



ISSN 2697-6250 (Print)

ISSN 2697-6285 (Online)

Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol. 6 No. 1

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑

January - June 2020

มกราคม - มิถุนายน ๒๕๖๓



Public Health Policy & Laws Journal

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

Vol.6 No.1

January – June 2020

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑

มกราคม – มิถุนายน ๒๕๖๓

สารบัญ

Original Paper นิพนธ์ต้นฉบับ

- Monitoring of the advertising and marketing communication by alcoholic business groups in Thailand 1-19
การเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
- Condom use behavior among reproductive age in Phayao province 21-32
พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา
- Factors related to the performance of dental public health of Det Udom primary care network in Ubon Ratchathani Province 33-53
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
- Smoking behavior among students in the school of Engineering, a University in the Northern Region of Thailand 55-71
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือประเทศไทย
- The health promotion policy for students in a university 73-90
นโยบายส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
- The standard of perioperative nursing in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital 91-107

- มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
- Factors related to dietary supplement behavior consumption: A case study of undergraduate university students, in the northern Thailand
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนิสิตมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ 109-125
 - Patient's rights compliance by registered nurses in Chulabhorn hospital
การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ 127-140

Academic Paper บทความวิชาการ

- The Legal considerations regarding organs
ข้อพิจารณาทางกฎหมายบางประการเกี่ยวกับ “อวัยวะ” 141-164
- Drug Use, Drug Abuse and Implementation of Medical Cannabis Regulations in Thailand
การยอมรับในการใช้กัญชาทางการแพทย์และการปฏิบัติในทางกฎหมาย
กรณีมีการใช้กัญชาในทางที่ผิด 165-179
- The considerations regarding the surrogacy Law
ข้อพิจารณาบางประการเกี่ยวกับกฎหมายอุ้มบุญ 181-199
- Government as Enemy: A Discourse Analysis Approach in Social Media and Newspaper Articles Regarding E-Cigarette Control
การสร้างวาทกรรม “รัฐคือศัตรู” ในสื่อเครือข่ายสังคม (social media) และหนังสือพิมพ์ เพื่อสร้างความเชื่อผิดในเรื่องการควบคุมบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ 201-210
- Kratom: Herbal medicine according to southern local knowledge under legal restrictions and misuse in young adult
พืชกระท่อม : ยาสมุนไพรและการใช้ตามกฎหมายท้องถิ่นภาคใต้
ภายใต้ข้อจำกัดทางกฎหมายและการนำไปใช้ในทางที่ผิดของเยาวชน 227-235
- PrEP + Condoms: New innovation for AIDS prevention
PrEP+ถุงยางอนามัย นวัตกรรมใหม่ใช้ป้องกันเอดส์

Interesting Court Decision คำพิพากษาที่น่าสนใจ

211-223

Public Health Policy & Laws Journal

Purpose: 1. To disseminate knowledge, research results, useful comments in academic, public policy, rule, standard of practice, measure and laws related to medicine, health, public health and social welfare.

2. To be a mediator for exchanging ideas and opinions on health and public health policies and laws.

3. To encourage experts, researchers, faculty, academicians and students, both inside and outside the institution, to publish academic works.

Editorial Office:

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

Schedule to be issued: Issue 1 January – June, Issue 2 July-December

Information Management: Miss Sunisa Khamboonsri, Miss Patthaporn Pruksarajanakul

General management: Mrs. Pissamai Maneejamsai

The author's ethics policy:

The author must not use any published text or information of others without reference to them, in case of referred text brought into the manuscript, it must have a suitable amount and size, including complete references in both the content and at the end of the article.

The author's article must be an original article that has never been published or published in any form before, and does not submit the same manuscript for consideration to be published in other formats, or other journals.

The names of all the authors appearing in the article must be those who are involved in the academic work or research, and are responsible for reporting the true data. No distorted information should appear in the article

Journal of Public Health Policy and Laws invites you to submit manuscripts about research on health systems, public health policies, standards, regulations, laws, health development, health protection and service improvements, by focusing on translating from scientific data to public policies, laws and practices, as well as health and public health ethics.

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ ด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านนโยบาย กฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิจัย คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
3. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ

เจ้าของ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กำหนดออก ปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม

ฝ่ายจัดการสารสนเทศ

นางสาวสุนิสา คำบุญศรี

นางสาวภทพร พุกษาโรจนกุล

ฝ่ายจัดการทั่วไป

นางพิศมัย มณีแจ่มใส

นโยบายจริยธรรมของผู้เขียนบทความ

ผู้เขียนต้องไม่นำข้อความหรือข้อมูลที่มีการเผยแพร่มาแล้วของผู้อื่นโดยไม่มีการอ้างอิงมาเป็นของตน และหากนำมา ต้องมีจำนวนและขนาดเหมาะสม ประกอบในบทความ จะต้องมีการอ้างอิงทั้งในเนื้อหาและท้ายบทความให้ครบถ้วน

บทความของผู้เขียนจะต้องเป็นบทความที่เป็นผลงานใหม่ที่ไม่เคยเผยแพร่หรือตีพิมพ์ในรูปแบบใดๆ มาก่อนและไม่ส่งบทความเดียวกันเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในรูปแบบอื่นๆ หรือวารสารอื่นๆ

ชื่อผู้เขียนทุกท่านที่ปรากฏในบทความจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานวิชาการหรืองานวิจัยและมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการรายงานข้อมูลที่เป็นจริง ไม่มีการบิดเบือนข้อมูลในบทความ

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขขอเชิญท่านส่งต้นฉบับเกี่ยวกับการวิจัย ระบบสุขภาพ นโยบายสาธารณสุข มาตรฐาน กฎ ระเบียบ กฎหมาย การพัฒนาสุขภาพ การคุ้มครองสุขภาพ และการปรับปรุงบริการ โดยเน้นการแปลจากข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific Data) ไปสู่ นโยบายสาธารณะ กฎหมาย และการปฏิบัติ รวมทั้ง จริยธรรมทางสุขภาพและสาธารณสุข

Public Health Policy & Laws Journal

Advisory board

Prof. Emeritus Dr. Vitoon Ungpraphan, Council of State

Assoc Prof. Dr. Chanuanthong Thanasukan

Assoc Prof. Dr. Charuwan Tadadej

Associate Professor Dr. Phittaya Jarupoonphol

Editors-in-Chief

Prof. Dr. Chardsumon Prutipinyo, Mahidol University

Assoc. Prof. Dr. Nithat Sirichotiratana, Mahidol University

Assistant Editors

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

Dr. Jermish Acharya, Programmes manager, The leprosy mission, Nepal

Editorial Board

Assoc Prof. Dr. Sukhum Jiamton

Assoc Prof. Dr. Sukhontha Kongsin

Assist Prof. Peera Krekrenchitr

Assit Prof Dr. Suthee Usathaporn,

Lect. Dr. Yuwanuth Sattayasomboon,

Lect. Dr. Waleerat Pobkhiri,

Prof. Emeritus Dr. Pimphan Silapasuan,

Prof. Dr. Sawitree Asanangkornchai,

Assoc. Prof. Dr. Lawan Thanasilpakul,

Assoc. Prof. Dr. Warangkana Chankong,

Assoc. Prof. Dr. Narongsak Noosorn

Assoc. Prof. Dr. Sumatana Klangkam,

Assoc. Prof. Dr. Eua Aree Ingchanin,

Assoc. Prof. Dr. Surachat Na Nongkai,

Assist. Prof. Dr. Nitsit Intamano,

Assist. Prof. Pattarawan Thongyai

Lect. Pawarit Kitsukchit

Dr. Vasin Phipattanachai,

Dr. Chantana Morkcharoenphong,

Mr. Korn Atthanetisat

Mahidol University

Mahidol University

Mahidol University

Mahidol University

Mahidol University

Mahidol University

Mahidol University

Prince of Songkla University

Sukhothai Thammathirat Open University

Sukhothai Thammathirat Open University

Naresuan University

Maharakarm university

Chulalongkorn University

Committee of the Community Health

Professions Council

Sriprathum university

Ramkhamhaeng University

Kirk University

Research and Knowledge Management Center
for Tobacco Control, TRC

The National Cancer Institute

Office of the Council of State

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะสุข

คณะที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ชนสุกาญจน์

รองศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ชาติเดช

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงษ์นิมิต มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์สุขุม เจริญตน มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ ศรีกรรณจิตร มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.ยุวณู สัตยสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ. เกียรติคุณ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ. ดร. พญ. สาวิตรี อัยยงค์กรชัย ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ. ดร. ลาวัณย์ ถนัดศิลปกุล ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รศ. ดร. วรางคณา จันทรวงศ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รศ. ดร. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยนเรศวร

รศ. ดร. สุเมธนา กลางคาร ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ. ดร. เอื้ออารีย์ อึ้งจะนิล ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ. ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก กรรมการสภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

ผศ. ดร. นิสิต อินทมาโน ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ผศ. ภัทรวรรณ ทองใหญ่ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยรามคำแหง

อาจารย์ปวีร์ กิจสุขจิต ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยเกริก

แพทย์หญิง ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ดร. วศิน พิพัฒน์ฉัตร ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการ

ควบคุมยาสูบ

นายกรณ์ อรรถเนติศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

Every article will be considered reviews by at least 2 experts in the field,
prior to publishing manuscript in the Public Health Policy and Laws Journal.

Articles published in the Journal of Health and Public Health Law, are personal opinions of the authors and do not reflect, or obligate editors' endorsement.

The editorial board does not reserve the right to copy content, according to the academic principles in the articles, but credits and citation should be referred to the source accordingly.

Call for paper throughout the year. Article submitted by the author must be written according to the guidelines of the journal.

The editorial board does not reserve the right to reference-copy contents according to the academic principles in the articles for educational purposes, but the content of article had been cited the source completely

Editorial Office

Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University
420/1 Ratchawithi Road, Ratchathewi Subdistrict, Thung Phaya Thai District, Bangkok 10400
Telephone 0 2644 8833 Ext. 116 Fax 0 2644 8833 Ext. 193

Operator

Editor, Department of Public Health Management Faculty of Public Health Mahidol University
420/1 Rajvithi Road, Ratchathewi district, Thung Phaya Thai Sub-District, Bangkok 10400
Tel. 0 2644 8833 Ext. 116, 081 399 5215 Fax. 0 2644 8833 Ext. 193
http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/index.html

Printed at Withoon Withkarn Printing (1997) Company Limited

บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อลงในวารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

สำนักงาน

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193
http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/index.html

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116, 081 399 5215 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193
e-mail : phlaw.journal@gmail.com
https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/information/authors

พิมพ์ที่ บริษัท โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก (1997) จำกัด

บทบรรณาธิการแถลง

มีการเปลี่ยนแปลงใหญ่เกี่ยวกับวารสาร คือ วารสารได้ปรับเปลี่ยนชื่อจากชื่อเดิม กฎหมาย สุขภาพและสาธารณสุข (Public Health & Health Laws Journal) เป็น “กฎหมายและนโยบาย สาธารณสุข” ใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่า “Public Health Policy & Laws Journal” ด้วยเหตุผลสอง ประการ กล่าวคือ ขยายขอบเขตของบทความและงานวิจัยเชิงประจักษ์ด้านนโยบายสุขภาพและ สาธารณสุข และ แต่เดิมวารสารจด ISSN ในภาษาไทย เมื่อเป็นภาษาอังกฤษจึงอยู่ในภาษาอังกฤษ อังกฤษแบบคาราโอเกะ จึงไม่ถูกแพร่หลายในระดับอินเตอร์หรือสากล นอกจากนี้ เพื่อให้วารสารได้ บริการทางวิชาการอย่างเต็มรูปแบบ วารสารจึงได้ทำการจดเลข ISSN 2 รูปแบบ ทั้งรูปแบบตีพิมพ์ (Print) และรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Online) ด้วย เนื่องจากวารสาร ภายใต้ชื่อเดียวกันจะได้รับเลข ISSN เป็น 2 ชุดที่ไม่เหมือนกัน เพื่อป้องกันความสับสนในการอ้างอิงเลข ISSN สำหรับผู้ใช้งาน บัดนี้ ISSN online ได้รับอนุมัติเรียบร้อยแล้ว คือ 2697-6285

ในช่วงต้นปี พ.ศ.2563 หรือ ค.ศ.2020 มีเหตุการณ์ที่สำคัญ หลายอย่าง เช่น ไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ (2019-nCoV) คือสายพันธุ์ไวรัสที่ติดต่อในมนุษย์ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2019 ผู้เชี่ยวชาญ ด้านสาธารณสุขมีความกังวล ที่เริ่มต้นระบาดมาจากจีน จนส่งผลกระทบในวงกว้าง เกิดการระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศจีน โดยเริ่มจากเมืองอู่ฮั่น และต่อมาระบาด ไปอีกหลายเมือง ปัจจุบันพบผู้ป่วยติดเชื้อในทุกมณฑล และยังพบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศ สถานการณ์ปัจจุบันการแพร่ระบาด ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ถึงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563 ทางกรจีนรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 74,186 ราย เสียชีวิต 2,006 ราย และพบผู้ป่วยยืนยันนอก ประเทศจีนแผ่นดินใหญ่ จำนวน 1,014 ราย ในประเทศไทย 35 ราย รวมมีผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก จำนวน 75,200 ราย ขณะนี้มีหลักฐานการติดต่อจากคนสู่คน พบผู้ป่วยยืนยันในผู้ที่ไม่มีประวัติการเดินทางไป ประเทศจีน แต่มีประวัติใกล้ชิดกับผู้เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดของโรค

มีอีกเรื่องหนึ่งที่เป็นข่าวดี ในส่วนของกฎหมายที่กระทบต่อหญิงเรื่องการทำแท้ง สิทธิเนื้อ ตัวของหญิงจะได้รับการรับรองแล้วเมื่อประมวลกฎหมายอาญามาตรา 301 ถูกวินิจฉัยจากศาล

รัฐธรรมนูญว่าเป็นบทบัญญัติที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ และอีก 360 วันก็จะมีผลตามรัฐธรรมนูญ “มาตรา 301 บัญญัติว่า หญิงใดทำให้ตนเองแท้งลูกหรือยอมให้ผู้อื่นทำให้ตนแท้งลูก ต้องระวางโทษ...” ผลบังคับตามคำวินิจฉัยดังกล่าว ส่งผลให้หญิงซึ่งทำแท้งด้วยตนเองก็ดี หรือหญิงที่ถูกผู้อื่นทำแท้งให้ไม่ว่าหญิงนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ดี หญิงนั้นจะไม่มีผลความผิดอีกต่อไป แต่ไม่ได้หมายความว่า จะมีการทำแท้งได้โดยเสรี เนื่องจาก ผู้ใดที่ทำให้หญิงแท้งลูก หรือผู้ที่ทำแท้งให้หญิงโดยหญิงจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม ผู้ที่ทำแท้งให้หญิงยังคงมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 302 หรือ 303 แล้วแต่กรณี ผู้ที่ทำแท้งให้หญิงจะไม่มีผลเฉพาะกรณีที่ (1) ผู้ทำเป็นแพทย์ (2) หญิงต้องยินยอม(3)เหตุที่ต้องทำมาจากความจำเป็นเนื่องจากสุขภาพของหญิงนั้น หรือเหตุจากกรณีหญิงมีครรภ์เนื่องจากถูกกระทำความผิดในความผิดเกี่ยวกับเพศตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 276 มาตรา 277 มาตรา 282 มาตรา 283 หรือมาตรา 284

อย่างไรก็ดี สำหรับวารสารฉบับนี้ มีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจสามส่วน มีบทความวิจัยต้นฉบับจำนวน 8 บทความ และอีกส่วนเป็นบทความวิชาการมีจำนวน 6 บทความ และมีคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดเรื่อง “การละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ หรือทำให้ล่าช้าในงานสาธารณสุขซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจการที่เป็นอันตรายและเหตุรำคาญ”

หากผู้สนใจบทความวิจัยและวิชาการ ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (full text) ได้ที่ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือ เว็บไซต์ https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/issue/view/15499

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤตมิญโญ

บรรณาธิการ

Monitoring of the advertising and marketing communication by alcoholic business groups in Thailand

Nitta Roonkaseam*

Abstract

The objective of this research was to (1) monitor advertising and marketing communication of alcoholic business groups and (2) study obstacles that occurred in the monitoring process. This qualitative research used document review, interviews, and focus group discussions with stakeholders involved in the process of monitoring, such as the government sector, the public sector, and the academic sector. Both participatory and non-participatory methods were used to collect data from activities related to the subject of the Alcohol Control Act.

The results showed that the process of monitoring advertising and marketing communication of alcohol business group could be classified into (1) the government sector monitoring, (2) the public sector monitoring, and (3) the academic sector monitoring. The operation characteristics of each sector linked in the manner of 'triangle that moves the mountain.' The study indicated that obstacles in monitoring process were (1) the interpretation of the law, especially in the definition of marketing communication (2) the small number of responsible persons in the monitoring process, and (3) the civil society and public sectors' lack of confidence in the Tobacco and alcohol surveillance system (TAS). The suggestions from this research were (1) to develop knowledge of advertising and marketing communication of the alcohol business group together with surveillance. (2) Review legal measures relating to advertising and marketing communications that are continually developing and changing new strategies. (3) Provide updated knowledge about the law regularly. (4) Enhancing the capacity of practitioners involved in the surveillance.

Keywords: Monitoring, Advertising, Marketing Communication, Alcoholic Business Groups

* Assistant Professor of Communication Arts Program, Faculty of Management Sciences,
Phranakorn Rajabhat University Email: nitta@pnru.ac.th

การเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

นิษฐา หรุ่นเกษม*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน/ประชาสังคม และภาควิชาการ รวมถึงเก็บข้อมูลจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรม

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ คือ (1) การดำเนินงานเฝ้าระวังโดยภาครัฐ (2) การดำเนินงานเฝ้าระวังโดยเครือข่ายภาคประชาชน/ภาคประชาสังคม และ (3) การดำเนินงานเฝ้าระวังโดยภาควิชาการ/วิชาชีพ ลักษณะการดำเนินการของแต่ละภาคส่วนจะมีความเชื่อมโยงในลักษณะของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ปัญหาอุปสรรคในกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ (1) การตีความข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด (2) ผู้รับผิดชอบในกระบวนการเฝ้าระวังมีจำนวนน้อย และ (3) ขาดความมั่นใจต่อระบบการเฝ้าระวัง (TAS) ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้ คือ (1) พัฒนานองค์ความรู้ด้านการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการเฝ้าระวัง (2) ทบทวนมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดที่มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์และรูปแบบใหม่ ๆ อยู่เสมอ (3) สื่อสารณรงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอย่างต่อเนื่อง และ (4) เสริมศักยภาพผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

คำสำคัญ: การเฝ้าระวัง, การโฆษณา, การสื่อสารการตลาด, กลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชานิติศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
e-mail: nitta@pnru.ac.th

บทนำ (Introduction)

เจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ของประเทศไทย คือ การป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยง่าย ลดปัญหาและผลกระทบทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ และให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบังคับใช้กฎหมายนี้ห้ามการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด เช่น การโฆษณาทั้งทางตรงและทางแฝงผ่านสื่อต่าง ๆ การแฝงโฆษณาโดยการใช้เครื่องหมายผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์คล้ายกันกับผลิตภัณฑ์สินค้าชนิดอื่น หรือแฝงการโฆษณาด้วยการใช้เครื่องหมายบริษัท โดยมาตรา 22 ข้อ (3) ได้กำหนดให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด มีอำนาจและหน้าที่ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันมิให้เด็กและเยาวชนไปเกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2560)

ในการดำเนินงานตามกฎหมายเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เป็นหน่วยงานวิชาการส่วนกลางของกรมควบคุมโรค ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับภารกิจเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีพันธกิจประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาบบกลไก และเครือข่ายด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภัยที่คุกคามสุขภาพ และผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง ได้แก่ กลุ่มเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย โดยเจ้าหน้าที่ของกลุ่มเฝ้าระวังเป็นผู้รับเรื่องร้องเรียน

จากการทบทวนข้อมูลจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในอดีต การรับเรื่องร้องเรียนการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กระทำผ่านระบบ Call Center และลงพื้นที่บังคับใช้กฎหมาย ปัจจุบัน กรมควบคุมโรค ได้สร้างระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Tobacco & Alcohol Surveillance System: TAS) โดยได้รับเงินสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และได้รับความร่วมมือจากสำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิ

สารสนเทศ (องค์การมหาชน) หรือ GISTDA ในการจัดทำและพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว (กรมควบคุมโรค, 2561)

นอกจากการเฝ้าระวังของสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านระบบ TAS แล้วนั้น ยังมีการเฝ้าระวังกิจกรรมทางการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยหน่วยงานภาคประชาชน อาทิ เครือข่ายเฝ้าระวังธุรกิจแอลกอฮอล์ (alcohol watch) และเครือข่ายณรงค์ป้องกันภัยแอลกอฮอล์ (ครปอ.) ผลงานของ 2 เครือข่ายนี้ ตัวอย่าง เช่น การจัดเวทีเสวนา “น้ำเมากับกีฬา: บทเรียนจากยูโรสูไทย” การเฝ้าระวังบุฟเฟ่ต์โปรโมชันแอลกอฮอล์ของร้านแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย หรือการคัดค้านกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้ามชาติเข้ามาทำกิจกรรมในโรงเรียน เป็นต้น (เครือข่ายณรงค์ป้องกันภัยแอลกอฮอล์, ม.ป.ป.)

การเฝ้าระวังในอีกลักษณะหนึ่งนั้นยังเกิดขึ้นจาก “การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม” โดยโครงการนี้เป็นโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในเชิงกระบวนการที่มุ่งหวังจะขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 เมื่อวันที่ 17-18 มิถุนายน 2557 เรื่องการกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังการโฆษณาและส่งเสริมการขาย ในมิติกฎหมายและจริยธรรม: กรณียาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม (นิษฐา หุ่นเกษม และคณะ, 2560)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจแอลกอฮอล์ที่หลายหน่วยงานรับผิดชอบนี้ ประกอบกับมีการนำช่องทางการสื่อสารออนไลน์มาใช้ในการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมากขึ้น แต่ข้อมูลการประเมินมาตรการดำเนินการด้านการเฝ้าระวังนี้ยังมีน้อย ซึ่งควรติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การศึกษาเรื่องการเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยและปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพิจารณาหาแนวทางปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. เพื่อปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามมาตรการควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

แหล่งข้อมูลเอกสาร ผู้วิจัยใช้เอกสารที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวัง โดยใช้แหล่งข้อมูลจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) เป็นหลักในการค้นหาเอกสาร และเก็บข้อมูลจากข่าวที่ตัดจากหน้าหนังสือพิมพ์ของห้องสมุดข่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลจาก พ.ศ. 2551-2562 โดยใช้คำค้นจากชื่อของ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ ชื่อบริษัท ชื่อตราสินค้า ชื่อของสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครือข่ายเฝ้าระวังภาคประชาชน/ประชาสังคม และภาควิชาการ และระบบ TAS

แหล่งข้อมูลบุคคล ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม โดยเจาะจงเลือกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จาก 3 ภาคส่วน ได้แก่ ตัวแทนของภาครัฐ จากสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 4 คน ตัวแทนของเครือข่ายเฝ้าระวังภาคประชาชน/ประชาสังคม ระดับภูมิภาค จำนวน 13 คน และตัวแทนจากภาควิชาการ จำนวน 4 คน เก็บข้อมูลจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 จากเครือข่ายเฝ้าระวังภาคประชาชน/ประชาสังคม

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล ดังนี้

- (1) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตการณ์ในกิจกรรมในรูปแบบของการมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

(2) ใช้วิธีการตรวจสอบจากความเข้าใจในคำพูดหรือภาษาที่ใช้ให้เข้าใจตรงกัน ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย ในระหว่างการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่ม

(3) ใช้วิธีการทวนสอบข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์หรือผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ตัวอย่างเช่น ระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชน/ประชาสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลเดียวกันจากมุมมองของผู้ให้สัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มที่ต่างกัน ทั้งบทบาทความรับผิดชอบ หรือภูมิภาค

ผลการวิจัย (Results)

ผลการวิจัยเรื่อง “การเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย” มีรายละเอียดตามลำดับหัวข้อดังนี้ (1) กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด และ (2) ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ดังนี้

(1) กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด

กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แบ่งออกได้ตามผู้รับผิดชอบดำเนินการ เป็น 3 รูปแบบ คือ (1) การดำเนินงานเฝ้าระวังโดยภาครัฐ (2) การดำเนินงานเฝ้าระวังโดยภาคประชาชน ประกอบด้วย เครือข่ายภาคประชาชน/ภาคประชาสังคม อาทิ ประชาคมเฝ้าระวัง เครือข่ายองค์กรงดเหล้า เครือข่ายบรรณรักษ์ป้องกันภัยแอลกอฮอล์ และเครือข่ายเฝ้าระวังธุรกิจแอลกอฮอล์ และ (3) การดำเนินงานเฝ้าระวังโดยภาควิชาการ ที่ลักษณะการดำเนินการของแต่ละภาคส่วนมีความเชื่อมโยงในลักษณะของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (V-Reformer, 2556) โดยมีลักษณะของเส้นทางการดำเนินการเฝ้าระวัง กล่าวคือ ช่วงต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยงานวิจัยนี้ ศึกษาเฉพาะข้อมูลในช่วงต้นทาง

การดำเนินงานเฝ้าระวังในช่วงต้นทาง คือ ข้อมูลการเฝ้าระวังโฆษณา และการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีที่มาจากหลายแหล่งข้อมูล ได้แก่ จากการที่ภาครัฐทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคพบเห็นข้อมูลการกระทำผิดด้านการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดเอง ดังเช่นตัวอย่างในภาพที่ 1 การจัดทีมบูรณาการลงตรวจพื้นที่ของ สคร.5 ราชนบุรี หรือข้อมูลการเฝ้าระวังจากภาคเครือข่ายภาคประชาชน/ภาคประชาสังคม ทั้งที่ร้องเรียนโดยตรงและร้องเรียนผ่านระบบ TAS <https://tas.go.th/> ดังภาพตัวอย่างที่ 2

“ที่ผ่านมามีส่วนหนึ่งเป็นระบบแบบเชิงรับ ดูว่ามีเรื่องอะไรที่ถูกร้องเรียนเข้ามา แล้วก็ดูว่าจากที่ไหนอย่างไร เดิมจะผ่านเบอร์โทรแต่ตอนนี้เราจะใช้ระบบเฝ้าระวัง TAS ซึ่งเราจะมีทั้งเรื่องของเหล้าและบุหรี่ที่ผ่านช่องทางนี้ เวลาตอบสนองต่อข้อร้องเรียนก็จะให้เกิดการตอบสนองในพื้นที่ ตอนนี้พยายามให้เกิดกลไกจังหวัด ให้จังหวัดทำงานในส่วนนี้”

(ข้อมูลจากตัวแทนภาครัฐ)



ภาพที่ 1 การจัดทีมบูรณาการลงตรวจพื้นที่ของ สคร.5 ราชบุรี

โดย น.พ.สมาน พุตระกูล และคณะ

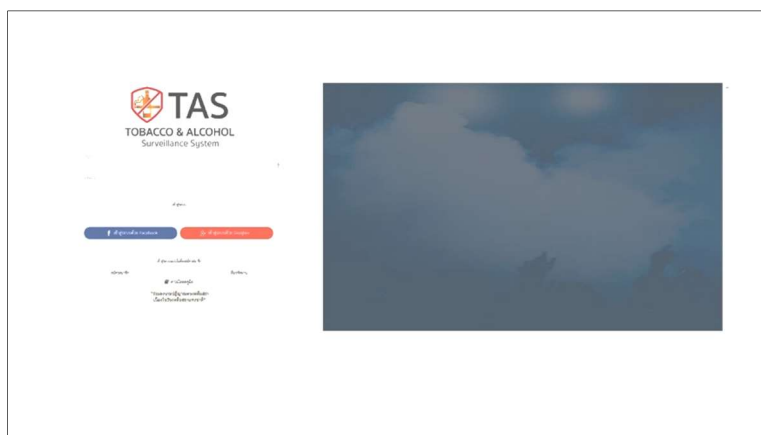
ที่มา เครือข่ายไลน์ Alcohol Watchful (ได้รับอนุญาตจาก น.พ.สมาน พุตระกูล)

สำหรับการทำงานของระบบเฝ้าระวัง TAS หรือระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้จะอยู่ในรูปแบบของ web-based application แบ่งเป็น 3 ด้าน (กรมควบคุมโรค, 2561) ได้แก่

ด้านที่ 1 การรับเรื่องร้องเรียนจากประชาชนผ่านระบบคอมพิวเตอร์ โดยระบบจะมีผู้ดูแลคอยกลั่นกรองข้อกฎหมายรวมถึงความสามารถในการระบุพิกัดสถานที่เพื่อให้ง่ายต่อการลงพื้นที่ตรวจสอบ รวมถึงสามารถอัปโหลดภาพถ่ายและวิดีโอ ประกอบข้อร้องเรียนได้ด้วย

ด้านที่ 2 การคุยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หรือ แชท (chat) โปรแกรมผู้ร้องเรียนหรือผู้มีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อกฎหมายหรือวิธีปฏิบัติ สามารถสอบถามได้กับพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบได้โดยตรง เหมือนกับการคุยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ รองรับระบบโต้ตอบได้ทันที

ด้านที่ 3 คลังความรู้ เป็นช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ วิชาการ และข้อกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลของภาครัฐเปรียบเป็นห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ขนาดย่อมด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ



ภาพที่ 2 ระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนั้นแล้ว ในจุดต้นทางของการเฝ้าระวังนี้ จะมีเครือข่ายเฝ้าระวังธุรกิจสุรา หรือเครือข่ายเฝ้าระวังของภาคประชาชน/ภาคประชาสังคมที่จะดำเนินการทั้งเฝ้าระวังและร้องเรียนโดยตรงหรือผ่านระบบ และเป็นหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนจากภาคประชาชนหรือประชาคมเครือข่ายงดเหล้าอื่น ๆ อีกด้วย ข้อมูลจากการวิจัยได้แสดงให้เห็นว่าเริ่มมีการแบ่งบทบาทการทำงานทั้งระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน และในระหว่างภาคประชาชนด้วยกันเองอีกด้วย สำหรับการแบ่งบทบาทระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อให้

ภาครัฐ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่และต้องดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ ที่มีใช้เฉพาะเรื่องของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังคงดำเนินการบทบาทเชิงบวกของตนเองได้ ในขณะเดียวกันกับการแบ่งบทบาทของภาคประชาชน/ภาคประชาสังคมในพื้นที่ที่แบ่งเป็นฝ่ายทำงานรณรงค์กับชุมชนและฝ่ายดำเนินงานเฝ้าระวังด้วยเช่นกัน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า กรณีของ ภาคประชาชนจะมีลักษณะของการดำเนินงานเฝ้าระวังในพื้นที่ในหลายรูปแบบ กล่าวคือ รูปแบบของการทำงานเฝ้าระวังแบบคนเดียวกันทำงานทั้งในลักษณะบู๊และบัน (รณรงค์ด้วยและเฝ้าระวังด้วย) รูปแบบที่สอง คือ การแยกทีมทำงาน คือ มีทั้งทีมทำงานรณรงค์หรืองานเฝ้าระวังและทีมที่ทำงานเฝ้าระวังหรืองานรณรงค์ กับรูปแบบที่ส่วนกลางหรือคนนอกพื้นที่ลงไปดำเนินการเฝ้าระวังให้แทน

“แอลกอฮอล์วอชท์ที่จริงเราทำตัวเหมือนเป็นกองเลขา คือ เป็นกองเลขาในการที่จะมอนิเตอร์แล้วก็ประมวลผลวิเคราะห์แล้วก็ชี้เป้า แต่ว่าการทำงานของเรานี้เราก็ทำงานร่วมกับหน่วยเฝ้าระวังของสถานที่ ทุกจังหวัดจะมีมือเฝ้าระวังที่เป็นมือที่ทำงานภาคสนาม ส่วนเรานี้เหมือนเป็นกองเลขาที่คอยคิดวิเคราะห์แล้วก็คอยชี้เป้าในเรื่องบางเรื่อง”

(ข้อมูลจากตัวแทนภาคประชาชน)

“ประชาคมก็จะเก็บรายละเอียดคะ ส่งให้ภาคเป็นผู้ร้องเรียนเป็นส่วนใหญ่ เพราะว่าเราเป็นภาคประชาชนตัวเล็ก ๆ บางทีหน่วยงานที่เขาสนับสนุนที่จัดคอนเสิร์ตอะไรประมาณนี้เราก็ไม่กล้าไปแตะเขา ก็ส่งให้ภาคเป็นผู้ร้องเรียน แล้วก็ข้างบนเขาก็จะลงมาอีกที มาถึงผู้ว่าแล้วก็ลงไปถึงนายอำเภอประมาณนี้คะ”

(ข้อมูลจากตัวแทนภาคประชาชน)

สำหรับการเฝ้าระวังในอีกลักษณะหนึ่งในช่วงต้นทางนั้น คือ การดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดโดยภาควิชาการ โดยเฉพาะการสนับสนุนทุนดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มานั้นนำมาสู่การเปิดเผยกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สู่สาธารณะ และ/หรือผลักดันกระบวนการเฝ้าระวังของภาคประชาชน/ภาคประชาสังคม ยกตัวอย่างเช่น การดำเนินการเฝ้าระวังของนักวิชาการด้านนิเทศศาสตร์ โดยใช้ข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์การสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่ง

ส่วนมากเป็นนักวิจัยที่ได้รับทุนดำเนินงานเฝ้าระวังการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา

(2) ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณา และการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่รวบรวมได้ทั้งจากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

1. ช่องว่างในมาตรา 32 ใน พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 สำหรับช่องว่างของการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเด็นหนึ่ง คือ การบังคับใช้กฎหมาย ปัญหาการตีความมาตรา 32 เรื่องการควบคุมโฆษณา และปัญหาที่เกิดขึ้นจากกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลจากพื้นที่ยังได้แสดงให้เห็นอีกด้วยว่าปัญหาและอุปสรรคสำคัญนั้นเกิดจากการปรับตัวเองของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย ยกตัวอย่างเช่น การใช้ตราเสมือน การปรับเปลี่ยนวิธีการสื่อสารโดยใช้เครื่องดื่มแบบไม่มีแอลกอฮอล์นำ หรือใช้พนักงานของร้านเพื่อสื่อสารแทน

ทั้งนี้ ข้อมูลจาก นางนุช ใจชื่น จิราภรณ์ กมลรังสรรค์ และ สุรศักดิ์ ไชยสงค์ (2560) ได้แสดงให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การตลาดและการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ตลอดเวลา ทำให้ส่งผลถึงผู้ปฏิบัติงานในการขาดความรู้ใหม่ที่ทันต่อสถานการณ์และปัญหาในเรื่องของการตีความข้อกฎหมายด้วย

“มาตรา 32 นี่ปัญหาหนักสุด เพราะว่ามันไปก็เห็นนะแล้วมันต้องตีความ ปัญหาคือมันต้องตีความถ้าอย่างขายนอกเวลานี้ไม่ต้องตีความ ขายให้เด็กอันนี้ก็ไม่ถึงกับต้องตีความ แต่มาตรา 32 นี่ที่โฆษณา นี่โฆษณาได้ไหม นี่ได้ไหม นี่ได้ไหม มันต้องมานั่งตีความ แล้วที่นี้ทนายความของบริษัทเขาเอง เขาต้องตีความอันนี้เราก็ตีความอันนี้ เสร็จแล้วเจ้าของร้านก็งัดว่าตกลงเขาจะเชื่อใคร ใช่มั้ย เพราะฉะนั้นก็คือถ้าร้านค้าไม่ต้อเขาก็ยินยอม เขาไม่เอาก็ได้เพราะว่ามันต้องมาวุ่นวายกับราชการกับตำรวจนะ แต่ถ้ามันต้อ มันก็เป็นปัญหาอีกว่าเราต้องฟ้อง ก็เรื่องยาวอีกตำรวจก็ไม่อยากทำอีก”

(ข้อมูลจากตัวแทนภาครัฐ)

การทบทวนเอกสารของ นงนุช ใจชื่น จิราภรณ์ กมลรังสรรค์ และ สุรศักดิ์ ไชยสงค์ (2560) ยังแสดงให้เห็นถึงช่องว่างในการควบคุมการตลาดและการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยจนกระทั่งส่งผลให้ขาดมาตรการการควบคุมโฆษณาที่ชัดเจนและมีประสิทธิผล ทั้งนี้ ช่องว่างนั้นเกิดขึ้นจากบทบัญญัติต่าง ๆ เป็นเพียงการกำหนดเนื้อหาและรูปแบบของการโฆษณา การแสดงภาพสัญลักษณ์ของบริษัทหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเนื้อหาและรูปแบบการแสดงความคำเตือน รวมทั้งการลงโทษเมื่อมีการโฆษณาที่ละเมิดกฎหมาย แต่ยังคงอนุญาตให้มีการโฆษณาในลักษณะที่มีเนื้อหาการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม และยังไม่ได้ห้ามการโฆษณาที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมแสดง ความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น การสนับสนุนการจัดกิจกรรมดนตรี กีฬา การบริจาคหรือการ มอบทุนการศึกษา ดังนั้น สถานการณ์การควบคุมการโฆษณาในปัจจุบันจึงเป็นการควบคุมแบบ บางส่วน จึงยังคงมีช่องว่างให้ผู้ประกอบการธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถโฆษณาใน รูปแบบต่าง ๆ ได้ นอกจากนั้นแล้ว การเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระของการโฆษณา เช่น การ โฆษณาน้ำดื่มหรือสินค้าอื่นที่ใช้โลโก้เดียวกันกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น โซดา และการเพิ่ม การตลาดและการโฆษณาในสื่ออื่น ๆ เช่น สื่อออนไลน์ ป้ายกลางแจ้ง จัดกิจกรรมกีฬา ดนตรี วิ่ง หรือกิจกรรมการกุศล และกิจกรรมเพื่อสังคม สำหรับระยะเวลาการแสดงคำเตือนนั้นใช้เวลา เพียง 2 วินาที ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเวลาสั้นมาก อีกทั้งข้อความคำเตือนบางข้อความยังไม่มีผลใน การยับยั้งความต้องการดื่มของเยาวชนได้

จุดอ่อนของกฎหมายอีกประการที่พบจากการทบทวนงานวิจัยของ นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และ ฉัตรสุมน พงฒิภินญา (2558) คือ การบังคับใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เป็นมาตรการควบคุมการโฆษณาบางส่วน (partial ban) ซึ่งรายงาน การศึกษาวิจัยจำนวนมากบ่งชี้ว่ายังไม่ครอบคลุมและไม่เข้มแข็งเพียงพอ เช่น การห้ามการ โฆษณาตัวผลิตภัณฑ์ แต่หลีกเลี่ยงกฎหมายโดยใช้การโฆษณาตราหือสินค้าและตราบริษัทมา กขึ้น การไม่ครอบคลุมการตลาดทางออนไลน์ ผลการศึกษาการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทาง ออนไลน์พบว่า ข้อความการสื่อสารการตลาดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เข้าข่ายละเมิด พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และบางส่วน (ร้อยละ 30) ต้องมีการตีความทาง กฎหมาย

2. จำนวนผู้รับผิดชอบในกระบวนการเฝ้าระวังไม่เพียงพอ กล่าวคือ จำนวนบุคลากรหรือผู้ดำเนินงานในส่วนของสาธารณสุขมีน้อยหรือถูกโยกย้ายบ่อยครั้ง ส่งผล ต่อความเข้าใจในเรื่องที่จะต้องทำ ในกรณีที่การดำเนินงานเฝ้าระวังมาจากภาคประชาชนใน

ส่วนของนิสิตนักศึกษา พบว่าขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน รวมถึงขาดการประสานงานในลักษณะของเครือข่ายทำงานอย่างจริงจัง บางครั้งบทบาทระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน/ภาคประชาสังคมยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันในบางพื้นที่ ตลอดจนขาดการประสานงานในลักษณะของเครือข่ายทำงานอย่างจริงจัง

ปัญหาและอุปสรรคของผู้รับผิดชอบในกระบวนการเฝ้าระวังนี้ ยังอาจเกิดขึ้นได้เพราะการขาดความรู้ในประเด็นที่จะดำเนินการอีกด้วย งานวิจัยของ รัตมี ศรีบุญและคณะ (2561) ซึ่งศึกษาบทบาทของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 กระบวนการในการปฏิบัติงานและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน กับผู้ปฏิบัติงานทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการของเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้พบว่า บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเทศบาลเมืองทุ่งสงเป็นเพียงการดำเนินงานตามที่กฎหมายกำหนด คือ การควบคุมผู้ขาย ลักษณะของการขาย ผู้ดื่ม สถานที่ และวันสำคัญทางศาสนา ทำให้ตั้งข้อสังเกตได้ว่า ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ผู้รับผิดชอบในกระบวนการเฝ้าระวังในส่วนของภาครัฐยังไม่มี การดำเนินการหรือมีการดำเนินการน้อยนั้น อาจเป็นเพราะขาดการสนับสนุนในเรื่องของความรู้ที่จะดำเนินการเฝ้าระวังในประเด็นดังกล่าว

ปัญหาในเรื่องของการขาดความรู้ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ยังพบในงานวิจัยของ สิริกร นามลาบุตร และ วรานิษฐ์ ลำไย (2560) ที่ได้พบว่า ปัญหาที่เกิดจากการใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 คือ การที่ผู้บังคับใช้กฎหมายไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายในชุมชนได้ เนื่องจาก เจ้าหน้าที่หรือพนักงานที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจเรื่องกฎหมายในบางประเด็นที่ต้องอาศัยการตีความในการปฏิบัติให้ถูกต้อง ประกอบกับบทลงโทษของกฎหมายต่ำ นอกจากนั้นแล้ว ยังมีปัญหาในเรื่องของการขาดการประชาสัมพันธ์และทำความเข้าใจ อีกทั้งขาดความร่วมมือของผู้นำชุมชนที่จะเป็นตัวกลางในการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่อีกด้วย

“เราเชื่อว่าตรวจพบความผิดและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว แต่มันไม่ใช่ คือ เขายังเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าการแก้ไขหน่วยงานคือจบแล้ว แต่มันไม่ใช่ จริง ๆ แล้ว มันต้องดำเนินคดี แต่ถ้าคุณไปตรวจเตือนที่เป็นการปรามก็ต้องไม่บันทึกว่าพบการกระทำความผิด”

(ข้อมูลจากตัวแทนภาครัฐ)

สำหรับปัญหาอื่น ๆ ของผู้เฝ้าระวังในกระบวนการเฝ้าระวัง อาทิ ทักษะที่มองว่าการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายก่อให้เกิดผลด้านลบ เช่น งานบังคับใช้ทำให้เกิดการทะเลาะกับผู้ประกอบการ หรือชุมชน เป็นต้น

3. ความมั่นใจต่อระบบการเฝ้าระวัง (TAS) ผลการวิจัยพบว่า เป็นเรื่องของประสิทธิภาพในการดำเนินการ การขาดการตอบสนองกลับจากระบบที่ส่งผลความเชื่อมั่นของภาคประชาชน/ภาคประชาสังคมในพื้นที่ และเรื่องของการขาดความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลส่วนตัวของผู้ร้องเรียน

“ที่สู้เขาไม่ได้เพราะว่าเครือข่ายเองแต่ละจังหวัดเองก็ไม่เข้มแข็ง ถามว่าทำงานก็ค้น ทำงานไม่ก็ค้น ส่วนที่จะมาร่วมกับเครือข่ายส่วนใหญ่ที่เป็นนักศึกษาเอเยเป็นเยาวชนเป็นอะไรมาแล้วก็ไป พอเรียนปี 4 จบแล้วก็ไป เราก็ต้องมาเริ่มปี 1 ใหม่ ปี 1 กว่าจะเข้าใจ กว่าจะเจอกับเรา กว่าจะอะไรเนี่ยก็ปี 4 พอติเลย ก็ไปอีกแล้วรุ่นใหม่มาก็แล้ว เพราะฉะนั้นทำให้ความเข้มแข็งของเราไม่มี อันที่ 2 คือแต่ละจังหวัดเองเนี่ย เครือข่ายแต่ละจังหวัดเองก็ไม่เป็นเครือข่ายกัน นอกจากจังหวัดที่รู้จักกันโดยส่วนตัวอันนั้นนะเป็นเครือข่าย แต่ที่ไม่รู้จักส่วนตัว บางทีต่างคนต่างทำ เพราะว่าแต่ละบริบทแต่ละจังหวัดไม่เท่ากันไม่เหมือนกัน จังหวัดนี้ทำได้แต่จังหวัดโน้นทำไม่ได้ เพราะฉะนั้นการประสานมันก็เลยไม่เข้าหากัน”

(ข้อมูลจากตัวแทนภาคประชาชน)

“การบังคับใช้ยังไม่เข้มแข็งพอ อีกทั้งกำลังคน เจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอเลยทำให้ประสิทธิภาพของกฎหมายไม่เต็มร้อย ขณะเดียวกัน นโยบายของภาครัฐไม่สอดคล้องกับกฎหมายฉบับอื่น ทำให้เกิดช่องว่างให้ภาคธุรกิจโฆษณาประชาสัมพันธ์ เลี่ยงกฎหมาย เช่น เอาตราสัญลักษณ์ หรือเครื่องหมายการค้า ไปจดทะเบียนเป็นน้ำดื่ม โซดา ให้ตัวเองโฆษณาได้ คนก็เข้าใจว่า เป็นเบียร์ หรือในงานคอนเสิร์ตติดป้ายขายน้ำ แต่เปิดดูข้างในขายเบียร์”

(ข้อมูลจากตัวแทนภาควิชาการ)

การอภิปรายผล (Discussion)

ผลการวิจัยเรื่องการเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย มีข้อมูลในการอภิปรายผล ดังนี้

ผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน 3 รูปแบบ คือ (1) การดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดโดยภาครัฐ (2) การดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดโดยภาคประชาชน ประกอบด้วย เครือข่ายภาคประชาชน/ภาคประชาสังคม อาทิ ประชาคมเฝ้าระวัง เครือข่ายองค์กรงดเหล้า เครือข่ายรณรงค์ป้องกันภัยแอลกอฮอล์ และเครือข่ายเฝ้าระวังธุรกิจแอลกอฮอล์ และ (3) การดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดโดยภาควิชาการ ผลการวิจัยนี้ นอกจากจะแสดงให้เห็นว่ากระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีความเชื่อมโยงในลักษณะของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาแล้ว ยังเห็นเส้นทางการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารตลาดอย่างชัดเจนอีกด้วย กล่าวคือ จุดเริ่มต้นของเส้นทาง บทบาทหลักจะอยู่ที่เครือข่ายภาคประชาชน/ภาคประชาสังคมรวมถึงภาควิชาการ/วิชาชีพ ทั้งที่ร้องเรียนข้อมูลพฤติกรรมกระทำผิดโดยตรงและร้องเรียนผ่านระบบ TAS ที่สำคัญคือ ในจุดเริ่มต้นของเส้นทางนี้ยังมีเครือข่ายเฝ้าระวังธุรกิจสุราที่ทำหน้าที่ทั้งเฝ้าระวังและร้องเรียนโดยตรงหรือผ่านระบบ และเป็นหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนจากภาคประชาชนหรือประชาคมเครือข่ายงดเหล้าอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม จุดเริ่มต้นของเส้นทางนี้อาจเกิดจากการที่ภาครัฐทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคพบเห็นข้อมูลการกระทำผิดด้านการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดและดำเนินการเอง

แม้ว่าความรับผิดชอบในการเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด บทบาทสำคัญตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 จะอยู่ที่สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่การเฝ้าระวังแบบ “ล่างขึ้นบน” จะส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายมากกว่า “บนลงล่าง” เนื่องจาก ข้อจำกัดในการทำงานของภาครัฐ โดยเฉพาะการมีทรัพยากรบุคคลที่จำกัด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการวิจัยไม่ได้แสดงให้เห็นเพียงเฉพาะการทำงานเฝ้าระวังในแบบบนลงล่างแต่เพียงอย่างเดียว ยังพบอีกด้วยว่า เป็นการทำงานในลักษณะของเครือข่ายเฝ้าระวังอีกด้วย ทั้งนี้ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาในการเฝ้าระวังนี้พบว่า ความโดดเด่นในการดำเนินงานประการหนึ่งจะอยู่ที่เครือข่ายเฝ้าระวังธุรกิจสุรา ซึ่งมีลักษณะของกลุ่มแกนปฏิบัติที่คอยติดตามดูความเคลื่อนไหวของธุรกิจ ทำหน้าที่บริหารประเด็น

ในสร้างกระแสและฟ้องร้องต่อสาธารณะและสื่อมวลชน และบางครั้งยังเป็นผู้นำมวลชนหรือเป็นกองหนุนภาคีเครือข่ายภาคประชาชนอื่น ๆ ในการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องและกดดันกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อีกด้วย จึงส่งผลต่อความเข้มแข็งของกระบวนการเฝ้าระวังของภาคประชาชน/ภาคประชาสังคม

กรณีการเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายโดยกระบวนการเฝ้าระวังของภาคประชาชนนี้ พบว่า มีบทเรียนที่ดีจากพื้นที่ต้นแบบของจังหวัดพิษณุโลก ที่ใช้วิธีดำเนินงานเฝ้าระวังด้วยยุทธวิธีจัดทัพในการดำเนินงาน นั่นคือ มีการวางบทบาทหน้าที่คณะทำงานอย่างชัดเจน โดยแบ่งตามลักษณะการปฏิบัติงานออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย คณะทำงานเฝ้าระวังและคณะทำงานบังคับใช้กฎหมาย ทั้งนี้ การดำเนินงานของฝ่ายบังคับใช้กฎหมาย หรือฝ่ายบี จะต้องไม่คาดหวังในการตั้งเป้าหมายในการจับกุมดำเนินคดีจำนวนมาก แต่จะคาดหวังถึงการปราศจากการทำผิดตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แทน (โครงการแผนพัฒนาและสนับสนุนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด, 2560)

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากงานวิจัยของ พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย (2561) ได้แสดงให้เห็นถึงผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญในกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และนับเป็นส่วนสำคัญของปัจจัยอุปสรรคในการเฝ้าระวัง คือ กลุ่มผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือกลุ่มร้านค้าในชุมชน งานวิจัยของพงษ์ศักดิ์ พบว่า ผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงในระดับปานกลางเท่านั้น คือ ร้อยละ 54.1 โดยข้อมูลจากการวิจัยทำให้สามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่า เรื่องเกี่ยวกับข้อกฎหมายที่ผู้ประกอบการมีความรู้้น้อยมากที่สุด (ตอบคำถามผิดมากที่สุด) ได้แก่ วิธีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมาย (การขายด้วยวิธีการลด แลก แจก แถม) และการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายแอลกอฮอล์ภายในร้านค้า

นอกเหนือจากนั้นแล้ว งานวิจัยของ ดุษฎี อายุวัฒน์ และ วณิชชา ณรงค์ชัย (2555) ยังได้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังไม่คิดว่าการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะได้รับการปฏิบัติอย่างจริงจัง รวมทั้งข้อมูลการรับรู้ของผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวกับมาตรการต่าง ๆ ใน พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดนั้นยังอยู่ในระดับน้อยมาก ตัวอย่างเช่น ผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราว 1 ใน 3 ไม่รู้ว่ามาตรการห้ามส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบการขายพ่วงและในรูปแบบอื่น ๆ เช่น จูงใจด้วย

สาวบริการ ด้วยการลดแลกแจกแถม เป็นต้น โดยงานวิจัยของ ดุษฎี อายุวัฒน์ และ วณิชชา ได้ให้ข้อเสนอแนะในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจต่อผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเด็นดังกล่าวในระดับจุลภาค (Micro level) ตลอดจนการส่งเสริมให้เกิดกลไกระดับชุมชนในการกำกับให้ผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และมีกระบวนการบังคับใช้กฎหมายระดับชุมชนที่ชัดเจนขึ้น เพราะงานศึกษานี้พบว่า มีผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางส่วนที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากไม่เชื่อว่าจะถูกดำเนินการใด ๆ

ข้อมูลจากงานวิจัยในข้างต้น ได้แสดงให้เห็นว่า กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จะมีประสิทธิภาพ นอกเหนือจากการดำเนินงานในลักษณะของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาแล้ว การดำเนินงานกับ “กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย” เพื่อลดพฤติกรรมกระทำผิดกฎหมายในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด โดยเฉพาะการดำเนินงานด้านความรู้กับกลุ่มผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

สรุป (Conclusion)

กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พบว่า สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ กล่าวคือ (1) การดำเนินงานเฝ้าระวังโดยภาครัฐ (2) การดำเนินงานเฝ้าระวังโดยภาคประชาชน และ (3) การดำเนินงานเฝ้าระวังโดยภาควิชาการ/วิชาชีพ ลักษณะการดำเนินการของแต่ละภาคส่วนมีความเชื่อมโยงในลักษณะของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

กระบวนการดำเนินงานดังกล่าวเกิดปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ (1) ช่องว่างในมาตรา 32 โดยเฉพาะในเรื่องของการตีความกฎหมายจากการปรับกลวิธีการสื่อสารของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2) ผู้รับผิดชอบในกระบวนการเฝ้าระวังมีจำนวนน้อย และ (3) ไม่มั่นใจในระบบการเฝ้าระวัง หรือระบบ TAS ที่ภาคประชาชน/ภาคประชาสังคมยังขาดความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลส่วนตัวของผู้ร้องเรียน

การบังคับใช้กฎหมายและการเฝ้าระวังนี้ ข้อมูลจากการวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงกฎหมาย โดยใช้ข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวัง TAS ซึ่งเป็นช่องทางในการร้องเรียนการกระทำผิดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจาก ข้อมูลที่เข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง TAS นี้จะแสดงให้เห็นถึงข้อร้องเรียน หลักฐานภาพถ่ายและ/หรือวิดีโอประกอบ

ตลอดจนพิกัดหรือจุดที่ตั้งของการกระทำความผิดนั้น ๆ ส่งผลให้ข้อมูลของระบบ TAS เปรียบเสมือน “big data” ขนาดใหญ่ด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลเป็นตัวหนุนเสริมการดำเนินงานและประยุกต์ใช้ในการวางแผนเพื่อปรับแก้ไขกฎหมายหรือขับเคลื่อนการทำงานเชิงรุกในการควบคุมการโฆษณาและสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจแอลกอฮอล์ได้ทันสถานการณ์และทันต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้โดยมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการเฝ้าระวัง รวมถึงปรับปรุง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ทั้งนี้ เพื่อควบคุมการตลาดและการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น
2. ทบทวนกฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้อง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยเฉพาะกลไกที่เกี่ยวข้องมาตรการควบคุมการโฆษณา ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถนำกฎหมายมาใช้ควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดที่มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในกลยุทธ์และรูปแบบใหม่ ๆ ได้
3. รมรณรงค์ให้ผู้ปฏิบัติงาน เครือข่ายเฝ้าระวังภาคประชาชน/ภาควิชาการ ผู้จัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประชาชนทั่วไป ได้เข้าใจถึงเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังจากภาคประชาชน
4. เสริมศักยภาพผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของกลุ่มธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน/ประชาสังคม ภาควิชาการ/วิชาชีพ เพื่อให้เข้าใจกฎหมายและตีความกฎหมาย ทั้งในแง่ของนิติศาสตร์และนิเทศศาสตร์ได้อย่างถูกต้อง และนำไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังในพื้นที่ได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษาค้นคว้าชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการประเมินผล พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ภายหลังการบังคับใช้เป็นระยะเวลา 10 ปี ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สนับสนุนโดย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรมควบคุมโรค. (2561). กรมควบคุมโรค เปิดตัวนวัตกรรมโปรแกรมประยุกต์ (Application) “TAS”. สืบค้นวันที่ 11 พฤษภาคม 2561 สืบค้นจาก https://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=106607
- เครือข่ายรณรงค์ป้องกันภัยแอลกอฮอล์. (ม.ป.ป.) รู้จักเครือข่ายรณรงค์ป้องกันภัย แอลกอฮอล์. สืบค้นวันที่ 11 พฤษภาคม 2561 สืบค้นจาก http://www.alcoholwatch.in.th/index.php?option=com_content&id=1
- โครงการแผนพัฒนาและสนับสนุนยุทธศาสตร์ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด. (2560). ถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบ. กรุงเทพฯ: สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ดุขุฎิ อายุวัฒน์ และ วณิชชา ณรงค์ชัย. (2555). การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พ.ศ. 2551 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดอุดรธานีและจังหวัดขอนแก่น) กรณีผู้จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(1): 55-68. สืบค้นวันที่ 23 สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/118120/90636>
- นงนุช ใจชื่น จิราภรณ์ กมลรังสรรค์ และ สุรศักดิ์ ไชยสงค์. (2560). สถานการณ์ ช่องว่างและโอกาสในการควบคุมการตลาดและการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(1): 11-25. สืบค้นวันที่ 23 สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4676?locale-attribute=th>
- นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และ ฉัตรสมัน พงษ์ภิรมย์. (2558). การห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- นิษฐา หุ่นเกษม และคณะ. (2560). การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องการกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).

- พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย. (2561). การพัฒนามาตรการการจำกัดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้
เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าโดยรอบสถานศึกษาในจังหวัดอุดรธานี. วารสารการ
พัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 6(3): 525-550. สืบค้นวันที่ 23 สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCDLQ/article/view/129816/105906>
- รศมี ศรีบุญ และคณะ. (2561). ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ของเจ้าหน้าที่ ตามทัศนคติของผู้จำหน่ายในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง
อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 11(2): 43-50.
สืบค้นวันที่ 23 สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก
https://www.tci-thaijo.org/index.php/journal_sct/article/view/101703/111916
- สิริกร นามลาบุตร และ วรานิษฐ์ ลำไย. (2560). มาตรการในชุมชนเพื่อควบคุมการจำหน่าย
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเข้าถึงทั้งในระบบตลาด และทางสังคมในจังหวัดหนองคาย.
วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 3(3): 271-287.
สืบค้นวันที่ 23 สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก
http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-3/06-Sirikorn%20Namlabut.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2560). พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.
2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. สืบค้นวันที่ 23 กันยายน 2562 สืบค้น
จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%a4108/%a4108-20-2551-a0001.pdf>
- V-Reformer. (2556). สัมภาษณ์: หมอประเวศเล่าเรื่องปฏิรูป (ตอนที่ 1 ประวัติศาสตร์การเขี่ย
ภูเขา). ออนไลน์. สืบค้นวันที่ 23 กันยายน 2562 สืบค้นจาก
<http://v-reform.org/v-report/interview-doctor-pravet-reform-way-1/>

Condom use behavior among reproductive age in Phayao province

Narong Chaitiang^{1*} Patipat Vongruang²

Abstract

This research aims to study 1. the general behavior characteristics of reproductive age in Phayao province, 2. condoms use among reproductive age and 3. the relationship of general behavior characteristics and condoms use among reproductive age. The data collected by questionnaire with Cronbach's alpha confidence reliability of 0.961. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi Square. The Reliability estimated by Cronbach's alpha, is .961. The descriptive statistics and Chi Square were used for data analysis.

The results indicate that 58.5% of reproductive age in the province were males among which 38.0% were between 20-21 years of age , 69.0% graduated with bachelor's degree, 57.5% did not have part-time or special work, and 87.0% received income from parents whereas 38.0% had income between 5,001-7,500 baht/month. Condom use behavior among reproductive age in Phayao province were as follows: 66.2% drink alcohol, 71.5% has high level of knowledge in condom use, with 52.5% has moderate level in attitudes, with 48.3% has high level of the enabling factors, 45.8% had never been to adult entertainment places such as nightclub, and 59.5% of reproductive age in Phayao province has a high level of condom use behavior. This behavior is associated with gender, age, education level, status, part time, monthly income, alcohol drinking adult, entertainment venues, knowledge and attitudes. Therefore, parents, school, and public health agencies should campaign for condom use appropriately.

Keywords: condom, reproductive age, Phayao Province

¹ Lecturer Public Health, School of Medicine, University of Phayao.

² Lecturer Environmental Health, School of Medicine, University of Phayao.

