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

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 10 No. 2 ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๒
May - August 2024 พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๗

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.10 No.2
May – August 2024

ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๒
พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๗

Content สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Euthanasia: The appropriate form of law for Thai society 169-181
  Kasemsun Wanawanakorn, Sartsada Wiriyanupong
  การุณยฆาต : รูปแบบกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย
  เกษมสันต์ วนวนากร, ศาสดา วิริยานุพงศ์

- The performance of Village Health Volunteers family, doctor in Chaiyaphum province 183-194
  Sureewan Khamhom, Chardsumon Prutipinyo, Wirin Kittipichai
  ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ
  สุรีวัลย์ คำหอม, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, วิรินธิ์ กิตติพิชัย

- Perception of Preceptors and Students on Humanized Care Behaviours of the Students at Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province 195-205
  Thawatchai Sattayasomboon, Daoroong Kamwong, Kongprai Tunsuchart
  การรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงและนักศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
  ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, ดาวรุ่ง คำวงศ์, ก้องไพร ตันสุชาติ

- Development of a Management Model to Support an Aging Society in Pathum Thani Province 207-219
  Praguard Plengpanichaya, Akaphol Kaladee, Warangkana Chankong
  การพัฒนาตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดปทุมธานี
  ประกาศ เปล่งพานิชย์, เอกพล กาละดี, วรางคณา จันทร์คง

- Factors Effecting Personnel Participation in Quality Improvement of Medium and Small Sized Community Hospital in Sisaket Province 221-231
  Ticharat Chaibanjongwat, Nittaya Pensirinapa, Warangkana Chankong
  ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ
  ฐิชารัศม์ ชัยบรรจงวัฒน์, นิตยา เพ็ญศิรินภา, วรางคณา จันทร์คง

- Factors Related to Being a Learning Organization in Quality Development of Community Hospitals, Chumphon Province 233-251
  Soodruetai Ratanaopas, Warangkana Chankong, Araya Prasertchai
  ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร
  สุดฤทัย รัตนโอภาส, วรางคณา จันทร์คง, อารยา ประเสริฐชัย

- Factors Associated with Oral Healthcare Behaviors of Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Public Health Service Center 50, Bueng Kum, Bangkok 253-269
  Pacharapat Thammakun, Tassanee Silawan, Korravarn Yodmai, Chanapong Rojanaworarit
  ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร
  พชรภัทร์ ธรรมคุณ, ทัศนีย์ ศิลาวรรณ, กรวรรณ ยอดไม้, ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ์

- Development of Online Advertising Problem Management Model of Aesthetic Medical Clinic, Chachoengsao Province. 271-284
  Kanokkan Chanwaro
  การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
  กนกกาญจน์ จันวะโร

- The effectiveness of malaria elimination area management system toward a sustainable safety province 285-298
  Pittaya Thengkreang, Yuttana Homket
  ประสิทธิผลของระบบการจัดการพื้นที่กำจัดโรคไข้มาลาเรียสู่จังหวัดปลอดภัยอย่างยั่งยืน
  พิทยา แต่งเกลี้ยง, ยุทธนา หอมเกตุ

- Professional Nurses' Perception of Head Nurses' Leadership and Organizational Commitment among Professional Nurses of a University Hospital in Thailand 299-313
Kanicknan Hongthong, Chardsumon Prutipinyo, Sukhontha Siri
การรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไทย
กณิกนันต์ หงษ์ทอง, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, สุคนธา ศิริ

- Model Development Participation of a fall prevention for the elderly at Pho Yai Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province 315-328
Sukhontip Buadang, Thawatchai Toemjai, Nutcharin Kanbuppa
กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง, ธวัชชัย เติมใจ, นุชจรินทร์ แก่นบุปผา

- Factors affecting the operation relating to a manager of the public health long-term care system toward dependent older adults at Prachuap Khiri Khan Province, Thailand 329-345
Thanwarat Thongngun, Sariyamon Tiraphat, Youwanuch Sattayasomboon
ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
ธัญวรัตน์ ทองเงิน, ศริยามน ติรพัฒน์, ยุวนุช สัตยสมบูรณ์

- Quality of Life among Myanmar Migrant Workers, Samut Sakhon Province 347-360
Kamonwan Seejunjang, Chardsumon Prutipinyo, Sukhontha Siri
คุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร
กมลวรรณ สีจันทร์แจ้ง, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, สุคนธา ศิริ

- Assessment of Palliative Care Needs for Dependent Elderly: Perspectives of Relatives and Elderly Caregivers in Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province 361-376
Jiraporn Nooplod, Chamnong Thanapop, Sasithorn Thanapop
การประเมินความต้องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: มุมมองจากญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช
จิราพร หนูปลอด, จำนงค์ ธนะภพ, ศศิธร ธนะภพ

- Health Impact Assessment on the Population in the Klong Sang Reservoir Project under the Royal Initiative, Thung Yai District, Nakhon Si Thammarat Province 377-389
  Yuttana Homket
  การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำคลองสังข์ อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
  ยุทธนา หอมเกตุ

Academic Paper บทความวิชาการ

- Communication Strategies for referral policy of Primary Health Care System into Practice 391-399
  Narong Chaitiang, Tawatchai Sunthonnon
  กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อส่งต่อนโยบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ
  ณรงค์ ใจเที่ยง, ธวัชชัย สุนทรนนท์

- The presumption of facts in medical negligence cases: a perspective from patient (plaintiff) protection and the defense of the physician (defendant) 401-418
  Jiraporn Sudhankitra
  การใช้ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงในคดีละเมิดทางการแพทย์จากการกระทำโดยประมาทเลินเล่อ: มุมมองในการคุ้มครองผู้ป่วย (โจทก์) และข้อต่อสู้ของแพทย์ (จำเลย)
  จิราพร สุทันกิตระ

- Communication guidelines for community engagement in promoting health to support the aging society with the T-E-A–M technique. 419-431
  Tawatchai Sunthonnon
  แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับ สังคมสูงวัย ด้วยเทคนิค T-E-A–M
  ธวัชชัย สุนทรนนท์

- Payment mechanism and price regulation for emergency patients: 433-440
  Experience from 5 countries
  Utoomporn Wongsin, Kwanpracha Chiangchaisakulthai, Passakorn Suanrueang, Numporn Samipuk
  กลไกการจ่ายและการควบคุมราคาค่าบริการกรณีการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในต่างประเทศ: ประสบการณ์จาก 5 ประเทศ
  อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, ภาสกร สวนเรือง, นำพร สามิภักดิ์

Interesting Law/Supreme Court Order

441-449

- Synergy of Criminal Measures and Implementation of the Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products
  Chardsumon Prutipinyo
  พลังร่วมของมาตรการทางอาญาและการปฏิบัติตามพิธีสารเพื่อขจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
  ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

วัตถุประสงค์

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

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

ประเภท เข้าถึงได้อย่างเสรี (open access) และออนไลน์ (online)

ขอบเขตเนื้อหาครอบคลุมเรื่องเกี่ยวกับ

นโยบายด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (health and environmental health policy)
กฎหมายสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (health and environmental law)
การจัดการสุขภาพ และการบริหารงานสาธารณสุข (public health administration)
สังคมศาสตร์การแพทย์ (social medicine)
ระบาดวิทยาและการควบคุมโรค (epidemiology and preventive care)
สุขศึกษาและการสื่อสารทางสุขภาพ (health education and communication)
เศรษฐศาสตร์สุขภาพ (health economics)
ระบบสุขภาพ (health system)
เรื่องที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขทุกประเภท (matters related to all types of public health)

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

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

บทความทั้งหมดที่เผยแพร่โดยวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข สามารถเข้าถึงได้อย่างเสรี (open access) และถาวรทางออนไลน์ทันทีที่เผยแพร่ โดยไม่มีค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิกหรืออุปสรรคในการลงทะเบียน

ในฐานะผู้เขียนบทความที่เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ผู้เขียนเป็นผู้ถือลิขสิทธิบทความและให้สิทธิแก่บุคคลที่สามล่วงหน้าและตลอดไป สิทธิในการใช้ ทำซ้ำ หรือเผยแพร่บทความของคุณ ตามข้อตกลงของวารสาร

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขเป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

ที่อยู่สำหรับการติดต่อ :

2170 อาคารกรุงเทพ ทาวเวอร์ ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สำนักงาน

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

ผู้จัดทำ

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

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข
Public Health Policy & Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาติ โตรักษา มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร ฟองสถิตย์กุล

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์,
สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

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

กองบรรณาธิการ

อาจารย์ ดร. ปวริศร์ กิจสุขจิต คณะสังคมศาสตร์ ภาควิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
อาจารย์ ดร.สุทัศน์ เสียมไหม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลีรัตน์ พบคีรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัสกร องอาจ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภัทรวรรณ ทองใหญ่ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนัชพร กังสังข์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ์ Department of Health Professions,
Hofstra University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร. ลาวัณย์ ถนัดศิลปกุล สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร. เอื้ออารีย์ อิ้งจะนิล คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นิรมัย พิศแข มั่นจิตร คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทร์คง สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา เพ็ญศิรินภา สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Euthanasia: The appropriate form of law for Thai society

Kasemsun Wanawanakorn[1*] Sartsada Wiriyanupong[2]

1 Medical Physician, MD. LL.B , Ministry of Public Health, Email: kssrcn3p@msn.com Tel.0813283845

** Corresponding Author*

2 LL.B, Docteur en droit, Email : ball_centdix@hotmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Wanawanakorn, K. Euthanasia: The appropriate form of law for Thai society. Public Health Policy and Laws Journal. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/270156

Received: 9 Jan 2024

Revised: 12 Feb 2024

Accepted: 16 Feb 2024

Abstract

Currently, medical technology has rapidly advanced, aiding in more effective disease diagnosis and treatment, leading to longer life expectancy. However, the measure of successful medical treatment often neglects the quality of life for patients who survive due to new treatment technologies. Successful medical outcomes should focus on prolonging meaningful life rather than simply prolonging the dying process.

In Thailand, research on euthanasia and end-of-life rights has often concluded that the right to die is a personal bodily autonomy right. Euthanasia practices in other countries, where lawful, typically involve either active euthanasia conducted by a physician or physician-assisted suicide where a physician provides medication for self-administration. In Thailand, researchers suggest that future euthanasia laws should involve physicians providing assistance rather than directly conducting the procedure.

Keywords : Euthanasia; Active Euthanasia; Physician Assisted suicide

การุณยฆาต : รูปแบบกฎหมายที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย

เกษมสันต์ วนวนากร[1*] ศาสดา วิริยานุพงศ์[2]

1 นายแพทย์, พบ. นบ. กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสุไหงโกลก ถนนทรายทอง ตำบล สุไหงโกลก อำเภอสุไหงโกลก นราธวาส 96120
kssrcn3p@msn.com
** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ*
2 นบ. ปริญญาเอกกฎหมายมหาชนมหาวิทยาลัย นิติศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ แห่งกรุงปารีส

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 9 ม.ค.2567
วันแก้ไข 12 ก.พ.2567
วันตอบรับ 16 ก.พ.2567

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว สิ่งเหล่านี้ช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นมีผลทำให้คนมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ผลการรักษาที่ดีในทางการแพทย์วัดจากอัตราการหายจากโรคและอัตราตายของแต่ละโรค แต่ตัวเลขที่มักมีการซ่อนไว้หรือไม่ได้กล่าวถึงมากนักคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรายนั้นที่รอดชีวิตมาจากเทคโนโลยีการรักษาใหม่ๆ ผลการรักษาที่ดีต้องเป็นการยืดการมีชีวิตชีวิตอยู่ไม่ใช่เป็นเพียงการยืดความตายออกไปอีกช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น

งานวิจัยในประเทศไทยที่มีความเกี่ยวข้องกับการุณยฆาตหรือเรื่องสิทธิในการตายที่มีการวิจัยมาในอดีตเกือบทั้งหมดมักได้ข้อสรุปว่า สิทธิในการตายเป็นสิทธิในเนื้อตัวร่างกาย เป็นสิทธิส่วนบุคคลที่บุคคลนั้นๆ สามารถกำหนดด้วยตนเองได้ การทำการุณยฆาตในต่างประเทศที่เป็นการกระทำที่ถูกต้องตามกฎหมายมีอยู่สองรูปแบบโดยแบบแรกคือการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยแพทย์เป็นคนดำเนินการ (Active Euthanasia) และแบบที่สองแพทย์ทำหน้าที่สั่งยา หรือจัดเตรียมยาให้กับผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยบริหารยานั้นด้วยตนเองเพื่อให้ตนเองเสียชีวิตตามความตั้งใจ (Physician assisted suicide) สำหรับในประเทศไทยผู้วิจัยมีความเห็นว่ากฎหมายที่เหมาะสมสำหรับการทำการุณยฆาตในอนาคตควรเป็นแบบที่แพทย์ทำหน้าที่เพียงให้การช่วยเหลือการทำการุณยฆาตตามแบบที่สองของการทำการุณยฆาต

คำสำคัญ : การุณยฆาต; การุณยฆาตเชิงรุก; การช่วยการฆ่าตัวตายโดยแพทย์

บทนำ

การุณยฆาต หรือEuthanasia เป็นคำที่แปลงมาจากภาษากรีกโบราณสองคำ คือ “Eu” แปลว่าดี และคำว่า “Thanous” แปลว่าการตายหรือแปลโดยรวมว่า“การตายดี” คำนี้มีการกล่าวถึงครั้งแรกโดยกวีชาวกรีกตั้งแต่ 400 ปีก่อนคริสตกาล ต่อมานักปราชญ์ชาวกรีกและโรมันให้คำจำกัดความ Euthanasia คือ “ความตายที่มาอย่างรวดเร็วและปราศจากความทุกข์ทรมาน”การศึกษานี้ผู้วิจัยจะมุ่งค้นหาหลักการของกฎหมายการุณยฆาต ประเด็นปัญหา และอุปสรรคการใช้กฎหมายการุณยฆาตของเนเธอร์แลนด์ เบลเยี่ยม รัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา และราชอาณาจักรสเปน และเสนอ “ร่างกฎหมายการุณยฆาตของไทย” ได้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย

ในยุคปัจจุบัน การศึกษาเกี่ยวกับการุณยฆาตในประเทศแถบยุโรปแบ่งความหมายของการุณยฆาตออกเป็น 5 รูปแบบดังนี้

1. การทำให้เกิดการตายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ

2. การปล่อยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิต โดยไม่ใช้เครื่องช่วยเหลือทางการแพทย์

3. การเร่งให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายผลจากความทุกข์ทรมานโดยการทำการุณยฆาตเชิงรุก ทั้งแบบสมัครใจและไม่สมัครใจ

4. การระงับการรักษาที่เป็นเพียงการประคับประคองอาการในผู้ป่วยที่หมดสติเป็นเวลานาน

5. การยุติชีวิตไม่ว่าเด็กหรือผู้ใหญ่ที่ถูกมองว่าเป็นภาระต่อสังคมและครอบครัว

การจำแนกรูปแบบของการทำการุณยฆาต ในตำราทั่วไปจำแนกการทำการุณยฆาตเป็นสองแบบคือการจำแนกตามเจตนา และการจำแนกตามวิธีปฏิบัติ (Federal Office of Justice, 2023)

การจำแนกตามเจตนา

1.การุณยฆาตด้วยความสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) บุคคลนั้นได้รับความเจ็บปวดอย่างแสนสาหัส หรืออาจได้รับทุกขเวทนาจากความเจ็บป่วยจึงได้แสดงเจตนาร้องขอให้ผู้อื่นกระทำการุณยฆาตแก่ตน

2.การุณยฆาตโดยไม่สมัครใจ (Involuntary Euthanasia) เป็นกรณีที่บุคคลไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเอง ได้มีการแสดงเจตนาโดยผู้แทน ได้แก่ทายาทโดยธรรม ผู้ใช้อำนาจปกครอง ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล รวมไปถึงศาลใช้อำนาจในการตัดสินใจทำการุณยฆาตแทน

การจำแนกตามวิธีปฏิบัติ

1. การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) คือการกระทำ โดยตัดการรักษาที่จะให้แก่ผู้ป่วยเป็นวิธีปฏิบัติกันมากที่สุดและเป็นวิธีที่ปฏิบัติกันอย่างถูกกฎหมาย ในสถานพยาบาลหลายแห่งรวมถึงประเทศไทย โดย

2. การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) คือการรุณยฆาตที่กระทำโดยให้สาร หรือวัตถุใดๆอันเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งก็คือ “การทำให้ตาย” วิธีนี้เป็นที่ยอมรับน้อยที่สุด

3. การุณยฆาตเชิงสงบ (Non-Aggressive Euthanasia) คือการุณยฆาตที่กระทำโดยการหยุดให้ปัจจัยดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย หรือ “เร่งให้ตาย” วิธีนี้ยังเป็นที่ถกเถียงอยู่ในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์ เบลเยี่ยม รัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา และราชอาณาจักรสเปน

2.เพื่อสร้างรูปแบบกฎหมายการุณยฆาตที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

ขอบเขตของการศึกษา

1. ศึกษางานที่เกี่ยวข้องกับการุณยฆาตจากวรรณกรรมประเภทปฐมภูมิ (Primary Literature) ได้แก่ วิทยานิพนธ์ งานนิพนธ์ บทความทางวิชาการ และจาก

วรรณกรรมประเภททุติยภูมิ (Secondary Literature) ได้แก่ ตำรา ปริทรรศน์งานวิจัย สารานุกรม พจนานุกรม

2. ศึกษาจากกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

3. ศึกษาจากข้อกฎหมายของประเทศที่การทำการุณยฆาตเชิงรุกตามกฎหมายของ 4 ประเทศ ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ เบลเยี่ยม รัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา และราชอาณาจักรสเปน

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยทางนิติศาสตร์ (Legal Research) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยวิธีการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) จากหนังสือ ตำรา บทความ สื่ออิเลกโทรนิกส์ ที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอตามผล ดังนี้

1. **สิทธิในการมีชีวิตอยู่และเสรีภาพในการตายตามกฎหมายไทยและหลักศาสนาพุทธ**

แนวคิดการทำการุณยฆาตที่ถูกทำให้มีความชัดเจนในรูปแบบของกฎหมายเกิดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ ในวันที่ 1 เมษายน 2545 ในปัจจุบันในเนเธอร์แลนด์อัตราตายโดยการทำการุณยฆาตอยู่ที่ร้อยละ 9 ของอัตราตายทั้งหมด และในปัจจุบันมีทั้งหมด 6 ประเทศที่มีการออกกฎหมายให้มีการทำการุณยฆาตเป็นสิ่งถูกต้อง ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ เบลเยี่ยม ลักเซมเบอร์ก แคนาดา โคลัมเบีย และสเปน โดยสเปนเป็นประเทศล่าสุดที่ออกกฎหมายให้มีการทำการุณยฆาตได้ในวันที่ 17 ธันวาคม 2563 และในทุกประเทศที่กล่าวมาการทำการุณยฆาตจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการร้องขอโดยตรงจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งรู้สึกตัวเองดีมีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ รู้ว่าความเจ็บป่วยได้สร้างความทุกข์ทรมานให้ตนเองอย่างมาก จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปการแสดงความจำนงที่จะขอรับการทำการุณยฆาตต้องมีแพทย์ไม่ต่ำกว่าสองคนโดยหนึ่งในนั้นจะต้องเป็นจิตแพทย์ แพทย์ทุกคนมีมติเห็นชอบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การทำการุณยฆาต ทุกคนจะต้องไม่มีส่วนได้เสียกับการมีชีวิตอยู่หรือการตายของผู้ป่วย

การตื่นตัวในเรื่องสิทธิการตายในสังคมไทยได้เริ่มมีขึ้นเมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตราที่ 12 ระบุว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะ รับบริการสาธารณสุขที่เป็น ไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของ ชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไป ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของ บุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้ พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” ตีความได้ว่าบุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล หรือปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายในชีวิตของตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยในมาตรา 10 ได้ระบุว่า *“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต”*

จึงได้มีการตรากฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บ ป่วย พ.ศ. 2553 (Paisarn Limsatit, Apiraj Khunsane .2009) โดยมีข้อกำหนด

และรูปแบบของการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will) ที่จะปฏิเสธการรักษาอันเป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการทำหนังสือดังกล่าวจะต้องมีข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา วันเวลาที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนา มีพยานรับรองสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อาจมีการระบุชื่อผู้ใกล้ชิดซึ่งต้องเป็นผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อทำหน้าที่ตัดสินใจตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ตลอด เวลา ในกรณีมีหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับให้ถือฉบับที่ทำครั้งสุดท้ายเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

เหตุการณ์ที่ให้สังคมไทยมีความตื่นตัวในเรื่องของการทำการุณยฆาตคือข่าวการเดินทางไปยังประเทศสวิสเซอร์แลนด์ของชายไทยคนหนึ่งที่เจ็บป่วยจากโรคเนื้องอกในสมอง และได้รับการผ่าตัดมาแล้วสองครั้ง ต่อ มาตรวจพบว่าเนื้องอกในสมองกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้งในตำแหน่งเดิมซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดอีกครั้ง และถ้ามีการผ่าตัดครั้งที่สามมีโอกาสทำให้เขามีสภาพเป็นผัก (Vegetative state) ชายคนนั้นได้ร้องขอให้แพทย์ผู้รักษาทำการุณยฆาตแต่ได้รับการปฏิเสธ เนื่องจากกฎหมายของประเทศไทยไม่อนุญาตให้แพทย์ทำได้ เขาจึงได้ตัดสินใจเดินทางไปขอรับการทำการุณยฆาตที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ข้อความสุดท้ายที่เขาได้โพสต์ในบัญชีเฟสบุคส่วน ตัวมีใจความ

“หลังจากจบโพสต์นี้ผมจะรับยา และจากไปอย่างถาวร ผมเลือกที่จะมาทำการุณยฆาตนี้เพราะไม่อยากให้ป๊ากับคุณแม่ต้องมาคอยดูแลผมหากการผ่าตัดครั้งต่อไปมันทำให้ผมต้องเป็นอัมพาตหรือเจ้าชายนิทรา ผมรู้สึกมีความสุขมากในตอนนี้ทั้งกับตัวเองที่จะไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีก และป๊ากับแม่ที่จะไม่ต้องลำบากต้องมาดูแลคนที่นอนเป็นผัก ในเวลาที่ป๊ากับแม่ควรจะต้องอยู่อย่างสบายกายแล้ว ลาก่อนครับป๊า ลาก่อนครับคุณแม่”

เหตุการณ์และข้อความข้างต้นทำให้สังคมไทยได้รับรู้เรื่องการทำการุณยฆาต คนไทยที่มีความประสงค์อยากจบชีวิตตัวเองเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย หลังจากที่ได้ผ่านกระบวนการรักษาทั้งการรักษาโดย ตรงและการรักษาแบบประคับประคองมาแล้ว ถ้าบุคคลนั้นมีความประสงค์จะทำการุณยฆาต เขาควรมีสิทธิ์ที่จะทำได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายไทย หรือต้องเดินทางไปทำการุณยฆาตในต่างประเทศ หรือกรณีไม่มีค่าใช้ จ่ายที่จะเดินทางไปต่างประเทศก็เลือกที่จะจบชีวิตตัวเองด้วยการฆ่าตัวตาย ถึงเวลาหรือยังที่สังคมไทยควรมีทางเลือกให้คนกลุ่มนี้ที่ต้องการใช้สิทธิในเนื้อตัวร่างกายของตนเอง สิทธิที่จะขอจบชีวิตตนเองให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน “บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีอำนาจเต็มในชีวิตและร่างกายของตนเองที่สามารถจะกำหนดได้ว่าต้องการตายอย่างเป็นอิสระไม่มีการถูกบังคับใดๆจากบุคคลอื่นเพื่อให้รอดพ้นจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย ด้านความรู้สึก และจิตใจหรืออยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งสามารถกระทำได้หลายวิธี

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติเรื่องสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยไว้โดย ตรงในหมวด 3 และหมวด 5 ส่วนที่มีสาระเกี่ยวข้องกับสิทธิและเสรีภาพในประเด็นที่จะอ้างอิงสิทธิในชีวิตและร่างกาย ได้แก่

1. มาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครองปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน”

2. มาตรา 25 วรรคหนึ่ง “สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยนอกจากที่บัญญัติคุ้มครองไว้เป็นการเฉพาะในรัฐธรรมนูญแล้ว การใดที่มิได้ห้าม หรือจำกัดไว้ในรัฐธรรมนูญ หรือในกฎหมายอื่นบุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพที่จะกระทำการนั้นได้ และได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญตราบเท่าที่การใช้สิทธิ หรือเสรีภาพเช่นว่านั้นไม่กระทบกระเทือน หรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนและไม่ละเมิดสิทธิ หรือเสรีภาพของบุคคลอื่น”

3. มาตรา 27 วรรคหนึ่ง “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายมีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน” วรรคสาม “การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกาย หรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญหรือเหตุอื่นใดจะกระทำมิได้”

4. มาตรา 28 วรรคหนึ่ง “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย”

5. มาตรา 47 “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ”

เมื่อพิจารณาจากบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 จากทั้ง 5 มาตราข้างต้นพบว่ามีการบัญญัติเพื่อคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สิทธิเสรีภาพ บุคคลมีความเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรี ภาพได้รับความคุ้มครองอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งสิทธิเสรีภาพอย่างหนึ่งนั้นคือสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของตนเอง ตีความได้ว่าทุกคนมีสิทธิที่ตัดสินและกำหนดชีวิตของตนเองได้ (The Right to self determination) เพราะเป็นการใช้สิทธิที่ได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ การใช้สิทธิดังกล่าวไม่ได้เป็นการละเมิดสิทธิของบุคคลอื่น

สิทธิที่จะตาย (The right to die) พิจารณาจากบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญไม่ได้มีการบัญญัติโดยตรง แต่ก็อนุมานได้ว่าสิทธิที่จะตายเป็นสิทธิเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของตนเอง ถ้าบุคคลมีความประสงค์จะใช้สิทธิกำหนดชีวิตและร่างกายของตนเองจะต้องมีการพิจารณาว่า การใช้สิทธิ์ดังกล่าวตามกระทบกระเทือนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงแห่งรัฐ หรืออาจจะกระทบกับศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือไม่ สิทธิที่จะตายถ้าแสดง ออกผ่านหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพียงเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วยที่ออกเป็นกฎกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2553 ในปัจจุบันได้รับการยอมรับว่าเป็นการใช้สิทธิที่ถูกต้อง แต่ในกรณีที่บุคคลจะใช้สิทธิที่จะตายโดยการขอทำการุณยฆาตเชิงรุก ถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน เป็นการฆ่าตัวตายเป็นการทำลายชีวิตซึ่งเป็นบาปตามหลักศาสนาพุทธ

ในมุมมองของศาสนาพุทธการมองเรื่องความตาย การฆ่าตามศีล 5 และการทำการุณยฆาตในมุมที่มีความแตกต่างกัน มีแนวคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าที่จะใช้ตัดสินว่าการฆ่านั้นมีความผิดหรือไม่ ประกอบด้วย สัตว์มีชีวิต(ปาโณ) รู้ว่ามีชีวิต(ปาณสญญิตา) จิตคิดจะฆ่า (วธกจิตต) พยายามที่จะฆ่า (อุปกกโม) สัตว์ตายด้วยความพยายามนั้น (เตน มรณ) (Pumipat Sartsasi, 2012) ถ้าได้มีการกระทำที่ครบองค์ประกอบดังกล่าวให้ถือว่าการฆ่านั้นเป็นความผิด เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบนี้ การทำการุณยฆาตเชิงรุกถือได้ว่าเป็นปาณาติบาตตามหลักศาสนาพุทธ แต่ในทางศาสนายังมีการพิจารณาเรื่องเจตนาซึ่งมีอยู่สองประการคือเจตนาดี (กุศลเจตนา) และเจตนาชั่ว (อกุศลเจตนา) ถ้าผู้กระทำการุณยฆาตไม่ได้มีเจตนาที่ประกอบด้วยโลภะ โทสะ และโมหะมุ่งให้ผู้ป่วยได้พ้นจากความทุกข์ ยุติความทรมานจากความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การกระทำการุณยฆาตจึงเป็นการกระทำที่มีเจตนาดี ประกอบกับสภาวะจิตใจของบุคคลที่จะรับการทำการุณยฆาต เมื่อใดได้มีความตายเกิดขึ้นก็ถือได้ว่าเป็นบาปแล้ว แต่ถ้าพิจารณาในมุมที่กว้างขึ้นพุทธศาสนาถือเรื่องจิตใจเป็นสำคัญ เมื่อมีจิตที่เศร้าหมองแล้วก็เป็นอันหวังทุคติได้ แต่เมื่อมีจิตที่ไม่เศร้าหมองแล้วสุคติก็เป็นอันหวังได้ การจะเข้าถึงภาวะที่เป็นสุคติได้ย่อมขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะเดียวกัน การเข้าใจในหลักธรรมที่แท้จริง และหมั่นฝึกฝนจิตจะทำให้มนุษย์เกิดมรณาสติยอมรับความจริงของความตายไม่มองความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว สัจธรรมที่แน่นอนของชีวิตที่ว่าคนเราอยู่อย่าง ไรก็ตายอย่างนั้น ตายอย่างไรก็อยู่อย่างนั้น ถ้าพิจารณาให้ดีข้อความนี้มีความหมายที่ลึกซึ้งมาก และลึกซึ้งกว่าวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์แบบ

ตะวันตกที่เป็นอยู่ (Sawaeng Boonchalermvipas, 2015) ความตายที่เกิดจากจิตใจที่เศร้าหมองก็นำไปสู่ “ทุคติ” (ภูมิที่ไปเกิดมีความทุกข์ความลำบาก) แต่ถ้าความตายนั้นเกิดจากจิตใจที่เป็นสุขต้องการให้พ้นทุกข์จากสภาวะที่ร่าง กายทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ตลอดไป การตายนั้นก็ถือเป็น “สุคติ” (ภูมิที่ไปเกิดมีความสุขความสบาย) กระบวนการทำการุณยฆาตนั้นผู้แสดงเจตนาที่จะยุติการมีชีวิตอยู่ได้นั้นต้องมีจิตใจที่เป็นสุขรับได้กับความตาย มองเห็นความตายจากการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ **“การุณยฆาตของผู้มีสติอาจมีค่าด้านจริยธรรมมากกว่าคนตายตามธรรมชาติที่ไร้สติ”**(Buddhist monk Surachai Chayawut, 2015)

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตของต่างประเทศ

ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกในโลกที่ให้มีการทำการุณยฆาตเชิงรุกโดยถูกต้องตามกฎหมาย โดยแพทย์สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความประสงค์จะทำการุณยฆาตเชิงรุก ซึ่งการกระทำของแพทย์ได้รับยกเว้นความผิดตามกฎหมาย กฎหมาย Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedure) Act มีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2002 โดยแหล่งที่มาของกฎหมายในประเทศเนเธอร์แลนด์เกิดจากคดีที่มีชื่อว่า “Postma case” ในปี ค.ศ. 1973 โดยที่แพทย์คนหนึ่งได้มีการร้องขอต่อศาลให้เขาสามารถทำการุณยฆาตให้กับมารดาของเขาที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Government of Netherlands, 2009). กรณีดังกล่าวทำได้ก่อให้เกิดการถกเถียงในสังคมจนสุดท้ายได้ข้อสรุปที่มีการออกกฎหมายให้การทำการุณยฆาตเชิงรุกเป็นสิ่งถูกกฎหมายในเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกของโลก

ในกฎหมายของเนเธอร์แลนด์ มีข้อกำหนดที่เคร่งครัดอำนาจในการตัดสินใจที่จะทำการุณยฆาตเชิงรุกไม่ได้ขึ้นกับแพทย์หรือผู้ป่วยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเท่านั้น จะต้องมีการปฏิบัติตามขั้นตอนในกฎหมายอย่างเคร่งครัด แพทย์ที่ทำการรุณยฆาตจึงจะพ้นความรับผิดตามกฎหมาย และมีข้อกำหนดเบื้องต้น ดังนี้

1. ความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไม่มีทางเยียวยาให้ดีขึ้นได้ในทุกวิธี

2. คำขอให้ทำการุณยฆาตจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ และความตั้งใจนั้นมีอยู่ตลอดเวลาโดยคำขอต้องไม่ตกอยู่ใต้อิทธิพลของบุคคลอื่นไม่อยู่ภายใต้ภาวะเจ็บป่วยทางจิต หรือผลจากยา

3. ผู้ป่วยต้องทราบถึงข้อมูลความเจ็บป่วยของตนเองอย่างถ่องแท้

4. ต้องมีแพทย์อีกอย่างน้อยหนึ่งคนที่ไม่ได้เป็นแพทย์ผู้ดูแล ให้ความเห็นว่าผู้ป่วยมีภาวะตามสามข้อแรกที่กล่าวมา

5. การตายต้องถูกดำเนินการด้วยตัวยาที่เหมาะสมโดยแพทย์หรือผู้ป่วยเอง

6. ผู้ป่วยต้องมีอายุอย่างน้อย 12 ปี (กรณีอายุ 12-16 ปีต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง)

ในปีแรก (ค.ศ. 2003) ได้มีรายงานการทำการุณยฆาตเชิงรุก 1,626 ราย และเพิ่มถึง 6,091 รายในปี ค.ศ. 2016 และยังมีพัฒนาการในการทำการุณยฆาตเพิ่มเติม โดยในปี ค.ศ. 2010 มีโครงการที่เรียกว่า “Out of Free Will” ที่ให้ชาวเนเธอร์แลนด์ที่มีอายุเกินกว่า 70 ปี ที่มีความเหนื่อยล้าในการใช้ชีวิตสามารถทำคำขอการุณยฆาตได้ แต่ ณ ปัจจุบันนี้โครงการนี้ยังไม่ได้รับการรับรองโดยถูกต้องตามกฎหมาย ในปี ค.ศ. 2019 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศว่าจะมีการร่างกฎหมายให้มีการทำการุณยฆาตได้ในคนที่ไม่ได้ป่วยในระยะสุดท้ายเมื่อบุคคลนั้นรู้สึกว่าไม่มีอะไรทำอีกแล้วในชีวิต แต่โครงการนี้ยังไม่ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายโดยให้เหตุผลว่ากฎหมายในปี ค.ศ. 2002 เพียงพอแล้ว

ในประเทศเบลเยี่ยมมีกฎหมายให้การทำการุณยฆาตเป็นเรื่องถูกกฎหมาย เป็นประเทศที่สองต่อจากเนเธอร์แลนด์ตั้งแต่ 28 พฤษภาคม 2002 โดยใน

ระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมามีผู้ป่วยเข้ารับการทำกุณยฆาตตามกฎหมายของเบลเยี่ยมมากกว่า 27,000 ราย (ADF international, 2022) และในปี 2014 เบลเยี่ยมเป็นประเทศแรกที่อนุญาตให้ทำการุณยฆาตได้ในคนที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปีแม้จะได้รับการต่อต้านในช่วงแรกแต่สุดท้ายการแก้ไขกฎหมายในเรื่องเกณฑ์อายุก็มีการบังคับใช้ มีผลให้ในเบลเยี่ยมไม่มีข้อจำกัดเรื่องอายุทุกคนสามารถขอทำการุณยฆาตได้ โดยในอายุต่ำกว่า 18 ปีจะขอทำการุณยฆาตได้ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและเด็กจะต้องได้รับการประเมินโดยจิตแพทย์เด็กเพื่อให้ความเห็นว่าเป็นการกระทำที่ได้เกิดขึ้นภายใต้สำนึกและความรับรู้ของเด็กจริงๆ

รายงานสรุปใน ค.ศ.2020 พบว่าร้อยละ 2 ของการตายในเบลเยี่ยมเกิดจากการทำการุณยฆาตภายใต้กฎเกณฑ์ที่เข้มงวดโดยทีมแพทย์จะพ้นความผิดจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขทั้ง 4 ประการดังนี้

1. ผู้ป่วยจะต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะตัดสินใจ

2. ผู้ป่วยต้องมีการร้องขอการทำการุณยฆาตเป็นหนังสืออย่างน้อยสองครั้งในห้วงเวลาที่ต่างกัน

3. ผู้ป่วยต้องมีโรคทางกายที่รักษาไม่หายหรือมีอาการป่วยทางจิตที่ไม่มีหนทางในการเยียวยารักษาให้หายขาดได้

4. ผู้ป่วยจะต้องประสบกับความทรมานจากความเจ็บป่วยจนไม่อาจทนได้ ไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือทางจิตใจ

ในปี ค.ศ.2010 ได้มีคดีฟ้องร้องขึ้นสู่ศาลสูงเบลเยียมโดยครอบครัวของหญิงวัย 38 ปี ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตอย่างเรื้อรังและเธอได้ตัดสินใจทำการุณยฆาตโดยได้มีทีมแพทย์สามคนที่มีส่วนร่วมในการให้ความเห็นอนุญาตให้เธอทำการุณยฆาตได้ โดยคำตัดสินของศาลสูงในเบลเยี่ยมให้แพทย์ทั้งสามคนพ้นผิดด้วยเหตุผลที่ว่าแพทย์ได้ปฏิบัติตามขั้นตอนทางกฎหมายอย่างถูกต้องและกฎหมายก็ได้บัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่าการตัดสินใจไม่จำเป็นต้องมีความเห็นหรือความยินยอมจากญาติโดยทั่วไปในทางปฏิบัติเมื่อแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยรับทราบถึงความประสงค์ของผู้ป่วยจะต้องมีการถามความเห็นแพทย์อีกคนที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยให้ความเห็นเพิ่ม เติมถึงความเหมาะสมในการทำการุณยฆาต และถ้าผู้ป่วยที่ได้ทำคำร้องขอเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะต้องมีจิตแพทย์อีก 1 คน ร่วมให้ความเห็นเพิ่มเติมอีก และในเบลเยี่ยมทุกการทำการุณยฆาตที่เกิดขึ้นจะถูกทบทวนโดยคณะกรรมาธิการการุณยฆาต (The federal euthanasia commission) ที่ตั้งจากรัฐบาลกลางทำหน้าที่ตรวจสอบว่าครบเงื่อนไขทั้ง 4 ประการที่กล่าวมาข้างต้นหรือไม่

ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1994 สภามลรัฐโอเรกอนได้มีมติผ่านร่างกฎหมาย Oregon Death With Dignity Act หลังจากที่ได้มีการถกเถียงกันอย่างเข้มข้นจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และได้มีการรวมตัวขององค์กรด้านสุขภาพ สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ ตัวแทนภาคประชาชน หน่วยงานด้านจริยธรรม ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลในด้านจริยธรรม และเงื่อนไขในการทำการุณยฆาตที่เหมาะสมสำหรับประชากรในรัฐโอเรกอน โดยองค์กรนี้ทำหน้าที่กำกับติดตามการทำการุณยฆาตเพื่อหาแนวทางและข้อกำหนดที่เหมาะสม (Patrick Dunn, 2017)

เมื่อมีการร้องขอให้ทำการุณยฆาตเกิดขึ้นบุคคลากรด้านสุขภาพจะต้องดำเนินตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย สาเหตุที่ต้องการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ว่าเกิดจากเหตุผลด้านใด เช่น ความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถหายขาดได้ การถูกทอดทิ้งจากบุคคลในครอบครัว ปัญหาต่อเนื่องมาจากปัญหาด้านเศรษกิจ ปัญหาเกี่ยวกับความเชื่อส่วนบุคคล หรือจากวัฒนธรรมทางสังคม หรือจากเหตุร้ายแรงอย่างอื่น

2. แพทย์ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยต้องรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจนทนไม่ได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด จากความปวดจากความทุกข์

ทรมานทางร่างกาย จากผลกระทบทางด้านจิตใจ ตลอดจนจะต้องรู้ถึงต้นเหตุหรือปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานนั้น

3. แพทย์ผู้ดูแลต้องจัดหาแนวทางการดูแลให้กับผู้ป่วยซึ่งรวมถึงการส่งผู้ป่วยเข้าสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประคับประคองทางด้านจิตใจ และการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

นับตั้งแต่มีการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้ในปี ค.ศ. 1997 ได้มีผู้ป่วยที่ได้รับการทำการุณยฆาตเชิงรุกจนถึงปี ค.ศ. 2020 จำนวน 2,895 คน อายุเฉลี่ยของผู้ทำการรุณยฆาตอยู่ที่ 74 ปี ร้อยละ 97 เป็นคนผิวขาวร้อยละ 42 จบการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 80 และส่วนที่เหลือป่วยด้วยโรคหัวใจ และโรคที่มีอาการทางสมอง ร้อยละ 92 ของผู้ป่วยเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านด้วยการกินยาในขนาดสูง (Lethal Dose) เพื่อให้ตนเองเสียชีวิต มีแพทย์ที่ทำหน้าที่ออกใบสั่งยาให้กับผู้ป่วยจำนวน 124 คน (National Health Commission Office, Thai living will, n.d.) ประเด็นสำคัญของการมีกฎหมายในโอเรกอนคือการให้ความสำคัญกับสิทธิส่วนบุคคล และสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Death with Dignity)

สเปนเป็นประเทศล่าสุดที่มีการประกาศให้การทำการุณยฆาตเป็นเรื่องถูกกฎหมาย โดยกฎหมายผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎรในวันที่ 17 ธันวาคม 2020 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 25 มิถุนายน 2021 โดยนายเปรโด ซานเชส นายกรัฐมนตรีได้แสดงความเห็นว่า “กฎหมายฉบับนี้ถือเป็นชัยชนะทางสังคมอันยิ่ง ใหญ่ของประเทศ เสรีภาพของเราก้าวหน้าทั้งทางกฎหมายและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Do Better by esade, 2020)

หลักการของกฎหมายการุณยฆาตในสเปนมีข้อกำหนดที่สามารถขอให้ทำการุณยฆาตได้มีดังนี้

1.เป็นบุคคลที่บรรลุนิติภาวะมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์ และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ถือสัญชาติสเปน พำนักอย่างถูกกฎหมายในประเทศสเปน หรือได้รับการรับรองตามกฎหมายว่ามีเวลาพำนักอยู่ในดินแดนสเปนไม่น้อยกว่า 12 เดือน

2.เป็นบุคคลที่ได้รับความทุกข์ทรมาน ทางกายหรือทางใจซึ่งพิจารณาแล้วว่าไม่อาจทนกับความเจ็บ ปวดจากโรคร้ายแลงและไม่สามารถรักษาให้หายได้โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าจะมีชีวิตอยู่ถึงเมื่อใดหรือเจ็บปวดร้ายแรงเรื้อรังและทำให้ไร้ความสามารถโดยไม่สามารถรักษาหรือทำให้ดีขึ้นได้

3.ผู้ป่วยจะต้องยื่นคำร้องเป็นหนังสือโดยยื่นคำร้องสองฉบับห่างกัน 15 วัน เมื่อได้รับคำร้องฉบับแรก แพทย์จะต้องทำหน้าที่แจ้งผู้ป่วยถึงแนวทางการรักษาที่ยังมีความเป็นไปได้ให้ผู้ป่วยทราบเพื่อประกอบแนวทางการตัดสินใจ

4.ภายหลังการทำการุณยฆาตได้สิ้นสุดลงแพทย์จะต้องทำรายงานแจ้งให้กับคณะกรรมการส่วนกลางทราบภายในเวลา 5 วัน

5.ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในทุกกระบวนการของการทำการุณยฆาต เป็นสิทธิที่ต้องอยู่ในระบบบริการด้านสุขภาพแห่งชาติ

การทำการุณยฆาตในประเทศสเปนทำได้ 2 วิธี คือโดยการให้สารอันตรายแก่ผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Active Euthanasia) และโดยบุคคลากรทางการแพทย์ให้ยาในขนาดสูงที่เป็นอันตรายให้ผู้ป่วยนำกลับไปกินยาด้วยตนเอง (Assist Suicide) ทั้งสองวิธีจะต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต กฎหมายการุณยฆาตของสเปนได้รับการยอมรับและมีการวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นกฎหมายที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อให้เกิดการใช้สิทธิส่วนบุคคลได้อย่างสมบูรณ์แบบมากขึ้น เป็นสิทธิที่พึงได้รับการเคารพควรได้รับการประกันให้สามารถใช้สิทธิได้ และยังเป็นการสร้างสิทธิใหม่คือการนำเอาสิทธิการขอทำการุณยฆาตเข้าเป็นสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการทำการุณยฆาตของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ต้องการสร้างรูปแบบกฎหมายที่เหมาะสมในกรณีที่ในอนาคตประเทศไทย จะต้องมีกฎหมายการุณยฆาตเชิงรุกตามรูปแบบสังคมที่มีความเปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวทางกฎหมายที่เหมาะสมโดยปรับจากข้อดีของกฎหมายต่างประเทศทั้งสี่ประเทศให้เข้าได้กับบริบทของสังคมไทย โดยได้แบ่งแนวทางของกฎหมายที่เหมาะสมเป็นสามส่วน โดยส่วนที่หนึ่งเป็นขั้นตอนก่อนการทำการุณยฆาต ขั้นตอนที่สองเป็นขั้นตอนที่เข้าสู่กระบวนการทำการุณยฆาต ขั้นตอนที่สามเป็นขั้นตอนกำกับติดตาม

1. ขั้นตอนก่อนการทำคำขอการุณยฆาต

- ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติที่จะทำคำขอการุณยฆาต กฎหมายจากทุกประเทศเป็นไปในทางเดียวกันคือต้องเป็น “ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ในวันที่มีการทำคำขอ ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ”

- การกำหนดเรื่องความเป็นประชากรของประเทศไทยเป็นเงื่อนไขที่จะขอทำการุณยฆาตได้จะช่วยให้ประเทศไทยไม่เป็นสถานที่ที่คนเดินทางมาเพื่อการยุติชีวิต แต่ขณะเดียวกันสิทธิการตายเป็นสิทธิในเนื้อตัวร่างกายเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานซึ่งบุคคลไม่ควรถูกจำกัดด้วยเหตุผลด้านเชื้อชาติ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า “บุคคลที่มีสิทธิในการยื่นคำขอต้องเป็นประชากรของประเทศไทยหรือมีถิ่นพำนักอาศัยในประเทศไทยนานเกินกว่าหนึ่งปี”

- คุณสมบัติอื่นๆที่ควรมีระบุในกฎหมายได้แก่ “ผู้ทำคำขอต้องเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะในขณะทำคำขอ การทำคำขอเป็นไปด้วยความสมัครใจไม่ได้เกิดจากการถูกบังคับขู่เข็ญ ไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิต โรคทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า หรือเกิดจากปัจจัยภายนอกอย่างอื่น”

- ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือไม่สามารถทำคำขอได้ด้วยตนเอง เพราะสภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เห็นควรให้บุคคลที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดหรือญาติสามารถทำคำขอได้ โดยให้ทำคำขอเป็นหนังสือที่ระบุความยินยอมของญาติที่เกี่ยวข้องโดยใช้รูปแบบเดียวกับความยินยอมที่ให้ในคำร้องจัดตั้งผู้จัดการมรดกตามแบบประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

- ในการทำคำร้องขอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ทำคำขอมีเจตนาที่จะทำคำขอเพื่อการยุติชีวิตอย่างจริงจัง กฎหมายควรกำหนดให้ “ต้องมีการทำคำขอซ้ำเป็นครั้งที่สองห่างจากการทำขอครั้งแรกเป็นระยะเวลา 15 วัน ในกรณีที่มีข้อสงสัยว่าผู้ทำคำขออาจเสียชีวิตก่อนทำคำขอครั้งที่สอง ถ้าเป็นกรณีตามนี้ผู้วิจัยมีความ เห็นว่าผู้ทำคำขอควรเข้าสู่กระบวนการการรักษาแบบประคับประคองเพื่อควบคุมอาการที่รบกวน”

- ก่อนทำคำร้องขอเป็นหนังสือแพทย์ผู้ดูแลต้องให้คำปรึกษากับผู้ป่วยถึงการดำเนินโรคและคาดการณ์ระยะเวลาที่เหลือในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย ต้องให้คำแนะนำการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ให้คำแนะนำการควบคุมอาการปวดเพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยก่อนทำคำร้องขอ

- การทำคำขอในกรณีที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมายไทยสามารถทำคำขอได้ด้วยตนเองโดยให้ผู้ปกครองยินยอม

2. ขั้นตอนการทำคำขอการุณยฆาต

- การทำคำขอจะต้องทำเป็นหนังสือที่มีการลงลายมือชื่อและวันที่ทำคำขอ ในกรณีที่ผู้ทำคำขอมีข้อจำกัดในเรื่องของภาวะทางร่างกายหรือภาวะทางสุขภาพที่ไม่อาจลงลายมือชื่อได้ด้วยตนเองอาจใช้การบันทึกด้วยวิธีการอื่นหรือให้บุคคลอื่นที่บรรลุนิติภาวะที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ทำคำขอลงลายมือชื่อต่อหน้าผู้ทำคำขอและให้ระบุสาเหตุที่ผู้ทำคำขอไม่สามารถลงนามได้ด้วยตนเอง

- ในวันทำคำขอต้องมีพยานลงชื่อสองคนต่อหน้าผู้ป่วย ให้พยานลงชื่อเมื่อมั่นใจผู้ทำคำขอทำคำขอด้วยความสมัครใจ ไม่ได้ถูกบังคับให้ลงชื่อ โดยพยานคนหนึ่งจะต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียกับการเสียชีวิตของผู้ทำคำขอ

- ผู้ทำคำขอจะเพิกถอนคำขอหรือขอเลื่อนระยะเวลาการทำการุณยฆาตออกไปก่อนเมื่อใดก็ได้ ห้ามมิให้แพทย์ดำเนินกระบวนการทำการุณยฆาตอีกต่อไป

- เอกสารคำขอต้องเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ทำคำขอพร้อมทั้งให้สำเนาเก็บไว้กับผู้ทำคำขอ

- แพทย์ผู้ดูแลเมื่อได้รับคำขอครั้งที่สองจะต้องสรุปประวัติการรักษาลงในเวชระเบียน และสำเนาคำขอทำการุณยฆาตให้กับแพทย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ความเห็นภายใน 2 วันนับแต่ได้คำขอครั้งที่สอง

- แพทย์ที่ปรึกษา ต้องประเมินผู้ป่วยตรวจสอบเวชระเบียนและให้แสดงความเห็นโดยให้คำยืนยันว่าผู้ทำคำขอเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การทำคำขอเป็นไปโดยสมัครใจ ไม่ได้เกิดจากอาการทางจิต ความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือมีภาวะซึมเศร้าซึ่งส่งผลให้ผู้ทำคำขอมีการตัดสินใจที่ผิดพลาด

- ให้แพทย์ที่ปรึกษาส่งความเห็นภายหลังการประเมินผู้ทำคำขอให้กับแพทย์ผู้ดูแลภายในห้าวันหลังได้รับคำปรึกษา

- ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยแบ่งการดูแลประชาชนเป็นเขตสุขภาพทั้งหมด 13 เขต ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการทำการุณยฆาตควรมีการตรวจสอบและควบคุมกำกับโดยใช้พื้นที่เขตสุขภาพทั้ง 13 เขต ให้มี “คณะกรรมการควบคุมและกำกับติดตามการทำการุณยฆาตประจำเขตสุขภาพ” วัตถุประสงค์เพื่อให้ตรวจสอบและมีมติอนุมัติให้ทำการุณยฆาตได้

- เมื่อแพทย์ผู้ดูแลได้รับความเห็นจากแพทย์ที่ปรึกษาให้ส่งความเห็นให้คณะกรรมการควบคุมและกำกับติดตามการทำการุณยฆาตประจำเขตสุขภาพเพื่อให้มีมติอนุมัติให้ทำการุณยฆาตได้หรือให้ยกคำขอภาย ใน 5 วันโดยใช้เสียงส่วนใหญ่ของคณะกรรมการฯ

- เมื่อคณะกรรมการมีมติอนุมัติให้ทำการุณยฆาตได้ตามคำขอ ให้แพทย์ผู้ดูแลออกใบสั่งยาให้กับผู้ทำคำขอเพื่อไปรับยาจากเภสัชกรผู้รับผิดชอบ

- เมื่อผู้ทำคำขอได้รับยาที่จะใช้ในการยุติชีวิตผู้ทำคำขอสามารถเลือกสถานที่ที่ตนเองประสงค์จะใช้ในการยุติชีวิตซึ่งอาจเป็นที่พักอาศัยของผู้ทำคำขอ ของญาติหรือในสถานพยาบาลทั้งนี้ห้ามมิให้ผู้ทำคำขอเลือกยุติชีวิตในสถานที่สาธารณะ รวมถึงไม่ให้มีการเผยแพร่การยุติชีวิตผ่านสื่อต่างๆในทุกวิธี

- กรณีที่ผู้ทำคำขอเสียชีวิตหลังการได้รับยาให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตายโดยให้ถือว่าการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นเป็นการเสียชีวิตตามธรรมชาติและไม่ให้การเสียชีวิตของผู้ทำคำขอเป็นข้อห้ามของการรับสิทธิประโยชน์จากการประกันชีวิตของผู้ทำคำขอ

- บุคคลผู้เกี่ยวข้องในขั้นตอนการทำการุณยฆาตถ้าได้ปฏิบัติตามขั้นตอนในกฎหมายนี้ไม่ต้องรับผิดทั้งในทางแพ่งและทางอาญา และมิให้สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องลงโทษบุคคลากรเพราะการปฏิบัติตามกฎหมายนี้

3. รูปแบบและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ

- คณะกรรมการฯ ประกอบด้วยแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในเขตพื้นที่นั้นทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจำนวน 4 คน ผู้ประกอบวิชาชีพทางกฎหมาย 4 คน ทั้ง 8 คนคัดเลือกประธาน รองประธาน ให้ประธานมีสิทธิออกเสียงอีกครั้งกรณีมีเสียงเท่ากัน คณะกรรมการมีวาระครั้งละ 4 ปี วิธีการคัดเลือกให้กำหนดโดยที่ประชุมร่วมของปลัดกระทรวงสาธารณสุขและปลัดกระทรวงยุติธรรม

- คณะกรรมการฯมีหน้าที่ตรวจสอบคำขอว่าดำเนินการถูกต้องตามเงื่อนไขและขั้นตอนของกฎหมายจากนั้นให้นำคำขอเข้าสู่การพิจารณา ในกรณีมีข้อสงสัยสามารถเรียกให้แพทย์ผู้ดูแลเข้ามาชี้แจงก่อนการมีมติจากที่ประชุมคณะกรรมการฯ มติคณะกรรมการฯให้ส่งต่อแพทย์ผู้ดูแลเพื่อดำเนินการขั้นตอนต่อไปภายใน 2 วันนับแต่ประธานคณะกรรมการฯลงนาม

- ห้ามมิให้คณะกรรมการฯเปิดเผยข้อมูลคำขอที่เป็นข้อมูลรายบุคคล โดยคณะกรรมการทั้งหมดมีหน้าที่เก็บข้อมูลเป็นความลับ การเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะทำได้เฉพาะการเปิดเผยข้อมูลในเชิงสถิติเพื่อนำไปสู่การศึกษาวิจัยเท่านั้น

- กรณีคณะกรรมการฯมีมติไม่อนุมัติตามคำขอ ผู้ทำคำขอหรือแพทย์ผู้ดูแลสามารถอุทธรณ์มติของคณะกรรมการฯต่ออัยการในพื้นที่รับผิดชอบได้ ให้อัยการมีคำวินิจฉัยภายใน 30 วันนับแต่ได้รับคำอุทรณ์ คำวินิจฉัยของอัยการให้เป็นที่สุด

- ประธานคณะกรรมฯจากทุกเขตสุขภาพทั้ง 13 คนให้เป็น “คณะกรรมการกลางควบคุมและกำกับติดตามการทำการุณยฆาตแห่งชาติ” โดยให้มีบทบาทหน้าที่ในการกำกับดูและการทำการุณยฆาตในภาพรวมให้มีอำนาจในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการทำการุณยฆาต ให้มีหน้าที่ทำรายงานในภาพรวมการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้โดยทำเป็นรายงานประจำปีเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

สรุป

สิทธิในการตายเป็นอีกสิทธิที่เป็นสิทธิในเนื้อตัวร่างกายซึ่งผู้ทำคำขอมีความประสงค์ที่จะใช้สิทธิของตนเองประสงค์ที่จะยุติความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยขอใช้คำกล่าวของนาย เปรโด ซานเชส นายกรัฐมนตรีของประเทศสเปนที่ได้กล่าวในวันที่กฎหมายการุณยฆาตของสเปนผ่านความเห็นชอบจากสภาผู้แทนราษฎรในวันที่ 17 ธันวา 2020 โดยเขาได้กล่าวว่า “กฎหมายฉบับนี้ถือเป็นชัยชนะ ทางสังคมอันยิ่งใหญ่ของประเทศ เสรีภาพของเราก้าวหน้าทั้งทางกฎหมายและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ในวันข้างหน้าสังคมไทยที่จะเปลี่ยนแปลงไปในรูปแบบครอบครัวเดี่ยว คนที่เจ็บป่วยจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ที่ต้องทนทุกข์ทรมานจะเปิดรับเรื่องการใช้สิทธิในการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและเสรีภาพในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีด้วยเช่นกัน การได้มาซึ่งสิทธิและเสรีภาพในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ในทุกประเทศที่มีการใช้กฎหมายการุณยฆาตมักมีจุดเริ่มต้นจากการเรียกร้องสิทธิที่จะตายจากบุคคลที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยนำเรื่องของตนเองขึ้นเป็นกรณีเรียกร้องต่อศาลยุติธรรมมีเวลาในการต่อสู้อย่างยาวนานก่อนจะมีการออกกฎหมายเพื่อรับรองสิทธิและเสรีภาพในการตายอย่างสมศักดิ์ศรี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้สังคมไทยเปิดรับและควรมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการุณยฆาต

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

ADF international (2022). 20 years of euthanasia in Belgium: after almost 30,000 lives lost, what can we learn?. Access at https://adfinternational.org/20-years-euthanasia/#:~:text=The%20Belgian%20law%20specifies%20that,caused%20by%20illness%20or%20accident.

Buddhist monk Surachai Chayawut. (2015). Buddhist Ethics on Killing. http://www.rk.muca.ac.th

Do Better by esade. The Spanish euthanasia law and the Constitutional Court: a "story with a happy ending". Access at https://dobetter.esade.edu/en/spain-endorses-euthanasia-treatme

Duangden Nakseeharach. (2018) Right to Euthanasia of the Hopeless Patients in Mahasarakham Province. *Ramkhamhaeng Law Journal;* 7 (1): 197-222. Access at https://so05.tci-thaijo.org/index.php/lawjournal/article/view/130460/98403

Federal Office of Justice (2023, 20.01). The various forms of euthanasia and their position in law. Access at https://www.bj.admin.ch/bj/en/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html

Government of Netherlands. Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request in the Netherlands. Access at https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request

National Health Commission Office (NHCO), Thai Living Will. (no date) How can euthanasia be done in Thai law? Available website https://www.thailivingwill.in.th/content/Mercy_Killing assess on 15 February 2016.

Paisarn Limsatit, Apiraj Khunsane (2009). Living will: the letter of intent at the end of life. (5th ed.). TQC company limited

Patrick Dun. The Oregon Death with Dignity Act: A Guidebook for Health Care Professionals, The Greenwall Foundation. 2017(4th ed.)

Pumipat Sartsasi (2012). The doctor's authority to let the patient die peacefully at the end of life. Master's thesis, Dhurakit Pundit University).

Rhona K.M. Smith. (2003). Textbook on International Human Rights. Oxford: Oxford University Press.

Saeng Boonchalermwipas, Anek Yomjinda. (2003) Medical Laws: Analysis of legal problems from the beginning of life in the mother's womb to the state of core brain death. The 2nd printing. Bangkok: Winyuchon Publishing House.

Sawaeng Boonchalermvipas. (2015) End of patients' life : a medical fact with legal limits. *Public Health & Health Laws Journal* 3 (3) September - December 2015: 241-253. Access at https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/161806

Witoon Ungpraphan. (1996). Right to die. *Dunlaphaha: Journal of the Court of Justice*, 43 (4) 1996: 90-125. Access at https://jla.coj.go.th/th/content/category/detail/id/8/cid/1605/iid/393011

Witoon Ungpraphan. (2008). World Medical Association Declaration on Patient Rights *Clinic* 24 (10), October: 922-924.

Factors effecting performance of Village Health Volunteer doctor at home in Chaiyaphum province

Sureewan Khamhom[1] Chardsumon Prutipinyo[2] Wirin Kittipichai[3]

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

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

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation:
Khamhom, S., Prutipinyo, C. ., & Kittipichai, W. . The performance of Village Health Volunteers family, doctor in Chaiyaphum province: -. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/270830

Received: 14 Feb 2024
Revised: 16 March 2024
Accepted: 19 Feb 2024

Abstract

This cross-sectional research aims to study factors effecting performance of Village Health Volunteer (VHV) doctor at home in Chaiyaphum province. The sample group consists of 250 VHV doctors at home who have passed the village health volunteers (VHV) training course and are working in Chaiyaphum province. Questionnaire was used to collect data which subsequently analyzed for descriptive statistics, and inferential statistics (Chi-square), to test the hypothesis and association of variables.

The results indicated that the overall performance of VHV doctors at home was at a moderate level. The factors that could predict performance were proven to be statistically significant (p-value ≤ 0.05), specifically attitudes towards work: supporting for family's health volunteers, reduction of chronic diseases, addressing mental health issues, managing substance abuse cases and accidents; transferring knowledge of Thai wisdom: herbal medicine and medical marijuana uses; using of communication tools and applications: health screening and assessment with a team of family doctors, being a focal person for health networks, and managing health problems within family and community contexts, including referrals. Therefore, such factors should be defined as promoting factors for the performance of the VHV doctor at home.

Keywords: VHV's Performance; VHV doctor at home

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ

สุรีวัลย์ คำหอม[1] ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ[2] วิริณธิ์ กิตติพิชัย[3]

1 นักศึกษาหลักสูตร วท.ม.(บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 รองศาสตราจารย์, ภาวิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 14 ก.พ.2567
วันแก้ไข 16 มี.ค.2567
วันตอบรับ 19 มี.ค.2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross sectional study) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.หมอประจำบ้านปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 250 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติหาค่าความสัมพันธ์ Chi – Square

ผลการวิจัยพบว่าผลการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value ≤0.05) คือ ทัศนคติต่องาน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนให้มีอาสาสมัครประจำครอบตัว(อสค.) ทุกครอบครัว ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ ด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านการใช้เครื่องมือสื่อสารและแอพพลิเคชั่น การคัดกรองประเมินสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว และด้านการเป็นแกนนำเครือข่ายสุขภาพ และจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัวชุมชน รวมทั้งการส่งต่อ ดังนั้นจึงควรกำหนดให้ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน

คำสำคัญ: ผลการปฏิบัติงานของ อสม.; อสม.หมอประจำบ้าน

บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยมีการพัฒนาด้านสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายสำคัญหลายด้านประชาชนจึงสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงจนเกิดความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขไทย ทำให้เกิดสถานีอนามัยใกล้บ้านให้ประชาชนไปรับบริการ และทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ต่อมาได้ยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีชื่อย่อว่า รพ.สต. มีมาตรฐานใกล้เคียงโรงพยาบาล (Fungwith Chootinun, 2022) มีสหวิชาชีพคอยให้บริการ ส่งเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. แม้ว่าจะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น แต่ก็ยังคงประสบกับปัญหาการแออัดในโรงพยาบาล การได้รับการรักษาที่ล่าช้า กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เร่งแก้ปัญหาโดยมีแนวคิดให้มีหมอประจำตัว 3 คน (Thinakorn Noree, Chalida Ploypradub, Wichavee Ploysongsr, Pagaluk Padungson, 2022) โดยหลักการทำงานคือ ให้ประชาชนแต่ละครอบครัวได้รู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน เมื่อเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการด้านสุขภาพจะต้องได้รับบริการจากหมอทั้ง 3 คน หมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 คือ หมอเวชปฏิบัติจากนโยบาย 3 หมอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยขับเคลื่อนนโยบาย แต่ก็ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของ อสม.ในการที่จะเป็นหมอคนที่ 1 ที่มีความใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีความรู้ และความรอบรู้เพียงพอหรือไม่ในการให้บริการทางสาธารณสุขในชุมชน ดังนั้นหมอคนที่ 1 ส่วนใหญ่จึงต้องเป็นอสม.ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอสม.หมอประจำบ้าน ที่ได้รับการพัฒนาและยกระดับความรู้ ซึ่งมีบทบาทเพิ่มเติมในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึงโดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึงพิง ลดการพึ่งพาโรงพยาบาลแต่พึ่งตนเองเพิ่มขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายพัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหมอประจำบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพประชาชนกว้างขวางมากขึ้น (Primary Health Care Division, Ministry of Public Health, 2019) โดยการจัดอบรมหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้านขึ้น ถึงแม้ว่าจะมี อสม.หมอประจำบ้านคอยดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ก็ยังคงประสบกับปัญหา ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่นบางคนยังไม่ให้การสนับสนุน การติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ต่อเนื่อง (Suwat Bumrungsri and Thassaporn Chusa, 2017) และไม่เป็นระบบ การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ล่าช้า อาสาสมัครขาดความรู้ ขาดความมั่นใจ และไม่รู้ว่าจะทำอะไรตามบทบาท และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่องานที่ได้รับมอบหมาย ทั้งยังสร้างความสับสนให้แก่ประชาชน จนขาดความน่าเชื่อถือและเกิดการยากลำบากในการปฏิบัติงาน ทำให้ อสม.ไม่อยากปฏิบัติหน้าที่ (Sukanya Chanoun, 2019)

ส่วนจังหวัดชัยภูมิมี อสม.หมอประจำบ้านปี 2564 ทั้งหมด 1,420 คน โดยในปี 2564 จังหวัดชัยภูมิผ่านเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ร้อยละ 99.88 ซึ่งผ่านเกณฑ์น้อยที่สุดในเขตบริการสุขภาพที่ 9 (Department of health service support, 2019) และพบว่ามีปัญหาหลายประการในพื้นที่ โดยปัญหาสำคัญในการปฏิบัติงานของ อสม. หมอประจำบ้านมากกว่าครึ่งหนึ่งยังไม่เข้าใจในบทบาทที่เพิ่มเข้ามา ยังไม่เข้าใจเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบายเท่าที่ควร ยังไม่มีการประเมิน หรือติดตามผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจนมากพอ ไม่มีการจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ รวมทั้งไม่มั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่เป็นอสม.หมอประจำบ้านได้ระดับใด

ทำให้อสม. เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน ทั้งยังสร้างความสับสนให้แก่ประชาชนจนขาดความน่าเชื่อถือจึงเกิดการยากลำบากในการปฏิบัติงาน และวัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ทำให้ อสม.ไม่อยากปฏิบัติหน้าที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพในการเป็น อสม.หมอประจำบ้านให้ดียิ่งขึ้นไป เพราะถ้าทราบถึงปัญหาและแก้ไขตรงจุด อสม.จะกลายเป็นผู้นำด้านสุขภาพที่ครบถ้วนไปด้วยความรู้ และความรอบรู้ ทำให้ประชาชนทุกครัวเรือนสามารถดูแลตนเองได้แม้ป่วยเล็กน้อย มีความมั่นใจที่จะได้รับการดูแลสุขภาพและบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง จะทำให้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น สามารถช่วยลดการแออัดในโรงพยาบาลลงได้ตามวัตถุประสงค์ของนโยบายที่ตั้งไว้

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อวัดระดับผลการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ

2. เพื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุน และปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับงานกับผลการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย (Research Methods)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ อสม.หมอประจำบ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1,420 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ (Krejcie, R.V., & D.W. Morgan, 1970) ได้จำนวน 228 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม (Nisachon Rattanamanee and Prasopchai Phasunon, 2019) จึงเพิ่มอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 250 คน จากทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจับโดยสลากตำบลร้อยละ 30 ของแต่ละอำเภอในจังหวัดจังหวัดชัยภูมิได้ 37 ตำบล ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามสัดส่วนของ อสม.หมอประจำบ้าน เมื่อได้สัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างรายอำเภอ ตำบลของ อสม.หมอประจำบ้านแล้ว ขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับสลากรายชื่อ อสม.หมอประจำบ้านจากจำนวนสัดส่วน โดยไม่ใส่กลับคืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การได้รับปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่องาน อสม.หมอประจำบ้าน และส่วนที่ 4 ผลการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน ข้อคำถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับ อสม.หมอประจำบ้านที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) มีค่าเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ .938 ในส่วนที่ 2 .863 ส่วนที่ 3 .810 และในส่วนที่ 4 .956 ตามลำดับ โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2022-102

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม.หมอประจำบ้าน ที่ตอบแบบสอบถามใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) สถิติ Chi - Square หาความสัมพันธ์ตัวแปรระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ปัจจัยทัศนคติต่อ

งานกับผลการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.หมอประจำบ้าน

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.8 มีอายุระหว่าง 41-50 ปีร้อยละ 37.2 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 82.4 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 42 รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ 2,001 – 4,000 บาท ร้อยละ 36.4 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.หมอประจำบ้าน อยู่ที่ 1 ปี ร้อยละ 93.6

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ

พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.34, S.D.= 0.49) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านทักษะการปฏิบัติงาน ($\bar{X}$ = 3.56, S.D.= 0.76) และด้านการติดตาม การติดต่อสื่อสารและให้คำปรึกษา ($\bar{X}$ = 3.66, S.D.= 0.62) ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน

ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน		Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านทักษะการปฏิบัติงาน		3.56	0.76	สูง
2. ด้านงบประมาณและค่าตอบแทน		3.02	0.74	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น		3.10	0.80	ปานกลาง
4. ด้านการติดตาม การติดต่อสื่อสาร และให้คำปรึกษา		3.66	0.62	สูง
	รวม	3.34	0.49	ปานกลาง

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทัศนคติที่มีต่องานของอสม.หมอประจำบ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ

พบว่า โดยรวมมีทัศนคติที่มีต่องานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ = 3.47 โดยด้านการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผนแก้ไขปัญหา และรายงานผล มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านการสนับสนุนให้มี อสค.ทุกครอบครัว ด้านการเป็นพี่เลี้ยง อสค. ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว ด้านการเป็นแกนนำเครือข่ายสุขภาพ และการจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย ด้านการใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชัน การคัดกรองประเมินสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว (Telemedicine) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ โรคระบาดในท้องถิ่น และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติที่มีต่องานของ อสม.หมอประจำบ้าน

ทัศนคติที่มีต่องาน	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการสนับสนุนให้มี อสค.ทุกครอบครัว	3.70	0.61	สูง
2. ด้านการเป็นพี่เลี้ยง อสค. ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว	3.63	0.59	สูง
3. ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ (6 โรคระบาดในท้องถิ่น)	3.25	0.68	ปานกลาง
4. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ	3.36	0.47	ปานกลาง
5. ด้านถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์	3.23	0.53	ปานกลาง
6.ด้านการใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชัน การคัดกรองประเมินสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว (Telemedicine)	3.42	0.57	ปานกลาง
7. ด้านการเป็นแกนนำเครือข่ายสุขภาพ และการจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัวชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย	3.43	0.48	ปานกลาง
8. ด้านการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่วางแผน แก้ไขปัญหา และรายงานผล	3.73	0.63	สูง
รวม	**3.47**	**0.32**	**ปานกลาง**

4. ผลการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ ทั้ง 6 บทบาท

พบว่าโดยรวมมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 3.20, S.D.= 0.54) โดยด้านการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์มีคะแนนเฉลี่ยที่สูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ ด้านการส่งเสริมการมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ด้านการเป็นผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ด้านการใช้ภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ และการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ตามรายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ

ผลการปฏิบัติของ อสม.หมอประจำบ้าน	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการส่งเสริมการมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)	3.20	0.80	ปานกลาง
2. ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ให้เกิดในพื้นที่	3.31	0.85	ปานกลาง
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	3.05	0.74	ปานกลาง
4. ด้านการใช้ภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์	3.08	0.88	ปานกลาง
5. ด้านการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์	3.42	0.87	มาก
6. ด้านการเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	3.17	0.79	ปานกลาง
รวม	**3.20**	**0.54**	**ปานกลาง**

5. ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน และปัจจัยทัศนคติที่มีต่องาน กับผลการปฏิบัติงานของอสม. หมอประจำบ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ

โดยใช้การวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-Square Test) และการหาค่า Crude Odd Ratio โดยแบ่งผลการปฏิบัติงาน อสม. หมอประจำบ้าน การสนับสนุนการปฏิบัติงาน และทัศนคติที่มีต่องานรายด้าน ออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนร้อยละตั้งแต่ 75 ขึ้นไป) และระดับต่ำ (คะแนนร้อยละน้อยกว่า 75)

พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ และพบว่าปัจจัยทัศนคติ 5 ด้าน ได้แก่ด้านการสนับสนุนให้มี อสค.ทุกครอบครัว ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ ด้านการถ่ายถอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านการใช้เครื่องมือสื่อสารและแอพพลิเคชั่นการคัดกรองประเมินสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย และด้านการเป็นแกนนำเครือข่ายสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัวชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ รายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับผลการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ (n=250)

ปัจจัย	ผลการปฏิบัติงาน		Chi-square	p-value	Crude OR	95% CI
	สูง	ต่ำ				
เพศ			**0.078**	**0.780**	**1.160**	**0.410, 3.284**
หญิง	17 (9.1)	170 (90.9)				
ชาย	5 (7.9)	58 (92.1)				
อายุ			**1.274**	**0.259**	**1.651**	**0.687,3.971**
ต่ำกว่า 50 ปี	11 (11.3)	86 (88.7)				
≥ 50 ปี	11 (7.2)	142 (92.8)				
สถานภาพ			**2.835**	**0.092**	**4.881**	**0.639,37.289**
คู่/สมรส	21 (10.2)	185 (89.8)				
โสด/หย่าร้าง/หม้าย	1 (2.3)	43 (97.7)				
ระดับการศึกษา			**1.362**	**0.243**	**1.735**	**0.681,4.416**
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช./ปวส.	7 (6.4)	102 (93.6)				
ประถมศึกษา/ มัธยมศึกษาตอนต้น ม.3	15 (10.6)	125 (89.4)				
อาชีพหลัก			**1.027**	**0.311**	**1.615**	**0.243,1.576**
ไม่ใช่เกษตรกร	15 (10.3)	130 (89.7)				

ปัจจัย	ผลการปฏิบัติงาน		Chi-square	p-value	Crude OR	95% CI
	สูง	ต่ำ				
เกษตรกร	7 (6.7)	98 (93.3)				
รายได้ต่อเดือน			**0.306**	**0.580**	**1.280**	**0.355,3.073**
≥ 4,000 บาท	11 (9.9)	100 (90.1)				
ต่ำกว่า 4,000 บาท	11 (7.9)	128 (92.1)				
ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม.หมอประจำบ้าน			**2.109**	**0.146**	**2.611**	**0.684,9.974**
2 ปี	3 (18.8)	13 (81.2)				
1 ปี	19 (8.1)	215 (91.9)				
การสนับสนุนการปฏิบัติงาน			**3.000**	**0.083**	**2.758**	**0.838,9.073**
ระดับสูง	4 (19.0)	17 (81.0)				
ระดับต่ำ	18 (7.9)	211 (92.1)				
ปัจจัยทัศนคติต่องาน						
ด้านการสนับสนุนให้มี อสค.ทุกครอบครัว			**8.754**	**0.003***	**4.275**	**1.525,11.985**
ระดับสูง	17 (14.4)	101 (85.6)				
ระดับต่ำ	5 (3.8)	127 (96.2)				
ด้านการเป็นพี่เลี้ยงให้ อสค.ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว			**0.778**	**0.378**	**1.485**	**0.616,3.570**
ระดับสูง	12 (10.5)	102 (89.5)				
ระดับต่ำ	10 (7.4)	126 (92.6)				
ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่			**0.927**	**0.336**	**1.564**	**0.625,3.913**
ระดับสูง	8 (11.6)	61 (88.4)				
ระดับต่ำ	14 (7.7)	167 (92.3)				
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ			**22.700**	**<0.001***	**8.077**	**3.041,21.451**
ระดับสูง	9 (33.3)	18 (66.7)				
ระดับต่ำ	13 (5.8)	210 (94.2)				
ด้านการถ่ายถอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพรและการใช้กัญชาทางการแพทย์			**8.374**	**0.004***	**3.967**	**1.471,10.695**
ระดับสูง	7 (22.6)	24 (77.4)				
ระดับต่ำ	15 (6.8)	204 (93.2)				
ด้านการใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชัน การคัดกรองประเมินสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว			**7.376**	**0.007***	**3.297**	**1.341,8.105**
ระดับสูง	10 (17.9)	46 (82.1)				

ปัจจัย	ผลการปฏิบัติงาน		Chi-square	p-value	Crude OR	95% CI
	สูง	ต่ำ				
ระดับต่ำ	12 (6.2)	182 (93.8)				
ด้านการเป็นแกนนำเครือข่ายสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัวชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย			**14.170**	**<0.001***	**5.104**	**2.037,12.791**
ระดับสูง	10 (23.8)	32 (76.2)				
ระดับต่ำ	12 (5.8)	196 (94.2)				
ด้านการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผนแก้ไข และรายงานผล			**3.021**	**0.082**	**2.200**	**0.888,5.451**
ระดับสูง	14 (12.2)	101 (87.8)				
ระดับต่ำ	8 (5.9)	127 (94.1)				

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา (Discussion and conclusion)

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาการวัดระดับผลการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wirada Suamark and Prapapen Suwan (2023) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลวิชิต อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต พบว่า ระดับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์อยู่ในระดับสูงมากสามารถอธิบายได้ว่า เดิม อสม. มีการสื่อสารและระบบส่งรายงานต่างๆผ่านออนไลน์ เช่น แอพพลิเคชั่น Smart อสม., อสม.ออนไลน์ ใช้ในการคัดกรองสุขภาพ ส่งรายงานประจำเดือนของ อสม. รวมทั้ง Line อสม. ใช้ในการแจ้งข่าว และให้คำแนะนำ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ความรู้ต่างๆ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้อสม.ทำงานได้ดี ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในช่องทางต่างๆถือเป็นงานประจำในการทำงานของอสม.จึงไม่เป็นเรื่องยากหรือซับซ้อนหาก อสม.หมอประจำบ้านจะต้องเรียนรู้หรือใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในช่องทางหรือแอพลิเคชั่นใหม่ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Rundron Sririrom, Mantha Jaihan and Muthita Pila (2019) ศึกษาเรื่อง ผลการใช้แอพพลิเคชั่น อสม.ออนไลน์ ร่วมกับกระบวนการบริหารระบบข้อมูลแบบใจแลกใจ ต่อความครบถ้วนทันเวลา ของการส่งรายงานประจำเดือนของ อสม. ในรพ.สต.คำเดือย พบว่า อสม.มีความพึงพอใจเกี่ยวกับความสะดวกในการใช้แอพพลิเคชั่น อสม.ออนไลน์และช่วยให้การทำงาน การส่งรายงานง่ายขึ้นในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และการได้รับประโยชน์จากการใช้งานแอพพลิเคชั่นในระดับมาก

จากการศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้าน พบว่าปัจจัยด้านบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ สามารถอธิบายได้ว่า การทำงานของอสม.หมอประจำบ้าน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล

ข้างต้น ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า ปัจจัยอื่นๆที่นอกเหนือจากปัจจัยด้านบุคคล เช่น ปัจจัยจูงใจและทัศนคติในการปฏิบัติงาน ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Thassaporn Chusak (2018) ศึกษาเรื่อง ความผูกพันในการเป็นอาสาสมัครของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหม่บ้าน (อสม.) อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการศึกษาปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้าน แต่เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า การสนับสนุนทักษะการปฏิบัติงานและด้านการติดตาม การติต่อสื่อสาร และให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า อสม.หมอประจำบ้านจะได้รับการติดตาม การนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อรวบรวมข้อมูล สรุปผลการปฏิบัติงาน แลกเปลี่ยนข้อมูลแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน รวมไปถึงการแจ้งข่าวสารด้านสาธารณสุขคล้ายๆกับกับเป็นการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ อสม.หมอประจำบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมของ Wirada Suamark and Prapapen Suwan (2023) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลวิชิต อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต พบว่า เงินเดือนและค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร ได้รับวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติงาน เช่น เครื่องวัดความดัน ปรอทวัดไข้ ทำให้การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านการให้บริการที่สะดวกสบายมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษา ปัจจัยสนับสนุนด้านงบประมาณและค่าตอบแทน และด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะกล่าวได้ว่ามีปัจจัยอื่นๆ อาจจะเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน จึงควรที่จะศึกษาปัจจัยดังกล่าวในการศึกษาต่อไป

จากการศึกษาทัศนคติต่องานของอสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า ทัศนคติด้านการสนับสนุนให้มี อสค.ทุกครอบครัว ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ ด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้านการใช้เครื่องมือสื่อสารและแอพพลิเคชั่น การคัดกรองประเมินสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว และด้านการเป็นแกนนำเครือข่ายสุขภาพและการจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ สามารถอธิบายได้ว่า อสม.หมอประจำบ้านส่วนใหญ่ คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน หรืออยู่ในพื้นที่นั้นๆย่อมทำให้รู้จักทั้งผู้คนและพื้นที่เป็นอย่างดี ทำให้มองเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถเข้าถึงและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ง่าย รวมทั้งมีเครือข่ายที่คอยร่วมมือและช่วยเหลือกันและกันในพื้นที่ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยเฉพาะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.จึงเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ได้รับการมอบหมายอันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนร่วมกัน

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้สรุปผลและอภิปรายได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้านในจังหวัดชัยภูมิ คือ ปัจจัยด้านทัศนคติต่องาน จะเห็นว่าหาก อสม.หมอประจำบ้าน มีทัศนคติที่ดีต่องานที่ปฏิบัติในชุมชนนอกจากจะส่งผลให้การปฏิบัติงานออกมาดีถึงแม้ว่า งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์มีไม่เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน นอกจากนี้แล้วยังจะส่งผลให้คนในชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้

มากยิ่งขึ้น มีสุขภาพที่ดีและชุมชนยั่งยืนขึ้นในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

หน่วยงานระดับกรม หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีนโยบายการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอประจำบ้าน ให้ครบทุกคน รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณหรือวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานเพื่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงการพัฒนา

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ที่ดูแล อสม.หมอประจำบ้าน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อจะได้มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน และจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานแก่ อสม.หมอประจำบ้าน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากปัจจุบันการทำงานของ อสม.หมอประจำบ้านมีเทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมทั้งมีโรคอุบัติใหม่ที่ต้องเฝ้าระวัง ป้องกันในชุมชน

2) ควรมีการสนับสนุนงบประมาณ และค่าตอบแทน หรือการชื่นชมการทำงานของอสม.หมอประจำบ้านในรูปแบบต่างๆเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ และแรงจูงในในการปฏิบัติงาน เช่น การมอบเกียรติบัตร การมอบรางวัล การประกาศชื่นชมตามหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน เป็นต้น

3) การสร้างเสริมให้มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานในด้านของการส่งเสริมสุขภาพ และการเป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ

เอกสารอ้างอิง (References)

Department of health service support. Reporting work on the village health volunteers' system. Primary Health Care Division, Ministry of Public Health [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 20]. Available from: http://www.thaiphc.net/new2020/content/1.

Fungwith Chootinun. The Factor Affecting to Success of Working for Public Health Village Volunteer. Eau Heritage, *Journal Social Science and Humanities*. 2020;2:123-33.

Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3), 607-610.

Nisachon Rattanamanee and Prasopchai Phasunon. Response rate in quantitative research. Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University. 2019; 3:181-88.

Primary Health Care Division, Ministry of Public Health. Guidelines for Upgrading Village Health Volunteers to Village Health Volunteers at home. [Internet]. Nonthaburi: Department of health service support. 2019 [cited 2022 Dec 20]. Available from: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/OSM_Doctor.pdf.

Rundron Sririrom, Mantha Jaihan and Muthita Pila. The result of using the online Village Health Volunteer (VHV) application, along with a collaborative information management process emphasizing completeness and timeliness, for the monthly reporting of VHVs in Kham Duai Subdistrict Health Promotion Hospital. [Internet]. 2019; [cited 2022 Mar 17]. Available from: http://www.chanumanhospital.go.th/index.php/web/research_detail/6.

Sukanya Chanoun. Effectiveness of the Development of Competencies in the Work Performance of Village Health Volunteers in Health District 4. [Internet]. Nonthaburi: Regional Health Service Support Center 4. 2019[cited 2022 Dec 20]. Available from: https://do4.hss.moph.go.th/images/NEWS/thResearch. 2020.

Suwat Bumrungsri and Thassaporn Chusa. A Structural Equation Model of Factors Influencing Role Performance of Village Health Volunteers, Nakhon Sawan Province. Journal of the Association of Researchers. 2017;22:124-33.

Thassaporn Chusak. Voluntary Commitment of Village Health Volunteers Phaisali District, Nakhon Sawan Province. *Journal of Yala Rajabhat University*. 2018;13(2):244-50.

Thinakorn Noree, Chalida Ploypradub, Wichavee Ploysongsr, Pagaluk Padungson. Lessons learnt from an implementation of 3-healthcare provider team for primary care policy for all Thai in 4 provinces in Thailand. Health Systems Research Institute (HSRI). 2022-08:1-2.

Wirada Suamark and Prapapen Suwan. Factors Related to Performance According of Roles and Duties of Village Health Volunteers in VichitSubdistrict Municipality Area, Mueang Phuket District, Phuket Province. Thai Journal of Public Health and Health Education; TJPHE. 2023; 2:14-31.

Perception of Preceptors and Students on Humanized Care Behaviours of the Students at Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province

Thawatchai Sattayasomboon[1], Kongprai Tunsuchart, Daoroong Kamwong[1*]

[1]Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute
[*]Corresponding author Email: Daoroong.K@scphpl.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation:
Sattayasomboon, T., Kamwong, D. ., & Tunsuchart, K. . THE Perception of Preceptors and Students on Humanized Care Behaviours of the Students at Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province: -. Public Health Policy and Laws Journal. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/270599

Received: 3 February, 2024
Revised: 22 March, 2024
Accepted: 24 March, 2024

Abstract

The objective of this research was to assess humanized care behaviours of the students at Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok (SCPHPL), according to the preceptors' and students' perception. The sample consisted of 259 persons, they were 129 preceptors and 130 students selected by purposive sampling. The data was collected by using a questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and independent t-test at the significance level of 0.05.

The results showed that the perception of preceptors on students' humanized care behaviours overall average scores (Mean=4.02± 0.12) and the three aspects were at the high level; analytical thinking (Mean=4.11±0.30), service mind (Mean=4.06±0.05) and consideration of patient rights and patient participation (Mean=3.87±0.38) respectively. The students' perception on their behaviours overall average scores (Mean=4.25±0.22) and the three aspects were at high level; service mind (Mean=4.31±0.30), consideration of patient rights and patient participation (Mean=4.23±0.27) and analytical thinking (Mean=4.13±0.12) respectively. The preceptors perception average scores showed statistically significant (p-value<0.001) lower than the students' perception on the average overall score, service mind aspect and consideration of patient rights and patient participation aspect respectively.

The recommendation is that, the college administrators may use the data to create humanized care guidelines for the students to prepare students' behavior to be consistent with the needs of the service provider.

