



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564 • Vol.17 No.1 January - April 2021

Department of health Service Support Journal

ISSN : 1905-0755

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานนวัตกรรม งานวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชน รวมถึงงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กว้างขวางและได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุชาติ เลขาบริพัตร สำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการ

ศ.นพ.กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สุรพันธ์ ยิ้มมั่น	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พอใจ พิทักษ์นิรันดร์ธรรม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.พิเศษ นพ.ธนิษฐ์ เวชชานันท์	สถาบันประสาทวิทยา
ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา
ผศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อรสา เตติวัฒน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ผศ.ดร.กมลนัทธ์ ม่วงยิ้ม	สถาบันพระบรมราชชนก
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.พัชรี สุริยะ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.วันวิสาข์ ชัชวงษ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ดร.วิภาดา จันทรมณฑล	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด-ธนบุรี
ดร.ศศิวรรณ ทักสนเอี่ยม	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ผศ.พิเศษ นพ.ธนิษฐ์ เวชชานันท์	สถาบันประสาทวิทยา
ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งโยธยา
ผศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง	มหาวิทยาลัยมหิดล
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.พัชรี สุริยะ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.วันวิสาข์ ชัชวงษ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ผศ.ดร.อรสา เตติวัฒน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2564

Vol.17 No.1 January - April 2021

คณะทำงาน

นางสาวยูวลักษณ์ ชันอาสา

นางสุรัสสา พรหมทอง

นางสาวศิริประภา หล้าสิงห์

ผู้ประสานงาน

นางสุรัสสา พรหมทอง

โทร 02 193 7092

Email : planhss.journal@gmail.com

Web site : www.hss.moph.go.th

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง

มกราคม-เมษายน

พฤษภาคม-สิงหาคม

กันยายน-ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

งานวิชาการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต

แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็น ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2564 ประกอบด้วยบทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การพัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 10 2) การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุทัยธานี 3) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9 5) ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล 6) ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โครงการทดลองจ้างงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ ชั้น 8 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 - 193 - 7092
E-mail: planhss.journal@gmail.com

สารบัญ

การพัฒนาแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง โรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 10 กองมณี สุรวงษ์สิน, ชฎาภรณ์ ชื่นตา, ดนุภพ ศรศิลป์, รัชสรณ์ ศิริชัย	5
การพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุทัยธานี มนต์ชัย อโณวรรณพันธ์	15
การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สุชัยญา พลเพชร	23
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9 อรณิชา โชติกาวานิชกุล, พรรณรัตน์ เป็นสุข, ศศิรัศมี นาชัยฤทธิวงศ์, เบญจมาศ อุณรัตน์	35
ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล ดำรงค์ ปานมพฤกษ์	45
ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โครงการทดลองจ้างงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา สุรีย์ บุญเฉย	56



การพัฒนาแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 10

THE DEVELOPMENT OF COST ANALYSIS AND BUSINESS PLANING MODEL TO INCREASE THE EFFICIENCY OF HOSPITAL'S FINANCIAL MANAGEMENT IN THE HEALTH REGION 10 AREA

กอมณี สุรวงษ์สิน¹, ชฎาภรณ์ ชื่นตา², ดนุภ ศรีศิลป์³, รังสรรค์ ศิริชัย⁴

¹กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, ³โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี, ⁴โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล และประเมินผลการพัฒนา มีขั้นตอนการวิจัย 3 ขั้นตอนคือ 1. พัฒนาการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล (ในเดือนตุลาคม 2561-มกราคม 2562) 2. ทดลองใช้รูปแบบในโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 71 แห่ง (ในเดือนมีนาคม 2562-เมษายน 2563) และ 3. ประเมินผลหลังทดลองใช้รูปแบบ (ในเดือนพฤษภาคม 2563-มิถุนายน 2562)

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ประกอบด้วยการดำเนินงาน 2 กิจกรรมคือ กิจกรรมแรกเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ชื่อ FM Costing Project Ket10 และกิจกรรมที่สองเป็นการใช้ข้อมูลที่ได้บริหารจัดการด้านการเงินการคลังหลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาพบว่า ด้านผลลัพธ์จากโปรแกรม FM Costing Project Ket10 ทำให้ได้ข้อมูลปิงงบประมาณที่ศึกษาข้อมูล (ปีงบประมาณ 2561) เกี่ยวกับต้นทุนบริการ รายได้จากการให้บริการ ผู้ป่วยนอกต่อครั้ง ผู้ป่วยในต่อ SumAdjRW จำแนกรายสถิติด้านการประกันสุขภาพและภาพรวมทุกสถิติ บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครวมทุกสถิติต่อประชากร และอัตราคืนทุนจำแนกรายสถิติด้านการประกันสุขภาพและภาพรวมทุกสถิติ และข้อมูลประมาณการปีงบประมาณถัดไป (ปีงบประมาณ 2562) เกี่ยวกับประมาณการต้นทุนบริการใหม่ งบประมาณควรได้ขั้นต่ำผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในรายสถิติ ภาพรวมทุกสถิติ บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครวมทุกสถิติ ข้อมูลประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่ายหรืองบการเงินล่วงหน้า และแผนรายได้ค่าใช้จ่าย (แผนธุรกิจ) ด้านการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลพบว่า ก่อนการพัฒนาได้คะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (6.04 คะแนน) สูงกว่าหลังการพัฒนา (5.27 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ส่วนมากใช้ข้อมูลต้นทุนบริการและแผนธุรกิจในระดับมากร้อยละ 52.23 พึงพอใจต่อการพัฒนาในระดับน้อยร้อยละ 54.86 เห็นด้วยต่อการพัฒนาในระดับมากร้อยละ 63.25 และให้ข้อเสนอแนะว่าควรพัฒนาระบบการนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมให้สะดวก รวมทั้งกำหนดรูปแบบการใช้ข้อมูลผลการวิเคราะห์เพื่อบริหารระบบการเงินการคลังให้ชัดเจนและชี้แจงผู้เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจมากขึ้น

คำสำคัญ : ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจ, ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล

Abstract

This study's objectives were to develop model for cost analysis and business planning to increase the hospital's financial management efficiency and evaluate the development results. The research included three steps. Firstly, develop the model for cost analysis and business planning to increase the hospital's financial management efficiency (In October 2018 - January 2019). Secondly, try out the model with all hospitals under Health Region 10, 71 hospitals in total (In March 2019 - April 2020). Lastly, evaluate the results after the trial by evaluating the model (In May 2020 - June 2019).

Research results indicated that the model for cost analysis and business planning to increase the hospital's financial management efficiency consisted of two activities. The first activity was the cost analysis and business planning using the computer program FM Costing Project Ket10. The second activity was using the acquired data to manage the hospital's financial. After the implementation of the developed model, the results from the use of FM Costing Project Ket10 showed the data in the fiscal year studied (fiscal year 2018) of service cost, service income from the each scheme and overall health insurance scheme service, outpatient per time, in-patient per SumAdjRW, the overall health promotion and prevention service scheme per population, and payback rate. in the next fiscal year (fiscal year 2019). Also, the new cost of service, the minimum well-earned budget, outpatient and in-patient of each scheme and overall scheme, the overall health promotion, and prevention service scheme, the estimation of charge and expenses (business planning). In terms of results evaluation of the efficiency of hospital's financial management, it was found that the score before the development (6.04) was higher than that after the development (5.27) with a statistical significance ($p\text{-value} < 0.001$). Furthermore, most Chief Financial Officers (CFO) and related personnel utilized cost and business plan data at a high level (52.2%). However, they had low satisfaction with the development (54.9%) but agreed with the development at a high level (63.3%). They suggested that a data input system should be developed. The guidelines for using analysis results should be set to manage the financial system and inform the relevant personnel for understanding.

Keywords : service cost and business planning, efficiency of hospital's financial management

บทนำ

การวิเคราะห์ต้นทุนบริการของสถานบริการมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องทราบต้นทุนต่อหน่วยของตนเอง ความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์ต้นทุนด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นเครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร เพื่อนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการปรับประสิทธิภาพโรงพยาบาลให้ดีขึ้น และสามารถจัดบริการได้ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร (กัญญา ติษยาธิคม, วลัยพร พัทธนฤมล และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2544) สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวนไม่น้อยประสบ “ปัญหาทางการเงิน” เนื่องจากรายรับต่ำกว่ารายจ่าย สภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเช่นนี้ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับปรุงหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินเพื่อเกลี่ยเงินให้กับสถานพยาบาลแทบทุกปี รวมทั้งจำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากรัฐบาล (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2552)

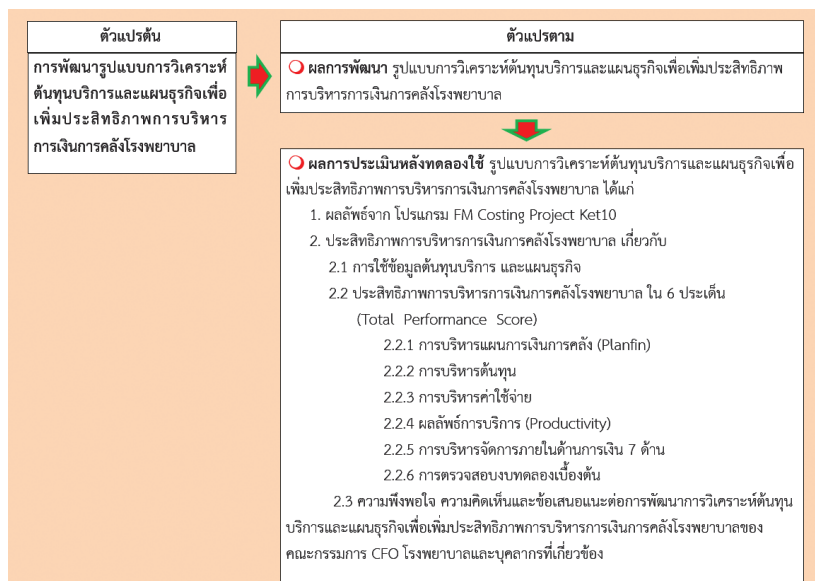
การศึกษาต้นทุนบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการศึกษาอย่างกว้างขวางแต่ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนแบบค่าเฉลี่ย ซึ่งไม่สามารถบอกความแตกต่างความรุนแรงของโรค และแต่ละสิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพได้ ฉะนั้นการเลือกวิธีการคำนวณต้นทุนที่เหมาะสมสอดคล้อง

กับลักษณะการใช้ประโยชน์ จึงเป็นเรื่องสำคัญ (อรรถชัยเวริญ สุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย บุญเต็ม ตันสุรัตน์ และ ชัยโรจน์ ชิงสนธิพร, 2554) จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 โดยออกแบบการดำเนินงานให้โรงพยาบาล มีการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจโรงพยาบาลจากข้อมูลทางการเงินการคลังของโรงพยาบาลตนเอง เสมือนเป็นเครื่องมือใช้วิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนบริการ ข้อมูลแผนธุรกิจ และข้อมูลทางการเงินที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดำเนินงานบริหารการเงินการคลัง ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 10
ก้องมณี สุรวงษ์สิน ขฎกาภรณ์ ชื่นตา ดนุภพ ศรีศิลป์ รังสรรค์ ศิริชัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้เครื่องมือเพื่อใช้วิเคราะห์เพื่อประมวลผล ข้อมูลต้นทุนบริการ และจัดทำแผนธุรกิจของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 10 ที่มีประสิทธิภาพ
2. ได้ข้อมูลต้นทุนบริการของโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ใช้ข้อมูลทำการศึกษา และประมาณการข้อมูลล่วงหน้าเกี่ยวกับ ต้นทุนบริการ รายได้พึงได้ รายงานทางการเงินล่วงหน้า และแผนรายได้-ค่าใช้จ่ายหรือแผนธุรกิจของโรงพยาบาล และแนวทางใช้ข้อมูลบริหารทางการเงินการคลัง
3. ได้รูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการดำเนินงานเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 10 และโรงพยาบาลอื่นที่สนใจ

วิธีการศึกษา

1. เครื่องมือในศึกษา คือ (1) เครื่องมือในการทำการศึกษ ได้แก่ รูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลที่พัฒนาโดยผู้วิจัย นำไปทดสอบที่โรงพยาบาล สำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ใช้เวลา 2 สัปดาห์ โดยให้คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (Chief Financial Officer:CFO) โรงพยาบาลหรือคณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง เตรียมข้อมูลไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2561 ตามแนวทางที่กำหนด มาลงข้อมูลในโปรแกรมที่พัฒนาและวิเคราะห์ได้ผลลัพธ์ออกมา จากนั้นจัดประชุมสนทนากลุ่มเพื่อให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงข้อผิดพลาด และพัฒนาคุณภาพโปรแกรม และข้อเสนอต่อแนวทางการใช้ข้อมูลที่ได้บริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล จนได้รูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ (2) เครื่องมือประเมินผลหลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนา จำนวน 3 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลผลลัพธ์จากผลการวิเคราะห์โปรแกรม FM Costing Project Ket10 ชุดที่ 2 แบบประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ชุดที่ 3 แบบสอบถามคณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและ

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. วิธีการศึกษา ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนกันยายน 2561 ถึงเดือนกันยายน 2563 ประชากรและตัวอย่างในการศึกษา คือ (1) โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ทุกแห่ง จำนวน 71 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร และ (2) คณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เลือกตัวอย่างศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลรับผิดชอบหรือตัดสินใจในเรื่องการบริหารการเงินการคลัง การบัญชีและการเงินของโรงพยาบาลแห่งละ 5 คน รวมจำนวน 355 คน ได้รับการตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 381 คน (เนื่องจากบางโรงพยาบาลมีรองประธาน 2 คน และ/หรือมีเลขานุการหรือผู้ช่วยเลขานุการ 2 คน) มีขั้นตอนการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกพัฒนารูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลในเดือนตุลาคม 2561-มกราคม 2562 ขั้นตอนที่สองทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาในเดือนมีนาคม 2562 เป็นต้นไป ในระบบงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง และขั้นตอนที่สามประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาหลังการทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2563 จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) โดยผู้วิจัย และการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่าน google form ส่งผู้วิจัยโดยตรง วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ โดยผลลัพธ์จากผลการวิเคราะห์โปรแกรม FM Costing Project Ket10 นำมาเรียบเรียงและเสนอผลโดยผู้วิจัย ข้อมูลประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล (Total Performance Score) จากระบบรายงานของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ส่วนข้อเสนอแนะที่เป็นข้อคำถามปลายเปิดนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยผู้วิจัย ใช้สถิติเพื่อพรรณนาข้อมูลคือ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด (maximum) ค่าต่ำสุด (minimum) และสถิติอ้างอิงคือ paired sample t-test

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาารูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการ และแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล จากการพัฒนาทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ชื่อ FM Costing Project Ket10 เป็นโปรแกรม Excel ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 13 Sheets โดยกำหนดศูนย์ต้นทุนตามโครงสร้างโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 12 ศูนย์ต้นทุน มีลำดับขั้นตอนการทำงานของโปรแกรม 4 ขั้นตอน คือ 1) การนำเข้าข้อมูล 2) การกระจายต้นทุนทางตรงและทางอ้อมไปเป็นต้นทุนบริการ 3) การตรวจสอบและกำหนดปัจจัยที่ทำให้ต้นทุนเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การเพิ่มเงินเดือนบุคลากร อัตราเงินเฟ้อพื้นฐาน การเปลี่ยนแปลงสินทรัพย์ถาวร (ค่าเสื่อมราคาเฉลี่ย) และปริมาณงานเปลี่ยนแปลง 4) ประมวลผลและออกรายงาน 4 รายการ รายละเอียดตาม ภาพที่ 2 และรายละเอียดโปรแกรม <https://www.healthregion10.moph.go.th/fm-costing-project-ket10> หรือ QR Code

กิจกรรมที่ 2 การบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล เป็นการใชข้อมูลผลลัพธ์จากผลการวิเคราะห์มาบริหารจัดการทางการเงินการคลังในโรงพยาบาล ดังนี้ 1) จัดทำแผนการเงินการคลังของโรงพยาบาลจากแผนธุรกิจ

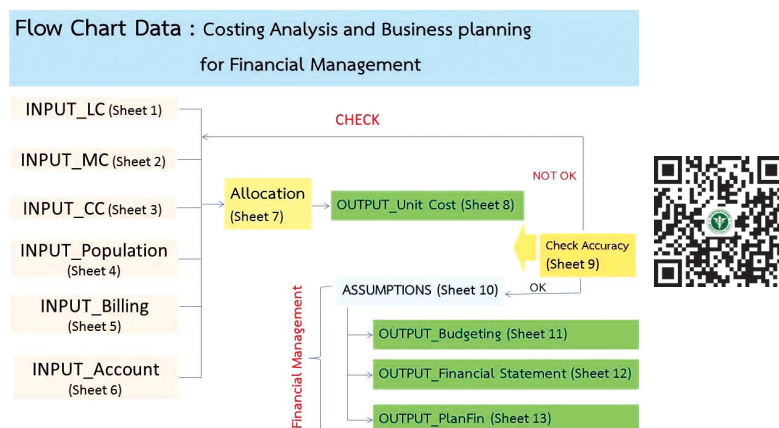
2) ควบคุมกำกับทางการเงินการคลัง 3) คาดการณ์สถานการณ์ทางการเงินการคลัง 4) บริหารงบประมาณ 5) ใช้ในกิจกรรมอื่นๆ เช่น เพิ่มปริมาณบริการกรณีก่อให้เกิดรายได้ หรือลดปริมาณบริการบางอย่างที่เกินความจำเป็น และสูญเสียค่าใช้จ่าย

2. ผลการประเมินการพัฒนาารูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล

2.1 ผลลัพธ์จากโปรแกรม FM Costing Project Ket10 จากการศึกษาโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10

2.1.1 ต้นทุนบริการ รายได้จากการให้บริการผู้ป่วยนอกต่อครั้ง ผู้ป่วยในต่อ SumAdjRW จำแนกรายสถิติด้านการประกันสุขภาพและภาพรวมทุกสถิติ บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครวมทุกสถิติต่อประชากรปีงบประมาณ 2561 รายละเอียดใน ตารางที่ 1 และอัตราคืนทุนแต่ละโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยนอกรวมทุกสถิติมีต้นทุนน้อยกว่าหรือเท่ากับรายได้ (ไม่ขาดทุน) 47 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 71.21 ผู้ป่วยในรวมทุกสถิติมีต้นทุนน้อยกว่าหรือเท่ากับรายได้ (ไม่ขาดทุน) 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.06 บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครวมมีต้นทุนน้อยกว่าหรือเท่ากับรายได้ (ไม่ขาดทุน) 35 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.24

2.1.2 ประมาณการต้นทุนบริการ และงบประมาณควรได้ขั้นต่ำในปีถัดไป (ปีงบประมาณ 2562) ดังตัวอย่างข้อมูลจำแนกรายสถิติ และภาพรวมทุกสถิติ ในตารางที่ 1



ภาพที่ 2 ผังงานแสดงลำดับขั้นตอนการทำงานของโปรแกรม FM Costing Project Ket10

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยต้นทุน รายได้ต่อหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2561 และประมาณการต้นทุนต่อหน่วยบริการ งบประมาณ
 ควรได้ขั้นต่ำ (ล้านบาท) ปีงบประมาณ 2562 จำแนกตามประเภทผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

สิทธิการรักษาพยาบาล	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน		บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	
	ปี 2561 ต้นทุน/ รายได้	ปี 2562 ต้นทุน/งบ ควรได้ขั้นต่ำ	ปี 2561 ต้นทุน/ รายได้	ปี 2562 ต้นทุน/งบ ควรได้ขั้นต่ำ	ปี 2561 ต้นทุน/ รายได้	ปี 2562 ต้นทุน/งบ ควรได้ขั้นต่ำ
1) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	491.05/ 237.41	494.57/ 4,848.70	12,347.15/ 6,876.14	12,083.86/ 5,062.60	-	-
2) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (CSMBS++)	598.82/ 497.41	615.31/ 1,157.25	12,870.49/ 10,346.50	10,872.56/ 750.13	-	-
3) สิทธิพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)	588.58/ 564.05	583.32/ 149.86	13,006.32/ 13188.12	8,390.07/ 100.07	-	-
4) สิทธิเบิกต้นสังกัด	485.22/ 283.10	512.99/ 16.73	16,376.06/ 11,330.06	4,098.96/ 52.06	-	-
5) สิทธิประกันสังคม (SSS)	502.02/ 241.62	508.90/ 426.32	12,710.61/ 7,407.07	11,168.77/ 251.91	-	-
6) สิทธิคนต่างด้าว	506.96/ 445.40	443.17/ 16.47	14,430.82/ 4,970.60	4,618.05/ 15.76	-	-
7) สิทธิอื่นๆ	429.01/ 423.54	406.55/ 593.54	12,892.76/ 12,928.69	11,065.90/ 588.08	-	-
8) รวมทุกสิทธิ	511.76/ 286.98	508.92/ 7,144.44	12,405.59/ 7,168.34	12,239.42/ 6,836.02	192.70/ 152.87	195.75/ 741.90

(หน่วยข้อมูลในตาราง 1. ต้นทุนต่อหน่วยบริการ และรายได้ต่อหน่วยบริการ ผู้ป่วยนอกใช้ บาท/ครั้ง ผู้ป่วยในใช้ บาท/SumAdjRW
 บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคใช้ บาท/หัวประชากร 2. งบประมาณควรได้ขั้นต่ำใช้ ล้านบาท)

2.1.3 ประมาณการรายได้ ค่าใช้จ่ายในปีถัดไป (งบการเงินล่วงหน้า งบประมาณ 2562) พบว่า มีประมาณการรายได้รวมทั้งหมด 15,610.06 ล้านบาท มีประมาณการรายได้จากการดำเนินการทั้งหมด 13,633.31 ล้านบาท มีประมาณการรายจ่ายรวมทั้งหมด 15,393.00 ล้านบาท มีประมาณการกำไรสุทธิ (net income :NI) 217.07 ล้านบาท มีประมาณการกำไรจากการดำเนินการ (EBITDA) -38.51 ล้านบาท มีประมาณการงบประมาณที่โรงพยาบาลควรได้ขั้นต่ำรวม 14,722.38 ล้านบาท เมื่อพิจารณาประมาณการรายได้จากการดำเนินการทั้งหมด กับประมาณการงบประมาณที่โรงพยาบาลควรได้ขั้นต่ำ พบว่า มีประมาณการรายได้จากการดำเนินการน้อยกว่าที่ควรได้จำนวน 1,089.06 ล้านบาท มีประมาณการรายจ่าย