*Corresponding author: konakangku69@gmail.com

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา

ณรงค์ ใจเที่ยง^{1*} ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง²

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา 2) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะพฤติกรรมทั่วไปกับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม โดยมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.961 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Chi Square test

ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา พบว่า มีเพศชายร้อยละ 58.5 อายุระหว่าง 20-21 ปี ร้อยละ 38.0 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 69.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 57.5 ไม่ทำงานพิเศษ ร้อยละ 87.0 มีรายได้จากผู้ปกครองอยู่ในช่วง 5,001-7,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 38.0 พฤติกรรมการใช้ถุงยางของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา พบว่า มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.2 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.5 ทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 52.5 ปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 ปัจจัยเสริมระดับสูง ร้อยละ 45.8 และไม่เคยใช้สถานเริงรมย์ ร้อยละ 59.5 วัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยามีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง และพฤติกรรมนี้มีความสัมพันธ์กับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ทำงานพิเศษ รายได้ต่อเดือน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานเริงรมย์ ความรู้ ทัศนคติ ดังนั้นผู้ปกครอง สถาบันการศึกษาและหน่วยงานทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยให้ถูกวิธี

คำสำคัญ: ถุงยางอนามัย / กลุ่มวัยเจริญพันธุ์ / จังหวัดพะเยา

¹อาจารย์ประจำสาขานามัยชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²อาจารย์ประจำสาขานามัยสิ่งแวดล้อม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author: konakangku69@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ในสถานการณ์ปัจจุบันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ซึ่งจากรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชากรที่มีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-25 ปี เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากในการติดเชื้อ STD และร้อยละ 25 ของประชากรที่มีเพศสัมพันธ์แล้วคือกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-25 ปี ในประเทศไทย อัตราการติดเชื้อ STD และ HIV/AIDS กำลังสูงขึ้นในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ไทยเช่นเดียวกัน - ที่ผ่านมามีพบว่าวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โดยพบว่า วัยเจริญพันธุ์ที่มีเพศสัมพันธ์บ่อย มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาและส่วนใหญ่มีการทำแท้ง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการเป็นมะเร็งทางอวัยวะสืบพันธุ์ การตายคลอดของทารกและการติดเชื้อ HIV/AIDS (องค์การอนามัยโลก, 2560) เด็กและเยาวชนถือเป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต แต่ในสภาพสังคมไทยปัจจุบันมีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลกระทบที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและเยาวชนไทย พฤติกรรมทางเพศของวัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบันนอกกรอบดั้งเดิมมากขึ้นทุกทีเช่น การเลือกคู่ครองจะถือเอาความรักเป็นสำคัญ ไม่ชอบการคลุมถุงชน การคบเพื่อนต่างเพศเป็นไปอย่างอิสระ เพราะเห็นว่าไม่ใช่เรื่องน่าละอาย หญิงสาวให้ความสำคัญในการครองตัวเป็นหมั้นพรหมจรรย์ถึงวันแต่งงานน้อยลง ประกอบกับความเข้าใจ ที่ไม่ถูกต้องในเรื่องเพศ ทำให้วัยเจริญพันธุ์ มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การสำส่อนทางเพศ การเป่ียงเบนทางเพศ เช่น การรักร่วมเพศ เป็นต้น และเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และปัญหาการทำแท้งที่ตามมา

จากการสำรวจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แม้จะพบว่า โดยภาพรวมวัยเจริญพันธุ์ไทยทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 15-25 ปี ร้อยละ 31.4 เคยใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ แต่กลับมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น กล่าวคือวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-19 ปีเคยใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 42.0 แต่กลับลดเหลือร้อยละ 28.4 ในกลุ่มอายุ 20-25 ปี - ต่อมากรมควบคุมโรค - กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำการผลักดัน “ยุทธศาสตร์อนามัยแห่งชาติ ฉบับที่ 1” โดยจะเริ่มใช้ในปี 2558-2562 ประกอบด้วย (1) การส่งเสริมการยอมรับ - ลดอคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น (2) การส่งเสริมการเข้าถึงการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น (3) การพัฒนาระบบบริหารจัดการและการควบคุมคุณภาพ

หญิงอายุน้อย (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และ (5) การติดตามและประเมินผลการส่งเสริมการดำเนินการใช้ถุงยางอนามัยโดยได้มีการส่งเสริมความรู้ สร้างเสริมทักษะชีวิตให้กับนักเรียน มีการจัดตั้งจุดบริการถุงยางอนามัยในสถานที่ต่างๆ สถานการณ์การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และ HIV ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV พบว่า ในปี 2559 พบการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มอายุ 15-25 ปี จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 ติดเชื้อซิฟิลิส จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.86 ในกลุ่มชายตรวจทางโรค และพบติดเชื้อ HIV ในกลุ่มบริจาคโลหิต จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.37 โดยเยาวชนขาดความตระหนักเรื่องพฤติกรรมทางเพศและการป้องกันโรคซึ่งพบว่าในปี 2559 วัยเจริญพันธุ์มีความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรักน้อยมากคือกลุ่มนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรัก เพียงร้อยละ 35.71 ในขณะที่กลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 50 กลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 47.74 กลุ่มนักเรียนหญิง กลุ่ม ปวช. ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 55.65 ชายกลุ่มปวช. ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 37.10 กลุ่มคนงานชายร้อยละ 11.79 กลุ่มคนงานหญิง ร้อยละ 50 และกลุ่มทหารเกณฑ์ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นที่รู้จักกันแบบผิวเผิน ซึ่งถือว่าพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการขาดการป้องกันที่ถูกต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์เป็นสัญญาณที่สำคัญที่กลุ่มเยาวชนพึงตระหนักเป็นอย่างยิ่ง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยาทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยศึกษาจากลักษณะทั่วไปของวัยเจริญพันธุ์ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์และศึกษาความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา เป็นอย่างไร รวมทั้ง ความรู้ ทักษะต่อการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการแก้ไขปัญหาในงานสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา
2. ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการศึกษา (Methods)

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา โดยกลุ่มประชากร ที่ใช้ในการวิจัยเป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ ช่วงอายุ 18-25 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพะเยา

การคำนวณขนาดและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) และคำนวณหาขนาดจำนวนได้จากสูตรของทาโร ยามานะ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 เมื่อคำนวณแล้ว จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน (Taro Yamane, 1967)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามรายบุคคล (Questionnaires) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา มีทั้งหมด 6 ส่วน ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ นายชัยชาญ บัวผัน ซึ่งมีการทดสอบคุณภาพ โดยมีการออกแบบให้มีความเหมาะสมทั้งภาษามีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสมบูรณ์ (ชัยชาญ บัวผัน, 2561)

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามจำนวน 30 ชุดไปทำการทดสอบกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 ชุด และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีของ Cronbach's Alpha เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่น 0.961

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม
2. นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistics) ความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา (Results)

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา

ลักษณะประชากรของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.5 อายุระหว่าง 20-21 ปี ร้อยละ 38.0 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 69.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 57.5 ไม่ทำงานพิเศษ ร้อยละ 87.0 มีรายได้จากผู้ปกครองอยู่ในช่วง 5,001-7,500 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 38.0 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่หอพัก-ร้อยละ 71.5

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 2. ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา พบว่า วัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยามีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยระดับสูง (ร้อยละ 57.3) มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 66.2) มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.5) มีทัศนคติระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.5) ปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.3) ปัจจัยเสริมระดับสูง (ร้อยละ 45.8) และไม่เคยใช้สถานเริงรมย์ (ร้อยละ 59.5)

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา

ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ทำงานพิเศษ รายได้ต่อเดือน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานเริงรมย์ ความรู้ ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา ดังตารางที่ 1 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ใน
จังหวัดพะเยา (n=400 คน)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย			χ^2	P-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ต่ำ จำนวน (%)		
เพศ				72.857	0.001**
ชาย	163 (69.7)	26 (11.1)	45 (19.2)		
หญิง	54 (32.5)	11(6.6)	101 (60.8)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
อายุ				27.335	0.001**
18 – 19 ปี	62 (47.0)	8 (6.1)	62 (47.0)		
20 – 21 ปี	77 (50.7)	21 (13.8)	54 (35.5)		
22 – 23 ปี	52 (59.8)	6 (6.9)	29 (33.3)		
24 - 25 ปี	26 (89.7)	2 (6.9)	1 (3.4)		
รวม	217(54.3)	37(9.3)	146(36.5)		
การศึกษา				27.615	0.001**
มัธยมศึกษา/ปวช.	53 (62.4)	7 (8.2)	25 (29.4)		
อนุปริญญา/ปวส.	32 (82.1)	6 (15.4)	1 (2.6)		
ปริญญาตรี	132 (47.8)	24 (8.7)	120 (43.5)		
รวม	217 (54.3)	37 (9.3)	146(36.5)		
สถานภาพ				51.235	0.001**
โสด	95 (41.3)	17 (7.4)	118(51.3)		
มีแฟน	122 (71.8)	20 (11.8)	28(16.5)		
รวม	217 (54.3)	37 (9.3)	146(36.5)		
งานพิเศษ				14.271	0.001**
ทำ	37(71.2)	8(15.4)	7(13.5)		
ไม่ทำ	180(51.7)	29 (8.3)	139(39.9)		
รวม	217 (54.3)	37 (9.3)	146(36.5)		
รายรับต่อเดือน				15.855	0.015*
ต่ำกว่า 5,000	66 (44.6)	15(10.1)	67 (45.3)		
5,001-7,500	87(57.2)	10 (6.6)	55 (36.2)		
7,501-10,000	48 (66.7)	7 (9.7)	17(23.6)		
10,001 ขึ้นไป	16(57.1)	5 (17.9)	7(25.0)		
รวม	217 (54.3)	37 (9.3)	146(36.5)		

ตาราง แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์
ในจังหวัดพะเยา (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย			χ^2	P-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	ต่ำ จำนวน (%)		
การดื่มสุรา				72.857	0.001**
ดื่ม	180 (67.9)	31(11.7)	54(20.4)		
ไม่ดื่ม	37(27.4)	6 (4.4)	92(68.1)		
รวม	217 (54.3)	37 (9.3)	146(36.5)		
สถานเริงรมย์				33.505	0.001**
เคย	109(67.3)	21(13.0)	32(19.8)		
ไม่เคย	108(45.4)	16 (6.7)	114(47.9)		
รวม	217 (54.3)	37 (9.3)	146(36.5)		
ความรู้				6.355	0.042*
ระดับสูง	55(48.2)	7(6.1)	52(49.5)		
ระดับปานกลางและระดับต่ำ	162 (56.6)	30 (10.5)	94 (32.9)		
รวม	217 (54.3)	37 (9.3)	146(36.5)		
ทัศนคติ				6.355	0.042*
ระดับสูง	53(58.2)	8 (8.8.)	30 (33.0)		
ระดับปานกลาง	110 (52.4)	22 (10.5)	78(37.1)		
ระดับต่ำ	54(54.5)	7(7.1)	38(38.4)		
รวม	217 (54.3)	37 (9.3)	146(36.5)		

หมายเหตุ * p-value ≤ 0.05 **p-value ≤ 0.001

อภิปรายผล (Discussion)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยหัวข้อเรื่องพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ใน จังหวัดพะเยา พบประเด็นที่มีความสัมพันธ์และนำมาอภิปรายประเด็นตามความสัมพันธ์ดังนี้

เพศ สถานเริงรมย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับ จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์ (2557) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยกำหนดความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชายในสถานศึกษาจังหวัดอุดรดิตถ์

พบว่า เพศ และสถานเริงรมย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชาย ในสถานศึกษาจังหวัดอุดรธานี

อายุ การศึกษา รายรับต่อเดือน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการทำงานพิเศษมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชายในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับ สิริชัย มาตรศรี,(2555) ที่ศึกษาลักษณะการเลือกซื้อและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นไทย พบว่า อายุ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับลักษณะการเลือกซื้อและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย สอดคล้องกับ บังอร เทพเทียน,(2551) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษา ปวช. ปีที่ 2 ในรอบ 5 ปี (พ.ศ.2547-พ.ศ.2551) พบว่า แอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทำให้นักเรียนมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยลดน้อยลง และสอดคล้องกับ Thankian K, (2017)

ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชายในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับพจนา หันจางสิทธิ์,(2558) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย สํารวจใน 5 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร อุตรธานี เพชรบุรี นครสวรรค์และพัทลุง พบว่า และสอดคล้องกับ Silassie A G,(2016)

ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชายในจังหวัดพะเยา สอดคล้องกับ สุณิรัตน์ ยั่งยืน (2553) ได้ศึกษาระดับความตระหนักในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยและทางกฎหมายของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่า นิสิตเห็นด้วยมากที่สุดคือการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ร้อยละ 66.5 การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่สอดคล้องกับพจนา หันจางสิทธิ์ (2558) ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย สํารวจใน 5 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร อุตรธานี เพชรบุรี นครสวรรค์และพัทลุง พบว่า การมีทัศนคติต่อถุงยางอนามัยในเชิงบวกแต่ไม่ได้ช่วยให้นักเรียนใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

จากข้อค้นพบของงานวิจัย พบว่า วัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยจะพบว่าส่วนใหญ่มียายุอยู่ในช่วง 20-21 ปี วัยเจริญพันธุ์จะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อไปเที่ยวในสถานเริงรมย์ และเมื่อมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้จากการศึกษา ยังพบอีกว่า วัยเจริญพันธุ์มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับปริญญาตรี มีความรู้สูงในการใช้ถุงยางอนามัย และมีทัศนคติที่ดีในการใช้ถุงยางอนามัยสำหรับป้องกัน

ตนเอง ดังนั้น วัยเจริญพันธุ์ควรมีการศึกษาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่อการคุกคามทางเพศ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองจากสถานการณ์ความเสี่ยงอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้รับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากวัยเจริญพันธุ์ผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อควรปรับปรุงและพัฒนาจากผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า วัยเจริญพันธุ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิงใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าสถานการณ์ที่เสี่ยงให้เกิดการใช้ ได้แก่ สถานะเรณีย์ สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นจุดเริ่มต้นของการมีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นควรมีการใช้ระเบียบ กฎหมายที่พูดถึงการเปิดสถานบริการบริการ อย่างเคร่งครัด หรือการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเวลาอย่างเคร่งครัดเป็นไปตามกฎระเบียบเพื่อลดสาเหตุอันจะนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์

2. ความรู้ และทัศนคติของวัยเจริญพันธุ์ ที่อยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า วัยเจริญพันธุ์มีความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเป็นอย่างดี ประกอบการมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติตนในการใช้ถุงยางอนามัย ข้อดี คือมีการป้องกันตนเอง และจะปฏิบัติตนอย่างถูกวิธีในการใช้ ถุงยาง และป้องกันโรคติดต่อที่จะเกิดขึ้นตลอดจนเป็นการคุมกำเนิด ข้อเสีย เป็นการสนับสนุนให้มีเพศสัมพันธ์กันไปทั่ว ซึ่งวัยเจริญพันธุ์เป็นวัยที่พร้อมสำหรับการมีครอบครัว หากไม่มีการเตรียมตัวจะนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ตามมา

3. การให้ข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากสถานการณ์เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มเติมตั้งแต่วัยเรียน วัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ วัยทำงาน ตลอดจนสนับสนุนให้มีการรณรงค์ผ่านอาสาสมัคร แกนนำแต่ละวัย ผ่านสถาบันการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข ชุมชน และองค์กรต่างๆ

ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งที่พบว่าวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเป็นอย่างดี มีความรู้ในระดับสูง มีทัศนคติที่ดีในการใช้ถุงยางอนามัย และทราบสถานการณ์ที่จะส่งผลทำให้เกิดการใช้ คือ สถานที่เรณีย์ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยเหตุผลเหล่านี้การให้ความสำคัญเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อปัจจัย

ต่างๆ ที่ทำให้เกิดการใช้ถุงยางในวัยเจริญพันธุ์ สถาบันการศึกษา องค์กร หน่วยงาน สาธารณสุข และผู้ประกอบการมีส่วนร่วมในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และให้ความสำคัญกับวัยเจริญพันธุ์ โดยวิธีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันตนเองตลอดจนความเสี่ยงในการใช้ถุงยางอนามัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา ทำให้ทราบระดับความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยของวัย เจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา และทราบทัศนคติของวัยเจริญพันธุ์ที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัยใน จังหวัดพะเยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาแนวทางในการป้องกันหรือสร้างพฤติกรรม ที่ดีทางเพศ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้น สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการศึกษา ตามแนวทางต่อไปนี้

1. ศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนเรื่องเพศศึกษาของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัด พะเยา
2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดพะเยา
3. ศึกษาแนวทางในการป้องกันตนเองจากการใช้ถุงยางอนามัยของวัยเจริญพันธุ์ใน จังหวัดพะเยา
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ถุงยางระหว่างวัยเจริญพันธุ์ และคู่รัก ในจังหวัด พะเยา

เอกสารอ้างอิง (References)

- จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์.(2557). พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยกำหนดความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัย ของวัยรุ่นชายในสถานศึกษาจังหวัดอุดรธานี. ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร, 16(2):1-11.
- ชัยชาญ บัวผัน ปรียกมล รัชกุล และณัฐพัชร์ บัวบุญ.(2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี กรุงเทพ, 34(2):62-73.
- บังอร เทพเทียน และปรีดา ตาสี.(2551). พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอของ นักเรียนในรอบ 5 ปี (พ.ศ. 2547-2551). วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 6(3):1-16
- พจนานันท์ จ้างสิทธิ์ และกาญจนา เทียนลาย.(2558). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 45(3):272-84.

สิริชัย มาตรศรี.(2555). ลักษณะการเลือกซื้อและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นไทย
[บริหารธุรกิจบัณฑิต]: มหาวิทยาลัยจันทรเกษม.

สุนิรัตน์ ยังยืน อุดมศักดิ์ มหาวิวัฒน์ ธิติรัตน์ สมติ และสุวิมล สงกลาง.(2553). ความตระหนักใน
เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัยของวัยรุ่น. วารสารวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 29(4): 421-7.

องค์การอนามัยโลก.(2560).สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั่วโลก.สำนักโรคเอดส์ วัณโรค
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์,กรมควบคุมโรค นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข

Silassie A, Giorgis M, Kahsay N, Fisaha Y, Zerihun Z, Tadesse K. (2016). Knowledge,
attitude and practice of condom utilization among Axum preparatory school
students. Journal of AIDS & Clinical Research.7(4):1-6.

Taro Yamane. (1967). Statistic: An Introductory Analysis. New York: Harper & row.

Thankian K, Mwaba SO, Menon AJ, Jere-Folotiya J. (2017). Gender Differentials in
Consistent Condom Use among Young People in Zambia. African Research
Review,11(4):110-22.

Factors related to the performance of dental public health of Det Udom primary care network in Ubon Ratchathani Province

Duangruetai Saiyasombat^{1*} Warangkana Chankong² Sompoch Ratoran³

Abstract

This analytical research aimed to: (1) study dental public health performance; (2) evaluate personal characteristics, motivation factors and organization support factors; (3) determine the relationship between personal characteristics, motivation factors, and organization support factors and the dental public health performance; and (4) study problems, obstacles, and suggestions for dental public health performance. The study population consisted of 218 public health officials working on dental public health in the Det Udom District network's primary care units in Ubon Ratchathani Province. The research was performed in all population units. Questionnaire with IOC of 0.88 was used as study tool and the obtained data were analyzed by descriptive statistics. The relationship was determined by Chi-square and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that: (1) the level of dental public health performance was at highest level; (2) most of the respondents were female with an average age of 38.4 years, graduated with a bachelor's degree, had average 7.4 years working experience in dental public health, had high level knowledge of public health performance, and had high level of motivation and organization support factors for dental public health performance; (3) the personal characteristics and knowledge of dental public health operations were not related to dental public health performance, whereas motivation factors had the moderate level of positive correlation with dental public health performance. The organization support factors had high level of positively significant correlation with dental public health performance, p-value = 0.01; and (4) problems and obstacles from the implementation occurred in the oral health promotion and oral disease prevention efforts in the 13-59 age group, In addition working age patients were not able to receive the dental service on workdays.

Keywords: dental public health performance, motivation factors, organization support, primary care unit

¹ Master of Public Health (Public Health Administration), School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

^{2,3} Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

* Corresponding Author Email: dsdrdent@gmail.com

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของ หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ดวงฤทัย ไสยสมบัติ^{1*} วรางคณา จันทรงค์² สมโภช รติโอฬาร³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม (2) ประเมินปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยค้ำจุน และปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร (3) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจิตใจ ปัจจัยค้ำจุนและปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุข และ (4) ศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประชากรที่ศึกษาคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 218 คนโดยทำการวิจัยในทุกหน่วยประชากร เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) การดำเนินงานทันตสาธารณสุขโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (2) บุคลากรเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 38.4 ปี จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี โดยมีประสบการณ์ในการทำงานด้านทันตสาธารณสุขเฉลี่ย 7.4 ปี มีความรู้เรื่องการดำเนินงานทันตสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก มีระดับแรงจูงใจทั้งปัจจัยจิตใจ ปัจจัยค้ำจุน และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (3) คุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้เรื่องการดำเนินงานทันตสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ส่วนแรงจูงใจทั้งปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับมากทางบวกกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ (4) ปัญหาและอุปสรรคพบในงานด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากกลุ่มอายุ 13-59 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานจึงไม่สะดวกมารับบริการในวันเวลาราชการ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีโรคประจำตัวหลายโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อน มีปัญหาในการเดินทาง รวมถึงขาดพาหนะ/เชื้อเพลิงสนับสนุนในการลงพื้นที่เพื่อติดตาม

คำสำคัญ การดำเนินงานทันตสาธารณสุข, แรงจูงใจ, การสนับสนุนจากองค์กร, หน่วยบริการปฐมภูมิ

¹ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

^{2,3} รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

* ผู้ส่งบทความวิจัย Email: dsdudent@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ปัญหาด้านทันตสาธารณสุขเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เรื้อรังสามารถพบได้ในทุกกลุ่มอายุของประชากรทั่วโลกและในประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ในปี พ.ศ. 2560 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี และ 5 ปี ปรกติจากโรคฟันผุร้อยละ 47.1 และร้อยละ 24.4 ตามลำดับ โดยพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนทั้ง 2 กลุ่มอายุนี้อัตราฟันผุ 40.0 มีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ทั้งนี้พบฟันผุระยะเริ่มต้นในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 31.1 และร้อยละ 31.3 ตามลำดับ ในเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปีพบความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 52.0 มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร 1.4 ซี่/คน ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 7 ในปี พ.ศ. 2555 ที่มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 52.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถาวร 1.3 ซี่/คน โดยสภาวะการเกิดโรคฟันผุค่อนข้างคงที่ แต่กลับพบว่าเด็กอายุ 12 ปี มีสภาวะเหงือกอักเสบสูงกว่าผลการสำรวจในครั้งที่ 7 จากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 66.3 ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นพบว่าเด็กอายุ 15 ปี มีความชุกของโรคฟันผุถึงร้อยละ 62.7 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถาวร 2.0 ซี่/คน ซึ่งใกล้เคียงกับผลการสำรวจครั้งที่ 7 ที่มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 62.4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถาวร 1.9 ซี่/คน โดยที่สภาวะการเกิดโรคฟันผุค่อนข้างคงที่แต่สภาวะเหงือกอักเสบสูงกว่าผลการสำรวจในครั้งที่ 7 จากร้อยละ 53.6 เป็นร้อยละ 69.9 ในกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี พบว่ามีการสูญเสียฟันร้อยละ 85.3 โดยมีค่าการสูญเสียฟันเฉลี่ย 3.6 ซี่/คน เป็นผู้ที่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาสูงถึงร้อยละ 43.3 และมีปัญหาสภาวะเหงือกอักเสบและสภาวะปริทันต์ โดยพบสภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 62.4 มีร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 25.9 มีรากฟันผุฝังร้อยละ 57.1 และมีฟันสีกร้อยละ 49.7 ส่วนในกลุ่มวัยสูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 56.1 มีฟันการใช้งานได้น้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.6 ซี่/คน การที่มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ พบร้อยละ 40.2 โดยค่าดังกล่าวลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี ซึ่งมีเพียงร้อยละ 22.4 ที่มีฟันการใช้งานได้น้อย 20 ซี่ ค่าเฉลี่ย 10 ซี่/คน และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบเพียงร้อยละ 12.1 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) จากปัญหาทันตสาธารณสุขดังกล่าวจึงได้มีความพยายามหากลวิธีในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมป้องกันให้ประชากรมีสุขภาพช่องปากที่ดี จึงได้กำหนดให้มีโครงการด้านทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524 ขึ้นเป็นครั้งแรก โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิดโรคฟันผุให้น้อยลงและได้ทำต่อเนื่องเรื่อยมาจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564

ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีเป้าหมายคือการสร้างหลักประกันเพื่อให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงตามความจำเป็น ทำให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน โดยกำหนดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) หรือเดิมชื่อว่าสถานีอนามัยให้มีบทบาทสำคัญในการเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ถือเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต่อมาใน พ.ศ. 2553 รัฐบาลได้เสนอแนวนโยบายและแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยให้พัฒนาระดับสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิเดิมให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งปัจจุบันมีจำนวน 9,770 แห่งทั่วประเทศโดยจัดให้เป็นทัพหน้าของกระทรวงสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีศักยภาพเพิ่มมากขึ้นโดยเน้นบริการสุขภาพเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียม ที่สำคัญคือให้ประชาชนและผู้บริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยขอบเขตการดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วย การบริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมไปถึงการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

สถานการณ์การจัดการบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยภายหลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าการบริการสุขภาพช่องปากในภาครัฐมีผู้มารับบริการเพิ่มสูงขึ้น แต่กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปากมีแนวโน้มการให้บริการที่ลดลงในขณะเดียวกันกับการจัดบริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น พบว่ามีปริมาณลดลงจากร้อยละ 56 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 36 ในปี พ.ศ. 2549 นอกจากนี้ยังพบว่ามี การไปรับบริการทันตกรรมโดยไม่ได้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพอยู่อีกเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการมีปริมาณของผู้มารับบริการที่มาก มีคิวนัดที่ยาวนาน ตลอดจนผู้ให้บริการทันตสุขภาพส่วนใหญ่ให้บริการเพียงอาการสำคัญเท่านั้น อันเป็นผลสืบเนื่องจากปัญหาการกระจายทันตแพทย์ในชนบทและการขาดแคลนอัตรากำลังของทันตภิบาล กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนไทยทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็นที่ระบุในชุดสิทธิประโยชน์หลัก จึงได้กำหนดให้มี

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการและกำลังคนด้านสุขภาพช่องปากโดยเน้นเรื่องการพัฒนา
กำลังคนด้านสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับระบบบริการ และความต้องการของประชาชนที่มี
การกระจายอย่างเป็นธรรม สร้างหลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก
ได้อย่างทั่วถึง (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ระบบบริการ
ปฐมภูมิในประเทศไทยปี พ.ศ. 2553 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่พบว่าในปี พ.ศ.
2551 ประเภทบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ
เจ้าหน้าที่บริหารสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน รองลงมาคือ พยาบาลและ
นักวิชาการสาธารณสุข สำหรับทันตภิบาลคิดเป็นอัตราส่วนทันตภิบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ต่อประชากรเท่ากับ 1 ต่อ 54,257 ซึ่งเป็นจำนวนที่ต่ำกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้มาก โดยเกณฑ์
มาตรฐานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ คือ 1 ต่อ 8,000 จึงส่งผลให้
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพของ
ประชาชน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

พื้นที่อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบประชากรทั้งหมด 177,477
คน มีพื้นที่ 1,368.40 ตารางกิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 16 ตำบล 32,427 ครัวเรือน
สถานบริการสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมเป็น
โรงพยาบาลประจำอำเภอโดยเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 300 เตียง มีโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลในพื้นที่รวมทั้ง 25 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง จากการสำรวจ
ข้อมูลบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีทันตแพทย์จำนวน 12 คน (ลาศึกษา
ต่อ 1 คน) และมีทันตภิบาลจำนวนรวม 22 คน ทั้งนี้ทันตแพทย์ทั้งหมดอยู่ปฏิบัติงานประจำใน
โรงพยาบาล ส่วนทันตภิบาลมีกระจายไปประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดเป็นร้อย
ละ 60.71 โดยมีอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1 ต่อ 16,134 และอัตราส่วนทันตภิ
บาลให้หน่วยบริการปฐมภูมิต่อประชากรเท่ากับ 1 ต่อ 8,400 ซึ่งถือเป็นจำนวนที่ยังคงต่ำกว่า
มาตรฐานที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ กล่าวคืออัตราส่วนทันตแพทย์ต่อ
ประชากรเท่ากับ 1:12,000 และอัตราส่วนทันตภิบาลต่อประชากรเท่ากับ 1:8,000 (สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ดังจะเห็นได้
จากการสำรวจสภาวะช่องปากของจังหวัดอุบลราชธานีในปี พ.ศ. 2560 ที่สะท้อนปัญหาทันต
สุขภาพคล้ายคลึงกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 7 รวมถึงผลการ
ดำเนินงานทันตสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขทั้งงาน
ส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก งานบริการทันตกรรม งานทันตสาธารณสุขเชิง

รูกและบูรณาการตามกลุ่มวัย ตลอดจนงานด้านบริหารจัดการและวิชาการ ซึ่งเป็นงานหลักของ ทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ, 2552) ด้วย เหตุนี้ผู้บริหารเขตเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเดชอุดมจึงจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขในเรื่อง การดำเนินงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้มีความรู้และทักษะในการให้บริการด้านทันตสาธารณสุขควบคู่ไปกับงานส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เช่น บูรณาการร่วมกับงานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง และงานเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทันต-สาธารณสุข แต่ปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังด้านทันตสาธารณสุขนั้น ยังไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่มี ผลต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐม ภูมิ ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีกหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงาน ดังเช่น แนวคิด เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเชอร์เมอร์ฮอร์น และคณะ (Schermerhorn et al., 2003) ได้เสนอแนวคิดว่าผลการปฏิบัติงานเกิดขึ้นจาก 3 องค์ประกอบคือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความพยายามและการสนับสนุนจากองค์กร นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านแรงจูงใจซึ่งถือเป็นปัจจัย หลักหนึ่งที่สำคัญต่อการดำเนินงานบรรลุเป้าประสงค์ ดังที่เฮิร์ชเบิร์กได้สรุปถึงแรงจูงใจในการ ทำงานว่าเป็นความพอใจในงานที่ทำ และความไม่พอใจในงานที่ทำ ซึ่งไม่ได้มาจากปัจจัยกลุ่ม เดียวกันแต่มีสาเหตุมาจากปัจจัย 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ประกอบด้วย 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ลักษณะของงาน 4) ความรับผิดชอบ และ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง กับปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) ประกอบด้วย 1) เงินเดือนหรือ ค่าตอบแทน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) การปกครองบังคับบัญชา 4) นโยบายและการ บริหาร 5) สภาพการปฏิบัติงาน 6) สถานภาพของวิชาชีพ 7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ 8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (Herzberg, Mausner and Snyderman, 2010) แรงจูงใจเป็น ปัจจัยที่จะทำให้บุคคลใช้ความรู้ ความสามารถของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อการดำเนินงาน ด้วยความมุ่งมั่น ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบส่งผลให้ การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ (Pimwara and Prachak, 2014) นอกจากการได้รับแรงจูงใจที่ เหมาะสมในการดำเนินงานแล้ว การสนับสนุนจากองค์กร (Organization Support) ยังเป็นอีก หนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุข การสนับสนุนจากองค์กรนั้นเป็นการ ส่งเสริมปัจจัยการบริหารหรือทรัพยากรการบริหารเพื่อให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพ เพราะ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยการ

บริหารหรือทรัพยากรการบริหาร ได้แก่ บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการบริหารจัดการ (Management) เรียกรวมๆ ว่า 4M's (Eisenberger et al, 2001) หากได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่เพียงพอและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ย่อมส่งผลให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอย่างต่อเนื่องและเต็มศักยภาพ ซึ่งการสนับสนุนจากองค์กรด้านเทคโนโลยีส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงาน (Pimwara and Prachak, 2014)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของบุคลากรในด้านทันตสาธารณสุข โดยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของเชอร์เมอร์ฮอร์นและคณะ (Schermerhorn et al., 2003) ทฤษฎีสองปัจจัย (Two Factors Theory) ของเฮิร์ซเบิร์กและคณะ (Herzberg, Mausner and Snyderman, 2010) และแนวคิดการสนับสนุนจากองค์กร (Organization Support) ของไอเซนเบอร์เกอร์และคณะ (Eisenberger et al, 2001) ในการกำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าว โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการสนับสนุนจากองค์กรเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนางานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อจะส่งผลให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการด้านทันตสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากได้อย่างทั่วถึงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน รวมถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน รวมถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กรกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

4. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยวิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีในปี พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุขพยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยด้านทันตกรรม และเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานบริการ ซึ่งมีส่วนร่วมในการให้บริการด้านทันตสาธารณสุข จำนวนรวม 218 คน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม จำนวน 6 ตอน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องการทำงานทันตสาธารณสุข ปัจจัยแรงจูงใจในการทำงานทันตสาธารณสุข และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ตลอดจนปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.20-1.00 และมีค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยทั้งฉบับอยู่ที่ 0.88 จึงนำไปปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ ภายในจังหวัดอุบลราชธานีโดยใช้แบบสอบถามนี้จำนวน 50 คน ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาช (Cronbach's method) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.83 จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ทั้งนี้การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการเลขที่ SSJ.UB 013 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบายคุณลักษณะ

ส่วนบุคคล ระดับความรู้ ระดับแรงจูงใจ และระดับการสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงาน
 ท้นตสาธารณสุข และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (χ^2 -test) และค่าสัมประสิทธิ์
 สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อ
 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษา (Results)

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัด
 อุบลราชธานี พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.3 เพศชาย ร้อยละ 25.7 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี
 ร้อยละ 39.9 รองลงมาอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 23.9 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.36 ปี โดยอายุน้อย
 ที่สุดเท่ากับ 21 ปี และอายุมากที่สุดเท่ากับ 60 ปี จบการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาตรี ร้อย
 ละ 61.0 ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 31.7 และระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ร้อยละ 7.3
 สำหรับตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานพบว่าดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ
 27.98 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 16.06 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ร้อยละ 10.09 ผู้ช่วยด้าน
 ทันตกรรม ร้อยละ 12.38 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 6.88 และตำแหน่งอื่นๆ ซึ่งมี
 ส่วนช่วยในการดูแลและเอื้อให้เกิดบริการทันตสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการ ผู้ช่วย
 เหลือคนไข้ และคนงาน รวมกันแล้วมีร้อยละ 15.14 กลุ่มเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและพนักงาน
 พิมพ์ ร้อยละ 11.47 โดยมีประสบการณ์ในการทำงานด้านทันตสาธารณสุขระหว่าง 1-10 ปี ร้อย
 ละ 75.2 รองลงมา 11-20 ปี ร้อยละ 17.9 มีประสบการณ์การทำงานทันตสาธารณสุขเฉลี่ย 7.37
 ปี ประสบการณ์การทำงานทันตสาธารณสุขน้อยที่สุดเท่ากับ 1 ปี และมากที่สุดเท่ากับ 40 ปี
 ส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องการดำเนินงานทันตสาธารณสุขอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 79.4 มี
 ความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.6 และที่มีความรู้ในระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 5.0 โดยมี
 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.76 คะแนน คะแนนน้อยที่สุดเท่ากับ 8 คะแนน และคะแนนมากที่สุด
 เท่ากับ 17 คะแนน

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยแรงจูงใจในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขด้านปัจจัยจูง
 ใจทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ
 และความก้าวหน้าในตำแหน่ง พบว่าปัจจัยจูงใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
 3.86 ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ ด้านลักษณะงาน มีค่าเฉลี่ย
 เท่ากับ 4.28 รองลงมา คือด้านความรับผิดชอบ ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความสำเร็จในการ

ทำงาน และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97, 3.82, 3.78 และ 3.43 ตามลำดับ ส่วนระดับแรงจูงใจในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขด้านปัจจัยจำวนทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ เงินเดือนหรือค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบาย และการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน สถานภาพของวิชาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว พบว่าระดับแรงจูงใจของปัจจัยจำวนโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ ด้านสภาพการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 รองลงมาได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านนโยบายและการบริหาร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 4.03 ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และด้านสถานภาพของวิชาชีพ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98, 3.91, 3.81 และ 3.74 ตามลำดับ โดยด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32

สำหรับระดับการสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการบริหาร พบว่าระดับการสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนมากที่สุด ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 รองลงมาคือด้านบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 และ 3.81 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดได้แก่ ด้านงบประมาณ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63

ระดับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานีโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ งานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 รองลงมาได้แก่ งานบริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ งานด้านบริหารจัดการและวิชาการ และงานทันตสาธารณสุขเชิงรุกและบูรณาการตามกลุ่มวัยในชุมชน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32, 4.15 และ 4.05 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการทำงานกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุข
ของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล	χ^2	p-value	ความสัมพันธ์
เพศ	0.346	0.841	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	12.039	0.061	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	4.681	0.322	ไม่มีความสัมพันธ์
ตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงาน	10.861	0.210	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์การทำงานทันต สาธารณสุข	6.954	0.325	ไม่มีความสัมพันธ์

ส่วนปัจจัยด้านความรู้เรื่องการดำเนินงานทันตสาธารณสุข พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($r = 0.031$) สำหรับปัจจัยมุ่งใจในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในภาพรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยด้านที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานมากที่สุดคือ ด้านการยอมรับนับถือ ($r = 0.509$, $p\text{-value} < 0.001$) ในส่วนของปัจจัยค่าจูนในภาพรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยด้านที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานมากที่สุดคือ ด้านนโยบายและการบริหาร ($r = 0.683$, $p\text{-value} < 0.001$) สำหรับปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในภาพรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยด้านที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานมากที่สุด คือด้านการบริหารจัดการ ($r = 0.709$, $p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดแสดง ดังตารางที่

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเขตอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข	0.031	0.648	ไม่มีความสัมพันธ์
แรงจูงใจในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข			
ปัจจัยจูงใจ	0.576	< 0.001	ปานกลาง
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.497	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการยอมรับนับถือ	0.509	< 0.001	ปานกลาง
ด้านลักษณะงาน	0.506	< 0.001	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบ	0.489	< 0.001	ปานกลาง
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.321	< 0.001	ต่ำ
ปัจจัยค้ำจุน	0.591	< 0.001	ปานกลาง
ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน	0.287	< 0.001	ต่ำ
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.544	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.571	< 0.001	ปานกลาง
ด้านนโยบายและการบริหาร	0.683	< 0.001	มาก
ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.566	< 0.001	ปานกลาง
ด้านสถานภาพวิชาชีพ	0.306	< 0.001	ต่ำ
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.367	< 0.001	ต่ำ
ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.480	< 0.001	ปานกลาง
ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร	0.687	< 0.001	มาก
ด้านบุคลากร	0.564	< 0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.526	< 0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.629	< 0.001	มาก
ด้านการบริหารจัดการ	0.709	< 0.001	มาก

อภิปรายผล (Discussions)

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการทำงานกับการดำเนินงาน

ทันตสาธารณสุข นั้นไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้เพราะการทำงานด้านทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ให้ความสำคัญในเรื่องของความรู้ความสามารถของบุคคลมากกว่าที่จะเน้นเรื่องเพศในการปฏิบัติงาน เพราะบุคคลไม่ว่าจะเพศใดก็ตามเมื่อเข้ามาปฏิบัติงานตามตำแหน่งหน้าที่จำเป็นต้องอยู่ในกฎระเบียบ บรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกัน ในประเด็นเรื่องอายุถึงแม้ว่าอายุจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตและเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ อายุจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร แต่เนื่องจาก

การรับรู้ของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี ผู้ที่มีอายุแตกต่างกันย่อมมีสภาพจิต อารมณ์ แนวความคิดและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน แต่จากการวิจัยพบว่าบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดมมีอายุเฉลี่ย 38.36 ปี มีอายุน้อยที่สุด 21 ปี มีอายุมากที่สุด 60 ปี โดยในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดมนั้นมีการปฏิบัติงานร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันตามเขตพื้นที่ซึ่งมีตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเป้าหมาย อายุจึงไม่มีผลต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุข นอกจากนี้แล้วในส่วนของการระดับการศึกษาบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดมต่างได้ผ่านการศึกษาลึกสูตรสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นส่วนใหญ่ รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายก็ได้จัดการอบรมฟื้นฟูวิชาการ และพัฒนาทักษะในการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดมสามารถปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในประเด็นของตำแหน่งหน้าที่ เมื่อพิจารณาด้วยบริบทและลักษณะการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายในชุมชนแล้ว การดำเนินงานทันตสาธารณสุขล้วนแล้วแต่เป็นงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ไม่ว่าจะเป็นงานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก งานทันตสาธารณสุขเชิงรุกและบูรณาการตามกลุ่มวัยในชุมชน เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน ตลอดจนงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องบูรณาการควบคู่กันไปกับงานสาธารณสุขด้านอื่นๆ ไม่ได้จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความสามารถเฉพาะทางดังเช่นงานด้านการรักษาในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิแต่อย่างใด ดังนั้นตำแหน่งจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม และถึงแม้ว่าการทำงานด้านทันตสาธารณสุขจะต้องใช้ทักษะและ

ความสามารถเฉพาะบุคคลอยู่บ้างในงานด้านการให้บริการทันตกรรม แต่เมื่อพิจารณาในแง่การทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแล้ว จะเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนมากกว่าซึ่งเป็นการบูรณาการงานสาธารณสุขร่วมกันเพื่อที่งานจะบรรลุเป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งไว้ ประสพการณ์การทำงานที่แตกต่างกันนี้จึงไม่มีผลต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม ซึ่งไม่สอดคล้องตามแนวคิดของเซอร์เมอร์ฮอร์นและคณะ (Schermerhorn et al., 2003) แต่สอดคล้องกับการศึกษาของโชติกา ระโส (2555) ประชาภรณ์ ทัพโพธิ์ (2557) นลพรรณ บุญฤทธิ์ (2558) และภัทรนันท์ ศิริไทย และชิตพล ชัยมะดัน (2559) เช่นเดียวกันกับปัจจัยด้านความรู้เรื่องการดำเนินงานทันตสาธารณสุขที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุมนั้นอธิบายได้ว่าในหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานในตำแหน่งหน้าที่ที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข รวมทั้งผู้ช่วยด้านทันตกรรม แต่ในการดำเนินงานเจ้าหน้าที่ทุกคนจะร่วมมือกันแบบบูรณาการเพื่อให้งานสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งงานทันตสาธารณสุขก็เป็นอีกงานหนึ่งที่ได้ถูกบูรณาการร่วมกันกับงานสาธารณสุขอื่นๆ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง ฯลฯ บุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิจึงต้องมีความรู้เรื่องการดำเนินงานทันตสาธารณสุขเพื่อสามารถให้บริการหรือติดตามกลุ่มเป้าหมายได้ ดังนั้นความรู้ในเรื่องการดำเนินงานทันตสาธารณสุขจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

สำหรับปัจจัยแรงจูงใจในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขทั้งปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง เงินเดือนปรี้อค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบายและการบริหาร สภาพการปฏิบัติงาน สถานภาพวิชาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดมทั้งสิ้น ทั้งนี้เพราะหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องใช้ปัจจัยเหล่านี้ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถดำเนินงานสาธารณสุขภายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อเกิดประสิทธิผล เสริมพลังให้มีความมุ่งมั่นพยายาม ตั้งใจในการปฏิบัติและพัฒนาต่อยอดในงานที่รับผิดชอบ ตลอดจนเห็น

คุณค่าในงานที่ปฏิบัติ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนและมีความยั่งยืนต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัย (Two Factors Theory) ของเฮิร์ซเบิร์กและคณะ (Herzberg, Mausner and Snyderman, 2010) ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา แสงมณี (2552) จุฑารัตน์ ศรีไย (2554) ประเสริฐ ฉัตรชัยศักดิ์ (2556) ชนาภา ไชยศาสตร์ (2556) ประชาภรณ์ ทัพโพธิ์ (2557) ประภาพร พุกกะศรี (2557) Smith & Smith (2004) อังโน พรสรัญญ์ วงศ์ศรีศุภกุล, (2557) รัตนภัทร์ สุวรรณสิทธิ์ และวิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ (2558) ภัทรนันท์ ศิริไทย และชิตพล ชัยมะตัน (2559) ชนาภา ไชยศาสตร์ (2556) เนตรดาว มัชฌิมา (2559) ปรีตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักษ์ บัวผัน (2560) พยุดา ขาเวียง และประจักษ์ บัวผัน (2560) และรุ่งอรุณ กระแสร์สินธุ์ (2561)

ในส่วนของปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์การที่พบว่าโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ในระดับมากกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเขตอุดมนั้น เป็นเพราะหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีการวางแผนงานด้านกำลังคนให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับปริมาณงานได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากรจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในชุมชน ในแง่ของงบประมาณ หน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องสำรวจความต้องการวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข รวมไปถึงการได้รับการจัดสรรงบประมาณด้านทันตสาธารณสุขที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการดำเนินงานในช่วงเวลาอันเหมาะสมด้วย นอกจากนี้ยังต้องจัดทำทะเบียนครุภัณฑ์เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมถึงมีการวางแผนจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขโดยขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดำเนินงานอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการใช้งาน มีการวางแผนบริหารจัดการทรัพยากร ตลอดจนมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมจึงจะส่งผลให้สามารถดำเนินงานทันตสาธารณสุขได้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนจากองค์การ (Organization Support) ของไอเซนเบอร์เกอร์และคณะ (Eisenberger et al, 2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร กุญแจทอง และชนะพล ศรีฤาชา (2555) รัตนภัทร์ สุวรรณสิทธิ์ และวิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ (2558) ปรีตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักษ์ บัวผัน (2560) พยุดา ขาเวียง และประจักษ์ บัวผัน (2560) Allen, Shore and Griffeth (2003) O'Driscoll & Randall (2009) และ Wichkramasinghe (2010)

สรุปและขอเสนอแนะการศึกษา (Conclusion and recommendations)

ผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลและความรู้เรื่องการดำเนินงานทันตสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ส่วนแรงจูงใจทั้งปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน รวมถึงปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

สำหรับข้อเสนอแนะจากงานวิจัย มีดังนี้

1. ปัจจัยแรงจูงใจในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขทั้งปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม ดังนั้นโรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขเดชอุดมควรจัดตั้งทีมสนับสนุนการปฏิบัติงานและให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข เพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากรในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้ดียิ่งขึ้น

2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเดชอุดม ดังนั้นโรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขเดชอุดมในฐานะ CUP ควรจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทันตสาธารณสุขเพื่อบริหารจัดการทรัพยากร และสนับสนุนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขแก่หน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และ/หรือ ภาควิชาเครือข่ายบริการสุขภาพเดชอุดม ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาอบรมด้านการดำเนินงานทันตสาธารณสุขโดยจัดทำโครงการนาร่อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบด้านทันตสาธารณสุข หรือศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบด้านทันตสาธารณสุข เพื่อเป็นตัวอย่างในการเรียนรู้ร่วมกันในพื้นที่ รวมทั้งจัดศึกษาดูงานด้านทันตสาธารณสุขในหน่วยงานหรือชุมชนที่มีการดำเนินงานทันตสาธารณสุขได้ยอดเยี่ยมระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศเพื่อเพิ่มพูนทักษะและประสบการณ์การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขแก่บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพเดชอุดม เพื่อที่จะลดปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญซึ่งมีขนาดและความรุนแรงของปัญหาที่สูงในทุกกลุ่มวัย

4. จากกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎหมายบัตรออกตรวจ มาตรการและกิจกรรมหลักในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัย ส่วนใหญ่เป็นบริการที่ต้องดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ต้องให้บริการทั้งในสถานบริการ ในชุมชน และทำงานเชิง

รुकด้วยการออกเยี่ยมบ้าน จึงจำเป็นต้องประสานความร่วมมือและมองหาภาคีเครือข่ายอื่นๆ มาเป็นแนวร่วมในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชนและองค์กรท้องถิ่น

5. ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดบริการที่มุ่งเน้นคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชน ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับแนวคิดการจัดบริการ รพ.สต.ให้เป็นหน่วยบริการด่านหน้า (Gate keeper) โดยเฉพาะในการควบคุมป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งการเป็นหน่วยบริการดูแลต่อเนื่องและดูแลระยะยาวภายในชุมชน ดังนั้นการกำหนดกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำตามปัจจัยขนาดประชากรเพียงอย่างเดียว จึงไม่สอดคล้องกับภาระงานในปัจจุบัน รวมไปถึงการตอบสนองนโยบายการจัดบริการสุขภาพในอนาคตอีกด้วย

6. ปัจจุบันยังขาดกลยุทธ์และแนวทางการพัฒนาในการเตรียมระบบบริการและกำลังคนสุขภาพช่องปากในการทำงานบูรณาการผสมผสานเชิงรุกกับการดูแลสุขภาพทั่วไปในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบปัญหาการสูญเสียเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขไปจากระบบบริการจากปัญหาความไม่ก้าวหน้าในวิชาชีพ การเปลี่ยนสายงาน การลาออก ซึ่งจะทวีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายสุขภาพเขตอุดม จึงควรส่งเสริมให้มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในจำนวนที่มากขึ้นเพื่อกระจายไปตามพื้นที่ห่างไกลและควรให้มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำอยู่ในทุก รพ.สต. โดยการส่งเสริมให้คนพื้นที่มีโอกาสได้เข้าศึกษาต่อด้วยช่องทางการผลิตบุคลากรเพิ่มพิเศษซึ่งอาจเป็นการขอความร่วมมือในระดับหน่วยงานต้นสังกัด หรือด้วยทุนการศึกษาของหน่วยงานในพื้นที่ เช่น ทุนของมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ทุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นต้น นอกจากนี้การศึกษาฝึกอบรมบุคลากรตำแหน่งอื่นๆ ให้มีความรู้ ความสามารถด้านการตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำด้านการรักษาสุขภาพช่องปาก การทาฟลูออไรด์รวมถึงการบันทึกข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขที่ถูกต้องเพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขให้ดียิ่งขึ้น

7. ควรมีมาตรการเพื่อจรรงรักษาบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและความคิดเห็นของชุมชนที่ตั้งอยู่ เช่น ควรมีมาตรการเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อที่สนับสนุนการทำงานในชุมชนเพื่อสร้างความมั่นใจด้าน สวัสดิภาพและความปลอดภัย รวมไปถึงการส่งเสริมการปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกลจากสถานที่ปฏิบัติงาน เช่น มีสวัสดิการเพื่อสนับสนุนการเดินทางของบุคลากรสาธารณสุข สร้างชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ (นอกเหนือไปจากเงินเดือนหรือค่าตอบแทน) ที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบท

ทั้งนี้ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษากครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิโดย
ทำการศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดำเนินงาน
ทันตสาธารณสุขต่อไป
2. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในหน่วย
บริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพเขตอุดม เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาการดำเนินงานทันตสาธารณสุข
ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นต่อไป
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุขใน
หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ ที่หลากหลาย เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการ
ดำเนินงานทันตสาธารณสุข และก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
4. ควรมีการศึกษาในมุมมองของผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้เสีย ร่วมด้วย เช่น ประเมิน
ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจที่มีต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชนและหน่วยบริการปฐม
ภูมิเปรียบเทียบเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตลอดจน
รวบรวมและวิเคราะห์ข้อคิดเห็นและข้อร้องเรียนต่างๆ จัดทำเป็นสารสนเทศเพื่อใช้ในการแก้ไข
และพัฒนาให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานหรือพฤติกรรมบริการเพื่อให้ทันต่อความต้องการและ
การเปลี่ยนแปลง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มประชากรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาอันมีค่าใน
การให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไป
ได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

- จุฑารัตน์ ศรีไย. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของ
พนักงานธนาคารกสิกรไทย จังหวัดเชียงราย. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญา
เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนาภา ไชยศาสตร์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานเชิงรุกของพยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- โชติกา ระโส. (2555). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นลพรรณ บุญฤทธิ์. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตยา เพ็ญศิริภา และคณะ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดบึงกาฬ.
วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 7(26), 48-58.
- เนตรดาว มัชฌิมา. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานกับประสิทธิภาพในการ
ปฏิบัติงานของครูที่เลี้ยงศูนย์อบรมเด็กก่อนเกณฑ์ในวัด จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ประชากรณ์ ทัพโพธิ์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal
Slipakorn University. 7(2), 475-491.
- ประจักษ์ บัวผัน. (2553). การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น.
วารสารศูนย์บริการวิชาการ. 13(2), 31-44.
- ประภาพร พลกะศรี. (2557). การศึกษาปัจจัยค่าตอบแทนที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
ของพนักงานบริษัทสยามแม็คโครจำกัด (มหาชน) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ประเสริฐ ฉัตรชัยศักดิ์. (2556). การเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรสำนักเลขาธิการ:
กรณีศึกษาแรงจูงใจในการทำงาน. สถาบันต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการ
ต่างประเทศ.
- ปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักษ์ บัวผัน. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อ
การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
สกลนคร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 17(2), 37-48.
- พรสรัญญ์ วงศ์ศรีศุกุล. (2557). การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ความพึงพอใจในงานและ ความ
ผูกพันต่อองค์กร: กรณีศึกษาการประปาส่วนภูมิภาค. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พุดา ชาเวียง และประจักษ์ บัวผัน. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการ
ดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 17(1), 56-68.

- พิศักดิ์ องค์กริริมงคล และคณะ. (2551). การกระจายทันตภิบาลไทย และภาระงานที่ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพ พ.ศ. 2549. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(1), 91-98.
- ภัทรนันท์ ศิริไทย และชิตพล ชัยมะดัน. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรวิทยาลัยชุมชนสระแก้ว.วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง. 5(1), 157-197.
- รัชนิกร กุญแจทอง และชนะพล ศรีฤาชา. (2555). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 19(2), 17-26.
- รัตนภัทร์ สุวรรณสิทธิ์ และวิโรจน์ เจริญลักษณ์. (2558). การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานผ่านสมรรถนะหลักของบุคลากรสำนักงานประกันสังคม. Veridian E-Journal Slipakorn University, 8(2), 2217-2253.
- รุ่งอรุณ กระแสสินธุ์. (2561). ปัจจัยค่าตอบแทนที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงาน: กรณีศึกษาของบริษัทผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารร่มพฤกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก. 36(2), 168-179.
- ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจและคณะ. (2556). พัฒนาการและแนวโน้มของระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 6(2),75-87.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุณี วงศ์คณาเทพ และคณะ. (2552). คู่มือแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขสำหรับทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. (2550). Thailand Health Profile 2005-2007. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เอมอร บุตรแสงดี. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานโดยการประเมินตนเองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Allen, D.G., Shore, L.M. and Griffeth, R.W. (2003). The role of perceived organizational support and supportive human resource practices in the turnover process. Journal of Management. 29(1), 99-118.

- Eisenberger, R., Armeil, S., Rexwinkel, B., Lynch, PD. and Rhoades, L. (2001). Reciprocation of perceived organization support. *Journal of Applied Psychology*. 86(1), 42-51.
- Herzberg F., Mausner B., Snyderman B.B. (2010). *The motivation to work*. New York: Transaction Publishers.
- Prachak B., *Principles of Public Administration*. (2010). (3rd Edition). Khon Kaen: Khon Kaen University.
- Pimwara S. and Prachak B. (2014). An evaluation of the public health officers at sub-district health promoting hospital, Buriram Province. *Journal of Health Systems Research*. 8(3), 267-280.
- O'Driscoll M.P. and Randall D.M. (2009). Perceived organizational support, satisfaction with rewards, and employee job involvement and organizational commitment. *Applied Psychology: An International Review*. 48(2), 197–209.
- Schermerhorn R., Hunt G. and Osborn N. (2003). *Organization Behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- Wichkramasinghe V. (2010). Effects of interpersonal trust, team leader support, rewards, and knowledge sharing mechanisms on knowledge sharing in project teams. *VINE: The journal of information and knowledge management systems*. 42(2): 214–236.

Smoking behavior among students in the school of Engineering, a University in the Northern Region of Thailand

Nutthapong Khrongrut¹ Nuttaporn Puangkhum² Nuttarika Tanpa³ Ratchaphon Saensri⁴

Awika seepan⁵ Jiranuwat Kaewnokat⁶ Teerasak Thawinrak⁷ Narong Chaitiang^{8*} Rossarin Kaewta⁹

Abstract

This research was a cross-sectional study, aimed to identify factors that are associated with the smoking behavior of students in the Faculty of Engineering, 4th year of a university in the Northern Region, Thailand. A sample size was students 160. Data were analyzed by using percentage, mean, and standard deviation, Chi-square statistics and Fisher's Exact test.

The study indicated that most of the sample were male (73.7%), 22 years old (63.7%) and (100%) of students in grade 4. Those who stayed at the dorm outside from University was 93.7% and 20.6%). stayed inside the University dorm. Smoking behavior was seen among (26.9%), smoking 1-5 cigarettes per day was present in (17.5%), a high level of knowledge and attitudes was seen in (73.1% and 56.2% respectively) Smoking learning and habits were at low level 57.5% and 63.1% respectively. The correlation analysis showed that underlying smoking history, the number of smoking cigarettes per day, knowledge, attitudes, and learning were correlated with smoking behavior in a statistically significant ($p\text{-value} = 0.001$). Besides, gender, age, and money received from parent's weekly average were not correlated with smoking behavior.

In conclusion, smoking behavior among the fourth-year students at the Faculty of Engineering in a University of Northern Region was associated with persistent smoking history, volume of smoke, knowledge, attitudes, and learning. Therefore, institutions should give priority to modify their smoking habits. Likewise, public health agencies are required to play a role in the campaign to reduce the behavior of smokers to minimize higher education institutions.

Keywords : smoking behavior, students, Faculty of Engineering

¹⁻⁷ Major Public Health, School of Medicine, University of Phayao

⁸⁻⁹ School of Medicine, University of Phayao

*corresponding author : kongkangku69@gmail.com

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือประเทศไทย

ณัฐพงศ์ ครองรัตน์¹ ณัฐพร ปวงคำ² ณัฐริกา ตาลป่า³ รัชพล แสนศรี⁴

เอวิกา สีปาน⁵ จิราณวัฒน์ แก้วโนภาส⁶ อีรศักดิ์ ถวิลรักษ์⁷ ณรงค์ ใจเที่ยง^{8*} รสรินทร์ แก้วตา⁹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติไคสแควร์ และค่าสถิติ Fisher's Exact test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.7 อายุ 22 ปี ร้อยละ 63.7 ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 100 มีที่พักอาศัยคือหอพักนอก ร้อยละ 93.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20.6 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 26.9 กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่มีปริมาณการสูบ 1-5 มวนต่อวัน ร้อยละ 17.5 มีความรู้ ทักษะ ระดับสูง ร้อยละ 73.1, 56.2 มีการเรียนรู้และระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระดับต่ำ ร้อยละ 57.5, 63.1 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่/วัน ปัจจัยความรู้ ทักษะ และการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่ p-value 0.001 ส่วนเพศ อายุ เงินที่ได้รับจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อรายสัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สรุปได้ว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตชั้นปีที่ 4 คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือมีความสัมพันธ์กับ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และการเรียนรู้ ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ตลอดจนหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขมีความจำเป็นที่ต้องมีบทบาทในการณรงค์เรื่องการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้เกิดน้อยที่สุดในสถาบันอุดมศึกษา

คำสำคัญ : พฤติกรรมการสูบบุหรี่, นิสิต, คณะวิศวกรรมศาสตร์

¹⁻⁷ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

⁸⁻⁹ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*ผู้ส่งบทความวิจัย : kongkangku69@gmail.com

บทนำ (Introduction)

จากการสำรวจสถานการณ์บุหรี่ของไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุด ปี 2560 พบว่า การสูบบุหรี่ของคนไทยยังอยู่ในระดับน่าเป็นห่วง ซึ่งจำนวนผู้สูบบุหรี่ยังมีถึง 10.7 ล้านคน โดยร้อยละ 32.7 เคยมีการสูบบุหรี่ในบ้าน โดยผู้สูบบุหรี่ในบ้านร้อยละ 73.8 มีการสูบบุหรี่ในบ้านทุกวัน ทำให้สมาชิกในบ้านต้องได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพคนใกล้ชิด โดยพบว่า ปี 2560 คนไทยเสียชีวิตจากบุหรี่สูงถึงกว่า 70,000 คน และเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง 8,278 คน โดยเฉพาะแคบบุหรี่ แต่บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมีไอระเหยมีสารอันตรายเป็นพิษต่อปอดและระบบทางเดินหายใจของผู้สูบและผู้ใกล้ชิด ทำให้เสี่ยงปอดอักเสบเรื้อรัง มะเร็งปอด และหัวใจวาย การประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18 ประกาศปณิญา สร้างบ้านปลอดบุหรี่ ชี้ คนไม่ได้สูบบุหรี่ แต่เสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสองปีละหมื่นคน ตั้งเป้าเร่งควบคุมบุหรี่อย่างทั่วถึงการสนับสนุนให้บ้านปลอดบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ลดความรุนแรง สร้างปฏิญญาร่วมกันดำเนินนโยบายและสร้างมาตรการต่างๆ เพื่อลดอันตรายของประชาชน โดยมีเป้าหมาย คือ 1.ทำให้เกิดความร่วมมือกันขับเคลื่อนให้ “มาตรการบ้านปลอดบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า สำเร็จเป็นรูปธรรม 2.ร่วมมือกันส่งเสริมให้การไม่สูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า เป็นค่านิยมดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่น และ 3.ร่วมกันสร้างความเข้มแข็งการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในทุกระดับ เพื่อสุขภาพของประชาชนไทย ทุกเพศ ทุกวัย อย่างทั่วถึงและเสมอหน้ากัน ปัจจุบันบุหรี่มีอิทธิพลมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะเห็นได้จากวัยรุ่นในปัจจุบันนี้ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2562) มีความเครียดในการปรับตัวมากขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นที่มีปัญหาด้านการเรียนและปัญหาทางด้านครอบครัว บางคนก็สูบบุหรี่เพื่อระบายความเครียด ดังนั้นวัยรุ่นส่วนใหญ่เลยหันมาสูบบุหรี่มากขึ้น ยาสูบและบุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมายนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย จากการศึกษาทางการแพทย์พบว่าในบุหรี่มีสารเคมีกว่า 4,000 ชนิด บางชนิดเป็นสารพิษที่ทำลายอวัยวะต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เริ่มจากสารนิโคตินซึ่งมีฤทธิ์ร้ายแรงเท่ากับเฮโรอีน และยังมีสารคาร์บอนมอนอกไซด์ไฮโดรเจนไซยาไนด์ไนโตรเจนไดออกไซด์และแอมโมเนีย ทั้งนี้บุหรี่ยังจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งมากกว่า 25 โรค ทั้งในผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้ชิดเคียงและทำให้ตายก่อนวัยอันควร รวมทั้งก่อให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากค่ารักษาพยาบาลด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขมาเป็นระยะเวลายาวนาน นอกจากนี้ควันที่เกิดจากการสูบบุหรี่ยังคงเป็นมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม และบุคคลใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ด้วย จากเหตุผลดังกล่าวทุกประเทศทั่วโลกต่างให้ความสำคัญและตระหนักถึงการ

ดำเนินการเพื่อให้มีมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการจำหน่ายและบริโภคยาสูบให้มีจำนวนลดน้อยลง (วาริพร ชูศรี, 2561) วัยรุ่นติดบุหรี่ด้วยสาเหตุต่าง ๆ หลายอย่าง ส่วนใหญ่เพราะความอยากลอง และค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง ยึดติดกลุ่มเพื่อน เยาวชนที่เริ่มสูบบุหรี่เพราะความอยากลอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยรุ่นที่อยากลองเป็นสิ่งที่ทำหาย นำตื่นเต้น และสนุกสนาน ถึงแม้จะทราบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพก็ตามอย่างเพื่อน นอกจากนี้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นพบว่ามีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เกิดจากวัยรุ่นมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ขาดความตระหนักในพิษภัยของบุหรี่ อีกทั้งวัยรุ่น เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ด้วยตนเอง อยากรู้อยากลอง อีกทั้งยังต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนพฤติกรรมเบี่ยงเบนและพฤติกรรมเสี่ยงทั้งหลาย จึงจะทำตามการตัดสินใจของกลุ่ม หากทางเลือกที่กลุ่มเสนอนั้นไม่เหมาะสมกับตนและสามารถที่จะคิดหาทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองได้โดยอาศัยทักษะการสื่อสารเพื่อปฏิเสธคัดค้าน เจริญต่อรอง โดยเสนอทางเลือกใหม่ที่ดีกว่าจะเป็นทักษะที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในเชิงยับยั้งพฤติกรรมเสี่ยงได้ จากการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาวิจัยของนักวิจัยและนักวิชาการจากหลายสถาบันในปี พ.ศ.2547 เกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยพบว่า มีเยาวชนไทยอายุต่ำกว่า 18 ปี เสพติดบุหรี่เกือบ 500,000 คน และมีเยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปี เสพติดบุหรืกว่า 1.5 ล้านคน ซึ่งในแต่ละปีจะมีเยาวชนไทยเสพติดบุหรืใหม่และกลายเป็นผู้ต้องสูบบุหรืเป็นประจำระหว่าง 200,000 ถึง 300,000 คน (อัศวศิริ ลาป้อ, 2560)

จากสถานการณ์การบริโภคยาสูบของจังหวัดพะเยา พบว่า จากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรื 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) แยกเป็นผู้ที่สูบเป็นประจำ 9.4 ล้านคน (ร้อยละ 16.8) และเป็นผู้ที่สูบนานๆครั้ง 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 2.3) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรืสูงสุด (ร้อยละ 21.9) กลุ่มอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 20.7) กลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 19.1) สำหรับกลุ่มผู้สูบบุหรื (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.4 กลุ่มเยาวชน(อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรืต่ำสุด (ร้อยละ 9.7) แนวโน้มการสูบบุหรืในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงไม่มากแต่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 20.7 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 19.9 ในปี 2558 และร้อยละ 19.1 ในปี 2560 ผู้ชายที่สูบบุหรืลดลงมากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายลดลงร้อยละ 40.5 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 39.3 ในปี 2558 และร้อยละ 37.7 ในปี 2560 สำหรับผู้หญิงลดลงจากร้อยละ 2.2 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 1.8 ในปี 2558 และร้อยละ 1.7 ในปี 2560 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรืครั้งแรกมีผลต่อการเข้าถึงการมีสุขภาวะที่ดีและจำนวนปีการสูญเสียสุขภาวะ อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรืครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรืเป็นประจำเพิ่มขึ้นมาเพียงเล็กน้อยจาก 17.8 ปี ในปี 2557 เป็น 18 ปี ในปี 2560 ถึงแม้สถิติการสูบบุหรืจะมีแนวโน้มลดลง แต่บุหรืซึ่งจัดเป็นสิ่งเสพติดชนิด

หนึ่งที่สามารถหาซื้อได้ง่ายและไม่ผิดกฎหมาย การสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยมีโอกาเสี่ยงต่อการนำไปสู่การใช้สิ่งเสพติดอื่น ๆ ที่รุนแรงขึ้น การสูบบุหรี่ส่งผลเสียต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบเองและบุคคลรอบข้าง จากการนำนิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งนิสิตในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะทดลองและมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมรอบข้างของนิสิตกลุ่มนี้มีความเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบุหรี่โดยง่ายเช่น การรับน้องของรุ่นพี่จาก คณะวิศวกรรมศาสตร์ การหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายจากการที่มีขายอยู่ทั่วไปตามร้านสะดวกซื้อ และการที่มีสถานบันเทิงอยู่ใกล้มหาวิทยาลัยส่งผลให้นิสิตเหล่านี้จะเกิดความอยากรู้อยากลอง และอยากเป็น ที่ยอมรับในกลุ่มรุ่นพี่และกลุ่มเพื่อน อีกทั้งสภาพแวดล้อมโดยรอบสถานศึกษาเป็นแหล่งชุมชน ทำให้ง่ายต่อการซื้อบุหรี่มาสูบ และอาจนำไปสู่การติดสิ่งเสพติดชนิดอื่นๆ ตามมา นิสิตจึงได้จัดทำ ปัญหาพิเศษในเรื่องนี้ขึ้น เพื่อให้นิสิตกลุ่มเป้าหมายทราบสาเหตุและทัศนคติที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และให้นิสิตกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ในเรื่องของบุหรี่ทั้งเรื่องโทษของบุหรี่และแนวทาง ในการป้องกันเพื่อไม่ให้นิสิตกลุ่มเป้าหมายไปเสพติดบุหรี่เพราะบุหรี่เป็นก้าวแรกของการทดลองสิ่งเสพติดชนิดอื่น ๆต่อไป

ด้วยสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความรู้ ความเข้าใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนิสิตชั้นปีที่ 4 คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ศึกษานี้ไปเป็นประโยชน์หรือเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ หาแนวทางในการรณรงค์ การป้องกัน การกำหนดกฎเกณฑ์การสูบบุหรี่ และช่วยลดหรือการเลิกสูบบุหรี่ของนิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์ได้ จะช่วยส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของตนเอง ผู้ใกล้ชิดและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ ด้านความรู้และความเข้าใจ ในเรื่องของบุหรี่ของนิสิตชั้นปีที่ 4 คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตชั้นปีที่ 4 คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตชั้นปีที่ 4 คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือประเทศไทย

วิธีดำเนินการศึกษา (Methods)

เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตชั้นปีที่ 4 โดยผู้วิจัย ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษานิสิตชั้นปีที่ 4 ณ นิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครจจ์และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างถึงใน สุทนต์ ศรีไสย์, 2551, หน้า 132-133)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป นิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง ที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบ มีลักษณะเป็นคำตอบแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 8 ข้อ พัฒนามาจากแบบสอบถามการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยทำงานในจังหวัดพะเยา (ปฏิภาณ วิปตทุม และคณะ, 2561)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจในเรื่องของบุหรี่ ความหมายเกี่ยวกับบุหรี่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ สารประกอบในบุหรี่ นิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ มีลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบ (Check list) จำนวน 10 ข้อ พัฒนามาจากแบบสอบถามการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยทำงานในจังหวัดพะเยา (ปฏิภาณ วิปตทุม และคณะ, 2561) เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) (ใช่, ไม่ใช่, ไม่ทราบ) คะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 10 – 30 คะแนน ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของความรู้โดยใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อยดังนี้ ความรู้ต่ำ (≤ 16.6) ความรู้ปานกลาง (16.7 - 23.3) และความรู้สูง (≥ 23.4)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 13 ข้อ (ปฏิภาณ วิปตทุม และคณะ, 2561) เป็นแบบทดสอบ เพื่อให้ทราบถึงทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นิสิตคณะวิศวกรรมศาสตร์ คำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) (เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 13 – 65 คะแนน ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของทัศนคติโดยใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อยดังนี้ ทัศนคติต่ำ (≤ 30.3) ทัศนคติปานกลาง (30.4 – 44.7) และทัศนคติสูง (≥ 47.8)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 10 ข้อ (ปฏิภาณ วิ ปัทม และคณะ, 2561) เป็นแบบทดสอบเพื่อให้ทราบถึงการเรียนรู้ในการสุขภาพ นิสิตคณะ วิศวกรรมศาสตร์ คำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) (เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็น ด้วย, ไม่เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 10 - 50 คะแนน ซึ่ง แบ่งเกณฑ์คะแนนของการเรียนรู้โดยใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อยดังนี้ การเรียนรู้ต่ำ (≤ 23.3) การเรียนรู้ปานกลาง ($23.4 - 36.7$) และการเรียนรู้สูง (≥ 36.8)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ นิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 10 ข้อ (ปฏิภาณ วิ ปัทมและคณะ, 2561) โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภคไว้ 5 ระดับ (Rating scale) (ปฏิบัติ เป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง ไม่เคยเลย) คะแนนที่เป็นไปได้ เท่ากับ 15 - 75 คะแนน ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของการเรียนรู้โดยใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อยดังนี้ พฤติกรรมต่ำ (≤ 35) พฤติกรรมปานกลาง ($36 - 56$) และพฤติกรรมสูง (≥ 57)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อหา ความสอดคล้องของข้อคำถาม วัตถุประสงค์หรือนิยาม (IOC: item objective congruence index) ค่าที่ได้ในแต่ละข้อต้องไม่ต่ำกว่า 0.813

2. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยที่ค่าความเชื่อมั่นของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสุขภาพของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ประเทศไทย เท่ากับ 0.916

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของบุหรื ทศนคติ และการเรียนรู้ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statics) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ บุหรืเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของบุหรื ทศนคติ และการเรียนรู้ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - Square Test) และฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยก่อนการดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยคณะกรรมการดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 02/074/62 ลงวันที่ 18 กันยายน 2562

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 118 คน ร้อยละ 73.7 มีอายุ 22 ปี จำนวน 102 คน ร้อยละ 63.7 ระดับการศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 160 คน ร้อยละ 100 เงินที่ได้ต่อสัปดาห์ส่วนใหญ่ 1,001-3,000 บาท จำนวน 92 คน ร้อยละ 57.5 รองลงมา น้อยกว่า 1,000 บาท จำนวน 65 คน ร้อยละ 40.6 หอพักนอก จำนวน 150 คน ร้อยละ 93.7 รองลงมาหอพักใน จำนวน 8 คน ร้อยละ 5.0 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 127 คน ร้อยละ 79.4 รองลงมามีโรคประจำตัว จำนวน 33 คน ร้อยละ 20.6 ประวัติการไม่สูบบุหรี่ จำนวน 88 คน ร้อยละ 55.0 รองลงมาสูบบุหรี่ จำนวน 43 คน ร้อยละ 26.9 ไม่มีปริมาณการสูบบุหรี่ จำนวน 107 คน ร้อยละ 66.8 รองลงมาปริมาณการสูบบุหรี่จำนวน 1-5 มวน จำนวน 28 คน ร้อยละ 17.5 (ตารางที่ 1)

ระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูงจำนวน 117 คน ร้อยละ 73.1 รองลงมาีระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระดับปานกลาง จำนวน 28 คน ร้อยละ 17.5 (ตารางที่ 2)

ระดับทัศนคติ ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ระดับสูง จำนวน 90 คน ร้อยละ 56.2 รองลงมามีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ระดับปานกลาง จำนวน 55 คน ร้อยละ 34.4 (ตารางที่ 3)

ระดับการเรียนรู้พฤติกรรมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ระดับต่ำ จำนวน 92 คน ร้อยละ 57.5 รองลงมาีพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ระดับปานกลาง จำนวน 40 คน ร้อยละ 25.0 (ตารางที่ 4)

ระดับพฤติกรรม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ระดับต่ำ จำนวน 101 คน ร้อยละ 63.1 รองลงมาีพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ระดับปานกลาง จำนวน 30 คน ร้อยละ 18.8 (ตารางที่ 5)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย แห่งหนึ่งในภาคเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่ p - value 0.001 แต่เพศ อายุ เงินที่

ได้รับจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อรายสัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของ คณะ
วิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ n=160

ปัจจัย		จำนวน(คน)	ร้อยละ(%)
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่			
ระดับสูง	(≥ 23.4)	117	73.1
ระดับปานกลาง	(16.7-23.3)	28	17.5
ระดับต่ำ	(≤ 16.6)	15	9.4
$\bar{X} = 25.1, S.D. = 5.2$			
ทัศนคติ			
ระดับสูง	(≥ 47.8)	90	56.2
ระดับปานกลาง	(30.4-44.7)	55	34.4
ระดับต่ำ	(≤ 30.3)	15	9.4
$\bar{X} = 46.8, S.D. = 10.2$			
การเรียนรู้พฤติกรรม			
ระดับสูง	(≥ 36.8)	28	17.5
ระดับปานกลาง	(23.4-36.7)	40	25.0
ระดับต่ำ	(≤ 23.3)	92	57.5
$\bar{X}=24.1, S.D.=12.4$			
พฤติกรรมการสูบบุหรี่			
ระดับสูง	(≥ 57)	29	18.1
ระดับปานกลาง	(36-56)	30	18.8
ระดับต่ำ	(≤ 35)	101	63.1
$\bar{X}=33.9, S.D.=20.7$			

ตารางที่ 2 จำแนกความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	Mean	S.D.	แปลผล
1. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง	2.63	.758	สูง

2.ห้ามขาย แลกเปลี่ยนหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ผู้ที่มีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์	2.71	.686	สูง
3.ผู้ที่สูบบุหรี่เพียงวันละ 1 ซองก็มีความเสี่ยงโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า	2.55	.791	สูง
4.การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและเป็นอัมพาตได้	2.56	.806	สูง
5.สารนิโคตินในบุหรี่ ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีอาการติดยา	2.66	.734	สูง
6.บุหรี่เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ	2.59	.796	สูง
7.สารทาร์ในบุหรี่ มีผลทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว	2.53	.824	สูง
8.กั้นกรองบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้	2.23	.806	ปานกลาง
9.การสูบบุหรี่มีโอกาสทำให้ตาบอด	2.01	.887	ปานกลาง
10.ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มีโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท	2.53	.831	สูง

ตารางที่ 3 จำแนกทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	Mean	S.D.	แปลผล
1.เห็นด้วยกับกฎหมาย ห้ามขายบุหรี่ให้กับบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี	4.07	1.299	สูง
2.เห็นด้วยกับกฎหมาย ห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง	3.75	1.355	สูง
3.เห็นด้วยกับกฎหมาย ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ	4.14	1.302	สูง
4.เห็นด้วยกับกฎหมาย ห้ามโฆษณาบุหรี่ และผลิตภัณฑ์บุหรี่	3.88	1.380	สูง
5.เห็นด้วยกับกฎหมายการเสียค่าปรับเมื่อฝ่าฝืนการสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ	4.04	1.290	สูง
6.คิดว่า ควันบุหรี่มีผลกระทบต่อคนรอบข้าง	4.19	1.328	สูง
7.คิดว่า การสูบบุหรี่ช่วยคลายความเครียดลงได้	3.51	1.293	สูง
8.คิดว่า การสูบบุหรี่ ทำให้มีกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นกว่าปกติ	3.95	1.148	สูง
9.คิดว่า การซื้อบุหรี่เป็นการสิ้นเปลืองเงิน	3.84	1.359	สูง
10.คิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้เข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ง่ายขึ้น	2.86	1.273	ปานกลาง
11.การสูบบุหรี่ช่วยให้มีสมาธิและมีความรอบคอบมากขึ้น	2.85	1.356	ปานกลาง

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	Mean	S.D.	แปลผล
12.คนที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ จะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง	3.01	1.254	ปานกลาง
13.การสูบบุหรี่ในปริมาณที่พอไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ	2.73	1.410	ปานกลาง

ตารางที่ 4 จำแนกการเรียนรู้พฤติกรรมในการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

เรียนรู้พฤติกรรมในการสูบบุหรี่	Mean	S.D.	แปลผล
1.ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่	2.58	1.486	ปานกลาง
2.กลุ่มเพื่อนของท่านสูบบุหรี่	2.35	1.442	ปานกลาง
3.สมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิดท่านสูบบุหรี่	3.09	1.319	ปานกลาง
4.ท่านมักพกบุหรี่ติดตัว	2.48	1.590	ปานกลาง
5.ก่อน-หลังรับประทานอาหาร มักจะสูบบุหรี่	2.33	1.390	ต่ำ
6.เมื่อท่านเห็นคนสูบบุหรี่ มีความอยากสูบบุหรี่ตาม	2.29	1.372	ต่ำ
7.สูบบุหรี่เมื่อมีความเครียดหรือต้องใช้ความคิด	2.19	1.411	ต่ำ
8.ในขณะที่ป่วยท่านยังคงสูบบุหรี่	2.13	1.406	ต่ำ
9.เมื่อสูบบุหรี่แล้วมักจะโดนตำหนิจากคนรอบข้าง	2.48	1.500	ปานกลาง
10.พยายามที่จะเลิกบุหรี่	2.24	1.507	ต่ำ

ตารางที่ 5 จำแนกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	Mean	S.D.	แปลผล
1.ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่	2.28	1.602	ต่ำ
2.กลุ่มเพื่อนของท่านสูบบุหรี่	3.03	1.423	ปานกลาง
3.สมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิดท่านสูบบุหรี่	2.48	1.496	ปานกลาง
4.ท่านมักพกบุหรี่ติดตัว	2.26	1.673	ต่ำ
5.ก่อน-หลังรับประทานอาหาร ท่านมักจะสูบบุหรี่	2.10	1.559	ต่ำ
6.เมื่อท่านเห็นคนสูบบุหรี่ท่านมีความอยากสูบบุหรี่ตาม	2.15	1.535	ต่ำ
7.ท่านสูบบุหรี่เมื่อมีความเครียดหรือต้องใช้ความคิด	2.23	1.578	ต่ำ
8.ในขณะที่ท่านป่วยท่านยังคงสูบบุหรี่	1.90	1.437	ต่ำ
9.เมื่อท่านสูบบุหรี่แล้วมักจะโดนตำหนิจากคนรอบข้าง	2.24	1.600	ต่ำ
10.ท่านพยายามที่จะเลิกบุหรี่	2.43	1.688	ปานกลาง
11.เมื่อท่านดื่มแอลกอฮอล์ ท่านอยากจะสูบบุหรี่	2.46	1.697	ปานกลาง

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	Mean	S.D.	แปลผล
12.ในขณะที่ท่านทำธุระส่วนตัวในห้องน้ำ ท่านจะสูบบุหรี่	2.11	1.581	ต่ำ
13.ก่อน - หลังจากออกกำลังกาย ท่านมักจะสูบบุหรี่	1.97	1.502	ต่ำ
14.ก่อนและหลังตื่นนอน ท่านมักจะสูบบุหรี่	2.12	1.592	ต่ำ
15.ท่านจะสูบบุหรี่ทุก ๆ 2-4 ชั่วโมง	2.15	1.622	ต่ำ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ
กลุ่มตัวอย่าง n=160

ปัจจัย	ต่ำ จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	สูง จำนวน(%)	รวม จำนวน(%)	df.	χ^2 /Fisher's	p- value
เพศ					2	5.699	0.058
ชาย	69(58.5)	29(22.9)	22(18.6)	118(100.0)			
หญิง	32(76.2)	3(7.1)	7(16.7)	42(100.0)			
อายุ					4	5.273	0.223
21	41(73.2)	7(12.5)	8(14.3)	56(100.0)			
22	59(57.8)	22(21.6)	21(20.6)	102(100.0)			
23	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	2(100.0)			
เงินที่ได้รับต่อสัปดาห์(บาท)					4	3.732	0.401
ต่ำกว่า 1,000	43(66.2)	9(13.8)	13(20.0)	65(100.0)			
1,001-3,000	57(62.0)	20(21.7)	15(16.3)	92(100.0)			
3,001-5,000	3(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	3(100.0)			
					4	3.490	0.443

หมายเหตุ * p-value ≤ 0.05 **p-value ≤ 0.001

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่
ของกลุ่มตัวอย่าง n=160

ปัจจัย	ต่ำ จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	สูง จำนวน(%)	รวม จำนวน(%)	df.	χ^2 /Fisher's	p-value
ที่อยู่อาศัย							
บ้าน	1(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	2(100.0)			
หอใน	7(87.5)	1(12.5)	0(0.0)	8(100.0)			
หอนอก	93(62.0)	29(19.3)	28(18.7)	150(100.0)			
โรคประจำตัว					2	66.084	0.001**
มี	9(27.3)	2(6.0)	22(66.7)	33(100.0)			
ไม่มี	92(72.4)	28(22.1)	7(5.5)	127(100.0)			
ประวัติการสูบบุหรี่					4	120.701	0.001**
สูบ	10(23.3)	23(53.4)	10(23.3)	43(100.0)			
ไม่สูบ	85(96.6)	2(2.3)	1(1.1)	88(100.0)			
สูบแต่เลิกแล้ว	6(20.7)	5(17.2)	18(62.1)	29(100.0)			
ปริมาณการสูบบุหรี่/วัน (มวน)					8	50.347	0.001**
0	83(77.6)	6(5.6)	18(16.8)	107(100.0)			
ความรู้					4	22.238	0.001**
ต่ำ	4(26.7)	1(6.7)	10(66.6)	15(100.0)			
ปานกลาง	19(67.9)	3(10.7)	6(21.4)	28(100.0)			
สูง	78(66.7)	26(22.2)	13(11.1)	117(100.0)			
ทัศนคติ					4	36.904	0.001**
ต่ำ	1(6.7)	2(13.3)	12(20.0)	15(100.0)			
ปานกลาง	37(67.3)	8(14.5)	10(18.2)	55(100.0)			
สูง	63(70.0)	20(22.2)	7(7.8)	90(100.0)			
การเรียนรู้					4	110.458	0.001**
ต่ำ	83(90.2)	7(7.6)	2(2.2)	92(100.0)			
ปานกลาง	17(42.5)	17(42.5)	6(15.0)	40(100.0)			
สูง	1(3.6)	6(21.4)	21(75.0)	28(100.0)			

หมายเหตุ * p-value ≤ 0.05 **p-value ≤ 0.001

อภิปรายผล (Discussion)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.7 มีอายุ 22 ปี ร้อยละ 63.7 ศึกษาอยู่ในอุดมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 100 มีที่พักอาศัยคือหอพักนอก ร้อยละ 93.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20.6 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 26.9 กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่โดยมีปริมาณการสูบ 1-5 มวนต่อวัน ร้อยละ 17.5 มีความรู้ ทักษะ ระดับสูง ร้อยละ 73.1 ,56.2 มีการเรียนรู้และระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระดับต่ำ ร้อยละ 57.5, 63.1

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ เงินที่ได้รับจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรคประจำตัวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร ทองโพธิ์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 58.3 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องในช่วง 1 เดือน ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = -0.709, -0.479$ และ -0.772 ตามลำดับ, $p < 0.05$) การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = 0.573$ และ 0.733 ตามลำดับ, $p < 0.05$) และตัวแปรดังกล่าวสามารถรวมทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 63.5 ($R^2 = 0.635, p < 0.05$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.7 มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาลัยแห่งหนึ่งใน

ภาคเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีวัตร ปาโส และคณะ (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับสูง ด้านทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ดังนั้นมหาวิทยาลัยควรมีการจัดโครงการเชิงรุกเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ควรมีการจัดการความรู้และให้ความร่วมมือกับครอบครัวของนักศึกษาเกี่ยวกับบุหรี่และมีวิจัยหรือโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วมกับนักศึกษาเพื่อการหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับสูงและมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.0 มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 67.3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิยม จันทร์นวล และพลากร สืบสำราญ (2559) ได้ศึกษาเรื่องเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่าเพศ อายุ ทัศนคติเกี่ยวกับโทษของสูบบุหรี่ และบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$, $P = 0.039$, $P < 0.001$, $P < 0.001$) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเรียนรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.2 มีการเรียนรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ร้อยละ 42.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การเรียนรู้เกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ชิดนายิ และวราภรณ์ ยศทวี (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา พื้นที่ของโรงเรียน เพื่อนสนิทชักชวนให้สูบ และมีคนสูบบุหรี่มาอยู่ใกล้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

สรุปได้ว่านิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิด และการเรียนรู้ ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ตลอดจนหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขมีความจำเป็นที่ต้องมีบทบาทในการรณรงค์เรื่องการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดในสถาบันอุดมศึกษา

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ขอเสนอแนะดังนี้

1.1 ทางคณะหรือทางมหาวิทยาลัยควรมีการจัดโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ความรู้ในเรื่องของบุหรี่และคำแนะนำถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพในกลุ่มนิสิต

1.2 กลุ่มรุ่นพี่หรือกลุ่มเพื่อน และสิ่งแวดล้อมรอบข้างของนิสิต มีส่วนช่วยให้นิสิตตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่และไม่ใช้บุหรี่เป็นเครื่องบำบัดความเครียดเพื่อที่จะไม่ให้บุหรี่เป็นก้าวแรกของการทดลองสิ่งเสพติดชนิดอื่น ๆ ต่อไป

1.3 บิดา มารดา รวมถึงสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว ควรประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีและดูแล เอาใจใส่บุตรหลาน เป็นที่ปรึกษาเมื่อพบว่าบุตรหลานสูบบุหรี่ต้องให้ความสนใจไม่ใช่วิธีการประณามหรือดุด่าลูก รวมถึงให้กำลังใจแก่บุตรหลาน ในการเลิกบุหรี่รวมทั้งสอนบุตรหลานให้เลือกคบเพื่อนที่ไม่สูบบุหรี่

เอกสารอ้างอิง (References)

นิยม จันทน์นวล และพลากร สืบสำราญ. (2559). สถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและ นักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี่. วารสาร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 18 (2), 1-10.

- ประภาพร ทองโพธิ์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2561). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.วารสารธรรมศาสตร์เวชสาร, 18 (1), 40-50.
- ปฎิภาณ วิปตพุม และคณะ. (2561). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยทำงานในจังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขน่าน, 1(2), 63-74.
- ปรีวัตร ปาโส และคณะ. (2560). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักกีฬามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดปัตตานี, วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด, 11(1), 113-119.
- วาริพร ชูศรี จุฑามาศ พรหมมนตรี และบุตรี บุญโรจน์พงศ์.(2561)การเข้าถึงยาสูบ การรับรู้และการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของนักเรียน นักศึกษา ประชาชน และผู้จำหน่าย บุหรี่รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่.วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4(2) พฤษภาคม-สิงหาคม 2561.หน้า 179-193.
- ศศิธร ชิดน้ายี และวารภรณ์ ยศหวิ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 10 (1), 83-93.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.(2562).ประกาศปฎิญญา "สร้างบ้านปลอดบุหรี่" ลดป่วยตายทั้งที่ไม่ได้สูบบุเอง.การประชุมวิชาการบุหรืกับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, available from <http://www.trc.or.th/th/ข่าวสารข่าวสารบุหรื/290-ประกาศปฎิญญา-สร้างบ้านปลอดบุหรื-ลดป่วยตายทั้งที่ไม่ได้สูบบุเอง.html>
- สุทธนู ศรีไสย์. (2551). สถิติประยุกต์สำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า 132-133.
- อัศวศิริ ลาป้อ และคณะ.(2560).ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และอิทธิพลจากสื่อกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในระดับอาชีวศึกษาพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้.วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 3 (3) กันยายน – ธันวาคม 2560.หน้า 321-340

The health promotion policy for students in a university

Keattisak Kaewhan¹ Kanyarat Toykrathok² Sukanya Yuangyai³ Kanthika Mantharak⁴

Theeraporn Sanlao⁵ Thitiporn Jhantaraksa⁶ Natticha Jaikun⁷

Narong Chaitiang^{8*} Nartnida Jantarat⁹

Abstract

This research was a cross-sectional descriptive study in which the research instrument was a questionnaire. The purpose of this research was to study knowledge attitude, exercise behavior, and health promotion policy for students of a university. The questionnaire was distributed to sample 400 students of a university, from August to October of 2019. The data were analyzed by using frequency, percentage, standard deviation, chi-square test, and fisher's exact test.

The results indicated that, majority of the sample consisted of females (85.8%) and their age was between 21 to 23 years old (55.2%). For status majority was single (83.2%), studying in the 3rd year (84.2%) with average income 5,000 baht per month (61.1%). Majority lived off campus and had a personal illness (9.8%). Majority of the sample exercised by walking (62.5%), with high level of knowledge and understanding of exercise (92.8%). Their attitudes, behaviors, enabling factors, and reinforcing factors in exercise were at moderated level (73.5%, 60.5%, 87.2%, 64.2% respectively).

From this study, factors related to knowledge attitude exercise behavior, and university health promoting policy, indicated that gender, accommodation, various exercise methods, enabling factors, reinforcing factors and health promotion policy, were associated with exercising behavior, with statistical significance. Therefore, The University should strengthen policy on health promotion to health and support students and personnel to exercise for their health. As well as providing equipment and exercise facilities for university personal to have a good quality of life.

Keywords: Health promotion policy, Exercise behavior, Students

¹⁻⁷ Bachelor of Science Program (Public Health) Community Health.

^{8,9} School of Medicine, University of Phayao.

*corresponding author : kongkangku69@gmail.com

นโยบายส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

เกียรติศักดิ์ แก้วหาญ¹, กัลยรัตน์ ต่อยกระโทก², สุกัญญา ยวงใย³, กัญญิกา มั่นพิทักษ์⁴,
ธีรภรณ์ แสนเล่า⁵, ฐิติพร จันทรักษา⁶, ณัฐธิชา ใจกัน⁷, ณรงค์ ใจเที่ยง^{8*}, นาฏนิตา จันทราช⁹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยการใช้แบบสอบถาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายที่ส่งเสริมการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 400 คน ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบด้วย สถิติไคสแควร์ และ Fisher's exact test.

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.8 มีอายุระหว่าง 21-23 ปี ร้อยละ 55.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 83.2 กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 84.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เดือนละ 5,000 บาท ร้อยละ 61.1 อาศัยอยู่หอพักนอคมหาวิทยาลัย มีโรคประจำตัวร้อยละ 9.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยการเดิน ร้อยละ 62.5 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.8 มีทัศนคติ พฤติกรรม ปังจัยเอื้อ และปังจัยเสริม ในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 73.5, 60.5, 87.2, 64.2 ตามลำดับ

จากการศึกษาปังจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพในมหาวิทยาลัย พบว่า เพศ สถานที่พัก การออกกำลังกายด้วยวิธีการต่างๆ ปังจัยเอื้อ และปังจัยเสริมและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นมหาวิทยาลัยควรสร้างเสริมนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้นักศึกษา บุคลากร ออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ตลอดจนสนับสนุนอุปกรณ์และสถานที่ในการออกกำลังกายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรมหาวิทยาลัย

คำสำคัญ : นโยบายส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมการออกกำลังกาย, นักศึกษา

¹⁻⁷ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

⁸⁻⁹ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* ผู้ส่งบทความวิจัย : kongkangku69@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยมีการส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชน โดยองค์การอนามัยโลกเป็นผู้สนับสนุนหลักในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประเทศไทยร่วมจัดทำประกาศปณิญากรุงเทพฯ และประกาศดำเนินการตามข้อเรียกร้องในปฏิญญาดังกล่าว ซึ่งหากทำได้สำเร็จคนไทยจะมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างแน่นอน และยังจะนำไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (sustainable development goals) กระทรวงสาธารณสุข ยกย่องยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายชาติ เพื่อเสนอให้คณะรัฐมนตรี เป็นแนวทางการทำงานให้แก่กระทรวงต่างๆ และทุกภาคส่วน ที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายได้ตามบริบทต่างๆ ได้มากขึ้นพิจารณาเห็นชอบ ส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายได้อย่างมีความสุข (สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ,2559) กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1.การส่งเสริมกิจกรรมทางกายประชาชนทุกกลุ่มวัย 2.การส่งเสริมสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งครอบคลุมสถานที่ที่ประชาชนแต่ละกลุ่มวัยใช้ชีวิตประจำวัน เช่น สถานที่ทำงาน สถานประกอบการ สถานบริการสุขภาพ ชุมชน รวมถึงระบบการขนส่งที่เอื้อให้เกิดการมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น (สำนักสารนิเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2560) การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนาโดยการมีสุขภาพที่ดี มิได้หมายความว่าเพียงแต่การไม่เจ็บป่วยหรือปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (กระทรวงสาธารณสุข, 2540) เมื่อพิจารณาถึงวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี ที่ส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่เคร่งเครียดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมรวมถึงละเลยต่อการออกกำลังกายทั้งโดยทางตรงและขาดการเคลื่อนไหวในลักษณะของการออกกำลังกาย (Physical activities) ประจำวัน จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นการทำกิจกรรมที่กระทำแล้วทำให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี มีความฟิต การออกกำลังกายจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดแข็งแรง ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเมอริ่ง จากสถานการณ์ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปที่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในช่วง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำนวน 15.1 ล้านคน เป็นผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (25 -59 ปี) สูงสุดคือร้อยละ

44.3 รองลงมาคือวัยเยาวชน (12-24 ปี) ปีร้อยละ 27.6 วัยเด็ก (11-14 ปี) ร้อยละ 15.3 และต่ำสุด คือวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.8 และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย ระหว่างผู้ชายกับผู้หญิงที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกัน พบว่า ในกลุ่มอายุ 11-24 ปี ผู้ชายมีสัดส่วนสูงกว่าผู้หญิง แต่ในกลุ่ม 25 ปีขึ้นไป ผู้หญิงมีสัดส่วนสูงกว่าผู้ชาย เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย ในแต่ละวัยต่อจำนวนประชากรทั้งสิ้นในวัยนี้ พบว่าวัยเด็ก มีอัตราการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายสูงสุดคือร้อยละ 60.1 (3 ใน 5) รองลงมาคือวัยเยาวชน ร้อยละ 40.0 (2 ใน 5) วัยสูงอายुर้อยละ 23.6 (1 ใน 5) และต่ำสุดคือวัยทำงาน ร้อยละ 19.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) จากผลการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อปัญหาสุขภาพของประเทศในสังคมปัจจุบันประชากร ในประเทศมีการออกกำลังกายน้อยและการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายนั้นยังพบน้อยมาก ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลเกี่ยวกับเรื่อง การสาธารณสุขของประเทศตลอดจนสุขภาพอนามัยของประชาชน จึงมีแนวคิดดำเนินการเริ่มต้น แห่งการรวมพลังสร้างสุขภาพตามกรอบ นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพการรณรงค์ 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรควาและอบายมุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) จากความสำคัญดังกล่าวทำให้คณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ ทักษะ นโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกาย ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพื่อเป็นตัวอย่างในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ อย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังจะมีส่วนต่อการพัฒนาการสุขภาพของนักศึกษาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว การรับรู้ข่าวสารการออกกำลังกาย และนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

วิธีดำเนินการศึกษา (Methods)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) มีประชากร คือ นักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 18,691 คน ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2562 คำนวณขนาดตัวอย่างได้จากสูตรของ Daniel (Daniel WW, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ 400 คน โดยมีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random-sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับชั้นปีการศึกษา สถานที่พัก รายได้ ต่อเดือน โรคประจำตัว สถานที่ออกกำลังกาย นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกาย แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามแบบให้ เลือกตอบ โดยแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีมาตราส่วนประเมินค่า 2 ระดับ ได้แก่ ใช่และ ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็น คำถามแบบให้เลือกตอบโดยแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีมาตรา ส่วนประเมินค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามแบบให้ เลือกตอบ โดยแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถาม แบบให้เลือกตอบ โดยแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถาม แบบให้เลือกตอบ โดยแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

งานวิจัยนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามรายบุคคล (Questionnaires) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีทั้งหมด 6 ส่วน โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเรียบร้อยแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องและตรวจสอบการสมบูรณ์ของเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.68

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีของ Cronbach's Alpha เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.806

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statics) ได้แก่ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับชั้นปีการศึกษา สถานที่พัก รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว สถานที่ออกกำลังกาย นโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกาย วิเคราะห์โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และ Fisher's exact test เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.05 และ 0.001

ผลการศึกษา (Results)

จากการศึกษาพบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 343 คน ร้อยละ 85.8 มีอายุระหว่าง 21-23 ปีจำนวน 223 คน ร้อยละ 55.2 รองลงมา มีอายุระหว่าง 18-20 ปี จำนวน 177 คน ร้อยละ 44.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 333 คน ร้อยละ 83.2 กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 จำนวน 337 คน ร้อยละ 84.2 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 53 คน ร้อยละ 13.0 มีรายได้ต่อเดือน เดือนละ 5,000 บาท จำนวน 243 คน ร้อยละ 60.3 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือน เดือนละ 5,001-10,000 บาท จำนวน 144 คน ร้อยละ 36.3 ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่หอพักนอกมหาวิทยาลัย จำนวน 306 คน ร้อยละ 76.3 รองลงมา อาศัยอยู่หอพักภายในมหาวิทยาลัยจำนวน 71 คน ร้อยละ 17.8 พบว่ามีโรคประจำตัวจำนวน 39 คน ร้อยละ 9.8 ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย โดยวิธีการเดิน จำนวน 250 คน ร้อยละ 62.5 รองลงมา มีการออกกำลังกายโดยวิธีการวิ่ง จำนวน

90 คน ร้อยละ 22.5 สำหรับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ทราบนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 250 คน ร้อยละ 62.5

นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง จำนวน 241 คน ร้อยละ 92.8 รองลงมา มีความรู้ ความเข้าใจระดับปานกลาง จำนวน 18 คน ร้อยละ 4.5 มีทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับปานกลาง จำนวน 294 คน ร้อยละ 73.5 รองลงมา มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง จำนวน 87 คน ร้อยละ 21.8 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง จำนวน 214 คน ร้อยละ 60.5 รองลงมา มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับสูง จำนวน 94 คน ร้อยละ 28.2 มีปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 349 คน ร้อยละ 87.2 รองลงมา มีปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง จำนวน 27 คน ร้อยละ 6.8 มีปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับปานกลางจำนวน 257 คน ร้อยละ 64.2 รองลงมา มีปัจจัยเสริมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 132 คน ร้อยละ 33.0 (ตารางที่ 1)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การออกกำลังกายโดยวิธีการต่างๆ ปัจจัยเอื้อ และนโยบายการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สำหรับเพศ สถานที่พัก และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนของอายุ สถานภาพสมรส ระดับปีการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ความรู้ ทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างเป็นการยอมรับสมมติฐานเป็นบางส่วน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำแนกตามระดับของปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ปัจจัย	จำนวน			Min-Max	Mean	S.D.
	ระดับสูง (%)	ระดับ ปานกลาง(%)	ระดับต่ำ (%)			
ความรู้	371(92.8)	18(4.5)	11(2.7)	5 – 12	11.030	1.174
ทัศนคติ	87(21.8)	294(73.5)	19(4.7)	20 - 45	30.667	3.297
พฤติกรรม	94(28.2)	241(60.5)	65(11.3)	12 - 52	31.562	7.713
ปัจจัยเอื้อ	27(6.8)	349(87.2)	24(6.0)	12 - 50	35.052	5.545
ปัจจัยเสริม	11(2.8)	257(64.2)	132(33.0)	13 - 48	31.150	4.955

ตารางที่ 2 จำแนกความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	Mean	S.D.	แปลผล
1.ประโยชน์ของการออกกำลังกายเป็นประจำสามารถป้องกันโรคได้	1.020	.1402	ปานกลาง
2.การออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ช่วงคือช่วงอบอุ่นร่างกาย ช่วงฝึกจริงและช่วงผ่อนคลาย	1.037	.1902	ปานกลาง
3.ระยะเวลาการออกกำลังกายให้มีสุขภาพดี คือครั้งละ 15 – 30 นาทีสัปดาห์ละ 3 วัน	1.037	.1902	ปานกลาง
4.ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที	1.973	.1637	สูง
5.บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย	1.915	.2792	สูง
6.ควรออกกำลังกายอย่างหักโหมให้เหนื่อยมากๆ เมื่อเริ่มออกกำลังกายครั้งแรก	1.895	.3069	สูง
7.การออกกำลังกายทำให้ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบกล้ามเนื้อและระบบอื่นๆ แข็งแรงขึ้น	1.023	.1485	ปานกลาง
8.ผู้ที่มีโรคประจำตัวควรออกกำลังกายมากกว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง	1.607	.4889	สูง
9.การออกกำลังกายช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทำให้ผ่อนคลายได้ดีขึ้น	1.033	.775	ปานกลาง
10.การออกกำลังกายมีผลทำให้ระบบต่อมไร้ท่อบกพร่อง	1.872	.3339	สูง
11.การออกกำลังกายทำให้เกิดการใช้ออกซิเจนและเผาผลาญอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น	1.055	.2283	ปานกลาง
12.เลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเพศและวัย	1.028	.1637	ปานกลาง

ตารางที่ 3 จำแนกทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	Mean	S.D.	แปลผล
1.การออกกำลังกายเหมาะสมกับเพศใดเพศหนึ่ง	1.928	1.0794	ต่ำ

ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	Mean	S.D.	แปลผล
2.ผู้สูงอายุไม่ควรออกกำลังกายเพราะมีผลทำให้สุขภาพทรุดโทรม	1.970	.9034	ต่ำ
3.ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย	1.878	.9326	ต่ำ
4.การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้ร่างกายสดชื่น และคลายเครียด	4.405	.6798	สูง
5.การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้	4.205	.8425	สูง
6.การออกกำลังกายทำให้เหนื่อยล้าและนอนไม่หลับ	1.778	.7903	ต่ำ
7.การออกกำลังกายเป็นเรื่องยุ่งยากเพราะมีหลายขั้นตอน	2.105	.9831	ต่ำ
8.การออกกำลังกายที่ดีควรเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสม	4.168	.7489	สูง
9.การออกกำลังกายที่ดีควรเลือกชุดที่เหมาะสม	4.138	.7314	สูง
10.การออกกำลังกายที่ดีควรเลือกสถานที่ที่เหมาะสม	4.095	.7566	สูง

ตารางที่ 4 จำแนกพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	Mean	S.D.	แปลผล
1.ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	2.748	1.0205	ปานกลาง
2.ได้วางแผนการออกกำลังกายไว้ล่วงหน้า	2.615	1.0581	ปานกลาง
3.ออกกำลังกายแต่ละครั้งไม่ต่ำกว่า 30 นาที	2.998	1.1161	ปานกลาง
4.ออกกำลังกายเฉพาะกีฬาที่ชอบ	3.207	1.0664	ปานกลาง
5.เลือกสวมรองเท้าผ้าใบและชุดที่เหมาะสมกับการออกกำลังกาย	3.850	1.0174	สูง
6.ศึกษาวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องทุกก่อนการออกกำลังกาย	3.420	1.0916	ปานกลาง
7.อบอุ่นร่างกายเมื่อเริ่มและผ่อนคลายทุกครั้งก่อนการออกกำลังกาย	3.478	1.0943	ปานกลาง
8.รับประทานอาหารเสริมเพื่อสร้างกล้ามเนื้อหรือไม่	1.792	1.0617	ต่ำ
9.ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังก่อนการออกกำลังกาย	1.470	.8129	ต่ำ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	Mean	S.D.	แปลผล
10.เลือกขอรับคำแนะนำในการใช้อุปกรณ์ทุกครั้ง	2.235	1.0783	ต่ำ
11.เลือกใช้บริการศูนย์กีฬาในมหาวิทยาลัยพะเยาบ่อยครั้งหรือไม่	1.655	1.0117	ต่ำ
12.ตรวจสอบการเดินของชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้งหรือไม่	2.095	1.1221	ต่ำ

ตารางที่ 5 จำแนกปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	Mean	S.D.	แปลผล
1.คิดว่าศูนย์กีฬามีความสะอาดสวยงามในการออกกำลังกาย	3.570	.7724	ปานกลาง
2.อุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกายมีความหลากหลายหลาย	3.762	.6872	สูง
3.อุปกรณ์การออกกำลังกายมีความทันสมัย	3.722	.6940	สูง
4.ราคาเหมาะสมกับสถานที่ใช้บริการ	3.458	.7936	ปานกลาง
5.ได้รับประโยชน์จากการออกกำลังกายในศูนย์กีฬามหาวิทยาลัยพะเยา	3.463	.8863	ปานกลาง
6.มีจำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการที่เพียงพอ	3.278	.7224	ปานกลาง
7.พึงพอใจกับการบริการที่ได้รับจากศูนย์กีฬามหาวิทยาลัยพะเยา	3.440	.7502	ปานกลาง
8.สถานที่มีความสะอาดปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สินของ	3.590	.7505	ปานกลาง
9.การเดินทางมารับบริการของมีความสะดวกสบาย	3.275	.9309	ปานกลาง
10.มีความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในศูนย์กีฬามหาวิทยาลัยพะเยา	3.495	.7255	ปานกลาง

ตารางที่ 6 จำแนกปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	Mean	S.D.	แปลผล
1.มีผู้อื่นชักชวนให้ออกกำลังกาย	3.762	.8473	สูง
2.ออกกำลังกายตามกระแสนิยม	2.670	.9867	ปานกลาง
3.ได้รับการโฆษณาชวนเชื่อเกี่ยวกับศูนย์กีฬามหาวิทยาลัยพะเยา	2.875	.9934	ปานกลาง

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	Mean	S.D.	แปลผล
4.ออกกำลังกายเพื่อต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรง	4.185	.7295	สูง
5.ออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสามารถหารายได้มาเลี้ยงดูตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.618	.9765	ปานกลาง
6.ออกกำลังกายเพราะไม่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเสริม	3.145	1.1990	ปานกลาง
7.คิดว่ากิจกรรมการออกกำลังกายเป็นที่ยอมรับ	3.655	.8989	ปานกลาง
8.ต้องการได้รับความแนะนำจากบุคคลอื่น	3.535	.9060	ปานกลาง
9.มีแรงจูงใจในการออกกำลังกาย	3.838	.8502	สูง
10.ออกกำลังกายเพื่อต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่น	2.868	1.2425	ปานกลาง

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย			χ^2 /Fisher's	p-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน(%)	ต่ำ จำนวน(%)		
เพศ				11.159	0.004*
ชาย	17(29.9)	33(57.9)	7(12.2)		
หญิง	48(14.0)	208(60.6)	87(25.4)		
รวม	65(16.2)	241(60.3)	94(23.5)		
อายุ				2.761	0.838
≤20	26(14.7)	113(63.8)	38(21.5)		
21	31(17.8)	100(57.5)	43(24.7)		
22	7(18.9)	21(56.8)	9(24.3)		
≥23	1(8.3)	7(58.4)	4(33.3)		
สถานภาพ				1.119	0.571
โสด	จำนวน(%)	จำนวน(%)	จำนวน(%)		
คบหาดูใจ	8(11.9)	42(62.7)	17(25.4)		
รวม	65(16.2)	241(60.3)	94(23.5)		
ปีการศึกษา				1.043	0.903
ชั้นที่ ปี 1-ปี 2	2(20.0)	6(60.0)	2(20.0)		

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย			χ^2 /Fisher's	p-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน(%)	ต่ำ จำนวน(%)		
ชั้นที่ ปี 3	53(15.7)	202(59.9)	82(24.4)		
ชั้นที่ ปี 4 ขึ้นไป	10(18.9)	33(62.3)	10(18.8)		
รวม	65(16.2)	241(60.3)	94(23.5)		
รายได้(บาท/เดือน)			7.450	0.281	
≤ 5,000	39(16.0)	139(57.2)	65(26.8)		
5,001-10,000	24(16.7)	91(63.2)	29(20.1)		
10,001-15,000	2(20.0)	8(80.0)	0(0.0)		
≥15,001	0(0.0)	3(100.0)	0(0.0)		
รวม	65(16.2)	241(60.3)	94(23.5)		
สถานที่พัก				19.257	0.037*
หอพักในมหาวิทยาลัย	9 (12.6)	44 (62.0)	18 (25.4)		
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	50 (16.3)	187 (61.2)	69 (22.5)		
บ้านพักเดี่ยว	2 (13.3)	6 (40.0)	7 (46.7)		
คอนโดมิเนียม	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
อพาร์ทเมนท์	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)		
รวม	65 (16.2)	241 (60.3)	94 (23.5)		
โรคประจำตัว				3.073	0.215
มี	6 (15.4)	28 (71.8)	5 (12.8)		
ไม่มี	59 (16.3)	213 (59.0)	89 (24.7)		
รวม	65 (16.2)	241 (60.3)	94 (23.5)		
ออกกำลังกายโดยวิธีใด				79.018	<0.001**
เดิน	21 (8.4)	147 (58.8)	82 (32.8)		
วิ่ง	22 (25.6)	62 (68.8)	5 (5.6)		
ว่ายน้ำ	10 (2.3)	15 (88.6)	2 (9.1)		
ฟิตเนส	11 (61.1)	6 (33.3)	1 (5.6)		
เต้นแอโรบิค	1 (6.3)	11 (68.7)	4 (25.0)		

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย			χ^2 /Fisher's	p-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน(%)	ต่ำ จำนวน(%)		
รวม	65 (16.2)	241 (60.3)	94 (23.5)		
นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ		50.050	0.001**		
มี	21(8.4)	147(58.8)	82(32.8)		
ไม่มี	44(29.3)	94(60.7)	12(8.0)		
รวม	65(16.2)	241(60.3)	94(23.5)		
ความรู้				1.291	0.863
ระดับสูง	60 (16.2)	226 (60.9)	85 (22.9)		
ระดับปานกลาง	3 (16.7)	9 (50.0)	6 (33.3)		
ระดับต่ำ	2 (18.2)	6 (54.5)	3 (27.3)		
รวม	65 (16.2)	241 (60.3)	94 (23.5)		
ทัศนคติ				0.239	0.993
ระดับสูง	3 (15.8)	11 (57.9)	5 (26.3)		
ระดับปานกลาง	47 (16.0)	179 (60.9)	68 (23.1)		
ระดับต่ำ	15 (17.2)	51 (58.7)	21 (24.1)		
รวม	65 (16.2)	241 (60.3)	94 (23.5)		
ปัจจัยเอื้อ				48.630	<0.001**
ระดับสูง	16 (66.7)	6 (25.0)	2 (8.3)		
ระดับปานกลาง	47 (13.5)	216 (61.9)	86 (24.6)		
ระดับต่ำ	2 (7.4)	19 (70.4)	6 (22.2)		
รวม	65 (16.2)	241 (60.3)	94 (23.5)		
ปัจจัยเสริม				11.159	0.004*
ระดับสูง	35 (26.5)	87 (65.9)	10 (7.6)		
ระดับปานกลาง	28 (10.9)	153 (59.5)	76 (29.6)		
ระดับต่ำ	2 (18.2)	1 (9.1)	8 (72.7)		
รวม	65 (16.2)	241 (60.3)	94 (23.5)		
ปัจจัยเอื้อ				48.630	<0.001**
ระดับสูง	16 (66.7)	6 (25.0)	2 (8.3)		

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรมการออกกำลังกาย			χ^2 /Fisher's	p-value
	สูง จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน(%)	ต่ำ จำนวน(%)		
ระดับปานกลาง	47 (13.5)	216 (61.9)	86 (24.6)	11.159	0.004*
ระดับต่ำ	2 (7.4)	19 (70.4)	6 (22.2)		
รวม	65 (16.2)	241 (60.3)	94 (23.5)		
ปัจจัยเสริม					
ระดับสูง	35 (26.5)	87 (65.9)	10 (7.6)		
ระดับปานกลาง	28 (10.9)	153 (59.5)	76 (29.6)		
ระดับต่ำ	2 (18.2)	1 (9.1)	8 (72.7)		
รวม	65 (16.2)	241 (60.3)	94 (23.5)		

หมายเหตุ * $p\text{-value} \leq 0.05$ ** $p\text{-value} \leq 0.001$

อภิปรายผล (Discussions)

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อธิบายได้ว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้อง กับการศึกษาของ (มุกดาวรรณ สมบูรณ์วรรณ, 2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสถานออกกำลังกายขนาดใหญ่ของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า เพศและอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยด้านอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (มุกดาวรรณ สมบูรณ์วรรณ, 2558) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสถานออกกำลังกายขนาดใหญ่ของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยด้านสถานภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับ (อาธร อุคคติ และคณะ, 2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพพบทสุขบัญญัติแห่งชาติ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพพบทสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับปีการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของ

นิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ไม่สอดคล้องกับ (สมบัติ กาวิลเครือ, 2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ปัจจัยด้านรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ (บุศรินทร์ ชลาณภาพ, 2552) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคลวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคลวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่สอดคล้องกับ(สมบัติ กาวิลเครือ ,2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า รายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปางปัจจัยด้านสถานที่พัก มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับ (ณิชากร คงชีวสกุล และคณะ, 2557) ได้ศึกษา พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตสงขลา ผลการศึกษาพบว่า สถานที่พักไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ปัจจัยด้านโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) ได้ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี

ผลการศึกษาพบว่าโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ปัจจัยด้านวิธีการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับ (ประสงค์ ทองเสมอ, 2546) ได้ศึกษาเจตคติต่อการกีฬาและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าวิธีการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปัจจัยด้านนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับ (ประเสริฐ ขวนบุญ, 2554) ได้ศึกษาการศึกษาการนำนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไปปฏิบัติในองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร ผลการศึกษาพบว่านโยบายการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร

ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ (วัชรินทร์ เงินทอง, 2557) ได้ศึกษาระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรม สร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่าความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิกชมรม สร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย ไม่สอดคล้องกับกับ (อลงกรณ์ ศรีเลิศ, 2559) ศึกษาทัศนคติ พฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลการออกกำลังกายในบุคลากรวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นจากและบุคคลกรโรงเรียนไฮเทค เทคโนโลยีตาก ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายของบุคลากรวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นจากและบุคคลกรโรงเรียนไฮเทค เทคโนโลยีตาก

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานที่ออกกำลังกาย ความสะดวกสบายในการใช้บริการการออกกำลังกาย และปัจจัยเสริม ได้แก่ กระแสนิยมในการออกกำลังกาย คำแนะนำจากผู้อื่น การโฆษณาเกี่ยวกับสถานที่ออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ (อลงกรณ์ ศรีเลิศ, 2559) ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติ พฤติกรรมปัจจัยที่มีผลการออกกำลังกายในบุคลากรวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นจากและบุคคลกรโรงเรียนไฮเทค เทคโนโลยีตาก ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นจากและบุคคลกรโรงเรียนไฮเทค เทคโนโลยีตาก สอดคล้องกับ (พัชรินทร์ บุญรินทร์, 2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

1. นำผลการศึกษาไปใช้ในการสร้างเสริมนโยบายและการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้นักศึกษาและบุคลากรออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพที่แข็งแรงเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. ควรสนับสนุนอุปกรณ์และสถานที่ในการออกกำลังกายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรและนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
3. จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการออกกำลังกายและนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ตลอดจนสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการออกกำลังกาย

เอกสารอ้างอิง (References)

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2540) การศึกษาผลการวิจัยและแนวทางการเสริมสร้างครอบครัวที่พึงประสงค์ของไทย นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- ณัชสร คงชีวกุล. (2557). พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตสงขลา . วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี, 9 (16) มกราคม-มิถุนายน หน้า 59-70.
- บุศรินทร์ ชลาณภาพ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ประสงค์ ทองเณร. (2546). เจตคติต่อการกีฬาและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเสริฐ ขวนบุญ. (2554). การศึกษาการนำนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพไปปฏิบัติในองค์การบริหารส่วนจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารวิทยาบริการ, 22 (2) พฤษภาคม-สิงหาคม 2554. หน้า :17-31.
- พัชรินทร์ บุญรินทร์ และสุภลักษณ์ เขยชม.(2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 33 (2) เมษายน - มิถุนายน หน้า : 176-186.
- มุกดาวรรณ สมบูรณ์วรรณ.(2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสถานออกกำลังกายขนาดใหญ่ (Fitness Center) ของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : ม.ป.ท.
- วิพลประสิทธิ์ ก่อนแก้ว.(2557). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัชรินทร์ เงินทอง, เทียนชัย ทองวินิจศิลป์และกิงเพชร เงินทอง.(2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิก ชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการ สถาบันการพลศึกษา, 2:51-60.
- สมบัติ กาวิลเครือ. (2560) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์, 7, 161-173.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.(2559). ขึ้นชมรัฐบาลไทย ส่งเสริมข้าราชการออกกำลังกายทุกวันพุธ. Retrieved from <https://www.thaihealth.or.th/Content/34146-ขึ้นชมรัฐบาลไทย%20ส่งเสริมข้าราชการออกกำลังกายทุกวันพุธ.html>.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). Retrieved from อัตราการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชากร อายุ 11 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศ เขตการปกครองและภาค (ปี 2547 2550 และ 2554)

<https://sites.google.com/site/withidulaeraksasukhphaph/as-wngw.html>.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2553). คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพ.

สำนักสารนิเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2560).รัฐบาล เร่งส่งเสริมคนไทยทุกวัยเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง. กลุ่มภารกิจด้านข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ สำนักสารนิเทศ. <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/116707/>.

อลงกรณ์ ศรีเลิศ และศราวุฒิ แสงคำ. (2559). ทศนคติ พฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลการออกกำลังกายในบุคลากร

วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น. (มปท.). จากและบุคลากรโรงเรียนไฮเทค เทคโนโลยีตาก. มหาวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นอาธอร์ อุดคติ วันชัย ธรรมสังการ และสุเมธ พรหมอินทร์.(2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ บทสุขบัญญัติแห่งชาติ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล. วารสารสงขลา นครินทร์เวชสาร, 26(6):528-538.

Daniel WW. (2010) . Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 5th ed. New York: John Wiley & Son.

The standard of perioperative nursing in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital

Supawadee Jintaworn*

Abstract

Quality and standard performance of perioperative nursing care are important and necessary for the safety of patients. This descriptive research aimed to study the standard of perioperative nursing and to study the self-assessment of perioperative nurses' standard in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital, according to the Nursing Bureau, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, second revision B.E. 2550 (2007 A.D.). The research population consists of 32 registered nurses, working in the perioperative nurse of the hospital. Data was collected by using a self-administered questionnaire, for assessment. Analysis of data consists of descriptive statistics such as average and standard deviation.

The study considering the work of 32 surgical nurses, according to the 9 nursing standards of the hospital. It was found that the surgical nurses had self-assessment through the standard criteria equal to 40.66 items or 78.19%. When considering each standard, it was found that surgical nurses had the highest self-assessment of the standard in the 3rd standard (post operative nursing care) 91.67%. Next was standard 8, protection of patient rights 90.67%. It was found that surgical nurses had lowest level of in standard criteria 5, (health promotion) at 50% followed by standard 6, 67.67% (health condition protection). Testing for association between personal characteristics and standard of nursing service for surgical patients, indicated that: gender, age, work position, education level, hospital work experience, experience working in perioperative nursing, and specialized training, had no association with the standard of nursing service for surgical patients with statistical significance.

Keyword: standard nursing, perioperative, general hospital

* Professional nurse Chumphon Khet Udomsak Hospital
Email: <krongkrang09som@gmail.com>

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

สุภาวดี จินตวรรณ*

บทคัดย่อ

การปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยผ่าตัดที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานเป็นสิ่งสำคัญเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามาตรฐานทางการพยาบาลห้องผ่าตัด และเพื่อศึกษาการประเมินตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2550 ประชากรในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ทั้งหมด 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คือแบบประเมินตนเองสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า การประเมินตนเองของพยาบาลห้องผ่าตัด 32 คน เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดที่ได้ทำการศึกษาตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 9 มาตรฐาน ตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ประจำปี 2550 พบว่า พยาบาลผ่าตัด มีการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานเฉลี่ยเท่ากับ 40.66 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 78.19 เมื่อพิจารณาในรายมาตรฐานแล้วพบว่าพยาบาลผ่าตัดมีการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากที่สุดในมาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ถึงร้อยละ 91.67 รองลงมาคือมาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ร้อยละ 90.67 และพบว่าพยาบาลผ่าตัดมีการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้อยที่สุดในมาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 50 รองลงมาคือ มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพร้อยละ 67.67 และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคลกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด การอบรมเฉพาะทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: มาตรฐานการพยาบาล, ผู้ป่วยห้องผ่าตัด, โรงพยาบาลทั่วไป

* พยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร
Email: krongkrang09som@gmail.com

บทนำ (Introduction)

การพยาบาลเป็นบริการหลักของระบบสุขภาพ จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสภาพแวดล้อม เพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ เนื่องจากมาตรฐานการพยาบาลเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล จึงจำเป็นจะต้องมีการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลขึ้น

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ซึ่งมีอำนาจโดยตรงในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2528 ได้มีการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน จากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติของอเมริกา โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้นำกรอบแนวคิดการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับมีระบบจัดการความเสี่ยงที่ดีและเห็นโอกาส พัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

งานบริการผ่าตัด เป็นส่วนหนึ่งของการบริการด้านสุขภาพ การผ่าตัดเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต ผู้ป่วยทุกรายจะมีความเครียด ความวิตกกังวล เป็นห่วงภาพลักษณ์ ดังนั้นพยาบาลผ่าตัด จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์สูงในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาล ยึดผู้ป่วยเป็นสำคัญ ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ (เรณู อาจสาธิต, 2550)

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 509 เตียง มีห้องผ่าตัด 12 ห้อง เปิดให้บริการ 11 ห้อง มีพยาบาลวิชาชีพ 32 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 15 คน คนงาน 14 คน ให้บริการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ สติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมประสาท และ จักษุศัลยกรรม มีผู้ป่วยผ่าตัดเฉลี่ยทุกแผนกวันละ 54 ราย ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ยังไม่มีมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดที่ชัดเจนและในการรับรองคุณภาพมีความไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลห้องผ่าตัดต่อไปจากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม ตลอดจนการศึกษาศาสนาการณการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โดยใช้มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาล ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2550 เป็นแนวทางในการศึกษา

มาตรฐานการบริการผู้ป่วยห้องผ่าตัด ให้บรรลุเป้าหมายการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐาน เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพตามการบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐานของโรงพยาบาล และยังสามารถพัฒนาระบบการให้บริการทางสาธารณสุขให้ได้คุณภาพและมาตรฐานสืบไป

ดังนั้นการประเมินตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ของผู้เรียนโดยการกำหนดเป้าหมายและการติดตามและประเมินการเรียนรู้ของตนเอง การประเมินตนเองต้องการให้มีการคิดอย่างวิเคราะห์ เพื่ออธิบายมาตรฐานของการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมการพัฒนาทักษะในการประเมินตนเองเป็นหัวใจของการพัฒนางาน (Boud 1995, Boud & Falchikov. 1989) พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดนั้น จะต้องมีการประเมินตนเองในเรื่องของความสามารถที่จะปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อเป็นการปรับปรุง และพัฒนาจุดอ่อนของตนให้ดีขึ้น และยังสามารถพัฒนาระบบการให้บริการทางสาธารณสุขให้ได้คุณภาพ และมาตรฐาน เพื่อนำไปสู่การรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษามาตรฐานทางการพยาบาลห้องผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาประเมินตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลห้องผ่าตัด

ขอบเขตการวิจัย (Scope of study)

ศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

วิธีการดำเนินการวิจัย (Method)

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ในพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ประชากรในการวิจัยในครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ทั้งหมด 32 คน เป็นประชากรทั้งหมดในการศึกษา เก็บข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คือแบบประเมินตนเอง ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาลห้องผ่าตัดซึ่งมี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด ส่วนที่ 2 การประเมินตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยปรับคำถามแบบประเมินตามมาตรฐาน

การบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข
ปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ.2550 เนื้อหาครอบคลุมทั้ง 9 มาตรฐาน และส่วนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่รวบรวมที่ได้จากการรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง นำมา
วิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง
เนื้อหา (Content analysis) ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง
ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การอบรมเฉพาะทาง โดยใช้สถิติการแจก
แจงความถี่ เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเมินตนเองเกี่ยวกับมาตรฐานการ
บริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็น ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ
ส่วนที่ 3 ข้อมูลข้อเสนอแนะ แปลผลเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย (Results)

พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน 32 เป็นเพศ
หญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วงไม่เกิน 36 ปี และช่วง 37 ปี ขึ้นไปเท่ากันคิดเป็นร้อยละ
50 ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาส่วน
ใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 93.8 มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 1-14 ปีและ
13 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 และได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด คิดเป็น
ร้อยละ 28.1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดโรงพยาบาล
ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (N=32)

ข้อมูลทั่วไป	พยาบาลวิชาชีพ	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	6.3
หญิง	30	93.8
อายุ		
ไม่เกิน 36 ปี	16	50
37 ปี ขึ้นไป	16	50
มัธยมศึกษา (ปี)	36.5	

ข้อมูลทั่วไป	พยาบาลวิชาชีพ	
	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง	1	3.1
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	16	50
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	13	40.6
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		
พยาบาลวิชาชีพ	2	6.3
ระดับการศึกษา		
ระดับปริญญาตรี	30	93.8
ระดับปริญญาโท	2	6.3
ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์		
1-14 ปี	16	50
15 ปีขึ้นไป	16	50
มัธยฐาน (ปี)	14.5	
ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดม		
ศักดิ์	17	53.1
1-12 ปี	15	46.9
13 ปีขึ้นไป	12	
มัธยฐาน(ปี)		
อบรมเฉพาะทางการพยาบาลห้องผ่าตัด	9	28.1
ได้รับการอบรม	23	71.9
ไม่ได้รับการอบรม		

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ
พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโดยรวมทั้งหมด 9 มาตรฐาน (N=32)

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	โดยรวม				ร้อยละ
	Min	Max	Mean	S.D.	
มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด	0	10	8.44	2.34	84.4
มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด	0	12	10.63	2.51	88.58
มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด	0	6	5.50	1.32	91.67
มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง	0	2	1.50	0.76	75

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	โดยรวม				
	Min	Max	Mean	S.D.	ร้อยละ
มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ	0	6	3.00	2.64	50
มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ	0	3	2.03	1.23	67.67
มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ	0	7	4.78	2.60	68.29
มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	0	3	2.72	0.68	90.67
มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการแพทย์	0	3	2.06	1.05	68.67
โดยรวมเฉลี่ย	0	52	40.66	11.20	78.19

จากตารางที่ 2 พบว่าผลการประเมินตนเองเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 9 มาตรฐาน ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน 32 คน พบว่า การประเมินตนเองเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ มีการประเมินตนเองผ่านเกณฑ์มาตรฐานเฉลี่ยเท่ากับ 40.66 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.20 ร้อยละ 78.19

ผลการประเมินตนเองเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 9 มาตรฐาน ตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ.2550 นำไปวิเคราะห์และได้แสดงผลโดยพิจารณาการประเมินตนเองเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ที่ได้ทำการศึกษาตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 9 มาตรฐาน ตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักงานการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ.2550 โดยจำแนกรายข้อ ได้ดังนี้

ตารางที่ 3 ร้อยละการประเมินตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด(N=32)

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	การประเมินตนเอง	
	ต้องพัฒนา	ผ่านเกณฑ์
มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด		
- การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ทานตรวจสอบข้อ-สูกุล ผู้ป่วย เอกสารลงนามยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกสารสิทธิในการรักษา	9.4	90.6

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	การประเมินตนเอง	
	ต้องพัฒนา	ผ่านเกณฑ์
-การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ท่านประเมินปัญหา วิเคราะห์ และวางแผน การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุมปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วยในขณะผ่าตัด	37.5	62.5
- การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ท่านให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด	15.6	84.4
- การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ท่านเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ชักถาม หรือระบายความรู้สึก	9.4	90.6
- ท่านบันทึก รายงานและส่งต่อข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญ /ภาวะเสี่ยง ที่พบในห้องผ่าตัด	25	75
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านตรวจสอบความพร้อมของห้อง ผ่าตัด ได้แก่ ความสะอาดภายใน ห้องผ่าตัด แสงสว่าง และอุณหภูมิ เป็นต้น	12.5	87.5
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านตรวจสอบความพร้อมของ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และเครื่องมือสำรองในภาวะฉุกเฉิน ให้ สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย	15.6	84.4
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านตรวจสอบกระบวนการทำให้ ปราศจากเชื้อครบตามขั้นตอน และ มาตรฐาน ทั้งวันผลิต วัน หมดอายุ/และเปิดเครื่องมือผ่าตัดด้วยวิธี Sterile Technique	9.4	90.6
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมผูกมัด ผู้ป่วยก่อนให้ยาสลบ เพื่อป้องกันการตกเตียง	9.4	90.6
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ท่านเตรียมตัวและจัดเตรียมโต๊ะ ตรวจสอบความพร้อม ความครบถ้วนของเครื่องมือเครื่องใช้ ตาม แนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน	12.5	87.5
มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด		
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านตรวจสอบความถูกต้องของตัว บุคคล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือผลการ ตรวจพิเศษอื่นๆ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้อง ผ่าตัด	18.8	81.3
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านจัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับ ประเภทของการผ่าตัดและระวังการเปิดเผยร่างกายของผู้ป่วย	6.3	93.8

ตารางที่ 3 ร้อยละการประเมินตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ
พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด(N=32) (ต่อ)

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	การประเมินตนเอง	
	ต้องพัฒนา	ผ่านเกณฑ์
มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด (ต่อ)	3.1	96.9
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ให้ถูกต้องตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ	6.3	93.8
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านตรวจนับและเป็นพยานยืนยันในการตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนผ่าตัดและก่อนปิดแผลผ่าตัดร่วมกับพยาบาลส่งผ่าตัดและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน	9.4	90.6
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านอำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือก่อนการผ่าตัด และดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือ	15.6	84.4
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านสังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา	9.4	90.6
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาอย่างถูกต้องในรายที่ต้องส่งชิ้นเนื้อตรวจ	15.6	84.4
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ท่านส่งเครื่องมือถูกต้องตามขั้นตอนการผ่าตัดและตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ	15.6	84.4
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ท่านช่วยผ่าตัดโดยระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการดึงรั้งของ Retractor และดูแลให้คงสภาพปราศจากเชื้อบริเวณผ่าตัดตลอดเวลา	6.3	93.8
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ท่านสังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด	12.5	87.5
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ท่านตรวจนับยืนยันจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผล และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน		
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ท่านดูแลความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วย /การใช้สารน้ำ และอุปกรณ์ที่มีความอบอุ่นในร่างกายผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัด	12.5	87.5

ตารางที่ 3 ร้อยละการประเมินตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ
พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด(N=32) (ต่อ)

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	การประเมินตนเอง	
	ต้องพัฒนา	ผ่านเกณฑ์
มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด		
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ท่านตรวจสอบแผลผ่าตัด/ท่อระบาย/สายสวนปัสสาวะ/NG tube และอุปกรณ์ ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด	9.4	90.6
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ท่านตรวจสอบบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนของร่างกายผู้ป่วย ที่อาจมีผลกระทบจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องมือ อุปกรณ์ และรอยกดทับที่อาจเกิดจากการจัดทำ	6.3	93.8
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ท่านดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย	12.5	87.5
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ท่านรวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจาก เชื้อ ตามมาตรฐานการทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ	6.3	93.8
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านตรวจสอบ/ส่งตรวจ Specimen ตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน		
- เมื่อทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป ท่านช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลระหว่างผ่าตัดให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.1	96.9
มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง		
- ท่านประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ พร้อมให้ความช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ในขอบเขตของวิชาชีพ	5	75
- ท่านรายงานอาการ หรือความผิดปกติต่าง ๆ แก่พยาบาลที่ดูแลต่อ เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	25	75
มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ		
- ท่านประเมินและการวินิจฉัยความต้องการ การสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว	40.6	59.4

ตารางที่ 3 ร้อยละการประเมินตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด(N=32) (ต่อ)

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	การประเมินตนเอง	
	ต้องพัฒนา	ผ่านเกณฑ์
มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ (ต่อ)		
- ท่านกำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมผู้ป่วย โดยผสมผสานเข้ากับแผนการพยาบาลและแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ	56.3	43.8
- ท่านสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยสอดคล้องกับ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	46.9	53.1
- ท่านประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกครั้ง ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในขั้นตอนต่อไป โดยผสมผสานการประเมิน/เฝ้าติดตามที่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค	59.4	40.6
- ท่านปรับปรุงแผนการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจให้เป็นปัจจุบัน	46.9	53.1
- ท่านประเมินและบันทึกการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด	50	50
มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ		
- ท่านประเมิน วางแผน และปฏิบัติการพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน	31.3	68.8
- ท่านติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดอันตราย วิเคราะห์สาเหตุและปรับปรุง แผนการปกป้องอันตรายด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง	34.4	65.6
- ท่านประเมินและบันทึกผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพผู้ป่วย	31.3	68.8
มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ		
- ท่านประเมินปัญหา ความเข้าใจ การรับรู้ และความคาดหวังเกี่ยวกับอาการ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว	25	75
- ท่านวางแผนการให้ข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย	25	75

ตารางที่ 3 ร้อยละการประเมินตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ
พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด(N=32) (ต่อ)

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด	การประเมินตนเอง	
	ต้องพัฒนา	ผ่านเกณฑ์
- ท่านให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องวิธีการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัด	18.8	81.3
- ท่านให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการปฏิบัติตนก่อน ผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด	18.8	81.3
- ท่านให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องสิทธิที่พึงมีและพึง ได้รับจากโรงพยาบาล	37.5	62.5
- ท่านให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และกฎระเบียบของโรงพยาบาล	50	50
- ท่านให้ข้อมูลและบันทึกการให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน	46.9	53.1
มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย		
- ท่านปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทุกคน ไม่เลือกชั้น วรรณะ เชื้อชาติ ศาสนา โดยยึดหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ	6.3	93.8
- ท่านปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ ผู้ป่วย ได้แก่ การให้ข้อมูล การรักษาความลับ เป็นต้น	9.4	90.6
- ท่านดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิทธิที่พึงมีพึงได้และไม่ถูกละเมิดสิทธิส่วน บุคคล	12.5	87.5
มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล		
- ท่านกำหนดแนวทางและแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ให้ครอบคลุม กระบวนการพยาบาล	28.1	71.9
- ท่านบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลได้ถูกต้อง และต่อเนื่อง ตั้งแต่แรก รับ จนจำหน่ายตามมาตรฐานและแนวทางการบันทึก ซึ่งครอบคลุม กระบวนการพยาบาล	40.6	59.4
- ท่านนำผลการบันทึกทางการพยาบาลไปพัฒนาการปฏิบัติการ พยาบาล	25	75

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โดยใช้การทดสอบไค-สแควร์ พบว่า ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด การอบรมเฉพาะทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคลกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด (N=32)

ตัวแปร	จำนวน		Chi-Square	p-value	Fisher's
	ต้องพัฒนา (0-41)	ผ่านเกณฑ์ (42-52)			
เพศ					
ชาย	2	0	3.556	0.059	0.133
หญิง	10	20			
อายุ (ปี)					
ไม่เกิน 36 ปี	6	10	0.000	1.000	1.000
37 ปี ขึ้นไป	6	10			
ตำแหน่ง					
พยาบาลวิชาชีพชำนาญ	6	11	0.075	0.784	1.000
การพิเศษ+พยาบาล					
วิชาชีพชำนาญการ	9				
พยาบาลวิชาชีพ					
ปฏิบัติการ+พยาบาล					
วิชาชีพ					
ระดับการศึกษา					
ระดับปริญญาตรี	10	20	3.556 ^{50%}	0.059	0.133
ระดับปริญญาโท	2	0			
ประสบการณ์ทำงานใน					
โรงพยาบาลชุมพรเขตร					
อุดมศักดิ์(ปี)	6	10	0.000 ^{0%}	1.000	1.000
1-14	6	10			
15 ปีขึ้นไป					

ตัวแปร	จำนวน		Chi-Square	p-value	Fisher's
	ต้องพัฒนา	ผ่านเกณฑ์			
	(0-41)	(42-52)			
ประสบการณ์ทำงานใน					
ห้องผ่าตัดโรงพยาบาล					
ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	7	10			
1-12 ปี	5	20	0.209	0.647	0.726
13 ปีขึ้นไป					
อบรมเฉพาะทางการ					
พยาบาลห้องผ่าตัด					
ได้รับการอบรม	3	6			
ไม่ได้รับการอบรม	9	14	0.093	0.761	1.000

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษามาตรฐานทางการพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์สามารถอภิปรายผลการศึกษเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 การประเมินตนเองของบุคลากรห้องผ่าตัดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการพยาบาลห้องผ่าตัดเมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดที่ได้ทำการศึกษาตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 9 มาตรฐาน ตามมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2550โดยจำแนกรายมาตรฐาน ดังนี้มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดประเมินตนเองในเรื่องการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินปัญหา วิเคราะห์และวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในขณะผ่าตัด ต้องพัฒนามากที่สุดร้อยละ 62.5 มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินตนเองในเรื่องการทำหน้าที่พยาบาลช่วยทั่วไป มีการตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้อง ผ่าตัดและทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด มีการสังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัด ต้องพัฒนามากที่สุดร้อยละ 18.8 มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินตนเองในเรื่องการทำหน้าที่พยาบาลส่งผ่าตัด ตรวจสอบแผลผ่าตัด/ท่อระบาย/สายสวนปัสสาวะ/ NG tube และอุปกรณ์ ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด และทำหน้าที่

พยาบาลส่งผ่าตัด รวบรวมอุปกรณ์เครื่องมือ เพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อ ตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ ต้องพัฒนามากที่สุดร้อยละ 12.5 มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่องพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินตนเองในเรื่องการประเมินสภาพร่างกายจิตใจ และอารมณ์ พร้อมให้ความช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ในขอบเขตของวิชาชีพและการรายงานอาการ หรือความผิดปกติต่าง ๆ แก่พยาบาลที่ดูแลต่อ เพื่อให้การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ต้องพัฒนาร้อยละ 25 มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินตนเองในเรื่องการประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพทุกครั้ง ก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในขั้นตอนต่อไป โดยผสมผสานการประเมิน/เฝ้าติดตามที่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ต้องพัฒนามากที่สุดร้อยละ 59.4 มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินตนเองในเรื่องการติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดอันตราย วิเคราะห์สาเหตุ และปรับปรุง แผนการปกป้องอันตรายด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ต้องพัฒนามากที่สุดร้อยละ 34.4 มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินตนเองในเรื่องการให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการใช้สถานที่สิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และกฎระเบียบของโรงพยาบาล ต้องพัฒนามากที่สุดร้อยละ 50 มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินตนเองในเรื่องการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิทธิที่พึงมีพึงได้และไม่ถูกละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ต้องพัฒนามากที่สุดร้อยละ 12.5 มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการแพทย์ พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดประเมินตนเองในเรื่องการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ได้ถูกต้อง และต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับ จนจำหน่ายตามมาตรฐานและแนวทางการบันทึก ซึ่งครอบคลุมกระบวนการพยาบาล ต้องพัฒนามากที่สุดร้อยละ 40.6

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคลกับมาตรฐานการบริการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลกับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด การอบรมเฉพาะทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาลผ่าตัด และประกาศให้บุคลากรทุกคนรับทราบในช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารของหน่วยงาน เพื่อแนวทางในการปฏิบัติงานและเพื่อควบคุมคุณภาพทางการพยาบาล

2. นำมาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ที่ต้องพัฒนา เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และหน่วยงาน เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ทั้ง 32 คน ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (References)

- กองการพยาบาล.(2542). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธนิดา ฤกษ์จิรัฐติกาล. วิวัฒนาการบทบาทห้องผ่าตัดในประเทศสหรัฐอเมริกา. วารสารชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย การประชุมประจำปีครั้งที่ 2 ณ ห้องประชุมคริสตัสบอลรูม โรงแรมตะวันนารามาตา กรุงเทพมหานคร. 28-29 มิถุนายน. 1-3, 2540.
- รัตนา เพิ่มเพชรและเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. งามิบัติพยาบาลสาร. 9-20.
- เรณู อาจสาถิ. (2550). การพยาบาลผู้ที่รับการผ่าตัด. กรุงเทพฯ:หจก.เอ็น ที เพรส.
- วิภาดา ช้างแก้ว (2551) การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด รายงานการศึกษานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). (2561). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี:สำนักพิมพ์ บริษัทหนังสือดีวันจำกัด.
- ศรีผาสุข พึ่งศรีเพ็ง (2560) การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 3(2) หน้า 180-192
- สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2) นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

หนึ่งอนงค์ สารสมักร. (2560). การปฏิบัติงานของพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.