Keywords: humanized care; preceptors; Phitsanulok Province

การรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงและนักศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์[1], ก้องไพร ตันสุชาติ[1], ดาวรุ่ง คำวงศ์[1*]

[*]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[*]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ติดต่อ Daoroong.K@scphpl.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 3 ก.พ. 2567

วันแก้ไข 22 มี.ค. 2567

วันตอบรับ 3 มี.ค. 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงและนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างอาจารย์พี่เลี้ยง 129 คน และนักศึกษา 130 คน รวม 259 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้แบบสอบถาม ใช้สถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ t-test ที่นัยสำคัญทางสถิติ <0.05

พบว่า ตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยง โดยรวม (ค่าเฉลี่ย = 4.02± 0.12) และรายด้านอยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับดังนี้ ด้านคิดวิเคราะห์ (ค่าเฉลี่ย = 4.11± 0.30) ด้านจิตบริการ (ค่าเฉลี่ย = 4.06±0.05) และด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (ค่าเฉลี่ย= 3.87±0.38) ตามการรับรู้ของนักศึกษา โดยรวม (ค่าเฉลี่ย = 4.25±0.22) และรายด้านอยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับดังนี้ ด้านจิตบริการ (ค่าเฉลี่ย = 4.31±0.30) ด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (ค่าเฉลี่ย = 4.23±0.27) และด้านคิดวิเคราะห์ (ค่าเฉลี่ย = 4.13±0.12) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมฯ ตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงและนักศึกษา พบว่า การรับรู้ของนักศึกษาสูงกว่าของอาจารย์พี่เลี้ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ได้แก่ พฤติกรรมฯโดยรวม ด้านจิตบริการ และด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารวิทยาลัยควรนำข้อมูลไปเป็นแนวปฏิบัติการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับนักศึกษาเพื่อเตรียมพฤติกรรมบริการของนักศึกษาให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานบริการ

คำสำคัญ: การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์, อาจารย์พี่เลี้ยง, จังหวัดพิษณุโลก

บทนำ

การให้บริการสุขภาพด้วยความมีมนุษยธรรมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการบริการสุขภาพ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความเป็นอยู่ที่ดีในระหว่างการรับบริการดูแลสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ เป็นที่ยอมรับในระดับสากล เพราะในระหว่างที่มีการเจ็บป่วยบุคคลต้องอยู่กับความทุกข์ทางกายจากความเจ็บป่วย มีอารมณ์ทุกข์ใจ วิตกกังวล และภาระต่างๆที่ส่งผลกระทบถึงครอบครัวของผู้ป่วยร่วมด้วย การให้บริการที่มุ่งเน้นการรักษาและเทคโนโลยีขั้นสูงทำให้นำมาซึ่งการบริการที่ลดความเป็นมนุษย์และลดศักดิ์ศรีของบุคคล (Lovato, Minniti, Giacometti, Sacco, Piolatto, Barberis, & et al, 2013) ผู้ให้บริการสุขภาพในทุกสถานบริการควรให้บริการผู้รับบริการอย่างเต็มที่ ด้วยความเห็นอกเห็นใจ เคารพในประเพณีความเชื่อ และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ (**Velasco Bueno, & La Calle, 2020**) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ถือเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญในงานบริการด้านสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเป็นสากลที่ผู้รับบริการควรได้รับจากผู้ให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน (Chochinov, 2013) และเป็นวิธียกระดับคุณภาพบริการในระบบบริการสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้วย (Meneses-La-Riva, Suyo-Vega, Fernández-Bedoya, 2020)

การจัดการศึกษาแก่ผู้เรียนในระดับอุดมศึกษาเพื่อพัฒนาผู้เรียนที่จบการศึกษาไปประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อเป็นผู้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างอัตลักษณ์ของนักศึกษา ให้มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยเป็นหน้าที่ของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา ในการกำหนดนโยบายจัดการศึกษาผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาทั้งในระดับชาติและนานาชาติ สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน สังคมและประเทศตามความเชี่ยวชาญของสถาบัน (Ministerial regulations Higher Education Management Standards 2022, 2022) ซึ่งในประเทศไทยมิติใหม่ในระบบบริการสุขภาพ ต้องการให้บริการอย่างเป็นองค์รวมแก่ผู้ป่วย ทั้งมิติกาย ใจ สังคม และปัญญา เน้นการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของชีวิตผู้ป่วยแต่ละคน โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย (Chuengsatiansup & Kata, 2009) การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นประเด็นสำคัญที่ยอมรับได้ว่าจำเป็นในงานบริการสุขภาพ เพราะงานบริการสุขภาพเป็นงานบริการเชิงมนุษยธรรมและบริการทางวิชาชีพจำเป็นต้องอาศัยคุณธรรมและจริยธรรมเป็นเครื่องกำกับระบบบริการสุขภาพ และปัจจุบันประชาชนมีความต้องการในการรับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้ป่วยจะนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อให้เกิดความขัดแย้ง การเรียกร้องการดูแลรักษาตามสิทธิ หรือมีการฟ้องร้องต่าง ๆ ขึ้นได้

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมาย การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหา และ ความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ 1) การมีจิตบริการ (service mind) ให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับริการ 2) การคิดเชิงวิเคราะห์ (analytical thinking) ด้วยการรวบรวมข้อมูลที่เป็นจริง ของผู้รับบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการบนฐานข้อมูลที่เป็นจริงของผู้รับ บริการ

ให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง รวมถึงสิทธิของ ผู้รับบริการ และ 3) การมีส่วนร่วม (participation) คือให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมรับรู้ ตัดสินใจ และแก้ไข ปัญหาสุขภาพของตนเอง และครอบครัว ตลอดจนสนับสนุน และส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ (Praboromarajchanok Institute, 2012) โดยสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศในแต่ละปีการศึกษา 3,000-3,500 คนได้กำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบัน ไว้ว่า “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 ถือเป็นนโยบายที่วิทยาลัยต่างๆในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก รับไปดำเนินการจัดการเรียนการสอน จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรให้บัณฑิตมีอัตลักษณ์ตามที่กำหนด (Praboromarajchanok Institute, 2020)

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (วิทยาลัยฯ) ทำหน้าที่ผลิตบัณฑิต ตั้งแต่ปีการศึกษา 2538 นำนโยบายและแนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกมาปฏิบัติโดยตลอดมา วิทยาลัยฯ มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพ รักษามาตรฐานการศึกษา และรับกระบวนการผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ สามารถปฏิบัติงานได้ดี มีวินัย เข้าใจความเป็นมนุษย์ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่ชุมชน มีการปรับหลักสูตรฯ การเรียบการสอน และการประเมินผล ที่เน้นการสร้างและพัฒนาผู้เรียนให้มีอัตลักษณ์และจิตวิญญาณในการบริการสุขภาพในชุมชนอย่างมืออาชีพที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียม การประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน ด้านอัตลักษณ์การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ของบัณฑิตตามที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนดเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการบริหารหลักสูตรฯและเป็นประโยชน์ต่อการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาในปัจจุบันและอนาคต จากข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมาหลักสูตรของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ยังไม่เคยมีข้อมูลการวิจัยในประเด็นของพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มาก่อน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจวิจัยการรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้บริหารวิทยาลัยฯ นำไปใช้วางแผนปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขที่จะเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ตามการรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษา และเปรียบเทียบพฤติกรรมฯระหว่างการรับรู้ของอาจารย์และของนักศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

แบบการวิจัย วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive study)

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) อาจารย์พี่เลี้ยง 129 คน ที่ได้รับมอบหมายจากสถานพยาบาลให้เป็นดูแลนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ขณะฝึกปฏิบัติงาน และ 2) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน ปีการศึกษา พ.ศ. 2565 จำนวน 130 คน ที่ฝึกปฏิบัติงานในปีการศึกษา 2565 รวมจำนวน 259 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พี่เลี้ยง จำนวน คน 129 และนักศึกษา จำนวน 130 คน เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า อาจารย์พี่เลี้ยงชายและหญิงอายุ 25 ปีขึ้นไป ที่ได้รับมอบหมายจากสถานพยาบาลให้เป็นดูแลนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ขณะฝึกปฏิบัติงาน ช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2565 เกณฑ์คัดออก คือ อาจารย์พี่เลี้ยงที่ลาป่วย ลากิจ ช่วงการเก็บข้อมูล

เกณฑ์คัดเข้า นักศึกษาที่ศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ชั้นปีที่ 4 ทั้งชายและหญิงอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ฝึกปฏิบัติงาน สาขาสาธารณสุขชุมชน ช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ.2565 และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบแบ่งออกเป็น ส่วน คือ 2

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย1.1) ข้อมูลของอาจารย์ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง จำนวนปีที่เป็นอาจารย์พี่เลี้ยง สถานที่ทำงาน 1.2) ข้อมูลของนักศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ตามการรับรู้การรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษา เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดของสถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก ทั้งหมด 32 ข้อ มี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านจิตบริการ จำนวน ข้อ 16 2) ด้านการคิดวิเคราะห์ จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (1-5) คือ 5 หมายถึง ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติน้อยครั้ง 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ

การแปลผลการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยรวม และรายด้าน พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. คะแนน 3.67 – 5.0 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับดี
2. คะแนน 2.34 – 3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง
3. คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (ต้องปรับปรุง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหากับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ท่าน คำนวณหา 3ค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ได้ความตรงเชิงเนื้อหา 0.67-1.00 ทุกข้อ ทดลองใช้แบบสอบถาม กับนักศึกษาและอาจารย์ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน กลุ่มละ 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 คำตอบของนักศึกษาได้เท่ากับ 0.95 และคำตอบของอาจารย์ได้เท่ากับ 0.96

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลกแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยกับนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง

2. ประสานงานหัวหน้านักศึกษานัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การเข้าร่วมวิจัย

และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนให้ตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยทำหนังสือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) แหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา จำนวน 65 แห่ง เพื่อขออนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยกับบุคลากรในสังกัดที่เป็นอาจารย์พี่เลี้ยงนักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน จำนวน 129 คน ผู้วิจัยประสานขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและส่งแบบสอบถาม พร้อมเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ให้อาจารย์และรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติเชิงพรรณนา ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนาตรฐาน อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ ระดับพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ตามการรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษาด้วย Independent t-test ที่นัยสำคัญทางสถิติ <0.05

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดพิษณุโลก (เลขที่อนุมัติ SCPHPL 4/2565.1.11 รับรองตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 259 คน เป็นอาจารย์พี่เลี้ยง ร้อยละ 49.8 และนักศึกษา ร้อยละ 50.1 กลุ่มอาจารย์พี่เลี้ยง 129 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 8.93อายุเฉลี่ย 47 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 6.94ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 7.97ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 4 และมีประสบการณ์เป็นพี่เลี้ยงดูแลนักศึกษามากกว่า 4.67 ปี ร้อยละ 69.0 ส่วนกลุ่มนักศึกษา เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 130 คน (หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.3 อายุเฉลี่ย 21±0.32 ปี

2 พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงและนักศึกษา จากคะแนนประเมินเฉลี่ยรวมกัน (n=259) โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=4.13±0.21) **และ** พฤติกรรมรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับดี รายด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านจิตบริการ (Mean =4.19±0.25) และด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (Mean =4.05±0.37) ดังตารางที่ 1

3. พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยง (n=129) โดยรวม (Mean=4.02±0.12) และรายด้านทุกด้าน อยู่ในระดับดี รายด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการคิดวิเคราะห์ (4.11 ±0.30) และด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (Mean =4.05±0.37) ดังตารางที่ 2

4. พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ตามการรับรู้ของนักศึกษา (n=130) ทั้งโดยรวม (Mean=4.25±0.22) และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี รายด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านจิตบริการ (Mean= 4.31±0.30) และด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านการคิดวิเคราะห์ (Mean=4.23±0.27) ดังตารางที่ 2

5. เปรียบเทียบตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงและนักศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงและตามการรับรู้ของนักศึกษา แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนประเมินตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงต่ำกว่าตามการรับรู้ของนักศึกษา ได้แก่ คะแนนพฤติกรรมฯโดยรวม (Mean=4.02 และ Mean=4.25, p-value<0.001) และรายด้าน 2 ด้าน คือ ด้านจิตบริการ (Mean=4.06 และ Mean=4.31, p-value<0.001) และ ด้านการคำนึงถึงสิทธิป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม (Mean=3.87 และ Mean=4.23, p-value<0.001) แต่รายด้านที่การรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษาไม่แตกต่างกัน คือ ด้านการคิดวิเคราะห์ (p-value =0.372) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ตามการรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษา โดยรวม และรายด้าน (n=259)

พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	**Mean (S.D.)**	**Min-max**	ระดับ
ด้านจิตบริการ	4.19 (0.25)	3.00-5.00	ดี
ด้านการคิดวิเคราะห์	4.12 (0.23)	3.88-4.88	ดี
ด้านการคำนึงถึงสิทธิป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม	4.05 (0.37)	3.00-4.88	ดี
โดยรวม	**4.13 (0.21)**	**3.72-4.81**	**ดี**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยง และ นักศึกษา (n1=129, n2=130)

พฤติกรรมการดูแลด้วย	อาจารย์พี่เลี้ยง (n=129)		นักศึกษา(n=130)		
หัวใจความเป็นมนุษย์	**Mean (S.D.)**	**ระดับ**	**Mean (S.D.)**	**ระดับ**	**p-value**
โดยภาพรวม	4.02 (0.12)	ดี	4.25 (0.22)	ดี	<0.001**
ด้านจิตบริการ	4.06 (0.05)	ดี	4.31 (0.30)	ดี	<0.001**
ด้านการคิดวิเคราะห์	4.11 (0.30)	ดี	4.13 (0.12)	ดี	0.372
ด้านการคำนึงถึงสิทธิป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม	3.87 (0.38)	ดี	4.23 (0.27)	ดี	<0.001**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

อภิปรายผล

พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงและนักศึกษาอยู่ในระดับดี ทั้งโดยรวม และรายด้านทั้ง 3 ด้าน แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ครอบคลุม

พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามอัตลักษณ์ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ได้กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องมาจากหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน จัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตามแนวนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ได้เรียนรายวิชาที่มีการสอนให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และ มีการฝึกประสบการณ์สาธารณสุขชุมชนได้ค้นหาและแก้ไขปัญหาของประชาชนตามหลักวิชาการ (Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, 2022) ประกอบกับมีการสอนเกี่ยวกับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และจรรยาบรรณต่อสาธารณะ (Community Public Health Council Regulations, Concerning the ethics of the public health profession 2561 B.E.) เพื่อเตรียมนำไปสอบใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ในการฝึกปฏิบัติงานนักศึกษามีความตั้งใจในการดูแลผู้รับบริการที่ดี

ตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยง พบว่า พฤติกรรมของนักศึกษาที่ดีเรียงตามลำดับคือ ด้านคิดวิคราะห์ ด้านจิตบริการ และด้านการคำนึงถึงสิทธิป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม พฤติกรรมของนักศึกษา ด้านคิดวิคราะห์ที่ดีคือประเมินสภาพผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและตามความเป็นจริง เนื่องจากการฝึกปฏิบัติงานนักศึกษาต้องใช้ข้อมูลที่เป็นจริงของผู้รับบริการมารายงานอาจารย์พี่เลี้ยงจึงทำให้เห็นการปฏิบัติชัดเจน ที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือกล้าแสดงความคิดเห็นโต้แย้งในการปฏิบัติงานโดยอาศัยหลักการและเหตุผล แสดงให้เห็นว่าอาจารย์พี่เลี้ยงคาดหวังให้นักศึกษากล้าแสดงออกทางความคิดเห็น ด้านจิตบริการที่ดี เนื่องจากนักศึกษาพูดคุยกับผู้รับบริการด้วยน้ำเสียงสุภาพ สีหน้ายิ้มแย้ม และเรียกชื่อผู้รับบริการและใช้สรรพนามที่เหมาะสม แต่ที่น้อยที่สุด คือ การช่วยเหลือผู้รับบริการโดยไม่ต้องร้องขอ อาจเนื่องจากนักศึกษายังไม่คุ้นเคยกับผู้รับบริการและไม่มีแนวทางในการช่วยเหลือผู้รับบริการโดยไม่ต้องร้องขอ ซึ่งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับบริการไม่ได้แสดงอาการเจ็บป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือชัดเจน ด้านการคำนึงถึงสิทธิป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมที่ดีเนื่องจากนักศึกษาให้บริการต่อผู้รับบริการโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนมีการแสดงออกสุภาพกับผู้รับบริการ แต่ที่มีคะแนนน้อยได้แก่ แจ้งให้ผู้รับบริการและญาติทราบเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย อาจเนื่องมาจากการแจ้งสิทธิผู้ป่วยในสถานบริการที่ไปฝึกงานมีการติดประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้แล้ว และไม่ได้มีแนวทางให้นักศึกษาปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งนักศึกษาได้รับการสอนการแนะนำตัวต่อผู้รับบริการและการให้ข้อมูลก่อนการกระทำใดๆกับผู้รับบริการ ผลวิจัยแสดงให้เห็นว่านักศึกษายังปฏิบัติน้อยกว่าที่อาจารย์พี่เลี้ยงคาดหวัง

ตามการรับรู้ของนักศึกษา พฤติกรรมด้านจิตบริการของนักศึกษา ที่ดีมากที่สุด ได้แก่ แสดงท่าทีเป็นมิตรและเต็มใจให้บริการ รองลงมาคือ ใส่ใจใส่ความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการ ตามลำดับ ด้านจิตบริการที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ช่วยเหลือผู้รับบริการโดยไม่ต้องร้องขอ ด้านการคิดวิเคราะห์ พฤติกรรมที่ดีทีสุด คือ มีความรอบคอบใคร่ครวญก่อนการทำงานและการตัดสินใจ พฤติกรรมที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ กล้าแสดงความคิดเห็นโต้แย้งในการปฏิบัติงานโดยอาศัยหลักการและเหตุผล ซึ่งเนื่องมาจากการฝึกงานของนักศึกษาปีที่ 4 เป็นการทำงานในสถานการณ์จริงซึ่งนักศึกษายังไม่มีความชำนาญต้องใช้ความรอบครอบระมัดระวัง ให้เหตุผลหลักวิชาการกับอาจารย์พี่เลี้ยง แต่พฤติกรรมกล้าแสดงความคิดเห็นโต้แย้งในการปฏิบัติงานที่ยังมีน้อย เนื่องมาจากในการฝึกงานอาจไม่มีประเด็นอภิปรายให้นักศึกษาแสดงความเห็นโต้แย้ง

ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับผลวิจัยการรับรู้พฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี ปีการศึกษา2562 (Intana, Srimahunt, & Meebunmak, 2021) พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 รับรู้พฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ โดยรวมอยู่ในระดับดี (μ=4.41±0.51) รายด้านการคิดวิเคราะห์ (μ= 4.27±0.57) และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (μ= 4.38±0.58) อยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับผลวิจัยที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ตามการประเมินของบัณฑิตพยาบาลและผู้ใช้บัณฑิตซึ่งเป็นพยาบาลที่ดูแลบัณฑิต พบว่า พฤติกรรมฯ โดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับดี (Koolnaphadol, Laokosin, Pimmas, &Prabhakar, 2019) สอดคล้องกับการวิจัยที่เพชรบุรี (Glomjai, & Oumparm, 2018) พบว่า พฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล โดยรวมตามการรับรู้นักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับมาก แต่ผลวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คือ พฤติกรรมฯ ด้านจิดบริการของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ประเมินตนเองอยู่ในระดับดีมาก (μ= 4.52±0.53) ในวิจัยนี้นักศึกษาประเมินตนเองอยู่ในระดับดี ที่ผลวิจัยแตกต่างกันเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในหลักสูตรที่มีการเรียนการสอนแตกต่างกัน การวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนจึงแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาล และไม่สอดคล้องกับการวิจัยที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (Glomjai, T., & Oumparm, K., 2018) พฤติกรรมของนักศึกษาตามการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.53±0.24) อาจเนื่องจากการวิจัยที่เพชรบุรีแบบสอบถามการประเมินแตกต่างกับวิจัยนี้คือ แบบสอบถามวิจัยนี้มี 3 ด้าน แต่วิจัยที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน เพิ่มด้านคุณธรรมจริยธรรมและนักศึกษามีคะแนนด้านคุณธรรมจริยธรรมระดับสูงมาก จากจำนวนข้อแบบสอบถามที่แตกต่างกันนี้ผลวิจัยจึงแตกต่างกัน

ผลวิจัยเปรียบเทียบการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงและนักศึกษาต่อพฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา พบว่า การรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงและนักศึกษาต่อพฤติกรรมฯโดยรวมแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับผลวิจัยในบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี (Koolnaphadol, Laokosin, Pimmas, & Prabhakar, 2019) ตามการประเมินของบัณฑิตพยาบาลและผู้ใช้บัณฑิต พบว่า บัณฑิตพยาบาลและผู้ใช้บัณฑิตมีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตโดยรวม ไม่แตกต่างกัน (p-value=0.630) ทั้งนี้อาจเนื่องมากจากเป็นการศึกษาในบริบทตัวอย่างที่แตกต่างกันคือวิจัยนี้เป็นนักศึกษาสาธารณสุขชุมชนที่ยังไม่จบการศึกษาแต่ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรีเป็นบัณฑิตพยาบาลผู้จบการศึกษาแล้วผลวิจัยจึงแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารวิทยาลัยฯควรมีนโยบาย ให้หลักสูตรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับนักศึกษา และติดตามประเมิน

พฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ปีที่ 4 ทุกปีการศึกษา และประเมินอีกครั้งหลังจบการศึกษา เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของหลักสูตรด้านอัตลักษณ์ของผู้เรียน

2. หลักสูตรควรจัดทำเอกสารคู่มือแนวทางการปฏิบัติสำหรับนักศึกษา เพื่อใช้ประกอบการเรียนและการฝึกปฏิบัติงาน ที่มีตัวอย่างสถานการณ์จริงให้นักศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง

3. อาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนหลักสูตร นำผลวิจัยไปใช้วางแผนจัดการเรียนการสอนเพิ่มการปฏิบัติของนักศึกษา เช่น การช่วยเหลือผู้รับบริการโดยไม่ต้องร้องขอ การช่วยเหลือผู้รับบริการโดยไม่ต้องร้องขอ และ กล้าแสดงความคิดเห็นโต้แย้งในการปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์พี่เลี้ยงและนักศึกษาทุกท่านที่ร่วมในการวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ที่สนับสนุนการวิจัยอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลในนักศึกษา และผู้บริหารสถานพยาบาลในแหล่งฝึกปฏิบัติงาน ที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลในบุคลากร ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือการประสานงานด้วยความเป็นมิตร

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Chochinov, H.M. (2013). Dignity in care: time to take action. *J Pain Symptom Manage*. 46:756–9. 10.1016/j.jpainsymman.2013.08.004

Chuengsatiansup, K. & Kata, P. (2009). *Primary health Primary care: from philosophy to new dimensions of health.* (3rd Edition). Nonthaburi: Society and Health Institute.

Community Public Health Council Regulations, Concerning the ethics of the public health profession 2561 B.E. (2018, 28, September). Royal Gazette Volume 135, Special episode 241 D, Page 14.

Glomjai, T. & Oumparm, K. (2018). Humanistic nursing behavior of nursing students. *Nursing Public Health and Education Journal. 19*(3): 171-178.

Intana, J., Srimahunt, K., & Meebunmak, Y. (2021). Perception Humanized - Cared Behaviors of Nursing Students in academic year 2019 of Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 1*(2), 43-54.

Koolnaphadol, T., Laokosin, N., Pimmas, S. & Prabhakar, PSK. (2019). Humanized care behaviors of Graduated Nurses in Bachelor of Nursing Science Program, Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi. *Mahasarakham Hospital Journal. 16*(1): 90-97.

Lovato, E., Minniti, D., Giacometti, M., Sacco, R., Piolatto, A., Barberis, B. & et al. (2013). Humanisation in the emergency department of an Italian hospital: new features and patient satisfaction. *Emerg Med J. 30*(6): 487–491.

Meneses-La-Riva, M.E., Suyo-Vega, J.A., Fernández-Bedoya, V.H. (2021). Humanized Care from the Nurse-Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Front Public Health*. 3; doi: 10.3389 สืบค้นจาก https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8678081/

Ministerial regulations Higher Education Management Standards 2022. (2022, 31, March). Royal Gazette Volume 139, Chapter 29, Page 3.

Praboromarajchanok Institute. (2020). *Manual for New student orientation, academic year 2020*. Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute.

Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok. (2022). *Curriculum Bachelor of Public Health Program in Community public health revised edition 2022*. Phitsanulok: Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok.

Velasco Bueno, J.M., La Calle, G.H. (2020). Humanizing intensive care: from theory to practice. *Critical Care Nurs Clin North Am*. *32*(2): 135–47. สืบค้นจาก https://doi:10.3389/fpubh.2021.737506

Development of a Management Model to Support an Aging Society in Pathum Thani Province

Praguard Plengpanichaya[1] Akaphol Kaladee[2*] Warangkana Chankong[3]

[1] *Master of Public Health, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University*

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

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

* Corresponding Author: akaphol.kal@stou.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Plengpanichaya, P., Kaladee, A. ., & Chankong, W. . . Development of a Management Model to Support an Aging Society in Pathum Thani Province. Public Health Policy and Laws Journal. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/270470

Received: 29 January 2024
Revised: 17 March 2024
Accepted: 26 March 2024

Abstract

This research aims to develop a management model for problems in an aging society of Pathum Thani Province. This mix-method research are divided into three phases:. 1. studying problems, management mechanisms, strengths, weaknesses, opportunities, obstacles, and recommendations; 2. develop a draft model; and 3. testing the model.

Research findings are: 1) problems in health care for the elderly in urban areas, safety for life and property, disaster management, and evacuation of the elderly. The primary mechanism for managing support is the Ministry of Public Health and the Ministry of Social Development and Human Security. 2) Strengths are: having a structured government workflow, and having knowledgeable personnel, but the weak point is lacking of integration. The opportunity lies in the awareness of an aging society, facilitating laws and technology, including the development of civil architecture. However, obstacles include the lack of policy continuity, and advancements in technology and economic conditions leading to deception and abandonment of the elderly 3) Proposals include providing opportunities for the national health assembly participated with the district-level Quality of Life Development Committee (CPC) and establishing a district-level health assembly committee. There should be a coordinating host, -Mr. Elderly- for administration, indicators, and budget supporting CPC. 4) The proposed management model comprises a management system, supporting system, and drive mechanism. Testing results of the model found to facilitate participation, review of mechanisms, and proactively seeking budgets. Recommendations are: working through healthy public policies driven, and the health constitution.

Keywords : management model; aging society management

การพัฒนาตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดปทุมธานี

ประกาศ เปล่งพานิชย์ [1] เอกพล กาละดี [2*] วรางคณา จันทร์คง [3]

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

3 รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล akaphol.kal@stou.ac.th*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 29 ม.ค.2567
วันแก้ไข 17 มี.ค. 2567
วันตอบรับ 26 มี.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเพื่อรองรับปัญหาสังคมสูงวัย ของจังหวัดปทุมธานี การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มี 3 ระยะ ได้แก่ 1.ศึกษาสภาพปัญหา กลไก จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส อุปสรรค และข้อเสนอ 2.พัฒนาร่างตัวแบบ และ 3.ทดสอบตัวแบบฯ

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหา คือ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การจัดการภัยพิบัติกับการอพยพผู้สูงอายุ กลไกหลักในการจัดการอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2) จุดแข็ง คือ มีโครงสร้างการทำงานและบุคลากรมีความรู้ จุดอ่อน คือ ขาดการบูรณาการ โอกาส คือ ตระหนักถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัย กฎหมายและเทคโนโลยีที่เอื้อ มีอารยะสถาปัตย์ อุปสรรค คือ ขาดความต่อเนื่อง และความก้าวหน้าของเทคโนโลยี สภาพเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุ ถูกหลอกลวง ทอดทิ้งมากขึ้น 3) ข้อเสนอ คือ ให้สมัชชาสุขภาพมีส่วนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีเจ้าภาพประสานโดยสร้าง “Mr.สูงวัย” มีการอำนวยการ ตัวชี้วัด และงบประมาณสนับสนุน พชอ. 4) ตัวแบบฯ ประกอบด้วย ระบบบริหารจัดการ ระบบสนับสนุน และกลไกการขับเคลื่อน ทดสอบแล้ว พบว่า ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม การทบทวนกลไก และการแสวงหางบประมาณเชิงรุก มีข้อเสนอ คือ การขับเคลื่อนงานผ่านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพ

คำสำคัญ : การพัฒนาตัวแบบการจัดการ; การจัดการสังคมสูงวัย

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี 2548 และกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aging Society) คือ สัดส่วนประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า อันเนื่องมาจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น อัตราตายลดลงและอาจเป็นผลของการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยพบว่าประเทศไทย มีจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ที่อายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2566 เผยแพร่ประกาศสำนักทะเบียนกลาง เรื่องจำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น66,090,475 คน (Registration Administration Office , 2023) มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป 12,241,542 คน คิดเป็นร้อยละ 18.52 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาแนวโน้มสัดส่วนร้อยละของผู้สูงอายุของประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2565พบว่า มีสัดส่วนร้อยละ 15.96, 16.46, 17.75, 17.82 และ 18.82 ของประชากรทุกกลุ่มวัย ตามลำดับ (Registration Administration Office , 2023) จากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ชัดเจนว่าประเทศไทย กำลังเข้าใกล้การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2566-2567 และในอีก 20 ปีข้างหน้า คาดว่าประเทศไทย จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ นั่นคือการเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) จึงควรมีการเตรียมการเพื่อรองรับในเรื่องนี้ สำหรับจังหวัดปทุมธานี มีประชากรทะเบียนราษฎร์ ณ สิ้นปี พ.ศ.2565 จำนวน 1,201,532 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป 195,511 คน คิดเป็นร้อยละ 16.27 โดยเมื่อดูแนวโน้มผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ.2561-2565 เพิ่มขึ้นจาก 13.46, 14.49, 14.34, 15.68 และ 16.27 ของประชากรทุกกลุ่มวัย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หมายความว่า ประชากรของจังหวัดปทุมธานี กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจากการคัดกรองสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ.2565 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน) สูงถึง 2,379 คน โดยพบปัญหาภาวะสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้ 1) ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 49.08 2) โรคอ้วน ร้อยละ 42.91 3) ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.84 4) ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5.26 5) ความเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 4.18 6) ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ร้อยละ 3.90 7) ปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 2.28 8) ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 0.75 และ 9) ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ร้อยละ 0.09 (Pathum Thani Provincial Public Health Office , 2022) สอดคล้องกับผลสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งพบปัญหา เรื่องการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งปัญหาเรื่อง BMI เกิน โรคทั้งหลายเหล่านี้ อาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมของคนไทยตั้งแต่ก่อนวัยผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น นอกจากนี้ ผลสำรวจปัญหาเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุในปีเดียวกัน ยังพบว่า มีผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองขั้นพื้นฐานไม่ได้ เช่น การรับประทานอาหารด้วยตนเอง เข้าห้องน้ำเอง แต่งตัวได้เอง มากถึงร้อยละ 5 โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ที่ไม่สามารถช่วยตัวเองขั้นพื้นฐานได้ มีมากถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกันนี้ และยังพบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว มีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 6 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 11 และในปี พ.ศ.2560 สัดส่วนผู้สูงอายุ ที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 21 โดยผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเหล่านี้อาจจัดอยู่ในกลุ่ม “ประชากรเปราะบาง” ได้ (Thai

Elderly Research and Development Institute Foundation, 2022)

นโยบายผู้ว่าราชการจังหวัดและหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปทุมธานี หัวหน้าส่วนราชการอื่น รวมทั้งภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ โดยกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด (กลไก Participatory Public Policy Process base on Wisdom : 4PW) ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานที่ปรึกษา และรองผู้ว่าราชการจังหวัดที่กำกับดูแลงานด้านสังคม เป็นประธานคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด (คจสจ.) ได้ประสานการดำเนินงานกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานประสานสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะรองรับสังคมสูงวัย (สป.สว.) และหน่วยงานภาคีการพัฒนาสุขภาวะระดับจังหวัด เช่น ขบวนองค์กรชุมชน จัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลรองรับสังคมสูงวัย ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2663-2565 โดยใช้เครื่องมือธรรมนูญสุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (Office of the National Health Commission, 2009) ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลว่าด้วยการจัดการรองรับสังคมสูงวัย ไปแล้ว 7 อำเภอ 23 ตำบล 24 ธรรมนูญสุขภาพ โดยในธรรมนูญสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยทุกพื้นที่ ระบุแนวทางการแก้ไขปัญหาใน 4 มิติ คือ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสังคม มิติด้านสิ่งแวดล้อม และมิติด้านสุขภาพ แต่ยังขาดกระบวนการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม การดำเนินงานหลักทั้ง 4 มิติ ที่ระบุไว้ในธรรมนูญสุขภาพยังขับเคลื่อนผ่านกลไกภารกิจประจำ (Function) ของหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น ดังนั้น เพื่อเป็นการศึกษาสภาพปัญหาของพื้นที่และกลไกการจัดการรองรับสังคมสูงวัยของจังหวัดปทุมธานีในปัจจุบัน จุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อและอุปสรรค ต่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัยของจังหวัดปทุมธานี ข้อเสนอเพื่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี และพัฒนาเป็นตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัย ที่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของจังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัย ของจังหวัดปทุมธานี เพื่อประโยชน์ต่อการเสริมประสิทธิภาพ การทำงานและเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงวัยในอนาคตต่อไป เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาสังคมสูงอายุ ของจังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

ระยะที่ 1 1) ศึกษาสภาพปัญหาของพื้นที่และกลไกการจัดการรองรับสังคมสูงวัยในปัจจุบัน

2) ศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคต่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัย

3) ศึกษาข้อเสนอเพื่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี

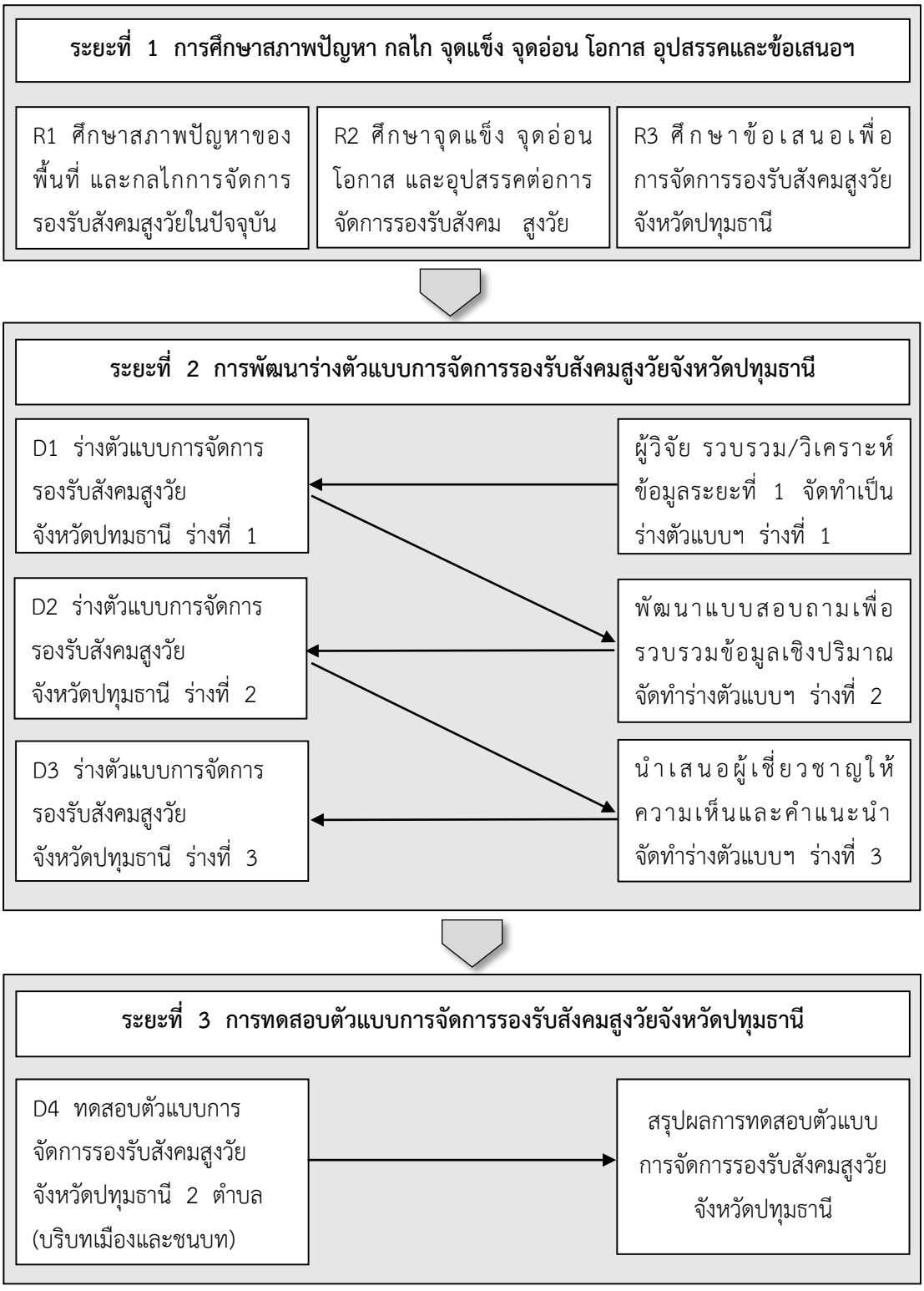
ระยะที่ 2 4) พัฒนาตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี

ระยะที่ 3 5) ทดสอบตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาของพื้นที่ กลไกการทำงานในปัจจุบัน จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส อุปสรรค และข้อเสนอเพื่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัย เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม 8 ครั้ง กับผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานสังคมสูงวัย ระดับจังหวัด 4 คน ระดับอำเภอ 7 อำเภอๆละ 15 คน รวม 119 คน ระยะที่ 2 พัฒนาตัวแบบโดยการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาสร้างเป็นร่างตัวแบบ และประเมินตัวแบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด อำเภอและสมัชชาสุขภาพ 105 คน และระยะที่ 3 ทดลองใช้/ประเมินผล โดยนำร่างตัวแบบมาทดลองใช้กับพื้นที่ตำบลที่มีบริบทความเป็นเมืองและชนบทอย่างละ 1 พื้นที่เป็นเวลา 3 เดือน รวบรวมข้อมูลด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดย

การวิเคราะห์เนื้อหา และมีกรอบการดำเนินการวิจัย
รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบการดำเนินการวิจัยพัฒนาตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Validity) การวิจัยเรื่องการพัฒนาตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง ดังนี้

1.เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 1 : แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของพื้นที่และกลไกการจัดการรองรับสังคมสูงวัยในปัจจุบัน ศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคต่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัย และศึกษาข้อเสนอเพื่อพัฒนาการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบเฉพาะหน้า (Face Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์/สาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ/การวิจัย จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 2 ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามเพื่อการสอบทานความเหมาะสมเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมเชิงบริบทการทำงานตามตัวแบบฯ ร่างที่ 1 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบเฉพาะหน้า (Face Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ก่อนนำไปเก็บข้อมูลในบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี จากภาคราชการ/การเมือง ภาควิชาการ/วิชาชีพและภาคประชาสังคม จำนวนรวม 105 คน

2.2 แบบสอบถามเพื่อการสอบทานความเหมาะสมเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมเชิงบริบทการทำงานตามตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี ร่างที่ 2 เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ให้ความเห็นแล้วนำมาคำนวณหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยยอมรับค่า CVI ที่มากกว่า 0.7 (Gilbert & Prion, 2016.) นำมาปรับเป็นตัวแบบฯ ร่างที่ 3

3.เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 3 : แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เพื่อประเมินผลการทดสอบตัวแบบ และความพึงพอใจโดยรวม/ประโยชน์ของตัวแบบ ต่อการพัฒนาการจัดการรองรับสังคมสูงวัย ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงแบบเฉพาะหน้า (Face Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน

ผลการวิจัย

1.ผลการศึกษาสภาพปัญหาของพื้นที่ และกลไกการจัดการรองรับสังคมสูงวัยในปัจจุบัน พบว่า ในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดปทุมธานี มีสภาพปัญหาที่แตกต่างกันไป โดยพื้นที่อำเภอเมือง มีปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง (มิติด้านสุขภาพ) อำเภอคลองหลวง มีปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมืองและความปลอดภัยในชีวิต/ทรัพย์สิน (มิติด้านสุขภาพและมิติด้านสังคม) อำเภอธัญบุรี มีปัญหาชุมชนแออัด ขยะ น้ำเสีย และการจราจรติดขัด (มิติด้านสิ่งแวดล้อม) อำเภอหนองเสือ มีปัญหาผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ (มิติด้านเศรษฐกิจ และมิติด้านสังคม) อำเภอลาดหลุมแก้ว มีปัญหาแรงงานต่างด้าวสูงอายุ แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง โรคจากแรงงานต่างด้าว (มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสังคม และมิติด้านสุขภาพ) อำเภอลำลูกกา มีปัญหายาเสพติดและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ ในการออกให้บริการ (มิติด้านสุขภาพและมิติด้านสังคม) และอำเภอสามโคก มีปัญหาการจัดการภัยพิบัติ กับการอพยพผู้สูงอายุเมื่อเกิดสถานการณ์ภัยพิบัติ (มิติด้านสิ่งแวดล้อม) สำหรับกลไกหลักในการจัดการรองรับสังคมสูงวัยในปัจจุบัน พบว่า อยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2. ผลการศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคต่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัย พบว่า จุดแข็ง คือ มีโครงสร้างในหน่วยงานภาครัฐและบุคลากร มีความรู้ แต่ยังมีจุดอ่อน ที่ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน เนื่องจากมีภารกิจตามกฎหมายและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่แตกต่างกัน สำหรับโอกาส คือ ความตระหนัก

ถึงการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย การมีกฎหมายและเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการทำงาน รวมทั้งแนวคิดการพัฒนาอารยะสถาปัตย์ที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แต่อุปสรรค คือ ขาดความต่อเนื่องเชิงนโยบาย และความก้าวหน้าของเทคโนโลยี และความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุถูกมีโอกาสหลอกลวงและถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังเนื่องจากลูกหลานออกไปทำงานมากขึ้น

3. ข้อเสนอเพื่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัย คือ การเปิดโอกาสให้เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ เข้ามามีส่วนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการกำหนดแผน พื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานร่วมปฏิบัติและรับผิดชอบผลการดำเนินงาน รวมทั้งจัดให้มีคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ และมีเจ้าภาพประสานงาน คือสร้าง “Mr.สูงวัย” ในพื้นที่ และมีการอำนวยการในทุกระดับ มีการรายงานตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้พอเพียง

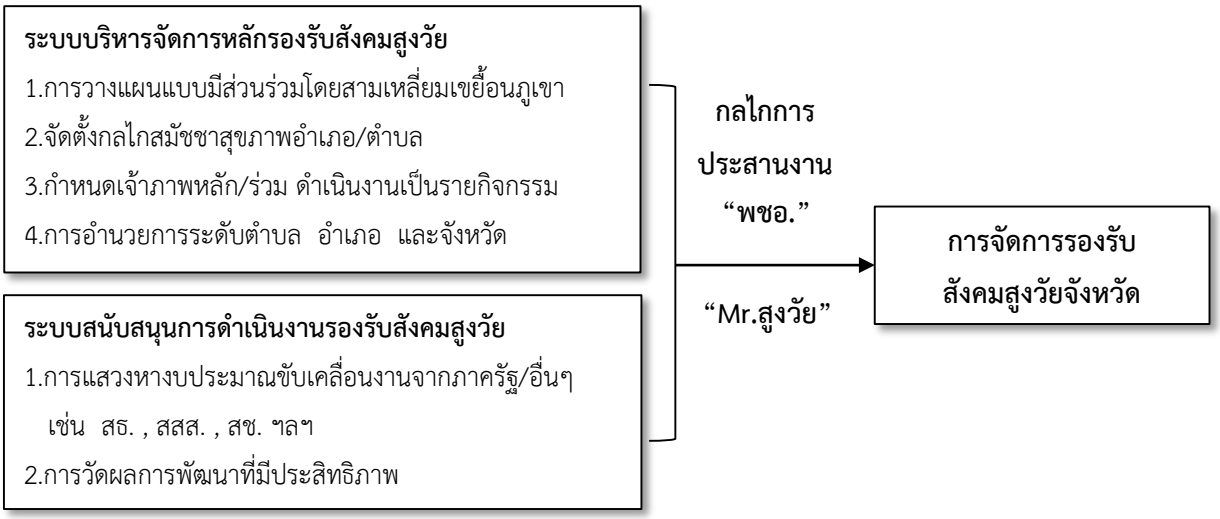
4.การพัฒนาและทดสอบตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี

4.1 การพัฒนาตัวแบบได้ร่างตัวแบบเพื่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัย : ตัวแบบฯ ประกอบด้วย ระบบบริหารจัดการหลักรองรับสังคมสูงวัย ระบบสนับสนุนการดำเนินการรองรับสังคมสูงวัย และกลไกการประสานงาน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ระบบบริหารจัดการหลักรองรับสังคมสูงวัย ประกอบด้วย 1) การวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา 2) จัดตั้งกลไกสมัชชาสุขภาพอำเภอ/ตำบล 3) กำหนดเจ้าภาพหลัก/ร่วม ดำเนินงานเป็นรายกิจกรรม และ 4) การอำนวยการระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

ส่วนที่ 2 ระบบสนับสนุนการดำเนินงานรองรับสังคมสูงวัย ประกอบด้วย 1) การแสวงหางบประมาณขับเคลื่อนงานจากภาครัฐ/อื่นๆ เช่น สธ. สสส. สช.ฯลฯ และ 2) การวัดผลการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 3 กลไกการขับเคลื่อน ใช้กลไก “พชอ.” โดยการสร้างผู้ประสานงาน คือ “Mr.สูงวัย” รายละเอียดดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี

4.2 การทดสอบตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดปทุมธานี : ผู้วิจัยนำตัวแบบนำไปทดลองปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความเป็นบริบทของสังคมเมือง ที่ตำบลบางปรอก อำเภอเมืองปทุมธานี และพื้นที่ที่มีบริบทของสังคมชนบทที่ตำบลบึงบา อำเภอหนองเสือ วัดผลการดำเนินงานด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ด้านกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ก่อนการพัฒนาตัวแบบฯ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการจัดการรองรับสังคมสูงวัย จำกัดในวงการผู้ทำงานภาคราชการ กลุ่มเป้าหมายการจัดการรองรับสังคมสูงวัย เน้นกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก การดำเนินงานเป็นการปฏิบัติตามนโยบายที่ส่งผ่านมาจากหน่วยงานระดับที่เหนือขึ้นไป หลังการนำตัวแบบมาใช้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมให้ข้อเสนอต่อการพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องการเตรียมความพร้อมรับสังคมสูงวัย ที่ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ที่รวมตัวกันในลักษณะของชมรมผู้สูงอายุ แต่กลุ่มวัยอื่นอาทิ กลุ่มวัยทำงาน ได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาธรรมนูญสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย เดิมกลไกการขับเคลื่อนงานสังคมสูงวัยระดับอำเภอ เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ส่วนระดับจังหวัด เป็นหน่วยงานผู้แทนกระทรวงฯ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พมจ.) หลังมีกระบวนการทดสอบตัวแบบฯ ระดับตำบลมีการดำเนินการทบทวนกลไกการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตามแนวทางสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ภาคราชการ/การเมือง ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม) โดยระหว่างนี้ อยู่ระหว่างการปรับกลไกการดำเนินงานเพื่อการขับเคลื่อนงานรองรับสังคมสูงวัย

การแสวงหางบประมาณดำเนินงาน ที่ผ่านมาขอรับการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานจากหน่วยงานของรัฐเท่านั้น เมื่อเกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น คณะทำงานฯ หรือกลไกระดับต่างๆ มีการแสวงหาแหล่งงบประมาณมากขึ้น อาทิ การเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หรือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สรุปผลการทดสอบตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้ร่วมวิจัยมีความพึงพอใจต่อตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี และเห็นว่าตัวแบบดังกล่าวเกิดประโยชน์ต่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัยของจังหวัดปทุมธานี

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสภาพปัญหาของพื้นที่และกลไกการจัดการรองรับสังคมสูงวัยในปัจจุบัน พบว่า จังหวัดปทุมธานี มีสภาพปัญหาที่แตกต่างกันไป ทั้งปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ชุมชนแออัด ปัญหาสิ่งแวดล้อม ขยะ น้ำเสีย การจราจรติดขัด ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ ปัญหาแรงงานต่างด้าวสูงอายุ แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำที่เกิดจากแรงงานต่างด้าว ปัญหายาเสพติด ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในการออกให้บริการ ปัญหาการจัดการภัยพิบัติ และการอพยพผู้สูงอายุเมื่อเกิดสถานการณ์ภัยพิบัติ จากปัญหาที่ค้นพบดังกล่าวเนื่องจากจังหวัดปทุมธานี มีความหลากหลายในบริบทของชุมชนทั้งการเป็นสังคมเมืองกึ่งเมือง สังคมชนบท และสังคมเกษตรกรรม ความแตกต่างของบริบทชุมชน ทำให้การจัดการดำเนินไปด้วยความยากลำบาก บางพื้นที่มีประชากรแฝงหลากหลาย ทั้งประชากรแฝงกลางวัน (มาเรียน มาทำงาน) ประชากรแฝงกลางคืน (มีบ้านพักในจังหวัดปทุมธานี) ประชากรแฝงนักเรียน นักศึกษา รวมทั้งประชากรแฝงต่างด้าว ทั้งหมดนี้ ทำให้ภาครัฐต้องแบกรับการทำงานมากกว่าปกติ สอดคล้องกับการวิจัยของ Tasanee Thongsawang (1994, 230-239) ซึ่งศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในชุมชนและปัญหาของชุมชนกึ่งชนบทกึ่งเมือง ปัญหาของชุมชนกึ่งชนบทกึ่งเมืองจึงมีสภาพของปัญหาที่เป็น ปัญหารวมกัน

ของทั้งสังคม ชนบท และสังคมเมืองแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ ปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐาน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสาธารณสุขและอนามัย ปัญหาด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปัญหาการจราจรและการคมนาคม และสอดคล้องกับงานวิจัยของRapeepan Lapa (2018) ซึ่งศึกษาเรื่องความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในผู้สูงอายุ ในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้คนวัยแรงงานต้องออกไปทำงานต่างถิ่นและจำเป็นต้องปล่อยให้ผู้สูงอายุต้องถูกทอดทิ้งไว้ และมีข้อเสนอให้ส่งเสริมทักษะการประกอบอาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ มีรายได้เพิ่มขึ้น ลดการพึ่งพาครอบครัว และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ ยังควรส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งเสริมทักษะอาชีพให้คนวัยทำงานเพื่อลดการย้ายถิ่นฐานเพื่อทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุไม่ถูกทอดทิ้ง

ผลการศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรคต่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัย พบว่า มีโครงสร้างในหน่วยงานภาครัฐและบุคลากรมีความรู้ แต่จุดอ่อน คือ ยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน โอกาส คือ ความตระหนักถึงการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย มีกฎหมายและเทคโนโลยี ที่เอื้อต่อการทำงาน รวมทั้งการพัฒนาอารยะสถาปัตย์ แต่อุปสรรค คือ ขาดความต่อเนื่องเชิงนโยบายและความก้าวหน้าของเทคโนโลยี สภาพเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุถูกหลอกลวง/ถูกทอดทิ้งมากขึ้น ดังนั้น ในการพัฒนาการจัดการรองรับสังคมสูงวัย จึงจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือ และบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Siranee Srihapak (2020). ซึ่งศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น พบว่า 1) การก่อประเด็นการพัฒนานโยบายสาธารณะ เป็นการเรียนรู้ต้นทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และสะท้อนปัญหาการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 2) กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน อาศัยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพัฒนาองค์ความรู้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยการบูรณาการทำงานร่วมกันของหน่วยงานในพื้นที่ และ 3) การประเมินผลการพัฒนานโยบายสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเป็นการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลลัพธ์ของนโยบายสาธารณะ ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการดูแลระยะยาวจากกองทุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้น การพัฒนานโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องพัฒนากระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมและการบูรณาการภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงจะทำให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและทำให้เกิดผลลัพธ์ของนโยบายด้านสุขภาพต่อไป

สำหรับข้อเสนอเพื่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดปทุมธานี การพัฒนาตัวแบบ และ การทดสอบในพื้นที่บริบทเมืองและบริบทชนบท พบว่า ตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัย ประกอบด้วย ระบบบริหารจัดการหลักรองรับสังคมสูงวัย ระบบสนับสนุนการดำเนินงานรองรับสังคมสูงวัย และกลไกการประสานงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระบบบริหารจัดการหลักรองรับสังคมสูงวัย : ระบบบริหารจัดการหลักรองรับสังคมสูงวัย เน้นที่การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การจัดตั้งกลไกสมัชชาสุขภาพระดับตำบล/อำเภอ การกำหนดเจ้าภาพหลัก/เจ้าภาพร่วม และการอำนวยการ สำหรับการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยกลไกสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขานั้น จากผลการดำเนินงานพบว่า การมีส่วนร่วมที่ครบองค์ประกอบตามกลไกสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา จะช่วยให้เกิดการร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผลการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของKatreeya Karam (2020). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติ ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยแวดล้อมทาง

นโยบายและกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และศึกษารูปแบบการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติจังหวัดนนทบุรี โดยหมายถึง กลไก และกระบวนการพัฒนาผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติ โดยมีระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย 12 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม – ธันวาคม 2562 พบว่า ปัจจัยหลักในการกำหนดความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่ประกอบไปด้วย การจัดกลไก การทบทวนวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำหนดประเด็นในการพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย การตัดสินใจเชิงนโยบาย (การจัดประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัด) การผลักดันขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ การประเมินผลนโยบาย และการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะกระบวนการขั้นการจัดกลไก การกำหนดประเด็น และการผลักดันขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ ในส่วนของปัจจัยแวดล้อมทางนโยบายเป็นปัจจัยเสริมที่เอื้อและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปสู่การปฏิบัติ รูปแบบการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติ จังหวัดนนทบุรี คือ รูปแบบสมดุลประยุกต์ คือกลไกมีความสมดุลภาคส่วน กระบวนการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติมีการประยุกต์จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ส่วนในประเด็นของการจัดตั้งกลไกสมัชชาสุขภาพอำเภอ/ตำบล การกำหนดเจ้าภาพหลัก/ร่วม การดำเนินงานเป็นรายกิจกรรม และการอำนวยการระดับอำเภอ ตำบล จังหวัด ทำให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินงาน โดยการจัดตั้งกลไกสมัชชาสุขภาพอำเภอ/ตำบล พบว่าการดำเนินการตามตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานี ทำให้เกิดการเสริมหนุนการทำงาน ซึ่งเดิมดำเนินการจำกัดในหน่วยงานภาครัฐ และก่อให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย มีการพัฒนากลไกสมัชชาสุขภาพทั้งระดับตำบล และอำเภอที่สอดคล้องกับประเด็นสังคมสูงวัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของแคทรียา การาม (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสู่การปฏิบัติ ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี พบว่า ปัจจัยหลักในการกำหนดความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการ พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่ประกอบไปด้วย การจัดกลไก การทบทวนวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำหนดประเด็นในการพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย การตัดสินใจเชิงนโยบาย (การจัดประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัด) การผลักดันขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ การประเมินผลนโยบาย และการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะกระบวนการขั้นการจัดกลไก การกำหนดประเด็น และการผลักดันขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติ ในส่วนของปัจจัยแวดล้อมทางนโยบายเป็นปัจจัยเสริมที่เอื้อและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปสู่การปฏิบัติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hathairat Kongsueb and Wilailak Rueangratanatri (2019). ที่ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 7 แห่ง จากจำนวน 1,683 แห่ง ที่สุ่มด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง โดยสุ่ม รพ.สต.ติดดาว จาก 4 ภาค ๆละ 1 เขตสุขภาพๆ ละ 1-2 จังหวัด ๆ ละ 1แห่ง รวม7 แห่ง ได้แก่ 1. รพ.สต. ติดดาว จังหวัดลพบุรี 2. รพ.สต. ติดดาว จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 3. รพ.สต. ติดดาว จังหวัดฉะเชิงเทรา 4. รพ.สต. ติดดาว จังหวัดนครราชสีมา 5. รพ.สต. ติดดาว จังหวัดกาฬสินธุ์ 6. รพ.สต. ติดดาว จังหวัดเชียงใหม่ และ 7. รพ.สต. ติดดาว จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า รพ.สต.ทุกแห่ง มีปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ตามกรอบแนวคิดของแมคคินซีย์ครบทั้ง 7 ประการ โดย (1) ด้านกลยุทธ์ขององค์กร พบว่า รพ.สต.ทุกแห่ง มีการวางแผนการดำเนินงาน และ 1 แห่ง มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพตำบลเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงาน (2) ด้านโครงสร้างขององค์กร พบว่า รพ.สต.ทุกแห่ง มีการจัดกลุ่มงานและมอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินงานอย่างชัดเจนและสอดคล้องกับงานวิจัยของมุทิตา วรกัลยากุล (2556). การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสำเร็จในการบริหารงานของเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานภาพองค์กรของเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี 2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานของเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี และ 3) แสวงหาแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี โดยการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของพนักงานเทศบาลนครรังสิตจำนวน 157 คน ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพได้ทำการสัมภาษณ์ นายกเทศมนตรีนครรังสิต ปลัดเทศมนตรีนครรังสิต และประธานชุมชนรังสิต พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการบริหารงานของเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี คือ ปัจจัยด้านโครงสร้าง ปัจจัยด้านระบบงาน โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระบบสนับสนุนการดำเนินงานรองรับสังคมสูงวัย : ระบบสนับสนุนการดำเนินงานรองรับสังคมสูงวัย พิจารณาจากการแสวงหางบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงานรองรับสังคมสูงวัย และ การกำหนดตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพ โดยในส่วนของการแสวงหางบประมาณ แต่เดิมใช้งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรผ่านกระทรวง กรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณผลผลิตรายกลุ่มวัย ของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนงบประมาณประจำปี ซึ่งอาจไม่เพียงพอหรือใช้จ่ายอย่างไม่มีประสิทธิภาพ โดยเมื่อนำตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานีมาทดสอบในพื้นที่นำร่อง พบว่า กระตุ้นให้เกิดการทำงานเชิงรุกและการแสวงหางบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ลดการพึ่งพิงงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ ที่เป็นการทำงานเชิงรับ และเริ่มพัฒนาเข้าสู่การดำเนินงานเชิงรุก เพื่อแสวงหางบประมาณเพื่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจากหน่วยงานอื่นๆเพิ่มขึ้น ทำให้มีแนวโน้มที่การพัฒนานโยบายสาธารณะรองรับสังคมสูงวัยจะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างหน่วยงานที่พื้นที่แสวงหาการสนับสนุนเพิ่มเติม (ทั้งด้านงบประมาณและองค์ความรู้ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานประสานการพัฒนานโยบายรองรับสังคมสูงวัย (สปสว.) รวมทั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Sakdinan Tatha (2023). ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอศรีวิไล ยังดำเนินงานไม่เต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน และการบริหารงบประมาณขาดประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Wilailak Wongchai (2018) ซึ่งศึกษาอิทธิพลของการบริหารงบประมาณที่มีต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของธุรกิจโรงแรมในประเทศไทย ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการบริหารงานภายในองค์การ การติดต่อสื่อสาร การกำหนดเป้าหมายตามงบประมาณที่เหมาะสม แผนงานที่ยืดหยุ่นได้ และการติดตามผลการปฏิบัติงาน โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารของธุรกิจโรงแรมในประเทศไทย จำนวน 370 ราย เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปร และการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า การบริหารงบประมาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลการดำเนินงานของธุรกิจโรงแรมในประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและข้อเสนอแนะทางนโยบาย

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การนำตัวแบบการพัฒนาตัวแบบการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจังหวัดปทุมธานีมาใช้ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่ครบองค์ประกอบตามกลไกสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา และช่วยให้เกิดการร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมปฏิบัติ และร่วมรับผลการปฏิบัติงาน รวมทั้ง ทำให้เกิดการเสริมหนุนการทำงาน ซึ่งเดิมดำเนินการจำกัดในหน่วยงานภาครัฐ และยังก่อให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย มีการพัฒนากลไกสมัชชาสุขภาพทั้งระดับตำบล และอำเภอที่สอดคล้องกับประเด็นสังคมสูงวัย นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแบบฯ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำงานเชิงรุกและการแสวงหางบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ลดการพึ่งพิงงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ ที่เป็นการทำงานเชิงรับ และเริ่มพัฒนาเข้าสู่การดำเนินงานเชิงรุก เพื่อแสวงหางบประมาณเพื่อการจัดการรองรับสังคมสูงวัยจากหน่วยงานอื่นๆเพิ่มขึ้น ทำให้มีแนวโน้มที่การพัฒนานโยบายสาธารณะรองรับสังคมสูงวัยจะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างหน่วยงานที่พื้นที่แสวงหาการสนับสนุนเพิ่มเติม (ทั้งด้านงบประมาณและองค์ความรู้ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานประสานการพัฒนานโยบายรองรับสังคมสูงวัย (สปสว.) รวมทั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ยกระดับการจัดการรองรับสังคมสูงวัย จากระดับตำบลสู่ระดับอำเภอ และขยายผลสู่ระดับจังหวัดและจังหวัดอื่นๆในเขตสุขภาพ ด้วยเครื่องมือนโยบายสาธารณะ หรือธรรมนูญสุขภาพ เป็นต้น

2. พัฒนารูปแบบการจัดการเพื่อการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ อาทิ การจัดการปัญหาฝุ่น PM 2.5 การป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ (Flu) การติดเชื้อวัณโรคดื้อยา (MDRTB) เป็นต้น

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1.ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานและความเข้มแข็ง ของกลไกสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด

2.ประเมินผลการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบล ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาผลการดำเนินงานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มเป้าหมายการวิจัยทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อมูลที่สำคัญจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอบคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจศึกษาการจัดการรองรับสังคมสูงวัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Katreeya Karam. (2020). Model for driving public policy for health with participation at the local Level into practice in Nonthaburi Province, year 2016. Master's thesis Faculty of Public Health Mahidol University

Tasanee Thongsawang. (1994). Thai society. Odeon Store Publishing.

Muthita Worakanyakul. (2013). Success in the administration of Rangsit City Municipality, Pathum Thani Province.Journal of Academic Resources. , 4(1), 144–158.

Thai Elderly Research and Development Institute Foundation. (2021). Situation of the Thai elderly 2020. Institute for Population and Social Research. Mahidol University

Rapeepan Lapa. (2018). Happiness and factors related to happiness in the elderly in urban communities in Udon Thani Province. Community Health Development Journal Khon Kaen University. 6(3), 143-422.

Wilailak Wongchai. (2018). Influence of budget management on business operational Effectiveness to Hotels in Thailand. Master's degree thesis Department of Accounting, Faculty of Accountancy Chiang Rai Rajabhat University.

Sakdinan Tatha. (2023, 14 April). Developing an operational model to develop the quality of life at the district level of the district. Sriwilai, Bueng Kan Province. (https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=203)

Siranee Srihapak. (2020). Public policy development process for long-term care of the elderly in the community : case study of Khon Kaen province. Health Center Journal 9, 15 (36) Office of the National Health Commission. (2009). Statute on the National Health System, 2007. Wiki Company Limited.

Office of the National Health Commission. (2009). National Health Act 2007. Wiki Company Limited.

Pathum Thani Provincial Public Health Office. (2022, 30 June). “Report on the results of health screening for the elderly, No. 1/2022”.

Registration Administration Office, Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. (2023, 20 June). Population statistics. (http://www.dopa.go.th/index_3.htm.)

Hathairat Kongsueb and Wilailak Rueangratanatri. (2019). Success factors in quality development operations. Tidao Subdistrict Health Promoting Hospital. Journal of Health Research and Development, 5 (1), 72-84.

Factors Effecting Personnel Participation in Quality Improvement of Medium and Small Sized Community Hospital in Sisaket Province

Ticharat Chaibanjongwat[1] Nittaya Pensirinapa[2*] Warangkana Chankong[2]

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

** Corresponding author e-mail: pon_ticharat@hotmail.com, pensirinap@gmail.com*

2 School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Chaibanjongwat, T., Pensirinapa, N. ., & Chankong, W. . Factors Effecting Personnel Participation in Quality Improvement of medium and Small sized Community Hospital in Sisaket Province. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/271727

Received: 20 March 2024

Revised: 3 April 2024

Accepted: 10 April 2024

Abstract

This research's objectives are to study: (1) the level of personnel participation in community hospitals' quality development; (2) personal factors, motivating factors, and hygiene factors of personnel; and (3) factors effecting personnel participation in community hospitals' quality development in Sisaket Province.

This survey research, had a sample size of 189 health professional personnel with at least 1 year working experience in a community hospital, selected by multiple stage sampling from a total of 583 community hospital personnel. The data collection instrument was a questionnaire with a reliability of 0.965. Data analysis was conducted for descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results of the study showed (1) A high level of personnel participation in quality development of community hospitals. (2) Majority of personal factors were female; between 41-50 years old; having bachelor's degree level; being a nursing profession, with 1-5 years experience; being members of the quality development committee (51.6%); and 67.8% (????) had been trained in quality development. Both motivating factor and hygiene factor were at a high level, except a moderate level for compensation. (3) Effecting factors on personnel participation in quality development had 5 variables, from most to least positive influence were recognition, job security, policy, compensation, and working conditions. Together they explained 68.8 percent of the variation in personnel participation scores.

Keywords: participation in activity; quality development; community hospital

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ

ฐิชารัศม์ ชัยบรรจงวัฒน์ [1] นิตยา เพ็ญศิรินภา[2*] วรางคณา จันทร์คง[2]

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: pon_ticharat@hotmail.com, nittaya.pen@stou.ac.th*

2 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 20 มีค. 2567
วันแก้ไข 3 เมย.2567
วันตอบรับ 10 เม.ย. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (2) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรโรงพยาบาล และ (3) อิทธิพลของปัจจัยต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ประชากรเป็นบุคลากรวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มีจำนวน 583 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 189 คน จากสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.965 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า (1) ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับสูง (2) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ41-50 ปี การศึกษาปริญญาตรี วิชาชีพพยาบาล ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 1-5 ปี เป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพร้อยละ 51.6 และเคยได้รับการอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพ สำหรับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านค่าตอบแทนที่อยู่ในระดับปานกลาง (3) อิทธิพลของปัจจัยต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพมี 5 ตัวแปร เรียงจากอิทธิพลเชิงบวกมากไปน้อย ได้แก่ การได้รับการยอมรับ ความมั่นคงในการทำงาน นโยบาย ค่าตอบแทน และสภาพการทำงาน โดยร่วมกันอธิบายการแปรผันของคะแนนการมีส่วนร่วมของบุคลากรได้ร้อยละ 68.8

คำสำคัญ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม; การพัฒนาคุณภาพ; โรงพยาบาลชุมชน

บทนำ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยเริ่มจากการนำแนวคิด Total quality management(TQM) หรือ Continuous quality improvement (CQI) มาทดลองปฏิบัติในโรงพยาบาลรัฐ 8 แห่ง เมื่อ พ.ศ. 2535 และได้มีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เสร็จสิ้นในปี 2549 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2554) การพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เป็นการพัฒนาระบบบริหารและระบบงานภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร กระตุ้นให้องค์กรเกิดการพัฒนาระบบงาน การแก้ไขปัญหา มีการประเมินตนเอง และพัฒนาตนเองให้คุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมาตรฐาน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั้งองค์กร (Pruekpitikul S, 2000)(Suphachutikul A. et. al., 1998) จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัพฮอฟฟ์ (1981) ระบุว่า การมีส่วนร่วมทำให้บุคคลมีโอกาสร่วมเสนอความคิดเห็น ตัดสินใจในการเลือกแนวทางการดำเนินงาน มีอิสระในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในงาน ภาคภูมิใจที่จะทำงานเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อองค์กร (Cohen and Uphoff, 1977)

ข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้สำรวจบุคลากรทางด้านสาธารณสุขคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรในพื้นที่พบว่าจังหวัดศรีสะเกษมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขต่อประชากรน้อยติดอันดับ1ใน10ของประเทศไทย (Ministry of Public Health Office of the Permanent Secretary, 2021) ส่งผลให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษมีภาระงานในด้านการบริการประชาชนที่สูงกว่าพื้นที่อื่นเมื่อเปรียบเทียบตามสัดส่วนที่เท่ากัน ปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาจากทางด้านของบุคลากรไม่เพียงพอ และด้านภาระงานที่มาก (Sununtinee Homloey, 2022) ซึ่งตามโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนจะมีจำนวนบุคลากรน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จากการจัดสรรบุคลากรตามขนาดของโรงพยาบาล (Human Resources Management Division, 2023) จังหวัดศรีสะเกษพบอุบัติการณ์การส่งขอรับการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลไม่ทันเวลาที่กำหนดไว้มีจำนวน 2 แห่งในปีพ.ศ.2566 สาเหตุอาจเกิดขึ้นจากเกิดความเหนื่อยล้าในการพัฒนางานด้านคุณภาพ ขาดการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลซึ่งมีผู้รับผิดชอบงานด้านพัฒนาคุณภาพทำเพียงทีมเดียวและด้านวัฒนธรรมองค์กรในการพัฒนาคุณภาพที่ขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินในขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้สำเร็จ คือการดำเนินการของสถานพยาบาล 8 เดือน ก่อนวันหมดอายุการรับรอง (Piyawan Limpanyalert, 2023)

โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษที่กำลังจะขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ *(Re-Accreditation)* จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ในปี พ.ศ.2567-2568 จำนวน 16 แห่ง (Quality and Service Model Development Group, 2023) ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้บริหารได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร จึงสนใจศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ผ่านการรับรองการต่ออายุในรอบต่อๆ ไป

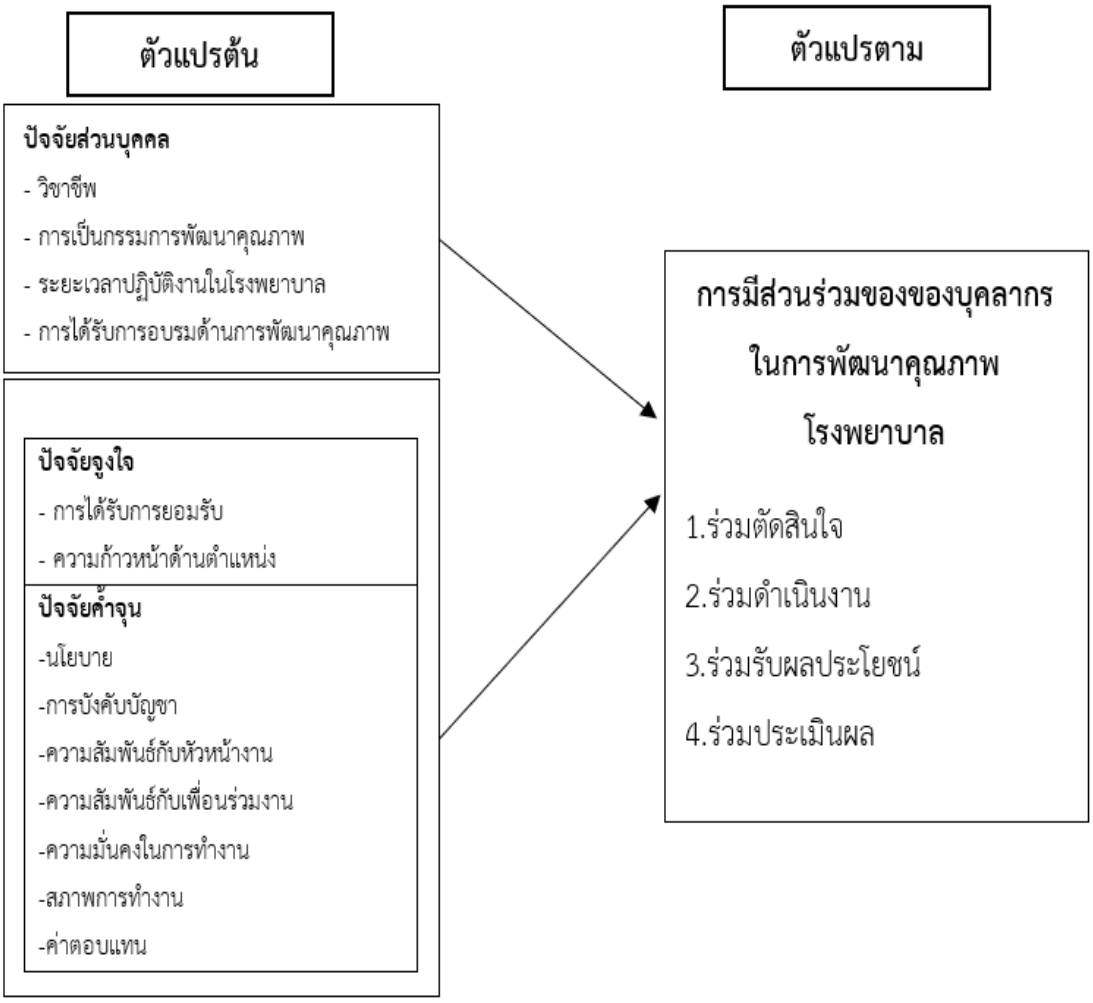
วัตถุประสงค์การวิจัย

1 เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ

2 เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ

3 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็กจังหวัดศรีสะเกษที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 583 คน กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ โดยโปรแกรม G*Power เวอร์ชั่น 3.1.10 จำนวน 189 คน เพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เนื่องจากอาจมีแบบสอบถามบางส่วนที่ข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมตัวอย่างเป็น 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้โรงพยาบาลจำนวน 6 แห่ง จำแนกตามวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข

เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ วิชาชีพ การเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพ ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และการเคยได้รับการอบรมด้านการพัฒนา

คุณภาพ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย 9 ด้าน ปัจจัยจูงใจ 2 ด้าน และปัจจัยค้ำจุน 7 ด้าน จำนวน 27 ข้อ และ ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 16 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (rating scale) คะแนน 1-5 ทั้งนี้เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่าน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.965 และทดลองใช้แบบสอบถามในกลุ่มใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาในส่วนปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน เท่ากับ 0.965 และการมีส่วนร่วมเท่ากับ 0.950

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

เนื่องจากในงานวิจัยฉบับนี้ศึกษาในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวง่าย จึงได้ทำการขอพิจารณาจริยธรรมงานวิจัย และผ่านจริธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 เลขที่ SPPH 2023-181

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1 ผู้ศึกษาทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษพร้อมส่งโครงการการศึกษาเพื่อขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2 ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการส่งแบบสอบถามปิดผนึก จ่าหน้าซองถึงกลุ่ม ตัวอย่าง โดยแบบสอบถามได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามไว้ โดยละเอียด

3 กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกส่งคืนผู้ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา คือค่าร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย(Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D) ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีวิชาชีพพยาบาล มีระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลช่วง 1-5 ปี มากที่สุด เป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ 51.6 และเคยได้รับการอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพร้อยละ 67.8

ปัจจัยจูงใจในภาพรวมอยู่ที่ระดับสูง(3.88±0.56) ส่วนรายด้านการได้รับการยอมรับ อยู่ที่ระดับสูง (3.90±0.63) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ การได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน(3.94±0.71) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ข้อเสนอแนะของท่านเกี่ยวกับกับการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในหน่วยงาน (3.83±0.70) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง อยู่ที่ระดับสูง (3.85±0.64) ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานทำให้ท่านมีโอกาสรับผิดชอบงานที่มีขอบเขตที่กว้างมากขึ้น (3.94±0.68) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานทำให้ท่านมีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน (3.77±0.79)

ปัจจัยค้ำจุนในภาพรวมอยู่ที่ระดับสูง(3.85±0.55) ส่วนรายด้านประกอบด้วยด้านนโยบายอยู่ที่ระดับสูง (3.98±0.71) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ การมีนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ชัดเจน (4.03±0.79) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การรับทราบข้อกำหนดและวิธีการทำงานตามเกณฑ์คุณภาพของโรงพยาบาล (3.95±0.76) ด้านการบังคับบัญชา อยู่ที่ระดับสูง (3.91±0.71) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ หัวหน้างานมอบหมายงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับความสามารถของท่าน (3.96±0.77) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ หัวหน้าหน่วยงานมีการดูแลและชี้แนะการทำงานงานด้านการพัฒนาคุณภาพ

ของบุคลากรให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม (3.85±0.83) ด้านความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน อยู่ที่ระดับสูง (3.90±0.77) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ หัวหน้างานช่วยแก้ไขปัญหาที่พบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากร (3.94±0.82) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ หัวหน้างานเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้แก่บุคลากรในการทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (3.83±0.82) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอยู่ที่ระดับสูง (3.96±0.64) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ เพื่อนร่วมงานให้ความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน (4.02±0.66) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ บุคลากรในหน่วยงานร่วมใจกันทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยไม่มีการแบ่งแยก (3.90±0.74) ด้านความมั่นคงในการทำงาน อยู่ที่ระดับสูง (4.07±0.62) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ หน้าที่การงานของท่านทำให้ท่านมีภาพพจน์ที่ดี (4.0±80.71) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การรู้สึกได้ว่าหน้าที่การงานของท่านมีความมั่นคง (4.05±0.74) ด้านสภาพการทำงาน อยู่ที่ระดับสูง (3.77±0.73) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ โรงพยาบาลมีอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้สามารถดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามตัวชี้วัด (3.85±0.75) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ มีบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (3.71±0.82) และด้านค่าตอบแทนอยู่ที่ระดับปานกลาง (3.37±0.85) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ การได้รับเงินเดือนและค่าวิชาชีพในอัตราเหมาะสมกับงานที่ท่านรับผิดชอบ (3.42±0.92) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ค่าตอบแทน ค่าอยู่เวร หรือเงินพิเศษเพิ่ม ที่เหมาะสมเมื่อปฏิบัติงานที่เพิ่มเติมจากบทบาทหน้าที่เดิม (3.34±0.90) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ

ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน	**Mean (SD.)**	**แปลผล**
ปัจจัยจูงใจรวม	3.88 (0.56)	สูง
การได้รับการยอมรับ	3.90 (0.63)	สูง
ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง	3.85 (0.64)	สูง
ปัจจัยค้ำจุนรวม	3.85 (0.55)	สูง
นโยบาย	3.98 (0.71)	สูง
การบังคับบัญชา	3.91 (0.71)	สูง
ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน	3.90 (0.77)	สูง
ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	3.96 (0.64)	สูง
ความมั่นคงในการทำงาน	4.07 (0.62)	สูง
สภาพการทำงาน	3.77 (0.73)	สูง
ค่าตอบแทน	3.37 (0.85)	ปานกลาง

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง(3.99± 0.58) และรายด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกันคือ ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจอยู่ในระดับสูง(3.58± 0.55) ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง(4.08±0.63) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อยู่ในระดับสูง(4.07±0.67) ด้านการมีส่วนร่วมประเมินผลอยู่ในระดับสูง(4.01±0.67) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาดเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ

การมีส่วนร่วม	Mean (SD.)	แปลผล
การมีส่วนร่วมตัดสินใจ	3.85 (0.55)	สูง
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	4.08 (0.63)	สูง
การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	4.07 (0.67)	สูง
การมีส่วนร่วมประเมินผล	4.01 (0.67)	สูง
การมีส่วนร่วมรวม	3.99 (0.58)	สูง

การพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยตัวแปรอิสระที่นำเข้าสู่สมการเพื่อ การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน มีทั้งหมด 13 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล มี 4 ตัวแปร ได้แก่ วิชาชีพการเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพ ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และการได้รับการอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพ ปัจจัยจูงใจ มี 2 ตัวแปรย่อยได้แก่ การได้รับการยอมรับ และความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง ปัจจัยค้ำจุน มี 7 ตัวแปรย่อยได้แก่ นโยบาย การบังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ความมั่นคงในการทำงาน สภาพการทำงาน และค่าตอบแทน พบว่ามีตัวแปรอิสระที่พยากรณ์มีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ มี 5 ตัวแปร คือ ความมั่นคงในการทำงาน การได้รับการยอมรับ สภาพการทำงาน นโยบาย และ ค่าตอบแทน ซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้ร้อยละ 68.8 (R^2 = 0.688) ดังตารางที่3 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนได้แก่ วิชาชีพการเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพ ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การได้รับการอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพ ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง การบังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ไม่มีผลต่อพยากรณ์การการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ

การเปรียบเทียบอิทธิพลของตัวแปรที่พยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ จากค่า beta พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 มีอยู่ 5 ตัวแปร เรียงจากอิทธิพลเชิงบวกมากไปน้อย ได้แก่ การได้รับการยอมรับ (0.31) ความมั่นคงในการทำงาน (0.30) นโยบาย (0.17) ค่าตอบแทน (0.16) และสภาพการทำงาน(0.14) ตามลำดับ โดยร่วมกันอธิบายการแปรผันของคะแนนการมีส่วนร่วมของบุคลากรได้ร้อยละ 68.8 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อิทธิพลของตัวแปรอิสระต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและเล็กจังหวัดศรีสะเกษ โดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอน(stepwise multiple regression analysis)

ตัวแปรพยากรณ์	β	beta	t	p-value
ค่าคงที่	0.44		2.418	0.017
ความมั่นคงในการทำงาน	0.09	0.30	4.923	< 0.001
การได้รับการยอมรับ	0.10	0.31	6.378	< 0.001
สภาพการทำงาน	0.04	0.14	2.097	0.037
นโยบาย	0.13	0.17	3.128	0.002
ค่าตอบแทน	0.11	0.16	2.897	0.004

R^2 = 0.688 F = 81.984 Sig F < 0.001

อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาปัจจัยจูงใจของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็กจังหวัดศรีสะเกษ โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ซึ่งปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง ที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความพึงพอใจ และเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ทัศนคติทางบวกต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่แท้จริง การได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phattharapron (2018) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางกล่ำ พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านการได้รับการยอมรับนับถืออยู่ในระดับมาก (4.08±0.57) ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับมาก (3.99±0.72) ซึ่งมีผลการศึกษาไปในทางเดียวกัน

สำหรับปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็กจังหวัดศรีสะเกษ โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านค่าตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยค้ำจุนเป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานโดยตรง เป็นเพียงสิ่งที่สกัดกั้นไม่ให้เกิดความไม่พอใจ เพราะถ้าไม่มีให้หรือให้ไม่เพียงพอ จะทำให้บุคลากรเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบสอดคล้องกับงานวิจัยของ Udompanitch and Kanjunsri (2019) ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ปัจจัยค้ำจุนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพมี 5 ตัวแปร เรียงจากอิทธิพลเชิงบวกมากไปน้อย ได้แก่ การได้รับการยอมรับ ความมั่นคงในการทำงาน นโยบาย ค่าตอบแทน และสภาพการทำงาน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sripum (2020) ศึกษาแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ ปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย ด้านเงินเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sretrakankoson (2022)ศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรที่ได้รับบรรจุเป็นข้าราชการยุคโควิด 2019 สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า ระดับความพึงพอใจในของบุคลากรที่ได้รับบรรจุเป็นข้าราชการอยู่ในระดับมาก โดยความพึงพอใจในระดับมากเป็นลำดับแรกคือ ด้านตำแหน่ง

งานที่ได้รับแต่งตั้งให้เข้ารับราชการ (3.91± 0.85) รองลงมาเป็นด้านความก้าวหน้าความมั่นคง ซึ่งช่วยให้ มีความก้าวหน้ามั่นคง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความภาคภูมิใจต่อตนเองและครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thappho (2014) การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐม พบว่า มี 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวก ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน กระบวนการบริหาร และความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ตามลำดับ การศึกษาของ Bouphan and Srisawatphong (2011) พบการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์อยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วม ได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยค้ำจุน ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การด้านการใช้เวลาในการปฏิบัติงาน และปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหวางบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 66.4

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่ไม่มีผลต่อพยากรณ์การการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ วิชาชีพ การเป็นกรรมการพัฒนาคุณภาพ ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล การได้รับการอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพ ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง การบังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับหัวหน้างาน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน อาจเนื่องจากในปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลทำได้ง่ายขึ้นโดยเฉพาะการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองผ่านระบบอินเทอร์เน็ตทำให้การรับรู้ข้อมูลด้านมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามช่องทางต่างๆได้สะดวกรวดเร็ว การใช้เทคโนโลยีสื่อการสอนต่างๆในการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suwanwong (2017) พบว่า ปัจจัยทางด้าน อายุงาน ประเภทบุคลากร หน่วยงาน และประสบการณ์การฝึกอบรมไม่มีผลต่อการรับรู้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ60ปี ซึ่งมีผลการศึกษาไปในทางเดียวกันกับงานวิจัยของ Chaodorn (2019) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ตำแหน่งงานในปัจจุบัน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงานในหน่วยงานและประสบการณ์ในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ไม่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลทุกระดับควรให้การสนับสนุนบุคลากรทุกวิชาชีพได้มีความมั่นคงในการทำงาน มีการเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกวิชาชีพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ มีการยกย่องชมเชย ได้มีภาพพจน์ที่ดี สร้างชื่อเสียงจากการทำงานให้แก่บุคลากรทุกวิชาชีพ

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้มีทิศทางที่ชัดเจน และแจ้งนโยบาย ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีการปรับเปลี่ยนให้บุคลากรได้ทราบอย่างทั่วถึง สามารถนำไปปฏิบัติได้ตามวิธีการทำงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน

3. ควรมีการปรับเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน ค่าวิชาชีพ ค่าอยู่เวร หรือสวัสดิการอื่นๆ เพิ่มมากขึ้นให้เหมาะสมกับงานที่รับผิดชอบตามบทบาทของวิชาชีพ

4. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงสภาพการทำงาน ให้การสนับสนุนเครื่องมือเครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพของโรงพยาบาลให้แก่บุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการทำวิจัย และขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดศรีสะเกษทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Bouphan P. Srisawatphong K. (2011). "*The Quality Improvement of Community Hospitals by Staff Participation in Kalasin Province*." KKU Res J. 2011; 16 (5), 563-574.

Chanankarn P. (2018). *Factors Affecting Employee Motivation of Bangklam Hospital, Bangklam District, Songkhla Province.* Hatyai University.

Chaodorn T. (2019). "*Factors Affecting Services Quality Development of Accredited Quality Services Community Hospitals, Udonthani Province.*" Udonthani Hospital Medical Journal 27 (3), 249-260.

Homloey S. (2022). "*Factors affecting the development and hospital accreditation in the Ministry of Public Health in Hospital Phetchaburi Province*." The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj 2 (2), 23-42.

Human Resources Management Division. (2023). *Structure and staffing framework for regional administrative agencies Under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nonthaburi Province.* Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

Limpanyalert P. (2023). *Regulations of the Institute for Accreditation of Hospital Quality (Public Organization) Subject: Criteria for considering and approving certification of quality development for entire healthcare organizations in the first and second stages, B.E. 2023.* Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization).

Ministry of Public Health Office of the Permanent Secretary. (2021). *Information on medical personnel including doctors, dentists, pharmacists, nurses per 10,000 people per province in 2021.* https://data.go.th/dataset/gdpublish-report-health-resource-64.

Pruekpitikul S. (2000). *Path to Hospital Accreditation (2nd printing).* Bangkok: Technology Promotion Association (Thai-Japanese).

Quality and Service Model Development Group. (2023). "*Project plan and indicators for fiscal year 2024.*" Sisaket Province.

Sretrakankoson S. (2022). "*Satisfaction of Personnel Recruited Civil Servants in the Covid 2019 Under Mahasarakhamhospital, Maha Sarakham Provincial Public Health Office*." Mahasarakham Hospital Journal 19 (1), 181-191.

Sripum N. (2020). "*Motivation Associated with Quality of Working Life among Health Personnel Working in Prachinburi Province*." Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS TJPHS 3 (1), 41-51.

Suphachutikul A. et. al. (1998). *The Physician Leader's Guide In the action learning manual (2nd revised edition).* Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization).

Suwanwong J. (2017). "*Communication that affects perceptions of hospital quality standard certification, a case study of the Golden Jubilee Medical Center.*" Integrated Social Science Journal, 121-143.

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

The Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization). (2011). *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION STANDARDS FOR HOSPITALS 4th Edition* . The Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization), January 2011 .

Udompanitch S. Kanjunsri D. (2019). "*Personal Characteristics And Motivation Effecing The Teamwork of Professional Nurses at In-patien Department In Kalasin Hosital*." Research and Development Health System Journal 12 (3), 568-576.

Uphoff, N.T. Cohen. J.M. (1977). *"Rural Development Committee Center for international Studies." In Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation.* New York: Cornell University Press.

Factors Related to Being a Learning Organization in Quality Development of Community Hospitals, Chumphon Province

Soodruetai Ratanaopas[1] Warangkana Chankong[2*] Araya Prasertchai[2]

1 Student in Master of Public Health Program in Hospital Administration, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University, e-mail: hellokittytoon@gmail.com

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

** Corresponding author e-mail: stouwarang@gmail.com*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Ratanaopas, S., Chankong, W. ., & Prasertchai, A. Factors Related to Being a Learning Organization in Quality Development of Community Hospitals, Chumphon Province. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/270654

Received: 9 February 2024.
Revised: 24 March 2024
Accepted: 10 April 2024

Abstract

This study aimed to study (1) the level of being a learning organization in quality development, (2) the level of personal learning and leadership; organizational factors; and information technology factors; and (3) the relationship between personal factor, organizational factor, and information technology factors, and being a learning organization in quality development of community hospitals in Chumphon province.

This survey research was conducted with 365 public health personnel as a sampling population, randomly selected form those who were working in Chumphon province's community hospitals. The research instrument was a questionnaire that had been checked for content validity with confidence value of 0.91. Data were collected and then analyzed for descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, and chi-square test.

The results showed that: (1) an overall high level for being a learning organization in quality development of community hospitals in Chumphon; (2) an overall high level for personal learning and leadership; an overall high level for organizational and information technology factors; and (3) age, working experience, organizational factors (eight aspects: leadership, organizational culture, vision, strategy, organizational structure, knowledge management, organizational atmosphere, motivation) and information technology factors were significantly related to being a learning organization in quality development of community hospitals in the province (P = 0.05).

