (เฉลิมศรี เหล่าสุนทร. 2562)

สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ (2560) ดำเนินการจัดตั้งสถานศึกษากระจายไปสู่ภูมิภาคทั่วประเทศเพื่อผลิต และพัฒนากำลังคนสำหรับการขับเคลื่อนชุมชน ตามบทบาทและภารกิจของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา จัดการศึกษาด้านอาชีวศึกษาเพื่อพัฒนากำลังคนสู่ตลาดแรงงานนั้น เพื่อให้สอดคล้อง และ

สามารถพัฒนากำลังคนเป็นไปตามที่ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และ สังคมแห่งชาติ. 2561) กำหนดไว้ว่า ควรสร้างระบบการจัดการศึกษาอาชีวศึกษาให้กับผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาศักยภาพให้ผู้สูงอายุเป็นกำลัง และพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษา แห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่บัญญัติไว้ว่า การศึกษา คือ กระบวนการเรียนรู้เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคล และสังคมโดยการถ่ายทอดความรู้ การฝึก การอบรม การสืบสานทางวัฒนธรรม การสร้างสรรค์จรรโลง ความก้าวหน้าทางวิชาการ การสร้างองค์ความรู้อันเกิด จากการจัดสภาพแวดล้อม สังคม การเรียนรู้ และปัจจัย เกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต นอกจากนี้ ปิ่นวดี ศรีสุพรรณ, สุรีย์ ธรรมิกบวร และสุรสม กฤษณะจุฑะ. (2560) ซึ่งได้ศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุ กับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นอีสาน พบว่า แนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุ มีดังนี้ 1) ควรทำงานเชิงบูรณาการเพื่อสร้างการ เรียนรู้ที่ยั่งยืน 2) ควรสร้างการมีส่วนร่วม และการ คำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อสร้างกิจกรรมที่ เหมาะสม 3) ควรสร้างกลไกการสื่อสารกับผู้สูงอายุ 4) ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมที่หลากหลาย 5) ควรส่งเสริม กิจกรรมนันทนาการที่ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และ เกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชน และ 6) ควรส่งเสริม กิจกรรมจิตอาสาเพื่อให้เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมใน โรงเรียนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ เพ็ชรี ระบุปะ วิเชตร และ พลอยไพลิน ระบุวิเชตร (2561) ได้ศึกษา กลยุทธ์การจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาภาวะ พหุพลังในผู้สูงอายุ พบว่า โรงเรียนผู้สูงอายุฯ ต้องเร่ง สร้างผู้สูงอายุให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการโรงเรียน สร้างวิทยากรเพิ่ม เพิ่มหลักสูตรวิชาศิลปะ เช่น การวาด รูป การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้จัดการศึกษาตนเองกลุ่ม เล็ก ๆ ที่ศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการส่งเสริมอาชีพ ผู้สูงอายุ

จากปัญหาและแนวทางการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการสร้างยุทธศาสตร์ การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมี ส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย เป็นทิศทาง และกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการบริหารจัดการการศึกษา อาชีวศึกษาในการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อ ขับเคลื่อนชุมชน เพื่อเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการ การอาชีวศึกษาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัด การศึกษา เพื่อให้มีความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของ ผู้สูงอายุ เพื่อการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

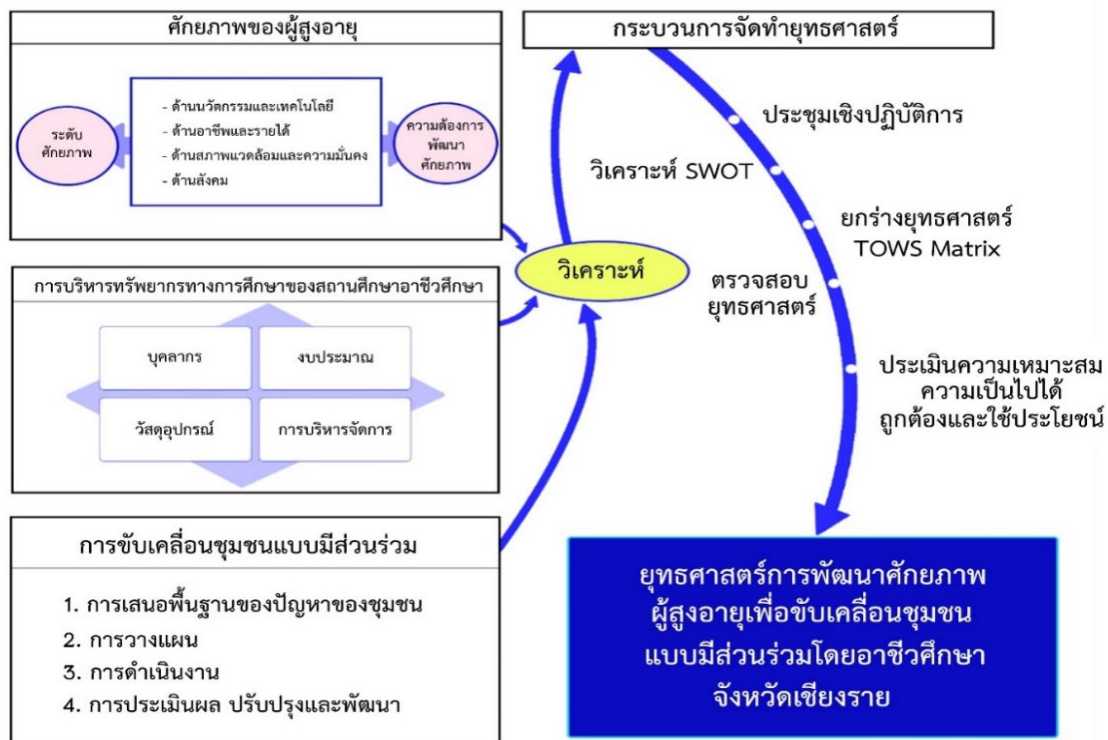
1. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพ ความต้องการการ พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ และข้อมูลพื้นฐานความ ต้องการของชุมชนในการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาการบริหารทรัพยากรทาง การศึกษาของอาชีวศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของ ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย
3. เพื่อสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดย อาชีวศึกษาในจังหวัดเชียงราย

### วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างยุทธศาสตร์การ พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อการขับเคลื่อนชุมชนแบบมี ส่วนร่วม โดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งในการ พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่จะมีประสิทธิภพนั้น ผู้วิจัย จำเป็นต้องศึกษาสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับศักยภาพ ความ ต้องการ ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านนวัตกรรมและ เทคโนโลยี ด้านอาชีพและรายได้ ด้านสภาพแวดล้อมและ ความมั่นคง และด้านสังคม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ กำหนดแนวทางในการสร้างกลยุทธ์การพัฒนาเพื่อนำไปสู่ ยุทธศาสตร์ นอกจากนี้ เพื่อให้เชื่อมโยงในการร่วมกัน พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุกับอาชีวศึกษา ในจังหวัด เชียงราย ผู้วิจัยต้องศึกษาความพร้อมเกี่ยวกับทรัพยากร

ทางการศึกษาของอาชีวศึกษา โดยได้นำหลักการการบริหารทรัพยากรทางการศึกษาที่จำเป็นใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุ และด้านการบริหารจัดการ การสร้างและพัฒนา ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัด เชียงราย ผู้วิจัยได้กำหนดกระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์

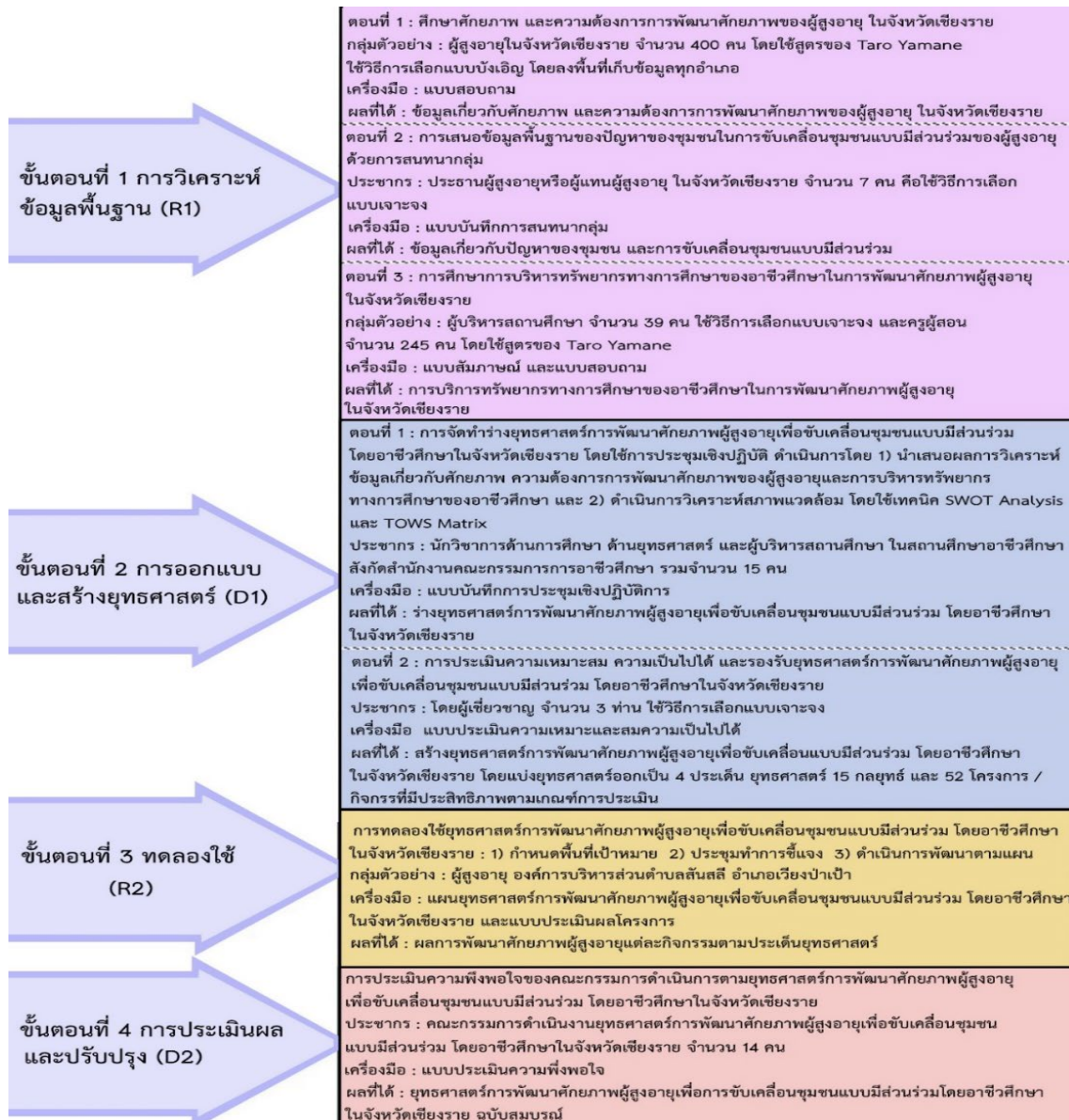
ออกเป็น 5 กระบวนการสำคัญ คือ การประชุม การวิเคราะห์ SWOT การจัดทำ TOWS Matrix การตรวจสอบ ยุทธศาสตร์ ตลอดจน การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ความถูกต้อง และการใช้ประโยชน์ของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ แสดงเป็นกรอบแนวคิด ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เป็นกระบวนการศึกษาค้นคว้า คิดค้น อย่างเป็นระบบ น่าเชื่อถือ มีเป้าหมายในการพัฒนางานและทดลองใช้จนได้ผลเป็นที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำกระบวนการวิจัยและพัฒนา มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและ

ความพร้อมของอาชีวศึกษา ขั้นตอนที่ 2 เป็นการออกแบบและสร้างยุทธศาสตร์ โดยใช้เทคนิค SWOT และ TOWS Matrix ร่วมกับการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของยุทธศาสตร์ ขั้นตอนที่ 3 เป็นการทดลองใช้ยุทธศาสตร์ และขั้นตอนที่ 4 เป็นการวัดและประเมินผล รวมไปถึงการปรับแก้ไขให้ยุทธศาสตร์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สามารถเขียนขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็นภาพประกอบได้ดังนี้



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

**ผลการวิจัย (Results)**

**ขั้นตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ศักยภาพ ความต้องการการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ และข้อมูลพื้นฐานความต้องการของชุมชนในการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย**

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ศักยภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.71, S.D. = 0.72$ ) เมื่อพิจารณา

เป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสภาพแวดล้อมและความมั่นคง ( $\bar{x} = 2.94, S.D. = 0.79$ ) รองลงมาคือ ด้านสังคม ( $\bar{x} = 2.77, S.D. = 0.87$ ) ด้านอาชีพและรายได้ ( $\bar{x} = 2.63, S.D. = 0.55$ ) และด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยี ( $\bar{x} = 2.50, S.D. = 0.65$ ) ตามลำดับ ส่วนความต้องการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.02, S.D. = 0.72$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่

ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านสภาพแวดล้อมและความมั่นคง มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.54$ , S.D. = 0.75) รองลงมาคือ ด้านสังคม ( $\bar{x} = 3.15$ , S.D. = 0.84) ด้านอาชีพและรายได้ ( $\bar{x} = 3.26$ , S.D. = 0.55) และด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยี ( $\bar{x} = 2.92$ , S.D. = 0.69) ตามลำดับ

ตอนที่ 2 สรุปข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชน และเสนอแนวคิดการขับเคลื่อนชุมชน เป็นการเสนอข้อมูลสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน เพื่อทราบปัญหาและความต้องการของชุมชน และเข้าใจปัญหาความต้องการจริง ๆ ของชุมชน

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน/โครงการ ร่วมตัดสินใจและกำหนดโครงการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และร่วมตัดสินใจ

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนและโครงการ โดยเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น แนะนำการปฏิบัติงาน ให้คำปรึกษาหารือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน และ ด้านส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล เป็นการติดตามความก้าวหน้าของโครงการ เพื่อทราบผลความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรค

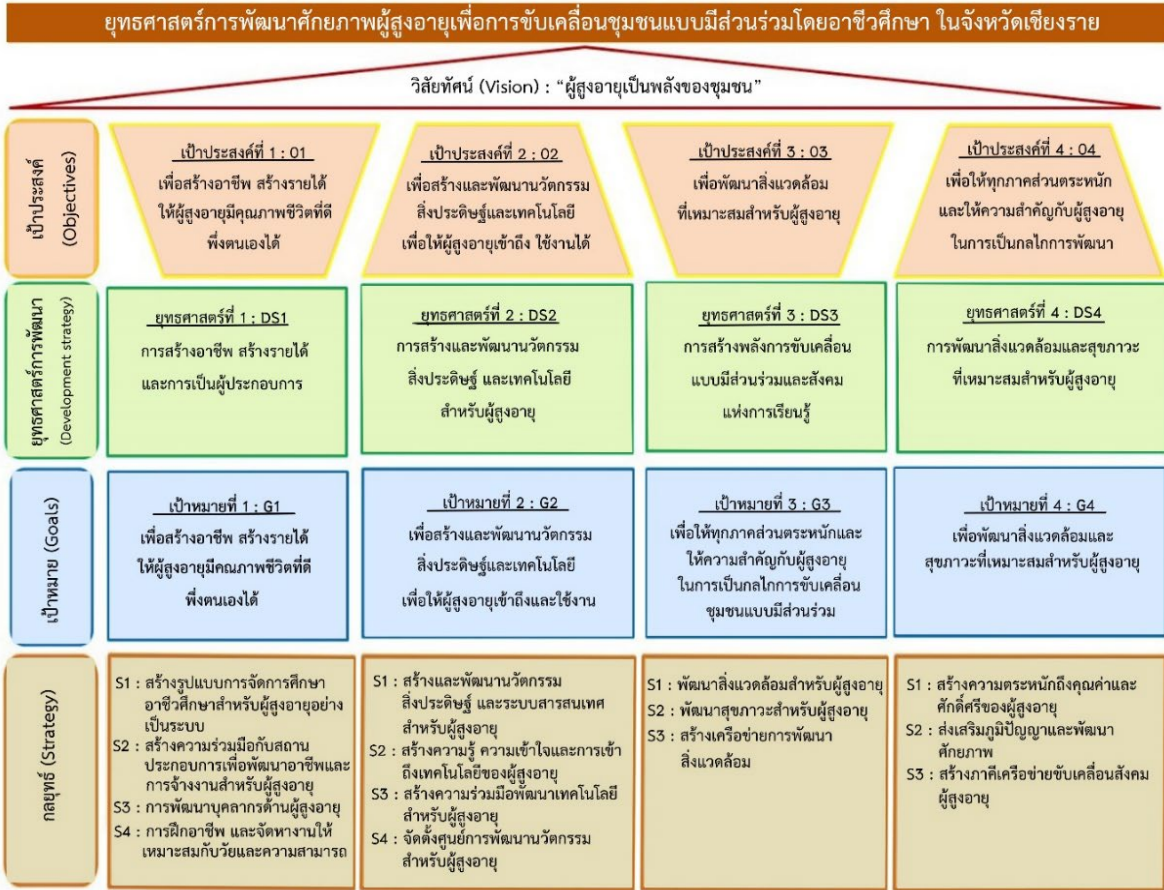
ตอนที่ 3 ผลศึกษาการบริหารทรัพยากรทางการศึกษาของอาชีวศึกษาในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.37$ , S.D. = 0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบริหารจัดการ ( $\bar{x} = 3.83$ , S.D. = 0.79) รองลงมาคือ ด้านบุคลากร ( $\bar{x} = 3.39$ , S.D. = 0.63)

ด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $\bar{x} = 3.21$ , S.D. = 0.72) และด้านงบประมาณ ( $\bar{x} = 3.05$ , S.D. = 0.81) ตามลำดับ

## ขั้นตอนที่ 2 ผลการสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย โดยแบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ 15 กลยุทธ์ และ 52 โครงการ/กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังภาพที่ 3

ตอนที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของ ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย มีดังนี้ วิสัยทัศน์ (Vision) มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.33$ , S.D. = 0.47) เป้าประสงค์ (Objectives) มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.00$ , S.D. = 0.71) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างอาชีพ สร้างรายได้ และการเป็นผู้ประกอบการ ซึ่งประกอบด้วย 5 กลยุทธ์ มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.20$ , S.D. = 0.88) ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและพัฒนานวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ และระบบสารสนเทศสำหรับผู้สูงอายุ มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.08$ , S.D. = 1.29) ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างพลังการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมและสังคมแห่งการเรียนรู้ มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.89$ , S.D. = 0.16) ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 5$ , S.D. = 0)



ภาพที่ 3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย

ขั้นตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้ ยุทธศาสตร์ การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชน แบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย

การดำเนินกิจกรรมตามประเด็นยุทธศาสตร์ ผู้วิจัยเลือกสถานศึกษาสังกัดสำนักงานอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย พื้นที่ดำเนินการในจังหวัดเชียงราย ตามประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ประเด็น รวม 4 กิจกรรม มีผลการดำเนินการดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างอาชีพ สร้างรายได้ และการเป็นผู้ประกอบการ โครงการสร้างอาชีพ สร้าง งาน สร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 30 คน มีผลการประเมินโครงการดังนี้ ด้านปฏิกริยา ใน ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\mu= 4.90, \sigma= 0.30$ ) ด้านการเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการอบรมแล้ว ในภาพรวม มีศักยภาพอยู่ในระดับดีเด่น ( $\mu= 4.73,$

$\sigma= 0.51$ ) ด้านพฤติกรรม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu= 4.47, \sigma= 0.56$ ) และด้านผลลัพธ์ ในภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก ( $\mu= 4.37, \sigma= 0.60$ )

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและพัฒนา นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ และระบบสารสนเทศสำหรับผู้ สูงอายุ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้เทคโนโลยี สมัยใหม่กับผู้สูงอายุ มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 30 คน มีผลการประเมินโครงการดังนี้ ด้านปฏิกริยา ใน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu= 4.37, \sigma= 0.48$ ) ด้าน การเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการอบรมแล้ว มี ศักยภาพอยู่ในระดับดีเด่น ( $\mu= 4.03, \sigma= 0.46$ ) ด้าน พฤติกรรม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu= 3.71, \sigma= 0.48$ ) และด้านผลลัพธ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu= 3.13, \sigma= 0.61$ )

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างพลังการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมและสังคมแห่งการเรียนรู้ โครงการฝึกอบรมผู้สูงวัยกับการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วม มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 30 คน มีผลการประเมินโครงการดังนี้ ด้านปฏิภพในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\mu = 4.93, \sigma = 0.24$ ) ด้านการเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการอบรมแล้วในภาพรวมมีศักยภาพอยู่ในระดับดี ( $\mu = 3.95, \sigma = 0.64$ ) ด้านพฤติกรรม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 3.97, \sigma = 0.64$ ) และด้านผลลัพธ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 3.83, \sigma = 0.65$ )

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โครงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 30 คน มีผลการประเมินโครงการดังนี้ ด้านปฏิภพในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\mu = 4.67, \sigma = 0.47$ ) ด้านการเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการอบรมแล้วในภาพรวมมีศักยภาพอยู่ในระดับดีเด่น ( $\mu = 4.32, \sigma = 0.49$ ) ด้านพฤติกรรม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 4.35, \sigma = 0.48$ ) และด้านผลลัพธ์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\mu = 3.67, \sigma = 0.54$ )

#### ขั้นตอนที่ 4 ผลการประเมินความพึงพอใจยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย

ในการประเมินความพึงพอใจยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งประเมินโดยคณะกรรมการดำเนินงาน จำนวน 14 คน พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.77, S.D. = 0.09$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีความพึงพอใจสูงสุด คือ ยุทธศาสตร์การพัฒนามีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมี

ศักยภาพ ( $\bar{X} = 4.93, S.D. = 0.26$ ) รองลงมาคือ กิจกรรมตามยุทธศาสตร์การพัฒนามีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้ ( $\bar{X} = 4.86, S.D. = 0.35$ )

#### การอภิปรายผล (Discussion)

ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย ผลการวิจัยนำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. จากผลการศึกษาศักยภาพ และความต้องการการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย ที่พบ คือ

1.1 ด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยี พบว่า ในด้านศักยภาพในปัจจุบันชุมชนมีการส่งเสริมการสร้างสิ่งประดิษฐ์ หรือสิ่งใหม่ๆ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนสอดคล้องกับความต้องการพัฒนาหรือสร้างสิ่งประดิษฐ์หรือคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชนซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้น จะเห็นได้ว่าชุมชนให้การส่งเสริมและสนับสนุนร่วมกับผู้สูงอายุมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนหรือพัฒนาชุมชนด้วยเช่นกัน ซึ่งต่างฝ่ายต่างได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดของจินตวีร์ เกษมสุข (2554 : 141) ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิด ริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง

1.2 ด้านอาชีพและรายได้ พบว่า ทั้งด้านศักยภาพและความต้องการ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีทักษะและความชำนาญในการประกอบอาชีพและข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีความสามารถในการเป็นผู้ประกอบการกิจการด้วยตนเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุทักษะและความชำนาญหรือภูมิปัญญาที่สามารถสร้างเป็นรายได้เป็นของตนเองได้ แต่ขาดทักษะในด้านการประกอบธุรกิจ ดังนั้น การส่งเสริมอาชีพของผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีรายได้สามารถหาเลี้ยงตนเองได้ อีกทั้งสามารถนำภูมิปัญญามาถ่ายทอดสู่คนในชุมชนได้



สอดคล้องกับ เจิมขวัญ รัชชานันติ (2559 : 81) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพการใช้ภูมิปัญญาเพื่อสร้างรายได้ของกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า รูปแบบการจัดการภูมิปัญญา ของผู้สูงอายุเป็นลักษณะที่เคยมีการรวมกลุ่มในการประกอบธุรกิจมาก่อน ได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการจัดหาวัตถุดิบ และการฝึกอบรมพัฒนาฝีมือแรงงาน เหตุผลในการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็งการเสริมสร้างรายได้

1.3 ด้านสภาพแวดล้อมและความมั่นคง ในด้านศักยภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าถึงและใช้บริการสาธารณะได้อย่างสะดวกรวดเร็ว และปลอดภัย แต่ความสามารถในปรับปรุง หรือซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้เล็งเห็นความสำคัญของการใช้บริการสาธารณะ เพราะเป็นสวัสดิการและเป็นผลประโยชน์ของตนเอง

1.4 ด้านสังคม พบว่า ในด้านศักยภาพ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชน เช่น การประชุมเสนอความคิด กิจกรรมทางศาสนา การพัฒนาชุมชน เป็นต้น ส่วนด้านความต้องการพบว่า มีความสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่น และการระดมความคิดร่วมกับผู้อื่นในชุมชน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น เช่น การประชุมประจำหมู่บ้าน กิจกรรมพัฒนาชุมชนต่างๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของ โมรยา วิเศษศรี (2563 : 86) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคม มีอิทธิพลกับประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. การบริหารทรัพยากรทางการศึกษาของ อาชีวศึกษาในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงราย

2.1 ด้านบุคลากร พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สถานศึกษามีความพร้อมด้านบุคลากร เพื่อ

สนับสนุนพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า สถานศึกษาอาชีวศึกษาในจังหวัดเชียงรายมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และมีทักษะหลายด้าน โดยเฉพาะ การนำเทคโนโลยีมีประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้ ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ หนึ่งฤทัย มั่นคง (2562 : 450 – 452) ที่กล่าวว่า กำลังคน (Man) นับเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนางาน ซึ่งบุคลากรที่มีประสิทธิภาพในยุคใหม่ต้องมีความรู้ในด้านเทคโนโลยีเพื่อรองรับยุค Thailand 4.0

2.2 ด้านงบประมาณ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สถานศึกษามีการระดมทรัพยากร ด้านงบประมาณ เพื่อจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องมาจากสถานศึกษามีการดำเนินการระดมทรัพยากร ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ร่วมกับหน่วยงาน หรือสถานศึกษาอื่น ๆ มีหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย และสอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ

2.3 ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สถานศึกษามีการกำหนดลำดับความสำคัญและความจำเป็นของวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น เพื่อการพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุ แต่มีการดำเนินการจัดทำแผนงานในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องมาจาก สถานศึกษามุ่งเน้นการจัดการศึกษาอาชีวศึกษาในระบบ ให้กับผู้เรียนตามวัยเรียนและตามความสนใจในหลักสูตร ตามภารกิจหลักของสถานศึกษา คือ หลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หลักสูตรประกาศนียบัตร วิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และหลักสูตรวิชาชีพระยะสั้น ดังนั้น สถานศึกษาจึงยังไม่มีเตรียมการหรือวางแผนการจัดหาวัสดุอุปกรณ์สำหรับการพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุ กอปรกับงบประมาณที่มีจำนวนจำกัดและการจัดซื้อมีความซับซ้อน

2.4 ด้านการบริหารจัดการ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สถานศึกษามีการสร้างความร่วมมือกับชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ อย่างยั่งยืน ทั้งนี้เนื่องมาจากสถานศึกษามีการดำเนินการสร้างความร่วมมือกับสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อพัฒนาการจัดการศึกษาอาชีวศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการจัดการศึกษาระบบทวิภาคี ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการจัดการศึกษาอาชีวศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุได้

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เพื่อขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย

ประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างอาชีพ สร้างรายได้ และการเป็นผู้ประกอบการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและพัฒนา นวัตกรรม สิ่งประดิษฐ์ และเทคโนโลยีสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างพลังการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วมและสังคมแห่งการเรียนรู้

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและ สุขภาวะที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

มีแนวโน้มความเหมาะสมและความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ และ ประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ โดยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อแนวโน้มที่สอดคล้องกัน ทั้งหมดว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคม แห่งชาติ (2561 : 1-9) กล่าวว่า สถานการณ์ แนวโน้มใน การพัฒนาประเทศ ในปัจจุบันประเทศไทยยังคงมี ประเด็นความท้าทายการพัฒนาในหลายมิติ ทั้งในมิติ เศรษฐกิจที่โครงสร้างเศรษฐกิจยังไม่สามารถขับเคลื่อน ด้วยนวัตกรรมอย่างเต็มที่ ผลผลิตภาพการผลิตของภาค บริการ และภาคเกษตรยังอยู่ในระดับต่ำ คุณภาพ และ

สมรรถนะของแรงงานที่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาของประเทศ มิติทางสังคมที่ การยกระดับรายได้ของประชาชน การแก้ปัญหาด้าน ความยากจน และความเหลื่อมล้ำ การพัฒนาคุณภาพ การให้บริการ และการขยายโอกาสในการเข้าถึงระบบ บริการสาธารณะยังคงมีช่องว่างที่สามารถพัฒนาต่อไปได้ มิติสิ่งแวดล้อมที่การฟื้นฟู และรักษาทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมยังเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนา ประเทศอย่างยั่งยืน และมิติของการบริหารจัดการ ภาครัฐที่ยังขาดความต่อเนื่อง และความยืดหยุ่นในการ ตอบสนองความต้องการในการแก้ปัญหาของประชาชน ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพนอกจากนี้ ยังมีสถานการณ์ที่ กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลง และประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความก้าวหน้า ทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีแบบก้าวกระโดด ความ ท้าทายใหม่ ๆ ซึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง ของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ทั้งด้านความมั่นคง และเศรษฐกิจ การเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อนจากการ รวมกลุ่มภายในภูมิภาค และการเปิดเสรีด้านต่าง ๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และความ เสื่อมโทรมของระบบนิเวศ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวจะ ก่อให้เกิดความท้าทายในการพัฒนาประเทศทั้งในมิติ ความมั่นคง เศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการวางแผนยุทธศาสตร์ด้าน ต่าง ๆ ที่รอบคอบ และครอบคลุมเพื่อเป็นกรอบในการ ขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าอย่าง มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

### ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. จากการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถสร้าง สิ่งประดิษฐ์ หรือคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการ พัฒนาชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับศักยภาพอยู่ใน ระดับปานกลางแต่ระดับความต้องการอยู่ในระดับมาก

ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการพัฒนาความสามารถในการคิดสร้างสรรค์สิ่งนวัตกรรมใหม่ ดังนั้นควรมีการฝึกอบรมสร้างหลักสูตรหรือการนำภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาบูรณาการหรือประยุกต์สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ

2. สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในจังหวัดเชียงราย และองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ควรศึกษาหลักการและกระบวนการการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ ให้ครบถ้วนก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง (References)

- จินตวีร์ เกษมสุข (2554). *การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจิมขวัญ รัชชุตานติ. (2559). ศักยภาพการใช้ภูมิปัญญาเพื่อสร้างรายได้ของกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์*, 11(2), 67-84.
- เฉลิมศรี เหล่าสุนทร. (2562). กลยุทธ์การใช้ศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาชุมชนท้องถิ่นในจังหวัดเชียงราย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์*. ปีที่ 6 ฉบับพิเศษ. 134 – 154.
- ธนิต โตอติเทพย์. (2563). กลไกของการพัฒนาผู้สูงอายุในท้องถิ่น: กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. ปีที่ 28. ฉบับที่ 1. 120 – 140.
- ปิ่นวดี ศรีสุพรรณ, สุรีย์ ธรรมิกบวร และสุรสม กฤษณะจุงษะ. (2560). *โรงเรียนผู้สูงอายุกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่นอีสาน*. อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- เพ็ชรี รูปะวิเชตร์ และ พลอยไพลิน รูปะวิเชตร์. (2561). *กลยุทธ์การจัดการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาภาวะพหุศักยภาพในผู้สูงอายุ*. ศึกษาศาสตร์สาร ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2(3), 17-30.
- โมรยา วิเศษศรี ศิริวิทย์ กุลโรจน์ภัทร รัชฎา พงษ์ธนกิจ และสุนทร ผจญ (2563). *ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(9), 79-94
- สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *แผนพัฒนาการอาชีวศึกษา พ.ศ. 2560-2579*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2561). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย : แนวโน้ม คุณลักษณะและปัญหา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานฯ.
- สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย. (2563). *สถิติผู้สูงอายุ*. เชียงราย : สำนักงานฯ.
- หนึ่งฤทัย มั่นคง. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารสถานศึกษาในยุค Thailand 4.0. *วารสารวิชาการ Veridian E Journal* บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. 12(2), 444 – 458.
- United Nations. (2013). *World Population Ageing*. New York: UN.

# Clinical risk management for medical personnel in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital

Charan Doicharoen<sup>1</sup>, Chardsumon Prutipinyo<sup>2\*</sup>, Wirin Kittipichai<sup>3</sup>

1. Student in M.Sc. Major in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

2. Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University,

3. Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University,

\* Corresponding author: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

## Original article

### Abstract

Received: 15 April 2022

Revised: 29 April 2022

Accepted: 30 April 2022

The objective of this research was to measure the level of clinical risk management and study factors related to clinical risk management of medical personnel in Chumphon Khet Udomsakdi hospital. The samples consisted of 260 medical personnel, who directly provide medical services. Self-administered questionnaire is used for data collection. The content validity was explored by 3 experts. The reliabilities test using the Cronbach's alpha coefficients in parts 2 and 3 were 0.805 and 0.957 respectively. Data were analyzed by the frequency, percentage, average, standard deviation and Pearson's correlation test.

The results revealed that. The Most of the sample were female (94.2%), aged between 22-30 years (57.7%), registered nurses (86.2%), bachelor's degree (96.20%), working hours 41-50 hours/week (36.20%), and the working period in hospital between 3-5 years (35.8%). The Overall clinical risk management of medical personnel was high level ( $\bar{x}$ =3.57, S.D.=0.63). The correlation analysis found that the unsafe act, unsafe supervision and organization influence, there was a correlation with clinical risk management with statistically significant ( $r = -0.906$ ,  $r = 0.682$  and  $r = 0.430$  ( $p < 0.05$ )) respectively.

Therefore, personnel should be encouraged to risks identification proactively from operations and study and learn about risk incidents from other unit to analyze the severity, frequency and potential loss. The executive important to the clinical risk management system, by assigning persons with roles to control, supervise, monitor and determine measures to prevent unsafe act of medical personnel.

**Keywords:** Clinical Risk Management; HFACS; Unsafe Act; Unsafe Supervision; Organization Influences; Chumphon Khet Udomsakdi Hospital

## การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

จรัญ โดยเจริญ<sup>1</sup> ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ<sup>2\*</sup> วิริณธ์ กิตติพิชัย<sup>3</sup>

1. นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 15 เม.ย. 2565

วันแก้ไข 29 เม.ย. 2565

วันตอบรับ 30 เม.ย. 2565

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดระดับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรการแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 260 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความเที่ยงโดยวิธีแอลฟาของครอนบาค ในส่วนที่ 2 และ 3 ได้เท่ากับ .805 และ .957 ตามลำดับ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติหาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.2) มีอายุระหว่าง 22-30 ปี (ร้อยละ 57.7) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 86.2) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 96.20) มีชั่วโมงการทำงาน 41-50 ชั่วโมง/ต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 36.20) และมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 3-5 ปี (ร้อยละ 35.8) การวิเคราะห์การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.57, S.D.=0.63) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การกระทำที่ไม่ปลอดภัย การควบคุมกำกับติดตามการกระทำที่ไม่ปลอดภัย และอิทธิพลจากองค์กร มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ( $r = -0.906$ ,  $r = 0.682$  และ  $r = 0.430$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05)

ดังนั้น ควรส่งเสริมให้บุคลากรค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากการปฏิบัติงาน และการศึกษา เรียนรู้ อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น เพื่อวิเคราะห์ความรุนแรง ความถี่ และการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ ผู้บริหารมีส่วนสำคัญต่อระบบบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก โดยกำหนดผู้รับผิดชอบหน้าที่คอยควบคุมกำกับ ติดตาม และ กำหนดมาตรการป้องกันการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์

**คำสำคัญ :** การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก, การกระทำที่ไม่ปลอดภัย, การควบคุมกำกับ ติดตามการกระทำที่ไม่ปลอดภัย, อิทธิพลจากองค์กร, โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

## บทนำ (Introduction)

องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยว่าเป็นปัญหาหนึ่งด้านสาธารณสุขที่รุนแรง โดยได้มีการศึกษาและเปรียบเทียบ พบว่า หนึ่งในสามล้านคน จะมีโอกาสได้รับอันตรายจากการเดินทางโดยสารด้วยเครื่องบิน แต่ขณะเดียวกันหนึ่งต่อสามร้อยคน มีโอกาสได้รับอันตรายจากขั้นตอนการให้บริการทางการแพทย์ โดยระบุว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีโอกาสได้รับบาดเจ็บขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งถูกใช้จ่ายเพื่อแก้ไขผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ปลอดภัย การใช้จ่ายที่ไม่ปลอดภัยยังเป็นปัญหาทั่วโลก การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องหรือล่าช้ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากที่สุด การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาล เป็นต้น (WHO, 2019) สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วนั้นพบว่า มีอัตราหนึ่งต่อร้อยคนที่มารับบริการในโรงพยาบาลมีโอกาสได้รับอันตรายจากการให้บริการทางการแพทย์ ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในอัตราหนึ่งต่อสิบคน (WHO, 2009)

ประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนา ข้อร้องเรียนทางการแพทย์กรณีผู้ที่ได้รับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 จึงมีค่อนข้างสูง โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2563 พบว่า ข้อร้องเรียนทางการแพทย์ของผู้ป่วย มีจำนวน 4,592 เรื่อง จ่ายเงินชดเชยจำนวน 1,079.11 ล้านบาท ในส่วนของผู้ให้บริการมี 1,642 เรื่อง จ่ายเงินชดเชย 22.6 ล้านบาท ทั้งนี้รัฐบาลต้องจ่ายเงินชดเชยรวมทั้งสิ้น 1,100 ล้านบาท (วิไลลักษณ์ วิสาสะ, 2564) มีการศึกษาสาเหตุการฟ้องร้องในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในประเทศไทย ได้แก่ การรักษาที่ผิดพลาด การวินิจฉัยผิดพลาด การคลอดที่ไม่ปลอดภัย การไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย การแพทย์ การไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน และ

ข้อผิดพลาดที่เกิดจากเครื่องมือทางการแพทย์ (กิตติ ธรปานเทศ, 2562)

จากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีจำนวน จำนวน 11,120 รายงาน (โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์, 2564) นับว่ามีจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน และหากไม่ได้รับการแก้ไข ควบคุม กำกับติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการในอนาคต ดังนั้นการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ การค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การควบคุมความเสี่ยง และการประเมินผลการควบคุมความเสี่ยง (Wilson and Tingle, 1999) จากการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยที่อาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ได้กล่าวถึง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์” ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ในการประชุม HA Forum ครั้งที่ 21 (ปี 2564) ใจความว่า “ถึงเวลาแล้วที่ระบบสุขภาพต้องออกแบบแนวคิด Human Factors Engineering ที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก อย่างยึดติดกับกิจกรรมที่คุ้นชิน” การประยุกต์ใช้ Human Factors Engineering กับความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีจุดประสงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงการพึ่งพาความจำในการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการออกแบบกระบวนการทำงานโดยใช้หลักที่เรียบง่าย และการทำให้ง่ายในการทำสิ่งที่ถูกและยากในการทำสิ่งที่ผิด (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2564) ดังนั้น การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับแนวคิดทฤษฎีด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ (Human Factors Analysis and Classification System) ในปี 2000 ซึ่งประกอบด้วย การกระทำที่ไม่ปลอดภัย สภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ระบบการกำกับดูแลการกระทำที่ไม่ปลอดภัย

และอิทธิพลจากองค์กร ที่สามารถระบุสาเหตุการเกิด ความเสี่ยงทางคลินิก ซึ่งได้พัฒนาโดย สก็อตและวิกแมน (Scott Shappell and Wiegmann, 2000) ต่อมาในปี ค.ศ. 2017 ซาลี และ วูดดี ได้ร่วมมือกับโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยน็อตติงแฮม (Nottingham University Hospitals NHS Trust) กำหนด Human Factors Analysis and Classification System (HFACS) เป็น Coding framework adapted for the NHS Acute Hospital setting (เวอร์ชัน 4.2) สำหรับจำแนกสาเหตุ อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น และสามารถ ออกแบบระบบความปลอดภัยในสถานพยาบาล ทั้งนี้ได้ ประเมินความน่าเชื่อถือว่ามีความเหมาะสมในกลุ่มผู้ ควบคุมความปลอดภัย หรือคณะกรรมการความเสี่ยง ทางคลินิกในกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ (Shale and Woodier, 2021) จากการศึกษาพบว่าปัจจัย ดังกล่าวมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือต่อการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก ผู้วิจัยจึง นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาเป็นแนวทาง พัฒนาระบบบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ ให้บริการในอนาคต

### วัตถุประสงค์การศึกษา (Objectives)

1. เพื่อวัดระดับการจัดการความเสี่ยงทาง คลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตร อดุมศักดิ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ จัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอดุมศักดิ์

### วิธีการวิจัย (Research Method)

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิง พรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional descriptive Study) ประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากร

การแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอดุมศักดิ์ ที่มีหน้าที่ ให้บริการผู้ป่วยทางคลินิกโดยตรง คำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่างได้จากสูตรไวเออร์ (Weiers, 2005) ได้กลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 275 คน โดยมีการสุ่มแบบแบ่ง ชั้นภูมิตามกลุ่มงานต่างๆ และทำการสุ่มอย่างง่ายโดย การจับฉลากรายชื่อตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อวัด ระดับความคิดเห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จำนวน 20 ข้อ และ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการบริหาร จัดการความเสี่ยง โดยผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยการ หาค่า (Index of item Objective Congruence: IOC) มีค่า เท่ากับ 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอดุมศักดิ์ ที่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยส่วนที่ 2 มีค่า เท่ากับ 0.805 และ ส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ 0.957

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2021-135 และ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอดุมศักดิ์ เลขที่ 002/2565

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (average) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อ วิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลและวัดระดับการจัดการ ความเสี่ยงทางคลินิก ของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอดุมศักดิ์

2. สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## ผลการศึกษา (Results)

### 1. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปยังกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 260 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.50 ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.2) มีอายุระหว่าง 22-30 ปี (ร้อยละ 57.7) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 96.20) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 86.2) สถานะเป็นข้าราชการ (ร้อยละ

87.3) มีชั่วโมงการทำงาน 41-50 ชั่วโมง/ต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 36.20) และระยะเวลาเริ่มปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 3-5 ปี (ร้อยละ 35.8)

### 2. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์

การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.57, S.D.= 0.63) สำหรับรายด้านพบว่า การค้นหาความเสี่ยง และการวิเคราะห์ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =3.50, S.D.= 0.65) และ ( $\bar{X}$ =3.47, S.D.= 0.72) ตามลำดับ การควบคุม และการประเมินผลการควบคุมความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$ =3.72, S.D.= 0.67) และ ( $\bar{X}$ =3.57, S.D.= 0.73) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก

การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. การค้นหาความเสี่ยง	3.50	0.65	ปานกลาง
2. การวิเคราะห์ความเสี่ยง	3.47	0.72	ปานกลาง
3. การควบคุมความเสี่ยง	3.72	0.67	สูง
4. การประเมินผลการควบคุมความเสี่ยง	3.57	0.73	สูง
รวม	3.57	0.63	สูง

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอดมศักดิ์ ด้านการค้นหาความเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ = 3.50, S.D.= 0.65) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การทบทวนรายงาน

อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่เคยเกิดขึ้นเพื่อค้นหาความเสี่ยง ( $\bar{X}$ = 3.65, S.D.= 0.79) การระบุช่วงเวลาที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก ( $\bar{X}$ =3.53, S.D.= 0.78) การทบทวนสาเหตุข้อเท็จจริงของความเสี่ยงทางคลินิกเพื่อการจัดการความเสี่ยง ( $\bar{X}$ = 3.52, S.D.= 0.75) ตามลำดับ (ตารางที่2)



**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ด้านการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก

การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิก	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. การทบทวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่เคยเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาความเสี่ยง	3.65	0.79	สูง
2. การดำเนินการค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเชิงรุก จากการตรวจสอบการปฏิบัติงาน	3.49	0.81	ปานกลาง
3. การทบทวนสาเหตุของความเสี่ยงทางคลินิก จากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อนำมาประยุกต์ใช้การจัดการความเสี่ยง	3.52	0.75	สูง
4. การศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากหน่วยงานอื่น เพื่อให้สามารถค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกที่มีโอกาสเกิดขึ้น	3.35	0.87	ปานกลาง
5. สามารถบอกช่วงเวลาการทำงานที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกในหน่วยงานได้	3.53	0.78	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.50</b>	<b>0.65</b>	<b>ปานกลาง</b>

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.47, S.D. = 0.72) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูง ได้แก่ การร่วมกับบุคลากรภายในหน่วยงานทบทวน

รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ( $\bar{X}$  = 3.59, S.D. = 0.90) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น ( $\bar{X}$  = 3.58, S.D. = 0.80) และการได้ดำเนินการแยกประเภทความเสี่ยงทางคลินิกในหน่วยงาน เพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ( $\bar{X}$  = 3.58, S.D. = 0.79) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิก

การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิก	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงทางคลินิก จากความถี่ ระดับ ความรุนแรงที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาวิเคราะห์	3.58	0.80	สูง
2. การดำเนินการแยกประเภทความเสี่ยงทางคลินิกในหน่วยงาน อยู่สม่ำเสมอ เพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ	3.58	0.79	สูง
3. การเข้าร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ ความเสี่ยงทางคลินิก	3.20	1.00	ปานกลาง
4. ร่วมกับบุคลากรภายในหน่วยงาน เพื่อทบทวนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก	3.59	0.90	สูง

การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิก	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
5. การนำความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้นจากหน่วยงานอื่นมาวิเคราะห์ความรุนแรง และประเมินความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้บุคลากรเกิดความตระหนัก	3.41	0.93	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.47</b>	<b>0.72</b>	<b>ปานกลาง</b>

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ด้านการควบคุมความเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 3.72, S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ตั้งแต่การรายงานการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ( $\bar{X}$  = 3.87, S.D. = 0.86) การประชุมทีม เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ

G H I มายังหน่วยงาน เพื่อทบทวนสาเหตุของความเสี่ยงนั้นโดยทันที ( $\bar{X}$  = 3.81, S.D. = 0.78) การปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่ได้กำหนดไว้ ( $\bar{X}$  = 3.78, S.D. = 0.78) การเลือกวิธีการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น ( $\bar{X}$  = 3.59, S.D. = 0.80) การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ในการจัดการกับความเสี่ยง ( $\bar{X}$  = 3.53, S.D. = 0.80) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

#### ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลด้านการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิก

การควบคุมความเสี่ยงทางคลินิก	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1. การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ในการจัดการกับความเสี่ยง	3.53	0.80	สูง
2. การเลือกวิธีการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น	3.59	0.78	สูง
3. การปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่กำหนดไว้ เพื่อการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง	3.78	0.78	สูง
4. การรายงานความเสี่ยงทางคลินิกและการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นเมื่อพบความเสี่ยงนั้นผ่านโปรแกรม Risk Chumphon	3.87	0.86	สูง
5. เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G H I มายังหน่วยงาน ทีมจะประชุม เพื่อทบทวนสาเหตุของความเสี่ยงนั้นโดยทันที	3.81	0.78	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.72</b>	<b>0.67</b>	<b>สูง</b>

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ด้านการประเมินผลการควบคุมความเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 3.57, S.D. = 0.73) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ นำผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกมาใช้ประโยชน์ ( $\bar{X}$  = 3.65, S.D. = 0.81) การร่วมกับ

บุคลากรในหน่วยงานพัฒนาระบบการจับเก็บผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น ( $\bar{X}$  = 3.64, S.D. = 0.80) การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทุกครั้ง ( $\bar{X}$  = 3.57, S.D. = 0.85) การทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก ( $\bar{X}$  = 3.53, S.D. = 0.84) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

**ตาราง 5** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการประเมินผลการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิก

การประเมินผลการควบคุมความเสี่ยงทางคลินิก	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
1. การติดตามผลการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก	3.57	0.85	สูง
2. การนำผลการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกมาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด การพัฒนาคุณภาพบริการ	3.45	0.88	ปานกลาง
3. นำผลการประเมินการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกมาใช้ประโยชน์ใน การพัฒนางานคุณภาพบริการ	3.65	0.81	สูง
4. ร่วมกับบุคลากรในหน่วยงานของท่าน พัฒนาระบบการจับผลการ ประเมินการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้น	3.64	0.80	สูง
5. ได้ทบทวนตัวชี้วัดความสำเร็จของการจัดการความเสี่ยง	3.53	0.84	สูง
<b>รวม</b>	<b>3.57</b>	<b>0.73</b>	<b>สูง</b>

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ และการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า การกระทำที่ไม่ปลอดภัย การควบคุมกำกับติดตามการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและอิทธิพลจากองค์กร มีความสัมพันธ์ ( $r = -0.906$ ,  $r = 0.682$  และ  $r = 0.430$  ตามลำดับ) กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ และการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>		
อายุ	-0.029	0.645
ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล	0.010	0.871
<b>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์</b>		
การกระทำที่ไม่ปลอดภัย*	-0.906	< 0.001
สภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย	-0.021	0.737
การควบคุมกำกับติดตามการกระทำที่ไม่ปลอดภัย	0.682	< 0.001
อิทธิพลจากองค์กร	0.430	< 0.001

**หมายเหตุ** \*การกระทำที่ไม่ปลอดภัยเป็นตัวแปรเชิงลบ ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการอภิปรายผลร่วมกับตัวแปรอื่น ผู้วิจัยจึงปรับเป็นการกระทำที่ไม่ปลอดภัย โดยมีความสัมพันธ์ตรงข้าม ( $r = -0.906$ ) กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and conclusions)

จากการศึกษาพบว่าการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=3.57$ , S.D.=0.63) เนื่องจากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีการขับเคลื่อนกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกในทุกระดับ เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย และแผนขับเคลื่อนการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกในโรงพยาบาล โดยมีการส่งเสริมการรายงานความเสี่ยงผ่านระบบแอปพลิเคชัน Risk Chumphon และนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อกำหนดมาตรการป้องกัน ควบคุม ทำให้การจัดการความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสนับสนุนด้วยการศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น (จිරนนท์ ขานนท์, 2564)

การกระทำที่ไม่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ตรงกันข้าม ( $r= -0.906$ ) กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) กล่าวคือ เมื่อบุคลากรให้บริการผู้ป่วยอย่างปลอดภัย บุคลากรจะดำเนินการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกลดน้อยลง การควบคุมกำกับติดตามการกระทำที่ไม่ปลอดภัย และอิทธิพลจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05) อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีแนวทางการบริหารจัดการให้เกิดความตระหนักรู้ในเหตุการณ์ด้านความปลอดภัย ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคลากรการแพทย์เกิดทักษะความตระหนักรู้ การสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้เครื่องมือคุณภาพทางคลินิกที่ส่งเสริมการรับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาปัจจัยด้านมนุษยศาสตร์ จึงส่งผลให้เกิดความผิดพลาดน้อยลง ซึ่งสนับสนุนด้วยการศึกษา การจัดการเชิงระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย (เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล, 2561) นอกจากนั้นแล้ว มีการกำหนด

บทบาทที่สำคัญของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในทุกระดับที่มีหน้าที่คอยกำกับติดตามการป้องกันการกระทำที่ไม่ปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ มีการนิเทศทางการพยาบาลของผู้นำทางการพยาบาลระดับต่างๆ ที่มีหน้าที่คอยกำกับมาตรฐานดังกล่าว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิกและการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (จิรวรรณ ศิริมนตรี, 2564) จากการทบทวนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พบว่า มีการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่เชื่อมโยงจากทิศทางของโรงพยาบาล ผ่านวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ ค่านิยม ของทีมนำ โดยการสื่อสาร 3 ระดับ ได้แก่ ระดับยุทธศาสตร์ ระดับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง และระดับหน่วยงาน เมื่อพบโอกาสปรับปรุงและอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบจะมีการมอบหมายทีมนำ ทำการวิเคราะห์ภาพรวมคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและองค์กร ดังนั้นอิทธิพลจากองค์กรจึงมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก สนับสนุนโดยแนวคิดจาก (Donabedian, 1988) ที่ระบุว่า การจัดการความปลอดภัยเชิงระบบสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ด้านโครงสร้างและการจัดการ ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ด้านโครงสร้างและการจัดการประกอบด้วย นโยบาย และการสนับสนุนจากองค์กร โดยผู้บริหารและทีมนักวิชาชีพร่วมกันรับผิดชอบความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงร่วมกันกำหนดแนวปฏิบัติความปลอดภัยที่มีมาตรฐานและครอบคลุมการปฏิบัติงาน ด้านกระบวนการ จะให้ความสำคัญของการส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน รวมถึงการควบคุมกำกับติดตามโอกาสที่เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารกรณีเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศเพื่อเพิ่มคุณค่าให้แก่

ผู้ปฏิบัติงาน และด้านผลลัพธ์ โดยมองว่าผลลัพธ์ที่สำคัญคือ การลดความเสี่ยงหรือการกระทำที่ไม่ปลอดภัยจากผู้ให้บริการ โดยองค์กรมีการวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบทางคลินิก การบริหารความเสี่ยง การวิจัยและพัฒนา เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้บุคลากรค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจากการปฏิบัติงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางคลินิกจากหน่วยงานอื่นหรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น
2. ควรส่งเสริมให้ให้บุคลากรวิเคราะห์ ความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการจัดการ (strong recommend)
3. ควรสนับสนุนให้บุคลากรสามารถวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยง ความรุนแรง ความถี่

และโอกาสที่จะเกิดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยงานตนเอง

4. ผู้บริหารสนับสนุนระบบบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิก โดยกำหนดผู้มีบทบาทหน้าที่ออกแบบ ควบคุมกำกับ ติดตาม การปฏิบัติตาม มาตรการป้องกันการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของบุคลากร การแพทย์

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความเสี่ยงทางคลินิกที่มีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วย ก่อนเข้าสู่กระบวนการให้บริการทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัย และการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบการจัดการ ความเสี่ยงทางคลินิกจากหน่วยงานอื่นที่ประสบผลสำเร็จ (Benchmark) เพื่อนำมาพัฒนา ประสิทธิภาพการจัดการความเสี่ยงทางคลินิก

### เอกสารอ้างอิง (References)

- กิตติธรรมา ปานเทศ. (2561). โรคที่เกิดจากการรับบริการสาธารณสุขและการใกล้เคียงข้อพิพาท. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4 (1) มกราคม-เมษายน; 108-119.
- จิรนนท์ ชานนท์, ประจักษ์ บัวผัน. (2564). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 21 (1) มกราคม-มีนาคม; 216-228.
- จิรวรรณ ศิริมนตรี และ วรณชนก จันทชุม. (2564). ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างการนิเทศทางคลินิก การบริหาร ความเสี่ยง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร*, 24 (2) พฤษภาคม – สิงหาคม 2564; 1-12
- โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์. (2564). ระบบความเสี่ยง. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2564. <https://www.chumphonhospital.com>
- เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล. (2561). การจัดการเชิงระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 45 (2), เมษายน-มิถุนายน; 148-156.
- วิไลลักษณ์ วิชาสละ. (2564). ผลการดำเนินงานในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). ใน: *เอกสารประกอบการบรรยายผลการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. การประชุมศึกษาดูงานออนไลน์ของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข(ภาคพิเศษ) มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. (2564). การเรียนรู้จากอุบัติเหตุการณ Learning from Incidents HA tool and quality in diversity update. ใน: *เอกสารประชุมวิชาการ HA National Forum 21 (Enhancing TRUST in Healthcare)*, วันที่ 17 มีนาคม 2564; กรุงเทพฯ.
- Donabedian A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
- Shale S. and Woodier N. (2021). *Human Factors Analysis and Classification System (HFACS) Coding framework adapted for the NHS Acute Hospital setting (v4.2)* (Internet). Norfolk and Norwich University Hospitals, NHS Foundation Trust; 2020-2021.  
<https://www.nnuh.nhs.uk/publication/download/human-factors-classification-system-serious-incidents-2020-2021-20-21>
- Shappell SA, Wiegmann DA. (2000). *The human factors analysis and classification system-HFACS* (Internet). (Cite 2021 Sep 22). [https://www.researchgate.net/publication/247897525\\_The\\_Human\\_Factors\\_Analysis\\_and\\_Classification\\_System-HFACS](https://www.researchgate.net/publication/247897525_The_Human_Factors_Analysis_and_Classification_System-HFACS)
- Weiers, Ronald M. (2005). *Introduction to Business Statistics*. International Student Edition. Fifth Edition. Pennsylvania, USA. Duxbury Press, Thomson - Brooks/cole
- Wilson J. & Tingle J. (1999). *Clinical risk modification: A route to clinical governance*, Oxford: Butterworth-Heinemann.
- World Health Organization. (2019). *Patient safety fact file: patient safety and risk management service delivery and safety*. Geneva: [Internet]. World Health Organization. Retrieved Sep 16, 2021.  
<https://www.who.int/features/factfiles/patient-safety/patient-safety-fact-file.pdf>
- World Health Organization. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety, version 1.1: final technical report* January 2009.  
[https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)

# Occupational Health Literacy and Safety Behavior of Operation workers: A case study of Block Rubber Industry, Thailand

Nattarat Maimahad<sup>1\*</sup>, Amarin Kongtawelert<sup>2</sup>, Densak Yogyorn<sup>2</sup>, Sutham Nanthamongkolchai<sup>3</sup>

*1 Student in M.Sc. (Occupational Health and Safety), Faculty of Public Health, Mahidol University*

*\* Corresponding author: nattarat.nm@gmail.com*

*2 Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Mahidol University.*

*3 Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University.*

## Original article

### Abstract

Received: 1 June 2022  
Revised: 9 June 2022  
Accepted: 21 June 2022

Thailand is the number one producer and exporter of rubber in the world. The proportion of the export volume of block rubber products compared to all rubber products in 2020 was 46.43%. This sector has the tendency to expand continuously. Promoting safety behaviors is conducive to the good health of working people. The purpose of this cross-sectional research was to study the relationship between personal factors, occupational health literacy, and safety behaviors. The sample group consisted of the operating staff in a block rubber factory in Thailand, a total of 270 people. The data were collected by questionnaires. The descriptive variables were analyzed by descriptive statistics and the correlation was determined by t-test, one-way ANOVA test for variance, and Pearson's Correlation coefficient test.

The result showed that the operating staff was 65.56% male with a mean age of 39.0 years ( $\pm$  8.7 years) with mediocre occupational health literacy ( $\bar{x}$  = 156.11). Their safety behavior level was at a good level ( $\bar{x}$  = 4.14). Personal factors including work experience, job position, workplace group, and overtime are correlated with safety behavior at work with the statistical significance (*p-value* <0.05). It was found that the occupational health literacy in all six elements was positively correlated (*r* = 0.488) with safety behaviors with the statistical significance (*p-value* <0.05).

Therefore, the development of occupational health literacy should be promoted to provide the employees with skills to access, understand, ask, assess, make decisions, apply, and tell others about good practices in health care for themselves and others. The guidelines for improving the level of safe behaviors at work related to personal factors should also be promoted through methods like counseling and training employees by more experienced employees, promoting a working environment that is conducive to the health of all workers, etc.

