J.PH.PL
ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 9 No. 2 ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๒
May - August 2023 พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๖

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.9 No.2 **ปีที่ 9 ฉบับที่ ๒**

May - August 2023 **พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๖**

สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Legal Measures to Control the Transmission of Coronavirus Disease 2019 According to the Communicable Diseases Act B.E. 2558 in Chiang Mai Province
  มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการติดต่อของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในจังหวัดเชียงใหม่ 111-124
- Consideration of Claims Model for Preliminary Solatium Payment regarding Loss or Damage Caused from Health Care Service in Compliance with Section 41
  รูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดศรีสะเกษ 125-139
- Appropriate measures to reduce secondhand smoke of establishments within an industrial estate
  มาตรการที่เหมาะสมต่อการลดควันบุหรี่มือสองของสถานประกอบการภายในนิคมอุตสาหกรรม 141-151
- Mechanisms for Improving Operational Roles After the COVID-19 Crisis of Village Health Volunteers, Trang Province
  กลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง 153-172
- The Effect of Participatory Development of Incident Risk Report Model of Healthcare Staff in Fort Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province
  ผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี 173-186

- Apec Tourism Impediment Study Stage III 187-204
  การศึกษาวิจัย อุปสรรคของการท่องเที่ยวของสมาชิกเศรษฐกิจเอเปค ระยะที่ 3
- The Equation of decision - making forecasts among public health professionals on health problems 205-220
  สมการพยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุข
- Stress and Work-related Musculoskeletal Disorders Among Cash-in-transit (CIT) Guards of A Bank's Branch in The Northern Region of Thailand 221-239
  ความเครียดและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย
- Participatory quality management in public sector by personnel at Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health 241-254
  การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- Happiness at work of nurses in Public Health Centers, Bangkok Metropolitan Administration 255-266
  ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
- Health Literacy of Personnel Officer in a Local Administration, Tha Chana District of Surat Thani Province 267-283
  ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- Factors Affecting Herbal Use Behaviors for Self-Healthcare of People in Mueang Nakhon Si Thammarat District, Nakhon Si Thammarat Province 285-296
  ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- Factors Correlated with Happiness at Work of Health Personnel in Borai District, Trat Province 297–308
  ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด
- Role of Village Health Volunteers in Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province 309-322
  บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

323-337

Academic Paper บทความวิชาการ

- Strategic Management for the Development of Public Health Organizations in the VUCA World by Techniques of 3 Knows
  การบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาองค์กรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผันโดยใช้เทคนิค 3 รู้
- International Health Law: A New Perspective on Public Health Research 339-354
  กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ: มิติใหม่ในการวิจัยด้านสาธารณสุข
- Protection against damage arising from unsafe products: Strict liability and burden of proof from the soft drink case: Escola v Coca Cola Bottling Co., (Cal 1944) and the Consumer Black Case No. 1500. /2558 355-368
  การคุ้มครองความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย: ความรับผิดโดยเคร่งครัดและการพิสูจน์ความรับผิดของผู้ผลิตจากคดีขวดน้ำอัดลม Escola v Coca Cola Bottling Co., (Cal 1944) กับคดีผู้บริโภคหมายเลขดำ ผบ 1500/2558

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
3. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ

เจ้าของ : มูลนิธิสถาบันวิจัยความสุขชุมชนและความเป็นผู้นำ / Research Institute for Community Happiness and Leadership Foundation

ประเภท เข้าถึงได้อย่างเสรี (open access) และออนไลน์ (online)

ขอบเขตเนื้อหาครอบคลุมเรื่องเกี่ยวกับ

นโยบายด้านสุขภาพ (health policy)
กฎหมายสุขภาพ (health law)
การบริหารงานสาธารณสุข (public health administration)
สังคมศาสตร์การแพทย์ (social medicine)
สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ (health education and promotion)
เศรษฐศาสตร์สุขภาพ (health economics)
ระบบสุขภาพ (health system)
เรื่องที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขทุกประเภท (matters related to all types of public health)

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

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

บทความทั้งหมดที่เผยแพร่โดยวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข สามารถเข้าถึงได้อย่างเสรี (open access) และถาวรทางออนไลน์ทันทีที่เผยแพร่ โดยไม่มีค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิกหรืออุปสรรคในการลงทะเบียน

ในฐานะผู้เขียนบทความที่เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ผู้เขียนเป็นผู้ถือลิขสิทธิบทความและให้สิทธิแก่บุคคลที่สามล่วงหน้าและตลอดไป สิทธิในการใช้ ทำซ้ำ หรือเผยแพร่บทความของคุณ ตามข้อตกลงของวารสาร

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขเป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

ที่อยู่สำหรับการติดต่อ :

2170 อาคารกรุงเทพ ทาวเวอร์ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สำนักงาน

420/1 อาคารสวัสดิ์ แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 email: phlaw.journal@gmail.com

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข
420/1 อาคารสวัสดิ์ แดงสว่าง ชั้น 3 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 e-mail : phlaw.journal@gmail.com
https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/information/authors

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาติ โตรักษา มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร ฟองสถิตย์กุล มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

กองบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร. ปวริศร์ กิจสุขจิต มหาวิทยาลัยเกริก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลีรัตน์ พบคีรี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัสกร องอาจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนัชพร กังสังข์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

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

รองศาสตราจารย์ ดร. วิริณธิ์ กิตติพิชัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร. มลินี สมภพเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อิ้งจะนิล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ ดร. นิรมัย พิศแข มั่นจิตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บรรณาธิการแถลง

การประชุมวิชาการเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพวารสารวิชาการไทย ครั้งที่ 14 ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) จัดการประชุมวิชาการเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพวารสารวิชาการไทย ครั้งที่ 14 เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2566 ณ ห้อง Royal Jubilee Ballroom อาคารอิมแพค ชาเลนเจอร์ เมืองทองธานี โดยมีประเด็นสำคัญหลายประเด็นที่น่าสนใจในการพัฒนาคุณภาพวารสารไทย

การประชุมวิชาการครั้งนี้ มีวิทยากรจากต่างประเทศ เช่น ผู้จัดการอาวุโสจากสำนักพิมพ์ Elsevier มาแบ่งปันประสบการณ์ของการจัดทำวารสารชั้นนำในระดับโลกมีกระบวนการอย่างไร เพื่อให้ได้คุณภาพและมีความโปร่งใส วิทยากรจากฮ่องกงนำเสนอการพัฒนาวารสารสำหรับนวัตกรรมงานวิจัยข้ามศาสตร์ (Interdisciplinary innovative research)

นักวิจัยจากเนคเทค มาถ่ายทอดประสบการณ์ การบริหารจัดการวารสารไทยในระบบ Thailand Editorial System (ThaiES) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพวารสารไทยเพื่อบรรจุในฐานข้อมูล Scopus ปี พ.ศ. 2566-2568

ศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภพ หัวหน้า ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ให้รายละเอียดในการขับเคลื่อนวารสารไทยสู่ฐานข้อมูล Scopus ซึ่งระหว่าง พ.ศ. 2560-2563 สามารถเพิ่มจำนวนวารสารไทยเข้าสู่ฐานข้อมูล Scopus ได้แล้ว 40 วารสาร และมีแนวทางที่จะเพิ่มอีก 40 วารสาร ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2569

กระบวนการและกลไกในการพัฒนาคุณภาพบทความและวารสาร คือการส่งเสริมวารสารต่างๆ ให้ใช้ระบบ Editorial Manager สากล ในการดำเนินการ (process) พิจารณาบทความ บทความของนักวิจัยไทยจะผ่านกระบวนการ peer review ที่เข้มข้นมากขึ้น เพื่อให้บทความวิจัยและนักวิจัยไทยมีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้น วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข จะเริ่มใช้นโยบายให้ผู้ประพันธ์ใช้เอกสารอ้างอิงทุกชิ้นเป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ฉบับที่ 2 ของปีที่ 9 เป็นต้นไป

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
บรรณาธิการวารสารฯ

Legal Measures to Control the Transmission of Coronavirus Disease 2019 According to the Communicable Diseases Act B.E. 2558 in Chiang Mai Province

Dr. KIttana Chomphurat

Lecturer, Faculty of Law, Western University

Contact 086-9113940, E-mail: dr.krit.law.wtu@gmail.com

Original article

Received: 25 Jan 2023

Revised: 28 Feb 2023

Accepted: 1 March 2023

Abstract

The purpose of this research was to study the facts and legal problems, in controlling the transmission of the Coronavirus 2019, both in Thailand and abroad, to find appropriate measures for amending Thai laws to be more effective. This qualitative research, with in-depth interviews of 11 people who are involved in the legal measures to control the transmission of the coronavirus disease 2019, together with documentary research from law textbooks, research papers, and websites.

The results showed that establishments that have detected an infected person but do not notify disease control officers, the law must be enforced strictly and educate relevant persons to comply with this law. The owner of the establishment is responsible for the expenses incurred by the official. But the capabilities of those who did not comply with the law should be taken into account. Submission of documents or evidence to the official at the disease control checkpoint must not have any exemption. Vehicle owner or infected person must be responsible for the cost incurred. The provincial committee should have more representatives from local and private sector. The law should be strictly enforced, by adding criminal penalties. Discretion must be based on facts and laws for decision-making.

Chiang Mai Province or Thailand should strictly and seriously enforce all laws related to the communicable diseases, by applying criminal law to determine liability of an offence on covering up contagious disease by intention, or carelessness. This is criminal offense of intentionally or recklessly spreading germs causing death to others, attempted murder. physical harm to another person, or intentional, or reckless acts that cause physical, or mental harm to another person.

Keywords: Legal Measures, Control the Transmission, Coronavirus Disease 2019, Communicable Diseases Act B.E. 2558

มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการติดต่อของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในจังหวัดเชียงใหม่

ดร.กฤตน ชมภูรัตน์

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

*ติดต่อ 086-9113940 E-mail: dr.krit.law.wtu@gmail.com**

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 25 มค. 2566
วันแก้ไข 28 กพ. 2566
วันตอบรับ 1 มีค. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาข้อเท็จจริงและปัญหาข้อกฎหมายในการควบคุมการติดต่อของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อหามาตรการที่เหมาะสมมาเสนอแนะในการแก้ไขกฎหมายของไทย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และการศึกษาเอกสารจากกฎหมาย ตำราทางวิชาการ งานวิจัย ข้อมูลจากเว็บไซต์ และสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 11 คน คือ อธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เจ้าพนักงานควบคุมโรค และพนักงานอัยการ

ผลการวิจัยพบว่า สถานประกอบการที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อแล้วไม่แจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคควรบังคับใช้กฎหมายที่เด็ดขาดและการให้ความรู้แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องให้ปฏิบัติตามกฎหมายนี้ ผู้ที่ได้รับคำสั่ง หรือเจ้าของสถานประกอบการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการของเจ้าพนักงานฯ แต่ควรคำนึงถึงศักยภาพของผู้ที่ได้รับคำสั่งด้วย การยื่นเอกสารหรือหลักฐานต่อเจ้าพนักงานฯ ประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศต้องไม่มีการยกเว้นบุคคลใดๆ เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมฯ เป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย หรือตัวผู้ติดเชื้อโรคเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเอง คณะกรรมการจังหวัดควรเพิ่มตัวแทนที่มาจากท้องถิ่นและภาคเอกชน และควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเด็ดขาด โดยการเพิ่มโทษทางอาญา การใช้ดุลพินิจจะต้องใช้ข้อเท็จจริง ข้อกฎหมายประกอบการตัดสินใจ

จังหวัดเชียงใหม่ หรือประเทศไทยควรมีการนำกฎหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับการแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรงทุกฉบับมาปรับใช้บังคับอย่างเคร่งครัดและจริงจัง และนำกฎหมายอาญามาปรับใช้ในการวินิจฉัยความรับผิด กรณีกระทำการแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรงโดยปิดบังความจริงเกี่ยวกับการป่วย เป็นความผิดฐานแพร่เชื้อโรคโดยเจตนา หรือประมาททำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย การพยายามฆ่าผู้อื่น การทำร้ายร่างกายของผู้อื่น หรือการกระทำโดยเจตนา หรือประมาทอันเป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ

คำสำคัญ: มาตรการทางกฎหมาย, การควบคุมการติดต่อ, โรคไวรัสโคโรนา 2019, พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558

บทนำ

ประเทศไทยได้ดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตรวจคัดกรองอุณหภูมิผู้เดินทางที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 หลังจากที่ประเทศจีนประกาศแจ้งเตือนว่าพบการระบาดของโรคปอดอักเสบไม่ทราบเชื้อสาเหตุในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ทำให้สามารถตรวจจับผู้ป่วยชาวจีนรายแรกที่นำเชื้อเข้าสู่ประเทศไทยได้อย่างรวดเร็ว หลังจากนั้นพบผู้ป่วยในประเทศไทยรายแรก อาชีพขับรถแท็กซี่ซึ่งไม่เคยมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ แต่มีประวัติขับรถแท็กซี่ให้บริการกับผู้ป่วยชาวจีน หลังจากนั้นเป็นต้นมาเริ่มพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ในกลุ่มอาชีพเสี่ยงสูงที่ต้องทำงานใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ นอกจากนี้ยังมีคนไทยที่ป่วยภายหลังกลับจากเดินทางไปท่องเที่ยวต่างประเทศ การป่วยด้วยโรคโควิด - 19 ในคนไทย ทำให้เกิดการแพร่เชื้อต่อไปยังผู้สัมผัสใกล้ชิดโดยเฉพาะคนในครอบครัว อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ทำการค้นหาและติดตามผู้สัมผัสอย่างรวดเร็ว จนสามารถควบคุมให้การระบาดยังอยู่ในวงจำกัดได้ (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. 2564) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 นับเป็นโรคอุบัติใหม่ที่กำลังแพร่ระบาดอย่างรุนแรงไปทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากจนองค์การอนามัยโลก ต้องประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ กระทบต่อความเป็นอยู่ของประชาชน และส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย ปัจจุบันรัฐบาลได้ออกมาตรการต่างๆ ในการแก้ไขป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลายมาตรการทางกฎหมายในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อในประเทศไทย คือ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นกฎหมายหลักที่ใช้ในการบริหารจัดการกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ของฝ่ายปกครอง (ปรณต สุวรรณมาลา และปรีชา ทิพย์มณฑา. 2564) ในบริบททางสาธารณสุข การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลกับลักษณะบางอย่างที่มีร่วมกันหรือเป็นโรคบางชนิดที่เป็นเหมือนกัน การปฏิบัติต่อกลุ่มบุคคลด้วยการเรียกชื่อแบบดูแคลน การเหมารวม การเลือกปฏิบัติ การปฏิบัติแยกจากคนอื่น และ/หรือการสูญเสียสถานะบางอย่างเนื่องจากความเชื่อมโยงกับโรคไวรัสโคโรน่าที่เกิดขึ้นจากการรับรู้สร้างความหวาดกลัวในวงกว้าง หรือทำให้สังคมไร้ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ติดเชื้อ สภาพเช่นนี้จะบีบคั้นให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการคัดกรอง การตรวจ และการกักตัว นอกจากนี้การรายงานของสื่อต่างๆ ใช้ภาษาที่ก็มีความสำคัญอย่างยิ่งควรคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ซึ่งให้ความเคารพและไม่จำกัดสิทธิ เพราะคำที่ใช้ในสื่อต่างๆ ที่นิยมใช้มีอิทธิพลต่อการสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรายงานข้อมูลแง่ลบอาจมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับและการปฏิบัติต่อบุคคลต้องสงสัยติดเชื้อโคโรน่า ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชนที่ได้รับผลกระทบ อาจทำให้เกิดการแยกตัวทางสังคมของกลุ่มคน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดสถานการณ์ที่เอื้ออำนวยการแพร่ระบาดของไวรัสมากขึ้น ไม่ใช่น้อยลง ผลที่ตามมาคือปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้นและการควบคุมการระบาดที่ยากลำบากขึ้น

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการศึกษาปัญหาทางกฎหมายที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์ในทางวิชาการในการสร้างแนวคิดสำหรับการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการควบคุมโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการติดต่อของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ เหมาะสม สอดคล้องกับหลักการและทฤษฎี ทางกฎหมายมหาชน ตลอดจนสามารถนำบทสรุปและแนวทางการแก้ไขปัญหามาประยุกต์ใช้ใน

จังหวัดเชียงใหม่หรือประเทศไทย อันจะก่อให้เกิดเป็นแนวทางในการปฏิบัติถึงแม้ว่ามาตรการการป้องกันควบคุมโรคมีการเปลี่ยนแปลงก็สามารถประยุกต์การดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด ในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมโรคติดต่อต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาข้อเท็จจริงและปัญหาข้อกฎหมาย มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการติดต่อของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ในจังหวัดเชียงใหม่ มีปัญหาอย่างไร ควรแก้ไขอย่างไร

2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาข้อเท็จจริงและปัญหาข้อกฎหมาย มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการติดต่อของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของต่างประเทศว่าเหมือนหรือแตกต่างกับจังหวัดเชียงใหม่อย่างไร

3. เพื่อศึกษามาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศ ในการควบคุมการติดต่อของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำมาปรับใช้กับกฎหมายจังหวัดเชียงใหม่ให้มีประสิทธิภาพทัดเทียมนานาประเทศ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษาเอกสารจากตัวบท กฎหมาย ตำราทางวิชาการ งานวิจัย บทความจากวารสารหรือนิตยสารทางกฎหมาย เอกสารประกอบการสัมมนา สถิติข้อมูลจากเวปไซต์ทางอินเตอร์เน็ตทั้งของประเทศไทยและของต่างประเทศเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการติดต่อของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ประกอบกับการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหา สรุปและข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหา สรุปและข้อเสนอแนะ

ประชากร ประกอบด้วย ได้แก่ อธิบดีกรมควบคุมโรคหรือผู้แทน ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้แทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน เจ้าพนักงานควบคุมโรค (ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ของหน่วยงานสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล) และพนักงานอัยการ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเจาะจง รวมทั้งหมด 11 คน โดยแยกดังนี้ 1) อธิบดีกรมควบคุมโรคหรือผู้แทน จำนวน 1 คน 2) ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้แทน จำนวน 1 คน 3) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้แทน จำนวน 1 คน 4) เจ้าพนักงานควบคุมโรค (ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ของหน่วยงานสาธารณสุข) จำนวน 3 คน 5) เจ้าพนักงานควบคุมโรคในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล) จำนวน 4 คน 6) พนักงานอัยการ จำนวน 1 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งจะใช้แบบสัมภาษณ์แบบกำหนดหัวข้อไว้แล้ว หรือเป็นแบบปลายปิด (Closed Form) เพื่อให้ง่ายต่อการเก็บข้อมูลในประเด็นต่างๆ ผสมผสานกับแบบปลายเปิด (Opened Form) เพื่อเปิดกว้างให้แสดงความคิดเห็นนอกเหนือจากประเด็นที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่มีความเหมาะสม และข้อมูลที่เก็บรวบรวมในงานวิจัยนี้ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเก็บรวบรวมจากเอกสารและจากการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเอกสาร หลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบสัมภาษณ์ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบประชากรและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 4 นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองพร้อมกับนำไปสัมภาษณ์จริงขั้นตอนที่ 5 รวบรวมข้อมูลที่ได้จากเอกสารการสัมภาษณ์ โดยออกแบบสัมภาษณ์แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ แบ่งแยกประเภท เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Tools for Data Collective) จะประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 5 ส่วน คำถามที่ตั้งในแบบสัมภาษณ์ ได้ไปทำการทดสอบ (pre-test) ความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) ในแต่ละข้อ โดยทำการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ (Item Analysis) ให้ครอบคลุมข้อมูลที่ต้องการทำการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ และทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง ด้วยการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของคำถามและคำตอบของผู้ตอบว่า ผู้ตอบหลงประเด็นหรือไม่ อย่างไร และผู้ตอบมีความเที่ยงตรงของคำตอบที่ทำให้เชื่อได้เพียงใด ก่อนนำแบบสัมภาษณ์ไปปรับปรุงและนำไปใช้ในการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แหล่งปฐมภูมิ มีการเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยปฏิบัติ ดังนี้ 1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี รวมทั้งสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกระบวนการวิจัย 2) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อบุคคลคล เจ้าของกิจการหรือหน่วยงานที่จะเข้าไปขอสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) 3) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ คือ 3.1) การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) คือ สัมภาษณ์ประชากรและกลุ่มตัวอย่างโดยเรียงลำดับประเด็นคำถามตามแบบฟอร์มสัมภาษณ์เชิงลึก 3.2) บันทึกการสนทนาในกระดาษ เครื่องบันทึกภาพ และเครื่องบันทึกเสียงแหล่งทุติยภูมิ ได้มาจากแหล่งเอกสาร เช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการติดต่อของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 งานวิจัยของประเทศไทยและของต่างประเทศ ตำรา หนังสือ และข้อมูลจากอินเตอร์เน็ต

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากทำการสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ขนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกแยกแยะและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการแบบพรรณนา (Descriptive) เพื่อที่จะตอบคำถามที่ตั้งไว้ โดยวิเคราะห์จากประวัติความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปัญหาข้อเท็จจริงและปัญหาข้อกฎหมาย (เกี่ยวกับเรื่องที่วิจัย) อุปสรรคและผลกระทบของกฎหมายหลักที่ใช้บังคับในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ประชากรและกลุ่มตัวอย่างมาทำการสังเคราะห์ควบคู่กัน เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกที่ละเอียดมากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 1) สถานพยาบาลมีระบบการรายงานให้ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่สถานประกอบการไม่ค่อยรายงานจนกว่าพนักงานคนนั้นป่วยแล้วไปสถานพยาบาล เนื่องจากสถานประกอบการมีการค้นหาผู้ติดเชื้อในพนักงานอยู่แล้ว ถ้าพบก็ส่งไปตรวจยืนยันที่สถานพยาบาล แต่ก็มีบางสถานประกอบการที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อแล้วไม่แจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรค และการบังคับใช้กฎหมายหรือความรู้ของบุคคลที่ให้ปฏิบัติตามกฎหมายมีน้อย 2) สถานประกอบการจะให้ความร่วมมือในการทำตามมาตรการการป้องกันโรคในสถานประกอบการไม่ว่าจะเป็นมาตรการป้องกันกันการติดเชื้อและมาตรการที่พบผู้ติดเชื้อในสถานประกอบการหรือผู้ติดเชื้อเข้ามาใช้บริการในสถานประกอบการ แต่ถ้าเป็นกรณีเร่งด่วนที่หน่วยงานของรัฐต้องดำเนินการเพื่อให้การควบคุมการระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพก็สมควรให้ผู้ที่ได้รับคำสั่งนั้นหรือเจ้าของ

สถานประกอบการเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการหรือคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามจำนวนที่จ่ายจริงแต่บางครั้งควรคำนึงถึงศักยภาพของผู้ที่ได้รับคำสั่งนั้นด้วย 3) การยื่นเอกสารหรือหลักฐานต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศมีการบังคับใช้กฎหมายหรือมาตรการต่างๆ ของรัฐยังไม่เด็ดขาดโดยมีการเล็ดรอดของผู้ที่เดินทางฯ ซึ่งก็มีให้เห็นตามสื่อต่างๆ มากมายทั้งคนไทยและคนต่างประเทศ ควรลงโทษผู้ฝ่าฝืนในอัตราที่สูงสุด และเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการกักตัว หรือรักษาด้วย ถ้าไม่มีจ่ายก็ต้องดำเนินการบังคับคดีต่อไป ไม่มีการยกเว้นบุคคลใดๆ ทั้งสิ้น เจ้าพนักงานควบคุมโรคประจำด่านต้องติดตามข้อมูลโรคติดต่อในพื้นที่ต่างๆ ทั่วโลกให้ทันต่อเหตุการณ์โรคระบาดด้วย ซึ่งจะทำให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น 4) เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเองเพราะต้องรับผิดชอบในผู้โดยสารนั้นๆ แต่หากเป็นผู้ขนส่งที่มีหน้าที่รับขนส่งเท่านั้นและไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องใดๆ กับผู้ที่ติดเชื้อซึ่งเป็นผู้โดยสารที่มีการปกปิดไม่แจ้งข้อมูลจะให้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคงไม่เป็นธรรมแก่เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะ ให้รัฐบาลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเพื่อการนั้น เพราะเป็นการป้องกันควบคุมโรคไม่ให้แพร่เชื้อโรคไปยังประชาชนคนอื่นๆ และตัวผู้ติดเชื้อโรคควรจะเป็นผู้รับผิดชอบตนเอง 5) การใช้ระบบคณะกรรมการของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ทั้ง 4 คณะกรรมการมีความเหมาะสม แต่ควรเพิ่มคณะกรรมการที่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและคณะกรรมการชุดนี้ควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเด็ดขาด โดยให้อำนาจผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจไม่เช่นนั้นก็จะทำให้พื้นที่ของตนเองมีการระบาดของโรคเพิ่มขึ้น และควบคุมได้ยากมากขึ้น 6) การกำหนดโทษอาญาของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยมาตรการลงโทษทางอาญาแก่ผู้กระทำความผิดตามพ.ร.บ.นี้เป็นลักษณะป้องปราม เนื่องจากโรคระบาดนี้เป็นโรคติดต่ออันตราย มีผลต่อชีวิต ร่างกาย เศรษฐกิจของสังคมโดยรวม และจะทำให้มีการระบาดหรือแพร่เชื้อมากขึ้น ควบคุมโรคได้ยาก และการกระทำผิดมาตรานี้กันบ่อยครั้งขึ้น ดังนั้นควรมีบทลงโทษทางอาญาและที่สูงขึ้นเพื่อให้เกรงกลัวต่อบทลงโทษไม่ให้มองข้ามละเลยไม่ปฏิบัติเพราะเป็นเรื่องความปลอดภัยของสังคมส่วนรวม 7) การกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีดุลพินิจในการออกคำสั่งทางปกครองหรือดำเนินกิจการทางปกครอง ซึ่งการใช้ดุลพินิจนั้นต้องอยู่ภายในขอบเขตวัตถุประสงค์ของกฎหมายมาปรับใช้กฎหมายให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงและเจตนารมณ์ของกฎหมายโดยการใช้ดุลพินิจโดยชอบด้วยกฎหมายจึงต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ข้อกฎหมาย และการให้เหตุผลประกอบการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้นำกฎหมายที่มีอยู่ คือ 1) กฎหมายว่าด้วยสุขภาพและความปลอดภัย 2) กฎหมายควบคุมโรคติดต่อ 3) ประมวลกฎหมายอาญามาปรับใช้ในการวินิจฉัยความรับผิดกรณีกระทำการแพร่เชื้อโรคที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง แต่ในบางมลรัฐได้บัญญัติฐานความผิดเฉพาะเกี่ยวกับกรณีการแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรง และมีการบัญญัติกฎหมายและนำกฎหมายมาปรับใช้กับการกระทำการแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรงแตกต่างกันไป 3 ลักษณะคือ 1) คนป่วยไม่บอกกล่าวหรือปิดบังความจริงเกี่ยวกับการป่วย ถ้ามีความชัดแจ้งว่าเมื่อการกระทำ ผู้กระทำย่อมมีความผิด 2) ความผิดฐานแพร่เชื้อโรค โดยรู้อยู่แล้วว่าตนเป็นแล้วทำการแพร่เชื้อโดยวิธีการต่างๆ นั้น กฎหมายบัญญัติให้ผู้กระทำที่ได้กระทำการแพร่เชื้อไปมีความผิด แม้ว่าผู้ถูกกระทำจะรู้ถึงการเป็นโรคหรือได้รับการบอกกล่าวถึงการเป็นโรคแล้วยอมรับเอาความเสี่ยงนั้นเอง และกำหนดให้เป็นโรคติดต่อโรคติดเชื้อและเป็นอันตรายต่อสาธารณชน ซึ่งผู้ใดที่เป็นโรคดังกล่าวเจตนาหรือตั้งใจแพร่เชื้อนั้นไปยังผู้อื่น 3) ความผิดฐานใช้กำลังประทุษร้าย ได้แก่ การทำร้ายร่างกาย พยายามฆ่าและการฆ่าผู้อื่น อันเป็นฐาน

ความผิดที่มีอยู่แล้วในประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งมีการนำมาใช้วินิจฉัยความรับผิดของผู้กระทำการแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรง

ประเทศอังกฤษไม่มีการบัญญัติความผิดเกี่ยวกับการแพร่เชื้อโรคที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงไว้ในประมวลกฎหมายอาญาโดยเฉพาะ แต่ได้นำกฎหมายอาญาที่มีอยู่ในเรื่องการทำร้ายร่างกายมาใช้ในความผิดฐานทำร้ายร่างกายครอบคลุมถึงผู้ใดที่เป็นเหตุให้บุคคลอื่นติดเชื้อโรค ดังนี้ 1) การแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรงกับความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา 2) การแพร่เชื้อโรคกับความผิดที่ไม่ถึงกับทำให้คนตายการทำร้ายร่างกาย คือ การกระทำโดยเจตนาหรือประมาทอันเป็นเหตุให้บุคคลอื่น ได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ และผู้ใดที่รู้ว่าตนเป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ได้เข้าร่วมหรือประกอบการค้า ธุรกิจหรืออาชีพ โดยที่ผู้นั้นไม่อาจเข้าร่วมหรือดำเนินงาน ดังกล่าวนี้ได้โดยปราศจากความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ ผู้นั้นมีความผิดต้องระวางโทษปรับ

ประเทศฝรั่งเศส ได้นำบทบัญญัติกฎหมายเรื่องการนำสารพิษเข้าสู่ร่างกายที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาฝรั่งเศสมาปรับใช้ โดยการตีความคำว่า “สารพิษ” ให้ครอบคลุมถึงโรคติดต่อร้ายแรงด้วย โดยผู้กระทำมีเจตนาทำให้ผู้อื่นได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเปรียบเสมือนกับการนำสารพิษเข้าสู่ร่างกายผู้อื่นก่อให้เกิดผลต่อชีวิตและร่างกาย ทำให้ผู้ถูกกระทำได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจอันตรายสาหัส หรือถึงแก่ความตาย

ประเทศออสเตรเลียมีพระราชบัญญัติการสาธารณสุข ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้มีบทลงโทษผู้ที่กระทำการแพร่เชื้อโรคไปยังบุคคลอื่น โดยบัญญัติว่าผู้ใดไม่ว่าโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ทำให้บุคคลอื่นติดต่อโรค ต้องระวางโทษปรับ และในการดำเนินคดีจำเลยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองหากพิสูจน์ได้ว่าบุคคลที่ติดต่อร้ายแรงนั้นได้รู้และสมัครใจที่จะยอมรับเอาความเสี่ยงนั้นเอง และผู้ใดกระทำการ โดยมีเจตนาร้าย ไม่ว่าโดยวิธีการใด อันเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับเชื้อโรคร้ายแรงเข้าสู่ร่างกาย หรือพยายามกระทำการโดยมีเจตนาร้าย อันเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับเชื้อ โรคร้ายแรงเข้าสู่ร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 25 ปี และผู้ที่จงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงทำให้บุคคลอื่นไม่ว่าโดยวิธีใดๆ ผู้กระทำที่มีความผิดต้องระวางโทษปรับเว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ถูกกระทำได้รู้และสมัครใจยอมใจรับความเสี่ยงนั้นเอง

ประเทศสิงคโปร์มีกฎหมายโรคติดต่อที่สำคัญ คือ The Infectious Act (Chapter 137) ในการควบคุมโรคติดต่อในสิงคโปร์นั้น หากมีเหตุการณ์หรือเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขมีเหตุอันเชื่อว่าหรือสงสัยจะมีเหตุโรคติดต่อเกิดขึ้นจะต้องรีบแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารสาธารณสุขระดับสูง ถือเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่งของกฎหมายฉบับนี้ โดยมีมาตรการ 1) การดำเนินการสืบสวนและสำรวจการระบาด 2) การรักษาและการตรวจร่างกายทางการแพทย์ ผู้อำนวยการอาจจะให้บุคคลใดๆ หรือบุคคลต้องสงสัยว่าจะเป็นพาหะ หรือสัมผัสกับโรคติดต่อเข้ารับการตรวจ ณ โรงพยาบาลใดๆ ในเวลาใดๆ ก็ได้ และหากตรวจพบว่ามีการติดโรคติดต่ออาจสั่งย้ายไปกักกันได้ 3) การตรวจทางนิติเวช ในกรณีที่มีการเสียชีวิตของบุคคลที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อโรคติดต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้อำนวยการด้านสาธารณสุขอาจสั่งให้มีการผ่าพิสูจน์ได้ 4) การขอข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้อำนวยการ (director) อาจจะขอข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์จากสถานพยาบาลทุกประเภทเพื่อนำมาใช้เพื่อการดำเนินการใดๆ แต่ต้องเป็นการนำมาใช้เพื่อความมุ่งหมายในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ 5) ความผิดจากการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือที่ผิด 6) การทำความสะอาดเส้นทางต่างๆ โดยผู้อำนวยการมีสิทธิสั่งการให้ทำความสะอาดหรือดำเนินการไม่ให้เกิดโรคติดต่อ 7) การทำลายหรือกำจัดอาหารสัตว์ และแหล่งน้ำที่เป็นต้นเหตุนำมาซึ่งโรคติดต่อ 8) การทำลายซากศพที่ติดเชื้อ 9) การแยก

บุคคลออกจากชุมชน 10) การตรวจตราแหล่งที่จะเกิดโรคติดต่อให้เป็นหน้าที่ของประชาชนร่วมด้วย ฯลฯ

ประเทศไทยมีมาตรการทางกฎหมายเพื่อดำเนินการต่อโรคระบาดเป็นไปตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งกำหนดให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานผู้ปฏิบัติการให้เป็นไปตามกฎหมาย และได้กำหนดมาตรการเพื่อดำเนินการไว้ดังนี้(ภาคภูมิ รุจิขจรเดช. 2563) 1) โครงสร้างขององค์กรที่มีหน้าที่ปฏิบัติซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการ 2) มาตรการในทางปฏิบัติซึ่งพระราชบัญญัตินี้กำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติมีอำนาจประกาศกำหนดชื่อและอาการของโรคติดต่ออันตรายหรือโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง กำหนดให้ช่องทางเข้าออกใดในราชอาณาจักรเป็นด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยกระทำการใดๆ ทางการแพทย์เพื่อให้คนหรือสัตว์เกิดความต้านทานโรค นอกจากนี้ยังมีกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาความมั่นคงของประเทศในสถานการณ์ที่เป็นภัยหรืออาจเป็นภัยต่อชีวิต ร่างกาย สิทธิเสรีภาพ ทรัพย์สิน สังคม หรือความสงบเรียบร้อยของประชาชน ถือเป็นสถานการณ์ที่กระทบต่อความมั่นคงแห่งรัฐไม่ว่าในด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือการรักษาความสงบภายในและภายนอกประเทศ นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร พ.ศ. 2551 พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และพระราชบัญญัติกฎอัยการศึก พระพุทธศักราช 2457 ซึ่งกฎหมายแต่ละฉบับนั้น มีมาตรการและกลไกการบังคับใช้ที่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดความผิดและโทษสำหรับผู้ป่วยที่กระทำการอันอาจแพร่เชื้อนั้นรวมเป็นส่วนหนึ่งของบทบัญญัติในกฎหมายอาญาโดยมีหลักการให้ลงโทษผู้ป่วยด้วย โรคติดต่อและแพร่เชื้อโรคนั้นต่อไปยังบุคคลภายนอกโดยเจตนา และนำมาปรับใช้ในการวินิจฉัยความรับผิดกรณีกระทำการแพร่เชื้อโรคที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่นเดียวกับ

ประเทศอังกฤษได้นำกฎหมายอาญาที่มีอยู่ในเรื่องการทำร้ายร่างกายมาใช้ โดยความผิดฐานทำร้ายร่างกายในกฎหมายอาญากว้างพอที่จะครอบคลุมถึงการกระทำของผู้ใดที่เป็นเหตุให้บุคคลอื่นติดเชื้อโรค โดยนำการแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรงกับความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา หรือฆ่าคนตายโดยไม่เจตนามาวินิจฉัยความรับผิดของผู้ที่แพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรงไปยังผู้อื่น การแพร่เชื้อโรคกับความผิดที่ไม่ถึงกับทำให้คนตายการทำร้ายร่างกาย คือ การกระทำโดยเจตนาหรือประมาทอันเป็นเหตุให้บุคคลอื่น ได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ ส่วนกฎหมายของฝรั่งเศส เมื่อมีการฟ้องร้องดำเนินคดีในเรื่องการกระทำอันเป็นการแพร่เชื้อโรค ศาลฝรั่งเศสได้นำบทบัญญัติกฎหมายเรื่องการนำสารพิษเข้าสู่ร่างกายที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาฝรั่งเศส

นอกจากนี้ประเทศออสเตรเลียมีพระราชบัญญัติการสาธารณสุข และประมวลกฎหมายอาญาบัญญัติความผิดฐานเจตนาแพร่เชื้อโรคร้ายแรงมากหรือโรคติดต่อที่มีข้อบังคับประกาศให้เป็นโรคติดต่อพิเศษตามเจตนารมณ์ขอพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้มีบทลงโทษผู้ที่กระทำการแพร่เชื้อโรคไปยังบุคคลอื่น

สำหรับประเทศสิงคโปร์มีกฎหมายโรคติดต่อที่สำคัญคือ The Infectious Act (Chapter 137) มีลักษณะคล้ายกับพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของ

ประเทศไทยที่มีลักษณะในเชิงบริหารงานหรือการป้องปราม พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ

ดำเนินการเกี่ยวกับการใช้มาตรการต่างๆ ในเชิงการป้องกันและการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ

สรุปผลการวิจัย

สถานประกอบการที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อแล้วไม่แจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคให้มีการบังคับใช้กฎหมายที่เด็ดขาดและการให้ความรู้ของบุคคล ที่เกี่ยวข้องให้ปฏิบัติตามกฎหมายนี้ ผู้ที่ได้รับคำสั่งหรือเจ้าของสถานประกอบการเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการหรือคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามจำนวนที่จ่ายจริงแต่ควรคำนึงถึงศักยภาพของผู้ที่ได้รับคำสั่งนั้นด้วย การยื่นเอกสารหรือหลักฐานต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศต้องไม่มีการยกเว้นบุคคลใดๆ เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย หรือตัวผู้ติดเชื้อโรคเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเอง คณะกรรมการจังหวัดควรเพิ่มตัวแทนที่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนคณะกรรมการควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเด็ดขาด โดยการเพิ่มโทษทางอาญา การใช้ดุลพินิจจะต้องใช้ข้อเท็จจริง ข้อกฎหมาย ประกอบการตัดสินใจ

ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย สิงคโปร์ ประเทศไทย มีกฎหมายที่ใช้บังคับกับโรคติดต่ออันตราย ส่วนประเทศอังกฤษ ฝรั่งเศส ใช้กฎหมายใกล้เคียงมาบังคับใช้

ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศออสเตรเลียมีกฎหมายอาญาลงโทษผู้แพร่เชื้อโรคไปยังบุคคลอื่นโดยเจตนา ประเทศอังกฤษใช้กฎหมายอาญาลงโทษผู้แพร่เชื้อโรคในความผิดฐานทำร้ายร่างกายโดยเจตนา ประเทศฝรั่งเศสใช้กฎหมายอาญาลงโทษผู้แพร่เชื้อโรคในความผิดนำสารพิษเข้าสู่ร่างกายโดยเจตนา สำหรับประเทศสิงคโปร์และประเทศไทยมีกฎหมายบังคับใช้ในลักษณะเชิงบริหารงานหรือการป้องปราม

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 การแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดเกิดขึ้น พบว่าบุคลตามที่กฎหมายกำหนดต้องมีการแจ้ง ทั้งนี้เพราะจะทำให้การควบคุมโรคไม่ให้มีการระบาดของเชื้อโรคแพร่ออกไป ส่วนสถานพยาบาลเท่าที่ทราบจะมีระบบการรายงานให้ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่มีบางสถานประกอบการที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อแล้ว ไม่แจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการบังคับใช้กฎหมายหรือความรู้ของบุคคลตามมาตรานี้ที่ให้ปฏิบัติตามกฎหมายมาตรานี้มีน้อย ดังนั้นรัฐ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารหรือความรู้กฎหมายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพนม คลี่ฉายา (2561) เรื่อง การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง และระนอง เกตุดาว และคณะ (2563) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ผู้ที่ต้องดำเนินการหรือผู้ได้รับคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการหรือคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามจำนวนที่จ่ายจริง พบว่าต้องมีการออกค่าใช้จ่ายตามคำสั่งเจ้าพนักงาน ทั้งนี้เพราะกรณีที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคออกคำสั่งแล้วไม่ปฏิบัติตามในเวลาที่กำหนดอาจส่งผลกระทบรุนแรงหากมีการแพร่ระบาดของโรคไม่ใช่พนักงานควบคุมโรคดำเนินการแล้วผู้ถูกออกคำสั่งจึงควรต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ทั้งนี้กรณีเร่งด่วนที่หน่วยงานของรัฐต้องดำเนินการเพื่อให้การควบคุมการระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงศักยภาพของผู้ที่ได้รับคำสั่งนั้นด้วยว่ามีความสามารถใน

การออกค่าใช้จ่ายนั้นกลับคืน ผู้เดินทางที่มาจากท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักรที่พบผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดมีหน้าที่ในการยื่นเอกสารหรือหลักฐานต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ พบว่าต้องมีการยื่นเอกสารไม่มีการยกเว้นบุคคลใดๆ ทั้งสิ้นแต่ก็มีการเล็ดรอดของผู้ที่เดินทางฯ ทำให้เกิดการระบาดของเชื้อโรคเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ามีการบังคับใช้กฎหมายไม่เคร่งครัด หรือการบังคับใช้กฎหมายหรือมาตรการต่างของรัฐยังมีความเข้มงวดยังไม่พียงพอ โดยต้องดำเนินคดีตามกฎหมายอย่างเด็ดขาดและใช้โทษในอัตราที่สูงสุด รวมทั้งใช้มาตรการเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการกักตัว หรือรักษาด้วย ถ้าไม่มีจ่ายก็ต้องดำเนินการบังคับคดีต่อไป เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเองเพราะต้องรับผิดชอบในผู้โดยสารนั้นๆ เนื่องจากตนเป็นผู้รับขนส่งคนโดยสาร พบว่าต้องการให้เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เป็นไปตามหลักการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของระนอง เกตุดาว และคณะ (2563) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี แต่อย่างไรก็ตามหากเป็นผู้ขนส่งที่มีหน้ารับขนส่งเท่านั้นและไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องใดๆ กับผู้ที่ติดเชื้อซึ่งเป็นผู้โดยสารที่มีการปกปิดไม่แจ้งข้อมูลจะให้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคงไม่เป็นธรรมแก่เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะ ให้รัฐบาลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเพื่อการนั้น เพราะเป็นการป้องกันควบคุมโรคไม่ให้แพร่เชื้อโรคไปยังประชาชนคนอื่นๆและตัวผู้ติดเชื้อโรคควรจะเป็นผู้รับผิดชอบตนเอง การใช้ระบบคณะกรรมการของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พบว่ามีความเหมาะสมดีแล้ว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจ คณะกรรมการจะสามารถเป็นที่ระดมประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับรู้ข้อเท็จจริงได้มากกว่าบุคคลเพียงคนเดียว การตัดสินใจจะกระทำด้วยประสบการณ์ร่วม ทำให้คนที่มีความคิดเห็นแตกต่างกันหาวิธีร่วมกันในการตัดสินใจจนได้การตัดสินใจที่มีคุณภาพสูงสุด ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์กว่า เพราะแต่ละคนมีประสบการณ์ และมีความหลากหลายในการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งที่แตกต่างกันซึ่งคนเดียวทำไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาคภูมิ รุจิขจรเดช (2563) เรื่องบทบาทของกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาความมั่นคงของประเทศกับภาวะการเกิดโรคระบาด การกำหนดโทษอาญาของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พบว่าต้องการให้มีมาตรการลงโทษทางอาญาที่เคร่งครัดและจริงจัง ทั้งนี้เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตราย มีผลต่อชีวิต ร่างกาย เศรษฐกิจของสังคมโดยรวม และจะทำให้ให้มีการระบาดหรือแพร่เชื้อมากขึ้น ควบคุมโรคได้ยาก ดังนั้นควรมีบทลงโทษทางอาญาและหนักพอสมควรเพื่อให้เกรงกลัวต่อบทลงโทษไม่ให้มองข้ามละเลยไม่ปฏิบัติเพราะเป็นเรื่องความปลอดภัยของสังคมส่วนรวม สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จารุพิสิฐไพบูลย์ (2544) เรื่อง ความรับผิดทางอาญาในการแพร่เชื้อโรคที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง และธนวัฒน์ รัชตากร (2539) เรื่อง มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมผู้แพร่เชื้อเอดส์ การกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมีดุลพินิจในการออกคำสั่งทางปกครองหรือดำเนินกิจการทางปกครอง พบว่าเห็นด้วยกับการใช้ดุลยพินิจในการออกคำสั่ง ทั้งนี้เพราะว่าดุลพินิจเป็นอำนาจตัดสินใจอย่างอิสระที่จะเลือกกระทำการหรือไม่กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำนาจดุลพินิจเป็นอำนาจที่กฎหมายกำหนดให้ผู้ใช้อำนาจสามารถเลือกตัดสินใจกระทำการอย่างใดหรืองดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างอิสระ สอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท สถิตย์พร (2563) เรื่อง หลักการทางกฎหมายในการใช้อำนาจดุลพินิจของเจ้าหน้าที่รัฐ

การอภิปรายผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 ประเทศสหรัฐอเมริกามีกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมโรคติดต่อ คือ 1) กฎหมายว่าด้วยสุขภาพและความ

ปลอดภัย (Health and Safety Law) 2) กฎหมายควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Act) 3) ประมวลกฎหมายอาญามาปรับใช้ในการวินิจฉัยความรับผิดกรณีกระทำการแพร่เชื้อโรคที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกานั้นมีการบัญญัติกฎหมายและนำกฎหมายมาปรับใช้กับการกระทำการแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรงแตกต่างกันไป

ประเทศอังกฤษมีพระราชบัญญัติสาธารณสุขวางแนวทางในการควบคุมโรคติดต่อไว้ในพระราชบัญญัติการสาธารณสุขว่าด้วยการควบคุมโรค พ.ศ. 2527 (Public Health (Control of Diseases Act 1984) และข้อบังคับเกี่ยวกับการสาธารณสุข (ว่าด้วยโรคติดต่อ) พ.ศ. 2531 Public Heath (infectious diseases) Regulation ค.ศ. 1988

ประเทศฝรั่งเศสได้นำบทบัญญัติกฎหมายเรื่องการนำสารพิษ เข้าสู่ร่างกายที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาฝรั่งเศสมาปรับใช้ในการกระทำการแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรง คือ ผู้กระทำมีเจตนาที่จะทำให้ผู้อื่นได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเปรียบเสมือนกับการนำสารพิษเข้าสู่ร่างกายผู้อื่น อันไม่จำเป็นที่สารพิษจะต้องเป็นสารเคมีเท่านั้น แต่อาจหมายถึงเชื้อโรคด้วยก็ได้ เพราะทั้งสารเคมีและเชื้อโรคก่อให้เกิดผลต่อชีวิตและร่างกายของผู้กระทำเช่นเดียวกัน

ประเทศออสเตรเลียมีพระราชบัญญัติการสาธารณสุข และพระราชบัญญัติสุขภาพ ปรับใช้หรือตีความกฎหมายในการดำเนินการเกี่ยวกับโรคติดต่อที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศฝรั่งเศสและประเทศออสเตรเลียมีการนำกฎหมายอาญามาปรับใช้ในการวินิจฉัยความรับผิดกรณีกระทำการแพร่เชื้อโรคที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น การไม่บอกกล่าวหรือปิดบังความจริงเกี่ยวกับการป่วย ความผิดฐานแพร่เชื้อโรคโดยเจตนาหรือประมาททำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย การพยายามฆ่าผู้อื่น การทำร้ายร่างกายของผู้อื่นหรือการกระทำโดยเจตนาหรือประมาทอันเป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ โดยผู้กระทำมีความผิดต้องระวางโทษจำคุกอย่างสูงถึง 25 ปี

ส่วนประเทศสิงคโปร์และประเทศไทย มีกฎหมาย The Infectious Act (Chapter 137) และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งการบังคับใช้กฎหมายเป็นการให้อำนาจแก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินการเกี่ยวกับการใช้มาตรการต่างๆ ในเชิงการป้องกันและการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ซึ่งอำนาจดังกล่าวนอกจากการสั่งการให้ดำเนินการใดๆ ตามที่เห็นสมควรแล้วยังมีอำนาจในการจับกุม อำนาจในการแยกกักกัน ในการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวนี้ยังมีการมอบอำนาจพิเศษ ให้ด้วยแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่ผู้เกี่ยวข้อง แต่อำนาจหน้าที่ดังกล่าวนั้นต้องใช้ได้ในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น และมีการให้อำนาจเจ้าหน้าที่ตำรวจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคติดต่อและการเข้ามาเป็นผู้ช่วยเหลือการดำเนินการในด้านต่างๆ

การอภิปรายผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 3 ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดความผิดและโทษสำหรับผู้ป่วยที่กระทำการอันอาจแพร่เชื้อนั้นรวมเป็นส่วนหนึ่งของบทบัญญัติในกฎหมายอาญา โดยมีหลักการให้ลงโทษผู้ป่วยด้วย โรคติดต่อและแพร่เชื้อโรคนั้นต่อไปยังบุคคลภายนอกโดยเจตนา และนำมาปรับใช้ในการวินิจฉัยความรับผิดกรณีกระทำการแพร่เชื้อโรคที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง

ประเทศอังกฤษได้นำกฎหมายอาญาที่มีอยู่ในเรื่องการทำร้ายร่างกายมาใช้ โดยความผิดฐานทำร้ายร่างกายในกฎหมายอาญากว้างพอที่จะครอบคลุมถึงการกระทำของผู้ใดที่เป็นเหตุให้บุคคลอื่นติดเชื้อโรค โดยนำการแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรงกับความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา หรือฆ่าคนตายโดยไม่เจตนามาวินิจฉัยความรับผิดของผู้ที่แพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรงไปยังผู้อื่น การแพร่เชื้อโรคกับความผิดที่ไม่ถึงกับทำให้คนตายการทำร้ายร่างกาย คือ การกระทำโดยเจตนาหรือประมาทอันเป็นเหตุให้บุคคลอื่น ได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ

ประเทศฝรั่งเศส เมื่อมีการฟ้องร้องดำเนินคดีในเรื่องการกระทำอันเป็นการแพร่เชื้อโรค ศาลฝรั่งเศสได้นำบทบัญญัติกฎหมายเรื่องการนำสารพิษเข้าสู่ร่างกายที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาฝรั่งเศสมาปรับใช้ แม้ว่าบทบัญญัตินี้จะมีขึ้นสำหรับกรณีการวางยาพิษที่มีอยู่มาตีความให้ครอบคลุมถึงการกระทำการแพร่เชื้อโรคติดต่อร้ายแรง ทั้งนี้ผู้กระทำมีเจตนาที่จะทำให้ผู้อื่นได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย

ประเทศออสเตรเลียมีพระราชบัญญัติการสาธารณสุข และประมวลกฎหมายอาญาบัญญัติความผิดฐานเจตนาแพร่เชื้อโรคร้ายแรงมากหรือโรคติดต่อที่มีข้อบังคับประกาศให้เป็นโรคติดต่อพิเศษตามเจตนารมณ์ขอพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งมีบทลงโทษผู้ที่กระทำการแพร่เชื้อโรค คือ 1) ผู้ใดไม่ว่าโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ทำให้บุคคลอื่นติดต่อโรคต้องระวางโทษปรับ 2) ในการดำเนินคดีตามมาตรานี้จำเลยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองหากพิสูจน์ได้ว่าบุคคลที่ติดต่อร้ายแรงนั้นได้รู้และสมัครใจที่จะยอมรับเอาความเสี่ยงนั้นเอง และความผิดฐานกระทำการโดยเจตนาแพร่เชื้อโรคร้ายแรง คือ ผู้ใดกระทำการ โดยมีเจตนาร้าย ไม่ว่าโดยวิธีการใด อันเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับเชื้อโรคร้ายแรงเข้าสู่ร่างกาย หรือพยายามกระทำการโดยมีเจตนาร้ายไม่ว่าโดยวิธีการเร็วๆ อันเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับเชื้อ โรคร้ายแรงเข้าสู่ร่างกาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 25 ปี

ประเทศสิงคโปร์มีกฎหมายโรคติดต่อที่สำคัญ คือ The Infectious Act (Chapter 137) มีลักษณะคล้ายกับพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ของประเทศไทย ที่มีลักษณะในเชิงบริหารงานหรือการป้องปราม โดยคณะกรรมการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินการเกี่ยวกับการใช้มาตรการต่างๆ ในเชิงการป้องกันและการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อโดยมีอำนาจสั่งการให้ดำเนินการใดๆ ตามที่เห็นสมควรแล้ว และอำนาจในการจับกุม การแยกกักกัน แต่อำนาจหน้าที่นั้นต้องใช้ได้ในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น และให้อำนาจเจ้าหน้าที่ตำรวจที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคติดต่อและการเป็นผู้ช่วยเหลือการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จังหวัดเชียงใหม่ควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด และภาครัฐโดยเฉพาะเจ้าพนักงานควบคุมโรคควรมีการให้ความรู้ ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคล สถานประกอบการและกลุ่มเป้าหมายอื่นในกฎหมายฉบับนี้

2) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการหรือคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามจำนวนที่จ่ายจริงที่ผู้ที่ต้องดำเนินการหรือผู้ได้รับคำสั่งจะต้องจ่ายว่าควรมีรายละเอียดของรายการนั้นด้วยเสมอ ควรมีกฎระเบียบที่ชัดเจน ควรคำนึงถึงศักยภาพของผู้ที่ได้รับคำสั่งให้รอบด้าน ควรจะมีบทกำหนดโทษที่รุนแรงขึ้น

3) ผู้เดินทางไม่ยื่นเอกสารหรือหลักฐานต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศให้มีมาตรการลงโทษสูงสุดที่กำหนดไว้ รวมทั้งออกค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดที่เกิดจากการกักตัวรักษาและอื่นๆ หากไม่มีจ่ายก็บังคับคดี ควรมีการใช้มาตรการทางกฎหมายให้เข้มข้นมากขึ้น โดยไม่มีการยกเว้นบุคคลใดๆ ทั้งสิ้น

4) ควรให้เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะที่รู้เห็นเป็นใจกับผู้โดยสารเป็นผู้รับผิดชอบเท่านั้น และรัฐควรเป็นผู้รับผิดชอบในกรณีที่เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะไม่รู้เพราะเป็นผู้ขนส่งผู้โดยสารเท่านั้น หรือไม่รู้เห็นเป็นใจกับผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย รวมทั้งควรเพิ่มมาตรการลงโทษผู้ฝ่าฝืนกันบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง

5) คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ควรเพิ่มผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ด้านโรคติดต่อตามมาตรา 16 วรรค 1 รวมเข้าในมาตรา 11 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดควรเพิ่มคณะกรรมการที่มาจาก

ภาคเอกชน อาสาสมัครสาธารณสุข ควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเด็ดขาด

6) จังหวัดเชียงใหม่ควรมีมาตรการทางกฎหมายหรือบังคับใช้กฎหมายที่เคร่งครัด ควรมีบทลงโทษทางอาญา และหนักพอสมควรสำหรับผู้ที่จงใจหรือรู้ว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือสัมผัสกลุ่มเสี่ยงแล้วยังปล่อยปะละเลยในการควบคุมป้องกันตนเองแล้วไปยังสถานที่อื่นๆ ควรมีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และกฎหมายควบคุมโรคติดต่อให้ประชาชน ผู้ประกอบการเพิ่มมากขึ้น

7) การใช้ดุลยพินิจในการออกคำสั่งควรอยู่ในรูปของคณะกรรมการและการออกคำสั่งทางปกครองให้กระทำการหรืองดเว้นกระทำการ ต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง ข้อกฎหมาย และการให้เหตุผลประกอบการตัดสินใจอย่างเหมาะสม มีความเป็นกลาง โปร่งใส เป็นธรรม และตรวจสอบได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการใช้ดุลพินิจตามอำเภอใจ ไม่ควรใช้ดุลยพินิจที่ลำเอียง

จังหวัดเชียงใหม่ควรมีการนำกฎหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับแพร่เชื้อโรคที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงทุกฉบับมาปรับใช้บังคับอย่างเคร่งครัดและจริงจัง

จังหวัดเชียงใหม่ควรมีการนำกฎหมายอาญามาปรับใช้ในการวินิจฉัยความรับผิด กรณีกระทำการแพร่เชื้อโรคที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงโดยนำเอาการปิดบังความจริงเกี่ยวกับการป่วย ความผิดฐานแพร่เชื้อโรคโดยเจตนาหรือประมาททำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย การพยายามฆ่าผู้อื่น การทำร้ายร่างกายของผู้อื่นหรือการกระทำโดยเจตนาหรือประมาทอันเป็นเหตุให้บุคคลอื่นได้รับอันตรายแก่กายหรือจิตใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การปรับใช้กฎหมายอาญาในการบังคับใช้ในการควบคุมโรคติดต่ออันตราย

2) การพัฒนากฎหมายควบคุมโรคติดต่อในการบังคับคดีโทษทางอาญา

เอกสารอ้างอิง (References)

Contagious Disease with The Roles and Authority of The Government; Retrieved on September 1, 2021, from https://multi.dopa.go.th/lawspecialist/news/cate6 (In Thai)

Division of General Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2021). Guidelines for Surveillance, Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019): Ministry of Public Health. (In Thai)

Kampanat Satitporn. (2020). Legal Principles in Exercise of Discretion of Government Officials. Legal Advising Group

Law and Legal Contracts Academic Division, Office of Law and Litigation Office of the Permanent Secretary, Bangkok. (Thailand). (In Thai)

Pakpoom Ruchikajorndet. (2020). The Role of Law on National Security and Epidemic Situation. Legal Department, Legal Division of State Administration. Bangkok (Thailand). Office of the Council of State Administration. (In Thai)

Panot Suwanmala and Preecha Thipmonta. (2021). Legal Measures for Surveillance, Prevention and Control

Phnom Kleechaya. (2018). Urbanites' Accessibility, Understanding, Evaluation and Application of Health Information for their Self Care in International Spreading of Emerging Infectious Disease. Research Report. Bangkok (Thailand). Health System Research Institute (HSRI). (In Thai)

Thanawat Ratchatakorn. (1995). Legal measures controlling Aids transmitters. Master. Laws (Law). Chulalongkorn University. Bangkok. (Thailand). Graduate School. (In Thai)

Ranong Ket Dao and Others. (2020). The Development of a Surveillance Model Prevention and Control of Corona Virus Infection 2019 Tambon Health Promoting Hospital Udon Thani Province (Thailand) - Udon Model COVID-19. Research Report. Udon Thani: Udon Thani Provincial Public Health Office. (In Thai)

Siriporn Jarupisitphaiboon. (2001). Criminal Liability with Spreading Serious Contagious Diseases to Persons. Master. Laws (Law). Chulalongkorn University. Bangkok. (Thailand). Graduate School. (In Thai)

Consideration of Claims Model for Preliminary Solatium Payment regarding Loss or Damage Caused from Health Care Service in Compliance with Section 41 of the National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002) in Si Sa Ket Province

Sasithorn Chaiyasaj[1] Thawatchai Toemjai[1*]

1 Health Insurance Subdivision, Sisaket Provincial Public Health Office

** Corresponding author: toemthawat@gmail.com*

Original article

Received: 7 Feb 2023
Revised: 21 Feb 2023
Accepted: 5 March 2023

Abstract

This study was a mixed methods research, with pre and post-test design. The purpose was to study the claims consideration model for preliminary solatium payment regarding loss or damage caused by health care service in compliance with section 41 in Si Sa Ket province, Thailand. The qualitative and quantitative data were collected through questionnaires and focus group discussions. The samples were 54 respondents. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation. Statistics were compared using paired t-tests. The qualitative data were analyzed by content analysis.

The results indicated that from 2018 to 2022, 145 (92.4%) cases were accepted as they were caused directly by healthcare services. Most cases occurred at secondary hospitals (52.4%). among clients under 10 years old (26.1%). The highest rate of complaints was in obstetrics and gynecology (54.4%). The cause of the claim was disability or permanent disability cases (44.9%). The reason for complaints was force majeure (60.7%). For the model of consideration of claims for preliminary solatium payment, the mediation, follow-up visits case at home, and assessment of the satisfaction. In the comparison of training results, it was found that the mean scores of knowledge ($p<0.001$) , perception ($p<0.001$) , practice ($p<0.001$) , and participation after training were higher than before the training, with statistical significance ($p<0.001$). The research findings, can be used as guidelines for planning and implementing preliminary solatium payment regarding loss or damage caused from health care services, both for Si Sa Ket Province, and for the rest of Thailand. This model would achieve suitability and fairness, reducing the conflict between physicians and patients, in order to prevent prosecution in court.

Keywords: Preliminary solatium payment, The damage caused by health care service, Section 41, National Health Security Act B.E. 2545

รูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จังหวัดศรีสะเกษ

ศศิธร ไชยสัจ[1] ธวัชชัย เติมใจ[1*]

1 กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : toemthawat@gmail.com*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 7 กพ.2566
วันแก้ไข 21 กพ. 2566
วันตอบรับ 5 มีค. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองสิทธิ ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย และคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้อง รวมจำนวน 54 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ปี 2561-2565 มีผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายเข้าเกณฑ์พิจารณาจ่ายเงิน ร้อยละ 92.4 ส่วนมากในกลุ่มอายุ <10 ปี ร้อยละ 26.1 พบมากในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 52.4 สาขาที่ยื่นคำร้องมากที่สุดคือ สูตินรีเวชกรรม ร้อยละ 54.4 ความเสียหายที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร ร้อยละ 44.9 สาเหตุการยื่นคำร้องเกิดจากเหตุสุดวิสัย ร้อยละ 60.7 รูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องใช้การไกล่เกลี่ยระงับความขัดแย้ง การติดตามเยี่ยมผู้เสียหายที่บ้าน และการประเมินความพึงพอใจของผู้ยื่นคำร้องหรือผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย เปรียบเทียบผลการฝึกอบรม ความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด จังหวัดศรีสะเกษรวมทั้งของประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเหมาะสมและความเป็นธรรมอย่างเท่าเทียมกัน สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสาธารณสุข และยังช่วยลดอัตราการร้องเรียนหรือฟ้องคดีต่อศาล

คำสำคัญ : เงินช่วยเหลือเบื้องต้น, ความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข, มาตรา 41, พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขยังไม่ได้รับการแก้ไขเยียวยาอย่างเป็นระบบให้ทันท่วงที ทำให้มีการฟ้องร้องผู้ให้บริการสาธารณสุขทั้งทางแพ่งและทางอาญา และทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุขเปลี่ยนไปจากเดิม อันส่งผลร้ายมายังผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุขตลอดจนกระทบถึงการประกอบอาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2558) รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขด้วย สมควรจะได้แก้ปัญหาดังกล่าวเพื่อให้ผู้ได้รับความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขได้รับการแก้ไขเยียวยาโดยรวดเร็วและเป็นธรรมโดยการจัดตั้งกองทุนเพื่อชดเชยความเสียหายให้แก่ผู้เสียหาย ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้มีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการสาธารณสุข อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบาย Patient and Personnel Safety (2-P Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560, น. 12) โดยได้ขยายความครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข และให้มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความตระหนักและความสำคัญในความเสี่ยงที่ป้องกันได้ โดยให้ทุกคนร่วมกันทำความเข้าใจและเลือกเป้าหมายความปลอดภัย ซึ่งเป็นที่สนใจและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาลมาวางแนวทางปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอันเป็นประโยชน์สูงสุดกับระบบบริการสาธารณสุขของไทยสำหรับทุกคน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มงานประกันสุขภาพ ได้มีการดำเนินงานรับคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณี ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยมีคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีแนวโน้มปริมาณการยื่นเรื่องคำร้องที่สูงขึ้นและอาจนำไปสู่การเกิดข้อร้องเรียนและการฟ้องร้องเป็นคดีความกับหน่วยบริการและผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งในระหว่างปีงบประมาณ 2561-2564 พบว่ามีการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 121 ราย เข้าเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.21 รวมจำนวนเงินจ่ายค่าชดเชยทั้งสิ้น 25,562,200 บาท ไม่เข้าหลักเกณฑ์การจ่าย จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.79 และมีการยื่นอุทธรณ์ผลการพิจารณาจำนวน 1 ราย (ผลการพิจารณาอุทธรณ์ยืนตามมติคณะกรรมการระดับจังหวัด) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) และจากการดำเนินงานในช่วงระยะเวลาดังกล่าว พบว่าหน่วยบริการที่เกิดเหตุยังขาดผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนในการรับเรื่องจากผู้ได้รับความเสียหายหรือญาติ ปัญหาในการดำเนินงานที่ขาดการสื่อสารความเข้าใจและการประสานเชื่อมโยงข้อมูลในหน่วยงาน เช่น การรายงานความเสียหายให้ผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้าหน่วยงานที่เกิดเหตุทราบ การสรุปวิเคราะห์ทบทวนเหตุการณ์ความเสียหาย รวมถึงการเยี่ยมติดตามผู้ได้รับความเสียหาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่เสี่ยงต่อการฟ้องร้องเป็นคดีความจากพฤติกรรมบริการ คุณภาพและมาตรฐานการบริการ ซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องในระดับจังหวัด รวมถึงการดำเนินการภายหลังการพิจารณาที่ยังขาดประสิทธิผลที่ดีอีกด้วย

แม้ว่าความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลนั้นอาจเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจากสาเหตุที่ป้องกันได้หรือเหตุสุดวิสัยก็ตาม แต่ควรมีการศึกษาระบบการช่วยเหลือและชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ผู้เสียหายอย่างเท่าเทียมกันเป็นมาตรฐานเดียวกัน (บุญศักดิ์ หาญเทิดสิทธิ์, 2555) โดยเฉพาะกรณีที่ได้รับความเสียหายประเภทเดียวกันและความรุนแรงคล้ายกัน จึงมี

ความจำเป็นต้องมีการศึกษารูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดศรีสะเกษ มีรูปแบบในการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถลดความขัดแย้งด้านบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข มาตรา 41 ที่เกิดขึ้นตามบริบทของพื้นที่ อีกทั้งจังหวัดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดศรีสะเกษก็สามารถนำรูปแบบการดำเนินงานไปปรับใช้ในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขได้รับการแก้ไขเยียวยาอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2561-2565

2. เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ

ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์และผลการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2561-2565

2. ศึกษาความรู้ การรับรู้ การดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41)

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและถอดบทเรียนเพื่อหาแนวทางร่วมกันในการจัดทำรูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ

4. ประเมินผลความรู้ การรับรู้ การดำเนินงานและการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรมโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองสิทธิ ประจำโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้อง และผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายหรือผู้ยื่นคำร้อง

2. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 54 คน มีการคัดเลือกดังนี้

2.1 ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองสิทธิ คัดเลือกจากผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองสิทธิหลักที่เป็นผู้รับผิดชอบงานโดยตรงจากโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง เป็นการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณลักษณะประชากรที่ต้องการศึกษาจึงใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญ (Key informants) และมีความสนใจในการเข้าร่วมศึกษา จำนวน 44 แห่ง ๆ ละ 1 คน และ

ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองสิทธิจากกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 46 คน

2.2 คณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้อง จากตัวแทนผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวแทนหน่วยบริการและตัวแทนประชาชนผู้ใช้บริการ ใช้การสุ่มอย่างง่ายตัวแทนละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน

2.3 ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายหรือผู้ยื่นคำร้อง ใช้การสุ่มแบบเจาะจง จากผู้รับบริการทั้งหมดที่มายื่นคำร้องในเดือนมกราคม 2566 จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบทดสอบความรู้ ให้เลือกตอบเพียงอย่างเดียว คือ ถูกหรือผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 5 แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ให้คะแนน 3, 2 และ 1 สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และให้คะแนน 1, 2 และ 3 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 ข้อ รวบรวมข้อมูลโดยการจดบันทึกและการสังเกตในระหว่างการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบสังเกตเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยและทีมวิทยากรสังเกตผู้เข้าร่วมประชุม ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 ขึ้น และห่าค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชากร จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้ 1) แบบทดสอบความรู้ เท่ากับ 0.78 2) แบบวัดการรับรู้ เท่ากับ 0.78 3) แบบวัดพฤติกรรมการดำเนินงาน เท่ากับ 0.74 และ 4) แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษา โดยได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่การรับรอง SPPH 2023-005 เมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2566 วันหมดอายุ 9 มกราคม 2567

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งขั้นตอนกระบวนการต่าง ๆ ในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความยินยอมโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ การดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (Pre-test)

3. ประชุมเชิงปฏิบัติการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและหาแนวทางร่วมกันในการจัดทำรูปแบบการดำเนินงาน

การพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการบรรยายให้ความรู้ การสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยแต่ละกิจกรรมดำเนินการใช้เวลาดำเนินการ เป็นเวลา 2 วัน จำนวน 16 ชั่วโมง และแต่ละกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 1-3 ชั่วโมง

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ การดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ การดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อนและหลังการวิจัย โดยใช้สถิติ Paired t-test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการรวบรวมรวม เรียบเรียง วิเคราะห์ และการตีความหมายข้อมูล

ผลการวิจัย (Results)

ส่วนที่ 1 สถานการณ์และผลการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2561-2565

ปี 2561-2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้ดำเนินการช่วยเหลือผู้รับบริการที่ได้ยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือเบื้องต้นรวมทั้งสิ้น 157 ราย โดย 12 ราย ไม่ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ส่วนอีก 145 ราย เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ร้อยละ 92.4 การจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจำนวนทั้งสิ้น 32,067,400 บาท โดยจ่ายเงินชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายมากที่สุดในปี 2562 จำนวน 41 ราย เป็นเงิน 10,383,200 บาท รองลงมาปี 2561 จำนวน 34 ราย เป็นเงิน 6,590,000 บาท ปี 2563 จำนวน 27 ราย เป็นเงิน 6,023,400 บาท ปี 2565 จำนวน 22 ราย เป็นเงิน 4,613,200 บาท และปี 2564 จำนวน 21 ราย เป็นเงิน 4,457,600 บาท ตามลำดับ

ผู้รับบริการเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.2 พบมากในกลุ่มอายุ <10 ปี ร้อยละ 26.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33.8 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 40.8 รายได้ครอบครัวต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ <10,000 บาท ร้อยละ 32.5 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ยื่นคำร้อง ส่วนใหญ่ผู้ยื่นคำร้องเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.1 และเป็นญาติของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย ร้อยละ 66.9 โดยความเสียหายที่ผู้บริการได้รับ แบ่งเป็นกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร ร้อยละ 44.9 กรณีบาดเจ็บและเจ็บป่วยต่อเนื่อง ร้อยละ 37.2 และกรณีพิการหรือสูญเสียอวัยวะ ร้อยละ 17.9 ซึ่งเมื่อผู้ยื่นคำร้องได้รับทราบผลการพิจารณาแล้วไม่พอใจผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการฯ ระดับจังหวัด ทั้งที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์ ได้ยื่นอุทธรณ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.5 ของผู้ที่ยื่นคำร้องทั้งหมด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 ปี 2561-2565

ปี	จำนวนคำร้อง (n = 157) (ราย)/ร้อยละ			ประเภทความเสียหาย (n = 145) (ราย)/ร้อยละ			อุทธรณ์ (n=157) (ราย)/ร้อยละ
	ไม่เข้าเกณฑ์	เข้าเกณฑ์	รวมทั้งหมด	เสียชีวิต/ทุพพลภาพอย่างถาวร	พิการ/สูญเสียอวัยวะ	บาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง	
2561	4 (10.5)	34 (89.5)	38 (100.0)	14 (41.2)	2 (5.9)	18 (52.9)	1 (2.6)
2562	3 (6.8)	41 (93.2)	44 (100.0)	22 (53.7)	8 (19.5)	11 (26.8)	2 (4.5)
2563	0 (0.0)	27 (100.0)	27 (100.0)	12 (44.5)	6 (22.2)	9 (33.3)	0 (0.0)
2564	1 (4.6)	21 (95.5)	22 (100.0)	9 (42.9)	3 (14.3)	9 (42.8)	1 (4.5)
2565	4 (15.4)	22 (84.6)	26 (100.0)	8 (36.4)	7 (31.8)	7 (31.8)	0 (0.0)
รวม	12 (7.6)	145 (92.4)	157 (100.0)	65 (44.9)	26 (17.9)	54 (37.2)	4 (2.5)

ประเภทของหน่วยบริการที่ผู้เสียหายเข้ารับบริการมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 52.4 ประเภทของบริการมากที่สุดคือ ผู้ป่วยใน ร้อยละ 90.3 กลุ่มโรคที่ยื่นคำร้อง ได้แก่ สูตินรีเวชกรรม ร้อยละ 54.4 อายุรกรรม ร้อยละ 15.2 และศัลยกรรม ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ ดังตาราง 2 และสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความเสียหายมากที่สุด เป็นความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัย ร้อยละ 60.7 รองลงมาเป็นความเสียหายที่เกี่ยวเนื่องกับการรักษาพยาบาลและเหตุสุดวิสัย ร้อยละ 24.1 และเกิดจากการให้บริการสาธารณสุข ร้อยละ 15.2 ดังตาราง 3

ส่วนที่ 2 ความรู้ การรับรู้ การดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติและการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.4, 47.4, 64.9 และ 52.6 ตามลำดับ

ตาราง 2 กลุ่มโรคของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย ปี 2561-2565 จังหวัดศรีสะเกษ (n = 145)

ปี	OPD	IPD	กลุ่มโรค						
			อายุรกรรม	สูตินรีเวช	กุมารเวชกรรม	ศัลยกรรม	ทันตกรรม	จักษุ	จิตเวช
2561	7 (20.6)	27 (79.4)	5 (14.7)	19 (55.9)	5 (14.7)	5 (14.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2562	1	40	4	22	7	6	0	2	0

ปี	OPD	IPD	กลุ่มโรค						
			อายุรกรรม	สูตินรีเวช	กุมารเวชกรรม	ศัลยกรรม	ทันตกรรม	จักษุ	จิตเวช
	(2.4)	(97.6)	(9.8)	(53.6)	(17.1)	(14.6)	(0.0)	(4.9)	(0.0)
2563	1 (3.7)	26 (96.3)	3 (11.1)	13 (48.2)	3 (11.1)	6 (22.2)	0 (0.0)	1 (3.7)	1 (3.7)
2564	2 (9.5)	19 (90.5)	5 (23.8)	14 (66.6)	1 (4.8)	1 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2565	3 (13.6)	19 (86.4)	5 (22.8)	11 (50.0)	3 (13.6)	2 (9.1)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
รวม	14 (9.7)	131 (90.3)	22 (15.2)	79 (54.4)	19 (13.1)	20 (13.8)	1 (0.7)	3 (2.1)	1 (0.7)

ตาราง 3 สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหายของผู้รับบริการ ปี 2561-2565 จังหวัดศรีสะเกษ (n = 145)

ปี	สาเหตุที่ทำให้เกิดความเสียหาย						รวม	ร้อยละ
	สุดวิสัย		การให้บริการ		เกี่ยวเนื่องกับการรักษาพยาบาลและเหตุสุดวิสัย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
2561	25	73.5	2	5.9	7	20.6	34	100.0
2562	24	58.5	2	4.9	15	36.6	41	100.0
2563	14	51.9	8	29.6	5	18.5	27	100.0
2564	14	66.7	5	23.8	2	9.5	21	100.0
2565	11	50.0	5	22.7	6	27.3	22	100.0
รวม	88	60.7	22	15.2	35	24.1	145	100.0

ส่วนที่ 3 รูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ

จากการดำเนินงานตามกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ ที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหา บริบทของพื้นที่ และตามความต้องการอย่างเหมาะสมของผู้ยื่นคำร้องหรือผู้ได้รับความเสียหายจากการับบริการ โดย

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานทุกเดือน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานและร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้ได้แนวทางและรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ให้ทันกับยุคสมัยของปัจจุบัน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม ดังตาราง 4

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น

การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตาราง 5

ตาราง 4 เปรียบเทียบรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ การดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. เจ้าหน้าที่ทำงานตามนโยบายเน้นเชิงรับเมื่อมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นจึงจะดำเนินการแก้ไขปัญหา	1. เน้นให้เจ้าหน้าที่ทำงานเชิงรุก มีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชนผู้รับบริการทั้งในสถานบริการและในพื้นที่
2. ไม่มีการจัดทำแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหา กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) และขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจากผู้รับบริการหรือญาติที่ได้รับความเสียหาย	2. จัดทำแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหา กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) โดยการมีส่วนร่วมจากพื้นที่และผู้รับบริการหรือญาติที่ได้รับความเสียหาย
3. ชี้แจงและให้ความรู้แก่ผู้เสียหาย/ญาติ เมื่อเกิดเหตุความเสียหายจากการรับบริการ	3. ให้ความรู้พร้อมทั้งไกล่เกลี่ยผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย/ญาติทั้งก่อนและหลังเข้ารับบริการ
4. ไม่มีการติดตามผลการยื่นคำร้องหลังจากส่งเรื่องมาที่จังหวัด	4. มีระบบติดตามผลการยื่นคำร้องจนกว่าผู้ยื่นคำร้องจะได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ
5. การดำเนินงานแก้ไขปัญหา กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) ไม่เป็นระบบที่ชัดเจน มีโครงสร้างแต่ไม่มีการดำเนินงานหรือมีการดำเนินงานแต่ไม่ต่อเนื่อง	5. มีรูปแบบการดำเนินงาน กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) ที่ชัดเจน เหมาะสมกับพื้นที่และผู้เสียหายได้รับความพึงพอใจ
6. ไม่ได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ยื่นคำร้องหลังจากได้รับทราบผลการพิจารณาของคณะ อนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้อง	6. มีแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ยื่นคำร้อง
7. ไม่ได้ติดตามเยี่ยมผู้ยื่นคำร้องที่บ้านหลังจากได้รับการพิจารณาและวินิจฉัยจากคณะกรรมการฯ	7. ติดตามเยี่ยมผู้เสียหายจากการรับบริการหลังจากได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับการยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น (มาตรา 41) ก่อนและหลังการพัฒนา

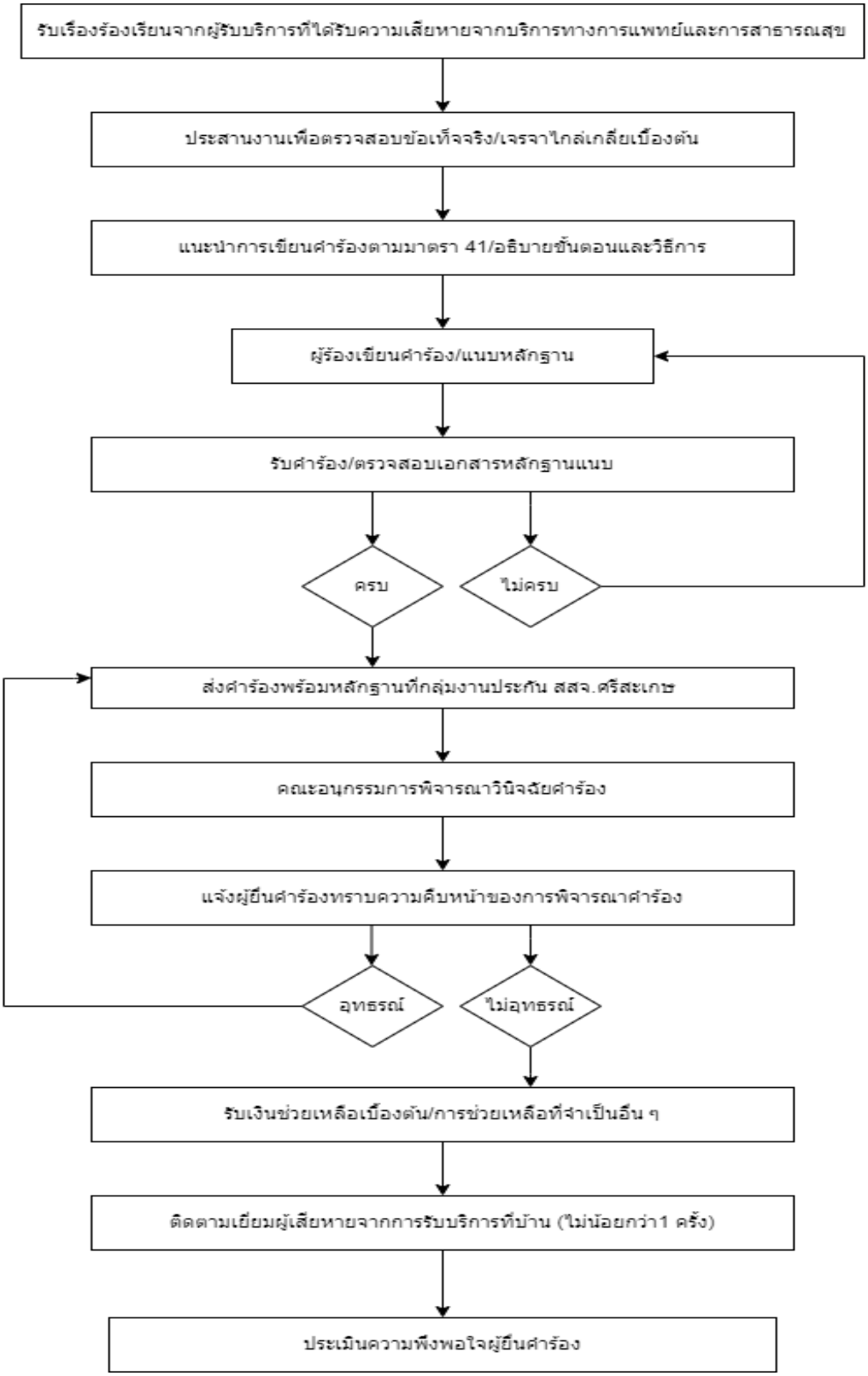
ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้	6.76	1.52	8.89	1.12	8.52	<.001*
การรับรู้	2.71	0.69	4.13	0.28	13.78	<.001*
การปฏิบัติ	1.94	0.34	2.41	0.17	11.89	<.001*
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	1.93	0.56	2.23	0.41	8.74	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปราย (Discussions)

จากการศึกษารูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ปีงบประมาณ 2561-2565 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบมากในกลุ่มอายุ <10 ปี อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ <10,000 บาท ผู้ยื่นคำร้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นญาติของผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหาย สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดระบบการจัดการความขัดแย้งในระบบการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยบริการในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปัญหาข้อร้องเรียนเกิดกับผู้รับบริการอายุต่ำกว่า 5 ปี และอายุ 6-20 ปี ตามลำดับ ผู้ยื่นคำร้อง ได้แก่ บิดา มารดา (ประกิจ โพธิอาศน์, 2560)

ผู้รับบริการที่ได้ยื่นคำร้องขอรับการช่วยเหลือเบื้องต้นรวมทั้งสิ้น 157 ราย โดย 12 ราย ไม่ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ส่วนอีก 145 ราย เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ร้อยละ 92.4 ของผู้ยื่นคำร้อง โดยความเสียหายที่ผู้บริการได้รับส่วนใหญ่เป็นกรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พบว่า สาเหตุการยื่นคำร้องมากที่สุดคือการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร (เสน่ห์ ไชยโพธิ์ศาล, 2561; จารุณี พจน์สุจริต, 2560; ธิดารัตน์ ขาวเงินยวง, 2558; บุญศักดิ์ หาญเทิดสิทธิ์, 2554)



ภาพประกอบ รูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ
ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (2565)

อีกทั้งสาระสำคัญของคำร้องเพื่อขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจากความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการซึ่งคณะอนุกรรมการต้องพิจารณาและวินิจฉัยต้องคำนึงถึงความรุนแรงของความเสียหายประกอบในการพิจารณาด้วย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ

การพิจารณาการจ่ายเงินชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย พบว่า จ่ายเงินชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายมากที่สุดในปี 2562 จำนวน 10,383,200 บาท รองลงมาปี 2561 จำนวน 6,590,000 บาท ปี 2563 จำนวน 6,023,400 บาท ปี 2565 จำนวน 4,613,200 บาท และปี 2564 จำนวน 4,457,600 บาท ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอาจเป็นเพราะว่ากระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบาย Patient and Personnel Safety (2-P Safety) โดยได้ขยายความครอบคลุมความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข และให้มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2559) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความตระหนักและความสำคัญในความเสี่ยงที่ป้องกันได้ โดยให้ทุกคนร่วมกันทำความเข้าใจและเลือกเป้าหมายความปลอดภัยให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาลมาวางแนวทางปฏิบัติ เพื่อการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอันเป็นประโยชน์สูงสุดกับระบบบริการสาธารณสุขของไทยสำหรับทุกคน ผลการพิจารณาเงินจ่ายช่วยเหลือเบื้องต้น ส่วนใหญ่จ่ายเงินจำนวนมาก (>300,000 บาท) แตกต่างจากการศึกษาของธิดารัตน์ ขาวเงินยวง (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพิจารณาการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พบว่า ส่วนใหญ่จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจำนวนน้อย (<50,000 บาท)

ประเภทของหน่วยบริการที่ผู้เสียหายเข้ารับบริการมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชน และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยใน สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ ขาวเงินยวง (2558) อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน หากเจ็บป่วยก็จะไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านก่อน ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนควรมีศักยภาพที่มากขึ้นในการรักษาพยาบาลและการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความผิดพลาดหรือการฟ้องร้องจากปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการรับบริการ แตกต่างจากการศึกษาของประกิจ โพธิอาศน์ (2560) ที่พบว่า ประเภทของหน่วยบริการที่ผู้เสียหายเข้ารับบริการมากที่สุดคือ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายเข้าเกณฑ์การพิจารณาจ่ายเงิน โดยแยกเป็นกลุ่มโรคที่ยื่นคำร้องมากที่สุด ได้แก่ สูตินรีเวชกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของบุญศักดิ์ หาญเทิดสิทธิ์ (2554), ธิดารัตน์ ขาวเงินยวง (2558), ประกิจ โพธิอาศน์ (2560), รัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์ (2562) แตกต่างจากการศึกษาของเสน่ห์ ไชยโพธิ์ศาล (2561), พิชยา ศรเลิศล้ำวาณิช และสุธรรม ปิ่นเจริญ (2555) ที่ผู้เสียหายหรือญาติส่วนใหญ่จะยื่นคำร้องเกี่ยวกับกลุ่มโรคอายุรกรรม การศึกษาของจารุณี พจน์สุจริต (2560) ที่ พบว่า สาขาที่ยื่นคำร้องมากที่สุดคือ กุมารเวชกรรม และสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความเสียหายมากที่สุดคือ เป็นความเสียหายที่เกิดจากเหตุสุดวิสัย สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ ขาวเงินยวง (2558) แตกต่างจากการศึกษาของประกิจ โพธิอาศน์ (2560) ที่พบว่า เหตุที่ร้องเรียนเกิดจากการวินิจฉัยโรคล่าช้าและเกิดจากการรักษาโดยตรง

รูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณี

ผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อระดมแนวความคิดในการแก้ไขปัญหาและหารูปแบบในการดำเนินงานร่วมกัน การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเกี่ยวกับการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น การสนทนากลุ่มย่อยเพื่อร่วมกันวางแผนในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาถอดบทเรียนวิเคราะห์บริบทพื้นที่ ปัญหาการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น การติดตามเยี่ยมผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่บ้าน การสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการที่ได้รับความสียหายหรือผู้ยื่นคำร้อง ดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข การศึกษาความรู้ การรับรู้ และการดำเนินงานเกี่ยวกับการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้องจากสถานพยาบาลของรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ จากการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 การจัดทำรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งแนวคิดในการจัดทำเน้นกระบวนการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมในการจัดทำและแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้เกิดโอกาสความเป็นไปได้สูงที่จะแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้เนื่องจากทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วม และในการจัดทำรูปแบบมีการทบทวนเอกสาร ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลและใช้ในการอ้างอิงอีกด้วยจนได้รูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการสาธารณสุขได้รับความเสียหายจากการรับบริการ (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนสิทธิ์ ทิพย์วงศ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย และธนเสฏฐ์ กุลจิรมากันต์ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขว่า ควรเป็นกลไกการชดเชยที่ดำเนินการโดยฝ่ายบริหารที่ไม่มีการพิสูจน์ถูกผิด เกณฑ์การจ่ายควรจ่ายเงินครอบคลุมความเสียหายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนและจากความผิดพลาดของระบบบริการและจ่ายตามประเภทความเสียหายตามอัตราที่เหมาะสม ส่วนกระบวนการพิจารณาขั้นตอนและวิธีการ ควรให้มีการเสนอคำร้องเป็นหนังสือต่อหน่วยงานในระดับจังหวัดทุกจังหวัด และในระดับอำเภอ คำร้องต้องได้รับการพิจารณาโดยเร็ว สอดคล้องกับระบบการจ่ายค่าชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดของประเทศสวีเดนที่สามารถดำเนินการจ่ายเงินชดเชยที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Swedish Institute, 2009) และประเทศฝรั่งเศสที่เปิดโอกาสให้แพทย์และผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ได้รับความเสียหายจากอุบัติเหตุด้านการแพทย์ มีโอกาสพูดคุยปรับความเข้าใจอธิบายเหตุผลซึ่งกันและกันหลังจากเกิดความเสียหายขึ้น (พสธร คงเถลิงศิริวัฒนา, 2560)สามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และคนไข้ส่งผลให้ลดการฟ้องร้องคดีต่อศาลได้เป็นอย่างดี ซึ่งแตกต่างจากระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขของประเทศนิวซีแลนด์ที่ไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องจ่ายค่าชดเชยแก่ผู้เสียหาย (ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, 2558)

การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น พบว่า ความรู้ การรับรู้ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม หลังอบรมมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดระบบการจัดการความขัดแย้งในระบบการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยบริการในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผลการฝึกอบรมความรู้การจัดการความขัดแย้ง คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

หลังการพัฒนาระบบการจัดการความขัดแย้ง มีการจัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและมีการประเมินศูนย์รับเรื่องร้องเรียน โดยความขัดแย้งยุติลงบนพื้นฐานการสร้างความไว้วางใจ ค้นหาจุดยืน จุดสนใจ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ให้และผู้รับบริการมองปัญหาร่วมกัน หาทางออกร่วมกัน ไม่เกิดการฟ้องร้อง ข้อเสนอคือ ทุกกรณีร้องเรียนควรใช้กระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยควบคู่กับระบบการบริหารความเสี่ยงของหน่วยบริการและพัฒนาการทำงานเชิงรุกกับชุมชนเพื่อสร้างสัมพันธภาพ (ประกิจ โพธิอาศน์, 2560)

สรุปผลการวิจัย (Conclusions)

สรุปได้ว่า รูปแบบการดำเนินงานการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) จังหวัดศรีสะเกษ เป็นรูปแบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่มุ่งลงโทษตัวบุคคลและไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการให้บริการสาธารณสุข ช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขให้ได้รับการชดเชยความเสียหายอย่างรวดเร็วและทันท่วงที โดยมีวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขกับผู้รับบริการสาธารณสุขเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน และยังเป็นการเอื้อประโยชน์ให้ทั้งประชาชนผู้ที่ได้รับความเสียหายให้ได้รับการช่วยเหลือเยียวยาด้วยเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เอื้อประโยชน์ต่อผู้ให้บริการทางสาธารณสุข อีกทั้งยังเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมในการจัดทำและแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้เกิดโอกาสความเป็นไปได้สูงที่จะแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. จากการศึกษาพบว่า สื่อต่าง ๆ ในการสร้างเสริมความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข แก่ประชาชนในพื้นที่ยังมีน้อยและไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควรจัดหาสื่อในการสร้างเสริมความรู้ การรับรู้ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่สามารถดำเนินการหากเกิดความเสียหายขึ้นได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมต่อไป

2. ควรมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับการยื่นคำร้องเพื่อพิจารณาและวินิจฉัยเพื่อจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 41) แก่ผู้รับผิดชอบงานและผู้รับบริการ เพื่อเป็นการให้ความรู้และความตระหนักทำให้เกิดการดำนินการช่วยเหลือและเยียวเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะอนุกรรมการพิจารณาวินิจฉัยคำร้องการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองสิทธิประจำโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกท่าน น้อง ๆ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้ยื่นคำร้องและญาติผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

Boonsak Hanterdsith. (2011). Preliminary financial assistance under section 41 and civil litigation. *Journal of Health Systems Research*, *5*(2), 205-215.

