

J.PH.PL

ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 9 No. 3

September - December 2023

ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๓

กันยายน – ธันวาคม ๒๕๖๖



Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.9 No.3

September – December 2023

ปีที่ 9 ฉบับที่ ๓

กันยายน – ธันวาคม ๒๕๖๖

สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Evaluation of the NCD@HOME Project to Manage Treatment and Care of Diabetes and Hypertensive Disorder Patients in Wattana Nakhon District, Sa Kaeo Province 369 - 386
การประเมินผลโครงการเอ็นซีดีแอตโฮมเพื่อการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว
- Impact of supportive leadership and nurse performance during the coronavirus disease 2019 pandemic in a tertiary hospital at Nonthaburi province 387 - 399
ภาวะผู้นำกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- Factors Related to Work-Life Quality of Health Personnel Under the Trang Provincial Public Health Office 401 – 413
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
- Factors Affecting Transfer Decision of Public Health Personnel in the Case of Transferring Mission of Tambon Health Promoting Hospital to Phuket Provincial Administrative Organization 415 – 429
ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

- The relationship between health literacy and roles in chronic disease prevention among village health volunteers. Ban Ton Prong Health Promoting Hospital Na Chum Het Subdistrict Yan Ta Khao District, Trang Province

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตันปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

431 - 444
- An Evaluation of Drugstore Dispensing Services as part of a Project to Reduce Overcrowding at Buddhasothorn Hospital of Chachoengsao Province

การประเมินโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) จังหวัดฉะเชิงเทรา

445 – 468
- Activity-based Costing of Tooth Extraction According to the New Normal Dental Service During COVID-19 Pandemic at Banglen Hospital, Nakhon Pathom Province

ต้นทุนฐานกิจกรรมของงานถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิถีใหม่ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

469 - 481
- Situation of Illegal Online Advertising in Aesthetic Medical Clinic, Chachoengsao Province

สถานการณ์การฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาทางสื่อออนไลน์ในคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

483 - 498
- Transformational Leadership Perception towards Participation of the Star Health Promoting Hospital Quality Development among Public Health Personnel, Nakhon Si Thammarat Province

การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติตดาวของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช

499 - 513
- Factors Affecting Billing Performance of Revenue Collective Center, Government Hospital in Si Sa Ket Province

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้โรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดศรีสะเกษ

515 – 528

Academic Paper บทความวิชาการ

- Guideline for the diagnosis of compensable work-related post-traumatic stress disorder

แนวทางการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เนื่องจากการทำงานที่พึงได้รับเงินทดแทน

529 - 538
- Child Psychology Affecting Interviews of Child Victims and Witnesses in Criminal Cases*

จิตวิทยาเด็กที่มีผลต่อการถามปากคำผู้เสียหายและพยานเด็กในคดีอาญา*

539 - 550
- Legal Problems of Personal Health Information Protection

ปัญหากฎหมายในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพกับพระราชบัญญัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562*

551 - 566
- Case studies from international e-cigarette control measures and reasons why Thailand should maintain measures to ban e-cigarettes

กรณีศึกษามาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของต่างประเทศและเหตุผลที่ไทยควรคงไว้ซึ่งมาตรการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า

567 - 580

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ ด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
 2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการ ได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
 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)
 - เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขทุกประเภท (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 แบบ
ปกปิดข้อมูลทั้งสองทาง (Double Blind) ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

บทความทั้งหมดที่เผยแพร่โดยวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข สามารถเข้าถึงได้อย่างเสรี (open access)
และถาวรทางออนไลน์ทันทีที่เผยแพร่ โดยไม่มีค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิกหรืออุปสรรคในการลงทะเบียน

ในฐานะผู้เขียนบทความที่เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ผู้เขียนเป็นผู้ถือลิขสิทธิ์บทความและให้
สิทธิแก่บุคคลที่สามล่วงหน้าและตลอดไป สิทธิในการใช้ ทำซ้ำ หรือเผยแพร่บทความของคุณ ตามข้อตกลงของวารสาร

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขเป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความ
และเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเฟื่องในวารสารกฎหมายและนโยบาย
สาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

ที่อยู่สำหรับการติดต่อ :

2170 อาคารกรุงเทพ ทาวเวอร์ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สำนักงาน

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

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข
420/1 อาคารสวัสดี 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 เล่าหศิริวงศ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาติ ไตรรักษา 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. ปวีศรี กิจสุขจิต มหาวิทยาลัยเกริก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัสกร ่องอาจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน มหาวิทยาลัยศรีปทุม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธัชพร กังสัช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ ไรจนวรฤทธิ์ Department of Health Professions, Hofstra University
รองศาสตราจารย์ ดร. วิริทธิ์ กิตติพิชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. มลีนี สมภพเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภัทนา กลางคาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นิรมัย พิศแข มั่นจิตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บรรณาธิการแถลง

ในขณะที่มีการจัดตั้งรัฐบาลเรียบร้อยแล้ว และมีคณะรัฐมนตรีชุดใหม่เข้ามาบริหารประเทศ ประชาชนมีความคาดหวังในรัฐบาลเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในเรื่องของเศรษฐกิจ ในขณะเดียวกัน ประเด็นเรื่อง บุหรี่ไฟฟ้า เป็นประเด็นที่สภาผู้แทนราษฎรชุดใหม่ให้ความสนใจเป็นอย่างมาก และมีการเสนอญัตติด่วนเพื่อแต่งตั้งกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาผลประโยชน์ของการมีกฎหมายควบคุม กำกับ บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทความเป็นจริงในประเทศไทย ซึ่งในระยะเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา ประเทศออสเตรเลีย ฝรั่งเศส เยอรมัน และไอร์แลนด์ ต่างก็หันมาทบทวนนโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และประกาศห้ามนำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้ผลิตบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ทำการตลาดล่าเหยื่อ มุ่งเป้าไปยังกลุ่มเด็กและเยาวชน ประเทศออสเตรเลียห้ามนำเข้าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิด ยกเว้น สำหรับผู้ที่อยู่ภายใต้การรักษาของแพทย์เพื่อเลิกสูบบุหรี่เท่านั้น

เมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา สื่อหนังสือพิมพ์ในประเทศอังกฤษ เสนอข่าวว่ารัฐบาลอังกฤษจะห้ามนำเข้าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ชนิดใช้แล้วทิ้ง เพื่อแก้ปัญหาการแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชนอังกฤษ ทั้งนี้ ตลอดระยะเวลาไม่กี่สัปดาห์ที่ผ่านมา มีรัฐมนตรีหลายคนเรียกร้องให้รัฐบาลอังกฤษห้ามขายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ประเภทที่มีสีรสชาติ และรสชาติสำหรับเด็กๆ เช่น รสหมากฝรั่ง ฯลฯ ที่อังกฤษมีกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ให้แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ดังนั้น ประเด็นเรื่องบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่ง นอกเหนือจากประเด็นกัญชาเสรี และประเด็นสุราเสรี ซึ่งผู้กำหนดนโยบายจำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย

ระหว่างวันที่ 24-26 เดือนตุลาคมนี้ จะมีการประชุมระดับนานาชาติ 7th Global Alcohol Policy Conference ณ กรุง เคป ทาวน์ ประเทศแอฟริกาใต้ ซึ่งจะมีการขับเคลื่อนกรอบอนุสัญญาควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Framework Convention on Alcohol Control - FCAC) การประชุมครั้งนี้ เป็นเวทีระดับโลกสำหรับนักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย ภาคประชาสังคม ฯลฯ เพื่อแลกเปลี่ยนในประเด็น “การลงทุนเพื่อมนุษยชาติ มากกว่ากำไร: สร้างแรงขับเคลื่อนมุ่งสู่นโยบายการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” นักวิจัย และภาคประชาสังคมจากประเทศไทย รวมทั้งผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จะได้เข้าร่วมประชุมและนำเสนอประเด็นที่เป็นความท้าทายสำหรับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศิริโชคิรินทร์

บรรณาธิการวารสารฯ

Evaluation of the NCD@HOME Project to Manage Treatment and Care of Diabetes and Hypertensive Disorder Patients in Wattana Nakhon District, Sa Kaeo Province

Piyanat Vichian¹ Tassanee Silawan^{2*} Kanittha Chamroonsawasdi³

Rapeepan Jommaroeng² Wannara Chuenwattana⁴

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 Community Health Department, Faculty of Public Health, Mahidol University

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

4 Freelance Academician

** Corresponding author, email: tassanee.sil@mahidol.ac.th*

Original article

Abstract

Received: 9 May 2023

Revised: 16 May 2023

Accepted: 3 June 2023

This research aimed to evaluate the NCD@Home Project to manage the treatment and care of diabetes and hypertensive disorder patients in Wattana Nakhon of Sa Kaeo province by applying the Logic Model, which included inputs, processes, outputs, and outcomes. It was carried out among the project workers caring for patients at health facilities and at home. The samples consisted of 26 primary project workers. Data was collected through in-depth interviews, focus group discussions, documents review on inputs and processes, and data retrieved from the service system on outputs and outcomes. Data was analyzed by content analysis, frequency, and percentage.

From the service data, the outcomes showed that after participating in the project, the proportion of diabetic patients who possess the HbA1c at the controllable level decreased, the proportion of hypertensive patients whose blood pressure was at the controllable level was similar to before entering the project, and there were no patients repeated visits as in-patients. In terms of outputs, the number of visits slightly decreased while the absence of appointments increased in the latter period. Findings from the documentary review together with interviews with key informants on inputs and processes showed that the refreshers' courses for village health volunteers were not continuity, diagnostic and selection criteria reduced the impact on patients but limited the number of eligible participants, use of the application has been minimized, home visit and home drug delivery process was reorganized during the COVID-19 pandemic, insufficient budget, and some information systems were redundant.

Keywords: diabetes; hypertension; application; NCD@Home; logic model

การประเมินผลโครงการเอ็นซีดีแอตโฮมเพื่อการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

ปิยะณัฐ วิเชียร¹ ทศนีย์ ศิลาวรรณ^{2*} กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์³ ระพีพันธุ์ จอมมะเริง²
วรรณรา ชื่นวัฒนา⁴

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (วิชาเอกการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4 นักวิชาการอิสระ

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: tasanee.sil@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 9 พ.ค. 2566
วันแก้ไข 16 พ.ค. 2566
วันตอบรับ 3 มิ.ย. 2566

การประเมินผลโครงการเอ็นซีดีแอตโฮมเพื่อการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ประยุกต์ใช้โมเดลตรรกะ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ ดำเนินการในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานโครงการที่ดูแลผู้ป่วย ณ สถานบริการและที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปฏิบัติงานหลักในโครงการ 26 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก สทนากลุ่ม และรวบรวมข้อมูลจากเอกสารในประเด็นปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ และจากระบบบริการในประเด็นผลผลิตและผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัยจากข้อมูลการรับบริการ ด้านผลลัพธ์พบว่าหลังเข้าโครงการสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c ในเกณฑ์ควบคุมได้ลดลง สัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ควบคุมได้ใกล้เคียงกับก่อนเข้าโครงการ และไม่พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยใน ด้านผลผลิตพบว่าจำนวนครั้งเข้ารับบริการของผู้ป่วยลดลงเล็กน้อย ส่วนการขาดนัดเพิ่มขึ้นในช่วงหลัง ผลการวิจัยจากเอกสารร่วมกับสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานหลักด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการพบว่าการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ต่อเนื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยและคัดเลือกช่วยเหลือผลกระทบในผู้ป่วยแต่จำกัดจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ การใช้แอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยลดลง มีการปรับกระบวนการเยี่ยมบ้านและส่งยาถึงบ้านในช่วงการระบาดของโควิด 2019 งบประมาณไม่เพียงพอ และระบบสารสนเทศบางส่วนเข้าชื้อกับระบบเดิม

คำสำคัญ : เบาหวาน; ความดันโลหิตสูง; แอปพลิเคชัน; เอ็นซีดีแอตโฮม; โมเดลตรรกะ

บทนำ (Introduction)

กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases) หรือโรคไม่ติดต่อ) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Kanchanapibulwong, Khamwangsanga & Kaewtha, 2020) สถานการณ์โรคเบาหวานพบว่าจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกเพิ่มขึ้นมาก จาก 151 ล้านคนในปีพ.ศ. 2543 เป็น 463 ล้านคนในปี พ.ศ.2562 และ 537 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2564 โดยคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปีพ.ศ. 2573 และ 783 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2588 ปีพ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยเสียชีวิต 6.7 ล้านคน ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาน้อย 966 ล้านดอลลาร์ นอกจากนี้ พบผู้ป่วย 541 ล้านคนที่มีความทนต่อน้ำตาลบกพร่อง (Impaired Glucose Tolerance Test: IGT) (International Diabetes Federation, 2021) ในขณะเดียวกันพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 594 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2518 เป็น 1.13 พันล้านคนในปีพ.ศ. 2558 และคาดการณ์ว่าผู้ป่วยจะเพิ่มเป็น 1.56 พันล้านคนในปีพ.ศ. 2568 (World Health Organization, 2021) ในจำนวนนี้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยทั้งสองโรคอาศัย ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ (IDF, 2021; WHO, 2021) ซึ่งรวมถึงประเทศไทยด้วย

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3, 4 และ 5 ในปีพ.ศ. 2547, 2551 และ 2557 พบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 6.9, 6.9 และ 8.9 ตามลำดับ และในรายงานการสำรวจครั้งที่ 6 (2563) พบความชุกของโรคเบาหวานวัดโดยประวัติและ Fasting plasma glucose (FPG) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 9.5 ซึ่งสูงกว่าความชุกในปีพ.ศ. 2557 ซึ่งพบร้อยละ 8.9 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 22.0, 21.4 และ 24.7 ตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2563 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 ซึ่งสูงกว่าปี 2557 (Eakpalakorn,

2014; 2021) สอดคล้องกับข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2559 – 2563 ที่พบอัตราป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.35 ในปีพ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 6.67 ในปีพ.ศ. 2563 และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.2 เป็นร้อยละ 13.94 ในช่วงเวลาเดียวกัน (Ministry of Public Health, 2020) หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนจากโรค ทั้งทางตา ไต หัวใจ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และการเสียชีวิต โดยปีพ.ศ. 2557 การเสียชีวิตในประเทศไทยจากโรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บ (DALYs) และโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากทั้งสองโรคเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1 ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บ (Thailand International Health Policy Program, 2017) นอกจากนี้ พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัจจัยคุกคามต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยมีผลกระทบจากค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดสรรและลงทุนในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อประชากรสูงถึง 3,128 บาทต่อคนต่อปี รวมประมาณ 2 แสนล้านบาทต่อปี และต้นทุนที่ประชาชนต้องแบกรับภาระเองประมาณ 1,750 บาทต่อคนต่อปี (Department of Disease Control, 2018)

อำเภอวัฒนานครพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในจังหวัดสระแก้ว โดยในระหว่างปีพ.ศ. 2559 – 2563 พบอัตราป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 4.43, 5.28, 5.65, 6.48 และ 7.07 ตามลำดับ และอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 9.25, 11.82, 12.59, 14.45 และ 15.70 ตามลำดับ ประกอบกับระบบคัดกรองที่ดีขึ้นทำให้มีผู้ป่วยที่ต้องมารับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลวัฒนานครที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 2,753 ในปีพ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้น 3,820 คนในปีพ.ศ. 2563 และมีผู้ป่วยความดันโลหิต

สูงขึ้นทะเบียนรักษา 5,747 คนในปีพ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 8,477 คนในปีพ.ศ. 2563 ส่งผลให้จำนวนครั้งการรับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลพัฒนานครมีปริมาณมากขึ้น (ประมาณ 120 รายต่อวัน) (Ministry of Public Health, 2020) โดยที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลารอคอยทั้งวันในการมารับบริการ ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาการรอคอย เกิดความแออัดในสถานบริการ และยังเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในสถานพยาบาล (Department of Medical Services, 2020) ประกอบกับอำเภอพัฒนานครมีขนาดพื้นที่ใหญ่ที่สุดในจังหวัดสระแก้ว ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลมากที่สุด 50 กิโลเมตร และระบบขนส่งสาธารณะที่มีไม่เพียงพอ การเดินทางมาโรงพยาบาลจึงไม่สะดวก ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยและการรับยาอย่างต่อเนื่องไม่ครอบคลุม จากข้อมูลปีพ.ศ. 2560 – 2564 พบการขาดนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 24 ครั้งต่อปี และการขาดนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตเฉลี่ย 359 ครั้งต่อปี (Ministry of Public Health, 2020) จากปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลพัฒนานครซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และมีเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care unit) 17 แห่ง ร่วมกับปัญหาการดูแลรักษาต่อเนื่องที่ยังไม่ครอบคลุม ในปีพ.ศ. 2562 โรงพยาบาลพัฒนานครจึงได้พัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการรักษาและดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโครงการ “เอ็นซีดีแอตโฮม (NCD@Home)” ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ลดความแออัดและระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล 2) เพิ่มความครอบคลุมในการรับยาและการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และ 3) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมุ่งเน้นระบบรับยาและกำกับติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการเยี่ยมบ้านและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันเอ็นซีดีแอตโฮม ในการบันทึกผลการวัดสุขภาพของ

ผู้ป่วยและเป็นคู่มือการดำเนินงานที่บ้าน กำกับติดตามและประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยผ่านระบบ Web Health manager โดยพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการ (Watthana Nakhon Hospital, 2019) และจากอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในปีพ.ศ. 2563 ทำให้มีการนำแนวทางของโครงการมาใช้เพื่อลดการกระจายของเชื้อในสถานพยาบาล ส่งผลให้มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการมากขึ้น ที่ผ่านมายังไม่มีการประเมินผลที่เป็นรูปธรรมและครอบคลุมทั้งระบบ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีและแอปพลิเคชันมาใช้ในการติดตามและดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Stephani, Opoku, & Quentin, 2016, pp. 1-10; Nakhomriab et al., 2017, pp. 58-69; Puengsawad et al., 2018, pp. 7-19) พบว่าส่วนใหญ่เป็นการใช้งานโดยผู้ป่วยเองและพบว่าเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถช่วยในการส่งเสริมสุขภาพและส่งผลทางบวกกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งด้านการนัดหมาย การกินยา และการดูแลและจัดการตนเองของผู้ป่วย แต่โครงการนี้มีการดำเนินงานในลักษณะบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการสุขภาพและผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งระบบการรับยา การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพ และการวัดภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดย อสม. ที่ผ่านพัฒนาศักยภาพเป็นผู้ดำเนินการหลักในชุมชนและบันทึกผลการดำเนินงาน รวมถึงอ่านแนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันเอ็นซีดีแอตโฮม ที่มีระบบ Web Health manager รองรับซึ่งดูแลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพ โดยมีการดำเนินงานมาแล้ว 2 ปี จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลแอปพลิเคชันเอ็นซีดีแอตโฮมอย่างเป็นระบบ โดยประยุกต์ใช้โมเดลตรรกะ (Logic model) (W.K. Kellogg Foundation, 2004; Chiranakhon, et al., 2013, pp. 345-355) ร่วมกับแนวคิดการประเมินผลการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลผลลัพธ์ (Khemshutgu, & Nugutsava, 2011, pp. 319-329) และ การจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง

(Sadtrakulwatana, 2018, pp. 24-36) เป็นกรอบในการประเมินผล ที่ครอบคลุมด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ งบประมาณ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และวัสดุอุปกรณ์ ด้านกระบวนการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การวินิจฉัยและคัดเลือกผู้ป่วย การติดตามและประเมินสุขภาพผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน และการส่งยาถึงบ้าน ด้านผลผลิต ได้แก่ การลดความแออัดในโรงพยาบาล และการลดการขาดนัดของผู้ป่วย และด้านผลลัพธ์ ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต และการกลับมารักษาย้ำในแผนกผู้ป่วยใน ข้อค้นพบจากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานให้ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และบรรลุวัตถุประสงค์ที่คาดหวังไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะสุขภาพที่ดี รวมถึงเป็นแนวทางในการปรับใช้ในพื้นที่อำเภออื่นของจังหวัดสระแก้วต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Research Objectives)

เพื่อประเมินผลโครงการเอ็นซีดีแอตโฮมในการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ในด้าน 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ งบประมาณ ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ อุปกรณ์และเครื่องมือในการให้บริการ 2) กระบวนการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการ การวินิจฉัยและคัดเลือกผู้ป่วย การติดตามและประเมินสุขภาพผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Health manager การเยี่ยมบ้าน และการส่งยาถึงบ้าน 3) ผลผลิต ได้แก่ จำนวนครั้งเข้ารับบริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการขาดนัดของผู้ป่วย และ 4) ผลลัพธ์ ได้แก่ ระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวาน ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการกลับมารักษาย้ำในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

รูปแบบการวิจัย ประชากร และตัวอย่าง

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลวัฒนานคร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว จำนวน 11 ตำบล เก็บรวบรวมข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-dept interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ปฏิบัติงานหลักในโครงการด้วยแนวคำถามที่พัฒนาขึ้น ร่วมกับรวบรวมข้อมูลจากเอกสารโครงการ ด้านผลผลิตและผลลัพธ์เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบบริการของโรงพยาบาลด้วยแบบบันทึก ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2565

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ปฏิบัติงานในโครงการ NCD@Home ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อสม. และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ปฏิบัติงานหลักในการดำเนินงานโครงการ รวม 26 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ที่วินิจฉัยผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ 1 คน 2) เภสัชกรที่รับผิดชอบระบบการส่งยาของโครงการ 1 คน 3) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 คน 4) พยาบาลเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ที่ดูแลโครงการในระดับตำบล ละ 1 คน รวม 11 คน 6) เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบสารสนเทศและพัฒนาแอปพลิเคชัน 1 คน และ 7) อสม. ที่ปฏิบัติงานโครงการ ตำบล ละ 1 คน รวม 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในโครงการตามคุณสมบัติข้างต้นอย่างน้อย 1 ปีนับถึงวันที่เก็บข้อมูลที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยคือผู้ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลหรือเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ 8) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 119 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 120 คน ที่เข้าร่วมโครงการอย่างน้อย 1 ปี นับถึงวันที่เก็บข้อมูล

โดยชักตัวอย่างแบบเป็นระบบจากทะเบียนโครงการ แบ่งตามสัดส่วนหน่วยบริการครอบคลุมโรงพยาบาลและ รพ.สต. 21 แห่ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ด้านปัจจัยนำเข้าและ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึกแพทย์ที่วินิจฉัยผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าร่วม โครงการ เกสซิกที่รับผิดชอบระบบการส่งยาของ โครงการ โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบสารสนเทศและพัฒนา แอปพลิเคชัน และการสนทนากลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติที่ ดูแลโครงการในระดับตำบล 1 กลุ่ม และ อสม. ที่ ปฏิบัติงานโครงการ 1 กลุ่ม ร่วมเก็บรวบรวมเอกสาร โครงการ ด้านผลผลิตและผลลัพธ์เก็บรวบรวมข้อมูลการ รับบริการของผู้ป่วยก่อนเข้าโครงการและหลังเข้าร่วม โครงการ 1 ปี จากกระบวนการของโรงพยาบาล โดยทำ หนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัฒนานคร และปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดย ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม ด้วยความสมัครใจ เคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่ม ตัวอย่าง นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม เก็บรักษา และทำลายข้อมูลหลังการวิจัยเสร็จสิ้น โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับเอกสารรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA NO. MUPH 2022-027)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังต่อไปนี้

1. แบบบันทึกสำหรับรวบรวมข้อมูลจาก เอกสารโครงการและการรับบริการของผู้ป่วยจากระบบ บริการของโรงพยาบาล เนื้อหาครอบคลุมความเป็นมา และบริบททั่วไปของโครงการ ทรัพยากรที่สำคัญของ โครงการ การบริหารจัดการ กระบวนการดำเนินงาน ความแออัดหรือจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาล การขาดนัด ระดับ HbA1c ของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความ

ดันโลหิตสูง และการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี

2. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม ที่พัฒนาขึ้นจากการ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จำแนกเป็น 5 ชุด ตามคุณลักษณะผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) แพทย์และพยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื้อหาครอบคลุมกระบวนการดำเนินงานในส่วนของ โรงพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยและการ คัดเลือกผู้ป่วย การสื่อสารประชาสัมพันธ์ กระบวนการ ให้บริการ การลดผลกระทบทางสุขภาพ อุปสรรคใน กระบวนการ และแนวทางการพัฒนา 2) เกสซิก เนื้อหา ครอบคลุมกระบวนการส่งยาถึงบ้าน การสื่อสารไปยัง รพ.สต. และ อสม. อุปสรรคในกระบวนการ และแนวทาง การพัฒนา 3) ผู้ดูแลระบบข้อมูลสารสนเทศ การพัฒนา ระบบข้อมูล และแอปพลิเคชันของโครงการฯ เนื้อหา ครอบคลุมกระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ (เว็บไซต์ Health manager และแอปพลิเคชัน) กระบวนการบันทึกข้อมูลและการแสดงผล การเชื่อมโยง กับระบบฐานข้อมูลเดิม อุปสรรค และแนวทางการ พัฒนา 4) พยาบาลผู้ดูแลระดับตำบล เนื้อหาครอบคลุม กระบวนการดำเนินงาน การสื่อสารสู่การปฏิบัติ การใช้ โปรแกรม Health manager การดำเนินงานใน สถานการณ์โควิด 19 อุปสรรคในกระบวนการ และ แนวทางการพัฒนา 5) อสม. ที่ปฏิบัติงานโครงการ เนื้อหาครอบคลุม การเตรียมความพร้อมและการ ฝึกอบรม การเพิ่มเติมความรู้หรือทักษะ การดำเนินงาน การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย การ ติดต่อสื่อสารและประสานงานกับพยาบาลผู้ดูแล การส่ง ยาถึงบ้าน การใช้แอปพลิเคชัน NCD@Home ความ เพียงพอของเครื่องมือและอุปกรณ์ การดำเนินงาน ในช่วงการระบาดของโควิด 19 อุปสรรคในกระบวนการ ดำเนินงาน และแนวทางการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล (Triangulation) ที่ได้จากแหล่งทุติยภูมิ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม จากนั้นจัดหมวดหมู่ คำสำคัญและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และเขียนบรรยายด้วยความเรียง ร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูลปริมาณด้วยจำนวนและร้อยละ และนำเสนอด้วยตารางและกราฟเส้น

ผลการวิจัย (Results)

กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานโครงการ รวม 26 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.6 เพศชายร้อยละ 15.4 มีอายุ 50 ปีขึ้นไปร้อยละ 34.6 มีตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 50.0 อสม. ร้อยละ 38.6 แพทย์ร้อยละ 3.8 เภสัชกร ร้อยละ 3.8 และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขร้อยละ 3.8 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 76.9 โรงพยาบาลร้อยละ 19.3 และสำนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 3.8 มีอายุการทำงาน 20 – 29 ปีร้อยละ 42.3

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 239 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.6 มีอายุเฉลี่ย 62 ปี มีสถานภาพคู่/สมรสร้อยละ 75.3 จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 48.5 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.2 และโรคเบาหวานร้อยละ 49.8 มีโรคร่วมร้อยละ 28.8 โดยเป็นโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 26.8 ระยะที่ป่วย 5 - 9 ปีร้อยละ 40.2 ระยะเวลาเดินทางมารับบริการประมาณ 21 – 30 นาทีร้อยละ 38.5 รูปแบบการเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัว ร้อยละ 75.1 มีผู้ดูแลหลักที่บ้านคือครอบครัวร้อยละ 96.2 รองลงมาคือ อสม. ร้อยละ 63.2 และมีระยะเวลาการร่วมโครงการ 1 ปี ร้อยละ 56.5

ด้านปัจจัยนำเข้า

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนแสดงความคิดเห็นว่างบประมาณมีความจำกัดและไม่เพียงพอต่อการดำเนิน

โครงการ โดยเฉพาะกิจกรรมสำคัญ เช่น การพัฒนาบุคลากร การจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ การติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินผล โดยปัญหาการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้จำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพื่อการควบคุมและรักษาโรค

ผู้ดูแลระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศระบุว่าสามารถส่งต่อและแสดงผลข้อมูลได้ทันที แต่โปรแกรม Health manager ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลเดิมและโปรแกรม JHCIS ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน และภาระงานในการบันทึกข้อมูลอันเนื่องจากระบบข้อมูลสารสนเทศของโครงการกับโปรแกรมที่มีอยู่เดิมยังไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ นอกจากนี้ ผู้ดูแลระบบยังแสดงความเห็นว่าในอนาคตหากต้องพัฒนาแอปพลิเคชันบนระบบปฏิบัติการ IOS จะต้องมียงบประมาณสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายปี และต้องมีการพัฒนาแอปพลิเคชันอย่างสม่ำเสมอและใช้งานให้คุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายแบบเหมาช่องทาง รวมถึงการจ้างเหมาบริษัทเอกชนภายนอกมาร่วมพัฒนาและดูแลระบบ

พยาบาลเวชปฏิบัติ และ อสม. มีความเห็นสอดคล้องกันว่าอุปกรณ์และเครื่องมือในการเยี่ยมบ้านมีความเหมาะสมและสามารถวัดผลสุขภาพของผู้ป่วยตามที่กำหนด แต่อุปกรณ์และเครื่องมือยังไม่เพียงพอส่งผลให้ต้องรอคิวอุปกรณ์และเครื่องมือและในบางพื้นที่ อสม.บางคนระบุว่าต้องแสวงหาการสนับสนุนจากภาคส่วนอื่น หรือการจัดซื้อด้วยเงินส่วนตัวของ อสม. ผู้ปฏิบัติงาน

“ของรพ.ที่ให้มาครั้งแรกคือ 1 ชุด ไม่พอค่ะ ถ้าไปพร้อมกันก็ต้องรอคิว ถ้าเป็นไปได้ถ้ามีหน่วยงานไหนช่วยสนับสนุน ก็อยากจะได้ แบบของใครของมันค่ะดีที่สุด เพราะว่าบางทีคนไข้มันนัดพร้อมกันทีเดียวเราก็ต้องรอกันค่ะ” - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, หญิง, 59 ปี

“เดิมได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์มาอย่างละ 1 เครื่อง เครื่องวัดความดัน 1 เครื่อง แต่ไม่เพียงพอ เพราะว่า อสม.ก็จะต้องวิ่งหาอุปกรณ์ ก็เห็นใจ อสม.ใน

เรื่องการเดินทาง วิ่งมาเอาอุปกรณ์ เพื่อไปวัดให้คนไข้เสร็จแล้วก็ต้องเอากลับมาคืน มันค่อนข้างลำบากในการทำงานของอสม. อสม.บางคนก็ต้องหาซื้อมาเอง อสม.บางคนไม่มีอุปกรณ์ก็ต้องมายืมที่รพ.สต.ไปใช้ก่อน” - พยาบาลวิชาชีพ, หญิง, 28 ปี

ด้านกระบวนการ

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการ อสม. ทุกคนให้ความเห็นว่าหลักสูตรการอบรมมีความเหมาะสมและเนื้อหาครอบคลุมกระบวนการให้บริการเยี่ยมบ้านของ อสม. แต่การอบรมขาดความต่อเนื่อง และเว้นระยะเป็นระยะเวลานาน ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติเห็นว่าทำให้ อสม. ที่ผ่านการอบรมแล้วลืมทักษะที่ได้รับการพัฒนามา และไม่สามารถนำความรู้ไปถ่ายทอด อสม. คนอื่นได้อย่างครบถ้วน

“ต้องการพัฒนาศักยภาพอสม. เพิ่ม เนื่องจากอสม. ครุ ก คนไปอบรมก็เข้าใจปฏิบัติได้ แต่ไม่สามารถมาส่งต่อให้เพื่อนผู้รับผิดชอบในพื้นที่เดียวกันได้” - พยาบาลวิชาชีพ, หญิง, 46 ปี

แพทย์ที่วินิจฉัยผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมโครงการและพยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระบุว่าเกณฑ์การวินิจฉัยและคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการมีความเข้มงวด ให้สามารถลดผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้มาก แต่พยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเห็นว่า เกณฑ์คัดเลือกที่เข้มงวดประกอบกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขาดแคลนบุคลากรที่ทำหน้าที่อธิบายรายละเอียดโครงการแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับคัดเลือกเข้าโครงการมีน้อย ซึ่งทำให้ไม่สามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลหรือจำนวนครั้งเข้ารับบริการของผู้ป่วยได้ตามวัตถุประสงค์

“พวกสิทธิ์เบิกได้ ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์ก็ทำให้เพิ่มกลุ่มเป้าหมายได้น้อย เป้าหมายก็ลดการมาโรงพยาบาล แต่มันก็หลายอย่าง ตา เท้า อีก ไม่ได้ดูแค่ระดับน้ำตาลเพื่อให้เข้าไปแล้วไม่ได้รับการติดตามก็กลัวหายไปไม่อยากให้เข้า กังวลเรื่องผลกระทบ ผอ.ก็อยากให้ลด

เกณฑ์ตอนแรกให้เข้าเยอะๆ แต่กลัซก็จะต้องส่งยา ต้องถ่ายรูปมา ตอนหลังก็เพิ่มเรื่องยาได้ก็เข้าได้มากขึ้น” - พยาบาลวิชาชีพ, หญิง, 49 ปี

พยาบาลเวชปฏิบัติทุกคนให้ความเห็นว่าการติดตามและประเมินสุขภาพผู้ป่วยผ่าน Health manager พบว่าโปรแกรม Health manager สามารถช่วยในการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในการลงนัดผู้ป่วย ติดตามประเมินภาวะสุขภาพ และกำกับติดตามการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ครบถ้วนและเหมาะสม แต่มีการใช้งานโปรแกรมลดลงเนื่องจากภาระการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อนและไม่สามารถเชื่อมต่อกับระบบเดิมที่มีอยู่ ส่วนการประเมินสุขภาพจากโปรแกรมพยาบาลเวชปฏิบัติส่วนใหญ่ระบุว่าขึ้นกับการบันทึกข้อมูลของ อสม. ในผลการวัดสุขภาพของผู้ป่วยลงแอปพลิเคชันอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

ในการเยี่ยมบ้านพบว่าแอปพลิเคชัน NCD@Home ช่วยในการเยี่ยมบ้านของ อสม. ได้ดี ทั้งในการบันทึกข้อมูล ดูแนวโน้ม และแนวทางการให้คำแนะนำในการการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติให้ความเห็นว่าการใช้แอปพลิเคชันลดลงเนื่องจากความขัดข้องของสัญญาณอินเทอร์เน็ต และ อสม. บางคนไม่ได้รับการอบรมแต่ต้องมาปฏิบัติงานเนื่องจากผู้ป่วยเข้าโครงการมากขึ้นทำให้ไม่ทราบวิธีการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่ง อสม. บางคนให้ความเห็นว่าคุ้นชินกับช่องทางที่เคยใช้และความคล่องตัวมากกว่า เช่น การโทรศัพท์ผ่านแอปพลิเคชัน LINE หรือจดบันทึกในกระดาษ รวมถึงขาดการกำกับและติดตามจากพยาบาลผู้ดูแล

“การติดตามคนไข้ใช้สมุดก็เพียงพอ ไม่จำเป็นต้องใช้แอปก็ได้ ทำให้เป็นการเพิ่มภาระอีกด้วย สมุดก็ต้องลง JHCIS กิ่งอีก ทำให้เป็นการทำหลายขั้นตอน อนามัยคนไข้ไม่ใช่น้อยๆ ก็ค่อนข้างจะเป็นปัญหา” - พยาบาลวิชาชีพ, หญิง, 35 ปี

“แต่ก่อนเคยใช้ค่ะ แต่ตอนนี้ไม่ได้ใช้ค่ะ เพราะว่าตอนนี้ประสานงานกับพยาบาลโดยตรง

ค่อนข้างมีประสิทธิภาพมากกว่าที่จะมาใช้โทรศัพท์ ง่ายมากเพราะว่าโทรไลน์โทรหากันสะดวก” - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, หญิง, 54 ปี

บริการส่งยาถึงบ้าน เกสซกรระบุว่ามีกระบวนการติดตามผ่านการประชุมและการออกหน่วยบริการทุก 2 เดือน ร่วมกับการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยช่วยกำกับข้อผิดพลาด ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติให้ความเห็นว่าผู้ป่วยได้รับยาที่บ้านทันเวลาและได้รับคำแนะนำในการใช้ยาจาก อสม. แต่ต้องปรับรูปแบบการรับยาตามเกณฑ์การคัดเลือกว่าเพิ่มขึ้นซึ่งทำให้บทบาทของ อสม. ในการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยลดลง

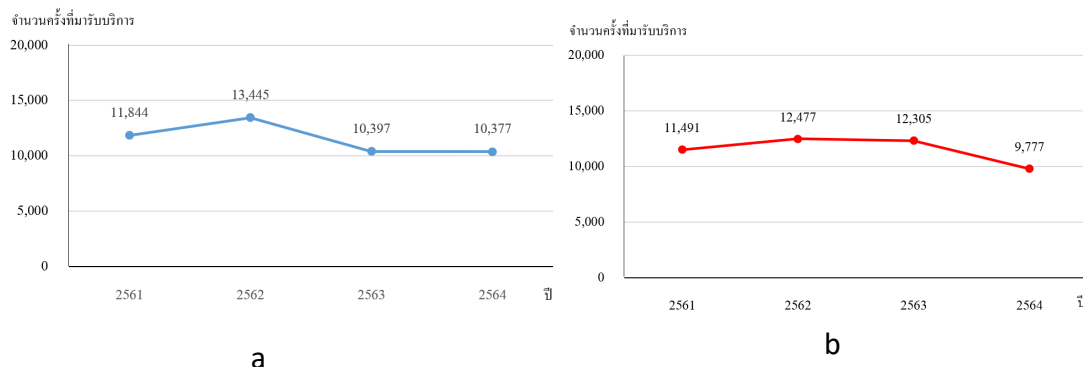
ด้านผลผลิต

ความแออัดในโรงพยาบาลซึ่งวัดจากจำนวนครั้งของการเข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพัฒนานคร ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 พบว่ามีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยทั้งสองโรค โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับบริการ 11,844 ครั้งในปี พ.ศ. 2561 ลดลงเหลือ 10,377 ครั้งในปีพ.ศ. 2564 ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการ 11,491 ครั้งในปีพ.ศ. 2561 ลดลงเหลือ 9,777 ครั้งในปีพ.ศ. 2564 (ภาพที่ 1) ด้านการขาดนัดของผู้ป่วยที่วัดจากจำนวนผู้ป่วยขาดนัดหรือไม่ได้มารับยาตามเวลาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2564 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขาดนัดร้อยละ 0.29 ในปีพ.ศ. 2561 ลดลงเป็นร้อยละ 0.21 ในปีพ.ศ. 2563 และเพิ่มเป็นร้อยละ 0.30 ในปีพ.ศ.

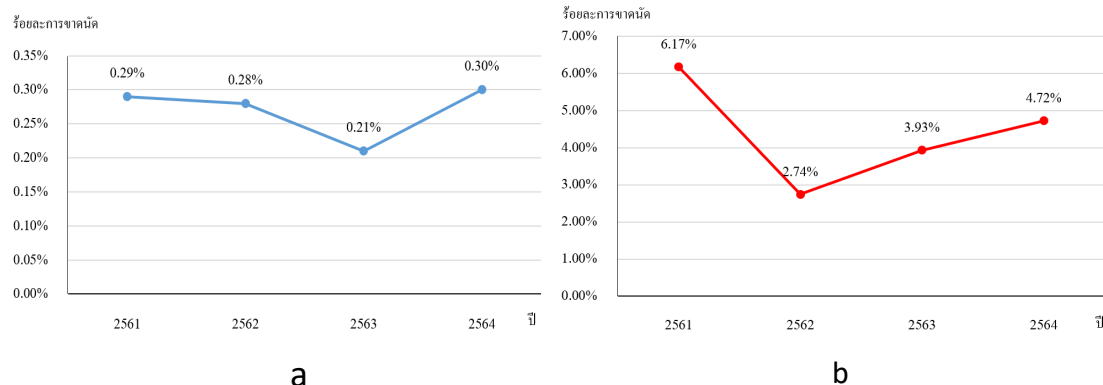
2564 ซึ่งใกล้เคียงกับปีพ.ศ. 2561 ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดพบร้อยละ 6.17 ในปีพ.ศ. 2561 ลดลงมากในปีพ.ศ. 2562 (ร้อยละ 2.74) จากนั้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 4.72 ในปีพ.ศ. 2564 ซึ่งต่ำกว่าปีพ.ศ. 2561 (ภาพที่ 2)

พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยที่เข้าโครงการยังมีจำนวนน้อยเนื่องจากข้อจำกัดของเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ส่งผลให้ยังไม่สามารถลดความแออัดในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน แต่การขาดนัดที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีพ.ศ. 2564 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องรับยาที่บ้านในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เกิดความเคยชินและไม่ไปรับยาที่สถานพยาบาล แม้มีการปรับระบบบริการกลับไปเหมือนเดิมหลังช่วงการระบาดหนักของโรคโควิด 19 รวมถึงผู้ป่วยบางส่วนยังกลัวการติดโรคจึงไม่มารับยาที่โรงพยาบาล

“ตอนนี้เคลเข้าโครงการ Ncd@home ย็น้อยไม่ค่อยมีผลกับยอดการมารับบริการเท่าไร ส่วนเรื่องขาดนัดผู้ป่วยบางคนขาดความตระหนักเพราะขาดยาแล้วก็ไม่มีอาการอะไร ปกติสบายดี คิดว่าไม่ต้องมารับยากก็ได้ และช่วง COVID-19 ระบาดมากโรงพยาบาลมีนโยบายส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากนั้นคนไข้เข้าใจผิดรอ อสม. เอายาไปส่งอีก ไม่มารับยาตามวันนัดเลยขาดนัด ขาดยา คนไข้บางคนกลัวติดเชื้อ COVID-19 ไม่กล้ามารพ. บางคนก็ไปทำงานต่างจังหวัด ขาดยาเพราะรอกลับมารับยา” - พยาบาลวิชาชีพ, หญิง, 47 ปี



ภาพที่ 1 จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพัฒนานคร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2564: a; ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, b; ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ภาพที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ขาดนัดในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพัฒนานคร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2564: a; ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, b; ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านผลลัพธ์

หลังเข้าร่วมโครงการ 1 ปี พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับ HbA1c อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ (ไม่เกินร้อยละ 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ร้อยละ 83.9 ซึ่งต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ 96.4) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ (น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท)

ร้อยละ 98.03 ซึ่งต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการเล็กน้อย (ร้อยละ 100.0) การกลับมารักษาซ้ำ พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพัฒนานครด้วยสาเหตุจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปีก่อนเข้าร่วมโครงการ 37 คน ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยใน หลังจากเข้าร่วมโครงการภายในระยะ 1 ปี

สรุปผลตามประเด็นการประเมินผล

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	สรุปผลการประเมิน
ปัจจัยนำเข้า		
งบประมาณ	งบประมาณในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดซื้ออุปกรณ์และเครื่องมือ มีความเพียงพอ	งบประมาณไม่เพียงพอในการดำเนินโครงการ โดยเฉพาะกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร การจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ และการติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินผล
ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ	ระบบ Health manager สามารถเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและระบบโปรแกรมเดิมที่มีได้ และสามารถแสดงผลข้อมูลทันเวลา	สามารถส่งต่อและแสดงผลข้อมูลได้ทันที แต่โปรแกรม Health manager ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลที่มีและโปรแกรม JHCIS ได้ สร้างภาระการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อนกับระบบเดิม
อุปกรณ์และเครื่องมือในการให้บริการ	อุปกรณ์และเครื่องมือสนับสนุนการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของ อสม. มีความเหมาะสมและเพียงพอ	อุปกรณ์และเครื่องมือในปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านเหมาะสมกับผลสุขภาพที่ต้องการวัด แต่ไม่เพียงพอต่อการใช้งานให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแล

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัด	สรุปผลการประเมิน
กระบวนการ		
การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการ	การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความเหมาะสม สามารถเพิ่มศักยภาพและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานได้	หลักสูตรการอบรมมีความเหมาะสม เนื้อหาครอบคลุมกระบวนการให้บริการเยี่ยมบ้านของ อสม. แต่ขาดความต่อเนื่อง
การวินิจฉัยและคัดเลือผู้ป่วย	เกณฑ์การวินิจฉัยและคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการสามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องรับบริการที่โรงพยาบาลและคำนึงผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปรับบริการที่บ้าน	เกณฑ์การวินิจฉัยและคัดเลือกมีความเข้มงวด สามารถลดผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้มาก แต่ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยผ่านการคัดเลือกเข้าโครงการน้อย
การติดตาม และประเมินสุขภาพผู้ป่วยผ่าน Health manager	ระบบ Health manager สามารถช่วยพยาบาลเวชปฏิบัติในการลงนัดผู้ป่วย ติดตาม และประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อการวินิจฉัยและจ่ายยา กำกับ ติดตาม การปฏิบัติงานของอสม. ได้อย่างเหมาะสม	โปรแกรม Health manager สามารถช่วยในการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในการลงนัดผู้ป่วย ติดตามประเมินภาวะสุขภาพ และกำกับติดตามการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ครบถ้วนเหมาะสม แต่การประเมินสุขภาพผู้ป่วยขึ้นกับการบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วนจากแอปพลิเคชัน
การเยี่ยมบ้าน	แอปพลิเคชัน NCD@Home สามารถเป็นเครื่องมือช่วย อสม. ในการเยี่ยมบ้านได้ดี	แอปพลิเคชัน NCD@Home สามารถใช้ในการบันทึกข้อมูล ดูแลแนวโน้ม และเป็นตัวอย่างในการให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย ซึ่งช่วยในการเยี่ยมบ้านของ อสม. ได้ดี แต่มีการใช้งานลดลงจากความไม่พร้อมและความคุ้นชินกับช่องทางการทำงานระบบเดิมของ อสม. และขาดการกำกับติดตาม
การส่งยาถึงบ้าน	อสม. ส่งยาให้ผู้ป่วยทันเวลา และให้คำแนะนำในการใช้ยาตามหลัก 5R	ผู้ป่วยได้รับยาที่บ้านทันเวลา แต่ได้รับคำแนะนำในการใช้ยาโดย อสม. ลดลงจากภาระงานและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการส่งยาตามบริบท
ผลผลิต		
ลดความแออัดในโรงพยาบาล	จำนวนครั้งการมารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง	จำนวนครั้งของการมารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลงเล็กน้อยทั้งสองโรค
ลดการขาดนัดของผู้ป่วย	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดลดลง	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขาดนัดในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดนัดในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง

ประเด็นการ ประเมินผล	ตัวชี้วัด	สรุปผลการประเมิน
ผลลัพธ์		
ระดับ HbA1c ของผู้ป่วย โรคเบาหวาน	สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี ระดับ HbA1c ในเกณฑ์ควบคุมได้ เพิ่มขึ้น	หลังเข้าร่วมโครงการ 1 ปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี ระดับ HbA1c อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ (ไม่เกินร้อยละ 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) ร้อยละ 83.9 ซึ่งต่ำกว่าก่อน เข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ 96.4)
ระดับความดัน โลหิตของผู้ป่วย โรคความดัน โลหิตสูง	สัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ ควบคุมได้เพิ่มขึ้น	หลังเข้าร่วมโครงการ 1 ปี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ (น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 98.03 ซึ่งต่ำ กว่าก่อนเข้าร่วมโครงการเล็กน้อย (ร้อยละ 100.0)
การกลับมา รักษาซ้ำที่แผนก ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูงที่กลับมารักษาซ้ำที่แผนก ผู้ป่วยใน	กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 คน ที่เคยมีประวัติเข้ารับการ รักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพัฒนานครด้วย สาเหตุจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ เป็นภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปีก่อนเข้าร่วมโครงการ ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในภายใน ระยะ 1 ปี

อภิปรายผล (Discussion)

ผลการวิจัยสะท้อนว่าโครงการเอ็นซีดีแอคโธม
เพื่อการรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน
โลหิตสูง ในอำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว บรรลุ
ตัวชี้วัดที่กำหนดในระดับปานกลาง โดยประเด็นที่บรรลุ
ตัวชี้วัดค่อนข้างมากคือในส่วนของกระบวนการ ได้แก่
การติดตาม การประเมินสุขภาพผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน
และการส่งยาถึงบ้าน ประเด็นที่บรรลุตัวชี้วัดปานกลาง
คือปัจจัยนำเข้า ได้แก่ งบประมาณ ระบบข้อมูลและ
โปรแกรมที่ช่วยในการดำเนินงาน และการสนับสนุนวัสดุ
อุปกรณ์ ในส่วนของผลผลิตทั้งในด้านการลดความแออัด
หรือจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลและการ
ลดการขาดนัดนั้นพบว่ายังไม่บรรลุผลตามความคาดหวัง
รวมถึงผลลัพธ์จากโครงการที่วัดจากการควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและการควบคุมระดับ
ความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก็ยังไม่บรรลุ
ตามความคาดหวังเช่นเดียวกัน

หลังเข้าร่วมโครงการไม่พบผู้ป่วยทั้งสองโรคที่
เคยเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี
ก่อนเข้าร่วมโครงการ กลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยใน
ภายในระยะ 1 ปี ซึ่งน่าจะเกิดจากในโครงการมีการตั้ง
เกณฑ์การคัดเลือกที่เข้มงวดและกระบวนการส่งยาถึง
บ้านที่กำหนดให้ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ใน
เกณฑ์ จึงจะสามารถอยู่ในโครงการและรับยาที่บ้านต่อ
ได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาให้ครบถ้วนและไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน ประกอบกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ
ส่วนใหญ่ป่วยมานานมากกว่า 5 ปี จึงปรับตัวและ
สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดัน
โลหิตได้ดีพอควรอยู่แล้ว เมื่อเข้าโครงการได้รับยาจาก
อสม. ที่มาส่ง จึงทำให้รับประทานยาได้ต่อเนื่องมากกว่า
ไปรับยาเองที่โรงพยาบาล ทำให้ไม่มีการขาดยา สามารถ
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตให้
อยู่ในเกณฑ์ได้ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้อง
กลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ซึ่ง

โครงการช่วยสนับสนุนการเข้าถึงบริการเพื่อรับยาอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาเดินทางและรอคอยที่สถานบริการ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยต้องรับประทานยาให้ครบเพื่อให้สามารถอยู่ในโครงการได้ต่อ สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนิษฐา ชานชัย และคณะ (Chanchai, et al., 2021, pp. 87-101) ที่พบว่าการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการกินยาที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น สามารถประยุกต์ในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของวีระศักดิ์ ดำรงพงษ์ (Damrongphong, 2022, pp. 51-63) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และสามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของนรเทพ อัศวพัชระ (Assawapatchara, 2019, pp. 263-279) ที่พบว่าการบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว ญาติและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และผู้ป่วย มีความพึงพอใจในการให้บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการได้ เข้าถึงได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว ไม่เสียเวลารอนาน ค่าใช้จ่ายลดลง และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับ HbA1c อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ลดลงหลังเข้าร่วมโครงการ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการ ซึ่งอาจเกิดจากมีปัจจัยหลายอย่างส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเอง ร่วมกับการกินยาด้วย โดยในโครงการ อสม. จะลงเยี่ยมบ้านและส่งยาให้ผู้ป่วย รวมถึงวัดภาวะสุขภาพและ

แนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย แต่ด้วยภาระงานเชิงรุกที่มากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด 2019 ทำให้ไม่สามารถแนะนำการปฏิบัติตนในขณะเยี่ยมบ้านหรือส่งยาที่บ้านได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ในส่วนของเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลก็ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพูดคุยหรืออธิบายรายละเอียดโครงการ รูปแบบบริการ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนเนื่องจากความจำกัดของจำนวนบุคลากรเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้เข้ารับบริการ นอกจากนี้ อาจเกิดจากขาดการกระตุ้นเตือนจากครอบครัวและสถานบริการอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตที่นอกเหนือจากการกินยาได้ไม่ดีเท่าที่ควร สอดคล้องกับการศึกษารอยพิมพ์ เลิศวิริยานันท์ (Lertwiriyanan, 2013, pp. 216-239) ที่พบว่ามีปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว/ญาติ ซึ่งพบว่าครอบครัวและญาติในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงนั้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาที่จะเข้ามามีส่วนในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง สภาพแวดล้อมในชุมชนที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง อาทิ การเลี้ยงอาหารในงานต่างๆ ในชุมชน และปัจจัยสนับสนุนอื่นๆจากระบบบริการสาธารณสุขและ อสม.ทั้งการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การเสริมศักยภาพแก่ครอบครัวและญาติในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการให้กำลังใจและเสริมพลังผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ดังนั้นหากหน่วยบริการสุขภาพ และ อสม.มีกระบวนการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และเสริมศักยภาพและสร้างกำลังใจให้แก่ตัวผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการติดตามประเมินผลช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติที่เหมาะสมนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้

การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลงเพียงเล็กน้อยทั้งสองโรค อาจเนื่องจากปริมาณการเพิ่มขึ้นของผู้เข้าร่วมโครงการในแต่ละปียังมีไม่มาก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากเกณฑ์การวินิจฉัยและคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการที่เข้มงวดและมีความพร่องในการอธิบายรายละเอียดของโครงการแก่ผู้ป่วย ทำให้มีการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการน้อย ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปีจึงส่งผลให้การลดลงของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน ส่วนการขาดนัดของผู้ป่วยลดลงมากในช่วงแรก แต่เพิ่มขึ้นในช่วงหลัง ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการระบาดของโรคโควิด 19 ที่แพร่กระจายในจังหวัดสระแก้วมากในช่วงปีพ.ศ. 2563 ทำให้ต้องปรับระบบบริการโดยให้ผู้ป่วยทั้งหมดรับยาที่บ้านและไม่ได้พบแพทย์ ภายหลังสถานการณ์ดีขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยบางส่วนยังคงกลัวการติดเชื้อเมื่อมาโรงพยาบาลและคุ้นชินกับการรับยาที่บ้าน ร่วมกับการติดตามโดยเจ้าหน้าที่จากภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยขาดยาเพิ่มขึ้น การพัฒนาความรู้และทักษะของหน่วยบริการปฐมภูมิ การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการคัดเลือกและการให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sadtrakulwatana (2018) ที่พบว่าการพัฒนาบุคลากรในระดับปฐมภูมิให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดำเนินงานการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง จะสามารถกระจายผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิได้ ช่วยลดความแออัดผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลทั่วไปได้

ด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ พบว่าโครงการมีความจำกัดในงบประมาณ เพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนาศักยภาพของ อสม. อุปกรณ์และเครื่องมือในการให้บริการ รวมถึงขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะหากต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลและแอปพลิเคชันต่อไปในอนาคต และการขาดแคลนผู้รับผิดชอบ

โครงการที่สามารถประสานความร่วมมือและกำกับติดตามประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง ทำให้บางพื้นที่ต้องหาทางขอรับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายเอง ซึ่งตามหลักการบริหารทรัพยากรต้องมีกระบวนการวางแผนการใช้ทรัพยากรโดยมีเป้าหมาย เพื่อประสิทธิภาพสูงสุด หากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการวางแผน สรรหางบประมาณและมีความร่วมมือสนับสนุนจากหลายแหล่ง และจัดลำดับความสำคัญในการพัฒนา จะช่วยให้ทรัพยากรมีความเพียงพอของ ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนมีการดำเนินงานได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiranakhon, et al. (2013) ที่พบว่า หากมีการจัดสรรงบประมาณจากหลายแหล่งและเพียงพอ เพื่อการบริหารจัดการ การสื่อสารความเสี่ยง เตรียมความพร้อมของบุคลากร และความพร้อมของระบบข้อมูล พัฒนานวัตกรรมระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน มีการวางแผนแก้ไขปัญหามาที่สอดคล้องกับนโยบายและสภาพปัญหา และมีการถ่ายทอดสู่ระดับต่าง ๆ ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินโครงการผ่านเกณฑ์ประเมิน และกระบวนการจัดการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อควรได้รับการพัฒนาให้มี Case manager ครอบคลุมทุกสถานบริการ พร้อมกับการพัฒนา กำกับและประเมินผลโปรแกรมการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเพิ่มศักยภาพของ อสม.ในการให้บริการพื้นฐานเข้าถึงประชาชนให้มากที่สุด นอกจากนี้ พบว่ามีความพร่องในบางขั้นตอนของกระบวนการในโครงการ ได้แก่ ขาดการอบรม อสม.อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ อสม.ที่มีทักษะการเยี่ยมบ้านและการใช้แอปพลิเคชันไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลในระบบทั้งในส่วนของ อสม.ที่ต้องบันทึกลงแอปพลิเคชัน และพยาบาลเวชปฏิบัติที่ต้องบันทึกในโปรแกรม Health manager ในขณะเดียวกันยังต้องบันทึกข้อมูลในระบบเดิมควบคู่ไป

ด้วย ขาดการกำกับติดตามการปฏิบัติงานที่สำคัญ ได้แก่ การใช้โปรแกรม Health manager โดยพยาบาลเวชปฏิบัติ การบันทึกข้อมูลลงแอปพลิเคชัน NCD@Home การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนและการกินยาแก่ผู้ป่วย โดย อสม. ส่งผลให้การใช้เทคโนโลยีเพื่อการบันทึกติดตาม ประเมินสุขภาพ และการแนะนำแนวปฏิบัติแก่ผู้ป่วยลดลง รวมถึงปัญหาการไม่พบผู้ป่วยที่บ้าน เกณฑ์การคัดเลือกที่เพิ่มขึ้นโดยกำหนดรายการยาที่ไม่สามารถเก็บในคลังยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด 19 บางพื้นที่จึงต้องปรับกระบวนการตามความสะดวกควบคู่กับการใช้ระบบเดิม

สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and Recommendation)

หลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับ HbA1c อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ร้อยละ 83.9 ซึ่งต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ 96.4) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 98.3 และ 100.0 ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลช่วง 2 ปีก่อนเข้าร่วมโครงการ จำนวน 37 คน ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเข้าร่วมโครงการ ความแออัดหรือจำนวนครั้งเข้ารับบริการของผู้ป่วยทั้งสองโรคมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ส่วนการขาดนัดลดลงในช่วงแรกและเพิ่มขึ้นในช่วงหลัง หลักสูตรการอบรมมีความเหมาะสมแต่ขาดการอบรมฟื้นฟูต่อเนื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยและคัดเลือกที่มีความเข้มงวดสามารถลดผลกระทบในผู้ป่วยได้ แต่ทำให้มีการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการน้อย การใช้แอปพลิเคชันในการเยี่ยมบ้าน กำกับติดตาม และประเมินสุขภาพผู้ป่วยลดลง และภาระงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการเยี่ยมบ้านและส่งยาถึงบ้าน มีความจำกัดในงบประมาณสำหรับการพัฒนาบุคลากร อุปกรณ์ และ

เครื่องมือในบริการเยี่ยมบ้าน ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเหมาะสมแต่มีความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูลกับระบบเดิม

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโครงการ

1. ควรกำหนดผู้รับผิดชอบโครงการที่เป็นหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหรือสูงกว่าที่สามารถเป็นผู้ดูแล ประสานงาน และเชื่อมโยงการดำเนินงานในภาพเครือข่ายบริการระดับอำเภอ (โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ชุมชน และภาคีเครือข่าย รวมทั้งทำหน้าที่กำกับ ติดตาม และประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการกำกับและติดตามโดยโรงพยาบาลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อลงเยี่ยมการปฏิบัติงานของ อสม.ในพื้นที่ มีการทบทวนหลังปฏิบัติงานเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานทุกพื้นที่ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการนำพื้นที่ที่ดำเนินการได้สำเร็จหรือมีผลการดำเนินงานดีมาช่วยเป็นพี่เลี้ยงให้กับพื้นที่ที่ยังมีปัญหา ได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ

3. ควรพัฒนาระบบข้อมูลให้สามารถเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลและโปรแกรมเดิมที่มีอยู่เพื่อลดภาระงานจากความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล ร่วมกับการเพิ่มการใช้งานข้อมูลของแพทย์เพื่อให้สามารถดูข้อมูล ผู้รับบริการได้ และกำกับติดตามการใช้งาน ซึ่งจะส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นทั้งโปรแกรม Health manager และสมาร์ตโฟน แอปพลิเคชัน NCD@Home ได้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง นำไปสู่ฐานข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์เพื่อวางแผนทางการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ

4. ควรประสานขอรับการสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ และเครื่องมือ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภายนอก รวมถึงระดมทุนจากภาคีเครือข่าย ภาคเอกชน และสถานประกอบการใน

พื้นที่ เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.อย่างต่อเนื่อง และจัดหา อุปกรณ์และเครื่องมือให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างครอบคลุม และสามารถขยายผลสู่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นในชุมชนร่วมด้วย

5. ควรปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้ สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน อาทิ รูปแบบ ใหม่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพร้อมและใช้เทคโนโลยี ได้เองหรือมีครอบครัวที่มีความพร้อม สามารถวัด สุขภาพตนเองได้ บันทึกข้อมูล และมารับยาที่หน่วย บริการปฐมภูมิเอง และรูปแบบเดิมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงหรือไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน ที่ยัง จำเป็นต้องให้ อสม.มาเยี่ยมบ้านและนำยาส่งให้ที่บ้าน เพื่อขยายกลุ่มเป้าหมายของโครงการให้มากขึ้น นำไปสู่ การลดความแออัดในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ได้มากขึ้น และเป็นการสร้างระบบให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพ ตนเองเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม การปฏิบัติตนก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของ อสม.

และผู้ป่วยทั้งสองโรค โดยเพิ่มเติมกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ แนวปฏิบัติที่ดี (Good practice) ของตำบลในพื้นที่เพื่อ ใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพ

2. ศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อ ติดตามผลกระทบทางสุขภาพของผู้ป่วย และความยั่งยืน ของการดำเนินงานโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรณ์ วัฒน สมบูรณ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ชูชีพ เปียदनอก และ นางดารารัตน์ ไหว้งศ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สระแก้ว ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบคุณโรงพยาบาล วัฒนานครที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่และข้อมูลในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References)

- Assawapatchara, N. (2019). Integrated diabetes service system development at Ranong hospital, Ranong province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 9(3), 263-279. (In Thai)
- Chanchai, K., Therawiwat, M., & Vatanasomboon, P., et al. (2021). The effects of self-efficacy enhancement with social support on medication adherence of hypertensive patients. *Thai Journal of Health Education*, 44(1), 87-101. (In Thai)
- Chiranakhon, Y., Tansawai, V., & Buayom, P. et al. (2013). Evaluation on the implementation of health promotion and prevention program on noncommunicable diseases in the southernmost Thailand, 2013. *Disease Control Journal*, 39(4), 345-355. (In Thai)
- Damrongphong, W. (2022). Factors associated with self-care behaviors of type 2 diabetes patients at Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province. *Journal of Disease and Health Risk DPC*, 16(2), 51-63. (In Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2018). *Implementation situation for the control and prevention of non-communicable diseases (NCDs)*. Nonthaburi: Division of Non-Communicable Diseases. (In Thai)
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines to reduce overcrowding in hospitals to reduce the spread of COVID-19*. Nonthaburi: Division of Medical Technical and Academic Affairs. (In Thai)

- Eakpalakorn, W. editor. (2016). *Thai national health examination survey (NHES) V 2014*. Bangkok, Graphic and design publishing house. (In Thai)
- Eakpalakorn, W. editor. (2021). *Thai national health examination survey (NHES) VI 2019 – 2020*. Bangkok, Graphic and design publishing house. (In Thai)
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas: diabetes around the world in 2021*. Retrieved February 18, 2022, from <https://diabetesatlas.org/>.
- Kanchanapibulwong, A., Khamwangsanga P., & Kaewtha, S. editor. (2020). *NCDs situation report (diabetes, hypertension, and related factors) 2019*. Retrieved February 18, 2022, from <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13865&tid=&gid=1-015-005>. (In Thai)
- Khemshutgu, W., & Nugutsava, P. (2011). The development of participatory Primary Care Unit Network for decrease congestion of Buriram Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 26(2), 319-329. (In Thai)
- Lertwiriyanan, R. (2013). The relevant factors for controlling blood sugar of diabetes mellitus and hypertension patients in Mae Phag sub-district, Sansai district, Chiang Mai province. *Lanna Public Health Journal*, 9(3), 216-239. (In Thai)
- Ministry of Public Health. (2020). *Illness with major non-communicable diseases*. Retrieved February 18, 2021, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11. (In Thai)
- Nakhomriab, S., Wattanakitkileart, D., & Charoenkitkarn, V. et.al. (2017). The effectiveness of mobile application on medication adherence in patients with stroke. *Journal of Nursing Science*, 35(3), 58-69. (In Thai)
- Puengsawad, S., Kongprom, S., & Pongsetpisan, T. et al. (2018). Development of an information system for patient tracking in the interprofessional education project. *Hauchiew Chalermprakiet Science and Technology Journal*, 4(2), 7-19. (In Thai)
- Sadtrakulwatana, V. (2018). The development of a chronic diseases clinic model (diabetes, hypertension) in primary health care units, Mueang district, Sing Buri province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 8(1), 24-36. (In Thai)
- Stephani, V., Opoku, D., & Quentin. W. (2016). A systematic review of randomized controlled trials of mHealth interventions against non-communicable diseases in developing countries. *BMC Public Health*, 16:572, 1-10. Doi: 10.1186/s12889-016-3226-3. PMID: 27417513; PMCID: PMC4946127.
- Thailand International Health Policy Program (IHPP). (2017). *The burden of Disease and Injury Report of the Thai Population 2014*. Nonthaburi: The Graphico Systems Co., Ltd. (In Thai)
- Wattana Nakhon Hospital. (2019). *NCD@Home Project: Doctor Wattana's medicine was delivered to the house*. Sa Kaeo: Wattana Nakhon Hospital. (In Thai)
- W.K. Kellogg Foundation. (2004). *Logic model development guide*. Retrieved February 18, 2021, from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefndmkaj/https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/2021-11/Kellogg_Foundation_Logic_Model_Guide.pdf.
- World Health Organization. (2021). *Fact sheets: hypertension*. Retrieved February 18, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

Impact of supportive leadership and nurse performance during the coronavirus disease 2019 pandemic in a tertiary hospital at Nonthaburi province

Butsarin Sawangphet¹ Chardsumon Prutipinyo^{2*} Vanvisa Sresumatchai³

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 Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

**Corresponding Author: chardsumon.pru@mahidol.ac.th*

Original article

Abstract

Received: 10 May 2023

Revised: 16 May 2023

Accepted: 7 June 2023

This research aims to study the relationship between leadership and the performance of nurses in a tertiary care hospital. in Nonthaburi During the outbreak of coronavirus disease 2019, the sample group was 240 professional nurses. The tool used for data collection was a closed-ended questionnaire.

The descriptive statistics were analyzed for mean, standard deviation, maximum and minimum. The statistics for finding the associated between the leadership and nursing performance was the Pearson's product moment correlation coefficient.

The finding of the research showed that the leadership and performance of nurses in a tertiary hospital. In Nonthaburi During the outbreak of the Corona Virus Infection 2019, the overall level is at a high level (the average of 4.00 and 3.92). Leadership was positively correlated with nurses' performance in a tertiary hospital in Nonthaburi Province ($r = 0.614$) with the statistical significance at $p < 0.001$

This research has suggestions. Executives should give importance and support in various activities that continuously promote leadership for professional nurses determine the core competencies of professional nurses. There should be clear leadership potential. and has a policy to continuously organize training on nursing leadership.

Keywords: leaderships; nursing performance; tertiary hospital

ภาวะผู้นำกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

บุษริน สว่างเพชร¹ ฉัตรสุมน พงศ์ภิณโย^{2*} วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย³

1 นักศึกษาหลักสูตร วท.ม.(บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ติดต่อ chardsumon.pru@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 10 พ.ค. 2566
วันแก้ไข 16 พ.ค.2566
วันตอบรับ 7 มิ.ย. 2566

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำ กับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 240 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามปลายปิด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด และต่ำสุด และสถิติหาค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับภาวะผู้นำ กับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.00 และ 3.92) และภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ($r = 0.614$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและสนับสนุนในกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมความเป็นภาวะผู้นำแก่พยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง กำหนดสมรรถนะหลักพยาบาลวิชาชีพ ควรมีศักยภาพทางด้านภาวะผู้นำอย่างชัดเจน และมีนโยบายในการจัดอบรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ; ผลการปฏิบัติงานของพยาบาล; โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

บทนำ (Introduction)

เนื่องจากในปัจจุบันเกิดสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปทั่วโลก องค์การระบบสุขภาพทุกแห่งมีการปรับเปลี่ยนนโยบายและแนวทางการปฏิบัติงานให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาทางด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการปฏิบัติงานจะต้องอาศัยภาวะผู้นำ และการสื่อสารเป็นเครื่องมือในการประสานงานให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบุคลากรพยาบาลเฉพาะทางอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งพยาบาลมีบทบาทหน้าที่เป็นทั้งผู้นำผู้ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายองค์กรสุขภาพต่างๆ และเป็นผู้ปฏิบัติงานดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน จึงทำให้พยาบาลต้องเผชิญปัญหาอย่างหนักในช่วงการแพร่ระบาดโควิด 19 โดยเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดความเหนื่อยล้า ส่งผลให้มาตรฐานในการปฏิบัติงานลดลง จากข้อมูลสถิติ พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี มีบุคลากรติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 322 ราย และเกิดอุบัติเหตุการณผู้ป่วยอายุกรรมชายติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 34 ราย เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจำนวน 14 ราย โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพ 11 ราย (ข้อมูลจากหน่วยงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, พฤษภาคม 2565) ส่งผลกระทบหลายด้าน เช่น การสูญเสียบุคลากรชั่วคราวเป็นจำนวนมากจากการติดเชื้อโควิด 19 ทำให้ขาดอัตรากำลัง และส่งผลต่อด้านการให้บริการ โดยจำเป็นต้องปิดให้บริการรักษาพยาบาลชั่วคราวของตึกอายุกรรมชาย จำนวน 14 วัน สูญเสียทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดจากอัตราผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานลดลง เกิดปัญหาเตียงเต็มงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น บุคลากรเสียขวัญกำลังใจในการทำงาน หวาดกลัวในการ

ให้บริการผู้ป่วย ทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานลดลง เป็นต้น ผู้บริหารควรมีการทบทวนมาตรฐานในกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาปรับปรุงการบริการ รวมทั้งต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับภาวะผู้นำ เพราะเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์ หรือมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงาน

จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะผู้นำ และผลการปฏิบัติงาน รวมถึงปัญหาการเกิดภาวะวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบุคลากรพยาบาลเฉพาะทางอยู่เป็นจำนวนมาก มีความจำเป็นที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะผู้นำ กับผลการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยยกตัวอย่างกรณีศึกษาของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี เนื่องจากจังหวัดนนทบุรี เป็นเขตจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นลำดับต้นของประเทศ และเพื่อใช้เป็นแนวทางด้านการวางแผน บริหารจัดการของกลุ่มองค์กรพยาบาลวิชาชีพให้มีการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจากผลกระทบการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมุ่งผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความปลอดภัยที่สุด และหากพยาบาลมีความเป็นภาวะผู้นำที่ดี จะสามารถทำให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งยังสามารถตั้งรับสถานการณ์วิกฤติการระบาดใหม่ของโรคต่างๆ ในอนาคตได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาล

ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการดำเนินการวิจัย (Research Methods)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) ประชากรที่ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากวิธีของ Krejcie and Morgan, 1970 ได้จำนวน 217 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงเพิ่มการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 20% จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 260 คน แต่เนื่องจากประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะจำนวนตำแหน่งกระจายตัวแตกต่างกัน จึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่างมีสัดส่วน โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ และพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายข้อมูลที่เหมาะสมและครอบคลุมมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองโดยการอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับนิยามศัพท์ของการวิจัย แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะผู้นำ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน ข้อคำถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนข้อคำถามเท่ากับ 0.974 และ 0.967 ตามลำดับ หลังจากนั้นจึงมีการเก็บข้อมูลจริงที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ในจังหวัดนนทบุรี โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติเพื่อบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วยการแสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และต่ำสุด (Minimum) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร คือ ภาวะผู้นำ กับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 20022-120 รหัสโครงการ 116/2565 เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2565 และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เลขที่ EC09/2566 รหัสโครงการ PE6614 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566

การแปลผล

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

$r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์

$r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ

$r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง

$r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง

$r = \pm 1$ หมายถึงมีความสัมพันธ์สมบูรณ์

สถิติและการวิเคราะห์ที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อใช้วิเคราะห์ปัจจัย

ส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะผู้นำ การสื่อสาร และผล
การปฏิบัติงานของพยาบาล

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่ง
หนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment
correlation coefficient)

ผลการศึกษา (Results)

1. ผลการศึกษาการวัดระดับภาวะผู้นำของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งใน

จังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} =$
4.00, S.D. = 0.52) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า
มีค่าเฉลี่ยสูงในทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้าน
การเสริมสร้างกำลังใจ ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.65)
รองลงมา คือ ด้านการทำตนเป็นแบบอย่าง ($\bar{X} =$
4.14, S.D. = 0.64) ด้านการทำให้ผู้อื่นได้แสดง
ความสามารถ ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.58) ด้านการมี
แรงบันดาลใจให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมกัน ($\bar{X} = 3.96$,
S.D. = 0.63) และด้านการสร้างกระบวนการแบบทำ
หาย ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = 0.53) ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับภาวะผู้นำของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
แห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี

ภาวะผู้นำ	Mean	S.D	แปลผลระดับ
1. ด้านการสร้างกระบวนการแบบทำหาย	3.75	0.53	สูง
2. ด้านการมีแรงบันดาลใจให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมกัน	3.96	0.63	สูง
3. ด้านการทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ	4.00	0.58	สูง
4. ด้านการทำตนเป็นแบบอย่าง	4.14	0.64	สูง
5. ด้านการเสริมสร้างกำลังใจ	4.20	0.65	สูง
รวม	4.00	0.52	สูง

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นภาวะผู้นำของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งใน
จังหวัดนนทบุรี ด้านการสร้างกระบวนการแบบทำ
หาย โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = 0.53)
เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่
การยอมรับและปรับตัวการเปลี่ยนแปลงการ
ปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์ COVID-19 ($\bar{X} = 4.19$,
S.D. = 0.77) รองลงมา คือ ความพร้อมปรับวิธีการ
ปฏิบัติงานให้สอดคล้องสถานการณ์แพร่ระบาด

COVID-19 ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.72) ความพร้อม
ปรับปรุงและพัฒนางานของหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.91$,
S.D. = 0.74) การยอมรับความเสี่ยงและสามารถ
ควบคุม จัดการกับความเสี่ยงต่างๆได้ ($\bar{X} = 3.90$,
S.D. = 0.71) ความสามารถเผชิญกับความเครียด
และแรงกดดันที่เกิดจากการทำงานในช่วงสถานการณ์
COVID-19 ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.84) การมีโอกาส
ทดลองทำงานด้วยวิธีใหม่ๆให้เกิดการพัฒนา ($\bar{X} =$

3.79, $S.D. = 0.86$) การมองหาโอกาสและมีมุมมองใหม่ๆให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์กร ($\bar{X} = 3.66$, $S.D. = 0.79$) การทดลองนำวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ และวิธีการทำงานใหม่ๆมาใช้ในหน่วยงาน ($\bar{X} =$

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับภาวะผู้นำ ด้านการสร้างกระบวนการแบบท้าทาย

ด้านการสร้างกระบวนการแบบท้าทาย	Mean	S.D	แปลผลระดับ
การค้นหาแนวทางการปฏิบัติงานใหม่ๆอยู่เสมอ	3.57	0.81	สูง
ความพร้อมปรับปรุงและพัฒนางานของหน่วยงาน	3.91	0.74	สูง
การยอมรับและปรับตัวการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์ COVID-19	4.19	0.77	สูง
ความสามารถเผชิญกับความเครียดและแรงกดดันที่เกิดจากการทำงานในช่วงสถานการณ์ COVID-19	3.89	0.84	สูง
การมีโอกาสดลองทำงานด้วยวิธีใหม่ๆให้เกิดการพัฒนา	3.79	0.86	สูง
การอาสาช่วยงานจากแผนกประจำการไปช่วยเหลืองานแผนกดูแลผู้ป่วย COVID-19	3.10	1.25	ปานกลาง
การทดลองนำวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ และวิธีการทำงานใหม่ๆมาใช้ในหน่วยงาน	3.57	0.87	สูง
การมองหาโอกาสและมีมุมมองใหม่ๆเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์กร	3.66	0.79	สูง
ความพร้อมปรับวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อให้สอดคล้องสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19	3.95	0.72	สูง
การยอมรับความเสี่ยงและสามารถควบคุม จัดการกับความเสี่ยงต่างๆได้	3.90	0.71	สูง
รวม	3.75	0.53	สูง

เมื่อพิจารณาความเป็นภาวะผู้นำ ด้านการมีแรงบันดาลใจให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมกัน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.96$, $S.D. = 0.63$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงในทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การยกย่องชมเชยเพื่อนร่วมงานในทีมให้เกิดความภูมิใจในการปฏิบัติงานที่สำเร็จ ($\bar{X} = 4.22$, $S.D. = 0.79$) รองลงมา คือ การสนับสนุนให้สมาชิกในทีมร่วมมือ ร่วมใจในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.16$, $S.D. =$

0.80) การร่วมกันปฏิบัติตามวิสัยทัศน์ขององค์กร ($\bar{X} = 4.15$, $S.D. = 0.75$) การกระตุ้นให้สมาชิกในทีมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ($\bar{X} = 3.99$, $S.D. = 0.85$) การกระตุ้นให้สมาชิกในทีมสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจร่วมกัน ($\bar{X} = 3.90$, $S.D. = 0.82$) การกระตุ้นให้สมาชิกในทีมเห็นภาพความสำเร็จในอนาคต ($\bar{X} = 3.87$, $S.D. = 0.81$) การกระตุ้นให้เพื่อนร่วมงานหรือสมาชิกในทีมมีความกระตือรือร้นในการ

ปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.71$, $S.D. = 0.80$) และการส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.69$, $S.D. = 0.81$) ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะผู้นำ ด้านการมีแรงบันดาลใจให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมกัน

ด้านการมีแรงบันดาลใจให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมกัน	Mean	S.D	ระดับ
การกระตุ้นให้เพื่อนร่วมงานหรือสมาชิกในทีมมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน	3.71	0.80	สูง
การส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน	3.69	0.81	สูง
การยกย่อง ชมเชยเพื่อนร่วมงานในทีมให้เกิดความภูมิใจในการปฏิบัติงานที่สำเร็จ	4.22	0.79	สูง
การสนับสนุนให้สมาชิกในทีมร่วมมือ ร่วมใจในการปฏิบัติงาน	4.16	0.80	สูง
การร่วมกันปฏิบัติงานตามวิสัยทัศน์ขององค์กร	4.15	0.75	สูง
การกระตุ้นให้สมาชิกในทีมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร	3.99	0.85	สูง
การกระตุ้นให้สมาชิกในทีมสร้างวิสัยทัศน์และพันธกิจร่วมกัน	3.90	0.82	สูง
การกระตุ้นให้สมาชิกในทีมเห็นภาพความสำเร็จในอนาคต	3.87	0.81	สูง
รวม	3.96	0.63	สูง

เมื่อพิจารณาความเป็นภาวะผู้นำ ด้านการทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.00$, $S.D. = 0.58$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงในทุกข้อ ได้แก่ การรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆของสมาชิก ($\bar{X} = 4.24$, $S.D. = 0.69$) การแสดงความไว้วางใจในความสามารถของเพื่อนร่วมงาน ($\bar{X} = 4.19$, $S.D. = 0.68$) การสนับสนุนให้เพื่อนร่วมงานแสดงสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.15$, $S.D. = 0.67$) การผลักดันให้สมาชิกในทีมมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงานเพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 ($\bar{X} = 4.03$, $S.D. = 0.79$) การกระตุ้นให้สมาชิกในทีมได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานใน

สถานการณ์วิกฤต ($\bar{X} = 3.94$, $S.D. = 0.88$) การมอบหมายงานให้กับสมาชิกในทีมตามความสามารถของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม ($\bar{X} = 3.94$, $S.D. = 0.87$) การส่งเสริมให้เพื่อนร่วมงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งในภาวะวิกฤติและภาวะปกติ ($\bar{X} = 3.92$, $S.D. = 0.74$) การส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อนร่วมงานให้เห็นคุณค่าผลงานที่สำเร็จและกระตุ้นให้สมาชิกในทีมมุ่งมั่นในการทำงาน ($\bar{X} = 3.90$, $S.D. = 0.75$) การสนับสนุนให้สมาชิกในทีมหาแนวทางใหม่ๆในการพัฒนางานวิชาชีพให้เหมาะสมกับสถานการณ์โควิด 19 ($\bar{X} = 3.89$, $S.D. = 0.75$) และการกระตุ้นให้สมาชิกในทีมร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ ($\bar{X} = 3.84$, $S.D. = 0.78$) ตามลำดับ (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะผู้นำด้านการทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ

ด้านการทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ	Mean	S.D	ระดับ
การกระตุ้นให้สมาชิกในทีมร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ	3.84	0.78	สูง
การสนับสนุนให้สมาชิกในทีมหาแนวทางใหม่ๆในการพัฒนางานวิชาชีพให้ เหมาะสมกับสถานการณ์โควิด 19	3.89	0.75	สูง
การส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อนร่วมงานให้เห็นคุณค่าผลงานที่สำเร็จและ กระตุ้นให้สมาชิกในทีมมุ่งมั่นในการทำงาน	3.90	0.75	สูง
การส่งเสริมให้เพื่อนร่วมงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งในภาวะวิกฤติและภาวะปกติ	3.92	0.74	สูง
การรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆของสมาชิก	4.24	0.69	สูง
การสนับสนุนให้เพื่อนร่วมงานแสดงสมรรถนะในการปฏิบัติงาน	4.15	0.67	สูง
การแสดงความไว้วางใจในความสามารถของเพื่อนร่วมงาน	4.19	0.68	สูง
การผลักดันให้สมาชิกในทีมมีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติงาน เพื่อรองรับ ผู้ป่วย COVID-19	4.03	0.79	สูง
การกระตุ้นให้สมาชิกในทีมได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดแนว ทางการปฏิบัติงานในสถานการณ์วิกฤติ	3.94	0.88	สูง
การมอบหมายงานให้กับสมาชิกในทีมตามความสามารถของแต่ละบุคคลอย่าง เหมาะสม	3.94	0.87	สูง
รวม	4.00	0.58	สูง