**Keywords:** Occupational Health Literacy, Safety Behavior, Blok Rubber Industry

## ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยและพฤติกรรมความปลอดภัย

ในการทำงาน ของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ:

กรณีศึกษาโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย

ณัฐรัฐ ไมมะหาด<sup>1\*</sup>, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ<sup>2</sup>, เด่นศักดิ์ ยกยอน<sup>2</sup>, สุธรรม นันทมงคลชัย<sup>3</sup>

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล nattarat.nm@gmail.com

2 ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 1 มิ.ย. 2565

วันแก้ไข 9 มิ.ย. 2565

วันตอบรับ 21 มิ.ย. 2565

ประเทศไทยเป็นทั้งผู้ผลิตและส่งออกเป็นอันดับหนึ่งของโลก สัดส่วนปริมาณการส่งออกผลิตภัณฑ์ยางแท่ง เทียบกับสินค้ายางพาราทั้งหมดในปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 46.43 และมีแนวโน้มการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น การส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัย จึงมีความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนทำงาน การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างคือพนักงานฝ่ายปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่งในประเทศไทย จำนวน 270 คน เก็บตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลอธิบายตัวแปรโดยสถิติพรรณนา, หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติเปรียบเทียบ t-test, สถิติทดสอบความแปรปรวน (One-way ANOVA) และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation)

ผลการวิจัยพบว่าพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.56 อายุเฉลี่ย 39.0 ปี ( $\pm 8.7$  ปี) โดยรวมมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 156.11$ ) ระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 4.14$ ) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประสบการณ์การทำงาน, ตำแหน่งงาน, กลุ่มสถานที่ทำงาน และการทำงานล่วงเวลา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ ) และพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวก ( $r = 0.488$ ) กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $< 0.05$ )

ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย เพื่อให้พนักงานมีทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ ชักถาม ประเมิน ตัดสินใจ ปรับใช้ และบอกต่อ ในการดูแลสุขภาพทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้ง แนวทางในการปรับปรุงระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานให้ดียิ่งขึ้น โดยเพิ่มเติมโปรแกรมส่งเสริมทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การให้คำปรึกษาและอบรมพนักงานโดยใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ของพนักงาน การส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนทำงานทุกคน เป็นต้น

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย, พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน, โรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง



## บทนำ (Introduction)

สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน เป็นประเด็นสำคัญที่ทุกองค์กรต่างให้ความสำคัญในการควบคุมการบริหารจัดการ การจัดสถานที่ทำงานให้มีสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ และสนับสนุนในกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้พนักงานเกิดความตระหนัก มีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน ที่จะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเชิงป้องกันอย่างยั่งยืนภายในองค์กร สืบเนื่องจากทรัพยากรมนุษย์ถือเป็นทรัพยากรหลักที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาองค์กรให้สามารถบรรลุตามเป้าหมาย และความสามารถในการแข่งขันทางด้านธุรกิจ การบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานและสุขภาพที่ดีของพนักงาน (Well-being) จะช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วย ที่จะก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม

ความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะต่างๆ ทางการเรียนรู้ และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (อรรวรรณ นามมนตรี, 2561) การประชุมว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพโลก (WHO.) ในปี ค.ศ.1986 ที่เมือง Ottawa ได้มีการออกเอกสารที่เรียกว่า Ottawa Charters หรือ กฎบัตรออกตาวา เพื่อให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) แนวทางการส่งเสริมและการมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จึงถือเป็นกลยุทธ์ที่ทุกองค์กรต่างให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้น และจากการประชุม WHO ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพที่กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย เมื่อเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1997 ประเทศสมาชิกได้มีการลงนามปฏิญญาผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ความรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย (Occupational health literacy) จะช่วยให้พนักงานเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับอันตราย การบาดเจ็บ เจ็บป่วย และการเกิดโรคจากการทำงาน สามารถเข้าใจ ประเมิน และตัดสินใจที่จะนำไปใช้ได้ ฌาน ปัทมะ พलयง และคณะ (2563) ได้ทำการศึกษาและพัฒนาแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย สำหรับพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่ได้พัฒนาขึ้นนี้มีองค์ประกอบ 6 คุณลักษณะ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การตัดสินใจ 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) การจัดการตนเอง ซึ่งครอบคลุมในการคัดกรอง ส่งเสริมหรือกระตุ้นความรู้ทางสุขภาพให้กับพนักงาน ตามแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ของ WHO

โรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง เป็นอุตสาหกรรมแปรรูปยางพาราขึ้นต้นจากวัตถุดิบยางก้อนถ้วย ยางเครพ และยางแผ่น ผ่านกระบวนการผลิตโดยใช้เครื่องจักร สับ ตัด รีด ขึ้นยาง เป็นชิ้นเล็กๆ ผ่านการล้าง บดรีด ย่อย อบแห้ง และอัดเป็นแท่งเป็นผลิตภัณฑ์ยางพาราแปรรูปขึ้นต้น สภาพแวดล้อมในการทำงานภายในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งมีสิ่งคุกคามต่อสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) สิ่งคุกคามด้านกายภาพ เช่น ความร้อน แสงสว่าง เสียงดัง 2) สิ่งคุกคามด้านเคมี เช่น ฝุ่น ไอระเหย สารเคมี 3) สิ่งคุกคามด้านชีวภาพ เช่น เชื้อรา แบคทีเรีย 4) สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ เช่น ท่าทางการทำงาน 5) สิ่งคุกคามด้านจิตวิทยาสังคม เช่น สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน ชั่วโมงการทำงาน และ 6) อุบัติเหตุจากการทำงาน จากข้อมูลสถิติการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานภายในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่งที่มีผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา พบว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุต่อ 1,000 รายสะสม เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี พ.ศ.2562 – 2563 นับกรณีหยุดงานมากกว่า 3 วัน ปี พ.ศ. 2563 เฉลี่ย 4.61 ราย ลดลงร้อยละ 30 กรณีหยุดงานน้อยกว่า 3 วัน ปี พ.ศ. 2563 เฉลี่ย 6.73 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 เมื่อ

วิเคราะห์ข้อมูลจากสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุ พบว่าสาเหตุหลักเกิดจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของพนักงาน (Unsafe action) คิดเป็น 85% ลักษณะการบาดเจ็บ จากวัตถุหรือสิ่งของหนีบ/ดึง/ ตัด/บาด และวัตถุหรือสิ่งของกระแทกหรือชน เป็น 2 ลำดับแรกที่เกิดขึ้นสูงที่สุด (70.56% และ 21.67% ตามลำดับ) และเมื่อจำแนกตามตำแหน่งงานพบว่า พนักงานฝ่ายผลิต และฝ่ายวิศวกรรม ซึ่งเป็นตำแหน่งงานฝ่ายปฏิบัติการที่มีการใช้เครื่องจักร เครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำงาน มีสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน คิดเป็น 54.39% และ 23.68% ตามลำดับ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย และ พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการฝ่ายผลิตและฝ่ายวิศวกรรม ภายในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน โดยได้ออกแบบในการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย และพฤติกรรมการความปลอดภัยในการทำงาน ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการเสนอแนะการกำหนด โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เพื่อสร้างพฤติกรรมการความปลอดภัยในการทำงาน ลดการเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุ การเกิดโรคจากการทำงาน และเพื่อการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยเชิงป้องกัน อย่างยั่งยืนภายในองค์กร ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพด้าน อาชีวอนามัย กับพฤติกรรมการความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่ง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่ง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย และพฤติกรรมการความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่ง

### การดำเนินการวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในกลุ่มพนักงานฝ่ายปฏิบัติการฝ่ายผลิตและฝ่ายวิศวกรรม โรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย จำนวน 7 กลุ่มสถานที่ทำงาน ซึ่งเป็นโรงงานสาขาในเครือของกลุ่มบริษัทที่ศึกษา ดำเนินงานภายใต้ นโยบายและระบบการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัยเดียวกัน การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดย ขั้นตอนที่ 1 แบ่งกลุ่มประชากรตามสถานที่ทำงาน 7 กลุ่ม (กลุ่ม A - กลุ่ม G) มีจำนวนพนักงานฝ่ายผลิตและวิศวกรรมรวม 845 คน (ข้อมูลทรัพยากรบุคคล ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564) โดยใช้สูตรในการคำนวณของ Daniel (2010) ใช้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha_2}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha_2}^2 P(1-P) + (N-1)d^2}$$

โดย  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$Z_{\alpha_2}^2$  = ค่าสถิติมาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

$N$  = จำนวนประชากรในการศึกษา

$P$  = อ้างอิงจากผลการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง โดย มริสสา กองสมบัติสุข และคณะ (2563) ซึ่งมีผลอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 65.7

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ผู้วิจัยยอมให้เกิดได้สูงสุดเท่ากับ 0.05  
แทนค่าในสูตรข้างต้นจะได้จำนวนตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{845 (1.96)^2 0.66(1-0.66)}{(1.96)^2 0.66(1-0.66) + (845-1)(0.05)^2}$$

$n = 245$

จะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 245 คน และได้เก็บรวบรวมเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูล ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 270 คน ขั้นตอนที่ 2 กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มสถานที่ทำงาน ตามสัดส่วนของจำนวนพนักงานฝ่ายปฏิบัติการฝ่ายผลิตและฝ่ายวิศวกรรมแต่ละกลุ่ม และขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากรายชื่อพนักงานฝ่ายผลิตและฝ่ายวิศวกรรมทั้งหมดในแต่ละกลุ่มสถานที่ทำงาน ตามเกณฑ์และขนาดตัวอย่างตามที่กำหนด

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงาน กลุ่มสถานที่ทำงาน ประวัติการประสบอุบัติเหตุ และความถี่ในการทำงานล่วงเวลา โดยลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด (Closed-ended Question) และแบบปลายเปิด (Open-Ended Question)

ส่วนที่ 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย อ้างอิงจากแบบสอบถามของ ฌาน ปัทมะ พลง และคณะ (2563) ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) รายข้อ มากกว่า 0.5 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าเท่ากับ 0.96 โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) การอ่านและทำความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสารและการประเมิน 4) การตัดสินใจและการนำไปใช้ 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) การ

รับรู้ความสามารถและการจัดการสุขภาพตนเอง รวมจำนวน 43 ข้อ ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้วจะนำคะแนนมารวมในแต่ละองค์ประกอบของระดับความรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ (มริสสา กองสมบัติสุข และคณะ, 2563) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย ระดับดี >173.94, ระดับพอใช้ 132.78-173.94 และระดับน้อย <132.78

ส่วนที่ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ที่ผู้วิจัยได้ทำการดัดแปลงจากแบบสอบถามในงานวิจัยของ ธรรมรักษ์ ศรีมารุต และคณะ (2555) ซึ่งผ่านเกณฑ์การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) รายข้อ มากกว่า 0.5 โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไขข้อความในคำถามให้สามารถอ่านและสื่อสารเข้าใจได้ง่ายขึ้น เหมาะสมกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน ที่พนักงานฝ่ายปฏิบัติการ (ฝ่ายผลิต และฝ่ายวิศวกรรม) แสดงออก หรือทำในขณะที่ปฏิบัติงาน ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและความปลอดภัยในการทำงาน ภายในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง จำนวน 20 ข้อ (ข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ, และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ)

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับ ดี ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 3.67 - 5.00, ระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 2.34 - 3.66 และระดับน้อย ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 1.00 - 2.33

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองจริยธรรมใน

มนุษย์เลขที่ MUPH 2022-038 เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2565 รหัสโครงการ 19/2565 ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

1. ผู้ทำการวิจัยทำหนังสือแบบสอบถามเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ (ฝ่ายผลิตและฝ่ายวิศวกรรม) โรงงานอุตสาหกรรมยางแห่งหนึ่ง จำนวน 7 กลุ่มสถานที่ทำงาน

2. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการส่งแบบสอบถามให้เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพ เป็นผู้ประสานงาน ในการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 7 กลุ่มสถานที่ทำงาน โดยทำการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบและเข้าใจ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ประเด็นข้อคำถามในแบบสอบถาม และหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนลงมือตอบแบบสอบถาม และส่งแบบสอบถามคืนให้กับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพทันที ที่ตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จ (ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 วัน)

3. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประสานงานในแต่ละกลุ่มสถานที่ทำงาน ส่งข้อมูลจากแบบสอบถามคืนให้กับผู้วิจัย ภายในระยะเวลา 1 เดือน โดยการแยกจัดเก็บแบบสอบถามและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยออกจากกัน ผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้ว มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### สถิติในการวิเคราะห์

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ทางสุขภาพด้าน

อาชีพอนามัย และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยใช้สถิติเปรียบเทียบ t-test, สถิติทดสอบความแปรปรวน One-way ANOVA และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson's Correlation กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพนักงานฝ่ายปฏิบัติการฝ่ายผลิต และฝ่ายวิศวกรรม ในโรงงานอุตสาหกรรมยางแห่งหนึ่ง จำนวน 7 กลุ่ม จำนวนรวมทั้งสิ้น 270 คน เป็น เพศชาย ร้อยละ 65.56 และเพศหญิง ร้อยละ 34.44, อายุเฉลี่ย 39.0 ปี ( $\pm 8.7$  ปี) จำแนกตามอายุ พบว่ามีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40.00 และ อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 32.96, ระดับการศึกษา ประถมศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.67, มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 37.04, ด้านสถานภาพสมรส โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.22 สมรส และ ร้อยละ 75.93 มีบุตร

ประสบการณ์การทำงานในที่ทำงานปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.15 และ น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.81, ประวัติการประสบอุบัติเหตุในการทำงานโดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.04 ไม่เคยมีประวัติการประสบอุบัติเหตุในการทำงาน, ความถี่ในการทำงานล่วงเวลา ร้อยละ 52.96 จะทำงานล่วงเวลามากกว่าสัปดาห์ละ 4 วัน และ ร้อยละ 20.37 ทำงานล่วงเวลาสัปดาห์ละ 1-2 วัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล (n=270)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	177	65.56
	หญิง	93	34.44
อายุ	20 - 30 ปี	56	20.74
	31 - 40 ปี	108	40.00

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
	41 – 50 ปี	89	32.96
	51 – 60 ปี	17	6.30
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	31	11.48
	ประถมศึกษา - มัธยมศึกษาตอนต้น	99	36.67
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	100	37.04
	ปวส.	28	10.37
	ปริญญาตรี	12	4.44
สถานภาพสมรส	โสด	46	17.04
	สมรส	195	72.22
การมีบุตร	หย่าร้าง	29	10.74
	มีบุตร	205	75.93
	ไม่มีบุตร	65	24.07
ประสบการณ์การทำงาน	น้อยกว่า 5 ปี	94	34.81
	5-10 ปี	103	38.15
	11-15 ปี	39	14.44
	มากกว่า 15 ปี	34	12.59
ตำแหน่งงาน	ฝ่ายผลิต-CCL	50	18.52
	ฝ่ายผลิต-STR	179	66.30
	ฝ่ายวิศวกรรม	41	15.19
กลุ่มสถานที่ทำงาน	Group A	31	11.48
	Group B	41	15.19
	Group C	25	9.26
	Group D	34	12.59
	Group E	49	18.15
	Group F	51	18.89
	Group G	39	14.44
ประวัติการประสบอุบัติเหตุ	ไม่เคย	235	87.04
	เคย, สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ	2	0.74
	เคย, หยุดงานไม่เกิน 3 วัน ( $\leq 2$ ครั้ง/ 2 ปี)	17	6.30
	เคย, หยุดงานไม่เกิน 3 วัน ( $\geq 2$ ครั้ง/ 2 ปี)	4	1.48
	เคย, หยุดงานเกิน 3 วัน ( $\leq 2$ ครั้ง/ 2 ปี)	10	3.70
	เคย, หยุดงานเกิน 3 วัน ( $\geq 2$ ครั้ง/ 2 ปี)	2	0.74
การทำงานล่วงเวลา	ไม่เคย	26	9.63
	1-2 วันต่อสัปดาห์	55	20.37
	3-4 วันต่อสัปดาห์	46	17.04
	มากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์	143	52.96

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้ง 6 ด้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 156.11 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ (132.78 - 173.94 คะแนน) จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างพบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้ง 6 ด้าน ร้อยละ

55.19 อยู่ในระดับพอใช้, ร้อยละ 22.59 อยู่ในระดับน้อย และ ร้อยละ 22.22 อยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 2 และพบว่าด้านที่มีระดับน้อยที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ, ทักษะการสื่อสารและการประเมิน และ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย (n=270)

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย (คะแนนเต็ม)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับของ OHL: จำนวนคน(ร้อยละ)		
			ระดับน้อย	ระดับพอใช้	ระดับดี
โดยรวมทั้ง 6 ด้าน (215)	156.11	27.69	61(22.59)	149(55.19)	60(22.22)
การเข้าถึงข้อมูล (15)	10.47	2.48	32(11.85)	183(67.78)	55(20.37)
การอ่านและทำความเข้าใจ (60)	45.01	8.11	79(29.26)	134(49.63)	57(21.11)
ทักษะการสื่อสารและการประเมิน (45)	31.37	6.31	19(7.04)	162(60.00)	89(32.96)
การตัดสินใจและนำไปใช้ (55)	40.21	7.53	72(26.67)	139(51.48)	59(21.85)
การรู้เท่าทันสื่อ (20)	14.07	3.05	32(11.85)	191(70.74)	47(17.41)
การรับรู้ความสามารถ,จัดการสุขภาพ (20)	14.98	2.95	61(22.59)	149(55.19)	60(22.22)

3. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 3 มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 4.14 ซึ่งอยู่ในระดับดี (3.67 - 5.00) เมื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน แยกเป็นรายด้านพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง ด้านการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนเข้าปฏิบัติงานในช่วงเทศกาลหรือช่วงเวลาพัก, ด้านการไม่รับประทานอาหารเครื่องดื่มในขณะที่ปฏิบัติงาน และ ด้านการไม่หยอกล้อกับเพื่อนร่วมงานในขณะที่ปฏิบัติงาน มี

ระดับคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) มากที่สุด ได้แก่ 4.83, 4.52 และ 4.50 ตามลำดับ

ส่วนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ด้านการใช้อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับงานที่มีลักษณะต่างกันมาแทนกันได้, ด้านการไปทำงาน/ช่วยเหลืองานที่ไม่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน และ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมความปลอดภัยให้กับเพื่อน มีระดับคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) น้อยที่สุด คือ 3.68, 3.58 และ 3.51 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน (n=270)

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับของพฤติกรรมความปลอดภัย :		
			ระดับน้อย	ระดับพอใช้	ระดับดี
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน	4.14	0.34	3(1.11)	90(33.33)	177(65.56)

4. ผลการทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติเปรียบเทียบ t-test และสถิติทดสอบความแปรปรวน One – way ANOVA ของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าในด้าน เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพการสมรส, การมีบุตร และประวัติการประสบอุบัติเหตุ มีค่าสถิติทดสอบ (*p-value*) เท่ากับ 0.336, 0.951, 0.543, 0.867, 0.892, 0.201 ตามลำดับซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จึงยอมรับสมมติฐานหลัก ( $H_0$ ) ซึ่งหมายถึงพนักงานที่มี เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพการสมรส, การมีบุตร และประวัติการประสบอุบัติเหตุ มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน (n=270)

พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน	$\bar{x}$	S.D.
พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยรวม	4.14	0.34
พฤติกรรมเชิงบวก		
ปฏิบัติตามข้อห้าม, ป้ายเตือนต่างๆ	4.24	0.79
ตรวจสอบเครื่องจักร อุปกรณ์ ก่อนปฏิบัติงาน	4.23	0.86
ปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัย	4.29	0.78
แต่งกายรัดกุม เหมาะสมกับงาน	4.38	0.77
เลือกใช้ และใช้งานเครื่องมือตามประเภทของงาน	4.13	1.03
ใช้เครื่องมือช่วยในกรณีที่ต้องยกของหนักเกินกำลัง	3.79	1.17
พักผ่อนเพียงพอก่อนเข้าปฏิบัติงานในแต่ละวัน	4.14	0.81
ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง ไม่ลัดขั้นตอนเพื่อให้เสร็จเร็วขึ้น	3.79	1.31
แจ้งให้หัวหน้างานทราบทันทีเมื่อพบเครื่องจักร อุปกรณ์ ชำรุด	4.36	0.95
เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมความปลอดภัยให้กับเพื่อนร่วมงาน	3.51	1.15
พฤติกรรมเชิงลบ (จะต้องไม่ปฏิบัติ)		
รับประทานอาหาร เครื่องดื่ม ในขณะที่ปฏิบัติงาน	4.52	0.94
ดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนเข้าปฏิบัติงานในช่วงเทศกาล	4.83	0.65
รับประทานยาแก้แพ้ แก้หวัด ก่อนเข้าปฏิบัติงาน, ในขณะที่ปฏิบัติงาน	4.28	0.93
หยอกล้อกับเพื่อนร่วมงานในขณะที่ปฏิบัติงาน	4.50	0.89
มักจะไปทำงาน/ช่วยเหลืองาน ที่ไม่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน	3.58	1.28
ขณะปฏิบัติงานมักจะคิดถึงเรื่องอื่นๆ	3.93	1.02
ปรับแต่งเครื่องจักร หรือทำความสะอาดในขณะที่เครื่องจักรกำลังทำงาน	4.24	1.20
เมื่อพบสิ่งผิดปกติของเครื่องจักร อุปกรณ์ มักจะแก้ไขเอง	4.12	1.18
สามารถใช้อุปกรณ์เครื่องมือที่มีลักษณะงานต่างกัน มาแทนกันได้	3.68	1.42
มักลองผิดลองถูกด้วยตนเอง เมื่อไม่เข้าใจวิธีปฏิบัติงาน	4.26	1.01

$\bar{x}$  = ค่าเฉลี่ย , S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐานปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

ปัจจัยส่วนบุคคล	t-test	One-way ANOVA	p-value	ผลการทดสอบสมมติฐาน
	t	F		
เพศ	-0.964	-	0.336	ยอมรับสมมติฐานหลัก(H <sub>0</sub> )
อายุ	-	0.116	0.951	ยอมรับสมมติฐานหลัก(H <sub>0</sub> )
ระดับการศึกษา	-	0.707	0.543	ยอมรับสมมติฐานหลัก(H <sub>0</sub> )
สถานภาพสมรส	-	0.142	0.867	ยอมรับสมมติฐานหลัก(H <sub>0</sub> )
การมีบุตร	-0.120	-	0.892	ยอมรับสมมติฐานหลัก(H <sub>0</sub> )
ประสบการณ์การทำงาน	-	2.958	0.020*	ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H <sub>0</sub> )
ตำแหน่งงาน	-	15.714	< 0.001*	ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H <sub>0</sub> )
กลุ่มสถานที่ทำงาน	-	8.219	< 0.001*	ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H <sub>0</sub> )
ประวัติการประสบอุบัติเหตุ	-	1.503	0.201	ยอมรับสมมติฐานหลัก(H <sub>0</sub> )
การทำงานล่วงเวลา	-	4.118	0.007*	ปฏิเสธสมมติฐานหลัก(H <sub>0</sub> )

\* Significant at *p-value* < 0.05

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ด้านประสบการณ์การทำงาน, ตำแหน่งงาน, กลุ่มสถานที่ทำงาน และความถี่ในการทำงานล่วงเวลา พบว่าพนักงานที่มีประสบการณ์การทำงาน, ตำแหน่งงาน, กลุ่มสถานที่ทำงาน และความถี่ในการทำงานล่วงเวลา มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยมีค่า *p-value* เท่ากับ 0.020, <0.001, <0.001 และ 0.007 เรียงตามลำดับ

5. ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย ทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เรียงตามค่าน้ำหนักของ

สัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การตัดสินใจและการนำไปใช้ ( $r = 0.504, p\text{-value} < 0.001$ ), การรับรู้ความสามารถและการจัดการสุขภาพตนเอง ( $r = 0.501, p\text{-value} < 0.001$ ), การอ่านและทำความเข้าใจ ( $r = 0.478, p\text{-value} < 0.001$ ), การรู้เท่าทันสื่อ ( $r = 0.414, p\text{-value} < 0.001$ ), ทักษะการสื่อสารและการประเมิน ( $r = 0.403, p\text{-value} < 0.001$ ) และการเข้าถึงข้อมูล ( $r = 0.328, p\text{-value} < 0.001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6: การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ( $n = 270$ )

ความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านอาชีวอนามัย	พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ		
	ค่า สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (r)	<i>p-value</i>	การแปลความหมาย
การเข้าถึงข้อมูล	0.328	< 0.001**	ความสัมพันธ์เชิงบวก
การอ่านและทำความเข้าใจ	0.478	< 0.001**	ความสัมพันธ์เชิงบวก
ทักษะการสื่อสารและการประเมิน	0.403	< 0.001**	ความสัมพันธ์เชิงบวก
การตัดสินใจและนำไปใช้	0.504	< 0.001**	ความสัมพันธ์เชิงบวก



ความรู้เท่าทันสื่อ ด้านอาชีวอนามัย	พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ		
	ค่า สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (r)	p-value	การแปลความหมาย
การรู้เท่าทันสื่อ	0.414	< 0.001**	ความสัมพันธ์เชิงบวก
การรับรู้ความสามารถ, จัดการสุขภาพ	0.501	< 0.001**	ความสัมพันธ์เชิงบวก
OHL โดยรวม	0.488	< 0.001**	ความสัมพันธ์เชิงบวก

\* p-value < 0.05, \*\* p-value < 0.001

## อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ ฝ่ายผลิตและฝ่ายวิศวกรรมในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย มีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งเมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้านพบว่าในระดับน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ, ด้านทักษะการสื่อสารและการประเมิน และ ด้านการเข้าถึงข้อมูล มีระดับคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) คือ 3.52 , 3.50 และ 3.49 ตามลำดับ

ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย ด้านการเข้าถึงข้อมูล ถือเป็นองค์ประกอบแรก ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างการรับรู้ ความรอบรู้และความตระหนักของพนักงาน ที่จะนำไปสู่การพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้น ภายในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง จึงควรเพิ่มโอกาส และช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ตลอดจนข้อมูลด้านสุขภาพ สมุดสุขภาพ ข้อมูลโรคจากการทำงาน โดยการจัดปัจจัยสภาพแวดล้อม ช่องทางการสื่อสารที่เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลของพนักงาน เช่น บอร์ดภายในโรงงาน รวมถึง ช่องทางการเข้าถึงผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น แอปพลิเคชัน รวมถึงดิจิทัลแพลตฟอร์ม อื่นๆ ให้สอดคล้องกับเทคโนโลยีในปัจจุบัน

ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย ในกลุ่มพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมสอดคล้องกับการศึกษา ของ มริสสา กองสมบัติสุข และคณะ (2563) ที่ได้ทำการศึกษาความรู้ทางสุขภาพ

ด้านอาชีวอนามัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง ประเทศไทย ซึ่งพบว่าพนักงานมีความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาแยกเป็นรายได้ อาจมีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่การวิจัย และปัจจัยสภาพแวดล้อมอื่นๆ ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การกำหนดโปรแกรมการส่งเสริมด้านสุขภาพ ในการเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยให้กับพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ ในแต่ละสถานประกอบกิจการ ตามบริบทของแต่ละองค์กร ต่อไป

2. พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการในโรงงาน อุตสาหกรรมยางแท่งในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งเมื่อพิจารณาแยกเป็นรายด้านพบว่าในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนเข้าปฏิบัติงานในช่วงเทศกาลหรือช่วงเวลาพัก, ไม่รับประทานอาหารเครื่องดื่มในขณะที่ปฏิบัติงาน และไม่หยอกล้อกับเพื่อนร่วมงานในขณะที่ปฏิบัติงาน มีระดับคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) คือ 4.83 , 4.52 และ 4.50 ตามลำดับ ซึ่งอาจเกิดจากบริบทของโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งที่ศึกษา ที่มีระบบการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เข้มงวด มีการตรวจติดตามทั้งจากหน่วยงานภายในของสถานประกอบการเอง รวมถึงการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก เช่น ภาครัฐ ลูกค้า อาจส่งผลให้พฤติกรรมของพนักงานบางส่วน ถูกแสดงออกมาด้วยการปฏิบัติตามมาตรฐานขั้นตอนการทำงาน ข้อบังคับ และ

กฎระเบียบด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยภายในแต่ละกลุ่ม

สำหรับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง รายด้านที่มีระดับน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การใช้อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับงานที่มีลักษณะต่างกันไปทำงาน/ช่วยเหลืองานที่ไม่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน มีระดับคะแนนเฉลี่ย 3.58 ซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ถึงการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องของพนักงาน จึงควรนำไปเป็นเนื้อหาการฝึกอบรมเพิ่มเติม โดยหัวหน้างานควรมีการส่งเสริมให้ความรู้แก่พนักงาน ในพฤติกรรมรายด้านในการปฏิบัติงานที่ยังไม่ถูกต้อง รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานด้านการเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมความปลอดภัยให้กับเพื่อนร่วมงานมีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 3.51

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และ พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน สรุปและอภิปรายผล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์จากการศึกษา ได้ดังนี้

### 3.1) ประสิทธิภาพการทำงาน

จากผลการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างพนักงานระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง พบว่า ปัจจัยด้านประสิทธิภาพการทำงานที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) อาจเกิดจากพนักงานฝ่ายปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพการทำงาน ภายในสถานประกอบการที่นานกว่า ย่อมก่อให้เกิดการเรียนรู้ มีทักษะและความชำนาญในงานที่รับผิดชอบ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่ดีกว่า ดังนั้นพนักงานที่มีประสิทธิภาพการทำงานที่มากกว่า สามารถที่จะถ่ายทอด ฝึกอบรม รวมถึงเป็นที่เลี้ยง (Coaching) ให้กับพนักงานใหม่ หรือพนักงานที่มีอายุการทำงานน้อยกว่า รวมถึงเป็นต้นแบบ ในการปฏิบัติตนและการแสดงออกทางพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน ภายในสถานประกอบการได้

ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มธุริน เกียรติประภากุล (2556) ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานหน่วยงานผลิต โอเลฟินส์ 1 บริษัท พีทีที โกลบอล เคมิคอล จำกัด (มหาชน) สาขาที่ 2 โรงโอเลฟินส์ ไอ – หนึ่ง ซึ่งพบว่าพนักงานที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีพฤติกรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อมรรรัตน์ กีบู่ตร (2554) ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิต กรณีศึกษาโรงงานผลิตยางแท่ง ซึ่งพบว่า ประสิทธิภาพการทำงาน ไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน แต่กลับสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิทิต กมลรัตน์ (2552) ในงานศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ บริษัท อติทยา เบอร์ลา เคมีคัลส์ (ประเทศไทย) จำกัด (ฟอสเฟต ดีวีชั่น) ซึ่งพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุงานมีผลมีผลในทางบวก ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงาน

### 3.2) ตำแหน่งงาน

จากผลการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างพนักงานระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง พบว่า ปัจจัยด้านตำแหน่งงานที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ซึ่งอาจเกิดจากพนักงานฝ่ายวิศวกรรม ซึ่งมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายในงานซ่อมแซมเครื่องจักร อุปกรณ์ ประกอบกับระยะเวลาการปฏิบัติงานที่จำกัด ส่งผลผลการแสดงออกทางพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานแตกต่างกับพนักงานในตำแหน่งงานอื่นๆ ดังนั้นจึงควรมีการออกแบบสถานที่ทำงาน เครื่องมือช่วย และระบบการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ในงานซ่อมบำรุง รวมถึงการจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน และเพียงพอเพื่อสร้างบรรยากาศในการทำงานอย่างปลอดภัย ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานโดยรวม

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ มธุริน เถียรประภากุล (2556) ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานหน่วยงานผลิต โอเลฟินส์ 1 บริษัท พีทีที โกลบอล เคมิคอล จำกัด (มหาชน) สาขาที่ 2 โรงโอเลฟินส์ ไอ – หนึ่ง ซึ่งพบว่าพนักงานที่มีตำแหน่งงานปัจจุบันและหน่วยงานสังกัดต่างกัน มีระดับพฤติกรรม ความปลอดภัยแตกต่างกัน

### 3.3) กลุ่มสถานที่ทำงาน

จากผลการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างพนักงานระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง พบว่าปัจจัยด้านกลุ่มสถานที่ทำงานที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ซึ่งอาจเกิดจาก สภาพแวดล้อมในการทำงาน บรรยากาศในสถานที่ทำงาน ตลอดจนการให้คำแนะนำ ปรึกษา บทบาทหัวหน้างาน ที่แตกต่างกัน ดังนั้น การสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยและวัฒนธรรมองค์กรและในกลุ่มบริษัทที่มีสาขาอยู่ในแต่ละพื้นที่ นอกจากการกำหนดนโยบายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย, มาตรฐานการทำงานเป็นแนวปฏิบัติเดียวกันแล้ว ควรมีการแลกเปลี่ยนสื่อสารแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ภายในกลุ่ม ตลอดจนการกำหนดโปรแกรมส่งเสริมด้านสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ที่แตกต่างกัน ให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ เพื่อการสร้างพฤติกรรมและวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

### 3.4) ความถี่ในการทำงานล่วงเวลา

จากผลการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างพนักงานระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง ด้านปัจจัยความถี่ในการทำงานล่วงเวลา พบว่าความถี่ในการทำงานล่วงเวลามากกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน สูงกว่าพนักงานฝ่ายปฏิบัติการกลุ่มที่ทำงานล่วงเวลา 1-4 วันต่อสัปดาห์ (ไม่พบความสัมพันธ์กับกลุ่มพนักงานที่ไม่ได้ทำงานล่วงเวลา)

ซึ่งอาจเกิดจากชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มมากขึ้นต่อสัปดาห์ ทำให้พนักงานมีความชำนาญและทักษะเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการทำงานล่วงเวลาจะส่งผลให้พนักงานมีรายได้เพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจในงานการทำงาน จึงส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ

จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าพนักงานฝ่ายปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง มีการทำงานล่วงเวลา คิดเป็นร้อยละ 90.37 ระยะเวลาทำงานล่วงเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมงต่อวัน และไม่เกิน 32 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ตามกฎข้อบังคับในการทำงานภายในบริษัท ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการควบคุมการทำงานล่วงเวลา รวมถึงปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมถึงการจัดให้พนักงานพักผ่อนระหว่างวัน และก่อนเริ่มทำงานล่วงเวลาที่เพียงพอ อาจจะช่วยทำให้พนักงานมีประสิทธิภาพการทำงาน และส่งผลให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดถึงชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้น ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยล้า ประสิทธิภาพการทำงาน และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง พนักงานระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย ทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ดังนั้นจึงควรณรงค์ส่งเสริมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย ในสถานประกอบกิจการ เพื่อให้พนักงานมีทักษะใน การเข้าถึง เข้าใจ ชักถาม ประเมิน ตัดสินใจ ปรับปรับใช้ และบอกต่อ ในการดูแลสุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานโดยภาพรวมภายในสถานประกอบกิจการ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของมริสสา กองสมบัติสุข และคณะ (2563) ในการศึกษาความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคและการบาดเจ็บ จากการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งพบว่าปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย เป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคและการบาดเจ็บของพนักงาน

### สรุปผลการวิจัย

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 156.11 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ ระดับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง โดยรวมมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 4.14 ซึ่งอยู่ในระดับดี

ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, การมีบุตร และ ประวัติการประสบอุบัติเหตุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้าน ประสบการณ์ทำงาน, ตำแหน่งงาน, กลุ่มสถานที่ทำงาน และการทำงานล่วงเวลา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ซึ่งสามารถสรุปผลจากการศึกษาได้ดังนี้

1) ปัจจัยด้านประสบการณ์ทำงาน พบว่าพนักงานที่มีประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกัน

2) ปัจจัยด้านตำแหน่งงาน พบว่าพนักงานที่มีตำแหน่งงาน (หน้าที่รับผิดชอบ และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน) ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกัน

3) ปัจจัยด้านกลุ่มสถานที่ทำงาน พบว่ากลุ่มสถานที่ทำงาน (สภาพแวดล้อมและบรรยากาศในสถานที่ทำงาน) ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกัน

4) ปัจจัยด้าน การทำงานล่วงเวลา พบว่าความถี่ในการทำงานล่วงเวลาที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานที่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย และพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวก ครบทั้ง 6 ด้าน

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยมีความสัมพันธ์เชิงบวก ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการภายในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้พนักงานมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยในแต่ละองค์ประกอบ เพิ่มขึ้น โดยการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดทำและกำหนด แหล่งความรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัย รวมถึงอันตรายจากโรคจากการทำงาน ข้อมูลสมรรถภาพพนักงาน และกำหนดช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูลให้กับพนักงาน เช่น บอร์ดสื่อสารสื่ออิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชัน หรือดิจิทัลแพลตฟอร์มอื่นๆ จัดให้มีระบบการฝึกอบรมการป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและการบาดเจ็บจากการทำงานอย่างสม่ำเสมอ การประชุมกลุ่มย่อย กิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ เพื่อให้พนักงานมีทักษะในการสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ด้านอาชีวอนามัยภายในองค์กร อย่างต่อเนื่อง เช่น การประชุมกลุ่มตอนเช้า, กิจกรรมรณรงค์ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยภายในสถานที่ทำงาน รวมถึงกิจกรรมส่งเสริมให้พนักงานพูดคุยเรื่องความปลอดภัย ข้อเสนอแนะภายในและระหว่างแผนก เพื่อสร้างสถานที่ทำงานให้มีสุขภาพดี และเพิ่มทักษะในการสื่อสารของพนักงาน เช่น BBS (Behavior Based Safety)

2. จากผลการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ ฝ่ายผลิตและฝ่ายวิศวกรรมภายในโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่ง ซึ่งพบว่า

โดยรวมอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงเสนอแนวทางส่งเสริมให้พนักงานมีพฤติกรรมในการทำงานที่ดียิ่งขึ้น โดยปรับปรุงพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในการทำงาน ในด้านที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อย เช่น หัวหน้างาน ควรสื่อสารและอบรมเรื่องการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ อย่างถูกต้องตามประเภทการใช้งาน, การปรับปรุงเครื่องมือ อุปกรณ์ ซึ่งต้องได้รับการอนุมัติและควบคุมการเปลี่ยนแปลง ตามขั้นตอนการปฏิบัติงานที่กำหนด, การกำหนดการมอบหมายความรับผิดชอบ ระบบใบอนุญาตทำงาน การขอและอนุมัติการปฏิบัติงานที่ไม่รับผิดชอบโดยตรง เพื่อให้มั่นใจว่าพนักงานมีทักษะเพียงพอและมีความปลอดภัยในการทำงานเพียงพอ รวมถึงส่งเสริมโปรแกรมที่สนับสนุนในด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ เช่น

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยกึ่งทดลอง โดยนำเอาตัวแปรที่ค้นพบจากความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยและปัจจัยส่วนบุคคลมากำหนดเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

การปฐมนิเทศและการจัดอบรมพัฒนาทักษะการทำงาน โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่อาวุโส (พนักงานที่มีประสบการณ์การทำงาน) เป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ฝึกสอนพัฒนาทักษะพนักงานใหม่หรือพนักงานที่อายุน้อยกว่าในแต่ละแผนก, พนักงานฝ่ายวิศวกรรม ซึ่งเป็นตำแหน่งงานที่อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายในงานซ่อมบำรุงรักษาเครื่องจักร ควรเน้นการออกแบบเครื่องมือช่วย การปรับปรุงพื้นที่ปฏิบัติงาน และระบบป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ตลอดจนการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน และเพียงพอ รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ดีของสถานที่ทำงาน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและอันตรายจากการปฏิบัติงาน รวมถึงสร้างสถานที่ทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขอนามัยเพื่อสร้างวัฒนธรรมการป้องกันความปลอดภัยภายในองค์กร ด้านอาชีวอนามัยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานมาใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างโดยวัดผลก่อนหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของโปรแกรมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

### เอกสารอ้างอิง

- ฉาน ปัทมา พलय และคณะ. (2563). การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยสำหรับพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*. 3 (2); 140-157.
- ธรรมรักษ์ ศรีมารุต และคณะ. (2555). *พฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการฝ่ายผลิต*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- มจรีน เถียรประภากุล. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานหน่วยงานผลิตโอเลฟินส์1 บริษัท พีทีที โกลบอล เคมิคอล จำกัด (มหาชน) สาขาที่ 2 โรงโเลฟินส์ไอ – หนึ่ง. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต การจัดการสิ่งแวดล้อม คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- มริสสา กองสมบัติสุข และคณะ. (2563). ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*. 3 (2); 112-120.
- วิจิต กมลรัตน์. (2552). ศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ บริษัทอดิตยา เบอร์ล่า เคมี คัลล์ (ประเทศไทย) จำกัด (ฟอสเฟต ติวี่ซัน). สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต การจัดการสิ่งแวดล้อม คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศุภวรรณ รัตนภิรมย์. (2550). พฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุในการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการกลุ่มบริษัทบีเอเอสเอฟในประเทศไทย. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*. 9 (34) 6-19.

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565

อมรรัตน์ กี่บุตร. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานฝ่ายผลิต กรณีศึกษาโรงงานผลิตยางแท่ง. สารนิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต การจัดการอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อรรธรณ นามมนตรี. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy). *วารสารทันตภิบาล*. 29 (1); 122. <https://www.tci-thaijo.org/>.

Best, John. (1977). *Research in Education*. New Jersey. Prentice Hall, Inc.

Centers for Disease Control and Prevention. (2021.) *Health Literacy*, 23 Oct 2021 <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>.

Daniel WW (2010). *Biostatistics: Basic concepts and methodology for health science*. 9<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley & Sons.

Nutbeam D. (1988). *Health Promotion Glossary*. Switzerland: World Health Organization.

Rauscher K, Myers J D. (2014.) Occupational health literacy and work-related injury among US adolescents. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 21 (1) 25 May 2022 <https://www.researchgate.net/>.

Utami HN. (2020.) *Improving Safety Behavior in the Workplace*. Advances in Economics, Business and Management Research. 23 Oct 2021 <https://www.researchgate.net/>.

Yusida H, et al. (2016.) Relationship Individual Factors with Occupational Health Literacy (Observational Study on Industrial Workers of Sasirangan in South Kalimantan). *International Journal of Scientific and Research Publications*. 6 (1), 23 Oct 2021 <https://www.researchgate.net/>.

# Musculoskeletal Disorders among employees in automotive industry in Samut Prakan Province

Wamarin Keereewat<sup>1</sup>, Amarin Kongtawelert<sup>2\*</sup>, Jutatip Sillabutra<sup>3</sup>,  
Petcharatana Bhuanantanondh<sup>4</sup>

*1 Graduate Student in Master of Science, Major in Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*2 Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*3 Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University*

*4 Faculty of Physical Therapy, Mahidol University*

*\* Corresponding author: amarin.kon@mahidol.ac.th*

## Original article

### Abstract

Received: 16 May 2022

Revised: 27 June 2022

Accepted: 29 June 2022

อาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างเป็นโรคจากการทำงานที่พบมากในพนักงานอุตสาหกรรมยานยนต์ โดยสาเหตุของการเกิดอาการผิดปกติดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางกายศาสตร์เป็นหลัก ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในพนักงานอุตสาหกรรมยานยนต์ ขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรไม่ทราบขนาดของประชากรของคอคอรัน(Cochran, 1977) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 คน ทั้งพนักงานฝ่ายผลิตและพนักงานฝ่ายสำนักงาน ที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด บริเวณคลินิกที่อยู่ภายในโรงงาน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ คือ สุ่มจากประชากรที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า โดยสุ่มเป็นคนที่ 1,3,5,7,...,n ในแต่ละวันเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยใช้แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลลักษณะการทำงานและประยุกต์ใช้แบบสอบถาม Standardized Nordic Questionnaire สอบถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่พนักงานฝ่ายผลิตมีลักษณะการทำงานคือเป็นงานที่หลังอยู่ในท่าทางที่ผิดปกติและยกของหนักมากกว่า 10 กิโลกรัม มีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างมากที่สุดบริเวณหลังส่วนล่าง (65.4%) และพนักงานฝ่ายสำนักงานส่วนใหญ่มี ลักษณะการทำงานที่ใช้คอมพิวเตอร์มีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างมากที่สุดคือบริเวณคอ (51.4%) ส่วนใหญ่มีระดับความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลาง (52.0%) พบว่าระดับความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย และ ระดับความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างเพื่อเพิ่มสถานะด้านสุขภาพและความปลอดภัยที่ดีของพนักงาน

**Keywords:** Ergonomic, Musculoskeletal disorders, Automotive industry workers

## อาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้างในพนักงาน โรงงานอุตสาหกรรมยานยนต์แห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ

วามริน คีร์วัฒน์<sup>1</sup>, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ<sup>2\*</sup>, จุฑาธิป ศีลบุตร<sup>3</sup>, เพชรรัตน์ ภูอนันตานนท์<sup>4</sup>

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4 คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: amarin.kon@mahidol.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 16 พค. 2565

วันแก้ไข 27 มิย. 2565

วันตอบรับ 29 มิย. 2565

Musculoskeletal disorders are occupational diseases that are most common in automotive industry workers. The cause of Musculoskeletal disorders is mainly due to ergonomic factors. The objective of this study was to determine the prevalence and associated factors with musculoskeletal disorders among employees in the automotive industry. The sample size is calculated using the formula, the population size is unknown (Cochran, 1977). The sample in this study was 75 workers, including production workers and office workers undergoing physical therapy treatment clinic inside the factory. The sampling technique was systematic sampling randomized from the population that met the inclusion criteria. The participants were randomly assigned to 1,3,5,..., n each day to be the sample group in the study. Collect personal information and Work characteristics by questionnaire. Modified nordic questionnaires were used for a musculoskeletal disorders analysis. Data analysis was performed using descriptive statistics and inferential statistics, Chi-square.

The results showed that most production workers are jobs with awkward posture and lifting more than 10 kilograms. Most of the symptoms of musculoskeletal disorders are lower back areas (65.4%). Most office workers use the computer, and most of the symptoms of the musculoskeletal disorders are neck area (51.4%), and the pain scale was moderate (52%). Furthermore, the correlation test showed that the pain scale was related to exercise, and the pain scale was related to body mass index. The results of this study can be used as a baseline for the prevention and promotion of health to reduce the risk of musculoskeletal disorders and improve the health and safety status of employees.

**คำสำคัญ:** การยศาสตร์, ความปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้าง, พนักงานอุตสาหกรรมยานยนต์



## บทนำ

อุตสาหกรรมพัฒนามูลนิธิ สถาบันยานยนต์ (2564) ระบุว่าอุตสาหกรรมยานยนต์เป็นหนึ่งในอุตสาหกรรมที่มีมูลค่าสูงและมีศักยภาพของประเทศไทย โดยประเทศไทยเป็นฐานการผลิตรถยนต์อันดับ 1 ของอาเซียน และยังเป็นผู้ส่งออกยานยนต์รายใหญ่อันดับ 1 ใน 10 ของโลก และนับเป็นอุตสาหกรรมที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 2 คิดเป็น 14% ของการผลิตภาคอุตสาหกรรมไทย และเนื่องจากอุตสาหกรรมยานยนต์เป็นอุตสาหกรรมหนัก พนักงานต้องมีการใช้แรงกายค่อนข้างมากทำให้มีการศึกษาที่พบว่าพนักงานจำนวนมากที่มีอาการเกี่ยวกับความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างจากการทำงาน (Hamizaton Binti Mohd Fazi และคณะ, 2019) เนื่องจากการทำงานเป็นงานในลักษณะที่อยู่ในท่าทางเดิม ๆ ซ้ำๆ ใช้แรงกายมาก และเป็นงานที่อยู่ในท่าทางที่ผิดปกติซึ่งทั้งหมดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านกายศาสตร์ (Jonathan L Vandergrift และคณะ, 2012) สาเหตุการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่าง เกิดจาก 3 สาเหตุหลัก ได้แก่ ชีวกลศาสตร์ (biomedical factor) ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factor) และปัจจัยจิตวิทยา (psychosocial factor) (Bruno AR และคณะ, 2010) โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างที่เกิดเนื่องจากการทำงาน (Work related musculoskeletal disorders ) เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการที่มีความผิดปกติจากการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ เอ็นหรือ เส้นประสาท ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน มักพบที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานในสภาพแวดล้อมหรือสภาพการทำงานซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความผิดปกติ นั้น และปัญหานั้นมักเกิดจากการได้รับอันตรายสะสมเรื้อรัง เช่น จากการเคลื่อนไหวซ้ำๆ หรือท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมในแต่ละวันเป็นระยะเวลายาวนานส่งผลให้เกิดอาการเจ็บปวดเฉพาะที่และจำกัดการ

เคลื่อนไหวเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการทำงานลดน้อยลง (Nurhayati Mohd Nur และคณะ, 2014)

สำนักงานประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน (2563) สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรงและโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงาน พบว่าในปี 2560, 2561 และปี 2562 โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างที่เกิดขึ้นจากการทำงานพบว่ามีอัตราการเกิดขึ้นมากที่สุด และจากรายงานประจำปี 2561 สำนักงานประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงาน (2561) จัดทำสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรง และรหัสประเภทกิจการปี 2561 พบว่าในกิจการประเภทการผลิตพบจำนวนพนักงานที่ทำงานเกี่ยวกับอุตสาหกรรมยานยนต์ มีอัตราการเกิดโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างมากที่สุดในกิจการประเภทการผลิต และพบว่าจากสำนักงานประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน (2561) จังหวัดที่มีจำนวนการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน สูงสุด 5 อันดับแรกของปี 2559 – 2563 คือ 1. จังหวัดกรุงเทพมหานคร 2. จังหวัดสมุทรปราการ 3. จังหวัดชลบุรี 4. จังหวัดสมุทรสาคร และ 5. จังหวัดปทุมธานี

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างของพนักงานในอุตสาหกรรมยานยนต์แห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ เพื่อนำเอาข้อมูลที่ได้จากการทำการศึกษาในครั้งนี้ไปจัดทำแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ และ หาแนวทางป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงร่างของพนักงาน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อหาความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในพนักงานอุตสาหกรรมยานยนต์ทั้งฝ่ายผลิตและสำนักงาน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการเจ็บปวดจากอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในพนักงานอุตสาหกรรมยานยนต์ทั้งฝ่ายผลิตและสำนักงาน

## ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมยานยนต์แห่งหนึ่งทั้งพนักงานฝ่ายผลิตและฝ่ายสำนักงาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานและเข้ารับการรักษาทายภาพบำบัดที่คลินิกที่ตั้งอยู่ภายในโรงงาน ที่เลือกศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างนั้นเนื่องจากพนักงานที่เข้ารับการรักษามีแนวโน้มจะเกิดอาการซ้ำซึ่งอาจเกิดจากการได้รับเวลาฟื้นฟูที่ไม่เพียงพอในการกลับไปทำงานในลักษณะเดิม โดยกลุ่มตัวอย่างต้องผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้าคือพนักงานที่เข้ารับการรักษาทายภาพบำบัด ที่คลินิกที่ตั้งอยู่ภายในโรงงาน ทั้งพนักงานฝ่ายผลิตและสำนักงานทำงานอยู่ที่โรงงานแห่งนี้ไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถอ่านเขียน และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน เกณฑ์การคัดออก คือ มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคข้อ เช่น เก๊าท์ รูมาตอยด์ โรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งด้านทรวงอกหรือของตนเอง โรคที่มีอาการเกี่ยวกับปลายประสาทอักเสบ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการทำงาน และตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ คือ สุ่มจากประชากรที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า โดยสุ่มเป็นคนที่ 1,3,5,7.....,n ในแต่ละวันเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เนื่องจากไม่

ทราบจำนวนประชากรที่เข้ารับการรักษาทายภาพบำบัดภายในคลินิกในแต่ละวัน ดังนั้นการคำนวณขนาดตัวอย่างจึงใช้สูตรไม่ทราบขนาดของประชากรของคอคแรน (Cochran, 1977) (มารยาท โยทองยศ และ ปราณี สวัสดิ์สรรพ, 2563)

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่า Z จากตาราง เมื่อกำหนดให้มีระดับความเชื่อมั่น 99% = 2.58

p = สัดส่วนความชุกการเกิดโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างกระดูกปี 2561 ประเภทกิจการ การผลิตชิ้นส่วนและอุปกรณ์เสริมอื่น ๆ สำหรับยานยนต์ เท่ากับร้อยละ 2.63 (สำนักงานประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน, 2561)

$$q = 1 - p = 0.9737$$

$$d = \text{acceptable error} = 0.05$$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{2.58^2 (0.0263)(0.9737)}{0.05^2} = 68 \text{ คน}$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับ 68 คนและเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดอีก 10% เป็น 75 คน การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2564 เลขที่ 2021-108 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เก็บข้อมูลโดยไม่ระบุตัวตน และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลลักษณะการทำงานและประยุกต์ใช้แบบสอบถาม Standardized Nordic Questionnaire (Kuorinka I และคณะ, 1987). สอบถามเกี่ยวกับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง และระดับความเจ็บปวด อาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

**การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการทำงาน และความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ซึ่งนำเสนอในรูปแบบตาราง

ความถี่ ร้อยละ สถิติเชิงอนุมานที่ใช้สำหรับวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการปวดจากอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างคือ สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

### ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น 86.7% มีอายุอยู่ระหว่าง 37-46 ปี คิดเป็น 48.0% ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (กรัมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) คิดเป็น 77.3% ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็น 94.7% ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็น 66.7% และไม่ออกกำลังกาย คิดเป็น 70.7% (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	86.7
หญิง	10	13.3
อายุ		
25-36 ปี	16	21.3
37-46 ปี	36	48.0
>46 ปี	23	30.7
ดัชนีมวลกาย		
ตามเกณฑ์ (BMI = 18.5-22.9 kg/m <sup>2</sup> )	17	22.7
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5 BMI ≥ 23 kg/m <sup>2</sup> )	58	77.3
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	4	5.3
ไม่สูบบุหรี่	71	94.7
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	25	33.3
ไม่ดื่ม	50	66.7
พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
ออกกำลังกาย	22	29.3
ไม่ออกกำลังกาย	53	70.7

ปัจจัยด้านการทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานอยู่ฝ่ายผลิต คิดเป็น 61.3% ลักษณะการทำงานส่วนใหญ่ คืองานที่หลังอยู่ในท่าทางที่ผิดปกติและยกของหนักมากกว่า 10 กิโลกรัม คิดเป็น 25.4% และ ฝ่ายสำนักงาน ลักษณะงานส่วนใหญ่ คือทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์ คิดเป็น 37.3% (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลลักษณะการทำงาน

ลักษณะการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งงาน		
ฝ่ายผลิต	46	61.3
ฝ่ายสำนักงาน	29	38.7
ลักษณะการทำงาน		
งานที่หลังอยู่ในท่าทางที่ผิดปกติ และยกของหนักมากกว่า 10 กิโลกรัม	19	25.4
งานที่หลังอยู่ในท่าทางที่ผิดปกติ	8	10.7
งานที่ขยับยานพาหนะ	7	9.3
งานที่ใช้เครื่องมือที่ออกแรงมาก	2	2.7
งานที่ต้องเอื้อมมือเหนือศีรษะ	1	1.3
ยืนทำงานเป็นเวลานาน	9	12
นั่งทำงานเป็นเวลานาน	1	1.3
ทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์	28	37.3

ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานฝ่ายผลิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ส่วนของร่างกายที่พบอาการผิดปกติมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ หลังส่วนล่าง (80.6%) และมีจำนวนเท่ากัน 2 บริเวณ คือ

คอ (6.5%) และ เข่า (6.5%) ตามลำดับ และในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ส่วนของร่างกายที่พบอาการผิดปกติมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ หลังส่วนล่าง คิดเป็น (65.4%) เข่า (13.5%) และ ไหล่ (9.6%) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง พนักงานฝ่ายผลิต

ส่วนของร่างกาย ในการเกิด MSDs	ความชุก MSDs			
	12 เดือนที่ผ่านมา		7 วันที่ผ่านมา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คอ	2	6.5	3	5.8
ไหล่	1	3.2	5	9.6
หลังส่วนบน	0	0	1	1.9
หลังส่วนล่าง	25	80.6	34	65.4
สะโพก	1	3.2	1	1.9
เข่า	2	6.5	7	13.5
ข้อเท้า	0	0	1	1.9
อาการตั้งแต่ 1 ส่วนขึ้นไป	2	6.9	6	13.0

ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานฝ่ายสำนักงาน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาส่วนของร่างกายที่พบอาการผิดปกติมากที่สุด คือคอ คิดเป็น 57.7% หลังส่วนล่างคิดเป็น 23.1%

และ ไหล่ คิดเป็น 19.2% ตามลำดับ และในช่วง 7 วันที่ผ่านมาส่วนของร่างกายที่พบอาการผิดปกติมากที่สุด คือ คอ คิดเป็น 51.4% หลังส่วนล่าง คิดเป็น 29.7% และ ไหล่ คิดเป็น 18.9% ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง พนักงานฝ่ายสำนักงาน

ส่วนของร่างกาย ในการเกิด MSDs	ความชุก MSDs			
	12 เดือนที่ผ่านมา		7 วันที่ผ่านมา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คอ	15	57.7	19	51.4
ไหล่	5	19.2	7	18.9
หลังส่วนล่าง	6	23.1	11	29.7
อาการตั้งแต่ 1 ส่วนขึ้นไป	8	42.1	8	27.6

ระดับความเจ็บปวดจากอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

อยู่ในระดับปวดปานกลาง คิดเป็น 52% (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** ระดับความเจ็บปวดจากอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ระดับความเจ็บปวด		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปวดเล็กน้อย	(1-3)	8	10.7
ปวดปานกลาง	(4-6)	39	52.0
ปวดมาก	(7-10)	28	37.3

**ตารางที่ 6** การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเจ็บปวดกับการออกกำลังกาย และความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเจ็บปวดกับดัชนีมวลกาย

	ระดับความเจ็บปวด			$\chi^2$	p-value
	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก		
การออกกำลังกาย				17.779	< 0.001
ออกกำลังกาย	7	12	3		
ไม่ออกกำลังกาย	1	27	25		
ดัชนีมวลกาย				9.527	0.009
ตามเกณฑ์	5	9	3		
ต่ำ/สูง กว่าเกณฑ์	3	30	25		

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเจ็บปวดกับการออกกำลังกาย โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าระดับความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย และการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเจ็บปวดกับดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าระดับความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (ตารางที่ 6)

#### อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งพนักงานฝ่ายผลิตและสำนักงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาเคยมีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sue A. Ferguson และ

คณะ (2005) พบว่าการกลับมามีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างได้อีกนั้น เนื่องมาจากการไม่เข้าใจระยะเวลาการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อหรือได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอต่อการกลับไปทำงาน

ผลการศึกษาพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในฝ่ายการผลิต ลักษณะการทำงานที่หลังอยู่ในท่าทางที่ผิดปกติและยกของหนักเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่บริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wilhelmina E. Hoogendoorn และคณะ (2000) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างในพนักงานอุตสาหกรรมยานยนต์ พบว่าท่าทางของหลังที่ผิดปกติในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง การก้มและการหมุนของลำตัว