อุษาวดี อัครวิเศษ. (2547). การปฏิบัติบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพยาบาลปริศัลยกรรม. วารสารพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย, ปีที่ 9 ,4-8.

American Nurses Association. Standard of Clinical Nursing Practice. Washington, D.C.: American Nurses Publishing; 1991.

Association of perioperative Registered Nurses (AORN). Standards of perioperative nursing. In: AORN. Perioperative standards and recommended practices Denver (CO): AORN; 2009.

Boud, D. & Falchikov, N. (1989). “Quantitative studies of student self-assessment in higher education:a critical analysis of findings,” Higher Education. 18: 529-549.

Meson EJ. How to write meaningful Nursing standards. New York: John Wiley & Sons; 1994.

Nicholls, M.E. & Wessells, V.G. (1997). Nursing standards & nursing process. Wakefield, Mass:

Factors related to dietary supplement behavior consumption: A case study of undergraduate university students, in the northern Thailand

Jarupond Koontawee¹ Rossarin Kaewta² Narong Chaitiang^{3*} Nakamol Sutatong⁴

Abstract

This research is a cross-sectional study on Dietary supplement consumption behavior, and factors related to dietary supplement consumption behavior of students in a Public Health program of a university in northern, Thailand. Samples were 321 students. Data were collected from questionnaires and analyzed by using percentage, mean and Chi-square.

The results showed that majority samples were female (85.7%) under the age of 22 years (68.8%), With average GPA between 2.01-3.00 (70.1%), majority in Community hygiene discipline (46.7%) with monthly income of below or equal to 6,000 baht (54.5%) majority of samples had higher consumption of dietary supplements (58.6%). The attitude of dietary supplements with at a moderate level (46.3%). majority of samples were influenced by mass communication (53.6%), and had moderate consumption behavior (72.6%)

The factors associated with the consumption habits of dietary supplements were found to be revenue and influence from mass communication on consumption of dietary supplements. These factor were associated with a statistical significant intake of dietary supplements at the level of 0.05 (P-value = 0.047, 0.008, respectively). Results of this research can be used as the basis for the planning to educate and promote the attitude of proper dietary supplements or to provide behavioral modification activities, which would had to a people habits of dietary supplements consumption.

Keywords: Factor, dietary supplement, consumption behavior

¹ Major Health Promotion, School of Medicine, University of Phayao

^{2,3} School of Medicine, University of Phayao

⁴ Pharmacist, Medical and Public Health service center: School of Medicine University of Phayao

*corresponding author: kongkangku69@gmail.com

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ของนิสิต มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

จารุภรณ์ คุณทวี¹ รสรินทร์ แก้วตา² ณรงค์ ใจเที่ยง^{3*} ณกมล สุทธิธง⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.7) มีอายุต่ำกว่า 22 ปี (ร้อยละ 68.8) เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.01-3.00 (ร้อยละ 70.1) ศึกษาอยู่ในสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ อนามัยชุมชน (ร้อยละ 46.7) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 6,000 บาท (ร้อยละ 54.5) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.6) มีทัศนคติในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.5) ได้รับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.6) และมีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.6)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่า รายได้ และอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.047, 0.008 ตามลำดับ) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ทางมหาวิทยาลัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อให้ความรู้ และส่งเสริมให้มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารให้เหมาะสม หรือจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : ปัจจัย, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร, พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

¹หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

²⁻³ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

⁴เภสัชกร ศูนย์บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*ผู้ส่งบทความ: Kongkangku69@gmail.com

บทนำ (Introduction)

สิทธิของผู้บริโภคและหลักเกณฑ์การคุ้มครองด้านการโฆษณาสินค้าได้ถูกรองรับตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 โดยบัญญัติถึงสิทธิของผู้บริโภคไว้ดังต่อไปนี้

1. สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร (Right to be Informed) ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับการโฆษณาหรือการแสดงฉลากตามความเป็นจริง ได้รับคำ พรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าและบริการ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้บริโภคมีข้อมูลสำหรับตัดสินใจในการเลือกสินค้าและบริการตามความประสงค์เพราะการได้รับข่าวสารที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพออาจทำให้ผู้บริโภคตัดสินใจผิดพลาดในการเลือกสินค้าและบริการ สิทธิได้รับข่าวสารจึงเป็นการช่วยชดเชยข้อเสียเปรียบในแง่ความรู้ที่ผู้บริโภคมีต่อผู้ประกอบการ

2. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ (Right to Choose) ได้แก่ สิทธิที่จะเลือกซื้อสินค้าหรือรับบริการโดยความสมัครใจของผู้บริโภคและปราศจากการชักจูงอันไม่เป็นธรรม

3. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ (Right to Safety) ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับสินค้าหรือบริการที่ปลอดภัย มีสภาพและคุณภาพได้มาตรฐานเหมาะสมแก่การใช้ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตร่างกายหรือทรัพย์สินในกรณีใช้ตามคำแนะนำ หรือระมัดระวังตามสภาพของสินค้าหรือบริการนั้นแล้ว

4. สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำ สัญญา (Right to fair contract) หมายถึง สิทธิที่จะได้รับข้อสัญญาโดยไม่ถูกเอาเปรียบจากผู้ประกอบการ

5. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย (Right to redress) ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองและชดเชยค่าเสียหายเมื่อมีการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคตามข้อ 1 2 3 และ 4 ทั้งนี้ เนื่องจากในความเป็นจริงผู้บริโภคอยู่ในฐานะเสียเปรียบหลายประการ หากสินค้าหรือบริการใดก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้บริโภคก็ต้องมีหนทางเยียวยาความเสียหายนั้นให้แก่ผู้บริโภคอย่างเป็นธรรม (อัญลักษณ์ นามจักรและปิยธิดา ปลอดภัย, 2557) ในปัจจุบันการบริโภคของคนไทยกำลังอยู่ในภาวะที่อาจมีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องคุณภาพและคุณค่าของอาหารที่รับประทาน ซึ่งนิยมบริโภคอาหารจานด่วนเพิ่มมากขึ้น ผลลิตภณที่เสริมอาหารเป็นหนึ่งในผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับความนิยมจากผู้บริโภค เนื่องจากเชื่อว่าจะทำให้ได้รับสารอาหารเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการบริโภกดังกล่าวส่วนมากพบในคนวัยหนุ่มสาวและวัยทำงานในสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว และแรงผลักดันทางเศรษฐกิจที่คนต้องทำงานนอกบ้าน

หรือเรียนหนังสือต่างจังหวัดมากขึ้น(บรรจง พลไชย,2559) อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์การบริโภคอาหารมีหลักจำเป็นต้องบริโภค ให้ครบทั้ง 3 มื้อและสมดุลกันระหว่างอาหารหลัก 5 หมู่ เมื่อมนุษย์รู้จักเลือกสิ่งที่จะใช้เป็นอาหารได้แล้วก็จะช่วยให้อวัยวะเจริญเติบโตและซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกายช่วยให้อวัยวะต่างๆของร่างกายทำงานเพื่อดำรงชีวิตอยู่ได้¹ โดยเฉพาะในวัยเด็กเป็นวัยที่มีความต้องการพลังงานและสารอาหารในการเจริญเติบโตมากกว่าวัยอื่นๆ ในขณะเดียวกันอาหารสำเร็จรูปอาหารจานเดียวอาหารจานด่วนเหล่านี้มักมีลักษณะไม่ครบหมู่ประกอบด้วยแป้งและเนื้อสัตว์เป็นหลักปรุงด้วยวิธีการที่ใช้ไขมันค่อนข้างสูงใช้เครื่องปรุงที่มีเกลือไอโอดีนค่อนข้างมากอาจใช้อาหารที่ผ่านกระบวนการแปรรูปหรือถนอมอาหารมาแล้วเป็นส่วนประกอบ เช่น ไส้กรอกหรืออาหารกระป๋องจึงส่งผลต่อภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตทั้งร่างกายและสติปัญญา (ปิยรัตน์ จิตรภักดี และคณะ, 2557)

แนวโน้มเรื่องของสุขภาพในปัจจุบันนี้ด้วยปัจจัยต่างๆ ส่งผลให้วิถีชีวิต และค่านิยมมีการเปลี่ยนแปลงไปผู้คนต่างหันมาสนใจการดูแลสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องน้ำหนักตัว และผิวพรรณในกลุ่มของวัยรุ่น วัยรุ่นเป็นวัยที่ได้รับอิทธิพลเรื่องความสวยความงามจากแหล่งต่างๆ มากมาย เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องการเป็นที่สนใจหรือเป็นที่ดึงดูดจากคนรอบข้างประกอบกับเป็นวัยที่เข้าถึงสื่อโฆษณาต่างๆ ได้ง่าย(ฉัตยาพร เสมอใจ, 2555) แม้ว่าจะมีหลายวิธีการในการดูแลสุขภาพและผิวพรรณแต่วัยรุ่นนี่ยังมีการแสวงหาวิธีการที่จะมีรูปร่างผอมบาง ไม่ว่าจะเป็นการแสวงหาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมลดน้ำหนักต่างๆ มารับประทาน (Halsted CH, 2003: 77) รวมไปถึงการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีวัตถุประสงค์การใช้เพื่อให้ผิวพรรณแลดูขาวกระจ่างใสหรือปราศจากริ้วรอย กลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อความงาม (Beauty Aids Dietary Supplement Products) (กนกอร มีพร้อม และคณะ, 2557)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป 4 ภาค รวมทั้ง กทม. และปริมณฑล พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจในเรื่องการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง โดยร้อยละ 70 คิดเห็นว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นต้องรับประทานเป็นประจำ พบในกลุ่มอายุ 21-30 ปี มากที่สุดร้อยละ 74 (H focus,2560) ความนิยมในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีเพิ่มมากขึ้น ผู้บริโภคมองข้ามผลเสียที่ตามมาอย่างคาดไม่ถึงของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วัยรุ่นสามารถซื้อมารับประทานได้ง่ายผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตโดยอาจรู้เท่าไม่ถึงการณ์(สุพัตรา บุตรราช และคณะ, 2561) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้จัดเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2560 การบริโภคอาหารกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและกลุ่มแร่ธาตุวิตามิน พบว่า ผู้ที่รับประทาน 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 14.2) ผู้ที่ทาน

3-4 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 3.4) ผู้ที่ทานทุกวัน (ร้อยละ 3.0) และน้อยที่สุด คือ ผู้ที่ทาน 5-6 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 1.0) เมื่อพิจารณากลุ่มอายุตามความถี่ของผู้ที่ไม่ทาน พบว่า กลุ่มวัยเด็ก (6-14 ปี) มีสัดส่วนใน การไม่ทานสูงกว่าวัยอื่น (ร้อยละ 83.2) และความถี่ของผู้ที่ทานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ พบว่า กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ทานอาหารกลุ่มนี้มากที่สุด (ร้อยละ 9.0) และพบว่าสัดส่วนการทานจะเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่มากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีการจำหน่ายอย่างกว้างขวางและหลายช่องทาง เช่น ร้านค้าทั่วไป ขยายตรง แต่ในปัจจุบันซึ่งเป็นยุคที่เทคโนโลยีมีความก้าวหน้า อินเทอร์เน็ตเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในชีวิตประจำวัน ในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้อินเทอร์เน็ตสามารถหาข้อมูลมากมายรวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น วิธีการดูแลสุขภาพและข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อินเทอร์เน็ตจึงกลายเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการจำหน่ายสินค้าและบริการผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ขยายวงกว้างอย่างรวดเร็วอีกด้วย ปัจจุบันเป็นเรื่องน่ากังวลอย่างมากผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจัดเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ก็มีกรพบว่ามีบางผลิตภัณฑ์ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือมีการนำเข้ามาจำหน่ายในประเทศโดยไม่ผ่านองค์การอาหารและยา การโฆษณาผลิตภัณฑ์เกินจริงเพื่อดึงดูดความสนใจในผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภค รวมไปถึงการขาดความรู้และทักษะในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้บริโภค ดังนั้น การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ขาดความรู้และปริมาณมากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มนิสิตเป็นช่วงกลุ่มผู้บริโภควัยรุ่นที่ให้ความสำคัญกับเรื่องของรูปร่างและผิวพรรณ การนิยมรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นตัวช่วยลดน้ำหนักและช่วยเรื่องผิวพรรณ เป็นประเด็นสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนิสิตกลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เพื่อที่จะนำข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ไปใช้ในการเสนอแนะหรือวางแผนการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้บริโภค ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารให้เกิดความเหมาะสมและปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนิสิตของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

ขอบเขตการศึกษา (Scope of study)

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะนิสิต กลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

วิธีการดำเนินการศึกษา (Methods)

เป็นรูปแบบการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analysis study) ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ คำนวณขนาดตัวอย่างได้จากสูตรของ Daniel W.W. ได้กลุ่มตัวอย่าง 321 คน (Daniel WW, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม สาขาวิชา และรายได้ มีลักษณะเป็นคำตอบแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อมูล จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ความหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แหล่งกำเนิดผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มีลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบ (Check list) จำนวน 15 ข้อ (รุ่งนภา สิงห์สถิตย์, 2559: 48) เป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ (ใช่-ไม่ใช่) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-15 คะแนน ซึ่งแบ่งคะแนนของความรู้เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อย ดังนี้ ความรู้ต่ำ (0-8) ความรู้ปานกลาง (9-11) และความรู้สูง (12-15)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มีลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบ (Check list) จำนวน 15 ข้อ (รุ่งนภา สิงห์สถิตย์, 2559: 49) เป็นแบบทดสอบเพื่อให้ทราบถึงทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร คำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ,เห็นด้วย,ไม่แน่ใจ,ไม่เห็นด้วย,ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 15 - 75 คะแนน ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของทัศนคติ โดยการใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อยดังนี้ ทัศนคติต่ำ (35.00-42.33) ทัศนคติปานกลาง (42.34 - 49.66) และทัศนคติสูง (49.67-75.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มีลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบ (Check list) จำนวน 16 ข้อ (รุ่งนภา สิงห์สถิตย์

,2559: 50) คำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ,เห็นด้วย ,ไม่แน่ใจ,ไม่เห็นด้วย,ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 16 - 80 คะแนน ซึ่งแบ่งเกณฑ์คะแนนของอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยใช้การแบ่งแบบอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อยดังนี้ ระดับน้อย (24 -40) ระดับปานกลาง (41-56) และระดับสูง (57-80)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มีลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบ (Check list) จำนวน 15 ข้อ (รุ่งนภา สิงห์สถิตย์, 2559: 51) เป็นแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ (ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย) ค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 15-45 คะแนน ซึ่งแบ่งคะแนนของพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ โดยแยกย่อย ดังนี้ ระดับต่ำ (15-25) ระดับปานกลาง (26-35) และระดับดี (36-45)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1.ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเรียบร้อยแล้ว ทำการตรวจสอบความถูกต้องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2.การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างนอกพื้นที่ศึกษาโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยที่ค่าเชื่อมั่นของพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เท่ากับ 0.716

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistic) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของ

มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และ ฟิชเชอร์ (Fisher's exact)

ผลการศึกษา (Result)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 275 คน ร้อยละ 85.7 มีอายุต่ำกว่า 22 ปี จำนวน 221 คน ร้อยละ 68.8 เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.01-3.00 จำนวน 225 คน ร้อยละ 70.1 รองลงมา มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 3.01-4.00 จำนวน 64 คน ร้อยละ 19.9 ศึกษาอยู่ในสาขาวิชานามัยชุมชน, อนามัยสิ่งแวดล้อม, ส่งเสริมสุขภาพและอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 150, 83, 45 และ 43 คน ร้อยละ 46.7, 25.9, 14.0 และ 13.4 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 6,000 บาท จำนวน 175 คน ร้อยละ 54.5 รองลงมา มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 6,001-8,000 บาท จำนวน 108 คน ร้อยละ 33.6 (ตาราง 1)

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 188 คน ร้อยละ 58.6 รองลงมา มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 35.5 (ตาราง 2)

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่วนใหญ่มีทัศนคติปานกลาง จำนวน 239 คน ร้อยละ 74.5 รองลงมา มีทัศนคติดี ร้อยละ 19.0 (ตาราง 3)

อิทธิพลจากสื่อสารมวลชนต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนในระดับปานกลาง จำนวน 172 คน ร้อยละ 53.6 รองลงมา ได้รับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนในระดับสูง ร้อยละ 41.7 (ตาราง 4)

พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 233 คน ร้อยละ 72.6 รองลงมา มีระดับพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 24.3 (ตาราง 5)

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=321)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	14.3
หญิง	275	85.7

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=321)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
ต่ำกว่า 22 ปี	221	68.8
22 ปีขึ้นไป	100	31.2
(Mean = 21.17 ปี, S.D. = 0.76 ปี, Min = 20 ปี and Max = 25 ปี)		
เกรดเฉลี่ยสะสม		
น้อยกว่า 2.00	32	10.0
2.01-3.00	225	70.1
3.01-4.00	64	19.9
(Mean = 2.61, S.D. = 0.45, Min = 1.78 and Max = 3.89)		
สาขาวิชา		
การส่งเสริมสุขภาพ	45	14.0
อนามัยชุมชน	150	46.7
อนามัยสิ่งแวดล้อม	83	25.9
อาชีวอนามัยและความปลอดภัย	43	13.4
รายได้(บาท/เดือน)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 6,000 บาท	175	54.5
6,001-8,000 บาท	108	33.6
8,001-10,000 บาท	26	8.1
10,000 บาทขึ้นไป	12	3.7

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ระดับความรู้	จำนวน (n=321)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	19	5.9
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	114	35.5
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	188	58.6
รวม	321	100.0

(Mean = 11.81 คะแนน, S.D. = 2.02 คะแนน, Min = 4 คะแนน and Max = 15 คะแนน)

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ระดับทัศนคติ	จำนวน (n=321)	ร้อยละ
ทัศนคติต่ำ (35-42.33 คะแนน)	21	6.5
ทัศนคติปานกลาง (42.34-49.66 คะแนน)	239	74.5
ทัศนคติดี (49.67-57 คะแนน)	61	19.0
รวม	321	100.0

(Mean = 47.06 คะแนน, S.D. = 3.21 คะแนน, Min = 35 คะแนน and Max = 57 คะแนน)

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ระดับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชน	จำนวน (n=321)	ร้อยละ
ระดับน้อย (24-40 คะแนน)	15	4.7
ระดับปานกลาง (41-56 คะแนน)	172	53.6
ระดับสูง (57-72 คะแนน)	134	41.7
รวม	321	100.0

(Mean = 54.29 คะแนน, S.D. = 7.40 คะแนน, Min = 24 คะแนน and Max = 72 คะแนน)

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ระดับพฤติกรรมการบริโภค	จำนวน (n=321)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (15-25 คะแนน)	78	24.3
ระดับปานกลาง (26-35 คะแนน)	233	72.6
ระดับดี (36-45 คะแนน)	10	3.1
รวม	321	100.0

(Mean = 27.49 คะแนน, S.D. = 4.82 คะแนน, Min = 15 คะแนน and Max = 45 คะแนน)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า รายได้ และอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.047, 0.008$ ตามลำดับ) แต่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม สาขาวิชา ความรู้ และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 6)

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนระดับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสัมพันธ์กับตาราง 6 ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.008$) (ตาราง 7)

ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร			รวม	χ^2 /Fisher's Exact	P-value
	ระดับต่ำ	ระดับ	ระดับสูง			
	จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	จำนวน (%)			
เพศ						
ชาย	15(32.6)	30(65.2)	1(2.2)	46(100.0)	1.996 ^a	.356
หญิง	63(22.9)	203(73.8)	9(3.3)	275(100.0)		
อายุ						
ต่ำกว่า 22 ปี	58(26.2)	155(70.1)	8(3.6)	221(100.0)	2.077 ^a	.344
22 ปีขึ้นไป	20(20.0)	78(78.0)	2(2.0)	99(100.0)		
เกรดเฉลี่ยสะสม						
น้อยกว่า 2.00	8(25.0)	24(75.0)	0(0.0)	32(100.0)	1.487 ^a	.835
2.01-3.00	56(24.9)	160(71.1)	9(4.0)	225(100.0)		
3.01-4.00	14(21.9)	49(76.6)	1(1.6)	64(100.0)		

ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร			รวม	χ^2 /Fisher's Exact	P-value
	ระดับต่ำ	ระดับ	ระดับสูง			
	จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน(%)	จำนวน (%)			
สาขาวิชา						
การส่งเสริมสุขภาพ	10(22.2)	35(77.8)	0(0.0)	45(100.0)	2.414 ^a	.895
อนามัยชุมชน	37(24.7)	106(70.7)	7(4.7)	150(100.0)		
อนามัยสิ่งแวดล้อม	10(23.3)	32(74.4)	1(2.3)	43(100.0)		
อาชีพอนามัยและความปลอดภัย	21(25.3)	60(72.3)	2(2.4)	83(100.0)		
รายได้						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 6,000บาท	50(28.6)	119(68.0)	6(3.4)	175(100.0)	12.779	.047*
6,001-8,000บาท	21(19.4)	85(78.7)	2(1.9)	108(100.0)		
8,001-10,000บาท	5(19.2)	21(80.8)	0(0.0)	26(100.0)		
10,000บาทขึ้นไป	2(16.7)	8(66.7)	2(16.7)	12(100.0)		
ระดับความรู้						
ระดับต่ำ	7(36.8)	10(52.6)	2(10.5)	19(100.0)	6.363 ^a	.147
ระดับปานกลาง	27(23.7)	83(72.8)	4(3.5)	114(100.0)		
ระดับสูง	44(23.4)	140(74.5)	4(2.1)	188(100.0)		
ระดับทัศนคติ						
ระดับต่ำ	6(28.6)	14(66.7)	1(4.8)	21(100.0)	1.920 ^a	.726
ระดับปานกลาง	60(25.1)	172(72.0)	7(2.9)	239(100.0)		
ระดับดี	12(19.7)	47(77.0)	2(3.3)	61(100.0)		
ระดับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชน						
ระดับน้อย	9(60.0)	6(40.0)	0(0.0)	15(100.0)	13.893	.008*
ระดับปานกลาง	45(26.2)	122(70.9)	5(2.9)	172(100.0)		
ระดับสูง	24(17.9)	105(78.4)	5(3.7)	134(100.0)		

หมายเหตุ : * p -value ≤ 0.05

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนอิทธิพลจาก
สื่อสารมวลชน

อิทธิพลจากสื่อสารมวลชน	Mean	S.D.	แปลผล
1.เมื่อดูโฆษณาท่านเชื่อว่าการดื่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสามารถลดน้ำหนักทำให้รูปร่างดี	3.368	.9916	ปานกลาง
2.การใช้ดราม่าหรือมาโฆษณาช่วยให้อยากซื้อสินค้านั้นมาบริโภค	3.262	1.0308	ปานกลาง
3.การจัดโปรโมชั่นลดราคามีของแถม ทำให้ตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารเสริมมากขึ้น	3.514	.9189	ปานกลาง
4.การโฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์เรื่องการลดราคาทำให้ท่านตัดสินใจซื้อจำนวนมากขึ้น	3.218	1.0043	ปานกลาง
5.การส่งซองเปล่า/กล่องเปล่า หรือการส่งข้อความไปซิงค์ ทำให้ท่านซื้อสินค้านั้นมากขึ้น	2.835	1.0342	ปานกลาง
6.การได้รับใบปลิวจากร้านค้าประเภทบริการส่งถึงบ้าน ทำให้ท่านตัดสินใจสั่งอาหารเสริมมารับประทานสะดวกขึ้น	2.788	1.0210	ปานกลาง
7.ถ้าต้องการลดความอ้วน ควรรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสำหรับลดความอ้วนจึงจะได้ผลดี	3.461	1.0980	ปานกลาง
8.การส่งฉลากหรือข้อความSMS เพื่อชิงรางวัลเป็นการชักชวนให้ซื้อสินค้า	2.838	1.1230	ปานกลาง
9.บรรจุภัณฑ์ที่มีรูปร่างแปลกตาและสวยงาม ชักจูงให้ซื้อสินค้า	3.093	1.1308	ปานกลาง
10.การมอบเครื่องดื่มประเภทซูปเปอร์มาร์เก็ตหรือร้านเป็นการแสดงความกตัญญูหรือแสดงความรัก ความห่วงใยของผู้ให้	3.321	1.0154	ปานกลาง
11.การซื้อสินค้าสามารถซื้อผ่านช่องทาง Internet ผ่านเว็บไซต์ของบริษัท	3.673	.9025	ปานกลาง
12.สามารถชำระเงินได้หลายช่องทาง เช่น เงินสด, ATM, Internet	4.019	.6980	ปานกลาง
13.บริษัทมีการให้บริการข้อมูลข่าวสารและตอบรับทางเอกสาร	3.592	.7737	ปานกลาง
14.เมื่อซื้อสินค้าจำนวนมากมีส่วนลดพิเศษ	3.704	.8041	ปานกลาง
15.บริษัทมีการรับประกันคุณภาพสินค้าหรือคืนเงิน	3.760	.8451	ปานกลาง
16.บริษัทมีพนักงานให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่ลูกค้าและบริการหลังการขายที่น่าประทับใจ	3.847	.8283	ปานกลาง

อภิปรายผล (Discussion)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 321 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 มีอายุต่ำกว่า 22 ปี จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 68.8 เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.01-3.00 จำนวน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 ศึกษาอยู่ในสาขาวิชานามัยชุมชน, สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ และสาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 150, 83, 45 และ 43 คน ร้อยละ 46.7, 25.9, 14.0 และ 13.4 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 6,000 บาท จำนวน 175 คน ร้อยละ 54.5

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนิสิตกลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ

รายได้ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.047$) เนื่องจากนิสิตที่มีรายได้ต่อเดือนสูงก็จะมีกำลังในการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่านิสิตที่มีรายได้น้อยทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ เสกสรรค์ วีระสุข และวรางคณา อติศรประเสริฐ (2557) ศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทวิตามิน ในกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทวิตามิน ในกรุงเทพมหานคร และไม่สอดคล้องกับ รังสรรค์ เตียวสกุล (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภค ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประชาชนวัยทำงาน ในพื้นที่อำเภอกะปง จังหวัดพังงา พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอธิบายได้ว่ารายได้ อาจมีผลกับการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่อำเภอกะปง

อิทธิพลจากสื่อสารมวลชนต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชนในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6 และมีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อิทธิพลจากสื่อสารมวลชนต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.008$) เนื่องจากนิสิตทุกคนมีการใช้สมาร์ทโฟนสามารถได้รับข่าวสาร โฆษณาผ่านช่องทางสื่อสารมวลชนได้ง่ายและรวดเร็ว ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่ง

สอดคล้องกับ รุ่งนภา สิงห์สถิตย์ (2559) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสุขภาพขึ้นอยู่กับอิทธิพลจากสื่อสารมวลชน ซึ่งเกี่ยวกับการบริโภค ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสุขภาพ ปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้สามารถพยากรณ์ตัวแปรตามได้ ร้อยละ 57.7 และสอดคล้องกับรังสรรค์ เตียวสกุล (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประชาชนวัยทำงาน ในพื้นที่อำเภอกะปง จังหวัดพังงา พบว่า อิทธิพลของสื่อได้รับอิทธิพลจากปัจจัยการเปิดรับสื่อ ($P = 0.535, r = 0.614$) และปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด ($P = 0.215, r = 0.614$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ($P = 0.223, r = 0.412$) อธิบายได้ว่าในปัจจุบันการโฆษณาผ่านช่องทางต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีความหลากหลายเป็นอิทธิพลของการใช้สื่อในการสร้างการรับรู้และความคิดของบุคคลการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร อิทธิพลของสื่อที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่า การรับรู้เงื่อนไขที่มาสับสนุนความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม

สรุปผลการวิจัย (Conclusion)

สรุปได้ว่า นิสิตกลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความสัมพันธ์กับรายได้ และอิทธิพลจากสื่อสารมวลชน ทางมหาวิทยาลัยควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องผ่านสื่อ และส่งเสริมให้มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารให้เหมาะสม หรือจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนิสิตกลุ่มสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ขอเสนอแนะดังนี้

1. นิสิตมีทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารให้เหมาะสม หรือจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ถูกต้อง

2. ควรจัดให้มีสื่อที่เป็นความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผ่านทางสื่อสารมวลชน อาจทำได้โดยการสร้างเพจเฟซบุ๊ก หรือเว็บไซต์ที่ให้ความรู้กับนิสิตเพื่อสะดวกต่อการรับข้อมูลข่าวสาร และเพื่อให้ นิสิตมีความรู้เพิ่มขึ้น

3. ส่งเสริมให้นิสิตรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อไม่ให้บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในปริมาณมากเป็นเวลานาน

4. มีมาตรการหรือนโยบายที่คุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในระบบออนไลน์

เอกสารอ้างอิง (References)

กนกกร มีพร้อม และคณะ. (2557). พฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อความงามของนิสิตมหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา.วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม, มหาวิทยาลัยพะเยา, จังหวัดพะเยา.

ธัญลักษณ์ นามจักรและปิยธิดา ปลอดทอง.(2557). มาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร. วารสารนักบริหาร, 34 (1) มกราคม-มิถุนายน 2557; 51-59

บรรจง พลไชย. (2559).การศึกษาทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนครพนม. วารสารอาหารและยา. ฉบับเดือนมกราคม-เมษายน 2559. (51-57)

ปิยรัตน์ จิตรภักดี และคณะ.(2557).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 44(3) : 250-259

รุ่งนภา สิงห์สถิตย์. (2559). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง, จังหวัดราชบุรี.

รังสรรค์ เตียวสกุล. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประชาชนวัยทำงาน ในพื้นที่อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต บัณฑิตวิทยาลัย, จังหวัดภูเก็ต.

เสกสรร วีระสุข และวรางคณา อติศรประเสริฐ. (2557). พฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภท วิตามินในกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, จังหวัด กรุงเทพมหานคร. Retrieved from

<http://ejournals.swu.ac.th/index.php/MBASBJ/article/view/4641>

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค.(2562).สิทธิของผู้บริโภค. Retrieved from http://www.ocpb.go.th/news_view.php?nid=9764

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. Retrieved from <http://www.nso.go.th/sites/2014/>
- Daniel WW. (2010) . Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 5thed. NewYork: John Wiley & Son
- Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2560). ผลสำรวจพบคนไทย 70% เชื่อผิด คิดว่าอาหารเสริมเป็นสิ่งจำเป็นต้องกินประจำสำนักข่าวH focus เจาะลึกระบบสุขภาพ. Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2017/02/13475>

Patient's rights compliance by registered nurses in Chulabhorn hospital

Darin Jomvong*, Suthee Usathaporn**, Chardsumon Prutipinyo**, Wirin Kittipichai***

Abstract

The objectives of this study is to investigate registered nurses perspectives toward the practice of patient rights at Chulabhorn Hospital, and to assess the association between personal characteristics of registered nurses, their perceptions regarding organizational atmosphere, professional legal knowledge and the patient's rights compliance. One hundred forty (140) registered nurses were selected as study sample → working at in-patient department, out-patient department and special departments. All were administered with questionnaire to elicit information on patient rights compliance →. Data was collected in June 2019 and were analyzed by using descriptive statistics consisting of percentage, means. Chi-square was used to analyze the correlation between patients' characteristics and patients' right compliance. Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient was employed to analyze the relationship between the perception of organizational atmosphere, professional legal knowledge and patients' rights compliance. The reliability value of perceived work atmosphere and patients' right compliance were 0.827 and 0.806 respectively.

The results indicated that the practice of patient's rights was at a medium level. On the association of personal characteristics of professional nurses, results have shown that there was an association of experience in working with patient's rights compliance ($p = 0.021$), and there were no association of age, department of work, education level and specialized training of registered nurses, with patient's right compliance. The association of organizational atmosphere perception and patient's rights compliance was at a low level with statistical significant ($r = 0.268$, $p = 0.001$). The association of professional legal knowledge, and patients' right knowledge, with patients' right compliance was at a low level.

This study highlights patient's right compliance should be encouraged. Transforming of policy to practice should be carried out through proper monitoring and scientifically evaluation approaches.. Guidelines in patient's right compliance should be established. Seminar and workshop on patient's right compliance should be conducted to promote the appropriate practice, that could led to organization culture for patient's right compliance

Keywords : patient's rights, patient's rights compliance, registered nurses

* Master of Science (Public health) program, Faculty of Public Health, Mahidol University

**Department of Public Health Administration, Public Health Faculty Mahidol University

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

Corresponding Author E-Mail: darin.jom@pccms.ac.th

การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬารณ

ดาริน จอมวงศ์* สุธี อยู่สถาพร** ฉัตรสมน พฤตมิถุน** วิรินธี กิตติพิชัย***

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬารณ และ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้บรรยากาศองค์กร และความรู้ทางกฎหมายวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจุฬารณ ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และ กลุ่มการพยาบาลในลักษณะพิเศษ จำนวน 140 คน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือน มิ.ย. 2562 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติแบบไค-สแควร์ และแบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า (1) การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬารณโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.945$) (2) ในคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์ในการทำงานกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ($p=0.021$) และไม่พบความสัมพันธ์ของ อายุ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษา และการฝึกอบรมเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย (2) ความสัมพันธ์ของการรับรู้บรรยากาศองค์กร กับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.268$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ (3) พบความสัมพันธ์ของความรู้ในกฎหมายวิชาชีพ และความรู้ในสิทธิผู้ป่วย ต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลในระดับต่ำ

จากผลการวิจัยควรมีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย มีการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ โดยการกำกับ ควบคุม ดูแลผู้ปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด มีการสร้างแนวทางในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย และจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ เพื่อเสริมสร้างให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่วัฒนธรรมองค์กรเกี่ยวกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย

คำสำคัญ การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย, สิทธิผู้ป่วย, พยาบาลวิชาชีพ

*นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: darin.jom@pccms. ac. th

บทนำ (Introduction)

การรู้ และรักษาสีสิทธิของตนเป็นสิ่งสำคัญในปัจจุบันจะพบได้ว่าประชาชนมีการแสดงออกในการรักษาสีสิทธิของตนในด้านต่าง ๆ ด้วยการร้องเรียน หรือสื่อสารออกมาเพื่อให้ผู้มีอำนาจ หรือภาครัฐได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาค่ที่ประสบอยู่ ซึ่งการกระทำดังกล่าวถือเป็นการกระทำได้ตามสิทธิมนุษยชนตามกฎหมาย ในด้านการรับรู้ หรือแสดงความคิดเห็น และจากสิทธิของประชาชนไทย ถูกกำหนดไว้โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ประกาศไว้เมื่อปี พ.ศ. 2560 ที่ประกาศไว้ว่า “สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนชาวไทยจะ ได้รับความคุ้มครองทางกฎหมายที่เท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันในด้านถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ หรือความพิการ สภาพร่างกาย หรือสุขภาพ” ทำให้มีการกระทำที่เป็นการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของตนเองเพิ่มขึ้น (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2560)

สิทธิผู้ป่วย ถือเป็นสิทธิที่ประชาชนทุกคนต้องรู้ และรับทราบ เพื่อเป็นการรักษาสีสิทธิของตน เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นประชาชนที่เข้ารับบริการบริการ เป็นผู้ป่วยหรือผู้ดูแล รวมถึงผู้บริหาร หรือบุคลากรผู้ให้บริการภายในโรงพยาบาลต้องรับรู้และรับทราบถึงสิทธิดังกล่าว เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง ไม่ละเมิดในสิทธิของผู้ป่วย ในประเทศไทยได้มีการตื่นตัวที่จะปกป้อง และรักษาสีสิทธิผู้ป่วย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 โดยการประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นครั้งแรกและ ประกาศสิทธิผู้ป่วยและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย (สิทธิผู้ป่วย, 2558) เป็นฉบับปรับปรุงอีกครั้ง ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งแสดงให้เห็นถึง การตื่นตัวที่จะรักษาสีสิทธิให้แก่ผู้ป่วยของกลุ่มสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแก่ผู้ป่วย มีความต้องการให้ประชาชนพึงรู้และทราบถึงสิทธิของตน รวมถึงเจ้าหน้าที่บุคลากรในโรงพยาบาลต้องรู้และสามารถปฏิบัติงาน โดยไม่ละเมิด และสามารถปกป้อง รักษาสีสิทธิให้แก่ผู้ป่วยได้ และเพื่อเป็นการสนองต่อนโยบายของสหสาขาวิชาชีพที่ได้ร่วมกันประกาศสิทธิผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการสนองต่อนโยบายของสถาบันรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล (สรพ.) โรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศไทย จึงมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการรักษาสีสิทธิผู้ป่วย และกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

โรงพยาบาลจุฬารณณ์ เป็นหน่วยงานในวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬารณณ์ ราชวิทยาลัยจุฬารณณ์ ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาวิจัย และสถาบันการแพทย์ในกำกับของรัฐบาล มีเป้าหมายให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศด้วยมาตรฐานสากล โดยมีเป้าหมายให้บริการบนหลักความเสมอภาคให้กับประชาชนอย่างเท่าเทียมกันโดยเริ่มเปิดให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นการเปิดให้บริการผู้ป่วยเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ต่อมาจึงมีการขยาย

ขอบเขตการให้บริการผู้ป่วยทั่วไปขึ้นในปี พ.ศ. 2561 จากการขยายการบริการดังกล่าว ทำให้ต้องมีการเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการเพื่อรองรับผู้ป่วยที่จะเข้ามารับการรักษาพยาบาลมากขึ้น ในทุกสาขาวิชาชีพ ซึ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องมีพร้อมซึ่งความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน กับผู้ป่วยทั้งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังและต้องเข้ารับการรักษายาวนานอย่างต่อเนื่อง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และในกลุ่มโรคทั่วไปที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็วและเป็นมาตรฐาน พยาบาล เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล ที่มีสัดส่วนมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรผู้ให้บริการในโรงพยาบาลทั้งหมด และปฏิบัติงานการพยาบาลกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกเหนือจากการปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีแนวปฏิบัติที่ยึดถือเป็นมาตรฐานแล้ว สิ่งสำคัญต้องปฏิบัติไปพร้อมกันคือ การปกป้องและรักษาสีผิวให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ไม่สามารถปกป้องรักษาสีผิวของตนได้ พยาบาลจึงถูกคาดหวังให้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลควบคู่ไปกับการปกป้องและรักษาสีผิวให้กับผู้ป่วยไปพร้อม ๆ กันงานวิจัยนี้จึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับระดับความรู้ และการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะของพยาบาล และบรรยากาศภายในองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์งานวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬารัตน์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้บรรยากาศองค์การ และความรู้ทางกฎหมายในวิชาชีพพยาบาล กับ การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจุฬารัตน์

วิธีการดำเนินการวิจัย (Methods)

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้บรรยากาศองค์การ และความรู้ทางกฎหมายวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และ กลุ่มการพยาบาลในลักษณะพิเศษในช่วงเดือนมิถุนายน 2561 จากพยาบาลทั้งหมด

243 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป (Wayne W. D., 1995) ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 137 คน และเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 20 เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหาย ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมา 140 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 85 ของแบบสอบถามที่แจก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้บรรยากาศองค์กร ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านกฎหมายวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วย และส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ มีตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) เพื่อให้มีความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัดและความถูกต้องชัดเจนของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 30 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คือ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) เมื่อทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างแล้วได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดการรับรู้บรรยากาศองค์กร และเครื่องมือวัดการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 0.827 และ 0.806 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ก่อนที่จะเริ่มทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้ง 2 แห่ง คือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการฯ ของราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ เพื่อพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval : COA) รหัสโครงการ MUPH 2019-060 และเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 003/2562 ต่อจากนั้นจึงได้ดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัยในโรงพยาบาล

เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลภายในโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการลงเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐานในการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติการทดสอบแบบไค-สแควร์ (chi-square) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศองค์การ ความรู้ทางกฎหมายวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ใช้สถิติการทดสอบความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

ผลการวิจัย (Results)

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน พบว่า ร้อยละ 97.9 เป็นเพศหญิง และอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี มากที่สุด คือ 90 คน (ร้อยละ 64.3, Mean = 29.13, S.D. = 5.062) มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในช่วง 1-7 ปี (1-2 ปี ร้อยละ 28.6, 3-4 ปี ร้อยละ 20.0, 5-7 ปี ร้อยละ 26.4) เป็นพยาบาลประจำอยู่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ร้อยละ 38.6 กลุ่มงานพยาบาลห้องตรวจและฉุกเฉิน ร้อยละ 32.9 และกลุ่มงานในลักษณะอื่น ๆ ร้อยละ 28.6 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 127 คน (ร้อยละ 90.7) ปริญญาโท จำนวน 13 คน (ร้อยละ 9.3) และได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม จำนวน 87 คน (ร้อยละ 62.1)

การรับรู้ต่อบรรยากาศองค์การโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.819, S.D. = 0.407) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬารัตน์โดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน (N=140 คน)

ระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การ	Mean	S. D.	ระดับ
การรับรู้ด้านโครงสร้างองค์การ	4.135	0.519	สูง
การรับรู้ในลักษณะของงาน	4.112	0.465	สูง
การรับรู้ต่อลักษณะการบริหาร	3.491	0.732	ปานกลาง
การรับรู้ต่อสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน	4.071	0.643	สูง
การรับรู้ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	3.183	0.786	ปานกลาง
การรับรู้โดยรวม	3.819	0.407	สูง

ระดับความรู้เกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ และเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 6.95 และ 10.48 ตามลำดับ) การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของกลุ่ม

ตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 73 คน (ร้อยละ 52.1) และระดับสูง จำนวน 67 คน (ร้อยละ 47.9) โดยไม่พบการปฏิบัติที่อยู่ในระดับต่ำดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับของการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (N=140 คน)

ระดับของการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน/คน	ร้อยละ
ปานกลาง (2.01 – 3.00)	73	52.1
สูง (3.01 – 4.00)	67	47.9
รวม	140	100

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ พบว่า ประสิทธิภาพในการทำงานมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ($p = 0.021$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ < 0.05 ส่วนอายุ หน่วยงานที่ปฏิบัติงานระดับการศึกษา และการฝึกอบรมเพิ่มเติม ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจุฬารัตน์ (N=140)

ลักษณะส่วนบุคคล	การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย		χ^2 (df)	p-value
	ปานกลาง	สูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ				
20-29 ปี	52 (57.78)	38 (42.22)	3.611	0.164
30-39 ปี	15 (39.47)	23 (60.53)	(2)	
40-49 ปี	6 (50.00)	6 (50.00)		

ลักษณะส่วนบุคคล	การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย			p- value
	ปานกลาง	สูง	χ^2	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(df)	
ประสบการณ์การทำงาน				
Novice (1-2ปี)	19 (47. 50)	21 (52. 5)	11. 587	0. 021*
Advance beginner (3-4ปี)	13 (46. 43)	15 (53. 57)	(4)	
Competent (5-7ปี)	27 (72. 98)	10 (27. 02)		
Perficient (8-10ปี)	3 (23. 08)	10 (76. 92)		
Expert (10 ปีขึ้นไป)	11 (50. 00)	11 (50. 00)		
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน				
กลุ่มงานหอผู้ป่วยใน	25 (54. 35)	21 (45. 65)	2. 362	0. 307
กลุ่มงานห้องตรวจและ	24 (44. 44)	30 (55. 56)	(2)	
ฉุกเฉิน	24 (60. 00)	16 (40. 00)		
กลุ่มงานในลักษณะอื่น ๆ				
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรี	68 (53. 54)	59 (46. 46)	1. 075	0. 300
ปริญญาโท	5 (38. 46)	8 (61. 54)	(1)	
การฝึกอบรมเพิ่มเติม				
เคยฝึก	47 (54. 02)	40 (45. 98)	0. 326	0. 568
ไม่เคยฝึก	26 (49. 06)	27 (50. 94)	(1)	

*นัยสำคัญที่ระดับ $P < 0.05$

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้บรรยากาศองค์การ กับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬารณ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า การรับรู้ในบรรยากาศองค์การ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กับปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬารณ ($r = 0.268$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้บรรยากาศองค์การ ต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย
ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ (N=140 คน)

การรับรู้บรรยากาศองค์การ	การปฏิบัติตามสิทธิของพยาบาลวิชาชีพ		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	(p – value)	ระดับ
การรับรู้ด้านโครงสร้างองค์การ	0. 213**	0. 012	ต่ำ
การรับรู้ต่อลักษณะของงาน	0. 203**	0. 016	ต่ำ
การรับรู้ต่อลักษณะการบริหาร	0. 258**	0. 002	ต่ำ
การรับรู้ต่อสัมพันธภาพภายในหน่วยงาน	0. 171**	0. 043	ต่ำ
การรับรู้ด้านค่าตอบแทน และสวัสดิการ	0. 052	0. 546	ต่ำ
รวม	0. 268*	0. 001	ต่ำ

* นัยสำคัญที่ระดับ $p < 0. 001$ / **นัยสำคัญที่ระดับ $p < 0. 05$

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางกฎหมายวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย กับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ส่วนความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยดังนี้

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้เกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ และความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ (N=140)

ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ	การปฏิบัติตามสิทธิของพยาบาลวิชาชีพ		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p – value	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายวิชาชีพ	0. 081	0. 340	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย	-0. 093	0. 275	ต่ำ

*นัยสำคัญที่ระดับ $p < 0. 05$

การอภิปรายผล (Discussion)

จากผลการวิจัยเรื่อง การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ทำให้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้บรรยากาศองค์การอยู่ในระดับสูง มีความรู้เรื่องกฎหมายวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬารัตน์อยู่ในระดับสูง และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยแต่ละด้าน พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน ปัจจัยในด้านการรับรู้บรรยากาศองค์การที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การรับรู้ด้านโครงสร้างองค์การ การรับรู้ต่อลักษณะของงาน และการรับรู้ต่อสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน ปัจจัยในด้านความรู้ทางกฎหมายวิชาชีพ และความรู้ด้านสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามสิทธิของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน พบว่า ร้อยละ 97.9 เป็นเพศหญิง และอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี มากที่สุด คือ 90 คน (ร้อยละ 64.3, Mean = 29.13, S.D. = 5.062) มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในช่วง 1-7 ปี (1-2 ปี ร้อยละ 28.6, 3-4 ปี ร้อยละ 20.0, 5-7 ปี ร้อยละ 26.4) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 127 คน (ร้อยละ 90.7) ปริญญาโท จำนวน 13 คน (ร้อยละ 9.3) และได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม จำนวน 87 คน (ร้อยละ 62.1) ไม่พบความสัมพันธ์ของอายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และการฝึกอบรมเพิ่มเติม แต่พบความสัมพันธ์ในระดับต่ำของประสบการณ์ทำงาน ต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Asmaa Othman Abdho และคณะ (2015) ที่ทำการศึกษาในประเทศอียิปต์พบว่าประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาล มีผลต่อการรับรู้ต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่าพยาบาล เมื่อได้มีระยะเวลาในการทำงานมากขึ้นพยาบาลจะมีการสะสมประสบการณ์ทั้งในด้านการปฏิบัติพยาบาล การความคิดและการตัดสินใจแก้ไขปัญหา รวมถึงการรับรู้และปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ซึ่งจากการพิจารณาความสัมพันธ์ที่มีในระดับต่ำ แสดงถึงว่าการพัฒนาหรือการมีประสบการณ์ในด้านสิทธิผู้ป่วยที่จะเพิ่มมากขึ้น ไม่ได้เกิดจากปัจจัยประสบการณ์แต่เพียงส่วนเดียว อาจเกิดจากปัจจัยส่วนอื่นร่วมด้วย ซึ่งในการศึกษาของ Asmaa ยังพบว่าระบบการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.04$) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาที่วิเคราะห์ได้ อธิบายได้ว่า หลักสูตรการฝึกอบรมในประเทศอียิปต์ เป็นการฝึกอบรมโดยเฉพาะด้านในเรื่องสิทธิผู้ป่วย ส่วนในประเทศไทย ยังไม่พบหลักสูตรดังกล่าว จึงทำให้ผลการ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ได้แตกต่างกัน ดังนั้นจึงไม่สามารถนำผลการวิเคราะห์ดังกล่าวมาทำการเปรียบเทียบกันได้

ระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.819$) และรายด้านพบว่า ในด้านของการรับรู้ต่อโครงสร้างองค์การ การรับรู้ต่อลักษณะของงาน และการรับรู้ต่อสัมพันธภาพภายในหน่วยงาน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.135, 4.112$ และ 4.071 ตามลำดับ) และพบความสัมพันธ์ของระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ กับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬารัตน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r=0.268$ ($p < 0.001$) ซึ่งผลงานวิจัยของมาสริน ศุกลักษ์และคณะ (2554) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของงานและบรรยากาศองค์การต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าพบว่าระดับการรับรู้บรรยากาศองค์การอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.52$, $SD = 0.48$) และพบความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$, $r = 0.385, 0.740$ ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูงถึงแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยในระดับต่ำ ทำให้เชื่อได้ว่า การวางนโยบายและแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น น่าจะมีผลทำให้การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลเพิ่มมากขึ้นได้เช่นกัน

ระดับความรู้ด้านกฎหมายวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 17.44$, $SD = 1.33$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าความรู้ด้านกฎหมายวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.95$) ความรู้ด้านสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 10.48$) สอดคล้องกับงานวิจัยของธัญธร ทองย้อย (2546) และอมรรัตน์ นครวงศ์ (2554) ที่พบว่าการรับรู้ในการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการตระหนักถึงความสำคัญในการคุ้มครองและรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับทุกโรงพยาบาลมีการณรงค์ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในทุกสาขาวิชาชีพได้มีความรู้และปฏิบัติตามในด้านสิทธิผู้ป่วย และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ทำให้ความรู้ที่วัดได้อยู่ในระดับที่สูง ส่วนการศึกษาของ Nevin Utukalp และคณะ (2016) ที่ทำการศึกษาในประเทศตุรกี เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นการระงับและการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบจำนวนพยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย และการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยในด้านการปกป้องความเป็นส่วนตัว การเซ็นใบยินยอม และ

การรักษาความลับของผู้ป่วย มีจำนวนน้อยทำให้ต้องมีการให้ความรู้และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามสิทธิเพิ่มมากขึ้น และงานวิจัยครั้งนี้ยังพบความสัมพันธ์ในระดับต่ำของความรู้ในกฎหมายวิชาชีพ ต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ($r = 0.081$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของความรู้ในสิทธิผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ในแบบผกผัน ($r = -0.093$) และเมื่อพิจารณาจากความรู้ที่มีในระดับสูง และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีระดับต่ำ จึงสามารถอธิบายได้ว่าไม่พบความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ พิกุล มีทรัพย์ทอง และคณะ (2557) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกำแพงเพชร ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง และมีอิทธิพลทางบวกกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลโดยรวม ในระดับปานกลาง ($r = 0.445$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาที่แตกต่างกัน และศึกษาในโรงพยาบาลที่มีสังกัดแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ที่พบว่าระดับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยให้มากขึ้น ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ ประสพการณ์ในการทำงาน บรรยากาศองค์การ และความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้มีบรรยากาศองค์การที่เหมาะสมแก่การปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย มีนโยบายเกี่ยวกับรักษาสิทธิผู้ป่วยอย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และมีการสร้างวัฒนธรรมองค์การ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย และจัดให้มีระบบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการปกป้อง และปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง (References)

- กองส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม. **ชุดความรู้ สิทธิมนุษยชน สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ สนธิสัญญาหลักระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยภาคี**. สืบค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2561. http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/images/rlpd_1/HRC/nhr.pdf
- ธัญธร ทองย้อย. (2546). **การปฏิบัติต่อสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลตำรวจ**. ศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารงานยุติธรรม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- พิกุล มีทรัพย์ทอง. วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. มุกดา หนูยศรี. (2557). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกำแพงเพชร**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- มาสริน ศุกลักษ์. จริยาพร เจริญไธทองดี. ดารณี มิตรสุภาพ. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานและบรรยากาศองค์กร ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า**. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1: มกราคม - มิถุนายน 2554 หน้า 32-39
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (2560). เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2561. <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561) **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4**. นนทบุรี : บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด
- อมรรัตน์ นครวงค์. (2554). **การรับรู้บริการตามสิทธิผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา**. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ
- Ali Dehghani, et al. , (2015) . **Factors affecting professional ethics in nursing practice in Iran: a qualitative study**. BMC Medical Ethics: DOI 10. 1186/s12910-015-0048-2
- Asmaa Othman Abdho. et al, (2015). **Nurses' Perception toward Patient's right**. Internation Journal of Social Science and Humanities Research. Vol 3, Issue 4 ,pp: (532-539) : October – November 2015

- NevinUtkualp. HicranYildiz. (2016) . **Awearness and Attitudes of Nurses Working in University Hospital on Patients’Rights**. International Journal of Caring Sciences. Vol 9, Issue 1, pp: (185-197) : January-April 2016
- Wayne. ,D. (1995) . **Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences** (6th ed.) . John Wiley&Sons,Inc. ,177-178

The Legal considerations regarding organs

Assoc. Prof. Viman Kritoplviman*

Abstract

This paper presents some legal aspects relating to human organ transplant which its shortages are apparently challenging the world. Many patients cannot wait for donation which take tremendously long time. This results in illegal sell of human organ, organ trafficking that have seen both nationally and internationally. Rich patients are eager to pay for the high prices of important organs that can save or prolong their lives, while poor patients who sell their organs may suffer from being disability and death. Particularly, children who are ignorance may be willing to sell their organs for the exchange of luxury goods. It is one of the issue raised in the discussion on the human trafficking. Surrogacy is recently linkage to the issue of using of the infant organs.

Like many countries, Thailand are facing with the shortage of donated organs that can be used for saving human life. Thai law concerning this problem consist of, the Civil and Commercial Code, the Criminal Code, Anti-Human Trafficking Act, B.E. 2551, Protection of a Child Born by Medically Assisted Reproductive Technology Act, B.E. 2558. Even if, the Code of conduct of the Medical Council of Thailand cannot effectively cope with aforesaid issues.

Previously, the author had the view against the idea “all are donors” because this might contrast religious believes and fundamental perception toward mandatory organs donations, and believed that the Thai society was not ready for mandatory donations. But, the author’s view have changed when considering the fact that this would lead to an ‘inequality’ among patients between the rich and the poor who waited for transplant organs. Consequently, the author has the view that mandatory donation organ should be required by law which has an ‘opt – out clause’ for one who prefers not to donate. To this, public should be well informed regarding organ donation problems, and mandatory organ donation principles and practices. Also public hearing should be conducted for gathering opinions, problems, and prospects.