Keywords: Learning Organization; Hospital Quality Development; Community Hospitals

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

สุดฤทัย รัตนโอภาส[1] วรางคณา จันทร์คง[2*] อารยา ประเสริฐชัย[2]

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, อีเมล: hellokittytoon@gmail.com

2 รองศาสตราจารย์ ดร., ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: stouwarang@gmail.com*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 9 ก.พ. 2567
วันแก้ไข 24 มี.ค.2567
วันตอบรับ10 เม.ย.2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ (2) ระดับการเรียนรู้ส่วนบุคคล และระดับภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจทำการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร จำนวน 365 คน จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า (1) ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (2) ระดับการเรียนรู้ส่วนบุคคลและระดับภาวะผู้นำ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านองค์กรและปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (3) อายุ ประสบการณ์การทำงาน ปัจจัยด้านองค์กรทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้นำ ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านวิสัยทัศน์ ด้านยุทธศาสตร์ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการจัดการความรู้ ด้านบรรยากาศองค์กร ด้านการจูงใจ และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ องค์กรแห่งการเรียนรู้; การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล; โรงพยาบาลชุมชน

Introduction)

ในปัจจุบันบริบทของสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว อีกทั้งแนวคิดการบริหารจัดการองค์กรสมัยใหม่ ตลอดจนการมีบุคลากรลาออกหรือเกษียณอายุราชการ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กรเป็นอย่างยิ่ง แต่ละองค์กรจึงพยายามรักษาองค์ความรู้นั้นๆ ทำให้องค์กรต่างๆ มีความจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอด ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ โดยการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นทั่วทั้งองค์กรนอกจากจะช่วยให้องค์กรอยู่รอดได้ในสถานการณ์ปัจจุบัน ยังช่วยให้องค์กรมีโอกาสประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้นด้วย โดยการเรียนรู้ในองค์กรจะนำมาซึ่งความสามารถในการบริหารความเปลี่ยนแปลง โดยมีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาคนในองค์กรให้มีความต้องการในการเรียนรู้ร่วมกับการบริหารจัดการที่ดีขององค์กร จึงจะสามารถสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) ได้ การเรียนรู้ขององค์กรในสถานการณ์ปัจจุบันจึงต้องมีรูปแบบการเรียนรู้แบบใหม่ โดยจะต้องอยู่บนพื้นฐานของผลการปฏิบัติงานและวัตถุประสงค์ขององค์กร เน้นความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ มีความสามารถในการกำหนดแนวทางการเรียนรู้ และการเรียนรู้ต้องเป็นส่วนหนึ่งของงานที่ทุกคนทำ เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติอย่างต่อเนื่อง (Michael J. Marquardt, EdD. 2014; Chatchorfa, A., and Dockthaisong, B. 2019)

องค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นแนวคิดในการพัฒนาองค์กรโดยเน้นการพัฒนาการเรียนรู้ร่วมกันของคนในองค์กร เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะร่วมกัน มีการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สนับสนุนให้มีการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ มีการจัดการความรู้อย่างเหมาะสม และมีการนำเทคโนโลยีในการเรียนรู้มาใช้เพื่อพัฒนาองค์กรให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้ (Saengsawang, W., and Wongprasit, N., 2015) เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร นำไปสู่การพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่ได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับคือ แนวคิดของ Michael J. Marquardt (Michael J. Marquardt, EdD., 2014) ได้เสนอตัวแบบขององค์กรแห่งการเรียนรู้ในเชิงระบบ (Systems Learning Organization Model)ที่ประกอบด้วยระบบย่อย 5 ระบบ โดยระบบย่อย 5 ระบบดังกล่าวจะเชื่อมโยงกัน มีระบบย่อยหลักคือ พลวัตการเรียนรู้ ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม และองค์กร ส่วนระบบย่อยอื่นๆ อีก 4 ระบบ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนองค์กร การเอื้ออำนาจให้แก่สมาชิกในองค์กร การจัดการความรู้ และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ช่วยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิผลและคุณภาพของการเรียนรู้ทั่วทั้งองค์กร ซึ่งจะเปลี่ยนองค์กรให้เป็น “องค์การแห่งการเรียนรู้” (Michael J. Marquardt, EdD., 2014) ดังนั้นการเรียนรู้จึงเป็นวิธีการที่สำคัญและจำเป็นสำหรับคนในองค์กร เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

โรงพยาบาลเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ มีการให้บริการด้านสุขภาพที่มีความหลากหลาย ผู้ให้บริการมีวิชาชีพต่างๆ ที่ต้องมีส่วนร่วมในการทำงาน จึงต้องคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยในชีวิตของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ตลอดจนมาตรฐานต่างๆ ในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จะช่วยให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Sitakalin, P., 2015)

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชุมพร มีทั้งหมด 10 แห่ง โดยทุกโรงพยาบาลได้มีการนำแนวทางมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2021) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร พบปัญหาในการดำเนินงานพัฒนา

คุณภาพโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานที่ต้องให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง บุคลากรจึงไม่สามารถหาเวลาทบทวนศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงระบบงานร่วมกันได้ นอกจากนี้ยังมีการโยกย้ายการลาออก และการเกษียณอายุราชการของบุคลากร จึงไม่สามารถนำความรู้ที่ได้จากการทบทวนศึกษามาแบ่งปันถ่ายโอน หรือต่อยอดระหว่างบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจึงขาดความต่อเนื่องและไม่สามารถพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่สำคัญ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Piyamatya, C. 2013; Sangboon, P. 2014; Sritham, R. 2016) จึงต้องการศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลให้กลายเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เพื่อให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำนวน 1,271 คน ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลาก คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรเครซซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 126 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบตัวเลือก จำนวน 7 ข้อคำถาม ด้านการเรียนรู้ส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อคำถาม และด้านภาวะผู้นำ จำนวน 7 ข้อคำถาม เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านองค์กร จำนวน 47 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้นำ ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านวิสัยทัศน์ ด้านยุทธศาสตร์ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการจัดการความรู้ ด้านบรรยากาศองค์กร และด้านการจูงใจ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อคำถาม เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ

ส่วนที่ 4 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จำนวน 49 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 5 ระบบ ได้แก่ พลวัตการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนองค์กร การเอื้ออำนาจให้แก่สมาชิกในองค์กร การจัดการความรู้ และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เป็น

แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อคำถาม

โดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผล (Chomeya, R., 2005) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับค่อนข้างมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.49 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 5.50 – 6.00 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยค่า IOC มีค่าอยู่ ระหว่าง 0.60 - 1.00 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองเก็บข้อมูล (Try out) กับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราคเท่ากับ 0.916

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ รพ.ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ตามเอกสารรับรอง เลขที่ 010/2566 วันที่รับรอง 14 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ข้อมูลและชี้แจงแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจนและให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ และข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบฟิชเชอร์ และ การทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย (Results)

การศึกษาในครั้งนี้เก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามในบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร จำนวน 365 คน ได้แบบสอบถามคืนมาและสมบูรณ์จำนวน 330 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90.41 นำมาวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.0 เพศชาย ร้อยละ 13.0 มีอายุเฉลี่ย 38.98 ปี (อายุต่ำที่สุด 21 ปี สูงที่สุด 61 ปี) โดยอยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 24.0, 41-50 ปี ร้อยละ 21.8 และ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.9 ตามลำดับ มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 15.36 ปี (ต่ำที่สุด 0 ปี สูงที่สุด 40 ปี) โดยมีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 0-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 43.6 รองลงมาคือช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 21.5, 21-30 ปี ร้อยละ 20.0 และ 31 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14.9 ตามลำดับ มีตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบมากที่สุดคือ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 43.3 รองลงมาคือ บุคลากรอื่นๆ ร้อยละ 34.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 86.4 มีบทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 78.8 และได้รับการอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ร้อยละ 61.5

2. ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

ปัจจัยด้านบุคคล

ด้านการเรียนรู้ส่วนบุคคล พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.66, S.D.=0.66) โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ บุคลากรเรียนรู้โดยอาศัยเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการค้นคว้าหาความรู้ได้ ($\overline{X}$=4.78, S.D.=0.80) รองลงมาได้แก่ บุคลากรเรียนรู้จากประสบการณ์ในการทำงานแต่ละวัน ($\overline{X}$=4.77, S.D.=0.76) มีความมุ่งมั่นต่อการเรียนรู้ที่จะปรับปรุง พัฒนางานประจำอยู่เสมอ ($\overline{X}$=4.73, S.D.=0.78) และเรียนรู้จากการแก้ปัญหาในการทำงานร่วมกันเป็นทีม ($\overline{X}$=4.68, S.D.=0.76) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ บุคลากรเรียนรู้ด้วยตนเอง และพัฒนาทักษะความชำนาญของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ($\overline{X}$=4.36, S.D.=0.77) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเรียนรู้ส่วนบุคคล ***(n = 330)***

การเรียนรู้ส่วนบุคคล	$\overline{X}$	**S.D.**	**ระดับความคิดเห็น**	**อันดับ**
1. บุคลากรเรียนรู้ด้วยตนเอง และพัฒนาทักษะความชำนาญของตนเองอย่างสม่ำเสมอ	4.36	0.77	ค่อนข้างมาก	5
2. บุคลากรเรียนรู้จากประสบการณ์ในการทำงานแต่ละวัน	4.77	0.76	มาก	2
3. บุคลากรเรียนรู้จากการแก้ปัญหาในการทำงานร่วมกันเป็นทีม	4.68	0.76	มาก	4
4. บุคลากรมีความมุ่งมั่นต่อการเรียนรู้ที่จะปรับปรุง พัฒนางานประจำอยู่เสมอ	4.73	0.78	มาก	3
5. บุคลากรเรียนรู้โดยอาศัยเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการค้นคว้าหาความรู้ได้	4.78	0.80	มาก	1
รวม	**4.66**	**0.66**	**มาก**	

ด้านภาวะผู้นำ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.60, S.D.=0.59) โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ บุคลากรสามารถเปิดใจรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมงานและนำมาพัฒนาตนเอง ($\overline{X}$=4.92, S.D.=0.74) รองลงมาได้แก่ บุคลากรรับรู้ถึงลักษณะนิสัย จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิตของตนเองที่ชัดเจน ($\overline{X}$=4.68, S.D.=0.72) สามารถจัดการความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ($\overline{X}$=4.68, S.D.=0.73) และมีความเชี่ยวชาญในงานของตนเอง และพร้อมที่จะเรียนรู้และฝึกฝนทักษะใหม่ๆ ($\overline{X}$=4.64, S.D.=0.76) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ บุคลากรมักจะเป็นแกนนำของทีมในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย ($\overline{X}$=4.20, S.D.=0.86) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะผู้นำ **(n = 330)**

ภาวะผู้นำของผู้ตอบแบบสอบถาม	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	อันดับ
1. บุคลากรรับรู้ถึงลักษณะนิสัย จุดเด่น จุดด้อยของตนเอง และมีเป้าหมายในชีวิตของตนเองที่ชัดเจน	4.68	0.72	มาก	2
2. บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในงานของตนเอง และพร้อมที่จะเรียนรู้และฝึกฝนทักษะใหม่ๆ	4.64	0.76	มาก	3
3. บุคลากรสามารถจัดการความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่	4.68	0.73	มาก	2
4. บุคลากรสามารถเปิดใจรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ร่วมงาน และนำมาพัฒนาตนเอง	4.92	0.74	มาก	1
5. บุคลากรมักจะเป็นแกนนำของทีมในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย	4.20	0.86	ค่อนข้างมาก	6
6. บุคลากรมีทักษะการสื่อสารที่ดี สามารถพูดคุยกับผู้ร่วมงานอย่างตรงไปตรงมาเพื่อแก้ไขหรือจัดการปัญหาต่างๆ ได้	4.51	0.79	มาก	5
7. บุคลากรทำในสิ่งที่เชื่อว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง แม้ผู้อื่นจะวิพากย์วิจารณ์	4.58	0.77	มาก	4
รวม	**4.60**	**0.59**	**มาก**	

ปัจจัยด้านองค์กร

ปัจจัยด้านองค์กร พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\overline{X}$=4.29, S.D.=0.72) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านผู้นำ ($\overline{X}$=4.62, S.D.=0.81) รองลงมาได้แก่ ด้านวิสัยทัศน์ ($\overline{X}$=4.33, S.D.=0.81) ด้านยุทธศาสตร์ ($\overline{X}$=4.33, S.D.=0.81) ด้านบรรยากาศองค์กร ($\overline{X}$=4.32, S.D.=0.78) ด้านโครงสร้างองค์กร ($\overline{X}$=4.27, S.D.=0.76) ด้านการจัดการความรู้ ($\overline{X}$=4.18, S.D.=0.86) และด้านวัฒนธรรมองค์กร ($\overline{X}$=4.16, S.D.=0.84) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการจูงใจ ($\overline{X}$=4.12, S.D.=0.88) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านองค์กร **(n = 330)**

ปัจจัยด้านองค์กร	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	อันดับ
1. ด้านผู้นำ	4.62	0.81	มาก	1
2. ด้านวัฒนธรรมองค์กร	4.16	0.84	ค่อนข้างมาก	6
3. ด้านวิสัยทัศน์	4.33	0.81	ค่อนข้างมาก	2
4. ด้านยุทธศาสตร์	4.33	0.81	ค่อนข้างมาก	2
5. ด้านโครงสร้างองค์กร	4.27	0.76	ค่อนข้างมาก	4

ปัจจัยด้านองค์กร	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	อันดับ
6. ด้านการจัดการความรู้	4.18	0.86	ค่อนข้างมาก	5
7. ด้านบรรยากาศองค์กร	4.32	0.78	ค่อนข้างมาก	3
8. ด้านการจูงใจ	4.12	0.88	ค่อนข้างมาก	7
รวม	**4.29**	**0.72**	**ค่อนข้างมาก**	

ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\overline{X}$=4.44, S.D.=0.87) โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในข้อ โรงพยาบาลมีเทคโนโลยีที่ช่วยในการสื่อสารและแบ่งปันความรู้ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เช่น internet, intranet ($\overline{X}$=4.56, S.D.=0.94) รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลมีการนำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาปรับใช้ในการปฏิบัติงาน การบริหาร และกิจกรรมต่างๆ ($\overline{X}$=4.54, S.D.=0.94) บุคลากรสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ ในโรงพยาบาลได้เมื่อต้องการ ($\overline{X}$=4.49, S.D.=0.93) และโรงพยาบาลมีฐานข้อมูลความรู้ที่ออกแบบตามความต้องการของบุคลากรและเป็นประโยชน์กับการทำงานของบุคลากร ($\overline{X}$=4.40, S.D.=0.93) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ โรงพยาบาลมีเทคโนโลยีที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากร เช่น e-learning ($\overline{X}$=4.23, S.D.=1.06) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ **(n = 330)**

ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	อันดับ
1. โรงพยาบาลมีการนำระบบอิเล็กทรอนิกส์มาปรับใช้ในการปฏิบัติงาน การบริหาร และกิจกรรมต่างๆ	4.54	0.94	มาก	2
2. บุคลากรสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่างๆ ในโรงพยาบาลได้เมื่อต้องการ	4.49	0.93	ค่อนข้างมาก	3
3. โรงพยาบาลมีฐานข้อมูลความรู้ที่ออกแบบตามความต้องการของบุคลากรและเป็นประโยชน์กับการทำงานของบุคลากร	4.40	0.93	ค่อนข้างมาก	4
4. โรงพยาบาลมีเทคโนโลยีที่ช่วยในการสื่อสารและแบ่งปันความรู้ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เช่น internet, intranet	4.56	0.94	มาก	1
5. โรงพยาบาลมีเทคโนโลยีที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากร เช่น e-learning	4.23	1.06	ค่อนข้างมาก	5
รวม	**4.44**	**0.87**	**ค่อนข้างมาก**	

3. ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

ผลการศึกษาการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่าระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{x}$ =4.29, S.D.=0.77) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ($\bar{x}$ =4.35, S.D.=0.84) รองลงมาได้แก่ ด้านการเอื้ออำนาจให้แก่สมาชิกในองค์กร ($\bar{x}$ =4.33, S.D.=0.77) ด้านการจัดการความรู้ ($\bar{x}$ =4.27, S.D.=0.82) และด้านการปรับเปลี่ยนองค์กร ($\bar{x}$ =4.26, S.D.=0.83) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านพลวัตการเรียนรู้ ($\bar{x}$ =4.24, S.D.=0.79) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ***(n = 330)***

การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น	อันดับ
1. พลวัตการเรียนรู้	4.24	0.79	ค่อนข้างมาก	5
2. การปรับเปลี่ยนองค์กร	4.26	0.83	ค่อนข้างมาก	4
3. การเอื้ออำนาจให้แก่สมาชิกในองค์กร	4.33	0.77	ค่อนข้างมาก	2
4. การจัดการความรู้	4.27	0.82	ค่อนข้างมาก	3
5. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี	4.35	0.84	ค่อนข้างมาก	1
รวม	**4.29**	**0.77**	**ค่อนข้างมาก**	

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อายุ และประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านการเรียนรู้ส่วนบุคคลและด้านภาวะผู้นำ พบว่า การเรียนรู้ส่วนบุคคลและภาวะผู้นำ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร **(n=330)**

ปัจจัยด้านบุคคล	ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร			Chi-square	df	p-value
	น้อย	มาก	รวม			
1. ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล						
1.1 เพศ				1.130	1	0.288
ชาย	6	37	43			
	14.0%	86.0%	100.0%			
หญิง	60	227	287			
	20.9%	79.1%	100.0%			
1.2 อายุ				11.922	3	0.008*
21-30 ปี	18	92	110			
	16.4%	83.6%	100.0%			
31-40 ปี	18	61	79			
	22.8%	77.2%	100.0%			
41-50 ปี	23	49	72			
	31.9%	68.1%	100.0%			
51 ปีขึ้นไป	7	62	69			
	10.1%	89.9%	100.0%			
1.3 ประสบการณ์การทำงาน				8.298	3	0.040*
0-10 ปี	25	119	144			
	17.4%	82.6%	100.0%			
11-20 ปี	16	55	71			
	22.5%	77.5%	100.0%			
21-30 ปี	20	46	66			
	30.3%	69.7%	100.0%			
31 ปีขึ้นไป	5	44	49			
	10.2%	89.8%	100.0%			
1.4 ตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ				0.990	3	0.804
ผอ.รพ. หรือรักษาการ ผอ.รพ./แพทย์/ทันตแพทย์/เภสัชกร	6	35	41			
	14.6%	85.4%	100.0%			
พยาบาลวิชาชีพ	30	113	143			

ปัจจัยด้านบุคคล	ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร			Chi-square	df	p-value
	น้อย	มาก	รวม			
	21.0%	79.0%	100.0%			
นักวิชาการสาธารณสุข	6	26	32			
	18.8%	81.3%	100.0%			
บุคลากรอื่นๆ	24	90	114			
	21.1%	78.9%	100.0%			
1.5 ระดับการศึกษา				0.643	1	0.423
ปริญญาตรี	55	230	285			
	19.3%	80.7%	100.0%			
อื่นๆ	11	34	45			
	24.4%	75.6%	100.0%			
1.6 บทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล				0.453	1	0.501
ไม่มีบทบาท	12	58	70			
	17.1%	82.9%	100.0%			
มีบทบาท	54	206	260			
	20.8%	79.2%	100.0%			
1.7 การได้รับการอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล				3.485	1	0.062
ไม่ได้รับ	32	95	127			
	25.2%	74.8%	100.0%			
ได้รับ	34	169	203			
	16.7%	83.3%	100.0%			
2. ด้านการเรียนรู้ส่วนบุคคล						
ระดับความคิดเห็นด้านการเรียนรู้ส่วนบุคคล						0.097[a]
น้อย	3	3	6			
	50.0%	50.0%	100.0%			
มาก	63	261	324			
	19.4%	80.6%	100.0%			

ปัจจัยด้านบุคคล	ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร			Chi-square	df	p-value
	น้อย	มาก	รวม			
3. ด้านภาวะผู้นำ						
ระดับความคิดเห็นด้านภาวะผู้นำ						0.489[a]
น้อย	1	2	3			
	33.3%	66.7%	100.0%			
มาก	65	262	327			
	19.9%	80.1%	100.0%			

***** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

[a] Fisher's Exact Test

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านองค์กร กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่าปัจจัยด้านองค์กรทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้นำ ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านวิสัยทัศน์ ด้านยุทธศาสตร์ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการจัดการความรู้ ด้านบรรยากาศองค์กร และด้านการจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านองค์กร กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร **(n=330)**

ปัจจัยด้านองค์กร	ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร			Chi-square	df	p-value
	น้อย	มาก	รวม			
1. ด้านผู้นำ						
ระดับความคิดเห็นด้านผู้นำ				43.636	1	<0.0001*
น้อย	21	12	33			
	63.6%	36.4%	100.0%			
มาก	45	252	297			
	15.2%	84.8%	100.0%			

ปัจจัยด้านองค์กร	ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร			Chi-square	df	p-value
	น้อย	มาก	รวม			
2. ด้านวัฒนธรรมองค์กร						
ระดับความคิดเห็นด้านวัฒนธรรมองค์กร				133.297	1	<0.0001*
น้อย	53	30	83			
	63.9%	36.1%	100.0%			
มาก	13	234	247			
	5.3%	94.7%	100.0%			
3. ด้านวิสัยทัศน์						
ระดับความคิดเห็นด้านวิสัยทัศน์				91.076	1	<0.0001*
น้อย	42	27	69			
	60.9%	39.1%	100.0%			
มาก	24	237	261			
	9.2%	90.8%	100.0%			
4. ด้านยุทธศาสตร์						
ระดับความคิดเห็นด้านยุทธศาสตร์				133.539	1	<0.0001*
น้อย	46	18	64			
	71.9%	28.1%	100.0%			
มาก	20	246	266			
	7.5%	92.5%	100.0%			
5. ด้านโครงสร้างองค์กร						
ระดับความคิดเห็นด้านโครงสร้างองค์กร				125.616	1	<0.0001*
น้อย	45	19	64			
	70.3%	29.7%	100.0%			
มาก	21	245	266			
	7.9%	92.1%	100.0%			
6. ด้านการจัดการความรู้						
ระดับความคิดเห็นด้านการจัดการความรู้				126.010	1	<0.0001*
น้อย	54	35	89			
	60.7%	39.3%	100.0%			

ปัจจัยด้านองค์กร	ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร			Chi-square	df	p-value
	น้อย	มาก	รวม			
มาก	12	229	241			
	5.0%	95.0%	100.0%			
7. ด้านบรรยากาศองค์กร						
ระดับความคิดเห็นด้านบรรยากาศองค์กร				133.595	1	<0.0001*
น้อย	41	11	52			
	78.8%	21.2%	100.0%			
มาก	25	253	278			
	9.0%	91.0%	100.0%			
8. ด้านการจูงใจ						
ระดับความคิดเห็นด้านการจูงใจ				121.324	1	<0.0001*
น้อย	52	33	85			
	61.2%	38.8%	100.0%			
มาก	14	231	245			
	5.7%	94.3%	100.0%			

***** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร พบว่า เทคโนโลยีสารสนเทศมีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร **(n=330)**

ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร			Chi-square	df	p-value
	น้อย	มาก	รวม			
ระดับความคิดเห็นด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ				99.409	1	<0.0001*

ปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร			Chi-square	df	p-value
	น้อย	มาก	รวม			
น้อย	38	17	55			
	69.1%	30.9%	100.0%			
มาก	28	247	275			
	10.2%	89.8%	100.0%			

***** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.05)

อภิปรายผล (Discussion)

ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ในภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก อธิบายได้ว่าบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร มีการเรียนรู้ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีการปรับตัวในสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และมีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อการจัดการและการใช้ความรู้มุ่งสู่ความสำเร็จของโรงพยาบาล ให้อำนาจแก่บุคลากรในการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเรียนรู้อย่างเหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sampaothong, S. (2011) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพระหว่างโรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 1 ที่ได้รับและยังไม่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ระดับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกลุ่มพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 1 ที่

ได้รับการรับรองคุณภาพอยู่ในระดับสูง และ Promrach, W. (2007) ซึ่งทำการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน พบว่า สภาพการณ์ความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแวงใหญ่ โดยรวมทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับสูง

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศกับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า อายุ และประสบการณ์การทำงาน มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Yumak, P., and Kaewkong, C. (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ พบว่า อายุของบุคลากรมีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยศิลปากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับแนวคิดของ Michael J. Marquardt (Michael J. Marquardt, EdD., 2014) ที่เสนอว่า การเรียนรู้ในระดับบุคคลประกอบด้วย การเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากผู้ร่วมงาน และการเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ขององค์กรให้เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ David A. Gavin (1993) ซึ่งได้เสนอว่าองค์กรแห่งการเรียนรู้ควรมีทักษะในกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม ได้แก่ การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ การทดลองแนวทางใหม่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองในอดีต การเรียนรู้จากประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด

ของผู้อื่น และการถ่ายทอดความรู้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพทั่วทั้งองค์กร การสร้างระบบและกระบวนการที่สนับสนุนกิจกรรมเหล่านี้ ทำให้องค์กรสามารถจัดการการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้นำ มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Puknoi, N. (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งเสริมการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ กรณีศึกษาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และการศึกษาของ Senawat, P., et al. (2019) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของพนักงานที่เป็นคนไทยบริษัท N&N Foods Company Limited ซึ่งพบว่าผู้นำองค์กรมีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วัฒนธรรมองค์กร วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร บรรยากาศองค์กร และการจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Aujirapongpan, S., and Prapawat, P. (2009) ศึกษาองค์การแห่งการเรียนรู้ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี และการศึกษาของ Sritham, R. (2016) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของสถานศึกษาในเขตเศรษฐกิจชายแดน จังหวัดเชียงราย ซึ่งพบว่าปัจจัยทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กร วิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร บรรยากาศองค์กร และการจูงใจ มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การจัดการความรู้ มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Julsuwan, S. (2016) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม การศึกษาของ Suknikom, K., and Jasuwan, S. (2019) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน และการศึกษาของ Chuaykong, M., and Boonyarattaphan, T. (2019) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของเทศบาลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่าการจัดการความรู้มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เทคโนโลยีสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษา เช่น การศึกษาของ Plianbumroong, D., et al. (2012) ศึกษากลยุทธ์การพัฒนาสู่องค์การแห่งการเรียนรู้ สำหรับวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข การศึกษาของ Puknoi, N. (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งเสริมการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ กรณีศึกษาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และการศึกษาของ Sangboon, P. (2014) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาสถานศึกษาสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงเรียนในกลุ่มจตุรวิทย์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

1. **ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย**

ด้านบุคคล มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) โรงพยาบาลควรสนับสนุนการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้แก่บุคลากรในทุกระดับ

2) สนับสนุนให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากผู้ร่วมงาน และการเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานในแต่ละวัน เพื่อให้เกิดทักษะที่สำคัญ ได้แก่ การคิดเชิงระบบ แบบแผนความคิด ความเชี่ยวชาญส่วนบุคคล การจัดการการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการเสวนา

ด้านองค์กร มีข้อเสนอแนะดังนี้

1) ด้านผู้นำ โรงพยาบาลควรพัฒนาศักยภาพหัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างานให้มีทักษะในการสนับสนุนความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน

2) ด้านวัฒนธรรมองค์กร โรงพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความรับผิดชอบร่วมกันในการเรียนรู้ บุคลากรทุกคนต้องเป็นทั้งผู้เรียนและผู้สอนได้ เพื่อให้เกิดการแบ่งปันความรู้ซึ่งกันและกันในโรงพยาบาล นำไปสู่วัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ในองค์กร

3) ด้านวิสัยทัศน์ โรงพยาบาลควรสื่อสารวิสัยทัศน์โดยวิธีการต่างๆ ให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจเป้าหมาย และทิศทางในอนาคตของโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน

4) ด้านยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายด้านบุคลากรให้ชัดเจนและสอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาล เช่น การให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสมรรถนะหลักที่ใช้ในการทำงาน การให้รางวัลกับการเรียนรู้ของบุคลากรและทีม เป็นต้น

5) ด้านโครงสร้างองค์กร โรงพยาบาลควรจัดโครงสร้างบังคับบัญชาแบบแบนราบ ลดความซับซ้อน เกิดความคล่องตัวและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างหน่วยงานมากที่สุด

6) ด้านการจัดการความรู้ โรงพยาบาลควรพัฒนาความสามารถในการจัดทำเหมืองข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาเครื่องมือที่เหมาะสมกับโรงพยาบาล เช่น การใช้ software ในรูปแบบต่างๆ และควรเพิ่มการถ่ายโอนความรู้ในโรงพยาบาล โดยการสับเปลี่ยนหมุนเวียนการทำงาน และการทำงานแบบทีมผสม เพื่อให้บุคลากรนำความรู้ต่างๆ ที่ตนเองมีไปใช้ในหน่วยงานอื่นๆ และส่งผ่านความรู้นั้นสู่ผู้ร่วมงานอื่นด้วย

7) ด้านบรรยากาศองค์กร โรงพยาบาลควรเน้นย้ำบุคลากรในเรื่องการมองปัญหาหรือข้อผิดพลาดเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้ และเน้นย้ำว่าปัญหาหรือข้อผิดพลาดใดๆ จะต้องมีการเปิดเผยและรับรู้ร่วมกันในโรงพยาบาล เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่อไป

8) ด้านการจูงใจ โรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการมอบใบประกาศนียบัตรเชิดชูเกียรติแก่บุคลากรที่ทำผลงานคุณภาพให้โรงพยาบาล เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรที่มีความมุ่งมั่น และทุ่มเทให้กับการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ยังพบว่าโรงพยาบาลมีเทคโนโลยีที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากรน้อย ดังนั้นโรงพยาบาลควรนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคลากรในโรงพยาบาลให้มากขึ้น เช่น e-learning หรือระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Performance Support System : EPSS) ซึ่งช่วยให้บุคลากรสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการรับรองคุณภาพกับที่ไม่ได้รับการรับรองคุณภาพ

2) ควรมีการพัฒนารูปแบบการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง (Reference)

Aujirapongpan, S., and Prapawat, P. (2009). Learning Organization A Case Study: The Donsak Hospital, Surattani Province. *Journal of Management Science, 26*(1), 33-56.

Chuaykong, M., and Boonyarattaphan, T. (2019, 29 November). *Factors Affecting the Learning Organization of the Municipality in Suratthani Province*. [Presentation document]. The 9th STOU National Research Conference, Thailand.

Chatchorfa, A., and Dockthaisong, B. (2019). Learning Organization. *Journal of MCU Humannities Review, 5*(1), 157-170. Retrieved from: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/human/article/download/172477/144143/.

Chomeya, R. (2005). 4-Point Likert Type Scale or 6-Point Likert Type Scale). Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/332037044.

David A. Garvin. (1993). Building a Learning Organization. *Harvard Business Review, 71*(4), 78-91. Retrieved from: https://hbr.org/1993/07/building-a-learning-organization.

Julsuwan, S. (2016). Factors Affecting the Learning Organization of Mahasarakham University. *Journal of Education, Mahasarakham University, 10*(4), 192-208.

Michael J. Marquardt, EdD. (2014). *Building the Learning Organization (3rd edition)* (Kansuda Makhasiranon, translator). Expertnet Co., Ltd.

Piyamatya, C. (2013). *Factors Affecting to Learning Organization of the Royal Thai Army's Branch Service Schools*. [Doctor of Philosophy program, Sripatum University]. Retrieved from: http://dspace.spu.ac.th/handle/123456789/5445.

Plianbumroong, D., et al. (2012). Strategies for Development of Learning Organization for Nursing Colleges under Phra Borommarajchanok Institute, Ministry of Public Health. *KKU Research Journal, 2*(1), 94-114.

Promrach, W. (2007). A Developing Model for a Learning Organization for the Nursing Department in Waengyai Hospital, Waengyai District, Khonkaen Province. [Master's Degree Thesis, Sukhothai Thammathirat Open University]. Retrieved from: https://opac01.stou.ac.th/multim/thesis/2550/107365/fulltext.pdf.

Puknoi, N. (2013). *The study of the relationships of influent factors for Learning Organization Case study of Hospital in Thailand*. [Master's degree Thesis, Dhurakij Pundit University]. Retrieved from: https://www.dpu.ac.th/dpuir/upload/file/thesis_library21102558/ปริญญาโท/หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต/2555/149438.pdf.

Saengsawang, W., and Wongprasit, N. (2015). THE HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT IN LEARNING ORGANIZATION MODEL TO ENTER THE ASEAN COMMUNITY OF SECONDARY SCHOOL IN CHACHOENGSAO PROVINCE, THAILAND. *Journal of Education Naresuan University, 17*(4), 26-39. Retrieved from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/edujournal_nu/article/view/43734/36175.

Sampaothong, S. (2011). A Comparison of Learning Organization of Nursing Departments Between Accredited and Non-Accredited Community Hospitals, Public Health Inspection Region 1 as Perceived by Professional Nurses. [Master's Degree Thesis, Sukhothai Thammathirat Open University]. Retrieved from: https://opac01.stou.ac.th/multim/thesis/2554/128851/fulltext.pdf

Sangboon, P. (2014). Factors Related to Learning Organization Development of Schools in Chaturavit Group under the Secondary Education Service Area Office 2. *Journal of Humanities and Social Sciences Review, 16*(2), 69-82.

Senawat, P., et al. (2019, 3-4 December). *Factors Affecting Learning Organization of Thai Personnel N&N Food Company Limited* [presentation document]. 16th National Academic Conference, Kasetsart University Kamphaeng Saen Campus, Thailand.

Sitakalin, P. (2015). *Leadership and hospital administration*. School of Health Science's e-pamphlet, Issue 1. School of Health Sciences, Sukhothai Thammathirat Open University. Retrieved from: https://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book581/Hospital581.pdf.

Sritham, R. (2016). Factors affecting the enhancement of School Potentiality as Learning Organizations along the Chiangrai Border Economic Corridor. Journal of Social Academic, 9(3), 169-179.

Suknikom, K., and Jasuwan, S. (2019). Factors Affecting Learning Organization of the Office of the Private Education Commission. *The Journal of Development Administration Research, 9*(3), 104-113.

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2021). Hospital and Healthcare Standards 5th edition. Tiankuang Printing Company Limited.

Yumak, P., and Kaewkong, C. (2017). Factors Affecting Silpakorn University Learning Organization, Sanam Chandra Palace Campus. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University [ASJ-PSU], 28*(2), 85-96.

Factors Associated with Oral Healthcare Behaviors of Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Public Health Service Center 50, Bueng Kum, Bangkok

Pacharapat Thammakun[1], Tassanee Silawan[2*], Korravarn Yodmai[2], Chanapong Rojanaworarit[3]

[1] *Graduate Student in the Master of Science Program (Major in Community Health System Development), Faculty of Public Health, Mahidol University*

[2] *Faculty of Public Health, Mahidol University*

[3] *School of Health Professions and Human Services, Hofstra University*

[*] *Corresponding author, email: tasanee.sil@mahidol.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Thammakun, P., Silawan, T., Yodmai, K., & Rojanaworarit, C. Factors Associated with Oral Healthcare Behaviors of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Public Health Service Center 50, Bueng Kum, Bangkok. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/271890

Received: 25 March 2024
Revised: .16 April 2024
Accepted: 19 April 2024

Abstract

This descriptive cross-sectional research aimed to assess and identify factors related to oral healthcare behaviors of type 2 diabetic patients. The sample includes 168 type 2 diabetic patients receiving treatment at the Public Health Service Center 50 in Bueng Kum of Bangkok, selected through simple random sampling. Data was collected through interviews and was analyzed using frequency, percentages, means, standard deviations, Odds ratios (OR), and 95% confidence intervals (95%CI.).

The result showed that majority of patients had a low level of knowledge and behaviors, regarding oral healthcare (46.4% and 47.6%), a moderate level of awareness and service for oral health (46.4% and 73.0%), and a high level of social support (58.3%). Factors significantly associated with oral healthcare behaviors included income sufficiency (OR=2.88, 95% CI=1.01-8.15), knowledge of oral healthcare (OR=6.51, 95% CI=2.53-16.74), awareness of oral healthcare (OR=2.45, 95% CI=1.03-5.86), receiving oral healthcare information (OR=10.50, 95% CI=2.32-47.39), having oral cleaning supplies (OR=14.07, 95% CI=3.18-62.21), health insurance coverage (OR=2.86, 95% CI=1.09-7.46), and social support (OR=2.75, 95% CI=1.03-7.34). The policy recommendation from this research is to establish a continuous proactive oral healthcare service system, which includes access to cleaning supplies, training for knowledge enhancement, and monitoring of oral healthcare behaviors for diabetic patients.

Keywords: Healthcare; Oral Health; Diabetes Mellitus; Perception; Social Support

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร

พชรภัทร์ ธรรมคุณ[1] ทัศนีย์ ศิลาวรรณ[2*],, กรวรรณ ยอดไม้[2], ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ์[3]

[1] *นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (วิชาเอกการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

[2] *คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

[3] *School of Health Professions and Human Services, Hofstra University*

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

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 25 มี.ค. 2567
วันแก้ไข 16 เม.ย. 2567
วันตอบรับ 19 เม.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในคลินิกเบาหวานศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร จำนวน 168 คนจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Odds ratios และ 95% Confidence Interval

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.4, 47.6) มีการรับรู้และได้รับบริการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.4, 73.0) ในขณะที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (ร้อยละ 58.3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ (OR=2.88, 95%CI=1.01-8.15) ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (OR=6.51, 95%CI=2.53-16.74) การรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (OR=2.45, 95%CI=1.03-5.86) การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปาก (OR=10.50, 95%CI=2.32-47.39) การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก (OR=14.07, 95%CI=3.18-62.21) ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ (OR=2.86, 95%CI=1.09-7.46) และแรงสนับสนุนทางสังคม (OR=2.75, 95%CI=1.03-7.34) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการวิจัยนี้ คือควรจัดระบบบริการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงอุปกรณ์ทำความสะอาด การอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ และการเฝ้าระวังพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพ; สุขภาพช่องปาก; โรคเบาหวาน; การรับรู้; แรงสนับสนุนทางสังคม

บทนำ

สุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าประชากรทั่วไปอันสืบเนื่องมาจาก ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเกินเกณฑ์ปกติ โดยปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบบ่อย ได้แก่ โรคปริทันต์อักเสบ โรคฟันผุ ปากแห้ง และการทำงานของต่อมน้ำลายลดลง (Llambes, Herrera, & Caffesse, 2015) ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากกลไกการทำงานที่ผิดปกติของระบบประสาทและหลอดเลือดขนาดเล็ก หรือเกิดจากการสะสมของไขมันในต่อมน้ำลาย ส่งผลทำให้ความสามารถในการหลั่งน้ำลายลดลง (Newrick et al., 1991) นำไปสู่ภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์และโรคฟันผุ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ เช่น การช่วยย่อยอาหารในช่องปาก การพูดหรือออกเสียง และอาจเกิดอาการปวดในช่องปากเมื่อใส่ฟันปลอม (López-Pintor et al., 2016) พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการสูญเสียฟันทั้งหมดในช่องปากร้อยละ 15.3 ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 6.4 ที่มีจำนวนฟันครบทุกซี่ในช่องปาก (Izuora et al., 2016) การสูญเสียฟันของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Izuora et al., 2016; Suzuki et al., 2019) จากรายงานผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2560 พบว่ากลุ่มประชากรที่มีอายุ 60-74 ปีได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 26.3 มีพฤติกรรมการแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าร้อยละ 96.1 และไม่เคยใช้ไหมขัดฟันหรืออุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปากร้อยละ 78.2 ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบในช่วง 6 เดือน ได้แก่ กลิ่นปากร้อยละ 34.4 ฟันโยกร้อยละ 23.7 เหงือกบวมร้อยละ 23.1 การสูญเสียฟัน (ฟันหลุด ถูกถอนไป ฟันบิ่นแตก) ร้อยละ 19.7 อาการปากแห้งร้อยละ 23.1 และปัญหาฟันปลอมหลวมร้อยละ 15.1 ด้านพฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมในระยะเวลา 1 ปีพบว่ากลุ่มตัวอย่างไปพบทันตแพทย์ร้อยละ 55.6 เนื่องจากปัญหาในช่องปากร้อยละ 75.8 และตรวจสุขภาพฟันประจำปีหรือทุก 6 เดือนร้อยละ 24.2 (Bureau of Dental Health, 2017)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานได้ ประกอบด้วย (1) การทำความสะอาดช่องปาก (Bureau of Dental Health, 2021) ได้แก่ การแปรงฟันอย่างถูกวิธี การเลือกแปรงสีฟันและยาสีฟันให้เหมาะสม การใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำความสะอาดช่องปากมากขึ้น และการตรวจฟันด้วยตนเอง และ (2) การรับบริการทางทันตกรรมโดยการตรวจคัดกรองสุขภาพฟันประจำปีหรือทุก 6 เดือน หรือรับการรักษาทันตกรรมกับทันตบุคลากร จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก (Banyai, 2022; Srisung, Tachuchart, Thawanchan, Deeraksa, & Jitpreeda, 2022; Yeun et al., 2009) การรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (Krongyuth, Panjan, Khruakham, & chimpleepan, 2021; Phatisena, Moongyutklang, Khoryaklang, & Paiseesan, 2019; Srisung, Tachuchart, Thawanchan, Deeraksa, & Jitpreeda, 2022) การได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก (Sistani, Virtanen, Yazdani, & Murtomaa, 2017) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Niyomthai & Chomson, 2020) นอกจากนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เพศ (Banyai, 2022; Rajeh, 2022) อายุ (Ishii et al., 2022; Laouali et al., 2021) รายได้ (Bouphan, 2019; Poudel et al., 2020) ระดับการศึกษา (Amassi, 2017) และสถานะทางสุขภาพ (Han, Son, & Kim, 2021) การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์โมเดลประเมินพฤติกรรมสุขภาพบุคคล (PRECEDE-PROCEED Model) (Green & Kreuter, 2005) ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974) โดยเพิ่มตัวแปรการได้รับบริการดูแลสุขภาพช่อง

ปากทั้งด้านข่าวสาร อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากและการเข้าถึงบริการทันตกรรม เพื่ออธิบายพฤติกรรมและค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยจะเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติและข้อเสนอแนะในการปรับระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบบริการเพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะบุคคล ภาวะสุขภาพและสิทธิการรักษา ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับบริการดูแลสุขภาพช่องปาก และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมุติฐานการวิจัย

คุณลักษณะบุคคล ภาวะสุขภาพและสิทธิการรักษา ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับบริการดูแลสุขภาพช่องปาก และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ประชากร และตัวอย่าง

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional research) ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่มีผลการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนของคลินิกเบาหวาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร จำนวน 274 คน (Diabetes Clinic at Public Health Center 50 Bueng Kum, 2023) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 168 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัยคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งชายและหญิงที่ผลการวินิจฉัยเป็นเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนคลินิกเบาหวาน ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่มอย่างน้อย 1 ปีนับถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถพูดคุยสื่อสารได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยคือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือถูกส่งตัวไปรักษาที่อื่นระหว่างการวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วน (National Statistical Office, 2012)

$$n = \frac{Z^2{}_{\alpha/2} Np(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2{}_{\alpha/2} p(1-p)}$$

โดย n หมายถึง ขนาดของตัวอย่าง; N หมายถึง ขนาดของประชากรจำนวน 274 คน (N = 274); e หมายถึง ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e = 0.05); Z หมายถึง ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_{\alpha/2}$= 1.96); และ p หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับปานกลางร้อยละ 54.8 (p = 0.548) (Katanyutanon et al., 2019) จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 160 คน เก็บข้อมูลเพิ่มประมาณร้อยละ 5 ดังนั้นตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 168 คน

การสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจำแนกตามเขตพื้นที่ชุมชน 5 เขต จากนั้นสุ่มตัวอย่างชุมชนจากทุกเขตด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบบไม่คืนที่ (Sample without replacement) ด้วยการจับสลาก (Lottery method) จำนวนชุมชนตัวอย่างแปรผัน

ตามจำนวนชุมชนในแต่ละเขตได้ชุมชนตัวอย่าง 7 ชุมชน ในแต่ละชุมชนสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) จากรายชื่อทะเบียนผู้ป่วย จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ และให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถาม ตลอดจนแจ้งสิทธิในถอนตัวโดยไม่กระทบต่อบริการที่พึงได้รับ ทั้งนี้โดยเคารพและไม่ละเมิดสิทธิของบุคคล รักษาความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม โครงการวิจัยนี้ได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล (COA NO. MUPH 2023-040 วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2566)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้บุคคลต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพและสิทธิการรักษาพยาบาล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย โรคประจำตัวอื่น ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด (FBS) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครั้งล่าสุด (HbA1C) วิธีการรักษาเบาหวาน ปัญหาสุขภาพช่องปาก การมีฟันแท้และฟันเทียม

ส่วนที่ 3 ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 20 ข้อ เนื้อหาครอบคลุม การทำความสะอาดช่องปาก การเลือกบริโภคอาหาร การเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก และโรคในช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเกณฑ์การให้คะแนน คือ ความรู้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และความรู้ไม่ถูกต้องหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน รวม 0-20 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก (16-20 คะแนน) ปานกลาง (12-15 คะแนน) และน้อย (0-11 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก เกณฑ์การให้คะแนนด้านการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงคือ “เห็นด้วย” ให้ 3 คะแนน “ไม่แน่ใจ” ให้ 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน ส่วนด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค “เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน “ไม่แน่ใจ” ให้ 2 คะแนน และ “ไม่เห็นด้วย” ให้ 3 คะแนน รวม 20-60 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก (48-60 คะแนน) ปานกลาง (36-47 คะแนน) และน้อย (20-35 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การได้รับบริการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ (1) การได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ “เป็นประจำ” ให้ 2 คะแนน “บางครั้ง” ให้ 1 คะแนน และ “ไม่เคยเลย” ให้ 0 คะแนน (2) การมีอุปกรณ์ จำนวน 4 ข้อ (2.1) “ใช่” ให้ 1 คะแนนและ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน (2.2) ตอบ “เปลี่ยน” ให้ 2 คะแนน ตอบ “บางครั้ง” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่เปลี่ยน” ให้ 0 คะแนน (3.3) ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1000-1500 ppm ให้ 1 คะแนน และใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์น้อยกว่า 1000 ppm หรือไม่ใช้ยาสีฟัน ให้ 0 คะแนน และ (2.4) “มี” ให้ 1 คะแนน และ “ไม่มี” ให้ 0 คะแนน และ (3) การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ เข้าถึงบริการได้ดี ให้ 3 คะแนน เข้าถึงได้ปานกลาง ให้ 2 คะแนน และเข้าถึงน้อย ให้ 1 คะแนน รวม 10-40 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก (32-40 คะแนน) ปานกลาง (22-31 คะแนน) และน้อย (10-21 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด

และบุคลากรสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 กรณีตอบ“ไม่เห็นด้วยอย่างมาก” ถึง “เห็นด้วยอย่างมาก” ตามลำดับ รวม 10-50 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก (40-50 คะแนน) ปานกลาง (30-39 คะแนน) และน้อย (10-29 คะแนน)

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย (1) การทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ข้อความเชิงบวกให้คะแนน 0-3 กรณีตอบ “ไม่เคย” ถึง “ทุกครั้ง” ตามลำดับ และข้อความเชิงลบให้คะแนนในทางกลับกัน และ (2) การรับบริการทางทันตกรรม จำนวน 2 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ตัวเลือก ให้คะแนน 0-3 กรณีตอบ “ไม่เคยเลย” “1 ครั้งในรอบ 5 ปี” “ทุก 2 ปี” และ “ทุกปี” ตามลำดับ รวม 0-36 คะแนน จัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก (29-36 คะแนน) ปานกลาง (22-28 คะแนน) และน้อย (0-21 คะแนน)

เครื่องมือวิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC 0.82) จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 4 และส่วนที่ 6 ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) (Cronbach, 1951) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ ในขณะที่ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : KR20) (Kuder & Richardson, 1937) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Sciences) พรรณนาคุณลักษณะของตัวแปรด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย Odds ratios (OR) และ 95% CI.

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานเป็นเพศหญิงร้อยละ 69.6 อายุ 70 ปีขึ้นไปร้อยละ 41.1 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70.8 อยู่อาศัยร่วมกับสมาชิกครอบครัว 1 คนร้อยละ 64.9 มีการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 51.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน) ร้อยละ 25.6 มีรายได้ประจำร้อยละ 78.5 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 32.7 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บร้อยละ 45.2 มีโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคเบาหวานร้อยละ 89.3 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน 1-9 ปีร้อยละ 36.3 ไม่สามารถควบคุมระน้ำตาลในเลือดได้ (FBS > 130 mg/dL) ร้อยละ 66.9 รักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีการใช้ยาแผนปัจจุบันร้อยละ 91.0 ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 51.8 ฟันผุร้อยละ 24.4 ปวดฟันหรือเสียวฟันร้อยละ 19.0 มีฟันแท้ไม่ครบร้อยละ 73.8 และมีสิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ร้อยละ49.4

ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวมระดับน้อยร้อยละ 46.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 11.79 (ร้อยละ 58.9 ของคะแนนเต็ม) มีการรับรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวมระดับปานกลางร้อยละ 46.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 44.10 (ร้อยละ 73.5 ของคะแนนเต็ม) ได้รับบริการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวมระดับปานกลางร้อยละ 73.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 23.86 (ร้อยละ 59.6 ของคะแนนเต็ม) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมระดับมากร้อยละ 58.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 38.9 (ร้อยละ 77.9 ของคะแนนเต็ม)

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีฟัน 1 ซี่ขึ้นไป (154 คน) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมภาพรวมระดับน้อยร้อยละ 49.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 21.6 (ร้อยละ 60.5 ของคะแนนเต็ม) (ตารางที่ 1) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในประเด็นการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ รองลงมาคือ

การใช้แปรงสีฟันขนนุ่ม และแปรงฟันอย่างน้อยครั้งละ 2 นาที ในขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสมในประเด็นการใช้ไหมขัดฟันหรือแปรงซอกฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง รองลงมาคือตรวจสุขภาพช่องปากประจำ และการรับบริการขูดหินปูน (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี 2.88 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (OR= 2.88, 95%CI=1.01-8.15) ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยกลุ่มที่มีความรู้ฯระดับมากมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี 6.51 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความรู้ฯระดับน้อยหรือปานกลาง (OR=6.51, 95%CI=2.53-16.74) การรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ฯระดับมากมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี 2.45 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ฯระดับน้อยหรือปานกลาง (OR=2.45, 95%CI=1.03-5.86) การได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสารระดับมากมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี 10.50 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารระดับน้อยหรือปานกลาง (OR= 10.50, 95%CI=2.32-47.39) การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก โดยกลุ่มที่มีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากระดับมากมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี 14.07 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีอุปกรณ์ระดับน้อยหรือปานกลาง (OR=14.07, 95%CI=3.18-62.21) ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ โดยกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี 2.86 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมบางส่วนหรือไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายใดเลย (OR=2.86, 95%CI=1.09-7.46) และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมากมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี 2.75 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยหรือปานกลาง (OR=2.75, 95%CI=1.03-7.34) (ตารางที่ 3)

Table 1 Proper overall oral healthcare behaviors among type 2 diabetes mellitus patients with 1 or more teeth in public health service center 50, Bueng Kum, Bangkok (n=154)

Proper overall oral healthcare behaviors	No	%
High (29-36 points)	25	16.2
Moderate (22-28 points)	53	34.4
Low (0-21 points)	76	49.4
Mean ± SD = 21.66 ± 6.72 Min-Max = 4-37		

Table 2 Details of oral healthcare behaviors among type 2 diabetes mellitus patients with 1 or more teeth in public health service center 50, Bueng Kum, Bangkok (n=154)

Oral healthcare behaviors	Every time No (%)	Often No (%)	Sometimes No (%)	Never No (%)
1. Brush your teeth using the up-down brushing technique	71 (46.1)	25 (16.2)	47 (30.5)	11 (7.1)
2. Go to the dentist immediately when having a toothache or tooth decay	50 (32.5)	24 (15.6)	66 (42.9)	14 (9.1)
3. Brush teeth for at least 2 minutes at a time	85 (55.2)	29 (18.2)	38 (24.7)	2 (1.3)
4. Use a soft-bristled toothbrush	92 (59.7)	20 (13.0)	31 (20.1)	11 (7.1)
5. Brush teeth after every meal	32 (20.8)	22 (14.3)	85 (55.2)	15 (9.7)
6. Use dental floss or Interdental brush at least once a day	21 (13.6)	19 (12.3)	52 (33.8)	62 (40.3)
7. Refrain from eating food for 2 hours after brushing your teeth	22 (14.3)	14 (9.1)	92 (63.6)	20 (13.0)
8. Buy painkillers to take yourself when having a toothache or swollen gums	15 (9.7)	38 (24.7)	61 (39.6)	40 (26.0)
9. Use fluoride toothpaste	96 (62.3)	21 (13.6)	29 (18.8)	8 (5.2)
10. Check your teeth in the mirror after brushing your teeth	40 (26.0)	21 (13.6)	64 (41.6)	29 (18.8)
11. Regular check for oral health	51 (33.1)	26 (16.9)	34 (22.1)	43 (27.9)
12. Regular scaling teeth	45 (29.2)	29 (18.8)	42 (27.3)	38 (24.7)

Table 3 Associations between studied factors and oral healthcare behaviors among type 2 diabetes mellitus patients in public health service center 50, Bueng Kum, Bangkok (n=154)

Variables	Proper oral healthcare behaviors		OR (95%CI)	*P-value*
	High (n=25)	Low to moderate (n=129)		
Sex				*0.655*
Female	18 (17.1)	87 (82.9)	1.24 (0.48-3.20)	
Male	7 (14.3)	42 (85.7)	Reference	
Age				*0.103*
30-59 years	2 (6.3)	30 (93.8)	0.28 (0.06-1.28)	
60 years and older	23 (18.9)	99 (81.1)	Reference	
Marital status				*0.799*
Married	17 (15.7)	91 (84.3)	0.88 (0.35-2.23)	
Single/separated/divorced	8 (17.4)	38 (82.6)	Reference	
Living				*0.572*
Live with two or more people	6 (12.8)	41 (87.2)	0.74 (0.27-2.04)	
Live alone or live with one person	17 (16.3)	87 (83.7)	Reference	
Education level				*0.273*
Diploma or higher	5 (11.1)	40 (88.9)	0.55 (0.19-1.58)	
High school or less	20 (18.3)	89 (81.7)	Reference	
Occupation				*0.515*
Have a career or pensioner	16 (14.0)	98 (86.0)	0.72 (0.27-1.91)	
No occupation (Unemployed/Housewife)	7 (18.4)	31 (81.6)	Reference	
Monthly income				*0.614*
> 10,000 baht	6 (16.2)	31 (83.8)	1.35 (0.41-4.40)	
≤ 10,000 baht	7 (12.5)	49 (87.5)	Reference	
Sufficiency of income				*0.046**
Yes	20 (21.1)	75 (78.9)	2.88 (1.01-8.15)	
No	5 (8.5)	54 (91.5)	Reference	
Having comorbidities				*0.166*
No	5 (27.8)	13 (72.2)	2.23 (0.71-6.94)	
Yes	20 (14.7)	116 (85.3)	Reference	

Variables	Proper oral healthcare behaviors		OR (95%CI)	*P-value*
	High (n=25)	Low to moderate (n=129)		
Duration of DM				*0.899*
> 10 years	12 (15.0)	68 (85.0)	0.94 (0.36-2.40)	
≤ 10 years	9 (15.8)	48 (84.2)	Reference	
Having oral health problems				*0.827*
Yes	13 (16.9)	64 (83.1)	1.10 (0.46-2.59)	
No	12 (15.6)	65 (84.4)	Reference	
Type of health insurance				*0.898*
Universal coverage scheme/Government officer /State Enterprise officer/Social security scheme	21 (16.4)	107 (83.6)	1.07 (0.33-3.45)	
None/ Private Insurance	4 (15.4)	22 (84.6)	Reference	
Knowledge of oral healthcare				*<0.001**
High	12 (42.9)	16 (57.1)	6.51 (2.53-16.74)	
Low to moderate	13 (10.3)	113 (89.7)	Reference	
Perception towards oral healthcare				*0.043**
High	14 (24.1)	44 (75.9)	2.45 (1.03-5.86)	
Low to moderate	11 (11.5)	85 (88.5)	Reference	
Receiving of oral healthcare information				*0.002**
High	5 (62.5)	3 (37.5)	10.50 (2.32-47.39)	
Low to moderate	20 (13.7)	126 (86.3)	Reference	
Having oral hygiene equipment				*<0.001**
High	23 (28.4)	58 (71.6)	14.07 (3.18-62.21)	
Low to moderate	2 (2.7)	71 (97.3)	Reference	
Convenience in traveling to get dental service				*0.937*
Very convenient	13 (22.0)	46 (78.0)	1.03 (0.42-2.51)	
Less convenient/not convenient	12 (21.4)	44 (78.6)	Reference	
Time for traveling to get dental				*0.276*

Variables	Proper oral healthcare behaviors		OR (95%CI)	*P-value*
	High (n=25)	Low to moderate (n=129)		
services				
Not long	7 (16.3)	36 (83.7)	0.58 (0.22-1.53)	
Quite a long time/a very long time	18 (25.0)	54 (75.0)	Reference	
Booking a service queue in advance				*0.221*
No need	1 (7.7)	12 (92.3)	0.27 (0.03-2.19)	
Reserve a queue - short time/Reserve a queue - a long time	24 (23.5)	78 (76.5)	Reference	
Waiting time for service				*0.900*
Not long	8 (21.1)	30 (78.9)	0.94 (0.36-2.42)	
Quite a long time/a very long time	17 (22.1)	60 (77.9)	Reference	
Coverage of Health insurance				*0.032**
Covers all	10 (37.0)	17 (63.0)	2.86 (1.09-7.46)	
Partially covered/not covered at all	15 (17.0)	73 (83.0)	Reference	
Dental treatment service fees				*0.511*
Inexpensive/quite expensive but affordable	3 (30.0)	7 (70.0)	1.61 (0.38-6.76)	
Very expensive	22 (21.0)	83 (79.0)	Reference	
Social Support				*0.043**
High	19 (21.6)	69 (78.4)	2.75 (1.03-7.34)	
Low to moderate	6 (9.1)	60 (90.9)	Reference	

OR: Odds ratio, 95% CI: 95% Confidence Interval, * P-value < 0.05

อภิปรายผล

ผู้ป่วยเบาหวานเกือบครึ่งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับธนิดา ผาติเสนะ (Phatisena, Moongyutklang, Khorya-klang, & Paiseesan, 2019) และตวงพร กตัญญุตานนท์ (Katanyutanon et al., 2019) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานเกินครึ่งอยู่ในระดับปานกลาง การที่ผู้ป่วยเบาหวานในการวิจัยนี้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่ำกว่าที่พบในการศึกษาอื่นอาจเนื่องมาจากบริบทของพื้นที่เป็น

ลักษณะชุมชนเมืองที่มีความแออัดหรือกึ่งชุมชนแออัด ลักษณะส่วนใหญ่ของชุมชนมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีนัก ประชากรในชุมชนไม่มีความสนใจสุขภาพของตนเอง หรืออาจยังไม่มีความรู้ที่จะป้องกันโรคหรือดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ดี และการบริการด้านสาธารณสุขที่เพียงพอและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน โดยพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้และการรับรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงได้รับบริการดูแลสุขภาพช่องปากระดับน้อยถึงปานกลางทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ค่อยดี แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก โดยประชากรส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อการโน้มน้าวและสนับสนุนให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมและส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ การวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในด้านการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ได้แก่ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ แปรงสีฟันขนนุ่ม รวมไปถึงการแปรงฟันอย่างน้อยครั้งละ 2 นาที น่าจะเนื่องมาจากเคยได้รับความรู้ อาทิ การอบรม หรือได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพในช่วงที่เข้ารับบริการ และการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น ในขณะที่ยังมีบางส่วนไม่เคยใช้ไหมขัดฟัน ไม่เคยใช้แปรงซอกฟัน และไม่เคยตรวจฟันหรือขูดหินปูน ซึ่งอาจเกิดจากขาดความรู้ ไม่มีอุปกรณ์ หรือไม่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น การปวดฟัน เสียวฟัน จึงไม่ได้ไปตรวจและรักษาทางทันตกรรม

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอมีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับ Poudel และคณะ (Poudel et al., 2020) ที่ศึกษาการรับรู้และแนวทางการปฏิบัติของอายุรแพทย์ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าอายุรแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมแพง ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก และความกลัวการทำทันตกรรมเป็นอุปสรรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมีส่วนทำให้สุขภาพช่องปากแย่ลง และการศึกษาของ Prakash และคณะ ที่พบว่าประชากรในประเทศที่รายได้ต่ำและปานกลางส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปากได้ (Poudel et al., 2020; Poudel et al., 2022) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอมีการดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ น่าจะเนื่องมาจากการมีรายได้ที่เพียงพอสามารถแสวงหาสิ่งต่างๆ อาทิ อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก หรือการเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปาก และบริการรักษาทางทันตกรรมได้ง่ายและรวดเร็วกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการเกิดพฤติกรรมใดก็ตามของบุคคลนึง ย่อมมาจากการเรียนรู้ การมีประสบการณ์ต่าง ๆ หรือการฝึกฝน จนทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมนั้นขึ้น สอดคล้องกับธนิดา ผาติเสนะ (Phatisena, Moongyutklang, Khoryaklang, & Paiseesan, 2019) และปณิตา ครองยุทธ (Krongyuth, Panjan, Khruakham, & chimpleepan, 2021) ที่พบว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เพียงพอจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางช่องปาก โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้อง ได้แก่ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะช่วยป้องกันฟันผุได้และการแปรงฟันครั้งละอย่างน้อย 2 นาทีช่วยป้องกันฟันผุและเหงือกอักเสบได้ ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากเคยได้รับการประชาสัมพันธ์ การอบรม หรือคำแนะนำ จากหน่วยบริการสุขภาพ หรือการค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมีความรู้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดภาวะเหงือกอักเสบ และการดื่มแอลกอฮอล์มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก ซึ่งอาจเกิดจากเป็นประเด็นความรู้เชิง

ลึกที่ในการอบรมหรือสื่อสารสุขภาพทั่วไปไม่ได้เน้นหนักผลกระทบของเบาหวานต่อสุขภาพช่องปาก

การรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมทางสุขภาพถูกกำหนดด้วยความเชื่อ หรือการรับรู้ส่วนบุคคล จึงจะมีวิธีการจัดการเกี่ยวกับโรคนั้นๆ โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ดี ได้แก่ การไม่กินอาหารหลังการแปรงฟันก่อนนอนช่วยลดการเกิดฟันผุและหินปูนได้ดี และการตรวจช่องปากด้วยตนเองทำได้ไม่ยาก ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากเคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำในช่วงการรับบริการเบาหวาน ร่วมกับอาจมีปัญหาสุขภาพช่องปากจึงเห็นถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก ทำให้เกิดการรับรู้ที่ดี อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่รับรู้ว่าการขูดหินปูนปีละครั้งช่วยขจัดคราบหินปูนและลดภาวะเหงือกอักเสบได้ และเกิดความเสี่ยงของโรคฟันผุจากการหลั่งน้ำลายลดลง ซึ่งอาจเกิดจากการไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น ไม่มีอาการหรือปัญหาสุขภาพช่องปากใด ไม่ว่าจะเป็นกลิ่นปาก ปากแห้ง เสียวฟัน ฟันโยก หรือมีฟันผุ กับอีกนัยหนึ่งคือ มีอาการที่กล่าวมาข้างต้นอย่างใดอย่างนึง แต่ไม่ได้ตระหนักถึงการทำให้อาการดีขึ้นหรือการไปพบทันตแพทย์เพื่อรักษาให้หายจากอาการนั้น และรวมไปถึงการได้รับคำแนะนำ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปาก การมีอุปกรณ์ และความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับเมธาวี นิยมไทยและสุพัฒนา คำสอน (Niyomthai & Chomson, 2020) ที่พบว่าการเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยเอื้อที่ช่วยจูงใจให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมได้ง่ายและควรเข้าถึงได้ง่าย เช่น สถานบริการทันตกรรม สิ่งอำนวยความสะดวกในเรื่องของสถานที่ตั้ง ระยะเวลาการเดินทาง ความสะดวกสบาย หรือค่าใช้จ่าย แต่ไม่สอดคล้องกับศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ (Homkaenchan, 2016) ที่พบว่าการมีอุปกรณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การที่ผลการวิจัยนี้พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก น่าจะเนื่องมาจากในแต่ละชุมชนจะมี อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) คอยให้บริการด้านข้อมูลด้านสุขภาพ โดยปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสุขภาพที่มาเยี่ยมชุมชนในแต่ละครั้ง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปากจาก อสส. และบุคลากรสุขภาพ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากจากโทรทัศน์หรือสื่อต่างๆ ด้วย ในขณะที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยได้รับข้อมูลข่าวสารจากวารสาร หนังสือพิมพ์ และโปสเตอร์หรือแผ่นพับ ซึ่งอาจเกิดจากรูปแบบการสื่อสารเปลี่ยนแปลงจากเดิมตามทิศทางการพัฒนาที่เปลี่ยนไป อาทิ สื่อสังคมออนไลน์ หรือการส่งต่อข้อมูลในรูปแบบดิจิทัล ทำให้การได้รับข้อมูลข่าวสารในรูปแบบกระดาษหรือสื่อสิ่งพิมพ์ลดน้อยลง ด้านอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีและใช้ ได้แก่ แปรงสีฟันขนนุ่มและยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ซึ่งอาจเกิดจากเป็นอุปกรณ์พื้นฐานในชีวิตประจำวัน ประกอบกับได้รับข่าวสารที่แพร่หลายเกี่ยวกับเรื่องข้างต้น จึงนำไปสู่การเลือกใช้อุปกรณ์ที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่มีอุปกรณ์เสริมสำหรับทำความสะอาดช่องปาก อาทิ ไหมขัดฟันและแปรงซอกฟัน ซึ่งอาจเกิดจากความเข้าใจผิดว่าอุปกรณ์หลัก (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน) ก็เพียงพอต่อการทำความสะอาดช่องปากแล้ว หรืออุปกรณ์เสริมดังกล่าวมีราคาแพงและมีความยุ่งยากในการใช้งาน หรือลักษณะภายในช่องปากไม่เหมาะที่จะใช้อุปกรณ์เหล่านี้ เช่น ไม่มีฟัน เป็นต้น และการมีหลักประกับ

สุขภาพที่ครอบคลุม จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากได้มากยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี และมีสุขภาพช่องปากที่ดียิ่งขึ้นอีกด้วย

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับรัฐติภรณ์ สีทองดี และคณะ (Leethongdee, Thaopan, Butkhot, Kwenkaomeng, & Junsa, 2022) ที่พบว่าแรงสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และเมธาวี นิยมไทย และสุพัฒนา คำสอน (Niyomthai & Chomson, 2020) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยแรงสนับสนุนจากบุคคล เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด หรือบุคลากรสุขภาพ เป็นการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ และข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ช่วยให้มีระบบภูมิคุ้มกันโรคและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ในการวิจัยนี้แรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับ ได้แก่ ครอบครัวคอยช่วยเหลือและสนับสนุนอยู่เสมอเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (เช่น ยา การเดินทาง อุปกรณ์ต่าง ๆ) ครอบครัวคอยช่วยตัดสินใจในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปาก และมีเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดคอยรับฟังและแลกเปลี่ยนปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากเป็นกลุ่มบุคคลหรือบุคคลใกล้ชิดที่มีความรักและความเกื้อกูลต่อกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลเหล่านี้มาก

สรุป

ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 70 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัว 1 คน จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ไม่มีงานทำ (ว่างงาน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน/) มีรายได้ประจำ มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือ ผู้ป่วยเบาหวานมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ป่วยเป็นเบาหวาน 1-9 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รักษาโรคเบาหวานด้วยยาแผนปัจจุบัน มีปัญหาสุขภาพช่องปาก มีฟันแท้ไม่ครบ และมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)

ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวมระดับน้อยร้อยละ 46.4 มีการรับรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวมระดับปานกลางร้อยละ 46.4 ได้รับบริการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลางร้อยละ 73.0 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมากร้อยละ 58.3 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากระดับน้อยร้อยละ 49.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพช่องปาก การมีอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) ควรส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาทิ แปรงสีฟันขนนุ่ม ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ และอุปกรณ์เสริมทำความสะอาด (แปรงซอกฟัน ไหมขัดฟัน หรือน้ำยาบ้วนปาก) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ฯ ที่เหมาะสม เพิ่มช่องทางในการเข้าถึง เช่น มีช่องทางในการขายใกล้บ้านหรือช่องทางออนไลน์ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนในการจำหน่ายอุปกรณ์ที่มีคุณภาพและราคาไม่แพง

2) ควรให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาทิ การใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปากวันละ 1 ครั้ง หรือการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากหรือขูดหินปูนประจำปี

3) ควรจัดระบบและบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและหน่วยบริการทันตกรรมเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าถึงได้ง่ายยิ่งขึ้น

4) ควรประเมินและเฝ้าระวังพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรม อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการคัดกรองสุขภาพช่องปาก

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Amassi, B. Y. A. (2017). Oral hygiene practice of adult diabetic patients and their awareness about oral health problems related to diabetes. *Journal of Dentistry and Oral Hygiene, 9*(2), 8-14. https://doi.org/https://doi.org/10.5897/JDOH2017.0219

Banyai, D. (2022). Oral Health Knowledge and Habits of People With Type 1 and Type 2 Diabetes. *International Dental Journal, 72*(3), 407-413. https://doi.org/10.1016/j.identj.2021.07.003

Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explainning sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public Health, 64*(3), 205-216.

Bouphan, J. (2019). Factors affecting oral health care of patient with diabetes mellitus in Muang wan sub-district, Nam-phong district, Khon kean province *Journal of Khon Kean Prrovincial Health Office, 1*(2), 91-106.

Bureau of Dental Health, Bangkok Metropolitan Administration. (2017). *Oral Health Survey Report*. Retrieved 9 November from https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000331/docoment/dent%20survey%20.pdf

Bureau of Dental Health, Ministry of Public Health. (2021). *Dental Guideline for DM patients*. Retrieved 9 November from https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/07/Dental%20Guideline%20for%20DM%20patients.pdf

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika, 16*, 297-334.

Diabetes Clinic at Public Health Center 50 Bueng Kum, B. M. A. (2023). *List of registered patients with diabetes*.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.

Han, S. J., Son, Y. J., & Kim, B. H. (2021). Association between Diabetes Mellitus and Oral Health Status in Patients with Cardiovascular Diseases: A Nationwide Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(9).

Homkaenchan, S. (2016). *Factors related to Oral Health Care Behaviors of People with Type 2 Diabetes Mellitus in Sub-district Health Promoting Hospital, Maetha District, Lampang Province*. Retrieved 15 November from https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5717035223_5267_3884.pdf

Ishii, M., Yamaguchi, Y., Hamaya, H., Iwata, Y., Takada, K., Ogawa, S., Imura, M., & Akishita, M. (2022). Influence of oral health on frailty in patients with type 2 diabetes aged 75 years or older. *BMC Geriatrics, 22*(145), 1-9. https://doi.org/https://doi.org.10.1186/s12877-022-02841-x

Izuora, K. E., Ezeanolue, E. E., Neubauer, M. F., Gewelber, C. L., Allenback, G. L., & Umpierrez, G. E. (2016). Dental loss among ambulatory patients with diabetes. *Journal of clinical & translational endocrinology, 4*, 28-31. https://doi.org/https://dot.org/10.1016/j.jcte.2016.02.003

Katanyutanon, T., Jongcheroen, W., Phanchan, S., Jantamontree, P., Eknum, P., Siriwat, O., Raktham, P., & Sengla, W. (2019). Factor related to Oral Health Care of Diabetic Patients in Wat Sriwareenoi Health Promoting Hospital, Samutprakan. *Journal of Health Science, 28*(5), 792-801.

Krongyuth, P., Panjan, J., Khruakham, P., & chimpleepan, W. (2021). Oral Health Care Behaviors of Elderly with Type 2 Diabetes Mellitus. *Thai Journal of Public Health and Health Education, 1*(1), 47-60.

Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika, 2*, 151-160.

Laouali, N., Fatouhi, D. E., Aguayo, G., Baikau, B., Boutron-Ruault, M.-C., Bonnet, F., & Fagherazzi, G. (2021). Type 2 diabetes and its characteristics are associated with poor oral health: findings from 60,590 senior women from the E3N study. *BMC Oral Health, 21*(315). https://doi.org/10.1186/s12903-021-01679-w

Leethongdee, R., Thaopan, W. W., Butkhot, J., Kwenkaomeng, C., & Junsa, J. (2022). Social support and dental health care behaviors among type 2 diabetes mellitus patients, Phu Wiang hospital, Phu Wiang district, Khon Kean. *Thai Dental Nurse Journal, 33*(2), 83-96.

Llambes, F., Herrera, S. A., & Caffesse, R. (2015). Relationship between diabetes and periodontal infection. *World Journal of Diabetes, 6*(7), 927-935. https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i7.927

López-Pintor, R. M., Casañas, E., González-Serrano, J., Serrano, J., Ramírez, L., Arriba, L. d., & Hernández, G. (2016). Xerostomia, Hyposalivation and Salivary Flow in Diabetes Patients. *Journal of Diabetes Research*, 1-15. https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2016/4372852

National Statistical Office. (2012). *Sampling Technique and Estimation*. Retrieved 21 November from http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/Toneminute/files/55/A3-16.pdf

Newrick, P. G., Bowman, C., Green, D., O'Brien, I. A. D., Porter, S. R., Scully, C. M., & Corrall, R. J. M. (1991). Parotid salivary secretion in diabetic autonomic neuropathy. *Journal of Diabetic Complications, 5*(1), 35-37. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0891-6632(91)90008-D

Niyomthai, M., & Chomson, S. (2020). Factor Affecting to Dental Care Behaviors among the Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Plakrad Sub-diatrict Health Promoting Hospital, Bangrakam Distrist, Phitsanulok Province *Thai Science and Technology Journal, 29*(1), 168-179.

Phatisena, T., Moongyutklang, W., Khoryaklang, O., & Paiseesan, S. (2019). The Relationship between Dental Health Perception and Oral Health care of Diabetic Petients coming to Receive Services at Ban Lao Health Promoting Hospital, Non Sung District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, 5*(2), 121-131.

Poudel, P., Griffiths, R., Wong, V. W., Arora, A., Flack, J. R., Khoo, C. L., & George, A. (2020). Perceptions and practices of general practitioners on providing oral health care to people with diabetes - a qualitative study. *BMC Family Practice, 21*(34), 1-11. https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12875-020-1102-9

Poudel, P., Rawal, L. B., Kong, A., Yadav, U. N., Sousa, M. S., Karmacharya, B., Phradhan, S., & George, A. (2022). Oral Health Knowledge, Attitudes and Practices of People Living with Diabetes in South Asia: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(21), 1-21. https://doi.org/10.3390/ijerph192113851

Rajeh, M. T. (2022). Gender Differences in Oral Health Knowledge and Practices Among Adults in Jeddah, Saudi Arabia. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry, 14*, 235-244.

Sistani, M. M. N., Virtanen, J., Yazdani, R., & Murtomaa, H. (2017). Association of oral health behavior and the use of dental services with oral health literacy among adults in Tehran, Iran. *European Journal of Dentistry, 11*(2), 162-167.

Srisung, P., Tachuchart, T., Thawanchan, W., Deeraksa, S., & Jitpreeda, W. (2022). Factors Related to oral health care behaviors among type 2 diabetes mellitus who attend services in a diabetes clinic at Thakhantho hospital, Thakhantho district, Kalasin province. *Thai Dental Nurse Journal, 33*(1), 99-112.

Suzuki, S., Yoshino, K., Takayanagi, A., Ishizuka, Y., Satou, R., Nara, N., Kamijo, H., & Sugihara, N. (2019). Relationship between Blood HbA1c Level and Decayed Teeth in Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-sectional Study. *The Bulletin of Tokyo Dental College, 60*(2), 89-96. https://doi.org/10.2209/tdcpublication.2018-0039.

Yeun, H. K., Wolf, B. J., Bandyopadhyay, D., Magruder, K. M., Salinas, C. F., & London, S. D. (2009). Oral health knowledge and behavbior among adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice, 86*(3), 239-246. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.09.010

Development of Online Advertising Problem Management Model of Aesthetic Medical Clinic, Chachoengsao Province.

Kanokkan Chanwaro*

Pharmacist, Professional Level, Chachoengsao Provincial Public Health Office

kanokkan.chan@gmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Chanwaro, kanokkan. Development of Online Advertising Problem Management Model of Aesthetic Medical Clinic, Chachoengsao Province. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/271455

Received: 11 March 2024

Revised: 12 April 2024

Accepted: 19 April 2024

Abstract

This is a before and after, quasi-experimental research. The objective is to develop and evaluate the outcome of aesthetic medical clinic's problem management model for online advertising, in Chachoengsao province. The sample group consists of 32 aesthetic medical clinics participated in research activities. The researcher developed a problem-solving process consisting of four main activities: 1. Meetings to explain advertising control policies and enhance knowledge exchange for problem management strategies. 2. Providing feedback data on incorrect advertising assessments to entrepreneurs for direct acknowledgment and rectification. 3. Developing an online media advertising consultation system. 4. Inspecting the clinic to identify problems and remind entrepreneurs to comply with the law. The research results found that the average knowledge level of entrepreneurs before and after the meeting was 6.63 ± 1.24 and 8.38 ± 1.01, respectively. The average attitude level of entrepreneurs before and after the meeting was 3.93 ± 0.46 and 4.20 ± 0.49, respectively. Comparing the levels of knowledge and attitudes before and after the meeting, there was a statistically significant difference (p-value < 0.05). The assessment of the legal correctness of online advertisements before and after participating in the research activities, found that entrepreneurs advertised legally at the rates of 32.27% ± 17.05 and 83.45% ± 25.63, respectively. Comparing the assessment of advertising before and after participating in the research activities, aesthetic medical clinics showed an increased in legal advertising compliance, with statistically significant (p-value < 0.05). Therefore, the problem-solving activities for online advertising should be continuously implemented and applied to other types of clinics, targeting specific groups based on their risk levels.

Keywords: aesthetic medical clinic; online advertising; entrepreneurs

การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

กนกกาญจน์ จันวะโร

เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

kanokkan.chan@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 11 มี.ค. 2567
วันแก้ไข 12 เม.ย. 2567
วันตอบรับ 19 เม.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาในรูปแบบกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างคือ คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามทุกแห่งที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย (32 แห่ง) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบกระบวนการจัดการปัญหาโดยแบ่งเป็น 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1.การจัดประชุมเพื่อชี้แจงนโยบายในการควบคุมการโฆษณาและสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการหาแนวทางการจัดการปัญหา 2.การคืนข้อมูลย้อนกลับผลการประเมินโฆษณาที่ไม่ถูกต้องให้ผู้ประกอบการรับทราบและแก้ไขได้อย่างตรงประเด็น 3.การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาเรื่องการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ 4.การลงตรวจเยี่ยมคลินิกเพื่อค้นหาปัญหาและย้ำเตือนให้ผู้ประกอบการตระหนักในการปฏิบัติตามกฎหมาย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ของผู้ประกอบการก่อนและหลังการประชุมมีค่าเฉลี่ย 6.63 ± 1.24 และ 8.38 ± 1.01 ตามลำดับ ทัศนคติของผู้ประกอบการก่อนประชุมและหลังการประชุมมีค่าเฉลี่ย 3.93 ± 0.46 และ 4.20 ± 0.49 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติก่อนและหลังประชุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และการประเมินเนื้อหาความถูกต้องตามกฎหมายของโฆษณาทางสื่อออนไลน์ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัยพบว่าผู้ประกอบการมีการโฆษณาถูกกฎหมายเฉลี่ย ร้อยละ 32.27 ± 17.05 และ 83.45 ± 25.63 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบการประเมินโฆษณาก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย พบว่าคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามมีการปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังนั้น กิจกรรมตามรูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และขยายผลไปใช้ในคลินิกประเภทอื่นโดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายตามระดับความเสี่ยงต่อไป

คำสำคัญ: คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม; การโฆษณาทางสื่อออนไลน์; ผู้ประกอบการ

บทนำ

ปัจจุบันคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามในประเทศไทยมีแนวโน้มการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดการแข่งขันทางการตลาดในรูปแบบต่างๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ลูกค้าเข้ามารับบริการที่คลินิกของตน โดยการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย เช่น การสร้างแบรนด์ให้ลูกค้าจดจำ การสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า การลดราคา การเหมาจ่าย โปรแกรมการส่งเสริมการขายต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการประชาสัมพันธ์ข้อมูลดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยวิธีการโฆษณา และช่องทางโฆษณาที่เป็นที่นิยมคือการโฆษณาผ่านสื่อออนไลน์ เนื่องจากเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วและมีความทันสมัย

ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม ถูกกำหนดมาตรฐานการให้บริการและการควบคุมกำกับโฆษณาในคลินิกเช่นเดียวกันกับคลินิกเวชกรรม ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้กำหนดแนวทางการพิจารณาอนุมัติโฆษณาทางสื่อโซเชียลมีเดีย หรือสื่อออนไลน์ให้ขออนุมัติทุกช่องทาง โดยยื่นคำขอพร้อมหน้าเพจแรกและข้อความโฆษณาเพื่อพิจารณาอนุมัติ เมื่อได้รับอนุมัติแล้วให้สามารถลงข้อความภาพหรือเสียงในช่องทางดังกล่าวต่อจากนั้นได้โดยให้ถือว่ามีการอนุมัติแล้ว แต่การโฆษณาหรือประกาศนั้น จะต้องไม่ฝ่าฝืนมาตรา 38 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (Department of Health Service Support, 2018)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี 2566 พบว่าคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามทุกแห่งมีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ โดยสื่อออนไลน์ที่พบมากที่สุด คือ Facebook และจากการตรวจประเมินชิ้นโฆษณาของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามทาง Facebook จำนวน 499 ชิ้นโฆษณา พบโฆษณาไม่ถูกต้องตามกฎหมาย 353 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 70.74 แบ่งเป็นการฝ่าฝืนประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายในการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ร้อยละ 36.47 การฝ่าฝืนประกาศแพทยสภาที่ 50/2549 เรื่องคำที่ห้ามใช้ในการโฆษณาร้อยละ 28.25 การโฆษณาที่มีข้อความไม่ควรใช้ตามประกาศคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เรื่อง แนวทางการใช้ข้อความโฆษณาที่มีลักษณะเป็นการยืนยันข้อเท็จจริงอันยากแก่การพิสูจน์และแนวทางการพิสูจน์เพื่อแสดงความจริงเกี่ยวกับข้อความโฆษณา พ.ศ. 2565 ร้อยละ 6.01 การโฆษณาที่ใช้ข้อความหรือคำที่ไม่อนุมัติให้โฆษณาตามแนวทางการพิจารณาข้อความการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาลร้อยละ 45.49 การโฆษณาข้อความและภาพผลิตภัณฑ์ยาโดยมิได้รับอนุญาตร้อยละ 15.63 การโฆษณาข้อความและภาพเครื่องมือแพทย์โดยมิได้รับอนุญาตร้อยละ 8.81 และจากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าผู้ประกอบการยังขาดความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาที่ครอบคลุม และมีทัศนคติในการโฆษณาเพื่อมุ่งผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นหลัก บางครั้งอาจขาดความตระหนักรับผิดชอบต่อสังคมโดยรวม จึงนำไปสู่การกระทำผิดตามข้อกฎหมาย (Chanwaro K., 2023) โดยตามมาตรา 38 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 กำหนดว่าการโฆษณาหรือประกาศด้วยประการใดๆ ซึ่งชื่อ ที่ตั้ง หรือกิจการของสถานพยาบาล หรือ คุณวุฒิหรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล เพื่อชักชวนให้มีผู้มาขอรับบริการจากสถานพยาบาลโดยใช้ข้อความ เสียง หรือภาพอันเป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความจริงหรือน่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการของสถานพยาบาล จะกระทำมิได้ และผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 38

วรรคสอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และให้ปรับอีกวันละไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทนับแต่วันที่ฝ่าฝืนคำสั่งที่ให้ระงับการโฆษณาหรือประกาศ ทั้งนี้ จนกว่าจะระงับการโฆษณาหรือประกาศดังกล่าว

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นว่าคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามส่วนใหญ่มีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการแก้ปัญหาการโฆษณาอาหารและยาที่ผิดกฎหมาย พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร่วมกับการใช้มาตรการเฝ้าระวังและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้อัตราการโฆษณาที่ผิดกฎหมายลดลงประมาณร้อยละ 30-40 (Kongchum, et al., 2019) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ระบุว่าการที่พนักงานเจ้าหน้าที่ไปพบผู้ประกอบการและใช้วิธีพูดคุยเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมจะช่วยลดปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายลงได้ (Jangjai, D. & Lerkiatbundit, S., 2014) ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาออกแบบวิธีการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ โดยประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายว่า พฤติกรรม (Behavior) เป็นผลมาจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการโดยจัดกิจกรรมการสร้างองค์ความรู้ที่ครอบคลุมรวมทั้งปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ผู้ประกอบการมีการโฆษณาที่ถูกต้องตามกฎหมาย การคืนข้อมูลย้อนกลับให้ผู้ประกอบการ การแจ้งเตือนผู้ประกอบการถึงการเฝ้าระวังของพนักงานเจ้าหน้าที่ การสร้างช่องทางพิเศษในการสื่อสารและให้คำปรึกษา และการลงตรวจเยี่ยมคลินิกเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคพร้อมให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ประกอบการเป็นรายบุคคล ทั้งยังเป็นการเตือนให้ผู้ประกอบการตระหนักในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย จากนั้นจึงทำการทดสอบประสิทธิภาพของวิธีการดังกล่าว เพื่อนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายในสถานพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาในรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งผ่านการอนุมัติให้ทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH_CCO_REC 087/2566

ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่าง คือคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ก่อนวันที่ 1 สิงหาคม 2566 ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ทุกแห่ง จำนวน 39 แห่ง มีการคัดออก 6 แห่ง เนื่องจากผู้ประกอบการหรือผู้แทน ไม่มาเข้าร่วมการประชุม จำนวน 4 แห่ง ผู้ประกอบการแจ้งเลิกกิจการคลินิกระหว่างทำการศึกษา 2 แห่ง และมีคลินิกที่เป็นสาขากัน 2 แห่งใช้ช่องทางโฆษณาเดียวกัน ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 แห่ง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

- คลินิกที่มีผู้ประกอบการหรือผู้แทน ได้แก่ ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการคลินิก หรือผู้รับอนุญาตให้

ดำเนินการคลินิก หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่หลักในการดูแลคลินิก เข้าร่วมการประชุม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- คลินิกที่ไม่ส่งผู้ประกอบการหรือผู้แทนเข้าร่วมประชุม
- คลินิกที่มีการแจ้งเลิกกิจการสถานพยาบาลระหว่างดำเนินการวิจัย

สื่อโฆษณาที่ใช้ในการวิจัย

สื่อโฆษณาที่นำมาใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อความ ภาพ หรือเสียง ซึ่งปรากฏในช่องทางออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามที่เข้าร่วมวิจัย โดยช่องทางออนไลน์ที่ทำการสำรวจได้แก่ Facebook, Instagram, Line, Twitter, Website, YouTube, TikTok ทั้งนี้ สื่อโฆษณาดังกล่าว ต้องระบุชื่อของคลินิกที่เข้าใจได้ว่าเป็นคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามที่เข้าร่วมวิจัย แต่ไม่รวมสื่อโฆษณาที่มีลักษณะเป็นข้อความสนทนาหรือลักษณะเป็นการให้ความรู้ทางวิชาการที่ไม่ได้มีข้อความชักชวนให้มาใช้บริการ และหากโฆษณามีข้อความหรือรูปภาพเหมือนกัน แม้จะโพสต์ต่างเวลาหรือต่างช่องทางออนไลน์จะถือว่าเป็นโฆษณาเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบกิจกรรมในการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ

2. แบบสอบถามเรื่องการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามในจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่ง/หน้าที่ของผู้ตอบแบบสอบถาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการประกอบกิจการคลินิก สื่อออนไลน์ที่ใช้ในการโฆษณาคลินิก

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาสถานพยาบาล จำนวน 10 ข้อ

เป็นแบบทดสอบแบบถูก - ผิด ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติตามกฎหมายการโฆษณาสถานพยาบาล จำนวน 10 ข้อ

ข้อคำถามประกอบด้วยคำถามเชิงบวก (Positive Item) และคำถามเชิงลบ (Positive Item) จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert's scale) ซึ่งแบ่งระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ดังนี้

คำถามเชิงบวก (Positive Item)	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1 คะแนน

คำถามเชิงลบ (Negative Item)	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	5 คะแนน

3. แบบประเมินการโฆษณาสถานพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 4 ข้อ ได้แก่ ชื่อคลินิก ลักษณะของคลินิก วันที่ทำการโฆษณา และรหัสชิ้นโฆษณา

ส่วนที่ 2 การประเมินคำหรือข้อความโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายแบ่งเป็น 4 ข้อ ได้แก่ คำที่ห้ามโฆษณาตามประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ข้อความที่ไม่ควรใช้ตามประกาศคณะกรรมการว่าด้วยการโฆษณา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ข้อความหรือคำอื่นๆที่ไม่อนุมัติให้โฆษณาตามแนวทางการพิจารณาข้อความการโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาลตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสถานพยาบาล และสรุปผลการประเมินโฆษณา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างมาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี หลักการและเนื้อหาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาสถานพยาบาลและผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดขอบเขตของข้อมูลและเนื้อหาที่ต้องการตามกรอบแนวคิดการวิจัยและนำมาวิเคราะห์เพื่อสร้างเครื่องมือการวิจัย จากนั้นทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงและครอบคลุมตามเนื้อหา ความถูกต้องของภาษาที่ใช้ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ซึ่งผู้วิจัยจะปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จนได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย (Index of Item Objective Congruence, IOC) มีค่าคะแนนมากกว่า 0.50 คะแนน

สำหรับแบบสอบถาม ที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จะนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α coefficient) ตามวิธีของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่า 0.77 ดังนั้นเครื่องมือการวิจัยจึงมีความถูกต้อง และเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลจริงได้

ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำฐานข้อมูลของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล ในจังหวัดฉะเชิงเทรา รวมทั้งข้อมูลการอนุมัติโฆษณาของคลินิกดังกล่าว

2. สืบค้นข้อมูลการโฆษณาในช่องทางออนไลน์ของคลินิกกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 จากฐานข้อมูลใบอนุมัติโฆษณา และจากอินเทอร์เน็ตโดยการค้นหาด้วยกูเกิ้ล (Google) ใช้คำค้นเป็นชื่อคลินิกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ข้อความ “คลินิกxxx จังหวัดฉะเชิงเทรา” รวมทั้งค้นจากสื่อโฆษณาออนไลน์ช่องทางใดช่องทางหนึ่งซึ่งมีการแจ้งช่องทางออนไลน์อื่นๆ และประเมินเนื้อหาการโฆษณาดังกล่าว ในช่วงก่อนจัดกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย

3. จัดกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม ดังนี้

3.1 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงนโยบายและสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาสถานพยาบาลที่ถูกต้องให้ผู้ประกอบการ การฝึกปฏิบัติการตรวจสอบโฆษณา การแนะนำคู่มือและวิธีการตรวจสอบคำหรือข้อความที่ไม่สามารถโฆษณาได้ รวมทั้งให้ผู้ประกอบการร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นในการหาแนวทางร่วมกันเพื่อจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย และประเมินความรู้และทัศนคติของผู้ประกอบการก่อนและหลังการประชุม

3.2 คืนข้อมูลจากผลการประเมินโฆษณาครั้งที่ 1 ให้ผู้ประกอบการในภาพรวมระหว่างการประชุมเชิงปฏิบัติการตามข้อ 3.1 และคืนข้อมูลให้ผู้ประกอบการ

เป็นรายบุคคลระหว่างลงตรวจเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย ตามข้อ 3.4

3.3 จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาการโฆษณาสถานพยาบาล และการสร้างช่องทางพิเศษผ่านบัญชีทางการของแอพพลิเคชั่นไลน์เพื่อให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล รวมทั้งการส่งข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้องผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่องทางต่างๆ

3.4 ลงตรวจเยี่ยมคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา รวมทั้งย้ำเตือนข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาสถานพยาบาล

4. สืบค้นข้อมูลการโฆษณาในช่องทางออนไลน์ของคลินิกกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 หลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย เพื่อประเมินผลเปรียบเทียบร้อยละของโฆษณาที่ถูกต้องตามกฎหมายก่อนและหลังการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัยที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ประกอบด้วย การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และทัศนคติ ก่อนและหลังการประชุมฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ p value < 0.05 และการเปรียบเทียบค่าร้อยละของโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ถูกกฎหมายในช่วงก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย โดยใช้สถิติ Wilcoxon rank sum test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ p value < 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงนโยบายในการควบคุมการโฆษณาอย่างเข้มงวด การสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการโฆษณาในสถานพยาบาล ทั้งกระบวนการขออนุมัติโฆษณา เงื่อนไขในการปฏิบัติภายหลังได้รับอนุมัติโฆษณา ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาของสถานพยาบาล และการปรับทัศนคติของผู้ประกอบการให้มีความตระหนักในการปฏิบัติตามกฎหมาย รวมทั้งแจ้งเตือนผู้ประกอบการถึงการเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมายโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังมีการฝึกปฏิบัติตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมายของสื่อโฆษณา เพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจสอบโฆษณาด้วยตนเอง ทำให้ผู้ประกอบการเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การแสดงความคิดเห็นในการหาแนวทางจัดการปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมายร่วมกัน เพื่อเป็นการสร้างความมีส่วนร่วมและทำให้ผู้ประกอบการยอมรับในแนวทางปฏิบัติ และทำการประเมินความรู้และทัศนคติของผู้เข้าประชุม ก่อนและหลังการประชุม

กิจกรรมที่ 2 การคืนข้อมูลย้อนกลับให้ผู้ประกอบการจากการประเมินโฆษณาของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม โดยการคืนข้อมูลในภาพรวมระหว่างดำเนินกิจกรรมที่ 1 และการคืนข้อมูลเป็นรายบุคคลระหว่างดำเนินกิจกรรมที่ 4 ผลการดำเนินกิจกรรมทำให้ผู้ประกอบการได้ทราบข้อมูลการโฆษณาของตนที่ยังไม่ถูกต้อง เมื่อได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่จึงสามารถปรับปรุงแก้ไขได้อย่างถูกต้องและตรงประเด็น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาเรื่องการโฆษณาของสถานพยาบาล โดยการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาการโฆษณาสถานพยาบาล และการสร้างช่องทางพิเศษผ่านบัญชีทางการของแอพพลิเคชั่นไลน์ในการให้คำปรึกษารายบุคคล การแนะนำคู่มือและวิธีการ

ตรวจสอบคำหรือข้อความที่ไม่สามารถโฆษณาได้ รวมทั้งการส่งข้อมูลด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่องทางต่างๆ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบการให้สามารถรับคำปรึกษาได้หลายช่องทางอย่างรวดเร็ว ตลอดจนสามารถค้นหาข้อมูลจากคู่มือเอกสารที่เกี่ยวข้องได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การลงตรวจเยี่ยมคลินิกกลุ่มเป้าหมายเพื่อติดตามและค้นหาปัญหาอุปสรรคของผู้ประกอบการพร้อมทั้งให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนเป็นรายบุคคล ทั้งยังเป็นการย้ำเตือนให้ผู้ประกอบการตระหนักในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย

และนำเสนอข้อมูลการประเมินผลจากการใช้รูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้แทนผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการหรือดำเนินการสถานพยาบาล จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 43.75 คน รองลงมาเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 21.88 เป็นทั้งผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 และเป็นผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.63 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 84.38 และเพศชาย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.63 มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 46.88 รองลงมาอายุ 21-30 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 และอายุ 41-50 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.63 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 รองลงมาเป็นระดับสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ระดับปวส.หรืออนุปริญญา จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.38 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า/ปวช. จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13 คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามที่เข้าร่วมประชุมมีระยะเวลาในการประกอบกิจการสถานพยาบาลเฉลี่ย 3.78 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง/หน้าที่ในคลินิก (คน)		
- ผู้แทนผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการหรือดำเนินการสถานพยาบาล	14	43.75
- ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล	7	21.88
- เป็นทั้งผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล	6	18.75
- ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล	5	15.63
เพศ		
- หญิง	27	84.38
- ชาย	5	15.63
อายุ (ปี)		
- 21 – 30 ปี	12	37.50
- 31 – 40 ปี	15	46.88
- 41 – 50 ปี	5	15.63

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
- มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า/ปวช.	1	3.13
- ปวส.หรืออนุปริญญา	3	9.38
- ปริญญาตรี	24	75.00
- สูงกว่าปริญญาตรี	4	12.50
ระยะเวลาในการประกอบกิจการของสถานพยาบาลเฉลี่ย (ปี)	3.78	

ช่องทางออนไลน์ที่ใช้ในการโฆษณา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการโฆษณาทางสื่อออนไลน์พบว่าช่องทางโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามใช้ในการโฆษณามากที่สุด ได้แก่ ช่องทาง Facebook จำนวน 32 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาเป็นช่องทาง Line และ TikTok จำนวนช่องทางละ 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.25 ช่องทาง Instagram จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.75 ช่องทาง Website จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 15.63 และช่องทาง YouTube จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.38 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของช่องทางสื่อออนไลน์ที่คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามใช้ในการโฆษณา (n=32)

ช่องทางโฆษณา	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
Facebook	32	100
Line	18	56.25
TikTok	18	56.25
Instagram	14	43.75
Website	5	15.63
YouTube	3	9.38

การประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของผู้ประกอบการคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม ก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุม

ผลการประเมินความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของผู้ประกอบการคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม ก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุม พบว่าก่อนและหลังการประชุม ผู้ประกอบการมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการโฆษณาทางสื่อออนไลน์เฉลี่ย 6.63 ± 1.24 และ 8.38 ± 1.01 ตามลำดับ และมีคะแนนทัศนคติในการโฆษณาทางสื่อออนไลน์เฉลี่ย 3.93 ± 0.46 และ 4.20 ± 0.49 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติโดยรวมก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย ผู้ประกอบการมีความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ

การวัดผล	คะแนนก่อนการประชุม		คะแนนหลังการประชุม		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ในการโฆษณา	**6.63**	**1.24**	**8.38**	**1.01**	**8.94**	**<0.001**
- การขออนุมัติโฆษณา	3.44	0.72	4.03	0.54	4.44	<0.001
- กฎหมายการโฆษณา	3.19	0.97	4.34	0.70	7.73	<0.001
ทัศนคติในการโฆษณา	**3.93**	**0.46**	**4.20**	**0.49**	**2.194**	**0.036**
- การขออนุมัติโฆษณา	4.02	0.76	4.39	0.63	2.463	0.020
- การปฏิบัติตามกฎหมาย	3.87	0.53	4.18	0.62	2.081	0.046
- การบังคับใช้กฎหมาย	4.00	0.75	4.08	0.76	0.407	0.687

การประเมินเนื้อหาความถูกต้องตามกฎหมายของโฆษณาทางสื่อออนไลน์ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของจังหวัดฉะเชิงเทรา

จากการสำรวจข้อมูลคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามทุกแห่งมีการโฆษณาทางสื่อออนไลน์อย่างน้อย 1 ช่องทาง โดยทุกคลินิกใช้ช่องทาง Facebook และคลินิกที่ใช้ช่องทาง Instagram, Line, TikTok, YouTube, Website ได้นำโฆษณาผ่านช่องทางดังกล่าวมาโพสต์ในช่องทาง Facebook ด้วย การศึกษาครั้งนี้จึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านช่องทาง Facebook เท่านั้น เนื่องจากเป็นช่องทางที่นิยมใช้มากที่สุดและมีข้อมูลครบถ้วนมากที่สุด

การศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากสื่อโฆษณาผ่านช่องทาง Facebook ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามทั้งหมด 32 แห่ง แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย พบว่าก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามมีการโฆษณาถูกกฎหมายเฉลี่ย ร้อยละ 32.27 ± 17.05 และ 83.45 ± 25.63 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบการประเมินโฆษณาพบว่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย คลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามมีการปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบร้อยละของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ถูกกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม

การดำเนินการ	ร้อยละของการโฆษณาที่ถูกกฎหมาย		df	Z	p-value
	Mean	S.D.			
ก่อนการดำเนินกิจกรรม	32.27	17.05	31	4.684	<0.001
หลังการดำเนินกิจกรรม	83.45	25.63			

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ หลังการดำเนินกิจกรรม

การวิเคราะห์สื่อโฆษณาของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม ในแต่ละแห่งหลังดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัยเสร็จสิ้น พบการเปลี่ยนแปลง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คลินิกที่ให้ความร่วมมือเต็มที่ เป็นคลินิกที่ไม่พบโฆษณาที่ผิดกฎหมายภายหลังการดำเนินกิจกรรม จำนวน 16 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50

กลุ่มที่ 2 คลินิกที่มีการปรับปรุง เป็นคลินิกที่พบปริมาณโฆษณาที่ผิดกฎหมายลดลง จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46.88 ซึ่งกลุ่มนี้ ยังแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ คือคลินิกที่พบปริมาณการโฆษณาที่ผิดกฎหมายไม่เกินร้อยละ 50 จำนวน 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37.50 และคลินิกที่พบปริมาณการโฆษณาที่ผิดกฎหมายมากกว่าร้อยละ 50 จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.38

กลุ่มที่ 3 คลินิกที่ไม่ปรับปรุง เป็นคลินิกที่พบปริมาณการโฆษณาที่ผิดกฎหมายมากขึ้น จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 3.13

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม แยกตามระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังดำเนินกิจกรรม

ระดับความร่วมมือ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
กลุ่มที่ 1 คลินิกที่ให้ความร่วมมือเต็มที่	16	50.00
กลุ่มที่ 2 คลินิกที่มีการปรับปรุง	15	46.88
กลุ่มที่ 3 คลินิกที่มีการกระทำผิดเพิ่มขึ้น	1	3.13

โดยภาพรวมพบว่าภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัยสามารถช่วยลดการกระทำผิดกฎหมายลงได้ (กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2) แต่ยังมีอีก 1 คลินิก ที่มีการกระทำผิดเพิ่มขึ้น ซึ่งบ่งชี้ว่าการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัยไม่สามารถแก้ไขการกระทำผิดของคลินิกในกลุ่มที่ 3 ได้

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าช่องทางออนไลน์ที่คลินิกเวชกรรมด้านความงามใช้ในการโฆษณามากที่สุดคือ ช่องทาง Facebook และพบการโฆษณาออนไลน์ในช่องทางอื่นๆ เช่น Instagram, Line, Twitter, Website, YouTube, TikTok เพียงบางแห่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonsin, C. (2022) และ Kejornruk, A. (2022) ซึ่งศึกษาการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการเสริมความงามในจังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่าคลินิกทุกแห่งในทั้งสองจังหวัด ใช้ Facebook เป็นช่องทางในการโฆษณา ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่าช่องทาง Facebook เป็นช่องทางโฆษณาออนไลน์ที่ควรมีการเฝ้าระวังมากที่สุด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับการสร้างความมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการ โดยได้จัดกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างองค์ความรู้และปรับทัศนคติให้ผู้ประกอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ผิดกฎหมาย ซึ่งผลงานวิจัยในอดีตที่ศึกษาสถานการณ์การโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมายของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประกอบการคลินิก ชี้ให้เห็นว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการกระทำผิดกฎหมายดังกล่าว เพราะผู้ประกอบการส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง

ในข้อกฎหมาย และผลจากการจัดกิจกรรมเรียนรู้อย่างเป็นระบบ โดยการชี้แจงนโยบายในการควบคุมการโฆษณา ให้ความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาที่ถูกต้อง การปรับทัศนคติให้ผู้ประกอบการมีความตระหนักในการปฏิบัติตามกฎหมาย การฝึกปฏิบัติเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของสื่อโฆษณาเพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจสอบโฆษณาด้วยตนเอง การคืนข้อมูลย้อนกลับจากผลการเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ พบว่าผู้ประกอบการที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความรู้เพิ่มขึ้นในทุกประเด็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับแนวคิดของ Saksri, Y. (2018) ซึ่งกล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกิดจากการศึกษา การอบรม การถ่ายทอดความรู้จากผู้มีประสบการณ์ รวมถึงปัญหาและแนวทางแก้ไขที่ได้พบเจอ ทำให้มีประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้มีทักษะเพิ่มขึ้นและมีทัศนคติที่ดี ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jangjai, D. & Lerkiatbundit, S. (2014) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพของวิธีการแก้ไขปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุท้องถิ่น พบว่าการอบรมผู้ประกอบการสถานีวิทยุและนักจัดรายการ ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเด็นการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยรวม การจัดประเภทผลิตภัณฑ์ การโฆษณายา และการโฆษณาเครื่องมือแพทย์

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และความคิดเห็นในเวทีประชุมยังเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับทราบปัญหาที่สำคัญ เช่น การที่ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา เครื่องมือแพทย์ หากได้รับอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้า และได้รับเลขทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ถือว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ถูกต้องและสามารถนำมาโฆษณาได้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในมุมมองต่างๆ ของผู้ประกอบการยังทำให้ผู้วิจัยเข้าใจปัญหา และนำมาค้นหาวิธีการที่เหมาะสมและไม่ขัดต่อกฎหมายร่วมกับผู้ประกอบการ เช่น การโฆษณาความสามารถของแพทย์ไม่สามารถใช้คำว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ เนื่องจากกฎหมายวิชาชีพเวชกรรมไม่ได้บัญญัติคำดังกล่าวไว้ แต่สามารถโฆษณาว่าเป็นแพทย์ผู้มีประสบการณ์ด้านต่างๆ ได้ เนื่องจากเป็นข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rujirayunyong, T. (2019) ที่ศึกษาการจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสื่อวิทยุโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายจังหวัดลพบุรี และพบว่าการอบรมความรู้เรื่องการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้ประกอบการสถานีวิทยุ ทำให้ทราบปัญหาที่สำคัญ คือ ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับใบอนุญาตโฆษณา โดยเข้าใจผิดว่าการมีใบอนุญาตโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพชนิดใดชนิดหนึ่ง สามารถโฆษณาผลิตภัณฑ์ชนิดนั้นได้ทุกข้อความ

ผลการเปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังการเข้าร่วมประชุมพบว่าผู้ประกอบการมีทัศนคติเกี่ยวกับกระบวนการขออนุมัติโฆษณา และการยอมรับการปฏิบัติตามกฎหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ประกอบการที่เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้ความเข้าใจในข้อกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงเกิดความตระหนักว่าการกระทำที่ผิดกฎหมายจะไม่ส่งผลดีต่อตนเอง และกิจกรรมในการประชุมเป็นยังเป็นโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ประกอบการ ทำให้ผู้ประกอบการเกิดความไว้ใจและเชื่อมั่นว่าเจ้าหน้าที่จะเป็นที่ปรึกษาและช่วยหาทางออกที่เหมาะสมให้แก่ตนเองได้ ประกอบกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติจริง ซึ่งการแก้ปัญหาโดยมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่รัฐ ยังทำให้ผู้ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนจนเกิดการยอมรับและสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติว่าการปฏิบัติให้ถูกกฎหมายทำได้ไม่ยาก จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง ตรงกับแนวคิดตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Fishbein และ Ajzen (Ajzen, I., 1991)) ที่กล่าวว่าบุคคลจะ

ปฏิบัติพฤติกรรมที่สนใจสำเร็จเกิดจากความตั้งใจในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลมีความเชื่อว่าสามารถกระทำพฤติกรรมได้โดยง่ายและสามารถควบคุมผลที่ออกมาอย่างที่ตั้งใจไว้ บุคคลมีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมนั้น

การสร้างช่องทางพิเศษผ่านบัญชีทางการของแอพพลิเคชั่นไลน์ นอกจากจะเป็นช่องทางที่ใช้ในการให้คำปรึกษาและใช้ในการการส่งข้อมูลต่างๆ ให้ผู้ประกอบการเป็นรายบุคคลแล้ว ผู้ประกอบการยังใช้ช่องทางนี้ในการแจ้งข้อมูลการกระทำผิดของคลินิกอื่นๆ ให้เจ้าหน้าที่ทราบ จึงถือได้ว่าเป็นการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมายได้อีกทางหนึ่ง ส่วนการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมคลินิกเพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตามกฎหมาย และการคืนข้อมูลย้อนกลับให้กับผู้ประกอบการรับทราบปัญหาเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้ประกอบการสามารถปรับปรุงแก้ไขโฆษณาให้ถูกต้องและตรงประเด็น และการไปพบผู้ประกอบการที่คลินิกยังอาจทำให้ผู้ประกอบการคิดว่าเจ้าหน้าที่มีการเฝ้าระวังและตรวจสอบการกระทำผิดของตนอยู่ตลอดเวลา จึงเป็นการย้ำเตือนผู้ประกอบการอีกทางหนึ่งให้ตระหนักในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jangjai, D. & Lerkiatbundit, S. (2014) ที่พบว่า การไปพบผู้ประกอบการที่สถานีวิทยุและพูดคุยเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสมจะสามารถลดปัญหาการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายลง ร้อยละ 21.87

อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบเนื้อหาความถูกต้องตามกฎหมายของการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย พบว่าคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามมีการปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายเพิ่มขึ้นมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์เชิงคุณภาพยังพบว่ามีคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงามที่มีการปรับปรุงพฤติกรรมให้ปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายมากขึ้นถึงร้อยละ 96.88 อาจเป็นไปได้ว่าผู้วิจัยวัดผลข้อมูลหลังดำเนินกิจกรรมทั้งหมดเสร็จสิ้นในทันที ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ประกอบการยังมีความตื่นตัวและคิดว่าเจ้าหน้าที่ยังมีการติดตามอยู่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการเปลี่ยนดังกล่าวเป็นผลจากการแทรกแซงกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัย และกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัยควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดอบรมผู้ประกอบการคลินิกที่ให้บริการด้านความงามเพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านกฎหมายการโฆษณาที่ถูกต้องและทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง

2. ควรนำรูปแบบการจัดการปัญหาโฆษณาทางสื่อออนไลน์ของคลินิกเวชกรรมที่ให้บริการด้านความงาม ไปขยายผลเพื่อใช้ในสถานพยาบาลเอกชนประเภทอื่นๆ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายตามระดับความเสี่ยง

3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ที่สามารถตรวจสอบข้อความโฆษณามาประยุกต์ใช้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกอบการในการตรวจสอบคำหรือข้อความที่ไม่ถูกกฎหมาย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการวิจัยทั้งหมด ดังนั้นจึงไม่อาจทราบได้ว่ากิจกรรมใดมีผลกระทบหรือไม่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ประกอบการอย่างแท้จริง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป อาจทำการวัดผลหลังการดำเนินกิจกรรมทีละขั้นตอนเพื่อให้ทราบตัวแปรที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวได้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior & Human Decision Processes. 50(2), 179-202.