Boonsak Hanterdsith. (2012). 7th anniversary of the consideration of preliminary solatium payment under section 41 in Lamphun Province: present and future trends. *Journal of Health Science, 20*(6). 971-981.

Chardsumon Prutipinyo. (2015). No-fault liability compensation system. *Public Health & Health Laws Journal, 1*(1), 60-75.

Healthcare Accreditation Institute, the (Public Organization) . (2017) . Patient and Personnel Safety (2P Safety) (1st ed.). Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute.

Jarunee Pojsutjarit. (2017). The effectiveness of first aid solatium payment regarding section 41: Lamphun Province. *Lanna Public Health Journal, 13*(2), 86-92.

National Health Security Office, Thailand. (2012). Guidelines for the operation of preliminary solatium payment: Service recipient case & Service provider case **(**4th ed.). Bangkok: National Health Security Office.

Prakit Potiart. (2017). The study of conflict management in medical and public health service system of service delivery units in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. *Journal of humanities and social sciences. 5*(1), 95-118.

Pattapong Kessomboon, Nusaraporn Kessomboon†, Supasit Pannarunothai and Amorn Premgamone. (2010). Decision-making on Patient Compensation Related to Adverse Events. *Journal of Health System Research. 4*(1), 82-88.

Photsathon Khongthalerngsiriwatthana. (2017). Compensation from a medical accident in France. *Legislative institutional repository of Thailand.* 65(7), 90-112.

Pitchaya Sornlertlumvanich, Sutham Pinjareon. (2012). Complaint management at Songklanagarind Hospital. *Songkla Med J, 30*(5), 277-285.

Rattanasit Thipwong, Suphasit Phanarunothai and Thanaseth Kuljiramanakan. (2019). The Compensation Mechanism of Adverse Event in Thai Healthcare. *Public Health & Health Laws Journal*, *5*(2), 221-235.

Sawaeng Boonchalermvipas. (2015). Draft law for patient's protection due to damages from public health service provider: analysis on advantages and disadvantages. *Public Health & Health Laws Journal, 1*(1), 49-59.

Sanae Chaiphosan. (2018). Developing of Conflict Management System for the Health Care Services under Act Section 41 in the Government Hospital, Nongbua Lamphu. *Nursing, Health, and Education Journal*, *1*(2), 10-17.

Sisaket Provincial Public Health Office. (2022). An annual performance report in 2021.

Swedish Institute. (2009). Health Care in Sweden. Retrieved from Si.Svenska institutet: http://www.si.se

Thidarat Khaongoenyuang. (2015). Associating Factors with Basic Compensation for Injuries from Health Services. *Public Health & Health Laws Journal*, *1*(3), 196-207.

Appropriate measures to reduce secondhand smoke of establishments within an industrial estate

Jiranon Putta[1*], Jantana Manee-in[1]

1 School of General Education, Kasem Bundit University

**Corresponding author, email: jiranon.put@kbu.ac.th*

Original article

Received: 23 Jan 2023
Revised: 21 Feb 2023
Accepted: 10 March 2023

Abstract

The objective of this study was to study the situation of the secondhand smoke reduction implementation and recommended measures to reduce secondhand smoke in establishments within two industrial estates in Bangkok and its vicinity. This was a qualitative research study in which the primary data were collected from interviews with 39 key informants, from general observations, and secondary data collected from legal, rules and regulations, and related academic documents. The result found that workplaces Implemented the following legal, rules and regulations related to smoking control and the protection of non-smokers' health, but some limitations cause the operation to be inefficient, such as the attitude and behavior of the employees, location restrictions, and the type of the industrial establishment, etc. For appropriate measures to reduce secondhand smoke and smoking among employees, cooperation from all sectors must be achieved. Especially, the establishment of clear and rigorous management policies, as well as organizing of appropriate health promotion activities that meet the needs of employees. In this regard, we should indicate clearly non-smoking areas or appropriate smoking areas, enforcing tobacco control law strictly and continuously, and increasing incentives for the workplaces to implement. This can increase successful implementation of secondhand smoke reduction and achieving a health promoting workplaces for employees.

Keywords: Secondhand Smoke, measures, workplaces, industrial estate

มาตรการที่เหมาะสมต่อการลดควันบุหรี่มือสองของสถานประกอบการภายในนิคมอุตสาหกรรม

จิรนนท์ พุทธา[1*] จันทนา มณีอินทร์[1]

1 สำนักวิชาศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: jiranon.put@kbu.ac.th*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 23 มค. 2566
วันแก้ไข 21 กพ. 2566
วันตอบรับ 10 มีค. 2566

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการลดควันบุหรี่มือสองและเสนอแนะมาตรการที่เหมาะสมต่อการลดควันบุหรี่มือสองของสถานประกอบการภายในนิคมอุตสาหกรรม 2 แห่ง ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวน 39 คน และการสังเกตการณ์ และข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษากฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาพบว่า สถานประกอบการมีการดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ แต่มีข้อจำกัดบางประการที่ส่งผลให้การดำเนินการยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เช่น ทัศนคติและพฤติกรรมของพนักงาน ข้อจำกัดด้านสถานที่ และประเภทการประกอบกิจการของสถานประกอบการ เป็นต้น สำหรับมาตรการที่เหมาะสมต่อการลดควันบุหรี่มือสองและการลดการสูบบุหรี่ของพนักงานต้องเกิดจากความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการกำหนดโยบายของผู้บริหารสถานประกอบการที่ชัดเจนและเข้มงวด รวมทั้งการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของพนักงาน ทั้งนี้ ควรมีการกำหนดลักษณะของเขตปลอดบุหรี่หรือสถานที่สูบบุหรี่ที่เหมาะสม การบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง และการเพิ่มแรงจูงใจหรือสิ่งกระตุ้นให้กับสถานประกอบการดำเนินการ ซึ่งสามารถช่วยให้การดำเนินการลดควันบุหรี่มือสองประสบความสำเร็จและสร้างสุขภาพที่ดีให้กับพนักงานในสถานประกอบการได้

คำสำคัญ: ควันบุหรี่มือสอง มาตรการ สถานประกอบการ นิคมอุตสาหกรรม

บทนำ (Introduction)

ปัญหาการสูบบุหรี่ในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพที่หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขให้ความสนใจเป็นอย่างมาก บุหรี่ คือ สิ่งเสพติดประเภทหนึ่งที่ได้รับความนิยมจากประชาชน ในบุหรี่ประกอบไปด้วยสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูบบุหรี่โดยตรงและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่หรือที่เรียกว่า “ควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke)” หรืออาจเรียกว่า “ควันบุหรี่ในสภาพแวดล้อม” ซึ่งประกอบด้วย ควันจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดไฟที่ลอยอยู่ในอากาศขณะที่ไม่มีการดูดบุหรี่และควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปและหายใจออกมา ซึ่งในควันบุหรี่มือสองมีสารพิษอย่างน้อย 250 ชนิด และเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ (Carcinogenic to humans) และผู้ที่สูดดมควันบุหรี่มือสองจะได้รับสารก่อมะเร็งเช่นเดียวกันกับผู้ที่สูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า ควันบุหรี่มือสองสามารถเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้แม้มีปริมาณเพียงเล็กน้อย การแยกเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ในอาคารเดียวกัน และการใช้เครื่องฟอกอากาศในอาคารไม่สามารถป้องกันผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่มือสองได้ วิธีเดียวที่หลีกเลี่ยงได้ คือ สถานที่ปลอดบุหรี่ 100% (Vathesatogkit, 2010) จากสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนในประเทศไทยปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีการสูบบุหรี่ภายในตัวบ้านร้อยละ 39.5 โดยมีการสูบบุหรี่ภายในตัวบ้านทุกวันร้อยละ 27.8 และมีการสูบบุหรี่ในบ้านสัปดาห์ละครั้งร้อยละ 7.1 (National Statistical Office, 2014) จะเห็นได้ว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นและเป็นปัจจัยทางสุขภาพ (Heath Risk) ที่สำคัญสำหรับประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้สูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ที่สูบบุหรี่ยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่คำนึงถึงสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่น จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น พบว่า กลุ่มคนวัยทำงานเป็นกลุ่มคนที่มีการสูบบุหรี่มากที่สุด และสถานประกอบการเป็นสถานที่ทำงานซึ่งประกอบไปด้วย กลุ่มคนวัยต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มคนวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) ที่มาประกอบอาชีพในสถานประกอบการอุตสาหกรรม โดยเฉพาะภายในนิคมอุตสาหกรรมซึ่งเป็นเขตพื้นที่ที่จัดสรรไว้สำหรับโรงงานอุตสาหกรรมเข้าไปอยู่ร่วมกันอย่างเป็นสัดส่วน โดยในปี พ.ศ. 2565 นิคมอุตสาหกรรมของประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 55 นิคม กระจายอยู่ในพื้นที่ 16 จังหวัด (Industrial Estate Authority of Thailand, 2022)

นิคมอุตสาหกรรมจึงเป็นแหล่งรวมของกลุ่มคนวัยทำงานที่มีการสูบบุหรี่เป็นจำนวนมากและอาจเป็นผู้ก่อให้เกิดปัญหาควันบุหรี่มือสองภายในสถานประกอบการ ทั้งนี้ สถานประกอบการอุตสาหกรรมต่าง ๆ อาจมีการรับรู้ถึงโทษและพิษจากควันบุหรี่มือสองและ/หรืออาจมีการจัดสถานที่สูบบุหรี่ให้กับพนักงานที่สูบบุหรี่ รวมถึงมาตรการที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของพนักงาน แต่ในบางสถานประกอบการอาจไม่ได้ให้ความสนใจในประเด็นการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งทำให้ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมากขึ้น กอปรกับสภาวะแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบการอาจเป็นปัจจัยช่วยเสริมความรุนแรงต่อผลกระทบทางสุขภาพของพนักงาน เช่น ฝุ่นละออง หรือละอองสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิตซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและเร่งให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและรวดเร็วขึ้น นอกจากนี้ ตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control) ที่จัดทำขึ้นเพื่อคุ้มครองประชากรโลกให้ปลอดภัยจากผลร้ายของการบริโภคยาสูบและการสูดดมควันยาสูบ โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินการ 11 หมวด 38 ข้อ โดยเฉพาะหมวด 3 ด้านมาตรการเกี่ยวกับการลดอุปสงค์ของยาสูบที่กำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อ

ลดความต้องการบริโภคยาสูบของประชากร เช่น มาตรการด้านภาษีและราคา และการปกป้องบุคคลจากการสูดดมควันยาสูบในสถานที่ทำงานสถานที่สาธารณะซึ่งอยู่ในบริเวณตัวอาคาร ในระบบขนส่งมวลชนและในสถานที่สาธารณะอื่น ๆ ดังนั้น มาตรการลดควันบุหรี่มือสองของสถานประกอบการจึงเป็นสิ่งสำคัญในการคุ้มครองและป้องกันสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ให้ลดน้อยลง เป็นการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้ห่างไกลจากควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการและสามารถปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในสถานประกอบการให้เกิดความตระหนักและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

การวิจัยนี้ จึงมีความสำคัญในแง่มุมของการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และสามารถกำหนดมาตรการที่เหมาะสมต่อการลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการที่มีประสิทธิภาพและนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถนำไปประยุกต์ในสถานประกอบการประเภทอื่น ๆ เพื่อควบคุมและลดควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งเป็นการสร้างเสริมสุขภาวะให้กับพนักงานในสถานประกอบการสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกในด้านการคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่ (Pitchayakulmongkol, 2011) ซึ่งเป็นการประเมินและวิเคราะห์มาตรการลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการที่จะนำไปสู่การกำหนดมาตรการที่เหมาะสมต่อการลดปริมาณควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่ในอากาศของสถานประกอบการที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนปัจจัยหรือสิ่งเร้าเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการ ซึ่งจะส่งผลดีต่อพนักงานและสถานประกอบการในด้านเศรษฐกิจด้านทรัพยากรมนุษย์ (Human resource) ที่เกิดจากการที่พนักงานและลูกจ้างมีสุขภาพดีส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการลดควันบุหรี่มือสองของสถานประกอบการ

2. เพื่อเสนอแนะมาตรการที่เหมาะสมต่อการลดควันบุหรี่มือสองของสถานประกอบการ

วิธีการศึกษา (Methods)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาของการศึกษานี้ คือ นิคมอุตสาหกรรม จำนวน 2 แห่ง ในเขตพื้นที่ภาคกลางและปริมณฑล ซึ่งใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) โดยในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนสถานประกอบการในนิคมอุตสาหกรรมทั้ง 2 แห่ง รวมทั้งหมด 282 แห่ง โดยสถานประกอบการดำเนินกิจการประเภทผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่ม การผลิตเครื่องจักรและอุปกรณ์ไฟฟ้า การผลิตเคมีภัณฑ์และผลิตภัณฑ์เคมี และกิจการอื่น ๆ เช่น คลังสินค้า เครื่องประดับ ผลิตชิ้นส่วนอุปกรณ์และอะไหล่

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ของการศึกษานี้ คือ ผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐและรัฐวิสาหกิจที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารและพนักงานของสถานประกอบการในนิคมอุตสาหกรรมทั้ง 2 แห่ง รวมจำนวนทั้งสิ้น 39 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) จากหน่วยงานภาครัฐและรัฐวิสาหกิจที่เกี่ยวข้องกับสถานประกอบการ และวิธีการคัดเลือกแบบโควตา (Quota sampling) ซึ่งพิจารณาจากประเภทของสถานประกอบการในแต่ละนิคมอุตสาหกรรมให้ครบตามจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักที่กำหนดไว้ตามโควตาโดยรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ของการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	จำนวน (คน)
ผู้แทนจากกรมคุ้มครองสวัสดิการแรงงาน กระทรวงแรงงาน	1
ผู้แทนจากสำนักงานนิคมอุตสาหกรรมแห่งที่ 1	1
ผู้แทนจากสำนักงานนิคมอุตสาหกรรมแห่งที่ 2	1
ผู้บริหารจากสถานประกอบการในนิคมอุตสาหกรรมแห่งที่ 1	6
ผู้บริหารจากสถานประกอบการในนิคมอุตสาหกรรมแห่งที่ 2	6
พนักงานจากสถานประกอบการในนิคมอุตสาหกรรมแห่งที่ 1	12
พนักงานจากสถานประกอบการในนิคมอุตสาหกรรมแห่งที่ 2	12
รวม	**39**

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ใช้วิธีการสัมภาษณ์ (Interview) และการสังเกตการณ์ (Observation) จากผู้ให้ข้อมูลหลักและสังเกตสภาพแวดล้อมและบริเวณทั่วไปของสถานประกอบการ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

3.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เก็บรวบรวมจากเอกสารต่าง ๆ ได้แก่ เอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโทษและภัยจากบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและมาตรการเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตการณ์ รายละเอียด ดังนี้

4.1 แบบสัมภาษณ์ (Interview form) ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารหน่วยงานภาครัฐและรัฐวิสาหกิจที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้บริหารของสถานประกอบการ และแบบสัมภาษณ์สำหรับพนักงานของสถานประกอบการ โดยมีประเด็นคำถาม เช่น บทบาทการลดควันบุหรี่มือสอง การกำหนดนโยบายของสถานประกอบการ มาตรการเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับโทษและภัยของควันบุหรี่มือสอง เป็นต้น

4.2 แบบสังเกตการณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured observation form) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นหรือหัวข้อสำหรับสังเกตไว้ล่วงหน้า โดยประเด็นในการสังเกต ประกอบด้วย การจัดตั้งเขตสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ และการจัดสถานที่และบริเวณเขตสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ เป็นต้น

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งสรุปผลการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลหลักในเชิงพรรณนาข้อมูล โดยประยุกต์ใช้กรอบการประเมินแบบ CIPP (Context,

Input, Process, Product) มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) สภาพแวดล้อม (Context) ประกอบด้วย ประเด็นด้านนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ 2) ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ประกอบด้วย ประเด็นด้านนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการของผู้บริหาร การจัดกิจกรรมลดควันบุหรี่มือสอง สื่อที่ใช้ในการลดควันบุหรี่มือสอง และความพร้อมของสถานประกอบการในการปฏิบัติตามมาตรการ 3) กระบวนการดำเนินการ (Process) ประกอบด้วย ประเด็นด้านลักษณะการนำมาตรการลดควันบุหรี่มือสองมาใช้ในสถานประกอบการ การประชาสัมพันธ์มาตรการและกิจกรรมลดควันบุหรี่มือสอง การจัดสถานที่สูบบุหรี่ และการทบทวนมาตรการลดควันบุหรี่มือสอง และ 4) ผลผลิต (Product) ประกอบด้วย ประเด็นด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและภัยจากการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงาน และการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และมาตรการลดควันบุหรี่มือสองของพนักงาน

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสังเกตการณ์ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) โดยการพรรณนาข้อมูลที่ค้นพบจากการสังเกตตามประเด็นต่าง ๆ ที่มีการกำหนดไว้

6. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยโดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย รหัสโครงการ SN2560/17 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

ผลการศึกษา (Results)

1. สถานการณ์และมาตรการการลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการ

1.1 ประเด็นสภาพแวดล้อม (Context)

สถานประกอบการและสำนักงานการนิคมอุตสาหกรรมมีการกำหนดกฎระเบียบและข้อบังคับในการลดควันบุหรี่มือสองตามกฎหมายและนโยบายของภาครัฐ โดยการกำหนดสถานที่สำหรับผู้สูบบุหรี่ให้อยู่ภายนอกอาคาร และมีป้ายบอกให้ทราบว่าเป็นพื้นที่สูบบุหรี่อย่างชัดเจน เพื่อเป็นการคุ้มครองสุขภาพแก่ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สำหรับหน่วยงานภาครัฐและรัฐวิสาหกิจที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ ได้แก่ หน่วยงานของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน และสำนักงานนิคมอุตสาหกรรม มีบทบาทเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดกิจกรรมและการดำเนินงานต่าง ๆ เช่น การรณรงค์ส่งเสริมให้สถานประกอบการดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ และมีโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ รวมทั้งการเป็นหน่วยฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานทุกระดับ ให้รับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการ หรือเทคนิควิธีในการลดการสูบบุหรี่และลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการ ซึ่งสถานประกอบการส่วนใหญ่ทราบถึงกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับเกี่ยวกับการลดการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการและการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่

1.2 ประเด็นปัจจัยนำเข้า (Input)

สถานประกอบการส่วนใหญ่อนุญาตให้พนักงานสูบบุหรี่ได้ในเฉพาะบริเวณที่จัดไว้ เช่น บริเวณหน้าป้อมยาม หรือบริเวณเขตสูบบุหรี่ที่จัดไว้ให้เท่านั้น และสถานประกอบการบางแห่งไม่อนุญาตให้พนักงานสูบบุหรี่ในโรงงาน แต่พนักงานสามารถไปสูบบุหรี่ด้านนอกโรงงานได้ โดยกำหนดกฎระเบียบ ตัวอย่างเช่น สถานประกอบการแห่งหนึ่งได้กำหนดช่วงเวลาการสูบบุหรี่และก่อนจะออกไปสูบบุหรี่ต้องทำการแลกบัตรสูบบุหรี่ และแสกนนิ้วเข้า-ออก และอนุญาตให้ออกไปสูบได้เพียง 2 คนต่อ 1 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 5 นาที หากเกินเวลาที่กำหนดจะดำเนินการตามบทกำหนดโทษตาม

ระเบียบปฏิบัติของพนักงาน และสถานประกอบการบางแห่งมีระบบการจัดการด้านความปลอดภัยจึงต้องระมัดระวังและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติของพนักงานในเรื่องความปลอดภัย โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ต้องสูบในพื้นที่ที่จัดไว้ให้เท่านั้น หากฝ่าฝืนจะลงโทษสูงสุดตามระเบียบของสถานประกอบการ นอกจากนี้การดำเนินการส่วนใหญ่เน้นในเรื่องการลดการสูบบุหรี่มากกว่าการลดควันบุหรี่มือสอง ซึ่งเป็นเป้าหมายรองของสถานประกอบการ โดยจะเน้นให้พนักงานลดการสูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ ซึ่งสถานประกอบการบางแห่งมีความพร้อมและสามารถจัดพื้นที่สูบบุหรี่ภายนอกอาคารสำหรับพนักงานที่ต้องการสูบบุหรี่ได้

1.3 ประเด็นกระบวนการดำเนินงาน (Process)

ในการดำเนินการลดควันบุหรี่มือสองของสถานประกอบการ พบว่า ส่วนใหญ่มีเพียงการจัดทำบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับการลดควันบุหรี่มือสอง และมีการจัดกิจกรรมเป็นครั้งคราวและไม่ต่อเนื่องหรือมีการประกาศผ่านเสียงตามสาย สถานประกอบการบางแห่งมีการจัดคลินิกให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ และมีมาตรการลงโทษสำหรับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนดไว้ ส่วนสถานที่ที่จัดไว้สำหรับสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่โล่งหรือมีการจัดวางเก้าอี้สำหรับนั่งสูบบุหรี่เท่านั้น แต่มีบางแห่งจัดสถานที่สูบบุหรี่เป็นห้องกระจกและมีที่ดูดควัน อย่างไรก็ตาม ภายในพื้นที่สูบบุหรี่ไม่มีการติดป้ายรณรงค์ให้ความรู้หรือส่งเสริมให้พนักงานลดการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ การจัดสถานที่สำหรับสูบบุหรี่ภายนอกอาคารเป็นพื้นที่โล่งและมีพื้นที่จำกัด อาจมีบางช่วงระยะเวลาที่ไม่สามารถควบคุมทิศทางลมส่งผลให้ควันบุหรี่ในบริเวณพื้นที่กระจายออกไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้

1.4 ประเด็นผลผลิต (Products)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและภัยจากการสูบบุหรี่ พบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการได้รับควันบุหรี่มือสองส่งผลเสียต่อสุขภาพ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูบบุหรี่ แต่สำหรับผลเสียที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจากสารพิษในควันบุหรี่ยังไม่ทราบมากนัก อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานยังคงมีการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการที่ไม่แน่นอน เช่น พนักงานบางรายมีการสูบบุหรี่ในที่ทำงานมากกว่าที่พักอาศัย หรือบางรายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ไม่แตกต่างกันระหว่างที่ทำงานและที่พักอาศัย อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าสถานประกอบการจะมีมาตรการในการลดการสูบบุหรี่หรือจัดพื้นที่สูบบุหรี่ และมีการบังคับใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังมีพนักงานบางรายลักลอบสูบบุหรี่นอกสถานที่ที่จัดไว้ เช่น ห้องน้ำ ซึ่งสถานประกอบการจะกำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขต่อไป

2. มาตรการที่เหมาะสมต่อการลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการ

มาตรการที่เหมาะสมต่อการดำเนินการด้านการลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการของการศึกษานี้ สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.1 มาตรการปรับปรุงการดำเนินการระยะเร่งด่วน โดยดำเนินการเกี่ยวกับการสร้างความเข้าใจโทษและพิษภัยของควันบุหรี่มือสอง การดำเนินการในเขตสูบบุหรี่ และการจัดกิจกรรมด้านการลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการ ประกอบด้วย

2.1.1 การพัฒนาและส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ให้กับบุคลากร เช่น การประสานข้อมูลหรือขอสนับสนุนองค์ความรู้จากหน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และสถาบันการศึกษา เป็นต้น

2.1.2 สถานที่สูบบุหรี่ที่ปลอดภัยและไม่ส่งผลกระทบ เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยเป็นการแยกผู้สูบบุหรี่ออกจากผู้ไม่สูบบุหรี่ ลดผลกระทบต่อการสูดดมควันที่มี

สารพิษจากควันบุหรี่มือสอง เช่น การประกาศบริเวณหรือสถานที่ในสถานประกอบการบริเวณใดบริเวณหนึ่งหรือพื้นที่ทั้งหมดของสถานประกอบการเป็นเขตปลอดบุหรี่อย่างชัดเจน และมีการประชาสัมพันธ์ชี้แจงต่อบุคลากรให้รับทราบอย่างทั่วถึง

2.1.3 การจัดกิจกรรมการลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการ เพื่อลดควันบุหรี่มือสองที่ได้รับมาจากการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ เช่น การคัดกรองหรือสอบถามพนักงานตั้งแต่รับเข้าทำงาน และเก็บบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการสื่อสารสาธารณะที่ชัดเจน ครบถ้วน และสามารถกระจายข้อมูลข่าวสารได้อย่างทั่วถึง

2.2 มาตรการดำเนินการระยะปกติ เป็นมาตรการที่สถานประกอบการใช้เป็นกรอบการดำเนินการลดควันบุหรี่มือสองตามปกติ ซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและเกิดทัศนคติที่ดีต่อการลดการสูบบุหรี่ที่ปราศจากการบังคับหรือใช้มาตรการที่เข้มงวด ประกอบด้วย

2.2.1 การบริหารจัดการของสถานประกอบการเพื่อให้เกิดการมีสุขภาวะ (Well-being) เน้นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) โดยมุ่งสู่การมีสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่แข็งแรง สมบูรณ์สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข และไม่ส่งผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพของพนักงาน เช่น การปฏิบัติตามหลักความสุข 8 ประการในที่ทำงาน (Happy Workplace) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการและการกำหนดบทลงโทษสำหรับพนักงานที่ฝ่าฝืนการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่โดยเฉพาะ

2.2.2 มาตรการ “มุมเพื่อนคู่คิด มิตรพนักงาน” เป็นการดำเนินการเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการลด ละ เลิก สูบบุหรี่ หรืออบายมุขต่าง ๆ เช่น สุรา หรือสารเสพติด รวมทั้งเป็นจุดให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต และการลดความเครียดจากการทำงาน

2.3 มาตรการพัฒนาการดำเนินการระยะยาว เป็นมาตรการที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างทัศนคติและความตระหนัก ให้กับพนักงานในสถานประกอบการประกอบด้วย

2.3.1 การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพที่ชัดเจนของผู้บริหารของสถานประกอบการ เพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่นของผู้บริหารในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพภายในสถานประกอบการ

2.3.2 การสร้างความตระหนัก และทัศนคติที่ดีในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของบุคคลที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ แรงกระตุ้นทางสังคม การรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การทดแทนด้วยสิ่งอื่น การแต่งตั้งคณะทำงานและเครือข่ายการดำเนินงานจากพนักงาน การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ และการทำสัตยาบันหรือกล่าวคำปฏิญาณตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในช่วงสัปดาห์วันงดสูบบุหรี่โลก 31 พฤษภาคม ของทุกปี เป็นต้น

2.3.3 การติดตาม และประเมินผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ โดยสามารถนำผลการดำเนินการที่ผ่านมามาวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยต่าง ๆ สำหรับนำมาแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา หรือปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อภิปรายผลการศึกษา

สถานประกอบการภายในนิคมอุตสาหกรรมทั้งสองแห่งมีการจัดสถานที่สูบบุหรี่หรือเขตสูบบุหรี่ แต่ไม่

มีการแสดงเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ถึงการเป็นเขตสูบบุหรี่ สถานที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีการระบายอากาศให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี และสถานประกอบการบางแห่งมีการจัดสถานที่สูบบุหรี่ไว้บริเวณทางเข้า-ออกของสถานประกอบการ สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน แต่ไม่มีการจัดแสดงสื่อรณรงค์ในการลด ละ เลิกการบริโภคบุหรี่ ทั้งนี้ การดำเนินการของสถานประกอบการดังกล่าวมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การมีพื้นที่จำกัด จำนวนผู้สูบบุหรี่ในสถานประกอบการที่มีจำนวนน้อย และความจำเป็นสำหรับการจัดทำสถานที่สูบบุหรี่ บางแห่งมีข้อกำหนดให้เป็นสถานประกอบการปลอดบุหรี่ไม่ให้พนักงานสูบบุหรี่ในบริเวณสถานประกอบการ เนื่องจากการสูบบุหรี่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงและสร้างความเสียหายต่อการเกิดอัคคีภัย ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายและข้อกำหนดด้านความปลอดภัยของสถานประกอบการ รวมทั้งประเภทของกิจการที่ไม่เหมาะแก่การสูบบุหรี่ เช่น สถานประกอบการประเภทสารเคมีไวไฟ หรือสถานประกอบการที่ผลิตวัสดุที่ไวต่อการเกิดเพลิงไหม้ เช่น กระดาษ พลาสติก ดังนั้น สถานประกอบการที่มีนโยบายด้านความปลอดภัยจึงเป็นข้อดีและส่งผลให้การควบคุมการสูบบุหรี่ การลดควันบุหรี่มือสอง และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่มีประสิทธิภาพ

สำหรับการดำเนินการในสถานที่สูบบุหรี่หรือเขตสูบบุหรี่ของสถานประกอบการส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 กล่าวคือ มีเพียงการจัดสถานที่ไว้ให้สูบบุหรี่ มีเก้าอี้ และที่เขี่ยบุหรี่ให้เท่านั้น บางแห่งเป็นพื้นที่เปิดโล่ง หรือใต้ร่มเงาต้นไม้ หรือมุมใดมุมหนึ่งภายในสถานประกอบการ โดยไม่ได้มีการควบคุมการระบายควันบุหรี่ไม่ให้เกิดการรบกวนและสร้างความรำคาญแก่ผู้อื่น อีกทั้งไม่มีการแสดงเครื่องหมายการเป็นเขตสูบบุหรี่ และไม่มีการจัดสื่อรณรงค์ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ไว้ในบริเวณดังกล่าวเช่นกัน ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านสถานที่ที่มีพื้นที่จำกัด และจำนวนผู้สูบบุหรี่ในสถานประกอบการนั้น ๆ ที่มีจำนวนน้อยหรือแทบจะไม่มีผู้สูบบุหรี่ สถานประกอบการจึงไม่มีความจำเป็นต้องจัดสถานที่สูบบุหรี่เพื่อให้พนักงานสูบบุหรี่ รวมถึงสถานประกอบการบางแห่งไม่ได้มีการประกาศหรือกำหนดเป็นสถานประกอบการปลอดบุหรี่ ส่งผลให้พนักงานที่สูบบุหรี่สามารถสูบบุหรี่ได้ตามพื้นที่ต่าง ๆ ภายในสถานประกอบการนั้นได้

นอกจากนี้ ผู้บริหารและพนักงานบางรายยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่นอกสถานที่ที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของควันบุหรี่มือสองส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมการสูบบุหรี่ภายในสถานประกอบการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khongtong (2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของประชาชนชายวัยทำงาน โดยพบว่า ผู้ที่รับรู้ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในระดับต่ำมีโอกาสสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่รับรู้ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในระดับสูง และผลการศึกษาของ Thongkanya & Preechawong (2014) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสอง

การกำหนดมาตรการที่เหมาะสมต่อการลดควันบุหรี่มือสองของสถานประกอบการสามารถช่วยลดความเสี่ยงและคุ้มครองสุขภาพของพนักงานที่ไม่สูบบุหรี่ และสามารถลดค่าใช้จ่ายที่สูญเสียไปในลักษณะของทรัพยากรมนุษย์ จึงต้องมีการกำหนดนโยบายอย่างชัดเจนจากผู้บริหารและควรมีกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับพนักงานทั้งการลดการสูบบุหรี่และส่งเสริมให้เกิดการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Upayokin (2014) ที่กล่าวว่า การควบคุมการสูบบุหรี่

นอกจากผู้สูบมีกำลังใจที่ดี มั่งคง และแน่วแน่ในการเลิกบุหรี่ การได้รับแรงจูงใจ กำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ และผลการศึกษาของ Rattanapan et al (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่กับความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานห้ามการสูบบุหรี่/ปลอดบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากที่สุด ดังนั้น สถานประกอบการที่มีการกำหนดนโนบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และมีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถช่วยให้พนักงานที่สูบบุหรี่หรือพนักงานที่มีความคิดต้องการเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ และเป็นการคุ้มครองและดูแลสุขภาพของพนักงานที่ไม่สูบบุหรี่ด้วย

สรุปผลการศึกษา

สถานประกอบการส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ แต่อาจมีข้อจำกัดและปัจจัยหลายประการ เช่น ทัศนคติและพฤติกรรมของพนักงาน ข้อจำกัดด้านสถานที่ และประเภทการประกอบกิจการของสถานประกอบการ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้การควบคุมการสูบบุหรี่ภายในสถานประกอบการยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร สำหรับมาตรการที่เหมาะสมต่อการลดควันบุหรี่มือสองและการลดการสูบบุหรี่ของพนักงานต้องเกิดจากความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการกำหนดโยบายของผู้บริหารสถานประกอบการที่ชัดเจนและเข้มงวด ซึ่งจะช่วยให้การลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการประสบความสำเร็จ รวมทั้งการจัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของพนักงานสามารถช่วยให้การดำเนินการลดควันบุหรี่มือสองในสถานประกอบการเกิดความยั่งยืนและสร้างสุขภาพที่ดีให้กับพนักงานได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรกำหนดลักษณะของเขตปลอดบุหรี่หรือสถานที่สูบบุหรี่แยกตามขนาดของสถานประกอบการ ซึ่งช่วยให้การกำหนดเขตสูบบุหรี่หรือสถานที่สูบบุหรี่ของสถานประกอบการมีมาตรฐานและมีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเกิดความยืดหยุ่นต่อการดำเนินการ

1.2 ควรกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังและต่อเนื่อง รวมถึงการตรวจสอบการดำเนินการต่าง ๆ ของสถานประกอบการ และกำหนดบทลงโทษที่เหมาะสม

1.3 ควรเพิ่มแรงจูงใจหรือสิ่งกระตุ้นให้กับสถานประกอบการดำเนินการตามมาตรการในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ หรือมาตรการในการลดควันบุหรี่มือสอง เช่น สิทธิประโยชน์ด้านภาษี เป็นต้น

1.4 ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของควันบุหรี่มือสองให้เข้าถึงสาธารณชนมากยิ่งขึ้น และการสื่อสารดังกล่าวต้องชัดเจน และเข้าใจง่าย และมีช่องทางการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกรวดเร็ว และทั่วถึง

1.5 ควรส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาในทุกระดับตั้งแต่โรงเรียน วิทยาลัย และมหาวิทยาลัยเพิ่มความตระหนักและให้ความสำคัญกับการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของนักเรียน นิสิต นักศึกษา

2. ข้อเสนอแนะสำหรับสถานประกอบการนำไปปฏิบัติ

2.1 ผู้บริหารของสถานประกอบการควรให้ความสำคัญกับสุขภาพของพนักงานตามมาตรา 6 แห่งพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 โดยกำหนดเป็น

นโยบายที่ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อแสดงถึงความมุ่งมั่น และความเอาใจใส่ของผู้บริหาร

2.2 ควรเพิ่มการจัดกิจกรรมในด้านการส่งเสริมให้เกิดการลด ละ เลิกบุหรี่ ที่เป็นผลดีโดยตรงต่อสุขภาพของพนักงานที่สูบบุหรี่และเป็นผลดีทางอ้อมต่อผู้ไม่สูบบุหรี่

2.3 ควรนำมาตรการที่เสนอแนะไปปฏิบัติในสถานประกอบการตามบริบทและความพร้อมของสถานประกอบการ โดยเลือกหรือจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือเลือกเฉพาะบางมาตรการที่สามารถนำไปปฏิบัติได้

2.4 ควรมีการติดตาม ประเมิน และทบทวนผลการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมให้เกิดการลด ละ เลิกบุหรี่ภายในสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประจำปีงบประมาณ 2560

เอกสารอ้างอิง (References)

Industrial Estate Authority of Thailand. (2022). *Roles and responsibilities of the organization*. [Internet]. (Cited December 20, 2022). Available from: http://www.ieat.go.th/about/roles-responsibilities.

Khongtong, P. (2015). Factors Related to Smoking in Working-Age Men. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health.* 38(2), 91-102.

National Statistical Office. (2014). *Executive Summary of the Smoking and Drinking Behavior Survey of the Population 2014*. [Internet]. (Cited May 26, 2017). Available from: https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/Forms/AllItems.aspx.

Pitchayakulmongkol, C. (2011). The WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC. [Internet]. (Cited September 14, 2016). Available from: http://www.ashthailand.or.th/content_attachment/attach/d560a16afca572463e8f4ed1e60de7e.pdf.

Prakit Vathesatogkit. (2010). *Secondhand Smoke: The Dangers of Cigarettes We Don't Smoke* (4th ed.) Bangkok: Ruks Pim Limited Partnership.

Rattanapan, C., Khiewyoo, J., Raiviboo, S. & Anuri, I. (2014). The Relationship Between Smoke-free Workplacesand Success in Smoking Cessation among Patientswith Chronic Disease in Mahasarakham Province. *Thai Journal of Public Health*, 44(3), 300-12.

Thongkanya, R. & Preechawong, S. (2014). Factors Predicting Second-hand Smoke Avoidance Behavior in Chronic Illness Patients, Bangkok Metropolis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 15(2), 331-338.

Upayokin, P. (2014). A Social Control Model for Smoking Cessation: Integrating Cooperation between Community network and the public health service system at the community level. *CONNEXION Journal of Humanities and Social Sciences.* 3(2), 46-68.

Mechanisms for Improving Operational Roles After the COVID-19 Crisis of Village Health Volunteers, Trang Province

Tawatchai Sunthonnon

Sirindhorn College of Public Health Trang,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author Email: tawatchai.sun006@hu.ac.th

Original article

Received: 8 March 2023

Revised: 3 April 2023

Accepted: 4 April 2023

Abstract

A study of village health volunteers' mechanism of operational role development after the COVID-19 crisis, Trang Province, with the following objectives. 1. To study the factors related to the performance according to the roles and duties of village health volunteers in Trang Province. 2. To study the mechanisms of role development after the COVID-19 crisis among village health volunteers, Trang Province. The study was conducted by combining both quantitative and qualitative research methods. It was divided into two phases according to the objectives. The population was mostly village health volunteers. In the area of Trang Province that met the specified criteria, 490 people were assigned to a sample group of 91 people and 15 important informants according to the specified qualifications. Tools used in the research, namely questionnaires and interview forms, had an index of consistency of the question between 0.66 and 1.0, and Cronbach alpha coefficients for knowledge, attitude, and role performance were 0.732, 0.920, and 0.918, respectively. Statistics used in data analysis are frequency, percentage, mean, and standard deviation. The hypothesis test for correlation was presented using the Pearson correlation. An analysis of key informants' interviews by research objectives. By using content analysis techniques based on a systematic development framework, namely input, process, and output factors.

The study's findings revealed that the volunteers' knowledge of their roles and responsibilities was lacking. There was no relationship with the performance of the roles and responsibilities of the volunteers. (r = 0.113, p-value = 0.284). with statistical significance (r = 0.397, p-value = 0.001) and mechanisms for developing operational roles after the COVID-19 crisis of village health volunteers, Trang Province Divided into 3 levels consisting of: 1. mechanisms of upstream development 2. Mechanisms of midstream development, and 3. Downstream development mechanisms taking into account the external environment and development feedback to be used as a framework for operational efficiency to produce the desired results. It is a tool to drive quality development. Be flexible according to the situation. Emphasis on stakeholder participation

Keywords: Mechanisms, Improving Operational Roles, After the COVID-19 Crisis, Village Health Volunteers

กลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด - 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

ธวัชชัย สุนทรนนท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: tawatchai.sun006@hu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 8 มีค.2566
วันแก้ไข 3 เมย. 2566
วันตอบรับ 4 เมย. 2566

บทคัดย่อ

การศึกษากลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง 2) ศึกษากลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง โดยมีรูปแบบการศึกษาด้วยการวิจัยแบบผสมผสานวิธี แบ่งออกเป็น 2 ระยะตามวัตถุประสงค์ ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่จังหวัดตรัง ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 490 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 91 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การวิเคราะห์คำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบการพัฒนาเชิงระบบ คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และปัจจัยส่งออก

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ($r = 0.113$, p-value = 0.284) ส่วนทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.397$, p-value = <0.001) และกลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง แบ่งเป็น 3 ระดับประกอบด้วย กลไกการพัฒนาระดับต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อมภายนอกและข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนา เพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาให้มีคุณภาพมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

คำสำคัญ กลไกการพัฒนา, บทบาทการปฏิบัติงาน, หลังวิกฤตการณ์โควิด-19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ (Introduction)

การระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID 19) ในปลายปีค.ศ.2019 - 2020 มีผลกระทบต่อโลกอย่างรุนแรงในทุกมิติทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมืองอย่างทั่วถึงจนไม่มีใครในโลกแม้แต่คนเดียวที่รู้สึกว่าปลอดภัยเป็นวิกฤตใหญ่ที่รุนแรงทั่วถึงที่ก่อให้เกิดความสั่นไหวทั้งโลกทำให้เป็นไปได้ที่จะเกิดการปรับตัวครั้งใหญ่ของมนุษย์ชาติ การเสียสมดุลทำให้ขาดปรกติภาพ หรือปรกติสุข ความปั่นป่วน วุ่นวายรุนแรง และความไม่ยั่งยืน อีกทั้งยังเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติภัยพิบัติทางสังคมหรือภัยพิบัติทางโรคภัยไข้เจ็บ สังคมที่เสียสมดุลเป็นปุ๋ยอย่างดีให้โรคโคโรนาโควิคระบาด การระบาดของโควิด -19 มีผลกระทบต่อมนุษย์อย่างรุนแรงทั่วโลก ทำให้เกิดสำนึกว่ามนุษย์ชาติต้องมีการปรับใหญ่หลังโควิดเพื่อสามารถดำรงอยู่ในชีวิตวิถีใหม่ (Wasi, 2021)

การเกิดภาวะเฉียบพลันนี้ทำให้เกิด “New Normal” เป็นการเรียนรู้วิถีชีวิตปกติรูปแบบใหม่เพื่อป้องกันตนเอง นอกจากนี้สังคมยังมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของประชากร การขยายตัวของสังคมเมือง การเกิดขึ้นของสถาบันต่างๆในสังคมที่มีความชำนาญเฉพาะด้านมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในเชิงเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการติดต่อสื่อสาร และทรัพยากรธรรมชาติเป็นต้น นอกจากการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างทางสังคมแล้ว ความคิดของคนในสังคมมีการ เปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน (Pukkham, 2023) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในประเทศไทย ต้องมีการเตรียมรับมืออย่างเร่งด่วนมุ่งเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งมีการกระจายอยู่ทุกหมู่บ้านได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดการสุขภาพของชุมชนอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น ซึ่งมีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ต่างๆ ทั้งตามมาตรฐานการสาธารณสุขมูลฐาน ตามมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข สำหรับจังหวัดตรัง มี อสม. จำนวน 12,835 คน โดยภาพรวม อสม.รับผิดชอบ 16 หลังคาเรือน (Division of Public Health, 2021) ภารกิจหลักของอสม. ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรคโควิด -19 ได้แก่ การเคาะประตูบ้านรณรงค์ ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารโรคโควิด -19 การนำนโยบายการเฝ้าระวังและป้องกันโรคสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ปัญหา ที่สอดคล้องกับพื้นที่ การเป็นผู้นำในการปฏิบัติพฤติกรรมในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ศึกษาเพียงประเด็นของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในสถานการณ์ทั่วๆไปในละพื้นที่ซึ่งผลการศึกษาอาจยังไม่ทันสมัยและไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ในโลกปัจจุบันเท่าที่ควร เนื่องจากสถานการณ์หลังวิกฤตการณ์โควิด-19 เป็นสถานการณ์พิเศษที่ควรศึกษาให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำเป็นต้องเผชิญ ผลจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่าตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 2 ปัจจัย คือ ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน และทัศนคติต่องานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ไม่มีผลการวิจัยที่แน่ชัดว่าในบริบทจังหวัดตรังว่าจะเป็นเช่นเดียวกันหรือไม่อย่างไร ท้ายที่สุดการศึกษาที่ผ่านยังพบช่องว่างที่สำคัญอีกหนึ่งประเด็นคือ ขาดการศึกษาเกี่ยวกับกลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการศึกษาเชิงคุณภาพให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาอย่างชัดเจนและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เกิด

การบูรณาการการทำงานสู่การพัฒนา เพราะการบูรณาการจะนำไปสู่การสร้างฐานของประเทศให้เข้มแข็ง การพัฒนาเรื่องต่างๆ จึงต้องเชื่อมหรือบูรณาการกันไม่ควรทำแบบแยกส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาหลังวิกฤตการณ์ครั้งยิ่งใหญ่เช่นนี้ (Wasi, 2021) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาที่ก้าวทันการเปลี่ยนแปลง ตรงตามบริบทของพื้นที่ และพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเหมาะสมและสามารถนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆได้จริง

เนื่องจากปัจจุบันจังหวัดตรังยังไม่ทราบถึงข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและยังขาดแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่า ควรมีการศึกษากลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ให้ได้ข้อค้นพบที่ชัดเจนว่าปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและกลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรังควรเป็นอย่างไร เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางสำหรับพัฒนาการบริหารงานสาธารณสุขทางด้านสาธารณสุขมูลฐานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษากลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

สมมุติฐานการวิจัย ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง โดยมีรูปแบบการศึกษาคือ การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample size)

1.ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่จังหวัดตรังที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 490 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.1.1เป็นผู้ที่ได้รับรางวัลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นในระดับอำเภอ ของจังหวัดตรัง ภายในปี 2560 - 2565

1.1.2 ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่อง

1.2.3 สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (โดยได้มีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน)

1.2 เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย

1.2.1 เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

1.2.2 สามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยการปฏิเสธหรือถอน

ตัวจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประการใดๆ

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนของ Daniel (2010) จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 83 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในการส่งคืนแบบสอบถามโดยเก็บเพิ่มอีก 10% ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด เท่ากับ 91 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีหยิบฉลากแบบไม่คืน โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหารายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าเกณฑ์ 2) พิมพ์รายชื่อและกำหนดหมายเลขประจำตัวแก่สมาชิกทุกหน่วยในประชากร 3) จับสลากแบบไม่ใส่คืน โดยจับขึ้นมาทีละหมายเลขจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาจากทฤษฎี และจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสร้างเป็นข้อคำถาม โดยในแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอสม.

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบสอบถาม ดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ Bloom (1971) โดยนำผลรวมของคะแนนทั้งหมดของแต่ละข้อมารวมกัน แล้วพิจารณาการแบ่งระดับความรู้จากค่าคะแนน ดังนี้ ระดับสูงสุด = ค่าคะแนน ≥ 80 ระดับปานกลาง = ค่าคะแนน ระหว่าง 61-79 ระดับต่ำ = ค่าคะแนน ≤ 60

ส่วนที่ 3 ทัศคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ลักษณะแบบสอบถามเป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนดเกณฑ์การวัดให้คะแนนเป็น 5 คะแนนของ Srisa-at (2010) น้อยที่สุด (1) – มากที่สุด (5)

กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยการจัดกลุ่มใช้เกณฑ์อิงกลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 ระดับของ Best John W. (1977) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับที่ต้องการแบ่ง ดังนี้ คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด=5 –1 = 1.33 ระดับการวัด 3 ระดับ ระดับสูง หมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 3.67-5.00 ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 2.34-3.66 ระดับต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 1.00-2.33

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.ลักษณะแบบสอบถามเป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนดเกณฑ์การวัดให้คะแนนเป็น 5 คะแนนของ Srisaat (2010) น้อยที่สุด (1) – มากที่สุด (5)

กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยการจัดกลุ่มใช้เกณฑ์อิงกลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 ระดับของ Best John W. (1977) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนกลุ่ม หรือระดับที่ต้องการแบ่ง ดังนี้ คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด = 5–1 = 1.33 ระดับการวัด 3 ระดับสูงหมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 3.67-5.00 ระดับปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 2.34-3.66 ระดับต่ำหมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 1.00-2.33

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และพิจารณาความเหมาะสมและความถูกต้องของภาษา เพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อน

นำไปใช้ การวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ข้อคำถามนำไปใช้ได้ควรมีค่า IOC ไม่น้อยกว่า 0.50 Srisa-at (2010) ซึ่งการศึกษานี้มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 ทุกข้อคำถาม

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ที่ได้รับปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์ไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกับประชากรในการศึกษา จำนวน 30 คน และทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยถือเกณฑ์การทดสอบที่ค่า Alpha มีค่ามากกว่า 0.7 ซึ่งการศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์ ครอนบาชแอลฟา ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ เท่ากับ 0.732, 0.920 และ 0.918 ตามลำดับ

ขั้นตอนและวิธีรวบรวมข้อมูล

1) ทำหนังสือถึงชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล 2) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการชี้แจงแก่กลุ่มประชากรที่ศึกษา เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้องในข้อคำถามของแบบสอบถาม 3) ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล 4) ผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนนำมาวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงบรรยายเพื่อบรรยายข้อมูลโดยการวิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

ระยะที่ 2 การศึกษากลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ตามข้อค้นพบในระยะที่ 1 มาเป็นกรอบในศึกษากลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบการพัฒนาเชิงระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และปัจจัยส่งออก จากผู้ทรงคุณวุฒิตามคุณสมบัติที่กำหนด

1. แหล่งข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิในการพัฒนาตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 15 คน จนได้กลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ที่ครอบคลุมและเหมาะสม จากหัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์หรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์หรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการดำเนินงานด้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก อุปกรณ์สนาม เช่น เครื่องบันทึกเสียง สมุด ปากกา ผู้วิจัยนำเครื่องมือตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทั้งภาษาเนื้อหาตลอดจนความครอบคลุมและความสอดคล้องกับงานวิจัยพร้อมปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ รวบรวมเอกสารจากผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์เอกสารที่เป็นแหล่งข้อมูลตามแบบบันทึก

4. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบการพัฒนาเชิงระบบ คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และปัจจัยส่งออก

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2566/015 นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือนภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1.ผลการศึกษาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น จังหวัดตรัง พบว่า

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังข้อมูลต่อไปนี้ เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของเพศหญิง (ร้อยละ 49.50) ใกล้เคียงกับเพศชาย (ร้อยละ 50.50) อายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-56 ปี (ร้อยละ 53.80) สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 70.30) การนับถือศาสนา พบว่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 80.20) ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 33.00) อาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.40) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 8000-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 73.60) และระยะเวลาการเป็น อสม. พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5-15 ปี (ร้อยละ 59.30)

2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 48.70) ($\overline{X}$ = 2.34, S.D. = 0.67) พิจารณาเป็นรายด้านดังนี้ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.30) ($\overline{X}$ = 2.07, S.D. = 0.63) 2) ด้านพัฒนาบทบาทประชาชน พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.20) ($\overline{X}$ = 2.27, S.D. = 0.76) 3) ด้านความร่วมมือทางสังคม พบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75.80) ($\overline{X}$ = 2.68, S.D. = 0.61) (ดังตารางที่1)

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. (n=91)

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.	ระดับ จำนวน ร้อยละ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านส่งเสริมสุขภาพ	22	24.20	54	59.30	15	16.50	2.07	0.63
ด้านพัฒนาบทบาทประชาชน	42	46.20	32	35.20	17	18.70	2.27	0.76
ด้านความร่วมมือทางสังคม	69	75.80	15	16.50	7	7.70	2.68	0.61
รวม	**44**	**48.70**	**34**	**37.00**	**13**	**14.30**	**2.34**	**0.67**

3. ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 90.10) ($\overline{X}$ = 2.90, S.D. = 0.30) พิจารณาเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) ด้านการยอมรับนับถือ พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.70) ($\overline{X}$ = 2.85, S.D. = 0.35) 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างร่วมมือทำงาน พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.70) ($\overline{X}$ = 2.85, S.D. = 0.35) 3) ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน พบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 84.60) ($\overline{X}$ = 2.84, S.D. = 0.36) 4) ด้านดำเนินงานด้านสาธารณสุข พบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.80) ($\overline{X}$ = 2.97, S.D. = 0.14) (ดังตารางที่2)

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. (n=91)

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.	ระดับ จำนวน ร้อยละ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านการยอมรับนับถือ	78	85.70	13	14.30	-	-	2.85	0.35
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือการทำงาน	78	85.70	13	14.30	-	-	2.85	0.35
ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	77	84.60	14	15.40	-	-	2.84	0.36
ด้านการดำเนินงานด้านสาธารณสุข	89	97.80	2	2.20	-	-	2.97	0.14
รวม	**82**	**90.10**	**9**	**9.90**	-	-	**2.90**	**0.30**

4. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.40) ($\overline{X}$ = 2.93, S.D. = 0.23) พิจารณาเป็นรายด้าน ดังนี้ 1) ด้านมาตรฐานการบริการงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.80) ($\overline{X}$ = 2.89, S.D. = 0.31) 2) ด้านมาตรฐานสมรรถนะของอสม.พบว่า อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 89.00) ($\overline{X}$ = 2.89, S.D. = 0.31) 3) ด้านนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก) พบว่าอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.40) ($\overline{X}$ = 2.93, S.D. = 0.23) (ดังตารางที่3)

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. (n=91)

การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.	ระดับการปฏิบัติ (คน/ร้อยละ)						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ด้านมาตรฐานการบริการงานสาธารณสุขมูลฐาน	89	97.80	2	2.20	-	-	2.97	0.14
ด้านมาตรฐานสมรรถนะของ อสม.	81	89.00	10	11.00	-	-	2.89	0.31
ด้านนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก)	85	93.40	6	6.60	-	-	2.93	0.23
รวม	**85**	**93.40**	**6**	**6.60**	**-**	**-**	**2.93**	**0.23**

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. และทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของอสม. กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติกับ 0.05 ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. (r = 0.113, p-value = 0.284) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านส่งเสริมสุขภาพด้านพัฒนาบทบาทประชาชนด้านความร่วมมือทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. จังหวัดตรัง (r = 0.070, p-value = 0.512; r = 0.031, p-value = 0.773; r = 0.119, p-value = 0.259) ตามลำดับ (ดังตารางที่4)

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(r = 0.397, p-value = <0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการยอมรับนับถือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือการทำงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและด้านการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.358, p-value<0.001; r = 0.323, p-value = 0.002; r = 0.314, p-value = 0.002; r = 0.328, p-value = 0.001) ตามลำดับ (ดังตารางที่4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. และทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

ปัจจัย	การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.	**0.113**	**0.284**	**ไม่มีความสัมพันธ์**
ด้านส่งเสริมสุขภาพ	0.070	0.512	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านพัฒนาบทบาทประชาชน	0.031	0.773	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านความร่วมมือทางสังคม	0.119	0.259	ไม่มีความสัมพันธ์
ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของอสม.	0.397	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อย
ด้านการยอมรับนับถือ	0.358	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อย
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือการทำงาน	0.323	0.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อย
ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน	0.314	0.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อย
ด้านการดำเนินงานด้านสาธารณสุข	0.328	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อย

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.001

2. ผลการศึกษากลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อค้นพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มาเป็นกรอบในการศึกษากลไกการดำเนินงาน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ควรมีกลไกการพัฒนา 3 ระดับประกอบด้วย 1.ต้นน้ำ 2. กลางน้ำ และ3.ปลายน้ำ โดยคำนึงถึงสภาพ แวดล้อมภายนอกและข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนาผลการวิจัย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล *“...ถ้าอยากให้การดำเนินงานอสม.มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ควรมีการพัฒนา 3 ขั้นตอนตามทฤษฎีระบบ เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการพัฒนาให้มีคุณภาพ มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย....” ST03* สามารถสรุปประเด็นดังต่อไปนี้ (ภาพที่1)

1) กลไกการพัฒนาระดับต้นน้ำ

จากการศึกษาพบว่ากลไกการพัฒนาระดับต้นน้ำประกอบด้วย 4 พร้อม คือ คนพร้อม งบพร้อม ของพร้อม ระบบพร้อม ซึ่งครอบคลุมตามหลักการบริหารปัจจัยหลักที่สำคัญ 4 กลุ่ม ได้แก่ **Man, Money, Material, Management** ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล *“...เริ่มต้นพัฒนาจากปัจจัยนำเข้าก่อน คือ เตรียมทุกอย่างให้พร้อมทั้งระบบ คน เงิน ของ แล้วการพัฒนา อสม.จะไปได้สวย...”* ST09 สามารถสรุปประเด็นดังต่อไปนี้

Man = คนพร้อม เตรียมความพร้อมกำลังคนในการพัฒนา ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ภาคีเครือข่ายในพื้นที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนา ให้เพียงพอ เหมาะสม มีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของงานมากที่สุด

Money = งบพร้อม สรรหาส่งเสริม สนับสนุนและบริหารเงินงบประมาณทั้งแหล่งภายในและภายนอก โดยการจัดสรรเงินให้เพียงพอต่อการพัฒนาให้มีความคุ้มค่า ใช้งบประมาณที่มีให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล มีประโยชน์สูงสุดในการขับคลื่อนกลไกการพัฒนา

Materials = ของพร้อม จัดสรร เตรียมพร้อมและบริหารวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานให้สิ้นเปลืองน้อยที่สุด ไม่สูญสียทรัพยากรโดยเปล่าประโยชน์

Management = ระบบพร้อม สร้างระบบกลไกการจัดการการควบคุมเพื่อให้การทำงานทั้งหมดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลอย่างเต็มที่ ภายใต้ทรัพยากรที่มีทั้งหมดตามบริบทและเหมาะสมกับการดำเนินงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19

2) กลไกการพัฒนาระดับกลางน้ำ

จากการศึกษาพบว่ากลไกการพัฒนาระดับต้นน้ำประกอบด้วย 4 ดี คือวางแผนดี กระบวนการดี ตรวจสอบดี ปรับดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมตามหลักวงจรคุณภาพ 4 ขั้นตอน Plan-Do-Check-Act หรือ วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล *“...กระบวนการระดับกลางน้ำมีไว้เพื่อแก้ปัญหาและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กำหนดเป็นกระบวนการที่ใช้ในการทำงานอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับการดำเนินงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 เพราะการวางแผนดีมีชัยไปกว่าครึ่ง หลังจากนั้นเราก็ทำตามขั้นตอน และติดตามตรวจสอบไปทุกๆครั้ง ค่อยๆแก้ค่อยๆปรับกันไปครับ...” ST14* สามารถสรุปประเด็นดังต่อไปนี้

วางแผนดี = Plan 1.การศึกษาสภาพปัจจุบันเกี่ยวกับบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง 2. การศึกษานโยบาย กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง 3. จัดทำแผนการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรังอย่างชัดเจนและส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4. ประชุมคณะกรรมการ ภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 5.การจัดสรรคนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และระบบการบริหารจัดการในการแผนการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

กระบวนการดี = DO 1.เร่งพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของสังคม และป้องกันจากภัยคุกคามในชีวิตรูปแบบใหม่ และภัยอื่นๆ โดยมีการดำเนินการตามแผนและมาตรการอย่างเข้มข้น รวมทั้งดำเนินการศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์การเปลี่ยนแปลง ติดตามประเมินผลการดำเนินการ และแสวงหาที่ดำเนินการได้ดีเยี่ยม (Best Practice) หรือปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อปรับปรุงพัฒนาและขยายผลต่อไป 2.เร่งปลูกฝังและส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานโดยบูรณาการการทำงานร่วมกันส่งเสริมความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับภาคีเครือข่ายจากภาคส่วนต่างๆทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมกิจกรรมยกย่องคนดีคนเก่ง ต้นแบบในการดำเนินงาน 3.เสริมสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และส่งเสริมคุณลักษณะและพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน รวมทั้งการปรับตัวรองรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสาธารณสุขและสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 4.เร่งพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถึงบทบาทและภารกิจในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขให้ดำเนินการอย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ

ตรวจสอบดี = Check 1.สร้างความเข้าใจในการตรวจสอบติดตามแบบแบบสร้างสรรค์เพื่อการพัฒนาร่วมกันและมีระบบการติดตามอย่างเป็นระบบ 2.สร้างเครือข่ายตรวจสอบติดตามแบบแบบสร้างสรรค์เพื่อเป็นกลไกการทำงานร่วมกันประสานเชื่อมโยงทุกระดับในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3.นำเทคโนโลยีใหม่ๆมาใช้ในการตรวจสอบติดตามให้เหมาะสมกับยุคสมัยปัจจุบัน

ปรับปรุงดีอย่างต่อเนื่อง = Act 1.ปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ในทุกเวลา ทุกสถานที่ ทุกอุปกรณ์และทุกช่องทาง 2.ปรับปรุงกลไกการพัฒนาทั้งกระบวนการและทรัพยากรในการพัฒนาทุกด้านโดยยึดหลักความจำเป็นและใช้พื้นที่เป็นฐานโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพเป็นสำคัญ

3) กลไกการพัฒนาระดับปลายน้ำ

จากการศึกษาพบว่ากลไกการพัฒนาระดับปลายน้ำ เป็นจุดมุ่งหมายของกลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ที่มีประสิทธิภาพคลอบคลุมการพัฒนา 4 ผลผลิตที่สำคัญ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล *“...ปลายทางที่สุดการพัฒนาในครั้งนี้เราควรตั้งเป้าหมายให้ชัดเจนเพื่อให้อสม.เก่ง ดี สนุกมีความสุข และเหมาะสมกับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงนี้ด้วย...” ST8* สามารถสรุปประเด็นดังต่อไปนี้ โดยพัฒนาตามข้อค้นพบจากการศึกษาระยะที่1 **1.อสม. เก่ง** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการส่งเสริมสมรรถนะการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเหมาะสมกับบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ตามความจำเป็นอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง **2.อสม.ดี** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการส่งเสริมการยอมรับนับถือตามความเหมาะสม เชิดชูเกียรติและผลักดันผลงานความดีต่างๆในทุกช่องทาง **3.อสม.มีความสุข** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสภาพแวดล้อมที่ดีในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 **4. อสม.สนุกกับงาน** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการส่งเสริมความสัมพันธ์ ความร่วมมือการทำงานอย่างทั่วถึงเหมาะสมกับบทบาทการ

ปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 และพร้อมรับความท้าทายและความเปลี่ยนแปลงต่างๆในอนาคตเสมอ

จากคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล *"...ขอสรุปนะคะ คือในสถานการณ์หลังวิกฤตการณ์โควิด-19 นั้นอย่าลืมพิจารณาสภาพภายนอกให้ครอบคลุมด้วยค่ะ ทั้งการเมือง เศรษกิจ สังคม เทคโนโลยีดิจิทัล แม้เราจะควบคุมไม่ได้แต่เราปรับตัวได้ และก็ควรมีการปรับปรุงพัฒนาร่วมกันอย่างต่อเนื่องค่ะ..." ST6* สามารถสรุปประเด็นดังต่อไปนี้ **สภาพแวดล้อมภายนอก** กลไกการพัฒนาควรให้ความสำคัญเนื่องจากมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ทั้ง **Politics** การเมือง เช่น นโยบายของรัฐ กฎหมาย มาตรการต่างๆ ที่ส่งต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน **Economic** เศรษฐกิจ เช่น การขยายตัวของเศรษฐกิจ ที่ส่งต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน **Social** – สังคม เช่น ค่านิยม วัฒนธรรม วิถีชีวิตของประชากร ที่ส่งต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน **Technology** – เทคโนโลยี เช่น นวัตกรรมต่างๆ การพัฒนาเทคโนโลยีสำคัญๆที่ส่งต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน **Feedback** ข้อมูลย้อนกลับ เป็นกลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการพัฒนา เพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนาทั้งระบบกลไกตั้งแต่ระดับต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล (Conclusion and Discussion)

จากการศึกษา พบประเด็นข้อค้นแบบพบที่น่าสนใจ ซึ่งนำมาสรุปและอภิปรายผลในประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. และทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง พบว่า **ความรู้**เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Thanyasawad, Chanthabut, & Nilbarant (2019, Paoweingkam, & Kehanak (2022) พบว่า ความรู้ซึ่งเป็นปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานวิจัยในครั้งนี้ศึกษาในช่วงหลังสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งที่ผ่านมาซึ่ง อสม.ได้มีรับความรู้ต่างๆมากมายจากหลายช่องทาง เช่น สื่อออนไลน์ ข่าวสารทางดิจิทัล การประชุมทั้งออนไซต์และออนไลน์ทำให้อสม.ได้รับความรู้จากหลายแหล่งและหลายหน่วยงาน ในประเด็นที่ใกล้เคียงกันซ้ำแล้วซ้ำอีกหลายๆครั้งจนทำให้รู้สึกอิ่มตัวกับความรู้ที่ได้รับอาจส่งผลให้อสม.มีมุมมองต่อความรู้ที่ได้รับเปลี่ยนไปมองว่าความรู้ที่ได้รับไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของตนเนื่องจากสามารถปฏิบัติงานตามความรู้เดิมและประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ได้อีกทั้งการปฏิบัติเป็นไปตามนโยบายและแนวทางที่เจ้าหน้าที่มอบหมายให้ รวมถึงการให้ความรู้ในรูปแบบเดิมซ้ำๆ อาจเกิดความเหนื่อยล้าและเบื่อหน่ายเพราะมากจนเกินความจำเป็น และอีกหนึ่งข้อค้นพบที่น่าสนใจคือเมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. พบว่าระดับความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางในขณะที่ด้านอื่นๆอยู่ในระดับสูง ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้

เห็นว่าในช่วงการเกิดสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมาอาจมีการให้ความสำคัญกับความรู้ในการควบคุมป้องกันโรค การพัฒนาบทบาทและความร่วมมือทางสังคมมากเป็นพิเศษ จึงอาจละเลยในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นหัวใจหลักของการดำเนินงานในฐานะ อสม.ในชุมชน ดังนั้นในช่วงหลังสถานการณ์โควิด-19 จึงควรให้ความสำคัญกับความรู้ด้านนี้ให้มากยิ่งขึ้น

ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกด้านทั้งด้านการยอมรับนับถือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือการทำงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและด้านการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khampeera, Lirtmunlikaporn, & Unahalekhaka (2021) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม. p-value = 0.01 ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติงานของอสม.ด้านทัศนคติ และความต้องการการสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงาน อาจเป็นผลมาจากอสม.ส่วนใหญ่ปฏิบัติมานานประมาณ 5 - 15 ปี จนมีความรักความผูกพันและมีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นฐานของจิตบริการ จิตอาสาตั้งแต่เริ่มต้นของการเข้ามาเป็นอสม.โดยเริ่มต้นจากความรักในการเป็นอาสาสมัคร จึงให้ความสำคัญกับการทำงานเพื่อสังคม ส่งผลให้ทัศคติด้านความต้องการเป็นที่ยอมรับความสัมพันธ์ที่ดี และความมั่นคงทางความคิดความรู้สึกนั้นจึงเป็นตัวแปรสำคัญในการปฏิบัติงานตามบทบาทเพราะสิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงขับเป็นพลังใจในการปฏิบัติงานตามหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นจากข้อค้นพบทำให้เห็นว่าควรเสริมสร้างขวัญกำลังใจแก่อสม.เพิ่มมากขึ้นเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติอย่างเต็มความสามารถด้วยความเป็นจิตอาสาอย่างแท้จริง

ส่วนผลการศึกษากลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง พบว่า โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย กลไกการพัฒนาระดับต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อมภายนอกและข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนา เพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนการพัฒนาให้มีคุณภาพ มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามกลไกดังต่อไปนี้

กลไกการพัฒนาระดับต้นน้ำ ครอบคลุมตามหลักการบริหารปัจจัยหลักที่สำคัญ 4 กลุ่มได้แก่ **Man, Money, Material, Management** ดังต่อไปนี้ **Man = คนพร้อม** เตรียมความพร้อมกำลังคนในการพัฒนา อสม.และภาคีเครือข่าย **Money = งบพร้อม** จัดสรรหาส่งเสริมและบริหารเงินงบประมาณการพัฒนาอสม. **Materials = ของพร้อม** จัดสรรเตรียมพร้อมและบริหารวัสดุอุปกรณ์การพัฒนาอสม.ให้คุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด **Management = ระบบพร้อม** สร้างระบบกลไกการจัดการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทันยุคทันสมัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Puechpho, Limkanjanawat, & Pushsapavardhana (2019), Boonyapo (2019), Kotchapong, & Rojanatrakul (2021), Wattanapongsir & Dokchan (2022) ที่พบว่าการพัฒนาบทบาทการทำงานทรัพยากรต้องความพร้อมในทุกๆด้านเพื่อเตรียมพร้อมสู่การพัฒนาให้ทันยุคสมัย โดยเกิดจากการเข้ามามีส่วนร่วมทั้งร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินงาน จะทำให้การพัฒนามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ Chatikavanij (2021), Banchirdrit (2021) Duangchurn (2020), Sangsawangwatthana (2020), ยังมีข้อมูลสนับสนุนที่น่าสนใจคือ การบริหารจัดการรับความปกติ

ใหม่หลังวิกฤตโควิด – 19 ต้องเริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการทรัพยากรใหม่ตามลำดับความสำคัญให้มีความเพียงพอและเหมาะสมก่อน เพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินการพัฒนา ข้อมูลค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การดำเนินงานในช่วงสถานการณ์โควิด-19ที่ผ่านมาได้สร้างการเรียนรู้ว่า การมีทรัพยากรในทุกๆด้านที่เพียงพอ พร้อมใช้ คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพราะในสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นหากไม่มีการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรอาจก่อให้เกิดความสูญเสีย ความล้าช้าต่อการดำเนินการแก้ปัญหาและพัฒนา ดังนั้นการพัฒนาในช่วงหลังวิฤตการณ์โควิด-19 จึงควรนำบทเรียนดังกล่าวมาเป็นแนวทางเพื่อเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในระดับต้นน้ำเพื่อส่งเสริมให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการบริหารงานสาธารณสุขควรเตรียมความพร้อมในด้านทรัพยากรให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านตามข้อค้นพบ เพื่อรับมือกับทุกการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

กลไกการพัฒนาระดับกลางน้ำ ครอบคลุมตามหลักวงจรคุณภาพ 4 ขั้นตอน Plan-Do-Check-Act โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้ **Plan = วางแผนดี DO = กระบวนการดี Check = ตรวจสอบดี** และ **Act = ปรับปรุงดีอย่างต่อเนื่อง** ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nutnart (2018), Sanyottithat, (2019), Klumklai, Srikhruedong, & Klomkul (2020), Wattanapongsir & Dokchan, (2022) ที่พบว่า การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องประกอบไปด้วย กระบวนการที่สามารถดำเนินการได้จริง เสริมสร้างทักษะและทัศนคติที่ดีในการให้บริการและต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงรุก โดยเริ่มต้นจากการวางแผนด้านตารางการทำงาน มีกระบวนการพัฒนาโดยการอบรมดำเนินกิจกรรม มีการตรวจสอบผ่านการการรายงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีกระบวนการที่ดีนั้นจะส่งเสริมการพัฒนาที่ดีตามมาด้วย ดังนั้นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและปัญหาของพื้นที่ควรจัดให้มีกลไกการทำงานแบบง่ายๆ ไม่ซับซ้อนเหมาะสมกับการทำงานของอสม. มีการควบคุมการปฏิบัติงาน และการรายงานผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงและพัฒนา ซึ่งข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าการพัฒนาอย่างเป็นระบบต้องอาศัยกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA โดยการพัฒนาอสม.ในกระบวนการกลางน้ำนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเริ่มต้นจากการวางแผนที่เกิดจากการมีส่วนร่วม มีกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีระบบติดตามสนับสนุนและปรับปรุงพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะหลังวิฤตการณ์โควิด-19 อสม.มีโจทย์ความท้าทายในการทำงานรูปแบบใหม่ๆเสมอ ดังนั้นการมีกระบวนการที่เป็นระบบจะทำให้อสม.เรียนรู้และปรับตัวได้ดีในทุกสถานการณ์ที่ต้องเผชิญในการปฏิบัติงาน

กลไกการพัฒนาระดับปลายน้ำ เป็นจุดมุ่งหมายของกลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ที่มีประสิทธิภาพคลอบคลุมการพัฒนา 4 ผลผลิตที่สำคัญ คือ อสม.เก่ง อสม.ดี อสม.มีความสุข อสม.สนุกกับงาน ดังต่อไปนี้ 1.**อสม.เก่ง** : การส่งเสริมสมรรถนะการดำเนินงานด้านสาธารณสุขยุคหลังโควิด-19 อย่างเข้มแข็ง 2.**อสม.ดี** : การส่งเสริมการยอมรับนับถือเชิดชูเกียรติ 3.**อสม.มีความสุข** : การส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม 4.**อสม.สนุกกับงาน** : การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานกับเครือข่ายและความท้าทายใหม่ๆในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับ Jinda (2018), Puanoui, Buranaphan, & Wangthanomsak (2022), Santisevi (2022) ที่พบว่าการพัฒนาในยุคใหม่ให้

ความสำคัญกับความสุขและความสำเร็จ เพื่อให้อสม. เกิดการยอมรับในทุกด้าน เริ่มจากพื้นฐานของการเป็นคนที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และพัฒนาความสามารถในการทำงานให้สำเร็จงานตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ สามารถพัฒนาการทำงานอย่างมีความสุข ข้อมูลดังกล่าวแสดงอย่างชัดเจนว่าการพัฒนาความสามารถ สนับสนุน สร้างขวัญกำลังใจ เพื่อความสนุกและสนุกกับการทำงานเป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากจะส่งผลต่อทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน นำไปสู่การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อค้นพบของงานวิจัยนี้ข้างต้นที่ว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอสม.อย่างชัดเจน ทั้งนี้การทำงานในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมา พี่น้องอสม.ต้องปฏิบัติงานอย่างเหน็ดเหนื่อยเต็มกำลังความสามารถซึ่งเป็นบทพิสูจน์ความเป็นอสม.เก่งที่มีความขยันและมีจิตอาสา จึงควรให้ความสำคัญการดูแลจิตใจการส่งเสริมการทำงานของอสม.ดี ผ่านการเชิดชูเกียรติชื่นชมให้กำลังใจเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เสริมสร้างให้อสม.มีความสุขและอสม.จะได้สนุกกับการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Uthaisang (2021) , Soisud & et al. (2021) , Pradidthaprecha & et al. (2022) ที่พบว่า ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อด้านจิตวิทยาจึงควรให้การจัดสรรสวัสดิการเพื่อช่วยเหลืออย่างเท่าเทียมกัน ส่งเสริมการพัฒนาด้านจิตใจกับสุขภาพโดยรวมให้มากขึ้น จากข้อมูลทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างจะทัศนคติให้ อสม.จะสร้างแรงจูงใจให้อสม.มีพลังใจในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี สามารถร่วมขับเคลื่อนทุกภารกิจหลังวิฤตการณ์โควิด-19 กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยจิตอาสาและทัศนคติที่ดีส่งผลต่อการทำงานอย่างเต็มความสามารถต่อไป

สภาพแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลต่อกลไกการพัฒนา Political – การเมือง **Economic** – เศรษฐกิจ **Social** – สังคม **Technology** – เทคโนโลยี **ภาคีเครือข่ายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** สอดคล้องกับการศึกษาของ Bumrungsri, & Chusak (2020) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมภายนอก สัมพันธภาพในชุมชน ภาคีเครือข่าย มีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทของพี่น้อง อสม.อาศัยการประสานงานความร่วมมือจากหลายฝ่ายและเป็นงานที่ต้องเผชิญกับสภาพแสดล้อมภายนอกเข้ามากระทบต่อการทำงานอยู่เสมอ กล่าวโดยสรุปก็คือการพัฒนานั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการจัดลักษณะงานที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน โดยสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีและเครือข่ายการทำงาน เพื่อส่งเสริมให้อสม.เกิดความมั่นใจและร่วมกันพัฒนางานอย่างต่อเนื่องสามารถปรับตัวเพื่อรับกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสุดท้ายคือ **Feedback** ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งเป็นกลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนาปรับปรุงอสม.ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khuhamanee, Rodjarkpai, & Maharachpong (2020), Butkorn (2022) พบว่าการพัฒนาต้องมีการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบให้เหมาะสมกับเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระบวนการให้ข้อมูลย้อนกลับอยู่เสมอนั้นจะช่วยในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เป็นคนทันโลกทันสมัย รวมทั้งจะช่วยแนะนำแก้ไขอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการวิจัยพบว่าความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นในช่วง

ภาพที่ 1 กลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง
(ภาพดังกล่าวพัฒนาโดยนายธวัชชัย สุนทรนนท์ ผู้วิจัย)

หลังสถานการณ์โควิด-19 จึงควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านนี้ให้มากยิ่งขึ้น

2. จากผลการวิจัยทัศนคติต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรส่งเสริมด้านการยอมรับนับถือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือการทำงานด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและด้านการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้อสม. ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

3.จากผลการวิจัยค้นพบกลไกในการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกลไกการพัฒนาไปประยุกต์ใช้ตามบริบทและสถานการณ์อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาถึงการทดลองใช้กลไกการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติงานหลังวิกฤตการณ์โควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง (References)

Banchirdrit, S. A. (2021). New Normal of Human Resource Management in Business Sector in Post - Covid 19. *Journal of Research and Development Institute Rajabhat Maha Sarakham University*, *8*(2), 45-60.