และการยกของเป็นความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง การยกของหนักจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างมากยิ่งขึ้น และงานที่ต้องเคลื่อนไหวซ้ำๆ อยู่ในท่าทางที่ผิดปกติ เป็นสาเหตุทำให้เกิด อาการบาดเจ็บสะสมได้

ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ ของพนักงานในสำนักงาน มีลักษณะการทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นส่วนใหญ่ มีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงสร้างที่บริเวณคอมากที่สุด เนื่องจากท่าทางการทำงานเป็นงานที่ต้องนั่งเป็นเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Karthik Mani (2017) ที่ศึกษาเรื่องอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้างในพนักงานออฟฟิศที่พบว่าการทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์นั้นเป็นการทำงานที่ต้องใช้สมาธิค่อนข้างมากทำให้ต้องอยู่ในท่านั่งเป็นเวลานานทำให้กล้ามเนื้อต้องหดตัวเป็นเวลานานและเกิดการอ่อนล้า ส่งผลให้เกิดการขนส่งน้ำตาลและออกซิเจนลดลงเป็นสาเหตุให้เกิดการสะสมของของเสียในร่างกาย เช่น กรดแลคติก และคาร์บอนไดออกไซด์ ในกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งและอ่อนล้า และพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างท่าทางของศีรษะระหว่างนั่งทำงานคอมพิวเตอร์กับอาการปวดบริเวณคอ

ผลการศึกษาพบว่าระดับความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Laura Viester และคณะ (2013) ที่ศึกษาเรื่องดัชนีมวลกายสัมพันธ์กับการเกิดอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้างในกลุ่มคนทำงานพบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ที่มีน้ำหนักปกติ และผู้ที่มีน้ำหนักเกิน พบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงเกินมาตรฐานมักจะมีกล้ามเนื้อหน้าท้องที่อ่อนแอ โดยเฉพาะคนที่รูปร่างอ้วน ให้จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายเลื่อนมาด้านหน้าร่างกายจากแนวกระดูกสันหลังออกมา

ดังนั้นกล้ามเนื้อหลังต้องออกแรงดึงหน้าท้องมากขึ้น เพื่อให้ร่างกายเกิดความสมดุล สามารถทรงตัวอยู่ได้ ทำให้กล้ามเนื้อหลังต้องทำงานหนักอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง และผู้ที่มีน้ำหนักเกินมีความเสี่ยงในการเกิดอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงสร้างมากกว่าโดยเฉพาะรายครึ่งส่วนล่าง

ผลการศึกษาพบว่าระดับความเจ็บปวดมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dodda Kiran Kumar และคณะ (2014) ที่ศึกษาเรื่องการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้างในทันตแพทย์ พบว่าอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้าง ทำให้มีการลดการขนส่งสารอาหารและออกซิเจนไปที่กล้ามเนื้อ แต่การออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะช่วยในการเพิ่มการขนส่งออกซิเจนโดยเป็นการเพิ่มการไหลเวียนเลือดในเนื้อเยื่อ และการทรงท่าอยู่ในท่าทางเดิมเป็นเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการตึงตัวเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะช่วยลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการทรงท่าอยู่ในท่าทางเดิมเป็นเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการตึงตัวเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะช่วยลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ เมื่อกล้ามเนื้อเกิดความตึงตัวเป็นเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ดังนั้นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง จะทำให้เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและความทนทานของกล้ามเนื้อได้

## สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงสร้างในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมยานยนต์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงทั้งทางด้านการยศาสตร์ และ ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่ส่งเสริม

กันทำให้เกิดโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูกในพนักงาน ดังนั้นควรจะมีการป้องกันและแก้ไขปัญหาระยะก่อนลักษณะการทำงาน ให้พนักงานมีลักษณะการทำงานที่เหมาะสม และมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริม ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เพื่อนำไปสู่การเพิ่มสถานะด้านสุขภาพและความปลอดภัยที่ดีของพนักงาน

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารควรมีนโยบายในการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย เพื่อให้พนักงานมีสุขภาพที่ดี
2. หัวหน้างานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแก้ไขปัญหาระยะก่อนลักษณะการทำงาน มีการจัดหาอุปกรณ์ในการทำงานให้เหมาะสม

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1064820201022081932.pdf>
- มารยาท โยทองยศ, ผศ.ปราณีสวัสดิศิริทรัพย์. (2563). การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2564]. [http://fsh.mi.th/km/wp\\_content/uploads/2014/04/resch.pdf](http://fsh.mi.th/km/wp_content/uploads/2014/04/resch.pdf)
- สถาบันยานยนต์. (2564). ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส “โควิด-19” ต่อ อุตสาหกรรมยานยนต์ [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2564]. [https://www.thaiauto.or.th/2012/th/news/iframe\\_iframe\\_detail.asp?news\\_id=4888&news\\_lang=th&msckid=137634e0cee011ec896df4a5c10675132](https://www.thaiauto.or.th/2012/th/news/iframe_iframe_detail.asp?news_id=4888&news_lang=th&msckid=137634e0cee011ec896df4a5c10675132)
- สำนักงานประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน. (2563). สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2564] [https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files\\_storage/sso\\_th/b3f6c678a16da566be1db10d7e84af46.pdf](https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/b3f6c678a16da566be1db10d7e84af46.pdf)
- สำนักงานประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน. (2561). สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรงและรหัส ประเภทกิจการ ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2564]. [http://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files\\_storage/sso\\_th/f1e0ec65f87a8fbb108f8bb8a0ad4ee9.pdf](http://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/f1e0ec65f87a8fbb108f8bb8a0ad4ee9.pdf)
- สำนักงานประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน. (2561). สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2559 – 2563 [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files\\_storage/sso\\_th/5ebe42693bf27ca624d2a14a89f99223.pdf](https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/5ebe42693bf27ca624d2a14a89f99223.pdf)

3. หัวหน้างานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจัดการอบรมให้พนักงานตระหนักถึงความสำคัญของวิธีการทำงานที่ถูกต้องปลอดภัย

##### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด ภายในคลินิกที่ตั้งอยู่ภายในโรงงาน ซึ่งการศึกษาครั้งถัดไปน่าจะมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เช่นพนักงานทั้งโรงงาน
2. ในการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการนำเครื่องมือประเมินปัจจัยทางการยศาสตร์มาร่วมในการศึกษาเพื่อเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น แบบประเมินท่าทางร่างกายทั้งลำตัว REBA (Rapid Entire Body Assessment) และ แบบประเมินท่าทางร่างกายส่วนบน RULA (Rapid Upper Limb Assessment)



- สำนักงานประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน. (2561). สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2560 – 2561 ประเภทกิจการการผลิตชิ้นส่วนและอุปกรณ์เสริมอื่นๆสำหรับยานยนต์ [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2564]. [https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files\\_storage/sso\\_th/97951ae696533cb7ac9750b901858918.pdf](https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/97951ae696533cb7ac9750b901858918.pdf)
- Bruno AR, et al. (2010). Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *Am J Med.* 53(3): 285-323. <https://www.researchgate.net/>
- Dodda Kiran Kumar, et al. (2014). Exercise prescriptions to prevent musculoskeletal disorders in dentists. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 8(7):13-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Hamizatul Binti Mohd Fazi, et al. (2019). Risks assessment at automotive manufacturing company and ergonomic working condition. IOP Publishing. 469:1-10. <https://www.researchgate.net/>
- Kara E. Hannibal, Mark D. Bishop. (2014). Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: A psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation. American Physical Therapy Association. 94(12):1816-25. <https://www.researchgate.net/>
- Karthik Mani. (2017). Ergonomics education for office computer workers: An evidence-based strategy [Internet] [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/57980>
- Kuorinka I, et al. (1987). Standardised Nordic Questionnaires for The Analysis of Musculoskeletal Symptoms. *Applied ergonomics.* 18(3):233-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Laura Viester, et al. (2013). The relation between body mass index and musculoskeletal symptoms in the working population. *BioMed Central.* 14(238):1-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Nurhayati Mohd Nur, et al. (2014). The prevalence of work-related musculoskeletal disorders among workers performing industrial repetitive tasks in the automotive manufacturing companies. *International Conference on Industrial Engineering and Operations Management Bali.* 1:1-6. <https://www.semanticscholar.org/>
- Sue A. Ferguson, et al. (2005). Differences among outcome measures in occupational low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation.* 15(3):5940-4. <https://www.researchgate.net/>
- Wilhelmina E. Hoogendoorn, et al. (2000). Flexion and rotation of the trunk and lifting at work are risk factors for low back pain. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 25(23):3087-92. <https://www.researchgate.net/>

# Legal Problems in Managing Public Health Emergencies through a Case Study of the COVID-19 Pandemic in Thailand

Komthai Hirunsai

*LL.M., Faculty of Law, Thammasat University*

*e-mail: name\_03@hotmail.co.th*

## Original article

### Abstract

Received: 4 July 2022

Revised: 16 July 2022

Accepted: 18 July 2022

The purpose of this study was to study application of relevant laws in managing public health emergencies through a case study of the COVID-19 pandemic in Thailand as well as appropriateness of legal enforcement and monitoring actions by administrative authorities managing emergency situations. Documentary research was done with data gathered from books, articles, and electronic files in Thai and English formats. This did not include procuring vaccines.

Results were that to manage the COVID-19 pandemic in Thailand, the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548 was applied in conjunction with the Communicable Disease Act B.E. 2558, insofar as the latter law could not control the rapid widespread pandemic. As a result, problems arose concerning appropriateness of legal enforcement because the Emergency Decree was not a law. Intended to resolve epidemics by legal enforcement measures, it was not designed to address public health emergencies or apply extant laws existing in normal situations to allow the government to exercise powers in emergency situations due to provisions removing Administrative Court jurisdiction.

Therefore, Communicable Disease Act B. E. 2558 should be amended to enhance efficiency and provide legal measures to address pandemics or related public health emergencies in future.

**Keywords:** Communicable Disease Act B.E. 2558, The Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548, COVID-19 pandemic, Public health emergency

## ปัญหาทางกฎหมายในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของประเทศไทย: ศึกษากรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คมไท หิรัญสาย\*

นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อีเมล: name\_03@hotmail.co.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ: 4 ก.ค. 2565  
วันแก้ไข: 16 ก.ค. 2565  
วันตอบรับ: 18 ก.ค. 2565

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัญหาในความเหมาะสมของการใช้บังคับกฎหมายและการควบคุมตรวจสอบการกระทำของฝ่ายปกครองในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ของประเทศไทย โดยใช้วิธีการศึกษาจากการค้นคว้าเอกสาร ทั้งในรูปแบบหนังสือ บทความ และข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และศึกษากฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ มิรวมถึงกรณีการจัดซื้อวัคซีนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อดังกล่าว

ผลการศึกษาพบว่า ในการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ยังไม่สามารถจัดการกับการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด จึงได้มีการนำพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 มาใช้บังคับควบคู่กัน อย่างไรก็ตาม การใช้บังคับกฎหมายในลักษณะดังกล่าว ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับความเหมาะสมของการใช้บังคับกฎหมาย โดยมาตรการ องค์ประกอบของคณะกรรมการ เจ้าหน้าที่ผู้ใช้บังคับกฎหมาย และกลไกการดำเนินการ ไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และเห็นว่ายังคงมีกฎหมายในระบบปกติที่สามารถนำมาใช้บังคับได้ รวมทั้งมีปัญหาเรื่องการควบคุมตรวจสอบฝ่ายปกครองจากการใช้อำนาจในสถานการณ์ฉุกเฉิน

จึงมีข้อเสนอแนะ ให้มีการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพและมาตรการทางกฎหมายให้สามารถรองรับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดใหญ่ทั่วโลกหรือสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ในอนาคต

**คำสำคัญ:** พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558, พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548, โรคโควิด 19, สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

## บทนำ

เมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 นายกรัฐมนตรีได้อาศัยอำนาจตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร อันเนื่องมาจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีการกำหนดให้หน้าที่และอำนาจที่มีอยู่ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงตามกฎหมายหรือที่เป็นผู้รักษาการตามกฎหมายจำนวน 40 ฉบับ โอนมาเป็นหน้าที่และอำนาจของนายกรัฐมนตรีเป็นการชั่วคราว เพื่อให้การอนุญาต อนุมัติ สั่งการ หรือบังคับบัญชาตามกฎหมายต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นไปด้วยความรวดเร็ว และได้อาศัยอำนาจตามกฎหมายดังกล่าวเพื่อออกข้อกำหนดจำนวนหลายฉบับเพื่อกำหนดมาตรการในการสั่งการ บริหารจัดการ หรือแก้ไขสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เช่น มาตรการการปิดสถานที่ต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการติดต่อของโรค การปิดช่องทางเข้าประเทศ การห้ามกักตุนสินค้า การห้ามชุมนุม การควบคุมการเสนอข่าว หรือการห้ามออกนอกเคหสถานตามเวลาที่กำหนด เป็นต้น เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีการประกาศขยายระยะเวลาการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรออกไปอยู่หลายคราวด้วยกัน และกำหนดให้การให้ข้อกำหนด ประกาศ และคำสั่งที่นายกรัฐมนตรีกำหนดตามประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินยังคงมีผลใช้บังคับต่อไป

ทั้งนี้ ด้วยพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อการควบคุม ดูแล และขจัดปัญหาอันเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงของรัฐให้ยุติลงโดยเร็ว ซึ่งถือเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของประเทศไทยที่ได้มีการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร และเป็นครั้งแรกที่มีการประกาศใช้บังคับพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 กับการแก้ไขสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดต่อ ซึ่งเป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน

ทางด้านสาธารณสุข ประกอบกับกฎหมายดังกล่าว มีการกำหนดให้ยกเว้นการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองและกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง อันอาจส่งผลให้การใช้อำนาจของฝ่ายปกครองในขณะที่มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามกฎหมายดังกล่าวนี้ไม่สามารถควบคุมตรวจสอบจากองค์กรใด ๆ ได้

ดังนั้น จึงเป็นการสมควรที่จะศึกษาวิเคราะห์ถึงการใช้บังคับกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย ว่าการใช้บังคับกฎหมายต่าง ๆ ของประเทศไทยเพื่อบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาดังกล่าวมีความสอดคล้องเหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อดังกล่าวแล้วหรือไม่ อย่างไร และมีการควบคุมตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพียงพอแล้วหรือไม่ อย่างไร พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการใช้บังคับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทยที่เหมาะสมต่อไป

## วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการศึกษาจากการค้นคว้าเอกสารต่าง ๆ ทั้งในรูปแบบหนังสือ บทความ วารสาร วิทยานิพนธ์ และข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และศึกษากฎหมายอื่น ๆ ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับมาตรการในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย เช่น พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พระราชบัญญัติสำรวจการกักตุนโรคภัยพิบัติ พ.ศ. 2497 พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 เป็นต้น รวมทั้งกฎหมายอื่น ๆ ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับมาตรการในการบริหารจัดการและแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของสาธารณสุขฝรั่งเศสและ

ญี่ปุ่น รวมถึง ข้อกำหนด ประกาศ คำสั่ง และอนุบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

### โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 หรือ COVID-19)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (CoVs) ซึ่งสามารถก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ โดยเป็นเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ ซึ่งมีจุดเริ่มต้นการแพร่ระบาดเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยเป็นโรคที่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติต่าง ๆ ในระบบทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ กรณีร้ายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ซึ่งอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ เป็นต้น โดยเมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรสดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern หรือ PHIEC) ทั้งนี้ โรคโควิด 19 ได้มีการกลายพันธุ์ออกเป็นหลายสายพันธุ์ โดยบางสายพันธุ์สามารถทำให้การติดเชื้อโรคเกิดขึ้นได้ง่ายยิ่งกว่าเดิมหรือทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงยิ่งขึ้น โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นกลุ่มเปราะบาง คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และบุคคลที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคไตวาย เป็นต้น รวมทั้ง หญิงตั้งครรภ์ องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้มีการประกาศสายพันธุ์ที่น่ากังวล (Variants of Concern) ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามชุดตัวอักษรกรีก (Greek alphabet) ดังนี้

1. สายพันธุ์แอลฟา (Alpha) หรือ B.1.1.7 ซึ่งมีรายงานการพบครั้งแรกในสหราชอาณาจักร (United Kingdom) เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2563
2. สายพันธุ์เบต้า (Beta) หรือ B.1.351 ซึ่งมีรายงานการพบครั้งแรกในสาธารณรัฐแอฟริกาใต้ (Republic of South Africa) เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563

3. สายพันธุ์แกมมา (Gamma) หรือ P.1 ซึ่งมีรายงานการพบครั้งแรกในสหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล (Federal Republic of Brazil) เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563

4. สายพันธุ์เดลตา (Delta) หรือ B.1.617.2 ซึ่งมีรายงานการพบครั้งแรกในสาธารณรัฐอินเดีย (Republic of India) เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563

5. สายพันธุ์โอไมครอน (Omicron) หรือ B.1.1.529 ซึ่งมีรายงานการพบครั้งแรกในสาธารณรัฐบอตสวานา (Republic of Botswana) เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยสายพันธุ์โอไมครอน (Omicron) เป็นสายพันธุ์ที่มีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อโรคได้รวดเร็วและกว้างขวางอย่างยิ่ง จึงเป็นสายพันธุ์ที่มีแนวโน้มที่จะเข้าแทนที่การแพร่ระบาดของสายพันธุ์อื่น ๆ ได้ในที่สุด

ในส่วนของมาตรการป้องกันและควบคุมโรค องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกคำแนะนำให้มีการนำมาตรการทางสังคมประกอบกับมาตรการทางสาธารณสุขมาใช้ร่วมกัน เช่น การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในกรณีที่ไม่สามารถรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลได้ การรักษาสถานที่หรือห้องให้อากาศสามารถถ่ายเทได้ดี การหลีกเลี่ยงการรวมตัวกันของบุคคลหรือการสัมผัสใกล้ชิด หรือการล้างมือเป็นประจำ เป็นต้น รวมทั้ง การฉีดวัคซีนที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันตนเองและผู้อื่นจากการติดเชื้อโรคโควิด 19

### มาตรการทางกฎหมายในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของต่างประเทศ

#### ประเทศสาธารณรัฐฝรั่งเศส

สาธารณรัฐฝรั่งเศสได้มีการใช้บังคับประมวลกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (Code de la santé publique) ควบคู่กับการออกรัฐบัญญัติเลขที่ 2020-290 ว่าด้วยสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อรับมือกับโรคโควิด 19 โดยเป็นการกำหนดมาตรการทางกฎหมายรูปแบบใหม่และถูกสร้างขึ้นเป็นครั้งแรกเพื่อรับมือกับโรคระบาดหรือภัยพิบัติทางสาธารณสุขในสาธารณรัฐฝรั่งเศส

โดยเฉพาะ ด้วยวิธีการปรับปรุงแก้ไขและกำหนด เรื่อง สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ลงในประมวลกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ทั้งนี้ การกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันและรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 โดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายว่าด้วย สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขดังกล่าวประกอบกับ กฎหมายลำดับรองอื่น ๆ ทำให้สาธารณรัฐฝรั่งเศสมี มาตรการเพื่อใช้บังคับสำหรับการป้องกันและรับมือกับ การระบาดของโรคโควิด 19 หลายประการ เช่น มาตรการห้ามออกจากบ้าน มาตรการปิดสถาน ประกอบการ หรือมาตรการห้ามชุมนุม เป็นต้น การที่ สาธารณรัฐฝรั่งเศสได้สร้างระบบสถานการณ์ฉุกเฉินด้าน สาธารณสุขขึ้นใหม่ โดยแยกออกจากระบบสถานการณ์ ฉุกเฉินเดิมที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับภัยความมั่นคงของชาติ หรือภาวะสงคราม ทำให้ระบบกฎหมายว่าด้วย สถานการณ์ฉุกเฉินของสาธารณรัฐฝรั่งเศสมีความชัดเจน และเป็นการจำกัดดุลพินิจของฝ่ายปกครองในการ เลือกลงใช้มาตรการทางกฎหมายในภาวะฉุกเฉินมิให้เป็นไป ด้วยความอำเภอใจ หากเกิดกรณีที่มีสถานการณ์ฉุกเฉิน ด้านอื่น ๆ ในอนาคต

### ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นได้มีการใช้บังคับพระราชบัญญัติ กักกัน พ.ศ. 2494 และพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ และการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ พ.ศ. 2541 ควบคู่กับ พระราชบัญญัติว่าด้วยมาตรการพิเศษสำหรับใช้ห้วง ใหญ่สายพันธุ์ใหม่ พ.ศ. 2555 ซึ่งเป็นกฎหมายของญี่ปุ่น ที่กำหนดให้ใช้มาตรการพิเศษเพื่อใช้ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในญี่ปุ่นได้ โดยให้อำนาจแก่หัวหน้าสำนักงานมาตรการรับมือ แห่งชาติหรือนายกรัฐมนตรี ในการประกาศสถานการณ์ ฉุกเฉินเพื่อกำหนดพื้นที่และระยะเวลาของการประกาศ สถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งจะมีผลใช้บังคับได้ไม่เกินสองปี และสามารถขยายได้สูงสุดไม่เกินหนึ่งปีต่อสาธารณะ และต้องมีการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้รัฐสภา รับทราบ โดยผู้มีหน้าที่และอำนาจตามกฎหมายสามารถ กำหนดมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อต่าง

ๆ ได้ เช่น มาตรการจัดตั้งกองกำลังเฉพาะกิจ (มาตรา 15) มาตรการจัดหาฉีดวัคซีนเพื่อฉีดให้กับแพทย์และ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (มาตรา 28) มาตรการกำหนด มาตรการกักกันที่สนามบินหรือท่าเรือ (มาตรา 29) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวเป็นเพียงมาตรการขอ ความร่วมมือจากประชาชนเท่านั้น ซึ่งมิได้มีบทลงโทษ สำหรับผู้ที่ฝ่าฝืนมาตรการดังกล่าว จึงกล่าวได้ว่าการ บริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณี การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของญี่ปุ่น มีลักษณะ มุ่งเน้นการใช้แรงกดดันทางสังคมแทนการลงโทษด้วย กฎหมาย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ซึ่งกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพ ของประชาชนน้อยกว่าการบังคับใช้มาตรการทาง กฎหมายที่รุนแรงและเข้มงวด

### มาตรการทางกฎหมายในการบริหารจัดการ สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการแพร่ ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย

นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของ คณะรัฐมนตรี ได้มีการอาศัยอำนาจตามมาตรา 9 แห่ง พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ ทั่วราชอาณาจักร เมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 และได้มีการออกข้อกำหนด ประกาศ และคำสั่งต่าง ๆ เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไป ดำเนินการแก้ไขสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรค โควิด 19 และกำหนดมาตรการที่พระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ไม่สามารถกำหนดในลักษณะ เช่นนั้นได้ เช่น การสั่งห้ามบุคคลออกนอกเคหสถานใน เวลาที่กำหนด (Curfew) การห้ามมิให้มีการชุมนุมหรือ มั่วสุมกัน ณ ที่ใด ๆ หรือการห้ามการเสนอข่าว การ จำหน่าย หรือทำให้แพร่หลาย ซึ่งหนังสือ สิ่งพิมพ์ หรือ สื่ออื่นใดที่มีข้อความอันอาจทำให้ประชาชนเกิดความ หวาดกลัวหรือเจตนาบิดเบือนข้อมูลข่าวสารทำให้เกิด ความเข้าใจผิด เป็นต้น รวมถึงการแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน ตลอดจนการจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการด้านต่าง ๆ เพื่อให้มีหน้าที่และ

อำนาจในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉิน กรณีโรคโควิด 19 ในส่วนที่ศูนย์ปฏิบัติการด้านนั้น รับผิดชอบ และร่วมกัน กำหนดแผนการดำเนินงาน แผนปฏิบัติการ แนวทาง ปฏิบัติ และมาตรการเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไป บูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ควบคู่กับการใช้บังคับ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

### ปัญหาและอุปสรรคในการใช้บังคับพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้อาศัยอำนาจตามมาตรา 6 (1) แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกาศชื่อของโรคนี้ว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))” โดยประกาศกำหนดให้เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ทั้งนี้ ตามที่คณะรัฐมนตรีของประเทศไทยได้มีมติเห็นชอบและรับรองในการดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2550 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จึงได้มีการกำหนดโครงสร้าง กลไก และมาตรการทางกฎหมายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อให้มีความสอดคล้องกับกฎหมายระหว่างประเทศ โดยการกำหนดให้มีคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ (มาตรา 11) คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด (มาตรา 20) และคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร (มาตรา 26) เพื่อกำหนดนโยบาย แนวทาง วิธีการ และกำกับการทำงานในภาพรวมทั้ง สร้างความเชื่อมโยงการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่าง ๆ เพื่อทำเชื่อมโยงผู้มีหน้าที่และอำนาจตามกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อหรือเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ เป็นผู้พิจารณาใช้อำนาจเพื่อดำเนินมาตรการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อตามที่กฎหมายฉบับนี้กำหนด ทั้งกรณีโรคติดต่อที่เกิดหรืออาจเกิดขึ้นภายในประเทศและ

โรคติดต่อที่เกิดขึ้นจากเขตพรมแดนระหว่างประเทศ (มาตรา 34 - 45) อย่างไรก็ตาม มาตรการ ระบบ และกลไก ตามกฎหมายดังกล่าวเพียงอย่างเดียว ยังไม่สามารถรองรับกับการแพร่ระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ซึ่งเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขาดบทบัญญัติที่ให้อำนาจในการออกกฎให้บุคคลในลักษณะที่เป็นการทั่วไป เพื่อปฏิบัติตาม มาตรการป้องกันโรค เช่น การให้เว้นระยะห่าง หรือการให้ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2. ขาดบทบัญญัติที่เกี่ยวกับการเข้าถึงหรือเปิดเผยหรือนำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคโควิด 19 ไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค

3. ขาดบทบัญญัติที่กำหนดให้ผู้ที่เป็โรคโควิด 19 ต้องแจ้งข้อมูลต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

4. เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อจะดำเนินการหรือออกคำสั่งได้ จะต้องมีการสอบสวนโรคก่อน

5. ขาดบทกำหนดโทษกรณีที่มีบุคคลปกปิดข้อมูลหรือแจ้งข้อมูลที่เป็นเท็จกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งรัฐและเอกชน เช่น ประวัติการเดินทาง หรืออาการของตนเอง เป็นต้น

6. ขาดวิธีการหรือขั้นตอนการดำเนินคดีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรการป้องกันควบคุมโรคกรณีผู้ที่เป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฝ่าฝืนคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ

7. ขาดบทบัญญัติที่กำหนดให้ผู้เดินทางที่มาจากท้องที่ที่พบผู้ที่เป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคโควิด 19 ยื่นเอกสารหรือหลักฐานต่อที่จำเป็นต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

8. ขาดกลไกหรือระบบในการติดตาม ควบคุม ผู้ที่ถูกสั่งให้แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต

9. บทกำหนดโทษไม่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคที่มีการแพร่ระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic)

10. องค์ประกอบของคณะกรรมการต่าง ๆ มีความไม่เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค

โควิด 19 ซึ่งเป็นโรคที่มีการแพร่ระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic)

11. ขาดบทบัญญัติที่กำหนดให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครสามารถออกกฎหรือคำสั่งกับบุคคลทั่วไปให้ดำเนินการใด ๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ

12. การใช้อำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครขาดความเป็นเอกภาพ

13. ขาดบทบัญญัติที่กำหนดให้สามารถสั่งการหรือมอบหมายหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคร่วมกันได้อย่างเป็นเอกภาพและทันทั่วถึง

14. กลไกในการประกาศเขตติดโรคซึ่งเป็นการยกระดับมาตรการป้องกันโรคอาจก่อให้เกิดผลกระทบกับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

กล่าวได้ว่า พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพียงเพื่อบริหารจัดการและรองรับกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่เป็นวงแคบหรือมีปริมาณผู้ติดเชื้อโรคเป็นกลุ่มก้อนจำนวนไม่มากภายใต้หน้าที่และอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวเท่านั้น จึงมิได้มีมาตรการ ระบบ และกลไกที่รองรับหรือครอบคลุมไปถึงกรณีที่เกิดสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ที่มีความจำเป็นต้องบูรณาการการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานของรัฐร่วมกันหลายหน่วยงาน เพื่อให้สถานการณ์ฉุกเฉินดังกล่าวยุติลงโดยเร็ว

**ปัญหาพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 มิได้เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อการแก้ไขปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ**

ผู้ศึกษาเห็นว่า พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 มิได้เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์หรือออกแบบมาเพื่อนำมาใช้บังคับกับการแก้ไขปัญหากรณีการแพร่ระบาดของ

โรคติดต่อ ด้วยไม่ปรากฏให้เห็นถึงอำนาจในการกำหนดมาตรการทางด้านสาธารณสุขสำหรับการป้องกันหรือควบคุมโรคติดต่อแต่อย่างใด เช่น มาตรการในการรักษาความสะอาดหรือแก้ไขปรับปรุงการสุขาภิบาลให้ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น รวมทั้ง องค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินและเจ้าหน้าที่ผู้ใช้บังคับกฎหมายตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ได้มุ่งเน้นไปที่หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางทหารซึ่งมิได้เป็นบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญหรือความชำนาญทางการแพทย์ การสาธารณสุข หรือวิชาการด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เช่น การสอบสวนโรคหรือการกำหนดมาตรการทางสาธารณสุข เป็นต้น อีกทั้งกลไกการดำเนินการตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ได้มุ่งเน้นไปที่การรวมอำนาจในการสั่งการไว้ที่ส่วนกลางแต่เพียงอย่างเดียว จึงมีความไม่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่ต้องการความรวดเร็วในการดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมมิให้เชื้อโรคแพร่ระบาดออกไปเป็นวงกว้าง

**ปัญหามาตรการในการแก้ไขปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่ใช้บังคับในระหว่างการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน**

ผู้ศึกษาเห็นว่า มาตรการที่ออกภายใต้อำนาจของพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เพื่อบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย ตามที่นายกรัฐมนตรีได้มีการอาศัยอำนาจตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เพื่อออกข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และจัดตั้งคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ซึ่งได้มีการออกข้อกำหนด คำสั่ง หรือมาตรการสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 จำนวนมากนั้น เป็นมาตรการที่ฝ่ายบริหารสามารถอาศัยฐาน



อำนาจตามกฎหมายที่มีอยู่ในระบบปกติมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกำหนดมาตรการในลักษณะเช่นเดียวกัน และนำมาใช้บังคับเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอแล้ว เช่น มาตรการปิดสถานที่เสี่ยงและมาตรการกักกันตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มาตรการห้ามกักตุนสินค้า ตามพระราชบัญญัติสำรวจการกักตุนโภคภัณฑ์ พ.ศ. 2497 หรือมาตรการห้ามเสนอข่าวอันไม่เป็นความจริง ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 เป็นต้น การนำกฎหมายดังกล่าวซึ่งผ่านการพิจารณาของฝ่ายนิติบัญญัติแล้วมาใช้บังคับนั้น ย่อมมีความสอดคล้องกับหลักการแบ่งแยกอำนาจ เนื่องจากการใช้อำนาจเพื่อกำหนดมาตรการหรือการกระทำใด ๆ ของฝ่ายปกครอง จะขัดหรือแย้งกับกฎหมายที่ฝ่ายนิติบัญญัติกำหนดมิได้ ฝ่ายปกครองต้องกระทำการให้ชอบด้วยกฎหมาย ตามหลักความผูกพันต่อกฎหมายของฝ่ายปกครองและหลักความชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งจะเป็นการตรวจสอบถ่วงดุลการใช้อำนาจของฝ่ายบริหารมิให้ละเมิดหรือกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเกินสมควร หรือในกรณีที่ข้อเท็จจริงปรากฏว่ากฎหมายที่มีอยู่ในระบบปกติดังกล่าว ไม่สามารถนำมาใช้บังคับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ พันต่อสถานการณ์ หรืออาจส่งผลให้เกิดอุปสรรคในทางปฏิบัติ ฝ่ายบริหารก็สามารถออกกฎหมายฉบับใหม่เพื่อสร้างมาตรการที่จำเป็นและนำมาใช้เป็นการเฉพาะได้ โดยอาศัยกลไกตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 กำหนด ตามความในมาตรา 172 ด้วยวิธีการตราเป็นพระราชกำหนด เพื่อแก้ไขกฎหมายที่มีอยู่ในระบบปกติให้มีประสิทธิภาพต่อไป โดยไม่มีความจำเป็นต้องประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 แต่อย่างใด

### **ปัญหาในการควบคุมตรวจสอบการกระทำของฝ่ายปกครองจากการใช้อำนาจในสถานการณ์ฉุกเฉิน**

ผู้ศึกษาเห็นว่า การนำพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็น

กฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับมาตรการที่กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอย่างร้ายแรง มาใช้บังคับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของประเทศไทย ฝ่ายปกครองได้มีการกำหนดมาตรการบางประการ โดยมีได้ปรากฏว่ามีการแสดงเหตุผล ความจำเป็น หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของมาตรการดังกล่าวในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อว่ามีผลสำเร็จเพียงใด จึงอาจส่งผลให้เป็นการใช้อำนาจที่กระทบหรือจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเกินสมควรแก่กรณี หรือละเมิดหรือกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนอย่างร้ายแรง รวมทั้ง สร้างผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก การท่องเที่ยว และระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยเป็นวงกว้างได้ อีกทั้ง ยังมีปัญหาเรื่องการควบคุมตรวจสอบการกระทำของฝ่ายปกครองจากการใช้อำนาจในสถานการณ์ฉุกเฉิน เนื่องจากตามความในมาตรา 16 และ 17 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ได้กำหนดมิให้นำพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 และพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 มาใช้บังคับกับข้อกำหนด ประกาศ คำสั่ง หรือการกระทำต่าง ๆ ภายใต้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 รวมทั้ง กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่และผู้มีอำนาจหน้าที่เช่นเดียวกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ไม่ต้องรับผิดชอบทั้งทางแพ่ง ทางอาญา หรือทางวินัย เว้นแต่ผู้ที่ถูกกระทบสิทธิจากการใช้อำนาจตามกฎหมายดังกล่าว สามารถพิสูจน์ได้ว่าการกระทำของพนักงานเจ้าหน้าที่นั้น เป็นการกระทำที่ไม่สุจริต เลี่ยงปฏิบัติ และเกินสมควรแก่เหตุหรือเกินกว่ากรณีจำเป็น ซึ่งส่งผลให้ศาลยุติธรรมต้องเป็นผู้ควบคุมตรวจสอบและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพให้แก่ประชาชนจากการใช้อำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ในสถานการณ์ฉุกเฉินว่ามีการกระทำหรือการใช้อำนาจที่มีชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ อย่างไร เพื่อประกันสิทธิขั้นพื้นฐานและคุ้มครองสิทธิในทางศาลให้แก่ประชาชนแทนศาลปกครอง อย่างไรก็ตาม การที่บทบัญญัติดังกล่าวได้ตัดอำนาจในการพิจารณาพิพากษาคดีของศาลปกครองที่มีอำนาจในการพิจารณาคดีที่มีข้อพิพาททางกฎหมาย

ปกครองระหว่างเอกชนกับหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวกับการกระทำหรือการละเว้นการกระทำของหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการออกกฎหรือคำสั่งทางปกครอง หรือการกระทำละเมิดในทางปกครอง อันเป็นเรื่องของกฎหมายมหาชนโดยเฉพาะ และมีระบบการพิจารณาและพิพากษาคดีพิเศษแตกต่างจากคดีปกติทั่วไป เนื่องจากศาลปกครองใช้ระบบไต่สวนเพื่อหาข้อเท็จจริง อีกทั้ง ผลแห่งคำพิพากษาอาจส่งผลกระทบต่อการบริหารราชการแผ่นดินได้ จึงจำเป็นต้องใช้ตุลาการที่มีความเชี่ยวชาญเป็นการเฉพาะ ดังนั้น การให้ศาลยุติธรรมเป็นผู้ควบคุมตรวจสอบการกระทำของฝ่ายปกครองจากการใช้อำนาจในสถานการณ์ฉุกเฉินแทนศาลปกครอง จึงไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ที่ต้องการให้ศาลปกครองมีอำนาจพิจารณาพิพากษาคดีต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการใช้อำนาจทางปกครองตามกฎหมายหรือเนื่องมาจากการดำเนินกิจการทางปกครอง และส่งผลให้การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนจากการใช้อำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ไม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

### สรุปและข้อเสนอแนะ

การนำพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ที่เป็นกฎหมายว่าด้วยการรักษาความมั่นคงของรัฐ มาใช้บังคับกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่เป็นภัยทางด้านสาธารณสุข ซึ่งมีได้ถูกออกแบบมาเพื่อการแก้ไขปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ย่อมส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนและแน่นอนในการใช้บังคับกฎหมายกับภัยฉุกเฉินอันตรายอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต รวมทั้ง การใช้บังคับพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เพื่อกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปรากฏว่ายังคงมีมาตรการทางกฎหมายอื่น ๆ ที่สามารถนำมาใช้บังคับเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ โดยกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนน้อยกว่า อีก

ทั้ง ด้วยพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติยกเว้นอำนาจในการพิจารณาตีของศาลปกครอง ซึ่งส่งผลให้ศาลปกครองไม่สามารถเข้าควบคุมและตรวจสอบการใช้อำนาจของฝ่ายบริหารในระหว่างการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันก่อให้เกิดเป็นปัญหาทางกฎหมายตามประเด็นที่กล่าวไปข้างต้น

เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันหรือสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป จึงมีข้อเสนอแนะ เห็นควรให้ฝ่ายบริหารดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันในมีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และทันต่อสถานการณ์ของโรคติดต่อในปัจจุบันหรือที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต เช่น แก้ไขเพิ่มเติมให้อธิบดีกรมควบคุมโรคโดยคำแนะนำของคณะกรรมการด้านวิชาการ มีหน้าที่ในการประกาศชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาด รวมทั้งกำหนดให้อธิบดีกรมควบคุมโรคมีหน้าที่และอำนาจในการประกาศสถานที่ที่มีโรคระบาด และประกาศยกเลิก เปลี่ยนแปลง หรือแก้ไข เมื่อมีเหตุอันสมควร และแก้ไขหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการด้านวิชาการให้สอดคล้องกัน เพื่อให้การประกาศชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อต่าง ๆ เกิดความรวดเร็วยิ่งขึ้น (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 9 และมาตรา 16 วรรคสอง (2)) แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติให้เหมาะสม โดยประกอบด้วย ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ปลัดกระทรวงคมนาคม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ อธิบดีกรมปศุสัตว์ อธิบดีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย อธิบดีกรมวิทย์ฯ ศาสตราจารย์แพทย์ อธิบดีกรมส่งเสริม

การปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมอุทยานแห่งชาติสัตว์ป่าและพันธุ์พืช และปลัดกรุงเทพมหานคร (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 11 (2)) แก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติเกี่ยวกับการแยกกัก กักกันหรือคุมไว้สังเกต เพื่อกำหนดสถานที่ที่จะดำเนินการดังกล่าวให้มีความชัดเจน และปรับปรุงบทบัญญัติเกี่ยวกับการเข้าไปหรือออกจากที่เอิกเทคให้มีความเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินการป้องกัน ระวัง ควบคุมหรือขจัดโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพและเป็นไปในมาตรฐานเดียวกันกับการดำเนินการในกรณีที่เกิดโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 34 (1) มาตรา 40 (3) และ (4) และยกเลิกมาตรา 34 (7)) หรือแก้ไขเพิ่มเติมขั้นตอนในการสอบสวนโรค และกำหนดค่าใช้จ่ายในการแยกกัก กักกัน คุมไว้ สังเกต หรือรับการรักษาเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติมีอำนาจในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการดำเนินการหรือการสั่งการของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในกรณีที่เกิดโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด และการสอบสวนโรค เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวสามารถกระทำได้รวดเร็วและมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 34 วรรคสองและวรรคสาม และเพิ่มมาตรา 34 วรรคสี่) เป็นต้น ทั้งนี้ โดยใช้วิธีการจัดทำเป็นร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 133 ถึงมาตรา 148 หรือในกรณีฉุกเฉินที่มีความจำเป็นรีบด่วนอันมิอาจจะหลีกเลี่ยงได้ เห็นควรให้ฝ่ายบริหารดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยวิธีการตราเป็นพระราชกำหนด ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 172 เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคกรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หรือการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออื่น ๆ ในอนาคตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

และเห็นควรให้มีการกำหนดแยกระบบและกลไกในการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขออกจากระบบสถานการณ์ฉุกเฉินปกติที่เป็นเรื่องความมั่นคงของชาติให้ชัดเจน ซึ่งจะส่งผลให้ฝ่ายบริหารสามารถพิจารณาเลือกใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาในกรณีที่เกิดสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสมตามประเภทของภัยพิบัตินั้นในอนาคต โดยเห็นควรให้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติมีอำนาจในการพิจารณาประกาศให้โรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดใด เป็น “โรคติดต่ออันตรายร้ายแรง” กรณีมีโรคดังกล่าวเกิดขึ้นแพร่หลายหรืออาจแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้ง่ายหรือมีภาวะของการเกิดโรคผิดปกติมากกว่าที่เคยเป็นมาจนเป็นอันตรายหรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของมนุษย์อย่างกว้างขวาง และเมื่อคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ประกาศให้โรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดใดเป็น “โรคติดต่ออันตรายร้ายแรง” แล้ว จึงให้นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีมีอำนาจประกาศ “สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข” บังคับใช้ทั่วราชอาณาจักรหรือในบางเขตบางท้องที่เห็นสมควร เพื่อใช้บังคับและกำหนดมาตรการพิเศษในการป้องกันควบคุม ระวังยับยั้ง ฟื้นฟู หรือช่วยเหลือประชาชนให้ เป็นไปด้วยความรวดเร็วและในแนวทางเดียวกัน ดังนี้

(1) เสนอแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคติดต่ออันตรายร้ายแรงต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อให้ความเห็นชอบ โดยในแผนปฏิบัติการดังกล่าวต้องกำหนดหน่วยงานของรัฐที่ต้องปฏิบัติหรือรับผิดชอบในการกิจให้ชัดเจน

(2) กำหนดหลักเกณฑ์การอนุญาตให้คนต่างด้าวเข้ามาหรือออกไปนอกราชอาณาจักร

(3) กำหนดหลักเกณฑ์ในการเดินทางและการตรวจสอบการเดินทางของบุคคล รวมถึงการตรวจสถานที่และพาหนะ

(4) เสนอมาตรการต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับการช่วยเหลือบุคคลที่เป็นโรคติดต่ออันตรายร้ายแรงหรือได้รับผลกระทบจากการแพร่ของโรค และมาตรการการจ่ายค่าชดเชย

ค่าทดแทน ค่าตอบแทน หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็น

(5) กำหนดมาตรการการจัดการจัดการเกี่ยวกับสถานที่ ทรัพย์สิน การประกอบอาชีพ การชุมนุม การทำกิจกรรม และมาตรการอื่นใดที่จำเป็นเพื่อให้บุคคลต้องปฏิบัติ

(6) กำหนดให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม สถานพยาบาลชั่วคราว เพื่อประโยชน์ในการรับการตรวจในทางแพทย์ แยกกัก กักกัน คุมไว้สังเกต คัดกรอง ฝ้าระวัง รอกการวินิจฉัยโรค หรือรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

(7) เสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณามีมติให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม ดำเนินการ หรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย การพัฒนา การถ่ายทอดเทคโนโลยี หรือการผลิตของบุคคลทั้งในประเทศหรือต่างประเทศ เพื่อให้ได้มาซึ่งยา วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือสิ่งอื่นใดอันจะเป็นประโยชน์ในการป้องกัน ควบคุม ระวัง หรือรักษาโรค

รวมทั้ง เห็นควรให้ฝ่ายบริหารพิจารณาการใช้บังคับมาตรการทางสังคมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ก่อนการใช้บังคับมาตรการทางกฎหมายตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ที่มีความรุนแรง เข้มงวด และกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชน เช่น การสร้างความรู้ความเข้าใจหรือประชาสัมพันธ์หรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อให้แก่ประชาชน เป็นต้น

อย่างไรก็ดี ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อบังคับให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อแล้ว ฝ่ายบริหารต้องกำหนดมาตรการทางกฎหมายเท่าที่จำเป็นและสอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพการณ์ โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตหรือสร้างภาระให้แก่ประชาชนเกินสมควร อีกทั้ง ฝ่ายปกครองต้องพิจารณาถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออื่น ๆ เช่น พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาใช้บังคับในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เช่นกัน กล่าวคือ ฝ่ายปกครองต้องพิจารณาใช้บังคับกฎหมายที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีมาตรการซึ่งกระทบต่อสิทธิหรือเสรีภาพของประชาชนน้อยที่สุดก่อนการพิจารณานำมาตรการทางกฎหมายอื่น ๆ ที่มีความรุนแรงและกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนอย่างมากมาใช้บังคับ และต้องกระทำไปเพียงเท่าที่จำเป็นและได้สัดส่วนกับประโยชน์สาธารณะที่ประชาชนจะได้รับ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับหลักความพอสมควรแก่เหตุ รวมทั้งเพื่อเป็นการป้องกันมิให้ฝ่ายปกครองใช้อำนาจตามอำเภอใจ เกินขอบเขต นอกเหนือหน้าที่และอำนาจ หรือละเมิดต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเกินสมควรแก่กรณี

## เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2548). *พระราชกำหนดการบริหารราชการใน*

*สถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 : พร้อมทั้งสรุปสาระสำคัญ ประวัติ ความเป็นมา กระบวนการ และขั้นตอนในการอนุมัติพระราชกำหนดดังกล่าวของรัฐสภา*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. (2564). *หลักพื้นฐานกฎหมายมหาชน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : วิญญูชน.

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. (2564). *เรื่องนำรัฐของโรค Covid-19*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

ณัฐวุฒิ คล้ายขำ. (2563). *รับมือโควิดในฝรั่งเศส : สร้างระบบกฎหมายขึ้นใหม่ “สถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข” ไม่ปนกับการทหาร*. 15 ตุลาคม 2564. <https://www.ilaw.or.th/node/5619>.

ทรงศักดิ์ รักศักดิ์สกุล, 'การควบคุมฝ่ายปกครองในสถานการณ์ฉุกเฉิน' (วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2549) 98-110.

ราชกิจจานุเบกษา. (2548). พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. เล่มที่ 122 ตอนที่ 58 ก. 15 ตุลาคม 2548. <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2548/00166932.PDF>.

ราชกิจจานุเบกษา. (2558). พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. เล่มที่ 132 ตอนที่ 86 ก. 15 ตุลาคม 2564. <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2558/A/086/26.PDF>.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2563). *กฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005)*. พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี : กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.

แสงทอง จันทร์เชิด. (2563). *จะไม่รอให้เกิดพายุ : กรมควบคุมโรคและภาคี ท่ามกลางวิกฤติโควิด*. 19 พ.ศ. 2562 - 2563 เล่ม 1. นนทบุรี : กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค.

สุพิศ ปราณิตพลกรัง, สุพิชญา ประณีตพลกรัง. (2563). *คู่มือกฎหมายเกี่ยวกับโรคโควิด (COVID-19)*. กรุงเทพฯ : นิติธรรม. อัญชณา ประศาสนวิทย์. (2558). *ความรู้เกี่ยวกับช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.

Akiko Ejima. (2563). Japan's Soft State of Emergency: Social Pressure Instead of Legal Penalty. 22 มกราคม 2565. <https://verfassungsblog.de/japans-soft-state-of-emergency-social-pressure-instead-of-legal-penalty>.

Sébastien Platon. (2563). From One State of Emergency to Another – Emergency Powers in France. 22 มกราคม 2565. <https://verfassungsblog.de/from-one-state-of-emergency-to-another-emergency-powers-in-france>.

TIME. (2020). World Health Organization Declares COVID-19 a 'Pandemic.' Here's What That Means. 22 มกราคม 2565. <https://time.com/5791661/who-coronavirus-pandemic-declaration/>.

World Health Organization. (2020). Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. 22 มกราคม 2565. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).

World Health Organization. (2021). Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted? 22 มกราคม 2565. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>.

# The factor that affects the diagnosis of an incorrectly incised wound in the clinical forensic division, Surin hospital

Suttinee Tattiyakul\*

*\*M.D., Diploma Thai Board of Forensic Medicine, LL.B.*

*\*\*Surin Hospital, Surin Province, Thailand, 32000. E-mail address: suttinee@cpird.in.th*

## Original article

Received: 21 June 2022

Revised: 5 July 2022

Accepted: 24 July 2022

### Abstract

Diagnosis type of open wounds such as a laceration or incised wound can refer to the object that made the wound. It's essential in the trial. To determine the factor that affects the diagnosis of an incorrectly incised wound. The research with a retrospective cohort design was conducted by medical records review of the patients who were physical assault by a sharp object and was incised wounds at Surin Hospital from July 2017 to February 2022. Used multivariable logistic regression to investigate the significant factor that affects the diagnosis of an incorrectly incised wound.

A total of 254 patients were physical assault by a sharp object and were incised wounds. 179 cases (70.5%) were incorrectly diagnosed as laceration wounds. The mean age of victims was 34.5 (+ 14.17) years and mostly male (89%). The factor that significant effect incorrectly incised wounds were other types of the wound found (OR 1.88, 95%CI 1.06-3.31), the wound aged more than 1 hr. (OR 1.87, 95%CI 1.06-3.29). Especially incorrectly diagnosed incised wound from the first hospital (OR 12.22, 95%CI 2.04-73.19) and the wound that was sutured (OR 11.82, 95%CI 1.56-89.75) increases the risk of incorrectly diagnosed incised wounds significantly. Patient history about the object used is important for wound examination. The especially sutured wound should be aware that it is an incised wound, not a laceration.

**Keywords** : open wound, incised wound, type of wound, forensic, clinical forensic

## ปัจจัยที่มีผลต่อการระบุบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติบาดแผลที่กระทำในผู้ป่วยคดีแพ่งนิติเวช โรงพยาบาลสุรินทร์

ศุทธิณี ทัตติยกุล\*

\* พ.บ., ว.ว. สาขานิติเวชศาสตร์, น.บ.

\*\*แผนกนิติเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000. E-mail : [suttinee@cpird.in.th](mailto:suttinee@cpird.in.th)

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 21 มิ.ย.2565  
วันแก้ไข 5 ก.ค. 2565  
วันตอบรับ 24 ก.ค.2565

การระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดให้ถูกต้อง สามารถบอกชนิดบาดแผลที่ทำให้เกิดบาดแผลได้ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการพิจารณาคดี เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบุบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติบาดแผลที่กระทำ ในผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติชัดเจนว่าเกิดจากบาดแผลของแข็ง มีคมและพบบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (incised wound) แผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ศึกษาแบบ retrospective cohort design วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยด้วยสถิติ Multivariable logistic regression

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ 254 ราย ร้อยละ 89 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 34.5 ( $\pm$  14.17) ปี กลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติบาดแผลที่กระทำมี 179 ราย (ร้อยละ 70.5) ปัจจัยที่มีผลให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติบาดแผลที่กระทำ ได้แก่ การมีบาดแผลประเภทอื่นร่วมด้วย (OR 1.88, 95% CI 1.06-3.31) บาดแผลที่เกิดก่อนมาตรวจมากกว่า 1 ชม. (OR 1.87, 95% CI 1.06-3.29) บาดแผลที่ผ่านการเย็บมาก่อน เพิ่มโอกาสให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติบาดแผลที่กระทำมากถึง 11.82 เท่า (95% CI 1.56-89.75) การระบุชนิดบาดแผลจากสถานพยาบาลแรกที่ไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบมีผลให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติบาดแผลที่กระทำ 12.22 เท่า (95% CI 2.04-73.19)

**คำสำคัญ** : บาดแผลฉีกขาด, บาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ, ระบุชนิดบาดแผล, นิติเวช, นิติเวชคลินิก

## บทนำ

นิติเวชคลินิกเป็นสาขาวิชาหนึ่งของนิติเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นการตรวจร่างกายและการให้ความเห็นทางการแพทย์เพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการดำเนินคดีและพิจารณาพิพากษาของศาล (อภิชัย แผลงศร, ม.ม.ป.) โดยมีการตรวจชันสูตรบาดแผล การบาดเจ็บ สารพิษ สารเคมีหรือยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่ต้องใช้ความเห็นเกี่ยวเนื่องกับอาการเจ็บป่วยไปใช้ทางกฎหมาย และรวมถึงการตรวจทางนิติวิทยาศาสตร์ของผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาต้องพิสูจน์ (นิติกร โปริสวานิชย์, 2557) ผู้ป่วยของนิติเวชคลินิก เรียกว่าผู้ป่วยคดี ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ตำรวจหรือศาลส่งตัวมาเพื่อตรวจชันสูตร ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการกระทำของผู้อื่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่อาจเกี่ยวข้องกับคดี และผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเป็นคดีขึ้นภายหลัง (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2563) ดังนั้นในการทำงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการตรวจร่างกายผู้ป่วย จึงมีโอกาสรายงานทางการแพทย์ซึ่งเป็นงานนิติเวชคลินิกเพื่อใช้ในการดำเนินการทางกฎหมายได้

จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่ามีผู้ป่วยคดีทำร้ายร่างกายเฉลี่ยมากถึงปีละ 600 ราย โดยร้อยละ 33 มีการออกรายงานชันสูตรบาดแผลเพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินคดี โดยอาวุธที่ใช้ในคดีทำร้ายร่างกายมากที่สุดคือ วัตถุของแข็งไม่มีคม รองลงมาเป็นวัตถุของแข็งมีคม และอาวุธปืน ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายด้วยวัตถุของแข็งมีคมเฉลี่ยมีมากถึงปีละ 60 ราย ดังนั้นการตรวจร่างกายและบันทึกในเวชระเบียนจึงมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินคดี ซึ่งตามหลักกฎหมายไทยพิจารณาความผิดและโทษจากการ

ทำร้ายร่างกาย ขึ้นกับความรุนแรงที่เป็นผลจากการทำร้ายว่ามากน้อยเพียงใดเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังมีประเด็นการตรวจชันสูตรที่อาจต้องระบุนความเห็นว่าการบาดเจ็บหรือบาดแผลที่ตรวจพบนั้นเกิดจากวัตถุชนิดใดมากที่สุด ซึ่งแพทย์ที่เป็นผู้ตรวจต้องให้ความเห็นดังกล่าว (วิจารณ์ วชิรวงศากร และ ศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณ์, 2557) ดังนั้นเพื่อให้การตรวจชันสูตรเป็นประโยชน์ในการพิจารณาคดีและเพื่อความยุติธรรมแก่ผู้ป่วยคดี การตรวจชันสูตรจึงต้องอาศัยความแม่นยำตามหลักวิชาการและครบถ้วน โดยเฉพาะในการชันสูตรบาดแผลซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการระบุนรายละเอียดบาดแผลเพื่อให้สามารถระบุชนิดวัตถุที่มากที่สุดได้ (เปรมฤดี ทวีคง, 2561)

บาดแผลฉีกขาดบริเวณผิวหนังแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ บาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (Incised wound หรือ Cut wound) และบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ (Laceration wound) ซึ่งบาดแผล 2 ประเภทนี้มีลักษณะบาดแผลที่แตกต่างกันชัดเจน โดยบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบเป็นบาดแผลที่เกิดจากวัตถุของแข็งมีคม ขอบแผลจะมีลักษณะเรียบ เนื้อเยื่อใต้ต่อแผลจะถูกตัดขาดออกจากกัน ไม่พบ tissue bridging (สุธิดา บุญรัตนคุณ และศักดิ์ดา สติรเรืองชัย, 2557) ส่วนบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบเป็นบาดแผลที่เกิดจากวัตถุของแข็งไม่มีคม ผิวหนังขอบแผลจะพบรอยชำหรือแผลถลอกและพบเนื้อเยื่อ เช่น เส้นประสาทหรือหลอดเลือดที่ไม่ขาดออกจากกัน (bridging tissue) ในบาดแผล (ธัญญศักดิ์ เอกเวชวิท และ ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม, 2557) สิ่งสำคัญในการตรวจบาดแผลฉีกขาดคือการระบุประเภทบาดแผลฉีกขาดให้ถูกต้อง ว่าเป็นบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (Incised wound) หรือบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ (Laceration wound) เพราะบาดแผลทั้ง



2 ประเภทเกิดจากชนิดวัตถุที่แตกต่างกันชัดเจน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อรูปคดีที่ต้องระบุในใบชั้นสูตรบาดแผล

ผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายมักเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ตรวจรักษา เป็นบุคลากรแรกที่จะสามารถบันทึกรายละเอียดบาดแผลได้มากที่สุด ข้อมูลสำคัญที่ควรบันทึกเกี่ยวกับบาดแผล ได้แก่ ตำแหน่งบาดแผล ขนาดบาดแผลและประเภทของบาดแผล โดยเฉพาะการระบุชนิดบาดแผลลึกขาดให้ชัดเจน โดยอาจบันทึกด้วยการวาดภาพในลง body maps หรืออาจถ่ายภาพบาดแผลไว้ตั้งแต่แรกก่อนการรักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลกรณีปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านบาดแผลหรือแพทย์นิติเวชที่อาจมาพบลักษณะบาดแผลภายหลังรับการรักษาไปแล้ว หรือเป็นหลักฐานในทางคดีต่อไป ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจึงต้องมีความรู้ที่แม่นยำในการระบุประเภทบาดแผล (Sharma, 2003) เพื่อให้รายละเอียดในใบชั้นสูตรบาดแผลครบถ้วน ปัญหาที่พบบ่อยในการระบุชนิดบาดแผลลึกขาด คือ ระบุชนิดบาดแผลลึกขาดเป็นบาดแผลลึกขาดขอบไม่เรียบ (Laceration wound) แทนที่จะเป็นบาดแผลลึกขาดขอบเรียบ (Incised wound) ในผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคม (Payne, 2016)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบความชุกของการระบุบาดแผลลึกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำ ในผู้ป่วยคดีแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ ช่วงปี พ.ศ. 2560-2565
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบุบาดแผลลึกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำ

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Cohort design สืบค้นข้อมูลจากแบบบันทึกบาดแผลและรายงานชั้นสูตรบาดแผลผู้ป่วยคดีแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคมและพบบาดแผลลึกขาดขอบเรียบ (incised wound) บริเวณผิวหนังอย่างน้อยหนึ่งตำแหน่ง เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายและมีบาดแผลลึกขาดโดยไม่ทราบประวัติหรือมีประวัติไม่ชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคมร่วมด้วย และผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคมแต่ไม่พบบาดแผลลึกขาดขอบเรียบบริเวณส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วยคดีที่เข้าเกณฑ์ถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลลึกขาดขอบเรียบตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ กับกลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลลึกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ การตรวจสอบความถูกต้องของการระบุชนิดบาดแผลลึกขาดโดยแพทย์นิติเวชที่ตรวจผู้ป่วยคดีต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งเป็นขั้นตอนปกติของการตรวจผู้ป่วยคดีแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ จากนั้นศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมของผู้ป่วยแต่ละรายจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบุบาดแผลลึกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ, อายุ และการรักษาผู้ป่วย) ปัจจัยการตรวจบาดแผล (ผู้ตรวจบาดแผลและช่วงเวลาที่ตรวจ) ปัจจัยเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บ (มีประวัติถูกใช้อาวุธของแข็งไม่มีคมร่วมด้วย, ประเภทอาวุธของแข็งมีคมที่ใช้

และการวินิจฉัยชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบจากสถานพยาบาลแรกที่รักษา) และปัจจัยเกี่ยวกับบาดแผล (ตำแหน่งบาดแผล, ขนาดบาดแผล, จำนวนบาดแผล incised wound, มีบาดแผลประเภทอื่นๆ นอกจาก incised wound ร่วมด้วย, ระยะเวลาที่เกิดแผลก่อนมาตรวจ และการเย็บบาดแผล) ได้ดำเนินการตรวจพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่หนังสือรับรอง 22/2565

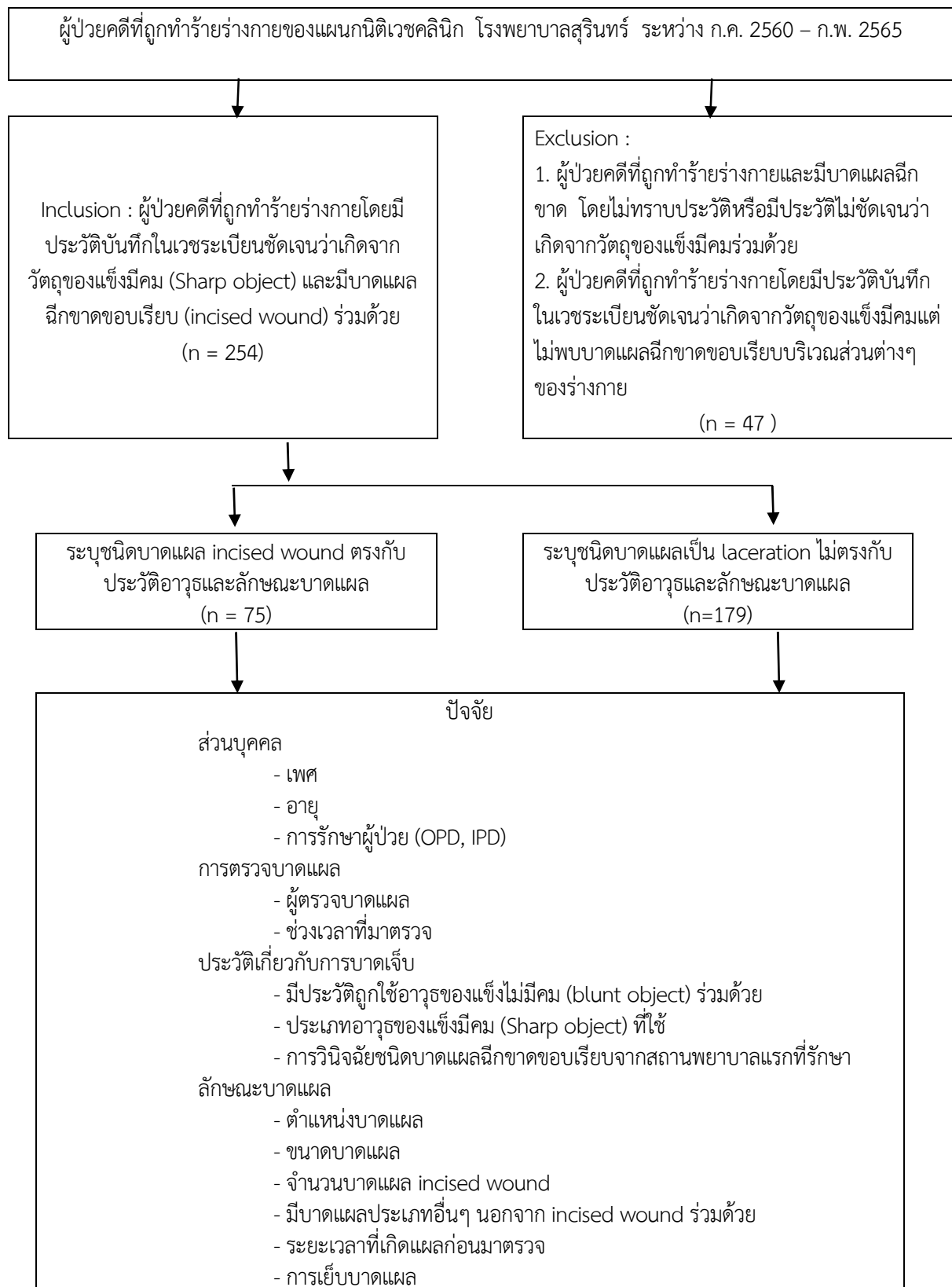
### กลุ่มตัวอย่าง

**ขนาดตัวอย่าง** คำนวณจากการทำ Pilot study ในผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคม และมีบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบร่วมด้วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยของแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยประเมินปัจจัยที่สำคัญ 5 ปัจจัย เปรียบเทียบกลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ กับกลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ กำหนดการทดสอบ Two-sample comparison of means โดยกำหนด Proportions ของแต่ละปัจจัย โดยกำหนด Power ที่ร้อยละ 80 Type I

error ร้อยละ 5 และสัดส่วนกลุ่มที่บันทึกชนิดบาดแผลฉีกขาดตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ กับกลุ่มที่บันทึกชนิดบาดแผลฉีกขาดไม่ตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ 1 ต่อ 2 จึงคำนวณขนาดการศึกษาได้อย่างน้อยจำนวน ตัวอย่าง 144 ตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ IBM SPSS statistics 23 สถิติเชิงพรรณณานำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าเฉลี่ย สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ ระหว่างกลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ กับกลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำใช้ Fisher's Exact test การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำใช้ multivariate logistic regression analysis โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ  $p \text{ value} < 0.05$  และหา crude odd ratio และ adjusted odd ratio ของแต่ละปัจจัย ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%



ภาพที่ 1 Study flow diagram

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ที่ศึกษามี 254 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 89 ช่วงอายุตั้งแต่ 10 – 80 ปี อายุเฉลี่ย  $34.5 \pm 14.17$  ปี ส่วนมากอยู่ในวัยทำงานอายุ 20-59 ปี (ร้อยละ 81.1) ระยะเวลาที่เกิดบาดแผลก่อนมาตรวจที่โรงพยาบาลตั้งแต่ 10 นาที – 24 ชั่วโมง เฉลี่ย  $2.93 \pm 3.67$  ชม. ผู้ป่วยมาตรวจในเวรบายมากที่สุดร้อยละ 52.8 รองลงมาเป็นเวรดึกและเวรเช้า (ร้อยละ 33, ร้อยละ 14.2) ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งมารักษาจากโรงพยาบาลอื่นร้อยละ 25.9 ผู้ตรวจบาดแผลที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลสุรินทร์เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ร้อยละ 75.6 จากการศึกษาพบความชุกของการระบุนบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำ ในผู้ป่วยคดีแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ เท่ากับร้อยละ 70.5

ปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (incised wound) พบว่าตำแหน่งที่เกิดบาดแผลมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ แขน (ร้อยละ 32.2) รองลงมา เป็นใบหน้า (ร้อยละ 26.4) และศีรษะ (ร้อยละ 25.2) ขนาดบาดแผลยาวตั้งแต่ 0.5-20 ซม. เฉลี่ยบาดแผลยาว  $4.7 \pm 3.3$  ซม. มีบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบเพียงแผลเดียว ร้อยละ 47.6 บาดแผลยังไม่มีการเย็บบาดแผลก่อนมาถึงโรงพยาบาลสุรินทร์มากถึงร้อยละ 90.6 และพบว่ามีบาดแผลประเภทอื่นๆ ร่วมด้วย (เช่น แผลถลอก แผลฟกช้ำหรือบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ) นอกเหนือจากบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบร้อยละ 42.5 ผู้ป่วยมีประวัติว่าถูกทำร้ายด้วยวัตถุของแข็งไม่มีคมร่วมด้วยร้อยละ 27.6 ชนิดวัตถุมีคมที่ใช้เป็นอาวุธมากที่สุด ได้แก่ มีดขนาด

ใหญ่ (เช่น มีดอีโต้ มีดสับ มีดสปาด้า เป็นต้น) ร้อยละ 46 รองลงมาเป็นมีดขนาดเล็กร้อยละ 41.7 และแก้วหรือขวดแตกร้อยละ 5.9 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีผลให้การระบุนชนิดฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำ คือ ผู้ป่วยมีประวัติว่าถูกทำร้ายด้วยวัตถุของแข็งไม่มีคมร่วมด้วย เพิ่มความเสี่ยง 2.02 เท่า (95%CI=1.03-3.98, p-value=0.041) อาวุธเป็นวัตถุของแข็งมีคมในกลุ่มมีดขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนัก (Heavy sharp object ได้แก่ ขวาน, เคียว, ขอบมีดตายหญ้า, อีโต้ สปาด้า และมีดสับ) เพิ่มความเสี่ยง 0.15 เท่า (95%CI=0.08-0.29, p-value=<0.001) การระบุนชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำในใบส่งตัวจากสถานพยาบาลอื่นมาก่อนเพิ่มความเสี่ยง 12.22 เท่า (95%CI=2.04-73.19, p-value=0.006) การตรวจร่างกายพบว่ามีบาดแผลประเภทอื่นร่วมด้วยนอกเหนือจากบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบเพิ่มความเสี่ยง 1.88 เท่า (95%CI=1.06-3.31, p-value=0.030) เกิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบแล้วมาตรวจภายหลัง 1 ชั่วโมงเพิ่มความเสี่ยง 1.87 เท่า (95%CI=1.06-3.29, p-value=0.031) และบาดแผลที่ผ่านการเย็บแผลก่อนมาถึงโรงพยาบาลเพิ่มความเสี่ยง 11.82 เท่า (95%CI=1.56-89.75, p-value=0.017) ในขณะที่ผู้ตรวจบาดแผลที่แผนกฉุกเฉินไม่ว่าจะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (postgrad) หรือนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 (undergrad) ที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์เวชปฏิบัติก็มีการระบุนชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำไม่แตกต่างกัน (p-value 0.590)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)	
	หญิง	ชาย
<b>ช่วงอายุ</b>		
0 - 10 ปี	0(0.0%)	1(0.4%)
11-19 ปี	3(10.7%)	30(13%)
20-59 ปี	25(89.3%)	181(81.1%)
≥ 60 ปี	0(0.0%)	14(6.2%)
<b>อาวุธ</b>		
มีดขนาดเล็ก	9(32.1%)	97(42.9%)
กรรไกร	0(0.0%)	3(1.3%)
ขวดแก้วแตก	3(10.7%)	12(5.3%)
ขวาน	0(0.0%)	4(1.8%)
เคียว,ขอ,มีดค้ายหญ้า	0(0.0%)	9(4.0%)
มีดขนาดใหญ่ (อีโต้, สपाต้า, มีดสับ)	16(57.1%)	101(44.7%)
<b>ตำแหน่งบาดแผล</b>		
หนังศีรษะ	10(15.6%)	54(84.4%)
ใบหน้า	6(9.0%)	61(91.0%)
คอ	2(9.1%)	20(90.9%)
อก	2(5.0%)	38(95.0%)
ท้อง	2(8.0%)	23(92.0%)
หลัง	5(17.2%)	24(82.8%)
แขน	11(13.4%)	71(86.6%)
ขา	2(13.3%)	13(86.7%)

**ตารางที่ 2** ตำแหน่งที่พบ incised wound

ตำแหน่ง	จำนวน(%)
หนังศีรษะ	64(25.20%)
ใบหน้า	67(26.38%)
คอ	22(8.66%)
อก	40(15.75%)
ท้อง	25(9.84%)
หลัง	29(11.42%)
แขน	82(32.28%)
ขา	15(5.91%)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาด

ปัจจัย	ระบุเป็น incised wound ตรงกับประวัติ และบาดแผล	ระบุเป็น laceration ไม่ตรงกับประวัติและ บาดแผล	P-value
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
<b>เพศ</b>			0.061
หญิง	4(5.3%)	24(13.4%)	
ชาย	71(94.7%)	155(86.6%)	
<b>อายุ</b>			0.156
0 -10 ปี	0(0%)	1(0.6%)	
11-19 ปี	15(20.0%)	18(10.1%)	
20-59 ปี	57(76.0%)	149(83.2%)	
≥ 60 ปี	3(4.0%)	11(6.1%)	
<b>ประเภทผู้ป่วย</b>			0.854
OPD	12(16%)	27(15.1%)	
IPD	63(84%)	152(84.9%)	
<b>ผู้ตรวจบาดแผล</b>			0.590
undergrad	20(26.7%)	42(23.5%)	
postgrad	55(73.3%)	137(76.5%)	
<b>ช่วงเวลาที่ตรวจ</b>			0.309
เวรเช้า (08.01-16.00 น.)	7(9.3%)	29(16.2%)	
เวรบ่าย (16.01-00.00 น.)	40(53.3%)	94(52.5%)	
เวรดึก (00.01-08.00 น.)	28(37.3%)	56(31.3%)	
<b>ประวัติของแข็งไม่มีคมร่วมด้วย</b>			0.015
ใช่	13(17.3%)	57(31.8%)	
ไม่	62(82.7%)	122(68.2%)	
<b>กลุ่มวัตถุของแข็งมีคม</b>			<0.001
light sharp object	54(72%)	52(29.1%)	
heavy sharp object	21(28%)	127(70.9%)	
<b>การระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดจาก รพ.</b>			0.002
แรก	5(35.7%)	2(3.8%)	
ระบุตรงกับประวัติและลักษณะแผล	9(64.3%)	50(96.2%)	
ระบุไม่ตรงกับประวัติและลักษณะแผล			

ปัจจัย	ระบุเป็น incised	ระบุเป็น laceration	P-value
	wound ตรงกับประวัติ	ไม่ตรงกับประวัติและ	
	และบาดแผล	บาดแผล	
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
<b>ตำแหน่งบาดแผล</b>			
หนังศีรษะ	14(21.9%)	50(78.1%)	0.121
ใบหน้า	16(23.9%)	51(76.1%)	0.238
คอ	4(18.2%)	18(81.8%)	0.222
อก	21(52.5%)	19(47.5%)	0.001
ท้อง	12(48%)	13(52%)	0.033
หลัง	11(37.9%)	18(62.1%)	0.292
แขน	21(25.6%)	61(74.4%)	0.345
ขา	7(46.7%)	8(53.3%)	0.134
<b>ขนาดบาดแผล</b>			0.283
≤ 1.5 ซม.	16(21.3%)	28(15.7%)	
> 1.5 ซม.	59(78.7%)	150(84.3%)	
<b>จำนวน incised wound</b>			0.147
1 แผล	41(54.7%)	80(44.7%)	
> 1 แผล	34(45.3%)	99(55.3%)	
<b>มีบาดแผลประเภทอื่นร่วมด้วย</b>			0.012
ใช่	23(30.7%)	85(47.5%)	
ไม่	52(69.3%)	94(52.5%)	
<b>ระยะเวลาที่มาตรวจ</b>			0.046
≤ 1 ชม.	31(41.3%)	51(28.5%)	
> 1 ชม.	44 (58.7%)	128(71.5%)	
<b>เย็บบาดแผลมาก่อน</b>			0.001
ใช่	1(1.3%)	23(12.8%)	
ไม่	74(98.7%)	156(87.2%)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลให้ระบุนิตบาดแผลฉีกขาดเป็น laceration ซึ่งไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล

ปัจจัย	Crude OR	95%CI	Adjusted OR	95%CI	P-value
1. มีประวัติของแข็งไม่มีคม ร่วมด้วย	2.23	1.13-7.38	2.02	1.03-3.98	0.041
2. แผลเกิดจากของแข็งมีคม กลุ่มมีขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนัก (Heavy sharp object)	0.16	0.09-0.29	0.15	0.08-0.29	<0.000
3. การระบุนิตบาดแผลจาก รพ.แรก ไม่ตรงกับประวัติและ ลักษณะบาดแผล	13.89	2.33-82.92	12.22	2.04-73.19	0.006
4. มีบาดแผลประเภทอื่นร่วม ด้วย	2.04	1.15-3.62	1.88	1.06-3.31	0.030
5. เกิดแผลก่อนมาตรวจ > 1 ชม.	1.77	1.01-3.104	1.87	1.06-3.29	0.031
6. เย็บบาดแผลมาก่อน	10.91	1.45-82.34	11.82	1.56-89.75	0.017

#### อภิปรายผล

ผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคม (Sharp object) และมีบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (incised wound) ร่วมด้วย ของแผนกนิติเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ ในช่วง ก.ค. 2560 – ก.พ. 2565 เกือบร้อยละ 90 เป็นเพศชาย ใกล้เคียงกับสถิติผู้บาดเจ็บจากการทำร้ายร่างกายของประเทศไทยที่รายงานยัง WHO เมื่อปี 2562 ว่าเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 7 เท่า อายุเฉลี่ย  $34.5 \pm 14.17$  ปี ใกล้เคียงกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Akshat et al., 2010 ; Archana et al., 2020 ; Christine, 2019 ; Eni et al., 2009 ; Manoj et al., 2005 and Saurabh et al., 2013) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยคดีทำร้ายร่างกายส่วนมากเป็นเพศชายอยู่ในช่วงอายุ 30-44 ปี พบน้อยในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี และมากกว่า 60 ปี และการทำร้ายร่างกายด้วย Sharp object ทำให้เกิดบาดแผล

incised wound มากถึงร้อยละ 52.2 (Saurabh & Biswajit, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาใหม่ที่พบว่าผู้ป่วยมี incised wound ร้อยละ 57.48

การศึกษานี้พบว่าการทำร้ายร่างกายด้วย Sharp object เกิด incised wound มากกว่า 1 แผล มากถึงร้อยละ 52.36 สอดคล้องกับการศึกษาของ Saurabh & Biswajit เมื่อปี 2013 ตำแหน่งที่พบบาดแผลมากที่สุด ได้แก่ แขน ใบหน้าและศีรษะ ตามลำดับ ใกล้เคียงกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Akshat et al., 2010 ; Archana et al., 2020 ; Basappa et al., 2012 ; Carr et al., 2018 ; Eni et al., 2009 ; Karlsson, 1998 ; Manoj et al., 2005 ; Payne, 2016 and Subba et al., 2010) ที่พบว่าศีรษะ รวมถึงคอ แขนและลำตัว เป็นตำแหน่งที่มักพบบาดแผลถูกทำร้าย เนื่องจากศีรษะและใบหน้าเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สามารถทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ง่าย และแขนมักเกิดบาดแผลเนื่องจากการป้องกันตัว หรือเรียกว่า defense



wound (Archana et al., 2020 ; Crane, 2009 ; Saurabh & Biswajit, 2013) incised wound บริเวณอกและท้อง เป็นตำแหน่งที่มีการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดได้ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลแตกต่างจากตำแหน่งอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Carr และ Payne ที่พบว่าอกและท้องมักได้รับบาดเจ็บจากการแทงทะลุเข้าในร่างกาย (Stab wound) มากกว่าส่วนอื่น (Carr et al., 2018 and Payne, 2016) เนื่องจากหากพบบาดแผลฉีกขาดบริเวณดังกล่าวซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีอวัยวะสำคัญภายใน จึงมักได้รับการตรวจและบันทึกรายละเอียดที่ครบถ้วนเพื่อเป็นแนวทางการในการตรวจเพิ่มเติมและการรักษา

ในการศึกษานี้พบวัตถุของแข็งมีคม (Sharp object) ที่ใช้การทำร้ายร่างกายเป็นมีดขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักร้อยละ 58.3 (heavy sharp object) ได้แก่ ขอ, เคียว, มีดอีโต้, มีดสปาต้า, มีดลับ, ขวาน เป็นต้น ในขณะที่มีดขนาดเล็ก (Light sharp object) พบน้อยกว่าเล็กน้อยแตกต่างจากการศึกษาของ Saurabh & Biswajit เมื่อ 2013 ที่พบว่ามีการใช้มีดขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักเป็นอาวุธน้อยกว่าการศึกษานี้ถึง 3.2 เท่า ซึ่งอาจเกิดจากการแบ่งชนิดมีดในกลุ่มอาวุธมีดขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักมีความแตกต่างกันของการศึกษาดังกล่าวกับการศึกษานี้ผลการศึกษานี้พบว่ามีการใช้วัตถุของแข็งมีคมที่มีลักษณะเฉพาะอื่นๆ เช่น กรรไกร แก้วหรือขวดแตก พบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (ร้อยละ 7.1) อาจเนื่องจากเป็นวัตถุที่หายากกว่าและใช้งานได้ยากกว่ามีดทั่วไป นอกจากนี้วัตถุมีคมที่มีลักษณะเฉพาะดังกล่าว อาจทำให้ขอบแผลไม่เรียบหรืออาจพบรอยขีดที่ขอบแผลได้ ซึ่งอาจสร้างความสับสนให้ระบุชนิดบาดแผลเป็น laceration wound แทนที่จะเป็น incised wound ได้ (Payne, 2016) ผู้ป่วยคดีทำร้ายร่างกายมักได้รับการตรวจรักษาเบื้องต้นครั้งที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน นอกจากนี้มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

(Postgrad) เป็นผู้ตรวจรักษา ยังมีนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 (Undergrad) ที่ผ่านการเรียนเรื่องการวินิจฉัยบาดแผลแล้ว มาตรวจบาดแผลเบื้องต้นด้วย แต่อยู่ในการควบคุมของแพทย์เวชปฏิบัติและอาจารย์แพทย์ การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจบาดแผลโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นบุคคลแรกมีมากถึง 3 เท่าของการตรวจบาดแผลโดยนักศึกษาแพทย์ อาจเนื่องจากมีประวัติถูกทำร้ายร่างกายซึ่งทราบอยู่แล้วว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับคดีความในภายหลังผู้ป่วยเหล่านี้จึงได้รับการตรวจบาดแผลโดยแพทย์เวชปฏิบัติมากกว่า เพื่อสามารถตรวจบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผลได้ครบถ้วนและมีผลต่อการให้ความเห็นต่างๆ อันมีผลต่อการพิจารณาคดี การศึกษานี้พบว่ามีการระบุชนิดบาดแผล Incised wound เป็น Laceration wound ในผู้ป่วยคดีที่มีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคม (Sharp object) ไม่มีความแตกต่างกันในผู้ตรวจบาดแผลรายแรกเป็นนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เนื่องจากการตรวจผู้ป่วยคดีที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาจมีเวลาในการตรวจจำกัด ทำให้ต้องสนใจลักษณะอาการที่อาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตก่อนเป็นอันดับแรก เมื่อตรวจแล้วก็รีบส่งไปรักษาต่อยังแผนกต่างๆ จึงอาจทำให้ไม่มีเวลาในการสังเกตบาดแผลมากนัก อย่างไรก็ตามควรต้องมีการอบรมให้ความรู้เรื่องการระบุชนิดบาดแผลให้แม่นยำและเน้นย้ำถึงความสำคัญของการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดให้ถูกต้องตามประวัติและลักษณะบาดแผล (Sharma, 2003) เนื่องจากเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการพิจารณาคดีในอนาคต อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลนี้จากการศึกษานี้ไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนทั้งในระดับ undergrad และ postgrad ต่อไปได้

ผู้ป่วยคดีถูกทำร้ายร่างกายครั้งหนึ่งมาตรวจรักษาในเวรบาย ซึ่งมากกว่าเวรตึกถึง 1.6 เท่า และมากกว่าเวรเช้า 3.7 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่

พบว่าเหตุทำร้ายร่างกายมักเกิดขึ้นในช่วงเย็นและกลางคืน (Subba et al., 2005) แต่ไม่ว่าจะเป็นช่วงเวลาใดก็ตามก็เป็นปัจจัยให้มีการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล และพบว่าผู้ป่วยที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD) หรือ นอนรักษาที่โรงพยาบาล (IPD) ไม่ได้มีความแตกต่างกันในการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวน incised wound และขนาดบาดแผล incised wound ไม่เป็นปัจจัยทำให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลด้วย

ปัจจัยที่ทำให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล ในผู้ป่วยคดีที่มีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคม คือมีการระบุเป็น laceration wound แทนที่จะเป็น incised wound แบ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บ พบว่าการใช้วัตถุของแข็งไม่มีคม (Blunt object) ร่วมด้วย และการใช้วัตถุมีคมขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนัก (Heavy sharp object) เพิ่มโอกาสให้เกิดการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลได้ เนื่องจากวัตถุมีคมที่มีน้ำหนักมากมีความผิดในการเสียดสีผิวหนัง อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนังที่รุนแรงและอาจถึงถึงกระดูกร่วมด้วยได้ อาจพบขอบไม่เรียบหรือพบรอยขีดซึ่งทำให้เข้าใจผิดได้ว่าเป็น laceration wound (Crane, 2009 ; Payne & Hinchliffe, 2011) ปัจจัยเกี่ยวกับบาดแผล ได้แก่ ตรวจพบว่ามีบาดแผลชนิดอื่นๆ นอกเหนือจาก incised wound ร่วมด้วย เช่น บาดแผลถลอก ฟกช้ำ หรือบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ (Laceration wound) สอดคล้องกับปัจจัยเรื่องประวัติที่มีการใช้วัตถุของแข็งไม่มีคมร่วมด้วยจึงทำให้อาจพบบาดแผลอื่นๆ ได้ (Christophe et al., 2010)

บาดแผลฉีกขาดที่เกิดขึ้นเกิน 1 ซม. เป็นปัจจัยให้มีการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล เนื่องจากบาดแผลที่เกิดขึ้นภายใน 6 ชั่วโมง อยู่ในระยะแรกของกระบวนการหายของแผลซึ่งมีเพียงการอักเสบระดับเซลล์ (inflammatory phase of wound healing process) ยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงชัดเจนที่บาดแผลภายนอก (Ursus & Martin, 2004) บาดแผลที่เกิดมานานก่อนมาตรวจอาจมีการเปลี่ยนแปลงของบาดแผลไป ทำให้เกิดความสับสนในการระบุชนิดบาดแผลได้ ปัจจัยบาดแผลที่ผ่านการเย็บแผลมาก่อน ทำให้มีผลระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลอย่างมีนัยสำคัญมากถึง 11 เท่า เพราะมีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะบาดแผลจากเดิมและมีร่องรอยจากการรักษาด้วยจึงอาจสร้างความสับสนในการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดได้ และปัจจัยเกี่ยวกับผู้ตรวจรักษาที่รับผู้ป่วยมารักษาต่อจากสถานพยาบาลอื่น ซึ่งใบส่งตัวผู้ป่วยจากสถานพยาบาลแรกมีการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล หรือไม่มีการระบุประวัติการบาดเจ็บว่าเกิดจากวัตถุชนิดใด หรือไม่อาจระบุประวัติได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่สามารถให้ข้อมูลได้ ปัจจัยเหล่านี้มีผลให้แพทย์ที่รักษาต่อระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลได้ถึง 12 เท่า ดังนั้นประวัติจากผู้ป่วยหรือผู้ที่เห็นเหตุการณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้จึงเป็นส่วนสำคัญที่อาจช่วยในการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดได้

ความสำคัญของการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดให้ถูกต้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการระบุชนิดอาวุธที่มากกระทำ ดังนั้นผู้ตรวจจึงต้องมีความแม่นยำในการตรวจและระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดให้ถูกต้อง ไม่เกิดความสับสนกันระหว่าง incised wound กับ laceration wound เพราะ

บาดแผลทั้งสองชนิดเกิดจากวัตถุที่แตกต่างกัน กล่าวคือ incised wound เกิดจากวัตถุของแข็งมีคม และ laceration wound เกิดจากวัตถุของแข็งไม่มีคม (Payne, 2016)

### บทสรุป

การตรวจระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดมีความสำคัญต่อการพิจารณาคดีอย่างมาก เพราะช่วยบอกอาวุธที่กระทำ ผู้ตรวจบาดแผลบุคคลแรกจึงเป็นผู้ที่สามารถให้รายละเอียดบาดแผลได้มากที่สุด โดยเฉพาะบาดแผลฉีกขาดที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่เกิน 1 ชม. และยังไม่ได้รับการรักษา โดยการเย็บแผลมาก่อน ในรายที่ผ่านการรักษาจากสถานพยาบาลอื่นมาแล้วและมีการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดในใบส่งตัวผู้ป่วย ผู้ตรวจที่ตรวจผู้ป่วยนั้นต้องซักประวัติเพิ่มเติมและตรวจบาดแผลโดยละเอียดอีกครั้งเสมอ บันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความเห็นทางการแพทย์ ดังนั้นการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดจึงต้องมีความแม่นยำถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อประโยชน์ในการให้ความเห็นประกอบการพิจารณาคดีต่อไป

### บรรณานุกรม

- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2563). แนวทางในการดูแลผู้ป่วยคดีสำหรับพยาบาล (THE GUIDELINE OF FORENSIC PATIENTS CARE FOR NURSES). *Journal of The Police Nurses*, 12 (1), 244-250. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/240087/165592> นิตกร โปริสวานิชย์. (2557). คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข. <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/53/7>
- ธัญญศุภดิ์ เอกเวชวิท, ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม (2557). Blunt force injury. ใน วชิระ เพ็งจันทร์ และธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ (บ.ก.), คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข. (น.96-100). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

### ข้อเสนอแนะ

บันทึกรายละเอียดบาดแผลในเวชระเบียน นอกจากการวาดภาพใน body maps ควรเพิ่มการถ่ายภาพบาดแผลเก็บไว้เป็นข้อมูลเพื่อใช้ในทางคดีและเป็นฐานข้อมูลเรื่องการรักษาบาดแผลด้วย การถ่ายภาพต้องมีความคมชัด ครบถ้วนเรื่องตำแหน่งและขนาดบาดแผล เก็บรักษาใบบันทึกรายละเอียดบาดแผลและภาพถ่ายยึดหลักการรักษาความลับของผู้ป่วย และหากมีการส่งต่อข้อมูลก็ต้องรักษา chain of custody ซึ่งเป็นความน่าเชื่อถือของวัตถุพยานในการพิจารณาคดี บาดแผลที่ผ่านการเย็บมาก่อนมีผลให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอเปรียบเทียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลถึง 11 เท่า ดังนั้นจึงต้องเน้นย้ำให้ความสำคัญในการซักประวัติและการบันทึกรายละเอียดบาดแผลก่อนการเย็บแผล หรือหากเป็นผู้ป่วยที่รับมารักษาต่อจากสถานพยาบาลอื่นที่ผ่านการเย็บแผลมาแล้ว การซักประวัติอาจช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผลมากขึ้น เพื่อให้สามารถระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดตรงกับประวัติวัตถุที่มากระทำได้มากขึ้นด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดและมีความมั่นใจในการระบุชนิดบาดแผล ควรมีการอบรมให้ความรู้แพทย์เวชปฏิบัติก่อนปฏิบัติงานด้วย

- เปรมฤดี ทวีคิง. (2561). การตรวจบาดแผล. ใน อนิรุช วรวาท, กัณฑ์ ทองแถม ณ อยุธยา, วิรัชญา ลี้มกิติศุภสิน, ณัฐพงษ์ ตุลา พันธุ์ และกนกนาถ หงสกุล (บ.ก.), *คู่มือการตรวจผู้ป่วยคดี ปีงบประมาณ 2561*. (น.1-4). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- วิจารณ์ วชิรวงศากร และ ศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณ์. (2557). การชันสูตรบาดแผลทางนิติเวชศาสตร์. ใน วชิระ เพ็งจันทร์ และธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ (บ.ก.), *คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข*. (น.91-94). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุจิตา บุชิตรัตน์คุณ, ศักดา สติรเรืองชัย (2557). Sharp force injury. ใน วชิระ เพ็งจันทร์ ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ (บ.ก.), *คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข*. (น.101-107). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชัย แผลงศร. (ม.ม.ป.). นิติเวชคลินิก (Clinical forensic medicine).  
[http://med.swu.ac.th/forensic/images/AP\\_CFM\(new\)\\_1-60.pdf](http://med.swu.ac.th/forensic/images/AP_CFM(new)_1-60.pdf)
- Akshat V, Anand M, Ritesh G. M, Tanuj K, Prateek R (2010). A retrospective review of homicides in Mangalore, South India. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 17(6), 312-315. doi:10.1016/j.jflm.2010.04.012
- Archana C. , Srijana K. , Samjhana G. , Harihar W. (2020). Patterns and Severity of Injuries in Patients Following Physical Assault– A Medicolegal Aspects. *Eastern Green Neurosurgery*, 2(2), 16-20. doi : 10.3126/egn.v2i2.29238
- Basappa SH , Harish S, Girish C.Y. P, Praveen S. Jayanth S.H.<sup>3</sup> (2012). Study of defense injuries in homicidal deaths – An autopsy study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19(4), 207-210. doi: 10.1016/j.jflm.2011.12.022
- Carr D.J, Godhania K, Mahoney P.F (2018). Edged weapons awareness. *International Journal of Legal Medicine*, 133(4), 1217-1224. doi : 10.1007/s00414-018-1966-6
- Christine A G, Fiona M, David I. C, Alex D M. (2019). Assault-related sharp force injury among adults in Scotland 2001–2013: Incidence, socio-demographic determinants and relationship to violence reduction measures. *Aggression and Violent Behavior*, 46(1), 190-196. doi: 10.1016/j.avb.2018.10.002
- Christophe B.A. , Christophe F.B. , Michel D.A , Geoffroy L.G. (2010). Homicidal and suicidal sharp force fatalities: Autopsy parameters in relation to the manner of death. *Forensic Science International*, 198(1-3), 150-154. doi:10.1016/j.forsciint.2010.02.017.
- Crane J (2009). Injury. In Maclay W.D.S. (Ed.), *Clinical Forensic Medicine 3<sup>rd</sup> edition*. (p. 99-113). Newyork : Cambridge University Press.
- Eni U. E, Na'aya H. U, Musa A. M, Lawan M. A , Chinda J. Y. (2009). An Audit of Non-Fatal Assault Injuries Treated In Federal Medical Center (FMC), Nguru, North East Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, 18(2), 168-171. doi : 10.4314/njm.v18i2.45057
- Manoj K. M, Mohan K.<sup>2</sup> , Arun M.<sup>3</sup> , Vikram P.<sup>4</sup> (2005). Victims of homicidal deaths – an analysis of variables. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 12(6), 302-304. doi:10.1016/j.jcfm.2005.03.007.
- Karlsson T. (1998). Homicidal and suicidal sharp force fatalities in Stockholm, Sweden. Orientation of entrance wounds in stabs gives information in the classification. *Forensic Science International*, 93(1), 21-32. doi : 10.1016/s0379-0738(98)00025-5

- Payne J.James & J. Hinchliffe. (2011). Injury Assessment, Documentation, and Interpretation. In Magaret M (Ed.), *Clinical Forensic Medicine A Physician's Guide*. 3<sup>rd</sup> edition. (p. 146-147). London : Springer New York Dordrecht Heidelberg.
- Payne J.James. (2016). Injury, Fatal and Nonfatal : Sharp and Cutting-Edge Wounds. Retrieved 15 May 2022, from/ <https://asomef.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Injury-Fatal-and-Nonfatal-Sharp-and-Cutting-Edge-Wounds.pdf>
- Saurabh C. & Biswajit S. (2013). Pattern of defense injuries among homicidal victims. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, 3(3), 81-84. doi : 10.1016/j.ejfs.2012.11.002
- Sharma B. R. (2003). Clinical forensic medicine – management of crime victims from trauma to trial. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 10(4), 267-273. doi : 10.1016/j.jcfm.2003.09.003
- Subba S. , Binu V. , Ritesh G.M. , Virendra K.<sup>4</sup> (2010). Physical assault related injuries in Western Nepal – A hospital based retrospective study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 17(4), 203-208. doi : 10.1016/j.jflm.2010.02.001
- Ursus-Nikolaus R & Martin W (2004). Tissue Repair. In U.N. Riede (Ed.), *Color Atlas of Pathology*. (p.310-312). Stuttgart : Druckhaus Go'tz, Ludwigsburg.
- World Health Organization. (2022). Estimates of number of homicides. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ghe-estimates-of-number-of-homicides>.

# Former Female Inmates as Elderly Caregiver: Perspective of Local Government Organizations and Elderly Households

Wirin Kittipichai<sup>1</sup>, Natnaree Aimyong<sup>1</sup>, Anongnat Pansathin<sup>2\*</sup>

*1 Faculty of Public Health, Mahidol University*

*2 Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University*

*\* Corresponding author, email: anongnat.pan@vru.ac.th*

## Original article

### Abstract

Received: 15 July 2022

Revised: 27 July 2022

Accepted: 29 July 2022

This descriptive study aims to explore the perspective of local administrative organizations, and elderly households towards former female inmates with elderly caregiver occupation. Data were collected by interviewing executives of 27 local administrative organizations and representatives of 540 elderly households in 5 areas where the women correctional institutions were located, namely, Chiang Mai, Chon Buri, Nakhon Ratchasima, Songkhla, and Bangkok. Descriptive statistics and theme-based content analysis were applied for data analysis

The findings indicated that 17 local administrative organizations and 74 percent of household subjects, were in support for former female inmates taking up a job as caregiver for the elderly. In addition, representatives of local administrative organizations specified that it is necessary to have a certificate of elderly caregiver training course, work experience, and history of imprisonment. Meanwhile, representatives of elderly households said that those who were jailed for serious crime, should not be permitted to work as elderly caregivers. This is an important and necessary consideration.

Therefore, the One-Stop Service should be setup to coordinate between various divisions, involving in helping former female inmates to become elderly caregivers, such as screening qualifications of former female inmates, organizing the training course, gathering a list of those who passed the training course, organizing public relations, and coordinating with the agencies wishing to employ former female inmates.

**Keyword** elderly caregiver; nursing home; prisoner; former inmate

## การประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุของอดีตผู้ต้องขังหญิง: มุมมองของครัวเรือนผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิริณี กิตติพิชัย<sup>1</sup>, ณัฐนารี เอมยงค์<sup>1</sup>, อนงค์นาฏ ผ่านสถิน<sup>2\*</sup>

1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: anongnat.pan@vru.ac.th

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 15 ก.ค. 2565

วันแก้ไข 27 ก.ค. 2565

วันตอบรับ 29 ก.ค.2565

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและครัวเรือนผู้สูงอายุที่มีต่อการประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุของอดีตผู้ต้องขังหญิง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผ่านผู้บริหารขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นจำนวน 27 แห่ง และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ตัวแทนครัวเรือนผู้สูงอายุจำนวน 540 ตัวอย่าง ใน 5 พื้นที่ที่มีทัศนสถานหญิงตั้งอยู่ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ชลบุรี นครราชสีมา สงขลา และ กรุงเทพมหานคร การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหาโดยการสรุปสาระสำคัญ

ผลการศึกษาพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 17 ตัวอย่าง และตัวแทนครัวเรือนผู้สูงอายุร้อยละ 74 แสดงความคิดเห็นสอดคล้องกันในการส่งเสริมอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้แก่อดีตผู้ต้องขังหญิง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเสนอเงื่อนไขสำคัญในการพิจารณาอดีตผู้ต้องขังหญิงทำงานการดูแลผู้สูงอายุคือ มีใบรับรองการผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ มีประสบการณ์การทำงาน และประวัติคดีที่ถูกต้องโทษในเรือนจำ ในขณะที่ตัวแทนครัวเรือนผู้สูงอายุเห็นว่าอดีตผู้ต้องขังหญิงต้องไม่มีการกระทำผิดในคดีร้ายแรงหรือเป็นคดีที่ผลต่อชีวิตของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญในการใช้บริการในสถานดูแลผู้สูงอายุหรือการจ้างมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

จึงมีข้อเสนอแนะให้จัดตั้งศูนย์บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One-Stop Service) เพื่อประสานความร่วมมือระหว่างส่วนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมอาชีพการดูแลผู้สูงอายุให้แก่อดีตผู้ต้องขังหญิง โดยดำเนินการคัดกรองคุณสมบัติของอดีตผู้ต้องขังหญิง ประสานจัดการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวบรวมบัญชีผู้ผ่านการอบรม ประชาสัมพันธ์ และประสานกับหน่วยงานที่ต้องการจ้างงาน เพื่อให้อดีตผู้ต้องขังหญิงได้รับการจ้างงาน มีอาชีพ มีรายได้ต่อการครองชีพที่ยั่งยืนต่อไป

**คำสำคัญ :** ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; สถานบริบาลผู้สูงอายุ; ผู้ต้องขัง; อดีตผู้ต้องขัง

## บทนำ

ตามราชกิจจานุเบกษาในปีพ.ศ. 2542 มีการกำหนดให้ทำการถ่ายโอนงานบริการ สาธารณะให้แก่ท้องถิ่น (พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542, 2542) โดยท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมกับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ขณะที่ต่อมาประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาศัยอำนาจตามความมาตรา 18 และ 47 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 โดยพบว่า อปท. ดำเนินงานให้บริการสาธารณสุขแก่กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ และมีกิจกรรมสำหรับหน่วยบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการจัดการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อภส.) เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565) โดยในปี พ.ศ.2563 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ/สถานสงเคราะห์ภายใต้การดูแลของ อปท. จำนวน 965 คน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาอัตราการพึ่งพิงในปัจจุบัน จะพบว่าประชากรวัยทำงาน 100 คน ต้องแบกรับภาระดูแลประชากรผู้สูงอายุและประชากรวัยเด็ก 51 คน และจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นไปถึง 64 คน ภายในปี พ.ศ. 2570 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) เช่นนี้แล้ว จึงคาดการณ์ได้ว่าสินค้าและงานบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในอนาคตจะเป็นที่ต้องการของตลาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Caregiver) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญที่รองรับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ประเทศ

ไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการคนดูแลหรือเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลืออยู่ประมาณ 741,766 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 6.9 จากประชากรที่เป็นผู้สูงอายุในปีนั้น และความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมีจำนวน 105,967 คน คิดเป็นสัดส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ต่อผู้สูงอายุที่ต้องการคนดูแล 7 คน (1:7) (แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

จากนิยามของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับคำจำกัดความ คือผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ในชุมชนอาจเป็นเจ้าของบ้านเองหรือเป็นผู้รับจ้างให้บริการดูแลผู้สูงอายุ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) โดยบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุทำหน้าที่ตั้งแต่การดูแลสุขภาพทางกาย การประคับประคองจิตใจ และให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Lever, et al., 2022) ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะติดเตียงผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้นในการดูแลสุขอนามัยด้านการปัสสาวะและอุจจาระของผู้สูงอายุ โดยภาระหน้าที่ดังกล่าวสะท้อนถึงคุณสมบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จะต้องมีความอดทน และสามารถสัมผัสสิ่งปฏิภูลต่างๆ ได้ในข้อจำกัดนี้ จึงอาจทำให้แรงงานคนไทยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงที่จะประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะเป็นงานที่มีเกี่ยวข้องกับความสกปรก ความหนัก และน่าเบื่อ

อย่างไรก็ดี ในการดำเนินงานของกรมราชทัณฑ์ กรมการจัดหางาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย ได้ลงนามบันทึกข้อตกลง “โครงการประชารัฐ ร่วมสร้างงาน สร้างอาชีพ ผู้ต้องขัง” ในปี พ.ศ. 2561 (กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม, 2561) มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ต้องขังเข้าฝึกอบรมในวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน และให้ถือตามความถนัดหรือความสนใจของผู้ต้องขังเป็นสำคัญ



และที่ผ่านมาในการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำ ได้มีการฝึกผู้ต้องขังอาสาสมัครส่วนหนึ่งเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพ และช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการปฐมพยาบาล และการคัดกรองโรคเบื้องต้น เรียกผู้ต้องขังกลุ่มนี้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.) ซึ่งผู้ที่จะสามารถทำบทบาทนี้ได้ต้องได้รับการฝึกอบรม โดยมีการนำหลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มาปรับใช้ในการอบรม โดยผู้ที่ผ่านการอบรมและเป็น อสรจ. สามารถให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่กลุ่มผู้ต้องขังได้ เช่น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การคัดกรองโรคเบื้องต้น การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานพยาบาลภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำ ทั้งนี้ผู้ที่อุทิศตนเข้าเป็น อสรจ. มีแนวโน้มที่จะสนใจในงานด้านสาธารณสุข รวมถึงเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม, 2561) เช่นนี้แล้วหากผู้ต้องขังกลุ่มนี้ได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับหลักสูตรการดูแลสุขภาพ ก็จะช่วยให้บุคคลกลุ่มดังกล่าวเกิดทักษะ ความรู้ และสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ณ ปัจจุบัน นับว่าเป็นอาชีพที่มีอัตราการเติบโตทางรายได้ ซึ่งหากอดีตผู้ต้องขังสามารถประกอบอาชีพนี้ได้ ก็เป็นการสร้างรายได้ให้พวกเขาสามารถเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว และไม่กลับไปทำความผิดซ้ำ

ด้วยอดีตผู้ต้องขังเป็นกลุ่มเปราะบาง และได้รับโอกาสในการประกอบอาชีพในสังคมไม่มากนัก ในขณะที่อาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุยังเป็นที่ต้องการสูงในตลาดแรงงาน จึงเห็นว่าหากสังคมยอมรับที่จะให้อดีตผู้ต้องขัง สามารถประกอบอาชีพนี้ได้ ก็จะสามารถช่วยลดปัญหาการทำผิดซ้ำของอดีตผู้ต้องขัง สำหรับการพัฒนาจนนำไปสู่การประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุในตลาดแรงงาน อย่างไรก็ตามการจ้างงานอดีตผู้ต้องขังในการ

ประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้โอกาสและยอมรับกับอดีตผู้ต้องขังหญิง โดยเฉพาะครัวเรือนผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ใช้บริการและหน่วยงานที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ในประเด็นดังกล่าวยังเป็นเรื่องใหม่และยังขาดข้อมูลมากพอที่จะอธิบายความเป็นไปได้ของการพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุแก่อดีตผู้ต้องขังหญิง จึงเป็นมูลเหตุสำคัญที่นำมาสู่การศึกษานี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อสำรวจความคิดเห็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและตัวแทนครัวเรือนผู้สูงอายุที่มีต่อการประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุของอดีตผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำ

2) เพื่อสำรวจความคิดเห็นของตัวแทนครัวเรือน ผู้สูงอายุกับการเข้าใช้บริการผู้ดูแลผู้สูงอายุของอดีตผู้ต้องขังหญิงในเรือนจำ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลเชิงปริมาณกับครัวเรือนผู้สูงอายุใน 5 พื้นที่ตัวอย่างที่มีทัศนสถานหญิงตั้งอยู่ ซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาค (1) กรุงเทพมหานคร ทัศนสถานหญิงธนบุรี เขตธนบุรี (2) ภาคเหนือ ทัศนสถานหญิงเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (3) ภาคตะวันออก ทัศนสถานหญิงชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทัศนสถานหญิงนครราชสีมา อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา และ (5) ภาคใต้ ทัศนสถานหญิงสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงการสุ่มแบบคลัสเตอร์ และไม่จำกัดขนาดประชากร จากตำราของ Wayne (2009) ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับครัวเรือนในแต่ละพื้นที่แสดงในตารางที่ 1 โดยคลัสเตอร์ในการสุ่ม ในส่วน

ภูมิภาค (จังหวัด) ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานเทศบาลนคร สำนักงานเทศบาลเมือง สำนักงานเทศบาลตำบล สำหรับกรุงเทพมหานคร กำหนดให้สำนักงานเขต เป็นคลัสเตอร์ของการสุ่ม โดยเลือกคลัสเตอร์ที่อยู่โดยรอบทัศนสถานหญิงเป้าหมาย ตามจำนวนที่กำหนดไว้ ได้จำนวนครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 540 ตัวอย่าง (กำหนด 1 คลัสเตอร์ เก็บข้อมูลกับครัวเรือนผู้สูงอายุ 20 ตัวอย่าง) และองค์การบริหารส่วน

ท้องถิ่นจำนวน 27 ตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลกับตัวแทนครัวเรือนผู้สูงอายุและผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จากบุคคลผู้ที่สมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย โดยการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 20 19-133)

**ตารางที่ 1** ขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับครัวเรือนจำแนกตามพื้นที่

พื้นที่	จังหวัดตัวแทน	ร้อยละผู้สูงอายุ ในจังหวัด <sup>ก</sup>	จำนวน ตัวอย่าง (ครัวเรือน)	จำนวน คลัสเตอร์ <sup>ข</sup>
กรุงเทพมหานคร	พื้นที่ธนบุรี/ตลิ่งชัน	17.98	120	6
เหนือ	เชียงใหม่	17.96	120	6
ตะวันออก	ชลบุรี	12.67	100	5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	นครราชสีมา	16.45	100	5
ใต้	สงขลา	14.72	100	5
รวม			540	27

ก ระบบสถิติการลงทะเบียน กรรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด

ข กำหนดให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นคลัสเตอร์ของการสุ่ม

เครื่องมือการวิจัย มี 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามเก็บข้อมูลกับตัวแทนครัวเรือน ที่มีผู้สูงอายุ แบบสอบถามมีข้อความจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนด และเติมข้อความสั้น เป็นข้อมูลผู้ตอบ ครัวเรือน จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน การใช้บริการจากสถานบริการผู้สูงอายุ และความคิดเห็นต่อการประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้ต้องขังหญิงหลังพ้นโทษ

2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อสัมภาษณ์

ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีจำนวน 9 ข้อ ถามเกี่ยวกับความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุของท้องถิ่นและความคิดเห็นต่อการประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้ต้องขังหญิงหลังพ้นโทษ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการสรุปสาระสำคัญ (Theme-based content analysis)

**ผลการวิจัย**

ตัวแทนครัวเรือนจำนวน 560 ตัวอย่าง พบ ร้อยละ 67 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 56 ปี ร้อยละ 75.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือต่ำกว่า

พบร้อยละ 88 มีสมาชิกในครัวเรือน 2 – 5 คน ทั้งนี้ ร้อยละ 62 ของผู้ให้ข้อมูลเป็นบุตรของผู้สูงอายุใน ครัวเรือน โดยมีครัวเรือนประมาณร้อยละ 5 เท่านั้น ที่เคยใช้บริการจากสถานบริบาลผู้สูงอายุ

**ตารางที่ 2** ข้อมูลส่วนบุคคลและครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ จำแนกตามความคิดเห็นต่อการประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของอดีตผู้ต้องขังหญิง

รายการ	อดีตผู้ต้องขังหญิงกับอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ			
	เห็นด้วย (n=414)		ไม่เห็นด้วย (n=146)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	271	72.3	104	27.7
ชาย	143	77.3	42	22.7
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 45	103	78.0	29	22.0
45 – 59	126	72.8	47	27.9
60 – 69	116	71.6	46	28.4
70 ปี หรือมากกว่า	69	74.2	24	25.8
Min - Max = 19 – 92, Mean = 56.45, SD = 14.31				
รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	168	72.1	65	27.9
10,001 – 20,000	135	74.6	46	25.4
มากกว่า 20,000	57	74.0	20	26.0
ไม่มีรายได้	54	78.3	15	21.7
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)				
1 - 3	165	73.3	60	26.7
4 หรือมากกว่า	249	74.3	86	25.7
Min - Max = 1 – 14, Mean = 4.07, SD = 1.85				
จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน (คน)				
1	199	71.3	80	28.7
2	184	76.3	57	23.7
3 – 5	31	77.5	9	22.5
Min - Max = 1 – 5, Mean = 1.57, SD = 0.72				
การใช้บริการจากสถานบริบาลผู้สูงอายุ				
ไม่เคย	400	75.0	133	25.0
เคย	14	51.9	13	48.1

การประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุของอดีตผู้ต้องขังหญิง คริวเรือนผู้สูงอายุ ร้อยละ 74 เห็นด้วยโดยให้เหตุผลสนับสนุนว่าเป็นการให้อาชีพ ช่วยสร้างรายได้ที่มั่นคง หากการกระทำผิดเกิดจากการไม่มีเงินเลี้ยงชีพ การมีรายได้ที่มั่นคงและเพียงพอก็จะทำให้ไม่กลับไปทำความผิดอีก (ร้อยละ 59.04) ต้องการให้โอกาสอดีตผู้ต้องขังได้มีที่ยืนในสังคม มีชีวิตใหม่ที่จะผลักดันตัวเองในการปรับปรุงตัวได้ดีขึ้น (ร้อยละ 21.08) ต้องมีข้อแม้ว่าต้องผ่านการคัดกรองและอบรมจากกรมราชทัณฑ์มาแล้วเป็นอย่างดี เปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง มีใจรักในการดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการรับรองจากกรมราชทัณฑ์ว่ามีพฤติกรรมดีหลังพ้นโทษ และต้องทำงานอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 18.07) เชื่อว่าอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุจะช่วยให้อดีตผู้ต้องขังมีความอ่อนโยนมากขึ้น (ร้อยละ 1.81)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 26) ให้ความเห็นว่า มีความไม่ไว้วางใจพฤติกรรมของอดีตผู้ต้องขัง อาจกลับไปทำความผิดแบบเดิม หรืออาจทำร้ายผู้สูงอายุ (ร้อยละ 41.27) รู้สึกกลัว รู้สึกไม่ปลอดภัย เมื่อคิดถึงคดีที่ทำให้อาจถูกจำคุก แม้ว่าจะมีพฤติกรรมที่ดีก็ตาม (ร้อยละ 36.51) ควรให้ทำอาชีพอื่น ไม่ควรให้มาดูแลผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือช่วยตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 17.46) และไม่แน่ใจในคุณภาพการให้บริการ อาจรับผิดชอบงานไม่ดี (ร้อยละ 4.76)

ประเด็นการใช้บริการจากสถานบริการผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นอดีตผู้ต้องขังหญิง พบว่าคริวเรือนผู้สูงอายุร้อยละ 37.4 ไม่แน่ใจว่าจะใช้บริการหรือไม่ ขณะที่ร้อยละ 30.4 เห็นว่าจะใช้บริการ เนื่องจากมีคนทำงานด้วยกันหลายคน มีทั้งผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุคนอื่น พนักงานคนอื่นที่ไม่ใช่อดีตผู้ต้องขัง และการที่อดีตผู้ต้องขังผ่านการอบรมอาชีพจนได้มาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก็แสดงว่าเขามีความรู้ความสามารถ มีความมุ่งมั่นมากพอที่จะกลับตัวกลับใจมาทำอาชีพสุจริต ทำให้เชื่อมั่นว่าจะมีความปลอดภัยในระดับหนึ่ง

มากพอที่จะใช้บริการได้ ทั้งนี้ร้อยละ 26 จะใช้บริการแต่มีเงื่อนไขว่าอดีตผู้ต้องขังต้องไม่ทำผิดในคดีร้ายแรง/ความผิดต่อชีวิต ด้วยเป็นกลุ่มที่มีความผันผวนในการตัดสินใจมากที่สุด และร้อยละ 6 คิดว่าจะไม่ใช้บริการแน่นอน เนื่องจากไม่เชื่อใจ ไม่ไว้วางใจ กลัวว่าอดีตผู้ต้องขังจะกลับมากระทำผิดอีก ทำให้ตัวเองรู้สึกไม่ปลอดภัย และอาจเกิดอันตรายต่อตนเองหากต้องไปใช้บริการ

สำหรับผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 17 แห่ง (ร้อยละ 63) เห็นด้วยกับการประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้ต้องขังหญิงหลังพ้นโทษ เพราะเป็นอาชีพที่เป็นต้องการของสังคมแต่ยังมีความขาดแคลน ถ้าอดีตผู้ต้องขังมีความทักษะในอาชีพนี้เข้ามาในตลาดแรงงานในจำนวนมาก ก็จะทำให้มีการแข่งขันด้านอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมไม่สูงเกินไปเหมือนเช่นปัจจุบัน ทั้งยังเป็นการให้โอกาสผู้ที่ต้องการกลับตัวกลับใจอย่างแท้จริง การจ้างงานควรให้ปฏิบัติงานในสถานบริบาลผู้สูงอายุ เพื่อที่จะให้นายจ้างสามารถสอดส่องดูแลและขัดเกลาความประพฤติ โดยระยะแรกไม่ควรส่งไปดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน สำหรับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เห็นด้วย ให้ความเห็นว่าอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอาชีพที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่อาจมีฐานะ มีทรัพย์สินสมบัติ ทำให้เป็นสิ่งที่ล่อตาล่อใจได้ อาจทำให้อดีตผู้ต้องขังกระทำความผิดอีก หากยังมีจิตใจไม่เข้มแข็งมากพอ และหากผู้สูงอายุทราบว่าผู้ดูแลตนนั้นเป็นอดีตผู้ต้องขัง ผู้สูงอายุก็น่าจะเกิดความกลัวหรือไม่สบายใจ

ประเด็นการจ้างอดีตผู้ต้องขังหญิงมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ด้วยองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหลายแห่งมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุหลายโครงการ โดยเฉพาะการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในอนาคต ท้องถิ่นจึงเป็นหนึ่งในองค์กรสำคัญที่มีแนวโน้มว่าจะจะเป็นนายจ้างในอนาคต โดยผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ให้ความเห็นว่า ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านการฝึกอบรมและมีใบรับรองแต่เป็นอดีตผู้ต้องขัง ในเรือนจำ มีดังนี้ (1) ประวัติคดีที่ถูกต้องโทษในเรือนจำ (ร้อยละ 64) หากเป็นคดีเจตนาฆ่าคนตาย คดีลักขโมย น้อยเป็นนัยไม่ใช่เพราะความจำเป็น คดียาเสพติดที่ทำให้ เพราะเงินไม่ใช้ในการรับผิดชอบครอบครัว ท้องถิ่น ทุกแห่งให้ความเห็นเหมือนกันว่าไม่รับเข้าทำงาน (2) ประสบการณ์การทำงาน (ร้อยละ 60) หากผ่านการ ฝึกงานมาแล้ว ก็จะแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจในการ ประกอบอาชีพ ถ้ามีรายละเอียดผู้สูงอายุที่เคยรับดูแล ก็จะทำให้มีคุณสมบัติที่น่าสนใจมากยิ่งขึ้น และ (3) อื่นๆ ได้แก่ ต้องผ่านการทดลองงานก่อน มีภูมิลำเนาอยู่ ภายในพื้นที่ มีผลประเมินทางจิตวิทยาและข้อมูล พฤติกรรมโดยละเอียดจากเรือนจำ และต้องไม่ติดขัด เรื่องระเบียบการรับบุคลากรที่เคยต้องคดีมาก่อน

### อภิปรายผล

ครัวเรือนตัวอย่างประมาณ 2 ใน 3 เห็นด้วย สำหรับการพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้แก่อดีตผู้ต้องขัง ในเรือนจำ เนื่องจากมองว่าเป็นการให้โอกาสอดีต ผู้ต้องขังได้มีที่ยืนในสังคม อีกทั้งช่วยสร้างรายได้ เพื่อให้ อดีตผู้ต้องขังดำรงเลี้ยงชีพตนเองได้ โดยให้อดีตผู้ต้องขัง ทำงานในสถานบริบาลผู้สูงอายุเท่านั้น จากข้อมูลนี้ แสดงให้เห็นว่าแม้ครัวเรือนผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเห็นด้วย ต่อการสนับสนุนให้มีการสร้างอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ แก่อดีตผู้ต้องขังหญิงแต่คงยังมีความกังวลใจเกี่ยวกับการ ทำงานของอดีตผู้ต้องขัง ซึ่งสอดคล้องกับมุมมองของ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นเช่นกัน ที่ระบุว่าควรให้อดีต ผู้ต้องขังปฏิบัติงานในสถานบริบาล/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ไปก่อนในระยะแรก ซึ่งความวิตกกังวลใจเป็น ความเครียดที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิด หรือเป็นการ ทำนายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะมี อันตราย (Graham & Conley, 1971) เป็นไปได้ว่า ที่ครัวเรือนผู้สูงอายุมีความกังวลใจและรู้สึกไม่ปลอดภัย