มากกว่าประมาณการงบประมาณที่ควรได้ขั้นต่ำ จำนวน 670.62 ล้านบาท (ขาดทุน)

2.1.4 แผนธุรกิจโรงพยาบาล หรือแผนรายได้ ค่าใช้จ่ายปีถัดไป (ปีงบประมาณ 2562) พบว่า โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 มีแผนรายได้รวมทั้งหมด 15,610.06 ล้านบาท มีแผนรายจ่ายรวมทั้งหมด 15,393.00 ล้านบาท เมื่อประเมินคุณภาพแผนธุรกิจที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม โดยการเปรียบเทียบกับผลประกอบการของโรงพยาบาลเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีโรงพยาบาลที่มีผลต่างของแผนรายได้อยู่ในช่วง±5% จำนวน 19 แห่ง (ร้อยละ 27.54) และมีผลต่างของแผนรายจ่ายอยู่ในช่วง±5% จำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 50.72)

2.2 ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง โรงพยาบาล พบว่า ผลการประเมินในปีงบประมาณ 2561 (ก่อนการพัฒนา) โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 มีคะแนนประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Total Performance Score) 6.04 คะแนน (ระดับพอใช้) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน และในปีงบประมาณ 2562 (หลังการพัฒนา) พบว่า มีคะแนนประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลัง 5.27 คะแนน (ระดับต้องปรับปรุง) และเมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ก่อนการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (P-value < 0.001)

2.3 การใช้ข้อมูลเพื่อบริหารจัดการ และความพึงพอใจ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา จากการศึกษาคณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องพบว่า ส่วนมากสังกัดโรงพยาบาลชุมชน มีอายุเฉลี่ย 43.53 ปี ไม่เคยผ่านการประชุม/อบรมเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและการจัดทำแผนธุรกิจ โรงพยาบาลหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ชื่อ FM Costing

Project Ket10 ร้อยละ 50.66 มีส่วนร่วมทำหน้าที่บริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลในระดับมาก ร้อยละ 61.68 มีการใช้ข้อมูลต้นทุนบริการและแผนธุรกิจ ความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการพัฒนา ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 และมีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานว่า ควรให้มีการชี้แจงหรือประกาศนโยบายให้ผู้บริหารโรงพยาบาลรับทราบ เพื่อถ่ายทอดรูปแบบตามนโยบายให้คณะกรรมการ CFO ทุกโรงพยาบาลปฏิบัติ ควรออกแบบโปรแกรมให้ใช้งานง่าย และสามารถเชื่อมโยง/นำเข้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในระบบอื่นๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงานและไม่ใช่เป็นการเพิ่มภาระงาน ควรให้การบันทึกบัญชีและการเก็บข้อมูลเป็นไปในเรื่องเดียวกัน ควรมีทีมตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของฐานข้อมูลของโรงพยาบาลทุกแห่งก่อนนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม FM Costing Project Ket10 และควรมีการกำกับติดตามและประเมินผลการบันทึกข้อมูล การนำข้อมูลไปใช้ ให้มีความถูกต้องครบถ้วน เป็นปัจจุบัน อย่างต่อเนื่องทุกเดือน

ตารางที่ 2 ระดับการใช้ข้อมูลต้นทุนบริการและแผนธุรกิจโรงพยาบาล ความพึงพอใจ และความคิดเห็นต่อการพัฒนาการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของคณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง

รายการข้อมูล	ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10 (n = 381)		\bar{x} / S.D.	Min / Max
	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการใช้ข้อมูล				
- ระดับมาก (11.20 – 14.00 คะแนน)	199	52.23	10.09 / 4.92	0.00 / 14.00
- ระดับปานกลาง (8.40 -11.19 คะแนน)	77	20.21		
- ระดับน้อย (0.00 – 8.39 คะแนน)	105	27.56		
ระดับความพึงพอใจ				
- ระดับมาก (30.40 – 38.00 คะแนน)	37	9.71	22.49 / 7.57	0.00 / 38.00
- ระดับปานกลาง (22.80 - 30.39 คะแนน)	135	35.43		
- ระดับน้อย (0.00 – 22.79 คะแนน)	209	54.86		
ระดับความคิดเห็น				
- เห็นด้วยระดับมาก (8.00 – 10.00 คะแนน)	241	63.25	7.91 / 2.69	0.00 / 10
- เห็นด้วยระดับปานกลาง (6.00 – 7.99 คะแนน)	35	9.19		
- เห็นด้วยระดับน้อย (0.00 - 5.99 คะแนน)	105	27.56		

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ชื่อ FM Costing Project Ket10 การประมวลผลของโปรแกรมทำให้ได้ข้อมูลทางการเงินการคลังเพื่อประเมินสถานการณ์โรงพยาบาลจากการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาและประมาณการข้อมูลล่วงหน้าได้ โปรแกรม FM Costing Project Ket10 จึงสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการบริหารจัดการการเงินการคลังได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารายงานทางการเงินเพื่อแสดงประสิทธิภาพของโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลตัวอย่างของโรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่า รายงานทางการเงินเป็นที่ยอมรับว่าเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญต่อผู้ใช้เป็นอย่างมาก และมีการศึกษาข้อมูลต้นทุนการให้บริการ แยกเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและคำนวณต้นทุนแยกตามประเภทสิทธิ ได้แก่ 30 บาท ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ ผลจากการศึกษาทำให้หน่วยงานที่กำกับดูแลและผู้ใช้งบการเงินได้รับรายงานที่มีคุณภาพ สามารถประเมินประสิทธิภาพของการบริหารงานและสามารถนำไปเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นได้ (กนกพร สุรณ์ฐกุล ศิริตัน สนชัย และ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2546) ข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลของโปรแกรมครั้งนี้ พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 หากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ให้บริการตามแผน จะมีประมาณการรายได้จากการดำเนินการทั้งหมดในภาพรวม น้อยกว่าประมาณการงบประมาณที่ควรได้ขั้นต่ำเท่ากับ 1,089.06 ล้านบาท ที่แสดงให้เห็นว่าคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลควรปรับแผนการให้บริการเพื่อเพิ่มรายได้ และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ เพื่อให้มีรายได้ไม่น้อยกว่าประมาณการงบประมาณควรได้ขั้นต่ำ ขณะเดียวกันภาพรวมของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 มีประมาณการรายจ่ายมากกว่าประมาณการงบประมาณควรได้ขั้นต่ำ เท่ากับ 670.62 ล้านบาท ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังขาดงบประมาณในการบริหารจัดการ สอดคล้องกับการศึกษาการวัดประสิทธิภาพของโรงพยาบาลในฐานะเครื่องมือติดตามประเมินผล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง 166 แห่ง ในสังกัดปลัดกระทรวง

สาธารณสุข พบว่าสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ไม่น้อยประสบ “ปัญหาทางการเงิน” เนื่องจากรายรับต่ำกว่ารายจ่าย (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2552) และจากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ก็กรรมตามรูปแบบ ทำให้คณะกรรมการ CFO ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้บริหารมีข้อมูลงบประมาณพึงรับ พึงจ่าย จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลของสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อประเมินคุณภาพแผนธุรกิจที่ได้จากการวิเคราะห์ครั้งนี้กับผลประกอบการของโรงพยาบาลเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2562 พบว่า มีโรงพยาบาลที่มีผลต่างของแผนรายได้ในช่วง $\pm 5\%$ จำนวน 19 แห่ง (ร้อยละ 27.54) และมีผลต่างของแผนรายจ่ายอยู่ในช่วง $\pm 5\%$ จำนวน 35 แห่ง (ร้อยละ 50.72) ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแผนธุรกิจของแต่ละโรงพยาบาลส่วนมากยังคงคลาดเคลื่อนกับรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจการจริง ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นช่วงแรกของการพัฒนาตัวโปรแกรมยังไม่อำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้งาน ดังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ว่าตัวโปรแกรมใช้งานค่อนข้างยาก ควรออกแบบโปรแกรมให้สามารถเชื่อมโยง/นำเข้าข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในระบบอื่นๆ เพื่อลดความผิดพลาดความซ้ำซ้อนในการทำงาน และอาจเนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่ให้ความสำคัญ และจริงจังในการใช้ข้อมูลมาบริหารงานด้านการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายได้

สำหรับการใช้ข้อมูลที่ได้บริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ภายหลังให้โรงพยาบาลทดลองดำเนินกิจกรรม ผลการศึกษาประสิทธิภาพในการบริหารโรงพยาบาล พบว่า ก่อนการพัฒนาได้ 6.04 คะแนน ซึ่งสูงกว่าหลังการพัฒนาที่ได้ 5.27 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาลไม่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากคณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนายังไม่เคยผ่านการประชุม/อบรมเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและการจัดทำแผนธุรกิจโรงพยาบาลหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ชื่อ FM Costing

Project Ket10 ถึงร้อยละ 50.66 ทำให้ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ ในกิจกรรมรูปแบบการดำเนินงาน จึงดำเนินกิจกรรมได้ ไม่เต็มที่ และขณะเดียวกันผลการศึกษากการใช้ข้อมูลต้นทุน บริการและแผนธุรกิจ พบว่าใช้ในระดับมากเพียงร้อยละ 52.23 และระดับน้อยถึงร้อยละ 27.56 และเห็นว่าการทำงาน ตามรูปแบบที่พัฒนาค่อนข้างยากดังที่กล่าวมาแล้ว รวมทั้ง ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบหลังการพัฒนา เพียงแค่ 7 เดือน (เริ่มทดลองใช้รูปแบบมีนาคม 2562 เก็บ ข้อมูลประเมินผลสิ้นปีงบประมาณ 2562) และการศึกษา ครั้งนี้คณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจต่อการการพัฒนาในระดับน้อยถึงร้อยละ 54.86 และระดับปานกลางร้อยละ 35.43 แต่อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ยังเห็น ด้วยต่อการพัฒนาในระดับมากถึงร้อยละ 63.25 และได้ให้ ข้อเสนอแนะในการพัฒนากิจกรรมการดำเนินงาน ซึ่งผล การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแม้คณะกรรมการ CFO โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง พึงพอใจต่อการพัฒนาไม่มาก แต่ก็ยังเห็นด้วยในการพัฒนาที่ต้องมีการแก้ไข ปรับปรุง พัฒนากิจกรรมการดำเนินงานต่อเนื่องให้ดียิ่งขึ้น

สรุปผล

การพัฒนาครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการวิเคราะห์ ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพ การบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ประกอบด้วย การดำเนินงาน 2 กิจกรรม กิจกรรมแรกเป็นการวิเคราะห์ ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ชื่อ FM Costing Project Ket10 และกิจกรรมที่สอง เป็นการนำข้อมูลที่ได้บริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล ในกิจกรรมแรก ได้สร้างโปรแกรมวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจ ทำให้ได้ข้อมูลต้นทุนบริการ รายได้จากการให้บริการ รายสิทธิด้านการประกันสุขภาพ ภาพรวมทุกสิทธิ ผู้ป่วย นอก ผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และอัตรา คืนทุนในปีปัจจุบันที่ศึกษาข้อมูล (หรือใช้วิเคราะห์ช่วงเวลา ที่ศึกษาตามต้องการได้) และข้อมูลประมาณการต้นทุน บริการใหม่ งบประมาณขั้นต่ำที่พึงได้ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วย ในรายสิทธิ ภาพรวมทุกสิทธิ และบริการส่งเสริมสุขภาพ

ป้องกันโรคภาพรวมทุกสิทธิ ข้อมูลประมาณการรายได้ ค่าใช้จ่าย (งบการเงินล่วงหน้า) และข้อมูลแผนธุรกิจ โรงพยาบาลหรือแผนรายได้ ค่าใช้จ่ายปัดไป สามารถ ใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินเพื่อนำมาใช้ในการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล ในกิจกรรมที่สองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงิน การคลังโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทุกระดับควรกำหนดนโยบายให้ใช้ “รูปแบบการวิเคราะห์ต้นทุนบริการและแผนธุรกิจเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล” ที่พัฒนา เป็นรูปแบบดำเนินงานด้านการบริหารการเงิน การคลังของโรงพยาบาล และคณะกรรมการบริหาร การการเงินการคลังระดับเขต สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 ควรใช้รูปแบบการดำเนินงานเป็นส่วนหนึ่งในการนิเทศ ติดตามและประเมินผลด้านบริหารการเงินการคลัง โรงพยาบาล และควรดำเนินการวิจัยและพัฒนาต่อเนื่อง จากการนำปัญหาที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ไปพัฒนา แก้ไข ปรับปรุงให้มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งพัฒนาโปรแกรม ให้เชื่อมโยงกับระบบรายงานข้อมูลทางการเงินที่ ระบบ การให้บริการเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อการประมวลผล ควบคู่ ไปกับการพัฒนาคุณภาพบัญชีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ธงชัย กีรติหัตถยากร รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ถาวร สกฤตพานิชย์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค (ด้านการวิจัย) ที่ให้ คำปรึกษา ให้การสนับสนุน และอนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะกรรมการ บริหารการเงินการคลัง (CFO) โรงพยาบาลและบุคลากร ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ได้ร่วมดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนา และให้ข้อมูล ประเมินผลการพัฒนาเพื่อให้สามารถนำไปพัฒนารูปแบบ การดำเนินให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Direk Patamasiriwat. (2009). Measuring hospital efficacy as a monitoring tool Case Study: 166 medium sized community hospitals under the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health. *Journal of NIDA Development*. 49(1): 84. (in Thai).

Kanjana Tiyathikom Walaiporn Patcharanarumon And Wiroj Tangcharoensathien. (2001). Unit cost Analysis: Standard and Quick Methods. *Journal of Health Science*. 10(3) : 359-362. (in Thai).

Kanokporn Suranathakun Sirat Sonchai Supasit Phanarunothai. (2003). *Financial report study to demonstrate hospital performance*. Nonthaburi: Health System Research Institute. (in Thai)

Orathai Khiewcharoen Supasit Phanarunothai Boonterm Tansurat and Chairot Seungsontiphon. (2012). *Study report Individual patient costs of a healthcare unit in Phitsanulok Province: With the micro cost method*. Nonthaburi: Office of Research for the Development of the Thai Health Coverage (OSMEP) Network of Institutes of Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai).



การพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี

THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY PROMOTING MODEL OF THE ELDERLY IN UTHAI THANI PROVINCE

มนต์ชัย อโนวรรณพันธ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

Monchai Anowannaphan

Uthai Thani Provincial Public Health office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี (2) ศึกษาสถานการณ์ของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี (3) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี และ (4) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสถานการณ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี จากผู้ให้ข้อมูล 7 คน ด้วยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 3 ศึกษา รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุทัยธานี โดยผู้วิจัยนำผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มายกร่างรูปแบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นรูปแบบ SMART Model และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (2) รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ SMART Model ประกอบด้วย 1) S: Survey, 2) M: Meeting, 3) A: Activity 4) R: Reflection, และ 5) T: Time หลังใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$)

คำสำคัญ : การพัฒนา รูปแบบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this research and development were 1) to study health literacy of the elderly in Uthai Thani Province 2) to study the situation of health literacy promoting in the elderly, 3) to develop the pattern of health literacy promoting model for the elderly in Uthai Thani Province, and 4) to study the effectiveness of health literacy promoting model for the elderly in Uthai Thani Province. The research was divided into 4 steps including: 1) survey of health literacy for the elderly in Uthai Thani Province. The research instrument used was a questionnaire. The data was analyzed by descriptive statistics; 2) the situation of health literacy promoting among the elderly in Uthai Thani Province. Focus group discussion was conducted among 7 informants. Data were analyzed by using content analysis; 3) developing the health literacy promoting model for the elderly in Uthai Thani Province. The researcher used the findings from the first, and the second step to develop the health literacy promoting model namely SMART model; 4) study the effectiveness of the SMART model. Sample was 42 elderly. The research instruments were the SMART model, and the questionnaire regarding health literacy. Data were analyzed by using Paired t-test. The results revealed as follows; (1) Overall, the elderly in Uthai Thani Province had health literacy at moderate level (2) The SMART model included 1) S: Survey, 2) M: Meeting, 3) A: Activity 4) R: Reflection and 5) T: Time (3). After using the SMART model, the experimental group had higher health literacy level than before using the model and higher than control group with statistical significance ($p < .01$)

Keywords: model development, health literacy, elderly

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ วิเคราะห์เนื้อหาสาระ และเลือกนำข้อมูลไปใช้ได้ ความรู้ด้านสุขภาพมีส่วนทำให้บุคคลมีสุขภาพดี และสามารถเลือกนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่วนใดไปใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถดูแลตนเองได้และลดความต้องการด้านบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นได้ ความรู้ด้านสุขภาพจึงนำพาให้บุคคลมีสุขภาพดีได้ (Ishikawa, Nomura, Sato & Yano, 2008)

อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อไม่มีความรู้ด้านสุขภาพอาจทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ อาจกล่าวได้ว่าความสามารถของตนเองในการที่จะรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นข้อจำกัดประการหนึ่งของความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (กองสุขศึกษา, 2561)

จังหวัดอุทัยธานี มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 60,926 คน คิดเป็นร้อยละ 23.01 ของประชากรทั้งหมด พิจารณาจากสถานการณ์ในจังหวัดอุทัยธานี ปัจจุบันพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี มีความแตกต่างในหลายๆ ด้าน แต่ถ้าหากผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพ ก็จะช่วยชะลอการเสื่อมถอยนั้นได้หรือช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2562)

จากที่สถานการณ์กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของกระบวนการทำความเข้าใจด้านสุขภาพ

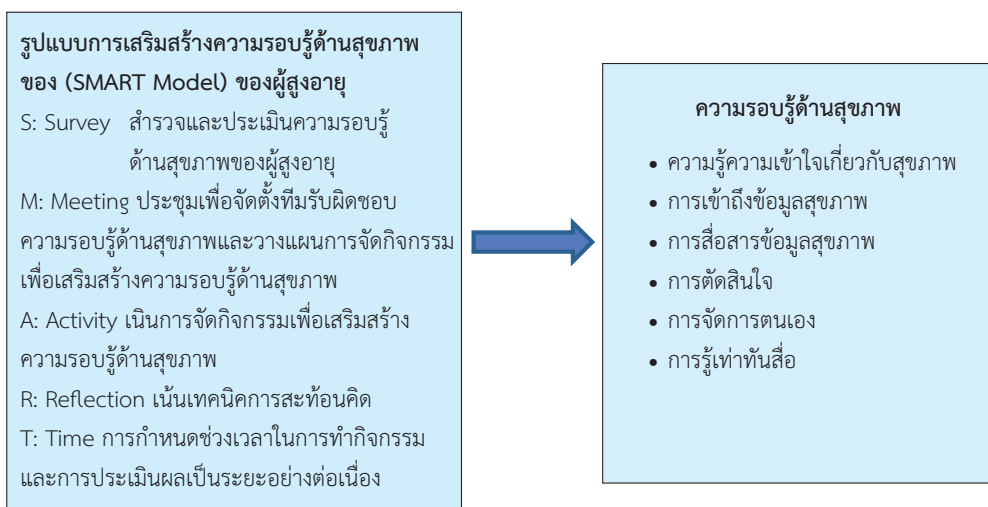
ขั้นพื้นฐานและบริการที่จำเป็นสำหรับประกอบการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและคน ในครอบครัวซึ่งมีทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การมีความรู้ การวิเคราะห์ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ การกระทำการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี (2) ศึกษาสถานการณ์ของการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี (3) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี (4) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี

กรอบแนวคิด

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และกองสุขศึกษา (2561) มาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี
2. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดอุทัยธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) กระบวนการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 66,740 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan (1970) จำนวน 381 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของสูงอายุ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของ วรณศิริ นิลเนตร (2557) ซึ่งใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบ เชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะ เหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ด้านที่ 1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นแบบสอบถาม 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ผิดกับไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 0 - 7 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 8 - 10 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 11- 12 มีความรู้อยู่ในระดับสูง

มีค่าความเชื่อมั่นจากสูตร KR-20 เท่ากับ 0.72

ด้านที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ หากตอบ ทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่ได้ทำเลย 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน < 6 มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 6 - 7 มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 8 - 10 มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดี

ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ หากตอบ ทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่ได้ทำเลย 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน < 6 มีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 6 - 7 มีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 8 - 10 มีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับดี

ด้านที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นสถานการณ์สั้นๆ มีตัวเลือก 2-4 ตัวเลือก โดยให้คะแนนตามการให้เหตุผลในคำถามแต่ละข้อ

1 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ความเข้าใจที่มีในการกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

2 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ความเข้าใจที่มีร่วมกับ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี-ผลเสีย

3 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ความเข้าใจที่มีร่วมกับ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี-ผลเสีย และแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเอง

4 คะแนน สำหรับการให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ความเข้าใจที่มีร่วมกับ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดี-ผลเสีย และแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน < 12 มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 12 - 15 มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 16 - 20 มีทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับดี
ด้านที่ 5 ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ
ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ
หากตอบ ทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่ได้ทำเลย
0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน < 6 มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ใน
ระดับไม่ดี

คะแนน 6 - 7 มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ใน
ระดับปานกลาง

คะแนน 8 - 10 มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ใน
ระดับดี

ด้านที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ
ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ
หากตอบ ทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่ได้ทำเลย
0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน < 6 มีทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับ
ไม่ดี

คะแนน 6 - 7 มีทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับ
ปานกลาง

คะแนน 8 - 10 มีทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับดี

ด้านที่ 2 - 6 มีค่าความเชื่อมั่นจากสูตร Conbach's
alpha coefficient (1990) เท่ากับ 0.87, 0.87, 0.85,
0.81 และ 0.84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสถานการณ์ของการเสริมสร้าง
ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี
โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามในการสนทนา
กลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา
(Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี

มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 มาสรุป วิเคราะห์
และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบ การเสริมสร้างความรอบรู้
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานี โดยพัฒนารูปแบบ

