

J.PH.PL

ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 10 No. 1

January - April 2024

ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๗



Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.10 No.1

January – April 2024

ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๑

มกราคม – เมษายน ๒๕๖๗

Content สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Restorative Justice and Medical Services in Bangkok Metropolitan During COVID-19 Outbreak (2563 - 2564 B.E.) 1-15
Piyawat Dendumrongkul
การจัดการความขัดแย้งเชิงสมานฉันท์กับบริการทางการแพทย์ กรณีศึกษาในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑลช่วงแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2564
ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล
- Burnout of registered nurses in a medical correctional hospital 17-27
Suthida Tawitsang, Chardsumon Prutipinyo, Natnaree Aimyong
ภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
สุธิดา ทวิชสังข์, ฉัตรสุมน พฤตมิถิยา, ณัฐนารี เอ็มยงค์
- Activity-based costing of Complete Denture Services at Sena Hospital, Phra Nakhon Sri Ayutthaya Province 29-44
Boonyanuch Songmuang, Nittaya Pensirinapa, Warangkana Chankong
ต้นทุนฐานกิจกรรมบริการในงานฟันเทียมทั้งปากถอดได้ฐานอะคริลิกของ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
บุญยณูช ทรงม่วง, นิตยา เพ็ญศิริินภา, วราภณา จันทรงค์
- Successful factors and Guidelines for Sustainable Development in the Management of the Village Public Health Volunteer Club, Trang Province 45-61
Tawatchai Sunthonnon; Soontorn Prabket; Paisit Boonyakawee; Narong Chaitiang

ปัจจัยแห่งความสำเร็จและแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืน ในการบริหารจัดการชมรม
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง
 ธวัชชัย สุนทรนนท์; สุนทร ปราบเขต; ไพสิฐ บุญยะทวี; ณรงค์ ใจเที่ยง

- Learning Spirituality, Well-being and Organizational Citizenship Behavior on Learning Engagement with SDT

Ping Wang, Yuna Yao, Yujun Jiang, Yingji Li

63-78
- Participation of village health volunteers in the prevention and control of coronavirus disease 2019 in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province

Sutatchaya Jumnon, Chardsumon Prutipinyo, Sariyamon Tiraphat

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

สุทัศญา จำนงค์, ฉัตรสุมน พงศ์วิญญู, ศรียามน ตีรพัฒน์

79-90
- Sexual Harassment Preventive Behaviors Among Junior High School Students Under Bangkok Metropolitan Schools

Poonyanuch Kerdwan, Piyathida Khajomchaikul, Phitaya Charupoonphol, Vanvisa Sresumachai, Sittichai Thongworn

พฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

บุญยณูช เกิดวัน, ปิยะธิดา ขจรชัยกุล, พิทยา จารุพูนผล, วันวิสาห์ ศรีสุเมธชัย, สิริธัชย์ ทองวร

91-104
- The study of the development of Thai traditional and alternative medicine services in primary health care center, Nakhon Si Thammarat province for the fiscal years 2022 -2023.

Arpom Laksanavimol, Natthika Wirattinan

การศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาการจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 – 2566

อาภรณ์ ลักษณะวิมล, ณัฏฐิกา วิรัตน์นันท

105-120

Academic Paper บทความวิชาการ

- Problems and guidelines for controlling alcoholic beverages 121-131
Chardsumon Prutipinyo
- The Access to Genetic Resource and Benefits Sharing of Biodiversity from joining the Convention on Biological Diversity of Thailand 133-152
Nawuti Batramark, Lawan Thanadsillapakul, Siriphan Phonrob
การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพจากการเป็นภาคีสัญญะว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศไทย
นวูติ บัตรมาก, ลาววันย์ ถนัดศิลป์กุล, สิริพันธ์ พลรบ
- China's Innovative Dispute Resolution under the "Belt and Road" Initiative 153-168
Zeng Wei

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 ผู้เขียนเป็นผู้ถือลิขสิทธิ์บทความและให้สิทธิแก่บุคคลที่สามล่วงหน้าและตลอดไป สิทธิในการใช้ ทำซ้ำ หรือเผยแพร่บทความของคุณ ตามข้อตกลงของวารสาร

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขเป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความ และเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 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 เล้าหศิริวงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาติ โตรักษา มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร พองสถิตย์กุล

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศรีโชติรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. วิริทธิ์ กิตติพิชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. มลินี สมภาพเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัทยพรต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัญย์ ถนัดศิลป์กุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทรวง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นิรมัย พิศแข มั่นจิตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัสกร องอาจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยศรีปทุม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธัชพร กังสัช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ์ Department of Health Professions, Hofstra University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
อาจารย์ ดร. ปวีศรี กิจสุขจิต มหาวิทยาลัยเกริก
อาจารย์ ดร.สุทัศน์ เสียมไหม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สถาบันพระบรมราชชนก

Message from the editor
Year 10, Issue 1

The first issue of 2024 features several interesting articles, including three original English manuscripts. One explores the topic of spiritual health among undergraduate students in the People's Republic of China. The second article delves into international trade law, which is anticipated to have an impact on public health. The third article focuses on alcohol control laws in Thailand, examining their connection to the multinational alcohol industry and free trade agreements. It is evident that international trade and health policies play a crucial role in shaping laws and measures at the national level.

The original Thai manuscripts covering various aspects such as Thailand's participation in the Convention on Biological Diversity, the management of village health volunteer clubs, the prevention and control of COVID-19 by the village health volunteers, conflict management in medical services during the COVID-19 outbreak, and prevention of sexual harassment at the secondary school level. Additionally, there are manuscripts on the cost of denture services, the traditional Thai medicine and alternative medicine clinic services, and the issue of burnout among professional nurses in correctional institutions and hospitals.

As we usher in the New Year of 2024, I extend my heartfelt wishes for everyone for happiness, prosperity, and good health throughout the year.

Professor Dr. Nithat Sirichotiratana
Editor-in-chief

บรรณาธิการแถลง

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1

ฉบับแรกของปี 2567 มีบทความที่น่าสนใจหลายเรื่อง รวมทั้งมีต้นฉบับภาษาอังกฤษ 3 เรื่อง เรื่องหนึ่งเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพจิตวิญญาณของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีน เรื่องที่สองเกี่ยวกับกฎหมายระหว่างประเทศด้านการค้า ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อสาธารณสุข และเรื่องที่สามเกี่ยวกับกฎหมายควบคุมเครื่องยนต์แอลกอฮอล์ในประเทศไทย ซึ่งได้รับผลกระทบจากอุตสาหกรรมเครื่องยนต์แอลกอฮอล์ข้ามชาติ และความตกลงการค้าเสรี จะเห็นได้ว่านโยบายด้านการค้าและนโยบายด้านสุขภาพในระดับนานาชาติส่งผลต่อกฎหมายและมาตรการในระดับชาติ

ต้นฉบับภาษาไทยมีเรื่องที่น่าสนใจ ทั้งเรื่องภาคีอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศไทย การบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การป้องกันและการควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การบริหารจัดการความขัดแย้งในบริการทางการแพทย์ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มาจนถึงการป้องกันการคุกคามทางเพศในระดับมัธยมศึกษา ต้นทุนของงานบริการฟื้นฟู การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และภาวะหมดไฟในพยาบาลวิชาชีพของทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ 2567 นี้ ขอให้ทุกท่านประสบความสุข ความเจริญ และมีสุขภาพที่ดีตลอดทั้งปี

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

บรรณาธิการวารสารฯ

Restorative Justice and Medical Services in Bangkok Metropolitan During COVID-19 Outbreak (2563 - 2564 B.E.)

Piyawat Dendumrongkul

Student of M.A. (Criminology and Justice Administration), Faculty of Political Sciences, Chulalongkorn University
e-mail : josh.piyawat@gmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Dendumrongkul, P.
Restorative Justice and
Medical Services in Bangkok
Metropolitan During COVID-
19 Outbreak (2563 - 2564
B.E.). *Public Health Policy
and Laws Journal*, 10(1), 1–
15. Retrieved from
[https://so05.tci-
thaijo.org/index.php/journal_L
aw/article/view/267549](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal LAW/article/view/267549)

Received: 30 Aug 2023

Revised: 1 Oct 2023

Accepted: 4 Oct 2023

Abstract

This descriptive study aims to study the characteristics of conflict and forms of conflict management which have not entered the main juridical process. It was studied by the data of tertiary care units in Bangkok and vicinities during the time of COVID-19 epidemics which also suggest the impact and the development of restorative justice application. Primary data was collected from hospitals' conflict management unit through questionnaires. Secondly, in-depth interviews were conducted with clients who had experienced in medical disputes, conflict administrators, and mediators.

Of 19 surveys from the hospitals, indicated that providing inappropriate information and communication problems were the most conflict-related reasons (71.5 percent). It was also found that only a small portion of mediators have been trained in a formal mediation or conflict management study (12.2 percent). None of them were familiar with the concept of restorative justice. Moreover, in-depth interview revealed that the conflicts were mainly associated with clients' doubt about the service, which caused damages and the pitfalls of communication, or service providers' attitude. Lacking decision power, insincere and impartial mediation, unsympathetic service provider, and mismatched form of remedies, should be considered in conflict management. In line with the successful settlement of the conflict, complainants receive sufficient remedies, successful and consistent communication is provided. Therefore, executives should participate in conflict management, focus on workload, promote skills training for mediators and application with the principle of restorative justice, which focus on healing damage and forgiveness, could successfully resolve the conflicts.

Keywords: Conflict management, medical dispute, restorative justice

การจัดการความขัดแย้งเชิงสมานฉันท์กับบริการทางการแพทย์ ในเขตกรุงเทพมหานครและ ปริมณฑลช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2564

ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

นักศึกษาลัทธิสุตร ศศ.ม. (อาชีวศึกษาและบริหารงานยุติธรรม) คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ติดต่อ josh.piyawat@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 30 สค.2566
วันแก้ไข 1 ตค.2566
วันตอบรับ 4 ตค.2566

การศึกษาเชิงพรรณานี้มุ่งศึกษาลักษณะ ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความขัดแย้ง รูปแบบการจัดการที่มีได้เข้ากระบวนการศาลจากโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลในช่วงแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมถึงผลกระทบจากสถานการณ์ ตลอดจนโอกาสพัฒนาแนวคิดยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ โดยศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากหน่วยงานบริหารความขัดแย้งผ่านแบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่เคยได้รับความเสียหายในบริการทางการแพทย์ ผู้บริหารระบบและไกล่เกลี่ยความขัดแย้ง

ผลการศึกษาจากการสำรวจจากโรงพยาบาล 19 แห่ง พบว่าการให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสาร เป็นเหตุสำคัญสูงสุด (ร้อยละ 71.5) ผู้ไกล่เกลี่ยที่เคยอบรมหลักสูตรการเจรจาไกล่เกลี่ย หรือการบริหารความขัดแย้งมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 12.2) และไม่มีผู้รู้จักแนวคิดยุติธรรมสมานฉันท์ ผลสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าความขัดแย้งนั้นเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเชื่อว่าความเสียหายนั้นเกิดจากการบริการ ความบกพร่องของสื่อสารหรือท่าทีของผู้ให้บริการ ส่วนตำแหน่งที่ขาดอำนาจตัดสินใจ ผู้ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยที่ไม่จริงใจและเป็นกลาง ผู้ให้บริการที่ไม่แสดงความเห็นใจ และรูปแบบการเยียวยาที่ไม่ตรงความต้องการเป็นปัจจัยที่พึงระวังในการบริหารความขัดแย้ง สอดคล้องกับกรณียุติความขัดแย้งสำเร็จพบว่าคณะผู้เสียหายได้รับเยียวยาเพียงพอ ได้รับการสื่อสารที่เข้าใจและเข้าหาสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้บริหารควรร่วมบริหารความขัดแย้ง ให้ความสำคัญกับภาระงานและส่งเสริมพัฒนาทักษะผู้ปฏิบัติ รวมทั้งนำหลักยุติธรรมสมานฉันท์มาประยุกต์ใช้ ที่มุ่งเน้นเยียวยาให้อภัยและนำไปสู่ยุติความขัดแย้งได้

คำสำคัญ : การจัดการความขัดแย้ง, ความขัดแย้งทางการแพทย์, ยุติธรรมเชิงสมานฉันท์

บทนำ (Introduction)

แม้ความไม่แน่นอนของสรีรวิทยาและกายภาพของมนุษย์ โดยเฉพาะกระบวนการรักษาพยาบาลที่มักมีคำกล่าวว่า “ไม่มีอะไรสมบูรณ์แบบทางการแพทย์” (วิสุทธิ์ สัจฉเสวี, 2557) ยกตัวอย่างกรณี น้ำคร่ำอุดกั้นหลอดเลือดที่ปอด (amniotic fluid embolism) นั้นเป็นข่าวร้ายของสูติแพทย์ที่แม้ตรวจครรภ์อย่างระมัดระวังเพียงใด ก็ไม่สามารถทราบก่อนได้ (Kiranpreet Kaur, 2016) อย่างไรก็ตามความเสียหายที่มากกว่าการบริการอื่น คือ ความพิการ ชีวิตของเด็กหรือมารดา เพิ่มเติมจากความคาดหวังการบริการทั่วไป ย่อมนำไปสู่ความขัดแย้งจนเกิดเหตุการณ์หลายประการของผู้ที่สูญเสียกระบวนการหลายอย่างจึงกระทำเพื่อให้เกิดความรู้สึกได้รับความยุติธรรมของผู้เสียหายเพราะสูญเสียบุคคลที่รักไป ด้วยกลไกในปัจจุบันที่ยังไม่ได้ตอบสนองรวดเร็ว จึงเกิดผลของความขัดแย้งเป็นการแสดงออกเชิงสัญลักษณ์ เช่น การประกาศทางสื่อสังคมต่าง ๆ มักได้รับการตอบสนองทางสังคมที่รวดเร็ว และได้รับความเห็นใจในฐานะผู้เสียหายมากขึ้น แม้การกระทำดังกล่าวสร้างความเศร้าใจ สูญเสียเงิน เวลา และสร้างความเหนื่อยล้า แต่ส่วนหนึ่งอาจช่วยให้รู้สึกถึงความยุติธรรมขึ้นไม่มากนักน้อย ส่วนหนึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การเยียวยาทางจิตใจ เพื่อให้ผู้เสียหายรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจจากการสูญเสีย (empathic understanding) เมื่อไม่ได้รับการเยียวยา และยังรู้สึกเจ็บปวดมักเกิดการแก้แค้นเอาคืน (retribution) ต่อชื่อเสียงขององค์กรหรือตัวตนของผู้ให้บริการ แต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นมักไม่พึงประสงค์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การกระทำในลักษณะดังกล่าว แสดงเพียง “จุดยืน” ว่าต้องการความยุติธรรมหรือให้เป็นบทเรียนเพื่อมิให้เป็น

เยี่ยงอย่าง แท้จริงแล้วความต้องการที่แท้จริงหรือ “จุดสนใจ” ของผู้เสียหายมักเป็นสิ่งที่ผู้บริหารความขัดแย้งต้องทำความเข้าใจเพื่อตอบสนองให้ตรงจุด ยกตัวอย่างเช่น การชดเชยเยียวยาความเสียหาย การตอบสนองด้วยความเห็นใจต่อจิตใจในภาวะสูญเสีย การยอมรับความผิดพลาดที่แม้เกิดจากความไม่ตั้งใจ เป็นต้น เพราะหลักการสำคัญของการเจรจาไกล่เกลี่ยโดยคนกลางมี 4 ประการ เช่น แยกคนออกจากปัญหา พิจารณาถึงจุดสนใจและผลประโยชน์ร่วมของคู่กรณี โดยไม่มุ่งเน้นที่จุดยืน สร้างทางเลือกที่หลากหลายให้กับคู่กรณี และใช้กฎ กติกาในกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ย เพื่อความยุติธรรม (วันชัย วัฒนศัพท์, 2550)

เมื่อเกิดความขัดแย้งจากบริการทางการแพทย์อาจเกิดความสูญเสียทั้งสัมพันธภาพร่างกาย เวลา ทั้งสองฝ่าย จึงเกิดรูปแบบการจัดการความขัดแย้งในลักษณะให้ความเยียวยาแก่ผู้เสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ข้อถูกผิด (non-litiable fault compensation) ของกองทุนสำนักงานประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) หรือสำนักงานประกันสังคม (สปส.) เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นทางออกที่ได้ผลและลดความรู้สึก “ไม่ทันใจ” ของกระบวนการยุติธรรมในมุมมองของผู้เสียหาย ซึ่งส่วนหนึ่งผู้เสียหายได้รับการชดเชยเยียวยาจากรัฐคนกลาง ทดแทนการดำเนินขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อให้แพทย์หรือคณะผู้รักษาต้องชดเชยความผิดจากการพิสูจน์ข้อเท็จจริงหลายขั้นตอน นำมาสู่การเปิดผลความขัดแย้งที่ทั้งสองฝ่ายอาจมีมุมมองว่าตนเองเป็นฝ่ายที่เสียหายหรือห่างไกลจากการยอมรับและให้อภัยการกระทำที่ก่อความเสียหายขึ้น นอกจากนี้หลายโรงพยาบาลยังมีศูนย์รับข้อร้องเรียนหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับเจรจาไกล่เกลี่ยความขัดแย้งทางการแพทย์ และกระบวนการส่วนใหญ่จะพยายามให้สิ้นสุดในโรงพยาบาลที่เป็นคู่ขัดแย้งในเชิงให้ความเข้าใจแก่

ผู้เสียหาย แต่ผู้รับเจรเจานั้นต้องอาศัยทักษะเจรเจาใกล้เคียง (ปิยานี รอดบำรุง, วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2560) ซึ่งเป็นทักษะที่มีความจำเพาะ รวมทั้งการเป็นคนกลางที่มีตำแหน่งในโรงพยาบาลอาจส่งผลต่อ “ความเป็นคนกลาง” ในมุมมองของผู้รับบริการ และเป็นที่ทำหาคือต่อการใช้ทักษะของผู้รับเจรเจา

นอกจากนี้ในลักษณะความเปลี่ยนแปลงของการบริการทางการแพทย์จากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ความต้องการรับบริการหรืออุปสงค์สูงขึ้น รวมทั้งการดูแลเป็นพิเศษเพื่อการควบคุมภาวะโรคติดต่อ เช่น นโยบายรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) ความต้องการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment, PPE) รวมทั้งความต้องการเสริมภูมิคุ้มกันต่อโรค ต่างส่งผลให้ทรัพยากรหรืออุปทานที่มีความจำกัด ส่งผลให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์และผู้รับบริการขัดแย้งกันได้ง่าย นอกจากนี้ยังอาจเกิดความขัดแย้งกับผู้ดูแลระบบที่จัดสรรทรัพยากรดังกล่าวร่วมด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่แตกต่างจากสถานการณ์ทั่วไปในการบริการทางการแพทย์ และมีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดความขัดแย้งเช่นนี้ทั่วโลก ซึ่งการจัดการคลี่คลายประเด็นดังกล่าวจึงน่าเป็นตัวอย่างบริหารความขัดแย้งในสถานการณ์ไม่ปกติเช่นกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Research Objectives)

1. เพื่อศึกษาลักษณะปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความขัดแย้งที่ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการศาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 (พ.ศ. 2563 – 2564)
2. เพื่อศึกษาบุคลากร รูปแบบกระบวนการจัดการความขัดแย้งที่ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการศาลเกี่ยวกับ

บริการทางการแพทย์ รวมถึงข้อจำกัดในการบริหารความขัดแย้งช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19

3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาวิธีการนำกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ไปใช้กับความเสียหายทางการแพทย์ รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19

วิธีการวิจัย (Research Methods)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการทำวิจัยเชิงพรรณนา โดยสำรวจในภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) โดยใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นมาใหม่เพื่อสำรวจความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งจากผู้ทำหน้าที่ด้านการเจรเจาใกล้เคียง จากสถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยค้างคืนระดับตติยภูมิ พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 91 แห่ง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลจากการศึกษาอื่นที่คล้ายคลึงกัน พบว่าผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่เคยถูกร้องเรียนและใกล้เคียงในระดับโรงพยาบาลของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 26.6 (วิรุจน์ คุณกิตติ และ ขนิษฐา นวลไธสง, 2560) เนื่องจากไม่เคยมีการศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมาก่อน คิดเป็นจำนวนผู้ให้ข้อมูล 42 แห่ง แต่ผู้วิจัยได้ส่งจดหมายและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึงโรงพยาบาลในขอบเขตทั้งหมด โดยขอช่องทางติดต่อผู้ที่สะดวกใจให้สัมภาษณ์จากการตอบกลับ หลังจากนั้นจึงสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความยินยอมสัมภาษณ์หลังจากศึกษาจากเอกสารแนะนำข้อมูล มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้แทนของผู้รับข้อร้องเรียนและผู้เจรเจาใกล้เคียงที่ปฏิบัติหน้าที่ก่อนเริ่มศึกษา จำนวน 4 ท่าน ซึ่งมี 1 ท่านเป็นหัวหน้าและเป็นผู้มีส่วนบริหารระบบในฐานะผู้บริหารระดับกลาง และกลุ่มที่ 2 ผู้แทน

คู่ขัดแย้งที่ผ่านการเจรจาไกล่เกลี่ยทางการแพทย์ที่อายุมากกว่า 20 ปี จำนวน 3 ท่าน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลเกี่ยวกับการเจรจาไกล่เกลี่ย และแบบคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในด้านข้อมูลคุณลักษณะผู้ทำหน้าที่ด้านเจรจาไกล่เกลี่ยและเหตุของความขัดแย้งจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงบรรยายปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการจัดการความขัดแย้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในโปรแกรม Collaborative Institutional Training Initiative (CITI) เมื่อ 7 กันยายน 2563 ณ มหาวิทยาลัยมหิดล และการศึกษาได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชุดที่ 2 เลขที่โครงการวิจัย 650048 เมื่อ 16 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย (Results)

จากแบบสำรวจข้อมูลมีผู้ตอบรับเป็นผู้เจรจาไกล่เกลี่ยหรือปฏิบัติหน้าที่บริหารความขัดแย้ง (ผู้ปฏิบัติ) จำนวน 19 แห่ง หรือร้อยละ 21 จากสถานพยาบาลทั้งหมด หรือ ร้อยละ 45 จากจำนวนขนาดตัวอย่าง แบ่งเป็นสถานพยาบาลสังกัดรัฐบาลหรือกำกับของรัฐบาล จำนวน 12 แห่ง (ร้อยละ 63) ลักษณะผู้ปฏิบัติส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66) มีช่วงอายุประมาณ 50 ปี มีประสบการณ์ในหน่วยงานประมาณ 9.7 ปี โดยคุณวุฒิของผู้ปฏิบัติหน้าที่บริหารความขัดแย้งส่วนมากเป็นบุคลากรทางการแพทย์ มีแพทย์เป็นหัวหน้างานทุกสถานบริการ แต่มีเพียงสถานบริการเดียวที่มีผู้มีความรู้ทางนิติศาสตร์ในทีม รวมทั้งมีเพียง 3 สถานบริการ (ร้อยละ 16) ที่มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรตาม พระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 และเป็นสถานบริการเดียวกับมีผู้ผ่านหลักสูตรจัดการความขัดแย้งทางการแพทย์ ซึ่งทุกปัจจัยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้ปฏิบัติหน้าที่บริหารความขัดแย้งหรือเจรจาไกล่เกลี่ยในสถานพยาบาล

คุณลักษณะในแต่ละหน่วยงาน	ภาพรวม ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	รัฐบาล ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	เอกชน ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)
เพศหญิง (ร้อยละ)	64.4 (100,0)	66.1 (100,33)	61.4 (100,0)
อายุ (ปี)	50.4 (67,37)	49.5 (62,37)	52.1 (67,44)
จำนวนกรรมการ/ผู้ทำหน้าที่ฯ (คน)	6.1 (15,1)	5.1 (15,1)	6.4 (15,3)
ประสบการณ์ในหน่วยงาน (ปี)	9.7 (26,2)	9.5 (26,2)	10 (12,4)
ผู้ศึกษานิติศาสตร์ (ร้อยละ)	1.7 (33,0)	2.8 (33,0)	0 (0,0)
บุคลากรการแพทย์ (ร้อยละ)	97.8 (100,66)	97.1 (100,66)	99.0 (100,93)

คุณลักษณะในแต่ละหน่วยงาน	ภาพรวม ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	รัฐบาล ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	เอกชน ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)
เคยอบรมหลักสูตรตาม พรบ.ใกล้ เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 (ร้อยละ)	12.3 (100,0)	8.3 (100,0)	19 (100,0)
เคยอบรมหลักสูตรจัดการความ ขัดแย้งทางการแพทย์ (ร้อยละ)	12.2 (100,0)	5.5 (66,0)	23.7 (100,0)
มีแพทย์เป็นหัวหน้าหน่วยงาน/ คณะกรรมการฯ (ร้อยละ)	100 (100,100)	100 (100,100)	100 (100,100)

เหตุของความขัดแย้งเกี่ยวกับบริการทาง
การแพทย์ในปี พ.ศ. 2564 ส่วนมากพบว่าผู้ปฏิบัติให้
เหตุผลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหา
การสื่อสารมากที่สุดทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยคิด
เป็นร้อยละ 71.5 ระบบส่งต่อและการรอคอยเป็นเหตุ
สำคัญรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 14.7 ซึ่งไม่พบเหตุนี้ใน
สถานบริการเอกชนและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
เช่นเดียวกับเหตุที่เกิดจากการเสียประโยชน์ของ
ผู้รับบริการที่ไม่พบในสถานบริการของรัฐ แต่ใน
ภาคเอกชน คิดเป็นร้อยละ 12.7 ซึ่งแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญเช่นกัน นอกจากนี้การขาดสัมพันธ์ภาพของ
ผู้ให้และผู้รับบริการ รวมทั้งทุรเวชปฏิบัติ หรือผลแทรก
ซ้อนจากการรักษาโดยตรงเป็นเหตุที่พบบรองลงมา ดัง
ตารางที่ 2

ตัวอย่างของการให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสมและ
การสื่อสารจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ามีทั้งการให้

ข้อมูลไม่ตรงผู้รับสาร เช่น ผู้รักษาแจ้งข้อมูลกับญาติที่
คาดว่ามีความน่าสนใจ แต่มีญาติรายอื่นหรือตัวผู้ป่วย
เองไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ การแจ้งข้อมูลกับผู้ป่วยที่
ไม่พร้อมรับข้อมูล เป็นต้น การใช้ข้อมูลสื่อสารที่
ผู้รับบริการอาจเข้าใจไม่ตรงกัน หรือสื่อสารเพียง
บางส่วน เช่น อธิบายข้อผิดพลาดโดยมิได้อธิบาย
กระบวนการที่ชัดเจน ความเสี่ยงหรืออาการแทรกซ้อน
ที่อาจเกิดขึ้นหลังเหตุการณ์ รวมทั้งทางเลือกอื่นหากมิได้
ทำเหตุการณ์ที่ผู้รักษาเห็นสมควร เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนั้น
ได้บันทึกไว้ในเอกสารให้ความยินยอมของ
สถานพยาบาลแล้ว เพียงแต่เป็นการลงลายมือชื่อของ
ผู้รับบริการโดยมิได้ทบทวนข้อความหรือเกิดความ
เข้าใจก่อนการยินยอมจริง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงข้อจำกัด
ของเวลาในการให้บริการ ความเคยชินที่มีการรับ
บริการแบบเดิมบ่อยครั้ง และปริมาณข้อมูลที่มีมากเกินไป
กว่าจะให้ผู้รับบริการทราบได้ทั้งหมด

ตารางที่ 2 เหตุความขัดแย้งของบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ให้ข้อมูลในช่วง พ.ศ. 2564

เหตุความขัดแย้ง	ภาพรวม ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	รัฐบาล ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	เอกชน ร้อยละ (สูงสุด,ต่ำสุด)	p- value
การให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และ ปัญหาการสื่อสาร	71.5 (100,48)	68.1 (100,48)	80.1 (100,60)	0.40
การขาดสัมพันธภาพของผู้ให้ และผู้รับบริการ	9.3 (30,0)	10.3 (30,5)	6.7 (20,0)	0.66
การเสียประโยชน์ (เช่น ประเด็น การเก็บค่าบริการ)	3.5 (20,0)	0 (0,0)	12.7 (20,0)	0.01*
การขัดประเด็นความเชื่อและ ศาสนา	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
ทฤษฎีปฏิบัติ หรือผลแทรกซ้อน จากการรักษาโดยตรง	1.1 (10,2)	1.5 (10,2)	0 (0,0)	0.51
ระบบการส่งต่อ การรอคอย	14.7 (50,0)	20.2 (50,0)	0 (0,0)	0.05*

เมื่อกล่าวถึงปริมาณความขัดแย้งที่รายงานในช่วง พ.ศ. 2563 (ระยะเริ่มแพร่ระบาดของโรคโควิด) เปรียบเทียบกับ พ.ศ.2564 พบว่าในภาพรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.4 (+/- 42.4) แบ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 22.8 (+/- 36.4) และสถานบริการเอกชนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 29.9 (+/- 50.7)

ความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในช่วงแพร่ระบาดของโควิด-19 คือใช้การประชุมออนไลน์ในกลุ่มหรือคณะกรรมการบริหารความขัดแย้งแทนการประชุมแบบพบหน้า แต่ไม่ได้กล่าวถึงรูปแบบของการไกล่เกลี่ยหรือเกิดวิธีการบริหารความขัดแย้งใหม่ ส่วนความเปลี่ยนแปลงของความขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมิได้ให้คำตอบ มีเพียงให้ข้อมูลเกี่ยวกับความขัดแย้งเรื่องวัคซีนป้องกันโควิด-19 กับบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 1 คำตอบ และการไม่ร่วมมือใส่อุปกรณ์ป้องกันของญาติผู้ขัดแย้ง 1 คำตอบ และไม่มีผู้กล่าวถึง

คุณภาพการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคโควิด-19 ที่แพร่ระบาด

ส่วนที่เสนอแนะปัญหาสำคัญของการปฏิบัติงานพบว่าประเด็นเกี่ยวข้องกับทักษะเฉพาะของผู้ปฏิบัติ เช่น วิธีการสร้างสัมพันธภาพ การพูดคุย การแจ้งข่าวร้าย การใช้กระบวนการทางจิตวิทยาต่าง ๆ ได้แก่ การใช้น้ำเสียง การค้นหาความเข้าใจ การสื่อสารถึงความต้องการเยียวยาและความเห็นอกเห็นใจ และเกี่ยวข้องกับความเป็นกลางของผู้ปฏิบัติ เช่น ความรู้สึกถูกจับผิดของผู้ได้รับความเสียหาย ความกดดันให้พูดคุยในทิศทางที่เสียประโยชน์น้อยที่สุด เป็นต้น

หลังจากได้ข้อมูลจากการสำรวจ ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์เชิงลึก โดยสามารถรวบรวมผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ที่ยินดีให้ข้อมูลได้ 3 ราย ขณะสัมภาษณ์นั้นผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดสามารถยุติความขัดแย้ง

ได้โดยมิได้เข้าสู่กระบวนการศาลยุติธรรม โดยผู้เสียหายทุกรายต่างตระหนักถึงผลกระทบต่อการใช้ชีวิตเดิมอย่างชัดเจนจากความเสียหายที่เกิดจากบริการทางการแพทย์เมื่อเข้าสู่กระบวนการบริหารความขัดแย้งแล้วสามารถสรุปประเด็นที่ขัดข้องต่อกระบวนการ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ตำแหน่งที่ไม่สามารถตัดสินใจเยียวยาได้และการตอบสนองที่ไม่จริงใจของผู้ทำหน้าที่ใกล้เคียง การตอบสนองที่ไม่เห็นอกเห็นใจของผู้ให้บริการที่สร้างความเสียหายหลังจากเกิดความเสียหาย และรูปแบบของการเยียวยาที่ไม่ตรงกับความรู้สึกว่าได้รับความยุติธรรม

ในด้านของผู้เสียหายนั้น คุณ “ซ” ได้รับความเสียหายจากการผ่าตัดเสริมสร้างสรีระจากสถานพยาบาลเอกชน แต่ได้รับความเสียหายด้านสายตาหลังจากการผ่าตัด ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับบริเวณดวงตาและพบได้ไม่บ่อยนักจากหัตถการ โดยผู้เสียหายปฏิเสธการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับผลแทรกซ้อนก่อนการผ่าตัด และเกิดข้อสงสัยหลังผ่าตัด แต่ได้ศึกษาด้วยตนเองจนพบว่ามีความสัมพันธ์กัน แพทย์เพิ่งยอมรับหลังตนสอบถามข้อสงสัยที่สืบค้นได้ จึงเกิดความขัดแย้งขึ้น

คุณ “บ” เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งและประกอบอาชีพขายสินค้าออนไลน์ทางสื่อสังคม ได้รับความเสียหายหลังจากฉีดยาเติมเต็ม (filler) บริเวณใบหน้าจากคลินิกด้านความงามที่ให้บริการโดยแพทย์ทั่วไป เกิดอาการอักเสบและผิดรูปของใบหน้าบางส่วน แม้เป็นลักษณะที่พบบ่อยจากบริการดังกล่าว บ. เกิดข้อสงสัยที่การผิดรูปมีความรุนแรง หายจากสภาวะดังกล่าวล่าช้ากว่าเพื่อนคนอื่นที่ฉีดลักษณะเดียวกัน จนสงสัยถึงคุณภาพของสารที่ฉีด และกลับไปสอบถามแพทย์ผู้ให้บริการก็ไม่ได้คำตอบที่ชัดเจน จึงเรียกร้องให้คลินิกชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น

กรณีของคุณ “ย” เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ได้รับความเสียหายจากการปฏิบัติงานต่อเนื่องในช่วงโควิด19 โดยผู้เสียหายติดเชื้อโควิดที่คาดว่าเกิดจากการปฏิบัติงาน และผู้บริหารยังขอให้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยขณะที่เจ็บป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่ติดเชื้อแล้วต่อมามีภาวะปอดอักเสบจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กระทั่งมีความรู้สึกเหนื่อยง่ายและมีอาการของโรคแพนิค (panic disorder) หลังจากอาการทางเดินหายใจดีขึ้น หรือสงสัยว่ามีอาการต่อเนื่องของโควิด (long COVID) ในขณะที่โรงพยาบาลไม่ได้ให้ค่าตอบแทนเพิ่มเติมในขณะนั้น ไม่มีสวัสดิการประกันคุ้มครองการติดเชื้อโควิดก่อนเกิดเหตุ และไม่ได้รับจัดสรรวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอได้เท่าทัน ย. จึงขอปรึกษาผู้บริหารเนื่องจากไม่ได้รับความยุติธรรมจากความเสียหาย

ทั้งสามรายได้พบกับผู้ปฏิบัติหน้าที่เจรจาไกล่เกลี่ยของโรงพยาบาล โดยผู้ปฏิบัติทุกคนมีตำแหน่งในโรงพยาบาลคู่ขัดแย้ง กล่าวถึงความรู้สึก “ไม่เป็นกลาง” ตั้งแต่แรกพบ โดยเฉพาะ ย. ที่กล่าวว่า “เป็นความรู้สึกคนกันเองที่ไม่กันเอง เหมือนเราไปทำให้เกิดความลำบากในองค์กรที่เราควรซื้อสัตย์ แต่เราก็อ้างอ้างมาตลอดนะ...” ยิ่งพูดคุ้ยยิ่งรู้สึกคล้ายโน้มน้าวให้ล้มเลิกการเรียกร้อง ไม่ได้รับความรู้สึกขอโทษแต่อย่างใด แตกต่างจาก บ. ที่พูดคุ้ยกับผู้รับเจรจาไปสักระยะหนึ่งกลับมีความรู้สึกผ่อนคลายลง แม้ผู้ปฏิบัติจะเป็นเพียงภรรยาเจ้าของคลินิกแห่งนั้น เนื่องจากเชื่อว่ามีอำนาจในการเยียวยาและกล่าวคำขอโทษต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับ ซ. ก็ได้รับคำขอโทษจากผู้รับเจรจา แต่ลักษณะการพูดที่สุภาพมากเกินไป ดังที่กล่าวว่า “เจ้าหน้าที่เขาก็เรียกผมว่าคุณท่าน และใช้คำว่าทางเราแทนตัวเองมาตลอด มันเหมือนการตกลงทางธุรกิจ

มากกว่ามาช่วยแก้ปัญหา...” รวมทั้งไม่สามารถให้คำมั่นหรือเชื่อได้ว่าจะส่งต่อให้ผู้บริหารที่มีอำนาจ จึงกลับยิ่งทำให้รู้สึกคับข้องกับความเสียหายมากขึ้น แม้การสื่อสารจะเต็มไปด้วยคำสุภาพ กล่าวเห็นใจและขอโทษก็ตาม กระทั่งภายหลัง ช. ตัดสินใจข่มขู่ว่าจะใช้การแสดงออกเชิงสัญลักษณ์หลายรูปแบบต่อโรงพยาบาลเอกชนคู่ขัดแย้ง ผู้รับเจรจาจึงได้นัดหมายให้พบกับผู้บริหารโดยตรง

แม้ว่าความสำเร็จของการเจรจาใกล้เคียงทั้งสามรายจะได้รับเอี่ยวแตกต่างกัน โดยแม่ ช. ได้พบกับผู้บริหารที่มีสไตล์การพูดคุยกันเองมาก ดังที่ส่วนหนึ่งกล่าวว่า “...ผู้อำนวยการเรียกผมว่าน้อง แล้วเสนอให้มีการรักษามกลับมาปกติโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย แต่เขาพยายามเปลี่ยนประเด็นตอนผมพูดถึงเรื่องเกี่ยวกับค่าชดเชย” ช. ก็ยังรู้สึกไม่ได้รับการเอี่ยวว่าที่เพียงพอผู้บริหารไม่ยินยอมตกลงเกี่ยวกับค่าชดเชยหลายครั้ง กระทั่ง ช. จึงหาทางติดต่อแพทย์ผู้ทำหัตถการโดยตรงได้ ซึ่ง ช. กล่าวว่าแพทย์ไม่เคยกล่าวขอโทษและส่งต่อตนให้แพทย์อีกคนที่อาวุโสน้อยกว่าดูแลหลังผ่าตัด โดย ช. พยายามเล่าความเสียหาย แพทย์กลับพยายามยุติการเจรจาจึงตัดสินใจพูดคุยด้วยวิธีเดียวกับผู้รับเจรจาก่อนแรก ในวันถัดมาผู้บริหารจึงอนุมัติชดเชยความเสียหายให้เพิ่มเติม แม้ยังโกรธแพทย์ผู้ทำหัตถการที่กล่าวประชดและรู้สึกที่ไม่สำนึกต่อความผิดพลาด แต่มูลค่าสินไหมที่ต่อรองได้สูงจนพอใจ ช. จึงลงชื่อในสัญญาเพื่อยุติความขัดแย้ง “ผมคิดว่าถ้าหมอเป็นแม่เหล็ก ก็คงมากพอที่จะทำให้โรงพยาบาลใช้งานหมอหรือพินกะหมอต่ให้ ผมเองก็โอเคนะที่ได้ตามที่เรียกแล้ว...” ในขณะที่ บ. ได้รับการส่งต่อให้แพทย์ที่มีทักษะสูงและนัดหมายคิวได้ยากในคลินิกเครือข่าย โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมทั้งได้รับบริการเพิ่มเติมจากคลินิก แพทย์ผู้ทำหัตถการขอโทษและบอกเล่าเกี่ยวกับหัตถการอย่างละเอียด บ. กล่าวว่า

“ได้ฟังน้ำเสียงเหมือนน้องจะร้องไห้ เลยรู้สึกสงสาร สงสารตัวเองก็สงสาร โกรธหมอก็โกรธไม่ลง ก็เมียมหมอเจ้าของเขาชดเชยให้แล้ว ก็โอเค” บ. ไม่ได้เรียกร้องเป็นรูปแบบสินไหมทดแทน เช่นเดียวกับ ย. ที่ไม่ได้รับสินไหมทดแทน แต่หลังจากพูดคุยกับผู้บริหารโดยตรงแล้ว ย. ได้รับอนุมัติให้ย้ายไปแผนกที่ไม่มีเวรกลางคืนเพื่อให้นอนหลับได้เต็มที่ ตามคำแนะนำของจิตแพทย์ ผู้รักษาอาการพานิก ได้ทราบเงื่อนไขเวลา (timeline) ของการเบิกเงินตกเบิก แผนการจัดสรรวัคซีน และคิดว่าการฟ้องร้องอาจทำให้ตนเองมีปัญหากับองค์กรตามมา พึงพอใจกับที่ผู้บริหารได้ฟังเสียงของตนแล้ว ทั้งนี้จะเห็นว่าทุกคนมีลักษณะร่วมของการตอบสนองต่อความเสียหายที่รู้สึกว่าได้รับรู้ที่เกิดความเสียหาย (recognition) เช่น การขอโทษ ร่วมกับการเอี่ยวว่าที่เพียงพอ เหมาะสมกับบริบทของผู้เสียหาย

ในเชิงผู้ปฏิบัติหน้าที่บริหารความขัดแย้งนั้น ให้ข้อมูลว่าความเสียหายที่เชื่อว่าเกิดจากการรับบริการ ปัญหาการสื่อสารหรือท่าทีระหว่างผู้ให้บริการโดยตรงและผู้รับบริการ เป็นปัจจัยที่กล่าวถึงทุกราย สอดคล้องกับปัจจัยที่พบมากจากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม นอกจากนี้ปัจจัยจากญาติที่มีได้ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วย ผู้มีความรู้ทางการแพทย์หรือกฎหมายเป็นคนที่รู้จักของผู้รับบริการคู่ขัดแย้ง และประสบการณ์ก่อนหน้าเหตุการณ์ขัดแย้ง ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อผู้ที่นำความขัดแย้งมาสู่การร้องเรียน ดังเช่น อ. ผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งกล่าวว่า “...ที่นั่นก็ไม่น่าพูดแบบนี้ คือ ถ้าคุณได้รับการรักษาที่ละเอียดกว่านี้ ก็จะไม่เป็นอะไรมาก คนไข้เขาบอกว่าถ้ารู้ว่าหมอเพ็งจบ ยังไม่เก่ง ไม่มีเวลาตรวจ ก็ให้ส่งสิทธิไปรักษาที่อื่นอย่างอื่น (ชื่อสถานพยาบาลแห่งหนึ่ง) สิ ” นั่นคือนอกจากประสบการณ์ในสถานพยาบาลเดียวกัน เหตุการณ์ที่ส่งผลให้เชื่อว่าความเสียหายเกิดจากการบริการที่ไม่

สมบูรณ์ หรือได้ข้อมูลบางประการจากบุคลากรอื่นที่ทำให้
ให้ความเข้าใจต่อการบริการคลาดเคลื่อนก็อาจเป็นส่วน
ที่ทำให้เกิดการเรียกร้องถึงความเสียหายขึ้นมา ซึ่งส่วน
หนึ่งมีแนวทางจัดการในเหตุการณ์ที่คล้ายกันของผู้
ปฏิบัติที่มีตำแหน่งบริหารว่าใช้วิธีสื่อสารกลับไปยัง
แพทย์ที่ให้ข้อมูลเชิงวิจารณ์สถานพยาบาลตน เพื่อให้
ข้อมูลที่ครบถ้วนและช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยเพิ่มเติมเมื่อ
นัดหมายครั้งถัดไป หลังจากนั้นกรณีดังกล่าวก็มีความ
ขัดแย้งลดลง

กล่าวถึงเพศของผู้ปฏิบัติ โดยมากเป็นเพศหญิง
นั้นไม่มีผู้ที่กังวลถึงผลต่อการปฏิบัติงาน มีเพียงกล่าวถึง
ความปลอดภัยเมื่อคู่ขัดแย้งมีจำนวนมาก และเป็นชาย
รูปร่างใหญ่ แต่ยังไม่เคยบาดเจ็บจากการทำงาน จัดการ
โดยเตรียมสถานที่ บุคลากรรักษาความปลอดภัยให้
พร้อม ในด้านทักษะการปฏิบัติงานมีความต้องการให้
หน่วยงานสนับสนุนการอบรมทั้งหลักสูตรตาม
พระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พุทธศักราช 2562
ทักษะการเจรจาไกล่เกลี่ยกรณีทางการแพทย์ รวมถึง
หลักการของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์
เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่มีผู้ใดเคยได้รับการอบรมดังกล่าว
ในระดับหลักสูตร ส่วนมากใช้ประสบการณ์การทำงาน
การอบรมกันเองภายในหน่วยงานและการเรียนการสอน
แบบไม่เป็นทางการมากกว่า ส่วนปริมาณของกรณีความ
ขัดแย้งที่ต้องบริหารมีความเห็นตรงกันว่าปริมาณลดลง
ในช่วงแพร่กระจายของโควิด ทั้งที่มีความต้องการบริการ
ทางการแพทย์สูงขึ้น รวมทั้งปริมาณผู้ป่วยที่รับการ
ผ่าตัดและหัตถการลดลงจากข้อจำกัดของสถานการณ์
ทำให้คิวรอคอยนานขึ้นกว่าปกติแต่การร้องเรียนมีเพียง
จำนวนน้อย รวมถึงมีข้อร้องเรียนรูปแบบใหม่จากการรับ
บริการทางโทรเวชหรือจัดส่งเวชภัณฑ์ที่มีปริมาณไม่มาก
เช่นกัน และสามารถยุติความขัดแย้งด้วยการสื่อสาร
และ/หรือการชดเชยบริการได้

วิธีการยุติความขัดแย้งที่ผู้ปฏิบัติมี
ประสบการณ์ ทั้งการเจรจา บริการจากสถานพยาบาล
และเงินเยียวยาตามมาตรา 41 ของ พระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 หรือเงินรายได้
ของโรงพยาบาล หรือทั้งสองแหล่ง อย่างใดอย่างหนึ่ง
หรือทุกอย่างนั้นสามารถยุติได้ก่อนมีการนำคดีขึ้นสู่ศาล
อันเป็นกระบวนการยุติธรรมกระแสหลักเป็นส่วนใหญ่
แต่ยังมีบางส่วนที่ดำเนินกระบวนการคู่ขนานคือยื่น
ดำเนินคดีก่อน จึงมาตกลงขอชดเชยความเสียหาย
รวมทั้งการร้องเรียนออกสื่อ สื่อสังคม หรือปฏิเสธการ
เจรจากับผู้ปฏิบัติตั้งแต่ต้น เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบ
การบริหารความขัดแย้งด้วยกระบวนการยุติธรรม
สมานฉันท์ยังมีอีกหลายหลายรูปแบบ นอกจากรูปแบบ
การประนีประนอมหรือไกล่เกลี่ยข้อพิพาทระหว่างเหยื่อและ
ผู้กระทำผิด (victim-offender mediation) ที่นิยมใช้ใน
ปัจจุบันแล้ว รูปแบบการประชุมกลุ่มครอบครัว (family
group conference) การลงโทษโดยรูปแบบการ
พิจารณาแบบล้อมวง (circle sentencing) และรูปแบบ
คณะกรรมการบูรณาการชุมชน (community
reparative board) (จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2550) ยัง
มิได้มีผู้ปฏิบัติกล่าวถึงในการศึกษานี้ ส่วนปัจจัยที่
นำไปสู่ความสำเร็จของการยุติความขัดแย้ง คือ คณะ
ผู้เสียหายได้รับเยียวยาที่เพียงพอ นั่นคือตัวผู้รับบริการ
เอง รวมถึงญาติคนรู้จักที่สื่อสารด้วย ส่วนทักษะการ
สื่อสารที่เข้าใจและการเข้าหาอย่างสม่ำเสมอมีผลดี
อยู่บ้าง อย่างไรก็ตามผู้ไกล่เกลี่ยที่ทำงานใน
สถานพยาบาลเอกชนยังกล่าวถึงความพยายามลดการ
เยียวยาในรูปแบบเงิน กำหนดเป็นปัจจัยหนึ่งใน
ความสำเร็จที่สำคัญ เช่นเดียวกับการยุติก่อนพิพาทใน
ชั้นศาลหรือกระจายสู่สื่อสังคมกว้าง ไม่มีอำนาจการ
ตัดสินใจ รวมถึงต้องบริหารงานด้านอื่นไปด้วย จึงทำให้
เกิดความกดดันในการปฏิบัติงาน รวมทั้งปัญหาการขาด

โอกาสฝึกอบรมทักษะเช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติที่สังกัดสถานพยาบาลของรัฐ ล้วนเป็นปัจจัยตรงข้ามกับปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จดังกล่าวข้างต้นอีกด้วย

อภิปรายผล (Discussion)

จากการสำรวจจากผู้ปฏิบัติด้านบริหารความขัดแย้งพบว่าลักษณะของความขัดแย้ง ส่วนมากมีแหล่งที่มาจากทำให้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการสื่อสารเป็นสัดส่วนสูงสุด เมื่อพิจารณาร่วมกับข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้ปฏิบัติกล่าวถึงการรับรู้ว่าการสื่อสารทำให้เกิดจากการบริการ เช่น ผู้ให้บริการที่สื่อสารให้เข้าใจว่าปัญหาเกิดจากผู้ให้บริการคนก่อนหน้า (แพทย์พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่) หรือผลลัพธ์แตกต่างจากความคาดหวัง โดยอาจไม่ได้รับคำอธิบายที่มากเพียงพอ ดังกรณีที่ผู้รับบริการกล่าวว่าตนทราบถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการสืบค้นด้วยตนเอง และทราบปัญหาดังกล่าวหลังจากยินยอมทำหัตถการไปแล้ว สิ่งเหล่านี้จึงย้ำถึงความสำคัญของทักษะการสื่อสาร การขอความยินยอมก่อนทำหัตถการ (informed consent) ที่สมบูรณ์ และสอดคล้องกับผลการศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีนเกี่ยวกับอุปสรรคเมื่อแพทย์ขอความยินยอมก่อนผ่าตัด ซึ่งหากมิได้จัดการประเด็นต่าง ๆ อาจนำไปสู่ความขัดแย้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ (Ni Gong, Yinhua Zhou, Yu Cheng, et. al., 2018) อันได้แก่

1) การให้ข้อมูลเพื่อให้ทราบไม่เพียงพอ ตั้งแต่เกี่ยวกับอาการผิดปกติและตัวโรคของผู้ป่วย ลักษณะกระบวนการที่ผู้ป่วยต้องรับการตรวจและรักษา ระยะเวลาหรือความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาหรือหากไม่ได้รับการรักษา ฯลฯ ให้แก่ผู้รับบริการ (ผู้ป่วย ญาติและบุคคลที่เกี่ยวข้องอื่น)

2) ความรู้ทางการแพทย์ที่แตกต่างกันระหว่างแพทย์และผู้รับบริการ ทำให้ต้องอาศัยความเข้าใจและลักษณะของการสื่อสารจึงต้องทำให้ผู้รับบริการเข้าใจในข้อมูลต่าง ๆ เช่น การหลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะทางการแพทย์หรือตัวย่อ (jargon) ความพยายามสื่อสารในเนื้อหาที่ยากต่อความเข้าใจ ฯลฯ

3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งนำไปสู่โอกาสทำความเข้าใจหรือทราบว่ายอีกฝ่ายมีความคิดความต้องการอย่างไรไม่เพียงพอ รวมทั้งการพัฒนาความไว้วางใจ (trust) ที่แพทย์ไม่สามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ซับซ้อนได้ทั้งหมด ผู้รับบริการบางส่วนจึงพยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเองและเชื่อถือข้อมูลดังกล่าวซึ่งอาจนำมาใช้กับภาวะในปัจจุบันได้มากน้อยแตกต่างกัน

ประกอบกับปัจจุบันหลักสูตรการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ สนใจความเข้าใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมากขึ้น จากการสรุปในประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งประเทศไทยครั้งที่ 11 เมื่อ พ.ศ.2553 ได้ส่งเสริมทักษะการสื่อสารของแพทย์ (communication) มากขึ้น ปรับเปลี่ยนจากความสัมพันธ์ลักษณะผู้ปกครอง (paternalistic model) ที่สื่อสารทางเดียว กลายเป็นลักษณะที่ปรึกษาหรือผู้ให้คำแนะนำ (interpretative or deliberative model) ที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตกลงบริการ มีโอกาสเลือก สื่อสาร และตั้งประเด็นความคาดหวังได้สอดคล้องกับแพทย์ผู้รักษาได้มากขึ้น ลดปัญหาจากการไม่ตรงกันของเป้าหมาย (incongruence) ซึ่งเป็นอีกด้านหนึ่งของการก่อตัวความขัดแย้ง นอกจากนี้การแพทย์ในปัจจุบันพยายามส่งเสริมแนวคิดเวชจริยศาสตร์ให้กับนักศึกษาแพทยศาสตร์ เพื่อให้วิชาชีพแพทย์ยังคงมีมาตรฐานในตัวเองแม้จะมีความเปลี่ยนแปลงทางสังคมหรือกระแสธุรกิจสุขภาพมาก

ขึ้น (ตรีชา แซ่จิง, 2554) แม้จะนำมาบรรจุในหลักสูตรเป็นเวลานาน กระทั่งปัจจุบันแล้วก็ตาม ปัญหาเรื่องการสื่อสารยังคงเป็นประเด็นหลักและก่อให้เกิดความขัดแย้งในบริการทางการแพทย์ ส่งสัญญาณหนึ่งว่าการพัฒนาวิธีการเรียนการสอนด้านการสื่อสารยังมีความจำเป็น และควรให้ความสำคัญในทุกระดับของการเรียนการสอน

อีกประการหนึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ ผลกระทบของความเสียหายต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นตัวกระตุ้นให้ความขัดแย้งรุนแรงขึ้น สอดคล้องกับหลักการของยุทธธรรมเชิงสมานฉันท์ที่มุ่งเน้นให้เกิดการเยียวยาความเสียหาย การแสดงออกของผู้กระทำผิดถึงความรับผิดชอบต่อความทุกข์ของผู้เสียหาย จนนำไปสู่การให้อภัยได้ต่อมา เช่นเดียวกับหลักการเยียวยาทั่วไปที่กระบวนการยุทธธรรมเชิงสมานฉันท์จะแสวงหาวิธีการที่สมดุลระหว่างความต้องการของเหยื่อผู้กระทำผิด และชุมชนผ่านกระบวนการที่ธำรงไว้ซึ่งความปลอดภัยและศักดิ์ศรีของทุกฝ่าย (Carolyn Boyes-Watson, 2014) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะนำเอาความรู้สึกรับต่อความเสียหายที่ผู้รับบริการประสบ มิได้มุ่งเน้นหาสาเหตุว่าเป็นความตั้งใจมากน้อยเพียงใด และเน้นการช่วยเหลือเยียวยาจากปัญหาที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับแพทย์ที่พยายามรักษาข้อแทรกซ้อน (complication) ของโรคเมื่อเกิดปัญหาจากวินิจฉัยแรก (primary diagnosis) โดยความขัดแย้งนั้นก็เป็นโรคหนึ่งที่เกิดขึ้นรอผู้รักษาเยียวยา ประกอบกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น ที่พบว่า การใช้โทรเวชปฏิบัติ (telemedicine) ทดแทนการตรวจรักษาแบบปกติเกิดความขัดแย้งทางการแพทย์ได้ ส่วนมากเกี่ยวข้องกับการสื่อสารที่ผิดพลาด (miscommunication) ในกรณีที่ไม่มีความประมาทเลินเล่อ (non-negligence) แต่เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่ามี การสื่อสารที่ผิดพลาดแล้ว การเยียวยาในเชิงบวก (positive compensation) สามารถจัดการกรณี

ดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญ (Nariaki Aoki, Kenji Uda, Sachiko Ohta, et al, 2008) เมื่อประกอบกับข้อมูลว่า ปัญหาของความขัดแย้งที่ผู้เสียหายไม่พึงพอใจ สิ่งหนึ่งมาจากตำแหน่งและการตอบสนองของผู้ทำหน้าที่ใกล้เคียงนั้นไม่สามารถเยียวยาได้เพียงพอ อุปสรรคที่ผู้ปฏิบัติพบว่ามี การโดนกดดันให้ให้พุดคุยในทิศทางที่เสียประโยชน์น้อยที่สุด เหล่านี้ย่อมไม่สามารถส่งเสริมให้เกิดองค์ประกอบของยุทธธรรมเชิงสมานฉันท์ได้ นอกจากนี้ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กระบวนการส่วนใหญ่จะเกิดในโรงพยาบาลที่เป็นคู่ขัดแย้งในเชิงให้ความเข้าใจแก่ผู้เสียหาย แต่ลักษณะตกลงกันผ่านบุคคลภายนอกนั้นกระทำกันน้อย ส่งผลให้ผู้เสียหายเกิดข้อสงสัยใน “คนกลาง” ที่มีตำแหน่งในโรงพยาบาลคู่ขัดแย้ง จึงต้องอาศัยทักษะของผู้ทำหน้าที่เจรจาไกล่เกลี่ยมากยิ่งขึ้น (ปิยานี รอดบำรุง, วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2560) ดังนั้นจึงควรเพิ่มบุคลากรภายนอก (third party) เข้าร่วมในการพิจารณาเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและลดความขัดแย้งทางการแพทย์ พัฒนาการสื่อสารของบุคลากรเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันและลดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ (ปริยากร กมุทธชาติ, 2559)

ทว่าทรัพยากรบุคคลที่ปฏิบัติงานด้านบริหารความขัดแย้งมีข้อจำกัด พบว่าทั้งหมดเป็นบุคลากรในสถานบริการตนเอง เกือบทั้งหมดเป็นบุคลากรทางการแพทย์และส่วนมากไม่เคยอบรมในหลักสูตรจัดการความขัดแย้ง เจรจาไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์ แม้จะมีประสบการณ์ในหน่วยงานเฉลี่ยถึงสิบปี แต่ยังมี ความต้องการความรู้และฝึกฝนทักษะเฉพาะเพิ่มเติม ซึ่งกรณีนี้แม้เป็นเทคนิคการเจรจาต่อรองมากกว่าการเจรจาไกล่เกลี่ยโดยคนกลางเพราะมีเพียงสองฝ่าย หลักการสำคัญในการเจรจาต่อรองที่ควรยึดถือปฏิบัติ คือ 1. ยอมรับสถานะของคู่ขัดแย้ง หรือคู่กรณี 2. เข้าใจจุดยืน