Keywords : Organ Donate, Human Trafficking

* School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University, Corresponding author e-mail :
viman_k@yahoo.com

ข้อพิจารณาทางกฎหมายบางประการเกี่ยวกับ “อวัยวะ”

รองศาสตราจารย์วิมาน กฤตพลวิมาน*

บทคัดย่อ

บทความเรื่องนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาทางออกกรณีการขาดแคลนอวัยวะสำคัญของมนุษย์ที่ประสบปัญหาเดียวกันทั่วโลก การที่ผู้ป่วยไม่อาจรอคิวการบริจาคได้ จนเกิดภาวะการลักลอบซื้อขายอวัยวะอวัยวะ ทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ ค่าตอบแทนที่ได้จากอวัยวะสำคัญที่ผู้ป่วยยินยอมจ่ายเพื่อการยืดอายุขัยแห่งชีวิต ในขณะที่คนจนที่มีความจำเป็นแห่งชีวิตต้องยอมทพพลภาพด้วยการขายอวัยวะของตน ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ในความอ่อนวัยของเด็กที่ขายอวัยวะเพื่อให้ได้มาซึ่งของใช้ราคาแพงให้ทัดเทียมคนอื่น ๆ หรือแม้แต่การจารกรรมอวัยวะจากเหยื่อโดยตรง ได้ถูกหยิบยกในประเด็นการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ตลอดจนข่าวการอุ้มบุญก็มีการโยงมาสู่ประเด็นเกี่ยวกับการใช้อวัยวะจากเด็กที่เกิดจากการอุ้มบุญด้วย

ประเทศไทยประสบปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะตามที่กล่าวมาข้างต้นเช่นกัน แต่กฎหมายไทยที่มีผลบังคับใช้ในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ประมวลกฎหมายอาญา พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ตลอดจนข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ก็ไม่อาจใช้บังคับกับกรณีตามปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ผู้เขียนซึ่งแต่เดิมไม่เห็นด้วยกับแนวคิดที่ว่า “ทุกคนเป็นผู้บริจาคอวัยวะ” เพราะจะขัดแย้งต่อความเชื่อทางศาสนา หรือความคิดพื้นฐานของคนไทยในการมีกฎหมายบังคับให้ต้องบริจาคอวัยวะของตน และคนไทยน่าจะยังไม่พร้อมสำหรับเรื่องนี้ แต่เมื่อพิจารณาจากปัญหา “ความไม่เท่าเทียมของคนไข้ที่รอคอยอวัยวะ” ผู้เขียนจึงเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการมีกฎหมายกำหนดให้ทุกคนเป็นผู้บริจาคอวัยวะ เพียงแต่อาจกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับอายุขั้นต่ำของผู้บริจาค เช่น 16 หรือ 18 ปี ที่เป็นผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะ หรือการยกเลิกการบริจาคโดยแสดงตนเป็นผู้ไม่ยินยอมได้ตลอดเวลา ทั้งนี้จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ และรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่มีความพร้อมต่อระบบหรือหลักการบริจาคอวัยวะโดยความยินยอม

คำสำคัญ อวัยวะ, บริจาค, ค้ามนุษย์

* สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ติดต่อ e-mail : viman_k@yahoo.com

บทนำและสภาพปัญหา

TIME MAGAZINE มีการระบุถึงนวนิยาย 100 เล่ม ที่ดีที่สุดที่พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ ในระหว่าง ค.ศ. 1923 - 2005 และ 1 ในหนังสือ 100 เล่มคือหนังสือเรื่อง “Never Let Me Go” พิมพ์ในปีสุดท้ายแห่งการระบุ คือ ค.ศ. 2005 ที่น่าสนใจคือผู้เขียนหนังสือเรื่องดังกล่าวเป็นชาวเอเชีย เกิดที่เมืองนางาซากิ ประเทศญี่ปุ่น ไม่นานภายหลังการประกาศยุติสงครามของญี่ปุ่นจากการถูกระเบิดนิวเคลียร์ที่ฮิโรชิมา และนางาซากิ ที่ทิ้งซากปรักหักพังและควันหลงแห่งความตาย ความเจ็บป่วยทุกเวชนาแก่พลเมืองจำนวนมากมหาศาลที่ต้องรับเคราะห์จากมหาสงครามโลก ครั้งที่ 2 Kazuo Ishiguro ผู้เขียนหนังสือดังกล่าวเพิ่งได้รับรางวัลโนเบล สาขาวรรณกรรม เมื่อ ค.ศ. 2017 ที่ผ่านมานี้ หนังสือนวนิยายของ Ishiguro มีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ พิมพ์ขายทั่วโลก รวมถึงภาษาไทยด้วย (แปลเป็นชื่อเรื่องว่า “แพลลิก หัวใจสลาย”) และได้มีการนำหนังสือไปทำเป็นภาพยนตร์ ทั้งญี่ปุ่นและฮอลลีวูด

ผู้เขียนภาพยนตร์ฮอลลีวูด เรื่อง Never Let Me Go กำกับโดย Mark Romanek ออกฉายใน ค.ศ. 2010 รวดเดียวจบ ให้ความรู้ลึกซึ้งสะเทือนใจมากที่สุดเท่าที่เคยดูภาพยนตร์มา ภาพยนตร์เป็นแนวไซไฟ (Sci-Fi) โรแมนติกและดราม่า แต่แทบจะไม่มีลักษณะของไซไฟ เป็นแนวโรแมนติก โดยเฉพาะเนื้อหาการดำเนินเรื่องที่มีลักษณะดราม่าเด่นชัดที่สุด เป็นหนังย้อนยุค (period) ที่ย้อนไปในยุค 70 โดยหนังได้แจ้งข้อมูลว่ามีการโคลนนิ่งมนุษย์มาตั้งแต่ทศวรรษ 50 ซึ่งจะว่าไปแล้วถือเป็นยุคเริ่มต้นในวงการวิทยาศาสตร์ที่ประกาศความสำเร็จในการโคลนนิ่งมนุษย์ขึ้นมา เนื้อหาเป็นเรื่องชีวิตและความสัมพันธ์ในลักษณะรัก 3 เล้า ของตัวละคร 3 คน ที่เป็นมนุษย์ที่ถูกโคลนนิ่งมาตั้งแต่เด็กที่มาอยู่ร่วมกับเด็กนักเรียนที่ถูกโคลนมา และมาอยู่รวมกันในโรงเรียนที่มีการปลูกฝังให้เด็กสร้างสรรค์งานศิลปะ ดูแลรักษาสุขภาพ มีการตรวจสุขภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เด็กในโรงเรียนไม่สามารถออกจากโรงเรียนได้เลยจนกว่าจะเรียนจบ ซึ่งในที่สุดเด็กดังกล่าวทั้งหลายก็ทราบว่าชีวิตของตนนั้นมีไว้เพื่อการอุทิศอวัยวะให้แก่ผู้ป่วยที่ประสงค์จะได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะจากทั่วทุกมุมโลก โดยเหตุผลในการปลูกฝังเรื่องศิลปะเพื่อจรรโลงจิตใจ และการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อให้อวัยวะสมบูรณ์เหมาะแก่การนำไปเปลี่ยนถ่ายให้แก่ผู้ป่วยทั่วทุกมุมโลก

การดำเนินเรื่องของภาพยนตร์เป็นการสลับไปมาระหว่างปัจจุบัน - อดีต ปัจจุบันเป็นความหดหู่ของพระเอกในเรื่องเตรียมพร้อมบริจาคอวัยวะให้กับผู้ป่วยบนเตียงผ่าตัด สายตามองมายังแฟนสาวที่เป็นผู้ดูแล (ซึ่งจะต้องบริจาคอวัยวะเช่นกัน ส่วนพระเอกผ่านการบริจาคอวัยวะ

มาแล้ว 2 ครั้ง และครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายในการบริจาคที่เขาคาดหวังว่าจะได้รับการปิดชีวิตของตนเองเสียที) เป็นการมองสบตากันครั้งสุดท้ายของชีวิต สลับกับอดีต ที่เป็นการเริ่มต้นการใช้ชีวิตที่โรงเรียน (มีลักษณะเป็นสถานกักกัน โดยมีครูและผู้ควบคุม) ร่วมกัน การบ่มเพาะความผูกพันความรักที่มีต่อกัน ซึ่งก็ไม่มีสมหวัง เพิ่งจะสมหวังก็จนจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว พวกเขายอมรับดีกว่าจะต้องบริจาคอวัยวะให้แก่ผู้อื่น และจะต้องจบชีวิตก่อนวันอันควรมาก เพียงแต่สิ่งที่พวกเขาต้องการคือการขยายเวลาการบริจาคออกไปสัก 2-3 ปีก็ยังดี ซึ่งพวกเขามีความเชื่อว่าการได้ขยายเวลาออกไปดังกล่าวนั้นจะได้ หากได้มีการพิสูจน์ถึงความรักอย่างแท้จริงให้เห็นประจักษ์ แต่ก็ยังเป็นเพียงความเชื่อที่มีได้เป็นจริงแต่อย่างใด กฎก็คือกฎที่ทุกคนต้องเข้าสู่การบริจาคอวัยวะโดยไม่สามารถขยายเวลาออกไปได้ หนังสือบางที่บางเรื่องของเรื่องที่เตรียมตัวเข้าสู่กระบวนการบริจาคอวัยวะของตน และมีคำถามต่อผู้ชมหนึ่งว่า “ชีวิตของพวกเขา มันแตกต่างจากชีวิตของคนที่พวกเขาช่วยเหลืออย่างไร”

ประเด็นเรื่องการโคลนนิ่งมนุษย์ (Human Cloning) กับศีลธรรม เป็นสิ่งที่ถูกหยิบยกมาเป็นเวลาช้านาน โดยเฉพาะเป้าหมายในการโคลนนิ่งหรือสำเนามนุษย์นั้นคือใช้เป็นอะไหล่ของร่างกาย (body parts) เพื่อนำมาเปลี่ยนถ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่ประสงค์จะได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะเพื่อการมีชีวิตหรือสุขภาพที่ดีขึ้น ในมุมมองทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็อาจนับเป็นสิ่งที่ดีที่วิทยาการทางการแพทย์ได้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดในการต่ออายุขัยของมนุษย์ที่ต้องการการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะที่ไม่สามารถหาได้จากการรับบริจาค แต่สิ่งที่ตามมาคือสภาพบุคคล และความเป็นมนุษย์ของมนุษย์ที่ถูกกำหนดขึ้นมา ซึ่งก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าพวกเขาก็ถูกนำมาใช้เป็นอะไหล่อวัยวะนั้นก็มีความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกัน เพียงแต่พวกเขาอาจมีปมปัญหาเรื่องสภาพบุคคลที่กฎหมายรองรับเท่านั้น

อีกประเด็นที่น่าพิจารณาคือมุมมองทางด้านทุนนิยมของนักเศรษฐศาสตร์ที่มีแนวคิดสุดโต่งว่า “อวัยวะที่ไม่สำคัญมากซึ่งสามารถหมุนเวียนเปลี่ยนถ่ายได้ก็เป็นสิ่งที่สามารถทำการซื้อขายได้” เช่น กรณีของไตของมนุษย์ที่มี 2 ข้าง การนำออกมา 1 ข้าง เพื่อเปลี่ยนถ่ายให้ผู้อื่นก็ไม่ทำให้เสียชีวิต อีกทั้งยังเป็นการช่วยเหลือชีวิตมนุษย์อีก 1 คน ที่ป่วยเป็นโรคไตวายและต้องการไตเพียงแค่ 1 ข้างเท่านั้น นอกจากนี้ผู้บริจาคหรือขายก็ยังได้ผลตอบแทนพอสมควรแก่การดำรงชีพต่อไป

ประเด็นทางด้านทุนนิยมเกี่ยวกับอวัยวะมนุษย์ตามที่กล่าวนี้นั้น ถูกต่อต้านอย่างรุนแรง เพราะขัดกับหลักมนุษยธรรมที่ทำให้มนุษย์ถูกลดทอนคุณค่า ขาดศักดิ์ศรีแห่งความเป็น

มนุษย์ ดังที่นักสิทธิมนุษยชนมักกล่าวอ้างถึง แต่ในความเป็นจริงแล้วนั้น ในประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่ยังคงมีฐานะยากจน เป็นที่หยาบคายกันอย่างยิ่งเกี่ยวกับปัญหาการซื้อขายอวัยวะอันเป็นการค้ามนุษย์ อาทิ ประเทศอินเดีย ชาวชนบทที่ประสงค์จะให้บุตรสาวของตนมีชีวิตที่ดีขึ้น พ่อแม่จำนวนหนึ่งยอมที่จะขายไตเพื่อนำเงินไปเป็นค่าหมั้นหมาย หรือแต่งงานกับชายที่มีฐานะดีกว่า ในประเทศบราซิลซึ่งประชากรจำนวนมากยังมีฐานะยากจน แม้ว่าจะเป็นเด็กแต่ต้องทำงานใช้แรงงานหนัก ชำร่วยยังถูกลักขโมยไตไปขาย ในสาธารณรัฐประชาชนจีนแม้ว่าระดับการพัฒนาประเทศจะดีขึ้น แต่ในมุมมองของชาวโลกก็ยังเห็นว่าประเทศจีนเป็นแหล่งซื้อขายอวัยวะขนาดใหญ่อันดับต้น ๆ ของโลก ไม่ว่าจะเป็นอวัยวะจากนักโทษประหารที่แต่เดิมรัฐบาลจีนจะบังคับให้นักโทษประหารเซ็นยินยอมในการบริจาคอวัยวะ แต่ต่อมาถึงรัฐบาลจีนถูกกดดันจากสังคมโลกในประเด็นสิทธิมนุษยชนจึงเปลี่ยนจากความสมัครใจยินยอมแทนการบังคับให้นักโทษประหารบริจาคอวัยวะ สื่อกัมพูชา (Cambodia diary) เปิดโปงการค้าไตมนุษย์ส่งมายังโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยมีนายหน้าคอยติดต่อหาซื้อไตให้ผู้ป่วยชาวกัมพูชาที่รอการเปลี่ยนไตในประเทศไทย โดยจะมีผู้ที่จัดทำเอกสารปลอมเรื่องการบริจาคไต (TCU, 2557) สำหรับประเทศไทยที่มักจะมีข่าวเสมอเกี่ยวกับขบวนการซื้อขายอวัยวะ การที่เคยมีข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ ตลอดจนการใช้สื่อออนไลน์ในการประกาศขายและซื้ออวัยวะ การที่แพทย์และโรงพยาบาลบางแห่งเคยอยู่ในกระแสสังคมเกี่ยวกับขบวนการซื้อขายอวัยวะ และแม้แต่ข่าวจากสื่อของกัมพูชาก็ยังพาดพิงโรงพยาบาลของประเทศไทยในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการซื้อขายอวัยวะจากกัมพูชา มิใช่เฉพาะประเทศที่กล่าวมาเท่านั้น ซึ่งเป็นเพียงแค่ตัวอย่างในเบื้องต้น มีอีกหลายประเทศที่มีปัญหาการค้ามนุษย์ในส่วนของการซื้อขายอวัยวะ อาทิ ปากีสถาน อียิปต์ โคลอมโบ คาซัคสถาน ยูเครน แอฟริกา ฟิลิปปินส์ ฯลฯ ดังกล่าวมาแทบจะทั้งหมดของประเทศทั้งหลายเหล่านี้ ยังมีประชาชนที่ยากจนเป็นจำนวนมาก ที่มีค่านิยมและแนวคิดในการขายอวัยวะของตนเพื่อแลกกับเงินเป็นสิ่งที่มิได้กระทบกระเทือนต่อสังคมส่วนรวม เป็นเพียงความประสงค์ของตนเองและครอบครัวเพื่อให้ได้มาซึ่งเงินโดยนำอวัยวะในร่างกายของตนไปแลก ซึ่งถือเป็นจำนวนเงินที่น้อยมาก ๆ หากเทียบกับอวัยวะที่มีการซื้อขายกันจริง ผ่านขบวนการนายหน้า และที่สำคัญไม่ว่าจะได้เงินจำนวนมากสักเท่าใดก็ไม่อาจเทียบได้กับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความสมบูรณ์ของร่างกายก่อนที่มีการนำอวัยวะออกไป (ลาวัวณีย์ ทัศนศิลป์กุล และคณะ, 2561, หน้า 105-106)

ทั้งนี้ยังไม่รวมไปถึง “อาชญากรรมด้านอวัยวะ” ซึ่งเป็นอาชญากรรมรูปแบบใหม่ในสังคมที่อาชญากรทำการตัดอวัยวะจากเหยื่อโดยไม่คำนึงถึงความตาย หรือความเจ็บปวดอย่าง

แส้นหาซื้อของเหยื่อ ที่ระบาดในหลายๆ ประเทศ ซึ่งจะเน้นการขายอวัยวะประเภทไต จึงเป็นที่มาของคำว่า “นักล่าไต” (kidney hunter) มิใช่แค่กรณีของอวัยวะสำคัญที่มีผลต่อการมีชีวิตของมนุษย์เท่านั้น การทำศัลยกรรมความงามที่ในบางกรณีก็ยังคงการกระตุกอ่อนจากซีโครงมนุษย์มาเสริมจมูก หรือความต้องการอวัยวะที่เป็นเซลล์สืบพันธุ์ เช่น ไไข่และเสปิร์ม ตามที่มีข่าวการขายเสปิร์มจากนักวิทยาศาสตร์สมองดี ชาวเด็กสาวชาวจีนที่นิยมเสนอขายไข่เพื่อไปซื้อโทรศัพท์มือถือสมาร์ตโฟนรุ่นใหม่ แม้แต่ในประเทศไทยก็มีการเผยแพร่ถึงไลน์กลุ่ม พรตตี้เอ็มซี โมเดล ที่เสนอขายไข่ที่ได้ค่าตอบแทนสูง โดยกลุ่มลูกค้าจะพิจารณาจากรูปร่าง หน้าตา ประวัติการศึกษา อายุ กลุ่มเลือด น้ำหนัก สุขภาพ ความสามารถพิเศษ ฯลฯ

การเปลี่ยนถ่ายหรือปลูกถ่ายอวัยวะตามที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น เป็นปัญหาระหว่างประเทศอย่างแท้จริง ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยจากประเทศร่ำรวย ที่ไม่สามารถรอคิวการบริจาคอวัยวะในประเทศของตนได้ ต่างก็เดินทางมายังประเทศที่ยากจนกว่าหาอวัยวะที่ต้องการได้จากผู้ขายที่ต้องการเงินเพื่อประทังชีวิตของตนเองและครอบครัว และที่สำคัญกฎหมายในประเทศดังกล่าวยังเป็นสีเทา ๆ ที่ยังไม่มีความชัดเจนว่าการซื้อขายอวัยวะเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายหรือไม่ หรืออาจเป็นสิ่งผิดกฎหมาย แต่มีสภาพบังคับใช้ไม่รุนแรง หรือแม้แต่เป็นการลักลอบทำผิดกฎหมายที่เป็นได้ยากในการดำเนินคดีโดยภาครัฐ เพราะเป็นธุรกรรมระหว่างเอกชนที่ปกปิดวิธีดำเนินการซึ่งไม่มีผู้เสียหายไปดำเนินคดีส่งต่อยังภาครัฐ โดยเฉพาะบางประเทศตามที่เป็นข่าว เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีนที่ถูกกล่าวขวัญในเรื่อง “ทัวร์ขายไต” (transplant tourism) ที่เคยนำอวัยวะจากนักโทษประหารมาใช้ในการซื้อขายหรือเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ในการนี้แม้สาธารณรัฐประชาชนจีนจะประกาศยุติธุรกรรมดังกล่าวแล้วก็ตาม แต่ในสายตาของชาวโลกก็ยังคงจับตามองว่าในความเป็นจริง จีนยังคงเป็นแหล่งจำหน่ายอวัยวะรายใหญ่ของโลกเหมือนเดิมหรือไม่ ซึ่งปัญหาการปลูกถ่ายอวัยวะระหว่างประเทศนี้ถือเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาร่วมกัน เพราะกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน บทความในเรื่องนี้จะเป็นข้อพิจารณาทางกฎหมายเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะ ไม่ว่าจะเป็นการซื้อขาย การบริจาค การจารกรรมอวัยวะ การปลูกถ่ายอวัยวะกับการค้ามนุษย์ การอุ้มบุญเพื่อใช้อวัยวะ

การซื้อขายอวัยวะ

“อวัยวะ” เป็นคำนาม มีความหมายว่า ชิ้น ส่วน ส่วนของร่างกาย (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554) ซึ่งเป็นกลุ่มของเนื้อเยื่อที่มีหน้าที่คล้ายกัน (Wikipedia, 2562) โดยอวัยวะของมนุษย์แบ่งส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย กล่าวคือ ศีรษะและคอ (เช่น สมอง ใบหน้า ตา

ปาก ลิ้น จมูก ฯลฯ) หลัง (เช่น กระดูกสันหลัง ไชสันหลัง) ออก (เช่น หัวใจ ปอด ฯลฯ) ท้อง (เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ ตับ ไต ฯลฯ) เชิงกรานและฝีเย็บ (เช่น รังไข่ มดลูก อัณฑะ ฯลฯ) urya ค์บน และรยาค์ล่าง (เช่น กล้ามเนื้อ กระดูก มือ สะโพก ฯลฯ)

“การซื้อขาย” คือสัญญาซึ่งบุคคลฝ่ายหนึ่งเรียกว่า ผู้ขาย โอนกรรมสิทธิ์ แห่งทรัพย์สินให้แก่บุคคลอีกฝ่ายหนึ่ง เรียกว่า ผู้ซื้อ และผู้ซื้อตกลงว่าจะใช้ราคาทรัพย์สินนั้นแก่ผู้ขาย (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 453)

“การซื้อขายอวัยวะ” เป็นสัญญาทางพาณิชย์ที่ผู้ขายโอนกรรมสิทธิ์ในอวัยวะชิ้นส่วนของร่างกาย ซึ่งถือเป็นทรัพย์สินให้แก่ผู้ซื้อ โดยกรรมสิทธิ์ในอวัยวะดังกล่าวจะโอนไปยังผู้ซื้อตั้งแต่ขณะทำสัญญากัน (อ้างแล้ว, มาตรา 458) และผู้ซื้อตกลงว่าจะชำระค่าแห่งอวัยวะให้แก่ผู้ขายในขณะนั้นหรือภายหลังก็ได้

ปัญหาทางกฎหมายของการซื้อขายอวัยวะ ซึ่งแม้อวัยวะจะเป็นวัตถุมีรูปร่าง (อ้างแล้ว, มาตรา 137) แต่เป็นสิ่งที่ไมอาจทำการซื้อขายกันได้ โดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญ ซึ่งจะมีผลเป็นโมฆะ (อ้างแล้ว, มาตรา 150) เพราะมีวัตถุประสงค์ที่ต้องห้ามขัดแย้งโดยกฎหมาย โดยกรณีอวัยวะที่สำคัญที่เมื่อทำการซื้อขายแล้วทำให้ผู้ขายอวัยวะถึงแก่ความตาย แต่หากขายไปแล้วผู้ขายยังไม่ตายเพราะยังเหลืออีก 1 ข้าง เช่น ไต ก็อาจถือว่าเป็นนิติกรรมที่มีวัตถุประสงค์ที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนที่มีผลเป็นโมฆะเช่นกัน เพียงแต่ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการวินิจฉัยหรือคดีที่เทียบกว่าการซื้อขายอวัยวะมีผลทางกฎหมายตามที่ผู้เขียนกล่าวข้างต้น ซึ่งอาจจะต้องรอแนวคำวินิจฉัยต่อไป ข้อพิจารณาประการต่อมาคือหากมีการซื้อขายอวัยวะในร่างกายมนุษย์กันแล้วทำให้มีผลเป็นโมฆะ ซึ่งเป็นความเสียหายและทำให้ผู้มีส่วนได้เสียคนหนึ่งคนใดจะยกความเสียหายแห่งโมฆะกรรมนั้น กล่าวอ้างก็ได้ (อ้างแล้ว, มาตรา 172) และเป็นผลทำให้คู่สัญญาซื้อขายอวัยวะกลับคืนสู่ฐานะเดิม กล่าวคือ ทางฝ่ายผู้ขายอวัยวะต้องคืนเงินที่ผู้ซื้อชำระราคาไปให้แก่ผู้ซื้อ และผู้ซื้อก็ต้องคืนอวัยวะให้แก่ผู้ขาย ในการนี้หากเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญแต่จะต้องไม่สำคัญมากถึงขนาดเมื่อทำการซื้อขายอวัยวะดังกล่าวแล้วจะเป็นเหตุให้ผู้ขายถึงแก่ความตาย เช่น หัวใจ ปอด ตับ ไต ทั้ง 2 ข้าง ฯ กรณีเช่นนี้การมีผลตามกฎหมายเป็นโมฆะ และทำให้คู่สัญญากับคืนสู่ฐานะเดิมนั้นไม่อาจทำได้ เพราะผู้ขายได้เสียชีวิตไปแล้ว แต่ในกรณีตัวอย่าง เช่น มีการขายไต 1 ข้าง ในราคา 3 ล้านบาท ให้แก่ผู้ซื้อที่ได้ทำการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไตไปเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ต่อมาเกิดการหยิบยกโมฆะกรรมของการซื้อขายอวัยวะซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน และทำให้

คู่กรณีต้องกลับคืนสู่ฐานะเดิม ซึ่งนั่นก็หมายความว่าแพทย์จะต้องทำการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไตจากผู้ซื้อกลับมาสู่ผู้ขาย ซึ่งเป็นเจ้าของไตที่แท้จริงอีกครั้ง โดยผู้ขายไตดังกล่าวจะต้องคืนเงินจำนวน 3 ล้านบาทให้แก่ผู้ซื้อ ในการนี้อาจมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการทางการแพทย์จำนวนไม่น้อย และที่สำคัญคือ การผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไตเช่นนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของทั้งผู้ซื้อและผู้ขายเป็นอย่างยิ่ง จึงเป็นไปได้สูงว่าหากมีการซื้อขายอวัยวะกันจริง จะไม่มีผู้ใดที่แม้เป็นผู้มีส่วนได้เสียในสัญญาการซื้อขายอวัยวะดังกล่าวนำมาหยิบยกโมฆะกรรมขึ้นมาเพื่อให้เกิดผลทางกฎหมายเช่นนั้น เพราะจะมีผลกระทบให้เกิดความเสียหายกับทุกฝ่ายได้ (ลาวัญญ์ ถนัดศิลปกุล และคณะ, 2561 หน้า 115)

ในหลาย ๆ ประเทศต่างก็มีกฎหมายห้ามหรือป้องปรามการซื้อขายอวัยวะ เพราะการซื้อขายอวัยวะเป็นสิ่งที่อาจสร้างความไม่เท่าเทียมกันของมนุษย์ที่มีปัจจัยและโอกาสในการเข้าถึงอวัยวะในยามที่เจ็บป่วยที่ต้องการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ถึงขนาดผู้ป่วยจากบางประเทศมีการเดินทางมาทำการซื้ออวัยวะในประเทศยากจน และเป็นประเทศที่ยังไม่มีกฎหมายห้ามหรือป้องปรามการซื้อขายอวัยวะโดยตรง แม้แต่องค์การสหประชาชาติก็พยายามเสนอให้บรรดาประเทศต่าง ๆ มีข้อตกลงร่วมกันในการห้ามการซื้อขายอวัยวะ แต่ก็ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้แต่ประการใด แต่ก็มีบางประเทศ เช่น อิหร่าน ที่มีกฎหมายให้มีการซื้อขายไตได้อย่างถูกกฎหมายเพื่อลดเวลารอคิวผู้บริจาค (วัลลภ พรเรืองวงศ์, 2554) หรือปากีสถาน ที่ถูกขนานนามว่า เป็นตลาดค้าไตมนุษย์ที่ทำกันอย่างครึกโครม เพราะไม่มีกฎหมายห้าม ทำให้ปากีสถานกลายเป็นแหล่งค้าอวัยวะมนุษย์ที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งในภูมิภาคเอเชียใต้ (ข่าว VOA, 2007)

การมีกฎหมายป้องกันการซื้อขายอวัยวะโดยตรงในประเทศไทย เคยเป็นสิ่งที่หยิบยกขึ้นมาเป็นเวลานาน จนถึงปัจจุบันก็ยังไม่มีกฎหมายที่ใช้บังคับโดยตรงกับการซื้อขายอวัยวะได้ มีเพียงพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 แต่ก็มีใช้กฎหมายที่ใช้บังคับกับการซื้อขายอวัยวะโดยตรง เพราะกรณีการซื้อขายอวัยวะในลักษณะที่เป็นการค้ามนุษย์เท่านั้นจึงจะถือเป็นสิ่งต้องห้ามตามกฎหมาย ซึ่งในปัจจุบันนี้ผู้เขียนเห็นว่า ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของประเทศไทยที่กำหนดเป้าหมายให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) นั้นมีทั้งด้านบวกที่แสดงให้เห็นประเทศไทยมีศักยภาพในการจัดการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับของนานาชาติ แต่ในด้านลบอาจถูกมองว่าเป็นศูนย์กลางการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะที่ดึงดูดผู้ป่วยที่ประสงค์จะเปลี่ยนถ่ายอวัยวะที่อยู่ในรูปของนักท่องเที่ยวที่ซื้อทัวร์มา

ประเทศไทยในรูปแบบของทวิรัฐสุขภาพ แต่อาจแอบแฝงด้วยการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะในประเทศ
ไทยที่ยังไม่มีความชัดเจนในกฎหมายนี้ห้ามหรือป้องกันการซื้อขายอวัยวะโดยตรง

การบริจาคอวัยวะ

“บริจาค” เป็นคำกริยา หมายถึง สละให้ เสียสละ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

“บริจาคอวัยวะ” (Organ Donation) เป็นการบริจาคอวัยวะที่ยังมีสภาพสมบูรณ์ที่สุด เพื่อนำไปใช้ในการปลูกถ่ายอวัยวะให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยวิธีอื่น ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ (pobpad, 2560)

แม้ว่าการบริจาคไม่มีการกำหนดความหมายไว้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ แต่หากพิจารณาจากความหมายของการบริจาคแล้ว น่าจะเทียบเคียงได้กับการ “ให้” ซึ่งเป็นสัญญาที่มีการกำหนดความหมายไว้ว่า เป็นสัญญาซึ่งบุคคลคนหนึ่งเรียกว่า “ผู้ให้” โอนทรัพย์สินของตนให้โดยเสนหาแก่บุคคลอีกคนหนึ่ง เรียกว่า “ผู้รับ” และผู้รับยอมรับเอาทรัพย์สินนั้น (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 521) ในการดำเนินการเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะที่เป็นที่นิยมมากที่สุด คือ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากรอคิวรับบริจาคอวัยวะสำคัญๆ อาทิ ไต ตับ หัวใจ ปอด ฯ เพื่อการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ นอกจากนี้ยังมีมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ที่เป็นองค์กรเฉพาะด้านโรคไต ที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไตจากร่างกายมนุษย์ และการฟอกเลือดด้วยไตเทียมอีกด้วย ตลอดจนสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยที่การปลูกถ่ายอวัยวะต่าง ๆ จะต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ที่ควบคุมโดยสภากาชาดไทย เช่น หากมีการปลูกถ่ายอวัยวะสำคัญ ๆ เช่น ไต จะต้องดำเนินการโดยโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากศูนย์บริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทยเท่านั้น การกำหนดว่าผู้ป่วยในกรณีใดบ้างที่มีสิทธิ (คุณสมบัติ) ในการรับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต และไตที่จะทำการปลูกถ่ายนั้นจะต้องได้มาจากผู้อยู่ในภาวะสมองตาย (brain death) ซึ่งได้แสดงเจตน์จำนงค์ไว้ก่อนหรือได้รับความยินยอมจากญาติสนิทของผู้ผู้อยู่ในภาวะดังกล่าว หรืออาจเป็นไตที่ได้รับการบริจาคกันระหว่างญาติที่มีความสัมพันธ์ของสายเลือด หรือสามี ภริยาโดยชอบด้วยกฎหมาย หรือแม้ไม่จดทะเบียนสมรสกันจะต้องอยู่กินกันฉันท์สามีภริยามากกว่า 3 ปี แต่หากมีบุตรด้วยกันก็ไม่จำเป็นต้องอยู่ร่วมกันดังกล่าวถึง 3 ปี เป็นต้น

ข้อพิจารณาอันเป็นปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะจะเห็นได้ว่าการได้อวัยวะจากการบริจาค ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยที่มากขึ้น จากสถิติพบว่าผู้ป่วยที่

รอกการปลูกถ่ายอวัยวะมีจำนวนมากกว่าถึง 5,851 ราย แต่ในปี 2560 ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ ได้รับการบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายเพียง 294 รายเท่านั้น (ข่าวผู้จัดการออนไลน์, 2018) ส่วนข้อมูลหรือข่าวเกี่ยวกับการแก้ปัญหาอวัยวะขาดแคลนโดยใช้ 3D Printing มาใช้ในทาง การแพทย์ หรือการปลูกถ่ายอวัยวะด้วยวัสดุแกรนิตเพื่อการสร้างอวัยวะภายในเทียม ก็อยู่ใน ระหว่างการพัฒนาให้เสร็จ เพื่อการใช้งานได้จริง ซึ่งเป็นเรื่องของอนาคตและอาจมีข้อจำกัดหลาย ประการ ทั้งการเข้าถึงเทคโนโลยี ค่าใช้จ่าย ฯลฯ ที่สำคัญผู้ป่วยที่ต้องการอวัยวะอีกเป็นจำนวน มาก ไม่อาจรอคอยเทคโนโลยีดังกล่าวได้ เพราะอาการของโรคที่มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนใน การได้อวัยวะมาเพื่อการปลูกถ่ายที่ไม่สามารถรอคอยได้

เมื่อการบริจาคอวัยวะจึงเป็นสิ่งที่สร้างโอกาสแก่ผู้ป่วยที่เข้าคิวรอรับการบริจาคอวัยวะ ได้น้อยมาก จึงเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ก่อปัญหาการลักลอบซื้อขายอวัยวะกันมาเป็น เวลานาน ซึ่งในแต่ละประเทศต่างก็มีนโยบายทางกฎหมายในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลน อวัยวะแตกต่างกัน บ้างเข้มงวด มีการกำหนดความผิดและโทษอย่างรุนแรงสำหรับผู้ฝ่าฝืน ลักลอบซื้อขายอวัยวะกัน โดยคำนึงถึงหลักศีลธรรมและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ฯ แต่ในบาง ประเทศกลับผ่อนปรนและมองว่าการซื้อขายอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ตามความเป็นจริงของกลไก ตลาดที่มีทั้งผู้ขายและผู้ซื้อ จึงมีการกำหนดหลักเกณฑ์การบริจาคอวัยวะให้เป็นสิ่งที่ง่าย และบาง ประเทศเป็นนโยบายแห่งรัฐที่ให้ถือว่าทุกคนเป็นผู้บริจาคอวัยวะ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป

สำหรับประเทศไทยแล้ว กฎหมายไทยยังไม่มี ความชัดเจนในกฎหมายและการบังคับใช้ กฎหมายเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ ซึ่งผู้เขียนมีความเชื่อว่าจำนวนของผู้บริจาคอวัยวะตาม หลักเกณฑ์ของกฎหมายน้อยมาก หรือเทียบกับการลักลอบซื้อขายอวัยวะโดยอาศัยการบริจาค บังหน้า ซึ่งเป็นปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการแสดงเจตนาที่มีผลเป็นโมฆะ เนื่องจากเป็น “นิติ กรรมอำพราง” โดยเป็นการแสดงเจตนาหลง (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 155 วรรคหนึ่ง) ที่ทำขึ้นเพื่ออำพรางนิติกรรมอื่นให้น่าพบบัญญัติของกฎหมายอันเกี่ยวกับนิติกรรมที่ ถูกอำพรางมาใช้บังคับ (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 155 วรรคสอง) ในความเป็น จริง คือ การซื้อขายอวัยวะมิใช่การบริจาคอวัยวะแต่ประการใด ทำให้ต้องนำนิติกรรมการซื้อขาย อวัยวะมาใช้บังคับ ซึ่งในการซื้อขายอวัยวะจากหัวข้อที่แล้วที่มีผลเป็นโมฆะ เพราะต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมาย หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน (ประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 150) ที่สำคัญคือปัญหาการบังคับใช้ของกฎหมายกรณีการ บริจาคบังหน้าการซื้อขายอวัยวะที่เป็นคดีแพ่ง หากไม่มีผู้มีส่วนได้เสียหยิบยกกล่าวอ้างความเป็น โมฆะกรรมขึ้น ก็ไม่มีผลทางกฎหมายที่ใช้บังคับแต่ประการใด และแม้จะมีการหยิบยกกล่าวอ้าง

ความเป็นโมฆะกรรมขึ้น ก็มีผลเพียงความเสียเปล่าที่ไม่สามารถบังคับกับนิติกรรมนั้น ๆ ได้ โดยให้คู่กรณีที่ทำนิติกรรมสัญญากันกลับคืนสู่ฐานะเดิมเสมือนไม่เคยทำนิติกรรมสัญญานั้นมาก่อน กล่าวคือ จะต้องคืนเป็นเงินค่าขายอวัยวะให้แก่ผู้ซื้ออวัยวะ ส่วนผู้ซื้ออวัยวะก็ต้องคืนอวัยวะคืนแก่ผู้ขายอวัยวะ ซึ่งอวัยวะบางอย่างนั้นแทบจะเป็นไปไม่ได้ที่จะทำการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายไปมา ไม่เหมือนกับสินค้าอื่น ๆ ที่สามารถส่งคืนสินค้าได้ง่าย ๆ

นอกจากนี้ในการบริจาคอวัยวะยังมีข้อบังคับแพทยสภาที่ใช้กำกับรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม หลัก ๆ 3 ฉบับ กล่าวคือข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2549 และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2553 และข้อบังคับว่าด้วยการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นการกำหนดเกณฑ์ในการดำเนินการสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ ฯลฯ) ในลักษณะต่าง ๆ รวมถึงการปลูกถ่ายอวัยวะ

การปลูกถ่ายอวัยวะที่ผู้บริจาคประสงค์จะบริจาคอวัยวะขณะที่ยังมีชีวิต ซึ่งข้อบังคับฉบับแรกกำหนดรายละเอียดไว้ค่อนข้างชัดเจนว่าจะต้องเป็นการบริจาคอวัยวะ ซึ่งจะต้องไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้บริจาคเป็นค่าหรือราคาแห่งอวัยวะอย่างเด็ดขาด การเป็นญาติโดยสายเลือด การเป็นคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสกับผู้บริจาคอวัยวะ และจะต้องจดทะเบียนสมรสมาอย่างน้อย 3 ปี เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าจำเป็นต้องเป็นการ “บริจาคที่แท้จริงเท่านั้น” การทำที่เป็นบริจาคแต่แท้จริงเป็นแล้วเป็นการซื้อขายอวัยวะกันนั้น เป็นสิ่งที่น่าสงสัยว่าแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายอวัยวะให้นั้นทราบหรือไม่ว่า การแสดงการบริจาคอวัยวะนั้นเป็นการอำพรางการซื้อขายอวัยวะ แต่สิ่งที่แพทย์จะต้องทราบอย่างแน่นอนคือการบริจาคอวัยวะระหว่างญาติโดยสายเลือด หรือคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสกับผู้บริจาคอวัยวะมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี ซึ่งสามารถตรวจสอบจากเอกสารทางทะเบียนได้ไม่ยาก และกรณีเช่นนี้ก็ถือเป็นเรื่องจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพที่สังคมให้ความสนใจต่อการรักษจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์หรือไม่ (ลาวัญญ์ ฤกษ์ศิลปกุล และคณะ, 2561, หน้า 118) ทั้งนี้ ข้อบังคับแพทยสภา (พ.ศ. 2553) ที่ยกเลิกหลักเกณฑ์ฉบับเดิม (พ.ศ. 2549) นั้น มิได้มีการกำหนดข้อยกเว้นในกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคเป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สมองตาย กรณีการปลูกถ่ายอวัยวะที่ใช้อวัยวะจากผู้ที่สมองตาย จะเป็นการดำเนินการตามเกณฑ์ของข้อบังคับแพทยสภาฉบับเดิม ที่จะต้องทำการขอบริจาคอวัยวะจากญาติผู้เสียชีวิตตามเกณฑ์สมองตายของแพทยสภา ซึ่งญาติ

ของผู้ที่สมองตาย (ในข้อบังคับแพทยสภา ใช้คำว่า “ผู้ตาย” อันถือเป็นการตายทางการแพทย์) ที่
จะบริจาคอวัยวะจะต้องเป็นทายาทหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ตาย และจะเป็นผู้ลงนาม
บริจาคอวัยวะเป็นลายลักษณ์อักษร และที่สำคัญการบริจาคอวัยวะในหมู่ญาติหรือคู่สมรสจะต้อง
ไม่เป็นการรับสิ่งตอบแทนเป็นค่าแห่งอวัยวะโดยเด็ดขาด (อ้างแล้ว, หน้า 119) สุดท้ายข้อบังคับ
แพทยสภา (ฉบับที่ 5) ที่กำหนดเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะที่ผู้บริจาคประสงค์จะบริจาคอวัยวะ
ขณะที่ยังมีชีวิต ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ทำการปลูกถ่ายอวัยวะต้องดำเนินการตามเกณฑ์
ที่มีการแก้ไขเพิ่มเติมใหม่ อาทิ ผู้บริจาคต้องมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต หรือทางพันธุกรรมที่
พิสูจน์ได้ เช่น DNA และหรือ HLA การเป็นสามีภริยาของผู้บริจาคที่ไม่จำเป็นต้องจดทะเบียนมาแล้ว
อย่างน้อย 3 ปี แม้แต่ผู้ที่อยู่กินฉันสามีภริยาโดยเปิดเผยอย่างน้อย 3 ปี ก็สามารถทำการบริจาค
อวัยวะกันได้ ที่สำคัญกรณีมีบุตรร่วมกันโดยสายโลหิตก็ไม่ต้องใช้ระยะเวลา 3 ปี อาจเพียงค่า 1 -
2 ปี ก็สามารถบริจาคอวัยวะได้เช่นกัน ในกรณีของชาวต่างชาติก็ใช้เกณฑ์คล้าย ๆ กัน เพียงแต่
ชาวต่างประเทศต้องแสดงเอกสารการยืนยันความสัมพันธ์ทางสายโลหิต และความเป็นสามีภริยา
หรือการอยู่กินฉันสามีภริยาโดยเปิดเผยกับผู้รับบริจาคอวัยวะ ฯลฯ โดยต้องได้รับการรับรองจาก
สถานทูตหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องและได้รับการรับรองความถูกต้องของผู้ออกเอกสาร
จากฝ่ายไทย ฯลฯ ส่วนกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะที่ใช้อวัยวะจากผู้สมองตาย มีการกำหนดเกณฑ์
กรณีผู้สมองตายจะต้องไม่มีโรคร้ายแรง เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ฯลฯ หรือภาวะติดเชื้อร้ายแรง
 ฯลฯ แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่สมองตายจะต้องแจ้งญาติเพื่อทราบ และญาติผู้ป่วยสมองตายที่จะ
บริจาคอวัยวะต้องเป็นผู้ให้ความยินยอม ฯลฯ ซึ่งแพทยสภาในฐานะองค์กรทางการแพทย์จะใช้
ข้อมูลดังกล่าวลงโทษทางด้านมาตรฐานจริยธรรมแต่เฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ไม่
ปฏิบัติตามข้อบังคับ เพราะเห็นแก่ค่าตอบแทนที่ทำให้จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพที่ช่วยเหลือเพื่อน
มนุษย์เสื่อมลง

สิ่งที่น่าพิจารณาในประเด็นต่อมาคือการบริจาคอวัยวะในประเทศไทยถือเป็นความ
สมัครใจของผู้แสดงความจำนงค์ ที่แม้ในปัจจุบันจะมีผู้บริจาคเพิ่มมากขึ้น โดยมีหน่วยงานรับ
บริจาคหลักคือ สภากาชาดไทย ที่ใช้แคมเปญว่าอวัยวะของผู้บริจาค คือ “ของขวัญเพื่อชีวิต” แต่
ก็ยังมีจำนวนผู้บริจาคไม่มาก โดย พ.ศ. 2561 มีจำนวน 261 ราย และ พ.ศ. 2562 มีจำนวน 86
ราย สวนทางกับผู้รอรับอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะ พ.ศ. 2561 จำนวน 6,401 ราย และ พ.ศ.
2562 จำนวน 6,236 ราย (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย, 2562) ทำให้สถานการณ์การ
รอรับบริจาคอวัยวะในประเทศไทยอยู่ในภาวะค่อนข้างวิกฤต ซึ่งผู้เขียนเชื่อว่าในแต่ละปีหรืออาจ
นับเป็นวัน มีจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริจาคอวัยวะจนต้องเสียชีวิตเพราะการขาดแคลนอวัยวะเป็น

จำนวนไม่น้อย และในการผ่าตัดเปลี่ยนแปลงอวัยวะก็มีใช่ว่าอวัยวะที่นำไปเปลี่ยนถ่ายให้แก่ผู้ป่วยจะสำเร็จทุกกรณี มีกรณีไม่น้อยที่ล้มเหลวเพราะอวัยวะที่ไม่สามารถเข้ากันได้ด้วย

สถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะนี้มีใช้เกิดขึ้นแต่ในประเทศไทยเท่านั้น มีอีกหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก ต่างประสบปัญหาดังกล่าวในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือผู้บริจาคอวัยวะน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริจาคอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีฐานะทางการเงินที่ดี จะมีโอกาสได้รับอวัยวะเพื่อยืดอกหายใจแห่งชีวิตของตนได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ฐานะทางการเงินไม่เอื้ออำนวย เพราะโอกาสของผู้ป่วยที่ต้องการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะนั้นมีได้มีแต่ในประเทศของตนเท่านั้น พวกเขาอาจเสาะหาอวัยวะจากผู้ขายอวัยวะจากแหล่งต่าง ๆ ทั่วโลกได้

ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลที่หลาย ๆ ประเทศ โดยเฉพาะประเทศพัฒนาแล้วได้ผ่านกฎหมายหรือพยายามผลักดันกฎหมายในลักษณะที่ “ประชาชนทุกคนเป็นผู้บริจาคอวัยวะ” โดยมีประเทศที่ผ่านกฎหมายลักษณะเช่นนี้แล้ว เช่น ประเทศสเปน เบลเยียม ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ ฯลฯ และยังมีอีกหลายประเทศที่กำลังอยู่ในระหว่างการเสนอร่างกฎหมาย เช่น เยอรมนี มีการเสนอร่างกฎหมายให้ชาวเยอรมนีที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป เป็นผู้บริจาคอวัยวะ และสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลาด้วยการไปลงทะเบียนว่าตนเองไม่ต้องการเป็นผู้บริจาค สมาชิกของครอบครัวสามารถเพิกถอนความยินยอมได้หลังจากที่บุคคลนั้นเสียชีวิต (The Momentum, 2019) ส่วนอังกฤษเมื่อวันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2562 สภาอังกฤษได้ผ่านร่างพระราชบัญญัติแม็กซ์และเคียร์รา (Max and Kiera's Law) ที่ชาวอังกฤษทุกคนไม่จำเป็นต้องยื่นเรื่องเข้าระบบเพื่อแสดงความจำนงในการเป็นผู้บริจาคอวัยวะอีกต่อไป โดยทุกคนจะมีค่าเริ่มต้น (default option) ให้เป็น “ผู้มีความจำนงและยินยอมบริจาคอวัยวะ (opt-in)” ทันทีที่บรรลุนิติภาวะ โดยจะมีเพียงผู้ไม่ประสงค์จะบริจาคอวัยวะเท่านั้นที่ต้องทำการยื่นเรื่องเข้าระบบเพื่อแสดงตนว่าเป็น “ผู้ไม่ยินยอม (opt-out)” (Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2019)

ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ผู้เขียนเห็นว่ามีความสำคัญมากที่สุด และเป็นประเด็นที่มีหลายฝ่ายหยิบยกนโยบายทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีกฎหมายที่เป็นเรื่องของ “ความยินยอม” ไม่ว่าจะยินยอมบริจาคอวัยวะ (opt-in) หรือไม่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (opt-out) ซึ่งคงต้องมีการหยิบยกและพิจารณากันอย่างรอบคอบต่อไป เพราะเป็นประเด็นที่ล่อแหลมต่อความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดของคนไทยที่ส่วนใหญ่เป็นชาวพุทธ หรือแม้ความเชื่อทางศาสนาอื่น ๆ ที่มีมุมมองในเรื่องการบริจาคอวัยวะที่แตกต่างกันไป

การจารกรรมอวัยวะ

“การจารกรรม” หมายถึง การกระทำสอดแนม (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2554) การจารกรรมอวัยวะ ในทฤษฎีของผู้เขียนจึงหมายถึงกระบวนการที่อาจทำเป็น ขบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งอวัยวะของกลุ่มจารชนที่เป็นคนร้ายหรืออาจเป็นนายหน้า โรงพยาบาล และแพทย์ที่ไร้จรรยาบรรณที่ติดต่อหรือนำอวัยวะจากเหยื่อ ไม่ว่าวิธีการใด ๆ มีค่าตอบแทน หรือไม่ก็ตาม มาส่งมอบให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องการซื้ออวัยวะ

แม้ว่าข่าวการจารกรรมอวัยวะในประเทศไทยจะเกิดขึ้นน้อยมาก หากเทียบกับหลาย ๆ ประเทศที่มักเป็นข่าวที่น่าสะพรึงกลัวมวลมนุษยชาติ เช่น ที่ประเทศอินเดีย ภายใน 9 ปี มีคนถูก ขโมยไตไปกว่า 500 คน (spokodark.tv, 2017) หรือที่สาธารณรัฐประชาชนจีน มีข่าวเด็กตก เป็นเป้าหมายและกลายเป็นเหยื่อในการถูกขโมยอวัยวะ ด้วยความเชื่อว่าอวัยวะของเด็กมีสภาพ ดีกว่าของคนแก่ที่รอบริจาคตอนเสียชีวิต ทำให้ราคาอวัยวะของเด็กสูงกว่าผู้ใหญ่ (Mthai New, 2013) แก๊งค์มาเฟียในหลาย ๆ ประเทศไม่ว่าจะเป็นจีน รัสเซีย อินเดีย ตุรกี บราซิล แอฟริกา โดยเฉพาะแก๊งค์มาเฟียหรือที่รัสเซียที่มีชื่อเรียกว่า “ออร์แกนิซัตซยา” (Organizatzya) ทำการ สังหารมนุษย์เป็น ๆ เพื่อนำอวัยวะภายในไปขายอย่างไม่เกรงกลัวกฎหมาย การลักพาตัวเด็ก ๆ เร่ร่อนตามท้องถนนในเมืองใหญ่ ๆ มาฆ่าและควักอวัยวะภายในมาขาย ในรัสเซียมีสถานรับซื้อ อวัยวะเป็นจำนวนมาก ส่วนคาซัคสถาน และยูเครน เด็กเร่ร่อนจะถูกสังหารอย่างรุนแรง เพื่อเอา แค่เครื่องใน โดยไม่มีใครใส่ใจว่าเด็กเหล่านั้นหายไปไหน (tu123, 2016) หรือข่าวที่รายงานว่า ศาลกัมพูชาได้ตัดสินจำคุกชาวกัมพูชา 3 ราย ข้อหาค้าอวัยวะ โดยก่อเหตุล่อลวงในคนยากจน ขายไตให้คนรวยชาวกัมพูชา โดยพามาผ่าตัดที่โรงพยาบาลในประเทศไทย (highlight.kapook, 2558) จะเห็นได้ว่าการจารกรรมอวัยวะตามที่กล่าวมาข้างต้นมักเกิดขึ้นมาจากประเทศที่พลเมือง ยากจนกว่า ส่งผ่านไปยังผู้ป่วยจากประเทศพัฒนาและพลเมืองที่ร่ำรวยกว่า เนื่องจากไม่สามารถ หาอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายจากการซื้อขายหรือการบริจาค โดยที่กฎหมายจากประเทศที่ยาก จนกว่าและมีระดับการพัฒนาที่น้อยกว่า เป็นกฎหมายสีเทาที่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับ กระบวนการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะทั้งระบบ “เงิน” จึงเป็นสิ่งที่สามารถยัดชีวิตออกไป แม้ว่าร่างกาย จะพิการหรืออวัยวะที่เสื่อมไปก็ตาม ทำให้เงินแม้ว่าบางครั้งอาจไม่สามารถซื้อทุกสิ่งทุกอย่างใน โลกได้ แต่ก็สามารถซื้อความเจ็บป่วย ความทุพพลภาพ ตลอดจนชีวิตที่ได้รับการเปลี่ยนถ่าย อวัยวะได้ และในขณะเดียวกันการจารกรรมหรืออาชญากรรมในปัจจุบันมิได้มุ่งเป้าหมายเฉพาะ ทรัพย์สินของเหยื่อที่มีฐานะเท่านั้น เหยื่อฐานะยากจนที่แม้มิได้มีทรัพย์สินเงินทองก็อาจถูกตัด อวัยวะไปได้ ทั้งจากความยินยอมของผู้มีความจำเป็นในการใช้เงิน ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์จาก

ความอ่อนวัย สติปัญญาที่คาดไม่ถึง ความพิการทุพพลภาพจากการขายอวัยวะของตน ตลอดจนความไม่ยินยอมเนื่องจากถูกคนร้ายบังคับตัวอวัยวะ เป็นต้น

ข้อพิจารณาทางกฎหมายเกี่ยวกับการจารกรรมอวัยวะ หากมีลักษณะเป็นการซื้อขาย โดยผู้ขายอวัยวะสมัครใจยินยอม ก็จะมีผลเป็นโมฆะตามกล่าวมาในหัวข้อการซื้อขายอวัยวะ แต่หากเป็นการหลอกลวงให้เหยื่อยินยอมให้นำอวัยวะออกจากร่างกาย ก็จะถือเป็นการแสดงเจตนา เพราะถูกกลลวง ก็จะมีผลเป็นโมฆียะ (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 159) และผู้ถูกหลอกลวงก็จะมีผลมีความรับผิดทางอาญาด้านฉ้อโกง (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 341) ในกรณีนี้หากเหยื่อเป็นเด็กที่ยอมขายอวัยวะให้แก่นายหน้าหรือแก๊งค์ค้าอวัยวะ โดยมิได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมก่อนก็จะทำให้นิติกรรมการขายอวัยวะเป็นโมฆียะ (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์, มาตรา 21) ทั้งนี้หากการจารกรรมอวัยวะซึ่งเป็นการตัดอวัยวะจากเหยื่อโดยเหยื่อมิได้เต็มใจยินยอม ก็จะต้องพิจารณาจากประเภทของอวัยวะที่เมื่อมีการนำออกจากร่างกายของเหยื่อแล้วมีผลต่อเหยื่อประการใด หากทำให้เหยื่อถึงแก่ชีวิต ผู้กระทำความผิดก็จะมีผลมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 288) หรือเหยื่อมิได้ถึงแก่ชีวิตแต่ได้รับอันตรายสาหัส ผู้กระทำความผิดก็จะมีผลมีความผิดฐานทำร้ายร่างกายผู้อื่น เป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายสาหัส (ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 297) ข้อพิจารณาต่อมาคือการจารกรรมอวัยวะที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับเครือข่ายการค้ามนุษย์ ซึ่งจะได้กล่าวในหัวข้อต่อไป

การปลูกถ่ายอวัยวะกับการค้ามนุษย์

“การค้ามนุษย์” (Human Trafficking) เป็นการกระทำเพื่อแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้ (พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551, มาตรา 6)

(1) เป็นธุระจัดหา ซื้อ ขาย จำหน่าย พามาหรือส่งไปยังที่ใด หน่วงเหนี่ยว กักขัง จัดให้อยู่อาศัย หรือรับไว้ซึ่งบุคคลใด โดยข่มขู่ ใช้กำลังบังคับ ลักพาตัว ฉ้อฉล หลอกลวง ใช้อำนาจโดยมิชอบ หรือโดยให้เงินหรือผลประโยชน์อย่างอื่นแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลบุคคลนั้น เพื่อให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลให้ความยินยอมแก่ผู้กระทำความผิดในการแสวงหาประโยชน์จากบุคคลที่ตนดูแล หรือ

(2) เป็นธุระจัดหา ซื้อ ขาย จำหน่าย พามาหรือส่งไปยังที่ใด หน่วงเหนี่ยว กักขัง จัดให้อยู่อาศัย หรือรับไว้ซึ่งเด็ก

โดยที่ “แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ” หมายความว่า การแสวงหาประโยชน์จากการค้า ประเวณี การผลิตหรือเผยแพร่วัตถุหรือสิ่งลามก การแสวงหาประโยชน์ทางเพศในรูปแบบอื่น การเอาคนลงเป็นทาส การนำคนมาข่มขืน การบังคับให้แรงงานหรือบริการ การบังคับด้วยวิธีอื่นเพื่อการค้า หรือการอื่นใดที่คล้ายคลึงกันอันเป็นการขูดรีดบุคคล ไม่ว่าบุคคลนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม (พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551, มาตรา 4)

ข้อพิจารณาเบื้องต้น การบังคับด้วยวิธีอื่นเพื่อการค้า หรือการอื่นใดที่คล้ายคลึงกัน อันเป็นการขูดรีดบุคคล ไม่ว่าบุคคลนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม จากที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง แม้ว่าเจ้าของอวัยวะจะยินยอม แต่หากเป็นการบังคับด้วยวิธีอื่นเพื่อการค้าหรือการอื่นใดที่คล้ายคลึงกันกับการค้า อันเป็นการขูดรีดบุคคล ก็ถือเป็นการค้ามนุษย์ ตามที่กล่าวมาข้างต้นเช่นกัน ทั้งนี้การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะโดยมีการซื้อขายนั้นจะต้องมีลักษณะของการแสวงหาประโยชน์อันมิชอบ ตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว

สิ่งที่เกิดขึ้นเสมอกับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะที่มีลักษณะเป็นการค้ามนุษย์นั้น คือ บรรดานายหน้า ตัวแทน หน้าม้า ซึ่งมีหน้าที่เป็นธุระจัดหาเหยื่อที่มีความต้องการขายอวัยวะตนให้แก่ผู้อื่นซึ่งหากมิได้เป็นการโพสข้อความขายทางสื่อออนไลน์ ก็จำต้องอาศัยนายหน้าฯ ที่มีภูมิปัญญา ลูกค้ำที่ต้องการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้สนับสนุนการกระทำผิดฐานค้ามนุษย์ (พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551, มาตรา 7 (1)) และต้องระวางโทษเช่นเดียวกับผู้กระทำความผิดฐานค้ามนุษย์ ในการนี้หากนายหน้าฯ ได้นำตัวบุคคล หนึ่งเห็นยาว กักขัง จัดให้อยู่อาศัย หรือรับตัวบุคคลผู้ประสงค์จะขายอวัยวะ จากนั้นได้ทำการข่มขู่ ใช้กำลังบังคับ ฉ้อฉล หลอกลวง หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งหากกรณีผู้ขายอวัยวะเป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ก็ไม่จำเป็นที่นายหน้าค้ามนุษย์จะต้องกระทำการข่มขู่ ใช้กำลังบังคับ ฯลฯ แต่ประการใด หากเป็นการดักด้วยวิธีอื่นเพื่อการค้า และไม่ว่าเหยื่อจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม ก็มีลักษณะเป็นการค้ามนุษย์ ตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 ด้วยเช่นกัน

ไม่ว่านายหน้า หรือหน้าม้า ที่ทำการชี้ช่องให้ผู้ซื้อและผู้ขายอวัยวะได้มาทำการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะกัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้กระทำความผิดฐานค้ามนุษย์และต้องระวางโทษเช่นเดียวกับผู้กระทำความผิดฐานค้ามนุษย์ตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว หากในการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะนั้นเป็นการค้ามนุษย์ของบรรดานายหน้า หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยได้ทำการกระทำโดยร่วมกันตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป หรือโดยสมาชิกขององค์กรอาชญากรรม ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษจำคุกหนัก

กว่าที่กฎหมายบัญญัติไว้กึ่งหนึ่ง (พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551, มาตรา 10 วรรคหนึ่ง) และแม้ว่าผู้กระทำความผิดฐานค้ามนุษย์ดังกล่าวจะได้กระทำการนอกราชอาณาจักร ผู้กระทำความผิดดังกล่าวก็ต้องรับโทษในราชอาณาจักรตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 โดยให้นำมาตรา 10 แห่งประมวลกฎหมายอาญามาใช้บังคับโดยอนุโลม (พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551, มาตรา 11)

แม้ว่าพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 จะมีบทบัญญัติที่ให้รวมถึงการดักตัวเพื่อการค้าด้วย แต่กฎหมายฉบับนี้ซึ่งมิได้เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการป้องกันการซื้อขายอวัยวะเหมือนกับหลาย ๆ ประเทศ เพราะในบางกรณีที่มีการซื้อขายอวัยวะเพื่อนำมาดักตัวเพื่อการค้า แม้ว่าผู้ขายอวัยวะจะให้ความยินยอมก็ตาม กรณีอาจไม่เป็นการค้ามนุษย์ หากมิได้มีการกระทำในลักษณะ มาตรา 6 (1) หรือ (2) นอกจากนี้กฎหมายฉบับนี้เป็นกรณีการค้ามนุษย์ที่จะต้องเข้าข่ายหรือลักษณะของการค้ามนุษย์เสียก่อนจึงจะเป็นความผิด และไม่อาจครอบคลุมถึงทุกกรณีที่แม้จะถูกพิจารณาในเบื้องต้นว่าเป็นการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ แต่ก็อาจจะไม่เป็นกรณีความผิดฐานค้ามนุษย์ การที่จะป้องกันและปราบปรามการซื้อขายอวัยวะก็สมควรจะมีกฎหมายเฉพาะที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์นั่นเอง นอกจากนี้ กฎหมายป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์มิได้มีการกำหนดความหมายของอวัยวะว่ามีความหมายถึงอวัยวะส่วนใดของมนุษย์ด้วย เพราะอวัยวะในร่างกายมนุษย์ที่นำไปแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบในทางการค้านั้นมีเป็นจำนวนมาก และมีระดับความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันออกไป (ลาวัญญ์ ธนศิริกุล, วิมานกฤตพลวิมาน, จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร, ชูเกียรติ น้อยฉิม, ชนันภรณ์ บุญเกิดทรัพย์, อริศรา เหล็กคำ, 2561, หน้า 118)

การอุ้มบุญเพื่อใช้อวัยวะ

แม้ว่าภาพยนตร์เรื่อง Never Let Me Go ที่ผู้เขียนกล่าวถึงข้างต้นจะมีใช้เป็นกรณีการอุ้มบุญเพื่อใช้อวัยวะ แต่เป็นการทำสำเนามนุษย์เพื่อใช้อวัยวะ นอกจากนี้ที่เคยปรากฏเป็นข่าวไม่ว่าจากมูลนิธิบีบีวีนา หงสกุล เพื่อเด็กและสตรี ที่คัดค้านการอนุญาตให้อุ้มบุญที่เมื่ออายุครรภ์ที่ 7 เดือน จะทำการผ่าคลอดเด็กก่อนกำหนดเพื่อดูเอาไขสันหลังหรือสเต็มเซลล์นำมาใช้เป็นส่วนผสมในผลิตภัณฑ์เสริมความงาม ซึ่งถือว่าไม่ปลอดภัย และเด็กอาจไม่รอดชีวิต (ข่าว S sanook, 2557) ข่าวหมอเด็กที่เป็นห่วงว่าการทำเด็กอุ้มบุญ หวังขายอวัยวะ และมีความเห็นว่า

“ไม่จำเป็นต้องเอาไขสันหลังเด็กอุ้มบุญทำสเต็มเซลล์ เพราะสามารถเอาจากใครก็ได้” (สรเดช หงส์อิง, 2557) และที่สำคัญในแวดวงของผู้ประสงค์จะมีบุตรแต่ไม่สามารถมีได้ไม่ว่าจะด้วยเหตุปัจจัยใดก็ตาม ต่างก็ทราบไม่มากนักเกี่ยวกับการหาแม่อุ้มบุญที่มีนายหน้า หรือสามารถหาได้จากสื่อสังคมออนไลน์ที่ว่าจ้างอุ้มบุญ ซึ่งหากมองในแง่ดีก็ถือเป็นความต้องการมีบุตรของผู้ว่าจ้างอุ้มบุญจริง ๆ แต่ในบางกรณีก็อาจถูกสงสัยได้ว่าผู้ว่าจ้างอุ้มบุญนั้นนำเด็กที่ได้จากการอุ้มบุญเพื่อค้ามนุษย์หรือใช้อวัยวะหรือไม่ ตามข่าวที่ชาวญี่ปุ่นจ้างหญิงไทยอุ้มบุญ 13 คน เป็นต้น ซึ่งล่าสุด (20 กุมภาพันธ์ 2561) ศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง ได้มีคำสั่งให้พ่ออุ้มบุญชาวญี่ปุ่นเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของเด็ก 13 คน ที่เกิดจากการตั้งครรภ์แทนหรืออุ้มบุญโดยมารดาชาวไทย

การอุ้มบุญเพื่อใช้อวัยวะมิได้มีกฎหมายที่ใช้บังคับโดยตรง แต่หากมีการตกลงอุ้มเพื่อการนี้ ก็จะต้องเป็นนิติกรรมที่มีวัตถุประสงค์ที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน มีผลเป็นโมฆะ ตามมาตรา 150 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการอุ้มบุญเพื่อใช้อวัยวะ อาจมีการหยิบยกขึ้นพิจารณา โดยเริ่มต้นจากการเป็นบุตร ปิตามารดาของเด็กที่ทำการอุ้มบุญตามมาตรา 1546 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ประกาศแพทยสภาในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งก็ได้กำหนดห้ามการอุ้มบุญ เพียงแต่เป็นการกำหนดเงื่อนไข การให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จะต้องไม่ใช่เป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่หญิงที่รับจ้างตั้งครรภ์แทนหรือแม่อุ้มบุญ นอกจากนี้แม่อุ้มบุญจะต้องเป็นญาติโดยสายโลหิตของคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ฯลฯ และภายหลังจากนั้นได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 หรืออาจจะเรียกว่า “กฎหมายอุ้มบุญ”

กฎหมายอุ้มบุญข้างต้นก็มีได้เป็นกฎหมายโดยตรงที่ใช้บังคับกับการอุ้มบุญเพื่อใช้อวัยวะแต่ประการใด ในส่วนที่เกี่ยวข้องที่สุดคือการอุ้มบุญเพื่อค้ามนุษย์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการเกี่ยวกับการอุ้มบุญโดยไม่มีคุณสมบัติ ผู้ว่าจ้างที่มีได้มีเป็นไปตามหลักเกณฑ์มีกฎหมายกำหนด เช่น มิได้จดทะเบียนสมรสหรือจดทะเบียนสมรสมาแล้วน้อยกว่า 3 ปี ผู้ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนเพื่อประโยชน์ทางการค้า ผู้กระทำการเป็นคนกลางหรือนายหน้า โดยเรียกรับหรือยอมจะรับทรัพย์สินหรือประโยชน์เพื่อเป็นการตอบแทนในการจัดการหรือชี้ช่องให้มีการรับตั้งครรภ์แทน และผู้โฆษณาหรือโฆษณาให้แพร่หลายด้วยประการใด ๆ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทนว่ามีหญิงที่ประสงค์จะเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทนผู้อื่น หรือมีบุคคลที่