SMART Model นำรูปแบบที่ได้ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญและมี
ประสบการณ์ด้านความรู้ทางสุขภาพ จำนวน 7 คน ตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ
การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในจังหวัดอุทัยธานี ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง
(Quasi Experimental Research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน
และหลังการทดลอง (Two Groups Pre-test Post-test
Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี
กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power
ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive
sampling) จำนวน 42 คน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี
3. สามารถสื่อสารพูดคุยได้รู้เรื่อง
4. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัยตลอดช่วงของการวิจัย
จากนั้นทำการแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
โดยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 21 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง
2 กลุ่ม มีข้อมูลทั่วไปได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้
ใกล้เคียงกัน และเมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า ทุกตัวแปร
ของข้อมูลทั่วไป ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุม
และกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเสริมสร้าง
ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้
ทางสุขภาพให้กลุ่มทดลองตอบ (Pre-test)

ขั้นทดลอง ผู้วิจัยนำรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานีที่สร้างขึ้น
มาจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มทดลอง

ดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยดำเนินการทั้งหมด 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รู้ทันสุขภาพ, กิจกรรมที่ 2 ชุมชนสื่อสาร, กิจกรรมที่ 3 เพื่อนช่วยเพื่อนเติมเต็มความเข้าใจ, กิจกรรมที่ 4 รอบรู้ฉลาดเลือก, กิจกรรมที่ 5 ตั้งเป้าหมาย ไปให้ถึง

ขั้นหลังทดลอง หลังจากดำเนินการตามรูปแบบ SMART Model ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรู้ ด้านสุขภาพ (Post-test) อีกครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติและผู้วิจัยประเมินความรู้ ด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางดังตารางที่ 1

2. สถานการณ์ของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี

จากการศึกษา พบประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญคือ 1) ไม่มีรูปแบบหรือกิจกรรมที่ชัดเจน 2) ไม่มีคณะทำงานที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3) ขาดการติดตามประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพที่ชัดเจนและต่อเนื่อง

3. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานีที่พัฒนาขึ้นและดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิด SMART Model ประกอบด้วย 1) S: Survey หมายถึง การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพ 2) M: Meeting หมายถึง การประชุมจัดตั้งทีมรับผิดชอบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) A: Activity หมายถึง การดำเนินการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4) R: หมายถึง เน้นเทคนิคการสะท้อนคิด และ 5) T: Time หมายถึง การกำหนดเวลาในการทำกิจกรรมและการประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

4. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี

จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2

อภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ร่วมกับอิทธิพลของวัฒนธรรมไทยและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพอย่างถ่องแท้ รวมทั้งขาดทักษะการค้นหา เลือกใช้ จำแนกแยกแยะข้อมูล และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ซึ่งเป็นทักษะของความรู้ด้านสุขภาพ (วิลลาร์ตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์กุล, 2563) ประกอบกับจังหวัดอุทัยธานียังไม่มีรูปแบบหรือกิจกรรมที่ชัดเจนในการการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2562) จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญญาภา คำธนะ และนางณภัทร รุ่งเนย (2562) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน ดังนั้น จึงต้องมุ่งพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมากเพิ่มขึ้น

2. สถานการณ์ของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี พบประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ 1) ไม่มีรูปแบบหรือกิจกรรมที่ชัดเจน 2) ขาดการติดตามประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพที่ชัดเจนและต่อเนื่อง สอดคล้องกับที่กองสุขภาพ (2561) กล่าวว่า ในการขับเคลื่อนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้ไปสู่ความสำเร็จ จนส่งผลให้ประชาชน สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพและมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพไปสู่สุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต้องเกิดจาก การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีการบูรณาการที่สอดรับกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเป้าหมายคนไทยมีสุขภาพที่ดี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (N = 381)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รายด้าน)	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ	8.62	.53	ปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	6.38	.49	ปานกลาง
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	6.71	.61	ปานกลาง
การตัดสินใจ	13.59	.71	ปานกลาง
การจัดการตนเอง	6.19	.59	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อ	6.27	.42	ปานกลาง
รวม	49.76	1.55	ปานกลาง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 21) ก่อนและหลังการทดลอง (N = 21)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	49.03	0.49	9.94	< .01**
หลังการทดลอง	71.61	0.44		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	49.17	0.56	2.11	.74
หลังการทดลอง	50.09	0.47		
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	49.03	0.49	1.99	.83
กลุ่มควบคุม	49.17	0.56		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	71.61	0.44	11.58	< .01**
กลุ่มควบคุม	50.09	0.47		

** p < .01

3. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี คือ SMART Model ประกอบด้วย 1) S: Survey 2) M: Meeting 3) A: Activity 4) R: Reflection และ 5) T: Time ดังคำกล่าวที่ว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกลวิธีและโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชน ซึ่งกลวิธีและโปรแกรมจะเป็นในลักษณะของการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิตและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างเต็มทีและเท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2561) และสอดคล้องกับคำกล่าวของ

วรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจตุโพธิ์พาน (2562) ที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคคล อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในบุคคลทุกช่วงวัยและทุกสภาวะสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้แก่บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน และสังคม

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวเกิดจากรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี

ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคลทั้งทางด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินและใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติและการจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในเวลาที่กำหนด

สรุปผล

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นระยะๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยช่องทางการสื่อสารที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้อย่างสะดวก

เอกสารอ้างอิง

Boonsatean, W., Reantippayasakul, O. (2020). Health Literacy: Situation and Impacts on Health Status of the Older Adults. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2(1): 1-19. (in Thai).

- Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing. 3rd ed. NewYork: Harper & Collins.
- Health Education Division. (2018). Strengthening and evaluating health literacy and health behavior. Nonthaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Ishikawa, H., Nomura, K., Sato, M., Yano, E. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy : a pilot study of Japanese office workers. Journal of Health Promotion International. 23(3): 269-274.
- Krejcie, R. V., Morgan, D .W. (1970). Determining sample size for research activities. Journal of Educational and Psychological Measurement. 30: 607-610.
- Meebunmak, Y. et al. (2019). Health Literacy among Older Adults in a Semi-Urban Community in Ratchaburi Peovince. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 6: 129-141. (in Thai).
- Nilnate, W. (2014). Health literacy in Thai elders in senior citizen club of Bangkok. [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai).
- Nilnate, W. and Ruangchutipopan, W. (2019). Health Literacy and Nursing Professionals. Journal of Quality of Life and Law. 15(2): 1-18. (in Thai).
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Journal of Social Science & Medicine. 67: 2072-2078.
- Uthaitani Provincial Public Health Office. (2019). Statistics of the elderly in Uthaitani Province. Uthaitani: Uthaitani Provincial Public Health Office. (in Thai).



การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

THE INFLUENCE FACTORS STUDY OF THE CONSUMER PROTECTION ACTIVITIES IN THE NORTHEAST PROVINCE LOCAL GOVERNMENT ORGANIZATIONS OF THAILAND

สุชญญา พลเพชร

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

Suchanya Ponpetch

Food and Drug Administration

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มประชากร ได้แก่ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 887 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 268 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การดำเนินงานด้านการเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.29 (S.D. = 0.993) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ด้านการส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.28 (S.D. = 1.067) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการเสริมสร้างภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 2.6 อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุราชการ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง และการได้รับการอบรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภคไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่วนข้อมูลหน่วยงานพบว่า ปัจจัยด้านเทศบาลมีฝ่ายที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านงบประมาณในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่หน่วยงานได้รับในปี 2562 และด้านจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในปีงบประมาณ 2562 มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (0.002, 0.001 และ 0.001 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีอิทธิพล, การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, การกระจายอำนาจ

Abstract

The objective of this research is study about the influence factors related to consumer protection activities of local government organizations in northeast province of Thailand. Populations are the direct or government officer of public health of municipalities or head division of consumer protection operations in northeast province of Thailand, collecting survey data from 887 persons and representatives 268 respondents returned, the questionnaires that were examined for reliability of data collection.

Result, Consumer protection operations in health products of northeast province of Thailand overall in middle level, Empowering consumers have highest, average 3.29 (S.D. = 0.993) in middle level, Inferior is promotion of entrepreneurs in health products, average 3.28 (S.D. = 1.067) in middle level and part of network and participation is a lowest, average 2.67 (S.D. = 0.975) in middle level. Personnel factors in sex, age, marital status, educational level, position in work, income, service age, length of work by position and receiving consumer protection training are not related to consumer protection, and information of department in part department of consumer protection, operating budget for consumer protection and number of personnel are related to consumer protection activities of local administration organizations in northeast province of Thailand by statistically significant at a level of 0.05 (0.002, 0.001 and 0.001 respectively).

Keywords : Influence Factors, Consumer protection on health products, Local government, Decentralization

บทนำ

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบาย การปกครอง การบริหาร การบริหารงานบุคคล การเงินและการคลัง และมีอำนาจหน้าที่ของตนเองโดยเฉพาะ และกำหนดให้การกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำเท่าที่จำเป็นและต้องเป็นไปเพื่อการคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม โดยกำหนดให้มีกฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงการกระจายอำนาจเพิ่มขึ้นให้แก่ท้องถิ่นเป็นสำคัญ โดยมีสาระสำคัญ คือ การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง และการจัดสรรสัดส่วนภาษีและอากรระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงภาระหน้าที่ของรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง แนวคิดการกระจายอำนาจ เป็นการทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากสามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การกระจายอำนาจจะเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นต่างๆ มีอำนาจในการดูแลตนเองได้โดยกิจการที่ท้องถิ่นมีสิทธิจัดการดูแล ได้แก่ ระบบสาธารณสุข ปลอดภัย การศึกษา ศิลปวัฒนธรรม การดูแลชีวิตและทรัพย์สิน และการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม การเปิดโอกาสให้แต่ละท้องถิ่นดูแลตนเองได้นั้นจะเป็นการส่งเสริมให้คนในท้องถิ่นได้แสดงความสามารถพัฒนาบทบาทตนเองในการดูแลรับผิดชอบท้องถิ่นของตน ปัญหาถูกแก้ไขภายใต้ความต้องการของคนในท้องถิ่น รวมถึงเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐบาลได้ (ภิรมย์ พรุไชยยนต์, 2557)

นอกจากนี้ รัฐธรรมนูญยังได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ความรับผิดชอบกว้างขวางกว่าเดิมหลายประการ เช่น กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น ทั้งมีสิทธิจัดการศึกษาอบรมวิชาชีพที่มีความเหมาะสมกับท้องถิ่น โดยให้เป็นไปตามความต้องการและความเหมาะสมของท้องถิ่นนั้น รวมไปถึงการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมของ

ท้องถิ่นอีกด้วย ปัจจุบันแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543 ซึ่งคณะกรรมการกระจายอำนาจ ได้จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2543 มีผลทำให้กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ต้องถ่ายโอนภารกิจของรัฐไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เสร็จภายในปี พ.ศ. 2549 จากทิศทางตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ดังกล่าว ทำให้การจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในส่วนที่ว่าด้วยการกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องปรับเปลี่ยนไปในประการสำคัญที่มุ่งหมายที่จะให้ท้องถิ่นมีระบบบริหารจัดการท้องถิ่นที่ดี (Good local governance) และตลอดทั้งการจัดบริการสาธารณะให้เป็นไปตามมาตรฐานตามที่ประชาชนมุ่งหวังเพื่อคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นหรือเพื่อประโยชน์ของประเทศเป็นส่วนรวม (ธีรพรธณ ใจมั่น, 2547)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นส่วนราชการที่มีภารกิจในการปกป้องและคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัย มีการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้องด้วยข้อมูลวิชาการที่มีหลักฐานเชื่อถือได้และมีความเหมาะสม เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย และสมประโยชน์ ได้กำหนดภารกิจที่จะถ่ายโอนให้แก่ท้องถิ่น โดยการกระจายอำนาจภายใต้ภารกิจดังกล่าว ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยกำหนดดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพไว้ 4 ภารกิจ คือ 1) การผลิตสื่อและ/หรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม 3) การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคในท้องถิ่น และ 4) ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภค

ด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่าย ตามที่ระบุไว้ในแต่ละ พ.ร.บ. โดยในส่วนภารกิจที่ 1-3 เป็นภารกิจที่มีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน เป็นการรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ รู้จักสิทธิหน้าที่ และมีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายผู้บริโภค เพื่าระวังดูแลในเรื่องอาหารและยา ซึ่งท้องถิ่นสามารถดำเนินการเองได้ตามอำนาจหน้าที่ที่มีอยู่ สำหรับภารกิจที่ 4 คือการตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุในพระราชบัญญัติแต่ละประเภท เป็นภารกิจที่ต้องอาศัยความรู้ด้านวิชาการ เทคนิค และทักษะในการดำเนินงานเป็นอย่างมาก แม้ว่าจะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะเป็นหน่วยราชการท้องถิ่นที่ใกล้ชิดกับประชาชนและมีบทบาทในการดำเนินการพัฒนาสาธารณสุข ตามกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นพัฒนาด้านสุขภาพ แต่ในระยะการเปลี่ยนถ่ายโอนอำนาจที่ผ่านมา หน่วยงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ ยังไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งในด้านกรอบโครงสร้างบุคลากรงบประมาณ และองค์ความรู้ยังไม่มีความเข้าใจในภารกิจเกี่ยวกับงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งด้านตำบลต่อการพัฒนางานสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559)

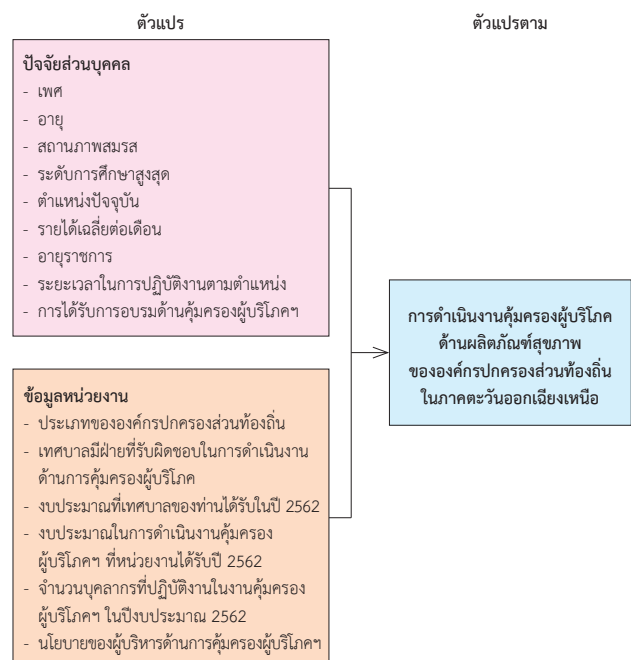
การดำเนินการกระจายอำนาจสามารถทำได้ 4 มิติ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559) ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการกระจายอำนาจในแต่ละมิติ มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว ค่อนข้างน้อย การประเมินผลการกระจายอำนาจของไทยในระยะ 15 ปี พบว่าความสำเร็จของการกระจายอำนาจในส่วนภูมิภาคที่โดดเด่นมีสองประการ คืองานด้านการจัดการศึกษา และการดูแลด้านโครงสร้างพื้นฐานพบว่าประชาชนส่วนใหญ่พึงพอใจกับบริการสาธารณะต่างๆ ที่ อปท. จัดให้เป็นงานด้านสาธารณสุขเท่ากับร้อยละ 68.4 โดยผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ อีรพรรณ ใจมัน (2547) ซึ่งพบว่าการดูแลด้านโครงสร้างพื้นฐานของ อปท. มีผลสำเร็จที่โดดเด่น อย่างไรก็ตามภารกิจการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพยัง

ไม่มีการดำเนินการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประเมินการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อประเมินสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของ อปท. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของเจ้าหน้าที่ อปท. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ นครพนม นครราชสีมา บุรีรัมย์ บึงกาฬ มหาสารคาม มุกดาหาร ยโสธร ร้อยเอ็ด เลย ศรีสะเกษ สกลนคร สุรินทร์ หนองคาย หนองบัวลำภู อำนาจเจริญ อุตรธานี และอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงานดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการวิจัยไปวางแผน แก้ไขปัญหา การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อวางแผนการพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากร คือ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข หรือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 887คน โดยใช้ตารางการกำหนดขนาด ตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเฉพาะองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทเทศบาลตำบล จำนวน 847 แห่ง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 265 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา ครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษา เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล 9 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุราชการ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง และการได้รับการอบรมด้านคุ้มครองผู้บริโภคฯ ลักษณะ ของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check List) และ คำถามปลายเปิด (อายุรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุราชการ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลหน่วยงาน มีจำนวน 6 ข้อ และ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีจำนวน 25 ข้อ ที่ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability)

ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ Alpha Coefficient แบบครอนบาค (Cronbach Alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Alpha Coefficient = 0.796 ซึ่งถือว่าแบบสัมภาษณ์ที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถ นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ส่งแบบสอบถามไปยัง กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายทั้ง 305 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ได้รับแบบสอบถาม กลับมาจำนวน 268 ฉบับ จึงได้นำแบบสอบถามที่ได้มาทำ การวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบ ไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุราชการ ระยะเวลา ในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง และการได้รับการอบรม ด้านคุ้มครองผู้บริโภคฯ ใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลระดับการดำเนินงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการดำเนินงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้อำนวยการ กองสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 268 คน เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.79 ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 32.84 รองลงมาอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 30.22 (Min = 22 ปี, Max = 60 ปี, Mean = 41 ปี, S.D. = 12.603) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ สมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 68.66 รองลงมาโสด ร้อยละ 19.78 ระดับการศึกษา

สูงสุด ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 76.12 รองลงมาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 14.55 ตำแหน่งปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างานผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้อยละ 93.65 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30,001 - 40,000 บาท ร้อยละ 30.59 รองลงมาต่ำกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 27.98 (Min = 14,670 บาท, Max = 59,440 บาท, Mean = 37,005.61 บาท, S.D. = 0.708) อายุราชการส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 33.58 รองลงมาต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 30.22 (Min = 3 ปี, Max = 36 ปี, Mean = 19.50, S.D. = 0.656) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 11 - 15 ปี ร้อยละ 36.94 รองลงมา อยู่ระหว่าง 5 - 10 ปี ร้อยละ 29.48 (Min = 2 ปี, Max = 21 ปี, Mean = 13.70, S.D. = 0.998) และการได้รับการอบรมด้านคุ้มครองผู้บริโภค ส่วนใหญ่เคยได้รับ ร้อยละ 89.93

ส่วนที่ 2 ข้อมูลหน่วยงาน พบว่าข้อมูลหน่วยงานประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่เป็นเทศบาลตำบล ร้อยละ 86.19 รองลงมา เป็นเทศบาลเมือง ร้อยละ 11.94 เทศบาลมีฝ่ายที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ส่วนใหญ่ มี ร้อยละ 91.04 งบประมาณที่เทศบาลได้รับในปี 2562 ส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 30,000,000 บาท ร้อยละ 33.58 รองลงมา อยู่ระหว่าง 30,000,000-50,000,000 บาท ร้อยละ 31.72 (Min = 14,500,000 บาท, Max = 93,389,183 บาท, Mean = 53,944,591.50 บาท S.D. = 0.906) งบประมาณในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ที่หน่วยงานได้รับ ปี 2562 ส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 44.02 รองลงมา อยู่ระหว่าง 10,000-50,000 บาท ร้อยละ 33.58 (Min = 3,500 บาท, Max = 150,000 บาท, Mean = 76,750.35 บาท

S.D. = 0.689)จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในปีงบประมาณ 2562 ส่วนใหญ่ มี 1 - 3 คน ร้อยละ 60.82 รองลงมา มี 4 - 6 คน ร้อยละ 32.09 (Min = 1 คน, Max = 17 ปี, Mean = 3.93 คน, S.D. = 1.443) และ นโยบายของผู้บริหารด้านการคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในปีงบประมาณ 2562 ส่วนใหญ่ มี ร้อยละ 95.89

ส่วนที่ 3 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.12 (S.D.= 0.972) อยู่ในระดับปานกลาง การดำเนินงานด้านการเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภค มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.29 (S.D. = 0.993) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ด้านการส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.28 (S.D. = 1.067) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการสร้างเสริมภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 2.67 (S.D. = 0.975) อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 4 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านการใช้สื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการใช้สื่อ โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.15 (S.D. = 0.923) อยู่ในระดับปานกลาง การใช้สื่อที่ผลิตจากหน่วยงานภายนอกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.08 (S.D. = 1.045) อยู่ในระดับมาก รองลงมา ผู้บริหารมีนโยบายในการใช้สื่อในการดำเนินงาน มีค่าเฉลี่ย 3.42 (S.D. = 0.944) อยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานมีการผลิตสื่อเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.09 (S.D. = 1.066) อยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การดำเนินงาน	จำนวน (n=268)	\bar{X}	S.D.	ระดับ การดำเนินงาน
- ด้านการใช้สื่อ	268	3.15	0.923	ปานกลาง
- ด้านการเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภค	268	3.29	0.993	ปานกลาง
- ด้านการสร้างเสริมภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม	268	2.67	0.975	ปานกลาง
- ด้านการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย	268	3.22	0.904	ปานกลาง
- ด้านการส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	268	3.28	1.067	ปานกลาง
รวม	268	3.12	0.972	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการใช้สื่อ
จำแนกรายข้อ (n = 268)

ระดับการดำเนินงานด้านการใช้สื่อ	\bar{X}	S.D.	ระดับการดำเนินงาน
1. ผู้บริหารมีนโยบายในการใช้สื่อในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.42	0.944	ปานกลาง
2. หน่วยงานมีการผลิตสื่อเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์	2.09	1.066	น้อย
3. หน่วยงานมีการใช้สื่อที่ผลิตจากหน่วยงานภายนอก	4.08	1.045	มาก
4. หน่วยงานมีการใช้สื่อไปประชาสัมพันธ์ในสถานที่ต่าง ๆ	3.11	0.780	ปานกลาง
5. สื่อที่หน่วยงานใช้เข้าถึงผู้บริโภคส่วนใหญ่	3.05	0.913	ปานกลาง
รวม	3.15	0.923	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านการเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภค พบว่า มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.29 (S.D. = 0.993) อยู่ในระดับปานกลาง มีช่องทางให้ผู้บริโภคติดต่อสอบถามข้อมูล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.87 (S.D. = 0.991) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา มีช่องทางในการรับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D. = 1.003) อยู่ในระดับมาก หน่วยงานมีการส่งเสริมให้ผู้บริโภคทราบถึงสิทธิของตนในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.79 (S.D. = 0.991) อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 6 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านการสร้างเสริมภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วม พบว่า มีการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 2.67 (S.D. = 0.975) อยู่ในระดับปานกลาง ให้การสนับสนุน