มุมมองและเหตุผลของคู่กรณีฝ่ายตรงข้าม 3. เห็นส่วนดีของคู่เจรจาไม่ว่าจะเป็นทัศนคติหรือพฤติกรรม 4. มองคู่เจรจาว่า เป็นผู้ที่สามารถเป็นฝ่ายเดียวกับเราได้ หรือจะตกลงกันได้ โดยได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน และ 5. เจรจากับคู่เจรจาอย่างสุภาพและเปิดเผย (วันชัย วัฒนศัพท์, 2563) คล้ายคลึงกับหลักการเจรจาใกล้เคียงโดยคนกลางที่อาศัยความเข้าใจในจุดยืนจุดสนใจ เทคนิควิธีการสื่อสาร (effective communication) และรับฟังอย่างตั้งใจ (active listening) ซึ่งปัจจุบันมีการฝึกอบรมมากขึ้นหลังจากมี พรบ.ใกล้เคียงข้อพิพาท พ.ศ.2562 แล้วผู้บริหารจึงสมควรสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าฝึกอบรม และมอบหมายผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมบริหารความขัดแย้งร่วมกับผู้ปฏิบัติหน้าที่บริหารความขัดแย้ง แสดงความตั้งใจเยียวยาในสิ่งที่ผู้รับบริการสูญเสียตามกำลังและความเหมาะสม โดยมีผู้ปฏิบัติใช้ทักษะดังกล่าวและแสดงความเป็นกลางให้มากเท่าที่จะเป็นไปได้ จึงจะเพิ่มโอกาสประสบความสำเร็จในการจัดการก่อนเข้าสู่กระบวนการศาลในด้านรูปแบบการจัดการความขัดแย้งในปัจจุบัน นอกจากการเจรจา ยังมีการเสนอให้บริการจากสถานพยาบาล และเงินเยียวยาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพในลักษณะไม่พิสูจน์ถูกผิด (non-litigable compensation) ซึ่งไม่อาจสรุปได้ว่าวิธีการใดที่เกิดประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าต่อการเยียวยาและต่อทั้งสองฝ่ายมากที่สุดเนื่องจากกระบวนการส่วนใหญ่เป็นการเจรจาต่อรอง รวมทั้งขึ้นอยู่กับจุดสนใจของแต่ละกรณีที่มีความแตกต่างกัน กระนั้นยังพบว่ามีความขัดแย้งจำนวนมากสามารถยุติได้ด้วยกระบวนการดังกล่าว ซึ่งช่วยลดระยะเวลาและทรัพยากรอันเกิดจากขั้นตอนของศาลยุติธรรมได้

เมื่อกล่าวถึงการพัฒนากระบวนการบริหารความขัดแย้งทางการแพทย์ที่ได้กล่าวไว้นั้น ยังสามารถพัฒนารูปแบบการประนีประนอมมาเพิ่มโอกาสยุติข้อพิพาท

นอกจากการฟังกอบครัวหรือผู้ที่ได้ผลกระทบจากความเสียหายแล้ว การนำบุคลากรที่มีได้มีส่วนได้ส่วนเสียมาช่วยให้ข้อเสนอแนะในการเยียวยาอย่างเป็นกลางคล้ายการพิจารณาแบบล้อมวง ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดที่แพทย์พยายามไม่วิพากษ์วิจารณ์แนวทางการรักษาของแพทย์ท่านอื่นและลักษณะเพียงนำกรณีศึกษาเข้าประชุมเพื่อค้นหาสาเหตุที่ป้องกันได้เฉพาะทางการแพทย์ (morbidity and mortality conference) ทั้งนี้เป็นความท้าทายที่ผู้รักษาบรรยากาศการประชุมและหลักการช่วยเหลือเยียวยาบนความต้องการบรรเทาผลร้ายไม่ควรสร้างความรู้สึกถูกกระทำต่อผู้ให้บริการที่สร้างความเสียหายดังกล่าว กระทั่งเป็นผู้เสียหายจากกระบวนการดังกล่าวด้วย

ประการสุดท้าย แม้ข้อมูลของผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อความขัดแย้งในบริการทางการแพทย์ในการศึกษาคั้งนี้พบเพียงเล็กน้อย แต่ด้วยรูปแบบของความขัดแย้งของบุคลากรต่อระบบบริหารเกี่ยวกับอุปกรณ์และวัคซีนป้องกันโรคเป็นความขัดแย้งรูปแบบใหม่ ส่วนหนึ่งหากสามารถศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มบุคลากรผู้ได้รับผลกระทบอาจพบปัจจัยและวิธีการบริหารความขัดแย้งที่แตกต่างจากผู้ให้และผู้รับบริการทางการแพทย์กรณีอื่นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้การศึกษานี้มีข้อจำกัดในจำนวนผู้ให้คำตอบงานวิจัยที่ไม่สามารถมากเพียงพอกับปริมาณกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรสถานพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลทั้งหมดได้ อย่างไรก็ตามจุดเด่นในการศึกษานี้เป็นการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของการบริหารความขัดแย้งทางการแพทย์อย่างรอบด้าน และศึกษาในสถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง แตกต่างจากกรณีศึกษาในอดีต

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1) ควรส่งเสริมทักษะและความรู้ของผู้ปฏิบัติหน้าที่บริหารความขัดแย้งอย่างรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์แล้วหรือไม่ เช่น ทักษะเชิงสมรรถนะ (soft skill) ทักษะการสื่อสารและการเจรจาไกล่เกลี่ย ความรู้เกี่ยวกับ พระราชบัญญัติไกล่เกลี่ยข้อพิพาท พ.ศ.2562 เป็นต้น เพื่อลดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมและสามารถเลือกกระบวนการที่หลากหลายกว่าเจรจาไกล่เกลี่ยดังที่กระทำมาเป็นหลัก

2) ควรมีผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจ เขียวาร่วมในกระบวนการบริหารความขัดแย้ง เพื่อลดความกดดันในตัวผู้ปฏิบัติที่ไม่สามารถตัดสินใจได้มากนัก และสามารถตัดสินใจเพื่อสร้างการเยียวยาที่เหมาะสมต่อผู้ได้รับความเสียหาย

3) ควรเชิญผู้ไกล่เกลี่ยคนกลางหรือมอบหมายให้ผู้ประสานที่มีความเป็นกลางมากที่สุดในการเจรจา ข้อยุติความขัดแย้ง เพื่อลดความรู้สึกที่ไม่เป็นกลางของผู้ได้รับความเสียหายต่อผู้ปฏิบัติ และเปลี่ยนแปลงจากการเจรจาต่อรอง (negotiation) ที่ต่างจากการเจรจาไกล่เกลี่ย (mediation) ที่แท้จริง

4) ควรส่งเสริมให้ฝึกฝนทักษะการสื่อสารในรูปแบบการเรียนรู้ตลอดชีพ เนื่องจากการฝึกทักษะ

ดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาไม่เกิน 10 ปี และความคาดหวังของผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงตามยุคสมัยที่เปลี่ยนไปอยู่เสมอ เพื่อลดการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการตอบสนองที่อาจสร้างความรู้สึกไม่เห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการเมื่อเกิดความเสียหายขึ้น

5) ควรพัฒนารูปแบบการบริหารความขัดแย้ง โดยนำทฤษฎีต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งหลักยุทธธรรมเชิงสมานฉันท์ที่มุ่งเน้นให้เกิดการเยียวยาความเสียหายและตระหนักถึงการรับรู้ความผิด การให้อภัย อาจเป็นเครื่องมือหนึ่งในการช่วยเหลือให้ยุติความขัดแย้งมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้ อันเป็นความต้องการของทั้งผู้รับบริการที่ต้องการหายจากความเจ็บป่วยและผู้ให้บริการที่ต้องการปฏิบัติหน้าที่โดยมิได้หวังให้เกิดความเสียหาย

6) ควรให้ความสำคัญของการเพิ่มทรัพยากรเชิงระบบ เพื่อลดปัญหาการส่งต่อ รอคอยรับบริการในสถานบริการของรัฐ และเพิ่มกลไกการควบคุม เพื่อลดปัญหาความรู้สึกเสียประโยชน์ เช่น ค่าบริการที่สูง ในสถานบริการเอกชน ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมด้วยการกำหนดมาตรฐานหรือกลไกตลาดก็ตาม เพื่อลดโอกาสความขัดแย้งอันเนื่องมาจกระบบการส่งต่อ การรอคอยดังที่ได้กล่าวมาในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง (References)

- Aoki, N., Uda, K., Ohta, S., Kiuchi, T., & Fukui, T. (2008). Impact of miscommunication in medical dispute cases in Japan. *International journal for quality in health care. journal of the International Society for Quality in Health Care*, 20(5), 358–362.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn028>
- Boyes-Watson, C. (2014). Restorative Justice Definitions. Retrieved from
<https://www.suffolk.edu/college/centers/15970.php>

- Gong, N., Zhou, Y., Yu, C., Chen, X., Li, X., Wang, X., Chen, G., Chen, J., Meng, H., & Zhang, M. (2018). Practice of informed consent in Guangdong, China: A qualitative study from the perspective of in-hospital patients. *BMJ Open*, 8(10), 1-10.
- Kamutthachai, P. (2016). Case Studies of Medical Conflict Management in a Hospital. *Public Health & Health Laws Journal*, 2(2), 191-208. (In Thai)
- Kaur, K., Bhardwaj, M., Kumar, P., Singhal, S., Singh, T., & Hooda, S. (2016). Amniotic fluid embolism. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*, 32(2), 153–159.
<https://doi.org/10.4103/0970-9185.173356>
- Khunkitti, W. (2014). Legal Immunity for Medical Professionals. *Hauchiew Chalermprakiet Law Journal*, 5(2), 19-34. (In Thai)
- Khunkitti, W., & Nualthaisong, K. (2017). Results of Doctor and Nurse's Complaints: Study in Northeastern of Thailand. *Srinagarind Medical Journal*, 32(4), 366–371. Retrieved from <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/96704> (In Thai)
- Lajchasaewee, W. (2014). Legal Immunity for Medical Professionals. *Hauchiew Chalermprakiet Law Journal*, 5(2), 19-34. (In Thai)
- Rodbamrung, P., Wisarith, W. Experiences of Using the Art of Successful Mediation in Professional Nurses. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(1), 70–85. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/95196> (In Thai)
- Sae-Jeung. (2011). Globalization and Medical Education, the Lesson Learned from 11th Thai Medical Education Conference. Retrieved April 19, 2023, from <https://www.gotoknow.org/posts/451617> (In Thai)
- Ua-amnuay, J. (2007). Restorative Justice Administration: “Alternative Pathway” in Criminal Conflict Resolution for Thai Society. In Ministry of Justice (Ed.), *Restorative Justice* (pp. 9 -28). Cooperative Economics Kasetsart University Printing. (In Thai)
- Wattanasup, W. (2007). *Conflict: The Principles and Problem-solving Tools*. King Prajadhipok Institute. (In Thai)

Burnout of registered nurses in a medical correctional hospital

Suthida Tawitsang¹ Chardsumon Prutipinyo^{2*} Natnaree Aimyong³

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

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

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

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Tawitsang, S., Prutipinyo, C. ., & Aimyong, N. . Burnout of registered nurses in a medical correctional hospital . *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(1), 17–26.

Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/267317

Received: 14 Aug 2023

Revised: 4 Sep 2023

Accepted: 8 Sep 2023

Abstract

The objective of this research was to study the burnout level of registered nurses and analyze the association between stress and burnout level in a medical correctional hospital. Sample size recruited was 134 sets of data, data collection was between March 10 – 31, 2023. Percentage, mean, standard deviation, and multiple logistics regression statistics were conducted.

The overall level of registered nurses' burnout was low, which was categorized normal, with 54.8%. The group with a moderate level of burnout, considered the risk group, with 29.6% . The high-risk group, classified with a tendency to burnout was 14.8% . Those with high stress level was 6.29 times the risk of burnout compared to the low stress group (p-value = 0.006).

Recommendation is that administrators should use the research results as guidelines for promoting mental health care in prisons and correctional facilities, such as assessing, screening, mental health evaluation, counseling clinic, as well as being a guideline to promote mental health for other personnel in prisons and correctional institutions of the Department of Correction.

Keywords; burnout syndrome; stress; a medical correctional hospital

ภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

สุธิดา ทวิชสังข์¹ ฉัตรสุนน พฤตนิญโญ^{2*} ณัฐนารี เอมยงค์³

1 นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 14 สค.2566

วันแก้ไข 4 กย.2566

วันตอบรับ 8 กย.2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟ และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ รวบรวมข้อมูลได้ 134 ชุด ช่วงระหว่างวันที่ 10 – 31 มีนาคม 2566 ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Multiple Logistics Regression ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

ภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปกติร้อยละ 54.8% อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงภาวะหมดไฟร้อยละ 29.6% อยู่ในระดับสูงซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีแนวโน้มภาวะหมดไฟร้อยละ 14.8% พบว่าความเครียดระดับสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ 6.29 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มความเครียดน้อย ($p\text{-value}^* = 0.006$)

การวิจัยนี้มีข้อเสนอ ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพสภาพทางจิตให้บุคลากรในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ได้ อาทิ การตรวจ คัดกรอง ประเมินสุขภาพจิต คลินิกให้คำปรึกษารักษาสุขภาพจิต รวมทั้งเป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตให้บุคลากรอื่นๆ ในเรือนจำและทันตสถาน ของกรมราชทัณฑ์ได้

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟ; ความเครียด; ทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

บทนำ (Introduction)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout Syndrome) คือ ความรู้สึกอ่อนล้าทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการเผชิญกับความเครียดเรื้อรังในการทำงานต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกจัดไว้ใน International Classification of Diseases 11th Revision (ข้อมูลจาก Burn-out an "occupational phenomenon" : International Classification of Diseases 2019) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ มีลักษณะปัญหา 3 ด้านคือ 1) มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกสูญเสียพลังงานทางจิตใจ 2) มีความรู้สึกต่อต้านและมองงานของตนเองในทางลบ 3)ประสิทธิภาพทางวิชาชีพลดลง เป็นปัญหาที่พบในบุคลากรที่มีอาชีพในการที่ต้องดูแลผู้อื่น โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ (กรมสุขภาพจิต 2019) Christina Maslach (1997) ได้มีการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือวัดภาวะหมดไฟที่มีชื่อว่า Maslach Burnout Inventory ซึ่งใช้ในการศึกษาภาวะหมดไฟในกลุ่มอาชีพต่างๆ และพบว่าในวิชาชีพพยาบาลมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะหมดไฟสูง โดยสาเหตุของภาวะหมดไฟ ได้แก่ สมดุลชีวิตการทำงาน ปริมาณงาน บุคลากร การควบคุมงาน การให้รางวัล ค่านิยม ความเป็นธรรม ชุมชน รูปแบบการทำงาน ความต้องการทางจิตวิทยาและความซับซ้อนของงาน ปัจจัยสนับสนุนสภาพแวดล้อมในการทำงานและลักษณะโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (ข้อมูลจาก Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review 2013)

ทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์มีสถานะเป็นหน่วยพยาบาลของราชการ ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นแม่ข่ายของสถานพยาบาลในเรือนจำ/ทันตสถาน 7 แห่ง ได้แก่ เรือนจำพิเศษ

กรุงเทพมหานคร เรือนจำกลางคลองเปรม เรือนจำมีนบุรี เรือนจำพิเศษธนบุรี ทันตสถานหญิงกลาง ทันตสถานบำบัดพิเศษกลาง ทันตสถานหญิงธนบุรี รวมถึงรับ-ส่งต่อผู้ต้องขังป่วย จากเรือนจำและทันตสถานต่างๆทั่วประเทศเพื่อเข้ากระบวนการบำบัดรักษา (ประวัติทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ 2565) ดังนั้นลักษณะของการปฏิบัติงานจึงอยู่ภายใต้บริบทที่มีความเฉพาะ ด้านกฎระเบียบ และข้อบังคับ ซึ่งสามารถทำให้เกิดความเครียดในการทำงาน และเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

ความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ เกิดจากด้านลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้กฎระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายเข้ามาควบคุมในการให้การรักษา โดยเริ่มตั้งแต่กฎระเบียบในการเข้าพื้นที่ทันตสถานโรงพยาบาล จะไม่สามารถนำโทรศัพท์ส่วนตัวเข้าไปในเขตพื้นที่ปฏิบัติงานได้ ขาดการติดต่อกับภายนอก การมีข้อกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน ต้องปฏิบัติตามนโยบายควบคุมผู้ต้องขังของกรมราชทัณฑ์ที่ทำให้ลำบากใจในการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย (ทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ 2565) การส่งต่อการรักษามีความเสี่ยงในการที่ผู้ต้องขังจะหลบหนี บางครั้งต้องทำงานเกินบทบาทหน้าที่ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ เพื่อช่วยชีวิตผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ภาระงานมากจากการขาดแคลนบุคลากร ทำให้ชั่วโมงการเข้าเวรพยาบาลยาวนาน หรือมีความถี่ (Sawasdiapanic, 2015) นอกจากนี้ด้วยการเข้า-ออกของผู้ต้องขัง และผู้ต้องขังที่มีจำนวนมาก ทำให้เมื่อเกิดโรคระบาด การปรับรูปแบบการทำงานแบ่งพื้นที่เป็นสถานที่กักตัว และโรงพยาบาลสนามเพื่อดูแลผู้ต้องขังป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 เพื่อลดการระบาดในเรือนจำ รวมถึงการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกัน มีการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ให้ผู้ต้องขัง เจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไปอาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่

น้อยเมื่อเทียบกับภาระงาน (Sawaengdee, 2017) การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ จะกระทบต่อสมดุลชีวิตและเกิดเป็นความเครียดได้ (Sangtong, 2012) ความเครียดในระยะแรกอาจส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย (M Haroon Burhanullah et al, 2021) ปวดศีรษะ ตึงบริเวณกล้ามเนื้อ ปวดอาการ นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิได้ (Sarafino EP & Smith TW, 2014) แต่ในระยะยาวจะก่อให้เกิดภาวะหมดไฟได้ในที่สุด (Selye H, 1956)

เมื่อองค์กรใดเกิดความเหนื่อยหน่ายจะทำให้ส่งผลกระทบต่อกระบวนการปฏิบัติงานได้จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษา ภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ เพื่อให้ทราบถึงผลและสะท้อนความเป็นจริงของสุขภาพทางจิตใจ ที่มีผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ การลดปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงาน และเป็นแนวทางในการพัฒนากลไกด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อสร้างความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตการทำงาน ทั้งเป็นแนวทางในการสร้างขวัญและกำลังใจให้พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในกรมราชทัณฑ์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อวัดระดับภาวะหมดไฟ ของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับระดับภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

วิธีการวิจัย (Research Method)

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ จำนวน 154 คน โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก

ประชากรของงานวิจัยใช้สูตรแบบคำนวณขนาดตัวอย่างของ Finite Population จากสูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างดังกล่าว ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน

เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพของทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีจำนวนจำกัด มีการหมุนเวียนงานแต่ละแผนก ผู้ทำการวิจัยจึงเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด จำนวน 154 คน โดยขนาดตัวอย่างที่ตอบกลับอย่างสมบูรณ์ต้องไม่น้อยกว่า 110 คน โดยรวบรวมข้อมูลได้ 134 ชุด คิดเป็นร้อยละ 87 ช่วงระหว่างวันที่ 10 – 31 มีนาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจากการค้นคว้าทบทวนงานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลโดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินภาวะหมดไฟ Burnout Self-Test Maslach Burnout Inventory (MBI) จำนวน 22 ข้อ แบบสอบถามฉบับศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (Worawasuwat, 2020) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินระดับความเครียดจำนวน 20 ข้อแบบสอบถามฉบับ Suanprung Stress Test 20 ของกรมสุขภาพจิต (Mahatnirunkul, 1997)

นอกจากนี้ได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา(Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบหาความเชื่อมั่น(Reliability) ของเครื่องมือในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพส่วนกลางกรมราชทัณฑ์ เรือนจำกลางบางขวาง เรือนจำจังหวัดนนทบุรี เรือนจำพิเศษกรุงเทพมหานคร เรือนจำกลางคลองเปรม ทันตสถานหญิงกลาง ทันตสถานบำบัดพิเศษกลาง ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนโดยได้ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient)ในส่วนแบบสอบถามประเมินภาวะหมดไฟแบบสอบถามประเมินระดับความเครียด แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการทำงาน แบบสอบถามการรับรู้

ความสามารถตนเองเท่ากับ 0.80, 0.94, 0.93 และ 0.90 ตามลำดับ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาการวิจัยจาก คณะกรรมการในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 อนุมัติ โครงการวิจัยเอกสารเลขที่ COA. No. MUPH 2022-143

ผลการศึกษา (Research results)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.4) อายุระหว่าง

24 – 32 ปี (ร้อยละ 36.6) สถานภาพโสด(ร้อยละ 54.5) การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 80.6) ประสบการณ์การทำงานน้อยสุดอยู่ที่ 7 เดือนและมากที่สุดที่ 30 ปี (min = 0.7 max =30)ตำแหน่งในระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ68.7) ชั่วโมงการทำงานเท่ากับหรือมากกว่า 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 68.7) มีชั่วโมงการนอนเท่ากับมากกว่า 6 ชั่วโมง (ร้อยละ39.6) มีรายได้ 15,000 – 25,000 บาท (ร้อยละ 48.5) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.3)

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณลักษณะส่วนบุคคล (N=134)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ 100
เพศ		
หญิง	105	78.4
ชาย	29	21.6
อายุ (ปี) $\bar{X}$ =36.62 S.D.= 8.45 min=24 max=59		
24 – 32	49	36.6
33 – 40	45	33.6
41 – 49	27	20.1
> = 50	13	9.7
สถานภาพ		
โสด	73	54.5
สมรส	54	40.3
หม้าย / หย่าร้าง	7	5.2
การศึกษา		
ปริญญาตรี	108	80.6
ปริญญาโท	26	19.4
ประสบการณ์การทำงาน (ปี / เดือน) $\bar{x}$ = 6.78 S.D. = 7.7 min = 0.7 max =30		
ตำแหน่ง		
ปฏิบัติการ	92	68.7
ชำนาญการ	39	29.1
ชำนาญการพิเศษ	3	2.2
	42	31.3

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ 100
ชั่วโมงการทำงาน	92	68.7
<= 8 ชั่วโมง/วัน		
>= 8 ชั่วโมง/วัน		
ชั่วโมงการนอน		
<= 6 ชั่วโมง/วัน	53	39.6
>= 6 ชั่วโมง/วัน	81	60.4
รายได้ (บาท)		
15,000 – 25,000	65	48.5
25,001 – 35,000	31	23.1
35,001 – 45,000	13	9.7
45,001 – 50,000	13	9.7
>50,000	12	9
ไม่มีโรคประจำตัว	113	84.3
มีโรคประจำตัว	21	15.7

ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในทัตตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปกติ จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงภาวะหมดไฟ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 อยู่ในระดับสูงซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีแนวโน้มภาวะหมดไฟ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8

ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ที่มีค่าคะแนน 14.90 (SD = 14.56) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปกติ จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2 รองลง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงภาวะหมดไฟ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 และอยู่ในระดับสูง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีแนวโน้มภาวะหมดไฟ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 ด้านการลดความเป็นบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับ

ต่ำ ที่มีค่าคะแนน 6.24 (SD = 7.53) โดย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปกติ จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 รองลง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงภาวะหมดไฟ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 และอยู่ในระดับสูง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีแนวโน้มภาวะหมดไฟ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ที่มีค่าคะแนน 17.03 (SD = 16.15) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง จำนวน 111 คน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปกติ คิดเป็นร้อยละ 82.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงภาวะหมดไฟ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 และอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีแนวโน้มภาวะหมดไฟ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4

ตารางที่ 2 ภาพรวมภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์
(n = 134)

ภาวะหมดไฟรายด้าน	ระดับภาวะหมดไฟ			ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)			
ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์	88 (65.2)	26 (19.3)	20 (14.8)	14.9	14.56	ต่ำ
การลดความเป็นบุคคล	83 (61.5)	36 (26.7)	15 (11.1)	6.24	7.53	ต่ำ
ความสำเร็จส่วนบุคคล	10 (7.4)	13 (9.6)	111 (82.2)	17.03	16.15	สูง
สรุปภาวะหมดไฟโดยรวม	74 (54.8)	40 (29.6)	20 (14.8)	37.97	25.4	ต่ำ

หมายเหตุ : ภาวะหมดไฟสูง หมายถึง มีคะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลในระดับสูง แต่ความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับต่ำ, ภาวะหมดไฟปานกลาง หมายถึง มีคะแนนทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และภาวะหมดไฟต่ำ หมายถึง มีคะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลในระดับต่ำ แต่ความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง

ผลการวิเคราะห์ระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ มีความเครียดโดยรวมในระดับน้อย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 และระดับปานกลางจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 49.3 ซึ่งเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน รองลงมา มีความเครียดในระดับสูง ซึ่งเกิดจากได้รับความเดือดร้อนจากสิ่งต่างๆ หรือ เหตุการณ์รอบตัว จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1 รองลงมา มีความเครียดในระดับสูงมาก ซึ่งเกิดจากความเครียด

อย่างต่อเนื่องหรือกำลังเผชิญกับวิกฤตของชีวิต จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 ระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในทันตสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 42.65 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.66 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เงินไม่เพียงพอใช้จ่าย การไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ กลัวการทำงานผิดพลาด มีอาการปวดหลัง และมีกล้ามเนื้อตึงหรือปวดตามลำตัว

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพใน
 ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ (n = 134)

ระดับวัดความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (0 – 23 คะแนน)	9	6.7
ระดับปานกลาง (24 – 41 คะแนน)	66	49.3
ระดับสูง (42 – 61 คะแนน)	43	32.1
ระดับสูงมาก (62 คะแนนขึ้นไป)	16	11.9
$\bar{X}$ = 42.63, S.D. = 15.6		

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับความเครียดกับ Regression พบว่าความเครียดระดับสูงมีความเสี่ยงต่อ
 ภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพในทัณฑสถาน ภาวะหมดไฟ 6.29 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มความเครียด
 โรงพยาบาลราชทัณฑ์ด้วยสถิติ Multiple Logistics น้อย (p-value* = 0.006)

ตารางที่ 4 Multivariate Logistics Regression ของปัจจัยความเครียดต่อการเกิดความภาวะหมดไฟในของ
 พยาบาลวิชาชีพในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ (n = 134)

ตัวแปร	ภาวะหมดไฟ		
	ORa	95% CI of OR Lower Upper	p-value*
ความเครียด น้อย (Reference.)			
ปานกลาง	2.03	0.90 4.58	.088
สูง	6.29	1.70 23.26	.006

* p-value from adjusted logistic regression with variable คุณภาพชีวิตในการทำงาน และ การรับรู้ความสามารถในตนเอง

* ORa from adjusted odds ratio

อภิปรายผล (Discussion)

จากการศึกษาพบว่าภาวะหมดไฟของพยาบาล
 วิชาชีพในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ส่วนใหญ่อยู่ใน
 ระดับต่ำซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปกติร้อยละ 54.8% อยู่ในระดับ
 ปานกลาง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงภาวะหมดไฟร้อยละ
 29.6 % อยู่ในระดับสูงซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีแนวโน้ม
 ภาวะหมดไฟ ร้อยละ 14.8 โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ
 Sumalai Piyawadee (2021) ได้ศึกษาภาวะหมดไฟในการ

ทำงานของพยาบาลวิชาชีพ สถาบันบำราศนราดูร เมื่อ
 ศึกษาทางด้านพบว่าภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพ
 ในทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ด้านความอ่อนล้าทาง
 อารมณ์ระดับต่ำ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปกติร้อยละ 65.2% ส่วน
 ใหญ่ไม่รู้สึกท้อแท้ใจในการทำงาน มีความอดทนกับงานที่
 ทำ และเมื่อเลิกปฏิบัติงานสามารถพักผ่อนได้ไม่รู้สึก
 อ่อนเพลียตอนตื่นนอนและตอนเช้าทำงาน ด้านการลด
 ความเป็นบุคคลระดับต่ำร้อยละ 61.5% ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม

ปกติ ส่วนใหญ่ปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่เป็นผู้ต้องขังตามหลักสิทธิมนุษยชน สามารถใส่ใจต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบริการได้ เพื่อลดความรู้สึกด้านอารมณ์หรือความแข็งแกร่งของตนเองได้ และความสำเร็จส่วนบุคคลระดับสูงร้อยละ 82.2% ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มปกติ ส่วนใหญ่มีรู้สึกได้สร้างสิ่งที่มีคุณค่ามากให้งานที่ทำอยู่ ทำงานให้เกิดชีวิตที่ดีขึ้นด้านสุขภาพของผู้รับบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ Petrelli F et al (2020) ได้ศึกษาอาการเหนื่อยหน่าย:การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับประชากรของพยาบาลในเรือนจำอิตาลี ความอ่อนล้าทางอารมณ์ของพยาบาลในการทำงานลดลง เนื่องด้วยการเพิ่มขึ้นของตัวแปรอิสระที่พบในด้านความสำเร็จส่วนบุคคลและอายุได้

ความเครียดของ พยาบาลวิชาชีพในทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ สอด คล้องกับ Promsarn Simaporn (2021) ที่ศึกษาเรื่อง ความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลศิริราชระหว่างการรักษายาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปานกลางร้อยละ 45.1 ซึ่งพบว่าในพยาบาลวิชาชีพทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ส่วนใหญ่มีความเครียดโดยรวมในระดับน้อยและปานกลาง ร้อยละ 56.3% เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันที่มีสิ่งกระตุ้นหรือพบกับสถานการณ์ สำคัญ เช่น การให้บริการด้านสุขภาพต่อผู้ต้องขังอย่างใกล้ชิด การปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เสี่ยงและไม่น่าอภิรมย์ จึงส่งผลให้มีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะ ประหม่า วิตกกังวล จากสถานการณ์ที่ไม่คุ้นชินได้ ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไปที่ยังไม่รุนแรงจนเกิดอันตรายแก่ร่างกาย แต่ขณะเดียวกันมีงานวิจัยของ Zare S, Esmaili R, Kazemi R, Naseri S, Panahi D (2021) ที่พบว่า 87% ของการประเมินความเครียดจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่เผชิญกับผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลในจังหวัดเยอรมัน ประเทศอิหร่านพบว่าพยาบาลมีระดับความเครียดปานกลาง และความเครียดสูง ซึ่งความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ

ในทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ที่มีระดับสูงร้อยละ 32.1% นั้นเป็นการจัดการที่ไม่ดี อาจเนื่องจากมีความขัดแย้งกันระหว่างจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพกับกฎหมายและกฎระเบียบเรือนจำ/ทัศนสถาน กลัวการทำงานผิดพลาด ความไม่เพียงพอของทรัพยากร ความเครียดในระดับสูงมาก ร้อยละ 11.9% มีปัญหาความเครียดสะสม แสดงออกทางกาย เช่น ตึง ปวดเมื่อย ปวดศีรษะบ่อยครั้ง หรือไม่สามารถรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วงได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Natasha Khamisa, Karl Peltzer, Brian Oldenburg, Dragan Ilic (2017) ผลของความเครียดส่วนบุคคลและในการทำงานต่อความเหนื่อยหน่าย ความพึงพอใจในงาน และสุขภาพโดยทั่วไปของพยาบาลในโรงพยาบาลในแอฟริกาใต้ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ที่มีความเครียดสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ 6.29 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเครียดน้อย ($p\text{-value}^* = 0.006$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จัดทำโครงการเพื่อการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ อาทิ การตรวจ คัดกรอง ประเมินสุขภาพจิตให้บุคลากรในทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตหรือนำเข้าสู่ต่อในระบบการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
2. จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในบุคลากรในทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ เพื่อผ่อนคลายความเครียด ความกดดันจากการทำงาน อาทิ จัดกีฬาสันทนาการในหน่วยงาน การอบรมระยะสั้นนอกสถานที่ เป็นต้น
3. จัดทำเวทีเพื่อเชิดชูเกียรติ ให้แก่บุคลากรในทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงานทุกระดับตำแหน่ง เพื่อเป็นขวัญกำลังใจลดความรู้สึกเหนื่อยล้าทางอารมณ์จากการปฏิบัติหน้าที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารกรมราชทัณฑ์ที่
อนุเคราะห์อนุญาตให้เข้าดำเนินการเก็บวิจัย ณ ทัณฑ
สถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

ขอขอบคุณ พยาบาลวิชาชีพในทัณฑสถาน
โรงพยาบาลราชทัณฑ์ทุกท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่า
และยินยอมให้ข้อมูลด้วยการเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบ
แบบสอบถาม เพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Burhanullah M Haroon, Pamela Rollings-Mazza, Jeffrey Galecki, Michael Van Wert, Thomas Weber, Mansoor Malik.
(2021). Mental Health of Staff at Correctional Facilities in the United States During the COVID-19
Pandemic. *Front Psychiatry*, 12: 767385.
- Mahatnirunkul Suwat, Tapanya Pimmat. (1997). The Construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population.
Journal of SuanPrung Psychiatric Hospital, 13(3).
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. (1997). Maslach burnout inventory: Scarecrow Education.
- Ministry of Public Health, Department of Mental Health of Thailand. (2019). Burnout syndrome 2019. Available
from: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2270>.
- Natasha Khamisa, Karl Peltzer, Brian Oldenburg, Dragan Ilic. (2017). Effect of personal and work stress on burnout,
job satisfaction and general health of hospital nurses in South Africa. *Health SA Gesondheid*, 22(1):
252-258.
- Petrelli F, Cangelosi G, Scuri S, Davidici C, Lavoragna F, Debernardi G, et al. (2020). Burnout syndrome: a preliminary
study of a population of nurses in italian prisons. *Clin Ter*, 171(4): e304-e9.
- Promsam Simaporn, Promsam Piyanat, Rattanasangloet Kanokwan. (2021). Stress and burnout of healthcare
worker (HCW) at Siriraj Hospital during the medical treatment of COVID-19 patients. *Royal Thai Army
Medical Journal*, 74 (3): 197-204.
- Sangtong Naiyana. (2012). The development of guideline for stress and job burnout reduction among professional
nurses of Samut Sakhon Hospital. Silpakorn University.
- Sarafino Edward P, Timothy W. Smith. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*: John Wiley & Sons.
- Sawaengdee Krisada. (2017). Crisis of Nursing shortage in Health Service Facilities under Office of Permanent
Secretary, Ministry of Public Health: Policy Recommendations. *Journal of Health Science*. March – April
5-12.
- Sawasdiapanic Nantaga, Phuekte Supa, Sriyaporn Ankana, Chawmathag Chulepon. (2015). Work Experience of
Nurses in Thai Correctional System. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(3): 39-53.
- Selye H. 1956. What is stress. *Metabolism*, 5(5): 525-30.
- Sumalai Piyawadee. (2021). The Register Nurses' Burnout in Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. *Journal of
Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(2)
- Worawasuwat Nanthawadee. (2020). The Development of Model to Enhancing Psychological Immunity and
Burnout Prevention for Health Region 7 Health Officials: EPI-BP Model Research and Development Health
System *Journal*, 13(2): 603-613

World Health Organization. (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.

Zare S, Esmaili R, Kazemi R, Naseri S, Panahi D. (2021). Occupational stress assessment of health care workers (HCWs) facing COVID-19 patients in Kerman province hospitals in Iran. *Heliyon*, 7(5): 07035.

Activity-based costing of Complete Denture Services at Sena Hospital, Phra Nakhon Sri Ayutthaya Province

Boonyanuch Songmuang¹ Nittaya Pensirinapa^{2*} Warangkana Chankong²

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

2 School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Songmuang, B., Pensirinapa, N. ., & Chankong, W. Activity-based costing of Complete Denture Services at Sena Hospital, Phra Nakhon Sri Ayutthaya Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(1), 27–44. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/267989

Received: 19 Sep 2023

Revised: 1 Oct 2023

Accepted: 20 Oct 2023

Abstract

The objectives of this research were to analyze unit cost of complete denture by activity-based costing method, and to compare with the reimbursement rates of each patient's medical service-scheme.

This descriptive research used data related to the activity-based costs of complete denture by both service providers and clients' perspective, as times, salary based from subdivision of finance, material and durable articles from dental supply register and subdivision of supplies. Research instruments were developed for the score of IOC (Index of Item Objective Congruence) 0.79 to 0.82 and then analyzed to determine percentages, averages and standard deviation. Data were collected from 15 November 2022 to 30 June 2023

The results showed that the unit cost of complete denture was 5,230.34 baht with the direct costs in descending order were 3,738.83 baht for material cost, 1,046.33 baht for labour cost, and 445.18 baht for capital cost – a cost ratio of 20.00: 71.48: 8.51. When comparing the unit cost with the rate of service fee reimbursement according to the patient's rights, the cost was lower than the CSMBS at 769.66 BHT, but higher than the Universal Coverage package and Social Security Services package at 830.34 BHT. Study recommendations are: the hospital should outsource for private companies for dental prosthetic work according to the process, and develop the treatment guidelines to seamless procedures, for cost savings. Additionally, the medical care rights agency should have policy adjustment in service fee rates according to the service cost, and support for cost analysis of other dental services.

Keywords: Activity-based costing, Complete denture , Reimbursement rate

ต้นทุนฐานกิจกรรมบริการในงานฟื้นฟูทั้งปากถอดได้ฐานอะคริลิกของ

โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บุญนุช ทรงม่วง¹ นิตยา เพ็ญศิริภา^{2*} วรางคณา จันทรงค์²

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 19 กย.2566

วันแก้ไข 20 กย.2566

วันตอบรับ 20 ต.ค.2566

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนบริการต่อหน่วยของงานฟื้นฟูทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก และเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการบริการกับอัตราค่าบริการเบิกจ่ายตามสิทธิของผู้รับบริการ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประชากร คือ ข้อมูลด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับปริมาณงานและเวลาที่ปฏิบัติตามการให้บริการงานฟื้นฟูทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก รวมถึงข้อมูลฐานเงินเดือน ข้อมูลวัสดุและครุภัณฑ์ มีการพัฒนาเครื่องมือการวิจัยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.79 ถึง 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนมิถุนายน 2566

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของงานฟื้นฟูทั้งปากถอดได้ฐานอะคริลิกเท่ากับ 5,230.34 บาท เป็นต้นทุนค่าแรง 1,064.33 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ 3,738.83 บาท และต้นทุนค่าลงทุน 445.18 บาท เป็นสัดส่วน 20.00 : 71.48 : 8.51 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยกับอัตราค่าบริการตามสิทธิของผู้รับบริการ พบว่าต้นทุนมีค่าน้อยกว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 769.66 บาท มีค่ามากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม 830.34 บาท ข้อเสนอแนะ คือโรงพยาบาลควรทำข้อตกลงกับบริษัทเอกชนในการส่งทำชิ้นงานฟื้นฟูตามขั้นตอนต่างๆ และจัดทำแนวทางการรักษาเพื่อลดบางขั้นตอนของการทำงานส่งผลให้ประหยัดต้นทุนมีนโยบายปรับอัตราค่าบริการในบางสิทธิให้สอดคล้องกับแนวโน้มต้นทุนที่สูงขึ้น รวมถึงการสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ต้นทุนงานบริการประเภทอื่นๆ

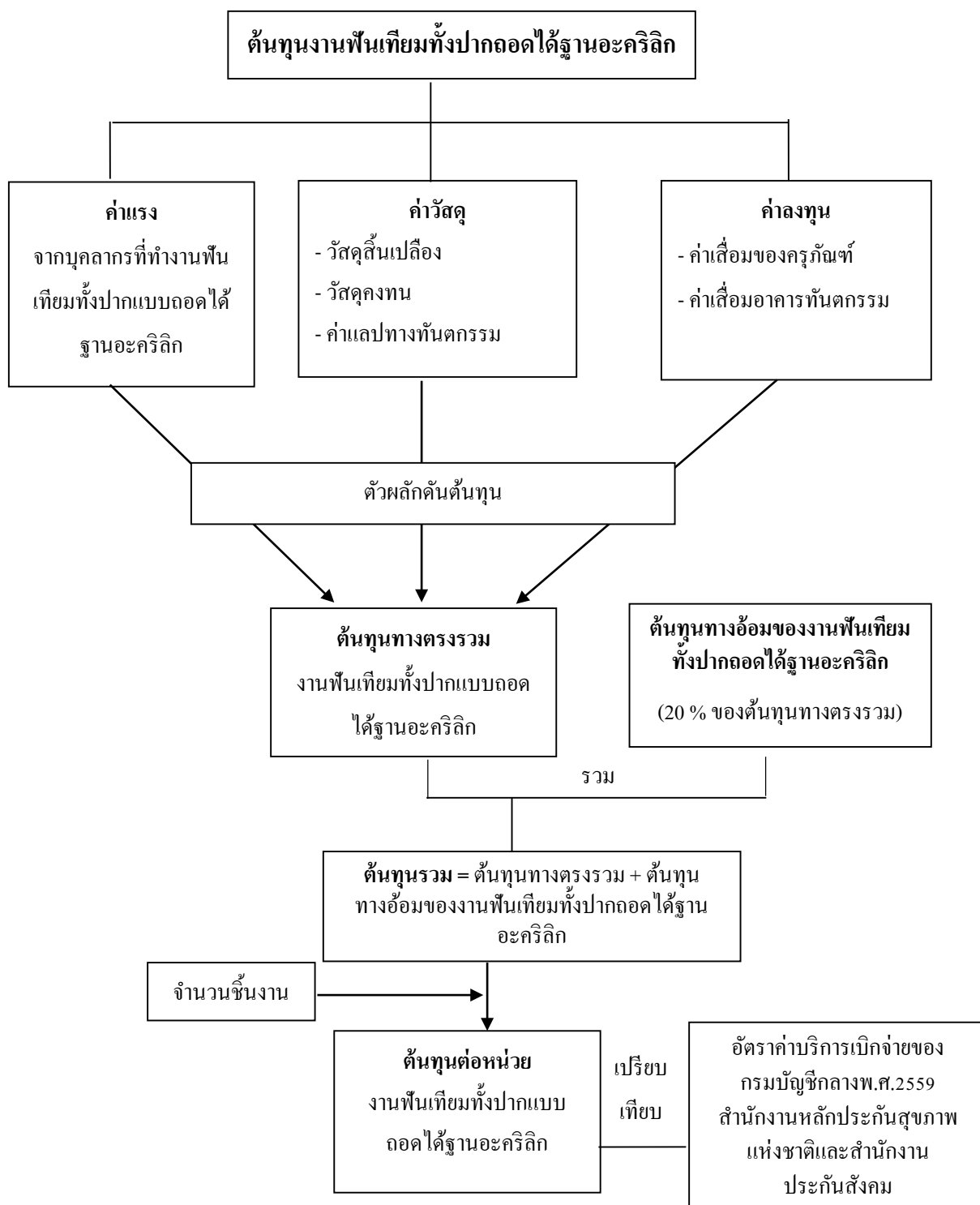
คำสำคัญ ต้นทุนฐานกิจกรรม งานฟื้นฟูทั้งปากถอดได้ฐานอะคริลิก อัตราค่าบริการ

บทนำ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิในการรักษาพยาบาล (Office of the Council of State, 2002) เพื่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วยเมื่อต้องเข้าโรงพยาบาลสถานพยาบาลของรัฐจะได้รับงบประมาณ และสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลชดเชยคืนจากกองทุนสวัสดิการของสิทธิการรักษาพยาบาล 3 กองทุนหลัก ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สิทธิประกันสังคมจากสำนักงานประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจากกรมบัญชีกลาง สำหรับงานบริการทางทันตกรรมแต่ละกองทุนจะมีการจ่ายชดเชยด้วยวิธีการและอัตราค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกัน ดังนั้น สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นการเหมาจ่ายรายหัว โดยงบประมาณของการบริการทันตกรรมจะถูกรวมอยู่ในส่วนงบประมาณของผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้แยกหมวดบริการสุขภาพช่องปากไว้โดยเฉพาะ สิทธิประกันสังคมเบิก โดยสามารถเบิกได้จากเหตุการณ์บางประเภท ได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย และผ่าฟันคุด ในวงเงิน 900 บาทต่อปี ซึ่งถ้าใช้หมดงบประมาณที่กำหนดไว้ผู้ป่วยจะต้องชำระเงินเอง และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเบิกคืนตาม fee for service รายเหตุการณ์ โดยไม่รวมสิทธิการเบิกในบริการประเภทส่งเสริมและป้องกัน (Lapying, n.d.)

แผนกทันตกรรมจัดเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ของโรงพยาบาลจากการให้บริการรักษาผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยนอก ส่วนของงานบริการมีหลายประเภททั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูทางทันตกรรม โดยงานทันตกรรมฟื้นฟูฟันนั้นเป็นงานหนึ่งที่มีความสำคัญโดยเฉพาะในสังคมผู้สูงอายุ ที่ต้องมีการใส่ฟันเทียมทดแทนการสูญเสียฟัน และจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนทางทันตกรรมพบว่าประเภทของงานทันตกรรมที่มักจะพบว่ามีต้นทุนที่สูงกว่า

ราคาที่สามารถเบิกได้จากกองทุน คือ งานทันตกรรมประดิษฐ์หรืองานฟันเทียม เนื่องจากงานประเภทนี้มีต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองที่มีราคาแพง รวมถึงขั้นตอนการรับส่งงานจากโรงพยาบาลไปผลิตชิ้นงานฟันเทียมที่บริษัทเอกชน(แลปทันตกรรม)ตามใบคำสั่งจากทันตแพทย์ ทำให้มีต้นทุนเพิ่มขึ้นจากค่าแลปทันตกรรมเพื่อผลิตชิ้นงานฟันเทียม โดยงานวิจัยนี้ได้เลือกงานฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิกชนิดใส่ทั้งขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง เนื่องจากต้นทุนในงานบริการประเภทนี้จะสูงกว่าฟันเทียมแบบถอดได้ประเภทอื่นๆ (Wannapoglang, 2017; Boonlumsun, 2017 ; Kanokkaew, 2018) รวมถึงมีขั้นตอนการรับบริการหลายขั้นตอนและมีคิวการรอรับบริการของโรงพยาบาลเสนานานกว่าฟันเทียมประเภทอื่นๆ โดยทุกสิทธิการรักษาสามารถเรียกเก็บค่าทดการนี้ได้จากกองทุนโดยมีอัตราเบิกแตกต่างกัน ดังนั้น สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถเรียกเก็บได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ด้วยจำนวนเงิน 4,400 บาท สิทธิประกันสังคมจะต้องสำรองจ่ายเงินเองก่อนแล้วนำไปเสร็จไปเรียกเก็บจากสำนักงานประกันสังคมโดยราคาเบิกเท่ากับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่สามารถเรียกเก็บได้จากกรมบัญชีกลาง ด้วยจำนวนเงิน 6,000 บาท จึงสามารถสรุปได้ว่าอัตราของราคาเบิกงานฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิกของกรมบัญชีกลางจะสามารถเบิกได้มากกว่า 1,600 บาท (Lapying, n.d.; The Comptroller General's Department, 2016; Social Security Office, 2023) และเนื่องจากแผนกทันตกรรมโรงพยาบาลเสนายังไม่เคยมีการวิเคราะห์ต้นทุนการบริการทางทันตกรรมมาก่อน ดังนั้นจึงมีแนวคิดที่วิเคราะห์ต้นทุนงานฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิกเพื่อเปรียบเทียบกับอัตราที่เบิกได้จากกรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประกันสังคม เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริหารจัดการประสิทธิภาพทางด้านต้นทุนของหน่วยงานทันตกรรมต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

3.1 เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนบริการต่อหน่วยงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิกของแผนกทันตกรรมโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3.2 เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนกิจกรรมการบริการงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิก ของแผนกทันตกรรมโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กับอัตราค่าบริการเบิกจ่ายตามสิทธิของผู้รับบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บทั้งข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ต้นทุนโดยใช้ระบบวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-based Costing : ABC) แบบ Bottom up approach โดยพิจารณาต้นทุนประเภทตามแหล่งกำเนิดได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน เนื่องจากเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงานที่ดำเนินการ ทำให้สามารถวางแผนบริหารจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากรตามประเภทของต้นทุนในหน่วยงานของตนเองได้ และเนื่องจากการทำงานฟื้นฟูทั้งปวงถอดได้ฐานอะคริลิกมีหลายขั้นตอนของการรับบริการ รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้หลายชนิดและแตกต่างกันไป การเลือกวิธีนี้สามารถดูรายละเอียดของประเภทต้นทุนและบริหารจัดการต้นทุนได้ตรงจุดเพื่อให้เกิดการประหยัดทรัพยากรในการทำงาน โดยรวบรวมทั้งข้อมูลปฐมภูมิ คือ ข้อมูลด้านปริมาณงานและข้อมูลด้านเวลาที่ปฏิบัติตามความเป็นจริงในการให้บริการ โดยที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับบริการตั้งแต่เริ่มจนถึง

กระบวนการงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิก และข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลเงินเดือนของบุคลากรแผนกทันตกรรมที่ให้บริการงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิกในช่วงระยะเวลาที่ทำงานวิจัยจากแผนกการเงิน และข้อมูลวัสดุและครุภัณฑ์จากทะเบียนคุมพัสดุและครุภัณฑ์ในแผนกทันตกรรม และค่าเสื่อมอาคารจากแผนกพัสดุ โดยช่วงเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 8 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิโดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกการเก็บข้อมูล คือผู้ป่วยจะต้องได้รับบริการตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดกระบวนการงานฟื้นฟูทั้งปวงถอดได้ฐานอะคริลิก ทั้งนี้ข้อมูลการให้บริการทำฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิก ที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลเสนาจะมีระบบการจัดลำดับการเข้าคิวรับบริการ จนกระทั่งการให้บริการเสร็จสิ้นในกระบวนการบริการงานฟื้นฟูทั้งปวงหนึ่งคน จึงจะเริ่มทำการนัดหมายคนถัดไป ดังนั้นในการเลือกช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลจากประชากรที่ศึกษาจึงไม่แตกต่างกันและสามารถเป็นตัวแทนของประชากรที่มาเข้ารับบริการงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิกของโรงพยาบาลเสนาได้ โดยในช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูลมีผู้มารับบริการงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิกทั้งสิ้น 30 ราย และผู้ให้บริการ 12 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้น อาศัยการศึกษาจากเอกสาร ทฤษฎีและการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนการบริการในโรงพยาบาลอื่นๆ มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูล ส่วนที่เกี่ยวข้องกับราคา การคิดต้นทุนในการให้บริการฟื้นฟูได้แก่

1.1 แบบบันทึกค่าแรง (LC) ของบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลเสนา มีข้อมูลได้แก่ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนตำแหน่ง เงินเพิ่มพิเศษสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (P4P) และเงินอื่นๆที่ได้จากการทำงานระบบราชการ

1.2 แบบบันทึกการเบิกวัสดุ ของรายละเอียดวัสดุทางทันตกรรมที่ใช้ทำงานฟื้นฟูทั้งปากแบบ ถอดได้ฐานอะคริลิกแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ วัสดุ สิ้นเปลืองและวัสดุคงทน ซึ่งเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และ ค่าแลปทันตกรรม จัดรวมอยู่ในหมวดวัสดุสิ้นเปลือง

1.2.1 วัสดุสิ้นเปลือง (MC1) ข้อมูลที่รวบรวม ได้แก่ รายการวัสดุ ราคาวัสดุราคาต่อบรรจุภัณฑ์ ปริมาณทั้งหมดต่อบรรจุภัณฑ์ หน่วยวัด ราคาต่อหน่วยวัด

1.2.2 วัสดุคงทน (MC2) ข้อมูลที่รวบรวม ได้แก่ รายการวัสดุ ราคาต่อชิ้น การคิดราคาเฉลี่ยต่อครั้ง

1.3 แบบบันทึกค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ทันตกรรม (CC) ของรายละเอียดครุภัณฑ์ทุกรายการที่ใช้ในงานฟื้นฟูทั้งปากถอดได้ฐานอะคริลิก รวมถึงอาคารที่ตั้งฝ่ายทันตกรรมในโรงพยาบาล โดยคิดเป็นค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ทันตกรรมและอาคารด้วยวิธีเส้นตรง (Straight line method) ครุภัณฑ์ใดมีอายุเกินการใช้งานที่เกินตามเกณฑ์ค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ถาวรสำหรับหน่วยงานภาครัฐ จะไม่นำครุภัณฑ์นั้นมารวมคำนวณ ข้อมูลที่บันทึกได้แก่ ชื่อรายการครุภัณฑ์ เลขรหัสครุภัณฑ์ ราคาครุภัณฑ์ ปี พ.ศ.ที่เริ่มใช้งาน อายุการใช้งาน ค่าเสื่อมราคาต่อปี ค่าเสื่อมราคาต่อวันที่

2. แบบบันทึกสถิติจำนวนชิ้นงานฟื้นฟู ในช่วงระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลเพื่อทำการศึกษา วิเคราะห์ต้นทุน

3. แบบบันทึกการรวบรวมข้อมูลต้นทุนงานฟื้นฟู เป็นการใส่ข้อมูลสรุปทั้งหมด ได้แก่ จำนวน ครั้งของกิจกรรม เวลาทำกิจกรรม ต้นทุนทางตรง (ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน) ต้นทุนทางอ้อม (ได้แก่ ต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ที่เกี่ยวข้องกับงานฟื้นฟูทั้งปากถอดได้ฐานอะคริลิก โดยคิดจากร้อยละ 20 ของต้นทุนทางตรงรวม เช่นเดียวกับอัตราการคิดค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 โดยจะคิดรวมกับต้นทุนทางตรงในทุกกิจกรรม ยกเว้นกิจกรรมการส่งแลปเอกซเรย์ที่จะไม่นำต้นทุนทางอ้อมเข้าไปคำนวณรวมด้วย) และต้นทุนรวมกิจกรรมทั้งหมดต่อหน่วย

กระบวนการพัฒนาคูณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลในงานวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและเป็นทันตแพทย์จำนวน 3 ท่านทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยทำการทดสอบแบบประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในส่วนของ พ จ น า นุ ก ร ม ก ิ จ ก ร ร ม (CVI : Content validity index) ด้วยคะแนน 0.79 และดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC : Index of Item Objective Congruence) ด้วยคะแนน 0.82 จากนั้นจึงทำการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามที่คุณวุฒิเสนอแนะอีกครั้ง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการเก็บข้อมูลวิจัย ผ่านสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัย

ธรรมาธิราช เลขที่โครงการวิจัย IRB-SHS
2020/1004/99 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 ถึง
13 พฤศจิกายน 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นเตรียมการ

รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลค่าแรง
บุคลากรในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย ข้อมูล
ทะเบียนรายการวัสดุ ข้อมูลทะเบียนรายการครุภัณฑ์
ในแผนกทันตกรรม รวมถึงการกำหนดแผนการซึ่ง
นำนักวัสดุประเภทวัสดุสิ้นเปลืองที่อยู่ในรูปแบบ
ของเหลว ของเหลวในหลอด หรือรูปแบบผง ที่ใช้
ทำงานฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก

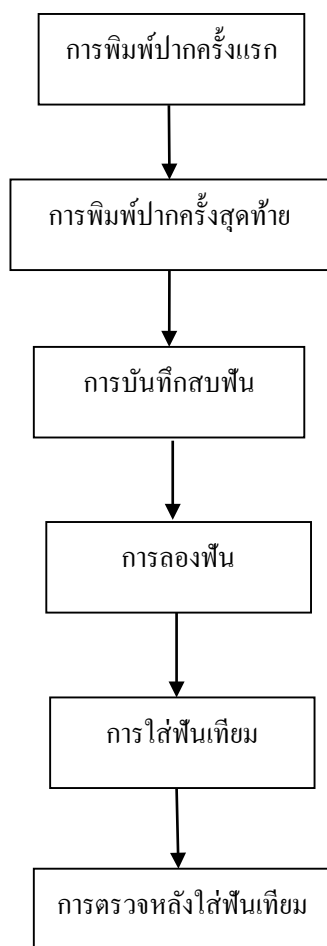
ขั้นตอนการ

ผู้วิจัยนำหนังสือจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์
สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์
ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บข้อมูลตาม
ระยะเวลาที่ทำการวิจัยรวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของ
การศึกษาและวิธีการศึกษาและขอความร่วมมือในการ
เก็บรวบรวมข้อมูลของบุคลากรในแผนกทันตกรรมที่
ทำงานฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก ใน
การทำงานแต่ละครั้งแล้วเริ่มดำเนินการรวบรวม
ข้อมูล

ตารางที่ 1 รายละเอียดการคำนวณประเภทของต้นทุน

ประเภทของต้นทุน	รายละเอียดการคำนวณ
ต้นทุนรวม (Full cost)	ต้นทุนทางตรงรวม + ต้นทุนทางอ้อมรวม
ต้นทุนทางตรง (Direct cost)	ต้นทุนค่าแรง + ต้นทุนค่าวัสดุ + ต้นทุนค่าลงทุน
ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost)	20% ของต้นทุนทางตรงรวม
ต้นทุนค่าแรง (Labor cost)	มีหน่วยเป็นบาทต่อหน้าที่ โดยคิดจากเวลาทำงานต่อวัน 7 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ต่อเดือน
ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง	มีหน่วยเป็นบาทต่อครั้ง โดยคำนวณต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองทั้งหมดที่ใช้ในกิจกรรมต่อครั้ง $\text{ค่าแรงต่อหน้าที่ของบุคลากร} = \frac{\text{ค่าแรงรวมเฉลี่ยในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาค่าแรงต่อหน้าที่ของบุคลากร} = \frac{60 \times 7 \times 5 \times 4}{60 \times 7 \times 5 \times 4}}$
ต้นทุนค่าวัสดุคงทน	มีหน่วยเป็นบาทต่อครั้ง โดยคิดจาก 1 ครั้งต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ 52 สัปดาห์ต่อปี โดย กำหนดอายุการใช้งาน 10 ปีในการนำมาคิดราคาต้นทุน $\text{ค่าเสื่อมราคาของวัสดุคงทนต่อครั้ง} = \frac{\text{ราคาเฉลี่ยวัสดุคงทนต่อชิ้น}}{1 \times 5 \times 52 \times 10}$
ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost)	มีหน่วยเป็นบาทต่อหน้าที่ คำนวณค่าเสื่อมราคา คิดแบบค่าเสื่อมราคาเส้นตรง (Straight Line Method) โดยคิดจากเวลาทำงานต่อวัน 7 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ 52 สัปดาห์ต่อปี $\text{ค่าเสื่อมราคาของทรัพย์สินต่อหน้าที่} = \frac{\text{ราคามูลค่าทรัพย์สินสุทธิ}}{60 \times 7 \times 5 \times 52 \times \text{จำนวนปีที่ใช้งาน}}$