เมื่อพิจารณาความเป็นภาวะผู้นำด้านการทำตนเป็นแบบอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.14, S.D. = 0.64$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงในทุกข้อ ได้แก่ การปฏิบัติตามหลักวิชาชีพพยาบาลช่วงการระบาดโควิด 19 ($\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.73$) การปฏิบัติภาระกิจที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 4.25, S.D. = 0.68$) การประเมินและตรวจสอบการปฏิบัติงานของตนเองให้ถูกต้องตามมาตรฐานอยู่เสมอ ($\bar{X} = 4.17, S.D. = 0.76$) การประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี

ในการมีน้ำใจและเสียสละ ($\bar{X} = 4.14, S.D. = 0.75$) การวางแผนและกำหนดเวลาการปฏิบัติงานอยู่เสมอเพื่อให้งานสำเร็จทันเวลาอย่างสมบูรณ์ ($\bar{X} = 4.13, S.D. = 0.80$) การปฏิบัติงานตามหลักการและค่านิยมขององค์กร ($\bar{X} = 4.10, S.D. = 0.73$) การเป็นที่ยอมรับ นับถือของเพื่อนร่วมงาน ($\bar{X} = 4.04, S.D. = 0.79$) และการประเมินผลการทำงานของตนเองอยู่เสมอ ($\bar{X} = 3.92, S.D. = 0.79$) ตามลำดับ (ตาราง 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะผู้นำ ด้านการทำตนเป็นแบบอย่าง

ด้านการทำตนเป็นแบบอย่าง	Mean	S.D.	แปลผล ระดับ
การประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีน้ำใจและเสียสละให้กับเพื่อนร่วมงาน	4.14	0.75	สูง
การปฏิบัติตามหลักวิชาชีพพยาบาลช่วงการแพร่ระบาดโควิด 19	4.33	0.73	สูง
การวางแผนและกำหนดเวลาการปฏิบัติงานอยู่เสมอ เพื่อให้งานสำเร็จทันเวลาอย่างสมบูรณ์	4.13	0.80	สูง
การประเมินและตรวจสอบการปฏิบัติงานของตนเองให้ถูกต้องตามมาตรฐานอยู่เสมอ	4.17	0.76	สูง
การเป็นที่ยอมรับ นับถือของเพื่อนร่วมงาน	4.04	0.79	สูง
การประเมินผลการทำงานของตนเองอยู่เสมอ	3.92	0.79	สูง
การปฏิบัติภารกิจที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง	4.25	0.68	สูง
การปฏิบัติงานตามหลักการและค่านิยมขององค์กร	4.10	0.73	สูง
รวม	4.14	0.64	สูง

เมื่อพิจารณาความเป็นภาวะผู้นำด้านการเสริมสร้างกำลังใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.20$, $S.D. = 0.65$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงในทุกข้อ ได้แก่ การเห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมงานที่ถูกย้ายงานไปช่วยแผนกพิเศษเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ชั่วคราว ($\bar{X} = 4.33$, $S.D. = 0.76$) การชมเชย และยกย่องเพื่อนร่วมงานที่ทำดีและทำงานสำเร็จ ($\bar{X} = 4.30$, $S.D. = 0.77$) การช่วยเหลือและอยู่เคียงข้างแก่สมาชิกในทีมเสมอ ($\bar{X} = 4.23$, $S.D. =$

0.77) การพูดให้กำลังใจสมาชิกในทีมเสมอ ($\bar{X} = 4.21$, $S.D. = 0.78$) การสนับสนุนให้สมาชิกในองค์กรช่วยเหลือ มีน้ำใจต่อกัน ($\bar{X} = 4.2$, $S.D. = 0.74$) การให้การยอมรับ และให้ความเชื่อมั่นแก่เพื่อนร่วมงานในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร ($\bar{X} = 4.19$, $S.D. = 0.74$) การให้กำลังใจเพื่อนร่วมงานให้เห็นคุณค่าของงานเสมอ ($\bar{X} = 4.15$, $S.D. = 0.75$) และการทำให้เพื่อนร่วมงานรู้สึกมีความสุขและสนุกกับงาน ($\bar{X} = 4.03$, $S.D. = 0.77$) ตามลำดับ (ตาราง 6)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะผู้นำด้านการเสริมสร้างกำลังใจ

ด้านการเสริมสร้างกำลังใจ	Mean	S.D.	แปลผล ระดับ
การให้กำลังใจเพื่อนร่วมงานให้เห็นคุณค่าของงานเสมอ	4.15	0.75	สูง
การสนับสนุนให้สมาชิกในองค์กรช่วยเหลือ มีน้ำใจต่อกัน	4.2	0.74	สูง
การเห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมงานที่ถูกย้ายงานไปช่วยแผนกพิเศษเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ชั่วคราว	4.33	0.76	สูง
การทำให้เพื่อนร่วมงานรู้สึกมีความสุข และสนุกกับงาน	4.03	0.77	สูง

ด้านการเสริมสร้างกำลังใจ	Mean	S.D.	แปลผล ระดับ
การชมเชย และยกย่องเพื่อนร่วมงานที่ทำดีและทำงานสำเร็จ	4.30	0.77	สูง
การยอมรับ และให้ความเชื่อมั่นแก่เพื่อนร่วมงานในการทำงานให้ บรรลุเป้าหมายขององค์กร	4.19	0.74	สูง
การพูดให้กำลังใจสมาชิกในทีมเสมอ	4.21	0.78	สูง
การช่วยเหลือและอยู่เคียงข้างแก่สมาชิกในทีมเสมอ	4.23	0.77	สูง
รวม	4.20	0.65	สูง

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำ กับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่าภาวะผู้นำด้านการสร้างกระบวนการแบบทำลาย ด้านการมีแรงบันดาลใจให้เกิดวิสัยทัศน์ ร่วมกัน ด้านการทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ ด้านการทำตนเป็นแบบอย่าง และด้านการเสริมสร้างกำลังใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.434, 0.546, 0.601, 0.549$ และ 0.506 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตาราง 7)

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างภาวะผู้นำ กับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาวะผู้นำ	0.614	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการสร้างกระบวนการแบบทำลาย	0.434	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการมีแรงบันดาลใจให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมกัน	0.546	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการทำให้ผู้อื่นได้แสดงความสามารถ	0.601	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการทำตนเป็นแบบอย่าง	0.549	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการเสริมสร้างกำลังใจ	0.50	< 0.001	ปานกลาง

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and conclusion) จากผลการศึกษา การวัดระดับภาวะผู้นำของ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.52) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านการเสริมสร้างกำลังใจมีระดับสูงที่สุด เนื่องจากผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี มีการจัดประชุมหัวหน้าพยาบาลแผนกต่างๆ อย่างเข้มข้นในทุกสัปดาห์ เพื่อวางแผนแนวทางการปฏิบัติงานทางด้านการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และร่วมปรึกษา หาแนวทางแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับงานการพยาบาล ในสถานการณ์ช่วงวิกฤตการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเมื่อหัวหน้าแผนกต่างๆได้รับนโยบายมาก็จะนำข้อมูลข่าวสารมาส่งต่อให้กับผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคนรับทราบ และปฏิบัติตาม โดยวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ทุกๆแผนก มีการร่วมประชุมรับ-ส่งต่อเวร หรือข้อมูลต่างๆกันทุกวัน เพื่อวางแผนการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hira Khan, Maryam Rehmat, Tahira Hassan Butt, Saira Farooqi และ Javaria Asim (2020) ที่ได้ศึกษาเรื่อง Impact of transformational leadership on work performance, burnout and social loafing: a mediation เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงต่อประสิทธิภาพการทำงาน ความเหนื่อยหน่ายและความเกียจคร้านทางสังคม ผลการศึกษาพบว่าภาวะผู้นำของพนักงานภาคโทรคมนาคมที่เมืองลาฮอร์ ประเทศปากีสถาน อยู่ในระดับสูง วรินทร์ตะนะคี (2564) ได้ศึกษาเรื่องภาวะผู้นำ: การพัฒนาองค์ประกอบและการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 จึงสามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี มีการสนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ให้การยก

ย่องชมเชย ให้รางวัลแก่สมาชิกที่พยายามปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จ มีความตระหนักว่าความสำเร็จขององค์กรหรือทีมจะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากการที่ทุกคนเป็นส่วนหนึ่งของการร่วมมือ ร่วมใจในการช่วยเหลือกันปฏิบัติงาน และด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ด้านการสร้างกระบวนการแบบทำท่าย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่าการอาสาทำงานจากแผนกประจำไปช่วยเหลืองานแผนกดูแลผู้ป่วย COVID – 19 หรือแผนกที่ขาดอัตรากำลัง เช่น จุดตรวจคัดกรอง หรือหน่วยฉีดวัคซีน COVID-19 เป็นเวลาชั่วคราว มีระดับคะแนนต่ำสุด ซึ่งที่จริงแล้วคุณลักษณะของภาวะผู้นำที่สามารถทำให้องค์กรประสบความสำเร็จได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ความท้าทาย ถ้าเปลี่ยนแปลง ถ้าทดลองสิ่งต่างๆแม้บางครั้งจะไม่เคยทำสิ่งต่างๆเหล่านั้นมาก่อน เพื่อหาแนวทางใหม่ๆในการสร้างหรือปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน หรือหาโอกาสพัฒนาตนเองและองค์กรอย่างท้าทาย การแสดงถึงบทบาทภาวะผู้นำด้านการสร้างกระบวนการแบบทำท่ายนั้น สามารถมีอิทธิพลต่อสมาชิกในองค์กรให้เกิดความร่วมมือ ช่วยกันปฏิบัติงานตามพันธกิจขององค์กรที่กำหนดไว้ได้สำเร็จ ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดภาวะผู้นำเชิงปฏิรูปของ Kouzes & Posner (1995) สรุปไว้ว่าภาวะผู้นำ คือ ผู้นำที่ประสบความสำเร็จ โดยจะเป็นผู้แสวงหาโอกาสความท้าทายให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ๆ เพื่อเกิดความสำเร็จก้าวหน้า และต้องเป็นผู้สนใจสถานการณ์ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้วย ผู้นำไม่จำเป็นต้องมีตำแหน่งสูง หรือมีคุณสมบัติพิเศษ แต่จะต้องเป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่นในเป้าหมาย มีพลัง กระตือรือร้น และน่าเชื่อถือ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรมีศักยภาพภาวะผู้นำที่สามารถกล้าเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานใหม่ๆอย่างท้าทาย ถ้าเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อหาโอกาส

พัฒนาตนเองและองค์กรให้เจริญก้าวหน้าและประสบความสำเร็จ

ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.614$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความเป็นภาวะผู้นำในการปฏิบัติงาน ถึงแม้จะมีปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และความยุ่งยากต่างๆในการปฏิบัติงานทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น แต่พยาบาลยังสามารถให้บริการด้านการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Karen R. Fowler (2022) ที่ได้ศึกษาเรื่อง The impact of COVID – 19 on nurse leadership characteristics เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของ COVID-19 ต่อคุณลักษณะผู้นำพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าภาวะผู้นำทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับผลกระทบการระบาดของ COVID - 19, Hira Khan, Maryam Rehmat, Tahira Hassan Butt, Saira Farooqi และ Javaria Asim (2020) ที่ได้ศึกษาเรื่อง Impact of transformational leadership on work performance, burnout and social loafing: a mediation เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะ

ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต่อประสิทธิภาพการทำงาน ความเหนื่อยหน่ายและความเครียดทางสังคม ผลการศึกษาพบว่าภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพนักงานและผลการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจากสถานการณ์วิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติการณ์ใหม่ที่อันตราย และยังไม่มีความรู้ทางการแพทย์หรือป้องกันที่แน่นอน ทำให้มีการปรับเปลี่ยนแผนงานการพยาบาลอยู่หลายครั้ง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพทุกคนควรแสดงศักยภาพภาวะผู้นำในการเปลี่ยนแปลง แสวงหาโอกาสแนวทางที่ดีที่สุดในการสร้างหรือปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน พยายามหาโอกาสพัฒนาตนเองและองค์กรให้เจริญก้าวหน้าอย่างท้าทาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรให้ความสำคัญเรื่องภาวะผู้นำ โดยสนับสนุนให้มีระบบคัดเลือกผู้นำ และหัวหน้าแผนกต่างๆ
2. จัดกิจกรรมอบรมเรื่องภาวะผู้นำเชิงปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพทุกระดับให้มีศักยภาพความเป็นภาวะผู้นำเพิ่มมากขึ้น
3. มีการประเมิน และโหวตให้รางวัล แต่ผู้ที่มีภาวะผู้นำที่ดีเป็นตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง (References)

- Abdul Kadir Othman, Muhammad Iskandar Hamzah, Mohd Khalid Abas, Nurzarinah Mohd Zakuan. (2017). The influence of leadership styles on employee engagement: The moderating effect of communication styles. *International Journal of Advanced and Applied Sciences*, 4(3), 107-115. <http://www.researchgate.net/publication/314144812>
- Anne Aquilia, Karen Grimley, Barbara Jacobs, Maryellen Kosturko and Jerry Mansfield. (2020). Nursing leadership during COVID – 19: Enhancing patient, family and workforce experience. *Patient Experience Journal*, 7(2), 136-142.

- Christian M. Beilstein, Attending Anaesthesiologist, Lutz E. Lehmann, Vice Chair, Matthias Braun, Attending Anaesthesiologist, Richard D. Urman, Attending Anaesthesiologist, Markus M. Luedi, Attending Anaesthesiologist, Frank Stuber, Head of Department. (2021). Leadership in a time of crisis: Lessons learned from a pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*.35(3),406-412 <http://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.011>
- Fuqiang Zhao, Fawad Ahmed, Naveed Ahmad Faraz. (2020). Caring for the caregiver during COVID-19 outbreak: Does inclusive Leadership improve psychological safety and curb psychological distress? A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*,110,2-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103725>
- Hira Khan, Maryam Rehmat, Tahira Hassan Butt, Saira Farooqi และ Javaria Asim. (2020) Impact of transformational leadership on work performance, burnout and social loafing: a mediation. *Future Business Journal*, 6(1):40. <https://doi.org/10.1186/s43093-020-00043-8>
- Hina Samuel, Sana Sehar, Muhammad Afzal and Prof.Dr.Syed Amir Gilani. (2018). Influence of Supportive Leadership on Nursing Clinical Decision making.
- Jacqueline Mayfield, Milton Mayfield. (2017). Leadership Communication: Reflecting, Engaging, and Innovating. *International Journal of Business Communication*.54(1),3-8
- Joshua A. Wymer, Christopher H. Stucky and Marla J. De Jong. (2021). Nurse Leadership and COVID – 19 : Defining the Shadows and Leading Ahead of the Data. Published by ELSEVIER,19(5)483-487.<https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.06.004>
- Karen R. Fowler and Leslie K. Robbins. (2022). The impact of COVID-19 on nurse leadership characteristics. Original Article WORLDIEWS ON EVIDENCE- BASED NURSING. Worldv Evid-Based Nu. 2022;00:1-10. wileyonlinelibrary.com/journal/wvn
- Kathleen Markey, Carla Aparecida Arena Ventura, Claire O'Donnell, Owen Doody. (2020). Cultivating ethical Leadership in the recovery of COVID-19. *ournal of Nursing Management*,29(2) 351-355. <https://doi.org/10.1111/jonm.13191>
- Kouzes J. M., & Posner, B.Z. (1995). The leadership challenge (2nd ed.). San Francisco: Jossey.
- Mohamed Buheji, Nawal Buhaid.(2020). Nursing Human Factor During COVID – 19 Pandemic. *International Journal of Nursing Science*,10(1),12-22. [10.5923/j.nursing.20201001.02](https://doi.org/10.5923/j.nursing.20201001.02).
- Nadezda Jankelova and Zuzana Joniakova. (2021). Communication Skills and Transformational Leadership Style of First-Line Nurse Managers in Relation to Job Satisfaction of Nurses and Moderators of This Relationship. *Relationship Healthcare*. pp1-16. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030346>
- Susannah Ahern, Erwin Loh. (2020). Leadership during the COVID-19 pandemic : building and sustaining trust in times of uncertainty.Faculty of Medical Leadership and Management. 222-269.<http://bmjleader.bmj.com/>

- Saija Sihvola, Tarja Kvist and Anu Nurmeksela. (2022). Nurse leaders' resilience and their role in supporting nurses' resilience during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Review Article WILEY. 1869-1880
- Yulianti, R. (2021). The Analysis of Nurse Performance During Covid-19 Pandemic: A Case Study from Private Hospital in Tangerang. Jurnal Manajemen Teori dan Terapan| Journal of Theory and Applied Management 14. 147-161. Doi:10.20473/imtt.v14i2.27672 Chulalongkorn

Factors Related to the Quality of working life of Health Personnel Under the Public Health Office of Trang Province

Boonrit Prabrat¹ Tawatchai Sunthonnon^{2*}

1 General Administration Officer, Professional Level, Trang Provincial Public Health Office, Email: rit1207@gmail.com

2 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

Abstract

Received: 31 May 2023

Revised: 14 June 2023

Accepted: 29 June 2023

This survey research study of factors related to the work-life quality among public health personnel under the Trang Provincial Public Health Office. Objectives of this research are: 1) To study the quality of public health personnel's work- life; 2) To study factors related to the work- life quality of public health personnel under the Trang Provincial Public Health Office. The sample group included 320 public health personnel, using a systematic random sampling method. A questionnaire, with a consistency index between 0.5 - 1.0, and a reliability score of 0.93, was used to collect data. Statistics for data analysis were frequency, percentage, mean, and standard deviation. Hypothesis testing for correlation was conducted, using Pearson correlation.

Results indicated that the duration of work performance had a low positive correlation with the quality of work life, with a statistical significance ($r = 0.306$, $p = 0.049$). Work performance had a low positive correlation with the quality of work-life, with a statistically significant ($r = 0.409$, $p = 0.032$). Average monthly income had a very high positive correlation with quality of working life, with statistically significant ($r = 0.910$, $p = 0.009$). Age and distance from home to workplace had no correlation with quality of work-life ($r = 0.054$, $p = 0.537$), ($r = -0.070$, $p = 0.422$), respectively.

Recommendations: There should be guidelines and measures to improve the quality of life by promoting considerations of merits, income, and years of work, that are suitable for individual performance in the future

Keywords: work-life; quality of working life; health personnel; Trang Public Health Provincial Office

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

บุญฤทธิ์ ปราบริทธิ์¹ ธวัชชัย สุนทรนนท์^{2*}

1 นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

2 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บทความ tawatchai.sun006@hu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 31 พ.ค. 2566
วันแก้ไข 16 มิ.ย. 2566
วันตอบรับ 29 มิ.ย. 2566

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โดยมีรูปแบบการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำนวน 320 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.5 - 1.0 และมีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์นำเสนอโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.306$, $p = 0.049$) ผลการพิจารณาความดีความชอบ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.409$, $p = 0.032$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.910$, $p = 0.009$) และพบว่าอายุ และระยะทางจากบ้านถึงสถานที่ทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ($r = 0.054$, $p = 0.537$), ($r = -0.070$, $p = 0.422$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ : ควรมีแนวทางและมาตรการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยส่งเสริมด้านการพิจารณาความดีความชอบ รายได้และระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับผลการปฏิบัติงานรายบุคคลต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตการทำงาน; บุคลากรสาธารณสุข; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตคนทำงาน เป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งสำหรับการยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศและการพัฒนาไปสู่สังคมคุณภาพ ในปัจจุบันประเทศมหาอำนาจทางเศรษฐกิจ อาทิเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร สหภาพยุโรป ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เป็นต้น ต่างให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของบุคลากรมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาวะของพนักงานและสุขภาวะองค์กรทั้งนี้การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข(Happy Workplace) มีทั้งรูปแบบการขับเคลื่อนในระดับประเทศและระดับกลุ่มประเทศ เช่น กลุ่มสหภาพยุโรปซึ่งได้ดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขโดยเครือข่ายยุโรปเพื่อองค์กรส่งเสริมสุขภาพ (European Network for Workplace Health Promotion หรือ ENWHP) (JobsDB Thailand company, 2015) สำหรับการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) ใน ประเทศไทย ดำเนินการโดยแผนงานสุขภาวะองค์กรภาคเอกชน ภายใต้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (Office of the Health Promotion Foundation, 2014) ซึ่งแผนงานดังกล่าวมีหน้าที่หลักในการสนับสนุน ส่งเสริมให้องค์กรภาคเอกชนมีขีดความสามารถในการพัฒนาระบบสุขภาวะที่เหมาะสมกับองค์กร เกิดองค์กรสุขภาวะอย่างยั่งยืน ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างองค์กรแห่งความเป็นเลิศ ทั้งนี้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรของแผนงานสุขภาวะองค์กรภาคเอกชน เป็นการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน ในการสร้างองค์กรแห่งความสุขทั้งภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงานในองค์กรให้มีสุขภาวะที่ดีมีความสามารถในการทำงานและการใช้ชีวิตที่เหมาะสมกับสภาพสังคมปัจจุบัน ด้วยความสุข 8 ประการ (Office of the Health Promotion Foundation, 2017) ทั้งนี้ ความสุข 8 ประการ

ประกอบด้วย สุขภาพดี(happy body) น้ำใจงาม(happy heart) สังคมดี(happy society) ผ่อนคลาย(happy relax) ใฝ่รู้ (happy brain) ทางสงบ (happy soul) ปลอดภัย(happy money) และครอบครัวดี(happy family) (Phasukyud, P., 2023)

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.2560 – 2579 กำหนดว่า เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (GOAL) ที่ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และกำหนดนโยบายเพื่อขับเคลื่อนคือการสร้างองค์กรแห่งความสุข(Happy Work Place) โดยผ่านกิจกรรมและโครงการต่างๆซึ่งเป็นการจุดประกายและกระตุ้นให้องค์กรในสังกัดได้นำแนวคิดองค์กรแห่งความสุขไปประยุกต์ใช้ในองค์กร ทั้งนี้ประโยชน์ของการพัฒนาองค์กรภายใต้แนวคิดองค์กรแห่งความสุขแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับพนักงาน ทำให้คนทำงานมีความสุข มีสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจดีขึ้น มีความเครียดน้อยลง ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุลดอัตราการเจ็บป่วยจากการทำงาน ลดอัตราการขาดงาน ทำให้พนักงานมีแรงจูงใจในการทำงาน มีความพึงพอใจต่องาน มีความผูกพันต่อองค์กร และมีความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กรสำหรับระดับองค์กร ทำให้ที่ทำงานน่าอยู่มีบรรยากาศการทำงานที่ดีผลผลิตขององค์กรมีคุณภาพมากขึ้น ประชาชนมีความพึงพอใจและทำให้องค์กรเติบโตอย่างยั่งยืน (Khunphonkaew, J., 2023)

จังหวัดตรังกำหนดวิสัยทัศน์จังหวัด คือ “ตรัง เมืองแห่งความสุข” ซึ่งได้ถูกนำมากำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัด โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1การสร้างฐานเศรษฐกิจของจังหวัด(ด้านเกษตรกรรมอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยว) ที่มั่นคงและมีเสถียรภาพ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความมั่นคงทางสังคมพัฒนาคุณภาพชีวิตและการศึกษาเรียนรู้อย่างมีคุณภาพ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การบริหารจัดการฐานทรัพยากรให้ยั่งยืนและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีและประเด็นยุทธศาสตร์

ที่ 4 การเสริมสร้างความเป็นเลิศในการบริหารจัดการ (Ministry of Public Health, 2017) ต่อมา ได้ดำเนินการทบทวนแผนพัฒนาจังหวัดตรังเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และนโยบายรัฐบาล เพื่อให้การพัฒนาจังหวัดตรัง สอดคล้องเชื่อมโยงกันอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมขับเคลื่อนไปสู่วิสัยทัศน์การพัฒนาจังหวัด ให้เป็น “เมืองแห่งคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน” (National Productivity Institute, 2016)

คุณภาพชีวิตของบุคลากรมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในด้านต่างๆ กับคุณภาพชีวิตการทำงานเนื่องจากลักษณะของงานแต่ละงานมีความแตกต่าง ได้แก่ ความหลากหลายของงานมีความอิสระ การตัดสินใจ โอกาสรับรู้การปฏิบัติงานที่สภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ต้องเอื้ออำนวยต่อการทำงาน และความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้สำนักงาน ที่แต่ละหน่วยงานจัดสรรให้กับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งแตกต่างกับนโยบายของหน่วยงานหรืองบประมาณที่ได้รับ นอกจากนี้คุณภาพการทำงานยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน อันประกอบด้วยการให้ความช่วยเหลือให้คำปรึกษาซึ่งกันและกัน และสนิทสนมกันระหว่างเพื่อนร่วมงานและความสามัคคีกันในการทำงาน การทำงานของบุคลากรในลักษณะทีมจะทำให้งานประสบความสำเร็จได้ และการปกครองบังคับบัญชาเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน และมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานทั้งด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ด้านการพัฒนาความรู้ความสามารถ และส่วนด้านสิทธิส่วนบุคคล (Sangkhaman. S., 2012)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังเป็นหน่วยงานระดับกอง ภายใต้การกำกับของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัด คือโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดตรัง สำนักงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดตรัง ซึ่งมีหน้าที่ดำเนินงานและประสานงานเกี่ยวกับสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด กำกับ ดูแล สนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่จังหวัดตรัง นอกจากนี้ยังปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือได้รับมอบหมาย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังได้กำหนดพันธกิจในการบริหารยุทธศาสตร์สาธารณสุข ที่ตอบสนองนโยบาย ปัญหาสุขภาพและบริบทจังหวัด มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชน และได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานอย่างชัดเจน ในเรื่องของการจัดระบบบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพ (มีโครงสร้าง ทีมงาน ทีมคร่อมสายงาน มีการประสานงาน การติดตามกำกับ ที่มีประสิทธิภาพ การกระจายทรัพยากร ทั้งถึง เป็นธรรม และมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ตระหนักถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม) นอกจากนี้ยังได้กำหนดเป้าหมายของเครือข่ายบริการสุขภาพ มีคุณภาพ มาตรฐาน และเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว ทีมงานมีสมรรถนะ มีขวัญและกำลังใจ มีคุณธรรม มีความสุข และสร้างสรรค์งานที่มีคุณภาพ ชุมชน ภาคีเครือข่ายร่วมจัดการสุขภาพชุมชนอย่างเข้มแข็ง พร้อมทั้งประชาชนมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี และใช้บริการได้อย่างเหมาะสม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กำหนดวิสัยทัศน์องค์กรไว้ว่า “เป็นหน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดตรังที่มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพร่วมกับภาคีและท้องถิ่นให้คนตรังอยู่ดีมีสุขร่วมกัน” ซึ่งมีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของจังหวัดตรัง แต่จากข้อมูลสถานการณ์ความคงอยู่ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง 3 ปีย้อนหลัง (2562 – 2564) พบว่า อัตราการโยกย้าย การลาออก การลา และความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน มีแนวโน้ม

สูงขึ้นทุกปี คือ อัตราการโยกย้าย เท่ากับร้อยละ 3.76 ,5.3 และ 5.4 ตามลำดับ อัตราการลาออกเท่ากับร้อยละ 1.33 ,2.00 ,4.00 ตามลำดับ (Trang Provincial Public Health Office, 2017) ประกอบความกับยังไม่มี การศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของ บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อีกด้วย

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เป็น อย่างไร และมีปัญหาอุปสรรคประเด็นใดบ้าง โดย การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตการ ทำงาน ตามแนวคิดของวอลตัน (Walton, R. E., 1973) มาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาซึ่งให้ ความสำคัญกับคุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต ในการทำงาน ทั้งนี้ข้อค้นพบจะเป็นข้อมูลแก่บุคลากร สาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของ บุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ความดีความชอบที่ได้รับ การพิจารณา รายได้ และระยะทางจากบ้านถึงสถานที่ ทำงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของ บุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถาม รวบรวมข้อมูล เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของ บุคลากรสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ซึ่ง ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการดังนี้

ประชากร ใน การศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงาน กระทรวงสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1,852 คน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วม โครงการวิจัย

- 1) เป็นบุคคลที่ต้องปฏิบัติงานใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง อย่างน้อย 6 เดือน
- 2) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (โดยมีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน)

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจาก โครงการวิจัย

- 1) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
 - 2) ไม่อยู่ในพื้นที่ช่วงการเก็บข้อมูล
- กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาด กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบ จำนวนประชากรแน่นอนของ (Krejcie & Morgan., 1970)

จากสูตร
$$n = \frac{X^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + X^2 p(1-p)}$$

$$n = \text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$N = \text{ขนาดของประชากร}$$

$$e = \text{ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 0.05}$$

$X^2 =$ ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($X^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร
(ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $p = 0.5$)

$$n = \frac{3.841 \times 1,852 \times 0.5 (1 - 0.5)}{(0.05)^2 (1,852 - 1) + 3.841 \times 0.5(1-0.5)}$$

$$n = 320$$

การสุ่มเลือกบุคลากรสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังในแต่ละหน่วยงานเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) ด้วยวิธี ดังนี้
1) นำข้อมูลรายชื่อตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังในแต่ละตำบล มาเรียงลำดับ จาก ก ถึง ฮ 2) คำนวณระยะห่างของการเลือกตามลำดับของบุคลากรสาธารณสุขโดยใช้สูตร

$$\begin{aligned} K &= N_1/n_1 \\ &= 1,852 / 320 \\ &= 5.79 \approx 6 \end{aligned}$$

3) สุ่มหยิบบุคลากรสาธารณสุขได้ตำแหน่งที่ 2 เป็นตัวอย่างที่ 1 หลังจากนั้นนับ ตำแหน่งตัวอักษรตามลำดับ ที่ระยะห่าง K แล้วเลือก รายชื่อที่ได้เป็นตัวอย่างที่ 2 ตรงกับตำแหน่งที่ 8

4) หยิบรายชื่อโดยมีระยะห่าง = K ไปจนครบจำนวน 320 กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือในการประเมินผลทำการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยทำการค้นคว้าจากเอกสารตารางงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้สอดคล้องกับเรื่องการวิจัยในครั้งนี้ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เพื่อนำมากำหนดประเด็นจัดทำแบบสอบถามคุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารที่ศึกษา/ที่เกี่ยวข้อง และกำหนดกรอบแนวคิดเพื่อจัดทำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังในด้านการทำงาน และความสุข ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 สร้างแบบสอบถามตามวัตถุประสงค์ของการรายงานประเมินผลคุณภาพชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเภทสายงาน ระดับการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่สังกัด ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความดีความชอบ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้ และระยะทางจากบ้านถึงสถานที่ทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องและพัฒนาแบบสอบถามตามกระบวนการทางวิชาการ การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตการทำงาน ตามแนวคิดของวอลตัน (Walton, R. E., 1973) 8 ด้าน ได้แก่ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน การพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน ความมั่นคงและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน คุณค่าทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ประชาธิปไตยในหน่วยงาน บทบาทระหว่างการทำงานกับสุขภาพที่มีความสมดุล และประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม จำนวน 40 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นประเมินระดับความคิดเห็น (Likert Scale) โดยกำหนดเกณฑ์การวัดให้

คะแนนเป็น 5 คะแนนของ (Srisa-at, B., 2010) น้อยที่สุด (1) – มากที่สุด (5)

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบเครื่องมือ

การหาความตรง (validity) นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบในด้านความตรงตามเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และความตรงเชิงเงื่อนไข โดยผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาความสอดคล้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำค่าที่ได้มาหาค่า Index of Congruence (IOC) ซึ่งค่าที่หาได้มีค่ามากกว่า 0.50 จึงถือว่ามีความตรงกับเนื้อหา ซึ่งการศึกษานี้มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50 - 1.00 ทุกข้อคำถาม

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้ หลังจากการปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกันกับกลุ่มเป้าหมายที่สุดไปคือบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้แบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ซึ่งต้องมีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป ซึ่งการศึกษานี้มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาซแอลฟาเท่ากับ 0.93

ขั้นตอนที่ 5 จัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 6 จัดส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ (Google form) ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยจัดทำหนังสือถึงหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและความครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูล สำคัญ

เกณฑ์การแปลคะแนน เกณฑ์การแปรผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด สบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายโดยการจัดกลุ่มใช้เกณฑ์อิงกลุ่มแบ่งออกเป็น 3 ระดับของ (Best John W., 1977) สูตรช่วง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67– 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับสูง
ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง อยู่ในระดับต่ำ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้จากการศึกษานี้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลและใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และรายงานค่าสถิติเป็น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ดังนี้ หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson's Product Moment correlation coefficient

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง รหัสจริยธรรมการวิจัย P050/2565

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อายุงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งปัจจุบัน เงินเดือน และประสบการณ์ในการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.7 และเพศชาย ร้อยละ 25.3 มีอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.3 สถานภาพคู่ ร้อยละ 57.8 ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 74.1 บุคลากรมีประเภทสายงานด้านวิชาการ ร้อยละ 30.9 ระดับการปฏิบัติงานในระดับปฏิบัติ ร้อยละ 58.8 บุคลากรส่วนมากสังกัดโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 55.9

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข	$\bar{X}$	SD	ระดับ	อันดับที่
1. ค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม	3.15	0.612	ปานกลาง	8
2. สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน	3.61	0.629	มาก	1
3. การพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน	3.37	0.803	ปานกลาง	5
4. ความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน	3.22	0.672	ปานกลาง	7
5. คุณค่าทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน	3.39	0.620	ปานกลาง	3
6. ประชาธิปไตยในหน่วยงาน	3.38	0.636	ปานกลาง	4
7. บทบาทระหว่างการทำงานกับสุขภาพ ที่มีความสมดุล	3.29	0.570	ปานกลาง	6
8. ประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม	3.54	0.691	มาก	2
รวมเฉลี่ย	3.37	0.514	ปานกลาง	

จากตารางที่ 1 พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.514) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังที่อยู่ในระดับมากคือ ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.672) รองลงมา คือ ประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม ($\bar{X} = 3.54$, S.D. = 0.691) พบว่าอยู่ใน

อายุงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 34.7 บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ความดีความชอบรอบพิจารณา วันที่ 1 ตุลาคม 2564 3.0 – 4.0 ร้อยละ 62.8 ได้รับเงินเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 58.4 มีความเพียงพอของรายได้ คือ พอใช้จ่าย ร้อยละ 50.0 และบุคลากรส่วนมากมีความระยะทางจากบ้านถึงสถานที่ทำงาน น้อยกว่า 10 กิโลเมตร ร้อยละ 62.5

2. ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ระดับปานกลาง 6 ด้าน คือด้านคุณค่าทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ด้านประชาธิปไตยในหน่วยงาน ด้านพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน ด้านบทบาทระหว่างการทำงานกับสุขภาพที่มีความสมดุล ความมั่นคง ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงานและด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม

3. ผลศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร
สาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (n=320)

ปัจจัย	ความสุขในการทำงาน		การแปลผล
	r	p	
อายุ	0.054	0.537	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.306	0.049	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
ความดีความชอบที่ได้รับการพิจารณา	0.409	0.032	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
รายได้	0.910	0.009	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก
ระยะทางจากบ้านถึงสถานที่ทำงาน	-0.070	0.422	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตาราง 2 พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.306$, $p = 0.049$) ผลการพิจารณาความดีความชอบมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.409$, $p = 0.032$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.910$, $p = 0.009$) และพบว่า อายุ และระยะทางจากบ้านถึงสถานที่ทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ($r = 0.054$, $p = 0.537$), ($r = -0.070$, $p = 0.422$) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบประเด็นข้อค้นแบบพบที่น่าสนใจ ซึ่งนำมาสรุปและอภิปรายผลในประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1.คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อ พิจารณาเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับมาก คือ ด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน รองลงมา คือ ประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคมพบว่า ระดับความเป็นจริงอยู่

ในระดับปานกลาง 6 ด้าน คือด้านคุณค่าทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ด้านประชาธิปไตยในหน่วยงาน ด้านพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน ด้านบทบาทระหว่างการทำงานกับสุขภาพที่มีความสมดุลความมั่นคง ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงานและด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรมเป็นอันดับสุดท้าย สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Boonrueang, R., 2021) ซึ่งทำการศึกษาาระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่าระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ (Chanya, S. , SuwanPhong, N. , Thipayamongkolkul, M., & Emyong N., 2018) ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 70.0 เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Namchokdee, Y., Jaitiang, T., & Wichaiyo, W., 2023) ได้ศึกษาโดยรวมมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรในวิชาชีพสาธารณสุขเป็นข้าราชการ พนักงานราชการ และเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น ไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการมากขึ้นความมั่นคงในอาชีพจึงลดลง แต่ยังเป็นวิชาชีพที่ได้รับคุณค่าทางสังคมมาอยู่ และลักษณะการมองของผู้รับบริการยังคงดี ทำให้คุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่ในระดับปานกลางไม่สูงหรือ ต่ำจนเกินไป แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ

(Tantisuwat, A., & Wangkanond, R., 2023) ซึ่งทำการศึกษาคุณภาพชีวิต ความสุขในการทำงานต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากรกรมอนามัย ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรกรมอนามัย ภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ดังนี้

1) อายุ ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรที่มีอายุมากและอายุน้อยมีการปฏิบัติงานในหน่วยงานลักษณะงานคล้ายๆกันมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงานคล้ายคลึงกันมีความเสมอภาคกันส่งผลให้คุณภาพชีวิตในการทำงานแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา (ThaBoonrueng, R., 2021) ซึ่งทำการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่าปัจจัยด้านอายุมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ขัดแย้งกับการศึกษา (Tantisuwat, A., & Wangkanond, R., 2023) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตความสุขในการทำงานต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากรกรมอนามัย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ที่สามารถร่วมทำนายความผูกพันขององค์กร พบว่าตัวแปร 1) ช่วงอายุตัว 23 – 27 ปี 2) ช่วงอายุราชการ 16 – 20 ปีและช่วงอายุราชการตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป 3) คุณภาพในการทำงานที่ร่วมทำนายความผูกพัน องค์กรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{ value} < 0.001$) ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถผันแปรตามความผูกพัน องค์กรได้ร้อยละ 81.00 ($R^2 = 0.810$)

2) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง ($r =$

0.306 , $p= 0.049$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะเวลาปฏิบัติงานที่มากขึ้นแสดงถึงความมั่นคงในหน้าที่การทำงานและความรักความผูกพันต่อองค์กรที่มากขึ้นตามไปด้วยทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับตัวในการทำงานก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ (Jirasrattasiri, A., & Ammawat, K., 2014) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี พบว่าบุคลากรที่มีระยะเวลาทำงานแตกต่างกันมีความสุขในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3) ผลการพิจารณาความดีความชอบ ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.409$, $p=0.032$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผลการพิจารณาความดีความชอบมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของเงินเดือนที่ได้รับ และยังแสดงถึงการตอบแทนที่บุคคลมีผลการปฏิบัติงานที่ดี ส่งผลให้มีขวัญกำลังใจและความภาคภูมิใจต่องานที่ปฏิบัติอยู่จึงส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานสูงขึ้นเช่นกัน นั่นคือบุคลากรที่ได้รับ การพิจารณาความดีความชอบในระดับที่มากจะมีระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานมากขึ้นด้วย ขัดแย้งกับการศึกษาของ (Pipattanakun, S., 2020) ที่ศึกษาสมรรถนะในการทำงานของบุคลากรในส่วนกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่พบว่าความดีความชอบไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน

4) รายได้ ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับคุณภาพชีวิตในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.910$, $p=0.009$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเงินเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพในยุคปัจจุบัน บุคลากรให้ความสำคัญกับรายได้ซึ่งต้องมีความเหมาะสมกับตำแหน่งความรับผิดชอบของตนเอง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในที่นี้หมายถึงรวมถึงเงินเดือน รวมกับ รายได้อื่นๆทั้งหมดที่บุคลากรสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดตรังได้รับสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Hinsui, J., Kantornsuwanphan, K., Yuttachawit, W., & Duangkanya, P., 2020) ที่ทำการศึกษาศักยภาพที่มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น หลัง การเป็นสถาบันในกำกับของรัฐ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร ได้แก่ (OR adjusted 3.72, p-value = 0.002, 95% CI [1.63, 8.52] และสอดคล้องกับการศึกษาของ (Pengphu, S., & Ratchatapibulphop, P., 2019) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร สังกัดกรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าบุคลากรที่มีอัตราเงินเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในการทำงานด้าน สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5) ระยะทางจากบ้านถึงสถานที่ทำงาน ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงาน ($r=0.306$, $p=0.049$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงสำนักงานไม่เกิน 10 กิโลเมตร ซึ่งถือว่าเป็นระยะทางที่ใกล้ และบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังส่วนใหญ่มีการเดินทางโดยพาหนะส่วนตัว มีความสะดวกในการเดินทางจึงส่งผลให้การวิจัยในครั้งนี้ปัจจัยระยะทางจากบ้านถึงสำนักงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Thanasombat, S., 2022) ที่ทำการศึกษาศักยภาพความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่าบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อระดับความสุขในการทำงานของบุคลากรจำแนกตามระยะทางจากบ้านถึงสำนักงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระยะทางจากที่พักถึงโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของเจ้าหน้าที่พยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังภาพรวม ที่อยู่ในระดับมาก จำนวน 2 ปัจจัย คือ สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน และประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งควรส่งเสริมให้ปัจจัยอื่นที่อยู่ในระดับปานกลาง ให้สูงขึ้น ได้แก่ คุณค่าทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ประชาธิปไตยในหน่วยงาน การพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน บทบาทระหว่างการทำงานกับสุขภาพ ที่มีความสมดุล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่อง ค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม ผู้บริหารควรให้ความสำคัญให้มากเพราะจะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมจะสูงขึ้นตามลำดับ นอกจากนี้ผู้บริหารทุกระดับ ควรใส่ใจช่องว่างระหว่างผู้บังคับบัญชา กับผู้ใต้บังคับบัญชา โดยเริ่มจากผู้บริหารสูงสุด เช่น การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทั้งเรื่องงานและไม่ใช่เรื่องงาน ทำให้บุคลากรมีความรู้สึกเท่าเทียมกัน สามารถแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในงานนั้นๆ ควรเพิ่มพูนความรู้ต่างๆ เช่น การจัดสัมมนา ฝึกอบรม ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานให้กับพนักงานกระทรวงทั่วไป และควรสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมให้พนักงานสามารถทำงานอย่างมุ่งมั่น และมีการปฏิบัติระหว่างผู้ร่วมงานด้วยกันอย่างเสมอภาค

2. จากผลการวิจัยพบว่า ผลการพิจารณาความดี ความชอบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในการทำงาน ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังควรมีแนวทางและมาตรการในการประเมินความดีความชอบอย่างเป็นธรรมและโปร่งใส เหมาะสมกับผลการปฏิบัติงานรายบุคคล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาศักยภาพชีวิตควบคู่กับการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่อง
ของความยุติธรรมและความก้าวหน้าในการทำงานของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และศึกษาปัจจัยที่ช่วยสนับสนุน
การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำผลการวิจัย
มาใช้ในการพัฒนางานต่อไป

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขแบบ
เจาะลึกเป็นรายอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดตรัง

เอกสารอ้างอิง (References)

- Best, John W. (1977). *Research in Education*. (3 rd edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Boonrueang, R. (2021). Quality of work life among employees of the Ministry of Public Health, Nongbualamphu Hospital. *Journal of Health Systems Research and Development*, 14(2), 126-134.
- Chanya, S., SuwanPhong, N., Thipayamongkolkul, M., & Emyong N. (2018). Quality of work life of professional nurses in a public university hospital. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 45(1), 52-65.
- Hinsui, J., Kantornsuwanphan, K., Yuttachawit, W., & Duangkanya, P., (2020) Factors Affecting Quality of Work Life of Personnel at Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province after Being an institution in the governance of the state. *Journal of Health Systems Research and Development*, 13(2), p641-647.
- Jirasrattasiri, A., & Ammawat, K. (2014). Factors relating to the happiness level in Pakkret hospital personnel. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 4(2), 118-24.
- JobsDB Thailand company. *Survey results of people working in Thailand happy with the right job*. Bangkok: Company; 2015.
- Khunphonkaew, J. *Quality of life in working people*. Think SmrtBiz [Internet]. 2023 : [accessed on April 20, 2023]; 2023.: [1]. Available from: <http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/>.
- Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Ministry of Public Health. *National Strategic Plan for 20 years*. Bangkok ; 2017.
- Namchokdee, Y., Jaitiang, T., & Wichaiyo, W. (2023). Quality of work life of an employee in Somdet District, Kalasin Province. *Journal of Community Public Health*, 9(02), 130-130.
- National Productivity Institute. *Employee's dream organization Productivity world*. 2016; 2: 3-5.8.
- Office of the Health Promotion Foundation. *Private organization health*. Bangkok; 2017
- Office of the Health Promotion Foundation. *Workplace Happiness Guide*. Bangkok; 2014.
- Pengphu, S., & Ratchatapibulphop, P., (2019). Factors affecting the quality of work life of personnel under the Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. *Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University*, 5(1), 167-177.

- Phasukyud, P. *Happy Workplace. Heaven at work*. [internet]. 2016 [accessed April 25, 2023]; 2023.(1): [19]. Accessed from: <http://gotoknow.org/blog/beyondkm/>.
- Pipattanakun, S., (2020) The Effects of Multidisciplinary Teaching and Learning Management on Multidisciplinary Collaborative Competency and Student Happiness. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 30(3) , 50-61.
- Sangkhaman, S., Creating well-being in the organization. *Journal of Health Scientific Research*.2012; 6(1): 5.
- Srisa-at, B., (2010). *Preliminary research. (New revised edition)*. 8th edition. Bangkok : Suweeriyasan, 2010.
- Tantisuwat, A., & Wangkanond, R. (2023). Quality of life development in the New Normal age. *Ramkhamhaeng Journal of Public Administration*, 6(1), 342-374.
- ThaBoonrueang, R. (2021). Quality of work life among employees of the Ministry of Public Health, Nongbualamphu Hospital. *Journal of Health Systems Research and Development*, 14(2), 126-134.
- Thanasombat, S. (2022). Happiness at work among personnel of Pathumthani Public Health Office. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 6(12), 111-121.
- Trang Provincial Public Health Office. *General information*, Trang Provincial Public Health Office. Trang; 2017.
- Walton, R. E. (1973). Quality of working life: What is it?. *Slone Management Review*,15, 12-18.

Factors Affecting Transfer Decision of Public Health Personnel in the Case of Transferring Mission of Tambon Health Promoting Hospital to Phuket Provincial Administrative Organization

Nutthaorn Preeda¹ Akaphol Kaladee^{2*} Theerawut Thammakun³

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

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

** Corresponding author e-mail: akaphol.kal@stou.ac.th*

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

Original article

Received: 2023

Revised: 2023

Accepted: 2023

Abstract

The objectives of this study were to explore (1) personal factors, motivating factors, maintenance factors and transfer decisions, and (2) factors influencing the transfer decisions, of public health personnel on transferring from Tambon (subdistrict) Health Promoting Hospitals (THPHs) to the Phuket Provincial Administrative Organization (PAO).

This descriptive survey research employed online questionnaire to collect data from health personnel working in 21 Queen Sirikit Health Centers and THPHs in Phuket. Of all 156 health personnel, 111 responded with completed questionnaires (71.15%). Data were analyzed to determine frequency, percentage, mean, standard deviation and logistic regression, using odds ratio and the confidence interval of 95%, with statistical significance level of 0.05.

The results showed that over half of all personnel (53.2%) decided to voluntarily transfer to the Phuket Provincial Administrative Organization (PAO) and factors affecting health personnel's decision. It was found that there were 6 factors, namely: status; personnel status; length of time working in THPHs; the motivation factors on "responsibility"; and "achievement"; and the maintenance factor on "working conditions". Other factors did not affect the decision on transfer. The results of this study can be used as information for developing the transfer of THPHs to local administrative organizations, for efficiency and as a guideline for future studies on decentralization for public health.

Keywords: decision-making; mission transfer; Tambon health promoting hospital; public health personnel; provincial administrative organization

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

ณัฐธรร ปริดา¹ เอกพล กาละดี^{2*} ชีระวุธ ธรรมกุล³

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

* ผู้ประพันธ์บทความ อีเมล: akaphol.kal@stou.ac.th

3 รองศาสตราจารย์ ดร., ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 2566

วันแก้ไข 2566

วันตอบรับ 2566

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจ กับปัจจัยด้านงาน และการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต 2) ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

การวิจัยเชิงสำรวจแบบพรรณนาครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่เก็บข้อมูลจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต รวม 21 แห่ง จำนวน 156 คน พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 111 คน (ร้อยละ 71.15) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติการถดถอยพหุคูณเชิงสถิติ นำเสนอด้วยค่า Odds Ratio ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.2) ตัดสินใจเลือกสมัครใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 6 ปัจจัย ได้แก่ สถานภาพ สถานะบุคลากร ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจัยจิตใจ ด้านความรับผิดชอบ และด้านความสำเร็จ และปัจจัยด้านงาน ด้านสภาพการทำงาน ในส่วนของปัจจัยอื่น ๆ ไม่พบว่ามีผลต่อการตัดสินใจโอนย้าย โดยผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขในอนาคต

คำสำคัญ : การตัดสินใจ การถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหนึ่งในเป้าหมายของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 อย่างไรก็ตาม พบว่าการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าว ยังไม่ประสบความสำเร็จตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ โดยพบว่าการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ข้อมูล ณ วันที่ 5 กรกฎาคม 2564) รวมทั้งสิ้น 85 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9,787 แห่งทั่วประเทศ (Department of Local Administration, 2021) ปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะแรก ซึ่งเป็นการถ่ายโอนตามความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลในพื้นที่ โดย Injun, R. (2009) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากที่สุด คือ นโยบายในการบริหารจัดการการถ่ายโอนภารกิจ รองลงมา คือ งบประมาณ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาวิจัยของ Sangmano, S., Siriwoharn, S. and Phichai, K. (2014) ที่กล่าวว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดสรรด้านงบประมาณ ดังนั้นการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งมีสถานะการเงินที่เข้มแข็ง และศักยภาพในการบริหารจัดการที่มากกว่า จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการดำเนินการตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2564 คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ออกประกาศเรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (Decentralization to Local Government Organization Commission, 2021) โดยหลักเกณฑ์ดังกล่าวได้กำหนดแนวทางการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยแก้ไขปัญหการกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจที่ล่าช้า และถึงแม้ว่าจะมีการวางแผนการดำเนินงาน มีการกำกับดูแล การกำหนดหลักเกณฑ์ ตัวชี้วัด ขั้นตอน และระยะเวลาการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่ก็มีเรื่องที่ต้องสังเคราะห์ ศึกษาวิจัย และพัฒนาในหลากหลายประเด็น โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากร กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด นับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ เป็นส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นปราการด่านแรกในการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในชุมชน ภายใต้สภาวะการณ์ของโลกที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้เกิดปัญหาสุขภาพมากมาย จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น โดยคำนึงถึงผลกระทบและขจัดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์การบริหารจัดการตามแนวทางนโยบายต่าง ๆ โดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผู้ศึกษาวิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการประเด็นปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรบุคคล ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และเลือกทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต เนื่องจากเป็นเมืองเศรษฐกิจด้านการท่องเที่ยว และมีนโยบายการส่งเสริมพัฒนาให้เป็นเมืองแห่งการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในอนาคต ดังนั้นการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตให้มีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับความต้องการของประชาชนและนักท่องเที่ยวจึงมีความสำคัญ โดยอาศัยทฤษฎีสองปัจจัยของเฮิร์ซเบิร์ก (Herzberg's Two-Factor Theory) ซึ่งได้มีการพัฒนาโดยเฟรดเดอริก เฮิร์ซเบิร์ก (Frederick Herzberg) ในปี ค.ศ. 1950 - 1959 ซึ่งระบุว่าปัจจัยหรือองค์ประกอบ 2 ประการ ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ที่เกี่ยวข้องกับ “ความต้องการในการเติบโตหรือการตระหนักรู้ในตนเอง” ซึ่งนำไปสู่ทัศนคติเชิงบวกต่องานหรือปัจจัยภายใน และปัจจัยค้ำจุน (Maintenance Factors) ที่เกี่ยวข้องกับ “ความจำเป็นในการหลีกเลี่ยงความไม่พอใจ” เป็นปัจจัยที่ล้อมรอบการทำงานหรือปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นแบบจำลองความต้องการความพึงพอใจที่มีประสิทธิภาพสูงสุดที่ใช้ในองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ และถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการประเมินความพึงพอใจในงานทางการแพทย์และพยาบาล ทั้งนี้ผลการศึกษาวิจัย สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา และวางแผนการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการพัฒนาการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ กับปัจจัยค้ำจุน และการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบพรรณนา ใช้แบบสอบถามออนไลน์เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ทำการศึกษาจากประชากรทั้งหมด คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต รวม 21 แห่ง จำนวน 156 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาวิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สถานะบุคลากร ตำแหน่ง รายได้ ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการโอนย้ายฯ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการปฏิบัติภายหลังการถ่ายโอนฯ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

2. การตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ ระหว่าง สมัครใจโอนย้าย หรือ เลือกละทิ้งโอนย้าย มาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต และในกรณีที่บุคลากรเลือกไม่โอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตต้องให้เหตุผลประกอบ

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากร เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดย 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด, 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก, 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง, 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด แบ่งเป็น ด้านปัจจัยเชิงใจ ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ และ ด้านปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ แปลผลตามน้ำหนักความสำคัญ และนำค่าที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ความกว้างของอันตรภาคชั้นเท่ากับ 0.8 โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 4.21 - 5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด, 3.41 - 4.20 หมายถึง อยู่ในระดับมาก, 2.61 - 3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง, 1.81 - 2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย และ 1.0 - 1.80 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยค่า IOC เฉลี่ยของเครื่องมือวิจัยมีค่าเท่ากับ 0.95 และ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย โดยดำเนินการทดสอบแบบสอบถาม (Try out) การนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด โดยผู้ศึกษาวิจัยเลือกเก็บข้อมูลกับกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในพื้นที่จังหวัดพังงา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ 0.990

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตามเอกสารรับรอง เลขที่ COA No.005B2022 วันที่รับรอง 8 มิถุนายน 2565 มีการแจ้งชื่อโครงการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทราบข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รวมถึงปัจจัยเชิงใจและปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมานใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากร กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต คือ สถิติการถดถอยพหุคูณโลจิสติก (Multivariable Logistic regression analysis) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้วิธีในการคัดเลือกตัวแปรโดยนำตัวแปรเข้าทั้งหมด (Enter)

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เก็บข้อมูล โดยวิธีการจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถาม

จำนวนทั้งสิ้น 111 คน คิดเป็นร้อยละ 71.15 ของประชากรที่ศึกษา ผลการศึกษามีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต พบว่า

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.8 อายุเฉลี่ย 37 ปี (SD. 10.96) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 47.8 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 77.5 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 68.5 ในตำแหน่งนักวิชาการ

สาธารณสุข ร้อยละ 40.6 รายได้เฉลี่ย 27,573 บาท (SD. 15,272.15) ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 49.6 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 61.3 ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการโอนย้ายบุคลากรไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 97.3 และได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการปฏิบัติภายหลังการถ่ายโอนหรือผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการถ่ายโอนอย่างเพียงพอ ร้อยละ 52.3 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	25.2
หญิง	83	74.8
อายุ		
21-30 ปี	34	30.6
31-40 ปี	39	35.2
41-50 ปี	20	18.0
51-60 ปี	18	16.2
Mean (SD) = 37 (10.96), Median (Min - Max) = 34 (20 – 59)		
สถานภาพ		
โสด	53	47.8
สมรส	49	44.1
หม้าย/หย่าร้าง	9	8.1
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	18	16.2
ปริญญาตรี	86	77.5
สูงกว่าปริญญาตรี	7	6.3
สถานะบุคลากร		
ข้าราชการ	76	68.5
ลูกจ้าง	27	24.3
อื่นๆ	8	7.7

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง		
นักวิชาการสาธารณสุข	45	40.6
พยาบาลวิชาชีพ	26	23.4
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	15	13.5
ตำแหน่งอื่นๆ	25	22.5
รายได้		
น้อยกว่า 15,000 บาท	19	17.1
ระหว่าง 15,000 – 30,000 บาท	54	48.7
30,001 บาทขึ้นไป	38	34.2
Mean (SD) = 27,573 (15,272.15), Median (Min - Max) = 22,990 (6,700 – 70,000)		
ประสบการณ์การทำงาน		
น้อยกว่า 10 ปี	55	49.6
10 - 20 ปี	23	20.7
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	33	29.7
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
น้อยกว่า 10 ปี	68	61.3
10 - 20 ปี	19	17.1
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	24	21.6
การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการโอนย้ายบุคลากรไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต		
ได้รับรู้	108	97.3
ไม่ได้รับรู้	3	2.7
การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารประกอบการตัดสินใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต		
เพียงพอ	58	52.3
ไม่เพียงพอ	53	47.7

2. การตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต พบว่า บุคลากรมากกว่าครึ่งสมัครใจโอนย้าย คิดเป็น ร้อยละ 53.2 (95% CI : 43.4-62.7) ส่วนที่เลือกไม่ โอนย้ายร้อยละ 46.8 และกรณีที่เลือกไม่โอนย้ายไป สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตจะเลือกแนวทางการขอสับเปลี่ยนไปดำรงตำแหน่งอื่นที่ว่างของส่วน ราชการเดิม ร้อยละ 67.3 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต

การตัดสินใจโอนย้าย	จำนวน	ร้อยละ
การตัดสินใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต		
สมัครใจโอนย้าย	59	53.2
เลือกไม่โอนย้าย	52	46.8

การตัดสินใจโอนย้าย	จำนวน	ร้อยละ
กรณีที่ไม่เลือกไม่โอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เลือกแนวทาง (n = 52)		
ขอสับเปลี่ยนไปดำรงตำแหน่งอื่นที่ว่างของส่วนราชการเดิม	35	67.3
ขออยู่ช่วยราชการในองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต	14	26.9
ขอเข้าโครงการเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด	3	5.8

3. ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต เมื่อนำค่าคะแนนรวมเฉลี่ยรายข้อ มาแปลผลในแต่ละช่วงคะแนนจากระดับขั้น เท่ากับ 3 ขั้น ช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น 1.33 โดยช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 จัดว่าอยู่ใน

ระดับสูง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 อยู่ในระดับปานกลาง และช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 อยู่ในระดับต่ำ พบว่าปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนในภาพรวม และในรายด้านทุกด้านได้คะแนนเฉลี่ยในระดับสูง รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาพรวมของปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Mean (SD)	การแปลผล
	ระดับต่ำ-ปานกลาง	ระดับสูง		
ปัจจัยจูงใจภาพรวม	26 (23.4)	85 (76.6)	3.99 (0.58)	ระดับสูง
ความก้าวหน้า	45 (40.5)	66 (59.5)	3.85 (0.67)	ระดับสูง
ลักษณะของงาน	27 (24.3)	84 (75.7)	4.09 (0.63)	ระดับสูง
ความรับผิดชอบ	33 (29.7)	78 (70.3)	3.99 (0.65)	ระดับสูง
การได้รับการยอมรับ	26 (23.4)	85 (76.6)	3.98 (0.64)	ระดับสูง
ความสำเร็จ	23 (20.7)	88 (79.3)	4.04 (0.60)	ระดับสูง
ปัจจัยค้ำจุนภาพรวม	37 (33.3)	74 (66.7)	3.86 (0.64)	ระดับสูง
ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน	29 (26.1)	82 (73.9)	4.03 (0.66)	ระดับสูง
เงินเดือน	46 (41.4)	65 (58.6)	3.71 (0.82)	ระดับสูง
นโยบายและการบริหารขององค์กร	32 (28.8)	79 (71.2)	3.86 (0.70)	ระดับสูง
การกำกับดูแล	32 (28.8)	79 (71.2)	3.90 (0.66)	ระดับสูง
สภาพการทำงาน	44 (39.6)	67 (60.4)	3.78 (0.77)	ระดับสูง

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เมื่อวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกพหุคูณแบบพหุ โดยการวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปรต่าง ๆ โดย

พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต มี 6 ปัจจัย ได้แก่ สถานภาพ สถานะบุคลากร ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล ปัจจัยเชิงใจ ด้านความรับผิดชอบ และ
ด้านความสำเร็จ และปัจจัยค้ำจุน ด้านสภาพการ
ทำงาน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

ปัจจัย	สมัครใจโอนย้าย		เลือกไม่โอนย้าย		Adjusted OR (95% CI)	p-value
	(n=59)		(n=52)			
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
เพศ						
ชาย	18	(64.3)	10	(35.7)	1	0.478
หญิง	41	(49.4)	42	(50.6)	0.58 (0.13 - 2.59)	
อายุ						
21-30 ปี	20	(58.8)	14	(41.2)	1	0.335
31-40 ปี	21	(53.8)	18	(46.2)	0.35 (0.04 – 3.00)	
41-50 ปี	11	(55.0)	9	(45.0)	0.71 (0.01 – 38.24)	
51-60 ปี	7	(38.9)	11	(61.1)	0.28 (0.00 – 18.64)	
สถานภาพ						
หม้าย/หย่าร้าง	1	(11.1)	8	(88.9)	1	0.032
โสด	30	(56.6)	23	(43.4)	99.39 (1.49 – 6,647.50)	
สมรส	28	(57.1)	21	(42.9)	225.06 (3.59 – 14,097.29)	
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	(66.7)	6	(33.3)	1	0.206
ปริญญาตรี	42	(48.8)	44	(51.2)	0.17 (0.01 – 2.68)	
สูงกว่าปริญญาตรี	5	(71.4)	2	(28.6)	0.75 (0.02 – 32.27)	
สถานะบุคลากร						
ข้าราชการ	39	(51.3)	37	(48.7)	1	0.039
ลูกจ้าง	17	(63.0)	10	(37.0)	0.03 (0.00 – 0.84)	
อื่นๆ	3	(37.0)	5	(62.5)	0.86 (0.08 – 9.79)	
ตำแหน่ง						
นักวิชาการสาธารณสุข	26	(57.8)	19	(42.2)	1	0.875
พยาบาลวิชาชีพ	10	(38.5)	16	(61.5)	0.85 (0.11 – 6.58)	
เจ้าพนักงาน	9	(60.0)	6	(40.0)	16.38 (0.84 – 321.16)	
สาธารณสุข						
ตำแหน่งอื่นๆ	14	(56.0)	11	(44.0)	0.68 (0.05 – 10.02)	0.776

ปัจจัย	สมัครใจโอนย้าย		เลือกไม่โอนย้าย		Adjusted OR (95% CI)	p-value
	(n=59)		(n=52)			
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
รายได้						
น้อยกว่า 15,000 บาท	13	(68.4)	6	(31.6)	1	0.193
15,000 – 30,000 บาท	26	(48.1)	28	(51.9)	0.18 (0.01 – 2.35)	
30,001 บาทขึ้นไป	20	(52.6)	18	(47.4)	2.22 (0.09 – 57.95)	
ประสบการณ์การทำงาน						
น้อยกว่า 10 ปี	31	(56.4)	24	(43.6)	1	0.508
10 - 20 ปี	13	(56.5)	10	(43.5)	2.15 (0.22 – 20.87)	
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	15	(45.5)	18	(54.5)	6.52 (0.11 – 400.10)	
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล						
น้อยกว่า 10 ปี	40	(58.8)	28	(41.2)	1	0.008
10 - 20 ปี	9	(47.4)	10	(52.6)	0.02 (0.00 – 0.36)	
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	10	(41.7)	14	(58.3)	0.01 (0.00 – 0.27)	
การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการโอนย้ายบุคลากรไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต						
ไม่ได้รับรู้	2	(66.7)	1	(33.3)	1	0.523
ได้รับรู้	57	(52.8)	51	(47.2)	0.30 (0.01 – 11.84)	
การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารประกอบการตัดสินใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต						
ไม่เพียงพอ	22	(41.5)	31	(58.5)	1	0.398
เพียงพอ	37	(63.8)	21	(36.2)	1.78 (0.47 – 6.73)	
ด้านปัจจัยจิตใจ-ความก้าวหน้า						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	17	(37.8)	28	(62.2)	1	0.307
ระดับสูง	42	(63.6)	24	(36.4)	2.53 (0.43 – 14.99)	
ลักษณะของงาน						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	8	(29.6)	19	(70.4)	1	0.669
ระดับสูง	51	(60.7)	33	(39.3)	1.69 (0.15 – 18.70)	
ความรับผิดชอบ						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	9	(27.3)	24	(72.7)	1	0.007
ระดับสูง	50	(64.1)	28	(35.9)	29.44 (2.57 – 337.26)	
การได้รับการยอมรับ						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	9	(34.6)	17	(65.4)	1	0.722
ระดับสูง	50	(58.8)	35	(41.2)	1.50 (0.16 – 13.75)	

ปัจจัย	สมัครใจโอนย้าย		เลือกไม่โอนย้าย		Adjusted OR (95% CI)	p-value
	(n=59)		(n=52)			
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
ความสำเร็จ						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	10	(43.5)	13	(56.5)	1	0.023
ระดับสูง	49	(55.7)	39	(44.3)	0.02 (0.00 – 0.59)	
ด้านปัจจัยด้าน ความสัมพันธ์ในที่ทำงาน						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	11	(37.9)	18	(62.1)	1	0.733
ระดับสูง	48	(58.5)	34	(41.5)	0.69 (0.09 – 5.67)	
เงินเดือน						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	19	(41.3)	27	(58.7)	1	0.332
ระดับสูง	40	(61.5)	25	(38.5)	2.43 (0.40 – 14.70)	
นโยบายและการบริหารขององค์กร						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	12	(37.5)	20	(62.5)	1	0.129
ระดับสูง	47	(59.5)	32	(40.5)	6.06 (0.59 – 62.14)	
การกำกับดูแล						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	11	(34.4)	21	(65.6)	1	0.685
ระดับสูง	48	(60.8)	31	(39.2)	1.63 (0.16 – 17.07)	
สภาพการทำงาน						
ระดับต่ำ-ปานกลาง	21	(47.7)	23	(52.3)	1	0.041
ระดับสูง	38	(56.7)	29	(43.3)	0.08 (0.01 – 0.91)	

อภิปรายผลการวิจัย

การตอบคำถามในเรื่องการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตระหว่าง สมัครใจโอนย้าย หรือ เลือกไม่โอนย้าย มาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.2) ตัดสินใจเลือกสมัครใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Masawang, I. (2001) และงานวิจัยของ Cheewaiyah, P. (2009) ที่พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัยที่ศึกษาส่วนใหญ่ เห็นด้วยต่อการถ่ายโอนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนงานวิจัยของ Hommalai, N. (2003) พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรถ่ายโอนสถานีนอนมัยไปสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ส่วนผู้ตอบ

แบบสอบถามที่ตัดสินใจเลือกไม่โอนย้าย (ร้อยละ 46.8) ส่วนใหญ่เลือกแนวทางขอสับเปลี่ยนไปดำรงตำแหน่งอื่นที่ว่างของส่วนราชการเดิม ร้อยละ 67.3 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเลือกสมัครใจโอนย้าย แต่ยังคงมีบุคลากรอีกกว่าครึ่งหนึ่งที่เลือกไม่โอนย้ายเนื่องจากมีความผูกพันและยังต้องการทำงานในองค์กรเดิมต่อไป

เมื่อพิจารณาคะแนนรวมระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยจิตใจและปัจจัยด้าน การตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรในรายด้านทุกด้าน พบว่าทุกด้านได้คะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ด้านปัจจัยจิตใจ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านลักษณะของงาน 4.09 ส่วนด้านปัจจัยด้าน

คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน 4.03 แสดงว่าบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความสำคัญกับปัจจัยจิตใจหรือสิ่งจูงใจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในงานและนำไปสู่ทัศนคติเชิงบวกต่องาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ด้านลักษณะของงาน” อาจเนื่องมาจากการได้ทำงานที่มีความน่าสนใจ ทำความสามารถในการทำงาน ความมีอิสระในการทำงาน งานที่ทำเป็นงานที่ตรงกับความถนัด และตรงกับความรู้ความสามารถ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรมีความสุขกับการทำงาน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความผูกพันกับองค์กร สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hackman and Oldham (1975) ซึ่งได้นำเสนอทฤษฎีเกี่ยวกับคุณลักษณะของงานที่จะช่วยอธิบายถึงแรงจูงใจในการทำงานได้ดีที่สุด โดยมีความคิดเห็นว่า หากพนักงานมีแรงจูงใจภายในงาน พนักงานจะสามารถแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการทำงานที่ดีออกมา และจะเป็นการผลักดันให้พนักงานมีพฤติกรรมที่ดีเช่นนั้นต่อไป และในส่วนของปัจจัยค่าจ้าง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดระดับของความไม่พอใจในงาน เป็นปัจจัยภายนอกของงาน และนำไปสู่การป้องกันความไม่พอใจในงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน” เป็นประเด็นที่บุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีจะช่วยเพิ่มขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการทำงานให้แก่บุคลากร เกิดความผูกพันต่อองค์กร มีการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thongdee, S. (2016) ซึ่งพบว่าการติดต่อสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน และงานวิจัยของ Sanguanphak, S. (2020) ซึ่งพบว่าปัจจัยผลักดันด้านเพื่อนร่วมงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจลาออก

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข กรณีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตมี 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีสถานภาพโสด และสมรส มีโอกาสตัดสินใจ

สมัครใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตมากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง มากเป็น 99.39 เท่า และ 225.06 เท่า ตามลำดับ บุคลากรสาธารณสุขที่มีสถานะเป็นลูกจ้าง มีโอกาสตัดสินใจสมัครใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตมากกว่าบุคลากรที่มีสถานะเป็นข้าราชการ ร้อยละ 97 และบุคลากรสาธารณสุขที่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 - 20 ปี และมากกว่า 20 ปีขึ้นไป มีโอกาสตัดสินใจสมัครใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตมากกว่าบุคลากรที่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 98 และร้อยละ 99 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ Masawang, I. (2001) และงานวิจัยของ Cheewaiyah, P. (2009) ซึ่งพบว่าปัจจัยเรื่องเพศ มีผลต่อความคิดเห็นต่อการถ่ายโอนสถานีนอมาัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนสถานภาพ สถานะ บุคลากร และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ไม่มีผลต่อความคิดเห็นต่อการถ่ายโอน การที่ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า เพศ ไม่มีผลต่อการตัดสินใจโอนย้ายของบุคลากรสาธารณสุข อาจเพราะในปัจจุบันผู้หญิงมีบทบาททางสังคมและบทบาทในการทำงานมากขึ้นทัดเทียมกับผู้ชาย และความเท่าเทียมทางเพศ ส่งผลทำให้มีพฤติกรรม หน้าที่ ทัศนคติ และระบบความคิด ไม่แตกต่างกัน ในเรื่องของปัจจัยสถานภาพ พบทั้งความสอดคล้องและความแตกต่างจากงานวิจัยของ Laleng, K. (2019) ซึ่งพบว่าสถานภาพของพนักงานส่งผลถึงปัจจัยแรงจูงใจที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มสถานภาพสมรสและหย่าร้างนั้น มีความจงรักภักดีต่อองค์กรมากกว่าสถานภาพโสด ในเรื่องของปัจจัยสถานะ บุคลากร พบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tangsatien, D. and Lojaya, S. (2019) ซึ่งพบว่าตำแหน่งการทำงานมีผลต่อความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการถ่ายโอน ส่วนปัจจัยเรื่องระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่ามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pumpaka, R. (2022) ซึ่งพบว่าอายุของงานที่ต่างกัน ทำให้ความจงรักภักดีต่อองค์กรแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามปัจจัยส่วนบุคคลเป็นเรื่องที่ค่อนข้างละเอียดอ่อนและซับซ้อน อาจพบความแตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยในการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลในแต่ละพื้นที่ สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ล้วนเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิต ลักษณะทางความคิด และการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ของบุคคลในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันไปได้

ด้านปัจจัยจิตใจ พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ให้คะแนนด้านความรับผิดชอบ และด้านความสำเร็จในระดับสูง มีโอกาสตัดสินใจสมัครใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตมากกว่าบุคลากรที่ให้คะแนนในระดับต่ำ-ปานกลาง มากเป็น 29.44 เท่า และร้อยละ 98 ตามลำดับ ส่วนด้านปัจจัยค้ำจุน พบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ให้คะแนนด้านสภาพการทำงานในระดับสูง มีโอกาสตัดสินใจสมัครใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตมากกว่าบุคลากรที่ให้คะแนนในระดับต่ำ-ปานกลาง ร้อยละ 92 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thueankhamsaen, P. and Samphanwattanachai, B. (2016) ซึ่งพบว่าปัจจัยจิตใจด้านความสำเร็จของงาน และปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกทำงานของพนักงาน อาจกล่าวได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขที่เลือกตัดสินใจสมัครใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจและความคาดหวังต่อการตัดสินใจ เกี่ยวกับปัจจัยด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จ และด้านสภาพการทำงาน เนื่องจากบุคลากรดังกล่าวให้ความสำคัญกับกระบวนการบริหารจัดการงานภายในองค์กร และผลสัมฤทธิ์ของงานเป็นสำคัญ รวมถึงความต้องการสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม ปลอดภัย และการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ภายในองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อดีของงานวิจัยนี้คือ การเลือกทำวิจัยในจังหวัดภูเก็ต ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาดเล็กทำให้สามารถเก็บข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ทั้งจังหวัด และผลการวิจัยที่ได้จะสะท้อนภาพรวมของทั้งจังหวัด แตกต่างจากจังหวัดที่มี

ขนาดใหญ่การเก็บข้อมูลของทั้งจังหวัดอาจทำได้ยาก หรือต้องเลือกสุ่มเก็บข้อมูลเฉพาะในบางพื้นที่ ผลการวิจัยที่ได้จึงไม่อาจบ่งบอกภาพรวมของทั้งจังหวัดได้ แต่ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ โดยจัดส่งเอกสารพร้อมแนบคิวอาร์โค้ด (QR Code) สำหรับใช้สแกนเพื่อเข้าไปทำแบบสอบถามให้แก่กลุ่มเป้าหมายทางไปรษณีย์ และพบว่าเมื่อผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 111 คน (ร้อยละ 71.15) น้อยกว่าเป้าหมายที่คาดไว้ คือ 156 คน (ร้อยละ 100) ซึ่งอาจส่งผลทำให้ผลการศึกษาไม่มีความน่าเชื่อถือลดลง หรือมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

หากองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตต้องการแก้ไขปัญหาการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่พร้อมสมบูรณ์ และวางแผนการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ควรเร่งพัฒนาแนวทางนโยบายให้มีความเหมาะสม ตอบสนองความต้องการของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจในการเลือกตัดสินใจสมัครใจโอนย้ายไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตเพิ่มมากขึ้น เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1) กรณีที่กลุ่มตัวอย่างคือประชากรทั้งหมด ผู้ทำวิจัยควรใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่มีการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและผู้ตอบแบบสอบถามแบบเผชิญหน้า หรือใช้วิธีการที่สามารถสื่อสารกันได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา และผลการศึกษาไม่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

2) ควรมีการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอน การติดตามผลการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายหลังการ

ถ่ายโอน หรือการศึกษาเปรียบเทียบการบริหารจัดการ ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และขอขอบคุณบุคลากรที่
ระบบบริการสุขภาพก่อนและหลังการถ่ายโอน เป็นต้น ปฏิบัติงานในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นว
กิตติกรรมประกาศ มินทรราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่
ผู้วิจัยขอขอบคุณสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จังหวัดภูเก็ต ที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ที่อำนวยความสะดวก

เอกสารอ้างอิง

- Cheewaiyah, P. (2009). *Health Official's Opinion for Transferring Public Health Center to Subdistrict Administration Organization in 3 Southern Border Province*. Burapha University, (in Thai).
- Christina M. Stello. (2011). *Herzberg's Two-factor Theory of Job satisfaction: An Integrative Literature Review*. University of Minnesota. USA. (online), Retrieved from:
[https://www.academia.edu/26679106/ Herzbergs_Two_Factor_Theory_1_Herzbergs_Two_Factor_Theory_of_Job_Satisfaction_An_Integrative_Literature_Review](https://www.academia.edu/26679106/Herzbergs_Two_Factor_Theory_1_Herzbergs_Two_Factor_Theory_of_Job_Satisfaction_An_Integrative_Literature_Review). (2023, 1 March).
- Decentralization to Local Government Organization Commission. (2021, 5 October). *Subject: Criteria and procedures for transferring missions of the 60th Anniversary Nawaminthachini Health Center and Tambon Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization*. Announce of Decentralization to Local Government Organization Commission.
- Department of Local Administration. (2021). *List of sub-district health promoting hospitals and health centers transferred to the local government organization*. (online), Retrieved from:
[http://www.dla.go.th/upload/ document/type2/2019/12/22784_3_1575628429190.pdf](http://www.dla.go.th/upload/document/type2/2019/12/22784_3_1575628429190.pdf). (2023, 1 March).
- Hommalai, N. (2003). *The Transfer of Public Health Missions to Local Government Organizations: A Case Study of Chon Daen District Phetchabun Province*. Burapha University, (in Thai).
- Injun, R. (2009). *Factors Affecting The Progress of Mission Transfer to Local Government : A Case Study of Subdistrict Administration Organization in Nakhonpathom Province*. Sripatum University, (in Thai).
- J.Richard Hackman and Greg R. Oldham. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior & Human Performance*, 16(2), 250–279.
- Laleng, K. (2019). *Employee loyalty at Provincial Electricity Authority (Head Office)*. Ramkhamhaeng University, (in Thai).
- Masawang, I. (2001). *The Opinion of Health Workers and Hospital Community Personnel in Yasothon Province toward the Deconcentration of Activities to the Local Government Organization*. National Institute of Development Administration, (in Thai).
- Mohammed Alshmemri, Lina Shahwan-Akl and Phillip Maude. (2017). Herzberg's Two-Factor Theory. *Life Science Journal* 2017, 14(5). 12-16.
- Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for the transfer of missions of the 60th Anniversary Nawaminthachini Health Center and Tambon Health*

- Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization*. Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, (in Thai).
- Pumpaka, R. (2022). *The Loyalty of the Employee in Bangkok Mass Transit System Public Company Limited*. (online), Retrieved from:
<https://mmm.ru.ac.th/mmm/is/twin92/6214154721.pdf>. (2023, 1 March). (in Thai)
- Sangmano, S., Siriwoham, S. and Phichai, K. (2014). Problems of transferring district health promoting hospitals from The Ministry of Public Health to Local Government Organizations : Chiang Mai Province. *Journal of Graduate Research*, 5(2), 25-35.
- Sanguanphak, S. (2020). *Factors Affecting Turnover Intention of Generation Z Professional Nurses in a University Hospital*. Mahidol University, (in Thai).
- Tangsatien, D. and Lojaya, S. (2019). The Readiness of Transferring the Mission of the Tambon Health Promoting Hospital to the Local Administrative Organization in Pathumthani Province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 3(6), 21-33.
- Thongdee, S. (2016). Factors Affecting Happiness at Work of Staffs in the Faculty of Humanities and Social Sciences, Thaksin University. *CUAST Journal*, 9(1), 141-155.
- Thueankhamsaen, P. and Samphanwattanachai, B. (2016). Factors Influencing to the Motivation in Decision Making of Operation-level Employees in Hemaraj Eastern Seaboard Industrial Estate, Rayong Province. *MUT Journal of Business Administration*, 13(1), 1-23.

The relationship between health literacy and roles in chronic disease prevention among village health volunteers. Ban Ton Prong Health Promoting Hospital Na Chum Het Subdistrict Yan Ta Khao District, Trang Province

Wilawan Kunathum

*Professional public health academician, Ban Ton Prong Health Promoting Hospital,
Trang Provincial Public Health Office, Corresponding Author Email: wilawankunathum@gmail.com*

Original article

Abstract

Received: 9 June 2023

Revised: 11 June 2023

Accepted: 6 July 2023

The objectives of this study are: 1) to study the health literacy level and roles in chronic disease prevention, among village health volunteers (VHVs), Ban Ton Prong Sub-district Health Promoting Hospital, Na Chum Het sub-district, Yan Ta Khao district, Trang Province; 2) to study the relationship between health literacy and roles in preventing chronic diseases of VHVs, in the same sub-district. The sample group of this survey research consisted of 59 village health volunteers, using the purposive selection method, according to the specified qualifications. The research tool was a questionnaire with a consistency index of all questions between 0.66 - 1.00, and a questionnaire's confidence of 0.93 and 0.92, respectively. Statistics used in data analysis were frequency, percentage, mean, and standard deviation. Pearson correlation was conducted for hypothesis testing for correlation.

The results of the study revealed that health literacy had a relationship and a role in chronic disease prevention of VHVs ($r = 0.397$, $p\text{-value} = <0.001$). There was a correlation between access to health information and health service delivery ($r = 0.358$, $p\text{-value} = <0.001$); The following factors had correlation with roles in chronic disease prevention: health communication skills ($r = 0.323$, $p\text{-value} = 0.002$); media literacy ($r = 0.314$, $p\text{-value} = 0.002$); decision making skills ($r = 0.328$, $p\text{-value} = <0.001$); self-management skills ($r = 0.394$, $p\text{-value} = <0.001$); and knowledge and understanding or cognitive aspect ($r = 0.390$, $p\text{-value} = <0.001$), with statistically significant.

Suggestions are the following: policy planning and guidelines/activities should be prepared for continuously development for VHVs' health literacy; and a qualitative research study should be conducted on VHVs' health literacy development.