อาจเป็นเพราะกลัวว่าอดีตผู้ต้องขังจะไม่สามารถรับ ความกดดันทางอารมณ์ของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากการ เปลี่ยนแปลงทางชีววิทยามีได้ส่งผลกระทบต่อทาง ร่างกาย แต่ยังคงมีความสัมพันธ์ไปถึงภาวะอารมณ์ของ ผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะป็นภาวะซึมเศร้า โกรธง่าย เอาแต่ใจ วิตกกังวล รวมถึงอาการซึมเศร้า โดยอาการเหล่านี้เป็น สิ่งที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมของสมองร่วมกับระดับ ฮอร์โมนในร่างกายที่ไม่สมดุลกัน และไปส่งผลถึง การควบคุมอารมณ์ของผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากงาน ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับความตึง เครียดจากการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม (Papangkorn, 2003; Tamdee et al., 2019) และการศึกษาของ สุดาสิณี สุทธิฤทธิ และคณะ (2564) แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความ ตึงเครียดต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอยู่ในระดับปาน กลางถึงสูง คิดเป็นร้อยละ 49.0 และ 43.7 ตามลำดับ จึงเป็นไปได้ว่าหากอดีตผู้ต้องขังได้รับคำตำหนิ หรือ คำว่ากล่าวตจากผู้สูงอายุ ก็อาจไปกระตุ้นปฏิกิริยาให้เกิด ความเครียดและมีภาวะอารมณ์ทางด้านลบ และมีการ โต้ตอบผู้สูงอายุกลับด้วยความรุนแรง จึงเป็นอีกเหตุผล หนึ่งที่สนับสนุนถึงการที่ครัวเรือนผู้สูงอายุสร้างเงื่อนไข ในการใช้บริการ รวมถึงเลือกเฉพาะผู้ไม่มีประวัติคดี ร้ายแรง และมีได้มีความเกี่ยวข้องกับคดีชีวิตและ ความปลอดภัยมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งนี้มืองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนหนึ่ง ไม่เห็นด้วยและไม่ต้องการที่จะจ้างงานอดีตผู้ต้องขังหญิง มาดูแลผู้สูงอายุ โดยมองว่าอดีตผู้ต้องขังหญิงอาจมีจิตใจ ไม่เข้มแข็งพอ และหากได้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่มีฐานะ มีทรัพย์สินสมบัติ ก็อาจกระตุ้นให้เกิดการกระทำผิดซ้ำ ข้อมูลการศึกษาที่มีความเป็นไปได้ว่าเกิดจากการ รับทราบปัญหาอาชญากรรมต่างๆ ในสังคม หรือรับรู้ เหตุการณ์ข่าวที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ในปัจจุบัน อาทิ คดีข่มขืนกระทำชำเรา พยายามฆ่า และ

คดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (ไทยพีบีเอส, 2564; ไทยรัฐออนไลน์, 2563) โดยคดีเหล่านี้ถูกนำเสนอผ่านสื่อออนไลน์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงอาจเป็นเหตุผลสนับสนุนให้บุคคลเกิดกระบวนการรับรู้ข้อมูลในเชิงลบ และสร้างความรู้สึกขึ้นเป็นความกลัว ความรู้สึกไม่ปลอดภัยกับอดีตผู้ต้องขังหญิง โดย Fox (1997) และ Nicastro & Whetsell (1999) กล่าวถึงความกลัวว่าเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ทางอารมณ์ต่ออันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคามเมื่อบุคคลประสบและรับรู้จากเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น

อย่างไรก็ดีหากวิเคราะห์ในกลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีมุมมองในการยอมรับกับการพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มอดีตผู้ต้องขังหญิงมีความเป็นไปได้ว่าเกิดจากการที่ตลาดแรงงานคนไทยมักหลีกเลี่ยงงานที่มีความเสี่ยง โดยมีรายงานข่าว (โพสต์ทูเดย์, 2558) และการวิจัยที่ผ่านมา (Asian Migrant Centre Mekong Migration Network, 2002; Soonthornhadda, 2001) รายงานสอดคล้องกันถึงคุณลักษณะงาน 3 ประการที่แรงงานไทยมักจะหลีกเลี่ยงคือ เสี่ยง (Dangerous) หนัก (Difficult) และสกปรก (Dirty) ทั้งนี้อาชีพการดูแลผู้สูงอายุมีลักษณะเข้าข่ายประเภทของงานที่คนไทยไม่นิยมทำใน 2 ลักษณะคือ (1) เกี่ยวข้องกับความสกปรก เพราะบทบาทของผู้ดูแลนอกจากจะต้องรับผิดชอบทำความสะอาดร่างกายโดยทั่วไปแล้วยังต้องสามารถที่จะจัดการกับสิ่งปฏิกูลอย่างอุจจาระ ปัสสาวะ และเสมหะของผู้สูงอายุร่วมด้วย (ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560) และ (2) เกี่ยวข้องกับงานที่หนัก เพราะเป็นการทำงานภายใต้ความเครียด ความกดดันกับการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (Levere, et al., 2022; Papangkom, 2003) รวมทั้งต้องเผชิญกับอารมณ์ความแปรปรวนของผู้สูงอายุซึ่งมีผลมาจากโรคประจำตัวและการปรับลดของระดับฮอร์โมน อย่างไรก็ตาม ใ้ให้การสนับสนุนส่วนใหญ่ยังคงมีข้อจำกัดเงื่อนไขในการเข้าฝึกอาชีพ โดยปัจจัยดึงดูดในการจ้างงานกับอดีตผู้ต้องขังหญิง พบว่าจะต้องไม่มี

ประวัติความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับคดีฆ่าคนตายและพยายามฆ่า ซึ่งผลข้อมูลนี้ให้สอดคล้องกับข้อเสนอของตัวแทนครัวเรือนผู้สูงอายุ ที่เป็นข้อห้ามให้ผู้ที่มิประวัติคดีร้ายแรง และคดีที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยประกอบอาชีพเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากความคิดเห็นที่สอดคล้องตรงกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและครัวเรือนผู้สูงอายุ บ่งชี้ถึงรูปแบบคดีที่ก่อเหตุของอดีตผู้ต้องขังซึ่งเป็นข้อพิจารณาสำคัญกับการจ้างงานและการประกอบอาชีพ โดยการที่พวกเขาให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าว อาจเป็นเพราะว่าพฤติกรรมการก่ออาชญากรรมมีความเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพจิต ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Kamaluddin et al, (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ การควบคุมตนเอง และการกระทำผิดทางอาญา ซึ่งพวกเขาให้การรายงานว่าบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันและนั่นทำให้การตอบสนองต่อปัญหา การตัดสินใจ และการสื่อสารกับสิ่งรอบตัวไม่เหมือนกัน โดยพบว่าผู้ที่มีความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ จะมีแนวโน้มต่อการกระทำผิดและก่ออาชญากรรมสูง ด้วยข้อมูลการวิจัยดังกล่าวจึงอาจเป็นเหตุผลสนับสนุนให้ทั้ง อปท. และครัวเรือนผู้สูงอายุ ปฏิเสธให้อดีตผู้ต้องขังที่มีประวัติในคดีร้ายแรงเข้าฝึกอบรม และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการประกอบอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุของอดีตผู้ต้องขังหญิง และมีแนวโน้มที่จะจ้างงานอดีตผู้ต้องขังหญิงเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับตัวแทนครัวเรือนผู้สูงอายุที่มากกว่าครึ่งหนึ่งเห็นด้วยและยินยอมที่จะให้ผู้สูงอายุไปใช้บริการในสถานบริการผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นอดีตผู้ต้องขัง โดยทั้งสองกลุ่มให้ความสำคัญกับประวัติคดีที่ต้องโทษ และมูลเหตุจูงใจ

ในการกระทำผิดของอดีตผู้ต้องขังหญิง โดยผู้ที่มีประวัติ เกี่ยวข้องกับคดีร้ายแรงไม่ควรได้รับการสนับสนุน เพื่อพัฒนาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยข้อค้นพบนี้จึงมี ข้อเสนอแนะให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการเบ็ดเสร็จใน จุดเดียว (One-Stop Service) เพื่อประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมราชทัณฑ์ กรมคุม ประพฤติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงาน ในการส่งเสริมอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้แก่อดีตผู้ต้องขัง หญิง โดยดำเนินการบริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว ในการ คัดกรองคุณสมบัติของอดีตผู้ต้องขังก่อนพัฒนาบทบาท เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประสานการเข้าอบรมหลักสูตร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการอบรม ประชาสัมพันธ์ และประสานการจ้างงาน เพื่อให้เกิดการ

จ้างงานกับอดีตผู้ต้องขังหญิง ให้ได้รับโอกาสการมีอาชีพ สุจริตที่หาเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเอง มีรายได้ที่เพียงพอต่อ การดำรงชีพ ก็จะลดโอกาสกลับไปกระทำผิดซ้ำ และ กระทำตนให้เป็นประโยชน์แก่สังคมได้ทั้งในทางตรงและ ทางอ้อม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองพัฒนานวัตกรรมการยุติธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม ที่ให้การสนับสนุนและ ประสานหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดการวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่น และตัวแทน คริวเรือนผู้สูงอายุ ที่ให้ข้อมูลสำคัญทำให้การวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2565). *พม. โดย กรม ผส. ร่วมขับเคลื่อนงาน โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 24 มีนาคม 2565). สืบค้นจาก: <https://www.dop.go.th/thai/gallery/1/5651>.
- กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม. (2561). *บันทึกข้อตกลงว่าด้วยการประสานความร่วมมือโครงการพระราชูร ร่วมสร้างงาน สร้างอาชีพผู้ต้องขัง*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 5 มิถุนายน 2565). สืบค้นจาก: <http://www.correct.go.th/care/care/mou/file/MOUโครงการพระราชูร ร่วมสร้างงาน สร้างอาชีพผู้ต้องขัง.pdf>.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม. (2561). *หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัคร สาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.) ปีพุทธศักราช 2561*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 5 มิถุนายน 2565). สืบค้นจาก: <http://www.correct.go.th/meds/index/Download/MHVD0C2.pdf>.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพิณิจ, อัครเดช เสนานิกรณ และวารี ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงใน พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 5 (sp1), 387-405.
- ไทยพีบีเอส. (2564). *ศาลตัดสินประหารชีวิต "สมคิด พุ่มพวง" ฆาตกรต่อเนื่อง*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 24 เมษายน 2565). สืบค้นจาก: <https://news.thaipbs.or.th/content/303022>.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2563). *เมื่อวานยังมาสอน ครูคนสนิท ตกใจ ไม่คาดคิด ผอ. คือ "โจรปล้นร้านทอง"*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 24 เมษายน 2565). สืบค้นจาก: <https://www.posttoday.com/politic/report/356133>.
- แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส). (2552). *ระบบการ ดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. (17 พฤศจิกายน 2542). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 116 ตอนที่ 114 ก. หน้า 48.
- โพสต์ทูเดย์. (2558). *เลือกนักมักเตะฝุ่น เตือนต่างดาวแย่งงาน*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 24 เมษายน 2565). สืบค้นจาก: <https://www.posttoday.com/politic/report/356133>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระบบสถิติการลงทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 10 มิถุนายน 2562). สืบค้นจาก: [http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153\\_0.pdf](http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153_0.pdf).
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583. (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 5 มิถุนายน 2565). สืบค้นจาก: <https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/113/ประกาศ61-re.pdf>.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563). *มาตรฐานแนวทางการให้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในชุมชน*. [ออนไลน์]. (วันที่สืบค้น 5 มิถุนายน 2565). สืบค้นจาก: [https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202106/m\\_news/35025/204975/file\\_download/ae57bdf1798c049499f3772b4f57dad8.pdf](https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202106/m_news/35025/204975/file_download/ae57bdf1798c049499f3772b4f57dad8.pdf).
- สุดาลินี สุทธิฤทธิ, อรณิส ยวงทอง, วราภา จันทร์เอียด, สุวรรณิ นิยมจิตร, ณัชชาภรณ์ บัวแสง, ศิรินยา รอดเจริญ. (2564). ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 35* (2), 1-12.
- Asian Migrant Centre Mekong Migration Network. (2002). Thailand Country Report. In *Migration needs, issues and response in the Greater Mekong Subregion: A Resource Book*. (pp. 143-172). Asian Migrant Centre.
- Fox, J. A. (1997). *Primary Health Care of Children*. St.Louis: Mosby.
- Graham, L. E., & Conley, E. M. (1971). Evaluation of Anxiety and Fear in Adult Surgical Patients. *Nursing research, 20*(2), 113-122.
- Kamaluddin, M. R., Shariff, N. S. M., Othman, A., Ismail, K. H., & Saat, G. A. M. (2015). Linking Psychological Traits with Criminal Behaviour: A Review. *ASEAN Journal of Psychiatry, 16*(2), 1-13.
- Levere, D., Hoppmann C., & DeLongis A. (2022). Couples and Illness. *Comprehensive Clinical Psychology, 8*, 514-537. Doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00069-8.
- Nicastro, E. A., & Whetsell, M. V. (1999). Children's Fears. *Journal of Pediatric Nursing, 14*(6), 392-402.
- Papangkom, R. (2003). *Caregivers' Experiences in Caring for Dependent Elderly Persons*. Master of Nursing Science Program in Adult Nursing. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol university.
- Soonthorndhada, K. (2001). Changes in the Labor Market and International Migration Since the Economic Crisis in Thailand. *Asian and Pacific Management Journal, 10* (3-4), 401-427.



Tamdee, D., Tamdee, P., Greiner, C., Boonchiang, W., Okamoto, N., & Isowa, T. (2019). Conditions of Caring for the Elderly and Family Caregiver Stress in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Health Research*, 33 (2), 138-150.

Wayne W Daniel. (2009). *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 9<sup>th</sup>ed. USA: John Wiley & Sons Inc.

# Compliance with Personal Data Protection Law in the Provision of Telepharmacy Service: Qualitative Research

Kamolwan Tantipiwattanasakul<sup>1</sup>, Chawin Ounpat<sup>2</sup>, Parun Rutjanathamrong<sup>3</sup>,  
Chontichar Salaksin<sup>1</sup>, Supapit Sirimongkol<sup>1</sup>, Kanokwan Yamhong<sup>1</sup>  
Shinnawat Saengungsumalee<sup>1,4,\*</sup>

*1 Faculty of Pharmacy, Siam University. \*Corresponding author, email: shinnawat@siam.edu*

*2 Faculty of Law, Thammasat University.*

*3 Faculty of Pharmacy, Thammasat University.*

*4 Drug system and monitoring center, Chulalongkorn University.*

## Original article

### Abstract

Received: 28 July 2022

Revised: 18 July 2022

Accepted: 1 September 2022

In the present day, pharmaceutical care services tend to change to telepharmacy. This service involves sensitive personal data that may be detrimental to clients. Tele-pharmacy service providers are required to comply with the Personal Data Protection Act. The purpose of this study was to analyze the implementation of the Personal Data Protection Act B.E. 2562 in the telepharmacy service of pharmacists. This study was a qualitative research, through in-depth interviews with 9 key informants, involved in tele-pharmacy services, who understood the Personal Data Protection Act B.E. 2562 (2019). Research instrument was semi-structured interview. Data were analyzed by content analysis. The results indicated that the procedures for tele-pharmacy service must comply with the Personal Data Protection Act B.E. 2562 (2019), such as always inform clients of service provider's information. Always inform the objectives of personal data collection, and ask for consent before collecting data, or recording audio / video. The data controller was the pharmacy owners and the pharmacists. The pharmacy owners determined the data processor. The barrier to comply with the Personal Data Protection Act B.E. 2562 (2019) was implementing security measures to obtain personal data. In conclusion, most tele-pharmacy service providers can comply with the Personal Data Protection Act B.E. 2562 (2019). Therefore, policy makers should urgently develop guidelines for tele-pharmacy services related to the Personal Data Protection Act B.E. 2562 (2019).

**Keywords:** Tele-pharmacy, Personal Data Protection Act B.E. 2562

## การปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: การวิจัยเชิงคุณภาพ

กมลวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล<sup>1</sup>, ชวิน อุณหัทร<sup>2</sup>, ปรุณห์ รุจนธำรงค์<sup>3</sup>, ชลธิชา สลักศิลป์<sup>1</sup>, ศุภาพิชญ์ ศิริมงคล<sup>1</sup>,  
กนกวรรณ แยมหงษ์<sup>1</sup>, ชินวัจน์ แสงอังศุมาลี<sup>1,4\*</sup>

1 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

2 คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

3 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

4 ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: shinnawat@siam.edu

### บทความวิจัยต้นฉบับ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 28 กค. 2565

วันแก้ไข 18 สค. 2565

วันตอบรับ 1 กย. 2565

ปัจจุบันการให้บริการเภสัชกรรมมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมากขึ้น การให้บริการดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อน อาจก่อความเสียหายให้แก่ผู้มารับบริการ ผู้ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจึงต้องปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องของขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลต่อกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลและมีความเข้าใจในกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 9 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือผู้วิจัยและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ การแจ้งข้อมูลผู้ให้บริการให้กับผู้รับบริการทุกครั้ง แจ้งวัตถุประสงค์ สอบถามความยินยอมของผู้รับบริการก่อนเก็บข้อมูล บันทึกเสียงหรือวิดีโอและขอความยินยอมของผู้รับบริการก่อนบันทึกทุกครั้ง ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลคือเจ้าของร้านและเภสัชกร ผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลกำหนดโดยเจ้าของร้าน อุปสรรคในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 คือการทำมาตรการรักษาความปลอดภัย สรุปผู้ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนตามข้อกำหนดเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายควรเร่งออกแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

**คำสำคัญ:** การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล, พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

พ.ศ. 2562

## บทนำ

เภสัชกรเป็นหนึ่งในวิชาชีพที่ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยเฉพาะเภสัชกรชุมชนซึ่งให้บริการในรูปแบบร้านยาที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ ร้านยาเป็นส่วนที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากที่สุด (วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ และคณะ, 2559) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามามีผลต่อชีวิตประจำวันของคนไทยมากขึ้นทำให้รูปแบบการดำเนินธุรกิจ หรือการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปทำให้ธุรกิจบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตามได้อย่างรวดเร็วจึงเกิดการแทนที่ของธุรกิจใหม่ (Technology Disruption) หลายธุรกิจต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด และผลักดันการใช้เทคโนโลยีหลายรูปแบบเพื่อเพิ่มช่องทางและโอกาสในการดำเนินธุรกิจในรูปแบบการพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Commerce) ให้เป็นทางเลือกแก่ผู้บริโภค (วริษา ญ ลำปาง, 2564)

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบันที่กำลังมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 (COVID-19) ทำให้การให้บริการทางเภสัชกรรมต้องมีการปรับตัวตามวิถีใหม่เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ แนวคิดการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) จึงถูกยกมากล่าวถึงมากขึ้น มีประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 56/2563 เรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ในประกาศมีการกำหนดให้มีระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และการบันทึกประวัติผู้ป่วย รวมถึงระบบการบันทึกข้อมูลเสียงและวิดีโอ ในขณะที่ให้บริการและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (สภาเภสัชกรรม, 2563) โดยต้องมีการเก็บเป็นความลับเพื่อเป็นการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้ขยายระยะเวลาที่จะมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2565 สำคัญสำคัญของกฎหมายฉบับนี้มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย

ข้อมูลส่วนบุคคลโดยผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลหรือผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล (บริษัท เอ็นเดต้าธอธ, 2565)

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 มีเหตุผลในการประกาศใช้ เนื่องจากปัจจุบันมีการล่วงละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคลเป็นจำนวนมาก ประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทำให้การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลถูกล่วงละเมิดได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว ก่อให้เกิดความเสียหาย ดังนั้นจึงสมควรที่จะกำหนดให้มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ กลไก หรือมาตรการกำกับดูแลเกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นหลักการทั่วไป (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2562)

ประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 56/2563 เรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ได้ให้ยาม จริงๆของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล คือ การบริหารทางเภสัชกรรม และการให้บริการที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร รวมทั้งการส่งมอบยา สถานการณ์ปัจจุบันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการให้บริการเภสัชกรรมไปสู่รูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการไปอย่างมาก ผู้ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมีความจำเป็นต้องเรียนรู้ และปรับตัวตามรูปแบบการให้บริการดังกล่าว

สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ในส่วนของร้านยาซึ่งปฏิบัติตามประกาศของสภาเภสัชกรรมโดยให้ผู้รับบริการและเภสัชกรขึ้นทะเบียนกับระบบ มีการจัดทำแฟ้มประวัติรวมถึงให้ผู้รับบริการนัดหมายวันเวลาเพื่อทำการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล โดยมีการเน้นในด้านให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและยา ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และให้การเลิกบุหรี่ (กฤษฎีกา วัฒนธรรม

และคณะ, 2564) รูปแบบบริการดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อน (Sensitive Personal Data) อาจก่อความเสียหายให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นผู้ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจึงต้องปฏิบัติตามให้อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีผู้ใดทำการศึกษารับขั้นตอนการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของเภสัชกรและอุปสรรคของเภสัชกรในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติฉบับนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องของขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลต่อกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

### ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้การเก็บข้อมูลเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2565 ถึง เดือนมีนาคม 2565 โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เภสัชกรและนักกฎหมายเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key Informants) ซึ่งใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเงื่อนไขคือ

1. ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ/ปฏิบัติงาน หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล
2. ผู้ที่มีความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติงานเภสัชกรรมทางไกล และสาระสำคัญของพระราชบัญญัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Key informants) มีจำนวน 9 ท่าน ประกอบไปด้วย เภสัชกรโรงพยาบาล

เภสัชกรการตลาด เภสัชกรชุมชน อาจารย์เภสัชกร กรรมการสภาเภสัชกรรม และนักกฎหมาย ซึ่งผู้วิจัยคำนึงถึงความอึดตัวของข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) ที่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญวิจัยเชิงคุณภาพก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล ค่า IOC เท่ากับ 0.8

ส่วนที่ 2 ทีมผู้วิจัยซึ่งได้รับการอบรมในเรื่อง “ศาสตร์และศิลป์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ” และเคยมีประสบการณ์การดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพในงานเภสัชกรรม

### 3. การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์สำหรับตอบคำถามแบบปลายเปิดในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants)
- 3.2 ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อนัดเวลาสัมภาษณ์ผ่านทางออนไลน์
- 3.3 ผู้วิจัยส่งเอกสารโครงการวิจัย ไปรับรองโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยไปยังผู้ให้ข้อมูลสำคัญผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์
- 3.4 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยทีมผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ทั้ง 5 คนได้ผ่านการอบรมในเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว
- 3.5 ก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตัวโดยบอกชื่อ-นามสกุล สถานที่ทำงาน แนะนำโครงการวิจัยโดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และชี้แจงเกี่ยวกับจรรยาบรรณการวิจัย การปกป้องสิทธิ์ของ

ผู้ให้ข้อมูล การเก็บข้อมูลให้ปลอดภัยและเป็นความลับ มีการสร้างความสัมพันธ์อันดีที่จะขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้วิจัยที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลสบายใจ และให้ข้อมูลตามความเป็นจริงมากที่สุด

3.6 หากผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญเข้าใจและยินยอม ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญจะทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องยินยอมของหนังสือแสดงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยแล้วส่งเอกสารแสดงความยินยอมกลับมาที่ผู้วิจัยทางไปรษณีย์

3.7 ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญเพื่อทำการบันทึกภาพและเสียงระหว่างการสัมภาษณ์

3.8 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

3.9 หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญครบทั้งหมด ข้อมูลที่ได้จะถูกวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางงานวิจัยเชิงคุณภาพจนข้อมูลอิ่มตัว และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

#### 4. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.1 ผู้วิจัยถอดบทสัมภาษณ์จากการสัมภาษณ์

4.2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

4.3 ผู้วิจัยใช้ผลลัพธ์ของการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญมาวิเคราะห์เพื่อค้นหาแนวทางและข้อเสนอแนะ

#### 5. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลดังต่อไปนี้ คือผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

ด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยพิจารณาการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นปัญหาการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของเภสัชกรจากเภสัชกรในบริบทที่แตกต่างกัน สายงานอาชีพที่แตกต่างกันเพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ได้ว่าเหมือนหรือต่างกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการตรวจสอบความตรงภายใน (Internal validity) ผู้วิจัยมีการการพูดคุยเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (Prolonged engagement) และระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยมีการสังเกตผู้ให้ข้อมูลตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์ (Persistent observation) เมื่อผู้วิจัยทำการถอดบทสัมภาษณ์เสร็จจะมีการกลับมาพูดคุยกับทีมเพื่อสะท้อนประเด็นการสัมภาษณ์ (Reflexivity) และส่งข้อมูลกลับไปยังผู้ถูกสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Member checking) รวมถึงปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (Peer debriefing)

#### 6. จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ให้ดำเนินการศึกษาเรื่องดังกล่าวได้วันที่รับรอง 30 พฤศจิกายน 2564 COA. NO. SIAMPY-IRB 2021/005

#### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ได้ให้นิยามของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลในมาตรา 6 ว่า ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล หมายความว่า บุคคลหรือนิติบุคคลซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่ มีความเข้าใจว่าผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล คือ เจ้าของร้านและเภสัชกร ซึ่งส่วนใหญ่ในปัจจุบันเจ้าของร้านและเภสัชกรเป็นคนเดียวกัน

“... ผู้รับอนุญาต เภสัชกรสองคนนี้แยกขาดจากกันไม่ได้ต้องรับผิดชอบร่วมกัน...” (เภสัชกรร้านยา)

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้ให้นิยามว่า ผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล หมายความว่า บุคคลหรือนิติบุคคลซึ่งดำเนินการเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามคำสั่งหรือในนามของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ บุคคลหรือนิติบุคคลซึ่งดำเนินการดังกล่าวไม่เป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล คือ ผู้ที่ถูกกำหนดโดยเจ้าของร้าน

“... คนประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลผมก็จะมองว่าทางผู้รับอนุญาตเนี่ย ทางเจ้าของร้านนั้นไว้ใจใคร...” (เภสัชกรร้านยา)

ผลการศึกษาในส่วนการปฏิบัติตามขั้นตอนตามพระราชบัญญัติข้อมูลส่วนบุคคลในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของเภสัชกรสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นได้ สิ่งที่สามารถปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และอุปสรรคในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้

### สิ่งที่เภสัชกรสามารถปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

1. การแจ้งข้อมูลผู้ให้บริการ และแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลแก่ผู้มารับบริการทุกครั้ง

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 มาตรา 23 วางหลักว่า ในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลจะต้องแจ้งให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทราบก่อนหรือในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลถึงรายละเอียด ดังต่อไปนี้เว้นแต่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ทราบถึงรายละเอียดนั้นอยู่แล้ว (1) วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม เพื่อการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้หรือเปิดเผยซึ่งรวมถึงวัตถุประสงค์ตามที่มาตรา 24 ให้อำนาจในการเก็บรวบรวมได้โดยไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล จากการ

สัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่สามารถแจ้งข้อมูลผู้ให้บริการ และแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลแก่ผู้มารับบริการทุกครั้ง โดยมีการแจ้งผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การแจ้งผ่านหนังสือขอความยินยอม แอปพลิเคชัน และขณะการให้บริการที่จุดบริการเพื่อให้ผู้รับบริการทราบข้อมูลผู้ให้บริการ และจุดประสงค์ของการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลในครั้งนั้นที่เข้ารับบริการเพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการรวมถึงสิทธิที่จะได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ประโยชน์

“... ในตัวใบความยินยอม เราก็บอกว่าเราจะเก็บข้อมูล แล้วก็บอกวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูล ใช้ประโยชน์ข้อมูล ส่งต่อข้อมูลนะครับ มีในเรื่องของการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลนะ และยินยอมให้ผู้ให้บริการใช้ประโยชน์ของข้อมูลดังกล่าวเพื่อในการให้บริการการรักษา การศึกษา การวิจัยตลอดจนการพัฒนา ปรับปรุงระบบการบริการ อันนี้คือเป็นสิ่งที่เราบอกวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลให้กับเขาว่าเราเอาไปใช้ทำอะไรบ้าง...” (เภสัชกรร้านยา)

“...ทำได้ และพึงต้องทำด้วย เพราะว่าในอีกมุมหนึ่งมันก็เป็นสิทธิของผู้ป่วยในการที่จะทราบชื่อ ทราบความเชี่ยวชาญอะไรต่างๆ ของคนที่เป็นแพทย์หรือว่าผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ อันนี้เป็นกฎหมายเลย การทำงานของการจ่ายยาหรืออะไรก็แล้วแต่ โดยสภาพมันก็ต้องมีเรื่องของการเก็บข้อมูลต่างๆ ที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลอยู่แล้ว แล้วเราก็อาจจะต้องบอกว่าการที่เราเก็บข้อมูลนี้เพื่อเอาไว้ใน medical record นะ เอาไว้ในเวชระเบียนต่างเพื่อการติดตามอาการไข้ยี้คะ เรื่องของการเพื่อการติดตามประสิทธิภาพของการรักษา อันนี้ทำได้ปกติเลย...” (นักกฎหมาย)

2. สอบถามความยินยอมก่อนเก็บข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่ มีการขอความยินยอมก่อนเก็บข้อมูลส่วนบุคคล เนื่องจากข้อมูลส่วนบุคคลเป็นข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน (Sensitive data)

ที่อาจก่อความเสียหายให้แก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลนั้น จึงต้องมีการขอความยินยอมไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบ เช่น ด้วยวาจา หรือลายลักษณ์อักษร หรือผ่านทางลายเซ็น อิเล็กทรอนิกส์เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน ตามที่มาตรา 19 วรรค 1 วางหลักว่า ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลจะกระทำการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลไม่ได้หากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลไม่ได้ให้ความยินยอมไว้ก่อนหรือในขณะนั้น เว้นแต่บทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้กระทำได้

“... ใช่...ถามความยินยอมก่อนรับบริการ ก็คือใครจะมารับบริการเภสัชกรรมทางไกลจากเรา คือต้องมายืนยันตัวตนที่เราก่อน มาลงทะเบียน แล้วเราก็จะมีเรื่องของใบความยินยอมว่ายินยอมที่จะรับบริการเภสัชกรรมทางไกล ยินยอมที่จะรับบริการจากสถานพยาบาลสำหรับนักศึกษา เป็นลายเซ็นของจริงเลย ซึ่งลายเซ็นตรงนี้ก็ถือเป็นลายเซ็นทั้งฝั่งผู้ให้ข้อมูล ก็คือคนที่ให้ข้อมูลในขณะนั้น เป็นลายเซ็นในฝั่งของผู้ประสงค์จะรับบริการ ก็คือตัวคนที่จะมาใช้บริการ และก็จะมียินยอมที่เป็นของพยาน...” (เภสัชกรร้านยา)

“... เขาสมัครมาแล้ว เขากรอกมาว่า ชื่อ-นามสกุลอะไร เลขบัตรประชาชนอะไร ใส่เบอร์โทรศัพท์มือถือเรากี่ส่ง OTP กลับไปให้ยืนยัน ถือเป็นกรยินยอมเข้ารับบริการ...” (เภสัชกรการตลาด)

### 3. บันทึกลายเซ็นหรือวิดีโอ

ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่ มีการบันทึกเสียง หรือวิดีโอในขณะที่ให้บริการเนื่องจากเป็นขั้นตอนพื้นฐานที่สภากำหนดตามประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และเป็นหลักฐานสำหรับการคุ้มครองผู้ให้บริการในกรณีที่มีการฟ้องร้อง หรือดำเนินคดีเกิดขึ้น

“... การบันทึกเสียงเป็นขั้นต่ำของที่สภากำหนด เราก็ต้องมีการบันทึกเสียงไว้...” (เภสัชกรร้านยา)

“... เราต้องมีการบันทึกการทำงานของเราก่อนเก็บไว้ แล้วต้องบอกเขาด้วยว่าเรารับบันทึกเพื่อประโยชน์อะไร เราทำตามมาตรฐาน...” (กรรมการเภสัชกรรม)

### 4. ต้องขอความยินยอมก่อนบันทึกเสียงหรือวิดีโอ

ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่ มองว่าต้องทำการขอความยินยอมก่อนที่จะทำการบันทึกเสียง หรือวิดีโอเนื่องจากการบันทึกเสียง หรือวิดีโอเป็นการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการที่สามารถย้อนกลับมาดูได้ ดังนั้นจึงควรขอความยินยอมก่อนที่จะทำการบันทึก

“... ต้องขอความยินยอมแต่ว่าขอความยินยอม คือ เราอธิบายตั้งแต่ครั้งแรกที่เรามารับเลย ว่ารับบริการที่ร้านนี้จะมีการอัด ในการให้บริการแต่ละครั้งก็อาจจะบอกเขานี้เรามีการอัดนะ ก็เหมือนเวลาเขามาประเมินความพึงพอใจ เวลาเราไปใช้บริการที่ไหน มันก็ประโยชน์เดียว ไม่ได้เสียเวลามาก มันคงต้องทำตามกฎหมาย...” (กรรมการเภสัชกรรม)

“... คิดว่าถามก่อนเพราะว่าบางคนบ้านเขาก็ไม่ได้พร้อมที่จะให้เห็น ไม่อยากให้เห็นอะไร แล้วก็ทำไม่เป็น ทำไม่ได้เขาก็ไม่ยอมนะก็ควรเอาที่เขาสะดวกใจ...” (เภสัชกรโรงพยาบาล)

### อุปสรรคของเภสัชกรในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญมีความเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคของเภสัชกรในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 คือ

1. การทำมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ตามมาตรา 37 ซึ่งวางหลักว่า ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลมีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (1) จัดให้มีมาตรฐานการรักษาความปลอดภัยที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการสูญหายเข้าถึง ใช้เปลี่ยนแปลงแก้ไข เห็นหรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลโดยปราศจากอำนาจหรือโดยมิชอบ เนื่องจากการจัดทำมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดแต่เภสัชกร หรือร้านยาโดยทั่วไปยังขาด



ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย เทคโนโลยี และไม่มีตัวอย่าง หรือแนวทางในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล เพราะฉะนั้นการจัดทำมาตรการการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจึงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตาม

“... ในส่วนของมาตรการป้องกันการสูญหาย อาจจะเป็นเรื่องที่ยาก เพราะว่ามาตรการป้องกันการสูญหายมักจะมีการกำหนดสเปก หรือเทคโนโลยี หรืออุปกรณ์ที่จะต้องใช้ อันนี้จะเริ่มยากทันที...” (เภสัชกรร้านยา)

“... เป็นปัญหาในการที่ไม่สามารถที่จะหาวิธีการได้ในการป้องกันการสูญหายของข้อมูลต่างๆ เพราะฉะนั้นก็เป็นอุปสรรคสำหรับคนที่ควบคุมข้อมูล...” (นักกฎหมาย)

2. อุปสรรคในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เภสัชกรส่วนใหญ่ทั้งในบริบทโรงพยาบาล และร้านยายังไม่มีความรู้ในเรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งทำให้ขาดความเข้าใจในตัวบทบางมาตราที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ทำให้เภสัชกรมองว่า การปฏิบัติ ในบางประเด็น จะขัดกับข้อกฎหมายทั้งหมดเลยหรือไม่

3. การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่มองว่า การเก็บข้อมูลของเภสัชกรที่ปฏิบัติ ทั้งในภาคส่วนของโรงพยาบาลและร้านยา ยังมีความเสี่ยงของการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคล เนื่องจากเภสัชกรที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยี มีไม่มาก การสร้างรหัสป้องกัน รวมถึง ฐานข้อมูล ในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลอาจเป็นปัญหา ในการป้องกันการสูญหาย รวมถึงเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ที่จะต้องใช้ในการ เก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล ที่อาจมีค่าใช้จ่าย ที่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล จะสามารถหามา เก็บข้อมูลส่วนบุคคลได้

4. ขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของภาคธุรกิจ และไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ให้ข้อมูลคน

สำคัญ ให้เหตุผลว่าในปัจจุบันภาครัฐยังไม่มีกรอบข้อกำหนดทำให้ภาคธุรกิจสามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างสอดคล้องกับกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้เกิดความสับสน ในการปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรมทางไกล

“...อันแรกก็คือปัญหาที่จะเกิดขึ้นแน่ๆ คือขั้นตอนการปฏิบัติงานมันไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของธุรกิจ ไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของวิชาชีพ อันที่สองก็คือในส่วนของปัญหาที่จะเกิดขึ้นก็คือเวลาการออกแบบขั้นตอนการปฏิบัติงาน หรือการออกกฎระเบียบต่างๆ อาจจะได้ไม่มาจากการสอบถามความเห็นจากผู้ปฏิบัติงานโดยตรงทำให้การการออกกฎระเบียบตรงนี้มีมันอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของคนที่เป็นรายย่อยหรือเป็นธุรกิจเล็กๆ อันที่สามก็คือภาครัฐปัจจุบันยังไม่มีกรอบข้อกำหนดอะไรมาชัดเจนทำให้ภาคธุรกิจที่เป็นธุรกิจเล็ก หรือธุรกิจอื่นแม้กระทั่งวิชาชีพเองก็ยังคงคิดไม่ออกว่าจะต้องวางแผนการทำงานอย่างไรโดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพซึ่งมันไม่มีความชัดเจนว่าเราจะทำได้มากน้อยแค่ไหนจะใช้ช้อยกเว้นตามกฎหมายได้เพียงใด...” (เภสัชกรร้านยา)

“... อาจจะเอาความคุ้นชินเก่าๆมาใช้ไม่ได้พอ PDPA ออกมาเหมือนมันต้องกระโดดหลาย step มันไม่ใช่ขึ้นบันไดทีละขั้นมันก็ลำบากหน่อย แต่ก็ต้องทำ ต้องออกแบบระบบให้ดี...” (เภสัชกรการตลาด)

### อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องปัญหาการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลเป็นการศึกษาขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายใหม่ที่มีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมา โดยคณะกรรมการร่วมภาคเอกชน 3 สถาบัน (กกร.) มีการ

เสนอเลื่อนการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ไปก่อน อย่างน้อย 1-2 ปี เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันเศรษฐกิจโดยรวมได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ทำให้ภาครัฐและเอกชนต้องฟื้นฟูธุรกิจและปรับตัวให้อยู่รอด จึงเห็นว่าควรมีเวลาให้ทุกภาคส่วนทำความเข้าใจในกฎหมายจึงเสนอให้รัฐบาลพิจารณาเลื่อนการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ (วรศักดิ์ ประยูรศุข, 2565) แต่ประธานคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ยืนยันว่าจะไม่เลื่อนการบังคับใช้เนื่องจากมีการแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเรียบร้อยแล้วเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ.2565 (ประชาชาติธุรกิจ, 2565) จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในส่วนของ การเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มารับบริการ โดยขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลตามประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วย การวิเคราะห์ใบสั่งยา (Prescription analysis) และค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Drug-related problems) การให้คำแนะนำปรึกษาผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับยา และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล (สภาเภสัชกรรม, 2563) ซึ่งในขั้นตอนการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยจะมีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในประเทศไทย ได้สรุปข้อมูลส่วนบุคคลที่สำคัญในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ได้แก่ ส่วนที่หนึ่งข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน หรือหมายเลขเดินทาง วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ เพศ ที่อยู่ (บ้านเลขที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด) เบอร์ติดต่อ สิทธิการรักษาพยาบาลปัจจุบัน เอกสารการยินยอมการบริการ ส่วนที่สองข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา ชื่อยา อาการแพ้ยา และส่วนที่สามประวัติการรักษา ประกอบด้วย การเจ็บป่วยที่ต้องพบแพทย์ ประวัติการใช้ยาประจำ (จिरพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ,

2564) ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวถือเป็นข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน (Sensitive Data) ที่อาจก่อความเสียหายให้กับเจ้าของข้อมูล ดังนั้นการจัดทำขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงข้อกำหนดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

จากการศึกษา ข้างต้น จะพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน ดังนั้น แม้ขั้นตอนการขอความยินยอม ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล จะสามารถกระทำได้ แต่อุปสรรคที่สำคัญ ที่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลจะต้องพึงพิจารณา อย่างถี่ถ้วนในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลเลยนี่ยคือปัญหาเรื่องการทำมาตรฐาน การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อป้องกันข้อมูลส่วนบุคคลสูญหาย รวมถึง การเข้าถึง การใช้ การเปลี่ยนแปลง แก้ไข หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ โดยมีขอบ ซึ่งการกำหนดมาตรฐานรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญทั้งหมดเป็นบุคคลที่มีความเข้าใจในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และมีการศึกษาพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่ที่ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลทำการแจ้งข้อมูลผู้ให้บริการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลแก่ผู้รับบริการทุกครั้ง สอบถามความยินยอมก่อนเก็บข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกเสียงหรือวิดีโอ และต้องขอความยินยอมก่อนบันทึกเสียงหรือวิดีโอซึ่งเป็นไปตามที่พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 กำหนด โดยที่ลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลที่เก็บสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ (จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ, 2564) และสอดคล้องกับการ

ดำเนินงานในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล หรือโทรเวชกรรมในต่างประเทศ อาทิ ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา สิงคโปร์ สเปน บราซิล ออสเตรเลีย จีน ฮองกง อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ เป็นต้น แต่ประเทศเบลเยียม สาธารณรัฐเช็ก ฮังการี ไอร์แลนด์ อิตาลี ยังไม่มีกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลมาควบคุมในส่วนของการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ณ ปัจจุบัน ซึ่งไม่มีการการแจ้งวัตถุประสงค์ ขอบเขตของการบริการเภสัชกรรมทางไกล

ส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 มี 2 ส่วน คือ ผู้ควบคุมข้อมูลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 คือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และผู้ประมวลผลข้อมูลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 คือผู้ที่ดำเนินการเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม การใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามคำสั่งหรือในนามของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล แต่ไม่ใช่ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2562) โดยผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่มองว่าผู้ควบคุมข้อมูล คือ เจ้าของร้านยาและเภสัชกร เพราะส่วนหนึ่งมองว่าเจ้าของร้านก็คือเภสัชกรนั่นเอง ส่วนผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลกำหนดโดยเจ้าของร้าน เพราะเจ้าของร้านไว้ใจผู้ใดก็ให้ผู้นั้นสามารถควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลได้ ขึ้นอยู่กับความไว้วางใจของผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลนั่นเอง บทวิเคราะห์ในต่างประเทศมองว่าบุคลากรทางการแพทย์คือผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล (Greg Bodulovic et.al, 2020)

การวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคของเภสัชกรในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญพบว่าปัญหาและอุปสรรค คือ การทำมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล เนื่องจากการจัดทำมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลต้องเป็นไปตามที่

กฎหมายกำหนดแต่เภสัชกร หรือร้านยาโดยทั่วไปยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย เทคโนโลยี และไม่มีตัวอย่าง หรือแนวทางในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของวริษา ณ ลำปางซึ่งได้สรุปผลการศึกษาร้านยากำลังรอความชัดเจนของแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล โดยต้องเตรียมความพร้อมโดยเฉพาะการจัดการฐานข้อมูล การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลตามมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรม รวมถึงการจัดเตรียมแพลตฟอร์มหรือพื้นที่ในการสำรองข้อมูล (วริษา ณ ลำปาง, 2564) รวมถึงการศึกษาของชนิดา จินดาสุขก็ยังเห็นถึงอุปสรรคในเรื่องปัญหาด้านความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล เพราะฉะนั้นการจัดทำมาตรการการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจึงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตาม นอกเหนือจากอุปสรรคในเรื่องการจัดทำมาตรการการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลก็ยังคงมีอุปสรรคอื่น ๆ อาทิ การศึกษาของชนิดา จินดาสุขพบว่าอุปสรรคของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลยังมีเรื่องของความไม่ชัดเจนของกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และขอบเขตของการให้บริการ รวมถึงปัญหาด้านความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัว (Chanida Jindasook, 2020) และการศึกษาของ Arjun Poudel และ Lisa M Nissen พบว่าอุปสรรค คือด้านกฎหมายยังมีการพัฒนาไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมการปฏิบัติงานในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของร้านยา (Poudel A and Nissen LM, 2016)

### สรุปผลการศึกษา

1. ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล และผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้กำหนดผู้ที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ออกเป็น 2 ส่วน คือ ผู้ควบคุมข้อมูล และผู้ประมวลผลข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญส่วนใหญ่มองว่าผู้ควบคุมข้อมูล คือ เจ้าของร้านยาและเภสัชกร ส่วนผู้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลกำหนดโดยเจ้าของร้าน

2. สิ่งที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญมีความคิดเห็นว่าขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนหนึ่งควรแจ้งข้อมูลผู้ให้บริการ และแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลแก่ผู้มารับบริการทุกครั้ง โดยมีการแจ้งผ่านช่องทางต่างๆ ที่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการสะดวก เช่น การแจ้งผ่านหนังสือขอความยินยอม หรือแอปพลิเคชัน ขั้นตอนที่สองสอบถามความยินยอมก่อนเก็บข้อมูลส่วนบุคคล เนื่องจากข้อมูลส่วนบุคคลมีความละเอียดอ่อน (Sensitive Data) โดยการขอความยินยอมเป็นในรูปแบบด้วยวาจา หรือลายลักษณ์อักษรเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน ขั้นตอนที่สามการบันทึกเสียงหรือวิดีโอ เพื่อเป็นหลักฐานสำหรับคุ้มครองผู้ให้บริการในกรณีที่มีการฟ้องร้อง หรือดำเนินคดีทางกฎหมาย และขั้นตอนที่สี่ต้องขอความยินยอมก่อนบันทึกเสียง หรือวิดีโอ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่สามารถย้อนกลับมาดู หรือเผยแพร่ได้

3. อุปสรรคของเภสัชกรในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญมีความเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคของเภสัชกรในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 คือ

3.1 การทำมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล เนื่องจากการจัดทำมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลต้องเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดแต่เภสัชกรหรือร้านยาโดยทั่วไปยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมาย เทคโนโลยี และไม่มีตัวอย่าง หรือแนวทางในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล เพราะฉะนั้นการจัดทำมาตรการการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจึงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตาม

3.2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีเนื้อหาที่ค่อนข้างซับซ้อนต้องใช้เวลาใน

การทำความเข้าใจ และตีความในบทกฎหมายจึงเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และเนื้อหาของตัวบทกฎหมายเป็นเนื้อหาที่ค่อนข้างกว้างไม่ได้เขียนตามผู้ที่ปฏิบัติงานจริงจึงไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ดังนั้นจึงส่งผลกระทบต่อบริบทการทำงานในภาคธุรกิจ และเมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 อย่างเป็นทางการอาจส่งผลให้ขั้นตอนในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นได้จึงเป็นปัญหาสำหรับผู้ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่ต้องปรับตัว และทำความเข้าใจใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ที่มีการประกาศใช้

3.3 ปัญหาการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล

3.4 ขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของภาคธุรกิจ และไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของวิชาชีพเภสัชกรรม

### ข้อเสนอแนะ

แม้ว่าสภาเภสัชกรรมได้กำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ประชาชนว่าได้รับการที่ได้มาตรฐานจากผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมที่มีความรู้และความสามารถที่เหมาะสมในการให้บริการด้านวิชาชีพที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี แต่มาตรฐานดังกล่าวยังคงมีปัญหาในเรื่องขั้นตอนในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลที่ ยังไม่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 และบางตัวบทยังมีอุปสรรคในการปฏิบัติ เพราะประกาศสภาเภสัชกรรมดังกล่าวออกก่อน พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ยังมีได้มีผลบังคับใช้ ดังนั้นสภาเภสัชกรรม จึงควรเร่งแก้ไขประกาศสภาเภสัชกรรมเกี่ยวกับการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดตาม

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 นอกเหนือจากพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2562 และกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ผู้ที่ปฏิบัติงานมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง และทำให้ผู้มารับบริการ หรือผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยมากที่สุด

เนื่องจากขณะดำเนินการศึกษานี้ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ยังไม่ได้มีผลบังคับใช้ และทางสภาเภสัชกรรมยังไม่ได้มีแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจน แต่ที่ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงเภสัชกรทั่วไปที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันได้มีการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอยู่หรือไม่ ดังนั้นถ้าหากเภสัชกรที่ปฏิบัติงานเภสัชกรรมทางไกลในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยที่ตนเองมีความเสี่ยงที่จะกระทำผิดกฎหมาย และในอนาคตสภาเภสัชกรรมต้องจัดทำแพลตฟอร์ม (Platform) เพื่อเภสัชกรสามารถปฏิบัติงานเภสัชกรรมทางไกลตามขั้นตอนที่สอดคล้องกับกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

## เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎี วัฒนธรรม, อธิพร ทิพย์พยอม, อัจฉนา เพ็ญจันทร์. (2564). รูปแบบการดำเนินกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. *วารสารเภสัชอีสาน*. 17(3). 1-15
- จิราพร ลิ้มปานานนท์, วรวิทย์ กิตติวงศ์สุนทร, รุ่งเพชร สกลบำรุงศิลป์, วิไลลักษณ์ ตันตะโยธิน, กุลวดี ศรีพานิชกุลชัย, นุศราพร เกษสมบุรณ์, มุกดาวรรณ ประกอบไวยกิจ, สิริลักษณ์ บัวเจริญ, อาทิตย์ สอดแสงอรุณงาม, ศิริรัตน์ ต้นปีชาติ. (2021). *การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- บริษัท เอ็นเดต้าธอ จำกัด. (2565). เลื่อน PDPA กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เริ่มใช้ปี 65 พร้อมแนวทางการรับมือของภาคธุรกิจ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2565]. <https://pdpa.pro/blogs/postpone-of-pdpa-and-guidelines-prachachat-ธุรกิจ>. (2565). ประกาศแล้ว!เลื่อนบังคับใช้ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลออกไปอีก1 ปี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 เมษายน 2565]. <https://www.prachachat.net/general/news-665841>.
- วรศักดิ์ ประยูรสุข. (2565, 6 เมษายน). ขอเลื่อนกม. คุ้มครองข้อมูลบุคคล. มติชน. ข่าวเศรษฐกิจต่างประเทศหน้า15 คอลัมน์ 2.
- วิรัช ณ ลำปาง. (2564). ความก้าวหน้าของ Telepharmacy ที่มีผลกระทบต่อการให้บริการเภสัชกรรม แบบ new normal ในประเทศไทย. *ปริญาการศึกษาระดับบัณฑิต วิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดล*.

## ข้อจำกัดของการศึกษา

การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่แพร่หลาย และการให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยยังคุ้นเคยกับการให้บริการในรูปแบบเดิมอยู่มาก ทำให้พบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในประเทศไทยน้อยส่งผลให้การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญมีจำกัด และเนื่องจากการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลยังมีขั้นตอนในการให้บริการที่ยังไม่ชัดเจน ทำให้ได้ข้อมูลในบางส่วนไม่ตรงกัน นอกจากนี้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายใหม่และในช่วงทำการศึกษากฎหมายยังไม่มีผลบังคับใช้ทำให้การเลือกผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญที่มีความเข้าใจในกฎหมายฉบับนี้เป็นไปได้ยาก

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับความอนุเคราะห์การสนับสนุนจากศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) ภายใต้สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์, ชนิกา อยู่กลิ่นเถื่อน, พชรินทร์ ปัญญาเครือ, รวิวรรณ นาครินทร์ และ เอกสิทธิ์ อธิตระกูลเลิศ. (2559). ความคิดเห็นของผู้ประกอบการร้านยาในจังหวัดนครปฐมต่อประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่อุปกรณ์และ วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557. ไทยเฝ้าระวังนิพนธ์.11.2.27-44.
- สภาเภสัชกรรม. (2563). ประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2564]. [https://pharmacycouncil.org/share/file/file\\_3683\(Telepharmacy\).pdf](https://pharmacycouncil.org/share/file/file_3683(Telepharmacy).pdf).
- สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา. (2562). พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2564]. [http://www.Ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/069/T\\_0052.PDF](http://www.Ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/069/T_0052.PDF).
- Chanida Jindasook. (2020). Exploring drivers and barriers towards utilizing telepharmacy among pharmacists in Bangkok. College of Management, Mahidol University for the degree of Master of Management.
- Greg Bodulovic, Marco de Morigio, Eliza Jane Saunders. (2020). Telehealth around the world. A global guide 2020. DLA Piper. [Access to 4 June 2022]. <https://www.dlapiper.com/en/italy/insights/blogs/>
- Poudeh A, Nissen LM. 2016. Telepharmacy: a pharmacist's perspective on the clinical benefits and challenges [Corrigendum]. *Integr Pharm Res Pract*.5 .83-84.

# Legal requirements on air monitoring record and medical record retention of occupational asbestos exposure

Suraphat Siwawut\*

\* Occupational medicine, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

e-mail: srpt.siwawut@gmail.com

## Academic article

### Abstract

Received: 23 June 2022

Revised: 30 July 2022

Accepted: 2 August 2022

The aim of this article is to review the related regulations and laws about legal requirements on air monitoring record and medical record retention of occupational asbestos exposure in Thailand by comparing with abroad regulations. Asbestos exposure is well known cause of mesothelioma which has a long latency period and can be difficult to diagnose. Therefore, air monitoring records at work and medical records must be retained for a long enough period to verify asbestos-related mesothelioma. Thailand is one of the top countries in terms of asbestos importer and usage. However, due to a lack of legal requirements on air monitoring record retention, there were only 5 mesothelioma cases that had occupational history of asbestos exposure. Whereas other countries including United States, United Kingdom, Japan and Australia have legal requirements on record retention for a long enough period which led to a large increase in new cases over the last few decades. Consequently, many asbestos regulations and policies were introduced in order to control the use of asbestos and prevent asbestos-related diseases. This may raise concern about the possible underreporting asbestos-related mesothelioma in Thailand and needs related regulations, laws or policies improvement in the future.