การดำเนินงานของ อสม. มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.47 (S.D. = 1.106) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา ให้การสนับสนุนของ รพ.สต. มีค่าเฉลี่ย 3.02 (S.D. = 0.788) อยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานสนับสนุนให้มีชมรมที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.11 (S.D. = 0.769) อยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 7 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการดำเนินงานด้านการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.22 (S.D. = 0.904) อยู่ในระดับปานกลาง มีการแจ้งเตือนภัยให้แก่ประชาชนรับทราบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.91 (S.D. = 0.812) อยู่ในระดับมาก รองลงมา มีการตรวจสอบฉลากของผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D. = 0.991) อยู่ในระดับมาก มีการแจ้งเตือนภัยให้แก่ผู้ประกอบการรับทราบ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.49 (S.D. = 0.911) อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการเสริมสร้าง
ศักยภาพผู้บริโภคจำแนกรายข้อ (n = 268)

ระดับการดำเนินงานด้านการใช้สื่อ	\bar{X}	S.D.	ระดับการดำเนินงาน
6. ผู้บริหารมีนโยบายในการใช้สื่อในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.42	0.944	ปานกลาง
7. หน่วยงานมีการผลิตสื่อเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์	2.09	1.066	น้อย
8. หน่วยงานมีการใช้สื่อที่ผลิตจากหน่วยงานภายนอก	4.08	1.045	มาก
9. หน่วยงานมีการใช้สื่อไปประชาสัมพันธ์ในสถานที่ต่าง ๆ	3.11	0.780	ปานกลาง
10. สื่อที่หน่วยงานใช้เข้าถึงผู้บริโภคส่วนใหญ่	3.05	0.913	ปานกลาง
รวม	3.15	0.923	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการสร้างเสริมภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมจำแนกรายข้อ (n = 268)

ระดับการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม	\bar{X}	S.D.	ระดับการดำเนินงาน
11. มีหน่วยงานภายนอกเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2.55	0.908	ปานกลาง
12. มีภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2.21	1.119	น้อย
13. หน่วยงานให้การสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ อสม.	3.47	1.106	ปานกลาง
14. หน่วยงานให้การสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ รพ.สต.	3.02	0.788	ปานกลาง
15. หน่วยงานสนับสนุนให้มีชมรมที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	2.11	0.769	น้อย
รวม	2.67	0.975	ปานกลาง

ตาราง 5 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่ายจำแนกรายข้อ (n = 268)

ระดับการดำเนินงานด้านการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย	\bar{X}	S.D.	ระดับการดำเนินงาน
16. หน่วยงานมีการตรวจสอบฉลากของผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.88	0.991	มาก
17. หน่วยงานมีการตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3.27	0.771	ปานกลาง
18. มีการดำเนินคดีเมื่อพบการกระทำความผิด	2.55	0.880	ปานกลาง
19. มีการแจ้งเตือนภัยให้แก่ผู้ประกอบการรับทราบ	2.49	0.911	ปานกลาง
20. มีการแจ้งเตือนภัยให้แก่ประชาชนรับทราบ	3.91	0.812	มาก
รวม	3.22	0.904	ปานกลาง

ส่วนที่ 8 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านการส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านการส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.28 (S.D.= 1.067) อยู่ในระดับปานกลาง มีช่องทางให้ผู้ประกอบการขอรับคำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3.91 (S.D.= 0.996) อยู่ในระดับมาก รองลงมา มีการให้ความรู้ด้านกฎหมายแก่ผู้ประกอบการ มีค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D.= 1.002) อยู่ในระดับมาก มีการคัดเลือกผู้ประกอบการต้นแบบ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2.18 (S.D.= 1.110) อยู่ในระดับน้อย (ตารางที่ 6)

ส่วนที่ 9 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุราชการ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง และการได้รับการอบรม ด้านคุ้มครองผู้บริโภคฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 7)

ส่วนที่ 10 ปัจจัยด้านข้อมูลหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยด้านข้อมูลหน่วยงาน เทศบาลมีฝ่ายที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านงบประมาณในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ที่หน่วยงานได้รับปี 2562

และด้านจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญ
ในปีงบประมาณ 2562 มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (0.002, 0.001 และ 0.001 ตามลำดับ)
คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตารางที่ 8)

ตาราง 6 ระดับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจำแนกรายข้อ (n = 268)

ระดับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับการดำเนินงาน
21. มีการให้ความรู้ด้านกฎหมายแก่ผู้ประกอบการ	3.84	1.002	มาก
22. มีช่องทางให้ผู้ประกอบการขอรับคำปรึกษา	3.91	0.996	มาก
23. มีการสนับสนุนข้อมูลตามผู้ประกอบการร้องขอ	3.50	0.755	ปานกลาง
24. มีการยกย่องเชิดชูผู้ประกอบการที่มีการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด	2.97	1.409	ปานกลาง
25. มีการคัดเลือกผู้ประกอบการต้นแบบ	2.18	1.110	น้อย
รวม	3.28	1.067	ปานกลาง

ตาราง 7 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ปัจจัยส่วนบุคคล	P-value
- เพศ	0.153
- อายุ	0.168
- สถานภาพสมรส	0.472
- ระดับการศึกษาสูงสุด	0.313
- ตำแหน่งปัจจุบัน	0.218
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.412
- อายุราชการ	0.176
- ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง	0.399
- การได้รับการอบรมด้านคุ้มครองผู้บริโภคฯ	0.316

ตาราง 8 ปัจจัยด้านข้อมูลหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อมูลหน่วยงาน	P-value
- ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.266
- เทศบาลมีฝ่ายที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค	0.002*
- งบประมาณที่เทศบาลของท่านได้รับในปี 2562	0.118
- งบประมาณในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ที่หน่วยงานได้รับปี 2562	0.001*
- จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในปีงบประมาณ 2562	0.001*
- นโยบายของผู้บริหารด้านการคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในปีงบประมาณ 2562	0.119

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สรุปผล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุราชการ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง และการได้รับการอบรมด้านคุ้มครองผู้บริโภคฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลหน่วยงานกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าปัจจัยด้าน เทศบาลมีฝ่ายที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านงบประมาณในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ที่หน่วยงานได้รับปี 2562 และด้านจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในปีงบประมาณ 2562 มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.50 (0.002, 0.001 และ 0.001 ตามลำดับ

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างานผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพถึง ร้อยละ 93.65 อาจเนื่องมาจากได้รับการมอบหมายภารกิจจากผู้อำนวยการกองสาธารณสุขของเทศบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงและปฏิบัติหน้าที่มาเป็นระยะเวลาที่นานพอสมควร รวมทั้งการที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดให้มีการอบรมให้ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคมาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเห็นความสำคัญในการพัฒนาความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิกุล เสียงประเสริฐ (2557) พบว่า เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงประสบปัญหาในงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและ

ขาดกลไกในการทำงาน เนื่องจากขาดการอบรมและพัฒนาบุคลากร ทำให้การดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ด้านข้อมูลหน่วยงาน พบว่า งบประมาณในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ที่หน่วยงานได้รับปี 2562 ส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 10,000 บาท เมื่อเทียบกับงบประมาณโดยรวมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับถือว่าอยู่ในสัดส่วนที่น้อยมาก เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการพัฒนาในส่วนของการสร้างพื้นฐาน ด้านการศึกษา และด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ส่วนด้านการคุ้มครองผู้บริโภคถือเป็นกิจกรรมย่อยที่หากไม่มีเสียงสะท้อนทั้งจากฝ่ายที่รับผิดชอบงานหรือเป็นความต้องการของประชาชนก็จะถูกมองข้ามไป ประกอบกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ เป็นจำนวนน้อย ส่วนใหญ่ มี 1 - 3 คน เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรในฝ่ายอื่น ๆ ก็ถือว่าอยู่ในสัดส่วนที่น้อยเช่นกัน ย่อมเป็นเหตุผลประกอบที่ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นน้อยตามไปด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนุวัฒน์ วัฒนพิชญกุล (2559) ที่ศึกษาปัจจัยและอุปสรรคต่อการนำนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขไปปฏิบัติ แล้วพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติใน 2 ปัจจัย คือ การขาดระบบการทำงานเป็นทีมขององค์กร และการขาดแคลนจำนวนบุคลากรและงบประมาณ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ตำแหน่งปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อายุราชการ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามตำแหน่ง และการได้รับการอบรมด้านคุ้มครองผู้บริโภคฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่ส่งผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธวัชชัย เสือเมืองและคณะ (2559) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดสุพรรณบุรี แล้วพบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณพร อิมผ่อง (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัด จันทบุรี แล้วพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน ตำแหน่ง อายุ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล หน่วยงานกับการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยด้าน เทศบาลมีฝ่ายที่รับผิดชอบ ในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านงบประมาณ ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ที่หน่วยงานได้รับ ปี 2562 และด้านจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานคุ้มครอง ผู้บริโภคฯ ในปีงบประมาณ 2562 มีความสัมพันธ์กับ การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นั้น แสดงให้เห็นว่า ความสำคัญของการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัย องค์ประกอบที่สำคัญคือ ฝ่ายที่รับผิดชอบโดยตรง งบประมาณในการดำเนินงานที่เพียงพอ รวมทั้งจำนวน บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่เพียงพอ จึงจะสามารถขับเคลื่อน งานให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือแผนงาน โครงการที่วางไว้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนุวัฒน์ วัฒนพิชญกุล (2559) ตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านงบประมาณฝ่ายที่รับผิดชอบงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ควรมีการวิเคราะห์ปัญหา ที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในพื้นที่ให้ชัดเจน นำมาจัดทำแผนงานโครงการเสนอต่อ ผู้บริหาร เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน อย่างเพียงพอ

2. ด้านบุคลากร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนด ให้มีฝ่ายที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพให้มีความชัดเจน และกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากร ให้มีความสอดคล้องกับภาระงานที่รับผิดชอบ

3. ด้านการสร้างเสริมภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม ควรมีการวิเคราะห์และทบทวนการประสานความร่วมมือ ของภาคีเครือข่าย ว่าควรเพิ่มเติมประเด็นใดบ้างที่จะช่วยให้ เกิดการมีส่วนร่วมให้มากกว่านี้

เอกสารอ้างอิง

- Chaiyon, Piromporn. (2014). *Decentralization to local administrative agencies : a case study of self-government based upon the will of the people in the provincial level.* (Master of Laws, National Institute of Development Administration). (in Thai).
- Food and Drug Administration. (2016). *Food and Drug Administration Action Plan 2016.* Retrieved August 20, 2019, from <https://www.fda.moph.go.th/Shared%20Documents/fdastrategy/StrategyPlan59.pdf> (in Thai).
- Impong, Wannaporn. (2011). *Factors Related to the Performance of Consumer Protection on Health Product of Health Officers in Primary Care Units, Chanthaburi Province.* (Master of Public Health, Sukhothai Thammathirat Open University). (in Thai).
- Jaimom, Teeraphon. (2004). *Determining Plan and Procedures in Decentralizations to the Local Administrative Organization B.E. 2542.* (Thai Local Government Encyclopedia, Section 2 External Structure No. 2, King Prajadhipok's Institute). (in Thai).
- Krejcie & Morgan. (1970). *Determining Sample size for Research activities.* Retrieved December 2019, from https://home.kku.ac.th/sompong/guest_speaker/KrejcieandMorgan_article.pdf

Siangprasert, Pikul. (2014). *A Model of Health Consumer Protection at Local Administrative Level: the Case of Health Products in Pathumthani*. Journal of Health Science 2014. 23(6): 984-991. (in Thai).

Suamuang, Tawatchai. (2016). *Factors Affecting Health Product Consumer Protection in Sub-District Health Promoting Hospital, Suphanburi Province*. Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology). 12(1): 24. (in Thai).

Vadhnapiachyakul, Anuvadh. (2016). *Factors and Barriers of Health Consumer Protection's Policy implementation*. Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University. (in Thai).



ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9 HEALTH LITERACY AND LIVER FLUKE PREVENTION BEHAVIORS AMONG SECONDARY STUDENTS IN THE SECONDARY EDUCATIONAL SERVICE AREA SERVICE AREA OFFICE REGION 9

อรณิชา โชติกาวานิชกุล, พรรณรัตน์ เป็นสุข, ศศิรัศม์ นาชัยฤทธิวงศ์, เบญจมาศ อุรัตน์
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
Onnicha Chotikawanitchakul, Pannarat Pensuk, Sasirut Nachairittiwong, Benjamas Unarat
Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima province

บทคัดย่อ

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับให้กับนักเรียนในโรงเรียน เป็นมาตรการสำคัญในการปลูกฝังค่านิยม และสร้างวัฒนธรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 788 คน เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในรูปของ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.6 และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.4 ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ($r = 0.100$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน และด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ($r = 0.142, 0.074$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจข้อมูล กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน โดยเน้นทักษะด้านการได้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ และการตัดสินใจ เพื่อเป็นการสร้างพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง ให้มีสุขภาพดีและสามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพได้

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, ป้องกันโรค, พยาธิใบไม้ตับ

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
มัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9

อรณิชา โชติกาวานิชกุล, พรรณรัตน์ เป็นสุข, ศศิรัศม์ นาชัยฤทธิวงศ์, เบญจมาศ อุรัตน์

Abstract

Health literacy and liver fluke prevention behaviors for students in the school is considered as important measures to promote values and creating appropriate consumption behavior culture. This cross-sectional study research aimed to study of health literacy and Liver fluke Prevention behaviors and determine the relationship between Health literacy and Liver fluke Prevention behaviors among Secondary students in schools under the office of primary educational region 9. The 788 samples were selected by purposive sampling technic. Data collection was done by questionnaires which consisting of 3 parts: 1) sociodemographic characteristics, 2) health literacy on Liver fluke prevention and 3) Liver fluke prevention behaviors. The data were analyzed using descriptive statistics; frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Correlation Coefficient.

The result showed that 69.6% had moderate level of the health literacy. Liver fluke prevention behaviors showed that 74.4% had a moderate level. Health literacy showed a positive relationship with Liver fluke prevention behaviors at low level with significant level of ($p < 0.05$) ($r = 0.100$) In addition, this study found that the factors of health-related decisions-change behaviors, and interaction skills showed a positive relationship with Liver fluke prevention behaviors with significant level of ($p < 0.05$) ($r = 0.142, 0.074$). Access skill, understand skill, and questioning skill showed a non-relationship with liver fluke prevention behaviors. Therefore, all related agencies should be encouraged that liver fluke prevention program would be prioritized by using appropriate health knowledge, strengthen health learning competencies focusing on decisions-change behaviors, and interaction skills. Which result in good health and increase self-care in the target population.

Keyword : Health literacy, Prevent disease, liver fluke

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบกลุ่มเสี่ยง 6 ล้านคน จากประชาชนประมาณ 20 ล้านคน ส่วนใหญ่อายุ 40-50 ปี เสียชีวิตปีละมากกว่า 1 หมื่นคน สาเหตุสำคัญมาจากการกินปลาดิบ และผู้ที่ติดพยาธิใบไม้ตับมากกว่า 20 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งท่อน้ำดี โครงการปลอดพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อคนไทยสุขภาพดี ตั้งเป้าหมายอัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่งในปีพ.ศ. 2575 อัตราการติดพยาธิใบไม้ตับลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1 ในปีพ.ศ. 2568 ปลอดพยาธิใบไม้ตับน้อยกว่าร้อยละ 1 สำหรับสถานการณ์การติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) ในปีพ.ศ.2559-2561 (ข้อมูลวันที่ 30 กันยายน 2561) พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของเขตเฉลี่ยร้อยละ 16.3, 7.71 และ 4.41 ตามลำดับ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 กรมควบคุมโรค, 2561) ปัจจัยและสาเหตุหลักของการติดเชื้อหนอนพยาธิ คือ พฤติกรรมการบริโภคปลาร้าดิบ ลาบหรือก้อย ปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ในอดีตการบริโภคปลาร้าปรุงไม่สุกของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบกระจายอยู่ทั่วไปและเป็นเรื่องปกติเนื่องจากความเข้าใจของรสชาติว่าถ้าปรุงสุก ความหวานหรือรสชาติเปลี่ยนไป ดังนั้นประชาชนจึงนิยมที่จะรับประทานก้อยปลาและปลาร้าที่ปรุงไม่สุก ร่วมกับความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเรื่องการฆ่าพยาธิจากการใช้เครื่องปรุงรส เช่น การต้มเหล้าไปพร้อมกับการกินก้อยปลา ไม่เพียงแต่วัฒนธรรมการกินเท่านั้น พบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิด้วย (ธิดารัตน์ บุญมาศ, 2559)

ปัจจุบันสภาพปัญหาของความรู้ด้านสุขภาพในงานด้านส่งเสริมสุขภาพ พบว่าข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพมีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ถูกนำมาเผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์โดยขาดการพิจารณากรองทำให้ประชาชนที่เสพสื่อออนไลน์ส่วนหนึ่งหลงเชื่อ โดยไม่ตรวจสอบกับแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง และไม่สามารถแยกแยะได้ว่าข้อมูลชุดใดที่ไม่สมควรเชื่อถือ เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวของประชาชนทุกกลุ่มวัย ผลของการเสพสื่อและรับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องมาใช้ นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง

มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เสียเวลา และเสียค่ารักษาพยาบาล (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2562) จากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และนำไปสู่การมีสุขภาพแย่ต่อไป ซึ่งหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม (กองสุศึกษา, 2561) ดังนั้นการที่ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ต้นจะช่วยลดความเสี่ยงที่นำไปสู่สภาพปัญหาดังกล่าวได้ บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูล การเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค (DeWalt et al., 2004) จะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง (Nutbeam D, 2000) โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริม และดำรงรักษาสุขภาพที่ดีอยู่เสมอ (Smith B, Kwok C, Nutbeam D, 2011) บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่างๆ ทำให้สามารถประกอบกิจกรรมและการงานได้อย่างเข้มแข็ง ไม่ถูกหลอกและมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้และสามารถช่วยสร้างครอบครัวที่มีสุขภาพดีได้ (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2562)

ดังนั้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียน ซึ่งเป็นช่วงที่อยู่ในวัยกำลังเจริญเติบโตและมีการเรียนรู้ การดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพแข็งแรงจะทำให้มีสมรรถภาพในการเรียน มีความสามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ และร่างกายเจริญเติบโตและมีการพัฒนาได้อย่างสมวัย ซึ่งจะทำให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพในการทำงาน และเป็นแกนนำในการบอกต่อเรื่องสุขภาพได้ในทางตรงข้ามหากไม่ดูแลสุขภาพหรือทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วย

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

มัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9

อรณิชา โชติกาพานิชกุล, พรรณรัตน์ เป็นสุข, ศศิรัศมี นาชัยฤทธิวงศ์, เบญจมาศ อุรัตน์

อาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ ไม่สามารถเรียนได้เท่าที่ควร ซึ่งอาจทำให้สูญเสียโอกาสหลายๆ เช่น เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และอาจเป็นผลเสียต่อไปในอนาคต (กองสุขศึกษา, 2561) สำหรับการดำเนินงานปี พ.ศ. 2563 มาตรการที่สำคัญของแผนงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี คือ การจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็ก เยาวชน และประชาชน และรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ผ่านทุกช่องทางการสื่อสารตามบริบทของพื้นที่ (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2563) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จึงได้ดำเนินการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มนักเรียน โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตสุขภาพที่ 9 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียนต่อไป

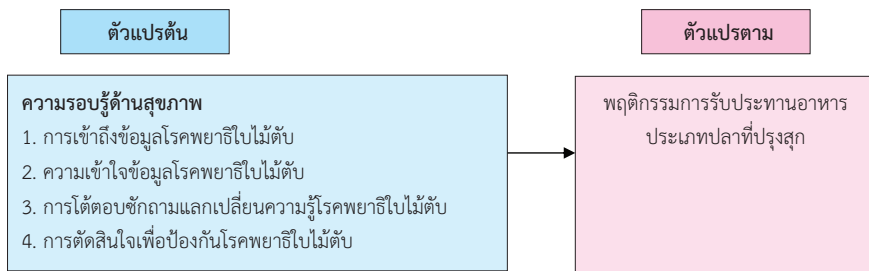
วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

กรอบแนวคิด

ประยุกต์ใช้องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2562) ซึ่งมี 5 ด้าน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ 4 ด้านที่สำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ชักถาม และแลกเปลี่ยน และการตัดสินใจ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รับทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เพื่อนำข้อมูลไปในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษาต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) เริ่มจากเลือกอำเภอที่เป็นเป้าหมายปี 2563 จากนั้นเลือกตำบล คัดเลือก

โรงเรียนในตำบล คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บข้อมูลลงพื้นที่เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และคืนข้อมูลให้กับโรงเรียนเป้าหมาย ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม – เมษายน 2563 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตสุขภาพที่ 9 จากระบบฐานข้อมูลพื้นฐานโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 30, 31, 32, 33 ซึ่งมีจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 32,012 คน (สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2563)

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9

อรณิชา โชติกวานิชกุล, พรรณรัตน์ เป็นสุข, ศศิรัศมี นาชัยฤทธิวงศ์, เบญจมาศ อุนรัตน์

กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9 โดยการคำนวณใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 750 คน จากสูตร

$$n = \frac{(3.841) * (32012)(0.5) * (1 - 0.5)}{(0.05^2) * (32012 - 1) + (3.841 * 0.5) * (1 - 0.5)} = 750 \text{ คน}$$

โดยที่ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N คือขนาดของประชากร

e คือ ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ คือ ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (= 3.841)

p คือ สัดส่วนของพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับ (รุจิรา ดวงสงค์, 2550)

เพื่อความสมบูรณ์ของการได้มาซึ่งแบบสอบถามจึงกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 788 คน

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ศึกษาเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีชื่ออยู่ในโรงเรียนของตำบลเป้าหมายปี 2563 เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง คือ สามารถพูดคุย สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาหรือความผิดปกติของการได้ยินและการมองเห็น สม่ครใจและยินดีให้ความร่วมมือ เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่สม่ครใจและยินยอมในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ปรับมาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ แบ่งออกเป็น ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ

การหาความตรงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบ IOC จากผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 3 คน หลังจากที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความตรงตามเนื้อหาพบค่า IOC มากกว่า 0.5 ในทุกข้อคำถาม

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงไปทดสอบกับกลุ่มนักเรียนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวแทนในการวิจัย จำนวน 60 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.768 ส่วนที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.821 ส่วนที่ 3 การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.819 ส่วนที่ 4 การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.748 และพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.768 สรุปได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.734 ถึง 0.854 ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ (บุญชุม ศรีสะอาด, 2545)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและครูที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลกับนักเรียนในโรงเรียนเป้าหมาย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลต่างๆ หลังจากที่ได้เสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ก่อนออกจากพื้นที่การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ส่วนของข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำบังโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จัดกลุ่มโดยอาศัยหลักการทางสถิติพิจารณาจากค่าตัวเลขเป็นหลัก โดยใช้สูตรค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (วันเพ็ญ ทรงคำ, 2561) แบ่งช่วงออกเป็น 3 ระดับ คือ กลุ่มคะแนนค่าเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หมายถึง ระดับดี กลุ่มคะแนนระหว่างค่าเฉลี่ยบวกและลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หมายถึง ระดับพอใช้ กลุ่มคะแนนเฉลี่ยลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หมายถึง ระดับไม่ดี

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพของบิดา ที่อยู่อาศัย การปรุงอาหาร ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงตอบแบบสอบถามร้อยละ 66.9 เพศชายตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 33.1 อายุเฉลี่ย 16 ปี ร้อยละ 56.2 อาชีพหลักของบิดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.0 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.2 ที่อยู่อาศัยติดแม่น้ำหรือแหล่งน้ำ ร้อยละ 35.5 ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ประกอบอาหารในครอบครัว ร้อยละ 56.8 รองลงมาเป็นปู่ตายาย ร้อยละ 24.1 และพบว่าประวัติการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีของคนในครอบครัว ร้อยละ 3.0

ด้านความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.4 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 62.4 ด้านความเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 68.4 ด้านการติดต่อซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ที่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 61.4 ด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 62.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

จากการศึกษาพบว่า ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนรับประทานอาหารประเภทปลาปรุงสุกๆ ดิบๆ เช่น ส้มตำปลาร้าดิบ ร้อยละ 7.7 ปลาร้าดิบ ร้อยละ 3.0 และแจ่วบองปลาร้าดิบ ร้อยละ 2.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรับประทานอาหารประเภทปลาปรุงสุกในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.1 ดังรายละเอียดตารางที่ 3

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4

จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ($r = 0.100$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการติดต่อซักถามแลกเปลี่ยน และด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ($r = 0.142, 0.074$) อย่างไรก็ตามพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจข้อมูล ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียนพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 59.94 และระดับดีมาก ร้อยละ 36.97 มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 3.09 (กองสุศึกษา, 2561) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับรายด้านพบว่า ด้านการติดต่อซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ และด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับพอใช้ อาจเป็นเพราะนักเรียนเป็นผู้ที่อยู่ในวัยศึกษาเล่าเรียน และเป็นวัยกำลังเจริญเติบโตและมีการเรียนรู้ตลอดเวลาสามารถใช้ความรู้วิเคราะห์ ถึงอันตรายจากการรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ และสามารถติดต่อซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ตนเองมีกับผู้อื่นได้ เพื่อตัดสินใจเลือกหรือปฏิเสธได้ ประกอบกับความรู้ด้านสุขภาพ คือ การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และติดต่อ แลกเปลี่ยนซักถามข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อปรับพฤติกรรมการ (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ รายด้าน

ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (โดยรวม)		
ระดับดี (101.87+20.36) มากกว่า 122.23	119	15.1
ระดับพอใช้ (101.87±20.36) เท่ากับ 122.23 – 81.57	547	69.4
ระดับไม่ดี (101.87-20.36) น้อยกว่า 81.57	122	15.5
$\bar{X} = 101.94$ คะแนน, $S.D. = 20.36$ คะแนน, $Min = 34$ คะแนน, $Max = 157$ คะแนน		
การเข้าถึงข้อมูลเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ระดับดี (11.75+3.72) มากกว่า 15.47	123	15.6
ระดับพอใช้ (11.75±3.72) เท่ากับ 15.47 – 8.03	492	62.4
ระดับไม่ดี (11.75-3.72) น้อยกว่า 8.03	173	22.0
$\bar{X} = 11.75$ คะแนน, $S.D. = 3.72$ คะแนน, $Min = 5$ คะแนน, $Max = 25$ คะแนน		
ความเข้าใจข้อมูลเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ระดับดี (24.64+5.96) มากกว่า 30.6	123	15.6
ระดับพอใช้ (24.64±5.96) เท่ากับ 30.6 – 18.68	539	68.4
ระดับไม่ดี (24.64-5.96) น้อยกว่า 18.68	126	16.0
$\bar{X} = 24.66$ คะแนน, $S.D. = 5.96$ คะแนน, $Min = 8$ คะแนน, $Max = 40$ คะแนน		
การได้ตอบคำถามแลกเปลี่ยนความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ		
ระดับดี (16.45+4.41) มากกว่า 20.86	150	19.1
ระดับพอใช้ (16.45±4.41) เท่ากับ 20.86 – 12.04	484	61.4
ระดับไม่ดี (16.45-4.41) น้อยกว่า 12.04	154	19.5
$\bar{X} = 16.45$ คะแนน, $S.D. = 4.41$ คะแนน, $Min = 5$ คะแนน, $Max = 25$ คะแนน		
การตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ		
ระดับดี (16.14+4.67) มากกว่า 20.81	138	17.5
ระดับพอใช้ (16.14±4.67) เท่ากับ 20.81 – 11.47	492	62.4
ระดับไม่ดี (16.14-4.67) น้อยกว่า 11.47	158	20.1
$\bar{X} = 16.14$ คะแนน, $S.D. = 4.67$ คะแนน, $Min = 5$ คะแนน, $Max = 25$ คะแนน		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับประทานอาหารประเภทปลาปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ แต่ละประเภท

ประเภทอาหาร	การรับประทานอาหารประเภทปลาปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา				
	กินประจำ	กินบ่อย	กินบางครั้ง	ไม่เคยกิน	ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้
1. ลาบปลาดิบ	8 (1.0)	37 (4.7)	168 (21.3)	520 (66.0)	55 (7.0)
2. ก้อยปลาดิบ	3 (0.4)	21 (2.7)	168 (21.3)	540 (68.5)	56 (7.1)
3. ส้มตำปลาร้าดิบ	61 (7.7)	200 (25.4)	347 (47.0)	174 (22.1)	6 (0.8)
4. ปลาร้าดิบ	24 (3.0)	64 (8.1)	298 (37.8)	391 (49.6)	11 (1.4)
5. ส้มไข่ปลาดิบ	5 (0.6)	10 (1.3)	99 (12.6)	540 (68.5)	134 (17.0)
6. หมำขี้ปลาดิบ	2 (0.3)	4 (0.5)	44 (5.6)	526 (66.8)	216 (26.9)
7. ปลาจ่อมดิบ	12 (1.5)	41 (5.2)	236 (29.9)	456 (57.9)	43 (5.5)
8. แจ่วบองปลาร้าดิบ	21 (2.7)	68 (8.6)	261 (33.1)	403 (51.1)	35 (4.4)
9. ส้มปลาดิบ	19 (2.4)	32 (4.1)	169 (21.4)	506 (64.2)	62 (7.9)
10. แหนมปลาดิบ	20 (2.5)	36 (4.6)	160 (20.3)	511 (64.8)	61 (7.7)

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

มัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9

อรณิชา โชติกวานิชกุล, พรรณรัตน์ เป็นสุข, ศศิรัศม์ นาชัยฤทธิวงศ์, เบญจมาศ อุนรัตน์

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับดี (32.13+7.25) มากกว่า 39.38	81	10.3
พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับพอใช้ (32.13±7.25) เท่ากับ 39.38 – 24.88	584	74.1
พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับไม่ดี (32.13-7.25) น้อยกว่า 24.88	123	15.6
$\bar{X} = 32.13$ คะแนน, $S.D. = 7.25$ คะแนน, $Min = 0$ คะแนน, $Max = 40$ คะแนน		

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียน ในภาพรวมและรายด้าน

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	
	r	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม)	0.100	0.005**
ด้านการเข้าถึงข้อมูลเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.034	0.338
ด้านความเข้าใจข้อมูลเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.063	0.078
ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ	0.142	<0.001**
ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	0.074	0.038*

**p-value <0.01, *p-value <0.05

ภาพรวมพบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรับประทานอาหารประเภทปลาปรุงสุกในภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 74.1 ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนรับประทานอาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เช่น ส้มตำปลาร้าดิบ แจ่วบอง ปลาร้าดิบ แหนมปลาดิบ บ่อยหรือประจำเป็นส่วนน้อย อาจเป็นเพราะนักเรียนเป็นเด็กรุ่นใหม่ที่มีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงโทษของการบริโภคอาหารที่สุกๆ ดิบๆ ได้ จึงเลือกไม่รับประทาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ก้อยปลา ปลาส้ม ปลาร้า ในอดีตการบริโภคปลาปรุงไม่สุกของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบกระจายอยู่ทั่วไปและเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากความเข้าใจของรสชาติว่าถ้าปรุงสุก ความหวานหรือรสชาติเปลี่ยนไป ดังนั้นประชาชนจึงนิยมที่จะรับประทานก้อยปลาและปลาส้มที่ปรุงไม่สุก ร่วมกับความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเรื่องการฆ่าพยาธิจากการใช้เครื่องปรุงรส เช่น การต้มเหล้าไปพร้อมกับการกินก้อยปลา ไม่เพียงแต่วัฒนธรรมการกินเท่านั้น พบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิด้วย (ธิดารัตน์ บุญมาศม, 2559)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความสัมพันธ์ทางบวก

กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p<0.05) (r=0.100) อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล และกลุ่มเป้าหมายที่เลือกเฉพาะนักเรียนชั้น ม.4 ดังนั้นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มนักเรียนมากขึ้น ควรมีการจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นกิจกรรมในการสร้างทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ และด้านการตัดสินใจ

ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ และด้านการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถอธิบายได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อาจเกิดจากความคิดในการเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมา ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อนำมาปรับพฤติกรรม เช่น การหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและถูกต้อง การนำประสบการณ์ความรู้ที่มีอยู่ก่อนมาใช้ในการเลือกรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุก และการถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง จนสามารถตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุก ถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง เพื่อป้องกันตนเองให้ห่างไกลจาก

โรคพยาธิใบไม้ตับ โดยอาศัยครอบครัว ชุมชน โรงเรียน ร่วมทำกิจกรรมที่มีผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น การรณรงค์ไม่กินอาหารสุกๆดิบๆ การถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง เป็นต้น และการชักชวนให้ผู้อื่นไม่กินอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกๆดิบๆ ซึ่งทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ และสามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกเสมอ การถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ (ยุทธวี ทองโอเอี่ยม, 2559) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีค้นหาและหาข้อมูล ที่ถูกต้อง สามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

ด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านความเข้าใจข้อมูล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจุบันการเข้าถึงสื่อและเทคโนโลยีในการหาข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นเรื่องง่าย ซึ่งหาได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู อสม. สื่อวิทยุโทรทัศน์ เว็บไซต์ การรณรงค์ต่างๆ หรือแม้กระทั่งในโรงเรียน คุณครูมีการให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นกิจกรรมที่อยู่ในสาระการเรียนรู้ แต่ในทางกลับกันพบว่าในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนยังคงรับประทานอาหารที่ปรุงสุกๆดิบๆ เช่น ส้มตำปลาร้าดิบ แจ่วบอง ปลาร้าดิบ แหนมปลาดิบ แสดงให้เห็นว่าแม้ว่านักเรียนจะมีความรู้ความเข้าใจแต่ยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลาที่ปรุงสุกๆดิบๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ (วิไลพร สาศิริ, 2560) พบว่าประชาชนยังคงรับประทานอาหารที่ปรุงจากปลาแบบดิบหรือสุกๆดิบๆ เนื่องจากรสชาติอร่อย เติริ่งง่าย และเป็นวัฒนธรรมการรับประทานของคนอีสาน ทำให้ยากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สรุปผล

ผลจากการศึกษาวิจัย แสดงให้เห็นว่านักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับพอใช้ และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยองค์ประกอบ

ของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ด้านการโต้ตอบ ชักถามแลกเปลี่ยนความรู้ และการตัดสินใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

จัดกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในโรงเรียน โดยเน้นทักษะด้านการโต้ตอบ ชักถามแลกเปลี่ยนความรู้ และทักษะการตัดสินใจ โดยร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน อบต. เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างไรก็ตามด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจข้อมูล ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล และกลุ่มเป้าหมายที่เลือกเฉพาะนักเรียนชั้น ม.4 ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไป ควรพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล โดยพิจารณาตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และควรเก็บข้อมูลในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นอื่นๆ เพิ่มเติม เนื่องจากนักเรียนเป็นวัยที่มีการเรียนรู้ในแต่ละช่วงชั้นที่แตกต่างกัน รวมไปถึงกลุ่มคุณครูที่จะเป็นแกนนำในการดำเนินงานจัดกิจกรรมพัฒนาการสร้างความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในสถานศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ คณะครู อาจารย์ และนักเรียน ในโรงเรียน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Boonmas Tidarat. (2016). *How to fish free from liver fluke*. Journal of Pamphlet CASCAP: Cholangiocarcinoma and care program. 1(2): 6-7. (in Thai).

- Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2020). *Liver fluke Prevention guideline 2020*. 10 Nov 2020. (in Thai).
- Bureau of risk Communication Abdul health behavior Development. (2018). Department of Disease Control. *Guideline for health literacy in disease prevention*. 21 June 2018. (in Thai).
- Data information for educated. (2018). *Information of secondary students*. Retrieved October 20, 2018, form www.data.bopp-obec.info. (in Thai).
- Duangsong Rujira. (2007). *Research report of Health Behavioral developing for Opisthorchiasis prevention among people in Phuviang District, Khonkaen Province*. (Faculty of Public Health, Khonkaen University). (in Thai).
- Health Education Division. (2018). *Enhancing and assessing health literacy and health behavior* (Report of research). Nonthaburi: Department of Health Service Support. (in Thai).
- Kaeodumkoen Kwanmuang. (2019). *Health literacy*. 1st edition. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai).
- The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima. (2018). *Liver fluke Paper of plan and project*. 30 Sep 2018. (in Thai).
- Sasiri Wilaporn. (2017). *Factors associated with Opisthorchissviverrini Infection of People in Rattanaaburi District, Surin Province*. Journal of The office of disease prevention and control 9 Nakhonratchasima. 23(1): 41-51. (in Thai).
- Sisaard Bunchum. (2002). *Preliminary research*. 7th edition. Bangkok: Suwiriyasarn. (in Thai).
- Thongoiam Yutthawee. (2016). *Health Status, Health Literacy and Health Behavior in Eating and Exercise of National Housing Authority in Bangkapi District, to Attend 3 Steps Healthy NHA 2015 Project*. Journal of Department of Health Service Support. 2(1): 38-45. (in Thai).
- Songkham Wanpen and etc. (2018). *Occupational and Environmental Health Situation among Ceramic Workers: Analysis in Community and Small Enterprises*. Journal of Nursing. 45(4): 97-110. (in Thai).
- Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities*. Journal of Educational and Psychological Measurement. 30(3): 607-610.
- Nutbeam D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Journal of Health promotion international. 15(3): 259-267.
- Smith B, Kwok C, Nutbeam D. (2011). *WHO Health Promotion Glossary: new terms*. Journal of Health Promotion International. 21(4): 340-345.



ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล LEGAL PROBLEMS ON BASIC ASSISTANCE IN CASE SERVICE RECEIVER DAMAGE FROM MEDICAL CARE

ดำรงค์ ปานมพฤกษ์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
Damrong Panmapruek
Department of Medical Services

บทคัดย่อ

บทความนี้ ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแนวทางเกี่ยวกับ “เงินช่วยเหลือเบื้องต้น” กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ที่มุ่งชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิด เพื่อเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นและบรรเทาความเดือดร้อนด้วยความรวดเร็วเป็นธรรมรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีโอกาสลดจำนวนการฟ้องคดีแพथยได้จากการศึกษาพบว่า

1. ปัญหาการคุ้มครองสิทธิกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาโดยมารดายังมีชีวิตอยู่ และกรณีที่มาตราเสียชีวิตด้วยอันเนื่องมาจากการคลอดบุตรในหน่วยบริการ โดยปัจจุบันสำนักงานได้กำหนดเงื่อนไขว่าทารกที่เสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์ดังกล่าวจะมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นต่อเมื่อมารดาต้องมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักวิชาการแพทย์เกี่ยวกับ Threshold of Viability ของทารกแต่ละสถาบันทั้งในและต่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กำหนดอายุครรภ์ไว้ที่ 24 สัปดาห์เท่านั้น กฎหมายจึงควรมีการแก้ไขโดยกำหนดอายุครรภ์ไว้ที่ 24 สัปดาห์ เพื่อให้การคุ้มครองสิทธิทารกที่เสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์มารดาที่อายุครรภ์ยังไม่ถึง 37 สัปดาห์ แม้จะไม่มีสภาพบุคคลตามกฎหมายก็ตาม แต่ทารกดังกล่าวก็ถือเป็นหนึ่งชีวิตเช่นกัน

2. ปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิไล่เบี่ยผู้กระทำผิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดไว้ยังไม่ชัดเจนว่าจะใช้หลักเกณฑ์ใดเพื่อดำเนินการไล่เบี่ยตามกฎหมาย กฎหมายจึงควรมีการแก้ไขโดยเพิ่มวรรคสองของมาตรา 42 กำหนดให้สำนักงานมีสิทธิไล่เบี่ยได้เฉพาะกรณีผู้กระทำผิดจงใจ หรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงตามความเห็นของคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เท่านั้น เพื่อความเป็นธรรมแก่เจ้าหน้าที่รัฐและเพื่อให้สถานะทางการคลังของรัฐมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ต่อไป

คำสำคัญ : ความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เงินช่วยเหลือเบื้องต้น ระบบชดเชยความเสียหาย โดยไม่พิสูจน์ความผิด พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

Abstract

This article, the author aims to review guidelines on “Basic payment” in the event that the service provider has been damaged by medical treatment under the National Health Security Act 2002, Article 41 that does not prove fault in order to be a primary aid and alleviate the suffering with speed and fairness and maintain a good relationship between service providers and clients that have the opportunity to reduce the number of medical lawsuits. From the study found that

1. The problem of rights protection in the event of the death of the baby in the womb of the mother still alive And in the event that the mother dies as a result of giving birth in a service unit. Currently, the Office has stipulated that the infant who died while in the womb is eligible to receive basic financial support if the mother must be 37 weeks pregnant. Which is not consistent with medical principles about the threshold of Viability of each institution both domestic and international Such as the World Health Organization, England, USA and the Royal College of Obstetricians of Thailand? Gestational age is set to 24 weeks only. The law should therefore be amended by requiring gestational age to 24 weeks to provide protection for the rights of babies who have died while in the womb, whose mother is still under 37 weeks of age, even if there is no legal condition but such babies are considered as one life as well.

2. Problems regarding the use of recourse against the offenders of the National Health Security Office that is not clear what criteria to use to take recourse according to the law. The law should therefore be amended by adding paragraph two of Article 42 requiring that the Office shall have the right to recourse only if the offender deliberately or gross negligence according to the opinion of Committee for Investigation of Liability in Violations under the Official Liability Act of 1996 only for the fairness of government officials and to ensure the stability of the state’s fiscal status continue to be prosperous and sustainable.