Keywords: Health literacy life; Chronic disease prevention; Village Health Volunteers

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรค เรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

วิลาวัลย์ คุณารธรรม

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ติดต่อ wilawankunathum@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 9 มิ.ย. 2566
วันแก้ไข 11 มิ.ย. 2566
วันตอบรับ 6 ก.ค. 2566

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง โดยมีรูปแบบการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 59 คน การเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 ทุกข้อคำถาม และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.93 และ 0.92 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์นำเสนอโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.397$, $p\text{-value} = <0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ ($r = 0.358$, $p\text{-value} = <0.001$) ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพมีความสัมพันธ์ ($r = 0.323$, $p\text{-value} = 0.002$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ ($r = 0.314$, $p\text{-value} = 0.002$) ด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ ($r = 0.328$, $p\text{-value} = <0.001$) ด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ ($r = 0.394$, $p\text{-value} = <0.001$) และด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.390$, $p\text{-value} = <0.001$)

ข้อเสนอแนะ : ควรวางแผนเชิงนโยบายและจัดทำแนวทาง/กิจกรรม ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องและควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; การป้องกันโรคเรื้อรัง; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ การกระทำอย่างต่อเนื่องของบุคคล เป็นการใช้ทักษะทางปัญญา (ความคิด) และทักษะทางสังคม (การสื่อสาร 2 ทาง มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน) ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดหรือเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม เป็นแรงจูงใจให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะ (skill) ความสามารถ (ability) ในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ตัดสินใจนำข้อมูลไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถดูแล และจัดการสุขภาพของตนเอง (self-management) ให้ดีได้อย่างต่อเนื่อง ความรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนทุกคนต้องมีเนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของคน กลุ่มคน ชุมชน ในการค้นหาคำตอบด้านสุขภาพที่ต้องการ เข้าถึง แหล่งข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น ตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561 และ Nutbeam, 2008) เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ มีความแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ของการวัดโดยเครื่องมือในต่างประเทศส่วนใหญ่วัดทักษะ ความเข้าใจ การอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์ เป็นต้น ประเทศไทยปรับปรุงจากแนวคิดของ Nutbeam โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.ระดับพื้นฐาน (Functional literacy

level) 2.ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy level) 3. ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical literacy level) การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นการสร้างความสามารถในการตัดสินใจในการดำรงรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน ประชาชนสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่อง การจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างมาก หากประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (Division of Health Education., 2018)

จากการศึกษาประชาชนในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง ในปี 2562 - 2564 พบว่าสาเหตุการตาย อันดับ 1 คือ โรคระบบไหลเวียนโลหิต เช่น เส้นเลือดตีบ เส้นเลือดแตก หลอดเลือดสมอง และหัวใจขาดเลือด และพบว่าสถานการณ์การเกิดโรคไม่ติดต่อสูงที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และมีจำนวนไม่น้อยที่ป่วยทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนสูงที่สุด มีศักยภาพในการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด โดยบทบาทหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือ การเป็นผู้สื่อสารทางสาธารณสุขระหว่างประชาชนกับบุคลากรสาธารณสุข กล่าวได้ว่า อสม. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชน มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ รวมถึงการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในพื้นที่ ปัจจุบัน อสม. ที่เข้ามาปฏิบัติงานมีความหลากหลายในเรื่องของ อายุ การศึกษา และความสามารถต่าง ๆ ประกอบกับปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสังคมอย่างรวดเร็ว การสื่อสารที่หลากหลายและแพร่ขยายอย่างรวดเร็ว การโฆษณา

สินค้าที่เข้าถึงประชาชนได้ง่าย ตลอดจนปัญหาสำคัญคือ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลไม่ว่าจะเป็นการโฆษณาเกินจริง การค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่พบปัญหาความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนั้น อสม. ซึ่งเป็นผู้นำสุขภาพของชุมชน จำเป็นต้องเป็นผู้ที่สามารถชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องให้กับประชาชนในพื้นที่ได้ ตลอดจนอสม. เองจำเป็นต้องมีความรู้ที่เท่าทันสถานการณ์ และพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง โดยเมื่อพิจารณาในรายองค์ประกอบพบว่า ทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็น การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง (Khuhamani, U., & et al., 2020).

จากข้อมูลข้างต้นที่กล่าวมา ผู้วิจัยในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในฐานะของผู้บริหารในหน่วยบริการระดับพื้นที่ เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาโรคเรื้อรังของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ตลอดจนประชาชนต้องเติบโตมาท่ามกลางสื่อที่หลากหลายและมีโฆษณาที่ไม่มีแหล่งที่มาของข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และเล็งเห็นความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นกำลังหลักในการในการขับเคลื่อนงานป้องกันโรคเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรัง ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถเป็นต้นแบบแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคได้ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการดังนี้

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง จำนวน 59 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2) ยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1) ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม
2) เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 59 คน จึงใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วยข้อจำกัดตามสภาพปัญหา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ตอบสอบถามให้ข้อมูลอย่างอิสระและได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ให้อิสระแก่ผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถส่งคืนหรือไม่ส่งคืนข้อมูลแบบสอบถาม และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆแก่ผู้วิจัย โดยไม่มีการบังคับและไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใดๆทั้งสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รายได้ต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว โรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และความรู้ความเข้าใจ รวมจำนวน 40 ข้อ

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 2 ทักษะการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 3 การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 5 การจัดการตนเอง จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 6 ความรู้ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ

แบบสอบถามด้านที่ 1 – 5 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับผู้ตอบแบบสอบถามมาก

3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับผู้ตอบแบบสอบถามปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับผู้ตอบแบบสอบถามน้อย

1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับผู้ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน การแปลค่าผลคะแนนเฉลี่ย ประเมินเป็นระดับคะแนนโดยประยุกต์ตามเกณฑ์

ประเมินแบบช่วงของ (Best, J.W, 1977) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00– 2.33 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน ระดับต่ำ

แบบสอบถามด้านที่ 6 ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 ข้อ การวัดโดยการเลือกตอบ ข้อความที่ตรงกับความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) และไม่แน่ใจ (0 คะแนน)

เกณฑ์การประเมิน (Bloom, B. S., 1968) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80-100 หมายถึง ความรู้ระดับสูง คะแนนความรู้ 8-10 คะแนน

คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนความรู้ 6-7 คะแนน

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ คะแนนความรู้ 0-5 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเรื่องบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะประโยคคำถามจะเกี่ยวกับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม จำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ผู้ตอบแบบสอบถามมาก

3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ผู้ตอบแบบสอบถามปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ผู้ตอบแบบสอบถามน้อย

1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ผู้ตอบแบบสอบถามน้อยที่สุด

เกณฑ์การประเมิน การแปลค่าผลคะแนนเฉลี่ยประเมินเป็นระดับคะแนนโดยประยุกต์ตามเกณฑ์ประเมินแบบช่วงออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการแปลผลค่าคะแนนของเบสท์ (Best, John W., 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง บทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ใน ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง บทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ใน ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00– 2.33 หมายถึง บทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ใน ระดับต่ำ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน การวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) จะมีค่าระหว่าง -1 ถึง 1 ข้อคำถามที่ดีควรมีค่า IOC เข้าใกล้ 1 ซึ่งข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงของเนื้อหา และนำไปใช้ได้ควรมีค่า IOC ไม่น้อยกว่า 0.50 (Srisa-at, B., 2010) โดยค่า IOC ของงานวิจัยครั้งนี้อยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 ทุกข้อคำถาม

2. หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบทดสอบไปทดลองใช้ (Try - Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทอนปลา ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน และทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยการหาค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1970) โดยถือเกณฑ์การทดสอบที่ค่า Alpha มีค่ามากกว่า 0.7 สำหรับงานวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาชแอลฟาของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.93 และ 0.92 ตามลำดับ ทั้งนี้ทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.7

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง รหัสจริยธรรมการวิจัย P089/2565

2. ทำหนังสือและชี้แจงขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยนำมาประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) เพื่อบรรยายข้อมูล และศึกษาระดับในแต่ละตัวแปร ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง การวิจัยครั้งนี้มีการกระจายของข้อมูลว่ามีการกระจายปกติ โดยใช้สถิติ

วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง รหัสจริยธรรมการวิจัย P089/2565 โดยยึดหลักคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 59 คน พบว่าเป็นเพศหญิง จำนวน 47 คน (ร้อยละ 49.7) เพศชาย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 20.3) มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 33.9) รองลงมา คือ อายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 19 คน (ร้อยละ 32.2) ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 53.05 ปี (S.D.=10.84) อายุสูงสุด 70 ปี และอายุต่ำสุด 27 ปี ระดับการศึกษา พบว่า ประถมศึกษา จำนวน 27 คน (ร้อยละ 45.8) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 24 คน (ร้อยละ 40.7) และระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 13.6) ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 43 คน (ร้อยละ 72.9) รองลงมาอาชีพรับจ้าง ค้าขาย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 18.6)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท จำนวน 38 คน (ร้อยละ 64.4) รองลงมารายได้ 5,001-10,000 จำนวน 18 คน (ร้อยละ 30.5)

ภาวะโภชนาการ พบว่า อยู่ในภาวะท้วม (BMI ระหว่าง 23 - 24.99 kg/m² จำนวน 20 คน (ร้อยละ 33.9) รองลงมาอยู่ในภาวะอ้วน (BMI ระหว่าง 25 - 29.99 kg/m² จำนวน 18 คน (ร้อยละ 30.5) อยู่ในภาวะ

ปกติ (BMI ระหว่าง 18.50 – 22.99 kg/m² จำนวน 16 คน (ร้อยละ 27.1) และอยู่ในภาวะอ้วนมาก (BMI ระหว่าง 18.50 – 22.90 kg/m² จำนวน 5 คน (ร้อยละ 8.5) ภาวะโภชนาการสูงสุดคือ 36.94 kg/m² และต่ำสุด 18.59 kg/m² ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.69 kg/m² (S.D.= 3.67)

รอบเอว พบว่า รอบเอวไม่เกินมาตรฐาน จำนวน 33 คน (ร้อยละ 55.9) และรอบเอวเกินมาตรฐาน จำนวน 26 คน (ร้อยละ 44.1) ในเพศหญิงสูงสุดคือ 90 cm. และต่ำสุด 70 cm ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 81.92 cm. (S.D.= 7.05) และในเพศชายสูงสุดคือ 110 cm. และต่ำสุด 75 cm ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 84.71 cm. (S.D.= 7.29)

โรคประจำตัว พบว่า ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 46 คน (ร้อยละ 78.0) และมีโรคประจำตัว จำนวน 13 คน (ร้อยละ 22.0)

ระยะเวลาเป็นอสม. พบว่า มีระยะเวลา เป็นอสม.11ปีขึ้นไป จำนวน 34 คน (ร้อยละ 57.6) รองลงมาระยะเวลาเป็นอสม.1-5ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 25.4) และระยะเวลาเป็นอสม. 6-10ปี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 16.9) ระยะเวลาเป็นอสม.ต่ำสุด 1 ปี และ สูงสุด 36 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.69 ปี (S.D.= 10.44)

2. การศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและบทบาท ในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง (n= 59)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ		$\bar{X}$	S.D.
	(ร้อยละ)			
	สูง	ปานกลาง		
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	32.2	67.8	3.51	0.445
ด้านความรู้ความเข้าใจ	74.6	25.4	4.12	0.715
ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ	57.6	42.4	3.83	0.536
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	57.6	42.4	3.84	0.412
ด้านทักษะการตัดสินใจ	40.7	59.3	3.61	0.483
ด้านการจัดการตนเอง	50.8	49.2	3.72	0.434
ความรู้ด้านสุขภาพภาพรวม	50.8	49.2	3.70	0.307

จากตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.8) ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.307) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.8) ($\bar{X} = 3.51$, S.D. = 0.445) ด้านความรู้ความเข้าใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 74.6) ($\bar{X} =$

4.12, S.D. = 0.715) ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.6) ($\bar{X} = 3.83$, S.D. = 0.536) ด้านการรู้เท่าทันสื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.6) ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = 0.412) ด้านทักษะการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.3) ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.483) และด้านการจัดการตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.8) ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.307)

ตารางที่ 2 แสดงระดับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

บทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอสม.	ระดับการปฏิบัติ (ร้อยละ)			Mean	S.D.
	สูง ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	ต่ำ ร้อยละ		
ด้านบริการงานบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง	97.8	2.2	-	2.97	0.14
ด้านสมรรถนะอสม.	89.0	11.0	-	2.89	0.31
ด้านแผนการป้องกันโรคเรื้อรัง	93.40	6.60	-	2.93	0.23
ภาพรวม	93.4	6.6	-	2.93	0.23

จากตารางที่ 2 ระดับการบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.40 ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.23) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบริการงานบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.80 ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 0.31) ด้านสมรรถนะอสม.อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.00 ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 0.31) และด้านแผนการ

ป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.40 ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 0.23)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

ปัจจัย	บทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง อสม.		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพ	0.397	<0.001**	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.358	<0.001**	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ	0.323	0.002*	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0.314	0.002*	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ด้านทักษะการตัดสินใจ	0.328	<0.001**	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	0.394	<0.001**	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.390	<0.001**	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.001

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติกับ 0.05 ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพ **มีความสัมพันธ์** กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.397$, $p\text{-value} = <0.001$) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ **มีความสัมพันธ์** กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.358$, $p\text{-value} = <0.001$)

ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ **มีความสัมพันธ์** กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.323$, $p\text{-value} = 0.002$)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อ **มีความสัมพันธ์** กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.314$, $p\text{-value} = 0.002$)

ด้านทักษะการตัดสินใจ **มีความสัมพันธ์** กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.328$, $p\text{-value} = <0.001$)

ด้านทักษะการจัดการตนเอง **มีความสัมพันธ์** กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.394$, $p\text{-value} = <0.001$)

ด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ กับ บทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.390$, $p\text{-value} = <0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบประเด็นข้อค้นแบบพบที่น่าสนใจ ซึ่งนำมาสรุปและอภิปรายผลในประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

จากการศึกษาสรุปได้ว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นปรัง ตำบลนาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความรู้ความเข้าใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ด้านการรู้เท่าทันสื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ด้านทักษะการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการจัดการตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับกับการศึกษาของ (Yaowakul D, Abdullakasim P, & Maharachpong N., 2022) ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 6 มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ส่วนระดับการบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านบริการงานบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง ด้านสมรรถนะอสม.อยู่ในระดับสูง และด้านแผนการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Khuhamanee, U., Rodjarkpai, Y., & Maharachpong, N., 2020) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่ มีระดับคะแนนบทบาทของอสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับดีมาก

ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับ บทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($r = 0.397$, $p\text{-value} = <0.001$) ความรอบรู้ ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ตรงกับแนวคิดของ (Nutbeam, D., 2000) ที่กล่าวว่า ความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมเป็นสิ่งที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง สมรรถนะของ บุคคลที่สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของ บุคคลในการเข้าถึงข้อมูลเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนในเรื่องการดูแลสุขภาพเนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดีการรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรค และสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ดีในทางกลับกัน บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่า

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับ บทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.358$, $p\text{-value} = <0.001$) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษา

ของ (Phatisena, T., Wisetsat, J., Nguadchai, T., & Thaipukdee, A., 2022) ที่พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล 2.ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับ บทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.323$, $p\text{-value} = 0.002$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ (Thianthavorn, V., & Chitiang, N., 2021) ที่พบว่า การสื่อสารสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.ด้านความรู้เท่า ทันสื่อ มีความสัมพันธ์ กับบทบาทในการป้องกันโรค เรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.314$, $p\text{-value} = 0.002$) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ (Phohang, P., 2021) พบว่าการรู้เท่าทันสื่อความสัมพันธ์กับบทบาท สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคคลได้ 4.ด้าน ทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ กับบทบาทในการ ป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.328$, $p\text{-value} = <0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Phohang, P., 2021) ที่พบว่า ทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับ บทบาทสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 5.ด้านทักษะ การจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ กับบทบาทในการ ป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.394$, $p\text{-value} = <0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Thonglad, J., 2021) ที่พบว่าด้านทักษะการจัดการตนเอง มี ความสัมพันธ์ กับบทบาทการป้องกันพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และ 6.ด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์ กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.390$, $p\text{-value} = <0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับ (Phatisena, T., Wisetsat, J., Nguadchai, T., & Thaipukdee, A., 2022) ที่พบว่าความรู้ความเข้าใจทาง

สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = .124$, $p < .05$) เนื่องจาก นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีผล ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จากข้อมูลข้างต้นจะเห็น ได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ระดับสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่าง เหมาะสมซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่กำหนดสถานะสุขภาพ บทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.จากผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้าน สุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ ด้าน การรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการ จัดการตนเอง และด้านความรู้ความเข้าใจ มี ความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นผู้มีส่วน เกี่ยวข้องควรวางแผนเชิงนโยบายและจัดทำแนวทาง/ กิจกรรม ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการวิจัยพบว่า พบว่า ระดับความ รอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ และด้านทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปาน กลาง จึงความส่งเสริมความสามารถด้านดังกล่าวให้มาก ยิ่งขึ้นผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น อบรมเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง (References)

- Best, John W. (1977). *Research in Education*. (3rd edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for Mastery. Instruction and Curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints, Number 1.
- Division of Health Education, Department of Health Service Support. (2018). Building and assessing health literacy and health behaviors. Bangkok. Agricultural Cooperative Federation of Thailand.
- Khuhamanee, U., Rodjarkpai, Y., & Maharachpong, N. (2020). Health literacy and the role of village health volunteers in chronic disease prevention. *Journal of The Department of Medical Services*, 45(1), 137-142.
- Khuhamani, U., & et al. (2020). Health Knowledge and the Role of Village Volunteers (VHVs) in Preventing Chronic Diseases. Master of Science thesis, Burapha University.
- Nutbeam, D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*. 15(8) printed in Great Britain. 2000.
- Phatisena, T., Wisetsat, J., Nguadchai, T., & Thaipukdee, A. (2022). The relationship between health literacy and pregnancy prevention behavior of female university students in Nakhon Ratchasima Province. *Ratchaphruek Journal*, 20 (1), 71-81.
- Phohang, P. (2021). The relationship between health literacy and health promotion and disease prevention behaviors in Thailand: a systematic review of the literature. *Journal of the Faculty of Nursing, Burapha University*, 29(3), 115-130.
- Srisa-at, B., (2010). *Preliminary research. (New revised edition)*. 8th edition. Bangkok : Suweeriyasan, 2010.
- Thianthavorn, V., & Chitiang, N. (2021). Relationship between health literacy and behaviors to prevent COVID-19 among university students. *TJPHS*, 4(2), 126-37.
- Thonglad, J. (2021). Factors Relationship Between Health Literacy and Personal Factors with Health Behavior Among Risk Group with Hypertension in Talad Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)-Journal of Primary Public Health (Northeast Region)*, 36(2), 82-90.
- Yaowakul D, Abdullakasim P, & Maharachpong N. (2022). Health literacy on coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers in region 6 health provider. *Research and Development Health System Journal* 2022;15(1):257-72.

An Evaluation of Drugstore Dispensing Services as part of a Project to Reduce Overcrowding at Buddhasothorn Hospital of Chachoengsao Province

Sorada Inkanuruksakun¹ Chaweewon Boonshuyar^{2*} Katiya Ivanovitch²

1 Master's degree student, Faculty of Public Health, Thammasat University

**Corresponding author, email: chaweewon.boon@gmail.com*

2 Thesis Advisor, Faculty of Public Health, Thammasat University

Original article

Abstract

Received: 25 June 2023

Revised: 13 July 2023

Accepted: 14 July 2023

The objective of this study was to assess the drugstore dispensing services as part of a project to reduce overcrowding at Buddhasothorn Hospital of Chachoengsao province, using CIPP model. The head of Consumer Protection agency of Chachoengsao Provincial Health Office, and Pharmaceutical Division, including 4 clinical pharmacists of diabetic outpatients, and 120 patients attended Diabetes Clinic of the studied hospital, 5 drugstore's pharmacists, along with 87 diabetic patients receiving medicines from these drugstores, were included in this study. The data was collected by in-person interview and in-depth interview. Service statistics data of hospital, drugstores, and the National Health Security Office (NHSO) were collected. Descriptive statistics and content analysis were conducted for quantitative and qualitative methods respectively.

The results showed a very small reduction of patients at the Outpatient Department. A score out of 10 on the project's satisfaction among the hospital pharmacists at the DM Clinic, and pharmacists at the drugstores, were 5-8 and 7-9 respectively. The patients were more satisfied to the service at the drugstores than at the hospital, 75.9 and 32.5 percent, respectively. However, this project did not provide any additional manpower to DM Clinic. Pharmacists in drugstores had a positive attitude towards this project, and their main concern was supporting the government health sectors on the service for the people and communities. Strengthening collaboration between hospital and drugstores on the role of community pharmacist professionals in the health network, as well as being part of the community health service system in the future.

Keywords: dispensing service at the drugstores, project evaluation, hospital overcrowding

การประเมินโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) จังหวัดฉะเชิงเทรา

ไศรดา อิงอนุรักษ์สกุล¹ ฉวีวรรณ บุญสุยา^{2*} คติยา อีวาโนวิช²

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการบริการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* ผู้ประพันธ์บทความ อีเมล: chaweewon.boo@gmail.com

² อาจารย์ที่ปรึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 25 มิ.ย.2566
วันแก้ไข 13 ก.ค. 2566
วันตอบรับ 14 ก.ค. 2566

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้แบบจำลองชิปปี้ ตัวอย่างเป็นหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.ฉะเชิงเทรา และหัวหน้ากลุ่มงานฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร รวมทั้งเภสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน 4 คน ผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาที่ห้องยาพุทธโสธร 120 คน และเภสัชกรร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ 5 คน ตลอดจนผู้ป่วยเบาหวานรับยาที่ร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ 87 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และสัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจนเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล การให้บริการของโรงพยาบาล ร้านขายยา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพสรุปและวิเคราะห์เนื้อหาเป็นหมวดหมู่

ผลการประเมินพบว่า โครงการนี้ลดความแออัดในโรงพยาบาลได้เพียงเล็กน้อย จากคะแนนเต็ม 10 ผู้ให้บริการที่โรงพยาบาล และที่ร้านขายยามีความพึงพอใจ 5-8 และ 7-9 คะแนน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ร้านขายยามากกว่าที่โรงพยาบาล ร้อยละ 75.9 และ 32.5 ตามลำดับ โครงการนี้ โรงพยาบาลไม่ได้จัดสรรอัตราากำลังเพิ่มเติม เภสัชกรร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการนี้ ไม่ได้คิดเรื่องค่าตอบแทนเป็นหลัก การได้ให้บริการผู้ป่วยและชุมชน เป็นสิ่งสำคัญและเป็นกำไรที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการ เป็นการเปิดบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน ในการทำงานร่วมกัน เชิงเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการสุขภาพของชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การรับยาที่ร้านขายยา, การประเมินโครงการ, ความแออัดในโรงพยาบาล

บทนำ

ปัญหาสภาพความแออัดในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐขนาดใหญ่ เป็นปัญหาเรื้อรังในระบบสุขภาพไทย มีผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วราชอาณาจักรจำนวน 164,766,694 ครั้งต่อปี ในปี พ.ศ. 2553 และเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการสูงถึง 241,816,724 ครั้งต่อปี (National Statistical Office, 2021) ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยนอกไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์เฉลี่ยวันละ 3,152 ราย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่วันละ 1,709 ราย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กวันละ 1,204 ราย (Bureau of Information, 2018) จำนวนผู้ป่วยนอกมีทั้งที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนรุนแรงและเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยส่งผลให้เกิดความแออัด และใช้ระยะเวลาารอรับบริการในโรงพยาบาลนานขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ประมาณร้อยละ 50-75 เป็นการเจ็บป่วยที่สามารถให้การดูแลรักษาที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ หรือสถานพยาบาลใกล้บ้านได้ (Achananupap, 2007) กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ให้มีบริการที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการด้วยระบบส่งต่อ มุ่งพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในระดับต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริการระดับปฐมภูมิเพื่อลดความแออัด ลดจำนวนผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมมือกับภาคเอกชนในการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลประเภทต่างๆ เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เดิมให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมถึงได้บุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ภายหลังจึงขยายบริการไปสู่การนำร้านขายยาเข้าร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรมซึ่งสามารถช่วยลดภาระของโรงพยาบาลได้

(Chalongsuk & Lochid-amnuay, 2006) ร้านขายยาถือเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชุมชน เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วยสามารถไปใช้บริการในเบื้องต้นได้ (The Office of Community Pharmacy Accreditation (Thailand), 2021) เกสัชกรร้านขายยาหรือเภสัชกรชุมชนมีบทบาทสำคัญในการบริหารทางเภสัชกรรม เช่น การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม จัดการปัญหาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา รวมถึงส่งต่อผู้ป่วยที่มีความผิดปกติไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เป็นการเพิ่มบทบาทของเภสัชกรร้านขายยา และเพิ่มขีดความสามารถของการให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น (Lertsinudom et al, 2018)

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป มีบริการรับยาที่ร้านขายยา ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการที่ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาการรอคอย ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน เพิ่มศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการให้เชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล และร้านขายยาอย่างเป็นระบบเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ (Ministry of Public Health, 2019) โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช โรคหืด และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ซับซ้อนในการดูแล นโยบายดังกล่าว มีรูปแบบการบริหารจัดการระหว่างโรงพยาบาลและร้านขายยา 3 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ตรวจรับเบิกจ่าย และจัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านขายยา เพื่อจ่ายให้กับผู้ป่วย รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านขายยา และให้เภสัชกรร้านขายยาเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ และรูปแบบที่ 3 ร้านขายยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา รวมทั้งจัดยาและจ่ายยาให้กับผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ เมื่อเข้ารับบริการใน

โรงพยาบาลของรัฐที่มีบริการรับยาที่ร้านขายยา ผู้ป่วยสามารถเลือกรับยาที่โรงพยาบาล หรือรับยาที่ร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ โดยมีเภสัชกรร้านขายยาจ่ายยา แนะนำการใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ รวมถึงให้คำปรึกษาอื่นๆ ส่งผลให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลน้อยลง และลดความแออัดของโรงพยาบาล

จังหวัดฉะเชิงเทรา เริ่มดำเนินนโยบายลดความแออัดฯ โดยมีโรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 650 เตียง (โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2021) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ตั้งแต่วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ดำเนินการในรูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำใบสั่งยาที่ร้านขายยา ให้เภสัชกรร้านขายยาเป็นผู้จัดและจ่ายยารายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ เริ่มดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่มีภาวะโรคคั่งที่ มีการใช้ยาต่อเนื่อง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ มีร้านขายยาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 5 แห่ง เป็นร้านขายยาที่อยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

การประเมินโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้แบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่มุ่งเน้นการตัดสินใจในการดำเนินโครงการ มีกรอบในการประเมิน 4 ด้าน คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เป็นการมองเชิงระบบอย่างครอบคลุมในมิติต่างๆ การวิจัยประเมินผลนี้จะทำให้

เห็นถึงผลของการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาการดำเนินงาน และการจัดระบบบริการรับยาที่ร้านขายยาให้มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์การประเมิน (Objectives)

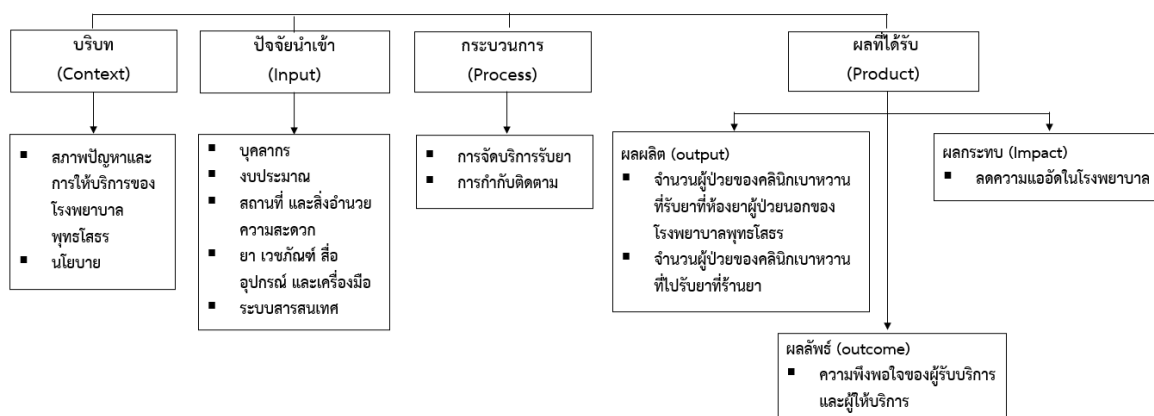
เพื่อประเมินโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) จังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการของโครงการ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการที่โรงพยาบาล และที่ร้านขายยา
3. เพื่อเปรียบเทียบความแออัดในการรอรับยาที่โรงพยาบาลก่อน และหลังดำเนินโครงการฯ

กรอบแนวคิดในการประเมิน (Conceptual Frameworks)

การวิจัยครั้งนี้ กรอบการประเมินโครงการลดความแออัดฯ โดยประยุกต์ใช้ CIPP model เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงาน และการจัดบริการรับยาที่ร้านขายยาให้มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดประเมินโครงการลดความแออัดฯ

วิธีการประเมิน

การศึกษาวิจัยประเมินผลครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่ใช้รูปแบบผสมผสาน (Mixed methods) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เก็บข้อมูลสถิติการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนครั้งผู้รับบริการคลินิกเบาหวานรับยาที่รับยา ณ ห้องยาผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลพุทธโสธร และจำนวนครั้งของผู้รับบริการที่ร้านขายยาจากฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล ร้านขายยา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ โปรแกรม HOSxP ระบบ e-Prescription และระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการประเมินแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 หัวหน้ากลุ่มงาน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธรและหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2 คน (แต่ละ 1 คน)

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้บริการที่โรงพยาบาล ได้แก่ เภสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้ให้บริการที่ร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้แก่ เภสัชกรร้านขายยา ที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 5 คน

สำหรับกลุ่มที่ 1-3 ใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง สำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าวไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการลดความแออัดฯ

กลุ่มที่ 4 ผู้รับบริการคลินิกเบาหวานรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพุทธโสธร ได้แก่ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 โดยเฉลี่ยประมาณ 1,491 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการคลินิกเบาหวานรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยได้มาจากคำนวณโดยใช้สูตร

$$n = \frac{NZ_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)} \text{ เมื่อ}$$

N = จำนวนผู้รับบริการคลินิกเบาหวานที่รับยาห้องยาผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 โดยเฉลี่ยจำนวน 1,491 คน

n = ขนาดตัวอย่าง จากการคำนวณ α = ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 5%

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = ค่า Z เป็น standard normal score ที่ระดับนัยสำคัญ ($\alpha=0.05$) = 1.96

d = ความผิดพลาดสูงสุดที่ยอมรับได้ = 0.10

P = ค่าสัดส่วนความพึงพอใจของผู้รับบริการโรงพยาบาลศูนย์ = 0.77 (วิรัช ประวันเตา และคณะ, 2562)

p = ค่าสัดส่วนความพึงพอใจของผู้รับบริการที่จะได้จากการศึกษาครั้งนี้

จากการคำนวณด้วยสูตรดังกล่าว พบว่าจะต้องใช้จำนวนผู้รับบริการห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร ในการวิจัย 107 คน ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างไปอีกอย่างน้อย 10% คือ 13 คน จึงรวมกลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งสิ้น 120 คน โดยเก็บจากผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่ไปรับยา ณ ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่มี

สิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเก็บสัปดาห์ละ 4 วัน (เนื่องจากคลินิกเบาหวาน เปิดให้บริการ 4 วันต่อสัปดาห์) โดยเก็บวันละประมาณ 7-8 คน เป็นเวลา 16 วัน ใน 4 สัปดาห์ จึงใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 1 เดือน (โดยเก็บไม่ซ้ำคนเดิม) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

(1) ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ

(2) เป็นผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(3) เป็นผู้ที่สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบคำถามด้วยตนเองได้

(4) สมัครใจโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 5 ผู้รับบริการที่ร้านขายยา ได้แก่ ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธโสธร หรือผู้แทนที่ไปรับยา ที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ ตั้งแต่ 17 พฤศจิกายน 2562 (เริ่มโครงการ) จนถึง 30 กันยายน 2563 โดยเฉลี่ยจำนวน 470 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเดียวกันกับกลุ่มที่ 4 เมื่อ $N=470$ คน ที่ระดับนัยสำคัญ 5% $d=0.10$ และ $P =$ ค่าสัดส่วนความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ร้านขายยา $= 0.43$ (รพีพรรณ ฉลองสุข และ สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอานวย, 2549)

จากการคำนวณด้วยสูตรดังกล่าว พบว่าจะต้องใช้จำนวนผู้รับบริการที่ร้านขายยา ในการประเมิน 79 คน ในการสัมภาษณ์ผู้ประเมินจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างไปอีก 10% คือ 8 คน จึงรวมกลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งสิ้น 87 คน โดยเก็บจากผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่ไปรับยา ณ ร้านขายยา 5 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยเก็บแห่งละประมาณ 18 คน เก็บสัปดาห์ละ 5 วัน วันละประมาณ 4-5 คนต่อแห่ง จึงใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 1 เดือน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

(1) ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปัจจุบัน หรือผู้ดูแลใกล้ชิดที่มารับยาแทน

(2) เป็นผู้เคยใช้บริการที่ร้านขายยาอย่างน้อย 1 ครั้ง

(3) เป็นผู้ที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(4) เป็นผู้ที่สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบคำถามด้วยตนเองได้

(5) สมัครใจโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินครั้งนี้ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด และการศึกษาข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 5 ชุดสำหรับผู้ให้บริการ (1-3) และผู้รับบริการ (4-5) ดังนี้

1) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้ากลุ่มงาน มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของหัวหน้ากลุ่มงาน เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เกี่ยวกับโครงการลดความแออัดฯ ประกอบด้วยยบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต จำนวน 15 ข้อ

2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการที่โรงพยาบาล มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของผู้ให้บริการเป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ ประสบการณ์ทำงานที่โรงพยาบาล ระดับการศึกษา และความสามารถด้านเทคโนโลยี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อการโครงการลดความแออัดฯ ประกอบด้วย

บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต จำนวน 13 ข้อ

3) แบบสัมภาษณ์ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้ให้บริการที่ร้านขายยา โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของผู้ให้บริการ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานที่ร้านขายยา ความสามารถด้านเทคโนโลยี และความเพียงพอของเทคโนโลยีสารสนเทศที่ได้รับเพื่อเตรียมตัวในการเข้าร่วมโครงการ

ส่วนที่ 2 กิจกรรมบริการของเภสัชกรร้านขายยา เป็นคำถามแบบเลือกตอบ มี/ไม่มี จำนวน 30 ข้อ เกี่ยวกับการบริหารจัดการคลังยาของร้านขายยา การรับใบสั่งยา และจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ การรับยาและบริการผู้ป่วยจากโรงพยาบาลฯ การติดตามดูแลการใช้ยา และบันทึกข้อมูลการให้บริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยเพื่อเบิกค่าตอบแทนการให้บริการจากสปสช.

ส่วนที่ 3 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ต่อความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อโครงการฯ ประกอบด้วยบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต จำนวน 12 ข้อ

4) แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการคลินิกเบาหวานรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพุทธโสธร มี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะและการเข้าถึงบริการ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ประเภทของผู้รับยา เพศ อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา อาชีพ ครอบครัวย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การเดินทางไปรับยา ความสะดวกในการเดินทาง ความสามารถในการจ่ายค่าเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาที่รอรับยา และความหนาแน่นของผู้ที่รอรับยาก่อนและหลังดำเนินโครงการฯ ความคิดเห็นต่อโครงการฯ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการบริการรับยาที่โรงพยาบาล มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้คะแนน 5-1 หาคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อคำถาม จัดกลุ่มความพึงพอใจ เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน >80% (4.2 - 5 คะแนน) หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการระดับมาก คะแนน 60 – 79% (3.4 – 4.1 คะแนน) หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการระดับปานกลาง และคะแนน <60% (1 – 3.3 คะแนน) หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงบริการรับยาที่โรงพยาบาล

5) แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการคลินิกเบาหวานรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพุทธโสธร และร้านขายยา มี 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะและการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย ประเภทของผู้รับยา สัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่มารับยาแทน เพศ อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา อาชีพ ครอบครัวย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การเดินทางไปรับยา ความสะดวกในการเดินทาง ความสามารถในการจ่ายค่าเดินทางมารับบริการ เหตุผลที่ตัดสินใจไปใช้บริการรับยาที่ร้านขายยา

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการบริการรับยาที่โรงพยาบาล จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้คะแนน 5-1 หาคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อคำถาม จัดกลุ่มความพึงพอใจ เป็น 3 ระดับ เป็นความพึงพอใจระดับมาก ปานกลาง และน้อย โดยใช้เกณฑ์เดียวกันกับส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ที่ 4

ส่วนที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อการบริการรับยาที่ร้านขายยา จำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้คะแนน 5-1 หาคะแนนเฉลี่ยของความพึง

พอใจต่อข้อความ จัดกลุ่มความพึงพอใจ เป็น 3 ระดับ เป็นความพึงพอใจระดับมาก ปานกลาง และน้อย โดยใช้เกณฑ์เดียวกันกับส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ที่ 4

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อโครงการของผู้ที่ไปรับยา ที่โรงพยาบาล และร้านขายยา จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ระดับ เปรียบเทียบระหว่างการให้บริการรับยาที่ร้านขายยาและโรงพยาบาลในด้านต่างๆ โดยมีคำตอบเป็น โรงพยาบาลดีกว่า เหมือนกัน และร้านขายยาดีกว่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่า “0.6-1” ต่อจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินครั้งนี้ จำนวน 30 คน เพื่อนำวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นในส่วนของข้อความคำถามความพึงพอใจของแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้รับบริการคลินิกเบาหวานรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลพุทธโสธร และแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้รับบริการคลินิกเบาหวานรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลพุทธโสธร และร้านขายยา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.823 และเท่ากับ 0.850 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการประเมินนี้เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลปฐมภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการทั้งโรงพยาบาล และร้านขายยาที่ร่วมโครงการฯ

2. ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บข้อมูลสถิติการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนครั้งผู้รับบริการคลินิกเบาหวานรับยาที่รับยา ณ ห้องยาผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลพุทธโสธร และ

จำนวนครั้งของผู้รับบริการที่ร้านขายยาจากฐานข้อมูล การให้บริการของโรงพยาบาล ร้านขายยา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ โปรแกรม HOSxP ระบบ e-Prescription และระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความพึงพอใจต่อการบริการ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้ให้บริการผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาล และที่ร้านขายยา ด้วยการสรุปและวิเคราะห์เนื้อหาเป็นหมวดหมู่ (Content analysis) เพื่อใช้อธิบายผลของโครงการลดความแออัดฯ ตามกรอบการประเมิน CIPP (Context, Input, Process, Product)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการประเมินนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (COA No. 068/2565) โรงพยาบาลพุทธโสธร (BSH-IRB 017/2565) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (PH_CCO_REC 037/2565)

ผลการประเมิน (Results)

คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก

(1) คุณลักษณะของหัวหน้ากลุ่มงาน จำนวน 2 คน (L1 และ L2) เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุ 51 และ 56 ปี อายุเฉลี่ย 53.5 ปี โดยดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร และหัวหน้ากลุ่มงาน

คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานโดยเฉลี่ย 5.5 ปี มีการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาเอก 1 คน และระดับปริญญาตรี 1 คน

(2) คุณลักษณะของเภสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 4 คน (H1-H4) เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุตั้งแต่ 31-45 ปี มี 3 คน ที่มีอายุ 31-40 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 36.3 ปี ระดับการศึกษาพบว่า ครึ่งหนึ่งจบระดับปริญญาตรีเภสัชศาสตร์ 6 ปี จบระดับปริญญาตรีเภสัชศาสตร์ 5 ปี 1 คน และปริญญาโทสาขาเภสัชกรรมคลินิก 1 คน ประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ทำงานตั้งแต่ 7-11 ปี 3 ใน 4 มีประสบการณ์ในการทำงาน 6-10 ปี โดยมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 8.8 ปี สำหรับความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศพบว่า ทุกคนมีความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และมีความสามารถในระดับเริ่มต้น 2 คน ระดับปานกลาง 2 คน

(3) คุณลักษณะของเภสัชกรร้านขายยา ที่เข้าร่วมโครงการฯ (D1-D5) จำนวน 5 คน 4 ใน 5 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 35-66 ปี มีอายุเฉลี่ย 48.6 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีเภสัชศาสตร์ 5 ปี 3 คนจบระดับปริญญาตรีเภสัชศาสตร์ 6 ปี และปริญญาเอก สาขาบริหารเภสัชกิจอย่างละ 1 คน สำหรับประสบการณ์ทำงานที่ร้านขายยาตั้งแต่ 5.0-37.0 ปี ความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 4 คน มีความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (ในระดับเริ่มต้น 3 คน ระดับปานกลาง 1 คน) มีเพียง 1 คน ที่ไม่มีความสามารถด้านเทคโนโลยี ความเพียงพอของเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีการฝึกอบรมต่อการให้บริการ พบเภสัชกรร้านขายยาเกินครึ่งหนึ่งตอบว่าเพียงพอแต่มีเภสัชกรร้านขายยา 1 คนต้องการให้อบรมเพิ่มเติม เรื่อง การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

การประเมินด้านบริบท ประกอบด้วย

1) สภาพปัญหา และการให้บริการของโรงพยาบาลพุทธโสธร หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลพุทธโสธร มีความเห็นสอดคล้องกันต่อปัญหา ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาเชิงโครงสร้างหรือพื้นที่ให้บริการมีจำกัด ส่งผลต่อความแออัดในโรงพยาบาล ระยะเวลารอรับยา คุณภาพบริการ และความพึงพอใจต่อการบริการรับยาของผู้ป่วย

“ปัญหาความแออัดเกิดขึ้นที่จุดไหน ...คนไข้ที่ไม่ควรจะมาโรงพยาบาลใหญ่ อย่างพุทธโสธรนั้น ยังคงมา ...โรงพยาบาลพุทธโสธร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ (tertiary care) แปลว่า รักษาโรคที่ซับซ้อนแต่ก็พบว่ามีโรคที่ไม่ซับซ้อนมาเยอะ มันก็เลยมาปะดังกัน ก็เลยทำให้แออัด... หน้าห้องยาที่มีอยู่แล้วค่ะ ถ้าพูดถึงพาร์ทของผู้ป่วยนอก เนาะก็มีอยู่ 2 ห้อง ก็มีการรอรับยา แต่คำว่าแออัดมันก็เกี่ยวกับจำนวนคนและพื้นที่ จำนวนคนอาจจะไม่เยอะ แต่พื้นที่น้อยมันก็อาจจะดูแน่น แล้วก็ระยะเวลารอคอยว่ามันอยู่นานแค่ไหนยังไงก็ยังมีภาพนั้นอยู่ โดยเฉพาะที่ห้องยาใหญ่ โรงพยาบาลพุทธโสธร ...” (L1)

“ความแออัดในโรงพยาบาลเกิดขึ้นที่จุดหน้าห้องยา อาคารพุทธโสธร ซึ่งเป็นห้องยาใหญ่อ่าค่ะ ซึ่งต้องรองรับหลายๆคลินิก จำนวนคนไข้เยอะ น่าจะประมาณ 1,200 คนต่อวัน ช่วงเวลาประมาณ 11.00-13.00 น.จะเป็นช่วงเวลาที่ค่อนข้างจะแออัดมากที่สุดในแต่ละวัน เกือบ 80% จะมารอรับยาที่ตรงนี้” (H1)

“หน้าห้องยาจะเป็นจุดรวมของทุกอย่างทุกแผนก ทั้งตา ทั้ง Med ถ้าเค้าตรวจเสร็จพร้อมกันคนไข้ก็จะมารอกันช่วง 10.30 ถึงเที่ยงกว่าๆ” (H2)

“สภาพปัญหาความแออัดคิดว่าเกิดที่หน้าห้องยา เพราะว่าหนึ่งมันเป็นด้านสุดท้ายด้วย เป็นด้านที่ความแออัดมารวมกันเป็นด้านสุดท้าย แล้วก็ด้านที่แก้ปัญหา

ด้วย หลายๆอย่าง มันจะมารวมกอง จะมาเจอตรงนี้ก็ต้องไล่แก้ไป” (H4)

2) นโยบายลดความแออัดของโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้ให้บริการที่โรงพยาบาล และร้านขายยา เห็นว่าโครงการร้านขายยาลดความแออัดฯ เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ดี มุ่งลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล เพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วย เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในเชิงเครือข่ายสุขภาพของเภสัชกร การเข้าร่วมโครงการทำให้เภสัชกรร้านขายยาได้เพิ่มบทบาทวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย และเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการด้านสุขภาพ สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

“พี่ก็คิดว่ามันเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่อยากให้คนเห็นความแปลกใหม่...ซึ่งพี่ก็คิดว่าเป็นสิ่งที่ดี ... ในเชิงคุณภาพ คือเภสัชกรร้านขายยานั้นสามารถช่วยสกรีน DRP (Drug related problem) แล้วก็คนไข้ที่มารับยาร้านขายยาาก็ไปแล้วเรื่องของปัญหาสุขภาพหรือปัญหาบางอย่าง...โดยที่ไม่ได้เล่าให้โรงพยาบาลฟัง เพราะอาจจะมีความคุ้นเคยกว่า มีเวลามากกว่า เพราะโรงพยาบาลคนเยอะ มันยุ่ง ไม่พูดหรอก ก็เลยไปแล้วให้ฟังที่ร้านขายยา ก็เลยทำให้เภสัชกรร้านขายยาที่สามารถที่จะค้นหา DRP แล้วก็ช่วยแก้ไขได้บางส่วน แต่ในมุมของพี่ พี่ก็เห็นว่าเป็นอะไรที่ดีในเชิงเครือข่ายสุขภาพของเภสัชกร...” (L1)

“...พี่คิดว่านโยบายนี้เป็นนโยบายที่ดี... ท่าน นพ. สสจ.ให้ความสำคัญกับนโยบายนี้อย่างยิ่ง” (L2)

“นโยบายดี ...ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน ลดความแออัดหน้าห้องยา ประหยัดเวลาได้” (H1)

“จริงๆพี่ก็ว่านโยบายดีนะ จากที่เราบ่นร้องจากคลินิกเบาหวานไป ...ถ้าคนที่เคยไปเนี่ยเค้าจะอยากไปซ้ำ เพราะว่า ไปถึงพี่เภสัชที่ร้านจัดยาได้เลย คนไข้ไม่ต้องรอเลยไปถึงรับยา counselling กันนิดหน่อย แล้วก็แบกกลับ

ได้เลย หรือไม่ถ้าคนไข้ไม่สะดวกไปวันนี้ เค้าก็สามารถไปรับวันอื่นได้ คนไข้ก็จะวางใจ ก็คือดีนะ” (H3)

“คิดว่านโยบายนี้ดีนะ มันก็ดีต่อคนไข้แหละ เพราะว่าทุกครั้งที่คนไข้ไปโรงพยาบาลก็จะรอนานมากๆ ทั้งที่ร้านขายยาอาจจะอยู่ใกล้ๆบ้านคนไข้แหละ หรือเป็นทางผ่านมาบ้านเค้าอยู่แล้ว แทนที่จะไปนั่งรอหน้าห้องยาอีกชั่วโมงนึง ก็มาที่ร้านขายยาอาจจะลดเวลาในการรอของคนไข้ คิดว่าสะดวก” (D1)

“โครงการนี้เป็นนโยบายแรกๆที่ประสานให้ภาคเอกชน ร่วมเป็นส่วนหนึ่งกับภาครัฐ ที่จะช่วยดูแลคนไข้ให้ได้รับความสะดวก ลดเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานๆ” (D5)

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย บุคลากร งบประมาณ สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ยา เวชภัณฑ์ สื่อ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ให้บริการรับยาที่ร้านขายยา ระบบสารสนเทศ

บุคลากร การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรในการดำเนินโครงการลดความแออัดฯ ทางโรงพยาบาลไม่ได้มีการจัดสรรอัตรากำลังคนเพิ่มเติม แต่ให้บุคลากรที่ทำหน้าที่เดิมเพิ่มขึ้นตอนการดำเนินงานของโครงการลดความแออัดฯเข้าไปในขั้นตอนปกติ ทำให้ต้องเร่งรีบทำงานกว่าปกติ จึงอยากให้มีการสนับสนุนบุคลากรเพิ่มเติม ในส่วนของร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ มีการเตรียมความพร้อมโดยการจัดอบรมพัฒนาความรู้และทักษะของ เภสัชกรร้านขายยาในโครงการฯ เพื่อเตรียมพร้อมในการให้บริการ โดยร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯทุกแห่งเภสัชกรประจำร้านอยู่แล้ว มีเพียงบางแห่งเท่านั้นที่ไม่มีผู้ช่วยเภสัชกร

“...ด้านของคนทำงาน โรงพยาบาลมันจะหนัก จะโหลดงาน อาจจะเพราะบุคลากรยังไม่เพียงพอด้วย แม้ว่า จะยังไม่มีโครงการนี้เกิดขึ้น เพราะฉะนั้นพอมีโครงการนี้เกิดขึ้น ก็จะต้องเจียดบุคลากรจากปกติเพื่อที่จะมาทำ

พาร์ทนี่ มันก็เลยไหลดไปกันใหญ่เลย แต่ก็ยังสามารถบริหารจัดการไปได้ค่ะ..อย่างทีบอกว่าคุณคลากรในการทำงานไม่เพียงพอ คือถ้ามีเพียงพอมันก็เป็นโครงการที่ดี...”(H1)

“...ในฐานะที่พี่เป็นคนทำและกัน เหมือนมันเพิ่มงานให้เภสัชกรที่ทำมากกว่า...เพิ่มเวลาในการทำงาน แต่คนไข้คือเค้าแฮปปี้ไป แต่เราคือแบบไม่ใช่ว่าเราไม่แฮปปี้นะ...เพราะมันต้องทำหลายอย่าง มันมีหลายขั้นตอนมากเกินไปแล้วเราไม่มีผู้ช่วย” (H3)

“...เพราะฉะนั้นในมุมของพี่ก็ต้องเดิมความรู้ให้เค้า จัดอบรมก็ให้เภสัชกรโรงพยาบาลที่อยู่หน้างานก็จัดทีมให้ความรู้ ยาอะไรที่จะส่งไปร้านขายยา ลิสต์รายการยา หน้าตาเป็นยังไง ก็เดิมความรู้ก็เป็นสิ่งที่ช่วยเดิมเพื่อให้เค้าได้ประโยชน์” (L1)

“...ส่วนร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ เป็นร้านขายยาที่ผ่านการตรวจประเมิน GPP 3 ร้าน และร้านขายยาคุณภาพ 2 ร้าน ซึ่งก่อนจะเริ่มโครงการเราก็มีการจัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมโครงการ และลงพื้นที่ร่วมกับทางโรงพยาบาลเพื่อตรวจประเมินความพร้อมร้านขายยาอีกครั้ง ทุกร้านมีเภสัชกรประจำร้านขายยาอยู่แล้ว ส่วนใหญ่จะมีผู้ช่วยเภสัชกร มีเพียงบางร้านที่มีเภสัชชอยู่คนเดียว” (L2)

งบประมาณ

การเข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ โรงพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทน 33,000 บาทต่อร้านขายยา ร้านขายยาจะได้รับค่าตอบแทนจากสปสช. จำนวน 70 บาทต่อใบสั่ง เภสัชกรร้านขายยาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันคือ ไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องค่าตอบแทนเป็นหลัก แต่การได้ดูแลผู้ป่วย ช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาล ถือเป็นการที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการฯ

“ถ้าพูดจริงๆไม่ได้คิดถึงในส่วนเม็ดเงินตรงนั้น ถ้ามีก็โอนเข้าไปเป็นเงินบำรุงของโรงพยาบาลไม่ได้ตรงนั้น

มาใช้ในการบริหารจัดการเพราะว่าเราไม่ได้คิดถึงความกำไรหรือความคุ้มค่าในช่วงเริ่ม เพราะเราแค่ต้องการลดแออัด แต่ไม่ใช่ว่าเราลงทุนจนทำให้โรงพยาบาลขาดทุนนะ เพราะ สเกลน้อย คนไข้มารับยาที่ร้านขายยามันไม่ได้เยอะ เพราะฉะนั้นก็เลยไม่ได้คิดกำไรขาดทุนจากเงินที่ได้ ...แต่ในประเด็นร้านขายยาเป็นประเด็นที่พี่ไม่ได้เอามาคิด พอร้านขายยาได้อันนี้ 70 แล้วจะต้องส่งเท่าไร ค่าส่งเท่าไร ยังไม่ได้คิดขนาดนั้น ต้องการทำให้นโยบายเกิดผลประชาชนพึงพอใจ” (L1)

“...เราเพียงช่วยอำนวยความสะดวกในการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และร้านขายยา ในการประชุมพูดคุยต่างๆ ซึ่งก็ไม่ได้ใช้งบประมาณอะไร” (L2)

“เรื่องค่าตอบแทนไม่ได้มองตรงนั้นสักเท่าไร ...คิดว่าให้ก็ดี ...เราไม่ได้คาดหวังจากตรงนี้อยู่แล้วว่าจะต้องมากำไรเยอะแยะจากอะไร 70 บาทก็สมเหตุสมผลแล้ว” (D1)

“เจ็ดสิบบาทต่อเคส ถ้าเป็นแบบที่จัดยาเองในร้านไม่คุ้มเหนื่อยทั้งโรงพยาบาล ทั้งร้านขายยา...ค่าตอบแทนก็รับได้ ไม่ได้สูงแต่ว่าได้ช่วยรัฐ ได้ทำงาน ก็โอเค” (D2)

“ค่าตอบแทนเคสละ 70 บาท สำหรับพี่ พี่ว่าก็โอเคนะ เราก็ไม่ได้ต้องลงทุนอะไรมากลงแรง ลงกำลังลงแรงงานซึ่งมีอยู่แล้วในร้าน เพราะว่ามันไม่ได้เยอะที่เราจะไปจ้างคนมาเพิ่ม พี่ว่าโครงการนี้เราทำได้ด้วยตัวเราเอง ด้วยทรัพยากรที่เรามีอยู่ ก็ถือว่าเหมาะสม” (D3)

“เอาจริงงั้น ได้เท่าไรพี่ยังไม่รู้...คือไม่เคยเช็คเง...” (D4)

“สำหรับที่ร้านไม่ได้มองเรื่องเงินเป็นหลักนะ ไม่เคยเช็คเลยว่าเงินเข้ามัย อย่างที่บอกอยากช่วยทางโรงพยาบาล และสสจ. ในการสนับสนุนให้เกิดโครงการนี้ได้ดูแลผู้ป่วยให้ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ให้ได้รับความ

สะดวกมากขึ้น แค่นี้ก็ถือเป็นกำไรจากโครงการนี้แล้ว”
(D5)

สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก

ร้านขายยาทุกแห่งมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าร่วมโครงการฯ ในเรื่อง การจัดเตรียมสถานที่สำหรับเก็บสำรองยาของโรงพยาบาลที่ร้านขายยา โดยแยกเก็บเป็นสัดส่วนชัดเจน มีป้ายแสดงชื่อยา มีการควบคุมสภาพการเก็บรักษาโดยติดตั้งเทอร์โมมิเตอร์สำหรับวัดอุณหภูมิและความชื้น รวมถึงมีการจัดบันทึกอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนอื่นๆ ไม่ได้จัดเตรียมอะไรเพิ่มเติม เนื่องจากร้านขายยาที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้จะต้องเป็นไปตามมาตรฐานภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 (Good Pharmacy Practices: GPP) หรือเป็นร้านยาคุณภาพ

“ร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการลดความอ้วนฯ ตามเกณฑ์จะต้องมีเภสัชอยู่ประจำร้านอย่างน้อย 8 ชั่วโมงขึ้นไปรวมถึงเป็นร้านขายยาที่ผ่านการตรวจประเมิน GPP หรือร้านยาคุณภาพ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งในช่วงแรกทีนโยบายมาใหม่ๆ ร้านขายยาส่วนใหญ่ยังขาดคุณสมบัติบางประการ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้...ส่วนร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ เป็นร้านขายยาที่ผ่านการตรวจประเมิน GPP 3 ร้าน และร้านยาคุณภาพ 2 ร้าน ซึ่งก่อนจะเริ่มโครงการเราก็มีการจัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมโครงการ และลงพื้นที่ร่วมกับทางโรงพยาบาลเพื่อตรวจประเมินความพร้อมร้านขายยาอีกครั้ง...” (L2)

“...เอายามาสต็อกไว้กับเรา ...จะแยกคลังยาไปเลย ก็คือสะดวกกับทางร้านและคนไข้ด้วย” (D1)

“แยกพื้นที่เก็บยา ออกจากคลังยาปกติของร้าน...”
(D2)

“ของที่มีคลังยาแยกโซนชัดเจนไปเลย มีตู้ให้เฉพาะ ...”(D3)

“...คลังยาของที่ร้านจะมีตู้แยกสำหรับใส่ยาของโรงพยาบาล” (D4)

“ที่ร้านจะเก็บยาของโรงพยาบาลใส่ตู้แยกไว้เฉพาะเลย ติดป้ายชื่อยาไว้ด้วย...มีการจัดบันทึกอุณหภูมิความชื้นทุกวัน” (D5)

ยา เวชภัณฑ์ สื่อ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่เกี่ยวกับการให้บริการรับยาที่ร้านขายยา

การเข้าร่วมโครงการฯ ยา เวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดำเนินโครงการฯ จะเป็นยาของโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการกำหนดรายการยาที่ใช้ในโครงการฯ รวมถึงเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ และเครื่องมืออื่นๆ ได้แก่ สื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ฉลากยา และซองยาจากโรงพยาบาล ส่วนสสจ.สนับสนุนในเรื่องของสื่อประชาสัมพันธ์โครงการ สำหรับอุปกรณ์อื่นๆ ร้านขายยาส่วนใหญ่มีอยู่แล้ว และไม่ได้จัดหาเพิ่มเติม แต่มีร้านขายยาบางแห่งซื้อคอมพิวเตอร์เพื่อที่จะช่วยในการดำเนินโครงการฯ

“...โรงพยาบาลก็มีกรอรายการยาว่าจะเอายาตัวไหนไปบ้างใน เราใช้โมเดลสองก็ต้องส่งยาของเราไปสต็อกที่นั่น ในแง่ของตัวยาก็คือใช้ยาของโรงพยาบาล... ส่วนของซองยาโรงพยาบาลสนับสนุนให้ และฉลากยาก็จะ print ไปให้เลย ก็คือพยายามให้ร้านขายยาทำน้อยที่สุด ให้แค่ดูตอนจ่ายและให้คำแนะนำ” (L1)

“ยาที่ใช้ในโครงการนี้ เนื่องจากเราใช้โมเดลที่ 2 ยาที่นำไปสต็อกที่ร้านขายยาจะเป็นของโรงพยาบาล...ในส่วนของสสจ. จะช่วยจัดเตรียมเกี่ยวกับสื่อประชาสัมพันธ์โครงการ พวกป้าย โปสเตอร์ วิดีโอประชาสัมพันธ์ ซึ่งเราก็ทำงานร่วมกันกับทางโรงพยาบาลพุทธโสธร ส่วนพวกวัสดุ อุปกรณ์อื่นๆ เช่น พวกซองยา ฉลากยา สื่อให้ความรู้ต่างๆ โรงพยาบาลเป็นคนเตรียม พวกอุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นอุปกรณ์พื้นฐานที่ต้องมีในร้านขายยาตามเกณฑ์ GPP แค่นี้มีอยู่แล้วบางส่วน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แต่ก็มีบางร้านขายยาที่เดิมเค้าไม่ได้ใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงาน เค้าก็ลงทุนซื้อคอมใหม่เพื่ออยากช่วยสนับสนุนการดำเนินโครงการฯ” (L2)

ระบบข้อมูลสารสนเทศ

ในช่วงปีแรกของการดำเนินโครงการ ยังไม่มีระบบสารสนเทศที่ช่วยสนับสนุนการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ร้านขายยา และสภสข. แบบ real-time ทำให้พื้นที่แก้ปัญหาโดยจัดให้มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่สามารถส่งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและร้านขายยา เป็นระบบ e-prescription จัดทำโดยบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งสนับสนุนให้งานใช้ได้ 1 ปีโดยไม่คิดค่าบริการ แม้ระบบดังกล่าวจะไม่สามารถเชื่อมต่อกับระบบของโรงพยาบาล แต่มีเภสัชกรโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการแก้ปัญหา เพื่อให้ระบบ e-prescription สามารถเชื่อมต่อกับ HOSxP ของโรงพยาบาลได้ แต่อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าวไม่สามารถเชื่อมกับระบบสารสนเทศของสภสข.ได้ ทำให้เพิ่มภาระงานให้ร้านขายยาในการบันทึกข้อมูล ในปีต่อมาโรงพยาบาลมีการปรับการส่งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและร้านขายยา ที่เข้าร่วมโครงการเป็นการแลกเปลี่ยนใบสั่งส่งทางไลน์แอปพลิเคชัน

“...โมเดลที่ 2 โอทีที่ต้องมาเยอะ เพราะว่าจะต้องมีโปรแกรมในการที่จะต้องส่งข้อมูล e-prescription ที่ส่งใน HOSxP ส่งไปรู้สึกว่าจะเป็นบริษัทเอกชนที่จะเข้ามาช่วย แล้วก็ต้องมีโปรแกรมที่เอามาเชื่อมกันเพื่อที่จะ e-prescription ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์เนี่ยส่งไปที่ร้านขายยา แต่ว่าเภสัชกรจะมีการช่วย screen ก่อนจะส่งไป เพราะฉะนั้นโอทีที่มาก็เต็มแหละ ด้วยระบบอะไรต่างๆที่จะเตือนคนไข้เข้าสมาร์ทโฟน บริษัทอรินคร ในฐานที่เข้ามาช่วยในตอนนั้น และต้องให้น้องที่เก่งโอทีในกลุ่มงานก็จะต้องเชื่อมระหว่างอรินครและ HOSxP ที่เป็นระบบที่โรงพยาบาลใช้อยู่ ต้องมอบให้ช่วยดูแล ช่วยประสานให้เกิดขึ้นมา” (L1)

“ระบบข้อมูลสารสนเทศในช่วงเริ่มโครงการใหม่ๆ ตอนนั้นทางสสจ. กับโรงพยาบาลก็ร่วมกันคิดว่าจะดำเนินโครงการยังไง เนื่องจากตอนนั้นทุกอย่างใหม่หมด ก็ไปเจอบริษัทเอกชนเป็นสตาร์ทอัพ ตอนนั้นเค้าต้องการสนับสนุนให้ใช้ได้ 1 ปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากติดปัญหาเค้าก็มีทีมคอยให้ความช่วยเหลือตลอดโครงการ และทาง

โรงพยาบาลก็มีน้องเภสัชที่มีความสามารถในการเชื่อมต่อระหว่างโปรแกรมของโรงพยาบาลและของบริษัทเอกชน แต่ในปีต่อมาก็ไม่ได้ใช้ต่อ เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายจึงมีการปรับกระบวนการอื่น...” (L2)

การประเมินกระบวนการ ประกอบด้วย การจัดบริการรับยา และการกำกับติดตาม

1. การจัดบริการรับยา

โรงพยาบาลพุทธโสธร ดำเนินโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล ในรูปแบบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 18 พฤศจิกายน 2562 โดยโรงพยาบาลนำไปสำรองไว้ที่ร้านขายยา และให้เภสัชกรร้านขายยาทำหน้าที่จัดยา และส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายตามใบสั่งแพทย์ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งนี้ร้านขายยาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ จำนวน 5 แห่ง เป็นร้านขายยาในอำเภอเมืองทั้งหมด

“ตอนแรกทีนโยบายมาจำได้ว่า implement โมเดลที่หนึ่ง ณ วันที่จะออกไปดูร้านขายยาเพื่อที่จะเตรียม implement โมเดลที่หนึ่ง ที่โรงพยาบาลจะต้องจัดยาแล้วอาจจะจัดไม่ทันคนไข้ที่จะมารับ ท่านนายแพทย์สาธารณสุขท่านที่แล้วท่านเป็นคนทักมาเองว่าทำไมต้องให้คนไข้มาหลายทีทำไมไม่ดูโมเดลสองไป...ก็รับคำแนะนำ แล้วก็ทำโมเดลที่สอง ของโรงพยาบาลพุทธก็เริ่มทำตั้งแต่พฤศจิกายน 2562 เป็นต้นมา” (L1)

“ในตอนนั้นท่านนพ.สสจ.ให้ความสำคัญกับนโยบายนี้อย่างยิ่ง โดยท่านให้ข้อเสนอแนะว่าให้คำนึงถึงความสะดวกของประชาชน อยากให้ผู้ป่วยพบแพทย์เสร็จแล้ว สามารถเลือกไปรับยาได้ที่ไหนก็ได้เลยในวันนั้น โดยไม่ต้องรอ คนไข้จะได้ไม่ต้องมาหลายรอบ หรือสามารถไปรับยาเวลาใดก็ได้ที่คนไข้สะดวก แล้วท่านก็เห็นด้วยที่นำเอาทรัพยากรที่มีอยู่ คือ เภสัชกรร้านขายยาที่มีศักยภาพในด้านการบริหารผู้ป่วย มาช่วยรพ.ในการกระจายคนไข้ ออกไปรับบริการเพื่อจะได้ลดจำนวนผู้ป่วย พักที่พื้หัวหน้า กลุ่มงานเภสัช ของโรงพยาบาลพุทธโสธร ก็เลยประเมินกัน ในวันที่จะลงพื้นที่ไปเยี่ยมร้านขายยา และปรับเปลี่ยนการ

ดำเนินงานเป็นโมเดลที่สอง ซึ่งร้านขายยาเค้าก็ยินดีเข้าร่วมในโมเดลที่ 2” (L2)

“...มันดีที่ว่าพอคนไข้พบแพทย์เสร็จก็ไปรับยาได้เลย พาร์ทออกไปได้เลย...” (H4)

“...ที่ชอบโมเดล 2 มากที่สุด ... แต่โมเดล 1 พี่มองว่าโรงพยาบาลจะยุ่ง ไม่น่าจะช่วย ... แต่ถ้าโรงพยาบาลจัดมาเป็น refill แบบนั้น พี่ว่าเค้าทำงานเหมือนเดิม เพียงแต่เค้าไม่ได้ส่งให้คนไข้แค่นั้นเอง มันก็เพิ่มงานโรงพยาบาล ตัวพี่ชอบโมเดล 2 พี่ว่ามันน่าจะดี มันมีการบริการ มีการบริหารจัดการอะไรอย่างนี้ มันจะได้ทำเป็นระบบ...” (D3)

“รูปแบบที่สองสะดวกกับคนไข้เนะ พอคนไข้หาหมอเสร็จก็มารับยาได้ในวันนั้นเลย หรือถ้าไม่สะดวกก็ค่อยมารับวันหลังก็ได้ โรงพยาบาลจะส่งใบสั่งยามาก่อน น้องที่ร้านก็จะกดรับใบสั่งยาแล้วจัดยาตามใบสั่งยาเตรียมไว้ พอคนไข้มาถึงเราก็ตรวจเช็คอีกรอบ เอาฉลากยาติด แล้วก็จ่ายยาให้คนไข้” (D5)

1.1 ขั้นตอนการดำเนินโครงการของโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยคลินิกเบาหวานมารับบริการตามนัดที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้ป่วยจะได้รับบริการตามขั้นตอนระหว่างที่รอพบแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรประจำคลินิกเบาหวานประชาสัมพันธ์โครงการ เมื่อผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อเข้ารับการตรวจรักษา และประเมินความเหมาะสมในการไปรับยาที่ร้านขายยา ซึ่งต้องเป็นผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่มีภาวะโรคคั่งที่ สมัครงใจเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านขายยาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) และมีการใช้ยาต่อเนื่อง จากนั้นพบเภสัชกรประจำคลินิก และแจ้งความประสงค์การไปรับยา กรณีไม่ประสงค์ไปรับยาที่ร้านขายยาสามารถไปรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธโสธรได้ แต่หากประสงค์รับยาที่ร้านขายยา สามารถเลือกร้านขายยาที่ต้องการไปใช้บริการได้ เภสัชกรเตรียมเอกสารรับยาให้ผู้ป่วย ได้แก่ หนังสือเข้าร่วมและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลตามโครงการรับยาที่ร้านขายยา เพื่อให้ผู้ป่วย หรือผู้รับยาแทนลงลายมือชื่อ พร้อม

เอกสารแนบต่างๆ ได้แก่ ใบนำทาง ใบสั่งยา และเลขรหัส OTP ประวัติรายการยาผู้ป่วย ฉลากยา ซึ่งผู้ป่วยสามารถกลับบ้าน หรือไปติดต่อรับยาที่ร้านขายยาตามที่แจ้งความประสงค์ได้ทันทีหรือภายใน 7 วัน หลังได้รับการบริการจากโรงพยาบาล

1.2 ขั้นตอนการดำเนินโครงการของร้านขายยา

เภสัชกรร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัดต้องทำหน้าที่จัดยา และส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายตามใบสั่งแพทย์ ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม โดยร้านขายยามีแนวทางปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันในแต่ละร้าน แบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ได้แก่

1) การบริหารจัดการคลังยาของร้านขายยา

ร้านขายยาทุกแห่งจะมีสถานที่เก็บสำรองยาของโรงพยาบาลโดยเฉพาะ แยกออกจากคลังยาปกติของร้านขายยา แต่ละร้านจะมีการคำนวณความต้องการจำนวนยาให้เพียงพอ โดยประมาณการจากประวัติการจ่ายยาย้อนหลังในระบบบริหารสต็อกสินค้าของบริษัทเอกชน มีการตั้งเบิกยาจากโรงพยาบาล โดยทำการส่งใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ให้กับโรงพยาบาลล่วงหน้าตามวัน เวลาที่กำหนด เพื่อให้ทางโรงพยาบาลทำการจัดเตรียมยา และเวชภัณฑ์ตามรายการในใบเบิกยาของร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ ในช่วงระยะแรกของการดำเนินโครงการจะให้ร้านขายยาไปรับเองที่โรงพยาบาล แต่ต่อมามีการปรับเปลี่ยนโดยโรงพยาบาลดำเนินการจัดส่งยาให้ร้านขายยาแต่ละแห่งตามรอบการส่งที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นร้านขายยาจะทำการตรวจสอบรายการยา และจำนวนตามใบเบิกยาของแต่ละร้าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน จากนั้นจะทำการลงข้อมูลรายการยาและเวชภัณฑ์เพื่อรับยาในระบบบริหารสต็อกสินค้า ก่อนจัดเก็บยาเข้าที่เก็บยาของร้านขายยาโดยคำนึงสภาวะการเก็บรักษายา รวมถึงมีการบันทึกอุณหภูมิ และความชื้นสม่ำเสมอ มีการควบคุมการเบิกจ่ายยา โดยผ่านโปรแกรมของบริษัทเอกชนซึ่งมีระบบบริหารสต็อกสินค้า และระบบการจ่ายยาให้ผู้ป่วย การตรวจสอบเวชภัณฑ์คงคลังจะตรวจสอบสต็อกจากใบรายการที่ได้จากโรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อนำมาเทียบกับสต็อกในระบบ

บริหารสต็อกสินค้าของบริษัทเอกชน และสต็อกจริงที่เก็บ
ในร้านขายยาทุกสัปดาห์ ในแต่ละเดือนจะมีเภสัชกรจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาล
พุทธโสธร ทำการตรวจสอบยอดคงคลัง ณ ร้านขายยาทุก
แห่ง เดือนละ 1 ครั้ง

2) การรับใบสั่งยา และจัดยาตามใบสั่งแพทย์

โรงพยาบาลจะส่งใบสั่งยาไปยังร้านขายยาผ่าน
ระบบการจ่ายยา (e-prescription) ของบริษัทเอกชนเภสัช
กรร้านขายยาจะได้รับใบสั่งรวมทั้งข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยแต่
ละรายที่ถูกส่งมาให้ร้านขายยาก่อนเวลาที่ผู้ป่วยมารับยาที่
ร้านขายยา จากนั้นสอบถามข้อมูลใบสั่งยา ให้สอดคล้อง
กับข้อมูลโรคและอาการของผู้ป่วยที่ได้รับจากโรงพยาบาล
ตรวจสอบชื่อ-นามสกุล พร้อมเลขบัตรประจำตัวประชาชน
ของผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของรายการยา จัดเตรียม
ยาตามใบสั่งยา

3) การส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับยาแทน ณ
ร้านขายยา เมื่อผู้ป่วยหรือผู้รับยาแทนเข้ารับบริการ ณ
ร้านขายยา เภสัชกรร้านขายยาจะทำการตรวจสอบชื่อ-
นามสกุลผู้ป่วย พร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
หรือผู้รับยาแทน และช่องเอกสารหลักฐานจากโรงพยาบาล
จากนั้นจะทำการตรวจสอบรายการยาก่อนจ่ายอีกครั้ง ติด
ฉลากบนซองยา และส่งมอบยาภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ
เภสัชกรรม โดยให้ข้อมูลในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ชื่อยา
ขนาด ข้อบ่งใช้ วิธีการใช้ ผลข้างเคียง และอาการไม่พึง
ประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น ข้อควรระวังและข้อ
ควรปฏิบัติในการใช้ยา การปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้
ยา แจ้งให้พบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามใบนัดครั้งต่อไปของ
ผู้ป่วย บันทึกข้อมูลในระบบการจ่ายยา (e-prescription)
ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้มารับยาภายในวันที่มาพบแพทย์
เภสัชกรโทรศัพท์แจ้งเตือนให้ผู้ป่วยมารับยาภายใน 7 วัน
และกรณีไม่มารับยาภายใน 7 วัน จะแจ้งประสานไปยัง
เภสัชกรโรงพยาบาล

4) การติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย

เภสัชกรจะทำการค้นหาปัญหา โดยการสัมภาษณ์
ผู้ป่วย ทบทวนการใช้ยา ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

รวมทั้งแก้ไขปัญหา โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย
ให้ความรู้เกี่ยวกับยาและโรค รวมถึงคำแนะนำในการดูแล
ตนเอง

5) บันทึกข้อมูลการให้บริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วย
เพื่อดำเนินการเบิกค่าตอบแทนการให้บริการจาก สปสช

2. การกำกับติดตามโครงการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ร่วมกับ
โรงพยาบาลพุทธโสธร มีการจัดประชุมกำกับติดตามการ
ดำเนินงานตามนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล โดย
การรับยาที่ร้านขายยา เพื่อติดตามความก้าวหน้าการ
ดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ปีละ 1-2
ครั้ง นอกจากนี้ยังมีระบบการควบคุม ดูแลการสำรองยาที่
ร้านขายยา โดยสามารถตรวจสอบยอดคงคลังจากระบบ
สารสนเทศในทุกสัปดาห์ และไปตรวจสอบยอดคงคลัง ณ
ร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งได้มีการ
สอบถามปัญหาจากการดำเนินโครงการจากเภสัชกรร้าน
ขายยา ทุกครั้งเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาโครงการต่อไป

การประเมินผลที่ได้รับ ประกอบด้วย ผลผลิต
(จำนวนผู้ป่วยของคลินิกเบาหวานที่รับยาที่ห้องยาผู้ป่วย
นอกของโรงพยาบาลพุทธโสธร และจำนวนผู้ป่วยของ
คลินิกเบาหวานที่ไปรับยาที่ร้านขายยา) ผลลัพธ์ (ความพึง
พอใจของผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ) และผลกระทบ (ลด
ความแออัดในโรงพยาบาล)

1. ผลผลิต

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการทั้งหมด
และผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิ UC ของโรงพยาบาลพุทธโสธร
พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน และ
ผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่มีสิทธิ UC มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่
เมื่อเริ่มโครงการลดความแออัด โดยการรับยาที่ร้านขายยา
พบว่า มีผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยา จาก 271 คน ใน
ปีงบประมาณ 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 334 คน ในปีงบประมาณ
2564 สำหรับปีงบประมาณ 2565 ข้อมูล นับถึง 14
กรกฎาคม 2565 มีผู้เข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ 171
คน ดังนั้นจำนวนครั้งต่อเดือนในการรับยาของ

ปีงบประมาณ 2563 ถึง 2565 ประมาณ 38.8 (465/12), 39.5 (474/12) และ 23.4 (187/8) คน/ครั้งต่อเดือน ผู้ป่วยที่ไปรับยาที่ร้านขายยามีแนวโน้มลดลง แสดงว่าโครงการนี้สามารถลดความแออัดของผู้รับบริการของโรงพยาบาลได้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากผู้ป่วยที่รับบริการที่ร้านขายยามี

ประมาณ 0.1% ของผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิ UC ของผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิ UC หากพิจารณาจำนวนผู้รับบริการที่ร้านขายยาต่อวันลดลงเพียง 2-3 คน/ครั้งเท่านั้นในวันที่มีบริการคลินิกเบาหวาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สถิติจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด ผู้ป่วยนอกเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน ผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน UC ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธโสธร และผู้ป่วยที่ไปรับยาที่ร้านขายยา ปีงบประมาณ 2560-2565

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยนอกสิทธิ UC		ผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน		ผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน UC*		ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยา	
	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน
2560	317,501	99,602	139,664	44,423						
2561	514,597	176,932	234,904	80,620	5,616	2,044	3,931	1,431		
2562	594,406	177,489	293,805	90,180	6,712	1,994	4,698	1,396		
2563	532,828	159,793	262,835	81,041	6,854	1,999	4,798	1,399	465	271
2564	640,480	206,744	441,544	165,933	6,976	1,927	4,883	1,349	474	334
2565	634,733	208,988	396,429	158,971	7,245	2,056	5,072	1,439	187**	171**

*ประมาณ 70% ของผู้ใช้บริการทั้งหมด

**ข้อมูล นับถึง 14 กรกฎาคม 2565

ที่มา รายงาน HDC รายงาน HOSxP รายงาน สปสช.