กิจกรรมหลักการให้บริการงานฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก



1. การพิมพ์ปากครั้งแรก เป็นขั้นตอนการพิมพ์ปากเพื่อนำมาเป็นแบบในการศึกษาและขึ้นงาน
2. การพิมพ์ปากครั้งสุดท้าย เป็นขั้นตอนการพิมพ์ปาก ซึ่งให้รายละเอียดของเนื้อเยื่อในช่องปากมากขึ้น
3. การบันทึกสบฟัน เป็นขั้นตอนสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถการกัดสบฟันในตำแหน่งเดิมได้อย่างคงที่ จะมีวัสดุที่ใช้ช่วยสำหรับบันทึกสบฟันบนแท่นกัดขึ้นขึ้น ก่อนส่งแลปเพื่อเรียงซี่ฟันเทียม
4. การลองฟัน เป็นขั้นตอนตรวจการเรียงซี่ฟันเทียมและการสบฟันของซี่ฟันเทียมในช่องปากผู้ป่วย
5. การใส่ฟันเทียม เป็นขั้นตอนที่มีการทดสอบเรื่องการกัดทับของฟันเทียมกับเนื้อเยื่อภายในช่องปาก การสบฟันของฟันเทียม การขัดแต่งฟันเทียมให้เรียบ และการให้คำแนะนำการใช้ฟันเทียมก่อนให้ผู้ป่วยนำฟันเทียมกลับไปใช้ที่บ้าน
6. การนัดตรวจหลังใส่ฟันเทียม เป็นขั้นตอนปรับแก้ไขตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย หลังจากให้ผู้ป่วยนำฟันเทียมกลับไปใช้ที่บ้าน

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทำงานฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก

$$\begin{aligned}
 \text{Total cost} &= \begin{array}{c} \text{Direct Cost} \\ \text{[Labor Cost + Material Cost + Capital Cost]} \\ \text{(LC) \quad (MC) \quad (CC)} \end{array} + \begin{array}{c} \text{Indirect Cost} \\ \text{(20\% of Direct Cost)} \end{array} \\
 \text{Price} &= \begin{array}{c} \text{Total Cost + Future Development Cost} \\ \text{(25\% of Total Cost)} \end{array}
 \end{aligned}$$

ภาพที่ 3 กรอบการกำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุข (2562)

ที่มา Health Administration Division, Ministry of Public Health, (2019)

ผลการวิจัย

1. การแจกแจงต้นทุนรวมงานฟันเทียมทั้งปากแบบ
ถอดได้ฐานอะคริลิก

จากการวิเคราะห์ต้นทุนพบว่าต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 5,230.34 บาท เป็นต้นทุนทางตรงรวมเท่ากับ 4,899.32 บาท ต้นทุนทางอ้อมรวมเท่ากับ 331.02 บาท โดยต้นทุนต่อหน่วยสามารถจำแนกได้เป็นต้นทุนค่าวัสดุมากที่สุดเท่ากับ 3,738.83 บาท คิดเป็นร้อยละ 71.48 รองลงมาคือต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 1,064.33 บาท คิดเป็นร้อยละ 20 และต้นทุนค่าลงทุนเท่ากับ 445.18 บาท คิดเป็นร้อยละ 8.51 และสามารถจำแนกตามขั้นตอนกิจกรรมการให้บริการงานฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิกได้ ดังตารางที่ 2 ดังนี้

1.1 ต้นทุนกิจกรรมการพิมพ์ปากครั้งแรก

เท่ากับ 548.23 บาท

1.2 ต้นทุนกิจกรรมการพิมพ์ปากครั้งสุดท้าย

เท่ากับ 732.54 บาท (เป็นกิจกรรมที่ทำเฉพาะบางราย)

1.3 ต้นทุนกิจกรรมการบันทึกสบฟัน

เท่ากับ 3102.95 บาท

1.4 ต้นทุนกิจกรรมการลองฟัน

เท่ากับ 164.91 บาท

1.5 ต้นทุนกิจกรรมการใส่ฟันเทียม

เท่ากับ 521.90 บาท

1.6 ต้นทุนกิจกรรมการตรวจหลังใส่ฟันเทียม

เท่ากับ 159.81 บาท

ตารางที่ 2 ต้นทุนต่อหน่วยจำแนกตามกิจกรรมและประเภทของต้นทุนแต่ละกิจกรรมในงานฟันเทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก

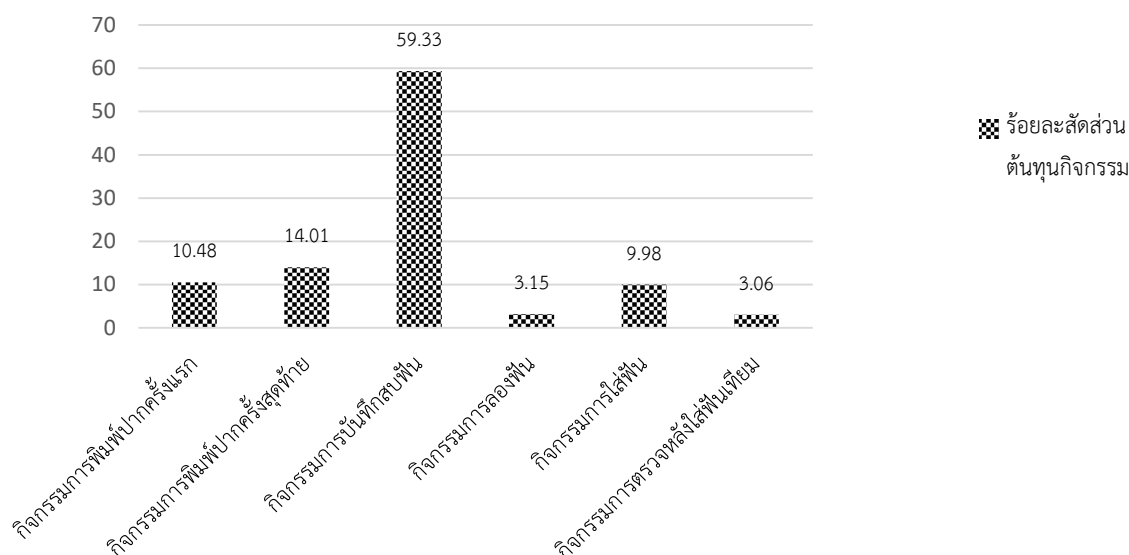
กิจกรรมหลัก	จำนวน (ครั้ง)	ระยะเวลา เฉลี่ย (นาที)	ต้นทุน ค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่า วัสดุ (บาท)	ต้นทุนค่า ลงทุน (บาท)	ต้นทุนต่อ หน่วย (บาท)
1. การพิมพ์ปากครั้งแรก	30	18.96	63.16	429.51	55.56	548.23
2. การพิมพ์ปากครั้งสุดท้าย*	12	38.60	225.75	471.18	35.61	732.54
3. การบันทึกสบฟัน	30	57.97	343.32	2,644.92	114.71	3,102.95
4. การลองฟันเทียม	30	16.16	77.10	27.05	60.76	164.91
5. การใส่ฟันเทียม	30	49.07	275.54	117.29	129.07	521.90
6. การตรวจหลังใส่ฟันเทียม**	16	12.53	61.46	48.89	49.46	159.81
รวม	148	193.29	1,064.33	3,738.83	445.18	5,230.34

* เป็นกิจกรรมที่ทำเฉพาะบางรายที่ต้องได้รับการพิมพ์ปากซ้ำ

** เป็นกิจกรรมที่ทำเฉพาะบางรายที่มีปัญหาหลังใส่ฟันเทียม

2. สัดส่วนต้นทุนบริการงานฟื้นฟูทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก

ร้อยละสัดส่วนต้นทุนกิจกรรมหลักงานฟื้นฟูทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก



สัดส่วนต้นทุนกิจกรรมการพิมพ์ปากครั้งแรก :
 ต้นทุนกิจกรรมการพิมพ์ปากครั้งสุดท้าย : ต้นทุน
 กิจกรรมหลักการบันทึกสปีน : ต้นทุนกิจกรรมการ
 ลงฟัน : ต้นทุนกิจกรรมการใส่ฟันเทียม : ต้นทุน
 กิจกรรมการตรวจหลังใส่ฟันเทียม มีค่าเท่ากับ 10.48
 : 14.01 : 59.33 : 3.15 : 9.98 : 3.06

3. การเปรียบเทียบราคาต้นทุนต่อหน่วยของงานฟื้นฟู
 เทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก แผนกทันต
 กรรม โรงพยาบาลเสนา กับ กับอัตราค่าบริการ
 เบิกจ่ายตามสิทธิของผู้รับบริการ

จากการเปรียบเทียบราคาต้นทุนต่อหน่วยงานฟื้นฟู
 เทียมทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก กับอัตราเบิกค่า
 รักษาสิทธิผู้รับบริการสวัสดิการรักษายาบาล
 ข้าราชการ 6,000 บาท กับสิทธิหลักประกันสุขภาพ
 ถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม 4,400 บาทพบว่า สิทธิ
 สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีอัตราเบิก
 ค่าบริการมากกว่า 769.66 บาท ส่วนสิทธิหลักประกัน
 สุขภาพถ้วนหน้า และ สิทธิประกันสังคมมีอัตราเบิก
 ค่าบริการน้อยกว่า 830.34 บาท ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลต่างต้นทุนต่อหน่วยงานฟื้นฟูทั้งปากแบบถอดได้ฐานอะคริลิก กับอัตราเบิกค่ารักษาของสิทธิการ
 รักษาสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(CSMB) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) และ สิทธิประกันสังคม
 (SSS)

สิทธิการรักษา	อัตราค่าบริการ	ต้นทุนต่อหน่วย	ผลต่าง
CSMBS	6,000 บาท	5,230.34 บาท	+ 769.66บาท
UC, SSS	4,400 บาท		- 830.34 บาท

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ต้นทุนงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิกพบว่าต้นทุนต่อหน่วย 5,230.34 บาท โดยมีต้นทุนค่าวัสดุมีค่าสูงที่สุดเท่ากับ 3,738.83 บาท รองลงมาคือต้นทุนค่าแรงเท่ากับ 1,046.33 บาท และต้นทุนค่าลงทุนมีค่าต่ำที่สุด เท่ากับ 445.18 บาท คิดเป็นสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 20.00 : 71.48 : 8.51

กิจกรรมหลักของงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิกพบว่ากิจกรรมการบันทึกสปีชีส์มีต้นทุนสูงที่สุดเท่ากับ 3,102.95 บาท ส่วนกิจกรรมที่มีต้นทุนต่ำที่สุดคือ กิจกรรมการตรวจหลังใส่ฟันเทียมมีต้นทุนเท่ากับ 159.81 บาท เมื่อพิจารณาเป็นสัดส่วนของประเภทต้นทุนในกิจกรรมการพิมพ์ปากครั้งแรก กิจกรรมการพิมพ์ปากครั้งสุดท้าย กิจกรรมการบันทึกสปีชีส์จะมีสัดส่วนของต้นทุนจากมากไปน้อย คือ ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าลงทุน ตามลำดับ กิจกรรมการลองฟันจะมีสัดส่วนของต้นทุนจากมากไปน้อย คือ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน ส่วนในกิจกรรมการใส่ฟันและ กิจกรรมการตรวจหลังใส่ฟันเทียมจะมีสัดส่วนของต้นทุนจากมากไปน้อย คือ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าลงทุน และต้นทุนค่าวัสดุ ตามลำดับ

ทั้งนี้การทำงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิก ในขั้นตอนการพิมพ์ปากครั้งสุดท้าย เป็นขั้นตอนที่ขึ้นกับการพิจารณาความจำเป็นรายผู้ป่วยของทันตแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยเมื่อทำการวิเคราะห์ต้นทุนด้วยการลดขั้นตอนดังกล่าว พบว่า มีต้นทุนต่อ

หน่วยเท่ากับ 4,460.85 บาท ซึ่งสามารถลดต้นทุนต่อหน่วยได้ถึง 769.49 บาท

อภิปรายผลการวิจัย

ต้นทุนค่าแรงเป็นสัดส่วนอันดับที่สองรองจากต้นทุนค่าวัสดุ เนื่องจากทันตแพทย์ที่ให้บริการงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิกที่อยู่ในช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัย มีตำแหน่งอยู่ในระดับปฏิบัติการ 3 คน และระดับชำนาญการ 3 คน โดยระดับชำนาญการรับเงินประจำตำแหน่ง 3,500 บาทที่ไม่ได้รับเงินไม่ทำเวชปฏิบัติทั้งหมด 4 คน อาจมีผลทำให้ฐานเงินเดือนที่นำมาคิดต้นทุนค่าแรงมีค่าไม่สูงมากนัก

ต้นทุนค่าวัสดุเป็นต้นทุนที่มีสัดส่วนสูงที่สุดในผลการวิจัย เนื่องจากการในการทำงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิก จำเป็นต้องมีการส่งแลปเอกซเรย์เพื่อทำชิ้นงานในเกือบทุกขั้นตอน ยกเว้นกิจกรรมการใส่ฟันเทียม และกิจกรรมการตรวจหลังใส่ฟันเทียม ที่ไม่ต้องส่งแลปเอกซเรย์ ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้จัดราคาค่าแลปในหมวดต้นทุนค่าวัสดุ เสมือน ค่าวัสดุสิ้นเปลืองซึ่งใช้แล้วหมดไปจึงทำให้มีสัดส่วนต้นทุนค่าวัสดุที่สูงกว่าต้นทุนประเภทอื่นๆ สอดคล้องกับ Wannapoglang, (2017) และ Kanokkaew, (2018) ที่พบว่ามีส่วนของต้นทุนค่าวัสดุสูงที่สุดในงานฟื้นฟูทั้งปวงแบบถอดได้ฐานอะคริลิกเช่นกัน Jailae, Akkadechanunt, and Chitpakdee (2020) ได้ทำการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีสัดส่วนของต้นทุนวัสดุสิ้นเปลืองมากที่สุด เนื่องจากการเบิกจ่ายตาม

อัตราค่าบริการแพทย์ฉุกเฉิน หมวดที่ 12 ในกิจกรรมการใช้เครื่องช่วยหายใจที่เป็นการคิดค่าใช้จ่ายต่อวันและการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 8 ชั่วโมง โดยกิจกรรมดังกล่าวมีการคิดรวมค่าออกซิเจนต่อชั่วโมง ค่าสเตอไรด์ของท่อข้อต่างๆ จึงมีส่วนที่ทำให้ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองมีสัดส่วนที่สูง Kidtipornpechdee and Yuphakdee (2017) ทำการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมของคลินิกเลิกระบพหรือโรงพยาบาลดอนพุด จังหวัดสระบุรี จากการวิเคราะห์ต้นทุนพบว่า ต้นทุนค่าวัสดุมีสัดส่วนสูงที่สุด โดยพบกิจกรรมที่มีต้นทุนรวมสูงที่สุด คือ กิจกรรมจ่ายยาและให้คำปรึกษา ซึ่งต้นทุนค่าวัสดุมีค่าสูงที่สุดจึงทำการแยกรายประเภทของวัสดุจึงพบว่าวัสดุยาเป็นส่วนที่ทำให้ต้นทุนค่าวัสดุมีค่าที่สูงกว่าต้นทุนประเภทอื่นๆ

ต้นทุนค่าลงทุนมีสัดส่วนน้อยที่สุด โดยส่วนที่นำมาคำนวณเป็นค่าเสื่อมครุภัณฑ์ทางการแพทย์มีเพียง 2 รายการ ได้แก่ ยูนิตทันตกรรมตัวใหม่ที่นำมาทดแทนตัวเก่าและเครื่องฟอกอากาศ ส่วนพื้นที่ของแผนกทันตกรรมมีอายุเกิน 25 ปี จึงไม่ได้นำมาคิดค่าเสื่อมราคาร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยในโรงพยาบาลที่มีค่าต้นทุนค่าลงทุนต่ำที่สุด ได้แก่ Songwai (2017) ที่ทำการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการทุกหน่วยงาน ของโรงพยาบาลฝางจังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลังในปีงบประมาณ 2558 ผลการศึกษาพบว่า มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 48.06 : 45.84 : 6.10 Thippinwong, Akkadechanunt and Chitpakdee (2020) ทำการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ในการให้บริการผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ โรคไส้เลื่อน และโรคต่อมลูกหมากโต พบว่าทุกโรคที่ให้บริการมี

สัดส่วนต้นทุนค่าลงทุนต่ำที่สุด ดังนี้ ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 59.76 : 40.02 : 0.22 ตามลำดับ และต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการในผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 45.57 : 54.30 : 0.13 ตามลำดับ และ Thaweedej (2021) ที่ทำการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการให้บริการรากฟันเทียมรองรับฟันซี่เดียวของสถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2563 ผลการศึกษาพบว่า มีสัดส่วนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน เท่ากับ 64.87 : 27.42 : 7.71 ตามลำดับ ที่พบว่ามีส่วนต้นทุนค่าลงทุนต่ำที่สุดกว่าทุกประเภทต้นทุน

เมื่อพิจารณาต้นทุนจำแนกรายกิจกรรมพบว่า กิจกรรมการบันทึกการสบฟันมีต้นทุนสูงที่สุดเท่ากับ 3,102.95 บาท โดยต้นทุนค่าวัสดุมีค่าสูงที่สุดเท่ากับ 2,644.92 บาท รองลงมาคือกิจกรรมการพิมพ์ปากครั้งสุดท้ายเท่ากับ 732.54 บาท โดยต้นทุนค่าวัสดุมีค่าสูงที่สุดเท่ากับ 471.18 บาท นอกจากนี้กิจกรรมการพิมพ์ปากครั้งแรกก็ยังมีสัดส่วนของต้นทุนค่าวัสดุที่สูงที่สุดเช่นกัน เนื่องจากทั้งสามกิจกรรมที่กล่าวมาข้างต้น เป็นกิจกรรมที่จำเป็นต้องมีการส่งแลปเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ถูกจัดอยู่ในหมวดต้นทุนค่าวัสดุ โดยกิจกรรมการบันทึกสบฟันจะมีราคาค่าแลปที่สูงที่สุดกว่ากิจกรรมอื่นๆ ส่วนกิจกรรมการลองฟันเทียม กิจกรรมการใส่ฟันเทียมและกิจกรรมการตรวจหลังใส่ฟันเทียม จะไม่มีค่าใช้จ่ายของค่าแลปเอกชน

การเปรียบเทียบผลต่างต้นทุนต่อหน่วยของงานวิจัยต่างๆ กับอัตราเบิกค่าบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ Wannapoglang, (2017) Boonlumsun, (2017) และ Kanokkaew, (2018) พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยงาน

พันเหี้ยมทั้งปากถอดได้ฐานอะคริลิกมีต้นทุนต่อหน่วยต่ำกว่าอัตราเบิกค่าบริการของสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการและสูงกว่าอัตราเบิกค่าบริการของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมทุกงานวิจัย รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างต้นทุนต่อหน่วยของงานวิจัยต่างๆกับอัตราเบิกค่าบริการพันเหี้ยมทั้งปากถอดได้ฐานอะคริลิกจากสิทธิการรักษาพยาบาล

งานวิจัย	จำนวน ชิ้นงาน (คู่)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	เปรียบเทียบอัตราเบิก	
			UC ,SSS (4,400 บาท)	CSMBS (6,000 บาท)
อารยา วรรณโพธิ์กลาง (2559)				
โรงพยาบาลท่าตูม	ไม่ได้ระบุ	4,725.50	- 325.50	+ 1,274.50
รุ่งทิพย์ บุญล้ำสัน (2560)				
โรงพยาบาลบางบ่อ	86	5,809.00	- 1,409.00	+ 191.00
สุจรรยา กนกแก้ว (2561)				
โรงพยาบาลบ้านกรวด	57	4,465.30	- 65.30	+ 1,534.70
งานวิจัย	30	5230.34	- 830.34	+ 769.66

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ การคิดต้นทุนทางอ้อมที่เป็นการปันส่วนมาจากหน่วยงานสนับสนุนมายังหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง โดยโรงพยาบาลเสนา มีโปรแกรมการคำนวณต้นทุน HSCE (Healthcare Service Cost estimation) เวอร์ชัน 3.0.45 โดยในส่วนของต้นทุนทางอ้อมจะใช้วิธีการจัดสรรโดยให้โปรแกรมคำนวณด้วยวิธีการ Simultaneous equations method จนได้ค่าของต้นทุนทางอ้อมมาสู่แผนกทันตกรรม แต่เนื่องจากการ

คิดคำนวณต้นทุนของงานวิจัยนี้เป็นการคิดต้นทุน Activity-based costing ด้วยวิธี Bottom up technique ซึ่งเป็นการคิดต้นทุนโดยเก็บข้อมูลจากการใช้งานจริงในช่วงเวลาที่ทำงานวิจัยจำนวน 148 ครั้ง จากทั้งหมด 5,631 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 2.65 ของจำนวนครั้งที่ให้บริการของแผนกทันตกรรมโรงพยาบาลเสนา ภายในระยะเวลา 8 เดือน (Phra Nakhon Si Ayutthaya Province Public Health Center, 2023) ซึ่งถ้าทำการปันส่วนต้นทุนทางอ้อม

มายังหัตถการที่ทำการเก็บข้อมูล แบบวิธี Top down technique อาจทำให้ได้ค่าที่น้อยกว่าความเป็นจริง อีกทั้งค่าสาธารณสุขูปโภค เช่น ค่าน้ำประปา ค่าไฟฟ้า เป็นค่าใช้จ่ายที่ใช้มีเตอร์ร่วมกันและถูกจัดเป็นหมวดหมู่ของประเภทต้นทุนค่าวัสดุของโรงพยาบาลทำให้ไม่สอดคล้องกับนิยามในการคิดต้นทุนงานฟันเทียมทั้งปากถอดได้ของงานวิจัยนี้ ดังนั้นจึงเลือกใช้วิธีคิดต้นทุนทางอ้อมตามการคิดอัตราค่าบริการกระทรวงสาธารณสุข มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 20 ของต้นทุนทางตรงที่คำนวณได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการศึกษาพบว่าประเภทต้นทุนค่าวัสดุมีค่าสูงที่สุด ดังนั้นควรมีการเปรียบเทียบราคาวัสดุที่เป็นค่าแลกเปลี่ยนหลายแห่งที่รับงานจากแผนกทันตกรรม และทำข้อตกลงร่วมกันในการส่งทำชิ้นงานฟันเทียมตามขั้นตอนต่างๆเพื่อช่วยลดต้นทุนค่าวัสดุ

1.2 ในเคสผู้ป่วยรายที่มีความซับซ้อนหากการพิมพ์ปากมีการคลาดเคลื่อนทำให้ต้องมีการทำซ้ำ และอาจมีปัญหาต้องแก้ไขหลังใส่ฟัน ดังนั้นควรให้ทันตแพทย์ที่มีความชำนาญกว่าเป็นผู้รับเคสที่มีความซับซ้อนเนื่องจากจะใช้เวลาที่น้อยกว่าตามกระบวนการ

ขั้นตอนทำฟันเทียมเป็นการช่วยลดต้นทุนในส่วนค่าแรงได้

1.3 ควรจัดทำแนวทางการรักษาภายในแผนกทันตกรรม โรงพยาบาลเสนา กรณีการเลือกเคสผู้ป่วยในการรับบริการขั้นตอนการพิมพ์ปากครั้งสุดท้าย เพื่อช่วยเรื่องการประหยัดต้นทุนการให้บริการ

1.4 กำหนดนโยบายการเรียกเก็บค่าบริการส่วนเกินในกลุ่มผู้รับบริการบางสิทธิ โดยมีการศึกษาระเบียบที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากต้นทุนมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งจากค่าแรงของบุคลากรที่เพิ่มขึ้นจากอายุการทำงาน มีผลในการเพิ่มอัตราเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่ง รวมถึงการจัดซื้อวัสดุและครุภัณฑ์ โดยเฉพาะครุภัณฑ์ทดแทนในส่วนที่มีอายุการใช้งานจริงเกินอายุประเมิน และสภาพไม่เหมาะกับการนำมาใช้ทำงานได้อีกต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมในงานฟันเทียมประเภทอื่นๆ เช่น งานฟันเทียมบางส่วนแบบถอดได้ ฐานอะคริลิก 1-5 ซี่ และ มากกว่า 5 ซี่ ซึ่งเป็นงานฟันเทียมที่โรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บอัตราเบิกตามสิทธิได้เช่นเดียวกับ งานฟันเทียมทั้งปากถอดได้ฐานอะคริลิก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริหารต้นทุนได้เช่นเดียวกัน

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.

- Health Administration Division, Ministry of Public Health. (2019). *Health Service Fee of Health service unit governed under Ministry of Public Health Year 2019*. Samut Sakhon: Born to be Publishing.
- Phra Nakhon Si Ayutthaya Province Public Health Center. (2023). HDC v4.0. Retrieved from https://aya.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=fc73b811eb6d9206e7e5baf8ad20d7b9.
- Jailae, S., Akkadechanunt, T., & Chitpakdee, B. (2020). Activity-Based Costing of Nursing Activities for Emergency and Critical Patients in Intensive Care Unit, McCormick Hospital, Chiang Mai Province. *Nursing Journal*, 47(4), 431-443.
- 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. (2021). 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), 139-144.
- Kidtipompechdee, K., & Yuphakdee, N. (2017). Activity Based Costing of Smoking Cessation Clinic at Donpud Hospital, Saraburi Province. *Veridian E-journal, Silpakorn University*, 10(3), 214-225.
- Lapying, P. (n.d.). *Article no.93494 Payment mechanism of oral health care system in Thailand*. Retrieved from https://www.cdec.or.th/readonly_page.php?id=59
- Office of the Council of State. (2002). *The National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002)*. Retrieved from <http://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/031.pdf>
- Social Security Office. (2023). *SSO infographic*. Retrieved from https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/446ebbd595451740c6d6971e4e99a89b.pdf
- Songwai, S. (2017). Unit cost analysis of Fang Hospital, Chiang Mai province. *Chiangrai medical journal*, 9(1), 133-146.

Thaweedej, S. (2021). Activity Based Costing of Single Tooth Implant Service in Institute of Dentistry, Department of Medical Services in Fiscal Year 2020. *Journal of the department of Medical Services*, 46(2), 132-138.

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/ว/246 on 16 Jun 2016.

Thippinwong, M., Akkadechanunt, T., & Chitpakdee, B. (2020). Activity-Based Costing of Services in Male Surgical Ward, Uttaradit Hospital. *Nursing Journal*, 47(2), 381-393.

Wannapoglang, A. (2017). Itemized dental service cost of Thatum hospital in fiscal year 2016. *Thai Dental Public Health Journal*, 22(1), 69-78.

Successful Processes and Guidelines for Sustainable Development in the Management of the Village Public Health Volunteer Club, Trang Province

Tawatchai Sunthonnon¹* Soontorn Prabket* Paisit Boonyakawee* Narong Chaitiang**

* Sirindhorn College of Public Health Trang, Praboromarajchanok Institute

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

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

Original article

Abstract

OPEN ACCESS

Citation:

Sunthonnon, T., Prabket, S. ., Boonyakawee, P. ., & Chaitiang, N. . Successful factors and Guidelines for Sustainable Development in the Management of the Village Public Health Volunteer Club, Trang Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(1), 45–61. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/268281

Received: 3Oct 2023

Revised: 4 Oct 2023

Accepted: 21 Oct 2023

This is a qualitative research, analyzing and synthesizing documents from various reliable sources, and collecting multi-dimensional data through the perspective of the informants in the context that appeared as a case study. The objectives are: 1. To study the process of success in the management of village health volunteer clubs in Trang Province. 2. To study the guidelines for developing sustainability in the management of village health volunteer clubs in Trang Province. Data were collected by in-depth interviews, group chat, participatory and non-participant observation from experts with knowledge and experience, by using a selective method on defining the qualifications of qualified experts in groups, for a total of 25 persons, to cover necessary topics in the study. The data were analyzed using the principles of thematic analysis.

Results of the research found that 1. The process of success in managing the Village Health Volunteer Club, Trang Province, came from 7 administrative processes, consisting of 1) Planning 2) Organizing 3) Staffing 4) Directing 5) Coordinating 6) Reporting 7) Budgeting. 2.; Discovering of new knowledge as a guideline for the club's identity, namely "TRANG", consisting of **T**: Teamwork **R**: Responsibility **A**: Area Based **N**: Needs for Developing and **G**: Good Governance. The findings from this research can be used for policy planning and development in the management of village health volunteer clubs in Trang Province towards sustainability.

Keywords: Successful processes; Sustainable Development; Management; Village Public Health Volunteer Club

กระบวนการแห่งความสำเร็จและแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืน ในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

ธวัชชัย สุนทรนนท์¹, สุนทร ปราบเขต, ไพสิฐ บุญยะกวี, ณรงค์ ใจเที่ยง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

1 ผู้ประพันธ์บทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 3 ตค.2566

วันแก้ไข 4 ตค.2566

วันตอบรับ 21 ตค.2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยการวิเคราะห์สังเคราะห์เอกสารจากแหล่งต่างๆที่น่าเชื่อถือและการเก็บรวบรวมข้อมูลหลากหลายมิติโดยผู้ให้ข้อมูลตามบริบทที่ปรากฏเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี ซึ่งมีวัตถุประสงค์คือ 1. เพื่อศึกษากระบวนการแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง 2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ ด้วยวิธีการแบบเลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกลุ่มเพื่อให้ครอบคลุมตามการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 25 คน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า 1. กระบวนการแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง เกิดจากกระบวนการทางบริหารทั้ง 7 กระบวนการประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การจัดการองค์กร 3) การจัดการบุคคล 4) การอำนวยการ 5) การประสานงาน 6) การรายงาน และ 7) งบประมาณ 2. ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมค้นพบองค์ความรู้ใหม่เป็นแนวทางเชิงอัตลักษณ์ของชมรม คือ “TRANG” คือ T : Teamwork การพัฒนา R : Responsibility การพัฒนาความรับผิดชอบต่อสังคม A : Area Based Approach การพัฒนาเชิงพื้นที่ N : Needs for Developing ความต้องการจำเป็น และ G : Good Governance การพัฒนาตามหลักธรรมาภิบาล ซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปวางแผนเชิงนโยบายและดำเนินการพัฒนาในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง สู่ความยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ กระบวนการแห่งความสำเร็จ; การพัฒนาสู่ความยั่งยืน; การบริหารจัดการ; ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ที่มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561 -2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 -2564) นโยบายประเทศไทย 4.0 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals : SDGs) โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ใน 4 ระยะ คือระยะที่ 1 ปฏิรูประบบ (พ.ศ. 2560 -2564) ระยะที่ 2 สร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2565 -2569) ระยะที่ 3 สู่อำนาจยั่งยืน (พ.ศ.2570 -2574) ระยะที่ 4 เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย (พ.ศ.2575 -2579) (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2018) นโยบายสาธารณะจึงเป็นแนวทางการกระทำหรือการเลือกตัดสินใจหรือกฎหมายของรัฐซึ่งได้ตัดสินใจและกำหนดไว้เพื่อชี้แนะให้กระทำตาม อันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายด้วยการวางแผน การจัดทำโครงการการบริหาร กระบวนการดำเนินงาน การปฏิบัติงานที่ตอบสนองความต้องการจำเป็นของประชาชน เพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะที่ดีสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณะได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kenaphoom, S., 2018) นโยบายสาธารณะมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาสังคมประเทศชาติ ทั้งปัจจัยและแนวทางที่มีเนื้อหาสาระที่ดีนำไปใช้ได้จริงจะเป็นปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จที่ส่งผลต่อโอกาสการพัฒนาสู่ความสมบูรณ์แบบได้ดีขึ้น ซึ่งหนึ่งในนโยบายสู่ความสำเร็จในการพัฒนางานสาธารณสุขในระดับชุมชนที่มีการขับเคลื่อนให้งานสาธารณสุขประสบความสำเร็จอย่างชัดเจน และเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมาอย่างยาวนานนั้นคือนโยบายและแนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน

การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน เป็นกระบวนการสร้างสุขภาวะขึ้นพื้นฐานภายใต้การมีส่วนร่วม

แบบพลังเครือข่ายในการบริหารจัดการของสมาชิกของสังคมหรือชุมชนจากการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ และภาคเอกชน แล้วพัฒนาการเป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพสมบูรณ์ทางสุขภาพกายและใจความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิต ทุกมิติในลักษณะองค์รวม มีการดำเนินงานผ่านชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีการบริหารจัดการองค์กรโดยกำหนดนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด และกลวิธีภายใต้พลวัตความต้องการของชุมชน เชื่อมโยงกับบริบททางสถานะแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม การเมืองวัฒนธรรมท้องถิ่น ครอบครัวและสมาชิกชุมชน อันเป็นทุนทางสังคมเป็นกลไกที่ส่งเสริม สนับสนุน และกำหนดทิศทางนโยบายในการพัฒนาระดับต่างๆจนถึงระดับประเทศ สุขภาพภาคประชาชนมีปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพเชิงวิชาชีพและระบบสุขภาพท้องถิ่น ทั้งในระดับบุคคล และชุมชน อาศัยโครงสร้างที่ภาครัฐสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทและกำลังสำคัญที่สอดคล้องกับเงื่อนไขทางสังคม การเมืองและสถานการณ์สุขภาพในแต่ละช่วงเวลานี้เป็นที่รู้จักและยอมรับจากภาครัฐและประชาชน ภายใต้ยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่นำไปสู่เป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ประเทศไทยดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่มีกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ภายใต้การดำเนินงานของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในแต่ละจังหวัดเป็นหน่วยขับเคลื่อนที่ต้องการให้ทุกชุมชนที่มีความสำเร็จอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมมาอย่างยาวนาน (Ministry of Public Health, 2018)

จากข้อมูลความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง มีการขับเคลื่อนงานอย่างเชื่อมโยงกันทั้งระดับหมู่บ้าน ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ตามบทบาทและหน้าที่

อย่างชัดเจนและมีการบูรณาการในการทำงานร่วมกันส่งผลให้เกิดความสำเร็จเชิงประจักษ์ในหลากหลายมิติที่เด่นชัด ทั้งมิติของการกำหนดนโยบายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนหลายด้าน ทั้งการจัดระบบเฝ้าระวังของชุมชนในสถานการณ์ COVID-19 อย่างเข้มแข็ง ส่งผลให้ได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ ประเภทชมรมที่มีความร่วมมือในการฉีดวัคซีนโควิด 19 จากกระทรวงสาธารณสุขสามารถเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคให้ทุกชีวิตปลอดภัย มิติด้านการเชื่อมประสานองค์กรปกครองท้องถิ่นและท้องถิ่นในการสร้างและใช้มาตรการทางสังคมของชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นที่ยอมรับจากสังคมทำให้ได้รับรางวัลชมรมอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ด้านองค์กรต้นแบบด้านสวัสดิการสังคมที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นและดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ว่าราชการจังหวัดตรัง มิติด้านการส่งเสริมพัฒนาบุคลากรและบริหารจัดการชมรมสู่ความเป็นเลิศ เช่นรางวัลเชิดชูเกียรติชมรมสนับสนุนหน่วยคัดกรองมะเร็งเต้านม ขบวนการที่ 1 การดำเนินเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชมรมต้นแบบองค์กรที่เข้มแข็งในการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์แบบเรียนรู้จากการทำงาน ผลัดกันเกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ คือ ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพภาคประชาชน (โรงเรียน อสม.) ทุกอำเภอในจังหวัดตรัง ภายใต้การกำกับสนับสนุนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) และกองทุนสุขภาพตำบลสนับสนุนกิจกรรมการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ทั้งนี้แสดงถึงการมีผู้นำชมรมที่เข้มแข็งคือประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ปฏิบัติงานอย่างเต็มกำลังความสามารถทำให้ได้รับรางวัลผู้นำการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนติดต่อกันหลายปี รางวัลอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดีเด่นพิเศษ รางวัลผู้มีผลงานดีเด่น “100 อสม. ดีเด่น 100 ปี การสาธารณสุขไทย” ทั้งนี้ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านจังหวัดตรัง ได้ดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนให้อสม. จังหวัดตรังได้พัฒนาศักยภาพในหลากหลายรูปแบบมีกระบวนการส่งเสริมพัฒนาอสม.ตรังสู่อสม.ดีเด่นระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับภาค และระดับชาติอย่างต่อเนื่องทุกปี หลักฐานเชิงประจักษ์ในปี 2563 แม้กำลังเผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19 แต่ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง สามารถปรับตัวและดำเนินงานให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทำให้ได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นระดับชาติ สาขาป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อสม.ดีเด่นระดับภาคได้ สาขานมแม่และอนามัยแม่และเด็ก อสม.ดีเด่นระดับเขต สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และอสม.ดีเด่นระดับจังหวัด 9 คน ซึ่งเป็นสื่อบุคคลที่สื่อสารอย่างต่อเนื่องและส่งต่อรุ่นน้องรุ่นต่อไปในแต่ละปี จากรุ่นสู่รุ่นส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน อีกทั้งประธานชมรมและคณะกรรมการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ยังเป็นตัวแทนการขับเคลื่อนงานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับจังหวัด ภาค และประเทศ ซึ่งทุกท่านมีบทบาททางสังคมกับชมรมอื่นมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง เช่น คณะกรรมการประกวดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทุกระดับ แพทย์ประจำตำบล ชมรมแม่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน แกนนำการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE และพัฒนาตนเองเสมอเพื่อก้าวทันความเปลี่ยนแปลงของสังคมและสถานการณ์สุขภาพ ร่วมกันเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานและเสียสละเพื่อสังคม มีการเชิดชูเกียรติของอสม.ให้สังคมรับรู้ถึงบทบาทการทำงานหลายสาขาและกิจกรรมต่าง ๆ ในหมู่บ้านและชุมชน เพื่อยกระดับการทำงานของ อสม. และกิจกรรมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งนับว่าเป็นองค์กรด้านสาธารณสุขที่ขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนอย่างต่อเนื่องและมีผลงานที่ควรแก่การนำมาเป็น

ต้นแบบและถอดบทเรียนปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน และแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนเป็นอย่างดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านการกระบวนการแห่งความสำเร็จและแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนพบว่ามีการวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาในการบริหารจัดการในองค์กรและชมรมต่างๆ เช่น สถานศึกษาต้นแบบ สถานประกอบการ หรือองค์กรเอกชนต้นแบบ ทั้งนี้ในชมรมด้านสาธารณสุขที่มีการศึกษา เช่น โรงพยาบาลต้นแบบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น หากแต่ยังไม่ค้นพบงานวิจัยใดที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาในบริบทของงานสุขภาพภาคประชาชนในบทบาทของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอยู่เคียงคู่กับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมาอย่างยาวนานและกำลังหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะได้มาซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายในรูปแบบของการกระบวนการความสำเร็จและแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้มาซึ่งนโยบายหรือแนวทางที่ได้นั้นส่วนที่สำคัญยิ่งคือได้มาจากกระบวนการศึกษาตามหลักวิชาการเป็นอย่างดี (Kenaphoom, S., 2018) เพื่อทิศทางการพัฒนาสังคมของประเทศ นำมากำหนดนโยบายเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกภาคส่วนจำเป็นต้องมีการนำมาเป็นกรอบพัฒนาแนวทาง เพื่อให้สอดคล้องเชื่อมโยงสู่เป้าหมายการพัฒนาประเทศร่วมกันอย่างยั่งยืน ซึ่งยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นั้น เป็นแผนแม่บทหลักที่เป้าหมายคือการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ในระดับพื้นที่จึงควรนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเกิดแนวทางการพัฒนาตามบริบทของพื้นที่

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญว่า ควรมีการศึกษากระบวนการแห่งความสำเร็จและแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ควรค่า

แก่การถอดบทเรียนเพื่อเป็นแนวทางสู่การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่นๆตามบริบทได้อย่างเหมาะสม มีข้อมูลทางวิชาการที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษาอย่างเป็นระบบเชื่อถือได้เป็นแนวทางในการพัฒนาสร้างความตระหนักร่วมกันในการกำหนดทิศทาง ซึ่งปัจจัยสำคัญย่อมเกิดจากความเชื่อมโยงและสอดคล้อง ทั้งนโยบายจากส่วนกลาง ภูมิภาคและท้องถิ่น นำไปสู่แนวทางการปฏิบัติจึงจะก่อให้เกิดผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นข้อค้นพบจากงานวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้เกิดขวัญกำลังใจในการพัฒนาและเชิดชูเกียรติแก่ชมรมและผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชนและเป็นต้นแบบในการขับเคลื่อนเพื่อสร้างความเข้มแข็งกระดัดระบบสุขภาพและสุขภาพของประชาชนที่สอดคล้องรองรับการพัฒนาของประเทศไทยเพื่อประยุกต์ใช้ตามบริบทของพื้นที่อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษากกระบวนการแห่งความสำเร็จและแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมและการพัฒนาสู่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Descriptive Study) เก็บรวบรวมข้อมูลหลากหลายมิติโดยผ่านมุมมองของผู้ให้ข้อมูลตามบริบทที่

ปรากฏเป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ซึ่งจำแนกวิธีการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการวิเคราะห์สังเคราะห์เอกสารจากแหล่งต่างๆที่น่าเชื่อถือทั้งตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมเอกสารเพื่อทำความเข้าใจพื้นฐานในการวางกรอบและแนวทางการวิจัย จากการทบทวนเอกสาร ทฤษฎี ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทางการบริหารของ Luther H Gulick, 1939 (Jeongwansiri, S., 2012) ซึ่งมีขั้นตอนที่สำคัญที่เรียกว่า “POSDCORB Model” อธิบายตามความหมายได้ ดังนี้ 1) การวางแผน (P = Planning) หมายถึง การจัดวางโครงการและแผนปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้าว่าจะต้องทำอะไรบ้างและทำอย่างไร 2) การจัดการองค์การ (O = Organizing) หมายถึง การจัดชมรม กำหนดโครงสร้างของชมรม การจัดสายงานตำแหน่งต่าง ๆ กำหนดอำนาจหน้าที่ให้ชัดเจน 3) การจัดการบุคคล (S = Staffing) หมายถึง การบริหารงานทางด้านบุคคล ได้แก่ จัดอัตรากำลัง การสรรหา พัฒนาบุคลากร สร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี ประเมินผลการทำงาน และการให้พ้นจากงาน 4) การอำนวยการ (D = Directing) หมายถึง การตัดสินใจ การวินิจฉัยสั่งการชมรม ให้เกิดความร่วมมือเพื่อดำเนินไปสู่เป้าหมายเดียวกัน 5) การประสานงาน (Co = Coordinating) หมายถึง การประสานงานกิจการด้านต่างๆ ของชมรมให้เกิดความร่วมมือเพื่อดำเนินไปสู่เป้าหมายเดียวกัน 6) การรายงาน (R = Reporting) หมายถึง การรายงานผลการปฏิบัติของชมรมให้แก่ผู้บริหารและสมาชิกของชมรมได้ทราบความเคลื่อนไหวของการดำเนินงานว่าก้าวหน้าเพียงใด 7) การงบประมาณ (B = Budgeting) หมายถึง งบประมาณในรูปของการวางแผนและการควบคุมด้านการเงินการบัญชีที่เหมาะสม เพื่อเป็นกรอบในการหาคำตอบตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และใช้แนวคิดและทฤษฎี

เกี่ยวกับการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นกรอบในการหาคำตอบตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยลงพื้นที่ภาคสนามทำการศึกษาดูวิธีการที่หลากหลายทั้งการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตโดยมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม โดยอาศัยกระบวนการถอดบทเรียน (Lesson-Learned Methodology) ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนหลัก (Plainoi, 2013) คือ

- 1) ออกแบบกระบวนการถอดบทเรียนหลังการดำเนินงาน (After Action Review : AAR)
- 2) ดำเนินการถอดบทเรียนโดยการระดมความคิดจากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมในการถอดบทเรียน ทั้งระบบตั้งแต่การเตรียมการ การดำเนินการ ความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับ ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนและข้อเสนอแนะ
- 3) รายงานผลการถอดบทเรียนการตรวจสอบและยืนยันกับกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลของวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ประสบการณ์และภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการบริหารจัดการและการพัฒนาสู่ความยั่งยืนของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลเป็น 5 กลุ่มเพื่อให้ครอบคลุมเรื่องที่ศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 25 คน ดังนี้

1. หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 1 คน
2. หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชน ของสำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอ มีประสบการณ์ในตำแหน่งอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 1 คน

3. ประธานและคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการชมรมอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 10 คน

4. ประธานหรือรองประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำอำเภอ ทั้ง 10 อำเภอใน จังหวัดตรัง ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในการบริหารจัดการชมรมอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 10 คน

5. ภาควิชาหรือหน่วยงานภาคประชาชนหรือตัวแทนภาคเอกชนที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการ ซึ่งมีประสบการณ์ในการร่วมงานกับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงปัจจัยความสำเร็จ กระบวนการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ประกอบด้วย แนวคิดทางการบริหารด้วย POSDCoRB และแนวคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน กระบวนการและผลลัพธ์เป็นอย่างไร ปัจจัยและความสำคัญของกระบวนการดำเนินการพัฒนาการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง แนวคิดและแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนและข้อเสนอแนะ ควรเป็นอย่างไร

2) แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note)

3) อุปกรณ์สนามเช่น เทปบันทึกเสียง สมุด ปากกา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นำให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถาม และความเหมาะสม และนำไปทดลองใช้ (Pilot Study) กับผู้ให้ข้อมูล ณ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอย่านตาขาวซึ่งไม่ใช่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย เพื่อทดสอบความชัดเจน ความครอบคลุม และมีการปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLRB-2566/015 ลงวันที่ 31 มกราคม 2566 นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้านคือความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือนภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

และชมรมหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลวิจัย

2) ผู้วิจัยประสานงานเตรียมชุมชน ชมรมที่เกี่ยวข้อง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายการยินยอมเข้าร่วมโครงการ

3) ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับชุมชน โดยเข้าไปสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชมรม

5) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน โดยการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยการสังเกตการทำงาน เข้าร่วมการประชุม และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งในระดับหมู่บ้าน อำเภอ และจังหวัด

5) วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

6) จัดทำสรุปเล่มรายงานการวิจัย

7) นำเสนอและเผยแพร่ข้อค้นพบจากงานวิจัยเพื่อใช้ประโยชน์ในด้านการบริหารงานสาธารณสุขต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มและการสังเกต ด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ซึ่งมี ขั้นตอนการวิเคราะห์ (Jirawatkul, 2012) ดังต่อไปนี้

1) ดำเนินการถอดเทปจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม อ่านและทำความเข้าใจในข้อความหรือถ้อยคำต่าง ๆ ที่ปรากฏในบันทึกที่ได้จากการถอดเทป และการบันทึกภาคสนาม (Field Note)

2) จัดประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี แล้วจัดระบบให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้อ่านข้อความในบันทึกภาคสนาม เอกสารจากการถอดเทปของผู้ให้ข้อมูล นำมาจัดประเด็นตั้งเป็นดัชนี แล้วตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาว่า ครอบคลุมทุกวัตถุประสงค์หรือไม่ ก่อนนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แบบ สามเส้าด้านวิธีการ (Methodological

Triangulation) โดยนำข้อมูลจากเอกสาร การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตมาตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล (Content Analysis)

3) จัดหมวดหมู่จำแนกประเภท

4) ตรวจสอบความหมายจากข้อมูล และดำเนินการตรวจสอบความหมายโดยการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยัน

5) สร้างข้อสรุปตามหมวดหมู่ และความหมายทั้งหมด

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษากระบวนการแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง จากผลการศึกษาผู้วิจัยขอเสนอข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “...ผมคิดว่ากระบวนการแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง เป็นไปตามแนวคิด POSDCoRB ซึ่งสามารถอธิบายได้ชัดเจนและตรงความบริบทของชมรมอส.ตรังได้เลย...” TR03 และ “...ฉันมองว่าชมรมอส.ตรังของเราทำตามทั้ง 7 ขั้นตอนของการบริหารเป็นขั้นๆจึงส่งผลสำเร็จเชิงประจักษ์อย่างทุกวันนี้ค่ะ...” TR09 ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1) การวางแผน (P = Planning) ชมรมมีการวางแผนงานอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นจากการกำหนดจุดหมาย ความมุ่งหวังหรือจุดมุ่งหมายของชมรมอย่างชัดเจนโดยเริ่มต้นจากตัวแทนสมาชิกและคณะกรรมการ โดยชี้สภาพปัญหาหรือความเป็นมาหรือภูมิหลังที่ต้องทำให้มีการวางแผน และรวมถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวางแผนนั้น ด้วยวิธีการระดมความคิดเห็นแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดเป็น

ทางเลือกไว้หลายทางเลือกร่วมพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุถึงจุดหมายที่ได้ กำหนดไว้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สมาชิกของชมรมและ ประชาชนในพื้นที่ โดยคำนึงถึงทรัพยากรและพอเพียงของ ทรัพยากรที่มีทั้งในและนอกชมรมเช่น คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการที่จะต้องในการดำเนินการของชมรม อาสาสมัครสาธารณสุขโดยเน้นทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ประกอบการตัดสินใจเพื่อเลือกทางเลือกหรือแนวทางที่ดีที่สุด ซึ่งมีจุดเน้นคือ “การพัฒนาเชิงพื้นที่” ในการปฏิบัติให้เป็นไป ตามบริบทของพื้นที่และวัตถุประสงค์ของแผน จนมีความ ชัดเจนออกมาในรูปแบบของกฎเกณฑ์ วิธีดำเนินการ ระเบียบข้อบังคับของชมรมเพื่อการดำเนินการร่วมกัน 2) **การจัดการองค์การ (O = Organizing)** ชมรมมีจุดเด่นชัด ในส่วนนี้คือมีการจัดโครงสร้างองค์กรที่ชัดเจนโดยตำแหน่ง ประธานและคณะกรรมการทุกฝ่ายได้มาจากการคัดเลือกของ สมาชิกอย่างมีระบบ แบ่งงานตามโครงสร้างสายบังคับบัญชา ทั้งหมู่บ้าน ตำบลและจังหวัดที่ชัดเจนเหมาะสม เน้นให้ สมาชิกมีส่วนร่วมในเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชวนพูดคุย ค้นพบที่มาของเรื่องราว อุปสรรค ความท้าทาย ค้นพบคำตอบ ทางเลือก ค้นหาทางออก เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ของชมรม 3) **การจัดการบุคคล (S = Staffing)** ชมรมให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการจัดการบุคคลในการบริหาร ชมรมโดยคำนึงหัวใจหลักคือ ความสามารถและความแตกต่าง ระหว่างบุคคล โดยพิจารณาจากบุคลิกภาพ อุปนิสัย ทักษะ และศักยภาพของคณะกรรมการซึ่งโดยส่วนใหญ่คณะกรรมการ ทุกคนมีประสบการณ์ในการร่วมงานกันมาก่อนทราบถึงภูมิ หลังและความถนัดในหลากหลายกิจกรรม จึงทำให้ง่ายการ พิจารณาในตำแหน่งที่เหมาะสม นำความสามารถที่แตกต่างกัน มารวมกันและให้ความสำคัญกับ “การพัฒนาการทำงาน เป็นทีม” เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชมรม 4) **การ อำนาจการ (D = Directing)** ชมรมมีระบบอำนาจการด้วย วิธีการติดตามเป็นประจำทุกเดือนเน้นรูปแบบ “กัลยาณมิตร”

แบบพี่แบบน้อง ภายใต้ผู้นำชมรมในฐานะประธานชมรมที่มี วุฒิภาวะและภาวะผู้นำสูงมากทั้งผู้นำเชิงสร้างสรรค์ ผู้นำการ เปลี่ยนแปลง ผู้นำเชิงจิตวิญญาณ และมีผลงานเชิงประจักษ์ มาอย่างยาวนานส่งผลให้คณะกรรมการและสมาชิกมีความ เคารพ ศรัทธาและเชื่อมั่นในตัวผู้นำ ทำให้ง่ายต่อการบริหาร จัดการชมรมโดยเน้นทักษะที่สำคัญ 3 คือทักษะการสร้าง ความสัมพันธ์ ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และทักษะการถาม และการพูดเชิงสร้างสรรค์ ผ่านการประชุมพูดคุยอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้งทั้งในรูปแบบเป็นทางและไม่เป็นทางการใน บรรยากาศของความเป็นกันเอง ให้คณะกรรมการเกิดความ เชื่อใจ เชื่อมั่น พร้อมเปิดใจพูดคุย พร้อมให้ความร่วมมือ ตลอดจนขัดความขัดแย้งหรือข้อขัดข้องในการทำงาน เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพของงาน ทำให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่น และ บรรลุจุดประสงค์ของชมรมในการดำเนินงานสุขภาพภาค ประชาชน การสร้างพลังในกลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแล สุขภาพชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อจุดเน้น “การ รับผิดชอบต่อสังคม” โดยเลือกช่องทางที่หลากหลายทั้งการ ประชุมชนในเวทีต่างๆ การร่วมกิจกรรมของชุมชน นำ เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยส่งเสริมงานสาธารณสุขชุมชน ไม่ใช่แค่การนำเครื่องมือสื่อสารไปอำนวยความสะดวกสบาย ในชีวิตประจำวัน แต่เป็นการสนับสนุนให้บุคลากรด้าน สาธารณสุขและอสม. สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ไม่ว่าประชาชนจะอยู่ในพื้นที่ห่างไกลแค่ไหนก็ ตาม แต่ก็ยังสามารถมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน ได้อย่างเท่าเทียมกัน เช่น การสื่อสารผ่านสื่อดิจิทัล กลุ่มLine การประชุมออนไลน์ การติดต่อผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อ ความรวดเร็วเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการประสานงานได้ง่าย และเหมาะสมกับยุคสมัยในปัจจุบัน 5) **การประสานงาน (Co = Coordinating)** ชมรมมีรูปแบบการประสานงานทั้ง ในและนอกชมรมเพื่อสร้างความเข้าใจ สร้างความร่วมมือร่วม ใจในการทำงานประกอบกับการจัดองค์กรที่ชัดเจนโดย สอดคล้องต่อยอดจากการวางแผนและดำเนินการตามระเบียบ

ข้อบังคับทำให้ทราบขอบเขต ความรับผิดชอบ และอำนาจหน้าที่ต่างๆช่วยป้องกันการงานที่ซ้ำซ้อน สามารถแสดงให้เห็นถึงภาระหน้าที่ความรับผิดชอบได้ชัดเจน โดยกระจายการเข้าถึงให้ครอบคลุมในรูปแบบคณะกรรมการบริหารในด้านต่างๆ โดยมีตัวแทนประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตัวแทนจากทั้ง 10 อำเภอในจังหวัดตรัง เพื่อเป็นการขยายและส่งต่อแนวทางการปฏิบัติในระดับชุมชนให้ได้มากที่สุด ทั้งนี้ชมรมยังมีความยืดหยุ่นในกาบริหารและมีจุดเด่นคือ “การบริหารจัดการแบบพี่แบบน้อง” เพื่อให้ชมรมดำเนินการด้วยความรักและความเข้าใจทำให้มีระบบการสื่อสารตามสายงานมีประสิทธิภาพ 6) การรายงาน (R = Reporting) ชมรมมีรูปแบบการรายงานผลที่ชัดเจนผ่านหลากหลายช่องทาง โดยการประชุมคณะกรรมการประจำเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง การรายงานผ่านรูปแบบรายงานประจำเดือน รูปแบบการจัดเวทีสื่อสารอสม. สัณจรรายอำเภอ เพื่อให้คณะกรรมการชมรมระดับจังหวัดมีโอกาสได้สื่อสาร รายงานผล และตอบทุกข้อสงสัยให้กับสมาชิกชมรมในระดับอำเภอ และหน่วยบริการในพื้นที่ รูปแบบการสรุปผลผ่านสื่อดิจิทัลเพื่อกระจายข้อมูลถึงสมาชิกชมรมอย่างทั่วถึงอย่างรวดเร็ว เช่น การส่งข้อมูลสรุปในกลุ่ม Lineชมรมในทุกอำเภอ 7) การงบประมาณ (B = Budgeting) ชมรมมีการบริหารจัดการงบประมาณด้วยหลัก “หลักธรรมาภิบาล” มีความโปร่งใส ยุติธรรมและสามารถตรวจสอบได้ มีการประชุมสรุปงบประมาณทุกเดือนผ่านคณะกรรมการชมรมโดยเน้นหัวใจหลักในการบริหารงบประมาณคือสิทธิประโยชน์และสวัสดิการของสมาชิกชมรมเป็นสิ่งสำคัญที่สุด

2. ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง จากผลการศึกษาผู้วิจัยขอนำเสนอข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“...ดิฉันบอกได้เลยว่าแนวทางชมรมอสม.ตรังสู่ความยั่งยืนนั้นต้องมีอัตลักษณ์ **ความเป็นตรัง** เข้าไปเพื่อสร้างความแตกต่างตามบริบทของพื้นที่ค่ะ...” TR07 และ “...เราต้องมีทีมงานที่ดี เพื่อเข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา รู้ให้ลึกถึงความต้องการและพัฒนาให้ตรงจุดเพื่อสร้างความยั่งยืน...” TR015 ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้ แนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมและการพัฒนาสู่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ที่เป็นแนวทางตามอัตลักษณ์ของพื้นที่ คือ “**TRANG** Sustainable Development ประกอบด้วย **T : Teamwork** 1. กำหนดทิศทางการพัฒนาที่มตามความสามารถและความต้องการในการพัฒนา 2.ส่งเสริมทีมมุ่งมั่นพัฒนาความสามารถของสมาชิกในชมรมและสร้างผู้นำที่ดีเพื่อองค์กรและสังคมอย่างต่อเนื่อง 3.ส่งเสริมการเข้าร่วมฝึกอบรม สัมมนาแก่ อสม.เพื่อพัฒนาศักยภาพตนเองและชมรม 4.จัดกิจกรรมพัฒนาความสัมพันธ์ภายในองค์กรเพื่อส่งเสริมการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ 5.ส่งเสริมกิจกรรมเชิดชูเกียรติแก่คณะกรรมการบริหารชมรมและสมาชิกเพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการดำเนินงานเพื่อสังคมอยู่เสมอ **R : Responsibility** การพัฒนาความรับผิดชอบต่อสังคม 1. สร้างจิตสำนึกในตนเองให้ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในระบบประชาธิปไตย รู้ถึงขอบเขตของสิทธิ เสรีภาพหน้าที่ ความรับผิดชอบ ต่อตนเองและสังคม 2. ส่งเสริมความสำคัญของจิตอาสาเพื่อสังคม ตระหนักเสมอว่าตนเองคือส่วนหนึ่งของสังคมต้องมีความรับผิดชอบในการพัฒนาสุขภาพของพี่น้องประชาชนในพื้นที่ 3. ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสังคมให้ถือว่าเป็นปัญหาของตนเองด้วยเช่นกัน 4. สนับสนุนความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานกระบวนการในการพัฒนาหลายระดับเริ่มจากการวางรากฐานที่ดีในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนไปสู่ระดับขั้นของการพัฒนาทักษะและสร้างผู้นำที่ดีและมีจิตสำนึกด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืน **A : Area**