Key words : Damage from medical treatment, Initial aid payments, Damage compensation system without proof of offense, National Health Security Act 2002

บทนำ

ประเทศไทยได้นำแนวคิดระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ความรับผิดมาปรับใช้ ดังที่ปรากฏในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 เพื่อเยียวยาความเสียหายที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรับบริการทางสาธารณสุข ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข มีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิกระจายครอบคลุมทั่วทุกจังหวัด และมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกภาคส่วน แต่จากการศึกษาพบว่า การช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในปัจจุบันตามกฎหมายฉบับดังกล่าวนี้ ยังมีบทบัญญัติบางมาตราที่กำหนดไว้ยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม และไม่เหมาะสมเพียงพอต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ส่งผลกระทบทำให้ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายให้บรรลุผลตามหลักการและเหตุผลในการประกาศใช้กฎหมาย ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดา หรือกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาและมารดาเสียชีวิตจากการรับบริการสาธารณสุข และปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิไล่เบี้ยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงปัญหาการคุ้มครองสิทธิกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาโดยมารดายังมีชีวิตอยู่ และกรณีที่มีมารดาเสียชีวิตด้วยอันเนื่องมาจากการคลอดบุตรในหน่วยบริการ โดยปัจจุบันสำนักงานได้กำหนดเงื่อนไขว่าทารกที่เสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์ดังกล่าวจะมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นต่อเมื่อมารดาต้องมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักวิชาการแพทย์เกี่ยวกับ Threshold of Viability ของทารกแต่ละสถาบันทั้งในและต่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนดอายุครรภ์ไว้ที่ 24 สัปดาห์เท่านั้น

2. เพื่อศึกษาถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิไล่เบี้ยผู้กระทำผิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนว่าจะใช้หลักเกณฑ์ใดเพื่อดำเนินการไล่เบี้ยตามกฎหมาย

3. เพื่อศึกษาถึงแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดา หรือกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาและมารดาเสียชีวิตจากการรับบริการสาธารณสุขด้วย และการใช้สิทธิไล่เบี้ยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงปัญหาการคุ้มครองสิทธิกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาโดยมารดายังมีชีวิตอยู่ และกรณีที่มีมารดาเสียชีวิตด้วยอันเนื่องมาจากการคลอดบุตรในหน่วยบริการ โดยปัจจุบันสำนักงานได้กำหนดเงื่อนไขว่าทารกที่เสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์ดังกล่าวจะมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นต่อเมื่อมารดาต้องมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักวิชาการแพทย์เกี่ยวกับ Threshold of Viability ของทารกแต่ละสถาบันทั้งในและต่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนดอายุครรภ์ไว้ที่ 24 สัปดาห์เท่านั้น

2. ทำให้ทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิไล่เบี้ยผู้กระทำผิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้ไม่ชัดเจนว่าจะใช้หลักเกณฑ์ใดเพื่อดำเนินการไล่เบี้ยตามกฎหมาย

3. ทำให้ทราบถึงแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดา หรือกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาและมารดาเสียชีวิตจากการรับบริการสาธารณสุขด้วย และการใช้สิทธิไล่เบี้ยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรอบแนวคิด

ดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการทบทวนวรรณกรรมที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลโดยศึกษาจากบทบัญญัติของกฎหมาย ตำรา หนังสือ รายงาน วิทยานิพนธ์ บทความ วารสาร รวมถึงการสืบค้นข้อมูลสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา

และข้อบกพร่องอันเนื่องมาจากบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อเสนอปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพกับทุกฝ่าย โดยมีกรอบแนวคิดและขั้นตอน ดังนี้

1. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาหรือกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาและมารดาเสียชีวิตจากการรับบริการสาธารณสุขด้วย

1.1 ทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อให้ได้ร่างกรอบแนวคิดหรือต้นแบบที่สอดคล้องกับบริบทของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย โดยศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดสภาพบุคคลในมุมมองการรับรองและคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ไม่มีสภาพบุคคลภายใต้บทบัญญัติกฎหมายไทยและต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศเยอรมัน ฝรั่งเศส และสหรัฐอเมริกา

1.2 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ Threshold of Viability ของทารกในแต่ละสถาบันทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย องค์การอนามัยโลก ประเทศญี่ปุ่น อินเดีย ไต้หวัน สหรัฐอเมริกา อังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย

1.3 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถิติการฟ้องคดีแพथุกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 - 2563 (ข้อมูลถึง ณ วันที่ 31 พฤษภาคม) ได้แก่ จำนวนการฟ้องแพथุทั้งคดีแพ่ง คดีอาญา และคดีปกครอง สาเหตุการฟ้องคดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งสาเหตุอันเนื่องมาจากการคลอดบุตร เป็นต้น

1.4 แสดงตารางเปรียบเทียบทั้ง 3 ประเด็นดังกล่าวและวิเคราะห์ผลกระทบทางกฎหมายที่มีต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาหรือกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาและมารดาเสียชีวิตจากการรับบริการสาธารณสุขด้วย จากนั้นจะได้มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงและแก้ไขกฎหมายเพื่อความเป็นธรรมและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายต่อไป

2. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการใช้สิทธิไต่เบี่ยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ศึกษาข้อมูลจากรายงานการสร้างระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้รับบริการกรณีได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลรวมทั้งประเทศย้อนหลัง 6 ปีตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 - พ.ศ. 2562 ได้แก่ จำนวนที่ยื่นคำร้องขอ จำนวนที่ได้รับการชดเชย จำนวนได้รับชดเชยเพิ่มกรณีอุทธรณ์ และจำนวนเงินที่ชดเชยทั้งหมด โดยแยกตามประเภทของความเสียหาย ได้แก่ กรณีเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ กรณีสูญเสียอวัยวะหรือพิการ และกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง

2.2 ข้อมูลที่ได้มาจากการสังเคราะห์นั้นจะถูกนำมาวิเคราะห์ในมุมมองผลกระทบทางกฎหมายที่มีต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับสิทธิไต่เบี่ยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อบประมาณแผ่นดิน ซึ่งปัจจุบันอยู่ระหว่างการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายที่เสนอให้ยกเลิกสิทธิไต่เบี่ยเพื่อขวัญกำลังใจของฝ่ายผู้ให้บริการ โดยจัดทำเป็นตารางเปรียบเทียบในประเด็นต่างๆ จากนั้นจะได้มีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงและแก้ไขกฎหมายเพื่อความเป็นธรรมและสถานะทางการคลังของรัฐเพื่อให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนต่อไป

ผลการศึกษา

1. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาหรือกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาและมารดาเสียชีวิตจากการรับบริการสาธารณสุขด้วย

ผลการเปรียบเทียบเกี่ยวกับมุมมองการรับรองและคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ไม่มีสภาพบุคคล (ทารกในครรภ์มารดา) ภายใต้บทบัญญัติกฎหมายไทยและต่างประเทศ จำนวน 3 ประเทศ คือ ประเทศเยอรมัน ฝรั่งเศส และสหรัฐอเมริกา แสดงในตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบ Threshold of Viability ของทารกในครรภ์แต่ละสถาบันทั้งในประเทศรวม 8 ประเทศ คือ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (RTCOG) องค์การอนามัยโลก (WHO) อังกฤษ สหรัฐอเมริกา เยอรมัน ญี่ปุ่น ไต้หวัน อินเดีย นิวซีแลนด์ และออสเตรเลีย แสดงในตารางที่ 2

ข้อมูลจากกลุ่มระดับข้อพิพาททางการแพทย์
กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง
ปี พ.ศ. 2539 - เมษายน พ.ศ. 2563 จำนวนการฟ้องคดีแพ่ง
342 คดี โดยสาเหตุการฟ้องร้องซึ่งแยกตามมูลเหตุแห่ง
ข้อพิพาท แสดงในตารางที่ 3
2. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการใช้สิทธิไต่เบี่ยของสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2562 ย้อนหลัง 6 ปี
การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ มีผู้รับบริการ
ยื่นคำร้อง 6,207 คน ได้รับการชดเชย จำนวน 5,026 คน
วงเงินชดเชย 213,926.941 ล้านบาท โดยแยกตาม
ประเภทของความเสียหาย ได้แก่ กรณีเสียชีวิต/ทุพพลภาพ
กรณีสูญเสียอวัยวะ/พิการ และกรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่อง
แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบมุมมองเกี่ยวกับการรับรองและคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ไม่มีสภาพบุคคล
ของไทยกับต่างประเทศ

มุมมองการพิจารณา	เยอรมัน	ฝรั่งเศส	สหรัฐอเมริกา	ไทย
1. สถานะทางกฎหมาย	มนุษย์	สิ่งของ/วัตถุ	ไม่มีสถานะ	สิ่งมีชีวิต
2. ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์	รับรองและคุ้มครอง	รับรองและคุ้มครอง	ไม่รับรองและคุ้มครอง	รับรองและคุ้มครอง
3. สะท้อนให้เห็นถึง คุณค่าลักษณะเฉพาะ ของศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์	ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยังดำรงอยู่ แม้บุคคลนั้น ไม่มีสภาพบุคคลหรือได้ สิ้นสภาพบุคคล โดยให้ความหมายถึง ทารกในครรภ์มารดาด้วย	ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยังดำรงอยู่ แม้บุคคลนั้น ไม่มีสภาพบุคคลหรือได้ สิ้นสภาพบุคคลโดยให้มี ความหมายถึงทารกใน ครรภ์มารดาด้วย	ไม่ปรากฏคุณค่าลักษณะ เฉพาะ ของศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์	ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยังดำรงอยู่ แม้บุคคลนั้น ไม่มีสภาพบุคคลหรือได้ สิ้นสภาพบุคคลโดยให้มี ความหมายถึงทารกใน ครรภ์มารดาด้วย

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบ Threshold of Viability ของทารกในครรภ์แต่ละสถาบันทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สถาบัน ในประเทศและ ต่างประเทศ	RTCOG	WHO	อังกฤษ	สหรัฐฯ	เยอรมัน	ญี่ปุ่น	ไต้หวัน	อินเดีย	นิวซีแลนด์	ออสเตรเลีย
Threshold of Viability (Weeks)	24	24	24	22	22	22	23	28	22	22

ตารางที่ 3 แสดงผลถึงสาเหตุการฟ้องร้องเป็นคดีแพ่งต่อศาล (พ.ศ. 2539- 2563) ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2563

ลำดับ	มูลเหตุแห่งการพิพาท	รพ.ศ./รพ.ท	รพช.	รวม
1	รักษาผิดพลาด	133	52	185
2	การคลอดบุตร	44	32	76
3	ไม่เอาใจใส่ดูแล	23	2	25
4	วินิจฉัยผิดพลาด	23	6	29
5	แพทย์	4	7	11
6	ผิดมาตรฐาน	4	3	7
7	อุปกรณ์	2	-	2
8	ฟ้องผิด	7	-	7
	รวม	240	102	342

ตารางที่ 4 แสดงผลการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล

รายการ	พ.ศ. 2557		พ.ศ. 2558		พ.ศ. 2559		พ.ศ. 2560		พ.ศ. 2561		พ.ศ. 2562	
	คน	ลบ.	คน	ลบ.	คน	ลบ.	คน	ลบ.	คน	ลบ.	คน	ลบ.
1. ผู้รับบริการ ผู้ยื่นคำร้อง	1,112		1,045		1,069		823		970		1,188	
2. ผู้รับบริการ ได้รับชดเชย	931		824		885		661		755		970	
- เสียชีวิต/ ทุพพลภาพถาวร	478	116.370	442	157.188	457	162.344	324	116.010	317	113.010	466	167.578
- สูญเสียอวัยวะ/ พิการ	116	24.632	105	22.879	118	25.856	84	18.226	98	21.564	126	26.023
- บาดเจ็บ/ เจ็บป่วยต่อเนื่อง	337	23.875	277	20.062	310	21.659	253	18.301	340	24.102	378	28.686
3. กรณีอุทธรณ์*	112	3.562	82	2.801	102	3.094	96	7.513	142	6.834		5.727
รวม	931	218.439	824	202.929	885	212.952	661	160.050	755	165.509	970	228.014

อภิปรายผล

1. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาหรือกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาและมารดาเสียชีวิตจากการรับบริการสาธารณสุขจากการศึกษาพบว่า พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มุ่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนเบื้องต้นด้วยความรวดเร็วโดยไม่ต้องรอการพิสูจน์ถูกผิดนั้น มิได้บัญญัติเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิกรณีทารกเสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์มารดา หรือกรณีที่ทั้งทารกในครรภ์และมารดาเสียชีวิตจากการคลอดของหน่วยบริการไว้ แต่ปรากฏในข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการ พ.ศ. 2555 เท่านั้น โดยกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นไว้ตามข้อ 6 วรรค 2 ดังนี้

- 1) ต้องมีการฝากครรภ์สม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้งตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และมีการบันทึกไว้
- 2) ต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์จนอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และ

3) ทารกเสียชีวิตในครรภ์ระหว่างได้รับการดูแลในหน่วยบริการ กล่าวคือ ขณะที่เข้ารับบริการนั้นทารกยังมีชีวิตอยู่ และเสียชีวิตในระหว่างรับบริการในหน่วยบริการ ดังนั้น มารดาจะมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นก็ต่อเมื่อต้องเข้าหลักเกณฑ์หรือเงื่อนไข 3 ประการดังกล่าวทุกข้อจะขาดข้อใดข้อหนึ่งมิได้ ทั้งนี้หากทารกที่มีอายุครรภ์ “ต่ำกว่า 37 สัปดาห์” ได้เสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างได้รับการดูแลในหน่วยบริการ มีผลทำให้มารดาที่ยังมีชีวิตอยู่นั้นไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น แต่จากการศึกษา (ตารางที่ 2) ผู้ศึกษาพบว่า ประเทศไทยโดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ถือเกณฑ์ Threshold of Viability หรือ “การกำหนดสภาพทารกที่เรียกว่า Viable Fetus” อยู่ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ เช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก และประเทศอังกฤษ ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา เยอรมัน ญี่ปุ่น ไต้หวัน นิวซีแลนด์ และออสเตรเลีย กำหนดไว้ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์ ประกอบกับระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน มีความก้าวหน้าและทันสมัยในระดับมาตรฐานสากล ซึ่งหากทารกคลอดก่อนกำหนดก็ย่อมมีโอกาสรอดชีวิตและดำรงชีวิตต่อไปได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิกรณีทารกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไปเสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์มารดาอันเป็นความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการนั้น มารดา

ที่ยังมีชีวิตอยู่จึงควรมีสติที่ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น “เป็นกรณีพิเศษเพิ่มเติม” แยกออกจากสิทธิของมารดา ในกรณีที่มีการได้รับความเสียหายอื่นด้วย แล้วแต่กรณี ดังนั้น การกำหนดสภาพทารกที่เรียกว่า Viable Fetus หรือ Threshold of Viability อยู่ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ย่อมเป็นไปตามหลักวิชาการแพทย์ และสอดคล้องกับประเทศไทยในปัจจุบัน

ส่วนกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาและมารดา เสียชีวิตจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการด้วย (เสียชีวิต ทั้งทารกและมารดาจากการคลอด) ผู้ศึกษาเห็นว่า แม้โดย ผลของกฎหมายจะถือว่าทารกไม่มีสภาพบุคคลก็ตาม แต่หาก เสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์มารดา ก็ถือว่าเป็นการสูญเสีย เสมือนเป็นหนึ่งในชีวิต ซึ่งประเทศไทยได้ให้การรับรองและ ค้ำชูองค์ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ยังดำรงอยู่แม้บุคคลนั้น จะไม่มีสภาพบุคคล หรือได้สิ้นสภาพบุคคล ทั้งนี้โดยให้ความหมายถึงทารกในครรภ์มารดาด้วย เช่นเดียวกับประเทศ เยอรมัน ฝรั่งเศส เป็นต้น (ตารางที่ 1) และสอดคล้องกับ สภาพความเป็นจริงของครอบครัวผู้สูญเสียดังกล่าวย่อมมีความรู้สึกว่าตนนั้นได้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไปทั้งสองชีวิต ดังนั้น “ผู้มีส่วนได้เสีย” ของมารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด จึงควรเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น “เป็นกรณีพิเศษ เพิ่มเติม” จากสิทธิของมารดาที่เสียชีวิตในอัตราจำนวน ความเสียหายเทียบเท่าการเสียชีวิต เพื่อเป็นการช่วยเหลือ เบื้องต้นและบรรเทาความเดือดร้อนด้วยความรวดเร็ว เป็นธรรม และรักษาไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และที่สำคัญเพื่อเป็นการลดจำนวน การฟ้องคดีแพทยอันเนื่องมาจากการรับบริการสาธารณสุข 2. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการใช้สิทธิไล่เบี่ยของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษาพบว่า มาตรา 42 ยังมีความบกพร่อง อยู่หลายประการ ดังนี้

1) ปัญหาความไม่ชัดเจนของบทบัญญัติมาตรา 42 แห่ง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จากการศึกษา ผู้ศึกษาพบว่าบทบัญญัติมาตรา 42 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยังมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการใช้สิทธิไล่เบี่ยผู้กระทำผิด ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจาก

มาตราดังกล่าวได้บัญญัติไว้แต่เพียงว่า “...เมื่อสำนักงาน ได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี่ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้” จึงทำให้เกิด ปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ

(1.1) ผู้กระทำผิดตามมาตรา 42 หมายถึงใคร เจ้าหน้าที (แพทย์) ที่เป็นผู้กระทำให้เกิดความเสียหาย หรือหน่วยงานต้นสังกัดของเจ้าหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบใช้ ค่าสินไหมทดแทน

ผู้ศึกษาเห็นว่า ผู้กระทำผิดตามมาตรา 42 แห่ง พระราชบัญญัติเดียวกันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติมีสิทธิไล่เบี่ยได้ ย่อมหมายถึง ผู้ซึ่งกระทำผิดหรือ ผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการแล้วเกิดความเสียหาย รวมตลอดทั้งบุคคลผู้ต้องรับผิดชอบ หรือผู้ที่ต้องรับผิดชอบร่วมกับ ผู้กระทำผิดดังกล่าวตามที่กฎหมายกำหนดด้วย

(1.2) การไล่เบี่ยตามมาตรา 42 นั้น จะใช้หลัก เกณฑ์ใดเพื่อดำเนินการตามกฎหมาย

ผู้ศึกษาเห็นว่า เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณี ที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษา พยาบาลของหน่วยบริการตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติ ดังกล่าวไปแล้ว มาตรา 42 แห่งพระราชบัญญัติเดียวกัน กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสิทธิ ไล่เบี่ยเอาแก่ผู้กระทำผิดเมื่อหาผู้กระทำผิดได้ กล่าวคือ จะต้องมีการดำเนินการหาผู้กระทำผิดเสียก่อน และเมื่อ พบผู้กระทำผิดแล้วสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีสิทธิไล่เบี่ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้ แต่โดยที่มาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว นิยามคำว่า “หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคำว่า “สถานบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการ ประกอบด้วย สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชนและของ สภาวิชาชีพไทย หน่วยบริการประกอบโรคศิลปะสาขา ต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม

ดังนั้น การพิจารณาไล่เบี่ยเอาแก่ผู้กระทำผิด จึงต้อง แยกพิจารณาว่าการกระทำละเมิดนั้นเป็นการกระทำละเมิด ในสถานบริการสาธารณสุขประเภทใดก่อนเป็นประการแรก

ทั้งนี้กรณีที่มีความเสียหายเกิดจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จะต้องพิจารณาด้วยว่าเป็นการกระทำของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่หรือไม่ หากเป็นการกระทำละเมิดของเจ้าหน้าที่ของรัฐในการปฏิบัติหน้าที่จะต้องเป็นไปตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นกฎหมายที่วางหลักเกณฑ์เกี่ยวกับความรับผิดของหน่วยงานของรัฐและความรับผิดของเจ้าหน้าที่ในผลแห่งละเมิดที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการกระทำในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อคุ้มครองเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติงานในหน้าที่แล้วก่อให้เกิดความเสียหายโดยเมื่อมีความเสียหายเนื่องมาจากการปฏิบัติหน้าที่นั้นหน่วยงานของรัฐจะต้องรับผิดชอบผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ที่กำหนดสาระสำคัญไว้ว่า “หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดชอบต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำในการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรง แต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้” สำนักงานจึงต้องใช้สิทธิไล่เบี่ยเอาแก่หน่วยงานของรัฐ ซึ่งเป็นต้นสังกัดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และเมื่อหน่วยงานของรัฐถูกไล่เบี่ยแล้วจะดำเนินการเรียกให้เจ้าหน้าที่ของรัฐชดใช้ได้หรือไม่เพียงใด จะต้องเป็นไปตามมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ทั้งนี้โดยใช้ผลการสอบข้อเท็จจริง ความรับผิดทางละเมิดตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เพื่อการไล่เบี่ยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป ส่วนกรณีที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขของ “เอกชน” การใช้สิทธิไล่เบี่ยเอาแก่ผู้กระทำผิด จึงต้องเป็นไปตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ต่อไป

(1.3) จากความตอนท้ายของมาตรา 42 ที่บัญญัติว่า “...เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไป สำนักงานมีสิทธิไล่เบี่ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้” ถ้าสำนักงานมีเหตุผลและความจำเป็น เช่น เมื่อสำนักงานคำนึงถึงหลักการไม่พิสูจน์ความรับผิด (No-fault Liability) โดยสำนักงานจะไม่ใช่สิทธิไล่เบี่ย ได้หรือไม่

ผู้ศึกษาเห็นว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เป็นกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ตามมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังนั้น เมื่อหาผู้กระทำผิดได้เนื่องจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้สิทธิไล่เบี่ยเอาแก่ผู้กระทำผิดด้วยแต่เฉพาะในกรณีที่เจ้าหน้าที่กระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่โดย “จงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง” ตามความเห็นของคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิดตามพระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เท่านั้น

2) ควรยกเลิกสิทธิไล่เบี่ยตามมาตรา 42 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หรือไม่ เพราะเหตุใด

สำหรับประเด็นการไล่เบี่ยนี้ นายแพทย์บุญศักดิ์ หาญเทิดสิทธิ์ ได้เคยศึกษาไว้โดยสรุปว่า มาตรา 42 ให้อำนาจสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไล่เบี่ยผู้กระทำผิดที่ก่อให้เกิดความเสียหายได้ ซึ่งมาตรานี้เป็นบทบัญญัติที่ขัดกับเจตนารมณ์ของมาตรา 41 ที่มีแนวคิด No-fault Liability อย่างชัดเจน เนื่องจากต้องพิสูจน์ความรับผิดเพื่อหาตัวผู้กระทำผิดโดยประเทศนิวซีแลนด์ถือเป็นประเทศแรกของโลกที่ได้มีการนำระบบการชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาบังคับใช้ อีกทั้งยังก่อให้เกิดความกังวลต่อผู้ประกอบการวิชาชีพอย่างมาก แม้อาจจะปฏิเสธไม่ได้ว่าความผิดพลาดส่วนหนึ่งมาจากบุคคลก็ตาม แต่การพิจารณาดัดสินผิดหรือถูกควรเป็นหน้าที่ขององค์กรวิชาชีพต่างๆ ที่ควบคุมดูแล ไม่ควรให้คณะกรรมการต่างๆ ที่เกิดจากพระราชบัญญัติฉบับนี้มาตัดสิน และกฎหมายฉบับนี้ไม่ควรกำหนดเรื่องการไล่เบี่ยไว้

อย่างไรก็ดี ผู้ศึกษาเห็นว่า การยกเลิกมาตรา 42 โดยการตัดสิทธิไล่เบี่ยของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความประมาทเลินเล่อ “ธรรมดา” มีเหตุผลสนับสนุนหรือรองรับให้ทำได้ เนื่องจากเจตนารมณ์ของกฎหมายมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ราชการไปด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจที่บางครั้งย่อมจะเกิดความผิดพลาด

โดยไม่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นกฎหมายจึงควรคุ้มครองเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่หากกระทำไปด้วยความประมาทเลินเล่อ “ธรรมดา” เท่านั้น ทั้งนี้หน่วยงานของรัฐจะต้องรับผิดชอบเจ้าหน้าที่ดังกล่าวเพื่อขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่ จึงไม่สมควรที่จะมีการไล่เบี้ยทุกกรณี