Boonsin, C. (2022). Prevalence of illegal online advertisements among aesthetic medical clinics in Petchabun province. Thai Journal of Pharmacy Practice, 14(2), 416-423.

Chanwaro, K. (2023). Situation of Illegal Online Advertising in Aesthetic Medical Clinic, Chachoengsao Province. Public Health Policy & Laws Journal, 9(3), 483-498.

Department of Health Service Support. (2018). Guidelines for the operation of reviewing and approving advertisement or notices relate to sanatorium. https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id =2631

Jangjai, D. & Lerkiatbundit, S. (2014). Effectiveness of the Interventions for Reducing Illegal Advertising of Health Products among Local Radio Stations. Thai Journal of Pharmacy Practice, 6(1), 22-40.

Kejornruk, A. (2022). Illegal Advertisings through Social Media from Aesthetic Medical Clinics in Mahasarakham Province. Thai Journal of Pharmacy Practice, 14(3), 416-423.

Kongchum, R., T Chaisumritchoke, S. & Lerkiatbundit, S. (2019). Effects of Interventions for Illegal Advertising of Food and Drugs among Local Radios. Thai Journal of Pharmacy Practice, 11(3), 586-602.

Rujirayunyong, T. (2019). Intervention for the Problems on Illegal Health Products Advertising on Radios through Participation among Community Network in Lopburi. Thai Journal of Pharmacy Practice, 11(3), 678-696.

Saksri, Y. (2018). Relationship between Knowledge, Attitude and Practice Towards Prevention of Surgical Site Infection During Intraoperative Period Among Perioperative Nurses. (Master's thesis, Prince of Songkla University) https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/12524

Sanatorium Act, 4th ed., B.E. 2559. (20 December 2016). Royal Gazette. No.133 Part 107A pp. 41-49.

Sanatorium Act B.E. 2541. (24 March 1998). Royal Gazette. No.115 Part 15A pp. 32-47.

The effectiveness of malaria elimination area management system toward a sustainable safety province

Pittaya Thengkreang[1], Yuttana Homket[2]*

1, 2 Nakhon Si Thammarat provincial public health office

** Corresponding AuthorbPhone : E-mail: hom_yuttana@hotmail.com, Number: 0872697379*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Thengkreang, P. ., & Homket, Y. The effectiveness of malaria elimination area management system for a sustainable safety province. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/271914

Received: 26 March 2024
Revised: 19 April 2024
Accepted: 22 April 2024

Abstract

This is a study on the effectiveness of malaria elimination area management system toward a sustainable safety province in Nakhon Si Thammarat province. The study involved three sample groups: 51 individuals responsible for malaria elimination management, 375 general public and 157 students, both groups residing in B1 level areas. Data was collected through document for Safety Provincial Malaria Assessment form for the year 2022, group discussions, individual interviews, and questionnaires. Collected data analysed for descriptive statistics, and qualitative data analysed for content analysis.

Results indicated that the success factors are collaboration among all sectors, including health agencies, local administrative organizations, and people in the area. Effective management planning at all levels were necessary, including personnel, budgets, and equipment, according to provincial operational framework in all districts. This includes disease surveillance systems, inspection and treatment systems, disease prevention committees' planning, supervision, monitoring, and evaluation systems, as well as appropriate resource mobilization or budget support.

The study also found that the level of knowledge, perception, and self-preventive behavior of both groups were at a good level. This was attributed to continuous education and activities carried out by health personnel at all levels, who had been actively monitor, assess knowledge, and conducting continuous mosquito vector control activities. The results of the review stage led to the development of policy recommendations for sustainable malaria elimination, encompassing planning, prevention and control, diagnosis, medical treatment guidelines, medical supplies management, staff's capacity building, and emergency response measures during outbreaks.

Keywords: malaria elimination, sustainable area management, safety province

ประสิทธิผลของระบบการจัดการพื้นที่กำจัดโรคไข้มาลาเรียสู่จังหวัดปลอดภัยอย่างยั่งยืน

พิทยา แต่งเกลี้ยง[1], ยุทธนา หอมเกตุ[2*]

1, 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : E-mail: hom_yuttana@hotmail.com, โทรศัพท์: 0872697379*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 26 มี.ค. 2567
วันแก้ไข 19 เม.ย. 2567
วันตอบรับ 22 เม.ย. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลของระบบการจัดการพื้นที่กำจัดโรคไข้มาลาเรียในจังหวัดนครศรีธรรมราช ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้มาลาเรีย 51 คน ประชาชนและนักเรียนในพื้นที่ระดับ B1 375 คนและ 157 คน ตามลำดับ เก็บข้อมูลจากเอกสารตามแบบการประเมินจังหวัดปลอดโรคไข้มาลาเรีย ปี 2565 สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์รายบุคคล และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และแบบอุปนัยในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา

พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย เกิดจากความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุข ปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน มีการวางแผนการดำเนินงานที่ดี ด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ทุกอำเภอปฏิบัติงานตามกรอบแนวทางการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ทั้ง การเฝ้าระวังโรค การตรวจรักษา คณะกรรมการป้องกันโรค การวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผล และ การระดมทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เป็นผลมาจากบุคลากรสาธารณสุขทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ได้ติดตามประเมินให้ความรู้และจัดกิจกรรม พร้อมทั้งสุ่มจับยุงพาหะนำโรคและแจกมุ้งชุบสารเคมีอย่างต่อเนื่อง ผลการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืน กำหนดเป็นนโยบายครอบคลุมทั้งการวางแผนงาน การป้องกันควบคุมโรค การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การบริหารยาและเวชภัณฑ์ การพัฒนาความพร้อมของบุคลากร และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

คำสำคัญ: การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย, การจัดการพื้นที่อย่างยั่งยืน, จังหวัดปลอดภัย

บทนำ

การกำจัดโรคไข้มาลาเรียเป็นเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Thailand 2022) ซึ่งประเทศไทยได้รับความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลกในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย มาตั้งแต่ปี 2514 เป็นต้นมา ในการร่วมผลักดันนโยบายและสนับสนุนงบประมาณ อีกทั้งยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี กำหนดวิสัยทัศน์ให้มุ่งเน้นที่ประชาชนมีสุขภาพดี (Ministry of public health 2017) แนวคิดหลักในการกำจัดไข้มาลาเรีย คือ การดำเนินงานเพื่อหยุดการแพร่กระจายเชื้อมาลาเรียในขอบเขตพื้นที่ที่กำหนด และเป้าหมายของงานควบคุมและกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามระดับการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่ ประกอบด้วย 3 พื้นที่ คือ พื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียสูง เป้าหมายต้องลดจำนวนป่วย จำนวนตายและความรุนแรงของการแพร่เชื้อ ส่วนพื้นที่แพร่กระจายเชื้อมาลาเรียต่ำ เป้าหมายดำเนินงานหยุดยั้งการแพร่เชื้อ และพื้นที่ไม่มีการแพร่เชื้อ เป้าหมายป้องกันไม่ให้มีการแพร่เชื้อมาลาเรียกลับมาได้อีก (Ministry of public health 2017)

กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดพื้นที่ดำเนินงานตามฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย โดยแบ่งพื้นที่ในระดับกลุ่มบ้าน/หมู่บ้าน เพื่อดำเนินมาตรการ/กิจกรรมกำจัดโรคไข้มาลาเรีย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (ระดับ A1 พื้นที่ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อในปีปัจจุบัน (ยังเป็นพื้นที่แพร่กระจายเชื้อ), ระดับ A2 พื้นที่ที่ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่แล้ว แต่ยังไม่ครบ 3 ปี ติดต่อกัน, ระดับ B1 พื้นที่ที่ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้ออย่างน้อย 3 ปี ติดต่อกันและสำรวจพบยุงพาหะหลักหรือยุงพาหะรอง ตัวเต็มวัยหรือลูกน้ำหรือมีสภาพภูมิประเทศเหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของยุงพาหะหลักหรือยุงพาหะรอง และ ระดับ B2 พื้นที่ที่ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อในหมู่บ้านอย่างน้อย 3 ปี ติดต่อกันและไม่พบยุงพาหะหรือสภาพภูมิประเทศไม่เหมาะสมต่อการแพร่พันธ์ของยุงพาหะหลักหรือยุงพาหะรอง) และมีการวางแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ. 2560-2569 โดยกำหนดวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรีย ภายในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก โดยกำหนดรูปแบบระบบการบริหารจัดการเพื่อให้บรรลุตามยุทธศาสตร์และวิสัยทัศน์ 5 คุณลักษณะ ประกอบด้วย ระบบเฝ้าระวังโรค ระบบการตรวจรักษาผู้ป่วย ระบบคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรค ระบบการวางแผนกำกับ ติดตาม และประเมินผลการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และระบบการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (Ministry of public health 2019a)

จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นจังหวัดหนึ่งที่ประสบปัญหาการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย ที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี พบผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย มีการแพร่ระบาดของโรคกระจายในแต่ละพื้นที่ จากรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจังหวัดนครศรีธรรมราช 5 ปี ย้อนหลัง พบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 8 ราย ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วย 1 ราย แต่ในปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ยังไม่พบผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่พบในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 ส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าว (ministry of public health 2020a and Nakhon si Thammarat 2021) จากข้อมูลดังกล่าว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งจังหวัดมีการดำเนินการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค เฝ้าระวัง และฟื้นฟูการรักษาพยาบาล อย่างต่อเนื่องและนำมาตรการตามยุทธศาสตร์ 5 คุณลักษณะ มาดำเนินการ และได้แบ่งระดับพื้นที่เสี่ยงตามแนวทางของกองโรคติดต่อนำโดยแมลง พบว่า ปี พ.ศ. 2565 ไม่มีพื้นที่ระดับ A1 และ A2 มีเพียงพื้นที่เสี่ยงระดับ B1 จำนวน 43 หมู่บ้าน พื้นที่ระดับ B2 จำนวน 1,508 หมู่บ้าน (Nakhon Si Thammarat 2023) ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานมีการติดตาม ประเมินผลการ

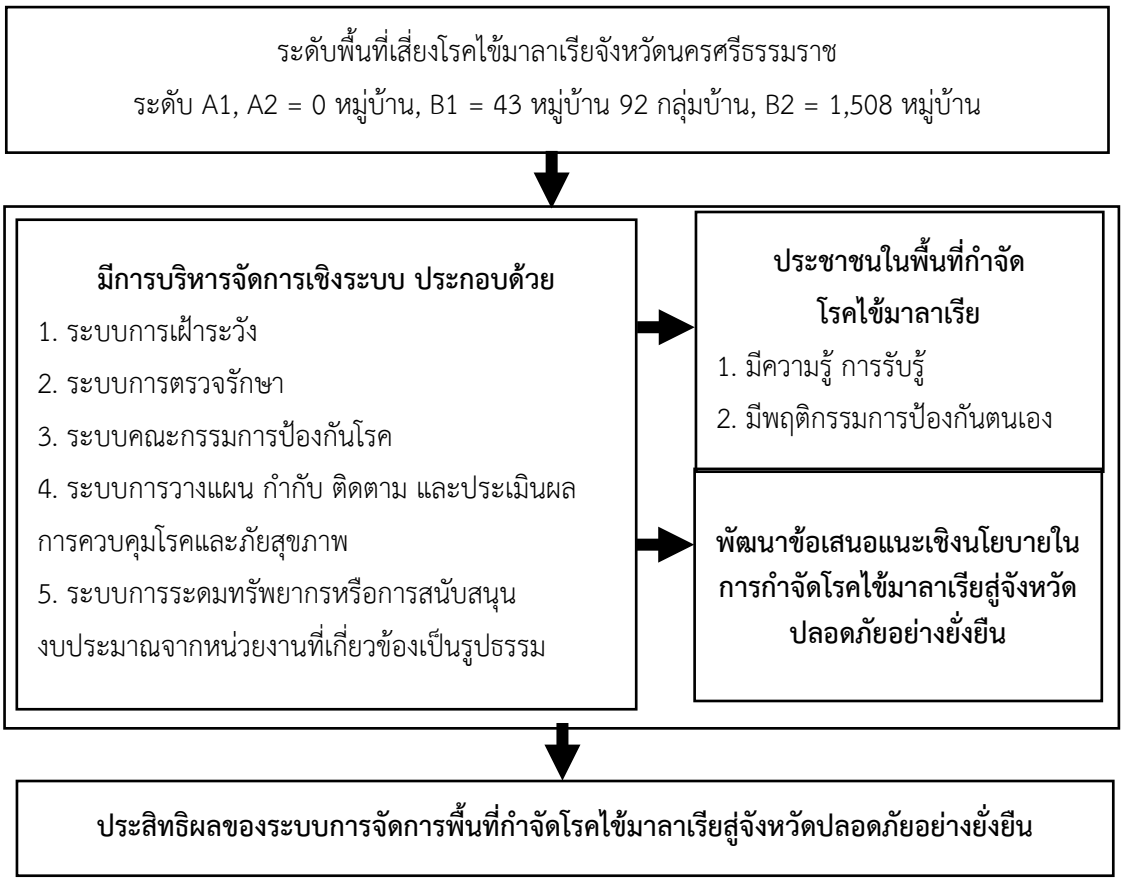
ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการประเมินตนเองระดับจังหวัด การประเมินจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 11.2 นครศรีธรรมราช และกองโรคติดต่อนำโดยแมลงร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2565 ซึ่งได้รับรองและประกาศให้จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดปลอดภัยโรคไข้มาลาเรีย (Nakhon Si Thammarat 2023)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ถึงแม้ว่าที่ผ่านมามีหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องจะมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องแล้ว แต่การติดตามประเมินผลดังกล่าวยังไม่เป็นรูปธรรมและมีการประเนผลแบบแยกส่วน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานการบริหารจัดการเชิงระบบที่ผ่านมาแบบรอบด้าน ซึ่งเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานเพื่อลดอัตราการป่วยของโรคไข้มาลาเรียเป็นไปตามเป้าหมายของ SDGs จึงได้ศึกษาประสิทธิผลของระบบการจัดการพื้นที่กำจัดโรคไข้มาลาเรียสู่จังหวัดปลอดภัยอย่างยั่งยืน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะมีผลในการปฏิบัติงานเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไข้มาลาเรียให้กับพื้นที่มากขึ้นกว่าเดิมเป็นอย่างมาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบการจัดการพื้นที่กำจัดโรคไข้มาลาเรียในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียสู่จังหวัดปลอดภัยอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลจากประชากร/กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งด้านการบริหารจัดการ ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น เนื่องจากประชากรทั้ง 3 กลุ่มนี้ มีทั้งกลุ่มผู้วางแผนดำเนินงานและผู้ให้บริการ กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงเนื่องจากเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 51 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้มาลาเรีย จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 11 นครศรีธรรมราช จำนวน 1 คน, ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 11.2 นครศรีธรรมราช จำนวน 2 คน, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1 คน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 38 คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน

กลุ่มที่ 2 ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่บ้านระดับ B1 จำนวน 43 หมู่บ้าน 92 กลุ่มบ้าน 15,115 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 38,363 คน ขนาดตัวอย่าง จำนวน 1 คนต่อ 1 หลังคาเรือน เท่ากับ 375 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{\chi^2 NP(1-P)}{e^2(n-1)+\chi^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (15,115)

P = ค่าสัดส่วนของประชากร (P=0.5)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (0.05)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df = 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (3.841)

สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยแยกการสุ่มเป็นระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน และตามด้วยการสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณได้

กลุ่มที่ 3 นักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งหมด 6 แห่ง จำนวนนักเรียน 583 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในอำเภอบางขันและอำเภอนบพิตำ เนื่องจากทั้ง 2 อำเภอ มีหมู่บ้านและกลุ่มบ้านที่อยู่ในระดับ B1 มากที่สุดซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่สุด จากนั้นกำหนดเลือกนักเรียนทุกคนที่กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 157 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบตรวจสอบเอกสารตามประเด็นการบริหารจัดการเชิงระบบ ทั้ง 5 ประเด็น ตามแบบการประเมินจังหวัดปลอดโรคไข้มาลาเรีย ปี 2565 ของกองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ministry of public health 2022) โดยเก็บข้อมูลจากเอกสารหนังสือ คู่มือ ภาพถ่าย และทะเบียนต่าง ๆ เป็นหลัก

2. แบบสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์รายบุคคล ข้อคำถามได้จากแบบประเมินจังหวัดปลอดโรคไข้มาลาเรีย ปี 2565 ของกองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุม 5 ประเด็นในการบริหารจัดการเชิงระบบตามกรอบแนวคิด และเมื่อมีประเด็นใดที่น่าสนใจหรือยังไม่ได้คำตอบที่ชัดเจน ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกต่อไป

3. แบบสอบถามประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง แบ่งเป็น 2 ชุด สำหรับประเมินกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 อย่างละ 1 ชุด ดังนี้

3.1 แบบสอบถามประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง สำหรับประเมินกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1

แบบสอบถามถูกดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของประชาชน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 4 ตอน 33 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป 12 ข้อ, ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย 10 ข้อ, การรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย 5 ข้อ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย 6 ข้อ

3.2 แบบสอบถามประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง สำหรับประเมินกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ ๒ แบบสอบถามถูกดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรียของนักเรียน ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 4 ตอน 32 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป 11 ข้อ, ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย 10 ข้อ, การรับรู้ต่อโรคไข้มาลาเรีย 5 ข้อ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย 6 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตรวจสอบเอกสาร เก็บข้อมูลโดยส่งหนังสือแจ้งให้ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานโรคไข้มาลาเรีย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ รวบรวมข้อมูลแยกรายประเด็นการบริหารจัดการเชิงระบบ เพื่อนำเป็นข้อมูลยืนยันความถูกต้องกับการสัมภาษณ์กลุ่มและสัมภาษณ์รายบุคคล

2. การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์รายบุคคล เลือกใช้การสนทนากลุ่มก่อนโดยจัดกลุ่มสนทนากลุ่มละไม่เกิน 10 คน และแต่ละกลุ่มเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในลักษณะเดียวกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ภายหลังเก็บข้อมูลจากเวทีสนทนากลุ่มเสร็จสิ้นในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มหรือต้องการข้อมูลเชิงลึกเพื่อเติมเต็มข้อมูลจากเวทีเสวนากลุ่มให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นจะเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลต่อไป

3. การรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ดังนี้

3.1 แบบสอบถามกลุ่มที่ 1 นัดหมายผู้รับผิดชอบงานโรคไข้มาลาเรียระดับอำเภอสำหรับอำเภอที่มีกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ เพื่อชี้แจงการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม เมื่อดำเนินการเก็บแบบสอบถามเสร็จให้ผู้รับผิดชอบงานส่งแบบสอบถามคืนให้ผู้วิจัย

3.2 แบบสอบถามกลุ่มที่ 2 ส่งหนังสือแจ้งให้ผู้บริหารโรงเรียนและผู้เกี่ยวข้องรับทราบ และหนังสือยินยอมจากผู้ปกครองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพร้อมกันทั้งชั้นเรียน กำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 1 ชั่วโมง หลังตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยและทีมเก็บรวบรวมแบบสอบถามไว้ในซองปิดผนึกมิดชิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามด้วยสถิติ ดังนี้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบอุปนัยเป็นหลัก วิเคราะห์โดยการตีความหมายในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อให้เห็นภาพของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างเป็นองค์รวม โดยมีการแยกประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล แล้วจึงทำการวิเคราะห์ข้อความเชื่อมโยงแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการศึกษาสำหรับการตอบวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผ่านการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่ Exc-09/2566 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ระบบการเฝ้าระวังโรค

เฝ้าระวังบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้มาลาเรียในพื้นที่ ทั้งคนในพื้นที่และคนที่มาจากนอกพื้นที่ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าว ทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูก

กฎหมาย สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคไข้มาลาเรียมีการเฝ้าระวังโดยการใช้ชุดตรวจหาเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็ว (Rapid Diagnostic Test: RDT) สุ่มตรวจหาเชื้อโรคไข้มาลาเรีย สำหรับแรงงานต่างด้าวเฝ้าระวังโดยการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาล (ตรวจหาเชื้อมาลาเรีย) ทั้งแรงงานต่างด้าวที่มาขอขึ้นทะเบียนต่ออายุการทำงาน และขอขึ้นทะเบียนใหม่

เฝ้าระวังยุงพาหะนำโรคในพื้นที่ (พื้นที่เสี่ยง) เป้าหมายหลักอำเภอนบพิตำ, อำเภอร่อนพิบูลย์, อำเภอบางขัน, อำเภอสิชล, อำเภอทุ่งใหญ่, และอำเภอชะอวด สำรวจหายุงพาหะนำเชื้อโรคไข้มาลาเรีย (ยุงก้นปล่อง) โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงที่ 11.2 นครศรีธรรมราช ด้วยวิธีการจับยุงโดยใช้เหยื่อคนเป็นตัวล่อ สำรวจลูกน้ำ และจัดอบรมเจ้าหน้าที่ด้านการควบคุมยุงพาหะและด้านกีฏวิทยา ให้กับทีมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit: CDCU) และ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ในพื้นที่อำเภอ/ตำบลเป้าหมาย

เฝ้าระวังการควบคุมยุงพาหะในพื้นที่เสี่ยงสูงโดยการสร้างองค์ความรู้ให้กับประชาชน เคาะประตูบ้านสร้างความเข้าใจ และแจกมุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน (Long-lasting Insecticidal Nets: LLIN) และมุ้งชุบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนานคลุมเปล (Long-lasting Insecticidal Hammock Net: LLIHN) สำหรับครัวเรือนที่มีการนอนห้อง/บริเวณโล่งแจ้ง ไม่มีการติดมุ้งลวดหรือปิดประตูหน้าต่างมิดชิดตอนกลางคืน

ทุกอำเภอของจังหวัดนครศรีธรรมราช นำระบบการรายงานข้อมูลตามมาตรการ 1-3-7 มาใช้ (แจ้งเตือนผู้เกี่ยวข้องภายใน 1 วัน, สอบสวนโรคภายใน 3 วัน และตอบโต้เพื่อกำจัดโรคภายใน 7 วัน) ซึ่งทุกพื้นที่ดำเนินการได้ตามมาตรการที่กำหนด รวมทั้งมีกลุ่ม Line ไว้สำหรับสื่อสารแจ้งรายงานผู้ป่วย พื้นที่สงสัย ข้อมูลความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรีย และสื่อสารแนวทางการดำเนินงานเมื่อพบบุคคลที่สงสัยป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเพื่อให้ทุกพื้นที่ได้เกิดความเข้าใจและสามารถดำเนินการตามมาตรการได้อย่างถูกต้องทั้งในส่วนของเครือข่ายทีม SRRT ระดับอำเภอและตำบล ทั้งบุคลากรสาธารณสุข อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการบันทึกข้อมูลผ่านรายงานในแบบฟอร์มที่กำหนดและระบบ Malaria Offline

2. ระบบการตรวจรักษา

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 23 แห่ง/อำเภอ โรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม 2 แห่ง สถานพยาบาลสภากาชาดไทย 1 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 แห่ง และหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 2 แห่ง (อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช และ อำเภอบางขัน) สามารถให้บริการประชาชนในการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาลได้ แต่อำนาจจำแนกและความแม่นยำของการจำแนกโรคเมื่อพบผู้ป่วยที่อาการเข้าได้กับโรคไข้มาลาเรีย หรือสั่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการของแพทย์จบใหม่ยังขาดความแม่นยำ แต่โรงพยาบาลทุกแห่งได้นำขั้นตอนแนวทางการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียตามแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2564 รูปแบบการบริหารยารักษาโรคไข้มาลาเรียจังหวัดมีการสนับสนุนให้กับโรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล โรงพยาบาลทุ่งสง และ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง แต่พบปัญหายาหมดอายุเนื่องจากที่ผ่านมาทุกอำเภอพบผู้ป่วยจำนวนน้อย และพบผู้ป่วยเพียงบางพื้นที่

3. ระบบคณะกรรมการป้องกันโรค

ระดับจังหวัด มีคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการและคณะกรรมการมาจากส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการประชุมคณะกรรมการดังกล่าวเป็นรูปแบบการบูร

ณาการร่วมกันไม่ได้จัดเวทีเฉพาะการประชุมเกี่ยวกับโรคไข้มาลาเรีย แต่เป็นการประชุมเกี่ยวกับโรคติดต่อที่สำคัญเป็นปัญหาของพื้นที่ เป็นการเฝ้าระวังโรคในภาพรวมระดับจังหวัด

ระดับอำเภอ/ตำบล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการคณะทำงาน ซึ่งทุกอำเภอมีทีม CDCU และ SRRT อย่างน้อย 3 ทีม แต่ละทีมมีการจัดทำเป็นคำสั่งชัดเจนตามโครงสร้าง กำหนดบทบาทหน้าที่และอำนาจของแต่ละภาคส่วนอย่างชัดเจน พร้อมส่งเสริม สนับสนุน และติดตามความก้าวหน้าการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียในแต่ละพื้นที่ และทีมคณะกรรมการได้มีการประชุมทบทวนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

4. ระบบการวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

การดำเนินงานระดับจังหวัด มีการจัดทำแผนป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียทุกปี โดยใช้งบประมาณสนับสนุนจากงบกองทุนโลกด้านมาลาเรีย จัดทำแผนการดำเนินงานระดับจังหวัด โดยผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ร่วมกับผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช และ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 11.2 นครศรีธรรมราช มีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ป้องกันควบคุมโรคได้แก่ ชุดตรวจ RDT มุ้งชุบสารเคมี น้ำยาชุบมุ้ง จัดอบรมพัฒนาความรู้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน นักเรียน ในพื้นที่เสี่ยง มีการวางแผนติดตามกำกับประเมินผลงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียต่อเนื่องตลอดทั้งปีทุกปีครอบคลุมทุกมิติ และมีการขับเคลื่อนงานป้องกันโรคไข้มาลาเรียโดยผ่านเวทีการประชุมเครือข่ายทีม SRRT ระดับอำเภอ/ตำบล

การดำเนินงานระดับอำเภอ พบว่า อำเภอเสี่ยงสูง 8 อำเภอ มีการจัดทำแผนป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียต่อเนื่องทุกปี มีการเตรียมทีมเฝ้าระวังการเกิดโรค ส่วนอำเภอบางขัน นบพิตำ และสิชล ซึ่งเป็นอำเภอเสี่ยงสูง ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ จากงบกองทุนโลกด้านมาลาเรีย

การดำเนินงานระดับตำบล พื้นที่อำเภอบางขัน สิชล และนบพิตำ (พื้นที่เสี่ยง) จัดทำแผนงานโครงการใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีการจัดทำแผนป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียโดยบูรณาการงบประมาณโรคไข้เลือดออกและมีการค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่โดยใช้ชุดตรวจ RDT โครงการกองทุนโลกด้านมาลาเรีย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งมีการตั้งงบประมาณฉุกเฉินในการดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่เตรียมความพร้อมกรณีมีการระบาดของโรคอื่น ๆ รวมทั้งโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่

5. ระบบการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม

จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับการสนับสนุนเพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรียทั้งในรูปแบบของงบประมาณ และทรัพยากรต่าง ๆ และความร่วมมือจากหลากหลายแหล่ง โดยได้รับงบประมาณการป้องกันโรคมาลาเรียหลักจากงบกองทุนโลกต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2566 สนับสนุนเป็นวัสดุอุปกรณ์ควบคุมป้องกันโรค ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานระดับจังหวัด ค่าใช้จ่ายในการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน/นิเทศติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 11.2 นครศรีธรรมราช องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และโรงพยาบาลทุกแห่ง ซึ่งทุกหน่วยงานมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและเกิดภาคีเครือข่ายการขับเคลื่อนงานร่วมกันเป็นอย่างดี

6. ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงโรคไข้มาลาเรีย

ศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม (นักเรียน และประชาชนทั่วไป) ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง อยู่ในระดับดี รองลงมาคือระดับปานกลาง และมีส่วนน้อยที่อยู่ในระดับพอใช้ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เสี่ยงโรคไข้มาลาเรีย จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง	ประเภท	ดี (%)	ปานกลาง (%)	พอใช้ (%)
นักเรียน (n=157)	ความรู้	74 คน (47.14%)	61 คน (38.85%)	22 คน (14.01%)
	Max=10 คะแนน, Min=3 คะแนน, Mean=7.23 คะแนน SD=0.98			
	การรับรู้	78 คน (49.68%)	60 คน (38.22%)	19 คน (12.10%)
	Max=14 คะแนน, Min=5 คะแนน, Mean=9.65 คะแนน SD=1.06			
	พฤติกรรมการปฏิบัติตน	65 คน (41.40%)	68 คน (43.31%)	24 คน (15.29%)
	Max=14 คะแนน, Min=6 คะแนน, Mean=9.24 คะแนน SD=1.02			
ประชาชนทั่วไป (n=375)	ความรู้	148 คน (39.46%)	172 คน (45.87%)	55 คน (14.67%)
	Max=10 คะแนน, Min=4 คะแนน, Mean=7.07 คะแนน SD=0.79			
	การรับรู้	211 คน (56.27%)	121 คน (32.26%)	43 คน (11.47%)
	Max=14 คะแนน, Min=6 คะแนน, Mean=10.15 คะแนน SD=0.93			
		191 คน (50.93%)	169 คน (45.07%)	15 คน (4.00%)
	Max=15 คะแนน, Min=7 คะแนน, Mean=9.86 คะแนน SD=0.84			

7. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืน

1. จัดทำแผนการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียและจัดเวทีสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างภาคสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ถ่ายโอนภารกิจ เพื่อเตรียมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเมื่อมีการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในพื้นทีให้มีทักษะในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียโดยเฉพาะ เนื่องจากการควบคุมโรคไข้มาลาเรียรูปแบบเดิมเป็นหน้าที่หลักของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 11.2 นครศรีธรรมราช แต่ปัจจุบันกรมควบคุมโรค อยู่ในช่วงระหว่างการวางแผนถ่ายโอนภารกิจงานป้องกันควบคุมโรคให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ดำเนินการ

2. การจัดทำแผนป้องกันควบคุมโรคติดต่อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ควรมีการปรับเปลี่ยนจากแผนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเพียงอย่างเดียว เป็นการป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง เพื่อให้สามารถบูรณาการกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงได้ทุกโรค

3. ผู้เกี่ยวข้องแต่ละอำเภอ/ตำบล ควรจะมีการประชุมเพื่อปรับปรุง/ทบทวนแผน/วางแผนการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียร่วมกันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

เป็นประจำทุกปี แต่หากอำเภอใดมีการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ก็ควรจะดำเนินการตามมาตรการควบคุมโรคตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก และมีการถอดบทเรียนกระบวนการจัดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคทุกครั้ง

4. อสม./ผู้นำชุมชนแต่ละพื้นที่มีบทบาทหลักในการดำเนินงานตามระบบการเฝ้าระวังการเคลื่อนย้ายของประชากรที่มาจากพื้นที่ระบาด/พื้นที่เสี่ยง

5. บุคลากรสาธารณสุขแต่ละพื้นที่ควรมีการเติมเต็มองค์ความรู้ในการสร้างพฤติกรรมการป้องกันตนเองให้กับประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะพื้นที่เสี่ยงสูง ซึ่งอาจจะบูรณาการกับการจัดการโรคติดต่ออื่น ๆ ในพื้นที่ และผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสุ่มประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองและความรอบรู้ของประชาชนในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย

6. การจัดการปัญหาขาดความต่อเนื่องของผู้ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรียระดับอำเภอ/ตำบล ควรมีการมอบหมายงานโดยมีผู้รับผิดชอบงานหลักและผู้รับผิดชอบงานรองเพื่อให้งานควบคุมโรคเกิดความต่อเนื่อง เข้าใจงาน และเกิดความยั่งยืน

7. การปรับแผนปฏิบัติการควบคุมป้องกันโรคไข้มาลาเรียและรูปแบบการบริหารจัดการควรจะมีการนัดประชุมผู้รับผิดชอบงานประชุมร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อการทบทวนและการบริหารจัดการที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งจังหวัด

8. การจัดการปัญหาการสั่งตรวจวินิจฉัยโรคไข้มาลาเรียของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน นอกจากการแจ้งขั้นตอนวิธีการวินิจฉัยแยกโรคให้กับแพทย์แล้ว ประเด็นที่สำคัญจะต้องมีการเติมเต็มองค์ความรู้ให้กับทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ซักประวัติผู้ป่วยเพื่อค้นหาข้อมูลช่วยในการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องของแพทย์

9. การบริหารจัดการยารักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเพื่อลดการสูญเสียของยาเนื่องจากเป็นจังหวัดปลอดโรคไข้มาลาเรีย และพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากพื้นที่อื่นค่อนข้างน้อยมาก จึงควรมีการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์เพื่อลดการสูญเสีย โดยควรบริหารจัดการและเก็บสต๊อกยาไว้ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช และวางแผนการเบิกจ่ายร่วมกันระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลทุกแห่ง ในการประสานการเบิกจ่ายยาเมื่อพบผู้ป่วยได้ภายใน 3 ชั่วโมงตลอด 24 ชม เพื่อติดต่อรับยาให้ผู้ป่วยได้รับยาให้ทันเวลา

10. หากพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่กระบวนการติดตามผู้ป่วยหลังการรับยาและการรักษาพยาบาล ยังคงใช้รูปแบบการติดตามผู้ป่วยแบบเดิมเพื่อให้เป็นไปตามมาตรการของกรมควบคุมโรค คือ การติดตามในระยะ 1, 3, 7, 28 และ 42 วัน โดยบทบาทหน้าที่การติดตามเพื่อเจาะเลือดและประเมินอาการยังคงเป็นทีมเจ้าหน้าที่จากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 11.2 นครศรีธรรมราช

11. กระบวนการควบคุมยุงพาหะนำโรคยังควรเป็นไปตามแนวทางของกองโรคติดต่อนำโดยแมลง ซึ่งพื้นที่จังหวัดปลอดโรคไข้มาลาเรียไม่ต้องสุ่มจับยุงพาหะนำโรค แต่อาจจะต้องวางแผนการประเมินซ้ำเมื่อพบผู้ป่วยในพื้นที่

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลและอภิปรายผล

จากข้อค้นพบของการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าประสิทธิผลของระบบการจัดการพื้นที่กำจัดโรคไข้มาลาเรียของจังหวัดนครศรีธรรมราช จนได้รับรองให้เป็นจังหวัดปลอดไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืน เป็นผลมาจากการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องของทีมบุคลากรสาธารณสุขทั้งระดับเขต (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช และ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ที่ 11.2 นครศรีธรรมราช) ระดับ

จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ระดับอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล) และระดับตำบล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) รวมทั้งหน่วยงานที่เป็นภาคีเครือข่าย อาทิเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เป็นต้น อีกทั้งผลการศึกษาพบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราชได้ดำเนินการตามกรอบของแนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียของกองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of public health 2019a) ทั้ง 5 ประเด็นอย่างเคร่งครัด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาตามโครงการวิจัยและพัฒนาระบบการจัดการและการเฝ้าระวังโรคมาลาเรียในพื้นที่ภาคตะวันออก (Prapa nunthawarasilp 2019 and Saranath lawpoolsri 2019) กล่าวคือ **มีระบบการเฝ้าระวังโรคที่เข้มแข็ง** ค้นหาผู้ป่วยทั้งเชิงรับและเชิงรุกตั้งแต่กระบวนการคัดกรองประชากรที่มีการย้ายถิ่นหรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงโรคไข้มาลาเรีย โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าว สำหรับบุคคลที่มีอาการป่วยเข้าได้กับโรคไข้มาลาเรีย มีการเฝ้าระวังโดยการใช้ชุดตรวจ RDT เบื้องต้นเพื่อหาเชื้อมาลาเรีย ทุกอำเภอ ทุกตำบล มีทีม CDCU และ SRRT เมื่อพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่มีการสื่อสารรายงานแจ้งให้พื้นที่รับผิดชอบรับทราบเพื่อสอบสวนและควบคุมโรคอย่างทันท่วงที ผ่านกลุ่ม Line และรายงานทางโทรศัพท์ ทุกพื้นที่มีมาตรการแจ้งเตือน สอบสวน และตอบโต้โรคไข้มาลาเรีย โดยนำมาตรการ 1-3-7 มาใช้ส่งผลให้ลดการระบาดของโรคมาลาเรียได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นไปตามหลักการและแนวทางการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (Ministry of public health 2019d) มีการเฝ้าระวังยุงพาหะนำโรคในพื้นที่เสี่ยงอย่างต่อเนื่องโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงที่ 11.2 นครศรีธรรมราช และที่สำคัญเฝ้าระวังการควบคุมยุงพาหะโดยการสร้างองค์ความรู้ให้กับประชาชน เคาะประตูบ้านสร้างความเข้าใจและแจกมุ้งชุบสารเคมี **มีระบบการตรวจรักษาและบริหารจัดการยาที่มีมาตรฐาน** ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช นำแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2564 (Ministry of public health 2021) มาใช้เพื่อเป็นแนวทางการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ถึงแม้ว่าจะยังพบปัญหาเกี่ยวกับความแม่นยำของการวินิจฉัยโรคในกลุ่มแพทย์จบใหม่บ้าง แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับเขตและจังหวัดได้มีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง ผลจากที่ผ่านมาจังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยจำนวนน้อย แต่ยังมีรูปแบบการบริหารยารักษาโรคไข้มาลาเรียโดยเก็บสำรองไว้ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวน 4 แห่ง ส่งผลให้ยาที่สำรองไว้ดังกล่าวหมดอายุ ต้องสูญเสียงบประมาณในส่วนของการบริหารยาดังกล่าว จึงได้มีการทบทวนแนวทางการบริหารจัดการยารักษาโรคมาลาเรีย ควรบริหารจัดการโดยการเก็บคลังสต๊อกยาไว้ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช และวางแผนการเบิกจ่ายร่วมกัน **มีระบบคณะกรรมการและคณะทำงานป้องกันโรคที่เข้มแข็งและยั่งยืน** ทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการแต่ละระดับมีทั้งทีมขับเคลื่อนในเชิงการบริหารจัดการและทีมที่เป็นคณะทำงานในการป้องกันควบคุมโรค แต่ละทีมมีการประชุมทบทวนงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ในรูปแบบการประชุมแบบบูรณาการร่วมกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงอื่น ๆ การดำเนินการในระดับตำบล มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาเป็นเจ้าภาพในการบริหารจัดการและป้องกัน ควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันควบคุมโรคระบาดซึ่งเป็นเจตนารมณ์ในหลักการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตามแนวทางการทำงานเพื่อกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายสุขภาพ (Ministry of public health 2019b) และการศึกษาของ Pattra Thongsuk (2020) พบว่าการกำจัดโรคไข้มาลาเรียต้องอาศัยความร่วมมือ

จากหลายภาคส่วนและดำเนินงานแบบบูรณาการ **มีระบบการวางแผน กำกับ ติดตาม และประเมินผลการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ** หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล มีการจัดทำแผนป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียทุกปี โดยใช้งบประมาณสนับสนุนจากหลายแหล่ง เช่น งบกองทุนโลกด้านมาลาเรีย งบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งมีการตั้งงบประมาณฉุกเฉินในการดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ เตรียมความพร้อมกรณีมีการระบาดของโรคอื่น ๆ รวมทั้งโรคไข้มาลาเรีย สุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Prapa Nunthawarasilp. (2019) พบว่า การวางแผนงาน กำกับติดตาม และประเมินผล เป็นส่วนหนึ่งของการกำจัดโรคมาลาเรียให้ประสบผลสำเร็จ **มีระบบการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม** ถึงแม้จังหวัดนครศรีธรรมราช จะได้รับสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์หลักจากกองทุนโลกด้านมาลาเรีย เพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย แต่เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืน จึงได้มีการจัดทำแผนการดำเนินงาน และของบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อเนื่องทุกปี ในรูปแบบการดำเนินงานแบบบูรณาการป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและเกิดภาคีเครือข่ายการขับเคลื่อนงานร่วมกันเป็นอย่างดี การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นไปตามเป้าหมาย SDGs เนื่องจากส่งผลให้อัตราป่วยของโรคไข้มาลาเรียลดลงตามเป้าหมายที่ SDGs กำหนดไม่เกิน 0.038 คนต่อประชากรหนึ่งพันประชากรภายในปี 2573

ข้อค้นพบของการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถดำเนินงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียให้หมดไปจากพื้นที่ จนได้รับการประกาศรับรองจากองค์การอนามัยโลก และ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นจังหวัดปลอดภัยจากโรคไข้มาลาเรีย เกิดจากความร่วมมืออย่างจริงจังของหน่วยงานต่าง ๆ ไม่เฉพาะแต่หน่วยงานด้านสาธารณสุข แต่หน่วยงานฝ่ายปกครอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาร่วมอย่างจริงจังด้วย รวมทั้งจังหวัดนครศรีธรรมราช มีการบริหารจัดการและวางแผนการดำเนินงานอย่างดี ทั้งด้านบุคลากร (ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน) งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการดำเนินงาน

ผลการศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม (นักเรียน และประชาชนทั่วไป) ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองอยู่ในระดับดี เนื่องจากที่ผ่านมา บุคลากรสาธารณสุขทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล มีการติดตามประเมินให้ความรู้ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน และสุ่มจับยุงในอำเภอเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรียอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามหลักการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพที่จะก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ จนนำไปสู่การป้องกันตนเอง (Ministry of Public Health 2020b)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรียให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน คณะกรรมการและคณะทำงานทุกระดับ ควรมีการประชุมติดตามงานอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี

2. การจัดทำแผนงานป้องกัน ควบคุม และตั้งงบประมาณฉุกเฉินรองรับการระบาดของโรคติดต่อสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรระบุเป็นโรคติดต่อนำโดยแมลงเพื่อให้มีความครอบคลุมการดำเนินงาน

3. การสื่อสารความเสี่ยงและสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาด

โรคไข้มาลาเรียจะช่วยให้การกำจัดโรคไข้มาลาเรียเกิดประสิทธิภาพมายิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและเก็บข้อมูลด้านระบาดวิทยาประเด็นการพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจากการย้ายถิ่นหรือเดินทางของประชากร

2. ควรศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการศึกษากระบวนการและรูปแบบการกำจัดโรคไข้มาลาเรียอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Ministry of public health, Office of the permanent secretary united nations, Thailand. (2017). *Twenty-year national strategy plan for public health.* Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/Ebookmoph20.pdf

Ministry of public health, Department of Disease Control, Bureau of Vector Borne Diseases, Thailand. (2019a). *Guidelines for malaria elimination for District and Sub-District Public Health Officers (CDCU/SRRT).* Nontaburi: Aksorn graphic and design.

Ministry of public health, Department of Disease Control, Bureau of Vector Borne Diseases, Thailand. (2019b). *Guidelines for malaria elimination eradication for local government organizations and health networks*. Nontaburi: Aksorn graphic and design.

Ministry of public health, Department of Disease Control, Bureau of Vector Borne Diseases, Thailand. (2019c). *Guidelines for malaria elimination for Healthcare and Public Health Personnel in Thailand.* Nontaburi: Aksorn graphic and design.

Ministry of public health, Department of Disease Control, Division of Epidemiology, Thailand. (2019d). *Case definition for communicable diseases surveillance, Thailand, 2020.* Nontaburi: Aksorn graphic and design

Ministry of public health, Department of Disease Control, Division of Epidemiology, Thailand. (2019e). *Basic disease control principles for SRRT.* Nontaburi: Aksorn graphic and design.

Ministry of public health, Department of Disease Control, Bureau of Vector Borne Diseases, Thailand. (2020a). *Thailand malaria survey 2020.* Nontaburi: Aksorn graphic and design.

Ministry of public health, Department of Disease Control, Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, Thailand. (2020b). **Crisis Risk Communication.** Nontaburi. TS interprint.

Ministry of public health, Department of Disease Control, Bureau of Vector Borne Diseases, Thailand. (2021). *Medical treatment guidelines for malaria fever patients in Thailand, 2021.* Nontaburi: Aksorn graphic and design.

Ministry of public health, Department of Disease Control, Bureau of Vector Borne Diseases, Thailand. (2022). *Guidelines for evaluating malaria-free province certification, 2022.* Nontaburi: Aksorn graphic and design.

Ministry of public health, Department of Disease Control, Planning Division, Thailand. (2023). *Guidelines for Disease Prevention and Health Hazard Management for the Area, 2024.* Nontaburi: Aksorn graphic and design.

Pattra thongsuk and et al. (2020). *Participation study in the development of integrated malaria services, Tha Song Yang District, Tak Province.* Bamrasnaradura infectious diseases institute J., Vol 14 No.1, 2020.

Prapa nunthawarasilp. (2019*). Research and development project on malaria management and surveillance system in the eastern region.* Faculty of Public Health, Burapha University.

Nakhon Si Thammarat provincial public health office. (2021). Report on malaria in Nakhon Si Thammarat Province. Nakhon Si Thammarat.

Nakhon Si Thammarat provincial public health office. (2023). Report on malaria in Nakhon Si Thammarat Province. Nakhon Si Thammarat.

Saranath Lawpoolsri and et al. (2019). *Epidemiological profiles of recurrent malaria episodes in an endemic area along the Thailand-Myanmar border: a prospective cohort study*. Malar J. 2019;18(1):124.

United Nations Thailand. (2023). *Sustainable Development Goals (SDGs).* Available from: https://thailand.un.org/th/sdgs

Professional Nurses' Perception of Head Nurses' Leadership and Organizational Commitment among Professional Nurses of a University Hospital in Thailand

Kanicknan Hongthong[1] Chardsumon Prutipinyo[2] Sukhontha Siri[3]

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

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

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Hongthong, K. ., Prutipinyo, C., & Siri, . S. . Head Nurses' perception of Leadership and Organizational Commitment among professional nurses of a University Hospital in Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/271958

Received: 27 March 2024
Revised: 16 April 2024
Accepted: 25 April 2024

Abstract

This research was a cross-sectional survey study aimed at studying perceptions of head nurses' leadership and organizational commitment among professional nurses at a university hospital in Thailand. The sample consisted of professional nurses with at least 1 year working experience, selected through simple random sampling. A total of 296 complete questionnaire responses were collected (98.7%). Data was analyzed using descriptive statistics, chi-square, and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the professional nurses had a moderate level of overall organizational commitment. Affective and normative commitment were high, while continuance commitment was moderate. Head nurse leadership was rated as high overall and across all 11 dimensions. Marital status, salary and compensation, experience as a professional nurse and head nurse leadership were significantly related to organizational commitment at the level of $p<0.05$. Head nurse leadership, salary and compensation, and marital status were able to predict for 33.5% of the variance ($R^2 = 0.335$) in nurses' organizational commitment.

The findings suggest that nursing administrators should place importance and focusing on building concrete organizational commitment, support head nurse's leadership development to create proactive strategies for motivating personnel, as well as fostering conducive environment to organizational development, and considering criteria for appropriate compensation according to workloads.

Keywords: Professional nurses; Head Nurses; Leadership; Organization Commitment

การรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไทย

กณิกนันต์ หงษ์ทอง[1] ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ[2] สุคนธา ศิริ[3]

1 นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 27 มี.ค. 2567
วันแก้ไข 16 เม.ย. 2567
วันตอบรับ 25 เม.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ อายุงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย รวบรวมแบบสอบถามที่สมบูรณ์ได้ 296 ชุด (ร้อยละ 98.7) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ไคสแควร์ และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีความผูกพันต่อองค์กรภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ความผูกพันด้านจิตใจและบรรทัดฐานอยู่ระดับสูง ส่วนการคงอยู่ระดับปานกลาง ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยภาพรวมและทั้ง 11 ด้านอยู่ระดับสูง สถานภาพสมรส เงินเดือนและค่าตอบแทน ประสบการณ์ทำงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย เงินเดือนและค่าตอบแทน และสถานภาพสมรส สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 33.5 (R^2 0.335)

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารการพยาบาล ควรให้ความสำคัญมุ่งเน้นการสร้างความผูกพันต่อองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม สนับสนุนการสร้างภาวะผู้นำของหัวหน้าเพื่อพัฒนากลยุทธ์เชิงรุกในการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากร รวมไปถึงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาองค์กร และพิจารณาเกณฑ์อัตราค่าตอบแทนเพิ่มตามภาระงานที่เหมาะสม

คำสำคัญ : พยาบาลวิชาชีพ; หัวหน้าหอผู้ป่วย; ภาวะผู้นำ; ความผูกพันต่อองค์กร

บทนำ

การขาดแคลนของพยาบาลเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานการคาดการณ์ความขาดแคลนของพยาบาลจำนวน 200,000 - 450,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2568 (Hagland, 2022) ในประเทศไทย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า สถิติการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ ในปี พ.ศ. 2565 มีอัตราการลาออกของพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นกว่าทุกปี ร้อยละ 15.16 และในปี พ.ศ. 2566 สถิติการลาออกของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นปีแรกที่พบว่า มีอัตราการลาออกของหัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 6.12 และทำให้มีอัตราการขาดแคลนของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 32.35 (Nursing Department, 2023) ส่งผลกระทบอย่างมากต่อโรงพยาบาล บุคลากร และผู้ป่วย อาจส่งผลกระทบในด้านการเปิดให้บริการห้องไอซียู ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยใหม่หรือหน่วยงานบริการใหม่ตามวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยตามกรอบที่กำหนด

ความผูกพันต่อองค์กร (Organizational Commitment) เป็นลักษณะสำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผลให้สามารถยึดเหนี่ยวบุคลากรให้คงอยู่ในองค์กรตามแนวคิด Meyer and Allen (Meixner, 2020) เมื่อบุคลากรรู้สึกถึงความเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร เกิดความรู้สึกรักและผูกพันต่อองค์กร รวมไปถึงความมุ่งมั่นตั้งใจ เต็มใจที่จะอุทิศให้องค์กร แม้จะพบกับความเหน็ดเหนื่อยทั้งกายและใจ เสียสละประโยชน์ส่วนตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวม มีหลักยึดคือค่านิยมและเป้าหมายหลักร่วมกับองค์กร และสิ่งสำคัญที่สุดคือความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับองค์กร จะส่งผลต่อความรู้สึกอยากพัฒนาตนเองและองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย ผู้นำที่มีภาวะผู้นำที่ดีจะสามารถใช้กลยุทธ์ในการจัดการแก้ไขปัญหา สร้างแรงจูงใจ สนับสนุนทรัพยากรและสร้างสิ่งแวดล้อมให้บุคลากรเกิดความสุข ความพึงพอใจในงาน(Sirichotiratana, 2016) รับรู้ค่านิยมขององค์กร รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร จะก่อให้เกิดความผูกพันต่อองค์กร (Jamlongkun et al., 2022) บทบาทภาวะความเป็นผู้นำที่มีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความผูกพันต่อองค์กร (Rindu et al., 2020) เช่น ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ตามแนวคิด Bass & Avolio (Fantahun et al., 2023) ผู้นำแบบผู้รับใช้ (Bachtiar, Sudiarditha, & Mukhtar, 2023) และแนวคิดผู้นำทางการพยาบาลในยุคศตวรรษที่ 21 (Marquis & Huston, 2015) ที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถชลออัตราการลาออกจากงานและรักษาบุคลากรไว้ได้ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการความผูกพันต่อองค์กร คือลักษณะงานที่เหมาะสม หรือหากบุคลากรมีความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้าที่ดีมากขึ้นเท่าใด ความผูกพันต่อองค์กรจะยิ่งมากขึ้นเท่านั้น (Simawong & Thavornwattanayong, 2022)

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมและการบูรณากรอบแนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำ พบว่า ผู้นำที่มีภาวะผู้นำทั้ง 11 ด้าน (Phacharoensiri, 2019) ที่มีศักยภาพจะสามารถคิด วิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ในการวางแผนร่วมกำหนดแนวทางการรักษาบุคลากรไว้ได้ และภาวะความเป็นผู้นำที่ดีเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ก่อให้เกิดความผูกพันต่อองค์กร (Fantahun et al., 2023)

โรงพยาบาลแห่งนี้ ถือเป็นโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยเปิดใหม่ 6 ปี (Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2023) การศึกษาในโรงพยาบาลยังมีไม่มาก การวิจัยครั้งนี้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาการรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเอื้อให้เกิดการรับรู้ระดับความผูกพันต่อองค์กรและปัจจัยที่ส่งผลกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ รวมไปถึงจะเป็นสิ่งที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กรพยาบาลในหน่วยงาน สร้างแรงจูงใจในการทำงานให้กับบุคลากรและส่งเสริมความผูกพันต่อองค์กรใหม่แห่งนี้

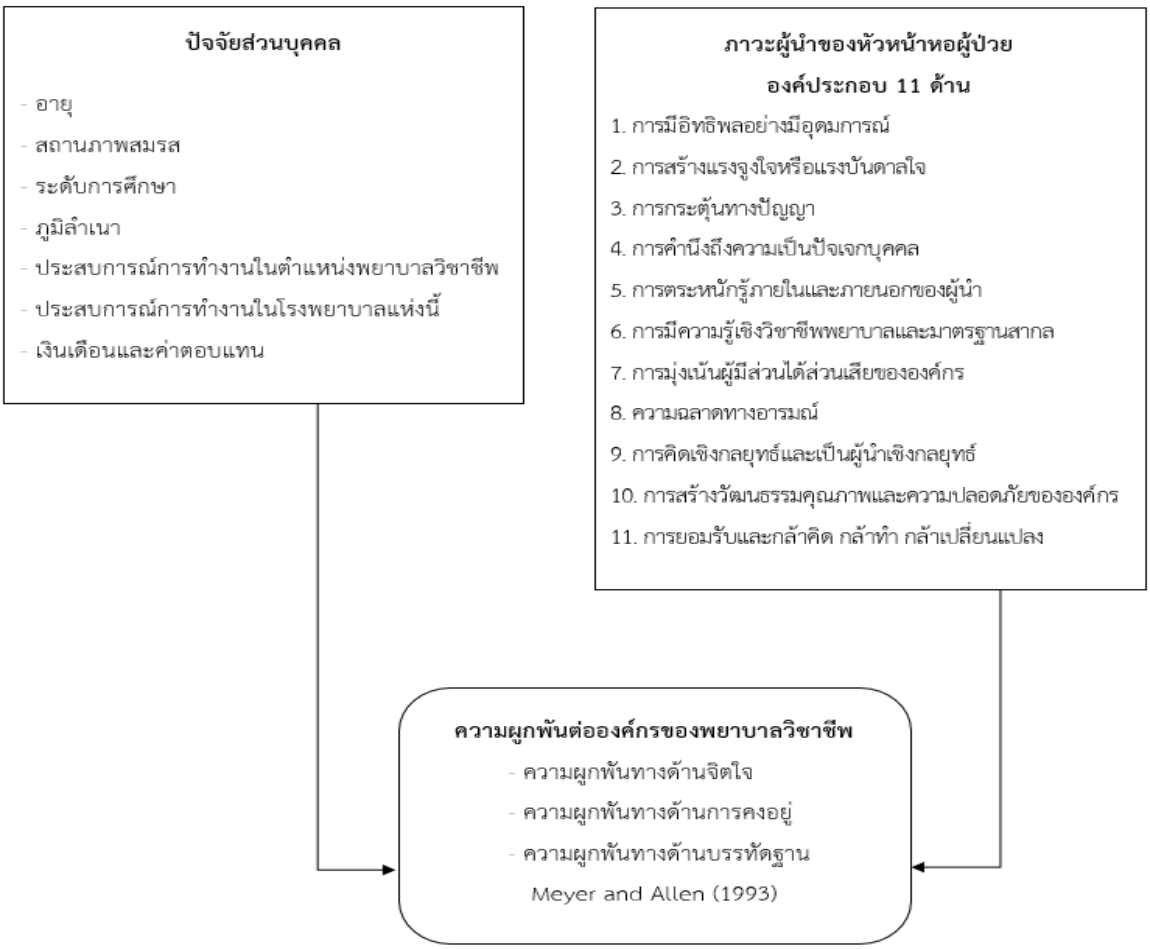
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ
2. ปัจจัยภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Survey) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ ถึง 4 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพ สังกัดฝ่ายการพยาบาล อายุงานตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 608 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากรของ Cochran (1997) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 258 คน คณะผู้วิจัยได้สำรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อ

ป้องกันความผิดพลาดไว้ร้อยละ 20 (Janson, 2015) เนื่องจากในการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามมีโอกาสได้รับแบบสอบถามตอบกลับไม่ครบหรือไม่สมบูรณ์ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ มีจำนวน 309 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) แยกตามกลุ่มงานการพยาบาล และคำนวณหากลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional to size) และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 300 ชุด (ร้อยละ 97.1) เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้มีจำนวน 296 ชุด (ร้อยละ 98.7)

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ยินยอมและเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามยินยอมด้วยความเต็มใจ

2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria) พยาบาลวิชาชีพ ที่มีปัญหาสุขภาพไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ อยู่ระหว่างลาคลอดบุตร ลากิจ ลาป่วย ลาไปต่างประเทศหรือลาออกในช่วงระหว่างการวิจัย

3. เกณฑ์การออกจากการวิจัย (Discontinuation criteria) พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่สมัครเข้าร่วมการวิจัย แต่ต่อมาถอนตัวจากการตอบแบบสอบถามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม บูรณาการกรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์แบบสอบถามเพื่อให้มีความสอดคล้องกับตัวแปรที่ทำการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ เงินเดือนและค่าตอบแทน จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กร ตามแนวคิดของ Meyer and Allen ประยุกต์แบบสอบถามของ Sirijanyapong, Tridech, & Siri (2013) ให้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล และคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากจำนวน 17 ข้อ เป็น 20 ข้อ ส่วนที่ 3 ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประยุกต์แบบสอบถามของ Phacharoensiri (2019) จากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการกรอบแนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำ จำนวน 55 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ (Rating Scale) ใช้มาตรวัดแบบ Likert's Scale (Likert, 1932) ดังนี้ 5 เห็นด้วยมากที่สุด 4 เห็นด้วยมาก 3 เห็นด้วยปานกลาง 2 เห็นด้วยน้อย และ 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด แบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient พบว่า มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient โดยภาพรวมเท่ากับ 0.99 และแบบวัดความผูกพันต่อองค์กร เท่ากับ 0.94 แบบวัดภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยเท่ากับ 0.99

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่าน ความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ขอทำหนังสือผ่านคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพื้นที่เก็บข้อมูลและระบุวันที่ขอรับแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถามให้กับหน่วยงานกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด พร้อมกับแยกซองปิดผนึกระหว่างแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัยแล้ว จึงนำแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์ และวิเคราะห์ผลทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MU-MOU 2024-001 รหัสโครงการ 6/2566 ลงวันที่ 26 มกราคม 2567 ปฏิบัติตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยมีการชี้แจงและอธิบายให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธของการศึกษาครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ภูมิลำเนา ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ เงินเดือนและค่าตอบแทน ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความผูกพันต่อองค์กร ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ สถิติที่เลือกใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในรูปแบบรายด้านและภาพรวม

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับความผูกพันต่อองค์กร ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ p-value <0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 69.6) สถานภาพโสด (ร้อยละ 85) การศึกษาสูงสุดเป็นระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 99.3) ภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 48.6) ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพน้อยกว่า 6 ปี (ร้อยละ 64.5) ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นระยะเวลา 5-6 ปี (ร้อยละ 40.5) เงินเดือนและค่าตอบแทนมากกว่า 30,000 - 40,000 บาท (ร้อยละ 50.7)

2. ผลการวิเคราะห์ ระดับการรับรู้ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ มีภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.4) เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 3 ด้าน พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรในด้านจิตใจ มีความคิดเห็นในระดับสูง (ร้อยละ 58.4) และด้านบรรทัดฐาน มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.1) ส่วนด้านการคงอยู่ มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.8) และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า สถานภาพสมรส ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เงินเดือนและค่าตอบแทน และภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05 และปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา และประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับความคิดเห็นความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ และผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้สถิติ Chi-square test (n = 296)

ตัวแปร	ระดับการรับรู้ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ						χ^2	df	p-value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ความผูกพันต่อองค์กรในภาพรวม	138	46.6	158	53.4	0	0.0			N/A
ด้านจิตใจ	173	58.4	122	41.3	1	0.3			
ด้านการคงอยู่	101	34.1	180	60.8	15	5.1			
ด้านบรรทัดฐาน	166	56.1	130	43.9	0	0.0			
อายุ							1.047	1	0.306
<30 ปี	92	44.7	114	55.3					
≥30 ปี	46	51.1	44	48.9					
สถานภาพสมรส							11.117	1	0.001*
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	109	42.7	146	57.3					
คู่	29	70.7	12	29.3					
ระดับการศึกษา									N/A
ปริญญาตรี	136	46.3	158	53.7					
ปริญญาโท	2	100	0	0.0					
ภูมิลำเนา							3.456	3	0.327
ภาคกลาง	63	43.8	81	56.3					
ภาคเหนือ	22	55.0	18	45.0					
ภาคตะวันออก	45	50.6	44	49.4					
ภาคใต้	8	34.8	15	65.2					
ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ							7.152	2	0.028*
1-5 ปี	82	42.9	109	57.1					
6-10 ปี	40	48.2	43	51.8					
≥11 ปี	16	72.7	6	27.3					
ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้							3.451	2	0.178
1-2 ปี	42	51.9	39	48.1					
3-4 ปี	37	38.9	58	61.1					
5-6 ปี	59	49.2	61	50.8					

ตัวแปร	ระดับการรับรู้ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ						χ^2	df	p-value
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เงินเดือนและค่าตอบแทน							10.702	3	0.013*
2–3 หมื่นบาท	27	40.9	39	59.1					
> 3 - 4 หมื่นบาท	69	46.0	81	54.0					
> 4 - 5 หมื่นบาท	31	45.6	37	54.4					
> 5 หมื่นบาท	11	91.7	1	8.3					
ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย							44.019	1	<0.001*
ระดับปานกลาง	15	17.0	73	83.0					
ระดับสูง	123	59.1	85	40.9					

*p-value <0.05, N/A = Not Approximately

3. ผลการวิเคราะห์ ระดับการรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.3) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทั้งหมด 11 ด้าน มีความคิดเห็นในระดับสูง ได้แก่ ภาวะผู้นำด้านการยอมรับและกล้าคิด กล้าทำ กล้าเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 84.4) การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กร (ร้อยละ 81.4) การมีความรู้เชิงวิชาชีพพยาบาลและมาตรฐานสากล (ร้อยละ 77.7) การมุ่งเน้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร (ร้อยละ 76.0) ความฉลาดทางอารมณ์ (ร้อยละ 71.3) การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (ร้อยละ 69.6) การคิดเชิงกลยุทธ์และเป็นผู้นำเชิงกลยุทธ์ (ร้อยละ 68.6) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (ร้อยละ 65.5) การกระตุ้นทางปัญญา (ร้อยละ 57.0) การสร้างแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจให้กับทีม (ร้อยละ 53.7) และการตระหนักรู้ภายในและภายนอกของผู้นำ (ร้อยละ 52.4) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ตัวแปร	ระดับการรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยภาพรวม	208	70.3	88	29.7	0	0.0
1. การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์	206	69.6	88	29.7	2	0.7
2. การสร้างแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจให้กับทีม	159	53.7	129	43.6	8	2.7
3. การกระตุ้นทางปัญญา	169	57.0	115	38.9	12	4.1
4. การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล	194	65.5	98	33.1	4	1.4
5. การตระหนักรู้ภายในและภายนอกของผู้นำ	155	52.4	136	45.9	5	1.7
6. การมีความรู้เชิงวิชาชีพพยาบาลและมาตรฐานสากล	230	77.7	65	22.0	1	0.3
7. การมุ่งเน้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร	225	76.0	68	23.0	3	1.0

ตัวแปร	ระดับการรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. ความฉลาดทางอารมณ์	211	71.3	77	26.0	8	2.7
9. การคิดเชิงกลยุทธ์และเป็นผู้นำเชิงกลยุทธ์	203	68.6	89	30.0	4	1.4
10. การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กร	241	81.4	54	18.3	1	0.3
11. การยอมรับและกล้าคิด กล้าทำ กล้าเปลี่ยนแปลง	250	84.4	44	14.9	2	0.7

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และกำหนดให้ทั้ง 4 ปัจจัยเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ของการทดสอบถดถอย (Regression Analysis) ได้แก่ ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย เงินเดือนและค่าตอบแทน ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และสถานภาพสมรสกับความผูกพันต่อองค์กร เพื่อนำมาวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ นำปัจจัยร่วมเข้า Model การทำนายโดยใช้เกณฑ์การทดสอบสถิติ Chi-square test ที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) พบว่ามีตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปและสามารถอธิบายการรับรู้ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ได้ 3 ตัวแปร คือ ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย เงินเดือนและค่าตอบแทน และสถานภาพสมรส โดยอธิบายความผันแปรของการรับรู้ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

ขั้นที่ 1 ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปตัวแปรแรก คือ ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถอธิบายการรับรู้ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 29.2 (R^2 adj. = 0.292)

ขั้นที่ 2 ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป คือ เงินเดือนและค่าตอบแทน เมื่อรวมกับภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถอธิบายการรับรู้ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 31.8 (R^2 adj. = 0.318)

ขั้นที่ 3 ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป คือ สถานภาพสมรส เมื่อรวมกับภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย เงินเดือนและค่าตอบแทน สามารถอธิบายการรับรู้ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 32.8 (R^2 adj. = 0.328)

ขั้นที่ 4 สร้างสมการเพื่อใช้ทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ จากข้อมูลตารางที่ 3 ผู้วิจัยเลือกค่าที่แสดงใน Model 3 เนื่องจากมีค่า Adjusted R square สูงสุด (R^2 adj. = 0.328) ดังนี้

ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

= 1.411 + 0.541 (ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย) + 0.138 (เงินเดือนและค่าตอบแทน) + 0.115 (สถานภาพสมรส)

จากการวิเคราะห์ พบว่า เมื่อค่าภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยเปลี่ยนไป 1 หน่วย จะส่งผลให้คะแนนความผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้นเป็น 0.541 คะแนน เมื่อค่าเงินเดือนและค่าตอบแทนเปลี่ยนไป 1 หน่วย จะส่งผลให้คะแนนความผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้นเป็น 0.138 คะแนน และเมื่อค่าสถานภาพสมรสเปลี่ยนไป 1 หน่วย จะส่งผลให้คะแนนความผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้นเป็น 0.115 คะแนน ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) ความผูกพันต่อองค์กร ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ (n = 296)

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
ค่าคงที่	1.411	0.187		7.562	<0.001*
1. ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย	0.500	0.044	0.541	11.256	<0.001*
2. เงินเดือนและค่าตอบแทน	0.084	0.030	0.138	2.787	0.006*
3. สภานภาพสมรส	0.053	0.023	0.115	2.326	0.021*
R^2 = 0.335, Adjusted R^2 = 0.328, F = 48.97, *p-value <0.05					

ตัวแปรตาม = ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาระดับการรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง สามารถสรุปและอภิปรายผลในประเด็นที่น่าสนใจได้ ดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับการรับรู้ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.4) และระดับสูง (ร้อยละ 46.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05 เมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาในภาพรวมสอดคล้องกับงานวิจัยของ Janson, Intraprasong, Sillabutra, & Jirathummakoon (2015), Srisawat & Rahothan (2022), Kida, Yumoto, & Ogata (2023) ที่กล่าวว่า ภาพรวมความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างกับ Satjaman, Tadadej, Kittipichai, & Sangmahachai (2018), Kunnaworapanya & Chotanachote (2019), Rujiwatcharaolun (2019), Othman & Khrais (2022), Yodwisitsak & Yooyen (2023) ที่กล่าวว่า ภาพรวมความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับสูง ในขณะที่ Al-Dossary (2022), Fantahun, Dellie, Worku, & Debie (2023) ที่กล่าวว่า ภาพรวมความผูกพันต่อองค์กรอยู่ในระดับต่ำเล็กน้อย ทั้งนี้การรับรู้ความผูกพันต่อองค์กรในด้านการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.8) อธิบายได้ว่าในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลในเครือของโรงพยาบาลภาคีเครือข่ายระดับตติยภูมิที่เปิดได้ 6 ปี ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 69.6) ซึ่งถือว่าอยู่ใน Generation Z เป็นกลุ่มที่ความสำคัญกับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและการทำงานแบบยืดหยุ่น (Workplace Flexibility) เปิดกว้างทางความคิดและวัฒนธรรมที่แตกต่าง กล้าแสดงออก มีความมั่นใจสูง ชอบทำงานหลายอย่างพร้อม ๆ กัน แต่รับแรงกดดันได้น้อย มีทัศนคติเป็นผู้ที่ชื่นชอบการใช้จ่ายเพื่อสร้างความสุขความพอใจกับตนเอง (Yodwisitsak & Yooyen, 2023) เมื่อบุคลากรต้องรับภาระงานหนักเมื่อเทียบกับค่าตอบแทน หรือลักษณะงานที่มีความซับซ้อน เกิดความเครียด เหนื่อยล้า เบื่อหน่ายรูปแบบการทำงานที่ซับซ้อน หรือไม่พึงพอใจในการทำงาน อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจและความผูกพันต่อองค์กรในด้านการคงอยู่ ในขณะเดียวกันความผูกพันด้านจิตใจและบรรทัดฐานอยู่ใน

ระดับสูง อาจเนื่องมาจากบุคลากรมากกว่าร้อยละ 30 มาจากโรงพยาบาลภาคีเครือข่ายเดิม ที่มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และได้รับสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ที่เกื้อกูลทั้งบุคลากรและครอบครัว จึงทำให้มีความผูกพันด้านดังกล่าวในระดับสูง ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการเป็นองค์กรเปิดใหม่ ความผูกพันในด้านคงอยู่ในระดับปานกลางถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี ที่ผู้บริหารควรเล็งเห็นความสำคัญของการมุ่งเน้นสร้างกลยุทธ์เชิงรุกและกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความผูกพันด้านการคงอยู่ให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับความคิดเห็นการรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < 0.05 เมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาในภาพรวมสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phacharoensiri (2019), Wongpatcha-rawarakul et al. (2019) ที่กล่าวว่าระดับภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างกับ Othman & Khrais (2022) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง และ Al-Dossary (2022) ที่กล่าวว่าการรับรู้ภาวะผู้นำของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้การรับรู้ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยรายด้านทั้ง 11 ด้าน อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งนี้ มีภาคีเครือข่ายที่ดีและบุคลากรส่วนใหญ่แม้จะเป็นกลุ่มคนใน Generation Z และ Y ที่อาจจะประสบการณ์น้อยในด้านการพัฒนาและบริหารงาน แต่มีลักษณะเด่นในด้านการเรียนรู้สิ่งใหม่ ปรับตัวได้ดี ร่วมมือร่วมใจที่ต้องการจะพัฒนาองค์กรให้เจริญก้าวหน้าในระดับสากล โดยมีผู้บริหารขององค์กรที่สร้างค่านิยม วัฒนธรรมองค์กรในการกล้าคิด กล้าทำ ลงมือทำทันที และการเป็นองค์กรใหม่นี้ทำให้บุคลากรต้องเรียนรู้และปรับตัวในการทำงานตลอดเวลา เกิดความยืดหยุ่นในการปรับตัวต่อการทำงานไม่ยึดติดในรูปแบบการทำงานเดิม ๆ ที่ผ่านมา มีคณะทำงานพัฒนาคุณภาพ ระบบบริหารความเสี่ยงที่เข้มแข็ง ปลูกฝังวัฒนธรรมการรายงานโดยไม่หาผู้กระทำผิด ทำให้บุคลากรมีความกล้าที่จะรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระดับยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย ไปจนถึงระดับที่มีความรุนแรง มีระบบหาแนวทางแก้ไขร่วมกันในทุกระดับ ทั้งนี้ผู้นำยังแสดงให้เห็นถึงความสามารถที่จะนำพาให้บุคลากร หน่วยงานและองค์กรไปสู่ระดับมาตรฐานสากลได้ ซึ่งภายในระยะเวลา 6 ปี ที่ผ่านมา สิ่งที่สะท้อนการดำเนินงานตามวิสัยทัศน์ขององค์กร คือ โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพและความปลอดภัยจาก Joint Commission International (JCI) และ Hospital Accreditation (HA) นอกจากนี้ยังได้รับการรับรองในส่วนของ Academic Medical Center Hospital Standard (Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2023) ที่เป็นมาตรฐานเกี่ยวข้องกับการฝึกบุคลากรในโรงเรียนแพทย์และสาขาทางการแพทย์ระดับสูง จึงทำให้มีระดับการรับรู้ภาวะผู้นำในระดับสูง ซึ่งเมื่อพิจารณาภาวะผู้นำรายด้านทั้ง 11 ด้าน พบว่า มี 3 ด้าน ที่มีการรับรู้ภาวะผู้นำในระดับสูงต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ 1) การตระหนักรู้ภายในและภายนอก 2) การสร้างแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจ 3) การกระตุ้นทางปัญญา ดังนั้น ควรมีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพผู้นำในการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้น เล็งเห็นปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นเป็นความท้าทาย และหาโอกาสแก้ไขร่วมกัน โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในงาน พัฒนาทักษะโน้มน้าวจิตใจ สร้างแรงจูงใจในการทำงาน และสิ่งสำคัญ คือการสื่อสารร่วมกัน เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่เสียสละ มีภาระงานมาก สามารถเกิดความเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ได้ง่าย เมื่อพบว่าบุคลากรปฏิบัติงานได้ดีควรมีกระบวนการชื่นชมทันที และเสริมกำลังใจเมื่อเกิดความเครียด หรือความรู้สึกผิดพลาดโทษตัวเองจากการปฏิบัติงาน อีกทั้งผู้นำต้องมีการพัฒนาบุคลิกภาพที่มีชีวิตชีวาสดใส น่าเข้าหา รวมไปถึงดูแลเอาใจใส่ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสุข มีแรงจูงใจในการทำงานจากการได้รับการสนับสนุนจากผู้นำที่มีภาวะผู้นำที่ดี

จากการทดสอบการถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis) ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอ

ผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <0.05 และพิจารณาตามตัวแปรที่เข้าสมการตามลำดับความสำคัญ ผลการทดสอบ พบว่า ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย เงินเดือนและค่าตอบแทน และสถานภาพสมรส สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 33.5 สอดคล้องกับ Janson et al. (2015), Othman & Khrais (2022), Kida, Yumoto, & Ogata (2023), Fantahun, Dellie, Worku, & Debie (2023) ซึ่งพบปัจจัยที่มีอิทธิพลนี้ต่อความผูกพันเช่นเดียวกันในปัจจุบัน จากการศึกษายังไม่พบงานวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย อธิบายได้ว่า 1) สถานภาพสมรส ในบริบทโรงพยาบาล กลุ่มคนที่มีสถานะคู่ (ร้อยละ 70.7) ซึ่งบุคคลที่มีครอบครัวจะมีความผูกพันต่อองค์กรมากกว่าคนโสด/หม้าย/หย่าร้าง อาจเนื่องจากภาระที่ต้องรับผิดชอบในชีวิตมากขึ้น เช่น มีบุตรเป็นต้น ทำให้ต้องการความมั่นคงในการทำงานมากขึ้นด้วย (Ratanatham, Tadadej, Tridej, & Satitvipawee, 2017) 2) เงินเดือนและค่าตอบแทน เนื่องจากลักษณะงานที่มีภาระงานปริมาณมาก ทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อยเมื่อเปรียบเทียบกับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่ได้รับ ลักษณะงานทำให้เกิดความรู้สึกเครียด ท้อแท้ หมดความอดทนที่จะทำงานในวิชาชีพ และลาออกเพื่อไปทำธุรกิจส่วนตัว หรือทำงานที่มีรายได้ตอบแทนเพิ่มมากขึ้นแต่ภาระงานลดลง (Ratanatham et al., 2017) ในขณะเดียวกันกลุ่มคนส่วนใหญ่ที่ได้รับเงินเดือนและค่าตอนแทนมากกว่า 50,000 บาท (ร้อยละ 91.7) จึงมีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง 3) ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากในบริบทองค์กรเปิดใหม่ คุณลักษณะผู้นำที่มีภาวะความเป็นผู้นำที่ดีเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์กรให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน องค์ประกอบของภาวะผู้นำที่ดี อาทิ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้นำแบบผู้รับใช้ร่วมกับการเป็นผู้นำทางการพยาบาลที่มีเชี่ยวชาญในวิชาชีพจึงมีอิทธิพลต่อการจูงใจ สร้างเจตคติที่ดีให้บุคลากรมีการปรับปรุงพัฒนากระบวนการทำงานให้ดีขึ้น (Rujiwatcharaolun, 2019) และเหนือสิ่งอื่นใดผู้นำที่ดีนั้นจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดี (Ratanatham et al., 2017) ดูแลเอาใจใส่ สร้างเสริมพลังอำนาจ บริหารจัดการสนับสนุนทรัพยากร ส่งเสริมบรรยายกาศการทำงานที่ดีและต่อยอดความก้าวหน้าในวิชาชีพให้กับบุคลากร (Belei et al., 2022) เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลด้วยใจรักและเต็มที่กับการทำงานในการดูแลผู้รับบริการหรือผู้ป่วยอย่างมีความสุขตามแนวคิดทฤษฎี Meyer and Allen (Meixner, 2020) จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลยังมีความต้องการความเป็นผู้นำที่มีศักยภาพ จึงควรพัฒนาบทบาทภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการขับเคลื่อนองค์กรให้มีประสิทธิภาพ (Rosser, 2022) และมุ่งเน้นการสร้างความผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อผู้บริหารการพยาบาล ควรให้ความสำคัญมุ่งเน้นการสร้างความผูกพันต่อองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 6 ปี และสถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง ควรสนับสนุนการสร้างภาวะผู้นำของหัวหน้าเพื่อพัฒนากลยุทธ์เชิงรุกในการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากร รวมไปถึงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและความสำเร็จขององค์กร และพิจารณาเกณฑ์อัตราค่าตอบแทนตามภาระงานที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มความผูกพันต่อองค์กร

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่มีผลต่อความผูกพันองค์กร เช่น ภาระงาน ความพึงพอใจในการทำงาน คุณภาพชีวิตในการทำงาน ความสุข บรรยากาศองค์กร เป็นต้น

2. ศึกษาเพิ่มเติมต่อยอดงานวิจัยในเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสาน ศึกษาวิจัยในเชิงกลุ่มรุ่นอายุ (Generation) เฉพาะ หรือศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างหัวหน้าและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความจำเพาะเจาะจงมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาในช่วงหลังระยะเวลามากกว่า 10 ปี เป็นต้นไป อาจทำให้ได้ผลการวิจัยใหม่ นำไปพัฒนาเชิงกลยุทธ์และแนวทางปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อองค์กรหรือผู้สนใจศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Al-Dossary, R. N. (2022). Leadership style, work engagement and organizational commitment among nurses in Saudi Arabian hospitals. *Journal of healthcare leadership*, 71-81.

Bachtiar, S., Sudiarditha, I. K. R., & Mukhtar, S. (2023). Servant leadership and organizational culture on employee performance through organizational commitment as mediation: A study at'X'hospital, jakarta. *The International Journal of Social Sciences World (TIJOSSW)*, *5*(2), 109-122.

Belei, R. E., Kamal, A. M., Cotocel, C., Rădulescu, D., Alexandru, D. O., Pătraşcu, A., & Gogănău, A. M. (2022). A Study Regarding Nursing Leadership. *Current Health Sciences Journal*, *48*(1).