Based Approach 1.ส่งเสริมการวิเคราะห์การพัฒนาเชิงพื้นที่แบบมีส่วนร่วมในการค้นหาประเด็นปัญหาร่วมกันเพื่อแสดงถึงความสามารถรับรู้และเข้าใจปัญหาของชุมชน 2.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อแก้ไขและพัฒนาเชิงพื้นที่ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการวางแผนและดำเนินกิจกรรม 3.ส่งเสริมเวทีระดมความคิดเห็นเพื่อการคัดเลือกแนวทางที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหาได้ หลังจากดำเนินการแล้วจะเป็นส่วนที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการรับและแบ่งปันผลประโยชน์เพื่อสร้างความรู้ถึงความเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้นแก่ชุมชน และสุดท้าย 4.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลร่วมกันซึ่งจะทำให้ทราบถึงผลสำเร็จของงานที่ได้ปฏิบัติการพัฒนาเชิงพื้นที่ **N : Needs for Developing** ความต้องการจำเป็นในการพัฒนา 1.สำรวจเพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาต่างๆในพื้นที่ที่ต้องการทำสาธารณสุขประโยชน์ในฐานะอสม. 2.วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาต่างๆและจัดลำดับปัญหาตามความสำคัญจำเป็นและเร่งด่วนจากมากไปหาน้อยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างยั่งยืน 3. วางแผน ออกแบบกิจกรรม/โครงการและจัดทำปฏิทินการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาเชิงพื้นที่อย่างชัดเจน 4. ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้โดยอาศัยความร่วมมือของบุคคล ครอบครัวและชุมชน 5.ประเมินผลการจัดกิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังจากเสร็จสิ้นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อถอดบทเรียนในประเด็นต่าง ๆ ประกอบด้วย ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติกิจกรรมและผลที่เกิดแก่สังคมภายหลังจากการปฏิบัติกิจกรรม จากนั้นนำไปสู่การสรุปรายงานและเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์การปฏิบัติกิจกรรม **G : Good Governance** การพัฒนาตามหลักธรรมาภิบาล 1.เสริมวัฒนธรรมองค์กรที่แบบพี่แบบน้องให้มีโอกาสและมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็นโอกาสในการเข้าร่วมทางตรงหรือทางอ้อม เช่น ผ่านเวทีประชาคมเวทีพูดคุย สภาภาคแพนซ์ความคิด 2.ส่งเสริมความสุจริตและโปร่งใสกลไกการบริหารชมรมที่มีความสุจริตและโปร่งใสด้วย

การตรวจสอบจากทั้งภายในและชมรมภายนอกเสมอ 3. ส่งเสริมความยุติธรรมและชัดเจนแก่สมาชิกชมรมด้วยกฎเกณฑ์มีการบังคับใช้และสามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นกฎเกณฑ์ที่ชัดซึ่งสมาชิกทุกคนเข้าใจตรงกัน 4.ส่งเสริมการบริหารจัดการชมรมอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วยกลไกที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นด้านการจัดกระบวนการทำงาน การจัดองค์กร การจัดสรรบุคลากร และมีการใช้ทรัพยากรสาธารณะต่างๆ อย่างคุ้มค่าและเหมาะสม ด้วยแนวทางการจัดระบบกลไกในการบริหารจัดการที่มีคุณภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมภายใต้หลักธรรมาภิบาลอย่างเป็นรูปธรรมของชมรม 5.ส่งเสริมกิจกรรมเครือข่ายสุขภาพในการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมร่วมกันในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อค้นพบของการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง เริ่มต้นจาก **การวางแผน (P = Planning)** ที่ดีเนื่องจากชมรมมีการวางแผนงานอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นจากการกำหนดจุดมุ่งหมาย ความมุ่งหวัง หรือจุดมุ่งหมายของชมรมอย่างชัดเจนโดยเริ่มต้นจากตัวแทนสมาชิกและคณะกรรมการ โดยอาจชี้สภาพปัญหาหรือความเป็นมาหรือภูมิหลังที่ต้องทำให้มีการ โดยคำนึงถึงทรัพยากรและคุณภาพของทรัพยากร 2) **การจัดการองค์การ (O = Organizing)** ชมรมจุดเด่นชัดคือ การดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการบริหารที่ชัดเจนและมีความยืดหยุ่นและมีจุดเด่นคือ “การบริหารจัดการแบบพี่แบบน้อง” เพื่อให้ชมรมดำเนินการด้วยความรักและความเข้าใจทำให้ระบบการสื่อสารตามสายงานมีประสิทธิภาพ 3) **การจัดการบุคคล (S = Staffing)** ชมรมให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการจัดการบุคคลในการบริหารชมรมโดยคำนึงความสามารถและความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยพิจารณาจากบุคลิกภาพ อุปนิสัย

ทักษะ และศักยภาพ 4) การอำนวยการ(D = Directing) ชมรมมีผู้นำชมรมในฐานะประธานชมรมมีภาวะผู้นำสูง มีวิธีการติดตามเป็นประจำทุกเดือนเน้นรูปแบบ “กัลยาณมิตร” ผ่านการประชุมพูดคุยเพื่อค้นพบที่มาของเรื่องราว อุปสรรค ความท้าทาย ค้นพบคำตอบ ทางเลือก ค้นหาทางออก บรรลุเป้าหมายร่วมกันโดยเน้นทักษะที่สำคัญ 3 คือทักษะการสร้าง ความสัมพันธ์ ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และทักษะการถามและการพูดเชิงสร้างสรรค์ **5) การประสานงาน (Co = Coordinating)** ชมรมมีรูปแบบการประสานงานทั้งในและนอกชมรมเพื่อสร้างความเข้าใจ สร้างความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน จัดความขัดแย้งหรือข้อขัดข้องในการทำงาน และบรรลุจุดประสงค์ของชมรมในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน การสร้างพลังในกลุ่มภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อจุดเน้น “การรับผิดชอบต่อสังคม” **6) การรายงาน (R = Reporting)** ชมรมมีรูปแบบการรายงานผลที่ชัดเจนผ่านหลากหลายช่องทาง **7) การงบประมาณ (B = Budgeting)** ชมรมมีการบริหารจัดการงบประมาณด้วยหลัก “หลักธรรมาภิบาล” มีความโปร่งใส ยุติธรรมและสามารถตรวจสอบได้ มีการประชุมสรุปงบประมาณทุกเดือนผ่านคณะกรรมการชมรมโดยเน้นหัวใจหลักในการบริหารงบประมาณคือสิทธิประโยชน์และสวัสดิการของสมาชิกชมรมเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ทำให้ชมรมประสบความสำเร็จทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่ชมรมมีรูปแบบขั้นตอนและวิธีการบริหารจัดการที่ดีและเป็นรูปธรรมตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ส่งผลถึงความสำเร็จของชมรมอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ (Pruksaodomchai, S. & Thammaapipon, S., 2017) ที่พบว่า การดำเนินงานของชมรมฯเป็นไปตาม POSDCoRB ประกอบด้วย 7ขั้นตอน ซึ่งเป็นกระบวนการแห่งความสำเร็จที่สำคัญโดยเริ่มจากการวางแผนกิจกรรมโดยจัดประชุมคณะกรรมการฯ เป็นประจำทุกเดือน การจัดชมรมโดยกำหนดโครงสร้างชมรมและการกำหนดหน้าที่อย่างชัดเจน การจัด

บุคลากรตามจำนวนที่เหมาะสม การอำนวยการโดยการสั่งการและประสานงานไปยังฝ่ายต่าง ๆในการดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วง การประสานงานระหว่างชมรมภายในและชมรมภายนอก การรายงานผลการปฏิบัติงานเป็นประจำทุกเดือน และการสนับสนุนงบประมาณ ทั้งจากอบต.และจากภายในชมรมฯ ความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมมีทิศทางในการบริหารจัดการอย่างเป็นขั้นตอนตามหลักการและยังมีผลการศึกษาที่น่าสนใจยืนยันกระบวนการแห่งความสำเร็จเพิ่มเติมจาก (Tawansritham, 2021) ที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองหลวงอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน โดยเริ่มจาก 1.) การวางแผนกิจกรรมโดยจัดประชุมคณะกรรมการฯ 2.) การจัดชมรมมีการกำหนดโครงสร้างชมรม และการกำหนดหน้าที่อย่างชัดเจน 3.) การจัดบุคลากรมีจำนวนที่เหมาะสม 4.) การอำนวยการมีการสั่งการและประสานงานไปยังฝ่ายต่างๆ 5.) การประสานงานระหว่างชมรมภายในและชมรมภายนอก 6.) การรายงานผลการปฏิบัติงานเป็นประจำทุกเดือน และ7.) ด้านงบประมาณ ทั้งภายในและจากภายในชมรมฯ เอง ทั้งนี้จากการศึกษาของ (Aunthakot, K., Buaphan, P., & Phimha, S., 2019) ทำให้เห็นความชัดเจนถึงความสำเร็จครั้งนี้มากยิ่งขึ้นจากข้อค้นพบที่ว่า กระบวนการแห่งความสำเร็จเกิดจากด้านการจัดวางระบบการควบคุม เวลา ค่าใช้จ่ายและคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งจากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่ากระบวนการ POSDCoRB เป็นกระบวนการบริหารที่เป็นระบบ ขั้นตอนที่ชัดเจน สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทของชมรมอสม.ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างยืดหยุ่นกับสถานการณ์ต่างๆส่งผลต่อความสำเร็จของชมรมที่เกิดขึ้นอย่างมีรูปธรรม

2. ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง พบว่าแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนแนวทางการ

พัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมและการพัฒนาสู่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ที่เป็นองค์ความรู้ใหม่และแสดงถึงอัตลักษณ์ของพื้นที่คือแนวทาง “TRANG” Sustainable Development ซึ่งประกอบด้วย 5 แนวทางดังนี้ T : Teamwork จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาทีมจะมีส่วนช่วยให้การบริหารจัดการชมรมไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ผู้นำกำหนดทิศทางการพัฒนาทีมส่งเสริมการร่วมมือกัน ส่งเสริมความอย่างต่อเนื่อง เช่น การเข้าร่วมอบรมสัมมนาของอสม.เพื่อพัฒนาศักยภาพตนเองและชมรม ส่งเสริมกิจกรรมเชิดชูเกียรติแก่คณะกรรมการบริหารชมรมและสมาชิกเพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการดำเนินงานเพื่อสังคมอยู่เสมอ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการดำเนินการของชมรมทำงานร่วมกับผู้คนและเครือข่ายจำนวนมาก ทรัพยากรมนุษย์จึงเป็นทรัพยากรที่ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาชมรมสู่ความยั่งยืน ดังนั้นการสร้างขวัญกำลังใจเพื่อร่วมกันพัฒนาชมรมให้สำเร็จจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ (Pimkornkitikul, N., Chanakul, B., & Klubsri, S., 2022) ที่ว่า การทำงานเป็นทีมและสร้างทีมที่แข็งแกร่งผู้นำในองค์กรต่าง ๆ จึงมุ่งเน้นการพัฒนาองค์กรโดยมีแนวทางการพัฒนาองค์กรต้องให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารควรมีการสร้างขวัญกำลังใจ เช่น การจัดการอบรมศึกษาดูงานเพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและควรมีปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารงานให้งานมีประสิทธิภาพอยู่ตลอดเวลา มีการร่วมมือกันทำกิจกรรมอย่างพร้อมเพรียง และมีการร่วมมือกันในการแก้ปัญหาการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย และยังมีการศึกษาของ (Nawsuwan, S., Nawsuwan, K., Rodchanaarcha, R., & Waichompu, N. (2022) ให้ข้อมูลที่น่าสนใจเพิ่มเติมว่า กระบวนการแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานปัจจัยหลัก คือ การพัฒนาทีมด้วยการส่งเสริมปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากปัจจัยสำคัญของตัวบุคคลเพราะไม่ว่าการ

ทำงานใดๆ หากปราศจากแรงจูงใจในการทำงานแล้ว ความสำเร็จในการปฏิบัติงานของบุคคลอาจลดลงหรือช้าลงด้วย ดังนั้นจึงควรมีแนวทางการพัฒนาบุคคลโดยนำปัจจัยดังกล่าวไปเป็นตัวช่วยในการพัฒนาสู่ความยั่งยืน R : Responsibility การพัฒนาความรับผิดชอบต่อสังคมจะช่วยสร้างการพัฒนาอย่างยั่งยืนได้โดยการเริ่มต้นจากสร้างจิตสำนึกในตนเองให้ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในระบบประชาธิปไตย รู้ถึงขอบเขตของสิทธิ เสรีภาพ หน้าที่ ความรับผิดชอบ ต่อตนเองและสังคม ส่งเสริมความสำคัญของจิตอาสาเพื่อสังคม ทั้งนี้เป็นผลที่แสดงอย่างชัดเจนว่า ภารกิจหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือการทำจิตอาสาเพื่อสังคม การพัฒนาจึงควรมาจากการวางรากฐานที่ดีในการพัฒนาความรับผิดชอบต่อภายในตนเองก่อน และสร้างผู้นำที่มีจิตสำนึกเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ (Khagsaard, S., Supitchayangkool, S., & Wiroonratch, B., 2022) ที่พบว่าแนวทางในการพัฒนาควรให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบต่อสังคม เพราะการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรกับชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วม มีจิตอาสา และรับรู้สิทธิหน้าที่ อันจะก่อให้เกิดการพึ่งพากันและกัน การเกื้อกูลซึ่งกัน เคารพซึ่งกันและกัน ส่งผลให้องค์กรจะเกิดการพัฒนาและจะอยู่คู่กับชุมชนได้อย่างยั่งยืน A : Area Based Approach แนวทางการพัฒนาเชิงพื้นที่นั้นจำเป็นต้องส่งเสริมการวิเคราะห์การพัฒนาเชิงพื้นที่แบบมีส่วนร่วมในการค้นหาประเด็นปัญหาร่วมกัน เพื่อแสดงถึงความสามารถรับรู้และเข้าใจในปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง ร่วมกันเพื่อแก้ไข วางแผนและดำเนินกิจกรรม คัดเลือกแนวทางที่ดีที่สุด การรับและแบ่งปันผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ทั้งนี้เป็นมาจากการพัฒนาเชิงพื้นที่เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาที่ตรงตามบริบทของชุมชน จึงจำเป็นต้องระบุสาเหตุปัญหาที่แท้จริงและสร้างการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการเพื่อสร้างความรู้สึกลึกถึงความเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้นแก่ชุมชน ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษา

ของ (Chairatana, P., 2022) ที่พบว่า การพัฒนาเชิงพื้นที่ต้องส่งเสริมการรับรู้ของประชาชนให้มีความสัมพันธ์กับความต้องการในการพัฒนาของประชาชน แสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนมีการรับรู้และความเข้าใจในบริบทพื้นที่ของตนอย่างแท้จริงจะนำไปสู่การพัฒนาอย่างแท้จริงตามไปด้วย **N : Needs for Developing** ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาเริ่มต้นจากการสำรวจเพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาต่างๆ ในพื้นที่ที่ต้องการทำสาธารณประโยชน์ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาต่างๆ และจัดลำดับปัญหาตามความสำคัญ จำเป็นและเร่งด่วนจากมากไปหาน้อยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างยั่งยืน กิจกรรมการพัฒนาเชิงพื้นที่อย่างชัดเจนโดยอาศัยความร่วมมือของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาจะส่งผลต่อการพัฒนาที่ตรงจุด ตรงประเด็น หรือที่เรียกว่า “เกาถูกที่คัน” เพื่อตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริงในการพัฒนาของชุมชน เพราะจะประหยัดทรัพยากรในการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Ruengsri. S., 2022) ที่ว่าการพัฒนาที่ยั่งยืนควรเกิดมาจากปัญหาและความจำเป็นของชุมชน จุดเริ่มปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนและต้องการได้รับการแก้ไข ปัญหาพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ปากท้องของชุมชน ปัญหาสิ่งแวดล้อม หรือภัยธรรมชาติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและกระทบต่อการดำเนินชีวิต แนวทางการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างศักยภาพผู้นำจิตอาสาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ผู้นำต้องเป็นผู้รู้จักสังเกต เข้าใจความจำเป็น และรู้จักการบริหารจัดการอย่างรอบด้านตามความจำเป็นในการพัฒนาเพื่อความยั่งยืน **G : Good Governance** จากการศึกษาพบว่าการพัฒนาตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อความยั่งยืนนั้น ชุมชนต้องมีการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่แบบที่แบบน้อมที่มีอยู่แล้วให้คงอยู่และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้มีโอกาสและมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็นโอกาสในการเข้าร่วมทางตรงหรือทางอ้อม เช่น ผ่านเวทีประชาคม เวที

พูดคุย สภาภาพแฟร้งความคิด และให้โอกาสชมรมภายนอกมาร่วมกัน เพื่อให้เกิดกลไกการบริหารชมรมที่มีความสุจริตและโปร่งใส ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางการจัดระบบกลไกในการบริหารจัดการเพื่อความยั่งยืนที่มีคุณภาพต้องเน้นการมีส่วนร่วมภายใต้หลักธรรมาภิบาลอย่างเป็นรูปธรรมของชมรม เพิ่มกิจกรรมเครือข่ายส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมร่วมกันดังนั้น หากชมรมมีวัฒนธรรมแบบที่แบบน้อมที่ดีต่อกันจะส่งผลต่อการพัฒนาโดยสามารถดำเนินการตามหลักสูตรธรรมาภิบาลที่ยึดหยุ่นและเป็นธรรมชาติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับข้อมูลในงานวิจัยของ (Promkam, K., & Noirid, S., 2022) ที่พบว่า การพัฒนาโดยใช้หลักธรรมาภิบาลนั้น ผู้บริหารควรส่งเสริมให้บุคลากรมีความเป็นกัลยาณมิตรอยู่ร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคลากร โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม คือ มีการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนการปฏิบัติงานและพัฒนา เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวก ติดตาม ตรวจสอบ มีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อความสุจริต โปร่งใส เพราะการมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้งานวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบองค์ความรู้ใหม่คือ แนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นแนวทางที่แสดงถึงอัตลักษณ์ของชมรม ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าหากต้องการพัฒนาชมรมสู่ความยั่งยืนนั้น ควรกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายให้ครอบคลุมตามแนวทาง “TRANG” Sustainable Development ประกอบด้วย T : Teamwork การพัฒนาทีมงานสู่ความยั่งยืน R : Responsibility การพัฒนาความรับผิดชอบต่อสังคม A : Area Based Approach การพัฒนาเชิงพื้นที่ N : Needs for Developing ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาของชมรม และ G : Good Governance การพัฒนาตามหลักธรรมาภิ

บาล ดังภาพที่ 1 โดยชมรมหรือองค์กรอื่นๆสามารถนำไป ดึงกล่าวไปขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน
ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามบริบทและสามารถนำแนวทาง ต่อไป



ภาพที่ 1 แสดงแนวทาง“TRANG” Sustainable Development เพื่อการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรม
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง
(พัฒนาโดย นายธวัชชัย สุนทรนนท์ ผู้วิจัย)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัดสามารถนำข้อค้นพบจากงานวิจัยไปกำหนดนโยบายและกรอบทิศทางการบริหารงานสาธารณสุข จัดทำแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ แผนการพัฒนาองค์กร ทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยีและงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของชมรมในการบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามบริบทในการดำเนินงานด้านสุขภาพภาคประชาชน

2. ชมรมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการตัดสินใจ การวางแผนการและใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างและระบบบริหารจัดการของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาตนเองให้ปฏิบัติตามหน้าที่เพื่อนำไปสู่เป้าหมายขององค์กรร่วมกันได้มากยิ่งขึ้น

4. ภาควิชาหรือหน่วยงานของรัฐและเอกชน สามารถนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติและให้การสนับสนุนส่งเสริมในส่วนที่เกี่ยวข้องแก่ชมรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยและพัฒนาในการนำแนวทาง “TRANG” Sustainable Development สู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นำแนวทางการพัฒนาสู่ความยั่งยืนในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดตรัง

กำหนดเป็นนโยบายในการบริหารจัดการชมรมอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกอำเภอในจังหวัดตรัง

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Aunthakot, K., Buaphan, P., & Phimha, S. (2019). Key Success Factors and Leadership Soft Skills to the Project Evaluation of Sub-District Health Promoting Hospital Directors in Kalasin Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 7-18.
- Chairatana, P. (2022). The perception and the Participation for Area Based Development of The Pleple at WangLang Alley Community, BangkokNoi District, Bangkok Metropolis. *Journal of MCU Social Science Review*, 168-181.
- Jeongwansiri, S. (2012). "Luther Gulick And his work POSDCoRB". Bangkok. Tris Academy.
- Jirawatkul, S. (2012). *Qualitative study in nursing: Research methodology and case study*. 6th printing. Khon Kaen University: Intellectual Property Management Office.
- Kenaphoom, S. (2018). Process of Public Policy Analysis under Public Administration Theories. *Public and Private Management Innovation Journal*, 6(2), 1-19.
- _____. (2021). Concept of Public Policy Analysis based on Political Science Theories. *Journal of Public and Private Management*, 28(2), 43-68.
- Khagsaard, S., Supitchayangkool, S., & Wiroonratch, B. (2022). Corporate Social Responsibility Activities Affecting Community Development in the Industrial 4.0 Era. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)*, 8. (2), 108-124.
- Ministry of Health. *Guidelines for public health operations fiscal year 2018*. Nonthaburi: Public Health Support Division.
- Nawsuwan, S., Nawsuwan, K., Rodchanaarcha, R., & Waichompu, N. (2022). Factors Influencing Success in Implementing Field Hospitals of Registered Nurses in Songkhla Province. *Princess of Naradhiwas University Journal* , 14(2), 231-246.
- Pimkornkitikul, N., Chanakul, B., & Klubsri, S. (2022). Guidelines for teamwork in educational institutions under the Office of Educational Service Area, Nakhon Si Thammarat Primary Education Area 2. *Journal of Buddhist Sociology*, 7(4), 13. -26.
- Plainoi, S. (2013.). *Methods for evaluating lessons and synthesized knowledge*. 6th printing: Bangkok: PA Living Company Limited.
- Promkam, K., & Noirid, S. (2022). The Development of Good Governance Administration Guidelines under Loei Local Administration Organization. *Journal of Research and Development Institute Rajabhat Maha Sarakham University*, 9(3), 475-492.
- Ruengsri. S. (2022). Potential Building Volunteer Leadership for Sustainable Development in the Local Community Context, Thailand. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 7(7), 16-32.

Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. *Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036)*, 1st revised ed., 2nd ed. (2 February 2018). Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2018. p. 37-96.

Tawansritham, P. (2021). Success factors of Nong Luang Elderly Club, Umphang District, Tak Province. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*, 7(1), 157-174.

Pruksaudomchai, S. & Thammaapipon, S. (2017). Success Factors of Don Faeg Elderly Club , Nakhon Pathom Province. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts)* , 10(1), 1439-1453.

Learning Spirituality, Well-being and Organizational Citizenship Behavior on Learning Engagement with SDT

Ping Wang^{1,2}, Yuna Yao^{1,3*}, Yujun Jiang^{1,4}, Yingji Li⁵

¹ Doctoral Student, Faculty of Public Administration and Social Studies, Stamford International University, Bangkok 10250, Thailand.

² Zheng Zhou Technology and Business University, Henan, 451400, China.

³ College of Preschool Education, Shandong Ying Cai University, Jinan, 250104, China.

⁴ School of Language and Culture, Swan College, Central South University of Forestry and Technology, 410211, Changsha Hunan, China

⁵ Associate professor, Yunnan University of traditional Chinese Medicine, Yunnan, 650500, China.

*Corresponding author e-mail: lyj.123@163.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Wang, P., Yao, Y., Jiang, Y., & Li, Y.. Learning Spirituality, Well-being and Organizational Citizenship Behavior on Learning Engagement with SDT. *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(1), 63-78. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/268012

Received: 21 Sep 2023

Revised: 10 Nov 2023

Accepted: 16 Nov 2023

Abstract

The surge in China's higher education has notably expanded university access, but has paradoxically lessened some students' learning commitment. However, this educational expansion has inadvertently led to a decrease in the overall commitment to learning among certain university students. This study aims to explore the factors influencing university students' learning engagement from the perspectives of spiritual learning, well-being, and organizational citizenship behavior, and establish a relevant relationship model using structural equation modeling. The data gathered from a cohort of 540 university students in Henan, China, was analyzed utilizing partial least squares-structural equation modeling (PLS-SEM). The results show that there is a positive relationship between learning spirituality and happiness ($\beta = .326$, $p = 4.912$), a positive relationship between learning spirituality and organizational citizenship behavior ($\beta = .429$, $p = 5.310$), a positive relationship between learning spirituality and learning engagement ($\beta = .627$, $p = 8.996$), a positive relationship between happiness and college students' organizational citizenship behavior ($\beta = .274$, $p = 4.111$), and a positive relationship between happiness and learning engagement ($\beta = .007$, $p = .154$). There is also a positive relationship between organizational citizenship behavior and learning engagement ($\beta = .265$, $p = 4.073$). Contributing to behavioral science, this research applies Self-determination theory, offering new insights into college student engagement and informing educational management. Future studies should investigate engagement mechanisms across various demographics and geographies to enhance student outcomes and experiences.

Keyword : Learning Spirituality; Well-being, Organizational Citizenship Behavior; PLS-SEM

Introduction

In recent years, with the implementation of the universal education policy in China, the number of college students has been increasing, and the overall education level has been improving. However, the problem of insufficient study engagement among some college students has gradually gained widespread attention. Study engagement refers to the positive attitude and level of participation demonstrated by students in the learning process, and it significantly impacts their academic performance and learning experience. However, some college students need more motivation, focus, and effective time management, which may hinder their academic and future career development (Zheng et al., 2022). Henan, one of China's most populous provinces, possesses abundant human resources but needs to catch up on economic development.

Meanwhile, the phenomenon of academic contest is widespread across various regions in China, and in Henan, being one of the heavily populated areas, students are engaging actively in various activities, actively studying or improving, in contrast to those who prefer a more comfortable and relaxed learning and living state. These two completely different learning states can be observed everywhere on college campuses. To effectively address this issue, conducting in-depth research on the influencing factors and mechanisms of college students' study engagement is necessary to develop corresponding educational and intervention strategies. Some recent studies have explored the impact of factors such as learning motivation, learning atmosphere, and education quality on study engagement. However, enhancing happiness, organizational citizenship behavior, and study engagement becomes crucial (Du et al., 2020). Academic contest manifests as the excessive involvement of college students in pursuing further education and job competition, which may significantly suppress their internal

motivations, thereby affecting their learning and career development (Wang et al., 2022). Learning spirituality and happiness are considered essential components of individuals' inner experiences and are believed to play a crucial role in coping with stress and enhancing study engagement. Learning spirituality emphasizes the individual's intrinsic exploration and pursuit of knowledge and learning, while happiness is closely related to positive attitudes and psychological well-being (Fang et al., 2022). Additionally, organizational citizenship behavior, as a positive social behavior that includes participating in organizational affairs and making suggestions, may mediate between learning spirituality, happiness, and study engagement (Nehra, 2023; Wang et al., 2023).

The researcher believes that the spirituality of the learning environment is an essential factor in evaluating the connection between individuals and organizations, as well as its influence on college students' well-being, organizational citizenship behavior, and learning engagement. Paying attention to college students' spiritual learning and well-being is a recognition of individuals' perception abilities, while focusing on organizational citizenship behavior and learning engagement is a recognition of individual behaviors. Based on the self-determination theory, this study aims to investigate the impact of learning spirituality and well-being on college students' learning engagement in Henan Province and the mediating role of organizational citizenship behavior. By establishing a comprehensive research framework, we aim to uncover the potential mechanisms by which learning spirituality, well-being, and organizational citizenship behavior can alleviate the problem of excessive competition among college students and enhance their learning engagement. The study will provide and offer valuable theoretical guidance and practical initiatives for the comprehensive development of college students in Henan Province and also offer reference value for research on

college student issues in other regions and backgrounds.

Literature Review and Hypotheses Development

This section begins with a discussion of the self-determination theory used in this paper, followed by hypotheses to elucidate the relationship between the influence of learning spirituality, well-being on engagement in learning, and the mediating role of organizational citizenship behaviors.

The Self-determination Theory

Self-Determination Theory (SDT) is a psychological theory about human motivation, development, and well-being. The theory was proposed by psychologists Edward L. Deci and Richard M. Ryan in 1985 and aimed to explain the intrinsic and extrinsic factors behind individuals' motivations in pursuing goals, behavioral performance, and satisfaction (Deci & Ryan, 2013). Self-Determination Theory emphasizes the innate drives in humans for exploration, growth, and self-actualization while also considering the influence of the external environment on individuals' motivation and well-being. The core principles of Self-Determination Theory include three basic psychological needs: Autonomy (the need for individuals to pursue intrinsic motivation and make autonomous decisions), Relatedness (referring to the market for individuals to connect with others and receive social support), and Competence (the desire of individuals to experience competence and a sense of achievement in various activities and tasks) (Ryan & Deci, 2017). Self-Determination Theory suggests that meeting these basic psychological needs can stimulate intrinsic motivation, thereby supporting individuals in pursuing goals with greater motivation and persistence, improving work efficiency, enhancing learning interest,

and achieving higher levels of well-being in various domains (Ryan & Deci, 2017).

This study relates student engagement to Self-Determination Theory and focuses on first-year students in the Henan region. After experiencing three years of the COVID-19 pandemic in China, employment pressure and psychological stress have significantly increased. By applying Self-Determination Theory, we can gain a deeper understanding of first-year college students' autonomy, relatedness, and competence and how they influence their engagement in learning and psychological well-being. Through this research, we hope to provide valuable insights and recommendations for addressing current employment pressure and psychological stress, promoting the development of organizational citizenship behavior, student engagement, and well-being among college students.

Learning Spirituality (LS)

Spirituality is a multidimensional psychological phenomenon that involves an individual's experiences and cognition in surpassing material boundaries, seeking inner meaning, values, and connections. Despite various interpretations and definitions of spirituality in different cultures and disciplines, it generally emphasizes the depth of human experiences, links to the universe, and individual growth and meaning-making (Jones et al., 1986). Spirituality differs from religion, although they sometimes overlap; spirituality focuses on personal inner experiences and existential meaning, while religion emphasizes belief, ritual, and social community (Karakas, 2010). Learning spirituality refers to applying and extending the concept of spirituality in learning and education. It highlights the importance of intrinsic motivation, emotional experiences, and profound meaning in learning, emphasizing that learning is a crucial pathway

for individual inner growth and exploration (Miller et al., 2005). Learning spirituality involves how individuals develop inner awareness and consciousness, cultivate inner wisdom, explore the depth of knowledge, and connect learning with their inner selves and meaning (Smith, 2022). Learning spirituality includes four dimensions: intrinsic motivation and self-development, depth experience and flow state, construction of meaning and values, and individual growth and self-actualization (Saeed et al., 2022).

The relationship between the spirituality of learning environments and happiness has been a subject of research interest in psychology, particularly among college students. Learning spirituality emphasizes intrinsic motivation, emotional experiences, and a sense of meaning during the learning process, while happiness reflects an individual's subjective well-being and satisfaction. Learning spirituality emphasizes individuals' intrinsic drive and emotional experiences during the learning process, which can lead individuals to experience more autonomy, a sense of goal attainment, and emotional pleasure, thus enhancing their happiness (Nooripour et al., 2021). For example, intrinsic motivation promotes happiness: Learning spirituality emphasizes individuals' intrinsic motivation for learning, making individuals more focused, engaged, and satisfied with learning activities, thereby increasing their happiness (Deci & Ryan, 2013). Enhanced sense of meaning promotes happiness: Learning spirituality stresses deep understanding and meaning construction of knowledge, and this in-depth exploration and experience of learning can increase individuals' happiness by providing them with a greater sense of satisfaction and achievement (Seligman et al., 2005). Cultivation of positive emotions: Learning spirituality emphasizes the experience of positive emotions, which can help individuals cultivate more positive emotions such as happiness, interest, and pride, thereby enhancing their overall

happiness (Fredrickson, 2013; Moldavan et al., 2022). Therefore, this study proposes the following hypothesis:

H1: There is a positive relationship between the spirituality of learning environments and happiness.

The learning of spirituality emphasizes inner motivation, emotional experiences, and a sense of meaning during the learning process. At the same time, organizational citizenship behavior reflects individuals' positive behaviors and social responsibility. The spirituality of learning emphasizes individuals' intrinsic drive and emotional experiences during the learning process, and this positive attitude and knowledge of learning may extend to the organizational environment, prompting individuals to exhibit more citizenship behavior, such as assisting colleagues, providing support, and participating in administrative activities (Bohlmeijer et al., 2023). Previous literature has shown a positive relationship between learning spirituality and organizational citizenship behavior, primarily driven by intrinsic motivation and social responsibility. In other words, learning spirituality emphasizes intrinsic learning motivation and emotional experiences, and this inherent drive may inspire individuals to be more willing to contribute positively to the overall interests and development of the organization, exhibiting more citizenship behavior (Deci & Ryan, 1985). Secondly, a sense of meaning reinforces social involvement. Learning spirituality emphasizes a deep understanding of knowledge and the construction of purpose, and this profound learning experience may inspire individuals to pursue higher goals in the organizational environment, exhibiting more social involvement behavior (Al-Mahdy et al., 2022; Seligman et al., 2005). Finally, positive emotions are transmission. Learning spirituality emphasizes positive emotional experiences, enabling individuals to transmit more positive

emotions within the organization, enhancing cooperation and organizational culture among employees, and promoting citizenship behavior (Fredrickson, 2001). Based on the above literature, this study proposes:

H2: There is a positive relationship between the spirituality of learning environments and organizational citizenship behavior.

Learning spirituality emphasizes intrinsic motivation, emotional experience, and feelings of meaning in the learning process. In contrast, learning engagement reflects the degree of an individual's active involvement and participation in learning activities. Learning spirituality emphasizes intrinsic motivation, affective experience, and meaning construction, which can motivate individuals to be more focused, engaged, and involved in learning activities, thus enhancing their learning engagement (Khan et al., 2022). The positive relationship between learning spirituality and learning engagement may be explained in three ways: intrinsic motivation promotes learning engagement. Learning spirituality emphasizes inherent motivation to learn, and this drive may make individuals more willing to invest time and effort in deeper learning, thus increasing their learning engagement (Deci & Ryan, 1985). Secondly, feelings of meaning enhance learning engagement. Learning spirituality emphasizes deep understanding and meaning construction of knowledge, and this profound experience of learning may motivate individuals to seek more meaning and value in the learning process, thus enhancing the motivation of learning engagement (Ma & Wang, 2022; Seligman & Csikszentmihalyi, 2014). Finally, positive emotion development. Learning spirituality emphasizes positive emotional experiences, which can help individuals to develop more positive emotions such as interest, curiosity, and satisfaction, which in turn promotes individuals to experience more enjoyment and engagement in

learning (Fredrickson, 2001; Miles & Naumann, 2023). Based on the above literature, this researcher proposes the following:

H3: There is a positive relationship between learning spirituality and learning engagement.

Well-being (WB)

A sense of well-being is one of the essential dimensions in human psychological experience, encompassing individual subjective satisfaction and well-being with life. It reflects individuals' positive experiences at the psychological, emotional, and cognitive levels, including emotional pleasure, life satisfaction, self-identity, and positive evaluations of interpersonal and social relationships. Sense of happiness is a multidimensional concept, including two main dimensions of emotional well-being and life satisfaction and cognitive evaluations related to individual values, goals, and culture. In the study of personal mental health and happiness, a sense of well-being is widely used as an essential indicator to measure and understand the degree and quality of individual subjective well-being (Diener et al., 1999). Studying the sense of well-being and learning engagement among students at Henan University in China is a research topic of significant importance, especially in the context of increased employment and psychological pressures after experiencing three years of the pandemic (Rasmussen et al., 2022).

The sense of well-being reflects an individual's subjective happiness and satisfaction, while organizational citizenship behavior reflects an individual's positive behavior and social responsibility. Well-being may enhance an individual's psychological resources and positive emotions, stimulating them to be more willing to exhibit positive organizational behaviors, such as cooperation, support, and participation in corporate activities (Wang et al., 2021). The positive relationship between happiness and

organizational citizenship behavior can be explained in three aspects. Firstly, positive emotions promote citizenship behavior. Well-being is closely related to positive feelings, making individuals more willing to engage in organizational citizenship behaviors and showing more care, support, and cooperation, thereby contributing to organizational development and cohesion (Huang et al., 2021). Secondly, enhanced psychological resources foster a sense of social responsibility. Happiness can enhance an individual's psychological resources, such as self-esteem, optimism, and self-efficacy. It may stimulate individuals to be more willing to assume social responsibility in the organization and exhibit more citizenship behaviors (Bakker & Demerouti, 2008). Lastly, subjective happiness enhances organizational identification. Well-being can improve an individual's sense of identification and belonging to the organization, motivating individuals to actively participate in corporate activities and exhibit more citizenship behaviors, thereby enhancing organizational cohesion and social influence (Eisenberger et al., 2001). Based on the above literature, this study proposes:

H4: There is a positive relationship between well-being and organizational citizenship behavior among university students.

Well-being reflects an individual's subjective happiness and satisfaction, while engagement in learning demonstrates an individual's active engagement and participation in learning activities. There is a correlation between well-being and learning engagement. Well-being can motivate individuals to be more willing to invest energy and time in learning and show higher levels of learning engagement by enhancing their positive emotions, satisfaction, and enjoyment (Seligman et al., 2005). The positive relationship between well-being and learning

engagement may be explained in three ways: firstly, positive emotions promote learning engagement. Well-being is closely related to positive feelings, which can motivate individuals to be more willing to invest time and energy in learning and increase their interest and engagement in learning activities (Petillion & McNeil, 2020). Secondly, satisfaction enhances the learning experience. Happiness is closely linked to pleasure, and an individual's joy in learning enhances their commitment to education, thus increasing learning engagement (Pietarinen et al., 2014). Finally, optimism drives learning engagement. Happiness is closely associated with optimism, which can motivate individuals to face learning challenges and difficulties more positively and show higher attitudes toward meeting learning (Heo et al., 2022; Upadaya & Salmela-Aro, 2013). For example, Butt et al. (2020) proposed that students' engagement in learning is significantly positively correlated with life satisfaction and positive affect. They are significantly negatively associated with negative affect, which means that the more positively students evaluate and experience their lives, the more confident they feel about improving their abilities and task completion, resulting in a higher level of engagement in learning (Butt et al., 2020). Therefore, this study proposes the following:

H5: There is a positive relationship between well-being and learning engagement.

Organization Citizenship Behavior (OCB)

Organizational Citizenship Behavior (OCB) refers to the voluntary behavior of employees beyond their formal job responsibilities in a work environment to contribute positively to the overall interests and development of the organization. These behaviors are typically not explicitly stated in employment contracts or formal job duties, but they positively impact the organization's functioning and performance. Organizational citizenship behaviors include actions such as

helping colleagues, actively participating in administrative activities, providing constructive suggestions, and actively supporting change, reflecting employees' sense of social responsibility, cooperation, and loyalty to the organization (Podsakoff et al., 2000; Podsakoff & Organ, 1986).

Organizational citizenship behavior reflects an individual's positive behavior and sense of social responsibility in an organization. In contrast, engagement in learning demonstrates an individual's positive attitude and level of participation in the learning process. Research has shown a positive association between organizational citizenship behavior and learning engagement among university students. Organizational citizenship behaviors may increase engagement and participation in learning by enhancing their sense of social responsibility and positive organizational behaviors (Podsakoff et al., 2000; Zhang & Farndale, 2022). The positive relationship between organizational citizenship behaviors and learning engagement among university students may be explained by three aspects: firstly, social responsibility promotes learning engagement. Organizational citizenship behaviors reflect an individual's sense of social responsibility in the organization, which may extend to the individual's learning process, motivating the individual to be more willing to invest energy and time in learning and to show higher attitudes towards learning engagement (Soelton, 2023). Secondly, collaborative behaviors prompt learning engagement. Organizational citizenship behaviors include behaviors such as assisting colleagues and supporting others. This collaborative spirit may motivate individuals to be more willing to collaborate and share knowledge with others in learning, thus increasing learning engagement (Podsakoff et al., 2014). Finally, organizational identification strengthens learning engagement: organizational citizenship behaviors may

enhance individuals' identification with the organization, which may translate into positive attitudes and engagement in learning, thus enhancing learning engagement (Sun & Yoon, 2022). Synthesizing the above literature, the following hypotheses are proposed in this study:

H6: There is a positive relationship between organizational citizenship behavior and learning engagement among university students.

Learning Engagement (LE)

Learning Engagement refers to the degree of active involvement and participation displayed by individuals in learning activities. It encompasses cognitive aspects such as attention focus, deep-level thinking, knowledge accumulation, and affective elements such as interest in learning, self-efficacy, and emotional investment. Learning engagement emphasizes individuals' autonomy, intrinsic motivation, and emotional experiences in the learning process, essential in promoting learning quality, facilitating learning outcomes, and satisfaction (Fredrickson, 2013). Applying the concept of learning engagement to investigating the learning spirituality, well-being, and organizational citizenship behavior of university students in Henan, China, this study aids in understanding the interrelationship among these variables. Firstly, high levels of learning Engagement enhance individuals' positive experiences and self-growth during the learning process, thereby increasing well-being.

Furthermore, learning engagement may further cultivate and experience learning spirituality through fostering knowledge exploration, meaning construction, and self-actualization (Deci & Ryan, 2013; Pelealu, 2022). Lastly, examining the relationship between learning Engagement and learning spirituality, well-being, and organizational citizenship behavior assists in revealing students' psychological states, behavioral characteristics, and social interactions during

the learning process (Jobbehdar Nourafkan et al., 2023). Given the background of increased employment and psychological pressure faced by university students in Henan, China, focusing on their learning engagement significantly enhances learning quality, promotes well-being, and fosters social responsibility. It also provides empirical support for formulating educational and psychological intervention strategies.

Marital Status

Based on the above theoretical assumptions, this study constructed a structural equation model of the impact of university students' learning spirituality, well-being, and organizational citizenship behaviors on learning engagement, as shown in Figure 1.



Figure1 Model of the measurement

Method

Sample and Data Collection

This study collected data through an online questionnaire survey, as this method has advantages over other methods. Online surveys allow for the collection of large amounts of data, thus avoiding the need for data entry and processing. Online data collection also ensures the integrity of the data throughout the survey process (Shiau et al., 2019). The target respondents of this study were freshmen at privately funded universities in Henan, China, with student enrollments ranging from 10,000 to 30,000. The survey links explaining the purpose of the study were sent to relevant students through WeChat and responsible

teachers. The questionnaire was distributed between May 15th and June 1st, 2023, during the revision phase before the final exams of the academic year. Participation in the survey was voluntary. After deleting some disqualified questionnaires in SPSS, 540 valid questionnaires were collected. According to the sample size standards, the collected sample for this study is sufficient to meet the research objectives [61]. It is necessary to note that before students completed the questionnaire, the researchers introduced the main content to ensure their understanding of relevant terms. The questionnaire consisted of two parts: the first part included demographic information,

and the second part included detailed questions about the variables in the model.

Among the 540 respondents, 55% were male, and 45% were female. Regarding the place of origin, 70% of the students were from rural areas, 25% were from urban areas, and 5% were from suburban areas. Regarding majors, 70% were in STEM fields, 20% were in humanities, and 10% were in arts.

Measurements

Drawing fully on previous research while meeting the requirement of at least three items per construct for structural equation modeling (Hair et al., 2019), each construct in this study had four or more measurement items, and all the scales in this study used a 7-point Likert scale, (1 = "strongly disagree," 7 = "strongly agree"). The questionnaire was written in Chinese as the respondents were all students at a Chinese university, and ample time was allowed for the respondents to complete the questionnaire. The Learning Spirituality consists of eleven questions, such as "I can experience fun in learning," "I feel part of a school team," and "I feel connected to the development of the school," based on the maturity scale developed by Deb et al. (2020) based on the maturity scale developed by Deb et al., (Deb et al., 2020). Well-being consists of four second-order variables: 'Subjective well-being,' 'Life satisfaction,' 'Healthy well-being,' and 'Healthy well-being,' well-being", "Healthy well-being," and "Social well-being," a total of 20 questions based on the OECD (2020) scale (OECD, 2019). Organizational citizenship behavior of university students contains ten questions, such as "I will take the initiative to do the work that is required of me," "I get along well with my teachers," etc., based on Jiing-Lih Fath et al. (2004) scale (Farh et al., 2004).

Finally, Learning Engagement is based on Arne et al. (2017) scale with four questions (Arne Heyen et al., 2017).

Ethical Considerations

This research project was approved by the Academic Committee on Ethics, Zhengzhou Technology and Business University on 7 August 2023 (Approval Code: ACE ZTBU20230005).

Results

Common Method Bias

Common methodological bias is one of the main concerns of this cross-sectional study, especially when collecting questionnaire data from a single source (i.e., expatriates only). As this potential problem needs to be given high priority, Harman's one-factor approach was used to address this issue (Podsakoff et al., 2003). The results showed that the first factor explained 27.48 per cent (less than 50 per cent) of the variance; therefore, common method bias was not a serious problem in this study.

Analytical Method

For the current study, Smart-PLS software was utilized to conduct partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). PLS-SEM is a variance-based approach within the SEM framework and is well-suited for assessing models with limited theoretical support (Hair et al., 2019). Furthermore, PLS-SEM is particularly suitable for analyzing intricate models involving multiple moderators (Shiau & Huang, 2023). Considering that this study's hypotheses incorporated moderators related to a novel phenomenon, PLS-SEM was considered a suitable method for data analysis.

Outer model and scale validation

Partial least squares (PLS) analysis and

estimation were performed with two phases. The first phase conducted reliability and validity analyses, whereas the second phase estimated and verified the path coefficients and explanatory power of the structural model. The purpose of the above two phases was to confirm whether the constructs were reliable and valid, thus verifying the relationships between constructs (Hulland, 1999). This study used the Smart-PLS (Version 3.2.7) developed by Sarstedt and Cheah (2019).

The external model for this study was assessed through the following metrics: internal consistency and reliability of each item, convergent and discriminant validity of each construct, and severity of standard method variance (CMV). The values of Cronbach's alpha, composite reliability, and average variance extracted (AVE) are presented in Table 2. Hair et al. (2021) suggested assessing the constructs' reliability by examining Cronbach's

alpha and composite reliability. The convergent validity of a construct refers to the degree of correlation between the measurements of two theoretically connected constructs (Hair et al., 2021). As can be seen in Table 1, Cronbach's alpha values ranged between 0.858 and 0.959, which exceeds the recommended threshold of 0.7—indicating that they are acceptable (Chin, 1998).

The final step of measuring the model is to identify discriminant validity by comparing the correlations among constructs via the Heterotrait-Monotrait ratio of correlations (HTMT) method. Given that HTMT values should be lower than .90 (Henseler et al., 2015), the corresponding values for all the constructs indicated satisfactory discriminant validity (refer to Table 2).

Table 1
Internal Reliability and Convergent Validity Results

Variables	Cronbach's α	rho A	CR	AVE
Learning Spirituality	0.957	0.958	0.963	0.724
Well-being	0.952	0.954	0.957	0.570
Organization Citizenship Behavior	0.957	0.958	0.963	0.742
Learning Engagement	0.959	0.959	0.970	0.891

According to the results of the statistical analysis in Table 2, it can be found that the square root of AVE compared with the correlation coefficient of Well-being AVE is 0.755, but it is

acceptable. The overall result is better. It indicates that the scale has good differential validity.

Table 2
Distinct Validity

Factors	1	2	3	4
1 Organization Citizenship Behavior	0.861			
2 Learning Spirituality	0.794	0.851		
3 Well-being	0.762	0.680	0.755	
4 Learning Engagement	0.762	0.841	0.635	0.944

Inner model and hypotheses testing

In the evaluation of the structural model, the bootstrapping re-sampling technique (1,000 resamples) was employed to analyze the causal connections among variables. Prior to examining the moderating influences, the initial stage of the assessment involved validating the direct link between perceived non-work constraints and withdrawal intention. Table 3 and Fig. 2 presented that social media marketing activities positively and significantly affected social identification, supporting H1 and H2

(LSP $\rightarrow$ WB: $\beta = 0.326$, t-value = 4.912; LSP $\rightarrow$ OCBs: $\beta = 0.429$, t-value = 5.310). So, Learning Place Spirituality has positive relationship on Well-Being and student organization citizenship behavior; H3, H4, H5, H6 (LSP $\rightarrow$ LE: $\beta = 0.627$, t-value = 8.996; WB $\rightarrow$ OCBs: $\beta = 0.274$, t-value = 4.111; OCBs $\rightarrow$ LE: $\beta = 0.007$, t-value = 0.154; OCBs $\rightarrow$ LE $\beta = 0.265$, t-value = 4.073), meaning that this four groups of coefficients show that there is an obvious positive relationship between the two variable.

Table 3

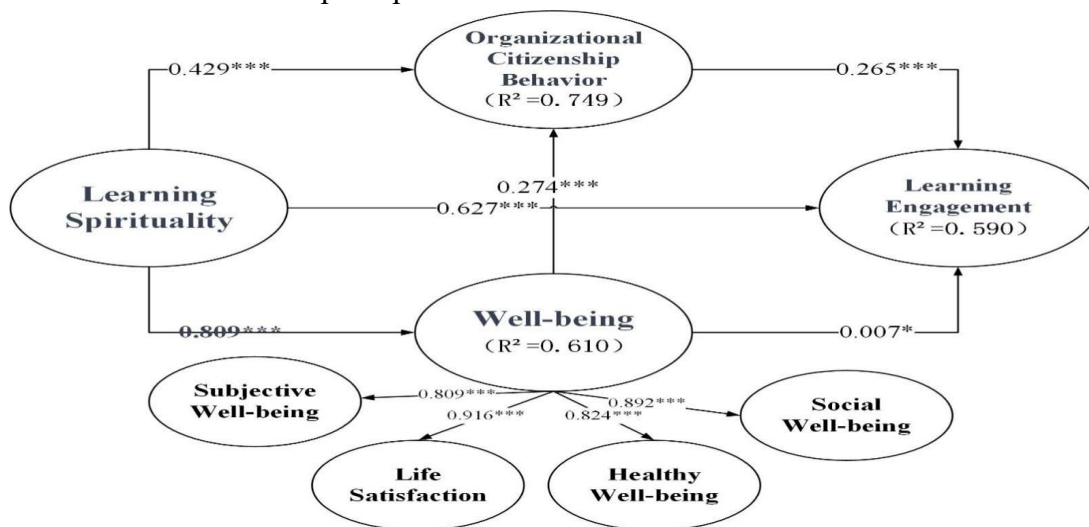
Structural Model Assessment Results

Hypothesis	Path coefficient	t-Value	Result
H1: LSP $\rightarrow$ WB	0.326***	4.912	Supported
H2: LSP $\rightarrow$ OCBs	0.429***	5.310	Supported
H3: LSP $\rightarrow$ LE	0.627***	8.996	Supported
H4: WB $\rightarrow$ OCBs	0.274***	4.111	Supported
H5: WB $\rightarrow$ LE	0.007*	0.154	Supported
H6: OCBs $\rightarrow$ LE	0.265***	4.073	Supported

Note 1: LSP=Learning Place Spirituality; WB=Well-Being; OCBs=student organization citizenship behavior; LE=Learning engagement

Note 2: * p-value < 0.05; ** p-value < 0.01; *** p-value < 0.001.

Note 3: Number of bootstrap samples = 1000



Notes: **P-value<0.01, ***P-value<0.001.

Figure 2
Structural Equation Modelling Results

Discussion

To begin with, it was found that spirituality in learning environments positively impacts learning engagement, with happiness and organizational citizenship behavior acting as mediating variables in this process. Hypotheses 1, 2, and 3 are all supported. It is consistent with previous research findings (Hashemi et al., 2020) and supports the view that spirituality influences well-being, organizational citizenship behavior, and learning engagement in learning environments. Moreover, previous researchers have believed that individuals' happiness is positively related to organizational citizenship behavior and work engagement (Belwalkar et al., 2018). Some researchers also suggested that components of happiness (i.e., life satisfaction and emotional balance) mediate the relationship between resilience, organizational citizenship behavior, and work engagement (Paul & Elder, 2019). In our study, the four dimensions of happiness among college students positively relate to organizational citizenship behavior, supporting hypotheses 4 and 5 and aligning with previous literature reports. Several researchers have also proposed a positive relationship between organizational citizenship behavior and employee engagement and job performance. It is consistent with our hypothesis 6, which suggests a positive relationship between college students' organizational citizenship behavior and learning engagement. Self-determination theory supports the connections between happiness, organizational citizenship behavior, and learning engagement, confirming hypotheses 4, 5, and 6.

This study deepened the understanding of Chinese Henan University students' learning engagement and revealed the positive role of learning spirituality, well-

being, and organizational citizenship behavior. It empirically supports education and psychological interventions, helping college students cope with post-pandemic challenges and employment pressure.

Implications for Behavioral Science

Based on the proposed model in the current study, there are several implications for college students to enhance their engagement in learning. College students are in an essential period of self-physical and mental development, and the formation of their outlook on life, and it is of great significance to pay attention to the inspiration of college students' learning places, enhancement of well-being, and organizational citizenship behavior.

The motivation to society: the values of college students are forming and are easily influenced by external factors. We call on the relevant educational management authorities to pay attention to the differences in students' inspiration for learning, guide them to recognize their strengths and weaknesses, and take measures to enhance students' sense of well-being.

For the school: the university period is a critical period for the formation of college students' values, and the school, as the central unit of college students' education, needs to guide college students to participate in clubs, deal with the relationship with teachers and classmates to promote the students' sense of responsibility and happiness, etc., and also to guide college students to set up the consciousness of serving for the country and others, to strengthen the college student's sense of responsibility and the spirit of dedication.

The students themselves need to learn to recognize the differences in their personalities and learning aptitudes, acknowledge their strengths and weaknesses,

enhance their inner sense of well-being, establish a sense of responsibility for the country and society, and enhance their commitment to learning, to enrich their growth with knowledge, so that they can become more valuable human resource.

Limitations and Future Directions

Despite The limitations of this study are manifested in the following four aspects. Firstly, the data collected in this study are from Chinese university students. Given that research on the happiness, organizational citizenship behavior, and learning engagement of university students exists worldwide, the ability to understand this global phenomenon is limited based on data from more than one country. Therefore, future researchers can conduct comparative studies on learning engagement across different countries. Secondly, due to the cross-sectional nature of the survey data, we cannot confirm the causal relationships between the variables being examined. Therefore, we recommend that researchers adopt longitudinal designs to collect data and test the hypothesized causal effects in the model. Thirdly, the data collected through questionnaire surveys have certain limitations as they only reflect the self-perception of the respondents at a particular stage, and the results may vary at different locations.

Conclusion

In conclusion, the present study assessed associations between Learning Engagement and two behaviors (i.e., SW and OCB) among Chinese university students. SW as a mediator between Learning Place Spirituality, OCB and Learning Engagement. our study contributes to the extant research in several ways. Firstly, the research explains the relationship between the spiritual atmosphere of learning environments and

happiness, organizational citizenship behavior, and learning engagement within the framework of self-determination theory. Additionally, it examines the relationship between well-being and organizational citizenship behavior and the relationship between organizational citizenship behavior and learning. Using Smart-PLS 3.0, we determined the relationship coefficients of the relevant variables and developed a model. This research provides a theoretical basis for studying spirituality in educational settings for the Ministry of Social Education, school administrators, teachers, and students. It also offers actionable methods for enhancing student learning engagement.

Acknowledgement

The abstract of the manuscript was presented the 6th International Conference at Stanford International University (2022 Fall) under the title ‘How Students Favor Spirituality and Well-Being: A Study of Student Learning Engagement Based on Self-Determination Theory’, and the manuscript was also revised by the participating professors.

Data Sharing Statement

The data used to support the findings of this study are available from the corresponding author upon request.

Author Contributions

All authors made a significant contribution to the work reported, whether that is in the conception, study design, execution, acquisition of data, analysis and interpretation, or in all these areas; took part in drafting, revising or critically reviewing the article; gave final approval of the version to be published; have agreed on the journal to which the article has been submitted; and agree to be accountable for all aspects of the work.