แต่การตัดสิทธิไล่เบี้ยของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐโดยสิ้นเชิงไม่มีเหตุผลมารองรับให้ทำได้ กล่าวคือหากเจ้าหน้าที่ที่กระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความจงใจ หรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง หากไม่ให้อำนาจหรือหน่วยงานของรัฐมีสิทธิไล่เบี้ยเอาจากเจ้าหน้าที่ให้รับผิดชอบในภายหลังได้ สถานการณ์ดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อสถานะทางการคลังของรัฐที่จะต้องสูญเสียงบประมาณของรัฐมาชดใช้เป็นค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหาย ซึ่งข้อมูลจากรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติย้อนหลัง 6 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2562 พบว่าการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ มีผู้ยื่นคำร้องจำนวน 6,207 คน ได้รับการชดเชยจำนวน 5,026 คน วงเงินชดเชย 213,926.941 ล้านบาท (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงมาก หากมีการยกเลิกการไล่เบี้ยโดยที่รัฐไม่อาจไล่เบี้ยให้เจ้าหน้าที่ผู้กระทำละเมิดรับผิดชอบต่อรัฐในภายหลังได้ ทั้ง ๆ ที่การที่เจ้าหน้าที่กระทำละเมิดโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงเป็นการกระทำที่น่าตำหนิอย่างร้ายแรงและเจ้าหน้าที่นั้นสมควรเป็นผู้รับผิดชอบในการกระทำดังกล่าว ดังนั้นในเมื่อเป็นผู้สมควรต้องรับผิดชอบในผลแห่งละเมิดที่เขาได้ก่อขึ้นนั้น ย่อมไม่มีเหตุผลใดที่รัฐจะยกเว้นความรับผิดชอบให้แก่เจ้าหน้าที่นั้น ด้วยเหตุนี้ หน่วยงานของรัฐจึงมีสิทธิไล่เบี้ยต่อเจ้าหน้าที่ได้เฉพาะในกรณีที่เจ้าหน้าที่กระทำละเมิดในการปฏิบัติหน้าที่โดย “จงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง” ตามความเห็นของคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 เท่านั้น ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการป้องกันมิให้เกิดความเสียหายที่อาจป้องกันได้อันเป็นการควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาลและเพื่อความเป็นธรรมแก่เจ้าหน้าที่รัฐประกอบการให้รัฐได้รับชำระเงินที่ต้องจ่ายเป็นค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหายกลับคืนสู่รัฐ

จะช่วยให้สถานะทางการคลังของรัฐมีความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน ต่อไป

สรุปผล

จากการที่ได้ศึกษามาทั้งหมดพบว่า ข้อบกพร่องของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ล้วนมีสาเหตุสืบเนื่องมาจากบทบัญญัติที่ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมเพียงพออันเป็นอุปสรรคต่อผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมาย และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาหรือกรณีทารกเสียชีวิตในครรภ์มารดาและมารดาเสียชีวิตจากการรับบริการสาธารณสุข

ในกรณีทารกที่มีอายุครรภ์ “ต่ำกว่า 37 สัปดาห์” เสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์มารดาระหว่างการได้รับการดูแลในหน่วยบริการ โดยมารดาที่ยังมีชีวิตอยู่ยังไม่มียุติบัตร ได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจากการเสียชีวิตของทารกดังกล่าว เนื่องจากไม่เข้าหลักเกณฑ์ของผู้มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการ พ.ศ. 2555 ข้อ 6 วรรคสอง อย่างไรก็ตามปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าจากเดิมในอดีตที่พัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก อีกทั้งประเทศไทยได้ถือแนวทางปฏิบัติในทางการแพทย์ของการกำหนดสภาพทารกที่เรียกว่า Viable Fetus ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกเป็นหลัก คืออายุครรภ์ที่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ประกอบกับความก้าวหน้าและทันสมัยของระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีการพัฒนาและวิจัยอยู่ในระดับที่เป็นมาตรฐานสากลซึ่งหากทารกคลอดก่อนกำหนดก็ย่อมมีโอกาสรอดชีวิตและมีชีวิตต่อไปได้ ดังนั้น การกำหนดสภาพทารกที่เรียกว่า Viable Fetus อยู่ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไปถือว่าเหมาะสมและสอดคล้องกับประเทศไทยในปัจจุบัน

2. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการใช้สิทธิไล่เบี้ยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาแหล่งที่มาของเงินที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้มี “โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริม การจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ โดยให้คำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมประกอบด้วย นอกจากนี้ยังบัญญัติให้มีแหล่งเงินมาจากหลายแหล่ง ได้แก่ เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี เงินที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามที่กฎหมายบัญญัติเงินที่ได้รับจากการดำเนินการให้บริการสาธารณสุข เงินค่าปรับทางปกครอง เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้แก่กองทุน ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน เงินหรือทรัพย์สินใด ๆ ที่กองทุนได้รับมาในกิจการของกองทุน และเงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ เป็นต้น ดังนั้นเงินที่ใช้ในการดำเนินการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องพิจารณาประโยชน์ที่รัฐหรือประชาชนจะได้รับความคุ้มค่า และภาระการเงินการคลังที่เกิดขึ้นแก่รัฐ รวมถึงความเสี่ยงและความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นแก่การเงินการคลังของรัฐอย่างรอบคอบเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีประเด็นเกี่ยวกับการเสนอให้ “ยกเลิก” การไล่เบี้ยตามมาตรา 42 ของพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ ได้แสดงความคิดเห็นด้วยการแก้ไขในประเด็นนี้ เนื่องจากการกำหนดเรื่องการไล่เบี้ยเป็นประเด็นที่มีผลต่อท่าทีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ดังนั้นการยกเลิกมาตรานี้ย่อมเป็นไปเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วย อนึ่งบทบัญญัติมาตรา 42 ยังมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการไล่เบี้ยผู้กระทำผิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากมาตราดังกล่าวได้กำหนดไว้แต่เพียงถ้อยคำที่ว่า “...เมื่อสำนักงานได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการไปแล้ว สำนักงานมีสิทธิไล่เบี้ยเอาแก่ผู้กระทำผิดได้” ทำให้เกิดปัญหาว่า สิทธิไล่เบี้ยนั้นจะดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ใด หรือผู้กระทำผิดหมายถึงบุคคลใด เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

(1) เพิ่มมาตรา 41/1 ดังนี้ “ในกรณีทากรที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไปเสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์ มารดา ให้มารดาที่ยังมีชีวิตอยู่นั้นมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นกรณีพิเศษเพิ่มเติมจากสิทธิของมารดากรณีที่มีมารดาได้รับความเสียหายอื่นร่วมด้วย และกรณีการเสียชีวิตของทารกดังกล่าว หากมารดาเสียชีวิตจากการรักษาพยาบาลด้วย ให้ผู้มีส่วนได้เสียของมารดาที่เสียชีวิตดังกล่าว เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นกรณีพิเศษเพิ่มเติมนอกเหนือจากสิทธิของมารดาที่เสียชีวิตนั้น ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด” และ

(2) เพิ่มความวรรคสองของมาตรา 42 ดังนี้ “สิทธิไล่เบี้ยตามวรรคหนึ่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสิทธิไล่เบี้ยได้เฉพาะการกระทำโดยจงใจ หรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงตามความเห็นของคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบทางละเมิดตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539” เท่านั้น

อนึ่ง บทความนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการศึกษาที่เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีทากรในครรภ์เสียชีวิตจากการคลอดในหน่วยบริการและการไล่เบี้ยผู้กระทำผิด ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและละเอียดมากขึ้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการดำเนินการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น อัตราการฟ้องคดีแพทยในภาพรวมทั้งประเทศ อุบัติการณ์ของการเกิดเหตุอันไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ที่อาจป้องกันได้ในอนาคตเพื่อควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาลต่อไป นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้นและผลกระทบจากการไล่เบี้ยที่เป็นสิทธิจากกองทุนอื่นๆ เช่น ประกันสังคม เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้บทบัญญัติมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้พัฒนาให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

- Chardsumon Prutipinyo. (2015). System for compensation of damage from public health services without proving guilt. *Journal of Health and Public Health Law*. 1(1): 60-75. (in Thai).
- Hanterdsit, Bunsak. (2010). Research report titled Initial payment under section 41 and civil litigation. *Journal of Health System Research Institute (HSRI)*. 2(5): 205-215. (in Thai).
- Jongsang, N. (2016). *Certification and protection of human dignity: a case study of the determination of status of a person's condition*. (Master of Laws, Chulalongkorn University). (in Thai).
- Kasalanga, Anucha. (2020). *A study of medical problems and medical personnel under the Ministry of Public Health and the Office of the Permanent Secretary for Public Health has been sued for treatment*. Retrieved July, 3, 2020, from www.thailand.digitaljournals.org/index.php/HSSJ/article/view/17832. (in Thai).
- Kei Lui, Barbara Bajuk et al. (2006). Perinatal care at the borderlines of viability: a consensus statement based on a NSW and ACT consensus workshop. *Journal of the medical Australia*. 185(9): 495-500.
- Luechai Sri-Ngernuang, Naruphong Phakdee, Chiraporn Chomsri and Jarai wichathai. (2010). Research report on foreign experience Damage compensation system from public health services. *Journal of Health System Research Institute (HSRI)*. 2(4): 15-29. (in Thai).
- Marie Bismarck and Ron Peterson. (2006). No – fault Compensation in New Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability, And Patient Safety. *Journal of Health Affairs*. 25(1): 278-283.
- Maternal and Child Health Subcommittee. (2020). *The Management of Preterm Labour and Preterm Premature Rupture of Membrane*. Retrieved July, 7, 2020, from www.118.174.1.164/pct/cpg/Preterm.pdf.
- National Health Security Office. (2017). *Guidelines for consideration of initial payment under Section 41*. 2nd ed. Bangkok: NHSO Publishing.
- National Health Security Office. (2020). *Annual National Health Insurance Report*. Retrieved July, 7, 2020, from www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx, 2020
- Nishida, H and Sakuma, I. (2009). *Limit of viability in Japan: ethical consideration*. *Journal of J Perinat Med*. 37(5): 457-460.



ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โครงการทดลองจ้างงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา

THE EFFECTS OF THE EMPOWERMENT PROGRAM ON THE QUALITY OF LIFE WITH SCHIZOPHRENIC PATIENTS, EMPLOYMENT TRIAL PROJECT AT SRITHANYA HOSPITAL

สุรีย์ บุญเฉย

โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

Suree Boonchuaey

Srithanya Hospital Nonthaburi

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิต ทักษะพื้นฐานในการทำงาน ทักษะการปรับตัวทางสังคมและแหล่งพลังอำนาจ ของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน กลุ่มทดลองคือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการทดลองจ้างงานโรงพยาบาลศรีธัญญาแบบเจาะจง (ระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2562) จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่านการตรวจแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีประสบการณ์การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 4) แบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคม ซึ่งพัฒนาโดย ดร.สตีเฟน คัมพรีออนันด์และคณะ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81 5) แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจซึ่งพัฒนาโดยสุธิสา ดีเพชร มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย paired sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ 2) ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้านรวมทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นโปรแกรมที่พัฒนามาจากงานวิจัยนี้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต ทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคมและแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทโครงการจ้างงานได้ดี สามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบในการพัฒนาโปรแกรมทดลองจ้างงานผู้ป่วยจิตเภทของนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชได้ โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะและทักษะการเสริมพลังอำนาจที่ดีนำกระบวนการไปปฏิบัติได้

คำสำคัญ : การเสริมพลังอำนาจ คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเภท โครงการทดลองจ้างงาน

Abstract

This research was a quasi-experimental study aimed at comparing the effect of empowerment program on quality of life. The basic work skills, social adaptation skills and power source of schizophrenic patients, one group employment trial project. Measured before and after the end of the program for 6 months, the experimental group was schizophrenic patients who participated in the specific Srithanya Hospital employment trial program. (Between October - November 2019) of 12 people. The tools used in the research were 1. The empowerment program with schizophrenic patients, employment trial project which the researcher developed through the revision of 5 qualified persons, have experience in psychiatric rehabilitation. The content validity (IOC) between 0.60-1.00. 2. Personal Information Questionnaire. 3. World Health Organization's Quality of Life Indicators, Thai version (WHOQOL-BREF-THAI) 4. The basic work skills and social adaptation skills evaluation form developed by Dr. Sodsai Khumsabanant and others Its accuracy was 0.81 5. The power source evaluation form, developed by Suthisa Deepetch, had accuracy of 0.90. Statistical data were analyzed by paired sample t-test.

The results of the research showed that 1) The mean scores of overall quality of life and physical domain, psychological domain and social relationships. After receiving the program higher than before. Statistically significant at the level of 0.05. There was no statistically significant difference in the environment after receiving the program than before. 2) The mean score of both basic work skills and social adaptation skills as a whole and aspects and the mean scores of power sources of schizophrenic patients. After receiving the program higher than before. Statistically significant at a level of 0.05.

Therefore, the program developed from this research can improve the quality of life. The basic work skills, social adaptation skills and the power source of schizophrenic patients as well. And this program can be used as a model for the development of the schizophrenic employment program of psychiatric social workers. Focus on developing personnel to have the knowledge, the positive attitude and the empowerment towards patients and be able to implement the process.

Keywords : empowerment, quality of life ,schizophrenic patients ,employment trial project

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ศักยภาพในการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ ก่อให้เกิดการไร้ความสามารถมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวชทั้งหมด (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) มีความชุกของโรคทั่วโลกอยู่ระหว่างร้อยละ 0.2 - 0.4 (Hannah Ritchie and Max Roser, 2018) เพิ่มขึ้นจาก 13.1 ล้านรายในปี 2533 เป็น 20.9 ล้านรายในปี 2559 (Charlson et al., 2018) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการระหว่างพ.ศ.2560-2562 จำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ 1,102,470 คน 1,149,645 คน และ 1,172,784 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2562) จากสถิติข้างต้นชี้ให้เห็นว่าปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มที่ความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 20 ล้านคนทั่วโลก โดยในจำนวนนี้มากกว่าร้อยละ 69 ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง การขาดการเข้าถึงบริการเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นสาเหตุของความพิการทางจิตและมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเร็วกว่าประชากรทั่วไป 2-3 เท่า (World Health Organization, 2019) เนื่องจากมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การเคลื่อนไหวและอารมณ์อย่างรุนแรง ทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมในด้านการติดต่อสื่อสาร การประกอบอาชีพและการดูแลตนเองลดลง อันนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม (Dziwota et al., 2018) รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไร้พลังอำนาจ ขาดความภูมิใจ (ภาวิณี สถาพรธีระ และ กฤตยา แสงวงเจริญ, 2561) ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพจนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (วลัยพร สุวรรณบุรณ์ และคณะ, 2558) การเสริมสร้างทักษะการดำรงชีวิตอิสระผ่านการแทรกแซงทางจิตสังคมที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ (เช่น การฝึกทักษะชีวิต การฝึกทักษะทางสังคม) และการอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตอิสระ การสนับสนุนที่อยู่อาศัยและสนับสนุนการจ้างงานสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถบรรลุเป้าหมายการฟื้นคืนสู่สภาวะ

แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักประสบปัญหาการถูกตีตราก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติจากสังคมในการมีที่อยู่อาศัยตามปกติและการได้รับโอกาสในการจ้างงานหรือรักษาพยาบาลที่ทำได้ (World Health Organization, 2019)

การจ้างงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยการได้รับการจ้างงานที่ดีขึ้นจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้นตามมาด้วย (Fujino et al., 2015) ดังนั้นผู้ที่มีความบกพร่องทางจิตรวมถึงผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการจ้างงานทำ ทั้งนี้เนื่องจากการมีงานทำไม่เพียงแต่เป็นการตอบแทนทางการเงิน แต่ยังมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลผ่านการให้โอกาสในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถและการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow, 1943) รวมถึงการมีอัตลักษณ์ทางสังคม สถานภาพทางสังคม การติดต่อทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ความรู้สึกภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง (Shepherd, 1989) แม้ว่ามีผู้ป่วยทางจิตขั้นรุนแรงซึ่งรวมถึงผู้ป่วยจิตเภท มากกว่าร้อยละ 70 ต้องการมีงานทำ แต่มีเพียงร้อยละ 10-12 เท่านั้นที่ได้ทำงานแต่เป็นงานที่ไม่ตรงกับ ความชอบและความสามารถที่มีอยู่ (Harnois & Gabriel, 2000) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมเป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพมีผลดีต่อการพัฒนาทักษะการทำงานและการใช้ชีวิตในชุมชน (Bond et al., 1984) ดังนั้นการเข้าถึงโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมซึ่งรวมถึงโปรแกรมการจ้างงานจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือ การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม ในกระบวนการ กำหนดเป้าหมาย วิธีการที่จะได้รับการจ้างและการรักษาพยาบาลไว้ได้ ด้วยการเสริมพลังอำนาจ (Harnois & Gabriel, 2000)

โรงพยาบาลศรีธัญญาตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของผลกระทบจากไม่มีงานทำในผู้ป่วยจิตเภท จึงได้จัดให้มีโครงการทดลองจ้างงานผู้ป่วยจิตเวชซึ่งรวมถึงผู้ป่วยจิตเวชขึ้นภายใต้การดูแลของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ร้านเพื่อน โรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อเป็นโครงการนำร่องในการพัฒนาทักษะทางสังคมและทักษะการทำงานให้ดีขึ้น

เพื่อเป็นการสร้างโอกาสเข้าถึงการมีงานทำให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยทางจิตกลุ่มอื่นๆ ด้วยการฝึกทักษะทางสังคม ควบคู่ไปกับการฝึกทักษะการทำงานในสถานการณ์ชีวิตจริง ผ่านกระบวนการผลิต การขายสินค้า และบริการในแผนกต่างๆ พบว่า ตั้งแต่ปี 2559-2561 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ จำนวน 148 คน โดยกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์มีการพัฒนา ปรับปรุงระบบงานและกลยุทธ์ที่ใช้ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในโครงการทดลองจ้างงานมาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทในโครงการทดลองจ้างงานส่วนใหญ่ยังขาดแรงจูงใจในการทำงาน มีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ด้อยค่า ไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ทำให้ขาดงานบ่อยหรือบางรายยุติการเข้าร่วมโครงการกลางคัน และสามารถผ่านการสอบสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงานแบบแข่งขันได้น้อย (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2561) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมถอยทางด้านสังคมและการทำงาน ส่งผลให้มีความเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น ทำอะไรได้ไม่นานและเลิกทำโดยไม่มีเหตุผล (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) การศึกษาของ Bejerholm & Bjorkman (2011) พบว่า การเสริมพลังอำนาจที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวัน การใช้ชีวิตในชุมชน การได้รับการฟื้นฟูทักษะการทำงาน การรับรู้ความสามารถ

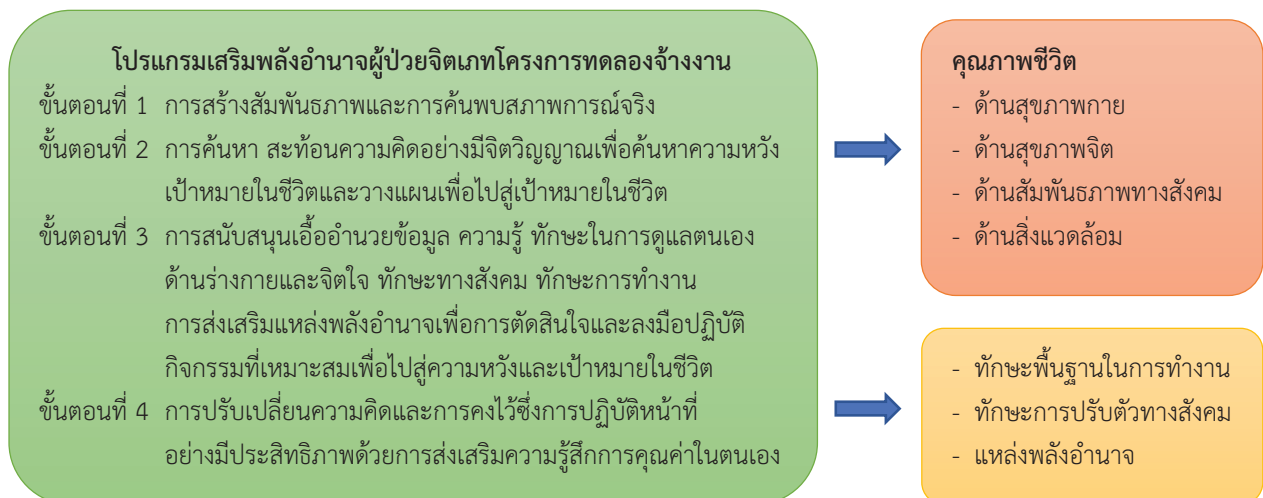
ของตนเองและความภาคภูมิใจในระดับที่สูงขึ้น การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นรวมทั้งการลดลงของตรบาบในตนเอง และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจ นำโปรแกรมเสริมพลังอำนาจมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท โครงการทดลองจ้างงานโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อศึกษาว่า โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลอย่างไรกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน และนำผลของการวิจัยนี้มาพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพและช่วยเสริมคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยจิตเภทจนสามารถกลับไปทำบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคมมีอาชีพ และรายได้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้เป็นไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิต ทักษะพื้นฐานในการทำงาน ทักษะการปรับตัวทางสังคม แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน และนำผลของการวิจัยนี้มาพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยทักษะพื้นฐานในการทำงาน ทักษะการปรับตัวทางสังคมและแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- มีโปรแกรมเสริมพลังอำนาจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานที่มีประสิทธิภาพใช้งานได้จริง
- ได้องค์ความรู้ใหม่ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน จากรายงานสรุปผลโครงการทดลองจ้างงานของกลุ่มงานงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีธัญญา การทบทวนผลงานวิชาการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดกรอบแนวคิดโดยทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบและจัดทำฉบับร่างโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน กำหนดโครงสร้างความรู้ เนื้อหากิจกรรมและจุดมุ่งหมายของเนื้อหากิจกรรมแต่ละส่วน โดยใช้แนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Miller (1992) มาประยุกต์ใช้กับกระบวนการเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทสังคมไทยของ ดารณี จามจุรีและจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจาก 6 ขั้นตอน เหลือ 4 ขั้นตอน ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วม (กรมสุขภาพจิต, 2544) เพื่อใช้เป็นกรอบ

ในการกำหนดโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการครั้งที่ 1 โดยนำโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช จำนวน 2 คน พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 คน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 คน ตรวจสอบคุณภาพเนื้อหา ด้านความตรง ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมและความเหมาะสมของเวลา ภาษาที่ใช้ รูปแบบของกิจกรรม ลำดับเนื้อหา และให้ค่าสอดคล้องของหัวข้อความรู้และวัตถุประสงค์ (The index of Item-Objective Congruence : IOC) แล้วนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง รูปแบบ เนื้อหา กิจกรรม ความเหมาะสมของภาษาและเวลา เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน แล้วนำโปรแกรมที่ปรับปรุงใหม่ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงโปรแกรมให้สมบูรณ์มากขึ้น หลังจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงเนื้อหาโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น แล้วจัดทำร่างคู่มือโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานโดยเปรียบเทียบผลด้วยวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง ประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วย paired sample t-test