Best, JW. (1977). *Research in Education. (3rd ed.).* Engle Wood Clift, N.J.: Prentice Hall. Grada Publishing.

Cochran, W.G. (1977). *Sampling Techniques. (3rd ed.)*. New York: John Wiley & Sons Inc.

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (2023). International Award [Internet]. Bangkok: [cite 2023 October 20]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/th/awards/international.

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (2023). The history of Chakri Naruebodindra Medical Institute [Internet]. Samutprakarn: [cite 2023 January 16]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/cnmi/th/aboutus/history.

Fantahun, B., Dellie, E., Worku, N., & Debie, A. (2023). Organizational commitment and associated factors among health professionals working in public hospitals of southwestern Oromia, Ethiopia. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 180.

Hagland, M. (2022). McKinsey Report: Nursing Shortage Will Become Dire by 2025. Retrieved from https://www.hcinnovationgroup.com/policy-value-based-care/staffing-professional-development/news/21268125/mckinsey-report-nursing-shortage-will-become-dire-by-2025

Jamlongkun, C., Singchungchai, P., & Chatdokmaiprai, K. (2022). The Relationship Model among Transformational Leadership, Work Engagement, and Job Performance of Head Nurses. *Hatyai Academic Journal*, 20(1), 58-74. (Thai)

Janson, N., Intraprasong, B., Sillabutra, J., & Jirathummakoon, S. (2015). The Supervisory Grid Leadership Styles and Mentor Role of Nurses Effect on Organizational Commitment at Tertiary Hospital, The Novice Nurses Perception. *Journal of Nursing Division* 42(1), 76-90. (Thai)

Kida, R., Yumoto, Y., & Ogata, Y. (2023). Workplace social capital mediates the relationship between authentic leadership and three dimensions of organizational commitment of hospital nurses: A cross-sectional study. *Japan Journal of Nursing Science*, *20*(3), e12526.

Kunnaworapanya, A., & Chotanachote, K. (2019). Influence of Work Motivation on Organizational Engagement of Supportive Staff of Mahidol University. *Integrated Social Science Journal,* 6(1), 300-333. (Thai)

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology, 22(140),* 5-55.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2015). *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application. (8th ed.).* Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Meixner, T. (2020). Organizational Commitment: Re-structuring a Concept Crucial for Management and Leadership Using a Confirmatory Factor Analysis. *International Journal of Organizational Leadership*, *9*(2), 77-92. doi: 10.33844/ijol.2020.60492

Othman, T., & Khrais, H. (2022). The relationship between transformational leadership, job satisfaction, and organizational commitment in Jordanian nurses. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*, *26*(3), 304-309.

Phacharoensiri, A. (2019). *Leadership of Nursing director towards international nursing service excellence at Tertiary hospitals* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Bangkok. (Thai)

Ratanatham, W., Tadadej, C., Tridej, P., & Satitvipawee, P. (2017). Factors Affecting Organizational Commitment of Professional Personnel: A Study at Chonburi Hospital. *Chonburi Hospital Journal,* 42(3). (Thai)

Rindu, R., Lukman, S., Hardisman, H., Hafizurrachman, M., & Bachtiar, A. (2020). The relationship between transformational leadership, organizational commitment, work stress, and turnover intentions of nurse at private hospital in Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, *8*(E), 551-557.

Rosser, E. A. (2022). Investing in nursing and its leadership to secure global health: Are we making progress?. *International Nursing Review*, *69*(2), 121-124.

Rujiwatchara-olun, B. (2019). Relationship between transformational leadership of Head nurses and Organizational commitment of registered nurses in critical care unit, Police general hospital. *Journal of The Police Nurses,* 12(2), 360-366. (Thai)

Satjaman, P., Tadadej, C., Kittipichai, W., & Sangmahachai, S. (2018). Organizational Commitment Among General Support Staff in the Generation Y of Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. *Ramathibodi Medical Journal,* 41(3), 62-72. (Thai)

Simawong, P., & Thavornwattanayong, W. (2022). Burnout and Organizational Commitment of Faculty Staff in Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. *School of Administrative Studies Acadamic Journal*, 5(4). (Thai)

Sirijanyapong, W., Tridech, P., Siri, S. (2013). Happiness in work of registered nurses in inpatient department, Ramathibodi hospital. *Vajira nursing journal*, 15, 1-16. (Thai)

Sirichotiratana, N**. (**2016**).** *The principles of human resource management in the 21st century* **(**2nd ed**.).** Chulalongkorn University**.**

Srisawat, W., Rahothan, J. (2022). Quality of Work Life and Organizational Commitment of Back-office Staff of Hospitals of the Permanent Secretary of Ministry of Public Health In 6th Health Regional. *Phikun Journal,* 20(2), 282-296. (Thai)

Wongpatcharawarakul, S., Sivapitak, S., Yamklin, S., Mukayavongsa, N., & Pangam, P. (2019). The relationship between leadership and effectiveness of nurses working at chulabhorn hospital. *Suthiparithat,* 33(105), 76-89. (Thai)

Yodwisitsak, K., & Yooyen, R. (2023). Disclosure of Employee Engagement Factors Among Generation Z Employee : A Case Study of Provincial Area, Thailand. *Payap University Journal,* 33(2), 109-120. (Thai)

Model Development Participation of a fall prevention for the elderly at Pho Yai Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province.

Sukhontip Buadang[1], Nutcharin Kanbuppa[1], Phanaprai Chomngam[1], Natjarin Phiwphong[1], Duangkamon Nokkaew[1], Kanyarat Chirawut[1], Thawatchai Toemjai[1*]

[1] *Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Thailand*

** Corresponding author: toemthawat@gmail.com*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Toemjai, T., Buadang, S., & Kanbuppa, N. . A fall prevention model for the elderly in Pho Yai Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province: A fall prevention model for the elderly. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/271516

Received: 13 March 2024
Revised: 22 April 2024
Accepted: 23 April 2024

Abstract

This 3-phases research consisted of: 1) Cross-sectional analytical research. To study factors influencing falls in the elderly. The sample group consisted of 430 elderly people. A questionnaire was used to collect data, and analyzed for predictive factors using multiple linear regression. 2) Action research study, to develop a model for preventing falls in the elderly through a community participation process. These include planning, implementing, observing, and reflecting. Sample groups include stakeholders, a total of 48 people, analyzed data by collecting, categorizing, and content analysis. 3) Evaluating the model effectiveness, by using paired sample t-test statistics, analyzed from the data collected from a sample group of 90 people.

The results found that (1) factors affecting falls among the elderly were: social support, perception of self-efficacy and perception of the risk of falls. They were able to jointly explain the variations in factors affecting falls among the elderly for 55.7 percent (R2adj=0.557, $p < 0.001$) (2) Model for preventing falls in the elderly is "PHOYAI Model" consisting of 1) Participation 2) Health Assessment & Human-Relations 3) Opportunity 4) YOURSELF 5) Accountability & Appreciation 6) Initiative & Improvement (3) The results of the evaluation found that the average knowledge, perception of disease risk, perceived benefits of the practice, intention, participation. perception of one's abilities, social support, and behaviors to prevent falls in the elderly, after the experiment were higher than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: Model, Fall Prevention, Elderly, Community Participation

กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง[1], นุชจรินทร์ แก่นบุปผา[1], พนาไพร โฉมงาม[1], นัจจรินทร์ ผิวผ่อง[1], ดวงกมล หน่อแก้ว[1], กันยารัตน์ ชิราวุฒิ[1], ธวัชชัย เติมใจ[1*]

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก

** ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : toemthawat@gmail.com*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 13 มี.ค. 2567

วันแก้ไข 22 เม.ย. 2567

วันตอบรับ 23 เม.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 430 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ 2) เป็นการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 48 คน 3) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง 90 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า (1) ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถแห่งตน และการรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 55.7 (R^2adj=0.557, p<0.001) (2) รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ PHOYAI Model: 1) Participation 2) Health Assessment & Human-Relations 3) Opportunity 4) Yourself 5) Accountability & Appreciation 6) Initiative & Improvement (3) ผลการประเมิน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ความตั้งใจ การมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: รูปแบบ, การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

บทนำ (Introduction)

ในปัจจุบันสถานการณ์ประชากรสูงอายุทั่วโลกมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจนทั่วโลกกลายเป็นสังคมสูงอายุ โดยประชากรในอาเซียนได้มีประชากรกลุ่มผู้อายุสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ซึ่งประเทศในภูมิภาคอาเซียนที่กำลังเข้าสู่เป็นสังคมสูงอายุแล้วมีทั้งหมด 3 ประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ไทย และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20,17และ11 ตามลำดับ (United Nations, 2020) ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติและต่อมาในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศจนก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete-Aged Society) และในปี 2560-2564 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มสูงขึ้นจาก 4.06 ล้านคน ในปี 2560 เป็น 4.36 ล้านคน และในปี 2561 ลดลงเล็กน้อยเป็น 4.23 ในปี 2563 หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็น 4.88 ล้านคน ในปี 2564 (National Statistical Office, 2022) ซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน เป็นต้น ทำให้ต้องมีการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้สูงอายุจึงต้องการการพึ่งพามากขึ้น ประกอบกับร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีการผิดรูปของข้อต่างๆ ส่งผลให้มีการทรงตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติผลที่ตามมาและเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ (Department of Health, 2019)

จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2566 ในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue book application) จำนวน 9,621,991 คน พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางด้านการเคลื่อนไหว จำนวน 994,541 คน มีความผิดปกติด้านการมองเห็น จำนวน 1,161,500 คน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจำนวน 507,216 คน ซึ่งปัจจัยทั้งสามด้านนี้เป็นความเสี่ยงซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอัตราการพลักตกหกล้มได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งผลของการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การพลัดตกหกล้มมีตั้งแต่การล้มบนพื้นระดับเดียวกัน จากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด ถูกผู้อื่นชนหรือดัน หรือการล้มจากระดับหนึ่งไปสู่ระดับหนึ่ง เช่นจากการปีน ตกจากที่สูง ตกบันได รวมถึงการตกหรือล้มที่เกี่ยวข้องกับเก้าอี้ เตียง รถเข็น เฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น (Bureau of Health Promotion, 2023)

การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี 2555 (เฉลี่ยวันละ 1,160 คน) สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตกว่า 1,000 คนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงกว่า 3 เท่า (Department of Provincial Administration, 2023) ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุถือว่าเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่สำคัญ เนื่องจากภาวะหกล้มในวัยอื่นอาจดูว่าเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ แต่ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุไม่ถือว่าเป็นเรื่องปกติแต่ถือว่าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) เนื่องจากพบได้บ่อยและมักเป็นสัญญาณเตือนถึงอาการผิดปกติที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องหาสาเหตุ ให้การรักษา และป้องกันการเกิดซ้ำ ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มในชุมชนในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 20 โดยแบ่งเป็นความชุกในผู้หญิงร้อยละ 24.1 ในผู้ชายร้อยละ 12.1 โดยในแต่ละปีมีผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 3 เกิดภาวะหกล้ม โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่หกล้ม จะเกิดภาวะ

หกล้มซ้ำซ้อน แต่อุบัติการณ์ของภาวะหกล้มมักต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากส่วนใหญ่เชื่อว่าเป็นเรื่องปกติของวัยสูงอายุและพบว่า ผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วมีกระดูกสะโพกหักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ1 ใน4จะเสียชีวิตในเวลา1ปีต่อมา (Division of Non-Communication Disease, 2022)

จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 396,268 คนจากประชากรทั้งหมด 1,869,806 คน คิดเป็นร้อยละ 21.19 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 29,050 คน จากประชากรทั้งหมดจำนวน 79,983 คน คิดเป็นร้อยละ 36.327 เป็นระดับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยสมบูรณ์ จากการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเด็นการพลัดตกหกล้มในปี 2566 ของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 1,375 คน ส่วนในอำเภอวารินชำราบมีการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มจำนวน 578 คน พบผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจำนวน 29 ราย (Ubon Ratchathani Provincial Health Office, 2023) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ใหญ่ ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่รับผิดชอบจำนวน 13 หมู่บ้านโดยมีประชากรทั้งหมด 8,299 คนและมีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 1,143 คน คิดเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 13.77 โดยแบ่งผู้สูงอายุตามเกณฑ์การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคมจำนวน 972 คน กลุ่มติดบ้านจำนวน 151 คนและกลุ่มติดเตียงจำนวน 20 คน และผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบข้อเข่าผิดปกติ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 1.14 และมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มจำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.04 (Ubon Ratchathani Provincial Health Office, 2023) ซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มและเกิดการบาดเจ็บจนถึงขั้นพิการ ต้องเป็นภาระต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนในการจัดบริการดูแลรักษา อีกทั้งถ้าการพลัดตกหกล้มมีภาวะรุนแรงเนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคเรื้องรังเดิมอยู่แล้วหรือการพลัดตกหกล้มที่เกิดขึ้นในอวัยวะที่สำคัญอาจจะมีความรุนแรงจนส่งผลให้ผู้สูงอายุถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นทีมสุขภาพและชุมชนจึงเห็นความสำคัญและดำเนินการศึกษารูปแบบที่สามารถมาออกแบบเพื่อลดอัตราการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่สอดรับในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนได้ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Question)

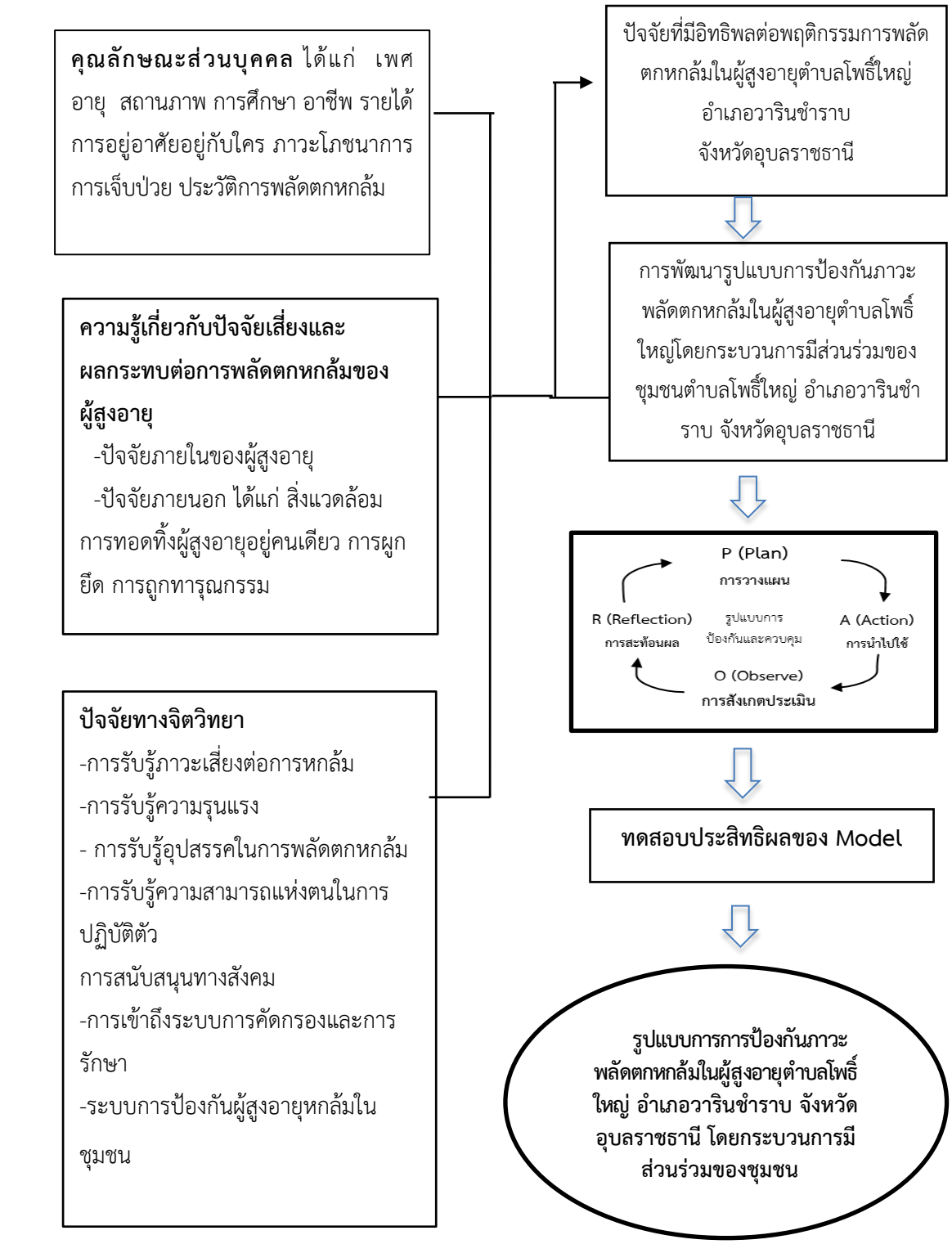
รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้ม แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีวิจัย (Methods)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

<u>ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี</u>

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้สูงอายุจำนวน 1,143 คนและกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 220 คน โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ของเคลลี่และแม็กเวล (Kelly & Maxwell, 2003) แต่เนื่องจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้นำนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชกิจฉุกเฉิน วิทยาลักการสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงทำให้สามารถเก็บข้อมูลผู้สูงอายุได้มากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลขนาดตัวอย่างได้ 430 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ แบบวัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ แบบวัดความสัมภาษณ์ปัจจัยภายนอก การรับรู้การป้องกันการพลัดตก หกล้มสำหรับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุและ ภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของตัวแปร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise

<u>ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี</u>

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากรที่ศึกษาในการพัฒนารูปแบบ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายสุขภาพ แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน พระภิกษุ บุคลากรสาธารณสุข ในเขตตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี บุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลวารินชำราบ/แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (FM) รวมทั้งหมด 48 คน

2.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินโปรแกรม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Lemeshow (1990) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ระหว่าง เดือน กันยายน 2566 - เดือน กุมภาพันธ์ 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรรมในการป้องกันภาวะพลัดตก-หกล้ม

การวิเคราะห์ข้อมูล จากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาจัดเป็นหมวดหมู่ตามแนวทางของเครื่องมือที่ใช้และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่ถูกต้องและอยู่ในบริบทของพื้นที่ในการอธิบายปรากฏการณ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุฯที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่าง ในการประเมินผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่ได้จากการคำนวณจำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงของโรคการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคฯความตั้งใจ การมีส่วนร่วมการรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทั้งก่อนและหลังการศึกษาใช้สถิติ Paired- t test นำเสนอด้วยค่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่น 95%

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีได้รับการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB I018/2566 ลงวันที่ 30 กันยายน 2566

ผลการวิจัย (Results)

ส่วนที่ 1 สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 71.32 ปี (SD=9.205) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.1ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุดคิดเป็น

ร้อยละ 84.7 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 4,525.94 บาท/เดือน (SD=6,743.92) รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 801.7 บาท (SD=1,195.5) สถานภาพการอยู่อาศัย อยู่กับบุตรมากที่สุด ร้อยละ 47.0 พบโรคจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 42.1 และพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 29.8 ส่วนมากมีภาวะโภชนาการสมส่วนร้อยละ 84.6 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีร้อยละ 83.7 การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมส่วนมากได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 33.7 รองลงมาได้แก่การได้รับความช่วยเหลือด้านอาชีพร้อยละ 28.6 การช่วยเหลือด้านรายได้ร้อยละ 25.1 สอดคล้องกับหน่วยงานที่สนับสนุนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 56.5 รองลงมาได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลคิดเป็นร้อยละ 23

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีมีจำนวน 3 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีได้ร้อยละ 57.7 (R^2=0.577) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (n=430 คน)

โมเดลวิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change
		B	β				
โมเดลที่ดีที่สุด	การรับรู้ความสามารถแห่งตน	1.080	0.469	0.410	0.409	4.442	0.410
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะพลัดตกหกล้ม	-0.333	0.038	0.483	0.481	4.163	0.073
	การสนับสนุนทางสังคม	0.519	0.044	0.561	0.557	3.842	0.078
Constant = 7.022, (R^2=0.561, R^2adj=0.557, SE_{est}= 3.8428, F= 181.137, p < 0.001)							

ส่วนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

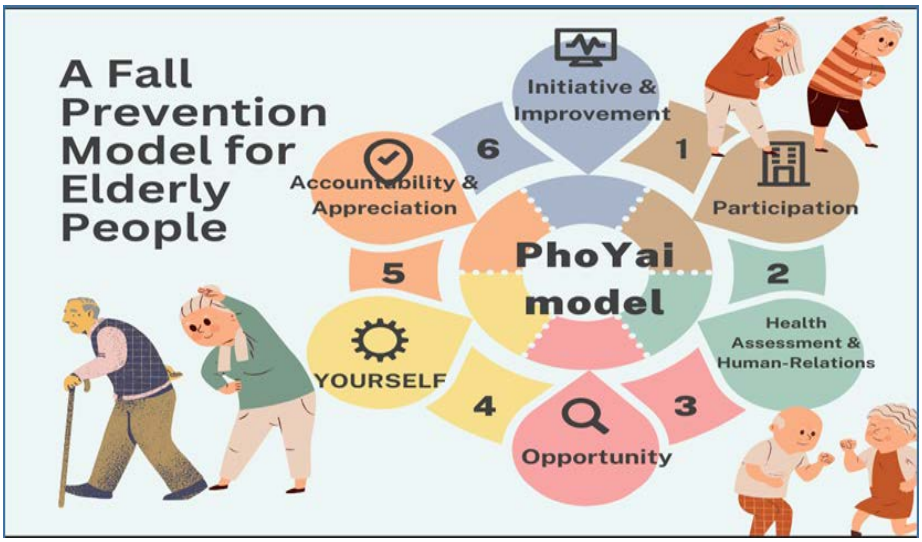
จากการนำปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีได้แก่ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุนำเข้าสู่ที่ประชุมรวมถึงข้อมูลบริบทของชุมชน ข้อมูลแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมาและนำผลที่ได้จากการประชุม ระดมสมอง สัมภาษณ์เชิงลึก มาออกแบบกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล จนได้รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวิรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีขั้นตอนการพัฒนารูปแบบดังนี้

2.1.กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (1) หน่วยบริการดำเนินการคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุให้ครอบคลุม (2) จัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มและออกแบบการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัวและหน่วยบริการสาธารณสุข (3) พัฒนาองค์ความรู้และสร้างการรับรู้ด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและแนวทางในการสร้างสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยการอบรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความเข็งแรงของกล้ามเนื้อการทรงตัว ระยะเวลา 4 อาทิตย์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับปานกลางและประเมินการปฏิบัติตัวทุก 1 สัปดาห์ (4) จัดกิจกรรมสร้างการรับรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการพลักตกหกล้มเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (5) กิจกรรมบัดดี้ครอบครัวโดยผู้ดูแลในครอบครัวช่วยกระตุ้นและเสริมแรงให้ผู้สูงอายุมีความตื่นตัวที่จะปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ (6) สิ่งแวดล้อมปลอดภัยโดยชุมชนสนับสนุนให้จัดสถานที่ที่ผู้สูงอายุมาใช้ร่วมกันบ่อยๆให้มีความปลอดภัย เช่น มีไฟส่องสว่างและพื้นทางเดิน ในบริเวณห้องน้ำสาธารณะ ทางเดินรอบหมู่บ้าน บริเวณวัด และหน่วยบริการสาธารณสุข (7) ชุมชนจัดกิจกรรมสร้างคุณค่ามอบ

รางวัลแก่ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและไม่มีภาวะพลัดตกหกล้ม

2.2 รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คือ **PHOYAI Model** ประกอบด้วย1) **Participation:** ทุกคนมีส่วนร่วม ช่วยคิด ช่วยทำในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) **Health Assessment & Human-Relations:** องค์ความรู้ที่ถูกต้องและความครอบคลุมการคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้มรวมถึงการเข้าถึงแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมและการมีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกับบุคคลอื่นๆในชุมชนของผู้สูงอายุ 3) **Opportunity:** การสื่อสารที่ชัดเจนการมีชุดข้อมูลที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ ถูกต้องทันต่อสถานการณ์ของหน่วยงานด้านสุขภาพ 4) **YOURSELF:** ผู้สูงอายุมีสมรรถนะเพียงพอในการดูแลตัวเองให้ปลอดภัยจากภาวะพลัดตกหกล้ม 5) **Accountability & Appreciation:** กิจกรรมที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุในการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ลดภาวะพลัดตกหกล้ม สร้างคุณค่าของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจกรรมสำเร็จตามเป้าหมาย 6) **Initiative & Improvement:** การสร้างแรงจูงใจให้มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตัวอย่างไม่หยุดยั้งและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยได้สรุปรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวิรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีตามภาพประกอบดังนี้



ภาพประกอบที่ 2 การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวิรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี “PHO YAI Model ทดลอง (n=90)

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบรูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

3.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันฯ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของด้านความรู้ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 7.22 คะแนน (95%CI=6.78-7.66) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงของโรคเพิ่มขึ้น 9.06คะแนน (95%CI=8.56 -9.55) ผลต่างค่าเฉลี่ยของ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 7.18 คะแนน (95% CI=6.72-7.64) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 11.77 คะแนน (95%CI= 10.88-12.65) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น 11.64 คะแนน (95%CI=4.51-5.42) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการด้านกิจกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 2.98 คะแนน (95%CI=2.74-3.22) ค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 13.42 คะแนน (95%CI=12.43-14.41) ส่วนผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น14.13คะแนน (95%CI=-13.63--14.63) ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันฯและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการ

รูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	**ก่อนการพัฒนา (n=90) Mean(S.D.)**	**หลังการพัฒนา (n=90) Mean(S.D.)**	$\bar{d}$	**95%CI**	**t**	**p-value**
ความรู้	6.14(2.19)	13.37(0.81)	7.22	6.78-7.66	32.50	<0.001*
การรับรู้ความเสี่ยงของโรค	12.21 (1.43)	21.27(1.68)	9.06	8.56 -9.55	36.36	<0.001*
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	13.38(2.00)	20.56 (1.20)	7.18	6.72-7.64	30.94	<0.001*
ความตั้งใจในการปฏิบัติตัว	30.377(4.23)	42.13(3.11)	11.77	10.88-12.65	26.34	<0.001*
การมีส่วนร่วม	30.44(3.29)	42.09 (3.28)	11.64	10.71-12.58	24.74	<0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคม	23.88 (2.17)	37.30(4.29)	13.42	12.43-14.41	26.93	<0.001*
พฤติกรรมการปฏิบัติตัว	18.70(1.15)	32.83(2.29)	14.13	13.63-14.63	56.09	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล (Discussions)

จากการศึกษาพบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวน 3 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีได้ร้อยละ 57.7 (R2=0.577) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวก มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่ได้รับ เป็นการได้รับ การช่วยเหลือ หรือการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เชาวน์ปัญญา ได้แก่การได้รับกำลังใจ ได้รับการส่งเสริม ซึ่งเมื่อตัวบุคคลได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่างๆดังที่กล่าวมา จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การ

เห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการดำเนินการในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อภาวะหกล้มของผู้สูงอายุ ส่วนอีก 2 ปัจจัยได้แก่ปัจจัยการรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวของผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยการมีองค์ความรู้ และนำองค์ความรู้ที่ได้นั้นมาวางแผนในการปฏิบัติตัวเพื่อให้ความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคคลลดลง ดังนั้นการส่งเสริมสมรรถนะของผู้สูงอายุ จนเกิดการรับรู้และนำสู่การปฏิบัติตัวจึงต้องมีความจำเป็นเพื่อให้ภาวะการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akkhanan et al.(2021)พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชนอำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (r=0.204, p<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม (r=0.122, p=0.001) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (r=0.176, p<0.001) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม(r=0.179, p<0.001) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (r=0.168,p=0.001) และการศึกษาของ Boonnada Sopat (2023) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มได้ดีมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมที่จะเสริมสร้างการรับรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การการให้ความรู้ เกี่ยวกับปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเช่นการปฏิบัติตัวในการใช้ยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำเช่น หลังรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้สูงอายุควรระมัดระวังการเป็นลมหน้ามืดจากการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว ควรนั่งพักหรือหลีกเลี่ยงการลุกนั่งอย่างรวดเร็ว การออกำลังกายกล้ามเนื้อขาเพื่อให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น ขาอ่อนแรง การมองเห็นไม่ชัดเจน และดำเนินการในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดกิจกรรมพูดคุยถึงผลกระทบของการหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างองค์ความรู้และฝึกปฏิบัติการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุตัดสินใในในการปฏิบัติตัวที่จะดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มต่อไป

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดกระบวนการเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ในความรุนแรงของการเจ็บป่วย การเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวซึ่งตนเองมีความสำคัญที่สุดที่จะปรับพฤติกรรมให้มีความเสี่ยงน้อยที่สุด รวมถึงความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมจนมีผลสำเร็จและทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนที่มองเห็นปัญหาร่วมและร่วมกันออกแบบเพื่อหาทางแก้ไขปัญหา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ออกแบบกิจกรรมที่กระตุ้นให้บุคคลได้แสดงออกถึงสมรรถนะของการส่งเสริมสุขภาพและปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง ผ่านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบโดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 24 สัปดาห์ จนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่เนื่องมาจากผู้วิจัยพัฒนาภายใต้บริบทของพื้นที่ตำบลโพธิ์ใหญ่ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาเชิงสาเหตุ พัฒนารูปแบบที่

มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน และการจัดกระบวนการที่เปิดโอกาสทุกส่วนได้เสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุด้วยกัน จนได้รูปแบบการพัฒนาคือ PHOYAI MODEL ประกอบด้วย 1) Participation:ทุกคนมีส่วนร่วม ช่วยคิด ช่วยทำในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2) Health Assessment & Human-Relations: องค์ความรู้ที่ถูกต้องและความครอบคลุมการคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้มรวมถึงการเข้าถึงแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมและการมีสัมพันธภาพที่ดีร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนของผู้สูงอายุ 3) Opportunity: การสื่อสารที่ชัดเจนการมีชุดข้อมูลที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ ถูกต้องทันต่อสถานการณ์ของหน่วยงานด้านสุขภาพ 4) YOURSELF: ผู้สูงอายุมีสมรรถนะเพียงพอในการดูแลตัวเองให้ปลอดภัยจากภาวะพลัดตกหกล้ม

5) Accountability & Appreciation: กิจกรรมที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุในการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ลดภาวะพลัดตกหกล้ม การสร้างคุณค่าของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจกรรมสำเร็จตามเป้าหมาย

6) Initiative & Improvement: การสร้างแรงจูงใจให้มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตัวอย่างไม่หยุดยั้งและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินรูปแบบพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ความตั้งใจ การมีส่วนร่วม การรับรู้ความสามารถของตน แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและคะแนนด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sopitta Saenwa & Nipa Maharachpong (2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรีโดยกลุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 30 คนและผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียง โดยมีกิจกรรมการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ จากบุคลากรสาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มเพื่อนและญาติ ตั้งแต่การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ การดูแลตนเอง การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยอาสาสมัครสาธารณสุขและการช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุลดลงและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยโดยชุมชนเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมหลังการทดลองเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wilawan Somton, Tassanee Rawiworrakul, & Kwanjai Amnatsatsue (2016); การศึกษาของ Thammanoon Khamchalee (2023) ที่มีการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ออกเยี่ยมบ้านการติดตามและให้กำลังใจในการปฏิบัติตัว การให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล และการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และการใช้คำพูดในการชื่นชมหรือให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มร่วมด้วยส่งผลให้ผู้สูงอายุในครอบครัวมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและไม่มีภาวะพลัดตกหกล้มซ้ำอีก

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรประสานความร่วมมือและเชื่อมกลไกการทำงานให้เกิดการขับเคลื่อน จำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากรให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนตลอดจนสร้างความร่วมมือในการมองเป้าหมายเดียวกัน คือ ลดอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้

2. ควรขยายระยะเวลาในการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุและศึกษาผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อให้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้นและสามารถนำไปขยายผลการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุในตำบลใกล้เคียงได้

3. ควรพัฒนาบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากภาวะพลัดตกหกล้ม เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ลดอันตรายและลดความพิการที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องเป็นภาระพึ่งพิงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทีมวิจัย สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ใหญ่ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ใหญ่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บและให้ข้อมูล รวมทั้งข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่อนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

Akkhanan T, Srimaksook K, Wongsrisung T, Siripaiboon C, Duangchinda A, Pilaporn S. (2021). Factors associated with behaviors of falls prevention among thai elderly in the community at Doem Bang Nang Buat, Suphan Buri Province. KKU Journal for Public Health Research;14(4):72-89.

Boonnada Sopat. (2023). Factors affecting falls among the elderly in Huai Thap Than District, Sisaket Province. Research and Community Health Innovation Journal;2(2),76-89.

Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. (2023). Report on the health survey of Thailand's elderly, 2023. Department of Health, Ministry of Public Health.

Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. Information system for health promotion and environmental health. Available from: http://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-all/changwat?year=2023&cw=33, accessed 15 August 2023.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2019). Guidelines for implementing the action plan to promote the health of the elderly. Department of Health, Ministry of Public Health.

Division of Non-Communication Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). A report on falls among the elderly in Thailand (60 years of age and older) from 2017 to 2021. Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Kelley, K., & Maxwell, S. E. (2003). Sample Size for Multiple Regression: Obtaining Regression Coefficients That Are Accurate, Not Simply Significant. Psychological Methods, 8(3), 305-321. Available from: https://doi.org/10.1037/1082-989X.8.3.305, accessed 15 August 2023.

Kemmis & McTaggart, R. (1988). The Action research planner, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia.

Lemeshow, S. et al. (1990). Adequacy of sample size in health studies (Chichester). John Wiley.

National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. (2022). Mid-year population 2017-2021. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society.

Sopitta Saenwa & Nipa Maharachpong. (2022). Effect of Fall Prevention Program Based on Health Belief Model and Social Support on Fall Prevention Behaviors among The Elderly in Kochan District Chonburi Province. Research and Development Health System Journal; 15(2), 214-227.

Thammanoon Khamchalee. (2023). The Effectiveness of the Elderly Health Promotion ModelbyEmpowerment and Community Participation Process,Nonkhun Sub-district,Yang-Chumnoi district,Sisaket Province. Sisaket Journal of Research and ealth Development; 2(2),112-126.

Ubon Ratchathani Provincial Health Office. HDC information for management. Available from: http://demo.phoubon.in.th/?page_id=1337, accessed 19 August 2023.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2020). Population Division. World Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444). New York: United Nations.

Wilawan Somton, Tassanee Rawiworrakul, & Kwanjai Amnatsatsue. (2016). Effects of a Fall Prevention Program for Thai Older Adults. Journal of Public Health Nursing;27(3),58-70.

Factors affecting the operation relating to a manager of the public health long-term care system toward dependent older adults at Prachuap Khiri Khan Province, Thailand

Thanwarat Thongngun[1*] Sariyamon Tiraphat[2] Youwanuch Sattayasomboon[3]

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

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

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

Corresponding author: e-mail : t.hanwa@hotmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Thongngun, T., Tiraphat, S. ., & Sattayasomboon, Y. . Factors affecting the operation relating to a manager of the public health long-term care system toward dependent older adults at Prachuap Khiri Khan Province, Thailand. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/272084

Received: 30 March 2024
Revised: 17 April 2024
Accepted: 26 April 2024

Abstract

This research is a cross-sectional analytical study aimed at evaluating the level of operation, analyzing the relationship and the effecting factors and administrative factors with the operation of the public health long-term care system toward dependent older adults in Prachuap Khiri Khan Province, Thailand. The sample group consists of 131 long-term care system managers in the public health sector in Prachuap Khiri Khan Province. The research tool is a questionnaire that was examined and verified by the three experts for content validity index and tested for reliability. Data collection took place from January 3-17, 2024. Data analysis was conducted for frequency, percentage, mean, Chi-square test, and Binary logistic regression analysis.

The study found that care managers have high management and operational performance levels in caring for dependent older adults, with 50.4% and 61.80% , respectively. Statistical analysis using chi-square tests indicates that factors significantly related to the care management of dependent older adults include income, personnel management, budget, and administrative management. Furthermore, statistical logistic regression analysis revealed that the dimension of administrative management significantly affects the operational performance in caring for dependent older adults by long-term public health system managers in Prachuap Khiri Khan Province, Thailand, at a statistical significance level of 0.05.

The research findings serve as empirical evidence for policymakers to use in planning, improving operational practices, and addressing challenges. It provides guidelines for developing long-term care service systems for older people with disabilities that are appropriate for the future.

Keywords: Care manager; Long Term Care; Dependent older Adults; Prachuap Khiri Khan Province

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประเทศไทย

ธัญวรัตน์ ทองเงิน[1*] ศริยามน ติรพัฒน์[2] ยุวนุช สัตยสมบูรณ์[3]

1. นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ติดต่ออีเมล์ : t.hanwa@hotmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 30 มี.ค. 2567
วันแก้ไข 17 เม.ย.2567
วันตอบรับ 26 เม.ย.2567

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 131 คน เครื่องมือการวิจัยคือ แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 3 – 17 มกราคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติถดถอยโลจิสติกทวิ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขมีระดับการบริหารและระดับการดำเนินงาน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.4, 61.80) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจัยบริหารด้านบุคลากร งบประมาณ และบริหารจัดการ ผลการวิเคราะห์สถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ พบว่า ด้านบริหารจัดการมีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลที่ได้รับเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ให้ผู้กำหนดนโยบายนำไปใช้วางแผน ปรับปรุงการปฏิบัติงาน และแก้ไขปัญหาอุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ผู้จัดการดูแล; ระบบการดูแลระยะยาว; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; ประจวบคีรีขันธ์

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปีพ.ศ. 2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ประเทศไทยปีพ.ศ. 2565 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 66,090,475 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 12,519,926 คน (ร้อยละ 18.94) แบ่งตามช่วงผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60 – 69 ปี เท่ากับ 7,042,023 คน ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70 – 79 ปี เท่ากับ 3,696,070 คน และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป เท่ากับ 1,781,833 คน (Statisticed information service Department of Provincial Administration, 2022) และมีการคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2022) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2564 ร้อยละ 0.5 ซึ่งมีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 87.90 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ 9.39 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 2.71 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกๆปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 – 2566 มีจำนวน 37,827, 86,929, 153,053, 370,366 และ 588,987 คน ตามลำดับ (Department of Health Ministry of Public Health, 2022) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือ ปัญหานี้ต่อเนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น และอยู่ตามลำพังเพิ่มมากขึ้น (Nongluk, P., & et al, 2019) และมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.43 ซึ่งประสบปัญหาสถานะเศรษฐกิจสังคมควบคู่กับการเสื่อมโทรมร่างกายและจิตใจ เช่น ติดเชื้อกลืนลำบาก เคลื่อนไหวลำบาก ท้องผูก ถดถอยสมรรถนะการทำงานอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการความช่วยเหลือบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มขึ้น (Jiraporn, O., 2016)

ประเทศไทยเริ่มมีระบบการดูแลระยะยาวอย่างเป็นทางการในปีพ.ศ. 2559 โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้ชื่อว่า “กองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคนที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตาม Barthel ADL index น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ไม่จำกัดอายุ และไม่จำกัดสิทธิ (Prasert, K., & et al., 2022) การดูแลระยะยาวเป็นการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการผู้ประสบภาวะยากลำบากจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประสบอุบัติเหตุ ความพิการ ตลอดจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุข และไม่เป็นทางการดูแลซึ่งโดยครอบครัวหรืออาสาสมัครเป็นบริการด้านสังคม มุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัด ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งได้ถือปฏิบัติตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580) ภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข ของชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวพึ่งพิง ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2565 (Chanthana, S., & et al., 2021)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานนำนโยบายสู่การปฏิบัติ บริหารจัดการให้บรรลุตามเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ต้องอาศัยหลักการพื้นฐานการบริหารจัดการการดูแล (Care management) คือ งานการส่งเสริมการ

พยาบาลดูแลชุมชน โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ผู้ที่ทำหน้าที่นี้ เรียกว่า ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข หรือ Care Manager (CM) ที่ปฏิบัติงานอยู่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ มี 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ค้นหาผู้สูงอายุที่ต้องการความดูแล (Screening) 2) ประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม (Assessment) 3) จัดทำแผนการดูแล (Care Plan) 4) เริ่มปฏิบัติตามแผนการดูแล (Implementation) 5) กำกับการดูแล (Monitoring) 6) ประเมินแผนการดูแล (Evaluation) และ7) ทบทวนแผนการดูแล (Revising) (Bureau of Elderly Health Ministry of Public Health, 2020) อีกทั้งดูแลผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver : CG) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลบริการด้านสุขภาพ เช่น ตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล เยี่ยมบ้าน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กายภาพบำบัดและบริการด้านสังคม เช่น ช่วยเหลืองานบ้าน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมนอกบ้าน (Thinakorn, N., 2020)

เขตสุขภาพที่ 5 มี 8 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ พบว่า เขตสุขภาพที่ 5 ก้าวเข้าสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปีพ.ศ. 2563 และปีพ.ศ. 2566 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว มีจำนวนผู้สูงอายุ 83,826 คน (ร้อยละ 21.2) ของประชากรทั้งหมด โดยมีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 1,199 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 1,108 คน เป็นอันดับ 1 ใน 8 เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆในเขตสุขภาพที่ 5 ในปีพ.ศ. 2564 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มียอดสะสมจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด เป็นอันดับที่ 1 ในเขตสุขภาพที่ 5 นอกจากนั้นยังมีหลักฐานว่า จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีการจัดทำแผนการพยาบาลดูแลน้อยที่สุด ร้อยละ 85.3 และเป็นจังหวัดที่มีตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลระยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์น้อยที่สุด ร้อยละ 91.7 ส่วนใหญ่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีเกณฑ์คะแนนที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆในเขตสุขภาพที่ 5 (Department of Health Ministry of Public Health, 2022) อย่างไรก็ตามยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงการแก้ปัญหา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

จะเห็นได้ว่า บทบาทผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ดำเนินงานตาม Care management 7 ขั้นตอน เป็นผู้ดูแลระบบ กำกับติดตามการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการทำงานประสานงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย อีกทั้งยังเป็นบุคคลที่ช่วยให้การขับเคลื่อนงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประสบความสำเร็จ แต่สถานการณ์และสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมและศึกษาทฤษฎีหลักบริหาร 4M (Peter, F., 1954) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบริหารจัดการ กับแนวคิด Care management 7 ขั้นตอน ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ทำงาน จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาวะสุขภาพทางกายและจิต ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และตอบสนองความต้องการในการเข้าถึงการจัดบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) ด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 131 คน เนื่องจากประชากรที่ศึกษามีจำนวนไม่มาก จึงไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบบสอบถามการวิจัยมี 4 ส่วน จำนวน 64 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ทำงาน จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาวะสุขภาพทางกายและจิต จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 การบริหารงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 32 ข้อ

กำหนดเกณฑ์ประเมินระดับความคิดเห็นรายข้อ โดยใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (Likert rating scale) ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก คือ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 21 ข้อ

กำหนดเกณฑ์ประเมินระดับการดำเนินงานรายข้อ โดยใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (Likert rating scale) ประกอบด้วย 5 ตัวเลือก คือ 5 = ดำเนินงานทุกครั้ง 4 = ดำเนินงานบ่อยครั้ง หรือประมาณ 75 % ของงานนั้นๆ 3 = ดำเนินงานบางครั้ง หรือประมาณ 50 % ของงานนั้นๆ 2 = ดำเนินงานนานๆครั้ง หรือประมาณ 25 % ของงานนั้นๆ 1 = ไม่ดำเนินงานเลย

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับต่ำและระดับสูง โดยนำคะแนนของตัวแปรต้นและตัวแปรตามมาแบ่งมีจุดตัดค่าเฉลี่ยเป็นระดับต่ำและระดับสูง เพื่อทำการวิเคราะห์สถิติต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงพัฒนาแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม เพื่อคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) หรือเรียกย่อๆว่า CVI รายข้อและทั้งฉบับ พบว่า ดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1 ทุกข้อคำถาม

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามาทดสอบกับผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha Coefficiency) ต้องมีค่ามากกว่า 0.70 ขึ้นไปถือว่ายอมรับได้ มีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปทดสอบสมมติฐานในงานวิจัยได้ ซึ่งแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.958 - 0.962

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อขอรับเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอความอนุเคราะห์ไปยังเจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และกลุ่มงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 8 แห่ง ส่งแบบสอบถามออนไลน์ให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้รับการตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล และหาค่าสถิติต่างๆ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2023-143 รหัสโครงการ 155/2023 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อใช้วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ประเมินระดับการบริหารและระดับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) เพื่อใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. สถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.5 มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.7 มีสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 54.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 60.3 มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 71 มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานสาธารณสุขแห่งนี้มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 37.4 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คน ร้อยละ 67.2 ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.5 และภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.9 ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละของปัจจัยด้านประชากรของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (N = 131)

ปัจจัยด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	11.50
หญิง	116	88.50

ปัจจัยด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
25 – 34 ปี	41	31.30
35 – 44 ปี	38	29.00
มากกว่า 45 ปีขึ้นไป	52	39.70
$\bar{X}$ = 41.80 S.D. = 9.17 Max = 62 Min = 27		
สถานภาพ		
โสด	47	35.90
สมรส/อยู่ด้วยกัน	71	54.20
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	13	9.90
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	123	93.90
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	8	6.10
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
≤ 30,000 บาท	52	39.70
> 30,000 บาท	79	60.30
ประสบการณ์ทำงานเป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข		
≤ 5 ปี	93	71.00
> 5 ปี	38	29.00
$\bar{X}$ = 4.37 S.D. = 2.45 Max = 13 Min = 1		
ประสบการณ์ทำงานอยู่ในหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์		
≤ 5 ปี	47	35.90
6 – 10 ปี	35	26.70
> 10 ปี	49	37.40
$\bar{X}$ = 9.86 S.D. = 7.97 Max = 34 Min = 1		
จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
≤ 10 คน	44	33.60
11 – 20 คน	44	33.60
> 20 คนขึ้นไป	43	32.80
$\bar{X}$ = 19.46 S.D. = 15.71 Max = 86 Min = 0		
ภาวะสุขภาพทางกาย		
ระดับไม่ดี	53	40.50
ระดับดี	78	59.50

ปัจจัยด้านประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพทางจิต		
ระดับไม่ดี	42	32.10
ระดับดี	89	67.90

ระดับการบริหารงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.4 เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า ด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ มีเกณฑ์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.10, 62.60, 51.90) ตามลำดับ ส่วนด้านบริหารจัดการมีเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.40 อาจเนื่องจากกระบวนการบริหารจัดการอาจยังไม่มีการวางแผนการดำเนินงาน การจัดการองค์กรที่ดี การบังคับบัญชาสั่งการ การประสานงานกับภาคีเครือข่าย และการควบคุมกำกับติดตามงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับการบริหารงานโดยรวมและรายด้านของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (N = 131)

ปัจจัยการบริหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการบริหารภาพรวม*		
ระดับต่ำ	65	49.60
ระดับสูง	66	50.40
การบริหารด้านบุคลากร		
ระดับต่ำ	51	38.90
ระดับสูง	80	61.10
การบริหารด้านงบประมาณ		
ระดับต่ำ	49	37.4
ระดับสูง	82	62.60
การบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์		
ระดับต่ำ	63	48.10
ระดับสูง	68	51.90
การบริหารด้านบริหารจัดการ		
ระดับต่ำ	83	63.40
ระดับสูง	48	36.60

*Mean 125.44 S.D. 17.02 Min 76 Max 160

ระดับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.80 เห็นได้ว่า มีการคัดกรองและค้นหาผู้สูงอายุที่ต้องการความดูแล ประเมินปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม วางแผนประชุมจัดทำแผนการ

ดูแลให้เหมาะสม มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลรวมถึงมอบหมายงานให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการกำกับติดตามการดูแลหรือเยี่ยมบ้าน ประเมินแผนการดูแลว่าเป็นไปตามที่กำหนดไว้หรือไม่ และทบทวนแผนการดูแลเพื่อแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการจัดบริการครั้งต่อไป ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวน และร้อยละของระดับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวม ของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (N = 131)

การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการดำเนินงานภาพรวม*		
ระดับต่ำ	50	38.20
ระดับสูง	81	61.80

*Mean 93.11 S.D. 12.61 Min 54 Max 105

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square test ในการทดสอบ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภาวะสุขภาพทางกายและจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ แต่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.032) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square test (N = 131)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การดำเนินงาน LTC				Chi-square test	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					1.651	0.199
ชาย	8	53.30	7	46.70		
หญิง	42	36.20	74	63.80		
อายุ					5.570	0.062
25 – 34 ปี	11	26.80	30	73.20		
35 – 44 ปี	13	34.20	25	65.80		
มากกว่า 45 ปีขึ้นไป	26	50.00	26	50.00		
สถานภาพ					1.836	0.399
โสด	17	36.20	30	63.80		

ปัจจัยส่วนบุคคล	การดำเนินงาน LTC				Chi-square	p-value
สมรส/อยู่ด้วยกัน	30	42.30	41	57.70		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3	23.10	10	76.90		
ระดับการศึกษา					0.002	0.968
ปริญญาตรี	47	38.20	76	61.80		
ปริญญาโท	3	37.50	5	62.50		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					4.620	**0.032***
≤ 30,000 บาท	14	26.90	38	73.10		
> 30,000 บาทขึ้นไป	36	45.60	43	54.40		
ประสบการณ์ทำงานเป็น CM					3.175	0.075
≤ 5 ปี	31	33.30	62	66.70		
> 5 ปีขึ้นไป	19	50.00	19	50.00		
ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน					0.024	0.988
≤ 5 ปี	18	38.30	29	61.70		
6 – 10 ปี	13	37.10	22	62.90		
> 10 ปีขึ้นไป	19	38.80	30	61.20		
จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					0.593	1.046
≤ 10 คน	19	43.20	25	56.80		
11 – 20 คน	17	38.60	27	61.40		
> 20 คนขึ้นไป	14	32.60	29	67.40		
ภาวะสุขภาพทางกาย					0.421	0.516
ระดับไม่ดี	22	41.50	31	58.50		
ระดับดี	28	35.90	50	64.10		
ภาวะสุขภาพทางจิต					0.000	0.991
ระดับไม่ดี	16	38.10	26	61.90		
ระดับดี	34	38.20	55	61.80		

*p-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยการบริหารกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square test ในการทดสอบ พบว่า ด้านวัสดุอุปกรณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ด้านบุคลากร (p-value = 0.041) งบประมาณ (p-value < 0.001) และบริหารจัดการ (p-value < 0.001) มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 5

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยการบริหารกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้สถิติ Chi-Square test (N = 131)

ปัจจัยการบริหาร	การดำเนินงาน LTC				Chi-square test	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการบริหารภาพรวม					13.438	**< 0.001***
ระดับต่ำ	35	53.80	30	46.20		
ระดับสูง	15	22.70	51	77.30		
ด้านบุคลากร					4.167	**0.041***
ระดับต่ำ	25	49.00	26	51.00		
ระดับสูง	25	31.30	55	68.80		
ด้านงบประมาณ					14.650	**< 0.001***
ระดับต่ำ	29	59.20	20	40.80		
ระดับสูง	21	25.60	61	74.40		
ด้านวัสดุอุปกรณ์					3.180	0.075
ระดับต่ำ	29	46.00	34	54.00		
ระดับสูง	21	30.90	47	69.10		
ด้านบริหารจัดการ					14.841	**< 0.001***
ระดับต่ำ	42	50.60	41	49.40		
ระดับสูง	8	16.70	40	83.30		

*p-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านบริหารจัดการมีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (p-value = 0.008) โดยคนที่บริหารจัดการอยู่ในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะดำเนินงานอยู่ในระดับสูงกว่าคนที่บริหารจัดการอยู่ในระดับต่ำเป็น 4.587 เท่า (95% CI; 1.482 – 14.198) ดังตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression (N = 131)

ตัวแปรต้น	B	Sig	Exp (B)	95% C.I. for Exp (B)	
				Lower	Upper
เพศ					
ชาย	reference				
หญิง	0.586	0.399	1.796	0.461	6.999
อายุ					
25 – 34 ปี	reference				
35 – 44 ปี	-0.095	0.898	0.909	0.212	3.895
มากกว่า 45 ปีขึ้นไป	-0.840	0.297	0.432	0.089	2.093
สถานภาพ					
โสด	reference				
สมรส/อยู่ด้วยกัน	0.300	0.555	1.350	0.499	3.652
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1.280	0.158	3.595	0.608	21.257
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรี	reference				
ปริญญาโท	0.063	0.947	1.065	0.171	6.633
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
≤ 30,000 บาท	reference				
> 30,000 บาทขึ้นไป	-0.106	0.869	0.900	0.257	3.153
ประสบการณ์ทำงานเป็น CM					
≤ 5 ปี	reference				
> 5 ปีขึ้นไป	-0.741	0.141	0.477	0.178	1.279
ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน					
≤ 5 ปี	reference				
6 – 10 ปี	0.401	0.463	1.493	0.513	4.345
> 10 ปีขึ้นไป	0.082	0.886	1.085	0.356	3.307
จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					
≤ 10 คน	reference				
11 – 20 คน	0.270	0.615	1.310	0.457	3.756
> 20 คนขึ้นไป	0.597	0.291	1.816	0.600	5.502
ภาวะสุขภาพทางกาย					
ระดับไม่ดี	reference				
ระดับดี	0.287	0.637	1.332	0.404	4.391

ตัวแปรต้น	B	Sig	Exp (B)	95% C.I. for Exp (B)	
				Lower	Upper
ภาวะสุขภาพทางจิต					
ระดับไม่ดี	reference				
ระดับดี	-0.188	0.773	0.828	0.230	2.976
การบริหารด้านบุคลากร					
ระดับต่ำ	reference				
ระดับสูง	0.048	0.932	1.049	0.352	3.120
การบริหารด้านงบประมาณ					
ระดับต่ำ	reference				
ระดับสูง	0.661	0.252	1.936	0.625	5.998
การบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์					
ระดับต่ำ	reference				
ระดับสูง	-0.004	0.993	0.996	0.377	2.628
การบริหารด้านบริหารจัดการ					
ระดับต่ำ	reference				
ระดับสูง	1.523	**0.008***	4.587	1.482	14.198

*p-value < 0.05 Cox & Snell R^2 = 0.221 Nagelkerke R^2 = 0.301

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาระดับการบริหารงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.40) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ทรัพยากรทางการบริหาร มีความสำคัญกับการบริหารงานเป็นอย่างมาก งานจะนำมาซึ่งประสิทธิผลและประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับคุณภาพของปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วย ด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบริหารจัดการ ส่งผลให้ระดับการบริหารอยู่ในระดับเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ (Dilok Onla, 2020) อย่างไรก็ตามเมื่อวันเวลาเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยเหล่านี้ก็อาจจะส่งผลต่อการดำเนินงานแตกต่างกันออกไป และผลการศึกษาการวัดระดับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.80) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขมีการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในช่วงที่ผ่านมาโดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน Care Management 7 ขั้นตอน สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการพัฒนาการดำเนินงานระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 1 (Charlie, L., & Ratchaneewan, P., 2020) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า บทบาทผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan,

Weekly Plan จัดทำ Care conference ประสานการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล Term building บริหารจัดการและควบคุมกำกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) และทบทวนแผนการดูแลปรับปรุงและจัดทำแผนการดูแลใหม่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง จะเห็นได้ว่า ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นบุคคลสำคัญในการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายให้เข้าด้วยกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดในการศึกษาคือ ผลการดำเนินงานมาจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขกลุ่มเดียว ไม่ได้มีข้อมูลจากผู้ที่ได้รับการดูแล อาจทำให้ผลลัพธ์มีอคติจากการประเมินได้

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารกับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การมีรายได้หรือค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานและสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลให้คุณภาพของงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร (Jeerawan, N., & et al.,2020) แต่ทั้งนี้พื้นที่สภาพแวดล้อมแตกต่างกัน ทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันออกไป ส่งผลให้การดำเนินงานแตกต่างกันออกไปด้วย และปัจจัยการบริหารด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ และด้านบริหารจัดการมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการดำเนินงานต้องได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านกำลังคน งบประมาณ และการวางแผนบริหารจัดการ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด (Waraporn, N., & Suwit, U., 2018)

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านบริหารจัดการมีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขตามหลักสูตร Long-term care manager ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยการวางแผนการดำเนินงาน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบแต่ละบุคคล ประสานงานกับภาคีเครือข่าย รายงานผลและควบคุมติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ทำให้งานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย หากบุคคลนั้นมีการบริหารงานที่ดีย่อมส่งผลให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด (Kittima, S., & Suwit, U., 2018) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการเป็นการวางแผน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม การจัดโครงสร้างองค์กรตามผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน การบริหารงานบุคคล โดยการกำหนดกรอบหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การอำนวยการและการควบคุม ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น (Orawan, S., & Chanaphol, S., 2019)

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ประเมินระดับการบริหารและระดับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจัยการบริหารด้านบุคลากร งบประมาณและบริหารจัดการมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ด้านบริหารจัดการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรเพิ่มอัตรารายได้เฉลี่ยต่อเดือนให้กับผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน

2. หน่วยงานสาธารณสุขควรเพิ่มทรัพยากรบุคคลและสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าอบรมพัฒนาฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้หน่วยงานมีผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

3. หน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เพียงพอกับการปฏิบัติงานและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

4. หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดประชุมวางแผนนโยบายหรือแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน มีการประเมินผล ควบคุมกำกับ และนิเทศติดตามงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของภาคีเครือข่าย เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver: CG) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลในชุมชน และครอบครัวร่วมด้วย เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยมีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดอื่น หรือระดับที่สูงขึ้นไป เช่น เขตสุขภาพ เป็นต้น เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เช่น สภาพแวดล้อมในการทำงาน เทคโนโลยี เวลา ความรู้ เจตคติ ความเครียด แรงจูงใจ ภาวะผู้นำ คุณภาพชีวิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ที่อนุเคราะห์อนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลวิจัย และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 8 แห่งที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือผู้วิจัย ตลอดจนผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Bureau of Elderly Health Ministry of Public Health. (2020). *Care manager rehabilitation course training manual*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Charlie, L., & Ratchaneewan, P. (2020). The study and suggest to implementation of long term care model for elderly with dependent, National Health Insurance Health Region 1. *Research and Development Health System Journal*, 13(1), 128-135.

Chanthana, S., & et al. (2021). Public health long term care services and related factors to the role-based performance of dependent elderly care managers. *Journal of Nursing and Health Care*, 39(4), 132-141.

Department of Health Ministry of Public Health. (2022). *Blue book* [Internet]. Accessed on 9 August 2023. Available from: http://bluebook.anamai.moph.go.th/

Department of Health Ministry of Public Health. (2022). *Report on the results of the analysis of situational data, indicators, and data used for the analysis. Indicator 3.15: percentage of the elderly and dependents receiving care according to the care plan* [Internet]. Accessed on 13 August 2023. Available from: https://eh.anamai.moph.go.th/th/3-15-66/download?id =106669&mid=37729&mkey=m_document&lang=th&did=30783

Department of Health Ministry of Public Health. (2022). *Report on the results of the inspection of the Ministry of Public Health Fiscal year 2023, issue 3, health of age groups and upgrading services for the elderly, topic: elderly, Health Zone 5, Round 2/2023* [Internet]. Accessed on 5 September 2023. Available from: https://inspection.moph.go.th/e-inspection/file_report_ summary/2023-08-15-01-34-12.docx

Dilok, O. (2020).The management model of the elderly long term health care in Mueang District, Phetchabun Province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC. 2 Phitsanulok*, 7(2), 54-67.

Drucker, P.F. (1954). *The Practice of Management*. New York: Harper & Row.

Foundation of Thai gerontology research and development Institute. (2022). *Situation of Thai eldery 2021*. Bangkok: Institute for population and social research Mahidol University.

Jeerawan, N., & et al. (2020). Factors Influencing job performance among trained caregivers for caring dependent elderly in Bangkok. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(3), 41-52.

Jiraporn, O. (2016). The model development of participatory management for long term care of elderly in Regional Health 11. *Region 11 Medical Journal*, 30(4), 261-268.

Kittima, S., & Suwit, U. (2018). Motivation and organizational support affecting long term care of public health officers at Tambon health promoting hospitals in Roi-et Province. *Research and Development Health System Journal*, 11(2), 123-133.

Nongluk, P., & et al. (2019). Elderly care in the health service system from perspectives of elders and families. *Huachiew Chalermprakiet University Journal*, 23(1), 107-119.

Orawan, S., & Chanaphol, S., (2019). Administrative factors and motivation affecting the performance of public health personnel in long term care for elderly at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen Province. *Research and Development Health System Journal*, 12(3), 613-621.

Prasert, K., & et al. (2022). Development of a long term care system and access to service for dependent elderly in Buriram Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 140-155.

Statisticed information service Department of Provincial Administration. (2022). *Older statistics Thai nationality and name in the house registration* [Internet] . Accessed on 9 August 2023. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByAgeMonth.php

Thinakorn, N. (2020). *Long term care for quality dependency in Thai society*. Nonthaburi: Human resource for health research and development office.

Waraporn, N., & Suwit, U. (2018). Organizational support to affecting home and bed bound elder care of village health volunteers Selaphum District, Roi-Et Province. *Research and Development Health System*

Quality of Life among Myanmar Migrant Workers, Samut Sakhon Province

Kamonwan Seejunjang[1] Chardsumon Prutipinyo[2] Sukhontha Siri[3]

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

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

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

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Seejunjang, K., Prutipinyo, . C. ., & Siri, S. . Quality of Life among Myanmar Migrant Workers, Samut Sakhon Province . *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/271949

Received: 27 March 2024
Revised: 26 April 2024
Accepted: 30 April 2024

Abstract

This is a research on the quality of life among Myanmar migrant workers in Samut Sakhon Province. Data were collected from 384 persons by using questionnaires and analyzed for percentages, average, maximum, minimum and Chi-square test.

The results of the study found that quality of life among Myanmar migrant workers in Samut Sakhon Province needs to be improved overall (56.51 percent). In each aspect, it was found that the mental and physical health were at a good level, while relationship, social and environmental aspects were at the level that required improvement (65.10, 56.77, 82.81 and 87.50 percent, respectively). Personal factors include the number of members living together, using of health services in the past 3 months, regularly used health care facilities, and health services that are often used, had statistically significant correlation with the quality of life of Myanmar migrant workers (p-value < 0.05).

Recommendations are: migrant workers should have a better understanding with their employers in providing travelling benefits, residential improvements benefits, adjusting working hours, organizing activities for migrant workers. In the government sector, there should be a policy to support or cooperate with employers in providing various welfare benefits to migrant workers. and access to information, a Myanmar language interpreter should be hired, and documents from government public relations office should be provided in Myanmar language.

Keywords: Quality of life; Myanmar migrant workers; Samutsakhon Province

คุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร

กมลวรรณ สีจันทร์แจ้ง[1] ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ[2] สุคนธา ศิริ[3]
1 นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4 ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 27 มี.ค. 2567
วันแก้ไข 26 เม.ย. 2567
วันตอบรับ 30 เม.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 384 คน นำเสนอผลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร โดยรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 56.51) รายด้าน พบว่า ด้านจิตใจและด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 65.10, 56.77, 82.81 และ 87.50 ตามลำดับ)ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน การใช้บริการสุขภาพในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา สถานบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำ และบริการสุขภาพที่มักใช้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ข้อเสนอแนะ ควรสร้างความเข้าใจกับนายจ้างในการจัดสวัสดิการด้านการเดินทาง การปรับปรุงที่พักอาศัย การปรับชั่วโมงการทำงาน และการจัดกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ให้แก่แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา ในส่วนของภาครัฐ ควรมีนโยบายสนับสนุนหรือร่วมกันกับนายจ้างในการจัดสวัสดิการ และด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การจัดจ้างล่ามภาษาเมียนมา และการจัดทำเอกสารประชาสัมพันธ์เป็นภาษาเมียนมาให้มากขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต; แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา; จังหวัดสมุทรสาคร

บทนำ

การอพยพย้ายถิ่นฐานมีมานานหลายศตวรรษ ซึ่งถือว่าเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาความเจริญรุ่งเรือง และความเจริญก้าวหน้าของผู้คนมากมาย ปัจจุบันมีผู้อพยพย้ายถิ่นฐานประมาณ 281 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 3.6 ของประชากรโลก (International Organization for Migration. GLOBAL APPEAL 2024) โดยยุโรปและเอเชียมีผู้อพยพย้ายถิ่นระหว่างประเทศประมาณ 87 และ 86 ล้านคน ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 61 ของจำนวนผู้อพยพระหว่างประเทศทั่วโลก (World Migration Report 2020) หากพิจารณาเฉพาะประเทศ ในกลุ่มอาเซียน 10 ประเทศ จะพบว่า ผู้อพยพที่มีถิ่นกำเนิดในอาเซียนคิดเป็นร้อยละ 8 ของผู้อพยพทั่วโลก ซึ่งประเทศที่เป็นปลายทางหลักในการย้ายถิ่นคือ บรูไน มาเลเซีย สิงคโปร์ และไทย โดยผู้อพยพข้ามชาติส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีการศึกษาน้อย และทำอาชีพที่ใช้ทักษะต่ำกว่าประชากรในประเทศปลายทางของการย้ายถิ่น (ASEAN Migration Outlook, 2022) การอพยพย้ายถิ่นระหว่างประเทศเกิดจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ผู้อพยพต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงอพยพย้ายถิ่นเพื่อหางานทำที่มีรายได้ สูงกว่าประเทศต้นทาง โดยการเข้ามาเป็นแรงงานข้ามชาติในประเทศปลายทาง อนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิแรงงานข้ามชาติและสมาชิกในครอบครัว ค.ศ. 1990 มาตรา 2 ระบุว่า แรงงานข้ามชาติ หมายถึง บุคคลที่จะทำงาน กำลังทำงาน หรือได้ทำงานที่เป็นกิจกรรมที่ได้รับค่าตอบแทนในรัฐหนึ่ง โดยที่บุคคลนั้นมิใช่พลเมือง ของประเทศ (International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families: ICRMW, 1990)

การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยในช่วงสองถึงสามทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นศูนย์กลาง การย้ายถิ่นของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ด้วยนโยบายเน้นการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมและการส่งออกอย่างเข้มข้น ทำให้ประเทศไทยเกิดอุปสงค์แรงงานทักษะฝีมือน้อยและราคาถูกจำนวนมาก เพื่อที่จะเข้ามาเป็นแรงงานหลักของการดำเนินกิจกรรมในภาคอุตสาหกรรม แต่จำนวนประชากรในภาคแรงงานของไทยนั้นมีอยู่น้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้รัฐบาลไทยมีความจำเป็นที่จะต้องรับแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อเข้ามาแก้ปัญหาขาดแคลน แรงงานดังกล่าว (นรากร ศรีเที่ยง, 2564) และอีกเหตุผลที่ประเทศไทยต้องการพึ่งพาแรงงานข้ามชาติ ที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอัตราการเกิดของประชากรที่ลดลง สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลระบุว่า ปัจจุบันจนสิ้นสุดศตวรรษที่ 21 ประเทศไทยจะเป็นประเทศอันดับที่สองรองจากประเทศญี่ปุ่น ที่มีจำนวนประชากรลดลงจากปัจจุบันมากกว่าครึ่งหนึ่ง เหลือเพียง 30 กว่าล้านคนเท่านั้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566) ซึ่งจากจำนวนประชากรที่อาจลดลงในอนาคต แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยจะมีความต้องการในการพึ่งพาแรงงานข้ามชาติเพิ่มมากขึ้น รวมถึงประเทศไทยเป็นประเทศปลายทางที่มีแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน เดินทางเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก ซึ่งแรงงานส่วนใหญ่มาจากประเทศเมียนมา ลาว และกัมพูชา จากสถิติของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน พบว่า สถานการณ์แรงงานต่างด้าว ณ เดือน มกราคม 2567 มีคนต่างด้าว ที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักรไทย จำนวนทั้งสิ้น 3,415,774 คน โดยจังหวัดสมุทรสาครมีจำนวนแรงงานต่างด้าวทั้งสิ้น 297,711 คน ซึ่งแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมามีจำนวนมากถึง 277,503 คน หรือคิดเป็น ร้อยละ 93.21 ของแรงงานต่างด้าวทั้งหมดในจังหวัด (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2567)

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดหนึ่งที่ประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานคนไทย โดยเฉพาะแรงงานในระดับล่าง ซึ่งคนไทยไม่นิยมทำงานในกิจการประมงทะเล กิจการต่อเนื่องประมงทะเล และภาคเกษตร อันเนื่องมาจากเป็นงานหนัก งานสกปรก และมีกลิ่นเหม็น ระยะเวลาการทำงานไม่แน่นอน เป็นงานที่อยู่กลางแจ้งตาก

แดด การทำงานไม่เป็นเวลา ขาดความมั่นคง เป็นงานที่เสี่ยงต่อสารเคมีตกค้างเป็นงานต้องออกทะเลซึ่งหาแรงงานไทยได้ยาก จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้มีความจำเป็นต้องการแรงงานต่างด้าวมาทดแทนเพื่อให้กิจการสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง (สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร, 2566) จังหวัดสมุทรสาครจึงเป็นจังหวัดที่มีแรงงานต่างด้าวย้ายถิ่นเข้ามาทำงานเป็นจำนวนมาก จนเป็นแหล่งจ้างงานต่างด้าวอันดับต้นๆของประเทศไทย โดยแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่เดินทางเข้ามายังประเทศไทย เพื่อต้องการยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยสภาพของสังคมไทยที่กฎหมายคุ้มครองแรงงานข้ามชาติยังมีจุดบกพร่องหลายประการ แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ จึงเปรียบเสมือนพลเมืองชั้นสองของประเทศไทย ที่ได้รับสิทธิสวัสดิการและการบริการต่างๆ ของภาครัฐที่ไม่เท่าเทียมหากเทียบกับพลเมืองในประเทศ โดยเฉพาะปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเราจะเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวได้อย่างชัดเจน จากการกลับมาแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ระลอกที่สองในประเทศไทย มีแรงงานข้ามชาติติดเชื้อจำนวนมากในช่วงต้นปี 2564 แม้รัฐบาลไทยจะมีนโยบายปรับสถานะแรงงานข้ามชาติ ทำให้มีแรงงานเข้าสู่ระบบจำนวนมาก แต่กลับพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของแรงงานข้ามชาติ ยังเข้าไม่ถึงสิทธิสวัสดิการด้านสุขภาพ ทั้งระบบประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพ ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติจำนวนมากต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ และปัญหาคุณภาพชีวิต (นรากร ศรีเที่ยง, 2564) นอกจากนี้ ยังมีปัญหามลภาวะทางสิ่งแวดล้อมเป็นพิษจากความเสื่อมโทรมของชุมชนที่อยู่อาศัยของแรงงานต่างด้าว โดยแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ต้องอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัด ขาดการจัดการและความรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าแรงงานต่างด้าวต้องประสบกับปัญหาต่างๆ มากมาย ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดในบรรดาแรงงานต่างด้าวทั้งหมดในจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นแรงงานหลักและกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของจังหวัดสมุทรสาคร

จากสาเหตุดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา ในจังหวัดสมุทรสาครให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytic Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แรงงานต่างด้าวถูกกฎหมายชาวเมียนมา ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 235,760 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากวิธีของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวน 384 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ได้รับการแปลเป็นภาษาเมียนมาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ซึ่งเป็นอาจารย์ชาวเมียนมาที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ใช้ภาษาเมียนมาและภาษาไทยได้ดี จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการแปลเป็นภาษาเมียนมาแล้วให้ชาวเมียนมาแปลกลับเป็นภาษาไทย

อีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการแปล โดยเครื่องมือนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 1 ชุด แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบประกอบด้วยไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส รายได้จากการทำงาน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน การใช้บริการสุขภาพ สถานบริการสุขภาพที่ใช้ ใช้บริการสุขภาพด้านใด การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร โดยการนำแบบคัดกรองทางสุขภาพจิต : เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF – THAI) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดรกุล และคณะ, 2540) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ และคำถามเพิ่มเติม จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญครอบคลุมในด้านระเบียบวิธีวิจัย ด้านสถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา โดยได้ค่า IOC (Index of item Objective Congruence) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับแรงงานต่างด้าวถูกกฎหมายชาวเมียนมา ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) มีค่าความความเชื่อมั่นในส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.74

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม ได้รับการแปลเป็นภาษาเมียนมาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาเมียนมาอย่างถูกต้องแล้ว เมื่อผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการวิจัยในกลุ่มแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาจังหวัดสมุทรสาครแต่ละตำบลในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก คือ ช่วงเวลาพักจากการทำงาน หลังเลิกงาน และวันหยุด โดยมีผู้ช่วยชาวเมียนมาที่สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาไทยและภาษาเมียนมา ซึ่งผู้วิจัยได้อบรมให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจข้อคำถามและขั้นตอนการเก็บข้อมูลที่ถูกต้องก่อนลงเก็บข้อมูล เพื่อช่วยในการอธิบายรายละเอียดการวิจัยครั้งนี้ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เข้าใจ และทราบถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 121/2565 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2565 เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. MUPH 2022-142

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการอธิบายปัจจัยส่วนบุคคลของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา และคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร

สถิติเชิงอนุมาน ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา กับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 384 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.64) มีอายุระหว่าง 20-51 ปี และมีอายุเฉลี่ย 32.55 ปี (S.D. = 7.10) มีสถานภาพสมรส มากที่สุด (ร้อยละ 64.06) รายได้จากการทำงาน ต่ำสุด 320 บาท สูงสุด 800 บาท เฉลี่ย 396.99 บาท/วัน ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 22 ปี เฉลี่ย 5.05 ปี (S.D. = 3.03) จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 8 คน เฉลี่ย 2.25 คน (S.D. = 1.24) การใช้บริการสุขภาพในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ไม่ใช้บริการ ร้อยละ 23.44 ใช้บริการ ร้อยละ 76.56 โดยใช้บริการในด้านตรวจสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 44.27 สถานบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำสูงสุดคือ โรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 67.45 ใช้บริการสุขภาพด้านรักษาพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 40.63 และด้านตรวจสุขภาพ ร้อยละ 40.10 การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคควิด-19 พบว่า ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีน ร้อยละ 9.90 เคยได้รับการฉีดวัคซีนจำนวน ร้อยละ 90.10 โดยจำนวนเข็มที่ได้รับการฉีดต่ำสุด 1 เข็ม สูงสุด 5 เข็ม เฉลี่ย 2.58 เข็ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลในด้านสุขภาพ (n=384)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้บริการสุขภาพ ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่ใช้	90	23.44
ใช้	294	76.56
ตรวจสุขภาพ	170	44.27
รักษาพยาบาลทั่วไป	84	21.88
ทันตกรรม	21	5.47
ฉีดวัคซีน	19	4.94
สถานบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำ		
โรงพยาบาลรัฐ	259	67.45
โรงพยาบาลเอกชน	51	13.28
คลินิกเอกชน	39	10.16
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	35	9.11
บริการสุขภาพที่มักใช้		
รักษาพยาบาลทั่วไป	156	40.63
ตรวจสุขภาพ	154	40.10
ฉีดวัคซีน	57	14.84
ทันตกรรม	17	4.43
การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19		
ไม่เคย	38	9.90
เคย	346	90.10

2) ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร รายข้อ พบว่า คำถามเพิ่มเติมข้อสุดท้าย คือ ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในประเทศไทยแตกต่างกับประเทศบ้านเกิดของท่านเพียงใด ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.42 และมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 39.58

3) ภาพรวมคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร

ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร โดยรวม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 56.51 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร โดยรวม (n = 384)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตต้องปรับปรุง	217	56.51
คุณภาพชีวิตดี	167	43.49

4) คุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร รายด้าน

ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร รายด้าน พบว่าด้านจิตใจ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 65.10) ด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 56.77) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 82.81) และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 87.50) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร รายด้าน (n = 384)

หัวข้อการประเมิน	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)	
	คุณภาพชีวิตต้องปรับปรุง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านจิตใจ	134 (34.90)	250 (65.10)
2. ด้านสุขภาพกาย	166 (43.23)	218 (56.77)
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	318 (82.81)	66 (17.19)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	336 (87.50)	48 (12.50)

5) ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร

พบว่า จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน การใช้บริการสุขภาพในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา สถานบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำ และบริการสุขภาพที่มักใช้ มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพการสมรส รายได้จากการทำงาน ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในประเทศไทย และการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร (n = 384)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	คุณภาพชีวิตต้องปรับปรุง	คุณภาพชีวิตดี	
เพศ			0.90
ชาย	130 (33.85)	99 (25.78)	
หญิง	87 (22.66)	68 (17.71)	
อายุ			0.96
20 - 29 ปี	81 (21.09)	63 (16.41)	
30 - 39 ปี	100 (26.04)	78 (20.31)	
≥ 40 ปี	36 (9.38)	26 (6.77)	
สถานภาพการสมรส			0.57
โสด	69 (17.97)	53 (13.81)	
สมรส	141 (36.72)	105 (27.34)	
หม้าย/หย่า/แยก	7 (1.82)	9 (2.34)	
รายได้จากการทำงาน			0.33
320 - 500 บาท	203 (52.86)	160 (41.67)	
≥ 501 บาท	14 (3.65)	7 (1.82)	
ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในประเทศไทย			0.15
1 - 3 ปี	79 (20.57)	49 (12.76)	
≥ 4 ปี	138 (35.94)	118 (30.73)	
จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน			0.02
1 - 4 คน	194 (50.52)	163 (42.45)	
5 - 8 คน	23 (5.99)	4 (1.04)	
การใช้บริการสุขภาพ ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา			0.02
ไม่ใช้	38 (9.90)	52 (13.54)	
ใช้	179 (46.61)	115 (29.95)	
สถานบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำ			0.04
สถานบริการรัฐ	178 (46.35)	116 (30.21)	
สถานบริการอกชน	39 (10.16)	51 (13.28)	
บริการสุขภาพที่มักใช้			0.03
ตรวจสุขภาพ	97 (25.26)	57 (14.84)	
รักษาพยาบาลทั่วไป	76 (19.79)	80 (20.83)	
ทันตกรรมและฉีดวัคซีน	44 (11.46)	30 (7.82)	
การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19			0.23
ไม่เคย	18 (4.69)	20 (5.21)	
เคย	199 (51.82)	147 (38.28)	

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร รายข้อ พบว่า คำถามเพิ่มเติมข้อสุดท้าย คือ ท่านมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของท่านในประเทศไทยแตกต่างกับประเทศบ้านเกิดของท่านเพียงใดส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เนื่องจากก่อนเข้ามาทำงานในประเทศไทยแรงงานต่างด้าวมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมากนัก จึงตัดสินใจเข้ามาทำงานในประเทศไทยเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญารัตน์ ทุสาวุธ (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตแรงงานข้ามชาติ กรณีศึกษาแรงงานสัญชาติพม่า เขตตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า คุณภาพชีวิตของแรงงานข้ามชาติก่อนเข้ามาทำงานในเขตมหาชัย จังหวัดสมุทรสาครนั้น มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี สภาพความเป็นอยู่ค่อนข้างลำบาก มีปัญหาสภาพเศรษฐกิจในประเทศ เกิดปัญหาความยากจน รวมถึงการปกครองที่ไม่เป็นประชาธิปไตย ไม่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ทำให้แรงงานเหล่านี้ต้องการที่จะแสวงหาความเป็นอยู่ที่ดีกว่า

ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร โดยรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง อาจเป็นเพราะงานที่แรงงานต่างด้าวต้องทำส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นงานหนัก (Difficult) งานสกปรก (Dirty) และงานอันตราย (Dangerous) เนื่องจากเป็นงานที่แรงงานไทยไม่นิยมทำ ซึ่งแรงงานข้ามชาติประเภทนี้เรียกว่า แรงงานไร้ฝีมือหรือกึ่งฝีมือ จะเป็นแรงงานกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดในหมู่แรงงานข้ามชาติของประเทศไทย แต่พบว่าแรงงานที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามาเป็นแรงงานไร้ฝีมือ มักได้รับความคุ้มครองและค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม และอยู่ในสภาพที่เสียเปรียบ อาจเสี่ยงต่อการถูกเลือกปฏิบัติ ถูกเอารัดเอาเปรียบ เพราะระดับการศึกษา ชนชาติหรือชาติพันธุ์ เพศ สภาวะการทำงาน หรือสถานะแรงงานข้ามชาติของตน (แพรวพรรณ ศิริเลิศ, 2566) สอดคล้องกับงานวิจัยของจำรัส อึ้งศรีวงษ์ และคณะ (2557) เรื่อง การจัดการแรงงานเพื่อคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ระดับการดำเนินการด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างของแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ในจังหวัดสมุทรสาคร ค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบการกล่าวว่าคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละกิจการที่ตอบสนองได้ โดยขั้นต่ำสุดก็ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติกฎหมายแรงงาน ให้แรงงานได้รับความคุ้มครองขั้นพื้นฐานด้านความปลอดภัยและสุขอนามัยจากสภาพแวดล้อมการทำงาน มีเครื่องมืออุปกรณ์ป้องกันภัย และได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร รายด้าน พบว่า

ด้านจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เนื่องจากแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่เดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยเพราะมีคนรู้จักแนะนำและทำงานอยู่ในประเทศไทยหรือเดินทางมาพร้อมครอบครัว และมักพักอาศัยอยู่ร่วมกันหรือในละแวกเดียวกันเป็นชุมชนของคนต่างด้าว ทำให้แรงงานต่างด้าวรู้สึกอุ่นใจมากขึ้น ลดความคิดถึงบ้านได้ ได้รับกำลังใจและคำปรึกษาจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนร่วมชาติ ทำให้มีสภาพจิตใจที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของชัย สมรภูมิ และ มีความสามารถในการปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อมได้ดี

ด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เนื่องจากแรงงานต่างด้าวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 20-51 ปี มีอายุเฉลี่ย 32.55 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว และการทำงานของแรงงานต่างด้าวเป็นงานที่ต้องใช้แรง

ผู้ประกอบการจึงรับแรงงานต่างด้าวที่เป็นคนหนุ่มสาวและแข็งแรง โดยมีการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน และตรวจสุขภาพประจำปี ตามพระราชบัญญัติกฎหมายแรงงาน ทำให้ได้รับความคุ้มครองขั้นพื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีอุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยของกานต์มณี ไวยครุฑ (2557) ได้ทำการศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาระบบการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาในเขตพื้นที่จังหวัดสระแก้ว ด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชา พบว่า แรงงานต่างด้าวชาวกัมพูชาทุกคนจะได้รับการตรวจสุขภาพร่างกายก่อนเข้าทำงาน ส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และวรวิทย์ มิตรทอง (2560) ได้ทำการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมา ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า แรงงานต่างด้าว มีสิทธิ์บัตรประกันสุขภาพจะได้รับสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานในลักษณะที่คล้ายกับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนไทย และสิทธิประกันสังคม แรงงานต่างด้าวจะได้รับสิทธิประโยชน์จากสำนักงานประกันสังคมเหมือนกับประชาชนไทยที่มีสิทธิประกันสังคม แต่ยังมีข้อแตกต่างในบางส่วน

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง เนื่องจากแรงงานมีปัญหาทะเลาะระหว่างแรงงานต่างด้าวด้วยกัน มีปัญหาการตั้งกลุ่มดื่มแอลกอฮอล์ของแรงงาน มีการลักขโมยทรัพย์สินของแรงงานต่างด้าว อาจทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สอดคล้องกับงานวิจัยของอาจินต์ สงทับ และวุฒิชัย ทองสามสี (2560) นอกจากนี้งานวิจัยของกัญญารัตน์ ทุสาวุธ (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตแรงงานข้ามชาติ กรณีศึกษา แรงงานสัญชาติพม่า เขตตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า แรงงานต่างด้าวมีปัญหาการถูกดูหมิ่นทางสังคมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเนื่องจากแรงงานข้ามชาติถูกมองว่าเป็นแรงงานชนชั้นต่ำ เป็นผู้อพยพเข้ามาจากพม่า จึงทำให้แรงงานหรือชาวไทยดูหมิ่น เหยียดหยาม และไม่พอใจ ไม่ว่าแรงงาน ข้ามชาติจะทำอะไร ไปไหนคนไทยก็จะมองว่าไม่ดีตลอดเวลา เพราะมีทัศนคติ ที่ไม่ดีกับแรงงานข้ามชาติมาตั้งแต่แรก

ด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง เนื่องจากปัญหามลภาวะทางสิ่งแวดล้อมเป็นพิษจากความเสื่อมโทรมของชุมชนที่อยู่อาศัยของแรงงานต่างด้าว เมื่อมีแรงงานมากขึ้นแต่ชุมชนไม่สามารถขยายได้ตามจำนวนของแรงงาน ย่อมส่งผลถึงสภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญญารัตน์ ทุสาวุธ (2562) พบว่าที่อยู่อาศัย มีลักษณะที่แออัด หนาแน่น จำนวนแรงงานภายในหอพักหรือบ้านพักมีมากเกิน หอพักก็มีลักษณะแคบไม่กว้างขวาง อากาศถ่ายเทไม่สะดวก จึงส่งผลให้มีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ มีกลิ่นอับชื้น หรือกลิ่นเครื่องเทศที่ชาวแรงงานข้ามชาติใช้เป็นวัตถุดิบหลักในการประกอบอาหาร และก็อาจจะส่งผลให้ชาวแรงงานข้ามชาตินั้นมีสุขลักษณะที่ไม่ถูกไม่ควรเกิดโรคติดต่อได้

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน การใช้บริการสุขภาพ ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา สถานบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำ และบริการสุขภาพที่มักใช้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนเพศ อายุ สถานภาพการสมรส รายได้จากการทำงาน ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย และการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร เนื่องจากการเดินทางมาทำงานของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา มีทั้งแบบที่มาเป็นครอบครัวและแบบที่มา

คนเดียว การมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเดินทางมาทำงานด้วยกันย่อมจะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้นและ ลดความเครียดจากการทำงานลดความคิดถึงบ้านได้ เมื่อมีรายได้ที่เพียงพอและมีสุขภาพจิตใจที่ดีย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Mira Son (2559) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของแรงงานข้ามชาติที่มาทำงานก่อสร้างในกรุงเทพมหานคร พบว่า สภาพการเงินของครอบครัว มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานข้ามชาติ

การใช้บริการสุขภาพ ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา เนื่องจากการใช้บริการด้านสุขภาพ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่มาจากความพึงพอใจของการรับบริการด้านสุขภาพ เพราะถือเป็นบริการที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ประเทศไทยมีบริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุมถึงแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุมิตตา จันทร์เขียว (2560) ได้ศึกษาประสบการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดระนอง พบว่าแรงงานต่างด้าวรู้สึกปลอดภัย ทำให้มีความเชื่อมั่นในการรักษา และมีความพึงพอใจในการรับบริการ

สถานบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำ และบริการสุขภาพที่มักใช้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา เนื่องจากมีความคุ้นเคยในการเข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพที่ใช้เป็นประจำ และการใช้บริการสุขภาพที่มักใช้ แสดงให้เห็นว่าแรงงานต่างด้าวนั้นสามารถเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพและสามารถใช้บริการสุขภาพที่เคยมารับบริการได้เป็นอย่างดี หากแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาเกิดเจ็บป่วย ปัจจัยนี้จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนิภา แซ่มเชื้อ (2560) พบว่า การเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายระดับคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบได้

รายได้จากการทำงาน ไม่มีผลคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา แม้ว่ารายได้จากการทำงานจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาตัดสินใจเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทย เพราะได้รับค่าแรงที่สูงกว่าประเทศตนเอง แต่รายได้ที่ได้รับในปัจจุบันจะต้องถูกส่งไปยังบ้านเกิดเพื่อดูแลครอบครัว และภาระหนี้สิน จึงทำให้ไม่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตในปัจจุบันดีขึ้นหากได้รับค่าแรงที่ไม่เป็นธรรมหรือมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับงานวิจัยของธารารัตน์ ตะเคียนศก (2563) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตพื้นที่ชุมชนตลาดศรีเขมา เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร พบว่า แรงงานต่างด้าวที่มีเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้แตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานไม่แตกต่างกัน

ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทย ไม่มีผลต่อกับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา เนื่องจากการที่แรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย เมื่อเข้าสู่ระบบการทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2562 กำหนดให้การขอใบอนุญาตทำงาน แรงงานต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยไม่ต้องกลับไปประเทศ ต้นทาง และได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยได้ไม่เกิน 2 ปี โดยสามารถประทับตราขออยู่ต่อได้ครั้งละไม่เกิน 1 ปี ได้รับค่าจ้างขั้นต่ำเทียบเท่ากับแรงงานไทย แต่ละจังหวัดมีอัตราค่าแรงขั้นต่ำแตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการทำงานในองค์กรหรือบริษัทที่มีการเลื่อนขั้นเงินเดือนตามระยะเวลาที่อยู่ในที่ทำงานนั้นๆ ตามประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในงาน ดังนั้น ไม่ว่าแรงงานต่างด้าวจะอาศัยอยู่ในประเทศไทยมีระยะเวลานานหรือสั้นก็จะได้รับค่าแรงขั้นต่ำเท่ากัน และได้รับสวัสดิการเหมือนกัน จึงทำให้ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในประเทศไทย ไม่มีผลต่อกับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าว

เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ไม่มีผลต่อกับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ คือความเท่าเทียมของลูกจ้างทั้งชายและหญิง ที่จะต้องได้รับค่าจ้างในอัตราที่เท่ากัน รวมไปถึงค่าล่วงเวลาค่าแรงทำงานในวันหยุด และค่าล่วงเวลาในวันหยุด หากงานที่ทำมีลักษณะ คุณภาพ และปริมาณ

เท่ากัน ตามกฎหมายแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2562 ดังนั้น จึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของธารารัตน์ ตะเคียนศก (2563) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตพื้นที่ชุมชนตลาดศรีเขมา เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพสมรส มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานไม่แตกต่างกัน

การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา เนื่องจากสถานการณ์โควิด - 19 ในปัจจุบันผู้ที่ได้รับเชื้อไม่มีอาการรุนแรงเหมือนระยะแรกๆ ทั้งนี้เพราะมีประวัติในการได้รับวัคซีนมาแล้ว หรืออาจเคยติดเชื้อมาแล้ว และทราบถึงอาการ จึงไม่มีความกังวลเหมือนช่วงสถานการณ์ที่มีความรุนแรง ในปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร ประสบปัญหาด้านการพักผ่อน การเดินทาง ชีวิตความเป็นอยู่ การรับข้อมูลข่าวสาร ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ควรสร้างความเข้าใจกับนายจ้างในการจัดสวัสดิการด้านการเดินทางอาจมีรถรับส่งในกรณีที่จำเป็น ปรับปรุงที่พักอาศัยของแรงงานต่างด้าวให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ ลดความแออัด ปรับชั่วโมงการทำงาน ให้แรงงานต่างด้าวได้มีเวลาพักผ่อนมากขึ้นแต่ต้องไม่กระทบต่อรายได้ และจัดกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างแรงงานต่างด้าวกับแรงงานไทย หรือคนไทยในชุมชน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแรงงานต่างด้าวด้วยกันเอง และคนไทย ซึ่งหากนายจ้างสามารถเพิ่มสวัสดิการต่างๆในส่วนนี้ได้จะทำให้แรงงานต่างด้าวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งอาจส่งผลให้แรงงานต่างด้าวทำงานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และทำงานได้ระยะเวลายาวนานขึ้นไม่เปลี่ยนงานบ่อย ส่งผลดีต่อนายจ้างทำให้ได้ผลงานตามที่ต้องการและไม่ต้องหาแรงงานใหม่มาทดแทน ในส่วนของภาครัฐควรมีนโยบายสนับสนุนหรือร่วมกันกับนายจ้างในการจัดสวัสดิการต่างๆให้กับแรงงานต่างด้าว และในด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารภาครัฐควรจัดจ้างล่ามภาษาเมียนมาเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับแรงงานต่างด้าวในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานรัฐในด้านต่างๆ และจัดทำเอกสารข้อมูล การประชาสัมพันธ์เป็นภาษาเมียนมาให้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อสะท้อนปัญหา ข้อจำกัดนอกเหนือขอบเขตในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาต่อไป

2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา จังหวัดสมุทรสาคร ในลักษณะเช่นนี้กับกลุ่มแรงงานต่างด้าวสัญชาติอื่นๆ เช่น ลาว กัมพูชา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Archin Songthap and Wuttichai Thongsamsee. (2017). Factors Affecting Quality of Life among Transnational Workers in Kantang District, Trang Province. EAU HERITAGE JOURNALScience and Technology, 11 (2), 191–206. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/89811/75754

ASEAN Secretariat. (July, 2022). ASEAN Migration Outlook. Jakarta. https://asean.org/wp-content/uploads/2022/08/ASEAN-Migration-Outlook-Final.pdf

Chai Samorapoom and Singha Jantriwong. (2017). Factors related to quality of foreign work's life in Surin province. Journal of Humanities and Social Sciences Surin Rajabhat University, 19 (2), 97-110 https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jhssrru/article/view/121912/92869

Chanipa Chamchua. (2017). Factors related to quality of life among the Thai informal workers: A case study in Prawet Lat Krabang and Wang Thonglang districts [Master of Science (Environmental and Safety Management) Graduate School]. Huachiew Chalermprakiet University.