Best, John W. (1977). *Research in Education*. (3rd edition). New Jersey: Prentice Hall.

Bloom, B.S. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student learning. New York: McGraw-Hill Book Company.

Boonyapo, K. (2019). The Cutting Edge of Human Resource Management. *Journal of Management Science Review*, 21(1), 165-170.

Bumrungsri, S., & Chusak, T. (2020). A Structural Equation Model of Factors Influencing Role Performance of Village Health Volunteers, Nakhonsawan Province. Journal of the Association of Researchers, 22(1), 124-136.

Butkorn, K., Mantawat, F., Jamkrajang, C., Sriwichien, P., & Chaysri, P. (2022). The Aptitude Development of the New Generation Personnel at a Local Level in Thailand. *Journal of Administration and Social Science Review*, 5(2), 121-130.

Chatikavanij, K. (2021). New Normal after COVID-19 at Thai regional: down, survive or dawn? *Journal of Business, Economics and Communications*, 16(1), 1-8.

Daniel W.W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons.

Division of Public Health. (2021). Public health information system. Public Health Support Division. Retrieved 10 December 2022, retrieved from http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/ Report/OSMRP00013.php.

Duangchurn, P. (2020). The New Normal In Educational Administration After The Covid-19 Crisis. *Journal of Arts Management*, 4(3), 783-795.

Jinda, C. (2018). The Development Model Village Health Volunteers (VHV) with Participation. *Journal of Administrative and Management*, *6*(2), 1-9.

Khampeera, A., Lirtmunlikaporn, S., & Unahalekhaka, A. (2021). Factors Related to Practices of Village Health Volunteers in Preventing Pulmonary Tuberculosis Transmission in Community, 48(1), 174-186.

Khuhamanee, U., Rodjarkpai, Y., & Maharachpong, N. (2020). Health Literacy and Role of Village Health Volunteer In Chronic Disease Prevention. Journal of The Department of Medical Services, 45(1), 137-142.

Klumklai, C., Srikhruedong, S., & Klomkul, L. (2020). A Model Working Process of Volunteer Monks for Society Based on Buddhist Psychology. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, *5*(1), 57-71.

Kotchapong, S., & Rojanatrakul, T. (2021). Performance According to The Role of Village Health Volunteers in Bangkrathum District, Phitsanulok Province. *Journal of MCU Buddhapanya Review*, *6*(2), 107-119.

Nutnart, N. (2018). A Competencies Development of the Village Health Volunteers of Suphanburi Province. *Journal of MCU Peace Studies*, 6(2), 768-779.

Paoweingkam, P., & Kehanak, S. (2022). Factors Associated with Diabetes Mellitus Management Service of Village Health Volunteers in Samchuk District, Suphanburi Province. *Lanna Public Health Journal*, *18*(2), 116-128.

Pradidthaprecha, A., & et al. (2022). The Quality of Life among Thai People in Covid-19 Pandemic Situation. *KKU Journal for Public Health Research*, 15(2), 18-27.

Puanoui, B., Buranaphan, A., & Wangthanomsak, M. (2022). Work Motivation in the New Normal era. *The Journal of Institute of Trainer Monk Development*, 5(4), 227-244.

Puechpho, W., Limkanjanawat, A., & Pushsapavardhana, N. (2019). The Human Resource Management Preparation of The Enterprises in Surat Thani Province to Step into ASEAN Economic Community. *Journal of Management Sciences Suratthani Rajabhat University*, 6(2), 305-328.

Pukkham, P. (2023). Changes and social impact after the Covid-19 Pandemic. *Journal of Interdisciplinary Innovation Review*, *6*(1), A93-A109.

Sangsawangwatthana, T., Sirisaiyas, N., & Bodeerat, C. (2020). " Opportunities and Challenges in Post COVID-19 Era for Sustainable Human Resource Management and Development.. *Journal of Local Governance and Innovation*, 4(3), 371-386.

Santisevi, P. (2022). Successful Way of Working in Next Normol of Work. *Journal of MCU Social Science Review,* A21-A28.

Sanyottithat, P. (2019). New Organization Management Policy with Collaboration Process Efficiently. *Journal of Graduate Review Nakhon Sawan Buddhist College*, 7(3), 263-276.

Soisud, V., Mingchua, J., Inbua, M., Kenamang, Y., & Bodeerat, C. (2021). Human Resource Management is the Key to Driving Today's Organization. *Journal of Modern Learning Development*, 6(5), 340-350.

Srisa-at, B., (2010). Preliminary research. (New revised edition). 8th edition. Bangkok: Suweeriyasan, 2010.

Thanyasawad, T., Chanthabut, N., & Nilbarant, J. (2019). Factors Affecting the Performance According to the Role Village Health Volunteers under Health Management Village in Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation*, 8(1), 1-10.

Uthaisang, T. (2021). COVID-2019: Raising Morale and Morale for Healthcare Workers. *MCU Haripunchai Review*, 5(2), 94-107.

Wasi, P. (2021). Thai society and the major adjustments after the COVID-19 crisis. *PAAT Journal*, 3(5), 85-95.

Wattanapongsir, P & Dokchan, P. (2022). New Public Management and University Administration in the Age of COVID-19. *Academic Journal for the Humanities and Social Sciences Dhonburi Rajabhat University*, *5*(3), 110-121

The Effect of Participatory Development of Incident Risk Report Model of Healthcare Staff in Fort Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province

Thanapon Chaiworakul[1*] Nittaya Pensirinapa[2] Akaphol Kaladee[2]

*1 Master of Public Health in Hospital Administration, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University *Corresponding author e-mail: chaiworakul@hotmail.com*

2 School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

Original article

Received: 1 march 2023
Revised: 13 March 2023
Accepted: 16 March 2023

Abstract

The purpose of this research and development model was to study the effect of participatory development of the incident risk report model by healthcare staff. The specific objectives are (1) to study the incident risk report model developed by healthcare staff' s participation; (2) to compare the knowledge, participation, and incident risk reporting rate of healthcare staff, before and after the participatory development of incident risk report; (3) to evaluate the satisfaction on incident risk reporting system. Thirty-two registered nurses of Fort Sunpasitthiprasong Hospital were purposively selected as samples, based on the entry criteria selection. The instruments were questionnaire developed from the hospital incident risk report model workshop, to assess the level of knowledge, participation, and satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

Results indicated that (1) the development of the incident risk report model through Line's official account application provided easy access to the incident risk reporting program, with good feedback and follow-up; (2) the mean scores on knowledge and participation in incident risk reporting after the development workshop were statistically significantly higher, and increasing rate of the incident risk reporting, with statistically significant; (3) the satisfaction level was highest on developed incident risk reporting system. Therefore, hospital administrators should encourage training on incident risk reporting, and encourage the healthcare staff to participate in risk management.

Keywords: Development of Incident risk report model; Participatory; Healthcare staff

ผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ธนภณ ชัยวรกุล[1*] นิตยา เพ็ญศิรินภา[2] เอกพล กาละดี[2]

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
**ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: chaiworakul@hotmail.com*
2 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 1 มีค. 2566
วันแก้ไข 13 มีค. 2566
วันตอบรับ 16 มีค. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากร โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้ (1) ศึกษารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล (2) เปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วม และอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม และ (3) ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เลือกแบบเจาะจง จำนวน 32 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการ และแบบสอบถามความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบทีแบบคู่

ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านการใช้แอปพลิเคชัน Line official account ซึ่งมีช่องทางการเข้าถึงโปรแกรมการรายงานที่ง่าย มีการสะท้อนกลับและติดตามผลได้ (2) คะแนนเฉลี่ยความรู้และการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ (3) ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการอบรมเรื่องการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง แบบมีส่วนร่วม บุคลากร โรงพยาบาล

บทนำ

ระบบการบริหารความเสี่ยงเป็นการทำงานที่สำคัญระบบหนึ่งขององค์กร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเสียหายทั้งจากการกำหนดนโยบายและจากการปฏิบัติงาน ให้ระดับและขนาดของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่องค์กรประเมินและควบคุมได้ ในปี 2565 ได้มีการรายงานสถิติของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์โดย The Joint Commission on Accreditation of Health care Organization (JCAHO) พบว่าตลอดปี 2564 มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ถึง 1,197 เหตุการณ์ ส่วนใหญ่จะเป็นอุบัติการณ์ในเรื่องการพลัดตกหกล้ม การลืมสิ่งแปลกปลอมในร่างกายโดยไม่ตั้งใจ การผ่าตัดผิด การฆ่าตัวตาย และการให้การรักษาที่ล่าช้า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนี้ บางเหตุการณ์ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ การสูญเสียทรัพย์สิน และรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดข้อร้องเรียนมากมาย โดยที่การบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดโอกาสในการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ช่วยลดความรุนแรงจากการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง และทำให้เกิดความปลอดภัยทางคลินิกในการบริการพยาบาลได้ (ผ่องพรรณ จันธนสมบัติ, 2555) และถึงแม้ว่าในการให้บริการสุขภาพจะดำเนินให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการสุขภาพแล้วก็ตาม ก็ยังอาจจะสามารถเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้อาจจะส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง และความเชื่อมั่นของโรงพยาบาล โดยที่อุบัติการณ์เหล่านั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากภาวะแวดล้อม การให้บริการ การปฏิบัติการทางการพยาบาล การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการตรวจสอบค้นหา และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จึงเป็นเครื่องมือที่จะช่วยป้องกัน และลดความรุนแรงของผลกระทบได้

การศึกษาในปี 2560 พบว่าการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรภายในโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีน้อยกว่าความเป็นจริง ทำให้กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีความบกพร่อง มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์เหล่านั้นซ้ำได้ และการบริหารความเสี่ยงไม่สามารถทำได้อย่างทันท่วงที ซึ่งสาเหตุของการรายงานที่น้อยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ สาเหตุด้านบุคคลที่เกิดจากการขาดความรู้ หรือไม่มีประสบการณ์ในการบริหารความเสี่ยง และสาเหตุด้านระบบที่ไม่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ เนื่องจากการมีภาระงานที่ค่อนข้างมาก การบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงจึงเป็นการเพิ่มภาระในการทำงาน (จุรินทร์ เป็นสุข, 2560) มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม และความรู้ในการบริหารความเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก (รจนา เล้าบัณฑิต, 2564) ทำให้เห็นได้ว่าการส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงจะส่งผลดีต่อระบบการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทำให้บุคลากรรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงาน และเกิดความรักความผูกพัน ความหวงแหนต่อองค์กร

โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้นำกระบวนการ PDCA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยง พบว่าหลังการพัฒนาผู้เข้าร่วมกระบวนการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น และพบว่าปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานคือ ภาวะผู้นำของผู้นำสูงสุดขององค์กร และการกำหนดบทบาทให้กับทีมผู้พิทักษ์ความเสี่ยง และการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพทุกระดับ (ภัทร์ธิตา โภคาพันธ์, 2555) ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้สะดวกขึ้นด้วยการรายงานผ่านอินเทอร์เน็ต โดยการใช้ระบบ Human Resource Management System (HRMS) และเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลแก่หน่วยงานที่

รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงสุดในแต่ละเดือนแล้วก็ตาม แต่จากการรายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านความเสี่ยงของโรงพยาบาลในปี 2564 พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงรวม 542 เรื่อง ซึ่งลดลงจากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของปี 2562 และ 2563 แต่อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบกลับพบว่า ยังมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงบางเหตุการณ์ที่ยังเกิดขึ้นซ้ำด้วยสาเหตุเดิม ๆ และมีบางอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ไม่ได้มีการรายงานเข้ามายังระบบการบริหารความเสี่ยง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงไม่สามารถจัดการบริหารความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงทีและเหมาะสม แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้การบริหารความเสี่ยงยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร อันเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เหมาะสม ง่ายต่อการเข้าถึง โดยให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงาน และจะช่วยให้การดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1.เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

2.เพื่อศึกษารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล

3.เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากร ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม

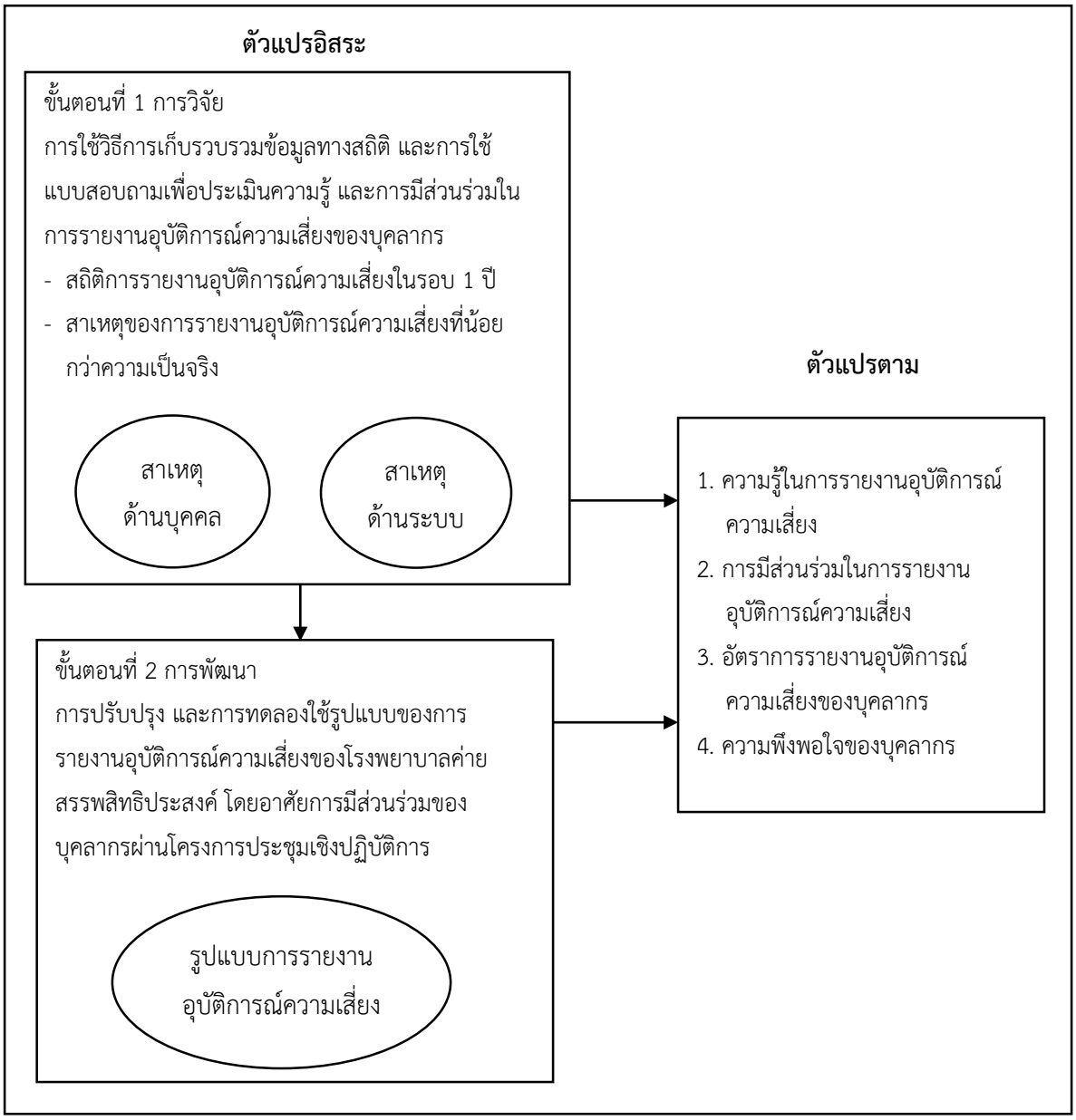
4.เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Frameworks)

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สะดวกและเหมาะสม ให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน โดยการใช้ข้อมูลจากการวิจัยเพื่อหาสาเหตุที่มีผลทำให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่น้อยกว่าความเป็นจริง แล้วนำผลการปรับปรุงรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนามาวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อไป ดังภาพที่ 1

ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยเป็นการศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 เดือน ประชากร คือบุคลากรของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ที่อยู่ในส่วนของการรักษาพยาบาล ได้แก่พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก จำนวน 84 คน และมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 38 ของประชากรทั้งหมด ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากทุกหน่วยงานในส่วนการรักษาพยาบาล โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในส่วนของการรักษาพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีรหัสในระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อย และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ดังต่อไปนี้

1) โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้มีส่วนร่วมในการเสนอรูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สะดวก เข้าถึงง่าย และสามารถรายงานได้อย่างทันท่วงที โดยมีระยะเวลาการอบรม 3 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบรรยายเรื่องการบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 1 ชั่วโมง และการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค

ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 2 ชั่วโมง

2) แบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อยในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นแบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยในการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมฯ ตามประเด็นการประชุม โดยผู้ที่จดบันทึกการประชุมเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

3) แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน การอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จำนวน 9 ข้อ โดยเป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก ถูก/ผิด จำนวน 14 ข้อ ใช้วัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา 2 เดือน

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ใช้วัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา 2 เดือน

ส่วนที่ 4 การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นคำถามให้ระบุความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ใช้วัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา 2 เดือน

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ใช้วัดหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา 2 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ แบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อย และแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) เท่ากับ 0.91 และมีการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง ซึ่งแบบสอบถามความรู้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.61 ส่วนแบบสอบถามการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบราค เท่ากับ 0.95 และ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการวิจัย SSJ.UB 2565 – 178

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีระยะเวลาในการวิจัยทั้งหมด 3 เดือน โดยมีขั้นตอนในการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเพื่อสำรวจสภาพปัญหาจะเป็นการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในห้วง 2 เดือนก่อนการจัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการจากฐานข้อมูลระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม และความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ของพยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อให้ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และให้ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบัน และมีส่วน

ร่วมในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ หลังจากนั้นได้นำรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ เพื่อหาอุปสรรคและข้อขัดข้องในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง ก่อนที่จะประกาศใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 การใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนา โดยการนำรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาไปใช้จริงในการปฏิบัติงานเป็นระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในห้วง 2 เดือนหลังการจัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ โดยประเมินความรู้ การมีส่วนร่วม ความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน และความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยนี้ จะมีการใช้ข้อมูลทั้ง 2 ประเภท ได้แก่ข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลปฐมภูมิ ผู้วิจัยจะใช้การเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ แบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อย และข้อเสนอแนะจากการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ เพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

2. ข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยจะใช้การเก็บข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในห้วง 2 เดือนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากฐานข้อมูลระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนความรู้ การมีส่วนร่วม ความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติการทดสอบสมมติฐาน Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ การมีส่วนร่วม และความถี่ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ในระยะก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

3. การวิเคราะห์เชิงอุปนัย ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยในการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัย (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย พบว่าจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 35 ปี ทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการร้อยละ 93.75 มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 11 ปี ได้รับการอบรมการบริหารความเสี่ยงจาก สรพ. สำนักพยาบาล ภายนอกโรงพยาบาล และภายในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 43.75, 37.50, 68.75, และ 21.87 ตามลำดับ โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ทราบนโยบายในการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 90.63 แต่ส่วนใหญ่จะเข้าใจนโยบายบางส่วนคิดเป็นร้อยละ 62.07 และผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งไม่ได้เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง สำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลจะมีระยะเวลาในการเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงเฉลี่ย 2 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
	Mean ± S.D. (min - max)	
อายุ	35.09 ± 8.23 (24 - 54)	
21 – 31 ปี	13	40.63
31 – 40 ปี	10	31.25
41 ปีขึ้นไป	9	28.12
เพศ		
หญิง	30	93.75
ชาย	2	6.25
ประสบการณ์ทำงาน	11.00 ± 7.91 (1 - 30)	
1 – 10 ปี	18	56.25
11 – 20 ปี	10	31.25
21 – 30 ปี	4	12.50
ได้รับการอบรมจาก สรพ.	14	43.75
ได้รับการอบรมจากสำนักพยาบาล	12	37.50
ได้รับการอบรมจากภายนอกโรงพยาบาล	22	68.75
ได้รับการอบรมจากภายในโรงพยาบาล	7	21.87
ทราบนโยบายในการบริหารความเสี่ยง	29	90.63
เข้าใจนโยบายการบริหารความเสี่ยง		
เข้าใจบางส่วน	18	62.07
เข้าใจทั้งหมด	11	37.93
เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	13	40.62
ระยะเวลาการเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง	1.69 ± 1.25 (1 - 5)	
1 – 2 ปี	10	76.92
3 – 4 ปี	2	15.39
5 ปีขึ้นไป	1	7.69

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยในการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.1 การสำรวจสภาพปัญหา ผู้เข้าร่วมการศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในปัจจุบันลดลง

ประกอบด้วย 3 ปัจจัยได้แก่ 1) ด้านบุคคล เกิดจากความไม่รู้ของบุคลากร ทั้งที่ไม่ทราบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใดจัดว่าเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง ไม่กล้าที่จะรายงานเหตุการณ์เนื่องจากกลัวว่าจะเป็นความผิด กลัวการโดนตำหนิจากหัวหน้างาน หรือไม่เห็นประโยชน์จากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเนื่องจากเคยรายงานเหตุการณ์ไปแล้วก็ยังไม่ได้รับการแก้ไข 2) ด้านระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เกิดจากความยากต่อการเข้าถึงระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีหลายขั้นตอน การรายงานส่วนใหญ่จะใช้คอมพิวเตอร์ในหน่วยงานเป็นหลักซึ่งมีจำนวนไม่เพียงพอ และระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงล่มบ่อย ๆ นอกจากปัญหาจากอุปกรณ์ที่ใช้รายงานเหตุการณ์แล้ว หัวข้อในระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเองก็มีลักษณะเป็นหัวข้อกว้าง ๆ ทำให้ผู้รายงานเหตุการณ์ไม่มั่นใจว่าจะต้องนำไปใส่ไว้ในหัวใด 3) ด้านสิ่งแวดล้อม เกิดจากการที่มีภาระงานที่มากเนื่องจากการมีบุคลากรในหน่วยงานน้อย ทำให้ไม่มีเวลาที่จะรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

2.2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผู้เข้าร่วมการศึกษาเสนอความคิดเห็นต่อรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องการประกอบด้วย 1) การใช้แอปพลิเคชัน Line สำหรับการสร้างกลุ่มที่ใช้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงโดยเฉพาะ ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน 2) การจัดทำ Shortcut Icon เพื่อเข้าถึงระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน้าจอโทรศัพท์สมาร์ทโฟน 3) การสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยมีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มากขึ้น 4) การอบรมบุคลากรใหม่ในเรื่องการบริหารความเสี่ยง ระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการลงข้อมูลในระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

2.3 การสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์แก่หน่วยงานที่รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผู้เข้าร่วมการศึกษาเสนอแนวทางการสะท้อนกลับผลการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยง ประกอบด้วย 1) มีระบบการแจ้งเตือนผลการแก้ไขเหตุการณ์ที่เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รายงานไป อาจจะเป็นรูปแบบ Pop Up หรือการสะท้อนผลผ่านกลุ่ม Line 2) มีการจัดทำเอกสารผลการรายงานเหตุการณ์ที่เป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปมายังหน่วยงานที่รายงาน

จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อย ผู้วิจัยได้นำมาจัดทำเป็นรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ได้แก่ การจัดทำรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Line official account ภายใต้ชื่อบัญชีทางการของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีเมนูหลัก 3 เมนู ได้แก่ รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ติดตามผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการสะสมคะแนนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของแต่ละบุคคล โดยมีคุณลักษณะ 4 ข้อ คือ 1) มีช่องทางการเข้าถึงโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว 2) มีการสะท้อนกลับผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ 3) มีการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 4) สามารถแจ้งเตือนผลการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญแก่ทุกหน่วยงาน

3. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ได้แก่ ความรู้ การมีส่วนร่วม อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และความพึงพอใจ ดังนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ย 8.66 คะแนน และภายหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ย 11.06 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อนและหลังการ

พัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงพบว่าคะแนนความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 (t = 7.442, p-value <0.001) ตามตารางที่ 2

3.2 การมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ย 4.07 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมาก และภายหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ย 4.48 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน แต่เมื่อจำแนกเป็นรายข้อจะพบว่าในบางหัวข้อระดับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาจะมีระดับจากมากเป็นมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่าคะแนนการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 (t = 3.827, p-value 0.001) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ความรู้และการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	N	$\bar{X}$	SD	Mean difference	95%CI	t	p-value
ความรู้							
ก่อนการพัฒนา	32	8.66	1.26	2.40	1.74 – 3.07	7.442	<0.001
หลังการพัฒนา	32	11.06	1.68				
การมีส่วนร่วม							
ก่อนการพัฒนา	32	4.07	0.60	0.41	0.19 – 0.62	3.827	0.001
หลังการพัฒนา	32	4.48	0.39				

3.3 อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือนจากการรายงานส่วนบุคคล พบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ย 2.38 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 75.00 มีอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 0 – 3 ครั้งต่อเดือน และภายหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงมีค่าเฉลี่ย 6.34 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 37.50 มีอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง 4 – 6 ครั้งต่อเดือน และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ยต่อ 1 เดือน พบว่าอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการรายงานส่วนบุคคลหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 (t = 7.134, p-value <0.001) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือนของผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากการรายงานส่วนบุคคล

อัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน	N	$\overline{X}$	SD	Min - Max	Mean difference	95%CI	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	32	2.38	2.85	0 - 10	3.97	2.83 – 5.10	7.134	<0.001
หลังการพัฒนา	32	6.34	3.48	1 - 15				

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือนของโรงพยาบาลจากฐานข้อมูลระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ พบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือน ในห้วง 2 เดือนหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงร้อยละ 77.22 ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อ 1 เดือนของโรงพยาบาล ในห้วง 2 เดือนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง จากฐานข้อมูลระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง

การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (ครั้งต่อเดือน)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้งต่อเดือน)	ร้อยละ
อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก	58	73.42	92	65.71
อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านทั่วไป	21	26.58	48	34.29
รวม	79	100.00	140	100.00

3.4 ความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้เข้าร่วมการศึกษามีค่าเฉลี่ย 4.57 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อจะพบว่า ในหัวข้อส่วนใหญ่จะมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด โดยที่ระดับความพึงพอใจที่มากที่สุด 3 อันดับแรกของผู้เข้าร่วมการศึกษาได้แก่ 1) รูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่มีความเหมาะสม สะดวกต่อการรายงานมากขึ้น ($\overline{X}$ = 4.66, S.D. = 0.48) 2) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทำให้สามารถรายงานเหตุการณ์อุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้น ($\overline{X}$ = 4.66, S.D. = 0.48) และ 3) พึงพอใจกับผลของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงภายหลังจากการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ($\overline{X}$ = 4.63, S.D. = 0.49) และหัวข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดได้แก่ ความพึงพอใจกับนโยบายของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงาน ($\overline{X}$ = 4.38, S.D. = 0.55)

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussions and Conclusion)

ในการศึกษานี้บุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Line official account ซึ่งมีคุณลักษณะตรงกับความต้องการของบุคลากรในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรจนา เล้าบัณฑิต และปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง (2564) ที่พบว่าการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมและความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ดังนั้นการเสริมสร้าง ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการบริหารงานจะสามารถส่งเสริมสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของบุคลากรได้

การเปรียบเทียบความรู้ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษามีระดับความรู้ของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สูงขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในกระบวนการศึกษานี้ได้มีการส่งเสริมความรู้ของผู้เข้าร่วมการศึกษา เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ๆ ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยเมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษาได้มีการนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ควบคู่กับการลงมือปฏิบัติ จะทำให้มีความรู้ที่เพิ่มขึ้นผ่านประสบการณ์การเรียนรู้จากการตอบสนองต่อเหตุการณ์อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น และจะถูกนำมาจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำกับสภาพจิตวิทยา ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP model) ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่กระบวนการปรับเปลี่ยนในแง่ของความรู้ และทัศนคติเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วมีการวัดผลการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้านได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533) และผลจากการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการศึกษานี้พบว่าบุคลากรมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทร์ธิตา โภคาพันธ์ และคณะ (2555) ที่พบว่าการพัฒนาระบบการรายงานความเสี่ยงผ่านโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ส่งผลให้พยาบาลประจำการที่เข้าร่วมกระบวนการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สมฤทัย สายจันทร์ และคณะ (2560) ที่พบว่าการที่บุคลากรได้รับการเสริมพลังโดยให้มีโอกาสร่วมกำหนดนโยบาย วางแผนงาน และกำหนดแนวทางพัฒนาด้านความเสี่ยง จะส่งผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉลี่ยต่อ 1 เดือน ในห้วง 2 เดือน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง พบว่ามีอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงสูงขึ้น เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการศึกษานี้ ทำให้ได้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีความสะดวก เข้าถึงง่าย ลดขั้นตอนในการเข้าถึงระบบการรายงานที่ยุ่งยาก มีการสะท้อนกลับผลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง มีการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้รายงาน และสามารถแจ้งเตือนผลการแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญแก่ทุกหน่วยงานได้ ซึ่งเป็นลักษณะที่บุคลากรในโรงพยาบาลต้องการใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ส่งผลให้บุคลากรมีอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารัลโล และคณะ (Varallo et al., 2018) และ อีวาน และคณะ (Evans & et al.,

2006) ที่พบว่าการลดขั้นตอนกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง การทำให้แบบฟอร์มในการรายงานที่ง่ายขึ้น และการสะท้อนกลับเกี่ยวกับผลที่ได้จากการรายงานอุบัติการณ์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์เพื่อการส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการศึกษาของมาโทวิโรโน และคณะ (Martowirono et al., 2012) ที่ได้ศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของแพทย์ประจำบ้าน ได้แก่ ให้มีการสะท้อนผลลัพธ์กลับมายังผู้รายงานเหตุการณ์ การลดความซับซ้อนของขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติ วัฒนธรรม และความสามารถในการรับรู้ของแพทย์ประจำบ้าน ส่งผลให้มีอัตราการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น และก็ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนาโอเมะ และคณะ (Naome & et al., 2020) ที่พบว่าการที่มีระบบการรายงานที่มีประสิทธิภาพขององค์กร และการทำงานเป็นทีม จะมีความสัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญจากการพัฒนารูปแบบการรายงานความเสี่ยงโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์จนได้เป็นรูปแบบการรายงานความเสี่ยงผ่านแอปพลิเคชัน Line official account ที่กล่าวมาข้างต้นนั้นจะพบว่าบุคลากรในโรงพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงนี้ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเกิดจากรูปแบบการรายงานความเสี่ยงนี้เป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรในโรงพยาบาล เพราะได้รับการพัฒนามาจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลเอง ทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลรู้สึกหวงแหน และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภัทร์ธิตา โภคาพันธ์ และคณะ (2555) ที่พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบรายงานความเสี่ยงมีความพึงพอใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลประจำการเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการอบรม และพัฒนาองค์ความรู้เรื่องของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงในทุกสหวิชาชีพ เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีองค์ความรู้ความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ส่งผลให้เกิดการรายงานที่มากขึ้น

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรเอง เพื่อให้การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นอกจากการศึกษาปริมาณของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังจากที่ได้มีการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงแล้ว ควรมีการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมถึงคุณภาพของการรายงานว่ามีความถูกต้องครบถ้วนเพียงใด เพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น

2. นอกจากเรื่องของความรู้และการมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่มีผลต่อการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของบุคลากรในโรงพยาบาลแล้ว ก็ยังมีปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอีก ซึ่งควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้เพิ่มเติม เพื่อพัฒนาให้ระบบการรายงานมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการทำการศึกษา และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

Chantanasombut, P., Phanthusart, N., & Maneesri, S. (2012). Clinical risk management of registered nurses. *Journal of Nursing Science & Health, 35*(3), 118-124.

Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., & DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting : a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care, 2006*(15), 39-43.

Laobandit, R., & Thanaboonpuang, P. (2021). Factors related to the clinical risk management of registered nurses in Samroiyod district, Prachuap Khiri Khan province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life, 1*(1), 25-36.

Martowirono, K., Jansma, J. D., Luijk, S. J., Wagner, C. & Bijnen, A. B. (2012). Possible solutions for barriers in incident reporting by residents. *J Eval Clin Pract, 18*(1), 76-81.

Naome, T., James, M., Christine, A., & Mugisha, T. I. (2020). Practice, perceived barriers and motivating factors to medical-incident reporting: a cross-section survey of health care providers at Mbarara regional referral hospital, southwestern Uganda. *BMC Health Serv Res, 20*(276), 1-9.

Pensook, J. (2017). Needs assessment of registered nurses for the development of a clinical risk management system at Faculty of Medicine Vajira hospital, Navamindradhiraj university. *Vajira Med J, 61*(4), 267-280.

Phokapun, P., Leethongdee, S., & Tikkapanyo, C. (2012). The quality improvement of clinical risk management system for care standard of in-patient care of nurses in the Fort Sunpasitthiprasong hospital in Ubon Ratchathani province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 13*(2), 38-48.

Saichun, S., Pensirinapa, N., & Geerapong, P. (2017). Factors related to risk management participation of personnel in Priest hospital. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital, 13*(1), 27-45.

Sotanasathien, S. (1990). *Communication and societies.* Bangkok: Chulalongkorn university printing house.

Varallo, F. R., Passos, A. C., Nadai, T. R., & Mastroianni, P. C. (2018). Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture. *Rev Esc Enferm USP, 52:e03346,* 1-5.

Yodyot, K., Promaruk, T., & Sangsa, N. (2019). Developing process for risk management report system Roi-Et hospital, Roi-Et province. *Academic Journal of Community Public Health, 5*(2), 27-41.

Apec Tourism Impediment Study Stage III

Lawan Thanadsillapakul, *Ph.D.*

Associate Professor, School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University, and Kyushu University, Japan.
Email address: lawan.tha.2499@gmail.com

Original article

Received: 10 March 2023
Revised: 1 April 2023
Accepted: 3 April 2023

Abstract

This article has the objectives to identify, update, analyze, and prioritize impediments to tourism development in order to achieve long-term environmental and social sustainability of the tourism industry and its economic impact, through human resources development. The study of this project was conducted by analyzing domestic law and regulations of the APEC economies relating to impediments to the tourism industry, analyzing the legal and institutional framework governing tourism services and investment, and conducting surveys and workshops in APEC economies, in order to provide strategic tourism liberalization and sustainable development for APEC economies;

The research results found that the impediments to tourism are the obstacles of people movement, border control, health control, taxes and fee, currency exchange, regulatory differences, languages barrier, transportation, infrastructure, telecommunication system, inefficient tourism operation. However, removing all these impediments requires strategic policy to implement the sustainability of tourism to avoid the negative impacts on the local way of life, natural resources, valuable cultural society, and economic development.

Recommendations and the use of the research result are to propose the strategic removal of tourism impediments to enhance tourism sustainability, provide the analytical finding of the impacts of the inbound and outbound tourists towards APEC economies, improve laws and regulations strengthen self-reliance of local people, standardize the health control in line with the WHO standard, effectively reserve natural resources, folk life, cultural society, human resources development, and to encourage tourists to value the local community.

Keywords: Tourism impediments, Sustainability of tourism Liberalization of services trade, sustainable development

การศึกษาวิจัย อุปสรรคของการท่องเที่ยวของสมาชิกเศรษฐกิจเอเปค ระยะที่ 3

ลาวัณย์ ถนัดศิลปกุล

รองศาสตราจารย์ ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และ มหาวิทยาลัยคิวชู ประเทศญี่ปุ่น
lawan.tha.2499@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 10 มีค.2566
วันแก้ไข 1 เมย. 2566
วันตอบรับ 3 เมย. 2566

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ระบุ บ่งชี้ วิเคราะห์ และ จัดลำดับ อุปสรรคของการท่องเที่ยวเพื่อพัฒนา การท่องเที่ยวให้บรรลุความยั่งยืนทางด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมในระยะยาว ของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและผลกระทบทางเศรษฐกิจผ่านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การศึกษาโครงการนี้ดำเนินการโดยวิเคราะห์กฎหมายและกฎระเบียบภายในประเทศของเศรษฐกิจเอเปคที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว วิเคราะห์กรอบทางกฎหมายและสถาบันที่กำกับดูแลการบริการและการลงทุนด้านการท่องเที่ยว การสำรวจและการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มสมาชิกเศรษฐกิจเอเปค เพื่อการเปิดเสรีด้านการท่องเที่ยวเชิงกลยุทธ์อย่างยั่งยืน

ผลการวิจัยพบว่าอุปสรรคของการท่องเที่ยว ได้แก่ อุปสรรคของการเคลื่อนย้ายข้ามแดนของนักท่องเที่ยว การควบคุมชายแดน การควบคุม กำกับ ดูแลทางด้านสุขภาพ ภาษีและค่าธรรมเนียม การแลกเปลี่ยนเงินตรา ความแตกต่างด้านกฎระเบียบ อุปสรรคด้านภาษา การขนส่ง โครงสร้างพื้นฐาน ระบบโทรคมนาคม อย่างไรก็ตาม การจะขจัดอุปสรรคเหล่านี้ได้ต้องอาศัยนโยบายเชิงกลยุทธ์ในการดำเนินการเพื่อความยั่งยืนของการท่องเที่ยว เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบทางลบต่อวิถีชีวิตท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติ สังคมวัฒนธรรมที่มีคุณค่า และการพัฒนาเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะและการใช้ผลการวิจัย โดยเสนอแนวทางการกำจัดอุปสรรคด้านการท่องเที่ยวเชิงกลยุทธ์เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของการท่องเที่ยว การวิเคราะห์หาผลกระทบของนักท่องเที่ยวทั้งขาเข้าและขาออกในกลุ่มสมาชิกเศรษฐกิจเอเปก ปรับปรุงกฎหมายและกฎระเบียบทางด้านการท่องเที่ยว เพื่อเสริมสร้างการพึ่งพาตนเองของประชาชนในท้องถิ่น สร้างมาตรฐานการควบคุมสุขภาพตามมาตรฐาน WHO สงวน รักษาทรัพยากรธรรมชาติ วิถีชีวิตชาวบ้าน สังคมวัฒนธรรม พัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้นักท่องเที่ยวเห็นคุณค่าของชุมชนท้องถิ่น

คำสำคัญ: อุปสรรคด้านการท่องเที่ยว อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน การเปิดเสรีการค้าบริการ

Introduction

Tourism and Sustainable Development are very relevant in the present context of the global economy. In APEC economies, Tourism has already become a core competency sector and is becoming tourism driven economy. Tourism development is a result of technological advancement and improvements in communications. It has become one of the fastest growing industries today. Global tourism is expected to continue to expand because people are beginning to discover more and more new destinations, and the travel industry is becoming more and more organized. Both APEC developed and developing economies promote tourism as a means of generating foreign exchange, increasing employment opportunities, attracting development capital and enhancing economic interdependence and cooperation. The unawareness of some forms of mass tourism development are unsustainable in terms of the negative impacts on the environment, local way of life, indigenous wisdom, the way in which it corrupts local cultures and the manner in which any potential economic benefits are frittered away. It is from this negative premise that the thought of "sustainable tourism" takes its position to redress the impact of tourism and establish forms of new tourism that are environmentally, economically and culturally sustainable. Therefore, this research project has been initiated to find out the effective way to improve the liberalization of tourism in line with a sustainable development and the well-being of people in APEC economies.

APEC Commitment to Tourism liberalization

The Bogor Declaration established the target of free trade and investment in the Asia-Pacific region by 2010 for developed economies and by 2020 for developing economies. The framework for implementing the Bogor Declaration was established in the 1995 Osaka Action Agenda (OAA). The first part of the OAA sets out the Bogor liberalization and facilitation goals in fourteen specific policy areas which are expected to be achieved through a combination of individual and collective actions. The Individual Action Plans (IAPs) contain a chapter for each of these specified policy areas and report the steps that each member is taking to fulfill the objectives set out in the OAA for each action area. Under which APEC TWG Collective Action Plan has been implemented and The CAP stressed that APEC economies will identify impediments to tourism growth and formulate strategies that will improve tourism movements and investment in the Asia – Pacific region. APEC TOURISM IMPEDIMENTS STUDY STAGE I was conducted in 1996 to study and research on impediments to tourism growth in the APEC region followed by APEC TOURISM IMPEDIMENTS STUDY STAGE II conducted in 2001 discussing the trends and forecasts of tourism in the APEC

region, impediments to tourism growth, the inventory of impediments to tourism growth, impediments to individual travelers, impediments to business, and emerging issues. Field researches and workshops were conducted in various APEC economies such as Australia, Papua New Guinea, Mexico, New Zealand, Thailand, Chinese Taipei to develop in– depth profile of tourism impediments in the participating economies. Finally, APEC TOURISM IMPEDIMENTS STUDY STAGE III, which is this research project, was conducted in 2006-2008.

Consequently, APEC commitments in liberalization of tourism industry have been implemented and reaffirmed the commitment to the Policy Goals contained in the Seoul Declaration on the APEC Tourism Charter, and to support the work of the TWG in developing specific mechanisms to achieve them. The APEC Tourism Ministerial Meeting adopted the four goals of key delivery for tourism sector as followed:

Goal 1: Remove impediments to tourism business and investment by

a. promoting and facilitating the mobility of skills, training and labor;

b. promoting and facilitating productive investment in tourism and associated sectors;

c. removing regulatory impediments to tourism business and investment; and

d. encouraging liberalization of services trade related to tourism under General Agreement on Trade in Services (GATS).

Goal 2: Increase mobility of visitors and demand for tourism goods and services in the APEC region by

a. facilitating seamless travel for visitors;

b. enhancing visitor experiences;

c. promoting inter- and intra-regional marketing opportunities and cooperation;

d. facilitating and promoting e-commerce for tourism business;

e. enhancing safety and security of visitors; and

f. fostering a non-discriminatory approach to the provision of visitor facilities and services

Goal 3: Sustainably manage tourism outcomes and impacts by pursuing policies that:

a. demonstrate an appreciation and understanding of our natural environment and seek to protect that environment;

b. foster ecologically sustainable development opportunities across the tourism sector, particularly for small and medium sized enterprises, employment and providing for open and sustainable tourism markets;

c. protect the social integrity of host communities with particular attention to the

implications of gender in the management and development of tourism;

d. recognize, respect and preserve local and indigenous cultures together with our natural and national cultural heritage; and,

e. enhance capability building in the management and development of tourism.

Goal 4: Enhance recognition and understanding of tourism as a vehicle for economic and social development by

a. harmonizing methodologies for key tourism statistical collections, consistent with activities of other international tourism organizations;

b. facilitating the exchange of information on tourism between economies;

c. promoting comprehensive analysis of the role of tourism in member economies in promoting sustainable growth; and,

d. expanding our collective knowledge base on tourism issues in order to identify emerging issues and assist implementation of the Charter.

Resulting from the 4 goals, tourism and sustainable economic development has been initiated as the main policy of APEC economies to attain these ultimate goals.

Tourism and sustainable Economic development: The background of APEC economies and tourism

APEC economies[1] are together the largest economic group of the world with immense possibilities of growth in the tourism sector with vast cultural and religious heritage, varied natural attractions. APEC economies have 62,831,970 sq.km[2] of area with a population of 2,925 million as per 2008 census[3]. The member economies are claimed to account for approximately 45% of the world's population, approximately 56% of the world GDP and about 49% of the world trade.[4] The APEC region has consistently been the most economically dynamic part of the world. In its first decade, APEC Member Economies generated nearly 70 percent of the global economic growth and the APEC region consistently outperformed the rest of the world, even during the Asian financial crisis. The economic success of APEC economies has resulted from various factors ranging from strategic development policy, trade and investment liberalization in an effectively proper

1 The participating APEC economies are: Australia, Brunei Darussalam, Canada, Chile, China, Hong Kong-China, Indonesia, Japan, Republic of Korea, Malaysia, Mexico, New Zealand, Papua New Guinea, Peru, Philippines, Russia, Singapore, Chinese Taipei, Thailand, United States, and Vietnam.

2 Central Intelligence Agency, USA.

3 So far, APEC has 21 members whose population contributes 45 percent of the world's total. Its GDP and trade volume account for 56 percent and 49 percent of the world's total

4 APEC Secretariat, Singapore.

way, political security, comparative advantages, and natural and created endowment of APEC economies.

Tourism has been regarded as a means to enhance sustainable development. APEC economies stand unique in the matter of their rich tourism experiences keeping the customs and traditions of the economies intact, at the same time receptive to new ideas and alien culture, between the Western and the Eastern world. APEC economies are blessed with unmatched natural diversity that provides immense scope for tourism. Within the vast area of APEC, this virtual paradise holds almost all the tourist attractions of the world – serene beaches, enchanting multicolored-waters, mist clad hill stations, lush forests, exotic wildlife, exciting trekking trails, scintillating waterfalls, extensive plantations, tropical islands, invigorating monsoons, Alternative medical and health centers, historic monuments, sacred pilgrim centers and temples, magical festivals, spectacular art forms, splendid cultural heritage, spectacular boat races, spicy cuisine …. and everything else that enthralls visitors. A physical quality of life, even in developing APEC. Therefore, with these properties, APEC should facilitate the liberalization of tourism but maintain sustainable development through the valued tourism. Balancing liberalized tourism and the valuable way of life, cultures, and the well-being of human in APEC society.

Objectives of the research

The objectives of this research project are to:

1. Facilitate liberalization of tourism trade and investment in APEC region by identifying tourism impediments and proposing strategies for removing such impediments, and providing strategic enhancement of tourism sustainable development complying to the 4 Goals of APEC Tourism Charter.

2. Propose a favorable environment for sustainable tourism industry, strengthening market structure and institutions**,** balancing modern and cultural tourism, urging APEC economies to implement appropriate policies and actions to promote sustainable and sound macroeconomic policy

3. Enhance human capacity building and entrepreneurship development in tourism industry by proposing mutual liberalization of people movement in tourism market

4. Facilitate legal and institutional framework governing tourism activities, trade and investment and

5. Facilitate the exchange of tourism information among APEC member economies

Scope of the Study

The scope of the study focuses on the following areas:

- Identify the main impacts of tourism (economic, social and environmental) which need to inform policy

development on the sustainability of tourism.

- Awareness of these impacts - whether from domestic, inbound or outbound tourism - are addressed in cross-government and departmental strategies on sustainable development.
- Achieve better coordination of Government input to policy development and other relevant activities at regional level and internationally.
- Review the Government's current approach to sustainable tourism, and consider what action may be needed to strengthen and promote it.
- Work with agency and industry stakeholders to promote wider take-up of principles of sustainable tourism and to identify the scope for more strategic action across Government and by the tourism industry.
- Identify measures of progress on action within Government and take them forward.

Research study issues

Even though tourism is contributing much in the APEC economies in terms of economic, social and physical development, it is also having certain negative impacts. Unbridled and indiscriminate growth of tourism leads to problems of pollution, environmental and ecological hazards and cultural degradation. The developed tourist destinations are affected by haphazard developments all around including unauthorized constructions, solid and liquid waste problems, traffic congestion etc. Developing tourism in a sustainable manner is the greatest concern of the Government and the players in the tourism field. APEC economies are taking all steps in promoting sustainable tourism development with focus on conservation and preservation of heritage. APEC economies have embarked on law reform such as stipulation of new legislation, the so-called Tourism Conservation, Preservation and Trade Act. They have been formulated to control the development in a kind of the Special Tourism Zones with specific guidelines for developmental activities including architectural controls. How to encourage the APEC Governments to be very cautious on ensuring quality of tourism. For example, to ensure quality in facilities and services offered by the tourism agencies such as houseboats and river cruise, Tourism Authority of each APEC economies has come out with system of classifications to grade the units based on their qualities. **Therefore, the main issue is how to create a balanced liberalized tourism and sustainable development. How to formulate the legal and institutional framework governing sustainable tourism.**

Expected Benefits

The expected benefits of this research are the attainment of strategic policy for the liberalization of tourism, removal of tourism impediments in an appropriate way and preservation of the valuable local heritage and customary way of life. Stipulate effective laws and regulation, create sufficient institutional framework governing sustainability of tourism. Enhance human resources development via capacity building of tourism agencies and services providers for better and even wealth distribution to local people.

Research Methods

The research in this project was qualitative research, conducted by studying law and regulations from the primary sources of the APEC member economies, studying international and regional treaties on the liberalization of trade in services focusing on tourism, including to collect the materials from APEC economies and the OECD "Inventory of obstacles to international tourism in the OECD area". The research also studied and analyzed case laws, the problems arising from the liberalization of tourism, studied the textbooks, journals, articles, as well as the international policies of APEC member economies. The field research included to collect data, in-depth interview to the government officials involved in tourism, and to conduct the seminars and workshops on tourism in the APEC economies.

The research has fulfilled its objectives as follows:

1. Facilitate liberalization of tourism trade and investment in APEC region Tourism Liberalization

In the Tourism sector, services can be delivered in four modes: Consumption abroad; Cross-border supply; Commercial presence; and Presence of natural person. This means that tourism liberalization is not limited only to receiving foreign tourists who consume tourism services, and local operators having opportunities to create tourism businesses. It also means liberalization of investments by foreign investors in various tourism service businesses; tour companies, hotels, restaurants, related services, sales of plane ticketing, travel agents, etc. (Mode 3 of service provision or commercial presence) and allowing natural persons from other countries, such as tourist guides to freely provide tourist services (Mode 4 of service provision). Thus, the liberalization of tourism allowing foreign investment to be applied to tourism. Although liberalization of trade in services is separated from investment, however investment in tourism is a sector of investment, and investment in tourism also benefit from provisions on investment protection and liberalization. Therefore, liberalization of tourism or removal of tourism inpediments would

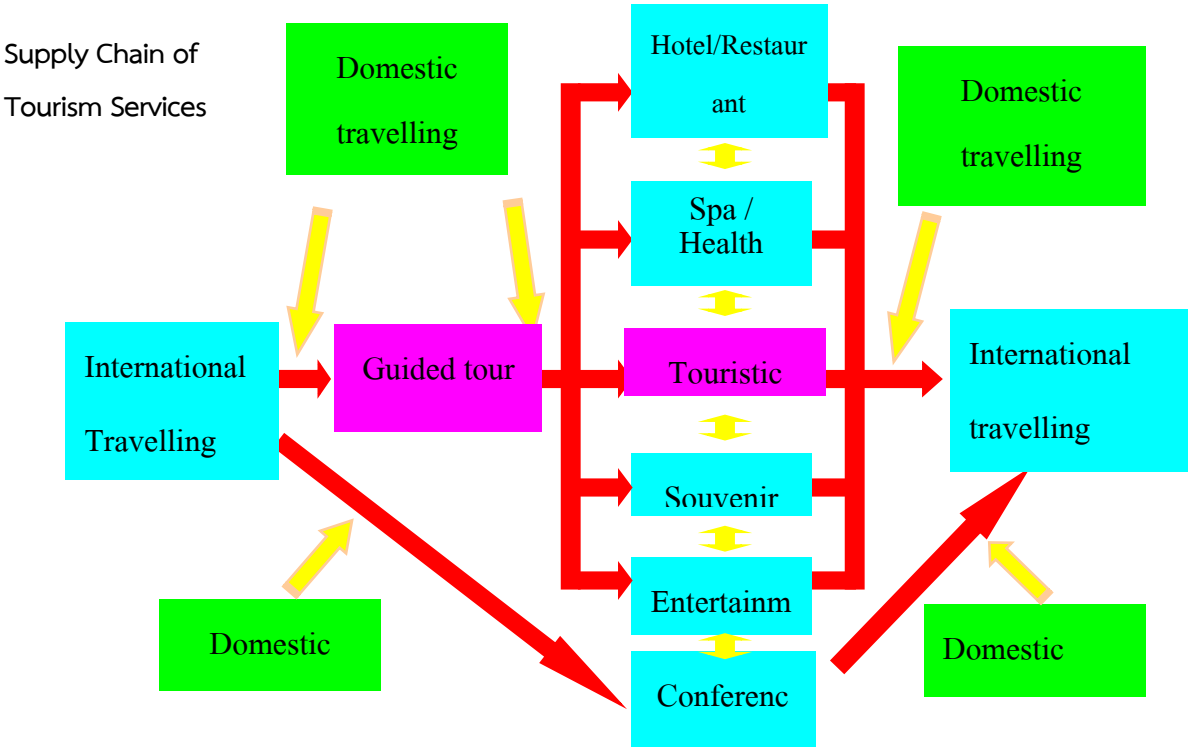
facilitate trade and investment in APEC region. If APEC economies would benefit from tourism evenly the population in this region will be prosperous.

2. Propose a favorable environment for sustainable tourism industry: Nature of Tourism

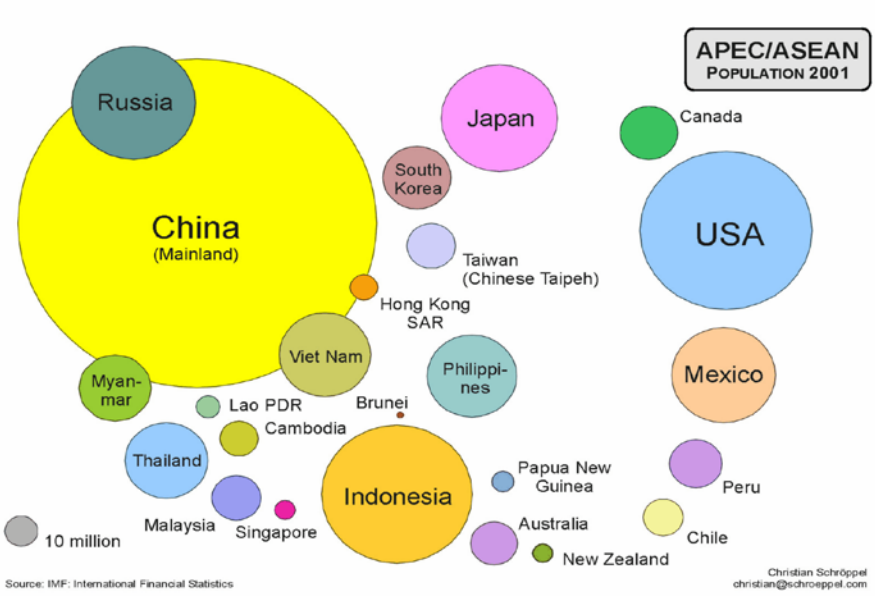
Tourism as an economic sector benefit to the host economies naturally or culturally derived from tourist attractions. Therefore, to create friendly environment to tourists is an essential factor. Tourism industry and related businesses rely on expertise, knowledge, and experience of the operators. Existing natural and created endowments have to be further developed to create value from tourism to the APEC economies, which would be the benefit of that economy and its people. This includes the creation of jobs in the tourist industry for the people of the economy.

Principle of tourism services liberalization under GATS

APEC liberalization of tourism has to comply with the GATT/WTO Principle. Members of GATT/WTO are committed to liberalization of tourism, a sector in the trade in services. They are obligated to reduce or remove barriers to trade in services and to provide access to their domestic markets. As mentioned earlier, there are four modes of service delivery.



Source: Adapted from the Project on the Re-structuring of Small and Medium Enterprises, Bank of Thailand



Under GATS, tourism encompasses:

1) Hotels and restaurants
2) Travel agencies and tour operators
3) Tourist guides

Thus, a country that liberalizes trade in services has to do so for all four modes for tourism. However, a member economy has the right not to open any sector or sub-sector, or may implement liberalization with reservations or exceptions. In addition, an economy may refrain from granting access to its market in a sector that it is still not ready to compete with multinational corporations or foreign competitors. Thus, the reservations, exceptions, or non-liberalization of certain sectors or sub-sectors has to be based on the stand-still and roll-back principles. That is, an economy shall not add more exceptions, reservations or restriction to an agreement on liberalization commitments. It will also have to gradually lessen exceptions to complete liberalization, except in the case of items previously exempted from the agreement. **Consequently, APEC economies have to follow this principle, the so called "bottom – up liberalization" in the process of tourism liberalization, or the gradual removal of tourism impediments, which is the creation of a favorable environment for sustainable tourism industry.**

3. Enhance human capacity building and entrepreneurship development in tourism industry: Deregulation and/or removal of barriers to tourism liberalization

Human capacity building and entrepreneurship development in tourism industry are very important for sustainable tourism development. To achieve this goal, the removal of the obstacles or tourism impediments is the initial step including to study the impacts of

tourism liberalization will result in the preparation of strategic human capacity building and entrepreneurship development. The existing barriers to tourism that will be diminished or removed by full liberalization under the APEC Free Trade Agreement can be summarized as follows:

Tourism and national policy and regulations

Barriers in this category include those related to tourist visas; regulations concerning aliens coming to work in tourist businesses or individuals who will come to provide services, such as tourist guides; regulations concerning restrictions in investment, shares, or lands held by business organizations engaged in tourist businesses, and regulations governing domestic and international air transportation.

Potential impacts from liberalization

1) Problems relating to the control of individuals entering and exiting the country.

2) Problems created as a result of liberalization relating to local guides and other individual services.

3) Problems of foreign investment in tourism

4) Problems of holding/using of land/tourist sites; possession of islands and tourist attractions and natural resources, which may extend to include archeological sites, forests, resorts. (That is, APEC economy must be prepared to carefully deal with liberalization).

5) Impact on travel agencies, ticketing agents, and tour businesses

6) Impact on guest houses, restaurants, food shops, souvenir shops

7) Impact on spa and massage establishments, beauty salons, fashion business, and other tourism related businesses.

8) Impact on local residents providing services for tourists, i.e., oarsmen; operators of boats taking tourists on tours of islands, along waterways, of elephant's camps, and orchid nurseries; silk weavers; artisans making lacquer ware and handicrafts (although they may be listed under reserved vocations).

9) Impact on all types of logistic businesses

10) Impact on nursing homes, plastic surgery clinics, etc.

Therefore, deregulation and/or removal of barriers to tourism must be carefully implemented while performing capacity building of human resources in the above sectors which would be affected by the liberalization.

4. Facilitate legal and institutional framework governing tourism activities: Safety and Security Issues

Regulatory differences have been regarded as the impediment to tourism, in order to improve legal and institutional framework

facilitating sustainable development require the study of the impact towards tourism in the following issues.

4.1 Safety and Security Issues

1) Problems relating to facilitation of immigration and the issuing of visas; identification processes the inspection/ searching of incoming travelers and inspection of imported objects.

2) Problems regarding monitoring of health issues, i.e., people who may be infected with SARS, bird flu, or mad cow disease (BSE), and COVID 19 for example.

3) Problems of transnational crimes

4) Various types of security problems.

Potential impact

1)Transnational terrorist movements

2) Spreading of serious contagious diseases

3) Transnational and economic crimes

4)Smuggling of illegal items; transnational drug dealing

5) Transnational criminal groups (mafias)

6)Transnational arms deals and other security problems relating to transnational espionage

4.2 Practical issues regarding administrative practices

These include procedures in the administration, management and operation of tourism, passport and visa extensions, and extensions of stay, tourist business contacts, interpretations of rules and regulations, and corruption.

Potential impact

1) Problems of an influx of aliens who may not be tourists.

2) Problems of people using tourism as a front to conduct other businesses

3) Problem of unemployment of local people due to trade in labor by aliens.

4.3 Issues of infrastructure, culture and environment

The infrastructure of the APEC economies should be modernized, such as roadways or other modes of transportation, telecommunications, tourist attractions, entertainment establishments, facilities such as airports, planes, ports, ships, bridges, warning systems, beaches, eco-system, environmental protection systems, and conservation of local culture and national identity.

Potential impact

1**)** In general, there will be a positive impact on the infrastructure. Roadways, transportation, telecommunication and communication systems, bridges, ships, ports, airports, airplanes, warning systems, etc., will be improved.

2) On the negative side, there may be social problems due to the influx of tourists which affect the rural way of life. Natural conditions may

disappear, which may lead to increased urbanization and a gradual change in local cultural identity as communities assimilate to modern cultures. Young people will imitate foreign cultures and there will be problems of conservation of culture, the environment, and national identity.

3) Foreign investment in the infrastructure may lead to the construction of private ports, foreign-owned ferry services, foreign telecommunication systems, and foreign-owned land and water transportation services.

4) Problems of toxins in the environment, if an efficient environmental protection system is not put in place.

5) Problems of sexual crimes and other crimes in entertainment places or gambling dens.

6) Spreading of sexually transmitted diseases such as AIDS.

7) Problems of the creation of or increase in sex services and entertainment establishments

8) Problems of foreign-owned casinos, gambling dens, and legal brothels

All these potential negative impacts need to be dealt with in a proper way before implementing liberalization**.**

4.4 Taxes

In many countries, different forms of tourism-related taxes are collected, such as airport tax, safety equipment fees, facilities fees, fuel surcharges, air navigation charges, and other travel related taxes

Potential impact

In general, taxes collected from tourists can generate income for the government. However, an influx of tourists can lead to a higher cost of living for locals in places such as food shops, restaurants, and hotels.

5. facilitate the exchange of tourism information among APEC member economies

Tourism related public relations and communication

In some cases, to promote tourism and attract tourists, public relations may project a positive image without paying attention to factual issues such as contagious disease, terrorism or prostitution.

Potential Impact

1) Lack of prevention of or preparation for serious problems that may arise, such as in the case of the tsunami or other natural disasters.

2) The possibility of spreading contagious diseases such as bird flu due to the lack of publicly available factual information.

3) Problems of the destruction of forests and natural resources. There may be illegal logging and forest encroachment by resorts.

4) Social problems, such as sex services, spreading of AIDS, etc.

5) A lack of effective crime suppression measures may lead to crimes committed against tourists tarnishing the country's image.

Result Discussion

Caution must be taken if tourism is to be liberalized. The matter must be considered wisely without focusing only on the positive aspect. There may be benefits such as the increasing number of tourists and the money they spent in the economies studied, jobs for local people, and sales of products or services. However, tourism liberalization also means allowing foreigners to operate businesses and exploit economies' natural resources and beautiful tourist attractions. They will be granted benefits and protection under the umbrella of investment protection, which covers all forms of investment. This may bring about the following consequences:

- Natural sites being occupied as a result of business operations that caters to foreign tourists. Nationals may not have a chance to use the services.

- Long term exploitation under various projects and export of profits

- Business establishments being owned by foreigners and local people may be only employees who sell their labor as in the cases of spa and massage business and businesses such as sight-seeing boats, hotels, restaurants, food shops.

- Ownership of travel agencies, ticketing agencies, tour operations and other related businesses by foreign investors

- Problems relating to local culture and wisdom. The local way of life may change through the assimilation of foreign cultures. The social structure may be gradually changed.

- Problems of conservation of the environment and nature, social environment, drugs, crimes, etc. that will come as a result of tourism liberalization. There may be legal casinos, gambling dens and brothels.

Tourism liberalization needs the removal of the impediments in the four categories, namely: direct and facially discriminatory barriers to trade in services, indirect but facially discriminatory to trade in services, direct but facially neutral barriers to trade in services, and indirect and facially neutral barriers to trade in services. The models and policy options are proposed to APEC economies to employ them in an appropriate way ranging from investment control, selective liberalization, regional industrialization regime, mutual national treatment, combined national treatment and most-favored-nation treatment and hybrid model to suit each APEC economy. The participating economies also need to analyze the negative impacts of the combined enforcement of FTAs that they have entered into with their economic partners in conjunction with the implementation of domestic laws and regulations. They shall also have an effective competition laws

and policy, and also effectively implement the laws and regulations in order that the market shall work efficiently. The abuse of market dominance by the enterprises employing restrictive business practices can occur, if there is no effective measure monitoring behavior of market players. The liberalization of tourism industry by removing the impediments shall not be replaced by the restrictive business practices of the private enterprises and the powerful transnational corporations operating across the borders worldwide. The two ways liberalization of people, labor, and tourism professional shall be urgently considered. Environment problem is required to be dealt with both at national and international level The Multilateral Environment Agreements (MEAs) shall be adopted and fully implemented supporting the sustainable development. APEC economies have launched new policy, and carefully planned the Master plan and implementation stages for tourism development.

Conclusion and Recommendations

The research of APEC Tourism Impediments Study has identified the main impacts of tourism; economic, social and environmental, which need to inform policy development on the sustainability of tourism. Also, the research has found that these impacts - whether from domestic, inbound or outbound tourism - are addressed in cross-government and departmental strategies on sustainable development. Proposed better coordination of Government input to policy development and other relevant activities at regional and international level. Reviewed the Government's current approach to sustainable tourism, and considered what action may be needed to strengthen and promote it. Work with agency and industry stakeholders to promote wider take-up of principles of sustainable tourism and to identify the scope for more strategic action across Governments and by the tourism industry. Identified measures of progress on action within Governments, and take them forward.

The concept of sustainable development has been used to advocate a general rethinking of economic development. The Plan of Action and its Regional Action Programme set general requirements for sustainable tourism development and propose actions at the national and regional levels in five theme areas:

(a) Enhancing the role of tourism in socio-economic development and poverty reduction.

(b) (b) Facilitation of travel and development of transport and other tourism-related infrastructure.

(c) Socio-cultural and environmental management of tourism.

(d) (d) Crisis and risk management in tourism.

(e) (e) Human resources development in the tourism sector.

The research result proposed the initiatives aimed at materializing the priorities set for APEC tourism co-operation, these include measures to:

- ***Encourage*** holding, on a voluntary basis, the APEC Tourism Fair back-to-back with important APEC events in order to ably create unique and specific branding of APEC tourism, which would help optimize the use of valuable and diversified tourism assets and resources, promotions of inter and intra APEC tourism flows as well as to increase APEC's share in the world tourism market.
- ***Encourage*** the hosting of the APEC Tourism Investment Forum, on a voluntary basis, on the sidelines of the APEC Tourism Ministerial Meeting to create favorable avenues and opportunities for business matching and promotion of investments in tourism infrastructure within APEC member economies for the benefits of both the investors and local communities.
- ***Encourage*** the undertaking of travel facilitation measures for tourists by studying the possibility for tour packages and new direct air linkages among cultural heritage sites and major tourism destinations in member economies in order to further promote tourist flows into and within APEC region.
- ***Organize*** joint activities for youth exchange as well as sister cities' cooperation with a view to enhancing mutual understanding and nurturing appreciation for the cultural values, customs and traditions of member economies, hence creating a firm foundation and the pre-conditions for regional tourism development.

In conclusion, tourism liberalization needs strategically remove the impediments, but also need to analyze the negative impacts of the combined enforcement of liberalization, in conjunction with the effective implementation of domestic laws and regulations, especially the effective competition laws and policy, in order that the market shall work efficiently, and resulted in the well-being of the people in the society.

Acknowledgement

This research project "APEC Tourism Impediments Study stage III" would not have been possible without the assistance of the APEC Program Director, Mr. Benyamin Carnadi, during 2006-2007 and Mr. Toni Widhiastono, during 2007-2008, Miss Joyce Yong, Miss Jaqueline Tan, and other APEC Secretariat officers, the Project Overseer, Dr. Walailak Noypayak, and her team members, especially Miss Roongtip Wongpatikarn. The committed support of the officers of APEC Tourism Promotion Authority of various APEC economies. Finally, I would like to deeply thank all involved persons in this project.

References

Dennis A. Rondinelli and Jack N. Behrman. (2000) "The Promises and Pains of Globalization," *Global Focus—*

International Journal of Business, Politics and Social Policy, 12 (1): 3-16.

Dennis A. Rondinelli (1994) "Capacity Building in Emerging Market Economies: The Second Wave of Reform," *Business & the Contemporary World,* Vol. 6, No. 3 153-167.

H. Nordstrom (1999) "Trade, Income Disparity and Poverty: An Overview," in D. Ben-David, H. Nordstrom and L.A. Winters (eds.) *Trade, Income Disparity and Poverty*, Special Studies No. 5, Geneva: World Trade Organization, 1-9.

Inter - American Development Bank, (2001) *Competitiveness: The Business of Growth*, Washington, DC: IDB, 45 Industrial Structure Council METI, Japan, (2003) "White Paper on International Trade", published by the Japanese government

Institute of Management Development, (2002) *The World Competitiveness Yearbook 2002*, Lausanne, Switzerland: IMD,

Industrial Structure Council METI, Japan. (2007) The 2007 Report on compliance by major trading partners with trade agreements – WTO, FTA/EPA and BIT, Industrial structure Council, METI, Japan

Jack N. Berhman and Dennis A. Rondinelli, (1999): "The Transition to Market Oriented Economies in Central and

Eastern Europe: Lessons for Private Enterprise Development," *Global Focus— Journal of International Business, Economics and Social Policy*, Vol. 11, No 4 1-13.

Klaus Schwab, Michael E. Porter, and Jeffrey D. Sachs (ed.) (2002) *The Global Competitiveness Report 2001-2002*,

New York: Oxford University Press.Main types of horizontal commitment of GATS (Excerpt from Section II, Chapter 11 "Trade in Services") World Trade Organization.

Thanadsillapakul, Lawan (2006) "Some Legal Aspects of the FTA Thai-US: Concerns for Thailand"

Sukhothai Thammathirat Open University Law Journal Vol. 18 issue 2. pp. 67-94

Thanadsillapakul, Lawan (2007) "Legal and Institutional Framework for Open Regionalism in Asia: A case study of ASEAN" Research Series No 24. Tokyo: The University of Tokyo

Thanadsillapakul, Lawan (2007) Strategies for Developing Countries to Benefit from the Liberalized Market. The Asian WTO Research Network, Tokyo.

Thanadsillapakul, Lawan (2008) Opportunities and Challenges for Foreign Investment in the APEC Region: Case Study APEC Resources Development Working Group Capacity Building Network. Singapore: APEC.

Thanadsillapakul, Lawan (2011) "Investment Liberalization under FTA and Some Legal Issues of International Law" Korea University Law Review, Vol 8 Fall 2010 pp. 103-150

Organization for Economic Cooperation and Development, (1998) *Open Markets Matter: The Benefits of Trade and Investment Liberalization,* Paris: OECD.

Report on compliance by major trading partners with trade agreements (2007) – WTO, FTA/EPA and BIT, Industrial structure Council, METI, Japan

Stanley Hoffman, (2002): "Clash of Globalizations," *Foreign Affairs*, Vol. 81, No. 4 104-115.

United Nations, (2002) *World Public Sector Report: Globalization and the State*, New York: United

United Nations Conference on Trade and Development, (2002) *World Investment Report 2002*, Geneva: UNCTAD,

United Nations Development Program, *(2002) Human Development Report*, New York: Oxford University Press.

World Bank, (2002) *World Development Indicators* 2002, Washington: World Bank.

World Bank, (1994) Global Economic Prospects and the Developing Countries, Washington, DC: World Bank.

World Trade Organization, (2002) *International Trade Statistics 2001*, Geneva: WTO, 44

World Bank, (2002) *World Development Indicators 2002*, Washington: World Bank. quote at p. 273.

The 1995 Osaka Action Agenda (OAA).

APEC TWG Collective Action Plan

APEC tourism impediments Matrix

The OECD Inventory of obstacles to international tourism in the OECD areas

APEC Tourism Charter

IMF, International Financial Statistics

Basel Convention, Convention on Biological Diversity (CBD),

Convention on International Trade in Endangered Species (CITES),

United Nation Framework Convention on Climate Change (UNFC

The Equation of decision - making forecasts among public health professionals on health problems

Parinya Jitaram [1] Kunthida Kingsawad [2] Siwarak Kitchanapaibul [3*]

1,2 Sirindhorn of Public Health College, SuphanBuri,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute
3 School of Health Science, Mae Fah Luang University, Chiang Rai Province
** Corresponding author: siwarak@mfu.ac.th*

Original article

Received: 9 March 2023
Revised: 31 March 2023
Accepted: 3 April 2023

Abstract

Working as, it is important they have the skills to make decisions on public health problems. This Cross-sectional analytical study aimed to create the equation of decision-making forecasts among public health professionals on health issues. The study was conducted in 478 public health professionals.

The results revealed that the cofactors, consisting of thinking and relationship skills can forecast the decision making among the health professionals on health problems 78% (Adj.R2 = 0.782, P-value < 0.001). It can be seen that to solve the public health problems successfully these two factors were crucial in terms of community and information relationships. Both skills lead to the participation in the health communities of their people.