ประสงค์จะให้หญิงอื่นเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทน ไม่ว่าจะได้กระทำเพื่อประโยชน์โดยตรงของการค้าหรือไม่ก็ตาม ซึ่งในอนาคตจะมีการพิจารณาถึงเหตุผลและความจำเป็นในประเด็นปัญหาการอุ้มบุญเพื่อใช้อวัยวะโดยตรงว่าทิศทางจะไปทางไหน ไม่ว่าจะเป็กฎหมายในลักษณะห้ามหรือสนับสนุนการอุ้มบุญเพื่อใช้อวัยวะ อันเนื่องมาจากปัญหาการขาดแคลนอวัยวะก็ตาม

สรุปและความเห็น

แม้ว่าสตีฟจ๊อฟ นักประดิษฐ์และผู้นำทางธุรกิจข้ามชาติหลายประเภท แต่ที่คนทั่วโลกรู้จักกันในนามของประธานบริหารแอปเปิล คอมพิวเตอร์ ผู้ผลิตไอโฟน เคยป่วยเป็นมะเร็งที่ตับ และได้รับการบริจาคอวัยวะ ซึ่งได้มีการปลูกถ่ายตับมาแล้ว แต่ในที่สุดสตีฟจ๊อฟก็ล้มป่วยหนัก จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและได้ฝากข้อคิดแก่คนรุ่นหลังว่า “เงินสามารถซื้อได้ทุกอย่าง แต่ไม่สามารถซื้อให้ใครมาป่วยแทนเราได้” ซึ่งในที่สุดความตายที่เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติก็ไม่ได้มายุติบทบาทของสิ่งมีชีวิตทุกสิ่งบนโลก มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตสิ่งเดียวในโลกที่สามารถยืดชีวิตออกไปได้ด้วยวิทยาการทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ รวมถึงการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะ โดยที่อวัยวะอาจได้มาจากทั้งการบริจาค ซื้อขาย ฯลฯ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะก็มีเพียงผู้ป่วยที่รออวัยวะจากผู้อื่น ผู้บริจาคอวัยวะ ผู้ขายอวัยวะ บุคลากรทางการแพทย์ โดยอาจมีหน้าที่นายหน้าที่ทำการซื้ออวัยวะให้มีการซื้อขายอวัยวะกัน จะเห็นได้ว่าในการปลูกถ่ายอวัยวะนั้นอยู่ในวงแคบ ๆ ที่ส่วนใหญ่จะไม่ทราบรายละเอียดปลีกย่อยในการปลูกถ่ายอวัยวะ ทั้งนี้รายละเอียด ภูมิหลังของผู้ที่มีทรศนะ “อวัยวะเป็นสิ่งที่ซื้อขายกันได้” ก็มีความแตกต่างกัน ที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือฐานะที่ทำให้มนุษย์ด้วยกันสามารถขายอวัยวะของตนให้แก่ผู้ที่มีฐานะทางการเงินที่ดีกว่าเพียงเพื่อให้ตนเองหรือครอบครัวผ่านพ้นจากความเดือดร้อนทางการเงินหรือเพื่อชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นบ้าง ส่วนผู้ที่มีฐานะที่ดีกว่าก็อาจเป็นไปได้ที่สามารถหาซื้ออวัยวะที่ต้องการนำมาปลูกถ่ายได้ และก็อาจมีชีวิตอยู่รอดต่อไปอีกถ้าไม่โชคร้ายเหมือนสตีฟจ๊อฟ

ศาสนาหรือความเชื่อก็เป็นสิ่งที่ส่งผลต่อมุมมองของมนุษย์ในการซื้อขายหรือปลูกถ่ายอวัยวะ โดยศาสนาอิสลาม เชื่อว่าร่างกายเป็นสิ่งที่อยู่ใต้บัญญัติของพระเจ้าห้ามมิให้มีการมอบร่างกายให้แก่กัน ลัทธิขงจื้อ ก็ถือว่าอวัยวะร่างกายเป็นสมบัติที่พ่อแม่มอบแก่ลูก ห้ามมิให้ทำการแยกอวัยวะออกไป ศาสนาพราหมณ์-ฮินดู ที่มีความเชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิดของมนุษย์ และเชื่อว่าการบริจาคอวัยวะเพื่อช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ด้วยกันถือเป็นสิ่งที่ดีงาม ได้บุญ ส่วนศาสนาพุทธ ในมุมมองของคนไทยบางคนที่มีความเชื่อเรื่องเวียนว่ายตายเกิด กลับมีมุมมอง

ว่าการบริจาคอวัยวะจะทำให้ในภพชาติใหม่ร่างกายจะพิการตามอวัยวะที่บริจาค นอกจากนี้ ทัศนคติความเชื่อของผู้ที่ยังเป็นเด็กไม่บรรลุนิติภาวะ รู้เท่าไม่ถึงการณ์ ที่ยอมขายอวัยวะสำคัญของตนเพื่อให้ได้มาซึ่งวัตถุสิ่งของที่ติดเทียมกับผู้อื่น ตามที่ปรากฏเป็นข่าวไม่ว่าในประเทศไทย หรือสาธารณรัฐประชาชนจีน ฯ ก็เป็นเรื่องที่น่าเศร้าสำหรับบิดามารดาหรือผู้ประกอบที่มาทราบ ภายหลังจากที่บุตรหลานของตนได้ขายอวัยวะไปแล้ว หรือแม้แต่สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้มีการขายอวัยวะที่มักเกิดขึ้นในประเทศยากจน คนในหมู่บ้าน (เช่น หมู่บ้านบางหมู่บ้านในประเทศ เนปาล ที่ชาวบ้านแทบทุกคนขายไต เป็นนายหน้าค้าอวัยวะ เพื่อนำเงินมาใช้จ่าย จนมีชื่อเรียกว่า หมู่บ้านขายไต) เห็นตัวอย่างการขายอวัยวะแล้วได้เงินมาจุนเจือหรือใช้จ่ายในครัวเรือน เมื่อไม่มีทางเลือกอื่นที่ได้เงินมาง่าย ๆ ก็ทำการขายอวัยวะ เป็นต้น

ทางฝั่งของฝ่ายผู้ซื้ออวัยวะที่เป็นผู้ป่วยที่อาการป่วยไม่สามารถรอการบริจาคอวัยวะที่มี คิวผู้รอเป็นจำนวนมากได้ และไม่ยากเป็นภาระในการทำให้คนในครอบครัวต้องพิการเนื่องจากการบริจาคอวัยวะให้แก่ตน ผู้ป่วยและคนในครอบครัวดังกล่าวที่มีฐานะหรือพอมีฐานะในการใช้เงินเพื่อซื้ออวัยวะจากผู้ขายอวัยวะ เพื่อยื้อชีวิตของผู้ป่วยให้คืนมา หรือมีอายุที่ยืดออกไป พวกเขาอาจยอมจ่ายเงินไม่ว่าจะเท่าไรก็ตาม ซึ่งหากว่าไม่สามารถหาอวัยวะได้โดยตรงก็จำต้องอาศัยเครือข่ายนายหน้าที่เสาะหาอวัยวะที่ต้องการมาจนได้ แต่ผู้ป่วยในบางประเทศอาจจะมีปัญหาในการหาอวัยวะมาปลูกถ่าย เพราะเป็นสิ่งที่ต้องห้ามชัดเจนโดยกฎหมาย เนื่องจากมีกฎหมายห้ามและป้องปรามการซื้อขายอวัยวะโดยตรง ที่สำคัญการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด เป็นจริงเป็นจังทำให้ผู้ป่วยจากประเทศดังกล่าวต้องเดินทางเข้ามายังประเทศที่ยังไม่มีกฎหมายห้ามการซื้อขายอวัยวะหรืออาจมีกฎหมายแต่ยังไม่มีความชัดเจน และที่สำคัญคือขาดการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้ซื้อดังกล่าวใช้เงินซื้ออวัยวะมนุษย์ ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของนักเศรษฐศาสตร์บางคนก็เห็นว่า “อวัยวะมนุษย์ที่หมุนเวียนได้ก็สามารถทำการซื้อขายได้ โดยเฉพาะไตที่สามารถขายได้ 1 ข้าง”

ในความเห็นของผู้เขียน ไม่เห็นด้วยกับนักเศรษฐศาสตร์ที่มีแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่าวัฏจักรสังขารของมนุษย์ คือ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งเป็นหนทางของชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ไม่ช้าก็เร็วทุกคนต้องตาย การซื้อหรือยื้อชีวิตของตนในขณะที่ทำให้ผู้อื่นที่มีฐานะ หรือสถานะที่แย่กว่านั้นเป็นการทำลายศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์อย่างร้ายแรงและสิ้นเชิง ทั้งนี้ผู้เขียนมิได้ตำหนิผู้ที่ทำการซื้อขายอวัยวะ ไม่ว่าจะเป็นผู้ซื้อที่เป็นผู้ป่วยที่ต้องการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น ในกรณีของผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะไตวาย พวกเขาต้องการไตเพียงแค่ 1 ข้าง เพื่อให้

มีชีวิตอยู่รอดไม่ทนทุกข์ทรมานจากภาวะของโรคเช่นนี้ ทางฝ่ายผู้ขายอวัยวะยิ่งน่าเห็นใจที่พวกเขาเป็นผู้มีฐานะยากจนหรืออาจประสบปัญหาเดือดร้อนทางการเงินจำเป็นต้องใช้เงินด่วนหรือแม้แต่เด็กที่ขาดวุฒิภาวะในการตัดสินใจขายอวัยวะของตน

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนมีความเห็นว่าในเรื่องปัจจุบันประเทศไทยก็ยังไม่มีความหมายห้ามหรือป้องกันการซื้อขายอวัยวะโดยตรง กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันก็ใช้เฉพาะในกรณีปัญหานั้น ๆ เช่น หากมีการบังคับตัดอวัยวะเพื่อแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ก็จะใช้บังคับตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 แต่หากมีการซื้อขายอวัยวะกันโดยไม่เข้าลักษณะของการค้ามนุษย์ก็จะนำกฎหมายค้ามนุษย์มาใช้บังคับไม่ได้ และหากนำประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 150 มาใช้กับการซื้อขายอวัยวะที่มีวัตถุประสงค์ต้องห้ามขัดแย้งโดยกฎหมาย หรือขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน ก็มีผลเพียงการเป็นโมฆะที่เสียเปล่า ซึ่งกรณีเช่นนี้ก็ยากที่คู่กรณีที่เกี่ยวข้องจะหยิบยกขึ้นมาเพราะจะทำให้เสียหายทั้ง 2 ฝ่าย หากจะต้องกลับคืนสู่ฐานะเดิมไป กรณีการซื้อขายอวัยวะที่มีผลทางกฎหมายเป็นโมฆะเช่นเดียวกันกับการฉ้อโกงเพื่อใช้อวัยวะ หากเป็นการฉ้อโกงไม่ว่าจะเพื่อใช้อวัยวะ เพื่อการค้ามนุษย์หรือเพื่อการฉ้อโกงทั้งตามปกติก็ตาม หากกรณีไม่เป็นไปบทบัญญัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ก็จะมีผลเป็นโมฆะตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 150 ดังกล่าวด้วย แต่หากมีการฉ้อโกงเพื่อใช้อวัยวะขึ้น บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องก็จะมีผลตามกฎหมายฉบับนี้ และหากเป็นการฉ้อโกงเพื่อใช้อวัยวะ โดยมีการบังคับตัดอวัยวะ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องก็จะมีผลตามกฎหมายพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ อีกด้วย ซึ่งทั้งกฎหมายค้ามนุษย์ และกฎหมายฉ้อโกงดังกล่าวต่างก็ใช้สำหรับกรณีการกระทำผิดทั้ง 2 กรณีดังกล่าว แต่ก็มีกฎหมายที่ใช้ในการป้องกันและปราบปรามการซื้อขายอวัยวะโดยตรง

หากประเทศไทยจะมีกฎหมายป้องกันและปราบปรามการซื้อขายอวัยวะ บทบัญญัติตามกฎหมายป้องกันและปราบปรามการซื้อขายอวัยวะนั้น ในความเห็นของผู้เขียนไม่สมควรลงโทษผู้ซื้ออวัยวะโดยเฉพาะผู้ขายอวัยวะ เว้นแต่ผู้ซื้ออวัยวะที่ซื้อไปทำเป็นอะไหล่อวัยวะสำรอง โดยยังมีได้มีการใช้อวัยวะนั้นทันที ที่สำคัญสมควรมีบทลงโทษอย่างรุนแรงต่อแพทย์ที่ไร้จรรยาบรรณ นอกเหนือจากกฎหมายจริยธรรมทางการแพทย์ที่เพียงแต่เป็นการเพิกถอนใบอนุญาต ที่ได้ดำเนินการเปลี่ยนหรือปลูกถ่ายอวัยวะโดยขัดต่อเวชปฏิบัติ และกฎหมายที่ใช้บังคับต่อวิชาชีพ ตลอดจนการกำหนดโทษอย่างรุนแรงต่อนายหน้าในรูปแบบต่าง ๆ ที่คอย

ประสานติดต่อหาอวัยวะเพื่อส่งให้ผู้ป่วยหรือแพทย์ที่ทำการเปลี่ยนถ่าย ในการนี้อาจมี บทบัญญัติเฉพาะที่กำหนดโทษต่อการจารกรรมอวัยวะ ให้รุนแรงกว่ากฎหมายค้ามนุษย์ หรือ ประมวลกฎหมายอาญาเพื่อปราบปรามการกระทำผิดลักษณะเช่นนี้ในราชอาณาจักร

แต่เดิมผู้เขียนไม่เห็นด้วยกับการมีกฎหมายที่บังคับหรือกำหนดให้ทุกคนเป็นผู้บริจาค อวัยวะ เพราะน่าจะขัดแย้งต่อความเชื่อทางศาสนา หรือความคิดพื้นฐานของคนไทยในการบังคับ ให้ต้องบริจาคอวัยวะของตน และคนไทยน่าจะยังไม่พร้อมสำหรับเรื่องนี้ แต่มีสิ่งเดียวที่ทำให้ ผู้เขียนเห็นด้วยกับการมีกฎหมายที่กำหนดให้คนไทยทุกคนเป็นผู้บริจาคอวัยวะหรือ “การขัด ความไม่เท่าเทียมของคนที่ไร้อวัยวะ” ทำให้คนไข้ที่ต้องการการปลูกถ่ายอวัยวะ ไม่ว่าจะ ยากดีมีเงินก็สามารถเข้าถึงการปลูกถ่ายอวัยวะได้ทุกคน อาชีพนายหน้าค้าอวัยวะหรือขบวนการ จารกรรมอวัยวะก็จะหมดสิ้นไป เพราะคนไข้ที่ต้องการอวัยวะจะได้รับบริการจากรัฐทุกคน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่หลุดพ้นจากการลักลอบปลูกถ่ายอวัยวะที่ได้มาโดยผิดกฎหมาย อีกด้วย เพียงแต่วิธีการอันเป็นรายละเอียดของกฎหมายที่กำหนดให้ทุกคนเป็นผู้บริจาคอวัยวะ นั้น อาจกำหนดอายุขั้นต่ำของบุคคลไม่ว่าจะเป็น 16 ปี หรือ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ยินยอมบริจาค อวัยวะ (opt-in) แต่สมควรมีกรณีสมัครใจยกเลิกการบริจาคได้ โดยแสดงตนเป็นผู้ไม่ยินยอม (opt-out) ได้ตลอดเวลา เพียงแต่ต้องไปลงทะเบียนเพื่อถอนหรือไม่ยินยอมบริจาค นอกจากนี้ หากผู้บริจาคได้เสียชีวิตไปแล้ว ก็สมควรให้สิทธิกับสมาชิกในครอบครัวเพิกถอนความยินยอมได้ ด้วย เช่นนี้ก็จะเป็นหลักเกณฑ์ที่ประนีประนอม โดยมีได้เป็นกฎหมายในลักษณะบังคับเสมอไป อย่างไรก็ตาม แนวคิดให้ทุกคนเป็นผู้บริจาคมนี้ยังถือเป็นสิ่งใหม่สำหรับสังคมไทย หน่วยงานของ รัฐที่เกี่ยวข้องอาจมีนโยบายพร้อมการประชาสัมพันธ์ รับฟังความคิดเห็นของประชาชนทุกคนที่ จะต้องอยู่ในระบบการบริจาคอวัยวะโดยความยินยอม (opt-in) ให้เห็นถึงประโยชน์ พัฒนาการ ทางสาธารณสุข และที่สำคัญคือ “ความเท่าเทียมทุกประการของประชาชนคนไทยที่เป็นผู้ป่วย ที่สามารถเข้าถึงอวัยวะได้ทุกคน”

เอกสารอ้างอิง

- ข่าว S sanook. (2557). บริณา ไม่เห็นด้วยอนุญาตให้อุ้มบุญในไทย. สืบค้นวันที่ 5 สิงหาคม 2562
สืบค้นจาก <http://www.sanook.com/news/1644085/>
- ข่าว VOA. (2007). ปากีสถาน...ประเทศที่ถูกขนานนามว่าเป็นตลาดค้าไตมนุษย์. สืบค้นวันที่ 6
กรกฎาคม 2562 สืบค้นจาก <http://www.voathai.com/a/a-47-2007-06-30-voa-1-90635509/920927.html>

ข่าวผู้จัดการออนไลน์. (2018). สธ. ขยายศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะและดวงตาเพิ่มใน ร.พ.ศูนย์-ร.พ.ทั่วไป.

สืบค้นวันที่ 7 กรกฎาคม 2562 สืบค้นจาก

<http://www.mgonline.com/business/detail/9510000018311>

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ประมวลกฎหมายอาญา

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. สืบค้นจาก <http://www.royin.go.th/dictionary>.

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558

วัลลภ พรเรืองวงศ์. (2550). ไตข้างละเท่าไร (เนปาล-อิหร่าน). สืบค้นวันที่ 5 กรกฎาคม 2562 สืบค้น

จาก <http://www.gotoknow.org/posts/59522>

ลาวัญญ์ ถนัดศิลป์กุล, วิมาน กฤตพลวิมาน, จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร, ชูเกียรติ น้อยนิม, ชนันภรณ์ บุญ

เกิดทรัพย์, อริศรา เหล็กคำ. (2561). การศึกษาวิเคราะห์และแนวทางในการแก้ไขปัญหา

การค้ามนุษย์ในมิติกฎหมายของประเทศในพื้นที่ระบอบเศรษฐกิจตะวันออก-ตะวันตก,

เหนือ-ใต้ (EWEC-NSEC). รายงานวิจัย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ลาวัญญ์ ถนัดศิลป์กุล, วิมาน กฤตพลวิมาน, จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร, ชูเกียรติ น้อยนิม, ชนันภรณ์ บุญ

เกิดทรัพย์, อริศรา เหล็กคำ. (2561). โครงการการศึกษาวิเคราะห์และแนวทางในการแก้ไข

ปัญหาการค้ามนุษย์ในมิติกฎหมายของประเทศในพื้นที่ระบอบเศรษฐกิจตะวันออก -

ตะวันตก, เหนือ - ใต้. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 4(3) กันยายน-ธันวาคม:

387-401

สภากาชาดไทย. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ <https://www.organdonate.in.th/>

สุรเดช หงส์อิง. (2557). หมอเด็กห้วงทำ “เด็กอัมบุน” หวังขายอวัยวะ Rama Channel ขับเคลื่อน

สังคมไทยให้สุขภาพดี สืบค้นวันที่ 5 สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก

<http://www.med/mahidol.ac.th/ramachannel/old/index.php/knowforhealth-20140815-5/>

Hilight.kapook. (2558). ส่งจำคุกชาวกัมพูชา 3 ราย ขอลาตัวอวัยวะ เผยพาคนมาผ่าไตในไทย สืบค้น

วันที่ 5 สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก <http://www.hilight.kapook.com/view/118172>

Mthai News. (2013). ตีแผ่ตลาดมืด ขายอวัยวะเถื่อนในจีน ยิ่งอายุน้อยราคายิ่งดี. สืบค้นวันที่ 1

สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก [http://www.news.mthai.com/webmaster-](http://www.news.mthai.com/webmaster-talk/266561.html)

[talk/266561.html](http://www.news.mthai.com/webmaster-talk/266561.html)

- SpokeDark. TV (2017) ไม่รวยก็โดนปล้น แก๊งค์ดขโมยไต แก๊งค์ค้าอวัยวะในตลาดมืดที่ทำให้คนอินเดีย
หวาดผวากันทั้งประเทศ สืบค้นวันที่ 1 สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก
<http://www.spokedark.tv/posts/kidney-rob/>
- TCU ทำความจริงให้ปรากฏ, (2557, 5 กรกฎาคม), สื่อเขมรเปิดโปงค้าไต ใน ร.พ.เอกชนของไทย สืบค้น
วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 สืบค้นจาก <http://www.tcij.com/news/2014/o5/scoop24513>
- The Momentum Team. The Momentum. (2019). อวัยวะขาดแคลน รัฐบาลเยอรมันเสนอ
กฎหมายให้ทุกคนเป็นผู้บริจาคโดยอัตโนมัติ อีกฝ่ายแย้งเสนอให้ใช้วิธีถามบ่อย ๆ (2019)
สืบค้นวันที่ 1 สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก <http://www.themomentum.co/germany-debated-changing-to-opt-out-organ-donation-system/>.
- Tu123. (2016). Shock ชาวแก๊งค์ลักพาตัวคนไปชำแหละเอาอวัยวะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ
ประเทศไทย การค้าอวัยวะมนุษย์ สืบค้นวันที่ 1 สิงหาคม 2562 สืบค้นจาก
<http://www.lifestyleper.blogspot.com/2016/04/trafficking-in-human-organs.html>

Drug Use, Drug Abuse and Implementation of Medical Cannabis Regulations in Thailand

Patcharaphon Nonthasawadsri*

Abstract

Nowadays, Thailand has amended the national law on Cannabis for medical purpose, allowing for patient treatment, which is based on evidence-based medicine. Further research and agriculture development in Thailand use Good Agricultural Practice (GAP), marketing, and medical science principle for the promotion of medical Cannabis which can be considered for pharmacological effects on population health. Factors affecting Cannabis extraction is the level of Tetrahydrocannabinol (THC) or Cannabidiol (CBD) that results from light spectrum and duration of light could be applied for Thai Traditional Medicine. The objectives of this study is to analyze and develop the suitable regulation for controlling and preventing of Cannabis misuse in Thailand. The study highlights effectiveness and Quality-of-Life evaluation of Medical Cannabinoids and Ethical Consideration may be used as utilization control requirements of the Medicals Cannabis Regulations.

Keywords : medical cannabis, drug abuse, Addictive Substances Act B.E.2562

*Pharmacist, Food and Drug Administration

การยอมรับในการใช้กัญชาทางการแพทย์และการปฏิบัติในทางกฎหมาย กรณีมีการใช้กัญชาในทางที่ผิด

พัชรภรณ์ นนทสวัสดิ์ศรี*

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พุทธศักราช 2522 เพื่อใช้เป็นแนวทางการนำผลิตภัณฑ์กัญชามาใช้ทางการแพทย์ ดำเนินการด้วย กระบวนการเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน “การแพทย์เชิงประจักษ์” (Evidence-based medicine) จุดมุ่งหมายเพื่อทำการวินิจฉัย และตัดสินใจให้เหมาะสม เพื่อเป็นการรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับและใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาและการพัฒนาทางการแพทย์ โดยมีการควบคุมวิธีการปลูก การดูแลรักษา การเก็บเกี่ยว และสถานที่เก็บ ภายหลังการเก็บเกี่ยว ซึ่งวิธีการปลูกต้องเป็นไปตามมาตรฐานการปลูกและการเก็บเกี่ยวที่ดีของพืชสมุนไพร (Good Agricultural Practices) และมีการวิจัยเพื่อพัฒนาการสกัดสาร Tetrahydrocannabinol (THC) หรือ สาร Cannabidiol (CBD) จากกัญชา โดยศึกษาระยะเวลาการให้แสงและ light spectrum ที่มีผลต่อการเพิ่มปริมาณสารสำคัญที่นำมาใช้ทางการแพทย์ รวมทั้งการพิจารณาในแง่ประโยชน์และโทษ การใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค จำเป็นต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขรับรองโดยมีการกำกับดูแลติดตาม และประเมินผลการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด ในประเทศไทย

คำสำคัญ : กัญชาทางการแพทย์, การใช้กัญชาในทางที่ผิด, พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562

*นักสักรปฏิบัติการ, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

บทนำ

กัญชา ประกอบด้วยสารกลุ่ม Cannabinoids ที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่น่าสนใจ โดยมี สาร-Tetrahydrocannabinol (THC) เป็นสารสำคัญในกลุ่มแคนนาบินอยด์ที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้เสพติดได้ แต่อย่างไรก็ตาม Tetrahydrocannabinol (THC) มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์เป็นอย่างมาก เช่น แก้อาเจียน คลายกล้ามเนื้อ และกระตุ้นความอยากอาหาร เป็นต้น ส่วนสาร Cannabidiol (CBD) เป็นสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพในกัญชาที่มีความน่าสนใจในด้านการต้านชัก การแก้ชัก และแก้ปวด รวมทั้งมีการรายงานฤทธิ์คลายกังวล ป้องกันการเสื่อมของประสาท ต้านมะเร็ง อีกด้วย การที่ Cannabidiol (CBD) ไม่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ทำให้ไม่ต้องกังวลเรื่องของการเสพติด นอกจากนี้ ยังมีสาร Cannabinoids ชนิดอื่นๆ ที่มีฤทธิ์ทางชีวภาพที่น่าสนใจ รวมทั้งสารกลุ่มอื่น เช่น Terpenoids และ Flavonoids ที่อาจมีส่วนในฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของกัญชาโดยรวมอีกด้วย

ตามที่ประเทศไทยได้ผ่านกฎหมาย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 เป็นต้นไป และคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 3405/2562 เรื่องจัดตั้งสถาบันกัญชาทางการแพทย์ โดยที่รัฐบาลได้กำหนดนโยบายในการผลักดันการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 เป็นต้นไป เมื่อข้อจำกัดของกฎหมายและวัตถุดิบที่ใช้ในการวิจัยได้เปิดแล้วจึงคาดว่า นักวิชาการไทยจะสามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบจากสารสกัดกัญชาในหลากหลายรูปแบบเพื่อนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ต่อไป บทความนี้ผู้เขียนจะนำเสนอ 3 ประเด็นด้วยกัน ได้แก่ 1. นิยามและแนวคิดเรื่องกัญชาทางการแพทย์ 2. นโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศและประเทศไทย และ 3. ระบบการรายงานปัญหาการใช้กัญชาทางการแพทย์

1. นิยามและแนวคิดเรื่องกัญชาทางการแพทย์

กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอดดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

ผลิตภัณฑ์กัญชา หมายถึง รูปแบบ หรือลักษณะของสารสกัดจากกัญชาที่ผ่านการเตรียมเพื่อนำมาใช้

ทางการแพทย์กับผู้ป่วย อาทิ เม็ด สเปรย์พ่นในช่องปาก น้ำมันหยดใต้ลิ้น แท่งเหน็บทวารหนัก และอื่นๆ

ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรอง (Unapproved products) หมายถึง ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองตำรับจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

องค์การอนามัยโลก (WHO) (The 40th ECDD was held in Geneva, Switzerland, 4-7 June 2018 reviews of cannabis and cannabis-related substances: Cannabis plant and cannabis resin, Extracts and tinctures of cannabis, Delta-9-tetrahydrocannabinol and Isomers of THC) ได้สรุปรายงานประสิทธิผลและความปลอดภัยสำหรับการใช้กัญชาทางการแพทย์ เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2561 ;Tetrahydrocannabinol (THC) : ใช้สำหรับอาการปวดประสาท (Neuropathic pain) และอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในโรคปลอกประสาทอักเสบแข็ง โดรนาบินอล (Dronabinol) ซึ่งเป็นสารสังเคราะห์ Tetrahydrocannabinol (THC) สามารถใช้รักษาอาการกระวนกระวาย โรคกลัวลม (Anorexia Nervosa) ทำให้ลดการเบื่ออาหารและเพิ่มน้ำหนักตัว กระตุ้นความอยากอาหารในผู้ป่วยโรคเอดส์ อาการความผิดปกติจากการใช้กัญชาปวดเรื้อรัง อาการปวดหน้าอกที่ไม่ได้มีสาเหตุจากหัวใจ อาการหยุดหายใจในขณะนอนหลับ และโรคทัวเรตต์ (Tourette Syndrome) Tetrahydrocannabinol (THC) มีผลทางเภสัชวิทยาและอาการข้างเคียงเหมือนการใช้กัญชา ทำให้เกิดความเคลิบเคลิ้ม (Euphoria) มีความสุข เพิ่มความอยากอาหาร ปากแห้ง บางครั้งจะมีมึนงง เพิ่มการรับรู้ทางตา การได้ยิน และการรับรส

Cannabidiol (CBD): ใช้รักษาโรคลมชัก เช่น โรคดราเวท (Dravet Syndrome)

นอกจากนี้รายงานของ National Academics of Sciences, Engineering and Medicine ได้สรุปว่า มีหลักฐานเพียงพอและชัดเจนที่จะใช้กัญชาและแคนนาบินอยด์เพื่อการรักษา อาการปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่ อาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทอักเสบแข็ง ส่วนที่มีหลักฐานปานกลางคือ ช่วยให้อาการหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการมีสิ่งกีดขวางตีขึ้นในระยะสั้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย (Fibromyalgia) อาการปวดเรื้อรัง และโรคปลอกประสาทอักเสบ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญของกระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปจากข้อมูลต่างๆ ไว้ในขณะนี้ว่าการใช้กัญชาเพื่อ

ประโยชน์ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ครอบคลุมอาการและโรค 4 ชนิด คือภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด, โรคลมชักที่รักษายากในเด็ก และโรคลมชักที่ดื้อยา, ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อม และภาวะปวดประสาทที่ใช้วิธีการรักษาอื่นๆ แล้วไม่ได้ผล

2. นโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศและประเทศไทย

สำหรับภิกษุชาตินั้น พบว่า มีถึง 37 ประเทศที่อนุญาตให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ (ข้อมูลอัปเดต ณ วันที่ 26 พฤษภาคม 2019) ประเทศต่างๆ เหล่านี้ ประกอบด้วย

ตารางที่ 1 ประเทศที่อนุญาตให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์

1. อาร์เจนตินา	13. ชิลี	25. ลักเซมเบิร์ก
2. เยอรมันนี	14. อิตาลี	26. มาซิโดเนีย
3. นอร์เวย์	15. โปรตุเกส	27. มอลตา
4. ไทย	16. สหราชอาณาจักร	28. เม็กซิโก
5. ออสเตรเลีย	17. โครเอเชีย	29. โรมานี
6. กรีซ	18. โคลอมเบีย	30. ซานมาริโน
7. เปรู	19. ไชปรัส	31. แอฟริกาใต้
8. ตุรกี	20. สาธารณรัฐเช็ก	32. เกาหลีใต้
9. แคนาดา	21. เดนมาร์ก	33. ศรีลังกา
10. อิสราเอล	22. ฟินแลนด์	34. สวิตเซอร์แลนด์
11. สหรัฐอเมริกา	23. จาเมกา	35. อุรุกวัย
12. โปแลนด์	24. เลโซโท	36. วานูอาตู
		37. ซิมบับเว

ที่มา <https://www.fool.com/investing/2018/07/21/these-30countries-have-legalized-medical-marijuan.aspx>
<https://www.marijuanadoctors.com/international-patients/south-africa>
<https://mjbizdaily.com/south-koreas-medical-marijuana-law-to-go-into-effect-in-march>
<https://www.cnbc.com/2018/12/25/thailand-approves-medical-marijuana-in-new-years>
<https://www.gov.uk/government/news/government-announces-that-medicinal-cannabis-is-legal>

ทั้งนี้ยังเป็นประเทศที่อยู่ในสหภาพยุโรปถึงครึ่งหนึ่ง ในหลายๆประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มีการอนุมัติสิทธิบัตรสารสกัดจากกัญชาเพื่อการรักษาโรค หรือบรรเทาอาการต่างๆ ซึ่งเป็น

ประเด็นความมั่นคงในระบบยา สหรัฐอเมริกาจดสิทธิบัตร *Cannabinoids* อย่างน้อย 3 รายการ คือ ปีค.ศ.2003 จดเป็น Antioxidants มีสรรพคุณในทาง Neuroprotective โดย USFDA เป็นเจ้าของสิทธิบัตร, จดแบบ PCT ย่อมาจาก Patent Cooperation Treaty หมายถึงสนธิสัญญาความร่วมมือด้านสิทธิบัตร สนธิสัญญานับนี้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก หรือ World Intellectual Property Organization (WIPO) (ปัจจุบัน WIPO มีประเทศสมาชิกทั้งหมด 130 ประเทศ) จด *Phytocannabinoids* ในปีค.ศ.2013 และ *Cannabinoids Combination* รักษาโรคมะเร็ง ในปีค.ศ.2014

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการทดลองทางคลินิกของผลิตภัณฑ์จากกัญชา

ภาวะที่ทดสอบ	สูตร ขนาด และทางที่ให้ยา	ประเทศที่ทำวิจัย
อาการกระวนกระวาย	ซีปีติทิงเจอร์ 4.68มก./มล. ให้ใต้ลิ้น	ประเทศสหรัฐอเมริกา
ไบโพลาร์	สารสกัดกัญชา(THC:CBD=1:1) สเปรย์ช่องปาก	ประเทศแคนาดา
โรคกล้ามเนื้อสั่น	CBD ในน้ำมันมะกอกขนาด 5มก. วันละ 2 ครั้ง ให้ใต้ลิ้น	ประเทศอิสราเอล
ความผิดปกติในผู้ใช้กัญชา	CBD แคปซูล(200-800มก.)ให้ทางปาก	ประเทศอังกฤษ
เบาหวาน	CBD แคปซูล(5,100มก.) และ THC แคปซูล(5มก.)ให้ทางปาก	ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศ สหรัฐอเมริกา
ผู้สูบกัญชา	CBD(200,400,800มก.)ให้ทางปาก	ประเทศสหรัฐอเมริกา
ตับมีไขมัน	CBD(200,400,800มก.)ให้ทางปาก	ประเทศอังกฤษ
ภาวะหลังปลูกถ่ายอวัยวะ	CBD(10,150มก.)ให้ทางปาก	ประเทศอิสราเอล
อาการชักในเด็กแรกเกิด	CBD(20,40มก./กก.)ให้ทางปาก	ประเทศสหรัฐอเมริกา
อาการปวดต่างๆ	สเปรย์เข้าช่องปาก(THC 21.6มก.+ CBD 20มก.) ฟันเข้าปาก แคปซูล ขนาด 100มก.(ที่มีสัดส่วนต่างๆ ของ THC และ CBD ให้ทางปาก)	ประเทศอิสราเอลและ ประเทศแคนาดา

ภาวะที่ทดสอบ	สูตร ขนาด และทางที่ให้ยา	ประเทศที่ทำวิจัย
โรคจิตเภท	CBD(200,300,600 มก.) ให้ทางปาก อิตีดีโอเลกซ์(CBD100มก./มล.) ให้ทางปาก	ประเทศเดนมาร์ก, ประเทศอังกฤษ /สหรัฐอเมริกาและ ประเทศสหพันธ์ สาธารณรัฐเยอรมนี / ประเทศโปแลนด์ / ประเทศโรมาเนีย
อาการชักเกร็ง	CBD(40มก./กก./วัน) ให้ทางปาก อิตีดีโอเลกซ์(CBD2มก./กก./วัน) ให้ทางปาก	ประเทศสหรัฐอเมริกา
โรคดราเวท	อิตีดีโอเลกซ์ (CBD ในน้ำมันงา) (100มก./มล.)ให้ทางปาก CBD ในน้ำมันงา(25,100มก./มล.) ให้ทางปาก	ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศสหพันธ์ สาธารณรัฐเยอรมนี
อาสาสมัครปกติ	CBD(5มก./กก.)+THC(0.035มก./กก.) ทางปาก (ผลต่อพฤติกรรม)	ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศสหพันธ์ สาธารณรัฐเยอรมนี

ที่มา: เรียบเรียงและสรุปข้อมูลจาก Fasinu et al, 2016

ประเทศไทย สารสกัดกัญชาใช้ทางการแพทย์ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มโรค/ภาวะที่ได้ประโยชน์มีผลการศึกษาวิจัยสนับสนุนชัดเจน ได้แก่ โรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา, ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง ในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมแข็ง, ภาวะปวดประสาทที่ใช้วิธีการรักษาอื่นๆ แล้วไม่ได้ผล และภาวะคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด, กลุ่มโรค/ภาวะที่น่าจะได้ประโยชน์ในการควบคุมอาการ ต้องการข้อมูลวิชาการ และการศึกษาวิจัย -สนับสนุนเพิ่มเติม ได้แก่ โรคพาร์กินสัน, โรคอัลไซเมอร์, โรควิตกกังวล, โรคปลอกประสาทอักเสบ, ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และกลุ่มโรค/ภาวะที่อาจจะได้ประโยชน์ซึ่ง

ต้องการ-การศึกษาวิจัยในหลอดทดลองสัตว์ทดลอง ก่อนศึกษาวิจัยในมนุษย์ เช่น การรักษาโรคมะเร็งชนิดต่างๆ

การใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ มีกลไกเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็น กล่าวคือประเด็นการควบคุมมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ โดยความร่วมมือของสภาวิชาชีพกับกรมการแพทย์จัดทำหลักสูตรพัฒนาบุคลากรเพื่อให้บริการผู้ป่วย ให้ได้รับยาที่มีมาตรฐาน มีการสั่งใช้และการจ่ายยา อย่างถูกต้องและปลอดภัย และประเด็นในด้านมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมกำกับดูแลการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยมีหลักเกณฑ์คือ

1. สั่งใช้ยาตำรับกัญชาเพื่อรักษาผู้ป่วย โดยผู้ประกอบวิชาชีพตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนด
2. จำหน่าย ณ สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตโดยจำหน่ายได้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ตนให้การรักษาเท่านั้น
3. ติดตามและประเมินประสิทธิผล ความปลอดภัย คุณภาพผลิตภัณฑ์ และอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้กัญชา
4. จัดสถานที่ในการเก็บรักษาให้แยกจากยารายการอื่นอย่างชัดเจน สถานที่จัดเก็บควรมีกุญแจหรือเครื่องป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการสูญหาย
5. จัดทำบัญชี รับ-จ่าย และรายงาน เสนอต่อ ออย. เป็นรายเดือนและรายปี

เพื่อใช้เป็นแนวทางการนำผลิตภัณฑ์กัญชามาใช้ทางการแพทย์ ดำเนินการด้วยกระบวนการเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน “การแพทย์เชิงประจักษ์” (Evidence-based medicine) จุดมุ่งหมายเพื่อทำการวินิจฉัย และตัดสินใจให้ดีที่สุด ประกอบด้วย หลักฐานจากการศึกษาวิจัยที่เชื่อถือ ประสพการณ์ทางคลินิกจากผู้เชี่ยวชาญ และความคาดหวังของผู้ป่วย และคุณค่าที่จะได้รับ โดยเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2562 ที่กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) นพ.มรุต จิรเศรษฐสิริ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กล่าวภายหลังพิธีลงนามข้อตกลงความร่วมมือด้านการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร และผลักดันงานวิจัยไปสู่การใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง ระหว่างกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก และสำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร กล่าวว่า “สำหรับการลงนามความร่วมมือครั้งนี้ จะมีการพัฒนาวิจัยต่อยอดสมุนไพรอีกกว่า 96 ชนิด เพื่อต่อยอดเชิงเศรษฐกิจของประเทศต่อไป แน่แน่นอนว่าหนึ่งในนั้นจะมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสมุนไพรกัญชงและ

กัญชา”ในการประชุมคณะกรรมการของกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกได้คัดเลือกมา 5 ตำรับ- เพื่อเสนอทำการศึกษาวิจัยต่อไปได้แก่ 1. ยาสุขไสยาสน์ (ยาคลายเครียด) 2. ยาน้ำมันสนันไตรภพ (ยาแก้ปวด) 3. ยาทัพยาคูณ (ยาเบาหวาน) 4. ยาทำลายพระสุเมรุ (ยาลมชัก) และ 5. ยาเบญจอัมฤทธิ (ยารักษาโรคมะเร็งตับ) (มติชนออนไลน์)

สำหรับโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบคู่ขนาน ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย โดยมีแพทย์ที่ผ่านการอบรม รวม 6 คน ประกอบด้วย ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาล-วิชาชีพ 4 คน และเภสัชกร 5 คนให้บริการผู้ป่วยทั้งหมด 9 กลุ่มโรค แพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ 1. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด 2. โรคลมชักที่รักษายาก 3. โรคภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดประสาทเสื่อมแข็ง 4. ภาวะปวดประสาทที่ต่อเนื่องการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน 5. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคอง 6. ผู้ป่วยมะเร็ง สำหรับการแพทย์แผนไทยจะเน้นให้บริการผู้ป่วยเพื่อช่วยให้อ่อนหลับ, เจริญอาหาร, พ้นฟูกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และบรรเทาอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ ลดอาการมือเท้าชาหรืออ่อนแรง

ในวันที่ 1 กันยายน 2562 สามารถส่งสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลทั้ง 13 แห่ง ที่มีการขออนุญาตเปิด จากคลินิกกัญชาทางการแพทย์กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ไว้แล้ว โดยในส่วนของกรมการแพทย์จะมีการผลิตตำรับที่มีส่วนผสมของกัญชาใน 2 ตำรับ ได้แก่ ตำรับสุขไสยาสน์ และสูตรนายเดชา ศิริภัทร” ด้านความคืบหน้าการผลิตยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่หลังจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขณะนี้ทางกรมฯ ได้ดำเนินการปรุงยา “สุขไสยาสน์” ซึ่งมีสรรพคุณช่วยให้อ่อนหลับ เจริญอาหาร ซึ่งจะทยอยส่งตำรับยาไปยังสถานบริการสุขภาพ 13 แห่ง ในวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ.2562 สำหรับการใช้ยาตำรับสุขไสยาสน์นี้จะมีการติดตามการใช้ของผู้ป่วย เช่น โรคที่ใช้ปริมาณการใช้ ประสิทธิภาพการรักษา ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้จัดทำโครงการศึกษาวิจัยตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ จากตำรับยาหม้อพื้นบ้านที่ผ่านการรับรองตำรับโดยคณะกรรมการรับรองตำรับยาที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ โดยโครงการติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาในทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (น้ำมันเดชา) ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน และในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 22 แห่ง นอกจากนี้ยังมีโครงการวิจัยที่กำลังเสนอคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ โครงการวิจัยศึกษาประสิทธิผลและความ

ปลอดภัยจากการใช้ตำรับยาสมุนไพร และตำรับตำรายาสมุนไพร เพื่อขยายผลในการนำตำรับยาที่มีคุณภาพประสมอยู่เสนอเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติในลำดับต่อไป

หลักเกณฑ์ของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกแห่งต้องมียาประกอบ ดังนี้

1. มีแพทย์แผนไทยที่สั่งการรักษาผ่านการอบรม และได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
2. สถานที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)
3. เวชภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตผลิตตามมาตรฐาน WHO หรือ GMP ผ่านการตรวจวิเคราะห์คุณภาพจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และดำเนินการจัดส่งโดยองค์การเภสัชกรรม
4. มีแนวเวชปฏิบัติ (CPG) จากกรมการแพทย์แผนไทยฯ ในส่วนของการให้บริการนั้นจะมีการคัดกรองอย่างเป็นระบบ ตามแนวเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามนโยบายกัญชาทางการแพทย์ในขณะนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 26 แห่ง โดยเป็นแผนปัจจุบัน 13 แห่ง ซึ่งประกอบไปด้วย 1. โรงพยาบาลเด่นชัย จังหวัดแพร่ 2. โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก 3. โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี 4. โรงพยาบาลเสนาห์ จังหวัดสระบุรี 5. โรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม 6. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี 7. โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น 8. โรงพยาบาลพระ-อาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร 9. โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา 10. โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ 11. โรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 12. โรงพยาบาลป่าบอน จังหวัดพัทลุง และ 13. โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานยศเส จังหวัดกรุงเทพมหานคร ส่วนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเครือข่ายแพทย์แผนไทยอีก 13 แห่ง เริ่มเปิดให้บริการในวันที่ 2 กันยายน 2562 เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงสารสกัดน้ำมันกัญชา และยาแผนไทยที่มีคุณภาพประสมอยู่ ที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ปลอดภัย ผ่านการตรวจสอบจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์สำหรับเกณฑ์การเข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย จะต้องผ่านการคัดกรองตามระบบของโรงพยาบาล เช่น ผู้รับบริการต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป, มีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกที่ มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจ, ได้รับการรักษาด้วยยาขนานแรกและวิธีการมาตรฐานทางการแพทย์แผนไทยแล้วอาการไม่ดีขึ้นและ

ได้รับการประเมินโดยแพทย์ แพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ พิจารณาแล้ว เห็นสมควรว่าได้รับการรักษาด้วยตำรับยาที่มีส่วนผสมของกัญชาจึงจะได้รับการรักษา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางบริการและส่งต่อผู้ป่วยสารสกัดจากกัญชาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยลงทะเบียน หรือ walk in จะได้รับคำปรึกษาและคัดกรองเบื้องต้นจากพยาบาล รับการตรวจวินิจฉัยโรค ประเมินความจำเป็นการใช้ยา และหากเข้าเกณฑ์จะให้ผู้ป่วยเซ็นเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการ โดยเภสัชกรจะตรวจสอบ จ่ายยาตามใบสั่งยา และให้คำแนะนำผู้ป่วย จากนั้นจะติดตามการรักษาครั้งแรกทางโทรศัพท์หรือออนไลน์ ภายใน 72 ชั่วโมง และให้คำปรึกษาออนไลน์ทั้งกรณี มารับบริการ และฉุกเฉิน นอกจากนี้ ได้เตรียมจัดอบรมพยาบาลประจำคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ในวันที่ 2-3 กันยายน 2562 สำหรับเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยการรักษาในคลินิกกัญชาในสถานบริการสุขภาพ มีดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการหรือเป็นโรคที่เข้าเกณฑ์ตามแนวเวชปฏิบัติในการเข้ารับการรักษาดำรับยาแผนไทยที่มีส่วนผสมของกัญชาในคลินิกกัญชา โดยมีแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ สั่งใช้ตำรับยาแผนไทยที่มีส่วนผสมของกัญชา, ภาวะที่แพทย์ แพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ เห็นสมควรได้รับการรักษาดำรับยาที่มีส่วนผสมของกัญชา โดยผู้ป่วยเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาดำรับยานานแรกและวิธีการมาตรฐานทางการแพทย์แผนไทยแล้วอาการไม่ดีขึ้น มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อความเข้าใจ

3. ระบบการรายงานปัญหาการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีระบบการรายงานปัญหาจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ โดยผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิต ประกอบด้วย กัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน และกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์แผนปัจจุบันที่ได้รับอนุญาตให้ผลิต มีการเข้าถึงแบบระบบรายงานแผนปัจจุบัน Special Assess Scheme (SAS) และ Clinical Trial ผู้ที่มีหน้าที่รายงานคือสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายและนักวิจัย

การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์แผนไทยที่ได้รับอนุญาตให้ผลิต มีการเข้าถึงแบบระบบรายงานแผนไทย (AUR) และ Clinical Trial ส่วนตำรับหมอฟันบ้านใช้แบบรายงาน Herb C1,C2 ผู้ที่มีหน้าที่รายงานคือ สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจำหน่าย, นักวิจัย และหมอฟันบ้าน ช่องทางการรายงานปัญหาการใช้กัญชาสามารถเข้าถึงการรายงานได้โดยประชาชนทั่วไป (Consumer Online Reporting), เครือข่าย (AE

Online Reporting), “นโยบายสาธารณะในการใช้สารสกัดกัญชามาใช้ในประเทศไทย คือ บทพิสูจน์ของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย”, นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (Health Public Policy) หมายความว่าแนวทางในการปฏิบัติงานของรัฐบาลหรือโครงการที่รัฐบาลกำหนดขึ้นและมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประชาชนในสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพให้เอื้อต่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้ ซึ่งนโยบายสาธารณะทางสุขภาพที่ดีจะต้องสอดคล้องกับค่านิยมและความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง เมื่อถูกนำไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะต้องทำให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเสมอภาคทั่วหน้า แต่อย่างไรก็ตาม กัญชา ก็มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ หากมีการนำมาใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม ก็อาจมีผลกระทบต่อสังคม ซึ่งเป็นเหตุผลที่ทำให้หลายๆ ประเทศมีการกำหนดมาตรการควบคุมที่เข้มงวด รัดกุม ซึ่งความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพและผลกระทบต่อสังคมพอสรุปได้ดังนี้ คือ ทุกอย่างย่อมมี 2 ด้านเสมอ การกำหนดระดับการควบคุมต้องวิเคราะห์แยกแยะถึงประโยชน์ (Benefit) ในการรักษาโรค กับความเสี่ยง (Risk) ซึ่งหนึ่งในความเสี่ยงที่เป็นที่น่ากังวลมากที่สุดอาจเป็นปัญหาการใช้กัญชาในทางที่ผิด และการเพิ่มขึ้นของผู้เสพหน้าใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรกลุ่มเด็กและเยาวชน ความเสี่ยง (Risk) ในด้านต่างๆ เช่น

1. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Tract System) การสูดดมเนื้อจะก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น ไอเรื้อรัง, หลอดลมอักเสบ และการสูดดมกัญชาอาจมีผลให้เป็นโรคมะเร็งจากสารก่อมะเร็ง

2. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular System) กัญชาจะเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ อีกทั้งมีความสัมพันธ์กับผลไม่พึงประสงค์ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายฉับพลัน (Heart Attack)

3. ผลต่อเชาวน์ปัญญา (Cognitive Function) เช่น สมาธิ (Attention), ความจำช่วงสั้น (Short-term Memory), การรับรู้เวลา (Time Perception), เชาวน์ปัญญาขั้นสูง เช่น การคิดเลขในใจ (Mental Arithmetic) เมื่อมีการใช้กัญชาเป็นระยะเวลานานๆ

4. ผลต่อความผิดปกติของจิต (Psychosis) การใช้กัญชาที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะโรคทางจิตใจที่มีความผิดปกติของความรู้สึก ความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม (Mental Disorder Schizophrenia) โดยการใช้กัญชาจะทำให้มีอาการแย่ลง

5. ผลต่อกลุ่มอาการติดยา (Dependence Syndrome) การใช้กัญชาเป็นระยะเวลานานๆ จะทำให้เกิดกลุ่มอาการดังกล่าวประมาณ 1 ใน 10 ของผู้เสพยา ทั้งนี้ อัตราส่วน

จะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 6 ของจำนวนผู้เสพติด และหากเริ่มเสพติดตั้งแต่วัยรุ่น ผู้เสพติดก็จะมีความต้องการอย่างมากที่จะเสพ ไม่สามารถที่จะลดการเสพลงได้ เกิดภาวะการฉีกขาดและเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Withdrawal and Behavioral Syndrome) จากการประชุมคณะอนุกรรมการวิชาการเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ เพื่อใช้ในทางการแพทย์และเภสัชกรรม วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ได้หารือถึงบทบาทของ 5 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข ที่จะต้องมีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุน ช่วยเหลือ และควบคุมกำกับรักษา ไม่ให้ใช้เป็นยาเสพติดให้โทษ เพื่อให้นโยบายกัญชาทางการแพทย์ประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์

ปัจจุบันรัฐบาลมีการจัดตั้งสถาบันกัญชาทางการแพทย์ขึ้นตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 3405/2562 เพื่อเป็นศูนย์กลางประสานนโยบายและความร่วมมือการประสานงานกัญชาทางการแพทย์กับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รัฐวิสาหกิจและองค์กรในกำกับทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชนและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีการขับเคลื่อนการใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ในทิศทางเดียวกัน และเพื่อศึกษา วิเคราะห์ จัดทำข้อมูลสถานการณ์ และแนวโน้มการใช้กัญชาทางการแพทย์ ทั้งจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์ ตลอดจนจัดทำข้อเสนอทางการขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์ ในการรักษา บำบัด ลดอันตรายและผลกระทบจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ เพื่อผลักดันไปสู่การปฏิบัติ สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ให้มีความพร้อมในการให้บริการ ตลอดจนการสื่อสารองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์ และส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาวิจัยและพัฒนา เพื่อให้มีการนำประโยชน์จากสารสกัดกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์บนพื้นฐานตามหลักวิชาการด้านการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น การวิจัยการควบคุมการเจริญเติบโตของกัญชาไทยและการบังคับสารสำคัญ ด้วยสเปกตรัมของแสง และระยะเวลาการให้แสง และการวิจัยการเพาะปลูกกัญชาสายพันธุ์ไทยเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยในตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ รวมทั้งประเด็นด้านสิทธิบัตรในการพัฒนายาต้นแบบจากกัญชาทางการแพทย์ เป็นต้น โดยมีการกำกับติดตาม และประเมินผลการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ของหน่วยงานและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง การปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาในประเทศไทยควรมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และมีการวางมาตรการอื่นๆเสริมอย่างเข้มข้นเพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสม หากประเทศไทยจะดำเนินนโยบายเกี่ยวกับกัญชาในทิศทางดังกล่าว การแยกประเด็นเรื่องการเปิดเสรีกัญชาออกจากการใช้กัญชาทางการแพทย์จึงมีความสำคัญ ป้องกันความสับสนต่อการสื่อสารกับสังคม เพื่อให้การดำเนินนโยบายเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์เกิดประโยชน์ (Benefit) สูง

ที่สุดและเกิดความเสี่ยง (Risk) น้อยที่สุด โดยในวันที่ 28 ตุลาคม 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมระดมความคิด เพื่อตั้งเป้าหมายอย่างชัดเจนให้ประชาชนเข้าใจเรื่องของกัญชา ข้อมูลองค์ความรู้เรื่องกัญชา ที่มีหลายหน่วยงานเข้ามาเป็นกรรมการ และองค์กรภาคเอกชนร่วมระดมความคิด โดย สถาบันกัญชาทางการแพทย์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ รวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์และให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชน เพื่อป้องกันการฉวยโอกาสจากกลุ่มผู้หาผลประโยชน์จากการนำกัญชามาใช้เพื่อทางการแพทย์ ซึ่ง หากมีการควบคุมกัญชาเพื่อการแพทย์อย่างถูกวิธีและมีความเข้าใจก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนได้อย่างแน่นอน

เอกสารอ้างอิง (References)

- กระทรวงสาธารณสุขเดิหน้าตั้ง ‘สถาบันกัญชาทางการแพทย์’ หนุนวิจัย-พัฒนา[อินเทอร์เน็ต].2018, เข้าถึงจาก[Online] ,available from <https://www.thebangkokinsight.com/author/kanyaporn/>
- จิราพร ลิ้มปานานท์. (2562). หลักสูตรอบรมการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์สำหรับเภสัชกร. คณะกรรมการสภาเภสัชกรรม: ครั้งที่ 1; ณ โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต ดอนเมือง. กรุงเทพมหานคร; 2562.
- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562.2562, เข้าถึงจาก[Online],available from <https://www.fda.moph.go.th>
- สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต].2019, เข้าถึงจาก[Online] ,available from <https://www.hfocus.org/content/2019>
- สำนักข่าว BBC THAI [อินเทอร์เน็ต].2019, เข้าถึงจาก[Online] ,available from <https://www.bbc.com/thai/thailand44119656>
- สำนักข่าว Thaipost [อินเทอร์เน็ต].2018, เข้าถึงจาก[Online] ,available from <https://www.thaipost.net/main/detail/6381>
- สำนักข่าวคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต [อินเทอร์เน็ต].2018, เข้าถึงจาก [Online] available from <https://www2.rsu.ac.th/samrangsit-online-detail/Cannabis05042018>
- สำนักข่าวมติชนออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต].2018, เข้าถึงจาก[Online] ,available from https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_1826898

องค์ความรู้เรื่องกัญชาเพื่อสุขภาพ. 2561 เข้าถึงจาก[Online], available from
<https://www.cannhealth.org/content/6707/cannhealth>

<https://www.fool.com/investing/2018/07/21/these-30countries-have-legalized-medical-marijuana.aspx>

<https://www.marijuanadoctors.com/international-patients/south-africa>

<https://mjbizdaily.com/south-koreas-medical-marijuana-law-to-go-into-effect-in-march>

<https://www.cnn.com/2018/12/25/thailand-approves-medical-marijuana-in-new-years>

<https://www.gov.uk/government/news/government-announces-that-medicinal-cannabis-is-legal>

อนันต์ชัย อัศวเมฆิน (2562). โครงการวิจัย และระบบติดตามประเมินผลการใช้กัญชา. ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บรรยายเรื่อง นโยบายสาธารณะในการใช้สารสกัดกัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ ที่ประชุมวิชาการประจำปี ของกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 10 กันยายน พ.ศ.2562

OECD. (2018) The 40th ECDD was held in Geneva, Switzerland, 4-7 June 2018 reviews of cannabis and cannabis-related substances: Cannabis plant and cannabis resin, Extracts and tinctures of cannabis, Delta-9-tetrahydrocannabinol and Isomers of THC.

The considerations regarding the surrogacy Law

Assoc. Prof. Viman Kritoplviman*

Abstract

This paper analyzed various perspectives related to law governing surrogacy which has been chronically involving commercial surrogacy. There were consequences of many disputes such as refusing to adopt the down syndrome surrogate baby, contending for being a guardian, hiring large numbers of surrogate mothers, or being one biological father of many surrogate babies etc. These surrogacy cases were taken into account as human trafficking with the question that whether Thai laws were suitable for solving these surrogacy problem cases which were also effecting on international agreement.

Nowadays, there were laws concerning with Protection of a Child Born by Medically Assisted Reproductive Technology Act, B.E. 2558. And if the surrogacy is a part of human trafficking, it is going to be concerned with Anti-Human Trafficking Act, B.E. 2551 and Human Trafficking Criminal Procedure Act, B.E. 2559. These Acts create many problems for law enforcement and unsuitable with Thailand's present circumstance.

This article mentioned that the Act does not prohibit to surrogacy absolutely. Though the act is able to address human concerns, but not fully being associated with commercial surrogacy. Furthermore, the Act has provisions for surrogacy with many limitations which are uncorrelated to the social circumstances of Thai environment. Considerably, in case of humanitarian surrogacy, the author suggested to reduce stringent rules and regulations and broaden the scope of surrogacy by increasing the expense and compensation rates to high enough regarding expensive surrogacy costs in reality. Furthermore, besides close relatives, other persons should be allowed to become surrogate mothers with individually condition setting and being considered by The Protection of a Child Born by Medically Assisted Reproductive Technology Committee. These should be considerate toward some possible enforcements of new laws such as Civil Partnership Bill that provides the same-sex marriage. Finally, to concern child protection law, there should be psychologists or related officers consulting, advising, and taking care of mental state of surrogate children being raised up by different cases of biological and surrogate mothers who are living together, single people, or even LGBT.