Cholnapa Anukula and Sayamol Charoenratana. (2022). Thai society's attitude towards migrant workers: critical literature review in policy and academic research on migrant health. Social Justice and Inequality Journal. 3 (2), 38-57. https://so04.tci-thaijo.org/index.php/sjij/article/view/260581/176637

Foreign Workers Administration OfficeDepartment of Employment Ministry Labour. (2024). Statistics on the number of foreigners who are allowed to work remaining throughout the Kingdom, January 2024. https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/9ec5b739ce525280c05657e40adb8491.pdf

Institute for Population and Social Research Mahidol University. (2023). Thai workers disappeared Can migrant workers replace them? http://seajunction.org

International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families. Adopted by General Assembly resolution 45/158 of 18 December 1990. https://www.ohchr.org/sites/default/files/cmw.pdf

International Organization for Migration (IOM), 2024. Global Appeal 2024. IOM, Geneva. https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/appeals/iom-global-appeal-2024_final.pdf

International Organization for Migration. (2020). World Migration Report 2020. https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2020-interactive/

Jamrat Ungsriwon, Vatchara Yakun, Polsak Jirakraisiri and Korneak Kanjanapokin. (2014). Management of Labor for the Quality of Work Life among the Burmese Migrant Workers in Samut Sakhon Province. NakhonPhanom University Journal, 4 (3), 33-42. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/npuj/article/view/43988/36374

Kanyarat Tusawut. (2019). Quality of life of Migrant Workers : A Case Study of Myanmar Labors in Mahachai District Samutsakhon Province [Master of Arts (Politics and Development Strategy) Faculty of Social and Environmental Development]. National Institute of Development Administration.

Karnmanee Vaiyakhrud. (2014). Guidelines for the development of a management system for Cambodian laborers in Sakaeo Province. Graduate Studies Journal, 11 (53), 179–186 https://so02.tci-thaijo.org/index.php/SNGSJ/article/view/26821/22742

Krejcie, R.V. & Morgan, D. W. (1970). "Determining Sample Size for Research Activities". Educational and Psychological Measurement. 30(3) : 607 – 610

Mira Son. (2016). Quality of life of workers across to the construction in Bangkok [Master of Political Science Thesis (Justice and Social Administration) Faculty of Political Science and Law]. Burapha University.

Narakorn Srithiang. (2021). Migrant workers and access to health benefits in the Thai state Case study of migrant workers Samut Sakhon Province. Amnesty International Thailand. https://www.amnesty.or.th/latest/blog/921/

Praewpan Sirilurt. (2023). SDG Updates Surveying the flow of migrant labor flows When Thailand may face problems 'Labor shortage'. https://www.sdgmove.com/2023/09/21/sdg-updates-survey-migrant-workers-in-thailand/

Samut Sakhon Provincial Office. (2023). Samut Sakhon Province Briefing, February 2023. https://www.samutsakhon.go.th/_new/files/com_news_devpro1/2023-02_d2eb329e2082486.pdf-

Sumitta Chankhiao. (2016). The experience of access to health services for Myanmar migrant workers in Muang District Ranong Province [Independent Study Master of Public Health Degree Graduate School]. SuratthaniRajabhat University.

Suwat Mahatnirundonkul, Wirawan Tantipiwattanasakul, Wanida Phumpaisanchai, Krongjit Wongsuwan and Ranee Phrommanarangkul. (1997). Compare the World Health Organization Quality of Life Scale with every 100 indicators and 26 indicators, Suan Prung Hospital Chiang Mai Province.

Tararat Takhiansok. (2022). The Quality of Work Life in Migrant Workers in Thailand: A Case Study of Sri-khema Market, Bangsue District, Bangkok. Journal of Humanities and Social Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University, 3 (2), 87–101. https://www.ssrujournal.com/index.php/hsssru/article/view/135/105

Worawit Mitthong. (2017). Access to health care services for Myanmar migrant workers at Samutsakhon hospital [Independent study submitted Master of Public Health Degree Major: Public Health Service Management Faculty of Public Health]. Thammasat University.

Assessment of Palliative Care Needs for Dependent Elderly: Perspectives of Relatives and Elderly Caregivers in Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province

Jiraporn Nooplod[1] Chamnong Thanapop[2*] Sasithorn Thanapop[2]

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

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

**Corresponding author contact E-mail address: tchamnon@wu.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Nooplod. ., Thanapop, C. ., & Thanapop, S. . Need of Palliative Care Services for the Dependent Elderly in Community, Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, *10*(2). Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/272424

Received: 18 April 2024
Revised: 3 May 2024
Accepted: 6 May 2024

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to: 1) assess the satisfaction and needs of relatives regarding palliative care for dependent elderly, and 2) evaluate the knowledge, skills, and palliative care needs of elderly caregivers in Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample included 55 relatives and caregivers of dependent elderly. Data were collected using interviews and a questionnaire assessing elderly care skills. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that relatives' overall satisfaction with palliative care for dependent elderly was at a very good level. The important needs are: 1) having caregivers, or staff visit the elderly at home, and assess complications regularly monthly, 2) receiving knowledge of complications prevention from staff, 3) having rights to disability benefits, and comprehensive treatment according to the elderly's needs. Regarding palliative care for elderly caregivers, the results indicated that their knowledge of palliative care was at a moderate and high level, 52.7% and 43.6%, respectively. Majority (92.7%) had a good level of palliative care skills for dependent elderly. The caregivers' s needs included receiving more benefits and compensation, receiving more support on necessary care equipment, and increasing opportunities for up-to-date continuing eduation and experiences for palliative care.

Therefore, to improve palliative care for dependent elderly, relevant agencies in the primary healthcare system should provide training for continuing education and skills for the caregivers through appropriate learning platforms and allocate appropriate benefits according to their roles and responsibilities.

Keywords: Palliative care; Caregivers; Dependent elderly

การประเมินความต้องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง: มุมมองจากญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

จิราพร หนูปลอด[1] จำนงค์ ธนะภพ[2*] ศศิธร ธนะภพ[2]

1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

2 อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล์: tchamnon@wu.ac.th*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 18 เม.ย. 2567
วันแก้ไข 3 พ.ค. 2567
วันตอบรับ 6 พ.ค. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินความพึงพอใจและความต้องการของญาติต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง2) ประเมินความรู้ ทักษะ และความต้องการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ดูแลและญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มละ 55 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่วพิง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ประเด็นความต้องการหลักจากญาติ ได้แก่ 1) ต้องการให้ผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่จัดยามาให้ผู้สูงอายุที่บ้านพร้อมประเมินภาวะแทรกซ้อนเป็นประจำทุกเดือน 2) ได้รับความรู้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเจ้าหน้าที่ 3) ได้สิทธิทำบัตรผู้พิการและได้รับเบี้ยผู้พิการ และการรักษาที่ครอบคลุมตามความต้องการของผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบระยะประคับประคองพบว่า มีระดับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลางและสูง ร้อยละ 52.7 และ 43.6 ตามลำดับ ร้อยละ 92.7 มีทักษะการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับดี ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ดังนั้นเพื่อพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการปฐมภูมิควรฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และการฝึกทักษะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมจัดสรรสวัสดิการให้มีความเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยในปี พ.ศ.2566 ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ 65.06 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง จากความเสื่อมสภาพของร่างกายและโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ **ปี พ.ศ. 2565 พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงประเภทติดบ้าน จำนวน 198,338 คน และต้องพึ่งพิงประเภทติดเตียง 44,325 คน ซึ่ง**จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจากสัดส่วนผู้สูงอายุวัยปลายที่มากขึ้น เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็นลำดับ (Department of Older Persons, 2023; 2024)

จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวฯ ระดับตำบลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเพื่อให้ผู้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลต่างๆ ได้แก่ 1) ได้รับการคัดกรองและมีระบบส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟูและการดูแลตามระดับความจำเป็น 2) ได้รับการส่งเสริม สนับสนุนเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง 3) มีระบบการเงินการคลังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจรตามระดับความจำเป็น 4) ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข และ 5) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว (Department of Older Persons, 2023) โดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care givers: CG) เป็นกำลังสำคัญ เพื่อทำหน้าที่ลงเยี่ยมบ้านช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน คัดกรอง ประเมินปัญหาสุขภาพ และให้บริการด้านสุขภาพเบื้องต้น โดยให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพที่รับหน้าที่ผู้จัดการการดูแล (National Health Security Office, 2016) ซึ่งความต้องการดังกล่าวในระดับครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในครัวเรือนที่มีเศรษฐสถานะไม่ดี (Phesitong et.al, 2019)

จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ.2561 มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.31 ของประชากรทั้งหมด มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 1,334 คน (ร้อยละ 3.46) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 247 คน (ร้อยละ 0.68) ผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวระดับตำบล ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงโดยการร่วมมือกันระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินโครงการ โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทหลักในการประเมินผลโครงการ จึงทำให้ข้อมูลสะท้อนจากผู้รับบริการ ญาติผู้รับบริการ รวมทั้งผู้ปฏิบัติการดูแลในชุมชนอาจยังไม่สมบูรณ์ ที่จะนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามในบางพื้นที่ได้ศึกษาถึงความ

ต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลยังต้องการเพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีการสูญเสียสมรรถภาพลดลงไปเรื่อยๆ ให้มีความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทของครอบครัว รวมทั้งต้องการสวัสดิการและค่าใช้จ่ายต่างๆ (Phuaksawat, Nakkhun, & Rotchanarak, 2016)

พื้นที่อำเภอนาบอน มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 1.64 ของจำนวนผู้สูงอายุ) ในทุกพื้นที่มีการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน เป็นหน่วยสนับสนุนวิชาการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เพื่อดำเนินกิจกรรมในชุมชนให้มีความต่อเนื่อง พร้อมทั้งกำหนดให้มีพี่เลี้ยงของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลในการสนับสนุนวิชาการ ผลการดำเนินงานในชุมชน ปี พ.ศ. 2562 ยังพบปัญหาต่างๆ ได้แก่ 1) ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุระยะประคับประคอง เกิดแผลกดทับ ข้อติด ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว บางส่วนยังไม่ได้เข้ารับการอบรมครบตามหลักสูตรเนื่องจากไม่มีผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ 3) ระบบการดูแลติดตามประเมินผล ขาดคำสั่งที่ชัดเจน ไม่มีระบบการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง 4) ขาดการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งไม่ได้จัดค่าตอบแทนที่เหมาะสม (Nabon District Public Health Office, 2020) จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการประเมินความพึงพอใจและความต้องการของผู้สูงอายุระยะประคับประคอง เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อประเมินความพึงพอใจของญาติต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) เพื่อศึกษาความต้องการของญาติในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) เพื่อประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง

4) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในระดับประชากร พื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ WUEC21-199-01

1. ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1) ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 55 คน

- เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง และได้รับการขึ้นทะเบียนในอำเภอนาบอน ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้ประเมินตามศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่มีคะแนน 0-4 คะแนน (กลุ่มติดเตียง) ซึ่งรวมทั้งเป็นผู้จัดเตรียมอาหาร จัดยา และดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง (Care giver) ที่ผ่านการอบรมตามแนวทางการอบรม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย จำนวน 70 ชั่วโมง ในพื้นที่อำเภอนาบอน จำนวน 55 คน

2. เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการวิจัย 2 ชุด โดยออกแบบเครื่องมือมาเพื่อรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ญาติผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแล จำนวน 23 ข้อ ในประเด็นมิติทางกาย ทางจิตใจและทางสังคม/สิ่งแวดล้อม โดยประยุกต์จากการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 โดยถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์และเพชรา ชวนะพันธุ์ (Prasith-thimet & Chavanapunth, 2017) ส่วนที่ 3 ประยุกต์ข้อคำถามจากแผนการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Bureau of the Elderly Health, 2015) ซึ่งครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ และสังคม โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามความกว้างของอันตรภาคชั้น ได้แก่ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

2) แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การคัดเลือกให้เข้ารับการอบรม ปีที่เข้ารับการอบรม การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ประเด็นการให้ความรู้แก่ญาติ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบถูก-ผิด มีจำนวน 25 ข้อ ตามคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตร 70 ชั่วโมง)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง รูปแบบคำถามเป็นสถานการณ์ให้เลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย มิติทางกาย จำนวน 16 ข้อ มิติทางจิตใจ จำนวน 2 ข้อ และมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4 โดยถนอมรัตน์ ประสิทธิเมตต์และเพชรา ชวนะพันธุ์ (Prasith-thimet & Chavanapunth, 2017)

เกณฑ์ระดับความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง โดยรวมและรายด้านแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) พอใช้ (ร้อยละ 60-79) และต้องปรับปรุง (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็น เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดโดยให้แสดงความคิดเห็น ในเรื่องสิ่งที่ต้องการสนับสนุนในการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง Index of Item-Objective Congruence (IOC) ทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0.7-1.0 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย เพื่อนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมเท่ากับ 0.75

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน เพื่อรวบรวมประชากรทั้ง 2 กลุ่มแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการนัดเพื่อสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุตามครัวเรือน และนัดผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองแต่ละตำบล เพื่อตอบแบบสอบถาม ระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2564

4) การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร เพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ระดับความพึงพอใจ ความรู้ ทักษะ และความต้องการของญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ญาติที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.8 มีอายุเฉลี่ย 49.9 ปี ร้อยละ 60 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 41.8) ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 30.9) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 25.4) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร (ร้อยละ 38.2) หลาน (21.8) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.1) มัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.0) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 58.2) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) (ร้อยละ 96.4)

ระยะเวลาที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเวลานาน 1 ปี (ร้อยละ 23.6) รองลงมาเป็นเวลา 2 ปี และ 4 ปี (ร้อยละ 21.8) ซึ่งญาติได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุรแบบประคับประคองในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหารและการทำกายภาพบำบัด (ร้อยละ 100.0) เรื่องยาผู้ป่วย (ร้อยละ 98.2) การจัดสิ่งแวดล้อมภายใน/ภายนอกบ้าน (ร้อยละ 90.9) การพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 85.5) และการทำแผล (ร้อยละ 58.2) บทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารและการจัดสิ่งแวดล้อมภายใน/ภายนอก (ร้อยละ 100.0) รองลงมาเรื่องยา (ร้อยละ 98.2) ทำกายภาพบำบัด (ร้อยละ 96.4) การพาผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 90.9) และการทำแผล (ร้อยละ 50.9)

2. ระดับความพึงพอใจจากญาติต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การประเมินความพึงพอใจรายด้านจากญาติผู้ป่วยต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าทั้ง 3 มิติ อยู่ระดับดีมาก (ตารางที่ 1) โดยมีประเด็นที่มีระดับความพึงพอใจมากใน 3 ลำดับแรก มิติทางกาย ได้แก่ 1) คำแนะนำเรื่องอาหารโภชนาการ 2) การดูแลและให้คำแนะนำการทำกายภาพบำบัด และ 3) คำแนะนำการจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม มิติทางจิตใจ ได้แก่ 1) เรื่องความมั่นคงปลอดภัย เมื่อได้รับการดูแลจากผู้ดูแล 2) ผู้ดูแลทำให้รู้สึกยอมรับได้ในปัญหาที่ยากจะแก้ไข และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเข้าใจปัญหาของผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ สำหรับมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) กริยาวาจาของผู้ดูแลผู้สูงอายุสุภาพอ่อนโยน เข้าใจง่าย 2)

ความต้องการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป และ 3) มีการอธิบายขั้นตอนในการให้บริการก่อน-หลังทุกครั้งที่มาให้บริการ

3. ความต้องการจากญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระดับความต้องการต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองจากญาติโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านสังคมและจิตใจอยู่ในระดับมาก มิติทางกายมีความต้องการในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

สำหรับประเด็นความต้องการมิติทางกายในระดับมากถึงมากที่สุด ได้แก่ การการประเมินสัญญาณชีพในทักษะการวัดความดันโลหิต การนับอัตราการหายใจ และการนับอัตราการเต้นของหัวใจ ด้านการดูแลร่างกาย ญาติต้องการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือเจ้าหน้าที่สนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปและการเบิกยาของผู้สูงอายุมาให้ที่บ้าน ให้มีการประเมินภาวะแทรกซ้อนทุกเดือน รวมทั้งแนะนำการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ตารางที่ 2) ความต้องการมิติทางจิตใจในระดับมากถึงมากที่สุดจากญาติ ได้แก่ ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมยามว่างร่วมกันเพื่อลดความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีส่วนร่วมในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมาช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อลดความเครียดของญาติ เป็นต้น (ตารางที่ 3) สำหรับความต้องการมิติทางสังคมจากญาติ ได้แก่ ต้องการให้เจ้าหน้าที่บริการจัดทำบัตรผู้พิการและได้รับเบี้ยผู้พิการ ให้มีสิทธิรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมต่อในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจและความต้องการจากญาติต่อการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายด้าน (n=55)

มิติ	ระดับความพึงพอใจ (คะแนนเต็ม 3 คะแนน)		ระดับความต้องการ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	
	Mean (SD)	ระดับ	Mean (SD)	ระดับ
ทางกาย	2.38 (0.57)	มาก	3.46 (0.79)	ปานกลาง
ทางจิตใจ	2.87 (0.33)	มาก	3.67 (0.84)	มาก
ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	2.74 (0.52)	มาก	4.23 (0.80)	มาก
รวม	2.64 (0.54)	มาก	3.72 (0.87)	มาก

ตารางที่ 2 ระดับความต้องการของญาติต่อมิติทางกาย ในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

มิติทางกาย	ระดับความต้องการ: ร้อยละ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การประเมินสัญญาณชีพ					
1.การวัดความดันโลหิต	38.2	43.6	14.6	0.0	3.6
2.การวัดอุณหภูมิร่างกาย	3.6	5.5	83.6	7.3	0.0
3.การนับอัตราการหายใจ	27.3	31.0	38.1	3.6	0.0
4.การนับอัตราการเต้นของหัวใจ	27.3	3.6	69.1	0.0	0.0
การดูแลด้านร่างกาย					
5. ต้องการให้สอนเรื่องการดูแลความสะอาดของร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น การอาบน้ำหรือเช็ดตัว การดูแลช่องปาก	1.8	18.2	76.4	3.6	0.0
6. ต้องการฝึกทักษะช่วยเหลือการทำความสะอาดร่างกาย	5.5	23.6	70.9	0.0	0.0
7. ต้องการให้สอนเรื่องการโภชนาการที่เหมาะสม	3.6	47.3	45.5	3.6	0.0
8. ต้องการให้สนับสนุนอุปกรณ์และอาหารเหลว	3.6	30.9	52.7	3.6	0.0
9. ต้องการฝึกทักษะการเตรียมอาหารของผู้สูงอายุ	3.6	49.1	47.3	0.0	0.0
10. ต้องการให้สนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป	27.3	10.9	30.9	27.3	3.6
11. ต้องการให้สอนเรื่องการเตรียมยา/หลักการกินยา	5.5	43.6	50.9	0.0	0.0
12. ต้องการฝึกทักษะการเตรียมยาให้แก่ผู้สูงอายุ	5.5	40.0	54.5	0.0	0.0
13. ต้องการให้สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การเตรียมยา	0.0	50.9	49.1	0.0	0.0
14. ต้องการให้ผู้ดูแลบริการเบิกยาของผู้สูงอายุมาให้ที่บ้าน	25.4	56.4	18.2	0.0	0.0
15. ต้องการให้ผู้ดูแลมีการจัดยาของผู้สูงอายุไว้ให้เป็นชุดพร้อมนำมาให้ผู้สูงอายุกิน	1.8	10.9	47.3	32.7	7.3
16. ต้องการให้มีการประเมินภาวะแทรกซ้อนทุกเดือน เช่น แผลกดทับ ภาวะปอดแฟบ	23.6	54.6	20.0	1.8	0.0
17. ให้สอนเรื่องการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การพลิกตะแคงตัว การทำแผลกดทับ การเคาะปอด	23.6	54.6	20.0	1.8	0.0
18. ต้องการให้ผู้ดูแลประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	0.0	5.5	94.5	0.0	0.0
19. ให้มีการสนับสนุนการปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม	0.0	10.9	89.1	0.0	0.0

ตารางที่ 3 ระดับความต้องการของญาติต่อมิติทางจิตใจ ในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

มิติทางจิตใจ	ระดับความต้องการ: ร้อยละ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ต้องการทำกิจกรรมนอกบ้านเพื่อผ่อนคลายความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุ	1.8	43.6	50.9	3.6	0.0
2. ต้องการให้มีกิจกรรมเสริมในระหว่างการดูแลผู้สูงอายุเพื่อสร้างรายได้เพิ่มในช่วงที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ	32.7	36.4	29.1	1.8	0.0
3. ต้องการให้ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ	7.3	69.1	23.6	0.0	0.0
4. ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมยามว่างร่วมกันเพื่อลดความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุ	9.1	70.9	20.0	0.0	0.0
5. ต้องการให้มีความช่วยเหลือเรื่องหนี้สินของญาติผู้ดูแล	9.1	3.6	43.6	43.6	0.0
6. ต้องการให้ผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะมาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความเครียด	30.9	49.1	16.4	3.6	0.0

ตารางที่ 4 ระดับความต้องการของญาติต่อมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	ระดับความต้องการ: ร้อยละ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สิทธิการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมตามความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ	30.9	61.8	7.3	0.0	0.0
2. ความสะดวกในการรับบริการจากโรงพยาบาลที่รักษาผู้สูงอายุ	43.6	29.1	27.3	0.0	0.0
3. การลดขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาพยาบาล	43.6	12.7	43.6	0.0	0.0
4. ให้มีการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ รถเข็น เป็นต้น	40.0	41.8	18.2	0.0	0.0
5. ให้มีรถในการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความรวดเร็วและปลอดภัย	54.5	27.3	18.2	0.0	0.0
6. ต้องการความสะดวกในการติดต่อรถฉุกเฉินของโรงพยาบาลหรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดบริการอย่างครบวงจร	54.6	1.8	43.6	0.0	0.0
7. ต้องการให้มีการฝึกอาชีพ ส่งเสริมรายได้ให้แก่ญาติของผู้สูงอายุ	54.6	7.3	38.2	0.0	0.0
8. ได้รับบริการในการจัดทำบัตรผู้พิการและได้รับเบี้ยผู้พิการ	50.9	45.5	3.6	0.0	0.0
9. ต้องการรับเบี้ยยังชีพเพิ่มเพื่อลดภาระรายจ่ายในการดูแลผู้สูง	49.1	36.4	14.5	0.0	0.0

4. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง (Caregivers)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง (CG) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.8) มีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี (ร้อยละ 70.9) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 50.9) และมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 23.6) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 94.6) มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ 10,000 - 20,000 บาท (ร้อยละ 54.6) ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 27.27) และ และมากกว่า 20,000 (ร้อยละ 18.2) การเข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ร้อยละ 56.4 ได้รับคัดเลือกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และร้อยละ 43.6 เป็นการสมัครเข้ารับการอบรม ส่วนใหญ่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแล 1-2 คน (ร้อยละ 38.2) จำนวน 3-4 คน (ร้อยละ 23.6) และจำนวน 5-6 คน (ร้อยละ 38.2) บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้คำแนะนำแก่ญาติ ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การจัดอาหารสำหรับผู้ป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อมภายใน/ภายนอกบ้านพักของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ประเด็นที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองให้คำแนะนำแก่ญาติ

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
ยาผู้ป่วย	32	58.2
อาหารสำหรับผู้ป่วย	48	87.3
การทำแผลของผู้ป่วย	40	72.7
การทำกายภาพบำบัด	52	94.6
การจัดสิ่งแวดล้อมภายใน/ภายนอกบ้านพัก	46	83.6
การพบแพทย์ตามนัด	34	61.8
การให้อาหารทางสายยาง	3	5.5

5. ระดับความรู้ ทักษะ และความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง

ผลการประเมินระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.7 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 43.6 จากข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ยังมีบางข้อคำถามที่ผู้ดูแลยังเข้าใจไม่ถูกต้อง ซึ่งมีสัดส่วนที่ตอบผิด ดังนี้ 1) ข้อควรปฏิบัติเมื่อดูแลผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะ/เทปัสสาวะออกจากถุง (ร้อยละ 50.9) 2) การจัดท่าทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง (ร้อยละ 38.2) 3) สิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อพบผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ร้อยละ 32.8) และ 4) ข้อห้ามในการออกกำลังกายหลังผู้สูงอายุรับประทานอาหารอิ่ม (ร้อยละ 21.8)

สำหรับการประเมินทักษะในภาพรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.7 รองลงมาระดับพอใช้ ร้อยละ 7.3 อย่างไรก็ตามยังมีบางประเด็นที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีทักษะที่เข้าใจคลาดเคลื่อน โดยมีสัดส่วนที่ตอบผิดดังนี้ 1) การใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ เพื่อช่วยเคี้ยวอาหารสำหรับผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ร้อยละ 63.6) 2) การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการฉายแสงบริเวณคอ (ร้อยละ

52.7) และ 3) วิธีทำความสะอาดร่างกายของผู้สูงอายุป่วยเป็นอัมพาตช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ร้อยละ 18.2)

สำหรับความความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ด้านมิติทางกายพบว่า ต้องการการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติ เช่น เจลแอลกอฮอล์ ถุงมือ หน้ากาก (ร้อยละ 58.2) รองลงมา ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 45.5) ด้านจิตใจมีความต้องการความผ่อนคลาย/ความครียดจากการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ได้รับคำปรึกษาคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 27.3) ด้านสังคม พบว่ามีความต้องการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนรู้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ทั้งพื้ที่ภายในอำเภอหรือต่างพื้นที่ รวมทั้งการศึกษาดูงานนอกพื้นที่ที่สามารถดำเนินการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดี (ร้อยละ 41.8) และด้านรายได้เศรษฐกิจพบว่า ต้องการค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 67.3) และมีสวัสดิการค่าชดเชยต่างๆที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ กรณีประสบอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน เป็นต้น (ร้อยละ 65.5) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคอง

ความต้องการ	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านร่างกาย	
- การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคอง	25 (45.5)
- การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือในการปฏิบัติ เช่น เจลแอลกอฮอล์ ถุงมือ หน้ากากอนามัย เป็นต้น	32 (58.2)
ด้านจิตใจ	
- การผ่อนคลายความครียดจากการดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคอง ได้รับคำปรึกษาคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่	15 (27.3)
ด้านสังคม	
- มีการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนรู้รวมกันของหน่วยงานอื่นภายในอำเภอ ต่างอำเภอ หรือการศึกษาดูงานในพื้นที่ที่ดำเนินการได้ดี	23 (41.8)
ด้านรายได้และสวัสดิการ	
- มีค่าตอบแทนชดเชย สวัสดิการเพิ่มขึ้น เช่น กรณีประสบอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน	36 (65.5)
- มีค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น	37 (67.3)

ความต้องการในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่าโดยภาพรวมญาติมีความต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง ทั้งประเด็นคำแนะนำ ทักษะการดูแล และการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมาช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเครียดของญาติ สำหรับความต้องการจากหน่วยงานภาครัฐเป็นเพียงต้องการให้เจ้าหน้าที่จัดทำบัตรผู้พิการ เพื่อนำไปรับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่รัฐจัดสรรให้ สำหรับความต้องการจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญาจะเน้นที่สวัสดิการและค่าตอบแทนจากหน่วยงานภาครัฐที่เพิ่มขึ้นตามบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

ความพึงพอใจและความต้องการของญาติในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง

บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองจากการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์ในฐานะลูกหลานและโดยรวมเป็นเพศหญิงวัยกลางคนที่ทำหน้าที่ดูแลกิจวัตรประจำวันหลัก ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องอาหารและการกินยา การทำกายภาพบำบัด และการพาผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปตามบริบทวัฒนธรรมของคนไทยที่มองว่าผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะพึ่งพิงควรเป็นสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งมีความรักความผูกพัน มีทัศนคติในการดูแล มีความตั้งใจที่จะดูแลเพื่อเป็นการตอบแทนพระคุณบุพการี (Phuaksawat, Nakkhun & Rotchanarak, 2016; Kanyakan, Kosalvitr & Bunyaniwarawat, 2019; Phoomphit, Panuthai & Thamdee, 2021) ทั้งนี้จะมีเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐทำหน้าที่เยี่ยมบ้านโดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง (CG) มาดูแลให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามแผนการดูแลรายบุคคล ที่ได้ดำเนินการวางแผนร่วมกับผู้จัดการการดูแล (Care Manager: CM) ซึ่งเป็นบุคลากรสังกัดในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุในมุมมองจากญาติโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งหากพิจารณาแต่ละมิติ พบว่าทุกมิติทั้งทางกาย จิตใจ และสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินด้านทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าร้อยละ 92.7 มีทักษะอยู่ในระดับดี เนื่องจากภาครัฐได้พัฒนารูปแบบการเพิ่มพูนความรู้และทักษะเป็นระยะๆ ซึ่งแตกต่างจากผลการดำเนินงานในระยะเริ่มต้นในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ซึ่งในบางการศึกษาพบว่า ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนที่ยังไม่ได้บบรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด (Prasith-thimet & Chavanapunth, 2017)

สำหรับประเด็นความต้องการจากญาติในมิติทางกายในระดับมากถึงมากที่สุด ส่วนใหญ่จะเป็นความต้องการในการเพิ่มทักษะของการประเมินสัญญาณชีพต่างๆ และการดูแลร่างกายทั่วไป รวมทั้งต้องการให้มีสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูปและการเบิกยาของผู้สูงอายุมาให้ที่บ้านอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง พร้อมให้มีการประเมินภาวะแทรกซ้อนทุกเดือน และคำแนะนำการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่วนมิติทางจิตใจต้องการให้สมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมและมีส่วนร่วมกันในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้แก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงที่มีความซับซ้อน เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและลดภาระพื้นฐานแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง (Boonles, Proarak, & Thaewpia, 2016; Phuaksawat, Nakkhun& Rotchanarak, 2016) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 60 จึงอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งการที่ญาติมีปัญหาสุขภาพมีโรคประจำตัว หรือมีภาวะนอนไม่หลับ ย่อมส่งผลต่อการเพิ่มภาระและความกังวลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน (Watanabe, et.al, 2019) จึงอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะเครียดสูง เนื่องจากต้องมีการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว ต้องวางแผนการทำงานและการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นว่าความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากญาติ ส่วนใหญ่ต้องการประเด็นด้านความรู้และการได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่มี

ประสบการณ์ในการดูแลและมีความรู้ไม่เพียงพอ รวมทั้งต้องการให้สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลร่วมกัน เพื่อแบ่งเบาภาระในการดูแลเนื่องจากบางรายต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ นอกจากนี้ยังต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมที่บ้านและบริการจัดทำบัตรผู้พิการและได้รับเบี้ยผู้พิการ ให้มีสิทธิรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งการสนับสนุนให้มีกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างเครือข่ายเรียนรู้ร่วมกันควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Boonvas, Supanunt, Chunhabordee, & Wae, 2017; Kanyakan, Kosalvitr, & Bunyaniwarawat, 2019; Sawatphon, & Srisuraphol, 2022)

ความรู้ ทักษะและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง

ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและดี โดยมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองในระดับดี อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจมีความรู้และทักษะบางประเด็นที่จำเป็นต้องเพิ่มพูนเพิ่มเติม โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องดูแลผู้ป่วยแบบซับซ้อน ซึ่งบางรายไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติและการให้คำแนะนำ เช่น การดูแลผู้สูงอายุให้อาหารทางสาย การสวนปัสสาวะ การดูแลแผลกดทับ การสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุ หรือการทำกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อติด เป็นต้น จึงอาจจำเป็นต้องจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในพื้นที่หรือต่างพื้นที่ที่เป็นตัวอย่างของการดำเนินงานที่มีคุณภาพ รวมทั้งอาจจำเป็นพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้การดูแลเกิดประสิทธิผลมีความพึงพอใจในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระดับความรู้และทัศนคติที่ดี รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (Boonles, Proarak, & Thaewpia, 2016; Choomyen & Wanaratwichit, 2023)

สำหรับความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ด้านมิติทางกายยังต้องการได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน รวมทั้งต้องการให้มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านความรู้และทักษะต่างๆ ร่วมกันทั้งในหรือต่างพื้นที่ สำหรับมิติด้านจิตใจและสังคม ผู้ดูแลยังคงต้องการให้มีการจัดกิจกรรมผ่อนคลายเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยประสงค์ให้หน่วยงานภาครัฐเพิ่มสวัสดิการต่างๆ ให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี การพิจารณาเพิ่มค่าตอบแทนให้มีความเหมาะสม และค่าชดเชยกรณีที่ผู้ดูแลประสบเหตุต่างๆ จากการปฏิบัติหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษา Prasith-thimet & Chavanapunth (2017) พบว่าบางครั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตามแผน เนื่องจากต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว บางคนยังขาดยานพาหนะในการไปดูแลผู้ป่วย หรือบางรายอาจประสบปัญหาขาดความเชื่อมั่นจากชุมชนเนื่องจากยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอ ดังนั้นการกำหนดนโยบายและมาตรการส่งเสริมความก้าวหน้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพ การเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆ ให้มีความเหมาะสม จึงเป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อให้การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพและมีความต่อเนื่อง โดยการระดมทุนและทรัพยากรในชุมชนและการเสริมแรงจากภาคีเครือข่าย (Boonles, Proarak, & Thaewpia, 2016; Suanrueang, Wannasri, &

Srithamrongsawat, 2018; Padmala, 2019) โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจนทุกระดับตั้งแต่ระดับประเทศถึงระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินงาน โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (Rattanapant, 2021)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

โดยสรุปความพึงพอใจจากญาติต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุแบบประคับประคอง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับดีมาก โดยญาติมีความต้องการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือเจ้าหน้าที่จัดยามาให้ผู้ป่วยที่บ้านพร้อมให้ความรู้และประเมินภาวะแทรกซ้อนเป็นประจำ ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเบี้ยผู้พิการ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลางและสูง มีทักษะการดูแลในระดับดี โดยมีความต้องการด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคองในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการสนับสวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการฝึกอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้และการฝึกทักษะ ผ่านการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ และควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นตามมาตรฐานจากหน่วยบริการสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Boonles, P., Proarak, T., & Thaewpia, S. (2016). Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. Journal of the office CDC 7, 23(2), 79-87. [in Thai]

Boonvas, K., Supanunt, T., Chunhabordee, A., & Wae, N. (2017). Caregiver stress and needs in caring disabled. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4(1), 205-216. [in Thai]

Bureau of the Elderly Health. The care manager training manual for Ministry of Public Health. Bangkok: Kaew-Joa-Joam publishing center Suan Sunandha Rajabhat University; 2015. [in Thai]

Choomyen, C., & Wanaratwichit, C. (2023). Factors in fluencing role performance among the caregivers for caring of the dependent elderly people in Uttaradit Province. (2023). Journal of Phrapokklao Nursing College, 34(1), 158-171. [in Thai]

Department of Older Persons. (2024, March 8). Elderly statistics. https://www.dop.go.th/en/know/1

Department of Older Persons. (2023). Situation of the Thai older persons 2022. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited.

Kanyakan, K., Kosalvitr, T., & Bunyaniwarawat, N. (2019). Integrated community-based long term care model using community participation for dependent elders at Dongbang Promoting Hospital in Mueang District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Humanities & Social Sciences, 17(1), 1-18. [in Thai]

Nabon District Public Health Office. (2020). Operation of long-term care for the elderly report. Nabon District Public Health Office, Nakhon Si Thammarat province. [in Thai]

National Health Security Office. (2016a). A guide to support the management of the public health long-term care service system for the dependent elderly in the National Health Security system (1st ed.). National Health Security Office. [in Thai]

Padmala, W. (2019). The community empowerment process on developing dependent older people's quality of life in Chiang Muan District, Phayao Province. Academic Journal of Community Public Health, 5(4), 96-111. [in Thai]

Phetsitong, R., Vapattanawong, P., Sunpuwan, M., & Völker, M. (2019). State of household need for caregivers and determinants of psychological burden among caregivers of older people in Thailand: An analysis from national surveys on older persons. PLOS ONE 14(12): e0226330. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226330

Phoomphit, C., Panuthai, S., & Thamdee, D. (2021). Care ability, positive aspects of caregiving and quality of care for dependent older persons. Nursing Journal CMU, 48(3), 226-236. [in Thai]

Phuaksawat, P., Nakkhun, N., & Rotchanarak, W. (2016). Situations, problems, and health care needs for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Suratthani Municipal Community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 26(2), 54-64. [in Thai]

Prasith-thimet, T., & Chavanapunth, P. (2017). Effectiveness of care giver for dependent older persons in long-term care system in regional health 4. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health, 40(2), 117-132. [in Thai]

Rattanapant, R. (2021). Long term care service system development for dependent elders in community. Regional Health Promotion Center 9, 15(37), 158-171. [in Thai]

Sawatphon, C., & Srisuraphol, W. (2022). Developing the potential of local communities for the depended elderly care in northeast of Thailand. Journal of Palisueksabuddhaghosa Review. 8(1), 43-56. [in Thai]

Suanrueang, P., Wannasri, A., & Srithamrongsawat, S. (2018). Community care by caregivers to dependent elderly under the community-based long-term care policy. Journal of Health Systems Research, 12(3), 437-451. [in Thai]

Watanabe, O., Chompikul, J., Kawamori, M., Pimpisan, N., & Visanuyothin, S. (2019). Predictors of family caregiver burden in caring for older people in the urban district of Nakhon ratchasima province. Journal of International Health, 34(4), 217-228. https://doi.org/10.11197/jaih.34.217

Health Impact Assessment on the Population in the Klong Sang Reservoir Project under the Royal Initiative, Thung Yai District, Nakhon Si Thammarat Province

Yuttana Homket

Environmental Health and Occupational, Nakhon Si Thammarat provincial public health office

Phone Number: 0872697379 E-mail: hom_yuttana@hotmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Homket, Y. Health Impact Assessment on the Population in the Klong Sang Reservoir Project under the Royal Initiative Thung Yai District, Nakhon Si Thammarat Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 377–389. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/272848

Received: 1 May 2024

Revised: 6 May 2024

Accepted: 9 May 2024

Abstract

This research is a mixed-method study aimed at defining the scoping, assessing, and establishing monitoring and surveillance measures for health impacts from the public policy project on constructing a reservoir in Thung Yai District, Nakhon Si Thammarat Province. Data providers for defining the study scoping and establishing monitoring and surveillance measures consisted of 92 individuals, organized into discussion groups. Population and environmental data were obtained from secondary data. Risk assessment for pesticide exposure involved 558 participants through questionnaire surveys and blood samples. Parasitic disease risk assessment involved 91 participants through questionnaire surveys and stool samples. Vector-borne disease risk assessment involved mosquito and larvae sampling, and waterborne disease risk was assessed by collecting 6 samples of tap water for laboratory analysis. Data analysis was conducted for each issue to derive risk values.

The study results revealed that concerns and significant educational constraints are linked to factors determinants of health and environmental health, including infectious diseases, road accidents, drowning, chemical residues in the body and environment, parasitic diseases, water quality, and community waste. The health risk assessment revealed that the sample group had a 4.84% risk from exposure to pesticides (a risk level of 4.30% and an unsafe level of 0.54%). As for tap water quality, there was a 100% risk (all samples contaminated with coliform and E. coli), while no risk was found for parasitic and vector-borne diseases. Relevant agencies should utilize the findings of each issue to compile monitoring and risk assessment plans annually, for comparative data on future changes.

Keywords: Community Health Impact Assessment, klong sang Royal Initiative Projects, Determinants of Health, Public Participation

การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ยุทธนา หอมเกตุ

กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

โทรศัพท์: 0872697379 E-mail: hom_yuttana@hotmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 1 พ.ค. 2567
วันแก้ไข 6 พ.ค. 2567
วันตอบรับ 9 พ.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน เพื่อกำหนดขอบเขตการศึกษา ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และกำหนดมาตรการติดตามและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายสาธารณะโครงการอ่างเก็บน้ำพื้นที่อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ให้ข้อมูลการกำหนดขอบเขตการศึกษา การกำหนดมาตรการติดตามและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ 92 คน โดยการจัดเวทีอภิปรายกลุ่ม ข้อมูลพื้นฐานประชากรและสิ่งแวดล้อมได้จากข้อมูลทุติยภูมิ ประเมินความเสี่ยงการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 558 คน เก็บแบบสอบถาม และตัวอย่างเลือด ประเมินความเสี่ยงโรคหนอนพยาธิ 91 คน เก็บแบบสอบถาม และตัวอย่างอุจจาระ สุ่มจับยุงและลูกน้ำยุง ประเมินความเสี่ยงทางกีฏวิทยายุงพาหะ และประเมินความเสี่ยงน้ำอุปโภคบริโภค โดยเก็บตัวอย่างน้ำประปา 6 ตัวอย่าง ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการศึกษา พบว่า ข้อห่วงกังวลและขอบเขตการศึกษาที่สำคัญเชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ ประเด็นโรคติดต่อ อุบัติเหตุทางถนน อุบัติเหตุทางน้ำ สารเคมีตกค้างในร่างกายและสิ่งแวดล้อม โรคหนอนพยาธิ คุณภาพน้ำ และมูลฝอยชุมชน ผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 4.84 ส่วนคุณภาพน้ำประปา มีความเสี่ยงร้อยละ 100 แต่ไม่พบความเสี่ยงโรคหนอนพยาธิและความเสี่ยงทางกีฏวิทยายุงพาหะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการศึกษาแต่ละประเด็นเป็นข้อมูลจัดทำแผนติดตามและเฝ้าระวังประเมินความเสี่ยงทุกปีเพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

คำสำคัญ : การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพโดยชุมชน, อ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ, ปัจจัยกำหนดสุขภาพ, กระบวนการมีส่วนร่วม

บทนำ

นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการสร้างอ่างเก็บน้ำให้กับพื้นที่ใด ๆ เพื่อแก้ปัญหาภาวะน้ำท่วม หรือภาวะขาดแคลนน้ำ กฎหมายไม่ได้กำหนดให้มีการศึกษาผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (Environmental Health Impact Assessment: EHIA) อย่างเช่นกรณีการสร้างเขื่อน (กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2567) เป็นเพียงการศึกษามาตรการผลกระทบและการเฝ้าระวังเบื้องต้น ซึ่งมักจะให้คุณค่ากับการวัดข้อมูลเชิงปริมาณด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ และให้ความสำคัญกับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและชีวภาพมากกว่าด้านสุขภาพ (สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2566) รวมทั้งในบางกรณีประชาชนในพื้นที่ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างแท้จริง ซึ่งสุดท้ายมักจะนำไปสู่ประเด็นความขัดแย้งของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการประเมินผลกระทบที่ดีที่สุดทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพจำเป็นจะต้องมีการดำเนินการร่วมกันกับสมาชิกในชุมชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

กรณีการดำเนินโครงการอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีการศึกษาความเหมาะสม และสำรวจเพื่อออกแบบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 แต่ต้องชะลอโครงการเนื่องจากปัญหาความขัดแย้งเรื่องที่ดิน และความวิตกกังวลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ปัจจุบันเมื่อมีการจัดการปัญหาดังกล่าวบางส่วนและได้เริ่มดำเนินการก่อสร้าง ก่อนดำเนินโครงการ กรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ได้ประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมและมาตรการป้องกัน แก้ไข ผลกระทบสิ่งแวดล้อม และติดตามผลกระทบสิ่งแวดล้อม ซึ่งพบว่า ประเด็นทางสิ่งแวดล้อมทั้งลักษณะทางกายภาพ ทรัพยากรทางชีวภาพ คุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์ และคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ ส่วนใหญ่มีผลกระทบทางบวกมากกว่าผลกระทบทางลบ (กระทรวงเกษตรและสหกรณ์, 2563)

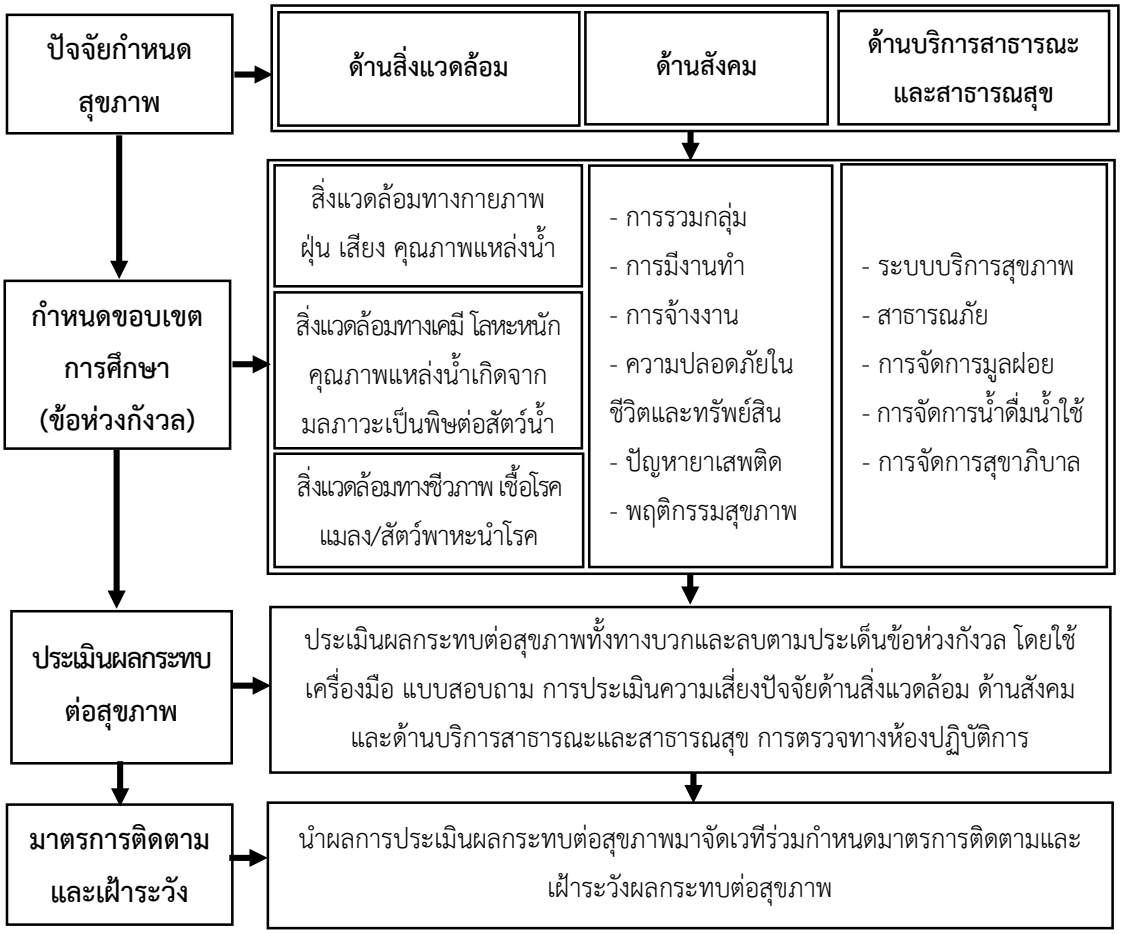
ประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีข้อห่วงกังวลบางประเด็นที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน ซึ่งข้อห่วงกังวลดังกล่าว ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและผู้เชี่ยวชาญ ควรจะมีการศึกษาข้อมูลอย่างละเอียด จนนำไปสู่การกำหนดเป็นมาตรการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เพื่อเป็นฐานในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพต่อไป การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน (Community Health Impact Assessment: CHIA) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, มปป.) เป็นกระบวนการหนึ่งที่จะเป็นทางออกการแก้ไขปัญหาของชุมชนในการจัดการผลกระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากนโยบายสาธารณะรวมทั้งกรณีการสร้างอ่างเก็บน้ำ ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้ สามารถวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งด้านบวกและลบที่จะมีผลต่อสมาชิกในชุมชนได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ผู้วิจัยจึงได้กำหนดการศึกษาวิจัยการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อกำหนดขอบเขตและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นและสร้างองค์ความรู้ให้กับประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยกระบวนการทั้งหมดดำเนินการผ่านแนวคิดการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งจะก่อให้การจัดการปัญหา การติดตาม และเฝ้าระวังผลกระทบอย่างยั่งยืน อีกทั้งเป็นการสร้างความเข้าใจ ลดข้อห่วงกังวล ปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนในพื้นที่ให้เกิดวิถีชีวิตใหม่ที่อยู่ร่วมกับอ่างเก็บน้ำได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อกำหนดขอบเขตการศึกษา ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และกำหนดมาตรการติดตามและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดเวทีเสวนาเพื่อศึกษาข้อห่วงกังวล การกำหนดขอบเขตการศึกษา และการกำหนดมาตรการติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อสุขภาพ และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกระบวนการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากประเด็นที่ได้จากการกำหนดขอบเขตการศึกษาประกอบด้วย การศึกษาข้อมูลทั่วไป การประเมินความเสี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การประเมินความเสี่ยงโรคหนอนพยาธิ การประเมินความเสี่ยงทางกีฏวิทยายุงพาหะ และการประเมินความเสี่ยงของน้ำอุปโภคบริโภค

พื้นที่ศึกษา

กำหนดพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง 5 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ที่ 2, 4, 5, 7 และ 8 ตำบลกรุงหยัน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นชุมชนที่อยู่รอบโครงการก่อสร้างอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยศึกษาข้อมูล 3 ช่วงเวลา คือ ช่วงกำหนดขอบเขตการศึกษา ช่วงประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และช่วงกำหนดมาตรการติดตามและเฝ้าระวังผลกระทบ แต่ละช่วงเวลามีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ช่วงกำหนดขอบเขต จัดทำแบบร่างขอบเขตการศึกษาประเด็นข้อห่วงกังวลกรณีโครงการอ่างเก็บน้ำที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาเติมเต็มข้อมูลและค้นหาข้อห่วงกังวลเพิ่มเติมที่เป็นบริบทเฉพาะของพื้นที่ศึกษา

1.1 ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงจากโครงการก่อสร้างอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ จำนวน 92 คน วิเคราะห์ผู้ให้ข้อมูลตามหลักสังคมมิติ (Sociometry) เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมตามกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ทั้งผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนประชาชนในพื้นที่ และตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบร่างขอบเขตการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องบันทึกเสียง และกล้องดิจิตอล การอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์รายบุคคล

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล การอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการแรกที่เลือกใช้โดยการนำร่างขอบเขตการศึกษามาใช้ในการจัดเวที และการสัมภาษณ์รายบุคคลจะเลือกใช้ในกรณีที่ต้องการข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม โดยเริ่มการสัมภาษณ์จาก อสม. และเชื่อมโยงต่อไปยังกลุ่มคนอื่น ๆ

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเติมเต็มร่างขอบเขตการศึกษา วิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Inductive) เป็นหลัก โดยการตีความหมายในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วจึงทำการวิเคราะห์ข้อความเติมเต็มและเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การจัดการวางแผนดำเนินการในช่วงการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

2. ช่วงการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นการเก็บข้อมูลแต่ละประเด็นที่ได้จากการกำหนดขอบเขตการศึกษา เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ การออกแบบการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ เชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ดังนี้

2.1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากรและสิ่งแวดล้อม เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูล จปฐ. ฐานข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล

2.2 ประมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เก็บข้อมูลจากการเจาะเลือดกลุ่มตัวอย่างทดสอบด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส

ก. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกผู้ที่ปัจจุบันมีการประกอบอาชีพหรือเคยประกอบอาชีพเกษตรกรแต่หยุดประกอบอาชีพเกษตรกรแล้วไม่เกิน 5 ปี และเคยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือประชากรที่รับจ้างใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 5 หมู่บ้าน เป็นผู้สำรวจและคัดเลือก จำนวน 558 คน การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพเป็นการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วของกลุ่มตัวอย่าง และใช้แถบกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส

ข. เครื่องมือ แบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสเคมีกำจัดศัตรูพืช (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) แถบทดสอบโคลีนเอสเตอเรส, ปากกาเจาะเลือดพร้อมอุปกรณ์ (สำลี, แอลกอฮอล์ 70%, แผ่น Slide, ปากคีบ, ดินน้ำมัน), Capillary Tube, เครื่องปั่น Hematocrit

ค. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ Capillary Tube เก็บตัวอย่างเลือด นำตัวอย่างเลือดไปปั่นด้วยเครื่องปั่น Hematocrit หลังตัวอย่างเลือดแยกชั้นเป็นซีรั่ม นำซีรั่มไปหยดบนกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส แล้วอ่านผลที่เวลา 7 นาที

ง. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแปลผลระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามการเปลี่ยนแปลงของสีกระดาษแถบทดสอบโคลีนเอสเตอเรส คือ ระดับปกติ (สีเหลือง), ระดับปลอดภัย (สีเหลืองเข้ม), ระดับมีความเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) และระดับไม่ปลอดภัย (สีเขียวเข้ม) (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

2.3 ประเมินความเสี่ยงโรคหนอนพยาธิ เก็บตัวอย่างอุจจาระของกลุ่มตัวอย่าง นำไปวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้วยกล้องจุลทรรศน์ตรวจหาไข่พยาธิที่สำคัญ 3 ชนิด คือ ไข่พยาธิปากขอ, ไข่พยาธิไส้เดือน และ ไข่พยาธิใบไม้ตับ

ก. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จากหมู่บ้านที่กำหนด 1 คน ต่อ 1 ครัวเรือน จำนวน 1,626 หลังคาเรือน/คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากการประมาณค่าสัดส่วน ซึ่งประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ตัวแทนครอบครัวที่มีอายุ 6-70 ปี ผลจากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 89 คน โดยใช้สูตรการคำนวณดังนี้ (Wayne W., D., 1995)

$$n = \frac{NZ^2(P)(1-P)}{NE^2 + Z^2(P)(1-P)}$$

โดย n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z คือ ค่าของ Z ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ต้องการ (ที่ระดับ .05 = 1.96)

P คือ ค่าสัดส่วนประชากร (ใช้ค่า P=0.5 ซึ่งจะให้ค่า n สูงสุด)

E คือ ผลต่างระหว่างสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างกับสัดส่วนประชากร หรือ ความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (เท่ากับ 0.1)

N คือ ประชากร (การวิจัยนี้คือ ตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน) (1,626 คน)

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งพื้นที่ตามเขตการปกครอง 5 หมู่บ้าน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยหาสัดส่วนตามจำนวนครัวเรือนแยกตามหมู่บ้าน ดังตารางที่ 1 สุ่มครัวเรือนเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะให้ข้อมูลตามสัดส่วนครัวเรือนแต่ละหมู่บ้านโดยการสุ่มแบบมีระบบโดยจัดเรียงครัวเรือนตามบ้านเลขที่ในแต่ละหมู่บ้าน คำนวณหาระยะห่างของครัวเรือนโดยคำนวณตามสูตร และสุ่มหาตัวเลขเริ่มต้นโดยใช้ตารางเลขสุ่ม

$$I = N/n$$

เมื่อ N = จำนวนครัวเรือนทั้งหมดในหมู่บ้าน

n = จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายหมู่บ้านเพื่อประเมินความเสี่ยงโรคหนอนพยาธิ

หมู่ที่	จำนวนครัวเรือน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
2	252	14
4	489	27
5	178	10
7	352	20
8	355	20
รวม	**1,626**	**91**

หมายเหตุ เนื่องจากคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านได้เป็นเลขทศนิยม เมื่อใช้วิธีการปัดตัวเลขให้เป็นจำนวนเต็ม จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 91 ราย

ข. เครื่องมือ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหนอนพยาธิ ตามแบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพสำหรับโครงการอ่างเก็บน้ำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562), ตลับเก็บอุจจาระ, กล้องจุลทรรศน์, น้ำเกลืออิ่มตัว, สไลด์แก้วและกระจกปิดสไลด์, ลูกยาง และ Pasteur pipette

ค. วิธีการเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแจกตลับเก็บอุจจาระ แนะนำวิธีการเก็บอุจจาระ และนัดหมายการส่งตัวอย่างอุจจาระเพื่อตรวจวิเคราะห์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง

ง. การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการประเมินแบบสอบถามและผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหาไข่พยาธิ รายงานเป็น 2 ค่าความเสี่ยง คือ พบ (เสี่ยง) และ ไม่พบไข่พยาธิ (ไม่มีความเสี่ยง)

2.4 ประเมินความเสี่ยงทางกีฏวิทยายุงพาหะสำหรับความเสี่ยงโรคติดต่อนำโดยแมลง เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสุ่มจับยุงพาหะนำโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ศึกษา โดยใช้เหยื่อคนเป็นตัวล่อ เก็บตัวอย่างยุง 4 จุด (ใกล้ภูเขา ใกล้แหล่งน้ำธรรมชาติ ใกล้ป่าพรุ และ ไกล้บ้านเรือนประชาชน)

ก. เครื่องมือ แบบบันทึกความหนาแน่นของยุง, ไฟฉาย, หลอดแก้ว, สำลี, ภาชนะใส่ยุง, ภาชนะดักลูกน้ำ (ถ้วยสีขาวหรือขัน), สวิงดักลูกน้ำ

ข. วิธีการเก็บข้อมูล

- นักวิจัยซึ่งเป็นเหยื่อล่อยุง สวมใส่กางเกงขาสั้น เริ่มดำเนินการจับยุงในแต่ละจุด เวลา 18.00 น. ไปจนถึงเวลาเที่ยงคืน โดยนั่งเก้าอี้เป็นรอบ ๆ ละ 50 นาที และหยุดพัก 10 นาที รวมทั้งหมด 6 รอบ

- ก่อนวันดำเนินการและวันดำเนินการจับยุง บริเวณพื้นที่ไม่มีการพ่นสารเคมี สุมไฟหรือจุดยากันยุง ไม่มีผู้คนรบกวน

- ขณะจับยุง เมื่อมียุงมาเกาะตามร่างกาย ใช้หลอดแก้วครอบเมื่อยุงบินเข้าหลอดแก้วให้ใช้สำลีปิดปากหลอดแก้วดังกล่าว

- หลังเสร็จสิ้นการจับยุง นักวิจัยนำยุงที่จับได้ทั้งหมดมาจำแนกชนิดของยุงและบันทึก ลงแบบบันทึกความหนาแน่นของยุง

- นำตัวอย่างยุงที่เป็นยุงก้นปล่อง และยุงเสือ ส่งวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหาเชื้อก่อโรคไข้มาลาเรีย และ วิเคราะห์หาเชื้อก่อโรคเท้าช้าง

- ใช้อุปกรณ์จับลูกน้ำยุงบริเวณแหล่งน้ำธรรมชาติใกล้แหล่งจับยุงตัวแก่ เพื่อจำแนกชนิดของยุง

ค. การวิเคราะห์ข้อมูล การจับยุงตัวแก่และลูกน้ำยุงเพื่อวิเคราะห์ความชุก และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อที่มียุงเป็นพาหะ โดยเฉพาะโรคไข้มาลาเรีย และโรคเท้าช้าง ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวเคยมีการระบาดของโรคดังกล่าว โดยแบ่งค่าความเสี่ยงเป็น 2 ประเภท คือ มีความเสี่ยง และไม่มีความเสี่ยง

2.5 ข้อมูลความเสี่ยงจากการอุปโภค บริโภคน้ำดื่มน้ำใช้จากระบบประปาหมู่บ้าน เก็บตัวอย่างน้ำประปาหมู่บ้าน จำนวน 6 จุด ตรวจวิเคราะห์และทดสอบคุณภาพน้ำประปา เปรียบเทียบตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ก. เครื่องมือ ขวดเก็บตัวอย่างน้ำประปาจุดละ 4 ขวด, สำลี แอลกอฮอล์, ลังโฟม และ น้ำแข็ง

ข. วิธีการเก็บข้อมูล เก็บตัวอย่างน้ำประปาแต่ละจุดโดยใช้วิธีการเก็บตามหลักเกณฑ์ปฏิบัติของการเก็บน้ำประปาเพื่อตรวจสอบคุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 นำตัวอย่างน้ำประปาที่เก็บในภาชนะทั้งหมดบรรจุในลังโฟมและใส่น้ำแข็งให้ทั่วถึงเพื่อเป็นการรักษาคุณภาพตัวอย่างน้ำประปา และลดการเจริญเติบโตของเชื้อโรคที่ต้องการทดสอบ พร้อมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ค. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพน้ำประปาเปรียบเทียบตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563 ซึ่งทดสอบคุณภาพจำนวน 21 พารามิเตอร์ นำผลการตรวจ

วิเคราะห์ที่ได้มาประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยแบ่งความเสี่ยงเป็น 2 ประเภท คือ มีความเสี่ยง และไม่มีความเสี่ยง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผ่านการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 072/2566 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อห่วงกังวลและการกำหนดขอบเขตการศึกษาตามปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลมีข้อห่วงกังวลของผลกระทบต่อสุขภาพและร่วมกำหนดขอบเขตของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งในระยะก่อนมีการก่อสร้าง ระยะก่อสร้าง และระยะดำเนินการที่จะมีการกักเก็บน้ำและพัฒนาบริเวณอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริให้เป็นแหล่งท่องเที่ยว โดยประเด็นหลักที่มีข้อห่วงกังวลที่เชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งคุกคามต่อสุขภาพและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพประเด็นหลัก ๆ ประกอบด้วย ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความขัดแย้งกรณีการเวนคืนที่ดิน ปัญหาโรคติดต่อที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยเฉพาะโรคมาลาเรีย โรคฉี่หนู โรคไข้เลือดออก เป็นต้น ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่มีผลเชื่อมโยงการเพิ่มปริมาณยานพาหนะทั้งระยะก่อสร้างและการพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยว ปัญหาอุบัติเหตุจมน้ำโดยเฉพาะกลุ่มเด็ก/เยาวชนที่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำได้สะดวกขึ้น ปัญหาคลื่นลมร้อนสาเหตุจากบริบทเดิมบริเวณบ้านเรือนประชาชนตั้งอยู่ท่ามกลางสวนยางพารา แต่ปัจจุบันกลายเป็นพื้นที่ว่างเปล่า ปัญหาการแย่งชิงน้ำเพื่อการเกษตร การใช้น้ำอุปโภคบริโภคเนื่องจากการกักเก็บน้ำ การปล่อยน้ำ การไหลของน้ำระดับน้ำบาดาลและน้ำผิวดิน รวมทั้ง ปัญหาคุณภาพน้ำดื่มน้ำใช้ที่อาจจะปนเปื้อนสารเคมีและโลหะหนักตกค้างในแหล่งน้ำจากกิจกรรมการปรับเปลี่ยนอาชีพจากเกษตรกรสวนยางพารา เป็นการปลูกพืชผักและทำสวนทุเรียนใกล้แหล่งน้ำ เป็นต้น ปัญหาโรคหนอนพยาธิเนื่องจากกิจกรรมการเลี้ยงสัตว์ใกล้แหล่งน้ำ การเข้าถึงแหล่งอาหารปลา หอยน้ำจืดที่อาจจะมีการปนเปื้อนของหนอนพยาธิจากมูลสัตว์ใกล้แหล่งน้ำ เป็นต้น ข้อมูลดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ประเด็นข้อห่วงกังวลผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระยะโครงการ	กิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ	สิ่งคุกคามต่อสุขภาพ	กลุ่มเสี่ยง	ผลกระทบต่อสุขภาพ
ระยะก่อนก่อสร้าง/ระยะก่อสร้าง	- นโยบายสาธารณะการก่อสร้างอ่างเก็บน้ำในพื้นที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งจากกรณีค่าเวนคืนและการเข้าพื้นที่เพื่อดำเนินโครงการ	สุขภาพจิต	- ประชาชนที่ถูกเวนคืนที่ดิน - ประชาชนบริเวณรอบ ๆ พื้นที่ดำเนินการที่จะได้รับผลกระทบ	- ปัญหาสุขภาพจิตภาวะเครียด - การปรับตัวกับสภาพแวดล้อมทางสังคมใหม่

ระยะโครงการ	กิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ	สิ่งคุกคามต่อสุขภาพ	กลุ่มเสี่ยง	ผลกระทบต่อสุขภาพ
ระยะก่อสร้าง	ก่อสร้างอ่างเก็บน้ำและอาคารสถานที่/ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม	โรคติดต่อที่มียุงเป็นพาหะ โรคติดต่อ (หนู/สัตว์ฟันแทะเป็นพาหะ) โรคติดต่อ (โรคระบาด)	- ประชาชนในพื้นที่ - ประชากรที่ย้ายเข้ามาอยู่ในพื้นที่ - เจ้าหน้าที่อ่างเก็บน้ำ/คนงานก่อสร้าง	- โรคมาลาเรีย, โรคไข้เลือดออก, โรคชิคุนกุนยา - โรคฉี่หนู - โรคโควิด-19
	ฝุ่นจากการก่อสร้างอ่างเก็บน้ำและทำถนนทางเข้าโครงการ	โรคไม่ติดต่อ		- โรคระบบทางเดินหายใจ
	ช่วงก่อสร้างมีรถบรรทุกเข้าออกในพื้นที่มาก	อุบัติเหตุทางถนน		บาดเจ็บ/ตาย
	การกักเก็บน้ำในอ่างเก็บน้ำเด็ก/ประชาชนคนงานลงเล่นน้ำ/กิจกรรมประมง	อุบัติเหตุจมน้ำ/เด็กจมน้ำ	- เด็กและประชาชนในพื้นที่ - คนงานก่อสร้าง	บาดเจ็บ/ทุพพลภาพ/เสียชีวิต
	ตัดต้นไม้ (ต้นยางพารา, ไม้ยืนต้นอื่น ๆ) อากาศร้อน ลมแรง พัดแผ่นหลังคาปลิว	ลมร้อน/คลื่นความร้อน	- ประชาชนในพื้นที่	- อุณหภูมิ/อากาศร้อนขึ้น - เป็นลม
ระยะดำเนินการ/เก็บน้ำ/เปิดแหล่งท่องเที่ยว	ความขัดแย้งจากกรณีค่าเวนคืน	สุขภาพจิต/สุขภาวะทางสังคม	- ประชาชนที่ถูกเวนคืนที่ดิน - ประชาชนบริเวณรอบ ๆ พื้นที่ดำเนินการที่จะได้รับผลกระทบ	ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะเครียด การเข้าพื้นที่ของคนต่างถิ่น ยาเสพติด ที่ทำกิน การใช้พื้นที่ทำกิน
ระยะดำเนินการ/เก็บน้ำ/เปิดแหล่งท่องเที่ยว	ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม	โรคติดต่อที่มียุงเป็นพาหะ โรคติดต่อจากน้ำเป็นสื่อ (หนู/สัตว์ฟันแทะเป็นพาหะ) โรคติดต่อ (โรคระบาด) อุบัติเหตุทางถนน	- ประชาชนในพื้นที่ - ประชากรที่ย้ายเข้ามาอยู่ในพื้นที่ - เจ้าหน้าที่อ่างเก็บน้ำ - ประชาชนที่มาเที่ยว/พักผ่อน	- โรคมาลาเรีย, โรคไข้เลือดออก, โรคชิคุนกุนยา - โรคฉี่หนู - โรคโควิด-19 - บาดเจ็บ/ตาย

ระยะโครงการ	กิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ	สิ่งคุกคามต่อสุขภาพ	กลุ่มเสี่ยง	ผลกระทบต่อสุขภาพ
	การกักเก็บน้ำในอ่างเก็บน้ำ เด็ก/ประชาชน/ นักท่องเที่ยวลงเล่นน้ำ/ ประมง/เลี้ยงสัตว์	อุบัติเหตุจมน้ำ/เด็กจมน้ำ	- เด็กและประชาชนในพื้นที่ - ประชาชนที่มาเที่ยว/พักผ่อน	บาดเจ็บ/ทุพพลภาพ/เสียชีวิต
	ตัดต้นไม้ (ต้นยางพารา, ไม้ยืนต้นอื่น ๆ) เปลี่ยนสภาพป่าเป็นแอ่งน้ำ	ลมร้อน/คลื่นความร้อน อากาศร้อนขึ้น	- ประชาชนในพื้นที่	เป็นลม
	- การกักเก็บน้ำ การปล่อยน้ำ การไหลของน้ำระดับน้ำบาดาลและน้ำผิวดิน - คุณภาพน้ำดื่มน้ำใช้/สารเคมีและโลหะหนักตกค้างในแหล่งน้ำ	การแย่งชิงน้ำเพื่อทำการเกษตร น้ำใช้อุปโภค (น้ำแล้ง/น้ำท่วมพื้นที่ทำการเกษตรและพักอาศัย)	- ประชาชนในพื้นที่	- สุขภาพจิต เครียด - ขาดรายได้ ส่งผลต่อความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิต
	การปรับเปลี่ยนอาชีพจากเกษตรกรรมเชิงเดี่ยวเป็นการประมง/เลี้ยงสัตว์ร่วมด้วย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการบริโภคอาหาร(บริโภคผักปลา ที่มาจากบริเวณอ่างเก็บน้ำ	- โรคหนอนพยาธิ - สารเคมีตกค้างในเลือด	ประชาชนในพื้นที่	- การเจริญเติบโตของร่างกาย/โรคที่มีสาเหตุจากหนอนพยาธิ - เกิดโรคที่มีสาเหตุมาจากสารเคมีตกค้างในร่างกาย

ตารางที่ 3 ขอบเขตของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระยะโครงการ	ประเด็นศึกษา	ตัวชี้วัด	ประชากรศึกษา	พื้นที่ศึกษา	วิธีการ/เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ระยะก่อสร้าง/เริ่มดำเนินการ/	ภาวะสุขภาพจิต	ระดับความเครียด	- ประชาชนที่ถูกเวนคืนที่ดิน - ประชาชนบริเวณรอบ ๆ พื้นที่	บริเวณรอบพื้นที่ก่อสร้างรัศมี 2 กิโลเมตร	- แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต

ระยะโครงการ	ประเด็นศึกษา	ตัวชี้วัด	ประชากรศึกษา	พื้นที่ศึกษา	วิธีการ/เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ระยะดำเนินการ			ดำเนินการที่จะได้รับผลกระทบ		- จัดเวทีสนทนากลุ่ม
	โรคติดต่อที่มียุงเป็นพาหะ - โรคมาลาเรีย - โรคไข้เลือดออก - โรคชิคุนกุนยา โรคติดต่ออื่น ๆ - โรคฉี่หนู	- ยุงพาหะ - พฤติกรรมเสี่ยง (การย้ายถิ่น, อาชีพ, การป้องกันตนเอง) - สุขภาวะ (จำนวน/อัตราป่วย/อัตราตาย) อุบัติการณ์โรคฉี่หนูในพื้นที่	- ประชาชนในพื้นที่ - ประชากรที่ย้ายเข้ามาอยู่ในพื้นที่ - เจ้าหน้าที่อ่างเก็บน้ำ/คนงานก่อสร้าง	บริเวณรอบพื้นที่ก่อสร้างรัศมี 2 กิโลเมตร	- ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ จาก รพ.สต. และ รพ. - จัดเวทีสนทนากลุ่ม - ประเมินความเสี่ยงของพื้นที่
	โรคติดต่อ (โรคระบาด) โรคโควิด-19	จำนวน อัตราป่วย อัตราตาย โรคโควิด-19 ในพื้นที่	- ประชาชนในพื้นที่ - ประชากรที่ย้ายเข้ามาอยู่ในพื้นที่ - เจ้าหน้าที่อ่างเก็บน้ำ/คนงานก่อสร้าง	ทั้งตำบลกรุงหยัน	- ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ จาก รพ.สต. และ รพ. - จัดเวทีสนทนากลุ่ม
ระยะก่อสร้าง/เริ่มดำเนินการ/ระยะดำเนินการ	โรคไม่ติดต่อ - โรคระบบทางเดินหายใจ (ฝุ่น)	จำนวนรับบริการโรคระบบทางเดินหายใจที่ให้ประวัติสาเหตุการเจ็บป่วยเนื่องจากฝุ่นจากการดำเนินการอ่างเก็บน้ำทุกขั้นตอนทุกกระบวนการ	- ประชาชนในพื้นที่ - ประชากรที่ย้ายเข้ามาอยู่ในพื้นที่ - เจ้าหน้าที่อ่างเก็บน้ำ/คนงานก่อสร้าง	บริเวณรอบพื้นที่ก่อสร้างรัศมี 500 เมตร และบริเวณถนนทางเข้าพื้นที่ (เริ่มต้นจากถนนสายหลัก)	- ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ จาก รพ.สต. และ รพ. - จัดเวทีสนทนากลุ่ม
ระยะก่อสร้าง/เริ่มดำเนินการ/ระยะดำเนินการ	อุบัติเหตุจมน้ำ/เด็กจมน้ำ	อุบัติการณ์ของอุบัติเหตุจมน้ำ/เด็กจมน้ำ	- เด็กและประชาชนในพื้นที่ - คนงานก่อสร้าง	บริเวณอ่างเก็บน้ำที่กำลังดำเนินการก่อสร้าง	- ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ จาก รพ.สต. และ รพ. - จัดเวทีสนทนากลุ่ม

ระยะโครงการ	ประเด็นศึกษา	ตัวชี้วัด	ประชากรศึกษา	พื้นที่ศึกษา	วิธีการ/เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
	อุบัติเหตุทางถนน การบาดเจ็บ/การตายจากอุบัติเหตุทางถนนช่วงก่อสร้างมีรถบรรทุกเข้าออก	สถิติอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ที่มีสาเหตุหลักจากยานพาหนะเข้า-ออกพื้นที่ก่อสร้างหรือสาเหตุจากวัสดุอุปกรณ์พื้นที่ก่อสร้าง	- ประชาชนในพื้นที่ - ประชากรที่ย้ายเข้ามาอยู่ในพื้นที่ - เจ้าหน้าที่อ่างเก็บน้ำ/คนงานก่อสร้าง	ตำบลกรุงหยัน	- ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ จาก รพ.สต. และ รพ. - จัดเวทีสนทนากลุ่ม
	ลมร้อน/คลื่นความร้อน - อุณหภูมิ/อากาศร้อน - เป็นลม	- จำนวนผู้ที่มีผลกระทบจากลมร้อน/คลื่นความร้อน - ความเสียหายบ้านเรือนจากลมพัดแรง	- ประชาชนในพื้นที่	บริเวณรอบพื้นที่ก่อสร้างรัศมี 2 กิโลเมตร	- ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ จาก รพ.สต.และ รพ. - จัดเวทีสนทนากลุ่ม
	คุณภาพแหล่งน้ำ	- คุณภาพน้ำประปา/แหล่งน้ำ	- ระบบประปา/แหล่งน้ำในพื้นที่	บริเวณรอบพื้นที่อ่างฯ	- ตรวจคุณภาพน้ำประปา
	มูลฝอยในชุมชน	- การจัดการมูลฝอยชุมชน	- ประชาชนในพื้นที่	ตำบลกรุงหยัน	- จัดเวทีสนทนากลุ่ม
	- โรคหนอนพยาธิ	- จำนวนผู้ที่เสี่ยงโรคหนอนพยาธิ	- ประชาชนในพื้นที่	บริเวณรอบพื้นที่อ่างฯ	- เก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจประเมินความเสี่ยง
	- สารเคมีตกค้างในเลือด	- จำนวนผู้ที่เสี่ยงสารเคมีตกค้างในร่างกาย	- ประชาชนในพื้นที่	บริเวณรอบพื้นที่อ่างฯ	- เก็บตัวอย่างเลือดตรวจประเมินความเสี่ยง

2. ผลการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

2.1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากรและสิ่งแวดล้อม

พื้นที่ศึกษามีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่มสลับภูเขา มีลำคลองไหลผ่าน อากาศแบบมรสุมเมืองร้อนมี 2 ฤดู ฤดูร้อน ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน และฤดูฝน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมกราคม พื้นที่ส่วนหนึ่งเป็นสวนยางพารา อยู่ในความดูแลขององค์การสวนยาง ประชากรในเขตพื้นที่ศึกษา จำนวน 5,985 คน 1,626 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (สวนยางพารา สวนปาล์มน้ำมัน ปลูกผัก และสวนทุเรียน (เริ่มมีการปลูก)) ร้อยละ 78.95 รองลงมาอาชีพรับจ้างทั่วไปและรับจ้างกรีดยาง ร้อยละ 15.31 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.12 อัตราส่วนวัยทำงานต่อวัยพึ่งพิง เท่ากับ 1:0.57 รายได้เฉลี่ย 52,750 บาทต่อคนต่อปี ระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิดูแลโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งการรับบริการสุขภาพที่สูงขึ้นส่งต่อเข้ารับบริการโรงพยาบาลทั่วไป ระยะทางเฉลี่ย 4, 10 และ 40 กิโลเมตร ตามลำดับ รวมทั้งมีระบบบริการหน่วยกู้ชีพกู้ภัยภายในตำบลภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล การคมนาคมถนนสายหลัก 1 สาย และถนนสายรองภายในหมู่บ้านสามารถเชื่อมต่อไปพื้นที่ภายในอำเภอและระหว่างอำเภอ รูปแบบการปกครองโดยองค์การบริหารส่วนตำบล มีความครอบคลุมในการดำเนินการตามบทบาทเกี่ยวกับการดูแลสวัสดิการพื้นฐานของประชาชนในพื้นที่ทั้งกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มปกติ เช่น สวัสดิการกลุ่มผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรีและเด็ก เป็นต้น มีข้อบัญญัติท้องถิ่นในด้านต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพของชุมชน ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารราชการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม เช่น ข้อบัญญัติกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ข้อบัญญัติการเลี้ยงสัตว์ ข้อบัญญัติการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค เป็นต้น รูปแบบการจัดการมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบล ไม่มีบริการรถเก็บขนมูลฝอย แต่มีการสร้างจิตสำนึกการลดปริมาณมูลฝอย การคัดแยก และกำจัดระดับครัวเรือน รูปแบบการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค ทั้ง 5 หมู่บ้าน มีระบบประปา จำนวน 6 จุด ก่อสร้างโดยองค์การบริหารส่วนตำบล ดูแลระบบและบริหารจัดการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมกับคณะกรรมการประปาแต่ละหมู่บ้าน การรวมกลุ่มของสมาชิกในชุมชนมีความหลากหลาย ทั้งการรวมกลุ่มเพื่อการทำกิจกรรมพัฒนาชุมชน การรวมกลุ่มเพื่อพัฒนาอาชีพสร้างรายได้ และการรวมกลุ่มเพื่อการคัดค้านกรณีการก่อสร้างอ่างเก็บน้ำ

นโยบายการสร้างอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ ในพื้นที่ศึกษาเกิดขึ้นจากความต้องการแก้ปัญหาน้ำท่วมซ้ำซากและน้ำแล้งประจำทุกปีในพื้นที่ตำบลกรุงหยันและตำบลใกล้เคียง ศึกษาความเหมาะสม และสำรวจเพื่อออกแบบเมื่อปี พ.ศ. 2528 แต่ชะลอโครงการเนื่องจากปัญหาความขัดแย้งเรื่องที่ดินและความวิตกกังวลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เริ่มก่อสร้างในปี พ.ศ. 2563 แต่ยังคงมีความขัดแย้งเนื่องจากประชาชนบางส่วนยังไม่ได้รับความเป็นธรรมในการเวนคืนที่ดิน การจ่ายเงินทดแทน และการจัดสรรที่อยู่อาศัยและทำกินแห่งใหม่

2.2 การประมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ผลการประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.35 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 11.65 ลักษณะการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้สัมผัสสารเคมีหรือผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยตรง แต่ใช้ในกิจกรรมการเพาะปลูกพืชผักปริมาณไม่มากน้อยกว่า 1 ไร่ ต้องดูแลสวนทุเรียนหลังจากจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชภายในสวนทุเรียน และการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนยางพารา หรือการติดตามดูแลหลังการว่าจ้าง เป็นต้น ความเสี่ยงจากการ

สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 83.69 รองลงมา ระดับปลอดภัย ร้อยละ 11.47 ระดับเสี่ยง ร้อยละ 4.30 และ ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 0.54 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยมากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ที่มีอาชีพหลักในการเพาะปลูกพืชผักตามฤดูกาล หรือรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้กับสวนผักและสวนทุเรียน นำเสนอข้อมูลดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n=558)

ระดับความเสี่ยง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (%)	เพศ	
		ชาย (%)	หญิง (%)
ปกติ	467 (83.69)	26 (5.57)	441 (94.43)
ปลอดภัย	64 (11.47)	26 (40.63)	38 (59.37)
เสี่ยง	24 (4.30)	10 (41.67)	14 (58.33)
ไม่ปลอดภัย	3 (0.54)	3 (100)	0
รวม	**558**	**65 (11.65)**	**493 (88.35)**

2.3 การประเมินความเสี่ยงโรคหนอนพยาธิ

ผลการประเมินความเสี่ยงโรคหนอนพยาธิที่สำคัญของพื้นที่ศึกษา คือ พยาธิปากขอ, พยาธิไส้เดือน และ พยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดี ทั้งประเด็น การรับประทานอาหารสุกมากกว่าร้อยละ 99 มีพฤติกรรมการสวมรองเท้าก่อนออกจากบ้าน ร้อยละ 100 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ร้อยละ 97.80 รวมทั้งมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 100 ข้อมูลดังตารางที่ 5 ซึ่งสัมพันธ์กับผลการประเมินความเสี่ยงโรคหนอนพยาธิโดยการเก็บตัวอย่างอุจจาระตรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่พบไม่พบไข่พยาธิในตัวอย่างอุจจาระ

ตารางที่ 5 ผลการประเมินความเสี่ยงโรคหนอนพยาธิ

พฤติกรรมการป้องกันโรค	ระดับความเสี่ยง (n=91)	
	เสี่ยง (%)	ไม่เสี่ยง (%)
การรับประทานอาหารสุก	0	91 (100)
การสวมรองเท้าก่อนออกจากบ้าน	0	91 (100)
การบริโภคอาหาร (การล้างผัก รับประทานปลาน้ำจืดหอย เนื้อสัตว์สุก การล้างมือก่อน/หลังอุจจาระ)	2 (2.20)	89 (97.80)
การขับถ่ายอุจจาระ (ถ่ายอุจาระในส้วม)	0	91 (100)
ผลการตรวจอุจาระหาไข่พยาธิ	0	91 (100)

2.4 การประเมินความเสี่ยงทางกีฏวิทยายุงพาหะ

ผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศน์เพื่อก่อสร้างอ่างเก็บน้ำ อาจจะส่งผลกระทบต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่บริเวณพื้นที่การสร้างอ่างเก็บน้ำที่ต้องถูกเวนคืนที่ดินและต้องไปอาศัยต่างถิ่นอาศัยเดิม ซึ่งพื้นที่อาศัยใหม่

ตามที่รัฐกำหนดจัดสรรให้จะอยู่ไกล้พื้นที่ชายขอบป่าใกล้ภูเขา ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงที่อาจจะก่อโรคไข้มาลาเรีย การศึกษาความหนาแน่นและการกระจายของยุงก้นปล่องโดยวิธีการใช้คนเป็นเหยื่อล่อ พบยุงตัวเต็มวัยเพศเมีย ทั้งหมด 172 ตัว ประกอบด้วย ยุงก้นปล่อง จำนวน 26 ตัว คิดเป็นร้อยละ 15.12 ยุงลายสวน จำนวน 39 ตัว คิดเป็นร้อยละ 22.67 และยุงรำคาญ จำนวน 107 ตัว คิดเป็นร้อยละ 62.21 จากการศึกษายุงก้นปล่องที่จับได้ทั้ง 26 ตัว ไม่พบว่าเป็นยุงพาหะหลัก และพาหะรอง แต่เป็นยุงพาหะสงสัย ชนิด An. barbirostris ทั้ง 26 ตัว เมื่อนำยุงก้นปล่องที่จับได้ทั้งหมดไปตรวจต่อมน้ำลาย เพื่อหาเชื้อมาลาเรียในต่อมน้ำลาย สรุปไม่พบเชื้อมาลาเรีย รวมทั้งการสำรวจลูกน้ำยุงก้นปล่องตามแหล่งน้ำในพื้นที่ก็ไม่พบความเสี่ยง ดังนั้น ผลจากการประเมินความเสี่ยงทางกฎวิทยายุงพาหะ จึงไม่พบความเสี่ยงของโรคไข้มาลาเรีย แต่บริเวณพื้นที่รัศมี 5 กิโลเมตร รอบโครงการก่อสร้างอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ โดยเฉพาะบริเวณที่เป็นภูเขาจะมีลิงอาศัยอยู่จำนวนมากซึ่งถือเป็นความเสี่ยงหนึ่งของการเกิดโรคไข้มาลาเรีย

2.5 ข้อมูลความเสี่ยงด้านคุณภาพน้ำอุปโภค บริโภค

ผลการประเมินความเสี่ยงน้ำอุปโภค บริโภค โดยการเก็บตัวอย่างน้ำประปาจำนวน 6 จุด/ตัวอย่าง ซึ่งเป็นน้ำประปาที่ประชาชนในพื้นที่ใช้อุปโภค ในกิจกรรมการปรุงอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ เป็นต้น แต่ไม่ได้ใช้ในการบริโภค พบว่า แหล่งน้ำดิบในการผลิตน้ำประปา จำนวน 4 จุด/ตัวอย่าง มาจากน้ำบาดาล และจำนวน 2 จุด/ตัวอย่าง มาจากแหล่งน้ำผิวดิน ทั้ง 6 จุด/ตัวอย่าง มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำประปาเพียงบางส่วนก่อนจ่ายน้ำประปาให้ประชาชน ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปาเปรียบเทียบตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 21 พารามิเตอร์ พบว่า ผลการทดสอบทางกายภาพ ตัวอย่างน้ำประปาทั้ง 6 จุด/ตัวอย่าง มีสีเหลืองจาง มีตะกอน ผลการทดสอบทางเคมี พบค่าเหล็กเกินมาตรฐานกำหนด จำนวน 2 จุด/ตัวอย่าง (2.484 mg/l= 1 ตัวอย่าง, 0.559 mg/l = 1 ตัวอย่าง (ค่ามาตรฐาน <0.3 mg/l)) และ พบค่าแมงกานีสเกินมาตรฐานกำหนด จำนวน 1 จุด/ตัวอย่าง (0.774 mg/l = 1 ตัวอย่าง(ค่ามาตรฐาน <0.3 mg/l)) ผลการทดสอบทางชีวภาพ พบค่าโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และ อีโคไล มีค่าเกินมาตรฐานกำหนดทั้ง 6 จุด/ตัวอย่าง ข้อมูลดังตารางที่ 6 ผลการประเมินความเสี่ยง พบว่า ตัวอย่างน้ำประปาทั้ง 6 จุด/ตัวอย่าง อยู่ในระดับเสี่ยง

ตารางที่ 6 ผลการประเมินความเสี่ยงคุณภาพน้ำอุปโภคบริโภค

คุณภาพมาตรฐานน้ำประปา	ระดับความเสี่ยง (n=6)	
	เสี่ยง (%)	ไม่เสี่ยง (%)
การทดสอบทางกายภาพ	6 (100)	0
การทดสอบทางเคมี		
- ค่าเหล็ก	2 (33.33)	4 (66.67)
- ค่าแมงกานีส	1 (16.67)	5 (83.33)
การทดสอบทางชีวภาพ		
- โคลิฟอร์ม	6 (100)	0
- อีโคไล	6 (100)	0
ภาพรวมคุณภาพมาตรฐานน้ำประปา	**6 (100)**	**0**

หมายเหตุ นำเสนอเฉพาะพารามิเตอร์ที่พบความเสี่ยง (เกินค่ามาตรฐานกำหนด)

3. มาตรการติดตามและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ

3.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสร้างองค์ความรู้/สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการดำรงชีพแบบภายใต้บริบทเดิมสู่บริบทใหม่

3.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จะต้องกำหนดข้อบัญญัติท้องถิ่นที่มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะประเด็นปัญหาที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการสร้างอย่างเก็บน้ำอันเนื่องมาจากพระราชดำริ เช่น การใช้สารเคมีในการทำการเกษตรใกล้แหล่งน้ำ เป็นต้น

3.3 หน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับควรมีการประเมินพื้นที่ด้านการจัดการโรคและภัยสุขภาพและการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สร้างองค์ความรู้/สร้างความตระหนักเรื่องการป้องกันตนเอง/อาการ/การติดต่อ/การรักษาพยาบาล ปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อการควบคุมวงจรการเกิดโรคตามหลักการระบาดวิทยา

3.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการปรับปรุงคุณภาพน้ำเพื่ออุปโภคบริโภค ให้ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2563 และมีการเก็บตัวอย่างน้ำตรวจคุณภาพมาตรฐานประจำทุก 6 เดือน รวมทั้งควรปรับเปลี่ยนการใช้แหล่งน้ำดิบจากน้ำบาดาลหรือน้ำผิวดิน มาเป็นการบริหารจัดการระบบประปาแหล่งเดียวโดยใช้น้ำจากอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องจากพระราชดำริ

3.5 สมาชิกในชุมชนควรมีการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจจะมีผลมาจากกรณีการสร้างอ่างเก็บน้ำคลองสังข์อันเนื่องมาจากพระราชดำริ

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลและอภิปรายผล

ผลจากการศึกษา พบว่า ประเด็นข้อห่วงกังวลที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูลที่เชื่อมโยงกับผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งนำไปสู่การวางแผนการกำหนดขอบเขตของการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ การกำหนดประเด็นสอดคล้องกับแนวทางการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562), Sivasuriyan, A., *et al* (2022) และ Lerer L.B. and Scudder T. (1999) การศึกษาผลกระทบที่เกิดจากนโยบายสาธารณะด้านการก่อสร้างอ่างเก็บน้ำทุกขนาดนอกการศึกษาผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ด้านนิเวศวิทยา ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งจากรายงานการศึกษาผลกระทบเบื้องต้น พบว่า ประชาชนในพื้นที่ให้ความสำคัญกับปัญหาความขัดแย้งกรณีการเวนคืนที่ดินเป็นลำดับต้น ๆ แต่ประเด็นที่มีความสำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งผลกระทบประเด็นต่าง ๆ จะมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพทั้งการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม ระบบนิเวศสังคม หรือเศรษฐกิจ ทั้งวงจรการเกิดโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคและภัยสุขภาพที่มีผลมาจากด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นหลักที่มีความสำคัญ คือ การเฝ้าระวังโรคติดต่อ ทั้งโรคมาลาเรีย โรคฉี่หนู และโรคไข้เลือดออก สาเหตุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ มีแหล่งน้ำขัง ลักษณะอาชีพ และการย้ายถิ่น เป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดสมดุลของการเกิดโรคติดต่อตามหลักการทางระบาดวิทยา

จากผลการศึกษาความเสี่ยงสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 4.30 และอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 0.54 ซึ่งภายหลังการกักเก็บน้ำในอ่างเก็บน้ำ ประชาชนจะมีอาชีพเสริมเพิ่มขึ้นโดยการทำการเกษตร ปลูกพืชผักและทำสวนทุเรียน ทดแทนอาชีพสวนยางพาราที่ถูก

เวนคืนที่ดินเพื่อก่อสร้างอ่างเก็บน้ำ ส่งผลให้มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น ในขณะที่การทำสวนยางพาราก็มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรัณญภัส รักศีล และ ปริศนา วงค์ล้อม (2564). พบว่าการทำสวนยางพารามีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับเสี่ยง ซึ่งการใช้สารเคมีต่าง ๆ จะส่งผลกระทบต่อการสะสมในดิน หรือถูกน้ำชะลงสู่พื้นที่อ่างเก็บน้ำ สะสมอยู่ในระบบนิเวศ พืช สัตว์ และมนุษย์ จึงจำเป็นจะต้องมีการสร้างองค์ความรู้ให้กับประชาชนในพื้นที่และมีการประเมินความเสี่ยงเป็นระยะ ๆ

ประเด็นความเสี่ยงโรคหนอนพยาธิถือว่าเป็นประเด็นที่มีความสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังและกำหนดมาตรการติดตาม ถึงแม้ผลการศึกษาไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิเนื่องจากขณะศึกษาอยู่ในช่วงของการก่อสร้างอ่างเก็บน้ำ ยังไม่ได้กักเก็บน้ำ แต่การศึกษาของ คำพล แสงแก้ว และ อรนาถ วัฒนวงษ์ (2565) พบความชุกของโรคหนอนพยาธิในประชาชน และโฮสต์กึ่งกลางในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่บริเวณพื้นที่โครงการอ่างเก็บน้ำแม่สอดตอนบน อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จึงจำเป็นจะต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามประเมินความเสี่ยงประจำทุกปีหลังการกักเก็บน้ำ

ผลการประเมินความเสี่ยงด้านคุณภาพน้ำอุปโภค บริโภค โดยการเก็บตัวอย่างน้ำประปาตรวจคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 พบว่าตัวอย่างน้ำประปาทั้ง 6 จุด/ตัวอย่าง มีความเสี่ยงโดยเฉพาะการตรวจพบค่าโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และ ค่าอีโคไล สูงกว่าค่ามาตรฐานกำหนดทั้งหมด ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ วราภรณ์ ถาวรวงษ์ (2565) ที่พบว่าคุณภาพน้ำประปาด้านแบคทีเรียปลายท่อ ส่วนใหญ่พบการปนเปื้อนแบคทีเรีย ร้อยละ 88.3 ซึ่งคุณภาพน้ำด้านแบคทีเรียก็พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพของระบบประปาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งด้านระบบประปา และด้านการควบคุมการผลิตและบำรุงรักษาระบบประปา มีผลต่อคุณภาพน้ำด้านแบคทีเรีย ส่วนความเสี่ยงด้านเคมีทั้งค่าเหล็กและค่าแมงกานีส มักจะพบได้ทั่วไปในแหล่งน้ำธรรมชาติ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการนำมาปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนให้ประชาชนนำไปใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรศักดิ์ นุ่มมีศรี และคณะ (2553) พบว่า คุณภาพน้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติมักจะพบค่าเหล็กและแมงกานีสสูงเกินมาตรฐานกำหนด ดังนั้นจะต้องมีการปรับปรุงคุณภาพน้ำร่วมกับการสร้างความตระหนักและให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพควรจะมีการเฝ้าระวังโดยการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพื่อนำผลที่ได้แต่ละครั้งมาเปรียบเทียบประเมินความเสี่ยง

2. การสื่อสารความเสี่ยงและสร้างความเข้าใจประเด็นปัญหาที่ประชาชนห่วงกังวลเป็นสิ่งสำคัญที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะมีการดำเนินการก่อนการเริ่มโครงการ

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบประปาควรร่วมมือกันดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงให้กับประชาชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและเก็บข้อมูลประเมินความเสี่ยงแยกรายประเด็นปัญหาเพื่อนำมาเปรียบเทียบให้เห็นมิติของผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านบวกและลบ

2. ควรศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนเมื่อมีนโยบายสาธารณะเกิดขึ้นในชุมชน

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Khamphon Sangkaeo and Oranard Wattanawong. (2022). *The prevalence of helminthiasis in the population and intermediate hosts in the project site environment upper Mae Sot Reservoir, Mae Sot District, Tak Province.* Department Disease Control, Ministry of public Health.