Keywords : Public health professionals, Problem solving, Decision

สมการพยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุข

ปริญญา จิตอร่าม [1] กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์ [2] ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์ [3*]

1,2 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
3 สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
**ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: siwarak@mfu.ac.th*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 9 มีค. 2566
วันแก้ไข 31 มีค. 2566
วันตอบรับ 3 เมย. 2566

บทคัดย่อ

การประกอบวิชาชีพการสาธรณสุขชุมชนนั้น นักสาธารณสุขควรมีทักษะสำคัญต่าง ๆ ที่จะต้องนำมาใช้ในการประกอบวิชาชีพ และทักษะต่าง ๆ เหล่านั้นล้วนมีผลต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาทักษะด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุข การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ศึกษาวิจัยกับผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน 478 คน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุขมีตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุขได้ร้อยละ 78 (Adj.R2 = 0.782, P-value < 0.01) ประกอบด้วยทักษะการคิด และทักษะการสร้างความสัมพันธ์ จะเห็นได้ว่าการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขจะสำเร็จได้ จำเป็นต้องมีทักษะการคิดด้วยวิธีการคิดอย่างเป็นระบบร่วมกับทักษะการสร้างความสัมพันธ์ในด้านของสัมพันธภาพในชุมชน ซึ่งทั้ง 2 ทักษะนี้จะนำไปสู่การทำงานอย่างมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : นักสาธารณสุข การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ

ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 (Royal Thai Government Gazette, 2013) กล่าวถึงการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนว่าหมายถึงการกระทำการสาธารณสุขต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเรียนรู้ การแนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การบำบัดโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยการผสมผสานต่อเนื่องและเชื่อมโยงเป็นองค์รวม ซึ่งการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนนั้น นักสาธารณสุขควรมีทักษะสำคัญต่าง ๆ ที่จะต้องนำมาใช้ในการประกอบวิชาชีพ โดยเฉพาะทักษะการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีทักษะสำคัญต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักสารณสุขในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย ทักษะการใช้เครื่องมือซึ่งมีเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพทั้งในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ การบำบัดโรคเบื้องต้นและการส่งต่อฟื้นฟูสภาพบุคคล ชุมชนและสิ่งแวดล้อม การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมรวมทั้งเครื่องมือการวินิจฉัยชุมชน เครื่องมือต่าง ๆ เหล่านั้นมีทั้งเครื่องมือที่เป็นอุปกรณ์ แบบวัดแบบประเมินหรือกระบวนการต่าง ๆ ที่ใช้ในการประกอบวิชาชีพจำเพาะที่นักสาธารณสุขต้องมีความสามารถในการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ ทักษะที่ 2 คือ ทักษะการคิดซึ่งเป็นความสามารถของนักสาธารณสุขในการคิดทั้งในเชิงวิเคราะห์ จำแนกแยกแยะไตร่ตรอง ถือว่าเป็นทักษะพื้นฐานสำคัญที่นักสาธารณสุขจะต้องมีเพื่อนำไปใช้ในการประกอบวิชาชีพและการดำรงชีวิต ซึ่งมีทักษะการคิดที่สำคัญของนักสาธารณสุขที่ต้องนำไปใช้ในการประกอบวิชาชีพ คือ การคิดอย่างเป็นระบบ การคิดเชิงสร้างสรรค์ที่สามารถนำมาใช้ในการทำงาน การออกแบบวิธีการใหม่มาใช้ในการแก้ปัญหา การค้นคิดกระบวนการทำงานที่สอดรับกับบริบทของชุมชน (Sirajit Dejamonchai and Chanya Dansawat, 2012) การที่นักสาธารณสุขได้นำทักษะการคิดต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา ทั้งทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา รวมทั้งการตัดสินใจในเชิงการวิเคราะห์ที่นำไปใช้แก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้ ในส่วนทักษะที่ 3 คือ ทักษะการแสวงหาความรู้ เป็นทักษะสำคัญที่เป็นกระบวนการของการนำข้อมูล สารสนเทศ และองค์ความรู้มาใช้ในการทำงาน ตั้งแต่ การสังเกต การฟัง การอ่าน การสัมภาษณ์ เพื่อสืบค้นข้อมูลเพื่อการรวบรวมข้อมูล รวมถึงการศึกษาค้นคว้า วิจัย เพื่อนำองค์ความรู้มาใช้ในการประกอบวิชาชีพ ทักษะที่ 4 คือ ทักษะการทำงานร่วมกันของผู้ที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันในทีม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีกระบวนการทำงานที่แสดงถึงความจริงใจ มีการสร้างความเชื่อมั่น และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการสร้างบรรยากาศการช่วยเหลือเกื้อกูลที่ยึดถือความสำเร็จของงานเป็นหลักสำคัญ รวมทั้งทักษะที่ 5 ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ประกอบด้วยการเลือกใช้ภาษาที่เหมาะสมกับบุคคลและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน มีการสื่อสารที่เหมาะสมในการทำงาน เช่นมีทักษะในการพูดเพื่อโน้มน้าวและสร้างการยอมรับซึ่งเป็นทักษะเฉพาะบุคคลของนักสาธารณสุขที่ส่งผลต่อทักษะการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาทักษะด้านต่าง ๆ ในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขที่มีผลต่อการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

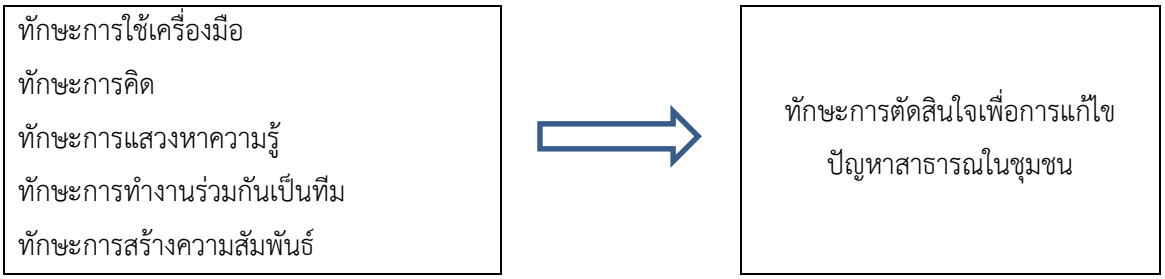
1. เพื่อศึกษาทักษะที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุข

2. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุข

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (The Cross-sectional analytical study)

ตัวแปรต้น **ตัวแปรตาม**



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน 23,878 คน (ข้อมูลจากงานทะเบียนสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน เมื่อ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน 478 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออกที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่มีระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพมากกว่า 1 ปี 2) ปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขในชุมชน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามที่ส่งคืนมาครบ และ 2) ข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามสมการพยากรณ์ทักษะการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุข แบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ส่วนที่ 2 – 7 มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบมาตรวัดของ Likert scale มีคำตอบให้เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ดังนี้ ส่วนที่ 2 ทักษะการใช้เครื่องมือ มีคำถาม 8 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะการคิด มีคำถาม 5 ข้อ ส่วนที่ 4 ทักษะการแสวงหาความรู้ มีคำถาม 8 ข้อ ส่วนที่ 5 ทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีคำถาม 8 ข้อ ส่วนที่ 6 ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ มีคำถาม 7 ข้อ ส่วนที่ 7 ทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน มีคำถาม 9 ข้อ รวมส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 7 มีข้อคำถามทั้งสิ้น 45 ข้อ

การแปลผล

ระดับทักษะการปฏิบัติงานในการประกอบวิชาชีพของนักสาธารณสุขทั้ง 6 ทักษะ มีการจัดเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงค่าเฉลี่ยดังนี้

ระดับปัจจัย	คะแนน
มากที่สุด	4.51 – 5.00
มาก	3.51 – 4.50
ปานกลาง	2.51 – 3.50
น้อย	1.51 – 2.50
น้อยที่สุด	ต่ำกว่า 1.50

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1โดยแบ่งระดับได้ ดังนี้ (Elifson et al, 1990)

ค่าสัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ (r)	**ระดับความสัมพันธ์**
0	ไม่มีความสัมพันธ์
± 0.01 ถึง ± 0.30	ต่ำ
± 0.31 ถึง ± 0.70	ปานกลาง
± 0.71 ถึง ± 0.99	สูง
± 1	สูงมาก

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไปแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองกับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ทักษะการใช้เครื่องมือ เท่ากับ 0.941 ส่วนที่ 3 ทักษะการคิด เท่ากับ 0.968 ส่วนที่ 4 ทักษะการแสวงหาความรู้ เท่ากับ 0.971 ส่วนที่ 5 ทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม เท่ากับ 0.944 ส่วนที่ 6 ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.928 ส่วนที่ 7 ทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน เท่ากับ 0.966และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.986 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.70 ขึ้นไป (Phuangrat Taweerat, 2000) จึงถือได้ว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน โดยใช้แบบสอบถามให้ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนตอบและส่งแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 478 คน โดยมีระยะเวลาใช้ในการเก็ยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Liner Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณพบว่า ตัวแปรแต่ละตัวมีอิสระต่อกัน มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ทักษะการใช้เครื่องมือ ทักษะการคิด ทักษะการแสวงหาความรู้ ทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม และทักษะการสร้างความสัมพันธ์

จริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และ 3) หลักยุติธรรม และการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เอกสารเลขที่ phcsp-A2565/01-1 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิจัย

การวิจัยสมการพยากรณ์ทักษะการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ข้อ คือ 1. เพื่อศึกษาทักษะที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสารณสุข และ 2. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุข ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

นักสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 478 คน เป็นเพศชาย 175 คน คิดเป็นร้อยละ 36.61 เพศหญิง 303 คน คิดเป็นร้อยละ 63.39 มีอายุน้อยสุด 26 ปี มากสุด 55 ปี มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 39.35 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี 413 คน คิดเป็นร้อยละ 86.40 และสูงกว่าปริญญาตรี 65 คน คิดเป็นร้อยละ 13.60

ส่วนที่ 2 ทักษะที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสารณสุข

แสดงดังตารางที่ 1-6

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะการใช้เครื่องมือ

ทักษะการใช้เครื่องมือ	$\overline{X}$	SD	ระดับ
1. เครื่องมือในงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.95	0.76	มาก
2. เครื่องมือในงานอาชีวอนามัย	3.90	0.88	มาก
3. เครื่องมือในงานบำบัดโรคเบื้องต้นและการส่งต่อ	3.96	0.76	มาก
4. เครื่องมือในงานส่งเสริมสุขภาพ	4.20	0.71	มาก
5. เครื่องมือในงานควบคุมป้องกันโรค	4.13	0.78	มาก
6. เครื่องมือในงานควบคุมป้องกันภัยสุขภาพ	4.00	0.84	มาก
7. เครื่องมือในงานฟื้นฟูสภาพชุมชนและสิ่งแวดล้อม	4.01	0.83	มาก
8. เครื่องมือในการวินิจฉัยชุมชน	4.06	0.78	มาก
รวม	**4.03**	**0.67**	**มาก**

จากตารางที่ 1 พบว่า นักสาธารณสุขมีทักษะการใช้เครื่องมืออยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.03, SD = 0.67) เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า นักสาธารณสุขมีทักษะการใช้เครื่องมือในงานส่งเสริมสุขภาพ ($\overline{X}$ = 4.20, SD = 0.71) มากที่สุด รองลงมาคือ เครื่องมือในงานควบคุมป้องกันโรค ($\overline{X}$ = 4.13, SD = 0.78) เครื่องมือในการวินิจฉัยชุมชน ($\overline{X}$ = 4.06, SD = 0.78) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ เครื่องมือในงานอาชีวอนามัย ($\overline{X}$ = 3.90, SD = 0.88)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะการคิด

ทักษะการคิด	$\overline{X}$	SD	ระดับ
1. ทักษะการคิดอย่างเป็นระบบมาใช้ในการทำงาน	4.17	0.74	มาก
2. ทักษะการคิดสร้างสรรค์มาใช้ในการทำงาน	4.11	0.77	มาก
3. การออกแบบสิ่งสร้างสรรค์ที่ตอบความต้องการชุมชน	4.15	0.76	มาก
4. การออกแบบวิธีการใหม่มาใช้ในการแก้ปัญหา	4.12	0.73	มาก
5. การค้นคิดกระบวนการทำงานที่สอดรับกับชุมชน	4.11	0.75	มาก
รวม	**4.13**	**0.71**	**มาก**

จากตารางที่ 2 พบว่า นักสาธารณสุขมีทักษะการคิดในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.13, SD = 0.71) เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า นักสาธารณสุขมีทักษะการคิดอย่างเป็นระบบมาใช้ในการทำงาน ($\overline{X}$ = 4.17, SD = 0.74) มากที่สุด รองลงมา คือ การออกแบบสิ่งสร้างสรรค์ที่ตอบสนองความต้องการชุมชน ($\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.76) การออกแบบวิธีการใหม่มาใช้ในการแก้ปัญหา ($\overline{X}$ = 4.12, SD = 0.73) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทักษะการคิดสร้างสรรค์มาใช้ในการทำงาน ($\overline{X}$ = 4.11, SD = 0.77) และการค้นคิดกระบวนการทำงานที่สอดรับชุมชน ($\overline{X}$ = 4.11, SD = 0.75)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะการแสวงหาความรู้

ทักษะการแสวงหาความรู้	$\overline{X}$	SD	ระดับ
1. ใช้กระบวนการสังเกตในการทำงาน	4.09	0.69	มาก
2. ใช้การฟังเพื่อรวบรวมข้อมูลอย่างลึกซึ้ง ไตร่ตรอง	4.13	0.75	มาก
3. การนำวิธีการสัมภาษณ์ซักถามข้อมูลมาใช้	4.12	0.73	มาก
4. ใช้การอ่านเพื่อสืบค้นข้อมูล	4.17	0.71	มาก
5. การศึกษาค้นคว้า วิจัย	4.09	0.76	มาก
6. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการบันทึกข้อมูล	4.12	0.69	มาก
7. การขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้หรือผู้เชี่ยวชาญ	4.14	0.71	มาก
8. การเปิดโอกาส ให้มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน	4.17	0.74	มาก
รวม	**4.13**	**.0.66**	**มาก**

จากตารางที่ 3 พบว่านักสาธารณสุขมีทักษะการแสวงหาความรู้ในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.13, SD = 0.6) เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า นักสาธารณสุขมีการใช้การอ่านเพื่อสืบค้นข้อมูล ($\overline{X}$ = 4.17, SD = 0.71) และ การเปิดโอกาส ให้มีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ($\overline{X}$ = 4.17, SD = 0.74) มากที่สุด รองลงมา คือ การขอคำปรึกษาจากผู้ที่มีความรู้หรือผู้เชี่ยวชาญ ($\overline{X}$ = 4.14, SD = 0.71) ใช้การฟังเพื่อรวบรวมข้อมูลอย่างลึกซึ้ง ไตร่ตรอง ($\overline{X}$ = 4.13, SD = 0.74) ส่วน

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การใช้กระบวนการสังเกตข้อมูลในการทำงาน ($\overline{X}$ = 4.09, SD = 0.69) และการศึกษาค้นคว้า วิจัย ($\overline{X}$ = 4.09, SD = 0.76)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม

ทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม	$\overline{X}$	**SD**	**ระดับ**
1. การแสดงความคิดเห็นอย่างจริงใจ	4.17	0.74	มาก
2. ความเชื่อมั่น และไว้วางใจกัน	4.14	0.75	มาก
3. การสร้างบรรยากาศการช่วยเหลือเกื้อกูล	4.19	0.70	มาก
4. การถือความสำเร็จของงานเป็นหลัก	4.05	0.82	มาก
5. การชมเชยให้กำลังใจเพื่อนร่วมงาน	4.04	0.86	มาก
6. การเปิดเผยจริงใจและร่วมกันแก้ปัญหา	4.13	0.78	มาก
7. การใช้กระบวนการกลุ่มในการปฏิบัติงาน	4.16	0.72	มาก
8. การสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานที่ดีร่วมกัน	4.16	0.70	มาก
รวม	**4.13**	**0.64**	**มาก**

จากตารางที่ 4 พบว่า นักสาธารณสุขมีทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีมในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.13, SD = 0.64) เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า นักสาธารณสุขมีการสร้างบรรยากาศการช่วยเหลือเกื้อกูล ($\overline{X}$ = 4.19, SD = 0.70) มากที่สุด รองลงมา คือ การแสดงความคิดเห็นอย่างจริงใจ ($\overline{X}$ = 4.17, SD = 0.74) การสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานที่ดีร่วมกัน ($\overline{X}$ = 4.16, SD = 0.70) และการใช้กระบวนการกลุ่มในการปฏิบัติงาน ($\overline{X}$ = 4.16, SD = 0.72) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การชมเชยให้กำลังใจเพื่อนร่วมงาน ($\overline{X}$ = 4.04, SD = 0.86)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะการสร้างความสัมพันธ์

ทักษะการสร้างความสัมพันธ์	$\overline{X}$	**SD**	**ระดับ**
1. ทักษะการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับลักษณะงาน	4.18	0.72	มาก
2. ทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับบุคคล	4.15	0.74	มาก
3. การสื่อสารที่ดีการเป็นผู้ฟังและผู้พูด	4.05	0.85	มาก
4. การพูดเพื่อโน้มน้าวและสร้างการยอมรับ	4.17	0.76	มาก
5. การรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่น	4.21	0.77	มาก
6. การมองโลกในแง่ดี	4.31	0.66	มาก
7. การแสวงหากำลังใจ	4.32	0.71	มาก
รวม	**4.20**	**0.63**	**มาก**

จากตารางที่ 5 พบว่า นักสาธารณสุขมีทักษะการสร้างความสัมพันธ์ในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.20, SD = 0.63) เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า นักสาธารณสุขมีการแสวงหากำลังใจ ($\overline{X}$ = 4.32, SD = 0.71) มากที่สุด รองลงมา คือ การมองโลกในแง่ดี ($\overline{X}$ = 4.31, SD = 0.66) การรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่น ($\overline{X}$ = 4.21, SD = 0.77) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การสื่อสารที่ดีการเป็นผู้ฟังและผู้พูด ($\overline{X}$ = 4.05, SD = 0.85)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

ทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน	$\overline{X}$	SD	ระดับ
1. การค้นหา วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัญหา	4.28	0.72	มาก
2. การตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องแก้ไข	4.35	0.66	มาก
3. การวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา	4.29	0.75	มาก
4. การพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม	4.26	0.72	มาก
5. การตัดสินใจเลือกวิธีการในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม	4.24	0.74	มาก
6. การประเมินผลที่เกิดจากทางเลือกจากการตัดสินใจ	4.25	0.69	มาก
7. การดำเนินการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงวิธีที่สอดรับกับชุมชน	4.34	0.68	มาก
8. การประเมินการดำเนินงานและติดตามผลการแก้ไข	4.33	0.72	มาก
9. กระบวนการป้องกันการเกิดปัญหาขึ้นซ้ำ	4.21	0.73	มาก
รวม	**4.28**	**0.63**	**มาก**

จากตารางที่ 6 พบว่า นักสาธารณสุขมีทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.28, SD = 0.63) เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า นักสาธารณสุขมีทักษะการตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องแก้ไข ($\overline{X}$ = 4.35, SD = 0.66) มากที่สุด รองลงมา คือ การดำเนินการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงวิธีที่สอดรับกับชุมชน ($\overline{X}$ = 4.34, SD = 0.68) การประเมินการดำเนินงานและติดตามผลการแก้ไข ($\overline{X}$ = 4.33, SD = 0.72) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ กระบวนการป้องกันการเกิดปัญหาขึ้นซ้ำ ($\overline{X}$ = 4.21, SD = 0.73)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุข แสดงดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุข (N=478)

ตัวแปร	ทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ทักษะการใช้เครื่องมือ	0.625**	< 0.001	ปานกลาง
2. ทักษะการคิด	0.725**	< 0.001	สูง
3. ทักษะการแสวงหาความรู้	0.682**	< 0.001	ปานกลาง
4. ทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม	0.768**	< 0.001	สูง
5. ทักษะการสร้างความสัมพันธ์	0.870**	< 0.001	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสารณสุขที่มีค่าความสัมพันธ์มากที่สุด คือ ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนอยู่ในระดับสูง (r = 0.870) รองลงมา คือ ทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีมค่าความสัมพันธ์กับทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนอยู่ในระดับสูง (r = 0.768) และทักษะการคิด ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์กับทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนอยู่ในระดับสูง (r = 0.725) เช่นกัน ส่วนทักษะการแสวงหาความรู้ มีค่าความสัมพันธ์กับทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง (r = 0.682) เช่นเดียวกับทักษะการใช้เครื่องมือมีความสัมพันธ์กับทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง (r = 0.625) เช่นกัน

ส่วนที่ 3 สมการพยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุข

แสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรที่พยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนของนักสาธารณสุข (N=478)

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
ทักษะการคิด	0.203	0.027	0.228	7.610	<0.001
ทักษะการสร้างความสัมพันธ์	0.717	0.030	0.711	23.766	<0.001
ค่าคงที่= 0.431, F = 857.359, P-value <0.01, R^2 = 0.783, Adj.R^2 = 0.782					

จากตารางที่ 7 การสร้างสมการพยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุขจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุข พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันพยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณใน

ชุมชนของนักสาธารณสุขได้ร้อยละ 78 (Adj.R^2 = 0.782, P-value < 0.01) ประกอบด้วยทักษะการคิด (P-value < 0.01) และทักษะการสร้างความสัมพันธ์ (P-value < 0.01) สามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ได้ ดังนี้

$$y = 0.431+0.203 (x_1) + 0.717 (x_2)$$

โดย y คือ การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหาการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหารวมทั้งการกำกับ ติดตามและประเมินผลการแก้ปัญหา

X_1 คือ ทักษะการคิดซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่นักสาธารณสุขนำมาใช้

ในการสร้างสรรค์และออกแบบการวิธีทำงานในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน

X_2 คือ ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ของนักสาธารณสุขกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนของนักสาธารณสุขทั้ง 6 ทักษะ พบว่า ทักษะการใช้เครื่องมือมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.03, SD = 0.67) โดยมีทักษะการใช้เครื่องมือในงานส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 4.20, SD = 0.71) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ทักษะการใช้เครื่องมือในงานควบคุมป้องกันโรค ($\overline{X}$ = 4.13, SD = 0.78) และทักษะการใช้เครื่องมือในการวินิจฉัยชุมชน ($\overline{X}$ = 4.06, SD = 0.78) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน และพบว่าทักษะการใช้เครื่องมือมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r = 0.625) กับทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดรับกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 (Royal Thai Government Gazette, 2013) ที่บัญญัติไว้ว่าวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนเป็นวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค นักสาธารณสุขจำเป็นต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนและสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา จิตอร่าม (Parinya Jitaram, 2020) ที่ศึกษาตัวชี้วัดสมรรถนะการแก้ปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุขชุมชนพบว่าทักษะสำคัญในงานสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุข ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังและการควบคุมโรค ด้านบำบัดรักษาเบื้องต้น และด้านสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ในส่วนของทักษะการคิดพบว่านักสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยของทักษะการคิดอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.13, SD = 0.71) โดยพบว่านักสาธารณสุขมีการนำทักษะการคิดอย่างเป็นระบบมาใช้ในการทำงานซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 4.17, SD = 0.74) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ การออกแบบสิ่งสร้างสรรค์ที่ตอบสนองความต้องการชุมชน ($\overline{X}$ = 4.15, SD = 0.76) และการออกแบบวิธีการใหม่มาใช้ในการแก้ปัญหา ($\overline{X}$ = 4.12, SD = 0.73) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยทักษะการคิดมีความสัมพันธ์ในระดับสูง (r = 0.725) กับทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการวิจัยพบว่าการปฏิบัติงานในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนนั้นจำเป็นต้องใช้ทักษะการคิดในการทำงานซึ่งจะทำให้นักสาธารณสุขสามารถเข้าใจสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้มองเห็นภาพรวมของปัญหาหรือสภาพสุขภาวะของ

ชุมชนที่ชัดเจนมากขึ้น ทักษะการคิดทำให้การทำงานในวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนมีประสิทธิภาพ ทำให้นักสาธารณสุขสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเป็นระบบตามที่บลูม (Bloom, 1961 : 145) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการคิดว่าเป็นความสามารถในการทำความเข้าใจเหตุการณ์เรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งสามารถนำไปใช้ในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนได้เป็นอย่างดีอีกทั้งกู๊ด (Good, 1973 : 680) ได้กล่าวว่าการคิดอย่างเป็นระบบเป็นกระบวนการตรรกวิทยาที่สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจในการทำงานได้อย่างถูกต้อง สมเหตุสมผลซึ่งเป็นไปตามการปฏิบัติงานของนักสาธารณสุข

ทักษะการแสวงหาความรู้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.13, SD = 0.6) ซึ่งพบว่านักสาธารณสุขมีการใช้ทักษะการอ่านเพื่อการสืบค้นข้อมูลที่นำเอาองค์ความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.17, SD = 0.71) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการเปิดโอกาสให้กับตนเองและผู้ร่วมงานในการเรียนรู้ซึ่งกันและกันในการทำงาน ($\overline{X}$ = 4.17, SD = 0.74) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน ทักษะการแสวงหาความรู้มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r = 0.682) กับทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการแสวงหาความรู้ในการทำงานของนักสาธารณสุขนั้นเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นจากการสังเกตข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการใช้ทักษะการฟัง การสัมภาษณ์ เพื่อการรวบรวมข้อมูลรวมทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อนำความรู้มาใช้ในการทำงานดังที่จงจิตร เลิศวัฒนาพร (Jongjit Lertwattanaporn, 2008) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับทักษะการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองที่มีผลทำให้สามารถพัฒนาและส่งเสริมให้ทำงานได้ดีขึ้นซึ่งทักษะการแสวงหาความรู้นั้นเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนที่เฉพาะเจาะจง แต่ขั้นตอนของการแสวงหาความรู้นั้นสามารถฝึกฝนได้จากการเรียนรู้ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการทำงานของนักสาธารณสุขซึ่งการแสวงหาความรู้หรือการสืบค้นความรู้จะประกอบไปด้วยขั้นตอนสำคัญ คือ การวางแผน การสืบค้นข้อมูล การตรวจสอบและการบันทึกจัดเก็บ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับการทำงานของนักสาธารณสุขตามข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชนว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2564 (Royal Thai Government Gazette, 2021 : 46) ว่าจะต้องมีการตรวจสอบตามความเป็นจริงและต้องเก็บบันทึกข้อมูลและรายงานต่าง ๆ ไว้เป็นหลักฐาน

ทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.13, SD = 0.64) ผลจากการวิจัยพบว่าการสร้างบรรยากาศการช่วยเหลือเกื้อกูลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 4.19, SD = 0.70) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ การแสดงความคิดเห็นอย่างจริงใจ ($\overline{X}$ = 4.17, SD = 0.74) การสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานที่ดีร่วมกัน ($\overline{X}$ = 4.16, SD = 0.70) และการใช้กระบวนการกลุ่มในการปฏิบัติงาน ($\overline{X}$ = 4.16, SD = 0.72) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากโดยทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีมมีความสัมพันธ์ในระดับสูง (r = 0.768) กับทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การทำงานเป็นทีม (Kittitach Keawchaoon and Thirawat Chuntuk, 2017: 355-370) เป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กรโดยเฉพาะการทำงานสาธารณสุขในชุมชน ที่ให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมมากกว่าการทำงานเพียงคนเดียว เพราะการทำงานเป็นทีมช่วยในการสร้างความร่วมมือ ร่วมใจ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการปรับปรุงฟื้นฟูองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในปัจจุบันนักสาธารณสุขมีรูปแบบการดำเนินงานเป็นทีม เช่น การทำงานใน

รูปแบบของหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ และทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นการทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้นำชุมชน ประชาชน โดยการนำแนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการดูแลประชาชนในชุมชนทั้งด้านสุขภาพและสังคมโดยใช้ฐานคิด (Karnchatpisit Khongsateinpong and Civilaiz Wanaratwichit, 2021 : 275-285) “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

ทักษะการสร้างความสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.20, SD = 0.63) ผลจากการวิจัยพบว่าการแสวงหากำลังใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 4.32, SD = 0.71) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ การมองโลกในแง่ดี ($\overline{X}$ = 4.31, SD = 0.66) การรู้จักและเข้าใจตนเองและผู้อื่น ($\overline{X}$ = 4.21, SD = 0.77) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยทักษะการสร้างความสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r = 0.870) กับทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแซสส์ (Sasse, 1975 : 115-117) ได้กล่าวถึงความสำคัญของสัมพันธภาพกับผู้อื่นซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะมีความความมั่นคงมากยิ่งขึ้นได้นั้นขึ้นอยู่กับบุคคลและความสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลอื่น ๆ ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพของนักสาธารณสุขกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งที่เป็นประชาชน ผู้นำชุมชน หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงเป็นพื้นฐานสำคัญของการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขในชุมชน ที่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาความรู้สึกและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนที่นักสาธารณสุขควรต้องมีเป็นสมรรถนะหลักของการทำงาน การสร้างสัมพันธภาพในงานของนักสาธารณสุข มีผลทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานและช่วยลดความขัดแย้งในองค์กรและชุมชน ซึ่งการทำงานด้านสาธารณสุขในชุมชนสามารถดำเนินไปได้ด้วยความร่วมมือกันในการทำงาน (Tiwawat Dhanasana and Thirawat Chuntuk, 2016) การเคารพต่อบุคคลอื่น การสร้างความร่วมมือ และการสร้างสัมพันธภาพอันดีในบริบทของความแตกต่างของชุมชน ทั้งในเชิงทางวัฒนธรรม เชื้อชาติ ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ความเชื่อ และสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างในชุมชน การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการประกอบกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

ในส่วนของทักษะการตัดสินใจเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.28, SD = 0.63) ผลจากการวิจัยพบว่าการตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องแก้ไขมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 4.35, SD = 0.66) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ การดำเนินการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงวิธีที่สอดรับกับชุมชน ($\overline{X}$ = 4.34, SD = 0.68) การประเมินการดำเนินงานและติดตามผลการแก้ไข ($\overline{X}$ = 4.33, SD = 0.72) ซึ่งซูอิลลาร์ดและเคอร์ (Souillard & Kerr, 1990 : 28) ได้กล่าวถึงการแก้ปัญหาว่าเป็นกระบวนการทางสติปัญญา และกิจกรรมเพื่อการสื่อสารที่นักสาธารณสุขจะต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนนั้นจะต้องมีความรู้ทางวิชาการของวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนและมีความคิดสร้างสรรค์เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งจะต้องมีการสื่อสารสนทนาและอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นวิเคราะห์ประเมินปัญหาต่าง ๆ เพื่อเสนอ ข้อสรุปของปัญหาที่สามารถนำไปปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาได้ เช่นเดียวกับสุกัญญา ศรีสาคร (Sukanya Srisacorn, 2004 : 68) ได้กล่าวถึงการแก้ปัญหาว่าเป็นการดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการโดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และความคิด รวมทั้งการเรียนรู้ต่าง ๆ มาใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ

ภายในชุมชนซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงในการประกอบวิชาชีพของนักสาธารณสุข และเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชิโทคาส (Chikotas, 2005 : 1242-A) ที่พบว่าการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก เพราะการแก้ไขปัญหาเป็นหลักการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงมีผลการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของปัญหาสาธารณสุขในชุมชน โดยเฉพาะในการแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อน จะมีโอกาสให้การแก้ปัญหาประสบผลสำเร็จได้อย่างมีคุณภาพ และสิ่งสำคัญคือในการตัดสินใจแก้ไขปัญหานั้นจำเป็นต้องมีการเลือกใช้วิธีการหรือกระบวนการในการแก้ปัญหาเหมาะสมและที่ดีที่สุดกับชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าทักษะการสร้างความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับทักษะการใช้เครื่องมือทักษะการคิด ทักษะการแสวงหาความรู้ ทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม และทักษะการสร้างความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยพบว่า สมการพยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนของนักสารณสุข คือ การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุข = 0.431 + 0.203 (ทักษะการคิด) + 0.717 (ทักษะการสร้างความสัมพันธ์) ซึ่งสามารถพยากรณ์การตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณในชุมชนของนักสาธารณสุขได้ร้อยละ 78 (Adj.R^2 = 0.782, P-value < 0.01) ทั้งนี้ ทักษะการคิดและทักษะการสร้างความสัมพันธ์เป็นตัวแปรร่วมในการทำนาย ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากตัวของนักสาธารณสุขและบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะประชาชน ที่นำไปสู่การร่วมมือ การพึงพากันและกันในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขในชุมชนทั้งในส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนด้วยกัน ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านสาธารณสุขในชุมชน รวมทั้งประชาชนซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นมนุษย์ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยประกอบด้วยการไว้วางใจ การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเกื้อกูลกัน ตลอดจนการให้และการยอมรับซึ่งกันและกัน การที่นักสาธารณสุขจะประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนได้เป็นอย่างดีนั้นควรจะต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งในระดับบุคคลที่ควรมีความสนิทสนมกับประชาชนก่อนเป็นพื้นฐาน (Chickering. 1993 : 90) โดยสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นก่อนซึ่งความไว้วางใจจะทำให้ประชาชนเกิดความอบอุ่นใจ กล้าแสดงความคิดเห็น การช่วยเหลือเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของนักสาธารณสุข รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพกับประชาชนยังเป็นพื้นฐานของกระบวนการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชนได้เป็นอย่างดี ในส่วนของทักษะการคิดเป็นกระบวนการที่ทำให้นักสาธารณสุขสามารถมองเห็นองค์ประกอบที่เป็นภาพรวมของปัญหา หรือการประกอบวิชาชีพที่มีความซับซ้อน หรือแตกเป็นองค์ประกอบย่อย ๆ ได้ทำให้นักสาธารณสุขสามารถมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีความชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำข้อมูล ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ในชุมชนไปใช้ในการคิดวิเคราะห์วิธีการในการแก้ไขปัญหาหรือการคิดสังเคราะห์วิธีการหรือแนวคิดใหม่ในการแก้ไขปัญหาที่อยู่บนพื้นฐานของบริบทและสถานการณ์ที่แท้จริงของชุมชนซึ่งส่งผลให้นักสาธารณสุขเกิดการเรียนรู้สร้างความเชี่ยวชาญในทักษะการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาที่เพิ่มขึ้นและสามารถคิดในระดับที่สูงและเฉพาะเจาะจงได้มากขึ้น (Boud and Feletti, 1996 : 14) ซึ่งเป็นไปตามนิยามของการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่กล่าวว่าเป็นการกระทำการสาธารณสุขต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ต้องดำเนินการโดยการผสมผสานต่อเนื่อง และเชื่อมโยงเป็นองค์รวม ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า การคิดจึงเป็น

ทักษะที่มีความสำคัญที่ช่วยในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นข้อมูล ข่าวสาร สถานการณ์ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์และอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนซึ่งมีความลึกซึ้งและซับซ้อนที่นักสาธารณสุขควรจะต้องมีความสามารถในการสร้างเข้าใจรายละเอียดต่าง ๆ รวมทั้งเหตุผลที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม สามารถระบุได้ว่าปัจจัยใดเป็นเหตุปัจจัยใดเป็นผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งนักสาธารณสุขสามารถที่จะนำไปสู่การสรุปหรือการตัดสินใจที่ถูกต้องเพื่อหาการแนวทางในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน หรือสามารถคาดการณ์ พยากรณ์ ทำนายคำตอบล่วงหน้าการการดำเนินการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพหรืออนามัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อทักษะการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนของนักสาธารณสุข เช่น ปัจจัยทางด้านชีวสังคม

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนของนักสาธารณสุขเพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาประกอบการ พัฒนาทักษะการตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยไปสร้างรูปแบบการพัฒนาทักษะการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชนของนักสาธารณสุข ให้เกิดประสิทธิภาพในการประกอบวิชาชีพของนักสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง (References)

Boud, David, and Feletti, Grahame. (1996). *The Challenge of the Problem Based Learnimg*. London: Kogan Page.

Bloom, B.S. (1961). *Taxonomy of Educational Objectives.* New York : David Mckey.

Chikotas, Norecn Elaine. (2005). “ Ploblem Based Learning” in Nurse Practitioner Education and Subsequent Clinical Practice: The Practitioners' Perspectives" . *Dissertation Abstracts International.* 66(4), 1242. A

Chickering, S.W. (1993). *Education and Identity.* Sanfrancisco : Jossey Bass : 90.

Elifson KW, Runyon RP, Haber A. (1990). *Fundamentals of Socials Statistics.* 2 nd ed. New York: McGraw – Hill, Inc.19.

Good, Carter V. (1973). *Dictionary of Education.* (3nd ed.) NewYork : McGraw – Hill Book.

Jongjit Lertwattanaporn. (2008). *The Development of Knowledge Seeking Skill of Prathomsuksa 5 Students by English Project Approach and Authentic Assessment.* A Thesis submitted to the Faculty of Education Fulfillment of the requirements for the Master of Education degree in Educational Measurement. Srinakharinwirot University.

Karnchatpisit Khongsateinpong and Civilaiz Wanaratwichit. (2021). *District Quality Development Committee: Challenges and Development.* Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 13 (2), 275-285.

Kittitach Keawchaoon and Thirawat Chuntuk. (2017). *Team Working for Increasing Work Effectiveness.* Dusit Thani College Journal.11 (1), 355-370.

Parinya Jitaram. (2020). *Development of Competency Indicators for Problem Solving skill among Community Public Health Officer.* Academic Journal of Community Public Health. 6 (1), 84-99.

Phuangrat Taweerat. (2000). *Methods of Research in Behavioral and Social Sciences.* 8th ed. Bangkok : Chulalongkorn University.

Royal Thai Government Gazette. (2013). *Community Public Health Profession Act B.E. 2556.* 130 (118 A), 19-35.

Royal Thai Government Gazette. (2021). *Community Health Council Regulations on Restrictions and Conditions In the Practice of Community Public Health, 2021.*138 (15 D), 44-46.

Sasse, Connie R. (1975). *Person to Person.* pp. 115 – 117 Texas : Chas A Bennett.

Sirajit Dejamonchai and Chanya Dansawat. (2012). *Use of Intergrated Units Based on Research-Based Appoach in French Intermidiate I Course for Thammasat University Undergraduate Student.* Academic Journal of Humanities and Social Sciences. 8 (2), 49-64.

Souillard, Alain; & Kerr, Anthony. (1990, April). *Problem Solving Activities for Science and Technology Students.* English Teaching Forum. 28-32.

Sukanya Srisacorn. (2004). *The Development of Problem Solving Ability of Eighth Grade Students Taught by Future Problem Solving Technique.* A Thesis submitted to the Graduate School of Silpakornn University Fulfillment of the requirements for the Master of Education degree. Silpakornn University.

Tiwawat Dhanasana and Thirawat Chuntuk. (2016). *Role Relationships of Employee in Large Corporation.* Veridian E-Journal, Silpakorn University.9 (1), 1090-1098.

Stress and Work-related Musculoskeletal Disorders Among Cash-in-transit (CIT) Guards of A Bank's Branch in The Northern Region of Thailand

Rujirada Mungkhun[1*] Amarin Kongtawelert[2] Pornpimol Kongtip[2]
Sutham Nanthamongkolchai[3]

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

** Corresponding author: Junior.432@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

Received: 17 Feb 2023
Revised: 22 March 2023
Accepted: 23 March 2023

Abstract

Most of the stress at work is caused by a number of factors found among the cash-in-transit (CIT) guards for the banks and the incidence rate of work-related musculoskeletal disorders was found to have the highest one. These workers were from the formal sector, which worked for the private enterprises. Therefore, the objective of this research was to study the stress and work-related musculoskeletal disorders among cash-in-transit (CIT) guards of a bank's branch in the northern region of Thailand. The sample of this study was 71 persons who were cash-in-transit (CIT) guards of a bank's branch in the northern region of Thailand. Sampling was collected using the questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and analytical statistics (Inferential statistics) with the Chi-square to test the study's hypothesis. Data were evaluated using SPSS 18 package program.

The result showed that the team leaders representing 38%. The majority aged between 36-45 years representing 42.3%. Body mass index (BMI) was at obese level accounted for 35.2%, regularly drank alcohol accounted for 45.1%, and exercised infrequently and irregularly accounted for 60.6%. As for the working environment and working condition who are at risk of danger, accidents and insecurity, representing 62%, and those who think work condition affects bone pain joints and muscles, representing 78.9%. The majority of the employees had stress at a higher level than usual, representing 50.7%. The body parts that had symptoms of musculoskeletal disorders, namely the lower back accounted for 39.4%. Stress was associated with work functional disorders of the musculoskeletal system with a statistical significance p-value <0.001.

Stress is a factor that increases the risk of developing musculoskeletal disorders. Therefore, strategies for managing stress should be planned and promoted. Health care policies regarding working posture and nature proper working should be applied, so that employees can work happily, stress-free and work safely.

Keywords: stress, work-related musculoskeletal disorders, cash-in-transit guards

ความเครียดและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย

รุจิรดา มุงคุณ[1*] อัมรินทร์ คงทวีเลิศ[2] พรพิมล กองทิพย์[2] สุธรรม นันทมงคลชัย[3]

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
**ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Junior.432@hotmail.com*
2 ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3 ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 17 กพ.2566
วันแก้ไข 22 มีค. 2566
วันตอบรับ 23 มีค. 2566

บทคัดย่อ

ความเครียดจากการทำงานในอาชีพขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารเกิดจากหลายปัจจัย และอาการที่พบได้มากที่สุดคือความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในแรงงานภาคเอกชน วิจัยแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งในภาคเหนือประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่ง จำนวน 71 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน โดยใช้ Chi – square test ทดสอบสมมติฐาน ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่าพนักงานส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งหัวหน้าชุด มีอายุระหว่าง 36-45 ปี ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับโรคอ้วน ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ลักษณะสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานมีความเสี่ยงอันตราย อุบัติเหตุและไม่ปลอดภัย ลักษณะการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ บริเวณที่เกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง คือ หลังส่วนล่าง ความเครียดสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

ความเครียดเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ดังนั้นควรหาแนวทางจัดการความเครียดและส่งเสริมนโยบายการดูแลสุขภาพด้านท่าทางและลักษณะการทำงานที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ความเครียด, อาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง, พนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคาร

บทนำ (Introduction)

เศรษฐกิจและความเจริญเติบโตของประเทศเนื่องด้วยสถานการณ์โควิด - 19 ระบาดเกิดจากมาตรการล็อคดาวน์และมาตรการป้องกันโควิดทำให้ชีวิตประจำวันของผู้คนต้องพึ่งพาเทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้นจึงเข้าสู่ยุคดิจิทัลที่ผู้คนปรับใช้เงินสดจำนวนลดลงเนื่องจากมีการใช้ดิจิทัลแบงกิ้งเพิ่มมากขึ้นทำให้รายได้จากงานบริการขนส่งทรัพย์สินลดลงอย่างต่อเนื่องและแนวโน้ม การใช้เงินสดที่ลดลง ซึ่งทำให้นโยบายการลดสาขาของธนาคารส่งผลกระทบต่อปริมาณการขนส่งเงินสดและเติมเงินในเครื่องเอทีเอ็มในอนาคต จึงส่งผลให้ผู้ประกอบอาชีพขนส่งทรัพย์สินธนาคารเกิดความเครียดจากการปฏิบัติงานในรูปแบบที่เปลี่ยนไป รวมถึงอาชีพขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารถือเป็นอาชีพที่มีความเครียดจากการทำงานจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานและจากรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงแรงงานประจำปีงบประมาณ 2559 - 2563 สถานการณ์ 10 อันดับสายด่วนปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต 1323 โดยจำแนกประเภทของปัญหา พบว่าปัญหาการทำงานจัดอยู่ใน10 อันดับสายด่วนปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต

ระบบการบริการขนส่งทรัพย์สินโดยขนส่งผ่านทางรถยนต์ (Cash In Transit) ภายใต้มาตรฐานการบริการ ระบบรักษาความปลอดภัยที่ได้มาตรฐานรับรอง และบุคลากรที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญในงานมีความเป็นมืออาชีพในความปลอดภัยของการขนส่งเงินจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ทั้งนี้ธุรกิจขนส่งทรัพย์สินจึงเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ อันเกิดจากการประกอบอาชีพจากการทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย จึงมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้ขับรถในระยะยาว ทำให้มีกิจกรรมทางกายน้อยทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน – สำนักงานประกันสังคมสถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย เนื่องจากการทำงาน ปี 2559 – 2563 โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นจากการทำงานพบว่ามีอัตราการเกิดขึ้นมากที่สุด และจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2560 ในประเทศไทยมีผู้ที่มีงานทำจำนวน 37.65 ล้านคน แรงงานในระบบส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชนมากถึงร้อยละ 74.8 เมื่อพิจารณาปัญหาด้านสุขภาพของวัยแรงงานและจากข้อมูลด้านสุขภาพจากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม ปี 2560 พบว่ามีสถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพที่สำคัญ โดยพบว่าจำนวน 1,554 ราย ร้อยละ 84.55 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยจากปัญหา โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน หรือสาเหตุจากลักษณะงานที่จำเพาะหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงในสิ่งแวดล้อมการทำงาน

เนื่องด้วยสาขาของธนาคารแห่งหนึ่งพบว่าภาคเหนือมีจำนวนสาขามากที่สุดในประเทศไทยโดยลักษณะภูมิประเทศของภาคเหนือมีภูเขาสูง ป่าไม้ รวมถึงเป็นแหล่งต้นน้ำลำธาร และมีอากาศหนาวเย็นในช่วงปลายปี ทำให้การคมนาคมทางถนนในเขตภาคเหนือจึงต้องใช้ความระมัดระวังในการเดินทาง จึงมีระยะทางในการขนส่งที่ต้องใช้ระยะเวลานาน รวมถึงเส้นทางการเดินรถ สภาพแวดล้อมต่างๆ ที่อาจส่งผลทำให้เกิดความเครียดและความผิดปกติของระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อ

จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยด้านการยศาสตร์ ได้แก่ การใช้ท่าทางซ้ำๆ หรือทัศนคติในการทำงานซ้ำ ๆ ในแต่ละวัน ทำให้เกิดโอกาสที่จะมีการร้องเรียนเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูกจะมีมากขึ้นรวมถึงทัศนคติในการทำงานที่มีความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับร้องเรียนของความผิดปกติของระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อ (MSDs) และพบว่าผู้ที่มีความเครียดจากการทำงานมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติของระบบกระดูกโครงร่างและกล้ามเนื้อ (MSDs) ถึงสามเท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำงาน กล่าวว่า

ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานขึ้น สถานภาพและลักษณะท่าทางการทำงาน จำนวนวันทำงานที่มากขึ้น ประสบการณ์การทำงานที่ยาวนานขึ้น การรับรู้ถึงความเครียดจากการทำงาน และการหยุดพักระหว่างการทำงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความเครียดและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ และเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาเพื่อนำมาสู่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการหาแนวทางในการจัดการและส่งเสริมนโยบายในการดูแลสุขภาพของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - sectional descriptive study design) ในกลุ่มพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย จำนวน71 คน ขั้นตอนที่ 1 จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยโดยอ้างอิงจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ซึ่งใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรนี้มาก่อน จึงกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับร้อยละ 50 ซึ่งเท่ากับ 0.5 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กได้ตั้งแต่10 ขึ้นไป อ้างอิงจาก**Robert V. Krejcie and Earyle W. Morgan. 1970** ขั้นตอนที่ 2 เมื่อเทียบตาราง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครจซีและมอร์แกน ประชากร 70 คน ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 59 คน ซึ่งจากขนาดของประชากรที่ต้องการศึกษา มีจำนวน 71 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเท่ากับ 60 คน เนื่องจากต้องการทราบการตอบกลับของแบบสอบถามจึงมีการเก็บข้อมูล จากประชากรทั้งหมด 71 คน เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยชัดเจนมีความเชื่อมั่นและถูกต้องแม่นยำ ซึ่งประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรนี้มาก่อน จึงสามารถควบคุมความถูกต้องได้มากและสามารถเก็บข้อมูลได้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานกับงานวิจัยที่ต้องการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงต่อไป ดังนั้นจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 71 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิดและแบบปลายเปิด ส่วนที่ 2 ข้อมูลลักษณะงานประจำที่ทำ ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิดและแบบปลายเปิด ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเครียด เป็นแบบสอบถามความเครียด อ้างอิงจากแบบสอบถามโดยกรมสุขภาพจิต General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ – 12) เป็นแบบคัดกรองปัญหา

สุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) ใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและเพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีข้อคำถาม 12 ข้อ ค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายในของข้อคำถามมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 เป็นผลการทดสอบของเครื่องมือที่เป็นต้นฉบับ เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายมีจุดตัดคะแนนต่ำ ½ โดยคะแนน 0 – 1 คือความเครียดอยู่ในระดับน้อยถึงปกติ และคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ คือความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ส่วนที่ 4 อาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างเพื่อประเมินความผิดปกติของ MSDs ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา และความรุนแรงของ MSDs ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ประยุกต์จากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรคได้รับความร่วมมือจากคณาจารย์จากคณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล และแพทย์อาชีวอนามัยสำโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีของ Kuder - Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.79 เกณฑ์การแบ่งระดับความเจ็บปวดโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ แบบ visual analog rating scale ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินความปวด ชนิด self – report แบ่งออกเป็น 6 ระดับ โดยนำตัวเลขช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ได้แก่ คะแนน 0-1 หมายถึง ไม่ปวดเลย (No pain) คะแนน 2-3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย (Mild pain) คะแนน 4-5 หมายถึง ปวดปานกลาง (Moderate pain) คะแนน 6-7 หมายถึง ปวดค่อนข้างมาก (Severe pain) คะแนน 8-9 หมายถึง ปวดมาก (Very severe pain) คะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด (Worst possible pain)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์เลขที่ MUPH 2022-071 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2565 รหัสโครงการ 53/2565 ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล

1. ผู้ทำการวิจัยทำหนังสือแนบแบบสอบถาม เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องทราบจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทางธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือประเทศไทย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพนักงานฝ่ายขนส่งทรัพย์สินมีค่า จำนวน 7 สาขา ของธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือประเทศไทย

2. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามเข้าเก็บข้อมูลกับกลุ่มประชากรตัวอย่างที่จะทำการศึกษา โดยชี้แจงและคอยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เข้าใจคำถาม รวมถึงวัตถุประสงค์ ของการวิจัยว่าเป็นการวิจัยเพื่อประกอบการศึกษาเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยได้มีการสัมภาษณ์ผู้วิจัย ทุกคนด้วยตัวเอง เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยทั้งด้วยวาจาและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรโดยผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก็ต่อเมื่อผู้ตอบแบบสอบถามยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัยเท่านั้น (ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 วัน)

3. ผู้ทำการวิจัยได้ทำการรวบรวมแบบสอบถาม ภายในระยะเวลา 1 เดือน โดยการแยกจัดเก็บแบบสอบถามและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยออกจากกัน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติในการวิเคราะห์

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล, ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน โดยใช้ Chi – square test หรือกรณีไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นคือ ค่า Expect value < 5 เกิน 20 % ของของจำนวนเซลล์ทั้งหมดจะใช้สถิติ Fisher's Exact Test ตารางในการทดสอบหาความสัมพันธ์ และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล (n=71)

ข้อมูลทั่วไป		
อายุ (ปี)	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
25-35	18	25.3
36-45	30	42.3
>45	23	32.4
ระดับการศึกษา	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ประถมศึกษา	1	1.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	5.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา	35	49.3
ปริญญาตรี/ ปวส.	30	42.3
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	1	1.4
รายได้ต่อเดือน	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
น้อยกว่า 10,000 บาท	1	1.4
10,000 – 20,000 บาท	67	94.4
มากกว่า 20,000 บาท	3	4.2
สถานภาพ	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
โสด	29	40.9
สมรส	39	54.9
หย่าร้าง	3	4.2
ดัชนีมวลกาย (BMI)	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	3	4.2
สมส่วน (18.5-22.90)	14	19.7
น้ำหนักเกิน (23-24.90)	16	22.6
โรคอ้วน (25-29.90)	25	35.2
โรคอ้วนอันตราย (>30)	13	18.3
การสูบบุหรี่	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ไม่เคยสูบบุหรี่	45	63.4
เคยสูบเป็นประจำแต่เลิกไปแล้ว	2	2.8
สูบเป็นประจำ	24	33.8
การดื่มสุรา	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	28	39.4
เคยดื่มเป็นประจำแต่เลิกไปแล้ว	11	15.5
ดื่มเป็นประจำ	32	45.1
การออกกำลังกาย	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ไม่เคยออกกำลังกาย	3	4.2
ออกกำลังกาย นานๆครั้ง ไม่สม่ำเสมอ	43	60.6
ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 1-3 ครั้ง/สัปดาห์	23	32.4

ข้อมูลทั่วไป		
ออกเป็นออกกำลังกายประจำมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	2	2.8
โรคประจำตัว	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ไม่มีโรคประจำตัว	58	81.7
มีโรคประจำตัว	13	18.3

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งที่ปฏิบัติงานสาขาในเขตภาคเหนือทั้งหมด 7 จังหวัดของประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 71 คน พบว่าอยู่ในตำแหน่งหัวหน้าชุด ร้อยละ 38 อยู่ในตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าชุด ร้อยละ 33.8 และอยู่ในตำแหน่งพนักงานขับ ร้อยละ 28.2, มีอายุอยู่ระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 42.3, ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา ร้อยละ 49.3, รายได้ที่ได้รับ 10,000 – 20,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 94.4 และสถานภาพทางครอบครัว สมรส ร้อยละ 54.9, ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับโรคอ้วน ร้อยละ 35.2, ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 63.4 ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 45.1, ออกกำลังกายนานๆครั้ง ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 60.6 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.7

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของลักษณะการทำงาน (n=71)

ข้อมูลลักษณะการทำงาน		
ระยะเวลาประสบการณ์การทำงาน (ปี)	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
1 – 5	28	39.5
6 – 10	17	23.9
11 – 15	13	18.3
>16	13	18.3
ระยะเวลาประสบการณ์การทำงาน (ปี)	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
40 – 45	57	80.3
46 – 50	10	14.1
51 – 55	3	4.2
56 - 60	1	1.4
อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงาน	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
เคยได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงาน	11	15.5
ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงาน	60	84.5
สภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะงานสภาพการทำงาน	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
มีความเสี่ยงต่ออันตราย อุบัติเหตุ และความไม่ปลอดภัย	44	62.0
ลักษณะงานสภาพการทำงานส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ	27	38.0
มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	57	80.3
สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 มีผลกระทบต่อการทำงาน	58	81.7
ลักษณะงานก่อให้เกิดความเครียดหรือความกังวล	32	45.1
ลักษณะในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ	56	78.9

2. ประสบการณ์การทำงานในที่ทำงานปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 39.5, มีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ อยู่ที่ 40-45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 80.3, สภาพแวดล้อมการทำงานไม่เคยได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 84.5, สภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะงานสภาพการทำงานที่มีความเสี่ยงต่ออันตราย อุบัติเหตุ และความไม่ปลอดภัย ร้อยละ 62.0, สภาพการทำงานไม่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 62.0, การทำงานมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 80.3, สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 มีผลกระทบต่อการทำงาน ร้อยละ 81.7, ลักษณะงานไม่ก่อให้เกิดความเครียดหรือความกังวล ร้อยละ 54.9 และลักษณะในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 78.9

ตารางที่ 3 ความถี่และร้อยละของความเครียด (n=71)

ข้อมูลความเครียด		
ระดับความเครียด	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ความเครียดระดับ 0 คะแนน	12	32.4
ความเครียดระดับ 1 คะแนน	21	16.9
ความเครียดระดับ 2 คะแนน	7	29.5
ความเครียดระดับ 3 คะแนน	7	9.9
ความเครียดระดับ 4 คะแนน	1	9.9
ความเครียดระดับ 5 คะแนน	12	1.4

3. ความเครียดของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งที่ปฏิบัติงานสาขาในเขตภาคเหนือทั้งหมด 7 จังหวัดของประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 71 คน พบว่า มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ร้อยละ 50.7 และมีความเครียดอยู่ในระดับน้อยถึงปกติ ร้อยละ 49.3 โดยพบระดับความเครียด 0 คะแนน ร้อยละ 32.4, ความเครียดระดับ 2 คะแนน ร้อยละ 29.5, ความเครียดระดับ 1 คะแนน ร้อยละ 16.9, ความเครียดระดับ 3 และ 4 คะแนน ร้อยละ 9.9 และความเครียดระดับ 5 คะแนน ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ความถี่และร้อยละของความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (n=71)

บริเวณส่วนร่างกายที่เกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ		
บริเวณส่วนร่างกาย	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คอ	4	5.6
ไหล่	10	14.1
แขนส่วนบน	5	7.0
หลังส่วนบน	6	8.5
หลังส่วนล่าง	31	43.6
สะโพก/ต้นขา	6	8.5

บริเวณส่วนร่างกายที่เกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ		
ระดับความรุนแรงของอาการปวด	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ไม่ปวดเลย (0-1)	13	18.3
ปวดเล็กน้อย (2-3)	18	25.4
ปวดระดับปานกลาง (4-5)	22	31.0
ปวดระดับค่อนข้างมาก(6-7)	8	11.3
ปวดมาก (8-9)	10	14.1
ปวดมากที่สุด(10)	0	0

4. ความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งที่ปฏิบัติงานสาขาในเขตภาคเหนือทั้งหมด 7 จังหวัดของประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 71 คน พบว่า บริเวณส่วนร่างกายที่เกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน คือ หลังส่วนล่าง ร้อยละ 39.4, ไหล่ ร้อยละ 14.1, หัวเข่า ร้อยละ 9.9, หลังส่วนบนและสะโพก/ต้นขา ร้อยละ 8.5, แขนส่วนบนร้อยละ 7.0, คอ ร้อยละ 5.6 และน่อง ร้อยละ 2.8 โดยพบระดับความรุนแรงของอาการปวด ได้แก่ ปวดระดับปานกลาง (4-5 คะแนน) ร้อยละ 31, ปวดเล็กน้อย (2-3 คะแนน) ร้อยละ 25.4, ไม่ปวดเลย (0-1 คะแนน) 18.3, ปวดมาก (8-9 คะแนน) ร้อยละ 14.1, ปวดระดับค่อนข้างมาก(6-7) ร้อยละ 11.3 และปวดมากที่สุด ร้อยละ 0

ตารางที่ 5 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับความเครียด (n=71)

ความเครียด	**อาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน**		
	ร่างกายส่วนบน จำนวน (ร้อยละ)	ร่างกายส่วนล่าง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
	ความเครียด		
ลักษณะการทำงาน	ไม่มีความเครียด จำนวน (ร้อยละ)	มีความเครียด จำนวน (ร้อยละ)	
ความเครียดอยู่ในระดับน้อยถึงปกติ	25 (71.4)	10 (28.6)	**< 0.001**
ความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงปกติ	0 (0.0)	36 (100)	
ประสบการณ์การทำงาน			0.192
1 - 9 ปี	15 (41.7)	21 (58.3)	
10 – 19 ปี	20 (57.1)	15 (42.9)	
ชั่วโมงการทำงาน (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)			**0.037***
40 - 50	31 (46.3)	36 (53.7)	
51 – 60	4 (100.0)	0 (0.0)	

ความเครียด	อาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน		
	ร่างกายส่วนบน จำนวน (ร้อยละ)	ร่างกายส่วนล่าง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานมีความเสี่ยงต่ออันตราย อุบัติเหตุและความไม่ปลอดภัย			
ไม่ใช่	9 (33.3)	18 (66.7)	**0.035***
ใช่	26 (59.1)	18 (40.9)	
ลักษณะงานสภาพการทำงานส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ			
ไม่ใช่	20 (45.5)	24 (54.5)	0.409
ใช่	15 (55.6)	12 (44.4)	
การทำงานมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19			0.257
ไม่ใช่	5 (35.7)	9 (64.3)	
ใช่	30 (52.6)	27 (47.4)	
สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 มีผลกระทบต่อการทำงาน			
ไม่ใช่	8 (61.5)	5 (38.5)	0.329
ใช่	27 (46.6)	31 (53.4)	
ลักษณะงานก่อให้เกิดความเครียดหรือความกังวล			
ไม่ใช่	16 (41.0)	23 (59.0)	0.124
ใช่	19 (59.4)	13 (40.6)	
ลักษณะในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ			
ไม่ใช่	4 (26.7)	11 (73.3)	**0.048***
ใช่	3 (55.4)	25 (44.6)	

5. ผลการทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์ Chi – square test ระหว่างความเครียดและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยมีค่า p-value เท่ากับ < 0.001 พบว่า ความเครียดในระดับสูงกว่าปกติสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของร่างกายส่วนล่างมากกว่าร่างกายส่วนบน 100% และ 0% ตามลำดับ

6. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับความเครียด พบว่า ลักษณะการทำงานมีความสัมพันธ์ กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ ชั่วโมงการทำงาน สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานมี ความเสี่ยงต่ออันตราย อุบัติเหตุและความไม่ปลอดภัย และลักษณะในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูกข้อและกล้ามเนื้อสัมพันธ์ความเครียด มีค่าสถิติทดสอบ (p-value) เท่ากับ 0.037, 0.035 และ 0.048 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะการทำงานกับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (n=71)

ปัจจัยส่วนบุคคล	อาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน		
	ไม่มีความผิดปกติ จำนวน (ร้อยละ)	มีความผิดปกติจำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ			1.000
25 - 42 ปี	3 (9.1)	30 (90.9)	
42 - 57 ปี	3 (7.9)	35 (92.1)	
การศึกษา			0.222
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5 (12.5)	35 (87.5)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	1 (3.2)	30 (96.8)	
ดัชนีมวลกาย(BMI)			0.639
ผอมถึงปกติ	2 (11.1)	16 (88.9)	
ท้วมถึงอ้วนมาก	4 (7.5)	49 (92.5)	
การสูบบุหรี่			1.000
ไม่เคยสูบ-เคยสูบแต่เลิกแล้ว	5 (8.9)	51 (91.1)	
สูบเป็นประจำ	1 (6.7)	14 (93.3)	
การดื่มแอลกอฮอล์			1.000
ไม่เคยดื่ม-เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	3 (7.7)	36 (92.3)	
ดื่มเป็นประจำ	3 (9.4)	29 (90.6)	
การออกกำลังกาย			0.414
ไม่เคยออกกำลังกาย-ออกนานๆครั้ง	5 (10.9)	41 (89.1)	
ออกกำลังกายเป็นประจำ	1 (4.0)	24 (96.0)	
โรคประจำตัว			0.591
ไม่มีโรคประจำตัว	6 (10.5)	51 (89.5)	
มีโรคประจำตัว	0 (0.0)	14 (100.0)	
รายได้ (บาทต่อเดือน)			1.000
น้อยกว่า 20,000 บาท	6 (8.8)	62 (91.2)	
มากกว่า 20,000 บาท	0 (0.0)	3 (100.0)	
สถานภาพ			1.000
โสดและหย่าร้าง	3 (9.4)	29 (90.6)	
สมรส	3 (7.7)	36 (92.3)	
ประสบการณ์การทำงาน			0.674
1 - 9 ปี	4 (11.1)	32 (88.9)	
10 – 19 ปี	2 (5.7)	33 (94.3)	

ปัจจัยส่วนบุคคล	อาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน		
	ไม่มีความผิดปกติ จำนวน (ร้อยละ)	มีความผิดปกติจำนวน (ร้อยละ)	p-value
ชั่วโมงการทำงาน (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)			1.000
40 - 50	6 (9.0)	61 (91.0)	
51 – 60	0 (0.0)	4 (100.0)	
สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานมีความเสี่ยงต่ออันตราย อุบัติเหตุและความไม่ปลอดภัย			
ไม่ใช่	2 (7.4)	25 (92.6)	1.000
ใช่	4 (9.1)	40 (90.9)	
ลักษณะงานสภาพการทำงานส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ			0.397
ไม่ใช่	5 (11.4)	39 (88.6)	
ใช่	1 (3.7)	26 (96.3)	
การทำงานมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19			0.591
ไม่ใช่	0 (0.0)	14 (100.0)	
ใช่	6 (10.5)	51 (89.5)	
สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 มีผลกระทบต่อการทำงาน			1.000
ไม่ใช่	1 (7.7)	12 (92.3)	
ใช่	5 (8.6)	53 (91.4)	
ลักษณะงานก่อให้เกิดความเครียดหรือความกังวล			0.683
ไม่ใช่	4 (10.3)	35 (89.7)	
ใช่	2 (6.3)	30 (93.8)	
ลักษณะในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ			**0.016***
ไม่ใช่	4 (26.7)	11 (73.3)	
ใช่	2 (3.6)	54 (96.4)	

7. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง จากการทำงาน กรณี Chi – square test ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นคือ ค่า Expect value < 5 เกิน 20 % ของของจำนวนเซลล์ทั้งหมดให้ใช้สถิติ Fisher's Exact Test ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน

8. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน กรณี Chi – square test ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นคือ ค่า Expect value < 5 เกิน 20 % ของของจำนวนเซลล์ทั้งหมดให้ใช้สถิติ Fisher's Exact Test เท่ากับ 0.016 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่า ลักษณะในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน

ตารางที่ 7 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับอาการความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างบริเวณหลังส่วนล่าง (n=71)

ลักษณะการทำงาน	อาการความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างบริเวณหลังส่วนล่าง		
	ปวด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ปวด จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ประสบการณ์การทำงาน			0.193
1 - 9 ปี	13 (36.1)	23 (63.9)	
10 – 19 ปี	18 (51.4)	17 (48.6)	
ชั่วโมงการทำงาน (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)			**0.019***
40 - 50	27 (40.3)	40 (59.7)	
51 – 60	4 (100.0)	0 (0.0)	
สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานมีความเสี่ยงต่ออันตราย อุบัติเหตุและความไม่ปลอดภัย			
ไม่ใช่	9 (33.3)	18 (66.7)	0.169
ใช่	22 (50.0)	22 (50.0)	
ลักษณะงานสภาพการทำงานส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ			0.550
ไม่ใช่	18 (40.9)	26 (59.1)	
ใช่	13 (48.1)	14 (51.9)	
การทำงานมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19			0.503
ไม่ใช่	5 (35.7)	9 (64.3)	
ใช่	26 (45.6)	31 (54.4)	
สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 มีผลกระทบต่อการทำงาน			0.098
ไม่ใช่	3 (23.1)	10 (76.9)	
ใช่	28 (48.3)	30 (51.7)	
ลักษณะงานก่อให้เกิดความเครียดหรือความกังวล			0.621
ไม่ใช่	16 (41.0)	23 (59.0)	
ใช่	15 (46.9)	17 (53.1)	
ลักษณะในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ			0.364
ไม่ใช่	5 (33.3)	10 (66.7)	
ใช่	26 (46.4)	30 (53.6)	

9. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำงานกับอาการความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างบริเวณหลังส่วนล่าง พบว่า ลักษณะการทำงานมีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างบริเวณตำแหน่งส่วนของร่างกายจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์สัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างบริเวณหลังส่วนล่าง (p-value = 0.019)

อภิปรายผล (Discussion)

ผลจากการศึกษาระดับความเครียดและระดับความรุนแรงของอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคาร และผลการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย สามารถนำมาอภิปรายร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารมีอายุ 36-45 ปี (ร้อยละ 42.3) และอายุมากกว่า 45 ปี (ร้อยละ 32.4) ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา (ร้อยละ 49.3) และจบปริญญาตรี/ ปวส. (ร้อยละ 42.3) ตามลำดับ รายได้ต่อเดือน 10,000 – 20,000 บาท (ร้อยละ 94.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.9) ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ของโรคอ้วน (ร้อยละ 35.2) และน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 22.6) พฤติกรรมทางสุขภาพส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 63.4) แต่มีการดื่มสุราเป็นประจำ (ร้อยละ 45.1) และมีออกกำลังกายนานๆครั้งไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 60.6) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 81.7) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌาน ปัทมะ พลยงและคณะ ได้ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มบุคลากรของโพรงพยาบาลแห่งหนึ่งจังหวัดระยอง พบว่า ปัจจัยด้านเพศ การนอนหลับ อายุการทำงาน ตำแหน่งงาน และดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการ ความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของนพรัตน์ ชูพีรัชน์ ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาความชุกและปัจจัยจากการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในบุคลากรโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ความถี่ของการออกกำลังกาย ระยะเวลาการทำงาน (ชั่วโมงต่อวันและวันต่อสัปดาห์) และปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เนื่องจากพนักงานส่วนมากอายุอยู่ระว่าง 36-45 ปี เป็นช่วงวัยทำงาน รวมถึงมีพฤติกรรมทางสุภาพที่ดีมีการออกกำลังนานๆครั้ง ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัวและไม่เคยสูบบหรี่เป็นจำนวนมาก จึงไม่ส่งผลต่อการเกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง หรือเมื่อเกิดการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกร่างกายก็สามารถทนต่อการบาดเจ็บและพักฟื้นได้เร็ว จึงทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

2. ลักษณะการทำงานของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคาร ประสบการณ์การทำงาน 1 – 5 ปี (ร้อยละ 39.5) และ 6 – 10 ปี (ร้อยละ 23.9) ชั่วโมงการทำงาน 40 - 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 80.3) ซึ่งส่วนมากไม่เคยได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงาน (ร้อยละ 84.5) โดยสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะงานสภาพการทำงานมีความเสี่ยงต่ออันตราย อุบัติเหตุ และความไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 62.0%) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 (ร้อยละ 80.3%) และสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 มีผลกระทบต่อการทำงาน (ร้อยละ 81.7%) ลักษณะในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 78.9%) ลักษณะงานสภาพการทำงานไม่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของพนักงาน (ร้อยละ 62%) และลักษณะงานก่อให้เกิดความเครียดหรือความกังวล (ร้อยละ 54.9%) จากการศึกษาลักษณะการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ้งเพชร แสงจันทร์ ได้ศึกษาเรื่องความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในฝ่ายโภชนาโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่า ปัจจัยลักษณะการทำงาน ได้แก่ ท่าทางการทำงาน และทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การเหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน รู้สึกเครียดกังวลที่ต้องทำงานให้ทันเวลา การสลับหน้าที่ในการ

ทำงาน งานที่ต้องใช้ความแข็งแรง งานที่ต้องใช้ความว่องไวและรวมเร็ว งานที่ต้องใช้สายตา และการระบายอากาศมีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน เนื่องจากลักษณะงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน ก่อให้เกิดการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสมและอยู่ในท่าทางการทำงานแบบซ้ำๆซากนำมาสู่การทำงานที่ผิดหลักการยศาสตร์และมีความเสี่ยงอันตราย อุบัติเหตุ และความไม่ปลอดภัยต่ออาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ทำให้ลักษณะการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานได้

อย่างไรก็ตาม มีความไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฏฐพร ประดิษฐพจน์และคณะ ได้ศึกษาเรื่องความชุก และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพนักงานขนผลไม้จังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงาน อาจเนื่องจากลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานของพนักงานขนผลไม้มีสภาพแวดล้อมที่มีความหลากหลายแตกต่างออกไปของที่ละที่

3. ระดับความเครียดของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 50.7) และพบที่ระดับความเครียด 0 คะแนน (ร้อยละ 32.4) และระดับความเครียด 2 คะแนน (ร้อยละ 29.5) โดยความเครียดมีความสัมพันธ์กับลักษณะการทำงานและอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างจากการทำงานของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคาร จากการศึกษาลักษณะการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคาร เกิดได้จากชั่วโมงการทำงาน สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน มีความเสี่ยงต่ออันตราย อุบัติเหตุ และความไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดความกังวลที่อาจเกิดสถานการณ์ความรุนแรงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะทำงาน เช่น การก่ออาชญากรรม ปล้นจี้ทรัพย์ธนาคารเป็นต้น และลักษณะในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ จึงทำให้พนักงานเกิดความเครียดในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sara Ramos และคณะได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้ถึงอันตรายจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ขนส่งเงิน พบว่า สภาพแวดล้อมและลักษณะการทำงานมีผลต่อปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การขนส่งสิ่งของการยืนขึ้นเป็นเวลานาน การเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ในท่าทางที่อึดอัดหรือไม่สบาย อุณหภูมิที่ไม่เอื้ออำนวย เช่น ความร้อนหรือความเย็น เสียงการสั่นสะเทือน ฝุ่นและก๊าซการทำงาน ในสภาพแวดล้อมที่ปิด เครื่องจักรที่ใช้บังคับ หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ และมีโอกาสเผชิญกับความรุนแรง นำมาสู่ปัญหาสุขภาพในการทำงานเกิดขึ้นได้บ่อยมาก คือ ปัญหา ทางจิตสังคมเกิดจากการจัดระเบียบงาน ความเข้มข้นของงาน และการรับรู้ความกดดันจากการทำงานและปัญหาทางจิตใจ คือ ความเครียดและความวิตกกังวลเกิดจากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำ และการสัมผัสกับความรุนแรงทางวาจาหรือทางร่างกายเสี่ยงต่อการโจรกรรมหรืออาชญากรรม

4. ระดับความรุนแรงของอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคาร พบบริเวณของร่างกายส่วนล่าง (ร้อยละ 64.8) มากกว่าร่างกายส่วนบน (ร้อยละ 35.2) ซึ่งพบได้มากที่สุด คือ บริเวณหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 43.6) ไหล่ (14.1) และหัวเข่า (9.9) ตามลำดับ และระดับความรุนแรงของอาการปวดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงาน คือ ปัจจัยด้านลักษณะการทำงานในส่วนของชั่วโมงการทำงานชั่วโมงต่อสัปดาห์ สัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างบริเวณหลังส่วนล่างจากการศึกษาลักษณะ การทำงานของพนักงานขนส่ง

ทรัพย์สินมีค่าของธนาคารแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือของประเทศไทย พนักงานมีทำงาน ในสภาพแวดล้อมที่ปิด คืออยู่ในรถเป็นส่วนมากอยู่ในท่าทางการทำงานเคลื่อนไหว ในท่าทางซ้ำๆ ซาก ๆ การนั่งหรือยืนเป็นเวลานานทำให้อยู่ในท่าทางที่อึดอัดหรือไม่สบาย ดังนั้นลักษณะในการทำงานมีผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อของพนักงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ijaz Ahmad และคณะ ได้ศึกษาเรื่อง ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จากการทำงานของคนงานในอุตสาหกรรมรถแท็กซี่ในเมืองเจดดาห์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดของคนขับรถแท็กซี่ในเจดดาห์ ความเป็นไปได้ที่เพิ่มขึ้นในการเกิดความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเกิดจากระยะเวลาการขับขี่เพิ่มขึ้น การนั่งอยู่ในตำแหน่งคงที่ในสถานที่ที่ค่อนข้างอับอากาศและสภาพแวดล้อมในรถแท็กซี่ที่สั่นสะเทือน รวมถึงเบาะนั่งคนขับยังมีพื้นที่น้อยสำหรับการงอและการเคลื่อนไหวของแขนขาทำให้เกิดความเครียดในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

5. ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างร่างกายส่วนล่างจากการทำงานของพนักงาน เนื่องจากสภาพแวดล้อมและลักษณะการทำงาน ชั่วโมงการทำงานรวมถึงการทำงานที่ไม่ปลอดภัยจึงทำให้พนักงานเกิดความเครียด ในระดับสูงกว่าปกติและยังส่งผลต่อความเครียดในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อันนำมาสู่อาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Min Gi Kim และคณะ ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานและความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงานในนักผจญเพลิงชายชาวเกาหลี พบว่า ความเครียดจากการทำงานได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความต้องการงาน ความไม่มั่นคงในงาน การขาดรางวัล และบรรยากาศในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในนักผจญเพลิง อธิบายได้ว่าความเครียดของกล้ามเนื้อจะเพิ่มขึ้นหากภาระทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับงานเพิ่มขึ้นเนื่องจากความเครียดในงานและความเครียดในงานจะเพิ่มการรับรู้ถึงอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหรือลดความสามารถในการจัดการกับอาการ

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

ความเครียดของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคารอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ (ระดับ 2 – 5 คะแนน) และพบว่าอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างพบได้มากที่สุดบริเวณหลังส่วนล่าง และระดับความรุนแรงของอาการปวด คือ ปวดระดับปานกลาง (4-5 คะแนน) ซึ่งความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างร่างกายส่วนล่างเกิดได้จากลักษณะ การทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียด เนื่องจากสภาพแวดล้อมและลักษณะการทำงาน ชั่วโมงการทำงานรวมถึงการทำงานที่ไม่ปลอดภัย จึงส่งผลต่อความเครียดในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอันนำมาสู่อาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงาน

สามารถสรุปได้ว่า ลักษณะสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงานมีความเสี่ยงต่ออันตราย อุบัติเหตุและความไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดความกังวลที่อาจเกิดสถานการณ์ความรุนแรงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะทำงาน ส่งผลต่อการเจ็บปวดของกระดูก ข้อและกล้ามเนื้อ เป็นปัจจัยส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจทำให้เกิดความเครียดสะสมอย่างต่อเนื่องกับพนักงาน และเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา(Recommendations)

1. พนักงานควรมีการจัดการกับความเครียดด้วยตัวเองเบื้องต้น เช่น การทำกิจกรรมนันทนาการหรือ

งานอดิเรกทำเพื่อลดความเครียด การหาแบบประเมินสุขภาพจิตเมื่อรู้สึกว่าตัวเองเริ่มมีความเครียด การปรึกษาปัญหากับเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างาน รวมถึงครอบครัวหรือคนรอบข้างที่ไว้ใจได้เพื่อขอคำปรึกษาและแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง

2. พนักงานและองค์กรควรมีส่วนร่วมร่วมกันในการแก้ไขปัญหาความเครียดอันนำมาสู่อาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง โดยองค์ควรมีการจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญ เข้ามาประเมินปัญหาทางจิตและความเครียดหรือทางออนไลน์ การลดชั่วโมงการทำงานหรือมีการจัดตารางการทำงานให้พนักงานมีชั่วโมงการพักระหว่างวันมากขึ้น รวมถึงการจัดกิจกรรมนันทนาการหรือการประชุมนอกสถานที่

3. พนักงานและองค์กรควรมีส่วนร่วมร่วมกันในการแก้ไขปัญหาการเกิดอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เช่น การสลับตำแหน่งงานระหว่างพนังงาน การจัดกิจกรรมการแข่งขันกีฬาเพื่อให้พนักงานมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีการเชิญวิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ รวมถึงการจัดอุปกรณ์เสริมในรถ เช่น พนักพิงหลัง หรือการเพิ่มเบาะนั่งเสริมให้เหมาะสมกับท่านั่ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มปัจจัยของน้ำหนักวัตถุหรือสิ่งของที่พนักงานต้องยกหรือขนย้ายเป็นประจำทุกวันเพื่อเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้ถึงอาการความผิดปกติและความรุนแรงของอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคาร เช่น ถุงเงินและกล่องเอทีเอ็มมีน้ำหนักอยู่ที่เท่าไหร่ และต้องขนย้ายจำนวนที่จุดหรือกี่ตู้ต่อวัน

2. ควรมีการศึกษาและพัฒนาแบบสอบถามหรือแบบประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินที่เฉพาะขึ้น เช่น Occupational Stress Index (OSI) และแบบประเมินอาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างเป็นแบบประเมินทางด้านการยศาสตร์ที่คลอบคลุมกับงาน เช่น แบบประเมินท่าทางร่างกายทั้งลำตัว REBA (Rapid Entire Body Assessment) และควรมีการศึกษาท่าทางการทำงานของพนักงานทั้ง 3 ตำแหน่ง เพื่อให้เห็นท่าทางการทำงานของแต่ละตำแหน่งได้ชัดเจนมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาในเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองโดยมีการนำโปรแกรมเข้าไปใช้ในการศึกษา เช่น มีการเพิ่มโปรแกรมการจัดการความเครียดหรือการลดความเครียดของพนักงานขนส่งทรัพย์สินมีค่าของธนาคาร เพื่อป้องกัน และบรรเทาความเครียดให้กับพนักงานป้องกันการนำไปสู่อาการความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงาน

เอกสารอ้างอิง (References)

Abledu JK, Offei EB, Abledu GK. (2014). Occupational and Personal Determinants of Musculoskeletal Disorders among Urban Taxi Drivers in Ghana. International Scholarly Research Notices; 1-4. Jun 12, 2021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC4897274/.

Ahmad I., Balkhyour MA., Abokhashabah TM., Ismail IM., Rehan M. (2018). Occupational Musculoskeletal Disorders among Taxi Industry Workers in Jeddah, Saudi Arabia. Biosciences Biotechnology Research Asia. 2017. 14(2). 593-606.

Bangkok Bank. (2017). Annual Report 2017 Bangkok Bank Public Company Limited - Branch Directory. May 10, 2022. https://www.bangkokbank.com/-/media/Files/InvestorRelations/ Annual Report/2017/AR2017_24Th.ashx?la=th-TH&hash=AC86C8CD68C839F45D56E6C3E51760 D1B7E2421E.

Bank of Thailand. (2022). Digital trends shake the global financial system. Who adapted?. Feb 3, https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/DocLib_/Article_ 22Jan 2022-2.pdf.

Chan Pattama Polyong, Marissa Kongsombatsuk, Wannapa Sangsrijan, Khanitra Samanusron. (2016). Prevalence and factors affecting the work-related musculoskeletal disorders among hospital staff of a hospital in Rayong Province. *Disease Control Journal.* 43(3). 280 - 292.

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2016). Annual Report of the Department of Mental Health, Fiscal Year 2016. Bangkok: Bangkok Block Ltd.

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2017). Annual Report of the Department of Mental Health, Fiscal Year 2017. Bangkok: Bangkok Block Ltd.

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2018). Annual Report of the Department of Mental Health, Fiscal Year 2018. Bangkok: Bangkok Block Ltd.

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2019). Annual Report of the Department of Mental Health, Fiscal Year 2019. Bangkok: Bangkok Block Ltd.

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2020). Annual Report of the Department of Mental Health, Fiscal Year 2020. Bangkok: Bangkok Block Ltd.

Dwiseli F., Rahim MR., Awaluddin. (2019). Factors Associated with Musculoskeletal Disorders (MSDs)Complaint on the Workers of Cargo Unit at PT. Angkasa Pura Logistics, Makassar. *Indian Journal of Public Health Research & Development.* 2017. 10(7). 1040-1044.

El-Metwally A., Javed S., Razzak HA., Aldossari KK., Aldiab A., Al-Ghamdi SH., Househ M., Shubair MM., Al-Zahrani JM. (2018). The factor structure of the general health questionnaire (GHQ12) in Saudi Arabia. *BMC Health Services Research.* 18. 595.

Krungthai Bank Plc. (2011). Provision of foreign currency transportation services by plane or car. Feb 3, 2022. https://www.ktbgs.co.th/services/cash-logistic/over-the-air/.

Innovation and Research Division (CU). (2022). Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Prevention research plan Disease Control and Health Threats 2019-2021. 1st edition. Bangkok

Ramos S., Seraphina F., Sousa-Uva A. (2017). Perceived occupational hazards among cash-in-transit guards in Portugal. *Rev Bras Med Trab*. 16(3). 327–335.

Nuttaporn Praditpod, Santhanee Khruakhorn, Kanjana Kuanpung, Narut Panyasak, Suchart Thong-art. (2016). Prevalence and risk factors of work-related musculoskeletal disorders among fruit transport workers in Pathum Thani province. *Thammasat Medical Journal*. 17(1). 60 – 69.

The work group determines the rate of contributions to the Compensation Fund. (2021). Social Security Office Ministry of Labor Situation of Occupational Hazard or Sickness Due to Work https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/5ebe42693bf27ca624d2a14a89f99223.pdf.

Nopparat Chupeerach. (2017). Prevalence and related factors of musculoskeletal disorder in health care personnel, Thammasat University Hospital. Master of Health Promotion Management Faculty of Public Health Thammasat University.

Min Gi K., Kyoo-Sang K., Jae-Hong R. and Seung-Won Y. (2012). Relationship between Occupational Stress and Work-related Musculoskeletal Disorders in Korean Male Firefighters. Annals of Occupational and Environmental Medicine 25 (9)

Roongpet Sangchan. (2016). Work-related musculoskeletal disorders among employees at nutrition unit, Pranangklao hospital. *J Med Tech Phy Ther.* 28(3). 322 - 328.

Wanlop Rathachatranon. (2018). Determining an Appropriate Sample Size for Social Science Research: The Myth of using Taro Yamaneand Krejcie & Morgan Method. *Journal of Interdisciplinary Research.* 8(1). 11 – 28.

Wipa Chuppawa, Piraya Aungudornpukdee. (2017). Prevalence and Factors affecting Musculoskeletal Disorders among Cleaners. *Naresuan University Journal*. 25(1). 23-31.

Participatory quality management in public sector by personnel at Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health

Achira Laosupawanit[1], Chardsumon Prutipinyo[2*], Natnaree Aimyong[3]

1. Student of M.Sc. (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University

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

3. Assistant Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

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

Original article

Received: 17 Feb 2023

Revised: 22 March 2023

Accepted: 23 March 2023

Abstract

This research aimed to study participatory quality management in the public sector by personnel at the Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. A total of 390 personnel from the Department of Medical Sciences were recruited as samples. Data were collected through a self-administered online questionnaire, and analyzed for frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis were also included in the data analysis.

The results indicated that most of the sample were female (77.7%), between 31-40 years old (33.8%), receiving a bachelor's degree (54.1%), being civil servants (80.5%), and experiencing 1-5 years of service (37.3%). Moreover, the majority were not a member of committee for quality management in public sector (72.3%). The participatory quality management in the public sector was at a moderate level ($\bar{x}$= 64.8, S.D. =16.15). Factors affected participatory quality management in public sector were duration of work; a committee of quality management in public sector; attitudes on quality management in public sector; and motivation and maintenance factors. These factors had 56.1% co-predictability power for participatory quality management in the public sector (R^2 = 0.561).

Recommendation for study as a guideline for improving and supporting the motivation activities in participatory quality management in public sector, formulating policy and goals in quality management, and assigning personnel for quality management responsibilities, in order to provide opportunities for participating in quality management.