References

- Al-Mahdy, Y.F.H., Emam, M., & Hassan, T. (2022). Workplace spirituality and organizational citizenship behavior among teachers in bahrain: commitment as a mediator. *Journal of Beliefs & Values*, 43(3), 301-319. <https://doi.org/10.1080/13617672.2021.1957601>
- Arne Heyen, D., Hermwille, L., & Wehnert, T. (2017). Out of the comfort zone: Governing the exnovation of unsustainable technologies and practices. *GAIA-Ecological Perspectives for Science and Society*, 26(4), 326-331. <https://doi.org/10.14512/gaia.26.4.9>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13(3), 209-223. <https://doi.org/10.1108/13620430810870476>
- Belwalkar, S., Vohra, V., & Pandey, A. (2018). The relationship between workplace spirituality, job satisfaction and organizational citizenship behaviors – an empirical study. *Social Responsibility Journal*, 14(2), 410-430. <https://doi.org/10.1108/srj-05-2016-0096>
- Bohlmeijer, E., Frielingsdorf, L., Kraiss, J., de Jager-Meezenbroek, E., Visser, A., & Ten Klooster, P. (2023). Spirituality in the Context of Well-being Evaluation of the Psychometric Properties and Added Value of the Spiritual Attitude and Involvement List Short Form (SAIL-SF). *Journal of Happiness Studies*, 24(3), 1169-1190. <https://doi.org/10.1007/s10902-023-00640-8>
- Butt, T. H., Abid, G., Arya, B., & Farooqi, S. (2020). Employee energy and subjective well-being: a moderated mediation model. *The Service Industries Journal*, 40(1-2), 133-157. <https://doi.org/10.1080/02642069.2018.1563072>
- Chin, W. W. (1998). *The partial least squares approach to structural equation modeling* (Vol. 295).
- Deb, S., Thomas, S., Bose, A., & Aswathi, T. (2020). Happiness, meaning, and satisfaction in life as perceived by Indian university students and their association with spirituality. *Journal of religion and health*, 59, 2469-2485. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00806-w>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of research in personality*, 19(2), 109-134. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90023-6](https://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90023-6)
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2013). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P. D., & Rhoades, L. (2001). Reciprocation of perceived organizational support. *Journal of applied psychology*, 86(1), 42. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.1.42>
- Fang, Y., Ji, B., Liu, Y., Zhang, J., Liu, Q., Ge, Y., Xie, Y., & Liu, C. (2022). The prevalence of psychological stress in student populations during the COVID-19 epidemic: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 12(1), 1-20. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16328-7>
- Farh, J.-L., Zhong, C.-B., & Organ, D. W. (2004). Organizational citizenship behavior in the People's Republic of China. *Organization science*, 15(2), 241-253. <https://doi.org/10.1287/orsc.1030.0051>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, 56(3), 218. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 47, pp. 1-53). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2>
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2021). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. Sage publications.
- Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European business review*, 31(1), 2-24. <https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203>

- Hashemi, S. E., Qanavati, S., & Naami, A. (2020). The Effect of Organizational Trust and Workplace Spirituality on Organizational Citizenship Behaviour and Psychological Well-being: Mediating Role of Organization Based Self-Esteem. *International Journal of Psychology (IPA)*, 14(1), 253-278. <https://doi.org/10.22034/IJPB.2020.115069.0>
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the academy of marketing science*, 43, 115-135. <https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8>
- Heo, H., Bonk, C. J., & Doo, M. Y. (2022). Influences of depression, self-efficacy, and resource management on learning engagement in blended learning during COVID-19. *The Internet and higher education*, 54, 100856. <https://doi.org/10.1016/j.iheduc.2022.100856>
- Huang, N., Qiu, S., Yang, S., & Deng, R. (2021). Ethical leadership and organizational citizenship behavior: Mediation of trust and psychological well-being. *Psychology research and behavior management*, 655-664. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S311856>
- Hulland, J. (1999). Use of partial least squares (PLS) in strategic management research: A review of four recent studies. *Strategic management journal*, 20(2), 195-204. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0266\(199902\)20:2<195::AID-SMJ13>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199902)20:2<195::AID-SMJ13>3.0.CO;2-7)
- Jobbehdar Nourafkan, N., Tanova, C., & Gokmenoglu, K. K. (2023). Can mindfulness improve organizational citizenship and innovative behaviors through its impact on well-being among academics? *Psychological reports*, 126(4), 2027-2048. <https://doi.org/10.1177/00332941211069517>
- Jones, C., Wainwright, G., & Yarnold, E. (1986). *The study of spirituality*. Oxford University Press.
- Karakas, F. (2010). Spirituality and performance in organizations: A literature review. *Journal of Business Ethics*, 94(1), 89-106. <https://doi.org/10.1007/S10551-009-0251-5>
- Khan, J., Usman, M., Saeed, I., Ali, A., & Nisar, H. (2022). Does workplace spirituality influence knowledge-sharing behavior and work engagement in work? Trust as a mediator. *Management Science Letters*, 12(1), 51-66. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.857842>
- Ma, Q., & Wang, F. (2022). The role of students spiritual intelligence in enhancing their academic engagement: A theoretical review. *Frontiers in Psychology*, 13, 857842. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.857842>
- Miles, J. A., & Naumann, S. E. (2023). Gender, civic engagement, and the importance of integrating spirituality. *Journal of Beliefs & Values*, 44(2), 203-214. <https://doi.org/10.1080/13617672.2022.2076456>
- Miller, J. P., Karsten, S., Denton, D., Orr, D., & Kates, I. C. (2005). *Holistic learning and spirituality in education: Breaking new ground*. SUNY Press.
- Moldavan, A. M., Edwards-Leis, C., & Murray, J. (2022). Design and pedagogical implications of a digital learning platform to promote well-being in teacher education. *Teaching and teacher education*, 115, 103732. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2022.103732>
- Nehra, N. S. (2023). Can employee engagement be attained through psychological detachment and job crafting: the mediating role of spirituality and intrinsic motivation. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*. <https://doi.org/10.1108/JOEPP-05-2022-0129>
- Nooripour, R., Hosseinian, S., Hussain, A. J., Annabestani, M., Maadal, A., Radwin, L. E., Hassani-Abharian, P., Pirkashani, N. G., & Khoshkonesh, A. (2021). How resiliency and hope can predict stress of Covid-19 by mediating role of spiritual well-being based on machine learning. *Journal of religion and health*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01151-z>
- OECD. (2019). Teachers and School Leaders as Lifelong Learners. 1. <https://doi.org/10.1787/1d0bc92a>
- Paul, R., & Elder, L. (2019). *The miniature guide to critical thinking concepts and tools*. Rowman & Littlefield.
- Pelealu, D. R. (2022). The Effect of Perceived Organizational Support, Psychological Well-Being, and Person Job Fit on Organizational Commitment through Organizational Citizenship Behavior (OCB) as Variable Intervening in Automotif Companies. *Sch J Econ Bus Manag*, 4, 81-94.

- <https://doi.org/10.54609/reaser.v24i2.222>
- Petillion, R. J., & McNeil, W. S. (2020). Student experiences of emergency remote teaching: Impacts of instructor practice on student learning, engagement, and well-being. *Journal of Chemical Education*, 97(9), 2486-2493. <https://doi.org/10.1021/acs.jchemed.0c00733>
- Pietarinen, J., Soini, T., & Pyhältö, K. (2014). Students emotional and cognitive engagement as the determinants of well-being and achievement in school. *International Journal of Educational Research*, 67, 40-51. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2014.05.001>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B., & Bachrach, D. G. (2000). Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of management*, 26(3), 513-563. <https://doi.org/10.1177/014920630002600307>
- Podsakoff, P. M., & Organ, D. W. (1986). Self-reports in organizational research: Problems and prospects. *Journal of management*, 12(4), 531-544. <https://doi.org/10.1177/014920638601200408>
- Rasmussen, B., Hutchinson, A., Lowe, G., Wynter, K., Redley, B., Holton, S., Manias, E., Phillips, N., McDonall, J., & McTier, L. (2022). The impact of covid-19 on psychosocial well-being and learning for australian nursing and midwifery undergraduate students: a cross-sectional survey. *Nurse education in practice*, 58, 103275. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103275>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford publications. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: An introduction. In *Flow and the foundations of positive psychology* (Vol. 55, pp. 5-14). Springer.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Shiau, W.-L., & Huang, L.-C. (2023). Scale development for analyzing the fit of real and virtual world integration: an example of Pokémon Go. *Information Technology & People*, 36(2), 500-531. <https://doi.org/10.1108/ITP-11-2020-0793>
- Smith, G. D. (2022). Meaningfulness and spirituality in drumming during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Education & the Arts*, 23(3). <https://doi.org/10.26209/ijea23n3>
- Upadaya, K., & Salmela-Aro, K. (2013). Development of school engagement in association with academic success and well-being in varying social contexts. *European psychologist*. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000143>
- Wang, P., Zhao, P., & Li, Y. (2022). Design of education information platform on education big data visualization. *Wireless Communications and Mobile Computing*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/6779105>
- Wang, W., Wang, J., Zhang, X., Pei, Y., Tang, J., Zhu, Y., Liu, X., & Xu, H. (2023). Network connectivity between anxiety, depressive symptoms and psychological capital in Chinese university students during the COVID-19 campus closure. *Journal of Affective Disorders*, 329, 11-18. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.087>
- Wang, Y., King, R. B., Wang, F., & Leung, S. O. (2021). Need-supportive teaching is positively associated with students' well-being: A cross-cultural study. *Learning and Individual Differences*, 92, 102051. <https://doi.org/10.1080/03055698.2020.1755953>
- Zheng, S., Wu, G., Zhao, J., & Chen, W. (2022). Impact of the COVID-19 epidemic anxiety on college students' employment confidence and employment situation perception in China. *Frontiers in Psychology*, 13, 980634. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.980634>

Participation of village health volunteers in the prevention and control of Coronavirus disease 2019 in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province

Sutatchaya Jumnong¹ Chardsumon Prutipinyo^{2*} Sariyamon Tiraphat³

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 Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Jumnong, S., Prutipinyo, C.,
& Tiraphat, S. . .

Participation of village
health volunteers in the
prevention and control of
coronavirus disease 2019 in
Mueang Samut Sakhon
District, Samut Sakhon
Province . *Public Health
Policy and Laws
Journal*, 10(1), 79–91.

Retrieved from
[https://so05.tci-
thaijo.org/index.php/journal
_law/article/view/268759](https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/268759)

Received:31 Oct 2023

Revised: 19 Nov 2023

Accepted: 25 Nov 2023

Abstract

This study has the following objectives: 1) Investigating the level of participation among village health volunteers in the prevention and control of coronavirus disease 2019 in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province. 2) Examining personal factors associated with the participation of village health volunteers in the prevention and control of coronavirus disease 2019 in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province. This is a descriptive study, focusing on the population of village health volunteers operating in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province. The sample size, determined through a simple random sampling method, comprised of 311 individuals. Data was collected through questionnaires as educational tools. The statistical methods employed for data analysis include frequency, percentage, mean, standard deviation, and the chi-square test for association.

The study's findings indicate that the high level of participation in the prevention, management, and control of coronavirus disease 2019, occur in 54.6% of village health volunteers. Additionally, personal factors such as gender, age, education level, occupation, average income, and length of time as a village health volunteer are unrelated to the level of participation in preventing and controlling coronavirus disease 2019.

This study's significance lies in its potential to guide public health organizations in directing their efforts towards the prevention and control of other respiratory infectious diseases, or emerging epidemics within the community. Furthermore, it advocates for strengthened collaboration among village health volunteers to enhance the efficiency of disease prevention and control initiatives.

Keywords: Prevention and control; Participation; Communicable disease; Village health volunteers; Coronavirus 2019

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

สุทธศญา จ่านงค์¹ ฉัตรสมน พงษ์นิญญ^{2*} ศรียามน ติรพัฒน์³

1. นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 31 ต.ค.2566

วันแก้ไข 19 พย.2566

วันตอบรับ 25 พย.2566

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร 2) ศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยมีรูปแบบการศึกษาแบบวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 311 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ในการทดสอบความสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.6) และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประโยชน์จากการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้องค์กรทางด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญถึงการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่นๆ หรือโรคระบาดใหม่ในชุมชน และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อประสิทธิภาพของงานป้องกันและควบคุมโรคต่อไป

คำสำคัญ : การป้องกันและควบคุม; การมีส่วนร่วม; โรคติดต่อ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; ไวรัสโคโรนา 2019

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีการแพร่ระบาดทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) (WHO, 2021) เดือนพฤศจิกายน 2565 ยอดผู้ป่วยยืนยันผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมทั่วโลกมีจำนวน 645,708,669 ราย หรือ เสียชีวิตสะสมจำนวน 6,642,251 ราย ซึ่งสามารถติดต่อผ่านการสัมผัสละอองน้ำมูก หรือน้ำลายผู้ป่วย ทั้งนี้การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้โดยการล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล (Social distance) การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการไม่แพร่กระจายโรคไปสู่ชุมชน (Naronggorn, M., 2021)

เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้มีมติให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (Royal Gazette, 2022) กองระบาดวิทยาได้มีการปรับแนวทางในการเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อรองรับการเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โดยการเฝ้าระวังจะมุ่งเน้นการค้นหาการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดหรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต และให้มีการสอบสวนควบคุมโรค เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดไปในวงกว้าง กรมควบคุมโรคได้คาดการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จากการที่มีผู้ติดเชื้อลดลง โดยเทียบเคียงกับการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ว่าจะพบการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นในช่วงปลายปี 2566 ซึ่งเข้าสู่ช่วงฤดูหนาว ได้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการรับและแพร่เชื้อในครอบครัวและชุมชนการระบาดในจังหวัดสมุทรสาคร เริ่มต้น

ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2563 ซึ่งพบการติดเชื้อในพื้นที่ตลาดกลางกุ้ง ใน ต.มหาชัย อ.เมืองสมุทรสาคร ซึ่งคาดว่าเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวเมียนมาในตลาดกลางกุ้ง จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยสะสม (SAT, Samut Sakhon Provincial Public Health Office, 2022) ตั้งแต่มีการระบาดในรายผู้ป่วยคนไทยจำนวน 171,572 ราย เสียชีวิต 1,027 ราย อัตราการตายเป็นร้อยละ 0.60 และผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวจำนวน 40,518 ราย เสียชีวิต 168 ราย อัตราการตายคิดเป็นร้อยละ 4.1 เนื่องจากจังหวัดสมุทรสาครเป็นเขตพื้นที่เศรษฐกิจและนิคมอุตสาหกรรม จึงมีอัตราการจ้างงานแรงงานต่างชาตินานาชาติสูงที่สุดโดยจังหวัดสมุทรสาครมีจำนวนแรงงานต่างด้าวและประชากรแฝงสูงสุดรองจากกรุงเทพมหานคร (Samut Sakhon Provincial Employment Office, 2022) สาเหตุที่มีประชากรแฝงสูง เนื่องจากจังหวัดสมุทรสาครเป็นที่ตั้งของแหล่งงาน ทั้งอุตสาหกรรมการผลิต การประมง และการเกษตร จากทั้งหมดที่กล่าวมาจึงแสดงให้เห็นได้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ของจังหวัดสมุทรสาครมาจากแหล่งใหญ่ 3 แหล่งได้แก่ การติดเชื้อจากบุคคลในบ้าน ติดเชื้อจากที่ทำงานคือสถานประกอบการต่างๆ และติดเชื้อในหมู่ชุมชนแรงงานต่างด้าวซึ่งมีการอาศัยอยู่ค่อนข้างแออัด อีกทั้งการย้ายถิ่นฐานเข้าและออกของประชากรต่างด้าวผ่านเข้าพื้นที่ประเทศไทยอาจส่งผลให้เกิดโรคติดต่ออื่นหรือโรคระบาดใหม่ โดยการเดินทางผ่านเข้ามาตามชายแดนต่างๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) เป็นบุคลากรสาธารณสุขด่านหน้า และมีพลังที่สำคัญต่อการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ภายใต้แนวทางการจัดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีกิจกรรมที่สำคัญเช่น การสำรวจสุขภาพตนเอง การให้สอนและความรู้ประชาชน การวัดอุณหภูมิและสังเกตอาการเบื้องต้น การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลการประสานงานกับเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในช่วงที่มีการแพร่ระบาดในพื้นที่สูง และในช่วงที่มีการผ่อนปรนมาตรการการแพร่ระบาดการเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันตนเอง เช่น แนะนำการสวมหน้ากากอนามัยในที่ชุมชน การล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ การเว้นระยะห่าง หลีกเลี่ยงในการทำกิจกรรมในชุมชน การติดตามการเข้าออกและเดินทางจากต่างประเทศซึ่งเป็นการนำเชื้อโรคและการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ซึ่งเป็นมาตรการดังกล่าวสามารถที่จะเป็นแนวทางในการป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน และโรคติดต่ออื่นๆ

จะเห็นได้ว่าบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการหยุดหรือยับยั้งการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการการป้องกันที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่นๆที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จากสภาพปัญหา รวมถึงสถานการณ์ต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน คือ ด้านการตัดสินใจ ด้านการวางแผนและดำเนินการ ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการติดตามและประเมินผล และศึกษาลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางสำหรับการวางแผนปฏิบัติงานในการควบคุมป้องกันโรคและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคดังกล่าวหรือโรคอุบัติใหม่ในชุมชน

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อวัดระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional descriptive Study) ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาครที่มีการขึ้นทะเบียนรายชื่อจำนวน 1,073 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ จากสูตรของ (Krejcie, R.V., & D.W. Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 283 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยเพิ่มอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 311 คน เมื่อผู้วิจัยแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มตามรหัสแล้ว และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการสุ่มโดยนำรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) โดยนำรายชื่อทั้งหมดสุ่มหยิบรายชื่อตามสัดส่วนจำนวนตัวอย่างจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากรหัส. คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคูณด้วยจำนวนอสม.ในรหัส.และหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมด เพื่อให้ทุกคนมีสิทธิ์ถูกเลือกเท่าๆ กัน จะได้กลุ่มตัวอย่างตามต้องการ เพื่อให้ทุกคนมีโอกาสถูกเลือกเท่าๆ กัน จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยพัฒนาขึ้นให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับตัวแปรที่ทำการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และระยะเวลาในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 6 ข้อ และแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 16 ข้อ โดย จะมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนการมีส่วนร่วมเป็น 2 ระดับ คือ สูง และต่ำ คะแนนการมีส่วนร่วมนำมาแบ่ง โดยมีจุดตัดค่าเฉลี่ยตัดเพื่อแบ่งคะแนน เป็นสูงและต่ำ เพื่อทำการทดสอบ Chi - square

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence) หรือเรียกย่อๆว่าค่า IOCโดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผลการพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามในส่วนของการมีส่วนร่วมในการจัดการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนทั้งหมด 16 ข้อ ตามข้อเสนอแนะคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์งานวิจัยและนวัตกรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่ง ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม ได้ค่าเท่ากับ 1 ทุกข้อคำถาม

การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหรือความเที่ยง ((Reliability)) ไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 30 คน ผู้ซึ่งไม่เป็นกลุ่มตัวอย่างและนำมา วิเคราะห์ข้อคำถามเป็นรายข้อ และตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อให้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งต้องได้ค่า Cronbach's alpha ระหว่าง 0.6 – 1.0 จากการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .906

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อขอรับเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง ต่อจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตอบกลับและตรวจสอบความ สมบูรณ์เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้วิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเพื่อวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลและวัดระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. สถิติสัมประสิทธิ์ไคสแควร์ (Chi-Square test) ใช้วิเคราะห์เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาครโดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2023-031รหัสโครงการ 7/2566 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.4) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.9) การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 59.3) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 41) มีรายได้เฉลี่ยในช่วง 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 34.9) และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 45.1) การวัดระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง

สมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยภาพรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.6) และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นรายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจวางแผน การมีส่วนร่วมด้านการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ซึ่งในด้านการตัดสินใจวางแผน พบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และ กำหนดแผนการดำเนินการป้องกันโรคโควิด 19 ร่วมกับคนในชุมชน อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และในด้านการรับผลประโยชน์มีระดับการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อด้านการรับผลประโยชน์ พบว่าในข้อการมีส่วนร่วมในการได้รับการยกย่องหรือคำชมเชยจากการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จากหน่วยงานภายนอก อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และการได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทน จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ร่วมกับหน่วยงานต่างๆในชุมชน อยู่ในเกณฑ์ต่ำ และผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการทดสอบพบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร แยกรายชื่อ

การมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
ด้านการตัดสินใจในการวางแผน			
1. การมีส่วนร่วมในการเตรียมการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 กับรพ.สต.ในพื้นที่ของท่าน	4.00	0.76	สูง
2. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและ กำหนดแผนการดำเนินการป้องกันโรคโควิด 19 ร่วมกับคนในชุมชน	3.56	0.80	ปานกลาง
3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 กับชุมชน	3.98	0.72	สูง
4. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น หาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหมู่บ้านของท่าน	3.83	0.82	สูง
รวม	3.84	0.62	สูง
ด้านการดำเนินงาน			
5. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการค้นหา และคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด 19 ในชุมชนของท่าน	3.95	0.76	สูง
6. การมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ และให้แนะนำในการดูแลตนเองแก่ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีการติดเชื้อโควิด 19 เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4.02	0.76	สูง
7. การมีส่วนร่วมดำเนินการติดต่อประสานงานการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดโควิด 19 ให้ คณะกรรมการชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน	3.87	0.75	สูง
8. การมีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรคโควิด 19 แก่ประชาชนในชุมชน	3.93	0.76	สูง
รวม	3.94	0.60	สูง
ด้านการรับผลประโยชน์			
9. การได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทน จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ร่วมกับหน่วยงานต่างๆในชุมชน	2.29	1.21	ต่ำ
10. การมีส่วนร่วมในการได้รับการยกย่องหรือคำชมเชยจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ร่วมกับเจ้าหน้าที่รพสต. จากหน่วยงานภายนอก	3.21	0.91	ปานกลาง

การมีส่วนร่วมของ อสม.ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
11. การมีส่วนร่วมในความสำเร็จและความภาคภูมิใจในการดำเนินการด้าน การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา	3.91	0.80	สูง
12. การมีส่วนร่วมในการทำให้คนในหมู่บ้านปลอดภัยจากการเจ็บป่วยด้วย โรคโควิด 19 จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุม ในหมู่บ้านของท่าน	3.96	0.58	สูง
รวม	3.34	0.60	ปานกลาง
ด้านการติดตามและประเมินผล			
13. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินความรู้ พฤติกรรม และอุปสรรคต่อ การป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ของสมาชิกในชุมชน	3.80	0.68	สูง
14. การมีส่วนร่วมในการติดตามผลการดำเนินงานรักษาของผู้ป่วย โควิด 19 และรายงานผลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.75	0.74	ปานกลาง
15. การมีส่วนร่วมประเมินผลการคัดกรอง และสถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ในหมู่บ้านของท่าน	3.83	0.74	สูง
16. การได้ร่วมในการแสดงความคิดเห็น สะท้อนปัญหาและอุปสรรคการ ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 ร่วมกับผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.78	0.87	สูง
รวม	3.79	0.60	สูง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยใช้สถิติ Chi-square test ในการทดสอบ

ตัวแปร	Chi-square	p-value	ต่ำ		สูง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ	1.430	0.232				
ชาย			21	38.1	34	61.9
หญิง			113	47	127	53
2.อาชีพ	3.858	0.145				
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป			48	42	66	58
ผู้สูงอายุ / เกษียณราชการ			34	56.6	26	43.3
ธุรกิจส่วนตัว / อื่นๆ			52	43	69	57

ตัวแปร	Chi-square	p-value	ต่ำ		สูง	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3.อายุ	1.962	0.375				
20 – 49 ปี			16	37.2	27	62.8
50 – 59 ปี			42	44	54	56
60 ปีขึ้นไป			76	49	80	51
4.ระดับการศึกษา	0.143	0.986				
ประถมศึกษา			78	45	97	55
มัธยมศึกษา/ปวช			9	47	10	53
อนุปริญญา /ปวส			37	46.3	43	53.7
ปริญญาตรี			10	47.6	11	52.4
5.รายได้	4.136	0.247				
0 – 1,000 บาท			14	58.3	10	41.7
1,001 – 5,000 บาท			32	42.6	43	57.4
5,001 – 10,000 บาท			41	39.8	62	60.2
10,001 บาท ขึ้นไป			47	50.5	46	49.5
6.ระยะเวลาการเป็น อสม.	1.047	0.790				
1 – 10 ปี			61	45.8	72	54.2
11 – 20 ปี			52	43.3	68	56.7
21 – 30 ปี			14	46.6	16	53.4
30 ปีขึ้นไป			7	58.3	5	41.7

สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร สามารถอภิปรายผลในประเด็นที่น่าสนใจได้ดังนี้

ผลการศึกษาการวัดระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.6)

ซึ่งการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยสามารถอธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร มีการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงที่ผ่านมา โดยในการดำเนินงานมีขั้นตอนการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน สอดคล้องกับ การศึกษาของ (Worayut, N., & et al., 2020) ได้ศึกษาเรื่อง กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพหุพิสัยชุมชนหนองตะโก ผลการศึกษาสรุปได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วม

มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการตรวจสอบ และ ขั้นตอนการปรับปรุงการดำเนินการ ผลที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมความสามัคคี ความเป็นปึกแผ่น ความสุข เครือข่ายและระบบจิตอาสาการพัฒนา การยอมรับศักยภาพของแกนนำ ความสามารถในการจัดการความขัดแย้ง และเป็นการสร้างคุณค่าให้กับผู้สูงอายุและประโยชน์ให้กับสังคม และซึ่งเมื่อเทียบกับการมีส่วนร่วมในด้านอื่นๆ แยกรายด้าน มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับเดียวกัน โดยในด้านที่มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำคือในด้านการมีส่วนร่วมด้านรับผลประโยชน์ ซึ่งมีปัจจัยในเรื่องของการได้รับค่าตอบแทนที่ได้รับจากการปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ การศึกษาของ (Esmat, R., & et al., 2021) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง บทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนและกลุ่มอาสาสมัครในการป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพสูงสุดและความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 จำเป็นต้องมีการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจในการทำกิจกรรมของอาสาสมัครเพื่อควบคุมและป้องกันโควิด-19 และการได้รับการสนับสนุนต่างๆจากภาครัฐ และในการศึกษาของ (Orokia, S., & et al., 2022) เรื่อง The role and contribution of civil society and community actors in COVID-19 prevention and control: the case of the COMVID COVID-19 movement in Burkina Faso ได้ให้การสนับสนุนในเรื่องของการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ว่า การขับเคลื่อนชุมชนโดยองค์กรภาคประชาสังคม เป็นปัจจัยสำคัญในการต่อสู้กับ COVID-19 ผ่านแนวทางชุมชนซึ่งยังคงเป็นเครื่องมือสำคัญในการตอบสนองต่อโรคระบาดและเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพอื่นๆ การมีส่วนร่วมของการเคลื่อนไหวในโลกโซเชียลมีเดียโควิด-19 ระดับชาติช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นธรรมทั่วโลกมากขึ้น อีกทั้งความร่วมมือและการเจรจาระหว่างภาคประชาสังคม ผู้มีบทบาท

ในชุมชน และกระทรวงสาธารณสุขในการรับมือโรคระบาดส่งผลให้แผนงานด้านสุขภาพไปไกลกว่าการตอบสนองต่อ COVID-19 และมีส่วนร่วมกับองค์กรต่างๆเพื่อดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อนโยบายสุขภาพชุมชน สอดคล้องกับการดำเนินงานของประเทศไทยในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ Covid19 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) ในพื้นที่สมุทรสาครที่มีลักษณะเป็นเมืองอุตสาหกรรม รวมถึงความหนาแน่นของประชากรที่พักอาศัยและประชากรต่างดาว จึงทำให้องค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้ให้การสนับสนุนในด้านสุขภาพและให้ความสำคัญกับอาสาสมัครสาธารณสุขและเชื่อว่าเป็นผู้มีบทบาทและส่วนร่วมที่สำคัญในชุมชนในการป้องกันและดำเนินงานป้องกันและควบคุม Covid19

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ (Hadil, A., & et al., 2020) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติในช่วงการระบาดของโควิด-19 ณ กรุงริยาด ประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในช่วงการระบาดของโควิด-19 ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล เช่น ปัจจัยกระตุ้นภายนอก หรือปัจจัยแรงจูงใจและทัศนคติในการปฏิบัติงานหรือปัจจัยอื่นๆ อาจจะเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค จึงควรที่จะศึกษาตัวแปรและปัจจัยดังกล่าวในการศึกษาต่อไป

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้สรุปผลการอภิปรายได้ว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ได้ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมที่ดีในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แสดงถึงพลังของชุมชนในการร่วมกันป้องกันการระบาดของโรคในชุมชน มีความรับผิดชอบในการดำเนินงานก่อให้เกิดผลสำเร็จในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้องค์กรทางด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญถึงการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่นๆ หรือโรคระบาดใหม่ในชุมชน และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อประสิทธิภาพของงานป้องกันและควบคุมโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). Information for protecting yourself from the 2019 new coronavirus. [Internet]. [Accessed on 27 March 2022]. Available from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction01.pdf>.
- Division of Disease Control and Health Hazards in Emergencies, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, (2022). Event summary form (ICS 201). Available from: <http://skno.moph.go.th/eoc/planning/plan/13.pdf>.
- Esmat, R., Kiavash, H., Mehdi, R., and Salman, D. (2021). The Role of Community Participation and Volunteer Groups in the Prevention and Control of Covid-19 in Iran. *Journal of Military Health Promotion*. 2021;1:3,111-114.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญและสนับสนุนในเรื่องของค่าตอบแทนและสวัสดิการในการทำงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจและทัศนคติในการปฏิบัติงานแต่ละบุคคล จึงควรที่จะนำตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องเข้ามาศึกษาเพิ่มเติมในการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป
2. ทำการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือในบุคลากรสาธารณสุขในสายวิชาชีพอื่นๆ ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่นๆที่มีการระบาดตามฤดูกาลหรือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่นๆ ในระดับพื้นที่ เช่น ชุมชน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และภูมิภาค
3. มีการทำวิจัยเกี่ยวกับการตั้งรับโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่ออื่นๆในกลุ่มประชากรต่างดาวหรือปัจจัยในการเกิดโรคติดต่อในกลุ่มแรงงานต่างดาวที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เศรษฐกิจหรือนิคมอุตสาหกรรมของจังหวัด ที่มีกลุ่มจำนวนแรงงานต่างดาวหนาแน่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาครทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการและตอบแบบสอบถามนี้

- Hadil, A., Fatemah, B., and Reem, A. (2020). An analytical study on the awareness, attitude, and practice during the COVID-19 pandemic in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*. 13(10), 1446-1452. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.06.015>.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). “Determining Sample Size for Research Activities”. *Educational and Psychological Measurement*. 30(3), 607 – 610.
- Naronggorn, S., (2021). COVID outbreak situation around the world (2 Nov. 2021). The Standard. Accessed on 29 October 2022. Available from: <https://thestandard.co/coronavirus-021164/>.
- Orokia, S., Joel, A., Yamba, K., Issa, K., Charlemagne, T., Simon, K., Seyni, M., and Cheickna, T. (2022). The role and contribution of civil society and community actors in COVID-19 prevention and control: the case of the COMVID COVID-19 movement in Burkina Faso. *BMJ Global Health*: first published as 10.1136/bmjgh-2022-011508 on 7 April 2023. Available from: <http://gh.bmj.com/>.
- Royal Gazette, Ministry of Public Health announcement, (2022). Names and important symptoms of communicable diseases that must be monitored for 2022, 139(3):2.
- Samut Sakhon Provincial Employment Office. (2022). Statistics on the situation of foreign workers. Accessed on 27 March 2022. Available from: [samutsakhon?page=home](http://samutsakhon.go.th/page=home).
- SAT, Samut Sakhon Provincial Public Health Office. (2022). Daily covid19 data report. Retrieved on 30 November 2022. Accessed on 20 March 2022. Available from: <https://thestandard.co/coronavirus-021164/> <http://skno.moph.go.th/>.
- Worayut, N., Kamolnat, M., and Dechawan, P. (2020). Participatory process in Prevent COVID-19 Disease A case study of the Phruthi Power Elders of the Nong Tako community. *Journal of Human and Social Sciences*, Thonburi University. (internet). September - December 2020: 12. Accessed on 1 December 2022. Accessible from: <http://trujournal.thonburi-u.ac.th/>.
- World Health Organization. (2021). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Accessed on 2 October 2022. Available from: <https://covid19.who.int/>.

Sexual Harassment Preventive Behaviors Among Junior High School Students Under Bangkok Metropolitan Schools

Poonyanuch Kerdwan¹ Piyathida Khajornchaikul^{2*} Phitaya Charupoonphol²

Vanvisa Sresumachai³ Sittichai Thongworn³

1 Student in Master of Science Program (Family Health), Faculty of Public Health, Mahidol University

2 Associate Professor, Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University,

** Corresponding author e-mail: piyathida.kha@mahidol.ac.th*

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

Original article

Abstract

OPEN ACCESS

Citation:

Kerdwan, P., Khajornchaikul, P. ., Charupoonphol, P. ., Sresumachai, V. ., & Thongworn, S. . Sexual Harassment Preventive Behaviors Among Junior High School Students Under Bangkok Metropolitan Schools. *Public Health Policy and Laws Journal*. 10(1), 91–104. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/268578

Received: 20 Oct 2023

Revised: 9 Nov.2023

Accepted: 11 Nov 2023

Sexual harassment is a condition affecting a lot of people. Finding a solution to this issue is crucial because it is prevalent among students. This cross-sectional survey study, among junior high school students, under Bangkok Metropolitan Administration, with aims to 1) study the students' socio-demographic factors, including education, academic achievement, and experience of sexual harassment. 2) study the relationship between knowledge, attitudes, and sexual harassment preventive behaviors. 3) study factors to predict sexual harassment preventive behaviors.

Multistage random sampling was used to recruit 306 junior high school students. Data analysis for percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson Product-Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis, were conducted.

The findings revealed that students' knowledge of sexual harassment ($r = 0.354$), attitudes towards sexual harassment ($r = 0.373$), and self-efficacy ($r = 0.567$), have positive correlation with preventive behaviour of sexual harassment at a moderate level with statistical significance ($p\text{-value} < 0.05$). Factors predicting sexual harassment preventive behaviors with a statistical significance ($p < 0.05$) included self-efficacy and knowledge of sexual harassment, which could predict for 36.1%. Recommendations are: the school should provide knowledge for students and staff in all departments, so that they are better equipped to prevent sexual harassment.

Keywords: prevention; sexual harassment; knowledge; attitudes; junior high school students

พฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

บุญนุช เกิดวัน¹ ปิยะธิดา ขจรชัยกุล^{2*} พิทยา จารุพูนผล² วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย³ ลิทธิชัย ทองวร³

¹ นักศึกษาหลักสูตร วทม. (สาขานามัยครอบครัว) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้ประพันธ์บทความนี้ อีเมล: piyathida.kha@mahidol.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 20 ต.ค.2566
วันแก้ไข 9 พ.ย.2566
วันตอบรับ 11 พ.ย.2566

การคุกคามทางเพศ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกระจายตัวเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะเกิดปัญหานี้กับเด็กนักเรียนดังนั้นจึงควรหาวิธีให้เกิดปัญหาดังกล่าว งานวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยประชากรของนักเรียนด้านระดับชั้น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และประสบการณ์การถูกคุกคามทางเพศ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับนักเรียนจำนวน 306 คน วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศโดยรวม ($r = 0.354$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เจตคติต่อการคุกคามทางเพศ ($r = 0.373$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม ($r = 0.567$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ได้ร้อยละ 36.1 ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมความรู้ให้แก่ นักเรียน และบุคลากรในโรงเรียนทุกฝ่ายเพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะในการป้องกันการคุกคามทางเพศของนักเรียน

คำสำคัญ: การป้องกัน การคุกคามทางเพศ ความรู้ เจตคติ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

บทนำ

ปัญหาการคุกคามทางเพศ (Sexual Harassment) ของสังคมไทยในปัจจุบัน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาเป็นเวลานาน ซึ่งในอดีตประเด็นการคุกคามทางเพศไม่อยู่ในกระแสความสนใจของสังคมไทยในขณะนั้นเท่าที่ควร (Prakotwong, N., 2016) แต่ ต' Khangpiboon, K., Seramethakul, M., (2020) ระบุว่า ปัจจุบันเมื่อมีสิ่งโน้มน้าวทางสังคมเพิ่มมากขึ้นไม่ว่าจะเป็น การขยายตัวของสื่อโซเชียลมีเดียที่มีมากขึ้นและเติบโตอย่างรวดเร็ว จึงส่งผลต่อพฤติกรรมของคนในสังคมและอาจนำไปสู่ปัญหาการคุกคามทางเพศต่อผู้อื่นได้ ซึ่งปัญหาการคุกคามทางเพศนั้นส่งผลกระทบต่อสิทธิมนุษยชน และยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ถูกรังแก โดยปัญหาการคุกคามทางเพศนั้นเป็นเรื่องที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางสังคมอย่างหนึ่ง เช่น ความไม่เข้มแข็งของกระบวนการยุติธรรม ทั้งเรื่องกฎหมายและการลงโทษต่อผู้กระทำผิด

ข้อมูลจากองค์กรสหประชาชาติเพื่อความเท่าเทียมทางเพศและการเสริมอำนาจของสตรีหรือ UN Women (CNN health., 2017) พบว่า ประชากรในเกือบทุกทวีปทั่วโลกมีประสบการณ์กับปัญหาการคุกคามทางเพศ และพบว่าผู้หญิง 4 ใน 10 คน เคยประสบกับความรุนแรงทางเพศหรือทางร่างกายจากคู่ชีวิต นอกจากนี้พบว่าในทวีปเอเชีย ตัวเลขดังกล่าวใกล้เคียงกับประชากรในประเทศบังคลาเทศ ซึ่งพบว่าผู้หญิงร้อยละ 84 มีประสบการณ์ถูกคุกคามทางเพศในที่สาธารณะ มากกว่าครึ่งถูกคุกคามโดยผู้ที่ให้บริการขนส่งสาธารณะ โดยสถานการณ์การถูกคุกคามทางเพศในผู้หญิง ในพ.ศ. 2558 และพบว่า ประเทศที่ผู้หญิงเคยถูกคุกคามทางเพศมากที่สุดในเอเชียคือ ประเทศเวียดนาม อินเดีย กัมพูชา และบังคลาเทศ คิดเป็นร้อยละ 87, 79, 77 และ 57 ตามลำดับ

ในปีพ.ศ. 2562 หน่วยงาน YouGov ในสหราชอาณาจักร มีการสำรวจคนไทย 1,107 คน พบว่า 1 ใน 5 หรือคิดเป็นร้อยละ 21 ของคนไทย เคยประสบกับการถูกคุกคามทางเพศ พบว่าผู้ชาย (ร้อยละ 18) มีแนวโน้มที่จะถูกคุกคามทางเพศเกือบเท่าๆ กันกับผู้หญิง (ร้อยละ 23) สำหรับอายุของผู้ถูกรังแก ในปีพ.ศ. 2560 พบว่าร้อยละ 60.6 เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชน ที่มีอายุ 5-20 ปี รองลงมา ร้อยละ 30.9 มีอายุ 41-60 ปี ส่วนสถิติในปีพ.ศ. 2562 พบว่า ร้อยละ 47.3 เป็นเด็กและเยาวชน ที่มีอายุ 11-15 ปี รองลงมา ร้อยละ 35.7 มีอายุ 16-20 ปี ร้อยละ 4.5 มีอายุ 6-10 ปี ร้อยละ 4.1 มีอายุ 21-25 ปี ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ถูกรังแกส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอายุที่ยังเป็นเด็กและเยาวชน เมื่อมองไปที่อาชีพของผู้ถูกรังแก ในปีพ.ศ. 2560 พบว่า อันดับหนึ่ง เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 60.9 รองลงมาคือลูกจ้าง ร้อยละ 21.6 ค้าขาย ร้อยละ 5.2 และเป็นกลุ่มเด็กเล็ก ร้อยละ 4.2 และสถิติในปีพ.ศ. 2562 พบว่า อาชีพของผู้ถูกรังการ้อยละ 84.8 เป็นนักเรียน นักศึกษา จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่าอาชีพผู้ถูกรังแกมากที่สุดคือนักเรียน/นักศึกษา และเมื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ของผู้ถูกรังแกและผู้ถูกรังแก พบว่า ในปีพ.ศ. 2560 ส่วนใหญ่เป็นคนรู้จักคุ้นเคยและเป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 53 รองลงมา เป็นคนแปลกหน้า ไม่รู้จักกัน ร้อยละ 38.2 และถูกรังแกจากคนที่รู้จักกันผ่านโซเชียล ร้อยละ 8.8 ส่วนในปีพ.ศ. 2562 พบว่าเกิดจากบุคคลแปลกหน้า/ไม่รู้จักกัน ร้อยละ 45.9 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกันกับ เป็นคนรู้จักคุ้นเคยและเป็นบุคคลในครอบครัวที่พบร้อยละ 45.6 และถูกรังแกจากบุคคลที่รู้จักกันผ่านโซเชียล เน็ตเวิร์ก (Social Network) ร้อยละ 8.5 Women and Men Progressive Movement Foundation, (2020) ระบุว่า ผลสำรวจดังกล่าว สอดคล้องกับข้อมูลที่มีมูลนิธิได้ทำงานช่วยเหลือผู้หญิงและเด็กที่ประสบ

ปัญหาความรุนแรงทางเพศ ในปีพ.ศ. 2562- พ.ศ. 2563 พบเข้ารับคำปรึกษาช่วยเหลือ 36 กรณี ส่วนใหญ่ถูกลวนลามคุกคามทางเพศ โดยผู้ถูกระทำอันดับหนึ่ง คือ นักเรียน/นักศึกษา รองลงมา พนักงานของรัฐ/บริษัทเอกชน รับจ้าง ส่วนสถานที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เกิดในที่พักของผู้ถูกระทำ รองลงมาเกิดในที่พักของผู้กระทำ และเกิดเหตุในที่เปลี่ยว ถนนเปลี่ยว ส่วนพื้นที่เกิดเหตุอันดับหนึ่งคือ กรุงเทพฯ ร้อยละ 17.4 รองลงมา คือจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 7.6 จังหวัดสมุทรปราการร้อยละ 6.8 จังหวัดปทุมธานี ร้อยละ 5.2 และจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 4.9 (Women and Men Progressive Movement Foundation, 2018)

ผู้ศึกษาวิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของประเด็นปัญหาการคุกคามทางเพศ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร เนื่องจากสถานการณ์ปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากนั้นการคุกคามทางเพศยังส่งผลกระทบต่อสิทธิมนุษยชน และยังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ถูกระทำ ซึ่งพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการถูกคุกคามทางเพศนั้นมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยลดปัญหาการถูกคุกคามทางเพศ โดยงานวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Bandura, Albert, (1986) มาปรับใช้ ซึ่งทฤษฎีนี้ระบุว่า บุคคลจะมีการรับรู้ความสามารถของตนมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับแหล่งที่มา 4 ประการ ได้แก่ การบรรลุผลจากการกระทำของตนเอง การได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น การได้รับคำพูดชักจูง และภาวะทางสรีระ ซึ่งหากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ก็จะทำให้บุคคลนั้นสามารถกระทำพฤติกรรมออกมาได้ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยประชากรของนักเรียนด้านระดับชั้น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และประสบการณ์การถูกคุกคามทางเพศ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ต่อการคุกคามทางเพศ เจตคติต่อการคุกคามทางเพศ กับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถคาดการณ์พฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษา แบ่งออกเป็น

- 1.1 นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2565 อยู่ในพื้นที่เขตการศึกษาที่ 2
2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2565 โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) มีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งกลุ่มเขตพื้นที่การศึกษาในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 เขต ตามเกณฑ์การแบ่งเขตของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร (สพม.)

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกเขตพื้นที่การศึกษาในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 เขต โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ใช้วิธีการจับสลาก

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกเขตในเขตพื้นที่การศึกษาที่
สุ่มเลือกได้ จำนวน 1 เขต โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบ
ง่าย ใช้วิธีการจับสลาก

ขั้นที่ 4 สุ่มเลือกแขวงในเขตที่สุ่มเลือกได้
เขตละ 1 แขวง โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ใช้
วิธีการจับสลาก

ขั้นที่ 5 สุ่มเลือกโรงเรียนในแต่ละแขวงที่
สุ่มเลือกได้ แขวงละ 2 โรงเรียน โดยวิธีสุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาและรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส
โครงการ MUPH 54/2022 เอกสารรับรองเลขที่
COA. No. MUPH 2022-069

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือแนะนำตัวและขอ
อนุญาตเก็บ ข้อมูล จาก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล และขอความอนุเคราะห์ในการ
ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยนัดประชุมเพื่อทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับแบบสอบถามให้เป็นมาตรฐานเดียวกันก่อน
ลงเก็บข้อมูลจริง

3. ผู้วิจัยขออนุญาตครูประจำชั้นในการขอ
เข้าพบนักเรียนตามห้องเรียน เพื่อพูดคุย นัดหมาย
วันในการลงเก็บข้อมูล พร้อมทั้งมอบใบขออนุญาต
เข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครองแก่นักเรียน

4. ผู้วิจัยไปโรงเรียนเพื่อนำใบอนุญาตขอ
เก็บข้อมูลในนักเรียนจากผู้ปกครองกลับคืน และทำ
การเก็บข้อมูลกับนักเรียนที่ได้เอกสารยินยอมจาก
ผู้ปกครอง

5. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม
และตรวจสอบความสมบูรณ์จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามนักเรียน แบ่งเป็น 4 ส่วน
ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยประชากร
ของนักเรียน ได้แก่ เพศ ระดับชั้นการศึกษา
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ประสบการณ์การถูก
คุกคามทางเพศ การคบเพื่อน การสื่อสาร
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการคุกคามทางเพศ
สภาพแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการ
คุกคามทางเพศ แบ่งเป็น แบบสอบถามความรู้
เกี่ยวกับการคุกคามทางวาจา การคุกคามทางอวัจน
ภาษา และการคุกคามทางกาย เป็นรูปแบบคำถาม
ปลายปิด (Closed-Ended Question) มีคำตอบให้
เลือก 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ มีข้อความ
ทั้งหมด 10 ข้อ มีช่วงคะแนนของแบบสอบถาม 0-
10 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการ
คุกคามทางเพศ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความ
เข้าใจและความรู้สึกที่มีต่อการคุกคามทางเพศ ซึ่ง
เป็นรูปแบบคำถามปลายปิด (Closed-Ended
Question) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ เห็นด้วย
มากที่สุด เห็นด้วยมาก ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็น
ด้วยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยได้กำหนดคำถามที่ใช้ใน
แบบสอบถามออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ คำถามเชิง
บวก และคำถามเชิงลบ

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating
scale) มีข้อความ 10 ข้อ มีช่วงคะแนนของ
แบบสอบถาม 10-50 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกัน
การคุกคามทางเพศ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการ
ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการคุกคามทางเพศ
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยข้อความ
บางส่วนประยุกต์มาจากงานวิจัยของ Sornprasit,
S. (2002) แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า

(Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อคำถาม 10 ข้อ มีช่วงคะแนนของแบบสอบถาม 10-30 คะแนน

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาความสอดคล้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำค่าที่ได้มาหาค่า Index of Congruence (IOC) ซึ่งค่าที่หาได้มีค่ามากกว่า 0.50 จึงถือว่ามีความตรงกับเนื้อหา ซึ่งการศึกษานี้มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50 – 1.00 ทุกข้อคำถาม

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือที่ได้จากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรกลุ่มที่มีความคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำไปศึกษากับประชากร 30 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.70 ขึ้นไป ดังนี้

ส่วนความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศ มีค่าเท่ากับ 0.740

ส่วนเจตคติต่อการคุกคามทางเพศ มีค่าเท่ากับ 0.726

ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าเท่ากับ 0.804

ส่วนพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศมีค่าเท่ากับ 0.812

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่ม

ตัวอย่างที่ศึกษา โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistics) โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)

3. วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายของพฤติกรรมการคุกคามทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น ตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่านักเรียนเกินครึ่งส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 35.0 รองลงมาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 33.7 นักเรียนมีเกรดเฉลี่ย 3.01-4.00 เกินครึ่งคิดเป็นร้อยละ 67.3 เป็นนักเรียนชายร้อยละ 59.2 นักเรียนหญิงร้อยละ 72.6 นักเรียนเคยมีประสบการณ์ถูกคุกคามทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 56.9 โดยนักเรียนหญิงเคยถูกคุกคามทางเพศมากกว่าผู้ชาย ร้อยละ 63.4 ทั้งนักเรียนหญิงกับนักเรียนชายที่เคยมีประสบการณ์ถูกคุกคามทางเพศพบว่าเคยถูกสัมผัส หรือถูกจับอวัยวะนอกร่มผ้า (แก้ม มือ แขน ขา) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.3 และร้อยละ 37.5 ส่วนประสบการณ์ที่พบน้อยที่สุดในนักเรียนหญิงคือ เคยถูกแอบดูเวลาอยู่ในพื้นที่ส่วนตัว เช่น ห้องน้ำ ร้อยละ 1.6 ส่วนในนักเรียนชายเคยถูกจ้องมองหน้าอกหรือสะโพกน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามปัจจัยประชากรของนักเรียน

ปัจจัยสังคมประชากร	รวม (n=306)		ชาย (n=120)		หญิง (n=186)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจุบันนักเรียนกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น						
มัธยมศึกษาปีที่ 1	93	30.4	35	29.2	58	31.2
มัธยมศึกษาปีที่ 2	110	35.9	43	35.8	67	36
มัธยมศึกษาปีที่ 3	103	33.7	42	35	61	32.8
เกรดเฉลี่ยในภาคเรียนที่ผ่านมาของนักเรียนอยู่ในช่วงใด						
ต่ำกว่า 1.00	2	0.7	1	0.8	1	0.5
1.01-2.00	20	6.5	11	9.2	9	4.8
2.01-3.00	78	25.5	37	30.8	41	22
3.01-4.00	206	67.3	71	59.2	135	72.6
นักเรียนเคยมีประสบการณ์ในลักษณะต่อไปนี้หรือไม่						
เคย	174	56.9	56	46.7	118	63.4
ไม่เคย	132	43.1	64	53.3	68	36.6
ประสบการณ์เคยถูกสัมผัส หรือถูกจับอวัยวะในร่มผ้า						
เคย	28	9.2	18	15	10	5.4
ไม่เคย	278	90.8	102	85	176	94.6
ประสบการณ์ถูกสัมผัส หรือถูกจับอวัยวะนอกร่มผ้า (แก้ม มือ แขน ขา)						
เคย	120	39.2	45	37.5	75	40.3
ไม่เคย	186	60.8	75	62.5	111	59.7
ประสบการณ์ถูกจ้องมองหน้าอกหรือสะโพก						
เคย	37	12.1	5	4.2	32	17.2
ไม่เคย	269	87.9	115	95.8	154	82.8
ประสบการณ์ถูกหยาดไจรดบริเวณใบหน้าและต้นคอ						
เคย	16	5.2	7	5.8	9	4.8
ไม่เคย	290	94.8	113	94.2	177	95.2
ประสบการณ์ถูกพุดจาสองแง่สองง่าม หรือพุดจาทะโลมใส่ต่อหน้า						
เคย	55	18	12	10	43	23.1
ไม่เคย	251	82	108	90	143	76.9

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียน จำแนกตามปัจจัยประชากรของนักเรียน (ต่อ)

ปัจจัยสังคมประชากร	รวม (n=306)		ชาย (n=120)		หญิง (n=186)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ถูกพุดจาสองแง่สองง่าม หรือพุดจาทะเลโลมใส่ในโซเชียล เช่น Facebook Instagram Line						
เคย	53	17.3	10	8.3	43	23.1
ไม่เคย	253	82.7	110	91.7	143	76.9
ประสบการณ์เคยได้รับข้อความอนาจารในสื่อโซเชียล						
เคย	76	24.8	17	14.2	59	31.7
ไม่เคย	230	75.2	103	85.8	127	68.3
ประสบการณ์เคยได้รับรูปภาพอนาจารในสื่อโซเชียลของตนเอง						
เคย	55	18	12	10	43	23.1
ไม่เคย	251	82	108	90	143	76.9
ประสบการณ์เคยถูกแอบดูเวลาอยู่ในพื้นที่ส่วนตัว เช่น ห้องน้ำ						
เคย	13	4.2	10	8.3	3	1.6
ไม่เคย	293	95.8	110	91.7	183	98.4
ประสบการณ์ เคยได้รับโทรศัพท์พุดจา ลามก เช่น การขอมีเพศสัมพันธ์						
เคย	32	10.5	11	9.2	21	11.3
ไม่เคย	274	89.5	109	90.8	165	88.7

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศโดยรวม ($r = 0.354$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศโดยรวมในเพศชาย ($r = 0.257$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศโดยรวมในเพศหญิง ($r = 0.310$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการคุกคามทางเพศ กับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ พบว่า เจตคติต่อการคุกคามทางเพศ ($r = 0.373$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เจตคติต่อการคุกคามทางเพศในเพศชาย ($r = 0.375$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนเจตคติต่อการคุกคามทางเพศในเพศหญิง ($r = 0.240$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมป้องกัน

การคุกคามทางเพศ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม ($r = 0.567$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในเพศชาย ($r = 0.493$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปาน

กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในเพศหญิง ($r = 0.560$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติต่อการคุกคามทางเพศ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ

ความสัมพันธ์	นักเรียนชาย (n=120)		นักเรียนหญิง (n=186)		รวม	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศ โดยรวม	0.257	0.005*	0.310	<0.001*	0.354	<0.001*
เจตคติต่อการคุกคามทางเพศ	0.375	<0.001*	0.240	0.001*	0.373	<0.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยรวม	0.493	<0.001*	0.560	<0.001*	0.567	<0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$

การศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายของพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรม

ป้องกันการคุกคามทางเพศ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ได้ร้อยละ 36.1 ($R^2 = 0.361$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการทำนายพฤติกรรมการคุกคามทางเพศ

ตัวทำนายพฤติกรรมการคุกคามทางเพศ	B	Beta	t	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.141	0.464	8.528	<0.001
เจตคติต่อการคุกคามทางเพศ	0.063	0.091	1.700	0.090
ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศ	0.344	0.179	3.649	<0.001
ค่าคงที่ (Constant)	9.241	0	7.062	<0.001

$R^2 = 0.361$, R^2 Adjusted = 0.354 ,S.D=2.507

จากสมการสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศ มีระดับผลสัมฤทธิ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเองรวมถึงความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศยิ่งสูงก็จะสามารถป้องกันการคุกคามทางเพศได้ โดยหากผลสัมฤทธิ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศได้ 0.464 คะแนน และหากมีความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศเพิ่มขึ้น 1 คะแนนก็จะสามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศได้ 0.179 คะแนน

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นการศึกษากับพฤติกรรมการคุกคามทางเพศพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ พฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับชั้นการศึกษาที่ต่างกันของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น แต่อาจขึ้นอยู่กับความสามารถในการพึ่งพาตนเองของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kirdin, S., (2019) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันกับการป้องกันตนเองจากการล่วงละเมิดทางเพศในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Popanchamakul, R., Tongkhambunchong, S., Supwirapakorn, W., (2019) ที่พบว่าการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับชั้นกับวิธีการโต้ตอบต่อการถูกคุกคามทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากผลการทดสอบความสัมพันธ์ของระดับชั้นกับวิธีการโต้ตอบต่อการถูกคุกคามทางเพศด้วยวาจาทางอากัปกิริยา และทางกายสัมผัส ในมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายไม่แตกต่างกัน

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีอาจมีผลต่อความคิด เจตคติ และพฤติกรรมที่แตกต่างกับนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต่ำกว่า (ตารางที่ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sornprasit, S., (2002) ที่พบว่าผลการเรียนเฉลี่ยแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันการล่วงเกินทางเพศที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่มีคะแนนผลการเรียนเฉลี่ยสูงกว่า 2.50 มีพฤติกรรมการป้องกันการล่วงเกินทางเพศสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนผลการเรียนเฉลี่ยต่ำกว่า 2.50

ประสบการณ์การถูกคุกคามทางเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ประสบการณ์ถูกคุกคามทางเพศอาจไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการถูกคุกคามทางเพศ ซึ่งอาจต้องอาศัยทักษะส่วนบุคคลร่วมด้วยเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sornprasit, S. (2002) ที่พบว่านักเรียนที่มีประสบการณ์ถูกล่วงเกินทางเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันการล่วงเกินทางเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักเรียนที่ไม่เคยมีประสบการณ์การถูกล่วงเกินทางเพศมีพฤติกรรมการป้องกันการล่วงเกินทางเพศสูงกว่านักเรียนที่เคยมีประสบการณ์ถูกล่วงเกินทางเพศ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศกับพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศโดยรวม ($r = 0.354$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการ

คุกคามทางเพศ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศโดยรวมในนักเรียนชาย ($r = 0.257$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศโดยรวมในนักเรียนหญิง ($r = 0.310$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) แสดงว่า หากความรู้ต่อการคุกคามทางเพศของทั้งนักเรียนชาย และนักเรียนหญิงเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศเพิ่มขึ้นด้วย แต่ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบความรู้ของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงจะพบว่า นักเรียนหญิงมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งดีกว่านักเรียนชายที่มีความรู้ในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dokkham, K., Jannorkaew, N., Fugnakee, P., Sannooh, P., Yamprai, P., (2022) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการถูกคุกคามทางเพศอยู่ในระดับสูงร้อยละ 56.4 รองลงมา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการถูกคุกคามทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.8

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการคุกคามทางเพศ กับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน พบว่า เจตคติต่อการคุกคามทางเพศ ($r = 0.373$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเจตคติต่อการคุกคามทางเพศในนักเรียนชาย ($r = 0.375$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนเจตคติต่อการคุกคามทางเพศในนักเรียนหญิง ($r = 0.240$) มีความสัมพันธ์เชิงบวก

กับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ตารางที่ 2) ซึ่งอธิบายได้ว่า หากเจตคติต่อการคุกคามทางเพศ ของทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิงเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศเพิ่มขึ้นด้วย โดยจากผลการวิจัยพบว่านักเรียนชายมีเจตคติอยู่ในระดับปานกลางซึ่งดีกว่านักเรียนหญิงที่มีเจตคติในระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dokkham, K., Jannorkaew, N., Fugnakee, P., Sannooh, P., Yamprai, P., (2022) ที่พบว่า เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการคุกคามทางเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการถูกคุกคามทางเพศ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม ($r = 0.373$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองในนักเรียนชาย ($r = 0.493$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองในนักเรียนหญิง ($r = 0.560$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่า หากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของทั้งนักเรียนนักเรียนชายและนักเรียนหญิงเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศเพิ่มขึ้นด้วย โดยจากผลการวิจัยพบว่านักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยแบ่งการรับรู้ความสามารถ

ของตนเองออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1. ผลการบรรลุผลจากการกระทำของตนเอง ของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง 2. ผลการได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่นของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง 3. ผลการได้รับคำพูดชักจูงของนักเรียนอยู่ในระดับปานกลาง และ 4. ผลด้านภาวะทางสรีระของนักเรียนอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kulawong, S., (2012) พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองก่อนและหลังการได้รับการพัฒนาทักษะป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสนับสนุนแนวความคิดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบบดูรา ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้สำเร็จ ซึ่งสามารถส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ได้จาก 1. ประสบการณ์แห่งความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง 2. ประสบการณ์จากการตระหนักถึงการกระทำของบุคคลอื่น 3. การชักจูงด้วยคำพูด และ 4. สภาพทางสรีระวิทยาและอารมณ์

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายของพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ($R^2 = 0.361$) อธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ได้ร้อยละ 36.1 ซึ่งพบว่าปัจจัยที่กล่าวมามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) โดยปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการคุกคามทางเพศ ไม่พบ

งานวิจัยที่มุ่งเน้นในด้านพฤติกรรมทำนายของการป้องกันการคุกคามทางเพศ

ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Isaro, N. (2016) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลที่คิดว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อวัยรุ่นมีความเชื่อว่าตนเองสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ จะสามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Butcharoen, W., (2012) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ ร้อยละ 40.6

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างในหลากหลายพื้นที่ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาการเกิดภัยคุกคามทางเพศได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสถาบันการศึกษาได้ทราบถึงปัญหาในแต่ละพื้นที่ เพื่อเฝ้าระวังได้อย่างเหมาะสม

2. สถาบันการศึกษาควรมีการจัดอบรมบุคลากรในโรงเรียน อาทิเช่น ผู้บริหาร ครู รวมถึงเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ในเรื่องมาตรการดูแลความปลอดภัยเพื่อป้องกันการคุกคามทางเพศที่อาจเกิดขึ้นในโรงเรียน รวมถึงส่งเสริมความรู้ให้แก่บุคลากรในโรงเรียนทุกฝ่ายเพื่อให้มีความรู้ความสามารถ และมีทักษะในการป้องกันการคุกคามทางเพศของนักเรียนในสถาบัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร คณาจารย์
เจ้าหน้าที่ทุกท่านและนักเรียน ที่ให้ความช่วยเหลือ
และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการศึกษาวิจัย

ครั้งนี้ และขอขอบคุณทุนสนับสนุนการทำ
วิทยานิพนธ์บางส่วนจาก บัณฑิตวิทยาลัย สมาคม
ศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และ
สมาคมอนามัยครอบครัวประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Prakotwong, N. (2016). *Opinion of students about Sexual Harassment in academy*. Thammasat University, (in Thai).
- Khangpiboon, K., Seramethakul, M. (2020). *Global (online) problems: sexual harassment on social media*. (online), Retrieved form: <https://www.law.tu.ac.th/seminar-summary-online-sexual-harassment/>
- CNN health. (2017). *Sexual harassment: How it stands around the globe*. (online), Retrieved form: <https://edition.cnn.com/2017/11/25/health/sexual-harassment-violence-abuse-global-levels/index.html>
- Women and Men Progressive Movement Foundation. (2018). Revealing the statistics of sexual violence in Thailand. Found a young victim The most is 5 years old. (online), Retrieved form: <https://workpointtoday.com/0เปิดสถิติความรุนแรงทาง/>.
- Popanchamakul, R., Tongkhambunchong, S., Supwirapakorn, W. (2019). *A study of patterns and response methods of sexual harassment of secondary school students*. MBU Education Journal : Faculty of Education Mahamakut Buddhist University. 7(2), 441-448.
- Sornprasit, S. (2002). *School Under the Jurisdiction of General Education Department, Samut Sakhon Province*. Silpakorn University, (in Thai).
- Kirdin, S. (2019). *Effects of life skills program on knowledge and life skills to prevent sexual assault in female secondary school students*. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 33(1), 128-145.
- Dokkham, K., Jannorkaew, N., Fugnakee, P., Sannooh, P., Yamprai, P. (2022). *Factors associated with risk behavior to be sexual harassed of people in Moo 16, Ban Mae Ka Huay Kean, Maeka district, Phayao Province*. UBRU Journal for Public Health Research. 11(1), 83-95.
- Kulawong, S. (2012). *The effects of training programs to prevent sexual risk behavior on perceived self-efficacy of hmong hill tribe female students in secondary school, grade 1-3*. Independent Study M.P.H., University of Phayao. (in Thai).
- Isaro, N. (2016). *Factors Predicting Appropriated Sexual Behaviors among the Lower Secondary School Students in Chanthaburi Province*. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 24(2), 72-84.