Lerer L.B., Scudder T. (1999). *Health impacts of large dams.* Environmental Impact Assessment Review, 19 (2), pp. 113-123.

Ministry of Agriculture and Cooperatives. (2020). *Work plans and budgets under the environmental conservation and development plan Khlong Sang Reservoir Project under the Royal Initiative, Thung Yai District, Nakhon Si Thammarat Province, Fiscal Year 2021.* Royal Irrigation Department.

Ministry of Natural Resources and Environment. (2023). *Determine the project, business or operation which requires an environmental impact assessment report and the criteria, methods and conditions for preparing the environmental impact assessment report, B.E. 2023.*

Ministry of Public Health. (2013). *Guidelines for applying health impact assessment at the local level.* Nonthaburi. Health Impact Assessment Division, Department of Health.

Ministry of Public Health. (2014). *Work risk assessment for farmers from exposure to pesticides.* Nonthaburi. Division Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control.

Ministry of Public Health. (2015). *Knowledge about screening for risk from exposure to pesticides using cholinesterase test paper (Cholinesterase reactive paper) for public health officials in primary health care units.* Nonthaburi. Division Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control.

Ministry of Public Health. (2019). *Guidelines for assessing health impacts from water resource development projects.* Nonthaburi. Health Impact Assessment Division, Department of Health.

Ministry of Public Health. (2020). *Quality criteria for drinking tap water, B.E. 2020.* Nonthaburi. Public Health Laboratory Division, Department of Health.

National Health Commission Office. (2017). *Criteria and methods for health impacts assessment resulting from public policies, No. 2, 2016.* Bangkok. Pimsupa.

National Health Commission Office. (n.d.). *Guidelines for community health impact assessment.* Bangkok.

Office of National Resources and Environmental Policy and Planning. (2023). *Guidelines for preparing environmental impact assessment reports for water resource development projects.* Bangkok. October.

Saranyaphat Rakseen and Prisana Wonglom (2021). *Farmer's behavior in using agricultural chemical for upland rice intercropping of immature rubber plantation in Khao Phra Thong sub-district, Cha-Uat district, Nakhon si thammarat province.* KHON KAEN AGRICULTURE JOURNAL SUPPL. (1), 720-724.

Sivasuriyan, A., Vijayan, D.S., Munusami, R. *et al.* (2022). Health assessment of dams under various environmental conditions using structural health monitoring techniques: a state-of-art review. *Environ Sci Pollut Res* 29, 86180–86191.

Surasak Noommeesri et al. (2010). *Management of water resources for consumption in the Yuam River Basin, Mae Hong Son Province.* Chang Mai Rajabhat University.

Waraporn thawornwong. (2022). *The relationship between the quality of local tap water in terms of bacteria and the efficiency of the local government organization's water supply system.* Bureau of Food and Water Sanitation, Department of Health, Ministry of Public Health.

Wayne W., D. (1995). Biostatistics: *A Foundation of Analysis in the Health Sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc., 180.

Communication Strategies for referral policy of Primary Health Care System into Practice

Narong Chaitiang[1*] Tawatchai Sunthonnon[2]

1 Assistant Professor, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute,

**Corresponding author: kongkangku69@gmail.com, Narong@pi.ac.th*

2 Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Trang, Praboromarajchanok Institute

Academic article

OPEN ACCESS

Citation: Chaitiang, Narong, & Sunthonnon, T. . Communication Strategies to forward Primary Health Care System Policy into Practice. Public Health Policy and Laws Journal. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/270764

Received: 12 February 2024
Revised: 22 March 2024
Accepted: 25 March 2024

Abstract

The aim of this article is to present a communication strategy for referral policy of primary health care system into practice. From Ministry of Public Health's policy under the concept of "Moving towards a quality primary health system under a new model of a district health system" that is complicated, toward simple practicality for the local community.The strategy consists of communication process of coordinating and collaborating to provide primary health services; communication and participation between the government sector, local government administration, private sector, and the public sector; and communication to create equity in health and access to health services. Such communication strategy can be applied to link information between primary care units with the power of integrated and continuous communication, which will be an important mechanism for the district health system's correct understanding for practice, leading to a concrete action.

Keywords: Communication Strategy; Primary Health Care System; Policy to Implementation

กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อส่งต่อนโยบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ

ณรงค์ ใจเที่ยง[1] ธวัชชัย สุนทรนนท์[2]

1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2 อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทความวิชาการ

วันรับ 12 ก.พ. 2567
วันแก้ไข 22 ก.พ. 2567
วันตอบรับ 25 มี.ค.2567

บทคัดย่อ

บทความเรื่องนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อส่งต่อนโยบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “ก้าวสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพภายใต้รูปแบบใหม่ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” ที่มีความซับซ้อนสู่ขั้นตอนการปฏิบัติได้ง่ายเชิงพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย การสื่อสารกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ การสื่อสารการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคเอกชนและภาคประชาชน และการสื่อสารเพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ กลยุทธ์การสื่อสารดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิด้วยพลังแห่งการสื่อสารแบบผสมผสานและต่อเนื่องจะเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องสู่การปฏิบัติในระบบสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

คำสำคัญ : กลยุทธ์การสื่อสาร; ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ; นโยบายสู่การปฏิบัติ

บทนำ

กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อส่งต่อนโยบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติมีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เนื่องจากการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อก่อให้เกิดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการสื่อสารในองค์กรเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กรและช่วยให้บุคลากรในองค์กรได้รับทราบข้อมูลต่างๆด้วยกระบวนการการสื่อสารภายในองค์กรที่จะสร้างความเข้าใจและสร้างวัฒนธรรมตลอดจนสามารถสร้างความมั่นคงให้กับองค์กรสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องเข้าใจและเข้าถึงกระบวนการสื่อสารเป็นอย่างดีในการติดต่อระหว่างบุคคล ในองค์กรมีลักษณะเป็นเครือข่ายซึ่งกระทำได้โดยใช้เครื่องมือในการสื่อความหมายด้วยการพูด การเขียน การใช้สัญลักษณ์เพื่อให้ผู้อื่นรับทราบซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ องค์กรจึงควรมุ่งมั่นที่จะสื่อสารเพื่อดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ขององค์กรจากเรื่องยากให้กลายเป็นเรื่องที่สามารถเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น (Thomas, K. , 2016) ทั้งนี้รวมไปถึงยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศรวมถึงนโยบายการพัฒนากลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนที่มุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาความมั่นคงเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในรูปแบบ “ประชารัฐ” ซึ่งค่อนข้างมีรายละเอียดที่ซับซ้อนยากต่อความเข้าใจได้โดยง่าย เช่น ยุทธศาสตร์มีเป้าหมายและประเด็นการพัฒนา ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ (Ministry of Public Health, 2023) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service) ที่มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศที่จะทำให้ ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ ประเทศไทยมีนโยบาย การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรูพื้นฐานเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งในบทความนี้นำเสนอกลยุทธ์ดังนี้ กลยุทธ์ที่ 1 กระบวนการสื่อสารในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด่านแรก กลยุทธ์ที่ 2 การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลยุทธ์ที่ 3 การสื่อสารเพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และกลยุทธ์ที่ 4 การสื่อสารด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิผู้เขียนจึงเสนอว่ากลยุทธ์การสื่อสารเพื่อส่งต่อนโยบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อส่งต่อนโยบายดังกล่าวของรัฐบาลสื่อสารนโยบายเศรษฐกิจของรัฐบาลผ่านเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องตามกระบวนการและกลยุทธ์การสื่อสารนโยบาย เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสร้างการรับรู้และใช้ประโยชน์จากนโยบายซึ่งจะสร้างความพึงพอใจและมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในเชิงพื้นที่ต่อไป

แนวคิดและความสำคัญของการสื่อสาร

การสื่อสารในฐานะที่เป็นองค์ประกอบของสังคมมีหน้าที่ในหลายประการ ในที่นี้ ผู้เขียนจะขอชี้ให้เห็นประเด็นหน้าที่ของการสื่อสารที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ โดยยึดหน้าที่หลักของการสื่อสารที่เชื่อมโยงกับประเด็นสุขภาพ ดังนี้ 1. หน้าที่ในการให้ข่าวสาร (Informative Function) คือการเป็นตัวกลางในการเผยแพร่ข่าวสารความเคลื่อนไหวให้คนในสังคมได้รับรู้โดยทั่วถึงกัน ในที่นี้

คือ การสื่อสารประเด็นสุขภาพต่างๆ เช่น การรู้จักโรคอุบัติใหม่ การรับรู้สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในชุมชน เป็นต้น 2.หน้าที่ในการชักจูงใจ (Persuasive Function) หมายถึง การโน้มน้าว ชักจูงใจให้เชื่อและคล้อยตามในสิ่งที่ผู้ส่งสารได้สื่อสารออกไป ในการสื่อสารสุขภาพ สื่อจะต้องตรวจสอบข้อมูลหรือสารก่อนนำเสนอผ่านสื่อไปยังผู้รับสารอย่างละเอียดถี่ถ้วน ไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดหรือความตื่นตระหนกต่อสังคม สื่อจะต้องทำหน้าที่ชักจูงใจให้เชื่อหรือคล้อยตามในสิ่งที่ถูกต้องดีงาม เช่น การป้องกันโรคที่กำลังน่าเป็นห่วงในชุมชน การลดอัตราอุบัติเหตุทางถนนด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อชักจูงใจประชาชนให้ประพฤติตามสิ่งที่สื่อนำเสนอเพื่อการลดอุบัติเหตุในสังคมหรือชุมชน เป็นต้น 3. หน้าที่ในการให้ความรู้ (Educational Function) หมายถึง การสร้างความรู้ความเข้าใจในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง การสื่อสารจะเข้ามามีบทบาทในการสร้างองค์ความรู้ดังกล่าว สำหรับประเด็นด้านสุขภาพที่เป็นประเด็นใกล้ตัวทุกคน และมีความจำเป็นที่ทุกคนจะต้องรู้เท่าทันและให้ความใส่ใจ สื่อจึงต้องทำหน้าที่เป็นตัวกลางให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพราะเมื่อประชาชนได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ก็จะส่งผลต่อทัศนคติที่เชื่อ คล้อยตามและประพฤติหรือลงมือปฏิบัติในสิ่งที่สื่อถ่ายทอดออกไป ซึ่งจะถือว่าเป็นผลสำเร็จ รูปแบบการติดต่อสื่อสารของ Berlo แบ่งส่วนประกอบสำคัญออกเป็น 4 ส่วน คือ ผู้ส่งสารหรือแหล่งข่าว สาร ช่องทางของการสื่อสาร และผู้รับสาร ซึ่งการสื่อสารเพื่อการพัฒนาจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีการดำเนินการอย่างแยบยล เหมาะสมกับสภาพการณ์ของบุคคลและพื้นที่ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องปฏิบัติตามกลยุทธ์ที่เหมาะสม (Adu, O. & Emmanuel, A., 2014)

สารประเด็นสำคัญ : นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในบทความนี้นำเสนอ ภายใต้แนวคิด ก้าวสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพภายใต้รูปแบบใหม่ระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยนำกลยุทธ์การสื่อสารมาเป็นเครื่องมือในการช่วยขับเคลื่อน

ก้าวสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ภายใต้รูปแบบใหม่ระบบสุขภาพระดับอำเภอ และกล่าวว่าประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง และมีสถานพยาบาลครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยระดับชุมชน มี อสม. รพ.สต. ดูแล ระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชน และระดับจังหวัดมีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ประสานการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นเครือข่าย อย่างไรก็ตาม ระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะระบบสุขภาพปฐมภูมิ ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรม (Office of Primary Health System Support, 2022) ทั้งนี้หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพคือประชาชนและชุมชน ต้องสร้างการมีส่วนร่วมและนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดระบบบริการให้ครอบคลุมประชากรทั้งกลุ่มสังคมเมือง กึ่งเมือง และพื้นที่พิเศษ สอดคล้องตามบริบททางสุขภาพของแต่ละพื้นที่ อาทิ การป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเป็นสังคมสูงอายุ ในส่วนของการดำเนินงานในระยะต่อไป จะมุ่งยกระดับบริการให้กับประชาชน ตามแนวนโยบายของรัฐบาล โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการควบคุมกำกับ ติดตามดูแลกฎหมาย และออกแบบระบบบริการสุขภาพของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ต้องมีการปรับโครงสร้างให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนไปหลังมีการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. ไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งการประชุมวิชาการในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิได้เห็นแนวโน้มของปัญหาระดับพื้นที่ชัดเจนขึ้น และนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนางานให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่ยิ่งขึ้น (Royal Thai Government, 2023)

ดังนั้นการสื่อสารความเข้าใจนโยบายดังกล่าวจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีการดำเนินการสื่อสารอย่างแยบยล จึงขอนำเสนอกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อส่งต่อ

นโยบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติดังต่อไปนี้

กลยุทธ์ที่ 1 กระบวนการสื่อสารในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด่านแรก

กลยุทธ์นี้จำเป็นต้องดำเนินการสื่อสารตามกระบวนการพัฒนางานบริการปฐมภูมิในประเทศไทย เพื่อสร้างความเข้าใจพื้นฐานจากอดีตถึงปัจจุบันและทิศทางการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต รวมถึงจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ผู้ส่งสารต้องมีการวางแผนร่วมกับผู้รับสารมีสารที่น่าสนใจเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและใช้สื่อที่มีความเหมาะสมและกลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจ การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย โดยสื่อสารข้อมูลจาการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทบทวน เอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มประเด็น การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มในเรื่องระบบบริการปฐมภูมิและทิศทางการดำเนินงานของระบบบริการปฐมภูมิที่ทำให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดี เน้นการให้การสื่อสารเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยมีการพัฒนาแนวคิด มาโดยตลอด จนปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ เนื่องจากมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ พ.ศ. 2561 ทำให้เกิดกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด่านแรก ตลอดจนการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและ ภาคประชาชน ทำให้ระบบการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับ ด้วยเทคโนโลยีและการบริการด้วยทีมหมอครอบครัวแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นการดูแลอย่างองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง นอกจากนี้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง จุดเน้นการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าถึงบริการในพื้นที่เขตเมือง โรงงานหรือสถานประกอบการขนาดใหญ่ จำเป็นต้องปรับปรุงและพัฒนาความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิ โดยจะลดข้อจำกัดในส่วนการบริหารและกฎระเบียบของภาครัฐ และเพิ่มประสิทธิภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของประชาชน (Phinyopornpanitchaya, B., 2019) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพเช่นกัน รวมทั้งมีบทบาทสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่น้ำหนักของบทบาทจะเน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ ไม่ซับซ้อน ไม่ได้กล่าวถึงคุณลักษณะในลักษณะของการดูแลที่ผสมผสานอย่างเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการไม่ได้เน้น บริการที่ดูแลประชาชนต่อเนื่อง แต่มีแผนงานที่กำหนดให้หน่วย งานเหล่านี้มีบทบาทในการประสานกับหน่วยงาน 5 กระทรวงหลักเพื่อการพัฒนาชุมชน และคุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวคิดของ สาธารณสุขมูลฐาน ลักษณะของแนวคิดดังกล่าวข้างต้นนี้ในประเทศไทย เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณค่าหรือศักดิ์ศรีของบริการระดับปฐมภูมิไม่เด่นชัด และด้อยกว่าบริการที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์สูง ต่อมาจึงมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยเน้นแนวคิดใหม่ที่ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีคุณค่าและ เอกลักษณ์ของตนเองที่ชัดเจน ปรับคำนิยามใหม่เป็น คำจำกัดความ ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิดและหลักการ (พ.ศ.2542) หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่าง ต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการ แพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน(Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา โรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วย แนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการประสานกับ

องค์กรชุมชนในท้องถิ่น (Phinyopornpanitchaya, 2019) เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล เน้นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพและการขับเคลื่อนสู่อนาคต (WHO, 1986 ; Umprommi, 2013)

กลยุทธ์ที่ 2 การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กลยุทธ์นี้เป็นการสื่อสารเพื่อเตรียมความพร้อมเชิงองค์กรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความพร้อมของชุมชน ซึ่งทัศนคติของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นต่อการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์ แข็งแรง และรูปแบบสื่อสารการมีส่วนร่วมทางการเมืองของภาคประชาชน ซึ่งองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นกลไกของการมีส่วนร่วมในเชิงปกครองหรือในเชิงโครงสร้างของชุมชนท้องถิ่นที่สำคัญ และการมีส่วนร่วมประชาชนเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการผลักดันให้เกิดการดำเนินภารกิจการพัฒนาท้องถิ่นให้ขับเคลื่อนไปได้การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเป็นสิ่งที่สำคัญ (Sriwanitchakorn, 2009) จึงควรมีการสื่อสารโดยเน้นการสร้างทัศนคติและกระตุ้นความกระตือรือร้นของประชาชนในพื้นที่ให้เห็นความสำคัญของงานด้านสาธารณสุข และให้มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และท้องถิ่นควรมีการตั้งคณะ กรรมการสุขภาพระดับอำเภอที่ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนและผู้ทรงคุณวุฒิในชุมชน นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืน แนวนโยบายของรัฐบาลกำหนดให้มีการกระจายอำนาจไปสู่ประชาชนใน ทุกระดับโดยได้กำหนดให้ทั่วทุกพื้นที่ของประเทศอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองท้องถิ่น ถือว่าองค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชนในท้องถิ่นมากที่สุด โดยมีกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นที่บัญญัติขึ้นเพื่อจัดตั้งองค์กรปกครองท้องถิ่นและ กระจายอำนาจการบริหารจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น ที่กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่น กับส่วนกลางในขอบเขตการกำกับดูแลเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น หรือประโยชน์ของประเทศโดยส่วนรวม ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ เพื่อให้มีการจัดทำการ บริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ มีการบริการอย่างทั่วถึง ตรงกับความต้องการของประชาชนตามความเหมาะสมและความจำเป็นในแต่ละท้องถิ่น และเพื่อเป็นกระบวนการให้การเรียนรู้ในระบบประชาธิปไตยแก่ประชาชนในระดับท้องถิ่น (Sunanta, 2018)

กลยุทธ์ที่ 3 การสื่อสารเพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

กลยุทธ์นี้สื่อสารตามกรอบโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขเน้นการสื่อสารบริการให้ถึงกลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนในพื้นที่ให้มากที่สุด ใหเครอบคลุมตามระบบต่างๆ 6 ด้าน คือ 1 ระบบบริการ ได้แก่ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ 2 กำลังคนด้านสุขภาพ 3 ระบบข้อมูลข่าว สารสุขภาพ 4 เทคโนโลยีด้านการแพทย์ ได้แก่ ยา และเวชภัณฑ์เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรค และเครื่องมือในการรักษา 5 งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของระบบระบบบริการสาธารณสุขทั้ง 6 ด้าน นี้ เป้าหมายของการสื่อสารเพื่อต้องการให้บรรลุอยู่ 4 ประการ คือ

1. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ในการได้รับบริการ และการมีสุขภาวะที่ดี
2. เพื่อทำให้มั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้นได้ตอบสนองความต้องการของประชาชนในระดับที่น่าพอใจ
3. เพื่อให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมและการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ
4. เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการในด้านการจัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยี

การบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ทั้ง 4 ประการนี้ จำเป็นต้องคำนึงถึง การเข้าถึงบริการและความครอบคลุมของบริการสาธารณสุข และบริการต่างๆ ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย

ดังนั้น การลงทุนเกี่ยวกับโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค น่าจะเป็นมาตรการที่สำคัญที่ควรจะจัดสรรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ในด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ประเทศไทยมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่ดี และมีผลต่อ การนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ตรงต่อสถานการณ์ได้ในระดับหนึ่ง แต่สิ่งที่ควรปรับปรุงคือการพัฒนาด้านความครอบคลุมและคุณภาพของข้อมูลให้มีความถูกต้อง และทันต่อ เหตุการณ์มากขึ้น (Thaihealthreport, 2009)

กลยุทธ์ที่ 4 การสื่อสารด้วยแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

กลยุทธ์สื่อสารผ่านเครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่คือ สมัชชาสุขภาพซึ่งได้จัดประชุมปรึกษาหารือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถาบันพระบรมราชชนก และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งที่ประชุมพิจารณาเห็นตรงกันว่า

1) แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระยะ 5 ปี ที่มีอยู่เดิมนั้นเป็นแผนที่จัดทำร่วมกับ สปสช. แม้จะไม่ได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา แต่แผนดังกล่าวนี้ได้นำไปใช้ประโยชน์บางส่วน ได้แก่ ใช้ในการบริหารจัดการทำแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด เป็นต้น

2) ขณะนี้รัฐบาลมีนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นนโยบายการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ฉะนั้น จึงเห็นร่วมกันให้มีการจัดทำ “แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนดำเนินการ โดยเสนอให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานคณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และ ผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สป.รพ.สต.) เป็นเลขานุการคณะทำงาน ทำงานร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และภาคีอื่นๆ โดยสาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ควรให้ความสำคัญกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในประเด็นกำลังคน บทบาทของท้องถิ่น และการจัดระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ทั้งนี้ กำหนดระยะเวลาดำเนินการ 3 เดือน นับจากการประชุม

สำนักงานโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้จัดทำ (ร่าง) แผนการจัดทำยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ.2555 – 2564 โดยมีหลักการดังนี้ เป็นแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ รพสต. ที่สอดคล้องและสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ย่อยเพื่อการพัฒนา รพสต. เช่น แผนพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวระดับชาติ, Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข, ร่างแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี ของ สปสช. และ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เป็นต้น และยึดหลักการของระบบบริการปฐมภูมิทั้งในด้านความครอบคลุมต่อเนื่อง มีคุณภาพและบูรณาการ รวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาสังคม และประชาชน ทั้งนี้ เพื่อจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ.2555-2564 ที่สอดคล้องกับบริบทและความเปลี่ยนแปลงทางสังคม และระบบสุขภาพของประเทศ โดยมุ่งหวังให้เป็นกรอบแนวทางและทิศทางการพัฒนา รพสต. ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

การสื่อสารแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมี 6 แนวทาง ดังนี้ 1.เพิ่มศักยภาพและการขยายบริการระบบปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองและพื้นที่เฉพาะ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างสะดวกและ

ทั่วถึง ทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เช่น ภาคเอกชน ท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ 2.พัฒนากลไกระบบการบริหารจัดการด้านบริการปฐมภูมิในชุมชน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกัน ส่งเสริม การฟื้นฟูสุขภาพ 3. พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ อาทิ พัฒนากำลังคนที่หน่วยบริการปฐมภูมิและการสนับสนุนให้วิชาชีพอื่นๆ อาทิ แพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ร่วมให้บริการมากขึ้น สร้างแรงจูงใจให้บุคลากร ให้มีความก้าวหน้าในการทำงาน รวมทั้งจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมในบริบทพื้นที่ 4.บริหารงานอย่างเป็นรูปธรรม เชื่อมโยงเครือข่ายบริการสอดคล้องกับพื้นที่ 5.พัฒนาปัจจัยต่างๆเพื่อสร้างความสำเร็จ เช่น พัฒนาผู้นำทั้งในและนอกสังกัด การสร้างทักษะเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พัฒนาระบบข้อมูลเชื่อมโยงความรู้ในแต่ละด้านที่เอื้อประโยชน์ในการทำงานร่วมกัน และ 6.พัฒนาระบบติดตามประเมินผลและการวิจัยและสร้างองค์ความรู้ใหม่ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานมากขึ้น (Health assembly, 2017) การบริหารเชิงกลยุทธ์ได้กลายเป็นหัวใจสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผัน(VUCA World) เนื่องจากองค์กรสาธารณสุข ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งจากสภาพแวดล้อมภายนอกและสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ส่งผลให้ผู้บริหารองค์กรจะต้องมีวิธีการบริหารงานที่ปรับตัว เปลี่ยนแปลงให้ทันต่อสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ (Saritwanich, 2001)

สรุป (Conclusion)

จากกลยุทธ์ทั้ง 4 กลยุทธ์ผู้เขียนมีมุมมองผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์ว่าระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นแกนหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิยังคงเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปของประเทศไทยจึงควรมีการทำความเข้าใจผ่าน “กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อส่งต่อนโยบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้แนวคิดก้าวสู่ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพภายใต้รูปแบบใหม่ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” ที่มีความซับซ้อนสู่ขั้นตอนการปฏิบัติได้ง่ายเชิงพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย การสื่อสารกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ การสื่อสารการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคเอกชนและภาคประชาชน และการสื่อสารเพื่อสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในการนำสังคมไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมมากขึ้น ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรวิชาชีพ ผู้แทนผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพต่างๆ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทำให้เกิดกลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด่านแรก ตลอดจนการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน ทำให้ระบบการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับด้วยเทคโนโลยี และการบริการด้วยทีมหมอครอบครัวแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นการดูแลอย่างองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง นอกจากนี้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Adu, O. & Emmanuel, A. (2014). Communication in the Workplace: Guidelines for Improving Effectiveness. USA: Longdom Group SA.

Health assembly. (2017). Developing a primary care system for people's access to quality health services. 2nd National Health Assembly. https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-08--465.pdf

Office of Primary Health System Support. (2022). Standard quality manual Primary health services 2023. Office of Printing Affairs of the War Veterans Organization under royal patronage.

Phinyopornpanitchaya, B. (2019). The National Public Health Reforms and the Challenges of Primary Care Service Systems. Administrative System Development Group, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

Royal Thai Government. (2023). Permanent Secretary of the Ministry of Public Health emphasizes that primary service units keep up with the changes. Use technology to help meet the needs of the people. 7 September 2023. Secretariat of the Prime Minister Government House

Saritwanich S. (2001). Strategic Management, Concepts and Theories. Bangkok: Thammasat University Printing House.

Sriwanitchakorn. (2009). Primary health care Primary care system and family medicine: definitions, meanings, and connections. *Journal of Primary Care and Family Medicine Systems* 1(1), 11-15

Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2023). *The essence and connections of national strategic policies and strategies/projects of the Ministry of Public Health for fiscal year 2023*. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/12/The-essence-and-strategic-connection-66.pdf

Sunanta. (2018). Local Government Administration and Its Role in Community Health Promotion. *Public Health & Health Laws Journal*, 4(1), 98-107

Thaihealthreport. (2009). health and fairness. 10 indicators of the public health service system 2009. Report on the health of Thai people 2009 / Report on the health of all Thai people.

Thomas, K. . (2016). Relationship Between Employee Relation Strategies and Performance of Commercial Banks in Kenya. *International Journal of Research in IT, Management & Engineering*, 6(1), 17

Umprommi, S. (2013). Important development ofhealth promotion, The World Conference on Health Promotion. Bangkok: Academic Welfare Program Praboromarajonok Institute. (in Thai).

The presumption of facts in medical negligence cases: a perspective from patient (plaintiff) protection and the defense of the physician (defendant)

Assistant Professor Jiraporn Sudhankitra

School of Law, Sukhothai Thammathirat University
ติดต่อ jiraporn.sud@stou.ac.th

Academic article

OPEN ACCESS

Citation:
Sudhankitra, J. The presumption of fact in medical negligence: a perspective from patient protection and defense for the defendant doctor. Public Health Policy and Laws Journal. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/271453

Received: 11 March 2024
Revised: 21 March 2024
Accepted: 22 March 2024

Abstract

This article aims to help medical personnel including those who are interested in legal matters, to understand the principle of presumption based on facts, which is an important evidentiary principle for judge' s considerations in tort cases. The principle of presumption of fact has long been an important legal principle in Thai court for decision-making in tort cases of negligence, including tort cases of medical negligence. As a means of maintaining justice - to provide victims with compensation in situations where it is obvious that they will not receive compensation due to the difficulty of the burden of proof. The principle of presumption of fact results in the plaintiff' s benefiting from an inference or preliminary assumption of the defendant's negligence. It is not to prove absolute negligence. A defendant can still rebut the presumption of presumed negligence by disproving that they did not act negligently - by showing evidence that he or she has performed treatment according to a good medical knowledge and standards. Therefore, it gives the defendant an opportunity to fully fight the case without being bound by the plaintiff's complaint. This article demonstrates the importance of using factual presumptions in medical malpractice cases based on negligence as a legal evidence that judges employ to ensure fairness to both plaintiffs (patients) and defendants (doctors and other personnel).

Keywords: presumption of facts; medical negligence; protection of patients

การใช้ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงในคดีละเมิดทางการแพทย์จากการกระทำโดยประมาทเลินเล่อ: มุมมองในการคุ้มครองผู้ป่วย (โจทก์) และข้อต่อสู้ของแพทย์ (จำเลย)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร สุทันกิตระ

อาจารประจำ สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทความวิชาการ

วันรับ 11 มี.ค.2567
วันแก้ไข 21 มี.ค.2567
วันตอบรับ 22 มี.ค.2567

บทคัดย่อ

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งผู้ที่สนใจเรื่องกฎหมายเข้าใจหลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงซึ่งเป็นหลักพยานหลักฐานที่สำคัญในการพิจารณาของศาลในคดีละเมิด หลักการสันนิษฐานข้อเท็จจริงเป็นหลักการทางกฎหมายที่สำคัญมายาวนานในการตัดสินของศาลไทยในคดีละเมิดที่เกิดจากความประมาทเลินเล่อ รวมถึงคดีละเมิดเกี่ยวกับความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ เพื่อรักษาความยุติธรรม - เพื่อให้ผู้เสียหายได้รับค่าชดเชยในสถานการณ์ที่เห็นได้ชัดเจน ว่าจะไม่ได้รับค่าชดเชย เนื่องจากความลำบากในการพิสูจน์ หลักการสันนิษฐานข้อเท็จจริงส่งผลให้โจทก์ได้รับประโยชน์จากการอนุมานหรือสันนิษฐานเบื้องต้นถึงความประมาทเลินเล่อของจำเลยเท่านั้น ไม่ใช่การพิสูจน์ความประมาทเลินเล่อโดยสิ้นเชิง จำเลยยังคงสามารถโต้แย้งข้อสันนิษฐานของการสันนิษฐานว่าประมาทเลินเล่อได้โดยการพิสูจน์ว่าพวกเขาไม่ได้กระทำโดยประมาท - โดยแสดงหลักฐานว่าเขาหรือเธอได้ดำเนินการรักษาตามความรู้และมาตรฐานทางการแพทย์ที่ดี จึงเป็นการเปิดโอกาสให้จำเลยต่อสู้คดีได้เต็มที่โดยไม่ผูกพันตามคำฟ้องของโจทก์ บทความนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงในคดีทุจริตต่อหน้าที่ทางการแพทย์โดยประมาทเป็นกฎหมายหลักฐานที่ศาลใช้เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อทั้งโจทก์ (ผู้ป่วย) และจำเลย (แพทย์และบุคลากรอื่น ๆ)

คำสำคัญ: การสันนิษฐานตามข้อเท็จจริง; ละเมิดจากความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์; การคุ้มครองผู้ป่วย

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยและรักษาอาการไม่สบายทำให้การประกอบวิชาชีพเวชกรรมถือเป็นอาชีพหนึ่งที่ทำประโยชน์แก่สังคมส่วนรวมอย่างล้นเหลือ เป็นอาชีพหนึ่งที่มีสิ่งตอบแทนที่มากกว่าค่าตอบแทนทางการเงิน ซึ่งก็คือความสุขและความภาคภูมิใจในการทำความดี ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจึงได้รับความรักและความเคารพนับถืออย่างจริงใจจากผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และสังคม (Society and Health Institute, 2006) อย่างไรก็ตามวิชาชีพทางการแพทย์ต้องทำงานเกี่ยวกับร่างกายและจิตใจของคน ความประมาทเลินเล่อพลั้งเผลอเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยอาจเสียชีวิต หรือพิการ ซึ่งอาจนำไปสู่ข้อพิพาทระหว่างผู้ประกอบวิชาเวชกรรมและผู้เสียหายและกระบวนการเรียกร้องค่าเสียหายตามมา แม้ว่าคดีทางการแพทย์จะมีไม่มากนัก แต่เมื่อเป็นข่าวแล้วก็จะได้รับความสนใจจากสาธารณะชนอย่างมาก เมื่อไม่นานมานี้มีรายงานข่าวเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ข่าวหนึ่งที่ได้รับความสนใจจากสาธารณชนมากพอสมควร คือ เมื่อเดือนธันวาคม 2566 เด็กชายอายุ 1 ขวบ 4 เดือนได้ลื่นล้มหัวฟาดพื้น และแม่ได้พาไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ หลังเข้ารับการรักษา ทางโรงพยาบาลได้ส่งไปสแกนสมองที่โรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง ระหว่างเดินทางพยาบาลที่นั่งไปด้วยบอกว่าให้เด็กชายกินยานอนหลับเพื่อจะได้ไม่ดิ้นตอนเข้าเครื่องสแกนสมอง แต่เมื่อกินเข้าไปได้แค่สักพัก เด็กชายมีอาการริมฝีปากซีดขาว แม่ได้แจ้งทางพยาบาลไปว่าเด็กมีอาการผิดปกติ แต่พยาบาลที่นั่งไปกับรถบอกให้กินยานั้นให้หมด หลังจากกินหมด เด็กชายมีอาการหนักขึ้นและทรุดลงอย่างรวดเร็ว จึงได้ส่งตัวเด็กชายดังกล่าวไปโรงพยาบาลรามาธิบดีเข้ารักษาเป็นคนไข้ฉุกเฉิน ซึ่งแพทย์ได้ระบุเบื้องต้นว่ายาที่เด็กชายกินไปนั้นไม่ใช่ยานอนหลับแต่เป็นยาที่มีฤทธิ์เป็นกรด หากถูกผิวหนังก็จะแสบร้อนเป็นรอยไหม้ ข่าวรายงานว่าพยาบาลให้เด็กชายดื่มยาตัวนี้ลงไปเพราะคิดว่าเป็นยานอนหลับทำให้ปากคอและกระเพาะเกิดระคายเคือง ต่อมาทางโรงพยาบาลต้นทางได้แจ้งว่าได้จ่ายยาผิด โดยจ่ายยาที่มีกรดไตรคลอโรอะเซติก (TCA) ซึ่งเป็นยาภายนอกใช้สำหรับการจี้-รักษาหูดหงอนไก่ เนื่องจากลักษณะขวดของยาดังกล่าวมีความคล้ายกันกับยานอนหลับ (Manager Online, 15 December 2023)

เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้มารดาของเด็กได้ออกมาร้องขอความเป็นธรรมให้กับลูกของตนซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการกระทำประมาทเลินเล่อในการรักษา การจ่ายยาผิดพลาดนับเป็นทุรเวชปฏิบัติประการหนึ่ง ซึ่งมีความแตกต่างจากการทำละเมิดโดยทั่วไปเพราะมีความเกี่ยวข้องกับมาตรฐานแห่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Patanavanich, Roengrudee, 2017) ในกรณีนี้นับว่าเป็นโชคดีที่ทางโรงพยาบาลออกมารับผิดชอบ ในทางกลับกันหากมีการปฏิเสธความรับผิดชอบและผู้ป่วยฟ้องเป็นคดีต่อศาลเพื่อจะให้ได้รับการเยียวยาความเสียหาย โดยหลักแล้วผู้ป่วยซึ่งเป็นโจทก์จะต้องพิสูจน์ว่าได้มีการรักษาโดยประมาทเลินเล่อหรือไม่ได้มาตรฐานตามวิชาชีพอย่างไร ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยจะพิสูจน์ได้โดยง่ายและหากพิสูจน์ไม่ได้ศาลก็จะยกฟ้องไปในที่สุด เหตุการณ์ข้างต้นนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ทำให้เห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยนั้นไม่มี “ความรู้” หรือ มี“ข้อมูล” ในการรักษาพยาบาลน้อยมาก ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยแล้วการพิสูจน์ดังกล่าวจึงเป็นเรื่องยากหรือแทบเป็นไปไม่ได้เลย ผลคือความเสียหายที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการเยียวยา จะเห็นได้ว่าการนำพยานหลักฐานมาพิสูจน์มีความสำคัญมากในการแพ้หรือชนะคดี

เมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ในทางเวชปฏิบัติการเจรจาตกลงกันได้ย่อมเป็นทางออกที่ดีที่สุด แต่หากไม่สามารถเจรจาตกลงกันได้จนมีการฟ้องร้องคดีจนเข้าสู่กระบวนพิจารณาของศาล ความเข้าใจในเรื่องการนำพยานหลักฐานมาพิสูจน์ข้ออ้างของตนมีความสำคัญต่อผลแห่งคดีมาก เหตุการณ์ข้างต้นจึงเป็นแนวคิดให้ผู้เขียนประสงค์จะอธิบายถึงหลักสำคัญอย่างหนึ่งในกฎหมาย

ลักษณะพยานที่มีความเกี่ยวข้องอย่างมากในการพิจารณาคดีละเมิดจากการประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ คือ หลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริง โดยศาลได้ใช้ในการพิจารณาพิพากษาคดีละเมิดจากการประมาทเลินเล่อทางการแพทย์มานานแล้วเพื่อยังความยุติธรรมตามความเป็นจริงให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการทำละเมิดในทางการแพทย์ จนกระทั่งต่อมาในการปรับปรุงประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งเมื่อพ.ศ 2550 หลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงก็ได้ถูกนำมาบัญญัติรับรองไว้ในมาตรา 84/1 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง[1] และโดยที่ปัจจุบัน คดีละเมิดทางการแพทย์อยู่ในขอบเขตของคดีผู้บริโภค (ตามแนวคำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ 175/2551 และ แนวคำวินิจฉัยประธานศาลอุทธรณ์ 22/2552) หลักสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงจึงถูกนำไปใช้ในคดีละเมิดทางการแพทย์จากการกระทำโดยประมาทเลินเล่อด้วย ตามมาตรา 29 พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551[2] จากความสำคัญของหลักการนี้ บทความนี้จะได้กล่าวถึง

1. ลักษณะทั่วไปของหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงและพัฒนาการ
2. เหตุผลในการนำหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้ในคดีละเมิดจากการประมาทเลินเล่อทางการแพทย์
3. แนวคำพิพากษาของศาลไทยที่ตัดสินตามหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริง
4. สรุป

1. ลักษณะทั่วไปของหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงและพัฒนาการ

ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงเป็นหลักการรับฟังปัญหาข้อเท็จจริงประการหนึ่งในกฎหมายพยานหลักฐาน ซึ่งวางหลักเกณฑ์ในการพิจารณาข้อเท็จจริงของศาล ศาลได้นำข้อสันนิษฐานในหลายรูปแบบมาใช้ในการกำหนดภาระการพิสูจน์หรือหน้าที่นำสืบของคู่ความ เพื่ออำนวยความยุติธรรมแก่ประชาชนตามความเป็นจริง เช่น ข้อสันนิษฐานตามกฎหมาย และ ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริง สำหรับข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงอยู่บนหลักการว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นย่อมแจ้งชัดในตัวเอง (*Res Ipsa Loquitur* หรือ thing speaks for itself) โดยไม่ต้องอธิบายอีก โดยพิจารณาจากสภาพปกติของเหตุการณ์ และได้นำมาใช้เป็นข้อต่อสู้ของโจทก์ในคดีละเมิดจากความประมาทเลินเล่อ มีผลเป็นการผลักภาระการพิสูจน์ไปตกอยู่แก่คู่ความฝ่ายตรงข้าม

การสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงนี้ได้รับอิทธิพลจากหลักกฎหมายคอมมอนลอว์ซึ่งศาลอังกฤษได้สร้างขึ้นในการพิพากษาคดีละเมิดในช่วงศตวรรษที่ 19 เป็นคดีระหว่าง *Byrne v. Boadle* (2 H. & C. 722, 159 Eng. Rep. 299 Exch.) ในคดีนี้โจทก์อ้างว่าขณะที่เขาเดินอยู่บนถนนบริเวณหน้าอาคารของจำเลยถังแป้งใบหนึ่งตกจากชั้น 4 ของอาคารดังกล่าวกระแทกใส่เขาและทำให้เขาหมดสติไปทันที โจทก์ยื่นฟ้องจำเลยซึ่งมีอาชีพเป็นพ่อค้าแป้งต่อศาลว่าประมาทเลินเล่อทำให้เขาได้รับความเสียหาย ในคดีนี้มีพยานให้การเพียงว่าเห็นถังแป้งหล่นใส่โจทก์ แต่ทั้งโจทก์และพยานไม่ได้ให้การถึงการกระทำใดๆ ของจำเลยที่อาจส่งผลให้ถังแป้งตกลงมา ประเด็นที่ต้องพิจารณาของคดีนี้ คือ การที่มีเพียง

[1] มาตรา 84/1 คู่ความฝ่ายใดกล่าวอ้างข้อเท็จจริงเพื่อสนับสนุนคำคู่ความของตนให้คู่ความฝ่ายนั้นมีภาระการพิสูจน์ข้อเท็จจริงนั้น แต่ถ้ามีข้อสันนิษฐานไว้ในกฎหมายหรือมีข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์เป็นคุณแก่คู่ความฝ่ายใด คู่ความฝ่ายนั้นต้องพิสูจน์เพียงว่าตนได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขแห่งการที่ตนจะได้รับประโยชน์จากข้อสันนิษฐานนั้นครบถ้วนแล้ว

[2] มาตรา 29 ประเด็นข้อพิพาทข้อใดจำเป็นต้องพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับการผลิตการประกอบ การออกแบบ หรือส่วนผสมของสินค้า การให้บริการ หรือการดำเนินการใด ๆ ซึ่งศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงดังกล่าวอยู่ในความรู้เห็นโดยเฉพาะของคู่ความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจ ให้ภาระการพิสูจน์ในประเด็นดังกล่าวตกอยู่แก่คู่ความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจนั้น

ข้อเท็จจริงว่ามีเหตุการณ์เกิดขึ้น (ถุงแป้งหล่นลงมา) เพียงพอแล้วหรือไม่ที่จะสันนิษฐานว่าจำเลยประมาทเลินเล่อและจำเลยฝ่าฝืนหน้าที่ที่จะต้องมีความระมัดระวัง

ศาลชั้นต้นยกฟ้องคดีนี้โดยให้เหตุผลว่าโจทก์ไม่สามารถนำสืบถึงพยานหลักฐานว่าจำเลยประมาทเลินเล่อตามที่กล่าวอ้างได้ แต่ศาลอุทธรณ์ได้รับพิจารณาคดี โดยศาลเห็นว่าจากสภาพของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ถุงแป้งหล่นลงมาจากอาคารของจำเลย) และการที่จำเลยมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการควบคุมสิ่งของในโกดัง ภายใต้สภาพการณ์ดังกล่าวข้อเท็จจริงที่ว่าเกิดอุบัติเหตุขึ้นก็เพียงพอแล้วที่จะเป็นพยานหลักฐานแวดล้อมที่จะสันนิษฐานได้ว่ามีการฝ่าฝืนหน้าที่ที่จะต้องมีความระมัดระวังแล้ว อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจึงเป็นหลักฐานในตัวของมันเอง โจทก์ไม่จำเป็นต้องแสดงหลักฐานโดยตรงว่าผู้รับผิดชอบดูแลถังแป้งได้ละเมิดหน้าที่ในการระมัดระวังของเขาหรือไม่ บารอน พอลล็อกผู้พิพากษาในคดีนี้ ได้อธิบายเหตุผลที่นำหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้ไว้อย่างชัดเจนว่า

“สมมุติว่าในกรณีนี้ถังกลิ้งออกจากโกดังมาตกใส่โจทก์ โจทก์จะทราบได้อย่างไรว่าเหตุดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะอะไร เป็นหน้าที่ของบุคคลที่เก็บถังไว้ในโกดังที่จะต้องดูแลไม่ให้ถังเหล่านั้นหลุดออกมา และฉันคิดว่ากรณีเช่นนี้จะต้องเป็นหลักฐานเบื้องต้นของความประมาทเลินเล่ออย่างไม่ต้องสงสัย ถังย่อมไม่สามารถกลิ้งออกจากโกดังได้เองหากไม่มีความประมาทเลินเล่อ และการจะบอกว่าโจทก์ที่ได้รับบาดเจ็บจะต้องเรียกพยานจากโกดังเพื่อพิสูจน์ว่าความประมาทเลินเล่อดูเหมือนเป็นที่แปลกประหลาดสำหรับฉัน และโจทก์ที่ได้รับความเสียหายจากการกระทำนั้นก็ไม่จำต้องแสดงว่าถังนั้นจะไม่ตกลงมาถ้าหากไม่มีความประมาท แต่ถ้ามีข้อเท็จจริงประการใดที่แสดงว่าไม่ได้มีความประมาทเลินเล่อก็เป็นหน้าที่ของจำเลยที่จะพิสูจน์ข้อเท็จจริงเหล่านั้นได้”

จากคำพิพากษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงเกิดจากการใช้เหตุผลของศาลตามหลักตรรกวิทยาหรือตามหลักเหตุและผลตามความเป็นจริง (Jittidecho, Chanatorn 2008) ในการอนุมานข้อเท็จจริงจากพยานหลักฐานที่โจทก์นำสืบเข้ามาเป็นข้อสันนิษฐานเบื้องต้น หรือเรียกว่า ข้อเท็จจริงพื้นฐานตามปกติธรรมดาของเหตุการณ์ โดยเมื่อศาลได้ฟังข้อเท็จจริงพื้นฐานแล้วก็เกิดการรับฟังหรือการอนุมานว่ามีข้อเท็จจริงบางประการหรือข้อเท็จจริงที่สันนิษฐาน ข้อเท็จจริงพื้นฐานจึงเป็นเงื่อนไขของข้อสันนิษฐาน การใช้หลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงหรือหลัก *Res Ipsa Loquitur* จึงเป็นการยอมให้โจทก์ที่ไม่มีหลักฐานโดยตรงสามารถพิสูจน์ด้วยหลักฐานที่เป็นพยานแวดล้อมที่ทำให้โจทก์ตั้งข้อสันนิษฐานได้ว่าจำเลยเป็นผู้ประมาทเลินเล่อ ภาระการพิสูจน์จึงตกไปอยู่กับอีกฝ่ายหนึ่งคือจำเลยที่จะมีหน้าที่จะต้องนำสืบหักล้างว่ามิใช่ความประมาทเลินเล่อของตน เพราะถือว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นย่อมถือเป็นพยานหลักฐานในเบื้องต้นเกี่ยวกับการประมาทเลินเล่อ (พจน์ บุษปาคม, 2530) หลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจึงช่วยลดภาระนำสืบของโจทก์ โดยโจทก์มีภาระการพิสูจน์เพียงข้อเท็จจริงพื้นฐานอันเป็นเงื่อนไขแห่งข้อสันนิษฐาน โดยวางอยู่บนหลักการที่ว่าสามารถช่วยให้โจทก์เรียกให้จำเลยรับผิดแม้ไม่มีพยานหลักฐานโดยตรงที่แสดงถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นหรือแสดงว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างไร (*Matthew R. Johnson, 1997*)

จากการที่ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงเกิดขึ้นจากการใช้เหตุผลของศาลมิใช่เกิดโดยผลของกฎหมาย ข้อสันนิษฐานจะเกิดขึ้นหรือไม่ จึงขึ้นอยู่กับพยานหลักฐานที่คู่ความนำสืบและอยู่ที่ดุลพินิจในการรับฟังพยานหลักฐานของผู้พิพากษาที่ตัดสินคดี (Chutiwongse, Khemchai 2022) หรือกล่าว อีกนัยหนึ่ง คือ ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ วุฒิภาวะ ความรอบรู้ในศาสตร์อย่างอื่น (Pakdeethanakul, Jarun 2021) ไม่มีกฎหมาย

บังคับว่าจะต้องเกิดข้อสันนิษฐานอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นอย่างเช่นกรณีของข้อสันนิษฐานตามกฎหมาย ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงจึงเป็นข้อสันนิษฐานเบื้องต้นไม่ใช่ข้อสันนิษฐานเด็ดขาดมีผลเป็นการผลักภาระการพิสูจน์ไปให้แก่จำเลยที่มีหน้าที่จะต้องนำสืบเพื่อหักล้างข้อสันนิษฐาน (Ratanakorn, Sophon 2010) การจะนำข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้ต้องปรากฏว่ามีเงื่อนไข 2 ประการ (Jongwichit, Prasit 2010) คือ

1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นตามธรรมดาจะไม่เกิดถ้าผู้กระทำได้ใช้ความระมัดระวังตามสมควรตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ทั้งนี้อุบัติเหตุไม่ได้เกิดขึ้นเพราะความประมาทเลินเล่อของผู้อื่นเสมอไป แต่อุบัติเหตุบางอย่างแทบไม่เคยเกิดขึ้นเลยเว้นแต่จะมีผู้ใดกระทำการโดยประมาท ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุการณ์ในบางขณะอาจเห็นได้ในตัวว่าเป็นความประมาท เลินเล่อ โดยอาศัยสามัญสำนึกหรือความรู้ทั่วไป ดังนั้นอาจเป็นข้อเท็จจริงที่ศาลรู้เอง (Judicial notice) โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์ทั่วไป

2) สิ่งซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายนั้นอยู่ภายใต้การจัดการและควบคุมของจำเลย จุดประสงค์ของเงื่อนไขข้อนี้ก็คือการเกิดขึ้นของเหตุการณ์เป็นพยานหลักฐานของความประมาทเลินเล่อ (Evidence of negligence) ของจำเลยหรือบุคคลใดซึ่งเขาต้องรับผิดในความ ประมาทเลินเล่อนั้น ดังนั้นในการที่จะนำหลัก *Res Ipsa Loquitur* มาใช้โจทก์จะต้องพิสูจน์ให้ได้ว่า สิ่งเหล่านั้นอยู่ในความควบคุมของจำเลย

หลักการข้างต้นได้นำมาใช้กับกรณีความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์โดยมีเงื่อนไข (Tyler Goldberg-Hoss, 1995) ดังนี้

(1) อันตรายหรือความเสียหายจากการปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์จะไม่เกิดขึ้นหากไม่มีการประมาทเลินเล่อ

(2) หากอ้างว่าอันตรายหรือความเสียหายมีสาเหตุจากเครื่องมือแพทย์ เครื่องมือนั้นต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์หรือโรงพยาบาล ถ้ามีการใช้หรือการดูแลเครื่องมือนั้นอย่างมีความระมัดระวังที่เหมาะสมแล้วอุบัติเหตุหรือความเสียหายย่อมไม่เกิดขึ้น

ตัวอย่างคดีทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาที่ใช้หลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงในการผลักภาระการพิสูจน์ (Khan AN, 1988)

1) พบผ้าซับเลือกหรือเครื่องมือแพทย์ตกค้างในร่างผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดในช่องท้อง

2) ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นกะทันหันขณะรับการผ่าตัดถุงน้ำในรังไข่ เมื่อผ่าตัดเสร็จพบว่าสมองผู้ป่วยได้ขาดออกซิเจนไป ทำให้ผู้ป่วยอัมพาตโดยสิ้นเชิง

3) ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดโดยมีการวางยาสลบ เมื่อฟื้นจากการผ่าตัดปรากฏว่ามีรอยไหม้อย่างรุนแรงจากอุปกรณ์ไฟฟ้าเกิดขึ้นบนร่างกายส่วนที่ไม่ได้รับการผ่าตัด

4) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานิ้วมือที่แข็ง 2 นิ้ว เมื่อแพทย์รักษาเสร็จ ผู้ป่วยมีนิ้วที่แข็งเพิ่มขึ้นเป็น 4 นิ้วและมือข้างที่มีนิ้วแข็งนั้นใช้การไม่ได้

หลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงนี้แต่เดิมไม่ปรากฏในบทบัญญัติของกฎหมายไทยแต่เป็นที่ยอมรับในทางทฤษฎีและวิชาการแล้ว และศาลฎีกาไทยก็ได้หลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้ในการผลักภาระการพิสูจน์กรณีประมาทเลินเล่อในคดีละเมิดมานานแล้ว ในฐานะที่เป็นหลักกฎหมายทั่วไป เช่น

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 849/2490 เกิดไฟไหม้บ้านเช่าในขณะที่ผู้เช่าเป็นผู้ครอบครองในฐานะเป็นผู้เช่านั้น แม้ผู้ให้เช่าจะสืบไม่ได้ความชัดว่า ไฟเกิดขึ้นด้วยเหตุใดหรือใครทำให้เกิดขึ้นก็ดี เมื่อได้ความว่าไฟเกิดขึ้นจากบ้านที่เช่า ไม่ใช่เกิดขึ้นที่อื่นแล้วลุกลามมาไหม้บ้านเช่าแล้ว ผู้เช่าก็ย่อมมีหน้าที่สืบแสดงข้อแก้ตัวเพื่อให้พ้นความรับผิด ถ้าสืบไม่ได้ก็ไม่พ้นความรับผิด และ

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 4171/2532 เมื่อข้อเท็จจริงได้ความว่ามีการโอนเงินจำนวนหนึ่งจากธนาคารในเมืองฮ่องกง มาเข้าบัญชีกระแสรายวันของจำเลยในธนาคารผู้คัดค้าน ถ้าไม่มีหลักฐานเป็นอย่างอื่น ในเบื้องต้นต้องฟังว่าเงินจำนวนดังกล่าวเป็นของจำเลยผู้เป็นเจ้าของบัญชี เมื่อผู้คัดค้านอ้างว่าเงินจำนวนดังกล่าวมิใช่เป็นของจำเลยแต่เป็นของผู้ค้ำประกันหนี้ของจำเลยส่งมาชำระหนี้แก่ผู้คัดค้านแทนจำเลย ผู้คัดค้านจึงมีภาระการพิสูจน์ให้ฟังได้ตามข้ออ้างของตน

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1206/2500 ศาลตัดสินว่าว่าแพซุงของจำเลยขาดลอยตามน้ำที่ไหลเชี่ยวไปกระทบเสาเรือนโจทก์เสียหาย จำเลยก็ต้องรับผิดเพราะเป็นหน้าที่จำเลยซึ่งเป็นเจ้าของแพซุงที่จะต้องระวังรักษาไม่ให้แพซุงขาดลอยไปตามกระแสน้ำที่ไหลเชี่ยว แม้โจทก์จะไม่มีพยานนำสืบถึงสาเหตุที่ทำให้แพหลุดลอยไปตามกระแสน้ำว่าเป็นเพราะเหตุใด ใช่ความประมาทเลินเล่อของจำเลยหรือไม่ก็ตาม เพราะย่อมเห็นได้โดยธรรมดาว่า แพซุงที่จอดอยู่ริมแม่น้ำที่มีน้ำไหลเชี่ยว อาจหลุดลอยไปตามกระแสน้ำ ไปทำให้ทรัพย์สินของผู้อื่นชำรุดเสียหายได้

จากตัวอย่างข้างต้นในพิจารณาพิพากษา ศาลฎีกาตัดสินว่าจำเลยประมาทเลินเล่อแม้ว่าโจทก์จะไม่สามารถนำสืบให้เห็นถึงการกระทำของจำเลยว่ามีความประมาทเลินเล่ออย่างไรโดยศาลฎีกานำหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้แล้วฟังเบื้องต้นว่าจำเลยประมาทเลินเล่อทำให้มีการผลักภาระการพิสูจน์ไปยังจำเลยที่จะต้องนำสืบหักล้างว่าตนไม่ได้ประมาทเลินเล่อ

ต่อมาได้มีการนำหลักกฎหมายการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาบัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ในการแก้ไขประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งเมื่อพ.ศ. 2550 ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงตามหลัก *Res Ipsa Loquitur* ได้ถูกนำมาบัญญัติไว้ในมาตรา 84/1 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งในช่วงท้ายโดยบทบัญญัติใช้คำว่า *ข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์* มาตรา 84/1 ตอนท้ายบัญญัติไว้ดังนี้ *แต่ถ้ามีข้อสันนิษฐานไว้ในกฎหมายหรือมีข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์เป็นคุณแก่คู่ความฝ่ายใด คู่ความฝ่ายนั้นต้องพิสูจน์เพียงว่าตนได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขแห่งการที่ตนจะได้รับประโยชน์จากข้อสันนิษฐานนั้นครบถ้วนแล้ว*

บทบัญญัตินี้เป็นบทบัญญัติเกี่ยวกับการกำหนดหน้าที่นำสืบ ซึ่งภาระการพิสูจน์จะเป็นไปตามมาตรานี้ ซึ่งวางหลักว่าคู่ความฝ่ายใดได้ประโยชน์จากข้อสันนิษฐาน คู่ความฝ่ายนั้นมีภาระพิสูจน์เพียงว่าตนได้ปฏิบัติตามเงื่อนไขแห่งการที่ตนจะได้รับประโยชน์จากข้อสันนิษฐานนั้นครบถ้วนแล้ว ผลก็คือคู่ความที่ได้รับประโยชน์ข้อเท็จจริงที่สันนิษฐานโดยไม่ต้องนำสืบถึงข้อเท็จจริงนั้นโดยตรง เพียงแต่ต้องมีข้อเท็จจริงพื้นฐานก่อนเท่านั้น เมื่อได้มีการนำสืบถึงข้อเท็จจริงพื้นฐานแล้ว และศาลได้พิจารณาจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์ที่นำสืบได้ โดยอาศัยหลักปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือหลักวิทยาศาสตร์ซึ่งทำให้มีแนวโน้มหรือมีความน่าจะเป็นเช่นนั้นหรือควรจะเป็นเช่นนั้นตามสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์ (กิตติศักดิ์ อเนกธีรกุล , 2562) หากเกิดข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นหรือข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริง และข้อสันนิษฐานนั้นเป็นคุณแก่คู่ความฝ่ายใด คู่ความฝ่ายนั้นก็จะได้รับประโยชน์จากข้อเท็จจริงที่สันนิษฐาน โดยสามารถเปลี่ยนภาระการพิสูจน์ของฝ่ายที่กล่าวอ้างให้ไปอยู่กับฝ่ายตรงกันข้ามทันที เป็นข้อยกเว้นของภาระการพิสูจน์ตามหลักทั่วไปที่มีหลักว่า คู่ความฝ่ายใดกล่าวอ้างข้อเท็จจริงเพื่อสนับสนุนคำคู่ความของตนให้คู่ความฝ่ายนั้นมีภาระการพิสูจน์ข้อเท็จจริงนั้น

ในเวลาต่อมาข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงยังนำมาใช้ในการกำหนดภาระการพิสูจน์ในสถานการณ์หรือข้อเท็จจริงใดที่อยู่ในความรู้เห็นโดยเฉพาะของคู่ความฝ่ายที่ใดแต่ฝ่ายเดียว (Exclusive Knowledge) ในเรื่องที่คู่ความ

พิพาทโต้เถียงกัน คู่ความฝ่ายนั้นเป็นฝ่ายที่มีหน้าที่นำสืบข้อเท็จจริงนั้น ไม่ว่าโจทก์หรือจำเลยจะเป็นฝ่ายกล่าวอ้างไม่สำคัญ มีผลเป็นการผลักภาระการพิสูจน์โดยยกเว้นหลักทั่วไปที่ว่าผู้ใดกล่าวอ้างผู้นั้นมีหน้าที่นำสืบ (จรัญ ภักดีธนากุล, 2561) โดยนำมาบัญญัติไว้ใน มาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 ว่า *ประเด็นข้อพิพาทข้อใดจำเป็นต้องพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับการผลิตการประกอบ การออกแบบ หรือส่วนผสมของสินค้า การให้บริการหรือการดำเนินการใด ๆ ซึ่งศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงดังกล่าวอยู่ในความรู้เห็นโดยเฉพาะของคู่ความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจ ให้ภาระการพิสูจน์ในประเด็นดังกล่าวตกอยู่แก่คู่ความฝ่ายที่เป็นผู้ประกอบธุรกิจนั้น* .เพราะข้อมูลในให้บริการทางการแพทย์เป็นความรู้ จำเพาะด้านซึ่งบุคคลทั่วไปไม่สามารถทราบได้ มีแต่บุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นที่จะทราบ ดังนั้น ในกรณีที่มีการฟ้องบุคลากรทางการแพทย์ผู้เสียหายหรือผู้ป่วยย่อมได้รับประโยชน์จากมาตรา 29 ในการลดภาระการพิสูจน์ลง ด้วยเหตุที่ว่าการกำหนดให้เป็นหน้าที่ของโจทก์ในการพิสูจน์ถึงความประมาทเลินเล่อนั้น ในบางกรณีเป็นภาระอันหนักแก่โจทก์เพราะข้อเท็จจริงที่ก่อให้เกิดเหตุการณ์นั้นอยู่ในความรู้เห็นของจำเลยผู้ซึ่งเป็นต้นเหตุของเหตุการณ์

การใช้หลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงแสดงให้เห็นถึงการตระหนักว่าเมื่อความเสียหายของโจทก์แสดงอย่างชัดแจ้งว่าเป็นผลจากการขาดความระมัดระวังหรือความประมาทเลินเล่อ และสถานการณ์มีความเพียงพอที่จะชี้ให้เห็นว่าความประมาทเลินเล่อนั้นเกิดจากจำเลยแล้ว ย่อมเป็นการไม่ยุติธรรมที่จะปฏิเสธโอกาสของโจทก์ที่จะได้รับการชดใช้เยียวยาความเสียหายนั้น โดยอยู่บนหลักการที่ว่าสามารถช่วยให้โจทก์เรียกให้จำเลยรับผิดแม้ไม่มีพยานหลักฐานโดยตรงที่แสดงถึงสาเหตุที่เกิดขึ้นหรือแสดงว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างไร

2. เหตุผลในการนำหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้ในคดีละเมิดจากการประมาทเลินเล่อทางการแพทย์

เหตุผลในการนำหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้ในคดีประมาทเลินเล่อทางการแพทย์นั้นได้มีการกล่าวไว้มาพอสมควรแต่อาจจัดแบ่งเป็น 2 แนวทางคือ แนวทางแรกจะเกี่ยวกับอุปสรรคและความยุ่งยากที่ผู้ป่วยที่เสียหายได้พบในการเรียกร้องค่าเสียหายในคดีละเมิดทางการแพทย์ ส่วนแนวทางที่สองจะเป็นการนำเสนอประโยชน์หรือข้อสนับสนุนในการนำหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้ในการวินิจฉัยความรับผิดทางละเมิดจากการประมาทเลินเล่อทางการแพทย์เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่เสียหาย (เช่น Louisell and Williams, 1960, Wukir Prayitno, 2020)

อุปสรรคที่ผู้ป่วยที่เสียหายได้พบในการเรียกร้องค่าเสียหายในคดีละเมิดทางการแพทย์ซึ่งอาจสรุปเป็น 2 ประการหลัก ดังนี้

(1) ความรับผิดทางละเมิดในทางการแพทย์นั้นมีลักษณะที่ต่างไปจากการทำละเมิดโดยทั่วไป ละเมิดทางการแพทย์จากการกระทำโดยประมาทเลินเล่อนั้นเป็นประเภทหนึ่งของทุรเวชปฏิบัติ คือ ตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ผิดแผก แตกต่างไปจากมาตรฐานแห่งวิชาชีพแพทย์ รวมถึงการขาดทักษะที่ควรพึงมีอย่างสมเหตุสมผลตามสมควรในฐานะที่เป็นแพทย์ การขาดการเอาใจใส่ดูแลจนทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นความเสียหายแก่กายหรือชีวิตของผู้ป่วย (Kraivichien, Kanyarat 2016) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ต่างจากคนทั่วไป ทำให้การพิจารณาคดีละเมิดที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ซึ่งทำให้คดีทางการแพทย์มีข้อแตกต่างที่ สำคัญจากการกระทำผิดทางละเมิดทั่วไป (Kacharoen, Suthep (2020) เพราะเป็นมาตรฐานตามวิชาชีพซึ่งคนธรรมดาไม่มีความรู้พอ ดังนั้นแม้จะมีความเป็นไปได้อย่างมากว่ามีความประมาทเลินเล่อก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นแล้ว แต่คนทั่วไปไม่อาจ

อธิบายได้ว่าไม่ได้ใช้ทักษะหรือไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายแก่ตนคือการกระทำใดและทำอย่างไร ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาย่อมไม่อยู่ในฐานะที่จะรู้ได้ว่าแพทย์ได้ทำการรักษาโดยถูกต้องตามขั้นตอนและมาตรฐานวิชาชีพของแพทย์หรือไม่ ส่งผลให้การบรรยายฟ้องไม่มีน้ำหนักให้ศาลเชื่อถือ อีกทั้งการหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านมาเป็นพยานเพื่อนำสืบให้เห็นว่าการรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับก็ไม่ใช่เรื่องง่าย ดังในคดีหนึ่งที่โจทก์ (ผู้ป่วย) ไม่อาจจะนำสืบให้ศาลเชื่อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ ในคดีนี้ศาลได้ยกฟ้องโจทก์โดยได้กล่าวถึงการนำสืบของโจทก์ (ผู้ป่วย) ว่า “การศึกษาแพทย์ศาสตร์นั้นจะต้องใช้เวลา 6 ปี และต้องมาศึกษาต่อเฉพาะทางด้านสมองอีก 5 ปี รวมเป็น 11 ปี การอ่านเพียงหนังสือไม่กี่เล่มโดยไม่มีการศึกษาจากสถาบันการศึกษาไม่ได้ทำให้ผู้รับมอบอำนาจโจทก์กลายเป็นผู้เชี่ยวชาญมีความรู้ความสามารถทางการแพทย์ที่จะมาบอกได้ว่าขั้นตอนและวิธีการรักษาเนื้องอกในสมองนั้นควรต้องทำอย่างไร” (คดีหมายเลขแดงที่ ผบ. 938/2555) นอกจากนี้การไม่รู้ถึงการรักษาของแพทย์ยังอาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นในการทำการรักษา เช่น มีการวางยาสลบในการเข้ารับการผ่าตัด ในคดีหนึ่งโจทก์ซึ่งเข้าไปคลอดบุตรด้วยวิธีธรรมดาแต่ปรากฏว่าต่อมาแพทย์ได้ทำคลอดโดยวิธีผ่าตัดทำคลอดแต่ทารกในครรภ์ได้ถึงแก่ความตาย ได้ให้การต่อศาลว่า โจทก์ได้เข้าห้องผ่าตัดหลังจากนั้น โจทก์ไม่รู้สึกตัวอีกเลย โจทก์เพิ่งทราบว่าบุตรของโจทก์เสียชีวิตในวันรุ่งขึ้น (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 5018/2550) ผู้ป่วยจึงไม่อาจทำหน้าที่ภาระการพิสูจน์ตามที่กล่าวอ้างได้

(2) โรงพยาบาลเป็นผู้ครอบครองและควบคุมดูแลเวชระเบียนของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยหรือญาติจะขอข้อมูลการรักษาจากโรงพยาบาลอาจไม่ได้โดยง่ายเสมอไป มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องฟ้องเป็นคดีต่อศาลเพื่อเรียกให้โรงพยาบาลส่งเวชระเบียนให้ (เช่น คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด. ที่ อ. 587/2562) แต่โรงพยาบาลบางแห่งไม่ให้หรือให้เพียงบางส่วน เช่น มีรายงานข่าวว่าผู้ป่วยเสียชีวิตและมารดาได้ยื่นคำร้องขอให้เปิดเผยประวัติการรักษาบุตรชายของตนต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง โดยขอเวชระเบียนการรักษาพยาบาลของบุตรชายเพื่อนำมาตรวจสอบถึงสาเหตุการเสียชีวิต และเรียกร้องความเป็นธรรมจากการที่บุตรชายได้เข้ารับการรักษาอาการท้องร่วงที่โรงพยาบาลดังกล่าวและเสียชีวิต แต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งมอบเวชระเบียนให้เพียงบางส่วน โดยไม่ส่งมอบรายงานการรักษาพยาบาลและรายงานการให้ยา ซึ่งเป็นสาระสำคัญในการพิสูจน์ความผิดของผู้ทำการรักษาพยาบาล (Manager Online, 8 December 2020) การขาดพยานหลักฐานในการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยที่ฟ้องจะต้องแพ้คดีเพราะไม่สามารถจะนำพยานหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงความไม่เป็นไปตามทักษะหรือมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์อย่างไร การใช้หลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงในคดีละเมิดจากการประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ทำให้การฟ้องคดีเพื่อเยียวยาต่อศาลได้แม้จะไม่มีหลักฐานโดยตรงถึงพฤติกรรมของแพทย์และโรงพยาบาลที่จะให้ศาลสรุปได้ว่าเป็นความประมาทเลินเล่อ

มีหลายความเห็นจากนักวิชาการและศาลในการสนับสนุนการนำหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงใช้ในการวินิจฉัยความรับผิดทางละเมิดจากการประมาทเลินเล่อทางการแพทย์เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยได้ (Patrick van den Heever, 2002) ซึ่งอาจสรุปได้ ดังนี้

(1) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน และรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ (รัฐธรรมนูญในหลายประเทศมีบทบัญญัติรับรองสิทธิของผู้ป่วย เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

พ.ศ. 2560[3]) หากผู้ป่วยได้รับความเสียหายทางการแพทย์หลักสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงต้องนำไปใช้กับคดีความ เมื่อคำนึงถึงสิทธิตามกฎหมายของผู้ป่วยดังกล่าว การลิดรอนสิทธิในการใช้ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงจะเป็นปฏิบัติต่อโจทก์ (ผู้ป่วย) อย่างไม่เป็นธรรมได้

(2) การนำหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้ในคดีละเมิดจากการประมาทเลินเล่อทางการแพทย์เป็นการรักษาสิทธิของผู้ป่วย โดยช่วยโจทก์ (ผู้ป่วย) ที่เป็นผู้เสียหายลดภาระการพิสูจน์เพราะเขาไม่มีความรู้ทางการแพทย์จะแก้ปัญหาหลักฐานทางการแพทย์ไม่เพียงพอและการที่โจทก์ไม่สามารถความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการกระทำของจำเลย(แพทย์และโรงพยาบาล) และความเสียหายของโจทก์ได้

(3) การนำหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้ในคดีละเมิดจากการประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ไม่ได้ส่งผลร้ายแก่จำเลยแต่อันที่จริงแล้วกลับเป็นผลดีกับจำเลย (แพทย์ บุคคลาการทางการแพทย์ และโรงพยาบาล) ดังที่ได้อธิบายที่ได้อธิบายไว้ข้างต้นแล้ว หากโจทก์ (ผู้ป่วย) โดยหลักทั่วไปแล้วจะต้องเป็นผู้นำสืบข้อกล่าวอ้างของตน การนำสืบนั้นนั้นก็จะขึ้นอยู่กับว่าโจทก์(ผู้ป่วย)ว่าเข้าใจข้อเท็จจริงแค่ไหนอย่างไร แต่เนื่องจากโจทก์ขาดความรู้ทางการแพทย์ ความสามารถในการนำสืบของโจทก์ถึงการกระทำของจำเลยจึงถูกจำกัดประกอบพยานหลักฐานก็อาจมีไม่เพียงพอตามที่กล่าวข้างต้น คำฟ้องของโจทก์จึงมีความบกพร่องซึ่งก็จะส่งผลต่อคำให้การของจำเลย (แพทย์และโรงพยาบาล) ที่จะให้การปฏิเสธข้อกล่าวอ้างของโจทก์ตามที่โจทก์ฟ้องจึงอาจทำคำให้การไม่สมเหตุสมผล ซึ่งจะส่งผลต่อไปยังศาลที่ไม่อาจจะตัดสินการกระทำของโจทก์ได้อย่างแท้จริงเพราะขาดเกณฑ์มาตรฐานเพื่อตัดสินความรับผิดที่โจทก์ที่จะต้องวินิจฉัยตัดสินจากคำฟ้องของโจทก์และคำให้การของจำเลยนั้น

(4) การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ภายหลังการรักษาและการผ่าตัดไม่จำเป็นต้องชี้ไปที่การดูแลที่ไม่ได้มาตรฐานหรือความประมาทเลินเล่อและอาจไม่ได้ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยเสมอไป อย่างไรก็ตามเมื่อการรักษาพยาบาลส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย จำเลย (แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์) ควรเป็นผู้อธิบายถึงเหตุผลที่เกิดความเสียหายที่เกิดขึ้นในกรณีที่หากไม่มีคำอธิบายก็จะเกิดการอนุมานที่ไม่เป็นคุณแก่จำเลย (A. Shenoy, G.N. Shenoy, G.G. Shenoy, 2022) มีคดีในสหรัฐอเมริกาจำนวนมากที่ศาลใช้หลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริง เพราะเห็นว่ามีความจำเป็นเพื่อเปิดโอกาสให้จำเลย (แพทย์ บุคคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาล) ได้นำสืบหักล้างโดยอธิบายถึงการกระทำของตนว่าเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างไรไม่ได้ประมาทเลินเล่ออย่างไร (Wukir Prayitno, 2020)

(5) ศาลมีแนวโน้มที่จะยอมรับมากขึ้นในเรื่องหน้าที่ของแพทย์ซึ่งเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์โดยเฉพาะระหว่างผู้ป่วยกับ แพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคำนึงถึงความมั่นใจและความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อจากแพทย์ ควรให้แพทย์เป็นฝ่ายที่มาอธิบายก่อนว่าเกิดความผิดพลาดอย่างไร (Peter D. Byrnes, 1962)

3. การใช้ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงในคดีละเมิดทางการแพทย์ตามกฎหมายไทย

คดีทางการแพทย์ในประเทศไทยที่เป็นคดีแพ่งส่วนใหญ่เป็นการฟ้องคดีในมูลละเมิด[4] การฟ้องเป็นคดีละเมิดซึ่ง

[3] มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้าง ให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคและส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนา ภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

[4] เมื่อพิจารณาสถิติการฟ้องร้องทางการแพทย์ย้อนหลัง 20 ปี (พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2560) ในจำนวนการฟ้องแพทย์เป็นคดีแพ่ง 287 คดี คดีผู้บริโภค จำนวน 168 คดี คดีปกครอง 3 คดี รวมเป็น 499 คดี ทุนทรัพย์ที่ฟ้องรวมประมาณ 3,192 ล้านบาทการผิดพลาดในการรักษานี้มีไม่มาก

เป็นคดีแพ่งสามัญอันอยู่ภายใต้บังคับของประมวล กฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง หน้าที่นำสืบและการนำพยานหลักฐานเข้าสืบย่อมเป็นไปตาม มาตรา 84/1 คือ มีข้อสันนิษฐานตามกฎหมายหรือข้อสันนิษฐานทางข้อเท็จจริงเป็นคุณแก่ฝ่ายผู้กล่าวอ้าง เช่นนี้ก็จะเป็นการผลักภาระการพิสูจน์ไปยังคู่ความ ฝ่ายตรงข้ามให้ต้องนำสืบพิสูจน์หักล้างข้อสันนิษฐานดังกล่าว ส่วนคดีผู้บริโภคนั้น แม้จะเป็นคดีแพ่งประเภทหนึ่งแต่ก็มีลักษณะผ่อนปรนกว่าคดีแพ่ง สามัญ เพื่อช่วยขจัดความเหลื่อมล้ำระหว่างคู่ความ เมื่อการให้บริการทางการแพทย์เป็นความรู้เฉพาะด้านซึ่งบุคคลทั่วไปไม่สามารถทราบได้ มีแต่บุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นที่จะทราบ ดังนั้น ในกรณีที่มีการฟ้องบุคลากรทางการแพทย์ ผู้เสียหายหรือผู้ป่วยย่อมได้รับประโยชน์จากมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 และบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ต้องนำสืบพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ซึ่งแสดงว่าบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ต้องนำสืบต่อศาลว่า ตนไม่ได้จงใจหรือประมาทเลินเล่อในการให้บริการทางการแพทย์ดังกล่าว ในส่วนนี้จะได้ศึกษาคำพิพากษาศาลฎีกาเพื่อให้แสดงถึงการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงและการนำสืบหักล้าง

ในคดีทำศัลยกรรมจมูก ศาลได้ตัดสินให้จำเลยซึ่งเป็นศัลยแพทย์ตกแต่งทำศัลยกรรมตกแต่งจมูกของโจทก์ต้องรับผิดใช้ค่าเสียหาจากการที่จำเลยได้กระทำการด้วยความประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้โจทก์เจ็บปวดทรมานอันเป็นจากการผ่าตัดของจำเลย เพราะการผ่าตัดส่งผลให้จมูกอักเสบและมีเลือดคั่งที่หน้าผาก บวมมีหนองไหลรักษาไม่หายและแผ่นพลาสติกก็ยังเอาออกไม่หมด ต้องไปพบแพทย์อื่นให้รักษา ใช้เวลาประมาณ 2 เดือนเศษ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1604/2527)

ในคดีที่แพทย์ผ่าตัดหน้าอกใหญ่ให้ขนาดเล็กลง ศาลได้ตัดสินให้จำเลยซึ่งเป็นแพทย์รับผิดชดใช้ค่าเสียหายให้แก่โจทก์ โดยศาลเห็นว่า จำเลยเป็นแพทย์เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมด้านเลเซอร์ผ่าตัดมีหน้าที่ต้องใช้ความระมัดระวังตามวิสัยและพฤติการณ์เป็นพิเศษ การที่จำเลยผ่าตัดโจทก์เป็นเหตุให้ต้องผ่าตัดโจทก์เพื่อแก้ไขถึง 3 ครั้ง แต่อาการไม่ดีขึ้น โจทก์จึงต้องให้แพทย์อื่นรักษาต่อ ย่อมแสดงว่าจำเลยที่ 2 ไม่ใช้ความระมัดระวังในการผ่าตัด (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 292/2542)

คำพิพากษาศาลฎีกาทั้ง 2 คดีข้างต้นนี้ ศาลฎีกาได้นำเอาหลัก Res Ipsa Loquitur ซึ่งเป็นข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงตามแนวทางของระบบ Common law มาใช้ในการผลักภาระการพิสูจน์ไปยังจำเลยในการพิจารณาพิพากษาคดีความรับผิดทางละเมิดของแพทย์อันเกิดจากการกระทำโดยประมาทเลินเล่อ ตั้งแต่ก่อนที่จะมีการบัญญัติเรื่องข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 84/1 แล้ว

อีกกรณีหนึ่งแพทย์สั่งให้พยาบาลถอดท่อช่วยหายใจจากคอของผู้ป่วย เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะสามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจแล้ว แต่เมื่อถอดท่อช่วยหายใจออกประมาณ 5 นาทีผู้ป่วยมีอาการกระเสือกกระสนหายใจไม่ได้ หัวใจหยุดเต้นทำให้ผู้ป่วยมีความพิการทางสมองอย่างถาวร แพทย์และพยาบาลประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงในการรักษา อันเป็นผลโดยตรงทำให้ผู้ป่วยพิการทางสมองอย่างถาวร โดยไม่จำเป็นต้อง มีพยานผู้เชี่ยวชาญมาพิสูจน์ว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจติดขัดเกิดจากเหตุใด (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 18961/2556)

ในคดีนี้ศาลวินิจฉัยว่าจำเลยประมาทเลินเล่อถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเป็นผู้กล่าวอ้างว่าแพทย์กระทำการรักษาตนโดยประมาทเลินเล่อ และโจทก์ไม่ได้นำพยานผู้เชี่ยวชาญมา

นักเมื่อเทียบกับการรักษาทั้งหมด อ่านเพิ่มเติมได้ที่
https://www.thecoverage.info/news/content/2807.