Keywords: Participation; Development of Quality; PMQA; Public Sector Management Quality; Motivation

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

อชิรา เหล่าศุภวณิชย์[1] ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ[2*] ณัฐนารี เอมยงค์[3]

1. นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: chardsumon.pru@mahidol.ac.th*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 17 กพ.2566
วันแก้ไข 22 มีค. 2566
วันตอบรับ 23 มีค. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 390 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียรสัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.7) อายุระหว่าง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 33.8) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 54.1) เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 80.5) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 37.3) โดยส่วนใหญ่ไม่เป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (ร้อยละ 72.3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐโดยรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 64.84, S.D = 16.15) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และสามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐได้ ร้อยละ 56.1 (R^2 = 0.561)

การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะ ผู้บริหารควรส่งเสริม ผลักดัน และให้การสนับสนุนกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างต่อเนื่อง กำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคุณภาพให้ครบทุกประเภทบุคลากรเพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, การพัฒนาคุณภาพ, การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ, แรงจูงใจ

บทนำ (Introduction)

ในยุคโลกาภิวัฒน์ ประเทศไทยจึงต้องปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบราชการไทยจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบราชการอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับต่อบริบทการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการจึงเริ่มมีการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2546 - 2550 ขึ้น โดยมีวิสัยทัศน์ของการพัฒนาระบบราชการที่ว่า “พัฒนาระบบราชการไทยให้มีความเป็นเลิศ สามารถรองรับกับการพัฒนาประเทศในยุคโลกาภิวัฒน์ โดยยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีและประโยชน์สุขของประชาชน” (Office of the Public Sector Development Commission, 2003) เป็นหลักการบริหารราชการที่ได้รับการกำหนดเป็นกฎหมายในพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 มาตรา 3/1 รวมทั้งมีการออกพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การบริหารราชการบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จึงต้องมีเกณฑ์การประเมินกระบวนการทำงานและผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาและขับเคลื่อนการปฏิรูประบบราชการ จึงได้พัฒนาเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐร่วมกับสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นแนวทางที่เทียบเคียงกับการบริหารจัดการในระดับสากล

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐได้นำแนวคิดและกรอบของรางวัลคุณภาพแห่งชาติ The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) จากประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางในการบริหารองค์การที่มีประสิทธิผลที่สุด มาเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับองค์กรทุกขนาด ทุกประเภท ประเทศไทยที่เล็งเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการนำแนวทางเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) และพัฒนาสู่รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) มากระตุ้นให้หน่วยงานภาครัฐในประเทศไทยได้มีเกณฑ์เป็นกรอบแนวทางในการประเมินตนเองเพื่อหาจุดอ่อน จุดแข็ง อุปสรรค และโอกาสในการปรับปรุงกระบวนการทำงานและผลการดำเนินงาน (SWOT Analysis) เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชน และมุ่งพัฒนาสู่องค์กรเป็นเลิศในทุก ๆ ด้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนและประโยชน์สูงสุดของประเทศชาติ (Office of the Public Sector Development Commission, 2019)

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นกรมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการวิจัยและการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยการศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน และสนับสนุนการแก้ไขปัญหาทางสาธารณสุขให้กับประเทศ จึงได้นำระบบคุณภาพมาตรฐานสากลทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ มาใช้ ในปี พ.ศ. 2549 ได้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบราชการ โดยสำนักงาน ก.พ.ร. ได้กำหนดให้หน่วยงานภาครัฐทุกแห่งนำไปใช้ในการพัฒนาองค์การปีละ 2 หมวด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 -2554 จนครบทั้งหมด 6 หมวด ในปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา สำนักงาน ก.พ.ร. จึงได้ประเมินผลและจัดให้มีการมอบ “รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ รายหมวด” เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติ สร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการพัฒนาองค์การของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มาอย่างต่อเนื่องนี้ส่งผลให้ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ รายหมวดครบถ้วนทั้ง 6 หมวด (Office of the Public Sector

Development Commission, 2022) ในปี พ.ศ. 2558 เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐสามารถยกระดับและพัฒนาองค์การให้สูงขึ้น สำนักงาน ก.พ.ร. จึงได้เพิ่ม “รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับดีเด่น” โดยหน่วยงานภาครัฐจะต้องได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ รายหมวด มาแล้วอย่างน้อย 2 หมวด ต้องมีคะแนนรวม 400 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนรวม 1,000 คะแนน มีการแสดงให้เห็นถึงการเป็นต้นแบบให้หน่วยงานอื่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งหน่วยงานภาครัฐระดับกรมจำนวน 152 แห่ง จาก 154 แห่ง รวมถึงกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังไม่ผ่านเกณฑ์และไม่ได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับดีเด่น ทรัพยากรบุคคลจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการขับเคลื่อนให้องค์กรบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และส่งผลให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์และได้รับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

บุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการต่าง ๆ (Officer Department Office of the Secretary of the Department, 2022) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข และกรมที่ต้องรับผิดชอบและปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการเพื่อพัฒนาผลงานวิจัยและนวัตกรรม การยกระดับคุณภาพและศักยภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเตรียมความพร้อมรับกับนโยบายอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร (Medical Hub) ยิ่งไปกว่านั้นตั้งแต่ปี 2562 เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่มีภารกิจหลักในการตรวจยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการการตรวจรับรองคุณภาพวัคซีน และพัฒนาห้องปฏิบัติการในเครือข่ายทั่วทั้งประเทศ ส่งผลให้ต้องรวมสรรพกำลังของบุคลากรในการร่วมกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว อีกทั้งตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา สำนักงาน ก.พ.ร. ได้กำหนดกรอบการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการให้ทุกส่วนราชการต้องดำเนินการประเมินสถานะของหน่วยงานภาครัฐในการเป็นระบบราชการ 4.0 (PMQA 4.0) เพื่อประเมินความสามารถในการบริหารจัดการภายในหน่วยงานและความพยายามของส่วนราชการในการขับเคลื่อนงานให้บรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2564) บุคลากรจึงเป็นเสาหลักสำคัญของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ ดำเนินการตามนโยบายสำคัญของกระทรวงและของประเทศได้สำเร็จสอดคล้องกับหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

การมีส่วนร่วมของบุคลากรเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐให้ประสบผลสำเร็จ (Yaowarat Nutdechanan, 2015) ตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1980) โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งปัจจัยที่ทำให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐตามการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ของจุฬาลักษณ์ อนุอันต์ (2560) พบว่าปัจจัยจูงใจ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในองค์กร ปัจจัยทัศนคติช่วยสร้างบรรยากาศและกระตุ้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ความรับผิดชอบความมั่นคงในการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหารซึ่งเป็นปัจจัยจูงใจตามทฤษฎี Herzberg’s two factor มี

อิทธิพลทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Prachaporn Thappho, 2014) ทัศนคติของบุคลากรมีอิทธิผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน และการมีส่วนร่วมยังเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้หน่วยงานดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ (Naree Sukdee and Wiroj Jesadalak, 2014) ทั้งนี้ ยังไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อให้สามารถค้นหาปัจจัยที่ทำให้หน่วยงานประสบผลสำเร็จและบรรลุเป้าหมายจากการมีส่วนร่วมขึ้น

จากผลการศึกษา แนวคิดและสถานการณ์ดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาการมีส่วนร่วม และช่วยผลักดันให้หน่วยงานดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐได้อย่างมีประสิทธิผล สามารถยกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานของหน่วยงานให้อยู่ในระดับสูงเทียบเท่ากับมาตรฐานสากล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลจากการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาองค์การต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อวัดระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

3. เพื่อพยากรณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรกรม วิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้งหมดจึงเป็น 390 คน คิดเป็นร้อยละ 19.9 ของประชากรทั้งหมด โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และคำนวณตามสัดส่วน โดยใช้หน่วยงานเป็นชั้นภูมิในการสุ่ม หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืนโดยใช้โปรแกรม excel เพื่อให้ได้ตัวแทนจนครบทุกกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2022-073 รหัสโครงการ 52/2565 เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน google form โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรใน

สังกัดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาองค์การตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยเครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ภายหลังจากได้มีการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่ใช้ในการศึกษา เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อสารความหมายตรงตามความต้องการและมีความเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งทั้ง 30 คน ที่ตอบแบบสอบถามจะไม่ถูกนำมาเก็บข้อมูลอีก จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha (Cronbach, 1970) ผลการวิเคราะห์ในภาพรวมมีค่าความความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.973 สำหรับส่วนที่ 2, 3 และ 4 มีค่าเท่ากับ 0.675, 0.958 และ 0.972 ตามลำดับ

การแปลผล

ระดับความความสัมพันธ์ (r) (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ตามแนวคิดของ Elifson et al. (1990) ดังนี้

0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

± 0.01 - ± 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ

± 0.31 - ± 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง

± 0.71 - ± 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง

± 1 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูงมาก

สถิติและการวิเคราะห์ที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายข้อมูล และสรุปข้อมูลจากแบบสอบถาม

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์การตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทัศนคติ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์การตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียรสัน (Pearson's product moment Correlation)

4. วิเคราะห์ถดถอยแบบพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทำนายปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทัศนคติ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่มีอิทธิพลกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์การตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ผลการศึกษา (Results)

1. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

บุคลากรกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 390 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.7) มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 33.8) มีอายุเฉลี่ย 39.69±9.51 ปี อายุต่ำสุดคือ 22 ปี อายุมากสุดคือ 60 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 54.1) เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 80.5) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์อยู่ระหว่าง 1 -5 ปี (ร้อยละ 37.3) โดยส่วนใหญ่ไม่เป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (ร้อยละ 72.3) และปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ งานแผนงาน งานตัวชี้วัด (ร้อยละ 55.9)

2. ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

การวัดระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 64.84, S.D = 16.15) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ($\bar{X}$ = 21.00, S.D = 3.1224) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\bar{X}$ = 18.00, S.D = 2.4526) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\bar{X}$ = 17.00, S.D = 4.8925) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ($\bar{X}$ = 14.50, S.D = 4.0203) (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลตามระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐจำแนกรายด้าน

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	Mean	S.D.	แปลผล
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	17.00	4.8925	ปานกลาง
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	21.00	3.1224	มาก
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	18.00	2.4526	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	14.50	4.0203	ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทัศนคติ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐโดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแคว์ (Chi square test) พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร และการเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (ตาราง 2)

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าสถิติไคสแคว์ (Chi square test) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (n = 390)

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ			Chi-square test (df)	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	7 (21.2)	35 (22.6)	45 (22.3)	0.30	0.985
หญิง	26 (78.8)	120 (77.4)	157 (77.7)	(2)	

ตัวแปร	ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ			Chi-square test (df)	p-value
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ	มาก จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	5 (15.2)	3 (1.9)	3 (1.5)	39.464	< 0.001
ระดับปริญญาตรี	19 (57.6)	102 (65.8)	90 (44.6)	(6)	
ระดับปริญญาโท	9 (27.3)	44 (28.4)	95 (47.0)		
ระดับปริญญาเอก	0 (0)	6 (3.9)	14 (6.9)		
ประเภทบุคลากร					
ข้าราชการ	23 (69.6)	117 (75.5)	174 (86.2)	9.684	0.046
พนักงานราชการ	5 (15.2)	23 (14.8)	15 (7.4)	(4)	
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	5 (15.2)	15 (9.7)	13 (6.4)		
การเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ					
เป็นคณะกรรมการฯ	1 (3)	22 (14.2)	85 (42.1)	45.009	< 0.001
ไม่เป็นคณะกรรมการฯ	32 (97)	133 (85.8)	117 (57.9)	(2)	

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment Correlation) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (r=0.289) และอายุ (r=0.227) มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทัศนคติ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (n = 390)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	0.227	< 0.001	ต่ำ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.289	< 0.001	ต่ำ
ปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	0.544	< 0.001	ปานกลาง
ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน	0.656	< 0.001	ปานกลาง

4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) ซึ่งมีตัวแปรอิสระระดับอันตรภาค ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ส่วนตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) ก่อนนำไปเข้าสมการ การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) มีเงื่อนไขว่าตัวแปรอิสระต้องเป็นอิสระต่อกัน หรือมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multi-collinearity) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณจะมีการคัดเลือกตัวแปรออกทีละตัว คงเหลือ 4 ตัวแปร ผลจากการวิเคราะห์พบว่า การเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐได้ร้อยละ 56.1 (R^2 = 0.561) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 4)

ตาราง 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทัศนคติ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ตัวแปร	coefficient	Std. Error	t-value	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	-14.315	4.982	-2.873	0.004
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.131	0.055	2.375	0.018
การเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	-7.952	1.320	-6.025	< 0.001
ปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ	1.201	0.203	5.918	< 0.001
ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน	0.346	0.028	12.569	< 0.001
Constant = -14.315, R = 0.749, R^2 = 0.561, Adjust R^2 = 0.556, F = 122.932, p-value < 0.001				

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and conclusion)

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของบุคลากรกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 64.84, S.D = 16.15) เนื่องจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาองค์การตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 และกำหนดไว้ในคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี อีกทั้งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศและคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งเป็นผู้แทนของทุกหน่วยงานเพื่อร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์บรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้อง

ตามการศึกษาของพิทภรณ์ พลโคต (2563) ระบุว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดหนองคายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.26, S.D = 2.20) เพื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านที่มีผลอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จะเห็นได้ว่ากระบวนการส่วนใหญ่ผู้บริหารของกรมหรือหน่วยงานจะเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจและประเมินผลทั้งในเรื่องการกำหนดนโยบาย การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และการถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติแบบบนลงสู่ล่าง (Top down) หากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ต้องการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐยิ่งขึ้น จึงควรเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับทุกประเภทมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและประเมินผลเพื่อให้บุคลากรเกิดความเข้าใจ ให้ความสำคัญ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐทุกขั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อายุ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร และการเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อธิบายได้ว่า อายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจในบริบทเกี่ยวกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มากยิ่งขึ้น มีประสบการณ์ในการคิดวิเคราะห์และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา ภูพุฒ และคณะ (2562) ที่กล่าวว่า อายุและระยะเวลาปฏิบัติงานมีอิทธิพลทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ส่วนตัวแปรระดับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เนื่องจากภารกิจของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีความเฉพาะทาง จึงมีการคัดสรรบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและหลากหลายสาขาจำนวนมาก โดยกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้มีสัดส่วนของบุคลากรระดับปริญญาโทและปริญญาเอกรวมกันถึงร้อยละ 43 สอดคล้องกับข้อมูลบุคลากรของกรม วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีจำนวนบุคลากรระดับปริญญาโทและปริญญาเอกมากกว่ากรมอื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเหล่านี้จึงเป็นทรัพยากรสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร รวมถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐด้วยเช่นกันซึ่งต่างจากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ กรณีศึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขของจิตติญา ลัดดากลม และคณะ (2552) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงลบ ($r=-0.21$, $p < 0.001$) ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สำหรับตัวแปรประเภทบุคลากรและการเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เนื่องจากบุคลากรประเภทข้าราชการจะได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและคณะทำงานมากกว่าบุคลากรประเภทอื่นๆ และเมื่อได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการจึงเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่ตามตำแหน่งและความรับผิดชอบอยู่แล้ว จึงเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ดังนั้น หากต้องการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ควรมีการ

มอบหมายหรือแต่งตั้งให้ร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานให้ชัดเจนยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของวิชาฎา อยู่ดวง และยุวดี วิทยพันธ์ (2560) พบว่า บุคลากรที่มีตำแหน่งในงานพัฒนาคุณภาพมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมากกว่าบุคลากรที่ไม่มีตำแหน่งในงานคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า ปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ($r=0.544$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อธิบายได้ว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ รู้สึกชอบงานคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มองว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นประโยชน์ต่อตนเองและหน่วยงาน ถึงแม้จะเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก กระบวนการซับซ้อน แต่สามารถดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้ผ่านการทำงานเป็นทีม และคณะทำงานต่างๆ ซึ่งเป็นทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Klefsjö and Eriksson (2004) พบว่า Total Quality Management (TQM) เป็นเครื่องมือที่มีเกณฑ์จำนวนมาก มีความซับซ้อน และคลุมเครือ แต่สามารถดำเนินการให้สำเร็จได้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม สำหรับผลการศึกษาของจุฬาลักษณ์ อนุอันต์ (2560) อธิบายว่า ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ อยู่ในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อธิบายได้ว่า ปัจจัยจูงใจเป็นกระบวนการทางร่างกายและจิตใจที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและบรรลุตามวัตถุประสงค์ เมื่อบุคลากรได้รับการตอบสนองย่อมทำให้บุคลากรแสดงออกด้วยความพึงพอใจ ความภาคภูมิใจ ได้รับการยกย่อง ชมเชย ทำให้มีโอกาสได้เลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นได้ ส่วนปัจจัยค้ำจุนเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน หรือเป็นความต้องการหนึ่งที่ทำให้บุคลากรยังคงอยู่ในการปฏิบัติงาน เช่น การมีนโยบายที่ชัดเจน การบังคับบัญชาโดยผู้บริหาร การมีสภาพแวดล้อมและการมีเงินเดือนที่เหมาะสม เพียงพอ เป็นธรรม และสร้างความพึงพอใจต่อบุคลากร ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg et al., (1959) ที่กล่าวถึงการตอบสนองปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอย่างเหมาะสมให้บุคลากรมีความรักในงาน และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของอีกทั้งจากการศึกษาของ Alrawahi et al. (2020) เรื่อง The application of Herzberg's two-factor theory of motivation to job satisfaction in clinical laboratories in Omani hospitals พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ ได้แก่ ด้านสุขภาพและความปลอดภัย ปริมาณงานที่หนักเกินไป รายได้ การเลื่อนตำแหน่ง การได้รับการยอมรับ และนโยบายของหน่วยงาน และปัจจัยที่พึงพอใจซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานกับผู้บริหาร และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรศิริ พรภัทรศิริ (2563) พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.789$, p-value = 0.001)

ผลจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุ พบว่า การเป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ปัจจัยทัศนคติด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐได้ร้อยละ 56.1 ($R^2 = 0.561$) อธิบายได้ว่า การไม่เป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านการ

พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐสามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ แต่หาก กรม วิทยาศาสตร์การแพทย์มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการกระจายงานอย่างเท่าเทียมกันในทุกประเภทบุคลากร จะเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเพิ่มมากยิ่งขึ้น สอดคล้องตามการศึกษาของ วิชาฎา อยู่ดวง และยุวดี วิทยพันธ์ (2560) พบว่า บุคลากรที่มีตำแหน่งในงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อรองรับคุณภาพโรงพยาบาล ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่มากขึ้น ส่งผลให้มีความรู้ ทักษะ ความสามารถและประสบการณ์ รวมถึงองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบริบทของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จนสามารถแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อีกทั้ง ยังได้รับการแต่งตั้งโยกย้ายตำแหน่งงานที่สูงขึ้น ได้รับมอบหมายงานด้านการพัฒนาคุณภาพต่างๆ เพิ่มมากยิ่งขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะก้าวสู่ผู้บริหารของหน่วยงานในอนาคต ดังนั้น ระยะเวลาในการปฏิบัติงานจึงร่วมทำนายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐได้ สำหรับปัจจัยทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เมื่อมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ รู้สึกชอบ หรือรู้สึกว่าได้รับประโยชน์จะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ดี อยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สอดคล้องตามการศึกษาของวุฒิชัย อารักษ์โพชฌงค์ และเจษฎาลักษณ์ (2556) พบว่า ตัวแปรทัศนคติที่มีต่อระบบคุณภาพภายใน ด้านความเข้าใจและด้านความรู้สึกต่อระบบคุณภาพภายใน มีอิทธิพลในทางบวกต่อตัวแปรการมีส่วนร่วมในระบบคุณภาพภายใน ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐได้ ผู้บริหารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการบริหารทรัพยากรบุคคลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล จึงมีการกำหนดนโยบายด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล อีกทั้งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังมีการสำรวจความสุขและความผูกพันของบุคลากรร่วมกับการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) เพื่อให้ทราบถึงความต้องการของบุคลากร และยังมีการให้รางวัลบุคลากรดีเด่น คนดีศรีกรม และข้าราชการดีเด่น เพื่อรักษา จูงใจ ให้คนเก่งสร้างผลงานให้กับองค์กรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี 2 ปัจจัยของ Herzberg et al. (1959) และยังสอดคล้องตามการศึกษาของรัชนี หลงสวาสดิ์ (2563) กล่าวว่า ปัจจัยแรงจูงใจร่วมพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย(Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ควรส่งเสริม ผลักดัน และให้การสนับสนุนกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

2. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐแก่บุคลากรทุกระดับ อย่างทั่วถึง รวมถึงมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนและน่าสนใจ เพื่อทำให้บุคลากรเกิดการรับรู้และยอมรับ เป็นการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผู้บริหารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ควรมุ่งเน้นให้บุคลากรที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้นด้วยการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีการกำหนดและแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาคุณภาพให้ครบทุกประเภทบุคลากรเพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการดำเนินการมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

Alrawahi, S., Sellgren, S. F., Altouby, S., Alwahaibi, N. And Brommels, M. (2020). The application of Herzberg's two-factor theory of motivation to job satisfaction in clinical laboratories in Omani hospitals. Heliyon. 6(9).

Chulalak Anuaun. (2017). A survey of personnel participation in the public sector management quality award, Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai. Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health. 7(2): 71-85.

Cohen, J. and Uphoff, N. T. (1981). Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. New York Rural Development Committee.

Cronbach, L. J. (1970). Essentials of psychological testing. Harper & Row.

Elifson, Kirk W RP, Runyon and Audrey Haber. (1990). Fundamentals of Socials Statistics. McGraw-Hill.

Herzberg, F., Mausner, B.and Snyderman, B. B. (1959). The motivation to work. New York: John Wiley and Sons. Inc.

Human Resources Section, Office of the Secretary. (2022). Department of Medical Sciences Personnel Information. Nonthaburi: Office of the Secretary.

Jittiya Luddaglom, Piyathida Tridech and Peera Krugkrunjit. (2009). Public Sector Management Quality: A case study of Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The degree of Master of Science (Public Health). Major in Public Health Administration Faculty of Graduate Studies Mahidol University.

Klefsjö, B. and Eriksson, H. (2004). What is the value of participating in a quality award process. Proceedings of the Ninth International Conference on ISO.

Naree Sukchit and Viroj Jadesadalug. (2014). Influence of knowledge and attitude on the success of work performance through participation of budgeting process on Kanchanaburi Rajabhat University. Veridian E-Journal, Silapakorn University (Humanities, Social Sciences, and arts). 7(2): 1149-1162.

Office of the Public Sector Development Commission. (2003). Strategic Plan of the Public Sector Development B.E. 2546 – 2550.

Office of the Public Sector Development Commission. (2019). Public Sector Management Quality Award B.E. 2562.

Office of the Public Sector Development Commission. (2021). Handbook for the assessment of government agencies according to measures to improve the efficiency of the performance of government agencies for the year 2021. Division of Performance Monitoring and Evaluation.

Office of the Public Sector Development Commission. (2022). Public Sector Excellence Awards ประจำปี 2565. https://www.opdc.go.th/content/MzM

Orrasa Pooput, Praphaichit Wongsan and Prapatsorn Khajornphipat. (2019). Factors relationship with the participation of personnel in improving the quality of Queen Sirikit Heart Center in the Northeast. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 3(6): 1-9.

Petchsiri Pornpatsiri. (2020). Factors Related to Participation in Hospital Quality Development in Professional Teams Wang Wiset Hospital, Trang Province. *Journal of Health and Environmental Education.* 5(3): 140-147.

Pitaporn Ponkot. (2020). The Relationship between Participation Factors and Quality Improvement of personnel in Community Hospitals, Nong Khai Province. *Academic Journal of Community Public Health.* 6(01): 50-59.

Prachaporn Thappho. (2014). Factors affecting the participation of personnel in improving the quality of sub-district health promoting hospital, Nakhon Pathom province. *Veridian E-Journal, Silapakorn University* (Humanities, Social Sciences, and arts). 7(2): 475-491.

Ratchanee Longswasd. (2020). The Factors Related to Personnel Participation in Developing Hospital Quality of Somdetphraphutalertla Hospital. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal. 5(3).

Wichada Youdoung and Yuwadee Wittayapun. Factors Related to Personnel Participation in Developing Hospital Quality Accreditation at Suratthani Cancer Hospital. *Thai Cancer Journal.* 37(1): 7-20.

Wutthichai Arakpothchong and Viroj Jadesadalug. (2013). The Influence of Perception, Attitude and Participation Toward Effective Implementation of the Supporting Staffs in Autonomous University on Internal Quality System. *Academic Services Journal*, Prince of Songkla University. 24(1): 12-28.

Yaowarat Nutdechanan. (2015). Factors that Contribute to the Success of the Organization Development in Accordance with the Quality of Government, Department of Mental Health, Mininstry of Public Health. https://www.dmh.go.th/ebook/result2.asp?id=360

Happiness at work of nurses in Public Health Centers, Bangkok Metropolitan Administration

Pimonpan Mueangja[1] Chardsumon Prutipinyo[2*] Sukhontha Siri[3]

1 Student of M.Sc. (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University

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

** Corresponding Autor email: chardsumon.pru@mahidol.ac.th*

3 Assistant Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

Original article

Received: 20 February 2023

Revised: 3 April 2023

Accepted: 3 April 2023

Abstract

This research is a cross-sectional survey research. The purpose of this study was to study the happiness at work among registered nurses working in Public Health Centers, Bangkok Metropolitan Administration. The sample consisted of 285 nurses, selected from 69 Public Health Centers. Data were collected by self-administered questionnaires between October - December 2022. Statistics used for data analysis were percentage, mean, median, minimum, maximum, standard deviation, Pearson's correlation coefficients, and multiple regression analysis.

The study found that registered nurses had an overall happiness at work at a high level – 97.2% ($\bar{x}$= 4.56, S.D.= 0.44) Overall, job characteristics and work environment were at a high level ($\bar{x}$= 4.48, S.D.= 0.34 และ ($\bar{x}$= 4.21, S.D.= 0.51). Job characteristics and working environment had a statistically significant relationship with happiness at work. (r= 0.591 and r = 0.589, p<0.001) Social work environment, skill variety, feedback, organization work environment and task significance could predict happiness at work among registered nurses working in Public Health Centers, Bangkok Metropolitan Administration by approximately 50.6% (p<0.05)

Therefore, administrators should have a policy to promote happiness at work by encouraging activities that create a good atmosphere in the workplace. Secondly, determining the workload that is suitable for a person and position. This is to increase the motivation to work, job satisfaction and happiness at work, resulting in work efficiency and reducing absenteeism, or resignations.

Keywords: Happiness at work; Job characteristics; Work environment; Nurses

ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

พิมลพรรณ เหมืองจา[1] ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ[2*] สุคนธา ศิริ[3]

1 นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: chardsumon.pru@mahidol.ac.th*
3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 20 กพ. 2566
วันแก้ไข 3 เมย. 2566
วันตอบรับ 3 เมย.2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 285 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.2 ($\bar{X}$= 4.56, S.D.= 0.44) การรับรู้คุณลักษณะงานและการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.48, S.D.= 0.34 และ ($\bar{X}$= 4.21, S.D.= 0.51) คุณลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.591 และ r=0.589 โดย p<0.001) ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านสังคม ปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความหลากหลายของงาน ปัจจัยคุณลักษณะงานด้านการรับรู้การปฏิบัติงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านการบริหารจัดการ และปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความสำคัญของงาน สามารถรวมทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครได้ ร้อยละ 50.6 (R^2 = 0.506) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

ผู้บริหารควรมีนโยบายส่งเสริมความสุขในการทำงานโดยสนับสนุนให้มีกิจกรรมที่สร้างบรรยากาศที่ดีในที่ทำงาน มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีในที่ทำงานและกำหนดภาระงานที่เหมาะสมกับบุคคลและตำแหน่งเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานที่เพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจในงานที่ทำอยู่ เกิดความสุขในการทำงาน ส่งผลต่อประสิทธิภาพประสิทธิผลในการทำงานและลดอัตราการขาดงานหรือลาออกจากงานต่อไป

คำสำคัญ : ความสุขในการทำงาน; คุณลักษณะงาน; สภาพแวดล้อมในการทำงาน; พยาบาลวิชาชีพ; ศูนย์บริการสาธารณสุข

บทนำ (Introduction)

ในยุคปัจจุบันโลกของเรามีการเปลี่ยนแปลงมากมายและรวดเร็ว ทั้งในด้านของเทคโนโลยีที่เติบโต ลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มุ่งเน้นการแข่งขัน ส่งผลให้องค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนเกิดการปรับเปลี่ยนตัวเองเพื่อให้องค์กรสามารถอยู่รอดคนในองค์กรจึงเป็นกลไกสำคัญที่องค์กรจะต้องให้ความสำคัญ การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่ดีย่อมเกิดผลดีต่อองค์กร เกิดคุณค่า มีทำการทำงานที่มีคุณภาพ ซึ่งการทำงานที่มีคุณภาพย่อมสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการและเกิดเป็นความยั่งยืนขององค์กร (National Productivity Institute, 2009) ในปัจจุบันที่คนต้องพบเจอกับสภาวะความเครียดหรือความกดดันในการทำงาน ทำให้องค์กรต่างหันมาให้ความสำคัญกับการสร้างความสุขให้คนภายในองค์กร ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เกิดการปรับปรุงและพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น (ธัชรินทร์ วุฒิชาติ, 2561)

ความสุข คือสิ่งที่เราทุกคนปรารถนา เป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจ ความสุขเป็นความรู้สึกพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนต้องการ ในมิติของการทำงานก็เช่นกัน การทำงานเป็นกิจกรรมหนึ่งในการดำเนินชีวิตที่เราใช้เวลาส่วนใหญ่ทุ่มเทให้ไป ความสุขในการทำงานจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดความสุขในชีวิต คนที่ทำงานอย่างมีความสุขจะเห็นถึงคุณค่าของงานที่ทำอยู่ (Koporlarp Aphaiphak, 2020) ความสุขในการทำงานเป็นความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นเองตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในการทำงานหรือประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน ความสุขในการทำงานจะนำไปสู่การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (Manion, 2003) เกิดความผูกพันในงานและสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้ เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ส่งผลให้อัตราการขาดงานและการลาออกลดลง (Nantaporn Thonglim, 2020) ดังนั้น ความสุขในการทำงานจึงเป็นแรงผลักดันที่ทำให้องค์กรมุ่งสู่ความสำเร็จ หากบุคลากรในองค์กรมีความสุข มีความพร้อมในการทำงาน ทำให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การพัฒนาองค์กรต่อไป (ภัทรดนัย ฉลองบุญ, 2561)

คุณลักษณะงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความสุขในการทำงาน การมีคุณลักษณะของงานที่ชัดเจนจะเป็นแรงในการจูงใจเพื่อให้เกิดความกระตือรือร้นในการทำงาน อยากที่จะทำงานสร้างสรรค์ผลงานให้ออกมาดีและมีประสิทธิภาพ เกิดคุณค่าและเป็นที่น่าพึงพอใจ ลดการขาดงานหรือการลาออกจากงาน (Hackman and Oldham, 1976) และนอกจากนั้นปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความสุขในการทำงาน การมีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีและเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดการทำงานที่ดีเอื้อต่อการทำงาน ส่งผลให้เกิดการทำงานที่สำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้เกิดความสุขในการทำงาน (Manion,2003) ปัจจัยการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานสามารถร่วมทำนายความสุขในการทำงานได้ (Laddawan Samran and Thitiporn Phakdeewong, 2019)

สำนักอนามัย เป็นหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีประชากรที่รับผิดชอบจำนวน 5,666,264 คน (Management Strategy Division, 2020) โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 69 แห่ง เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่กระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานคร ในส่วนของการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร นับเป็นกำลังหลักสำคัญและเป็นบุคลากรในระบบบริการสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุด ซึ่งการทำงานของพยาบาลในศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ทั้งเชิงรับและเชิงรุก

อย่างต่อเนื่อง มีการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพทั้งภายในศูนย์บริการสาธารณสุขและภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข ดูแลอย่างครอบคลุมในทุกมิติทั้งในการการรักษาดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งลักษณะของสังคมและประชากรของกรุงเทพมหานคร มีความหลากหลายทั้งในด้านของประชากร จึงเป็นความท้าทายในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในกรุงเทพมหานคร (Department of Health, Bangkok, 2017)

พยาบาลเป็นกลุ่มอาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย คือ การลาออกจากงานมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนพยาบาลและกระทบต่อกำลังใจในการทำงานของพยาบาล ข้อมูลจากองค์กรอนามัยโลก ทั่วโลกมีจำนวนพยาบาลประมาณ 27.9 ล้านคน มีการคาดการณ์การขาดแคลนอัตรากำลังของพยาบาลถึง 5.9 ล้านคน (World Health Organization, 2021) สำหรับในประเทศไทยปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังของพยาบาลมีมายาวนาน และในปัจจุบันยังมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นับว่าเป็นอีกหนึ่งความท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น การทำงานภายใต้ความกดดันและความคาดหวังของประชาชน (Gold, JA., 2020) การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเริ่มมีความรุนแรงขึ้น จากภาระงานเพิ่มมากขึ้น ขาดสวัสดิการที่ดี ทำให้เกิดความเครียดกดดันจากลักษณะงาน ทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่าย อ่อนล้า ไม่พึงพอใจในงาน ไม่มีความสุขในการทำงาน ส่งผลให้เกิดความต้องการลาออกหรือโอนย้าย โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการลาออกหรือโอนย้ายเพิ่มขึ้น ช่วงอายุ 25-29 ปีมากที่สุด พบว่าในช่วงอายุงาน 1-5 ปีแรกของการทำงานมีอัตราการลาออกเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 13.2 (Boonchuay Sila Mom, Wannee Deawisaret, and Aree Ratkhamyu, 2018) และจากรายงานการสูญเสียบุคลากรจากฝ่ายการเจ้าหน้าที่ สำนักเลขานุการกรุงเทพมหานคร สถิติของพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558- 2563 ลาออกจำนวน 213 คน และโอนย้ายไปรับราชการที่หน่วยงานอื่นจำนวน 130 คน ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการให้บริการเนื่องจากอัตรากำลังในการให้บริการทางด้านสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขมีจำนวนลดลง

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย ทั้งปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ปัญหาภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด เหนื่อยหน่าย อ่อนล้า และไม่มีความสุขในการทำงาน ดังนั้นความสุขในการทำงานจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะมีส่วนในการช่วยพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทำให้เกิดบรรยากาศขององค์กรให้น่าอยู่ เป็นองค์กรแห่งความสุข ตลอดจนลดอัตราการลาออก โอนย้าย เปลี่ยนสายงานและคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาลและคงอยู่ในระบบสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อวัดระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณลักษณะงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยคุณลักษณะงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

วิธีการวิจัย (Research Methods)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการทำวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 874 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร แดเนียล (Daniel,2005) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 261 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเพิ่มอีก ร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 315 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่2 แบบสอบถามปัจจัยคุณลักษณะงาน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน และส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสุขในการทำงาน โดยผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในศูนย์บริการสาธารณสุขสาขาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดย ได้ค่าของความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.936, 0.898 และ 0.968 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่บรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่างโดยแสดงค่าความถี่ร้อยละ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) มัธยฐาน (Median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาล

วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาความสามารถในการทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการจริยธรรมและได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล อนุมัติโครงการวิจัยตามเอกสารเลขที่ COA. No. MUPH 2022-079 ลงวันที่ 30 พฤกษภาคม 2565 และขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ได้รับการอนุมัติโครงการวิจัย รหัสโครงการ U011q/65_EXP รับรองวันที่ 21 กันยายน 2565

ผลการวิจัย (Results)

กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 96.5) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 33) สถานภาพสมรส(ร้อยละ 57.9) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 83.5) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000-20,000 บาท (ร้อยละ 32.6) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี(ร้อยละ42.1) หน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข พยาบาลครอบครัว (ร้อยละ 49.1) และจำนวนชั่วโมงในการทำงานเฉลี่ย 40-50 ชั่วโมง(ร้อยละ 82.8) ระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 4.56, S.D.= 0.44) เมื่อพิจารณาในรายด้าน มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อความสุขในการทำงานอยู่ในระดับสูงในทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นสูงที่สุด คือ ด้านการติดต่อสัมพันธ์ (ค่าเฉลี่ย 4.65) และค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านความรักในงาน (ค่าเฉลี่ย 4.50)

ระดับความคิดเห็นต่อสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 4.21, S.D.= 0.51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า แต่ละด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย4.39) รองลงมาคือด้านการบริหารจัดการและด้านกายภาพ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (ค่าเฉลี่ย4.01)

ระดับความคิดเห็นต่อการรับรู้ปัจจัยคุณลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 4.48, S.D.= 0.34) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นสูงที่สุด คือ ด้านความสำคัญของงาน (ค่าเฉลี่ย4.77) และค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านความมีอิสระในการทำงาน (ค่าเฉลี่ย4.04)

การวิเคราะห์ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครตามปัจจัยส่วนบุคคล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หน้าที่ในศูนย์บริการสาธารณสุข ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขในการทำงาน (r= 0.589 และ 0.591 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนอายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยคุณลักษณะงาน ทั้ง 5 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (r= 0.468 ,0.420 ,0.406 ,0.378 และ 0.486 ตามลำดับ) อย่างมีนับสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่า สภาพแวดล้อมทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (r=0.411 ,0.531 และ 0.593 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) (ตารางที่1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
คุณลักษณะงาน	0.589	<0.001
ด้านความหลากหลายของทักษะ	0.468	<0.001
ด้านความมีเอกลักษณ์ของงาน	0.420	<0.001
ด้านความสำคัญของงาน	0.406	<0.001
ด้านความมีอิสระในการทำงาน	0.378	<0.001

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน	สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านการรับรู้การปฏิบัติงาน	0.486	<0.001
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	0.591	<0.001
ด้านกายภาพ	0.411	<0.001
ด้านการบริหารจัดการ	0.531	<0.001

ผลการวิธีวิเคราะห์ถดถอยแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยรวมพบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านสังคม ปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความหลากหลายของงาน ปัจจัยคุณลักษณะงานด้านการรับรู้การปฏิบัติงาน ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านการบริหารจัดการ และปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความสำคัญของงาน โดยทั้ง 5 ตัวแปร สามารถทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 50.6 (R^2 = 0.506) โดยสามารถสร้างสมการเพื่อทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ดังนี้ $y = 0.592 + 0.258(X_1) + 0.246(X_2) + 0.117(X_3) + 0.137(X_4) + 0.154(X_5)$ (ตารางที่2) และจากสมการพบว่า

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) รายด้าน

ตัวทำนาย	Unstandardized		Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
ด้านสังคม (X_1)	0.258	0.039	0.344	6.549	<0.001
ด้านความหลากหลายของงาน (X_2)	0.246	0.061	0.216	4.026	<0.001
ด้านการรับรู้การปฏิบัติงาน (X_3)	0.117	0.039	0.152	3.009	0.003
ด้านการบริหารจัดการ (X_4)	0.137	0.043	0.171	3.162	0.002
ด้านความสำคัญของงาน (X_5)	0.154	0.073	0.112	2.099	0.037
ค่าคงที่ = 0.592	R^2= 0.506	F= 59.234	p-value = < 0.001	*p < 0.05	

ถ้าคะแนนปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้น 0.258 คะแนน

ถ้าคะแนนปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความหลากหลายของงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพิ่มขึ้น 0.246 คะแนน

ถ้าคะแนนปัจจัยคุณลักษณะงานด้านการรับรู้การปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน

ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพิ่มขึ้น 0.117 คะแนน

ถ้าคะแนนปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพิ่มขึ้น 0.137 คะแนน

ถ้าคะแนนและปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความสำคัญของงานเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพิ่มขึ้น 0.154 คะแนน

อภิปรายผล (Discussion)

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีความสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูงและวิเคราะห์ในด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นสูงที่สุด คือ ด้านการติดต่อสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านความรักในงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีราภา ปัญญาคำพล (Jeerapa Panyakhamphon, 2013) และรัชนีกรณ์ ปานวงษ์ และคณะ (Rachaneekorn Panwong, Aree Cheewakasemsuk and Renukar Thongkamrod, 2020) ที่พบว่า ระดับความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบทั้งเชิงรับและเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง มีการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพทั้งภายในศูนย์บริการสาธารณสุขและภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นการปฏิบัติงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ลักษณะการทำงานจะแตกต่างจากพยาบาลในโรงพยาบาล โดยให้บริการในวันเวลาราชการ ปฏิบัติงานวันละ 8 ชั่วโมง แต่จะมีการทำงานล่วงเวลาซึ่งเป็นไปตามความสมัครใจของแต่ละบุคคล ซึ่งมีรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างไปจากหน่วยบริการสุขภาพในระดับอื่นๆ การปฏิบัติงานส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการทำงานในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตัวเองได้ยั่งยืน จึงทำให้เกิดคุณค่า เกิดความความภาคภูมิใจในการทำงาน และยังมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ เกิดเป็นการทำงานร่วมกัน ร่วมแรงร่วมใจ ช่วยเหลือกันมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ทำให้ปฏิบัติงานได้สำเร็จลุล่วง สอดคล้องกับแนวคิดของ Manion (Manion , 2003) ที่ได้กล่าวว่า ความสุขในการทำงาน หมายถึง การเรียนรู้จากการกระทำของตนเอง แสดงออกทางการยิ้มหัวเราะ เบิกบานใจ มีความสุข สนุกสนาน ความสุขในการทำงานจะเกิดขึ้นเมื่อมีคนเห็นคุณค่า ยอมรับซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกอยากทำงานให้สำเร็จ เกิดความผูกพันในการทำงาน อยากทำงานร่วมกัน และร่วมกันสร้างผลงานที่มีประสิทธิภาพ

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข หน้าที่ในศูนย์บริการสาธารณสุข และจำนวนชั่วโมงในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับการศึกษาของ คมกริช สุรเวช (Komkrit Suravet, 2011) และเบญจพร ก้องบูลยาพงษ์ และดวงกมล ปิ่นเฉลียว (Benjaporn Kongbulyapong and Duangkamol Pinchaew, 2016) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข ตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน

ปัจจัยคุณลักษณะงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นสูงที่สุด คือ ด้านความมี

อิสระในการทำงาน สามารถอธิบายได้ว่า การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สามารถใช้ความรู้ความสามารถไปปรับปรุงในการทำงาน พัฒนางาน สามารถที่จะตัดสินใจในการให้การพยาบาล วางแผนการดำเนินงานได้อย่างอิสระในงานที่รับผิดชอบตามหลักกระบวนการในการพยาบาล และยังมีบทบาทอื่นๆที่พยาบาลสามารถกระทำได้อย่างอิสระตามความเหมาะสม เช่น เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ประสานงาน ผู้ให้คำปรึกษา และผู้วิจัย เป็นต้น ลักษณะของงานที่ได้ลงมือทำด้วยคนเองอย่างอิสระ สามารถวางแผนงานดำเนินงานได้ด้วยตนเองและการที่สามารถทำสิ่งที่ตนเองต้องการได้อย่างเต็มที่ในงานของตน จะเพิ่มความรู้สึกรับผิดชอบต่อผลงานที่เกิดขึ้น ซึ่งทั้งปัจจัยที่กล่าวมาเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานที่สูงขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานสูงขึ้น เกิดความพึงพอใจ ลดการขาดงานและการลาออกจากงานลดลง (Hackman and Oldham,1976) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ คมกริช สุรเวช ที่พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะงานมีผลต่อความสุขในการทำงาน (Komkrit Suravet, 2011)

ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ต้องมีการติดต่อสื่อสารประสานงานกัน มีการพูดคุย สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ให้การพยาบาล ให้คำปรึกษาแนะนำ ปฏิบัติงานร่วมกันกับเพื่อนร่วมงานและภาคีอื่นๆที่ทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีย่อมส่งผลต่อการทำงานที่ดี ทำให้เกิดความสุขในการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงานมีผลต่อการทำงานและการพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงาน (Ria Verschuren et al.,1996) และสอดคล้องกับการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบของสภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลต่อผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยงานพบว่า พยาบาลที่มีมุมมองว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานดี มีความพึงพอใจในงานสูง ซึ่งจะทำให้อัตราการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานจะลดลง (Panagiota Copanitsanou, Nikolaos Fotos and Hero Brokalaki, 2017)

ปัจจัยที่ร่วมทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขได้ คือ ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านสังคม ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านการบริหารจัดการปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความหลากหลายของงาน ปัจจัยคุณลักษณะงานด้านการรับรู้การปฏิบัติงาน และปัจจัยคุณลักษณะงานด้านความสำคัญของงาน โดยทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครได้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร อยู่ร่วมกันแบบครอบครัว พึ่งพากัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการพูดคุย สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ลักษณะงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เป็นงานที่ปฏิบัติในชุมชน เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตฐานศูนย์บริการสาธารณสุข การปฏิบัติงานต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้ความช่วยเหลือและดูแลทุกคนอย่างเท่าเทียมไม่เลือกปฏิบัติ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นหลัก เพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน ปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไข ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง งานพยาบาลเป็นงานที่มีความหลากหลายในบทบาทหน้าที่ในการให้บริการในด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งต้องใช้องค์ความรู้ทักษะทางการพยาบาลและความสามารถที่หลากหลายเพื่อนำมาปรับประยุกต์ใช้ในการทำงานและยังต้องปฏิบัติงานร่วมกันกับทีมสห

วิชาชีพ ในการให้การดูแลเกี่ยวกับสุขภาพในระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ และนอกจากนั้น ยังมีการตรวจเยี่ยม นิเทศงานจากผู้ตรวจการทางการพยาบาล เพื่อติดตามผลการทำงาน ควบคุมมาตรฐานและนำข้อมูลมาพัฒนาการทำงานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นไป สอดคล้องกับศึกษาศึกษาของ อรจิรา อยู่พิจิตร และคณะ ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงาน คือ ปัจจัยด้านการรับรู้คุณลักษณะงาน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในหน่วยงาน (Ornjira Yuphichit, et al., 2020)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ (Recommendations)

1. ผู้บริหารควรมีนโยบายที่ส่งเสริมให้มีความสุขในการทำงาน เช่น กิจกรรมจัดเลี้ยงในเทศกาลต่างๆ เพื่อให้เกิดบรรยากาศในการทำงานที่รื่นรมย์ เกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน เกิดบรรยากาศความสุขในการทำงานต่อไป

2. ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการทำงานที่ได้ใช้ทักษะในหลากหลายด้าน ส่งเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรต่างๆหรือมีกิจกรรมที่ได้แสดงผลงานหรือนวัตกรรม เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นที่ยอมรับภาคภูมิใจ เห็นคุณค่า และเกิดความสุขในการทำงาน

3. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและสนับสนุนเกี่ยวกับการสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อให้เกิดบรรยากาศในการทำงานที่ปลอดภัย สะดวกทันสมัย สนับสนุนการสร้างบรรยากาศการอยู่ร่วมกันที่ดี พูดจาไพรเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใสต่อกัน ควรมีการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน ตรงความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน เมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานที่ดี จะทำให้เกิดการทำงานที่มีความสุข ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

Benjaporn Kongbulyapong and Duangkamol Pinchaew. (2016). Factors Influencing Happiness at Work of Professional Nurses. community hospital Surat Thani Province. *Journal of Police Nurses*, 8(2), 151–160.

Boonchuay Silamom, Wannee Deawisaret, and Aree Ratkhamyu. (2018). Factors influencing job retention of Generation Y professional nurses in a hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(1), 62-71.

Copanitsanou, P., Fotos, N., and Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*, 26(3), 172-176.

Daniel, W.W. (2005). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (8th ed.). The United State of America: John Wiley & Sons.

Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration. (2017). Annual Government Action Plan 2022, Bureau of Health. Retrieved March 11, 2022, from https:// webportal.bangkok.go.th/public/user_fileseditor/101/2565/Plan/AllPlanDOH65_final.pdf

Gold, J. A. (2020). Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers. *Bmj*, 369.

Hackman J. R., Oldham, G. R. (1976). Motivation through the Design of Work: Test of a Theory. *Organizational Behavior and Haman Performance*, 16, 250-279.

Koporlarp Aphaiphak. (2020). Happy Corporate Atmosphere: Happy People, Successful Jobs. *Journal of MCU Humanities Review*, 8(1), 315-331.

Komkrit Suravet. (2011). Happiness in work of personnel under Chumphon Provincial Public Health Office (master's thesis). Chiang Mai: Chiang Mai University

Jirapa Panyakamphol. (2013). Factors Affecting Happiness at Work of Registered Nurses in Private Hospitals in the Eastern Region. *Social Science Journal*, 2(2), 104-108.

Laddawan Samran and Thitiporn Phakdeewong. (2019). Factors of working life quality and factors of perception of working environment affecting happiness at work of personnel of Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Cooperative Office. *Academic Journal of Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi*, 4(1), 23-33.

Management Strategy Division Office of Strategy and Evaluation. (2020). Statistics of Bangkok, 2020. Retrieved March 16, 2022, https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000130/BMA_STATISTICS%202563/ebook%2063.pdf

Manion, Jo. 2003. Joy at work: Creating a positive workplace. *Journal of Nursing Administration*. 33(12), 652-655.

Nantaporn Thonglim and Chuanchuen Akkawanitcha. (2021). The Effects of Relationships at Work and Job Insecurity on the Willingness to Resign through Work Happiness. *In the 9 th National Academic Conference* (N. 83-95). Phetchaburi: Faculty of Science, Silpakorn University.

National Productivity Institute. (2009). Effective work, happy people (Healthy organization productivity). Bangkok: Eastern Printing House.

Onjira Yuphichit, Atchareeya Ketpanich, Anna Hongsuwan and Sangthian Yuthao. (2020). Factors Influencing Work Happiness of Medical Record Personnel. Between government hospitals and private hospitals in Bangkok. *Journal of Integrative Social Sciences,* 7 (2), 129–142.

Phatradanai Chalongboon. (2018). Happiness in the performance of government personnel. *Journal of Peace Studies Review MCU*, 6, 590-599.

Rachaneekorn Panwong, Aree Cheewakasemsuk and Renukar Tongkhamrod. (2020). Happiness in the work of professional nurses at Surin Hospital. *Nursing Journal*, 69(3), 11-19.

Thatcharin Wuthichat. (2018). Employee happiness is the foundation of the organization. Bangkok: Bangkok Business.

Verschuren, R. et al. (1996). *Working Conditions in Hospitals in the European Union*. Ireland: Longhlinstown House.

World Health Organization. (2021). Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025. Retrieved March 15, 2022, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle./10665/344562/9789240033863-eng.pdf

Health Literacy of Personnel Officer in a Local Administration, Tha Chana District of Surat Thani Province

Nontiyuth Yoothow[1] Akaphol Kaladee[2] Warangkana Chankong[3]

1 Student in Master of Public Health Program in Public Health Administration, Sukhothai Thammathirat Open University

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

Corresponding author: akaphol.kal@stou.ac.th

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

Original article

Received: 7 April 2023

Revised: 25 April 2023

Accepted: 26 April 2023

Abstract

This study aimed to identify the level of health literacy, and the factors affecting the health literacy of personnel officer in a Local Administration at Tha Chana, Surat Thani. This study was cross-sectional research designed. The sample of Local Administration personnel recruited were 234 persons, including administrators, counsellors, and officers. The research instrument was a questionnaire, consisted of 4 parts: general information, self-efficacy, social support, and health literacy. These were verified for content validity and reliability, with an IOC validity level of 0.66-1.00. Data was analyzed for descriptive statistics, linear regression analysis, and multiple regression analysis.

The findings showed that majority were male (57.7%), with an average age of 47.71±9.86, 64.6% had a moderate level of self-efficacy, 61.5% had a moderate level of social support, and 39.3% had an excellent level of health literacy. The factors which affected health literacy were statistically significant at the level 0.05, namely attending health care training (p-value = 0.012), having a moderate level of self-efficacy (p-value<0.001), and having a high level of self-efficacy (p-value<0.001), and a high level of social support (p-value<0.001). These factors had a power to predict 52 % of the variance in health literacy among personnel officer of a Local Administration in Tha Chana, Surat Thani (adjust R^2 = 0.52, p-value<0.05). The results of this study could be used as basic information, for improvement health literacy. This can be a guideline for a behavioral modification program toward appropriate. health promotion.

Keywords: Self-Efficacy, social support, health literacy, personnel officer in a Local Administration

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

นนทิยุต อยู่เถาว์[1] เอกพล กาละดี[2] วรางคณา จันทร์คง[3]

1 นักศึกษาหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

Corresponding author: akaphol.kal@stou.ac.th

3 รองศาสตราจารย์ ดร., ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 7 เมย. 2566
วันแก้ไข 25 เมย. 2566
วันตอบรับ 26 เมย.2566

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง โดยประชากรที่ศึกษาคือผู้บริหารท้องถิ่น รองผู้บริหารท้องถิ่น เลขานุการผู้บริหารท้องถิ่น ที่ปรึกษาผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่นและพนักงานส่วนท้องถิ่น จำนวน 234 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.60-1.00 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรที่ศึกษาร้อยละ 57.7 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 47.71±9.86 มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.6 มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 39.3 พบปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (p-value = 0.012) การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลาง (p-value<0.001) และระดับสูง (p-value<0.001) แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (p-value<0.001) สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรได้ร้อยละ 52 (adjust R^2 = 0.52, p-value<0.05)

จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความเหมาะสม ใช้เป็นแนวทางเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ การรับรู้ความสามารถแห่งตน, แรงสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทนำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (WHO, 1998) หรือความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2000) ปัจจุบันความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นปัจจัยที่กำหนดสุขภาพที่สำคัญ หากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ดังนั้นการพัฒนาบุคคลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณญาณจะก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ ในการศึกษาครั้งนี้เชื่อมโยงกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และประยุกต์ใช้แนวคิดของ Health Education Division, Department of health service support, Ministry of Public Health (2018) มี 6 องค์ประกอบคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ6) การตัดสินใจ

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านปัจจัยส่วนบุคคล เป็นการแสดงให้เห็นถึงตัวกำหนดและปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม (Choeisuwan, V., 2017) นอกจากนี้ยังมีประเด็นด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura (1977) แสดงให้เห็นว่ามนุษย์จะปรับพฤติกรรมเป็นเช่นใดย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ การรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy expectation) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) ซึ่งการประเมินการเสริมสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ การรับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นถึงคุณค่า ยกย่องนับถือและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นการที่บุคคลได้รับประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์กันหรือจากความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของหรือบริการ

ปัจจุบันการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพปรากฏในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ.2561-2580 ด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายหลักคือประชาชน ชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง โดยสอดคล้องกับตัวชี้วัดในแผนปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) กำหนดตัวชี้วัดอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน มีเป้าหมายในปี 2566 ร้อยละ 70 และเพิ่มขึ้นตามลำดับ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดี การที่ประชาชนจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้นั้นต้องมีการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็นบุคลากรภาครัฐเพื่อนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่มีหรือที่ได้รับมาพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ ของราชการในการปฏิบัติงานให้เกิดผล

เป็นรูปธรรม (Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2023)

ประเด็นสำคัญของภารกิจด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายหลังจากประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปีพ.ศ. 2564 ซึ่งมีผลบังคับใช้ของหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งนับเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นความท้าทายของระบบสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งในการบริหารจัดการระบบและการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง จึงเห็นได้ว่าการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ปรากฏการศึกษาหรือตัวชี้วัดที่ชัดเจนโดยตรงและไม่มีรายงานกิจกรรมหรือโครงการที่ส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นประจักษ์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับใดและมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความเหมาะสม

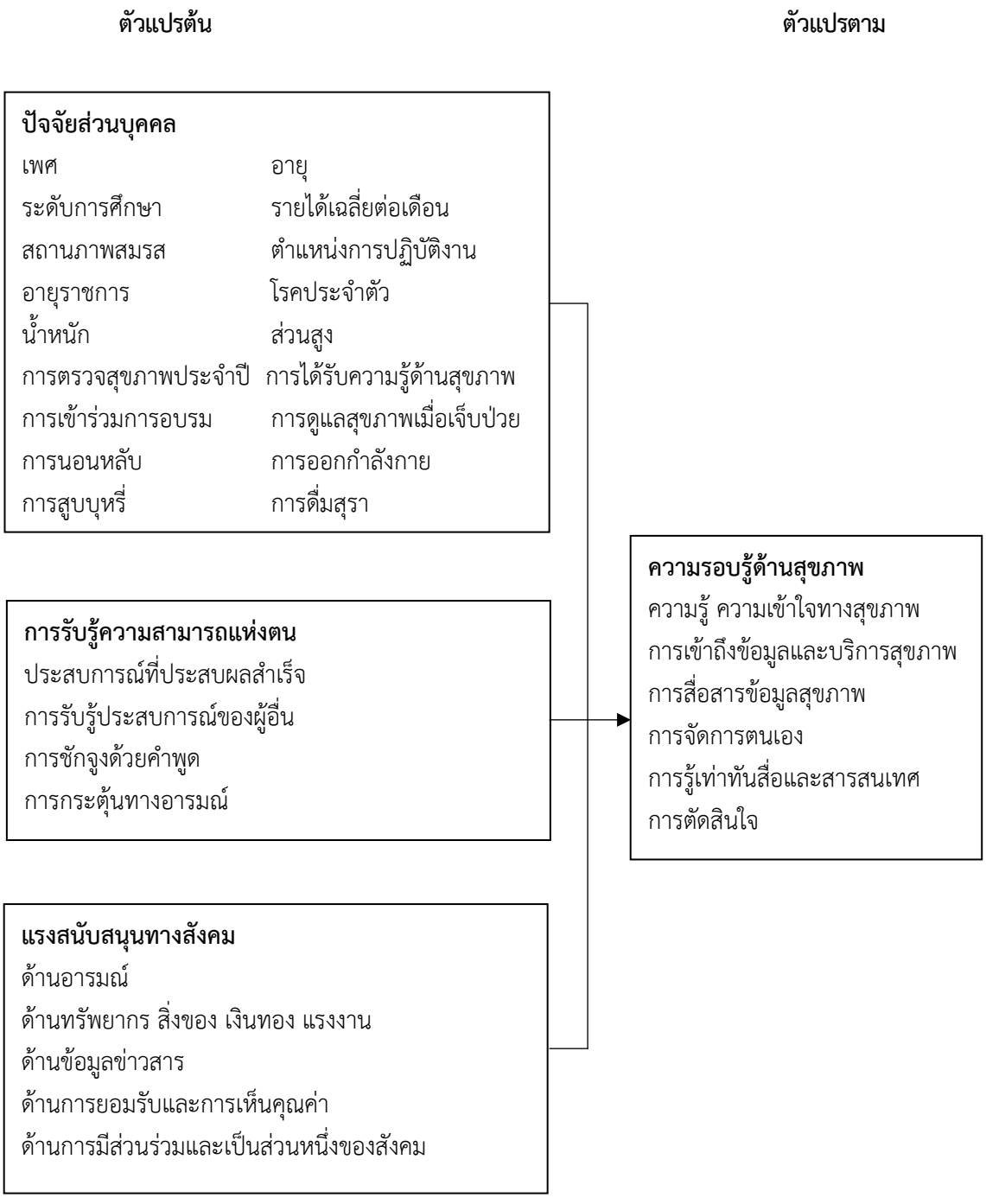
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura (1977) แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเชื่อมโยงกรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2008) กับแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา ฉบับปรับปรุงปี 2561 (Health Education Division, Department of health service support, Ministry of Public Health, 2018) มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างกรอบงานวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย ผู้บริหารท้องถิ่นได้แก่ นายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองผู้บริหารท้องถิ่นได้แก่ รองนายกเทศมนตรีหรือรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เลขานุการผู้บริหารท้องถิ่นได้แก่ เลขานุการนายกเทศมนตรีหรือเลขานุการนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ที่ปรึกษาผู้บริหารท้องถิ่น ได้แก่ ที่ปรึกษานายกเทศมนตรีหรือที่ปรึกษานายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกสภาท้องถิ่นได้แก่ สมาชิกสภา

เทศบาลหรือสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล พนักงานส่วนท้องถิ่นได้แก่ พนักงานเทศบาลหรือพนักงานส่วนตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การรับรู้ความสามารถแห่งตน หมายถึง การประเมินการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนของบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นว่ามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าประสงค์ โดยถ้าหากบุคคลมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลที่ชัดเจน ส่งผลทำให้สามารถให้น้ำหนักกับข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และเมื่อบุคคลสามารถรับรู้ข้อมูลในระดับที่สูงทำให้มีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการประสบความสำเร็จ อาทิเช่น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีเป้าหมายในการดำเนินการด้านสุขภาพที่ชัดเจนและเห็นปัญหา รวมถึงอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานส่งเสริมด้านสุขภาพของประชาชน ในทางกลับกันหากบุคคลมีความสามารถในการรับรู้ในระดับต่ำ ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น การท้อใจ การหมดกำลังใจ ไม่มีแรงจูงใจ เป็นต้น

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าและได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคลในสังคมที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ผู้บริหาร และสิ่งแวดล้อมจากภาคประชาสังคม ทำให้ตัวบุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นับเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก นอกจากนี้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร เงินทอง สิ่งของ และแรงงาน เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความพร้อมในการเรียนรู้เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะต่าง ๆ ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการทางสุขภาพของตนเองการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ โดยสามารถเลือกใช้ข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รู้เท่าทันสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคและภัยอันตรายต่าง ๆ และด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research Study) ครั้งนี้ศึกษาจากประชากรประกอบด้วย ผู้บริหารท้องถิ่น รองผู้บริหารท้องถิ่น เลขานุการผู้บริหารท้องถิ่น ที่ปรึกษาผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น และพนักงานส่วนท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 234 คน ประกอบด้วย เทศบาลตำบลท่าชนะ จำนวน 42 คน องค์การบริหารส่วนตำบลคลองพา จำนวน 34 คน องค์การบริหารส่วนตำบลท่าชนะ จำนวน 27 คน องค์การบริหารส่วนตำบลวังจำนวน 21 คน องค์การบริหารส่วนตำบลสมอทอง 24 คน องค์การบริหารส่วนตำบลประสงค์ จำนวน 54 คน และองค์การบริหารส่วนตำบลคันธุลี จำนวน 32 คน การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-065/2565 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถแห่งตน สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดของ Bandura (1977) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ 1-5 น้อยที่สุด-มากที่สุด การแปลความหมายคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) คือ ต่ำ (0-59) ปานกลาง (60-79) และสูง (80-100)

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ 1-5 น้อยที่สุด-มากที่สุด การแปลความหมายคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975คือ ต่ำ (0-74) ปานกลาง (75-99) และสูง (100-125)

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) และกองสุขศึกษา ฉบับปรับปรุง ปี 2561 จำนวน 36 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า มี 5 ระดับ คือ 1-5 น้อยที่สุด-มากที่สุด แปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ของ Health Education Division, Department of health service support, Ministry of Public Health (2018) จำแนกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ดี (0-107) พอใช้ (108-125) ดี (126-143) และดีมาก (144-180)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 แบบสอบถามที่ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา ณ เทศบาลตำบลพุมเรียง ตำบลพุมเรียง อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน เท่ากับ 0.95 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.98 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 7 แห่ง ในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง 2 กันยายน พ.ศ. 2565 โดยเลือกเข้าพบประชากรในวันประชุมสภาเทศบาลหรือสภาองค์การบริหารส่วนตำบล โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงที่มา วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและการตอบแบบสอบถามของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างละเอียดตามขั้นตอนจริยธรรมการวิจัย โดยให้เวลาประชากรในการทำแบบสอบถามไม่จำกัด จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำมากำหนดรหัสคำตอบเพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์โดยใช้สถิติต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายและการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์

ถดถอยพหุคูณเรียบร้อยแล้ว พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.7 มีอายุเฉลี่ย 47.71±9.86 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุดอยู่ในช่วง 10,0001 – 20,000 บาท ร้อยละ 33.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.8 ตำแหน่งการปฏิบัติงานข้าราชการฝ่ายการเมือง ร้อยละ 51.3 อายุราชการอยู่ในช่วงไม่เกิน 10 ปี ร้อยละ 71.8 ไม่มีโรคประจำตัวจากการวินิจฉัยของแพทย์ ร้อยละ 68.8 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.53±3.87 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 71.0 โดยได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์มากที่สุด ร้อยละ 66.2 ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากถึง ร้อยละ 96.6 เมื่อเจ็บป่วยบุคลากรตัดสินใจไปพบแพทย์ ร้อยละ 66.3 การนอนหลับสนิทต่อเนื่อง 6 - 7 ชั่วโมง ร้อยละ 46.6 ออกกำลังกายบ้างเท่าที่มีโอกาส ร้อยละ 72.6 ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้นเลย ร้อยละ 74.0 ไม่เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอร์เลย ร้อยละ 57.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 234)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	135	57.7
หญิง	99	42.3
อายุ		
25 – 34 ปี	27	11.5
35 – 44 ปี	53	22.7
45 – 54 ปี	92	39.3
55 – 64 ปี	52	22.2
65 ปีขึ้นไป	10	4.3
$\overline{X}$ = 47.71, S.D. = 9.86, Median = 48.0 Min = 25.0, Max = 70.0		
ระดับการศึกษา		
ประถมหรือต่ำกว่า	9	3.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	4.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	42	18.0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	18	7.7
ปริญญาตรี	122	52.1
ปริญญาโท	33	14.1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	31	13.2
10,001 - 20,000 บาท	79	33.8
20,001 - 30,000 บาท	50	21.4
30,001 - 40,000 บาท	49	20.9
40,001 – 50,000 บาท	18	7.7
50,001 บาทขึ้นไป	7	3.0
สถานภาพ		
สมรส	154	65.8
โสด	68	29.1
หย่าร้าง/หม้าย	12	5.1
ตำแหน่งการปฏิบัติงาน		
ข้าราชการฝ่ายการเมือง	120	51.3
ข้าราชการประจำ	114	48.7
อายุราชการ		
ไม่เกิน 10 ปี	168	71.8
11 – 20 ปี	43	18.4
21 ปีขึ้นไป	23	9.8
$\bar{X}$ = 7.15, S.D. = 8.65, Median = 2.0, Min = 1.0, Max = 34.0		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	161	68.8
มีโรคประจำตัว	73	31.2
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)		
ผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5)	13	5.6
สมส่วน (18.5-22.9)	110	47.0
ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนระดับที่ 1 (23.0-24.9)	44	18.8
โรคอ้วน หรือโรคอ้วนระดับที่ 2 (25.0-29.9)	51	21.8
โรคอ้วนอันตราย (มากกว่าหรือเท่ากับ 30)	16	6.8
$\bar{X}$ = 23.53, S.D. = 3.87, Median = 22.85, Min = 14.20, Max = 39.56		
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่เคยตรวจ	68	29.0
เคยตรวจ	166	71.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับความรู้ด้านสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สื่อออนไลน์	155	66.2
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	116	49.6
โรงพยาบาล/คลินิก	112	47.8
การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ		
ไม่ได้เข้ารับการอบรม	226	96.6
เข้ารับการอบรม	8	3.4
การตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น		
ไปพบแพทย์	155	66.3
ซื้อยารับประทานเอง	78	33.3
รักษาด้วยสมุนไพร	1	0.4
การนอนหลับสนิทต่อเนื่องในตอนกลางคืน		
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	6	2.5
5-6 ชั่วโมง	83	35.5
6-7 ชั่วโมง	109	46.6
มากกว่า 7 ชั่วโมง	36	15.4
การออกกำลังกายในรอบ 1 สัปดาห์		
ออกกำลังกายบ้างเท่าที่มีโอกาส	170	72.6
ออกกำลังกายประจำ	40	17.1
ไม่ออกกำลังกายเลย	24	10.3
การสูบบุหรี่หรือยาเส้น		
ไม่สูบ	176	74.0
ยังสูบจนถึงปัจจุบัน	45	19.2
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	16	6.8
การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอร์อื่นๆ		
ไม่เคยดื่มเลย	135	57.7
สัปดาห์ละครั้ง	42	17.9
เดือนละครั้ง	36	15.4
ทุกวันหรือเกือบทุกวัน	21	9.0

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถแห่งตนของประชากรที่ศึกษามีการรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 64.6 คะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนเฉลี่ย 75.03±9.79 คะแนน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 44 คะแนน และคะแนนสูงสุด 98 คะแนน

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมของประชากรที่ศึกษามีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

มากที่สุด ร้อยละ 61.5 คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 94.11±15.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 125 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 43 คะแนน และคะแนนสูงสุด 124 คะแนน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม (N = 234)

ระดับ	การรับรู้ความสามารถแห่งตน	แรงสนับสนุนทางสังคม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สูง	74 (31.6)	75 (32.1)
ปานกลาง	151 (64.6)	144 (61.5)
ต่ำ	9 (3.8)	15 (6.4)
Mean (SD)	73.03 (9.79)	94.11 (15.20)

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรที่ศึกษา อยู่ในระดับดีมาก มากที่สุด ร้อยละ 39.3 มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 138.09±19.59 คะแนน รายด้านพบว่าประชากร มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ทั้ง 6 ด้าน ทั้งนี้ด้านการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือด้านการจัดการตนเอง ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ศึกษา จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกเป็นรายด้าน (N = 234)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean (SD)	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
		ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	138.09 (19.59)	11 (4.7)	48 (20.5)	83 (35.5)	92 (39.3)
ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ	22.97 (3.68)	8 (3.5)	56 (23.9)	56 (23.9)	114 (48.7)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	23.17 (3.92)	8 (3.4)	53 (22.6)	50 (21.4)	123 (52.6)
ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	22.40 (3.65)	13 (5.5)	64 (27.4)	66 (28.2)	91 (38.9)
ด้านการจัดการตนเอง	23.39 (3.74)	6 (2.6)	50 (21.4)	45 (19.2)	133 (56.8)
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	22.50 (3.67)	11 (4.7)	64 (27.3)	54 (23.1)	105 (44.9)
ด้านการตัดสินใจ	23.63 (3.49)	4 (1.7)	40 (17.1)	51 (21.8)	139 (59.4)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001-40,000 บาท การได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากแผ่นพับ การได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากการประชุม การได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์ การเข้ารับการอบรมด้านสุขภาพ การนอนหลับสนิทต่อเนื่องในตอนกลางคืน 6-7 ชั่วโมง การนอนหลับสนิทต่อเนื่องในตอนกลางคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง และจากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลางและระดับสูง รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางและระดับสูงมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย

ผู้วิจัยเลือกตัวแปรโดยได้พิจารณาแล้วถึงการนำตัวแปรเข้ามาวิเคราะห์ในวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเพื่อให้ได้สมการที่มีความสามารถในการอธิบายได้อย่างเหมาะสมจึงเลือกตัวแปรที่อาศัยการพิจารณาทางสถิติและการพิจารณาจากการทบทวนวิจัยที่ผ่านมา ดังนั้นจึงเลือกตัวแปรมาวิเคราะห์ในสมการสุดท้ายจำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาการได้เข้ารับการอบรมด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter)

การวิเคราะห์ถดถอยของปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา การเข้ารับการอบรมด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมแล้ว พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (p-value = 0.012) การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลาง (p-value<0.001) และระดับสูง (p-value<0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (p-value<0.001) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ร้อยละ 52 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (N = 234)

ปัจจัย	b	SE	Beta	95%CI	t	p-value
ค่าคงที่	102.60	7.28	-	88.26, 116.94	14.09	<0.001
เพศชาย	-0.89	1.91	-0.02	-4.66, 2.88	-0.46	0.642
อายุ	-0.00	0.09	-0.00	-0.19, 0.19	0.01	0.989
ระดับการศึกษา ปริญญาตรี	2.72	2.13	0.07	-1.48, 6.92	1.27	0.203
ระดับการศึกษาปริญญาโท	1.03	2.95	0.02	-4.78, 6.85	0.35	0.727

ปัจจัย	b	SE	Beta	95%CI	t	p-value
การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	12.54	4.93	0.12	2.82, 22.27	2.54	0.012
การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลาง	23.64	4.88	0.58	14.02, 33.26	4.84	<0.001
การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับสูง	39.15	5.26	0.93	28.78, 49.51	7.44	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	1.63	3.90	0.04	-6.05, 9.32	0.42	0.675
แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	16.95	4.32	0.40	8.43, 25.45	3.92	<0.001
R^2= 0.54, adjust R^2 = 0.52, F = 29.26, *p-value<0.05						

สรุปการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 39.3 อยู่ในระดับดีร้อยละ 35.5 ระดับพอใช้ร้อยละ 20.5 และระดับไม่ดีร้อยละ 4.7 บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจ พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับดีมากด้วยเช่นกัน ซึ่งพบการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดย Paibulsiri, P. (2018) พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และการศึกษาในบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น โดย Sriprachan, S. (2019) พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

จากผลการศึกษาเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) มีองค์ประกอบ 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานได้แก่สมรรถนะในการอ่านและเขียน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารกับบุคคลอื่น สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับดีมากทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพและด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และทักษะการสื่อสาร ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ทั้งด้านการจัดการตนเองและด้านการตัดสินใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วยข้าราชการการเมือง และข้าราชการประจำ ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญในการขับเคลื่อนภารกิจงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทในการจัดการด้านสาธารณสุข ซึ่งประกอบไปด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษา ฟื้นฟูและคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการป้องกัน ลด และกำจัดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน อีกทั้งสถานการณ์ปัจจุบัน มีการระบาดของโรคติดเชื้อต่าง ๆ ทำให้ประชากรที่ศึกษาเกิดการตื่นตัว และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สามารถ

ค้นหาและเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีความน่าเชื่อถือได้ง่ายและสะดวกขึ้น ทำให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเองให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตได้

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าการเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ โดยผู้ที่เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมดังกล่าวอยู่ 12.54 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าการเข้าอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะทำให้บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับความรู้ด้านสุขภาพที่มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพนำมาซึ่งการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถนำมาปรับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Nilnate, W. (2014) พบว่าการเข้าร่วมการอบรมหรือกิจกรรม โดยความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม (p-value<0.001) ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมบ่อยครั้งมีผลต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่า ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่ศึกษาไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ

การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ โดยพบว่าบุคลากรที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลาง (p-value<0.001, β =0.58) และการรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับสูง (p-value<0.001, β =0.93) จะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าบุคลากรที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับต่ำอยู่ 23.64 และ 39.15 คะแนนตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อธิบายได้ว่าเมื่อบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง ไม่ว่าจะได้รับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน จากการรับรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ การรับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น การชักชวงด้วยคำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการได้รับปัจจัยที่เอื้อต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนจากองค์กรในด้านต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เสริมสร้างให้บุคคลสามารถวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมั่นใจ ผลักดันให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukrueangkul, A., et al. (2022) พบความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลางถึงสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า และสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานประเภทที่ 2 (Zuercher et al., 2017) และเด็กวัยรุ่น (Bektas et al., 2020)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะโดยพบว่าบุคลากรที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (p-value<0.001, β = 0.40) มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำอยู่ 16.95 คะแนน แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อธิบายได้ว่าบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่

ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากทั้งจากตัวบุคคลให้มีกำลังใจมากขึ้นหรือทั้งจากองค์กรที่สนับสนุนให้เกิดสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี จะส่งเสริมและเอื้อให้เกิดการพัฒนาด้านสุขภาพในทิศทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangkhaphong, A., Toonsiri, C., & Lawang, W. (2018) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม (p-value<0.01, β = 0.211) ร่วมกันทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ และสอดคล้องกับ Boonmun, T. (2021) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. จังหวัดสุโขทัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้เข้ารับการอบรมด้านสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนระดับปานกลางและระดับสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง แสดงว่าปัจจัยเหล่านี้สามารถส่งเสริมให้บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นเมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยนั้น จึงต้องมีการเสริมสร้างให้บุคคลเหล่านี้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้ครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เพื่อให้สามารถเป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญอย่างยิ่งของระบบสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ควรเสริมสร้างให้บุคลากรเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนและสนับสนุนให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น

1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอท่าชนะ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ควรส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากรในองค์กร

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านบุคลิกภาพของบุคคลในบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กับการรับรู้ความสามารถแห่งตน แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.3 ควรจัดทำโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม

2.4 กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นควรจัดให้มีตัวชี้วัดในการประเมินการทำงานของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน ให้ตรงกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยกำหนดเป็นการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพและศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง 7 แห่ง ในเขตอำเภอท่าชนะจังหวัดสุราษฎร์ธานี คณาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษา เพื่อนร่วมงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำ

วิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุน
ช่วยเหลือกันมาโดยตลอด จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review, 84*(2), 191.

Bektas, L., Akdeniz, A. A., Ayar, D. and Bektas, M. (2021). Predicting the Healthy Lifestyle Behaviors of Turkish Adolescents Based on their Health Literacy and Self-Efficacy Levels. *Pediatric Nursing, 59*, 20-25.

Boonmun, T. (2021). *Factors Affecting to Health Literacy among Village Health Volunteers in Sukhothai Province*. Naresuan University. (in Thai).

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.

Choeisuwan, V. (2017). Health Literacy: Concept and Application for Nursing Practice. *Royal Thai Navy Medical Journal, 44*(3), 183-197. (in Thai).

Health Education Division, Department of health service support, Ministry of Public Health. (2018). *Strengthening and evaluating health literacy and health behaviors among children and youth (ages 7-14), people aged 15 years and over, updated version*. 2018: 52-64. (in Thai).

Nilnate, W. (2014). *Health Literacy in Thai Elders in Senior Citizens Club of Bangkok. (Dissertation). Chulalongkorn University*. (online), Retrieved from: http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/45457/1/5474918130.pdf. (2023, 4 January). (in Thai).

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary Health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International,* 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicines. 67*(12), 2072-2078.

Paibulsiri, P. (2018). Health literacy and health behaviors 3E 2S of public sector executives, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 8*(1), 97-107. (in Thai).

Sangkhaphong, A., Toonsiri, C., & Lawang, W. (2018). *Factors Influencing Health Literacy among Family Caregivers of Chronic Disease Patients in Community. Journal of Nursing and Health Care, 37*(2), 55-62. (in Thai).

Sukrueangkul, A., et al. (2022). Factors Associated with Health Literacy Among Nursing Students in Faculty of Nursing, College of Asian Scholars, Khon Kaen Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 16*(1), 156-171. (in Thai).

Schaefer, C., Coyne, J.C., & Lazarus, R.S.C (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavior Mechiaine, 4*, 381-406.

Sriprachan, S. (2019). Health Literacy and desirable health behavior of Personnel in Health Promotion Center Region 7 Khonkean. (online), Retrieved form: http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2562000901.pdf. (2023, 1 March). (in Thai).

Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2023). *Action plan of the Ministry of Public Health for 5 years (2023-2027)*. (online), Retrieved form: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/MOPH_plan%2066-70%20for%20web.pdf. (2023, 1 March). (in Thai).

World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization.

Zuercher, E., Diatta, D. D., Burmamd, B. and Bridevauz, I. P. (2017). Health literacy and quality of care of patients with diabetes: A cross-sectional analysis. *Primary care diabetes, 11*(3), 233-240.

Factors Affecting Herbal Use Behaviors for Self-Healthcare of People in Mueang Nakhon Si Thammarat District, Nakhon Si Thammarat Province

Patcharaporn Hattiya[1] Theerawut Thammakun[2*] Ananya Pradidthaprecha[3]

1 Student in Master of Public Health Program in Public Health Administration, Sukhothai Thammathirat Open University,

** Corresponding author contact E-mail address: 2635000314@g.stou.ac.th*

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

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

Original article

Received: 10 April 2023
Revised: 25 April 2023
Accepted: 26 April 2023

Abstract

This research aimed to explore (1) predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and herbal use behaviors for self-healthcare and (2) factors related to herbal use behaviors for self-healthcare among the people in Mueang district, Nakhon Si Thammarat province.

This cross-sectional study was conducted in a sample of 766 people selected using multi-stage sampling method from all 155,965 residents in Mueang district of the province. The sample size was calculated based on the known population. Data were collected in September 2022 and then analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

The results showed that, behavior of using herbs for self-Healthcare was at a moderate level and factors related to herbal use behaviors among the people included age, herbal use experiences, place, price, product and herbal promotion, community promotion of herbal use and media exposure to such use; all of which had a predicting power of 23% on the behaviors towards the use of herbal remedies for self-healthcare among the people.

Recommendation is to encourage people to plant herbs around their homes to increase self-care with herbs of the people even more.

Keywords: PRECEDE - PROCEED model, Predisposing factors, Enabling factors, Reinforcing factors, Herbal use behaviors

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

พัชราพร หัตถิยา[1] ธีระวุธ ธรรมกุล[2] อนัญญา ประดิษฐปรีชา[3]

1 นักศึกษาหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล์ 2635000314@g.stou.ac.th*
2 รองศาสตราจารย์ ดร., อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
3 อาจารย์ ดร., อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 10 เมย. 2566
วันแก้ไข 25 เมย. 2566
วันตอบรับ 26 เมย.2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ และ (2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ศึกษาในประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 155,965 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 766 คน ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทราบขนาดประชากรและใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม เก็บข้อมูลในเดือนกันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ใช้สมุนไพร ช่องทางในการได้มาซึ่งสมุนไพร ค่าใช้จ่ายหรือราคาของสมุนไพร การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพร และการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน ได้ร้อยละ 23.0

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้ประชาชนปลูกสมุนไพรไว้ใช้เองที่บ้าน เพื่อให้ประชาชนสามารถนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : แบบจำลองพรีซีด-โพรซีด ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการใช้สมุนไพร

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันปัญหาเรื่องโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่เรียกว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ทำให้ประชาชนบางส่วนพยายามแสวงหาทางเลือกในการดูแลและรักษาตนเอง โดยการเลือกนำพืชสมุนไพรมาบริโภคเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพเบื้องต้นมุ่งเน้นการใช้สมุนไพร 4 ประเภท คือ 1) ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) ใช้ในการบำบัดโรคเบื้องต้น 3) ใช้เพื่อรักษาโรคหรืออาการเรื้อรัง และ 4) ใช้เพื่อฟื้นฟูสุขภาพ (Pongboriboon, U., 2014) จึงได้มีการส่งเสริมการนำสมุนไพรมาใช้เพิ่มมากขึ้น

รัฐบาลไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาสมุนไพรซึ่งเป็นภูมิปัญญาและทรัพยากรที่สำคัญของประเทศไทยจึงได้จัดทำแผนการพัฒนาระบบอย่างยั่งยืนขึ้น มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการผลิตและใช้ประโยชน์สมุนไพรไทยอย่างมีคุณภาพ เต็มประสิทธิภาพ และครบวงจร (Ministry of Public Health and public-private organizations, 2016) ทั้งนี้จังหวัดนครศรีธรรมราชได้มีการจัดทำแผนแม่บทอนุรักษ์ คุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ปี 2563-2567 ขึ้น และมีนโยบาย Thai herb first นครศรีธรรมราช เพื่อส่งเสริมการใช้สมุนไพรในหน่วยบริการ ซึ่งทุกหน่วยบริการจะต้องมีการใช้ยาสมุนไพร 5 รายการหลัก คือ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร เถาวัลย์เปรียง จันทน์ลีลา และเหลืองปิดสมุทร (Working Group on the Master Plan for Conservation, Protection and Promotion of Traditional Thai Medicine Wisdom Nakhon Si Thammarat Province, 2019) จะเห็นได้ว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช มีพื้นที่เอื้อต่อการนำสมุนไพรมาใช้ รวมทั้งมีการสนับสนุนจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ อายุ รายได้ โรคประจำตัว (Wichantuk, P., 2020) และการเปิดรับสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 (Anekpunyakul, p., Sirilak, S., & Damee, P., 2020)

โดยได้นำแบบจำลองทฤษฎี PRECEDE Model (Green, L. & Kreuter, M., 2005) มาเป็นแนวทางในการศึกษา แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งทั้งสามปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการนำมาจัดกระทำร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ (Ua-Kit, N., & Pensri, L., 2019) ที่ผ่านมางานวิจัยที่นำแบบจำลอง PRECEDE Model มาใช้โดยเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองยังมีน้อย ซึ่งจุดเด่นของการนำแบบจำลองดังกล่าวมาใช้นั้นจะช่วยให้สามารถศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ครอบคลุมสาเหตุพฤติกรรมของมนุษย์ที่สนใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งข้อค้นพบจะเป็นองค์ความรู้ที่นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนา รวมถึงส่งเสริมให้ประชาชนได้มีการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ทั้งขณะที่มีสุขภาวะปกติ และไม่ปกติ (เป็นโรค) โดยผลการศึกษาดังกล่าวจะสามารถหาปัญหาและลดอุปสรรคในการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ และเพื่อสนองนโยบายของภาครัฐในการสนับสนุนให้นำสมุนไพรมาใช้ประโยชน์ รวมถึงการเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ ลดค่าใช้จ่ายของประเทศในการนำเข้ายาแผนปัจจุบัน และยังเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาไทยให้คงอยู่สืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา (Methods)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research study) กลุ่มตัวอย่างอายุ 20-59 ปี จำนวน 766 คน จากประชากร 155,965 คน ได้จากสูตรในการคำนวณขนาดของตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากรของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie, R.V. & Morgan, D.W., 1970) อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi – Stage Sampling) ได้แก่ 1. แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) เทศบาลนคร 2) เทศบาลเมือง 3) เทศบาลตำบล และ 4) องค์การบริหารส่วนตำบล 2. จับฉลากตัวแทนกลุ่มละ 1 แห่ง และ 3. จับฉลากรายชื่อประชากรแต่ละกลุ่มจากข้อมูล Health Data Center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว การศึกษา รายได้ อาชีพ ประสบการณ์ใช้สมุนไพร จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ลักษณะข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย ช่องทางในการได้มาซึ่งสมุนไพร ค่าใช้จ่ายหรือราคาของสมุนไพร และรูปแบบของสมุนไพร ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการเปิดรับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นข้อให้เลือกคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของแต่ละคน จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 30 ข้อ และลักษณะคำถามเกี่ยวกับอุปสรรคปัญหาในการใช้สมุนไพร และข้อเสนอแนะ จำนวน 2 ข้อ

3. การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และมีค่าดัชนีตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.50 (Rovinelli, R.J. & Hambleton, R.K., 1977) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน พบว่า มีค่ามากกว่า 0.70 (DeViliis, R.K., 2012)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช สาธารณสุขอำเภอเมือง และเข้าประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ใหญ่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วทำการสุ่มตัวอย่างวิจัย หลังจากนั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็น

แพทย์แผนไทยและ อสม. นัดหมายวันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์สำหรับข้อมูลทั่วไป และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

6. จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 026/2565 ณ วันที่ 12 กรกฎาคม 2565

ผลการศึกษา (Results)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 766 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 53.8 และ 46.2 ตามลำดับ มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 40.1 อายุเฉลี่ย 44 ปี (S.D. = 11.10) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 93.3 มีโรคประจำตัว สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 52.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 46.3 รองลงมารับจ้าง/อุตสาหกรรม ร้อยละ 17.2 มีรายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.0 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สมุนไพรนับปัจจุบันและมากกว่า 12 เดือนที่ผ่านมา คิดร้อยละ 50.4 และ 35.6 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 45.5 โดยมีค่าเฉลี่ย 7.14 คะแนน (S.D. = 1.59) ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.1 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.49 คะแนน (S.D. = 0.50) การรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.8 โดยมีค่าเฉลี่ย 3.42 คะแนน (S.D. = 0.35) มีแหล่งสมุนไพรที่เอื้อต่อการใช้อยู่ในระดับสูง (ได้มาง่าย) ร้อยละ 49.1 โดยมีค่าเฉลี่ย 4.31 คะแนน (S.D. = 1.25) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าสมุนไพรมีค่าใช้จ่ายหรือราคาถูกเอื้อต่อการนำมาใช้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.0 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.6 คะแนน (S.D. = 0.68) และรูปแบบที่เอื้อต่อการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.5 โดยมีค่าเฉลี่ย 1.7 คะแนน (S.D. =0.48) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.2 โดยมีค่าเฉลี่ย 3.38 คะแนน (S.D. = 0.85) การเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ในการใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 โดยมีค่าเฉลี่ย 3.21 คะแนน (S.D. = 0.88) และมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.1 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.10 คะแนน (S.D. = 0.39)

จากการวิเคราะห์ Bivariate โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (linear regression) พบว่า ด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ใช้สมุนไพร ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สมุนไพร ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ช่องทางในการได้มาซึ่งสมุนไพร ค่าใช้จ่ายหรือราคาของสมุนไพร รูปแบบของสมุนไพร และด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพร การเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 และจากการวิเคราะห์ Bivariate ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า P-value < 0.05 เข้าร่วมการวิเคราะห์แบบ Multivariate โดนใช้สถิติ Multiple linear regression ด้วยวิธี Enter ซึ่งมีการทดสอบ Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยวิธี Pearson Correlation ระหว่างตัวแปรอิสระ เมื่อวิเคราะห์แบบ Multivariate โดยควบคุมปัจจัยที่มีทั้งหมดแล้ว พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ และ

ปัจจัยเสริม มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 20-29 ปี จะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 40-49 ปี อยู่ 4.18 เท่า (Mean Diff. = -4.18, 95% CI : -6.53, -1.83) ประชาชนที่มีอายุ 20–29 ปี มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 50-59 ปี อยู่ 4.38 เท่า (Mean Diff. = -4.38, 95%CI : -6.63, -2.14) ประชาชนที่รู้จักและเคยใช้สมุนไพรในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาจะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าประชาชนที่ไม่เคยรู้จักไม่เคยใช้สมุนไพร อยู่ 16.21 เท่า (Mean Diff. = -16.21, 95%CI : -24.56, -7.86) และมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าประชาชนที่รู้จักแต่ไม่เคยใช้สมุนไพร อยู่ 5.17 เท่า (Mean Diff. = -5.17, 95%CI : -7.70, -2.64)

ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า ประชาชนมีแหล่งสมุนไพรที่เอื้อต่อการใช้อยู่ในระดับต่ำ (ได้มายาก) จะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าประชาชนที่มีแหล่งสมุนไพรที่เอื้อต่อการใช้ในระดับสูง (ได้มาง่าย) อยู่ 2.34 เท่า (Mean Diff. = 2.34, 95%CI : 0.33, 4.35) ประชาชนที่มีความเห็นว่าสมุนไพรมีราคาแพง จะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าประชาชนที่มีความเห็นว่าสมุนไพรมีราคาถูก อยู่ 1.57 เท่า (Mean Diff. = 1.57, 95%CI : 3.63, 7.58)

ด้านปัจจัยเสริม พบว่า ประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพรระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพรระดับปานกลาง อยู่ 3.77 เท่า (Mean Diff. = 3.77, 95%CI : 0.83, 6.72) ประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพรระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพรระดับสูง อยู่ 10.57 เท่า (Mean Diff. = 10.57, 95%CI : 7.35, 13.79) ประชาชนที่เปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าประชาชนที่เปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองระดับสูง อยู่ 3.58 เท่า (Mean Diff. = 3.58, 95%CI : 0.58, 6.58) โดยตัวแปรเหล่านี้มีความสามารถอธิบายของสมการถดถอยได้ร้อยละ 23.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=766)

ตัวแปร	n	Mean	S.D.	**พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ** Mean Difference			VIF	P-Value
				Unadjusted	Adjusted*	95% CI		
1. อายุ								<0.001
20 - 29 ปี	119	57.00	16.07	0	0			
30 - 39 ปี	136	56.23	12.03	-0.83	-1.43	-4.00, 1.13	1.52	
40 - 49 ปี	204	52.02	10.06	-4.98	-4.18	-6.53, -1.83	1.07	
50 - 59 ปี	307	54.41	10.91	-2.55	-4.38	-6.63, -2.14	1.72	

ตัวแปร	n	Mean	S.D.	พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ Mean Difference Unadjusted	Adjusted*	95% CI	VIF	P-Value
2. การศึกษา								0.337
ประถมศึกษา	187	56.63	12.89	0	0			
มัธยมศึกษา	402	54.41	11.01	-1.22	-2.24	-4.15, -0.33	1.08	
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	177	52.48	12.72	-3.47	-1.29	-3.65, 1.07	1.36	
3. อาชีพ								0.063
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	51	58.37	9.32	0	0			
เกษตรกรรม	355	55.04	11.64	-2.48	-2.34	-5.55, 0.88	1.10	
รับจ้าง/อุตสาหกรรม	131	56.58	10.31	-1.13	-1.48	-5.01, 2.06	1.28	
ค้าขาย	125	53.75	12.96	-4.12	-2.78	-6.30, 0.74	1.37	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	46.33	13.41	-11.37	-7.49	-12.87, -2.11	1.22	
นักเรียน/นักศึกษา	83	49.93	13.30	-8.02	-5.59	-9.34, -1.85	1.50	
4. ประสบการณ์ใช้สมุนไพร								<0.001
รู้จักและเคยใช้ใน ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	386	54.95	11.84	0	0			
ไม่เคยรู้จักไม่เคยใช้	6	40.00	4.90	-15.08	-16.21	-24.56, -7.86	1.07	
รู้จักแต่ไม่เคยใช้	101	48.04	10.69	-7.27	-5.17	-7.70, -2.64	1.45	
รู้จักและเคยใช้นานกว่า 12 เดือนที่ผ่านมา	273	56.39	11.36	1.42	0.22	-1.52, 1.95	1.37	
5. การรับรู้ประโยชน์ต่อการใช้สมุนไพร	588	53.73	12.14	0	0			0.833
ระดับควรปรับ								

ตัวแปร	n	Mean	S.D.	พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ Mean Difference Unadjusted	Adjusted*	95% CI	VIF	P-Value
ปรุงและระดับปานกลาง ระดับสูง	178	57.35	11.17	3.70	0.20	-1.70, 2.10	1.28	
6. ช่องทางในการได้มาซึ่งสมุนไพร								0.023
ระดับต่ำ (ได้มายาก)	172	53.20	14.00	0	0			
ระดับปานกลาง	218	52.70	9.58	-0.62	-0.43	-2.59, 1.73	1.15	
ระดับสูง (ได้มาง่าย)	376	56.22	12.04	3.01	2.34	0.33, 4.35	1.36	
7. ค่าใช้จ่ายหรือราคาของสมุนไพร								0.010
ระดับต่ำ (ราคาแพง)	87	47.13	10.26	0	0			
ระดับปานกลาง	97	52.50	11.46	5.37	-0.53	-3.85, 2.79	1.16	
ระดับสูง (ราคาถูก)	582	55.82	11.91	8.82	1.57	3.63, 7.58	1.17	
8. รูปแบบที่เอื้อต่อการใช้สมุนไพร								0.250
ระดับต่ำ และระดับปานกลาง	211	52.72	10.82	0	0			
ระดับสูง	555	55.19	12.31	2.47	-1.10	-2.98, 0.78	1.41	
9. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม								<0.001
ระดับต่ำ	83	45.78	6.52	0	0			
ระดับปานกลาง	346	50.86	10.07	5.07	3.77	0.83, 6.72	1.26	
ระดับสูง	337	60.40	12.00	14.62	10.57	7.35, 13.79	1.71	

ตัวแปร	n	Mean	S.D.	พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ Mean Difference Unadjusted	Adjusted*	95% CI	VIF	P-Value
10. การเปิดรับ	124	48.43	7.99	0	0			0.019
ข้อมูลข่าวสาร	412	53.13	11.18	4.76	-0.60	-3.33, 2.13	1.29	
ระดับต่ำ	230	60.22	12.77	12.01	3.58	0.58, 6.58	1.52	
ระดับปานกลาง								
ระดับสูง								

หมายเหตุ: *Adjusted ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ได้แก่ อายุ, ประสบการณ์ใช้สมุนไพร, ช่องทางในการได้มาซึ่งสมุนไพร, ค่าใช้จ่ายหรือราคาของสมุนไพร, การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพ, และการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ผลการวิเคราะห์ได้ค่า R = 0.48 และ R^2 = 0.23

อภิปรายผล (Discussion)

พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.1 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mesuwan, J., et al. (2022) ที่พบว่าประชาชนบ้านซับตารี จังหวัดนนทบุรี มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Hemtrakoonwong, R., Nawsuwan, K., & Ploynipeach, J. (2020) ที่พบว่าประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่า ณ ปัจจุบัน พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่ารัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้นำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพและมีการเผยแพร่ข้อมูลสมุนไพรสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐานแล้วก็ตาม อาจเนื่องจากสมุนไพรเห็นผลช้า และรูปแบบของสมุนไพรไม่สะดวกต่อการใช้ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน มีการใช้น้ำมะนาวเมื่อมีอาการเจ็บคอ ไอ มีเสมหะ และใช้ว่านหางจระเข้รักษาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ร้อยละ 63.7 และ 46.5 ตามลำดับ อาจเนื่องจากสมุนไพรทั้ง 2 ชนิดสามารถหาได้ง่าย ปลูกได้เองในครัวเรือน และมีวิธีการใช้ที่ไม่ซับซ้อน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่

1. ด้านลักษณะส่วนบุคคล

อายุ อาจกล่าวได้ว่า ปัจจุบันคนรุ่นใหม่มีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น อีกทั้งสมุนไพรได้กลายเป็นสินค้าที่ได้รับความนิยมของผู้คนในปัจจุบัน เพื่อทำให้ชีวิตตัวเองแข็งแรงและดูดี จนทำให้ผู้ใช้สมุนไพรมีอายุน้อยลง ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaitae, S., et al. (2021) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรพื้นบ้านรวมเฉลี่ยในระดับน้อย มีการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ประสบการณ์ใช้สมุนไพร อาจกล่าวได้ว่า สมุนไพรไทยนั้นพบได้ในพืชทั่วไป รวมถึงพืชผักสวนครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็มักจะมีการใช้พืชสมุนไพรเหล่านั้นในการบำบัดรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งผลที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaimay, B., Boonrod, T., & Simla, W. (2012) พบว่า ผู้ที่มีความรู้

และประสบการณ์การใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาสุขภาพเบื้องต้นจะทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองตามประสบการณ์ที่เคยเรียนรู้หรือได้พบมา

2. ด้านปัจจัยเอื้อ

ช่องทางในการได้มาซึ่งสมุนไพร อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปลูกสมุนไพรไว้ใช้เองที่บ้าน ร้อยละ 90.6 ทำให้หาสมุนไพรได้ง่ายต่อการนำมาใช้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Mueangchang, W. (2016) พบว่า ช่องทางในการได้มาซึ่งสมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับปานกลาง (r=0.412) อย่างไรก็ตามแม้สมุนไพรส่วนใหญ่ปลูกไว้ใช้เอง แต่ถ้าไม่มีความรู้เรื่องการนำมาใช้ก็ไม่สามารถนำมาใช้ได้ถูกต้อง หากมีการเพิ่มความรู้ให้ประชาชนก็อาจจะทำให้มีการใช้สมุนไพรเพิ่มมากขึ้น

ค่าใช้จ่ายหรือราคาของสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าสมุนไพรมีราคาถูกช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้ ร้อยละ 89.6 สอดคล้องการศึกษาของ Noipha, K., et al. (2022) พบว่า ราคาหรือค่าใช้จ่ายในการได้มาซึ่งสมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรป้องกันโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ อาจเป็นไปได้ว่าสมุนไพรมีราคาถูกหาได้ง่ายในชุมชน จึงทำให้มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพร

3. ด้านปัจจัยเสริม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้สมุนไพร อาจกล่าวได้ว่าส่วนใหญ่มีการสื่อสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บุคลากรทางสาธารณสุข และคนในครอบครัว/ญาติพี่น้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mueangchang, W. (2016) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองจาก สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ผู้สื่อสารจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง หากผิดพลาดหรือคลาดเคลื่อนอาจนำไปสู่พฤติกรรมการใช้สมุนไพรที่ไม่ถูกต้องได้

การเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ อาจกล่าวได้ว่า ปัจจุบันการสื่อสารมีหลายช่องทางซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นทางอินเตอร์เน็ต/เว็บไซต์ ทำให้เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และมีคนบางกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงช่องทางการสื่อสารแบบนี้ได้ โดยใช้ช่องทางการบอกต่อกันจากคนในครอบครัว/ญาติพี่น้อง รวมถึงการฟังวิทยุ และเสียงตามสายของหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Noipha, K., et al. (2022) พบว่า การเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้พืชกระท่อมในการดูแลตนเองจากสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ข้อมูลข่าวสารจะต้องมีความถูกต้องและช่วยในการตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรมากขึ้น

สรุป (conclusion)

จากผลการศึกษาและวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช เกิดจากหลายปัจจัยรวมกันทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ PRECEDE Model ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นสาเหตุของพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน และการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างมากเพียงพอและเป็นตัวแทนที่ดี ทำให้ตัวแปรที่มีค่า P-value < 0.05 เข้าร่วมการวิเคราะห์แบบ Multivariate ได้หลายตัวแปร ทั้งนี้เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายหรือวางแผนการจัดกิจกรรมหรือโครงการ เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องและเพิ่มมากขึ้น โดยคำนึงปัจจัยต่างๆ ร่วมกันเพราะการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนโดยอาศัยปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง อาจต้องทำร่วมกันไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ได้ผลและยั่งยืนต่อไป

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2565 ซึ่งเป็นการศึกษาเพียงช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง อาจทำให้ไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ในความสัมพันธ์เชิงเหตุของปัจจัยต่างๆ และผลอย่างชัดเจนได้

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้ประชาชนปลูกสมุนไพรไว้ใช้เองที่บ้าน เพื่อให้ประชาชนสามารถนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น

2. ควรส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองภายในชุมชน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและทำให้มีการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น

3. ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพร เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมอันจะนำไปสู่แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้านการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อแก้ไขและพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้าหรือการศึกษาแบบย้อนหลัง เพื่อหาเหตุและผลของปัจจัยกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการนำสมุนไพรมาใช้ดูแลสุขภาพตนเอง เช่น หมอพื้นบ้าน หรือผู้ที่ได้รับการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและส่งเสริมการนำสมุนไพรมาใช้ดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

เอกสารอ้างอิง (References)

Anekpunyakul, p., Sirilak, S., & Damee, P. (2020). Herbal Use Behavior in Health Care among the People in Receiving Service at Naresuan University Hospital. *Council of University Administrative Staff of Thailand*. 9(2), 76-90. (in Thai).