Keywords : Surrogacy, Human Trafficking

* School of Law, Sukhothai Thammathirat Open University, Corresponding author e-mail : viman_k@yahoo.com

ข้อพิจารณาบางประการเกี่ยวกับกฎหมายอุ้มบุญ

รองศาสตราจารย์วิมาน กฤตพลวิมาน*

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็น การแสดงความเห็นต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการอุ้มบุญ ซึ่งถือได้ว่าเป็น ปัญหาเรื้อรังมานาน เกี่ยวกับผู้ประสงค์มีบุตรทำการจ้างหญิงอื่นอุ้มบุญให้ มีข้อพิพาทเกี่ยวกับการ เกี่ยวรับเด็กจากการอุ้มบุญที่มีอาการดาวน์ซินโดรม การแย่งความเป็นผู้ปกครองดูแลเด็ก หรือ แม้แต่การว่าจ้างแม่อุ้มบุญเป็นจำนวนมาก และเป็นพ่อของเด็กที่เกิดจากการอุ้มบุญกว่าสิบคน ฯลฯ ประเด็นการอุ้มบุญซึ่งถูกหยิบยกขึ้นมาเกี่ยวกับการอุ้มบุญเป็นการค้ามนุษย์ กฎหมายไทยที่ เกี่ยวข้องมีความเหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาการอุ้มบุญที่เป็นปัญหาทั้งในประเทศและมีมิติ ระหว่างประเทศหรือไม่

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการอุ้มบุญคือพระราชบัญญัติ คຸ່ມครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2554 และหากการอุ้มบุญเป็น การค้ามนุษย์ก็จะพิจารณาจากพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีค้ามนุษย์ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีปัญหาหลายประการในการบังคับใช้ และไม่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

ผู้เขียนมีความเห็นต่อพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีค้ามนุษย์ พ.ศ. 2558 ว่ามีลักษณะ เป็นกฎหมายซึ่งมิได้ห้ามให้มีการทำการอุ้มบุญอย่างเด็ดขาด สามารถทำการอุ้มบุญได้เพื่อ มนุษยธรรม แต่ห้ามทำการอุ้มบุญเพื่อการพาณิชย์ และมีบทบัญญัติที่มีข้อจำกัดหลายประการซึ่งไม่ สอดรับการสภาพความเป็นจริงของสังคมที่ยังคงมีการทำการอุ้มบุญ ในการนี้การลดเงื่อนไขและ ขยายขอบเขตของการอุ้มบุญให้มากยิ่งขึ้น ในกรณีการอุ้มบุญเพื่อมนุษยธรรมสมควรกำหนด ค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทนในรูปของสินน้ำใจที่มากพอสมควร เพราะสภาพความเป็นจริงในการ ดำเนินการอุ้มบุญมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างแพง นอกจากนี้การอุ้มบุญก็สมควรขยายไปสู่กรณีบุคคลอื่นที่ มิใช่ญาติสนิท เพียงแต่คณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทาง การแพทย์ อาจกำหนดเงื่อนไข วิธีการในการอุ้มบุญให้มีการอุ้มบุญโดยมิใช่ญาติสนิทเป็นกรณี ๆ ไป และอาจต้องคำนึงถึงแนวคิดที่กฎหมายที่อาจมีผลใช้บังคับ เช่น ร่างพระราชบัญญัติคู่ชีวิต พ.ศ. ที่กำหนดให้คนเพศเดียวกันสามารถจดทะเบียนสมรสกันได้ สุดท้ายเพื่อให้สอดคล้องกับชื่อ กฎหมายที่เป็นการคุ้มครองเด็ก สมควรมีนักจิตวิทยา หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้คำปรึกษา แนะนำ ดูแล สภาพจิตใจของเด็กที่เกิดจากการอุ้มบุญที่เกิดในหลาย ๆ กรณี ไม่ว่าจะเป็นแม่ผู้ว่าจ้าง แม่อุ้มบุญที่อาศัยด้วยกัน กรณีคนโสดที่ไม่มีคู่สมรส หรือแม้แต่ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่ดูแล เลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากการอุ้มบุญ

คำสำคัญ อุ้มบุญ, ค้ามนุษย์

* สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ติดต่อกับ e-mail : viman_k@yahoo.com

บทนำ

สำนักข่าว BBC รายงานข่าว (BBC News, 2019) คุณย่าชาวรัฐเนแบรสกา สหรัฐอเมริกา ได้ทำการอุ้มบุญให้กับบุตรชายซึ่งเป็นเกย์ ตลอดจนหนังสือพิมพ์ออนไลน์ HuffPost (เดิมใช้ชื่อว่า Huffington Post ทำการ rebrand โดยใช้ชื่อ Huffpost) เพิ่งลงข่าว เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2562 ที่ผ่านมา เกี่ยวกับวีรกรรมของหญิงชราอายุ 61 ปี ซึ่งให้กำเนิดหลานสาวของตนเอง (Huffpost, 2019) ดูเป็นเรื่องน่ายินดีสำหรับครอบครัวชาวอเมริกันที่บุตรเป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศหรือรักร่วมเพศที่ไม่อาจให้กำเนิดบุตรด้วยวิธีการทางธรรมชาติได้ แมทธิว เอลเดจ (Matthew Eledge) จึงขอให้ซีซิล (Cecile) มารดาของตนเองทำการอุ้มบุญให้ โดยใช้ไข่เชื้อของแมทธิว กับไข่ของน้องสาว เอเลียต โดเฮอร์ตี้ (Elliot Dougherty) คู่รักเกย์ที่แต่งงานกัน ซึ่งเด็กหญิงเพิ่งคลอดออกมาแข็งแรง สมบูรณ์ สร้างความปิติยินดีให้แก่คนในครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ชาวอเมริกัน ซึ่งสมรสโดยยังไม่มีบุตร และประสงค์จะมีบุตรเป็นของตนเอง ใช้วิธีรับเด็กจากครอบครัวอื่นมาอุปการะเลี้ยงดู การรับเป็นบุตรบุญธรรม แต่คนจำนวนหนึ่งเลือกที่จะมีบุตรโดยวิธีการใช้แม่อุ้มบุญ ซึ่งมักจะมีคามผูกพันทางยีนและพันธุกรรม โดยใช้อสุจิ และ/หรือไข่ของคู่สามีภรรยาหรือคู่สมรสเพศเดียวกัน หรือแม้แต่คนโสดที่ยังมิได้สมรส ฯ

ข่าวในประเทศไทยที่ตั้งไปสู่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เกี่ยวกับการรับจ้างอุ้มบุญของหญิงชาวไทย ที่รับจ้างคู่เกย์ชาวอเมริกัน ให้กำเนิดเด็กหญิงน่ารักชื่อ “น้องคาร์เมน” ที่เป็นข่าวการแย่งสิทธิการปกครองเลี้ยงดูเด็ก สุดท้ายศาลเยาวชนและครอบครัวกลางให้สิทธิคู่เกย์ดังกล่าวเลี้ยงดูน้องคาร์เมนโดยชอบด้วยกฎหมาย สร้างความกำสรวลให้แก่แม่อุ้มบุญชาวไทยที่ยังสงสัยในความเป็นแม่ การเป็นห่วงลูก การได้อุ้มท้องเด็กมา มิได้อยากแค่ได้เงินเท่านั้น พร้อมกับการกล่าวหาคู่รักชาวเกย์ผู้ว่าจ้างว่าเป็นการค้ำฉ้อโกง ทำให้คู่รักชาวเกย์ดังกล่าวฟ้องคดีหมิ่นประมาทต่อไป หรือในกรณีของน้องแกรมมี่ ที่เป็นชาวอินนารันทด โดยสามีภริยาชาวออสเตรเลียได้จ้างหญิงชาวไทยอุ้มบุญ โดยให้กำเนิดทารกแฝด หนึ่งในทารกแฝดมีอาการดาวน์ซินโดรมและเป็นโรคหัวใจพิการ ซื่อน้องแกรมมี่ โดยสามีภริยาผู้ว่าจ้างอุ้มบุญรับเฉพาะเด็กแฝดอีกคนหนึ่งที่สมบูรณ์กลับประเทศของตน ปล่อยให้น้องแกรมมี่อยู่กับแม่ที่รับจ้างอุ้มบุญตามยะถากรรม และข่าวชายชาวญี่ปุ่น จ้างหญิงไทยอุ้มบุญและได้เด็กจากการอุ้มบุญ 13 คน ในที่สุดศาลเยาวชนและครอบครัวมีคำสั่งให้ชายชาวญี่ปุ่น ผู้ว่าจ้างเป็นพ่อของเด็กที่เกิดจากการอุ้มบุญ และให้นำเด็กทั้งหมดกลับไปเลี้ยงดูที่ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งในกรณีของการว่าจ้างอุ้มบุญกรณีชาวญี่ปุ่นนี้มีข้อสังเกตที่น่าสนใจมาก อาทิ ชาวญี่ปุ่นดังกล่าวมิได้จ้างอุ้มบุญแต่เฉพาะในประเทศไทย มีการจ้างแม่อุ้มบุญที่กัมพูชา เวียดนาม ฯ โดยให้การว่าประสงค์จะมีบุตรนับร้อยนับพัน

คน ซึ่งกรณีเช่นนี้เคยมีการหยิบยกประเด็นการค้ามนุษย์ที่แฝงมากับการอุ้มบุญ เพราะอาจเป็นกรณีที่มีลักษณะที่ดูไม่เป็นปกติ เหมือนกับพฤติกรรมของผู้ประสงค์จะมีบุตรโดยทั่วไป โดยมิได้ทำการเลี้ยงดูเอง แต่เป็นการจ้างที่เลี้ยงมาดูแลในประเทศต่าง ๆ ที่สำคัญ ขณะนี้ก็ยังไมอาจทราบได้ว่าใครเป็นเจ้าของไข่ที่ทำให้เป็นส่วนหนึ่งที่ได้เกิด ๆ เกิดมาที่แท้จริง

ไม่แต่เฉพาะประเทศไทยเท่านั้น ปัญหาทางกฎหมายที่ใช้กับกรณีการอุ้มบุญในต่างประเทศก็มีการเกิดขึ้น ในกรณีหญิงหรือแม่อุ้มบุญที่รับตั้งครรภ์แทน แต่เมื่อคลอดบุตรแล้วกลับมีความผูกพันกับเด็กที่ตั้งครรภ์และไม่ยอมคืนเด็กให้แก่ผู้ว่าจ้าง จนเป็นคดีความที่มีการฟ้องร้องกันขึ้น และเป็นข้อพิพาทว่าเด็กที่เกิดจากหญิงผู้รับจ้างอุ้มบุญสมควรจะเป็นของใคร ที่สหรัฐอเมริกา ศาลมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ได้มีคำวินิจฉัยใน ค.ศ. 1987 ให้สิทธิแก่ผู้ว่าจ้างโดยให้เด็กดังกล่าวเป็นบุตรของสามีภริยาที่เป็นผู้ว่าจ้าง และใน ค.ศ. 1990 ศาลมลรัฐแคลิฟอร์เนียก็ได้วินิจฉัยในลักษณะเดียวกันกับศาลมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ และมีประเด็นการวินิจฉัยเพิ่มเติมว่ากรณีการมีสัญญาจ้างอุ้มบุญไม่ขัดต่อรัฐธรรมนูญ อีกทั้งยังได้ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชนแต่ประการใด (วิชา มหาคุณ, 2537, น.10-20) และ (แสง บุญเฉลิม และ เอนก ยมจินดา, 2546, น.47) ซึ่งประเด็นการโต้แย้งถึงความชอบด้วยกฎหมาย หรือการหยิบยกเรื่องความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชนในการว่าจ้างอุ้มบุญนี้ เป็นที่ถกเถียงและมีกรณีพิพาทกันมาตลอดในแบบทุกภูมิภาคทั่วโลก ที่สำคัญคือความแตกต่างในกฎหมายของแต่ละประเทศที่นำพาผู้ที่ประสงค์จะมีบุตรด้วยวิธีการอุ้มบุญที่ต้องห้ามในประเทศตนไปสู่ประเทศที่กฎหมายมีความผ่อนปรนหรือเปิดเสรีในด้านนี้ ซึ่งจะไดกล่าวถึงต่อไปในบทความนี้

มุมมองหรือทรรศนะเกี่ยวกับการอุ้มบุญค่อนข้างมีความหลากหลาย ความต้องการเริ่มต้นจากผู้ประสงค์จะมีบุตรเป็นของตนเองที่ไม่ต้องการรับบุตรบุญธรรมหรือนำบุตรผู้อื่นมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรมของตนเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นคู่สามีภริยาที่มีบุตรยาก คู่สามีภริยาเพศเดียวกัน (ในบางประเทศมีกฎหมายให้การรับรอง) คนโสดที่อาจมีแนวความคิดว่าไม่จำเป็นต้องสมรสก็อาจมีบุตรได้ แม้ว่าจะมีคู่สมรสก็ใช่และสเปิร์มของอีกฝ่ายหนึ่งอยู่ดี จึงแค่เพียงไปหาไข่หรือสเปิร์มมาผสมกับไข่หรือสเปิร์มของตนก็เพียงพอ บุคคลดังกล่าวยินยอมจ่ายค่าตอบแทนให้แก่หญิงคนหนึ่งที่ได้รับจ้างอุ้มบุญหรือตั้งครรภ์แทนให้ตามอัตราที่พึงพอใจกันทั้งสองฝ่าย ผู้ว่าจ้างจากประเทศพัฒนาที่มีค่าครองชีพสูง อาจต้องจ่ายเงินเป็นจำนวนหลายล้านบาทสำหรับการตกลงจ้างอุ้มบุญในประเทศของตน หรือหากในประเทศของตนมีกฎหมายห้ามการอุ้มบุญหรือมีกฎหมายที่ทำให้การรับจ้างอุ้มบุญเป็นเรื่องยาก ผู้ว่าจ้างดังกล่าวก็จะเดินทางมายังประเทศที่เปิดเสรีให้มีการอุ้มบุญ หรือประเทศที่มีสภาพการบังคับใช้กฎหมายที่ย่อนหย่อน และที่สำคัญ

ค่าจ้างการอุ้มบุญที่ต่ำกว่าประเทศของตนมาก ๆ โดยในบางประเทศมีค่าจ้างการอุ้มบุญเพียงหลักแสนเท่านั้น คู่ค้าและถูกมากสำหรับผู้ว่าจ้างจากประเทศพัฒนาที่มีค่าครองชีพและรายได้สูง อีกฝากหนึ่งของแม่อุ้มบุญที่มีตั้งแต่ผู้เป็นญาติสนิทที่อยู่ในเกณฑ์จะรับตั้งตนครรภ์แทนให้ได้ โดยไม่มีค่าตอบแทน หรืออาจเป็น “นางฟ้าใจดี” ที่ยอมตั้งครรภ์แทนให้แก่คู่สามีภรรยาหรือผู้ใดก็ตามที่ประสงค์จะมีบุตรเป็นของตนเอง โดยถือเป็นกุศลทานที่ส่งมอบบุญให้แก่ผู้อยากมีบุตรจริง ๆ และมีได้ค่าตอบแทน แต่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับครรภ์ที่ตนรับอุ้มอยู่เป็นจำนวนไม่มากนัก ทั้งสองกรณีที่กำลังกล่าวมาผู้เขียนไม่มีข้อมูลว่ามีจำนวนเท่าใด แต่มันใจว่าไม่น้อยมากไม่น่าจะถึงสิบเปอร์เซ็นต์ของยอดสุทธิที่มีการทำการอุ้มบุญทั้งหมด ผู้เขียนเชื่อว่าเกินกว่าเก้าสิบเปอร์เซ็นต์แม่อุ้มบุญหรือผู้รับจ้างอุ้มบุญคือการอุ้มบุญโดยมีค่าตอบแทนที่สมเหตุสมผลเป็นจำนวนเงินที่มากพอสำหรับการที่หญิงคนหนึ่งต้องยอมเอาร่างกายและสุขภาพของตนมาเลี้ยงดูอีกชีวิตหนึ่งที่อยู่ในครรภ์ ที่สำคัญตัวอ่อนหรือเด็กที่อยู่ในครรภ์ที่มีใช้ลูกของตน ซึ่งเคยมีการใช้ชื่อเรียกแม่อุ้มบุญกรณีหลังนี้ว่า “แรงงานมดลูก” เป็นคำกล่าวที่บั่นทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และถูกหยิบยกกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการค้ามนุษย์อีกด้วย บทความนี้จะเป็นการเสนอมุมมองความเห็นของผู้เขียนต่อประเด็นการอุ้มบุญกับการค้ามนุษย์ และเสนอความเห็นที่มีต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558

การอุ้มบุญกับการค้ามนุษย์

ผู้เขียนได้ยินเรื่องการอุ้มบุญมานานแล้ว มักจะเป็นกรณีของการอุ้มบุญหรือการตั้งครรภ์แทนในระหว่างญาติที่สนิทกันจริง ๆ เช่น พี่สาวหรือน้องสาวอุ้มบุญแทน ฯลฯ ซึ่งเป็นเรื่องความสัมพันธ์ทางเครือเรือนที่ผู้เขียนเชื่อว่าไม่ใช่เรื่องของ “ค่าตอบแทน” ซึ่งในปัจจุบันการอุ้มบุญในระหว่างเครือญาติหรือเพื่อนที่มีความสนิทสนมกันมาก ๆ ก็เกิดขึ้นได้ เพียงแต่ในบางกรณีเท่านั้น ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย และแม้ว่าในยุคปัจจุบัน จำนวนเด็กที่เกิดจะมีจำนวนน้อยมากซึ่งเป็นภาวะที่เกิดกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ไม่ว่าจะเกิดจากการสมรสที่น้อยลง คู่สมรสหรือชายหญิงที่อยู่ร่วมกันแบบสามีภรรยาไม่ประสงค์จะมีบุตร ฯลฯ แต่ก็ยังมีคนจำนวนหนึ่งที่เป็นคู่สมรสที่มีบุตรยาก ซึ่งอาจเคยผ่านวิธีการทางการแพทย์เพื่อการมีบุตร ไม่ว่าจะเป็นการฉีดเชื้อ การทำเด็กหลอดแก้วที่ล้มเหลว ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่อยู่ในเพศเดียวกันและอยู่ร่วมกัน หรือแม้แต่ชายโสด หญิงโสด ที่ประสงค์จะมีบุตรเป็นของตนเอง ที่ส่วนใหญ่ไม่

สามารถหาคนตั้งครรภ์แทนหรือแม่อุ้มบุญในบรรดาญาติสนิทมิตรสหายได้ “ธุรกิจการอุ้มบุญ” ซึ่งก่อตัวขึ้นอย่างเงียบ ๆ ในแวดวงของผู้ที่เกี่ยวข้อง

เคยมีผู้ที่กล่าวไว้ว่า “ธุรกิจอุ้มบุญไม่อาจเกิดขึ้นได้ หากไม่มีหญิงที่ยินยอมรับจ้างอุ้มบุญ” ซึ่งในการเข้าสู่กระบวนการใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์หรือการอุ้มบุญนี้อาจเริ่มต้นจากความล้มเหลวจากการฉีดเชื้อ หรือล้มเหลวในการทำเด็กหลอดแก้ว ซึ่งพัฒนาการขั้นต่อมาของผู้มีบุตรยาก คือหา “แม่อุ้มบุญ” โดยนำไข่และสเปิร์มของคู่สมรสของสามีภริยาดังกล่าวไปฝังที่แม่อุ้มบุญที่มักนิยมหาแม่อุ้มบุญที่เคยมีบุตรมาก่อน เพราะมีโอกาสในการฝังตัวอ่อนสำเร็จมากกว่าหญิงที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อน เพียงแต่การหาแม่อุ้มบุญในพื้นที่หรือญาติสนิทจริง ๆ และเป็นไปตามที่ข้อกำหนดที่จะต้องไม่มีค่าตอบแทนเป็นไปได้อย่างและมีโอกาสน้อย ดังนั้น เป้าหมายต่อมาของผู้มีบุตรยากดังกล่าวคือการหาผู้รับจ้างตั้งครรภ์แทน ไม่ว่าจะผ่านนายหน้า คลินิก หรือโรงพยาบาลที่มีบัญชีรายชื่อแม่อุ้มบุญที่ยอมเป็นแรงงานมดลูกให้ หรืออาจสอบถามจากบรรดาผู้ที่เกี่ยวข้องกับการรับจ้างอุ้มบุญ ส่วนในกรณีของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศซึ่งอยู่ด้วยกัน หรือแม้แต่หญิง ชายโสด ที่ประสงค์จะมีบุตร ก็อาจจะต้องหาไข่หรือสเปิร์มมาผสมกับไข่หรือสเปิร์มของตนในขั้นตอนหนึ่ง และขั้นตอนต่อไปคือหาแม่อุ้มบุญที่รับฝังตัวอ่อนที่ได้จากการผสมของไข่และสเปิร์ม กรณีหลังนี้อาจจะต้องจ่ายเป็น 2 ต่อ โดยต้องหาไข่หรือสเปิร์มที่มีคุณภาพมาผสมกัน ซึ่งเป็น “การซื้อขายอวัยวะ” และที่สำคัญคือหาหญิงวัยเจริญพันธุ์มารับจ้าง เพื่อฝังตัวอ่อนไปยังผู้รับจ้างและถ้าการฝังตัวอ่อนสำเร็จ ก็จะต้องพุ่มพักดูแลรักษาครรภ์เป็นเวลาประมาณ 10 เดือน ซึ่งการที่หญิงคนหนึ่งต้องยอมตั้งครรภ์ มีผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงอย่างยิ่งเพราะมีอีกชีวิตหนึ่งที่เจริญเติบโตในครรภ์โดยอาศัยสารอาหารจากการบริโภคของหญิงผู้รับจ้าง ไม่รวมถึงผลกระทบต่อจิตใจของหญิงผู้รับจ้างตั้งครรภ์แทนที่มักใช้คำแทนว่า “แม่อุ้มบุญ” ซึ่งแน่นอนว่าแม่อุ้มบุญจำนวนไม่น้อยมีความผูกพันอยู่กับทารกในครรภ์ของตนที่พุ่มพักดูแลมาถึง 10 เดือน การได้คลอดทารกออกมาจึงสร้างความผูกพันยิ่งขึ้น ดังนั้น ค่าตอบแทนในการจ้างแม่อุ้มบุญจึงค่อนข้างสูง และจะสูงมากยิ่งขึ้นหากเป็นการจ้างแม่อุ้มบุญในประเทศพัฒนาแล้วที่มีค่าครองชีพสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีการข้ามแดนมาจ้างแม่อุ้มบุญในประเทศที่มีค่าจ้างหรือค่าตอบแทนต่ำกว่านั่นเอง ในการนี้จึงเป็นประเด็นที่น่าพิจารณาว่าการจ้างอุ้มบุญถือเป็นการค้ามนุษย์หรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นการจ้างในประเทศหรือ ณ ต่างประเทศ การจ้างอุ้มบุญที่ยังไม่มีความชัดเจนว่าจะนำเด็กที่ได้จากการอุ้มบุญไปเพื่อวัตถุประสงค์ใด เช่น ในกรณีการมีเด็กที่ได้จากการอุ้มบุญนับสิบ ๆ คน เป็นต้น

การพิจารณาว่าการอุ้มบุญเป็นการค้ามนุษย์หรือไม่ประการใด จำเป็นต้องพิจารณาจากกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรง คือ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 โดยการค้านุญนั้นจะต้องมีลักษณะเป็น “การแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ” ตามมาตรา 6 วรรคสอง (พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ซึ่งบัญญัติว่า “ถ้าการกระทำนั้นได้กระทำโดยมีความมุ่งหมายเพื่อเป็นการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานค้ามนุษย์”

จะเห็นได้ว่ากรณีการอุ้มบุญมิได้มีการกำหนดไว้โดยตรงอย่างเช่นกรณีอื่น ๆ ว่าอาจมีลักษณะของการค้ามนุษย์ แต่หากพิจารณาจากลักษณะการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบในส่วนท้ายสุด “การอื่นใดที่คล้ายคลึงกันอันเป็นการขูดรีดบุคคล” เช่นนี้จำเป็นต้องมีการตีความว่าการอุ้มบุญ ตามข้อเท็จจริงทีในแต่ละเรื่องนั้นเรื่องใดถือเป็นการอื่นใดที่มีลักษณะคล้ายกับการค้าประเวณี การผลิตหรือเผยแพร่วัตถุหรือลามก การแสวงหาประโยชน์ทางเพศในรูปแบบอื่น การเอาคนลงเป็นทาสหรือให้มีฐานะคล้ายทาส การนำคนมาขอลาน การตัดอวัยวะเพื่อการค้า การบังคับใช้แรงงานหรือบริการ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม

หากพิจารณาคำว่า “การขูดรีดบุคคล” เกี่ยวกับการอุ้มบุญภายใต้หลักเกณฑ์ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 หากการอุ้มบุญในกรณีที่ผู้เกี่ยวข้อง อาทิ การว่าจ้างให้มีการอุ้มบุญผ่านบรรดาตัวแทนหรือนายหน้าและมีการส่งเคสต่อให้แก่สถานพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ โดยการกระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมิได้เป็นไปตามบทบัญญัติของกฎหมายที่สามารถทำการอุ้มบุญได้ หรืออาจจะกล่าวได้ว่าเป็นกรณีกระทำผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ซึ่งการกระทำผิดเช่นนี้จะขึ้นชื่อพิจารณาว่าถือเป็นการ “การขูดรีดบุคคล” อันเป็นการค้ามนุษย์หรือไม่ ในการนี้จำเป็นต้องพิจารณาจากข้อเท็จจริง ในกรณีต่าง ๆ ประกอบประเด็นที่ว่า การอุ้มบุญนั้น ๆ เป็นการขูดรีดบุคคลหรือไม่ ประการใด ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาจากผู้รับจ้างตั้งครรภ์แทนที่ถูกขูดรีดหรือไม่ ในกรณีนี้หากผู้รับจ้างตั้งครรภ์แทนหรือแม่อุ้มบุญที่อาจเป็นเพื่อนสนิทหรือเป็นผู้ที่มีจิตใจเปี่ยมไปด้วยความเมตตาและรับตั้งครรภ์แทนด้วยความเต็มใจ มิได้ถูกบังคับขู่เข็ญ แต่อาจมีค่าตอบแทนบ้างไม่มากนักน้อย หรือไม่มีค่าตอบแทนกันแต่ประการใด เช่นนี้ไม่น่าจะถือว่าเป็นการขูดรีดบุคคล อันมีลักษณะเป็นการค้ามนุษย์แต่อย่างใด แม้ว่าการช่วยเหลือกันหรือการรับจ้างอุ้มบุญด้วยความสมัครใจดังกล่าวนั้นจะเป็นความผิดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่

เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 เพราะมิได้เป็นญาติสนิท และมิได้ขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ตาม (ลาวัญญ์ ฌันตศิลปกุล, วิมาน กฤตพลวิมาน, จตุรงค์ บุณยรัตนสุนทร, ชูเกียรติ น้อยฉิม, ชนันภรณ์ บุญเกิดทรัพย์, อริศรา เหล็กคำ, 2561, น.95) ที่สำคัญกฎหมายป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ตามที่กล่าวมาข้างต้น มิได้กำหนดไว้โดยตรงว่าการอุ้มบุญเป็นการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ซึ่งจะถือว่าการอุ้มบุญเป็นการค้ามนุษย์มิได้ โดยผู้ว่าจ้างและผู้รับจ้างต่างก็ตอบตรงกันว่าตกลงกันด้วยความยินยอม มิได้เป็นการขูดรีดกันแต่ประการใด

ทั้งนี้ในอีกมุมมองหนึ่งเห็นว่าการอุ้มบุญอันเป็นการค้ามนุษย์นั้นเป็นการขูดรีดบุคคล โดยไม่ว่าแม้ผู้บุญนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม ก็ถือเป็นการค้ามนุษย์แล้ว เพราะเป็นการแสวงหาประโยชน์อันมิชอบตามมาตรา 6 วรรคสอง ที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งมักเป็นการกล่าวถึงข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นตามที่เป็นอย่างนี้ โดยนำการอุ้มบุญไปผูกติดกับการค้ามนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นกรณีของน้องคาร์เมนหรือพ่อชาวญี่ปุ่นตามที่กล่าวถึงมาแล้ว ซึ่งก็ยังมิได้มีการสรุปหรือคำพิพากษาว่ากรณีการอุ้มบุญดังกล่าวเป็นการค้ามนุษย์หรือไม่ ในกรณีเมื่อ พ.ศ. 2559 รัฐสภาได้ผ่านพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีค้ามนุษย์ พ.ศ. 2559 ซึ่งมีบทบัญญัติพิเศษที่ให้อำนาจแก่ประธานศาลอุทธรณ์เป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาดว่า กรณีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ หรือการอื่นใดที่คล้ายคลึงกันอันเป็นการขูดรีดบุคคล เป็นกรณีที่เข้าข่ายคดีค้ามนุษย์หรือไม่ และคำวินิจฉัยของประธานศาลอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด (พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีค้ามนุษย์ พ.ศ. 2559, มาตรา 6 วรรคหนึ่ง) ซึ่งอาจต้องติดตามถึงแนวการวินิจฉัยและบรรทัดฐาน ในกรณีการอุ้มบุญว่ากรณีใดเป็นการค้ามนุษย์ กรณีใดไม่เข้าข่ายเป็นการค้ามนุษย์ต่อไป

ข้อพิจารณาเกี่ยวกับกฎหมายอุ้มบุญของประเทศไทย

แนวคิดที่ว่า “ธุรกิจการอุ้มบุญจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ หากไม่มีหญิงที่เข้ามาทำหน้าที่อุ้มบุญตอบแทน” แม้ว่าจะเป็นการกล่าวหาหญิงผู้รับจ้างอุ้มบุญ ไม่ว่าจะเป็นแรงงานมดลูกหรือบางแนวคิดที่สุดโต่งโดยมองว่าหญิงที่รับจ้างอุ้มบุญมีลักษณะไม่แตกต่างจากการขายบริการทางเพศ อันเนื่องมาจากหญิงต้องใช้ร่างกายของตนเองเข้าสู่กระบวนการอุ้มบุญ ซึ่งการรับจ้างอุ้มบุญอาจจะมีเกือบทุกประเทศที่ผู้ประสงค์จะมีบุตรได้จ้างหญิงอื่นมาตั้งครรภ์แทน เพียงแต่กฎหมายของแต่ละประเทศมีหลักการที่ค่อนข้างแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ไม่ว่าจะเป็นการเปิดเสรีในการอุ้มบุญได้ในแทบทุกกรณี การมีกฎหมายห้ามมิให้มีการอุ้มบุญ โดยมี

ช้อยกเว้นในบางกรณี แต่ก็อาจมีปัญหาในการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือประเทศที่มีกฎหมายห้ามและมีความเข้มงวดในการบังคับใช้สำหรับการรับจ้างอัมพาต ทำให้ธุรกิจการอัมพาตเป็นธุรกิจข้ามชาติที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ว่าจ้างมาสู่ประเทศผู้รับจ้าง และทำการคลอดเด็กที่เกิดจากการอัมพาตในประเทศผู้รับจ้าง หรืออัมพาตในประเทศผู้รับจ้าง แต่ไปคลอดเด็กในประเทศผู้ว่าจ้าง ที่กล่าวมานี้มีใช้เฉพาะปัญหาความแตกต่างของกฎหมายเท่านั้น ยังรวมไปถึงคำตอบแทนในการจ้างอัมพาตที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยขึ้นอยู่กับชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะ ระดับการพัฒนาประเทศของผู้ว่าจ้างและผู้รับจ้างด้วย จะเห็นได้ว่าธุรกิจการอัมพาตนี้มีใช้ปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะแต่ในประเทศหนึ่ง ๆ เท่านั้น เป็นปัญหาในระดับระหว่างประเทศ หรือองค์การระหว่างประเทศที่จำเป็นต้องมีการพิจารณาร่วมกันของบรรดาประเทศที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจการอัมพาต

กฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการอัมพาต เริ่มจากองค์การสหประชาชาติ ตลอดจนประเทศพัฒนาหลาย ๆ ประเทศที่เป็นแนวร่วมภายใต้สัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิเด็ก (United Nation Convention on the Right of the Child : CRC : UNCRC) มีมุมมองเกี่ยวกับธุรกิจการอัมพาตว่าไม่แตกต่างจากการค้ามนุษย์ โดยมีเหตุผลหลักในการปกป้องคุ้มครอง “สิทธิของเด็กที่เกิดจากธุรกิจอัมพาต” แต่หลักการขององค์การสหประชาชาติเป็นเพียงแนวคิดกว้าง ๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ ทวีสิทธิ์ นายกสมาคมแพทยนิติศึกษา ได้แสดงความเห็นในเวทีสาธารณะ กฎหมายอัมพาต เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์กับความเป็นธรรมทางเพศ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ว่าประเทศต่าง ๆ มีมุมมองต่อการอัมพาตผ่านกฎหมายที่แตกต่างกัน โดยแบ่งประเทศเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ (สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2557)

1. ประเทศที่สามารถทำการอัมพาตได้เพื่อเหตุผลด้านมนุษยธรรมและเพื่อการพาณิชย์ เป็นกรณีที่มีรัฐอนุญาตให้สามารถทำการอัมพาตได้ เช่น ประเทศรัสเซีย ประเทศยูเครน ที่ถือว่าเป็นประเทศที่เปิดเสรีด้านการใช้เทคโนโลยีที่ช่วยการเจริญพันธุ์ ประเทศแอฟริกาใต้ที่มีกฎหมายคุ้มครองสัญญาการตั้งครรภ์แทน อนุญาตให้แม่ผู้ที่ยังไม่สมรสและคนรักร่วมเพศสามารถทำการอัมพาตได้ แต่มีเงื่อนไขด้านการมีภูมิลำเนาในประเทศแอฟริกาใต้เท่านั้น ฯลฯ ตลอดจนสหรัฐอเมริกาที่ยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับการอัมพาตในรัฐบาลกลาง (Federal Law) แต่มีกฎหมายในมลรัฐที่มีความแตกต่างกัน ทั้งที่ห้ามมิให้ทำการอัมพาตและมลรัฐที่มีกฎหมายอนุญาตให้มีการอัมพาตได้อย่างเสรีและถูกต้องตามกฎหมาย เช่น รัฐแคลิฟอร์เนีย อาคันซอ

อิลลินอยส์ เทกซัส แมสซาชูเซตส์ บางรัฐสามารถทำได้เฉพาะเพื่อมนุษยธรรมเท่านั้น (ในหัวข้อต่อไป)

2. ประเทศที่มีกฎหมายห้ามทำการอุ้มบุญเพื่อการพาณิชย์ แต่สามารถทำการอุ้มบุญได้เพื่อเหตุผลด้านมนุษยธรรมเท่านั้น ในสหรัฐอเมริกา เช่น รัฐนิวยอร์ก นิวเจอร์ซีย์ อลาสก้า นิวเม็กซิโก วอชิงตัน และรัฐโอเรกอน ประเทศออสเตรเลีย ในบางรัฐ สหราชอาณาจักร ประเทศแคนาดา ส่วนใหญ่ ยกเว้นรัฐควิเบก ประเทศอินเดีย ประเทศอิสราเอล ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศโปรตุเกส ประเทศเดนมาร์ก ฯลฯ (ประเทศไทยน่าจะมีลักษณะตามข้อ 2 นี้ จะได้มีการพิจารณาต่อไป)

3. ประเทศที่มีกฎหมายห้ามการอุ้มบุญในทุกกรณี เช่น ประเทศแคนาดา ในรัฐควิเบก สหรัฐอเมริกา ในรัฐอริโซนา มิชิแกน อินเดียนา และรัฐนอร์ทดาโกต้า ประเทศสเปน ประเทศฝรั่งเศส ประเทศอิตาลี ประเทศฟินแลนด์ ประเทศสวีเดน ประเทศนอร์เวย์ ประเทศตุรกี ประเทศซาอุดีอาระเบีย ประเทศปากีสถาน ประเทศญี่ปุ่น และประเทศจีน

กรณีลักษณะ 2 ข้างต้น ในบางประเทศยึดถือหลักสิทธิมนุษยชนที่ให้เห็นประโยชน์ผู้อื่นเป็นที่ตั้ง แม้จะอุ้มบุญส่วนใหญ่เต็มใจทำการอุ้มบุญให้มีชีวิตติดกัน มิได้ทำไปเพื่อผลตอบแทน แต่อาจมีค่าใช้จ่ายเท่าที่จำเป็นแต่เพียงเล็กน้อยเพื่อบำรุงครรภ์ โดยแม่อุ้มบุญประเภทนี้เป็นผู้ทัศนในฐานะผู้ให้ “มิใช่เครื่องจักรผลิตทารก”

ข้อพิจารณาในเบื้องต้น พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 หรือกฎหมายอุ้มบุญของประเทศไทย เป็นลักษณะของกฎหมายตามข้อใด ผู้เขียนเห็นว่าน่าจะมีลักษณะตามข้อ 2 ข้างต้นในภาพรวม เพราะกฎหมายอุ้มบุญไทยมิได้อนุญาตให้สามารถทำการอุ้มบุญเพื่อการพาณิชย์ หรือมีลักษณะอุ้มบุญโดยเสรีนั่นเอง ในขณะที่เดียวกันกฎหมายไทยดังกล่าวก็ไม่ห้ามมิให้ทำการอุ้มบุญในทุกกรณี ตามลักษณะของข้อ 3 ข้างต้น เนื่องจากกฎหมายอุ้มบุญของประเทศไทยห้ามมิให้มีการดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนเพื่อประโยชน์ทางการค้า (พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558, มาตรา 24) การห้ามโฆษณาหรือโฆษณาแพร่หลายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทนว่ามีหญิงที่ประสงค์จะเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทนผู้อื่น หรือมีบุคคลที่ประสงค์จะให้หญิงอื่นเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทน ไม่ว่าจะได้กระทำเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือไม่ก็ตาม (พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558, มาตรา 28) และที่สำคัญกฎหมายอุ้มบุญของประเทศไทยมี

บทบัญญัติอนุญาตให้สามารถดำเนินการตั้งครรภ์แทนหรืออุ้มบุญได้ แต่จะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขตามที่กฎหมายกำหนด ดังต่อไปนี้ (พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558, มาตรา 21)

(1) จะต้องเป็นสามีภริยาโดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งภริยาไม่อาจตั้งครรภ์ได้ ต้องมีสัญชาติไทย ในกรณีที่สามีหรือภริยาไม่ได้มีสัญชาติไทย ต้องจดทะเบียนสมรสมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี

(2) หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องไม่ใช่บุพการีหรือผู้สืบสันดานของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย ตาม (1)

(3) หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องเป็นญาติสืบสายโลหิตของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย ตามข้อ (1) ในกรณีที่ไม่มีญาติสืบสายโลหิตของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย ให้หญิงอื่นรับตั้งครรภ์แทนได้

(4) หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องเป็นหญิงที่เคยมีบุตรมาก่อนแล้วเท่านั้น ถ้าหญิงนั้นมีสามีที่ชอบด้วยกฎหมายจะต้องได้รับความยินยอมจากสามีก่อน

ก่อนที่จะมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ประเทศไทยก็ถูกสังคมโลกมองว่าเป็นประเทศที่ค่อนข้างเปิดเสรีทางด้านการอุ้มบุญ เพราะมีการว่าจ้างรับจ้างอุ้มบุญเป็นจำนวนมากทั้งภายในประเทศและชาวต่างชาติที่เดินทางมาดำเนินการอุ้มบุญในประเทศไทย ทั้งที่เป็นชาวและไม่ใช่ชาว เช่น กรณีชายชาวญี่ปุ่นที่จ้างหญิงไทยอุ้มบุญกว่า 10 คน กรณีน้องคาร์เมนหรือน้องแกรมมีตามที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น แต่เมื่อกฎหมายอุ้มบุญมีผลใช้บังคับในราชอาณาจักรไทย ส่งผลให้ชาวต่างชาติ “ย้ายฐานการอุ้มบุญ” ไปยังประเทศที่เปิดเสรี เช่น ยูเครน รัสเซีย หรือแม้ไม่เปิดเสรีแต่การบังคับใช้กฎหมายยังอาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ หรือแม้แต่สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวที่เคยเป็นชาว ในกรณีหนูน้อย “เทียนเทียน” เด็กหลอดแก้วชาวจีนที่มีชีวิตแม้ว่าพ่อแม่ที่แท้จริงจะตายไปแล้ว 4 ปี จากอุบัติเหตุ โดยพ่อแม่ที่แท้จริงได้เก็บชุดปฏิสนธินอกร่างกายและแช่แข็งตัวอ่อนในหลอดแก้ว จากนั้นได้มีการนำไปฝังที่แม่อุ้มบุญที่ประเทศลาว ซึ่งเป็นฐานการอุ้มบุญทางเลือกอีกแห่งหนึ่งภายหลังจากที่ประเทศไทยมีกฎหมายอุ้มบุญใช้บังคับ นอกจากนี้ข่าวการจับกุมชายพร้อมหญิงสาวที่ขัรบถยนต์กลับจากประเทศลาว ตรวจพบมีถังไนโตรเจนเปล่าที่เป็นไปได้ว่าจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินการอุ้มบุญ โดยมีการสารภาพว่าได้รับจ้างอุ้มบุญจากผู้ว่าจ้างชาวจีน ที่มีที่พำนักในประเทศไทย ให้มาทำการอุ้มบุญ

ที่คลินิกชื่อดังแห่งสาธารณรัฐประชาชนลาว (newtv, 2017) ในการนี้มีข้อสังเกตเกี่ยวกับผู้ว่าจ้างอัมบุยชาวจีน ซึ่งในช่วงหลังมีฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้นมาก ชาวจีนจำนวนไม่น้อยพยายามหายาโดยเฉพาะเพศชายตามความเชื่อและค่านิยมในการสืบสกุลของชาวจีน แต่นโยบายลูกคนเดียวของรัฐบาลที่มีมานานกว่า 30 ปี ตั้งแต่ ค.ศ. 1979 ทำให้ชาวจีนต้องถูกควบคุมการมีบุตร แต่ต่อมาเมื่อ ค.ศ. 2015 รัฐบาลจีนได้ยกเลิกนโยบายลูกคนเดียว โดยคู่สมรสชาวจีนสามารถมีบุตรได้ 2 คน อันเนื่องมาจากสังคมผู้สูงอายุ แต่กลับมีการห้ามมิให้ทำการอัมบุยในประเทศจีน ชาวจีนจำนวนไม่น้อยจึงเดินทางไปทำการอัมบุยในภูมิภาคต่าง ๆ อาทิ การอัมบุยในสหรัฐอเมริกา (เฉพาะมลรัฐที่เปิดเสรี) มีค่าใช้จ่ายสูงมากแต่ถูกมองว่าคุ้มค่าหากบุตรของตนได้กรีนการ์ด และที่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่ามากหากมาทำการอัมบุยในภูมิภาคอาเซียน

ภายหลังจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 เพื่อกำหนดสถานะความเป็นบิดามารดาที่สอดคล้องกฎหมายของเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ให้เหมาะสม ตลอดจนควบคุมการศึกษาวิชาจริยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เกี่ยวกับตัวอ่อนและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มิให้มีการนำไปใช้ในทางลับไม่ถูกต้อง (หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558) ซึ่งหลักการของกฎหมายอัมบุยฉบับนี้ยินยอมให้สามารถทำการอัมบุยได้ (แต่ห้ามกระทำเพื่อประโยชน์ทางการค้าตามที่ได้กล่าวมาแล้ว) โดยกำหนดวิธีการ 2 วิธี (พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558, มาตรา 22) กล่าวคือ (1) ใช้ตัวอ่อนที่เกิดจากสุจิของสามีและไข่ของภริยาที่สอดคล้องกฎหมายที่ประสงค์จะให้มีการตั้งครรภ์แทน (2) ใช้ตัวอ่อนที่เกิดจากสุจิของสามีหรือไข่ของภริยาที่สอดคล้องกฎหมายที่ประสงค์จะให้มีการตั้งครรภ์แทน กับไข่หรือสุจิของผู้อื่น แต่ห้ามใช้ไข่ของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน

ในการนี้ภายใต้หลักการของกฎหมายอัมบุยไทยจึงอนุญาตให้มีการดำเนินการอัมบุยได้แต่เฉพาะสามีภริยาและจะต้องเป็นสามีภริยาโดยชอบด้วยกฎหมาย (มีการจดทะเบียนสมรส) ทำให้ชายหญิงที่อยู่กินกันฉันท์สามีภริยาแต่ไม่สมรส คู่รักเพศเดียวกัน ชายโสด หญิงโสด ไม่อยู่ในเงื่อนไขที่จะขอให้มีการอัมบุยได้ ซึ่งในหลายๆ ประเทศโดยเฉพาะประเทศที่คำนึงถึงสิทธิของพลเมืองในการเลือกเพศของตน ความต้องการมีบุตรโดยปราศจากการสมรส ฯลฯ ต่างก็มีกฎหมายรองรับการอัมบุยโดยปราศจากเงื่อนไขการจดทะเบียนสมรสตามกฎหมายอัมบุยของ

ไทย อีกทั้งแนวคิดในเรื่อง “การจดทะเบียนสมรสระหว่างเพศเดียวกัน” ได้ถูกผลักดันเป็น “ร่างพระราชบัญญัติคู่ชีวิต พ.ศ.” ซึ่งในวันที่ 25 ธันวาคม 2561 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเพื่อยกระดับในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน หากกฎหมายฉบับนี้ผ่านก็จะมีผลต่อเงื่อนไขของคู่สมรสเพศเดียวกันในการขอดำเนินการอุ้มบุญด้วย

สิ่งสำคัญประการต่อมาภายใต้กฎหมายอุ้มบุญไทยก็คือ เด็กที่เกิดจากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของผู้บริจาค โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ไม่ว่าจะกระทำโดยการให้ภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายของสามีซึ่งประสงค์จะมีบุตรเป็นผู้ตั้งครรภ์หรือให้มีการตั้งครรภ์แทนโดยหญิงอื่น ให้เด็กนั้นเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งประสงค์จะมีบุตร แม้ว่าสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งประสงค์จะมีบุตรถึงแก่ความตายก่อนเด็กเกิดก็ตาม (พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558, มาตรา 29 วรรคหนึ่ง) ซึ่งเป็นการตอกย้ำถึงความสำคัญของกฎหมายอุ้มบุญฉบับนี้ว่ามีความแตกต่างจากหลักการตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ที่ให้ถือว่าหญิงที่คลอดเด็กเป็นมารดาโดยชอบด้วยกฎหมายของเด็กที่คลอด แม้จะเป็นกรณีของแม่อุ้มบุญก็ตาม ส่งผลให้ชายหญิงที่คู่สามีภริยาที่จ้างแม่อุ้มบุญจะต้องจดทะเบียนรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรมเท่านั้น นอกเหนือจากนี้กฎหมายอุ้มบุญกำหนดให้ชายหรือหญิงที่บริจาคอสุจิหรือไข่ซึ่งนำมาใช้ปฏิสนธิเป็นตัวอ่อนเพื่อการตั้งครรภ์ หรือผู้บริจาคตัวอ่อนและเด็กที่เกิดจากอสุจิไข่ หรือตัวอ่อนที่บริจาคดังกล่าว ไม่มีสิทธิและหน้าที่ระหว่างกัน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยครอบครัวและมรดก (พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558, มาตรา 29 วรรคสอง) ยิ่งเป็นการเสริมให้เกิดความชัดเจนในการตัดสิทธิและหน้าที่ในฐานะบิดามารดาและบุตร โดยมีให้ถือเป็นบิดามารดาและบุตรระหว่างกัน ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์อีกด้วย

ในการดำเนินการเพื่อให้มีการตั้งครรภ์แทนหรืออุ้มบุญ หลาย ๆ กรณีจะมีบุคคลอื่น ๆ กระทำการเป็นคนกลาง หรือนายหน้าที่มีอาชีพช้ช่องให้มีการรับตั้งครรภ์แทนกัน แลกกับทรัพย์สินที่ได้รับการตอบแทนไม่ว่าจากฝ่ายเดียวหรือทั้งสองฝ่าย เช่นนี้ กฎหมายอุ้มบุญก็กำหนดห้าม (พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558, มาตรา 27) รวมถึงการห้ามการโฆษณาหรือโฆษณาให้แพร่หลายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ว่ามีหญิงที่ประสงค์จะเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทนผู้อื่น หรือมีบุคคลที่ประสงค์จะให้หญิงอื่นเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทน ไม่ว่าจะได้กระทำเพื่อประโยชน์ทางการค้าหรือไม่ก็ตาม

(พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558, มาตรา 28) เพื่อเป็นการปิดปากผู้โฆษณาหรือโฆษณาว่ากล่าวที่อาจแก้ตัวว่าทำไปโดยมิได้รับผลประโยชน์ตอบแทน ซึ่งในข้อห้ามทั้งสองกรณีนี้มีการกำหนดโทษ ทั้งจำและปรับในทางอาญาค่อนข้างสูงอีกด้วย นอกจากนี้ยังกำหนดโทษไว้สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการเกี่ยวกับการอุมบุญโดยไม่มีคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้าม หรือดำเนินการโดยไม่ได้รับอนุญาตจาก “คณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์” (ชื่อย่อ “กคทพ”) การห้ามมิให้ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนเพื่อประโยชน์ทางการค้า (พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558, มาตรา 24) ซึ่งการดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนนี้น่าสังเกตว่าเป็นบทกำหนดโทษสำหรับผู้ใดได้บ้าง เพราะตามที่กล่าวมาก็เป็นการห้ามและกำหนดโทษกับผู้ให้บริการเกี่ยวกับการอุมบุญ คนกลาง นายหน้า ตลอดจนผู้โฆษณาหรือผู้โฆษณาไปแล้ว ในที่นี้จะหมายถึงผู้ประสงค์จะมีบุตรที่ไม่ดำเนินการโดยไม่เข้าข่ายตามหลักการและเงื่อนไขที่กฎหมายอุมบุญกำหนดหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “แม่อุมบุญ” หรือหญิงผู้รับจ้างตั้งครรภ์แทน ที่ทำการรับจ้างเพื่อผลตอบแทนอันมีลักษณะเพื่อประโยชน์ทางการค้า ซึ่งหากตีความหมายรวมไปถึงกรณีหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะต้องมีความผิวนั้น ผู้เขียนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะเหมือนเป็นการซ้ำเติมหญิงที่ทำการตั้งครรภ์แทนด้วยเหตุผลความจำเป็นทางการเงินจะต้องมารับผิดทางอาญาตามกฎหมายฉบับนี้อีกด้วย ซึ่งในบางประเทศ เช่น สวิตเซอร์แลนด์ แม้จะเป็นประเทศที่มีกฎหมายห้ามการอุมบุญในทุกกรณีจากที่กล่าวมาแล้ว แต่ก็มิบทกฎหมายยกเว้นโทษต่อแม่อุมบุญหรือหญิงผู้รับตั้งครรภ์แทน

ภายหลังจากที่ประเทศไทยมีกฎหมายอุมบุญดังกล่าว ปรากฏว่าประเทศอินเดียและประเทศเนปาลต่างก็มีกฎหมายห้ามการอุมบุญในลักษณะที่เป็นการค้าเหมือนกับประเทศไทย ทำให้บรรดาผู้ประสงค์จะมีบุตรจากการอุมบุญทั่วทุกมุมโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวจีน ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา ฯลฯ ต่างหันเหทิศทางไปสู่ประเทศที่เปิดเสรีทางการอุมบุญหรือประเทศที่การบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ในกรณีนี้แม้ว่าประเทศไทยอาจจะมีฐานการดำเนินการอุมบุญเหมือนที่ผ่านมา แต่ก็ประเทศทางผ่านไปยังประเทศต่างๆ เช่น สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กัมพูชา ฯลฯ และที่สำคัญประเทศไทยอาจเป็นศูนย์กลางการรับฝากครรภ์หรือการคลอดเด็กที่เกิดจากการอุมบุญ ที่ได้ดำเนินการมาแล้วในประเทศเพื่อนบ้าน หรือประเทศต่างๆ เพราะกฎหมายอุมบุญไทยยังไม่สามารถยับยั้งหรือห้ามกระบวนการอุมบุญจากต่างประเทศได้อย่างเป็นรูปธรรม และอาจถูกมองว่าเป็นช่องว่างทาง

กฎหมายที่ไม่สามารถดำเนินการกับชาวต่างชาติ หรือคนไทยที่กระทำความผิดตามกฎหมายอัมบุญได้ ในการนี้ผู้เขียนมีความเชื่อว่าการอัมบุญในประเทศไทยภายหลังจากที่พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 มีผลบังคับใช้จะลดน้อยลงอย่างมาก เพราะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญที่สุดในกระบวนการอัมบุญ นี้คือ “แพทย์” ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในฐานะผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ จะไม่เสี่ยงต่อความรับผิดตามกฎหมายอัมบุญดังกล่าวซึ่งมีโทษทางอาญา ส่งผลให้บรรดาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ในกระบวนการอัมบุญไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

คำกล่าวที่ว่า “การอัมบุญจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากไม่มีหญิงผู้รับอัมบุญ” มีความเป็นจริง แต่บุคคลที่จะดำเนินการให้แก่ผู้ประสงค์จะมีบุตร ซึ่งมีความจำเป็นที่ขาดไม่ได้คือ แพทย์ ซึ่งจะต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีเจริญพันธุ์ ซึ่งในประเทศไทยถือว่ามีจำนวนน้อยมาก ทางด้านแม่อัมบุญก็มีทั้งนางฟ้าใจดีผู้ยินยอมรับตั้งครรภ์แทนให้แก่ผู้ประสงค์จะมีบุตร ทั้งที่เป็นญาติสนิท หรือแม้แต่ผู้ที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อนก็ตาม แม่อัมบุญกรณีนี้มีความปลื้มปริ่มต่อความสุข รอยยิ้ม เสียงหัวเราะของผู้ประสงค์จะมีบุตร ไม่ว่าคู่สมรส หรือมีได้สมรส ที่มีบุตรยาก คนโสด คู่รักเพศเดียวกัน โดยไม่คำนึงถึงค่าตอบแทน แต่ในอีกมุมหนึ่งของแม่อัมบุญ ที่น่าจะเป็นส่วนใหญ่อยินยอมรับตั้งครรภ์แทนเพราะได้รับค่าตอบแทนที่พึงพอใจ ในแง่มุมนี้ถูกหยิบยกเกี่ยวกับศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ บ้างก็เรียกว่าเป็นแรงงานมดลูก ซึ่งในบางประเทศนี้สิ่งที่สามารถทำได้ไม่ผิดกฎหมายด้วยเหตุผลของการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ผู้มีความประสงค์จะมีบุตร แต่ในหลาย ๆ ประเทศกลับมีกฎหมายห้ามมิให้มีการจ้างการตั้งครรภ์แทนเพื่อเหตุผลในทางพาณิชย์ ทำให้ผู้ประสงค์จะมีบุตรในประเทศที่มีกฎหมายเข้มงวดต่างก็เดินทางไปยังประเทศที่เปิดเสรีให้มีการอัมบุญได้ไม่ว่าจะกรณีใดก็ตาม ดังนั้น การอัมบุญจึงมีมิติของธุรกรรมและเครือข่ายระหว่างประเทศ เพราะความแตกต่างหลากหลายของกฎหมายอัมบุญในแต่ละประเทศนั่นเอง นอกจากนี้ราคาค่าตอบแทนการอัมบุญที่แตกต่างของในแต่ละประเทศ การมีสุขภาพของเด็กที่เกิดจากการอัมบุญก็มีผลต่อการเคลื่อนย้ายผู้ประสงค์จะมีบุตร ในมิติระหว่างประเทศเช่นกัน สำหรับคำกล่าวที่ว่า “การอัมบุญเป็นการค้ามนุษย์” ก็ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและข้อกำหนดของกฎหมายว่าการอัมบุญนั้นเข้าข่ายเป็นการค้ามนุษย์หรือไม่ ซึ่งในมุมมองของผู้เขียนเห็นว่ามีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีลักษณะของการอัมบุญอันเป็นการค้ามนุษย์

พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 หรือกฎหมายอัมบุนุที่มีผลใช้บังคับมานาน ส่งผลต่อการทำอัมบุนุทั้งต่อคนไทยและต่างชาติ การอัมบุนุของคนไทยในประเทศแทบไม่พบเห็นเป็นข่าวสักเท่าใดนัก สอดคล้องกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่แสดงความเห็นว่ากรณีการอัมบุนุว่าเป็นคดีที่ระบุตัวตนของผู้กระทำความผิดค่อนข้างยาก มักจะเป็นการทำกันลับ ๆ และอยู่ในวงแคบ ๆ เฉพาะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเท่านั้น ทำให้ดำเนินคดียากจะทำดำเนินคดีได้ก็ต่อเมื่อเป็นข่าวขึ้นมาเท่านั้น โดยมีหลังจากกฎหมายอัมบุนุไทยมีผลใช้บังคับ ก็เป็นข่าวเกี่ยวกับการลักลอบขนถังไนโตรเจนบริเวณตะเข็บชายแดนลาวและกัมพูชา ในการย้ายฐานะการอัมบุนุไปยังประเทศเพื่อนบ้านที่ยังเปิดเสรีการอัมบุนุหรือมีสภาพการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ในการนี้ผู้เขียนเห็นว่าแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพด้านเทคโนโลยีเจริญพันธุ์ในประเทศไทย จะไม่เสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมายที่มีการกำหนดความผิดมาตรฐานและโทษที่ค่อนข้างรุนแรงสำหรับแพทย์ โดยก่อนที่กฎหมายอัมบุนุจะมีผลใช้บังคับ มีแต่เพียงประกาศแพทย์สภาที่ใช้ในการกำกับมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เท่านั้น ในการนี้แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง ก็อาจจะมึนมองที่เห็นแตกต่างกับกฎหมายอัมบุนุที่มีผลบังคับใช้ไม่มากนักน้อยมิใช่ แต่เฉพาะแพทย์หรือบุคคลทางการแพทย์เท่านั้น องค์กรและบุคคลในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่สนใจกฎหมายอัมบุนุต่างก็แสดงความเห็นที่มีต่อกฎหมายฉบับนี้เป็นอย่างมาก ซึ่งผู้เขียนเองก็มีมุมมองอันเป็นพรตชนะและยังเสนอต่อกฎหมายฉบับนี้ด้วยเช่นกัน

พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ส่งผลกระทบต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องค่อนข้างมากดังที่ได้กล่าวมาแล้ว มีลักษณะเป็นกฎหมายที่ได้ห้ามมิให้มีการทำการอัมบุนุอย่างเด็ดขาด แต่สามารถทำการอัมบุนุได้เพื่อมนุษยธรรม และห้ามมิให้ทำการอัมบุนุเพื่อการพาณิชย์ แต่โดยบทบัญญัติตามกฎหมายฉบับนี้ ผู้เขียนเห็นว่ามิใช่อำกัศคค่อนข้างมาก และมีลักษณะของบทบัญญัติที่ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของสังคมที่ยังคงมีการทำการอัมบุนุ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างยิ่งต่อขบวนการอัมบุนุข้ามชาติ จนทำให้มีคำกล่าวของผู้รู้บางท่านว่ากฎหมายฉบับนี้เป็น “กฎหมายสีเทา” ซึ่งผู้เขียนก็มิได้มีพรตชนะว่ากฎหมายห้ามอัมบุนุไทยเป็นกฎหมายสีเทาแต่ประการใด แต่สิ่งที่ผู้เขียนมีความเห็นต่อกฎหมายฉบับนี้คือ “การลดเงื่อนไขและขยายขอบเขตของการอัมบุนุให้มากยิ่งขึ้น” มิใช่ว่าผู้เขียนจะมีความเห็นว่าประเทศไทยสมควรเปิดเสรีการอัมบุนุแต่ประการใด เพราะอาจส่งผลต่อภาพลักษณ์ของประเทศในมุมมองของชาวโลกที่ยังเห็นว่า

ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่พลเมืองส่วนใหญ่มีฐานะยากจนจนถึงขนาดต้องมีนโยบายเปิดเสรีทางการอุ้มบุญเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

ในสภาพความเป็นจริงของการอุ้มบุญนั้น “มีค่าใช้จ่าย” ค่อนข้างเยอะ การไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแต่ละครั้งก็มีค่าใช้จ่ายไม่น้อย การบำรุงครรภ์เพื่อความสมบูรณ์ของทารกในครรภ์ที่แม่อุ้มบุญต้องทานอาหารดี ๆ และมีประโยชน์ต่อทารกในครรภ์ การต้องลาหรือหยุดงานในช่วงแพ้ท้อง ครรภ์แก่ ครรภ์เป็นพิษ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างหรือหลังตั้งครรภ์ ฯลฯ ต้องใช้เวลาและมีค่าใช้จ่ายด้วยเช่นกัน ตลอดจนการคลอดในโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายมากขึ้น ขึ้นอยู่กับครอบครัวหญิงตั้งครรภ์จะเลือกคลอด ซึ่งเป็นไปได้ที่จะเป็นการรับตั้งครรภ์แทนโดยไม่มีค่าใช้จ่ายหรือค่าตอบแทนแก่แม่อุ้มบุญ ที่แม้เป็นญาติสนิทและที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดก็ตาม ผู้เขียนก็ยังเห็นว่าสมควรมีการกำหนดค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทนในรูปแบบของสินน้ำใจที่มากพอสมควร เพียงพอต่อผู้หญิงคนหนึ่งที่ยินยอมใช้ร่างกายและมดลูกของตนในการรับตั้งครรภ์แทน และต้องดูแลตัวอ่อนและเด็กของผู้อื่นที่มีไข้เลือดเนื้อเชื้อไขของตน ทั้งนี้ไม่นับรวมถึงความรู้สึกภายในของแม่อุ้มบุญที่พุ่มพักดูแลเด็กในครรภ์ของตนมาเป็นเวลาประมาณ 10 เดือน การคลอดเด็กออกมาจากร่างกายของตน การตัดสายสะดือ เพื่อให้ทารกมีสภาพบุคคลแยกต่างหากจากแม่อุ้มบุญ อาจนำมาซึ่งความรังเกียจของแม่อุ้มบุญดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดให้แยกออกจากทารกทันที หรือให้น้ำนมจากอกจนกว่าจะหย่านมก็ตาม

นอกจากผู้เขียนเห็นว่าการอุ้มบุญในแง่บุคคลอื่นที่มีใช้ญาติสนิทมิใช่เรื่องเลวร้าย เพียงแต่จะมีการควบคุมให้การอุ้มบุญนั้น ๆ ไม่เข้าข่ายเป็นการค้ามนุษย์ การกำหนดเงื่อนไขวิธีการ การตรวจสอบสภาพร่างกายและจิตใจของหญิงผู้รับอุ้มบุญ โดยเฉพาะค่าตอบแทนในการรับอุ้มบุญที่มีความเหมาะสม มีมาตรฐาน และเป็นธรรม ซึ่งสมควรกำหนดเป็นอำนาจหน้าที่ของ “คณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์” ในการอนุมัติให้มีการอุ้มบุญ โดยมีใช้ญาติสนิทเป็นกรณี ๆ ไป ทั้งนี้หากป้องกันมิให้ประเทศไทยเสื่อมเสียชื่อเสียงจากการที่ชาวต่างชาติเดินทางมาทำการอุ้มบุญในประเทศไทย ก็อาจจำกัดให้มีการพิจารณาและอนุมัติให้เฉพาะกรณีของคนไทยเท่านั้น

ประเด็นต่อมาคือกรณีของผู้ประสงค์จะมีบุตรซึ่งเป็นชายหญิงอยู่กันฉันฉันท์สามีภรรยา แต่มีได้จดทะเบียนสมรส คนโสดไม่ว่าหญิงหรือชาย ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่อยู่ร่วมกันตลอดจน “คูชีวิต” (เป็นการใช้คำตามร่างพระราชบัญญัติคูชีวิต พ.ศ. ที่อยู่ในขั้นตอนการ

บังคับใช้เป็นกฎหมาย) ที่กำหนดให้คนเพศเดียวกันสามารถจดทะเบียนสมรสกันได้ในอนาคต อันใกล้ ดังกล่าวมาทั้งหมดเช่นนี้ผู้เขียนก็มีความเห็นว่ากฎหมายอุ้มบุญไทยสมควรมีบทบัญญัติที่รองรับให้บุคคลที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถ ขอดำเนินการให้มีการอุ้มบุญได้ ไม่ว่าแม่อุ้มบุญจะเป็นญาติสนิท หรือมิใช่ญาติสนิทแต่เป็นการจ้างหญิงอื่นมาอุ้มบุญภายใต้การขออนุมัติของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เหมือนกับกรณีของชายหญิงที่เป็นคู่สมรสเช่นกัน

สุดท้ายเพื่อให้เป็นไปตามชื่อของกฎหมายที่เป็นการ “คุ้มครองเด็ก...” สมควรที่จะมีนักจิตวิทยาหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้คำปรึกษา แนะนำ ดูแล สภาพจิตใจของเด็กที่เกิดจากการอุ้มบุญในหลาย ๆ กรณี เช่น การมีทั้งแม่ที่แท้จริง แม่อุ้มบุญอาศัยอยู่ด้วยกัน การที่เด็กมีแต่เฉพาะพ่อ หรือแม่ เพราะผู้ประสงค์จะมีเด็กเป็นคนโสดหรือแม้แต่ผู้ประสงค์จะมีเด็กเป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศที่อยู่ด้วยกัน

เอกสารอ้างอิง

พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2554

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาอาชญากรรม พ.ศ. 2558

ลาวัญญ์ ถนัดศิลปกุล, วิมาน กฤตพลวิมาน, จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร, ชูเกียรติ น้อยฉิม, ชนันภรณ์ บุญเกิดทรัพย์, อริศรา เหล็กคำ. (2561). การศึกษาวิเคราะห์และแนวทางในการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ในมิติกฎหมายของประเทศในพื้นที่ระบอบเศรษฐกิจตะวันออก-ตะวันตก, เหนือ-ใต้ (EWEC-NSEC). รายงานวิจัย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ลาวัญญ์ ถนัดศิลปกุล, วิมาน กฤตพลวิมาน, จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร, ชูเกียรติ น้อยฉิม, ชนันภรณ์ บุญเกิดทรัพย์, อริศรา เหล็กคำ. (2561). โครงการการศึกษาวิเคราะห์และแนวทางในการแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ในมิติกฎหมายของประเทศในพื้นที่ระบอบเศรษฐกิจตะวันออก – ตะวันตก, เหนือ – ใต้. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 4(3) กันยายน-ธันวาคม: 387-401

วิชา มหาคุณ. (2537). จริยธรรมและกฎหมายกับการกำเนิดมนุษย์โดยเทคโนโลยีแผนใหม่. วารสารกฎหมาย. ฉบับที่ 1, ธันวาคม

แสวง บุญเฉลิมวิลาส และเอนก ยมจินดา. (2546). กฎหมายการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์วิญญูชน.

- สุชาดา ทวีสิทธิ์. (2557). เวทีสาธารณะ กฎหมายอุ้มบุญ เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์กับความเป็นธรรมทางเพศ, 19 กันยายน 2557. สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2562 สืบค้นจาก <http://www.nhrc.or.th/News/Information-Nes/>
- อาภัสร์ เพชรผุด. (2558) พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 : มุมมองจากผู้ปฏิบัติ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 1(3): กันยายน – ธันวาคม
- Michelle Matin. (2019). Grandmother, 61, Gives Birth to Her Granddaughter As Surrogate For Her Son. Huffpost. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2562 สืบค้นจาก www.huffpost.com/entry/women'gives'birth'granddaughter-n-50le5890e460474c08ce8c16.
- Nebraska grandmother acts as Surrogate For gay son. (2019). BBC. NEWS. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2562, สืบค้นจาก www.bbc.com/news/world/-us-canada-47780124
- New TV. (2017). เด็กหลอดแก้วชาวจีนลืมหาคู่โลก หลังพ่อแม่ตายไปแล้ว 4 ปี. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2562. สืบค้นจาก www.newtv.co.th/news/14231

Government as Enemy: A Discourse Analysis Approach in Social Media and Newspaper Articles Regarding E-Cigarette Control

Sirach Loysmut*

Abstract

This article received support from Tobacco Control Research and Knowledge Management Center in 2018. E-cigarette, despite its illegality and subjected to total ban in Thailand, still is gaining popularity among Thai smokers. Since e-cigarette is illegal, several attempts were made to influence decision and policy makers to control over policies, one of the attempt is through online communications. Sets of discourse on e-cigarette safety have been constructed and communicated through e-cigarette vendors and supporters to promote consumption that can divert social belief on e-cigarette. One of the key discourse on e-cigarette safety is targeting the government as enemy as it (the government) control policies. Currently, there are 4 sets of communications on e-cigarette safety 1) government sectors are enemies against the promotion and use of e-cigarette 2) discrediting government sectors which prohibit e-cigarette as slow and unopened to updated information 3) use testimonial, referring credited people, celebrities, countries and organizations to support e-cigarette safety and using them as the opposite voices 4) referring to the government as anarchy, dictatorship and halting all development including e-cigarette promotion. The end result showed a widespread of online myth on e-cigarette safety.