**Keyword:** asbestos, air monitoring record retention, medical record retention, mesothelioma, regulations

## กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเก็บผลตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศและการเก็บผลตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหิน

สุรพัศ ศิวาวุธ\*

\* แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

อีเมล: srpt.siwawut@gmail.com

### นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ . 23 มิย. 2565

วันแก้ไข 30 กค.2565

วันตอบรับ 2 สค. 2565

#### บทคัดย่อ

ผลตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานและผลตรวจสุขภาพของคนทำงานมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งเยื่อเสื่อมจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหิน แม้ว่าประเทศไทยมีการนำเข้าแร่ใยหินเพื่อใช้ในอุตสาหกรรมเป็นอันดับต้นๆของโลก แต่ปัจจุบันกลับมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเยื่อเสื่อมที่มีข้อมูลยืนยันว่ามีประวัติสัมผัสแร่ใยหินเพียง 5 รายเท่านั้น สวนทางกับต่างประเทศที่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีประวัติสัมผัสแร่ใยหิน บทความนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเก็บข้อมูลผลตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานและการเก็บข้อมูลผลตรวจสุขภาพของคนทำงานสัมผัสแร่ใยหินของประเทศไทยโดยเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ซึ่งจากการทบทวนพบว่ากฎหมายของประเทศไทยยังไม่มีกำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลผลตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศที่ชัดเจน รวมไปถึงมีการกำหนดระยะเวลาในการเก็บผลตรวจสุขภาพของคนทำงานสัมผัสแร่ใยหินไม่น้อยกว่า 10 ปีนับแต่วันสิ้นสุดการจ้างงาน ซึ่งเป็นตัวเลขที่น้อยกว่ากฎหมายของต่างประเทศมาก ดังนั้นในอนาคตประเทศไทยควรมีการปรับปรุงกฎหมายหรือข้อบังคับเพื่อที่จะสามารถนำมาเป็นหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคและสามารถนำสถิติการเกิดโรคนี้ออกไปใช้ประโยชน์ในเชิงการป้องกันโรคต่อไปได้

**คำสำคัญ:** แอสเบสตอส, แร่ใยหิน, ระยะเวลาการเก็บผลตรวจสุขภาพ, ระยะเวลาการเก็บผลตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศ, มะเร็งเยื่อเสื่อม, กฎหมาย



## บทนำ

แอสเบสตอส (Asbestos) หรือ แร่ใยหิน คือ เส้นใยที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ปะปนอยู่ในเนื้อหิน ประกอบไปด้วยธาตุแมกนีเซียม เหล็ก ซิลิเกต และธาตุอื่นๆ มีความแข็ง เหนียวและยืดหยุ่น มีคุณสมบัติทนไฟ ไม่นำความร้อน และไฟฟ้า จึงถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในอุตสาหกรรมหลายชนิด เช่น อุตสาหกรรมการผลิตวัสดุก่อสร้าง (กระเบื้องมุงหลังคา กระเบื้องแผ่นเรียบ ฝ้าเพดาน) อุตสาหกรรมการผลิตท่อน้ำซีเมนต์ กระเบื้องยางไวไฟปูพื้น ผ้าเบรกและฉนวนกันความร้อน เป็นต้น ผลกระทบที่สำคัญจากการสัมผัสแร่ใยหินทางการหายใจเป็นระยะเวลานานคือ โรคมะเร็งเยื่อเลื่อม (mesothelioma) โดยสถาบันการวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) ได้จัดให้แร่ใยหินเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม 1 ซึ่งเป็นสารในกลุ่มที่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนและเพียงพอที่จะก่อให้เกิดมะเร็งในมนุษย์ได้ (International Agency for Research on Cancer, 2021)

ปัจจุบันโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหินเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ถึงแม้ว่าจะมีการแบนหรือจำกัดการนำเข้าและการใช้แร่ใยหินในหลายประเทศแล้วก็ตาม แต่ยังมีรายงานผู้ป่วยมะเร็งเยื่อเลื่อมรายใหม่ที่มีประวัติสัมผัสแร่ใยหินในอดีตอยู่เป็นจำนวนมาก สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่โรคมะเร็งเยื่อเลื่อมจากการสัมผัสแร่ใยหินนั้นมีระยะแฝง (latency period) ค่อนข้างนาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการทำงานสัมผัสแร่ใยหินประมาณ 20-40 ปี (Frost, 2013) กว่าที่จะได้รับการวินิจฉัยโรค

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการนำเข้าแร่ใยหินเพื่อใช้ในอุตสาหกรรมต่างๆเป็นจำนวนมาก ติดอันดับ 1 ใน 10 ประเทศที่นำเข้าแร่ใยหินมากที่สุดในโลก โดยเริ่มมีการนำเข้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 เป็นต้นมา กรมศุลกากรมีการรายงานสถิติปริมาณการนำเข้าโดยเฉลี่ยของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2556 ประมาณกว่า 1 แสนตันต่อปี อย่างไรก็ตามจากรายงานการศึกษาของคณะกรรมการศึกษาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ

ผลกระทบต่อสุขภาพจากแร่ใยหิน กระทรวงสาธารณสุขพบว่าตามข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดจากแร่ใยหินในประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเยื่อเลื่อมที่ยืนยันว่ามีความสัมพันธ์กับการสัมผัสแร่ใยหินตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันเพียง 5 รายเท่านั้น (สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ และคณะ, 2563) โดยประวัติการสัมผัสในอดีตนั้นได้จากรายงานผู้ป่วยและจากเวชระเบียนที่สามารถสืบค้นได้

เมื่อนำสถิติดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์ของต่างประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่นมีปริมาณการนำเข้าแร่ใยหินเฉลี่ยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 ถึง ค.ศ. 2003 ประมาณ 112,810 ตันต่อปี (Virta, 2006) แต่กลับมีรายงานผู้ป่วยมะเร็งเยื่อเลื่อมที่มีประวัติสัมผัสแร่ใยหินเฉลี่ยถึง 564 รายในปี ค.ศ. 2015 ถึง ค.ศ. 2019 ส่วนประเทศสหราชอาณาจักรมีปริมาณการนำเข้าแร่ใยหินเฉลี่ยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 2003 ประมาณ 2,732 ตันต่อปี (Virta, 2006) และปัจจุบันได้มีการแบนการนำเข้าไปแล้ว แต่สถิติผู้ป่วยมะเร็งเยื่อเลื่อมที่มีประวัติทำงานสัมผัสแร่ใยหินเฉลี่ย 3 ปีล่าสุด ตั้งแต่ ค.ศ. 2018 ถึง ค.ศ. 2020 มีจำนวนถึง 2,055 รายต่อปี (Health and Safety Executive, 2021) หลักฐานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการรายงานผู้ป่วยมะเร็งเยื่อเลื่อมที่มีประวัติสัมผัสแร่ใยหินในประเทศไทยนั้นไม่ใช่จำนวนที่แท้จริง สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการตรวจวัดแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานและข้อมูลผลการตรวจสุขภาพของคนทำงานสัมผัสแร่ใยหิน ยังมีระยะเวลาการเก็บที่ไม่นานเพียงพอที่จะเป็นหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคมะเร็งจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหิน (ตารางที่ 1) ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงได้รวบรวมและเปรียบเทียบกฎหมายหรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังทางสุขภาพและการตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานที่มีการทำงานสัมผัสแร่ใยหินของประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคมะเร็งจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหิน ซึ่งจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงเป็น

แนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาแนวทางปฏิบัติกฎหมายหรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้องต่อไปในอนาคต

### วิธีการศึกษา

บทความนี้เป็นการศึกษาด้วยวิธีการทบทวนเอกสารกฎหมายของกระทรวงแรงงาน เอกสารวิชาการและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหินในด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของประเทศไทยและต่างประเทศ โดยคัดเลือกประเทศจากหลากหลายภูมิภาคของโลกที่มีสถิติการนำเข้าแร่ใยหินและสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหินที่ชัดเจน และนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนมาอภิปรายถึงความแตกต่างของกฎหมาย รวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายหรือข้อบังคับกับสถิติการเกิดโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหินของประเทศต่างๆ

### ผลการศึกษา

จากการทบทวนเอกสารกฎหมายของกระทรวงแรงงาน เอกสารวิชาการและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหินในด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของประเทศไทยและต่างประเทศ ได้สาระสำคัญดังต่อไปนี้

#### ประเทศไทย

ในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน อ้างอิงตามประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พ.ศ.2540 เรื่อง หลักเกณฑ์การวินิจฉัยและการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วยหรือบาดเจ็บด้วยโรคจากการทำงาน จำเป็นต้องอาศัยประวัติหรือหลักฐานทางประวัติหรือหลักฐานอื่นที่แสดงถึงการได้รับสิ่งคุกคามในงานเพื่อการประกอบการวินิจฉัย และตามมาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงานฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2550 ได้มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคมะเร็งจากแอสเบสตอส (ใยหิน) ดังตารางที่ 1 ซึ่งจะต้องอาศัยประวัติการสัมผัสในอดีต เช่น บันทึกรายละเอียดการทำงาน ผลการตรวจสุขภาพ ผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นต้น ในการสนับสนุนการวินิจฉัยโรคเช่นเดียวกัน

ประเทศไทยได้มีกฎหมายที่ระบุถึงระยะเวลาในการเก็บผลการตรวจสุขภาพไว้ในกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2563 โดยรายละเอียดในกฎกระทรวงฉบับนี้ระบุไว้ว่าให้นายจ้างเก็บบันทึกผลการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งจากการทำงานตามประกาศกระทรวงแรงงานว่าด้วยการกำหนดชนิดของโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานให้เก็บไว้ไม่น้อยกว่า 10 ปีนับแต่วันสิ้นสุดของการจ้างแต่ละราย ซึ่งตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องกำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2550 ได้ระบุถึงโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานที่มีสาเหตุมาจากแอสเบสตอส (ใยหิน) ไว้ด้วย อย่างไรก็ตามกฎหมายของประเทศไทยยังมีได้ระบุถึงเรื่องระยะเวลาการเก็บผลการตรวจสุขภาพแวดล้อมหรือผลการตรวจวัดระดับสารเคมีอันตรายในที่ทำงานซึ่งรวมไปถึงสารที่อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งจากการทำงาน ดังนั้นด้วยกฎหมายหรือข้อบังคับที่ยังไม่ครอบคลุมนี้ประกอบกับระยะเวลาการเก็บบันทึกผลการตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ยังไม่นานเพียงพอสำหรับโรคมะเร็งบางชนิดโดยเฉพาะโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมทำให้ข้อมูลในการที่จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหินอาจมีน้ำหนักที่ไม่เพียงพอ

#### ประเทศสหรัฐอเมริกา

สำนักงานบริหารความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ประเทศสหรัฐอเมริกา (Occupational Safety and Health Administration: OSHA) ซึ่งมีหน้าที่ออกกฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ได้มีการออกข้อบังคับเกี่ยวกับระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการตรวจสุขภาพลูกจ้างโดยระบุไว้ว่าให้เก็บเวชระเบียนของลูกจ้างตลอดช่วงระยะเวลาการจ้างงานและเก็บไว้อย่างน้อย 30 ปี นับตั้งแต่วันที่สิ้นสุดการจ้างงาน (Occupational Safety and Health Administration, 2019) โดยเวชระเบียนนี้

ประกอบไปด้วยประวัติเกี่ยวกับการทำงาน ประวัติการสัมผัสสิ่งคุกคามในงาน ประวัติการวินิจฉัย ประวัติการรักษา การลงความเห็นของแพทย์ รวมไปถึงผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ (OSHA, 2011) ในขณะที่ผลตรวจวัดระดับสิ่งคุกคามอันตรายในบรรยากาศของสถานที่ทำงานและผลตรวจการเฝ้าระวังการสัมผัสทางชีวภาพ (biological monitoring) เช่นระดับสารเคมีในเลือดหรือปัสสาวะ รวมไปถึงข้อมูลความปลอดภัยของสารเคมีอันตราย (OSHA, 2011) เป็นต้น ระบุว่าให้มีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเหล่านี้อย่างน้อย 30 ปี (OSHA, 2019) ซึ่งเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดนี้ได้ครอบคลุมถึงกรณีของการทำงานสัมผัสแร่ใยหิน เช่นเดียวกัน

#### ประเทศสหราชอาณาจักร

หน่วยงานบริหารด้านสุขภาพและความปลอดภัยของสหราชอาณาจักร (Health & Safety Executive : HSE) มีหน้าที่กำหนดนโยบายต่างๆเกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ได้มีการออกข้อบังคับเกี่ยวกับระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหินไว้โดยเฉพาะ(HSE, 2012) โดยระบุไว้ว่าให้เก็บข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพโดยต้องมีการตรวจสุขภาพในระบบทางเดินหายใจร่วมด้วยอย่างน้อย 40 ปี นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจครั้งสุดท้าย ในขณะที่ข้อมูลผลตรวจวัดระดับแร่ใยหินในอากาศในที่ทำงาน ให้เก็บข้อมูลอย่างน้อย 5 ปี นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวัด ยกเว้นในกรณีที่จำเป็นต้องมีการเก็บผลตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหินในบริเวณดังกล่าว จะต้องเก็บข้อมูลผลตรวจวัดระดับแร่ใยหินในอากาศในที่ทำงานบริเวณนั้นอย่างน้อย 40 ปี นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจครั้งสุดท้าย โดยระยะเวลาการเก็บข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นของ HSE นั้น ค่อนข้างนานใกล้เคียงกับระยะเวลาของโรคมะเร็งเยื่อเมือกจากการสัมผัส

แร่ใยหิน จึงเป็นข้อมูลที่สนับสนุนในการวินิจฉัยโรคมะเร็งเยื่อเมือกจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหินได้ ส่งผลให้มีการรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยเป็นจำนวนมากในแต่ละปี และนำไปสู่การออกมาตรการในการห้ามนำเข้าแร่ใยหินและนโยบายการควบคุม ป้องกันอื่นๆตามมาในปัจจุบัน

#### ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นได้มีการประกาศใช้กฎหมายความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในอุตสาหกรรม (Industrial safety and health law) ในปี ค.ศ. 1972 โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการทำงานสัมผัสสารเคมีชนิดต่าง ๆ ซึ่งแร่ใยหินถูกจัดเป็นสารเคมีในกลุ่มภายใต้การควบคุมประเภท 2 อุตสาหกรรมที่มีการใช้สารเคมีกลุ่มนี้ต้องมีการเก็บผลการตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสสารเคมีเป็นเวลา 30 ปี นับตั้งแต่เริ่มการจ้างงาน (Japan International Center for Occupational Safety and Health, 1972, 1999) ส่วนผลการตรวจวัดระดับสารเคมีในบรรยากาศของสถานที่ทำงานภายใต้การควบคุมประเภท 2 ให้เก็บข้อมูลไว้เพียง 3 ปี (JICOSH, 1999) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่น้อยกว่าระยะเวลาของโรคมะเร็งเยื่อเมือกอย่างมาก

ในระยะเวลาต่อมาอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเยื่อเมือกเริ่มสูงมากขึ้นในประเทศญี่ปุ่น ในปี ค.ศ. 2005 จึงได้มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากแร่ใยหินขึ้นมาโดยเฉพาะ โดยรายละเอียดของกฎหมายมีการปรับระยะเวลาการเก็บผลการตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหินเป็น 40 ปี นับตั้งแต่เลิกทำงานที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน (JICOSH, 2007) และปรับระยะเวลาการเก็บผลการตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานเป็น 40 ปี (JICOSH, 2007) อย่างไรก็ตามประเทศญี่ปุ่นยังมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเยื่อเมือกจากแร่ใยหินในสัดส่วนที่น้อยกว่าประเทศอื่นๆ เมื่อเทียบกับปริมาณการนำเข้าแร่ใยหิน สาเหตุส่วนหนึ่ง

อาจมาจากข้อมูลการรับสัมผัสในอดีตบางส่วนอิงตามกฎหมายฉบับเดิมที่มีการกำหนดให้เก็บข้อมูลการตรวจวัดในบรรยากาศเพียงแค่ 3 ปี ทำให้ขาดหลักฐานข้อมูลการสัมผัสแร่ใยหินในอดีตเพื่อช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมจากการสัมผัสแร่ใยหินในที่ทำงาน

### ประเทศมาเลเซีย

กรมความปลอดภัยด้านอาชีวอนามัย (Department of Occupational Safety and Health: DOSH) ภายใต้กระทรวงทรัพยากรมนุษย์ มีการประกาศกฎหมายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน โดยกำหนดไว้ว่าให้เก็บข้อมูลการเฝ้าระวังทางสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสสารเคมีอันตรายอย่างน้อย 30 ปีนับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจครั้งสุดท้าย<sup>[15]</sup> ในขณะที่ผลตรวจวัดระดับสารเคมีอันตรายในบรรยากาศของสถานที่ทำงานเพื่อใช้ในการประเมินการสัมผัสของลูกจ้าง ให้เก็บผลการตรวจวัดหรือผลสรุปเรื่องของการประเมินการสัมผัสสารเคมีอันตรายไว้อย่างน้อย 30 ปี (Department of Occupational Safety and Health, 2000) ซึ่งเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้นนี้ได้เป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับสารเคมีอันตรายตามประกาศในกฎหมายฉบับนี้ครอบคลุมถึงกรณีของการทำงานสัมผัสแร่ใยหินด้วย

### ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียเป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีการรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมที่เกิดจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหินอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีนโยบายลดการนำเข้าแล้วก็ตาม โดยสถิติการเบิกค่าชดเชยจากการเป็นโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหินนั้น โดยเฉลี่ยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 ถึง 2011 อยู่ที่ 259 รายต่อปี (Asbestos Safety and Eradication Agency, 2017) องค์กรที่ทำหน้าที่ออกกฎหมายด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน (Work health and safety: WHS)

คือองค์กร Safe Work Australia ได้มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการทำงานสัมผัสแร่ใยหินโดยเฉพาะเช่นเดียวกัน โดยรายละเอียดกฎหมายระบุไว้ว่าต้องมีการเก็บผลการตรวจเฝ้าระวังทางสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหินเป็นเวลาอย่างน้อย 40 ปีนับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจ (Safe Work Australia, 2018) ส่วนผลการตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงาน มีการกำหนดให้เก็บไว้ 30 ปีนับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวัด (Safe Work Australia, 2018)

### ประเทศอินเดีย

ประเทศอินเดียเป็นประเทศที่มีการใช้แร่ใยหินในอุตสาหกรรมเป็นอันดับ 1 ของโลก (Mielgo-Rubio et al, 2022) จำนวนแร่ใยหินที่ใช้ทั้งประเทศโดยเฉลี่ยตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 ถึง ค.ศ. 2006 อยู่ที่ประมาณ 150,000 ตันต่อปี (Allen & Kazan-Allen, 2008) และยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งสวนทางกับแนวโน้มการนำเข้าหรือการใช้แร่ใยหินทั่วโลกที่ลดลงตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการประมาณการจำนวนลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหินสูงถึง 3 ล้านคน (People's Training & Research and Centre, 2017) แต่กลับมีการรายงานผู้ป่วยโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมที่มีประวัติสัมผัสแร่ใยหินในจำนวนที่น้อยมาก ด้วยเหตุผลที่ว่าโรคมะเร็งในประเทศอินเดียไม่ถูกจัดเป็นโรคที่ต้องรายงานและเฝ้าระวัง (notifiable disease) การจัดเก็บข้อมูลและความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสถิติโรคมะเร็งนั้นมีน้อย รวมถึงปัจจัยส่งเสริมอื่นๆร่วมด้วย (Allen & Kazan-Allen, 2008) โดยสถิติข้อมูลที่เคยมีการรายงานอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมที่มีประวัติสัมผัสแร่ใยหิน มีจำนวนเพียง 56 รายเท่านั้นในระหว่างปี ค.ศ.1993 ถึง ค.ศ. 1997 (Allen & Kazan-Allen, 2008; PTRC, 2017)

ในส่วนของกฎหมายเกี่ยวกับระยะเวลาในการเก็บข้อมูลผลการตรวจสุขภาพและการตรวจวัดระดับแร่ใย

หินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานนั้น มีการอ้างอิงตาม กฎหมายโรงงาน (Factory Act, 1948) ซึ่งเป็นกฎหมายที่ เกี่ยวกับการวางระเบียบความปลอดภัย อาชีวอนามัย สวัสดิการ และเงื่อนไขการทำงานของลูกจ้างในโรงงาน ได้ มีการกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับระยะเวลาเก็บข้อมูลผล ตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหินไว้อย่างน้อย 40 ปีนับตั้งแต่เริ่มมีการจ้างงาน หรือเก็บข้อมูลไว้ อย่างน้อย 15 ปี นับตั้งแต่หยุดการจ้างงาน ขึ้นอยู่กับว่า ระยะเวลาโหนดานกว่า ในส่วนของการเก็บข้อมูลการ ตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานนั้น กฎหมายโรงงานไม่ได้กำหนดระยะเวลาไว้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม รัฐคุชราตซึ่งเป็นรัฐบนชายฝั่งตะวันตกและเป็นแหล่ง

อุตสาหกรรมแร่ใยหินหลักของประเทศอินเดีย ได้มีการออก กฎโรงงานคุชราต (Gujarat Factory Rules, 1963) ขึ้นมา เพื่อบังคับใช้กับโรงงานอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับแร่ใยหิน โดยมีการกำหนดรายละเอียดการเก็บข้อมูลผลตรวจ สุขภาพลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหินไว้เช่นเดียวกับ กฎหมายโรงงานของประเทศอินเดียคือเก็บข้อมูลไว้ อย่างน้อย 40 ปีนับตั้งแต่เริ่มมีการจ้างงาน หรือเก็บข้อมูลไว้ อย่างน้อย 15 ปี นับตั้งแต่หยุดการจ้างงาน ขึ้นอยู่กับว่า ระยะเวลาโหนดานกว่า และได้มีการกำหนดรายละเอียด ของการเก็บข้อมูลการตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศ ของสถานที่ทำงานไว้ไม่น้อยกว่า 30 ปีไว้อีกด้วย

#### ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคมะเร็งจากแอสเบสตอส (ใยหิน)

อ้างอิงจาก โยธิน เบญจวงษ์ และ วิลาวัลย์ จึงประเสริฐ, 2550

##### เกณฑ์การวินิจฉัยโรคมะเร็งจากแอสเบสตอส (ใยหิน)

1. ยืนยันว่าเป็นมะเร็งปฐมภูมิในอวัยวะนั้น ไม่ได้แพร่กระจายมาจากบริเวณอื่นของร่างกาย โดยต้องมีหลักฐาน ทางการแพทย์สนับสนุน คือ ผลและรายงานการชันสูตรต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรค ความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
2. มีประวัติการสัมผัสแอสเบสตอสในอดีต เช่น บันทึกรายละเอียดการทำงาน ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ตรวจพบ asbestos body หรือ fiber ในน้ำล้างปอด ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบเยื่อ หุ้มปอดหนาขึ้น (diffuse pleural thickening, pleural plaque) ผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ประวัติการเจ็บป่วย เช่น เคยมีประวัติเป็นโรค asbestosis โดยประวัติการสัมผัสดังกล่าวต้องสัมพันธ์กับ ประเภทของมะเร็ง
3. มีระยะเวลาการสัมผัส ระยะแฝงตัวที่เหมาะสมโดยพิจารณาจากข้อมูลทางวิชาการ
4. มีข้อมูลทางวิทยาการระบาดสนับสนุน เช่น มีผู้ป่วยที่มีการสัมผัสลักษณะเดียวกันป่วยด้วยมะเร็งชนิดเดียวกัน มากกว่าหนึ่งราย มีรายงานผู้ป่วยในอดีตโดยผู้ป่วยมีการประกอบอาชีพหรือทำงานลักษณะคล้ายกัน ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องเป็นข้อมูลที่ยอมรับในวงวิชาการ หรืออธิบายได้ด้วยหลักสรีรพยาธิวิทยา
5. มีการวินิจฉัยแยกสาเหตุอื่นๆที่ทำให้เกิดมะเร็ง เช่น สิ่งแวดล้อม งานอดิเรก การสูบบุหรี่

เกณฑ์การวินิจฉัยมะเร็งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานให้ใช้ทั้ง 5 ข้อ กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการข้อ 5 ได้ ต้องมีข้อมูลข้อ 4 สนับสนุนอย่างชัดเจน และหากพบว่ามีการสัมผัสสารก่อมะเร็งจากการทำงานร่วมกับสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดมะเร็งชนิดเดียวกัน ให้ พิจารณาน้ำหนักข้อมูลหลักฐานของการสัมผัสจากการทำงานเป็นสำคัญ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีประวัติการสัมผัสแอสเบสตอส ร่วมกับมีประวัติการสูบบุหรี่ ถือว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบระยะเวลาการเก็บข้อมูลผลการตรวจสุขภาพและการตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานของลูกจ้างที่ทำงานสัมผัสแร่ใยหินระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ

ประเทศ	ระยะเวลาการเก็บผลตรวจสุขภาพ	ระยะเวลาการเก็บผลตรวจวัด ในบรรยากาศ
ไทย	10 ปี <sup>†</sup>	-
สหรัฐอเมริกา	30 ปี <sup>†</sup>	30 ปี*
สหราชอาณาจักร	40 ปี <sup>Δ</sup>	40 ปี <sup>Δ</sup>
ญี่ปุ่น	40 ปี <sup>†</sup>	40 ปี*
มาเลเซีย	30 ปี <sup>Δ</sup>	30 ปี*
ออสเตรเลีย	40 ปี*	30 ปี*
อินเดีย	40 ปี <sup>×</sup> (หรือ 15 ปี <sup>†</sup> )	30 ปี*

\* นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวัด † นับตั้งแต่วันสิ้นสุดการจ้างงาน Δ นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวัดครั้งล่าสุด

× นับตั้งแต่เริ่มการจ้างงาน

**อภิปรายผลและบทสรุป**

ความสำคัญของการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน นอกจากประเด็นเรื่องของการเบิกกองทุนเงินทดแทนแล้ว อีกประการหนึ่งคือการวินิจฉัยเพื่อนำไปสู่การรวบรวมสถิติโรคจากการทำงาน จำนวนของผู้ป่วยโรคจากการทำงานที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดการทบทวนสภาพแวดล้อมการทำงาน นำไปสู่การแก้ไขและการออกมาตรการป้องกันและควบคุมต่างๆ เพื่อให้คนทำงานหรือลูกจ้างมีสุขภาพที่แข็งแรง มีความปลอดภัยในการทำงาน และมีความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งประเด็นนี้จะเป็นประโยชน์กับทั้งลูกจ้าง นายจ้าง องค์กรและประเทศชาติในภาพรวม

โรคมะเร็งเยื่อเลื่อมนั้นเป็นโรคที่มีระยะแฝงนาน การวินิจฉัยโรคมะเร็งจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหิน จำเป็นต้องอาศัยประวัติการสัมผัสแร่ใยหินในอดีตร่วมด้วย ดังนั้นระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานและการเก็บข้อมูลผลการตรวจสุขภาพของคนทำงานสัมผัสแร่ใยหินที่นานเพียงพอจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายหรือข้อบังคับของประเทศต่างๆ จะเห็น

ได้ว่าถึงแม้ประเทศไทยมีการนำเข้าแร่ใยหินเป็นอันดับต้นๆของโลก มีคนทำงานสัมผัสแร่ใยหินเป็นจำนวนมาก แต่กฎหมายของประเทศไทยมีการบังคับให้เก็บข้อมูลผลการตรวจสุขภาพของคนทำงานสัมผัสแร่ใยหินอย่างน้อยเพียงแค่ 10 ปี นับตั้งแต่เลิกจ้างงาน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่น้อยกว่าระยะแฝงของโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมมาก ประกอบกับยังมีได้มีการกำหนดข้อบังคับในเรื่องของระยะเวลาการเก็บข้อมูลการตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานด้วย ส่งผลให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหินของประเทศไทยในอดีตเป็นไปได้ยาก ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (OSHA, 2019) สหราชอาณาจักร (HSE, 2012) ญี่ปุ่น (JICOSH, 2007) มาเลเซีย (DOSH, 2000) ออสเตรเลีย (Safe Work Australia, 2018) และอินเดีย (Factory Act, 1948; Gujarat Factory Rules, 1963) มีกฎหมายที่กำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลต่างๆใกล้เคียงกับระยะแฝงของโรคมะเร็งเยื่อเลื่อม ทำให้มีหลักฐานประกอบการวินิจฉัยโรคมะเร็งเยื่อเลื่อมจากการทำงานสัมผัสแร่ใยหินได้มากขึ้น การรายงานสถิติยอดผู้ป่วยจึงมีจำนวนที่สูงมาก (ยกเว้นประเทศอินเดีย) ดังนั้นในอนาคตประเทศไทยควรมี

การปรับปรุง แก้ไขและพัฒนากฎหมายหรือข้อบังคับในเรื่องของระยะเวลาการเก็บข้อมูลการตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศของสถานที่ทำงานรวมถึงการเก็บข้อมูลผลการตรวจสุขภาพของคนทำงานสัมผัสแร่ใยหินเพื่อที่จะสามารถนำมาเป็นหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยโรคและสามารถนำสถิติการเกิดโรคนี้ไปใช้ประโยชน์ในเชิงการป้องกันโรคต่อไปได้

#### ข้อเสนอแนะ

นอกจากเรื่องข้อบังคับกฎหมายในเรื่องระยะเวลาการเก็บข้อมูลการตรวจวัดระดับแร่ใยหินในบรรยากาศและการเก็บข้อมูลผลการตรวจสุขภาพของคนทำงานสัมผัสแร่ใยหินแล้ว ปัจจัยอื่นๆที่ส่งเสริมให้มีการ

รายงานผู้ป่วยมะเร็งเยื่อเสื่อมที่มีประวัติสัมผัสแร่ใยหินในจำนวนน้อยราย ได้แก่ การขาดระบบการนำแนวทางการวินิจฉัยโรคมะเร็งเยื่อเสื่อมจากเหตุแร่ใยหินไปใช้อย่างแพร่หลาย การขาดระบบประสานงานระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ เช่น แพทย์ออร์เวซซ์ รังสีแพทย์ พยาธิแพทย์ และแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ เป็นต้น การขาดการชักประวัติการสัมผัสแร่ใยหินในอดีต การขาดการตระหนักของลูกจ้างถึงผลกระทบที่รุนแรงในอนาคตจากการสัมผัสแร่ใยหิน จึงทำให้ไม่มีการป้องกันหรือระมัดระวังการสัมผัสเท่าที่ควร สิ่งเหล่านี้ควรได้รับการแก้ไขควบคู่ไปด้วย เพื่อประโยชน์สูงสุดในการป้องกันหรือลดขนาดของปัญหาด้านสาธารณสุขที่เกิดจากการสัมผัสแร่ใยหินในปัจจุบันและอนาคตต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- ราชกิจจานุเบกษา. (5 ตุลาคม 2563). กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานการตรวจสุขภาพลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พ.ศ.2563. เล่มที่ 137 ตอนที่ 80 ก. หน้า 30-33.
- ราชกิจจานุเบกษา. (15 สิงหาคม 2550). กระทรวงแรงงาน. ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องกำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดตาม ลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน.. เล่มที่ 124 ตอนที่ 97 ง, หน้า 9-12
- ประกาศกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์การวินิจฉัยและการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพของผู้ป่วย หรือบาดเจ็บด้วยโรคจากการทำงาน. (22 พฤษภาคม 2540). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 114 ตอนพิเศษ 39 ง, หน้า 7-8.
- โยธิน เบญจวงษ์, วิลาวัลย์ จึงประเสริฐ. (2550) *มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ฉบับเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาส มหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550*. จาก [http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/OEHP/2562/dcod80\\_63\\_01.pdf](http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/OEHP/2562/dcod80_63_01.pdf)
- สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์, พรชัย สิทธิศรีณย์กุล, ณรงค์ภณ ทุมวิภาต, เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์, วันทนีย์ พันธุ์ประสิทธิ์, สมเกียรติ ศิริรัตน์พลกฤษ, ชูสิทธิ์ ธนธิตกร. (2563). ทบทวนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14(1), 9-18.
- Allen D, Kazan-Allen L. (2008). *India's Asbestos Time Bomb*. International Ban Asbestos Secretariat. สืบค้น 2 เมษายน 2565. [http://ibasecretariat.org/india\\_asb\\_time\\_bomb.pdf](http://ibasecretariat.org/india_asb_time_bomb.pdf)
- Asbestos Safety and Eradication Agency. (2017). *National Asbestos Profile for Australia*. สืบค้น 27 พฤศจิกายน 2564. [https://www.asbestossafety.gov.au/sites/default/files/documents/2017-12/ASEA\\_National\\_Asbestos\\_Profile\\_interactive\\_Nov17.pdf](https://www.asbestossafety.gov.au/sites/default/files/documents/2017-12/ASEA_National_Asbestos_Profile_interactive_Nov17.pdf) (accessed on 11 January 2021)
- Department of Occupational Safety and Health. (2000). *Occupational safety and health (Use and standards of exposure of chemicals hazardous to health) regulations 2000*. สืบค้น 27 พฤศจิกายน 2564. <https://www.dosh.gov.my/index.php/legislation/eregulations/regulations-under-occupational-safety-and-health-act-1994-act-514/522-pua-131-2000-1/file>
- Frost, G. (2013). The latency period of mesothelioma among a cohort of British asbestos workers (1978–2005). *British journal of cancer*, 109(7), 1965-1973.
- Health and Safety Executive. (2012). *Managing and working with asbestos: Control of Asbestos Regulations 2012*. สืบค้น 20 พฤศจิกายน 2564. <https://www.hse.gov.uk/pubns/priced/l143.pdf>
- Health and Safety Executive. (2021). *Mesothelioma statistics for Great Britain 2021*. สืบค้น 27 ธันวาคม 2564. <https://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/mesothelioma/mesothelioma.pdf>
- International Agency for Research on Cancer. (2021). *List of classification*. สืบค้น 20 พฤศจิกายน 2564. <https://monographs.iarc.who.int/list-of-classifications/>
- Japan International Center for Occupational Safety and Health. (1972). *Ordinance on Prevention of Hazards Due to Specified Chemical Substances 1972*. สืบค้น 27 พฤศจิกายน 2564. <https://www.jniosh.johas.go.jp/icpro/jicosh-old/english/law/Specified/6.html>
- Japan International Center for Occupational Safety and Health. (1999). *Prevention of health damage likely to cause by specified chemical substances 1999*. สืบค้น 20 พฤศจิกายน 2564. <https://www.jniosh.johas.go.jp/icpro/jicosh-old/english/osh/outline/27.html>



- Japan International Center for Occupational Safety and Health. (2007). *Preventive measures against health impairment due to asbestos 2005*. สืบค้น 27 พฤศจิกายน 2564.  
<https://www.jniosh.johas.go.jp/icpro/jicosh-old/english/law/asbestos/05.html>
- Japan International Center for Occupational Safety and Health. (2007). *Preventive measures against health impairment due to asbestos 2005*. สืบค้น 27 พฤศจิกายน 2564.  
<https://www.jniosh.johas.go.jp/icpro/jicosh-old/english/osh/topics/071119.html>
- Mielgo-Rubio, X., Gutiérrez, A. C., Peña, V. S., Becerra, M. V. S., López, A. M. G., Rosero, A., Couñago, F. (2022). Tsunami of immunotherapy reaches mesothelioma. *World Journal of Clinical Oncology*, 13(4), 267.
- Ministry of Labour and Employment. (2019). *The Factories Act, 1948*. 2019 สืบค้น 2 เมษายน 2565.  
[https://upload.indiacode.nic.in/showfile?actid=AC\\_CEN\\_6\\_6\\_000010\\_194863\\_1517807319577&type=rule&filename=model\\_factories\\_rules\\_as\\_on\\_01.03.2019.pdf](https://upload.indiacode.nic.in/showfile?actid=AC_CEN_6_6_000010_194863_1517807319577&type=rule&filename=model_factories_rules_as_on_01.03.2019.pdf)
- Occupational Safety and Health Administration. (2011). *Regulation: Access to employee exposure and medical records*. สืบค้น 20 พฤศจิกายน 2564. <https://www.osha.gov/laws-regs/regulations/standardnumber/1910/1910.1020>
- Occupational Safety and Health Administration. (2019). *Regulation: Asbestos*. สืบค้น 20 พฤศจิกายน 2564.  
<https://www.osha.gov/laws-regs/regulations/standardnumber/1910/1910.1001>
- People's Training & Research and Centre. (2017). *India: National Asbestos Profile*. สืบค้น 2 เมษายน 2565.  
<https://amrc.org.hk/sites/default/files/NAP%20India.pdf>
- Safe Work Australia. (2018). *How to safely remove asbestos: Code of Practice*. สืบค้น 27 พฤศจิกายน 2564.  
[https://www.safeworkaustralia.gov.au/system/files/documents/1810/model-cop-how-to-safely-remove-asbestos\\_0.pdf](https://www.safeworkaustralia.gov.au/system/files/documents/1810/model-cop-how-to-safely-remove-asbestos_0.pdf)
- Safe Work Australia. (2020). *How to manage and control asbestos in the workplace: Code of Practice*. สืบค้น 27 พฤศจิกายน 2564. [https://www.safeworkaustralia.gov.au/sites/default/files/2020-07/model\\_code\\_of\\_practice\\_how\\_to\\_manage\\_and\\_control\\_asbestos\\_in\\_the\\_workplace\\_1.pdf](https://www.safeworkaustralia.gov.au/sites/default/files/2020-07/model_code_of_practice_how_to_manage_and_control_asbestos_in_the_workplace_1.pdf)
- Virta RL. (2006). *Worldwide asbestos supply and consumption trends from 1900 through 2003*. สืบค้น 2 เมษายน 2565. <https://pubs.usgs.gov/circ/2006/1298/c1298.pdf>

## Impact from COVID-19 to the changing of Thai health system

Natnaree Khingchatturat

*\* Policy and Planning Analyst, Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand*  
*e-mail: [pimmybmp90@gmail.com](mailto:pimmybmp90@gmail.com)*

### Academic article

#### Abstract

Received: 15 April 2022

Revised: 29 April 2022

Accepted: 29 April 2022

This academic paper presents opportunities for health system development amid the COVID-19 pandemic in Thailand in three areas: the COVID-19 epidemic in Thailand, the impact of COVID-19, and the model of medical services. It was found that COVID-19 started in Thailand since January 2020 until now. This crisis has greatly affected the Thai health system such as risk to healthcare workers, shortage of healthcare workers and medical supply, increase in health care financing, and changing health needs of the people. Moreover, all of them become an important factor in accelerating changes and developments in public health as can be seen from changes in public health awareness, and the increase in various technologies in the daily life of the people. Therefore, in light of the COVID-19 crisis, it is an opportunity for the public health system to be upgraded and expanded the potential of better health services to meet the changing health needs of the people: by improving health system to prepare for future pandemics; using of appropriate technology in healthcare; and reducing unnecessary hospital visits.

**Keywords:** COVID-19, opportunity for health system development, health system

## วิกฤติ COVID-19 สู่อการพลิกโฉมระบบสุขภาพไทย

ณัฐนรี ชิงจตุรัส\*

\*นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อีเมล: pimmybmp90@gmail.com

### บทความวิชาการ

วันรับ 15 เม.ย. 2564

วันแก้ไข 29 เม.ย. 2565

วันตอบรับ 29 เม.ย. 2565

#### บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้นำเสนอโอกาสในการพัฒนาระบบสาธารณสุขท่ามกลางวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย ใน 3 ประเด็น ได้แก่ การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย ผลกระทบจากโรค COVID-19 และรูปแบบบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ โดยพบว่า ประเทศไทยเริ่มต้นการเผชิญหน้ากับ COVID-19 มาตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม 2563 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งวิกฤติที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของไทยอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงในการทำงานบุคลากร การขาดแคลนบุคลากร และทรัพยากรที่จำเป็นทางการแพทย์ การหยุดชะงักของการให้บริการสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน สิ่งที่เกิดขึ้นล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาด้านสาธารณสุข ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงเรื่องความตระหนักทางด้านสุขภาพของประชาชน การเพิ่มขึ้นของการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ เข้ามาใช้ในวิถีชีวิตประจำวันของประชาชนมากขึ้น ดังนั้น ในการเผชิญกับวิกฤต COVID-19 ถือเป็นโอกาสให้ระบบสาธารณสุขต้องยกระดับ และขยายศักยภาพการบริการสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น โดยเตรียมความพร้อมระบบบริการในการรองรับโรคระบาดในอนาคต นำเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในระบบสุขภาพมากขึ้น และลดการเดินทางมายังสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป

**คำสำคัญ:** โควิด-19, โอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพไทย, การแพทย์วิถีใหม่

## บทนำ

วิกฤตการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโลก หรือแม้แต่ในสังคมไทยเอง ส่งผลกระทบต่อชีวิต และสังคมอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นทิศทางที่ดีขึ้น หรือแย่ลง หากภายใต้วิกฤตที่กำลังเผชิญไม่เกิดการเรียนรู้ และปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้น อาจมองได้ว่าวิกฤตนั้นเป็นสิ่งขัดขวางการพัฒนา แต่ในอีกแง่มุมหนึ่งวิกฤตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา เพียงแค่ “พลิกมุมมอง ปรับมุมมอง” การเผชิญวิกฤตเหล่านั้นก็จะแตกต่างออกไปจากเดิม ความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ล้วนเป็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงสู่สิ่งใหม่ หรือพัฒนาต่อยอดสิ่งเดิมให้ดีขึ้น เช่นเดียวกันกับการสาธารณสุขในยุคที่ต้องเผชิญกับวิกฤตการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อันเป็นวิกฤตการณ์สำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ในระดับโลกและระดับประเทศ ซึ่งภายหลังจากการพบการระบาดของโรคปอดบวมไม่ทราบสาเหตุ ในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 (องค์การอนามัยโลก 2564) และเกิดการแพร่กระจายเชื้อไปอย่างรวดเร็ว ทำให้องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ขอข้อมูลเพื่อศึกษาความไม่ปกติดังกล่าวไปยังประเทศจีน และเปิดใช้งาน Incident Management Support Team (IMST) ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกรอบการรับมือเหตุฉุกเฉิน ในการประสานงาน และตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขใน 3 ระดับ ได้แก่ WHO สำนักงานใหญ่ ภูมิภาค และประเทศ (องค์การอนามัยโลก 2564) และได้ประกาศให้การระบาดของไวรัส SARS-CoV-2 หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern –PHEIC) ในวันที่ 30 มกราคม 2563 และต่อมาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ลุกลามไปยังประเทศต่าง ๆ ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อยืนยันเพิ่มจำนวนขึ้น จนส่งผลกระทบต่อทั่วโลก ทำให้เมื่อวันที่ 11 มีนาคม

พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic) (องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย 2563) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบการสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ประกอบกับปัจจัยเสี่ยงที่เร่งการแพร่กระจายเชื้อไปสู่วงกว้างไม่ว่าจะเป็นการเดินทางกลับมาจากประเทศที่มีการระบาด การเคลื่อนย้ายของกลุ่มคนและกลุ่มแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานต่างประเทศทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย การรวมกลุ่มในสถานที่สาธารณะ การเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงที่มีความแออัด พฤติกรรมในการดูแล ป้องกัน สุขอนามัยส่วนบุคคล การเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการระบาด การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการกักกันตัวของผู้ป่วยและผู้ที่ต้องสงสัยติดเชื้อ (Hafeez Abdul 2020) รวมไปถึงการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส ที่เป็นสาเหตุให้การแพร่ระบาดระลอกใหม่ของโรค COVID-19 เกิดขึ้นเป็นระยะ ทำให้ความรุนแรงของสถานการณ์ในแต่ละประเทศมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งแต่ละประเทศได้มีการดำเนินการเพื่อการควบคุม และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมไปถึงลดความรุนแรงของโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุข และประชาชนของประเทศ รวมถึงประเทศไทย

บทความนี้จึงมีจุดมุ่งหมายในการนำเสนอโอกาสในการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขท่ามกลางวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย โดยนำเสนอใน 3 ประเด็น ได้แก่ การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย ผลกระทบและรูปแบบบริการทางการแพทย์สู่การบริการการแพทย์วิถีใหม่

### 1. การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย

จุดเริ่มต้นการระบาดของประเทศไทย เริ่มต้นมาตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม 2563 โดย พบผู้ติดเชื้อยืนยันรายแรกเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 โดยเป็นหญิงชาวจีนที่

เดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย (กรมควบคุมโรค 2564) และเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2563 ได้พบผู้ติดเชื้อ ยืนยันคนไทย ที่ไม่มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ (องค์การอนามัยโลก 2564) ซึ่งถือเป็นการพบการติดเชื้อ ภายในประเทศเป็นรายแรกของประเทศไทย ในระยะถัดมาจำนวนผู้ติดเชื้อได้เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างช้า ๆ ทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และจำนวนผู้ที่ติดเชื้อภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID - 19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และกำหนดให้ผู้ติดเชื้อ COVID-19 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย (กระทรวงสาธารณสุข 2563) ซึ่งต่อมาประเทศไทยได้เผชิญกับการติดเชื้อในลักษณะเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ทำให้เกิดการแพร่ระบาดใหญ่อยู่เป็นระยะ รวมถึงการพบการติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์กลายพันธุ์กระจาย เป็นวงกว้าง จนก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากร ออกจากพื้นที่ที่มีการระบาด ส่งผลให้เกิดการกระจายผู้สัมผัสเชื้อไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ จนทำให้ผู้ติดเชื้อสะสมในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเดือน มีนาคม 2563 (องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย 2563) จากการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น ทำให้ประเทศไทย ต้องมีการยกระดับการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่เกิดขึ้น โดยการจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) หรือ ศบค. ขึ้น เพื่อให้การกำหนดนโยบาย มาตรการ การสั่งการ และการควบคุม กำกับในสถานการณ์เร่งด่วนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินมาตรการรองรับการระบาดของโรค COVID-19 (Master Plan) เพื่อการป้องกันและควบคุมสถานการณ์แบบเชิงรุก ไม่ว่าจะ เป็น มาตรการสาธารณสุข มาตรการการแพทย์ และ มาตรการสังคม ประกอบกับการกำกับติดตามเฝ้าระวัง

รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมด้านขีดความสามารถในการรองรับจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อการควบคุม การแพร่ระบาด ลดการติดเชื้อ และลดการเสียชีวิต ภายในประเทศ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2564) อย่างไรก็ตามวิกฤตที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลากร อุปกรณ์ และทรัพยากรทางการแพทย์ที่จำเป็น การบริหารจัดการ การตรวจทางห้องปฏิบัติ การติดเชื้อในสถานพยาบาล และการบริการสุขภาพ ทั้งในภาพรวมของประเทศ และในระดับหน่วยบริการ ทำให้ทั้งบุคลากรและผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยทั่วไปได้รับผลกระทบ ประกอบกับความตื่นตัว ในการตระหนัก และใส่ใจต่อสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น การสาธารณสุขไทยจำเป็นต้องมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ บริบท สังคมและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งวิกฤตที่เกิดขึ้นอาจเป็นโอกาสทองที่ทำให้การพัฒนาเกิดขึ้นได้เร็วกว่าสถานการณ์ปกติ แม้ว่าจากการรวบรวมตัวชี้วัด โดยมหาวิทยาลัยจอห์นส์ ฮอปกินส์ สหรัฐอเมริกา และองค์การความร่วมมือด้านสุขภาพ นิวเคลียร์ ระบุว่าประเทศไทยที่มีความพร้อมด้านสุขภาพ และการจัดการโรคระบาดที่ดีที่สุด อันดับ 5 จาก 194 ประเทศทั่วโลก โดยมีคะแนนรวม 68.2 คะแนน (คะแนนเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ 38.9 คะแนน) (Johns Hopkins Center for Health Security 2021) อย่างไรก็ตามการพัฒนา ด้านการแพทย์และการสาธารณสุขไทย ไม่สามารถที่จะหยุดพัฒนาได้ ดังนั้น ในช่วงวิกฤต COVID-19 ที่ผ่านมา ในประเทศไทยจึงมีการกล่าวถึงประเด็น การแพทย์วิถีใหม่ หรือ New Normal of Medical Service มากขึ้น (กรมการแพทย์ 2563)

## 2. ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ

### โรค COVID-19

ความจำเป็นเรื่องของการรักษาระยะห่างทางสังคม การลดการเดินทางในกรณีที่ไม่จำเป็น และการลด

ความแออัดในพื้นที่ที่มีการรวมตัวกันของกลุ่มคน เพื่อการลดโอกาสในการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้เทคโนโลยีสารสนเทศ และนวัตกรรมต่าง ๆ จึงเข้ามามีบทบาทในวิถีชีวิตของประชาชนมากขึ้น ประชาชนเริ่มให้ความสนใจ และใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศมากกว่าที่เคย ไม่ว่าจะเป็นการกระทำธุรกรรมทางการเงินออนไลน์ การซื้อขายของออนไลน์ การเรียนการสอนออนไลน์ การทำงานออนไลน์จากที่บ้าน และรวมไปถึงการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และการดูแลสุขภาพแบบออนไลน์ ทั้งการใช้อุปกรณ์เสริมรูปแบบต่าง ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพ เช่น นาฬิกา สายรัดข้อมือ สำหรับประมวลผลทางด้านสุขภาพเบื้องต้น การปรึกษาปัญหาหรือถามคำถามสุขภาพผ่าน Chatbot และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ผ่านระบบ Telemedicine การบริการดูแลสุขภาพเหล่านี้ล้วนคำนึงถึงเรื่องระยะห่างระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญโดยเน้นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเป็นช่องทางให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และผู้รับบริการใช้เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้องสำหรับการวินิจฉัย รักษา และป้องกันโรครวมถึงการบาดเจ็บ นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย การประเมินผล และการศึกษาต่อเนื่องของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การพัฒนาความก้าวหน้าด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และระดับชาติ (องค์การอนามัยโลก 2553) แม้ว่า การใช้เทคโนโลยีเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ดังกล่าวมาข้างต้น จะมีการกล่าวถึงมาโดยตลอดในช่วงหลายปีที่ผ่านมา แต่การเข้าถึงและความตระหนักรู้ถึงความสำคัญในการประโยชน์จากเทคโนโลยีเหล่านี้ในกลุ่มของผู้ให้บริการและผู้รับบริการยังอยู่ในวงจำกัด แต่เมื่อบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมองเห็นปัญหาชัดเจนขึ้นส่งผลต่อการปรับตัวในการดำรงชีวิต และการพยายามรักษาชีวิตท่ามกลางการเผชิญหน้ากับเชื้อโรคร้าย ประกอบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการเข้าถึงเทคโนโลยีที่มีความสะดวกมากขึ้นจากในอดีต และภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงทำให้

ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการสุขภาพเห็นความสำคัญและประโยชน์ในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ผ่านระบบออนไลน์มากขึ้นตามไปด้วย

### 3. รูปแบบบริการทางการแพทย์สู่การบริการการแพทย์วิถีใหม่

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการรูปแบบบริการทางการแพทย์สู่การบริการการแพทย์วิถีใหม่ครั้งนี้ เกิดจากความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อการรับมือกับการให้บริการสุขภาพภายใต้การเกิดวิกฤตการณ์ครั้งใหญ่ทางด้านสาธารณสุขที่ไม่ได้คาดคิด นำมาสู่เรื่อง Health systems resilience ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการพลิกโฉมการบริการสุขภาพไทย ด้วยการพัฒนาเชิงระบบอย่างบูรณาการเพื่อยกระดับและขยายศักยภาพการบริการสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2564) สอดคล้องกับเป้าหมายของการแพทย์วิถีใหม่ของประเทศไทย ที่มุ่งให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการสุขภาพ และปรับทิศทางการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากการรักษาที่โรงพยาบาล สู่การบริการทางที่มุ่งเน้นการดูแลรักษาให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล โดยการออกแบบระบบบริการรูปแบบใหม่ นำระบบเทคโนโลยีมาบริหารจัดการ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการการรักษาที่ดีและปลอดภัยยิ่งขึ้น (ศูนย์สำรวจความคิดเห็นนิต้าโพล 2563) ลดการเดินทางมายังสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น เพื่อลดความแออัด ลดการรอคอย และลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ได้ระบุว่าความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพนั้นมุ่งเน้นไปที่การเตรียมความพร้อมของระบบสุขภาพเพื่อตอบสนองภาวะวิกฤตที่รุนแรงและเฉียบพลัน ด้วยการจัดการกับปัจจัยรบกวนที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม หรือวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน เพื่อปรับตัว ตอบสนอง และเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับสถานการณ์ไม่คาดคิดที่เกิดขึ้น รวมไปถึงการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ที่คาดการณ์ได้ในระดับ

หนึ่งอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการจัดการบริการสุขภาพที่จำเป็นในรูปแบบที่เหมาะสม โดยระดับของความรุนแรงในวิกฤตที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องใช้การตอบสนองเชิงกลยุทธ์ในรูปแบบใด และต้องมีความยืดหยุ่นในการจัดการมากน้อยเพียงใด ซึ่งแนวทางการพัฒนาโดยใช้ความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพดังกล่าวนี้ถูกระบุขึ้นและนำมาใช้ครั้งแรกในระบบสุขภาพของยุโรปในปี พ.ศ. 2557 โดยความร่วมมือกันระหว่างศูนย์สังเกตการณ์เกี่ยวกับระบบและนโยบายสุขภาพแห่งยุโรป (European Observatory on Health Systems and Policies) และองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Co-operation and Development; OECD) ดำเนินการในนามของคณะกรรมการยุโรป โดยกรอบการดำเนินงานที่ใช้ในสหภาพยุโรปได้ให้ความสำคัญใน 3 มิติ (Steve Thomas 2020) คือ

1. การประกันความมั่นคงในระยะยาวด้านทรัพยากร หมายถึง ความสามารถในการปกป้องหรือเตรียมการด้านทรัพยากรที่สำคัญทั้งบุคลากร การเงิน สิ่งของ ข้อมูลความรู้ เพื่อจัดการกับความท้าทายที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นวิกฤตเศรษฐกิจ สาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร หรือเทคโนโลยี

2. การตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถในการจัดการระบบสุขภาพด้วยทรัพยากรที่จำกัด โดยการใช้ประโยชน์ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3. การเสริมสร้างธรรมาภิบาล หมายถึง ศักยภาพในการควบคุมระบบเพื่อปรับตัวและจัดลำดับความสำคัญสิ่งที่จะต้องดำเนินการด้วยความรวดเร็ว เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญ ผ่านเครื่องมือการบริหารที่สำคัญ คือ การกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพระยะยาว ความรับผิดชอบ ความโปร่งใส การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการติดตามประเมินผล

การเผชิญกับการแพร่ระบาดของ COVID-19 ของทุกประเทศทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา องค์การ

อนามัยโลกได้มีการประกาศข้อเสนอเชิงนโยบาย 7 ประการ ที่ให้ความสำคัญกับความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพ โดยเป็นการสร้างระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่น ภายใต้กรอบการดำเนินงานของสหประชาชาติว่าด้วยการตอบสนองทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างทันทีต่อ COVID-19 ซึ่งสิ่งนี้จะช่วยเสริมในเรื่องการเตรียมความพร้อมและการวางแผนรับมือที่เหมาะสม ข้อเสนอทั้ง 7 ประการ (องค์การอนามัยโลก 2564) ประกอบด้วย

1. ต่อยอดแนวทางการตอบสนองต่อวิกฤตที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งรวมถึงเตรียมพร้อมระบบสุขภาพสำหรับการรองรับการระบาดใหญ่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

2. ลงทุนในหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับการจัดการความเสี่ยงจากเหตุฉุกเฉินอันตรายทั้งหมด

3. สร้างรากฐานระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็ง เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง

4. ลงทุนด้านกลไกรวมถึงทบทวนกลไกที่มีอยู่ในการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม

5. สร้างและส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ในการวิจัย พัฒนานวัตกรรม และการเรียนรู้ให้การสนับสนุนด้านกฎระเบียบเพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดการและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศและภายในประเทศ

6. เพิ่มการลงทุนภายในประเทศและในระดับโลกเพื่อวางรากฐานระบบสุขภาพและการจัดการความเสี่ยงจากเหตุฉุกเฉินอันตรายทั้งหมด รวมถึงระบุความสามารถที่มีอยู่เพื่อกำหนดความต้องการสำหรับการเสริมสร้างระบบสุขภาพในระยะยาว

7. จัดการกับความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพที่มีอยู่ก่อนและที่เกิดจากผลกระทบของ COVID-19 ในประชากรชายขอบและประชากรกลุ่มเสี่ยง

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลโดยตรงต่อความคิด และทัศนคติในการดูแลสุขภาพของประชาชน ทำให้ประชาชนมีความตระหนัก และความ

รอบรู้ทางด้านสุขภาพที่มากขึ้น ให้ความสำคัญกับความสามารถของบุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขมากขึ้น ประกอบกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้นจากการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนมีความใส่ใจทางด้านสุขภาพ และต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องรูปแบบ คุณภาพ และความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวร่วมกับแพทย์ผู้ดูแลเพิ่มขึ้นเช่นกัน ถือเป็นอีกหนึ่งผลกระทบจากCOVID-19 ที่ส่งผลและเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ระบบสุขภาพต้องมีการปรับตัว เพื่อรองรับความต้องการของประชาชนซึ่งถือเป็นกลุ่มลูกค้าสำคัญของระบบสุขภาพเช่นกัน โดยจำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการสุขภาพจากเดิมเป็นการดูแลสุขภาพที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการบริการด้านสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้น เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่นำมาชมมองในมิติของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชนมาใช้ และให้ประชาชนซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์โดยตรง ได้มีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีมนุษยธรรม โดยผู้ให้บริการต้องสนับสนุนข้อมูลที่เป็นสำหรับการตัดสินใจและเปิดโอกาสให้ผู้มารับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง โดยคำนึงถึงความต้องการและความคาดหวังทางด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับการดูแลรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ ประโยชน์ของแนวทางพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการลดต้นทุน และเพิ่มความ

ในช่วงวิกฤติ COVID-19 ของประเทศไทย สถานพยาบาล หน่วยงาน และชุมชนหลายแห่งได้พลิกวิกฤติเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ สร้างนวัตกรรมในการให้บริการเพื่อประโยชน์และความปลอดภัยทั้งต่อประชาชนและบุคลากร เช่น ฝ่ายช่างสุขภาพิบาลของเทศบาลเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง ได้สร้างนวัตกรรมเครื่องกดแอลกอฮอล์ล้างมือโดยใช้เท้าเหยียบจากวัสดุอุปกรณ์ง่าย ๆ สามารถหาได้ในท้องถิ่น ในระยะแรกของการระบาด (ฐิติกร โต้โพธิ์ไทย 2563) ศูนย์เทคโนโลยีเพื่อ

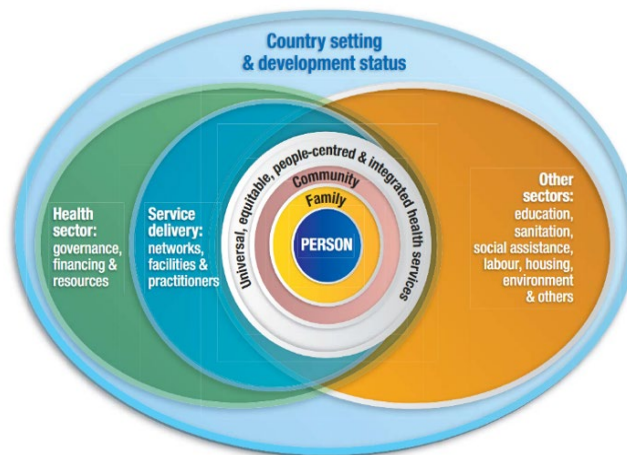
เท่าเทียมในการบริการ และทำให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแล จัดการ ควบคุมตนเอง นำไปสู่การสร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพ พร้อมทั้งมีทักษะและการตัดสินใจเพื่อการวางแผนการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองต่อวิกฤตด้านสุขภาพได้มากขึ้น และมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากขึ้น นำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการสุขภาพที่ดีขึ้นเช่นกัน และเพื่อผลประโยชน์ระยะยาว จากการบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการปรับกระบวนการตัดสินใจในการดำเนินนโยบาย รวมไปถึงทัศนคติของผู้ให้บริการ เพื่อให้มีความมุ่งมั่นอย่างแท้จริงที่จะสร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชน และชุมชน ในการบรรลุผลและคุ้มครองสุขภาพประชาชนอย่างมีส่วนร่วม สำหรับในประเด็นนี้ องค์การอนามัยโลกได้พัฒนากรอบแนวคิดเพื่อช่วยกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีบทบาทสำหรับบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งเน้นไปที่การบูรณาการกับภาคส่วนอื่น และการได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อสร้างความเท่าเทียมทางด้านสุขภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน โดยแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของมิติต่าง ๆ ดังแสดงในภาพที่ 1 (องค์การอนามัยโลก 2558)

ความมั่นคงของประเทศและการประยุกต์เชิงพาณิชย์ และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ พัฒนานวัตกรรม ปุ่มกดลิฟต์ไร้สัมผัส เพื่อลดความเสี่ยงจากการสัมผัสสิ่งของที่มีการใช้ร่วมกันในสถานที่สาธารณะ (สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ 2565) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้พัฒนาแนวทางการนำหน้ากากN95กลับมาใช้ใหม่ ในช่วงที่ประเทศไทยประสบปัญหาการขาดหน้ากาก N95 ด้วยการฆ่าเชื้อด้วยไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (กรมวิทยา-



ศาสตร์การแพทย์ 2563) คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พัฒนาหุ่นยนต์ปีนโต เป็น หุ่นยนต์ขนส่งอาหาร ยา เวชภัณฑ์ และใช้สื่อสารทางไกล สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสผู้ติดเชื้อ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2563) สถาบัน สิรินครเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ พัฒนาแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลสนามเพื่อคนพิการ เพื่อปรับให้มีความสะดวกในการเข้าพัก การรักษาสำหรับ

ผู้ป่วยที่เป็นผู้พิการ (บุษกร โลหารชุน 2564) กองทุน สุขภาพตำบล เทศบาลตำบลตราระบอน จังหวัดปัตตานี พัฒนาโครงการ อสม. Grab Drug ส่งยาโรคเรื้อรังถึงมือถึง บ้านผู้ป่วย (เจษชานารีเยะ หะยีเจซอ 2563) โรงพยาบาล ท่าวังผา จังหวัดน่าน พัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดความแออัดในการเข้ารับบริการและลดความเสี่ยงการแพร่กระจายเชื้อ ในโรงพยาบาล (ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์ 2563) เป็นต้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดสำหรับบริการสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ที่มา: WHO global strategy on people-centred and integrated health services หน้าที่ 13

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากตัวอย่างการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมในช่วง วิกฤติ COVID-19 ของไทย จะเห็นได้ว่าก่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากความร่วมมือของหลายภาคส่วน ที่ไม่ใช่เพียงหน่วยงานทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งถือเป็นการบูรณาการที่สร้างการเรียนรู้ และพัฒนา เกิดประโยชน์ทั้งต่อประชาชน ระบบการแพทย์และสาธารณสุข และประเทศชาติ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาต่าง ๆ ไม่ควรหยุดนิ่ง และรัฐควรส่งเสริมศักยภาพทุกภาคส่วน ซึ่งรวมถึงภาคประชาชน ให้มีความสามารถ และทักษะที่จำเป็นใน

การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนและสามารถรองรับวิกฤตการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ และท่ามกลางการเผชิญหน้ากับวิกฤตทางด้านสุขภาพอย่างการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน สุขภาพ ระบบสุขภาพ และการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังคงมีโอกาสนในการพัฒนาซ่อนอยู่ เพียงปรับวิธีคิดเพื่อเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาสที่จะเร่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนาการสาธารณสุขไทยในมิติต่าง ๆ ทั้งในด้านองค์ความรู้ทางวิชาการ ด้านการวิจัยและพัฒนา ด้านบุคลากร ด้านจัดหาทรัพยากร ด้านผลิตอุปกรณ์ทางการแพทย์ ด้านข้อมูล

สุขภาพ และด้านเทคโนโลยีนวัตกรรม เพื่อพลิกโฉมระบบสุขภาพสู่รูปแบบใหม่ ที่เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคและโลกอนาคต โดยเสริมพลังจากโครงสร้างเดิมของระบบสาธารณสุขไทยที่มีความเข้มแข็ง ประสานพลังกับความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน และศักยภาพของเครือข่ายภาคประชาชนที่ได้รับความชื่นชมจากนานาประเทศ สิ่งสำคัญคือการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน สังคมรวมไปถึงบุคลากรผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิด

การยอมรับและปรับตัวกับระบบสุขภาพรูปแบบใหม่ ถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่งในการพลิกโฉมและยกระดับระบบสุขภาพไทยให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น ครอบคลุม ทั่วถึง และยั่งยืนเพื่อต่อยอดไปสู่การเป็นผู้นำการให้บริการสุขภาพและเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สำคัญในเอเชีย ด้วยความร่วมมือ ร่วมใจของทุกภาคส่วน เพื่อก้าวข้ามวิกฤตและความท้าทาย สู่อนาคตระบบสุขภาพไทย

### เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (26 กุมภาพันธ์ 2563). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย. ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 48 ง.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564) ยุทธศาสตร์การจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท ไรฟ์พิมพ์ จำกัด.
- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564) *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์. (3 พฤศจิกายน 2563). ประกาศกรมการแพทย์ เรื่อง แนวทางปฏิบัติการปรับปรุงแบบบริการการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2563) การส่ง N95 เพื่อรฆ่าเชื้อด้วยไอโซโดรเจนเปอร์ออกไซด์ เพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิชา จุฬาฯ ส่งหุ่นยนต์ “บีโนโต” ช่วยแพทย์และพยาบาล ภูมิภาค COVID-19 รอบใหม่ทั่วประเทศ 2563 [ปรับปรุงเมื่อ 28 ธันวาคม 2563; เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2565]. <https://www.chula.ac.th/news/37194/>.
- เจษชานารีย์ยะ หะยีเจชะอ. (2563) โครงการ อสม. “Grab Drug” ส่งยาโรคเรื้อรังถึงมือถึงบ้านผู้ป่วย. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตราขอน.
- ฐิติกร โตโพธิ์ไทย, รุ่งทิวา มากอิม, ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย. (2563) บทเรียนจากการป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19: กรณีศึกษาเทศบาลเมืองอ่างทอง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 14:489-507.
- บุษกร โลหารชุน. (2564) ต้นแบบโรงพยาบาลสนามโควิด 19 เพื่อคนพิการ. *วารสารกรมการแพทย์*. 46(3):5-10.
- ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, ประดับ เพ็ชรจรรยา, สิริญา สุริยา. (2563) การพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. *เชียงใหม่เวชสาร*. 12(2):48-66.
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. ‘MagikTuch’ ปุ่มกดลิฟต์ไร้สัมผัส นวัตกรรมลดการระบาดของเชื้อโควิด-19 2565 [ปรับปรุงเมื่อ 27 มกราคม 2565; เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2565]. [https://www.nstda.or.th/home/news\\_post/magiktuch-20220127/](https://www.nstda.or.th/home/news_post/magiktuch-20220127/).
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (12 มีนาคม 2563). คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 76/2563 เรื่อง จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19).
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564) Towards Scaling – up and Resilience in Healthcare. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

- ศูนย์สำรวจความคิดเห็นนั้้าโพล. (2563) รายงานฉบับสมบูรณ์ ผลการสำรวจข้อมูลและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย  
กรมการแพทย์ในโครงการพัฒนาการบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal of Medical Service) ใน  
สถานพยาบาลแต่ละระดับ จังหวัดปัตตานี.กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สำรวจความคิดเห็นนั้้าโพล.
- องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย. (2563) การวิเคราะห์สถานการณ์ รายงานสถานการณ์โรคไวรัสติดเชื้อโคโรนา2019 (โควิด-  
19) 12 มีนาคม 2563. นนทบุรี: องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย.
- องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย. (2563) รายงานสถานการณ์โรคไวรัสติดเชื้อโคโรนา 2019  
(โควิด-19) 26 มีนาคม 2563. นนทบุรี: องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย.
- อนุตรา รัตน์นราทร. (2564) รายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) : ผู้ป่วยรายแรกของประเทศไทยและนอก  
ประเทศจีน. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*. 14(2):116-23.
- Hafeez Abdul, Ahmad Shmmon, Siddqui Sameera Ali, Ahmad Mumtaz, Mishra Shruti. (2020) A review of COVID-19  
(Coronavirus Disease-2019) diagnosis, treatments, and prevention. *EJMO*.4(2):116-25.
- Johns Hopkins Center for Health Security. (2021) GHS INDEX Global health security index. United States: Johns  
Hopkins Center for Health Security.
- Steve Thomas AS, James Larkin, Josep Figueras, Marina Karanikolos. (2020) Strengthening health systems resilience  
Key concepts and strategies. Denmark.
- World Health Organization. (2021) Timeline: WHO's COVID-19 response 2021 [updated January 25,2021; Accessed  
January 25, 2022]. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>
- World Health Organization. (2020) Pneumonia of unknown cause – China 2020 [Accessed January 25, 2022].  
<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229>.
- World Health Organization. (2010) *Telemedicine Opportunities and developments in Member states*. Geneva:  
World Health Organization.
- World Health Organization. (2021) *Building health systems resilience for universal health coverage and health  
security during the COVID-19 pandemic and beyond*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015) *WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim  
Report*. Geneva: World Health Organization.