Deviliis, R.K. (2012). Scale development: *Theory and applications*. California: Sage Publications.

Chaimay, B., Boonrod, T., & Simla, W. (2012). Factors Affecting Herbal Uses in Primary Health Care. *Burapha University Academic Journal.* 7(2), 25-37. (in Thai).

Chainarong, W. (2011*). Factors Related to Using Herbs for Primary Treatment Behaviors of People in Thanyaburi District, Pathum Thani Province* (Publication No. 10.14457/KU.the.2011.838). [Master's thesis, Kasetsart University]. ProQuest Dissertation & Thesis.

Green, L. & Kreuter, M. (2005) *Health program planning*: An educational and ecological approach. New York: McGraw Hill.

Hemtrakoonwong, R., Nawsuwan, K., & Ployninpeach, J. (2020). *Behavior of Using Herbs for Primary Health Care of Population in Yala City Municipality, Meuang District, Yala Province*. (online), Retrievedfrom: https://www.hu.ac.th/conference/proceedings2020/ doc/G12/G12-5-092He-PP_โรสนานี%20เหมตระกูลวงศ์%20(P1979-1986).pdf. (in Thai).

Jaitae, S., Pongchompoo, S., Tanaree, W., & Chompusri, A. (2021). Predictive Factors of Traditional Herbal Utilitier Among the Elderly in the Salung-Keelek Community, Mae Rim District, Chiang Mai Province. Research and *Development Journal Suan Sunandha Rajabhat University.* 13(2), 43-54. (in Thai).

Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), pp. 607-610.

Mattavangkul, C., Kawitu, K., Deenoo, S., & sinwannakool, S. (2019). Factor Related to Herbal Use Behavior for Self-care among People in Phasi-Chareon District. *Journal of Nursing, Siam University.* 20(39), 99-109. (in Thai).

Mesuwan, J., Apaipak, K., Hekkhunthod, A., & Jayathavaj, V. (2022). Factors affecting Self-care Herbal Usages Behaviors of the People At Ban Sabtari, Chantaburi Province. *Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College.* 1(2), 1-13. (in Thai).

Ministry of Public Health and public-private organizations. (2016). *national master plan on the development of Thai herbs.* (2d ed.). Nonthaburi: TS Interprint C0mpany Limited.

Mueangchang, W. (2016). *Factors Related to Self-Treatment with Herbel Remedies of People in Mea Chai Didtrict, Phayao Province* (Publication No. 10.14457/TU.the.2016.1625). [Master's thesis, Thummasat University]. ProQuest Dissertation & Thesis.

Noipha, K., Mard-e, W., Raweeya, P., & Kerdsuk, P. (2022). Factors Related to Herbs Use Behavior for COVID-19 Prevention Among People Living in Mueang District, Krabi Province. *Journal of Traditional Thai Medical Research.* 8(2), 59-80. (in Thai).

Noipha, K., Mard-e, W., Hwangket, S., & Damkra, A. (2022). Factors Related to Self- Treatment with Kratom of People in Khanom District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Traditional Thai Medical Research*. 8(2), 81-98. (in Thai).

Pongboriboon, U. (2014). Holistic Health Care by Using Thai Wisdom. *Journal of The Police Nurse,* 2(6), 250-262. (in Thai).

Rovinelli, R.J. & Hambleton, R.K. (1977) On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity (vol. 2). *Dutch Journal for Educational Research*. 2, 49-60.

Ua-Kit, N., & Pensri, L. (2019). Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 12(1), 38-48. (in Thai).

Wichantuk, P. (2020). Factors Associated with Herbal Medicinal Products Use Behavior among People in Nong Bua Sala Village, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. 31(1), 12–21. (in Thai).

Working Group on the Master Plan for Conservation, Protection and Promotion of Traditional Thai Medicine Wisdom Nakhon Si Thammarat Province. (2019). *master plan for conservation, protection and promotion of the landscape Wisdom of Thai Traditional Medicine Nakhon Si Thammarat Province, 2020 – 2024*. Nakhon Si Thammarat: Sand printing plant.

Factors Correlated with Happiness at Work of Health Personnel in Borai District, Trat Province

Sunchai Chimpalee[1] Warangkana Chankong[2*] Theerawut Thammakun[3]

[1]Students of the Master of Public Health Program, School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

[2]Associate Professor, School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

[3]Associate Professor, School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University

**Corresponding author Email: warangkana.cha@stou.ac.th*

Original article

Received: 29 March 2023

Revised: 26 April 2023

Accepted: 27 April 2023

Abstract

The objectives of this research were to explore personal factors, work ethic atmosphere and organizational engagement and happiness at work, and factors correlated with personal factors, work ethic atmosphere, organizational engagement and happiness at work of the health personnel in Bo Rai District, Trat Province. The population studied were personnel in public health units, namely Bo Rai District Public Health Office, Bo Rai Hospital, and sub-district health promotion hospitals, In Bo Rai District, Trat Province, with working experience from 1 year or more. Sample size was 225 people. The research tool was a questionnaire with a total reliability of all aspects equal to 0.97. Statistics used to analyze data were percentage, mean, standard deviation. chi-square statistics and Pearson's correlation coefficient statistics.

The results showed that 41.3% of public health personnel were between 40-49 years old, 44.9% had 11-20 years of public health work, and 73.8% worked at Bo Rai Hospital. The mean for having commitment to the organization was 4.28, with a mean of 4.31 for work ethic atmosphere, and a mean of 4.23 for happiness at work. The overall level was very high. Factors related to happiness at work with statistically significant at 0.05 level were age, duration of work, and the duration of work at current location, with a low correlation. Commitment to the organization, and work ethic atmosphere were correlated with happiness at work, at a relatively high level with statistically significant at 0.05 level.

Recommendations from this research are as follows. Studying the pattern for promoting workplace happiness, by promoting good relationships in the organization, having a flexible working system, recognizing changes in career paths, promoting new skills learning, showing appreciation and listen to opinions from personnel, providing good welfare benefits. Also, studying various forms of creating an ethical atmosphere at work, with factors affecting the creation of an ethical atmosphere at work, as well as an atmosphere of awareness of work ethics, in order to develop an ethical atmosphere in workplace.

Keywords : Work ethic atmosphere, Organizational engagement, Happiness at work

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด

สัญชัย ฉิมพาลี[1] วรางคณา จันทร์คง[2*] ธีระวุธ ธรรมกุล[3]

[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2]รองศาสตราจารย์, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3]รองศาสตราจารย์, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: warangkana.cha@stou.ac.th*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 29 มีค. 2566
วันแก้ไข 26 เมย. 2566
วันตอบรับ 27 เมย.2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศ จริยธรรมในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร กับความสุขในการทำงาน ของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อไร่ โรงพยาบาลบ่อไร่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้น จำนวน 225 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นรวมทุกด้านเท่ากับ 0.97 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสาธารณสุขอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 41.3 มีระยะเวลาปฏิบัติงานสาธารณสุข 11 – 20 ปี ร้อยละ 44.9 และปฏิบัติงานอยู่ที่ โรงพยาบาลบ่อไร่ร้อยละ 73.8 มีระดับความผูกพันต่อองค์กร (mean = 4.28) บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน (mean = 4.31) และความสุขในการทำงาน (mean = 4.23) ภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และระยะเวลาการทำงานในสถานที่ปัจจุบัน โดยมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ความผูกพันต่อองค์กร และบรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ควรศึกษารูปแบบ การส่งเสริมความสุขในการทำงานเพิ่มเติมให้มากยิ่งขึ้น เช่น ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีในองค์กร ใช้ระบบการทำงานที่ยืดหยุ่น ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงในเส้นทางอาชีพ ส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะใหม่ ชื่นชมและรับฟังข้อคิดเห็นจากบุคลากร มอบผลตอบแทนสวัสดิการที่ดี และควรมีการศึกษา รูปแบบการสร้างบรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมบรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน ให้มีความหลากหลายมากขึ้น ตลอดจนบรรยากาศการรับรู้จริยธรรมในการทำงาน เพื่อการพัฒนาบรรยากาศจริยธรรมในการทำงานขององค์กร

คำสำคัญ : บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน, ความผูกพันต่อองค์กร, ความสุขในการทำงาน

บทนำ (Introduction)

ตามที่รัฐบาลมีนโยบายและแนวคิดพัฒนาระบบราชการ ให้มีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องพัฒนาสมรรถนะของข้าราชการให้สามารถปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน เพื่อมุ่งหวังพัฒนาบุคลากรซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในองค์กร จึงมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ก่อให้เกิดพลังและความสุข ส่งผลให้องค์กรประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความสำเร็จขององค์กร จะคู่ขนานไปกับ ความสุขของบุคลากร (สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2560)

สำนักงานข้าราชการพลเรือน กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิต ข้าราชการพลเรือนสามัญ โดยอ้างพระราชบัญญัติ ระเบียบข้าราชการพลเรือนสามัญ พ.ศ.2551 มาตรา 35 ความว่า “การจัดระเบียบข้าราชการพลเรือน ต้องเป็นไปเพื่อผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ความมีประสิทธิภาพและความคุ้มค่า โดยให้ข้าราชการปฏิบัติราชการ อย่างมี คุณภาพ คุณธรรม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี” นอกจากนี้ พระราชบัญญัติ ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2551 มาตรา 34 กำหนดให้ส่วนราชการ ต้องจัดระเบียบข้าราชการ เพื่อให้ข้าราชการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มาตรา 72 ส่วนราชการต้องทำให้ ข้าราชการมีคุณภาพชีวิต มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้น รัฐบาลนำโดยกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ในระยะ 20 ปี พ.ศ.2560–2579 ซึ่งมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ด้วยธรรมาภิบาล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ความสุข (ขจีพรรณ พิลุน, 2558) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำงาน เพราะมนุษย์เป็น ทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ และปัจจุบันมนุษย์ทำงาน เพื่อให้ตนดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ และสามารถตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ตามยุคสมัยนั้นๆ รวมถึงการเห็นคุณค่าของงาน และมีความพึงพอใจในงาน ดังนั้นการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต ให้เกิดความสุขความมั่นคง เกิดความรู้สึกที่ดีต่องาน มีความรู้สึกว่างานสำคัญและมีคุณค่า มีความผูกพันกับงาน มีแรงจูงใจ เสียสละทุ่มเทให้กับการทำงาน ย่อมส่งผลดีต่อทั้งตัวบุคคลและองค์กร ทำให้องค์กรเป็นองค์กรที่มีคุณภาพและบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Klatt, Murdick and Schuster, 1985) เพื่อให้เกิดความสุขในการทำงาน องค์การอนามัยโลก ได้ให้ข้อเสนอแนะเอาไว้ว่า องค์กรที่จะทำให้บุคลากรมีความสุขได้นั้น ควรเป็นองค์กรสุขภาวะ หรือ Healthy workplace หมายถึง องค์กรที่มีการป้องกัน ส่งเสริม สนับสนุน ในด้านร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร โดยได้เสนอแนวทางการสร้างสุขภาวะ ในองค์กร 4 ประการ ได้แก่ (1) พัฒนาสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (2) พัฒนาสภาพแวดล้อมทางจิตสังคม (3) พัฒนาสิ่งเอื้ออำนวยสุขภาพอนามัยในที่ทำงาน และ (4) พัฒนาความร่วมมือกับชุมชน (Burton, 2010)

จากความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน ของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อไร่ โรงพยาบาลบ่อไร่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้แนวคิดองค์กรแห่งความสุข วัดความสุขหรือสุขภาวะ ทั้งในด้านปัจจัยส่วนบุคคล สถานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาทำงานในสถานที่ปัจจุบัน และนำมาหาความสัมพันธ์กับตัวแปร บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร เนื่องจากบุคลากร มีความหลากหลายทางภูมิลำเนา ความเป็นอยู่และสถานที่ทำงาน ที่ผู้วิจัยคาดว่าอาจมีผลต่อความสุขในการทำงาน และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยพบจากการทบทวนวรรณกรรม ว่ามีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงาน เพื่อให้ผลจากการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา เสริมสร้างและพัฒนา

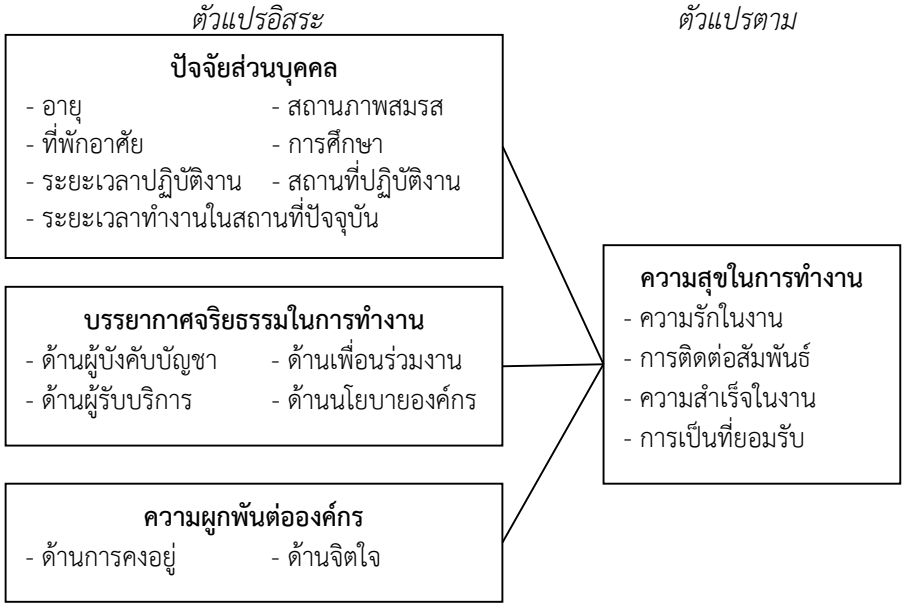
ให้บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมาก และจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญและใส่ใจ ให้บุคลากร มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี มีความรู้ความสามารถ เป็นคนดี รักในงาน ซื่อสัตย์ สุจริตต่อหน้าที่ มีคุณธรรม รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงาน ของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร กับความสุขในการทำงาน ของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข ในเขตอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด จำนวน 225 คน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อไร่ โรงพยาบาลบ่อไร่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง โดยเก็บทุกหน่วยประชากร จำแนกเป็นข้าราชการ 148 คน พนักงานกระทรวงฯ 46 คน ลูกจ้างประจำ 8 คน และลูกจ้างชั่วคราว 23 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และยินดีตอบแบบสอบถาม โดยมีเกณฑ์การคัดออก ไดแก่ บุคลากรที่ไม่อยู่ในช่วงการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น เจ็บป่วย ลา ย้าย ออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ที่พักอาศัย การศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน สถานที่

ปฏิบัติงาน ระยะเวลาทำงาน ทั้งหมด 7 ข้อ, ส่วนที่ 2 ความผูกพันต่อองค์กร จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นด้านจิตใจ 5 ข้อ และด้านการคงอยู่ 5 ข้อ ประยุกต์ขึ้นจากแบบสอบถามของ ขนิษฐา ไตรปักษ์ (2548) ส่วนที่ 3 บรรยากาศจริยธรรมการทำงาน จำนวน 21 ข้อ ประยุกต์ขึ้นจากแบบสอบถามของ (ธันย์ชนก ฐิติ-พงศ์วิวัฒน์ และคณะ, 2549) และส่วนที่ 4 ความสุขในการทำงาน จำนวน 32 ข้อโดยผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น จากแบบสอบถามของ ลักษมี สุดดี (2550) ตามแนวคิดของ Meyer and Allen (1993) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565 รวม 6 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความชำนาญเฉพาะด้านงานสาธารณสุข จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา ที่ใช้ในแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาของแบบสอบถาม (Index of Item-Objective Congruence: IOC) สูงกว่า 0.60 ทุกข้อ

การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไข โดยที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 60 ชุด เนื่องจากมีสภาพภูมิประเทศ บริบทความเป็นอยู่ใกล้เคียงกัน และนำมาวิเคราะห์หา ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยง ด้านความผูกพันต่อองค์กรเท่ากับ 0.92 ด้านบรรยากาศจริยธรรมในงานเท่ากับ 0.946 ด้านความสุขในการทำงานเท่ากับ 0.87 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม รวมทุกด้านเท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิจัยในครั้งนี้ได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลตามความเป็นจริง ตามความสมัครใจจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อไร่ สาธารณสุขอำเภอบ่อไร่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 13 แห่ง ในอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ที่พักอาศัย การศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน สถานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาทำงานในสถานที่ปัจจุบัน บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร ความสุขในการทำงาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับความสุขในการทำงาน ของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อองค์กร บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน กับความสุขในการทำงาน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-Square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย (Result)

จากผลการวิจัยพบว่า บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด มีกลุ่มอายุ 40–49 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.3 รองลงมา ได้แก่ อายุ 30–39 ปี ร้อยละ 31.1, อายุ 30–39 ปี ร้อยละ 31.1 สถานภาพการสมรส คู่ มากที่สุด ร้อยละ 70.7, รองลงไปได้แก่ โสด ร้อยละ 27.6 และหม้าย หย่า แยก น้อยที่สุด ร้อยละ 1.7, ที่พักอาศัย อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 87.1 และอยู่หอพัก/บ้านเช่า ร้อยละ 12.9, วุฒิ

ศึกษา ระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า มากที่สุด ร้อยละ 72.5 รองลงมาได้แก่ ต่ำกว่าปริญญาตรี 19.1 และปริญญาโทขึ้นไป น้อยที่สุด ร้อยละ 8.4,ระยะเวลาปฏิบัติงานสาธารณสุข 11-20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.9 รองลงมา ได้แก่ 1–10 ปี ร้อยละ 37.8, 21–30 ปี ร้อยละ 10.2 และ 31–40 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 7.1, สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน โรงพยาบาลบ่อไร่ มากที่สุด ร้อยละ 73.8 รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 21.8 และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 4.4 และระยะเวลาทำงานในสถานที่ปัจจุบัน 1–10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 67.1 รองลงมา ได้แก่ 11–20 ปี ร้อยละ 22.2, 21–30 ปี ร้อยละ 7.1 และ 31–40 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 3.6

ความผูกพันต่อองค์กร

ความผูกพันต่อองค์กร ของบุคลากร ในภาพรวม อยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 และเมื่อจำแนกรายด้าน ดังตารางที่ 1 พบว่าความผูกพันด้านจิตใจ อยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 และความผูกพันด้านการคงอยู่ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายข้อ สามอันดับแรกพบว่า การทำงานในองค์กรนี้ ทำให้ท่านรู้สึกมีความมั่นคงในชีวิต, ตั้งใจอย่างเต็มที่ ในการปฏิบัติงาน เพื่อช่วยให้องค์กรเจริญก้าวหน้า, และยินดีปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย เพื่อช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย, อยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.93, 4.57 4.50 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความผูกพันต่อองค์กรรายด้าน

ระดับความผูกพันต่อองค์กร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1) ความผูกพันด้านจิตใจ	4.41	0.576	สูงมาก
2) ความผูกพันด้านการคงอยู่	4.16	0.696	สูง
ภาพรวม	4.28	0.636	สูงมาก

$\bar{X}$=4.28 S.D=0.64 MIN=3 MAX=5

บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน

บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน ของบุคลากร ภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านผู้รับบริการ, ด้านเพื่อนร่วมงาน และด้านผู้บังคับบัญชา อยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42, 4.31, 4.30 และ 4.20 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และบรรยากาศจริยธรรมในการทำงานรายด้าน

บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1) ด้านเพื่อนร่วมงาน	4.31	0.486	สูงมาก
2) ด้านผู้รับบริการ	4.42	0.487	สูงมาก
3) ด้านผู้บังคับบัญชา	4.30	0.623	สูงมาก
4) ด้านองค์กร	4.20	0.469	สูงมาก
ภาพรวม	4.31	0.516	สูงมาก

$\bar{X}$=4.31 S.D=0.52 MIN=3 MAX=5

ความสุขในการทำงาน

ปัจจัยด้านความสุขในการทำงานของบุคลากร ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการติดต่อสัมพันธ์, ด้านความรักในงาน, และด้านความสำเร็จในงาน อยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30, 4.29 และ 4.23 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขในการทำงานรายด้าน

ความสุขในการทำงานรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1) ด้านการติดต่อสัมพันธ์	4.30	0.641	สูงมาก
2) ด้านความรักในงาน	*4.29*	*0.524*	*สูงมาก*
3) ด้านความสำเร็จในงาน	*4.23*	*0.573*	*สูงมาก*
4) ด้านการเป็นที่ยอมรับ	*4.13*	*0.585*	*สูง*
ภาพรวม	4.23	0.580	สูงมาก

$\bar{X}$=4.23 S.D=0.58 MIN=3 MAX=5

โดยเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความสุขในการทำงาน ได้แก่ สถานภาพสมรส ที่พักอาศัย สถานที่ปฏิบัติงาน และระดับการศึกษา ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ในส่วนของ สถานภาพสมรส ที่พักอาศัย ระดับการศึกษา กับความสุขในการทำงานของบุคลากร (n = 225)

ปัจจัยส่วนบุคคล	χ^2 (df)	p-value
สถานภาพสมรส	0.155 (224)	0.926
ที่พักอาศัย	0.264 (224)	0.612
สถานที่ปฏิบัติงาน	0.316 (224)	0.514
ระดับการศึกษา	0.538 (224)	0.446

ส่วนอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และระยะเวลาการทำงาน กับความสุขในการทำงานของบุคลากร เมื่อทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงานในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.016), ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงาน ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.032) และระยะเวลาการทำงานในสถานที่ปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงาน ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.044) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์สัมประสิทธิสหสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุข

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	0.154	0.016
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	0.262	0.032
ระยะเวลาการทำงานในสถานที่ปัจจุบัน	0.268	0.044

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความผูกพันต่อองค์กร กับความสุขในการทำงานของบุคลากร ด้วยสถิติสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากร ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001), ความผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงานของบุคลากร ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และความผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่ มีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงานของบุคลากร ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อองค์กรกับความสุขในการทำงานของบุคลากร

ความผูกพันต่อองค์กร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านจิตใจ	0.628	<0.001
ด้านการคงอยู่	0.734	<0.001
ภาพรวม	0.656	<0.001

และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน กับความสุขในการทำงานของบุคลากร ด้วยสถิติสัมประสิทธิสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า มีความสัมพันธ์กัน ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และบรรยากาศจริยธรรมในการทำงานรายด้าน ได้แก่ ด้านเพื่อนร่วมงาน, ด้านผู้รับบริการ, ด้านผู้บังคับบัญชา และด้านองค์กร มีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงานของบุคลากร ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน กับความสุขในการทำงานของบุคลากร

บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ด้านเพื่อนร่วมงาน	0.625	<0.001
ด้านผู้รับบริการ	0.552	<0.001
ด้านผู้บังคับบัญชา	0.558	<0.001
ด้านองค์กร	0.489	<0.001
ภาพรวม	0.655	<0.001

อภิปรายผล

ลักษณะส่วนบุคคล บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด พบว่าส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ พักอยู่กับครอบครัว โดยมีวุฒิศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า มากที่สุด มีระยะเวลาปฏิบัติงานสาธารณสุข 11 – 20 ปี เป็นส่วนใหญ่ และมีสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน อยู่ที่โรงพยาบาลบ่อไร่ มากที่สุด ส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงาน ในสถานที่ปัจจุบัน 1 - 10 ปี

ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร พบว่าในภาพรวม อยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความผูกพันด้านจิตใจ อยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 และความผูกพันด้านการคงอยู่ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนสุดา เพ็งภู่ (2562) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ตำแหน่งงาน และอายุราชการต่างกัน มีคุณภาพชีวิตการทำงานไม่แตกต่างกัน ตัวแปรที่มีอำนาจในการพยากรณ์คุณภาพชีวิต ในการทำงานของบุคลากร คือ ความรับผิดชอบในงาน และความผูกพันต่อองค์กร โดยตัวแปรความผูกพันต่อองค์กร มีอิทธิพลสูงที่สุด และเป็นไปในทิศทางเชิงบวก

บรรยากาศจริยธรรมในการทำงานของบุคลากร พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านผู้รับบริการ, ด้านเพื่อนร่วมงาน และด้านผู้บังคับบัญชา อยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42, 4.31 และ 4.30 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาวดี เหมทานนท์ และคณะ (2562) ศึกษาเรื่อง ความสุขและคุณภาพชีวิต ของบุคลากรสายสนับสนุน ที่ทำงานในวิทยาลัยพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความสุขรวมอยู่ในระดับ มีความสุข (μ = 64.35, σ = 7.87)

ความสุขในการทำงานของบุคลากร ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ด้านการติดต่อสัมพันธ์, ด้านความรักในงาน, และด้านความสำเร็จในงาน อยู่ในระดับสูงมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30, 4.29 และ 4.23 ตามลำดับ เพราะส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ มีความผูกพันกันและปฏิบัติงานที่ตรงกับความรู้ความสามารถ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ กุสุมาวลี (2563) ศึกษาเรื่อง นวัตกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในการทำงานของบุคลากร กรณีศึกษา โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาวิจัยพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลราชวิถีมีความสุข อยู่ในระดับมากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความสุขในการทำงานของบุคลากร ในด้านสถานภาพการสมรส ที่พักอาศัย สถานที่ปฏิบัติงาน และระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน ส่วนอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และระยะเวลาการทำงานในสถานที่ปัจจุบัน พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงาน ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงาน ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะเวลาการทำงานในสถานที่ปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิระสันต์ วงษ์วรสันต์ (2560) ศึกษาเรื่องความสุขในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่สื่อสารกลยุทธ์ และผลิตภัณฑ์รายย่อย ของธนาคารกรุงไทยจำกัด (มหาชน) ผลจากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาทำงาน ที่แตกต่างกัน มีผลต่อความสุขในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่

ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อองค์กรกับความสุขในการทำงานของบุคลากร พบว่าในภาพรวมมีความสัมพันธ์กัน ในระดับค่อนข้างสูง และเมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านจิตใจและด้านการคงอยู่ มีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงาน ในระดับค่อนข้างสูง

เช่นเดียวกัน ผู้บริหารหน่วยงานควรส่งเสริมความสุขในการทำงาน ด้วยการให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านต่างๆ จากการวิจัยนี้ ที่ทำให้บุคลากรมีความสุข ควรศึกษาสถานการณ์ความสุขของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานที่บ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่าง บรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน กับความสุขในการทำงานของบุคลากร พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อแยกรายด้านพบว่า ด้านเพื่อนร่วมงาน, ด้านผู้รับบริการ, ด้านผู้บังคับบัญชา และด้านองค์กร มีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงานของบุคลากร ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา บุณโยประการ (2560) ศึกษาเรื่อง ระดับความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากร กรณีศึกษาโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความสุขในการทำงาน อยู่ในระดับมีความสุข ปัจจัยองค์กร สวัสดิการ สัมพันธภาพและสภาพแวดล้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กับ ความสุขในการทำงานภาพรวม ดังนั้น การสร้างความสุขในการทำงานจึงมีความสำคัญ เพื่อสนับสนุนให้มีความผูกพันรักองค์กร และได้รับการดูแลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

สรุป (Conclusion)

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านความผูกพันต่อองค์กร และบรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน ของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน ดังนั้น หัวหน้างานสาธารณสุขทุกระดับ ควรให้ความสำคัญในด้าน ความผูกพันต่อองค์กร ของบุคลากรทุกแผนก และสร้างแรงจูงในการปฏิบัติงานให้มากขึ้น เช่น การส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมสร้างพลังกลุ่ม จัดกีฬาเชื่อมความสามัคคี ทัศนศึกษาหรือค่ายพัฒนาองค์กร การประกาศเกียรติคุณ หรือจัดสวัสดิการ สำหรับผู้ที่มีอายุงานนานเกินสิบปีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมเชิดชูผู้ที่มีความตรงต่อเวลา มีความเสียสละ และสมดุลในชีวิตการทำงาน

นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมเสริมสร้าง คุณธรรมจริยธรรม เช่น กิจกรรม จิตตปัญญาศึกษา การทำบุญในวันสำคัญต่างๆ การจัดกิจกรรมวันเกิด หรือเทศกาลสำคัญ ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน ได้มีความห่วงใยเอื้ออาทรกัน อันจะส่งผลให้เกิด บรรยากาศจริยธรรมที่ดีในการทำงาน กระจายออกไปได้อย่างทั่วถึง จนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กรในที่สุด

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรมีการศึกษารูปแบบ การส่งเสริมความสุขในการทำงาน เพิ่มเติมให้มากยิ่งขึ้น ในรูปแบบต่างๆ เช่น ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีในองค์กร ใช้ระบบการทำงานที่ยืดหยุ่น ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงในเส้นทางอาชีพ ส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะใหม่ ชื่นชมและรับฟังข้อคิดเห็นจากบุคลากร มอบผลตอบแทนและสวัสดิการที่ดี และควรมีการศึกษา รูปแบบการสร้างบรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมบรรยากาศจริยธรรมในการทำงาน ให้มีความหลากหลายมากขึ้น ตลอดจนบรรยากาศการรับรู้จริยธรรมในการทำงาน เพื่อการพัฒนาบรรยากาศจริยธรรมในการทำงานขององค์กร

เอกสารอ้างอิง (References)

Anitsara Manakarn, Suntree Saksri, and Manop Chunil. (2018). *Emotional molding and conflict. The relationship between work and family predicting work stress of bank customer service personnel.* Research Journal of Chiang Mai University, Humanities and Social Sciences, 14 (2), 50-66.

Chaovalit Sabaijai. (2014). *Happiness in the work of personnel under the Ministry of Public Health. Khon Kaen Province area.* (Master of Public Administration thesis). Khon Kaen: Faculty of Humanities and Social Sciences Khon Kaen University

Chanwit Wasanthanarat and Teetham Wuthiwatchaikaew. (2016). *Let's create an organization of happiness. (revised version).* Bangkok: At Four Print Co., Ltd.

Chutikan Ingchaiyapoom. (2014). *Happiness at work of personnel under the Office of Basic Education (OBEC), a case study of Khon Kaen province.* (Thesis of Master of Education, Udon Thani). Faculty of Education, Udon Thani Rajabhat University.

Duangnet Thammakul. (2015). *Decoding the process of building happiness in hospitals.* Bangkok:

Dusit Suchirarat. (2007). *Data Analysis by SPSS for WINDOWS Program (Volume 2, 4th Edition).* Bangkok: Charoendee Printing.

Dyer, J., Gregersen, H., & Christensen, C. (2011). I*nnovator's DNA: Mastering the Five Skills of Disruptive Innovation.* Boston, MA: Harvard Business Press. Nakhon Sawan Province. Report from the 4th National Academic Conference, Research Institute. Kamphaeng Phet Rajabhat University. (in Thai).

Jarupan Suwanpairoj and Praphim Charanrattanakul. (2017). *The relationship between perceptions of overall organizational justice and the commitment that personnel have to the organization Leader and colleagues with cultural power distance as a directing variable.* Bangkok University Research Journal: Humanities and Social Sciences Suan Dusit Rajabhat University.

Jira Term Chit Aree (2014). *Organizational Behavior and Human Resource Management.* Bangkok: Emphan Publishing House.

Khajeepan Pihun. (2015). *Happiness in the work of police officers. Under the Provincial Police Region 4, Khon Kaen Province.* (Master of Public Administration thesis). Udon Thani: Faculty of Humanities and Social Sciences Udon Thani Rajabhat University

Ritnarong Intalo. (2015). *The relationship between work values and coercive roles. Supervisor's command and working behavior.* municipal office case study Chaiyaphum Province (Master of Public Administration thesis). Chaiyaphum. Faculty of Humanities and Social Sciences Chaiyaphum Rajabhat University.

Rungmatekul, T. (2017). *Factors Affectted to Kasikorn Bank Employees' Job Happiness in Manakarn*.

Sirote Pholpantin, Wichaya Tiyapongpraphan, Nongnuch Utakud, and Natnicha Mee-Ngam (2019). *Happiness in the work of Suan Dusit University personnel.* National Research Conference Project For Academic Support Personnel No. 11. Chiang Mai: Office of Academic Services Chiang Mai University. Pages 441-450.

Saksri, S. & Chunin, M. (2018). *Emotional Tricks and Work-Family Conflicts that Predict Job Stress of Bank Customer Service Employees*. SDU Research Journal Humanities and Social Sciences. 14 (2), 50-66.

Sombat Kusumalee. (2019). *When agile is consuming the world of management.* Development journal Human Resources and Organization, 11(1), 168-173.

Suan Dusit University. (2018). *Strategic Plan Suan Dusit University 2018-2021*. Bangkok: Suan Dusit University. (in Thai).

Thitarat Pimpaporn. and Pitak Siriwong. (2016). *Meaning. origin of meaning and components of happiness at work of a group of university professors in Generation Y.* Research to establish foundational theories. Journal of Liberal Arts. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University.

Thai Post. (2016, May 5). *HAPPY MODEL: 2015 Worker Happiness Survey, a new compass for organizations to study.* Retrieved from http://www.ryt9.com/s/tpd/2415913.

Thanya Ruangmetheekul (2017). *Factors influencing work happiness of Kasikornbank employees.* in the province of Nakhon Sawan Report from the 4th National Academic Conference. Kamphaeng Phet: Kamphaeng Phet Rajabhat University Research Institute.

Tanchaisak, K. (2017). *The Mediating Role of Worker's Happiness on the Relationship between Leadership Styles and Worker's Performance: An Analysis via Structural Equation Modeling*. SDU Research Journal Humanities and Social Sciences. 13 (3), 207-230.

Waruntorn Songkiattisak (2015). *Environmental factors. Safety factor and motivation factors at work that affect the quality of work life. of factory employees and supporting units of the Saharueang Sugar Factory Co., Ltd.,* Mukdahan Province. (M.B.A. Thesis not published). Bangkok University.

Role of Village Health Volunteers in Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

Woottipat Sonmai[1], Tassanee Silawan[2*], Kanittha Chamroonsawasdi[2], Phubet Saengsawang[2], Chalalai Hanchenlak[3]

1 Graduate student in the Master of Science Program in Public Health (Major in Community Health System Development), Faculty of Public Health, Mahidol University

2 Faculty of Public Health, Mahidol University

3 Faculty of Public Health, Suranaree University of Technology

** Corresponding author, email: tasanee.sil@mahidol.ac.th*

Original article

Received: 24 March 2023
Revised: 28 April 2023
Accepted: 1 May 2023

Abstract

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) has spread widely around the world and in Thailand. Village health volunteers (VHVs) are close to people and contribute to effective disease prevention and control. A cross-sectional survey aimed to determine the roles and factors associated with the roles towards COVID-19 prevention and control among VHVs. Data was collected by interviewing the samples of 385 VHVs working in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Data were analyzed and presented with percentages, means, standard deviations, and Chi-square test.

The results revealed that VHVs performed roles in preventing and controlling COVID-19 in the community at a fair level of 48.8%, a good level of 33.5%, and a level that should be improved by 17.7%. Factors statistically significant associated with their roles ($p < 0.05$) were training, perception, adequacy of equipment for the community operations, and receiving support for the role of VHVs. The findings indicated that the role of VHVs should be promoted by capability building in communication and how to give advice to the target audience. Support for the roles of VHVs should be continuously organized along with public relations, surveillance, and creating a safe community environment from COVID-19.

Keywords: coronavirus disease 2019; COVID-19; role; village health volunteer

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วุฒิภัทร สอนใหม่[1], ทัศนีย์ ศิลาวรรณ[2]*, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์[2], ภูเบศร์ แสงสว่าง[2], ชลาลัย หาญเจนลักษณ์[3]

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (วิชาเอกการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: tasanee.sil@mahidol.ac.th*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 24 มีค. 2566
วันแก้ไข 28 เมย. 2566
วันตอบรับ 1 พค. 2566

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) มีการระบาดอย่างกว้างขวางทั่วโลกและในประเทศไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความใกล้ชิดกับประชาชนและช่วยให้การป้องกันและควบคุมโรคมีประสิทธิภาพ การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบทบาทและปัจจัยที่สัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของ อสม. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่ปฏิบัติงานในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 385 คน วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square test

ผลการศึกษาพบว่า อสม. ปฏิบัติบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนระดับพอใช้ร้อยละ 48.8 ระดับดีร้อยละ 33.5 และระดับควรปรับปรุงร้อยละ 17.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความเพียงพอของอุปกรณ์การดำเนินงานในชุมชน และการได้รับการสนับสนุนบทบาทการเป็น อสม. ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าควรส่งเสริมบทบาทของ อสม. โดยการพัฒนาศักยภาพในด้านการสื่อสารและวิธีให้คำแนะนำแก่กลุ่มเป้าหมาย ควรจัดระบบการสนับสนุนบทบาทของ อสม. อย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการประชาสัมพันธ์ เฝ้าระวัง และสร้างสภาพแวดล้อมชุมชนที่ปลอดภัยจากโรคโควิด 19

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; โควิด 19; บทบาท; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ (Introduction)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19 หรือ COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่มีการแพร่เชื้อผ่านหยดละอองที่ปนเปื้อนเชื้อจากการไอหรือจาม หรือการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่ปนเปื้อนเชื้อ (World Health Organization, 2021) ระยะเวลาหลังจากรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายจนกระทั่งปรากฏอาการ 2 - 14 วัน (กรมควบคุมโรค, 2564) อาการทั่วไปของผู้ป่วยที่ติดเชื้อคือมีไข้ ไอ น้ำมูกไหล หายใจถี่ และอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย (Ministry of Public Health, 2021) บุคคลที่สุขภาพดีอาการมักไม่รุนแรงหรือรักษาหายได้ในไม่กี่วัน แต่สำหรับผู้มีโรคระบบทางเดินหายใจ การฟื้นตัวอาจใช้ระยะเวลานานหลายสัปดาห์หรืออาจเสียชีวิตได้ (Yang & Zhao, 2020) โรคโควิด 19 นอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายแล้วยังทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้ (Ministry of Public Health, 2020) โดยบางรายอาจมีผลกระทบระยะยาวที่เรียกว่าภาวะลองโควิด (Long COVID) เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปวดกล้ามเนื้อ ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย และรับรสหรือได้กลิ่นน้อยลง เป็นต้น (Department of Medical Services, 2022) สถานการณ์โรคโควิด 19 ในประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2565) มีผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ 13,793 คน ผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 2,443,018 คน ผู้เสียชีวิตสะสม 10,822 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงเป็นอันดับที่ 9 ในทวีปเอเชีย (Centre for the Administration of the Situation due to the Outbreak of the Communicable Disease Coronavirus (COVID-19), 2022) ประเทศไทยได้ประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 โดยมีข้อสั่งการและมาตรการที่สำคัญเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 แต่ภายหลังได้ประกาศยกเลิกการเป็นโรคติดต่ออันตรายและให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อต้องเฝ้าระวัง และเปลี่ยนแปลงมาตรการจากการให้ผู้สัมผัสผู้สงสัยหรือผู้ยืนยันการติดเชื้อ กักตัวเป็นระยะเวลา 14 วัน เปลี่ยนเป็นขอให้ผู้ยืนยันการติดเชื้อกักตัวเป็นระยะเวลา 5 วันและป้องกันตัวอีก 5 วัน (Ministry of Public Health, 2021) องค์การอนามัยโลกให้ข้อแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ การล้างมือให้สะอาดเป็นประจำด้วยสบู่และน้ำหรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ รักษาระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1 เมตร ปิดปากและจมูกด้วยหน้ากากอนามัยเมื่อต้องอยู่ในที่สาธารณะหรือพบปะผู้คน อยู่บ้านหรือไปพบแพทย์ถ้ารู้สึกไม่สบาย หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และกิจกรรมอื่น ๆ ที่กระทบต่อการทำงานของปอด และหลีกเลี่ยงการเดินทางที่ไม่จำเป็นและอยู่ห่างจากคนกลุ่มใหญ่ (Department of Disease Control, 2021)

การส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำและครอบคลุมทั่วทั้งประเทศได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งรวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Ministry of Public Health. 2011) อสม. มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน (Aiamnui, 2021, 75-90) โดยเฉพาะในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ทั้งในด้านการให้คำแนะนำประชาชน การเฝ้าระวังโรค การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การติดตามกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน (Home Quarantine) การส่งต่อกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการไข้ให้อยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสนับสนุนการสอนหรือทำหน้ากากผ้า (Department of Health Service Support, 2020) จึงนับได้ว่า อสม. เป็นปราการด่านหน้าที่สำคัญในการต่อสู้กับโรคโควิด 19 เคียงคู่กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อสม. มีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในเกณฑ์มาก ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับบทบาทหรือการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของ อสม. ได้แก่ เพศ ประสบการณ์ รายได้ อาชีพ สถานภาพในชุมชน ความรู้ การรับรู้ แรงจูงใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม (Nawsuwan, Singweratham & Damsangsawas, 2020, 92-103; Chinnabutr & Phakdisorawit, 2021, 304- 318; Siriworawatchai, 2021, 63- 75; Chaobanpho, 2021, 44-58; Aiamnui, 2021, 75-90) นอกจากนี้ พบอุปสรรคต่อการปฏิบัติบทบาท ได้แก่ ประชาชนบางส่วนไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคประชาชนบางส่วนขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เครื่องมือและอุปกรณ์การป้องกันโรคไม่เพียงพอ มีปัญหาในการสื่อสารระหว่างบุคคล และงบประมาณไม่เพียงพอ (Chinnabutr & Phakdisorawit, 2021, 304-318; Chaobanpho, 2021, 44-58) จะเห็นได้ว่า อสม. มีบทบาทหรือมีส่วนร่วมมากในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 แต่งานวิจัยที่ผ่านมายังไม่ได้เจาะลึกในรายละเอียดของบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ตามมาตรการของกระทรวงและมาตรการเฉพาะที่กำหนดเพิ่มเติมในแต่ละจังหวัด ซึ่งอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 สะสมสูงสุดในจังหวัดนครราชสีมา (Nakhon Ratchasima Provincial Office, 2021) มีประชากรหนาแน่น มีความเคลื่อนไหวของประชากรสูง และเป็นทางผ่านตลอดจนสถานที่แวะพักของผู้เดินทางไปยังพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรคและมีอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคสูง (Office of Registration Administra-tion, 2021) นอกจากนี้ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมามี อสม. จำนวนมากถึง 6,884 คน (Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, 2020) จึงอาจมีความเข้มข้นและปัจจัยส่งเสริมในการปฏิบัติบทบาทที่แตกต่างกันได้ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน ของ อสม.และปัจจัยที่สัมพันธ์กับบทบาทดังกล่าวในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยเจาะลึกในรายละเอียดการปฏิบัติบทบาท และประยุกต์แนวคิดการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974) เพื่อให้ในการกำหนดกรอบแนวคิดและระบุตัวแปรในการวิจัย ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางการส่งเสริมบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. ทั้งในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และการจัดระบบสนับสนุนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

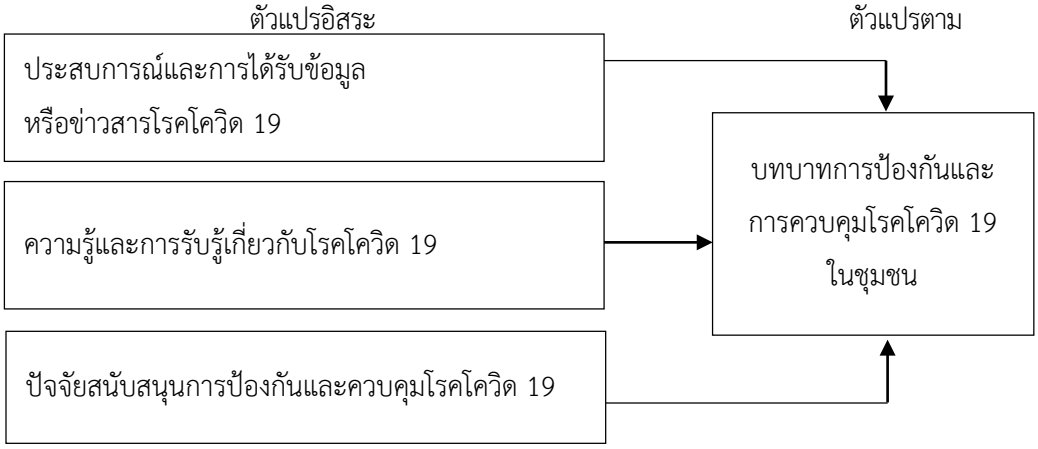
เพื่อ (1) ประเมินบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน (2) อธิบายประสบการณ์ การได้รับข้อมูลหรือข่าวสาร ความรู้ การรับรู้ และปัจจัยสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรค และ (3) หาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ การได้รับข้อมูลหรือข่าวสาร ความรู้ การรับรู้ และปัจจัยสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรค กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน ของ อสม. อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

สมมุติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)

ประสบการณ์ การได้รับข้อมูลหรือข่าวสาร ความรู้ การรับรู้ และปัจจัยสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดและมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (3) การรับรู้ถึงประโยชน์การรักษาและการป้องกัน (4) การรับรู้ความสิ้นเปลืองหรืออุปสรรคต่าง ๆ และ (5) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย ตัวแปรอิสระประกอบด้วย ประสบการณ์การเป็น อสม. และการได้รับข้อมูลหรือข่าวสารโรคโควิด 19 ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของตนเองและครอบครัว และปัจจัยสนับสนุนการป้องกันและการควบคุมโรคโควิด 19 ส่วนตัวแปรตาม คือ บทบาทการป้องกันและการควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบความคิด

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

รูปแบบการวิจัย ประชากร และตัวอย่าง

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวน 6,884 คน (Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, 2020) ตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 385 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็น อสม. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 2 ปีนับถึงวันที่เก็บข้อมูล ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยคือ อสม. ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลเป็นเวลานาน หรือเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถปฏิบัติงานและไม่สามารถให้ข้อมูลได้

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร (Wayne, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} NP(1-P)}{Z^2_{\alpha/2} P(1-P) + (N-1)d^2}$$

กำหนดให้

n = ขนาดของตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากรจำนวน 6,884 คน (N = 6,884)

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($Z_{\alpha/2}$ = 1.96)

P = สัดส่วนของ อสม.ที่มีบทบาทในการป้องกันและการควบคุมโรคโควิด 19 ได้ดีร้อยละ 49.0 ซึ่งได้จากการทำ Pilot study ในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย (P = 0.49)

d = ความผิดพลาดที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 (d = 0.05)

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 364 คน เพิ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 5 รวมตัวอย่างในการวิจัยทั้งสิ้น 385 คน จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่าง อสม. ในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิแปรผันตามจำนวน อสม. ทั้งหมดในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ สุ่มตัวอย่าง อสม. จากทุกหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (45 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์แล้วที่หน่วยบริการปฐมภูมิ การสัมภาษณ์ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทั้งในด้านการเคารพและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ การเก็บรักษาความลับข้อมูล และการถอนตัวโดยไม่กระทบต่อบริการที่พึงได้รับ โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA NO. MUPH 2022-041)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับ อสม. ในอำเภอใกล้เคียงจำนวน 30 ชุด หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วย Kuder Richardson 20 (K.R. 20) และสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า Alpha ระหว่าง 0.83-0.97 แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความสั้นรวม 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพอื่นในชุมชน ระยะเวลาการเป็น อสม. และการเป็น อสม. เชี่ยวชาญ

การได้รับข้อมูลหรือข่าวสารโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. การได้รับข้อมูลหรือข่าวสาร เป็นแบบ 2 ตัวเลือก (ได้รับ/ ไม่ได้รับ) รวม 3 ข้อ คะแนนรวม 0-3 จัดระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ มาก (3) ปานกลาง (2) และน้อย (1)

2. ประเด็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ได้รับ เป็นแบบ 2 ตัวเลือก (ได้รับ/ ไม่ได้รับ) รวม 11 ข้อ คะแนนรวม 0-11 จัดระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ มาก (9-11) ปานกลาง (7-8) และน้อย (0-6)

3. การฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เป็นแบบมาตรประเมิน (Rating scale) 3 ระดับ (เข้าร่วมทุกครั้ง/ เข้าร่วมบางครั้ง/ ไม่เคยเข้าร่วม) รวม 5 ข้อ คะแนนรวม 0-10 จัดระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ มาก (8-10) ปานกลาง (4-7) และน้อย (0-3)

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เป็นแบบ 3 ตัวเลือก (ใช่/ ไม่ใช่/ ไม่ทราบ) รวม 12 ข้อ คะแนนรวม 0-12 จัดระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ สูง (10-12) ปานกลาง (8-9) และต่ำ (0-7)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เป็นแบบมาตรประเมิน 3 ระดับ (เห็นด้วย/ ไม่แน่ใจ/ ไม่เห็นด้วย) รวม 7 ข้อ คะแนนรวม 7-21 จัดระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ มาก (17-21) ปานกลาง (13-16) และน้อย (7-12)

ปัจจัยสนับสนุนการป้องกันและการควบคุมโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ความเพียงพอของอุปกรณ์สำหรับดำเนินงานในชุมชน เป็นแบบมาตรประเมิน 3 ระดับ (ได้รับเพียงพอ/ ได้รับแต่ไม่เพียงพอ/ ไม่เคยได้รับ) รวม 8 ข้อ คะแนนรวม 0-16 จัดระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ มาก (13-16) ปานกลาง (10-12) และน้อย (0-9)

2. การสนับสนุนบทบาทการเป็น อสม. เป็นแบบมาตรประเมิน 4 ระดับ (ได้รับมาก/ ได้รับปานกลาง/ ได้รับน้อย/ ไม่ได้รับ) รวม 4 ข้อ คะแนนรวม 0-12 จัดระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ มาก (10-12) ปานกลาง (8-9) และน้อย (0-7)

บทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน เป็นแบบมาตรประเมิน 5 ระดับ (ทำทุกวัน/ ทำบ่อยครั้ง/ ทำบางครั้ง/ ทำนานๆครั้ง/ ไม่เคยทำ) รวม 16 ข้อ คะแนนรวม 0-64 จัดระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ดี (52-64) พอใช้ (39-51) และควรปรับปรุง (0-38) แบ่งเป็นด้าน ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังเชิงรุก (5 ข้อ รวม 20 คะแนน ระดับดี 16-20 คะแนน พอใช้ 12-15 คะแนน และควรปรับปรุง 0-11 คะแนน) ด้านวัคซีนป้องกันโรค (4 ข้อรวม 16 คะแนน ระดับดี 13-16 คะแนน พอใช้ 10-12 คะแนน และควรปรับปรุง 0-9 คะแนน) ด้านการสนับสนุนระบบบริการรักษาผู้ป่วยแยกกักตัว (2 ข้อรวม 8 คะแนน ระดับดี 7-8 คะแนน พอใช้ 5-6 คะแนน และควรปรับปรุง 0-4 คะแนน) ด้านการตรวจหาเชื้อด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit (2 ข้อ 8 คะแนน ระดับดี 7-8 คะแนน พอใช้ 5-6 คะแนน และควรปรับปรุง 0-4 คะแนน) ด้านการกักกันตัวประชาชนกลุ่มเสี่ยง (3 ข้อ รวม 12 คะแนน ระดับดี 10-12 คะแนน พอใช้ 8-9 คะแนน และควรปรับปรุง 0-7 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอผลการวิเคราะห์เพื่ออธิบายคุณลักษณะของตัวแปรด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย (Results)

อสม. เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.3 มีอายุเฉลี่ย 54.6 ปี (S.D. = 9.95) มีสถานภาพคู่สมรส/อยู่ด้วยกันร้อยละ 66.5 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 34.3 อาชีพหลักรับจ้างทั่วไปและธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขายร้อยละ 27.3 เท่ากัน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,341.33 บาท (S.D. = 8,168.10) มีสถานภาพอื่นนอกจากเป็น อสม. ร้อยละ 43.6 ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 16.0 ปี (S.D. = 9.88) เป็น อสม. เชี่ยวชาญร้อยละ 14.8

บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

ในภาพรวม อสม. ปฏิบัติตามบทบาทป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนระดับดีร้อยละ 33.5 ระดับพอใช้ร้อยละ 48.8 และระดับควรปรับปรุงร้อยละ 17.7 (Mean±SD = 47.70±10.89) โดยปฏิบัติบทบาทระดับพอใช้ถึงดีในด้านการสนับสนุนระบบบริการรักษาผู้ป่วยแยกกักตัวร้อยละ 87.3 (Mean±SD = 6.32±1.55) ด้านวัคซีนป้องกันโรคร้อยละ 86.2 (Mean±SD = 12.53±2.97) ด้านการเฝ้าระวังเชิงรุกร้อยละ 84.7 (Mean±SD = 14.80±3.53) ด้านการกักกันตัวประชาชนกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 73.0 (Mean±SD = 8.89±2.48) และด้านการตรวจหาเชื้อด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit ร้อยละ 61.0 (Mean±SD = 5.32±1.94) ตารางที่ 1

บทบาทที่ อสม. ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) ปฏิบัติทุกวันหรือบ่อยครั้ง ได้แก่ ร่วมมือกับ

หน่วยงานและชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ติดตามอาการของคนในชุมชนหลังเข้ารับการฉีดวัคซีน ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้เรื่องวัคซีน ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างการแยกรักษาตัวที่บ้าน คอยกระตุ้นให้ชาวบ้านมีการป้องกันตนเอง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยระหว่างการกักตัวที่บ้านหรือในชุมชน สำรวจรายชื่อคนในชุมชนในการฉีดวัคซีนและช่วยเหลือในการลงทะเบียนเพื่อเข้ารับวัคซีน และรายงานข้อมูลคนในชุมชนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเดินทางเข้ามาในพื้นที่แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ 1 บทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. (n=385)

บทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน	Mean (SD)	ระดับการปฏิบัติบทบาท; n (%)		
		ดี	พอใช้	ควรปรับปรุง
ภาพรวม	47.70 (10.89)	129 (33.5)	188 (48.8)	68 (17.7)
ด้านการเฝ้าระวังเชิงรุก	14.80 (3.53)	156 (40.5)	170 (44.2)	59 (15.3)
ด้านวัคซีนป้องกันโรค	12.53 (2.97)	176 (45.7)	156 (40.5)	53 (13.8)
ด้านการสนับสนุนระบบบริการรักษาผู้ป่วยแยกกักตัว	6.32 (1.55)	155 (40.3)	181 (47.0)	49 (12.7)
ด้านการตรวจหาเชื้อด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit	5.32 (1.94)	104 (27.0)	131 (34.0)	150 (39.0)
ด้านการกักกันตัวประชาชนกลุ่มเสี่ยง	8.89 (2.48)	152 (39.5)	129 (33.5)	104 (27.0)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19

ผลการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์ การได้รับข้อมูลหรือข่าวสาร ความรู้ การรับรู้ และปัจจัยสนับสนุน กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน ของ อสม. (ตารางที่ 2) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม ($p <0.001$) การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ($p =0.028$) ความเพียงพอของอุปกรณ์สำหรับการดำเนินงานในชุมชน ($p <0.001$) และการได้รับการสนับสนุนบทบาทการเป็น อสม. ($p <0.001$) ส่วนระยะเวลาการเป็น อสม. ความเชี่ยวชาญ การได้รับข้อมูลหรือข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์ในทางสถิติกับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน ($p >0.05$)

อภิปรายผล (Discussion)

ในภาพรวม อสม. ปฏิบัติบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนในระดับพอใช้ถึงดี โดยเฉพาะในด้านการสนับสนุนระบบบริการรักษาผู้ป่วยแยกกักตัว วัคซีนป้องกันโรค การเฝ้าระวังเชิงรุกและการกักกันตัวประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ (Chaobanpho, 2021) ที่พบว่า อสม. ปฏิบัติบทบาทด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในระดับดี การศึกษาของ วิทยา และนภัทร (Chinnabutr & Phakdisorawit, 2021) ที่พบว่า อสม. ปฏิบัติงานตามบทบาทในระดับดีทั้งในการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของ พิมพ์ชญา

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. (n=385)

ตัวแปร	บทบาทการป้องกันและควบคุมโรค				*p-value* [a]
	ระดับดี		ระดับพอใช้และควรปรับปรุง		
	n	*%*	*n*	*%*	
ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม.					0.660
≥ 10 ปี	92	34.2	177	65.8	
2 - 9 ปี	37	31.9	79	68.1	
ความเชี่ยวชาญ					0.784
เป็น อสม. เชี่ยวชาญ	20	35.1	37	64.9	
ไม่ได้เป็น อสม. เชี่ยวชาญ	109	33.2	219	66.8	
การได้รับข้อมูลข่าวสาร					0.209
มาก	127	34.0	246	66.0	
ปานกลางหรือน้อย	2	16.7	10	83.3	
การได้รับการฝึกอบรม					< 0.001*
มาก	122	39.9	184	60.1	
ปานกลางหรือน้อย	7	8.9	72	91.1	
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19					0.428
สูง	120	34.1	232	65.9	
ปานกลางหรือต่ำ	9	27.3	24	72.7	
การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19					0.028*
มาก	121	35.4	221	64.6	
ปานกลางหรือน้อย	8	18.6	35	81.4	
อุปกรณ์สำหรับการดำเนินงานในชุมชน					< 0.001*
เพียงพอมาก	92	43.8	118	56.2	
เพียงพอปานกลางหรือน้อย	37	21.1	138	78.9	
การได้รับการสนับสนุนบทบาท อสม.					< 0.001*
มาก	120	37.4	201	62.6	
ปานกลางหรือน้อย	9	14.1	55	85.9	

[a] วิเคราะห์ด้วย Chi-square test; [b] วิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test; * มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p<0.05*)

(Wuttichatthanon, 2021) ที่พบว่า อสม. มีความสำคัญอย่างมากในการปฏิบัติหน้าที่ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 การที่ อสม. ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปฏิบัติบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนได้ค่อนข้างดี อาจเนื่องจากได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่พบว่า อสม. ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในเกณฑ์มาก และเกือบทั้งหมดมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในเกณฑ์สูง ประกอบกับมีประสบการณ์ซึ่งโดยส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ อสม. มากกว่า 10 ปี ผลการปฏิบัติบทบาทดังกล่าวแสดงถึงความพร้อมของ อสม. ในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และโรคติดเชื้ออื่นๆ โดยเฉพาะบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนที่ อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกวันหรือบ่อยครั้งนั้นสอดคล้องกับกรอบบทบาทที่กรมควบคุมโรคกำหนดให้ อสม. ปฏิบัติเพื่อรองรับต่อการเฝ้าระวังเชิงรุกตามแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค การเป็นสื่อกลางประสานระหว่างหน่วยงานและคนในชุมชน การกระตุ้นให้คนในชุมชนป้องกันตนเองและติดตามอาการของคนในชุมชนหลังเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ด้วยการเยี่ยม ดูแล ติดตามผล และสังเกตอาการข้างเคียงในช่วงเวลาตามเกณฑ์ที่กำหนด (Department of Health Service Support, 2011) อย่างไรก็ตาม พบว่า บทบาทที่ อสม. ปฏิบัติค่อนข้างน้อยคือด้านการตรวจหาเชื้อด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit ได้แก่ สอนการใช้ชุดตรวจ ATK แก่กลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสผู้ติดเชื้อหรือผู้สงสัยว่าจะติดเชื้อ และให้คำแนะนำวิธีการใช้ชุดตรวจ ATK แก่ประชาชนทั่วไป อาจเนื่องมาจากกิจกรรมเหล่านี้ อสม. จะปฏิบัติเฉพาะช่วงที่มีการแพร่ระบาดหนักภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น

ด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อบทบาทของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน พบว่า (1) การได้รับการฝึกอบรมและการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรค โดยสัดส่วนของ อสม. ที่การได้รับการฝึกอบรมและมีการรับรู้ระดับมากปฏิบัติบทบาทระดับดีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกอบรมและมีการรับรู้ ระดับปานกลางหรือน้อย ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคที่ซับซ้อนและเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเข้าอบรมด้วยการถ่ายทอดความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จะช่วยให้ อสม. มีความเข้าใจ การรับรู้ และความเชื่อมั่นมากขึ้น ส่งผลให้ อสม. สามารถปฏิบัติบทบาทได้ดีขึ้น โดยในพื้นที่อำเภอเมืองได้จัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ให้กับ อสม. อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ร่วมกับการให้ข่าวสารผ่านสื่อประชาสัมพันธ์และกลุ่มสังคมออนไลน์ด้วย นอกจากนี้ อสม. ยังได้รับข่าวสารการระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งจากสื่อภายในประเทศและต่างประเทศหลายช่องทาง รวมทั้งประสบการณ์ตรงที่ได้รับจากการเป็นบุคคลด่านหน้าในการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ อสม. มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ อสม. สามารถปฏิบัติบทบาทได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ที่ว่าการรับรู้เป็นกระบวนการพื้นฐานที่ส่งผลไปถึงการปฏิบัติของแต่ละบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร, นภชา & นวพร (Nawsuwan, Singweratham & Damsangsawas, 2020) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. (2) ความเพียงพอของ

อุปกรณ์สำหรับการดำเนินงานในชุมชน และการได้รับการสนับสนุนบทบาทการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรค โดยสัดส่วนของ อสม. ที่มีอุปกรณ์สำหรับการดำเนินงานในชุมชนเพียงพอและการได้รับการสนับสนุนบทบาทการเป็น อสม.ระดับมากปฏิบัติบทบาทระดับดีสูงกว่ากลุ่มที่มีอุปกรณ์สำหรับการดำเนินงานในชุมชนเพียงพอและการได้รับการสนับสนุนบทบาทการเป็น อสม.ระดับปานกลางหรือน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ (Chaobanpho, 2021) ที่พบว่า เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการดำเนินงานไม่เพียงพอจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. และวิชัย (Siriworawatchai, 2021) ที่พบว่า การส่งเสริมบทบาทของ อสม. ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงานควรให้สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานที่เพียงพอและเหมาะสม นอกจากนี้ ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนและการหนุนเสริมจากบุคคลในครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หาก อสม. ได้รับการสนับสนุนจะช่วยให้สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ (Wongthi, 2021) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนบทบาทการเป็น อสม. ส่งผลต่อพฤติกรรมและบทบาทการป้องกันโรคโควิด 19 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อสม. ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนบทบาทการเป็น อสม.ระดับมาก ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากการเป็น อสม. ไม่ได้มีผลกระทบต่ออาชีพหลักที่ทำอยู่ อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมด้วย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน และคนในหมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม พบว่ามี อสม. ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เกือบกึ่งหนึ่งที่ระบุว่าอุปกรณ์สำหรับการดำเนินงานในชุมชนมีความเพียงพอระดับปานกลางหรือน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ เยาวลักษณ์ (Chaobanpho, 2021) ที่พบว่าเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการดำเนินงานของ อสม.ไม่เพียงพอ ซึ่งการที่ อสม. ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีอุปกรณ์สำหรับการดำเนินงานในชุมชนเพียงพอระดับปานกลางหรือน้อย อาจเกิดจากการได้รับสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์บางรายการ อาทิเช่น น้ำยาฆ่าเชื้อ น้ำยาทำความสะอาด สติ๊กเกอร์สัญลักษณ์ครัวเรือนที่ได้คัดกรอง และชุดตรวจ ATK จากหน่วยงานราชการกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานสาธารณสุขสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไปด้วยความล่าช้า ไม่ทันต่อสถานการณ์ระบาดในพื้นที่

สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and Recommendation)

อสม. เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.3 อายุเฉลี่ย 54.6 ปี สถานภาพคู่สมรส/อยู่ด้วยกันร้อยละ 66.5 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 34.3 อาชีพหลักรับจ้างทั่วไปและธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขายร้อยละ 27.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,341.3 บาท มีสถานภาพอื่นนอกจากเป็น อสม. ร้อยละ 43.6 ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 16.0 ปี เป็น อสม. เชี่ยวชาญร้อยละ 14.8 ในภาพรวม อสม. ปฏิบัติบทบาทป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนระดับดีร้อยละ 33.5 ระดับพอใช้ร้อยละ 48.8 และระดับควรปรับปรุงร้อยละ 17.7 โดยปฏิบัติบทบาทระดับพอใช้ถึงดีในด้านการสนับสนุนระบบบริการรักษาผู้ป่วยแยกกักตัวร้อยละ 87.3 ด้านวัคซีนป้องกันโรคร้อยละ 86.2 ด้านการเฝ้าระวังเชิงรุกร้อยละ 84.7 ด้านการกักกันตัวประชาชนกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 73.0 และด้านการตรวจหาเชื้อด้วยชุดตรวจ Antigen Test Kit ร้อยละ 61.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันและการควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอสม. และครอบครัว ความเพียงพอของอุปกรณ์สำหรับตนเองและครอบครัว ความเพียงพอของอุปกรณ์สำหรับดำเนินงานในชุมชน และการได้รับการสนับสนุนบทบาทการเป็น อสม.

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมบทบาทการป้องกันและการควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. ด้วยการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการสื่อสาร การให้คำแนะนำประชาชน และพฤติกรรมแบบอย่างในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และบูรณาการร่วมกับการประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวัง และการสร้างชุมชนปลอดภัยจากโรคโควิด 19

2. ควรสร้างเสริมศักยภาพของ อสม. ในการกระจายข่าวสารและสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน ด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการและนิเทศติดตามขณะปฏิบัติงานในชุมชน โดยเน้นหนักในด้านการให้คำแนะนำในมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิค 19 ตามแนวทาง D-M-H 100% และการตรวจ ATK

3. จัดหาและจัดระบบการสนับสนุนการปฏิบัติบทบาทของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิดในชุมชน โดยประสานและบูรณาการความร่วมมือและทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในช่วงการเปลี่ยนแปลงจากโรคอุบัติใหม่เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง รวมถึงประเมินผลการดำเนินงานของ อสม. ตามนโยบายและกลยุทธ์ของภาครัฐในแนวทางการปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน

2. ควรศึกษาการเตรียมความพร้อมหรือการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อรับมือกับโรคโควิด 19 ที่อาจกลับมาระบาดอีกครั้งและโรคอุบัติใหม่อื่นๆ ในชุมชน รวมถึง ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อในชุมชนของ อสม.

เอกสารอ้างอิง (References)

Aiamnui, S. (2021). Factors influencing surveillance and prevention practices of COVID-19 among village health volunteers in Kongkrailat District, Sukhothai Province. *Thai Journal of Public Health and Health Education*, 1(2), 75-90. (In Thai)

Centre for the Administration of the Situation due to the Outbreak of the Communicable Disease Coronavirus (COVID-19). (2022). The situation *of COVID-19 in Thailand as of September 10, 2022*. Retrieved September12, 2022, from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.prd.go.th/th/file/get/file/20210417a649948b858fd925f7c08c272ebca872075622.pdf. (In Thai)

Chaobanpho, Y. (2021). The role of village health volunteers in preventing the COVID-19 in Phrapradaeng District, Samutprakarn Province. *SSRU Journal of Public Administration*, 4(1), 44-58. (In Thai)

Chinnabutr, W. & Phakdisorawit, N. (2021). The Role of Village Volunteers (VHVS) in Preventing the coronavirus 2019 (COVID-19) outbreak according to government policy of Mueang District, Suphanburi Province. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, 6(2), 304-318. (In Thai)

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2022). *Long COVID: Long-term effects of COVID-19*. Retrieved September 3, 2022, from https://www.hfocus.org/content/2022/08/25686. (In Thai)

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Guidelines for surveillance, prevention, and control of Coronavirus Disease 2019 for medical and public health personnel*. Nonthaburi: Department of Disease Control. (In Thai)

Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2011). *A New Era of Village Health Volunteer Handbook*. Bangkok: Agricultural Cooperative Federation Printing Company Limited. (In Thai)

Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2020). *Organization of the VHV system and the public sector for local quarantine and home quarantine*. Retrieved November 26, 2021, from http://www.pcko.moph.go.th/eoc/srrt/13/4/17.pdf. (In Thai)

Ministry of Public Health. (2021). *Clinical practice guidelines for diagnosing, treating, and preventing hospital-acquired infection in case of coronavirus infection 2019 (COVID-19).* Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)

Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines for mental rehabilitation in the situation of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak*. Nonthaburi: AONE Printing Limited Partnership. (In Thai)

Ministry of Public Health. (2021). *Public health practices to prevent the spread of the coronavirus disease 2019 (COVID-19).* Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)

Ministry of Public Health. (2021). *Guidelines for patient service management for health facilities in case of coronavirus disease 2019 is a communicable disease under surveillance.* Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)

Ministry of Public Health. (2011). Ministry of Public Health Regulations 2011 on Village Health Volunteers B.E. 2554. *Government Gazette*. 128 (33D). (In Thai)

Nakhon Ratchasima Provincial Office. (2021). Nakhon Ratchasima Covid-19. Retrieved September 30, 2022, from https://covid-19.nakhonratchasima.go.th/. (In Thai)

Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. (2020). The *Registration information of VHVs who received compensation from 45 primary care units in Mueang Nakhon Ratchasima District*. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. (In Thai)

Nawsuwan, K., Singweratham, N. & Damsangsawas, N. (2020). Correlation of perception disease severity to implementation role for control of COVID-19 in communities among village health volunteers in Thailand. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 14(2): 92-103. (In Thai)

Office of Registration Administration, Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. (2021). *Population and homes classified by district and sub-district, Nakhon Ratchasima Province as of December 2021* Retrieved November 26, 2022, from http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx. (In Thai)

Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.

Siriworawatchai W. (2021). Factors influencing in-role performance of village health volunteer (VHV) on COVID-19 surveillance and prevention in Phuphiang District, Nan Province. *Maharat Nakhon Si Thammarat Medical Journal*, 4(2), 63-75. (In Thai)

Wayne W.D. (1995). Biostatistics: *A Foundation of Analysis in the Health Sciences*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons Inc. /www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019.

Wongthi, S. (2021). Factors affecting coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers, Sukhothai Province. [Thesis, Naresuan University]. (In Thai)

World Health Organization. (2021). *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*. Retrieved November 26, 2021, from https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019.

Wuttichatthanon, P. (2021). *Problem management and COVID-19 control of village in Sribunruang district, Nong Bua Lam Phu province.* [Thesis, Ramkhamhaeng University]. (In Thai)

Yang, J. & Zhao, Y. editor. (2020). *COVID-19 prevention guidelines*. Kunming: Yunnan Group Publishing Company, Retrieved November 20, 2021, from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://xn--y3cri.com/files/uploads/matter/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20Covid%20%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%88%E0%B8%B5%E0%B8%99%20(%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B9%81%E0%B8%9B%E0%B8%A5%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2)%20%E0%B9%80%E0%B8%89%E0%B8%9E%E0%B8%B2%E0%B8%B0%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2.pdf. (In Thai)

Strategic Management for the Development of Public Health Organizations in the VUCA World by Techniques of 3 Knows

Tawatchai Sunthonnon* Narong Chaitiang**

** Sirindhorn College of Public Health Trang, Praboromarajchanok Institute*

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

Corresponding author Email: tawatchai.sun006@hu.ac.th

Academic article

Received: 14 Jan 2023
Revised: 5 March 2023
Accepted: 10 March 2023

Abstract

This article aims to present guidelines for the development of public health organizations. By focusing on those at the primary level, in order to respond to, and keep up with the current situation, which is rapidly changing and severe. This situation is known as the "VUCA World", to prepare and develop continuously, be ready to adapt under strategic management, appropriate with the context. Strategic management is one way to help with public health administration. This helps with determining the direction of the organization, analyzing both the external and internal environments of the organization. Also, it helps in determining appropriate strategies suitable for the organization to apply those strategies. Lastly, it helps to control and evaluate the performance of the organization. Therefore, one of the goals of public health organizations is to focus on " Organization Development" appropriately. That is, strategic management for the development of public health organizations in the VUCA World, by techniques of 3 Knows: "Know the people, know us, and Know how to develop". This is a mechanism to drive organization with a clear approach and development continuously under effective management strategy.