Butcharoen, W. (2012). *Factors Related to Sexual Risk Behavior among Thai Secondary School Students*. Journal of Public Health. 42(1), 29-39.

Bandura, Albert. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

The study of the development of Thai traditional and alternative medicine services in primary health care center, Nakhon Si Thammarat province for the fiscal years 2022 -2023

Arporn Laksanavimol*¹ Natthika Wirattinan*

**Thai traditional and alternative medicine department, Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office,*

1 Corresponding author: number 086-2782953, E-mail address: Arporn.2512306@gmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Laksanavimol, A., & Wirattinan, N. The study of the development of Thai traditional and alternative medicine services in primary health care center, Nakhon Si Thammarat province for the fiscal years 2022 -2023. *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(1), 105–120. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/269184

Received: 25 Nov 2023

Revised: 1 Dec 2023

Accepted: 18 Dec 2023

Abstract

The goal of this survey research is to examine the development of Thai traditional and alternative medicine services in Nakhon Si Thammarat province's primary health care center, for the fiscal years 2022–2023. The sampling size comprised of 254 responders of the survey questionnaire, including the directors of Queen Sirikit Health Center and Subdistrict Health Promoting Hospital. Descriptive data analysis was conducted for percentage. Much of the population was between the ages of 45 and 59, with the most services were from both modern medicine and Thai traditional medicine. The high level of benefits was from both Thai traditional medicine and alternative medicine services (50.39%). The highest level of benefits was for in-patients (52.76%), with a high level of benefits for personnel (51.97%), and highest level of benefits for society and community (48.43%). There were four components to the readiness to offer Thai traditional and alternative medicine services. 1) The majority of service providers were nurses (90.55%). 2) Herbal medicine dispensaries were the best prepared (95.67%). 3) Number of herbal medicine items: between 10 to 20 herbal medications (77.17%). 4) The most important issue preventing Thai traditional medicine services from being organized in primary care centers was a lack of funding. Recommendations: Increased staffing for Thai traditional medicine with medium and small sizes primary care centers, in response to the Department of Thai Traditional Medicine and Integrative Medicine's service plan for health services system development.

Keywords: Thai traditional and alternative medicine services, primary health care center, herbal medicine

การศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 – 2566

อาภรณ์ ลักษณะวิมล*¹ ณัฐริกา วิรัตน์นท์*

*กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช หมายเลขโทรศัพท์ 086-2782953,

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ติดต่อ Arpom.2512306@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 25 พย.2566
วันแก้ไข 1 ธค.2566
วันตอบรับ 18 ธ.ค.2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 – 2566 วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาในผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมด จำนวน 254 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ ผลการศึกษา ประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 45 – 59 ปี ศาสตร์ที่ใช้ในการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุด คือ ศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน และศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประโยชน์ของการจัดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับมาก ประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระดับมากที่สุด ประโยชน์ต่อบุคลากรในระดับมาก ประโยชน์ต่อสังคมและชุมชนในระดับมากที่สุด เป็น ร้อยละ 50.39 ร้อยละ 52.76 ร้อยละ 51.97 ร้อยละ 48.43 ตามลำดับ ความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านบุคลากร พบว่า พยาบาลเป็นผู้ให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 90.55 ด้านสถานที่ พบว่า มีความพร้อมมากที่สุด คือ สถานที่จ่ายยาสมุนไพร ร้อยละ 95.67 ด้านจำนวนรายการยาสมุนไพร พบว่า หน่วยบริการส่วนใหญ่มีจำนวนรายการยาสมุนไพรตั้งแต่ 10 รายการขึ้นไป แต่น้อยกว่า 20 รายการ ร้อยละ 77.17 ด้านปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ปัญหาขาดงบประมาณมากที่สุด ข้อเสนอแนะ ควรเพิ่มกรอบอัตราค่าจ้างแพทย์แผนไทยในรพ.สต.ขนาดกลาง (M) และขนาดเล็ก (S) ให้ครอบคลุมทุกแห่ง เพื่อตอบสนองนโยบายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

คำสำคัญ บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หน่วยบริการปฐมภูมิ ยาสมุนไพร

บทนำ

ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (2560 – 2579) ด้านสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย 4 Excellence Strategies ในส่วนของ Service Excellence แผนงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ พ.ศ.2562 รวมถึงนโยบายการดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช การดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว ต้องมีการบูรณาการความร่วมมือของแพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพ เพื่อเน้นการขับเคลื่อนงานแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ นำศาสตร์การแพทย์แผนไทยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรมาใช้ มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกพิจารณาแล้ว เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์จึงมีคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ 280/2563 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนงานแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปี 2566 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช มีแพทย์แผนไทยให้บริการทางการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจรในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ทุกแห่ง จำนวน 23 แห่ง

คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีแพทย์แผนไทยให้บริการ 48 แห่ง จาก 251 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 19.12 มีแพทย์แผนไทยภาครัฐทั้งจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 142 คน ซึ่งสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 121 คน นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 21 คน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการจัดบริการแพทย์แผนไทยได้ทั่วถึง ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์แผนไทย หากโรคหรืออาการที่ประชาชนมารับบริการสามารถใช้ยาสมุนไพรได้ก็มีนโยบายในการจ่ายยาสมุนไพรให้ประชาชนเป็นลำดับแรก เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยได้อย่างทั่วถึง

เนื่องจากการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ 251 แห่ง โดยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์แผนไทย 48 แห่ง จาก 251 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 19.12 และเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์แผนไทย 203 แห่ง จาก 251 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80.88 ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งจะต้องจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย หากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีความพร้อมในการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยจะทำให้ประชาชนเสียโอกาสในการได้รับบริการทางการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ มีความจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้เป็นไปตามมาตรฐาน และครอบคลุมในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ทำการศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในหน่วยบริการปฐมภูมิจะได้มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้อย่างทั่วถึง จึงได้ศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและ

การแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด นครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565-2566

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 – 2566

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1.หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 (สำนักสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ, 2565) ที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างปีงบประมาณ 2565 - 2566 จำนวน 254 แห่ง

2. บริการการแพทย์แผนไทย

2.1 เวชกรรมไทย ให้บริการตรวจวินิจฉัยสั่งการรักษาในโรคทั่วไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และที่แพทย์แผนไทยสามารถให้บริการรักษาได้ผลเป็นอย่างดี ได้แก่

2.1.1 กลุ่มโรคกล้ามเนื้อและโครงสร้าง เช่น ไหล่ติด นิ้วล็อก สะบักจม ข้อติด โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

2.1.2 กลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต (แก้ลม) เช่น อาการวิงเวียน หน้ามืด นอนไม่หลับ กินไม่ได้ อ่อนเพลีย เป็นต้น

2.1.3 กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต

2.1.4 กลุ่มอาการ/โรคที่พบบ่อยตามบริบทของพื้นที่

2.2 เภสัชกรรมไทย มีการจัดยา จ่ายยาแผนไทยที่ได้มาตรฐาน GMP ขมิ้นชัน และฟ้าทะลายโจรตามนโยบาย First line drug

2.3 หัตถการด้านการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การนวดไทย การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การดูแลมารดาหลังคลอด การพอกยาสมุนไพร และอื่นๆ ตามความชำนาญของแพทย์แผนไทยภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

3. บริการการแพทย์ทางเลือก

- ให้บริการการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ สมุนไพรบำบัด SKT โดยผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Department of Thai traditional and alternative medicine, 2019)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย และกระบวนการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาในประชากรทั้งหมด

ประชากรที่ศึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ในจังหวัดนครศรีธรรมราชทั้ง 254 แห่ง แห่งละ 1 คน

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และการสุ่ม (sampling) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมด จำนวน 254 คน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษ ประชากรที่ศึกษาทั้งหมด

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ
- อายุไม่น้อยกว่า 25 ปี
- ไม่จำกัดเพศ

2) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

- ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

- เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช มี 11 ข้อ ประกอบไปด้วยข้อคำถามที่เป็นข้อมูลทั่วไป ศาสตร์ที่ใช้ในการจัดการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) การรับรู้ประโยชน์การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ความพร้อมในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การตรวจสอบเครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Content validity) โดยผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาลงความเห็นเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.85 – 1 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.5 (Rovinelli, R.J. & Hambleton, R.K., 1977)

เก็บข้อมูลการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ จากประชากรที่ศึกษาโดยส่งลิ้งค์แบบสอบถามการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2565 และปีงบประมาณ 2566 ให้กับผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง จำนวน 23 แห่ง เพื่อส่งลิ้งค์แบบสอบถามให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ในจังหวัดนครศรีธรรมราชทุกแห่งทั้ง 254 แห่ง ประสานชี้แจงการเก็บการบันทึก และการรายงานผลข้อมูล กลับมายังกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช อัตราตอบกลับจากลิ้งค์ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้คือสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละสำหรับข้อมูลต่อไปนี้

1. ศาสตร์ที่ใช้ในการจัดการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ
2. การรับรู้ประโยชน์การจัดการบริการการแพทย์แผนไทย
3. บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการการแพทย์แผนไทย
4. สถานที่ในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทย
5. ยาสมุนไพรที่ใช้ให้บริการในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทย

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 029/2566 ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

การศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาการจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 - 2566 ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ศาสตร์ที่ใช้ในการจัดการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)
3. การรับรู้ประโยชน์การจัดการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. ความพร้อมในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามการจัดการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกอำเภอใน จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 - 2566 พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการจัดการบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยปฐมภูมิ จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ ช่วงอายุ 45 - 59 ปี มีผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิตอบแบบสอบถามมากที่สุด จำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 81.89 แสดงว่าผู้บริหารส่วนใหญ่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่ในช่วงอายุ 45 - 59 ปี โดยอำเภอที่มีผู้บริหารในช่วงอายุดังกล่าวมากที่สุดสามลำดับแรก จำนวนสี่อำเภอ คือ อำเภอเมือง นครศรีธรรมราช อำเภอทุ่งสง อำเภอปากพนัง และอำเภอชะอวด มีจำนวน 21, 21, 18 และ 17 คน ตามลำดับ ส่วนช่วงอายุที่พบมากรองลงมาคือช่วงอายุ 24 - 44 ปี ตอบแบบสอบถามจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 15.35 อำเภอที่มีผู้บริหารช่วงอายุ 24 - 44 ปี มากที่สุดสามลำดับแรก คือ อำเภอปากพนัง อำเภอเชียรใหญ่ และ

อำเภอทุ่งใหญ่ มีผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 6, 5 และ 4 คน ตามลำดับ ช่วงอายุที่พบเป็นลำดับที่สามคือช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.76 และช่วงอายุที่พบเป็นลำดับสุดท้าย คือช่วงอายุน้อยกว่า 24 ปี ไม่พบผู้ตอบแบบสอบถาม แสดงว่าไม่มีประชากรที่อายุน้อยกว่า 24 ปี เป็นผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 ศาสตร์ที่ใช้ในการจัดการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการนำศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการจัดการบริการในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2565-2566 ศาสตร์ที่ใช้ในการจัดการบริการประกอบด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย (มีเฉพาะบริการจ่ายยาสมุนไพรก็นับเป็นการจัดการบริการแพทย์แผนไทย) การแพทย์ทางเลือก เช่นการฝังเข็ม สมาธิบำบัด (SKT) การกดจุด สะท้อนฝ่าเท้า กัวซา และการแพทย์อื่นๆ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละการจัดการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามศาสตร์ที่ใช้ในการจัดการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 - 2566

ลำดับ	ศาสตร์ที่ใช้ในการจัดการบริการ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1.	มีการแพทย์แผนปัจจุบัน	254	100.00
2.	มีการแพทย์แผนไทย (มีเฉพาะบริการจ่ายยาสมุนไพรก็นับเป็นการจัดการบริการแพทย์แผนไทย)	217	85.43
3.	มีการแพทย์ทางเลือก เช่นการฝังเข็ม สมาธิบำบัด (SKT) การกดจุด สะท้อนฝ่าเท้า กัวซา	32	12.60
4.	มีการแพทย์อื่นๆ (การครอบแก้ว)	2	0.75

จากตารางที่ 1 การจัดการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามศาสตร์ที่ใช้ในการจัดการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปีงบประมาณ 2565 - 2566 ดังนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดการบริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันครอบคลุมทุกแห่ง จำนวน 254 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วน

ศาสตร์การแพทย์แผนไทย (มีเฉพาะบริการจ่ายยาสมุนไพร ก็นับเป็นการจัดบริการแพทย์แผนไทย) มีการจัดบริการ จำนวน 217 แห่ง ร้อยละ 85.43 สำหรับศาสตร์การแพทย์ ทางเลือก เช่นการฝังเข็ม สมุนไพรบำบัด (SKT) การกดจุด สะท้อนฝ่าเท้า กัวซา มีการจัดบริการ จำนวน 32 แห่ง

คิดเป็นร้อยละ 12.60 และการแพทย์อื่นๆ (การครอบแก้ว) มีการจัดบริการน้อยที่สุด จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.79

ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์การจัดบริการ ได้แก่

- 1) ประโยชน์ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ประโยชน์ต่อผู้ป่วย
- 3) ประโยชน์ต่อบุคลากร 4) ประโยชน์ต่อสังคมและชุมชน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน (แห่ง) ร้อยละ ระดับประโยชน์ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อ หน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อผู้ป่วย ต่อบุคลากร และต่อสังคมและชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 - 2566

ระดับประโยชน์ ในการ จัดบริการฯ	ระดับประโยชน์				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ต่อหน่วย บริการปฐมภูมิ	0 (0.00%)	0 (0.00%)	19 (7.48%)	128 (50.39%)	107 (42.13%)
ต่อผู้ป่วย	0 (0.00%)	1 (0.39%)	15 (5.91%)	104 (40.94%)	134 (52.76%)
ต่อบุคลากร	1 (0.39%)	1 (0.39%)	25 (9.84%)	132 (51.97%)	95 (37.40%)
ต่อสังคมและ ชุมชน	0 (0.00%)	2 (0.79%)	16 (6.30%)	113 (44.49%)	123 (48.43%)

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวน (แห่ง) ร้อยละ ระดับประโยชน์ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด นครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 - 2566 พบว่า ผู้บริหารมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการ แพทย์ทางเลือก มีประโยชน์ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับมาก ระดับมากที่สุด ระดับปานกลาง จำนวน 128, 107 และ 19 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50.39, 42.13 และ 7.48 ตามลำดับ ไม่มีผู้บริหารที่คิดว่าการจัดบริการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก มีประโยชน์ต่อหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ในระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด นอกจากนี้ แสดงจำนวน (แห่ง) ร้อยละ ระดับประโยชน์ในการ

จัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วย บริการปฐมภูมิต่อผู้ป่วย ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 - 2566 พบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็น ว่าการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มี ประโยชน์ต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับมาก ที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ร้อยละ 52.76, 40.94, 5.91 และ 0.39 ตามลำดับ ไม่มีผู้บริหารที่คิดว่าการ จัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มี ประโยชน์ต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับน้อย ที่สุด อีกทั้งแสดงจำนวน (แห่ง) ร้อยละ ระดับประโยชน์ใน การจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน หน่วยบริการปฐมภูมิต่อบุคลากรในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ปีงบประมาณ 2565 - 2566 พบว่า ผู้บริหารมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีประโยชน์ต่อบุคลากร ในระดับมากที่สุด ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด จำนวน 132, 95, 25, 1 และ 1 แห่ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 51.97, 37.40, 9.84, 0.39 และ 0.39 ตามลำดับ และแสดงจำนวน (แห่ง) ร้อยละ ระดับประโยชน์ในการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อสังคมและชุมชน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 - 2566 พบว่า ผู้บริหารมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีประโยชน์ต่อสังคมและชุมชน ในระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย จำนวน 123, 113, 16 และ 2 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ

48.43, 44.49, 6.30 และ 0.79 ตามลำดับ ไม่มีผู้บริหารที่คิดว่าการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีประโยชน์ต่อสังคมและชุมชน ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ผ่านการอบรม หลักสูตรนวดไทย 800/372/330 ชั่วโมง พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขเจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น (เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน (แห่ง) และร้อยละ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบุคลากรที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย (รวมถึงการจ่ายยาสมุนไพร) จำแนกตามตำแหน่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2565 – 2566

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1.	แพทย์แผนไทย	71	27.95
2.	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนวดไทย 800/372/330 ชั่วโมง	26	10.24
3.	พยาบาล	230	90.55
4.	นักวิชาการสาธารณสุข	213	83.86
5.	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	92	36.22
6.	เจ้าพนักงานอื่นๆ (เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข, นักกายภาพบำบัด)	15	5.19

จากตารางที่ 3 แสดงจำนวน (แห่ง) และร้อยละ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบุคลากรที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย (รวมถึงการจ่ายยาสมุนไพร) จำแนกตามตำแหน่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2565 – 2566 พบว่า บุคลากรที่

ให้บริการการแพทย์แผนไทย (รวมถึงการจ่ายยาสมุนไพร) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ เป็นตำแหน่งพยาบาล จำนวน 230 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.55 รองลงมาเป็นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 213 แห่ง คิดเป็น

ร้อยละ 83.86 ลำดับที่สามเป็นตำแหน่งเจ้าพนักงาน
สาธารณสุข จำนวน 92 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 36.22 และ

ตำแหน่งแพทย์แผนไทยมีสัดส่วนมากเป็นลำดับที่สี่
จำนวน 71 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 27.95

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน (แห่ง) และร้อยละ ความพร้อมด้านสถานที่ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์
ทางเลือกของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ลำดับ	สถานที่ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย	มี (แห่ง)	ร้อยละ	ไม่มี (แห่ง)	ร้อยละ
1.	สถานที่จ่ายยาสมุนไพร	243	95.67	11	4.33
2.	สถานที่ตรวจ วินิจฉัยโรคทางการแพทย์แผนไทย	175	68.90	79	31.10
3.	สถานที่ให้บริการนวด/ประคบ	89	35.04	165	64.96
4.	สถานที่ให้บริการอบ	66	25.98	188	74.02
5.	สถานที่ให้บริการดูแลมารดาหลังคลอด	77	30.31	177	69.69
6.	สถานที่ให้บริการการแพทย์ทางเลือก	79	31.10	175	68.90

จากตารางที่ 4 แสดงจำนวน (แห่ง) และร้อยละ ความ
พร้อมด้านสถานที่ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือกของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด
นครศรีธรรมราช พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มี
สถานที่ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในส่วนของ
สถานที่จ่ายยาสมุนไพร จำนวน 243 แห่ง คิดเป็นร้อยละ
95.67 นอกจากนี้สถานที่ในการจัดบริการการแพทย์แผน
ไทยในด้านอื่นๆ มีดังนี้ สถานที่ตรวจ วินิจฉัยโรคทาง

การแพทย์แผนไทย สถานที่ให้บริการนวด/ประคบ
สถานที่ให้บริการการแพทย์ทางเลือก สถานที่ให้บริการ
ดูแลมารดาหลังคลอด และสถานที่ให้บริการอบ มีจำนวน
175, 89, 79, 77, และ 66 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ
68.90, 35.04, 31.10, 30.31 และ 25.98 ตามลำดับ จะ
เห็นได้ว่า สถานที่ให้บริการอบ มีทั้ง จำนวน (แห่ง) และ
ร้อยละน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับสถานที่ให้บริการทางการ
แพทย์แผนไทยอื่นๆ

ตารางที่ 5 จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนรายการยาสมุนไพรในช่วงต่างๆ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ลำดับ	จำนวนรายการยาสมุนไพรที่มีในหน่วยบริการ	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	ร้อยละ
1.	มีน้อยกว่า 10 รายการ	24	9.45
2.	มีตั้งแต่ 10 รายการขึ้นไป แต่น้อยกว่า 20 รายการ	196	77.17
3.	มีตั้งแต่ 20 รายการขึ้นไป แต่น้อยกว่า 30 รายการ	38	14.96
4.	มีตั้งแต่ 30 รายการขึ้นไป	2	0.97

จากตารางที่ 5 แสดงจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนรายการยาสมุนไพรในช่วงต่างๆ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีจำนวนรายการยาสมุนไพรตั้งแต่ 10 รายการขึ้นไป แต่น้อยกว่า 20 รายการ มีจำนวน 196 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77.17 รองลงมา มีจำนวนรายการยาสมุนไพรตั้งแต่ 20 รายการขึ้นไป แต่น้อยกว่า 30 รายการ มีจำนวน 38 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.96 และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนรายการยาสมุนไพรน้อยกว่า 10 รายการ มีจำนวน 24 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.45 ทั้งนี้มีหน่วยบริการที่มียาสมุนไพรตั้งแต่ 30 รายการขึ้นไป จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.97

ปัญหาอุปสรรคในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ จำนวน 216 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.04 มีปัญหาในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยอำเภอที่มีปัญหาในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุดสามลำดับแรกคือ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช อำเภอปากพะนัง และ อำเภอทุ่งสง ซึ่งมีจำนวนหน่วยบริการมีปัญหาอุปสรรค จำนวน 25, 21, และ 19 แห่ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.84, 8.27 และ 7.48 ตามลำดับ ทั้งนี้หน่วยบริการที่ไม่มีปัญหาอุปสรรคในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีจำนวน 38 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.94

ตารางที่ 6 รายละเอียดปัญหาอุปสรรคที่พบในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ลำดับ	ปัญหาอุปสรรค	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1.	ไม่มีงบประมาณ	109	42.91
2.	หาแพทย์แผนไทยที่มีใบเวชกรรมมาปฏิบัติงานไม่ได้	88	34.65
3.	หาผู้ช่วยแพทย์แผนไทยมาปฏิบัติงานไม่ได้	60	23.62
4.	ไม่มีสถานที่จัดการนวด/อบ/ประคบ/หัตถ์บำบัด	98	38.58
5.	จำนวนยาสมุนไพรสำหรับใช้มีบริการน้อย	51	20.08
6.	ปริมาณยาสมุนไพรสำหรับให้บริการแต่ละรายการมีน้อย	61	24.02
7.	ไม่มีนโยบายการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยในระดับอำเภอ	42	16.54
8.	ขาดความรู้เรื่องประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพร	44	17.32

จากตารางที่ 6 แสดงรายละเอียดปัญหาอุปสรรคที่พบในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการขาดงบประมาณ จำนวน 109 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.91 รองลงมา เป็นปัญหาเรื่องไม่มีสถานที่จัดการนวด/อบ/ประคบ/หัตถ์บำบัด จำนวน 98 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38.58 และปัญหาลำดับที่สามคือ

ไม่สามารถหาแพทย์แผนไทยที่มีใบเวชกรรมไทยมาปฏิบัติงานได้ จำนวน 88 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.65 นอกจากนี้พบปัญหาจากมากไปน้อย ดังนี้ ปริมาณยาสมุนไพรสำหรับให้บริการแต่ละรายการมีน้อย ไม่สามารถหาผู้ช่วยแพทย์แผนไทยมาปฏิบัติงานได้ จำนวนยาสมุนไพรสำหรับใช้มีบริการน้อย ขาดความรู้เรื่องประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความปลอดภัยในการใช้ยา

สมุนไพร และไม่มีนโยบายการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยในระดับอำเภอ จำนวน 61, 60, 51, 44 และ 42 แห่ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 24.08, 23.62, 20.08, 17.32 และ 16.54 ตามลำดับ

อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการทุกแห่งตอบแบบสอบถามการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยปฐมภูมิ จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 เนื่องจากผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ประกอบกับผู้วิจัยมีการติดตามการตอบแบบสอบถาม หากหน่วยบริการยังไม่ได้ตอบแบบสอบถาม จะมีการประสานผ่านทั้งผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโทรศัพท์ประสานโดยตรงไปยังผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ดำเนินการตอบแบบสอบถาม โดยผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่พบว่ามียุวัยในช่วง 45 – 59 ปี โดยอำเภอที่มีผู้บริหารในช่วงอายุดังกล่าวมากที่สุดสามลำดับแรก จำนวนสี่อำเภอ คือ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช อำเภอทุ่งสง อำเภอปากพนัง และอำเภอชะอวด มีจำนวน 21, 21, 18 และ 17 คน ตามลำดับ ซึ่งผู้บริหารในช่วงอายุดังกล่าวได้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการรักษายาบาลทาง การแพทย์แผนไทยสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ประกอบกับมีประสบการณ์ในการทำงานมานานในระดับนี้ ถือเป็นจุดเด่นของผู้บริหารหน่วยปฐมภูมิในจังหวัดนครศรีธรรมราช อีกทั้งผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิบางหน่วยบริการได้ไปเรียนต่อแพทย์แผนไทยบัณฑิต หรือได้รับใบเวชกรรมไทย อาจส่งผลให้มีความเข้าใจในศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ละเอียดลึกซึ้งมากขึ้น และเข้าใจประโยชน์ของศาสตร์นี้ต่อหน่วยบริการ ต่อผู้ป่วย ต่อชุมชนได้ดี

ศาสตร์ที่ใช้ในการจัดการบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า พบว่า ศาสตร์ที่มีการใช้มากที่สุด คือ ศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน และศาสตร์การแพทย์แผนไทย (มีเฉพาะบริการจ่ายยาสมุนไพรก็นับเป็นการจัดการบริการแพทย์แผนไทย) ซึ่งจัดการบริการทุกแห่ง จำนวน 254 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 เนื่องจากมีนโยบายทั้งระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับเขตสุขภาพ และระดับจังหวัดในการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการทุกระดับ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยได้สะดวกขึ้นผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ สำหรับศาสตร์การแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม สมุนไพรบำบัด (SKT) การกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า กัวซา มีการจัดการบริการ จำนวน 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 12.60 และการแพทย์อื่นๆ (การครอบแก้ว) มีการจัดการบริการน้อยที่สุด จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.79 ซึ่งมีการนำศาสตร์การแพทย์ทางเลือก ในเรื่องของ สมุนไพรบำบัด (SKT) การกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มาร่วมใช้ในการบำบัดรักษา พื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องตีแมลงกอลฮอลล์ ติดบุหรื

การรับรู้ประโยชน์การจัดการบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้บริหารมีความคิดเห็นว่าการจัดการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีประโยชน์ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับมาก ระดับมากที่สุด ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.39, 42.13 และ 7.48 ตามลำดับ ไม่มีผู้บริหารที่คิดว่าการจัดการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีประโยชน์ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยรูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาจังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มผู้บริหารเห็นว่าควรมีการจัดให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 100.00 (Koorakot Inthong et al, 2018) สำหรับระดับประโยชน์ในการจัดการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อผู้ป่วย

พบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย ร้อยละ 52.76, 40.94, 5.91 และ 0.39 ตามลำดับ ไม่มีผู้บริหารที่คิดว่าการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับน้อยที่สุด ซึ่งการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ในส่วนของระดับประโยชน์ในการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อบุคลากร พบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีประโยชน์ต่อบุคลากร ในระดับมาก ระดับมากที่สุด ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 51.97, 37.40, 9.84, 0.39 และ 0.39 ตามลำดับ เนื่องจากบุคลากรสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองยามเจ็บป่วย เมื่อเจ้าหน้าที่ยอมรับการใช้บริการก็จะมีเชื่อมั่นในการไปแนะนำ บอกต่อคนในครอบครัว ผู้รับบริการ คนในชุมชน ให้เชื่อมั่น และหันมาใช้บริการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพต่อไป ระดับประโยชน์ในการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อสังคมและชุมชน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 - 2566 พบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นว่าการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีประโยชน์ต่อสังคมและชุมชน ในระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย จำนวน 123, 113, 16 และ 2 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 48.43, 44.49, 6.30 และ 0.79 ตามลำดับ ไม่มีผู้บริหารที่คิดว่าการจัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีประโยชน์ต่อสังคมและชุมชน ในระดับน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางและนโยบายการดำเนินงาน

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2566 ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น สร้างโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐ อย่างเป็นธรรม และสะดวก ส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพร และภูมิปัญญาไทยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Ministry of public health, 2023)

ความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบ่งเป็น 4 ด้าน 1) ด้านบุคลากร พบว่า บุคลากรที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย (รวมถึงการจ่ายยาสมุนไพร) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย ร้อยละ 90.55, 83.86, 36.22 และ 27.95 ตามลำดับ เนื่องจาก หาแพทย์แผนไทยที่มีใบเวชกรรมมาปฏิบัติงานไม่ได้ และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนวดไทย 800/372/330 ชั่วโมง ซึ่งไม่สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน(รพ.สส.พท) ประกอบกับบุคลากรแพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิลาออกบ่อยเนื่องจากจ้างเหมาบริการ ไม่มีเลขตำแหน่ง หากไปสอบเข้าทำงานของหน่วยงานอื่นจะมีความก้าวหน้าและมั่นคงมากกว่าการจ้างเหมาบริการ เช่น หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Nakhon Si Thammarat provincial public health office, 2023) 2) ด้านสถานที่ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีสถานที่ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในส่วนของสถานที่จ่ายยาสมุนไพร จำนวน 243 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 95.67 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ให้บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีจุดบริการจ่ายยาสมุนไพร ห้องบริการแพทย์แผนไทย และห้องยาของหน่วยบริการ 31 แห่ง ร้อยละ 58.49 (Wallapa Kongchanmitkul et al, 2018) นอกจากนี้สถานที่ในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในด้านอื่นๆ มีดังนี้ สถานที่ตรวจ วินิจฉัยโรคทางการแพทย์แผนไทย สถานที่

ให้บริการนวด/ประคบ สถานที่ให้บริการการแพทย์ทางเลือก สถานที่ให้บริการดูแลมารดาหลังคลอด และสถานที่ให้บริการอบ ร้อยละ 68.90, 35.04, 31.10, 30.31 และ 25.98 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า สถานที่ให้บริการอบ มีทั้ง จำนวน (แห่ง) และร้อยละน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับสถานที่ให้บริการทางการแพทย์แผนไทยอื่นๆ เนื่องจากการจัดสถานที่ให้บริการอบ จะต้องใช้พื้นที่มากพอสมควร ต้องอยู่ใกล้กับห้องอาบน้ำ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิค่อนข้างมีพื้นที่จำกัดส่งผลให้ยากต่อการจัดสถานที่ให้บริการอบ 3) ด้านจำนวนรายการยาสมุนไพร พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีจำนวนรายการยาสมุนไพรตั้งแต่ 10 รายการขึ้นไป แต่น้อยกว่า 20 รายการ ร้อยละ 77.17 และมีหน่วยบริการที่มียาสมุนไพรตั้งแต่ 30 รายการขึ้นไป จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.97 คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโมคลาน อำเภอท่าศาลา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าหวาย อำเภอเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท) ในส่วนของการจัดบริการ ได้กำหนดให้มีการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก/เภสัชตำรับโรงพยาบาล/รายการยาที่มีทะเบียน ไม่น้อยกว่า 10 รายการ ประกอบมีการนิเทศงาน กำกับติดตามให้โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดซื้อ จัดหาให้เพียงพอกับการใช้ และให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอาการตามกรอบบัญชียาสมุนไพรจังหวัด และมีการจัดประชุมโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ส่งการรักษาและบุคลากรสาธารณสุขในการใช้ยาสมุนไพรทำให้บุคลากรสาธารณสุข เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เป็นต้น เข้าใจ มั่นใจ และสั่งการใช้ยาสมุนไพรได้มากขึ้น และสอดคล้องกับสถานการณ์ให้บริการการแพทย์แผนไทยในจังหวัดนครราชสีมาซึ่งพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีรายการยาสมุนไพรให้บริการเฉลี่ย 22 รายการ (Wallapa Kongchanmitkul et al, 2018) อาจเป็นเพราะการส่งจ่ายยาสมุนไพรมีสหวิชาชีพที่สามารถส่งการรักษาด้วยยาสมุนไพรได้ด้วย ซึ่งก็เป็นที่น่าสนใจที่จะ

ศึกษาว่าการใช้ยาสมุนไพรของจังหวัดนครราชสีมา นั้น มีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรอย่างไรเพื่อค้นหาเหตุปัจจัย นำสู่การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้สมเหตุสมผลต่อไป 4) ด้านปัญหาอุปสรรคในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ จำนวน 216 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.04 มีปัญหาในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยอำเภอที่มีปัญหาในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ มากที่สุดสามลำดับแรกคือ อำเภอเมืองนครราชสีมา อำเภอปากพนัง และ อำเภอทุ่งสง ซึ่งมีจำนวนหน่วยบริการมีปัญหาลดลง จำนวน 25, 21, และ 19 แห่ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 8.84, 8.27, และ 7.48 ตามลำดับ เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุดสามลำดับแรกของจังหวัดนครราชสีมา อาจทำให้การบริหารจัดการมีอุปสรรคปัญหามากกว่าอำเภอขนาดเล็กที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิน้อย ทั้งนี้หน่วยบริการที่ไม่มีปัญหาลดลงในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีจำนวน 38 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.94 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอที่มีขนาดเล็ก สำหรับรายละเอียดปัญหาอุปสรรคที่พบในการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการขาดงบประมาณ ร้อยละ 42.91 เนื่องจากงบประมาณมีจำกัด ประกอบกับไม่ได้เป็นนโยบายมุ่งเน้นของผู้บริหารระดับกระทรวง ทำให้ต้องใช้งบประมาณไปทำในเรื่องอื่นๆที่กำหนดเป็นนโยบายมุ่งเน้น หรือที่กำหนดประเด็นในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รองลงมาเป็นปัญหาเรื่องไม่มีสถานที่จัดบริการนวด/อบ/ประคบ/ทัณฑ์หม้อเกลือ จำนวน 98 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38.58 เนื่องจากแปลนโครงสร้างอาคารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้จัดบริเวณสำหรับการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยไว้โดยเฉพาะ ทำให้เมื่อจะเพิ่มห้อง หรือบริเวณการจัดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยต้องเป็นไปตามบริบทของพื้นที่นั้นๆ

เช่น บางหน่วยบริการคลินิกแผนไทยอยู่ชั้นล่าง บางหน่วยบริการไปอยู่ชั้นบน เป็นต้น และปัญหาลำดับที่สามคือ ไม่สามารถหาแพทย์แผนไทยที่มีใบเวชกรรมไทยมาปฏิบัติงานได้ ร้อยละ 34.65 เนื่องจากปัญหาความมั่นคงในอาชีพ ลักษณะการจ้างงานแพทย์แผนไทยในรพ.สต. ส่วนใหญ่ยังใช้รูปแบบการจ้างเหมาบริการ ทำให้ไม่มีความมั่นคง ไม่สามารถเก็บอายุงานเพื่อนำไปใช้ในการเข้ารับราชการได้ อีกทั้งหากไปทำงานภาคเอกชนสามารถหารายได้ได้มากกว่าค่าจ้างหน่วยงานภาครัฐ นอกจากนี้พบปัญหาจากมากไปน้อย ดังนี้ ปริมาณยาสมุนไพรสำหรับให้บริการแต่ละรายการมีน้อย ไม่สามารถหาผู้ช่วยแพทย์แผนไทยมาปฏิบัติงานได้ จำนวนยาสมุนไพรสำหรับใช้มีบริการน้อย ขาดความรู้เรื่องประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพร และไม่มียาแผนไทยในการดูแลรักษาผู้ป่วยในรพ.สต. ร้อยละ 24.08, 23.62, 20.08, 17.32 และ 16.54 ตามลำดับ สำหรับปัญหาด้านอื่นๆ หากไม่สามารถจัดการปัญหาในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิได้ อาจจะต้องมีการนำเสนอปัญหาผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น และร่วมประชุมหาทางออกและแนวทางแก้ไขปัญหาต่อไป

สรุปผล

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานพัฒนาการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 – 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 254 แห่ง แห่งละ 1 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูลในการวิจัย คือ แบบสอบถามการจัดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษาพบว่าประชากรทั้งหมดให้ความสนใจร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการจัดบริการการแพทย์

แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยปฐมภูมิ จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 45 – 59 ปี ส่วนที่ 2 ศาสตร์ที่ใช้ในการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ศาสตร์ที่มีการใช้มากที่สุด คือ ศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน และศาสตร์การแพทย์แผนไทย (มีเฉพาะบริการจ่ายยาสมุนไพรก็นับเป็นการจัดบริการแพทย์แผนไทย) ซึ่งจัดบริการทุกแห่ง จำนวน 254 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์การจัดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า การจัดบริการดังกล่าวมีประโยชน์ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระดับมาก จำนวน 128 แห่ง ร้อยละ 50.39 มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในระดับมากที่สุด จำนวน 134 แห่ง ร้อยละ 52.76 มีประโยชน์ต่อบุคลากรในระดับมาก จำนวน 132 ร้อยละ 51.97 มีประโยชน์ต่อสังคมและชุมชนในระดับมากที่สุด จำนวน 123 ร้อยละ 48.43 ส่วนที่ 4 ความพร้อมในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (บริการจ่ายยาสมุนไพรก็นับเป็นการจัดบริการแพทย์แผนไทย) แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านบุคลากร พบว่า พยาบาลเป็นผู้ให้บริการมากที่สุด จำนวน 230 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.55 ส่วนแพทย์แผนไทยเป็นผู้ให้บริการมากเป็นลำดับที่ 4 จำนวน 71 แห่ง ร้อยละ 27.95 ด้านสถานที่ พบว่า มีความพร้อมมากที่สุด คือ สถานที่จ่ายยาสมุนไพร จำนวน 243 แห่ง ร้อยละ 95.67 รองลงมา คือ สถานที่ตรวจ วินิจฉัยโรคทางการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 68.90 ส่วนสถานที่ให้บริการนัด/ประคบ มีมากเป็นลำดับที่ 3 ร้อยละ 35.04 ด้านจำนวนรายการยาสมุนไพร พบว่า หน่วยบริการส่วนใหญ่มีจำนวนรายการยาสมุนไพรตั้งแต่ 10 รายการขึ้นไป แต่น้อยกว่า 20 รายการ จำนวน 196 แห่ง ร้อยละ 77.17 ด้านปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหา จำนวน 216 แห่ง ร้อยละ 85.04 โดยพบปัญหา ขาดงบประมาณมากที่สุด ร้อยละ 42.91 รองลงมาคือไม่มีสถานที่จัดบริการนัด/อบ/ประคบ/หัตถ์หม้อเกลือ ร้อยละ 38.58 และปัญหาลำดับที่ 3 คือ ไม่

สามารถหาแพทย์แผนไทยที่มีใบเวชกรรมไทยมาปฏิบัติงาน
ได้ ร้อยละ 34.65

ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการจัดบริการที่ผ่านมา มีแพทย์แผนไทยเป็นผู้
ให้บริการน้อยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรเพิ่มกรอบ
อัตรากำลังแพทย์แผนไทยใน รพ.สต. ขนาดกลาง (M)
และขนาดเล็ก (S) ให้ครอบคลุมทุกแห่ง เพื่อตอบสนอง

นโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

2. ควรนำเสนอผลการศึกษากับผู้บริหารเพื่อกำหนด
นโยบายการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และควรมี
การศึกษาการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทยใน
หน่วยปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Department of Thai traditional and alternative medicine. (2019). *Handbook for administrators in Thai traditional and alternative medicine*. (2nd ed.). Pathum Thani: Thammasat University printing house.

Primary Health Service Support Office. (2022). *Primary Health Service Quality Standards Manual 2023*. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His majesty the King.

Subcommittee for preparing the strategy for developing Thai wisdom, Thai way of health, 3rd edition (2017-2021). (2017). *The strategy for developing Thai wisdom, Thai way of health, 3rd edition (2017-2021)*. Bangkok: Usa printing.

Ministry of public health. (2023). *Thai traditional medicine standards reporting group*. [online], Retrieved from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=6364fc06a33a7802e16bc596ac3b&id=8f3d7d8e9dd50372641546bf12895c04#. (in Thai)

Institute of Thai Traditional Medicine Department of Thai traditional and alternative medicine. (2022). *Hospital standards Promote and support Thai traditional and alternative medicine*. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His majesty the King.

Nakhon Si Thammarat provincial public health office. (2021). *Documents for government inspection and work supervision Normal case, Ministry of Public Health level, Health region 11, Round 2nd, fiscal year 2021*. Nakhon Si Thammarat: Karantee printing plant.

- Koorakod Inthong, Sugunya Lojanapiwat and Kullatat Hongchayangkool. (2518). *Model of Thai Traditional Medicine Health Care Service in Primary Health Care Center Case study: Trang province*. Journal of Southern Technology; 11(1) January - June 2018 : 193 – 203.
- Wallapa Kongchanmitkul and Kumnang Kasanit. (2018). The Situation of Traditional Medicine Services in Nakhon Ratchasima Province. Journal of health research and development Nakhon Ratchasima provincial public health office; 5(2) 2561 : 53 -66.
- Rovinelli, R.J. & Hambleton, R.K. (1977). On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity (vol. 2). *Dutch Journal for Educational Research*. 2, 49-60.

Problems and guidelines for controlling alcoholic beverages

Chardsumon Prutipinyo

*Department of Public Health Administration,
Faculty of public Health, Mahidol University
Chardsumon.pru@mahidol.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Prutipinyo, C. Problems and guidelines for controlling alcoholic beverages. *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(1), 121–131. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/255445

Received: 3 Nov 2021

Revised: 10 Oct 2023

Accepted: 1 Nov 2023

Abstract

Due to the Alcoholic Beverage Act of 2008, problems arise in enforcing the law. There is a situation where many agencies wish to amend the law. This article aims to present the issue of the effects of drinking alcohol, alcohol control, and guidelines for amending the law that the Ministry of Public Health intends to address through six important points: 1) Definition of alcoholic beverages referring to the Liquor Act of 1950, which was later repealed by the Excise Tax Act, B.E. 2560, may cause problems when the law is amended in the future. 2) There is a committee system for driving the alcohol control implementation process. The committee is responsible for providing policy guidelines, as well as determining various measures to achieve the success of alcohol control, in accordance with various strategic plans. Implementation of the laws at the local level in a concrete manner and having an effective monitoring system. 3) There are problems with the interpretation of the terms "advertising" and "marketing communication" and issues with law enforcement, such as in the case of traditional celebrations, with exceptions for weddings and diplomatic ceremonies only. 4) Funding or sponsoring activities that provide opportunities for corporate image may directly and indirectly stimulate and cultivate a positive corporate image for children and youth, who will become new drinkers. 5) Promoting and supporting the treatment or rehabilitation of alcohol addicts or those with alcohol consumption problems. This is to promote the good health and well-being of the people. 6) Amendment of penalties appropriately for the current situation. For manufacturers and importers of alcoholic beverages, the penalty is twice as much as for individual violators.

Keywords: Alcohol drinking problems; alcoholic beverages control; marketing communication; alcohol addicts

Introduction

How alcoholic beverages affect people's health conditions and cause health behavior problems are significant concerns. Many adverse social problems, such as accidents, social and family violence, have been reported, with regular alcohol consumption is a risk factor for various types of cancer. Measures to control alcohol advertising are necessary, along with efforts to reduce problems arising from alcohol consumption. The objective is to minimize the impact of alcohol consumption by limiting access through the implementation of various control measures. This includes controlling the sale of alcoholic beverages concerning date, time, place, age of the purchaser, sales method, and advertising and marketing communications of alcoholic beverages. Additionally, promoting easier access to treatment services for individuals struggling with alcohol consumption is crucial.

This article aims to present the issue of the effects of drinking alcohol, alcohol control, and guidelines for amending the law. The Ministry of Public Health intends to address these concerns through amendments aimed at enhancing regulations and mitigating the negative consequences of alcohol consumption.

Impacts of drinking alcohol

World Health Organization data report that Thailand has 8.3 liters of pure ethanol per capita per year, which is the highest amount compared to other countries in Southeast Asia. There is also a trend of increasing consumption of alcoholic beverages, especially among children, youth, and women. This is evident in the population aged 15 years and over, totaling 55.9 million people, who consumed liquor or alcoholic beverages in the past year. Approximately 15.9 million people (28.4 percent) contribute to a global loss of 8.5

years of life due to premature death. Alcohol drags people into the pit of poverty, as evidenced by the fact that in 2017, Thai drinkers incurred an average monthly cost of 917.24 baht per person, calculated as 10 percent of their monthly income (Center of Alcohol Studies, 2020).

Alcohol consumption is a significant risk factor for the health of the population, causing more than 230 types of diseases and illnesses according to ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Edition). It ranks as the seventh health risk factor for death and disability among the entire population and is the number one risk factor for people aged 15 to 49 years. Approximately 3 million people die each year from diseases and injuries related to alcohol consumption, representing 5.3 percent of all global deaths. This information comes from the Center of Alcohol Studies (2019), providing an overview of the situation of alcohol consumption in Thailand.

Addiction to alcoholic beverages causes the Thai male population to lose years of health due to impaired health, totaling 324,000 years of premature death (Years Lost due to Disability: YLD), which is 13.1 percent of the Years of loss due to health impairment (Office for International Health Policy Development, 2017). The study found that, compared to other causes, drinking alcohol is the number one cause of lost years of good health (Office for International Health Policy Development, 2017). Supporting treatment and rehabilitation, including individuals with problems related to alcohol consumption, will make it possible to maintain the health of people who consume alcohol. This approach can address issues at an early stage, before symptoms appear or complications arise.

The impact of alcohol consumption problems on society can be reduced in various ways and on multiple levels. Generally, the effects and

problems resulting from drinking alcohol (Alcohol-related problems) can be divided into four groups:

1. Acute health effects, including accidents and injuries;
2. Long-term chronic diseases, encompassing illnesses with alcohol as the main risk factor, such as alcoholism and cancer;
3. Acute social problems, such as violence and various crimes;
4. Chronic social problems that take a long time to occur, such as domestic violence, family relationship problems, loss of productivity at work, and poverty issues.

These four impacts also have direct and indirect effects on society through structures and systems such as the health system, justice and security system, education system, insurance system, welfare system, the country's labor system, and the economic system. Measuring the impact of alcohol consumption on society or others (Alcohol's Harm to Others: HTO) can be viewed in several dimensions, including violence against children and women, domestic violence, road injuries and accidents, crimes, and other cases (Oratai Waliwong et al. 2014: 111 - 113).

Alcohol control

Controlling alcoholic beverages, according to the Alcoholic Beverage Control Act of 2008, is carried out under the National Alcohol Policy Strategic Plan. This plan aims to reduce consumption, control the prevalence of drinkers, and prevent new drinkers. Reducing the risk of consumption limits access and mitigates the severity of the effects of alcohol consumption. Overall, these measures have highly effective policy content (Best buy and good buy) in accordance with WHO recommendations. Another goal is to treat or rehabilitate those addicted to alcohol, helping to reduce problems and impacts in both social and economic aspects. It also promotes public

health by raising awareness of the dangers of alcohol and helps prevent children and youth from having easy access to alcohol, thus avoiding problems that affect the body, mind, economy, and society. These efforts are part of the World Health Organization's policy to create a society safe from the effects of alcohol consumption (WHO SAFER alcohol control initiatives).

One factor contributing to increased drinking among new drinkers is advertising, according to a study by the Alcohol Problems Research Center in collaboration with ABAC Poll (Alcohol Problems Research Center, 2020). Through a survey of 2,939 youths, it was found that 54 percent of the sampled youth had experienced drinking alcoholic beverages at least once in their lives, primarily influenced by remembering alcoholic beverage advertisements (93 percent). The desire to try increased to 29 percent in the group that had never drunk but remembered the advertisement, and 57 percent in the group who had drunk and remembered the advertisement. Exposure to advertising media has a direct relationship with the perception of the receiver, particularly among children, who may be stimulated to try drinking faster (Srirat Loismut, 2018). Advertising of alcoholic beverages normalizes drinking, shaping people's attitudes to view alcoholic beverages positively (Nithat Sirichotiratana, 2011: 270 - 282). Therefore, measures to control alcoholic beverage advertising are crucial to preventing new drinkers and reducing alcohol consumption in the country as a whole.

In the case of using brands that are the same or similar to alcohol brands in advertising or surrogate advertising, a strategy of "disguise" is employed. This involves slightly modifying the original pattern without abandoning it, so it remains memorable. For example, the use of the DNA brand in advertising, perceived as an advertisement for alcoholic beverages by the majority of the public (ranging from 36.3 to

91.1 percent) (Boonyu Khorphonprasert, 2019). For young people, it is challenging to distinguish substitute products from actual alcoholic beverages, and society generally accepts that substitute products are not alcohol products.

Regarding support or sponsorship for organizing special activities, the business sector communicates the marketing of alcoholic beverages through various forms such as sponsoring sports events, annual local events, music exhibitions, and social or educational work. Complaints from the Cigarette and Alcohol Complaint Center indicate that citizens have expressed concerns about annual local festivals sponsored by alcoholic beverage manufacturers, including beer garden activities. These activities indirectly stimulate youth, encouraging them to try alcohol. Studies show that athletes and teams sponsored by alcoholic beverage products create a link between sports and alcohol, resulting in increased beer consumption among youths (Nithat Sirichotiratana and Chardsumon Prutipinyo, 2017). Lessons learned from measures to limit marketing activities of the tobacco industry emphasize the effectiveness of passing laws and enforcing penalties to prohibit receiving sponsorship funds from alcohol companies (Orathai Waliwong et al., 2021). Without clear prohibition measures, the current advertising control may not achieve its objectives, leading to increased alcohol consumption and the inability to reduce the effects of alcohol among new drinkers, violating the spirit of the law.

Additionally, there is an upward trend in the data of people who consume alcoholic beverages, but information on people who have problems with alcohol consumption is not clearly disclosed. This issue is not evident in the health service system because Thailand lacks a screening system and comprehensive treatment and rehabilitation services for at-risk groups and those with alcohol use problems.

The limitations on access to the service system for people with alcohol use problems are unclear when comparing the prevalence of alcohol consumers with the number of treatment services. While the Alcoholic Beverage Control Act of 2008 includes provisions regarding support for treatment and rehabilitation of people addicted to alcohol, it does not specify a clear support mechanism and designates the Office of the Alcoholic Beverage Control Commission as the sole agency responsible for providing support. This causes limitations for other agencies in providing support for treatment and rehabilitation, both in hospitals and proactive operations.

Drinking alcohol is related to the Sustainable Development Goals (SDGs) of the United Nations, specifically Goal 3: Good Health and Wellbeing. Goal 3.5 emphasizes strengthening the prevention and treatment of substance misuse, including the harmful use of alcohol. Indicator 2 focuses on reducing the amount of alcohol consumption per capita by 10 percent by 2025 (Global targets NCD) (Thaksaphon Thamrangsi, 2014).

The Alcoholic Beverage Control Act of 2008 has been in effect for more than 13 years, and there are provisions that are not appropriate for the current and changing circumstances. This makes the law currently in force less effective and creates gaps in avoiding compliance with the law, violating the spirit of controlling alcoholic beverages and resulting in the law's objectives not being achieved. In other words, access to alcohol is not controlled in line with the objectives of the law. Additionally, there is a problem of different interpretations of the law in the law enforcement process, from the official level to the court level. Therefore, it is necessary to enact laws to be clearer.

Guidelines for revising the control of alcoholic beverages from the Ministry of Public Health

From a systematic review of the literature on controlling alcohol consumption, there is empirical evidence indicating that regulating and overseeing the marketing of the alcoholic beverage industry is essential for public health, safety, and human rights. The alcohol industry's marketing has a long-term relationship with the incidence of drinking and various problems caused by alcohol in various risk groups. The control of alcoholic beverages by law is crucial for public welfare.

Important guidelines for amending the law proposed by the Ministry of Public Health include:

Definition of "alcoholic beverage"

According to the Alcoholic Beverage Control Act of 2008, alcoholic beverages are defined as: "Alcohol according to the law on alcohol, but does not include drugs, psychotropic substances, narcotics according to the law on that matter." The Alcoholic Beverage Control Act of 2008 does not specify a particular definition of alcoholic beverages. Instead, it refers to the Liquor Act of 1950, which was later repealed by the Excise Tax Act of 2017. This creates problems when the law is revised in the future and is inconsistent with the intent of the Herbal Products Act of 2019. Under this act, some types of medicines, such as traditional and herbal medicines, originally included in the definition of "drug" under the Medicines Act of 1967, are now classified as "Herbal products" according to the Herbal Products Act, B.E. 2019. Consequently, the definition of alcoholic beverages according to the Alcoholic Beverage Control Act, B.E. 2008, may not be comprehensive and consistent with the law currently in effect.

Structure of various committees

The committee system plays a crucial role in driving the alcohol control mechanism. The committee is responsible for laying down

policy guidelines and determining various measures to successfully control alcoholic beverages according to various strategic plans. There is a need to push for more authority and duties, especially in enforcement at the local level. A systematic and concrete performance tracking system is necessary to enhance efficiency. The current structure, such as the Bangkok Alcoholic Beverage Control Committee and Provincial Alcoholic Beverage Control Committee, lacks comprehensive powers and duties, and there is no mechanism for monitoring the operations of provincial committees. This inefficiency hampers the effectiveness of the provincial mechanism.

Amendments to the composition and responsibilities of the Provincial Alcoholic Beverage Control Committee and Bangkok Alcoholic Beverage Control Committee, as well as the powers and duties of the acting minister and the office, are required to align with the current situation.

(1) National Alcohol Policy Committee:

The committee is tasked with setting policies and alcohol control plans, including tax measures. This encompasses various strategies for controlling alcoholic beverages, as well as the treatment and rehabilitation of alcohol addicts and individuals facing problems due to alcohol consumption. Additionally, the committee is responsible for preparing and presenting strategic plans and action plans for alcohol control in alignment with the national strategy to the cabinet.

(2) Alcoholic Beverage Control Committee:

The committee's duties include:

1. Proposing policies and plans for the control of alcoholic beverages, including tax measures, treatment, and rehabilitation of individuals affected by alcohol addiction and consumption-related issues.