## Public Health Innovation in Thailand 4.0

Nagorn Wisetsena\*

*\*Dental Unit Department, Chakkarat Hospital, Nakornratsima*

e-mail: *nagorn.nw@gmail.com*

### Academic article

#### Abstract

Received: 15 April 2022

Revised: 29 April 2022

Accepted: 29 April 2022

This article intends to point out a valuable element in government's development process toward Thailand 4.0, especially Public Health Innovation. Public health sector has a unique mission, which includes complex composition between biological, social connection, environment, personal lifestyle, community and economic system. The combination of these components are the factors of health outcome. Public health innovation is a component of government innovation, which took several years to evolve. This involves not only product innovation, but also process innovation, or policy innovation, such as screening for HLA-B\*15:02 gene, since it's associated with increased severe skin hypersensitivity reactions, before carbamazepine (CBZ) therapy. This is a benefit for public policy maker, and policy adoption. Innovation is important part of government development project, concurrent with collaboration and digitization. Government innovation lab is a laboratory for trial and error in policymaking process through brainstorming of stakeholder with design thinking process, to establish a prototype test and implementation. Not only in Thailand but also in others countries, government's innovation lab in various levels depend on objective of government project. At present, Thai government has fundamental resource for Thailand 4.0 development, however implementation remain desirable in all levels. Some departments and some of government personnel have been working on outdated system. Therefore, the government development roadmap of Thailand needs collaboration in all segments for necessary resources, whether innovation digitalization and human resource, for next step of Thailand 4.0.

**Key word:** Innovation, Public Health innovation, Government innovation lab, Thailand 4.0

## นวัตกรรมสาธารณสุข...ในระบบราชการ 4.0

ณกรณ์ วิเศษเสนา\*

\*ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลจักรราช จังหวัดนครราชสีมา

อีเมล: nagom.nw@gmail.com

### บทความวิชาการ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 15 เม.ย. 2564

วันแก้ไข 29 เม.ย. 2565

วันตอบรับ 29 เม.ย. 2565

งานด้านสาธารณสุขเป็นงานที่มีความซับซ้อนและท้าทายในองค์ประกอบที่มีความหลากหลาย มีเกี่ยวพันด้านชีวภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม ตัวบุคคล องค์กร และเศรษฐกิจ ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ บทความนี้ต้องการสื่อให้เห็น นวัตกรรมสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 นวัตกรรมสาธารณสุข เป็นนวัตกรรมที่มีความหลากหลาย สามารถเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของระบบสุขภาพ เน้นการสร้างหรือดัดแปลงสิ่งที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น ตอบสนองประชาชนได้มากขึ้น ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นการผลิตสิ่งที่ยังต้องได้ขึ้นมาเพียงเท่านั้น นวัตกรรมสาธารณสุข ที่ถูกพัฒนาและวิจัยขึ้นมาเพื่อมุ่งเป้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข สามารถเป็นนวัตกรรมทางความคิด นวัตกรรมเชิงระบบหรือนโยบาย เช่น นวัตกรรมการตรวจหายีน HLA-B\*15:02 ที่สัมพันธ์ต่อการแพ้ยารุนแรง เป็นประโยชน์ต่อผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วย นวัตกรรม เป็นหนึ่งในสาม ปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาเข้าสู่ระบบราชการ 4.0 ร่วมกับอีกสองปัจจัยคือ การสานพลังทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนของภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคม และ การปรับเข้าสู่การเป็นดิจิทัล โครงการห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ เป็นรูปแบบหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นมา ในขั้นตอนการกำหนดนโยบายภาครัฐ โดยอาศัยกระบวนการความคิดเชิงออกแบบ ทำการระดมสมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านกระบวนการ ระบุปัญหา ระดมสมอง และสร้างต้นแบบนวัตกรรมออกมา เพื่อทดสอบในกลุ่มเป้าหมาย และ ดำเนินการจริง ก่อนนำไปต่อยอดเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน ไม่เพียงจำเพาะแต่ในประเทศไทยเท่านั้น นานาประเทศทั่วโลกได้มีการสร้างห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ ในรูปแบบและระดับต่างๆ เพื่อตอบสนองนโยบายและการพัฒนาประเทศในทิศทางที่ต้องการ หากวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีปัจจัยด้านทรัพยากรพื้นฐานที่สำคัญในการ พัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 แล้ว หากแต่ยังขาดการนำเอานโยบายไปดำเนินการจริงในทุกภาคส่วน และบุคลากรภาครัฐบางส่วน ยังขาดทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในระบบราชการแบบใหม่ ดังนั้น การพัฒนาให้ราชการไทยสู่การเป็นระบบ 4.0 ได้นั้น จำเป็นต้องผสมผสานทรัพยากรทุกส่วน และอาศัยผู้เกี่ยวข้อง ผู้มีอำนาจของประเทศไทย ที่มีความจริงจัง จริงใจ เข้ามาผลักดันให้เกิดการดำเนินการจริง และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้ว จึงไม่น่าเป็นการยากจนเกินไป ที่ระบบราชการไทยจะพัฒนาสู่ระบบ 4.0

**คำสำคัญ:** นวัตกรรม นวัตกรรมสาธารณสุข โครงการห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ ระบบราชการ 4.0

## บทนำ

นวัตกรรมสาธารณสุข เป็นช่องทางการพัฒนาที่สำคัญ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศ การส่งเสริมสุขภาพประชาชน เป็นรากฐานสำคัญในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข แต่งานด้านสาธารณสุขเป็นงานที่มีความซับซ้อนและท้าทายในองค์ประกอบที่มีความหลากหลาย มีเกี่ยวพันด้านชีวภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม ตัวบุคคล องค์กร และเศรษฐกิจ ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้เข้มแข็ง ตามความต้องการ อาจเกิดขึ้นได้ยากหากไม่สามารถพัฒนาทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ให้เข้มแข็งไปพร้อมกันได้ วิธีหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่ได้รับความสนใจอย่างมาก คือ การพัฒนากลยุทธ์โดยใช้เทคโนโลยี กลยุทธ์ที่ใช้เทคโนโลยีจะมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการสื่อสาร ความเสี่ยงด้านสุขภาพ การป้องกัน การกระตุ้น และการเสริมสร้างสุขภาพแก่ประชาชน (DiClemente, R., Nowara, A., Shelton, R., & Wingood, G., 2019) บทความนี้ ต้องการสื่อให้เห็นถึงปัจจัยด้าน นวัตกรรมสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 โดยต้องการแสดงให้เห็นว่านวัตกรรมสาธารณสุข เป็นนวัตกรรมที่มีความหลากหลาย สามารถเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของระบบสุขภาพ เน้นการ สร้างหรือดัดแปลงสิ่งที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น ตอบสนองวัตถุประสงค์มากขึ้น ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นการผลิตสิ่งที่ยังต้องได้ขึ้นมาเพียงเท่านั้น (อมร นนทสุต, ม.ป.ป.)

นวัตกรรมสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของ นวัตกรรมภาครัฐ ซึ่งสามารถพัฒนาต่อยอดมาเป็น นวัตกรรมทางสังคม ให้เกิดผลกระทบแก่ประชาชน ผู้รับบริการในวงกว้าง เป็นการนำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่ เข้ามาใช้ในขั้นตอนการทำงานของภาครัฐ ด้วยวัตถุประสงค์ในการให้บริการเดิม แต่เพิ่มเติมคือ การให้บริการประชาชนให้ดียิ่งขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน และสามารถจัดการปัญหาตาม

สภาพแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไปได้ นวัตกรรม เป็นโอกาสของภาครัฐ ที่จะแสวงหาความเป็นไปได้ใหม่ เพื่อให้การบริการประชาชนมีประสิทธิภาพดี และการบริการสาธารณสุข คือหนึ่งในภารกิจหลักของภาครัฐในการบริการประชาชน การที่ภาครัฐทำการส่งเสริมและพัฒนา นวัตกรรมสาธารณสุขจึงมีความจำเป็น (อมร นนทสุต, ม.ป.ป.)

นวัตกรรมภาครัฐ สามารถจำแนกได้เป็น 6 ประเภท และในทุกประเภท สามารถนำแนวคิดมาพัฒนา นวัตกรรมด้านสาธารณสุขได้ทั้งหมด ยกตัวอย่างเช่น (ดุขฎี วรรณดุขฎี, 2564; พิฐุวรรณ กิตติคุณ, 2561)

1. นวัตกรรมบริการ (services innovation) เป็นการปรับปรุงพัฒนาบริการหรือผลิตบริการใหม่ (new or improved service) เช่น หน่วยบริการเคลื่อนที่ health care at home การผลิตเครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย (TDAS) มาใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการ (ดุขฎี วรรณดุขฎี, 2564; พิฐุวรรณ กิตติคุณ, 2561; สมัย ศิริทองถาวร และ ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบูลย์, 2564)

2. นวัตกรรมส่งมอบบริการ (services delivery innovation) เป็นการให้บริการในรูปแบบใหม่หรือที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น การสร้างเครือข่ายบริการ และการส่งต่อ (อมร นนทสุต, ม.ป.ป.)

3. นวัตกรรมการบริหาร/องค์กร การ (administrative or organization innovation) เป็นการสร้างกระบวนการใหม่ (new process) เช่น บริการ one stop service ณ จุดบริการ ในโรงพยาบาล (ดุขฎี วรรณดุขฎี, 2564; พิฐุวรรณ กิตติคุณ, 2561)

4. นวัตกรรมทางความคิด (conceptual innovation) เป็นการแสวงหาแนวทางในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาและ/หรือการโต้แย้งสมมติฐานเดิม เช่น การศึกษารูปแบบการจ้างงาน แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ของภาครัฐ (ดุขฎี วรรณดุขฎี, 2564)

ดุขฎี, 2564; พิฐุวรรณ กิติคุณ, 2561; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562)

5. นวัตกรรมเชิงนโยบาย (policy innovation) เป็นการออกแบบนโยบายหรือประยุกต์ใช้เครื่องมือ นโยบายใหม่ซึ่งส่งผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สภาพการณ์หรือพฤติกรรม เช่น การทำให้กัญชาเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย การส่งเสริมนวัตกรรม การตรวจหายีน HLA-B\*15:02 ที่อาจส่งผลต่อการแพ้ยา อย่างรุนแรง เพื่อการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้แก่ ประชาชนในกองทุนสุขภาพ (ดุขฎี วรรณดุขฎี, 2564; พิฐุวรรณ กิติคุณ, 2561; กรมวิทยาศาสตร์การแพทย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

6. นวัตกรรมเชิงระบบ (systemic innovation) เป็นการวางระบบใหม่หรือปรับเปลี่ยนระบบที่มี อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการปรับโครงสร้าง ของหน่วยงาน เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการทำงาน (ดุขฎี วรรณดุขฎี, 2564; พิฐุวรรณ กิติคุณ, 2561) เช่น การปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาวะของการ เกิดโรคระบาด covid-19

ปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาการต่างๆ ได้ พัฒนาอย่างก้าวกระโดด ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึง เทคโนโลยีและระบบสื่อสารไร้สายได้อย่างกว้างขวาง แต่ คำว่าประชาชนทั่วไป ในกรณีนี้ ไม่หมายรวมถึง ประชาชนด้อยโอกาส ชนกลุ่มน้อย ประชาชนสูงอายุ หรือประชาชนที่มีความยากจน ที่ขาดโอกาสเข้าถึง ทรัพยากรพื้นฐานในการดำรงชีพ ซึ่งในประเด็นความ เหลื่อมล้ำของประชาชน ก็เป็นหนึ่งในความท้าทาย ที่ทุก ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องประสานความร่วมมือ และบูรณาการความรู้และทรัพยากรระหว่างหน่วยงาน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนที่ยังคงขาดแคลน ให้มีโอกาเข้าถึงทรัพยากรที่เต็มประชาชนทั่วไป อัน เป็นปัจจัยข้อที่ 1 ในการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 โดย ปัจจัยสำคัญ 3 ประการ สู่การพัฒนาสู่ระบบราชการ ที่ ระบุนไว้ใน คู่มือการประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐ

ในการเป็นระบบราชการ 4.0 ประกอบด้วย (สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2562)

1. การสานพลังทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนอง ภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคม (Collaboration) เป็นการยกระดับการทำงานให้สูงขึ้นไปว่าการ ประสานงานกัน ระดมและนำเอาทรัพยากร ทุกชนิดเข้า มาแบ่งปันและใช้ประโยชน์ร่วมกัน (สำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2562) ดังเช่น การ ยกระดับคุณภาพชีวิตประชาชน ไม่สามารถดำเนินการ โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งได้ ต้องอาศัยความ ร่วมมือ และการรวมทรัพยากรระหว่างหน่วยงานเพื่อ การดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์

2. การสร้างนวัตกรรม (Innovation) เป็นการ คิดค้นและแสวงหาวิธีการหรือแนวทาง (Solutions) ใหม่ ๆ อันจะเกิดผลกระทบมหาศาล (Big Impact) เพื่อ ปรับปรุงและออกแบบการให้บริการสาธารณะและ นโยบายสาธารณะให้สามารถตอบโจทย์ความท้าทายของ ประเทศหรือตอบสนองปัญหาความต้องการของ ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ โดยอาศัยรูปแบบ ห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ (Government Innovation Lab) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบ ราชการ, 2562)

3. การปรับเข้าสู่การเป็นดิจิทัล (Digitization/ Digitalization / Digital Transformation) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2562) เป็นโอกาสในการพัฒนาอีกขั้นของระบบบริการ การปรับเข้าสู่การเป็นดิจิทัลเป็นการผสมผสานกันของการ จัดเก็บและประมวลข้อมูลผ่านคลาวด์คอมพิวติ้ง (Cloud Computing) อุปกรณ์ไร้สาย ประเภท Smart Phone และการทำงานร่วมกันผ่าน เครื่องมือต่างๆ (Collaboration Tools) ทำให้สามารถติดต่อกันได้อย่าง เป็นปัจจุบัน (Real Time) ไม่ว่าจะอยู่ที่ใด (จิตติสา วิทยา , 2564)

ผลการสำรวจประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2563 ในประชาชนประมาณ

63.8 ล้านคน มีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือ 60.5 ล้านคน (ร้อยละ 94.8) ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต 49.7 ล้านคน (ร้อยละ 77.8) และผู้ใช้คอมพิวเตอร์ 16.8 ล้านคน (ร้อยละ 26.4) (กองสถิติพยากรณ์, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) จากสถิติดังกล่าว ทำให้เห็นว่า มีประชาชนจำนวนเกือบร้อยละ 95 สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีประเภทโทรศัพท์มือถือได้นอกจากนี้ ประชาชน เกือบร้อยละ 78 ยังสามารถใช้บริการผ่านระบบออนไลน์ได้อีกด้วย ดังนั้น การมุ่งเน้นพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์ด้านเทคโนโลยี จึงเป็นแนวทางเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่หน่วยงานด้านสาธารณสุขต้องการสื่อสารออกไป เพื่อประโยชน์ในการสร้างรากฐานสุขภาพที่ดีในหมู่ประชาชน

โครงการห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ (Government Innovation Lab) เป็นแนวทางในการสร้างนวัตกรรมที่จะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมหาศาลแก่ภาคประชาชนผ่านบริการสาธารณะ เป็นปัจจัยที่ 2 ในการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 โดยใช้กระบวนการความคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ให้มีความเข้าใจภาพรวม การเข้าถึงความต้องการ การพัฒนาและทดสอบแนวคิด จนกระทั่งวางแผนเพื่อนำไปใช้ และขยายผลต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2562) ในส่วนของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้เป็นหน่วยงานสำคัญ ที่เตรียมความพร้อมในการดำเนินโครงการ โดยมีพิธีลงนามบันทึกข้อตกลง ว่าด้วยการดำเนินโครงการห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2560 ณ ตึกกนิกรีสโมสท่าเนียบรัฐบาล ห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ เปรียบเสมือนเป็นห้อง Lab ที่เปิดโอกาสให้ภาครัฐได้ลองผิดลองถูกเพื่อทดลองออกแบบนโยบาย และแนวทางการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงของการดำเนินโครงการขนาดใหญ่ ในห้องปฏิบัติการ จะเปิดโอกาสให้ผู้ใช้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเข้าร่วม เน้นการมีส่วนร่วม ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ผู้ให้บริการ

ผู้รับบริการ นักวิชาการ เข้ามาพัฒนานวัตกรรมร่วมกันผ่านคณะกรรมการหรือเวทีในการระดมความคิด โดยนวัตกรรมนั้นจะมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของประชาชน ห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐเน้นการทำงานที่คล่องตัวและมีความยืดหยุ่น มักใช้ส่วนงานย่อยทำหน้าที่รวบรวมคนจากหลากหลายส่วนเข้ามาระดมความคิด ใช้เทคโนโลยี และการสื่อสารที่ทันสมัย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ทำการกำกับ ติดตาม และประเมินผล อย่างรวดเร็ว เพื่อวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Apolitical, 2019; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2562; อมรชัย บ้านเมือง, 2565)

ไม่เพียงจำเพาะแต่ในประเทศไทย เท่านั้น สำหรับห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ (Government Innovation Lab) นานาประเทศทั่วโลกได้กำเนิดห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ ในรูปแบบและระดับต่างๆ เพื่อตอบสนองนโยบายและการพัฒนาประเทศในทิศทางที่ต้องการ หากวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง ของห้องปฏิบัติการนวัตกรรมและรัฐบาล พบว่า สามารถจำแนกประเภทของห้องปฏิบัติการภาครัฐได้ 3 ประเภท ดังนี้ คือ (UNDP, 2019)

1. ห้องปฏิบัติการระดับชาติ (National Government) เป็นห้องปฏิบัติการระดับชาติ ทำงานใกล้ชิดกับรัฐบาล เช่น Mindlab ในประเทศ Denmark โดยปฏิบัติงานอยู่ภายใต้ 3 กระทรวงของประเทศ มีหน้าที่ในการค้นหาแนวทาง ในประเด็นด้านธุรกิจ และด้านการศึกษา Vinnova ในประเทศ Sweden UK's The Behavioral Insights Team (BIT) ของประเทศอังกฤษ หรือ Singapore's PS21 office ในประเทศ Singapore (UNDP, 2019)

2. ห้องปฏิบัติการระดับภูมิภาค (Regional Government) เป้าหมายเพื่อผลิตนวัตกรรมในระดับภูมิภาค ทำงานใกล้ชิดกับภาครัฐระดับภูมิภาค เช่น France's La 27e Region ในประเทศฝรั่งเศส หรือ Australia's The Australian Center for Social



Innovation (TACSI) ในประเทศ Australia (UNDP, 2019)

3. ห้องปฏิบัติการระดับพื้นที่ (City Government) เป้าหมายเพื่อผลิตนวัตกรรมในระดับพื้นที่ ทำงานใกล้ชิดกับภาครัฐระดับท้องถิ่น ผลิตนวัตกรรมเพื่อใช้เฉพาะในเขตเมืองหนึ่งๆ เช่น Korea's Seoul Innovation Bureau ในประเทศเกาหลีใต้ America's New Orleans Innovation Delivery Team and NYC Center for Economic Opportunity (CEO) ในประเทศสหรัฐอเมริกา (UNDP, 2019)

ตัวอย่างโครงการที่ดำเนินการผ่านห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ ของประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2561 ที่เกี่ยวข้องกับภารกิจด้านสาธารณสุข โครงการชุดข้อมูลสุขภาพและการรักษาสำหรับติดตัวผู้ป่วยมีความก้าวหน้า ดังนี้ มีการพัฒนานวัตกรรมต้นแบบ 4 นวัตกรรม ได้แก่ 1. บัตรสำหรับพกติดตัว 2. Application 3. สติ๊กเกอร์สำหรับติดกับบัตรที่พกติดตัวอยู่แล้วและ 4. QR code ติดตัว เช่น เป็นสายรัดข้อมือ โดยในการดำเนินการโครงการ พบปัญหาข้อเสนอแนะ คือ ควรนำข้อมูลดังกล่าวไปขยายการใช้งานให้เกิดผลเชิงป้องกันเช่น รู้ลักษณะสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ซึ่งต้นแบบนวัตกรรมสาธารณสุข ที่ผ่านกระบวนการ ระบุงบปัญหา ระดมสมอง และสร้างต้นแบบนวัตกรรมออกมาเพื่อทดสอบในกลุ่มเป้าหมาย และ ดำเนินการจริง เป็นกระบวนการในการพัฒนานวัตกรรม ที่นำไปต่อยอดเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน (โครงการห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ, ม.ป.ป.)

ปัจจัยที่ 3 ในการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 คือ การปรับเข้าสู่การเป็นดิจิทัล (Digitalization) จากที่กล่าวไปตอนต้น ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่สำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2563 พบว่า เกือบร้อยละ 95 ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป มีการใช้โทรศัพท์มือถือ และหากจำแนกลงไปถึงลักษณะของอุปกรณ์ คือ ร้อยละ

86.4 ใช้ smart phone ร้อยละ 12.7 ใช้ feature phone และ ร้อยละ 0.9 ใช้งานทั้งสองประเภท เมื่อพิจารณาแนวโน้มการใช้อินเทอร์เน็ตและคอมพิวเตอร์ในช่วงระหว่างปี 2559 –2563 พบว่า ในระยะเวลา 5 ปีนี้ ประเทศไทยมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นโดยผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.5 (29.8 ล้านคน) ในปี 2559 เป็นร้อยละ 77.8 (49.7 ล้านคน) ในปี 2563 และอุปกรณ์พกพา เช่น smart phone และ feature phone ที่ประชาชนมีในครอบครอง เป็นอุปกรณ์สำคัญที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลได้ง่าย และด้วยพฤติกรรมของประชาชนในปัจจุบัน ความรวดเร็ว และ สะดวกสบายจัดว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในชีวิตประจำวัน ดังนั้น การพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล จึงเป็นแนวทางที่น่าสนใจ จุดเด่นของเทคโนโลยีดิจิทัลคือ มีความสามารถในการจัดเก็บข้อมูลจำนวนมากและสามารถสื่อสารได้ ฉับไว รวดเร็ว สิ่งที่พบเห็นได้ในระบบราชการแบบเดิม คือ มีการทำงานที่ยังไม่อยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์อย่างเต็มรูปแบบ มีระบบการทำงานที่ล่าช้า และมีต้นทุนสูง มีการเปิดเผยข้อมูลตามที่ร้องขอเฉพาะราย / เปิดเผยข้อมูลจำกัดปฏิบัติตามขั้นตอนแบบเดิมๆ ให้บริการประชาชนเฉพาะในเวลาราชการ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2562) ซึ่งจากรูปแบบการทำงานของระบบราชการเดิม หากต้องการพัฒนาสู่การเป็นระบบราชการ 4.0 การปรับตัวเข้าสู่การเป็นดิจิทัลนั้น จะสามารถแก้ไข้ปัญหาของระบบราชการแบบเดิมได้ทั้งสิ้น

### กรณีศึกษาในต่างประเทศ

มีบทความวิจัยจากนักศึกษาชาวสิงคโปร์ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยการขับเคลื่อนและปัจจัยปิดกั้นนวัตกรรมสาธารณสุขผ่านระบบคลาวด์ (Cloud computing : ระบบประมวลผลแบบกลุ่มเมฆ) ในภูมิภาคเอเชีย โดยเปรียบเทียบประเทศที่พัฒนาแล้ว

จำนวน 3 ประเทศ ได้แก่ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ โดยระบุว่า รัฐบาล สามารถลดค่าใช้จ่าย เพิ่มการเข้าถึง บริการของประชาชน เพิ่มคุณภาพการบริการ และ สร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพได้จากการใช้ระบบคลาวด์ (Cloud computing) โดยระบบนี้ มีประโยชน์ในการเพิ่มคุณภาพการให้บริการ ลดภาระค่าใช้จ่าย และประหยัดเวลา ซึ่งทั้ง 3 ประเทศที่กล่าวมา ได้นำเทคโนโลยีประเภทนี้ มาใช้ในการจัดเก็บฐานข้อมูลสุขภาพ บันทึกการรักษา การติดตามและเฝ้าระวัง ประชากรกลุ่มสูงอายุ การแพทย์ทางไกล และสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งระบบคลาวด์นี้เอง เป็นการนำเทคโนโลยีและระบบดิจิทัล มาขยายขอบเขตบริการสุขภาพ และปรับปรุงคุณภาพ งานด้านสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ในการรับใช้ประชาชนให้ดียิ่งขึ้น พัฒนาการการนำเอาระบบคลาวด์มาใช้เชื่อมโยงในระบบสาธารณสุขของทั้ง 3 ประเทศ สามารถย้อนกลับไปได้ ในเกือบ 40 ปีก่อน สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ปัจจัยที่ช่วยขับเคลื่อนให้ระบบคลาวด์ มีบทบาทในภาคการสาธารณสุข ของแต่ละประเทศนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร และเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านระบบสุขภาพดั้งเดิม ความเชื่อค่านิยม เกี่ยวกับเทคโนโลยีและนวัตกรรม ปัจจัยด้านนโยบายของรัฐบาล และตัวระบบของคลาวด์เองและปัจจัยสุดท้ายคือ ความเชื่อมั่นและการยอมรับของสังคมและประชาชนต่อการใช้งาน ในส่วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่นำเอาระบบคลาวด์มาใช้ในทางสุขภาพ ของทั้ง 3 ประเทศ ประกอบด้วย ความพร้อมของระบบสุขภาพ ความพร้อมรับต่อเทคโนโลยี ค่าใช้จ่ายของระบบคลาวด์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิค ปัญหาด้านมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ และปัญหาด้านกฎระเบียบของหน่วยงาน (Raghavan A, Demircioglu MA, Taeihagh A, 2021)

ผู้วิจัยชาวมาเลเซีย ได้ทำการเปรียบเทียบจุดแข็งและจุดอ่อนของการสร้างนวัตกรรมทางสังคมในประเทศมาเลเซียและประเทศไทย โดยระบุว่า นวัตกรรมมีความสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถในการ

แข่งขันของประเทศและเอื้อต่อการพัฒนาบ้านเมือง ที่อิงพื้นฐานมาจากความรู้ การพัฒนานวัตกรรมที่เน้นเฉพาะมุมมองทางเศรษฐกิจจะนำไปสู่ความไม่สมดุลในการเติบโตทางเศรษฐกิจและการพัฒนาสังคม นวัตกรรมทางสังคม เป็นส่วนเสริมที่จะก่อให้เกิดความสมดุลของเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไปพร้อมๆ กัน ทั้งรัฐบาลมาเลเซียและไทย ได้มีการริเริ่มนวัตกรรมทางสังคม ที่เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายรัฐบาลที่มีส่วนสนับสนุนนวัตกรรมทางเศรษฐกิจ ช่วยยกระดับทุนทางสังคม ชุมชน และเสริมสร้างความเข้มแข็งในการพัฒนาภูมิภาค ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นจากจุดอ่อนและจุดแข็งของทั้งสองประเทศ ออกมาเป็น คำแนะนำ 5 ประการ ดังนี้ 1. ควรให้ความสำคัญกับนโยบายด้านนวัตกรรม โดยให้นโยบายด้านนวัตกรรม เป็นวาระแห่งชาติเสมอ 2. จัดตั้งสถาบันพัฒนานวัตกรรมที่เป็นอิสระจากการเมือง เพื่อความเป็นเอกภาพ และไม่เปลี่ยนแปลงตามสภาวะของการเมือง 3. การประสานความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้ 4. ทำการฝึกอบรมในด้านเทคโนโลยีขั้นสูง ให้แก่ผู้ร่วมพัฒนานวัตกรรมทั้งหมด และ 5. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยเฉพาะในกรณีประเทศที่มีรายได้ต่ำ การเรียนรู้วัฒนธรรมจากต่างชาติ ตลอดจนจนถึงการร่วมทุน และลงทุนจากต่างชาติ จะเกิดการยกระดับการเรียนรู้และพัฒนานวัตกรรมทางสังคมได้ (Ab Rahman SM, Setapa M, Wahab MHA-AA, Yasin ABM, Yahya TBT, Sazali NA, 2021)

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

โครงการห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ ของไทย ได้ดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม มาตั้งแต่ปี 2560 แต่ นับจนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลาเกือบห้าปี ที่ได้ดำเนินการมา แต่ในปัจจุบัน ผู้เขียนมีความคิดเห็นว่า นวัตกรรมหรือ ผลงาน ที่สร้างผลผลิต หรือผลกระทบต่อสังคมไทย ยังคงมีไม่มากนัก ซึ่งผู้เขียนคาดว่า นวัตกรรมที่ถูกสร้างขึ้นมาจากการระดมความคิด อาจจะต้องอยู่ใน

ขั้นตอนของนวัตกรรมต้นแบบ ซึ่งยังมีได้ถูกนำมาทดสอบในวงกว้างและขยายผล หรืออีกประการหนึ่งอาจเกิดจาก ประเภทของนวัตกรรมที่ถูกออกแบบมา อาจจำเพาะเพื่อการแก้ปัญหาแก่ประชาชนหรือหน่วยงานในวงจำกัด หรือเฉพาะปัญหาบางประการ เช่น นวัตกรรมสาธารณสุข เพื่อพัฒนาสุขภาพกลุ่มแรงงานต่างด้าว เป็นต้น ดังนั้น ผลผลิตจากห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ จึงอาจไม่ได้ถูกนำมาประกาศใช้เป็นนโยบายสาธารณะ ให้ประชาชนทุกคนในประเทศมีโอกาสได้เข้าถึง

นวัตกรรมที่ผลิตได้จากโครงการห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ บางประเภทอาจเทียบเคียงได้กับนวัตกรรมทางสังคม ที่มีการกล่าวถึงจากผู้วิจัยต่างประเทศ ซึ่งผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน สำหรับนวัตกรรมทางสังคม ไว้ได้อย่างน่าสนใจ กล่าวคือ คำแนะนำ บางประการ มีความสอดคล้องกับบริบท การสร้างห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐในประเทศไทย ยกตัวอย่างเช่น การประสานความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเข้าด้วยกัน จำเป็นต้องดำเนินการอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล หรือการจัดตั้งสถาบันวิจัยและนวัตกรรม เพื่อการคิดค้นและพัฒนางานวิจัยและผลิตนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาสังคมและพัฒนาประเทศ ทั้งการวิจัยภายในประเทศ และความร่วมมือระหว่างต่างประเทศ ก็เป็นสิ่งที่มีอำนาจในประเทศไทย ได้มีการกำหนดไว้แล้ว ดังนั้น เมื่อพิจารณา โดยภาพรวม ก็อาจจะพอทำให้เราเห็นภาพได้ว่า ในบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน มีปัจจัยนำเข้าที่พอจะพัฒนาด้านนวัตกรรมภาครัฐ สืบเนื่องไปถึงนวัตกรรมสาธารณสุข ที่กำเนิดขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้เข้มแข็ง ประชาชนมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี ได้รับการบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจและมีคุณภาพ บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานโดยประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนภายใต้ กลยุทธ์และเทคโนโลยี ที่ทันสมัย ให้บริการประชาชนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เพื่อเป็นปัจจัยเสริม

ในการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 ได้ หากแต่จะยั่งยืนหรือไม่นั้น อาจไม่สามารถยืนยันได้ในเวลานี้

ความพยายาม ในการผลักดันและพัฒนาระบบราชการ ให้เป็นระบบที่ดีขึ้น ให้การดูแลประชาชน ได้ดีขึ้นกว่าเดิม เป็นสิ่งดี แต่ระบบและบุคลากรในระบบ จำเป็นต้องมีความสอดคล้องกัน กล่าวคือ การขับเคลื่อนของระบบจะไม่สามารถดำเนินการได้ หากขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และที่สำคัญมากกว่าไปความรู้ความสามารถของบุคลากร คือ ทักษะในการปรับตัว และการเรียนรู้สิ่งใหม่ ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในยุค 4.0 เป็นต้นไป และการได้มาซึ่งบุคคลที่มีทักษะเหล่านั้น จำเป็นต้องมีกระบวนการคัดเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ที่นอกเหนือไปจากคุณสมบัติทั่วไป ที่คุ้นเคยกันมา หน่วยงานราชการ สามารถใช้แนวทางการคัดเลือกบุคคลเข้าสู่ระบบราชการ โดยให้ความสำคัญกับทักษะจำเพาะและจำเป็นที่ระบบยุคใหม่และหน่วยงานราชการต้องการ หรืออาจใช้วิธีการผลักดันและพัฒนาทักษะบุคลากรเดิม ที่ยังคงอยู่ในระบบ ให้มีทักษะการปฏิบัติงานที่ส่งเสริมให้เกิดความสอดคล้องกับการพัฒนาระบบสู่ระบบราชการ 4.0 ตามเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาของประเทศ

ภายใต้บริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน และวิสัยทัศน์ของประเทศไทยที่ต้องการให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” สามารถนำเทคโนโลยี ประเภทคลาวด์ เข้ามาพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ตามประเทศที่พัฒนาแล้ว ในภูมิภาคเอเชียได้เช่นกัน ปัจจัยสนับสนุนและข้อจำกัดบางประการ ของประเทศไทยในบทความวิจัย มีความใกล้เคียงกับบริบทของประเทศไทย รวมถึงปัจจัยในการพัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 ข้อที่ 3 ได้มีการกล่าวถึง การจัดเก็บข้อมูลผ่านคลาวด์ คอมพิวติ้ง (Cloud Computing) ไว้บ้างแล้ว นอกจากนี้ ผู้เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้มีการศึกษาข้อมูลผลเสียของการนำระบบดังกล่าวมาใช้ เชื่อมโยงกับระบบ

สาธารณสุขไทย แบบที่เราอาจเรียกในอนาคตว่า Health Clouds ดังนั้น จึงไม่น่าเป็นการยากจนเกินไป หากผู้เกี่ยวข้อง และ ผู้มีอำนาจของประเทศไทย มีความจริงจัง และจริงจัง ในการพัฒนาประเทศ และ พัฒนาสู่ระบบราชการ 4.0 โดยสร้างและเหนี่ยวนำปัจจัยที่สามารถก่อให้เกิดระบบ 4.0 ตามความมุ่งหวัง คือ การทำงานอย่างเปิดกว้างและเชื่อมโยงถึงกัน (Open & Connected Government) มีการทำงานโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen-Centric Government) และ เป็นองค์การที่มีขีดสมรรถนะสูงและทันสมัย (Smart & High Performance Government)

### เอกสารอ้างอิง

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2561). การตรวจยีน HLA-B\*1502 เพื่อป้องกันการแพ้ยา Carbamazepine. [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ค. 2565]. <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/465>
- กองสถิติพยากรณ์, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564) สรุปผลที่สำคัญสำหรับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม;2564:2-3
- โครงการห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ (ม.ป.ป.) [อินเทอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ 23 ม.ค. 2565]. [https://www.hfocus.org/content/2021/06/22061](https://www.opdc.go.th/จิตอาสา วิทยา. (2564) Health clouds ระบบสำรองข้อมูลสุขภาพ อนาคตของระบบสาธารณสุข [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ก.พ. 2565]. <a href=)
- ดุขฎี วรรณดุขฎี. (2564).รัฐบาลนวัตกรรม: การยอมรับนวัตกรรมในภาครัฐด้วยหลักการบริการสาธารณะใหม่ Innovative Government: Embracing Innovation in Public Sector Based on New Public Service. *วารสารผู้ตรวจการแผ่นดิน*. 2021;14(1):125-146.
- พิรุวรรณ กิตติคุณ. (2561) ห้องปฏิบัติการนวัตกรรมภาครัฐ (Government Innovation Lab: Gov Lab). เอกสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์. สำนักวิชาการ.สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร:1-16
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2562). ผลงานวิจัยและนวัตกรรมสำคัญของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562
- สมัย ศิริทองถาวร และ ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบุลย์. (2564). ภาวะออทิสซึมในเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการไม่สมวัยหรือออทิสซึม:การศึกษานำร่องในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2564;29(3):249-58.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2562). คู่มือการประเมินสถานะของหน่วยงาน ภาครัฐในการเป็นระบบราชการ 4.0.กรุงเทพฯ:ก.พ.ร.
- อมร นนทสุต. (ม.ป.ป.) การจัดการนวัตกรรมในระบบสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ค. 2565].เข้าถึงได้จาก [http://phc.moph.go.th/www\\_hss/data\\_center/lfm\\_mod/nw/การจัดการนวัตกรรมในระบบสุขภาพ.pdf.1-16](http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/lfm_mod/nw/การจัดการนวัตกรรมในระบบสุขภาพ.pdf.1-16)
- อมรชัย บ้านเมือง. (2565). ห้องปฏิบัติการนโยบาย Policy lab [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 13 พ.ค. [https://innovationhub.mof.go.th/?page\\_id=1934](https://innovationhub.mof.go.th/?page_id=1934)
- Ab Rahman SM, Setapa M, Wahab MHA-AA, Yasin ABM, Yahya TBT, Sazali NA. A Social Innovation In Malaysia Vs Thailand: Strengths and Weaknesses. *ADVANCES IN BUSINESS RESEARCH INTERNATIONAL JOURNAL*. 2021;7(2): 88-100.
- Apolitical. (2019) "What is Government Innovation [internet] [cited 2022 Jan 4th]. <https://apolitical.co/solution-articles/en/what-is-government-Innovation>

DiClemente, R., Nowara, A., Shelton, R., & Wingood, G. (2019). Need for Innovation in Public Health Research. *American journal of public health*, 109(S2), S117–S120.

Raghavan A, Demircioglu MA, Taeihagh A. (2021). Public health innovation through cloud adoption: a comparative analysis of drivers and barriers in Japan, South Korea, and Singapore. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(1):334.

UNDP (2019). Government innovation lab in Thailand[internet] [cited 2022 Jan 24th].

[https://www.th.undp.org/content/thailand/en/home/library/democratic\\_governance/government-innovation-lab.html](https://www.th.undp.org/content/thailand/en/home/library/democratic_governance/government-innovation-lab.html)

## Medical tourism of Thailand and the future after COVID-19

Wanwisa Pensuriya

\* Policy and Planning Analyst, Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.  
email: wanwisa.tao123@gmail.com

### Academic article

#### Abstract

Received: 15 April 2022

Revised: 29 April 2022

Accepted: 29 April 2022

Nowadays, there are tourists from various regions looking for a tourist attraction along with the use of medical services. Medical tourism has been increasing in popularity. Asian countries are the top tourist attractions in the world because of the quality medical system, inexpensive, and the cost of living is not very high compared to the countries of origin and other interesting tourist attraction, especially for tourists from Europe or America, this may be a business opportunity that can create wealth for countries that are ready in this field. The aims of this article are to present Thailand's readiness and trends in promoting medical tourism issues, which is directly promoting the country's economy during the Covid-19 epidemic. There are 2 issues, consisting of 1) situation and trend in promoting medical tourism for Thailand 2) the future of Thai medical tourism after the Covid 19 epidemic situation. In summary, Thailand can be one of the leaders in medical tourism, if there are development in terms of medical technology and genomics. In addition, supports from the public and private sectors in implementing the tourism cycle in a concrete manner.

**Keywords:** medical tourism, Covid 19, economics and medical services

## การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยกับอนาคตหลังยุคโควิด 19

วันวิสา เพ็ญสุริยะ\*

\*นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

email: wanwisa.tao123@gmail.com

### บทความวิชาการ

วันรับ 15 เม.ย. 2564

วันแก้ไข 29 เม.ย. 2565

วันตอบรับ 29 เม.ย. 2565

#### บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีนักท่องเที่ยวจากหลากหลายภูมิภาคที่แสวงหาแหล่งท่องเที่ยวไปพร้อมกับการใช้บริการด้านการแพทย์ได้ด้วย ซึ่งได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งเรียกว่า Medical tourism หรือการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยประเทศแถบเอเชียถือเป็นจุดดึงดูดกลุ่มนักท่องเที่ยวเหล่านี้ได้เป็นอันดับต้นๆ ของโลก เนื่องจากระบบการแพทย์ที่มีคุณภาพ ราคาไม่แพง ค่าครองชีพไม่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศต้นทาง และที่สำคัญคือแหล่งท่องเที่ยวที่น่าสนใจ โดยเฉพาะกลุ่มนักท่องเที่ยวในภูมิภาคยุโรป หรืออเมริกา จึงอาจเป็นโอกาสทางธุรกิจที่สามารถสร้างความมั่งคั่งให้กับประเทศที่มีความพร้อมในด้านนี้ได้ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์และแนวโน้มของประเทศไทยในการขับเคลื่อนประเด็นการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และการผลักดันในอนาคต ซึ่งเป็นอีกแนวทางในการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศให้เติบโตมากยิ่งขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ใน 2 ประเด็น ประกอบด้วย 1) สถานการณ์และแนวโน้มการขับเคลื่อนประเด็นการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย และ 2) อนาคตการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทย หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid 19 โดยสรุปจากกล่าวได้ว่าประเทศไทยสามารถเป็นหนึ่งในผู้นำด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้หากมีการพัฒนาในแง่ของเทคโนโลยีทางการแพทย์และจีโนมิกส์ รวมถึงการสนับสนุนจากภาครัฐและภาคเอกชนในการดำเนินการตามวงจรการท่องเที่ยวอย่างเป็นรูปธรรม

**คำสำคัญ:** การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์, โควิด 19, เศรษฐกิจและการแพทย์

## บทนำ

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) ไม่ใช่กระแสที่เพิ่งเกิดขึ้นในปัจจุบัน เกิดขึ้นตั้งแต่เทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างก้าวหน้าและต่อเนื่อง เกิดปรากฏการณ์เปลี่ยนวิถีการดูแลสุขภาพมากขึ้น ผู้คนสามารถเดินทางไปทั่วโลกอย่างเสรีแสวงหาสิ่งที่ดีเพื่อเพิ่มคุณภาพให้กับชีวิตโดยไม่มีขอบเขตพื้นที่หรือการเดินทางมาเป็นข้อจำกัด จุดเริ่มต้นของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ คือ การเดินทางท่องเที่ยวในประเทศต่างๆ ของกลุ่มคนที่มีรายได้สูง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงในประเทศปลายทางได้โดยมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาไม่แพงเกินไป เมื่อเทียบกับประเทศต้นทาง ซึ่งแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คือตัวเลือกที่ดี (Pocock NS., Phua KH, 2011) เนื่องจากอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็วจากการเติบโตของภาคการให้บริการด้านการแพทย์ของเอกชน ถือเป็นสิ่งที่น่าจับตามองสำหรับเทรนด์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่กำลังเกิดขึ้น เป็นโอกาสทางธุรกิจที่สามารถสร้างความมั่งคั่งได้ ซึ่งรากฐานที่สำคัญของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ คือ นักท่องเที่ยวที่ได้ประโยชน์ทั้งการท่องเที่ยวและดูแลสุขภาพ สำหรับประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีแหล่งท่องเที่ยวที่หลากหลายทั้งทางวัฒนธรรมและแหล่งธรรมชาติที่สวยงาม ถือเป็นต้นทุนในการสร้างจุดสนใจให้นักท่องเที่ยวจากแถบตะวันตกและตะวันออกกลางได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ยังมีความโดดเด่นในเรื่องของการบริการทางการแพทย์คุณภาพสูง ราคาไม่แพง สามารถรวมการให้บริการด้านการแพทย์กับแพคเกจการท่องเที่ยวได้ในราคาที่น่าสนใจ

ดังนั้น ในบทความนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอประเด็นเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) ซึ่งเป็นการร่วมมือกันของภาคส่วนต่างๆ ที่มุ่งเน้นการนำระบบการแพทย์และสาธารณสุขของไทยที่มีความโดดเด่น และประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยวของไทยมีชื่อเสียงในประชาคมโลก เพื่อ

ขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศให้เติบโตมากยิ่งขึ้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก ซึ่งในบทความนี้จะนำเสนอเรื่องราวใน 2 ประเด็น ประกอบด้วย 1) สถานการณ์และแนวโน้มการขับเคลื่อนประเด็นการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย และ 2) อนาคตการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทย หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid 19 ดังต่อไปนี้

## 1. สถานการณ์ และแนวโน้มการขับเคลื่อนประเด็นการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) ของประเทศไทย

Lunt N., et al. (2011, p.7) ให้ความหมายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไว้ว่า การที่นักท่องเที่ยวเลือกที่จะเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศ โดยมีความตั้งใจมาใช้บริการทางการแพทย์ต่างๆ รวมถึงการศัลยกรรมความงาม การดูแลทางทันตกรรม การผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือที่ทันสมัย และการดูแลเกี่ยวกับภาวะการเจริญพันธุ์ นอกจากนี้ กันต์สินี กันทะวงศ์วาร และคณะ (2559) ยังกล่าวว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง การที่บุคคลเดินทางข้ามพรมแดนไปยังต่างประเทศเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานเทียบเท่าหรือดีกว่าในประเทศที่ตนอาศัยอยู่ อาจรวมถึง การใช้บริการสุขภาพด้านอื่นๆ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ การดูแลทางทันตกรรม การรักษาโรคเฉพาะทาง ศัลยกรรมความงาม เพื่อให้สุขภาพของผู้มารับบริการอยู่ในสภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรง

สรุปได้ว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ คือ การเดินทางข้ามประเทศหรือภูมิภาคที่อาศัยอยู่เดิม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหาแหล่งท่องเที่ยวที่สามารถให้บริการด้านการแพทย์ได้ด้วย ซึ่งการให้บริการทางการแพทย์ต่างๆ เช่น การศัลยกรรมความงาม การดูแลทางทันตกรรม การผ่าตัดโดยใช้เครื่องมือที่ทันสมัย และการดูแลเกี่ยวกับภาวะการเจริญพันธุ์ ซึ่งประเมินแล้วว่ามี



ความคุ้มค่าที่จะเดินทางไปใช้บริการ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

### 1.1 การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับการเติบโตทางเศรษฐกิจ

ในปี พ.ศ. 2558-2560 อัตราการเติบโตของตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีมูลค่ากว่า 639 พันล้านดอลลาร์ต่อปี คิดเป็น 6.5% ซึ่งมากกว่าอัตราการเติบโตของการท่องเที่ยวโดยรวมถึง 3.2% โดยมีผู้เดินทางทั่วโลกกว่า 830 ล้านครั้ง ในปี พ.ศ.2560 มากกว่าปี พ.ศ. 2558 ถึง 139 ล้านครั้ง (global wellness institute, 2018) การเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จึงเป็นเรื่องที่น่าจับตามองของตลาดการท่องเที่ยวเป็นอย่างมาก โดยภูมิภาคแถบเอเชียแปซิฟิก ละตินอเมริกา-แคริบเบียน ตะวันออกกลาง-แอฟริกาเหนือ และแอฟริกาตอนใต้ ต่างก็มีผลกำไรที่เพิ่มขึ้นจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ถึง 57% ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ประเทศในภูมิภาคเอเชียถือเป็นอันดับ 1 ด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และมีรายได้มหาศาล โดยมีการเดินทางเพิ่มขึ้นเป็น 258 ล้านครั้งต่อปี คิดเป็น 33% อันดับแรกคือ ประเทศจีน เดินทางเพิ่มขึ้นถึง 17 ล้านครั้ง รองลงมาคือ อินเดีย เพิ่มขึ้นมากกว่า 12 ล้านครั้ง ตามลำดับ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 - 2562 การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังได้รับความนิยมอย่างมาก (Global Wellness Economy, 2021) มีการเติบโตอย่างต่อเนื่องมีมูลค่าสูงถึง 720 พันล้านดอลลาร์ต่อปี คิดเป็น 8% ในภูมิภาคเอเชีย ประเทศที่มีบทบาทสำคัญกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (วาริพร ชูศรี, วรลักษณ์ ลลิตศศิวิมล, 2563, หน้า 205) ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย ฟิลิปปินส์ อินเดีย และมาเลเซีย โดยประเทศไทยถือครองส่วนแบ่งของตลาดคิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมาคือสิงคโปร์ คิดเป็นร้อยละ 33 ต่อมาในปี 2563 เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขึ้น ทำให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทยได้รับผลกระทบอย่างมาก ตลาดหดตัวไปถึง -39.5% คิดเป็นมูลค่า 436 พันล้าน

ดอลลาร์ ซึ่งก่อนเกิดวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นักท่องเที่ยวจากต่างประเทศเดินทางเข้ามาประเทศไทยเพื่อแสวงหาการรักษาการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ มีสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นยอดด้วยค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย ซึ่งหาได้จากโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับบ้านเกิดของพวกเขาถือว่าคุ้มค่าอย่างมหาศาล ทำให้รายได้ประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 รายได้จากภาคการท่องเที่ยวของประเทศไทย มีสัดส่วนประมาณ 10.4% ของ GDP โลก (ณัฐกฤติ นิธิประภา, 2564) และในปี พ.ศ. 2564 มีนักท่องเที่ยวต่างชาติ เข้ามาในประเทศไทย เพียง 0.67 ล้านคน นักท่องเที่ยวลดลงอย่างมาก คิดเป็นร้อยละ 81.38 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2563 ในช่วงเวลาเดียวกัน (กองเศรษฐกิจการท่องเที่ยวและกีฬา, 2564) ซึ่งคาดการณ์ว่า ภาคการท่องเที่ยวจะฟื้นตัวเร็วในประเทศที่มีอัตราการฉีดวัคซีนสูง (ณัฐกฤติ นิธิประภา, 2564) เช่น สหราชอาณาจักร เยอรมนี สวิตเซอร์แลนด์ ฝรั่งเศส และสหรัฐอเมริกา และคาดว่าในปี พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป การท่องเที่ยวระหว่างประเทศจะกลับมาอยู่ในระดับใกล้เคียงกับสถานการณ์ก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อีกครั้ง และมีการคาดการณ์อนาคตอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2567 จะสร้างมูลค่าสูงถึง 5.0 แสนล้านบาท เติบโตเฉลี่ยปีละ 13.7%

### 1.2 แนวโน้มการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ประเทศสิงคโปร์ มาเลเซีย และไทย มีผู้เดินทางเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ประมาณ 2 ล้านคนใน ปี พ.ศ. 2549 - 2557 มีรายได้มากกว่า 3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (Pocock NS., Phua KH, 2011) ประเทศสิงคโปร์ดึงดูดนักท่องเที่ยวในกลุ่มผู้ป่วยที่มีฐานะทางการเงินสูง (McArthur B., 2015) ในการรักษาโรคที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น หลอดเลือดหัวใจ ศัลยกรรมระบบประสาท และการใช้เซลล์บำบัด ในส่วนของประเทศไทย

ได้เปิดโอกาสในตลาดศัลยกรรมความงาม และการแปลงเพศนอกจากนี้ ประเทศไทยถือเป็นประเทศที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวทางการแพทย์ได้มาก (Cohen E., 2008) เพราะบริการทางการแพทย์มีคุณภาพสูงและเข้าถึงได้ง่าย ราคาไม่แพง ซึ่งถือเป็นประเด็นสำคัญของนักท่องเที่ยวที่เลือกเข้ามาในประเทศไทย เพราะการแพทย์ในประเทศตะวันตกและตะวันออกกลางมีราคาแพงกว่า ในขณะที่เดียวกันประเทศไทยก็มีสถานที่ท่องเที่ยวมากมายให้ผู้ป่วยหรือนักท่องเที่ยวสามารถเพลิดเพลินไปกับการพักผ่อนหย่อนใจได้เป็นอย่างดี อยู่ในทำเลที่ง่ายต่อการเดินทางต่อไปยังประเทศอื่นๆ และมีค่าครองชีพต่ำ เมื่อเทียบกับประเทศต้นทางของผู้ที่มารักษาตัว

ตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ มีแนวโน้มเติบโตอย่างมาก โดยกลุ่มนักท่องเที่ยวหลัก คือ กลุ่มที่ต้องการใช้บริการทางการแพทย์ในราคาที่ถูกลงกว่าประเทศของตนเอง และกลุ่มที่ต้องการคุณภาพการรักษาที่ดีกว่า

ในปี 2560 (ธันวาคม เล้าโสภากิรมย์, 2560) จากการจัดอันดับของ The International Healthcare Research Center (IHRC) พบว่า อุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยติดอันดับ 6 ของโลก ถือเป็นประเทศที่น่าสนใจสำหรับกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้

ในปี 2020-2021 Medical Tourism Index (MTI) หรือดัชนีการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Overall MTI Ranking 2020-2021) มีการจัดอันดับความสนใจของนักท่องเที่ยวเกี่ยวกับการเลือกประเทศจุดหมายปลายทางด้านการรักษาพยาบาล จำนวน 46 ประเทศ โดยให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีที่นักท่องเที่ยวพิจารณา จากเกณฑ์ 41 ข้อ ใน 3 มิติหลัก ได้แก่ ความดึงดูดใจ ความปลอดภัย และคุณภาพการดูแล โดยประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์จัดอยู่อันดับที่ 2 ได้ 76.43 คะแนน ส่วนประเทศไทยอยู่อันดับที่ 17 ได้ 66.83 คะแนน และฟิลิปปินส์ อันดับที่ 24 ได้ 64.99 คะแนน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การจัดอันดับความสนใจของนักท่องเที่ยวในการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ 46 ประเทศ ปี 2020-2021

อันดับ	ประเทศ	คะแนน	อันดับ	ประเทศ	คะแนน
1	แคนาดา	76.47	24	ฟิลิปปินส์	64.99
2	สิงคโปร์	76.43	25	โคลัมเบีย	64.95
3	ประเทศญี่ปุ่น	71.23	26	อียิปต์	64.81
4	สเปน	72.93	27	มอลตา	64.75
5	ประเทศอังกฤษ	71.92	28	บราซิล	64.35
6	คูโบ	71.85	29	โปแลนด์	64.1
7	คอซตาริกา	71.73	30	ไค่งวง	63.91
8	อิสราเอล	70.78	31	โมร็อกโก	63.8
9	อาบูดาบี	70.26	32	บาหลีเรน	63.65
10	อินเดีย	69.8	33	จีน	63.47
11	ฝรั่งเศส	69.61	34	กรีซ	63.45
12	ประเทศเยอรมนี	69.29	35	ซาอุดีอาราเบีย	63.32
13	โอมาน	26.03	36	จอร์แดน	63.26
14	เกาหลีใต้	68.81	37	ปานามา	62.77
15	สาธารณรัฐเช็ก	68.32	38	ตูนิเซีย	61.78
16	ไต้หวัน	67.93	39	กาตาร์	61.13