สืบว่าแพทย์กระทำโดยประมาทเลินเล่ออย่างไรก็ตาม เนื่องจากศาลเห็นว่าโดยปกติแล้วหากการผ่าตัดไม่เกิดความผิดพลาดแล้ว ความเสียหายที่โจทก์กล่าวอ้างย่อมไม่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการใช้ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงตามสภาพปกติของเหตุการณ์ตามมาตรา 84/1 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาวินิจฉัย ส่งผลให้หน้าที่นำสืบหรือภาระการพิสูจน์จากโจทก์ไปตกอยู่กับฝ่ายจำเลย ผู้ป่วยจึงไม่ต้องมีภาระการพิสูจน์ว่าแพทย์กระทำการรักษาโดยประมาทเลินเล่ออย่างไร มีภาระการพิสูจน์เพียงเงื่อนไขแห่งการที่ตนจะได้รับประโยชน์จากข้อสันนิษฐาน ได้แก่ แพทย์คนใดเป็นผู้รักษาตน และตนได้รับความเสียหายจากการรักษาของแพทย์ ภาระการพิสูจน์ก็จะถูกผลักไปยังจำเลยซึ่งจะต้องพิสูจน์ว่าตนไม่ได้ประมาทเลินเล่อ

คดีละเมิดทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นการฟ้องร้องว่า บุคลากรทางการแพทย์ให้บริการทางการแพทย์ไม่เป็นไปตาม มาตรฐานการประกอบวิชาชีพ หรือขาดความระมัดระวังในการให้บริการทางการแพทย์ ดังนั้น ในการพิจารณาวินิจฉัยความผิดของบุคลากรทางการแพทย์จึงมีประเด็นหลักคือต้องพิจารณาว่ามาตรฐานการทำหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างไร เมื่อมีข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์เป็นคุณแก่โจทก์เป็นข้อสันนิษฐานที่ไม่เด็ดขาด จำเลยมีหน้าที่ต้องพิสูจน์เพื่อหักล้างข้อสันนิษฐานดังกล่าว ทั้งนี้เมื่อแพทย์ตกลงรักษาผู้ป่วย ไม่ได้เป็นการรับประกันว่าการเจ็บป่วยต้องหาย แต่แพทย์มีหน้าที่จะต้องใช้ความระมัดระวังในการรักษาโดยใช้ทักษะหรือความรู้ตามมาตรฐานของแพทย์ที่ได้รับการยอมรับตามหลักวิชาชีพ เมื่อมีความเสียหายจากการรักษาทำให้เกิดการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงว่ามีการกระทำโดยประมาทเลินเล่อจึงทำให้เกิดผลดังกล่าว ภาระการพิสูจน์จึงตกไปอยู่กับจำเลยที่จะต้องพิสูจน์หักล้างว่าตนไม่ได้ทำการอันประมาทเลินเล่ออันเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเสียหายนั้นและได้ใช้ความระมัดระวังในการตรวจรักษาโจทก์ตามความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพแพทย์แล้ว หากพิสูจน์ได้ดังกล่าวการกระทำของจำเลยจึงไม่เป็นการละเมิด (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 5018/2550) เช่น

ในคดีหนึ่งโจทก์ฟ้องว่าผู้ตายเข้ารับการตรวจรักษาเนื้องอกที่สมองที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า และได้รับการผ่าตัดเนื้องอกโดยนายแพทย์ ม. ด้วยความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงจากการตรวจรักษาที่ผิดพลาด ทำให้มีปัญหาเลือดออกในสมองหลังจากการผ่าตัด เป็นเหตุให้บุตรชายของโจทก์ถึงแก่ความตาย ขอให้บังคับจำเลยชำระเงินใช้ค่าเสียหายเป็นเงิน 6,638,000 บาท คดีนี้ศาลยกฟ้อง โดยพิพากษาว่าจำเลยได้นำสืบประกอบสนับสนุนคำเบิกความว่าได้ให้การรักษาผ่าตัดผู้ตายไปตามหลักวิชาการแพทย์โดยไม่มีความประมาทเลินเล่อแต่อย่างใด การกระทำของนายแพทย์ ม. จึงไม่เป็นละเมิดตามฟ้องโจทก์ และไม่ต้องรับผิดต่อโจทก์ตามฟ้องคดี (หมายเลขแดงที่ ผบ.938/2559) แต่หากจำเลยไม่ได้พิสูจน์หักล้างข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จดังกล่าวหรือแก้ตัวให้เห็นว่าตนได้ใช้ความระมัดระวังในการรักษาโจทก์ตามหลักวิชาอย่างผู้มีวิชาชีพดีแล้ว ศาลก็ต้องฟังว่าจำเลยประมาท จำเลยจึงต้องรับผิด เช่น

ในคดีหนึ่งผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากได้รับการฉีดยาที่โรงพยาบาลในคดีนี้ศาลได้ตัดสินให้แพทย์ต้องรับผิดเนื่องจากการรักษาไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับทางการแพทย์ โดยศาลได้วินิจฉัยไว้ดังนี้

การตรวจร่างกายของผู้ป่วยถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการที่แพทย์จะวินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร พยาธิสภาพอยู่ที่ไหนและอยู่ในระยะใดเพื่อจะนำไปสู่การรักษาได้ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้แพทย์จักต้องใช้ความระมัดระวังตามวิสัยและพฤติการณ์มิให้เกิดความผิดพลาดขึ้นได้ เพราะอาจนำมาซึ่งอันตรายที่จะเกิดแก่ร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วย ในขั้นตอนการรักษาที่ต่อเนื่องกัน จำเลยที่ 3 มิได้ตรวจดูอาการของโจทก์ตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพนมสารคามด้วยตนเอง แต่วินิจฉัยโรคและสั่งการรักษาอาการ

ของโจทก์ตามที่ได้รับรายงานทางโทรศัพท์จากพยาบาลแทนโดยไม่ได้ตรวจสอบประวัติการรักษาของโจทก์ด้วยตนเอง แม้จำเลยที่ 3 จะสอบถามจากพยาบาลก่อนที่พยาบาลจะฉีดยาให้แก่โจทก์เพื่อทำการรักษาก็ตาม ก็มิใช่วิสัยของบุคคลผู้มีวิชาชีพเป็นแพทย์จะพึงกระทำไม่ ทั้งห้องแพทย์เวรกับห้องฉุกเฉินที่โจทก์อยู่ห่างกันเพียง 20 เมตร ไม่ปรากฏว่ามีเหตุสุดวิสัยอันทำให้จำเลยที่ 3 ไม่สามารถมาตรวจวินิจฉัยอาการของโจทก์ได้ด้วยตนเองแต่อย่างใด ถือได้ว่าจำเลยที่ 3 ประมาทเลินเล่อ เมื่อพยาบาลฉีดยาบริคานิลให้แก่โจทก์ตามที่จำเลยที่ 3 สั่งการ หลังจากนั้นโจทก์มีอาการแพ้ยาอย่างรุนแรง โดยไม่ปรากฏว่าโจทก์มีอาการเช่นว่านั้นมาก่อน อาการแพ้ยาดังกล่าวจึงเป็นผลโดยตรงจากการกระทำของจำเลยที่ 3 ทำให้โจทก์ได้รับความเสียหาย อันเป็นการกระทำละเมิดต่อโจทก์ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 6092/2552)

สำหรับภาระการพิสูจน์ที่ตกไปยังจำเลยซึ่งต้องมีหน้าที่นำสืบหักล้างข้อสันนิษฐานนั้น หมายถึง จำเลยต้องนำสืบให้เห็นว่าตนไม่ได้ประมาทเลินเล่อ ซึ่งโดยหลักแล้วก็คือต้องนำสืบให้เห็นว่าตนได้รักษาตามความรู้และทักษะตามมาตรฐานวิชาชีพโดยใช้ความระมัดระวังตามสมควร หากจำเลยไม่สามารถนำสืบหักล้างได้ แม้ว่าจำเลย (แพทย์) ได้ให้การต่อสู้ในประเด็นอื่น ๆ อีกหลายประการก็ตาม เช่น โจทก์มีส่วนผิด ศาลก็ต้องตัดสินให้จำเลยรับผิด ดังตัวอย่างต่อไปนี้

คดีนี้ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยซึ่งเป็นเด็กหญิงอายุ 4 ปีได้เป็นโจทก์ฟ้องสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจำเลย เรียกร้องค่าเสียหายจากการกระทำละเมิดโดยแพทย์ในคำฟ้องระบุว่า ผลเอกซเรย์ปรากฏว่ามีฝ้าขาว ๆ ที่ปอดของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นลักษณะของวัณโรค แต่แพทย์ที่ทำการรักษาไม่ได้ตรวจยืนยันให้แน่ชัด การที่ไม่รักษาตั้งแต่เริ่มแรกที่ตรวจพบอาการที่ปอด ทำให้โจทก์มีอาการชัก สมองได้รับการกระทบกระเทือน โจทก์ต้องพิการเชื่อว่าเกิดจากการรักษาวัณโรคในสมองล่าช้า จำเลยให้การว่าตนได้ทำการรักษาตามหลักวิชาการแพทย์ด้วยความระมัดระวังแล้ว แต่โจทก์ไม่ได้แจ้งให้แพทย์ผู้รักษาทราบว่าบิดาโจทก์มีอาการไอเป็นเลือด ศาลฎีกาตัดสินว่า จากการดูประวัติการรักษาโจทก์แพทย์ผู้ตรวจรักษาโจทก์ไม่ได้ดำเนินตามวิชาการแพทย์ เมื่อเอกซเรย์พบปอดผิดปกติที่อาจเป็นเป็นวัณโรค แพทย์ควรต้องหาวิธีให้ทราบสาเหตุที่แน่นอนว่าเป็นวัณโรคหรือไม่โดยส่งฟิล์มเอกซเรย์ไปให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับฟิล์มเอกซเรย์ดู แต่แพทย์ผู้ตรวจรักษาโจทก์ไม่ได้กระทำการดังกล่าวทั้งที่สามารถกระทำได้ระหว่างที่เป็นเจ้าของไข้โจทก์ซึ่งขณะนั้นยังไม่เข้าขั้นอันตรายมาก แสดงให้เห็นว่าแพทย์ผู้ตรวจรักษาโจทก์ซึ่งเป็นแพทย์ที่อยู่ในสังกัดของจำเลยไม่ได้ทำการตรวจรักษาให้ถูกต้องครบถ้วนในเวลาอันสมควรตามหลักวิชาการแพทย์และตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ก่อให้เกิดความเสียหายแก่โจทก์ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากความประมาทเลินเล่อของแพทย์อันเป็นการละเมิดต่อโจทก์ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 12498/2558)

คดีนี้ศาลได้ใช้หลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงในการกำหนดภาระการพิสูจน์ของคู่ความ เพราะเป็นคดีเกี่ยวกับความรับผิดทางการแพทย์ ซึ่งมีข้อเท็จจริงที่อยู่ในความรู้เห็นฝ่ายเดียวของฝ่ายแพทย์ผู้ทำการรักษา ผู้ป่วยหรือโจทก์เพียงแต่พิสูจน์ว่ามีความเสียหายเกิดขึ้นระหว่างไปรับการรักษาจากแพทย์ก็เพียงพอแล้ว ส่วนฝ่ายจำเลยหรือแพทย์ผู้ทำการรักษามีหน้าที่พิสูจน์ว่าตนมิได้ประมาทเลินเล่อทำให้โจทก์หรือผู้ป่วยได้รับความเสียหาย อันเป็นไปตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551

คดีนี้มีข้อสังเกต 2 ประการ ประการแรก แม้แพทย์จะได้อ้างว่าตนได้รักษาตามความรู้และทักษะตามมาตราฐานวิชาชีพโดยใช้ความระมัดระวังตามสมควร แต่ก็ไม่ได้นำหลักฐานมาพิสูจน์เพื่อหักล้างข้อสันนิษฐานว่าแพทย์ผู้ตรวจรักษาโจทก์ไม่ได้ทำการโดยประมาทเลินเล่อ ส่วนการต่อสู้ว่าโจทก์ไม่ได้แจ้งให้ตนทราบว่าบิดาโจทก์มีอาการไอเป็นเลือดเป็นการยกเหตุว่าเป็นความผิดของจำเลยก็ไม่ทำให้จำเลยพ้นจากข้อสันนิษฐานว่าตนได้กระทำการโดยประมาทเลินเล่อ

ประการที่สอง การพิจารณาพิพากษาคดีนั้น การทำตามมาตรฐานวิชาชีพ ถือเป็นมาตรฐานในการนำมาพิจารณาคดีของศาล หากแพทย์ได้ทำหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพในการรักษาคนไข้โดยปราศจากความประมาทเลินเล่อ ถูกต้องตามหลักวิชาทางการแพทย์แล้ว ศาลก็ไม่อาจวินิจฉัยให้แพทย์ต้องรับผิดได้แต่อย่างใด ในคดีนี้ศาลได้พิจารณาการรักษาของจำเลยซึ่งเป็นแพทย์ผู้รักษาโจทก์คนแรกเปรียบเทียบกับแพทย์หญิงอีกคนหนึ่งซึ่งรับช่วงในการรักษาโจทก์ต่อมา ซึ่งจำเลยไม่ได้ส่งผลเอกซเรย์โจทก์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญดู และไม่ได้ซักประวัติคนใกล้ชิดของโจทก์ถึงการป่วยเป็นวัณโรค อย่างที่แพทย์หญิงอีกคนหนึ่งกระทำทั้งที่สามารถกระทำได้ จึงทำให้จำเลยไม่ทราบว่าโจทก์ป่วยเป็นวัณโรค ต่อมาเมื่อแพทย์หญิงอีกคนหนึ่งตรวจวินิจฉัยโรคของโจทก์ก็ได้ทราบว่าโจทก์ป่วยเป็นวัณโรค ศาลจึงเห็นว่าแพทย์จำเลยทำการรักษาโจทก์ไม่ถูกต้องครบถ้วนในเวลาอันสมควรตามหลักวิชาการแพทย์และตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพก่อให้เกิดความเสียหายแก่ร่างกาย การเปรียบเทียบดังกล่าวจึงเป็นการที่ศาลพิจารณาโดยเปรียบเทียบกับระดับการใช้ความระมัดระวังของแพทย์ที่อยู่ในวิสัยและพฤติการณ์เดียวกันจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเช่นนั้นอย่างไร

คดีตัวอย่างอีกคดีหนึ่งที่แพทย์ต้องแพ้คดีเพราะไม่นำสืบให้เห็นว่าการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานอย่างไร แต่กลับยกเหตุว่าการให้ยาซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายนั้นเป็นการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยต่อสู้คดี ซึ่งศาลเห็นว่าฟังไม่ขึ้นเพราะผู้ป่วยไม่มีความรู้ทางการแพทย์ โดยข้อเท็จจริงในคดีนี้คือ ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งด้วยอาการปวดขา โดยมีแพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเส้นเอ็นอักเสบ และได้สั่งยาฉีดไดโคลฟีเนคฉีด พร้อมทั้งยากิน ได้แก่ นอร์จีสิค บูรเฟน และทรามอล เมื่อกลับถึงบ้าน ผู้ป่วยมีอาการขาอ่อนแรง หายใจไม่ออก แน่นหน้าอกคนไข้ความดันโลหิตตก โคม่า ไม่หายใจ ต้องใส่ท่อช่วย สมองเสียหาย ม่านตาสองข้างเบิกโพรง ไม่ตอบสนองต่อแสง ขนาดม่านตา 5 มิลลิเมตรต่อมาคนไข้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีสิทธิประกันสังคมอยู่ ซึ่งโรงพยาบาลได้รับตัวเอาไว้ในห้องไอซียูมีการใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา และสามวันถัดมาผลการเอกซเรย์สมอง พบว่า สมองบวม ก้านสมองตาย และเสียชีวิตลง ซึ่งศาลวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยทั่วไปรวมทั้งผู้ตายซึ่งไม่มีความรู้ทางการแพทย์ ย่อมไม่อาจทราบถึงอาการอันไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดจากการใช้ยา การจะให้การรักษาด้วยยาชนิดใดและวิธีการอย่างไรย่อมเป็นดุลพินิจของแพทย์ผู้ตรวจรักษาที่ต้องคำนึงถึงมาตรฐานการรักษาเป็นสำคัญ หากจำต้องทำตามความต้องการของผู้ป่วยเสมอไปไม่ จำเลยจึงไม่อาจยกเหตุที่สั่งฉีดยาตามคำยืนยันของผู้ตายมาอ้างเพื่อปฏิเสธความรับผิดได้เมื่อจำเลย ซึ่งเป็นฝ่ายที่มีภาระการพิสูจน์ไม่อาจพิสูจน์ได้ว่าการให้การรักษาผู้ตายของแพทย์เป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือไม่ กรณีต้องถือว่าจำเลยกระทำโดยประมาทเลินเล่อ อันเป็นการละเมิดต่อผู้ตาย จึงต้องรับผิดชดใช้ค่าสินไหมทดแทน แก่โจทก์ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 560/2565)

หลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมีผลให้โจทก์เพียงได้ประโยชน์จากการอนุมานหรือสันนิษฐานเบื้องต้นถึงความประมาทเลินเล่อของจำเลยเท่านั้น ไม่ใช่เพื่อพิสูจน์ความประมาทเลินเล่อโดยสมบูรณ์เด็ดขาด จำเลยยังคงสามารถโต้แย้งข้อสันนิษฐานของความประมาทเลินเล่อที่สันนิษฐานขึ้นโดยพิสูจน์หักล้างว่าตนไม่ได้กระทำการโดยประมาทเลินเล่อ สำหรับคดีทางการแพทย์นั้นการหักล้างที่สำคัญที่สุดคือการแสดงหลักฐานว่าตนได้กระทำการรักษาตามความรู้และมาตรฐานการแพทย์อย่างดีแล้ว แม้ว่าจะได้ผลไม่พึงประสงค์ ก็ไม่เป็นประมาทเลินเล่อและไม่ต้องรับผิด

3. บทสรุป

หลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงได้เป็นหลักกฎหมายที่สำคัญในการตัดสินคดีของศาลไทยสำหรับกรณี

การละเมิดจากการประมาทเลินเล่อมานานแล้วรวมถึงในคดีละเมิดจากความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ด้วยโดยเป็นวิธีที่ช่วยยังความยุติธรรมให้แก่ผู้เสียหายให้ได้รับการชดเชยเยียวยาในสภาพการณ์ที่เห็นได้ชัดว่าจะไม่ได้รับการเยียวยาเนื่องจากความยากลำบากในภาระการพิสูจน์ เมื่อผู้ป่วยเสนอข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับความเสียหายที่ตนได้รับอันเป็นผลจากการบริการ การดูแลหรือบำบัดรักษาของแพทย์หรือบุคคลกรทางการแพทย์ หลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงก็จะสามารถนำมาใช้โดยผู้พิพากษาที่วินิจฉัยคดีจะได้ตรวจสอบรับฟัง และตัดสินข้อพิพาททางการแพทย์นี้โดยอยู่บนเงื่อนไข 2 ประการคือ ความเสียหายจะไม่เกิดขึ้นหากแพทย์หรือบุคคลกรทางการแพทย์ไม่ประมาทเลินเล่อ และ ความเสียหายนั้นเกิดขึ้นภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ต่อมาได้มีการนำหลักการนี้มาบัญญัติไว้ในมาตรา 84/1 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง ซึ่งศาลก็ได้นำบทบัญญัตินี้มากำหนดหน้าที่นำสืบที่คดีละเมิดทางการแพทย์จากการประมาทเลินเล่อตามข้อสันนิษฐานที่ควรจะเป็นซึ่งปรากฏจากสภาพปกติธรรมดาของเหตุการณ์ปัจจุบันคดีละมิดจากการประมาทเลินเล่อทางการแพทย์อยู่ในขอบเขตของคดีผู้บริโภค ซึ่งได้มีการนำหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมาใช้ภายใต้หลักข้อเท็จจริงใดอยู่ในความรู้เห็นเฉพาะฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งโดยเฉพาะฝ่ายนั้นมีภาระนำสืบถึงข้อเท็จจริงนั้น ตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 หลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงช่วยลดภาระการพิสูจน์ให้แก่โจทก์และผลักภาระการพิสูจน์ให้ตกแก่จำเลย เหตุที่ต้องลดภาระการพิสูจน์ของโจทก์ลงก็เพราะโจทก์มีหน้าที่ต้องนำสืบพิสูจน์การกระทำของจำเลยและข้อเท็จจริงที่อยู่ในความรู้เห็นของจำเลยซึ่งผู้ป่วย (โจทก์) ไม่มีความรู้เพียงพอที่จะนำสืบเพราะเป็นวิชาชีพและไม่อาจเข้าถึงข้อมูลได้โดยง่ายเพราะเป็นข้อมูลซึ่งอยู่ในความรู้เห็นของจำเลย (แพทย์หรือบุคคลกรทางการแพทย์) ฝ่ายเดียว หลักการสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงมีผลให้โจทก์เพียงได้ประโยชน์จากการอนุมานหรือสันนิษฐานเบื้องต้นถึงความประมาทเลินเล่อของจำเลย ไม่ใช่เพื่อพิสูจน์ความประมาทเลินเล่อโดยสมบูรณ์เด็ดขาด จำเลยยังคงสามารถโต้แย้งหักล้างข้อสันนิษฐานของความประมาทเลินเล่อที่สันนิษฐานขึ้นโดยพิสูจน์หักล้างว่าตนไม่ได้กระทำการโดยประมาทเลินเล่อ โดยการแสดงหลักฐานว่าตนได้กระทำการรักษาตามความรู้และมาตรฐานการแพทย์อย่างดีแล้ว แม้ว่าจะได้ผลไม่พึงประสงค์ ก็ไม่เป็นประมาทเลินเล่อและไม่ต้องรับผิด จึงเป็นการเปิดโอกาสให้จำเลยได้ต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่ไม่ต้องถูกผูกมัดกับคำฟ้องของโจทก์ ในขณะที่เพียงลดภาระการพิสูจน์ของโจทก์ลงมาเท่านั้น บทความนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงในคดีละเมิดทางการแพทย์จากความประมาทเลินเล่อที่ศาลได้ใช้เพื่อสร้างความเป็นธรรมแก่ทั้งโจทก์ (ผู้ป่วย) และจำเลย (แพทย์และบุคคลาการทางการแทพย์) ทั้งนี้หากบุคคลาการในวิชาชีพแพทย์รวมไปถึงผู้ที่สนใจในเรื่องกฎหมายได้ทำความเข้าใจถึงหลักข้อสันนิษฐานตามข้อเท็จจริงอันเป็นหลักการทางพยานหลักฐานที่สำคัญในการพิจารณาของศาลในคดีละเมิดจากความประมาทเลินเล่อทางการแพทย์ก็จะประโยชน์ในการเตรียมแนวทางการต่อสู้คดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการนำสืบพยานหลักฐานให้มีความน่าเชื่อถือ เพราะหากกำหนดแนวทางโดยไม่เข้าใจแล้ว ย่อมไม่เป็นคุณต่อผลของคดีแต่อย่างใด

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Administrative cases. Manager Online, (8 December 2020). *The hospital did not provide treatment information for the son who died... can I file a lawsuit?* Retrieved on 21 December 2023 from https://mgronline.com/crime/detail/9630000125760.

Chanatorn, Jittidecho. (2008). Burden of proof in the case of presumption of based on facts. *Dhunlapaha*, Journal of the Court of Justice. Vol. 2 Year 55.

Chutiwongse, Khemchai. (2022). The explanation of the law of evidence. (11th ed.). The Thai Bar. Bangkok.

Jongwichit, Prasit. (2010). Burden of proof in the tort of negligence. Retrieved on 21 December 2026 from http://www.archanpoo.net/index.php?option=com_content&view= article&id=40:2010-02-01-08-49-21&catid=1:article&Itemid=3.

Kacharoen Suthep. (2020). Problems of proving negligence of medical personnel: a cases study of offenses in community hospitals, B.E. 2020. Retrieved on 22 December 2023 from https://library.coj.go.th/en/media/56256/media-56256.html.

Khan AN. (1988). Medical negligence: Res Ipsa Loquitur. *Medico-legal J*. 1985:53 (Pt 3):164-8. doi: 10.1177/002581728505300306.

Kittisak Anekteerakul. (2019). Use of Presumption in Judicial Decisions. Retrieved on 22 December 2023 from https://library.coj.go.th/th/media/53861/media-53861.html.

Kraivichien Kanyarat. (2016). Elements of Medical Malpractices. *Public Health & Health Laws Journal.* 3 (2). (May-August 2016).

Louisell and Williams. (1960). Res Ipsa Loquitur-It's Future in Medical Malpractice Cases. *Calif. L. Rev.* Vol. 48, No. 2 (May, 1960), pp. 252-270. Retrieved from https://www.jstor.org/stable/3478530.

Hot Share. Manager Online. (15 December 2023). *Hospital helps a 1-year-old child taking the wrong medicine*. https://mgronline.com/onlinesection/detail/9660000112378.

Matthew R. Johnson. (1997). Rolling the "Barrel" a Little Further: Allowing Res Ipsa Loquitur to Assist in Proving Strict Liability in Tort Manufacturing Defects. *William & Mary Law Review*. Volume 38 (1996-1997). Retrieved on 15 January 2024 from https://scholarship.law.wm.edu/wmlr/vol38/iss3/10.

Pakdeethanakul, Jarun. (2023). *Law of Evidence*. (17th ed.) Bangkok. Winyuchon.

Patrick van den Heever. (2002). *The Application of the Doctrine of Res Ipsa Loquitur to Medical negligence cases: A comparative survey.* the University of Pretoria. submitted in accordance with the requirements for the degree of Doctor Legum. Retrieved on 20 December 2023 from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/27065/Complete.pdf?sequence=12&isAllowed=y.

Peter D. Byrnes. (1962). Negligence-Res lpsa Loquitur-Application to Medical Malpractice: 1951-196 Actions: 60 *MICH. L. REV*. 1153 (1962). Retrieved on 21 December 2023 from https://repository.law.umich.edu/mlr/vol60/iss8/6.

Patanavanich, Roengrudee. (2017). Fundamental Elements of Medical Malpractice. *Public Health Policy and Laws Journal*, *3*(2), 211–227. Retrieved on 15 January 2024 from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/161658.

Prosser William L. (1949). Res Ipsa Loquitur in California. *California Law Review.* Vol. 37, No. 2 (Jun., 1949).

Pusapakhom, Poj. (1987). Tort. Bangkok: Legal Training Center of the Thai Bar Association.

Ratanakorn, Sophon. (2010). The Explanation of Law of Evidence. (10th ed.). Nittibanakarn. Bangkok.

Shenoy, G.N. Shenoy, G.G. "Shenoy. (2002). Res Ipsa Loquitur: An insight into the novel Seven 'I's of Indicative Treatment - A potential defense for the defendant doctor. *Ethics, Medicine and Public Health*. Volume 21, 2022, 100751. Retrieved from https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352552521001286.

Society and Health Institute, (2006). Medical Spirit. Retrieved on 22 December 2023 from http://www.shi.or.th/content/36/.

Tyler Goldberg-Hoss. (1995). Res Ipsa Loquitur in Medical Negligence Cases. *CMG Law*. January 1, 1995. Retrieved 11 February 1024 from https://cmglaw.com/articles/res-ipsa-loquitur-in-medical-negligence-cases/.

Wukir Prayitno. (2020) Advances i Application of Res Ipsa Loquitur to the Medical Negligence Case in Patient Protection Perspective. *Economics, Business and Management Research.* volume 40. International Conference on Law, Economics and Health (ICLEH 2020).

Communication guidelines for community engagement in health promotion to support the aging society with the T-E-A–M technique.

Tawatchai Sunthonnon[1] Songjan Sangaroon[2]

1 Sirindhorn College of Public Health Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Corresponding author Email: tawatchai.sun006@hu.ac.th

2 Yala community college

Academic article

OPEN ACCESS

Citation: Sunthonnon, T. Communication guidelines for community engagement In promoting health to support the aging society with the T-E-A–M technique. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/271818

Received: 23 March 2024
Revised: 11 April 2024.
Accepted: 14 April 2024

Abstract

Thailand has become an aging society, a situation that needs to take care of the elderly, especially in the field of health promotion, by using communication for the senior citizen' s participation. It is necessary for community network's cooperation to achieve the following: systematically planned community health development through appropriate channels for timing and target audience; up-to-date and reliable information. Therefore, appropriate communication guidelines are needed for the community. Therefore, the author developed " Communication Guidelines for Community Engagement in Health Promotion for Aging Society with T-E-A–M Technique". T: Training and Group Coaching, E: Engagement, A: Area Based Approach, and M: Management Skills. This will benefit primary health care workers, in applying the guidelines for community' s engagement in accordance with the context of the community, and effectively keeping pace with changes.

Keywords: Communication guidelines; Community engagement; Health promotion; aging society

แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย ด้วยเทคนิค T-E-A–M

ธวัชชัย สุนทรนนท์[1] ทรงจรรย์ แสงอรุณ[2]

1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2 วิทยาลัยชุมชนยะลา

บทความวิชาการ

วันรับ 23 มี.ค. 2567
วันแก้ไข 11 เมย.2567
วันตอบรับ 14 เม.ย.2567

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีความจำเป็นต้องรับมือโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือด้านสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม เนื่องจากจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคเครือข่ายในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ในการช่วยเหลือกัน มีภาระหน้าที่ มีข้อตกลง และมีความเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยต้องมีการวางแผนการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยการสื่อสารต้องผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับช่วงเวลาและกลุ่มเป้าหมาย ทันต่อเหตุการณ์ และมีความถูกต้องเชื่อถือได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีแนวทางที่เหมาะสมในการนำไปใช้กับชุมชน ผู้เขียนจึงพัฒนา “แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย ด้วยเทคนิค T-E-A–M” ขึ้นประกอบด้วย การฝึกอบรมและระบบพี่เลี้ยง ความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของ การพัฒนาเชิงพื้นที่ และการพัฒนาทักษะการจัดการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ในการนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนให้ตรงกับบริบทของชุมชนและก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : แนวทางการสื่อสาร ; การมีส่วนร่วมของชุมชน ; การส่งเสริมสุขภาพ ; สังคมสูงวัย

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีความจำเป็นต้องเตรียมรับมือ และพร้อมกับการเผชิญปัญหาด้านสุขภาพที่จะเกิดจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทั้งความเจ็บป่วยและความบกพร่องในการทำงานของร่างกายในทุกๆด้านรวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับสภาพจิตใจ โดยคำนึงให้ครอบคลุมสุขภาพแบบองค์รวม ดังนั้นเพื่อป้องกันและรับมือแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนในการ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยให้มีศักยภาพและเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งการดูแลและการรองรับสังคมผู้สูงอายุต้องมีความเหมาะสมกับสถานการณ์และทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้นี้ หากไม่มีการเตรียมการรองรับหรือการวางแผนที่ดี จะนำมาสู่การเกิดปัญหาหรือวิกฤติในการดูแลผู้สูงอายุในสังคมและชุมชนในอนาคตอย่างแน่นอน การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองได้ โดยสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านการศึกษา สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ การเมือง นันทนาการ และอื่นๆ เพื่อก่อให้เกิดผลในเงื่อนไขของการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคของบุคคลและกลุ่มบุคคลทั่วไปในชุมชน (Chaisakulwong, Chaichang, & Chaichang. 2023) ทั้งนี้ในยุคปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีความซับซ้อนนั้น การดำเนินงานดังกล่าวไม่สามารถทำเพียงคนเดียวได้จึงต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน และประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนสร้างความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการที่จะช่วยในในการดำเนินงานเป็นอย่างดีที่จะเป็นตัวเชื่อมให้งานกับคนมีทิศทางเดียวกัน นั่นคือกระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสารถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อก่อให้เกิดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมไปในทิศทางเดียวกัน อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาชุมชนและสังคมในด้านต่างๆ หนึ่งในนั้น คือ “การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย” ซึ่งให้ความสำคัญกับการนำเสนอข่าวสาร สาระความรู้ กิจกรรมสื่อสารเรื่องราวสุขภาพ การประสานงาน ประสานความเข้าใจกับคนหรือกลุ่มคนที่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือร่วมพัฒนาด้วยกัน ในที่นี้คือ ชุมชน ซึ่งหมายถึงคนจำนวนมากที่มีความแตกต่างทั้งด้านเพศ วัย อาชีพ ฯลฯ โดยควรมีข้อมูลทางวิชาการที่เป็นแนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อมุ่งไปสู่การสร้างความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยให้เกิดขึ้นเพื่อจุดมุ่งหมายคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งการดำเนินการสื่อสารจะต้องให้ความสำคัญกับองค์ประกอบต่างๆของการสื่อสาร ทั้งผู้ส่งสาร ที่ต้องมีการวางแผนร่วมกับผู้รับสาร มีสารที่น่าสนใจเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และใช้สื่อที่มีความเหมาะสมและกลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจ รวมถึงการมีแนวทางที่ชัดเจนในการสื่อสารความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรม (Leklak H. 2007)

ดังนั้นในบทความวิชาการนี้ผู้เขียนจึงขอนำเสนอ “แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย ด้วยเทคนิค T-E-A–M” จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากประสบการณ์ของผู้เขียน ซึ่งการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเจาะจงไปถึงภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกัน ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในพื้นที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ตามบริบท ซึ่งบทความนี้จะนำเสนอถึง

ภาพรวมทั้งหมดของแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสาร การสร้างการมีส่วนร่วม และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุก่อน เพื่อให้ผู้อ่านได้ทราบข้อมูลพื้นฐานให้ครบถ้วน แล้วจึงเสนอแนวคิดใหม่ที่ผู้เขียนพัฒนาจากการสังเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการและประสบการณ์ที่สะสมมาให้คลอบคลุมตามแนวทางที่จะนำเสนอ ประกอบด้วย 4 แนวทางหลัก คือ การฝึกอบรมและระบบพี่เลี้ยง ความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของ การพัฒนาเชิงพื้นที่ และการพัฒนาทักษะการจัดการ ที่บูรณาการร่วมกันในทุกแนวทางและจะช่วยในการสื่อสารร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือร่วมใจไปด้วยกันทุกภาคส่วนทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน และประชาชนในชุมชน เป็นการรวมพลัง เพื่อจะทำให้เป้าหมายที่มีบรรลุและสำเร็จได้เร็วขึ้น เพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งสารผ่านสื่อไปยังกลุ่มเป้าหมายเพื่อการพัฒนาการสื่อสารความร่วมมือชุมชนให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุมากขึ้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางดังกล่าวเพื่อร่วมเรียนรู้และมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (Shaw, K., 2023)

การสื่อสาร : ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสาร

การสื่อสารในบทความนี้ให้ความหมายโดยรวมไว้ว่า เป็นการสร้างความเข้าใจอันดีซึ่งกันและกัน โดยการใช้สื่อสารมวลชน (Mass Communication) และการใช้สื่อประสมประเภทต่างๆ (Multi Media) รวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆเผยแพร่ข้อมูลและเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน ทำให้เกิดความตระหนักในระดับปัจเจกบุคคลและสังคม รวมทั้งเป็นแรงเสริมให้คนในชุมชนค้นหาและเรียนรู้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาวิถีชีวิตที่ดีให้กับตนเองได้ยังเป็นกระบวนการที่ส่งผลโดยตรงต่อการปรับปรุงทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และระดับสังคมโดยรวม โดยมีการผสมผสานวัฒนธรรมใหม่ๆ (Modern Cultures) ผ่านสื่อประเภทต่างๆตามความเหมาะสมเพื่อสามารถที่จะส่งผลต่อกลุ่มเป้าหมายตามที่ต้องการได้เพื่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม สัมฤทธิผลในเรื่องใดร่วมหนึ่งที่กำหนดวัตุประสงค์ไว้

องค์ประกอบการสื่อสาร การสื่อสารที่ดีต้องประกอบด้วย S – M – C – R ตามรูปแบบการติดต่อสื่อสารของ Berlo โดยคำนึงองค์ประกอบต่างๆให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการสื่อสาร (Berlo, D. K., 1977) ดังนี้ 1.แหล่งข้อมูลข่าวสารหรือผู้ส่งสาร (Source, Sender) หมายถึง สิ่งที่ก่อกำเนิดข่าวสารหรือผู้เป็นต้นเหตุของข่าวสาร อาจเป็นบุคคลเดียวหรือหลายคนก็ได้ 2.ข่าวสาร (Message) หมายถึง เนื้อหาสาระหรือเครื่องหมายที่ผู้ส่งดำเนินการถ่ายทอดไปยังผู้รับสาร 3.ช่องทางของข่าวสาร (Channel) หมายถึง สื่อกลางในการนำข่าวสารไปยังผู้รับสาร เช่น หนังสือ ภาพยนต์ โทรศัพท์ วิทยุ โทรทัศน์ 4.ผู้รับข่าวสาร (Receiver) หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคน หรือสิ่งของที่ทำหน้าที่รับรู้ข่าวสารที่ส่งมาจากผู้ส่งข่าวสาร

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การสื่อสารมีจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม สัมฤทธิผลของการสื่อสาร สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลง ความร่วมมือ การประสานความเข้าใจระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสารและเหมาะสมตามองค์ประกอบของการสื่อสาร เริ่มจากการรวบรวมความคิด แล้วถอดความคิดออกมาเป็นเนื้อหาข่าวสาร ความสามารถในการสื่อสาร ความสามารถของผู้รับในการตีความเนื้อหาสาระในสารเงื่อนไข โดยบูรณาการความรู้ความเข้าใจด้วยเทคนิคของการสื่อสาร

การมีส่วนร่วมของชุมชน : ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการคิด ริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจการร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ อันมีผลกระทบถึงตัวประชาชนเอง

การมีส่วนร่วมเป็นการร่วมมือของประชาชนและชุมชน ไม่ว่าปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกันและเข้ามาร่วมรับผิดชอบเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ กระทำผ่านกลุ่มหรือองค์การ เพื่อให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ ซึ่งการมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้มีส่วนช่วยเหลือระหว่างกัน ด้วยจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคลในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติงานและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆที่มีผลกระทบต่อส่วนรวมในการบริหารจัดการ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของสังคมที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนที่แท้จริง จึงหมายถึง การที่ประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการจัดการและควบคุมการใช้ทรัพยากร และปัจจัยการผลิตที่มีอยู่ในสังคมเพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีพทางเศรษฐกิจและสังคม และการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน

การดำเนินกิจกรรมใดๆก็ตามโดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ผู้ที่ได้รับผลกระทบและมีส่วนได้เสียควรเป็นผู้มีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นและเสนอแนะความคิด การปฏิบัติงานประชาสัมพันธ์ในยุคปัจจุบัน จึงต้องประยุกต์แนวคิดให้สอดรับกัน โดยต้องสร้างกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนอันเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน และเป็นส่วนสำคัญของแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนกลุ่มที่มีส่วนได้เสียและได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้น การพัฒนาจึงเริ่มจากความต้องการของชุมชนแทนความต้องการของหน่วยงานภาครัฐ (Atijitta, P., 2020)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีจุดเน้นด้านกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ความรู้และความชำนาญร่วมกับวิทยากรหรือองค์ความรู้ที่เหมาะสม ทันสมัยต่อยุคปัจจุบัน และสนับสนุนติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างมีระบบ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรองรับสังคมสูงวัย

สถานการณ์สังคมสูงวัย

ปัจจุบันสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอน ว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ”(Older/Elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูลและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย”โดยที่การสูงวัยของประชากร (Population aging) เป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมานี้ เมื่อประชากรในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ชุมชน เขตปกครองระดับต่างๆ ประเทศภูมิภาค ฯลฯ มีอายุสูงขึ้น โดยสังเกตได้จาก สัดส่วนของประชากรสูงอายุ หรืออายุมัธยฐานของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นในประชากรปิด หรือประชากรที่เปลี่ยนไปโดยไม่นับรวมการย้ายถิ่น การสูงวัยของประชากร มีสาเหตุมาจากการเกิดที่ลดลง และอายุของผู้คนยืนยาวขึ้น

แนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง

“การสูงวัยอย่างมีพลัง” (Active aging) เป็นแนวคิดที่แสดงกระบวนการที่เราจะสร้างโอกาสให้กับตนเองหรือประชากร ทุกเพศทุกวัยที่จะเติบโตเจริญวัยขึ้นอย่างมีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในทางเศรษฐกิจและสังคม และมีความมั่นคงในชีวิต เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล หรือของกลุ่มประชากรให้สูงขึ้นตั้งแต่เกิดจนตาย“สังคมสูงอายุ” (Aging society) หมายถึง สังคมที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้น “สังคมสูงอายุ” มีความหมายอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นสังคม ที่สูงอายุแล้ว (Aged society) โดยเป็นสังคมที่มีประชากร

อายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7)“สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14)“สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20) แนวคิด Active Aging ขององค์การอนามัยโลก Active Aging ขององค์การอนามัยโลก อธิบายถึงองค์ประกอบสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง ประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ 1) มีสุขภาพที่ดี (Healthy) 2) มีความมั่นคง หรือการมีหลักประกันในชีวิต (Security) 3) มีส่วนร่วม (Participation) กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO’s Active Aging framework) Active Aging เป็นกระบวนการที่สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบสาธารณสุข การมีส่วนร่วมและได้รับความปลอดภัย เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในการวางนโยบาย บริหารจัดการการให้บริการ การจัดสภาพแวดล้อมและโครงสร้างเมืองของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุนั้น ต้องคำนึงถึงความหลากหลายของความสามารถและการเป็นแหล่งทรัพยากรของผู้สูงอายุ ความยืดหยุ่นในการตอบสนองและคาดการณ์ความต้องการและความชอบของผู้สูงอายุ ความสำคัญของการตัดสินใจและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุการคุ้มครองป้องกันกลุ่มเสี่ยงในผู้สูงอายุ การสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ ในสังคม โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีพฤฒิพลัง (Active Aging) เริ่มจากผู้สูงอายุต้องส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีตลอดจนกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ และมีกลุ่มในสังคมโดยอาศัยเทคโนโลยีมาเชื่อมต่อสังคมให้กับผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยความร่วมมือของชุมชนที่ช่วยกันให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ เราทุกคนทุกร่วมด้วยช่วยกันอย่างเป็นระบบด้วยกลไกความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน (Department of Health, Ministry of Public Health, 2020)

การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย

การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยในฐานะที่เป็นองค์ประกอบของสังคม มีหน้าที่ในหลายประการ ทั้งนี้ผู้เขียนจะขอชี้ให้เห็นประเด็นหน้าที่ของการสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือของชุมชนที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

หน้าที่หลักของการสื่อสาร

หน้าที่หลักของการสื่อสารที่เชื่อมโยงกับประเด็นสุขภาพ ดังนี้

1. หน้าที่ในการให้ข่าวสาร (Informative Function) หมายถึง การเป็นตัวกลางในการเผยแพร่ข่าวสาร ความเคลื่อนไหวให้คนในสังคมได้รับรู้โดยทั่วถึงกัน ในที่นี้ คือ การสื่อสารประเด็นสุขภาพชุมชนต่างๆ เช่น การทราบสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน การรับรู้สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระจายข่าวสารไปยังชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน และประชาชนในชุมชน เป็นต้น

2. หน้าที่ในการชักจูงใจ (Persuasive Function) หมายถึง การโน้มน้าว ชักจูงใจให้เชื่อและคล้อยตามในสิ่งที่ผู้ส่งสารได้สื่อสารออกไป ในการสื่อสารสุขภาพ สื่อจะต้องตรวจสอบข้อมูลหรือสารก่อนนำเสนอผ่านสื่อไปยังผู้รับสารอย่างละเอียดถี่ถ้วน ไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดหรือความตื่นตระหนกต่อสังคม สื่อจะต้องทำหน้าที่ชักจูงใจให้เชื่อหรือคล้อยตามในสิ่งที่ถูกต้อง ดี

งาม เช่น การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นกับวัยผู้สูงอายุและเน้นสถาวะโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นหลัก รวมทถึงนำเสนอวิธีการป้องกันในรูปแบบต่างๆ เพื่อชักจูงใจให้ประพฤติตามสิ่งที่สื่อนำเสนอในสังคมหรือชุมชนและให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในรูปแบบต่างๆ

3. หน้าที่ในการให้ความรู้ (Educational Function) หมายถึง การสร้างความรู้ความเข้าใจในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง การสื่อสารจะเข้ามามีบทบาทในการสร้างองค์ความรู้ดังกล่าว สำหรับประเด็นด้านสุขภาพที่เป็นประเด็นใกล้ตัวทุกคน และมีความจำเป็นที่ทุกคนจะต้องรู้เท่าทันและให้ความใส่ใจ สื่อจึงต้องทำหน้าที่เป็นตัวกลางให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพราะเมื่อประชาชนได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ก็จะส่งผลต่อทัศนคติที่เชื่อ คล้อยตาม และประพฤติหรือลงมือปฏิบัติในสิ่งที่สื่อถ่ายทอดออกไปซึ่งจะถือว่าเป็นผลสำเร็จ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจึงควรมีข้อมูล หลักฐานที่แน่น น่าเชื่อถือและน่าสนใจ เช่นสร้างบทบาทของการสื่อสารประเด็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หากสื่อไม่ทำหน้าที่ให้ข่าวสารให้ความรู้ เพื่อป้องกันโรคภัย และไม่ชักจูงใจหรือส่งเสริมประเด็นด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจตลอดจนความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ สังคมหรือชุมชนก็จะอยู่ในสภาวะที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อความพร้อมในการพัฒนาประเทศได้

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดนั้น ผู้เขียนมีมุมมองว่า การสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมมีบทบาทสำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างชัดเจนและที่สำคัญบุคคลในชุมชนด้านการสื่อสารเพื่อการพัฒนาได้ชี้ให้เห็นว่า แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารสามารถพัฒนาสังคมได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบของการสื่อสารจากเดิม ซึ่งได้แก่ การสื่อสารภายใต้กระบวนหลักแห่งความทันสมัยนิยม ซึ่งเน้นการสื่อสารจากบนลงล่างหรือการสื่อสารจากผู้มีอำนาจในชุมชนไปยังประชาชน ไปสู่การสื่อสารแบบใหม่ภายใต้กระบวนทัศน์แบบทางเลือก ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย ซึ่งให้ความสำคัญกับการสนทนาโต้ตอบกันในลักษณะของการปรึกษาหารือกัน เพื่อเปิดโอกาสให้นในชุมชนได้หันหน้าเข้าหากัน พูดจา เจรจากัน เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารเบื้องต้นหลักการ และแนวทางที่หลากหลายสำหรับการตัดสินใจร่วมเกี่ยวกับชุมชนของตน (Nmere, O. N., Abugu, J. O., Alio, F. C., & Anetoh, J. C., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องรวมทั้งองค์ความรู้และประสบการณ์ของผู้เขียนที่ผ่านมาจนตกผลึกทางความคิด

ผู้เขียนจึงขอนำเสนอ “แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย ด้วยเทคนิค T-E-A–M” ซึ่งมีความคลอบคลุมตามบริบทชุมชนและสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาเตรียมรองรับสังคมสูงวัย ตามแนวทางดังต่อไปนี้

T : Training and Group Coaching การฝึกอบรมและระบบพี่เลี้ยง

แนวทางนี้เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย เนื่องจากการเตรียมภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในฐานะบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีความรู้ในศาสตร์ด้านสุขภาพโดยตรงและมีความสัมพันธ์อันดีกับชุมชนควรจัดให้มีการฝึกอบรมและระบบพี่เลี้ยง (Training and Group Coaching) เป็นการพัฒนาคนและภาคีเครือข่ายในชุมชนด้วยกระบวนการที่มุ่งจะเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกัน เกิดทักษะความรู้ความสามารถ และทัศนคติของคนในชุมชนทุกระดับให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การสื่อสารความร่วมมือในแนวทางนี้เป็นเชิงปฏิบัติการ ด้วยวิธีการในการติดต่อสื่อสารรูปแบบการฝึกอบรมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมด้วยการสร้างทีมงาน และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาเป็นทีมเดียวกัน โดยสามารถประยุกต์ใช้จากแนวทางการศึกษาของ (Bernstein, S. B., 2003) ; ประกอบด้วย

1) บุคลากรสาธารณสุขพัฒนาการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจของชุมชนผ่านการฝึกอบรม ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ขั้นตอนนี้จะทำให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม เน้นรูปแบบเป็นกันเองตามวิถีชุมชนโดยกำหนดข้อมูลชุมชนด้านผู้สูงอายุเป็นโจทย์เริ่มต้น

2) สื่อสารด้วยช่องทางการจัดระบบสื่อสารสุขภาพชุมชนด้วยระบบพี่เลี้ยง ควรมีเครือข่ายพี่เลี้ยงสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มามีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนมาร่วมกันในขั้นตอนนี้ เพื่อเริ่มต้นจากทรัพยากรในชุมชน และสามารถส่งข้อมูลด้านสุขภาพเชิงสร้างสรรค์ให้กับคนในชุมชนด้วยกันเอง ทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของของการสื่อสารสุขภาพรวมทั้งได้รับการต้อนรับที่ดีด้วยความเป็นกันเอง

3) สื่อสารผ่านการจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมการสื่อสารสุขภาพสำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดสรรทรัพยากรมาจากแหล่งต่าง ๆ เป็นบทบาทของชุมชนในการเพิ่มความเกี่ยวข้องกับครอบครัวและชุมชนที่ความจำเป็นเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการสื่อสารสุขภาพชุมชนด้วยกันเอง โดยให้ตัวแทนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเป็นผู้นำทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทาง

4) การประเมินการฝึกอบรมและระบบพี่เลี้ยง (Training and Group Coaching) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ให้ร่วมกันประเมินจุดเด่นจุดขาด และจุดควรพัฒนาในการร่วมกันโดยยึดโยงประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุและประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

5) สื่อสารผ่านกิจกรรมพัฒนาสัมพันธภาพการมีส่วนร่วมกับสมาชิกของครอบครัวและชุมชน ทำให้สามารถลดอุปสรรคการมีส่วนร่วมได้ ต้องเข้าใจสิ่งที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน ได้แก่ สร้างความคุ้นเคย สร้างความสนใจ ความรู้ ทักษะ และพัฒนาความร่วมมือ จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อขจัดอุปสรรคต่าง ๆ ในการสื่อสารสุขภาพชุมชน

6) พัฒนาทีมงานและจัดบุคลากรเพื่อรับผิดชอบการมีส่วนร่วมอยู่เสมอ

7) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการการฝึกอบรมและระบบพี่เลี้ยงในประเด็นสุขภาพต่างๆของชุมชนร่วมถึงรูปแบบตามความต้องการของชุมชน

E : Employee Engagement ความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของ

แนวทางนี้มีจุดเน้นคือการสร้างความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยนั้น ควรให้ความสำคัญกับเทคนิคการสร้างความเป็นเจ้าของสามารถสร้างขึ้นได้ด้วยการทำให้ทุกคนรู้สึกภูมิใจ (Branding), แจ้งเป้าหมายให้ชัดเจน (End Goal), อธิบายให้เห็นภาพว่าหากการสื่อสารสุขภาพนี้นี้สำเร็จ ชุมชนจะได้อะไร หรือหากไม่สำเร็จสิ่งที่เราได้เรียนรู้ระหว่างทางมีประโยชน์อย่างไรบ้าง เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นคุณค่า (Value) ของการมีส่วนร่วมจากทุกแง่มุม ซึ่งต่อเนื่องจากแนวทางที่ผ่านมาคือ T : Training and Group Coaching การฝึกอบรมและระบบพี่เลี้ยง เมื่อมีการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแล้ว จึงควรเน้น E : Employee Engagement ความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของของชุมชน ด้วยการติดต่อสื่อสารภายในชุมชนที่มีประสิทธิภาพโดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดของ Robbins, S. P., Bergman, R., Stagg, I., & Coulter, M. (2014). จากรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ดำเนินอยู่ 4 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

1. สื่อสารความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของให้ชุมชนรับรู้ข่าวสาร (Public Information) ด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์หรือโทษแก่ประชาชนในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้การได้รับแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการที่เหมาะสม

2. สื่อสารความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของให้ชุมชนด้วยการปรึกษาหารือ (Public Consultation) เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้น

3. สื่อสารความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของให้ชุมชนด้วยการประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม และผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจในการทำโครงการหรือกิจกรรมนั้นได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ และค้นหาเหตุผลในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมในพื้นที่นั้น ซึ่งมีรูปแบบการสื่อสารค่างๆ ได้แก่

3.1 การประชุมในระดับชุมชน (Community Meeting) โดยจัดขึ้นในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมจะต้องส่งตัวแทนเข้าร่วม เพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะโครงการและผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถาม

3.2 การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical Hearing) สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นจะต้องเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอกมาช่วยอธิบายและให้ความเห็นต่อโครงการ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมต้องได้รับทราบผลดังกล่าวด้วย

3.3 การประชาพิจารณ์ (Public Hearing) เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังทั้งฝ่ายเจ้าของโครงการและฝ่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกัน

4. สื่อสารความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของให้ชุมชนด้วยการร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งประชาชนจะมีบทบาทในการตัดสินใจได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของคณะกรรมการที่เป็นผู้แทนประชาชนในพื้นที่ลักษณะที่สำคัญของการมีส่วนร่วมว่าเป็นเรื่องของกระบวนการ ซึ่งได้สรุปถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมได้ 4 ขั้นตอนหลักๆ ดังนี้

1. มีส่วนร่วมในการคิด ศึกษา และค้นคว้าหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาตลอดจนความต้องการของชุมชน

2. มีส่วนร่วมในการวางนโยบาย หรือแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม เพื่อลดและแก้ไขปัญหา

3. มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย

4. มีส่วนร่วมในการควบคุมติดตามและประเมินผลการทำงาน

การสื่อสารความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของให้ชุมชนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจำเป็นต้องใช้วิธีการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมในการนำพาข่าวสารจากหน่วยงานภาครัฐบาลหรือเอกชน ไปสู่ประชาชนผู้เป็นเป้าหมาย (SriKo T, ThotKaew W, Khanthaboon K, SuthiWoraseth C. 2023) สิ่งสำคัญในการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนหรือชุมชนได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการสื่อสารนั้น ต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เพราะถือว่าเป็นส่วนช่วยให้กระบวนการติดต่อสื่อสารสัมพันธ์ หรือแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างสมาชิกในสังคม

เป็นไปได้โดยสะดวกขึ้น กล่าวคือ ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนาชุมชน ให้มีความเข้มแข็งเพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนสู่การแก้ไขปัญหาของสังคมและประเทศชาติได้

ทั้งนี้แนวทางการสื่อสารความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของให้ชุมชนการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชนประเด็นส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น มีบทบาทในการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษาหรือการรับฟังความคิดเห็น การเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือ และการมอบอำนาจในการตัดสินใจให้แก่ประชาชน เพราะความเป็นเจ้าของจะทำให้ประชาชนในชุมชนสามารถพัฒนาการสื่อสารสุขภาพและส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่มาจากความตระหนักและเห็นคุณค่าจากภาพใน

A : Area Based Approach การพัฒนาเชิงพื้นที่

การพัฒนาเชิงพื้นที่เป็นอีกหนึ่งแนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย กล่าวคือ A : Area Based Approach การพัฒนาเชิงพื้นที่ อาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน ภาครัฐ ภาควิชาการและองค์กรพัฒนาต่างๆ จากปัญหาที่สะท้อนโดยชุมชน ลำดับความสำคัญของปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาได้จริง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ดำเนินงานในลักษณะทำไป ปรับไป เรียนรู้ไป เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบและกลไกการทำงานด้านสุขภาพที่สามารถจัดการประเด็นปัญหาหรือความต้องการของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง การดำเนินงานจะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ ก่อให้เกิด สร้างให้มีขึ้นและรักษาให้ยั่งยืนโดยคนในชุมชน

โดยเริ่มต้นจากได้วิเคราะห์สถานภาพบริบทและความต้องการเทคโนโลยีในแต่ละพื้นที่ ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ กำหนดโจทย์ด้านการสื่อสารสุขภาพชุมชนและแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนพัฒนาพื้นที่ระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งภายในและภายนอก “ภาครัฐ-เอกชน-ชุมชน” เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนกระตุ้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ องค์ความรู้ในชุมชนและระหว่างชุมชน พัฒนาและบริการกลไกการทำงานร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่น ภาครัฐ องค์กรอิสระ เอกชนและสถาบันต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการพัฒนาตลอดห่วงโซ่

ทั้งนี้ขอเสนอการประยุกต์ใช้ตามการศึกษาของ (Chairatana, P., 2022) ที่กำหนดขึ้นจากการบูรณาการพบว่าปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 5 ปัจจัย และระดับความเข้มแข็งของแต่ละปัจจัย นำไปสู่การจัดทำแผนการพัฒนาพื้นที่โดยเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสื่อสารสุขภาพยุคโลกพลิกผันได้อย่างตรงเป้าหมาย ดังนี้

1.การพัฒนาการสื่อสารเน้นเชิงพื้นที่โดยผู้นำกลุ่ม ซึ่งเป็นบุคคลที่สามารถชักจูงหรือชี้นำบุคคลอื่นให้ปฏิบัติงาน มีความสามารถทำให้งานดำเนินไปอย่างก้าวหน้า อาจมาจากการคัดเลือก การยกย่องจากสมาชิกกลุ่ม เปรียบเสมือนแกนของกลุ่มที่มีหน้าที่สั่งการ วางแผน แนะนำ ชี้แนะหรือปฏิบัติ มีความสามารถนำพากลุ่มไปสู่วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วางไว้

2.การพัฒนาการสื่อสารเชิงพื้นที่โดยนวัตกรชุมชน โดยให้บุคคลจากท้องถิ่นที่เข้ารับการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยี ศึกษาและบ่มเพาะ มีทักษะการรับและปรับใช้นวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทถ่ายทอดความรู้และขยายผลสู่ผู้อื่นได้ มีทักษะประยุกต์ต่อยอดได้ รวมทั้งจัดการความรู้ไปแก้ไขปัญหาสุขภาพสำคัญในชุมชนได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Thaithae S, Thanaboonpuang P, Kiriyangam K, Mahaprom T. 2022) พบว่าการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ควรเน้นการสร้างเครือข่าย การ

สร้างการมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม และการสร้างช่องทางสื่อสารของชุมชน

3.การพัฒนาการสื่อสารเชิงพื้นที่โดยหน่วยงานเครือข่ายความร่วมมือ ทั้งนี้คือหน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ที่มีบทบาทร่วมผลักดันและขับเคลื่อนงานในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา สถาบันวิจัย ภาคเอกชน ฯลฯ

4.การพัฒนาการสื่อสารเชิงพื้นที่โดยนวัตกรรมพร้อมใช้ ในที่นี้คือองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่ชุมชนมีอยู่แล้วหรือมาจากหน่วยงานอื่นสนับสนุนส่งเสริมและเทคโนโลยีพร้อมใช้ให้เหมาะสมกับยุคสมัย

5.การพัฒนาการสื่อสารเชิงพื้นที่โดยการนำเทคโนโลยีไปประยุกต์ใช้พื้นที่แห่งการเรียนรู้ ในการจัดกิจกรรมและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีวิทยากรกระบวนการคอยเป็นพี่เลี้ยง

M : Management Skills การพัฒนาทักษะการจัดการ

แนวทางสุดท้ายการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย ซึ่งจะเป็นแนวทางที่จะช่วยในการดำเนินการแบบองค์รวม ในทุกแนวทางที่ผ่านมาข้างต้นทั้งหมดคือ M : Management Skills การพัฒนาทักษะการจัดการ ทั้งนี้การบริหารเชิงกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาองค์กรสาธารณสุขในยุคโลกพลิกผันโดยใช้เทคนิค 3 รู้ คือ “รู้เขา รู้เรา และรู้พัฒนา” (Sunthonnon, T., & Chaitiang, N., 2023) ซึ่งสามารถประยุกต์กระบวนการพื้นฐานจากทฤษฎีของ (Allen, L. A., 1973) ที่ปรึกษาด้านการจัดการชาวอเมริกัน ในหนังสือ Management and Organization ขึ้นในปี ค.ศ.1958 ด้วยกระบวนการ POLC ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) การนำ (Leading) และการควบคุม (Controlling) ซึ่งการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสื่อสารสุขภาพดำเนินการตามกระบวนการจัดการเชิงกลยุทธ์ (The Strategic Management Process) ประกอบไปด้วย 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ทบทวนพันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์และกลยุทธ์ของการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อรองรับสังสูงวัย โดยพิจารณากลยุทธ์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและมีสอดคล้องเหมาะสมกับสภาวการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ซึ่งขั้นตอนนี้ให้ความสำคัญทั้งผู้ส่งสาร สารช่องทาง ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยให้ทบทวนความต้องจำเป็นของผู้รับสารนั่นคือ ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

2. ขั้นตอนนี้ให้วิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายนอกที่ส่งผลต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย โดยให้วิเคราะห์สภาวการณ์ ปัจจุบันการสื่อสารสร้างการมีส่วนร่วมทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง กฎหมาย สังคม เทคโนโลยี เป็นอย่างไรบ้างปัจจัยเหล่านี้ถือว่าเป็นโอกาส (Opportunities) ถ้าวิเคราะห์แล้วเป็นลบให้ถือเป็นอุปสรรค (Threats) ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสื่อสาร

3. วิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายใน ส่งผลต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย โดยการวิเคราะห์ปัจจัย ภายในชุมชนในด้านทักษะความสามารถของคนในชุมชน การบริการด้านสุขภาพชุมชน เทคโนโลยี วัฒนธรรมของชุมชน เป็นต้น เน้นจุดแข็งของชุมชน (Strength) และจุดอ่อนของชุมชน (Weakness)

4. ขั้นตอนนี้ให้กำหนดกลยุทธ์ (Formulating Strategies) โดยกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสร้างการมีส่วนร่วมกลยุทธ์เน้นการตอบสนองตามต้องการของชุมชนและประเด็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการสื่อสารอย่างตรงจุดกับประเด็นการรองรับสังคมสูงวัย

5. ในขั้นตอนนี้เป็นการนำกลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับ

สังคมสูงวัยไปปฏิบัติ ให้สอดคล้องกับโครงสร้างของชุมชน มีการจัดสรรทรัพยากรที่สอดคล้อง มีการนำและจูงใจประชาชน ที่เหมาะสมจะทำให้แผนกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพประสบผลสำเร็จ

6. ในขั้นตอนสุดท้าย คือ การประเมินผลการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย ซึ่งเป็นการประเมินผลงานเพื่อให้ทราบว่าผลของการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนหรือไม่ อย่างไร ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นกลยุทธ์ต้องมีความยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลงไปและสิ่งที่สำคัญ การสื่อสารสุขภาพชุมชนภายใต้ต้องกลยุทธ์ที่ดีต้องสามารถนำไปปฏิบัติและวัดผลได้

สรุป

“แนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย ด้วยเทคนิค T-E-A–M” มีความคลอบคลุมตามบริบทชุมชน ประกอบด้วย T : Training and Group Coaching การฝึกอบรมและระบบพี่เลี้ยง E : Employee Engagement ความผูกพันรู้สึกเป็นเจ้าของ A : Area Based Approach การพัฒนาเชิงพื้นที่ และ M : Management Skills การพัฒนาทักษะการจัดการ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาในยุคโลกพลิกผันได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

Allen, L. A. (1973). *M for management*: Theory Y updated. *Personnel Journal*, 52(12), 1061–1067.

Atijitta, P. (2020). The development guidelines of communication network management among elderly schools in Chiang Rai Province and Kalasin Province.

Berlo, D. K. (1977). Communication as process: Review and commentary. *Annals of the International Communication Association*, 1(1), 11-27.

Bernstein, S. B. (2003). *A school, family, community partnership predictor model:Based on principals' communication and action strategies*. Florida Atlantic University.

Chairatana, P. (2022). Perception and participation of the people in the spatial development of the Trok Wang Lang community. *Journal of MCU Social Science Review*, R168-R181.

Chaisakulwong, S., Chaichang, N., & Chaichang, U. (2023). Promoting the Health of the Elderly in the Community. *Journal of Graduate School Chaiyaphum Review*, *1*(3), 23-32.

Chenaksara, N. (2021). Management Strategies to Create Engagement with The Community *The Journal of Institute of Trainer Monk Development*, *4*(2), 87-100.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan*, Ministry of Public Health, Nonthaburi.

Leklak H. (2007). Study of knowledge.from the thesis Field of study: Communication Arts Pattanakarn Chulalongkorn University. *Journal of Communication Arts*, 25(2), 63-82.

Nmere, O. N., Abugu, J. O., Alio, F. C., & Anetoh, J. C. (2020). Influence of public relations’ media public enlightenment campaign and community participation strategies on waste management. *Problems and Perspectives in Management*, *18*(1), 82.

Robbins, S. P., Bergman, R., Stagg, I., & Coulter, M. (2014). *Management*. Pearson Australia.

Shaw, K. (2023). Community health communication, case study of sub-district health promotion hospitals, Suphanburi, Ubon Ratchathani and Kalasin provinces. *Phiwat Journal*, *15*(2), 235-353.

SriKo T, ThotKaew W, Khanthaboon K, SuthiWoraseth C. (2023). Communication to create participation in community development of the Subdistrict Administrative Organization in Chiang Rai Province. *Santi Studies Review Journal*, MCU. 11(6), 67-79.

Sunthonnon, T., & Chaitiang, N. (2023). Strategic Management for the Development of Public Health Organizations in the VUCA World by Techniques of 3 Knows. *Public Health Policy and Laws Journal*, *9*(2), 323-337.

Thaithae S, Thanaboonpuang P, Kiriyangam K, Mahaprom T. (2022). The scenariosof Social and Health Service Management for Participatory Health Behavior Modification of Older Adultsamong Urban Community in Bangkok. Royal *Thai Navy Medical Journal*. 49(3), 674-691.

Synergy of Criminal Measures and Implementation of the Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products

Chardsumon Prutipinyo*

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

email: chardsumon.pru@mahidol.ac.th

Academic article

OPEN ACCESS

Citation: Prutipinyo, C. Synergy of Criminal Measures and Implementation of the Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products. *Public Health Policy and Laws Journal*. Retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/269643

Received: 19 December 2023
Revised: 21 January 2023
Accepted: 3 February 2023

Abstract

The illegal trade in tobacco products is considered a transnational criminal activity. This involves the movement of goods and persons across jurisdictions. Prosecutions involving illegal cigarettes have become a challenge for money laundering due to the seizure of cigarettes. Illegal e-cigarettes by themselves do not constitute a money laundering offence. If any consumer is caught it will be considered a small case involving consumers.

However, when the seller is arrested and treated as part of a transnational criminal organization, the use of the Money Laundering Act is therefore necessary to trace sellers and trace their origins. This is a practice supported by the Thai law. Criminal offenses pose technical and methodological problems that require expertise and universal application in all cases. Thai law holds the Department of Special Investigation (DSI) responsible for arresting investigators, and prosecutors should cooperate in investigating cases outside the Kingdom. Communications will be directed to the Attorney General for advice.

Participation in the Protocol on the Elimination of Illegal Trade in Tobacco Products facilitates international cooperation and offers technical assistance in law enforcement matters, such as case investigations, border crossings, exercise of jurisdiction and the extradition of the accused. The Protocol imposes penalties on purchasers of even minor counterfeit and illegal goods. For example, administrative offenses may have a preventive effect in the offense sector involving proportionate criminal liability. Taking into account measures to seize and confiscate money.

Keywords: criminal offence; the Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products; Thailand

พลังร่วมของมาตรการทางอาญาและการปฏิบัติตามพิธีสารเพื่อขจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

บทความวิชาการ

วันรับ 19 ธ.ค. 2566
วันแก้ไข 21 ม.ค.2567
วันตอบรับ 3 ก.พ. 2567

บทคัดย่อ

การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างผิดกฎหมายถือเป็นองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายสินค้าและบุคคลข้ามเขตอำนาจศาล การดำเนินคดีที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ผิดกฎหมายกลายเป็นเรื่องท้าทายสำหรับการฟอกเงินเนื่องจากการยึดบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้าที่ผิดกฎหมายโดยตัวมันเองไม่ได้ถือเป็นความผิดฐานฟอกเงิน หากผู้บริโภครายใดถูกจับได้ จะถือเป็นคดีเล็กๆที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค

อย่างไรก็ตาม เมื่อจับกุมผู้ขายและปฏิบัติต่อผู้ขายในฐานะส่วนหนึ่งขององค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ การใช้พระราชบัญญัติฟอกเงินจึงจำเป็นในการติดตามผู้ขายและติดตามที่มาของผู้ขาย ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการสนับสนุนจากกฎหมายไทย ความผิดทางอาญาก่อให้เกิดปัญหาทางเทคนิคและวิธีการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญและนำไปใช้ในระดับสากลในทุกกรณี กฎหมายไทยกำหนดให้กรมสอบสวนคดีพิเศษ (ดีเอสไอ) รับผิดชอบในการจับกุมผู้สอบสวน และอัยการควรร่วมมือในการสืบสวนคดีนอกราชอาณาจักร การสื่อสารจะถูกส่งตรงไปยังอัยการสูงสุดเพื่อขอคำแนะนำ

การมีส่วนร่วมในพิธีสารว่าด้วยการขจัดการค้าที่ผิดกฎหมายในผลิตภัณฑ์ยาสูบช่วยอำนวยความสะดวกในความร่วมมือระหว่างประเทศและเสนอความช่วยเหลือด้านเทคนิคในเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การสืบสวนคดี การข้ามพรมแดน การใช้เขตอำนาจศาล และการส่งผู้ร้ายข้ามแดนผู้ถูกกล่าวหา พิธีสารนี้กำหนดการลงโทษผู้ซื้อแม้แต่สินค้าลอกเลียนแบบและสินค้าผิดกฎหมายเล็กน้อย ตัวอย่างเช่น ความผิดทางปกครองอาจมีผลกระทบเชิงป้องกันในภาคส่วนความผิดที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดทางอาญาตามสัดส่วน โดยคำนึงถึงมาตรการในการยึดและยึดเงิน

คำสำคัญ: ความผิดทางอาญา; พิธีสารเพื่อขจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ประเทศไทย

บทนำ

ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นหนึ่งในแหล่งที่มีผู้บริโภคและผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบรายใหญ่ที่สุด มีผู้เสียชีวิตถึง 1.6 ล้านคนต่อปีที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ (WHO, 2023) ความชุกของยาสูบไร้ควันยังคงสูงมากในภูมิภาคนี้ และการใช้ยาสูบของเยาวชนก็เป็นประเด็นที่น่ากังวลอย่างยิ่ง (He H, Pan Z, Wu J, Hu C, Bai L, Lyu J, 2022) ด้วยเหตุนี้ การดำเนินการตามกลยุทธ์การควบคุมยาสูบที่เข้มงวดจึงมีความจำเป็นสำหรับการลดความชุกของการใช้ยาสูบโดยรวม การค้ายาสูบอย่างผิดกฎหมายยังมีส่วนสำคัญต่อภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบอีกด้วย ประมาณการทั่วโลกเกี่ยวกับขนาดของตลาดบุหรี่ผิดกฎหมายร้อยละ 11.6จากมุมมองทางการค้าสามารถคิดคำนวณได้ 657 พันล้านมวนต่อปี และสูญเสียรายได้ประมาณ 40.5 พันล้านดอลลาร์สหรัฐทั่วโลก สำหรับประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง การขจัดการค้าที่ผิดกฎหมายจะส่งผลให้เกิดรายได้ประมาณ 18.3 ล้านเหรียญสหรัฐ และหากพิจารณาในแง่ด้านสุขภาพ จะช่วยรักษาชีวิตได้ประมาณ 132,000 คนต่อปี (WHO, 2021)

การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายในประเทศไทยเกี่ยวข้องกับการลักลอบนำเข้าสินค้าโดยไม่ได้รับอนุญาตและไม่ได้เสียภาษี ซึ่งถือเป็นอาชญากรรมทางเศรษฐกิจที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้าน ขนาดของความเสียหายที่แน่นอนนั้นอาจจะคาดเดาได้ยาก แต่คาดว่ามีมูลค่าหลายแสนล้านบาท โดยทั่วไปแล้วการค้าสินค้าลักลอบนำเข้าจะพุ่งสูงขึ้นอย่างมากในช่วงที่เศรษฐกิจตกต่ำและยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นจากการประกาศเพิ่มภาษีของรัฐบาล เนื่องจากราคาสินค้าที่ต้องเสียอากรแสตมป์และภาษีมีความแตกต่างอย่างชัดเจนจากสินค้าเลี่ยงภาษี จากข้อมูลการแพร่ระบาดของบุหรี่ผิดกฎหมายในปี 2566 พบว่าแนวโน้มบุหรี่ที่มิได้เสียภาษีมีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 22.3 เพิ่มขึ้นจากเดิมในปี 2565 ที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 15.5 นอกจากนี้ กรมสรรพสามิตยังรายงานว่า ปัจจุบันมีบุหรี่ที่มิได้เสียภาษีแพร่ระบาดเข้ามาในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลมากขึ้น และเติบโตอย่างรวดเร็วเกือบ 2 เท่าตัว ภายในระยะเวลา 6 เดือน จากปีงบประมาณ 2561 จนถึงปีงบประมาณ 2566 ผลการปราบปราม พบว่ามีคดีบุหรี่ผิดกฎหมายรวมทั้งสิ้น 50,963 คดี รวมของกลางทั้งสิ้น 33,490,246 ซอง (Excise Department, Ministry of Finance, 2023)

พิธีสารเพื่อขจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายเป็นตราสารที่มีผลผูกพันทางกฎหมายฉบับแรกภายใต้กรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2561 ปัจจุบันพิธีสารนี้มีภาคีสมาชิก 63 ประเทศ (WHO, surveyed on 14 October 2023) โดยการเข้าร่วมในพิธีสาร ประเทศต่างๆ ทั่วโลกจะมีเครื่องมือในการประสานงานความพยายามในการต่อสู้กับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย เพื่อให้มั่นใจว่าการค้ายาสูบทั่วโลกจะดำเนินการในลักษณะที่ปกป้องสุขภาพของพลเมืองและรายได้สำคัญของชาติ

ข้อกำหนดส่วนใหญ่ของพิธีสารมีกลยุทธ์ต่อต้านการฉ้อโกงเกี่ยวกับยาสูบ รวมถึงข้อกำหนดสำหรับการจดทะเบียนโรงงานยาสูบและการอนุญาตสำหรับเครื่องจักรผลิตยาสูบ ภายใต้มาตรา 9 ของพิธีสาร คู่ภาคีตกลงที่จะจัดตั้งระบบการตรวจติดตามผลิตภัณฑ์ยาสูบทั่วโลกภายในห้าปีนับจากวันที่พิธีสารมีผลใช้บังคับ

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่ได้เป็นผู้ลงนาม และกฎระเบียบด้านผลิตภัณฑ์ยาสูบยังไม่บรรลุผลตามมาตรการการควบคุมยาสูบ ในบทความนี้ ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอประเด็นยาสูบและบุหรี่ผิดกฎหมายเข้ามาตามชายแดนไทย โดยเน้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้มาตรการทางอาญาและความท้าทายในระดับอาเซียนที่ต้องแก้ไขเพื่อป้องกันกิจกรรมดังกล่าว

ประเด็นการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับมาตรการทางอาญา

มาตรการควบคุมยาสูบสามารถใช้ผ่านกฎหมายป้องกันและปราบปรามการมีส่วนร่วมในองค์กร

อาชญากรรมข้ามชาติได้เพราะในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านอาชญากรรมข้ามชาติที่เป็นกลุ่มองค์กร โดยยึดถือมาตรฐานสากลสำหรับความร่วมมือและความช่วยเหลือ ขั้นตอนสำคัญนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดช่องว่างในกฎหมายภายในประเทศของประเทศสมาชิก

ประเทศสหราชอาณาจักร บราซิล ตุรกี และองค์การศุลกากรโลกยังได้ร่วมลงนามในอนุสัญญาสหประชาชาติเพื่อต่อต้านอาชญากรรมข้ามชาติเพื่อต่อสู้กับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างผิดกฎหมาย ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันอนุสัญญาดังกล่าวแล้ว และมีผลใช้บังคับร่วมกับพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการมีส่วนร่วมในองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ พ.ศ. 2556

จากการตรวจสอบบทบัญญัติของพระราชบัญญัติพบว่า ให้นิยาม “องค์กรอาชญากรรม” เป็นกลุ่มบุคคลตั้งแต่สามคนขึ้นไปที่มารวมตัวกันในช่วงเวลาที่กำหนดกระทำการร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระทำความผิดร้ายแรงและได้มาซึ่งการเงิน ทรัพย์สิน หรือสิ่งของอื่นใดผลประโยชน์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม

คำว่า "องค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ" หมายถึงองค์กรอาชญากรรมที่ก่ออาชญากรรมที่มีลักษณะหนึ่งหรือหลายลักษณะ ได้แก่ 1) ความผิดที่ได้กระทำภายในอาณาเขตของรัฐมากกว่าหนึ่งรัฐ 2) ความผิดที่ได้กระทำในรัฐหนึ่ง แต่การเตรียม การวางแผน การบังคับบัญชา การสนับสนุน หรือการควบคุมการกระทำความผิดนั้นได้กระทำในอีกรัฐหนึ่ง 3) ความผิดที่เกิดขึ้นในรัฐหนึ่ง แต่เกี่ยวข้องกับองค์กรอาชญากรรมที่มีความผิดในรัฐมากกว่าหนึ่งรัฐ และ 4) ความผิดที่ได้กระทำในรัฐหนึ่ง แต่ผลของการกระทำที่สำคัญนั้นเกิดขึ้นในอีกรัฐหนึ่ง ทั้งนี้ รัฐไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องควรมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการเพิ่มความร่วมมือระหว่างสำนักเลขาธิการการประชุมกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบกับสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ องค์การศุลกากรโลก และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กฎหมายป้องกันและปราบปรามอาชญากรรมข้ามชาติกำหนดแนวทางที่ครอบคลุมเมื่อต้องติดต่อกับองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ ทางการไทยสามารถดำเนินการสอบสวนในระดับสากลได้โดยขอข้อมูลจากต่างประเทศ เนื่องจากมีการบูรณาการเข้ากับกฎหมายภายในประเทศแล้ว หากการกระทำนั้นสอดคล้องกับลักษณะของความผิดในพระราชบัญญัติทั้งสามฉบับและตรงตามองค์ประกอบก็สามารถนำไปใช้ได้

นอกเหนือจากกฎหมายป้องกันและปราบปรามการมีส่วนร่วมในองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติแล้ว ประเทศไทยยังรับอนุสัญญาว่าด้วยกฎหมายฟอกเงินมาด้วย แต่กฎหมายฟอกเงินของประเทศไทยไม่มีบทบัญญัติเฉพาะเกี่ยวกับอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับยาสูบหรือบุหรี่ การดำเนินคดีฟอกเงินที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ผิดกฎหมายจึงไม่ถือเป็นความผิดมูลฐาน หากบุคคลรายย่อย เช่น ผู้บริโภค ถูกจับกุม ก็ไม่จำเป็นที่จะต้องใช้พระราชบัญญัติฟอกเงิน อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ขายถูกจับกุมและสถานการณ์ถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ จำเป็นต้องใช้พระราชบัญญัติฟอกเงินเพื่อติดตามผู้ขายและตรวจสอบต้นกำเนิดของพวกเขา กฎหมายไทยสามารถสนับสนุนแนวทางนี้ได้

อย่างไรก็ตาม การดำเนินคดีพบอุปสรรคเนื่องจากการมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบเรื่องการฟอกเงิน ทั้งตำรวจ ดีเอสไอ และพนักงานอัยการ ปัญหาที่พบบ่อยในแต่ละกรณีคือการขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน โดยปกติแล้ว เจ้าหน้าที่ตำรวจหรืออัยการจะยื่นฟ้องในข้อหาเบื้องต้น ซึ่งมักเป็นข้อหาเดียว เช่น การค้ามนุษย์ เมื่อข้อกล่าวหาเหล่านี้ได้ข้อสรุปแล้ว คดีดังกล่าวจะได้รับการพิจารณาคลี่คลาย และข้อกล่าวหาอื่นๆ เช่น การฟอกเงิน จะไม่ถูกดำเนินคดีต่อไป ตัวอย่างเช่น ในกรณีคอร์รัปชั่น เจ้าหน้าที่มักจะมุ่งความสนใจไปที่ข้อกล่าวหาคอร์รัปชั่นเพียงข้อหาเดียว เว้นแต่จะเป็นกรณีสำคัญ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถดำเนินคดีฟอกเงินเป็นคดีเดี่ยวๆ ได้ เนื่องจากเจ้าหน้ามักทำคดีตามความเชี่ยวชาญของตน และเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา เจ้าหน้าที่จึงอาจจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินการที่รวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่เกี่ยวข้องกับ

พระราชบัญญัติการฟอกเงินหรืออาชญากรรมข้ามชาติ ซึ่งต้องได้รับการดำเนินการอย่างรวดเร็วเพียงกฎหมายใดกฎหมายหนึ่ง

ความท้าทายในการบังคับใช้กฎหมายต่อต้านบุหรี่ผิดกฎหมายเกิดจากการแยกพระราชบัญญัติอาชญากรรมข้ามชาติออกจากระเบียบศุลกากร เจ้าหน้าที่ศุลกากรดำเนินการภายในกรอบที่กำหนดไว้ โดยจับกุมบุคคลตามกฎหมายที่พวกเขาพบ เพื่อแก้ไขปัญหานี้อย่างละเอียด ต้องใช้พระราชบัญญัติอาชญากรรมข้ามชาติ ซึ่งจำเป็นต้องมีการประสานงานกันเป็นทีม อย่างไรก็ตาม การสอบสวนเพื่อรวบรวมพยานหลักฐานไม่ใช่เรื่องง่าย และการใช้พระราชบัญญัตินี้ต้องมีกำหนดเวลา ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องปล่อยผู้ต้องขังก่อนที่จะดำเนินการ สำหรับกรณีสำคัญ ทีมสืบสวนที่ครอบคลุมถือเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยทั้งทีมใหญ่และทีมเล็ก ซึ่งต้องใช้กำลังคนจำนวนมาก

ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการจับกุม การตรวจสอบที่มาและการปฏิบัติที่แท้จริงถือเป็นสิ่งสำคัญ การทำความเข้าใจแหล่งที่มาทำให้สามารถขอความร่วมมือจากประเทศที่เกี่ยวข้องได้ ความเป็นไปได้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้สอบสวนและเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย ระดับของความผิดทางอาญาที่ติดตามขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นของเจ้าหน้าที่เอง และหากดำเนินการอย่างถูกต้อง ก็จะบรรลุผลสำเร็จได้ นโยบายมีบทบาทสำคัญ คล้ายกับในยุคแรกๆ ของการต่อสู้กับการค้ามนุษย์ ซึ่งความสำเร็จขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาล หน่วยงานต่างๆ ดำเนินการภายในขอบเขตของกฎหมาย ซึ่งมักจะขาดความร่วมมือในการสืบสวนที่จำเป็นต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้นอย่างครอบคลุม

เป็นที่ยอมรับว่ามีข้อบกพร่องในกฎหมายอาชญากรรมข้ามชาติฉบับนี้ สาเหตุหลักมาจากกฎหมายที่ร่างโดยอัยการ แต่การบังคับใช้ตกอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของตำรวจ การมีส่วนร่วมโดยตรงของอัยการในการสืบสวนมีน้อยมาก เนื่องจากในคดีส่วนใหญ่ กรมสอบสวนคดีพิเศษ (the Department of Special Investigation, DSI) และตำรวจเป็นผู้นำในการสืบสวนโดยทั่วไปแล้วจะไม่มีพนักงานอัยการเป็นผู้นำในการสืบสวน ถือเป็นการละเลยกฎหมายต่างประเทศที่อัยการมีบทบาทสำคัญกว่า ในบริบททางกฎหมายของไทย ตำรวจและดีเอสไอทำหน้าที่เป็นผู้สืบสวนหลัก ในขณะที่อัยการมีบทบาทเชิงรับมากกว่าในการกำกับดูแลคดีต่างๆ เมื่อคดีถึงอัยการ การสอบสวนเกือบทุกด้านก็เสร็จสมบูรณ์ การพลิกกลับกระบวนการนี้ก่อให้เกิดความท้าทาย ซึ่งอาจส่งผลให้ต้องปล่อยตัวผู้ถูกกล่าวหาเข้าควบคุมตัว ซึ่งเป็นปัญหายุ่งยากในการสืบสวนของไทย

ความท้าทายในความร่วมมือระดับพันธมิตร (Challenges in Partner-Level Cooperation)

ในระดับอาเซียน พบว่าการค้ายาสูบต้องเผชิญกับความท้าทายต่างๆ ทำไมประเทศไทยถึงมีอุปสรรค? ผู้เขียนคิดว่าอาจมีปัจจัยสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น – หน่วยงานสรรพสามิตในเวทีอาเซียน มุ่งเน้นการอภิปรายเกี่ยวกับอัตราภาษีเป็นหลัก แต่เมื่อเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการประชุมกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของ WHO (FCTC) ประเทศไทยกลับไม่ได้อยู่ในกลุ่มอาเซียน เนื่องจากองค์การอนามัยโลกจัดอยู่ในภูมิภาคต่างๆ และประเทศไทยอยู่ภายใต้กลุ่ม SERO ความร่วมมือภายในอาเซียนเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบจึงมีความท้าทาย

นอกจากนี้ ในปัจจุบันการผลิตมีรูปแบบเปลี่ยนไปเป็นรับจ้างผลิต สินค้าที่ผลิตมักไม่มีการแปะตราสินค้า แต่สินค้าดังกล่าวกลับเป็นผู้ผลิตอุปกรณ์ดั้งเดิม (Original Equipment Manufacturer, OEM) ทำให้ไม่สามารถแกะรอยได้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง เป็นผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในนามของผู้อื่นโดยไม่มีแบรนด์เฉพาะเจาะจง การจ้างบริษัทผลิตแล้วขายโดยไม่มีตราสินค้า ทำให้การดำเนินการทางกฎหมายทำได้ยาก รูปแบบที่เกิดขึ้นใหม่นี้เกี่ยวข้องกับธุรกิจที่รับจ้างผิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่ได้จดทะเบียน แม้ว่าเกษตรกรจะจดทะเบียนตนเองก็ตาม การปลูกเกินขีดจำกัดที่กำหนดไว้ในกระบวนการจดทะเบียนจะไม่มีใครสังเกตเห็นและดำเนินการอยู่ใต้ดินต่อไป

อีกปัจจัยหนึ่งที่ประเทศในอาเซียนนั้นมีความพร้อมในการเข้าร่วมพิธีสารมากน้อยเพียงไร การบังคับใช้จึงจะสามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งความพร้อมควรมาจากประเทศผู้ผลิตบุหรี่หลัก ซึ่งต้องเข้าร่วมในพิธีสารด้วย ตัวอย่างเช่น อินโดนีเซียและฟิลิปปินส์เป็นแหล่งการผลิตที่สำคัญของอาเซียน

ในประเทศที่กระบวนการยุติธรรมพัฒนาแล้ว ผู้นำและหน่วยงานต่างๆ จะได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เฉพาะด้าน อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย ตำรวจเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้หลากหลาย บางครั้งพวกเขามุ่งความสนใจไปที่คดีค้ามนุษย์เพียงอย่างเดียว ความเชี่ยวชาญนี้มักจะขึ้นอยู่กับการพิจารณานโยบายต่างประเทศ ด้วยการมีอยู่ของกองกำลังเฉพาะกิจแห่งชาติ

การฝึกอบรมตำรวจและอัยการจะเน้นเรื่องอาชญากรรมและไอซีที หากประเทศไทยเข้าร่วมพิธีสารก็จะอนุญาตให้เจ้าหน้าที่ตำรวจและอัยการที่เกี่ยวข้องได้รับการฝึกอบรม

การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายมีลักษณะคล้ายคลึงกับการค้ายาเสพติด มีแหล่งที่มาของการผลิตและผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องมีเงินทุน อำนาจ และชื่อเสียงจำนวนมากในการขนส่งยาสูบ เช่นเดียวกับการขนส่งยาเสพติด มีการคุ้มกัน แต่การตีความที่ผิดเกิดขึ้น เมื่อยาสูบที่ผิดกฎหมายเข้าสู่ตลาด ขายได้ง่ายกว่ายาเสพติดมากเพราะสามารถขายได้ง่ายในร้านยาสูบที่ได้รับอนุญาต ตัวอย่างเช่น บางครั้งเจ้าหน้าที่ไม่สนใจเพราะร้านค้าเหล่านี้ถือว่าถูกกฎหมาย ทำให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงยาสูบที่ผิดกฎหมายได้อย่างง่ายดาย

มีร้านยาสูบทั้งปลีกและส่งซึ่งแตกต่างจากยา ในกรณีของยา ผู้ขายจะต้องหลีกเลี่ยงการขายตรงให้กับลูกค้า ดังนั้นเงินที่ได้จากการขายยาสูบผิดกฎหมายจึงถือว่าผิดกฎหมาย เนื่องจากการหลีกเลี่ยงภาษีสรรพสามิต มีความผิดเกี่ยวกับเครื่องหมายการค้าและกฎหมายศุลกากร ซึ่งในทางกฎหมายอาญาถือได้ว่าเป็นการหลอกลวงผู้บริโภค เนื่องจากผู้สูบบุหรี่ที่ซื้อจากร้านค้าเหล่านี้มักไม่ทราบว่าผลิตภัณฑ์นั้นเป็นของปลอมหรือผิดกฎหมาย ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ หากบุคคลนั้นเป็นเด็กก็ถือเป็นการละเมิดกฎหมายคุ้มครองเด็กด้วย

เพื่อตอบโต้การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย กรมสรรพสามิตจึงสามารถกำหนดบทลงโทษขั้นต่ำ การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างผิดกฎหมายเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายสินค้าและบุคคลข้ามเขตอำนาจศาลหลายแห่ง ในการสืบสวนและดำเนินคดีกับบุคคลที่เกี่ยวข้องทางคดีอาญา ประเทศไทยอาศัยกฎหมายระหว่างประเทศที่ครอบคลุมซึ่งได้มาจากอนุสัญญาต่างๆ

สำหรับความผิดเล็กๆ น้อยๆ มีความจำเป็นต้องห้ามปรามผู้ซื้อยาสูบปลอมและยาสูบที่ผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นมาตรการลงโทษเชิงป้องกัน ความรับผิดทางอาญาควรจะได้สัดส่วนโดยคำนึงถึงมาตรการในการยึดและอายัดเงิน บทบัญญัติและการบังคับใช้พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการมีส่วนร่วมในองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ พ.ศ. 2556 ควรนำไปใช้กับคดีบังคับใช้ เพื่อให้สามารถกำจัดหรือทำลายบุหรี่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และอุปกรณ์การผลิตที่เกี่ยวข้องกับการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมายได้

ตาราง ความผิดทางอาญาในพิธีสารเพื่อขจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

มาตรา 14	การกระทำผิดอาญา/ผิดกฎหมายภายใต้หลักการของกฎหมายภายในภาคีแต่ละฝ่าย การกระทำดังกล่าว รวมถึงการผลิต การค้าส่ง นายหน้า การขาย การขนส่ง การจัดจำหน่าย การจัดเก็บ การขนส่ง การนำเข้าหรือส่งออกยาสูบ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรืออุปกรณ์การผลิต โดยไม่ต้องเสียภาษีที่เกี่ยวข้อง และความพยายามอื่น ๆ ในการลักลอบขนผลิตภัณฑ์ดังกล่าว การปฏิบัติตามพิธีสาร คือ 1. ความผิดทางอาญารวมถึงการกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย

มาตรา 14(ต่อ)	2. ภาคีจะต้องดำเนินการภายใต้หลักการพื้นฐานของกฎหมายภายในของภาคีว่า การดำเนินการใด ๆ ที่ผิดกฎหมายที่กำหนดไว้ในข้อ 1 จะเป็นความผิดทางอาญาและใช้มาตรการทางกฎหมายและมาตรการอื่น ๆ ตามที่จำเป็นเพื่อให้มีผลต่อการตัดสินใจดังกล่าว
	3. ภาคีจะต้องแจ้งสำนักเลขาธิการว่า การกระทำที่ผิดกฎหมายที่กำหนดไว้ในข้อ 1 และ 2 ภาคีนั้นได้พิจารณาว่าเป็นความผิดทางอาญาตามข้อ 2 และจะส่งสำเนากฎหมายของสำนักเลขาธิการ หรือ คำอธิบายดังกล่าวซึ่งมีผลต่อข้อ 2 และการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่ตามมาของกฎหมายดังกล่าว
	4. ภาคีต้องทบทวนกฎหมายของภาคีได้แก่ ทบทวนกฎหมายของภาคีเกี่ยวกับการฟอกเงิน การช่วยเหลือทางกฎหมายและการส่งผู้ร้ายข้ามแดน โดยคำนึงถึงอนุสัญญาระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มั่นใจว่าแต่ละภาคีจะมีประสิทธิภาพในการบังคับใช้
มาตรา 17	อำนาจจัดเก็บภาษีตามสัดส่วนและยึดผลิตภัณฑ์ยาสูบและ / หรืออุปกรณ์การผลิต จากผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่าย ผู้นำเข้า หรือ ผู้ส่งออกยาสูบ
มาตรา 18	ยาสูบ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และอุปกรณ์การผลิตทั้งหมดที่ถูกยึด และทำลายโดยใช้วิธีการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมในระดับสูงสุดเท่าที่จะทำได้หรือกำจัดตามกฎหมายของภาคี
มาตรา 19	การพัฒนาเทคนิคการสืบสวนพิเศษ 1. ใช้มาตรการที่จำเป็น ใช้เทคนิคการสืบสวนพิเศษอื่น ๆ เช่น รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือการเฝ้าระวังและสายลับ โดยเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจในอาณาเขตของภาคีนั้น 2. ตรวจสอบความผิดทางอาญาที่จัดตั้งขึ้นตามมาตรา 14 ข้อตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคีที่เหมาะสม

ที่มา PART IV: OFFENCES, Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันปัญหาการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างผิดกฎหมายแพร่หลายไปทั่วโลกและก่อให้เกิดภัยต่อเยาวชนและคุกคามต่อสุขภาพของประชากรและส่งผลต่อภาระงบประมาณการรักษา นอกจากนี้ยังส่งเสริมการกระทำผิดทางอาญาและลดรายได้จากภาษีเข้าคลัง พันธกรณีทั่วไปของ WHO FCTC ในการปกป้องผลประโยชน์มีผลบังคับใช้กับพิธีสาร การค้าที่ผิดกฎหมายในผลิตภัณฑ์ยาสูบส่งผลกระทบต่อประเทศไทยมาก โดยสินค้าที่ผิดกฎหมายนี้มาจากการข้ามพรมแดน ดังนั้น จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกฝ่ายจะต้องแบ่งปันข้อมูลการส่งออกและนำเข้ายาสูบระหว่างกันเอง เพื่อติดตามขอบเขตและวิถีของการค้าที่ผิดกฎหมายได้ดียิ่งขึ้น ความร่วมมือระดับภูมิภาคนี้จะช่วยให้มีข้อมูลที่มีคุณภาพ และมีพลังการกำหนดนโยบายที่ดีขึ้นเพื่อต่อต้านการค้าที่ผิดกฎหมาย

นโยบายระดับชาติเกี่ยวกับการค้ายาสูบมีเป้าหมายเพื่อสร้างสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการเงินของรัฐบาลกับการปกป้องสุขภาพของประชาชน รัฐจะได้รับประโยชน์ทางการเงินจากรายได้จากภาษีที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ ดังที่ von Lamp (2011) ระบุไว้อย่างถูกต้องว่า 'บุหรี่เป็นผลิตภัณฑ์ที่ถูกกฎหมายโดยพื้นฐาน' โดยหลักๆ แล้วบรรลุผลสำเร็จผ่านการตั้งราคาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่สูง มาตรา 6.1 ของกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) ซึ่งเน้นย้ำว่ามาตรการด้านราคาและภาษีเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดการบริโภคยาสูบในกลุ่มประชากรต่างๆ โดยเฉพาะคนหนุ่มสาว ด้วยเหตุนี้ผลิตภัณฑ์ยาสูบจึงถูกกฎหมายแต่ต้องเสียภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีสรรพสามิต โดยพื้นฐานแล้ว 'ระดับการเก็บภาษีเป็นปัจจัยสำคัญในราคาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้บริโภค การฉ้อโกงและการลักลอบขนสินค้าบุหรี่ได้บ่อนทำลายราคาที่เกิดจากภาษีและขัดขวางความสำเร็จของเป้าหมายการควบคุมยาสูบและการคุ้มครองสุขภาพ'

เมื่อวิเคราะห์แง่มุมทางอาญาของการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างผิดกฎหมาย บางกรณีมีความคล้ายคลึงกับองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติที่เกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติด ความคล้ายคลึงเหล่านี้ขยายไปถึงวิธีการผลิต ช่องทางการขนส่ง และกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย ธุรกรรมทางการเงินที่เกิดจากการขายยาสูบที่ผิดกฎหมายยังสะท้อนถึงธุรกรรมที่เกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดด้วย

ประเทศไทยได้ตราพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการมีส่วนร่วมในอาชญากรรมข้ามชาติ พ.ศ. 2556 ดังนั้น บทบัญญัติและการบังคับใช้กฎหมายนี้จึงควรนำมาใช้กับกรณีการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายโดยอนุโลม ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเข้าร่วมลงนามในพิธีสารจะเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทยอย่างมาก

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของความคิดริเริ่มที่มุ่งเตรียมการสำหรับการดำเนินการตามพิธีสารว่าด้วยการขจัดการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย ตามกรอบอนุสัญญาองค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้การควบคุมยาสูบ (TRC) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เขียนขอขอบคุณต่อหน่วยงานที่สนับสนุนทุนนี้

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

American Cancer Society, World Lung Foundation, 'The Tobacco Atlas' Atlanta (2015) <http://www.tobaccoatlas.org/topic/illicit-cigarette-trade/> accessed 10 October 2019.

Arndt Sinn. The link between illicit tobacco trade and organized crime. University of Osnabrück/ZEIS, Brussels, 23 March 2018 <https://www.eesc.europa.eu/sites/default/files/files/mr_arndt_sinn_speech.pdf> accessed 22 May 2019.

Cf. the Council Directive 2011/64/EU of 21 June 2011 on the structure and rates of excise duty applied to manufactured tobacco, OJ 5.7.2011, L 176/24.

Excise Department, Ministry of Finance, (2023). press release https://webdev.excise.go.th/act2560/suppress-news/48-2566

He H, Pan Z, Wu J, Hu C, Bai L, Lyu J. (2022). Health effects of tobacco at the global, regional, and national levels: results from the 2019 global burden of disease study. Nicotine Tob Res.;24(6):864–70.

Joossens L, Merriman D, Ross H, Raw M. (2009). How eliminating the global illicit cigarette trade would increase tax revenue and save lives. Paris Int Union Against Tuberc Lung Dis. 2009;10

Johnson P, (2009) 'Cost Benefit Analysis of the FCTC Protocol on Illicit Trade in Tobacco Products' A Report Prepared for ASH, London <http://tobacco.cleartheair.org.hk/wp-content/uploads/2010/02/ash_709.pdf> accessed 10 October 2019.

Joossens L, Merriman D., Ross H., Raw M, (2010) 'The impact of eliminating the global illicit cigarette trade on health revenue' 105 Addiction 1640–95.

IARC, 'Effectiveness of Price and Tax Policies for Control of Tobacco' (IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 14 (2011).

Thai News report, 'Beautiful face! Catch agent selling illegal cigarettes Found account paying tribute to police Accepting no exceptions: bags of curry: Soldiers and excise officers arrest agents selling smuggled cigarettes. Seized items valued at nearly a million baht Found an account paying tribute to police under Provincial Police Region 9' Online Manager, MGR Online 24 July 2016 <https://mgronline.com/south/detail/9590000073374>

von Lampe K (2011) The Illegal Cigarettes Trade. In Natarajan M (ed) International crime and justice. Cambridge University Press

WHO, 'A Protocol on Illicit Trade in Tobacco Products' <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80873/9789241505246_eng.pdf;jsessionid=07B308BC86A0E8318ABDAD557019745A?sequence=1> > accessed 10 October 2019.

World Customs Organization, 'The illicit trade report 2013' Brussels, 2014 < http://www.wcoomd.org/en/media/newsroom/2014/june/wco-publishes-the-illicit-trade-report-2013.aspx> accessed 10 October 2019.

World Customs Organization, The illicit trade report 2013, Brussels, 2014

World Bank 'Confronting Illicit Tobacco Trade: A Global Review of Country Experiences' 2019 pp. XII <http://documents1.worldbank.org/curated/en/677451548260528135/pdf/133959-REPL-PUBLIC-6-2-2019-19-59-24-WBGTobaccoIllicitTradeFINALvweb.pdf> accessed 22 May 2019.

WHO, 'The Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products: Questions and Answers' < https://www.who.int/fctc/protocol/about/Protocol-to-Eliminate-Illicit-Trade-in-Tobacco-QA-EN.pdf> accessed 10 October 2019.

WHO, Tobacco Control in the South-East Asia Region [Internet]. [cited 2023 Jul 10]. Available from: https://www.who.int/southeastasia/health-topics/tobacco/tobacco-control-in-the-south-east-asia-region

WHO (2021). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025. 2021.