2. ผลลัพธ์

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการที่โรงพยาบาลและร้านขายยา

จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการที่โรงพยาบาล ให้คะแนนความพึงพอใจต่อโครงการลดความแออัดฯ 5-8 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 พบว่า

“ให้คะแนนประมาณ 8 คะแนน เพราะมีในเรื่องของปัญหาหรืออุปสรรคในการทำค่อนข้างเยอะ ถึงแม้จะมีประโยชน์กับคนไข้ แต่ว่าบางทีมันเหมือนเป็นการเพิ่มภาระให้กับทางร้านขายยาโดยเฉพาะการเอายาไปวางไว้ที่ร้าน นอกจากจะเพิ่มภาระให้ที่ร้านก็ยังเพิ่มภาระให้โรงพยาบาลด้วย... แล้วก็ต้องมีการที่โรงพยาบาล และสสจ. ต้องไปตรวจสอบตักอีก มันใช้เวลาเยอะและใช้คนค่อนข้างเยอะ...”(H1)

“ความพึงพอใจต่อโครงการในภาพรวม 7 คะแนน เพราะว่าผลของมันเห็นไม่ชัด ลงทุน ลงแรงทั้งคนทั้งเครื่องมือ แต่ว่าคนไข้ที่มาแออัดหน้าห้องยา ก็ยังดูไม่แตกต่าง แต่ในเชิงคุณภาพคนไข้ที่เคยไปเคาท์สะตอกเคาท์เคาก็ยังอยากไป... คือตอนที่ส่งคนไข้ออกไปร้านขายยา ขั้นตอนมันเพิ่มขึ้นมานิดหน่อย แต่จริงๆก็ทำได้ไม่รู้สึกว่าเป็นปัญหา แต่เวลามาดูตรงห้องยาไม่รู้สึกว่ามันลดลงไม่ต่าง แบบวันนึง เช่น คนไข้เบาหวานมี 40 คน พี่ส่งคนไข้ออกไป 10 คน มันไม่ได้หายไปถึงครึ่งมันก็เลยดูไม่ออก แล้วก็แค่คลินิกเดียว แล้วคนไข้จากคลินิกอื่นๆลงมาก็เลยดูไม่ออก จริงๆถ้าขยายกลุ่มโรคอาจจะคนไปมากขึ้น” (H2)

“ในฐานะที่พี่เป็นคนทำงานและกัน พี่ให้ 5 และกัน เพราะว่าอย่างที่พี่บอก เหมือนมันเพิ่มงานให้เภสัชคนที่

ทำมากกว่า...เพิ่มเวลาในการทำงาน แต่คนไข้คือเค้าแฮปปี้ ใจ แต่เราคือแบบไม่ใช้ว่าเราไม่แฮปปี้...เพราะมันต้อง ทำหลายอย่าง มันมีหลายขั้นตอนมากเกินไปแล้วเราไม่มี ผู้ช่วย” (H3)

“ให้ 7 คะแนน เพราะระบบมันยังไม่เสถียร เท่าไหร่ หักเรื่องระบบไอที เอกสารเยอะหรือขั้นตอนที่มัน ยุ่งยาก...” (H4)

จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการที่ร้านขายยา ให้ คะแนนความพึงพอใจต่อโครงการลดความแออัดฯ 7-9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 พบว่า

“ภาพรวมของโครงการนี้ทุกอย่างเลยนะ 8 เต็ม ลิบ มันเป็นโครงการที่ดีนะ เป็นสิ่งที่ดีกับคนไข้ เป็นความ สะดวกของคนไข้เลย มันเป็นเรื่องที่ถ้าร้านขายยาไม่เหนือ บ่ากว่าแรง มันเป็นเรื่องที่ทำได้แล้วเป็นผลดีกับร้าน เป็นอะไรที่ ดีกับร้านจริงๆ แต่ว่าก็เหนื่อยหน่อย 2 คะแนนก็หักจาก เรื่องของความยุ่งยาก กับความเหนื่อยเนี่ยแหละ ขั้นตอน ทางราชการมันทำให้เยอะ ยุ่งยาก ทำให้ร้านรู้สึกเรื่องมัน เยอะ ไม่อยากจะดำเนินการทางด้านเอกสาร” (D2)

“ในฐานะคนทำงาน พี่ให้ 9 แล้วกัน พี่ว่ามันเป็น โครงการที่ดีนะ ที่น่าสนใจ คนไข้จะเข้าถึงร้านขายยาได้ง่าย กว่า เราจะคุยจะอะไรแบบนี้มันดูมีความเป็นกันเอง มากกว่า...บางคนเค้าสนใจ เค้าก็จะถามอยากรู้จริง เพราะว่าในโรงพยาบาลเค้าไม่มีเวลาคุย เสียกั๊ว คนก็ เยอะ ฉะนั้นรับ ก็จะได้คุย ก็กลายเป็นว่าคุยอย่างเดียว ห้าม อย่างเดียว มันก็จะมาในรูปแบบนั้น แต่พออยู่บางที่เราก็จะ บอกว่าอย่าไปโกรธเค้าเลย อย่างนั้นอย่างนี้ คือในร้านเนี่ย บางคนก็เป็นลูกค้าเราอยู่เดิม มีความสนิทสนมกันอยู่ พอสมควร ก็ได้คุยกัน บางทีเราก็หยิกแกมหยอกบ้าง พูดที่ เล่นที่จริง มันก็ขอฟล่งพี่ว่า” (D3)

“ให้ 7 แล้วกัน มันเป็นโครงการที่ดีต่อคนไข้ นะ แต่หักความยุ่งยากของระบบคอม...” (D5)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล และร้านขายยา

1. คุณลักษณะและการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการที่ โรงพยาบาล และร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ (ตาราง ที่ 2)

1.1 คุณลักษณะของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล และร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ

1) ผู้รับบริการคลินิกเบาหวานที่รับยาห้องยา ผู้ป่วยนอก จำนวน 120 คน ร้อยละ 73.3 เป็นเพศหญิง มี อายุเฉลี่ย 60.1 ปี อายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 86 ร้อยละ 90.0 อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา มีการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 77.5 ผู้รับบริการ คลินิกเบาหวาน ร้อยละ 45.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรค ร่วม ร้อยละ 84.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.1 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 61.4 และโรคไต เรื้อรัง ร้อยละ 11.9 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อย กว่า 5,000 บาท ร้อยละ 48.3 รองลงมารายได้เฉลี่ย 9,000- 19,999 บาท ร้อยละ 22.5 และรายได้เฉลี่ย 5,000-8,999 บาท ร้อยละ 19.2

2) ผู้รับบริการที่ร้านขายยา (ผู้ป่วยคลินิก โรคเบาหวาน โรงพยาบาลพุทธโสธร หรือผู้รับยาแทน ที่เข้า ร่วมโครงการลดความแออัดฯ) จำนวน 87 คน ร้อยละ 62.1 เป็นผู้ป่วย ผู้รับยาแทน ร้อยละ 37.9 เกือบ 3 ใน 4 เป็น เพศหญิงร้อยละ 67.8 มีอายุเฉลี่ย 52 ปี อาศัยอยู่ใน อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ร้อยละ 90.8 มีระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ร้อยละ 39.1 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.9 ผู้รับบริการที่ร้านขายยา ร้อยละ 40.2 ประกอบอาชีพ รับจ้าง พนักงานลูกจ้าง และร้อยละ 21.8 ไม่ได้ประกอบ อาชีพ ผู้รับบริการที่ร้านขายยาเฉพาะที่เป็นผู้ป่วยมีโรคร่วม ร้อยละ 50.6 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.0 และ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 33.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,000 ขึ้นไป ร้อยละ 40.2

1.2 การเข้าถึงบริการของผู้รับบริการที่ โรงพยาบาล และร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ

- 1) ผู้รับบริการคลินิกเบาหวานรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 120 คนส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลพุทธโสธรด้วยรถยนต์ส่วนตัว และรถรับจ้างรถประจำทาง ร้อยละ 73.4 ผู้รับบริการคลินิกเบาหวาน ร้อยละ 80.0 มีความสะดวกในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ในระดับปานกลาง-มาก ผู้รับบริการคลินิกเบาหวานต้องจ่ายค่าเดินทางไปรับยา ร้อยละ 77.5 โดยสามารถจ่ายค่าเดินทางได้ทุกครั้ง ร้อยละ 75.0
- 2) ผู้รับบริการคลินิกเบาหวานรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพุทธโสธร และร้านขายยา จำนวน 87 คน ส่วนใหญ่เดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัว และรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 74.7 ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทางไปรับยาที่ร้านขายยาระดับปานกลาง-มาก ร้อยละ 95.4 ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าเดินทางไปรับยา ร้อยละ 86.2 โดยทุกคนสามารถจ่ายค่าเดินทางได้ทุกครั้ง
- ผู้รับบริการคลินิกเบาหวานส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทางไปรับยาที่ร้านขายยามากกว่าที่โรงพยาบาล และสามารถจ่ายค่าเดินทางได้ทุกครั้ง ในขณะที่ผู้รับบริการคลินิกเบาหวานที่รับยาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร สามารถจ่ายค่าเดินทางได้ทุกครั้ง เพียงร้อยละ 75.0

ตารางที่ 2 คุณลักษณะและการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล และร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ

คุณลักษณะและการเข้าถึงบริการ		ที่โรงพยาบาล		ที่ร้านขายยา	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประเภท	ผู้ป่วย	120	100.0	54	62.1
ผู้รับบริการ	ผู้รับยาแทน			33	37.9
เพศ	ชาย	32	26.7	28	32.2
	หญิง	88	73.3	59	67.8
อายุ (ปี)	20-39	4	3.2	18	20.7
	40-49	13	10.8	14	16.1
	50-59	37	30.9	23	26.4
	60-69	46	38.4	24	27.6
	70 ปีขึ้นไป	20	16.7	8	9.2
	เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) (ปี)	60.1 (10.0)		52.0 (13.3)	
ที่อยู่	อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด (มัธยฐาน) (ปี)	32.0-86.0 (61.0)		26.0-76.0 (53.0)	
	อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา	108	90.0	79	90.8
	อำเภออื่น ฉะเชิงเทรา และจังหวัดอื่น	12	10.0	8	9.1
ระดับการศึกษาหรือต่ำกว่า		93	77.5	34	39.1
การศึกษา	มัธยมศึกษา/ปวช.	15	12.5	16	18.4
สูงสุด	ปวส./อนุปริญญา	2	1.7	3	3.4
	ปริญญาตรี และสูงกว่า	10	8.3	34	39.1
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	54	45.0	19	21.8
	รับจ้าง/พนักงานลูกจ้าง	35	29.2	35	40.2
	เกษตรกร	19	15.8	11	12.6

คุณลักษณะและการเข้าถึงบริการ		ที่โรงพยาบาล		ที่ร้านขายยา	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ค่าขาย	12	10.0	13	14.9
	อื่นๆ			9	10.5
มีโรคร่วม (เฉพาะผู้ป่วย)		101	84.2	44	50.6
	ความดันโลหิตสูง	86	85.1	40	46
	ไขมันในเลือดสูง	62	61.4	29	33.3
	ไตเรื้อรัง	12	11.9	4	4.6
	หัวใจและหลอดเลือด	10	9.9	3	3.4
	อื่นๆ	20	19.8	2	2.2
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	น้อยกว่า 5,000	58	48.3	14	16.1
	5,000-8,999	23	19.2	14	16.1
	9,000-19,999	27	22.5	24	27.6
	20,000 ขึ้นไป	12	10.0	35	40.2
		7,236.5 (8,027.0)		15,237.9 (10,387.8)	
เฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) (บาท)					
มัธยฐาน (บาท)		5,000		15,000	
รายได้ต่ำสุด – รายได้สูงสุด (บาท)		600-50,000		600-40,000	
การเดินทาง	เดินเท้า	1	0.8		
ไปใช้บริการ	รถจักรยานยนต์	31	25.8	24	27.6
	รถยนต์ส่วนตัว	56	46.7	41	47.1
	รถรับจ้าง/รถประจำทาง	32	26.7	22	25.3
ความสะดวก	สะดวกมาก	30	25.0	34	39.1
ในการ	สะดวกปานกลาง	66	55.0	49	56.3
เดินทางไป	สะดวกน้อย	17	14.2	3	3.4
รับยา	ไม่สะดวก	7	5.8	1	1.1
การจ่ายค่า	ไม่ต้องจ่าย	27	22.5	12	13.8
เดินทางไป	จ่าย	93	77.5	75	86.2
รับยา	สามารถจ่ายได้ทุกครั้ง	90	75.0	75	100.0
	สามารถจ่ายได้บางครั้ง	3	2.5		

2. ความพึงพอใจต่อการบริการ

ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้รับบริการที่ร้านขายยาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.9 เทียบกับที่

โรงพยาบาลมีระดับความพึงพอใจต่อการบริการในระดับมาก เพียงร้อยละ 32.5 แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการมากกว่าที่โรงพยาบาล (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อการบริการรับยาที่โรงพยาบาลและที่ร้านขายยา

สถานที่รับบริการ	จำนวน ผู้ให้ข้อมูล	ระดับความพึงพอใจต่อการบริการรับยา					
		น้อย		ปานกลาง		มาก	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาล	120	14	11.7	67	55.8	39	32.5
ร้านขายยา	87	1	1.1	20	23	66	75.9

อภิปรายผลการวิจัย (Discussions)

การประเมินโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้ CIPP Model เป็นกรอบในการประเมิน 4 ด้าน คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ สามารถอภิปรายผลในประเด็นที่สำคัญ ได้ดังนี้

ด้านบริบท โรงพยาบาลพุทธโสธร มีพื้นที่ให้บริการจำกัด แต่ผู้รับบริการโดยเฉพาะบริการผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เกิดความแออัด พื้นที่ให้บริการรับยาหน้าห้องยาพุทธโสธร มีพื้นที่ประมาณ 125 ตารางเมตร มีเก้าอี้นั่งรอรับยาจำนวน 60 ตัว มีผู้มาใช้บริการเฉพาะห้องยาผู้ป่วยนอก 1,200-1,500 คนต่อวัน ผู้ป่วยใช้เวลารอรับยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาปกติเฉลี่ย 20 นาที ช่วงเวลาเร่งรีบ (11.00-13.00 น.) เฉลี่ย 40 นาที นอกจากนี้งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกยังให้บริการผู้ป่วยจากทุกจุดที่จำเป็นต้องใช้ยา โดยเฉพาะในช่วงเวลาเร่งรีบ ทำให้เกิดความหนาแน่นในการรอรับยาบริเวณหน้าห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ส่งผลให้เกิดความกระจุกตัวและความแออัดในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยที่มีสิทธิเข้าร่วมโครงการนี้ต้องเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคคั่งที่ และใช้สิทธิ UC ซึ่งมีเพียงประมาณ 0.1% ของผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิ UC ส่งผลให้ลดจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องยาพุทธโสธร ได้เพียง 2-3 คนต่อวันให้บริการคลินิกเบาหวานเท่านั้น บริบทนี้สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดอื่น Sriwasut et al (2023)

ด้านปัจจัยนำเข้า โรงพยาบาลไม่ได้จัดสรรอัตรากำลังคนเพิ่มเติมสำหรับโครงการนี้ แต่เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamrang et al (2021) ที่พบว่า เป็นการเพิ่มภาระงานให้บุคลากรโรงพยาบาล เนื่องจากขั้นตอนการทำงานที่เพิ่มขึ้นในส่วนการแนะนำโครงการให้ผู้ป่วยรับทราบ การเชิญชวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยา และการติดต่อประสานงานกับร้านขายยา แต่สำหรับร้านขายยา เป็นการสร้างเครือข่ายการให้บริการกับโรงพยาบาลพุทธโสธรเพื่อร่วมกันให้บริการแก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกสซกรร้านขายยามีเวลาพูดคุย ให้คำปรึกษาด้านยา และการดูแลโรคเรื้อรัง รวมทั้งค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านความพร้อมของระบบข้อมูลสารสนเทศที่ใช้ในโครงการ จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลพุทธโสธร ใช้รูปแบบที่ 2 ที่จำเป็นจะต้องมีการส่งไปส่งยาไปยังร้านขายยา และการบริหารจัดการคลังยาที่ร้านขายยา ซึ่งในช่วงปีแรกของการดำเนินงานมีบริษัทเอกชนเข้ามาสนับสนุน แต่หลังจากนั้นจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการส่งข้อมูลไปยังร้านขายยา เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายหากใช้บริการต่อไปอีก รวมทั้งระบบส่งต่อข้อมูลไม่สามารถเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล ร้านขายยา และสปสข. ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย และเป็นภาระต่อร้านขายยาในการบันทึกข้อมูลลงระบบข้อมูลเพื่อขอเบิกจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการ และเป็นภาระของ

โรงพยาบาลในการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้ร้านขายยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Khampang et al (2021) ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคของโครงการนำร่องที่สำคัญ เป็นเรื่องของระบบสารสนเทศที่ยังไม่สนับสนุนการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ร้านขายยา และสปสข. ทำให้ทั้งโรงพยาบาล ร้านขายยา และสปสข.ไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านระบบได้ ดังนั้นความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบสารสนเทศ จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลที่มีระบบสารสนเทศที่ดี และสามารถเชื่อมระบบข้อมูลของโรงพยาบาล กับร้านขายยาได้ โดยเฉพาะหากดำเนินการในรูปแบบบริการที่ 2 ที่จะต้องมีการกำกับติดตามคลังยาอย่างใกล้ชิด ระบบสารสนเทศที่ดีจึงมีความสำคัญมาก และช่วยลดภาระการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อนได้ ในส่วนของงบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับจากโครงการนี้จะไม่มากนัก แต่ก็สามารถใช้สนับสนุนการบริหารจัดการโครงการได้ สำหรับงบประมาณที่ให้กับร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ จะเบิกได้ตามรอบการเบิกของสปสข. เมื่อเภสัชกรร้านขายยาบันทึกข้อมูลเข้าระบบได้ถูกต้อง และครบถ้วน แม้ว่าร้านขายยาจะได้ค่าตอบแทนไม่มากนัก แต่เภสัชกรร้านขายยาเห็นว่าไม่ได้คิดเรื่องค่าตอบแทนเป็นหลัก การให้บริการผู้ป่วย ได้ดูแลชุมชนเป็นส่วนสำคัญ คือกำไรที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการ

ด้านกระบวนการดำเนินงาน ในส่วนของโรงพยาบาลกระบวนการส่งผู้ป่วยไปรับยา มีขั้นตอนที่เภสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน จะต้องพิจารณาจากใบสั่งยาว่า รายการยาชนิดใดที่ไม่อยู่ในกรอบรายการของร้านขายยา จะให้ผู้ป่วยรับยาชนิดนั้นที่โรงพยาบาล ที่เหลือให้ไปรับที่ร้านขายยา นอกจากนี้เภสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน จะต้องเตรียมเอกสารสำหรับให้ผู้ป่วยถือติดตัวไปเพื่อรับยาที่ร้านขายยา ถึงแม้จะมีระบบสารสนเทศเพื่อเชื่อมข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและร้านขายยา แต่ยังมีปัญหาในเรื่องของการส่งใบสั่งยา ซึ่งบางครั้งอาจจะต้องมีการถ่าย

ใบสั่งยาส่งทางไลน์ไปยังร้านขายยาเพื่อให้ร้านขายยาจัดเตรียมยาได้รวดเร็ว และทันต่อการให้บริการ สำหรับที่ร้านขายยา เนื่องจากเภสัชกรที่ร้านขายยา เป็นผู้สูงอายุทำให้ขาดทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์ ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้ช่วยเภสัชกร จึงเป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรที่ร้านขายยา ซึ่งจะต้องใช้ระบบสารสนเทศในการบันทึกข้อมูลการรับ-จ่ายยาให้ผู้ป่วย รวมถึงระบบบริหารจัดการคลังยา นอกจากนี้ระบบการเบิกค่าตอบแทนการให้บริการของสปสข. ไม่สามารถเชื่อมกับระบบสารสนเทศของร้านขายยา จึงทำให้ต้องทำงานซ้ำซ้อนหลายครั้ง กระบวนการให้บริการของโครงการ ในช่วงปีงบประมาณ 2563 ใช้รูปแบบที่นำยาของโรงพยาบาล ไปสำรองไว้ที่ร้านขายยา และให้เภสัชกร ร้านขายยาเป็นผู้จัด ตรวจสอบยาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยตามใบสั่งยา ตลอดจนเบิกจ่ายค่าตอบแทนจากสปสข. ต่อจากนั้นปีงบประมาณ 2564 เพื่อลดภาระในการจัดยาและตรวจสอบยาก่อนส่งมอบให้ผู้ป่วย โรงพยาบาลจะเป็นผู้จัด ตรวจสอบยาตามใบสั่งยา และจัดส่งให้กับร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ เพื่อให้เภสัชกรร้านขายยาเป็นผู้ตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง ก่อนจ่ายยาให้แก่ผู้รับบริการ รวมถึงเบิกจ่ายค่าตอบแทน ต่อจากนั้นปีงบประมาณ 2565 ได้ยกเลิกการสำรองยาที่ร้านขายยา เหลือเพียงรูปแบบที่โรงพยาบาลเป็นผู้จัด ตรวจสอบยาตามใบสั่งยา ก่อนส่งมอบให้กับร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัดฯ โดยที่เภสัชกรร้านขายยาทำหน้าที่เพียงตรวจสอบความถูกต้อง และจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม และทำการเบิกจ่ายค่าตอบแทนจากสปสข.

ด้านผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบ การลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยการให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านขายยามีข้อจำกัดในเรื่องของต้องเป็นผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่ใช้สิทธิ UC เท่านั้น ซึ่งเป็นเพียงประมาณ 0.80 % ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด จากผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าโครงการนี้

ลดความแออัดของผู้รับบริการที่ห้องยาพหุโสธร ได้น้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วยที่รับบริการที่ร้านขายยาไม่ถึง 0.1% ของผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิ UC และจำนวนผู้รับบริการที่ร้านขายยา มีเพียง 2-3 คน/ครั้งต่อวันที่ให้บริการผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่โรงพยาบาล โดยเฉลี่ยต่อ 16 วันทำการต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ และคณะ ที่พบว่าความแออัดในโรงพยาบาลลดลงเล็กน้อย สำหรับความพึงพอใจต่อบริการที่โรงพยาบาล พบว่า มีความพึงพอใจต่อบริการเพียงร้อยละ 32.5 แต่ที่ร้านขายยาพบว่า มีความพึงพอใจต่อบริการรับยาที่ร้านขายยาถึง ร้อยละ 75.9 สอดคล้องกับ Hadwesad et al (2022) และ Sriwasut et al (2023) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการของร้านขายยามาก

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

โครงการนี้ลดความแออัดในโรงพยาบาลได้เล็กน้อย ผู้ให้บริการที่โรงพยาบาล มีความพึงพอใจต่อโครงการฯ 5-8 คะแนน ผู้ให้บริการที่ร้านขายยา มีความพึงพอใจต่อโครงการฯ 7-9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการรับยาที่ร้านขายยามากกว่าที่โรงพยาบาล ร้อยละ 75.9 และ 32.5 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามโครงการนี้ โรงพยาบาลไม่ได้จัดสรรอัตรากำลังคนเพิ่มเติม แต่เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรโรงพยาบาล และมีระบบสารสนเทศที่ไม่สนับสนุนการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ร้านขายยา และสปสข. สำหรับเภสัชกรร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการนี้ ไม่ได้คิดเรื่องค่าตอบแทนเป็นหลัก การได้ให้บริการผู้ป่วยและชุมชน เป็นสิ่งสำคัญและเป็นกำไรที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการ เป็นการเปิดบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน ในการทำงานร่วมกันเชิงเครือข่าย

สุขภาพ ตลอดจนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการสุขภาพของชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา และขยายกลุ่มโรคให้มากขึ้นเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการรับยาที่ร้านขายยาได้ตามความต้องการ

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.) ควรพัฒนาระบบสารสนเทศที่ง่ายต่อการใช้งานเพื่อลดขั้นตอนในการบันทึกข้อมูลหลายแห่ง และลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น สามารถเชื่อมระหว่างโรงพยาบาล ร้านขายยา และสปสข. ให้ครอบคลุมการใช้งานในทุกรูปแบบการดำเนินโครงการ เช่น ระบบบริหารคลังยาแบบ real time ระบบรับ-จ่ายยาแก่ผู้ป่วย และการเบิกจ่ายค่าตอบแทนจากสปสข. เพื่อลดภาระงานทั้งของโรงพยาบาล และร้านขายยา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลแม่ข่ายควรขยายกลุ่มโรคให้มากขึ้น
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรเพิ่มจำนวนร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการฯ ให้มากขึ้น และครอบคลุมพื้นที่อื่นๆ
3. โรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรพัฒนาระบบสารสนเทศที่ง่ายต่อการใช้งาน เพื่อส่งต่อข้อมูลระหว่างร้านขายยา โรงพยาบาล และสปสข. เพื่อลดภาระงานของทุกฝ่าย
4. โรงพยาบาลแม่ข่ายควรเพิ่มช่องทางในการจัดส่งยาให้แก่ผู้รับบริการ เช่น ส่งทางไปรษณีย์ ส่งผ่านอสม. เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จาก
ผู้ให้ข้อมูลทั้งหัวหน้ากลุ่มงาน เกสัชโรงพยาบาล เกสัช
กรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เกสัชกรร้านขายยา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ และผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาล
ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกรายที่ผู้วิจัยขอข้อมูล
เพิ่มเติม รวมทั้งบุคคลและหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้ความ
ร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินโครงการนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

- Bureau of Information. (2018). The Ministry of Public Health uses 3 strategies to reduce overcrowding in large hospitals. Cited October 22, 2021, from <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/117764><https://pr.moph.go.th/?url=main/index/>
- Chalongsuk R, & Lochid-amnuay S. (2006). Client satisfaction in pharmacy under the Thai universal coverage scheme: a case study at the community pharmacy of Sawang Dan Din Crown Prince Hospital. *Journal of Health Research*, 20(1), 41-58.
- Jurarut Hadwesad, Surasak Chaiyasong, Kanjanaporn Taratai, Piangkwan Srimongkhon, Romtawan Kalapat, & Phasith Phatchana. (2022). Evaluation of the Pilot Project on “Drug-Dispensing Services in Pharmacies to Reduce Overcrowding In Mahasarakham Hospital, Mahasarakham Province”. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 14(3), 605-617.
- Ministry of Public Health. (2019). Congestion reduction project operation manual of service units in the National Health Security System by current type 1 drug stores. Cited October 22, 2021, from https://www.pharcpa.com/index.php?page=news_detail&id=442&page=news_detail&id=442
- National Statistical Office. (2021). Out-Patients from Health Service Units, Ministry of Public Health, Whole Kingdom: Year 2010 - 2019. Cited October 22, 2021, from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>
- Pakarang Sriwasut, Phayom Sookaneknun Olson, Peeraya Sriphong, Juntip Kanjanasilp, Saithip Suttiruksa, Theerapong Seesin, Ratthapong Lhamoon. (2023). Evaluation of the “Warm - Hearted Community Pharmacy Project” in Roi Et Province Using the CIPP Model. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 15(1), 111-123.
- Roongnapa Khampang, Sripen Tantivess, Pattara Leelahavarong, Araya Yanpiboon, Kunnatee Ponragdee, Atthawit Yangtisan, Jirawit Yadee. (2021). An evaluation of the pilot program on drug-dispensing services in pharmacies to reduce hospital congestion phase II.

Sunee Lertsinudom, Nirachara Tawinkan, Nadthatida Hansuri, & Nasatid, A. (2018). Outcomes of Family Pharmacist Network Services in Universal Health Care Coverage. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 10(2), 383-391.

Surakiat Achananupap. (2550). Reduce Overcrowding at Hospital: dream or reality? Cited October 22, 2021, from <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/7270>

The Office of Community Pharmacy Accreditation (Thailand). (2021). The history of community pharmacy accreditation. October 22, 2021, from <https://papc.pharmacycouncil.org/index.php?option=contact&subpage=contactus>.

โรงพยาบาลพุทธโสธร. (2021). ประวัติโรงพยาบาล. Cited October 22, 2021, from <http://www.bsh.go.th/>.

Activity-based Costing of Tooth Extraction According to the New Normal Dental Service During COVID-19 Pandemic at Banglen Hospital, Nakhon Pathom Province

Praweena Urairergkul¹ Nittaya Pensirinapa^{2*} Warangkana Chankong²

1 Master of Public Health in Hospital Administration, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

** Corresponding author e-mail: Nittaya.pen@stou.ac.th*

2 School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

Original article

Received: 22 May, 2023

Revised: 28 May, 2023

Accepted: 25 July, 2023

Abstract

The objectives of this research are (1) to analyze the activity-based costing per tooth extraction according to the new normal dental service during COVID-19 pandemic; (2) to analyze the activity-based costing per tooth extraction classified by a direct cost in terms of a labour cost, a material cost and a capital cost, and classified by each activity of the service; and (3) to compare the activity-based costing per tooth extraction with a tooth extraction charge of Banglen hospital.

This was a descriptive research. Data was collected between December 1st, 2022, and January 31st, 2023, then analyzed in a total amount, percentage, and average. The results were: (1) the total cost per tooth extraction according to the new normal dental service was 192.55 baht; (2) the direct cost per tooth in descending order were 75.75 baht for the labour cost, 63.48 baht for the material cost, and 21.22 baht for the capital cost, with a proportion of 47.21: 39.56: 13.23 respectively. For the cost of four service activities, the oral screening activity was 7.20 baht, the diagnosis and extraction activity was 144.48 baht, the dental record and cleaning dental unit activity was 34.73 baht, and the post-operative document given to patient activity was 6.14 baht, with a proportion of 3.34 : 75.03 : 18.04 : 3.19; and (3) the total cost per tooth extraction which was 192.55 baht, less than the tooth extraction charge of Banglen hospital among patients who did not have a universal coverage scheme, according to the Comptroller General's Department 2016 (200 baht/tooth), for 7.45THB.

Recommendation is, with the trend of increasing cost in the future, Banglen hospital should have a tooth extraction charge at least 240 baht, according to the pricing model of Ministry of Public Health 2019.

Keywords: Activity-based costing; Tooth extraction; New normal dental service

ต้นทุนฐานกิจกรรมของงานถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่ ในช่วงการระบาดของ โรคโควิด 19 ของโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

ประวีณา อุไรฤกษ์กุล¹ นิตยา เพ็ญศิริรักษา^{2*} วรางคณา จันทรงค์²

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: Nittaya.pen@stou.ac.th

² สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 22 พ.ค. 2566

วันแก้ไข 28 พ.ค.2566

วันตอบรับ 25 ก.ค.2566

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์ต้นทุนรวมฐานกิจกรรมต่อหน่วยของงานถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 (2) วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมต่อหน่วยของงานถอนฟันจำแนกตามต้นทุนทางตรง ด้านค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน และตามกิจกรรมบริการแต่ละขั้นตอน และ (3) เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมต่อหน่วยของงานถอนฟันกับค่าบริการที่โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม เรียกเก็บ การศึกษาใช้การวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า (1) ต้นทุนรวมต่อหน่วยของงานถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่มีค่าเท่ากับ 192.55 บาท (2) ต้นทุนทางตรงต่อหน่วยของงานถอนฟัน เรียงจากมากไปน้อย คือ ค่าแรง 75.75 บาท ค่าวัสดุ 63.48 บาท และค่าลงทุน 21.22 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 47.21 : 39.56 : 13.23 เมื่อพิจารณาต้นทุนต่อกิจกรรมบริการ 4 ขั้นตอน พบว่า ต้นทุนกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น 7.20 บาทต่อซี่ กิจกรรมตรวจวิเคราะห์และดำเนินการถอนฟัน 144.48 บาทต่อซี่ กิจกรรมลงบันทึกการรักษาและทำความสะอาดยูนิททันตกรรม 34.73 บาทต่อซี่ และกิจกรรมผู้ป่วยรับเอกสารหลังถอนฟัน 6.14 บาทต่อซี่ โดยคิดสัดส่วนต้นทุนของกิจกรรมดังกล่าว เป็น 3.74 : 75.03 : 18.04 : 3.19 และ (3) ต้นทุนรวมของงานถอนฟันที่คำนวณได้ น้อยกว่าอัตราค่าบริการของกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2559 ที่โรงพยาบาลใช้เรียกเก็บกับผู้ป่วยบริการที่ไม่ได้ใช้สิทธิบัตรทอง (200บาท/ซี่) อยู่ 7.45 บาท ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ในอนาคตต้นทุนมีแนวโน้มสูงขึ้น โรงพยาบาลบางเลนควรมีอัตราเรียกเก็บค่าบริการถอนฟันอย่างน้อยซี่ละ 240 บาท ตามหลักการคิดอัตราค่าบริการของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562

คำสำคัญ ต้นทุนฐานกิจกรรม; งานถอนฟัน; การบริการทันตกรรมวิธีใหม่

บทนำ

การวิเคราะห์ต้นทุนบริการถือเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยงานนั้นๆ การดำเนินงานในสถานพยาบาลนอกจากจะให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ด้านความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยแล้ว ควรมีรายรับจากการให้บริการมากกว่ารายจ่ายที่ลงทุนไปด้วย จึงจะถือว่าเป็นการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้สำหรับโรงพยาบาลรัฐแล้ว คณะกรรมการพัฒนาอัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 ใช้หลักการคิดต้นทุนฐานกิจกรรมต่อหน่วยบริการ (Activity-based Costing) เป็นกรอบแนวคิดที่สำคัญ (กองบริหารการสาธารณสุข, 2563) หลักการนี้เป็นวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนโดยหาต้นทุนของกิจกรรมที่ทำให้เกิดการบริการ หรืออาจเรียกว่าเป็นวิธีการวิเคราะห์ต้นทุนจากล่างขึ้นบน ระบบการวิเคราะห์ต้นทุนลักษณะนี้ทำให้ผู้บริหารมองเห็นและเข้าใจพฤติกรรมของต้นทุนที่เกิดขึ้นในองค์กร และสามารถบริหารต้นทุนตามกิจกรรมได้ (อาทร รวีไพบูลย์, 2561)

สำหรับงานทันตกรรมนั้น การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งในประเทศไทยต้องทำการปรับปรุงสถานที่ให้มีระบบระบายอากาศที่เหมาะสม รวมถึงมีการเพิ่มเติมวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องแต่งกาย และสิ่งจำเป็นอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการรักษาในภาวะปกติก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อให้ได้มาตรฐานตาม “แนวทางปฏิบัติตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่เพื่อการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” ที่กรมการแพทย์และตัวแทนองค์กรด้านทันตกรรมได้จัดทำขึ้น (กรมการแพทย์, 2564) จากมาตรการดังกล่าวที่ออกมาทำให้ต้นทุนบริการทางทันตกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม ได้ทำการปรับปรุงโครงสร้างห้องทันตกรรมและปรับเปลี่ยนรายละเอียดการให้บริการให้ได้ตาม

มาตรฐานของกรมการแพทย์ และเปิดให้บริการทันตกรรมวิธีใหม่ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2564 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งแม้ว่าการระบาดและความรุนแรงของโรคโควิด 19 จะลดน้อยลงในเวลาต่อมา แต่การจัดบริการแบบวิธีใหม่ หรือ New Normal นั้นกลายเป็นมาตรฐานการบริการที่ต้องปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่คาดว่าจะคงอยู่ตลอดไป ทั้งนี้พบว่าในแต่ละเดือนมีผู้มารับบริการถอนฟันคิดเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดของบริการทันตกรรมทั้งหมด โดยเฉลี่ยเกือบร้อยละ 30 ของผู้มารับบริการทันตกรรมต่อเดือน และข้อมูลจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ของโรงพยาบาลบางเลน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2559-2564) พบว่าการถอนฟันเป็นหัตถการที่มีผู้มารับบริการทันตกรรมสูงที่สุดในทุกปี ทั้งนี้โรงพยาบาลบางเลนยังคงกำหนดอัตราค่าบริการทันตกรรมอิงตามอัตราค่าบริการของกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2559 ที่มีค่าบริการในการถอนฟันแท้และฟันน้ำนมซี่ละ 200 บาท (กรมบัญชีกลาง, 2559) โดยที่ไม่เคยมีการคำนวณต้นทุนมาก่อนว่าเป็นเท่าใด มีความคุ้มทุนหรือไม่ ดังนั้นงานวิจัยฉบับนี้จึงมีจุดประสงค์ที่จะศึกษานำร่องถึงต้นทุนบริการต่อหน่วยของงานถอนฟัน โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมภายใต้การบริการทันตกรรมวิธีใหม่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงพยาบาลบางเลน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรของฝ่ายทันตสาธารณสุข ให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน และจัดระบบบริการทันตกรรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนรวมฐานกิจกรรมต่อหน่วยของงานถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมต่อหน่วยของงานถอนฟันของโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

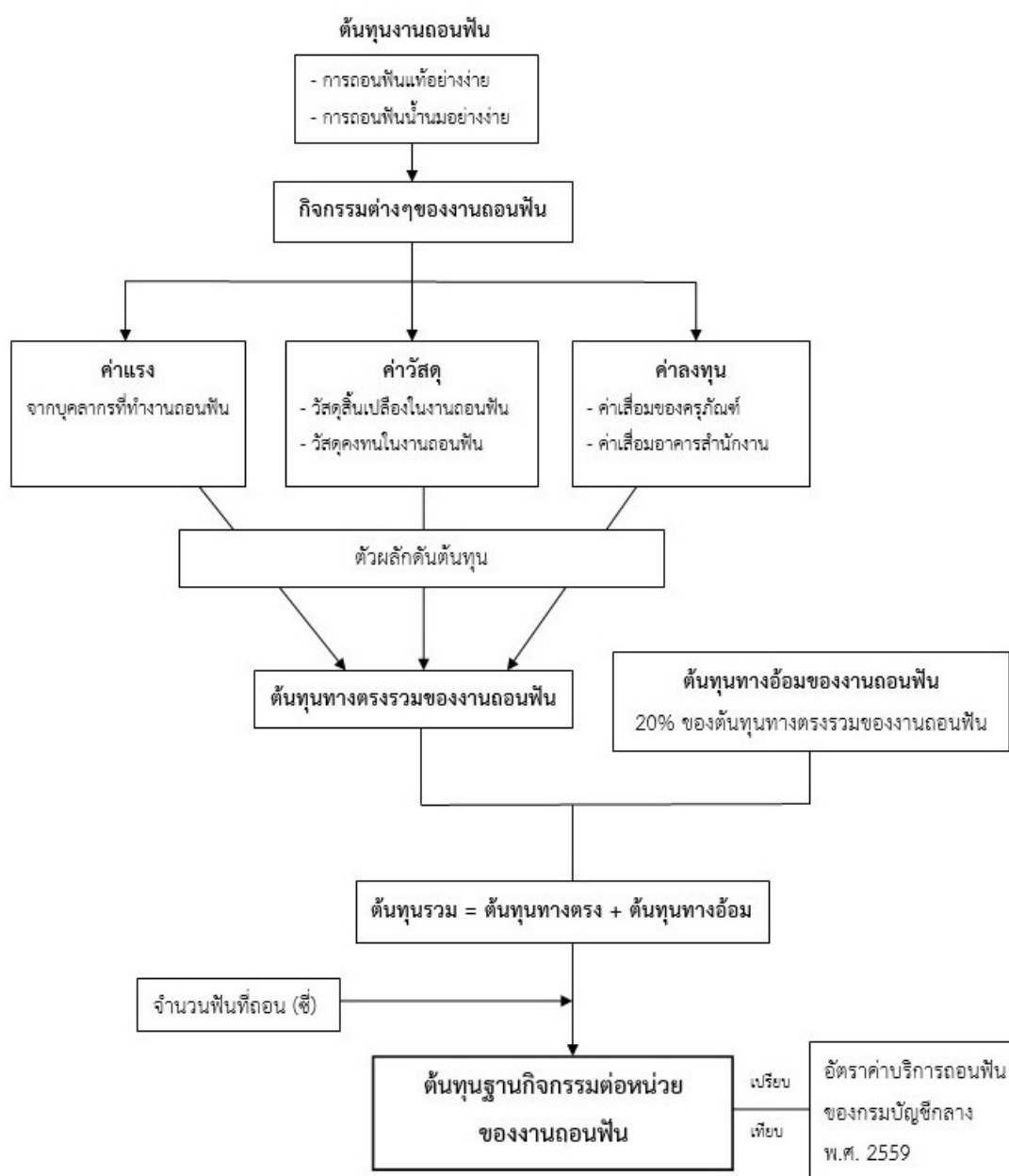
จำแนกตามต้นทุนทางตรง ด้านค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน และตามกิจกรรมบริการแต่ละขั้นตอน

3. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมต่อหน่วยของงานถอนฟัน กับค่าบริการที่โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม เรียกเก็บ

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual frameworks)

งานวิจัยฉบับนี้เป็นการหาต้นทุนบริการต่อหน่วยของงานถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่

โดยใช้หลักแนวคิดต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-based Costing) ซึ่งจะคิดเฉพาะการถอนฟันอย่างง่าย โดยรวมทั้งการถอนฟันแท้และฟันน้ำนม ที่ทำโดยทันตแพทย์หรือทันตภิบาลที่ทำงานภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาล บางเลนเท่านั้น จากนั้นจึงนำต้นทุนต่อหน่วยของงานถอนฟันที่คำนวณได้เปรียบเทียบกับอัตราค่าบริการถอนฟันที่โรงพยาบาลบางเลนเรียกเก็บ คือ อัตราค่าบริการของกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2559 ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

งานวิจัยฉบับนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้ระบบวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity - based Costing)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมทั้งในด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการนอนพื้น ทำการสุ่มตัวอย่างตามช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเป็นเวลา 2 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2566 ทั้งนี้ โรงพยาบาลบางเลนจะมีระบบการจัดลำดับการเข้ารับบริการที่เหมือนกันในแต่ละวัน และเปิดรับจำนวนผู้เข้ารับบริการเท่ากันในทุกๆวัน คือเปิดให้บริการผู้ป่วยนอกทางทันตกรรม 30 คนต่อวัน ดังนั้นในการเลือกช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลประชากรที่ศึกษาจึงไม่แตกต่างกันและสามารถเป็นตัวแทนของประชากรที่มาเข้ารับบริการงาน นอนพื้นตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่ของโรงพยาบาลบางเลนได้ทุกช่วงเวลา ข้อมูลดังกล่าวได้แก่

1. ข้อมูลด้านผู้ให้บริการของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลปฐมภูมิจากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านเวลาและปริมาณกิจกรรมตามพจนานุกรมกิจกรรมงานนอนพื้น 2) ข้อมูลทุติยภูมิจากแผนการเงินงานพัสดุ และงานแผนนโยบายของโรงพยาบาลบางเลน
2. ข้อมูลด้านผู้รับบริการของโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลรายงานนอนพื้นแท้หรือนอนพื้นน่านมอย่างง่ายภายใต้การบริการทันตกรรมวิธีใหม่ของโรงพยาบาลบางเลน โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลที่ไม่เลือกเข้าศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่ เป็นข้อมูลงานนอนพื้นอย่างยาก ต้องเปิดเหงือก ต้องกรอแบ่งรากฟันหรือเป็นงานนอนพื้นที่มีเลือดออกมาก ต้องใช้วัสดุเพิ่มเติมในการห้ามเลือด หรือเป็นข้อมูลงานนอนพื้นเด็กพิเศษที่ไม่ให้ความร่วมมือ ต้องใช้การจัดการพฤติกรรมหรือเป็นข้อมูลรายงานการนอนพื้นอย่างง่ายที่รวมกับการทำหัตถการอื่นๆ ในครั้งเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 7 ชิ้น ได้แก่ พจนานุกรมกิจกรรมงานนอนพื้น แบบบันทึกค่าแรง แบบบันทึกวัสดุสิ้นเปลือง แบบบันทึกวัสดุคงทน แบบบันทึกค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ทันตกรรม แบบบันทึกข้อมูลการนอนพื้น ข้อมูลเวลาและกิจกรรมตามพจนานุกรมการนอนพื้น และแบบบันทึกการรวบรวมข้อมูลต้นทุนงานนอนพื้น ทั้งนี้เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความสามารถ เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและมีความรู้ในขั้นตอนงานนอนพื้น 3 ท่าน ด้วยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content validity index) คะแนน 0.92 และค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC: Index of Item Objective Congruence) คะแนน 0.89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากในงานวิจัยฉบับนี้มีการใช้ข้อมูลค่าแรงของบุคลากรในฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลบางเลน ซึ่งถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวง่าย จึงได้ทำการขอพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม หมายเลขรับรอง 36 / 2565 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางเลนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บข้อมูลตามระยะเวลาที่ทำการวิจัย
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา และรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงขอความร่วมมือจากบุคลากรในแผนกทันตกรรมที่ทำงานนอนพื้น
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมืองานวิจัยที่ได้ออกแบบไว้

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	ต้นทุนทางอ้อมของงานถอนฟัน หมายถึง
คำจำกัดความที่สำคัญที่ใช้ในการคำนวณ	ต้นทุนทางตรงรวมของกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ที่
ต้นทุนงานวิจัยฉบับนี้ ได้แก่	เกี่ยวข้องกับงานถอนฟัน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับ
ต้นทุนฐานกิจกรรมต่อหน่วยของงานถอนฟัน	หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับงานถอนฟัน เช่น การ
หมายถึง ผลรวมต้นทุนทางตรงรวม และต้นทุนทางอ้อม	บริการหน่วยชักรอก ค่าสาธารณูปโภค และค่าใช้จ่ายที่
ของงานถอนฟันหารด้วยปริมาณบริการถอนฟันหน่วย	เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนบริการ เป็นต้น
เป็นสี่	วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
ต้นทุนทางตรงรวมของงานถอนฟัน หมายถึง	Microsoft Excel โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive
มูลค่ารวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่า	statistics) ผลการวิเคราะห์เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ลงทุนที่เกี่ยวข้องกับงานถอนฟันโดยตรง	โดยแบ่งหมวดหมู่ข้อมูลของต้นทุนตามการคิดวิเคราะห์
	ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดการเก็บข้อมูลและการคิดวิเคราะห์ในแต่ละหมวดหมู่ต้นทุน

หมวดหมู่ต้นทุน	รายละเอียดการเก็บข้อมูลและการคิดวิเคราะห์
ต้นทุนรวม (Full cost)	ต้นทุนทางตรง + ต้นทุนทางอ้อม
ต้นทุนทางตรง (Direct cost)	ต้นทุนค่าแรง (LC) + ต้นทุนค่าวัสดุ (MC) + ต้นทุนค่าลงทุน (CC)
ต้นทุนค่าแรง (Labor cost ; LC)	ข้อมูลที่รวบรวม ได้แก่ อัตราเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทน เงินเพิ่มพิเศษไม่ทำเวชปฏิบัติ ค่า พตส. ค่าจ้าง ค่าตอบแทนฉบับ 11 โดย คิดจากเวลาทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ 4 สัปดาห์ต่อเดือน ค่าแรงต่อนาที = $\frac{\text{ค่าแรงรวมในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา}}{60 \times 7 \times 5 \times 4 \times \text{จำนวนเดือน}}$
ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost ; MC)	ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง + ต้นทุนค่าวัสดุคงทน
ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง (MC1)	คิดเป็นราคาต่อครั้ง รวมคำนวณวัสดุที่ใช้แล้วหมดไปในกิจกรรมต่อครั้ง
ต้นทุนค่าวัสดุคงทน (MC2)	คิดเป็นราคาต่อครั้ง ในการนี้วัสดุเครื่องมือทันตกรรมที่ไม่มีเลขครุภัณฑ์แต่ ใช้งานได้หลายปีจะใช้ราคาซื้อ ทำการประมาณการระยะเวลาการใช้ที่ขึ้น ละ 10 ปี โดยใช้งานปีละ 52 สัปดาห์ เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ 1 ครั้งต่อ วัน (ตามรอบการอบฆ่าเชื้ออุปกรณ์ทางทันตกรรมวันละ 1 รอบของหน่วย จ่ายกลางโรงพยาบาลบางเลน) ต้นทุนค่าวัสดุคงทนต่อครั้ง = $\frac{\text{ราคาเฉลี่ยวัสดุคงทนต่อชิ้น}}{1 \times 5 \times 52 \times 10}$

หมวดหมู่ต้นทุน	รายละเอียดการเก็บข้อมูลและการคิดวิเคราะห์
ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost ; CC)	คำนวณจากค่าเสื่อมของครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้างโดยวิธีการคิดแบบค่าเสื่อมราคาเส้นตรง (Straight Line Method) และนำค่าเสื่อมราคาที่ได้มาคำนวณค่าเสื่อมราคาต่อวันที่ โดยคิดจากเวลาทำงาน 7 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ 52 สัปดาห์ต่อปี $\text{ค่าเสื่อมราคาของทรัพย์สินต่อวันที่} = \frac{\text{ราคามูลค่าทรัพย์สินสุทธิ}}{60 \times 7 \times 5 \times 52 \times \text{จำนวนปีที่ใช้งาน}}$
ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost)	คำนวณตามหลักคิดต้นทุนฐานกิจกรรมต่อหน่วยบริการตามแนวทางการจัดทำอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสำหรับคนไทย พ.ศ. 2562 คิดจากร้อยละ 20 ของต้นทุนทางตรงรวม

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนฐานกิจกรรมของงานถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงพยาบาลบางเลนในครั้งนี้ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2566 มีข้อมูลผู้มารับบริการถอนฟันจำนวน 226 ครั้ง และจำนวนฟันที่ถอนทั้งหมด 272 ซี่ บุคลากรฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลบางเลน ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่ ประกอบด้วยทันตแพทย์ 5 คน ทันตภิบาล 2 คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ 5 คน ผู้วิจัยนำข้อมูล

มาวิเคราะห์ต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งจะนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนทางตรงจำแนกตามต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน

1.1 ต้นทุนค่าแรง จากการเก็บข้อมูลพบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการถอนฟัน 1 ซี่ มีค่าเท่ากับ 13.69 นาที ต้นทุนค่าแรงของการถอนฟันตลอดระยะเวลาที่เก็บข้อมูลมีค่า 20,604.68 บาท และค่าแรงเฉลี่ยต่อการถอนฟัน 1 ซี่มีค่าเท่ากับ 75.75 บาท (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าแรงรวมต่อกิจกรรม เวลาเฉลี่ย และค่าแรงเฉลี่ยที่ใช้ในการถอนฟัน 1 ซี่ ตามพจนานุกรมกิจกรรมถอนฟัน

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ค่าแรงรวมต่อกิจกรรม (บาท)	เวลาเฉลี่ย (นาที/ซี่)	ค่าแรงเฉลี่ยต่อกิจกรรม (บาท/ซี่)
1. กิจกรรมก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	1.1 คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น	632.04	2.76	2.32
2. กิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	2.1 ตรวจวิเคราะห์และดำเนินการถอนฟัน	13,844.84	6.65	50.90
	2.2 ลงบันทึกการรักษาและทำความสะอาดยูนิต	5,787.41	2.79	21.28

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ค่าแรงรวมต่อ กิจกรรม (บาท)	เวลาเฉลี่ย (นาท/ชี)	ค่าแรงเฉลี่ยต่อ กิจกรรม (บาท/ชี)
3. กิจกรรมภายหลังผู้ป่วย ออกจากห้อง	3.1 ผู้ป่วยรับเอกสารหน้า แผนกทันตกรรม	340.39	1.49	1.25
รวม		20,604.68	13.69	75.75

ตารางที่ 3 ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง วัสดุคงทน ค่าวัสดุต่อการถอนฟัน 1 ครั้ง และค่าวัสดุต่อการถอนฟัน 1 ซี่

ประเภทต้นทุน	ค่าวัสดุสิ้นเปลือง (บาท/ครั้ง)	ค่าวัสดุคงทน (บาท/ครั้ง)	ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท/ครั้ง)	ต้นทุนค่าวัสดุ (บาท/ซี่)
มูลค่า	73.75	2.65	76.40	63.48

ตารางที่ 4 ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน ต่อการถอนฟัน 1 ซี่

ประเภทต้นทุน	มูลค่า (บาท/ซี่)	คิดเป็นร้อยละ
ต้นทุนค่าแรง	75.75	47.21
ต้นทุนค่าวัสดุ	63.48	39.56
ต้นทุนค่าลงทุน	21.22	13.23

1.2 ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าวัสดุที่ใช้ในการถอนฟัน 1 ครั้งมีค่า 76.40 บาท โดยแบ่งเป็นต้นทุนวัสดุสิ้นเปลือง 73.75บาท และ ต้นทุนวัสดุคงทน 2.65 บาท หรือคิดเป็นต้นทุนค่าวัสดุต่อการถอนฟัน 1 ซี่ เท่ากับ 63.48 บาท (ตารางที่ 3)

1.3 ต้นทุนค่าลงทุน คิดจากค่าเสื่อมของพื้นที่ฝ่ายทันตกรรมที่ใช้กับงานถอนฟัน (ร้อยละ 30 ของพื้นที่ฝ่ายทันตกรรมทั้งหมด ตามสถิติสัดส่วนของงานถอนฟันเมื่อเทียบกับงานทั้งหมดในฝ่าย) และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในกิจกรรมการถอนฟันรวมทั้งหมดจำนวน 3 รายการที่มีอายุการใช้งานจริงน้อยกว่าอายุประเมิน ได้แก่ เครื่องซังน้ำหนัก-วัดส่วนสูง และครุภัณฑ์ที่เกิดจากการปรับปรุง

ระบบระบายอากาศในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 คือ เครื่องปรับอากาศ และเครื่องระบายอากาศในแต่ละห้องให้บริการ เมื่อรวมคำนวณจะได้ต้นทุนทางตรงค่าลงทุนของงานถอนฟันเท่ากับ 21.22 บาทต่อซี่

จากการวิเคราะห์ต้นทุนทางตรงของการถอนฟันที่ได้กล่าวมาในข้างต้นพบว่า ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรมีค่าสูงสุดเท่ากับ 75.75 บาทต่อซี่ รองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุ 63.48 บาทต่อซี่ และต้นทุนค่าลงทุนมีค่าต่ำที่สุดเท่ากับ 21.22 บาทต่อซี่ คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 47.21 : 39.56 : 13.23 (ตารางที่ 4)

2. การแจกแจงต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนรวมในกิจกรรมการถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่ในแต่ละกิจกรรม

ตารางที่ 5 ต้นทุนกิจกรรมทางตรงรวม ต้นทุนกิจกรรมทางอ้อม ต้นทุนรวม ต้นทุนต่อหน่วย และร้อยละของ ต้นทุนในแต่ละกิจกรรมต่อการถอนฟัน 1 ซี่

กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	ต้นทุนกิจกรรมทางตรงรวม (บาท)	ต้นทุนกิจกรรมทางอ้อม (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	ร้อยละ
1. กิจกรรมก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	1.1 คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น	1,632.15	326.43	1,958.58	7.20	3.74
2. กิจกรรมขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา	2.1 ตรวจวิเคราะห์และดำเนินการถอนฟัน	32,748.96	6,549.79	39,298.75	144.48	75.03
	2.2 ลงบันทึกการรักษาและทำความสะอาดเยื่อเยื่อ	7,871.47	1,574.29	9,445.77	34.73	18.04
3. กิจกรรมภายหลังผู้ป่วยออกจากห้อง	3.1 ผู้ป่วยรับเอกสารหน้าแผนกทันตกรรม	1,392.66	278.53	1,671.19	6.14	3.19
รวม		43,645.24	8,729.05	52,374.29	192.55	100.00

จากตารางที่ 5 ข้างต้นสามารถคำนวณต้นทุนการถอนฟันจากกิจกรรมต่างๆในการถอนฟัน 1 ซี่ ได้ดังนี้

1. ต้นทุนกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนเข้ารับการรักษาเท่ากับ 7.20 บาท

2. ต้นทุนกิจกรรมตรวจวิเคราะห์และดำเนินการถอนฟันให้กับผู้ป่วยมีค่ามากที่สุดเท่ากับ 144.48 บาท

3. ต้นทุนกิจกรรมลงบันทึกการรักษาและทำความสะอาดเยื่อเยื่อเท่ากับ 34.73 บาท

4. ต้นทุนกิจกรรมผู้ป่วยรับเอกสารหน้าแผนกทันตกรรมมีค่าน้อยที่สุดเท่ากับ 6.14 บาท

เมื่อนำต้นทุนรวมต่อหน่วยของแต่ละกิจกรรมย่อยมาบวกกันจนสิ้นสุดพจนานุกรมกิจกรรมจะได้ต้นทุน

กิจกรรมต่อหน่วยของงานถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่โรงพยาบาลบางเลนมีค่าเท่ากับ $7.20 + 144.48 + 34.73 + 6.14 = 192.55$ บาท คิดเป็น สัดส่วนของต้นทุนกิจกรรมคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนเข้ารับการรักษา : ต้นทุนกิจกรรมตรวจวิเคราะห์และดำเนินการถอนฟันให้กับผู้ป่วย : ต้นทุนกิจกรรมลงบันทึกการรักษาและทำความสะอาดเยื่อเยื่อ : ต้นทุนกิจกรรมผู้ป่วยรับเอกสารหน้าแผนกทันตกรรม มีค่าเท่ากับ $3.74 : 75.03 : 18.04 : 3.19$

3. เปรียบเทียบราคาต้นทุนต่อหน่วยของงานถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่กับอัตราค่าบริการถอนฟันที่โรงพยาบาลบางเลนเรียกเก็บจากผู้รับบริการ

พบว่า ต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วยของงานถอนฟันมีค่าเท่ากับ 192.55 บาท มีค่าน้อยกว่าอัตราค่าบริการถอนฟันของกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2559 ที่โรงพยาบาลบางเลนใช้เป็นแนวทางในการเรียกเก็บค่าบริการที่ขึ้นละ 200 บาท อยู่ 7.45 บาท

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussions and conclusions)

การหาต้นทุนต่อหน่วยของงานถอนฟันโดยใช้การวิเคราะห์แบบต้นทุนฐานกิจกรรมในงานวิจัยนี้ พบว่า ต้นทุนของงานถอนฟันตามการบริการทันตกรรมวิธีใหม่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ของโรงพยาบาลบางเลนมีค่าเท่ากับ 192.55 บาทต่อซี่ โดยเป็นต้นทุนทางตรงร้อยละ 80 เท่ากับ 160.46 บาท และต้นทุนทางอ้อมร้อยละ 20 เท่ากับ 32.09 บาท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของงานถอนฟันในแต่ละโรงพยาบาลมีค่าแตกต่างกันไป ได้แก่ โรงพยาบาลท่าตุม ในปีงบประมาณ 2557 มีค่า 144.58 บาท (อารยา วรรณโพธิ์กลาง, 2559) โรงพยาบาลบางบ่อในปีงบประมาณ 2558 มีค่า 223.06 บาท (รุ่งทิพย์ บุญล้ำสัน, 2560) และโรงพยาบาลบ้านกรวด ในปีงบประมาณ 2561 มีค่า 95.90 บาท (สุจรรยา กนกแก้ว, 2561) ทั้งนี้โรงพยาบาลดังกล่าวล้วนแต่คิดเฉพาะในส่วนของต้นทุนทางตรงรวมเท่านั้น เนื่องจากการยากที่จะปันส่วนต้นทุนทางตรงของหน่วยงานอื่นมาเป็นต้นทุนทางอ้อมของหน่วยงานตนเอง ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนทันตกรรม แต่เนื่องจากงานวิจัยฉบับนี้มีจุดประสงค์เพื่อต้องการทราบต้นทุนบริการต่อหน่วยของงานถอนฟัน จึงใช้การประมาณการต้นทุนทางอ้อมที่ร้อยละ 20 ของต้นทุนทางตรง ตามหลักคิดต้นทุนฐานกิจกรรมต่อหน่วยบริการตามแนวทางการจัดทำอัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสำหรับคนไทยฉบับล่าสุด พ.ศ. 2562 และนำส่วนของต้นทุนทางอ้อมที่คิดได้มารวมกับต้นทุนทางตรง เพื่อเป็นการประมาณการให้ได้ต้นทุนต่อหน่วยที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งเป็นวิธีการคิด

เดียวกับการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมต่อหน่วยของการให้บริการถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรมด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ชนิดลำรังสีรูปกรวยของสถาบันทันตกรรม ในปีงบประมาณ 2563 (รัชมี เกศสุวรรณรักษ์, 2563)

เมื่อพิจารณาทางด้านสัดส่วนของต้นทุนต่อการถอนฟัน 1 ซี่พบว่าต้นทุนค่าแรงมีสัดส่วนสูงที่สุดเนื่องจากทันตแพทย์และทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีอายุราชการมาก ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนบริการของหลายแผนกในหลายโรงพยาบาล

ต้นทุนของงานถอนฟันที่มีสัดส่วนรองลงมา ได้แก่ ต้นทุนค่าวัสดุ โดยมีค่าเท่ากับ 63.48 บาทต่อซี่ หรือคิดเป็น ร้อยละ 39.56 ของต้นทุนทางตรง โดยวัสดุที่มีต้นทุนในการถอนฟัน 1 ซี่มากที่สุด ได้แก่ หน้ากากอนามัยชนิดเอ็น 95 เป็นวัสดุสิ้นเปลืองที่มีต้นทุนถึง 41.13 บาทต่อครั้ง (1 ครั้ง คิดรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานและผู้ช่วยทันตแพทย์) โดยราคาของหน้ากากอนามัยชนิดเอ็น 95 ที่โรงพยาบาลบางเลนจัดซื้อ มีราคาเฉลี่ยอยู่ที่ชิ้นละ 56 บาท แตกต่างจากหน้ากากอนามัยที่ใช้ปฏิบัติงานในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 คิดเป็นราคาเฉลี่ยชิ้นละ 1.60 บาท ซึ่งทำให้ต้นทุนเฉพาะในส่วนของหน้ากากอนามัยเพิ่มขึ้นถึง 25.8 เท่า นอกจากนี้ยังมีต้นทุนค่าวัสดุอื่นที่เพิ่มขึ้นจากการบริการทันตกรรมวิธีใหม่ ได้แก่ น้ำยาบ้วนปากคลอเรกซิดิน 0.12% ที่มีต้นทุนต่อการอมกลั้ว 1 ครั้ง ครั้งละ 20 มิลลิลิตร ก่อนเริ่มทำหัตถการอยู่ที่ 3.16 บาทต่อครั้ง และต้นทุนของชุดเสื้อกาวน์กันน้ำที่ใส่แทนเสื้อกาวน์ธรรมดาในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 โดยเป็นเสื้อกาวน์ที่สามารถสะท้อนสารคัดหลั่งไม่ให้ซึมเข้าภายใน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แต่เสื้อกาวน์กันน้ำนี้ ทางโรงพยาบาลบางเลนได้รับการจัดสรรมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมตั้งแต่ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จึงทำให้ไม่มีต้นทุนของวัสดุสิ้นเปลืองนี้ ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดสรรจะทำให้ต้นทุนต่อหน่วยของงานถอนฟันเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้ราคาของเสื้อกาวน์กันน้ำอยู่ที่ตัวละประมาณ 500 บาท แต่ละตัวมีอายุการใช้งาน 20 ครั้ง คิดเป็นมูลค่า 25 บาทต่อการใช้งาน 1 ครั้ง

ต้นทุนที่มีสัดส่วนน้อยที่สุดคือ ต้นทุนค่าลงทุน มีค่าเท่ากับ 21.22 บาทต่อซี หรือคิดเป็นร้อยละ 13.23 ของต้นทุนทางตรง ทั้งนี้มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์หลายรายการเพิ่มขึ้นจากการปรับปรุงระบบระบายอากาศในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ เครื่องปรับอากาศ 5 เครื่อง ที่มีค่าเสื่อมราคาเท่ากับ 0.14 บาทต่อนาฬิกา และเครื่องฟอกอากาศ 5 เครื่อง ที่มีค่าเสื่อมราคาเท่ากับ 0.20 บาทต่อนาฬิกา ในทุกๆห้องที่ให้บริการภายหลังจากที่มีการกันห้องให้แต่ละห้องบริการแยกกัน และเปลี่ยนจากระบบปรับอากาศรวมฝัฟฟ้า เป็นเครื่องปรับอากาศแขวนเพดานในแต่ละห้อง

จะเห็นว่าการให้บริการทันตกรรมวิถีใหม่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 มีส่วนของต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุนที่เพิ่มขึ้นจากก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 ค่อนข้างมาก โดยต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเป็นไปเพื่อเพิ่มมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อเป็นหลัก สอดคล้องกับการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบต้นทุนการจัดบริการทันตสาธารณสุขและศึกษาผลกระทบทางงบประมาณของการจัดบริการก่อนการระบาดและระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ณ อำเภอมโนไพร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 มีต้นทุนรวมทางตรงที่สูงขึ้นเกิดจากต้นทุนค่าวัสดุและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการป้องกันโรคโควิด 19 เท่ากับ 233,900 บาท และ 406,637.47 บาท ตามลำดับ อีกทั้งต้นทุนต่อหน่วยของกิจกรรมทันตสาธารณสุขระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 สูงกว่าก่อนหน้าการระบาดทุกกิจกรรม (นฤพร ชูเสนและคณะ, 2565)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าราคาต้นทุนของงานถอนฟันต่อหน่วยที่คำนวณได้นั้นน้อยกว่าอัตราค่าบริการถอนฟันของกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2559 ที่โรงพยาบาลบางเลนใช้เป็นแนวทางการเรียกเก็บค่าบริการจากคนไข้ที่ไม่มีสิทธิบัตรทอง แต่หากพิจารณาถึงต้นทุนของงานถอนฟันที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต จากการเพิ่มขึ้นของค่าแรงบุคลากรที่จะมีอายุการทำงานที่นานขึ้น และการซื้อวัสดุและครุภัณฑ์ต่างๆทดแทนในส่วนของวัสดุและครุภัณฑ์ที่อายุการใช้งานจริงเกินอายุประเมินและสภาพไม่เหมาะสมกับการใช้งาน

แล้ว จึงควรกำหนดอัตราค่าบริการถอนฟันให้สูงกว่าต้นทุนของการถอนฟันต่อหน่วยที่คำนวณได้ ซึ่งจากกรอบการกำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุข (กองบริหารการสาธารณสุข, 2563) ได้กล่าวไว้ว่ารูปแบบของการกำหนดอัตราค่าบริการถอนฟันควรมีค่าสูงกว่าต้นทุนของงานถอนฟันที่คำนวณได้ ดังนี้

อัตราค่าบริการ = ต้นทุนค่าบริการ + ต้นทุนที่อาจเปลี่ยนแปลงในอนาคต (คิดจาก 25% ของต้นทุนค่าบริการ)

ดังนั้น จากต้นทุนต่อหน่วยของงานถอนฟันในงานวิจัยฉบับนี้ จึงควรกำหนดอัตราค่าบริการถอนฟันของโรงพยาบาลบางเลนอย่างน้อย $192.55 + (0.25)192.55 = 240$ บาท โดยอัตราดังกล่าว ถึงแม้จะมากกว่าอัตราค่าบริการถอนฟันของกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2559 แต่ยังมีค่าน้อยกว่าค่าบริการถอนฟันในประกาศกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นประกาศอัตราค่าบริการฉบับล่าสุดที่กำหนดให้โรงพยาบาลรัฐบาลสามารถคิดค่าบริการถอนฟันได้ถึงสี่ละ 350 บาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อพิจารณาต้นทุนที่อาจเปลี่ยนแปลงในอนาคตตามรูปแบบการกำหนดอัตราค่าบริการของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 ซึ่งจะมีค่าเท่ากับร้อยละ 25 ของต้นทุนค่าบริการที่คำนวณได้ จะทำให้อัตราค่าบริการถอนฟันต่อหน่วยของโรงพยาบาลบางเลนควรมีค่าเท่ากับ 240 บาท ดังนั้นจึงควรเสนอต่อผู้บริหารให้พิจารณาปรับค่าบริการเรียกเก็บในกรณีที่ผู้มารับบริการไม่ได้ใช้สิทธิบัตรทอง ควรมีอัตราเรียกเก็บอย่างน้อย 240 บาทต่อซี่

2. ทั้งนี้หากมีข้อจำกัดที่ยังไม่สามารถปรับอัตราค่าบริการได้ทันทีก็สามารถใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนโดยจำแนกตามประเภทของต้นทุนและกิจกรรม ในการปรับรายละเอียดการให้บริการในแต่ละกิจกรรมเพื่อเป็นการลดต้นทุนการถอนฟัน เช่น สามารถนำไปออกแบบระบบงานเพื่อลดต้นทุนในส่วนค่าแรง

บุคลากรของทันตแพทย์และทันตภิบาลสำหรับการถอนฟันอย่างง่าย โดยให้ทันตภิบาลซึ่งมีค่าแรงน้อยกว่าทันตแพทย์ปฏิบัติงานแทนในส่วนนี้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ทันตแพทย์ไปให้บริการในหัตถการอื่นที่มีความยากและซับซ้อนมากกว่า จะส่งผลให้ต้นทุนบริการของงานถอนฟันลดลง ซึ่งอาจมีการศึกษาในภายหลังต่อไป

3. ควรทำการศึกษาต้นทุนในภาพรวมฝ่ายต่างๆในโรงพยาบาลไปพร้อมๆกัน และใช้ข้อมูลต้นทุนทางอ้อมที่มาจากข้อมูลจริงของโรงพยาบาล ได้แก่ การบริการหน่วยซักฟอก ค่าสาธารณูปโภค และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนบริการ มาทำการปันส่วนต้นทุนกระจาย

ไปที่ฝ่ายต่างๆ เพื่อให้การคิดต้นทุนดังกล่าวมีค่าใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

4. ควรมุ่งไปที่การหาแนวทางการลดต้นทุนโดยปรับเปลี่ยนรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม มุ่งเน้นไปที่ประเภทของต้นทุนที่มีสัดส่วนของต้นทุนสูง ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการทำวิจัย และขอขอบคุณบุคลากรในฝ่ายทันตกรรมทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Boonlumsun. R. (2017). The Comparison of Itemized Dental Service Cost of Bang Bo Hospital and Dental Service Fee List of Public Health Service Units, Ministry of Public Health 2004 and Dental Service Fee of The Comptroller General's Department. *Journal of the Department of Medical Services*, 42(1), 95-103.
- Choosen. N., Singweratham. N., Nawsuwan. K., Phodha. T. & Bunpean. A. (2022). Unit cost and budget impact on dental service before and over COVID-19 outbreak, Phanomphrai, Roi Et Province. *Journal of Health Science Research*, 16(1), 76-87.
- Department of Medical Services. (2021). Guideline of the New Normal Dental Service for Dental Treatment During COVID-19 Pandemic. Retrieved from https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=151
- Health Administration Division. (2020). Principles and Concepts in Organizing Service Rate of Public Health Unit in Service Rate of Public Health Unit of Service Departments under the Ministry of Public Health 2019. (2nd ed., pp.ก-ข). Born to be Publishing.
- Kanokkaew. S. (2018). Itemized dental service cost of Bankuat hospital in fiscal year 2018. *Thai Dental Public Health Journal*, 23(2), 17-27.
- Kessuwanrak R. (2020) Activity-based Costing of Dental Cone Beam Computed Tomography Service in Institute of Dentistry, Department of Medical Services in Fiscal Year 2020. *Journal of the Department of Medical Services*, 42(1), 95-103.
- Ministry of Public Health. (2019) Service Rate of Public Health Unit Under the Ministry of Public Health 2019. Circulated letter No. 0207.11/2731 on 25 Sep 2019.

- Riewpaiboon. A. (2018). *Cost Analysis in Health Systems Development*. Sakdisopa Publishing.
- The Comptroller General's Department. (2016). Service Rate of Public Health Unit for Reimbursement of Medical Treatment Fee in Government Hospitals. Urgent letter No. 0431.2/๑/246 on 16 Jun 2016.
- Wannapoglang. A. (2016) Itemized Dental Service Cost of Thatum Hospital in 2014. *Journal of Health Systems Research*, 10(1), 23-34.

Situation of Illegal Online Advertising in Aesthetic Medical Clinic, Chachoengsao Province

Kanokkan Chanwaro

Pharmacist, Professional Level, Chachoengsao Provincial Public Health Office

kanokkan.chan@gmail.com

Original article

Abstract

Received: 6 July 2023

Revised: 9 August 2023

Accepted: 21 August 2023

The objective of this research is to study the situation and analyze challenges in controlling illegal online advertising in aesthetic medical clinics in Chachoengsao province. The researchers collected online advertising data from all 33 clinics for a period of one month. It was found that all clinics used Facebook as a channel for advertising, along with advertisements appearing on other platforms such as Instagram, Line, Twitter, Website, YouTube, and TikTok, would also be posted on Facebook. This research chose to collect data from advertisements on Facebook to examine the issues of illegal advertising and conduct interviews with 6 entrepreneurs regarding their opinions about illegal online advertising. The research findings revealed that out of the 499 clinic advertisements on Facebook, 353 of them were illegal (70.74%). Entrepreneurs attributed the illegal actions to business competition and insufficient knowledge and understanding of advertising laws. They suggested improvements in the approval process for advertisements to be faster and more consistent nationwide. They also recommended about providing training programs to enhance knowledge and the developing up-to-date advertising guidelines and implement artificial intelligence technology for detecting inappropriate words in advertisements. The findings of this study can be used as data for dissemination and knowledge-building to ensure the correct practices among entrepreneurs, as well as for planning future management of illegal advertising issues.

Keywords: aesthetic medical clinic, online advertising, entrepreneurs

สถานการณ์การฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาทางสื่อออนไลน์ ในคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

กนกกาญจน์ จันะโร

เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

kanokkan.chan@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 6 ก.ค. 2566

วันแก้ไข 9 ส.ค.2566

วันตอบรับ 21 ส.ค. 2566

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายในคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลขึ้นโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกฯ ทุกแห่ง (33 แห่ง) ในระยะเวลา 1 เดือน พบว่าคลินิกทุกแห่งใช้ Facebook เป็นช่องทางในการโฆษณาและโฆษณาที่ปรากฏในช่องทางอื่น ได้แก่ Instagram Line Twitter Website YouTube TikTok จะถูกนำไปลงใน Facebook ด้วย การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกเก็บข้อมูลจากโฆษณาทาง Facebook มาตรวจสอบประเด็นการฝ่าฝืนกฎหมาย และทำการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการจำนวน 6 คน เกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อสถานการณ์การฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาทางสื่อออนไลน์ ผลการวิจัยพบว่าโฆษณาของคลินิกฯ ในช่องทาง Facebook จำนวน 499 ชิ้น ฝ่าฝืนกฎหมายจำนวน 353 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 70.74 ผู้ประกอบการให้ความเห็นถึงสาเหตุการฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาว่ามาจากการแข่งขันทางธุรกิจและความรู้ความเข้าใจกฎหมายการโฆษณาของผู้ประกอบการยังไม่เพียงพอ เสนอให้มีการปรับปรุงกระบวนการพิจารณาอนุมัติโฆษณาให้มีความรวดเร็ว และมีดุลยพินิจในการอนุมัติเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ ต้องการให้จัดอบรมความรู้รวมทั้งพัฒนาคู่มือการโฆษณาให้ทันสมัย และนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการตรวจจับค่าที่ไม่ควรใช้ในการโฆษณา ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการประชาสัมพันธ์และสร้างองค์ความรู้เพื่อให้ผู้ประกอบการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งใช้ในการวางแผนการจัดการปัญหาการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายได้ในอนาคต

คำสำคัญ: คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม; การโฆษณาทางสื่อออนไลน์; ผู้ประกอบการ

บทนำ

สถานการณ์ธุรกิจทางการแพทย์ที่ให้บริการด้านความงามในประเทศไทยได้รับความนิยมและมีอัตราการเติบโตสูงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้สามารถดำเนินธุรกิจได้ในสภาวะดังกล่าวผู้ประกอบการจึงจำเป็นต้องปรับตัวและพัฒนาการให้บริการด้วยกลยุทธ์ในการแข่งขันที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแข่งขันผ่านสื่อโฆษณาซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารที่สำคัญทางการตลาดช่วยให้ผู้บริโภคได้รับข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เพื่อจูงใจหรือโน้มน้าวใจให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมคล้อยตามเนื้อหาสาระโฆษณาจนเกิดการตัดสินใจที่จะซื้อผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้น โดยเฉพาะการโฆษณาผ่านสื่อออนไลน์และ จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกากระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ระบุว่าปี 2564 มีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตสูงถึง 52.5 ล้านคน หรือคิดเป็น 79.3 % ของประชากรไทยทั้งประเทศที่มีจำนวน 66.2 ล้านคน เพิ่มขึ้นปีละ 3.6 ล้านคน โดยเฉลี่ย แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันประชากรไทยมีการใช้งานอินเทอร์เน็ตกันอย่างแพร่หลายและมีแนวโน้มของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่เพิ่มขึ้น (กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565) ดังนั้นการโฆษณาผ่านระบบอินเทอร์เน็ตหรือช่องทางออนไลน์จึงเป็นช่องทางการสื่อสารที่เป็นที่นิยมและมีประสิทธิภาพเพราะอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่ได้รับการยอมรับการอย่างแพร่หลาย สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วและความทันสมัย เหมาะกับวิถีชีวิตในปัจจุบันของคนไทย

ปี 2566 จังหวัดฉะเชิงเทรา มีสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) จำนวน 303 แห่ง แบ่งเป็นคลินิกเวชกรรม 119 แห่ง คลินิกเฉพาะทางด้านเวชกรรม 49 แห่ง คลินิกทันตกรรม 66 แห่ง คลินิกทันตกรรมชั้นสอง 1 แห่ง คลินิกกายภาพบำบัด 12 แห่ง คลินิกเทคนิคการแพทย์ 5 แห่ง คลินิกการแพทย์

แผนไทย 8 แห่ง คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ 1 แห่ง คลินิกการประกอบโรคศิลปะ 5 แห่ง คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 24 แห่ง คลินิกผดุงครรภ์ชั้นสอง 3 แห่ง และสหคลินิก 10 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2566) คลินิกทุกแห่งถูกควบคุมกำกับเรื่องการโฆษณาตามมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 คลินิกสามารถโฆษณาประชาสัมพันธ์หรือประกาศได้ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด แต่ต้องได้รับอนุมัติก่อนจึงจะโฆษณาได้ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายสำหรับการขออนุมัติโฆษณา และห้ามโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับกิจการของสถานพยาบาลหรือคุณวุฒิหรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อชักชวนให้มีผู้มาขอรับบริการจากสถานพยาบาลโดยใช้ข้อความ เสี่ยงหรือภาพอันเป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความจริง หรือน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการของสถานพยาบาล ทั้งนี้ คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามไม่ได้มีการบัญญัติเป็นประเภทของสถานพยาบาลตามกฎหมาย แต่รัฐกำหนดให้คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามเป็นประเภทหนึ่งของคลินิกเวชกรรม ซึ่งการดำเนินการจะต้องมีการควบคุมโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือแพทย์เท่านั้น มาตรฐานการให้บริการและการควบคุมกำกับโฆษณาในคลินิก ต้องจัดอยู่บนพื้นฐานเดียวกันกับคลินิกเวชกรรม

จากการสำรวจคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าทุกแห่งมีการโฆษณาผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ แผ่นโปสเตอร์ แผ่นป้าย แผ่นพับ รูปปลอก และสื่อออนไลน์ เช่น Facebook Instagram Line Twitter Website โดยพบว่าสื่อออนไลน์ เป็นรูปแบบการโฆษณาที่พบมากที่สุด โดยเฉพาะ Facebook ซึ่งเป็นช่องทางของสื่อที่ทำให้ผู้บริโภคเข้าถึงง่าย ในทางปฏิบัติกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้กำหนดว่าการพิจารณาอนุมัติโฆษณาทางโซเชียลมีเดีย หรือสื่อออนไลน์ ให้ขออนุมัติทุกช่องทาง

โดยยื่นคำขอพร้อมหน้าเพจแรกและข้อความโฆษณาเพื่อพิจารณาอนุมัติ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วให้สามารถลงข้อความภาพหรือเสียงในช่องทางดังกล่าวต่อจากนั้นได้ โดยให้ถือว่ามีการอนุมัติแล้ว แต่มีเงื่อนไขที่จะต้องเป็น การโฆษณาหรือประกาศที่ไม่ฝ่าฝืนมาตรา 38 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) แต่จากการสุ่ม ตรวจสอบพบว่าข้อความหรือภาพโฆษณาในสื่อออนไลน์ ส่วนมากจะเน้นส่งเสริมการขายในเชิงพาณิชย์ มีลักษณะ ที่โอ้อวดเกินความจริง หรือปกปิดข้อมูลบางอย่าง จนทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดและเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับ บริการที่ดีกว่าหรือได้ผลสูงสุด การโฆษณาดังกล่าวมี เจตนาชักชวนให้ผู้บริโภคหลงเชื่อและเข้าข่ายเป็นการ หลอกลวงและอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้บริโภคและสังคม โดยรวม ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษา สถานการณ์ปัญหาการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายในคลินิก เวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม โดยเฉพาะสื่อ ออนไลน์ เพื่อรวบรวมข้อมูลและค้นหาปัญหาอย่างเป็น ระบบ อันจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินการวางแผน คัดกรองผู้บริโภคเกี่ยวกับการโฆษณาของคลินิกเวชกรรม ที่ให้บริการด้านความงามในจังหวัดฉะเชิงเทราต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจสถานการณ์และรวบรวมข้อมูล การฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวช กรรมที่ให้บริการด้านความงามในจังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการ ควบคุมโฆษณาทางสื่อออนไลน์ในคลินิกเวชกรรมที่ ให้บริการด้านความงามให้เป็นไปตามกฎหมาย

นิยามศัพท์

คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม หมายถึง คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแล รักษาฟื้นฟูผิวหน้าผิวกาย ให้ดูสวยงามด้วยผลิตภัณฑ์ หรือเครื่องมืออุปกรณ์ อันมีแบบแผนการรักษาที่

แตกต่างกันของแต่ละบุคคล รวมทั้งการศัลยกรรม ตกแต่งใบหน้าและรูปร่างให้สวยงามโดยผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรม

การโฆษณา หมายถึง การกระทำไม่ว่าโดยวิธี ใดๆให้ประชาชนเห็น ได้ยิน หรือทราบ ข้อความ เสียง หรือภาพ เพื่อประโยชน์ทางการค้า

สื่อออนไลน์ หมายถึง สื่อดิจิทัลที่เป็น เครื่องมือในการปฏิบัติการทางสังคมเพื่อใช้ในการสื่อสาร กันระหว่างบุคคลในสังคม ผ่านเว็บไซต์หรือโปรแกรม ประยุกต์ที่มีการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต

ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้รับอนุญาตให้ ประกอบกิจการสถานพยาบาล ประเภทคลินิกเวชกรรม ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และ ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลรักษา ฟื้นฟูผิวหน้า ผิวกาย ให้ดูสวยงาม ด้วยผลิตภัณฑ์และเครื่องมืออุปกรณ์ อันมี แบบแผนการรักษาที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล รวมทั้ง การศัลยกรรมตกแต่งใบหน้าและรูปร่างให้สวยงาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสม ประกอบ ด้วยการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางดำเนินการ เก็บบันทึกเนื้อหาข้อความจากสื่อโฆษณาทาง อินเทอร์เน็ตของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความ งาม ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ กลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งผ่านการอนุมัติให้ ทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 035/2566 โดยมี รายละเอียดการศึกษาวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 การเก็บบันทึกเนื้อหาข้อความจากสื่อ โฆษณา

ตัวอย่าง คือ ขึ้นโฆษณาที่ปรากฏในสื่อออนไลน์ ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามทุกแห่งที่ ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลในจังหวัด

ฉะเชิงเทรา รวม 33 แห่ง โดยช่องทางออนไลน์ที่ทำการสำรวจได้แก่ Facebook Instagram Line Twitter Website YouTube TikTok และเก็บข้อมูลสื่อออนไลน์ที่ปรากฏในช่วงวันที่ 1 เมษายน – 30 เมษายน 2566

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- ขึ้นโฆษณาต้องระบุชื่อของคลินิกที่เข้าใจได้ว่าเป็นคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามและได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ก่อนวันที่ 1 เมษายน 2566 ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

- ขึ้นโฆษณาของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามที่มีหลายสาขา จะต้องระบุสาขาที่ตั้งในจังหวัดฉะเชิงเทรา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- ขึ้นโฆษณามีลักษณะเป็นข้อความสนทนา
- ขึ้นโฆษณามีลักษณะเป็นการให้ความรู้ทางวิชาการที่ไม่ได้มีข้อความชักชวนให้มาใช้บริการ
- ขึ้นโฆษณาที่มีข้อความหรือรูปภาพเหมือนกัน แม้จะโพสต์ต่างช่องทาง ต่างเวลาหรือต่างบัญชีผู้โพสต์จะถือว่าเป็นโฆษณาชิ้นเดียวกัน

ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ประกอบการคลินิกที่ให้บริการเสริมความงาม

ตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการคลินิกที่ให้บริการเสริมความงามที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ในจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 6 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- ผู้ประกอบการฯ ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี
- ผู้ประกอบการฯ ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- ผู้ประกอบการฯ ที่ไม่ยินดีหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินการโฆษณาสถานพยาบาล และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างชนิดปลายเปิดซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงและครอบคลุมตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผลค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) มากกว่า 0.50 คะแนน

ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสืบค้นหาขึ้นโฆษณาทางอินเทอร์เน็ตโดยการค้นหาด้วยกูเกิ้ล (google) ใช้คำค้นเป็น “คลินิก xxx จังหวัดฉะเชิงเทรา” การค้นหาในสื่อออนไลน์ต่างๆ ได้แก่ Facebook Instagram Line Twitter Website YouTube TikTok โดยใช้คำค้นเป็นชื่อคลินิกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การค้นหาจากสื่อโฆษณาออนไลน์ช่องทางใดช่องทางหนึ่งซึ่งมีการแจ้งช่องทางการโฆษณาอื่นๆเพิ่มเติม

2. นำขึ้นโฆษณาที่ค้นได้มาประเมินตามเครื่องมือวิจัย รวบรวมแบบประเมินการโฆษณา เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์

3. ขอความร่วมมือจากผู้ประกอบการคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามกลุ่มเป้าหมาย ในการตอบแบบสัมภาษณ์ตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลที่ได้รับจะเก็บรักษาเป็นความลับและการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะไม่มีการประกอบการกิจการและดำเนินการสถานพยาบาลของผู้ให้สัมภาษณ์และนำมาใช้ในการวิจัยนี้เท่านั้น

4. ดำเนินการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ประกอบการคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามจำนวน 6 คน ตามประเด็นคำถามตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย บันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึก และบันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียง เก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์ เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ประกอบด้วย การใช้ค่าความถี่และร้อยละในการบรรยายผลการวิจัย และนำผลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก มาวิเคราะห์เนื้อหา สังเคราะห์และตีความเพื่อนำมาสรุปข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้สื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย รวมทั้งปัจจัย ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะตามประสบการณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาการฝ่าฝืนกฎหมายการโฆษณาทางออนไลน์อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผ่านช่องทางออนไลน์ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งแบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ศึกษาจากขึ้นโฆษณาทางสื่อออนไลน์

ในคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม

จังหวัดฉะเชิงเทรา มีคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามทั้งหมด 33 แห่ง จากการสืบค้นพบว่าช่องทางโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามใช้ในการโฆษณา ได้แก่ Facebook Instagram Line Twitter Website YouTube TikTok ช่องทางที่มีการโฆษณามากที่สุดคือช่องทาง Facebook ร้อยละ 100 รองลงมาคือช่องทาง Instagram และช่องทาง Line ร้อยละ 48.48 ช่องทาง TikTok ร้อยละ 39.39 ช่องทาง Website ร้อยละ 30.30 ช่องทาง YouTube ร้อยละ 18.18 และช่องทาง Twitter คิดเป็นร้อยละ 3.03 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของช่องทางสื่อออนไลน์ที่คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามใช้ในการโฆษณา (n=33)

ช่องทางโฆษณา	จำนวน	ร้อยละ
Facebook	33	100
Instagram	16	48.48
Line	16	48.48
TikTok	13	39.39
Website	10	30.30
YouTube	6	18.18
Twitter	1	3.03

จากการสำรวจข้อมูลคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามทุกแห่งมีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์อย่างน้อย 1 ช่องทาง โดยทุกคลินิกใช้ช่องทาง Facebook และคลินิกที่ใช้ช่องทาง Instagram Line TikTok YouTube Website ได้นำโฆษณาผ่านช่องทางดังกล่าวมาโพสต์ในช่องทาง Facebook ด้วย ส่วนคลินิกที่มีการโฆษณาผ่านช่องทาง Twitter ไม่มีการโฆษณาเพิ่มเติมในช่วงระหว่างวันที่ 1 – 30 เมษายน 2566 การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านช่องทาง

Facebook เท่านั้น เนื่องจากเป็นช่องทางที่นิยมใช้มากที่สุดและมีข้อมูลครบถ้วนมากที่สุด

การศึกษาดังกล่าวได้รวบรวมข้อมูลจากขึ้นโฆษณาของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จำนวน 33 แห่ง ในจำนวนนี้มี 1 แห่ง ที่มี 2 สาขาในจังหวัด และใช้ช่องทางโฆษณาออนไลน์ร่วมกัน จึงทำการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1-30 เมษายน 2566 ทั้งหมด 32 แห่ง รวม 499 ขึ้นโฆษณา พบโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายจำนวน 353 ขึ้น คิดเป็นร้อยละ 70.74

การประเมินขึ้นโฆษณาแบ่งเป็นการโฆษณาที่ฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 จำนวน 182 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 36.47 โดยการฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพฯ ที่พบมากที่สุด คือ ข้อ 7

(1) จำนวน 173 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 34.67 รองลงมา คือ การฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพฯ ข้อ 7(2) จำนวน 17 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 3.41 โดยมีลักษณะข้อความที่พบฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพฯ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อความที่พบฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562

ประเด็นที่ห้ามโฆษณาตามประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพฯ	ลักษณะข้อความที่พบในการวิจัย
ข้อ 7 (1) การโฆษณาหรือประกาศอันเป็นเท็จหรือไม่มีมูลความจริง โอ้อวดเกินจริง หลอกลวงปกปิดความจริง หรือทำให้บุคคลทั่วไปเข้าใจผิดว่าเป็นจริงทั้งหมดหรือเพียงบางส่วน เช่น ใช้ข้อความ ภาพ หรือเสียงที่บ่งบอกว่าของตนดีกว่า เหนือกว่า ดีที่สุด รวยแรง แห่งแรก รับรองผล 100 % หายขาด หรือการเปรียบเทียบ หรือการใช้ข้อความ ภาพ หรือเสียงอื่นใดที่มีความหมายในทำนองเดียวกันมาใช้ประกอบ การโฆษณาหรือประกาศทำให้เข้าใจว่าการบริการของสถาน พยาบาลแห่งนั้นมีคุณภาพมาตรฐานที่ดีกว่า เหนือกว่า หรือสูงกว่าสถานพยาบาลอื่น หรือเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับการบริการที่ดีกว่า เหนือกว่า หรือสูงกว่าสถานพยาบาลอื่น หรือได้ผลสูงสุด	“เปลี่ยนให้หน้าสวยมั่นใจเหมือนได้ชีวิตใหม่ถาวร” “จัดการรอยยับในเสียนาที” “แพทย์มีประสบการณ์มากกว่า 100,000 เคส” “คลินิกความงามที่ใหญ่และครบครันที่สุด” “อาจารย์แพทย์...Trainer สอนแพทย์ทั่วประเทศ การันตีด้วยรางวัลคุณภาพมากมาย” “เผยผิว Glass skin สุด แบบตัวแม่” “ผิวฉ่ำวาวขึ้นสุดราวกับกระจกแบบสาวเกาหลี” “สวยครบ จบที่...คลินิก” “ผู้นำแห่งภาคตะวันออก คลินิกยอดชายอันดับ 1” “ร่างกายดูดซึมวิตามินอย่างรวดเร็วถึง 100 %” “เสกผิวในฝัน” “หมอเสกจมูกใหม่” “เสริมจมูกใหม่ปั๊ปปี้ได้แบบหน้าใหม่ปั๊ปปี้” “กรอบหน้าชัดทุกองศา” “บริการที่น่าประทับใจที่สุดในแปดริ้ว”
7 (2) การโฆษณาหรือประกาศที่ทำให้บุคคลทั่วไปเข้าใจหรือคาดหวังว่าในสถานพยาบาล มีผู้ประกอบการวิชาชีพ บุคลากร เครื่องมือ เครื่องใช้ ยา เวชภัณฑ์ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่โดยข้อเท็จจริงไม่มีในสถานพยาบาล หรือไม่เป็นไปตามโฆษณาหรือประกาศ เช่น การโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับความรู้ความ สามารถ ความเชี่ยวชาญ ในการรักษาพยาบาล คุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ของ ผู้ประกอบวิชาชีพ สรรพคุณของเครื่องมือเครื่องใช้ ของสถาน พยาบาล กรรมวิธีการรักษาหรือโรคที่ให้การ	“แนะนำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการร้อยไหมจากประเทศเกาหลีใต้” “ดูแลโดยทีมแพทย์ที่มีประสบการณ์” (แต่คลินิกมีแพทย์ปฏิบัติงาน 1 คน) “แก้ปัญหาโดยคุณหมอ XXX” (แต่ไม่มีแพทย์ XXX ยื่นเอกสารประกอบวิชาชีพในคลินิก) “ทำโดยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านฟิลเลอร์โดยตรง”

ประเด็นที่ห้ามโฆษณาตามประกาศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	ลักษณะข้อความที่พบในการวิจัย
รักษาไปในทำนองให้เข้าใจผิดโดยไม่ถูกต้องตามหลัก วิชาการที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ	“โดยทีมอาจารย์แพทย์ด้านผิวพรรณเฉพาะทาง” (คลินิกมีแพทย์ปฏิบัติงาน 1 คน และเป็นแพทย์ เวชกรรมทั่วไป) ภาพตารางเวรแพทย์ (แต่แพทย์ที่มีชื่อในภาพ ไม่ได้ ขออนุญาตปฏิบัติงานคลินิก)

การโฆษณาที่ฝ่าฝืนประกาศแพทยสภาที่ 50/2549 เรื่องคำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา จำนวน 141 ชิ้น คิดเป็น ร้อยละ 28.25 โดยการฝ่าฝืนประกาศ แพทยสภา ที่พบมากที่สุด คือ ข้อ 1 คำว่า “เพียง” จำนวน 80 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 16.03 รองลงมา คือ การฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ข้อ 3 คำว่า “พิเศษ” จำนวน 30 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 6.01 การฝ่าฝืน ประกาศแพทยสภา ข้อ 9 คำว่า “ฟรี” จำนวน 16 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 3.21 การฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา	ฯ ข้อ 13 ข้อความ “สวยเหมือนธรรมชาติ” จำนวน 12 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 2.40 การฝ่าฝืนประกาศแพทย สภา ข้อ 8 ข้อความ “ครบวงจร” จำนวน 9 ชิ้น คิด เป็นร้อยละ 1.80 การฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ข้อ 2 ข้อความ “เท่านั้น” จำนวน 7 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 1.40 การฝ่าฝืนประกาศแพทยสภา ข้อ 5 ข้อความ “ล้ำสมัย” จำนวน 2 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 0.40 ตามลำดับ ลักษณะข้อความที่พบฝ่าฝืนประกาศแพทย สภา ดังตารางที่ 3
--	---

ตารางที่ 3 ลักษณะข้อความที่พบฝ่าฝืนประกาศแพทยสภาที่ 50/2549 เรื่องคำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา

คำที่ห้ามโฆษณาตามประกาศแพทยสภา	ลักษณะข้อความที่พบในการวิจัย
ข้อ 1 “เพียง” เช่น เพียง 4,000 บาท/ครั้ง...	“จองโปรเพียง 1,000 บาท” “จ่ายเพียงครั้งละ 800”
ข้อ 2 “เท่านั้น” เช่น รักษาครั้งละ 500 บาท เท่านั้น	“เหมาทั้งหน้า 999 บาท เท่านั้น” “699 บาท เท่านั้น”
ข้อ 3 “พิเศษ” เช่น พิเศษสำหรับสมาชิกบัตรเครดิต.... ค่ารักษา...	“โปรดีราคาพิเศษ” “พิเศษ 4 เส้น 4,999 บาท”
ข้อ 5 “ล้ำสมัย” เช่น ด้วยเทคโนโลยีที่ล้ำสมัย แห่งเดียว/แห่งแรก ในประเทศไทย	“...ถูกกฎหมายแห่งแรก” “ฟิลเลอร์ตัวแรก”
ข้อ 8 “ครบวงจร” เช่น โดยทางศูนย์ให้บริการแบบครบวงจร...	“คลินิกความงามครบวงจร” “ให้บริการครบวงจร”
ข้อ 9 “ฟรี” เช่น จองวันนี้แถมฟรี ตรวจความดัน ปัสสาวะ ฯลฯ (หากมีข้อความฟรี จะต้องกำหนดวันเวลา และเงื่อนไขที่ ให้บริการที่ชัดเจน)	“รับฟรีวิตามินผิวใส” “ฟรี...ฉีดคีลอยด์หลังทำทุกเคส”
ข้อ 13 “สวยเหมือนธรรมชาติ”	“สวยเป็นธรรมชาติ” “ดูสวยเหมือนธรรมชาติ”

การโฆษณาที่มีข้อความไม่ควรใช้ตามประกาศ คณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เรื่อง แนวทางการใช้ข้อความโฆษณาที่มีลักษณะเป็นการยืนยันข้อเท็จจริงอันยากแก่การพิสูจน์และแนวทางการพิสูจน์เพื่อแสดงความจริงเกี่ยวกับข้อความโฆษณา พ.ศ. 2565 จำนวน 30 ชิ้น

คิดเป็นร้อยละ 6.01 โดยพบข้อความที่ไม่ควรใช้ตามประกาศคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณาที่พบมากที่สุด คือ ข้อ 8 จำนวน 22 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 4.41 รองลงมา คือข้อ 7 จำนวน 8 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 1.60 ลักษณะข้อความที่ไม่ควรใช้ตามประกาศคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณาฯ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ลักษณะข้อความที่ไม่ควรใช้ตามประกาศคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา เรื่อง แนวทางการใช้ข้อความโฆษณาที่มีลักษณะเป็นการยืนยันข้อเท็จจริงอันยากแก่การพิสูจน์และแนวทางการพิสูจน์เพื่อแสดงความจริงเกี่ยวกับข้อความโฆษณา พ.ศ. 2565

ประเด็นการโฆษณาตามประกาศคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา	ลักษณะข้อความที่พบ
ข้อ 7 ข้อความโฆษณาที่มีลักษณะเป็นการยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดชอบ หรือข้อความที่ให้สิทธิผู้ประกอบการธุรกิจหรือผู้กระทำการโฆษณาสามารถเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า หรือข้อความอื่นใดที่มีความหมายในลักษณะทำนองเดียวกันที่ทำให้ผู้บริโภคตกอยู่ในฐานะเสียเปรียบ เช่น บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงราคาและเงื่อนไขโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงราคาสินค้าขอสงวนสิทธิ์พิเศษส่วนลดขึ้น โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า, ภาพสินค้าเป็นเพียงตัวอย่าง อาจไม่ตรงกับรุ่นที่จัดโปรโมชั่น หรือข้อความอย่างอื่นที่มีลักษณะในทำนองเดียวกัน	“เงื่อนไขเป็นไปตามบริษัทกำหนด” “สามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า”
ข้อ 8 ผู้ประกอบการธุรกิจหรือผู้กระทำการโฆษณาไม่ควรใช้ข้อความโฆษณาที่อาศัยความเชื่อส่วนบุคคลหรือข้อความอื่นใดที่มีความหมายในลักษณะทำนองเดียวกันเป็นสิ่งที่ชวนหรือชักจูงใจให้ผู้บริโภคที่กำลังมีความทุกข์หรือต้องการที่พึ่งทางใจซื้อสินค้าหรือรับบริการ เช่น เมื่อใช้แล้วจะเห็นผลทันที, เห็นผลภายใน ๗ วัน, รับแก้เคราะห์ แก้กรรม, เสริมบารมี, เพิ่มเสน่ห์, ใครเห็นใครรัก หรือข้อความอย่างอื่นที่มีลักษณะในทำนองเดียวกัน	“ปรับโหวงเฮ้งรับทรัพย์แบบสุดๆ” “ปากกระชับปรับโหวงเฮ้ง” “เห็นผลทันทีหลังฉีด” “ทำปุ๊บสวยปั๊บ” “ยกกระชับเห็นผลทันที” “ยกทันทีหลังร้อย” “เป๊ะทันตา”

การโฆษณาที่ใช้ข้อความหรือคำที่ไม่อนุญาติให้โฆษณาตามแนวทางการพิจารณาข้อความการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาล จำนวน 227 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 45.49 โดยข้อความหรือคำที่ไม่อนุญาติให้โฆษณา

ตามแนวทางการพิจารณาข้อความการโฆษณาหรือประกาศฯ ที่พบมากที่สุด คือ คำว่า “โบต็อกซ์ (Botox)” จำนวน 71 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 14.23 รองลงมาคือคำว่า “ฟิลเลอร์ (Filler)” จำนวน 70 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 14.03 ข้อความ “เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญ” จำนวน 43 ชิ้น คิด

เป็นร้อยละ 8.62 ข้อความ “ปลอดภัย ปลอดภัยได้มาตรฐาน” จำนวน 25 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 5.01 ข้อความ “ไม่จำกัดยูนิต ไม่จำกัดซื้อ ไม่จำกัดซีซี” จำนวน 24 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 4.81 ข้อความ “เริ่มต้น...” จำนวน 21 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 4.20 คำว่า “มาได้” จำนวน 12 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 2.41 ข้อความ “เมโสแฟต” จำนวน 11 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 2.20 ข้อความ “ไม่เจ็บ ไม่แสบ ไม่บวม” จำนวน 6 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 1.20 ข้อความ “PRP” จำนวน 6 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 1.20 ข้อความ “สเต็มเซลล์” จำนวน 3 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 0.60 ตามลำดับ โดยมีหลักเกณฑ์และเหตุผลตามมติคณะกรรมการสถานพยาบาล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 หลักเกณฑ์และเหตุผลตามมติคณะกรรมการสถานพยาบาล ที่ไม่อนุมัติให้โฆษณาตามแนวทางการพิจารณาข้อความการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาล

ข้อความหรือคำที่ใช้ในการโฆษณา	หลักเกณฑ์และเหตุผลตามมติคณะกรรมการสถานพยาบาล
โบท็อกซ์ (Botox)	เป็นการโฆษณาร่วมกับบริการทางการแพทย์ ซึ่งต้องได้รับอนุมัติให้โฆษณาจาก อย. มิเช่นนั้นไม่สามารถโฆษณาได้
ฟิลเลอร์ (Filler)	เป็นการโฆษณาเครื่องมือแพทย์ร่วมกับบริการทางการแพทย์ ซึ่งต้องได้รับอนุญาตให้โฆษณาจาก อย. มิเช่นนั้นไม่สามารถโฆษณาได้
เชี่ยวชาญ ผู้เชี่ยวชาญ	เป็นการโฆษณาเกี่ยวกับความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพแต่กฎหมายวิชาชีพ ถ้ามีได้บัญญัติหรือกำหนดค่าดังกล่าวไว้ ก็ไม่สามารถใช้ได้ ให้ใช้คำตามที่บัญญัติไว้ได้ จึงไม่สามารถโฆษณาได้
ปลอดภัย ปลอดภัยได้มาตรฐาน ไม่จำกัดยูนิต ไม่จำกัดซื้อ ไม่จำกัดซีซี เริ่มต้น...	เป็นการโฆษณาโอ้อวดเนื่องจากการรับรองผลหรือประสิทธิภาพการรักษา เป็นการโฆษณาที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในทางการแพทย์ ไม่อาจทำได้จริง
มาได้	เป็นโฆษณาที่มีได้กำหนดราคาไว้อย่างชัดเจน ดังนั้นจะต้องระบุราคาเริ่มต้นและราคาสิ้นสุดให้ชัดเจน
เมโสแฟต	การโฆษณาเกี่ยวกับยาแต่เพียงอย่างเดียวซึ่งต้องปฏิบัติตามกฎหมายยาไม่สามารถโฆษณาได้
ไม่เจ็บ ไม่แสบ ไม่บวม	เป็นการโฆษณาที่มีลักษณะโอ้อวดเกินความจริง อาการดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแต่ละบุคคลจึงไม่สามารถโฆษณาได้
PRP (Platelet Rich Plasma)	เป็นการโฆษณาบริการทางการแพทย์ซึ่งน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการของสถานพยาบาลเนื่องจากสภาวิชาชีพยังมิได้รับรองเกี่ยวกับศาสตร์และวิธีการดังกล่าว

ข้อความหรือคำที่ใช้ ในการโฆษณา	หลักเกณฑ์และเหตุผล ตามมติคณะกรรมการสถานพยาบาล
สเต็มเซลล์ (Stem cell)	เป็นการโฆษณาบริการทางการแพทย์ซึ่งน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการของสถานพยาบาล เนื่องจากสภาวิชาชีพ ยังมิได้ให้การรับรองเกี่ยวกับศาสตร์และวิธีการดังกล่าว

การโฆษณาข้อความและภาพผลิตภัณฑ์ยาโดยมิได้รับอนุญาต ซึ่งเป็นความผิดตามมาตรา 88 ทวิ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม จำนวน 3 ผลิตภัณฑ์ โดยมีการโฆษณาทางสื่อ Facebook จำนวน 78 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 15.63

การโฆษณาข้อความและภาพเครื่องมือแพทย์โดยมิได้รับอนุญาต ซึ่งเป็นความผิดตามมาตรา 57 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 จำนวน 11 ผลิตภัณฑ์ โดยมีการโฆษณาทางสื่อ Facebook จำนวน 44 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 8.81

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้ประกอบการต่อสถานการณ์การฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาทางสื่อออนไลน์

1. ผู้ประกอบการของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม/ผู้แทนผู้ประกอบการฯ จำนวน 6 คน เป็นเพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 50 เพศหญิง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี ช่วงอายุ 31-40 ปี และช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวนอย่างละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการประกอบกิจการน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 50 คลินิกทุกแห่งใช้สื่อโฆษณาออนไลน์ช่องทาง Facebook คิดเป็นร้อยละ 100 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 566,667 บาท

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา เกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อสถานการณ์การฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาทางสื่อออนไลน์ แบ่งเป็น 6 ประเด็นคำถาม ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับข้อความที่ฝ่าฝืนกฎหมายการโฆษณา

ผู้ประกอบการคลินิกทราบข้อความที่ฝ่าฝืนกฎหมายคือ ข้อความที่โอ้อวด หลอกลวง เป็นการใช้อยู่ข้อความที่เปรียบเทียบกับตนเป็นที่หนึ่ง ดีที่สุด การแสดงชื่อผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ หรือ การทำให้ผู้บริโภคเข้าใจว่าในสถานพยาบาลมีผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาต่างๆ แต่ในความเป็นจริงไม่มีในสถานพยาบาลนั้น ซึ่งผู้ประกอบการแต่ละคนมีการแสดงความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการโฆษณาในแต่ละประเด็นที่แตกต่างกัน แสดงว่าผู้ประกอบการแต่ละคนมีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายโฆษณาเพียงบางส่วน โดยยังไม่ครอบคลุมประเด็นกฎหมายทั้งหมด นอกจากนี้ผู้ประกอบการยังคิดว่า การพิจารณาอนุมัติข้อความโฆษณาส่วนใหญ่ต้องอาศัยดุลยพินิจในการวินิจฉัยจึงอาจทำให้แต่ละคนตีความแตกต่างกัน

2.2 วิธีพิจารณาหรือตรวจสอบข้อความโฆษณาในคลินิกก่อนการเผยแพร่โฆษณา

การจัดทำโฆษณาของคลินิกแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ การจ้างบริษัทภายนอกเป็นผู้ผลิตสื่อโฆษณา โดยผู้ประกอบการคลินิกเป็นผู้ตรวจสอบในขั้นตอนสุดท้ายก่อนการเผยแพร่ ซึ่งผู้ประกอบการคลินิกเชื่อว่าบริษัทดังกล่าวมีความรู้ในด้านกฎหมายและสามารถผลิตสื่อโฆษณาได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย และแบบที่ให้พนักงานของคลินิกเป็นผู้ผลิตสื่อโฆษณาเอง ซึ่งทางคลินิกพยายามศึกษาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันการกระทำผิดกฎหมาย

2.3 สาเหตุที่ผู้ประกอบการคลินิกส่วนใหญ่โฆษณาฝ่าฝืนกฎหมาย

ผู้ประกอบการคลินิกให้ความเห็นว่าสาเหตุที่คลินิกมีการโฆษณาฝ่าฝืนกฎหมาย เนื่องจากต้องการ

แข่งขันทางการค้า โดยพยายามสร้างแรงจูงใจให้ลูกค้าสนใจเข้ามาใช้บริการที่คลินิกของตนมากกว่าที่อื่น จึงพยายามใช้ข้อความที่เกินจริงเพื่อดึงดูดความสนใจของลูกค้า และอีกส่วนหนึ่งอาจเกิดจากความไม่ทราบข้อกฎหมายเนื่องจากมุมมองของผู้ประกอบการบางส่วนคิดว่าคำที่ตนใช้ในการโฆษณาไม่ได้เป็นข้อความที่โอ้อวดหรือเกินจริง หรือบางเหตุการณ์ที่หน่วยงานราชการแจ้งว่าไม่ได้รับการรับรองจึงไม่ให้โฆษณา แต่ความเป็นจริงมีการทำในคลินิกส่วนใหญ่ จึงยังมีการโฆษณาในคลินิกตามกัน

2.4 ความเหมาะสมของกระบวนการขออนุมัติโฆษณาทางสื่อออนไลน์ในปัจจุบัน

ผู้ประกอบการคลินิกเห็นว่ากระบวนการขออนุมัติโฆษณาทางสื่อออนไลน์กำหนดให้ยื่นคำขออย่างน้อยหน้าเพจแรกของการโฆษณาเพื่อพิจารณาอนุมัติ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วให้สามารถลงข้อความ ภาพ หรือเสียงในช่องทางดังกล่าวได้ โดยการโฆษณานั้นต้องไม่เป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความจริงหรือน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการของสถานพยาบาล เป็นวิธีที่เหมาะสม ทำให้ภาครัฐได้รับทราบช่องทางโฆษณาของคลินิก เพื่อให้สามารถตรวจสอบได้ และยังเป็นภาระลดภาระผู้ประกอบการ ลดระยะเวลาในการดำเนินการ แต่ผู้ประกอบการแต่ละแห่งจะต้องรับผิดชอบการลงโฆษณาของคลินิกตนเอง

2.5 ความเหมาะสมของบทลงโทษ กรณีการโฆษณาสถานพยาบาลที่เป็นเท็จ โอ้อวด เกินความจริง หรือน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญ ซึ่งมีโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท และปรับอีกวันละไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทนับแต่วันฝ่าฝืนคำสั่งที่ให้ระงับการโฆษณาหรือประกาศ

ผู้ประกอบการคลินิกให้ความเห็นเป็นสองส่วน คือกรณีโทษจำคุก เห็นว่าเป็นการลงโทษที่รุนแรงเกินไป ส่วนกรณีโทษปรับควรพิจารณาตามเจตนา ความรุนแรงหรือความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วย โดยเสนอว่าหาก

การโฆษณานั้นมีความเสี่ยงต่ำต่อผู้บริโภคควรมีการตักเตือนก่อนการบังคับใช้กฎหมาย เนื่องจากบางครั้งการกระทำผิดเรื่องการใช้คำหรือข้อความที่เกินจริงหรือโอ้อวด เกิดจากผู้ประกอบการมีมุมมองความคิดที่แตกต่างจากพนักงานเจ้าหน้าที่ การกระทำผิดจึงอาจเกิดจากความไม่รู้หรือไม่เข้าใจข้อกฎหมาย แต่หากมีการแนะนำแล้วไม่ยินยอมปฏิบัติตามจึงควรมีการลงโทษตามกฎหมายต่อไป นอกจากนี้มีการเสนอให้ผู้รับจ้างทำโฆษณามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบบทลงโทษตามกฎหมายอีกด้วย

2.6 ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย

2.6.1 เสนอให้มีการปรับปรุงกระบวนการพิจารณาอนุมัติโฆษณาควรมีความรวดเร็ว เพื่อให้ทันต่อการใช้ประโยชน์จากโฆษณา และการพิจารณาอนุมัติคำหรือข้อความโฆษณาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทั้งประเทศ

2.6.2 เจ้าหน้าที่ควรมีการสุ่มตรวจโฆษณาทางออนไลน์ของคลินิกเป็นระยะ

2.6.3 การให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ แนะนำให้มีการจัดทำคู่มือที่มีเนื้อหาประกอบด้วยคำที่สามารถใช้ได้หรือใช้ไม่ได้ในการโฆษณาและบทบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแบบทดสอบความรู้ด้านการโฆษณา การอบรมให้ความรู้ในลักษณะกลุ่มย่อยหรือเฉพาะราย

2.6.4 ให้จัดทำ Application ในการตรวจจับคำหรือข้อความที่ไม่สามารถโฆษณาเพื่อสะดวกในการตรวจสอบคำหรือข้อความที่ผิดกฎหมายก่อนการเผยแพร่

2.6.5 เสนอให้มีการแต่งตั้งตัวแทนของกลุ่มผู้ประกอบการคลินิกที่ให้บริการด้านความงามเข้าเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาออกกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ รวมทั้งการพิจารณาอนุมัติคำหรือข้อความที่ใช้ในการโฆษณาสถานพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามในจังหวัดฉะเชิงเทรา ทุกแห่งใช้ Facebook เป็นช่องทางในการโฆษณาออนไลน์ และพบการโฆษณาออนไลน์ในช่องทางอื่นๆ เพียงบางแห่ง เมื่อศึกษาขึ้นโฆษณาผ่านสื่อ Facebook จำนวน 499 ชิ้น พบการกระทำผิด 353 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 70.74 ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง ในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาขึ้นโฆษณาโดยแยกตามประเด็นการฝ่าฝืนกฎหมาย และพิจารณาประเด็นการฝ่าฝืนกฎหมายตามประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 เป็นอันดับแรกก่อน หลังจากนั้นจึงตรวจสอบเพิ่มเติมในประเด็นการฝ่าฝืนตามประกาศแพทยสภาที่ 50/2549 เรื่อง คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา และประกาศคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เรื่อง แนวทางการใช้ข้อความโฆษณาที่มีลักษณะเป็นการยืนยันข้อเท็จจริงอันยากแก่การพิสูจน์และแนวทางการพิสูจน์เพื่อแสดงความจริงเกี่ยวกับข้อความโฆษณา พ.ศ. 2565 ประกอบกับในปัจจุบันกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้รวบรวมคำวินิจฉัยจากมติคณะกรรมการสถานพยาบาลมาเผยแพร่เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาอนุมัติข้อความโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้นำข้อความหรือภาพที่ได้มีมติไม่อนุมัติการโฆษณาจากคณะกรรมการสถานพยาบาลมาตรวจสอบเพิ่มเติม โดยเมื่อพิจารณาการฝ่าฝืนตามประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 พบการฝ่าฝืน ข้อ 7 (1) การโฆษณาอันเป็นเท็จหรือไม่มีมูลความจริง โอ้อวด เกินจริง หลอกลวงปกปิดความจริง มากที่สุด จำนวน 182 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 36.47 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎากร บุญสิน (2565) ซึ่งได้ศึกษาความชุกของโฆษณาทางสื่อออนไลน์

ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบการฝ่าฝืนโฆษณาในประเด็นเดียวกันมากที่สุด จำนวน 35 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 19.44 ส่วนการโฆษณาที่ฝ่าฝืนประกาศแพทยสภาที่ 50/2549 เรื่อง คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา พบการฝ่าฝืนข้อ 1 “เพียง” มากที่สุด จำนวน 80 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 16.03 สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ พชรทิพย์ (2562) ซึ่งศึกษาความชุกของการโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกในอำเภอเมืองแห่งหนึ่งในภาคใต้ พบการฝ่าฝืนในประเด็นเดียวกันมากที่สุดจำนวน 39 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 17.48 และข้อความที่ฝ่าฝืนมติคณะกรรมการสถานพยาบาลมากที่สุดคือข้อความ “โบท์ออกซ์” จำนวน 71 ชิ้น คิดเป็น ร้อยละ 14.23 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎากร บุญสิน (2565) และ การศึกษาของ จุฬาลักษณ์ พชรทิพย์ (2562) ซึ่งพบการฝ่าฝืนในประเด็นเดียวกันมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.78 และร้อยละ 17.48 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบการโฆษณาฝ่าฝืนพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติมจำนวน 78 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 15.63 และการโฆษณาที่ฝ่าฝืนพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 จำนวน 44 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 8.81 ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการคลินิกบางแห่ง พบว่ายาและเครื่องมือแพทย์ที่นำมาให้บริการนั้น ผู้ประกอบการจะทำการตรวจสอบเลขทะเบียนยาและเครื่องมือแพทย์ทุกครั้ง ทำให้เข้าใจว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว และไม่ทราบว่าการผลิตภันท์นั้นจะต้องขออนุญาตโฆษณาอีก แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการยังขาดองค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกฎหมายโฆษณาต้านยา และเครื่องมือแพทย์

เมื่อพิจารณาพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พบว่าการโฆษณาผ่านช่องทางออนไลน์ ซึ่งฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณา ประกาศแพทย

สภาที่ 50/2549 เรื่อง คำที่ห้ามในการโฆษณาแนวทางการพิจารณาอนุมัติ/ไม่อนุมัติข้อความการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาล ประกาศคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เรื่อง แนวทางการใช้ข้อความโฆษณาที่มีลักษณะเป็นการยืนยันข้อเท็จจริงอันยากแก่การพิสูจน์ และแนวทางการพิสูจน์เพื่อแสดงความจริงเกี่ยวกับข้อความโฆษณา พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 จำนวน 353 ชิ้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 70.74 ยังจัดเป็นการฝ่าฝืนมาตรา 14 (1) แห่งพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติมอีกด้วย กล่าวคือเป็นการกระทำความผิดโดยทุจริต หรือโดยหลอกลวง นำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่บิดเบือน หรือปลอมไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน หรือข้อมูลคอมพิวเตอร์อันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ประชาชน อันมิใช่การกระทำความผิดฐานหมิ่นประมาทตามประมวลกฎหมายอาญา

จากการศึกษาความคิดเห็นของผู้ประกอบการต่อสถานการณ์การฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาทางสื่อออนไลน์ พบว่าผู้ประกอบการมีมุมมองความคิดในเชิงธุรกิจ พยายามสร้างกลยุทธ์ทางการค้าเพื่อดึงดูดลูกค้ามาใช้บริการเป็นสำคัญ และคิดว่าตนมีความรู้เกี่ยวกับหลักการของกฎหมายโฆษณาสถานพยาบาล แต่การพิจารณาอนุมัติข้อความโฆษณาส่วนใหญ่ต้องอาศัยดุลยพินิจในการวินิจฉัยจึงอาจทำให้แต่ละคนตีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้ประกอบการรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรมหากต้องถูกดำเนินคดีในกรณีที่ภาครัฐวินิจฉัยว่าข้อความที่ตนโฆษณาผิดกฎหมาย นอกจากนี้ยังให้ความเห็นว่าบทลงโทษเกี่ยวกับการฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาของสถานพยาบาลมีความรุนแรงเกินไปและมีอัตราค่าปรับที่ค่อนข้างสูง ขัดแย้งกับการศึกษาของ ประภา สุตราม

และภาวัต ชาวพัฒนวรรณ (2562) ซึ่งทำการศึกษาอุปสรรคในกระบวนการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อควบคุมการโฆษณาสถานพยาบาล ที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคในกระบวนการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ ตัวบทกฎหมายที่ไม่ทันสมัยกับสภาพการณ์ และบทลงโทษที่ไม่รุนแรง จึงไม่สามารถควบคุมการโฆษณาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ อธิษฐ์ อธินันท์ (2562) ซึ่งทำการศึกษามาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการประกอบธุรกิจคลินิกเสริมความงาม ที่พบว่าบทกำหนดโทษที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายการโฆษณาสถานพยาบาลยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ประกอบการธุรกิจเกรงกลัว การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในมุมมองของนักกฎหมาย ซึ่งเป็นผู้บังคับใช้กฎหมาย และผู้ศึกษายังนำอัตราค่าปรับของกฎหมายโฆษณาในประเทศไทยไปเปรียบเทียบกับอัตราค่าปรับของกฎหมายโฆษณาในประเทศสิงคโปร์และสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีค่าเงินที่สูงกว่าประเทศไทย ส่วนการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ประกอบการ จึงทำให้มีความเห็นที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามผู้ประกอบการได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหากล่าวหาการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย โดยเสนอให้มีการปรับปรุงกระบวนการพิจารณาอนุมัติโฆษณาให้มีความรวดเร็วเพื่อให้ทันต่อการใช้ประโยชน์จากโฆษณา ซึ่งการพิจารณาอนุมัติคำหรือข้อความโฆษณาควรเป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งประเทศ และควรจัดทำคู่มือที่มีเนื้อหาประกอบด้วยคำที่สามารถใช้ได้หรือใช้ไม่ได้ในการโฆษณาและบทบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแบบทดสอบความรู้ด้านการโฆษณา การอบรมกลุ่มย่อยหรือเฉพาะราย การเสนอให้จัดทำ Application ในการตรวจจับคำหรือข้อความที่ไม่สามารถโฆษณา เพื่อสะดวกในการตรวจสอบคำหรือข้อความที่ผิดกฎหมายก่อนการเผยแพร่ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรวรรณ เมืองมีศรี และ สุชาติ ณ หนองคาย (2558) ซึ่งศึกษาการรับรู้

ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามกฎหมายว่าด้วยการโฆษณา
สถานพยาบาล พบว่าการควบคุมโฆษณาอย่างเป็นระบบ
ควรมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในงานควบคุมโฆษณาให้
มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้

1.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัด
อบรมผู้ประกอบการคลินิกที่ให้บริการด้านความงามเพื่อ
สร้างองค์ความรู้ด้านกฎหมายการโฆษณาที่ถูกต้องและ
ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรพัฒนาระบบการให้คำปรึกษา
แก่ผู้ประกอบการ รวมทั้งกระบวนการพิจารณาอนุมัติ
โฆษณาให้มีความสะดวกรวดเร็วเพื่อให้ทันต่อการ
ประโยชน์จากการโฆษณา

1.3 จัดระบบตรวจสอบโฆษณาที่ผิด
กฎหมาย โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายตามระดับความเสี่ยง
และมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

1.4 ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้
ประชาชนร่วมตรวจสอบการโฆษณาสถานพยาบาล หาก

พบว่าไม่ถูกต้องให้แจ้งข้อมูลมาที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด

1.5 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพควรมี
การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ที่สามารถตรวจสอบ
ข้อความโฆษณามาประยุกต์ใช้เพื่อสะดวกในการ
ตรวจสอบคำหรือข้อความที่ไม่ถูกกฎหมาย

1.6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพควรมี
การประสานกับบริษัทที่ทำสื่อเครือข่ายสังคมออนไลน์
เช่น Facebook Instagram YouTube ฯลฯ เพื่อร่วมกัน
แก้ไขปัญหาการโฆษณาที่ไม่ถูกกฎหมาย

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมาย
ขนาดใหญ่ขึ้น เช่น คลินิกเอกชนทุกแห่ง

2.2 ควรมีการศึกษาความคิดเห็นของผู้มี
ส่วนได้ส่วนเสียเพิ่มเติมให้ครอบคลุมทุกมิติ เช่น
พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ประชาชนผู้มารับบริการ
ในคลินิกที่ให้บริการด้านความงาม ผู้รับจ้างผลิตสื่อ
โฆษณาให้กับคลินิก

เอกสารอ้างอิง (Reference)

- Atinun, T. (2019). Legal measures on regulation beauty clinics business operation. Knowledge Bank
at Sripratum University. <http://dspace.spu.ac.th/handle/123456789/6206>
- Boonsin, C. (2022). Prevalence of illegal online advertisements among aesthetic medical clinics in
Petchabun province. Thai Journal of Pharmacy Practice, 14(2), 416-423.
- Chachoengsao Provincial Public Health Office. (2023). Chachoengsao province establishment
database. <http://203.157.123.7/fda8riew/>
- Computer-Related Crime Act B.E. 2550 (18 June 2007). Royal Gazette. No.124 Part 27A, pp.4-13.
- Computer-Related Crime Act B.E. 2560 (24 January 2017). Royal Gazette. No.134 Part 10A,
pp.24-35.
- Department of Health Service Support. (2018). Guidelines for the operation of reviewing and
approving advertisement or notices relate to sanatorium. https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=2631
- Drug Act B.E. 2510. (20 October 1967). Royal Gazette. No. 84 Part 101A, pp. 7-68.

- Medical Council of Thailand. (2006). Announcement of Statement of Medical Council of Thailand No. 50/2549 on words prohibited in advertising. https://www.tmc.or.th/download/50_49.pdf
- Medical Device Act B.E.2551. (5 March 2008). Royal Gazette. No. 125 Part 43A, pp. 25-64.
- Ministry of Digital Economy and Society. (2022). Thailand internet user behavior 2022. <https://www.etda.or.th/getattachment/78750426-4a58-4c36-85d3-d1c11c3db1f3/IUB-65-Final.pdf.aspx>
- Muengmeesri and Na Nongkhai. (2015). Perception of stakeholders according to clinic advertising law. *Quality of Life and Law Journal*. 11(1), 10-16.
- Notification of the Department of Health Service Support in 2019 on rules procedures condition and cost for advertising of sanatoriums. Royal Gazette. No. 136 Part 289D Special edition, pp. 44-49.
- Pacharathip, J. (2019). Prevalence of illegal online advertisements among aesthetic medical clinics in Mueang district within a southern province. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 11(1), 237-246.
- Sutram and Chaiphanawan. (2019). Obstacle in the enforcement of health facility act 1998 for advertisement control. *Kasem Bundit Journal*, 20(2), 200-209.
- Sanatorium Act, 4th ed., B.E. 2559. (20 December 2016). Royal Gazette. No. 133 Part 107A, pp. 41-49.

Transformational Leadership Perception towards Participation of the Star Health Promoting Hospital Quality Development among Public Health Personnel, Nakhon Si Thammarat Province

Rattanaorn Kaykaew^{1*} Phiman Thirarattanasunthon² Sasithorn Thanapop²

1 Student in Master of Public Health Program School of Public Health , Walailak University

2 Lecturers in Master of Public Health Program School of Public Health , Walailak University

**Corresponding author contact E-mail address : rattanaorn.da@gmail.com*

Original article

Abstract

Received: 12 July 2023

Revised: 17 August 2023

Accepted: 21 August 2023

This cross-sectional analytical research is the analysis of the relationship of personal attributes factors, recognition of Transformational Leadership, and participation in performance, according to Quality Standards of the Star Health Promoting Hospital, Nakhon Si Thammarat Province, to reflect the effectiveness of team collaboration and organizational development. Samples are 237 health personnel working in sub-district health promotion hospitals, Nakhon Si Thammarat province. Multi-stage sampling method was used to collect data, with questionnaires. Data analysis for descriptive statistics, and hypotheses testing with dual logistic regression statistics were conducted.

Results indicated the followings: 1) The majority of respondents were females (82.7%), 39.2% was less than 35 years old, 86.5% had a bachelor degree, 47.26% was a registered nurse, 31.65% was Public Health Academics and 80.17% being a civil servant, 24.47% had 5-9 years working experience, and 95.78% had experience in the development of Sub-district Health Promotion Hospital in module, and 83.97% had a Standard of Dao Sub-district Health Promoting Hospital. 2) High perception level of transformational leadership at 91.56% 3) High level of participation among healthcare workers was 97.05%. 4) Factors correlated with participation in performance are experiences in the development of sub-district health promotion hospital module, and considerations for individuality, with statistically significant.

Keywords: Transformational Leadership; Public Health Personnel; Sub-district Health Promoting Hospital with star; Hospital Quality Development

การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช

รัตนพร ภายแก้ว^{1*} พิมาน อีระรัตนสุนทร² ศศิธร ธนะภ²

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

2 อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

* ผู้ประพันธ์บทความ อีเมล : rattanapom.da@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 12 ก.ค. 2566

วันแก้ไข 17 ส.ค.2566

วันตอบรับ 21 ส.ค.2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันของทีมและการพัฒนาองค์กร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 237 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.7 อายุต่ำกว่า 35 ปี ร้อยละ 39.2 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.50 มีตำแหน่งงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 47.26 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 31.65 และเป็นข้าราชการ ร้อยละ 80.17 มีประสบการณ์ในการทำงาน 5-9 ปี ร้อยละ 24.47 มีประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในด้านโมดูล ร้อยละ 95.78 และมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.) ร้อยละ 83.97 2) มีระดับการรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.56 3) ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.05 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ได้แก่ ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้านโมดูล และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง; บุคลากรสาธารณสุข; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ติดตาม; การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มมีการจัดการคุณภาพระบบสาธารณสุขเริ่มต้นมาจากมาตราที่ 40 ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2545 โดยมีการปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญและวิถีชีวิตของประชาชน (Veerachart, 2015) และกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน เป็นธรรมเพื่อประชาชน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมระบบสุขภาพ เป็นเจ้าของร่วมกัน

โครงสร้างระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันที่สำคัญ ประกอบด้วย บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ แต่ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่นิยมการใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเอกชน แม้ว่าศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิจะอยู่ใกล้บ้าน ทำให้เกิดการล้มของการใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (Jansri, 2017) กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยการลงทุนพัฒนาระบบบริการภาครัฐในทุกกระดับให้ได้มาตรฐาน และได้ยกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีความครอบคลุมทั่วประเทศ โดยพัฒนาให้เป็นหน่วยบริการด่านหน้าของกระทรวงสาธารณสุขให้อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน (Whanlom, 2016) มีบทบาททั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ในการดำเนินงานนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ โดยใช้เกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพของการจัดการระบบบริหารคุณภาพ (Total Quality Management : TQM) การติดตามประเมินผลโดยการใช้ตัวชี้วัดในการปฏิบัติงาน (Key Performance indicator : KPI) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA : Public Sector Management Quality Award) และระบบคุณภาพที่พัฒนาใน เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) (Jintana, & Prasit, 2018) การประเมินผลการปฏิบัติงานหรือเกณฑ์คุณภาพที่ใช้ในการประเมินองค์กรครั้งล่าสุดเริ่มใช้ในปี 2561 มีการ

ใช้เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดีดดาว (5ดาว5ดี) (Jintana, & Prasit, 2018) เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการกระบวนการบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการองค์กรให้เป็นระบบ มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการจัดการบริการทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพคือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานเห็นคุณค่าของการพัฒนาคุณภาพและสร้างสรรค์ การพัฒนางานด้วยความเข้าใจในหน้าที่เพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายและยอมรับการเปลี่ยนแปลง (Office of Primary Health System Support , 2020) การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ยังมีกระบวนการขับเคลื่อนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รัฐบาลจึงมีนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำ โดยยกระดับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้เป็น รพ.สต. ดีดดาว ระดับ 5 ดาว ตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อดูแลประชาชนเป็นองค์รวมแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพในทุกระดับ โดยผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 จนถึง พ.ศ. 2563 มี รพ.สต.ดีดดาว 5 ดาว 5 ดี แล้วทั้งสิ้น 4,987 แห่ง โดยตั้งเป้าหมายให้ครบ 9,806 แห่ง ในปี พ.ศ.2564 Office of Primary Health System Support , 2020)

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้มาตรฐานต้องเริ่มต้นจากการบริหารดี ผู้นำหรือผู้บริหารมีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนขั้นตอนและ

กระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จในการบริหารด้านต่าง ๆ ขององค์กร (Arunrung, & Teerawat, 2016) ผู้นำองค์กร ซึ่งได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถือเป็นผู้รับผิดชอบในการทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิภาพสูงสุดของทุกงาน เป็นกลไกหลักที่จะทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่ความสำเร็จ (Veerachart, 2015) โดยเฉพาะในการปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ซึ่งการนำองค์กรเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญอันดับแรกของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ต้องนำพาองค์กรให้สามารถดำเนินงานไปได้อย่างสมบูรณ์ และคนในองค์กรอยู่รอด ภายใต้ความผันผวนของปัจจัยแวดล้อมและปัจจัยภายในองค์กรสอดคล้องกับแนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาองค์กรตามทฤษฎีของ Bass & Avolio (1993) โดยผู้นำจะแสดงออกผ่านองค์ประกอบ 4 ประการ คือ 1.การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ 2.การสร้างแรงบันดาลใจ 3.การกระตุ้นทางสติปัญญา 4.การคำนึงถึงความเป็นปัจเจก อย่างไรก็ตามผู้นำเพียงคนเดียวไม่อาจจะพัฒนาองค์กรโดยรวมได้เช่นกัน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในลักษณะทีมจะสามารถนำพาการนำองค์กรร่วมกันได้ โดยการรับรู้การนำพาองค์กรผ่านภาวะผู้นำของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย จึงจะสามารถเป็นแรงจูงใจเพื่อการปฏิบัติงานให้สัมฤทธิ์ผล (Nuch, & Attthaphon, 2559) ภายใต้ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการพัฒนาด้วย (Prachaporn, 2014)

สำหรับจังหวัดนครราชสีมาแล้ว มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวม 253 แห่ง ในปี พ.ศ. 2560 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว 5 ดาว จำนวน 36 แห่ง (ร้อยละ 14.23) และในปี พ.ศ. 2561 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว 100 แห่ง (ร้อยละ 39.53) และในปี พ.ศ. 2562 จังหวัดนครราชสีมา มีเป้าหมายขั้นต่ำที่จะพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้รับเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว 5 ดาว จำนวน 52 แห่ง แต่ละแห่ง

มีรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่แตกต่างกันไป มีเครือข่ายการทำงานที่ต่างกัน อีกทั้งยังมีทรัพยากรในเรื่องของ เงิน สิ่งของ และบุคลากรที่แตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้นการดำเนินงานและผลการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงอาจมีความแตกต่างกันได้ และเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา มีคุณภาพสอดคล้องตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว จึงได้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการพัฒนาศูนย์บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เน้นการพัฒนาแบบ Module ซึ่งเป็นนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่กำหนดโดยทีมจังหวัดนครราชสีมา เพื่อปรับใช้กับนครราชสีมาโดยเฉพาะ ซึ่งจะมีการจัดคลินิกบริการคุณภาพ จำนวน 7 คลินิกบริการ ได้แก่ 1) การฝากครรภ์คุณภาพ (Antenatal : Care) 2) คลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ (Well Child : WCC Module) 3) คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ (Non-Communicable Diseases : NCD Module) 4) ระบบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินคุณภาพ (Emergency Care System : ECS Module) 5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและอนามัยสิ่งแวดล้อมคุณภาพ (Infection Control & Environment : ENV Module) 6) ระบบยาคุณภาพ (Drugs Module) และ 7) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านคุณภาพ (Home Health Care : HHC Module) เพื่อเป็นแนวปฏิบัติแบบเดียวกันทั้งจังหวัด (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2563)

อย่างไรก็ตามดังที่กล่าวมาข้างต้น องค์กรจะพัฒนาไปได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ด้วยผู้นำและทีมที่มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนและปฏิสัมพันธ์กันอย่างสร้างสรรค์โดยการส่งผ่านจากการแสดงออกและรับรู้ภาวะผู้นำร่วมกันด้วย ดังนั้นการรับรู้ของบุคลากรต่อบทบาทและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปัจจุบันที่ต้องเผชิญกับผลกระทบในระบบสุขภาพจำนวนมาก เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ติดดาว จึงสามารถสะท้อนถึงปัจจัยนำเข้าและประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันของทีมในองค์กรอย่างต่อเนื่องได้และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาบุคลากรและองค์กรได้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความแตกต่างของคุณลักษณะบุคลากร ประสพการณ์การดำเนินงานพัฒนา การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครศรีธรรมราช รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลและแนวทางจัดทำแผนพัฒนาในกระบวนการพัฒนาบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้บริบทการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิโดยเน้นกระบวนการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นในทีมอย่างเข้าใจและทั่วถึง ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิผลการดำเนินงานขององค์กรได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบาย คุณลักษณะ ส่วนบุคคล ประสพการณ์ในการดำเนินงานพัฒนา รพ.สต. และ ประสพการณ์การได้รับการอบรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อวิเคราะห์การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับการรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic study)

1.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 253 แห่ง ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ทั้งหมด 580 คน (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office , 2563)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 237 คน โดยใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรกรณีทราบประชากรที่มีจำนวนแน่นอน (Taro Yamane, 1973) และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (Multi-stage sampling)

1.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบหลายชั้น (Multi-stage sampling)

ก. แบ่งโซนอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราชตามการบริหารงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ข. ในแต่ละโซน ผู้วิจัยทำการศึกษาทั้งหมดทุกอำเภอ โดยทำการสุ่มตัวอย่างให้ได้จำนวนจากสัดส่วนของประเภทบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอ

ค. ในแต่ละอำเภอผู้วิจัยทำการศึกษาทุกตำบล โดยการกำหนดหมายเลขให้แก่กลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามวิชาชีพ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข

ง. กำหนดหมายเลขให้กับรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เรียงตามลำดับโดยแยกตาม อำเภอและ รพ.สต.

จ. ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบจากหมายเลขกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิชาชีพ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

ก. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ , นักวิชาการสาธารณสุข, เจ้าพนักงานสาธารณสุข ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562

ข. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

1.4.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ก. ลาออกจาก รพ.สต.ระหว่างการเก็บข้อมูล หรือไม่ยินดีให้ข้อมูลในการทำวิจัย

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตัวเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามประเภทตรวจสอบรายการ จำนวน 11 ข้อ

2) การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในบุคลากรสาธารณสุข เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล จำนวน 39 ข้อ

โดยมีการแปลผลคะแนนการรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวม (พิสัย 39-195 คะแนน) ได้ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 39 - 91 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะผู้นำ ระดับน้อย

คะแนนตั้งแต่ 92 - 144 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะผู้นำ ระดับปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 145 - 195 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะผู้นำ ระดับมาก

3) การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ดีดดาว เป็นแบบสอบถามชนิด

ปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แบ่งตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดีดดาว 5 หมวด จำนวน 53 ข้อ

โดยมีการแปลผลคะแนนการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ดีดดาว โดยรวม (พิสัย 59-295 คะแนน) ได้ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 59 - 138 หมายถึง มีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ ระดับน้อย

คะแนนตั้งแต่ 139 - 218 หมายถึง มีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ ระดับปานกลาง

คะแนนตั้งแต่ 219 - 295 หมายถึง มีส่วนร่วมในการดำเนินงานฯ ระดับมาก

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยการนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง Index of Item – Objective Congruence (IOC) รวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.7-1.0 และได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbachs' Alpha Coefficient) โดยรวมของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.91

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยการตอบแบบสอบถามโดย การประสานงานผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ ตามรายการสุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครศรีธรรมราชทุกอำเภอด้วยผู้วิจัยเอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 สถิติอนุมาน (Inferential Statistic)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุข การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ละคู่ด้วยสถิติไคสแควร์ (Pearson's Chi-square test)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงพหุของตัวแปร โดยทำการเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ละคู่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.2 นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) ด้วยวิธี Enter

ผลการวิจัย

ผลการศึกษารับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรสาธารณสุขต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในจังหวัดนครราชสีมา เป็นดังนี้

1.คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 237 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.7 อายุเฉลี่ย 39.22 ปี (SD=10.78) อายุต่ำกว่า 35 ปี ร้อยละ

39.2 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.50 มีคู่สมรส ร้อยละ 67.93 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 47.26 รองลงมา นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 31.65 ประเภทของตำแหน่งงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 80.17 มีระยะเวลาการทำงาน 5-9 ปี ร้อยละ 24.47 มีประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในรูปแบบการดำเนินงานโมดูล (Module) ร้อยละ 95.78 รองลงมาเป็นการดำเนินงานมาตรฐานติดดาว ร้อยละ 83.97 และการดำเนินงาน Primary Care Award (PCA) ร้อยละ 55.27 มีรายได้เฉพาะเงินเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 25,000 บาท ร้อยละ 51.90 และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาด M ร้อยละ 51.05

2.การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของ พบว่าคะแนนการรับรู้ภาพรวมในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.56 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 8.44 และผลการวิเคราะห์แต่ละด้านของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา (n = 237)

การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในบุคลากรสาธารณสุข	ระดับการรับรู้ : จำนวน (ร้อยละ)	
	ปานกลาง	มาก
1.การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	60 (25.32)	177 (74.68)
2.การสร้างแรงบันดาลใจ	96 (40.51)	141 (59.49)
3.การกระตุ้นทางปัญญา	17 (7.17)	220 (92.83)
4.การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	13 (5.50)	224 (94.50)
คะแนนการรับรู้ในภาพรวม	20 (8.44)	217 (91.56)
คะแนนเต็ม 195, mean 155.63, SD 10.83, min 103, max 195		

3.การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดี

ภาพรวมการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก

ร้อยละ 97.05 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 2.95 และการมีส่วนร่วมตามเกณฑ์มาตรฐานติดตาม 5 หมวด ทุกหมวดอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยมีสัดส่วนมากที่สุดอยู่ในหมวดบริการดี ร้อยละ 100 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดี (n = 237)

เกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดี	ระดับการมีส่วนร่วม : จำนวน (ร้อยละ)	
	ระดับปานกลาง	ระดับมาก
1. หมวดที่ 1 บริหารดี	7 (2.95)	230 (97.05)
2. หมวดที่ 2 ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม	8 (3.38)	229 (96.62)
3. หมวดที่ 3 บุคลากรดี	48 (20.25)	189 (79.75)
4. หมวดที่ 4 บริการดี	0 (0.00)	237 (100)
5. หมวดที่ 5 ประชาชนมีสุขภาพดี	35 (14.77)	202 (85.23)
คะแนนรวมการมีส่วนร่วม	7 (2.95)	230 (97.05)
คะแนนเต็ม 295, mean 250.77, SD 15.021, min 163, max 295		

4.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดี โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ละคู่

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ดี ได้แก่ ประสิทธิภาพในการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในรูปแบบ Module (p-value < 0.001) การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมได้แก่ ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ ด้านการกระตุ้นทางปัญญา และด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (p-value < 0.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรสาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดี (n=237)

ปัจจัย	ระดับการมีส่วนร่วม:		p-value	Chi-squarae
	จำนวน (คน) (ร้อยละ)			
	น้อย-ปานกลาง	มาก		
เพศ			0.573	0.321
ชาย	3 (1.3)	38 (16.0)		
หญิง	10 (4.2)	186(78.5)		
อายุ (mean 39.22 ,SD 10.78 ,min 22, max 59)			0.692	0.299
< 35	6 (2.5)	87 (36.7)		
35 – 44	3 (1.3)	63 (26.6)		
45 – 59	4 (1.7)	74 (31.2)		
ระดับการศึกษา			0.604	2.147
อนุปริญญาตรี	0	10 (4.2)		
ปริญญาตรี	13 (5.5)	192(81.0)		
ปริญญาโท	0	22 (9.3)		
สถานภาพ			0.246	6.508
โสด	4 (1.7)	61 (25.7)		
สมรส	7 (3.0)	154(65.0)		
หม้าย	0	3 (1.3)		
หย่าร้าง	2 (0.8)	6 (2.5)		
ตำแหน่งงาน			0.611	9.013
พยาบาลวิชาชีพ	3 (1.3)	109(46.0)		
นักวิชาการสาธารณสุข	9 (3.8)	66 (27.8)		
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	1 (0.4)	49 (20.7)		
ประเภทของตำแหน่งงาน			0.489	5.078
ข้าราชการ	10 (4.2)	180(75.9)		
พนักงานราชการ	0	25 (10.5)		
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	3 (1.3)	17 (7.2)		
ลูกจ้างชั่วคราว	0	2 (0.8)		
ระยะเวลาในการทำงานที่ปัจจุบัน			0.15	10.506
ต่ำกว่า 1 ปี	2 (0.8)	5 (2.1)		
1-4 ปี	4 (1.7)	57 (24.1)		
5-9 ปี	4 (1.7)	54 (22.8)		
10-14 ปี	0	48 (20.3)		

ปัจจัย	ระดับการมีส่วนร่วม:		p-value	Chi-square
	จำนวน (คน) (ร้อยละ)			
	น้อย-ปานกลาง	มาก		
15-19 ปี	1 (0.4)	26 (11.0)		
20 ปี ขึ้นไป	2 (0.8)	34 (14.3)		
ประสบการณ์การทำงานในอดีตก่อนการปฏิบัติงานในปัจจุบัน			0.235	1.365
มี	10 (4.2)	136(57.4)		
ไม่มี	3 (1.3)	88 (37.1)		
ประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)				
PCA	5 (2.1)	126(53.2)	0.218	1.573
มาตรฐานติดดาว	9 (3.8)	190(80.2)	0.148	2.218
Module	8 (3.4)	219(92.4)	0.000	39.906
รายได้ (ปัจจุบัน) เฉพาะเงินเดือน			0.442	1.630
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000	0	2 (0.8)		
10,001 – 15,000 บาท	3 (1.3)	36 (15.2)		
15,001 – 20,000 บาท	3 (1.3)	49 (20.7)		
20,001 – 25,000 บาท	2 (0.8)	19 (8.0)		
มากกว่า 25,000 บาท	5 (2.1)	118(49.8)		
ขนาดของ รพ.สต. ที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน			0.814	0.133
ขนาด S	6 (2.5)	93 (39.2)		
ขนาด M	6 (2.5)	115(48.5)		
ขนาด L	1 (0.4)	16 (6.8)		
การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง				
การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	60 (25.3)	177(74.7)	0.015	8.112
การสร้างแรงบันดาลใจ	96 (40.5)	141(59.5)	0.04	6.117
การกระตุ้นทางปัญญา	17 (7.2)	220(92.8)	0.00	27.050
การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	13 (5.5)	224(94.5)	0.001	19.432

5.ความสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของกลุ่ม

ตัวอย่าง กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว

5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงพหุระหว่าง ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง กับ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดีติดดาว ของบุคลากร สาธารณสุข ซึ่งปรับตัวแปรกวน (Confounding factor) โดยใช้ตัวแปรเพศและอายุ พบว่า ปัจจัยประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้าน Module มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม โดย บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสิทธิผลการดำเนินงาน ด้าน Module ของจังหวัดนครราชสีมาในระดับมาก จะมีโอกาสในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดีติดดาว มากกว่า

บุคลากรที่มีประสิทธิผลการดำเนินงานน้อย-ปานกลาง เป็น 62.62 เท่า (Adj. OR = 62.62, 95% CI=4.13 - 948.59)

5.2 ปัจจัยการรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้าน การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล พบว่า บุคลากรที่มี ระดับการรับรู้ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลใน ระดับมาก จะมีโอกาสในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดีติดดาว มากกว่า บุคลากรที่มีระดับการรับรู้ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลในระดับปานกลาง เป็น 72.50 เท่า (Adj.OR = 72.50, 95% CI=4.91-1070.76) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดีติดดาว (n=237)

ปัจจัย	Adj. OR	95% CI	p-value
สถานภาพ (โสด/สมรส*)	0.419	0.090 – 1.944	0.266
ระยะเวลาในการทำงานที่ปัจจุบัน (5-9 ปี/10-14 ปี*)	1.558	0.630-3.852	0.337
ประสบการณ์การทำงานในอดีตก่อนการปฏิบัติงานในปัจจุบัน (มี/ไม่มี*)	0.560	0.061-5.172	0.609
ประสิทธิผลการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)			
PCA	1.034	0.103-10.394	0.978
มาตรฐานติดดาว	0.180	0.014 - 2.237	0.182
Module (มาก/ปานกลาง*)	62.62	4.13 - 948.59	0.003
การรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง			
การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	1.048	0.103-10.667	0.968
การสร้างแรงบันดาลใจ	4.265	0.347-52.454	0.257
การกระตุ้นทางปัญญา	0.840	0.054-13.023	0.900
การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (มาก/ปานกลาง*)	72.502	4.909-1070.7	0.002

หมายเหตุ * กลุ่มอ้างอิง

อภิปรายผลการวิจัย

ก.ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 237 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 39 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีตำแหน่งงานพยาบาล รองลงมา นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข มีประเภทของตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ มีระยะเวลาการทำงานส่วนใหญ่ 5-9 ปี มีประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยแต่ละคนสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงาน Module รองลงมาเป็นการดำเนินงานมาตรฐานติดดาว และการดำเนินงาน Primary care award (PCA) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขนาด M จากปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า ปัจจัยประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้าน Module ของบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหมายความว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้าน Module ซึ่งเป็นเกณฑ์การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครศรีธรรมราช ในช่วงเวลาที่ทำ การเก็บข้อมูล จังหวัดนครศรีธรรมราชได้กำหนดนโยบาย ในการพัฒนาหน่วยงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน การพัฒนารูปแบบ Module ในการ จัดการคลินิกบริการคุณภาพ โดยเน้นการจัดบริการ จำนวน 7 คลินิกบริการ ได้แก่ 1) การฝากครรภ์คุณภาพ 2) คลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ 3) คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คุณภาพ 4) ระบบงานอุบัติเหตุฉุกเฉินคุณภาพ 5) การ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและอนามัยสิ่งแวดล้อม คุณภาพ 6) ระบบยาคุณภาพ และ 7) การดูแลต่อเนื่องที่ บ้านคุณภาพ ให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในทุก ๆ คลินิก ทำงานร่วมกันอย่างเป็นองค์รวม มีการลงปฏิบัติจริงในแต่ ละคลินิก ปรึภูมิทัศน์ และการจัดการบริการให้สอดคล้อง กับประชาชนที่เข้ารับบริการ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการ อบรมการดำเนินงานด้าน Module ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับมาก และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาวระดับมาก เป็น 62.62 เท่าของบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ใน ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี หวานล้อม (2562) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา ระบบบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด เพชรบุรี พบว่า บุคลากรมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 20 ปี มีปัจจัยกระบวนการบริหารและแรงจูงใจในการ ปฏิบัติงานและผลการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยที่มีผล ต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ได้แก่ เพศ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และ กระบวนการบริหารจัดการ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการที่ บุคลากรสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. ในจังหวัด นครศรีธรรมราชที่ได้เข้ารับการอบรมมีความรู้ในการ พัฒนาและได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยกิจกรรม Module เพื่อสร้างเป้าหมายความสำเร็จในการดำเนินงาน ร่วมกันของบุคลากรที่ดำเนินการโดยนโยบายของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดิกขเวทย์ ก้อนแก้ว (2562) ที่ สนับสนุนว่าปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน และ ปัจจัยด้านนโยบายของบริษัทมีอิทธิพลต่อการมีส่วน ร่วมมากที่สุดต่อการดำเนินงาน อีกทั้งยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ สุจิตร์ คงจันทร์ (2563) ยังสนับสนุนอีกว่า

ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ 1) การนำองค์กร กลยุทธ์ขององค์กร กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินงาน และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ 2) โครงสร้างขององค์กร และมอบหมายงานที่ชัดเจน 3) ระบบการปฏิบัติงาน บริหารจัดการเป็นระบบ ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายได้ดี และ 5) การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน มีทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นพี่เลี้ยง และสอดคล้องคล้อยกับการศึกษาของ อธิพัทธ์ ฐริชัยวรนนท์ และคณะ (2562) ที่ว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาวทั้ง 5 หมวดนั้น ได้แก่ หมวดที่ 1 การบริหารดี มีผู้นำที่ดีมีความเป็นผู้นำ สามารถบริหารและจัดการองค์กรได้ทุกเรื่อง มีการดำเนินงานได้อย่างมาตรฐาน หมวดที่ 2 ประสานงานดี มีการให้ความสำคัญกับประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย สามารถเชื่อมโยงได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย หมวดที่ 3 บุคลากรดี บุคลากรดีและมีประสิทธิภาพ หมวด 4 บริการดี ประชาชนได้รับบริการที่ดีจากระบบบริการที่ดี มีมาตรฐาน ครบตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และหมวดที่ 5 ประชาชนมีสุขภาพดี ที่เกิดจากการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เกิดการพัฒนาการ ดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพและเป็นระบบ

ข. ปัจจัยการรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว

จากผลการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายงานพบว่า

ก. ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว จังหวัด

นครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรที่มีระดับการรับรู้ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลในระดับมาก (ร้อยละ 94.5) จะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาวในระดับมากกว่าบุคลากรที่มีระดับการรับรู้ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลในระดับปานกลาง (ร้อยละ 5.5) ถึง 72.50 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ อ่องสว่าง และ นิตยา นิลรัตน์ (2561) ศึกษาเรื่อง ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และคุณลักษณะของผู้ตาม ที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนราธิวาส.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและตัวแปรคุณลักษณะของผู้ตาม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้านจะเป็นปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ตามให้ความสนใจต่อผู้นำ ด้วยการที่มีแบบอย่างให้เห็นอย่างชัดเจน ผู้ตามจะเกิดมุมมองในการทำงานตามอย่างตระหนักรู้ในการปฏิบัติงาน กระตุ้นการมีส่วนร่วมและเกิดความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน จึงเป็นการง่ายที่จะพัฒนาผู้ตามให้มีสมรรถนะที่สูงขึ้นได้ และมีศักยภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตร์ คงจันทร์ (2563) กล่าวว่า ปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สำเร็จและบรรลุผลต้องประกอบด้วย การนำองค์กร กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินงาน และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน มีและมีการจัดรูปแบบการประเมินที่เหมาะสม ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ มีการจูงใจให้บุคลากรเห็นความสำคัญและร่วมดำเนินงาน รวมไปถึงบุคลากรมีความมุ่งมั่น ซื่อสัตย์ เสียสละ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ พิมลรัตนกานต์ และคณะ (2560) สนับสนุนว่า ความสัมพันธ์ทางภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดยมีอิทธิพลต่อการพัฒนาองค์กร อีกทั้งยังเป็นแนวทาง

ให้ผู้บริหารสามารถนำไปปรับบทบาทในการปฏิบัติงานนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายขององค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการพัฒนาองค์กร และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันธิดา จันทร์ศิริ (2560) สนับสนุนว่า กรอบแนวคิดภาวะผู้นำในการบริหารการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างสรรค์นวัตกรรมภายในองค์กร จะต้องประกอบไปด้วยสองส่วน คือ 1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยยึดตามแนวคิดของ Bass & Avolio ซึ่งได้แก่ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางปัญญา และการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล

ดังนั้นการที่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีส่วนร่วมหรือมีการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้มาตรฐาน และเพิ่มประสิทธิผลขององค์กรได้นั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพติดตาม และการแสดงออกทางด้านภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในองค์กรประกอบต่าง ๆ ได้แก่ การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ การสร้างแรงบันดาลใจ การกระตุ้นทางสติปัญญา และโดยเฉพาะการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้บริหารระดับสูง เพื่อในบุคลากรสาธารณสุขมีการรับรู้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เช่น การแสดงออกกรเป็นแบบอย่างที่ดี การจัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ และการเปิดโอกาสในการเรียนรู้งานตามความสามารถของบุคลากร การสนับสนุน และการยอมรับความแตกต่างของแต่ละบุคคล ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการรับรู้ถึงภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเข้าใจกระบวนการและ มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบการ

ปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพติดตาม ให้ได้มาตรฐานและเพิ่มประสิทธิผลให้องค์กรและประชาชน

ข้อเสนอแนะ

ก.ด้านนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ควรมีแนวทางส่งเสริมการสร้างภาวะผู้นำในบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม และสร้างโอกาสผ่านกระบวนการพัฒนางานให้เกิดการรับรู้ทั่วทั้งองค์กรมากขึ้น

ข.ด้านการปฏิบัติ

การจัดการอบรมหรือจัดการโปรแกรมเกี่ยวกับภาวะผู้นำในด้านต่าง ๆ ของบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ เพื่อเพิ่มความหลากหลายในการรับภาวะผู้นำในหน่วยงานอื่น ๆ การแสดงออกทางด้านภาวะผู้นำของหน่วยงานต่าง ๆ เป็นการสร้างภาคีเครือข่ายที่เอื้อต่อการดูแลประชาชนและพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ก.ควรเพิ่มประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขในตำแหน่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข. ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกด้านทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การทำงานเป็นทีม ประโยชน์ของการรับรู้ภาวะผู้นำในด้านต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การสร้างภาวะผู้นำในตัวของบุคลากรสาธารณสุขแต่ละบุคคล

เอกสารอ้างอิง (References)

- Aueareesuksakul, A., & Jantuk, T. (2016). Transformational Leadership : Transforming challenges toward sustainable organizational success. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*,9(1), 845-860. [in Thai]
- Guide to the development of hospitals promoting toilets in Dao Subdistrict.
(2562). Bangkok: Office of Primary Health System Support Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. [in Thai]
- Hongsavang, A., & Nittaya, N. (2018). Transformational Leadership and the characteristics of followers that influence the operational effectiveness of subdistrict health promotion hospitals In Narathiwat Province . *Journal of the Southern College of Nursing and Public Health Network*, 5(2), 272-278. [in Thai]
- Intho, V. (2015). The relationship between the change of director of Subdistrict Health Promotion Hospital and the level of quality development of primary care unit of Chai Nat Subdistrict Health Promotion Hospital. M.Sc., Naresuan University, Phitsanulok. [in Thai]
- Jansri, N. (2017). Transformational Leadership in Creative Change Management Innovation within the organization. *Walailak Cultural Hermitage*, 17(1), 80-97. [in Thai]
- Khonkaew T., 2019. Motivation factors affecting participation in agency representation to drive EP SPIRIT VALUES PTT Exploration and Production Public Company Limited. Master's dissertation, College of Management, Mahidol University. [in Thai]
- Khongyuen, N. (2017). Primary care system with development standards. *Journal of Health Law and Public Health*, 3(3), 374-387. [in Thai]
- Kongjun, S. (2020). The Evaluation Quality improvement criteria of Tambon Health Promoting Hospital (Star Hospital) Songkhla Province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 4(8), 148-166. [in Thai]
- Pimolrattanakan, S. W., Kittisaknawin, C., & Deesawat, N. W. (2017). The influence of transformational leadership climate toward the organization development. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(1), 1643-1660. [in Thai]
- Purichaiwaranan, T. W., Baromthanarat, C., & Jankhong, W. W. (2019). Success in Operation of Starred Health Promoting Hospital In Kanchanaburi Provice. *Journal of Community Health*, 5(4), 63-72. [in Thai]
- Sattachatmongkhol, N., & Thammapaithul, A. (2017). Transformational leaders in the era of globalization towards sustainable development. *Business Review*, 8(1), 170-172. [in Thai]
- Thabpho, P. (2014). Factors affecting the participation of personnel in improving the quality of Subdistrict Health Promoting Hospital Nakompathom Province. Kasetsart University. [in Thai]
- Whanlom, P. (2016). Factors influencing the development of the service system in subdistrict health promotion hospitals Phetchaburi Province. *Lanna Public Health Journal*, 11(1), 30-38. [in Thai]

Factors Affecting Billing Performance of Revenue Collective Center, Government Hospital in Si Sa Ket Province

Saowalak Chaichok¹ Thawatchai Toemjai^{1*}

1 Health Insurance Subdivision, Sisaket Provincial Public Health Office

** Corresponding author: toemthawat@gmail.com*

Original article

Abstract

Received: 26 July 2023

Revised: 8 August 2023

Accepted: 22 August 2023

The cross-sectional analytical research aimed to investigate factors affecting billing performance of revenue collection center, government hospital in Si Sa Ket Province. The sample consist of 152 revenue collection center staff recruited by stratified simple random sampling. Data was collected through questionnaires. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics, Independent Sample t-test, One-Way ANOVA, and Multiple Linear Regression Analysis.

The majority of the respondents were female (77.6%), the mean age was 40.02 years, aged 41-50 years (37.5%), marital status (62.5%), bachelor's degree graduates (69.7%), and work experience mean for 8.53 years. Factor of billing performance found that working system factor had the highest average ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.60). When considering each aspect of the billing performance, it was found that the quality of work had the highest average ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.45). The comparison of billing performance by demographic characteristics found that age, status, position, position status, work experience, training, and workplace had influences on effective billing performance, with statistical significance ($p < 0.05$). Significant factors affecting billing performance were officer ($\beta = 0.552$), service receiver ($\beta = 0.200$), and work system ($\beta = 0.190$). All of these factors could together predict the billing performance of revenue collective center up to 57.8% ($R^2 = 0.578$). Setting appropriate policies to support the officer should be based on age group and position status. Improvement of working environment to be clean, safe, and pleasant to work for, will result in effective and efficient work performance.

Keywords: Effective Billing Performance; Revenue Collection Center; Government Hospital

ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดศรีสะเกษ

เสาวลักษณ์ ไชยโชค¹ ธวัชชัย เต็มใจ^{1*}

1 กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

* ผู้ประพันธ์บทความ : toemthawat@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 26 ก.ค. 2566

วันแก้ไข 8 ส.ค.2566

วันตอบรับ 22 ส.ค.2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาล จำนวน 152 คน โดยใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent-Sample T-Test และ One-Way ANOVA วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้โดยใช้สถิติ Multiple regression analysis

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (77.6%) อายุเฉลี่ย 40.02 ปี อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 41-50 ปี (37.5%) สถานภาพคู่/สมรส (62.5%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (69.7%) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.53 ปี ปัจจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพการเรียกเก็บที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านระบบงาน ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพการเรียกเก็บเป็นรายด้าน พบว่า ด้านคุณภาพงานมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.45) ส่วนปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพ ตำแหน่ง การดำรงตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน การอบรม สถานที่ทำงาน ที่แตกต่างกันมีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ($\beta = 0.552$) ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ($\beta = 0.200$) และปัจจัยด้านระบบงาน ($\beta = 0.190$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษได้ 57.8% ($R^2 = 0.578$) การกำหนดนโยบายในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เหมาะสมตามช่วงกลุ่มอายุและสถานะการดำรงตำแหน่งที่แตกต่างกัน และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้สะอาด ปลอดภัย และน่าทำงาน จะทำให้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพการเรียกเก็บ; ศูนย์จัดเก็บรายได้; โรงพยาบาลรัฐ

บทนำ (Introduction)

โรงพยาบาล เป็นสถานที่สำหรับการบริการทางด้านสุขภาพ โดยมักที่จะมุ่งเน้นทางด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ (The Royal Institute, 2013) ระบบโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย เป้าหมายไม่ได้มีไว้เพื่อการทำการกำไร แต่โรงพยาบาลก็ต้องบริหารให้มีรายได้มากกว่ารายจ่าย ให้มียาและเวชภัณฑ์ที่เพียงพอตลอดปี มีเงินจ่ายค่าสาธารณูปโภค เงินเดือนเจ้าหน้าที่ ค่าซ่อมแซมอุปกรณ์ต่าง ๆ โรงพยาบาลมีรายรับหลักมาจากงบเหมาจ่ายรายหัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและค่าบริการตามที่ให้บริการ เมื่อให้บริการแล้วหน่วยจัดเก็บรายได้ต้องดำเนินการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และตั้งลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลส่งงานการเงินและบัญชีเพื่อรับรู้รายได้ ซึ่งเป็นหน้าที่หลักของศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพในการเรียกเก็บที่เกิดจากการให้บริการของผู้รับบริการ เป็นการเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาลอีกช่องทางหนึ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเรียกเก็บในแต่ละกองทุนให้ถูกต้องและทันเวลาอันจะทำให้ได้รับเงินจากการเรียกเก็บได้อย่างเหมาะสมและค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการ (Division of Health Economics and Health Security, Ministry of Public Health. Thailand, 2022).

จังหวัดศรีสะเกษมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 22 แห่ง เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีทั้งหมด 20 แห่ง สถานการณ์การเงินการคลังโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 มีวิกฤตการเงิน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.64 โดยปัจจัยหลักมาจากการขาดประสิทธิภาพของการจัดหารายได้ของโรงพยาบาล ซึ่งตัวชี้วัดการจัดเก็บรายได้คุณภาพทำได้ร้อยละ 68.18 จากค่าเป้าหมายร้อยละ 100 ระบบการจัดเก็บรายได้

หลักของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และระบบหลักประกันถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศ ปัญหาที่สำคัญของระบบจัดเก็บรายได้โรงพยาบาล ได้แก่ การเรียกเก็บลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนทั้ง 3 กองทุนล่าช้า การจัดทำทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลไม่ครบถ้วน การให้สิทธิการรักษาไม่ถูกต้อง ไม่สามารถหาตัวลูกหนี้ค้างชำระในระบบได้ ส่งผลต่อการได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลที่ล่าช้าหรือไม่สามารถเรียกเก็บได้ (Sisaket Provincial Public Health Office, 2023)

จากการติดตามของคณะกรรมการการเงินการคลังระดับจังหวัด พบว่า หน่วยงานที่ประสบปัญหาในการเรียกเก็บไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ครบถ้วน ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นพบสาเหตุหลัก ๆ คือ ผู้รับบริการไม่มาติดต่อชำระเงินค่ารักษาพยาบาลภายหลังจากเข้ารับการรักษาเรียบร้อยแล้ว ผู้รับบริการที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าสิทธิการรักษาพยาบาลของตน สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดโดยไม่มีส่วนเกินสิทธิการรักษา จึงไม่ติดต่อชำระเงินก่อนกลับบ้าน หน่วยงานที่บันทึกข้อมูลค่ารักษาพยาบาล บันทึกข้อมูลคลาดเคลื่อนไม่ครบถ้วน ถูกต้องหรือมีการเรียกเก็บไม่ทันเวลาหรือข้อมูลไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถเรียกเก็บได้ตามประมาณการรายรับที่คาดไว้ในแต่ละปี (Sisaket Provincial Public Health Office, 2023) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพสอดคล้องกับมาตรการในการขับเคลื่อนศูนย์การจัดเก็บรายได้คุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาหาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของ

ศูนย์จัดเก็บรายได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและ
พัฒนาการจัดการการจัดเก็บรายได้เพื่อให้โรงพยาบาล
สามารถจัดเก็บรายได้ทันเวลาและเหมาะสมกับค่าใช้จ่าย
ที่เกิดจากการให้บริการ และเป็นแนวทางในการพัฒนา
ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับประสิทธิภาพการเรียก
เก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรี
สะเกษ
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านคุณลักษณะ
ทางประชากรกับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์
จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพ
การเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐใน
จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีวิจัย (Methods)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิง
วิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical
Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการ
เรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐ ใน
จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงาน
เรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐใน
จังหวัดศรีสะเกษ

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้
สูตรในการคำนวณเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร
กรณีทราบขนาดประชากร (N) โดยกำหนดระดับความ
เชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งมีสูตรการคำนวณดังนี้ (Jirawatkul,
A., 2015) ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

N = ผู้รับผิดชอบงานศูนย์จัดเก็บ
รายได้ โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 245 คน

α = ความผิดพลาดของการสรุป

ลักษณะประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = Confidence coefficient ซึ่ง

เป็น ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ได้จาก
การเปิดตาราง Standard Normal Distribution (Z
Distribution) เมื่อกำหนด ความผิดพลาดเท่ากับ α
(หรือกำหนดความเชื่อมั่นที่ $1 - \alpha$) กรณีกำหนด $\alpha =$
0.05 ค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$

p = สัดส่วน (อัตราความครอบคลุม
หรืออุบัติการณ์ตัวแปรที่สนใจศึกษา) ได้จาก Review
Literature หรือทำ Pilot Study เมื่อ $p(1-p)$ คือความ
แปรปรวน หรือ การกระจายของตัวแปรที่เราสนใจศึกษา
ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ร้อยละของศูนย์จัดเก็บรายได้
คุณภาพที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับ C (ไม่
ผ่านเกณฑ์) จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 27.27 ($p =$
0.27)

e = ความกระชับของการประมาณ
ค่า (Precision of Estimation) หรือ ความคลาดเคลื่อน
ในการประมาณค่า เป็นค่าที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดว่ายอม
ให้เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด โดยทั่วไปกำหนดให้มีค่าอยู่
ประมาณ 5-20% ของค่า p หรือ กำหนดเป็นค่าตามที่
ผู้วิจัยต้องการ โดยทั่วไปนิยมกำหนดให้คลาดเคลื่อน
เท่ากับ 5% ($e=0.05$)

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{245 \times 1.96^2 \times 0.27 \times 0.73}{0.05^2(245-1) + (1.96^2 \times 0.27 \times 0.73)} \\ &= 135.68 \approx 136 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก จำนวน 16 คน (11.77 % ของกลุ่มตัวอย่าง) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop Out) ดังนั้นได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ 152 คน

2.2 สุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของประชากร

2.3 สุ่มตัวอย่างแต่ละศูนย์จัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการสุ่มจับฉลากแบบไม่แทนที่จนครบจำนวน

2.4 เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเรียกเก็บศูนย์จัดเก็บรายได้ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) สมัยครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

2.5 เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ไม่สมัยครใจเข้าร่วมศึกษา
- 2) เปลี่ยนงานที่รับผิดชอบหรือย้ายที่ทำงานในระหว่างศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 7 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 สำหรับข้อคำถามเชิงบวก และให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบงาน จำนวน 10 ข้อ ปัจจัยด้านสภาพการทำงาน จำนวน 10 ข้อ ปัจจัยด้านผู้บังคับบัญชา จำนวน 10 ข้อ ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ จำนวน 5 ข้อ และปัจจัยด้านประสิทธิภาพการเรียกเก็บ

ขอศูนย์จัดเก็บรายได้ จำนวน 16 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง ระดับความคิดเห็นน้อย

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง ระดับความคิดเห็นปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นมาก

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 ขึ้น และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชากร จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients ผลการทดสอบความเชื่อมั่นปัจจัยด้านระบบงาน ปัจจัยด้านสภาพการทำงาน ปัจจัยด้านผู้บังคับบัญชา ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านผู้รับบริการ และปัจจัยด้านประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83, 0.79, 0.80, 0.83, 0.81 และ 0.78 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษา โดยได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่การรับรอง SPPH 2023-059 เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2566

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสืออนุญาตเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุกแห่ง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งขั้นตอน กระบวนการต่าง ๆ ในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความยินยอม โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้ Google Form ในการสร้างแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

4. เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนจากระบบออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อประมวลผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Anova) ถ้าพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงทำการทดสอบจำแนกเป็นรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) เพื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย (Results)

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.6 อายุเฉลี่ย 40.02 ปี อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 37.5 รองลงมา กลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 36.2 และกลุ่มอายุไม่เกิน 30

ปี ร้อยละ 22.4 ตามลำดับ เป็นสถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 62.5 ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ)/เจ้าพนักงานเวชสถิติ ร้อยละ 33.6 รองลงมา เป็นพนักงานสนับสนุนอื่น ๆ ร้อยละ 24.3 และนักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 17.8 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.7 รองลงมาระดับอนุปริญญา ร้อยละ 27.6 และระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ มีประสบการณ์การทำงานด้านการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.53 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อายุงาน 6-15 ปี ร้อยละ 47.4 รองลงมามีประสบการณ์อายุงานไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 38.8 และมีประสบการณ์อายุงาน 16-25 ปี ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล ร้อยละ 77.0 ส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 85.5

2. ระดับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านระบบงาน ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.60) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านผู้บังคับบัญชา ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.78) และปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 3.71$, S.D. = 0.43) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้เป็นรายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้มีมากที่สุดในด้านคุณภาพงาน ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.45) รองลงมาคือด้านเวลา ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.67) และด้านปริมาณงาน ($\bar{X} = 3.63$, S.D. = 0.59) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

3. การเปรียบเทียบปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรกับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพ ตำแหน่ง การดำรงตำแหน่ง

ประสบการณ์การทำงาน การอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บ ประสิทธิภาพในการเรียกเก็บแตกต่างกันอย่างมี
รายได้ และสถานที่ทำงาน ที่แตกต่างกันจะมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ระบบงาน	3.91	0.60	มาก
สภาพการทำงาน	3.55	0.65	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชา	3.87	0.78	มาก
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	3.71	0.43	มาก
ผู้รับบริการ	3.68	0.69	มาก
ประสิทธิภาพการเรียกเก็บ	3.85	0.49	มาก
ด้านคุณภาพงาน	3.94	0.45	มาก
ด้านปริมาณงาน	3.63	0.59	ปานกลาง
ด้านเวลา	3.93	0.67	มาก

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรกับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ (n=152)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร	ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	F	p-value
อายุ	ไม่เกิน 30 ปี	22	4.01	0.40	3.375	0.020*
	31-40 ปี	55	3.96	0.46		
	41-50 ปี	57	3.74	0.55		
	51-60 ปี	18	3.70	0.36		
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ	18	4.09	0.51	2.606	0.038*
	นักสาธารณสุข	27	3.92	0.46		
	เจ้าหน้าที่เวชสถิติ	51	3.72	0.57		
	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	19	3.77	0.28		
การดำรงตำแหน่ง	ลูกจ้างชั่วคราว/พนักงานกระทรวง	37	3.93	0.41	4.469	0.013*
	ปฏิบัติงาน/ปฏิบัติการ	71	3.93	0.47		
	ชำนาญงาน/ชำนาญการ	44	3.67	0.53		
	ลูกจ้างชั่วคราว/พนักงานกระทรวง	37	3.93	0.41		
ระดับการศึกษา	อนุปริญญา	42	3.76	0.46	10.835	<0.001*
	ปริญญาตรี	106	3.89	0.51		
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	4	3.75	0.00		
	ไม่เกิน 5 ปี	59	3.92	0.46		

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร	ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	F	p-value
ประสบการณ์	6-15 ปี	72	3.81	0.44		
การทำงาน	16-25 ปี	14	3.44	0.51		
	26 ปีขึ้นไป	7	4.59	0.03		
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลชุมชน	116	3.84	0.50		
	โรงพยาบาลทั่วไป	15	4.15	0.36	3.074	0.049*
	โรงพยาบาลศูนย์	21	3.77	0.46		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบปัจจัยด้านประชากรกับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ (n=152) (ต่อ)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร	ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
เพศ	ชาย	34	3.89	0.45	0.46	0.645
	หญิง	118	3.84	0.50	0.48	
สถานภาพ	โสด	57	3.73	0.49	-2.385	0.018*
	คู่/สมรส	95	3.93	0.47	-2.365	
การอบรมเกี่ยวกับ	เคย	117	3.82	0.50	-2.748	0.042*
การจัดเก็บรายได้	ไม่เคย	35	3.98	0.43	-2.893	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ($\beta = 0.552$) ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ($\beta = 0.200$) และปัจจัยด้านระบบงาน ($\beta = 0.190$) มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษได้ 57.8% ($R^2 = 0.578$) และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 0.325 (S.E. = 0.325) สามารถนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้มา

สร้างสมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$Y_1 = 0.729 + 0.617(X_4) + 0.153(X_1) + 0.141(X_5)$$

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Y} = 0.551(X_4) + 0.200(X_5) + 0.190(X_1)$$

โดยกำหนดให้

Y แทน ประสิทธิภาพการเรียกเก็บ

X1 แทน ปัจจัยด้านระบบงาน

X2 แทน ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

X3 แทน ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

จากสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน สามารถสรุปผลว่า เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้จำแนกรายด้านพบว่า หากปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านผู้รับบริการ และปัจจัยด้านระบบงาน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย

จะมีผลทำให้ประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ เพิ่มขึ้น 0.551, 0.200 และ 0.190 หน่วย ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้

ตัวแปร	Unstandardized		standardized	t	p-value
	Coefficients		Coefficients		
	B	S.E.	β		
ค่าคงที่ (Constant)	0.729	0.270		2.695	0.008*
X1	0.153	0.070	0.190	2.207	0.029*
X2	0.617	0.091	0.551	6.762	<0.001*
X3	0.141	0.057	0.200	2.467	0.015*

R = 0.760, R² = 0.578, Adjusted R² = 0.564, SE = 0.32509, F = 40.016, df = 5, p-value<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล (Discussions)

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ระดับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ จากผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ ให้ความสำคัญโดยรวมกับปัจจัยด้านระบบงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้เป็นรายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้มีมากที่สุดในด้านคุณภาพงาน โดยให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายตาม Flow Chart การบันทึกหลักฐานที่เป็นปัจจุบันและครบถ้วน และการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับงานที่ได้รับมอบหมาย มากที่สุดตามลำดับ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Pannarai, T. (2022) ที่พบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้าง ด้านรูปแบบการบริหารมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การศึกษาของ Pannarai, T. (2022) และ Kittipongwarakarn, W. (2020) พบว่า ปัจจัยด้านความสามารถ ด้านความรับผิดชอบในการทำงานมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การศึกษาของ Pawirosuamarto, Sarjana & Muchtar (2017) พบว่า ด้านความมีวินัยมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน และการศึกษาของ Phimpha, P. (2015) ยังพบว่า การกำหนดแผนงาน โครงการ นโยบายที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายของบุคลากร การมีระบบโครงสร้างการบริหารงานที่ชัดเจนจะช่วยให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

2. การเปรียบเทียบปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรกับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ

2.1 ด้านเพศ พบว่า บุคลากรที่มีเพศต่างกัน มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านคุณภาพงาน ด้านปริมาณงาน และด้านเวลา พบว่า บุคลากรที่มีเพศต่างกัน มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับการมอบหมายงานให้รับผิดชอบอย่างชัดเจนตามโครงสร้างของศูนย์จัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาล ไม่มีการแบ่งส่วนหรือแยกงานใดเป็นของเพศใด จึงทำให้เพศไม่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ คือ ไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงต่างก็สามารถทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วงได้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Prapruettham, N. (2020) และ Suwan, S. (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า เพศสภาพไม่มีผลต่อความสำเร็จในการทำงานคือ ทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างสามารถทำงานนั้นให้สำเร็จได้ด้วยดีไม่แตกต่างกันตามที่ได้รับมอบหมาย

2.2 ด้านอายุ พบว่า บุคลากรที่มีกลุ่มอายุต่างกัน มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Pannarai, T. (2022) และ Prapruettham, N. (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานหรือความสำเร็จในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน

2.3 ด้านสถานภาพ พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพต่างกันมีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างจากการศึกษาของ Suwan, S. (2017) ที่พบว่า สถานภาพที่แตกต่างกันมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานไม่แตกต่างกัน

2.4 ด้านตำแหน่ง พบว่า ตำแหน่งต่างกันมีผลต่อประสิทธิภาพในการเรียกเก็บแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Pannarai, T. (2022) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน พบว่า ประเภทบุคลากรที่แตกต่างกันมีระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานแตกต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาของ Kittipongwarakam, W. (2020) พบว่า สายงานที่แตกต่างกันมีประสิทธิภาพในการทำงานไม่แตกต่างกัน

2.5 ด้านการดำรงตำแหน่ง พบว่า บุคลากรที่ดำรงตำแหน่งต่างกันจะมีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Prapruettham, N. (2020) พบว่า ความแตกต่างของสถานะการดำรงตำแหน่งของบุคลากรมีผลต่อการปฏิบัติงานด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน และการศึกษาของ Phetnoppharat, P. (2016) พบว่า ระดับตำแหน่งมีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

2.6 ด้านระดับการศึกษา พบว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีผลต่อประสิทธิภาพในการเรียกเก็บไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Phetnoppharat, P. (2016) และ Pannarai, T. (2022) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาของ Kittipongwarakam, W. (2020) และ Suwan, S. (2017) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานไม่แตกต่างกัน

2.7 ประสิทธิภาพการทำงาน พบว่าบุคลากรที่มีประสิทธิภาพการทำงานต่างกันจะมีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Phetnoppharat, P. (2016) และ Pannarai, T. (2022) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน พบว่า ระยะเวลาหรือประสบการณ์ในการทำงานต่างกันจะมีประสิทธิภาพการ

ปฏิบัติงานแตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kittipongwarakarn, W. (2020) พบว่า ประสิทธิภาพในการทำงานที่แตกต่างกันมีประสิทธิภาพในการทำงานไม่แตกต่างกัน

2.8 ด้านการอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บรายได้ พบว่า บุคลากรที่เคยอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บแตกต่างกันกับบุคลากรที่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากบุคลากรที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บรายได้เป็นประจำจะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะความสามารถในงานเป็นอย่างดี มีผลทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหากพนักงานขาดความรู้ ความสามารถ ขาดทักษะและความชำนาญ (Lack of skills) ในงานที่ได้รับมอบหมาย ขาดการฝึกอบรม ทำให้มีทักษะในการทำงานไม่เพียงพอ มีผลให้เป็นอุปสรรคต่องานและผลงานโดยรวม เกิดการปฏิบัติงานไม่ถูกต้องตามระเบียบ การทำงานผิดพลาดเสมอ การทำงานด้อยคุณภาพ ผลงานไม่เป็นที่น่าพอใจ (Toraksa, S., 2014) ซึ่งลักษณะงานจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลเป็นงานที่มีความซับซ้อน (Complexity) อย่างมากมาย มีผลทำให้ต้องการผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ การนำเข้าข้อมูลของค่ารักษาและการให้รหัสโรคที่มีความถูกต้อง แม่นยำ ไร้อผิดพลาด จึงต้องมีการอบรม และศึกษาความรู้เกี่ยวกับงานการจัดเก็บรายได้เป็นประจำและต่อเนื่อง (Jones & Bartlett Learning, 2015)

2.9 ด้านสถานที่ทำงาน พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จะมีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างจากการศึกษาของ Kittipongwarakarn, W. (2020) พบว่า พื้นที่ทำงานที่ต่างกันมีประสิทธิภาพในการทำงานไม่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านผู้รับบริการ และปัจจัยด้านระบบงาน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Phutonglom, P. (2016) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน คือ ปัจจัยด้านบุคลากร ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของบุคลากร การศึกษาของ Puntangthai, P. (2021), Pannarai, T. (2022) และ Kittipongwarakarn, W. (2020) พบว่า ปัจจัยด้านการยอมรับนับถือมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การศึกษาของ Pannarai, T. (2022) และ Kittipongwarakarn, W. (2020) พบว่า ปัจจัยด้านความสามารถ ด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การศึกษาของ Pawirosumarto, Sarjana & Muchtar (2017) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน คือ ปัจจัยด้านความมีวินัยต่อการปฏิบัติงานของพนักงาน การศึกษาของ Kittipongwarakarn, W. (2020) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน คือ ปัจจัยด้านด้านจิตใจ ด้านความก้าวหน้าในอาชีพ การศึกษาของ Diamantidis and Chatzoglou (2019) พบว่า ความสามารถในการปรับตัวมีผลต่อความสำเร็จในการทำงาน และการศึกษาของ Navimipour, Milani & Hosseinzadeh (2018) และ Phimpha, P. (2015) พบว่า ความพึงพอใจของพนักงาน มีผลต่อความสำเร็จของงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

3.2 ปัจจัยด้านผู้รับบริการมีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากการที่ผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอนการเข้ารับ

บริการและมีการนำเอกสารที่ต้องใช้เกี่ยวกับการจัดเก็บมายื่นตอนที่มารับบริการ เช่น บัตรประจำตัวประชาชนหรือเอกสารยืนยันตัวบุคคลเพื่อใช้ในการตรวจสอบสิทธิและใช้ในการตั้งเบิกค่ารักษาพยาบาลหรือการเข้ารับบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล มีผลให้ผู้ให้บริการสามารถประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายในการเรียกเก็บและติดตามหนี้ ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเก็บข้อมูลและการตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ (Patamasirawat, D., 2008) สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาการจัดเก็บรายได้คุณภาพของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการจัดเก็บในแต่ละกองทุนและระบบการเบิกจ่ายของแต่ละกองทุนค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้การจัดเก็บรายได้ของสถานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Division of Health Economics and Health Security, Ministry of Public Health, 2022)

3.3 ปัจจัยด้านระบบงานมีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Puntangthai, P. (2021) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน คือ ปัจจัยด้านนโยบายการบริหาร การศึกษาของ Tehseen & Hadi (2015) พบว่า การสนับสนุนด้านการบริหารมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน การศึกษาของ Pannarai, T. (2022) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านรูปแบบการบริหาร การศึกษาของ Kittipongwarakam, W. (2020) พบว่า ลักษณะงานที่ปฏิบัติมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน นอกจากนี้ การศึกษาในต่างประเทศยังพบว่า การสนับสนุนด้านการจัดการมีผลกระทบมากที่สุดทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติงาน (Diamantidis and Chatzoglou, 2019) อีกทั้งการศึกษาของ Phimpha, P. (2015) ยังพบว่า การกำหนดแผนงาน โครงการ นโยบายที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายของบุคลากร การมีระบบโครงสร้างการบริหารงานที่ชัดเจนจะช่วยให้

ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย (Conclusions)

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ โรงพยาบาลรัฐในจังหวัดศรีสะเกษ เกิดจากหลายปัจจัยรวมกันทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านผู้รับบริการ และปัจจัยด้านระบบงาน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นสาเหตุของพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ นโยบาย การบริหาร การปกครองบังคับบัญชา สภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้านคุณภาพงาน ด้านปริมาณงาน และด้านเวลา ส่งผลให้การปฏิบัติงานการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ ทำให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านสภาพการทำงานที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพการเรียกเก็บของศูนย์จัดเก็บรายได้ มีระดับความคิดเห็นเฉลี่ยน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยด้านอื่น ๆ จึงควรปรับปรุงปัจจัยด้านสภาพการทำงาน เช่น การปรับปรุงอาคารสถานที่ ห้องทำงาน วัสดุ ครุภัณฑ์ คู่มือในการปฏิบัติงาน เป็นต้น เพื่อให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการจัดเก็บรายได้ของบุคลากรมีความทันเวลาและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรให้ความสำคัญกับโครงสร้างองค์กรของศูนย์จัดเก็บรายได้ตามโครงสร้าง 4S 4C ให้ชัดเจน มีวิธีการจัดสรรบุคลากรและปริมาณงานให้เหมาะสม สอดคล้องกัน เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับเจ้าหน้าที่

ผู้ปฏิบัติงาน เพราะจะเป็นการกำหนดตำแหน่งหน้าที่ประเภทของงาน รายละเอียดของงาน ซึ่งบุคลากรเป็นผู้ปฏิบัติงานจะพบปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานจริง เช่น บุคลากรไม่เพียงพอกับปริมาณงาน หรือบุคลากรบางตำแหน่งต้องปฏิบัติงานหลายอย่าง หรือขั้นตอนการทำงานซ้ำซ้อนทำให้เกิดความล่าช้า ทำให้งานไม่สำเร็จตามกำหนดเวลา

3. ด้านความสามารถ ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมด้านความสามารถของบุคลากรให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เช่น เปิดโอกาสให้บุคลากรใช้ความสามารถ ใฝ่หา การตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้อย่างเต็มที่เพื่อให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพและปริมาณงานทันตามเวลาที่กำหนด รวมทั้งเมื่อมีการกำหนดโครงสร้างหน่วยงานแล้ว หากพบว่า คุณสมบัติหรือความสามารถของบุคลากรยังไม่เหมาะสม ควรให้

การสนับสนุนส่งเสริมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เช่น ส่งเข้าอบรมโครงการต่าง ๆ เพื่อนำความรู้มาประยุกต์ใช้ หรือนำมาพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษทุกท่าน ผู้รับผิดชอบงานศูนย์จัดเก็บรายได้ประจำโรงพยาบาลทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บและให้ข้อมูล รวมทั้งข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่อนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

- Diamantidis, A.D. and Chatzoglou, P. (2019). "Factors affecting employee performance: an empirical approach". *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 68 No. 1, pp. 171-193.
- Division of Health Economics and Health Security, Ministry of Public Health. Thailand. (2022). Manual of Quality Revenue Collection Centers Hospitals under Office of the Permanent Secretary. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Jirawatkul A. (2015). Measuring consistency with kappa statistics. *J. Public Health*, 18(5): 641–642.
- Jones & Bartlett Learning, LLC. (2015). Billing and coding for health services. [cited 2015 Jan 20]. Available from: http://samples.jbpub.com/9780763789299/82999_ch02_FINAL.pdf
- Kittipongwarakarn, W. (2020). Factors affecting work efficiency of a state enterprise employees. A master project of Business Administration (Management), Srinakharinwirot University.
- Navimipour, N. J., Milani, F. S., & Hossenzadeh, M. (2018). A model for examining the role of effective factors on the performance of organizations. *Technology in Society*, 55, 166-174.
- Pannarai, T. (2022). Factors Affecting Work Efficiency of Employees in Songkhla Provincial Administrative Organization. Thesis for the Degree of Master of Public Administration, Prince of Songkla University.

- Patamasiriwat, D. (2008). The study of cost efficiency of public hospital under supervision of the Ministry of Public Health, [Internet]. [cited 2022 October 14]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2243?locale-attribute=th>
- Pawirosumarto, S., Sarjana, P.K. and Muchtar, M. (2017), "Factors affecting employee performance of PT.Kiyokuni Indonesia". *International Journal of Law and Management*, Vol. 59 No. 4, pp. 602-614.
- Phetnopparat, P. (2016). Factors affecting the performance efficiency of office of the teacher civil service and educational personnel commission. Thesis for the Degree of Master of Public Administration, Siam University.
- Phimpha, P. (2015). Factors affecting the Performance Efficiency of Personnel of Local Government in Thapanom District, Nakhonpanom Province. Thesis for the Degree of Master of Public Administration, Rajabhat Maha Sarakham University.
- Phutonglom, P. (2016). Factors affecting the efficiency of tax collection of Khlong Kham Sub-District Administrative Organization Yangtalat District, Kalasin Province. The national conference & research presentation 2016: 3rd, Nakhonratchasima College.
- Prapruettham, N., (2020). Factors affecting performance of the president's office staff of Kasetsart University, Bangkok. President's office, Kasetsart University.
- Puntangthai, P. (2021). Motivation Affecting Work Efficiency of Support Personnel at Uttaradit Rajabhat University. A Thesis for Master of Business Administration Program (Business Administration), Uttaradit Rajabhat University.
- Sisaket Provincial Public Health Office. (2023). An annual performance report in 2022. Sisaket Provincial Public Health Office.
- Suwan, S., (2017). Factors affecting employees' work efficiency of the Bangkok Bank Public Company Limited in Muang District, Chiang Mai Province. Independent study for Master of Business Administration in Business Administration, Maejo University.
- Tehseen, S., & Hadi, N. (2015). Factors Influencing Teachers' Performance and Retention. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6.
- The Royal Institute. (2013). Thai Dictionary, The Royal Institute edition B.E. 2554. Bangkok: Nanmeebooks publication.
- Toraksa, S. (2014). Application of management principles for continuous and sustainable development. Bangkok: Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University.

Factor Analysis of Health Innovators among Bachelor's degree students in Sirindhorn College of Public Health, Trang Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Tawatchai Sunthonnon, Adisak Srilaong, Phichet Banyati

1 Sirindhorn College of Public Health Trang,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

** corresponding author*

2 Deputy Director General, Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health

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

Original article

Received: 13 Oct 2023

Revised: 16 Nov 2023

Accepted: 19 Nov 2023

Abstract

The objectives of this Mixed Methods Research were: 1) to study the factors of health innovator. 2) to examine the validity of the health innovator factors of undergraduate students in Sirindhorn College of Public Health, Trang Province, under the Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute. The variables to be analyzed or the variables observed were in the amount of 38 variables. The sample sizes, 226 students, were 7 times of variables. They were selected by multistage random sampling. Research tool was questionnaire tested for accuracy by 7 experts with a validity index for the entire content equal to 1.00 and had a reliability value of 0.93. Data were analyzed by exploratory factor analysis technique. Factors were extracted by principal Factor analysis and orthogonal factor axes by Varimax method. The validity validation was performed on a qualified cohort of 30 subjects to confirm the constituents and indicators based on the research findings.

The study found that when analyzing the survey elements. There are a total of 4 Factors and 29 indicators as follows: 1st Factor: Growth Mindset, 8 indicators. 2nd Factor: Technology and Health Literacy, 7 indicators. 3rd Factor: Professional Communication, 8 indicators. 4th Factor: Lifelong Learning, 6 indicators. As for checking the accuracy according to the actual condition of every indicator, it is accurate according to the condition. Statistically significant at the .001 level.

Keywords: Factor Analysis, Health Innovators, Bachelor's degree students, Praboromarajchanok Institute

การวิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ธวัชชัย สุนทรนนท์^{1*} อติศักดิ์ ศรีละออง¹ นายแพทย์พิเชฐ บัญญัติ²

1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บทความ

2 รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 13 ต.ค. 2566

วันแก้ไข 16 พ.ย. 2566

วันตอบรับ 19 พ.ย. 2566

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยผสมวิธี ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ 1.ศึกษาองค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี 2. ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพจริงขององค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี โดยตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 38 ตัวแปร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 7 เท่า ดังนั้นได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 266 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ สกัดปัจจัยด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลักและหมุนแกนองค์ประกอบแบบอโรโธโกนอลด้วยวิธีแวนเดอร์เวเกอ ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพจริงกับกลุ่มผู้รู้แจ้งชัดตามคุณสมบัติจำนวน 30 คน เพื่อยืนยันองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ตามข้อค้นพบจากงานวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ มีจำนวนทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบ 29 ตัวบ่งชี้ ดังนี้ 1) กรอบความคิดแบบเติบโต จำนวน 8 ตัวบ่งชี้ 2) ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ 3) การสื่อสารอย่างมีอาชีพ จำนวน 8 ตัวบ่งชี้ และ 4) การเรียนรู้ตลอดชีวิต จำนวน 6 ตัวบ่งชี้ ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพจริงของตัวบ่งชี้ทุกตัวมีความเที่ยงตรงตามสภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ การวิเคราะห์องค์ประกอบ, ความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ, นักศึกษาระดับปริญญาตรี, สถาบันพระบรมราชชนก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการก้าวเข้าสู่โลกยุคดิจิทัลอย่างเต็มตัว รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย Thailand 4.0 ซึ่งมีหัวใจสำคัญคือการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม (Innovation-based economy) ภายใต้เทคโนโลยีความคิดสร้างสรรค์เน้นภาคการผลิตไปสู่ภาคบริการมากขึ้น จึงเป็นโมเดลในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ โดยกำหนดเป้าหมายสำคัญคือการขับเคลื่อนไปสู่การเป็นประเทศที่มั่งคั่ง มั่นคง และยั่งยืน จากประกาศเรื่องยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 -2580) ทำให้เห็นว่าทรัพยากรมนุษย์จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญและมีความจำเป็นมากที่สุดต่อการก้าวสู่ Thailand 4.0 เนื่องจากเป็นแหล่งความรู้และกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศ เช่นเดียวกับการศึกษาในยุค Thailand 4.0 ที่ไม่ใช่เป็นเพียงการให้ความรู้แต่เป็นการเตรียมมนุษย์ให้เป็นมนุษย์ โดยผู้เรียนต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่สำคัญในการดำเนินชีวิตไปด้วย ภายใต้แนวคิดการสอนให้มีความรู้คู่คุณธรรมและมีทักษะในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์การสร้างนวัตกรรม การทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ การสื่อสาร การใช้ข้อมูลสารสนเทศ การใช้คอมพิวเตอร์ และปัญญาประดิษฐ์ การคิดคำนวณ การสร้างอาชีพและการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความรอบรู้หลากหลายมิติ (Kay, & Greenhill, 2011) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวิกฤตการณ์โควิด - 19 ที่ผ่านมามีแสดงให้เห็นว่านวัตกรรมสุขภาพใหม่ ๆ มีความสำคัญมากต่อวิถีชีวิตของมวลมนุษยชาติทั่วโลก

นวัตกรรมทางสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในยุคปัจจุบันที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน เพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในประเทศและหัวใจสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค คือการทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อช่วยยกระดับความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ การใช้ข้อมูลและทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Berkman, Davis, & McCormack, 2010) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ยุคโลกพลิกผัน” ที่ควรมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง พร้อมปรับตัวภายใต้การบริหารเชิงกลยุทธ์ที่มีเหมาะสมตามบริบท องค์การด้านสาธารณสุขจึงต้อง

ปรับตัวให้ทันต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา “รู้เขา รู้เรา และรู้พัฒนา” เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนในการพัฒนาโดยนำนวัตกรรม สุขภาพ มาเป็นตัวช่วย (Sunthonnon, & Chaitiang, 2023) ทั้งนี้ควรเริ่มต้นจากสถาบันผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขเพราะเป็นแหล่งสร้างและพัฒนาบุคลากรที่มีความสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศให้เป็นผู้ส่งผลกระทบต่อองค์ความรู้และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงควรมุ่งเน้นความเป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพที่ทันต่อเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงและเหมาะสมกับความต้องการในอนาคต

กระทรวงสาธารณสุขได้ทำนายความต้องการกำลังคนเพื่อพัฒนานวัตกรรมสุขภาพใน 5 ปีข้างหน้า จำนวน 500 คน และในอีก 20 ปีข้างหน้าจำนวน 10,000 คน ประกาศเรื่องยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 -2580) การผลิตบุคลากรสาธารณสุขที่ส่งเสริมความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ จึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อระบบสุขภาพ โดยนวัตกรรมทางสุขภาพจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยกระดับความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และ การใช้ข้อมูลและทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่อย่างถูกต้อง ทันสมัย และก้าวทันการเปลี่ยนแปลงของโลก ภายใต้ผลลัพธ์สุดท้ายคือการมีสุขภาพดีและสอดคล้องกับโลกยุคใหม่ที่นวัตกรรมเข้ามามีบทบาทกับชีวิตของมนุษย์ทุกคน จากการทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างในเรื่องดังกล่าวคือปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงองค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาอย่างชัดเจนว่าความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพควรเป็นอย่างไรและประกอบด้วยองค์ประกอบใดบ้าง ส่งผลให้ยังขาดข้อมูลที่จะนำไปส่งเสริมและพัฒนานักศึกษาที่จะจบมาเพื่อตอบสนองความต้องการในอนาคตของวงการสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มุ่งเน้นให้นักศึกษาระดับปริญญาตรีทั้ง 4 ชั้นปีจาก 3 สาขาวิชา ประกอบด้วย สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สาขาวิชาทันตสาธารณสุข และสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยมีความรู้ความสามารถด้านพัฒนาความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกแบบผลิตภัณฑ์และนวัตกรรมใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทสังคม มีความคิดสร้างสรรค์เพื่อรองรับการบริการสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ

และเอกชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนานักศึกษาให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต และนำไปสู่การให้บริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาองค์ประกอบความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2. ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพจริงขององค์ประกอบความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

วิธีการดำเนินการวิจัย

โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) เพื่อค้นหาองค์ประกอบของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันและมีคุณลักษณะร่วมกัน ตลอดจนศึกษาว่าองค์ประกอบดังกล่าวมีลักษณะอย่างไร ซึ่งการศึกษากการวิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยค้นหาองค์ประกอบความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เพื่อหาคำตอบว่า

องค์ประกอบควรเป็นอย่างไร โดยมีการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาองค์ประกอบความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

1. ผู้วิจัยศึกษาการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้จากแหล่งต่างๆ ที่น่าเชื่อถือทั้งตำราเอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้ององค์ประกอบ และตัวบ่งชี้ความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความรู้และประสบการณ์ เกี่ยวกับองค์ประกอบความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 17 คน ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบปฏิสัมพันธ์และเจาะลึกจนได้ข้อมูลอิ่มตัวเพื่อกำหนดเป็นร่างองค์ประกอบความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ที่ค้นหาจากการสังเคราะห์ได้ในขั้นตอนที่ 1 มาแปลความจากการสังเคราะห์ว่าแต่ละองค์ประกอบหลักควรมีตัวบ่งชี้อะไรบ้าง จากนั้นนำมาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อไป

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 7 ท่านมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 1.00 แล้วมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกับกลุ่มที่ศึกษา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 และดำเนินการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย นักศึกษาระดับปริญญาตรีทั้ง 4 ชั้นปีจาก 3 สาขาวิชา ประกอบด้วย สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สาขาวิชาทันตสาธารณสุข และสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประจำทั้งสิ้น 349 คน

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของแฮร์และคณะ (Hair, et al. 2010) ที่กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5 - 10 เท่าของตัวบ่งชี้ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 38 ตัวแปร ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 7 เท่า ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 266 คน โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis : EFA) เพื่อศึกษาว่าองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบควรมีชื่ออะไรและมีตัวบ่งชี้ใดบ้าง โดยการตรวจสอบความเหมาะสมของเมทริกซ์สหสัมพันธ์ พิจารณาภาพรวมจากเกณฑ์ ดังนี้

การแปลผลความเหมาะสมที่จะใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยค่าไคเซอร์ เมเยอร์ ออลกิน (The Kaiser – Mayer – Olkin: KMO) สำหรับค่าที่เหมาะสมมากคือ KMO ที่เข้าใกล้ค่า 1 หรือไม่ควรต่ำกว่า .50 ข้อมูลตามแนวคิดของแฮร์และคณะ (Hair, et al. 2010)

การกำหนดจำนวนองค์ประกอบ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การกำหนดองค์ประกอบเบื้องต้นโดยพิจารณาองค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigen Value) มากกว่า 1

การคัดเลือกตัวบ่งชี้พิจารณาจากน้ำหนักตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ตามข้อเสนอของแฮร์และคณะ (Hair, et al. 2010)

ระยะที่ 2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพจริงของการวิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กับกลุ่มผู้รู้แจ้งชัด (Known Groups)

ในระยะนี้เป็นการนำผลการวิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้จาก

การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งจากตัวบ่งชี้ดังกล่าวผู้วิจัยนำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการทดสอบกับกลุ่มผู้รู้แจ้งชัด (Known Groups) เพื่อยืนยันว่าตัวชี้วัดที่ได้จากการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 นั้นเป็นตัวชี้วัดความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่มีความเที่ยงตรงตามสภาพการณ์ (Concurrent Validity) ซึ่งการพัฒนาเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับรายละเอียดการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นแบบสอบถามประเมินความคิดเห็นต่อองค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สร้างขึ้น โดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โครงสร้างของแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 เป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้รู้แจ้งชัดต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก โดยมีขั้นตอนในการสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. นำผลจากการวิเคราะห์การวิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ในระยะที่ 1 มาพิจารณาและปรับปรุงเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อสอบถามกลุ่มผู้รู้แจ้งชัด

2. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน โดยตรวจสอบความครอบคลุมและความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้

(Content Validity) เพื่อหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) พิจารณาค่า IOC ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.50 ถึง 1.00 จึงถือว่านำไปใช้ได้ (Srisaet, 2010) ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ข้อคำถามเป็นไปเกณฑ์ที่กำหนดทุกข้อ

3. นำแบบสอบถามไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มผู้รู้แจ้งชัด เพื่อตอบแบบสอบถามจำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัยและนัดหมายเพื่อเข้ามาเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการเลือกกลุ่มผู้รู้แจ้งด้วยวิธีเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือรองนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดตรัง จำนวน 1 คน

2. ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จำนวน 2 คน

3. อาจารย์ประจำหลักสูตรระดับปริญญาตรีครอบคลุมทั้ง 3 สาขาวิชา จำนวน 3 คน

4. ตัวแทนสโมสรนักศึกษาและนักศึกษาระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2565 จำนวน 10 คน

5. เครือข่ายผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพัฒนานักศึกษาซึ่งมีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี มีองค์ความรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับนวัตกรรมทางสุขภาพ มีคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า จำนวน 7 คน

6. ตัวแทนผู้ใช้บัณฑิตจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ซึ่งใช้วัดระดับความคิดเห็นตามแบบของลิคเอร์ต (Likert) เพื่อการวิเคราะห์การหาความเที่ยงตรงตามสภาพจริง (Concurrent Validity)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อหาค่าสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยทดสอบค่า t (t-test) โดยการเปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยของตัวบ่งชี้ที่ได้กับเกณฑ์ประเมินค่าที่ระดับมาก ($\mu > 3.50$) ตามการแปลความหมายค่าเฉลี่ยแบบอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) (Ketsingh, 1995) เพื่อยืนยันว่าตัวบ่งชี้ที่ค้นพบในการวิจัยนี้มีความเที่ยงตรงตามภาพจริง (Concurrent Validity)

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIB-2566/077 นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้านคือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูล

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จากการสังเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ทำให้ได้ร่างองค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความคิดสร้างสรรค์ และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งประกอบด้วยตัวบ่งชี้ จำนวน 38 ตัวบ่งชี้

ผลการวิเคราะห์ตัวบ่งชี้ความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในขั้นตอนที่ 2 พบว่ามีค่าดัชนีไคเซอร์ - เมเยอร์ - ออลกิน (The Kaiser - Mayer - Olkin Measure of Sampling Adequacy : (KMO)) ของการพัฒนา

ตัวบ่งชี้ความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ มีค่าเท่ากับ .961 ซึ่งมีค่าสูงกว่า .50 และค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก จึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไป

วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และค่าไควสแควร์ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 12487.868 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy และ Bartlett's Test of Sphericity

ตัวบ่งชี้	Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: (KMO)		Bartlett's Test of Sphericity		Chi-Square
	ค่าที่เหมาะสม	ค่าที่ได้จากการวิเคราะห์	ค่าที่เหมาะสม	ค่าที่ได้จากการวิเคราะห์	
ตัวบ่งชี้ 38 ตัวบ่งชี้ (มากกว่า .90 อยู่ในเกณฑ์ดีมาก)	มากกว่า .50	.961	P < .05	P < .001	12487.868

ทั้งนี้แปลความได้ว่าตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่ได้จากการศึกษาใน ขั้นตอนที่ 1 มีขนาดความสัมพันธ์เพียงพอและมีความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์ตัวบ่งชี้ความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ต่อไป

การสกัดองค์ประกอบและการหมุนแกนด้วยวิธีแวนแมกซ์ (Varimax) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดว่า องค์ประกอบจะต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Eigenvalue) มากกว่า หรือเท่ากับ 1.0 และตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบจะต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

(Factor Loading) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ซึ่งการพัฒนาตัวบ่งชี้ความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัย มี 5 องค์ประกอบ 38 ตัวบ่งชี้เมื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่า ได้องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ 29 ตัวบ่งชี้ ซึ่งองค์ประกอบมีค่าไอเกน (Eigen values) อยู่ระหว่าง 1.113 ถึง 23.878 มีค่าร้อยละของความแปรปรวนอยู่ระหว่าง 3.009 ถึง 64.536 และมีค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมอยู่ระหว่าง 64.536 ถึง 76.404 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
1. กรอบความคิดแบบเติบโต	23.878	64.536	64.536
2. ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ	1.949	5.268	69.804
3. การสื่อสารอย่างมีอาชีพ	1.329	3.592	73.395
4. การเรียนรู้ตลอดชีวิต	1.113	3.009	76.404

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งชื่อองค์ประกอบและตัวบ่งชี้
ที่จัดกลุ่มใหม่ โดยพิจารณาจากภาพรวมของตัวบ่งชี้
ได้แก่ **องค์ประกอบที่ 1 กรอบความคิดแบบเติบโต**
จำนวน 8 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่
0.555 ถึง 0.836 (ตารางที่3) **องค์ประกอบที่ 2 ความ**
รอบรู้ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ จำนวน 7 ตัวบ่งชี้
มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.570 ถึง 0.807

(ตารางที่4) **องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารอย่างมี**
อาชีพ จำนวน 8 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้
ตั้งแต่ 0.508 ถึง 0.786 (ตารางที่ 5) และ
องค์ประกอบที่ 4 การเรียนรู้ตลอดชีวิต จำนวน 6
ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.504 ถึง
0.671 (ตารางที่6) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ 1 กรอบความคิดแบบเติบโต จำแนกตามตัวบ่งชี้

ที่	ตัวบ่งชี้	น้ำหนักของตัวบ่งชี้
1	ทักษะการปรับตัวเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้นแบบ คาดเดาไม่ได้ในอนาคต	0.836
2	ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ให้เกิดการเรียนรู้ที่แตกต่างกล้าคิดและ กล้าถามในสิ่งที่ต่างออกไป	0.792
3	ทักษะการประสานงานและการทำงานกับผู้อื่น	0.734
4	ความสามารถในการแสวงหาข้อพัฒนาและเห็นโอกาสของความ เป็นไปได้ในการพัฒนาอยู่เสมอ	0.712
5	ทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญหน้าความเปลี่ยนแปลงและความ ท้าทายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต	0.673
6	ความสามารถในการเรียนรู้เพื่อเข้าถึงระบบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ จากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ	0.669
7	ทักษะการคิดอย่างมีปัญญาครอบคลุมข้อมูลแบบองค์รวม	0.571
8	ทักษะการจัดการข้อมูลและนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ	0.555

ตารางที่ 4 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ 2 ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ จำแนกตามตัวบ่งชี้

ที่	ตัวบ่งชี้	น้ำหนักของตัวบ่งชี้
1	ทักษะการยืนยันตัวตนและสวัสดิการทักษะในการปกป้องข้อมูลของตนเอง	0.807
2	ความสามารถด้านการเรียนรู้ที่จะใช้เทคโนโลยีเพื่อทำให้การสื่อสารและการทำงานร่วมกันสะดวกและมีประสิทธิภาพ	0.693
	ความเข้าใจผู้อื่นและส่งเสริมวัฒนธรรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน	0.647
3	ความสามารถในการค้นหาและการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่เพื่อพัฒนาสู่นวัตกรรม	0.634
4	ความสามารถในการสร้างสรรค์และนวัตกรรมด้วยทักษะทางดิจิทัลเพื่อต่อยอดให้เกิดนวัตกรรมด้านสุขภาพใหม่ๆ	0.622
5	ความสามารถในการเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างรอบด้านและถูกต้อง	0.585
6	ความสามารถในการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทั้งที่เป็น Hardware หรือ Software และเข้าใจพื้นฐานในการใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี	0.570

ตารางที่ 5 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารอย่างมีอาชีพ จำแนกตามตัวบ่งชี้

ที่	ตัวบ่งชี้	น้ำหนักของตัวบ่งชี้
1	การมีภาษาภายในเชิงบวกเพื่อสร้างบรรยากาศแห่งความอบอุ่นและความไว้วางใจในการสื่อสาร	0.786
2	ความสามารถในการปรับรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย	0.761
3	ความสามารถในการสื่อสารความเข้าใจได้เป็นอย่างดี	0.661
4	การยอมรับและแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดกว้างทั้งประเด็นที่เห็นด้วยและเห็นต่าง	0.593
5	ทักษะความอยากรู้อยากเห็นสิ่งใหม่อยู่เสมอ	0.590
6	ความพร้อมต่อความท้าทายภายนอกที่ต้องเผชิญในทุกสถานการณ์	0.584
	ความสามารถการฟังอย่างตั้งใจและไตร่ตรองข้อมูลอย่างถี่ถ้วนเพื่อประกอบการตัดสินใจ	0.521
7	ความสามารถในการสื่อสารเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ	0.508

ตารางที่ 6 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ 4 การเรียนรู้ตลอดชีวิต จำแนกตามตัวบ่งชี้

ที่	ตัวบ่งชี้	น้ำหนักของตัวบ่งชี้
1	ความสามารถในรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆอย่างรอบด้าน	0.671
2	ความสามารถในการเรียนรู้แสวงหาความคิดที่หลากหลายและ แปลกใหม่อยู่เสมอ	0.659
3	ทักษะการเป็นผู้นำทีมและถ่ายทอดการเรียนรู้ให้ผู้อื่น	0.613
4	ความสามารถในการหาคำตอบที่รอบด้านและค้นพบความรู้ใหม่ จากการศึกษา	0.605
5	ความสนใจใฝ่เรียนรู้ที่มีอย่างไม่มีกรอบและไม่จำกัด	0.577
6	ความสามารถในการหาข้อสรุปที่เหมาะสมเชื่อถือได้	0.504

2. ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพจริงของ การวิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิ รินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวช ศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ขั้นตอนนี้เป็นการนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ให้มีเฉพาะตัวบ่งชี้ที่มีอยู่ในองค์ประกอบแล้วไปสอบถามกับกลุ่มผู้รู้ชัดแจ้ง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบค่าที(t-test) ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่ได้จากผู้รู้ชัดกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ($\mu \geq 3.50$) ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวบ่งชี้ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.20 – 4.93 โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสามารถในการสร้างสรรค์และนวัตกรรมด้วยทักษะทางดิจิทัลเพื่อต่อยอดให้เกิดนวัตกรรมด้านสุขภาพใหม่ๆ รองลงมา คือ ทักษะการปรับตัวเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นแบบคาดเดาไม่ได้ในอนาคต ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความสามารถในการปรับรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย เมื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในแต่ละตัวบ่งชี้กับเกณฑ์ประมาณค่าที่ระดับมาก ($\mu \geq 3.50$) พบว่า ตัวบ่งชี้ทุกตัวทั้ง 29 ตัวบ่งชี้มีความเที่ยงตรงตามสภาพจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยขอสรุปและอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ การวิเคราะห์องค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ข้อค้นพบองค์ความรู้ใหม่ในการศึกษาที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามสภาพจริงกับกลุ่มผู้รู้ชัด (Known Groups) ทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบ 29 ตัวบ่งชี้ สรุปได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 กรอบความคิดแบบเติบโต

จำนวน 8 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ทักษะการปรับตัวเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นแบบคาดเดาไม่ได้ในอนาคต ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ให้เกิดการเรียนรู้ที่แตกต่างกล้าคิดและกล้าถามในสิ่งที่ต่างออกไป ทักษะการประสานงานและการทำงานกับผู้อื่น ความสามารถในการแสวงหาข้อพัฒนาและเห็นโอกาสของความเป็นไปได้ในการพัฒนาอยู่เสมอ ทักษะการแก้ปัญหาและการเผชิญหน้าความเปลี่ยนแปลงและความท้าทายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ความสามารถในการเรียนรู้เพื่อเข้าถึงระบบข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ ทักษะการคิดอย่างมีปัญญาครอบคลุมข้อมูลแบบองค์รวม และทักษะการจัดการข้อมูลและนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การคิดแบบเติบโตในเชิงสร้างสรรค์เป็นองค์ประกอบสำคัญของการ

ส่งเสริมความเป็นนวัตกรรม (Phitthayasenee, & Rueangrong, 2021) ; (Piyarungsi, Swathanan, Inthan, & Hanwong, 2022) ; (Nungalee, & Wijitwanna, 2023) และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ระบุว่าพัฒนาคนรุ่นใหม่ต้องมีกรอบแนวคิดแบบเติบโต หรือ Growth Mindset จะกระตุ้นหรือเรียนรู้ที่จะเรียนรู้ ขอบที่จะเรียนรู้ จากปัญหาสนุกเวลาที่เจอโจทย์ยากๆ มีความพยายามที่จะหาทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคพัฒนาสิ่งใหม่ๆ ที่ท้าทาย (Suwanasaeng, Yingyoud, & Khwansatapomkoon, 2019) ; (Kaewyotha, Chonlathep, Kaewkaen, Pollarp, & Chamwiset, 2022) อีกทั้งการศึกษาของ Praphainthara (2020) ยังมีข้อมูลที่น่าสนใจที่พบว่าสถาบันอุดมศึกษาควรมีการวางกลยุทธ์เป็น “มหาวิทยาลัยแห่งนวัตกรรม (Innovation University)” เพื่อช่วยให้ปรับเปลี่ยนกรอบวิธีคิด (Mindset) จากการสร้างนวัตกรรมเพื่อการต่อยอดทางวิชาการเป็นสำคัญ จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นชัดเจนว่าหากเราต้องการพัฒนาความเป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพโดยเฉพาะของนักศึกษาควรให้ความสำคัญกับจุดเริ่มต้นแรกคือการสร้างกรอบแนวคิดแบบเติบโต หรือ Growth Mindset ซึ่งเป็นเรื่องที่ได้รับการยอมรับในวงการศึกษาและวงการอื่นๆ อย่างกว้างขวางว่าการที่คนคนหนึ่งจะมี Mindset อย่างไรนั้นจะส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิตของเขาได้ ในวงการด้านสุขภาพและการศึกษาจึงควรให้ความสำคัญกับเรื่องของ Mindset เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในยุคที่นวัตกรรมมีผลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคน ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพจึงควรเริ่มต้นจากองค์ประกอบนี้เพื่อเป็นการสร้างฐานทางความคิดและส่งผลการพัฒนาในระยะยาวต่อไป

องค์ประกอบที่ 2 ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ทักษะการยืนยันตัวตนและสวัสดิการทักษะในการปกป้องข้อมูลของตนเอง ความสามารถในการเรียนรู้ที่จะใช้เทคโนโลยีเพื่อทำให้การสื่อสารและการทำงานร่วมกันสะดวกและมีประสิทธิภาพ ความเข้าอกเข้าใจผู้อื่นและส่งเสริมวัฒนธรรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ความสามารถในการค้นหาและการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่เพื่อพัฒนาสู่นวัตกรรม ความสามารถในการสร้างสรรค์และนวัตกรรมด้วยทักษะทางดิจิทัลเพื่อต่อยอดให้เกิดนวัตกรรมด้านสุขภาพ

ใหม่ๆ ความสามารถในการเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างรอบด้านและถูกต้อง และความสามารถในการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทั้งที่เป็น Hardware หรือ Software และเข้าใจพื้นฐานในการใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญเพราะความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพในปัจจุบันจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพเพื่อการพัฒนาความรู้ทั้งในเชิงวิชาการและพัฒนาทักษะในยุคดิจิทัลไปด้วยกัน (ThanyaratSrisakul, 2019) ; (Akkadechanunt, 2019) และยังมีข้อมูลเพิ่มเติมที่น่าสนใจจากหลายการศึกษาที่พบว่า เยาวชนยุคใหม่ ควรมีความสามารถด้านนวัตกรรมโดยใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญแนวทางสู่การพัฒนา (Kruthangka, Kruthangka, Raimaturapong, & Boonpiamsak, 2022) ; (Ketkosan, Boonchaaythanasit, & Prabpai, 2021) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าในปัจจุบันที่สำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นจุดเด่นสำคัญของนักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และมีสมรรถนะทางทางเทคโนโลยีควบคู่กันไปด้วยในยุคแห่งดิจิทัลนี้ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความเป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นองค์ประกอบภาพรวมที่ต้องอาศัยทักษะสำคัญด้านความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เป็นทักษะด้านดิจิทัลพื้นฐานที่จะเป็นตัวช่วยสำคัญในการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการทำงานอย่างบูรณาการร่วมกันเพื่อให้นวัตกรรมทางสุขภาพเป็นผู้นำพัฒนานวัตกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญในโลกยุคปัจจุบัน

องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารอย่างมืออาชีพ จำนวน 8 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ การมีภาษาภายในเชิงบวกเพื่อสร้างบรรยากาศแห่งความอบอุ่นและความไว้วางใจในการสื่อสาร ความสามารถในการปรับรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย ความสามารถในการสื่อสารความเข้าใจได้เป็นอย่างดี การยอมรับและแสดงความความคิดเห็นอย่างเปิดกว้างทั้งประเด็นที่เห็นด้วยและเห็นต่าง ทักษะความอยากรู้อยากเห็นสิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ ความพร้อมต่อความท้าทายภายนอกที่ต้องเผชิญในทุกสถานการณ์ ความสามารถในการฟังอย่างตั้งใจและไตร่ตรองข้อมูลอย่างถี่ถ้วนเพื่อประกอบการตัดสินใจ และความสามารถ

ในการสื่อสารเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ ซึ่งสอดคล้องกับนักวิชาการหลายท่านที่พบว่า ในปัจจุบันความเป็นนวัตกรรมจำเป็นอย่างยิ่งที่เราจะต้องมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มประสิทธิภาพของงาน (Klaichun, & Trirat, 2021) ; (Nuansri, & Pantuworakul, 2022) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการสื่อสารอย่างมืออาชีพนั้นจำเป็นต้องมีความพร้อม และความเข้าใจถึงความหลากหลาย ของความคิด ความรู้สึกด้านอารมณ์ และปัญหาของผู้อื่น เมื่อเรามีทักษะและความสามารถในการสื่อสารและการประสานงานที่ดี ก็จะทำให้เรามีมิตรภาพ มีความน่าเชื่อถือ สังคมให้การยอมรับ และเกิดผลสำเร็จในอาชีพการงาน ดังนั้นการพัฒนาความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพของนักศึกษา ควรเน้นทักษะดังกล่าวเพื่อใช้การสื่อสารอย่างมืออาชีพหนุนเสริมให้ความเป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพมีความเข้มแข็ง น่าเชื่อถือ สามารถประสานความเข้าใจความร่วมมือในการพัฒนา และยังสามารถใช้ทักษะดังกล่าวเผยแพร่ในการนำเสนอผลงานทางวิชาการแลกเปลี่ยนข้อมูลนวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อใช้ประโยชน์ในวงกว้างสู่สังคมต่อไป

องค์ประกอบที่ 4 การเรียนรู้ตลอดชีวิต จำนวน 6 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆอย่างรอบด้าน ความสามารถในการเรียนรู้แสวงหาความคิดที่หลากหลายและแปลกใหม่อยู่เสมอ ทักษะการเป็นผู้นำทีมและถ่ายทอดการเรียนรู้ให้ผู้อื่น ความสามารถในการหาคำตอบที่รอบด้านและค้นพบความรู้ใหม่จากการศึกษาความสนใจใฝ่เรียนรู้ที่มีอย่างไม่มีกรอบและไม่จำกัด และความสามารถในการหาข้อสรุปที่เหมาะสมเชื่อถือได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นองค์ประกอบหลักในการสร้างความเป็น นวัตกรรมแก่บุคคล โดยเฉพาะนวัตกรรมทางสุขภาพที่ต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะจึง

ต้องมีการเรียนรู้อยู่เสมอ (Tribunnithi, 2021) ; (Sutthijakra, 2019) ; (Meenongwah, Sarakam, & Kotta, 2021) ; (Wongprasert, Boonkum, Kheovicha, & Paiwitthayasiritham, 2020) ทั้งนี้เป็นเพราะการพัฒนาการศึกษาให้มีความเป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับ “การเรียนรู้ตลอดชีวิต” ซึ่งเป็นสมรรถนะใหม่แห่งศตวรรษที่ 21 ที่จะเป็นทักษะชีวิตให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่รวดเร็วในปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอยู่ตลอดเวลา ส่งผลกระทบต่อชีวิตของเราโดยเฉพาะด้านสุขภาพ ดังนั้นการที่นักศึกษาจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมและวิชาชีพด้านสุขภาพก้าวสู่ความเป็นนวัตกรรมด้านนี้อย่างสมศักดิ์ศรีจำเป็นที่จะต้องปรับตัวผ่านการเรียนรู้ทั้งเชิงลึกและเชิงกว้าง เพื่อให้เท่าทันด้วยการปรับใช้ความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมออย่างต่อเนื่อง “การเรียนรู้ตลอดชีวิต” หรือ “Lifelong Learning” จะเปิดโลกทัศน์เพื่อสร้างนวัตกรรมสุขภาพที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกปัจจุบัน

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้นักวิจัยครั้งนี้ ได้ค้นพบองค์ความรู้ใหม่ คือการพัฒนาความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพของนักศึกษาควรส่งเสริม 4 องค์ประกอบหลัก คือ กรอบความคิดแบบเติบโต ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ การสื่อสารอย่างมืออาชีพ และการเรียนรู้ตลอดชีวิต (ดังภาพที่ 1) เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างยิ่งในพัฒนาร่วมกันอย่างบูรณาการเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของความเป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพต่อไป

องค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ
 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
 คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก



ภาพที่ 1 แสดงองค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (พัฒนาโดย นายธวัชชัย สุนทรนนท์ ผู้วิจัย)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารสถาบันการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพสามารถนำข้อค้นพบคือ องค์ประกอบด้านกรอบความคิดแบบเติบโต ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ การสื่อสารอย่างมืออาชีพ และการเรียนรู้ตลอดชีวิตไปเป็นกรอบในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยกำหนดเป็นแนวทางหรือนโยบายที่ชัดเจนเพื่อส่งเสริมและความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพของนักศึกษาและบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง

2.ผู้สอนและผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการพัฒนาหลักสูตร การบริหารหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน ที่เน้นกรอบความคิดแบบเติบโต ความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีและสุขภาพ การสื่อสารอย่างมืออาชีพ และการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยนำไปกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง ออกแบบการเรียนการสอน การวัดและประเมินผลให้สอดคล้องกัน และสื่อสารความเข้าใจให้

นักศึกษาทราบถึงคุณลักษณะความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพที่พึงประสงค์

2. นักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพนำข้อค้นพบเพื่อวางแผนในการพัฒนานตนเองให้เหมาะสมกับความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงและความต้องการของตลาดแรงงานในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงลึกด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพถึงแนวทางการพัฒนานักศึกษาตามองค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพที่ค้นพบจากงานวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นำองค์ประกอบความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนานักศึกษาแก่สถาบันในสังกัดตามองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ที่ค้นพบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Akkadechanunt, T. (2019). Nurses' Competency and Public Healthcare Innovations in Thailand 4.0 Era. *Thai Journal of Nursing Council*, 34(1), 5-13.
- Berkman, N.D., Davis, T.C. and McCormack, L. (2010) Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*, 15, 9-19.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). New York: Pearson.
- Kaewyotha, J., Chonlathep, P., Kaewkaen, L., Pollarp, T., & Chamwiset, A. (2022). Teacher's growth mindset in school under the Office of Udonthani Primary Educational Service Area 1. *Academy Journal of Northern*, 9(4), 36-49.
- Kay, K., & Greenhill, V. (2011). Twenty-first century students need 21st century skills. In G. Wan, & D. M. Gut (Eds.), *Bringing schools into the 21st century* (pp. 41-65). New York: Springer, Dordrecht.
- Ketkasan, N., Boonchaudythanasit, K., & Prabpai, S. (2021). Factors and Indicators of Learning Design Competency of Pre-Service Health Education Teachers to Promote Students' Health Literacy. *Kasetsart Educational Review*, 36(3).
- Ketsingh, W. (1995). *Action research*. Bangkok: Thai Watthana Panich.
- Klaichun, P., & Trirat, P. (2021). A model for promoting innovation for bachelor's degree programs in private universities in Thailand. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 6(8), 236-252.
- Kruthangka, P., Kruthangka, K., Raimaturapong, J., & Boonpiamsak, T. (2022). The Comparison of the Digital Literacy of Registered Nurses in a Government Hospital in Samutprakan Province. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(2), 251-265.
- Meenongwah, J., Sarakarn, K., & Kotta, P. (2021). Strategies of Instructors' Potential Development in Innovative Learning Method for Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong. *Journal of MCU Peace Studies*, 9(3), 1130-1143.
- Nuansri, M., & Pantuworakul, K. (2022). The Analysis of Digital Competency for Student Teachers at Rajabhat University. *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*, 16(3), 37-47.
- Nungalee, M., & Wijitwanna, S. (2023). Promoting Students' Creating Innovators of the Sub-District Quality Schools under the Secondary Educational Service Area Office Bangkok 1. *Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University*, 9(1), 240-253.
- Phitthayasene, M., & Rueangrong, P. (2021). Guidelines for promoting innovator characteristics of teacher students. *Lampang Rajabhat University*, 10(2), 80-92.
- Piyarungsi, K., Swathanan, S., Inthanon, N., & Hanwong, U. (2022). Attributes of Young Innovators. *Journal of Liberal Arts, Thammasat University*, 22(2), 438-458.
- Praphainthara, P. (2020). The Best Practice of Creating and Developing an Innovative Prototype in Health. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS*, 3(3), 132-142.
- Srisa-at, B. (2010). *Research in measurement and evaluation*. Bangkok: Suviriyasan.
- Sunthonnon, T., & Chaitiang, N. (2023). Strategic Management for the Development of Public Health Organizations in the VUCA World by Techniques of 3 Knows. *Public Health Policy and Laws Journal*, 9(2), 323-337.

- Sutthijakra, S. (2019). Nurturing Undergraduates' Innovation Skills in Creative Faculties in Thailand. *Journal of EducationStudies*, 47(1), 487-507.
- Suwanasaeng, N., Yingyoud, P., & Khwansatapornkoon, K. (2019). Application of the Growth Mindset to Registered Nurses' Professional Development in the Thailand 4.0 Reformation. *Thai Journal of Nursing Council*, 34(3), 5-14.
- ThanyaratSrisakul, A. (2019). Health Innovation. *Journal of Health Research and Innovation*, 1(1), 58-64.
- Tribunnithi, K. (2021). Development of training curriculum to enhance innovative thinking skills for industrial teacher students. *RMUTSB ACADEMIC JOURNAL (HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES)*, 6(2), 238-247.
- Wongprasert, L., e Boonkoun, W., Kheovicha, K., & . s Paiwitthayasiritham, C. (2020). Innovative Entrepreneurs Characteristics of Vocational Students in Thailand 4.0. *Integrated Social Science Journal*, 7(2), 17-32.

Guideline for the diagnosis of compensable work-related post-traumatic stress disorder

Jirameth Pojjariyaporn, M.D.^{1 *}

Pornchai Sithisarankul, M.D., M.P.H, DrPH^{*}

¹Corresponding Author: jojirameth@gmail.com

^{*} Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Academic article

Abstract

Received: 22 May 2023

Revised: 28 May 2023

Accepted: 18 June 2023

Post-traumatic stress disorder affects people around the world. Particularly, employees in various occupational categories who are exposed to traumatic, or dangerous events, are at higher risk of post-traumatic stress disorder than general population. The objective of article is for the readers to understand diagnosis of post-traumatic stress disorder, and able to identify work-relatedness and compensability. Thailand has increasingly moved towards the industrial age. Notification of the Ministry of Labor, adding mental and behavioural disease including post-traumatic stress disorder, to the list of work-related disease in 2023. It is crucial to correctly diagnose post-traumatic stress disorder to ensure that employees are fairly compensated. Diagnosis requires cooperation from stakeholders, including employers, employees and physicians. The physician's job is to diagnose post-traumatic stress disorder, identify work-relatedness and compensability. Employers are required to be aware of employees' symptoms while they are at work. Employees should be referred to a physician for additional assessment if suspected symptoms are discovered. However, post-traumatic stress disorder can affect all populations. Diagnosing work-related post-traumatic stress disorder is important. Physicians should know how to diagnose and make appropriate recommendations for employees.

Key words: Stress disorder; Post-traumatic stress disorder; Work-related; Workmen compensation

แนวทางการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เนื่องจากการทำงานที่พึงได้รับเงินทดแทน

จิรเมธ พจน์จริยาพร, พ.บ.*

พรชัย สิริศรีธัญญกุล, พ.บ., ส.ม., ส.ด.*

1 ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

บทความวิชาการ

บทคัดย่อ

วันรับ 22 พ.ค. 2566

วันแก้ไข 28 พ.ค. 2566

วันตอบรับ 18 มิ.ย. 2566

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นโรคที่พบได้ทั่วโลก โดยเฉพาะลูกจ้างในกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงในการสัมผัสเหตุการณ์สะเทือนขวัญหรือเหตุการณ์อันตรายต่าง ๆ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจแนวทางการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สามารถพิจารณาว่าเป็นเนื่องจากการทำงานเพื่อให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทน เนื่องจากประเทศไทยได้เข้าสู่ยุคอุตสาหกรรมทำให้มีลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น อีกทั้งได้มี ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2566 โดยมีการเพิ่มชนิดของโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ได้แก่ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ การวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงานจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ลูกจ้างได้รับเงินทดแทนที่เหมาะสม การวินิจฉัยอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง แพทย์ บทบาทของแพทย์คือสามารถ วินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ระบุได้ว่าเป็นเนื่องจากการทำงานหรือไม่เนื่องจากการทำงาน และโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงานนั้นได้รับเงินทดแทนหรือไม่ เพื่อให้ลูกจ้างได้รับการรักษา และได้รับเงินทดแทนที่เหมาะสม ลูกจ้างต้องให้ข้อมูลที่เป็นจริงรวมถึงอาการที่เกิดขึ้น ส่วนนายจ้างควรทราบถึงอาการผิดปกติของลูกจ้างที่เข้าได้กับโรคนี้ แล้วทำการส่งต่อลูกจ้างเข้ารับการประเมินต่อโดยแพทย์ อย่างไรก็ตามโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสามารถส่งผลกระทบได้ในทุกกลุ่มประชากร การวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงานจึงมีความสำคัญ แพทย์ควรรู้แนวทางการวินิจฉัยและให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพื่อเป็นประโยชน์ต่อลูกจ้าง

คำสำคัญ: โรคเครียด; โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ; โรคที่เกิดจากการทำงาน; เงิน
ทดแทน

บทนำ

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic stress disorder) คือ อาการผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นต่อบุคคลนั้นภายหลังจากเผชิญเหตุการณ์ที่สะเทือนขวัญหรืออันตรายรุนแรง โดยพบจำนวนประชากรที่ถูกทำร้ายร่างกายเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญทั้งหมดร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมดที่ประสบเหตุการณ์ (Oakley et al., 2021) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 7.8 ของประชากรผู้ใหญ่ทั้งหมด โดยพบว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่าผู้ชาย (Kirkpatrick & Heller, 2014) และตลอดช่วงอายุของการมีชีวิตมีโอกาสพบโรคได้ร้อยละ 6.1-9.2 (Sareen et al., 2018) ผลกระทบจากโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่สำคัญคือ มีความรู้สึกถึงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่อันตรายหรือรุนแรงที่ผ่านมามาซ้ำๆ มีปัญหาการนอนหลับ มีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้นึกถึงประสบการณ์หรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หวาดกลัวรุนแรง เครียด วิตกกังวล และมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถลดความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นต่อประสบการณ์หรือเหตุนั้นได้ (Yehuda, 2002) โดยเหตุการณ์สะเทือนขวัญหรืออันตรายสำคัญที่เกิดขึ้นในไทย เช่น เหตุการณ์สึนามิใน 6 จังหวัดภาคใต้ และเหตุการณ์ของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นต้น

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน เกิดจากการประสบเหตุการณ์อันตรายหรือรุนแรงในการทำงาน โดยระดับความรุนแรงของเหตุการณ์อันตรายนั้นมีขนาดความรุนแรงมาก เช่น ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ความพิการ การเสียชีวิต ไม่ว่าจะเป็นประสบด้วยตนเองหรือเป็นผู้เห็นเหตุการณ์นั้น โดยอาชีพที่พบว่าเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้แก่ เจ้าหน้าที่กู้ภัย พนักงานดับเพลิง ตำรวจ บุคลากรทางการแพทย์ พนักงานขับรถ

ลูกเรือ พนักงานธนาคาร พนักงานร้านค้า และพนักงานไปรษณีย์ (Lee et al., 2020) โดยพบจำนวนเจ้าหน้าที่กู้ภัยที่ป่วยเป็นโรคร้อยละ 10 ของเจ้าหน้าที่กู้ภัยทั่วโลก (Berger et al., 2012) และจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ป่วยเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ร้อยละ 21.5 ของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดในประเทศจีน (Li et al., 2021) ผลกระทบต่อการทำงานทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง การทำงานผิดพลาด การสื่อสาร การเข้าสังคมได้ไม่ดี ลางานและมีโอกาสออกจากงานมากขึ้น (Lee et al., 2020) ผลกระทบต่อองค์กรทำให้รายได้ขององค์กรลดลง เกิดการขัดแย้ง และการร้องเรียนในองค์กรมากขึ้น (Baloch et al., 2021)

ในปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ยุคอุตสาหกรรมทำให้มีแรงงานในภาคอุตสาหกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน แรงงานย่อมมีโอกาสที่จะสัมผัสสิ่งคุกคามในสถานประกอบการแล้วก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงาน สอดคล้องกับกระทรวงแรงงานที่ได้ออกประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องกำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน พ.ศ. 2566 โดยมีการเพิ่มชนิดของโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ได้แก่ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Ministry of Labor. Notification of the Ministry of Labor on Specifying Types of Diseases Occurring by Nature or Conditions of Work or as a result of Work, 2023) บทบาทหนึ่งที่สำคัญของแพทย์นอกจากการวินิจฉัยโรค เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง คือการวินิจฉัยสาเหตุของการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยของลูกจ้างว่าเนื่องจากการทำงานหรือไม่ เพราะมีผลต่อการเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหาในสถานประกอบการ รวมถึงการเบิกเงินทดแทนต่าง ๆ จากกองทุนเงินทดแทนให้แก่ลูกจ้าง การที่ลูกจ้างจะได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทนหรือไม่นั้นจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของกองทุนเงินทดแทน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่พบแนวทางการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการทำงานที่ได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทนที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการทำงาน เพื่อช่วยให้แพทย์นำไปใช้ในการวินิจฉัย โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากการทำงานที่พึงได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน

1. นิยาม สถานการณ์ และผลกระทบของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

โรคเครียดภายหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นภาวะผิดปกติทางจิตชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลภายหลังต้องเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญอย่างรุนแรง ซึ่งอาจรวมถึงเหตุการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เหตุการณ์ก่อการร้ายหรือความรุนแรง สงครามหรือการต่อสู้ และอุบัติเหตุร้ายแรงต่าง ๆ (Khamthong, 2021)

การเผชิญหน้าเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ที่มนุษย์สร้างขึ้น หรือเหตุการณ์ภัยธรรมชาติ ผู้ที่ประสบเหตุการณ์ทั้งประสบด้วยตนเองหรือเกิดขึ้นกับคนรอบข้าง จนทำให้เกิดการสูญเสียจากเหตุการณ์นั้น มีโอกาสที่จะกลายเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และส่งผลทำให้เกิดอาการผิดปกติต่อบุคคลนั้น ๆ โดยปี พ.ศ. 2561 ในต่างประเทศพบผู้ป่วยโรคเครียดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญร้อยละ 1.5-9 (Hyland et al., 2021) สำหรับประเทศไทยพบโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น เหตุการณ์สึนามิใน 6 จังหวัดภาคใต้พบผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญร้อยละ 11.9 ของผู้ใหญ่ที่ประสบเหตุการณ์สึนามิ (Fahamnuayphon, 2011) เหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้พบบุคลากรทางการแพทย์ป่วยเป็นโรคเครียดจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญร้อยละ 5.5 และเหตุการณ์ของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบ

บุคลากรทางการแพทย์ในกรุงเทพมหานครป่วยเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญร้อยละ 2.3 (Chinvararak et al., 2022) เป็นต้น

ผลกระทบของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่สำคัญคือ มีความรู้สึกถึงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่อันตรายหรือรุนแรงที่ผ่านมาซ้ำๆ มีปัญหาการนอนหลับ มีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้นึกถึงประสบการณ์หรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หวาดกลัวรุนแรง เครียด วิตกกังวล และมีอาการซึมเศร้า เป็นต้น (Lortrakul, 2015) และยังส่งผลต่อโรคประจำตัวให้มีอาการแย่ลงอีกด้วย (Watson, 2019) ในส่วนผลกระทบต่อการการทำงานทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงเนื่องจากตัวโรคทำให้ขาดสมาธิในการทำงานเกิดการทำงานผิดพลาด เกิดอุบัติเหตุต่อตนเองและเพื่อนร่วมงานได้ การสื่อสารการเข้าสังคมทำได้ไม่ดีจากการมีภาวะเครียด หรือซึมเศร้า เกิดการลางานจากตัวโรคเองหรือโรคประจำตัวที่เป็นอยู่มีอาการแย่ลง และหากเป็นบ่อยครั้งทำให้มีโอกาสลาออกจากงานมากขึ้น (Lee et al., 2020) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อองค์กร จากการขาดงานของพนักงานทำให้องค์กรนั้นขาดผลงาน และรายได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น พบว่าอัตราการลางานของผู้ป่วยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญอยู่ที่ 3.6 วันต่อเดือน ทำให้เกิดความขัดแย้งหรือการร้องเรียนในองค์กรมากขึ้นจากการทำงานที่ไม่ได้ประสิทธิภาพ การลางาน และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในการทำงาน (Baloch et al., 2021; Watson, 2019)

2. การวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

ปัจจุบันการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับที่ 5: DSM-5 โดยหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีประเด็นพิจารณาทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ การรับสัมผัสเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

(Trauma exposure) อาการแสดง (Symptoms) และเกณฑ์เพิ่มเติม (Additional criteria) โดยแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้ (North, 2018)

2.1. การรับสัมผัสเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma exposure) ในการรับสัมผัสนั้นไม่จำเป็นที่จะต้องเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญขึ้นโดยตรงกับตนเองเสมอไป สามารถแบ่งการรับสัมผัสได้เป็น 1. การสัมผัสเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยตรง เช่น เป็นผู้ประสบอุบัติเหตุรถยนต์ เป็นต้น 2. เป็นผู้อยู่ในเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เช่น เป็นผู้พบเห็นเหตุการณ์การฆาตกรรม เป็นต้น 3. ผู้รับรู้เหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดกับคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด เช่น มีคนในครอบครัวประสบเหตุการณ์รุนแรงทางเพศ เป็นต้น 4. การรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญซ้ำ ๆ ทั้งจากบุคคลอื่น ข่าวสาร หรืออินเทอร์เน็ต เช่น การทราบข่าวการทารุณกรรมเด็กจากทางโทรทัศน์ เป็นต้น

เหตุการณ์สะเทือนขวัญ คือเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากส่งผลกระทบต่อร่างกาย หรือจิตใจของผู้ที่ได้รับสัมผัสเหตุการณ์นั้น โดยเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายจะทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือสูญเสียของส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น การถูกทำร้ายร่างกาย อุบัติเหตุรถยนต์ และการถูกคุกคามทางเพศ เป็นต้น ในส่วนเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจนั้น ผู้ที่สัมผัสอาจไม่จำเป็นต้องมีผลกระทบโดยตรงต่อร่างกาย แต่ผู้ที่สัมผัสเหตุการณ์สะเทือนขวัญจะเกิดความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเครียด ความเสียใจ ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ความรู้สึกถูกทอดทิ้ง และฝันร้าย เป็นต้น โดยเหตุการณ์ที่ทำให้ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เช่น การสูญเสียคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท การพบเห็นเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และการถูกวิจารณ์ในการทำงานซ้ำ ๆ เป็นต้น (Olivine, 2022)

กลไกในการตอบสนองต่อความเครียดหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ในคนปกติจะตอบสนองผ่านทาง Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis (HPA axis) เมื่อได้รับการกระตุ้นจากความเครียดหรือเหตุการณ์

สะเทือนขวัญจะทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) เป็นผลทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองต่อความเครียดหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้อย่างเหมาะสม แต่ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจะเกิดความผิดปกติของ HPA axis (HPA axis dysregulation) ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความเครียดหรือเหตุการณ์สะเทือนขวัญได้อย่างเหมาะสม การหลั่งฮอร์โมน Cortisol ที่ผิดปกติในผู้ป่วยที่เป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนำไปสู่อาการแสดงผิดปกติต่างๆ (Fischer et al., 2021)

2.2. อาการ (Symptoms) ผู้ป่วยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นต้องมีอาการครบทั้ง 4 ข้อต่อไปนี้ จึงจะสามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ได้แก่ (North, 2018)

1. การย้อนเห็นภาพเหตุการณ์ (Intrusion) ต้องมีอย่างน้อย 1 อาการดังต่อไปนี้
 - มีอาการนึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญโดยไม่ตั้งใจ
 - มีการนอนฝันถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญบ่อยครั้ง
 - มีการตอบสนองหรือเห็นภาพเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Flashback) เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นที่ทำให้นึกถึง
 - มีอาการทางจิตเมื่อนึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นหรือเจอสิ่งเกี่ยวข้องที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น
2. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Avoidance) ต้องมีอย่างน้อย 1 อาการดังต่อไปนี้
 - พยายามหลีกเลี่ยงความคิด ความรู้สึก หรือการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น
 - พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือบุคคลที่กระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์นั้น
3. การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในเชิงลบ (Negative cognition and mood) ต้องมีอย่างน้อย 2 อาการดังต่อไปนี้

- หลงลืมบางส่วนเกี่ยวกับเหตุการณ์
สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้น

- มีความเชื่อทางด้านลบต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น
ตนเอง สิ่งของ และบุคคลอื่น เป็นต้น

- บิดเบือนการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์
สะเทือนขวัญนั้น

- มีอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความกลัว ความ
โกรธ ความเศร้าเสียใจ และความรู้สึกผิด เป็นต้น

- ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ
ลดลง

- แยกตัวออกจากบุคคลรอบข้าง

- สูญเสียอารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความสุข
ความรัก และความพึงพอใจ เป็นต้น

4. การตอบสนองที่มากเกินไปต่อสิ่งเร้าที่
เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Hyperarousal)
ต้องอย่างน้อย 2 อาการดังต่อไปนี้ในการตอบสนองต่อ
สิ่งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

- ตอบสนองรุนแรงต่อสิ่งกระตุ้น เช่น ใจสั่น
หายใจไม่ทั่วท้อง หรือเกิดอาการเหงื่อออก เป็นต้น

- หงุดหงิด หรือแสดงความโกรธออกมาอย่าง
รุนแรง

- มีความหวาดระแวง

- ตกใจง่าย

- ตั้งสมาธิได้ลำบาก

- มีปัญหาการนอนหลับ

2.3. เกณฑ์เพิ่มเติม (Additional criteria)

จะช่วยในการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์
สะเทือนขวัญ ได้แก่

- มีอาการมากกว่า 1 เดือน เนื่องจากหากมี
อาการตามที่กล่าวมาข้างต้นน้อยกว่า 1 เดือนผู้ป่วยส่วน
ใหญ่สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา
(Rothbaum et al., 1992)

- อาการที่เป็นอยู่ส่งผลกระทบต่อการใช้
ชีวิตประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม

- ตัดสาเหตุอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้
ออกไป ซึ่งได้แก่ การใช้ยากลุ่มยาบาร์บิทูเรต
(Barbiturates) กลุ่มเบนโซไดอะซีปีน
(Benzodiazepines) เป็นต้น รวมทั้งสารเสพติด เช่น
กัญชา (Marijuana) โคเคน (Cocaine) เฮโรอีน (Heroin)
และแอลกอฮอล์ (Stewart et al., 1998)

ปัจจุบัน มีเครื่องมือที่ใช้คัดกรองโรคเครียด
ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญหลายชนิด ได้แก่

1. แบบคัดกรองโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์
สะเทือนขวัญตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM 5 (Post-
traumatic stress disorder checklist for DSM 5:PCL-
5) โดยลักษณะของแบบคัดกรองเป็นมาตราประเมินค่า 5
ระดับ (0-4) ผู้ตอบเป็นผู้รายงานตนเอง (Self-report)
จุดตัดของคะแนนจากแบบคัดกรองอยู่ระหว่าง 31-33
คะแนนจึงถือว่าผู้ตอบมีแนวโน้มความเสี่ยงของโรค
เครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ อย่างไรก็ตามการ
ใช้จุดตัดของคะแนนดังกล่าวควรพิจารณาถึงความ
แตกต่างในเชิงบริบทของเหตุการณ์สะเทือนขวัญและ
กลุ่มผู้ตอบด้วย (Pholthanya & Thongsphaibul, 2021)
โดยมีค่าความไว (Sensitivity) 0.77 และความจำเพาะ
(Specificity) 0.96 (Blevins et al., 2015) ข้อดีได้แก่
แบบสอบถามมีการดัดแปลงมาจากเกณฑ์การวินิจฉัย
ของ DSM-5 ทำให้มีความน่าเชื่อถือในการคัดกรอง
บุคคลที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์
สะเทือนขวัญได้ดี และผู้ทำแบบสอบถามสามารถทำ
แบบสอบถามได้ด้วยตนเองทำให้ง่ายต่อการเก็บข้อมูล
ในขณะที่ข้อเสีย เนื่องจากผู้ทำแบบสอบถามเป็นคนทำ
แบบสอบถามด้วยตนเองอาจทำให้เกิดอคติในการทำ
แบบสอบถามเอนเอียงไปด้านใดด้านหนึ่งไม่ตรงกับ
อาการที่เกิดขึ้นจริง (Self-report bias) ได้ ใช้ในการ
ประเมินเฉพาะคนที่มีความเสี่ยงเป็นโรคเครียดภายหลัง
เหตุการณ์สะเทือนขวัญเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมสภาวะ
จิตอื่น ๆ ที่อาจมีปัญหาอยู่ และหากมีการแปล/ตีความ
เป็นภาษาอื่นจำเป็นที่จะต้องตีความโดยผู้เชี่ยวชาญ

เพราะอาจทำให้ความหมายของคำถามเปลี่ยนแปลงไป (Blevins et al., 2015)

2. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (2P) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ถามถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่สัมผัส และระยะเวลาในการสัมผัส ในส่วนที่ 2 มีข้อความ 2 ข้อคือข้อ 1 เกี่ยวกับประสบการณ์เผชิญเหตุสะเทือนใจอย่างรุนแรงในชีวิต และข้อ 2 เหตุการณ์มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน หากพบว่ามีทั้ง 2 ข้อ จะสรุปว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ โดยมีค่าความไว (Sensitivity) 0.87 และค่าความจำเพาะ (Specificity) 0.89 (Khamthong, 2021) ข้อดีได้แก่แบบสอบถามไม่มีความซับซ้อน สะดวกต่อการใช้งานง่ายต่อการใช้คัดกรองในกรณีมีผู้ป่วยจำนวนมาก ส่วนข้อเสีย เนื่องจากแบบคัดกรองมีจำนวนคำถามค่อนข้างน้อยจึงทำให้อาจเกิดข้อผิดพลาดในการจำแนกคนที่เสี่ยงกับคนที่ไม่เสี่ยงเป็นโรคได้ (Tantirangsi, 2023)

เมื่อตรวจคัดกรองโดยเครื่องมือดังกล่าว ผลพบว่ามีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ให้ทำการส่งพบแพทย์ หรือจิตแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาต่อไป

3. แนวทางการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและเข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว ข้อพิจารณาว่าโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้ป่วยเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน คือการรับสัมผัสเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma exposure) ของผู้ป่วยนั้นเป็นผลจากการทำงานหรือเนื่องจากการทำงาน เช่น อุบัติเหตุต่าง ๆ ในการทำงาน และความรุนแรงในการทำงานระหว่างตัวผู้ปฏิบัติงานหรือเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ส่วนอาการของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญซึ่งเกิดขึ้นหลังจาก Trauma

exposure นั้น จะเกิดขึ้นขณะทำงานหรือไม่ก็ได้ (Khamthong, 2021)

ยกตัวอย่าง ข้าราชการทหารไปสู้รบประสบอันตรายถูกยิงสูญเสียขาข้างขวา พลเรือนซึ่งอาศัยอยู่ในบริเวณนั้นประสบอันตรายถูกยิงสูญเสียขาข้างขวาเช่นกัน การประสบอันตรายถูกยิงสูญเสียขาข้างขวาเป็นเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Trauma exposure) ของทั้งสองคน ในเวลาต่อมาทั้งข้าราชการทหาร และพลเรือนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมีอาการของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ข้าราชการทหารเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการงาน แต่พลเรือนเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญไม่เนื่องจากการงาน

กล่าวโดยสรุปการพิจารณาโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญว่าเป็นเนื่องจากการทำงาน นั้นให้พิจารณาโดยรวมว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นเกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติงานหรือไม่ หากพบว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญเกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติงานจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงาน

4. โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่พึงได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน

การพิจารณาว่าผู้เป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานนั้นจะมีสิทธิได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทนหรือไม่ เงื่อนไขสำคัญคือผู้เป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานต้องเป็นลูกจ้างตามนิยาม พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 และมีนายจ้างส่งเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนเพื่อลูกจ้าง หากการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายนั้นเป็นเนื่องจากการทำงานจริง แต่นายจ้างไม่ได้ส่งเงินสมทบให้กับกองทุนเงินทดแทน ลูกจ้างนั้นจะไม่ได้สิทธิในการได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทนถึงแม้จะเป็นการเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย

เนื่องจากการทำงาน (Social Security Office, 2019) อีกทั้งการประสบกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงานต้องไม่เข้าเงื่อนไข ตาม มาตรา 22 ของ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 คือ ลูกจ้างเสพของมีเมาหรือสิ่งเสพติดอื่นจนไม่สามารถครองสติได้ หรือลูกจ้างจงใจให้ตนเองประสบอันตรายหรือยอมให้ผู้อื่น ทำให้ ประ สบ อัน ตราย (Workmen's Compensation Act, 1994)

การวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงาน ซึ่งเป็นโรคที่เข้ากับนิยามประสบอันตรายตาม พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ลูกจ้างได้รับเงินทดแทนที่เหมาะสม และเป็นธรรม ซึ่งผู้ที่มีอำนาจในการวินิจฉัยนั้นไม่ใช่แพทย์ผู้รักษา แต่เป็นเจ้าหน้าที่วินิจฉัย ดังนั้นแพทย์ผู้รักษาพึงแจ้งในลูกจ้างที่สงสัยทราบ หรือทำความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่วินิจฉัยเพื่อให้ดำเนินการวินิจฉัยและได้รับเงินทดแทนต่อไป ดังนั้นแพทย์ผู้รักษาจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ทางด้านกฎหมายด้วย เพื่อพิจารณาว่าการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานนั้นจะได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทนหรือไม่

5. อภิปราย

หากพิจารณาตามกฎหมายพบว่า มีข้อจำกัดได้แก่ ลูกจ้างที่กล่าวถึงในกฎหมายนั้นต้องเป็นลูกจ้างที่ทำงานอยู่ในระบบ และมีนายจ้างจ่ายเงินสมทบให้กับกองทุนเงินทดแทน ซึ่งจะได้รับเงินทดแทนตาม พระราชบัญญัติเงินทดแทน ซึ่งไม่ครอบคลุมถึงแรงงานนอกระบบ หรือแรงงานที่นายจ้างไม่ได้จ่ายเงินสมทบให้กับกองทุนเงินทดแทน ทำให้กลุ่มคนเหล่านี้จะไม่ได้รับเงินทดแทนหากเกิดการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน

สำหรับแนวทางการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญหากจะวินิจฉัยว่าเป็นเนื่องจากการทำงานที่พึงได้รับเงินทดแทนต้องพิจารณา ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ได้แก่ 1. หลักเกณฑ์ทาง

การแพทย์ โดยใช้หลักเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับที่ 5: DSM-5 2. เหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน และ 3. ลูกจ้างผู้เจ็บป่วยหรือประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานอันเป็นเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นมีนายจ้างที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทน และไม่เข้าเงื่อนไขตาม มาตรา 22 ของ พระราชบัญญัติ เงินทดแทน พ.ศ. 2537 หากเข้าหลักเกณฑ์ทั้งสามข้อจึงสามารถ วินิจฉัยเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงานที่พึงได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน

ปัจจุบันแนวทางการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงานที่ได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน ยังไม่มีกำหนดชัดเจน แนวทางที่กำหนดในประเทศไทยนั้นมีเพียงแนวทางในการวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเท่านั้น ไม่ได้มีการวินิจฉัยว่าเป็นเนื่องจากการทำงานหรือระบุว่าได้รับเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทน ในขณะที่แนวทางของต่างประเทศมีการกล่าวถึงโดยเน้นไปที่ปัจจัยเสี่ยงในคนทำงานที่ทำให้เกิดโรคในแต่ ละอาชีพ ผู้นิพนธ์จึงได้เสนอแนวทางวินิจฉัยโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงานที่พึงได้รับเงินทดแทนดังที่กล่าวมาข้างต้น

6. ข้อเสนอแนะ

1. นายจ้างควรทราบถึงอาการผิดปกติของลูกจ้างที่เข้าได้กับโรคนี้ เช่น ลูกจ้างได้สัมผัสเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงาน หลังจากนั้นมีอาการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือมีอาการหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า เก็บตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนร่วมงาน อาจทำการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (2P) ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงสูงว่าจะเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ให้ทำการส่งต่อแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยต่อไป

2. แพทย์ต้องคำนึงถึงการวินิจฉัยว่าเป็น
ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน และสิทธิในการ
ได้รับเงินทดแทน เมื่อมีลูกจ้างเป็นโรคเครียดภายหลัง
เหตุการณ์สะเทือนขวัญ เพื่อให้ลูกจ้างได้รับเงินทดแทน
จากกองทุนเงินทดแทนที่เหมาะสม

3. ในส่วนของแรงงานนอกระบบแม้จะไม่ได้รับ
เงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทนในกรณีวินิจฉัยได้ว่า

เป็นโรคเนื่องจากการทำงาน แต่แพทย์ยังต้องคำนึงถึง
แนวทางการวินิจฉัยโรคเนื่องจากการทำงานเสมอ เพื่อให้
สามารถวางแผนมาตรการการป้องกันเพื่อลดโอกาสการ
เกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจาก
การทำงานได้อย่างเหมาะสม

References

- Baloch, Q., Baloch, Q., Maher, S., Iqbal, N., Shah, S., & Hussain, M. (2021). *Impact of Post Traumatic Stress Disorder on Employee Job Performance: Moderating Role of Spirituality*.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1180786/v1>
- Berger, W., Coutinho, E. S., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., Marmar, C. R., & Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(6), 1001-1011. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*, 28(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Chinvararak, C., Kerdcharoen, N., Pruttithavorn, W., Polruamngern, N., Asawaroekwisoot, T., Munsukpol, W., & Kirdchok, P. (2022). Mental health among healthcare workers during COVID-19 pandemic in Thailand. *PLoS One*, 17(5), e0268704.
- Fischer, S., Schumacher, T., Knaevelsrud, C., Ehler, U., & Schumacher, S. (2021). Genes and hormones of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in post-traumatic stress disorder. What is their role in symptom expression and treatment response? *J Neural Transm (Vienna)*, 128(9), 1279-1286.
<https://doi.org/10.1007/s00702-021-02330-2>
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olff, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 56(4), 649-658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>
- Kirkpatrick, H. A., & Heller, G. M. (2014). Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *Int J Psychiatry Med*, 47(4), 337-346. <https://doi.org/10.2190/PM.47.4.h>
- Lee, W., Lee, Y. R., Yoon, J. H., Lee, H. J., & Kang, M. Y. (2020). Occupational post-traumatic stress disorder: an updated systematic review. *BMC Public Health*, 20(1), 768. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08903-2>

- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(3), e0246454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
- North, C. S. (2018). *PTSD: A systematic approach to diagnosis and treatment*. <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/March-2018/CP01704035.PDF>.
- Oakley, L. D., Kuo, W. C., Kowalkowski, J. A., & Park, W. (2021). Meta-Analysis of Cultural Influences in Trauma Exposure and PTSD Prevalence Rates. *J Transcult Nurs*, 32(4), 412-424. <https://doi.org/10.1177/1043659621993909>
- Olivine, A. (2022). *What Is Trauma?*. <https://www.verywellhealth.com/what-is-trauma-5212104>.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic stress*, 5(3), 455-475.
- Sareen, J., Stein, M., & Friedman, M. (2018). Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *Up to date [online]*.
- Stewart, S. H., Pihl, R. O., Conrod, P. J., & Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive behaviors*, 23(6), 797-812.
- Watson, P. (2019). PTSD as a Public Mental Health Priority. *Curr Psychiatry Rep*, 21(7), 61. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1032-1>.
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England journal of medicine*, 346(2), 108-114.
- Khamthong, C. (2021). Work-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Research and Innovation in Science and Technology*, 2(1), 1-12.
- Tantirangsi, N. (2023). *Guidelines for caring for victims of traumatic events*. http://www.thai-explore.net/file_upload/submitter/file_doc/f80a6094d741022e964f7f445b22ea48.pdf.
- Ministry of Labor. *Notification of the Ministry of Labor on Specifying Types of Diseases Occurring by Nature or Conditions of Work or as a result of Work B.E. 2566 (2023)*. (B.E. 2566 (2023), 7th February). Government Gazette Vol. 140, Special part 29d, Page 2-8.
- Workmen's Compensation Act B.E. 2537 (1994)*. (B.E. 2537 (1994), 30th June). Government Gazette Vol. 111 Part 28a. Page 1-162.
- Fahamnuayphon, P.. (2554). *Shining "Disaster" B.E. 2554 (2011) with the impact on the health of Thai people*. <https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2022/07/335.pdf>.
- Lortrakul, M.. (2015). *Ramathibodi Psychiatry*. (4th edition). Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.
- Social Security Office. (2019). Handbook for the insured to create a sustainable workforce society for all. https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/168d83800f111b11586c74980585901b.pdf.
- Pholthanya, A. & Thongphaibul, K.. (2021). *Psychological trauma: screening and assessment of affected persons for clinical psychologists*. *Thai Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 41-61. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy/article/view/252921>

Child Psychology Affecting Interviews of Child Victims and Witnesses in Criminal Cases*

Setha Tienpiragul

*Public Prosecutor Attached to Office of the Attorney General, Executive Director's Office of Anti- Trafficking in Persons
Litigation Department Division 1, Corresponding Author: kamanoot1@gmail.com*

Original article

Received: 23 June 2023

Revised: 26 June 2023

Accepted: 14 July 2023

Abstract

One of the challenges in the fact-finding process of children in criminal cases is usually involved with cognitive and intellectual development, and trauma of children and juvenile. In general, most children aged over 2-3 years start to have the ability to speak, listen, understand, make responsive communications with people surrounding them. This may cause ordinary persons, especially untrained officials, public prosecutors, or lawyers, or the government authorities, whose responsibilities are to conduct child interviews often assume that, providing that a legally competent child has cognitive, verbal, or physical abilities similar to those of an adult, the steps and process of interviewing those children, or juveniles should also be similar to those of adults. Only until 50-60 years ago, it was found that children are not just small adults. As such, this academic article, through documentary research, aimed to provide a study on child psychology including children's cognitive and intellectual abilities, and trauma, which may affect interviews of child victims and witnesses in criminal cases. This is so that relevant officials can adopt a child-centered approach to the interviews and choose developmentally and age-appropriate questions in order to enhance the effectiveness of fact-finding process among child victims and witnesses in criminal cases.