อันดับ	ประเทศ	คะแนน
17	ประเทศไทย	66.83
18	อิตาลี	66.75
19	สาธารณรัฐโดมินิกัน	66.32
20	อาร์เจนตินา	66.26
21	โปรตุเกส	65.96
22	แอฟริกาใต้	65.82
23	ฮังการี	65.69

อันดับ	ประเทศ	คะแนน
40	จาเมกา	60.74
41	ประเทศรัสเซีย	60.17
42	เม็กซิโก	59.47
43	เลบานอน	57.14
44	กัวเตมาลา	55.04
45	คูเวต	54.84
46	อิหร่าน	44.38

ที่มา: ดัดแปลงจาก Medical Tourism Index 2020-2021

### 1.3 การผลักดันการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพของ ไทยให้เป็นแนวหน้าของโลก

ประเทศไทยมีนโยบายพัฒนาประเทศให้เป็น ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ซึ่งถือว่าการวางเป้าหมายในระยะยาว และรัฐบาลให้ความสำคัญอย่างมาก โดยได้หนดนโยบายการท่องเที่ยวไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) และมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบ 10 ข้อเสนอของเป้าหมายการพัฒนาอุตสาหกรรม ในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคต (New Engine of Growth) ในประเด็นที่ 3 คือ อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว กลุ่มที่มีรายได้ดีและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ซึ่งกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาได้จัดทำยุทธศาสตร์การปฏิรูปการท่องเที่ยวไทย พ.ศ. 2558 - 2560 เพื่อวางรากฐานการพัฒนาและส่งเสริมการท่องเที่ยวไทยให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีคุณภาพ สร้างรายได้หลักให้แก่ประเทศอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ การขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub มีความจำเป็นต้องบูรณาการความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างเห็นผล เป็นรูปธรรมโดยเร็ว โดยร่วมกันวางแผน ยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนา ประกอบด้วย 7 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านการจัดบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาบริการรักษาพยาบาล  
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์ (Academic Hub)

ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ  
ยุทธศาสตร์ที่ 7 ส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์

สำหรับการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทย มุ่งเน้นไปที่การให้บริการในด้านการรักษาพยาบาล ด้านการเสริมความงาม บริการทันตกรรม การดูแลสุขภาพด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง การรักษาพยาบาลเฉพาะทาง การบริการทางการแพทย์แผนไทย และบริการทางห้องปฏิบัติการ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งค่าบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ถือว่าต่ำกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา ถึง 50% - 90% และจากผลสำรวจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในด้านค่าใช้จ่ายของบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย พบว่า นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายการใช้บริการในส่วนของ การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ สูงสุด เฉลี่ย 2,010,000 บาท/คน/ทริป รองลงมา คือ ค่าการรักษาโรคมะเร็ง 705,521 บาท/คน/ทริป ค่าการศัลยกรรม ผ่าตัดแปลงเพศ 502,761 บาท/คน/ทริป ค่าการรักษาผู้

มีบุตรยาก 484,563 บาท/คน/ทริป และค่าการป้องกัน (กองวิจัยการตลาดการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2563, หน้า 38)(ตารางที่ 2)  
ดูแลเส้นเลือดหัวใจ 139,989 บาท/คน/ทริป ตามลำดับ

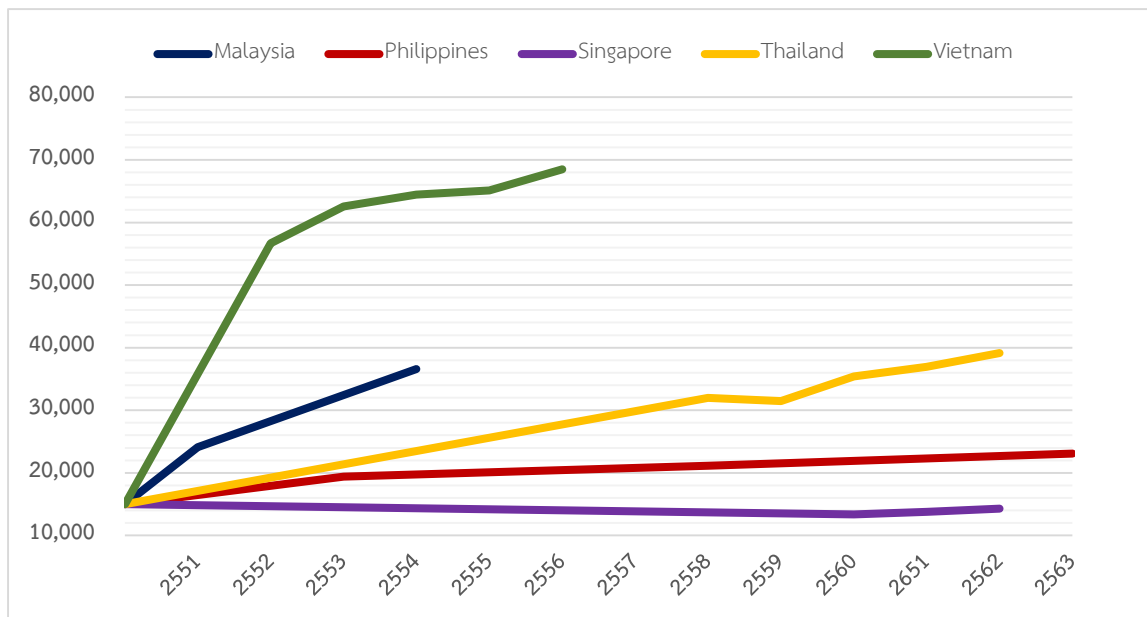
ตารางที่ 2 ค่าใช้จ่ายของการใช้บริการทางการแพทย์ของนักท่องเที่ยวเฉลี่ย บาท/คน/ทริป

อันดับที่	กลุ่มการเข้ารับบริการ	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย บาท/คน/ทริป
1	ค่าการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ	2,010,000
2	ค่าการรักษาโรคมะเร็ง	705,521
3	ค่าการศัลยกรรมผ่าตัดแปลงเพศ	502,761
4	ค่าการรักษาผู้มีบุตรยาก	484,563
5	ค่าการป้องกันดูแลเส้นเลือดหัวใจ	139,989
6	ค่าการรักษากระดูกข้อต่อเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อ	124,150
7	ค่าทันตกรรม	29,023
8	ค่าการตรวจสุขภาพ	26,254
9	ค่าเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ	15,056

ที่มา: ดัดแปลงจากรายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาห่วงโซ่อุปทานการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) ของไทย ปี 2563 ของกองวิจัยการตลาดการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย

ประเทศไทยถือเป็นอันดับต้นๆ ของภูมิภาคเอเชีย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2558) ทั้งด้านการบริการที่ได้มาตรฐานสากล มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์มีคุณภาพใกล้เคียงกับสิงคโปร์ และค่าใช้จ่ายในการรับบริการถือว่าอยู่ในระดับต่ำใกล้เคียงประเทศอินเดีย มีโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานระดับโลก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาคเอเชียด้วยกัน พบว่า ประเทศไทยถือว่ามีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน Joint Commission International (JCI) จำนวนมากที่สุด คือ 46 แห่ง รองลงมาคือ อินเดีย มาเลเซีย สิงคโปร์ เกาหลีใต้ จำนวน 32, 13, 6 และ 5 แห่งตามลำดับ (พชรพจน์ นันทรามาส และสุจิตรา อันโน, 2563) และ

ประเทศไทยยังมีแพทย์ที่มีคุณภาพ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน (ภาพที่ 1) แต่กระทรวงสาธารณสุขก็มียุทธศาสตร์ในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้มีความเพียงพอกับผู้ป่วยที่มีเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ไม่เพียงแต่โรงพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ แต่ประเทศไทยยังมีองค์ความรู้ด้านการแพทย์ที่หลากหลายไม่แพ้ชาติใดในโลก ไม่ว่าจะเป็นการผลักดันการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) พัฒนาห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานระดับโลก การแพทย์แผนไทย การนวดไทย และสมุนไพรไทย ที่เปรียบเสมือนมรดกอันทรงคุณค่าที่สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ หลายยุคหลายสมัย



ภาพที่ 1: จำนวนแพทย์ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่ปี 2551 -2563

ที่มา: ดัดแปลงจาก การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี 2563 – 2564 ของพงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ (2564)



ภาพที่ 2: ห่วงโซ่อุปทานการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) ของประเทศไทย

ที่มา: ดัดแปลงจาก รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาห่วงโซ่อุปทานการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) ของไทย ปี 2563 ของกองวิจัยการตลาดการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (2563)

อย่างไรก็ตาม การเป็นที่หนึ่ง ย่อมต้องมีความพร้อมในทุกด้าน ถึงแม้จะมีคุณภาพอยู่ในระดับที่ดี แต่ต้องมีการพัฒนาต่อยอดให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยกองวิจัยการตลาดการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ได้ศึกษาห่วงโซ่อุปทานการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) ของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2563 (กองวิจัยการตลาดการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2563, หน้า 51-4) พบว่า บทบาทหลักของการขับเคลื่อนคือ ผู้ให้บริการทางการแพทย์ กลุ่มที่มีบทบาทสนับสนุนมี 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องในขั้นตอนการเตรียมการและวางแผนเดินทางท่องเที่ยว ผู้ให้บริการเดินทางและขนย้ายผู้ป่วยระหว่างประเทศ และผู้ให้บริการท่องเที่ยวภายในประเทศ และกลุ่มผู้มีส่วนประกอบ 5 กลุ่ม ได้แก่ หน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ให้มีคุณภาพมาตรฐาน หน่วยงานสนับสนุนและส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ กลุ่มธุรกิจทางการแพทย์ต่างๆ สถาบันผู้ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดประชุมสัมมนาทางการแพทย์ (ภาพที่ 2)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนในทุกบทบาทคือเสาหลักในการเป็นผู้ขับเคลื่อนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยให้สามารถดำเนินไปได้ สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศอย่างมหาศาล ดังนั้น จึงถือว่าเป็นภารกิจสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้า ทัดเทียมกับนานาชาติให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนคนไทยและนักท่องเที่ยวที่ต้องการมาใช้บริการให้มีสุขภาพที่แข็งแรง เพราะการมีสุขภาพดีถือได้ว่าเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศในอนาคต

## 2. อนาคตการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทย หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid 19

ผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ทำให้ทุกภาคส่วนต้องพบเจอกับปัญหา อุปสรรคอย่างสาหัส โดยเฉพาะภาคการบริการด้านการแพทย์ที่เชื่อมโยงไปกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

ต้องหยุดชะงัก รัฐบาลในแต่ละประเทศต่างออกมาตรการการควบคุมการเข้าออกระหว่างประเทศ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวซึ่งเป็นรายได้หลักของประเทศต้องหดหายไป รัฐบาลจึงต้องเร่งหาแนวทางรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ให้เร็วที่สุดที่ผ่านมา ประเทศไทยเคยถูกจัดอันดับให้เป็นที่ 1 จาก 184 ประเทศทั่วโลกของ Global COVID – 19 Index (GCI) ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2563 ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และถูกปรับลงเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศออสเตรเลีย ระบบสาธารณสุขไทยยังได้รับการจัดอันดับความมั่นคงตามดัชนี Global Health Security Index 2019 เป็นอันดับ 6 ของโลกจาก 195 ประเทศ และเป็นอันดับที่ 1 ของเอเชีย (กองวิจัยการตลาดการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2563, หน้า 48) ทั้งนี้ โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยกว่า 46 แห่ง มีความพร้อมที่จะรองรับนักท่องเที่ยวต่างชาติได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ประเทศไทยยังถือว่ามีความได้เปรียบที่จะดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้หลังวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ผ่านไป

จากความสามารถในการควบคุมโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของประเทศไทย ที่มีศักยภาพและประสิทธิภาพมากกว่าประเทศคู่แข่งในเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ทั้ง สิงคโปร์ เกาหลี อินเดีย มาเลเซีย เม็กซิโก และบราซิล อาจส่งผลให้นักท่องเที่ยวมีโอกาสตัดสินใจเลือกประเทศไทยไว้เป็นจุดหมายหลักๆ ได้มากกว่า รวมถึงมาตรการต่างๆ ที่โรงพยาบาลและโรงแรมได้สร้างความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน เอื้ออำนวยความสะดวกให้กับนักท่องเที่ยวและระบบการรักษาทางไกลที่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญและเร่งพัฒนาให้สามารถตอบโจทย์การรักษาในปัจจุบันมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพมาก การใช้ระบบการรักษาทางไกล หรือ Telemedicine สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายให้กับนักท่องเที่ยวได้ อีกทั้งยังมีความแม่นยำในการวินิจฉัย รักษา ทำให้มีความสะดวกสบายมากขึ้น (กอง

วิจัยการตลาดการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย , 2563, หน้า 50) แต่ยังมีประเด็นสำคัญต้องวางแผนรองรับ และเร่งปรับปรุงทางแก้ไขในส่วนที่ยังบกพร่องหรือเร่งพัฒนาเพื่อก้าวไปเป็นที่ 1 ในอนาคตของตลาดอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ได้แก่ วางแผนการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอทุกวิชาชีพและพัฒนาความเชี่ยวชาญให้แก่แพทย์เฉพาะทางรวมถึงทักษะด้านภาษาให้ทัดเทียมกับนานาชาติ (Manirochana N. & Vivanichakul N., 2016, p.197-215) ส่งเสริมการวิจัย พัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มีคุณภาพมาตรฐาน ลดการนำเข้าจากต่างประเทศ และส่งเสริม ผลักดันให้โรงพยาบาลในประเทศผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานทั้งในระดับประเทศ (Hospital Accreditation) และ ระดับสากล (Joint Commission International: JCI) มีการปรับปรุงสถาปัตยกรรมการออกแบบภายในของโรงพยาบาลเอกชนให้เหมือนโรงแรมที่พักเพื่อสร้างความผ่อนคลายให้กับผู้รับบริการ (Cohen E, 2008) โดยเน้นการสร้างบรรยากาศที่ร่มรื่น พร้อมทั้งพัฒนาการให้บริการระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยด้วยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยสามารถปรึกษาแพทย์ได้ทุกที่ ทุกเวลา เช่น การใช้ระบบ Telemedicine แต่การใช้ระบบนี้มีข้อจำกัดสำหรับการเดินทางเข้ามาในประเทศ ซึ่งอาจทำให้สูญเสียรายได้จากการเดินทางไป นอกจากนี้ ประเทศไทยควรสร้างกลยุทธ์ขยายตลาดให้ครอบคลุมทั้งกลุ่มนักท่องเที่ยวไทยและต่างชาติ (ณัฐฤกษ์ฤดี นิธิประภา, 2564) ส่งเสริมประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น ไม่ให้กระจุกตัวในบางพื้นที่ ใช้วิถีชีวิตชุมชนเป็นจุดดึงดูดนักท่องเที่ยว และการท่องเที่ยวในรูปแบบการทำงานไปด้วย (Workcation) เป็นการกระจายสร้างรายได้และสร้างเสถียรภาพได้มากขึ้น แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ จะต้องพัฒนาระบบและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพ (Manirochana N. & Vivanichakul N., 2016, p.197-215) เพื่อการนำมาวิเคราะห์หาแนวโน้มและวางแผนยุทธศาสตร์รองรับการท่องเที่ยวในรูปแบบต่างๆ

ในอนาคต และเชื่อมโยงฐานข้อมูลให้ทุกหน่วยงานสามารถใช้ได้ อาจมีการจัดตั้ง One stop service ไว้อำนวยความสะดวกให้กับนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

จากบทวิเคราะห์ MSME สาขาธุรกิจท่องเที่ยว ปี 2564 และแนวโน้มปี 2565 ของณัฐฤกษ์ฤดี นิธิประภา (2564, หน้า 12) ระบุว่า “ปี 2564 จะเป็นปีที่เป็นเรื่องของการปรับตัว ส่วนปี 2565 เป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลง” และสิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงคือ “การลดจำนวนนักท่องเที่ยว แต่ เพิ่มค่าใช้จ่ายต่อหัว” จากข้อมูลธนาคารโลกเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2564 ได้คาดการณ์ GDP การท่องเที่ยวของไทย ในปี 2565 จะเติบโตที่ 3.6% และอาจต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวประมาณ 3 ปี หรืออาจยาวนานกว่านั้น ถ้าหากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ยังรุนแรงอยู่ และในปี 2565 กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาคาดว่าจะมีนักท่องเที่ยวต่างชาติเข้ามาประมาณ 20 ล้านคน หรือ 50% ของปี 2562 และปี 2566 ตัวเลขจำนวนนักท่องเที่ยวจะฟื้นตัวเทียบเท่ากับตัวเลขนักท่องเที่ยวในสถานการณ์ก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 นอกจากนี้ ธนาคารกสิกรไทย (2564) ได้คาดการณ์การท่องเที่ยวในรูปแบบนี้จะสร้างรายได้ให้กับประเทศถึง 1.5 แสนล้านบาท ภายในปี 2580 ซึ่งในอนาคต การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยจำเป็นต้องคำนึงถึง 4 ปัจจัยสำคัญ ที่จะช่วยให้การยกระดับการท่องเที่ยวไปสู่การเป็นแนวหน้าของโลก ได้แก่ 1) การส่งเสริมระบบนิเวศน์ของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health Tech Ecosystem) 2) การมุ่งเน้นพัฒนาการแพทย์จีโนมิกส์ (Genomic Medicines) 3) การสนับสนุนจากภาครัฐ (Government Support ) และ 4) การร่วมลงทุนโดยภาคเอกชน (Corporate Venture) (ธนาคารกสิกรไทย, 2564) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้คือตัวชี้วัดที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทย

## บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศไทยได้ในระยะยาว หากมีการพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ให้เทียบเท่ากับนานาชาติอยู่เสมอ เพราะประเทศไทยมีจุดดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้มากมายทั้งเรื่องของราคาการรับบริการที่ถูกกว่าหลายประเทศ สถานที่ท่องเที่ยวที่น่าสนใจ และคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่ดีอันดับต้นๆ ของโลก ซึ่งรัฐบาลเร่งผลักดันให้ไทยก้าวเข้าสู่การเป็น Medical Hub อย่างเต็มรูปแบบ โดยทุ่มเงินงบประมาณประเทศไปกับการพัฒนาโครงสร้างต่างๆ ให้มีความพร้อมมากยิ่งขึ้น หากมีการพัฒนากฎหมายให้สามารถเปิดโอกาสให้มีแพทย์ชาวต่างชาติสามารถเข้ามาทำงานในประเทศไทยได้ อาจเป็นข้อดีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่หลากหลายได้มากยิ่งขึ้น และสิ่งที่สำคัญคือการพัฒนาบุคลากรภายในประเทศให้มีความรู้ความสามารถด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ไม่แพ้ชาติ

ใดในโลก มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกห่วงโซ่อุปทานการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถปรับปรุง พัฒนา หรือแก้ไขปัญหาได้อย่างทันที่ ซึ่งหากผู้มารับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการทุกระดับของห่วงโซ่อุปทาน แนวโน้มการกลับมาใช้บริการก็มีมากขึ้น รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้นักท่องเที่ยวต่างชาติได้รับรู้โดยแทบจะไม่ต้องลงทุนในส่วนนี้ และในอนาคตอันใกล้ ประเทศไทยควรมุ่งเน้นพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในประเด็น Precision Medicine Regenerative Medicine และ Reproductive Medicine เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของประชากรโลกที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และประชากรวัยเด็กเกิดน้อยลง ซึ่งหากประเทศไทยสามารถเป็นประเทศต้นๆ ที่ก้าวนำการบริการทางการแพทย์เหล่านี้ได้ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ก็จะเป็นแหล่งรายได้หลักให้กับประเทศไทยอย่างมหาศาล

## เอกสารอ้างอิง

- กองเศรษฐกิจการท่องเที่ยวและกีฬา. (2564). สถิตินักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เดินทางเข้าประเทศไทย ปี 2564 (จำนวนยอดสะสมเบื้องต้น). [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [https://www.mots.go.th/more\\_news\\_new.php?cid=632](https://www.mots.go.th/more_news_new.php?cid=632)
- กองวิจัยการตลาดการท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาห่วงโซ่อุปทานการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) ของไทย ปี 2563. [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Ftourismlibrary.tat.or.th%2Fmedias%2F26950.pdf&clen=18883288&chunk=true>
- กันต์สินี กันทะวงศ์วาร และคณะ. (2559). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (เมดิคัล). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2558). เอกสารการเปิดเสรีทางการค้าและบริการสุขภาพของอาเซียน 2555 และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2558. [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.mots.go.th%2Ffewt\\_dl\\_link.php%3Fnid%3D7651&clen=1218087](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.mots.go.th%2Ffewt_dl_link.php%3Fnid%3D7651&clen=1218087)
- ณัฐฤทธิ นิธิประภา. (2564). บทวิเคราะห์สถานการณ์ MSME สาขาธุรกิจท่องเที่ยว ปี 2564 และแนวโน้มปี 2565. [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <chrome->



- extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.sme.go.th%2Fupload%2Fmod\_download%2Fdownload-20211012232619.pdf&cliclen=1564992&chunk=true
- ธนาคารกสิกรไทย. (2564). กสิกรไทยชี้จุดเปลี่ยนเกมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไทย. [สืบค้นเมื่อ 12 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.kasikombank.com/TH/News/Pages/Medical-hub.aspx>
- ธัญยาพร เล้าโสภณภิมย์. (2560). ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โอกาสทองของไทยในอาเซียน. [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.scbeic.com/th/detail/product/3526>.
- พรพจน์ นันทรามาส, สุจิตรา อันโน. (2563). 3 เทรนด์การแพทย์ ฟันเพื่องับเคลื่อนไทยสู่ Medical Hub. [สืบค้นเมื่อ 23 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fkrungthai.com%2FDownload%2FEconomyresources%2FEconomyResourcesSlideInfographic\_453Slide\_3\_Medical\_Hub.pdf&cliclen=3271119&chunk=true
- พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ. (2564). การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี 2563 – 2564. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วาริพร ชูศรี, วรลักษณ์ ผลิตศศิวิมล. (2563). การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ : ความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์;7(2):205-26.
- Cohen E. (2008). Medical tourism in Thailand. [cited 2022 Jan 23]. Available from: <http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/AU-GSB/article/view/381>
- Global wellness institute. (2018). Global Wellness Economy Monitor. [cited 2022 Jan 23]. Available from: <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/2018-global-wellness-economy-monitor/>
- Global Wellness Economy. (2021). มองไกลกว่า COVID. [cited 2022 Jan 23]. Available from: <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/the-global-wellness-economy-looking-beyond-covid/>
- Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S., Horsfall D., Mannion R. (2011). Medical Tourism: Treatments, Market and Health System Implications: A scoping review, OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, p.7
- McArthur B. (2015). Medical Tourism Development, Challenges and Opportunities for Asia. [cited 2022 Jan 23]. Available from: <https://almatourism.unibo.it/article/view/5315/5579>
- Manirochana N., Vivanichakul N. (2016). Competitive Abilities of Thailand Medical Tourism. Parichart Journal;29(1):197-215.
- Overall MTI Ranking 2020-2021. (2020). Global Healthcare Resources & International Healthcare Resource Center. [cited 2022 Jan 23]. Available from: <https://www.medicaltourism.com/mti/home>
- Pocock NS., Phua KH. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. [cited 2022 Jan 23]. Available from: <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/12>

## Preparing for taking off face masks in the New Normal era

Noppamas Kreasuwan<sup>1\*</sup> Bhusita Intaraprasong<sup>1</sup>

*1 Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.*

*\* Corresponding author: noppamas@pi.ac.th*

### Academic article

#### Abstract

Received: 9 July 2022

Revised: 29 July 2022

Accepted: 1 August 2022

During the new normal after the coronavirus 2019 pandemic, global population lifestyle has been disrupted. Working styles, either in educational institutions, or in general offices, have changed according to the new normal. The objective of this article was to explore the individual readiness for adjustment on wearing face masks as part of their normal lifestyle. People who have been able to adapt their lifestyles for New Normal society during the past three years of coronavirus 2019 pandemic. The Ministry of Public Health and the Center for Disease Control for the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) have agreed for voluntary masks wearing. However, the 608 risk-group is required to wear face-masks for protection. The changing of wearing face-masks to prevent covid 19 infection during New Normal lifestyle, to voluntary not wearing masks, is a change of routine behavior again. As for now, wearing of face mask is a necessity to prevent spreading of COVID-19. Therefore, people need to carefully study information, regulations, and laws, as guidelines for a routine practice, in order to prepare for taking off face masks in the New Normal era for a good healthy lifestyle, during the coronavirus 2019 pandemic, before "Covid" becomes an endemic disease.

**Keyword:** taking off face mask; New Normal; Covid-19

## การเตรียมความพร้อมสู่การถอดหน้ากากอนามัยในยุควิถีใหม่

นพมาส เครือสุวรรณ<sup>1\*</sup> ภูษิตา อินทรประสงค์<sup>1</sup>,

*1 คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*

*\* ผู้ประพันธ์บทความ: noppamas@pi.ac.th*

### บทความวิชาการ

#### บทคัดย่อ

วันรับ 9 กค. 2565  
วันแก้ไข 29 กค. 2565  
วันตอบรับ 1 สค. 2565

ในยุคชีวิตวิถีใหม่ หลังจากสถานการณ์ความรุนแรงของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ได้ระบาดไปทั่วโลกอย่างแพร่หลาย การดำเนินชีวิตของประชาชนมีการปรับตัวให้ เป็นไปตามสถานการณ์โดยเฉพาะการทำงาน ทั้งในรูปแบบการทำงานในสถานศึกษา และ สำนักงาน มีการดำเนินการที่เปลี่ยนไปตามยุคชีวิตวิถีใหม่ โดยบทความฉบับนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อเสนอให้เห็นความพร้อมสำหรับการปรับตัวของบุคคลในการสวมหน้ากาก อนามัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต เมื่อออกจากบ้านไปสถานที่ทำงาน จึงเป็นส่วน หนึ่งในการปรับตัวเพื่อให้สังคมที่เว้นระยะห่างนั้นดำเนินไปได้อย่างปกติ มีประเด็นที่ ดำเนินการจากสถานการณ์ความรุนแรงของโควิด 19 ที่ผ่านมาเป็นเวลาสามปีปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขและศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เห็นชอบสวมหน้ากากอนามัย ตามความสมัครใจ แต่ขอให้สวมแมสก์ โดยเฉพาะ กลุ่มเสี่ยง 608 ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงจากการสวมใส่หน้ากากอนามัยเพื่อหลีกเลี่ยงเชื้อ โควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ จะมีการเปลี่ยนแปลงจากสวมหน้ากาก เป็นการเตรียมพร้อม สำหรับการถอดหน้ากากโดยเริ่มจากความสมัครใจ ความคุ้นเคยหรือพฤติกรรมที่ปฏิบัติมา เป็นกิจวัตรจะมีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังมี การสวมใส่หน้ากาก อนามัยเพื่อป้องกันเชื้อโควิด 19 อยู่ ประชาชนจึงต้องศึกษาข้อมูล ระเบียบ และกฎหมาย ให้รอบคอบเพื่อถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติตน เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การถอดหน้ากาก ยุคชีวิตวิถีใหม่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนเข้าสู่มาตรการเตรียมพร้อม “โควิด” เข้าสู่โรคประจำถิ่น

**คำสำคัญ:** การถอดหน้ากาก; ชีวิตวิถีใหม่; โควิด-19

## บทนำและสภาพปัญหา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ทำให้ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในเศรษฐกิจระดับโลก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้การดำเนินธุรกิจทุกประเภทจะต้องใช้การสื่อสารเชิงกลยุทธ์แบบใหม่โดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาปรับใช้ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้น เพื่อความอยู่รอดของธุรกิจภาวะวิกฤตจึงทำให้เกิด “New Normal” หรือ “ความปกติใหม่” แต่ทว่ารูปแบบการทำงาน การเรียน และการทำธุรกิจยังคงรูปแบบคล้ายช่วงระบาดของโควิด-19 กล่าวคือ ยังคงปฏิบัติงาน ศึกษาเล่าเรียน และทำธุรกิจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อีกทั้งยังมีคนจำนวนมากที่จะยังคงทำงานและไม่มียานรองรับอย่างเพียงพอ ตลอดจนสถานการณ์ที่ยังคงต้องรักษาระยะห่างจากกันและกัน ไม่ว่าจะอยู่ในสวนสาธารณะ ช็อปปิ้งที่ตลาดหรือห้างสรรพสินค้า ในสถานที่ทำงาน สถานที่เรียน (ทงศักดิ์ แสงสว่างวัฒนะ และคณะ, 2563) เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการควบคุมโรคและการดำเนินชีวิตที่ คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ 8/2564 วันที่ 23 สิงหาคม 2564 ได้พิจารณาการเปิดประเทศอย่างปลอดภัยภายใต้มาตรการควบคุมโรคแนวใหม่ (Smart Control and Living with Covid-19) เตรียมเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านภาวะวิกฤต มีเป้าหมายเพื่อควบคุมการระบาดของโรค ให้จำนวนผู้ป่วยหนักไม่เกินศักยภาพระบบสาธารณสุขรองรับได้ ใช้กลยุทธ์ ฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมผู้สูงอายุ และกลุ่มเสี่ยงเจ็บป่วยรุนแรง รวมถึงการพัฒนาวัคซีนใหม่อย่างครบวงจร มาตรการ DMHTT (Distancing, Mask wearing, Hand washing, Testing, ThaiChana) และ Universal Prevention เพิ่มการทำงานเชิงรุกด้วยหน่วยเยี่ยมบ้านเคลื่อนที่ (Comprehensive COVID-19 Response Team : CCRT) ใน กทม. ปริมณฑล และพื้นที่ระบาด ให้ประชาชนเข้าถึงการตรวจโควิดด้วยตัวเอง และคัดกรองด้วย Antigen Test Kit (ATK) การจัดสภาพแวดล้อมตาม

มาตรการอย่างเข้มงวด รวมทั้งตรวจคัดกรองเป็นประจำ เพื่อหยุดการระบาดตั้งแต่ต้น รวมถึงมาตรการการจัดสภาพการทำงานและการเดินทางที่ปลอดภัย ไม่แออัด สำหรับองค์กรขนาดใหญ่ที่มีพนักงานจำนวนมาก โดยให้มีการคัดกรองโรคด้วยชุดตรวจ ATK เพื่อไม่ให้เกิดการระบาดในสถานที่ทำงานและติดเชื่อไปยังครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงอย่างผู้สูงอายุ และเด็กซึ่งยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน การผ่อนคลายมาตรการล็อกดาวน์ที่เปิดโอกาสให้หน่วยงานสามารถจัดกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการเปิดให้บริการสาธารณะต่าง ๆ ได้นั้นจะต้องเป็นไปภายใต้มาตรการ 3C คือ ไม่จัดให้เกิดพื้นที่เสี่ยง 3 ประการ คือ “แออัด ใกล้ชิด ปิดอับ” (Crowded Places Close-Contact Setting, Confined & Enclosed Spaces) ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงในการแพร่ระบาดได้สูง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2564) การนำหลักพุทธจิตวิทยามาประยุกต์ใช้กับชีวิตเพื่อให้เกิดทักษะในการปรับตัวต่อการดำรงชีวิตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด-19 และทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะกล้าเผชิญกับสิ่งท้าทายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตช่วงวิกฤติเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพกายสุขภาพใจ ด้านความปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อมด้านอาชีพการงาน ด้านการตัดสินใจ หรือการเป็นดั่งรังสีอยู่การดำเนินงานในชีวิตประจำวันสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นทักษะการปฏิบัติตัวในสถานการณ์การระบาดของโรค โควิด-19 เพื่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตใหม่ ที่จะสามารถประคับประคองดูแลตนเองได้อย่างอยู่รอดปลอดภัยมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การนำหลักพุทธจิตวิทยาได้แก่ ปธาน 4 อริยสัจ 4 และสัปปริสธรรม 7 มาเป็นวัคซีนภูมิคุ้มกันโรคทางกายและโรคทางใจให้อยู่อย่างปกติสุขก่อให้เกิดทักษะการใช้ชีวิตเพื่อให้อยู่รอดในสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างเป็นปกติสุข (พระครูโสภณปริยัตยานุกิจ (อาทิตย์), สิริวัฒน์ ศรีเครื่องดงและ สุวัฒน์ รักขันโท, 2564)

อิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั่วโลก ผ่านกระแสโลกาภิวัตน์ และกระแสการพัฒนาเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการปรับตัวอย่างกว้างขวางของทุกองค์กรโดยที่กระแสหลักของโลกดังกล่าว ได้สร้างปรากฏการณ์ในโลกสมัยใหม่ (VUCA: Volatility, Uncertainty, Complexity and Ambiguity) เป็นต้นกำเนิดการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกผัน (Bawany, 2018) ซึ่งทุกภาคส่วนต้องพัฒนาตนเองให้ทันการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวและต้องเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต นอกจากนี้สภาวะวิกฤตที่เกิดจากโรคระบาดไวรัส โควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกผันที่รวดเร็วยิ่งขึ้น ส่งผลให้การดำรงชีวิตเป็นวงจรของความเป็นปกติใหม่ (New Normal) อย่างไม่มีที่สิ้นสุด กล่าวคือ เมื่อวิกฤตการณ์ใดเกิดขึ้น ย่อมต้องมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เป็นอยู่เดิมให้เหมาะสมกับความเปลี่ยนแปลงนั้น จากความปกติเดิมสู่ความปกติใหม่เสมอ (สุพริศร์ สุวรรณิก, 2564) ในสถานศึกษาซึ่งเป็นศูนย์รวมของเด็กในชุมชนที่มาจากครอบครัวที่ต่างกัน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาโรคต่างๆ เมื่อนักเรียนคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อและมาเข้าเรียนในสถานศึกษาจึงมีโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้เรียนคนอื่นๆ ได้จากการเล่น การใกล้ชิด และทำกิจกรรมร่วมกัน สถานศึกษาจึงเป็นสถานที่สำคัญมากต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรืออาจเปรียบได้ว่า “สถานศึกษา” นับเป็น “Shelter” สำหรับนักเรียนที่ต้องคำนึงและให้ความสำคัญ ภายใต้อาณัติการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 ซึ่งการแพร่ระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อระบบการจัดการเรียนการสอน สิ่งสำคัญที่สุดคือ ผู้บริหาร ครู นักเรียน ผู้ปกครอง และบุคลากรของสถานศึกษา ต้องปรับตัวกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่เน้นการปฏิบัติภายใต้มาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 อย่างเคร่งครัด เพื่อให้สถานศึกษาเป็นสถานที่ปลอดภัยจากโรค โควิด-19 ส่งผลให้นักเรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มศักยภาพและปลอดภัยจากโรค สถานศึกษาเป็นสถานที่ที่มีนักเรียนอยู่

ร่วมกันเป็นจำนวนมากมักจะมีความเสี่ยงสูงหากมีระบบการจัดการที่ไม่ดี การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โควิด-19 ได้ในกลุ่มเด็ก ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยมีอาการหรือมีอาการแสดงค่อนข้างน้อย ความรุนแรงจะน้อยมาก หากมีการระบาด ในกลุ่มเด็กขึ้น จะมีผลกระทบในสังคมหรือผู้ใกล้ชิด เช่น ครู พ่อแม่ ผู้สูงอายุ ที่ติดเชื้อจากเด็ก แนวปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เกิดประโยชน์และมีผลกระทบในทางที่ดีต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าของสถานศึกษา ครู ผู้ดูแลนักเรียน ผู้ปกครองนักเรียน และแม่ครัว ผู้จำหน่ายอาหาร ผู้ปฏิบัติงานทำความสะอาด ดังนั้น จึงกำหนดให้มีแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรของสถานศึกษาสำหรับใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด เช่น ประกาศนโยบายและแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในสถานศึกษา จัดตั้งคณะทำงานดำเนินการควบคุมดูแลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ครู นักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขท้องถิ่น ชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง พร้อมบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ทบทวนปรับปรุง ซ่อมปฏิบัติตามแผนฉุกเฉินของสถานศึกษาในภาวะที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ (Emergency operation for infectious disease outbreaks) เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นมาตรการในการบริหารจัดการสถานศึกษาในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของผู้บริหารสถานศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (ธีร์ ภาวิณันท์, 2564)

ส่วนใหญ่เชื้อโควิด-19 แพร่กระจายทางละอองฝอยจากการที่คนพูด ร้องเพลง ไอ หรือจาม เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ในขณะที่การวิจัยยังดำเนินต่อไป เรารู้แล้วว่าผู้ที่ไม่แสดงอาการก็สามารถแพร่เชื้อได้ นั่นหมายความว่าผู้ที่ไม่แสดงอาการก็อาจเป็นผู้แพร่เชื้อโดยไม่รู้ตัว นั่นเป็นเหตุผลข้อหนึ่งว่าทำไมการรักษาระยะห่างทางกายในพื้นที่ที่เชื้อโควิด-19 แพร่ระบาดจึงสำคัญอย่างยิ่ง แต่การรักษาระยะห่างจากผู้อื่นในพื้นที่แออัดไม่สามารถทำได้ตลอดเวลา ดังนั้น จึงแนะนำให้สวมหน้ากากเมื่ออยู่ใน

พื้นที่แออัดเพื่อช่วยป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ แต่พึงระลึกเสมอว่าการสวมหน้ากากเพียงอย่างเดียวไม่ได้ป้องกันการแพร่กระจายโควิด-19 เราทุกคนจึงต้องรักษา ระยะห่างจากผู้อื่นและล้างมือเป็นประจำ การทำตามขั้นตอนเหล่านี้ร่วมกันจะทำให้เราเอาชนะโควิด-19 ได้ (UNICEF, 2563) ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy : HL) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลงปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy : HL) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพได้แก่ สถานะสุขภาพ

โดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง (วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง, 2565) ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในช่วงไวรัสโควิด -19 ระบาด และเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของประชาชนไปอีกช่วงระยะเวลาหนึ่ง พร้อมกันทั่วโลก จากการออกจากบ้าน เพื่อไปทำงาน ไปโรงเรียน ต้องเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมทุกอย่างที่บ้าน ออกเฉพาะมีความจำเป็น ต้องออกจากบ้าน ยกตัวอย่าง การไปซื้อสินค้าและบริการหรือไปพบแพทย์ และต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเพื่อป้องกันโรค การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล ล้างมือบ่อย ๆ นาน 20 วินาที เช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์ สำหรับการสวมใส่หน้ากากอนามัย มีหน้าที่ปกป้องผู้สวมใส่ให้ปลอดภัยจากการสัมผัสละอองฝอยของน้ำมูกน้ำลาย ซึ่งอาจมีเชื้อ และเพื่อป้องกันไม่ให้จากผู้ป่วยแพร่เชื้อ แต่ในขณะเดียวกัน หากใส่หน้ากากอนามัยไม่ถูกวิธีก็อาจเป็นสาเหตุให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อและไม่ป้องกันการแพร่เชื้อเท่าที่ควร การสวมหน้ากากอนามัยเป็นประจำทุกครั้งเมื่อออกจากบ้านและเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกันหรือสถานที่แออัดให้เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร และห้ามใช้หน้ากากร่วมกับคนอื่นเพื่อสูดอนามัยที่ดี (ณรงค์ ใจเที่ยง, พัชรินทร์ ยะชอด และขวัญหทัย แสงวงาม, 2565)

### การเตรียมพร้อมสำหรับการถอดหน้ากากโดยเริ่มจากความสมัครใจ

การผ่อนคลายมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โควิด-19 เริ่มต้นจากประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย เดือนกุมภาพันธ์ 2565 เดนมาร์กเป็นประเทศแรกที่เริ่มผ่อนคลายมาตรการป้องกันโรค รวมทั้งการสวมหน้ากากอนามัย สวีเดน นอร์เวย์ เป็นสองประเทศต่อมาที่ประกาศผ่อนคลายการสวมหน้ากากในทุกสถานที่ หลังจากนั้นประเทศในยุโรปใต้ อิตาลี และ สเปน

ได้ประกาศการผ่อนคลายมาตรการการสวมหน้ากากในที่สาธารณะ รวมทั้งประเทศอื่นๆ ในทวีปยุโรปที่ได้ประกาศลดมาตรการการสวมหน้ากากในที่สาธารณะ ได้แก่ เอสโทเนีย เยอรมัน เนเธอร์แลนด์ ฝรั่งเศส เบลเยียม (Sophie, 2022) ในทวีปเอเชีย เดือนมีนาคม ประเทศสิงคโปร์ประกาศผ่อนคลายมาตรการการสวมหน้ากากในที่สาธารณะ (Sue-Ann, 2022) เช่นเดียวกับประเทศเกาหลีใต้ ได้ประกาศผ่อนคลายการสวมหน้ากากในพื้นที่สาธารณะ ในเดือนพฤษภาคม 2565 แต่ยังคงให้สวมหน้ากากในสถานที่ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ยกตัวอย่าง การรวมกลุ่มของประชาชนตั้งแต่ 50 ขึ้นไป การแสดงคอนเสิร์ต การแข่งขันกีฬา การใช้โดยสารโดยใช้ระบบขนส่งสาธารณะ (Yoon, 2022)

ในช่วงที่ผ่านมา มีคนได้รับผลกระทบทางการเงินจากโควิด-19 ไม่น้อยทีเดียว บางคนถูกลดเงินเดือน ถูกลดค่าแรงรายวัน หรือถูกเลิกจ้าง การขาดรายได้ทำให้ชีวิตสะดุด ยิ่งถ้าไม่มีเงินเก็บแล้วอาจไปต่อได้ยาก การศึกษาด้านการเงินไว้จึงเป็นหนทางที่ดีทั้งในปัจจุบันและอนาคต แม้จะอยู่ในช่วงวิกฤตหรือไม่ก็ตาม เช่น การจัดสรรรายรับให้สัมพันธ์กับรายจ่าย การออมเงินสำรองไว้ยามฉุกเฉิน การลงทุนในกองทุน หุ้น หรือการซื้อประกันที่ตอบโจทย์ความต้องการของตนเอง (อ้อมใจ วงษ์มณฑา, 2564)

การผ่อนคลายข้อจำกัด ในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า (ราชกิจจานุเบกษา, 2565) โดยให้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การยกเลิกกำหนดพื้นที่นำร่องท่องเที่ยว มีผลทันที โดยราชกิจจานุเบกษา ออกข้อกำหนดตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนด การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 ฉบับที่ 46 ตามที่ได้มี ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 และต่อมาได้ขยายระยะเวลาการบังคับใช้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินดังกล่าวออกไป อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ นั้น โดยที่สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผ่อนคลาย

เนื่องจากการดำเนินมาตรการทางสาธารณสุขอย่างเข้มข้น และต่อเนื่องส่งผลให้ จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวลดลงเป็นลำดับ จนสามารถผ่อนปรนบรรดา มาตรการและข้อจำกัดต่าง ๆ ให้ประชาชนและผู้ประกอบการสามารถดำรงชีวิตและดำเนินกิจกรรมทาง เศรษฐกิจและสังคมได้ใกล้เคียงกับปกติ รวมไปถึงการ ผ่อนคลายข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง โดยเฉพาะการเดินทางระหว่างประเทศจากเดิมที่เคยกำหนดเป็น มาตรการสกัดกั้นเชื้อโรคอย่างเคร่งครัด โดยปรับให้ สอดคล้องกับนโยบายเปิดประเทศของรัฐบาล เพื่อรับผู้ เดินทางจากทั่วโลก การดำเนินการตามแผนและมาตรการ จัดการด้านสาธารณสุขทั้งหลายนี้ เพื่อเตรียมความพร้อม การเปลี่ยนผ่านสู่ระยะ Post-Pandemic ที่จะประกาศให้ เป็นโรคติดต่อทั่วไป ในกรณีนี้ รัฐบาลโดยข้อเสนอของฝ่าย สาธารณสุขจึงเห็นสมควรพิจารณาปรับลดระดับพื้นที่ สถานการณ์ทั่วราชอาณาจักร ผ่อนคลายมาตรการควบคุม และป้องกันโรค ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและ การขับเคลื่อนกิจกรรมทางเศรษฐกิจควบคู่กับการคง ดำเนิน มาตรการที่จำเป็นสำหรับป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังโรคต่อไปอีกช่วงระยะเวลา หนึ่งเพื่อควบคุมการระบาดของโรคให้เป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพสูงสุด อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติ ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 นายกรัฐมนตรี จึงออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการทั้งหลาย ตามคำแนะนำของศูนย์บริหาร สถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) (ศบค) ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การปรับปรุงเขตพื้นที่จังหวัดตามพื้นที่ สถานการณ์และยกเลิกการกำหนดพื้นที่นำร่องด้านการ ท่องเที่ยว ให้ ศบค. มีคำสั่งปรับปรุงเขตพื้นที่จังหวัด จำแนกตามเขตพื้นที่สถานการณ์ เพื่อให้สอดคล้องกับ สถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเป็นไปตาม แผนการเปิดประเทศเพื่อฟื้นฟู เศรษฐกิจของรัฐบาล โดย

ให้นำมาตรการควบคุมแบบบูรณาการที่กำหนดไว้สำหรับพื้นที่สถานการณ์ระดับต่าง ๆ ข้อห้าม ข้อยกเว้น และข้อปฏิบัติที่ได้ประกาศไว้แล้วก่อนหน้านี้มาใช้บังคับเท่าที่ไม่ขัด หรือแย้งกับข้อกำหนดนี้

ข้อ 2 การขยายเวลาการบังคับใช้มาตรการควบคุมและป้องกันโรค ให้บรรดามาตรการควบคุม แบบบูรณาการ ข้อห้าม ข้อยกเว้น และข้อปฏิบัติสำหรับพื้นที่สถานการณ์ระดับต่าง ๆ รวมทั้ง มาตรการเตรียมความพร้อมตามข้อกำหนด (ฉบับที่ 37) ลงวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ข้อกำหนด (ฉบับที่ 44) ลงวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2565 เฉพาะการปรับปรุงมาตรการควบคุม แบบบูรณาการและการปรับปรุงการกำหนดผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร และข้อกำหนด (ฉบับที่ 45) ลงวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เฉพาะมาตรการควบคุมและป้องกันโรคสำหรับสถานบริการ หรือสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่โรคทั่วราชอาณาจักร รวมถึงบรรดามาตรการหลักเกณฑ์ หรือแนวปฏิบัติ ที่พนักงานเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบกำหนดขึ้นภายใต้ข้อกำหนดดังกล่าว ยังคงมีผลใช้บังคับ เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับข้อกำหนดนี้

ข้อ 3 การผ่อนคลายนโยบายปฏิบัติในการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทั่วราชอาณาจักร เพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับสภาวะปกติยิ่งขึ้น จึงสมควรผ่อนคลายนโยบายปฏิบัติ ในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า โดยยกเลิกความในข้อ 1 แห่งข้อกำหนดออกตาม ความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 24) ลงวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2564 การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าให้เป็นการปฏิบัติด้วยความสมัครใจ โดยขอให้ประชาชนพิจารณาประโยชน์ตามข้อมูลการสวมหน้ากากอย่างถูกวิธี เป็นประโยชน์ด้านสุขอนามัยในการป้องกันการแพร่เชื้อและการรับเชื้อทั้งเชื้อโรคโควิดและโรคติดเชื้อ ทางระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ รวมทั้งยังสามารถลดความเสี่ยงอื่นที่อาจมี

ผลกระทบต่อสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย) จึงมีข้อเสนอแนะให้ประชาชนทั่วไปสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับ บุคคลอื่นในสถานที่หรือในพื้นที่แออัด มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก ไม่สามารถเว้นระยะห่างได้ หรืออากาศระบายถ่ายเทไม่ดีเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อหรือรับเชื้อ กรณีเป็นผู้เข้าข่ายเสี่ยงที่เมื่อติดเชื้อโควิด 19 จะมีอาการรุนแรงหรือความเสี่ยงสูงต่อการ เสียชีวิต (กลุ่ม 604) หรือผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ควรสวมหน้ากากอนามัย อย่างถูกวิธีตลอดเวลาเมื่อต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นเพื่อลดความเสี่ยงในการรับเชื้อ และกรณีเป็นผู้ติดเชื้อ โควิด - 19 หรือผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจากเชื้อโควิด - 19 จำเป็นต้องสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่นเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการแพร่โรคให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แรงชี้แจง ประชาสัมพันธ์ สร้างการรับรู้ ความเข้าใจให้ประชาชนทุกภาคส่วนทราบถึงแนวการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดความปลอดภัย สอดคล้องกับมาตรการสังคม ชุมชน และองค์กร เปลี่ยนผ่านสู่ระยะ Post-Pandemic เผื่อระวังและกำกับติดตาม สถานการณ์รวมทั้งจัดทำแผนการบริหารจัดการความเสี่ยงเตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น ข้อ 4 การผ่อนคลายนโยบายมาตรการสำหรับการเคลื่อนย้ายและการเดินทางของแรงงานต่างด้าว ทั่วราชอาณาจักร เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมได้ใกล้เคียงกับสภาวะปกติมากยิ่งขึ้น ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือผู้ว่าราชการจังหวัดโดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด แล้วแต่กรณี พิจารณาผ่อนคลายนโยบายมาตรการเกี่ยวกับการเดินทางและเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว ตามความในข้อ 8 แห่งข้อกำหนด (ฉบับที่ 24) ลงวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยให้การเดินทางและเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวเพื่อการทำงานข้ามเขตจังหวัด และการเดินทางและเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวเพื่อการทำงานภายในเขตจังหวัด สามารถ



ดำเนินการภายใต้กฎหมาย กฎ หรือระเบียบที่กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการดำเนินการได้ตามปกติ

ข้อ 5 แนวปฏิบัติสำหรับการถ่ายทำรายการโทรทัศน์ ภาพยนตร์ และวีดิทัศน์ ให้สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (สำนักงาน กสทช.) ปรับปรุงแนวปฏิบัติการถ่ายทำรายการโทรทัศน์ ภาพยนตร์และวีดิทัศน์ เพื่อรองรับกับมาตรการผ่อนคลายเป็นต่าง ๆ ที่ได้ประกาศไว้ โดยให้ดำเนินการสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ศบค. ได้พิจารณาเห็นชอบแล้ว

ข้อ 6 การผ่อนคลามาตรการควบคุมแบบบูรณาการในพื้นที่เฝ้าระวัง ให้พื้นที่ที่ประกาศเป็นพื้นที่เฝ้าระวัง ดำเนินการตามมาตรการควบคุมแบบบูรณาการเพื่อการเปิดสถานที่ กิจการ หรือ กิจกรรมในพื้นที่สถานการณ์ที่จำแนกเป็นเขตพื้นที่เฝ้าระวัง ตามที่ได้กำหนดไว้ในข้อ 3 แห่งข้อกำหนด (ฉบับที่ 44) ลงวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2565 และข้อ 3 แห่งข้อกำหนด (ฉบับที่ 45) ลงวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 โดยให้ปรับมาตรการควบคุมแบบบูรณาการ ดังนี้ (1) ร้านอาหารหรือเครื่องดื่ม สามารถเปิดให้บริการจำหน่ายและการบริโภคสุราหรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านได้ โดยต้องดำเนินการภายใต้กฎหมาย กฎ หรือระเบียบที่กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการดำเนินการไว้ และต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค เงื่อนไขการจัดระเบียบ และระบบต่าง ๆ และคำแนะนำของทางราชการ (2) สถานบริการ สถานประกอบการที่มีลักษณะคล้ายสถานบริการ สถานบันเทิง ผับ บาร์ คาราโอเกะ หรือสถานที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน สามารถเปิดให้บริการได้ โดยต้องดำเนินการภายใต้ กฎหมาย กฎ หรือระเบียบที่กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการดำเนินการไว้ และต้องปฏิบัติตาม มาตรการป้องกันโรค เงื่อนไขการจัดระเบียบ และระบบต่าง ๆ ตามคำแนะนำของทางราชการ

ข้อ 7 มาตรการเฝ้าระวังเพื่อการควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคในพื้นที่เฝ้าระวัง การจัดกิจกรรมรวมกลุ่มของบุคคลจำนวนมากให้สามารถทำได้

ตามความเหมาะสมโดยให้ปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขที่ทางราชการกำหนดอย่างเคร่งครัด

ทั้งนี้ กรณีการจัดกิจกรรมซึ่งมีการรวมกลุ่มของบุคคลจำนวนมากมากกว่าสองพันคนให้ผู้รับผิดชอบแจ้งการจัดกิจกรรมต่อคณะกรรมการ โรคติดต่อกรุงเทพมหานคร หรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดแล้วแต่กรณี เพื่อเป็นมาตรการเฝ้าระวัง และกำกับติดตามมิให้เกิดความเสี่ยงต่อการระบาดแบบเป็นกลุ่มก้อน (Cluster)

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมที่กลายเป็น การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ระหว่างมีการระบาดของโควิด-19 มีดังนี้ 1) ใกล้ชิดกับการใช้เทคโนโลยีและโลกออนไลน์มากขึ้น 2) เว้นระยะห่างทางสังคม 3) การดูแลใส่ใจสุขภาพทั้งตัวเองและคนรอบข้าง 4) พฤติกรรมการจับจ่ายใช้สอยเปลี่ยนไป 5) สนใจด้านการเงินมากขึ้น 6) การ Work From Home 7) การทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ 8) การเรียน Online Learning/Entertainment 9) การสร้างสมดุลชีวิตวิถีป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 มีดังนี้ 1) เตรียมอุปกรณ์สู้โควิด-19 ให้พร้อม เช็คูอุปกรณ์ป้องกันโควิดว่ามีเพียงพอต่อการใช้งานหรือไม่ เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ สบู่เหลวแบบพกพา 2) ติดตามข่าวสารเสมอ หลีกเลี่ยงพื้นที่เสี่ยง 3) ออกนอกบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น 4) สวมหน้ากากอยู่ห่างล้างมือ เว้นระยะห่างจากผู้อื่น 1-2 เมตรทุกครั้ง และต้องล้างมือบ่อย ๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างน้ำพร้อมฟอกสบู่ทุกครั้ง และล้างบ่อย ๆ เท่าที่ทำได้ 5) แยกของใช้ส่วนตัว ไม่จับมือ ไม่กอด 6) หลีกเลี่ยงพื้นที่แออัด หลีกเลี่ยงจุดสัมผัสร่วม 7) จำกัดคนวงแคบ เดินทางให้น้อย 8) อย่าเอามือสัมผัสใบหน้า 9) เมื่อกลับถึงบ้าน ต้องล้างมือและอาบน้ำทันที 10) กินอาหารปรุงสุกร้อน ในขณะที่เดียวกันการให้สวมหรือถอดหน้ากากตามความสมัครใจ ยังมีเงื่อนไข ขอให้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด หากอยู่ในสถานที่เสี่ยง เว้นระยะห่างไม่ได้ เป็นผู้ที่ติดเชื้อเสี่ยงอาการรุนแรง ผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ยังสมควรสวม

หน้ากาก เพื่อความปลอดภัย ป้องกันการติดเชื้อ ควร  
ตระหนักให้ดี เพื่อความปลอดภัย และการดำเนินชีวิตใน  
ชีวิตวิถีใหม่ อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมสู่การ  
ถอดหน้ากากยุคชีวิตวิถีใหม่ จะปลอดภัยได้ก็ต้องอาศัย

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ในการป้องกันการระบาดของโรคได้  
โดยต้องติดตามข่าวสาร สถานการณ์ความรุนแรงของโรค  
เพื่อให้เกิดความมั่นใจเพื่อให้ปลอดภัยจากโควิด

## เอกสารอ้างอิง

- ณรงค์ ใจเที่ยง, พชรีภรณ์ ยะขอด และขวัญหทัย แสงวงงาม. (2565). การสวมใส่หน้ากากอนามัยเพื่อ หลีกเลี่ยงเชื้อโควิด. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*. 8(1): 113-129.
- ทงศักดิ์ แสงสว่างวัฒนะ นิชนันท์ ศิริไสยาสน์ และโชติ บดีรัฐ. (2563). "New Normal" วิถีชีวิตใหม่และการปรับตัวของคนไทย หลังโควิด-19 : การงาน การเรียน และธุรกิจ. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น*. 4(3): 371-386.
- ธีร์ ภาวกันันท์. (2564). การบริหารการศึกษาในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในยุคฐานวิถีชีวิตใหม่. *วารสารบรรณการศึกษาศาสตร์*. 2(2): 25-32.
- พระครูโสภณปริยัตยานุกิจ (อาทิตย์), สิริวัฒน์ ศรีเครื่องดงและ สุวัฒน์ รักขันโท. (2564). ทักษะการใช้ชีวิตในสถานการณ์โควิด 19 ตามหลักพุทธจิตวิทยา. *วารสาร มจร มนุษยศาสตร์ปริทรรศน์*. 7(2): 399-411.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2565). ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริการราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 46). เล่ม 139. ตอนพิเศษ 146 ง. 23 มิถุนายน 2565. หน้า 21-24.
- วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียน มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 4(2): 126-137.
- สุพริศร์ สุวรรณิก. (2564). โลกจะเปลี่ยนไปอย่างไรหลังโควิด-19 จบลง?. สืบค้นจาก [https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/article/Page/Article\\_30Mar2020.aspx](https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/article/Page/Article_30Mar2020.aspx)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). โลกที่ไม่มีวันเหมือนเดิม ต้องปรับชีวิตวิถีใหม่เพื่ออยู่กับโควิด. 5 กรกฎาคม 2565. สืบค้นจาก: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th>
- อ้อมใจ วงษ์มณฑา. (2564). วัฒนธรรมการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ร่วมกับโควิด-19. *New Normal: A New Way of Living-with-COVID 19 Culture. วารสารรัฐสัมพันธ์*. 4(1): 47-62.
- Bawany, (2018). *Leading in a disruptive VUCA world*. New York: Business Expert Press.
- Mellor, S. (2022, February 11). *unmasking and moving on from COVID. Here's who's relaxing restrictions*. Fortune. <https://fortune.com/2022/02/11/europe-declaring-pandemic-over-warnings-who-uk-demark-sweden-norway-omicron-covid/>
- Min-sik, Y. (2022 May 1.) *S. Korea goes unmasked amid remaining concerns*. Koreaherald. <https://www.koreaheald.com/view.php?ud=20220501000121>
- Tan, S. (2022, April 16). *Singapore eases Covid-19 rules: What you need to know - from mask wearing to gathering rules*. Straitstimes. <https://www.straitstimes.com/singapore/outdoor-mask-wearing-not-mandatory-from-march-29-gatherings-allowed-for-up-to-10>
- UNICEF. (2563). โควิด-19 กับหน้ากาก: คำแนะนำสำหรับครอบครัวยุคโควิดเกี่ยวกับหน้ากากและวิธีการแนะนำให้คนในครอบครัวใช้. สืบค้นจาก. <https://www.unicef.org/thailand/th/stories>.