2. Establishing criteria, methods, and conditions for packaging, labels, and warning messages on manufactured or imported alcoholic beverages. Opinions on the timing and places for selling alcoholic beverages, methods or nature of selling, prohibited alcoholic beverages, and places or areas where the consumption of alcoholic beverages is prohibited are submitted to the Minister.

3. Setting criteria, methods, and conditions for the treatment and rehabilitation of alcohol addicts and individuals with issues arising from alcohol consumption.

4. Providing opinions to the committee or the minister when issuing announcements or regulations for compliance with this Act, as applicable.

5. Offering advice, recommendations, and coordination with government and private agencies on alcohol control. This includes proposing measures to prevent the impacts of consuming alcoholic beverages and treatment and rehabilitation for those addicted to alcohol or facing issues from alcohol consumption.

6. Organizing, promoting, and supporting the dissemination of academic knowledge to youth and the general public to enhance their understanding of the dangers and risks associated with alcoholic beverages.

7. Inviting government officials, employees, or individuals from government agencies, state enterprises, local governments, or any person to provide facts, opinions, or documents for consideration in implementing the Act.

8. Monitoring, evaluating, and inspecting the actions of the committee in controlling alcoholic beverages in Bangkok and the Provincial Alcoholic Beverage Control Committee. This includes ensuring compliance with policies and plans and establishing criteria and methods for reporting the results of such operations. The committee must report the results at least twice a year.

(3) Provincial Alcoholic Beverage Control Committee:

The committee's duties include:

1. Enforcing laws to control alcoholic beverages, providing treatment or rehabilitation for those addicted to alcoholic beverages, and implementing policies, plans, and control measures for alcoholic beverages at the provincial level.

2. Offering advice and recommendations, and coordinating with government and private agencies regarding the control of the production, import, sale, advertising, and consumption of alcoholic beverages.

3. Proposing measures to prevent the effects of alcohol consumption, as well as treatment and rehabilitation for alcohol addicts and individuals facing issues from alcohol consumption.

4. Establishing guidelines for surveillance to prevent children and youth from getting involved with alcohol. This includes controlling the consumption of alcoholic beverages in the area and determining guidelines consistent with the policies of the committee to reduce and quit alcohol consumption. The committee is responsible for following up, evaluating, and inspecting operations related to enforcing laws to reduce and eliminate alcohol consumption, reporting the results to the Control Board.

5. Problems in interpreting law enforcement: Past law enforcement has revealed issues in interpreting law provisions. For instance, uncertainties arise regarding the steps needed to establish a club to be exempt from selling or consuming alcoholic beverages in government offices, or determining the type of catering exempted during traditional banquets. The law lacks specificity in rules and details, leading to various interpretations beyond the intended purpose. This affects the enforcement of the law's intent, especially in cases of traditional banquets where exceptions are made for weddings and diplomatic ceremonies. Due to limited venues in provinces for organizing events, permission is often sought to use educational institutions or government buildings. To clarify

interpretations, the Minister should be empowered to announce additional details.

Alcohol Advertising:

Section 32, paragraph one, of the Alcoholic Beverage Control Act, B.E. 2008, often sparks disputes, particularly concerning advertising. The law considers it an offense to boast of medicinal properties directly or indirectly to persuade people to drink. However, if there is no direct or indirect boasting of medicinal properties to induce people to drink, it is not considered an offense. This interpretation contradicts the law's intent, resulting in two separate cases: "no one is allowed to advertise alcoholic beverages" and "no one is allowed to display the name or mark of alcoholic beverages to show off the properties or influence others to drink directly or indirectly." The term "advertisement" is specifically intended for commercial benefit, persuading the mind to consume without the need to convey a message of showing off properties or inducing people to drink. These conflicting arguments arise from different interpretations, causing difficulties in law enforcement.

In addition, the use of product logos that are the same or similar to the logos of alcoholic beverages in advertising can create the understanding that it is an advertisement for alcoholic beverages. This is achieved by slightly modifying the trademark of alcoholic beverages and using it or registering it as a trademark for products other than alcoholic beverages. When that mark is used in advertising, claiming to promote products other than alcoholic beverages, people who see it may interpret it as a sign of alcoholic beverages. This reinforces brand awareness for alcoholic beverages, triggers reminiscence, and influences a decision to purchase alcoholic beverages (Srirat Loisamut, 2018: 134). While this case is considered an advertisement for alcoholic beverages under Section 32 in conjunction with Section 3 of

the Alcoholic Beverage Control Act 2008, there are problems in enforcement due to misunderstandings and different interpretations that do not align with the spirit of the law.

In cases where the alcohol business group provides sponsorship or support to individuals, groups of people, or agencies, in exchange for creating a positive image of alcoholic beverages through advertising, marketing communications, or any action to promote the consumption of alcoholic beverages (whether in the form of sports events, annual local events, music exhibitions, social or educational events), academic work supports the notion that providing sponsorship affects alcohol-drinking behavior. It is considered a method of communicating corporate social responsibility (CSR) without displaying products in advertisements. Instead, it communicates that the products are good when the organization is good (Srirat Loisamut, 2018: 53-56).

Concerning the use of product logos that are the same or similar to alcoholic beverage logos in advertising, this action is deemed an offense under Section 32 in conjunction with Section 3 of the Alcoholic Beverage Control Act 2008. This is because it conveys a message that leads the public to understand that it refers to alcoholic beverages. Although the law has been enforced in this case, there is a problem of people misunderstanding essential matters and different interpretations of law enforcement in various sectors. Therefore, it is necessary to clearly state these issues in the law. The same applies to providing sponsorship and support in organizing various activities such as sports, education, and annual local events, and publicizing support through various media by displaying company symbols or images of alcoholic beverages. Such actions are considered a form of marketing communication and are treated as advertising

under Section 32 of the Alcoholic Beverage Control Act, B.E. 2008.

1) Providing funding or supporting activities that build the image of the company has an impact on positive feelings and the desire to give back to that brand. This stimulation and cultivation of children and youth, both directly and indirectly, result in new drinkers. The primary objective of advertising, according to communication arts principles, is to create loyalty to the alcoholic beverage brand. This form of marketing communication by alcohol business operators is considered an offense according to Section 32 and Section 3 of the Alcoholic Beverage Control Act, B.E. 2008. However, when the law is enforced, there are different interpretations among law enforcers and those who follow the law. This divergence causes the law's objectives to remain unachieved, and law enforcement is not as efficient as it should be. Nevertheless, this Act does not intend to prohibit businesses from benefiting society. Therefore, providing patronage can be done as long as there is no hidden advertising of alcoholic beverages. Specifically, there should be no advertising or publicity of the image of alcoholic beverages or the company through such activities.

2) Rehabilitation of alcohol addicts is crucial for promoting and supporting the treatment or rehabilitation of people addicted to alcohol or those who have problems from consuming alcohol to help promote public health. According to the Alcoholic Beverage Control Act of 2008, there are regulations regarding requesting support for the treatment or rehabilitation of people addicted to alcohol. However, there is a lack of designation of agencies to support the treatment or rehabilitation of people addicted to alcohol. This results in problems with integrating budgets for treatment and rehabilitation without decentralization. Therefore, it covers only the treatment and rehabilitation of alcohol addicts based on health insurance rights, social security, and direct payment

rights (Suwara Kaewnui et al. 2011). It does not include individuals with problems from consuming alcohol or those with a pattern of alcohol consumption causing adverse effects on their health, physical, mental, or social health or hindering daily life duties. These individuals should be treated or rehabilitated to return to normal life.

Rehabilitation for people who have problems with alcohol consumption is considered a right to basic illness treatment for the general public. The Alcoholic Beverage Control Act of 2008 does not clearly specify agencies to support the treatment or rehabilitation of people addicted to alcohol. Therefore, there has been no legal action regarding Section 33 as it should be, preventing people with problems from alcohol consumption from accessing the necessary services. This may lead to the development of addiction. Adding substance to the law will make treatment or rehabilitation available to people who have problems from consuming alcoholic beverages, and a clear mechanism will be created to request support from other relevant agencies, such as budget disbursement from local administrative organizations. This will make treatment and rehabilitation more comprehensive and effective.

Penalties

The penalty rate for advertising offenses is not consistent with the current situation. When compared to the profits of companies producing or importing alcoholic beverages. Because producers and importers have more power or costs to commit crimes than the general public. When an offense is committed, therefore, the punishment should be amended. To suit the current situation

For producers and importers of alcoholic beverages The penalty rate has been doubled for the general public. This is because producers and importers have higher costs of causing damage to society than the general

public. The punishment that should be received should therefore be greater than that of the general public. It is based on the principle of proportionality that those who cause more damage must be punished more. By increasing the punishment, the aim is to deter the commission of crimes. The fact that producers and importers have more costs As a result, the fine may become only part of the cost of committing the offense.

The current penalties are therefore unable to deter the commission of crimes. and thus controlling alcoholic beverages is not effective. This is because the benefits from advertising are higher than the costs. Offenders receive economic benefits worth more than the punishment they receive. The increase in penalties stems from the principle of proportionality according to economic and financial conditions. In order for the penalty that determines the fine rate to be related to the average daily income of the offender so that the punishment of the offender is effective in deterring him from committing another offense according to the theory of punishment. inhibit This avoids prison sentences for offenders who are unable to pay their fines. According to the penalty, the fine has been set at a fixed rate. It also helps the punishment of fines achieve its purpose regardless of whether the offender is economically rich or poor. Because the fine is calculated based on the average daily income of the offender as mentioned above. consideration of living and the financial status of the individual offender. In order to achieve the objective of fines for both rich and poor offenders. The imposition of such fines must therefore be proportionate to each offender. Penalty system adjusted according to day and income It is based on three criteria for consideration: the daily income of the person who will be fined; The number of days deemed appropriate will be adjusted based on the seriousness of the offence. and the amount of the fine

Conclusion

Drinking alcohol to the point of intoxication causes problems in society, leading to compensation for damages incurred by society, such as taxes used for hiring medical personnel and building hospitals to treat individuals who are sick or have had accidents. The value of social impact costs, calculated from the consumption of alcoholic beverages in 2017, amounted to a loss of 86 billion baht, equivalent to 0.56 percent of Thailand's GDP in 2017. This was divided into direct costs valued at 3,945 million baht, including a) the cost of treating patients whose causes are related to the consumption of alcoholic beverages (2,508 million baht), b) the cost of the justice process related to lawsuits related to the consumption of alcoholic beverages (1,407 million baht), and c) costs related to damages from accidents caused by alcohol consumption (31 million baht). Indirect costs were valued at 82,000 million baht, consisting of a) the value of lost productivity from premature death caused by the consumption of alcoholic beverages and b) costs resulting from the decreased productivity of individuals who consume alcoholic beverages, often lower than normal conditions. This includes calculating the number of days or hours of work missed due to illness or treatment at the hospital, causing absenteeism or reduced work efficiency (Tatchanan Komonpaisarn 2019).

Supporting treatment for individuals with problems related to alcohol consumption will enable the treatment of illnesses before symptoms of addiction and other complications arise, ultimately reducing the cost of treatment. Providing easier access to treatment for individuals with problems related to alcohol consumption results in reduced costs for medical care borne by the government.

Although amendments to the Alcoholic Beverage Control Act may impact the ability and economic competitiveness of the alcohol

beverage business, potentially affecting the country's income, the industry has continued to grow from 2019 to 2021. In 2017, the beverage market in Thailand recorded a total consumption volume of 7,477 million liters, with a value of approximately 570 billion baht. The non-alcoholic and alcoholic beverage markets were divided at a ratio of 72:28 in terms of consumption volume and 35:65 in terms of value. This indicates that, despite control measures, the alcoholic beverage industry has demonstrated growth (Wanna Yongpisanphob, 2021).

Moreover, it has been observed that social media channels are increasingly used for marketing information in the online world of the alcohol business. The emergence of online liquor-selling websites raises concerns about the effectiveness of measures to control alcohol consumption in various areas without

action to control advertising and marketing communications. The Alcoholic Beverage Control Act of 2008 aims to prevent children and youth from easy access to alcoholic beverages, reduce social and economic problems, and raise awareness of the dangers of alcoholic beverages. After more than 12 years of enforcement, there are areas that need improvement to align with changes in economic and social conditions. Research reports indicate an increase in alcohol drinking problems, especially among younger age groups, influenced by increased production and sales volumes. The comprehensive ban on advertising, promotion, and sponsorship of events/programs by the alcohol industry is crucial to protect vulnerable groups from the marketing efforts of the alcohol industry. Government agencies must continue to combat the liquor industry, and officials must remain diligent in their efforts.

References

- Boonyu Khorphonprasert, (2019) Public perception of alcoholic beverage advertising through the DNA brand and similar symbols. Public Health Ministry.
- Center of Alcohol Studies. (2019) Situation of alcohol consumption in Thailand and the world 2016 –2018, Epidemiology Unit Faculty of Medicine Prince of Songkla University.
- Center of Alcohol Studies. (2020) reports on the situation of alcohol control policy implementation in Thailand between 2008 -2018 under the project “Joint Assessment Mission to Review Alcohol Control Policy and Strategy in Thailand”.
- Center of Alcohol Studies. (2010) Alcohol situation report for the year 2010.
- International Health Policy Development Office, 2017, Report on the burden of disease and injury in the Thai population 2014.
- Kanitha Thaikla, (2018) Newsletter, Ten Years of the Alcoholic Beverage Control Act 2008: What is Thailand? at the 10th National Liquor Academic Conference, 21 -22 November 2018, at Century Park Hotel. Bangkok.
- Niphon Chinanonwet. (2020). The role of the government in controlling alcoholic beverages. Office of the Alcoholic Beverage Control Commission. http://cas.or.th/cas/wp-content/uploads/2019/04/ACFrOgAfYWyxjQOc3VpqFBjXNy488Zh7KCIgyJZ7QU3HpYY5mscG5Mg8OjEkd7VvIhsBrjtop5wOHhcbQffZU5800l_SemtnQhn3IJGoc_bIExLBvykL_gW37U-uhv643U_C9f5VGha1EjP3jNv2o.pdf
- Nithat Sirichotiratana (2011), Review of knowledge on the complete ban on advertising of alcoholic beverage products, Public Health Journal Department of Public Health Administration Faculty of Public Health, Mahidol University, Year 41, Issue 3, September - December 2011, 270 -282

- Nithat Sirichotiratana and Chardsumon Prutipinyo, (2017) Complete ban on advertising of alcoholic beverages. Research report, Center of Alcohol Studies.
- Oratai Waliwong, Taksapon Thamrangsri and Jintana Chankhotkaew (2014) Effects of drinking alcohol on others: Situational concept and knowledge gaps in Thailand, Public Health System Research Journal, Year 8, Issue 2, April - June 2014, 111 - 113
- Orathai Waliwong, Kamonpat Makchaeng and Chananchida Buathong, August (2021) Summary of important academic information on measures for alcohol marketing activities to protect children and youth in the digital age and world of free trade. International Health Policy Program Thailand.
- Srirat Loisamut (2018) Looking ahead and behind, following trends, revealing every issue: In-depth look at alcohol business strategies over the past 3 years. Center of Alcohol Studies.
- Suwara Kaewnui, Taksaphon Thamrangsri, Sopit Nasueb and Prapak Neramitpitakkul. Screening, treatment, and rehabilitation of people with alcohol use problems: gaps under the universal health coverage system. Journal of Health System Research, Year 5, Issue 4, 2011
- Thaksaphon Thamrangsri. (2014) Report on the situation of NCDs, health crisis, social crisis. 1st edition. Nonthaburi: Health Promotion Policy Research Office; 2014.
- Thatchanan Komonpaisarn. (2019). Assessing the social impact costs of alcohol consumption in Thailand.
- Wanna Yongpisanphob (2021) Industrial business trends 2019-2021: beverage industry. Retrieved on 5 September 2021, <https://www.krungsri.com/th/research/industry/industry-outlook/Food-Beverage/Beverage/IO/io-beverage20-th>
- United nations, "Sustainable Development Goals: SDGs". Accessed September 16, 2021, <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>

The Access to Genetic Resource and Benefits Sharing of Biodiversity from joining the Convention on Biological Diversity of Thailand

Nawuti Batramark^{1*} Lawan Thanadsillapakul¹ Siriphan Phonrob²

¹ Students of the Master of Laws program, Major in Public Law, Department of Law, Sukhothai Thammathirat Open University

¹ Associate Professor Dr. from Department of Law, Sukhothai Thammathirat Open University

² Associate Professor from Department of Law, Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding author: mangmum02299@gmail.com

Academic article

OPEN ACCESS

Citation:

Batramark, N., Thanadsillapakul, L., & Phonrob, S. The Access to Genetic Resource and Benefits Sharing of Biodiversity from joining the Convention on Biological Diversity of Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(1), 133–152. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/268117

Received: 27 Sep 2023

Revised: 1 Oct 2023

Accepted: 8 Nov, 2023

Abstract

The purpose of this article is to study the Convention on Biological Diversity's affecting and hindering access to genetic resources, and benefits sharing by Thailand. The Convention, which is a collective agreement, is regarded as international law, providing broad guidelines for access to genetic resources and sharing of biodiversity benefits without a clear procedure. As a result, each country's convention that requires the development of law according to convention is unable to identify the criteria of access and benefit sharing equitably.

Currently, Thailand does not have a specific biodiversity law but uses several relevant laws from various agencies. This leads to inefficient management of biological resources and causes the loss of national interests. At present, Thailand is in the process of proposing Draft Biological Diversity Act B.E. ...to be a central law for the management of biodiversity in a unified and comprehensive manner, promoting and supporting the conservation and sustainable use of biodiversity.

Therefore, case studies of the law in India and Costa Rica, which indicate the obvious criteria method on the access to genetic resources and benefits sharing of biodiversity, can be applied as a model for additional amendments according to the drafted law, for a clear legal implementation.

Key words: Biodiversity; Genetic Resources; Biotechnology; Access to Genetic Resources; Sharing of Biodiversity Benefits

การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ จากการเป็นภาคีอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศไทย

นวุติ บัตรมาก^{1*} ลาวัญญ์ ถนัดศิลปกุล¹ สิริพันธ์ พลรบ²

1 นักศึกษาปริญญาโทสาขาสถาปัตยกรรมมหาบัณฑิต วิชาเอกกฎหมายมหาชน สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

1 รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2 รองศาสตราจารย์ สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* ผู้ประพันธ์บทความ: mangmum02299@gmail.com

บทควาามวิชาการ

วันรับ 27 ก.ย. 2566
วันแก้ไข 1 ต.ค. 2566
วันตอบรับ 8 พ.ย. 2566

บทคัดย่อ

บทความเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพที่มีผลกระทบและเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพกับประเทศไทย ทั้งนี้อนุสัญญาฯ ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันถือเป็นกฎหมายระหว่างประเทศมีแนวทางการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพในลักษณะกว้างๆ ยังไม่ปรากฏว่ามีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ภาคีแต่ละประเทศ ที่ต้องพัฒนากฎหมายตามอนุสัญญาฯ ไม่สามารถกำหนดหลักเกณฑ์การเข้าถึงและได้รับการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม

ปัจจุบันประเทศไทย ยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับความหลากหลายทางชีวภาพเป็นการเฉพาะแต่ใช้กฎหมายเกี่ยวข้องหลายฉบับจากหน่วยงานต่างๆ ทำให้ขาดประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรชีวภาพก่อให้เกิดความสูญเสียผลประโยชน์ของประเทศ ในขณะนี้ ประเทศไทยอยู่ระหว่างการเสนอร่างพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. ... เพื่อเป็นกฎหมายกลางสำหรับการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพให้เป็นเอกภาพและครอบคลุมการส่งเสริม สนับสนุน การอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน

ดังนั้น จึงได้ศึกษากฎหมายของประเทศอินเดียและประเทศคอซอวากาที่กำหนดหลักเกณฑ์ขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนในเรื่องการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพเพื่อเป็นแบบอย่างนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัติฯ ดังกล่าว ให้เป็นกฎหมายมีหลักเกณฑ์ขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน

คำสำคัญ: ความหลากหลายทางชีวภาพ; ทรัพยากรพันธุกรรม; เทคโนโลยีชีวภาพ; การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม; การแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความหลากหลายทางชีวภาพสูงแห่งหนึ่งของโลก ตั้งอยู่แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีความสำคัญในการส่งออกผลผลิตด้านเกษตรกรรมไปยังภูมิภาคต่างๆ ทั่วทุกมุมโลกเนื่องด้วยประเทศไทยนั้น มีพื้นที่ติดชายฝั่งทะเลทั้งสองด้านของประเทศมีสภาพภูเขา ป่าไม้และที่ราบลุ่มน้ำ รวมทั้งมีสภาพภูมิอากาศที่เอื้ออำนวยต่อการเกษตรกรรมจากภูมิประเทศและสภาพภูมิอากาศดังกล่าว จึงส่งผลให้ประเทศไทย มีความหลากหลายทางชีวภาพของทรัพยากรธรรมชาติในหลายรูปแบบ ได้แก่ ป่าไม้ พืชสมุนไพร พันธุ์สัตว์และระบบนิเวศต่างๆ ตามธรรมชาติ เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ความหลากหลายทางชีวภาพ (Biodiversity) ดังนั้นความหลากหลายทางชีวภาพเหล่านี้ เป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิตกับคนไทยและประเทศไทย ทำให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและยังเป็นกลจักรสำคัญในการศึกษา วิจัย พัฒนา สร้างนวัตกรรมและผลิตสินค้าออกสู่ตลาด อันจะนำไปสู่ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ในปัจจุบันคุณค่าของความหลากหลายทางชีวภาพจึงเป็นที่ประจักษ์ทั้งในระดับระหว่างประเทศและในประเทศนานาชาติจึงมีความพยายามที่จะสร้างหลักการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยุติธรรมและเท่าเทียม โดยมุ่งเน้นให้ประโยชน์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมกลับคืนสู่แหล่งทรัพยากรเหล่านั้น ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลรักษาและผู้เกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรตระหนักถึงคุณค่าความหลากหลายทางชีวภาพและจำเป็นต้องอนุรักษ์และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนต่อไป ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์ (Access and Benefit-Sharing : ABS) เป็นแนวทางในการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ ร่วมกันระหว่างบุคคลหรือประเทศที่ใช้ทรัพยากรและบุคคลหรือประเทศที่ให้

ทรัพยากรเหล่านั้น ในการนำทรัพยากรไปใช้จะต้องมีการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมและยุติธรรม โดยผลประโยชน์เกิดขึ้นอาจอยู่ในรูปแบบของตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงินก็ได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทย ช่วยให้ได้รับส่วนแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างยุติธรรม โดยจะต้องสร้างหลักเกณฑ์การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ ที่ชัดเจนและการแบ่งปันผลประโยชน์ที่ไม่เป็นตัวเงินจะช่วยให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยี การพัฒนา ผลการวิจัยและการฝึกอบรม ส่วนประโยชน์ที่เป็นตัวเงินจะสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาประเทศ สร้างรายได้ให้แก่ชุมชนและส่งเสริมให้เกิดการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน อีกทั้งสามารถนำไปสู่การวิจัยและการพัฒนาของคนไทย เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เช่น การใช้ประโยชน์ทรัพยากรพันธุกรรมในอุตสาหกรรมยา เครื่องสำอาง อาหาร การเกษตรและอื่นๆ อีกมากมาย

ในการนี้ มีความหลากหลายทางชีวภาพที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นถือเป็นมรดกทางภูมิปัญญาที่มีการสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่นได้มีการสร้างสรรค์ขึ้นมาจากสติปัญญาที่ปรากฏให้เห็นในชุมชนท้องถิ่น หรือชุมชนพื้นเมืองต่างๆ จึงควรมีการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นในการเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการค้าซึ่งเป็นเรื่องของการทำความตกลงร่วมกันระหว่างชุมชนที่เป็นเจ้าของหรือแหล่งกำเนิดของภูมิปัญญาท้องถิ่นและผู้ที่จะประสงค์จะนำภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้ การพิจารณาการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมเป็นเรื่องยาก เนื่องจากไม่ปรากฏว่า มีความตกลงระหว่างประเทศที่ชัดเจนโดยที่ผ่านมามีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้เพื่อต่อยอดและพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์หรือการบริการต่างๆ แล้วนำไปขอรับความคุ้มครองสิทธิบัตร เช่น การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นกับทรัพยากรชีวภาพ หรือพันธุ์พืชไปใช้ในการผลิตยา

รักษาโรค ในการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นนี้ไปใช้จะดำเนินการโดยประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีศักยภาพในการทดลองและวิจัยขั้นสูง แต่เป็นการนำไปใช้โดยไม่ได้อบรมและไม่ได้แบ่งปันผลประโยชน์ให้แก่ชุมชนหรือประเทศที่เป็นเจ้าของภูมิปัญญาท้องถิ่นแต่อย่างใด อีกทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านไม่ว่าจะเป็นคำร้อง หรือทำนองเพลง งานหัตถกรรม จิตรกรรม หรือประติมากรรมต่างๆ ก็ล้วนถูกนำไปแสวงหาประโยชน์เชิงพาณิชย์มักกระทำโดยไม่ได้รับอนุญาตและไม่มีการแบ่งปันผลประโยชน์เช่นกัน

ทั้งนี้ ทรัพยากรชีวภาพของประเทศไทย จึงถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญของการสำรวจทางชีวภาพเพื่อนำไปใช้ประโยชน์โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีชีวภาพ เช่น กรณีสมนไพรกวาวเครือ เปล้าน้อย หรือไวรัสที่นักวิจัยสหรัฐนำไปใช้ในมะละกอดัดแต่งพันธุกรรม การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและนำทรัพยากรชีวภาพไปใช้ประโยชน์ เป็นประเด็นถกเถียง ในระดับระหว่างประเทศ โดยประเทศไทยเคยประสบกับสถานการณ์ที่มีผู้นำทรัพยากรชีวภาพไปให้ประเทศอื่นๆ โดยไม่ได้ตระหนักถึงคุณค่า และคำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทนในระยะยาว ซึ่งอาจมีผลผูกพันที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การพาณิชย์ การวิจัย ตลอดจนยารักษาโรค ไปจนถึงการจดสิทธิบัตร ในเรื่องต่างๆ อย่างไรก็ตาม การเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน ที่มีการขับเคลื่อนและพัฒนาไปอย่างไม่หยุดยั้ง ก่อให้เกิดการบุกรุก และทำลายทรัพยากรธรรมชาติต่างๆ ภายในประเทศมากขึ้น ส่งผลให้ความหลากหลายทางชีวภาพลดลงอย่างต่อเนื่องประกอบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลกก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพของสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติเช่นกัน จนทำให้ทรัพยากรชีวภาพลดลง และมีอยู่อย่างจำกัด จึงมีผลต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศ

หลักการแนวคิด และทฤษฎีการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ

ก่อนจะมีข้อตกลงตามอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity) เพื่อกำหนดหลักการในการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ ประเทศต่างๆ ได้กำหนดอธิปไตยในการบริหารจัดการทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมด้วยตนเอง รวมทั้งนโยบายต่างๆ เพื่อแสวงหาผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพ ตลอดจนมีการควบคุม ในกรณีที่ประเทศอื่น จะเข้ามาแสวงหาผลประโยชน์ในทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งต้องได้รับอนุญาตให้เข้ามาใช้ประโยชน์ อีกทั้งต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบและเงื่อนไข ที่ประเทศเจ้าของทรัพยากรได้กำหนดไว้เป็นสำคัญ แต่หลังจากยุคการปลดปล่อยอาณานิคม (Decolonization Period) ประเทศพัฒนาแล้วซึ่งมีการศึกษา และเทคโนโลยีที่ทันสมัยถือว่า เป็นประเทศที่มีอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางการใช้ประโยชน์ทรัพยากรธรรมชาติของโลก เพื่อให้ประเทศของตนได้เปรียบ ในการแสวงหาผลประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพที่เป็นส่วนกลาง และที่อยู่ในประเทศต่างๆ ทำให้ประเทศกำลังพัฒนา และประเทศด้อยพัฒนาได้รวมตัวกันต่อสู้ต่อรอง เพื่อให้มีโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างเป็นธรรมไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ ต่อมาได้มีวิวัฒนาการ เพื่อศึกษา หลักการแนวคิด และทฤษฎี กล่าวคือ หลักการว่าด้วยอำนาจอธิปไตยเด็ดขาดเหนือทรัพยากรธรรมชาติ (The Principle of Permanent Sovereignty over Natural Resources) หลักการเคารพในมรดกของมนุษยชาติ (The Common Heritage of Mankind) การใช้ประโยชน์ทรัพยากรชีวภาพอย่างยั่งยืน (Sustainable Utilization) ระบบเศรษฐกิจใหม่ของ

โลก (The New International Economic Order) และแนวคิดบ่อนน์ว่าด้วยการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ (Bonn Guidelines on Access to Genetic Resources and Fair) เพื่อที่จะกำหนดกฎเกณฑ์แนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรชีวภาพของโลกให้มีความสมดุล ไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการครอบครองทรัพยากรชีวภาพภายในประเทศ และที่เป็นทรัพยากรชีวภาพส่วนกลาง แต่เป็นการพัฒนาเพื่อสร้างแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติลดปัญหาความไม่เท่าเทียม โดยเป็นการตกลงร่วมกันของประเทศพัฒนาแล้วประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนา เพื่อให้การเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพให้ได้รับส่วนแบ่งที่เป็นธรรมโดยเริ่มจากการประชุมสุดยอดสิ่งแวดล้อมโลกซึ่งนำมาสู่การจัดทำความตกลงตามอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ

อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity: CBD)

ในการประชุมสุดยอดสิ่งแวดล้อมโลก (Earth Summit) ณ นครริโอ เดอจาเนโร ประเทศบราซิล เมื่อปี ค.ศ. 1992 สมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (UNCED) ได้มีการจัดทำความตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญเพื่อกำหนดกรอบและนโยบายเกี่ยวกับการจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ เรียกว่า อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity) มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ 1. เพื่อส่งเสริมการอนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพของโลกเพื่อประโยชน์ของชนรุ่นต่อไป 2. เพื่อการใช้ประโยชน์ในทรัพยากรชีวภาพอย่างยั่งยืน 3. เพื่อให้การแบ่งปันผลประโยชน์ที่ได้จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพอย่างเป็นธรรม ภายหลังจากอนุสัญญาฯ มีผลบังคับใช้แล้ว ได้ออกพิธีสารที่เกี่ยวข้องภายใต้อนุสัญญาฯ ได้แก่ พิธีสารคาร์ตาเฮนาว่าด้วยความปลอดภัยทางชีวภาพ

(Cartagena Protocol on Biosafety) และพิธีสารนาโงยาว่าด้วยการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ประโยชน์ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม (Nagoya Protocol on Access to Genetic Resources and the Fair and Equitable Sharing of Benefits Arising from their Utilization) ปัจจุบันมีประเทศที่เป็นภาคีทั้งสิ้น 191 ประเทศสำหรับประเทศไทยลงนาม ในอนุสัญญาเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 1992 ให้สัตยาบันเข้าเป็นภาคีเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2003 และมีผลบังคับใช้เมื่อ 29 มกราคม 2004 (พ.ศ. 2547) นับเป็นรัฐภาคีลำดับที่ 188 กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก โดยมีสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นหน่วยประสานงานหลัก (National Focal Point)

อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันถือเป็นกฎหมายระหว่างประเทศโดยเฉพาะกฎหมายเรื่องการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพเป็นเรื่องใหม่ ที่ประเทศภาคีจะต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับหลักการตามอนุสัญญาฯ อย่างเหมาะสมเพื่อให้ประเทศของตนเองถูกเอารัดเอาเปรียบในการแสวงหาผลประโยชน์ในทรัพยากรธรรมชาติทั้งที่อยู่ในประเทศตนเอง และที่เป็นส่วนกลางของโลก แต่ทั้งนี้อนุสัญญาฯ ไม่ได้กำหนด หลักเกณฑ์ และวิธีการที่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ภาคีแต่ละประเทศได้พัฒนา กฎระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์ การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ แตกต่างกันไปตามรูปแบบการปกครอง สังคม และวัฒนธรรมประเพณี บางประเทศภาคีที่ได้พัฒนา กฎระเบียบการเข้าถึงทรัพยากรดังกล่าวไปแล้ว ได้แก่ ประเทศโคลัมเบียและประเทศฟิลิปปินส์ แต่ประสบปัญหา กล่าวคือ กฎระเบียบที่พัฒนามาขึ้นนั้นเคร่งครัด

เกินไปส่งผลให้ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม และยังส่งผลกระทบต่อการทำงาน ด้านวิจัยและพัฒนาภายในประเทศตนเอง ในกรณีนี้ที่นักวิจัยที่ทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรชีวภาพจะต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบเหล่านั้นด้วย พบว่ากฎระเบียบดังกล่าวกลายเป็นอุปสรรคในการทำงานวิจัยและพัฒนาเพื่อประเทศของตน ดังนั้น จึงต้องปรับกฎระเบียบให้เหมาะสมให้สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาและอุปสรรคตามอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทย

เมื่อศึกษา วิเคราะห์ แนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพตามอนุสัญญาฯ ตลอดจนพิธีสารฯ ที่เกี่ยวข้องเพื่ออนุรักษ์การตามอนุสัญญาฯ ในเรื่องดังกล่าวนี้ ซึ่งกลไกการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ มีลักษณะเป็นแนวทางกว้างๆ ทำให้ส่งผลกระทบ และเป็นอุปสรรคกับประเทศไทยในการกำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางชีวภาพโดยเฉพาะเพื่อการอนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพเป็นไปอย่างยั่งยืนและเพื่อให้การจัดสรรแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพเป็นไปอย่างเป็นธรรม โดยสรุปประเด็นปัญหา อุปสรรค ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ปัญหา อุปสรรคตามอนุสัญญาฯ ที่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทย

1. การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม	2. การแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ
1.1 ประเทศภาคีต้องไปกำหนดกฎระเบียบ นโยบายและบริหารจัดการการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม	2.1 ไม่ได้กำหนดกฎเกณฑ์ที่แน่นอนและชัดเจน การเรียกร้องผลประโยชน์ตอบแทนขึ้นอยู่กับข้อตกลงระหว่างฝ่ายที่จัดสรรทรัพยากรชีวภาพกับฝ่ายเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพ
1.2 กำหนดกรอบไว้กว้างๆ มิได้กำหนดไว้อย่างชัดเจน โดยตรงถึงบทลงโทษและมาตรการตอบโต้กรณีไม่ปฏิบัติตามกฎหมายหรือนโยบาย	2.2 ประเทศพัฒนาแล้วเห็นว่าการนำทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่แล้วมาใช้ไม่ควรให้ใครเป็นเจ้าของจึงไม่จำเป็นต้องมีการแบ่งปันผลประโยชน์
1.3 ข้อตกลงการเข้าถึงไม่มีการวางเงื่อนไขที่จะ กระทบ ภายได้ข้อตกลงที่เห็นพ้องกันทั้งสองฝ่าย	2.3 ไม่มีองค์กรประสานงานกลางของรัฐและองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงเพื่อการใช้ประโยชน์และการแบ่งปันผลประโยชน์อันเกิดจากการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม
1.4 เจ้าของทรัพยากรชีวภาพไม่มีเกณฑ์ปฏิบัติในการพิจารณาการอนุญาตให้มีการเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพในประเทศหรือในเขตของตน	2.4 กำหนดให้ประเทศที่นำไปใช้ประโยชน์เป็นผู้ออกกฎหมายให้มีการแบ่งปันผลประโยชน์ฝ่ายเดียว
1.5 ไม่มีองค์กรประสานงานกลางของรัฐและองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงตามแนวทางของอนุสัญญาฯ	2.5 ชุมชนไม่สามารถเจรจาแบ่งปันผลประโยชน์ได้เอง โดยต้องให้องค์กรของรัฐเป็นผู้ดำเนินการแทน
1.6 ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนเพื่อให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการเข้าถึงและอนุรักษ์ ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรชีวภาพ	2.6 ไม่มีกฎเกณฑ์ที่ชัดเจนเพื่อให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์และการชดเชยความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับโครงการ

ที่มา : ศึกษา วิเคราะห์โดยผู้เขียนจากข้อมูลตามอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพในการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม และการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ

ในการศึกษาวิเคราะห์ จะเห็นได้ว่า หากประเทศภาคีต้องไปอนุวัติการตามอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งเป็นกฎหมายหลักที่มีปัญหาและเป็นอุปสรรคในการพัฒนาหลักเกณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อกฎหมายในประเทศภาคีต่างๆ ที่อนุวัติการตามกฎหมายหลักนั้น จึงเห็นควรนำเสนอรัฐบาลเพื่อการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายหลักตามอนุสัญญาฯ ในการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ ให้มีความยุติธรรมและเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประเทศภาคีมีหลักเกณฑ์ แนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจน โดยมีละเอียด ดังนี้

1. กำหนดแนวทางปฏิบัติการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพชีวภาพ โดยต้องทำเป็นข้อตกลงร่วมกันทั้งสองฝ่ายและขออนุญาตเป็นหนังสือให้ประเทศภาคี ซึ่งเป็นเจ้าของทรัพยากรก่อนประกอบด้วยประเด็นต่างๆ กล่าวคือ

1.1 การให้ความเห็นชอบจากการขออนุญาตเป็นหนังสือให้ทราบข้อมูลล่วงหน้าจากรัฐบาลประเทศที่เป็นแหล่งทรัพยากรพันธุกรรม

1.2 การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนท้องถิ่นควรได้รับการอนุญาตจากชุมชนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องก่อน

1.3 กำหนดผลประโยชน์ที่ผู้เข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม จะมอบให้แก่ประเทศที่เป็นเจ้าของทรัพยากร ทั้งผลประโยชน์ที่เป็นรูปตัวเงินและไม่เป็นรูปตัวเงิน

2. กำหนดเงื่อนไขเพื่อดำเนินการคุ้มครองความปลอดภัยทางชีวภาพที่ผู้เข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมจะต้องปฏิบัติในกรณีที่จะมีการโอนทรัพยากรพันธุกรรมนั้นไปให้แก่บุคคลที่สามหรือประเทศภาคีอื่น

3. กำหนดวิธีการเจรจาต่อรองและส่งเสริมการสร้างสมรรถนะของประเทศที่เป็นแหล่งกำเนิดทรัพยากรพันธุกรรม เพื่อที่จะพัฒนาทักษะในการต่อรองแบ่งปันประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ โดยให้ความสำคัญในการเจรจาจะต้องเป็นไปเพื่อแก้ไข ปัญหาต่างๆ ของแต่ละฝ่ายและคำนึงถึงผลประโยชน์ของแต่ละฝ่ายเพื่อให้การคำนวณอัตราการแบ่งปันผลประโยชน์เป็นไปอย่างมีเหตุมีผล โดยมีหลักการไม่มีฝ่ายใดเป็นฝ่ายแพ้และไม่มีฝ่ายใดเป็นฝ่ายชนะ

4. กำหนดให้ประเทศภาคีที่นำทรัพยากรพันธุกรรมไปใช้ควรจัดให้มีการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างยุติธรรม รวมทั้งถ่ายทอดเทคโนโลยีให้แก่ประเทศที่เป็นเจ้าของทรัพยากร

5. กำหนดให้มีองค์กรประสานงานกลาง มีอำนาจหน้าที่โดยตรงเพื่อการใช้ประโยชน์และการแบ่งปันผลประโยชน์อันเกิดจากการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม ซึ่งสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการในการขออนุญาต ตลอดจนการเจรจาข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์

6. กำหนดให้ประเทศที่เป็นแหล่งกำเนิดทรัพยากรพันธุกรรมมีมาตรการเพื่อคุ้มครองชุมชนท้องถิ่นให้สามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรพันธุกรรมต่อไปได้ถึงแม้ได้นำไปใช้ประโยชน์ทางการค้าแล้วก็ตาม

7. กำหนดหลักการให้ประเทศหรือเอกชนที่นำเอาทรัพยากรพันธุกรรมไปใช้ประโยชน์ตามที่กำหนดไว้ตามข้อตกลงในครั้งแรกเท่านั้นและหากจะนำไปใช้ประโยชน์เพิ่มเติมจะต้องเจรจาทำข้อตกลงใหม่กับประเทศที่เป็นเจ้าของทรัพยากร

8. กำหนดให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจการเข้าถึงและอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งการแบ่งปันผลประโยชน์ของตน ตลอดจนการชดเชยความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับโครงการโดยให้

เป็นหนึ่งในกรรมการผู้แทนชุมชนเจ้าของทรัพยากรและกำหนดให้มีส่วนในการโต้แย้งได้กรณีหากมีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายกับชุมชนของตน

กฎหมายเกี่ยวกับความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศไทยที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน

สืบเนื่องจากการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพอย่างต่อเนื่อง จากการใช้ประโยชน์ทรัพยากรชีวภาพเกินศักยภาพ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ประเทศไทยจึงได้ประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. 2543 ขึ้นและกำหนดให้มีคณะกรรมการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติ เพื่อดูแลรักษาและกำหนดนโยบายด้านการอนุรักษ์ใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ รวมถึงการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางชีวภาพของประเทศและการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการเข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์ อีกทั้งเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สนองต่อวัตถุประสงค์ของอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ในปี พ.ศ. 2548 มีการแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. 2543 เพื่อให้สอดคล้องกับการปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม จึงแก้ไขเป็น ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2548 ต่อมาในปี พ.ศ. 2563 ให้ยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. 2543 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2548 และให้มีการจัดตั้งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. 2563 ซึ่งได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 173 ตอนพิเศษ 234 ง เมื่อวันที่ 6

ตุลาคม 2563 โดยได้กำหนดให้มีคณะกรรมการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติ เพื่อเสนอแนวทาง นโยบาย มาตรการและแผนการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศ เสนอแนะการประสานความร่วมมือในการบูรณาการข้อมูลและองค์ความรู้ด้านความหลากหลายทางชีวภาพ และประสานการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นไปตามแนวทาง นโยบาย มาตรการและแผนการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพและตามข้อตกลงหรือความร่วมมือระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. 2563 กำหนดสาระสำคัญในการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศไทยให้มีหลักการครอบคลุมถึงกรณีการดำเนินการใดๆ เกี่ยวกับการอนุรักษ์ การใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพเพื่อความยั่งยืน การเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพและการได้รับผลประโยชน์ตอบแทนจากทรัพยากรชีวภาพและหมายรวมถึง การดำเนินการใดๆ เกี่ยวกับความปลอดภัยทางชีวภาพด้วย ทั้งนี้ระเบียบสำนักงานนายกรัฐมนตรีดังกล่าวได้กำหนดให้มี คณะกรรมการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า กอช. โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นประธานกรรมการ ซึ่ง กอช. มีหน้าที่และอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพในหลายประการ เช่น 1. เสนอแนวทาง นโยบาย มาตรการ และแผนบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศ รวมถึงระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพ การได้รับผลประโยชน์ตอบแทน ความปลอดภัยทางชีวภาพและการถ่ายทอดเทคโนโลยีต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบ 2. ให้ความเห็นแก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับแผนงานหรือโครงการภายใต้แผนการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ 3. เสนอนแนะและให้

คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีในการปฏิบัติ ตามแนวทาง นโยบาย มาตรการ และแผนการบริหาร จัดการความหลากหลายทางชีวภาพ กฎหมาย และ พันธกรณีตามความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง กับความหลากหลายทางชีวภาพ 4. ประสานงาน โครงการความช่วยเหลือจากต่างประเทศเพื่อ ดำเนินการให้มีการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความ หลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน โดยมีสำนักงาน นโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทำหน้าที่เป็นหน่วยธุรการในฐานะสำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความ หลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติ

ปัจจุบันประเทศไทย ได้นำหลักการเกี่ยวกับ ความหลากหลายทางชีวภาพ มาบัญญัติไว้ใน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 เพื่อให้ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการปกป้อง คุ้มครอง และ ร่วมกันรักษาไว้ซึ่งทรัพยากรชีวภาพของประเทศโดยใช้ กฎหมายเกี่ยวกับความหลากหลายทางชีวภาพของ ประเทศไทยที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน กล่าวคือกฎหมาย ระดับพระราชบัญญัติมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับ หลักการวัตถุประสงค์ของอนุสัญญาฯ ที่กำหนด หลักการเกี่ยวกับการอนุรักษ์ การใช้ประโยชน์ การ เข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพ ซึ่งมีหลายฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติป่าสงวนแห่งชาติ พ.ศ. 2507 พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพ สิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติ คุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากร ทางทะเลและชายฝั่ง พ.ศ. 2558 พระราชกำหนดการ ประมง พ.ศ. 2558 พระราชบัญญัติอุทยานแห่งชาติ พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติสงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติป่าชุมชน พ.ศ. 2562 โดยที่ กฎหมายระดับพระราชบัญญัติดังกล่าวได้อยู่ในความ รับผิดชอบจากหลายหน่วยงานต่างๆ เช่น กรมป่าไม้

กรมวิชาการเกษตร กรมประมง กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช และกรมทรัพยากรทางทะเลและ ชายฝั่ง เป็นต้น จึงเป็นอุปสรรคต่อการนำไปปฏิบัติและ การดำเนินงานในเรื่องการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม และการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทาง ชีวภาพ ซึ่งไม่มีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบโดยตรง เฉพาะทำให้ไม่มีความเป็นเอกภาพและประสิทธิภาพใน การบริหารจัดการและบังคับใช้โดยไม่สามารถเชื่อมโยง เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในขณะนั้น ประเทศไทยออก กฎหมายเพื่อรองรับพิธีสารนาโยว่าด้วยการเข้าถึง ทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ที่ เกิดขึ้นจากการใช้ประโยชน์ทรัพยากรพันธุกรรมอย่าง เท่าเทียมและยุติธรรม คือ ระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วย การอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ ความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. 2563 ได้กำหนดว่า กรณีที่หน่วยงานรัฐ เห็นควรอนุญาตให้มีการใช้ ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพให้หน่วยงานของรัฐ จัดทำข้อตกลงการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการ ได้รับผลประโยชน์ตอบแทนจากทรัพยากรชีวภาพ ระหว่างหน่วยงานของรัฐกับผู้ได้รับอนุญาต แต่การ บริหารจัดการทรัพยากรชีวภาพในประเทศไทยยังไม่มี ประสิทธิภาพเท่าที่ควร ปัญหาด้านข้อจำกัดและ อุปสรรคด้านกฎหมายถือเป็นปัจจัยสำคัญ กฎหมายที่ ใช้บังคับอยู่หลายฉบับจากหน่วยงานต่างๆ นั้นไม่ได้ เน้นควบคุมการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพ โดยตรงและไม่มีวิธีการขั้นตอนที่ชัดเจนในการเข้าถึง ทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความ หลากหลายทางชีวภาพแต่อย่างใด

เมื่อศึกษา วิเคราะห์ ระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ ความหลากหลายทางชีวภาพ จะเห็นได้ว่า ปัจจุบัน ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีนี้ ยังไม่มีการออกระเบียบ กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการเข้าถึง ทรัพยากรชีวภาพการได้รับผลประโยชน์ตอบแทน ความปลอดภัยทางชีวภาพ และการถ่ายทอดเทคโนโลยี

ภายใต้ระเบียบนี้ เพียงแต่กำหนดให้การอนุญาตให้มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพซึ่งหน่วยงานรัฐต้องจัดทำข้อตกลงการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมระหว่างหน่วยงานรัฐกับผู้ได้รับอนุญาตเท่านั้น ซึ่งไม่มีวิธีการขั้นตอนที่ชัดเจนในการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ เนื่องจากประเทศไทยมีกฎหมายภายในหลายฉบับที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมแต่กฎหมายของประเทศไทยที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่ได้มีเจตนารมณ์ของกฎหมายเกี่ยวกับการเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์อันเกิดจากการใช้ทรัพยากรชีวภาพ ซึ่งกฎหมายภายในของประเทศไทย มีเจตนารมณ์เพื่อควบคุม ป้องกัน ไม่ให้มีการลักลอบนำไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ซึ่งกฎหมายส่วนใหญ่เป็นการจำกัดการเข้าถึงของบุคคลในการใช้ประโยชน์ทรัพยากรชีวภาพ เช่น พระราชบัญญัติป่าไม้ พระราชบัญญัติอุทยานแห่งชาติ พระราชบัญญัติป่าสงวนแห่งชาติ พระราชบัญญัติสงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า เป็นต้น จะเห็นได้ว่า กฎหมายดังกล่าว ยังไม่เปิดช่องให้มีการเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ เนื่องจากผู้ซึ่งเป็นเจ้าของทรัพยากรชีวภาพ หรือทรัพยากรพันธุกรรมไม่ได้รับการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมและยุติธรรมจากผู้ใช้ประโยชน์ทรัพยากรชีวภาพหรือทรัพยากรพันธุกรรม ยกตัวอย่าง กรณีที่เคยเกิดขึ้นกับประเทศไทยได้มีการทำสัญญากับนักวิจัยชาวต่างชาติและได้ให้ชาวต่างชาติเข้ามาในประเทศไทยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา วิจัย ที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรพันธุกรรม เช่น กรณีข้าวดอกมะลิ 105 โดยนักวิจัยในสหรัฐอเมริกา กรณีเปล่าน้อยโดยบริษัทเอกชนในประเทศญี่ปุ่น อีกทั้ง กรณีกวาวเครือโดยบริษัทเอกชน

ในประเทศเกาหลีและประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นทรัพยากรพันธุกรรมพืชที่ถือกำเนิดในประเทศไทยแต่ถูกนำไปพัฒนาและจดสิทธิบัตร ส่งผลให้ประเทศไทย ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของทรัพยากรชีวภาพดังกล่าว เสียโอกาสในการใช้ประโยชน์และในการต่อยอดพัฒนาสำหรับเทคโนโลยีชีวภาพ นอกจากถูกจำกัดสิทธิโดยสิทธิบัตรแล้ว ยังมิได้รับการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมจากบริษัทเอกชนต่างชาติที่จดทะเบียนทรัพยากรชีวภาพนั้น จึงทำให้ชุมชนท้องถิ่นและประเทศไทยได้รับความเสียหายจากการที่นักวิจัยชาวต่างชาตินำทรัพยากรพันธุกรรมนั้น ไปจดสิทธิบัตร ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงเป็นการเร่งด่วนในการกำหนดกฎระเบียบการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ เพื่อบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และกำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ ให้มีความชัดเจนสามารถนำมาปฏิบัติได้

ในการนี้เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารความหลากหลายทางชีวภาพในด้านต่างๆ ของประเทศมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนและมีการบูรณาการข้อมูลต่างๆ จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งถือเป็นประเด็นสำคัญ โดยให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้เสนอ ร่างพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. ออกประกาศเป็นกฎหมายกลางที่ใช้บังคับโดยเร่งด่วน เพื่อให้ประเทศไทยสามารถบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางชีวภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังยืน โดยได้กำหนดให้มีคณะกรรมการความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติเป็นองค์กรกำกับดูแลดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย และกำหนดเรื่องการเข้าถึงการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพและการแบ่งปันผลประโยชน์เป็นการเฉพาะ

ร่างพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ.