Keywords: child psychology; child interview; forensic interview; child victims and witnesses; criminal cases

จิตวิทยาเด็กที่มีผลต่อการถามปากคำผู้เสียหายและพยานเด็กในคดีอาญา*

เสกฐา เอียร์พิรากุล

อัยการประจำสำนักงานอัยการสูงสุด, สำนักงานอัยการพิเศษฝ่ายคดีความมนุษย์ 1

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ kamanoot1@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 23 มิ.ย. 2566
วันแก้ไข 26 มิ.ย. 2566
วันตอบรับ 14 ก.ค. 2566

บทคัดย่อ

หนึ่งในปัญหาอุปสรรคสำคัญในการค้นหาความจริงจากเด็กในคดีอาญา มักเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการรับรู้หรือเขาวนปัญญา และบาดแผลทางใจของเด็กและเยาวชน ซึ่งโดยปกติแล้ว เด็กส่วนใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 2-3 ปีขึ้นไป จะมีความสามารถในการพูด ฟัง เข้าใจ และโต้ตอบสื่อสารกับบุคคลรอบข้างได้ ซึ่งทำให้คนทั่วไป และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เจ้าหน้าที่รัฐผู้มีอำนาจหน้าที่ในการสอบปากคำ พนักงานอัยการ หรือทนายความผู้มีหน้าที่ซักถามทั่วไปที่ไม่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางมา มักสันนิษฐานว่า เมื่อเด็กมีความสามารถตามกฎหมายหรือความสามารถในการจดจำ การพูดหรือการกระทำเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ การสอบปากคำเด็กและเยาวชนก็น่าจะมีขั้นตอนและกระบวนการที่คล้ายคลึงกับการสอบปากคำผู้ใหญ่ จนกระทั่งเมื่อ 50-60 ปีที่แล้วเท่านั้น จึงพบว่า เด็กนั้นมิได้เป็นเพียงผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ ดังนี้ บทความวิชาการนี้จึงมุ่งศึกษาทางเอกสารถึงจิตวิทยาเด็ก อันได้แก่ พัฒนาการรับรู้ หรือเขาวนปัญญา และบาดแผลทางใจของเด็กและเยาวชน อันอาจมีผลกระทบต่อการถามปากคำผู้เสียหายและพยานเด็กในคดีอาญา เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องปรับใช้เทคนิคการถามปากคำที่มีเด็กเป็นศูนย์กลาง และเลือกใช้คำถามที่เหมาะสมกับช่วงอายุและพัฒนาการของเด็ก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการค้นหาความจริงจากผู้เสียหายและพยานเด็กในคดีอาญา

คำสำคัญ: จิตวิทยาเด็ก; การถามปากคำเด็ก; ถามปากคำนิติวิทยาศาสตร์; ผู้เสียหายพยานเด็กคดีอาญา

บทนำ (Introduction)

หากกล่าวถึงเรื่องการสัมภาษณ์ทางนิติวิทยาศาสตร์กับเด็ก (Child Forensic Interview) ประเด็นที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการค้นหาความจริงจากเด็กและเยาวชนมักเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการรับรู้หรือเชาวน์ปัญญาของเด็กและเยาวชน เนื่องจากทั้งผู้สัมภาษณ์และเด็กต้องพึ่งพาความสามารถในการจดจำเหตุการณ์ในอดีต รวมถึงความสามารถในการเรียบเรียงเรื่องราวเหตุการณ์เหล่านั้นได้อย่างเป็นขั้นตอน โดยพบว่า “การค้นพบที่สำคัญที่สุดที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยเรื่องความจำเกี่ยวกับอดีตชีวิตประวัติของเด็ก นั้นคือว่าเด็กสามารถระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตได้ค่อนข้างถูกต้องแม่นยำ” อย่างไรก็ตาม แม้เด็กส่วนใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 2-3 ปีเป็นต้นไป จะมีความสามารถในการพูด ฟัง เข้าใจ และโต้ตอบสื่อสารกับบุคคลรอบข้างได้ (Pipe et al, 2007) ซึ่งทำให้คนทั่วไป

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้มีอำนาจหน้าที่ในการสอบปากคำพนักงานอัยการ หรือทนายความผู้มีหน้าที่ซักถามทั่วไปที่ไม่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางมา มักสันนิษฐานว่า เมื่อเด็กมีความสามารถตามกฎหมายหรือความสามารถในการจดจำ การพูดหรือการกระทำเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ การสอบปากคำเด็กและเยาวชนก็น่าจะมีขั้นตอนและกระบวนการที่คล้ายคลึงกับการสอบปากคำผู้ใหญ่

ในอดีตตั้งแต่ 500-600 ปีที่แล้ว กล่าวคือช่วงศตวรรษที่ 13 มีหลักฐานทางประวัติศาสตร์หลายชิ้นที่แสดงถึงแนวคิดที่ว่า เด็กนั้นเป็นเพียงผู้ใหญ่ตัวเล็กๆ จนกระทั่งเมื่อ 50-60 ปีก่อนที่วิทยาการทางการแพทย์ในประเทศที่เจริญทางด้านอุตสาหกรรมแล้วจึงเริ่มเข้าใจว่าเด็กนั้นมีทั้งลักษณะทางกายภาพและทางจิตใจที่แตกต่าง และมีความพิเศษจากผู้ใหญ่ (World Health Organization, 2008)



Giotto, National Gallery, Washington DC



Bondone, National Gallery of Art, Washington, DC

แผนภาพ 1 – ภาพแสดงถึงสมมติฐานในสมัยโบราณว่า เด็กคือผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ
(Painting Planet และ Italian Renaissance Resources)

หากพิจารณาจากแผนภาพ 1 ด้านบน อันได้แก่ ภาพ Madonna and Child (Painting Planet) และ ภาพ The Small Cowper Madonna (Italian Renaissance Resources) ที่แสดงอยู่ใน National Gallery of Art กรุงวอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกา จะเห็นได้ว่า ภาพวาด

ด้านซ้าย กล่าวคือ ภาพวาดที่ชื่อ Madonna and Child ของจิตรกรชาวอิตาลีชื่อ Bondone Giotto ค.ศ. 1310 มีการวาดภาพเด็กในลักษณะเหมือนผู้ใหญ่เพียงแต่ย่อส่วนลงมาเท่านั้น อันแสดงให้เห็นว่า ในอดีตมีความเชื่อว่า เด็กเป็นเพียงผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน มีงานวิจัย

จำนวนมากทั่วโลกที่ระบุว่าความเชื่อดังกล่าวเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง กล่าวคือ “เด็กมิใช่เป็นเพียงผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ” (“Children are not small adults.”) (Lamb, 1995-1996) ในทางกลับกัน เด็กและเยาวชนจะคิด พูด เรียนรู้ ประสบการณ์ และประพฤติปฏิบัติตนในรูปแบบอันเป็นลักษณะเฉพาะตัวและในวิธีการซึ่งสะท้อนถึงวัย การเจริญเติบโต เพศ และลักษณะอื่นๆของพวกเขาเอง (United Nations on Drugs and Crime, 2015) และถึงแม้ว่าความถูกต้องแม่นยำของความจำอาจจะไม่เป็นปัญหาอุปสรรคในการค้นหาความจริงจากเด็ก แต่ปัญหาอุปสรรคอาจเกิดขึ้นเมื่อเด็กต้องการจะระลึกถึงความทรงจำเหล่านั้นเพื่อถ่ายทอดออกมาให้ผู้อื่นได้ฟัง เช่น เด็กมักมีช่วงระยะเวลาความสนใจ (Attention Span) ที่สั้นกว่าผู้ใหญ่ หรือ เด็กมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ (Emotional Quotient) หรือความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) ที่แตกต่างจากผู้ใหญ่และแตกต่างกันตามช่วงอายุ (Pavola, 2017) ดังนั้น การเข้าใจเรื่องการรับรู้หรือเขาวนปัญญาของเด็กและเยาวชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการถามปากคำเด็กในคดีอาญาพึงต้องทราบเพื่อให้สามารถค้นหาความจริงจากเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็น (Issues)

1. สมมติฐานที่ถูกต้อง: เด็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ

ตามทฤษฎีพัฒนาการการรับรู้หรือเขาวนปัญญาของเพียเจต์ (Piaget’s Cognitive Development Theory) (Piaget, 1999) นักจิตวิทยาชาวสวิสเซอร์แลนด์ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการทางเขาวนปัญญา โดยพบว่าเด็กทุกคนเกิดมาพร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และก่อให้เกิดพัฒนาการทางเขาวนปัญญาขึ้น ซึ่งมีกระบวนการสำคัญ 2 อย่าง คือ การดูดซึม (Assimilation)

และการปรับความแตกต่าง (Accommodation) ซึ่งกระบวนการดูดซึมจะเกิดขึ้นก่อน คือเมื่อเด็กปะทะสัมพันธ์กับสิ่งใดก็จะดูดซึมภาพ หรือเหตุการณ์ต่างๆตามประสบการณ์ที่เคยประสบ และแสดงพฤติกรรมต่อสภาวะแวดล้อมใหม่ สำหรับพัฒนาการทางเขาวนปัญญาของเพียเจต์นั้น สามารถแบ่งขั้นตอนได้ทั้งสิ้น 4 ลำดับขั้น ได้แก่

ระยะที่ 1 ขั้นของการใช้ประสาทสัมผัสและกล้ามเนื้อ (Sensory – Motor Operation or Reflexive) อยู่ในช่วงอายุแรกเกิดถึง 2 ปี เด็กจะพัฒนาการแก้ปัญหาโดยไม่ต้องใช้ภาษาเป็นสื่อ เป็นช่วงเริ่มต้นที่จะเรียนรู้ในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ถ้ามีการใช้ประสาทสัมผัสมากเท่าไรก็จะช่วยพัฒนาเขาวนปัญญาได้มากขึ้นด้วย โดยทั่วไปเด็กจะรับรู้สิ่งที่เป็นรูปธรรมได้เท่านั้น

2 ระยะที่ ขั้นเตรียมความคิดที่มีเหตุผลหรือการคิดก่อนปฏิบัติการ (Preparation or Preconceptual Stage or Concrete Thinking Operations) อยู่ในช่วงอายุ 2-7 ปี พัฒนาการเขาวนปัญญาของเด็กวัยนี้เน้นไปที่การเรียนรู้ และเริ่มมีพัฒนาการทางภาษาที่ดีขึ้นด้วย โดยสามารถพูดได้เป็นประโยค มีการสร้างคำมากขึ้น แต่เด็กยังไม่สามารถใช้สติปัญญาคิดได้อย่างเต็มที่

ระยะที่ 3 ขั้นคิดอย่างมีเหตุผลและเป็นรูปธรรม (Concrete Operation Stage or Period of Concrete Operation) หรือขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม อยู่ในช่วงอายุ 7-11 ปี เด็กในวัยนี้จะสามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจปัญหาต่างๆได้ดีขึ้น โดยลักษณะเด่นของเด็กวัยนี้คือ

1. สามารถสร้างจินตนาการในความคิดของตนเองขึ้นมาได้ (Mental Representations)
2. เริ่มเข้าใจเกี่ยวกับการคงสภาพปริมาณของสสาร (Conservation)

3. มีความสามารถในการคิดเปรียบเทียบ (Relational Terms)

4. สามารถสร้างกฎเกณฑ์เพื่อจัดสิ่งแวดล้อมเป็นหมวดหมู่ได้ (Class inclusion) เช่น การแบ่งแยกประเภทของสัตว์ เป็นต้น

5. มีความสามารถในการเรียงลำดับ (Serialization and Hierarchical Arrangements)

6. สามารถคิดย้อนกลับไปได้ (Reversibility)

ระยะที่ 4 ขั้นตอนของการคิดอย่างมีเหตุผลและอย่างเป็นนามธรรม (Formal Operation Stage or Period of Formal Operation) หรือขั้นการปฏิบัติการด้วยนามธรรม อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 12 ปี ขึ้นไป เด็กจะเริ่มคิดแบบผู้ใหญ่ได้ เข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรม เป็นตัวของตัวเอง ต้องการอิสระ ไม่ยึดตนเป็นศูนย์กลาง รู้จักการใช้เหตุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยยังยืนยันว่า เด็กทุกช่วงวัยมีความสามารถในการรับรู้ประสบการณ์ การประมวลผล และการเก็บบันทึกข้อมูลได้ค่อนข้างเหมือนกันในทุกช่วงอายุ ดังนั้น แม้เด็กจะมีอายุน้อย เด็กก็ยังสามารถจดจำ

เหตุการณ์ต่างๆ ได้ (Hayes et al, 1997) และการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่พบว่า หากมีการสอบปากคำเด็กในวิธีการที่เป็นกลางและไม่ใช้เทคนิคที่เป็นการชี้นำ เด็กก็จะสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ แม้กระทั่งเด็กอายุเพียง 3 ปีบางคนก็สามารถจดจำข้อมูลที่ถูกต้องได้ถึงร้อยละ 90 (Ceci et al, 1997) อย่างไรก็ตาม เด็กในช่วงอายุต่ำกว่า 4 ปีมักจะไม่สามารถที่จะแปลงความทรงจำของตนเองออกมาเป็นคำพูดเพื่ออธิบายต่อได้ ดังนี้ เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ ศูนย์ช่วยเหลือเด็กระดับชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Children's Advocacy Center – NCAC) ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรที่ก่อตั้งใน พ.ศ. 2528 (ค.ศ. 1985) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานฝึกอบรมต้นแบบการถามปากคำเด็กให้ศูนย์ช่วยเหลือเด็กกว่า 1,000 แห่งทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดทำแผนภาพแนวปฏิบัติว่าด้วยการถามคำถามในการสอบปากคำที่เหมาะสมกับอายุ (Guidelines for Age-Appropriate Interview Questions) ฉบับล่าสุดขึ้นใน พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2016) (National Children's Advocacy Center, 2016) เพื่อแสดงถึงความสามารถของเด็กและเยาวชนในการให้ข้อเท็จจริงในแต่ละช่วงอายุตามแผนภาพ 2 ด้านล่างนี้

	C-O-N-C-R-E-T-E ➡					A-B-S-T-R-A-C-T		
Age	Who	What	Where	1x / >1x	How	Sequencing	When	# Times
3								
4								
5-6								
7-9								
10-12								
13+								

แผนภาพ 2- ตารางแสดงคำถามที่เหมาะสมในแต่ละช่วงอายุ

(National Children's Advocacy Center, 2016)

จากแผนภาพ 2 ด้านบนดังกล่าว สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า แถบสีเข้มแสดงถึงความสามารถของ 'เด็กปกติ

(a "typical" child)' ที่สามารถตอบคำถามในประเภทต่างๆ ได้ เช่น เด็กอายุ 4 ขวบสามารถตอบคำถามเชิงรูปธรรม

(concrete) ที่เกี่ยวกับ ใคร (who) อะไร (what) หรือ ที่ไหน (where) ได้ โดยสามารถโดยสามารถเล่าเรื่องเกี่ยวกับความทรงจำดังกล่าวได้เกินหนึ่งครั้ง ($1x > 1x$) ส่วนแถบสีอ่อนนั้นบ่งชี้ว่า เด็กบางคนในอายุนั้นๆอาจสามารถตอบคำถามในประเภทนั้นๆได้ด้วย เช่น เด็กอายุ มากกว่า 13 ปี บางคนสามารถระลึกและเล่าถึงความทรงจำในเชิงนามธรรม (abstract) ได้ กล่าวคือ นอกจากจะตอบคำถาม ที่เกี่ยวกับใคร (who) อะไร (what) หรือ ที่ไหน (where) และสามารถเล่าเรื่องเกี่ยวกับความทรงจำดังกล่าวได้เกินหนึ่งครั้ง ($1x > 1x$) เด็กอายุเกิน 13 ปีบางคน ยังสามารถให้รายละเอียดว่าเหตุการณ์ในความทรงจำนั้น เกิดขึ้นอย่างไร (how) มีลำดับเหตุการณ์อย่างไร (sequencing) เกิดขึ้นเมื่อไหร่ (when) และจำนวนกี่ครั้ง (times) ด้วย อย่างไรก็ดี แม้แผนภาพด้านบนจะแสดงให้เห็นว่าเด็กอายุเกิน 13 ปีจะสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ความทรงจำในรายละเอียดได้ทุกส่วน แต่พึงระวังว่าผลกระทบกระเทือนจิตใจ หรือบาดแผลทางใจ (Trauma) ของเด็กอาจมีผลต่อการเก็บข้อมูลในเหตุการณ์และการระลึกถึงเหตุการณ์ดังกล่าวได้นั้นได้

ดังนั้นแล้ว จะเห็นได้ว่า สมมติฐานที่ผ่านการวิวัฒนาการจนเป็นแนวคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กนั้นคือ “เด็กมิใช่เป็นเพียงผู้ใหญ่ตัวเล็ก” (Larcher, 2015) กล่าวคือ เด็กและเยาวชนจะคิด พูด เรียนรู้ประสบการณ์ และประพฤติปฏิบัติตนในรูปแบบอันเป็นลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพัฒนาการการรับรู้หรือเขาวนปัญญาของเพียเจต์ (Piaget’s Cognitive Development Theory) และทฤษฎีดังกล่าวได้มีการนำมาพัฒนาประยุกต์ใช้โดยสอดคล้องกันจนกลายมาเป็นแผนภาพแนวปฏิบัติว่าด้วยการถามคำถามในการสอบปากคำที่เหมาะสมกับอายุ (Guidelines for Age-Appropriate Interview Questions) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการตั้งคำถามกับเด็กโดยผู้ถามปากคำเด็กในปัจจุบัน เมื่อ

ทราบดังนี้แล้ว ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการค้นหาข้อเท็จจริงจากเด็กและเยาวชนย่อมต้องตระหนักว่าต้องปฏิบัติกับเด็กในลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากการสอบปากคำผู้ใหญ่โดยทั่วไป โดยคำนึงถึงความเหมาะสมตามอายุ วุฒิภาวะ ภูมิหลัง ลักษณะนิสัยส่วนตัว และบาดแผลทางใจของเด็กด้วย

2. ผลกระทบทางจิตใจต่อเด็กและเยาวชนที่อาจส่งผลต่อการตั้งคำถามของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา

นอกจากสมมติฐานที่มีการเข้าใจผิดไปในอดีตเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ดังที่ได้กล่าวไปในหัวข้อ 1 แล้ว ยังมีสมมติฐานและข้อโต้แย้งอีกหลายประการที่ทำให้การสอบปากคำเด็กอาจไม่ได้ผลเท่าที่ควรหรือถ้อยคำ คำเบิกความของเหยื่อ พยาน หรือผู้ต้องหาที่เป็นเด็กหรือเยาวชนรับฟังเป็นพยานหลักฐานไม่ได้ในชั้นศาลหรือรับฟังได้แต่ขาดน้ำหนักพยานที่น่าเชื่อถือจนเป็นที่โต้แย้งของทนายความฝ่ายตรงข้ามหรือเป็นที่สงสัยของศาล

แรกเริ่มในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 มีการตั้งคำถามและวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของคำเบิกความจากพยานที่เป็นเด็กอย่างกว้างขวาง (Sporer, 1982 และ Whipple, 1909) จนเป็นข้อสันนิษฐานว่าเด็กนั้นเป็นพยานที่แยกว่าผู้ใหญ่ มีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าเมื่อต้องระลึกถึงความทรงจำในอดีต และมีความเสี่ยงจะมีความทรงจำเท็จมากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากสมองของเด็กยังไม่พัฒนาเต็มที่เหมือนสมองของผู้ใหญ่ (Association for Psychological Science, 2018) กล่าวคือ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับความจำ วุฒิภาวะทางภาษาที่ยังไม่โตเต็มที่ ตลอดจนการด้อยพัฒนาทางระบบความคิด (Connie, 2016) และแม้กระทั่งหนึ่งในนักจิตวิทยาผู้ก่อตั้งศาสตร์สาขาจิตวิทยาเชิงกฎหมาย นายฮิวโก มันทสเตอร์เบิร์ก ยังเคยเน้นย้ำถึงความไม่น่าเชื่อถือของ

ความจำของเด็กอันนำไปสู่ความไม่น่าเชื่อถือของคำให้การของเด็กไว้ว่า “ความจำของเด็กๆนั้น โดยธรรมชาติแล้วย่อมไม่น่าเชื่อถือ...เด็กผู้หญิงอาจมีความจำที่ดีกว่าเด็กผู้ชาย ตรงที่ว่า พวกเด็กผู้หญิงนั้นขี้ลืมน้อยกว่า แต่เด็กผู้หญิงนั้นมีความจำแย่ กล่าวคือ ถูกต้องน้อยกว่าเด็กผู้ชาย เพราะพวกเด็กผู้หญิงนั้นชอบสร้างเรื่องเท็จมากกว่า...” (Münsterberg, 1908) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคดีที่เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ ที่มักเชื่อกันว่า พวกเด็กผู้หญิงนั้นมักสร้างเรื่องและข้อกล่าวหาเท็จเกี่ยวกับการกระทำทางเพศต่อตนเอง (Lyon, 1999)

2.1 ภาวะคล้อยตามในเด็ก (Child suggestibility)

จนกระทั่งในช่วงทศวรรษ ค.ศ. 1980-1990 ในประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มมีการเรียกร้องสิทธิสตรีมากขึ้น และมีการปฏิรูปกฎหมายเพื่อให้มีการดำเนินคดีล่วงละเมิดทางเพศมากขึ้น (Smith, 1993) ทำให้เริ่มมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการขึ้นำในการให้ถ้อยคำของเด็ก ว่าแท้จริงแล้วถ้อยคำของเด็กที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในคดีอาญาต่างๆนั้น มีน้ำหนักน่าเชื่อถือหรือไม่เพียงใด จนกระทั่งในปัจจุบัน ได้มีการศึกษาวิจัยและสรุปได้แล้วว่า สมมติฐานที่ว่าเด็กนั้นโดยธรรมชาติไม่อาจให้ถ้อยคำหรือเบิกความได้อย่างถูกต้องในฐานะพยาน เป็นสมมติฐานที่ผิด และเด็กที่มีอายุน้อยก็ไม่ได้มีความเสี่ยงที่จะถูกขึ้นำมากกว่าเสมอไป ในบางกรณี มีหลักฐานจากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ใหญ่มีความเสี่ยงที่จะรับข้อมูลจากการขึ้นำมากกว่าเด็ก กล่าวคือ บางครั้งเด็กก็อาจทบทวนความทรงจำของตนได้ดีกว่าผู้ใหญ่ด้วยซ้ำไป (Otgaar, 2018)

อย่างไรก็ดี จากการศึกษาวิจัยพบว่า มีภาวะหนึ่งที่มักเกิดขึ้นกับเด็กในช่วงปฐมวัย (preschoolers) ที่ต้องเข้ามา

เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม นั่นคือ ‘ภาวะคล้อยตาม (suggestibility)’ ในงานวิจัยที่มีชื่อเสียงที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะการคล้อยตามในเด็กปฐมวัยของ Ceci et al (1994) ที่ได้ทำการทดลองชื่อว่า ‘The Mousetrap Study’ โดยให้ผู้สอบปากคำสอบถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในอดีต (อุบัติเหตุที่ทำให้ต้องมีการเย็บแผล) และเหตุการณ์สมมติที่ไม่เคยเกิดขึ้นกับเด็ก (เช่น อุบัติเหตุที่เด็กถูกกับดักหนูจับมือจนต้องไปโรงพยาบาลเพื่อเอาขาติดออก หรือเห็นจระเข้บนรถเมลล์ที่มีแอปเปิ้ลอยู่ในปาก เป็นต้น) โดยใช้คำถามในลักษณะขึ้นำ เช่นว่า “คิดดีๆนะ แล้วตอบว่าสิ่งนี้เคยเกิดกับหนูมั๊ย หนูจำได้หรือไม่ว่าเคยไปโรงพยาบาลพร้อมกับกับดักหนูที่มีมือตัวเอง” ซึ่งในครั้งแรกที่ถูกถาม เด็กในกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่สามารถแยกแยะและตอบได้ว่าเหตุการณ์ที่ถูกถามนั้นเป็นเหตุการณ์สมมติ อย่างไรก็ตาม เมื่อถูกถามซ้ำๆด้วยคำถามเดิมในลักษณะนี้ไปเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่าร้อยละ 25 ของเด็กเหล่านี้สร้างคำอธิบายที่เป็นเท็จเกี่ยวกับเหตุการณ์สมมติจำนวน 1 เหตุการณ์ขึ้นไป และเมื่อระยะเวลาผ่านไป 10 สัปดาห์ พบว่าร้อยละ 58 ของเด็กเหล่านี้สร้างคำอธิบายที่เป็นเท็จเกี่ยวกับเหตุการณ์สมมติจำนวน 1 เหตุการณ์ขึ้นไป และร้อยละ 25 ของเด็กเหล่านี้สร้างคำอธิบายที่เป็นเท็จเกี่ยวกับเหตุการณ์สมมติเกินครึ่งของเหตุการณ์สมมติทั้งหมด ดังนั้น จึงแสดงให้เห็นว่า หากเด็กถูกถามซ้ำแล้วซ้ำเล่าโดยพนักงานสอบสวน นักบำบัด และผู้ปกครอง ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ด้วยคำถามที่มีลักษณะขึ้นำ เช่น “มีคนจับอวัยวะเพศหนูใช่หรือไม่” หรือ “คนพวกนั้นจะต้องตัวหนูอย่างไร” อาจมีความเป็นไปได้สูงที่เด็กเหล่านี้จะเกิดภาวะคล้อยตามและให้การว่าตนเองเห็นเหตุการณ์หรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วการล่วงละเมิดดังกล่าวอาจไม่เคยเกิดขึ้นจริง (Ceci, 1995)

2.2 บาดแผลทางใจในวัยเด็ก (childhood trauma)

บาดแผลทางใจ (Trauma) คือ การตอบสนองทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนต่อสภาวะจิตใจ เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ภัยธรรมชาติ ซึ่งหลังจากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว บุคคลที่ถูกกระทบกระเทือนจิตใจอาจมีการตอบสนองหลายวิธี เช่น มักเกิดสภาวะช็อก หรือปฏิเสธไม่ยอมรับเหตุการณ์นั้น ส่วนการตอบสนองในระยะยาวอาจรวมถึง การไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ การเกิดภาพหลอนนึกถึงเหตุการณ์ในอดีตนั้นซ้ำๆ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดกับคนรอบข้าง ซึ่งนอกจากอาการทางจิตแล้ว บาดแผลทางใจยังอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายอีกด้วย เช่น ทำให้ปวดหัว หรือคลื่นไส้ (American Psychological Association, 2023) ซึ่งบาดแผลทางใจนั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

2.2.1. บาดแผลทางใจเฉียบพลัน (Acute Trauma) เกิดขึ้นจากการประสบกับเหตุการณ์สะเทือนใจที่คุณอาจไม่มีวันลืมได้ เช่น การเกิดอุบัติเหตุ ถูกคุกคามทางเพศ หรือการโดนทำร้ายร่างกาย

2.2.2. บาดแผลทางใจเรื้อรัง (Chronic Trauma) เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจหลายครั้ง เช่น การโดนรังแกจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิด หรือโดนกลั่นแกล้งซ้ำๆ เป็นเวลานาน (Taylor, 2022)

นอกจากนี้ จากการศึกษาวิจัย พบว่า เมื่อบุคคลถูกทำร้าย ถูกทำให้หวาดกลัว หรือรู้สึกถูกคุกคาม สมองส่วนอารมณ์ ‘อะมิกดาลา’ (amygdala) จะรับรู้และส่งสัญญาณว่ากำลังตกอยู่ในอันตราย แล้วจะปิดการทำงานของสมองส่วนความจำ ‘ฮิปโปแคมปัส’ (hippocampus) และ สมองส่วนคิดวิเคราะห์ ‘พรีฟรอนทัล คอर्टิกซ์’ (prefrontal cortex) แล้วระบบการคิดวิเคราะห์ของบุคคลดังกล่าวจะ

เปลี่ยนไปสู่ระบบการตอบสนองแบบอัตโนมัติ เพื่อเข้าสู่โหมดการเอาชีวิตรอดและปกป้องตัวเอง หรือที่เราเรียกว่า ‘stress response’ นั่นเอง (Haenjohn, 2015) ดังนั้น เมื่อความตึงเครียดอันเกิดจากบาดแผลทางใจแล้ว ปฏิกิริยาการตอบสนอง (stress response) ขั้นพื้นฐานที่พบได้มากที่สุดอันดับ คือ ภาวะต่อสู้ (fight) ภาวะหลบหนี (flight) ภาวะหยุดนิ่ง (freeze) และการประจบประแจงเพื่อเอาตัวรอด (fawn) (LifeStance Health, 2022)

ดังนั้น จึงมีหลายกรณีที่ เมื่อผู้สอบปากคำ เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย หรือศาล เริ่มตั้งคำถามกับเด็กเพื่อค้นหาข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในคดีอาญา อาการที่พบบ่อยในเด็ก คือ อาการนิ่งเงียบ อาการตกใจ ตื่นกลัว ปฏิเสธข้อเท็จจริงในเหตุการณ์ที่ตนเองถูกกระทบกระเทือนทางจิตใจ (Salter, 2016) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการทำร้ายหรือล่วงละเมิดต่อเด็ก เด็กส่วนใหญ่มักจะเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการทำร้ายหรือล่วงละเมิดให้ผู้อื่นรู้ อาทิเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีเพียงเด็กจำนวนร้อยละ 10-18 เท่านั้นที่ไปร้องทุกข์หรือแจ้งเหตุให้เจ้าหน้าที่รับทราบ (London, 2005) หรือแม้เด็กจะตัดสินใจเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการล่วงละเมิด แต่โดยส่วนใหญ่ก็มักจะเปิดเผยข้อเท็จจริงหลังจากเกิดเหตุมาแล้วเป็นระยะเวลานาน ยกตัวอย่างจากการศึกษาพฤติกรรมของเหยื่อเด็กผู้หญิงที่ถูกข่มขืนในขณะมีอายุน้อยกว่า 18 ปี เหยื่อเด็กร้อยละ 28 รายงานว่าตนเองไม่เคยบอกใครเลยเกี่ยวกับเหตุการณ์ข่มขืนในวัยเด็กก่อนมีการสอบถามในการศึกษาวิจัยนี้ เหยื่อเด็กร้อยละ 47 เปิดเผยเหตุการณ์ข่มขืนของตนให้ผู้อื่นรับรู้หลังจากระยะเวลาผ่านไปนานกว่า 5 ปีหลังเกิดเหตุ โดยส่วนใหญ่เปิดเผยให้เพื่อนสนิททราบ และมีเพียงร้อยละ 18 เท่านั้นที่เปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นทราบภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุ และยิ่งถ้าการข่มขืนนั้นเกิดช่วงอายุน้อยมากเท่าใด และเกิด

จากคนใกล้ชิด เช่น คนในครอบครัวหรือญาติสนิทมากเท่าใด การเปิดเผยข้อมูลก็จะยิ่งซ้ำมากขึ้น (Smith, 2000) ซึ่งสาเหตุของอาการต่างๆดังกล่าวมีหลายประการ ได้แก่ เด็กที่มีอายุน้อยอาจไม่เข้าใจถึงความร้ายแรงของการกระทำอันเป็นการล่วงละเมิดของตนเอง หรือเด็กที่มีอายุมากขึ้น แม้จะเข้าใจความร้ายแรงของการล่วงละเมิด แต่หากการล่วงละเมิดดังกล่าวกระทำโดยคนใกล้ชิด เด็กก็อาจหมดหนทางที่จะปรึกษาคนรอบข้าง อีกทั้งเด็กก็มักกลัวว่าหากเปิดเผยข้อเท็จจริงในคดีอาญาแล้วจะเกิดผลร้ายต่อคนในครอบครัว ทั้งผู้กระทำความผิดและคนอื่นๆที่ตนเองรักและห่วงใย หรือในบางครั้ง เหยื่อเด็กอาจคิดว่า พูดยไปก็คงไม่มีใครเชื่อ หรือคิดว่าตนเองสมควรได้รับสิ่งเหล่านี้แล้วจึงไม่ควรได้รับความช่วยเหลือหรือการใส่ใจจากใคร นอกจากนั้น เด็กที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องในคดีอาญาหลายคนถูกขู่ว่าจะถูกทำร้ายหรือโดนลงโทษหากเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการล่วงละเมิดหรือแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบของเด็กนั้น ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับลักษณะของเด็กหรือเยาวชนแต่ละคน และสภาพแวดล้อมของเด็กหรือเยาวชนคนนั้น (United Nations Office on Drugs and Crimes, 2015) นอกจากนี้ ในกรณีของเหยื่อหรือพยานที่เป็นเด็กที่มีภาวะเครียดและได้รับการกระทบกระเทือนจิตใจจนเกิดเป็นความผิดปกติอันเป็นภาวะเครียดหลังเหตุการณ์ที่ได้รับกระทบกระเทือนทางจิตใจ (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD) นั้น อาจมีอาการที่รุนแรงกว่าปกติเพิ่มเติมขึ้นอีก เช่น การไม่สามารถระลึกถึงเหตุการณ์ได้เป็นลำดับขั้นตอนหรือลำดับเหตุการณ์ชัดเจน การไม่ให้ความร่วมมือ หรือแม้กระทั่งเป็นปฏิปักษ์กับผู้สอบปากคำ (Levendosky, 2013) ซึ่งผู้สอบปากคำต้องเข้าใจว่า อารมณ์โกรธ อุนเฉียวที่อาจส่งผลให้เกิดการกระทำอันเป็นการข่มขู่ไม่ว่าจะด้วยลักษณะใดๆ ที่เด็กแสดงออกมา นั้น แท้จริงแล้วเป็นเพียงอารมณ์ขึ้นหุตุยภูมิที่ปกปิดอารมณ์

ปฐมภูมิที่ฝังลึกในจิตใจ กล่าวคือ ความเจ็บปวด ความกลัว ความอับอายขายหน้า ความสูญเสีย การถูกละทิ้ง และการไร้อำนาจปกป้องตนเองหรือคนที่ตนรักเท่านั้น (Saposnek, 2004)

3. การปรับใช้เทคนิคในการถามปากคำเด็กโดยมีเด็กเป็นศูนย์กลาง

ดังนี้แล้ว เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับคดีที่มีผู้เสียหายหรือพยานที่เป็นเด็กที่เห็นเหตุการณ์การล่วงละเมิดทางร่างกายหรือทางเพศต่อเด็ก ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์เด็ก เจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานอัยการ หรือผู้พิพากษา จึงสามารถใช้เทคนิคในการถามปากคำเด็กโดยมีเด็กเป็นศูนย์กลาง (Child-centered Approach) กล่าวคือ โดยคำนึงถึงจิตวิทยาเด็กที่มีผลต่อการถามปากคำผู้เสียหายและพยานเด็ก อาทิ การตั้งคำถามที่เหมาะสมกับช่วงวัยของเด็ก หากเป็นเด็กที่มีอายุน้อยที่มีความเสี่ยงจะเกิดภาวะคล้อยตาม การตั้งคำถามควรเป็นลักษณะปลายเปิด ไม่ถามซ้ำนำหรือในกรณีที่ผู้เสียหายหรือพยานเด็กมีบาดแผลทางใจจากเหตุคดีอาญาจนเกิดความตกใจ ตื่นกลัว หรือปฏิเสธข้อเท็จจริง ผู้ถามปากคำเด็กก็ควรถามปากคำในสถานที่บรรยากาศที่เป็นมิตรกับเด็ก ทำให้เด็กผ่อนคลาย หลีกเลียงสิ่งที่จะกระตุ้นให้เด็กเกิด PTSD ตลอดจนใช้เวลาสร้างความคุ้นเคยกับเด็กเพื่อทำให้เด็กไว้วางใจจนเล่าข้อเท็จจริงให้กับผู้ถามปากคำได้

สรุป (Conclusion)

จากการรวบรวมและวิเคราะห์สมมติฐานที่ชัดเจน รวมถึงการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยาเด็กที่กล่าวมาข้างต้นนั้น เป็นข้อบ่งชี้ว่า

เด็กหรือเยาวชนเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการปฏิบัติเป็นพิเศษอย่างเหมาะสมกับพัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจปัญหา ตลอดจนภาวะทางจิตต่าง ๆ ดังนี้ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสอบปากคำหรือซักถามเด็กในคดีอาญาทุกคน จึงจำเป็นต้องเข้าใจและหมั่นเฝ้าระวังสังเกตถึงอาการต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กโดยใช้หลักการถามปากคำเด็กเชิงนิติวิทยาศาสตร์ ซึ่งรวมถึงตั้งคำถามที่เหมาะสม ไม่ถามเด็กซ้ำซ้อนจนเด็กเกิดภาวะคล้อยตามหรือบาดเจ็บทางใจเพิ่มเติมจนต้องตกเป็นเหยื่อซ้ำสอง (revictimization) ในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ซึ่งหากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามนี้แล้ว ก็จะสามารถค้นหาความจริงจากเด็กใน

คดีอาญาและคุ้มครองสิทธิเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพไปในคราวเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของหัวข้อดัชนีพนธ์ “วิธีการแสวงหาข้อเท็จจริงจากเด็กและเยาวชนอย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาในประเทศไทย: ศึกษาเปรียบเทียบจากการสัมภาษณ์เด็กเชิงนิติวิทยาศาสตร์” เพื่อการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต ปีการศึกษา พ.ศ. 2561 ของผู้เขียน ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานอัยการสูงสุด

เอกสารอ้างอิง (References)

- American Psychological Association, Trauma <<https://www.apa.org/topics/trauma>>
- Association for Psychological Science, Children Make Better Eyewitnesses than Adults in Certain Circumstances, 22 October 2018 < <https://www.psychologicalscience.org/publications/>
- Ceci S. J & Bruck M. (1995), Jeopardy in the Courtroom: a Scientific Analysis of Children's Testimony, Part IV: Defining Memory and Suggestibility, 1-336.
- Ceci S.J. et al (1994), The Possible Role of Source Misattributions in the Creation of False Beliefs Among Preschoolers, the International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Vol. XLII, No.4, 304-320.
- Ceci, S. J., Huffman, M. L. C. (1997). How suggestible are preschool children? Cognitive and social factors. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(7), 948-958.
- Connie, T. M. (2006). Developmentally Sensitive Forensic Interviewing of Preschool Children: Some Guidelines Drawn from Basic Psychological Research, 31(2) Criminal Justice Review (2006), 132-145
- Haenjohn J. (2015) Ratchaphruek Journal Vo.13 No.3 (September-December), 9-19
- Hayes, B. K., Delamothe, K. (1997). Cognitive interviewing procedures and suggestibility in children's recall. Journal of Applied Psychology, 82(4), 562-577.
- Lamb M. (1995-1996). Ethical Issues in Interviewing, Counseling, and the Use Psychological Data with Child and Adolescent Clients, 64 Fordham L. Rev., 2035-2052
- Larcher V. (2015) Children Are Not Small Adults: Significance of Biological and Cognitive Development in Medical Practice. In: Schramme T., Edwards S. (eds) Handbook of the Philosophy of Medicine. Springer, Dordrecht. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_16-1>

- Levendosky, Alytia & Bogat, G Anne & Martinez Torteya, Cecilia. (2013). PTSD Symptoms in Young Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Violence against women* 19(2), 187-201 < <http://vaw.sagepub.com/content/19/2/187>>
- LifeStance Health, The 4 Types of Trauma Responses, 3 February 2022, <<https://lifestance.com/blog/four-types-trauma-response>>
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. W. (2005). Disclosure of Child Sexual Abuse: What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell? *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(1), 194–226
- Lyon T. D (1999) New Wave in Children’s Suggestibility Research: A Critique , 84 *Cornell L. Rev.* 1004, 1004-1087 <<http://scholarship.law.cornell.edu/clr/vol84/iss4/3>>
- Münsterberg H. (1908). *On the witness stand: Essays on Psychology and Crime*. New York, NY: Doubleday, 1-269.
- National Children’s Advocacy Center, Guidelines for Age-Appropriate Interview Questions, 2016 < <https://www.nationalcac.org/wp-content/uploads/2016/10/Questioning-Children-Graph.pdf>>
- National Children’s Advocacy Center, History <https://www.nationalcac.org/history/observer/obsonline/children-make-better-eyewitnesses-than-adults-in-certain-circumstances.html>>
- Otgaar, H., Howe, M. L., Merckelbach, H., & Muris, P. (2018). Who Is the Better Eyewitness? Sometimes Adults but at Other Times Children. *Current directions in psychological science*, 27(5), 378–385.
- Paavola, Lilla Evelin, “The Importance of Emotional Intelligence in Early Childhood”, Bachelor’s Thesis, 2017, Laurea University of Applied Sciences, <<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/131619/BA%20Thesis%20of%20Lilla%20Paavola.pdf?sequence=1>>
- Painting Planet, Madonna and Child, <<https://painting-planet.com/madonna-and-child-by-bondone-giotto/>>
- Piaget, J. (1999) *The Psychology of Intelligence*, translated from the French by Malcolm Piercy and D E Berlyne (Taylor & Francis Ltd, London,2005), 52-117
- Pipe, M.-E., Thierry, K. L., & Lamb, M. E. (2007). The development of event memory: Implications for child witness testimony” in M. P. Toglia, J. D. Read, D. F. Ross, & R. C. L. Lindsay (Eds.), The handbook of eyewitness psychology, Vol. 1. Memory for events, 453-478.
- Salter A. (2016) Review of Coaching and Suggestibility Research <http://txcsotconference.com/wp-content/uploads/2016/03/3-6_SUN_3.15pm_Salter_Interviewing-Victims.pdf>
- Saposnek, D. T., Rose C., *The Psychology of Divorce* (2004) <<http://www.mediate.com/articles/saporo.cfm>>
- Small Cowper Madonna, The <<http://www.italianrenaissanceresources.com/units/unit-1/essays/raphaels-madonnas-full-of-grace/>>
- Smith B. E. & Elstein S. G. (1993), *Prosecution of Child Abuse and Neglect Cases*, in USDOJ, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, Research Report, Legal Interventions in Family Violence:

- Research Finding and Policy Implications (1998), 12-13 < <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/171666.pdf>>
- Smith, D. & Saunders, B. & Kilpatrick, D. & Resnick, H. & Best, C. (2000). Delay in Disclosure of Childhood Rape: Results from a National Survey. *Child Abuse & Neglect*. 24. 273-287.
- Sporer S. (1982). A brief history of the psychology of testimony. *Current Psychological Reviews*, 2, 323–340
- Taylor M. (2022) WebMD, “What Does Fight, Flight, Freeze, Fawn Mean?”, medically reviewed by Poonam Sachdev on 28 April 2022, <https://www.webmd.com/mental-health/what-does-fight-flight-freeze-fawn-mean>>
- United Nations Office on Drugs and Crime (2015), Training Programme on the Treatment of Child Victims and Child Witnesses of Crime for Law Enforcement Officials, New York, p.1-166, 29 < https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Training_Programme_on_the_Treatment_of_Child_Victims_and_Child_Witnesses_of_Crime_-_Law_Enforcement.pdf>
- Whipple G. M. (1909). The observer as reporter: A survey of the ‘psychology of testimony.’ *Psychological Bulletin*, 6, 153–170
- World Health Organization, Children’s Health and the Environment: WHO Training Package for the Health Sector, July 2008, p.1-40, <https://www.who.int/ceh/capacity/Children_are_not_little_adults.pdf>

Legal Problems of Personal Health Information Protection*

Chantana Morkcharoenpong, MD.

Specialist Physician at National Cancer Institute of Thailand,

E-mail: morktotolife@gmail.com

** Part of the LL.D. thesis, Faculty of Law Thammasat University*

Abstract

Received: 21 June 2023

Revised: 3 July 2023

Accepted: 17 Aug 2023

Personal Data Protection Act which protects personal information from unauthorized disclosure or leakage of information to other people. Medical information is sensitive data. If it is violated, it will affect the person's reputation and dignity. Therefore, a higher standard of personal data protection is necessary. The principle of personal health data protection is privacy, security, and medical ethics.

The results found that Thailand does not have a specific law that protects personal health data. The definition of "health" is different in many Acts, resulting in context, and scope of applications do not cover the problems. Therefore, clear, and consistent definition is suggested. Finally, the law does not protect personal information of deceased persons, which it should be, for honoring and respecting those who passed away.

Key words: personal health information protection; sensitive information; privacy; data security; medical ethics

ปัญหากฎหมายในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ กับพระราชบัญญัติการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562*

พ.ญ.ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

E-mail: morktotolife@gmail.com

*เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ดุษฎีบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทความวิชาการ

บทคัดย่อ

วันรับ 21 มิ.ย. 2566
วันแก้ไข 3 ก.ค. 2566
วันตอบรับ 17 ส.ค. 2566

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งปกป้องมิให้ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเปิดเผยโดยมิได้รับอนุญาต หรือมีการรั่วไหลของข้อมูลไปสู่บุคคลอื่น โดยเฉพาะข้อมูลทางการแพทย์ซึ่งเป็นข้อมูลละเอียดอ่อน ถ้าถูกละเมิดย่อมส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงภาพลักษณ์อย่างมาก ต่อทั้งเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัวด้วย ทำให้การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพย่อมมีมาตรฐานสูงกว่าข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ซึ่งหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความเป็นส่วนตัว ความเป็นส่วนตัว และจริยธรรมทางการแพทย์

ผลการศึกษา ประเทศไทยไม่มีกฎหมายเฉพาะที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ต่างจากบางประเทศที่มีกฎหมายเฉพาะเรื่องนี้ และนิยามคำว่า "สุขภาพ" ในพระราชบัญญัติต่างๆ มีนิยามที่ไม่ตรงกัน ส่งผลให้เนื้อหา ขอบเขต มาตรการการบังคับใช้ไม่ครอบคลุมปัญหา เสนอให้นิยามคำว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ" ให้ชัดเจนและตรงกัน กฎหมายนี้ไม่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เสียชีวิต ซึ่งควรคุ้มครองเพราะให้เกียรติ และเคารพบุคคลที่เสียชีวิต จึงควรเสนอให้มีการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว รวมไปถึงการขอความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว ควรขอความยินยอมจากญาติของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว

คำสำคัญ: การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ; ข้อมูลละเอียดอ่อน; ความเป็นส่วนตัว; ความเป็นส่วนตัวของข้อมูล จริยธรรมทางการแพทย์

บทนำ

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ มีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ที่ผ่านมา เป็นกฎหมายที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยเน้นในเรื่องความเป็นส่วนตัว แนวคิดเรื่องการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทย และเป็นกฎหมายที่สำคัญอย่างยิ่ง ที่ส่งผลกระทบต่อทุกคนในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูลนั้น วัตถุประสงค์ของกฎหมายฉบับนี้ ซึ่งมีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล และในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้บัญญัติถึงเหตุผลและความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล เพื่อให้การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีมาตรการเยียวยาเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจากการถูกละเมิดสิทธิในข้อมูลส่วนบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในมาตรา 26 ของรัฐธรรมนูญ ฯ ได้ให้การรับรองสิทธิของเจ้าของข้อมูลไว้ โดยที่กฎหมายฉบับนี้เน้นไปที่การสร้างมาตรฐาน และยกระดับให้กับองค์กรที่มีกิจกรรม ในกระบวนการที่มีการเก็บรวบรวม การใช้ การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล อีกทั้งต้องปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลไม่ให้นำไปใช้อย่างผิดกฎหมาย หรือเกิดการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน เลขหนังสือเดินทาง เลขบัตรประกันสังคม เลขใบอนุญาตขับขี่ รวมถึงข้อมูลอุปกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ ที่มีเลขประจำเครื่องประจำอุปกรณ์ เช่น IP address เป็นต้น จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าข้อมูลส่วนบุคคลยังรวมไปถึงข้อมูลทางชีวมิติ(Biometric) เช่น รูปภาพใบหน้าลายนิ้วมือ ฟิสิกส์เสียง ข้อมูลอัตลักษณ์เสียง และพันธุกรรม นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปถึงข้อมูลข้างต้นได้ อย่างเช่น วันเกิด และสถานที่เกิด เชื้อชาติ น้ำหนัก ส่วนสูง การศึกษา

การเงิน การจ้างงาน ข้อมูลต่างๆที่กล่าวมาเป็นข้อมูลที่บ่งบอกอัตลักษณ์ได้ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่มีความอ่อนไหว แต่จะมีข้อมูลบางประเภทที่มีความละเอียดอ่อน (Sensitive data) เช่น ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ เชื้อชาติ ศาสนา ข้อมูลทางการแพทย์(โดยเฉพาะโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคจิตเวช) และประวัติอาชญากรรม ซึ่งถ้าข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อนเหล่านี้ถ้าถูกเปิดเผย หรือรั่วไหลออกไป ย่อมส่งผลเสียหายต่อชื่อเสียง และภาพลักษณ์ ร้ายแรง หรือเกิดการตีตราต่อผู้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล และอาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง เกียรติคุณ ภาพลักษณ์ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ รวมไปถึงอาจกระทบต่อครอบครัวด้วย

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพนั้น เป็นข้อมูลที่มีปรากฏอยู่ในเวชระเบียนของผู้ป่วย หรือบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ละเอียดอ่อน(sensitive data) บ่งบอกถึงสุขภาพของบุคคลผู้ที่เป็นเจ้าของข้อมูล และข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพนั้น ย่อมเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ (professional liability) ถือว่าเป็นความลับ¹ และต้องรักษาความลับนี้ไว้ตลอดไป ยกเว้นมีเหตุที่ทำให้

¹ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ส่วนข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ในข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 หมวด 4 ได้บัญญัติเรื่อง การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อ 27 ดังนี้

ข้อ 27 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ได้รับความยินยอมโดยชอบด้วยกฎหมาย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่

ต้องมีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพนั้นๆ อีกทั้งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม(แพทย์)ทั้งหลายยังคงต้องปฏิบัติตามหลักจริยธรรมของวิชาชีพของตนเอง (Ethical Code of Conduct) เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้ป่วยตามหลักสิทธิผู้ป่วย² (patient right) ที่มีอยู่ในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ที่ระบุว่า "ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ต้องไม่เปิดเผยความลับผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาจากการประกอบวิชาชีพ"

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาข้อกฎหมาย มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 มีปัญหาอย่างไร ควรแก้ไขอย่างไร

² คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ลงวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2558 โดยสภาวิชาชีพ 6 สภาวิชาชีพ แพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ ในหมวด สิทธิผู้ป่วย ในข้อ

6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย

7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น

2. เพื่อศึกษาปัญหาข้อกฎหมาย มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ของต่างประเทศว่าเหมือนหรือแตกต่างกับประเทศไทยอย่างไร

3. เพื่อศึกษาปัญหาข้อกฎหมาย มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ของต่างประเทศ เพื่อนำมาปรับใช้กับประเทศไทย เพื่อให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น และทัดเทียมกับอารยะประเทศ

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และเป็น Documentary research โดยศึกษาจากเอกสารต่างๆ กฎหมาย ตำราวิชาการ บทความ งานวิจัย วารสาร เอกสาร และข้อมูลจากจากเว็บไซต์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการงานวิจัยนี้ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา และนำไปสู่การได้ข้อสรุปข้อเสนอแนะใช้ในเชิงวิชาการ และอ้างอิง รวมถึงการพัฒนากฎหมายต่อไป

ผลการศึกษา

ในประเทศไทยไม่ได้มีกฎหมายเฉพาะที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ จึงต้องไปใช้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ที่เป็นกฎหมายนำมาประยุกต์ใช้กับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ซึ่งไม่เหมือนในบางประเทศที่มีกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย สิงคโปร์มีกฎหมายเฉพาะที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น

1. ประเทศสหรัฐอเมริกา มีพระราชบัญญัติ Health Insurance Portability Assurance Act 1996 (HIPAA)

เป็นกฎหมายของรัฐบาลกลางในสหรัฐอเมริกาที่คุ้มครองความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพของบุคคล เพื่อให้ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ

และองค์กรต้องปฏิบัติตามเพื่อให้มั่นใจถึงความปลอดภัย และความเป็นส่วนตัวของข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย มีความสำคัญเนื่องจากการป้องกันการปกป้องความลับของผู้ป่วย หรือข้อมูลทางการแพทย์ซึ่งเป็นข้อมูลละเอียดอ่อน และช่วยป้องกันการเข้าถึงหรือใช้ข้อมูลนี้โดยไม่ได้รับอนุญาต ฉะนั้นองค์กรต่างๆ เช่น รวมถึงโรงพยาบาล คลินิก และ บริษัทประกันภัย รวมไปถึงกระทรวงสาธารณสุข(ที่มีโครงการที่ดูแลสวัสดิการการรักษาพยาบาลของประชาชน กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการอย่างถาวร ผู้ป่วย เป็นโรคไทรอยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตหรือรักษาโดยการ ผ่าตัด คือ Medicare และกลุ่มผู้ที่ยากจนหรือมีรายได้น้อย คือ Medicaid เป็นต้น) ก็ยังต้องอยู่ภายใต้กฎหมายนี้

องค์กรต่างๆที่มีข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนด กฎระเบียบต่างๆของ HIPAA เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลของผู้ป่วยต้องเป็นความลับ ความ สมบูรณ์ และความพร้อมใช้งานของข้อมูล ซึ่งมีความ ครอบคลุมหลายด้าน รวมถึงความเป็นส่วนตัว ความ ปลอดภัย และการแจ้งเตือนการละเมิด ผู้ให้บริการด้าน การรักษาพยาบาลต้องใช้มาตรการป้องกันด้านการบริหาร กายภาพ และทางเทคนิคที่เหมาะสม เพื่อปกป้องข้อมูล ของผู้ป่วยจากการเข้าถึง การใช้ หรือการเปิดเผยโดยไม่ได รับอนุญาต การไม่ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของ HIPAA อาจส่งผลให้มีบทลงโทษที่รุนแรง รวมถึงค่าปรับและการ ดำเนินการทางกฎหมาย อีกทั้งยังมีหน่วยงานที่อยู่ใน กระทรวงสาธารณสุขและมนุษย์(Department of Health and Human Service : HHS) ที่ดูแล รับเรื่องเรียน และ บังคับใช้ทั้งด้านความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยของ ข้อมูล คือ Office for Civil Rights(OCR)

2. ประเทศแคนาดา มีพระราชบัญญัติ Personal Health Information Act 2011 (PHIPA)

พระราชบัญญัติข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (PHIA) ประกาศใช้เมื่อเดือนเมษา ค.ศ. 2011 เป็นกฎหมาย ที่คุ้มครองความเป็นส่วนตัวของข้อมูลด้านสุขภาพที่ กำหนดกฎหมายที่ผู้ดูแลข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลต้องปฏิบัติตาม เมื่อรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลที่เป็น ความลับของบุคคล PHIA ยังกำหนดสิทธิของผู้ควบคุม ข้อมูลที่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงและการควบคุมข้อมูล สุขภาพส่วนบุคคลไว้ด้วย โดยผู้ที่ต้องอยู่ภายใต้กฎหมายนี้ ที่ต้องดูแลข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ (เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และทันตแพทย์) องค์กร Eastern Health, Western Health, Central Health and Labrador-Grenfell Health, หน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค(ที่มีส่วน ร่วมในกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพ) ห้องปฏิบัติการ สาธารณสุข ศูนย์ข้อมูลสุขภาพในรัฐต่างๆ และ คณะกรรมการเขตสุขภาพและความปลอดภัยในที่ ทำงาน

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ค.ศ. 2011(PHIPA) กำหนดให้ผู้ควบคุมข้อมูลด้านสุขภาพ จะต้องเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ และไม่ควร รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการรักษา และในบางครั้งข้อมูลต้องใช้เพื่อ การจัดการระบบการดูแลสุขภาพ เพื่อการวิจัยด้านสุขภาพ และอื่นๆ เพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่คล้ายคลึงกัน เจ้าหน้าที่ บังคับใช้กฎหมาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรอื่น อาจมีความจำเป็นตามกฎหมายในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ส่วนบุคคล ภายใต้สถานการณ์ที่จำกัดและเฉพาะเจาะจง PHIA เป็นกฎหมายที่ควบคุมและดูแลในระหว่างสิทธิส่วน บุคคลในความเป็นส่วนตัว กับความต้องการทางกฎหมาย ของบุคคลและองค์กรที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อ เก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย

3. ประเทศออสเตรเลีย มีพระราชบัญญัติ HEALTH RECORDS AND INFORMATION PRIVACY ACT(HRIPA) 2002 - As at 20 January 2023 - Act 71 of 2002

HRIPA ใช้กับทุกองค์กรที่เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพหรือที่รวบรวม ถือครอง หรือใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ วัตถุประสงค์ของกฎหมาย คือ เพื่อส่งเสริมการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพอย่างยุติธรรมและมีความรับผิดชอบ โดยการปกป้องความเป็นส่วนตัวของข้อมูลด้านสุขภาพของแต่ละคนที่จัดขึ้นในภาครัฐและเอกชน ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของตน และจัดเตรียมกรอบการทำงานที่สามารถเข้าถึงได้สำหรับ การแก้ไขข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ

หลักการความเป็นส่วนตัวด้านสุขภาพ 15 ข้อ (Health Privacy Principle : HPP) เป็นส่วนสำคัญของ HRIPA HPPs กำหนดไว้ในหมวดที่ 1 ของ HRIPA และอธิบายเพิ่มเติมด้านล่างภายใต้หัวข้อหลักความเป็นส่วนตัวด้านสุขภาพ

หลักการทางกฎหมายของพระราชบัญญัตินี้ โดยสำนักงานกรรมาธิการความเป็นส่วนตัวได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางกฎหมาย 4 ข้อภายใต้ HRIPA หลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่กำหนดขอบเขตของการยกเว้นเฉพาะในหลักการความเป็นส่วนตัวด้านสุขภาพ ได้อธิบายวิธีการใช้การยกเว้นและสิ่งที่หน่วยงานต้องทำให้สอดคล้องกับกฎหมาย โดยเกี่ยวข้องกับสิ่งเหล่านี้

1. การใช้หรือการเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อการจัดการบริการด้านสุขภาพ
2. การใช้หรือการเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อวัตถุประสงค์ในการฝึกอบรม
3. การใช้หรือการเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัย

4. การใช้หรือการเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพ จากบุคคลที่สาม

โดยที่เอกสารข้อมูลบนเว็บเพจ HRIPA ของสำนักงานกรรมาธิการความเป็นส่วนตัว ได้อธิบายหลักเกณฑ์ทางกฎหมายไว้

4. ประเทศสิงคโปร์ มีพระราชบัญญัติบริการสุขภาพ (HEALTH CARE SERVICES ACT : HCSA) 2020 (ACT 3 OF 2020) ใน Section 34-39 โดยกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ตั้งเป้าที่จะจัดทำร่างพระราชบัญญัติข้อมูลสุขภาพในช่วงครึ่งหลังของปี 2566 เพื่ออำนวยความสะดวกในการรวบรวม ใช้ และแบ่งปันข้อมูลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและสถานพยาบาลต่างๆ อย่างปลอดภัย

ในประเทศสิงคโปร์ได้มีการจัดรูปแบบการดูแลใหม่สำหรับผู้ป่วยได้เกิดขึ้น และบริการด้านสุขภาพมีการส่งมอบมากขึ้นผ่านรูปแบบ หรือเครื่องมือต่างๆ เช่น พาหนะ มือถือ และช่องทางออนไลน์ สิ่งนี้จำเป็นต้องเปลี่ยนไปสู่แนวทางที่ยืดหยุ่นมากขึ้นในกฎระเบียบของระบบการรักษายาบาลของสิงคโปร์ ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาลและคลินิกการแพทย์เอกชน (the current Private Hospitals and Medical Clinics Act PHMCA) และข้อบังคับ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะได้รับใบอนุญาตตามสถานที่ประเภทต่างๆ (เช่น คลินิกการแพทย์ บ้านพักคนชรา โรงพยาบาล ห้องปฏิบัติการทางคลินิกและเอ็กซเรย์) ในขณะที่ภายใต้ HCSA ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพจะเป็นได้รับใบอนุญาตตามบริการด้านสุขภาพที่มีให้

พระราชบัญญัติบริการสุขภาพ(HCSA) ปกป้องความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ในสภาพแวดล้อมด้านการรักษาพยาบาลที่เปลี่ยนแปลง ในขณะเดียวกันก็ช่วยให้สามารถพัฒนาบริการด้านการรักษาพยาบาลใหม่ๆ ที่เป็นนวัตกรรมได้ นอกจากนี้ยัง

เสริมสร้างการกำกับดูแลและความชัดเจนด้านกฎระเบียบ เพื่อการจัดเตรียมที่ดีขึ้นและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย

พระราชบัญญัติบริการสุขภาพ(HCSA) จะมาแทนที่พระราชบัญญัติโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกการแพทย์ (PHMCA) ฉบับปัจจุบันเป็นขั้นตอน ระยะที่ 1 และ 2 เริ่มดำเนินการในวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2565 และ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ตามลำดับ ระยะที่ 3 จะดำเนินการภายในเดือนธันวาคม 2566

สำหรับประเทศไทยมีกฎหมายที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 โดยที่กฎหมายนี้มีเจตนารมณ์ เพื่อคุ้มครองสิทธิความเป็นส่วนตัวของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เนื่องจากในยุคนี้มีการล่วงละเมิดต่อสิทธิความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคลเป็นจำนวนมาก ย่อมส่งผลให้ผู้ถูกละเมิด ถ้าเป็นข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ละเอียดอ่อนเกิดการละเมิดขึ้นย่อมส่งผลเกิดต่อความเดือดร้อน รำคาญ เสียต่อการเสียชื่อเสียง ภาพลักษณ์ สร้างความรังเกียจเสียตัวตน ต่อผู้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ รวมไปถึงครอบครัวของเจ้าของข้อมูลด้วย ประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยี และวิทยาศาสตร์นั้น ทำให้การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลทำได้โดยง่าย สะดวก รวดเร็ว ส่งผลเสียหายต่อระบบสังคม ระบบเศรษฐกิจ ระบบสาธารณสุขโดยรวม จึงได้มีการตรากฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลเป็นการทั่วไปขึ้น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ กลไก หรือมาตรการกำกับดูแลให้ความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นหลักการทั่วไป เป็นการพัฒนาระดับ และสร้างมาตรฐานในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลให้ดียิ่งขึ้น สร้างความมั่นใจส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีให้กับทางโรงพยาบาลหรือองค์กรต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ หรือเอกชน อีกทั้งระบบการบริหารงานด้านรัฐ กระทรวงต่างๆ ไปจนถึง

กระทรวงสาธารณสุขที่มีข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ รวมไปถึงองค์กรที่เป็นเจ้าของกองทุนในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยด้วย และถ้ามีการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างประเทศ ซึ่งในปัจจุบันมาตรฐานการส่งต่อข้อมูลส่วนบุคคลไปยังต่างประเทศ ในประเทศที่รับและส่งข้อมูลย่อมต้องการมาตรฐานการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่อยู่ในระดับสากล เพื่อเป็นการคุ้มครอง และป้องกันการละเมิดต่อข้อมูลส่วนบุคคลเหล่านั้น

พระราชบัญญัตินี้ฐานะของกฎหมายฉบับนี้จึงมีลักษณะเป็นกฎหมายกลางที่เป็นหลักทั่วไป กำหนดหลักการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของสิทธิในความเป็นส่วนตัว เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลบนฐานความคิด “ปกปิดเป็นหลัก เปิดเผยเป็นข้อยกเว้น” โดยตามพระราชบัญญัติ ระบุความหมายของ ‘ข้อมูลส่วนบุคคล’ ว่าหมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม แต่ไม่รวมถึงข้อมูลของผู้ถึงแก่กรรมโดยเฉพาะ

ซึ่งสาระสำคัญของ การคุ้มครองตามพระราชบัญญัตินี้ คือ

1. องค์กรที่ครอบคลุมตามกฎหมายนี้ โดยองค์กรต้องให้ความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลไว้ในครอบครอง ต้องที่ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะการจัดเก็บข้อมูล จะต้องมีการมีระบบ แผนงานหรือเจ้าหน้าที่ที่ต้องรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลให้ได้ตามมาตรฐาน รวมไปถึงองค์กรในประเทศหรือนอกประเทศด้วย

2. ความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเรื่องที่สำคัญมากที่สุด กล่าวคือ ต้องได้รับการยินยอมจากเจ้าของข้อมูล ที่มีการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเหล่านี้ ต้องขอความยินยอมจากเจ้าของ

ข้อมูลอย่างชัดเจน และต้องไม่มีเงื่อนไขในการขอความยินยอมจากเจ้าของข้อมูล รวมไปถึงกิจกรรมอื่นๆด้วย เช่น การถอนความยินยอม การขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งจะกล่าวต่อไป

3. การเก็บข้อมูลต้องเก็บเฉพาะเท่าที่จำเป็น โดยต้องแจ้งรายละเอียดการเก็บข้อมูลให้เจ้าของข้อมูลทราบก่อนหรือระหว่างการจัดเก็บข้อมูล รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้ การเปิดเผยข้อมูลด้วย ไม่ว่าจะเก็บข้อมูลไปเพื่อกิจกรรมใด โดยที่การแจ้งวัตถุประสงค์ต้องให้ตรงกับที่แจ้งไว้ตั้งแต่แรกด้วย เพราะถ้าจะนำข้อมูลไปทำอย่างอื่นต่อ ซึ่งไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้แต่แรกนั้น ห้ามนำข้อมูลไปใช้ หรือเปิดเผยเพื่อการอื่นที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์เดิม

4. ห้ามการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่นที่ไม่ใช่จากเจ้าของข้อมูลโดยตรง

5. ห้ามมีการจัดเก็บข้อมูลชีวภาพ ลักษณะเด่นทางกายภาพ หรือลักษณะเด่นทางพฤติกรรมที่สามารถยืนยันตัวตนบุคคลนั้นได้ ถ้าต้องเก็บข้อมูลดังกล่าวต้องทำให้ไม่สามารถระบุตัวตน (pseudo-anonymous data) หรือไม่สามารถรู้ได้ว่าเจ้าของข้อมูลคือใคร ยกเว้นการเก็บข้อมูลด้านประวัติศาสตร์อาชญากรรม

6. เจ้าของข้อมูลมีสิทธิเข้าถึงและขอรับสำเนาข้อมูลของตนเองได้ รวมถึงการขอให้เปิดเผยวิธีการได้มาซึ่งข้อมูล โดยที่เจ้าของข้อมูลไม่เคยให้ความยินยอม

7. เจ้าของข้อมูลมีสิทธิในการลบ ทำลาย หรือทำให้ข้อมูลเหล่านั้น ไม่สามารถระบุตัวตนได้ (pseudo-anonymous data) หากข้อมูลนั้นได้มาโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย

8. เจ้าของข้อมูลสามารถร้องเรียนได้ ในกรณีที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่เป็นไปตามที่กฎหมายนี้กำหนดไว้

9. การถอนความยินยอม โดยที่เจ้าของข้อมูลสามารถถอนความยินยอมเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่มีข้อแม้หรือเงื่อนไข เว้นแต่จะมีข้อจำกัดสิทธิทางกฎหมายหรือสัญญาที่ให้ประโยชน์แก่เจ้าของข้อมูล

10. ถ้าหากมีการถอนความยินยอม ผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูล (Data Controller) ยังคงมีหน้าที่ที่ต้องดูแลรักษาความปลอดภัยข้อมูลเหล่านั้นต่อไป หากการถอนความยินยอมส่งผลกระทบต่อเจ้าของข้อมูล องค์กรที่เก็บรวบรวมข้อมูลต้องแจ้งให้เจ้าของข้อมูลทราบถึงผลกระทบจากการถอนความยินยอมนั้น

11. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจะต้องชำระค่าสินไหมทดแทนแก่เจ้าของข้อมูล หากจงใจหรือประมาทจนเป็นเหตุทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูลรั่วไหล เว้นแต่จะเกิดจากเหตุสุดวิสัย (เกิดการละเมิด (Data Breach)) หรือเป็นคำสั่งของเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย

12. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลที่ทำให้เกิดความเสียหาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกดูหมิ่น ถูกเกลียดชัง หรือทำให้ได้รับความอับอาย ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกิน 6 เดือน ปรับไม่เกิน 500,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ หากนำข้อมูลเหล่านั้นไปแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ จะต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกิน 1 ปี ปรับไม่เกิน 1 ล้านบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ โดยกฎหมายฉบับนี้กำหนดทั้งค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจริง และค่าเสียหายในเชิงลงโทษ (punitive damage)

13. ผู้ที่ล่วงรู้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้อื่นแล้วนำไปเปิดเผยต่อผู้อื่น โดยที่ไม่ได้รับอนุญาตทางกฎหมาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน ปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สรุปผลการศึกษา

จากกฎหมายที่กล่าวมาในตอนต้นของต่างประเทศล้วนมีกฎหมายที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพเป็นกฎหมายเฉพาะ ในขณะที่ประเทศไทยไม่

มีกฎหมายเฉพาะที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ จึงต้องนำกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปมาใช้แทนนั้น อาจส่งผลให้การบังคับใช้ในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ไม่ตรงตามปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะปัญหาหรือข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพเป็นข้อมูลที่มีความซับซ้อน และยากต่อการเข้าใจหรือแก้ปัญหา เนื่องจากมีคำศัพท์ต่างๆ ที่เป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ อีกทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น กฎหมายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพได้รวมเรื่องของการเบิกจ่ายหรือเรียกเก็บค่าใช้จ่ายกับบริษัท ประกันต่างๆ หรือจากโครงการเบิกจ่ายสวัสดิการด้านสุขภาพต่างๆ Medicaid, Medicare เข้ามาอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมาย Health Insurance Portability Assurance Act 1996 (HIPAA) รวมไปถึงองค์กรอื่นที่เป็นคู่ค้า หรืออยู่ในระบบสาธารณสุขนั้นต้องอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายนี้ด้วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรทำอย่างยิ่ง เนื่องจากควรบังคับใช้กฎหมายและมาตรฐานเดียวกัน(ทั้งในด้านคำนิยามของคำว่า personal health information ที่เหมือนกัน และการกำหนดบทลงโทษเดียวกัน) อีกทั้งยังมีปัญหาทางกฎหมายหลายประการที่ในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ยังไม่สมบูรณ์ควรได้รับการแก้ไข

ข้อเสนอแนะ

1. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 มาตรา 6 ได้กำหนดนิยามของคำว่า “ข้อมูลส่วนบุคคล” หมายความว่า “ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม แต่ไม่รวมถึงข้อมูลของผู้ถึงแก่กรรมโดยเฉพาะ” ซึ่งในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลไม่ได้ให้ความคุ้มครองไปถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถึงแก่กรรม ถ้ากรณีของการที่มีการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถึงแก่กรรมโดยมิชอบ โดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ตัวผู้ถึงแก่กรรมหรือทายาทกรณีเช่นนี้ พระราชบัญญัตินี้เป็นกฎหมายทั่วไปไม่ได้คุ้มครองไปถึงกรณีดังกล่าว และถ้าบุคคลใดทำละเมิดโดยเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพที่เป็นข้อมูลที่ละเอียดอ่อน เพราะเป็นการให้เกียรติและเคารพต่อบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว ในกรณีที่ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพที่ถูกเปิดเผยออกไป ในข้อมูลที่มีผลต่อชื่อเสียง เกียรติยศ ภาพลักษณ์ ภาพพจน์ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ เช่น ภาพศพของผู้ป่วย โรคเอดส์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อร้ายแรง โรคทางจิตเวช ทัศนคติในเรื่องเพศ พฤติกรรมทางเพศ หรือคนที่โดนข่มขืน เป็นต้น ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพในกรณีตัวอย่างที่กล่าวถึง ถ้าถูกเปิดเผยหรือใช้ไปโดยไม่ระมัดระวัง ควรคิดถึงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของญาติ หรือครอบครัวของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว

บุคคลของผู้ถึงแก่กรรมโดยมิชอบ โดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ตัวผู้ถึงแก่กรรมหรือทายาทกรณีเช่นนี้ พระราชบัญญัตินี้เป็นกฎหมายทั่วไปไม่ได้คุ้มครองไปถึงกรณีดังกล่าว และถ้าบุคคลใดทำละเมิดโดยเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพที่เป็นข้อมูลที่ละเอียดอ่อน เพราะเป็นการให้เกียรติและเคารพต่อบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว ในกรณีที่ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพที่ถูกเปิดเผยออกไป ในข้อมูลที่มีผลต่อชื่อเสียง เกียรติยศ ภาพลักษณ์ ภาพพจน์ของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ เช่น ภาพศพของผู้ป่วย โรคเอดส์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อร้ายแรง โรคทางจิตเวช ทัศนคติในเรื่องเพศ พฤติกรรมทางเพศ หรือคนที่โดนข่มขืน เป็นต้น ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพในกรณีตัวอย่างที่กล่าวถึง ถ้าถูกเปิดเผยหรือใช้ไปโดยไม่ระมัดระวัง ควรคิดถึงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของญาติ หรือครอบครัวของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว

2. การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ถึงแก่กรรมไปแล้ว ในกรณีที่ต้องขอความยินยอมจากใคร และถ้ามีความจำเป็นที่จะต้องขอความยินยอมเพื่อนำข้อมูลของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ทางการแพทย์ งานวิจัย รวมถึงการวางแผน การป้องกัน การรักษา หรือการควบคุมโรคระบาดเป็นต้น เสนอว่า จะต้องขอความยินยอมจากผู้ที่เป็นญาติ หรือผู้แทนโดยชอบธรรม และถ้าไม่มีญาติหรือไม่มีผู้แทนโดยชอบธรรม เสนอให้ติดต่อผ่านคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสถานพยาบาลนั้นๆ เพื่อขอความยินยอมต่อไป

3. ในเรื่องคำนิยามของคำว่า "สุขภาพ" ในกฎหมายที่เกี่ยวข้องไม่ตรงกัน หรือในบางพระราชบัญญัติไม่ได้นิยามคำว่าสุขภาพไว้ เช่น

1. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ไม่ได้บัญญัตินิยามคำว่าสุขภาพไว้

2. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ไม่ได้บัญญัตินิยามคำว่าสุขภาพไว้

3. พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ไม่ได้บัญญัตินิยามคำว่าสุขภาพไว้

4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัตินิยามคำว่าสุขภาพไว้ในมาตรา 3

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

5. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2562 ได้นิยามคำว่า "สุขภาพ" ให้มีความหมายตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

6. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ได้บัญญัตินิยามคำว่า สุขภาพไว้

7. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ไม่ได้บัญญัตินิยามคำว่าสุขภาพไว้ ส่วนข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ไม่ได้นิยามคำว่า "ข้อมูลส่วนบุคคล" ไว้ด้วย ในข้อบังคับของแพทยสภา และในข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 หมวด 4 ได้บัญญัติเรื่อง การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อ 27 ดังนี้

ข้อ 27 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ได้รับความยินยอมโดยชอบด้วยกฎหมาย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่

จากกฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า นิยามคำว่า "สุขภาพ" ไม่ได้นิยามไว้ มีเพียงพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ให้คำนิยามไว้เพียงมาตราเดียว ถ้านำข้อมูลของผู้ป่วยไปเปิดเผย ส่งผลให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ จะมีผลกระทบต่อชื่อเสียง

เกียรติคุณ ภาพลักษณ์ หรือสร้างความรังเกียจเหยียดฉันท ความเสียหายแก่จิตใจ รวมไปถึงการอยู่ร่วมกันในสังคมของบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพเหล่านี้ได้ เช่น โรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือโรคจิตเวช เป็นต้น

4. เสนอให้มีแนวทางปฏิบัติ โดยเป็นเรื่องที่เฉพาะเจาะจงด้านนี้โดยเฉพาะ เพื่อเสนอแก้ไขเพิ่มเติมในเรื่องของ Data Governance and Health Information Exchange (HIE) (เรื่องของ HIE จะบรรจุอยู่ในภาคผนวก) เพราะในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ได้บัญญัติในเรื่องของการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ(HIE) ในมาตรา 31 มีเพียง 1 มาตราที่กล่าวถึงเรื่องนี้ แต่ได้เล็งเห็นประโยชน์ในภาวะเร่งด่วนเช่น ในภาวะฉุกเฉิน การระบาดของโรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคระบาดที่เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต การจัดการ การควบคุมสถานการณ์ การกักตุน ระบาย และควบคุมโรคต่างๆได้ทันเวลาที่ หรือในภาวะที่จำเป็นต้องใช้ข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์เพื่อช่วยชีวิต ในกรณีผู้ป่วยเจ็บป่วยอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ และจำเป็นต้องขอข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์ของบุคคลนั้นเพื่อใช้ข้อมูลที่อยู่ในสถานการณ์จำเป็นเร่งด่วนช่วยชีวิตและในการดูแลรักษาพยาบาล โดยต้องขอข้อมูลส่วนบุคคลทางการแพทย์จากอีกโรงพยาบาลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้นๆ รวมไปถึงสถานการณ์ของการที่ต้องส่งต่อข้อมูล หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อตรวจแม่นยำ รวดเร็ว ประหยัดในการส่งต่อหรือโอนข้อมูลไปยังโรงพยาบาลอื่นต่อไป

5. บทลงโทษที่ผู้ที่ทำละเมิดหรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ในพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 นั้นได้กำหนดบทลงโทษทั้งทางแพ่ง ทางปกครอง ทางอาญาไว้ก็ตาม แต่ก็ในช่วงของค่าปรับหรือกำหนดโทษอื่นที่มีพิสัยกว้างเกินไป การกำหนดโทษ

นั้นยังไม่ชัดเจน จึงเสนอแนะให้แบ่งเป็นกลุ่มย่อยต่างๆ 4 กลุ่ม ตัวอย่างเช่น ในสหรัฐอเมริกา ที่ใช้เกณฑ์ของจำนวนผู้เสียหายที่เกิดขึ้นเป็นหลักในการกำหนดค่าชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจริงและค่าเสียหายเชิงลงโทษ (punitive damage) และเสนอให้มีการประเมิน Data Protection Impact Assessment (DPIA) (อยู่ในภาคผนวก) อย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ ถ้าทำร่วมด้วยจะทำให้การประเมินความเสียหายในแง่ผลกระทบของผู้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพแม่นยำ และเป็นธรรมกับผู้เสียหายมากขึ้น

6. เสนอให้มีการบัญญัติกฎหมายที่เป็นเรื่องเฉพาะที่ให้ความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพเหมือนอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย สิงคโปร์ เป็นต้น โดยในแต่ละประเทศมีกฎหมายดังนี้

1. ประเทศสหรัฐอเมริกา มีพระราชบัญญัติ Health Insurance Portability Assurance Act 1996 (HIPAA)

2. ประเทศแคนาดา Canada มีพระราชบัญญัติ Personal Health Information Protection Act 2011 (PHIPA)

3. ประเทศออสเตรเลีย มีพระราชบัญญัติ Health Records and Information Privacy Act 2002 No. 71

4. ประเทศสิงคโปร์ ใช้ HEALTH CARE SERVICES ACT 2020 (ACT 3 OF 2020) ใน Section 34-39

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ไม่ได้เป็นกฎหมายที่เฉพาะเจาะจงในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ (ข้อมูลของผู้ป่วย) ส่งผลให้ในเรื่องของคำนิยามของคำว่าสุขภาพที่ไม่ตรงกัน รวมไปถึงไม่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย หรือองค์กรในระบบสุขภาพที่ถือครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพนั้น ทำให้การบังคับใช้กฎหมายในแต่ละฉบับที่แตกต่างกัน และถ้าเกิดการละเมิดขึ้น บทลงโทษของแต่ละกฎหมายที่เกี่ยวข้องมีมาตรฐานที่ไม่ตรงกัน จึงควรบังคับใช้กฎหมายเดียวกัน เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง (References)

- Arthur Peabody, JR., editor. Health care IT : The Essential Lawyer's Guide to Health Care Information Technology and the Law. 2013. Cover by Mary Anne Kulchwaik; ABA Publishing. p. 51.
- Data Protection Impact Assessment (DPIA) accessed date 1 May 2023 <https://www.pdpathailand.com>.
- Guidance Document: Taking Privacy into Account Before Making Contracting Decisions, Treasury Board of Canada. See CANADIAN PRIVACY: Data Protection Law and Policy for the Practitioner by Kris Klein, CIPP/C. 2012. second edition. An iapp publication. p 91-96.
- John J. Trinckes. Jr. The Definitive Guide to Complying with the HIPAA/HITECH Privacy and Security Rules. 2013. CRC Press. p. 162-163.
- Skochelak, SE, Hawkins, RE, et al., Eds. 2017; Health System Science, New York, NY, Elsevier. p. 15-20
- William R Hersh, Annette M Totten , Karen B Eden, et al. Outcomes From Health Information Exchange: Systematic Review and Future Research Needs. MIR Med Inform 2015, vol. 3, iss. 4, e39, p. 1-12.