Keywords: Strategic Management, Public Health Organizations Development, VUCA World

การบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาองค์กรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผันโดยใช้เทคนิค 3 รู้

ธวัชชัย สุนทรนนท์* ณรงค์ ใจเที่ยง**

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*

***คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*

บทความวิชาการ

วันรับ 14 มค. 2566
วันแก้ไข 5 มีค 2566
วันตอบรับ 10 มีค. 2566

บทคัดย่อ

บทความเรื่องนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาองค์กรสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นองค์กรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเพื่อให้สอดรับและก้าวทันกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง ซึ่งเรารู้จักในนาม “ยุคโลกพลิกผัน” ให้เตรียมความพร้อมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง พร้อมปรับตัวภายใต้การบริหารเชิงกลยุทธ์ที่มีเหมาะสมตามบริบทปรับตัวให้ทันต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การจัดการเชิงกลยุทธ์จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้การบริหารงานสาธารณสุข สามารถกำหนดทิศทางขององค์กรวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในองค์กร ช่วยกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับองค์กรเพื่อที่จะนำกลยุทธ์เหล่านั้นไปประยุกต์ปฏิบัติ และควบคุมประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรได้ ดังนั้นเป้าหมายหนึ่งขององค์กรสาธารณสุขคือการมุ่ง “พัฒนาองค์กร” ด้วยวิธีที่เหมาะสมนั้นคือ การบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาองค์กรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผันโดยใช้เทคนิค 3 รู้ คือ “รู้เขา รู้เรา และรู้พัฒนา” เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานตามแนวทางที่ชัดเจนและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้กลยุทธ์การบริหารที่ทรงประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การบริหารเชิงกลยุทธ์, การพัฒนาองค์กรสาธารณสุข, ยุคโลกพลิกผัน

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันเราทุกคนกำลังเรียนรู้และปรับตัวเพื่อความอยู่รอดในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World) ซึ่งมีความผันผวนเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันไม่ทันตั้งตัว มีความไม่แน่นอน มีความสลับซับซ้อนมีปัจจัยมากมายที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบการตัดสินใจ และความคลุมเครือไม่ชัดเจนทำให้ยากจะคาดเดาผลลัพธ์ได้ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงหรือพลิกผันอย่างสิ้นเชิง รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีได้เข้ามาเปลี่ยนโลก ส่งผลให้บุคคลและองค์กรจำเป็นต้องเร่งเรียนรู้ ปรับตัว และพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ให้ความสำคัญกับ 6 ยุทธศาสตร์หลัก หนึ่งในยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือ ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐมีขนาดที่เหมาะสม มีสมรรถนะสูง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล กระจายบทบาทภารกิจไปสู่ท้องถิ่นอย่างเหมาะสม และมีธรรมาภิบาลแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัลแบบก้าวกระโดดที่ส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ภูมิภาคและโลก การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมสูงวัย และทักษะของประชากรในศตวรรษที่ 21 ที่ทั่วโลกต่างต้องเผชิญกับความท้าทายและมุ่งพัฒนาประเทศไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมยุคใหม่ในยุคดิจิทัล พลวัตของเทคโนโลยีดิจิทัลก่อให้เกิดมิติของสังคมไทยในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงมุ่งสู่เศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล โดยนโยบายและแผนพัฒนาประเทศไทย และได้กำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายของการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม มุ่งเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวอย่างยั่งยืน ให้สอดคล้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์ คือ การปฏิรูปประเทศไทยสู่ดิจิทัลไทยแลนด์ (Digital Thailand) ซึ่งหมายถึง ยุคที่ประเทศไทยสามารถสร้างสรรค์ และใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเต็มศักยภาพในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน นวัตกรรม ข้อมูล ทุนมนุษย์และทรัพยากรอื่นใด เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน (Ministry of Public Health, 2016) โดยยุทธศาสตร์ของนโยบายและแผนดังกล่าวประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่ง นั่นคือ สร้างสังคมคุณภาพที่ทั่วถึงเท่าเทียมด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยมุ่งหวังที่จะลดความเหลื่อมล้ำทางโอกาส และมีการพัฒนาพลเมืองให้มีความฉลาดทางดิจิทัล การเข้าถึงและการรู้เท่าทันข้อมูล มีความรับผิดชอบในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างสร้างสรรค์และปลอดภัย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนทุกกลุ่มทุกช่วงวัย ครอบคลุมทั้งการศึกษาในระบบนอก ระบบและการศึกษาตลอดชีวิตความท้าทายที่เป็นพลวัตของโลกศตวรรษที่ 21 ที่เด่นชัด คือ การเตรียมความพร้อมให้ผู้เรียนสามารถรับมือกับโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ส่งเสริม และพัฒนากระบวนการคิดของผู้เรียนตามแนวทางการพัฒนาในศตวรรษที่ 21 เพื่อเผชิญกับความท้าทายของชีวิตดิจิทัลและสามารถปรับตัวให้เข้ากับชีวิตดิจิทัลในยุคโลกพลิกผันได้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโคโรน่าไวรัส หรือโควิด-19 ช่วงปลาย พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2564 ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงจนแพร่กระจายไปในประเทศต่างๆ ทั่วโลก กลายเป็นความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงอีกครั้งหนึ่งของมนุษยชาติ มนุษย์จึงจำเป็นต้องป้องกันตนเองเพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรง ชีวิตที่ผิดไปจากวิถีเดิม ๆ สู่ชีวิตวิถีใหม่ เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล ทั้งในส่วนที่เป็นแรงกดดันภายนอก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของบริบทเศรษฐกิจและสังคมโลก อันเนื่องจากการปฏิวัติดิจิทัล (Digital Revolution) การเปลี่ยนแปลงสู่อุตสาหกรรม 4.0 (The Fourth Industrial Revolution) การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ

2573 (Sustainable Development Goals: SDGs, 2030) ที่ประเทศไทยได้ให้สัตยาบัน รวมทั้งผลกระทบของการเป็นประชาคมอาเซียน และความต้องการกำลังคนที่มีทักษะในศตวรรษที่ 21 ประกอบกับแรงกดดันจากภายในประเทศจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ส่งผลให้ประเทศเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในยุคดิจิทัลอันใกล้ การติดกับดักประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ทัศนคติความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม และพฤติกรรมของประชากรที่ปรับเปลี่ยนไปตามกระแสโลกาภิวัตน์การเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศที่ส่งผลให้ทรัพยากรธรรมชาติถูกทำลายและเสื่อมโทรมอย่างรวดเร็ว (Ministry of Public Health, 2016)

ทั้งนี้องค์กรสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเสมอภาค โดยการมีส่วนรวมของประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วน เพื่อสร้างสังคมที่มีจิตสำนึกด้านสุขภาพให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี สู่เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุข ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงพันธกิจ 1. การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ และระหว่างประเทศให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ เสมอภาคทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินโดยเน้นชัดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน บริการเฉพาะทางและระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยทางสุขภาพ 3. ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคมในการมีส่วนร่วม สร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ 4. พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 5. กำหนดนโยบายทิศทางการวิจัย และการบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาองค์กรสาธารณสุขส่งเสริมให้เกิดให้บริการด้านสุขภาพทุกมิติอย่างมีมาตรฐานส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีการจัดการสุขภาพด้วยตนเองอย่างยั่งยืน และบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามเป้าประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และสอดรับก้าวทันกับการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกพลิกผัน(VUCA World) ต่อไป

การเปลี่ยนแปลงในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World)

ปัจจุบันโลกกำลังเกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ที่เรียกว่ายุคโลกพลิกผัน (VUCA World) ซึ่งเป็นสภาพที่ทุกคนต้องปรับตัวอย่างเร่งด่วนเพื่อรับมือกับ Volatility คือ ความผันผวนสูง เปลี่ยนแปลงฉับพลันอย่างรวดเร็วเป็นผลมาจากเทคโนโลยี Uncertainty เป็นสภาวะที่มีความไม่แน่นอน ทำให้ขาดความชัดเจนยากต่อการตัดสินใจ Complexity ความซับซ้อนที่จะทวีเพิ่ม มากขึ้นเรื่อย ๆ การเชื่อมต่อทางระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตทำให้ดูเหมือนโลกเล็กลงด้วยฐานข้อมูลขนาดใหญ่ Ambiguity ความคลุมเครือที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ สิ่งดังกล่าวนี้เป็นปัจจัยที่ท้าทายทำให้เกิดระบบปฏิบัติการต่างๆ (Platform) การจัดการเรียนรู้ใหม่ (Wongyai W, & Pattaphol M., 2019) VUCA World เป็นโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงพลิกผันอย่างรวดเร็ว VUCA World ถือว่าเป็น The New Normal หรือเป็นสภาวะปกติแบบใหม่ของโลกที่ผู้คนในสังคมจำเป็นต้องหาเทคนิค วิธีการหรือเครื่องมือในการอยู่กับ VUCA World ให้ได้ เพื่อให้ทันหรือนำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และเข้าถึงโอกาสใหม่ ๆ ที่เข้ามาด้วยการสร้างความพร้อมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีรวมถึงสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ อย่างไม่อาจคาดการณ์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาวการณ์ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World) ในปัจจุบัน

สภาวการณ์ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World)

สภาวะการณ์ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร การปรับเปลี่ยนประเทศไปสู่ประเทศไทย 4.0 โดยการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจของประเทศจากประเทศที่มีความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบด้าน “ความหลากหลายเชิงชีวภาพ” และ“ความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม” มาเป็นความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจอุตสาหกรรม “เพิ่มมูลค่า” ไปสู่โครงสร้างเศรษฐกิจอุตสาหกรรม “สร้างมูลค่า” ด้วย 3 กลไกการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 1) กลไกการขับเคลื่อนผ่านการสร้างและยกระดับผลภาพ 2) กลไกการขับเคลื่อนที่คนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง และ3) กลไกการขับเคลื่อนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นการค้นหากลไกการขับเคลื่อนใหม่ ๆ ที่จะสร้างความมั่งคั่งอย่างยั่งยืนให้กับประเทศไทยในศตวรรษที่ 21 โดยการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมที่มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

1) เปลี่ยนการผลิตสินค้า “โภคภัณฑ์” ไปสู่สินค้าเชิงนวัตกรรม

2) เปลี่ยนจากการขับเคลื่อนประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรมไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม และ

3) เปลี่ยนจากเน้นภาคผลิตสินค้าไปสู่การเน้นภาคการบริการมากขึ้น โดยกำหนดรูปแบบและองค์ประกอบการเปลี่ยนผ่าน ดังนี้

1. เปลี่ยนจากการเกษตรแบบดั้งเดิม ไปสู่การเกษตรสมัยใหม่ ที่เน้นการบริหารจัดการและเทคโนโลยีเป็นเกษตรกรแบบผู้ประกอบการ

2. เปลี่ยนจากธุรกิจขนาดย่อมแบบเดิม (SMEs) ไปสู่การเป็น Smart Enterprises และ Startups ที่มีศักยภาพสูง

3. เปลี่ยนจากธุรกิจบริการแบบเดิมที่มีการสร้างมูลค่าที่ค่อนข้างต่ำไปสู่ธุรกิจบริการที่มีมูลค่าสูง

4. เปลี่ยนจากแรงงานทักษะต่ำไปสู่แรงงานที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะสูงการปฏิวัติดิจิทัล (Digital Revolution) การเปลี่ยนแปลงสู่อุตสาหกรรม 4.0 (The Fourth Industrial Revolution) และการปรับเปลี่ยนประเทศไปสู่ประเทศไทย 4.0 จะเป็นแรงผลักดันให้ประชากรสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและแหล่งเรียนรู้ที่ไร้ขีดจำกัด สามารถพัฒนาองค์ความรู้ และสร้างปัญญาที่เพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ มีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารและระบบการเรียนรู้แบบเคลื่อนที่ (Mobile Learning) มาใช้มากขึ้น ดังนั้น การจัดการศึกษาของไทยจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ วางแผนพัฒนาและเตรียมกำลังคนที่จะเข้าสู่ตลาดงานเมื่อสำเร็จการศึกษาในระดับต่าง ๆ ปรับหลักสูตรและวิธีการเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่นหลากหลาย เพื่อพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของทรัพยากรมนุษย์ให้มีทักษะ ความรู้ความสามารถและสมรรถนะที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและการแข่งขันอย่างเสรีแบบไร้พรมแดนในยุคเศรษฐกิจและสังคม 4.0 กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ประเทศไทยได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ ระยะยาว 20 ปี (พ.ศ.2560 - 2579) เพื่อให้การพัฒนาประเทศมีความต่อเนื่องและมีแนวทางที่ชัดเจน โดยกำหนดวิสัยทัศน์ “ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมเป้าหมายให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นประเทศที่มีรายได้สูงภายในปี 2579 ภายใต้ระบบเศรษฐกิจและสังคมไทยที่มีการพัฒนาอย่างมั่นคงและยั่งยืน มีความเป็นธรรมในสงคม ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในภูมิภาคและโลกระบบเศรษฐกิจดิจิทัลเข้มแข็ง และเติบโตอย่างมีคุณภาพ เศรษฐกิจและสังคมพัฒนาอย่างเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ระบบการบริหารภาครัฐ มีประสิทธิภาพ ทันสมัย รับผิดชอบ โปร่งใสตรวจสอบได้ และประชาชนมีส่วน

ร่วม คนไทยในอนาคตจึงต้องมีศักยภาพและร่วมกันพัฒนาประเทศ สามารถปรับตัวรองรับบริบทการพัฒนาในอนาคต มีทักษะในการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง ภายใต้สังคมแห่งการเรียนรู้ที่คนไทยสามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จึงควรมีการบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) ที่ชัดเจนตรงประเด็นมาเป็นตัวช่วยกำหนดแนวทางสู่การพัฒนา

ความหมายของการบริหารเชิงกลยุทธ์

การบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการหรือการบริหารงานยุคใหม่ ที่มุ่งเน้นการเลือกใช้วิธีการในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกองค์กร

Wiratnipawan W. (2012) ได้ให้ความหมายไว้ว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นการดำเนินงานที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ลุ่มลึกและแยบคายเพื่อกำหนดทิศทางแนวทางแผนงาน กระบวนการในการดำเนินงาน การควบคุมตรวจสอบและเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์พร้อมทั้งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด Thiyao S. (2003) ได้ให้ความหมายการบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) ไว้ว่า โดยทั่วไปหมายถึงการตัดสินใจและดำเนินการเพื่อทำให้ได้ผลตามที่องค์กรกำหนดไว้ ซึ่งเน้นที่กระบวนการตั้งแต่การกำหนดกลยุทธ์ การนำเอากลยุทธ์ไปใช้และการประเมินผลกลยุทธ์เป็นกระบวนการวางแผน และทำให้มั่นใจว่าแผนนั้นได้นำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ในระยะยาว และยังมีนักวิชาการต่างประเทศที่ได้ให้ความหมาย การบริหารเชิงกลยุทธ์ Pitts, Robert A. & Lei, David. (2000) กล่าวว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นความคิดแผนงาน และการกระทำที่หน่วยงานนำมาใช้เพื่อก่อให้เกิดผลสำเร็จและได้เปรียบคู่แข่งขัน ซึ่งสอดคล้องกับ Pearce, John A., & Robinson, Richard B. (2009) ที่ได้ให้ความหมายการบริหารเชิงกลยุทธ์ว่าการบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นการตัดสินใจและการกระทำอย่างเป็นระบบนับตั้งแต่การวางแผน การกำกับ การจัดองค์การและการควบคุมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน ไรท์และคณะ (Wright and others) (1992) วิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Vision) การกำหนดจุดประสงค์ (Setting Objective) การกำหนดกลยุทธ์ (Strategic Formulation) และการปฏิบัติตามกลยุทธ์ (Setting Objective) การบริหารเชิงกลยุทธ์จึงเริ่มจากวิสัยทัศน์ จุดประสงค์ และการกำหนดกลยุทธ์ แล้วบริหารให้เหมาะสมจากความหมายดังกล่าวมาสรุปได้ว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์เป็นวิธีการบริหารจัดการที่เป็นระบบที่ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์และประเมินสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองคกร เพื่อวางแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์และก่อให้เกิดความได้เปรียบจากคู่แข่งขัน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายโดยอาศัยความคิดที่เป็นกลอุบายวิธีการหรือกี่ระบวนการในการดำเนินงานที่สำคัญประกอบด้วยการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม การกำหนดกลยุทธ์ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติการควบคุมและประเมินผล ซึ่งการบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์กรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World)

ความสำคัญของการบริหารเชิงกลยุทธ์

การบริหารเชิงกลยุทธ์ได้กลายเป็นหัวใจสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผัน(VUCA World) เนื่องจากองค์กรสาธารณสุขต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งจากสภาพแวดล้อมภายนอกและสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ส่งผลให้ผู้บริหารองค์กรจะต้องมีวิธีการบริหารงานที่ปรับตัว เปลี่ยนแปลงให้ทันต่อสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ นักวิชาการได้กล่าวถึงความสำคัญของการบริหารเชิงกลยุทธ์ ดังนี้

Saritwanich S. (2001) กล่าวถึงความสำคัญของการบริหารกลยุทธ์ว่า 1. ช่วยให้ผู้บริหารได้มีการตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เห็นโอกาสใหม่ ๆ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น ทำให้องค์กรสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมได้ดีกว่าคู่แข่งขัน สามารถใช้ประโยชน์จากโอกาสต่าง ๆ ที่เปิดให้และใช้จุดแข็งขององค์กรให้เกิดประโยชน์สูงสุดทำให้องค์กรสามารถอยู่รอดและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆที่เกิดขึ้นได้ช่วยให้องค์กรมีทิศทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน เห็นแนวทางที่องค์กรจะต้องปฏิบัติทำให้องค์กรแข็งแกร่ง ประสบความสำเร็จ โดยมุ่งไปสู่วัตถุประสงค์เดียวกันและเจริญเติบโตต่อไป3. เปิดโอกาสให้ผู้บริหารในระดับต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการบริหาร ทำให้ได้พัฒนาความคิดและช่วยลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้4. ช่วยให้องค์กรสามารถคาดการณ์ปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น โดยผู้บริหารมีการทำงานในลักษณะ Proactive ทำให้องค์กรสามารถปรับตัวได้ดีกว่าคู่แข่ง 5.ช่วยให้ผู้บริหารสามารถยกระดับผลการปฏิบัติงานขึ้นมาได้ ทำให้องค์กรสามารถบรรลุทั้งประสิทธิภาพ (Efficiency) คือบริหารงานบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ถ้ามีการบริหารกลยุทธ์ที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในช่วงของการกำหนดกลยุทธ์ การนำแผนไปปฏิบัติและควบคุมติดตามผล Mangchom P. (1997) กล่าวว่าความสำคัญในการบริหารเชิงกลยุทธ์ มีดังนี้

1. ช่วยให้องค์กรมีวัตถุประสงค์และกำหนดทิศทางในอนาคตที่ชัดเจน ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.ช่วยสร้างความสอดคล้องของการดำเนินการภายในองค์กร และทำให้หน่วยงานขององค์กรมุ่งไปสู่วัตถุประสงค์เดียวกัน

3. เปิดโอกาสให้ผู้บริหารในระดับต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการบริหาร ทำให้ได้พัฒนาความคิดและช่วยลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นได้

4. ช่วยให้องค์กรสามารถคาดการณ์ปัญหาจากการเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในและภายนอกองคกรที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

5. ช่วยให้ผู้บริหารระดับสูง สามารถบริหารองค์กรได้อย่างกว้างขวาง ทำให้ช่วยลดความเสี่ยงได้

ทั้งนี้ Yenkongka B. (2001) กล่าวว่าความสำคัญของการบริหารเชิงกลยุทธ์ สอดคล้องกับ Chunphatharak C. (2001) กล่าวถึง ความสำคัญของการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่ว่า 1. การบริหารเชิงกลยุทธ์ทำให้ผู้บริหารสามารถวางแผนล่วงหน้าที่นต่อเหตุการณ์สามารถแข่งขันกับคู่แข่งขันได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. ทำให้สามารถวิเคราะห์ตรวจสอบสภาพแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในองค์กรทำให้การกำหนดกลยุทธ์ในระดับต่าง ๆ มีประสิทธิภาพ 3. การบริหารเชิงกลยุทธ์ทำให้ผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง และพนักงานในทุกระดับปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายย่างมีทิศทางเดียวกัน ส่งผลทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน 4. การบริหารเชิงกลยุทธ์ จะช่วยให้องค์กรสามารถกำหนดจุดประสงค์และทิศทางการดำเนินงานในอนาคตมีความชัดเจน โดยมุ่งการดำเนินงานทั้งในปัจจุบันและอนาคต และสามารถทำให้องค์กรสามารถดำเนินงานตามทิศทางที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารงานรู้เขา

จากข้อมูลข้างต้นทำให้เห็นว่า การบริหารเชิงกลยุทธ์มีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World) พร้อมสำหรับการปรับตัวภายใต้การบริหารเชิงกลยุทธ์ที่มีเหมาะสม ปรับตัวให้ทันต่อภาวะการแข่งขันที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา องค์กรสาธารณสุขจึงควรมุ่ง “พัฒนาองค์กร” เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นภายใต้กลยุทธ์การบริหารที่ทรงประสิทธิภาพ จึงขอเสนอแนวคิดทางวิชาการ 3 รู้ : การบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ในยุคโลกพลิกผัน

(VUCA World) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการบริหารเชิงกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้

รู้ที่ 1 รู้เขา : การวิเคราะห์ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

สำหรับองค์กรสาธารณสุข ในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World) ให้ความสำคัญกับความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงานสาธารณสุขให้บรรลุสู่ความสำเร็จ ซึ่งแนวคิดพื้นฐานผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Focus) จะทำให้องค์กรมีวิธีการในการสื่อสาร สร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อรักษาความสัมพันธ์และตอบสนองความต้องการกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ ซึ่งได้นำเสนอในด้านความหมาย ความสำคัญ และแนวคิดที่สำคัญซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความหมายผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ทั้งนี้ข้อมูลจาก Office of the Public Sector Development Commission and the National Productivity Institute. (2015) กล่าวถึงความสำคัญผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นการตรวจประเมินองค์กรในการความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อความสำเร็จในระยะยาว รวมทั้งวิธีการในการค้นหาสารสนเทศผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียการสร้างความสัมพันธ์ และการใช้สารสนเทศผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อปรับปรุงและค้นหาโอกาสในการสร้างนวัตกรรมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง บุคคล ชุมชน หรือองค์กรที่ให้ความสนใจต่อผลการดำเนินการและกิจกรรมและแผนงานขององค์กร ซึ่งผลการดำเนินงานขององค์กรนั้นสามารถส่งผลบวกและผลลบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตัวอย่างของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ลูกค้า ผู้ส่งมอบ ผู้ถือหุ้น ผู้แทนจำหน่าย ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ ตัวแทนผู้รับบริการด้านสาธารณสุข สื่อสารมวลชน หรือองค์กรมูลนิธิที่ไม่แสวงหาผลกำไร (NGOs) ซึ่งสามารถแบ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็น 3 กลุ่มได้ดังนี้คือ

1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (Key Stakeholders) คือผู้ซึ่งสามารถมีอิทธิพลที่สำคัญ หรือมีความสำคัญต่อความสำเร็จของกิจกรรม เช่น ลูกค้า ผู้ส่งมอบ มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญต่อการผลิตและ/หรือการบริการตลอดจนการปรับปรุง

2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขั้นพื้นฐาน (Primary Stakeholders) คือบุคคลหรือกี่ลุ่มบุคคล ผู้ซึ่งได้รับผลกระทบจากกิจกรรม ซึ่งอาจจะได้รับผลกระทบทางบวก หรือทางลบได้โดยทั่วไปจะเป็นองค์กรที่เป็นส่วนหนึ่งในห้วงโซ่อุปทาน (Supply Chain) เช่น ผู้รับบริการด้านสาธารณสุข (Consumer)ตัวแทนทางการค้า (Dealer) ผู้ผลิตในขั้นต้น (Primary Production) จะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงราคาขาย การปรับเปลี่ยนนโยบายทางการค้าทั้งการจัดซื้อและการขาย เป็นต้น

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขั้นรอง (Secondary Stakeholders) คือทุกหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อองค์การโดยตรง เช่น กิจกรรมบางประเภทที่เป็นที่เฝ้าติดตามจากหน่วยงานภายนอก ได้แก่ กิจกรรมโรงพยาบาลองค์กรสื่อสารมวลชนจะให้ความสนใจต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล การบริการตามระบบที่เป็นมาตรฐาน การป้องกันความเสี่ยง เป็นต้น หรือกิจกรรมการค้าสินค้าโภคภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ เช่น อาหาร น้ำมัน ยารักษาโรค องค์กรภายนอกย่อมให้ความสนใจต่อการกำกับดูแลกิจกรรมขององค์กร เช่น การโฆษณาเกินจริง คุณภาพและความปลอดภัยของการใช้ผลิตภัณฑ์ การควบคุมด้านกลไกราคาที่เป็นธรรมต่อผู้รับบริการด้านสาธารณสุข กิจกรรมขององค์กรเหล่านี้จึงจำเป็นต้องมีการกำกับดูแลกิจการที่ดี (Good Governance)

ดังนั้น ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงหมายถึง บุคคล ชุมชน หรือองค์กรที่ให้ความสนใจต่อผลการดำเนินการขององค์กร ที่สามารถส่งกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กรได้

ความสำคัญของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

องค์กรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World) จำเป็นต้องดำเนินงานและการปรับปรุงขององค์กรเป็นที่สนใจต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ความสนใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการสาธารณสุขหรือกิจกรรมการดำเนินงานและนโยบายขององค์กรสามารถให้ประโยชน์หรือผู้ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง การปรับปรุงที่มีประโยชน์ให้กับองค์กรหนึ่งอาจส่งผลกระทบทางลบต่ออีกองคกรหนึ่ง เช่น การให้บริการสาธารรสุขเชิงรุกในชุมชน จะได้รับผลกระทบทางบวกจากกรณีที่ได้รับความพึงพอใจจากผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นองค์กรต้องมีให้ความสำคัญต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อการรับฟังความคิดเห็น การพิจารณาการสื่อสาร ความเสี่ยงและผลกระทบจากกิจกรรมการดำเนินงานขององค์กร การลดผลกระทบทางด้านลบต่อองค์กร การเสริมภาพบวกต่อองค์กร การกำหนดบทบาทหน้าที่ต่อความรับผิดชอบต่อสังคมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร ผลจากการรับฟังความคิดเห็นจะนำไปสู่การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และการจัดทำแผนงานในการบริหารจัดการขององค์กร ทำให้ต้องมีการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อการจัดทำแผนการดำเนินงานและการปรับปรุงองค์กรให้ดีขึ้น เพื่อส่งผลให้เกิด 1) ความสนใจต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทุกองค์กร ทุกภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้ซึ่งอาจมีผลกระทบหรือได้รับผลกระทบจากแผนงานกิจกรรมขององค์กร 2) ความเสี่ยงและความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับแผนงาน 3) โอกาสและความสำเร็จในการนำแผนงานไปปฏิบัติ 4) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ช่วยสนับสนุนต่อความสำเร็จของแผนงาน 5) วิธีการปรับปรุงแผนงาน การลดผลกระทบทางด้านลบ และข้อด้อยของแผนงาน

แนวคิดผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การนำผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารเชิงกลยุทธ์นั้นสามารถดำเนินการได้ดังที่ Chua-am W. (2010) ได้กล่าวถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรในการจัดการศึกษา มีโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ คือ 1) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของชุมชน ได้แก่ บทบาทหน้าที่ขององค์กรตามกฎหมายงบประมาณ ภาวะผู้นำ และวิสัยทัศน์ของผู้บริหารและบุคลากร 2) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่การดำเนินงานขององค์กร ทัศนคติที่มีต่อการกระจายอำนาจการบริหาร สอดคล้องกับ Jirapakphong C. (2013) ได้ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้มีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ คือการเข้ามาเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความสามารถทาง วิชาการการมีอุปกรณ์ สื่อการศึกษาเทคโนโลยีสารสนเทศที่เพียงพอ การจัดระบบสวัสดิการการมีฐานข้อมูลให้บริการและการสำรวจความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในทิศทางเดียวกันกับ Higgins, James M. & Vincze, Julian W. (1993) ได้เสนอรูปแบบการกำหนดกลยุทธ์มีองค์ประกอบและกระบวนการที่สำคัญ ควรมีการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders Analysis) ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรมีส่วนช่วยในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าประสงค์หลักของหน่วยงานได้ถูกต้อง เนื่องจากหน่วยงานไม่เพียงแต่มีความผูกพันธุ์กับผู้รับบริการเท่านั้น แต่ยังมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆอีกด้วย ผู้มีส่วนได้เสียต่อองค์กร (Stakeholder Influence) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการวางแผนและการดำเนินงานของหน่วยงาน จำแนกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ผู้มีส่วนได้เสียภายในองค์กร (Internal Stakeholders) ได้แก่ ผู้บริหารทุกระดับและเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงาน

2. ผู้มีส่วนได้เสียโดยตรงในการรับบริการ (Marketplace Stakeholders) เช่น ผู้รับบริการ พันธมิตร ผู้รับจ้าง เป็นต้น

3. ผู้มีส่วนได้เสียในสงคมแต่อยู่นอกองค์กร (External Stakeholders) เช่นคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค คณะกรรมกสารและยา ภาคีเครือข่ายด้านสุจภาพ องค์กรพัฒนาเอกชนและสื่อมวลชน รวมทั้งกลุ่มการเมืองที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นต้น ซึ่งทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและป้องกันและแก้ไขข้อขัดแย้ง ข้อร้องเรียนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อให้เกิดความเป็นยุติธรรมทั้งสองฝ่าย

สรุป ในยุคโลกพลิกผันองค์กรสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับตัวด้วยการนำหลักการบริหารเชิงกลยุทธ์โดยให้ความสำคัญกับการ “รู้เขา” คือ การวิเคราะห์ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้วยการรับฟังความคิดเห็น การพิจารณาการสื่อสาร ความเสี่ยงและผลกระทบจากกิจกรรมการดำเนินงานขององค์กร เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจนเกิดความเป็นเจ้าของร่วมกัน และพร้อมทุกสถานการณ์เปลี่ยนแปลงอย่างเท่าทันและเหมาะสม

รู้ที่ 2 รู้เรา : การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร

การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผัน(VUCA World) มีความจำเป็นต้องรู้จักว่าองค์กรของตนเป็นอย่างไรก่อนจะดำเนินการแก้ปัญหาและพัฒนาอย่างตรงจุดตรงประเด็น โดยการวิเคราะห์กลยุทธ์ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรสาธารณสุข โดยทำการวิเคราะห์ปัจจัยของสภาพแวดล้อมภายนอก และปัจจัยของสภาพแวดล้อมภายในที่มีผลกระทบและอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการการบริหารขององค์กรสาธารณสุข แม้ว่าสภาพแวดล้อมรอบองค์กรจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามพลวัตของสังคม แต่ผลการวิเคราะห์อาจช่วยให้เพียงพอต่อการกำหนดทิศทางการบริหารองค์กรสาธารณสุขให้เกิดประสิทธิผลได้พอสมควร โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์เป็นพื้นฐานของกระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า องค์กรจะประสบความสำเร็จตามที่ได้วางไว้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือการวิเคราะห์ค่านิยม(Expectation, Objective and Power)การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน(Resource)การวิเคราะห์ค่านิยม(Expectation, Objective and Power)การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Analysis) การสร้างทางเลือก(Generation of Option) การวางแผนทรัพยากร(Resource Planning) ทางเลือกเชิงกลยุทธ์ (Strategic Choice) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ(Strategic Implementation) การประเมินทางเลือก(Evaluation of Options) โครงสร้างองค์กร (Organization Structure) การกำหนดทางเลือกที่แน่นอน(Selection of Strategy) การพัฒนาคนและระบบ (People and Systems)

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองคกร คือการวิเคราะห์ถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ การเมืองสังคม อุตสาหกรรม และธุรกิจที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยพิจารณาถึงทิศทางการเปลี่ยนแปลงทั้งในระยะส้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อหาข้อสรุปว่าถ้าการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมส่งผลกระทบต่อองค์กรในเชิงบวกถือว่าเป็นโอกาส แต่ถ้ากระทบต่อองค์กรในเชิงลบถือว่าเป็นอุปสรรค

2. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร คือการพิจารณาถึงโครงสร้างองค์กรทรัพยากรต่าง ๆ ขององค์กรเพื่อประเมินให้ทราบถึงกำลังความสามารถที่จะดำเนินงานให้สำเร็จภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เป็นอยู่และเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นด้านการเงิน เทคโนโลยีสถานที่ตั้ง ฐานลูกค้าเมื่อเปรียบเทียบกับคู่แข่งแล้วจะเป็นจุดอ่อน หรือจุดแข็ง

3. การวิเคราะห์ทัศนคติ ค่านิยม ความคาดหวังตลอดจนวัฒนธรรมขององค์กรเพราะการที่จะดำเนินแนวนโยบาย หรือการวางแผนกลยุทธ์ให้ได้ผลนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อเท็จจริงในการทำแผนให้สามารถปฏิบัติได้ ส่วนแนวความคิดค่านิยมในองค์กรอาจมีความแตกต่างหรือขัดแย้งกัน จึงต้องคำนึงถึงบทบาทและอำนาจหน้าที่จะผลักดันแนวนโยบายให้สำเร็จการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์นั้น เป้าหมายสำคัญคือการกำหนดตำแหน่งทางกลยุทธ์โดยพิจารณาถึงทิศทางการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมและข้อเท็จจริงในจุดอ่อนและจุดแข็งขององค์กร ตลอดจนค่านิยมต่าง ๆเพื่อที่จะทำให้การวางตำแหน่งมีความสอดคล้องกันสามารถปรับตัวไปตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมอันเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางเลือกเชิงกลยุทธ์ เป็นขั้นตอนหลังจากที่ได้วิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ แล้วในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

1.การกำหนดแนวทางหรือทางเลือกทางกลยุทธ์ (Strategic Option) กล่าวคือภายหลังจากที่ได้มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกและภายในตลอดจนค่านิยมขององค์กรแล้ว จะเป็นขั้นตอนที่จะดูถึงความเป็นไปไม่ได้ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาองค์กร เพื่อให้ไปสู่แนวทางที่จะสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม และตั้งอยู่บนพื้นฐานของจุดอ่อน จุดแข็ง และความเป็นไปได้ของการนำไปปฏิบัติ บนพื้นฐานของการศึกษาค่านิยมของกลุ่มต่าง ๆ การกำหนดทางเลือกเชิงกลยุทธ์นั้น ย่อมหมายถึงการกำหนดทิศทางกลยุทธ์ (Strategic Direction) กล่าวคือเป็นการกำหนดแนวทางการพัฒนาขององค์กรไปสู่อนาคต เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวของการพัฒนาองค์กร ตลอดจนการกำหนดแนวทางหรือกี่ลยุทธในทางเลือกต่าง ๆเพื่อที่จะบรรลุสู่ทิศทางที่ได้กำหนดไว้

2. การประเมินทางเลือกเชิงกลยุทธ์ เมื่อมีการกำหนดทางเลือกในเชิงกลยุทธ์หลาย ๆ แนวทางแล้วจะมาสู่ขั้นตอนศึกษาถึงความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวทางกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือเป็นการประเมินถึงทางเลือกที่ดีที่สุด แนวทางเลือกที่ดีที่สุดนั้นจะต้องเป็นแนวทางที่คำนึงถึงจุดอ่อนจุดแข็งขององค์กรและความเป็นไปได้ที่จะมีการปฏิบัติบนพื้นฐานของค่านิยม และเป็นแนวทางที่สามารถดำเนินไปอย่างสอดคล้องกับโอกาสที่เปิดกว้างของอนาคตตลอดจนี้เป็นแนวทางที่สามารถจะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันภยันตรายของการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม แนวทางดังกล่าวอาจจะเรียกว่า “กลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุด” (Strategic Fit) โดยสรุป ในการประเมินทางเลือกเชิงกลยุทธ์นั้นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดก็คือต้องการที่จะดูถึงกลยุทธ์ แนวทางหรือนโยบายที่เหมาะสมที่สุดในความเป็นไปได้ และแนวทางที่สามารถสร้างความก้าวหน้าให้กับองค์กรได้ดีที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติภายหลังจากที่ได้มีการตัดสินใจในการกำหนดกลยุทธ์และทิศทางในการพัฒนาหรือที่เราเรียกว่า “ทิศทางกลยุทธ์” (Strategic Direction) ก็จะมาสู่ขั้นตอนการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่จะมีการวางแผนใช้ทรัพยากรไม่ว่าจะเป็นด้านการเงินการกำหนดบุคลากรหรือการสร้างทีมงาน หรือเครือข่าย นอกจากนั้นยังหมายถึง องค์ประกอบในการจัดแบ่งโครงสร้างองค์กรรวมทั้งการกำหนดระบบในการบริหาร ตลอดจนการกำหนดระบบเกี่ยวกับสารสนเทศและการสร้างค่านิยมหรือวัฒนธรรมีองค์กร

Boonbongkan J, & Kecharanun N. (2006) กล่าวว่า กระบวนการบริหารเชิงกลยุทธ์ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (Environment Analysis) ผู้บริหารหรือนักกลยุทธ์ต้องศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยในด้านต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือสภาพแวดล้อมภายนอก และสภาพแวดล้อมภายในองค์กร

2. การกำหนดทิศทางองค์กร (Set Organization Direction) ผู้บริหารจะนำข้อมูลต่าง ๆที่ได้รับจากการวิเคราะห์โอกาสและข้อจำกัด มาทำการประมวลผลเพื่อใช้กำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ ขององค์กร โดยที่การกำหนดทิศทางขององค์กร สามารถกระทำได้ในลักษณะของการกำหนดภารกิจและการตั้งเป้าหมายขององค์กร

3. การกำหนดกลยุทธ์ (Strategy Formulation) หมายถึง การนำทิศทางขององค์กรที่กำหนดไว้อย่างกว้าง ๆ มาพัฒนา เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในอนาคตขององค์กร

4. การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation) หมายถึง การนำกลยุทธ์ที่ถูกกำหนดขึ้นไปประยุกต์ในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการจัดโครงสร้างบุคลากร และการประสานงานร่วมมือกันอย่างเป็นระบบ

5. การควบคุมและการประเมินกลยุทธ์ (Strategy Evaluation and Control) หมายถึง การติดตามและตรวจสอบ วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางปรับปรุงและพัฒนาให้กลยุทธ์ที่กำลังดำเนินอยู่เกิดความสอดคล้องกับสถานการณ์จริง

สรุป ในยุคโลกพลิกผันองค์กรสาธารณสุขจำเป็นต้องนำหลักการบริหารเชิงกลยุทธ์มาปรับใช้โดยให้ความสำคัญกับการ “รู้เรา” คือการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร เนื่องจากองค์กรจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามพลวัตของสังคม โดยเริ่มต้นจากการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ การประเมินทางเลือกเชิงกลยุทธ์ และการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในยุคโลกพลิกผันปรับใช้อย่างเหมาะสมและทันต่อสถานการณ์

รู้ที่ 3 รู้พัฒนา : การพัฒนาบุคลากรในองค์กร

การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World) ปัจจัยสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for Health) เป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพราะเป็นทั้งผู้สร้างและผู้นำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้อีกทั้งยังเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ขึ้นในหมู่ประชาชน ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นทรัพยากรด้านสุขภาพที่จึงมีความสำคัญที่จะปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขแนวคิดพื้นฐานการพัฒนาบุคลากร Chaitiang N, et al. (2022)

การพัฒนาบุคลากรมีความจำเป็นสำหรับการบริหารที่จะสงเสริมประสิทธิภาพการทำงาน การเพิ่มพูนความรู้ทักษะและเจตคติที่ดีของบุคลากร ตลอดจนเปนการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน ผู้วิจัยได้นำเสนอความหมาย ความสำคัญ และแนวคิดที่สำคัญของการพัฒนาบุคลากรไว้ดังนี้

ความหมายการพัฒนาบุคลากร

องค์ประกอบด้านการพัฒนาบุคลากรว่าเป็นการตรวจประเมินความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังด้านบุคลากร และในการสร้างสภาพแวดล้อมด้านบุคลากร ที่ก่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี รวมทั้งตรวจประเมินถึงวิธีการสร้างความผู้กพัน บริหารจัดการและพัฒนาบุคลากร เพื่อนำศักยภาพของบุคลากรมาใช้อย่างเต็มที่เพื่อสนับสนุนพันธกิจ ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการของส่วนราชการการพัฒนาบุคลากร หมายถึงการให้การศึกษาในอันที่จะส่งเสริมความรู้ความสามารถ ความถนัดและทักษะบุคลากร ทั้งนี้มีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพของคนในองค์กรให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ดียิ่งขึ้น ทั้งในด้านความรู้ความสามารถความชำนาญและประสบการณ์ นอกจากนี้การพัฒนาบุคลากรยังมีความหมายที่จะพัฒนาทัศนคติหรือเจตคติของการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทางที่ดีมีกำลังใจในการทำงานและมีความคิดที่จะปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น การพัฒนาบุคคลจะ

นำมาใช้กับบุคลากรระดับบริหารเพื่อเสริมสร้างความรู้ประสบการณ์ตลอดจนแนวคิดต่าง ๆให้บุคลากรในระดับนี้สูงยิ่งขึ้น เพื่อรองรับความเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนการขยายตัวขององค์กรและการปรับโครงสร้างของระบบงาน ด้วยเหตุผลดังกล่าวองค์กรจึงจำเป็นต้องผู้บริหารระดับต่าง ๆให้มี ความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ที่จะปฏิบัติงานในระดับสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

จากความหมายของการพัฒนาบุคลากรที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า ในการพัฒนาบุคลากรเป็นการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความรู้ประสบการณ์รวมทั้งแนวคิด และยังเป็นกระบวนการให้บุคคลเจริญในหน้าที่การงานมีทักษะในการทำงานดีขึ้น ทำให้เกิดความชำนาญในหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ทั้งในปัจจุบันและอนาคต เพราะองค์กรมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจึงจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากรให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นความสำคัญของการพัฒนาบุคลากรการพัฒนาบุคลากร นับเป็นกระบวนการที่มีความจำเป็นมากในการบริหารงานบุคลากรและเป็นกระบวนการที่จะต้องกระทำต่อเนื่องกันไปตลอดระยะเวลาที่องค์กรดำเนินอยู่ซึ่งมีวิธีการพัฒนาบุคลากรแตกต่างกันออกไปในแต่ละหน่วยงาน ในการพัฒนาบุคลากรมีหลักการที่ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ควรตอบสนองความต้องการขององค์การ
2. ควรมีการวางแผนในการพัฒนาบุคลากร
3. ควรตอบสนองความต้องการของบุคลากร
4. ควรสนองความต้องการของชุมชนที่องค์การนั้นตั้งอยู่

นอกจากนั้นการพัฒนาบุคลากร มีวัตถุประสงค์ซึ่งสามารถแบ่งการพิจารณาได้เป็นลักษณะต่าง ๆได้ 3 ลักษณะคือ

1. วัตถุประสงค์โดยทั่วไป เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากร สร้างความสัมพันธ์ ระหว่างบุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ สร้างกำลังใจและทัศนคติที่ดีให้แก่บุคลากร เสริมสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร บำรุงรักษาบุคลากรและสามารถทดแทนการขาดูแคลนบุคลากรได้และเป็นการใช้ทรัพยากรต่าง ๆได้อย่างถูกต้องและคุ้มค่า

2. วัตถุประสงค์ขององค์กร เพื่อเสริมสร้างขวัญทัศนคติและความสนใจในการปฏิบัติงานของพนักงานให้ดียิ่งขึ้น ใช้เพื่อสอนแนะวิธีการทำงานที่ถูกต้อง เหมาะสมหรือดีที่สุดแก่พนักงาน เป็นการพัฒนาการปฏิบัติงานของพนักงานขององค์การให้ได้รับผลผลิตสูงสุด ลดความสิ้นเปลืองและป้องกันอุบัติเหตุอันอาจจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาฝีมือในการปฏิบัติงานของพนักงาน ให้สามารถรู้ถึงระบบและวิธีการทำงานที่ถูกต้อง และรู้จักใช้เครื่องมือต่าง ๆได้อย่างถูกต้อง และเพื่อฝึกฝนบุคคลเตรียมไว้เพื่อความเจริญก้าวหน้าของงาน และการเพิ่มขยายองค์การหรือตั้งหน่วยงานใหม่ในอนาคต

3. วัตถุประสงค์ของบุคลากร เพื่อความเจริญก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานของตน ทำให้มีโอกาสได้รับการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งให้สูงขึ้นไปได้ ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น พัฒนาทัศนคติและบุคลิกภาพให้ถูกต้องดีงามและเหมาะสม พัฒนาทักษะหรือฝีมือในการทำงานให้ดีขึ้น ฝึกฝนความสามารถการใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ สร้างให้เกิดเรียนรู้และลดการเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ปรับปรุงสภาพการทำงานของตนให้ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้น สร้างให้เข้าใจนโยบายและเป้าหมายขององค์การที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ได้ดียิ่งขึ้น จะได้สามารถปฏิบัติตนและทำงานได้อย่างถูกต้องและเกิดความพึงพอใจในการทำงานแนวคิดการพัฒนาบุคลากร บุคลากรขององค์กรมีส่วนสำคัญในการบริหารภายในองค์กรซึ่งกระบวนการพัฒนากลยุทธ์การบริหารบุคลากรต้องเริ่มจากการคิดกลยุทธ์การบริหารบุคลากรแลวเลือกทางเลือกเชิงกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุด โดยทางเลือกจะต้องมีความเป็นไปได้สูง ได้แก่ 1. การ

เชื่อมโยงที่ตอบสนองต่อความต้องการขององค์กร 2. สอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กรที่มีอยู่หรือที่ต้องการ 3. มีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะและทิศทางขององค์กร 4. ช่วยให้องค์กรจัดการกับแรงกดดันภายนอกได้อย่างมีประสิทธิผล 5. เน้นเรื่องที่มีความจำเป็นมาก 6. สามารถช่วยตอบคำถามพื้นฐานได้ 7. มีการวิเคราะห์อย่างละเอียดลึกซึ้ง 8. ประสานงานระหว่างผู้บริหารระดับสูงที่มีประสบการณ์และมีการวินิจฉัยเป็นกลุ่ม 9. ตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริหารตามสายงานและบุคลากรโดยรวม รวมทั้งองค์กรและผู้ได้ผลประโยชน 10. คาดคะเนปัญหาที่จะเกิดจากการใช้กลยุทธ์ ถ้าผู้บริหารตามสายงานไม่ให้ผูกมัดตามกลยุทธ์ และ/หรือขาดทักษะและเวลาดำเนินกลยุทธ์ 11. คาดคะเนปัญหาที่จะเกิดเพราะความรุนแรงหรือการที่บุคลากรไม่เห็นด้วย 12. องค์กรมีทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อดำเนินกลยุทธ์ 13. สนับสนุนการแสวงหาหรือการพัฒนาคนให้มีทักษะที่จำเป็นสำหรับการบริหาร ตลอดจนดำเนินการตามกลยุทธ์และธำรงรักษาองค์การในอนาคต 14. ครอบคลุมองค์ประกอบที่สนับสนุนซึ่งกันและกัน และ 15. สามารถนำไปทำให้เป็นโปรแกรมที่ปฏิบัติได้

Nunkliang P. (2013) ได้ศึกษารูปแบบการบริหารเชิงกลยุทธ์ควรให้ความสำคัญกับการมุ่งเน้นบุคลากร การจัดการกระบวนการพัฒนา และเน้นที่ผลลัพธ์ขององค์กร แนวคิดการบริหารกับมิติการจัดการประกอบด้วยคุณสมบัติที่ทำให้องค์กรเป็นเลิศ 8 ประการ ดังนี้

1. การมุ่งเน้นที่การปฏิบัติ (Bias for Action)

2. การมีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการ (Close to the Customer)

3. การให้ความมีอิสระในการทำงานและสร้างความรู้สึกในความเป็นเจ้าของกิจการ (Autonomy and Entrepreneurship)

4. การเพิ่มผลผลิตโดยบุคลากร (Productivity Through People)

5. การติดตามงานอย่างใกล้ชิดและการใช้ค่านิยมเป็นแรงผลักดัน (Hands On and Value Driven)

6. การทำกิจกรรมที่มีความเชี่ยวชาญ (Stick to the Knitting)

7. การมีรูปแบบที่เรียบง่ายและใช้บุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Simple Form and Lean Staff)

8. การเข้มงวดและการผ่อนปรนในเวลาเดียวกัน (Simultaneous Loose Tight Properties)

ในยุคโลกพลิกผันองค์กรสาธารณสุขจำเป็นต้องนำหลักการบริหารเชิงกลยุทธ์โดยให้ความสำคัญกับการ “รู้พัฒนา” คือการพัฒนาบุคลากรในองค์กรซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญขององค์กร เพื่อส่งเสริมการทำงานโดยการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะที่จำเป็นและเจตคติที่ดีของบุคลากร ตลอดจนการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานในยุคที่มีความท้าทายใหม่ๆ เข้ามาอยู่เสมอ เพื่อการเตรียมความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขยุคใหม่ในองค์กรยุคใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป (Conclusion)

แนวทาง 3 รู้ : การบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผัน (VUCA World) เหมาะสำหรับองค์กรสาธารณสุขในปัจจุบันโดยมุ่งเน้นไปยังองค์กรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาองค์กร ทั้ง “รู้เขา รู้เรา และรู้พัฒนา” จะกลายเป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในการบริหารตลอดจนการขับเคลื่อนองค์กรให้ก้าวหน้า ก้าวทันการเปลี่ยนแปลง และสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรอย่างเป็นระบบตลอดจนเป็นรูปธรรมมากขึ้นอย่างสร้างสรรค์และให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด โดยที่ยังให้ความสำคัญกับบุคลากรทุกระดับ โดยการพัฒนาองค์กรนั้นยังต้องควรตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) ตลอดจนค่านิยม (Core Value) ขององค์กรด้วย การพัฒนาองค์กรควรมี

เป้าหมายที่ชัดเจนและการปฏิบัติการเชิงกลยุทธ์ให้เกิดความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพโดยการนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบท ซึ่งนั่นจะทำให้องค์กรพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

Boonbongkan J, & Kecharanun N. (2006). Strategic Management. Bangkok: SE-EDUCATION.

Chaitiang N, et al. (2022). Strategies for health personnel development in a sustainable health system. Public Health Policy and Laws Journal, 8(2), 313-327.

Chua-am W. (2010). Basic education in the Northeast. Doctor of Philosophy Thesis in Educational Administration graduate school Ramkhamhaeng University, Bangkok.

Chunphatharak C. (2001). Business Policy and Strategic Management. Bangkok : Document and Textbook Center Suan Dusit Rajabhat Institute

Higgins, James M. & Vincze, Julian W. (1993). Strategic Management Concepts. Dryden Press.

Jirapakphong C. (2013). Research report on quality of university organizational management Mahachulalongkornrajavidyalaya University Phrae Campus Phrae: Mahachulalongkornrajavidyalaya University.

Mangchom P. (1997). Business Policy, Strategic Management. Teaching documents Department of Business Administration and Cooperatives Faculty of Management Sciences. Phitsanulok: Pibulsongkram Rajabhat Institute.

Nunkliang P. (2013). Strategic Management Model for Rajabhat University. Doctoral Thesis Education Administration graduate school Siam University, Bangkok.

Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2016). 20-year National Strategic Plan (Public Health). Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi.

Office of the Public Sector Development Commission and the National Productivity Institute. (2015). Public Sector Management Quality Award 2015. Bangkok: Vision Print and Media.

Pearce, John A., & Robinson, Richard B. (2009). Strategic management: Formulation, implementation and control. (11th ed.). Boston: McGrawHill.

Pitts, Robert A. & Lei, David. (2000). Strategic management: Building and sustaining competitive advantage. (2nd ed.). South-Western Publishing

Saritwanich S. (2001). Strategic Management, Concepts and Theories. Bangkok: Thammasat University Printing House.

Thiyao S. (2003). Strategic Management. Bangkok: Thammasat University Printing.

Wiratnipawan W. (2012). Management and Strategic Administration of Government Agencies. Bangkok : Four Face.

Wongyai W, & Pattaphol M. (2019). Learning in the world VUCA to Social Quotient Leadership Center Innovation Curriculum and Learning, Bangkok: Promoting a learning and sharing society.

Wright and Other, (1992). Management of Organizations. Chicago: Irwin.

Yenkongka B. (2001). Strategic Education Management. Bangkok: V.J. Printing.

International Health Law: A New Perspective on Public Health Research

Tikumporn Rodkhunmuang

School of Law, Mae Fah Luang University

Email: tikumporn.rod@mfu.ac.th

Academic article

Received: 23 Jan 2023
Revised: 28 March 2023
Accepted: 29 March 2023

Abstract

International health law is a new in international legal education. World Health Organization (WHO) , has their duties to foster and fulfil the implementation of these international laws. Moreover, international legal documents related to public health are limited due to the need for the cooperative with medical science, and public health experts.

The coronavirus 2019 pandemic aims to crystallize the power of implementation, including the WHO' s announcement, the implementation guideline, and various communications. These WHO actions evoke the states to create an adaptation plan immediately.

The role of the WHO is to communicate scientific knowledge concerning health science. Additionally, the role of international health governance and lawyers has reached the rule-making process's peak. Besides, the monitoring system and public participation were limited untimely.

An creating a new pandemic treaty for the future global pandemic, which factors should be included for global management.. The other factors should be then reconsidered in the new pandemic treaty. In particular, the corporations between international lawyers and technical experts on public health create new guidelines for all states and improve the prevention and public participation of citizens globally. As a result, it will be effectively controlling the next global pandemic.

Keywords: International Health Law, World Health Organization, Coronavirus 2019 Pandemic, New Pandemic Treaty, Content Analysis

กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ: มิติใหม่ในการวิจัยด้านสาธารณสุข

ทิฆัมพร รอดขันเมือง

สำนักวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Email: tikumporn.rod@mfu.ac.th

บทความวิชาการ

วันรับ 23 มค. 2566
วันแก้ไข 28 มีค. 2566
วันตอบรับ 29 มีค. 2566

บทคัดย่อ

กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศเป็นสาขาวิชาที่เกิดมาใหม่ในฐานะของกฎหมายระหว่างประเทศ องค์การอนามัยโลกทำหน้าที่หนุนเสริมการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวเสนอมา ทั้งนี้ เอกสารทางกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศมีอยู่อย่างจำกัด เนื่องจากความไม่เชี่ยวชาญของนักกฎหมายทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

การเกิดการระบาดครั้งใหญ่ของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ส่งผลต่อการตกผลึกเรื่องการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ ไม่เพียงแต่เอกสารทางกฎหมายระหว่างประเทศ แต่รวมถึงการประกาศขององค์การอนามัยโลก คู่มือในการปฏิบัติการ การสื่อสารในช่องทางต่าง ๆ ทุกรัฐต่างตื่นตัวและปรับตัวเพื่อการปฏิบัติตามอย่างรวดเร็ว

บทบาทสำคัญขององค์การอนามัยโลกทำหน้าที่สื่อสารองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ส่งผลให้ บทบาทของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศและธรรมาภิบาลสุขภาพมีสูงขึ้นตามไปด้วย แต่ยังขาดการตรวจสอบติดตามและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ค่อนข้างเร่งด่วน ๆ

การสร้างสนธิสัญญาฉบับใหม่ในการป้องกันการระบาดในอนาคตว่าควรมีปัจจัยที่เข้ามามีส่วนในการจัดการปัญหา มาตรการต่าง ๆ ที่สำคัญในสนธิสัญญาว่าด้วยการป้องกันการระบาดในอนาคต และนักกฎหมายระหว่างประเทศต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพเพื่อสร้างมาตรการที่เหมาะสมสำหรับรัฐทุกรัฐในการจัดการโรคระบาดอันจะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ, องค์การอนามัยโลก, การระบาดของโคโรนาไวรัส 2019, สนธิสัญญาการระบาดใหม่, การวิเคราะห์เนื้อหา

บทนำ (Introduction)

กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ (International health law) เป็นกฎหมายระหว่างประเทศชนิดใหม่ที่ได้รับการพูดถึงและศึกษาอย่างเป็นระบบระเบียบเมื่อไม่นานมานี้ ทั้งในฐานะของทฤษฎีและการบังคับใช้ กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศได้รับการพัฒนามาภายใต้กรอบของกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ (International human rights law) ซึ่งได้รับการบัญญัติรับรอง “สิทธิในสุขภาพ” (The rights to health) ตามเอกสารและตราสารต่าง ๆ ทางกฎหมายระหว่างประเทศ อันได้แก่ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน มาตรา 25 (Universal Declaration of Human Rights) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางการเมืองและสิทธิพลเมือง (United Nations International Covenant on Civil and Political Rights) มาตรา 4 มาตรา 12 มาตรา 19 ถึงมาตรา 22 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (United Nations International Covenant on Economics, Social and Cultural Rights) มาตรา 2 มาตรา 4 และมาตรา 12 อนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการทรมานและการปฏิบัติหรือการลงโทษที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรมหรือย่ำยีศักดิ์ศรี (United Nations Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) มาตรา 1 อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women) มาตรา 12 และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (United Nations Convention on the Rights of the Child) มาตรา 24 ตัวอย่างเช่น

“1. รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้

2. ขั้นตอนในการดำเนินการโดยรัฐภาคีแห่งกติกานี้ เพื่อบรรลุผลในการทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างสมบูรณ์ จะต้องรวมถึงสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อ

(ก) การหาหนทางลดอัตราการตายของทารกก่อนคลอดและของเด็กแรกเกิดและการพัฒนาที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของเด็ก

(ข) การปรับปรุงในทุกด้านของสุขลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและอุตสาหกรรม

(ค) การป้องกัน รักษาและควบคุมโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคจากการประกอบอาชีพและโรคอื่น ๆ

(ง) การสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางการแพทย์ และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในทุกกรณีที่เจ็บป่วย” (ICESCR, A.12 อ้างใน Tobin, John, 2012)

บทบัญญัติตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม มาตรา 12 ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น กลายเป็นกรอบแนวความคิดที่สำคัญในการกำหนดพื้นฐานในการศึกษาสิทธิทางสุขภาพในทางระหว่างประเทศ ทั้งนี้ การตีความคำว่า “สิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้” (The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health) เป็นมาตรฐานที่สำคัญในการกำหนดสิทธิในทางสุขภาพของพลเมืองโลก อย่างไรก็ตาม คำ ๆ หนึ่งที่ขาดหายไประหว่างการกำหนดสิทธิในทางสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพทางสังคม (Social health or social well-being) (Gostin, Lawrence O. 2014;

Gostin, Lawrence O.2016; Burci, Gian Luca and Toebes, Brigit (Eds), 2018; Gross, Aeyal, 2021)

สุขภาพทางสังคมได้ถูกลบออกไปจากการกำหนดไว้ในเอกสารระหว่างประเทศ ซึ่งสุขภาพทางสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการกำหนดและควบคุมสภาวะฉุกเฉินในทางการสาธารณสุข เพราะว่าเอกสารระหว่างประเทศอื่น ๆ ได้มีการกำหนดการประกาศสภาวะฉุกเฉินของรัฐต้องมีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทางด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เพื่อจะเสนอการนำกลับมาของสุขภาพทางสังคมอันเป็นปัจจัยสำคัญและเงื่อนไขสำคัญของการประกาศสภาวะฉุกเฉินของรัฐตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 4 ของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางการเมืองและสิทธิพลเมือง ซึ่งบัญญัติถึง รัฐในสภาวะฉุกเฉิน (States of emergency) หรือรัฐในสภาวะยกเว้นไว้ (States of exception) (Yee, Sienho, 2020)

กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศได้รับการพัฒนานิยามความหมายไว้หลายประการ ประการแรกได้แก่ กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศในฐานะกฎเกณฑ์ในการกำหนดมาตรฐานทางด้านสุขภาพและกิจกรรมที่เกี่ยวเนื่องซึ่งมีเอกสารทางกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง เช่น ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก (Constitution of the WHO) กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation) กรอบความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกกับตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐ (Framework of Engagement with Non-State Actors) กฎเกณฑ์ทางการเงินขององค์การอนามัยโลก (Financial Regulations of the WHO) กฎเกณฑ์ว่าด้วยเจ้าหน้าที่ในองค์การอนามัยโลก (Staff Regulations of the WHO) กฎเกณฑ์ว่าด้วยคณะกรรมการที่ปรึกษาและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ (Regulations for Expert Advisory Panels and Committees) กฎเกณฑ์ว่าด้วยกลุ่มของการศึกษาและการทดลองทางวิทยาศาสตร์ ความร่วมมือระหว่างสถาบันต่าง ๆ และกลไกอื่น ๆ เพื่อความร่วมมือ (Regulations for Study and Scientific Groups, Collaborating Institutions and Other Mechanisms of Collaboration) และหลักเกณฑ์สำหรับกระบวนการการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (Rules of Procedure of the World Health Assembly) รวมถึงกฎหมายที่ความเฉพาะเจาะจงในประเด็นเรื่องสุขภาพ อันได้แก่ กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control) พิธีสารว่าด้วยการขจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย (Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products) (Gostin, Lawrence O., 2014; Tobin, John, 2018)

ประการที่สอง กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ หมายความถึง กฎเกณฑ์ขั้นพื้นฐานกระบวนการทางกฎหมายและสถาบันทางกฎหมายที่ออกแบบมาเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ อย่างไรก็ตาม กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศเป็นระบบกฎหมายที่ไม่มีองค์กรตรวจสอบติดตามอย่างเป็นระบบ แต่มีเพียงเครือข่ายของสนธิสัญญาแบบหลวม ๆ (A network of treaties) ที่เรียกว่า กฎหมายอ่อน (Soft law) ถึงแม้ว่าเครื่องมือทางกฎหมายเหล่านี้ส่งผลต่อระบบสุขภาพโลกอย่างมีนัยสำคัญภายใต้การกำกับดูแลขององค์การอนามัยโลก (Gostin, Lawrence O., 2016; Tobin, John, 2018)

ประการที่สาม กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศหรือเรียกอีกอย่างว่า กฎหมายสุขภาพโลก

(Global health law) ส่งผลกระทบในหลายมิติด้วยกัน ได้แก่ ความมั่นคงแห่งชาติตามที่กำหนดไว้ว่า การสาธารณสุขและระบบสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการประกาศสภาวะฉุกเฉินของรัฐ ความล่มสลายทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการประกาศสภาวะฉุกเฉินทางด้านการสาธารณสุข การพัฒนาอย่างยั่งยืนอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น เชื้อไวรัสที่พัฒนามาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว และความยุติธรรมทางสังคมที่ปรากฏการเข้าไม่ถึงสิทธิในสุขภาพ และความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับวัคซีนในการป้องกันเชื้อไวรัส เป็นต้น (Toebes, Brigit, 2018; Tobin, John, 2018)

กฎหมายสุขภาพโลกเป็นกฎเกณฑ์ที่ถือกำเนิดขึ้นเพื่อดำรงรักษาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของพลเมืองโลกเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ พร้อมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ในการศึกษาอย่างฉับพลันอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดอย่างน้อยจากกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศที่มีสถานะเป็นกฎหมายอ่อน ๆ มาสู่การบังคับแบบเต็มรูปแบบของกฎหมายสุขภาพโลก ทั้งนี้ อำนาจที่ผูกติดกับรัฐได้รับอิทธิพลอย่างยิ่งจากพลเมืองโลกทั้งหมด ดังนั้น การศึกษานิยามความหมาย ขอบเขตและหน้าที่ของกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศได้ขยายขอบเขตของการศึกษาออกไปในทุกมิติของชีวิตมนุษย์ บทความวิชาการขอนำเสนอ วิธีวิทยาในการศึกษากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ วิกฤตขององค์การอนามัยโลก การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 อันนำมาสู่การสร้างสนธิสัญญาการระบาดใหม่ พร้อมทั้งบทสรุป

วิธีวิทยาในการศึกษากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Law Methodologically)

วิธีวิทยาในการศึกษากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ หรือ กฎหมายสุขภาพโลกเป็นเรื่องใหม่ เพราะว่าวิธีการศึกษาแบบกฎหมายดั้งเดิมเป็นสิ่งที่ไม่สามารถใช้ได้กับความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุขและระบบสุขภาพที่มีความก้าวหน้าทั้งในเชิงเนื้อหาของการศึกษา ความลุ่มลึกในเชิงปรีคลินิกและคลินิกในทางแพทยศาสตร์ รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาการสมัยใหม่ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการเชิงระบบสาธารณสุข การใช้เทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งการนำเอาปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence) มาใช้ในทางการแพทย์และการบริหารสภาวะฉุกเฉินในทางสุขภาพและการสาธารณสุข (Burci, Gian Luca and Toebes, Brigit (Eds), 2018)

วิธีวิทยาในที่นี้จึงมีความหมายในการปูพื้นฐานและวิธีการในการทำความเข้าใจกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศที่มีความเป็นสหสาขาวิชา พร้อมทั้งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องบูรณาการความรู้ในมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์ทางด้านสุขภาพทั้งหมด เพื่อพัฒนาระบบกฎหมายระหว่างประเทศขึ้นมาใหม่อีกครั้ง ทั้งนี้ การคิดถึงวิธีวิทยาทางกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ หากถามนักเรียนกฎหมายหรือนักวิชาการทางด้านนิติศาสตร์จะได้คำตอบในเชิงจารีตการศึกษาว่า การอ่าน การทำความเข้าใจ และการอธิบายลายลักษณ์อักษรที่ปรากฏตามตัวบทกฎหมาย ดังนั้น วิธีการเช่นนี้จึงไม่ถูกเปิดกว้างสำหรับการสร้างความเชี่ยวชาญรูปแบบใหม่อันจำเป็นต้องบ่มเพาะความเข้าใจทางด้านวิทยาศาสตร์

สุขภาพ วิทยาการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขควบคู่กันไปด้วย

วิธีวิทยาในการศึกษากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ หากพิจารณาจากองค์ความรู้ในสาขาวิชากฎหมายระหว่างประเทศ จารีตที่สำคัญที่สุดของการเป็นนักกฎหมายระหว่างประเทศ คือ การเขียน เพราะว่าการเขียนงานทางวิชาการจะสร้างกระบวนการในการขบคิดต่อประเด็นปัญหาร่วมด้วยเสมอ ซึ่งวิธีวิทยาเช่นนี้อาจจะไม่เพียงพอสำหรับการทำความเข้าใจต่อระบบกฎหมายสุขภาพอีกต่อไป ดังนั้น บทความชิ้นนี้ได้พยายามนำเสนอวิธีวิทยาอื่น ๆ ในทางกฎหมายระหว่างประเทศ เพื่อเพิ่มพูนทักษะและความเข้าใจที่มีต่อการพัฒนากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศไปอีกทางหนึ่ง

วิธีวิทยาเฉพาะในกฎหมายระหว่างประเทศที่จะสามารถนำมาใช้ในการศึกษากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ อันได้แก่ แนวความคิดในเรื่องการเป็นพลเมืองโลก (Cosmopolitanism) แนวความคิดในเชิงวิพากษ์ (Critical theory) แนวความคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ (Global political economy) แนวความคิดในเรื่องธรรมาภิบาลใหม่ (New governance) และแนวความคิดเรื่องความยุติธรรมในระบบสุขภาพโลก (Global health justice) ซึ่งทั้ง 5 แนวความคิดมีความเชื่อมโยงกันและมีจุดเกาะเกี่ยวกันประการสำคัญ คือ การยอมรับเอาระบบการเข้าไปมีส่วนร่วม การเข้าไปตรวจสอบติดตาม และความร่วมมือระหว่างพลเมืองโลกเป็นแกนกลางอันสำคัญของการพัฒนากฎหมายสุขภาพโลกในอีกทางหนึ่ง

แนวความคิดเรื่องการเป็นพลเมืองโลกเป็นแนวความคิดที่สำคัญอย่างยิ่งในภาวะของการระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 เนื่องจากว่าไม่มีพลเมืองโลกคนใดที่ไม่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดดังกล่าว ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การนำแนวความคิดดังกล่าวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ จะทำให้เราได้เห็นว่าบทบาทและความสำคัญของทุกคนในระบบสุขภาพมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในห้วงเวลาของการระบาด เช่น การพัฒนาหลักการหนึ่งระบบสุขภาพหนึ่งระบบสวัสดิการ เป็นต้น

แนวความคิดว่าเชิงวิพากษ์พยายามตั้งคำถามเกี่ยวกับการมีอยู่ของกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศในประเด็นที่ว่ากฎหมายดังกล่าวยังมีประโยชน์สำหรับพลเมืองทั้งโลกจริงหรือไม่ กฎหมายดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้คนทั้งโลกใบนี้ ใครมีอำนาจในการออกกฎหมายดังกล่าว ใครเป็นผู้มีอำนาจในการควบคุมการบังคับกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ หากพิจารณาตามสำนักกฎหมายระหว่างประเทศแบบดั้งเดิม จะพบว่า รัฐเป็นองค์อธิปัตย์ในการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศโดยตรง แต่สำนักวิพากษ์ได้ทำหน้าที่สำรวจตรวจสอบและติดตามถึงความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งพบคำตอบที่ชัดเจนว่า การบังคับใช้กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศดังกล่าวข้างต้นไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และบทเรียนเนื่องจากการระบาดในประวัติศาสตร์ของการระบาดใหญ่บนโลกใบนี้ ไม่ได้นำมาสู่การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระสำคัญมาตรการและกลไกที่ปรากฏอยู่ในกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศเลย ดังนั้น การนำเอาแนวความคิดเรื่องการวิพากษ์เข้ามาเป็นแนวความคิดหนึ่งในการตระหนักรู้ถึงกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ หรือกฎหมายสุขภาพโลกมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (Techman, Doron and Underhill, Kristen, 2021)

แนวความคิดเรื่องเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศเป็นแนวความคิดว่าด้วยการกำหนด

อำนาจในทางการเมืองและอำนาจทางเศรษฐกิจที่อยู่เหนือกลไกการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ กล่าวคือ หลักการในเรื่องความเท่าเทียมกันในแต่ละรัฐในทางกฎหมายระหว่างประเทศอันถือได้ว่าเป็นหลักการขั้นพื้นฐานที่สุดของกฎหมายระหว่างประเทศ ประการแรก กล่าวคือ ในความเป็นจริงอำนาจในทางการเมืองระหว่างประเทศเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบังคับใช้กฎหมายระหว่างประเทศ เช่น ในช่วงเวลาของการระบาด การแพร่ระบาดเริ่มต้นจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนอันถือได้ว่าเป็นประเทศมหาอำนาจแห่งหนึ่งของโลก จะพบว่า การเข้าไปตรวจสอบติดตามเพื่อหาแหล่งที่มาของเชื้อโรคเป็นไปได้ยาก ถึงแม้จะมีอำนาจจากองค์การระหว่างประเทศ กล่าวคือ องค์การอนามัยโลกก็ไม่สามารถตรวจสอบติดตามได้เท่าที่ควร เป็นต้น ดังนั้น การลดการใช้อำนาจในทางการเมืองระหว่างประเทศในช่วงเวลาของการระบาดอาจจะเป็นปัจจัยสำคัญในการบังคับใช้และการสร้างความตระหนักรู้ของสนธิสัญญาการระบาดใหม่ (Quintana, Francisco-José and Uriburu, Justina, 2020)

อีกประการหนึ่ง การใช้อำนาจทางเศรษฐศาสตร์ระหว่างประเทศ กล่าวคือ เป็นการใช้เงินเพื่อจัดการกับปัญหาการระบาดจนละเลยหลักการเรื่องความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นไป อันเนื่องมาจากข้อจำกัดของแต่ละรัฐในทางเศรษฐกิจมีความไม่เท่าเทียมกัน เมื่อเกิดสภาวะฉุกเฉินพร้อมกันทุกรัฐในโลก รัฐส่วนใหญ่จึงแสดงพลังอำนาจทางด้านเศรษฐกิจการเงินผ่านการลงทุนเรื่องวัคซีนในการรักษา การผลิตยารักษาโรค ทุ่มทนกับการสร้างโรงพยาบาลสนาม แต่ในขณะเดียวกัน ประเทศที่ยากจนหรือไม่มีกำลังทรัพย์จำนวนมากต้องเผชิญกับสภาวการณ์ของการตายเนื่องจากการแพร่ระบาดในอัตราที่สูงมาก ทั้งนี้ เพราะว่าไม่มีกำลังหรือพลังทางเศรษฐกิจมากพอสำหรับการนำเข้าวัคซีน การซื้อยารักษาอาการ รวมถึงการสร้างโรงพยาบาลสนามสำหรับผู้ป่วยที่มีจำนวนสูงขึ้นมาก เป็นต้น ดังนั้น การนำแนวความคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์การเมืองมาร่วมพิจารณาการสร้างสนธิสัญญาระบาดใหม่ (Villarreal, Pedro A. 2021; Mbengue, Makane Moïse and d'Aspremont, Jean (Eds), 2022)

แนวความคิดว่าด้วยธรรมาภิบาลอันถือได้ว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ อันมีปัจจัยที่สำคัญของธรรมาภิบาลใหม่ ได้แก่ บทบาทขององค์การระหว่างประเทศในบริบทของการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 คือ องค์การอนามัยโลก กฎหมายปกครองโลก (Global administrative law) โดยมีกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศดำเนินบทบาทอันสำคัญในการกำหนดกระบวนการและขั้นตอนของการบังคับใช้ธรรมาภิบาลใหม่ ทั้งนี้ บทบาทสำคัญของธรรมาภิบาลใหม่อันเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในนโยบายโลกอันมีเงื่อนไข เช่น ผู้มีอำนาจสาธารณะทางระหว่างประเทศ (International public authorities) ความเป็นอิสระ (Independence) ความเป็นกลาง (Impartiality) การเปิดใจ (Open minded) ความโปร่งใส (Transparency) ความเหมาะสม (Proportionality) และการมีส่วนร่วมของประชาชน (Public participation) เป็นต้น ดังนั้น เงื่อนไขดังกล่าวข้างต้นเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการก่อให้เกิดพลวัตและการขับเคลื่อนธรรมาภิบาล ทั้งนี้ กระบวนการธรรมาภิบาลจะเป็นส่วนสำคัญที่ขับเคลื่อนสวัสดิการโลก (Global welfare) อีกส่วนหนึ่ง ผ่านการประสานงานและความร่วมมือในทางระหว่างประเทศ อำนาจในการตรวจสอบ ธรรมาภิบาลใหม่ยังขึ้นอยู่กับขบวนการภาค

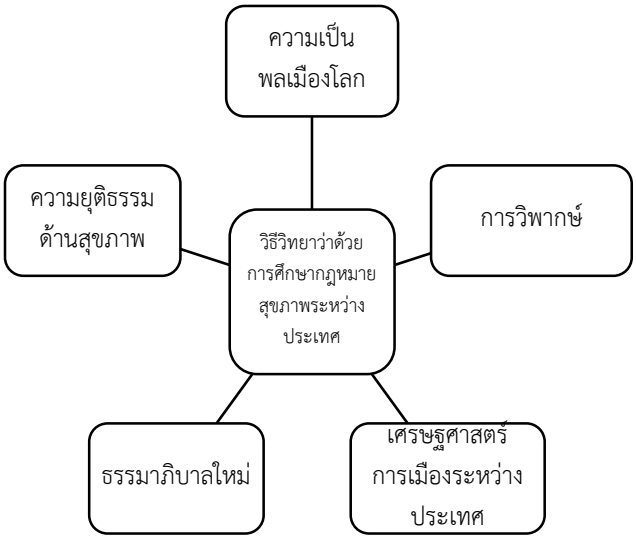
ประชาสังคมข้ามชาติ (Transnational civil society) (Grogan, Joelle, 2022; Peters, Anne, 2021)

การพัฒนากฎหมายสุขภาพโลกให้เป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายปกครองโลก ซึ่งก่อให้เกิดความง่ายในการบริหารจัดการสภาวะฉุกเฉินอันเป็นที่มาที่สำคัญของการกำหนดอำนาจสาธารณะในทางระหว่างประเทศให้ขึ้นอยู่ที่องค์การอนามัยโลก ในฐานะศูนย์รวมความเชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การสาธารณสุขและการแพทย์ จะลดความยุ่งยากในการจัดการระบบสาธารณสุขและระบบสุขภาพในช่วงเวลาของการระบาดที่สามารถข้ามอำนาจรัฏฐาธิปัตย์ในแต่ละรัฐไปได้ ทั้งนี้ เงื่อนไขที่สำคัญขององค์การอนามัยโลกจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำรงความเป็นกลาง ความเป็นอิสระ ดังนั้น การเพิ่มธรรมภิบาลในองค์การอนามัยโลกสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของพลเมืองโลกให้มากขึ้น ทั้งนี้ การเปิดใจรับฟังการประกาศและการออกคู่มือในการควบคุมการระบาด การเตรียมความพร้อมและการให้ความร่วมมือในการแจ้ง และเพิ่มมาตรการในการป้องกันจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างที่ชัดเจนในช่วงเวลาของการระบาดที่ผ่านมา การทำงานที่ไม่ชัดเจนทั้งของรัฐและองค์การอนามัยโลกส่งผลกระทบต่อพลเมืองโลกที่จะต้องเอาตัวรอดด้วยตนเอง เป็นต้น (Moon, Suerie, 2018)

ดังนั้น การสร้างกรอบความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดจะส่งผลให้เกิดพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพในสภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ ความร่วมมือจากพลเมืองโลกจะสร้างความเข็มแข็งของการสร้างเครือข่ายเพื่อรองรับการระบาดครั้งต่อ ๆ ไปในอนาคตได้ ผลที่ได้จากการระบาดของโคโรนาไวรัสอันนำมาสู่โครงการหนึ่งสุขภาพ (One health) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสวัสดิการของโลก (Global welfarism) ที่จะต้องพัฒนาร่วมกันจากทุกภาคส่วน ไม่ใช่เพียงแค่รัฐบาลหรือองค์การอนามัยโลกเท่านั้น และความเป็นไปได้สุดท้ายของระบบสุขภาพแบบหนึ่งเดียวจะนำมาสู่แนวความคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพ (Peters, Anne, 2021)

แนวความคิดเรื่องนิติปรัชญาสุขภาพโลก (Global health jurisprudence) เมื่อพิจารณาจากมุมมองของนักกฎหมายระหว่างประเทศ จะพบว่ากฎหมายระหว่างประเทศเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างระบบความยุติธรรมระหว่างประเทศหรือความยุติธรรมในระดับโลก และถ้าพิจารณาแบบเทียบเคียงกัน จะเห็นได้ว่า ระบบความยุติธรรมในเชิงสุขภาพโลกจะเกิดจากการมีกฎหมายสุขภาพโลกที่ดี เพื่อให้ความยุติธรรมในเชิงสุขภาพสามารถทำงานได้จริง ดังนั้น การสร้างสนธิสัญญาหรือกฎหมายสุขภาพโลกที่ยึดถือเอาหลักการตามวิธีวิทยาการศึกษากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศอันจะนำมาสู่ความยุติธรรมทางด้านสุขภาพของโลกตามหลักการ นิติปรัชญาสุขภาพโลก (Filder, David P., 2020)

จากแนวความคิดต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น อันเป็นวิธีวิทยาเฉพาะในการศึกษากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศที่มีอยู่ เช่น การศึกษากฎองค์การอนามัยโลกผ่านมุมมองเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ หรือการศึกษาธรรมนูญองค์การอนามัยโลกผ่านมุมมองธรรมาภิบาลใหม่ เป็นต้น การศึกษาเชิงวิเคราะห์เหล่านี้ อาจจะนำมาซึ่งการพัฒนากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศที่มีอยู่ให้สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงการรวบรวมปัญหาสำหรับการยกร่างกฎหมายสุขภาพโลกฉบับใหม่หรือสนธิสัญญาการระบาดใหม่เพื่อป้องปรามการระบาดของเชื้อโรคต่าง ๆ ในอนาคต



แผนภาพที่ 1 แสดงวิธีวิทยาในการศึกษาสุขภาพระหว่างประเทศ
ที่มา : Grogan, Joelle, 2022; Peters, Anne, 2021

การศึกษากฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศมีข้อท้าทายหลายประการ อันได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ต่อการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศซึ่งยังคงผูกติดอยู่กับผู้เชี่ยวชาญอันมีจำนวนจำกัดอยู่ค่อนข้างมาก การพัฒนาวิธีวิทยาใหม่ ๆ ที่เกิดจากการผสมผสานและการบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ เข้าด้วยกัน อันได้แก่ แพทยศาสตร์ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ การสาธารณสุข ระบาดวิทยา และกฎหมาย เป็นต้น จะพบว่า วิธีการในการศึกษาจะเพิ่มผลลัพธ์ที่ได้จากแนวความคิดหรือวิธีวิทยาต่าง ๆ ที่ได้พยายามนำเสนอมาเพื่อการสร้างระบบกฎหมายสุขภาพโลกฉบับใหม่ขึ้นมาเพื่อพลเมืองโลกร่วมกัน (Burci, Gian Luca, 2020; Burci, Luca Gian, and Eccleston, Mark, 2020; Burci, Luca Gian and Negri, Stefania, 2020)

วิกฤตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization in Crisis)

บทบาทขององค์การอนามัยโลกเริ่มมีมากขึ้นเมื่อมีการประกาศสภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก การประกาศดังกล่าวสื่อสารออกมาทั้งในช่องทางที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และช่องทางที่ไม่เป็นทางการอย่าง ทวิตเตอร์ กลับเป็นที่นิยมและได้รับการกล่าวขานและตอบโต้มากที่สุด นับตั้งแต่มีการจัดตั้งองค์การอนามัยโลกขึ้นภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง โดยการสื่อดังกล่าวข้างต้นออกมาหลายรูปแบบด้วยกัน กล่าวคือ ข่าว จดหมายข่าว เวบไซต์อย่างเป็นทางการขององค์การอนามัยโลก เว็บบล็อก จดหมายแนะนำการปฏิบัติ การรักษาระยะห่าง การทดสอบการติดเชื้อ และการตรวจเชื้อ ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ได้ต้องการความเฉพาะทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นการสื่อสารเพื่อให้พลเมืองโลกทุกคนสามารถปฏิบัติได้อย่างทันท่วงที ถึงแม้ว่าในช่วงแรก ๆ ของการประกาศจะมีความไม่แน่นอนและความไม่แม่นยำของข้อมูล แต่ก็ถือได้ว่ามีการตอบโต้อย่างหลากหลายและการมีส่วนร่วมในการหามาตรการในการป้องกันจากทุกช่องทาง อันถือได้ว่าเป็นการเปิดพื้นที่สำหรับการสร้าง ธรรมาภิบาลในองค์การระหว่างประเทศอย่างเข้มข้น (Pervou, Ioanna, 2022)

การนำเสนอข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคนิคและข้อมูลสารสนเทศจำนวนมากทำงานอย่างหนักในห้วงเวลาของ

การระบาด ทั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และระบาดวิทยาเข้ามาทำงานเพื่อสร้างคู่มือทางเทคนิคเพื่อควบคุมการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส เพื่อสื่อสารในช่องทางสาธารณะขององค์การอนามัยโลก ไม่ว่าจะเป็นการรายงานสถานการณ์รายวัน การรายงานสถานการณ์รายสัปดาห์ การรายงานสถานการณ์รายเดือน เป็นต้น องค์การอนามัยโลกในฐานะองค์กรที่ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายสุขภาพโลก รวมทั้ง ทำหน้าที่ตรวจสอบติดตาม รายงานสถานการณ์สุขภาวะของโลก พร้อมทั้งกำหนดมาตรการ การสนับสนุนเครื่องมือ ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้พลเมืองโลกสามารถพร้อมรับมือกับการระบาดได้ แต่ในสถานการณ์การระบาดที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกถูกตั้งคำถามว่าเกิดความล้มเหลวในการจัดการและการสร้างมาตรการดังกล่าวหรือไม่ (Grogan, Joelle, and Donald, Alice (Eds), 2022)

นอกจากการตรวจสอบรายงานสถานการณ์แล้วนั้น การออกมาตรการในการผลิตวัคซีน การกำหนดคุณภาพของวัคซีน การกระจายวัคซีนอย่างทั่วถึงอันเป็นหลักการหนึ่งในกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศอันได้แก่ สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Right to health services) และสิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล (Right to health treatments) สิทธิในการเข้าถึงยาอย่างเท่าเทียมกัน (Right to medicine) และสิทธิในการเข้าถึงวัคซีนรักษาโรค (Right to vaccine) ได้รับการพูดถึงจากเวทีระหว่างประเทศไปสู่ระดับพลเมืองโลกทุก ๆ คน พบว่า หลักการดังกล่าวไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างแท้จริง อันเนื่องมาจากความไม่เท่าเทียมกันทางการเมืองและเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ถึงแม้ว่าโครงการที่เกี่ยวข้องกับการกระจายวัคซีนจะมีเพิ่มมากขึ้น เช่น โครงการ ACT accelerator &COVAX, โครงการ Covid-19 advice partnership หรือโครงการ Covid-19 vaccine delivery เป็นต้น โครงการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้ก่อให้เกิดการแพร่กระจายวัคซีนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมอย่างแท้จริง (Villarreal, Pedro A., 2021)

นอกจากองค์การอนามัยโลกมีหน้าที่อันสำคัญ คือ การพัฒนางานวิจัยและการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ถึงแม้วิทยาการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขจะก้าวหน้าไปอย่างก้าวกระโดดมากในห้วงศตวรรษที่ผ่านมา แต่พัฒนาการด้านการวิจัยและการพัฒนาขององค์การอนามัยโลกมีขีดจำกัดอยู่ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะการวิจัยพื้นฐานทางด้านเชื้อโคโรนาไวรัส พัฒนาการของโคโรนาไวรัส การปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงตัวเชื้อโคโรนาไวรัส รวมถึงการพัฒนาการวิจัยเพื่อจัดการและควบคุมวิวัฒนาการดังกล่าวมีอยู่อย่างจำกัด อย่างไรก็ตาม การทำงานดังกล่าวได้รับการตรวจสอบและติดตามอย่างเข็มแข็งจากหน่วยงานทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในช่วงเวลาของการระบาด (Alavez, José E., 2020; Benvenisti, Eyal, 2020; Berman, Ayelet, 2021)

ความร่วมมือในทางการแพทย์และการสาธารณสุขระหว่างประเทศอันเป็นอีกหนึ่งหน้าที่หลักขององค์การอนามัยโลก จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่าองค์การอนามัยโลกมีประวัติศาสตร์การก่อตั้งมาอย่างยาวนานพร้อมๆ กับการเกิดขึ้นขององค์การสหประชาชาติ พร้อมทั้งความร่วมมือทางด้านการสาธารณสุข การแพทย์ระหว่างประเทศนั้นมีมายาวนานกว่าการเกิดขึ้นขององค์การระหว่างประเทศ แต่เป็นเพียงความร่วมมืออย่างหลวมๆ ไม่มีประสิทธิภาพและไม่มีกฎหมายระหว่างประเทศฉบับใดที่ชี้ให้เห็นมาตรการที่ชัดในประเด็นของความร่วมมือ ความ

ร่วมมือควรมีในระดับใด การสร้างเครือข่ายความร่วมมือเป็นหน้าที่ขององค์กรใดบ้าง ซึ่งโดยปกติเป็นหน้าที่ของรัฐ แต่หากพิจารณาความร่วมมือแบบข้ามรัฐและความร่วมมือของเอกชนทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอาจจะเป็นเงื่อนไขที่สามารถจัดการต่อการระบาดของเชื้อโรคได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น (Benvenisti, Eyal, 2020; Beqiri, Julinda and Ippolito, Francesca, 2021)