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ใช้กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้าร่วมโครงการทดลองจ้างงานโรงพยาบาลศรีธัญญา แบบเจาะจง ระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2562 จำนวน 12 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

ตามแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ Miller (1992) มาประยุกต์ใช้กับกระบวนการเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยเรื้อรังในบริบทสังคมไทยของดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วม (กรมสุขภาพจิต, 2544) ผ่านการตรวจแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีประสบการณ์การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 มี 4 ขั้นตอน รวม 12 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการค้นพบสภาพการณ์จริง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1-2 เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและตราประจำตัว

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีจิตวิญญาณ เพื่อค้นหาความหวัง เป้าหมายในชีวิตและวางแผนเพื่อไปสู่เป้าหมายในชีวิต ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 เรื่องค้นหาฝัน

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ และทักษะเรื่องการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ การใช้ชีวิตประจำวัน การปรับตัวทางสังคมและการทำงาน การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มแหล่งพลังอำนาจเพื่อเกิดการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่ความหวังและเป้าหมายในชีวิต ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4-9 เรื่อง ทักษะการดูแลตนเองทางกายและการจัดการกับอาการเจ็บป่วยทางจิต ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทักษะการทำงานร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 10-12 เรื่องต้นไม้แห่งความสำเร็จ การโฆษณาตนเองและการปฏิบัติตนเพื่อรักษางานที่ทำไว้ได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ลักษณะการพักอาศัย ผู้ดูแลหลักก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การกลับเป็นซ้ำหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ

คำถามของกรมสุขภาพจิต (2545) ประกอบด้วย คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1.ด้านร่างกาย 2.ด้านจิตใจ 3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4.ด้านสิ่งแวดล้อม

3) แบบประเมินทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งพัฒนาโดย ดร.สตีล คัมทรีพ็อนันต์ และคณะ (2557) ผ่านการตรวจแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านและทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.81 ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ

4) แบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ สุธิสา ดีเพชร (2556) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Miller (1992) ผ่านการตรวจแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่านและทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.90 ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองในโครงการทดลองจ้างงาน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 44 ปี ทั้งหมดมีสถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 33.33 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วยทางจิต คือ 24 ปี นอกจากนี้ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจจากกลุ่มทดลอง ร้อยละ 58.33 ถูกครอบครัวทอดทิ้งและทั้งหมดว่างงาน ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 3,001-6,000 บาทต่อเดือนจากค่าตอบแทนโครงการทดลองจ้างงานโรงพยาบาลศรีธัญญา แต่หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจแล้ว 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 91.66 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปจากการจ้างงานของสถานประกอบการ ร้อยละ 66.67 มีรายได้ระหว่าง 9,001-12,000 บาทต่อเดือน รองลงมา ร้อยละ 25.00 มีรายได้ 12,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป ร้อยละ 41.67 พักอาศัยอยู่กับผู้อื่น และร้อยละ 33.33 เช่าบ้านอยู่คนเดียวโดยมีนักสังคมสงเคราะห์ เป็นผู้ดูแลหลัก และพบว่ากลุ่มทดลองทั้งหมดไม่มีการกลับเป็นซ้ำอีก

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม หลังทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมไม่มีความแตกต่างทางสถิติ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองอยู่ในระดับดี

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะพื้นฐานในการทำงานหลังทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีคะแนนเฉลี่ยของทักษะพื้นฐานในการทำงานทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย ทักษะด้านความสามารถในการทำงานให้สำเร็จและทักษะด้านความสามารถในการปฏิบัติตามกฎระเบียบในการทำงาน ก่อนทดลองอยู่ในระดับน้อย หลังทดลองอยู่ในระดับดี

มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปรับตัวทางสังคมทั้งโดยรวมและด้าน หลังทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะพื้นฐานในการทำงานโดยรวมและด้านทักษะการสื่อความหมาย ทักษะการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น ก่อนทดลองอยู่ในระดับน้อย ยกเว้นด้านทักษะการอ่าน-เขียน-คำนวณอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังทดลองอยู่ในระดับดีทั้งโดยรวมและรายด้าน

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแหล่งพลังอำนาจหลังทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของแหล่งพลังอำนาจก่อนทดลองอยู่ในระดับน้อยหลังทดลองอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานก่อนและหลังทดลอง (n = 12)

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D	ระดับ	df	t	p-value
ด้านสุขภาพกาย						
ก่อนทดลอง	18.17	2.25	ปานกลาง	11	-17.76	0.000*
หลังทดลอง	28.50	2.11	ดี			
ด้านจิตใจ						
ก่อนทดลอง	15.08	2.84	ปานกลาง	11	-13.77	0.000*
หลังทดลอง	24.42	1.08	ดี			
ด้านสัมพันธ์ทางสังคม						
ก่อนทดลอง	7.58	1.56	ปานกลาง	11	-15.06	0.000*
หลังทดลอง	12.25	0.97	ดี			
ด้านสิ่งแวดล้อม						
ก่อนทดลอง	21.00	2.86	ปานกลาง	11	-11.37	0.32
หลังทดลอง	32.92	3.32	ดี			
คุณภาพชีวิตโดยรวม						
ก่อนทดลอง	67.42	2.59	ปานกลาง	11	-19.04	0.000*
หลังทดลอง	106.08	7.25	ดี			

*P<.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะพื้นฐานในการทำงานและทักษะการปรับตัวทางสังคมโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานก่อนและหลังทดลอง (n = 12)

ทักษะพื้นฐานในการทำงาน	\bar{X}	S.D	ระดับ	df	t	p-value
ด้านความสามารถในการทำงานให้สำเร็จ						
ก่อนทดลอง	2.17	0.38	น้อย	11	-27.609	0.000*
หลังทดลอง	3.87	0.26	ดี			
ด้านความสามารถในการปฏิบัติตามกฎระเบียบในการทำงาน						
ก่อนทดลอง	2.20	0.58	น้อย	11	-12.480	0.000*
หลังทดลอง	3.88	0.30	ดี			
ทักษะพื้นฐานในการทำงานโดยรวม						
ก่อนทดลอง	2.18	0.39	น้อย	11	-21.58	0.000*
หลังทดลอง	3.69	0.24	ดี			
ทักษะการปรับตัวทางสังคม						
ด้านทักษะการสื่อความหมาย						
ก่อนทดลอง	2.08	0.44	น้อย	11	-14.33	0.000*
หลังทดลอง	3.88	0.30	ดี			
ด้านทักษะการอ่าน-เขียน-คำนวณ						
ก่อนทดลอง	2.52	0.56	ปานกลาง	11	-19.77	0.000*
หลังทดลอง	3.96	0.46	ดี			
ด้านทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน						
ก่อนทดลอง	2.15	0.52	น้อย	11	-17.13	0.000*
หลังทดลอง	3.77	0.36	ดี			
ด้านทักษะการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น						
ก่อนทดลอง	2.17	0.36	น้อย	11	-14.42	0.000*
หลังทดลอง	3.90	0.29	ดี			
ทักษะการปรับตัวทางสังคมโดยรวม						
ก่อนทดลอง	2.12	0.42	น้อย	11	- 20.31	0.000*
หลังทดลอง	3.88	0.29	ดี			

*P<.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานก่อนและหลังทดลอง (n = 12)

แหล่งพลังอำนาจ	\bar{X}	S.D	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	2.44	0.24	น้อย	11	- 24.48	0.000*
หลังทดลอง	4.27	0.36	ดี			

*P<.05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิต ทักษะพื้นฐานในการทำงาน ทักษะการปรับตัวทางสังคมและแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานโรงพยาบาลศรีธัญญาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Woo et al.(2018) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนคุณภาพชีวิตและความรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hyun et al. (2019) พบว่า โปรแกรมเสริมพลังอำนาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและพลังอำนาจให้ผู้ป่วยทางจิตที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเกาหลีใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยทักษะพื้นฐานในการทำงาน ทักษะการปรับตัวทางสังคมและแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะพื้นฐานในการทำงาน ทักษะการปรับตัวทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้าน รวมทั้งแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน หลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถค้นหาความหวัง เป้าหมายในชีวิตและวางแผนเพื่อไปสู่เป้าหมายในชีวิตได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตั้งเป้าหมายในชีวิตว่าต้องการมีงานทำเพื่อมีรายได้ในการเลี้ยงดูตนเอง ไม่เป็นภาระของครอบครัว

และเป็นที่ยอมรับของสังคม ดังนั้นเพื่อไปสู่เป้าหมายในชีวิตที่วางไว้ได้ ผู้ป่วยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการรับการสนับสนุนข้อมูลความรู้และการฝึกทักษะในเรื่อง การดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ วิธีการขอและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน ทักษะการปรับตัวทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการสอบสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้งาน การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชาอย่างเหมาะสม รวมทั้งการรู้จักวิธีการปฏิบัติตนเพื่อรักษาการทำงานที่ทำได้ ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน มีความรู้และทักษะพื้นฐานในการทำงาน ทักษะการปรับตัวทางสังคม และแหล่งพลังอำนาจอยู่ในระดับดี และมีทักษะการเตรียมความพร้อมในการสอบสัมภาษณ์เพื่อให้ได้งานอยู่ในระดับดี ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานซึ่งเคยว่างงานก่อนได้รับโปรแกรมเกือบทั้งหมดสามารถสอบสัมภาษณ์งานผ่าน และได้รับการจ้างงานแบบแข่งขันจากสถานประกอบการทำให้มีรายได้เพียงพอในการเลี้ยงดูตนเองหรือครอบครัวได้อย่างภาคภูมิใจ

ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน ในการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบหนึ่งซึ่งมีการออกแบบโครงสร้างเนื้อหากิจกรรมแต่ละส่วนของโปรแกรมครอบคลุม การให้ความรู้และการพัฒนาทักษะต่างๆ ที่จำเป็นต่อผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักสังคมสงเคราะห์กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการทดลองจ้างงาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและไว้วางใจในการสำรวจตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ จนสามารถค้นหาความหวัง เป้าหมายในชีวิต วางแผนและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมอันนำไปสู่ความหวังและเป้าหมายในชีวิตที่วางไว้ได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เจริญยุทธ และคณะ (2555) พบว่าหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีคะแนนแหล่งพลังอำนาจ การเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้การศึกษาของ Kim et al. (2010) พบว่า คุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทสามารถพัฒนาได้โดยการเพิ่มความเข้าใจและการเสริมสร้าง

พลังอำนาจเพราะการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ การปรับตัว การแสดงบทบาทอย่างเหมาะสมรวมไปถึงการพัฒนาสมรรถนะของตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการอันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในชีวิตของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bejerholm & Bjorkman (2011) พบว่า คะแนนการเสริมพลังอำนาจที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงาน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวัน การใช้ชีวิตชุมชนและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้การเสริมพลังอำนาจที่สูงขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในตนเองและอาการทางจิตที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chou et al. (2012) พบว่าการเสริมพลังอำนาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมสามารถเพิ่มการเสริมพลังอำนาจและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมยังสามารถลดสาเหตุของการแยกตัวทางสังคม การฝึกทักษะทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับเพื่อนร่วมงานและการปรับตัวในสถานที่ทำงานได้อย่างเหมาะสม (Dziwota et al., 2018) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bouwmans et al, (2015) พบว่า การจ้างงานช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าจะมีงานทำมากขึ้น

สรุปผล

หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตทักษะพื้นฐานในการทำงาน ทักษะการปรับตัวทางสังคม และแหล่งพลังอำนาจสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นโปรแกรมที่พัฒนามาจากงานวิจัยนี้สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต ทักษะพื้นฐานในการทำงาน ทักษะการปรับตัวทางสังคม และแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงานได้ดี และสามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบในการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมของโปรแกรมทดลองจ้างงานผู้ป่วยจิตเภทสำหรับนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยแนวคิดการเสริมพลังอำนาจในการเตรียมความพร้อมสู่การจ้างงานของผู้ป่วยจิตเภท และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การจ้างงานของคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมให้กับนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชและบุคลากรอื่นๆ ในเครือข่ายกรมสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพสู่การมีงานทำของผู้ป่วยจิตเภท/คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
2. ควรจัดทำคู่มือโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยแนวคิดการเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท/คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมและมีการฝึกอบรมสำหรับผู้ที่ใช้โปรแกรม
3. ควรมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายของกรมสุขภาพจิตด้วยการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ และเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพสู่การมีงานทำของผู้ป่วยจิตเภท/คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม โดยกรมสุขภาพจิตควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภท/คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมเข้าถึงโอกาสในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม/การจ้างงานอันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
4. ควรมีขยายการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวเป็นระยะๆ เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับผู้ป่วยจิตเภทและคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Bejerholm, U., & Björkman, T. (2011). Empowerment in supported employment research and practice: is it relevant?. *The International journal of social psychiatry*. 57(6): 588–595.
- Bond, G. R., Dincin, J., Setze, P. J., & Witheridge, T. F. (1984). The effectiveness of psychiatric rehabilitation: A summary of research at Thresholds. *Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 7(4): 6-22.

- Bouwman, C., de Sonnevill, C., Mulder, C.L., & Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Neuropsychiatric disease and treatment*. 11: 2125–2142.
- Charearnyuth, Nittaya., Sarakarn, Kotchapong., Pathipatpakdee, Hathairat. (2012). The Effect of Empowerment Program on power source, *self-esteem and self-care behavior for female schizophrenia patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 26(3): 41-56. (in Thai).
- Charlson, F.J. et al. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Journal of Schizophrenia bulletin*. 44(6): 1195–1203.
- Chou, K-R., et al. (2012). Psychosocial Rehabilitation Activities, Empowerment, and Quality of Community-Based Life for People With Schizophrenia. Retrieved February 22, 2019, from www.ncbi.nlm.nih.gov/22835748/
- Deepet, Suthisa. (2013). The effects of using empowerment program on self-stigma of schizophrenic patients in community. (Master of Nursing Thesis, Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty Of Nursing Chulalongkorn University). (in Thai).
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2019). Annual Report Department of Mental Health Fiscal Year 2019 (Report). Nonthaburi: Department of Mental Health. (in Thai).
- Department of Mental Health. (2001). Participatory Training Manual. Nonthaburi : Mental Health Development Bureau. (in Thai).
- Dziwota, E., Stepulak, M.Z., Włoszczak-Szubzda, A., & Olajossy, M. (2018). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Journal of Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*. 25(1): 50–55.
- Fujino, H., et al. (2015). Predicting employment status and subjective quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Schizophrenia research Cognition*. 3: 20–25.
- Hannah Ritchie and Max Roser. (2018). “Mental Health”. Published online at Our World In Data.org. Retrieved February 1, 2019, from www.ourworldindata.org/mental-health
- Harnois, G., Gabriel, P. (2000). Mental health and work: Impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organization and International Labour Organisation.
- Rutman, I. D. (1994). How psychiatric disability expresses itself as a barrier to employment. *Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 17(3): 15-35.
- Khumsabanant, Sodsai et al. (2014). Prevocational and Social Skill Assessment. Nonthaburi: Socialwork section, Rajanukul Institute, Department of Mental Health. (in Thai).
- Kim, Yi & Park, Hyun. (2010). The Effects of Insight and Empowerment on Function and Quality of Life for Patients with Schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing* (2010). 19(1): 11-21.
- Hyun, M. S., Kim, H., & Nam, K. A. (2019). Effects of an empowerment program for community-dwelling people with mental illness in South Korea. *Journal of Perspectives in psychiatric care*. 55(1): 15–22.

- Jamjuree, Daranee and Unipan, Jintana. (2002). *A study of the power to deal with illness among chronic disease patients in Thai society context (Report of Research). Bangkok: Agricultural Cooperative Community of Thailand.* (in Thai).
- Lotrakul, Manote and Sukanich Pramote (2012) *Psychiatry Ramathibodi.* 3rd edition. Bangkok: Department of Psychiatry. Bangkok. Department of Psychiatry. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. (in Thai).
- Maslow AH. (1943). A theory of human motivation. *Journal of American Psychological Association.* 50(4): 370–396.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with Chronic illness: Overcoming Powerlessness.* 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis.
- Shepherd, G. (1989). The value of work in the 1980s. *Journal of Psychiatric Bulletin.* 13(5): 231-233.
- Srithanya Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2018). *Social Work Section (Report of summary).* Nonthaburi: Srithanya Hospital Department of Mental Health. (in Thai).
- Stapornteera, Pawinee and Sawangchareon Kritaya. (2018). Empowerment for male schizophrenia with low self-esteem. *The journal of Boromarajachonanee College of Nursing, Nakhornratchasima.* 24(2): 145-159. (in Thai).
- Suwannaboon, waliaporn., Puapan, Saijai., Thanee, Sanguan., Dallas,Chaisena and Jinjutha. (2015). The effects of Interpersonal group therapy on quality of life among schizophrenic patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 23(1): 68-79. (in Thai).
- World Health Organization. (2019) Schizophrenia. Retrieved June 1, 2019, From www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia
- Woo, J.H., Jang, J.H., & Cho, J.H. (2018). Effects of an Empowerment Program for Patients with Schizophrenia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 27(2): 123-134.



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

1. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิมและ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของสำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “รายละเอียดการรับตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” <https://sites.google.com/view/hssexpert>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยสำเนา และ CD ไฟล์งาน จำนวน 1 ชุด หรือสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล planhss.journal@gmail.com โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. ผู้นิพนธ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก่อน กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาลงพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
 - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
 - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
 - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
 - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
 - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)

5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พิเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

- **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษาการทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา

2) **วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้

- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- **การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ**

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่ช่วยเหลือในงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือนทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้
- ตารางประกอบ ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย
 - ภาพประกอบ ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การเขียนรายการอ้างอิงที่เป็นของคนไทยทำบทความ **จะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ** โดยจัดเรียงคู่กัน คือ เรียงรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้าย หลังจากนั้นให้ตามด้วยรายการอ้างอิงภาษาไทยต้นฉบับที่แปลมา

* ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะปรับย้ายรายการอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษไปอยู่ภายใต้หัวข้อ “Translated Thai References” เอง เพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด

รูปแบบการเขียน

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style
(American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

* ในส่วนของรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ หากมียังคงให้เขียนอ้างอิงเช่นเดิม

อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อเรื่อง*. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai).

มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.

อ้างอิงบทความวารสาร

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อบทความ*. *ชื่อวารสาร*, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าที่ปรากฏบทความในวารสาร.

ตัวอย่าง

Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).

ลำราญ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก
วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.

Doran, Kirk. (1996, January). Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.

อ้างอิงจากปฏิญญาพันธหรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปฏิญญาฉบับพันธหรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์, ชื่อมหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษา).

ตัวอย่าง

Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).

ฐิติพัฒน์ โกเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

2.4 อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์หรือปีที่สืบค้น). ชื่อเรื่อง. สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี (หรือ Retrieved เดือน วัน, ปี), จาก (from) ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc.

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

- ในกรณีรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยแปลเป็นภาษาอังกฤษ การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ เพื่อส่งมายังกองบรรณาธิการ ให้ผู้เขียนเรียงลำดับโดยยึดอักษรภาษาอังกฤษเป็นหลัก โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z และนำรายการที่แปลเป็นภาษาไทยมาไว้คู่กัน
- หลังจากนั้นจึงตามด้วยรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ (หากมีเพิ่มเติม) โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z เช่นกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ

THE COMPARISON EFFICIENCY OF REPAIR MEDICAL APPLIANCE

BANGKOK HOSPITAL

กฤษฎา มาสุขใจ, ระริน มหาจรัส
โรงพยาบาลกรุงเทพ
Kritsada Masukjai, Rarin Mahajarat
Bangkok Hospital

บทคัดย่อ

.....
.....
คำสำคัญ :

Abstract

.....
.....
Keywords :

บทนำ

วัตถุประสงค์

กรอบแนวคิด

สมมติฐาน (ถ้ามี)

.....
.....

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

.....
.....

วิธีการศึกษา

.....
.....

ผลการศึกษา

.....
.....

อภิปรายผล

.....
.....

สรุปผล

.....
.....

ข้อเสนอแนะ

.....
.....

เอกสารอ้างอิง

- Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool*. Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc
- Jawjit, W. (2013). *Towards sustainable natural rubber industry in Thailand with carbon footprint and water footprint*. Retrieved from <http://romphruengk.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf> (in Thai).
- วาริท เจาะจิตต์. (2556). *ก้าวสู่การพัฒนาอุตสาหกรรมยางธรรมชาติของประเทศไทยอย่างยั่งยืน ด้วยคาร์บอนฟุตพริ้นท์และวอเตอร์ฟุตพริ้นท์*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2556, จาก <http://romphruengk.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf>
- Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).
- ฐิติพัฒน์ โภเมนพรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- The National Education Act B. E. 2542, (1999, 19 August). Royal Gazette. Vol.116 Part 74a, 1-23. (in Thai).
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2542, 19 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 116: ตอนที่ 74a, หน้า 1-23.
- Phondee, S. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).
- สารานุกรม ผลดี. (2560). *บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.



แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา..... ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้ ไม่เคย ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่เดือน..... พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบตอบรับ วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปี 2564

ชื่อหน่วยงาน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่ม/ฝ่าย.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรศัพท์สำนักงาน.....

ได้รับวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ฉบับที่.....ปีที่..... ประจำปี 2564
รวมทั้งสิ้น จำนวน.....เล่ม เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2564 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2564



หมายเหตุ กรุณา Scan QR Code แบบตอบรับภายใน 3 วัน หลังจากได้รับเอกสาร
เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและอื่นๆ ใน วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
งานวิชาการ สำนักผู้เชี่ยวชาญ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



TEXT & JOURNAL PUBLICATION CO., LTD.

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด

เชี่ยวชาญเฉพาะ

งานพิมพ์หนังสือ-ตำรา

158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจอมพล

เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทร. 0 2617 8611 - 2

แฟกซ์ 0 2617 8616 อีเมลล์ tj8575@gmail.com