ภาคผนวก

ในปัจจุบันที่เป็นโลกที่มีความก้าวหน้าและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและอยู่ในยุคที่มีการส่งต่อข้อมูลต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ หรือการแพทย์ไปยังที่อื่นๆ และข้อมูล คือ ชุมความรู้ ที่มีค่าอย่างยิ่ง ซึ่งสามารถนำไปวิเคราะห์และพัฒนาต่อยอดได้ ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพก็เช่นกัน ย่อมสามารถที่จะส่งต่อหรือโอน หรือแลกเปลี่ยนกันเพื่อการพัฒนาการป้องกัน การดูแล การรักษา ผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งสามารถพัฒนาทั้งด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วย ความรู้ทางคลินิก ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ คุณภาพการดูแล รักษาผู้ป่วย รวมไปถึงพัฒนากระบวนการร่วมด้วย ฉะนั้นการที่มีกฎหมายด้านนี้ โดยเฉพาะยอมส่งเสริมให้วงการแพทย์ก้าวหน้ามากยิ่งขึ้นต่อไป ย่อมส่งผลให้ประหยัดเวลาในการส่งข้อมูลไปในแต่ละแผนกหรือแต่ละโรงพยาบาล(หรือองค์กรต่างๆ เช่นกระทรวงสาธารณสุข) ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลรักษา อีกทั้งช่วยในด้านการเงินเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการเบิกจ่าย และการป้องกันความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว และในส่วนของการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ พ.ศ. 2562 นี้ มีกฎหมาย 1 มาตรา คือ มาตรา 31 แต่การจะทำให้แนวความคิดเหล่านี้พัฒนามากขึ้น

ต้องใช้ควบคู่กับกฎหมายพระราชบัญญัติเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพสำหรับเศรษฐกิจและสุขภาพทางคลินิก(Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act(HITECH Act)) ซึ่งในกฎหมายไทยยังไม่มีกฎหมายลักษณะนี้เป็นการเฉพาะไม่เหมือนกับประเทศสหรัฐอเมริกา และในกฎหมายไทยยังคงเป็นร่างพระราชบัญญัติ ซึ่งเป็นข้อเสนอของสมาคมเวชสารสนเทศไทย ได้เคยเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน) เมื่อ พ.ศ. 2557 เพราะในยุคสมัยนี้ต้องใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในทางการแพทย์ โดยเฉพาะถ้าเป็นแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น Electronic Health Records (EHRs) (ระเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์) และ Electronic Medical Records (EMRs) ย่อมจะทำให้ระบบการทำงาน กระบวนการต่างๆในโรงพยาบาล ระบบสาธารณสุข และวงการแพทย์ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ เป็นกฎหมายพื้นฐานด้านการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ ซึ่งลำดับต่อไปควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการทำงาน การวางแผนด้านนโยบาย และการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขไทยต่อไป ในขณะเดียวกันก็ต้องคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน

การแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ (Health Information Exchange)

Privacy Protection Checklist*

Yes	No	N/A	Description
			การควบคุม และความรับผิดชอบ (Control and Accountability)
			กำหนดความตกลงยินยอมไว้ในสัญญาที่ระบุเจาะจงดังนี้ - ชนิดของการบันทึก หรือข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องมีในสัญญาดังนี้ - อยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ และเป็นไปตามกฎหมาย Privacy Act and the Access to Information Act - กรรมสิทธิ์ในสัญญา
			2. ผู้ทำสัญญาควรเลือกผู้มีประสบการณ์ภายในองค์กรที่จะเป็นผู้ชี้จุดในสัญญาสำหรับ

Yes	No	N/A	Description
			การนำความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัยมาบังคับใช้
			3. ผู้ทำสัญญาควรจัดทำรายชื่อเจ้าหน้าที่ ผู้รับจ้างช่วง หรือตัวแทนให้เป็นปัจจุบัน และมีส่วนร่วมในสัญญา ที่ระบุว่าบุคคลใดเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลได้
			4. เจ้าหน้าที่ทุกคน สัญญาของผู้รับจ้างช่วง หรือตัวแทน ที่ระบุว่าบุคคลใดอาจเข้าถึงสัญญา และเซ็นต์ข้อตกลงในความเป็นส่วนตัว และความลับของข้อมูล
			5. ผู้ทำสัญญาควรเต็มทีและรับผิดชอบในการกระทำของเจ้าหน้าที่ ผู้รับจ้างช่วง และตัวแทนโดยกระทำในนามของตนเองและอยู่ภายใต้สัญญานั้น
			6. ผู้ทำสัญญาควรแนะนำรัฐถึงเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร
			7. ผู้ทำสัญญาควรแจ้งรัฐทันทีถึงเหตุการณ์ใดๆก็ตามที่นำไปสู่การล้มละลาย หรือขัดแย้งต่อผู้ทำสัญญาภายใต้กฎหมายล้มละลายหรือกฎหมายอื่นใด หรือแจ้งเตือนไปองค์กรที่เกี่ยวข้องต่อผลเสียหายที่เกิดขึ้นด้วย
			การส่งต่อข้อมูล (Trans-border data flows)
			กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ 8. การบันทึกต้องมีข้อจำกัด และข้อมูลส่วนบุคคลที่(รวมถึงสำรองข้อมูลในรูปแบบเทป และการเก็บรวบรวมข้อมูล) ที่อยู่ในกระบวนการ การกักเก็บ และการเก็บรักษาข้อมูล โดยผู้ทำสัญญา
			9. ผู้ทำสัญญาถูกห้ามเปิดเผย หรือส่งต่อข้อมูลใดๆที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลไปยังนอกประเทศแคนาดา หรืออนุญาตให้ภาคีที่อยู่นอกแคนาดาสามารถเข้าถึงได้ โดยปราศจากการขอความยินยอมก่อนจากรัฐไม่ได้
			การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล (Collection of personal information)
			กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจง ดังนี้ 10. การเก็บข้อมูลส่วนบุคคลควรที่จะจำกัดเท่าที่จำเป็นสำหรับผู้ทำงานโดยอยู่ในขอบเขตของสิทธิของผู้ทำสัญญาซึ่งอยู่ภายใต้ข้อตกลง
			11. การเก็บข้อมูลควรมีการเขียนบันทึกไว้ เก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยตรงจากผู้ที่เป็นเจ้าของข้อมูล
			12. การเก็บข้อมูลในเวลานั้นๆ ต้องแจ้งสิ่งเหล่านี้ก่อนที่จะเก็บข้อมูล - วัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล - ผู้ที่เก็บมีอำนาจตามกฎหมาย - การให้ข้อมูลเป็นไปโดยสมัครใจ หรือเป็นไปตามกฎหมาย - ถ้ามีสิ่งใดที่เกิดขึ้นตามมา เจ้าของข้อมูลสามารถปฏิเสธได้

Yes	No	N/A	Description
			- สิทธิของเจ้าของข้อมูลสามารถที่จะเข้าถึงข้อมูล และแก้ไขข้อมูลได้ - ข้อมูลส่วนบุคคลต้องมีการเก็บรักษาไว้
			13. พนักงานของผู้ทำสัญญาต้อง ระบุตัวตนในแต่ละครั้งที่จะเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และตรวจสอบความถูกต้องในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่โดยอยู่ภายใต้รัฐ และได้รับมอบหมายในการเก็บข้อมูลนั้น
			ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy of personal information)
			14. กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ ควรระบุเหตุผลทุกเหตุผลเพื่อความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลที่รัฐจะใช้ข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจ(เพราะอาจมีผลกระทบโดยตรงจากการใช้ข้อมูลนี้)
			15. กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ เว้นแต่ว่าจะระบุไว้เป็นอย่างอื่น โดยมีเอกสารเขียนไว้ สามารถนำข้อมูลไปใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้แล้ว และบังคับตามที่ระบุไว้ในสัญญาด้วย
			การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล (Disclosure of personal information)
			กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ 16. ผู้ทำสัญญาควรจะห้ามในการเปิดเผย หรือการส่งต่อข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ ยกเว้นทำไปในวัตถุประสงค์เท่าที่จำเป็นตามที่บังคับไว้ภายในสัญญา เว้นแต่ว่าจะระบุเป็นอย่างอื่น
			17. ถ้าผู้ทำสัญญาได้รับการร้องขอให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล แต่ไม่ได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ในสัญญา หรือถ้าการเปิดเผยนั้นเป็นความต้องการของกฎหมาย ผู้ทำสัญญาควรจะแจ้งเตือนไปยังรัฐทันทีในการร้องขอ หรือความต้องการเพื่อให้เปิดเผยข้อมูล หรือต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเว้นแต่ว่าจะมีระบุไว้เป็นอย่างอื่น
			การร้องขอข้อมูล (Request for information)
			กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ 18. แต่ละบุคคลสามารถใช้กระบวนการที่ไม่เป็นทางการในการเข้าถึงการบันทึก หรือข้อมูลส่วนบุคคลโดยติดต่อโดยตรงกับผู้ทำสัญญา และ
			19. ความรับผิดชอบจากรัฐ และผู้ทำสัญญาอยู่ภายใต้กฎหมาย the Access to information Act และ the Privacy Act ที่คำนึงถึงการบันทึก หรือข้อมูลส่วนบุคคลต้องพิจารณาภายใต้การควบคุมของรัฐ และเก็บรักษาข้อมูลโดยผู้ทำสัญญา
			การแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล (Correction of personal information)
			20. กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ความรับผิดชอบทั้งรัฐ และ ผู้ทำสัญญาที่ต้องปฏิบัติตามภายใต้กฎหมาย the Access to information Act และ the Privacy Act ในการแก้ไขข้อมูล หรือทำหมายเหตุที่ข้อมูลส่วนบุคคลที่เก็บรักษาโดยผู้ทำสัญญา

Yes	No	N/A	Description
			การเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล (Retention of records or personal information)
			กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ 21. การเก็บรักษา และการทำลายข้อมูลตามความต้องการ รวมถึงการเก็บรักษาไว้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และวิธีการทำลายข้อมูลด้วย
			22. เงื่อนไขที่มีสิทธิจัดการในการควบคุมบันทึกชั่วคราวใดๆ ซึ่งทำขึ้น หรือสร้างโดยผู้ทำสัญญา
			การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Protection of personal information)
			23. กำหนดข้อตกลงในสัญญาควรบังคับผู้ทำสัญญาที่จะทำให้มั่นใจในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลถึงความเสี่ยง การสูญหาย การถูกขโมย รวมไปถึงการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต การเปิดเผย การส่งต่อ การคัดลอก การใช้ การปรับปรุง หรือการทำลายข้อมูล
			การฟ้องร้องและการสืบสวน (Complaints and investigation)
			กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ 24. รัฐและผู้ทำสัญญาควรที่จะแจ้งเตือนทันทีถ้ามีการร้องเรียนโดยอ้างตามกฎหมาย the Access to Information Act and the Privacy Act หรือกฎหมายใดๆที่เกี่ยวข้องหรือผลลัพธ์จากข้อเรียนต่างๆ
			25. สิทธิของคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิที่จะเข้าถึงบันทึก หรือข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ในการสืบสวนที่อยู่ภายใต้ the Access to Information Act หรือ the Privacy Act.
			การวัดประสิทธิภาพ การตรวจสอบบันทึก หรือข้อมูลส่วนบุคคล (Audit and inspection of records or personal information)
			กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ 26. รัฐอาจแจ้งเตือนผู้ทำสัญญาในเวลาใด ที่ขอเข้าไปในสถานที่ของผู้ทำสัญญาเพื่อตรวจสอบ วัดประสิทธิภาพ หรือต้องการให้บุคคลที่ 3 ทำการตรวจสอบความร่วมมือของผู้ทำสัญญาในประเด็นความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย และการบริหารจัดการข้อมูลภายใต้สัญญา และการให้ความร่วมมือจากผู้ทำสัญญาด้วย
			27. ความต้องการของผู้ทำสัญญาที่จะเก็บรักษาข้อมูลที่เจาะจงโดยสามารถจัดการการตรวจสอบข้อมูล เช่น การเก็บรักษาข้อมูลไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือกระดาษก็ตาม
			การแจ้งเตือนในกรณีที่มีการฝ่าฝืนหรือละเมิด(Notification of breach)
			กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ 28. ผู้ทำสัญญาควรบังคับในการแจ้งเตือนรัฐทันทีเมื่อมีการคาดการณ์ล่วงหน้า หรือมี

Yes	No	N/A	Description
			เหตุการณ์ของการละเมิดความเป็นส่วนตัว หรือความปลอดภัยซึ่งเป็นไปตามที่ระบุไว้ในสัญญา
			29. ผู้ทำสัญญาควรที่จะชดเชยค่าเสียหายให้รัฐสำหรับความรับผิดใดๆที่มีการละเมิดกฎข้อบังคับภายใต้สัญญา
			ผู้รับเหมาช่วง (Subcontracting)
			กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจง ดังนี้ 30. ผู้ทำสัญญาต้องไม่เป็นผู้รับเหมาช่วงในการที่จะให้บริการ หรือทำหน้าที่ที่เป็นไปตามสัญญาโดยปราศจากการขอลาเขียนอักษรก่อน
			31. ในการรับเหมาช่วง ผู้ทำสัญญายังคงต้องรับผิดชอบในการกระทำใดๆของผู้รับเหมาช่วงด้วย
			Termination or expiry of the contract
			กำหนดข้อตกลงในสัญญาที่เจาะจงดังนี้ 32. ข้อมูลส่วนบุคคลทุกอย่าง และการบันทึกต้องส่งคืนอย่างสมบูรณ์ให้กับผู้มีอำนาจให้เป็นไปตามสัญญาที่ได้ระบุไว้
			33. ข้อบังคับของสัญญาที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลควรที่จะดำเนินต่อไปหลังจากที่สัญญาสิ้นสุดแล้ว

* ที่มา Guidance Document: Taking Privacy into Account Before Making Contracting Decisions, Treasury Board of Canada. See **CANADIAN PRIVACY: Data Protection Law and Policy for the Practitioner** by Kris Klein, CIPP/C. 2012. second edition. An iapp publication. p 91-96.

Case studies from international e-cigarette control measures and reasons why Thailand should maintain measures to ban e-cigarettes

Vasin Pipattanachai¹, Naowarut Charoenca², Suwanna Ruangchanasetr^{3,5*}

Vijj Kasemsup^{4,5}

¹ Risk Factor Study and Knowledge Management Network Unit, Faculty of Public Health, Thammasart University

² Faculty of Public Health, Mahidol University; and Thailand Health Promotion Institute, National Health Foundation

³ Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University Department of Pediatrics,

⁴ Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University Department of Community Medicine,

⁵ Tobacco Control Research and Knowledge Management Center)

* Corresponding author suwanna.rua@mahidol.ac.th

Original article

Abstract

Received: 30 June 2023

Revised: 21 August 2023

Accepted: 23 August 2023

E-cigarettes are serious public health problems for children and youth in many countries. The control of e-cigarettes is of great importance in limiting youth use of e-cigarettes. This study reviews e-cigarette control measures and their benefits and adverse effects, as well as provides country case studies as examples of e-cigarette control. It addresses how country policies of prohibition or allowance of e-cigarette sales affects children and youth, leading to relevant policy recommendations for Thailand regarding smoking control measures. Vital steps from our investigation include:

1. It is critically essential to maintain measures banning the import of e-cigarettes because many country efforts show that banning e-cigarette imports and illegal entry is the most effective measure to protect young vapers.
2. All relevant government agencies must strictly enforce the law against e-cigarettes without falling into the trap of wanting to earn financial benefit from their introduction. Importantly, the Protocol on the Elimination of Illegal Trade in Tobacco Products of the World Health Organization should be signed and strictly implemented.
3. A system of coordinated monitoring of predatory marketing aimed at youth should be established with various interventions developed to address tobacco industry actions, especially illicit e-cigarette promotions.
4. Campaigns on the prevention of e-cigarette use with provision of knowledge of e-cigarette myths and harms should be accelerated. The misinformation about e-cigarettes must be exposed in the curriculum of students from elementary school to higher education, including those on online media platforms that offer promotions and utilize youth influencers.

Keywords: E-cigarettes; e-cigarette control; e-cigarette control laws; Heated Tobacco Products; HTPs

กรณีศึกษามาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของต่างประเทศ และเหตุผลที่ไทยควรคงไว้ซึ่งมาตรการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า

วศิน พิพัฒน์ฉัตร¹, เนาวรัตน์ เจริญค้า², สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์^{3,5}*, วิษั เกษมทรัพย์^{4,5}

¹ หน่วยวิชาการบ่มเพาะเครือข่ายนักจัดการปัจจัยเสี่ยง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

³ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชากุมารเวชศาสตร์,

⁴ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน,

⁵ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ suwanna.rua@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 30 มิย. 2566

วันแก้ไข 21 สค.2566

วันตอบรับ 23 สค. 2566

บุหรี่ไฟฟ้า เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีการระบาดอย่างรุนแรงในเด็กและเยาวชนของแต่ละประเทศ ดังนั้นมาตรการการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่ออัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน บทความนี้จึงรวบรวมมาตรการการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าและกรณีศึกษาอันเป็นตัวอย่างของประเทศต่างๆเกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ในประเทศที่ห้ามและประเทศที่มีการอนุญาตให้จำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าและผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนนำไปสู่ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทยเกี่ยวกับมาตรการควบคุมบุหรี่ ดังต่อไปนี้

1. ขอให้คงมาตรการห้ามนำเข้า บุหรี่ไฟฟ้า เพราะจากการทบทวนมาตรการของประเทศต่างๆพบว่า เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการปกป้องเยาวชนนักสูบหน้าใหม่
2. ขอให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดและไม่เรียกรับผลประโยชน์รวมทั้งต้องเข้าร่วมการลงนามในพิธีสารว่าด้วยการจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายขององค์การอนามัยโลก
3. ขอให้คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยเฉพาะประเด็นเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าเฝ้าระวังกลยุธการตลาดล่าเหยื่อมุ่งเป้าเยาวชน และทำมาตรการการต่อต้านการแทรกแซงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าทุกรูปแบบของอุตสาหกรรมยาสูบ
4. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุดมศึกษา การวิจัยและนวัตกรรมเร่งรณรงค์และให้ความรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าที่ถูกต้องแก่ทุกภาคส่วน โดยบรรจุเข้าเป็นหลักสูตรการเรียนสำหรับนักเรียนตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงอุดมศึกษา รวมทั้งในสื่อออนไลน์

คำสำคัญ : บุหรี่ไฟฟ้า; การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า; กฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า; ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อน

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้า เป็นนวัตกรรมของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในการส่งมอบนิโคตินด้วยไฟฟ้า (Electronic Nicotine Delivery System, ENDS) โดยให้ความร้อนแก่สารละลายที่มีนิโคติน (e-liquid) เพื่อสร้างละออง และมักจะละลายในสารโพรพิลีนไกลคอล และ/หรือกลีเซอริน (ตัวพานิโคติน) มักถูกอ้างว่านำไปใช้เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ แต่เมื่อศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าจะมีนิโคติน ซึ่งเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์เสพติดสูงสุด เช่นเดียวกับที่มีในบุหรี่ธรรมดา และยังสามารถปรับระดับได้ถึง 50-100 เท่าในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าได้ ยิ่งกว่านั้นยังเป็นนิโคตินสังเคราะห์ที่อุตสาหกรรมบุหรี่พัฒนาขึ้นมาเพื่อปิดจุดอ่อนของนิโคตินธรรมชาติในบุหรี่ธรรมดา คือ ไม่ระคายคอ ดูดซึมได้เร็วขึ้น และมากขึ้นกว่าในบุหรี่มวน นิโคตินมีการออกฤทธิ์สำคัญทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายน้อยลง ร่วมกับกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เสี่ยงเกิดภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้โรคเรื้อรังจากบุหรี่ไฟฟ้า ยังกระตุ้นให้ร่างกายผลิต hemoglobin มาเพื่อช่วยจับออกซิเจน ส่งผลให้มีสภาวะเลือดข้น และหนืด จับตัวเป็นก้อนได้ง่าย เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ กลายเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตและพิการ นอกจากนี้ยังกระตุ้นการอักเสบ (inflammation) และมีอนุมูลอิสระส่งผลระยะยาวซึ่งต้องติดตามต่อไป

นอกจากนี้ยังมีประเด็นปัญหาอีกประการคือการที่อุตสาหกรรมบุหรี่ทำการตลาดมุ่งเป้าหมายเด็กและเยาวชน ยิ่งซ้ำเติมปัญหาจากการที่นิโคตินมีผลต่อสมองที่กำลังพัฒนาตั้งแต่ในครรภ์จนถึงอายุ 25 ปี (US Surgeon General, 2016) ส่งผลต่อกระบวนการคิดวิเคราะห์ การเรียนรู้ ความจำ สมาธิและอารมณ์ ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2564 ในประชาชนอายุมากกว่า 15 ปีพบว่า มีผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 0.41 หรือ 78,742 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 30.5 เป็นกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี บุหรี่ไฟฟ้าได้ระบาดมากขึ้นในเด็กอายุต่ำลง จากการสำรวจระดับชาติในกลุ่มอายุน้อยลงคือ นักเรียนอายุ 13-17 ปี (พ.ศ. 2564) สามเณรอายุ 12-19 ปี ในโรงเรียนปริยัติธรรม (พ.ศ.

2565) และนักเรียนอาชีวศึกษาอายุ 14-24 ปี (พ.ศ.2564) พบอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเท่ากับร้อยละ 13.6, 14.4 และ 26.7 ตามลำดับ ซึ่งผู้แทนองค์การอนามัยโลกประเทศไทยได้แสดงความวิตกกังวลเตือนว่าสถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนไทยน่าเป็นห่วง เพราะรายงานสำรวจสุขภาพของนักเรียนมัธยมต้นอายุ 13-15 ปี โดยองค์การอนามัยโลก หรือ Global School-based Student Health Survey พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 (พ.ศ.2558) เป็น 8.1 (พ.ศ.2564) และยังพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชนหญิงเพิ่มขึ้นในสัดส่วนสูงกว่าในเยาวชนชาย นอกจากนี้งานวิจัยการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ จำนวน 6,045 ราย ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มสูบบุหรี่ธรรมดาเพิ่มขึ้น 5 เท่า และมีแนวโน้มที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าและบุหรี่ธรรมดา (dual users) เพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า ซึ่งเป็นการย้ำว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประตูสู่การสูบบุหรี่ธรรมดาและสารเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น สุรา ยาเสพติด เป็นต้น โดยเพิ่มโอกาสการสูบบุหรี่ธรรมดาในอนาคตถึง 3.29 เท่า อีกทั้งคนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเลิกบุหรี่ธรรมดาจะกลับมาสูบบุหรี่ธรรมดาเป็น 4.4 เท่า (Roengrudee Patanavanich, et al., 2022)

จะเห็นได้ว่า บุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัญหาสาธารณสุขใหม่ของโลก และเป็นวิกฤตในเด็กและเยาวชน ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องศึกษาทบทวนมาตรการต่างๆ ที่ทั่วโลกใช้ในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการห้ามบุหรี่ไฟฟ้าว่าอะไรคือหลักการการห้ามของแต่ละประเทศ เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อประเทศไทย ซึ่งสถานะทางกฎหมายของบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน คือ การห้ามนำเข้าตามประกาศกระทรวงพาณิชย์ พ.ศ. 2557 ห้ามขายและห้ามบริการตามคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2558 อันอาจกล่าวได้ว่าเป็นมาตรการที่ดีที่สุดในการปกป้องเด็กและเยาวชน แต่ก็พบข้อเท็จจริงว่ามีการลักลอบนำเข้าในหลายพรรคการเมืองของประเทศไทยที่ต้องการผลักดันให้เกิดการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า (กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565) บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนมาตรการการควบคุมบุหรี่ของต่างประเทศและแสดงให้เห็นถึงปัญหาของ

การเปิดให้มีการนำเข้าหรือจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าว่ามีผลกระทบต่อประเทศนั้นๆอย่างไรบ้าง

มาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศต่างๆ

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานสถานการณ์การห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าทั่วโลก พบว่าใน 56 ประเทศมีข้อมูลระดับชาติในผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (ENDS use) และ 67 ประเทศมีข้อมูลในวัยรุ่น 13-15 ปี ในจำนวนนี้ 79 ประเทศอนุญาตให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าโดยมีมาตรการควบคุมอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ออสเตรเลียอนุญาตให้ขายได้ถ้ามีใบสั่งแพทย์ ส่วนญี่ปุ่นและอุรุกวัยขายได้เฉพาะประเภทที่เป็นของเหลว หรือ IQOS ในขณะที่ 84 ประเทศไม่มีข้อบังคับใดๆ เกี่ยวกับ ENDS และมีอยู่ 32 ประเทศ (รวม 2 เขตปกครองพิเศษ) ที่ขายบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งนี้แม้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีการออกพิธีสารว่าด้วยการจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย อันเป็นการขยายความตามมาตรา 15 อาจจะไม่ครอบคลุมถึง

ประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า แต่ก็ยังเป็นบริบทหนึ่งของการแก้ปัญหาการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของประเทศได้ เนื่องจากการทำงานควบคุมยาสูบแบบดั้งเดิมก็ยังคงมีการกึ่งที่ประเทศไทย มีพันธกรณีที่ยังต้องปฏิบัติตาม ซึ่งปัญหาบุหรี่ไฟฟ้า เป็นการเพิ่มภาระให้กับงานควบคุมยาสูบแบบดั้งเดิมให้กับประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของต่างประเทศทั่วโลก จะกำหนดไว้ใน 7 มาตรการ (Brooke Campus, et al, 2021) ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละมาตรการสำหรับบริบทประเทศไทย ซึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบให้ความร้อน (Heated Tobacco Products: HTPs) ในประเทศไทยจะพิจารณาเป็นบุหรี่ไฟฟ้ารูปแบบหนึ่ง

ดังสรุปในตารางที่ 1 และได้ยกตัวอย่างกรณีศึกษาประเทศที่มีมาตรการการห้ามบุหรี่ไฟฟ้า และการอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งประสบปัญหาเรื่องเด็กและเยาวชนในประเทศนั้นๆ อย่างไรบ้าง

ตารางที่ 1 มาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ทั้ง 7 มาตรการ และการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละมาตรการในบริบทของประเทศไทย

มาตรการ	ข้อดี	ข้อเสีย
1. ห้าม (Prohibition) ¹	- ปกป้องเยาวชนได้ - ไม่เพิ่มภาระงานด้านการควบคุมยาสูบให้กับประเทศ - เพราะยังไม่มียานวิจัยรองรับในเรื่องความปลอดภัยต่อสุขภาพในระยะยาวอันเกิดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า	- มีการลักลอบฝ่าฝืนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการห้าม อาจเกิดการทุจริตในการเรียกรับผลประโยชน์อันเกิดจากการครอบครองบุหรี่ไฟฟ้าหรือลักลอบนำเข้า ขาย/บริการ - หลักคิดที่ว่า เมื่อไม่สามารถควบคุมได้จึงสมควรปล่อยให้ถูกกฎหมายแล้วให้กฎหมายควบคุม ไม่น่าจะถูกต้องสำหรับประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากต่อให้มีบุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย トラบดีที่การบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีคามเข้มแข็งหรือมีประสิทธิภาพมากเพียงพอที่ส่งผลให้ยังคงมีการลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าอยู่เช่นเดิม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้นไปกว่าเดิมเสียอีก

¹ มาตรการที่ 1 ได้แก่ ประเทศไทย ฮังการี อาร์เจนตินา บราซิล บรูไนดารุสซาลาม กัมพูชา โคลอมเบีย อียิปต์ แคมเบีย อินเดีย อิหร่าน คูเวต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เลบานอน มอริเชียส เม็กซิโก เนปาล นิการากัว โอมาน ปานามา กาตาร์ เซเชลส์ สิงคโปร์ ศรีลังกา ซูรินาม ซิเรีย ตมอร์-เลสเต ตุรกี เดิร์กเมนีสถาน ยูกันดา อุรุกวัย

มาตรการ	ข้อดี	ข้อเสีย
2. ควบคุมเหมือนผลิตภัณฑ์ยา (Regulation as Medicinal Products) ²	อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และเภสัชกร การควบคุมมาตรฐานของสำนักงานอาหารและยา ที่มี พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ควบคุมเป็นการเฉพาะปกป้องเยาวชนได้	ยังไม่มีงานวิจัยรองรับในเรื่องความปลอดภัยต่อสุขภาพในระยะยาวอันเกิดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า นอกจากนี้ ธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีความตั้งใจที่จะให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยา กรณีของประเทศไทยสำหรับมาตรการนี้ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เคยให้ข้อมูลต่ออนุกรรมการฯ สภาผู้แทนราษฎร ว่า บริษัทอุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้า ควรนำมาขึ้นทะเบียนเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อเลิกสูบบุหรี่ ให้สำนักงานอย. ตรวจสอบและพิสูจน์ แต่จนถึงบัดนี้ยังไม่มีผู้ใดมาขึ้นขอขึ้นทะเบียนเลย นอกจากนี้ บริษัทฟิลลิป มอร์ริส อินเตอร์เนชันแนล (Philip Morris International : PMI) ก็ยอมรับต่อ องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (US-FDA) ว่า ผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทให้ความร้อน ยี่ห้อ IQOS เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวน
3. มาตรการห้ามส่วนประกอบ (Component Ban) ³	• ป้องกันสารเติมแต่งกลิ่นและรสที่อาจดึงดูดเยาวชน เช่น สารชูรสชูกลิ่น • ป้องกันการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ที่ผสมในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า เช่น น้ำมันกัญชา	• ไม่ได้ห้ามตัวอุปกรณ์ที่ใช้สูบบุหรี่ที่เป็นอุปกรณ์แบบสามารถเติมน้ำยาได้ อาจทำให้เกิดการนำตัวอุปกรณ์ไปใช้ในการเสพสารเสพติดอื่นๆ ทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างต่อเนื่อง • อุตสาหกรรมยาสูบจะมีการคิดค้นผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ที่มีส่วนประกอบที่กฎระเบียบควบคุมอาจติดตามไม่ทัน • ธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้ามักจะขัดขวางการออกกฎหมายควบคุมส่วนประกอบ
4. ควบคุมเหมือนกับสารพิษ (Regulation as Poisons) ⁴	มีการตรวจสอบโดยหน่วยงานของรัฐ โดยระบบการอนุญาต ซึ่งสามารถควบคุมมาตรฐานของสารในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าได้	• ทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างต่อเนื่อง • ไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับระดับของสารพิษในผลิตภัณฑ์ยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้นจึงควบคุมสารพิษได้ยาก เว้นแต่จะสั่งห้ามโดยสิ้นเชิง
5. ควบคุมเหมือนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Regulation	ประเทศไทยมีกฎหมายที่รองรับอยู่แล้ว คือ พระราชบัญญัติควบคุม	• เพิ่มภาระงานให้กับหน่วยงานควบคุมยาสูบของประเทศที่ยังไม่มีความพร้อมแม้แต่การควบคุมยาสูบ

² มาตรการที่ 2 ได้แก่ ประเทศ ออสเตรีย เบลเยียม แคนาดา ชิลี เดนมาร์ก เอสโตเนีย ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ ไอร์แลนด์จากเมกา ญี่ปุ่น นอร์เวย์ ฟิสิกินส์ แอฟริกาใต้ สวีเดน สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา เวเนซุเอลา ออสเตรเลีย

³ มาตรการที่ 3 ได้แก่ ประเทศ ออสเตรเลีย ออสเตรีย เบลเยียม บัลแกเรีย แคนาดา โครเอเชีย ไชปรัส สาธารณรัฐเช็ก เดนมาร์ก เอสโตเนีย ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ ไอร์แลนด์ อิสราเอล อิตาลี จากเมกา ญี่ปุ่น ลัตเวีย ลิทัวเนีย ลักเซมเบิร์ก มอลตา มอลโดวา เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ โปรตุเกส โรมาเนีย สาอุดีอาระเบีย สโลวาเกีย สโลวีเนีย สเปน สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร

⁴ มาตรการที่ 4 ได้แก่ ประเทศ ออสเตรเลีย เบลเยียม มาเลเซีย บรูไนดารุสซาลาม

มาตรการ	ข้อดี	ข้อเสีย
as Tobacco Product) ⁵	ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่มีค่านิยามว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีส่วนประกอบของนิโคตินถือเป็นบุหรี่ซึ่งห้ามสูบในพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ ห้ามโฆษณาส่งเสริมการขาย ฯลฯ แต่พรบ.นี้ไม่ได้ห้ามขาย จึงต้องมีการออกเป็นกฎที่กล่าวถึงรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	ธรรมดา ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าไม่เหมือนกับบุหรี่มวนแบบปกติ การใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อาจไม่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ถ้าผู้กำหนดนโยบายของประเทศยังไม่ให้ความสำคัญกับการควบคุมยาสูบ และทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างต่อเนื่อง
6. ควบคุมเหมือนกับสินค้าอุปโภคบริโภค (Regulation as Consumer Product) ⁶	ไม่มี	- ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายอาจนำไปสู่ปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น - มาตรการควบคุมการตลาดอาจไม่รัดกุมเพียงพอ เพราะเป็นสินค้าอุปโภค บริโภค ทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างต่อเนื่องและ อาจนำไปสู่การเพิ่มจำนวนผู้สูบบุหรี่ธรรมดาทำให้เกิดโรคร้ายจากบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น จนเป็นภาระอันหนักอึ้งแก่ระบบสาธารณสุขของประเทศ
7. ควบคุมเหมือนสินค้าเฉพาะ (Regulation as Unique Product) ⁷	มีกฎหมายบุหรี่ไฟฟ้าใช้บังคับเฉพาะ อาจสะดวกต่อการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมาย	ระบบบริหารราชการแผ่นดินของประเทศไทยอาจไม่รองรับการจัดตั้งหน่วยงานมาเพื่อรักษาการณ์กฎหมายเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าโดยตรงเป็นการเฉพาะทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างต่อเนื่อง

⁵ มาตรการที่ 5 ได้แก่ ประเทศ อาร์เจนตินา ออสเตรเลีย อาเซอร์ไบจาน บาห์เรน บราซิล บรูไนดารุสซาลาม บัลแกเรีย โคลอมเบีย คอสตาริกา โครเอเชีย เอกวาดอร์ เอสโตเนีย ฟินแลนด์ จอร์เจีย เยอรมนี กรีซ ฮอนดูรัส อินโดนีเซีย อิหร่าน อิตาลี ลัตเวีย ลิทัวเนีย มัลดีฟส์ มอลตา มอริเชียส เม็กซิโก มอลโดวา เนปาล เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ นิการากัว นอร์เวย์ ปาเลา ปานามา ปารากวัย โปแลนด์ โรมาเนีย เซเนกัล เซเชลส์ สิงคโปร์ สโลวาเกีย สโลวีเนีย เกาหลีใต้ สเปน สวีเดน ทาจิกิสถาน ไต้หวัน ตุรกี เดนมาร์ก สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา เวเนซุเอลา เวียดนาม

⁶ มาตรการที่ 6 ได้แก่ ประเทศ ออสเตรเลีย แคนาดา ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ ฮังการี ไชล์แลนด์ อินโดนีเซีย ไอร์แลนด์ มอลโดวา เกาหลีใต้ สวิตเซอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา เวเนซุเอลา

⁷ มาตรการที่ 7 ได้แก่ ประเทศ อาร์เจนตินา ออสเตรเลีย อาเซอร์ไบจาน บาห์เรน บาร์เบโดส เบลเยียม บราซิล บัลแกเรีย กัมพูชา แคนาดา คอสตาริกา โครเอเชีย ไซปรัส สาธารณรัฐเช็ก เดนมาร์ก เอกวาดอร์ เอลซัลวาดอร์ เอสโตเนีย ฟิจิ ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส แคมเบีย จอร์เจีย เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ อิสราเอล อิตาลี จาไมกา จอร์แดน คูเวต สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ลัตเวีย เลบานอน ลิทัวเนีย ลักเซมเบิร์ก มอลตา มอลโดวา เนปาล เนเธอร์แลนด์ นอร์เวย์ โอมาน ปานามา ปารากวัย โปแลนด์ โปรตุเกส กาตาร์ โรมาเนีย ซาอุดีอาระเบีย เซอร์เบีย สโลวาเกีย สโลวีเนีย สเปน ศรีลังกา ซูรินาเม สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ ซีเรีย ทาจิกิสถาน ติมอร์-เลสเต ตุรกี เดนมาร์ก นิสถาน ยูกันดา ยูเครน สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ สหราชอาณาจักร อูรุกวัย

ตัวอย่างจากกลุ่มประเทศที่ห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า

1. ประเทศสิงคโปร์ มีการออกมาตรการห้าม “บุหรี่ไฟฟ้า” เนื่องจากสิงคโปร์ได้มีการทบทวนข้อมูลของ ศูนย์ระบาดวิทยาและสุขภาพของประชากรแห่งมหาวิทยาลัยแห่งชาติออสเตรเลีย (Australian National University Centre for Epidemiology and Population Health) ซึ่งครอบคลุมที่สุดเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่ามีหลักฐานที่แน่ชัดว่าบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดอันตรายต่อทุกระบบของร่างกายทั้งระยะสั้นและระยะยาว และยังพบว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้ายังนำไปสู่การเสพติดบุหรี่มวนและสารเสพติดอื่น ในขณะที่ยังไม่มีหลักฐานยืนยันชัดเจนว่าบุหรี่ไฟฟ้าที่มีนิโคตินช่วยให้เลิกบุหรี่มวน รวมทั้งยังไม่รู้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะส่งผลกระทบอะไรต่อร่างกายอย่างไร จึงนำไปสู่การเรียกร้องให้รัฐบาลสิงคโปร์ห้ามการขายและส่งเสริมบุหรี่ไฟฟ้าให้กับเด็กและเยาวชน ในส่วนของการบังคับใช้กฎหมายของสิงคโปร์มีความน่าสนใจ กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุขได้มีความร่วมมือกับกระทรวงดิจิทัล ในการเฝ้าระวังและปราบปรามการขายบุหรี่ไฟฟ้าทางเครือข่ายออนไลน์ และร่วมกับกรมตรวจคนเข้าเมือง ในการยึดผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าที่มีคนลักลอบนำเข้ามาจำหน่าย รวมทั้งร่วมกับ platforms เช่น อินสตาแกรม เฟซบุ๊ก และ Carousel ซึ่งมีมากถึง 6,800 รายการ ไม่ให้ post บุหรี่ไฟฟ้า ตลอดจนการล่อซื้อในระบบออนไลน์ พร้อมทั้งมีการใช้วิธีอื่น ๆ ในการเลิกบุหรี่ด้วย เช่น การใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน หรือ Nicotine Replacement Therapy (NRT) เป็นต้น (channelnews asia, 2022)

2. เขตบริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน ฮ่องกงมีความพยายามที่จะออกกฎหมายห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่ พ.ศ. 2558 แต่ไม่สำเร็จ ในปี 2561 เกิดกฎหมายกำหนดให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นยาสูบที่ขายได้อย่างถูกกฎหมายชนิดหนึ่ง แต่เนื่องจากสถิติการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนที่เพิ่มขึ้นมาก ทั้ง ๆ ที่ฮ่องกงได้ตั้งหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ และห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นการเฉพาะ ที่มีอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ถึง 100 คน แต่ก็ไม่สามารถป้องกันการเข้าถึงบุหรี่

ไฟฟ้าของเยาวชน ทำให้เครือข่ายผู้ปกครองและโรงเรียน ออกมาเคลื่อนไหว สนับสนุนให้มีการเสนอร่างกฎหมายเพื่อห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าอีกครั้งหนึ่งในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งได้รับการคัดค้านขัดขวางจากบริษัทบุหรี่ข้ามชาติอย่างสุดฤทธิ์ โดยเฉพาะบริษัทที่ผลิตบุหรี่ไฟฟ้าชนิดที่ให้ความร้อนที่ไม่มีการเผาไหม้ (Heated Tobacco Product, HTP) แต่ในที่สุดฝ่ายนิติบัญญัติของฮ่องกงสนับสนุนกฎหมายให้ห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าทุกชนิด รวมทั้งผลิตภัณฑ์ HTP เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ.2564 โดยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากทุกภาคส่วน เพราะหลักฐานแสดงให้เห็นแล้วว่า การเปิดให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าอย่างถูกกฎหมาย ทำให้เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น การห้ามขายจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ทำให้เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่า ผลเป็นที่น่าพอใจโดยอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนลดลงจากร้อยละ 10.2 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2564 หลังห้ามขาย

3. ประเทศบราซิล ห้ามนำเข้าและขายบุหรี่ไฟฟ้า มาตั้งแต่ปี 2019 นั้น ต่อมาหน่วยงานควบคุมยาสูบของรัฐบาล (The Brazilian National Health Surveillance Agency, Anvisa) ได้จัดประชุมรับฟังความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ นักธุรกิจ และนักการเมือง เพื่อทบทวนนโยบายการห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าวันที่ 6 กรกฎาคม 2022 สำนักงานเฝ้าระวังสุขภาพแห่งชาติของบราซิล ได้ตัดสินใจที่จะคงไว้ซึ่งการห้ามนำเข้า โฆษณา และการขายบุหรี่ไฟฟ้าต่อไป โดยมีผู้ที่คัดค้านการห้ามเพียง 1 เสียง คือนักกฎหมายของบริษัทฟิลลิป มอร์ริส การตัดสินใจนี้เกิดขึ้นระหว่างการประชุมวิสามัญ ซึ่งคณะกรรมการมีมติเป็นเอกฉันท์อนุมัติรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบด้านกฎระเบียบเกี่ยวกับอุปกรณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้า ด้วยเหตุผลว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าไม่มีประโยชน์ต่อการเลิกบุหรี่ เนื่องจากมีสารนิโคตินซึ่งในที่สุดก็ทำให้เกิดการเสพติดและความเสี่ยงต่อสุขภาพ การลดระดับของสารนิโคตินไม่ได้หมายถึงการลดความเสี่ยงหรือไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพในระยะกลางและระยะยาว ที่สำคัญคนหนุ่มสาวที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาที่จะเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์ทั่วไปเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า และความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ความ

เสี่ยงได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องคงไว้ซึ่งการห้ามใช้อุปกรณ์บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท และใช้มาตรการเพิ่มเติมเพื่อควบคุมการค้าที่ผิดปกติในผลิตภัณฑ์เหล่านี้ เช่น การบังคับใช้กฎหมายที่เคร่งครัด และการรณรงค์ให้ความรู้ แม้ว่าบราซิลห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าทุกชนิดตั้งแต่ พ.ศ.2552 แม้กระนั้นการสำรวจทางโทรศัพท์เมื่อเร็วๆ นี้ ยังพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนบราซิลอายุ 18-24 ปี (ร้อยละ 20) สูงกว่าของประชากรทั่วประเทศ (ร้อยละ 12) ดังนั้นหากอนุญาตให้ขายถูกกฎหมาย คาดการณ์ได้ว่าคงจะเกิดการระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนมากกว่านี้แน่นอน

ตัวอย่างกลุ่มประเทศที่มีการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าได้

1. ประเทศนิวซีแลนด์ ประชาชนนิวซีแลนด์เสียชีวิตจากบุหรี่ปีละ 4,500 คน และ 1 ใน 4 ของคนที่เสียชีวิตจากมะเร็ง มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ นิวซีแลนด์เป็นประเทศที่มีการควบคุมยาสูบเข้มแข็งมาก แม้จะมีจำนวนคนสูบบุหรี่เพียง 464,000 คน จากประชากร 4.9 ล้านคน (เปรียบเทียบกับจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีผู้สูบบุหรี่ 450,000 คน จากประชากร 2.6 ล้าน) โดยได้ทำตามท่อนุสัญญาควบคุมยาสูบ ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด และหลายๆ มาตรการทำเข้มข้นมากกว่านั้น เช่น 1) มีการขึ้นภาษียาสูบปีละ 10% เริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2553, 2) ให้การรักษาการเลิกบุหรี่ฟรี, และ 3) ห้ามสูบบุหรี่ทุกที่ รวมทั้งในรถที่มีเด็กนั่งอยู่ด้วย แต่ก็ยังมีความแตกต่างของอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรกลุ่มต่าง ๆ มาก คือ คนผิวขาวสูบบุหรี่ คนพื้นเมือง และชนชาติแปซิฟิก (Pacific peoples) (ร้อยละ 10.1, 28.7 และ 18.3 ตามลำดับ) ทำให้นิวซีแลนด์สามารถควบคุมการสูบบุหรี่ทุกประเภทได้ดี จนปี พ.ศ. 2561 นิวซีแลนด์จึงได้ยกเลิกการห้ามบุหรี่ไฟฟ้าแบบมีนิโคตินและสนับสนุนการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อช่วยคนสูบบุหรี่ให้เลิกสูบ แต่ผลที่ตามมาคือเยาวชนที่ต้องสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประจำทุกวันเพิ่มขึ้นกว่า 5 เท่า (จากร้อยละ 1.8 เป็น 9.6 ในปี 2564) (Janet Hoek, et al 2021)

จากการสำรวจล่าสุด พบว่า 1 ใน 5 ของเด็กมัธยมของนิวซีแลนด์ติดบุหรี่ไฟฟ้า โดยกว่าร้อยละ 80 ของเด็ก

มัธยมที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นนักสูบหน้าใหม่ไม่เคยสูบบุหรี่ธรรมดามาก่อน สถานการณ์ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนนิวซีแลนด์ภายหลังรัฐบาลยกเลิกการแบนบุหรี่ไฟฟ้าและส่งเสริมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเลิกบุหรี่ แม้รัฐบาลได้ให้คำมั่นสัญญาว่าเยาวชนจะได้รับการคุ้มครอง แสดงให้เห็นชัดว่าไม่สามารถควบคุมได้ จำนวนร้านค้าบุหรี่ไฟฟ้าที่อนุญาตให้ขายได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง ร้านบุหรี่ไฟฟ้าบางยี่ห้อ มีจำนวนร้านค้าปลีกย่อยถึง 100 สาขา ซึ่งมีการเปรียบเทียบว่าเกือบจะเท่ากับร้านอาหารอย่างแมคโดนัลด์ที่มี 167 สาขา โดยเฉพาะที่อยู่ใกล้สถานศึกษา พบว่าโรงเรียนบางแห่งมีร้านค้าบุหรี่ไฟฟ้าอยู่รอบ ๆ โรงเรียนถึง 6 ร้าน และร้านเหล่านี้ยังตกแต่งให้ดึงดูดเยาวชนอีกด้วย แสดงให้เห็นถึงปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชน อันเกิดจากการอนุญาตให้มีการจำหน่ายในประเทศนิวซีแลนด์ได้เป็นอย่างดี (Countertobacco, 2021)

2. สหรัฐอเมริกา ควบคุมโดยกำหนดบุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Tobacco products) ส่งผล

ให้มีการเพิ่มขึ้นอย่างมากในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จากการสำรวจยาสูบเยาวชนแห่งชาติ (National Youth Tobacco Survey : NYTS) พ.ศ. 2564 โดยองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration : FDA) ซึ่งสอบถามนักเรียนมัธยมต้นและมัธยมปลาย 2.06 ล้านคนเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ 9 ประเภทพบว่า บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้กันมากที่สุด (ร้อยละ 7.6) เป็น 5 เท่าของอันดับรองลงมาคือ บุหรี่ (ร้อยละ 1.5) ซิการ์ (ร้อยละ 1.4) ยาสูบไร้ควัน (ร้อยละ 0.9) รวมทั้งมอระกู่และถุงนิโคติน (nicotine pouches) (อย่างละร้อยละ 0.8) โดยพบอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในมัธยมต้น (ร้อยละ 2.8) และมัธยมปลาย (ร้อยละ 11.3) สอดคล้องกับการศึกษา Monitoring the Future Survey Results ของ NIDA (National Institute on Drug Abuse) ซึ่งสำรวจในปี 2564 พบว่า นักเรียนมัธยมปลายร้อยละ 19.6 สูบบุหรี่ไฟฟ้าในเดือนที่ผ่านมา สูงเป็น 5 เท่าของการสูบบุหรี่ธรรมดา (ร้อยละ 4.1) ที่น่าตกใจพบว่า นักเรียนมัธยมปลายมีผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 18 เท่าจากร้อยละ 1.5 เป็น 27.5 ในเวลา 8 ปี

(พ.ศ. 2554-2562) ในขณะที่นักเรียนมัธยมต้นก็เพิ่มจากร้อยละ 0.6 เป็น 10 ตามลำดับ (Truth Initiative, 2021)

สถิติเหล่านี้บ่งชี้ว่า กลุ่มเป้าหมายของผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าคือกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน สนับสนุนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์กับการที่บริษัท JUUL Lab ผู้ผลิตบุหรี่ไฟฟ้ารายใหญ่ของสหรัฐถูกอัยการและผู้ปกครองจากหลายรัฐฟ้องและยอมจ่ายค่าปรับก่อนสิ้นสุดคดีความถึงรวม 9 หมื่นล้านบาท ในข้อหา 1) ทำการตลาดมุ่งเป้าไปที่เด็กและเยาวชน และ 2) หลอกลวงว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีอันตราย (Matthews K., 2023) กล่าวโดยสรุป การอนุญาตให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าทำให้การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนเป็นปัญหาร้ายแรงในสหรัฐ แม้จะมีกฎระเบียบของผลิตภัณฑ์ที่กำหนดขึ้นมาควบคุมมากขึ้นก็ตาม ก็ไม่สามารถระงับการเข้าถึงและการระบาดในเยาวชนได้

3. สหราชอาณาจักร บุหรี่ไฟฟ้าจัดเป็นสินค้าอุปโภคบริโภคในสหราชอาณาจักร แต่ห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี แต่กระนั้นแบบสำรวจ ASH Smokefree GB ระหว่างปี 2013-2022 กลับพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กอายุ 11-15 ปี, 15 ปี, 16-17 ปี และ 18 ปี เท่ากับร้อยละ 10.4, 18, 29.1 และ 40.5 ตามลำดับ อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กอายุ 11-17 ปี เพิ่มจากร้อยละ 3.3 เป็น 7 ในปี 2021-2022 เด็ก 11-15 ปี สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประจำ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 เป็น 9 การใช้แบบ dual use เพิ่มจากร้อยละ 29 เป็น 61 เด็กผู้หญิงอายุ 15 ปี สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มจากร้อยละ 10 เป็น 21 นั่นคือ 1 ใน 10 ของนักเรียนมัธยมสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประจำ และ 1 ใน 5 เคยสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยพบว่าเกือบทุกถนนใหญ่ในเมือง มีร้านขายบุหรี่ไฟฟ้าที่มีราคาถูกแค่ 5 ปอนด์ และมีรูปลักษณะที่สวยงาม มีสีต่างๆ และชื่อยี่ห้อที่เด็กๆชอบ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าเป็นการทำการตลาดล่าเหยื่อ (predatory marketing) เพื่อล่อลวงเด็กให้เข้ามาเสพติดตลอดชีวิต จนแพทย์ในประเทศอังกฤษกังวลว่า จะมีปัญหาของโรคภัยในทศวรรษหน้า อัน

เนื่องมาจากวัยรุ่นจำนวนมากเสพติดบุหรี่ไฟฟ้า (Action on Smoking and Health (ASH), 2022)

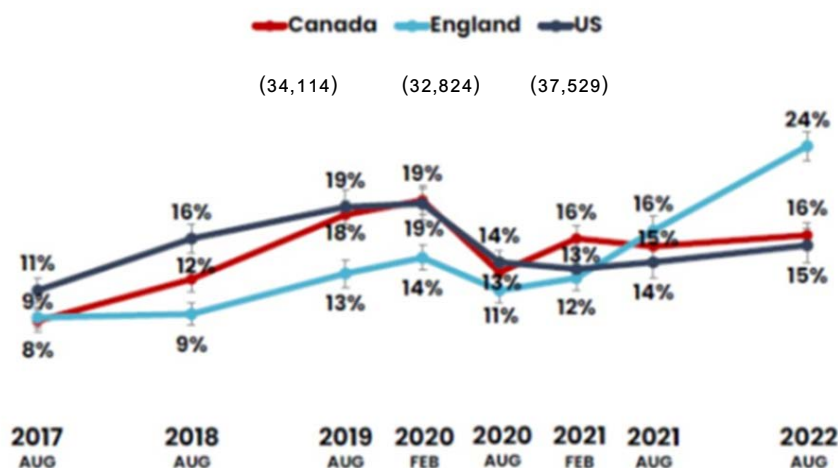
บทวิเคราะห์

จากการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน ผู้วิจัยมีข้อสรุป 5 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. สถิติการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี

ตัวอย่างจากนิวซีแลนด์ที่ในปลายปี 2018 ที่มีการเปลี่ยนกฎหมายจากที่เคยห้ามการขายบุหรี่ไฟฟ้ามาเป็นยกเลิกการห้าม ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนหลังจากยกเลิกการห้ามแล้วเพิ่มขึ้นมากอย่างเห็นได้ชัด เช่นเดียวกับในอังกฤษ ที่พบว่าจากปี 2017-2022 การใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 เป็น 24 ในขณะที่การสูบบุหรี่ธรรมดาเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 5 (จากร้อยละ 16 เป็น 21)

ในเดือนเมษายน ปี 2023 David Hammond และคณะเผยแพร่แนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่ธรรมดา และผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ในโรงเรียนมัธยมปลายใน 3 ประเทศที่มีบุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมายโดยมีนโยบายส่งเสริมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสำหรับผู้ใหญ่เพื่อลดอันตราย (Harm reduction) ได้แก่ อังกฤษ แคนาดา และสหรัฐอเมริกา เป็นโครงการประเมินผลนโยบายการควบคุมยาสูบระหว่างประเทศ (International Tobacco Control, ITC) Youth Tobacco and Vaping Survey on Nicotine and Tobacco ได้ศึกษาในเยาวชน อายุ 16-19 ปี ตั้งแต่ปี 2017-2022 ของ 3 ประเทศดังกล่าว พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนสูงขึ้นอย่างชัดเจนโดยเฉพาะในประเทศอังกฤษ (ภาพที่ 1) อีกทั้งอัตราการสูบบุหรี่ธรรมดาในเยาวชน ทั้ง 3 ประเทศ ก็ไม่ได้ลดลง ตามที่กลุ่มสนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้าได้กล่าวอ้างไว้ (Hammond, et al., 2023)



ภาพที่ 1 อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กอายุ 16-19 ปีใน 30 วันที่ผ่านมา

ที่มา <https://profglantz.com/2023/06/27/more-evidence-that-englands-and-canada-and-us-fda-enthusiastic-approach-to-e-cigarettes-is-a-disaster/>

อังกฤษซึ่งส่งเสริมบุหรี่ไฟฟ้าอย่างกระตือรือร้นที่สุด และมีผลลัพธ์ที่เลวร้ายที่สุด โดยการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในปี 2022 สูงกว่าในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาถึงร้อยละ 50 ยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศบราซิลซึ่งบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมายนั้น พบการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนอายุ 13-17 ปี ในปี 2019 อยู่ที่ร้อยละ 2 เท่านั้นเอง เป็นเหตุให้ล่าสุด 27 มิถุนายน 2023 Professor Stanton Glantz แห่งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก ได้โพสต์ใน Blog ในหัวข้อ “มีหลักฐานเพิ่มเติมว่าแนวทางที่กระตือรือร้นของอังกฤษ (รวมแคนาดาและ องค์การอาหารและยาของสหรัฐ : US FDA) ที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้าคือหายนะ (Stanton Glantz, 2023)

ในขณะที่สหรัฐอเมริกากำลังทำได้ดีขึ้นเพราะ องค์การอาหารและยา (Food and Drug Administration :FDA) รัฐบาลท้องถิ่นและรัฐได้ดำเนินการเพื่อกีดกันการใช้ บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนโดยห้ามการขายบุหรี่ที่ปรุงแต่ง อย่างไรก็ตาม FDA ยังมีความเชื่อผิดๆ ที่ว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยเลิกบุหรี่ ธรรมดา แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกันว่า บุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ และในระยะยาวยัง ทำให้ผู้สูบบุหรี่คงสูบบุหรี่ต่อไปก็ตาม

2. เยาวชนที่เข้ามาสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นนักสูบหน้าใหม่สูบบุหรี่มาก่อน

สำหรับประวัติของเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งบริษัทบุหรี่ อ้างว่าเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่ก่อนแล้วแต่มาสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อ ต้องการเลิกซึ่งเป็นข้ออ้างนั้น ผลการศึกษาของ ITC ตรงกัน ทั้ง 3 ประเทศ คือ มีถึง 1 ใน 4 ที่ไม่เคยสูบบาก่อนเลย (อังกฤษ แคนาดา และสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 19, 20 และ 27 ตามลำดับ) และยิ่งไปกว่านั้น สิ่งที่น่ากังวลอย่างยิ่งคือ ในปี 2020 และ 2022 ปรากฏว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงว่าเด็กที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อนแล้วมาสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจ คือจากร้อยละ 9 เป็น 19 สอดคล้องกับรายงานการสำรวจ Papers Panel Baseline Survey 2022 in Canada พบว่า เด็กที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่ เป็นนักสูบหน้าใหม่ไม่เคยสูบบุหรี่ธรรมดามาก่อน อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะพึ่งพานิโคตินและติดยากว่าคนที่เคยสูบแล้ว

3. ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่เป็นเยาวชน

ผลการสำรวจในสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับอายุของผู้ใช้ บุหรี่ไฟฟ้านั้น ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่ใช่ผู้ใหญ่ ตามที่บริษัทบุหรีกล่าวอ้างว่าต้องการผลิตบุหรี่ไฟฟ้ามาเพื่อช่วยให้ผู้ใหญ่ที่ต้องการเลิกบุหรี แต่ทั้งหมดนี้เป็นเยาวชน เช่นเดียวกับรายงานของแคนาดา เมื่อปี 2022 ระบุว่า

เยาวชนอายุตั้งแต่ 15-24 ปี เป็นกลุ่มใหญ่ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (Hammond, et al., 2023)

4. บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินที่รุนแรงขึ้น

สิ่งที่น่ากังวลอย่างยิ่งคือ ในบุหรี่ไฟฟ้ามีปริมาณนิโคตินมากกว่าบุหรี่ธรรมดา จึงทำให้เยาวชนมีแนวโน้มที่จะเสพติดมากกว่าบุหรี่ธรรมดา ดังจะเห็นได้จากการที่เยาวชนสูบบุหรี่มากขึ้น โดยกลุ่มเสพติดสูงมากคือบ่อยมากกว่า 20 ครั้งต่อเดือน เพิ่มขึ้นในอังกฤษจากร้อยละ 1.5 เป็น 7.9 แคนาดาเพิ่มจากร้อยละ 1.8 เป็น 7.2 และสหรัฐอเมริกาเพิ่มจากร้อยละ 2.2 เป็น 6.4 ตั้งแต่ ปี 2017 ถึง 2022 และที่สำคัญคืออัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนในอังกฤษที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 ครั้งต่อวัน เพิ่มขึ้นอย่างมากจากร้อยละ 20 เป็น 40 ในช่วงเวลาเพียง 5 ปี ในขณะที่แคนาดาเพิ่มจากร้อยละ 24 เป็น 47 และสหรัฐอเมริกาเพิ่มจากร้อยละ 16 เป็น 45

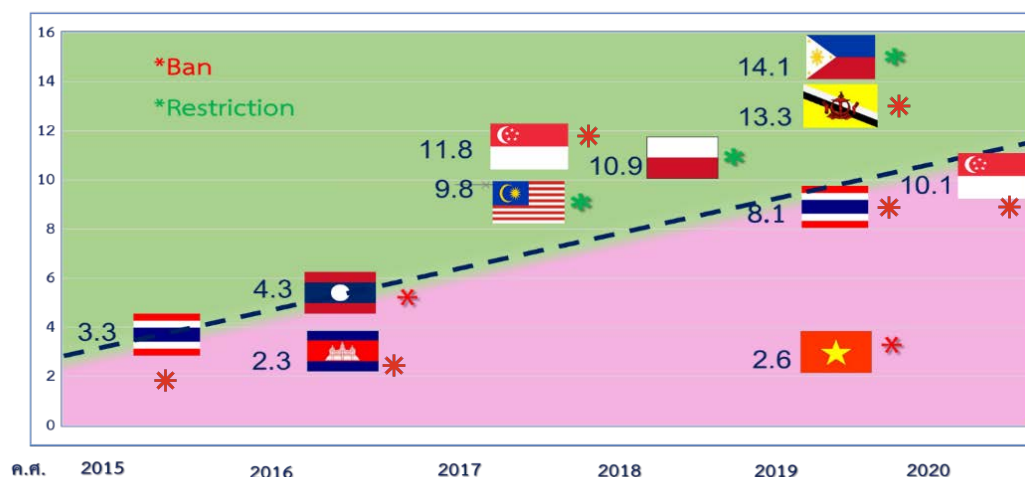
ตัวบ่งชี้อีกประการที่ยืนยันว่าการเสพติดบุหรี่ไฟฟ้านั้นติดง่ายและหนักขึ้นก็คือ หากต้องสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกภายใน 5 นาทีหลังตื่นนอน แสดงว่าเสพติดมากจะเห็นว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีอัตราการเสพติดรุนแรงกว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรกภายใน 5 นาทีแล้วตื่นนอน โดยเท่ากับร้อยละ 25, 25, และ 16 ในสหรัฐอเมริกา แคนาดา และอังกฤษ ตามลำดับ เทียบกับที่สูบบุหรี่ธรรมดา (ร้อยละ 12, 9, 13 ตามลำดับ)

5. เยาวชนมีแนวโน้มใช้บุหรี่ไฟฟ้าแบบใช้แล้วทิ้ง (Disposal) เพิ่มขึ้น

บุหรี่ไฟฟ้าที่นิยมในกลุ่มเยาวชนในการศึกษานี้มี 3 แบบ ได้แก่ แบบแท้งค์ (Tank) แบบพ็อด (Pod) และแบบใช้แล้วทิ้ง (Disposal) ซึ่งจะเป็นแบบที่มีความนิยมในหมู่เด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกประเทศ โดยมีสถิติการใช้บุหรี่ไฟฟ้าทั้ง 3 ชนิดดังนี้ คือในสหรัฐอเมริกาใช้ร้อยละ 37, 39 และ 52 ตามลำดับ ส่วนในแคนาดาใช้ร้อยละ 15, 25, และ 34 ตามลำดับ สำหรับในสหราชอาณาจักรใช้ร้อยละ 17, 30 และ 67 ตามลำดับ

6. การเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนในประเทศที่ห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าและประเทศที่ไม่ห้าม

ธันวาคม 2012 Scientific Reports ได้รายงานการสำรวจสถานการณ์ยาสูบของเยาวชนทั่วโลก (Global Youth Tobacco Surveys) ครั้งล่าสุด ในกลุ่มเยาวชนอายุ 13-15 ปีที่กำลังศึกษาในโรงเรียนใน 75 ประเทศ ระหว่างปี 2014 - 2019 พบว่ามากกว่าร้อยละ 10 ของเยาวชนใน 30 ประเทศมีการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (โดยอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงถึงร้อยละ 55.1) ร้อยละ 56.7 รู้จักบุหรี่ไฟฟ้า มีร้อยละ 20.2 เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า และร้อยละ 10.9 ระบุว่าปัจจุบันสูบบุหรี่ใน 30 วันที่ผ่านมา โดยที่ใช้ทั้งบุหรี่ไฟฟ้าและบุหรี่ยาสูบมีร้อยละ 4.6 เป็นที่น่าสนใจที่เยาวชนในประเทศที่มีนโยบายจำกัดการใช้บุหรี่ไฟฟ้าโดยจำกัดเฉพาะสารนิโคตินหรือสารบางชนิด มีอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าประเทศที่ใช้นโยบายอื่นประมาณ 1.8 เท่า ในขณะที่ประเทศที่มีการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า (ban of e-cigarettes) มีอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่าประเทศที่ไม่มีนโยบายนี้ 0.6 เท่า (Chandrashekar T, et al., 2023) สอดคล้องกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบ ENDS ในกลุ่มเยาวชนใน ASEAN ระหว่างปี 2015 - 2020 (ภาพที่ 2) (Reye I, et al) พบว่าอัตราการใช้ ENDS ในเยาวชนของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 3.3 เป็นร้อยละ 8.1 ใน 4 ปี ทั้งที่มีการห้ามนำสินค้าชนิดนี้เข้ามาในประเทศ สูงกว่าประเทศอื่นในอาเซียนที่ยังมีการห้ามบุหรี่ไฟฟ้าเช่นกัน ได้แก่ ลาวร้อยละ 4.3 และกัมพูชาร้อยละ 2.3 ในปี 2016 เปรียบเทียบกับเวียดนามร้อยละ 2.6 ในปี 2019 ยกเว้นบรูไนซึ่งสูงถึงร้อยละ 13.3 (ปี 2019) สำหรับประเทศที่ไม่ห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าแต่มีการควบคุมอื่นๆ พบอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนสูงกว่ากลุ่มห้ามขาย ได้แก่ มาเลเซียร้อยละ 9.8 และอินโดนีเซียร้อยละ 10.9 ในปี 2017 โดยสูงสุดคือฟิลิปปินส์ร้อยละ 14.1 (ปี 2019) สำหรับประเทศสิงคโปร์แม้จะมีการห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า แต่ก็ยังมีการใช้ ENDS ในเยาวชนสูงถึงร้อยละ 11.8 (ปี 2017) จึงได้เน้นความเข้มข้นของการปราบปรามดังกล่าวในมาตรการข้างต้นจนสามารถลดลงเป็น 10.1 ในปี 2020



ภาพที่ 2 Youth Electronic Nicotine Delivery System (ENDS) use (%) in ASEAN จาก Global Youth Tobacco Survey (GYTS)

ที่มา Reye I, Dorotheo U, Assunta M. Banning Electronic Smoking Device Works : Lessons from Singapore for the ASEAN SEATCA, November 2022.

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนมาตรการและนโยบายต่าง ๆ ของต่างประเทศ และจากกรณีศึกษาในประเทศต่าง ๆ ที่ได้ยกตัวอย่างในข้างต้น จะเห็นได้ว่าในประเทศที่ใช้มาตรการอนุญาตให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าจะมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนสูงขึ้นอย่างน่าตกใจ โดยเฉพาะตัวอย่างจากนิวซีแลนด์ที่เคยห้ามขายแล้วกลับมาอนุญาตให้ขายได้ ตรงข้ามกับประเทศที่เคยอนุญาตให้ขายเมื่อเปลี่ยนมาตรการมาเป็นห้ามขาย อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจะลดลง เช่น ฮอลแลนด์ โดยเฉพาะการเปรียบเทียบภาพรวมใน 75 ประเทศ จะพบชัดเจนว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนในประเทศที่ห้ามขายจะต่ำกว่าประเทศที่ไม่ได้ห้ามขายถึง 0.6 เท่า ดังนั้นหากประเทศไทยใช้มาตรการอื่น ๆ เช่น ห้ามส่วนประกอบ หรือควบคุมเหมือนกับสารพิษ หรือควบคุมเหมือนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือควบคุมเหมือนกับสินค้าอุปโภคบริโภค หรือควบคุมเหมือนสินค้าเฉพาะ ก็ยังคงมีผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าอยู่ซึ่งล้วนแล้วแต่ทำให้เยาวชนสามารถเข้าถึง และเกิดการเสพติดนิโคตินต่อเนื่องทั้งสิ้น ไม่ได้เป็นการปกป้องเยาวชนจากการริเริ่มทดลองใช้เลย กรณีมาตรการที่ควบคุมเหมือนผลิตภัณฑ์ยาสูบเพื่อใช้เลิกบุหรี่ธรรมดา

พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีบริษัทบุหรี่ไฟฟ้ามายื่นขออนุญาตเป็นผลิตภัณฑ์เลิกบุหรี่แต่อย่างใด และจากที่ได้ยกตัวอย่างประสบการณ์จากประเทศต่างๆ ที่อนุญาตให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าได้โดยห้ามขายในเยาวชนอายุ 18 หรือ 21 ปี นั้น ยังคงมีปัญหาระบาดรุนแรงที่เกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชนไม่สามารถปกป้องเยาวชนได้จริง จึงเป็นเหตุผลที่เพียงพอในการที่รัฐบาลไทยจะห้ามบุหรี่ไฟฟ้าประเภทนี้แบบเบ็ดเสร็จ (total ban) แต่ต้องเพิ่มมาตรการกวดขันบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังให้สามารถลดลงได้ เช่น แบบอย่างในสิงคโปร์และฮอลแลนด์

ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะนโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย ดังนี้

1. ขอให้คุมมาตรการห้ามนำเข้า บุหรี่ไฟฟ้า เพราะจากการทบทวนมาตรการของประเทศต่างๆ พบว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการปกป้องเยาวชนนักสูบหน้าใหม่
2. ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดและไม่เรียกรับผลประโยชน์ รวมทั้งต้องเข้าร่วมการลงนามในพิธีสารว่าด้วยการจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย ขององค์การอนามัยโลก

3. ฝ่ายระงับกลยุทธ์การตลาดล่าเหยื่อมุ่งเป้าเยาวชน และทำมาตรการการต่อต้านการแทรกแซงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าทุกรูปแบบของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า

4.ขอให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง ศึกษาธิการ กระทรวงอุดมศึกษา การวิจัยและนวัตกรรมเร่งรณรงค์และให้ความรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าที่ถูกต้องแก่ทุกภาคส่วน โดยบรรจุเข้าเป็นหลักสูตรการเรียนสำหรับนักเรียนตั้งแต่ประถมศึกษา จนถึงอุดมศึกษา รวมทั้งในสื่อออนไลน์

เอกสารอ้างอิง (References)

- Ministry of Digital Economy and Society, (2022). "Chaiwut" insists on setting up a working group for electronic cigarettes to be legal. He believes it does not affect politics. [Internet]. (Cited May 28, 2023).). Available from: <https://www.mdes.go.th/news/detail/5153-ชัยวุฒิ-ยันเดินทางตั้งคณะทำงานบุหรี่ไฟฟ้าถูกกม-เชื่อไม่กระทบการเมือง>
- Action on Smoking and Health (ASH) (2022). *Use of e-cigarettes (vapes) among young people in Great Britain. July 2022.* [Internet]. (Cited May 28, 2023). Available from: <https://ash.org.uk/wp-content/uploads/2022/07/Use-of-e-cigarettes-among-young-people-in-Great-Britain-2022.pdf>
- Brooke Campus a, Patrick Fafard a c, Jessica St. Pierre a, Steven J. Hoffman. (2021). *Comparing the regulation and incentivization of e-cigarettes across 97 countries.* [Internet]. (Cited May 28, 2023). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621005190>
- Chandrashekar T. Sreeramareddy, Kiran Acharya & Anusha Manoharan. (2022). *Electronic cigarettes use and 'dual use' among the youth in 75 countries: estimates from Global Youth Tobacco Surveys (2014–2019).* [Internet]. (Cited May 28, 2023). Available from: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-25594-4>
- Channelnewsasia. (2022). *Significant increase in vape cases in Singapore; HSA steps up enforcement.* [Internet]. (Cited May 28, 2023). Available from: <https://www.channelnewsasia.com/singapore/significant-increase-vape-cases-recent-years-hsa-steps-enforcement-2718246>
- Countertobacco. (2021). *New Zealand Endgame Goals.* [Internet]. (Cited May 28, 2023). Available from: <https://countertobacco.org/new-zealand-endgame-goals/>
- Hammond D, Reid JL, Burkhalter R, Hong D. (2023). *Trends in Smoking and Vaping Among Young People: Findings from the ITC Youth Surveys. April 2023; University of Waterloo (PDF).* (Cited July 4, 2023) Available from <http://profglantz.com/2023/06/27/more-evidence-that-englands-and-canada-and-us-fda-enthusiastic-approach-to-e-cigarettes-is-a-disaster/>
- Janet Hoek, Jude Ball, Lindsay Robertson, Philip Gendall, Nick Wilson, Richard Edwards, Andrew Waa Daily nicotine use (2021). *Increases among youth in Aotearoa NZ: The 2021 Snapshot Y10 Survey* (Cited Jun 4, 2023) Available from <https://www.phcc.org.nz/briefing/daily-nicotine-use-increases-among-youth-aotearoa-nz-2021-snapshot-y10-survey>

Matthews K. (2023). Juul Labs agrees to pay \$462 million settlement to 6 states. 13 April 2023.

Published 3:45 AM GMT+7, April 13, 2023. (Cited July 4, 2023) Available from
<https://apnews.com/article/juul-tobacco-million-settlement-youth-vaping-318854025e4ee05d8b18296cb7dae772>

Office of the Surgeon General. *E-cigarette Use among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2016. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/e-cigarettes/pdfs/2016_sgr_entire_report_508.pdf.

Public Health Agency of Canada. (2023). Government of Canada announces Vaping Products Reporting Regulations. NEWS PROVIDED BY 21 Jun, 2023, 15:15 ET
<https://www.newswire.ca/news-releases/government-of-canada-announces-vaping-products-reporting-regulations-810758613.html> (Cited July 4, 2023) Available from

Reye I, Dorotheo U, Assunta M. Banning Electronic Smoking Device Works : Lessons from Singapore for the ASEAN SEATCA, November 2022.

Roengrudee Patanavanich, Methavee Worawattanakul, Stanton Glantz. (2022). *Longitudinal bidirectional association between youth electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in Thailand*. [Internet]. (Cited May 28, 2023). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36104174/>

Stanton Glantz, (2023). More evidence that England's (and Canada and US FDA) enthusiastic approach to e-cigarettes is a disaster. [Internet]. (Cited July 28, 2023). Available from: <https://profglantz.com/2023/06/27/more-evidence-that-englands-and-canada-and-us-fda-enthusiastic-approach-to-e-cigarettes-is-a-disaster/>

Stanton Glantz. (2023). Blog Post. More evidence that England's (and Canada and US FDA) enthusiastic approach to e-cigarettes is a disaster. June 27, 2023 (Cited July 4, 2023) Available from <http://profglantz.com/2023/06/27/more-evidence-that-englands-and-canada-and-us-fda-enthusiastic-approach-to-e-cigarettes-is-a-disaster/>

Truth Initiative. (2021). *E-cigarettes: Facts, stats and regulations*. [Internet]. (Cited May 28, 2023). Available from: <https://truthinitiative.org/research-resources/emerging-tobacco-products/e-cigarettes-facts-stats-and-regulations>