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้เสนอร่างพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. และคณะรัฐมนตรีได้พิจารณาอนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติฯ ปัจจุบันอยู่ระหว่างการตรวจพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เพื่อเป็นกฎหมายกลางสำหรับบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศให้เป็นเอกภาพและครอบคลุมการส่งเสริมและสนับสนุนการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน กระตุ้นและเปิดช่องว่างการบังคับใช้กฎหมายเฉพาะที่มีอยู่ในปัจจุบัน เกิดกลไกการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน มีกลไกการแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพอย่างยุติธรรมและเท่าเทียม ตลอดจนกลไกการควบคุมผลกระทบต่อความหลากหลายทางชีวภาพ เกิดความร่วมมือกันในการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน ชุมชนได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะและแรงจูงใจ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพในพื้นที่ของตนอย่างยั่งยืน ปกป้องสิทธิของชุมชนโดยชุมชนหรือเจ้าของทรัพยากร สามารถเจรจากับเอกชนหรือผู้ที่ประสงค์จะขอเข้าถึงทรัพยากรในชุมชนและทำข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพได้อย่างเป็นธรรมและเหมาะสม ชุมชนท้องถิ่นจะได้รับจัดสรรผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพในท้องถิ่นของตนอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม มีกลไกการกำกับดูแลเพื่อให้ประชาชนได้รับความคุ้มครอง ความปลอดภัยจากการใช้ประโยชน์จากสิ่งมีชีวิตดัดแปลงพันธุกรรม และรองรับการดำเนินงานตามอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพและข้อตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ร่างพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. มีเนื้อหาแบ่งออกเป็น 8 หมวด ได้แก่ หมวด 1 บท

ทั่วไป หมวด 2 คณะกรรมการความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติ หมวด 3 การเสริมสร้างสมรรถนะและแรงจูงใจในการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ หมวด 4 การอนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพ หมวด 5 การเข้าถึง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพ และการแบ่งปันผลประโยชน์ หมวด 6 การควบคุมผลกระทบต่อความหลากหลายทางชีวภาพ หมวด 7 ความรับผิดชอบทางแพ่งในกรณีที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อความหลากหลายทางชีวภาพ หมวด 8 บทกำหนดโทษ และบทเฉพาะกาล รวมจำนวน 72 มาตรา

ร่างกฎหมายหมวด 5 การเข้าถึง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพ และการแบ่งปันผลประโยชน์

กฎหมายเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ เป็นกฎหมายที่ได้บัญญัติไว้ในร่างพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. ... มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแนวทางในการเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพ และการแบ่งปันผลประโยชน์ที่ได้จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพ ด้วยความเป็นธรรม ตามหลักการยินยอมโดยการแจ้งล่วงหน้า (Prior Informed Consent: PIC) การจัดทำข้อตกลงร่วมกัน (Mutually Agree Terms: MAT) และการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม (Fair and Equitable Sharing of Benefit) ซึ่งมีสาระสำคัญในการเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพ และการแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพดังนี้

1. การเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพ

1.1 ไม่บังคับใช้กับการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมมนุษย์ และการใช้ประโยชน์จากจารีตประเพณีท้องถิ่นเพื่อการยังชีพในครัวเรือนแห่งตนตามสมควร

1.2 บุคคลจะเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพ กำหนดให้ยื่นคำขออนุญาตเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพ ต่อ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบนั้น หรือสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในกรณีที่ไม่มีหน่วยงานผู้รับผิดชอบ โดยให้แจ้งวัตถุประสงค์การเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพดังกล่าว หากต้องการนำทรัพยากรชีวภาพไปใช้ประโยชน์ให้แจ้งความประสงค์ไปด้วย

1.3 การพิจารณา อนุญาตการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ทรัพยากรชีวภาพของหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ให้คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อความหลากหลายทางชีวภาพ และข้อเสนอแนะของชุมชนท้องถิ่น

1.4 คำขออนุญาตและการอนุญาตรวมทั้ง การขออนุญาตเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ การเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ทรัพยากรชีวภาพดังกล่าวให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

1.5 การขออนุญาตใช้เพื่อการค้าให้ยื่นข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ที่ได้จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพ

1.6 กำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตรายงานความก้าวหน้าในการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพต่อหน่วยงานผู้รับผิดชอบตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

1.7 การอนุญาตการเข้าถึง หรือการใช้ประโยชน์ทรัพยากรชีวภาพ และทำให้เกิดความเสียหายต่อความหลากหลายทางชีวภาพ ให้หน่วยงานผู้รับผิดชอบเพิกถอนการอนุญาตได้

1.8 ใบอนุญาตที่ได้รับการอนุญาตให้เข้าถึงเพื่อการค้าหรือไม่ก็ตามไม่สามารถดำเนินการโอนใบอนุญาตได้

2. การแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพ

2.1 ให้พิจารณาแบ่งปันผลประโยชน์ที่ได้ไม่ว่าจะคำนวณเป็นเงินได้หรือไม่ตามสัดส่วนที่เหมาะสมและเป็นธรรม

2.2 กำหนดให้มีการรายงานความก้าวหน้าในการแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพนั้นๆ

2.3 การแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพจะต้องจัดทำข้อตกลงในการจัดสรรผลประโยชน์แบ่งเป็น 3 ส่วน กล่าวคือ 1) หน่วยงานผู้รับผิดชอบ 2) ชุมชนท้องถิ่นที่เป็นแหล่งทรัพยากรชีวภาพที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงทรัพยากรชีวภาพ 3) สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

2.4 กรณีมีข้อโต้แย้งใดๆ เกี่ยวกับการทำข้อตกลงการแบ่งปันผลประโยชน์ที่ได้จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพให้คณะกรรมการเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

อนึ่ง เงินที่เกี่ยวข้องในหมวดนี้ เป็นเงินรายได้ประกอบด้วย เงินที่ได้รับจากข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ที่ได้จากการใช้ประโยชน์เพื่อการค้า เงินอุดหนุนจากรัฐบาล บุคคลหรือหน่วยงานใดๆ เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้ เงินค่าปรับตามพระราชบัญญัตินี้ และเงินดอกผลรวมทั้งผลประโยชน์อื่นใดที่เกิดจากเงินรายได้ตลอดจนทรัพย์สินดังกล่าว ทั้งนี้เงินรายได้ดังกล่าว ไม่ต้องนำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน แต่ได้กำหนดให้หน่วยงานผู้รับผิดชอบจัดสรรเงินรายได้เก็บรักษาไว้ใช้จ่ายเพื่อกิจการในการอนุรักษ์ คุ้มครองดูแล บำรุงรักษา หรือฟื้นฟูความหลากหลายทางชีวภาพ ช่วยเหลือกิจการของชุมชนท้องถิ่นเกี่ยวกับการอนุรักษ์ การวิจัย และการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความหลากหลายทางชีวภาพ รวมถึงกิจการต่างๆ เพื่อการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ

เปรียบเทียบกฎหมายการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม และการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพระหว่างกฎหมายประเทศอินเดียและกฎหมายประเทศคอซตาริกาตามกฎหมายประเทศไทย

ประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพซึ่งถือเป็นข้อตกลงร่วมกันด้านสิ่งแวดล้อมระหว่างประเทศที่มีเจตนารมณ์ให้ทุกประเทศที่เป็นภาคีสมาชิกพัฒนาประเทศโดยไม่ละเลยในเรื่องการปกป้อง คุ่มครอง และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักไว้ 3 ประการ ดังที่กล่าวมาแล้ว แต่ในอนุสัญญาฯ ไม่ได้วางหลักเกณฑ์ในเรื่องการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม และการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพที่ชัดเจน ในการนำหลักการที่วางไว้ในอนุสัญญาฯ ไปปฏิบัติ ทำให้ประเทศภาคีสมาชิกหลายประเทศประสบปัญหาในการนำหลักการไปปฏิบัติใช้ อีกทั้งยังต้องปกป้อง คุ่มครองและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติของประเทศตนเอง และหลายประเทศได้กำหนดให้มีการเข้าถึง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพและการแบ่งปันผลประโยชน์ไปแล้ว กล่าวคือ ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศโคลัมเบีย ประเทศบราซิล ประเทศแคนาดา ประเทศอินเดีย ประเทศคอซตาริกา และประเทศในทวีปยุโรป (ออสเตรีย เบลเยียม เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ อิตาลี ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส สเปน สวีเดน สหราชอาณาจักร ไชปรัส เช็ก เอสโตเนีย ฮังการี ลัตเวีย ลิทัวเนีย มอลตา โปแลนด์ สโลวีเนีย สโลวาเกีย โรมาเนียและบัลแกเรีย) ทั้งนี้ การพัฒนามาตรฐานในเรื่องการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ ของแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันไปตามรูปแบบการเมือง การปกครอง สังคมและวัฒนธรรมประเพณี อย่างไรก็ตามหลักการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์อย่างยุติธรรมและเท่าเทียม เป็นหลักการใหม่ที่มีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องกำหนดกฎหมายให้มี

ความเหมาะสม มีความเท่าเทียมและยุติธรรมระหว่างผู้ให้ทรัพยากรพันธุกรรม (หน่วยงานผู้มีความชำนาญของประเทศ สถาบันวิจัย สถาบันการศึกษา เจ้าของที่ดิน เอกชน ชุมชนพื้นเมืองดั้งเดิมและชุมชนท้องถิ่น) และผู้ใช้ทรัพยากรพันธุกรรม (องค์กรวิจัยที่มีการสำรวจอนุรักษ์ และใช้ทรัพยากรชีวภาพ และภาคอุตสาหกรรม) มิเช่นนั้นนั้นอาจจะเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศของตน โดยกฎหมายแต่ละประเทศดังกล่าว จะมีลักษณะและหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกัน ดังเช่น ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศโคลัมเบีย กฎระเบียบที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะที่เคร่งครัดเกินไปส่งผลให้ไม่สามารถนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และมีผลกระทบต่อการทำงานการด้านวิจัยและพัฒนาประเทศตนเอง กรณีที่นักวิจัยที่ทำงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรชีวภาพจะต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบนี้ซึ่งพบว่ากฎระเบียบดังกล่าวกลายเป็นอุปสรรคในการทำงานวิจัย ประเทศบราซิลลักษณะของกฎหมายไม่ได้ระบุถึงการเข้าถึงคุณสมบัติทางชีวเคมีและวัสดุทางชีวภาพ โดยทั่วไปปัจจุบันยังไม่มี ความชัดเจนในประเด็นสิทธิเหนือทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่นในรัฐธรรมนูญของประเทศบราซิล ก็ไม่ได้กำหนดให้รัฐบาลกลางเป็นผู้มีสิทธิเหนือทรัพยากรชีวภาพ ทำให้เกิดทับซ้อนระหว่างอำนาจในระดับรัฐบาลกลาง ระดับรัฐ และระดับท้องถิ่น ในการบริหารจัดการทรัพยากร ประเทศแคนาดา การดำเนินงานเรื่องการเข้าถึงและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ นั้น ถูกแบ่งเป็นความรับผิดชอบระหว่างจังหวัด และรัฐบาลของเขตการปกครอง รวมถึงชุมชนชาวอะบอริจิน เขตปกครองทางเหนือของแคนาดามี 3 เขต ประกอบด้วย ยูคอน เขตปกครองตะวันตกเฉียงเหนือ และนูนาวต ซึ่งถือว่า มีความก้าวหน้ามากกว่าเขตการปกครองอื่นๆ แต่ละเขตการปกครองจะมีระบบการออกใบอนุญาตเข้าถึงที่ถูกต้องตามกฎหมายสำหรับการค้นคว้าวิจัย แต่กฎหมายเฉพาะในระดับประเทศที่ประเทศใช้ในเรื่องการเข้าถึงและการแบ่งปัน

ผลประโยชน์^๓ และขอบเขตอำนาจในการดำเนินงาน นั้น ประเทศแคนาดายังไม่มีการบัญญัติกฎหมายเฉพาะไว้ กฎหมายยังไม่ได้มีการกำหนดถึงความแตกต่างระหว่างการค้นคว้าวิจัยทางวิทยาศาสตร์กับการค้นคว้าวิจัยทางการค้าว่ามีความแตกต่างหรือมีความเหมือนกันอย่างไร สำหรับกระบวนการเข้าถึงและการขอความเห็นชอบล่วงหน้านั้น กฎหมายไม่ได้มีการกำหนดว่าจะต้องให้มีการดำเนินการในการแจ้งขอความเห็นชอบไว้ล่วงหน้า ประเทศในทวีปยุโรป ส่วนใหญ่กฎหมายยังไม่ประสบผลสำเร็จจะเป็นผลมาจากนโยบายที่กว้างจนเกินไป และมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ทั้งนี้มีประเทศในยุโรปเพียงไม่กี่ประเทศที่มีกฎระเบียบในเรื่องการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะประเทศบัลแกเรียมีกฎหมายความหลากหลายทางชีวภาพที่มีความมุ่งหมายในการควบคุมการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม และได้วางหลักการในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ กำหนดให้มีการอนุรักษ์ธรรมชาติ แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกันหลายฝ่ายระหว่างรัฐ กฎหมาย ประชาชน ในการปกป้องและการใช้ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืนของประเทศบัลแกเรีย การวางกฎเกณฑ์และข้อพึงระวังในการเก็บรวบรวมพืชสมุนไพร สารพันธุกรรมจากพืชที่สามารถใช้เป็นยาได้ จะเห็นได้ว่าประเทศบัลแกเรียเป็นประเทศหนึ่งในทวีปยุโรปที่มีกฎหมายความหลากหลายทางชีวภาพโดยมีความมุ่งหมายในการควบคุมการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม และประเทศโปรตุเกสได้รับเอาระบบการจดทะเบียน จากแนวทางการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมของกลุ่มสหภาพยุโรปเท่านั้น มีขอบเขตคุ้มครองสารพันธุกรรมพืชพื้นเมืองที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย หรือพืชที่มีศักยภาพเป็นที่สนใจต่อการเพาะปลูกในระบบวนเกษตร (Agroforestry) และกิจกรรมด้านภูมิทัศน์ อย่างไรก็ตามระบบนี้ไม่ครอบคลุมถึงสายพันธุ์พืชที่ได้รับการคุ้มครองสิทธิทรัพย์สินทางปัญญา ประเทศอินเดียและประเทศ

คอสตาริกาเป็นประเทศที่มีความหลากหลายทางชีวภาพมากที่สุดในระดับต้นๆ ของโลกดังนั้นทั้ง 2 ประเทศจึงได้ให้ความสำคัญในการปกป้องความหลากหลายทางชีวภาพประเทศของตนและเมื่ออนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ (Convention on Biological Diversity: CBD) ได้ส่งผลกระทบในการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพประเทศดังกล่าวจึงมีความจำเป็นเพื่อที่จะอนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพกำหนดให้มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพต้องเป็นไปอย่างยั่งยืนและเพื่อให้การจัดสรรแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพเป็นไปอย่างเป็นธรรม ทั้งนี้ประเทศอินเดียได้ตรากฎหมายความหลากหลายทางชีวภาพขึ้นโดยกฎหมายฉบับนี้ได้จัดตั้งองค์กรเรียกว่าองค์การความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติ (National Biodiversity Authority) เพื่อวางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการควบคุมการเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพและภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรเหล่านั้นตลอดรวมทั้งการจัดการแบ่งปันผลประโยชน์ด้วยและประเทศคอสตาริกาได้ออกกฎหมายความหลากหลายทางชีวภาพตามกฎหมายนี้ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการวิชาการชุดหนึ่งเรียกว่า คณะกรรมการว่าด้วยการบริหารจัดการทรัพยากรชีวภาพแห่งชาติ (National Commission for Biodiversity Management) มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายในการเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพและจะได้รับการสนับสนุนการทำงานโดยสำนักงานสนับสนุนทางเทคนิค (Office for Technical Support) มีหน้าที่ในการควบคุมการกำกับการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพ

จากการศึกษาพบว่าประเทศอินเดียและประเทศคอสตาริกา ได้ตรากฎหมายความหลากหลายทางชีวภาพ โดยจัดตั้งคณะกรรมการความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติในการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ และกำหนดให้มีกฎหมายเรื่อง

การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ เป็นการเฉพาะมีหลักเกณฑ์การปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นที่ประจักษ์จากการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวไปแล้วสร้างความยุติธรรมและมีวิธีการที่กำหนดให้เกิดความเท่าเทียมในการแบ่งปันผลประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรชีวภาพสิ่งเหล่านี้จึงเป็นเหตุผลที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อนำมาพิจารณาเปรียบเทียบกับร่างพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. ... ของประเทศไทย ในการปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติมกฎหมายให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ตรากฎหมายว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ เพื่อเป็นกฎหมายกลางของประเทศ ซึ่งประเทศอินเดียตรากฎหมายว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ค.ศ. 2002 และประเทศคอซตาริกาตรากฎหมายว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ เลขที่ 7788

2. จัดตั้งองค์กรความหลากหลายทางชีวภาพ ในการบริหารจัดการเพื่อความเป็นเอกภาพและประเทศอินเดียได้จัดตั้ง องค์กรความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพบริหารจัดการแบ่งเป็น 3 ระดับ

2.1 ระดับชาติ (National Level) เป็น องค์กรความหลากหลายทางชีวภาพที่มีหน้าที่ในการบริหารจัดการการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ โดย บุคคลหรือนิติบุคคลต่างชาติทั้งหมดรวมทั้งการอนุญาตให้มีการส่งข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยไปยังบุคคลหรือนิติบุคคลต่างชาติด้วย

2.2 ระดับรัฐ (State Level) ในแต่ละรัฐ จัดตั้งคณะกรรมการความหลากหลายทางชีวภาพ โดย คนสัญชาติอินเดียหากการเข้าถึงเป็นไปเพื่อประโยชน์เชิงพาณิชย์ บุคคลผู้เข้าถึงจะมีหน้าที่ ในการแจ้งให้

คณะกรรมการฯ ทราบ คณะกรรมการฯ ไม่มีอำนาจในการอนุญาตหรือไม่อนุญาต

2.3 ระดับท้องถิ่น (Local Level) ในระดับท้องถิ่น จัดตั้งคณะกรรมการการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ (Biodiversity Management Committee) มีหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ องค์กรความหลากหลายทางชีวภาพและ คณะกรรมการความหลากหลายทางชีวภาพระดับรัฐ เมื่อมีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพที่อยู่ในเขตพื้นที่ของตนเอง

3. กำหนดหลักการให้บุคคลหรือนิติบุคคล เข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างชัดเจน ซึ่งประเทศคอซตาริกา ได้กำหนดให้ทำสัญญาข้อตกลงของบุคคลในประเทศหรือชาวต่างประเทศ และต้องได้รับอนุญาตโดยการยื่นคำขอต่อ Technical Office ล่วงหน้าก่อนจะเข้าถึงเมื่อได้รับ Access Permit ซึ่งมีอายุสูงสุด 3 ปี แต่สามารถต่ออายุได้ หากเป็นการเข้าถึงพื้นที่ที่มีชนพื้นเมืองอาศัยอยู่ การเข้าถึงจะต้องได้รับความเห็นชอบจากชนพื้นเมืองนั้นด้วย และชนพื้นเมืองสามารถคัดค้านการขอเข้าถึงได้

4. กำหนดบุคคลที่มีสิทธิในการเข้าถึง ทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ ให้มีแนวทางที่ชัดเจนและ ประเทศอินเดียได้กำหนดหลักเกณฑ์บุคคลผู้มีสิทธิเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพ ดังนี้

4.1 บุคคลหรือนิติบุคคลที่ไม่มีสัญชาติ อินเดียมีหลักพื้นฐานว่า การสำรวจหรือใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพ หรือการใช้สิทธิการเข้าถึง ทรัพยากรชีวภาพต้องได้รับความยินยอมจากองค์กร ความหลากหลายทางชีวภาพก่อน

4.2 บุคคลหรือนิติบุคคลที่มีสัญชาติ อินเดียการเข้าถึงทรัพยากรชีวภาพของบุคคลดังกล่าว ไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากองค์กรความ หลากหลายทางชีวภาพ แต่หากเป็นการเข้าถึงเพื่อ

ประโยชน์เชิงพาณิชย์ ต้องมีการแจ้งให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทราบด้วย

5. กำหนดหลักการการเข้าถึงหรือการแบ่งปันผลประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพตามประเทศอินเดีย ให้เลือกปฏิบัติให้เจ้าของทรัพยากรพันธุกรรมมีความสะดวกกว่าชาติอื่น จะเห็นได้ว่า มีความสอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ น่าสนใจก็คือ กฎหมายนี้ได้เลือกปฏิบัติระหว่างบุคคลที่มีสัญชาติอินเดียกับบุคคลไม่มีสัญชาติอินเดีย แม้ว่าบุคคลนั้นจะเป็นบุคคลสัญชาติของภาคีสมาชิกอนุสัญญาฯ ก็ตาม ทั้งนี้การเลือกปฏิบัติเช่นนี้มีได้ขัดแย้งกับหลักการอนุสัญญาฯ แต่อย่างใด เนื่องจากอนุสัญญาฯ ดังกล่าวไม่มีการกำหนดหลักการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติ

6. กำหนดให้มีหน่วยงานตรวจสอบ และประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพตามประเทศออสเตรเลียได้จัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติสังกัดกระทรวงสิ่งแวดล้อมและพลังงานเพื่อประสานงานการเข้าถึงตรวจสอบการกระทำของรัฐบาลหรือเอกชนได้กำหนดให้ Technical Office ภายใต้การดูแลคณะกรรมการแห่งชาติ

ในการนี้เมื่อได้ศึกษา วิเคราะห์ เปรียบเทียบกฎหมายว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศอินเดีย และประเทศออสเตรเลีย กับร่างพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. ... เพื่อให้ประเทศไทยได้กำหนดร่างกฎหมายหมวด 5 การเข้าถึง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพและการแบ่งปันผลประโยชน์ (มาตรา 32-41) ตามร่างพระราชบัญญัติฯ ให้มีความสอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ รวมทั้งกำหนดแนวทางหลักเกณฑ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรค ซึ่งพบว่า มีประเด็นที่

ควรเพิ่มเติมในหมวด 5 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ เพื่อกำหนดให้เป็นกฎหมาย มีหลักเกณฑ์ขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. เมื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติฯ เป็นกฎหมายกลางโดยจัดตั้งคณะกรรมการความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติมีองค์ประกอบอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการตามมาตรา 18 กำหนดภารกิจให้กับหน่วยงานผู้รับผิดชอบโดยให้อำนาจนายกรัฐมนตรีประกาศกำหนดหน่วยงานผู้รับผิดชอบพิจารณาอนุญาตการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างไรก็ตาม โครงสร้างองค์การบริหารจัดการภายใต้พระราชบัญญัติฯ มีลักษณะเป็นองค์กรแนวตั้งทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบไม่เกิดการกระจายอำนาจหน้าที่ สิทธิ เสรีภาพ และการมีส่วนร่วมต่างๆ ไปสู่ภูมิภาค และท้องถิ่น ควรเพิ่มเติมกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ การบริหารจัดการ เป็น 3 ระดับ คือ

1.1 ระดับประเทศ บริหารจัดการการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ โดยคณะกรรมการความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติ จำนวน 11 คน มีอำนาจหน้าที่เสนอแนะเพื่อกำหนดภารกิจให้แก่หน่วยงานผู้รับผิดชอบกำหนดมาตรการบริหารจัดการความหลากหลายทางชีวภาพ ส่งเสริมการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืนรวมทั้งพิจารณาระงับข้อพิพาทกรณีเกิดปัญหาระหว่างหน่วยงานของรัฐตามมาตรา 18 ของร่างพระราชบัญญัติฯ

1.2 ระดับจังหวัด ในแต่ละจังหวัดบริหารจัดการการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ โดยให้มีคณะกรรมการความหลากหลายทางชีวภาพ จำนวน 9 คน กรณีคนสัญชาติไทย เข้าถึง

หรือแบ่งปันผลประโยชน์ฯ ไปเพื่อการค้า ให้บุคคลนั้นมีหน้าที่เพื่อแจ้งให้คณะกรรมการฯ (ระดับจังหวัด) ทราบเท่านั้นและให้ยื่นข้อตกลงแบ่งปันผลประโยชน์ฯ เสนออนุญาตกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบ

1.3 ระดับอำเภอ ในแต่ละอำเภอบริหารจัดการการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ โดยให้มีคณะกรรมการความหลากหลายทางชีวภาพ จำนวน 7 คน มีหน้าที่ให้คำปรึกษา กับคณะกรรมการในระดับจังหวัดและระดับประเทศ เมื่อมีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพที่มีอยู่ในเขตพื้นที่ของตน

2. กำหนดให้มีกฎหมาย เรื่อง การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพเป็นการเฉพาะ ซึ่งปรากฏในหมวด 5 การเข้าถึง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพและการแบ่งปันผลประโยชน์ (มาตรา 32- 41) ตามร่างพระราชบัญญัติฯ ในคำจำกัดความการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมโดยรวมถึงกรณีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรพันธุกรรมที่ถูกครองโดยชุมชนเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงภูมิปัญญาท้องถิ่น ทั้งนี้ ควรเพิ่มเติมกำหนดคำจำกัดความ คำว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรพันธุกรรม หมายความว่า องค์ความรู้ ความสามารถความเชื่อและประสบการณ์ ผสมกับความกลมกลืนระหว่างศาสนา ภูมิอากาศ การประกอบอาชีพ และการถ่ายทอดหลายชั่วคนของคนในท้องถิ่นนั้นๆ ประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรพันธุกรรม และคำว่า ชุมชน หมายความว่า กลุ่มคนที่มีอัตลักษณ์เป็นจุดร่วมกัน ทางสังคม ศาสนา ค่านิยมประเพณี และสำนึกร่วมแห่งสถานที่เพื่อมิให้เกิดปัญหาในการบังคับใช้กฎหมาย หรือปัญหาในการตีความได้

3. ร่างพระราชบัญญัติฯ กำหนดกลไกการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ ตามหลักการยินยอมโดยการแจ้งล่วงหน้า การจัดทำข้อตกลงร่วมกัน และการแบ่งปัน

ผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมและยุติธรรม อย่างไรก็ตามควรเพิ่มเติมกำหนดบุคคลที่มีสิทธิการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ รวมทั้งหลักเกณฑ์ให้มีความชัดเจน กล่าวคือ

3.1 บุคคลหรือนิติบุคคลที่มีสัญชาติไทยมีความประสงค์ที่จะได้รับทรัพยากรชีวภาพเพื่อประโยชน์การค้า การสำรวจ หรือใช้ประโยชน์ทรัพยากรมีหน้าที่แจ้งให้คณะกรรมการ (ระดับจังหวัด) ทราบก่อน คณะกรรมการดังกล่าวจะต้องปรึกษาหารือกับชุมชนท้องถิ่นทุกครั้งก่อนจะมีคำสั่งใดๆ

3.2 บุคคลหรือนิติบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยสามารถได้มาซึ่งทรัพยากรที่อยู่ในประเทศไทย ไม่ว่าจะมิวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อใช้ประโยชน์ในการค้า การสำรวจ หรือใช้ประโยชน์ในทรัพยากรต่างๆ ได้ต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการความหลากหลายทางชีวภาพแห่งชาติก่อน

4. ปรับปรุงเพิ่มเติมโดยกำหนดหลักการการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ ให้เลือกปฏิบัติให้เจ้าของทรัพยากรพันธุกรรมมีความสะดวกกว่าคนชาติอื่น ซึ่งได้ปรากฏ ตามข้อ 3.

5. ส่งเสริมให้ประชาชน ชุมชนและชาวไทยกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ มีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ฟื้นฟู คุ้มครอง บำรุงรักษา บริหารจัดการใช้ประโยชน์ทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพอย่างเหมาะสม ควรเพิ่มเติมให้มีความชัดเจน โดยกำหนดให้ในคณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการต่างๆ ต้องมีผู้แทนประชาชน 1 คน และผู้แทนชุมชน หรือชาวไทยกลุ่มชาติพันธุ์ 1 คน เข้าเป็นกรรมการ หรืออนุกรรมการดังกล่าว

6. ร่างพระราชบัญญัติฯ ในการอนุญาตกำหนดให้หน่วยงานราชการส่วนกลาง เป็นหน่วยงานรับผิดชอบพิจารณาอนุญาตการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ โดยทำหน้าที่ควบคุม กำกับ ติดตามตรวจสอบ การบริหารจัดการใน

เรื่องนี้ ซึ่งถือเป็นเจตนารมณ์เพื่อเอื้อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วและเกิดความเป็นธรรมต่อผู้ยื่นขออนุญาต อย่างไรก็ตามเพื่อให้การปฏิบัติงานหน่วยงานราชการ ผู้รับผิดชอบมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรปรับปรุงให้มีการ บริหารงานภายในองค์กร เป็นรูปแบบของรัฐบาลกิจ หรือเอกชน

7. ร่างพระราชบัญญัติฯ กำหนดกระบวนการ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และกำหนดระยะเวลาในการ ดำเนินการให้แล้วเสร็จทำให้การทำงานในระบบ ราชการมีความรวดเร็วและผู้เกี่ยวข้องสามารถติดตาม ตรวจสอบการทำงานซึ่งกันและกันได้เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพในการทำงานในรูปแบบของรัฐบาลกิจ หรือเอกชน ควรปรับปรุงแก้ไขกำหนดระยะเวลาการ ดำเนินงานให้แล้วเสร็จในทุกขั้นตอนที่มีผลกระทบกับ ประชาชน

8. ร่างพระราชบัญญัติฯ กรณีการแบ่งปัน ผลประโยชน์ฯ กำหนดให้มีคณะอนุกรรมการซึ่งเป็น ผู้เชี่ยวชาญต่างๆ กล่าวคือ นักกฎหมายที่มีความ เชี่ยวชาญ ด้านทรัพย์สินทางปัญญานักวิชาการ ธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม เข้ามาช่วยในการเจรจา ต่อรองการแบ่งปันผลประโยชน์ ถือเป็นสิ่งที่ ประชาชนและชุมชนจะได้รับความเป็นธรรมมากขึ้นนั้น ควรปรับปรุงแก้ไขให้ชุมชน หรือผู้แทนชุมชนในพื้นที่ ได้รับการแต่งตั้งให้เข้ามาเป็นอนุกรรมการในการเจรจา ต่อรองในสัดส่วนที่เหมาะสมถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง

9. ร่างพระราชบัญญัติฯ สนับสนุนให้มีการ รวมกลุ่มและขึ้นทะเบียนองค์กรความหลากหลายทาง ชีวภาพ ทั้งนี้ ควรกำหนดให้ประชาชนและชุมชนได้เข้า มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการควบคุมกำกับติดตาม ตรวจสอบ และมีบทบาท อำนาจหน้าที่ในทุกภาคส่วน ทุกระดับโดยให้ได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการและ คณะอนุกรรมการในชุดต่างๆ ทั้งในระดับประเทศ จังหวัด และอำเภอ ตลอดจนท้องถิ่นและชุมชน

10. กำหนดให้มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีการ แบ่งปันผลประโยชน์และการปกป้องคุ้มครองความรู้ ชุมชนท้องถิ่น

11. สรรหาบุคลากรส่งเสริมให้ความรู้และ พัฒนาบุคลากรด้านความหลากหลายทางชีวภาพ โดยเฉพาะอนุกรมวิธานและปราชญ์ชาวบ้าน

12. ควรเพิ่มเติมโดยจัดตั้งกองทุนขึ้นในร่าง พระราชบัญญัติฯ และกำหนดมาตรการ กลไกในการ บริหารจัดการกองทุนให้ชัดเจนเพื่อกิจการในการ อนุรักษ์ คุ้มครอง ดูแลบำรุงรักษา หรือฟื้นฟูความ หลากหลายทางชีวภาพช่วยเหลือกิจการชุมชนท้องถิ่น การวิจัย การเสริมสร้างสมรรถนะด้านความหลากหลาย ทางชีวภาพ รวมถึงกิจการต่างๆ ในการบริหารจัดการ การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปัน ผลประโยชน์ฯ

บทสรุป

ประเทศต่างๆ ได้ตระหนักร่วมกันในความ หลากหลายทางชีวภาพนั้น ว่ามีส่วนสำคัญต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ ตลอดจนทาง การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับยารักษาโรค ความมั่นคงทาง เศรษฐกิจ ความปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร ซึ่งจำเป็นสำหรับปัจเจกบุคคลและหมู่คณะรวมถึงสังคม มวลมนุษย์จึงได้มีการเรียกร้อง ประสานความร่วมมือ เพื่อปกป้องสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรชีวภาพ ส่งผลให้ เป็นจุดกำเนิดอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทาง ชีวภาพ ภายหลังจากอนุสัญญาฯ มีผลบังคับใช้แล้วได้ ออกพิธีสารคาร์ตาเฮนาว่าด้วยความปลอดภัยทาง ชีวภาพ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความ ปลอดภัยทางชีวภาพซึ่งสนับสนุนให้มีการประกันการ ปกป้องความปลอดภัยในระดับที่เพียงพอสำหรับ เคลื่อนย้ายการดูแลและการใช้สิ่งมีชีวิตที่ได้รับการ ดัดแปลงทางพันธุกรรม (Living Modified Organism) อันเป็นผลมาจากเทคโนโลยีชีวภาพสมัยใหม่ (Modern Biotechnology) ที่อาจส่งผลกระทบต่อการอนุรักษ์

และการใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืนโดยคำนึงถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพของมนุษย์ และเน้นเรื่องการเคลื่อนย้ายข้ามแดน (Transboundary Movements) เป็นพิเศษและพิธีสารนาโงยาว่าด้วยการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ประโยชน์ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม จากความร่วมมือระหว่างประเทศทำให้หลายประเทศภาคีมีการดำเนินการทั้งในเชิงนโยบายและการตรากฎหมายเพื่อปกป้องคุ้มครองรวมถึงการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพอย่างเหมาะสม

ประเทศไทย มีการศึกษา แนวทางในการปฏิบัติเพื่อการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งได้นำกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันหลายฉบับจากหน่วยงานต่างๆ หลายหน่วยงานมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับอนุสัญญา เห็นได้ว่าไม่มีกฎหมายเป็นการเฉพาะในเรื่องดังกล่าว อีกทั้งไม่พบว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง ประกอบกับแนวทางปฏิบัติของอนุสัญญา ซึ่งถือว่าเป็นกฎหมายหลัก ยังไม่พบว่ามีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนและกลไกในการเข้าถึงทรัพยากรมีลักษณะเป็นแนวทางกว้างๆ ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถกำหนดหลักเกณฑ์ให้มีประสิทธิภาพได้ ทั้งนี้ได้ส่งผลกระทบต่อกฎหมายในประเทศภาคีต่างๆ ที่ต้องอนุวัติการตามกฎหมายหลักนั้นจึงควรนำเสนอปรับปรุงแก้ไขกฎหมายหลักให้มีหลักเกณฑ์ ขั้นตอนการปฏิบัติที่

ชัดเจน รวมทั้งได้ศึกษาวิเคราะห์ประเด็นการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ฯ เปรียบเทียบระหว่างกฎหมายประเทศอินเดียและกฎหมายประเทศคอสตาริกากับร่างพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. ... หมวด 5 การเข้าถึง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพและการแบ่งปันผลประโยชน์ แล้วเห็นควรเสนอการปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติมกฎหมายร่างพระราชบัญญัติฯ ดังกล่าว ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังกล่าวปรากฏข้างต้นแล้วโดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. เสนอรื้อบบท เพื่อให้นำเสนอการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพตามอนุสัญญาฯ ซึ่งเป็นกฎหมายหลักให้มีความยุติธรรมและเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประเทศภาคี มีแนวทางการปฏิบัติอย่างชัดเจน

2. เสนอปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติมกฎหมายร่างพระราชบัญญัติความหลากหลายทางชีวภาพ พ.ศ. ... หมวด 5 การเข้าถึง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพและการแบ่งปันผลประโยชน์ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมและการแบ่งปันผลประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพ ให้มีแนวทางขั้นตอน การปฏิบัติที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Biodiversity Department Office of Natural Resources and Environmental Policy and Planning. (April 2014). Access and benefit sharing. Bangkok : Wong Sawang Publishing and Printing Company Limited.

Biodiversity Management Division National Committee for Conservation and Use of Biodiversity.Mechanisms for disseminating biodiversity information. Retrieved from https://chm-thai.onep.go.th/?page_id=812

Convention on Biological Diversity, Article 15, original version.

Ekarin Wiriyo. Sharing benefits from the concrete application of local wisdom to support entry into ASEAN. Office of the Council of State. Retrieved from <https://www.krisdika.go.th/data/activity/act205.pdf>

Information from the Legal Resources Department Natural Resources Law Division Office of the Council of State.

Jirapon Luengpailin and Viman Kritpolviman. (2014). Legal Problems Relating to the Access and Benefit-Sharing of Biological Resources. *Graduate Research Conference 2014, 2051-2057*.

Jiraporn Luengpairin. (2013). Legal problems in biological resource management: access and sharing of benefits. (Master of Laws Thesis). Sukhothai Thammathirat Open University.

Nontaphat Asawakongkiat. (2006). Legal problems in accessing microbial biological resources in Thailand. (Master of Laws Thesis). Chulalongkorn University.

Office of Bio-Based Economic Development (Public Organization) United Nations Development Program and the World Environmental Fund. (December 2018). *Sustainable Management Models for Local Government Organizations to Ensure Biodiversity Protection and Utilization in Selected Eco-regions of Thailand- SLBT.*). Sunitawan Publishing Company Limited.

Office of Natural Resources and Environmental Policy and Planning. (January 2012). Access and Benefit-Sharing – ABS. Bangkok : Bureau of Biodiversity Office of Natural Resources and Environmental Policy and Planning.

Preparation of the draft Biological Diversity Act B.E. ..., Office of Natural Resources and Environmental Policy and Planning, Published on the website of the Office of the Government Information Commission. (Information from <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER38/DRAWER027/GENERAL/DATA0001/00001287.PDF>) Retrieved on 8 May 2023.

Regulations of the Office of the Prime Minister on the Conservation and Utilization of Biological Diversity, B.E. 2020 Announced in the Royal Gazette, Volume 137, Special Section 234 D, dated October 6, 2020.

Wisanee Wanichwichakornkit. (2014). Legal problems regarding access and benefit sharing in Thailand's biological resources (Master of Laws Thesis). Field of study: Law Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University.

China's Innovative Dispute Resolution under the "Belt and Road" Initiative

Zeng Wei, professor at Law School, Shantou University, China

Email: wzeng@stu.edu.cn

This article was funded by STU Scientific Research Initiation Grant

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Wei, Z. China's Innovative Dispute Resolution under the "Belt and Road" Initiative . *Public Health Policy and Laws Journal*, 10(1), 153–168.

Retrieved from

https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/268569

Received: 20 Oct 2023

Accepted: 16 Nov 2023

Abstract

This article explores China's significant initiatives in innovative dispute resolution under the "Belt and Road" initiative. It highlights China's establishment of institutions such as the International Commercial Court, the Supreme People's Court's "one-stop" resolution platform, and the International Mediation Institute, offering novel avenues for resolving commercial disputes within the "Belt and Road" projects. These innovative mechanisms not only promote the development of international rules and the rule of law but also contribute to maintaining the stability of global trade and investment cooperation, fostering legal pluralism, and enhancing global governance. China's practical experiences are closely observed worldwide, providing valuable insights for addressing global challenges and advancing the construction of a peaceful, stable, and prosperous international order.

Keywords: Belt and Road; dispute resolution; Chinese innovation

Introduction

With the deepening of global economic integration, the interconnection between countries in economic, trade and other fields has become increasingly close.

In 2015, China proposed the "Belt and Road Initiative" aiming to promote in-depth connectivity between Asia, Europe and Africa, and neighboring countries in various fields such as policies, infrastructure, trade, capital and personnel flows through the construction of the land and maritime Silk Roads, and promote regional economic integration.

In recent years, the scale of "Belt and Road" construction has continued to expand, with related projects spanning more than one hundred countries and regions in Asia, Europe and Africa.

However, with the growth of the scale and influence of the "Belt and Road" construction, there are bound to be some differences and disputes in political, economic, cultural and other fields between different countries and projects. For example, cultural differences in legal norms and business practices between countries increase the possibility of disputes. Some large infrastructure projects may also have some impact on the local environment and communities, thus triggering related disputes.

At the same time, existing international and regional dispute resolution mechanisms also have certain problems and deficiencies in adapting to "Belt and Road" disputes. International multilateral mechanisms such as the WTO dispute settlement mechanism do not fully match the goal of regional economic integration of the "Belt and Road". Regional organizations such as the Shanghai Cooperation Organization mainly focus on national security issues rather than economic integration. The dispute resolution clauses in bilateral trade agreements signed between China and other countries vary in content and degree.

Given the grand goal of the "Belt and Road" Initiative, it is particularly important to establish an efficient and fair dispute resolution mechanism. This not only requires improving existing international rules, but also exploring innovative models to better meet the special needs of "Belt and Road" construction. Only by establishing a comprehensive and efficient dispute governance system can strong legal guarantees be provided for "Belt and Road" construction, and promote related countries to achieve win-win cooperation at a higher level.

1. Challenges in Dispute Resolution under the "Belt and Road" Initiative

1.1 Applicability and Challenges of Domestic Dispute Resolution Resources

Under the "Belt and Road" initiative, dispute resolution faces multiple challenges, particularly for cross-border disputes. This section will delve into the applicability and challenges of domestic dispute resolution resources, including differences in legal systems and their applicability, as well as limitations of various dispute resolution methods.

1.1.1 Challenges in the Application of Litigation

Differences in Legal Systems and Issues of Legal Applicability:

The "Belt and Road" initiative involves numerous countries with significant differences in legal systems, adding complexity to dispute resolution. This complexity makes it difficult to provide a unified and universally accepted legal service. Foreign investors may find it challenging to accurately understand and apply local laws, leading to difficulties in protecting their legal rights.

Cross-border disputes may involve multiple countries and different legal systems. Parties involved may need to

navigate the application of various legal rules, including international, domestic, and foreign laws, increasing the legal complexity. Additionally, differences in legal cultures and systems among the countries along the "Belt and Road" can make it challenging for foreign investors to adapt to local legal requirements, potentially endangering their legal rights.

Unfair Treatment: Some countries may exhibit differential treatment in their judicial processes, favoring their own nationals over foreign investors. This not only results in unfair treatment but can also prolong the dispute resolution process. Foreign investors may sometimes be perceived as outsiders and subjected to unjust treatment within the judicial proceedings. Moreover, courts in certain countries may be influenced by political factors, which can introduce uncertainty for foreign investors.

Varying Levels of the Rule of Law:

Among countries along the "Belt and Road," some may have less developed legal systems, unable to provide sufficient legal protection for investors. When disputes arise, it may be challenging to find clear legal bases in domestic law, and conflicts between laws might create difficulties in achieving timely and effective dispute resolution.

The legal systems of some countries along the "Belt and Road" may be relatively underdeveloped, and their legal regulations may lack clarity. This can lead to legal uncertainties in the dispute resolution process, as investors may struggle to determine which legal rules apply in specific dispute scenarios. Additionally, some countries' legal systems may be relatively closed, making it difficult for foreign investors to understand and apply local laws.

Issues with Judicial Procedures:

Litigation can have inherent flaws, including lengthy and cumbersome procedures that may not meet the demand for a quick resolution of disputes, enabling a return to regular business and investment activities. Legal proceedings typically involve multiple stages, including filing, trial, and appeals, which slow down the dispute resolution process. This can lead to prolonged unresolved disputes, increasing costs and delaying commercial activities. Moreover, some countries' courts may have difficulties with enforcement, resulting in a severe problem for foreign investors. If arbitration or litigation awards cannot be enforced promptly, the entire dispute resolution process loses practical effectiveness.

1.1.2 Applicability and Challenges of Arbitration

Imperfections in Arbitration Rules:

Although most countries along the "Belt and Road" have domestic arbitration laws, these rules are often imperfect. Some international arbitration mechanisms, like ad hoc arbitration or friendly arbitration, may not be universally recognized in certain countries. This presents constraints when opting for domestic arbitration to resolve cross-border disputes.

Cross-border disputes may require the involvement of international arbitration institutions, such as the International Chamber of Commerce (ICC) or the United Nations Commission on International Trade Law (UNCITRAL). However, the applicability of these institutions' arbitration rules may vary from country to country, limiting their use. Some international arbitration rules might not meet the requirements of certain countries or dispute scenarios, which can complicate the agreement of dispute resolution and slow down the process.

Uncertainty Regarding Arbitration

Institutions: When disputes involve foreign arbitration institutions, it is often unclear which domestic arbitration institution should handle the dispute. In countries where international trade and investment are prominent, several

international arbitration institutions might have branch offices to resolve international trade disputes domestically. However, whether these foreign arbitration institutions have jurisdiction and provide legal services within a specific range is often uncertain.

International arbitration institutions typically establish branch offices in multiple countries to facilitate the resolution of international disputes. However, dispute parties may choose different arbitration institutions based on their interests, which can result in inconsistent dispute resolution solutions. Additionally, due to differences in the nature of each arbitration institution, the outcomes of different institutions might vary, introducing uncertainty for foreign investors and dispute parties.

Issues with Recognizing and Enforcing Arbitral Awards: Even when arbitration awards are achieved, their recognition and enforcement can still be problematic. While the New York Convention on the Recognition and Enforcement of Foreign Arbitral Awards is specifically designed to address issues related to non-domestic arbitration awards, some countries along the "Belt and Road" have not joined this international convention. Some member states may even have "reciprocity" reservations, making the

recognition and enforcement of foreign arbitral awards in these countries challenging.

1.2 Applicability and Challenges of International, Multilateral, and Regional Dispute Resolution Resources

In addition to domestic dispute resolution methods, the "Belt and Road" initiative involves international, multilateral, and regional dispute resolution approaches that face their own set of challenges. These include the World Trade Organization (WTO) dispute resolution mechanism and the International Centre for Settlement of Investment Disputes (ICSID) mechanism. Moreover, regional dispute resolution mechanisms also have their own complexities.

1.2.1 Applicability and Challenges of the WTO Dispute Resolution Mechanism

Despite its significance in trade dispute resolution, the WTO dispute resolution mechanism encounters challenges in addressing trade disputes under the "Belt and Road" initiative:

Limited Coverage: The WTO dispute resolution mechanism only applies to disputes arising between WTO member countries concerning the application of WTO rules. However, among countries along the "Belt and Road," some are not WTO member countries, meaning that

disputes involving these countries cannot be resolved through the WTO dispute resolution mechanism.

Low Utilization: Among countries along the "Belt and Road," some WTO member countries have never brought a dispute to the WTO dispute resolution mechanism, numbering as high as 23 countries and regions. This indicates a relatively low utilization of the WTO dispute resolution mechanism among countries along the "Belt and Road." This could be due to the inability of the WTO dispute resolution mechanism to meet the needs of some dispute parties in certain situations or other reasons causing some countries to prefer alternative methods for dispute resolution.

Limited Applicability: According to WTO rules, the WTO dispute resolution mechanism only applies to disputes between member country governments, not to disputes between private investors and host country governments. However, in the context of the "Belt and Road" development, many disputes involve private investors, rather than disputes between government officials of member countries. This limitation means that the WTO dispute resolution mechanism cannot address all dispute resolution needs of countries along the "Belt and Road."

1.2.2 Applicability and Challenges of

the ICSID Dispute Resolution Mechanism
The International Centre for Settlement of Investment Disputes (ICSID)

plays a significant role in resolving international investment disputes, but it faces its own set of challenges:

Membership Limitations: Although the ICSID Convention has more than 160 member countries, some countries along the "Belt and Road" have not joined the ICSID Convention, while others have signed the convention but have yet to ratify it. As a result, around a quarter of countries along the "Belt and Road" do not fully benefit from the ICSID dispute resolution mechanism.

Investor-Centric Tendency: The ICSID mechanism tends to prioritize the protection of investors' rights over the development rights of host countries, which can negatively affect the economic interests of countries along the "Belt and Road." In particular, developing countries in this region often prioritize national development interests, while the ICSID mechanism leans toward safeguarding foreign investors, potentially undermining the economic and public interests of host countries.

High Compensation Issues: The ICSID mechanism can lead to high compensation awards, sometimes

exceeding the capacity of host countries to pay. Especially in developing countries with relatively lower economic levels, substantial compensation awards can create fiscal pressures and negatively impact the national economy.

1.2.3 Applicability and Challenges of Regional Dispute Resolution Mechanisms

Regional dispute resolution mechanisms under regional trade agreements (RTAs) also face applicability and challenges in the context of the "Belt and Road" initiative:

Unclear Dispute Resolution Rules:

Dispute resolution rules in most RTAs are relatively simple and lack clear institutional arrangements. This makes the rules less operational. Dispute resolution in RTAs is often considered an ancillary agreement rather than a core part of the RTAs. This can result in a lack of clear provisions, unclear dispute resolution processes, and less-than-satisfactory dispute resolution outcomes.

Varying Member Requirements and Acceptance: Regional dispute resolution rules within RTAs require member countries to approve and accept these rules, but different countries have varying levels of acceptance for different RTAs. Some

countries may not recognize the dispute resolution rules of any RTAs or may not have joined any RTAs, limiting the applicability of regional dispute resolution mechanisms.

Regional Characteristics: Existing

regional dispute resolution mechanisms often have strong regional characteristics, designed based on the actual conditions of specific countries and regions. However, the "Belt and Road" initiative spans multiple regions, involves a wide range of disputes, and makes existing regional dispute resolution mechanisms challenging to apply to all countries along the "Belt and Road."

The above discussion provides a more detailed analysis of the challenges faced in dispute resolution under the "Belt and Road" initiative. Understanding these challenges is essential for comprehending China's innovative approaches and the emergence of a Chinese model within this framework. Next, we will delve deeper into the innovative dispute resolution methods adopted by China under the "Belt and Road" initiative and their advantages and characteristics.

2. Innovative Practices for Dispute Resolution within the Framework of China's "Belt and Road" Initiative

In the current context, addressing disputes arising from the "Belt and Road" initiative holds significant theoretical and practical significance. Existing dispute resolution mechanisms, including domestic law and arbitration, as well as a range of international dispute resolution mechanisms such as the WTO dispute settlement mechanism, ICSID dispute resolution mechanism, and dispute resolution mechanisms within regional trade agreements, provide a legal framework and viable avenues for addressing disputes stemming from the "Belt and Road" initiative.

However, despite the effectiveness of these existing mechanisms in certain situations, they come with notable limitations, particularly concerning the diversity and complexity of disputes arising from the "Belt and Road" initiative. These limitations encompass the complexity of dispute resolution procedures, high costs, and a certain degree of limitation on national sovereignty. Therefore, it is imperative for countries along the "Belt and Road" to actively seek innovation in dispute resolution systems to better facilitate the progress of the initiative.

China, as the initiator of the "Belt and

Road" initiative, has made significant advancements in resolving disputes arising from the initiative. These endeavors include the establishment of the International Commercial Court, the introduction of the Supreme People's Court's "One-Stop" dispute resolution platform, and the establishment of the International Mediation Institute. These institutions offer fresh avenues for resolving disputes within the "Belt and Road" initiative and have spearheaded innovation in dispute resolution.

2.1 International Commercial Court

On January 23, 2018, the second meeting of the Central Comprehensive Deepening Reform Leading Group of the Communist Party of China approved the "Opinions on Establishing Dispute Resolution Mechanisms and Institutions for the 'Belt and Road' Initiative." This marked a significant breakthrough in the field of dispute resolution under China's "Belt and Road" Initiative. The document emphasized the importance of establishing dedicated dispute resolution mechanisms to promote the stability and fairness of trade and investment activities under the initiative.

The International Commercial Court plays a crucial role and holds significant value in dispute resolution within the "Belt

and Road" Initiative. This mechanism aims to provide effective, fair, and legally oriented dispute resolution services for commercial disputes, bearing profound significance for promoting international trade and investment cooperation and safeguarding the rights of all parties involved.

First, the International Commercial Court offers a reliable dispute resolution mechanism for commercial cooperation under the "Belt and Road" Initiative. In complex and diverse commercial disputes, this mechanism provides various avenues for resolution, including litigation, mediation, and arbitration, enabling parties to choose the most appropriate method based on the nature of the dispute. This enhances legal certainty in business activities and attracts more domestic and foreign investments, thus promoting economic growth.

Second, the International Commercial Court contributes to the creation of a legal-oriented business environment. By providing a legally protected business environment, this mechanism offers a more stable, fair, and transparent setting for domestic and foreign enterprises, reducing business risks and encouraging more commercial activities.

Additionally, the establishment of the International Commercial Court helps build the international image of Chinese courts. This mechanism elevates China's status in the field of international legal

governance, providing a beneficial case study for the international community on how to address transnational commercial disputes and promote legal cooperation.

This contributes to upholding the international legal order and improving global governance.

In summary, the International Commercial Court provides a reliable and diverse dispute resolution mechanism for the "Belt and Road" Initiative, contributing to the promotion of international trade and investment cooperation, enhancing the legal environment, establishing the international reputation of Chinese courts, and supporting the maintenance of the international legal order. Its establishment is crucial for the successful implementation of the "Belt and Road"

Initiative. The creation of the International Commercial Court not only meets the needs of resolving international commercial disputes within the initiative but also provides vital support for China's participation in global governance and international legal governance. This mechanism offers valuable experience and reference for future international dispute resolution.

2.2 Supreme People's Court "One-Stop" Resolution Platform

The creation of the "One-Stop" Resolution Platform signifies a strategic move by China under the "Belt and Road"

Initiative. It was established in response to the initiative's global infrastructure and trade cooperation, which led to a rapid increase in cross-border commercial collaborations and, consequently, more commercial disputes. The Supreme People's Court of China recognized that addressing this challenge required an innovative resolution mechanism to handle the growing number of commercial disputes.

The core feature of the "One-Stop" Resolution Platform is to provide diverse resolution paths, including litigation, mediation, and arbitration. This means that parties can choose the most suitable resolution method based on the nature and specific circumstances of the dispute. This diversity aims to better meet the needs of different commercial disputes while also reflecting the concept of legal pluralism. This is crucial because different types of commercial disputes may require different resolution methods. For example, some disputes may be best resolved through litigation, while others may be more suitable for mediation or arbitration. Offering multiple resolution avenues enhances the freedom of choice for the parties involved.

Within the "One-Stop" Resolution Platform, experts from various fields,

including courts, lawyers, arbitration institutions, and mediation organizations, collaborate to provide comprehensive case handling. This collaborative model helps ensure comprehensive and efficient solutions. When multiple specialized institutions are involved in dispute resolution, they can consider various legal and commercial factors more comprehensively, offering more sophisticated solutions. This collaborative approach also contributes to upholding the authority and credibility of the legal system as it involves experts and organizations from different domains, reflecting the practice of legal pluralism.

The platform can handle a wide range of cases, including contract disputes, intellectual property disputes, and investment disputes. This makes it a comprehensive tool for resolving commercial disputes, streamlining the resolution process without the need to transfer cases between different institutions. Additionally, the platform has the capacity to handle international and cross-border cases, which is crucial for resolving international commercial disputes within the "Belt and Road" projects. International trade and investment are transnational by nature, requiring an international perspective and the ability to address cross-border elements. The establishment of this platform contributes

to improving legal certainty in international commercial disputes, safeguarding the rights of all parties involved, and promoting global commercial cooperation.

In conclusion, the Supreme People's Court of China's "One-Stop" Resolution

Platform is a proactive measure for addressing international commercial disputes. The platform offers comprehensive support for dispute resolution, helps build a more legal-oriented business environment, and drives the development of domestic and international trade activities. Its establishment reflects the leadership of Chinese courts in the field of international commerce, providing a beneficial case study for the international community on how to address transnational commercial disputes and promote legal cooperation. By offering multiple resolution paths, facilitating institution collaboration, handling a wide range of cases, addressing international and cross-border cases, and

promoting a legal-oriented business environment, China's "One-Stop" Resolution Platform plays a crucial role in dispute resolution within the "Belt and Road" Initiative, providing a stable and reliable dispute resolution mechanism, safeguarding the rights of all parties involved, and enhancing the legal certainty

of commercial cooperation. Moreover, the platform offers a valuable example, showcasing China's experience in handling international commercial disputes and promoting legal cooperation, serving as a helpful reference for international dispute resolution worldwide.

2.3 International Mediation Institute

The establishment of the International Mediation Institute (IMI) is timely and significant in the context of the "Belt and Road" Initiative. As the initiative continues to be implemented, the increasing number of commercial disputes has posed a challenge to international cooperation. The IMI's creation provides more options and opportunities for addressing this challenge.

The establishment of the IMI underscores the Chinese government's full recognition of the need for international mediation, making it a proactive step in response to the growing number of commercial disputes under the "Belt and Road" Initiative.

As a government-to-government international organization, the IMI's openness and inclusivity are noteworthy. It is initiated and supported not only by the Chinese government but has also attracted participation from several nations, particularly those along the "Belt and

Road" route. This multilateral support reflects the international community's demand for mediation as a means of peaceful dispute resolution and establishes a solid foundation for the future development of the International Mediation Institute.

The International Mediation Institute will play a crucial role in dispute resolution under the "Belt and Road"

Initiative. Firstly, it contributes to the peaceful resolution of disputes. The "Belt and Road" Initiative involves multiple countries and regions, leading to inevitable commercial, trade, and investment disputes. As a mediation institution, the IMI offers a mechanism for resolving disputes through negotiation and reconciliation. Compared to other dispute resolution methods, mediation emphasizes mutually reached agreements, helping prevent disputes from escalating into more significant conflicts. This promotes peace and stability among the countries along the "Belt and Road," which is positively significant for advancing common development.

Secondly, the International Mediation Institute offers economic benefits. Traditional dispute resolution mechanisms, such as court litigation and arbitration, often require more time and higher costs.

Mediation, as a more cost-effective and rapid dispute resolution method, reduces the cost and time of dispute resolution. This is particularly crucial for commercial cooperation under the "Belt and Road" Initiative, as it enhances project feasibility and provides more effective dispute resolution methods for enterprises from participating countries, thereby promoting cross-border business activities.

Furthermore, the International Mediation Institute promotes cooperation and friendly relations. Mediation, as a collaborative approach, focuses more on the mutual interests of both parties, helping maintain friendly relations. By resolving disputes through the International Mediation Institute, parties are more likely to reach a consensus, improve their cooperation, and foster friendly relationships. This is vital for the sustainable development of international cooperation projects under the "Belt and Road" Initiative, as friendly relations and close cooperation are essential for ensuring the successful implementation of projects.

Finally, the establishment of the International Mediation Institute contributes to the development of international legal governance. As a government-to-government international organization, the IMI is committed to

promoting the spirit of international legal governance, providing a more sustainable and stable legal foundation for international dispute resolution. This helps ensure that international dispute resolution conforms to the rules and principles of international law, enhancing the authority of international legal governance and providing more choices for future international dispute resolution.

In summary, as a government-to-government international organization, the International Mediation Institute will play a proactive role in dispute resolution under the "Belt and Road" Initiative. It facilitates peaceful dispute resolution, provides economic benefits, promotes friendly relations, advances international legal governance, and upholds the principles of consultation, joint construction, and shared benefits, offering support for the sustainable development of the "Belt and Road" Initiative and global governance. In today's world where mediation as a means of peaceful dispute resolution is increasingly valued by the international community, the establishment of the International Mediation Institute holds great practical significance.

3. Contribution of Innovative Dispute Resolution Mechanisms under the "Belt and Road" Initiative to Global Governance

3.1 Contribution to Global Governance

The innovative dispute resolution mechanisms under the "Belt and Road" Initiative, including the International Commercial Court, the Supreme People's Court's "One-Stop" Resolution Platform, and the International Mediation Institute, have not only played a pivotal role in facilitating the successful implementation of "Belt and Road" projects but have also made a positive impact on the global governance system. This section will explore how these innovative mechanisms contribute to global governance and their importance to the international community.

3.2 Advancing the Development of International Rules and the Rule of Law

The dispute resolution mechanisms under the "Belt and Road" Initiative have not only enhanced China's international image through their establishment but have also provided a valuable example for the global governance system. The creation and practice of these mechanisms offer new perspectives on international dispute resolution, showcasing the feasibility of cooperation, negotiation, and mediation in resolving transnational commercial

disputes. This not only enriches the toolbox for international dispute resolution but also encourages the global governance system to develop in a more diverse and inclusive direction. The international community can draw from the experience of these mechanisms to promote the development of international rules and the rule of law, strengthening international standards and practices for cross-border dispute resolution.

3.3Safeguarding the Stability of Global Trade and Investment Cooperation

The dispute resolution mechanisms under the "Belt and Road" Initiative provide crucial support for the stability of global trade and investment cooperation. With the continued expansion of "Belt and Road" projects, transnational commercial disputes are bound to increase. These mechanisms offer efficient and effective dispute resolution paths that help safeguard the legitimate rights and interests of all parties involved, reducing business risks. A stable business environment encourages both domestic and foreign investments, fostering global economic growth. Moreover, by emphasizing mediation and negotiation to resolve disputes, they help prevent disputes from escalating into international conflicts, thereby maintaining peace and stability among countries along the "Belt and Road."

3.4Promoting Legal Pluralism in the International Community

The dispute resolution mechanisms under the "Belt and Road" Initiative embody the concept of legal pluralism. These mechanisms provide multiple avenues for dispute resolution, including litigation, mediation, and arbitration, allowing parties to choose the most suitable method based on the nature of the dispute. This enhances the freedom of choice for the parties and reflects the diversity of international dispute resolution. It helps the international community recognize the differences between various cultures and legal systems and, while respecting national sovereignty, strengthens international legal cooperation and coordination through peaceful negotiations.

3.5 Improving the Global Governance System

The establishment and practice of dispute resolution mechanisms under the "Belt and Road" Initiative contribute to the improvement of the global governance system. These mechanisms' openness and inclusivity provide a valuable case study for the international community on how to address transnational commercial disputes and promote legal cooperation. They also help uphold the international rule of law, enhancing the credibility of the global governance system. By emphasizing

cooperation, negotiation, and multilateralism, these mechanisms complement traditional court litigation, contributing to the efficiency and feasibility of international dispute resolution.

4. Conclusion

The innovative dispute resolution mechanisms under the "Belt and Road" Initiative make a positive contribution to global governance. They advance the development of international rules and the rule of law, safeguard the stability of global trade and investment cooperation, promote legal pluralism in the international community, and improve the global governance system. The practice of these mechanisms offers valuable experience and examples for the international community to address global challenges and build a more peaceful, stable, and prosperous international order.

The establishment of the International Commercial Court, the Supreme People's

Court's "One-Stop" Resolution Platform, and the International Mediation Institute represents China's proactive efforts in addressing the growing commercial disputes under the "Belt and Road"

Initiative. These mechanisms offer innovative approaches that emphasize peace, negotiation, and cooperation, providing a beneficial model for the global community and showcasing China's practical experience in handling transnational commercial disputes and promoting legal cooperation. As the global emphasis on peaceful dispute resolution continues to grow, the establishment and practice of these dispute resolution mechanisms under the "Belt and Road" Initiative hold significant practical importance. These mechanisms are poised to continue playing a positive role in global governance, making a greater contribution to the peace, stability, and prosperity of the international community.

References

- Anil Punj(2021). A Road to Arbitration in China's Belt and Road Initiative Projects: the Institutional Perspective, *Indian Journal of Integrated Research in Law*,2(1).
- CALLAGHAN, MIKE and PAUL HUBBARD(2016). The Asian Infrastructure Investment Bank: Multilateralism on the Silk Road. *China Economic Journal*, 9(2).
- JAMES F.PARADISE(2016). The Role of "Parallel Institutions" in China's Growing Participation in Global Economic Governance. *Journal of Chinese Political Science*, 21(2).
- Jia Zuo(2020).One Belt One Road Disputes: Does China Have Dispute Resolution Methods Fit for Purpose?. *LSE Law Review*,5.
- Mark Feldman(2021). Connectivity and Decoupling: Belt and Road Dispute Resolution in a Fractured

- Trade Environment. *Indian Review of International Arbitration*, 1 (1).
- MICHAEL D. SWAINE(2015). The Real Challenge in the Pacific: A Response to ‘How to Deter China. *Foreign Affairs*, 94(3).
- MICHAEL M. DU(2016). China’s “One Belt, One Road” Initiative: Context, Focus, Institutions, and Implications. *Chinese Journal of Global Governance*, 2 (1).
- MIKE CALLAGHAN & PAUL HUBBARD(2016). The Asian Infrastructure Investment Bank: Multilateralism on the Silk Road. *China Economic Journal*,9(2).
- Patrick M. Norton(2019). Conflicts on the Belt & Road: China’s New Dispute Resolution Mechanism. *Indian Journal of Arbitration Law*, 8(1).
- Prince Kanokanga(2022). The China-Africa Joint Arbitration Centre (CAJAC). *Pretoria Student Law Review*,16(1).
- RAVNI THAKUR(2015). One Belt One Road: China’s New Strategic and Trade Policy. *Academy of Management Review*, 21(4).
- Guiguo Wang(2017). Legal Challenges to the Belt and Road Initiative. *Journal of International and Comparative Law*,4(2).
- YIPING HUANG(2016). Understanding China’s Belt & Road Initiative Motivation, framework and assessment. *China Economic Review*, 40(C).
- Z. LINGLIANG(2016). Conceptual Analysis of China’s Belt and Road Initiative: A Road towards a Regional Community of Common Destiny. *Chinese Journal of International Law*, 15(3).
- Zachary Mollengarden(2019). “One-Stop” Dispute Resolution on the Belt and Road: Toward an International Commercial Court With Chinese Characteristics. *Pacific Basin Law Journal*,36(1).