การเตรียมความพร้อมเพื่อการรับมือการแพร่ระบาด การป้องกัน การป้องปราม รวมถึงการตอบโต้ต่อการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วอันเป็นหน้าที่หลักขององค์การอนามัยโลกในวิกฤตการระบาดระดับโลกในครั้งนี้ กล่าวคือ การเตรียมทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อการรับมือการลงพื้นที่สำรวจตรวจสอบกรณีหรือแหล่งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคอย่างรวดเร็ว การติดตามและตรวจสอบรวมถึงการรวบรวมข้อมูลผู้ติดเชื้อแบบปัจจุบัน การสร้างความร่วมมือระหว่างห้องทดลองในประเทศต่างๆ การสร้างต้นแบบหรือพิมพ์เขียวสำหรับการปฏิบัติการในระดับประเทศ ในสังคมและชุมชน การสร้างคู่มือสำหรับคำแนะนำในโรงเรียน แหล่งชุมชน สถานที่ทำงาน และสถานที่สาธารณะทั้งหมด การตรวจสอบติดตามการสื่อสารสภาวะฉุกเฉินของการระบาดในทุกระดับ การเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตรวจสอบติดตาม พร้อมทั้งการออกพิมพ์เขียวสำหรับการเฝ้าติดตามการระบาดของชุมชน การวิจัยเพื่อการลดช่องว่างการติดเชื้อโรคระหว่างมนุษย์และสัตว์ การสร้างปราการในการป้องกันโรคระบาดและสุขภาพข้ามพรมแดน การกำหนดจุดกักโรคพร้อมทั้งวิธีปฏิบัติของเจ้าหน้าที่และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานในจุดกักโรค การสร้างนักปฏิบัติการด้านสุขภาพและการแพร่ระบาดให้มากขึ้น ซึ่งประเด็นเหล่านี้ทั้งหมดเป็นประเด็นที่น่าขบคิดและนำไปสู่การยกร่างสนธิสัญญาเพื่อการป้องกันการระบาดครั้งใหม่

ความล้มเหลวขององค์การอนามัยโลกในการจัดการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 เกิดมาจากปัจจัยสำคัญหลายประการด้วยกัน แต่หากพิจารณาจากมุมมองของกฎหมายระหว่างประเทศและการเมืองระหว่างประเทศนั้น จะพบว่า กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศอันถือกำเนิดมาอย่างยาวนานนับแต่สงครามโลกครั้งที่สอง อันได้แก่ ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก และกฎบัตรอนามัยโลก ไม่ได้รับการปฏิบัติการอย่างแข็งขัน การไม่มีกลไกในการตรวจสอบติดตามอย่างเป็นระบบในเชิงกฎหมายและการไม่มีอำนาจในการบังคับรัฐต่าง ๆ ได้เท่าที่ควรส่งผลให้การจัดการและมาตรการในการจัดการการระบาดประสบความล้มเหลว เพราะว่าเครื่องมือทางกฎหมายที่ไม่เคยได้รับการตรวจสอบในเชิงประสิทธิภาพของตัวบทกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ กลไกและมาตรการต่าง ๆ ที่ไม่มีกฎหมายกำหนดไว้อย่างชัดเจน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานขององค์การอนามัยโลกเองบกพร่องจนถึงการเรียกร้องให้มีการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกจากนักวิชาการทางกฎหมายระหว่างประเทศ (Beqiri, Julinda and Ippolito, Francesca, 2021)

นอกจากนี้แล้ว คนกลุ่มเปราะบางจำนวนมากในฐานะพลเมืองโลกเช่นกันยังไม่ได้ถูกนับเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของปฏิบัติการแพร่ระบาดไม่ว่าจะเป็นอดีตหรือการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ลี้ภัย ผู้อพยพ ผู้ประสบภัยสงคราม อันเป็นกลุ่มคนที่ต้องได้รับการปฏิบัติตามในฐานะหลักการทางด้านมนุษยธรรมและการเข้าสู่ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพด้วยเช่นกัน (Jain, Neha, 2021)

สนธิสัญญาการระบาดใหม่ (New Pandemic Treaty)

การนำเสนอประเด็นเรื่องสนธิสัญญาการระบาดใหม่เป็นการสร้างเครื่องมือในทางกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศที่สืบเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของสถานการณ์โคโรนาไวรัส 2019 เพื่อสร้างความตระหนักรู้รูปแบบใหม่สำหรับชุมชนระหว่างประเทศและพลเมืองโลกสำหรับการสร้างมาตรการการป้องกันล่วงหน้าสำหรับการแพร่ระบาดในอนาคต ทั้งนี้ ในสนธิสัญญาการระบาดใหม่ควรที่จะกำหนดวิธีวิทยาในการศึกษารูปแบบใหม่ เพื่อจะออกแบบและเพิ่มมุมมองในการทำความเข้าใจสภาวการณ์ของการระบาดมากยิ่งขึ้น การหนุนเสริมและการเอื้อให้เกิดความเข้าใจในประเด็นเรื่องสิทธิในสุขภาพมากยิ่งขึ้น (Mbengue, Makane Moïse and d' Aspremont, Jean (Eds), 2022)

วิธีวิทยาที่ได้นำเสนอไปแล้วในเบื้องต้น อันได้แก่ แนวความคิดเรื่องความเป็นพลเมืองโลก แนวความคิดเรื่องการวิพากษ์ แนวความคิดเรื่องเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ แนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลใหม่ และแนวความคิดเรื่องความยุติธรรมในเชิงสุขภาพ เพื่อจะได้นำเป็นวิธีการทำความเข้าใจต่อข้อเสนอเพื่อจะสร้างเครื่องมือในการป้องกันการแพร่ระบาดที่ครอบคลุมไปได้หลายมิติ พร้อมทั้ง การสร้างความร่วมมือร่วมกันในทางระหว่างประเทศ ทั้งนี้ กลไกลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายใต้สนธิสัญญาการระบาดใหม่เป็นไปเพื่อสนับสนุนการสร้างความเข็มแข็งในประเด็นด้านความร่วมมือ การฟื้นฟู การเตือนและการโต้ตอบต่อการระบาดเพื่อสร้างสังสรรค์ระบบสุขภาพของโลกใหม่ (The new international health system)

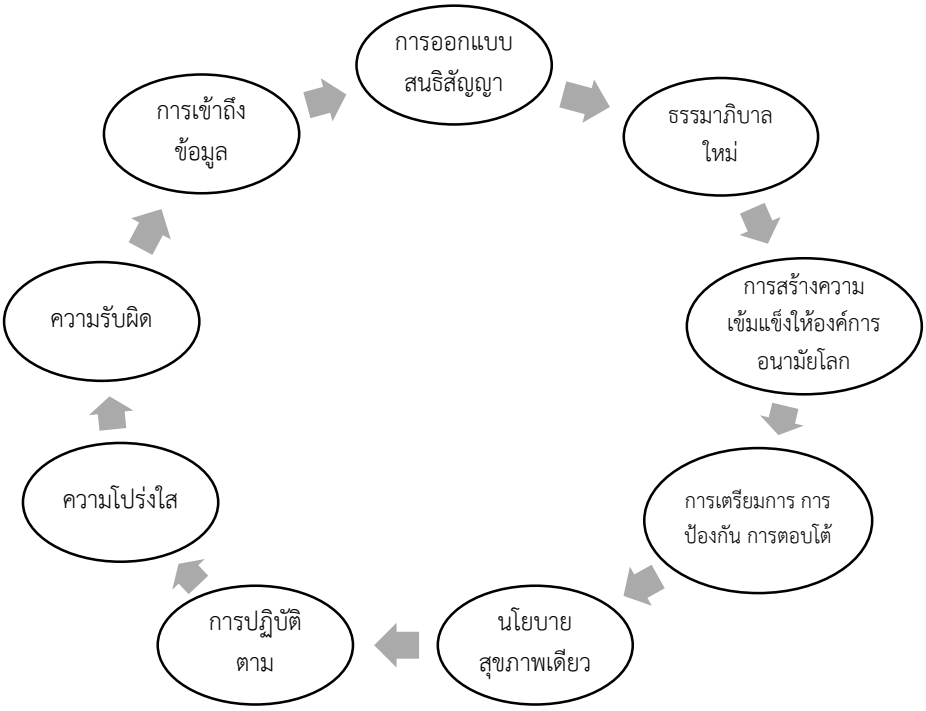
สนธิสัญญาการระบาดใหม่ควรมีสถานะเช่นไรในทางกฎหมายระหว่างประเทศและกฎหมายภายในเนื่องมาจากการประเมินสถานะทางกฎหมายของเอกสารระหว่างประเทศทางด้านสุขภาพ บทความชิ้นนี้เห็นควรว่าควรเพิ่มสถานะทางกฎหมายระหว่างประเทศโดยการสร้างความตระหนักรู้และการบังคับใช้สนธิสัญญาการระบาดใหม่ เพื่อให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้ง การสร้างกลไกเพื่อเพิ่มระดับของการเข้าถึงยารักษาโรคและการเข้าถึงวัคซีนในสภาวการณ์ฉุกเฉินทางด้านสุขภาพระดับโลก เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงยา การรักษาและวัคซีนอันเป็นปัจจัยสำคัญเร่งด่วนในการป้องกันการแพร่ระบาด (Mbengue, Makane Moïse and d'Aspremont, Jean (Eds), 2022)

วัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดของการบัญญัติสนธิสัญญาการระบาดใหม่ คือ การตระหนักถึงการบังคับใช้ที่ได้มาตรฐานเดียวกันในทางระหว่างประเทศ การสร้างกลไกเพื่อให้เกิดการตรวจสอบติดตามอย่างมีประสิทธิภาพในทางด้านการแพทย์และเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในประเด็นด้านสาธารณสุข การบัญญัติเรื่องความเป็นธรรมในทางการแพทย์และการสาธารณสุขไว้โดยมีเป้าชี้วัดที่ชัดเจน พร้อมทั้ง กลไกในการตรวจสอบติดตามกลไกต่างๆ ในสนธิสัญญาการระบาดใหม่เพื่อให้พลเมืองโลกทุกๆคนได้เข้าถึงสิทธิสุขภาพอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สุดตามกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ (International human rights law)

โครงสร้างของสนธิสัญญาระบาดใหม่จำเป็นต้องประกอบด้วย 6 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่หนึ่ง คือส่วนตั้งต้นอันประกอบด้วย อารัมภบท วัตถุประสงค์ นิยามและขอบเขตของสนธิสัญญา ส่วนที่สองได้แก่ บทบังคับเบื้องต้น อันประกอบด้วย หลักการเบื้องต้น พันธกรณีเบื้องต้น ยุทธวิธีและแผนปฏิบัติการระดับชาติ ส่วนที่สาม ได้แก่ บทเฉพาะที่ใช้สำหรับการระบาด กล่าวคือ เนื้อหาในเชิงหลักการสำคัญ ส่วนที่สี่

ได้แก่ การแบ่งปันข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาด การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูลในเชิงเทคนิค การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีและการถ่ายโอนเทคโนโลยีว่าด้วยการควบคุมการระบาด กองทุนเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาด ส่วนที่ห้า ได้แก่ สถาบันและข้อบังคับทางกฎหมาย เนื้อหาของสนธิสัญญา กลไกทางด้านการเงิน การปฏิบัติตามสนธิสัญญา การระงับข้อพิพาทที่เกิดจากสนธิสัญญา ความเกี่ยวข้องกับสนธิสัญญาอื่น ๆ ส่วนสุดท้ายหรือส่วนที่หก อันได้แก่ บทบังคับด้านกระบวนการ อันได้แก่ การอนุวัติการและการภาคยานุวัติสนธิสัญญา การเพิ่มเติมสนธิสัญญา การลงคะแนนเสียง การลงนาม การมีผลบังคับใช้ การตั้งข้อสงวนและการถอนตัวจากสนธิสัญญา

การสร้างสนธิสัญญาการระบาดใหม่ วัตถุประสงค์ที่จำเป็นที่สุดอันได้แก่ หลักการเรื่องระบบสุขภาพเดียว (One health approach) กล่าวคือ เป็นการรวมเอามาตรการในการป้องกันล่วงหน้าสำหรับการแพร่ระบาดที่จำเป็นทั้งหมดไว้ในสนธิสัญญา มาตรการในการตอบโต้สภาวะฉุกเฉินหรือการแพร่ระบาด การเสริมสร้างความสามารถด้านการป้องกันและการระมัดระวังเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสนธิสัญญาระบาดใหม่ การเพิ่มเติมมุมมองทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบอย่างหนักจากการแพร่ระบาด รวมทั้งการเพิ่มเติมระบบกองทุนระดับโลกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสนธิสัญญาระบาดใหม่ เช่น กองทุนการเงินฉุกเฉินเนื่องจากการแพร่ระบาดของธนาคารโลก (the World bank’s Pandemic Emergency Financial Facility) เป็นต้น (Peters, Anne, 2021)



แผนภาพที่ 2 ว่าด้วยวิธีวิทยาสำหรับการออกแบบสนธิสัญญาการระบาดใหม่

ที่มา: Burci, Gian Luca, 2020; Burci, Luca Gian, and Eccleston, Mark, 2020; Burci, Luca Gian and Negri, Stefania, 2020

การตรวจสอบ การติดตาม และกลไกในการสร้างความร่วมมือสำหรับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาการระบาดใหม่ กล่าวคือ มีการตั้งคณะกรรมการตรวจสอบติดตามด้วยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ เหมือนการจัดทำกระบวนการตรวจสอบการรายงานสถานการณ์สิทธิมนุษชน เช่น Universal Periodic Review (UPR) เป็นต้น รวมทั้งการกำหนดนโยบายที่มีความสอดคล้องและเป็นไปได้ตามการประเมินผลทางวิทยาศาสตร์ ถึงแม้จะทำให้กลไกการตรวจสอบติดตามมีความยุ่งยากมากยิ่งขึ้น แต่กลไกการประเมิน การตรวจสอบและติดตามตามระบบวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้สนธิการระบาดใหม่มีผลบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากแผนภาพแสดงให้เห็นความเป็นไปได้ในการสร้างสนธิสัญญาการระบาดใหม่เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคระบาดในอนาคต ทั้งนี้ การคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ จากบทเรียนที่เกิดขึ้นในการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัสที่ผ่านนั้น แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือทางกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศมีไม่เพียงพอสำหรับการบริหารจัดการการแพร่ระบาด ดังนั้น การแสวงหากลไกทางกฎหมายชนิดใหม่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการเพิ่มเรื่องธรรมมาภิบาลเข้ามาเพื่อให้กลุ่มคนที่มีส่วนได้เสีย อันได้แก่ พลเมืองโลกทั้งหมดมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพและการสาธารณสุขของตนเองเพื่อการสร้างความร่วมมือในการป้องกันการแพร่ระบาด พร้อมทั้งการทำให้เครื่องมือที่เรียกว่า กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ หรือกฎหมายสุขภาพโลกสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพที่สูงมากขึ้น

บทสรุป (Conclusion)

การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 ส่งผลต่อการความก้าวหน้าในการศึกษาพัฒนาการของกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ หรือกฎหมายสุขภาพโลกเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ บทความวิชาการฉบับได้เสนอมุมมองเพิ่มเติมเพื่อการประเมินสถานการณ์ที่ผ่านมาอันเกี่ยวเนื่องกับการบังคับใช้กฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศอันได้แก่ แนวความคิดว่าด้วยพลเมืองโลก แนวความคิดเชิงวิพากษ์ แนวความคิดเรื่องเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ แนวความคิดเรื่องธรรมาภิบาลใหม่ และแนวความคิดเรื่องความยุติธรรมทางด้านสุขภาพ มุมมองต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการปรับปรุงกฎหมายสุขภาพระหว่างประเทศ พร้อมทั้งได้เสนอกฎหมายสุขภาพโลกฉบับใหม่ที่เรียกว่าสนธิสัญญาการระบาดใหม่อันประกอบด้วยการตกผลึกทางด้านประสบการณ์ของการแพร่ระบาดครั้งใหญ่ในประวัติศาสตร์มนุษยชาติ เพื่อเพิ่มประสบการณ์ของการบังคับใช้ มาตรการการป้องกันและกลไกการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยรวมเอาหลักการต่าง ๆ ที่สำคัญเข้ามาอันได้แก่ ธรรมาภิบาลใหม่ การสร้างความเข้มแข็งให้องค์การอนามัยโลก การเตรียมการ การป้องกันและการตอบโต้ นโยบายสุขภาพเดียว การปฏิบัติตาม ความโปร่งใส ความรับผิด การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำมาสู่การออกแบบสนธิสัญญาการระบาดใหม่ให้มีประสิทธิภาพการทำงานสูงขึ้น ขณะเดียวก็สร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึงร่วมกันของพลเมืองโลก

เอกสารอ้างอิง (References)

Alavez, José E. (2020). The WHO in the Age of the Coronavirus. *The American Journal of International Law,* 114, pp.578-587.

Benvenisti, Eyal (2020). The WHO-Destines to Fail?: Political Cooperation and the COVID-19 Pandemic. *The American Journal of International Law,* 114, pp.588-597.

Beqiraj, Julinda and Ippolito, Francesca. (2021). COVID-19, and International Organizations: Challenges and Opportunities from the Perspective of Good Governance and the Rule of Law. *International Organization Law Review,* 18, pp.293-306.

Burci, Gian Luca and Toebes, Brigit (Eds.) (2018). *Research Handbook on Global Health Law.* Cheltenham: Edward Elgar.

Burci, Gian Luca. (2018). Global health law: present and future. In Gian Luca Burci, and Brigit Toebes (Eds.), *Research Handbook on Global Health Law.* Cheltenham: Edward Elgar, pp.486-528.

Burci, Gian Luca. (2020). The Legal Response to Pandemics: The Strengths and Weakness of the International Health Regulations. *Journal of International Humanitarian Legal Studies,* pp.1-14.

Burci, Gian Luca, and Eccleston, Mark. (2020). Preparing for the Next Pandemic: The International health regulations and World Health Organization during COVID-19. *Yearbook of International Disaster Law,* 2(1): pp.259-282.

Fidler, David P. (2020). To Fight a New Coronavirus: The COVID-19 Pandemic, Political Herd Immunity, and Global Health Jurisprudence. 19 *Chinese Journal of International Law,* 19, pp.207-213.

Gostin, Lawrence O. (2014). *Global Health Law.* Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press.

Gostin, Lawrence O. (2016). *Public Health Law: Power, Duty, Restraint.* California: University of California Press.

Grogan, Joelle, and Donald, Alice (Eds) (2022). *Routledge Handbook of Law and the Covid-19 Pandemic.* London: Routledge.

Grogan, Joelle (2022). COVID-19, The Rule of Law and Democracy. Analysis of Legal Response to a Global Health Crisis. *Hague Journal on the Rule of Law,* pp.349-369.

Gross, Aeyal. (2021). The Past, Present, and Future of Global Health law Beyond Crisis. *The American Journal of International Law,* 115, pp.754-771.

Jain, Neha. (2020). Pandemics as Rights-Generators. *The American Journal of International Law,* 114, pp.677-678.

Mbengue, Makane Moïse and d'Aspremont, Jean (Eds) (2022). *Crisis Narrative in International Law.* Leiden: Brill Nijhoff.

Moon, Suerie. (2018). Global health law, and governance: concepts, tolls, actors and power. In

Gian Luca Burci, and Brigit Toebes (Eds.), *Research Handbook on Global Health Law.* Cheltenham: Edward Elgar, pp.24-55.

Pervou, Ioanna. (2022). COVID-19: Introducing a sliding scale between legality and scientific knowledge. *Global Constitutionalism,* pp.1-12.

Peters, Anne. (2022). COVID-19 as a Catalyst for the (Re-)Constitutionalisation of International Law: One Health-One Welfare. In Makane Moïse Mbengue and Jean d' Aspremont (Eds) *Crisis Narrative in International Law.* Leiden: Brill Nijhoff, pp.85-99.

Quintana, Franscisco-José and Uriburu, Justina. (2020). Modest International Law: COVID-19, International Legal Responses, and Depoliticization. *The American Journal of International Law,* 114, pp.687-697.

Techman, Doron and Underhill, Kristen. (2021). Infected by Bias: Behavioral Science and the Legal Response to COVID-19. *American Journal of Law and Medicine,* 47, pp.205-248.

Tobin, John. (2012). *The Right to Health in International Law.* Oxford: Oxford University Press.

Tobin, John. (2018). Still getting to know you: global health law and the right to health. In Gian Luca Burci, and Brigit Toebes (Eds.), *Research Handbook on Global Health Law.* Cheltenham: Edward Elgar, pp.56-81.

Toebes, Brigit. (2018). Global health law: defining the filed. In Gian Luca Burci, and Brigit Toebes (Eds.), *Research Handbook on Global Health Law.* Cheltenham: Edward Elgar, pp.22-23.

Villarreal, Pedro A. (2021). Pandemic: Building Legal Concept for the Future. *Washington University Global Studies Law Review,* 20, pp.611-626.

Villarreal, Pedro A. (2021). *Infectious Diseases.* Heidelberg: Max Planck for Comparative Public Law and International Law Research Paper Series.

Yee, Sienho. (2020). To Deal with a New Coronavirus Pandemic: Making Sense of the Lack of Any State Practice in Pursuing State Responsibility for Alleged Malfeasances in a Pandemic- *Lex Specialis* or *Lex Generalis* at Work. *Chinese Journal of International Law,* 19, pp.237-252.

Zabiyev, Faud. (2022). COVID-19 and Research in International Law. In Makane Moïse Mbengue and Jean d'Aspremont (Eds) *Crisis Narrative in International Law.* Leiden: Brill Nijhoff, pp.182-185.

Protection against damage arising from unsafe products: Strict liability and burden of proof from the soft drink case: *Escola v Coca Cola Bottling Co., (Cal 1944)* and the Consumer Black Case No. 1500. /2558

Jiraporn Sudhankitra

Assistant Professor, School of Law, Sukhothai Thammathirat University

Contact jiraporn.sud@stou.ac.th

Academic article

Received: 21 March 2023
Revised: 12 April 2023
Accepted: 19 April 2023

Abstract

Defective products cause damage to life, body, health, sanity, mentality, and property. Therefore, the principles of strict liability and *Res Ipsa Loquitur* are applied as the main principles in the product liability law. The manufacturers will be held liable when it appears that there is damage incurred from a normal use of their own products, regardless of whether the damage was caused intentionally or negligently. As for the injured person, the burden of proof is only to prove that the he sustained damages from the product of the entrepreneurs, and the use or storage of the product was done in a normal manner. This is due to the public policy that manufacturers should bear the burden of preventing damage caused by their products and that consumers should receive fair remedies. Consumers must be knowledgeable and aware of their rights and claims. Understanding and studying the principles as well as the background and enforcement of the law is therefore important. The Product Liability Act (B.E. 2551) has been in forced for 15 years. There have been few landmark Supreme Court decision. This article considers the liability of the manufacturer and the burden of proof of the injured of unsafe products based on the principles of the unsafe products liability law from the *Escola v Coca Cola Bottling Co.,* (Cal 1944), which laid down the manufacturer's liability and the burden of proof of the injured in the United States and the landmark Thai consumer case, Black Case No. 1500/2558.

Key words: product liability, burden proof, strict liability

การคุ้มครองความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย: ความรับผิดโดยเคร่งครัดและการพิสูจน์ความรับผิดของผู้ผลิตจากคดีขวดน้ำอัดลม *Escola v Coca Cola Bottling Co., (Cal 1944)* กับคดีผู้บริโภคหมายเลขดำ ผบ 1500/2558

จิราพร สุทันกิตระ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำ สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช .
ติดต่อ jiraporn.sud@stou.ac.th

บทความวิชาการ

วันรับ 21 มีค.2566
วันแก้ไข 12 เมย. 2566
วันตอบรับ 19 เมย. 2566

บทคัดย่อ

หลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (strict liability) และหลัก *Res Ipsa Loquitur* เป็นหลักการสำคัญในกฎหมายความรับผิดต่อความเสียหายอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยซึ่งกำหนดให้ผู้ผลิตจะต้องรับผิดเมื่อปรากฏว่ามีความเสียหายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลอันเนื่องมาจากสินค้าของตนตามปกติโดยไม่ต้องพิจารณาว่ามีความจงใจหรือขาดความระมัดระวังหรือไม่ ส่วนผู้เสียหายเพียงพิสูจน์ให้ได้ว่าได้รับความเสียหายจากสินค้าของ ผู้ประกอบการและการใช้ หรือการเก็บรักษาสินค้านั้นเป็นไปตามปกติธรรมดา เหตุผลหลักที่กฎหมายกำหนดเช่นนี้ก็คือผู้ผลิตควรเป็นผู้รับภาระในการป้องกันความเสียหายที่เกิดจากสินค้าของตนและผู้บริโภคควรได้รับการชดใช้เยียวยาที่เป็นธรรม อย่างไรก็ดีการคุ้มครองผู้บริโภคจะได้ผลดีดังเจตนารมณ์ของกฎหมายนั้นผู้บริโภคจะต้องมีความรู้และตระหนักในสิทธิและการเรียกร้องสิทธิของตนด้วย บทความนี้พิจารณาความรับผิดของผู้ผลิตและภาระการพิสูจน์ของผู้เสียหายจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยตามหลักการของกฎหมายความรับผิดของสินค้าที่ไม่ปลอดภัยจากการศึกษาคดี *Escola v. Coca Cola Bottling Co., (Cal 1944)* ซึ่งถือเป็นคดีสำคัญที่วางบรรทัดฐานความรับผิดของผู้ผลิตและภาระการพิสูจน์ของผู้เสียหายของสหรัฐอเมริกาและคดีผู้บริโภคหมายเลขดำ ผบ 1500/2558 ซึ่งเป็นคดีตัวอย่างการเยียวยาความเสียหายจากการใช้สินค้าที่ไม่ปลอดภัยของไทยเพื่อให้ทั้งผู้ผลิตและผู้เสียหายเข้าใจถึงสิทธิและหน้าที่ของตนให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: สินค้าที่ไม่ปลอดภัย ภาระการพิสูจน์ หลักความรับผิดโดยเคร่งครัด

บทนำ

แม้ว่าการผลิตสินค้าทุกวันนี้จะทันสมัยมากขึ้นก็ตาม แต่ความผิดพลาดก็อาจเกิดขึ้นได้ และการตรวจสอบความบกพร่องของสินค้าเหล่านี้ก็ยากขึ้นเช่นกัน ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อชีวิต ร่างกาย สุขภาพ อนามัย จิตใจ หรือทรัพย์สิน ดังที่ปรากฏเป็นข่าวมากมาย เช่น โทรศัพท์มือถือระเบิดได้รับบาดเจ็บ (MGR Online, 2561) แพ้เครื่องสำอางเกิดอาการผิวหนังแตกลาย (คณะกรรมการองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน (คอบช.), 2562) รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเกิดอาการแพ้จนเสียชีวิต (เดลี่นิวส์, 2559) นำไปสู่ข้อพิพาทระหว่างผู้ประกอบการและผู้เสียหายและกระบวนการเรียกร้องค่าเสียหาย สำหรับผู้ที่ชื่นชอบเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมคงเคยได้ยินเหตุการณ์พนักงานเสิร์ฟอยู่ที่ร้านอาหารแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ได้รับบาดเจ็บจากการที่ขวดแก้วที่ใช้บรรจุน้ำอัดลมยี่ห้อหนึ่งระเบิดขณะที่พนักงานผู้นี้กำลังหยิบขวดน้ำอัดลมนั้นเพื่อส่งให้ลูกค้า การระเบิดทำให้เศษแก้วได้กระเด็นพุ่งเข้าใส่ใบหน้า ทำให้เลนส์ตาซ้ายแตก และสูญเสียความสามารถในการมองเห็น ผู้เสียหายเรียกร้องค่าเสียหายจากผู้ผลิต แต่คู่กรณีไม่สามารถตกลงกันได้ ผู้เสียหายจึงได้ฟ้องร้องคดีต่อศาลแพ่งเรียกค่าเสียหายจาก บริษัท เสริมสุข จำกัด (มหาชน) เป็นคดีผู้บริโภคหมายเลขดำ ผบ 1500/2558 คดีนี้ ศาลแพ่งได้พิพากษา (กุมภาพันธ์ 2560) ให้ผู้เสียหายเป็นฝ่ายชนะคดี และให้บริษัท เสริมสุข จำกัด (มหาชน) ชำระเงินจำนวน 1,410,000 บาท พร้อมดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปี นับตั้งแต่ที่เกิดเหตุคือวันที่ 18 พฤษภาคม 2557 จนกว่าจะชำระเสร็จให้แก่ผู้เสียหาย รวมทั้งชำระค่าสูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพเป็นเงิน 900,000 บาท (มติชนออนไลน์, 2560) คดีนี้ผู้ประกอบการต้องแพ้คดีเพราะไม่สามารถพิสูจน์ให้เห็นว่าสินค้าน้ำอัดลมซึ่งรวมถึงขวดแก้วที่ใช้บรรจุน้ำอัดลมไม่ได้เป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัยจึงต้องรับผิดชดใช้ค่าเสียหายให้แก่ผู้เสียหาย

คดีข้างต้นเป็นการฟ้องเรียกค่าเสียหายตามพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 และเป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 วรรค 1 (2) ซึ่งคดีนี้ถือว่าเป็นคดีสำคัญและเป็นคดีตัวอย่างคดีหนึ่ง เพราะผู้เสียหายจะฟ้องผู้ประกอบการรายใหญ่เป็นคดีสู่การพิจารณาในศาลเกิดขึ้นไม่บ่อยครั้ง นอกจากนี้ในแง่ของผลิตภัณฑ์นั้นเรื่องขวดน้ำอัดลมเป็นเรื่องที่น่าสนใจเพราะ น้ำอัดลมนั้นไม่ได้มีความซับซ้อนในการใช้งาน แต่จากการที่ไม่มีความซับซ้อนมากนั่นเองทำให้ผู้บริโภคอาจคิดว่าน้ำอัดลมนั้นไม่น่ามีอันตรายที่เกิดจากการใช้งาน แต่ปัญหาของขวดน้ำอัดลมนั้นเกิดจากปัญหาบรรจุภัณฑ์ แต่อันที่จริงแล้วน้ำอัดลมนั้นเป็นผลิตภัณฑ์ที่ควรต้องเพิ่มความระมัดระวังในการหยิบจับ การเก็บรักษา ทั้งการขนย้ายก็ต้องระวังไม่ให้มีการกระแทก (Hifocus, 2014) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอากาศร้อนซึ่งประชาชนนิยมดื่มน้ำอัดลมกันมาก แต่ขวดน้ำอัดลมเมื่อถูกแดดหรือแม้ไม่โดนแดดโดยตรงแต่อยู่ในสภาพอากาศที่ร้อนจัด ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ภายในขวดจะขยายตัวเกิดแรงดัน หากขวดนั้นมีปัญหาบกพร่องทำให้เป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัยและอาจก่อให้เกิดความเสียหายที่ร้ายแรงได้ ทั้งนี้ความบกพร่องที่เกิดขึ้นกับขวดน้ำอัดลมนั้นส่วนใหญ่ไม่ใช่ความบกพร่องที่ผู้บริโภคจะตรวจพบได้ง่ายโดยก๊าซในขวดอาจดันฝาและขวดแก้วระเบิดจนแตก ฝาจีบเศษแก้วอาจกระเด็นใส่ดวงตา จนเป็นแผลถึงขั้นตาบอด หากระเบิดคามืออาจทำให้นิ้วขาด เช่น จะมีข่าวบ่อยๆ ว่าฝาจีบปิดขวดหรือเศษแก้วที่แตกกระเด็นใส่หน้า ถูกดวงตาบอดได้ หรืออาจจะระเบิดระหว่างเปิดฝาขวดใส่มือ ทำให้เกิดบาดแผล หรืออากาศบาดเจ็บอื่นได้ (โพสต์ทูเดย์, 2564)

แต่เดิมก่อนที่จะมีการตราพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 โจทก์ผู้เสียหายมักจะต้องฟ้องร้องตามหลักกฎหมายละเมิด การที่ผู้ที่ได้รับความเสียหายจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยจะได้รับการชดใช้ค่าเสียหายไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะในการฟ้องผู้ประกอบการให้รับผิดในค่าเสียหาย นอกจากจะต้องเสียค่าใช้จ่ายและเวลาแล้ว ผู้เสียหายมีหน้าที่ต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าสินค้านั้นมีความบกพร่องอย่างไร และผู้ประกอบการได้กระทำการโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อในกระบวนการผลิตอย่างไร และความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินของผู้เสียหาย และความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นผลของการกระทำนั้นซึ่งเป็นใช่จะเป็นสิ่งที่พิสูจน์ได้ง่ายๆเมื่อสินค้านั้นมีความซับซ้อนในการผลิตและการใช้งาน หากผู้เสียหายพิสูจน์ไม่ได้ศาลจะยกฟ้อง ผู้ผลิตก็ไม่ต้องรับผิด ผลก็คือผู้เสียหายจะไม่ได้รับการเยียวยาอย่างเป็นธรรม ภาระการพิสูจน์จึงมีความสำคัญมากทำให้การฟังข้อเท็จจริงเป็นข้อแพ้ชนะกันได้ (คำพิพากษาฎีกาที่ 1656/2545) บทความนี้จะศึกษาในเรื่องความรับผิดของผู้ผลิตและการลดภาระการพิสูจน์ของผู้บริโภค อันได้แก่ หลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (strict liability) และหลัก *Res Ipsa Loquitur* อันเป็นหลักการสำคัญในกฎหมายความรับผิดต่อความเสียหายอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ตลอดจนการปรับใช้กฎหมายตามหลักการดังกล่าวโดยศาลโดยผ่านคดีสำคัญ 2 คดี คือ คดี *Escola v. Coca Cola Bottling Co., (Cal 1944)* ซึ่งเป็นคดีบรรทัดฐานของสหรัฐอเมริกา และ คดีผู้บริโภคหมายเลขดำ ผบ 1500/2528 ของไทย โดยบทความนี้จะกล่าวถึง

1. หลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (strict liability)
2. หลัก *Res Ipsa Loquitur*
3. แนวคำพิพากษาต่างประเทศและไทยที่ตัดสินตามหลักหลัก *Res Ipsa Loquitur* และหลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (strict liability) ในคดีผู้บริโภค
4. สรุป

1. หลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (strict liability) ในกฎหมายละเมิดทั่วไปและในกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค

ความรับผิดโดยเคร่งครัด (strict liability) เป็นหลักกฎหมายที่พัฒนามาจากหลักความรับผิดในเรื่องละเมิด ในทางแพ่งแต่เดิมนั้น เมื่อมีความเสียหายขึ้น ก็ต้องหาตัวผู้รับผิด โดยหลักในการวินิจฉัยความรับผิดก็คือบุคคลควรรับผิดเฉพาะเมื่อกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ในการเรียกค่าเสียหายจากการกระทำละเมิดนั้น ผู้เสียหายจึงต้องพิสูจน์ให้ศาลเห็นว่าผู้กระทำมีความจงใจหรือประมาทเลินเล่อเสียก่อน แต่เมื่อโลกก้าวหน้าขึ้น ความเจริญทางเทคโนโลยีมากขึ้นในราวคริสต์ศตวรรษที่ 19 และ 20 โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากมีการปฏิวัติอุตสาหกรรมในยุโรป เริ่มปรากฏแนวคิดที่ว่าการปล่อยให้ความเสียหายไม่ได้รับการเยียวยา หากผู้กระทำไม่ได้จงใจหรือประมาทเลินเล่อไม่ได้ (หรือที่เรียกว่า The loss from accident must lie where it falls.) อย่างที่เป็นอยู่นั้นไม่น่าจะให้ความเป็นธรรมได้อย่างเพียงพอ ในเมื่อพอจะทราบตัวผู้ก่อความเสียหายในเบื้องต้นได้ ทฤษฎีรับภัยจึงกลับมามีบทบาทอีกครั้งหนึ่ง ทฤษฎีรับภัยมีหลักว่าเมื่อบุคคลได้กระทำการใด ๆ ย่อมเป็นการเสี่ยงภัยที่อาจเป็นผลดีหรือร้ายก็ได้จึงต้องรับผลแห่งการเสี่ยงภัยเมื่อเกิดภัยหรือความเสียหายขึ้น ดังนั้น บุคคลจะต้องรับผิดเมื่อปรากฏว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลอันเนื่องมาจากการกระทำของตนโดยไม่ต้องพิจารณาว่าผู้นั้นจะมีความผิดหรือไม่การกำหนดให้รับผิดโดยไม่ต้องพิจารณาถึงความนึกคิดหรือจิตใจว่ามีความจงใจหรือขาดความระมัดระวังของผู้กระทำนี้เรียกว่าความรับผิดโดยเคร่งครัด (Strict Liability) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่อาศัยเหตุผลทั้งทางเศรษฐกิจและนโยบายสังคมประกอบกัน โดยพิจารณาแต่เพียงว่าเมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้วและสามารถที่จะทราบตัวผู้ก่อ ความเสียหาย ผู้นั้นต้องรับผิดในความเสียหายที่ตนก่อขึ้นทั้งสิ้น ไม่ว่าจะกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อหรือไม่เพื่อให้สังคมมีความเป็นธรรม (ไสลเกษ วัฒนพันธ์, 2564)

จากทฤษฎีรับภัยนี้จึงมีในบางกรณีที่กฎหมายกำหนดให้บุคคลบางประเภทต้องรับผิดแม้ไม่ได้จงใจหรือประมาทเลินเล่อ (Liability without fault) ถ้าการกระทำของบุคคลนั้นก่อให้เกิดความเสี่ยงภัยแก่ผู้อื่นและบุคคลนั้นควรเป็นผู้รับภาระในการป้องกันความเสียหาย เช่น กรณีที่ความเสียหายเกิดจากวัตถุระเบิดหรือจากสัตว์ จากอากาศยาน จากเสียงหรือของตกหล่นจากยานพาหนะอันเดินด้วยกำลังเครื่องจักรกลและทรัพย์อันตราย หรือจากสินค้า สำหรับกฎหมายไทยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มีบัญญัติโดยนำหลักการเรื่องความรับผิดโดยเคร่งครัดไว้ในหลายมาตราของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เช่น มาตรา 434 มาตรา 436 และมาตรา 437 ซึ่งตามบทบัญญัติในมาตราเหล่านี้ผู้เสียหายที่เป็นโจทก์ไม่ต้องพิสูจน์ถึงความจงใจหรือประมาทเลินเล่อของฝ่ายจำเลย ภาระการพิสูจน์จึงตกอยู่แก่ฝ่ายจำเลยซึ่งต้องพิสูจน์ว่าการกระทำของตนเข้าข้อยกเว้นความรับผิด แนวโน้มของกฎหมายลักษณะละเมิดนับวันจะให้ความสำคัญในเรื่องความรับผิดเด็ดขาดมากขึ้นทุกที เช่น พระราชบัญญัติความรับผิดทางแพ่งต่อความเสียหายจากมลพิษน้ำมันอันเกิดจากเรือ พ.ศ. 2560

จากสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไปสู่สังคมอุตสาหกรรมและสังคมแห่งการบริโภคที่การมีการผลิตเป็นจำนวนมากประกอบกับมีการใช้เทคโนโลยีในการผลิตอีกทั้งรูปแบบการดำเนินธุรกิจของผู้ประกอบการที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้หลักความรับผิดในทางสัญญาและละเมิดตามหลักกฎหมายทางแพ่งพื้นฐานไม่อาจคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคอย่างเพียงพอได้ จึงได้มีการพัฒนากฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคขึ้นเป็นการเฉพาะโดยประเทศต่างๆได้รับรองสิทธิพื้นฐานของผู้บริโภค (จิราพร สุทันกิตระ, 2565) ในความรับผิดทางละเมิดที่เกี่ยวกับความเสียหายของผู้บริโภคได้มีการนำหลักความรับผิดโดยเคร่งครัดมาใช้ในการพิจารณาความรับผิดของผู้ผลิต โดยเป็นการพัฒนาจากคำพิพากษาในคดี *Escola v Coca Cola Bottling Co., (Cal 1944)*[1] ซึ่งเป็นคำพิพากษาบรรทัดฐานที่ศาลได้วางหลักที่ในการนำหลักความรับผิดโดยเคร่งครัดมาใช้กับความรับผิดของผู้ผลิต และยังมีความสำคัญในกฎหมายการละเมิดสมัยใหม่ของสหรัฐอเมริกา โดยในคดีนี้ศาลได้ตัดสินว่าความรับผิดของผู้ผลิตควรเป็นความรับผิดโดยเคร่งครัด ซึ่งก็คือไม่นำความรับผิดตามหลักประมาทเลินเล่อมาใช้กับความรับผิดของผู้ผลิต และต่อมาสถาบันกฎหมายของสหรัฐอเมริกา (the American Law Institute หรือ ALI) ได้นำแนวคิดความรับผิดโดยเคร่งครัดจากคำตัดสินของคดีนี้มาร่างเป็น Restatement (Second) of Torts section 402A ซึ่งเป็นกฎหมายละเมิดที่กำหนดภาระการพิสูจน์ และได้นำมาปรับใช้กับคดี Product Liability มลรัฐจำนวนมากได้รับมาตรา 402A[2] ไปบัญญัติเป็นกฎหมายระดับมลรัฐ (ศักดา ธนิตกุล, 2552) สำหรับประเทศไทยก็ได้นำหลักความรับผิดโดยเคร่งครัด

[1] 24 Cal. 2d 3453, 150 P.2d 436 (1944).

[2] RESTATEMENT (SECOND) OF TORTS § 402A (1965). Section 402A provides:
(1) One who sells any product in a defective condition unreasonably dangerous to the user or consumer or to his property is subject to liability for physical harm thereby caused to the ultimate user or consumer, or to his property, if
(a) the seller is engaged in the business of selling such a product, and
(b) it is expected to and does reach the user or consumer without substantial change in the condition in which it is sold.
(2) The rule stated in Subsection (1) applies although
(a) the seller has exercised all possible care in the preparation and sale of his product, and
(b) the user or consumer has not bought the product from or entered into any contractual relation with the seller.

นี้มาบัญญัติไว้ในกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เช่น พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 หลักการสำคัญของกฎหมายสินค้าที่ไม่ปลอดภัยคือการนำหลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (strict liability) มากำหนดเป็นความรับผิดของผู้ผลิตหรือผู้ขายต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ความรับผิดโดยเคร่งครัด หมายถึง ความรับผิดที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความประมาทเลินเล่อหรือความจงใจ แต่เป็นความรับผิดที่เกิดจากการฝ่าฝืนหน้าที่ที่จะต้องทำให้เกิดความปลอดภัย โดยหน้าที่ที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยต้องเป็นหน้าที่ตามกฎหมาย เมื่อมีการฝ่าฝืนหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดแล้วเกิดความเสียหาย บุคคลที่มีหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดต้องรับผิด โดยไม่ต้องพิจารณาว่าบุคคลนั้นจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำให้เกิดความเสียหายหรือไม่ (มานิตย์ จุมปา, 2554) โดยมีบทบัญญัติที่เป็นข้อสันนิษฐานของกฎหมายที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เสียหายอันจะมีผลให้ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการใช้สินค้าที่ไม่ปลอดภัยไม่ต้องพิสูจน์ถึงความไม่ปลอดภัยของสินค้า ผู้เสียหายเพียงแต่แสดงให้เห็นเพียงว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการใช้สินค้าดังกล่าวเท่านั้น หลักนี้เป็นการยกเว้นหลักในกฎหมายละเมิดซึ่งต้องพิสูจน์ความรับผิดว่าต้องกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ โดยมาตรา 5 ของพระราชบัญญัตินี้กำหนดว่า “ให้ผู้ประกอบการทุกคนต้องร่วมกันรับผิดต่อผู้เสียหายในความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย และสินค้านั้นได้ขายให้แก่ผู้บริโภคแล้ว ไม่ว่าความเสียหายนั้นเกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบการหรือไม่ก็ตาม” เว้นแต่ผู้ประกอบการจะมีข้อแก้ตัวตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อจะไม่ต้องรับผิดในความเสียหายที่เกิดขึ้น (พระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 มาตรา 7)[3]

2. ภาระการพิสูจน์ตามหลัก *Res Ipsa Loquitur* ซึ่งเป็นข้อสันนิษฐานในคดีละเมิดทั่วไปและในคดีผู้บริโภค

Res Ipsa Loquitur เป็นภาษาละตินซึ่งแปลเป็นภาษาอังกฤษคือ “the thing speaks for itself” ซึ่งแปลว่าสิ่งย่อมปรากฏแจ้งชัดอยู่ในตัวเอง จึงไม่ต้องมีคำอธิบายอีก เป็นการผลักภาระการพิสูจน์ของกฎหมายลักษณะพยานในกฎหมายคอมมอนลอว์ซึ่งศาลได้นำมาใช้ในความรับผิดทางละเมิดที่เกิดจากความประมาทเลินเล่อ (Matthew R. Johnson, 1997) โดยหลักทั่วไปแล้วในการสืบพยานผู้ใดกล่าวอ้างข้อเท็จจริงใด ผู้นั้นมีหน้าที่นำสืบ ในการต่อสู้คดีในศาลนั้นประเด็นข้อพิพาทที่เป็นปัญหาข้อเท็จจริง คู่ความต้องนำพยานหลักฐานมาพิสูจน์ให้ศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงเป็นไปตามที่กล่าวอ้าง ภาระการพิสูจน์จึงตกอยู่กลับผู้กล่าวอ้าง ซึ่งกรณีส่วนใหญ่ภาระการพิสูจน์จะตกอยู่แก่โจทก์ เช่น เมื่อโจทก์กล่าวอ้างว่าจำเลยขับรถประมาทมาชนรถโจทก์เสียหายโจทก์ก็มีหน้าที่นำสืบว่าจำเลยกระทำโดยประมาทอย่างไร แต่ *Res Ipsa Loquitur* ทำให้หน้าที่นำสืบไปตกอยู่กับจำเลย หลักนี้ใช้ในเรื่องละเมิดอันเกิดจากความประมาทเลินเล่อ โดยเป็นหลักสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติธรรมดาของเหตุการณ์ กล่าวคือเมื่อมีข้อเท็จจริงเกิดขึ้น

[3] มาตรา 1 ผู้ประกอบการไม่ต้องรับผิดต่อความเสียหายอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยหากพิสูจน์ได้ว่า
(1) สินค้านั้นมิได้เป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย
(2) ผู้เสียหายได้รู้อยู่แล้วว่าสินค้านั้นเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย หรือ
(3) ความเสียหายเกิดขึ้นจากการใช้หรือการเก็บรักษาสินค้าไม่ถูกต้องตามวิธีใช้ วิธีเก็บรักษา คำเตือน หรือข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าที่ผู้ประกอบการได้กำหนดไว้อย่างถูกต้องและชัดเจนตามสมควรแล้ว

เหตุการณ์ที่ปรากฏย่อมแสดงอยู่ในตัวว่าเป็นความประมาทเลินเล่อของผู้ก่อความเสียหาย โดยปกติแล้วความเสียหายจะไม่เกิดขึ้นหากปราศจากความประมาทเลินเล่อ และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเสียหายนั้นอยู่ภายใต้การควบคุมของจำเลย และไม่มีคำอธิบายที่เป็นไปได้อย่างอื่นที่อีก เช่น ศัลยแพทย์ได้ผ่าตัดผู้ป่วยและฟองน้ำผ่าตัดถูกทิ้งไว้ในร่างกายของผู้รับการผ่าตัดหลังจากการผ่าตัดเสร็จสิ้น ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมและการผ่าตัดครั้งที่สอง หากศัลยแพทย์ผู้นั้นไม่ได้ตั้งใจให้ฟองน้ำคงอยู่ในร่างกายเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ใดๆ ก็เป็นที่ชัดเจนว่าการที่ฟองน้ำถูกทิ้งไว้นั้นเป็นความผิดพลาดของผู้ผ่าตัด หลักการนี้ส่งผลให้โจทก์สามารถพิสูจน์ด้วยหลักฐานที่เป็นพยานแวดล้อมที่ทำให้โจทก์ตั้งข้อสันนิษฐานว่าจำเลยเป็นผู้ประมาทเลินเล่อ ภาระการพิสูจน์จึงตกไปอยู่กับอีกฝ่ายหนึ่งคือจำเลยที่จะมีหน้าที่จะต้องนำสืบหักล้างว่ามิใช่ความประมาทเลินเล่อของตน เพราะถือว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นย่อมถือเป็นพยานหลักฐานในเบื้องต้นเกี่ยวกับการประมาทเลินเล่อ (พจน์ บุษปาคม 2530) หากพิสูจน์ไม่ได้จำเลยก็ต้องแพ้คดีและชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้น ศาลฎีกาสหรัฐอเมริกาได้อธิบายถึงเหตุผลไว้ในคดี *San Juan Light & Transit Co. v. Requena*, 224 U.S. 89 (1912) ว่าเหตุที่กฎหมายยอมให้มีข้อสันนิษฐานเช่นนั้นเพราะตั้งอยู่บนแนวคิดที่ว่าเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งตามปกติจะไม่เกิดขึ้นเว้นไว้แต่ว่ามีความผิดพลาดบางอย่างจึงทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นมา ดังนั้นแม้ว่าจะไม่อาจระบุได้ชัดเจนถึงสาเหตุของเหตุการณ์ดังกล่าวและไม่มีหลักฐานโดยตรง แต่การที่เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นก็เป็นเครื่องบ่งชี้ในตัวเองว่าต้องมีความผิดพลาดอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น และเมื่อมีความเสียหายจากเหตุการณ์ดังกล่าวโดยที่ไม่ได้เป็นความผิดของผู้เสียหายก็ถือว่าได้มีการทำละเมิด และผู้ที่มีอำนาจควบคุมเหนือเหตุการณ์นั้นได้เพียงฝ่ายเดียวประมาทเลินเล่อจึงควรเป็นผู้ต้องรับผิด โดยผู้เสียหายไม่ต้องพิสูจน์อย่างอื่นอีก (จิราพร สุทันกิตระ, 2551)

สำหรับคดีละเมิดทั่วไปนั้นก่อนที่จะมีบทบัญญัตินี้ศาลไทยก็ได้เคยใช้หลักการนี้ในการพิจารณาพิพากษาคดีมาแล้ว เช่น คำพิพากษาฎีกาที่ 849/2490 ในคดีนี้ เกิดไฟไหม้บ้านเช่าในขณะที่ผู้เช่าเป็นผู้ครอบครอง ในฐานะเป็นผู้เช่านั้น แม้ผู้ให้เช่าจะสืบไม่ได้ความชัดว่า ไฟเกิดขึ้นด้วยเหตุใดหรือใครทำให้เกิดขึ้นก็ดี เมื่อได้ความว่าไฟเกิดขึ้นจากบ้านที่เช่า ไม่ใช่เกิดขึ้นที่อื่นแล้วลุกลามมาไหม้บ้านเช่าแล้วผู้เช่าก็ย่อมมีหน้าที่สืบแสดงข้อแก้ตัวเพื่อให้พ้นความรับผิด ถ้าสืบไม่ได้ก็ไม่พ้นความรับผิด และในคำพิพากษาฎีกาที่ 1206/2500 ศาลตัดสินว่าแพซุงของจำเลยขาดลอยตามน้ำที่ไหลเชี่ยว ไปกระทบเสาเรือนโจทก์เสียหายแม้โจทก์จะไม่มีพยานสืบว่า เป็นเพราะเหตุใดแพจึงขาดจำเลยก็ต้องรับผิด เพราะเป็นหน้าที่จำเลยจะต้องระวังรักษาไม่ให้แพซุงขาดลอยไปตามกระแสน้ำที่ไหลเชี่ยวจ้างคนดูแลรักษาแพซุง มีหนังสือสัญญารับฝากให้ค่าจ้างเฝ้าเป็นรายเดือน เป็นการจ้างแรงงาน นายจ้างต้องรับผิดในละเมิดของลูกจ้าง ต่อมาก็ได้มีการบัญญัติหลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาตรา 84/1 ว่า “...ถ้ามีข้อสันนิษฐานไว้ในกฎหมายหรือมีข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์เป็นคุณแก่คู่ความฝ่ายใด คู่ความฝ่ายนั้นต้องพิสูจน์เพียงว่าตนได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขแห่งการที่ตนจะได้รับประโยชน์จากข้อสันนิษฐานนั้นครบถ้วนแล้ว” เป็นบทบัญญัติที่ยกเว้นหลักการพิจารณาคดีตามกฎหมายแพ่งโดยทั่วไปซึ่งบทบัญญัติสันนิษฐานของกฎหมายนี้นี้ใช้กับคดีแพ่งทั่วไปไม่ได้ใช้กับคดีละเมิดเท่านั้น

ในคดีผู้บริโภคนั้นหลัก *Res Ipsa Loquitur* ได้ถูกนำมาบัญญัติไว้ในมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดภาระการพิสูจน์ของผู้ประกอบธุรกิจไว้ ดังนี้ “ประเด็นข้อพิพาท

ข้อใดจำเป็นต้องพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับการผลิต การประกอบ การออกแบบ หรือส่วนผสมของสินค้า การให้บริการ หรือการดำเนินการใด ๆ ซึ่งศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงดังกล่าวอยู่ในความรู้เห็นโดยเฉพาะของคู่ความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจ ให้ภาระการพิสูจน์ในประเด็นดังกล่าวตกอยู่แก่คู่ความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจนั้น” และ มาตรา 6 ของพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ก็ได้มีหลักการนี้เช่นเดียวกัน โดยบัญญัติว่า “เพื่อให้ผู้ประกอบการต้องรับผิด.... ผู้เสียหายหรือผู้มีสิทธิฟ้องคดีแทน.... ต้องพิสูจน์ว่าผู้เสียหายได้รับความเสียหายจากสินค้าของผู้ประกอบการและการใช้หรือการเก็บรักษาสินค้านั้นเป็นไปตามปกติธรรมดา...แต่ไม่ต้องพิสูจน์ว่าความเสียหายเกิดจากการกระทำของผู้ประกอบการผู้ใด”

เหตุที่กฎหมายกำหนดให้ภาระการพิสูจน์อยู่กับจำเลยผู้ประกอบธุรกิจนั้น สามารถอธิบายตามหลัก *Res Ipsa Loquitur* ได้ว่าเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งตามปกติจะไม่เกิดขึ้น เว้นไว้แต่ว่ามีความผิดพลาดบางอย่างจึงทำให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นมา ดังนั้นแม้ว่าจะไม่อาจระบุได้ชัดเจนถึงสาเหตุของเหตุการณ์ดังกล่าว และไม่มีหลักฐานโดยตรง แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวย่อมเป็นเครื่องบ่งชี้ในตัวเองว่าต้องมีความผิดพลาดอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น เมื่อความเสียหายจากเหตุการณ์ดังกล่าวไม่ได้เป็นความผิดของผู้เสียหายก็ถือว่ามีการทำละเมิด และผู้มีอำนาจควบคุมเหนือเหตุการณ์นั้นได้เพียงฝ่ายเดียวจึงควรเป็นผู้รับผิดโดยผู้เสียหายไม่ต้องพิสูจน์อย่างอื่นอีกต่างจากความรับผิดและวิธีพิจารณาคดีตามประมวล ที่กฎหมายบัญญัติไว้เช่นนี้เพื่อลดภาระการพิสูจน์ของผู้เสียหาย เพราะเทคโนโลยีในปัจจุบันที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการผลิตสินค้าซึ่งมีกระบวนการสลับซับซ้อน ยากที่ผู้บริโภคโดยทั่วไปจะเข้าถึงและเข้าใจได้ การที่ผู้เสียหายจะต้องนำสืบให้ศาลเห็นว่าผู้ผลิตได้ทำการประมาทเลินเล่อจึงเป็นไปได้ยาก (ศักดา ธนิตกุล, 2559)

3. แนวคำพิพากษาต่างประเทศและไทยที่ตัดสินตามหลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (strict liability) หลัก Res Ipsa Loquitur ในคดีผู้บริโภค

3.1 คดี : *Escola v Coca Cola Bottling Co., (Cal 1944)*

โจทก์ในคดีนี้เป็นพนักงานเสิร์ฟในร้านอาหาร ได้รับบาดเจ็บเมื่อขวดแก้วน้ำอัดลมที่ผลิตโดยบริษัท Coca Cola Bottling Co. ในมือเธอเกิดระเบิดขึ้นเอง และแตกในมือของเธอได้รับบาดเจ็บจนมือข้างนั้นใช้งานไม่ได้และเมื่อรักษาหายแล้วอาจส่งผลให้การใช้งานไม่ดีเหมือนเดิม โจทก์จึงมาฟ้องคดีเรียกร้องค่าเสียหายสำหรับการบาดเจ็บอันเป็นผลมาจากขวดโคคาโคล่าแตกในการพิจารณาคดี โจทก์ให้การว่าเธอหยิบกล่องเครื่องดื่มและวางไว้บนตู้ใกล้ตู้เย็น จากนั้นเธอก็หยิบขวดจากกล่องด้วยมือขวาทีละขวดและใส่เข้าไปในตู้เย็น ขวดในมือเธอขวดหนึ่งเกิดระเบิดขึ้นเองและแตกในมือของเธอ เธอถูกบาดลึกถึง 5 นิ้ว ซึ่งตัดเส้นเลือด เส้นประสาท และกล้ามเนื้อของนิ้วหัวแม่มือและฝ่ามือ โจทก์ให้การว่าไม่มีแรงภายนอกใดที่จะทำให้ขวดแตกได้ในทันที ของเหลวที่อยู่ภายในไม่ได้ถูกเขย่า ไม่ปรากฏว่าจะมีรอยร้าวในขวด และไม่มีแรงกดใดๆ ที่ขวดก่อนที่จะแตก ในเวลาต่อมา พยานหลายคนในเหตุการณ์ต่างให้การว่าไม่ได้มีแรงกระแทกใดๆต่อขวดแก้วก่อนหน้าที่ขวดจะแตก ขวดแตกดูเหมือนเกิดขึ้นเองโดยไม่มีการถูกกระแทก โจทก์สรุปคดีโดยกล่าวหาว่าบริษัทของจำเลยบรรจุขวดและส่งมอบขวดที่มีข้อบกพร่องตามที่ฟ้องให้แก่นายจ้างของเธอได้กระทำโดยประมาทในการขาย "ขวดที่บรรจุเครื่องดื่มดังกล่าวซึ่งจากการที่บรรจุแรงดันแก๊สมากเกินไปหรือสาเหตุเนื่องจากข้อบกพร่องบางประการในขวดนั้นเป็นอันตราย ... และน่าจะระเบิดได้” ขวดที่บรรจุเครื่องดื่มดังกล่าวซึ่งเกิดจากแรงดันแก๊สมากเกินไปหรือเนื่องจากข้อบกพร่องบางประการในขวดจึงเป็นอันตราย . . และน่าจะระเบิดได้”

Coca-Cola Bottling Co. จำเลยให้การโต้แย้งเบื้องต้นเกี่ยวกับความรับผิดของตนโดยมุ่งเน้นไปที่มาตรการที่ใช้เพื่อให้แน่ใจได้ว่าผลิตภัณฑ์ของตนและขวดมีความสมบูรณ์ และได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับมาตรการด้านความปลอดภัยของบริษัทภายหลังกระบวนการผลิตเพื่อให้แน่ใจว่าผลิตภัณฑ์ของตนจะปลอดภัยต่อการบริโภคในขวดแก้ว ในระหว่างกระบวนการผลิต ขวดแก้วจะต้องมีการอัดด้วยก๊าซภายใต้ความดัน กระบวนการนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้ได้แรงดันที่ปลอดภัย แต่ก็เพียงพอที่จะรักษาก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในของเหลว

ศาลได้มีคำพิพากษาให้บริษัท Coca-Cola Bottling Co. ต้องรับผิดต่อโจทก์พนักงานบริการผู้เสียหาย แม้ว่าโจทก์จะไม่อาจพิสูจน์ได้ว่าผู้ผลิตมีความประมาทเลินเล่อในการผลิตสินค้าเลย โดยศาลได้นำหลัก *Res Ipsa loquitur* (The thing speaks for itself. หรือสิ่งย่อมปรากฏแจ้งชัดอยู่ในตัวเอง จึงไม่ต้องมีคำอธิบายอีก) ซึ่งเปนหลักกฎหมายคอมมอนลอว์ในความรับผิดทางละเมิดที่เกิดจากความประมาทเลินเล่อมาปรับใช้ ในการพิจารณาศาลฎีกาแห่งแคลิฟอร์เนียได้อ้างถึง "การควบคุม" ศาลกล่าวว่าเป็นที่แจ้งชัดว่าจำเลยบริษัทบรรจุขวดยังคงควบคุมผลิตภัณฑ์ตลอดกระบวนการผลิต ดังนั้นจำเลยจึงอยู่ในฐานะที่ดีที่สุดในการควบคุมมาตรการเพื่อความสมบูรณ์และความปลอดภัยของสินค้า นอกจากนี้ไม่ได้มีการนำเสนอหลักฐานใดที่แสดงว่ามีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นภายหลังจาก Coca-Cola Bottling Co. ได้ส่งขวดไปยังร้านอาหารซึ่งจะเพิ่มการกระแทกให้กับขวด ดังนั้น หากมีปัญหาเกี่ยวกับแรงดันในขวด ปัญหานั้นจะเกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการผลิตและในขณะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของ Coca-Cola Bottling Co.

คดีนี้ศาลตัดสินให้จำเลยต้องรับผิดในค่าเสียหายให้แก่โจทก์เพราะถือว่าเป็นการทำละเมิดแก่โจทก์ตามหลักความรับผิดโดยเคร่งครัดซึ่งผู้ผลิตต้องรับผิดแม้ไม่ได้มีความประมาทเลินเล่อ เพื่อลดอันตรายแก่ชีวิตและสุขภาพอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย โดยผู้พิพากษา Traynor ได้ยกเหตุผลที่กำหนดนโยบายสาธารณะให้ผู้ผลิตต้องมีความรับผิดโดยเคร่งครัดได้ดังนี้

1. ผู้ผลิตควรรับผิดชอบเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นไม่ใช่ผู้บริโภค เพราะผู้ผลิตเป็นผู้ที่อยู่ในฐานะที่ดีที่สุดที่จะป้องกันความสูญเสีย

2. ผู้เสียหายที่มีความสูญเสียทั้งในทรัพย์สินและสุขภาพ ร่างกาย หรือชีวิตก็ตกจะต้องแบกรับภาระแต่เพียงผู้เดียว อันเป็นภาระอันหนักยิ่ง ส่วนผู้ผลิตที่ต้องรับผิดหากเกิดความเสียหายขึ้น ก็สามารถกระจายภาระนั้นได้โดยการทำประกันภัยซึ่งส่งผลเพียงเป็นการเพิ่มต้นทุนในการประกอบธุรกิจแก่ผู้ผลิตเท่านั้น

3. ผู้บริโภคซื้อสินค้าเพราะเชื่อถือในคุณภาพของสินค้าเนื่องจากการโฆษณาและการตลาดของผู้ผลิต (รวมทั้งเครื่องหมายการค้า) เมื่อผู้บริโภคได้ใช้สินค้าที่ตนผลิตตามปกติแล้วเกิดความเสียหายขึ้น ผู้ผลิตจึงควรรับผิด

ความเห็นของผู้พิพากษา Traynor ในคดี *Escola v. Coca Cola Bottling Co. (1944)* นี้ส่งผลให้เกิดการปฏิรูปที่สำคัญของกฎหมายละเมิดของสหรัฐอเมริกา โดยได้วางรากฐานของหลักการของกฎหมายสมัยใหม่เกี่ยวกับความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย โดยก่อนหน้าคดีนี้ผู้ผลิตไม่มีหน้าที่ที่จะต้องความรับผิดในกรณีที่สินค้าที่มีข้อบกพร่องนำไปสู่ความเสียหาย ผู้พิพากษา Traynor มีความเห็นโดยอยู่บนความซื่อสัตย์และความมีเหตุผลในสิ่งที่กฎหมายควรเป็นโดยเห็นว่าผู้ผลิตจะต้องรับผิดเมื่อสินค้าชำรุดบกพร่องวางตลาดและก่อให้เกิดความเสียหาย อันนำไปสู่การบัญญัติ Restatement (Second) of Torts มาตรา 402A ซึ่งกำหนดแนวทางสมัยใหม่เกี่ยวกับความรับผิดโดยเคร่งครัดของกฎหมาย

ความรับผิดต่อความเสียหายอันเกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยในยุคปัจจุบัน

3.2 คดีผู้บริโภค หมายเลขดำ ผบ 1500/2528

คดีนี้มีความสำคัญเพราะเป็นกรณีที่ผู้บริโภคฟ้องผู้ประกอบธุรกิจรายใหญ่เพื่อคุ้มครองและเรียกร้องสิทธิของตนตามกฎหมายและเป็นการฟ้องเรียกค่าเสียหายตามพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ.2551 และเป็นคดีผู้บริโภคตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 3 วรรค 1 (2) นับเป็นตัวอย่างการต่อสู้เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค

คดีนี้โจทก์เป็นพนักงานเสิร์ฟของร้านอาหารแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เขาได้รับบาดเจ็บจากการที่ขวดแก้วที่ใช้บรรจุน้ำอัดลมเครื่องดื่มเอสโคล่าระเบิดขณะกำลังหยิบขวดน้ำอัดลมส่งให้ลูกค้า และเศษแก้วได้กระเด็นพุ่งเข้าใส่ใบหน้า ทำให้เลนส์ตาซ้ายแตก และสูญเสียความสามารถในการมองเห็น คู่กรณีไม่สามารถไกล่เกลี่ยตกลงกันได้ ผู้เสียหายจึงได้มีการยื่นฟ้องเรียกค่าเสียหายจาก บริษัท เสริมสุข จำกัด (มหาชน) ข้อเท็จจริงจากการนำสืบสรุปได้ว่าโจทก์ได้รับใบสั่งเครื่องดื่มของลูกค้ามาจากพนักงานอีกคนหนึ่งเพื่อจัดเครื่องดื่มเอสโคล่าขวดแก้ว 3 ขวด เพื่อให้โจทก์นำไปส่งให้ลูกค้า (Thaireform, 2560) จากวิดีโอทัศน์ซึ่งโจทก์นำสืบเห็นว่าโจทก์นำขวดน้ำอัดลมเอสจากตู้แช่มาวางพักบนชั้นวางขวดเครื่องดื่ม ขวดยังไม่ได้ถูกเปิดและไม่ได้ตกพื้นหรือกระแทกกัน โจทก์หยิบน้ำอัดลมเอสขวดแรกด้วยมือซ้าย และหยิบขวดที่สองด้วยมือขวา ทันใดนั้นขวดที่สองเกิดระเบิด ทำให้เศษแก้วพุ่งกระเด็นเข้าใบหน้าและดวงตาซ้ายอย่างรุนแรง โจทก์ได้รับบาดเจ็บที่ใบหน้า เลนส์ตาซ้ายแตก และสูญเสียความสามารถในการมองเห็น โจทก์ได้ยื่นฟ้องต่อศาลแพ่งเรียกค่าเสียหายโดยให้บริษัท เสริมสุข จำกัด (มหาชน)ชำระเป็นเงิน 11,725,626 บาท พร้อมดอกเบี้ยร้อยละ 7.5 ต่อปี ของต้นเงิน 10,897,000 บาท นับถัดจากวันฟ้องเป็นต้นไป และขอให้ศาลสงวนสิทธิที่จะแก้ไขคำพิพากษาเกี่ยวกับค่าเสียหายและค่ารักษาพยาบาลภายในเวลาที่ศาลกำหนด และให้จำเลยชำระค่าเสียหายเพื่อการลงโทษเพิ่มขึ้นจากค่าเสียหายที่แท้จริงตามมาตรา 42 พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

พยานโจทก์เบิกความว่าสถานที่เก็บน้ำอัดลมเอสโคล่ามีหลังคาคลุมเรียบร้อย ทางด้านพยานผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ายืนยันว่า โจทก์หยิบขวดน้ำอัดลมเอสโคล่าในลักษณะทั่วไป น้ำอัดลมที่ผสมก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จะมีความดันในขวดสูง และการนำขวดแก้วเก่ามาบรรจุใหม่หลายรอบอาจชำรุดได้จากการที่ผู้ใช้รายก่อน ๆ นำขวดไปแช่แข็ง หรืออาจชำรุดจากการขนส่ง หรือชำรุดขณะที่บริษัทล้างขวดเพื่อนำมาบรรจุใหม่ ซึ่งหากเป็นการชำรุดรุนแรงก็จะมีร่องรอยเป็นที่ประจักษ์ แต่การชำรุดบางครั้งอาจมีขนาดเล็กมากถึงระดับไมครอน ซึ่งไม่สามารถเห็นได้ด้วยตาเปล่า เมื่อนำขวดที่ชำรุดไปบรรจุน้ำอัดลม ขวดอาจจะแตกขณะบรรจุทันทีหรือแตกหลังบรรจุ เมื่อถึงระดับที่ขวดไม่สามารถรับแรงดันได้

บริษัท เสริมสุข จำกัด (มหาชน) จำเลยให้การว่าบรรจุภัณฑ์ขวดแก้วที่ใช้สำหรับบรรจุน้ำอัดลม ผลิตโดยได้มาตรฐานสากลตามมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (มอก.) ทนแรงดันและมีความปลอดภัย ไม่อาจแตกหรือระเบิดได้แต่อย่างใด ดังนั้นค่าเสียหายที่โจทก์เรียกร้องเป็นการกล่าวอ้างที่ปราศจากมูลความจริงและไม่มีพยานหลักฐาน จึงขอให้ศาลยกฟ้อง ในการให้การนั้นจำเลยได้เบิกความยืนยันประกอบภาพถ่ายและวิดิทัศน์แสดงขั้นตอนกระบวนการผลิตและทดสอบขวด

ประเด็นแห่งคดีที่ศาลกำหนดในการวินิจฉัยคดีไว้ คือ ขวดน้ำอัดลมเอสโคล่าระเบิดระหว่างโจทก์ใช้มือหยิบขวดขึ้นมาจนเป็นเหตุให้ได้รับบาดเจ็บจากระเบิดหรือไม่ กระบวนการผลิตสินค้าของบริษัท เสริมสุข จำกัด (มหาชน) มีวิธีการที่ถูกต้องและปลอดภัยได้

มาตรฐานหรือไม่ ซึ่งเมื่อศาลพิเคราะห์แล้วศาลได้ตัดสินว่า โจทก์ได้รับอันตรายจากการระเบิดของขวดน้ำอัดลมขณะอยู่ในมือ ในขณะที่หยิบจับแบบวิญญูชนทั่วไปทั้งนี้เหตุการณ์นี้แสดงให้เห็นอยู่แล้วว่าเป็นสินค้าไม่ปลอดภัย และเมื่อพิจารณาจากการนำสืบของจำเลย ขั้นตอนการตรวจสอบขวดแก้ว มีจุดตรวจขวดอัตโนมัติด้วยเครื่องจักรจุดเดียว แม้จะมีพนักงานร่วมตรวจด้วย ก็อาจมีความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ เพราะสายพานลำเลียงด้วยความเร็ว และการตรวจจุดสุดท้ายก็เป็นการสุ่มตรวจเพื่อวัดแรงดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในขวดน้ำอัดลมโดยในระยะเวลา 30 นาที จะสุ่มตรวจเพียง 2 ขวดเท่านั้น ซึ่ง 1 นาที โรงงานผลิตน้ำอัดลมได้ถึง 400 ขวด ซึ่งไม่สามารถยืนยันได้ว่าขวดน้ำอัดลมทุกขวดทั้งหมดที่ผ่านการตรวจสอบดังกล่าวจะมีความปลอดภัย

คดีนี้โจทก์ผู้เสียหายมีภาระการพิสูจน์ตามพระราชบัญญัติความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 มาตรา 6 ที่กำหนดให้ผู้เสียหายเพียงแต่พิสูจน์ให้เห็นว่า ได้รับความเสียหายจากสินค้าของผู้ประกอบการและการใช้หรือการเก็บรักษาสินค้านั้นเป็นไปตามปกติธรรมดา เมื่อโจทก์ที่เป็นผู้เสียหายได้แสดงให้ศาลให้เห็นว่าได้รับอันตรายจากการระเบิดของขวดน้ำอัดลมขณะอยู่ในมือ ในขณะที่หยิบจับแบบคนทั่วไปและการเก็บรักษาผู้ประกอบการและการใช้หรือการเก็บรักษาสินค้าน้ำอัดลมเป็นไปตามปกติธรรมดา ศาลจึงตัดสินว่าสินค้าของจำเลยคือน้ำอัดลมเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย โดยผู้เสียหายไม่ต้องพิสูจน์ถึงความจงใจหรือความประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบการ เมื่อโจทก์พิสูจน์ได้แล้วว่าสินค้าของผู้ประกอบการเป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ภาระการพิสูจน์จึงตกแก่จำเลย ที่จะต้องพิสูจน์ให้เห็นว่าสินค้าน้ำอัดลมซึ่งรวมถึงขวดแก้วที่ใช้บรรจุน้ำอัดลมไม่ได้เป็นสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ผู้เสียหายได้รู้อยู่แล้วว่าสินค้านั้นเป็นสินค้าไม่ปลอดภัย หรือความเสียหายเกิดขึ้นจากการ ใช้หรือการเก็บรักษาสินค้าไม่ถูกต้องตามวิธีใช้ วิธีเก็บรักษาคำเตือน หรือข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าที่ ผู้ประกอบการได้กำหนดไว้อย่างถูกต้องและชัดเจนตามสมควรแล้ว หากพิสูจน์ได้ก็ไม่ต้องรับผิด แต่หากพิสูจน์ไม่ได้ก็ต้องรับผิดชดใช้ค่าเสียหายที่เกิดขึ้น โดยผู้บริโภคที่เป็นผู้เสียหายไม่ต้องมีภาระการพิสูจน์ในประเด็นเรื่องความไม่ปลอดภัยของสินค้าน้ำอัดลม เนื่องจากข้อเท็จจริงในเรื่องนี้อยู่ในความรู้เห็นโดยเฉพาะของผู้ประกอบการดังกล่าวซึ่งก็เป็นไปตาม พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 มาตรา 29 ที่ได้กำหนดให้การพิสูจน์ข้อเท็จจริงที่อยู่ในความรู้เห็นโดยเฉพาะของคู่ความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจ ได้แก่ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการผลิต การออกแบบ ส่วนผสมของสินค้า การให้บริการ หรือการดำเนินการใดๆ ซึ่งศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงดังกล่าวอยู่ในความรู้เห็นโดยเฉพาะของคู่ความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจ ให้ภาระการพิสูจน์ในประเด็นดังกล่าวตกอยู่แก่คู่ความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจ ทำให้ภาระการพิสูจน์เกี่ยวกับความปลอดภัยของสินค้าน้ำอัดลม ซึ่งเกี่ยวข้องกับมาตรฐานการผลิตขวดแก้วที่ใช้บรรจุน้ำอัดลม กระบวนการผลิตน้ำดื่มอัดลมบรรจุขวด ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่จะพิสูจน์ว่าสินค้าน้ำอัดลมเป็นสินค้าที่ปลอดภัยหรือเป็นอันตราย ตกอยู่กับบริษัทเสริมสุข จำกัด (มหาชน) การที่ศาลตัดสินให้จำเลยแพ้คดีเพราะศาลเห็นว่าบริษัท เสริมสุข จำกัด (มหาชน) ต่อสู้ว่าสินค้าของตนเป็นสินค้าที่ปลอดภัยโดยเพียงแต่นำสืบให้เห็นถึงขั้นตอนการผลิตของบริษัทวิธีการตรวจสอบก่อนที่จะจัดจำหน่ายให้แก่ลูกค้า และถึงแม้จะชี้ว่าสินค้าน้ำอัดลมมีการผลิตตามมาตรฐานอุตสาหกรรม (มอก.) ไม่อาจหักล้างเหตุการณ์ที่ปรากฏจากพยานหลักฐานของจำเลยที่แสดงให้เห็นว่าสินค้าของบริษัทไม่ปลอดภัย เนื่องจากผู้บริโภคที่เป็นผู้เสียหายได้รับอันตรายจากการระเบิดของขวดขณะที่ผู้เสียหายหยิบจับขวดในลักษณะปกติทั่วไป จึงต้องรับผิดชดใช้ค่าเสียหายให้แก่ผู้บริโภคที่เป็นผู้เสียหาย

4. บทสรุป

เมื่อมีความเสียหายเกิดขึ้นจากบริโภคสินค้า เพราะสินค้านั้นมีความบกพร่องหรือไม่ปลอดภัย การที่จะผู้บริโภคจะเรียกร้องเพื่อให้ได้รับการเยียวยาชดใช้เป็นการยากเพราะสินค้ามีความสลับซับซ้อนอีกทั้งยังมีขั้นตอนในการดำเนินคดีซึ่งเป็นกระบวนการทางกฎหมาย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความเป็นธรรมกับผู้เสียหาย การนำความรับผิดโดยเคร่งครัดมาใช้กับการรับผิดของผู้ผลิตเพื่อให้ผู้ผลิตชดใช้ค่าสินไหมทดแทนความเสียหายที่เกิดขึ้นทำให้คุ้มครองผู้บริโภคได้รับการเยียวยาได้เป็นธรรมและเหมาะสม และยังเป็นการยกระดับความปลอดภัยของสินค้าไปด้วยการกำหนดหน้าที่ให้ผู้ผลิตต้องรับผิดเมื่อมีความเสียหายจะผลักดันให้ผู้ผลิตต้องมีความระมัดระวังและยอมลงทุนที่จะป้องกันไม่ให้สินค้าที่ผลิตมีความบกพร่องและก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ใช้สินค้าของตน คดี *Escola v Coca Cola Bottling Co., (Cal 1944)* มีส่วนในการพัฒนาหลักกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคโดยเป็นคำพิพากษาบรรทัดฐานที่ศาลได้วางหลักที่ในการนำหลักความรับผิดโดยเคร่งครัดมาใช้กับความรับผิดของผู้ผลิต ไม่นำความรับผิดตามหลักประมาทเลินเล่อมาใช้กับความรับผิดของผู้ผลิต ส่วนหลักในการสืบพยาน *Res Ipsa Loquitur* มีผลทำให้ภาระการพิสูจน์ของผู้เสียหาย (โจทก์) ลดลง แทนที่ผู้เสียหาย (โจทก์) ต้องมีภาระพิสูจน์ว่าผู้ผลิตสินค้า (จำเลย) จงใจหรือ ประมาทเลินเล่อ ให้เป็นไปตามกฎหมายแพ่งว่าด้วยสัญญาหรือละเมิด และต้องปฏิบัติตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาคดีความแพ่ง มาตรา 84/1 กำหนดว่า ผู้ใดกล่าวอ้างข้อเท็จจริงใด ผู้นั้นมีภาระการพิสูจน์ แต่ผู้เสียหาย (โจทก์) พิสูจน์เพียงว่าได้รับความเสียหายจากสินค้าของผู้ประกอบการ เพราะโดยทั่วไปแล้วผู้เสียหายไม่สามารถจะหาพยานหลักฐานหรือระบุได้ว่าอะไรคือสาเหตุของความชำรุดบกพร่องไม่ปลอดภัยของสินค้านั้น เพราะไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับกระบวนการ ขั้นตอน การผลิตสินค้าเหมือนกับที่ผู้ผลิตมี การกำหนดให้ผู้เสียหายต้องพิสูจน์ถึงความประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบการนั้นเป็น เรื่องที่กระทำได้ยาก และผู้ประกอบการเป็นผู้ที่มีความเหมาะสมที่สุดที่จะป้องกัน ความเสียหาย ทำประกันภัย และกระจายต้นทุนของความเสี่ยงโดยการกำหนด ราคาสินค้า หลักการทั้งสองเป็นหลักการสำคัญของกฎหมายความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยในปัจจุบัน โดยเริ่มจากสหรัฐอเมริกาได้นำหลักกฎหมายจากคำพิพากษาคดี *Escola v Coca Cola Bottling Co., (Cal 1944)* มาจัดทำเป็น Section 402 A ของ The Restatement (Second) of Torts ใน ค.ศ. 1964 ซึ่งเป็นหลักกฎหมายและเป็นกฎหมายว่าด้วยความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดจากสินค้าไม่ปลอดภัย สำหรับประเทศไทยก็ได้นำหลักการความรับผิดโดยเคร่งครัดและภาระการพิสูจน์ดังกล่าวมาบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติความรับผิดต่อสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 ผู้ประกอบการจะต้องรับผิดในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัยของตน แม้ว่าผู้ประกอบการนั้นจะมิได้จงใจหรือประมาทเลินเล่อก็ตาม ซึ่งคดีผู้บริโภคหมายเลขดำ ผบ 1500/2558 ก็ตัดสินตามหลักกฎหมายนี้ อันทำให้ผู้เสียหายได้รับการชดใช้ความเสียหายที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องพิสูจน์ว่าสินค้าของผู้ผลิตนั้นมีความไม่ปลอดภัยอย่างไร

อย่างไรก็ตามแม้จะมีกฎหมายที่บัญญัติเป็นคุณแก่ผู้บริโภคเหล่านี้อยู่ก็ตาม แต่ก็ยังมีผู้บริโภคจำนวนมากยังที่ไม่รู้ถึงสิทธิในการเรียกร้องตามกฎหมายของตน หรือเกรงว่าจะเกิดภาระในการดำเนินคดีที่ลำบากยุ่งยาก ทำให้ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายไม่ได้รับการเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรม การศึกษาคดีสำคัญทำให้ทราบถึงความเป็นมา หลักการของกฎหมาย และการนำกฎหมายไปใช้แก่คดี จะมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้บริโภคได้รู้ถึงสิทธิในการเรียกร้องตามกฎหมายและการตระหนักถึงการต่อสู้เรียกร้องเพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิและเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ตัวผู้บริโภคเอง

เอกสารอ้างอิง (References)

Charan Phakdithanakul. (2006). “Special Interview with Charan Phakdithanakul Product Liability Law: New Mechanism to Improve Thai Social Standards". *New Law News Journal*. Year 2, No.36 (September 16, 2006), page 32.

Committee of the Independent Organization for the Protection of Consumers in the People's Sector (NBC). (2562). Notify victims who use the cream ‘Pearl Li' filed for compensation for damages by March 18, 2019. Accessed on March 12, 2023. Retrieved from http://indyconsumers.org/main/food-drugs-healthpruduts-167/1001-620226pearlly.html.

Daily News. (2023). An example of a young woman losing to an Indian nettle. Accessed on March 16, 2023. Retrieved from https://d.dailynews.co.th/regional/503457/.

Hfocus.org. (2014) Insights into the health system. Hot weather, soda bottle explosion risk, causing blindness, missing fingers, ‘soda’ the most dangerous. Accessed on April 7, 2023. Retrieved from https://www.hfocus.org/content/2014/04/6973.

Jiraporn Sudhankitra. (2008). Liability Act for damage caused by unsafe products.Bangkok. Sukhothai Thammathirat Open University.

Jiraporn Sudhankitra. (2022). Course 41403 Law and Social Change Unit 11. Law and Social Change: Antitrust and trade competition Bangkok. Sukhothai Thammathirat Open University. 1st edition.

Manit Jumpa. (2011). Explanation of liability law for damage arising from unsafe products (Product Liability Law). Bangkok. Publishing House of Chulalongkorn University. 1st edition.

Matichon Online (2017). Penetrating the law of unsafe product samples cases. When a soft drink bottle explodes : by Dr. Thanakrit Worathanatchakun. Retrieved on March 18, 2023. Retrieved from https://www.matichon.co.th/columnists/news_579292.

Matthew R. Johnson. (1997). ‘Rolling the "Barrel" a Little Further: Allowing Res Ipsa Loquitur To Assist in Proving Strict Liability in Tort Manufacturing Defects’. *William & Mary Law Review* Volume 38 (1996-1997). March 1997 pp. 1197.

Post Today. (2021). Nakhon Ratchasima - Extremely hot, soda bottles explode. broken glass Nearly splashed in the face. Accessed on April 7, 2023. Retrieved from https://www.posttoday.com/politics/649275.

Saiket Watthanapan. (2021). Documents for lectures on the subject of tort. No. 1-4, 2021. Retrieved at March 18, 2023, retrieved from https://www.thethaibar.or.th/thaibarweb/files/Data_web/dowloads_doc/term1/salaiket/s1-4.pdf.

Sakda Thanitkul. (2016). Liability law for damage caused by unsafe products. Bangkok.Wiyuchon No. 3.

Thanatchaporn Kangsang. (2023). Consumer protection from online food supplement advertisements. Public Health Law and Policy. Year 9, Issue 1, January-April 2023.

Xavier Segura. (2020). 'The Impact of Justice Traynor & Escola v. Coca-Cola Bottling Co. (1944)' retrieved from https://www.researchgate.net/publication/338677401_The_Impact_of_Justice_Traynor_Escola_v_Coca-Cola_Bottling_Co_1944.