Keywords: Discourse, social media, e-cigarette

* Lecturer, Department of Digital Integrated Marketing Communications,
College of Communication Arts, Rangsit University. Email: sirachloysmut@gmail.com

การสร้างวาทกรรม “รัฐคือศัตรู” ในสื่อเครือข่ายสังคม (social media) และหนังสือพิมพ์ เพื่อสร้างความเชื่อผิดในเรื่องการควบคุมบุหรี่ยาเสพติด

ศรียุทธ ลอยสมุทร*

บทคัดย่อ

บทความนี้ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ประจำปี 2562 ปัจจุบัน บุหรี่ยาเสพติด (บุหรี่ไฟฟ้า) เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ได้รับความนิยมสูงสุดในกลุ่มนักสูบ ถึงแม้จะเป็นสินค้าผิดกฎหมาย และมีการคัดค้านการควบคุมบุหรี่ยาเสพติด พบว่าในการคัดค้านนั้น มีการสร้างวาทกรรมที่กระจายความเชื่อผิดเกี่ยวกับบุหรี่ยาเสพติด ในด้านความปลอดภัยในสื่อเครือข่ายสังคม (social media) เป็นหลัก โดยสื่อสารจากทั้งผู้ค้าและกลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ยาเสพติด นอกจากสื่อเครือข่ายสังคมแล้ว ก็พบว่ามีกระบวนการสื่อสารผ่านข่าวแจก (press release) ในสื่อหนังสือพิมพ์ด้วยเช่นกัน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีส่วนทำให้ผู้รับสารคล้อยตาม และเห็นด้วยกับการคัดค้านการควบคุมบุหรี่ยาเสพติด กระบวนการสร้างวาทกรรมที่เด่นชัดที่สุดพบว่า มี 4 แบบหลัก ดังนี้ 1) การใช้วาทกรรมเชิงสร้างศัตรู สร้างให้หน่วยงานภาครัฐที่ควบคุมเรื่องบุหรี่ยาเสพติด เป็นศัตรูของผู้สูบบุหรี่ยาเสพติด 2) สร้างภาพให้หน่วยงานรัฐดูไร้หลัก ขาดความรู้ 3) สร้างวาทกรรมอิงการเมืองเรื่องเผด็จการคือศัตรูต่อความก้าวหน้า และ 4) อ้างอิงบุคคลที่น่าเชื่อถือจากต่างประเทศที่กล่าวว่บุหรี่ยาเสพติดปลอดภัยเพื่อให้เป็นเสียงตรงข้าม เป็นศัตรูกับหน่วยงานรัฐไทย ผลกระทบจากการเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวคือ เกิดการกระจายความเชื่อผิดเกี่ยวกับบุหรี่ยาเสพติดด้วยการแชร์ต่อกันในสื่อออนไลน์ โดยเป็นการกระจายข้อมูลที่ยังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ยาเสพติดในด้านความปลอดภัย

คำสำคัญ วาทกรรม, สื่อเครือข่ายสังคม, บุหรี่ยาเสพติด

*อาจารย์ประจำภาควิชาสื่อสารการตลาดดิจิทัล วิทยาลัยนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Email: sirachloysmut@gmail.com

บทนำ

บุหรี่ยีเลกทรอนิกส์ หรือ ที่รู้จักกันในชื่อว่า บุหรี่ไฟฟ้า (e-cigarette) เป็นสินค้าผิดกฎหมายในประเทศไทย แต่พบว่า มีการค้าขายบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์อย่างผิดกฎหมายตามสถานที่ต่างๆและในสื่อเครือข่ายสังคม โดยพบว่า ผู้ค้าบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์ส่วนใหญ่ใช้สื่อ Facebook เป็นช่องทางค้าขายและเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์

เนื่องจากบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์เป็นสินค้าใหม่และผิดกฎหมาย ผู้ค้าและกลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์จึงต้องสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์ในทางบวก เพื่อดึงดูดให้เชื่อถือและคล้อยตาม โดยมีกลวิธีการสื่อสารเพื่อดึงดูดผู้ซื้อหลายกลวิธี และหนึ่งในนั้น คือ การสร้างวาทกรรมเรื่อง "รัฐคือศัตรู" ของบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์ พบว่า กลุ่มผู้ค้าและผู้สนับสนุนบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์สื่อสารวาทกรรมประเด็นนี้ผ่านช่องทางสื่อเครือข่ายสังคม โดยเฉพาะในสื่อ Facebook และผ่านการแจกข่าวแจก (press release) ในสื่อหนังสือพิมพ์ การใช้วาทกรรมเชิงสร้างศัตรูนั้น พบว่า ผู้ส่งสารพยายามสร้างให้หน่วยงานภาครัฐที่ควบคุมเรื่องบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์ เป็นศัตรูของผู้สูบบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์ ไม่ห่วงสุขภาพประชาชน ในด้านการขัดขวาง ไม่ปรับกฎหมาย ไม่อนุญาตให้ค้าขายหรือผลิตหรือนำเข้า การสร้างวาทกรรมรัฐคือศัตรูนี้ยังเสริมด้วยการสร้างภาพให้หน่วยงานรัฐดูล้าหลัง ขาดความรู้ ไม่ทันสมัย เช่น ใช้นามเรียกขานว่า *กระทรวงไดโนเสาร์* สร้างวาทกรรมอิงการเมืองเรื่องเผด็จการคือศัตรูต่อความก้าวหน้า เช่น *ไทยแลนด์ 4.0 แต่บุหรี่ไฟฟ้า 0.4* อีก วิธีหนึ่งในการสร้างศัตรู คือ การอ้างอิงบุคคลที่น่าเชื่อถือจากต่างประเทศ เช่น แพทย์ต่างประเทศ หน่วยงานต่างประเทศ ที่กล่าวว่าบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์ปลอดภัยเพื่อให้เป็นคู่ตรงข้ามกับหน่วยงานรัฐไทย ตอกย้ำภาพความเป็นศัตรูต่อประชาชน ผลกระทบจากการเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวคือ เกิดการกระจายความเชื่อผิดเกี่ยวกับบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์ด้วยการแชร์ต่อกันในสื่อออนไลน์ โดยเป็นการกระจายข้อมูลที่ยังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ยีเลกทรอนิกส์ในด้านความปลอดภัย ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ของประเทศไทย

วาทกรรมและการสร้างวาทกรรม: ความสำคัญของการสื่อสารต่อกระบวนการสร้างวาทกรรม

วาทกรรม (discourse) หมายถึง การสร้างรูปแบบของความคิด หรือกรอบความคิดเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แสดงออกผ่านทาง การพูด การเขียน การให้ความหมายและการสื่อสารต่างๆ ของบุคคล โดยการสร้างวาทกรรมนั้นจะเป็นการสร้างระบบความคิด และเหตุผลในการอธิบายหรือมอง "ความจริง" แต่ละเรื่อง ดังนั้นในเรื่องเดียวกันหรือ "ความจริง" ชุดเดียวกัน อาจมีวาทกรรมหลายชุดที่เกี่ยวข้องและวาทกรรมแต่ละชุดก็มีความขัดแย้ง หรือปฏิเสธ "ความจริง" ของวาทกรรมอีกชุดหนึ่งได้

ในนิยาม วาทกรรม ของ Foucault นั้น วาทกรรม หมายถึง การแสดงออกทางสังคม (social manifestation) ที่มีพลังอำนาจ เพราะเป็นกระบวนการที่สร้างและก่อร่างให้กับความเชื่อ การกระทำ การปฏิบัติ ค่านิยม ฯลฯ โดยวาทกรรมถูกสร้างโดยกลุ่ม หรือบุคคลในสังคมที่มีพลังอำนาจเช่นกันที่จะสามารถ "สร้าง" วาทกรรมขึ้นมาได้ และขั้นตอนหนึ่งของการสร้างวาทกรรม คือ การสื่อสารสังคม ที่จะทำหน้าที่ช่วยสร้าง ช่วยตอกย้ำ ถ่ายทอดแพร่กระจายและช่วยคงอยู่สืบทอดซึ่งวาทกรรมนั้นๆต่อไป

วาทกรรม ในด้านการสื่อสารสังคมนั้น พบว่าถูกใช้ ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อสร้างและรองรับความเชื่อ สื่อสารและสร้างค่านิยมบางอย่าง เผยแพร่ข้อมูลบางอย่าง สร้างวัฒนธรรมหรือเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง ตัวอย่างเช่น การสร้างความเป็นไทยแท้ ในช่วงรัฐนิยมของจอมพล ป.พิบูลสงคราม วาทกรรมหลายชุดที่สร้างความเป็นไทยจึงถูกสร้างและเผยแพร่ผ่านการสื่อสารรูปแบบต่างๆ เช่น ความเป็นไทยในการปรับเปลี่ยนภาษาไทย ความเป็นไทยในการแต่งเนื้อร้องเพลงชาติ ความเป็นไทยในการเปลี่ยนชื่อประเทศ ความเป็นไทยในการแต่งกาย แม้กระทั่งความเป็นไทยในกิจวัตรประจำวัน ก็ล้วนถูกสร้างและเผยแพร่ผ่านการสื่อสารสังคมหลากหลายรูปแบบ เช่น เพลง ภาษา เครื่องแต่งกาย ค่านิยมใหม่ วัตถุประสงค์ก็เพื่อปลูกฝังรัฐนิยมนั่นเอง

Foucault กล่าวว่าวาทกรรมมีสองความหมาย ความหมายแรกนั้น วาทกรรมหมายถึง ระบบ และกระบวนการในการสร้าง กำหนด หรือผลิตความหมาย เอกลักษณ์ อัตลักษณ์ นิยาม กฎเกณฑ์ จารีต ความคิด ความเชื่อ เงื่อนไข ฯลฯ ให้กับสิ่งต่างๆ ในสังคม เช่น การสร้างค่านิยมในแต่ละสังคม ความหมายที่สองนั้น หมายถึง วาทกรรมคือระบบการสื่อสารที่รวมการพูด การเขียน การปฏิบัติ และการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ ที่ให้ความหมายที่หนึ่งเป็น

ที่ยอมรับหรือเป็นไปได้หรือดำรงอยู่ในสังคมนั้นๆ (Discursive practice) Foucault ได้กล่าว กระบวนการสร้างความเชื่อ/ความจริง (regime of truth) ซึ่งถูกสร้างโดยการรวมอำนาจ ความรู้บางประการ หรือข้อมูลบางประการเข้าไว้ด้วยกัน และสื่อสารเชิงอำนาจจากผู้สื่อสาร ดังนั้น ในกระบวนการสร้างวาทกรรม ขั้นตอนที่สำคัญ คือ การสื่อสารวาทกรรมนั้นๆในเชิงอำนาจ จากผู้สื่อสารที่มีอำนาจในการสื่อสารหรือมีความชอบธรรมบางประการที่จะสื่อสาร และจะส่งผลต่อการยอมรับของผู้รับสารโดยปริยาย

ตัวอย่างเช่น การสร้างวาทกรรมรัฐนิยมในยุคจอมพล ป.พิบูลสงคราม ก็เป็นวาทกรรมที่ถูกสร้างโดยผู้มีอำนาจ กำหนดภาษา เครื่องแต่งกาย ค่านิยม ฯลฯ และเมื่อวาทกรรมถูกสื่อสาร เผยแพร่ ถ่ายทอด ตอกย้ำซ้ำๆเป็นเวลานาน การยอมรับวาทกรรมนั้นจนกลายเป็น ค่านิยมสังคม บรรทัดฐานหรือวัฒนธรรมใหม่ ก็เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้จากการสร้างวาทกรรม

แนวทางการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษา Fanpage ของผู้ค้าบุหรี่ยี่ห้อเลกทรอนิกส์และกลุ่มผู้สนับสนุน บุหรี่ยี่ห้อเลกทรอนิกส์จำนวน 30 Fanpage โดยเลือก Fanpage ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลด้านความปลอดภัยของบุหรี่ยี่ห้อเลกทรอนิกส์และคัดค้านกฎหมายผ่านการโพสต์สเตตัส ลงรูป ลงคลิปวิดีโอ แชร์ข่าว ทำรายการไลฟ์ (Live) และได้เลือก Fanpage ที่มีผู้ติดตามสูงสุดและเก็บข้อมูลในรูปแบบของข่าวแจก (press release) จากสื่อหนังสือพิมพ์ออนไลน์ 6 ฉบับ(หนังสือพิมพ์ Manager online โพสต์ทูเดย์ เดลินิวส์ ไทยรัฐ คมชัดลึก ข่าวสด) ที่ลงข่าวแจกของกลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ยี่ห้อเลกทรอนิกส์ในช่วงเดือนกันยายน 2560 ถึงมกราคม 2561 เนื้อหาที่พบมากที่สุด คือ 1) การคัดค้านกฎหมาย 2)การนำเสนอข้อมูลความปลอดภัย และ 3)การเรียกร้องให้เปิดเสรีบุหรี่ยี่ห้อเลกทรอนิกส์โดยอิงกับเนื้อหา1และ2

ผลการวิจัย: กระบวนการสร้างวาทกรรม “รัฐคือศัตรู” ในสื่อ Facebook ของผู้ค้าและกลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ยี่ห้อเลกทรอนิกส์ และในข่าวแจกในสื่อหนังสือพิมพ์

เนื้อหาหลักใน Fanpage ที่ค้าขายบุหรี่ยี่ห้อเลกทรอนิกส์แบ่งเป็น 2 เนื้อหา คือ 1) โฆษณาสรรพคุณสินค้าบุหรี่ยี่ห้อเลกทรอนิกส์โดยใช้วาทกรรมเรื่องความปลอดภัย เพื่อให้ผู้รับสาร

รู้สึกเชื่อมั่น และ 2) คัดค้านกฎหมาย โดยในเนื้อหาส่วนนี้ พบว่า Fanpage ของกลุ่มผู้สนับสนุน บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ให้น้ำหนักกับเนื้อหาส่วนที่ 2 มากที่สุด

เนื้อหาหลักในข่าวแจกในสื่อหนังสือพิมพ์ 6 ฉบับ มีเนื้อหา 2 ประเภท คือ 1) กล่าวถึงบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในแง่ความปลอดภัย และ 2) คัดค้านกฎหมาย

จากการพินิจสาร โดยใช้หลักการพินิจสารในการตรึงใจผู้รับสาร (capturing and holding attention) ของ Gronbeck, McKerrow, Ehninger, & Monroe (1997) พบว่า ในการสร้างวาทกรรมความปลอดภัยเรื่องบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ผู้ส่งสารสร้างวาทกรรมผ่าน กระบวนการต่อไปนี้

1. การเลือกใช้คำที่สื่อถึงความเป็นธรรมชาติ เพื่อแสดงคุณสมบัติที่ตรงกันข้ามกับ บุหรี่มวน ดังนี้

1) ใช้คำแสดงกลิ่นรสและความเป็นธรรมชาติ เช่น หวาน เย็น หอมซ่า กลิ่น ผลไม้ บุหรี่ไฟฟ้าคือไอน้ำ มีความสดชื่น การใช้คำแสดง กลิ่นรส และความเป็นธรรมชาติ เป็นการสื่อทางอ้อมถึงความปลอดภัยของบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ที่แตกต่างจากบุหรี่มวน

2) ใช้คำที่แสดงการปฏิเสธ เพื่อแสดงตรงกันข้ามกับบุหรี่มวน เช่น ไร้ สารพิษ ไม่อันตราย นิโคติน 0% ไม่มีทางก่อมะเร็ง ไม่ทำลายปอด

3) ใช้คำที่สื่อถึงสุขภาพและให้ผู้รับสารเข้าใจโดยนัยว่าบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์คือ ทางเลือกใหม่ที่ดีกว่า เช่น บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อสุขภาพ ทางเลือกที่ดีที่สุด

4) ใช้คำที่สื่อถึงสุขภาพที่เสี่ยงอันตรายน้อยลงของนักสูบ เช่น ปอด ปลอดภัยถึงแม้จะสูบ

2. อ้างอิงจากบุคคลผู้ใช้จริง (testimonial) โดยนำเสนอสารประเภทเรื่องเล่าจาก ประสบการณ์จริง เช่น ผมใช้มาแล้ว 3 ปี ไม่เสพติดเลยคุณควรจะใช้นะ ผมจะเล่าให้ฟัง..... เรื่องเล่าประเภทนี้จะตามมาด้วยการบรรยายสรรพคุณ สุขภาพ และมีข้อสรุปว่า บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ดีต่อสุขภาพ โดยผู้ใช้จริงเหล่านี้ เป็นบุคคลนิรนามแต่มาเล่าเรื่องเพื่อถ่ายทอด ประสบการณ์ตรง

3. อ้างอิงบุคคลที่มีชื่อเสียง เช่น นักร้อง นักเขียน นักแสดง เรื่องประสบการณ์การใช้ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ โดยนำเสนอในรูปของบทสัมภาษณ์ ซึ่งมีข้อสรุปว่า บุคคลผู้มีชื่อเสียงเหล่านี้ เลือกใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

ในส่วนการสร้างวาทกรรมรัฐคือศัตรู ผู้ส่งสารสร้างวาทกรรมผ่านกระบวนการต่อไปนี้

1) ใช้การเปรียบเทียบและเยาะเย้ยหน่วยงานภาครัฐไทยที่ไม่อนุญาตให้จำหน่าย บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ โดยเปรียบเทียบกับบางประเทศที่อนุญาตให้จำหน่ายโดยเสรี เพื่อสื่อสารทางอ้อมว่า บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ปลอดภัย เพราะต่างประเทศยอมรับแล้ว แต่หน่วยงานภาครัฐไทยกลับไม่เข้าใจและปิดกั้น เช่น หน่วยงานกระทรวงมหาดไทยถึงไหนกันแล้ว เมืองไทยยังห้าม

2) ยกประเด็นการเมืองเรื่องเผด็จการ สื่อสารให้ภาพลักษณ์หน่วยงานภาครัฐไทยมีภาพลบ ปิดกั้นไม่ยอมรับบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์เพราะเป็นเผด็จการ การเป็นเผด็จการคือปิดกั้นประชาชน เช่น ปิดหูปิดตาประชาชนเก่ง ของดีๆขายไม่ได้เพราะเผด็จการมันล้ง

3) การใช้คำที่แสดงความถดถอย เช่น คำว่า *กะลาแลนด์* และ *ถอยหลังลงคลอง* ดังเช่น ต่างประเทศเขาเปิดเสรีบุหรี่ไฟฟ้า เมืองไทยยังกะลาแลนด์ หรือ ประเทศกะลาแลนด์ เพื่อเปรียบเทียบว่า การที่ประเทศไทยไม่อนุญาตให้ใช้บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์นั้นก็เปรียบเหมือนประเทศอยู่ในโลกแคบๆเหมือนกะลาครอบ ไม่มีวิสัยทัศน์เหมือนต่างประเทศที่เปิดกว้างเรื่อง บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ นอกจากนี้คำว่า *กะลาแลนด์/ถอยหลังลงคลอง* ยังเป็นวลีสื่อถึงการเมืองในเรื่องความเป็นเผด็จการด้วยเช่นกัน

4) คำเสียดสีที่แสดงความขัดแย้ง คือ คำว่า *ไทยแลนด์ 4.0* เช่น *ไม่ให้ใช้บุหรี่ยิไฟฟ้า ไทยแลนด์ 4.0* ของจริง หรือ *ไทยแลนด์ 4.0 แต่บุหรี่ยิไฟฟ้า 0.4* เนื่องจากวลี *ไทยแลนด์ 4.0* หมายถึง การพัฒนา แต่ผู้ค้าบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ นำวลีนี้มาใช้เพื่อเสียดสีรัฐบาลในการควบคุม บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ว่าเป็นการไม่พัฒนา

5) คำที่แสดงถึงความไม่ก้าวหน้า คือ คำว่า *ไดโนเสาร์* เพราะสื่อถึงความล้าหลังได้มากที่สุด เช่น *หน่วยงานไดโนเสาร์ควบคุมบุหรี่ยิไฟฟ้า หมอไดโนเสาร์* รวมทั้งใช้คำที่สื่อเรื่องอายุ เพื่อแสดงความล้าหลังที่มาจากวัย เช่น *ไอ้หมอแก่ๆมันล้งห้ามบุหรี่ยิไฟฟ้า*

6) คำที่สื่อถึงความร้ายแรง เช่น หายนะ วาบ เดือดร้อน เจ็บยกประเทศ ตายยกประเทศ เพื่อสื่อสารว่าการปิดกั้นบู่หรือเลกทรอนิกส์จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของประเทศไทยและธุรกิจอื่นๆ เพื่อให้ผู้รับสารเห็นภาพใหญ่ รู้สึกห่วงใยตาม

7) อ้างอิงบุคคล/สถาบัน/องค์กรที่สังคมให้การยอมรับนับถือ เช่น แพทย์ต่างประเทศยอมรับบู่หรือไฟฟ้า กระทรวงสาธารณสุขต่างประเทศยอมรับบู่หรือไฟฟ้าแล้ว ศาสตราจารย์ x มหาวิทยาลัย x ชีบู่หรือไฟฟ้ามีประโยชน์จริง ผู้ค้าและผู้สนับสนุนบู่หรือเลกทรอนิกส์ มักจะอ้างอิงบุคคล อาชีพ สถาบัน องค์กร หรือชื่อประเทศ ที่สังคมยอมรับนับถือ เพื่อสนับสนุนการใช้บู่หรือเลกทรอนิกส์

8) ใช้การทำทนาย เช่น ทำให้หน่วยงานรัฐตีเบตกันตัวต่อตัว ทำให้แพทย์มาพบ เช่น กล้าม้มมาตีเบตกันเลย หมอมันไม่กล้าจริงได้แต่หลอกคน เพื่อแสดงออกว่าข้อมูลที่ฝั่งตนเองมีนั้นถูกต้องแน่นอนและกล้าที่จะพิสูจน์

9) ใช้คำคำเปรียบเปรยที่แสดงความกลัวหลัง ความไม่ฉลาด เช่น หมอควายๆ หน่วยงานควายไปกินหญ้าหะ

10) สร้างความเป็นศัตรูให้กับหน่วยงานภาครัฐ/แพทย์ที่ควบคุมบู่หรือเลกทรอนิกส์ โดยใช้คำ/ข้อความที่สื่อว่า กลุ่มผู้สนับสนุนบู่หรือเลกทรอนิกส์ คือผู้รู้มากกว่า เป็นผู้รู้ที่แท้จริง แต่รัฐไม่รับฟัง เช่น (กลุ่มผู้สนับสนุนฯ) พร้อมชี้แนะกรมxxx ยันบู่หรือไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบู่หรือรวม95% (กลุ่มผู้สนับสนุนฯ) การันตีปลอดภัยกว่าบู่หรือรวม พร้อมให้ข้อมูลกับรัฐสภาไทย (กลุ่มผู้สนับสนุนฯ) แย้งกระทรวง xxx ข้อมูลยันยันบู่หรือไฟฟ้าไม่อันตราย การเริ่มสื่อสารด้วยการอ้างว่าตนเองเป็นผู้รู้ กล้าที่จะแย้งเพราะเชื่อมั่น แต่หน่วยงานรัฐเพิกเฉย อาจทำให้ผู้ไม่ทราบข้อมูล คล้อยตามได้จากกระบวนการสื่อสารรูปแบบนี้ว่า มีข้อเท็จจริง มีผู้รู้ แต่หน่วยงานรัฐไม่รับฟัง

11) ใช้คำ/ข้อความที่แสดงการกระทำเชิงรุก เช่น (กลุ่มผู้สนับสนุนฯ) ทำดีเบตกับแพทย์ ชัดเจนบู่หรือไฟฟ้าปลอดภัย (กลุ่มผู้สนับสนุนฯ) รุกหน่วยงาน xxx ไล่ล่าแบบบู่หรือไฟฟ้า

12) ใช้คำ/ข้อความที่แสดงการกล่าวหาโดยตรงว่าหน่วยงานรัฐโกหก เช่น (กลุ่มผู้สนับสนุนฯ) ตอกหน้ากรม xxxx อย่าบิดเบือนงานวิจัย (กลุ่มผู้สนับสนุนฯ) ไล่จีกระทรวงxxx การกล่าวหาหน่วยงานรัฐโดยตรงเช่นนี้ ทำให้ผู้รับสารที่ไม่ทราบข้อมูล อาจเชื่อว่า กลุ่มผู้สนับสนุนฯ เป็นผู้ที่ถูกต้อง จึงกล้าที่จะกล่าวหาทำทนายภาครัฐ

14) อ้างฐานมวลชน พบว่า รูปแบบการสื่อสารแบบนี้คือการอ้างถึงมวลชนในเชิงปริมาณ เช่น 2หมื่นรายซื้อยันยันพร้อมทวงสิทธิใช้บุหรี่ไฟฟ้า 1.6 หมื่นคนเรียกร้องให้กรม xxx ทบทวนแบนบุหรี่ไฟฟ้า การอ้างถึงฐานมวลชนในเชิงปริมาณเช่นนี้ คือ การทำให้ผู้ที่ยังไม่ทราบเรื่องหรือไม่มั่นใจในเรื่องนี้ เกิดความมั่นใจว่าคนอื่นอีกมากมายเห็นด้วย

15) สร้างความเป็นศัตรูต่อสุขภาพของประชาชน โดยกล่าวว่า รัฐ (เผด็จการ) ไม่ใส่ใจประชาชนอย่างแท้จริง จึงไม่เปิดเสรีบุหรี่ยิเลกทรอนิกส์ มีเจตนาทำลายสุขภาพ มอมเมาประชาชน และต้องการสนับสนุนแต่บุหรี่ยิเลกทรอนิกส์ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รัฐดูแลได้ เช่น ไม่เห็นหัวประชาชน เผด็จการครองเมืองประชาชนก็ไม่มีสิทธิเรื่องสุขภาพ ไร้ทางเลือกในยุคเผด็จการ

อภิปรายผล

กระบวนการใช้วาทกรรมเชิงอำนาจผ่านคำเสียดสี คำกล่าวหา คำเยาะเย้ย คำถากถาง การเรียกขานนามในเชิงลบ หรือการใช้วาจาข่ม เพื่อสร้างให้หน่วยงานภาครัฐเป็นศัตรูต่อสุขภาพ เป็นศัตรูต่อประชาชน และการใช้วิธีอ้างอิงต่างประเทศในการเปิดเสรีบุหรี่ยิเลกทรอนิกส์ พบว่า เป็นวิธีการสื่อสารที่ใช้ได้ผลดีในกลุ่มผู้ไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง การอ้างอิงบุคคลที่มีสถานะทางสังคมเพื่อสร้างการยอมรับหรือสร้างให้เชื่อ ก็เป็นหนึ่งในกระบวนการสื่อสารเชิงอำนาจ การเลือกใช้คำที่แสดงอารมณ์ แสดงความเหนือกว่า คำที่มีเชิงต่อกร ทำทนายผู้ที่ถูกกล่าวถึง คำเสียดสีเยาะเย้ยในด้านความล้าหลัง การใช้คำเชิงรุก ก็เป็นหนึ่งในกระบวนการสื่อสารเชิงอำนาจเช่นกัน มีผลต่อการรับสารและการจงใจด้านอารมณ์คล้อยตามของผู้รับสาร

ข้อสรุป

การสื่อสารเพื่อสนับสนุนบุหรี่ยิเลกทรอนิกส์โดยการสร้างวาทกรรมความปลอดภัย และสร้างให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมดูแลบุหรี่ยิเลกทรอนิกส์กลายเป็นศัตรูนี้มีผลโดยตรงต่อการรับรู้และความเชื่อของนักสูบหน้าใหม่ ลดทอนความเชื่อมั่นที่มีต่อหน่วยงานภาครัฐ เยาวชน และผู้ที่ไม่ทราบข้อมูลที่แท้จริงของบุหรี่ยิเลกทรอนิกส์ สร้างความเชื่อผิดได้ง่าย และอาจส่งผลกระทบต่อความสนใจอยากทดลองสูบบุหรี่ต่อไป ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

โครงการศึกษาผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเทศไทยและข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการจากภาครัฐ, รายงานการวิจัย, กรุงเทพมหานคร: โรงงานยาสูบ, 2557.

- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2560). วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจความรู้ ความจริง เอกลักษณะ และความเป็นอื่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์วิภาษา.
- วรกิจ คาโดซาว่า. ควันจากน้ำ: ทศนคติและการบริโภคเชิงสัญลักษณ์ของผู้บริโภคต่อบุหรี่ไฟฟ้า, การค้นคว้าอิสระ, คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2559.
- AJM Sykes. 1970. "Myth in communication". *Journal of Communication Studies* 20 (1), pp. 17-31.
- Cole-Lewis, Pugatch, Sanders, Varghese, Posada, Yun, Schwarz, Augustson. 2015. "Social Listening: A Content Analysis of E-Cigarette Discussions on Twitter". *Journal of Medical Internet Research* 17(10).
- Foucault. (1982). *The Archaeology of Knowledge & The Discourse on Language*. USA; Vintage.
- Harris JK, Moreland-Russell S, Choucair B, Mansour R, Staub M, Simmons K. 2014. "Tweeting for and against public health policy: response to the Chicago Department of Public Health's electronic cigarette Twitter campaign". *Journal of Medical Internet Research*. 16(10): e238.
- Huang J, Kornfield R, Szczypka G, Emery SL. "A cross-sectional examination of marketing of electronic cigarettes on Twitter". 2014. *Tobacco Control*. Jul 23 Suppl 3:iii26–30.
- Klein EG, Berman M, Hemmerich N, Carlson C, Htut S, Slater M. 2016. "Online e-cigarette marketing claims: A systematic content and legal analysis". *Tobacco Regulatory Science*. 2(3): 252–262.
- Levy DT, Cummings KM, Villanti AC, Niaura R, Abrams DB, Fong GT, Borland R. 2017. "A framework for evaluating the public health impact of e-cigarettes and other vaporized nicotine products" *Addiction* 112(1):8-17.
- McKerrow, Gronbeck, Ehninger, & Monroe. (2007). *Principles and Types of Public Speaking*. Boston: Allyn & Bacon.

Kratom: Herbal medicine according to southern local knowledge under legal restrictions and misuse in young adult

Jiraporn Boonmak*

Abstract

Kratom (*Mitragynia speciosa korth*) has been recognized and increasingly used as a remedy for opioid. It is used in individual patients to treat chronic pain such as muscle relaxation, diarrhea, and cough and act as Thai Traditional medicine. In contrast, nowadays Thai FDA (Food and Drug Administration) does not allow this herbal mitragynine ingredient in any medication formula, due to Narcotic Act, B.E. 2522 (1976) thinking that Thai wisdom being lost. This law does not allow anyone to possess or grow this plant, which will lead to imprisonment and arrest. This is also the cause of disappearing of folk healers and Thai traditional medicine. Kratom plant is destroyed due to the negative attitude of government officials and lack of understanding in health science, and cultural context of local people, who use this herbal plant for a long time. Some individuals applied Kratom by mixing it into water for the purpose of narcotic and call it "Kratom cocktail". There are many recipes such as Si Kun Roie, Ha Kun Roie, but the result of the research showed that very few mitragynine presence in kratom cocktail (about 90 Milligrams per liter). At the same time, this study found that the quantity of Codeine and CPM were very high in Kratom cocktail. Therefore, the study recommends that Kratom cannot be considered as the cause for crime, or social problems. This study concluded that the use of Kratom in Thai society must be opened through evidence based research and social fabric that is linked with Kratom for a long time with Thai culture must be preserved.

Keyword: Herbal medicine and use according to local knowledge/Legal restrictions/
Misuse of Kratom.

* Public Health Technical Officer, Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine e-mail:pam_patlung@hotmail.com

พืชกระท่อม : ยาสมุนไพรและการใช้ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นภาคใต้ ภายใต้ข้อจำกัดทางกฎหมายและการนำไปใช้ในทางที่ผิดของเยาวชน

จิราภรณ์ บุญมาก*

บทคัดย่อ

จากรายงานการศึกษาวิจัยระดับปริญญาโททางเภสัชวิทยาของใบกระท่อม เช่น การระงับปวด คลายกล้ามเนื้อ แก้อาการไอ สอดคล้องกับสรรพคุณในตำรับยาขนานต่าง ๆ ในตำรายาแผนโบราณของไทย เช่น ตำรับยาประสะกระท่อม ยาแก้บิดลงเป็นเลือด ยาแก้บิดหัวลูก ยาประสะภาพแดง เป็นต้น แต่ปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่อนุญาตให้ใช้นำรับยาที่มีพืชกระท่อมเป็นส่วนประกอบในตำรับยาต่าง ๆ ทำให้องค์ความรู้ของแพทย์แผนไทยกำลังจะสูญหายไป และการปราบปรามจับกุมผู้ที่ปลูกและมีกระท่อมไว้ครอบครอง ทำให้กลุ่มหมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยจำเป็นต้องตัดทำลายทิ้ง ทำให้ประชาชนเสียโอกาสในการบำบัดอาการโรคบางอย่าง และเจ้าหน้าที่รัฐจำนวนมากที่มีทัศนคติเชิงลบกับพืชกระท่อม เพราะขาดความรู้ความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์และบริบทวัฒนธรรมของคนในท้องถิ่นที่ใช้พืชกระท่อมมาเป็นระยะเวลานาน อาจเป็นเพราะระยะหลังกลุ่มเยาวชนบางกลุ่มใช้น้ำใบกระท่อมมาผสมกับยาเสพติดอื่นจนกลายเป็นเครื่องดื่มที่ได้รับความนิยม เรียกว่า Kratom cocktail มีหลายสูตร เช่น 4x100, 5x100 หรือ 6x100 แต่ผลของการศึกษาวิจัยของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์พบว่า ในน้ำต้มใบกระท่อมมีสารไมทราไจนีนในปริมาณที่น้อยมาก (90 มิลลิกรัมต่อลิตร) แต่พบโคเคอินและยาแก้ปวด คลอเฟนิรามีน ในปริมาณที่สูง จึงไม่ควรเร่งสรุปว่าพืชกระท่อมเป็นต้นเหตุของอาชญากรรมหรือการก่อปัญหาทางสังคม ปัญหาความมั่นคงโดยไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และปัจจัยทางสังคมและปัจจัยแวดล้อมอื่นยืนยันชัดเจน

คำสำคัญ : ยาสมุนไพรและการใช้ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น, ข้อจำกัดทางกฎหมาย, การใช้กระท่อมในทางที่ผิด

*นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
e-mail:pam_patlung@hotmail.com

บทนำ

วิถีชีวิตของคนดินแดนด้ามขวานหรือบริเวณพื้นที่ภาคใต้ตั้งแต่จังหวัดชุมพรลงไปถึงชายแดนไทยมาเลเซีย เชื่อว่าทุกจังหวัดต้องคุ้นเคยกับพืชชนิดหนึ่งที่มักใช้ในกรณีผู้ใช้แรงงานและใช้เป็นยาสมุนไพรเบื้องต้นสำหรับดูแลอาการต่าง ๆ ของคนในชุมชน ถึงแม้จะเป็นพืชที่ผิดกฎหมายก็ตาม ซึ่ง “ใบท่อม” หรือ “ใบกระท่อม” ที่คนทั่วไปรู้จักในฐานะพืชเสพติด เพราะได้ถูกบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 7 (5) ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม นั้น

พืชกระท่อมมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Mitragyna speciosa* (Korth.) Havil. อยู่ในวงศ์ Rubiaceae กระท่อมเป็นไม้ยืนต้นขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ สูงได้ถึง 30 เมตร ลำต้นค่อนข้างตรง เปลือกเปลือกต้นสีเทา ใบเป็นใบเดี่ยว เรียงเป็นคู่ออกตรงข้าม ลักษณะใบเป็นรูปไข่ ปลายใบแหลม โคนใบป้าน ขอบใบเรียบ ผิวใบมีลักษณะเรียบ ลื่น ด้านท้องใบมีเส้นใบเป็นสันชัดเจน มีเส้นแขนงใบข้างละ 10-15 เส้น ขนาดใบในแต่ละพื้นที่มีขนาดแตกต่างกัน ใบที่สมบูรณ์มีขนาด 10-16 เซนติเมตร ก้านใบยาว 3-5 เซนติเมตร ยอดอ่อนมีหูใบรูปหอก 1 คู่ อยู่ตรงกลางระหว่างใบอ่อนทั้งสองข้าง เส้นบริเวณท้องใบเป็นนูนชัดเจน เส้นใบสีแดง เรียก “ชนิดก้านแดง” ก้านใบสีเขียวและเส้นใบสีเขียวเรียกว่า ก้านเขียวหรือ “แดงกวา” บางชนิดอาจมีปลายใบหยัก เรียกว่า หางกิ้ง หรือ “ยักษ์ใหญ่” ช่อดอกเป็นช่อกระจุกแน่นทรงกลม ออกตรงปลายกิ่ง ประมาณ 1-3 ช่อ ก้านช่อดอกยาว 1-12 เซนติเมตร แต่ละช่อประกอบด้วยดอกย่อย 70-80 ดอก ดอกแรกบานสีขาวนวลนานไปเปลี่ยนเป็นสีเหลือง มีกลิ่นหอมอ่อน ผล เป็นแบบผลกลุ่มอัดแน่นเป็นรูปทรงกลม เส้นผ่านศูนย์กลาง 2-3 เซนติเมตร ภายในผลย่อยมีเมล็ด 140-160 เมล็ด และมีปีกบาง ๆ สามารถปลิวได้ไกล (จุไรทิพย์ หวังสินทวีกุล และ นิวัตติ์แก้วประดับ, 2561)

กระท่อมมีองค์ประกอบเคมีเป็นสารกลุ่มแอลคาลอยด์ เช่น ไมทราจินีน (mitragynine), 7-ไฮดรอกซีไมทราจินีน (7-hydroxymitragynine), ไมทราจินาลีน (mitragynaline), ไมทราฟิไลน (mitraphylline), ไมทราแล็กโทนาล (mitralactonal), เพย์แนนเทอีน (paynantheine), สเปซิโอไจนีน (speciogynine), สเปซิโอฟิไลน (speciophylline), อัจมาลิซิน (ajmalicine) นอกจากนี้ยังพบสารกลุ่มเฟลโวนอยด์ เทอร์พีนอยด์ สเตอรอล เป็นต้น (จุไรทิพย์ หวังสินทวีกุล และ นิวัตติ์แก้วประดับ, 2561)

ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยพรีคลินิกพบว่า สารไมทราจินีนและสาร 7-ไฮดรอกซีไมทราจินีน มีฤทธิ์ระงับปวด (antinociceptive effect) จากการกระตุ้นที่ตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptor agonist) โดยพบว่า 7-ไฮดรอกซีไมทราจินีนมีความแรงมากกว่าไมทราจินีน 46 เท่า

และมากกว่ามอร์ฟิน 13 เท่า สารไมทราจินีนมีฤทธิ์ยับยั้งการเกิดกระบวนการอักเสบ จากการยับยั้งการแสดงออกของโปรตีนไซโคลออกซีจีเนส-1 (cyclooxygenase-1) ไซโคลออกซีจีเนส-2 (cyclooxygenase-2) และ พรอสตาแกลนดิน อี2 (prostaglandin E2) นอกจากนี้ ไมทราจินีนและสารสกัดกระท่อมด้วยน้ำและเมทานอลมีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด สารสกัดกระท่อมด้วยเมทานอลมีฤทธิ์คลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น (ดวงแก้ว ปัญญาภู, สุเมธี นามเกิด, นิตาภา อินชัย และกุลศิริ ยศเสถียร, 2559)

ประโยชน์ของพืชกระท่อมในการดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสนทนากลุ่มของ ธนัช นาคะพันธ์และคณะ พบว่าหมอพื้นบ้านภาคใต้ยืนยันการใช้ประโยชน์จากกระท่อม โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นหมอพื้นบ้านที่มีประสบการณ์ในการใช้กระท่อมเพื่อรักษาโรค อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย 8 จังหวัด จำนวน 39 คน อายุระหว่าง 61-70 ปี ในพื้นที่จังหวัดสตูล พัทลุง สงขลา ชุมพร นครศรีธรรมราช ตรัง สุราษฎร์ธานี และกระบี่ พบลักษณะและวิธีการใช้ประโยชน์จากกระท่อม ดังนี้

(1) เป็นยาเดี่ยว 65 รายการ (ร้อยละ 60.19) ใช้เป็นตำรับ 43 รายการ (ร้อยละ 39.81)

(2) ส่วนที่ใช้ พบว่าใบกระท่อมเป็นส่วนที่ถูกนำมาใช้เยอะสุด คือ 101 รายการ (ร้อยละ 93.52)

(3) วิธีการปรุงยา พบว่า ต้มกับน้ำ 49 รายการ (ร้อยละ 45.37) การใช้ใบกระท่อมสด 33 รายการ (ร้อยละ 30.56)

นอกจากนี้ยังพบว่า หมอพื้นบ้านใช้กระท่อมแบบยาเดี่ยว 2 ลักษณะคือ 1) ใช้กระท่อมสดเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีอย่างอื่นผสมอยู่เลย ส่วนใหญ่วิธีนี้ใช้รักษาอาการท้องร่วงและแก้ปวด 2) ใช้ใบกระท่อมสดผสมกับน้ำกระสายยา ได้แก่ น้ำตาลทรายแดง น้ำผึ้ง น้ำเกลือ เหล้าขาว ร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เป็นยาแก้ไอ และแก้ปวด (ธนัช นาคะพันธ์, มณฑกา ธีรชัยสกุล และคณะ, 2559)

จากการให้ข้อมูลของหมอพื้นบ้านจังหวัดพัทลุงที่สืบทอดภูมิปัญญาและเรียนรู้ตำรับ/ตำรายามาจาก บรรพบุรุษ คนเฒ่าคนแก่ ว่ากระท่อมที่นำมาปรุงยามี 3 สายพันธุ์ ได้แก่ กระท่อมก้านใบเขียว ก้านแดง กระท่อมขี้หมู กระท่อมนา หมอพื้นบ้านที่ใช้กระท่อมในการรักษา

มักใช้เป็นส่วนผสมของยาแก้ปวด และรักษาเบาหวาน หรือ บางรายใส่เป็นส่วนประกอบลงในหม้อยา ยาในการอบสมุนไพรต่าง ๆ ของชาวบ้านในชุมชน ที่เปิดเผยได้มีดังนี้

1. ไข้หัดสันนิบาต อาการแสดงเหมือนคนบ้า จำอะไรไม่ได้ เพื่อกลั่ง เหมือนโรคประสาท ถ้าไปให้แพทย์แผนปัจจุบันรักษา วินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาท เพราะว่า หมอรักษาตามอาการของโรค แต่หมอพื้นบ้านรักษาตามสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งกระท่อมเป็นส่วนประกอบของตำรับยามหาสันนิบาต (ไข้หัดสันนิบาต คือไข้ที่เกิดขึ้นจากกรณีหญิงมีประจำเดือนแล้วประจำเดือนมาไม่หมด มีการตกค้างของประจำเดือน แล้วเกิดอาการกำเริบขึ้นมา ระดูมันออกไม่หมด มีอาการเสียสติ เพื่อกลั่ง เป็นบ้า จำอะไรไม่ได้ ส่วนใหญ่เกิดในผู้หญิงอายุประมาณ 30 กว่าถึง 40 ปี) ด้วยยาที่ใช้รักษาประกอบด้วย กระท่อมก้านเขียว/ก้านแดง ถ้าไม่มีใช้กระท่อมซี่หมู กระท่อมนาแทน ยาห้ารากหรือเบญจโลกวิเชียร กระดาดแดง กระดาดขาว ย่านลิเภา ปุดนา ปุดเล็ก รากมะปลิง รากมะปราง หัวคูลัม หัวคูล้า ตรีผลา (ลูกสมอไทย สมอพิเภก ลูกมะขามป้อม) ขอนดอก ชะลูด อบเชย แฝกหอม เกสรทั้ง 5 (ดอกมะลิ ดอกพิกุล ดอกบุนนาค ดอกสารภี เกสรบัวหลวง) ด้วยยาทั้งหมดใช้สมอภาค (ปริมาณเท่า ๆ กัน) ต้องดูว่าเป็นตัวยาสดหรือตัวยาแห้ง ถ้าแห้งใช้อย่างละ 1 ตำลึง ให้ผู้ป่วยนำไปต้มดื่ม ใส่น้ำให้ท่วมยา ต้มจนเดือดประมาณ 15 นาที ให้กินก่อนหรือหลังอาหาร ก็ได้ เข้า เที่ยง เย็น กินวันละ 3 มื้อ ๆ ละ 1 ถ้วยกาแฟ ส่วนใหญ่ที่รักษามักจะหายเป็นปกติดี ใช้เวลาประมาณ 10-15 วันหรือกินจนยาจืด

2. รักษาโรคโลหิตจาง โลหิตไม่ปกติ วิปริตโลหิต คือประจำเดือนมาไม่ตรงเวลา มากะปริบกะปรอย ส่วนประกอบของยา ได้แก่ กระท่อม ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ ปริมาณอย่างละ 3 บาท (1 บาท = 15 มิลลิกรัม) กระท่อมสด 2 ใบ (ไม่ถึง 1 บาท) ใช้กระท่อมน้อยกว่าสมุนไพรตัวอื่นเพราะเกรงว่าฤทธิ์มากเกินไป กลัวคนไข้จะมึนเมา ดอกคำฝอย เกาตะคัน/สะค้าน แก่นฝาง ปริมาณ อย่างละ 3 บาท ต้มกินวันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร 30 นาที หรือถ้ากินหลังอาหารให้กินหลังมื้ออาหารประมาณ 30 นาที กินครั้งละ 1 ถ้วยตะไล หรือครั้งละ 1 ถ้วยชา ต้มกินไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งอาการดีขึ้น กินยาติดต่อกันประมาณ 1 สัปดาห์ก็รู้ผล

3. ยาแก้ปวดเมื่อย แก้ปวดข้อ ปวดกระดูก ยาที่เอามาประกอบ ได้แก่ เบญจโลกวิเชียร หรือยาห้าราก ได้แก่ รากชิงชี รากคนทา รากย่านาง รากมะเดื่อชุมพร รากท้ายายม่อม และ กระท่อม ในปริมาณเท่า ๆ กัน แล้วแต่ว่าโรคหนักเบา เวลาจัดยา หมอพื้นบ้านบอกว่าต้องดูโรคของคนไข้ด้วย และต้องดูถึงฤดูกาลว่าโรคเกิดเมื่อฤดูอะไร รสยาของตำรับต้องปรับไปตามอาการและฤดูกาลของคนไข้

หมอพื้นบ้านอีกท่านที่มีความชำนาญในการรักษาอาการปวดเข่า ปวดเมื่อยของ
คนในหมู่บ้าน ด้วยการนวด และปรุ้งยารักษา เคยใช้กระท่อมเป็นส่วนประกอบในตำรับด้วย
เช่นกัน

จากการสำรวจ 5 อันดับแรกที่หมอพื้นบ้านเลือกใช้พืชกระท่อมมาเป็นยารักษา
โรค คือ โรคท้อง ร่วงร้อยละ 67.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 63.3 โรคปวดเมื่อย ร้อยละ 32.7 แก้ไอ
ร้อยละ 26.5 ขับพยาธิ แก้ปวดท้อง นอนไม่หลับ ร้อยละ 14 ตามลำดับ ใบและเปลือกกระท่อม
เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องยาที่เลือกใช้ โดยมีวิธีการใช้ดังนี้

การใช้รักษาอาการท้องร่วง ปวดท้อง เช่น

- เคี้ยวใบกระท่อมให้ละเอียด ตีมน้ำตาม
- ต้มใบกระท่อม เกลือ น้ำตาลทรายแดง กินแก้ปวดท้อง
- ใช้เป็นยาตำรับประกอบด้วย เปลือกต้นกระท่อม เปลือกต้นสะเดา เปลือก
ต้นมะขาม หนังก้อยางละ 50 กรัม หัวขมิ้นชัน (แก่) หัวกะทือ (แก่) อย่างละ 1 หัว เผาไฟพอสุก
ต้มรวมกับ น้ำปูนใส น้ำธรรมดาอย่างละเท่า ๆ กัน รับประทานครั้งละ 2-3 ช้อนแกง เมื่อหายจึง
หยุด

- ต้มใบกระท่อม 10 ใบ กับน้ำ ต้ม 3 ช้อนแกง เข้า-เย็น จนหาย เมื่อพิจารณาตำรับ
หรือส่วนประกอบที่หมอพื้นบ้านใช้พืชกระท่อมเป็นยารักษา โรค ในสรรพคุณรักษาอาการ
ท้องร่วง แก้บิดใช้หลักการเดียวกันกับการกำหนดตำรับ ยาแผนโบราณ กล่าวคือ ใบกระท่อมอาจ
เป็นยาหลักหรือยารอง ในการบรรเทาอาการ ท้องร่วง หากเป็นตำรับก็มักผสมกับเครื่องยาที่มีรส
ฝาด และเครื่องยาลดอาการท้องอืด เช่นเดียวกัน

วิธีการรักษาโรคเบาหวาน มีดังนี้

- ใช้กระท่อมทั้ง 5 (ใบ กิ่ง เปลือกต้น ราก เนื้อไม้ หรือใช้ต้นกระท่อมต้นเล็ก สูง
ประมาณ 1 ศอก 1 ต้น) สับใส่หม้อตามวิธี รับประทานครั้ง 3-5 ช้อนแกง เข้า-เย็น - เคี้ยวใบ
กระท่อม วันละ 1 ใบ นาน 41 วัน

- ต้มใบกระท่อม หญ้าหนวดแมว ไม้ค้อนตีนหมา อย่างละเท่ากัน ต้มน้ำ 3 เอา 1 ต้ม
ครั้งละ 1 ช้อนโต๊ะ เข้า-เย็น

- ใบกระท่อม อินทนิลน้ำ กระเทียมต้น กระเทียมเถา ต้มน้ำดื่ม เป็นที่น่าสนใจที่พืช
กระท่อมถูกนำมาใช้มาลดระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน อาจแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการใช้
การเลือกใช้สมุนไพรของหมอพื้นบ้าน อาศัยข้อมูลที่ (อาจ) มีหลักฐานยืนยันเป็นบันทึกตำรับยา
ของหมอพื้นบ้านแต่ละท่าน โดยในตำรับอาจใช้พืชกระท่อมเพียงชนิดเดียว หรือร่วมกับเครื่องยา

อื่นที่มีคุณสมบัติลดน้ำตาลในเลือด เช่น อินทิลน้ำ หรือร่วมกับเครื่องยาที่มีคุณสมบัติขับปัสสาวะ เช่น หญ้าหนวดแมว เป็นต้น เป็นที่ทราบกันว่าโรคเบาหวาน สามารถตรวจได้จากการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด แต่โรคเบาหวานมีสาเหตุที่แตกต่างกัน ดังนั้น การจำแนกชนิดของโรคเบาหวานนับเป็นปัจจัยสำคัญของการออกแบบตำรับยา ซึ่งยังต้องอาศัยข้อมูล ในเชิงคลินิกของพืชกระท่อม เพื่อให้มีการใช้ที่ถูกต้องต่อไป

แก้ปวดเมื่อย มีวิธีการดังนี้

- เถาวัลย์เปรียง มะค่าไก่ มะแว้งต้น มะแว้งเครือ เถาโคคลาน เถาสังวาลพระอินทร์ หญ้าหนวดแมว แก่นขี้เหล็ก ใบมะกอก อย่างละ 1 ส่วน เนื้อในฝัก ราชพฤกษ์ 5 ฝัก ใบกระท่อม 2 ส่วน เถากำแพงเจ็ดชั้น 3 ส่วน ต้มตามวิธี ใช้รับประทาน ก่อนอาหาร เข้า-เย็น ครั้งละ ครั้ง-1 ถ้วยกาแฟ

แม้ว่าพืชกระท่อมจะมีคุณสมบัติในการแก้ปวดทำให้การทำงานที่ทน แต่ในตำรับนี้ ใบกระท่อมเป็นเพียงตัวรองในตำรับแก้ปวดที่มีตัวยาสาคัญอย่างเถาวัลย์เปรียง เถากำแพงเจ็ดชั้น เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในตำรับมีการใช้เนื้อในฝักราชพฤกษ์เพื่อลดอาการท้องผูก อันเนื่องจากใช้ใบกระท่อมก็เป็นได้

แก้ไอ มีวิธีการดังนี้

- ใช้ใบสด 1-2 ใบ ต้มกับน้ำตาลทรายแดง ดื่मแก้ไอ หรือเคี้ยวใบสด คายกาก และดื่มน้ำตาม

ขับพยาธิ มีวิธีการดังนี้

- ใช้ใบสดชกกับปูน (กินหมาก) ทาท้อง ฯลฯ หมอพื้นบ้าน ทราบดีว่าการเคี้ยวใบกระท่อมทำให้ท้องผูก และวิธีการแก้ไขอาการ ข้างเคียงนี้คือการใช้ร่วมกับสมุนไพรที่มีคุณสมบัติระบายท้อง เช่น ขุมเห็ดเทศ เป็นต้น ส่วนอาการมินศีรษะ หลังเคี้ยวใบกระท่อม ก็แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ

แบบแผนการใช้พืชกระท่อมเพื่อการรักษาโรคของหมอพื้นบ้าน รายงานการวิจัยในปี พ.ศ. 2548 เกี่ยวกับภูมิปัญญาการใช้กระท่อมของหมอพื้น บ้าน แถบ 14 จังหวัดภาคใต้ที่มีประสบการณ์การใช้พืชกระท่อมในการรักษาโรคอย่างน้อย 10 ปี ได้รายงานร้อยละของโรคที่หมอพื้นบ้านภาคใต้รักษาด้วยพืชกระท่อม คือ

ห้าอันดับแรงที่หมอพื้นบ้านเลือกใช้พืชกระท่อมมาเป็นยารักษาโรค คือ โรคท้องร่วง ร้อยละ 67.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 63.3 โรคปวดเมื่อย ร้อยละ 32.7 แก้ไอ ร้อยละ 26.5 ขับพยาธิ แก้ปวดท้อง นอนไม่หลับ ร้อยละ 14 ตามลำดับ

ภูมิปัญญาการใช้พืชกระท่อมในการรักษามีมานานมากแล้วและค่อย ๆ สูญหายไปตามกาลเวลา ตายไปพร้อมกับหมอพื้นบ้าน แม้ว่ากระท่อมได้รับการบรรจุเป็นยาใน ตำราแพทย์แผนไทย แต่การนำมาใช้ถูกจำกัดด้วยกฎหมาย แต่อีกนัยหนึ่ง การใช้พืช กระท่อมตามภูมิปัญญาพื้นบ้าน ขึ้นกับความเชื่อ วัฒนธรรม ของคนพื้นถิ่นผนวกเข้าไป ด้วยกัน ดังนั้นรูปแบบการใช้พืชกระท่อมในแต่ละตำรับก็จะแตกต่างกัน ทั้งที่มีข้อมูล พิสูจน์ได้ หรือ ยังต้องหาหลักฐานมาสนับสนุนในลำดับต่อไป พืชกระท่อม แม้เป็นพืชที่ ขึ้นได้เองตามธรรมชาติ กระท่อม ก็มีตัวยาที่ส่งผลต่อร่างกาย มีการแปรสภาพของตัวยา ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย และสุดท้ายก็ต้องขับออกจากร่างกาย นั่นก็หมายความว่า การใช้พืชกระท่อม ก็ไม่นับเป็นชื่อยาเสพติดว่า “เป็นสมุนไพร” และจะปลอดภัยเสมอไป การใช้ไม่ถูกวิธีก็ย่อมนำไปสู่การก่อให้เกิดพิษ กับร่างกายได้เช่นกัน

จากหนังสือ “พืชกระท่อมในสังคมไทย” โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม¹ ได้กล่าวถึงการใช้พืชกระท่อมเป็นยารักษา โรคตามภูมิปัญญาพื้นบ้าน และตำรับยาแผนโบราณ ดังตัวอย่างเช่น คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 1 ขุนโสภิตบรรณลักษณ์ (อำพัน กิตติขจร) (สมาคม เกษษกรรมไทยโบราณแห่งประเทศไทย)

ยาประสะกระท่อม เอาเทียนทั้ง 5 ฝางเสน แก่นสน ครั่ง จาซาง สักชี แก่นจันทน์ทั้ง 2 ข่า ใบเทียน ใบทับทิม ใบชิงช้าชาลี เขากวาง ใบมะลิซ้อน ใบมะลิลา เอาสิ่งละ 1 สลึง กำลังวัวเถลิง ชิงแห้ง ขมิ้นชัน การะบูร เอาสิ่งละ 1 เฟื้อง ขมิ้นอ้อย 1 สลึง 1 เฟื้อง กระทือ 2 สลึง ไพลหมกไฟ 1 บาท ใบกระท่อมเท่ายาทั้งหลาย บดป่นแห้งด้วยสุรา แก้วบดมวน ละลายน้ำ กานพลูต้มกิน ยานี้แก้โรคธาตุพิการ (อย่างแรง)

ยาทำให้อุดผืน เอาขี้ยา 2 สลึง เถาวัลย์เปรียง พอประมาณ กัญ(น)ชาครึ่งกำ ใบกระท่อมเอาให้ มากกว่ายาอย่างอื่น ต้มกิน ให้กินตามเวลาที่เคยสูบผืน เมื่อกินไป 1 ถ้วย ให้เติมน้ำ 1 ถ้วย ให้ทำดังนี้จนกว่ายาจะจืด เมื่อกินจนน้ำจืดแล้วยังไม่หาย ให้ต้มกินหม้อใหม่ต่อไป คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 1 ขุนโสภิตบรรณลักษณ์ อำพัน กิตติขจร) (สมาคม เกษษกรรมไทยโบราณแห่งประเทศไทย)

ยาหนุมานจงถนนปีดมหาสมุทร เบญจกานี ผลกล้วยดิบ ใบกระท่อม ใบกระพังโหม ใบทับทิม ลูกทับทิมอ่อน ใบสะแก ขันย้อย ดินกิน กระเทียมกรอบ บดละลายน้ำเปลือกต้นคาง แก้วท้องร่วงอย่างแรง

ยาแก้บิดลงเป็นเลือด ใบกระท่อม ขมิ้นอ้อย ไพล เมล็ดผักกาด กระพังโหมทั้ง 2 ตำใส่กระบอกไม้ไผ่สุก เอาสุราเป็นน้ำหลามแทรกผืนกิน แก้บิด

ยาแก้บิดหัวลูก ใบพลู 3 ใบ ใบกระท่อม ใบไม้ทั้งสองปิ้งให้เกรียม กระเทียมสุกบด แทรกฝิ่น ละลายน้ำปูนใส น้ำกระชายกิน แก้บิด

ยาประสะกาฬแดง รากข้าวพลุ สะค้าน รากเจตมูลเพลิงแดง ชิง ดีปลี หัวเห้วหมู ลูกมะตูมอ่อน ลูกจันทน์ กานพลู พริกไทย โกรฐทั้งห้า เทียนทั้งห้า เปลือกลูกทับทิม เอาสิ่งละ 1 บาท ลูก กระวาน 1 สลึง เบญจกานี สีเสียดทั้งสอง ครั้ง หมากขี้ไก่ เปลือกลูกมั่งคุด เมล็ดตะบูน เปลือกขี้ฮ่าย เอาสิ่งละ 4 บาท บดบั่นแท่ง แกล้งทอง ละลายน้ำเปลือกต้นแค ต้มกิน หรือละลาย น้ำเปลือกสะเดา เปลือกขี้ฮ่าย เทียนดำต้มกิน

แก้บิดปวดมวน เอาเปลือก ต้นไผ่น้ำ ใบกระท่อม บอระเพ็ด ขมิ้นอ้อย เทียนดำใบ เสนียด เอาสิ่งละ 1 บาท ขี้ยาฝิ่น 2 สลึง ต้มเป็นน้ำกระสาย เวลาบดแทรกน้ำเนื้อไม้ต้มแทรก พิมเสนด้วย แก้บิด (ประมวลตำรับยา อโรคยาศาล วัดป่ากุดฉนวนอนุพุทธ (ฉบับสงวนเก็บรักษา))

ยาเหลืองกระท่อม เอาเทียนทั้ง 5 ฝางเสน 1 ครั้ง 1 เขากวาง 1 งาช้าง 1 แก่นใน 1 สักขี 1 จันทน์ทั้งสอง 1 ใบเทียน 1 ใบทับทิม 1 ใบชิงช้าชาลี 1 ใบมะลิทั้ง 2 กำลังวัวเถลิง 1 ชิง แห่ง 1 ขมิ้น ชัน 1 การบูร 1 เอาสิ่งละ 1 สลึง ขมิ้นอ้อย 1 สลึง 1 เพ็ญ กะทือ 1 สลึง 1 เพ็ญ ใบ กระท่อม 7 บาท แก้บิดปวดมวนฯ บดด้วยน้ำมะนาว น้ำมะจั่ว น้ำส้มสายชู แก่สรรพโรคบิด ออก ฝีหัดกินหายฯ

หากพิจารณาดำรับยาแผนโบราณดังกล่าวข้างต้น ใบกระท่อมเป็นหนึ่งในเครื่องยา อีกหลายชนิด โดยสรรพคุณหลักของใบกระท่อม คือ รักษาโรคบิด อาการท้องร่วงอย่าง รุนแรง มีเพียงตำรับ “ยาประสะกระท่อม” ที่ใช้เครื่องยาใบกระท่อมเท่าเครื่องยา ทั้งหมด กล่าวอีกนัย หนึ่งคือ เป็นตัวยาหลักแต่ตำรับอื่น ๆ กระท่อมเป็นตัวยาแทรก ในเครื่องยาซึ่งส่วนใหญ่มีรสฝาด เช่น เบญจกานี สีเสียด เปลือกลูกทับทิม เปลือกลูกมั่งคุด เป็นต้น การมีอยู่ในตำรับของพืช กระท่อมจัดเป็นเพียงยารองเท่านั้น นอกจากนี้ ยัง พบเครื่องยารสร้อนที่มีกลิ่น สรรพคุณลด อาการท้องอืด เช่น ชิง ดีปลี ขมิ้นอ้อย เทียนทั้ง 5 เป็นต้น (จุไรทิพย์ หวังสินทวีกุล และ ดาริกา ไสงาม, 2561)

ข้อจำกัดทางกฎหมายในการใช้พืชกระท่อม

คนไทยจะนิยมบริโภคกระท่อมกันเมื่อใดไม่อาจทราบได้ แต่เมื่อย้อนไปดู ประวัติศาสตร์กฎหมายถึง พ.ศ. 1930 ในสมัยพระรามาธิบดีที่ 1 (พระเจ้าอู่ทอง) ปฐมกษัตริย์ แห่งกรุงศรีอยุธยาในกฎหมายตราสามดวงว่าด้วยลักษณะโจร ก็ได้บัญญัติให้กระท่อมเป็นสิ่งผิด กฎหมายคงมีเฉพาะฝิ่นเท่านั้นที่ห้ามการบริโภค ครอบครองหรือจำหน่าย การที่แพทย์พื้นบ้านได้

ใช้เป็นยาสมุนไพรไทย แสดงให้เห็นว่าคนไทยใช้กระท่อมกันมาเป็นเวลานานและใช้กันอย่างแพร่หลาย และจากการศึกษาและสอบถามจากประเทศเพื่อนบ้าน คือ สปป.ลาว กัมพูชา มาเลเซีย อินโดนีเซีย พบว่า พืชกระท่อมที่อยู่ในรูปของ ต้น ใบ ราก ไม่เป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายของประเทศเหล่านั้นและประชาชนบางกลุ่มก็นิยมบริโภคในรูปของใบสดเพื่อกระตุ้นในการทำงาน อีกทั้งในข้อตกลงของสหประชาชาติ ก็ไม่ได้กำหนดให้กระท่อมเป็นสิ่งเสพติดหรือผิดกฎหมาย คงมีประเทศไทยประเทศเดียวเท่านั้นที่กำหนดให้กระท่อมเป็นพืชที่ผิดกฎหมาย

กระท่อมเพิ่งปรากฏว่าเป็นยาเสพติดต้องห้ามตามกฎหมายเป็นครั้งแรกในรัชสมัยสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล (รัชกาลที่ 8) โดยความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎร ได้ตราพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2486 ซึ่งมีเหตุผลประกอบร่างพระราชบัญญัติไว้ว่า “ด้วยกระท่อมเป็นพืชชาติชนิดหนึ่ง ใบมีรสขมเมาคล้ายฝิ่น ปรากฏว่าประชาชนชาวไทยนิยมเสพกันแพร่หลายมาก การเสพกระท่อมเป็นการให้โทษแก่ร่างกายโดยทำให้ผู้เสพติดมีอาการมีเมาท้องอืด เบื่ออาหาร เป็นโรคหัวใจอ่อนและโรคประสาทตื่นเต้น เพราะฉะนั้นจึงสมควรมีบทบัญญัติบังคับห้ามการปลูก การมีไว้ในครอบครอง การพาเข้าและส่งออกซึ่งใบกระท่อมและส่วนต่าง ๆ ของต้นกระท่อม ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองป้องกันให้ความปลอดภัยประชาชนให้เกิดผลดีต่อไป” แต่เมื่อการตรวจสอบกับพระราชบัญญัติฝิ่น (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2485 ซึ่งเป็นกฎหมายร่วมสมัยเดียวกัน ซึ่งพบในหลักฐานของกฎหมายว่า “การจดทะเบียนคนสูบฝิ่นตามความในมาตรา 37 แห่งพระราชบัญญัติฝิ่น พุทธศักราช 2477 จะต้องกำหนดเวลาไว้เด็ดขาดจะขยายอีกมิได้ และมีเหตุผลในกฎหมายฉบับเดียวกันว่า “การจดทะเบียนโดยไม่มีโอกาสขยายกำหนดเวลา” และทั้งให้เป็นการทำครั้งเดียวเสร็จนั้น คนติดฝิ่นจะไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้หมดสิ้น คนเหล่านั้นก็จะมีอาการเดือดร้อนเพราะเขาสูบฝิ่นรัฐบาลในส่วนฝิ่นมิได้”

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าพระราชบัญญัติฉบับ 2485 จึงเป็นการแก้พระราชบัญญัติฝิ่น (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2477 มีวัตถุประสงค์ซึ่งมีวัตถุประสงค์ป้องกันและปราบปรามฝิ่น เป็นการเชิญให้คนสูบฝิ่นตามพระราชบัญญัติฝิ่น (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2485 โดยขยายเวลาให้คนไปขึ้นทะเบียนสูบฝิ่นเพิ่มเติมได้ ทั้งนี้เพราะแม้ฝิ่นจะเป็นสิ่งเสพติดให้โทษรุนแรงแต่กลับให้เสพได้ตามกฎหมาย เพราะรัฐบาลเป็นผู้ผูกขาดตลาดฝิ่นสุก ฝิ่นดิบ จำหน่ายเพียงผู้เดียว การผูกขาดการค้าฝิ่นก่อให้เกิดรายได้ในรูปภาษีฝิ่น และใบอนุญาตรูปแบบต่าง ๆ เป็นเงินจำนวนมาก แต่เนื่องจากฝิ่นมีราคาแพง คนติดฝิ่นจำนวนหนึ่งไม่มีเงินไปซื้อฝิ่นมาสูบหรือต้องการเลิกสูบฝิ่น จึงหันไปบริโภคกระท่อมซึ่งมีฤทธิ์คล้ายฝิ่น ทำให้รายได้จากรัฐน้อยลง จึงเป็นเหตุผลที่แท้จริงของการออกพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2486 ความจริงข้อนี้ปรากฏอยู่ในการอภิปรายของ พล.ต.พิน

อมรวิสัยสรเดช(ลำปาง) ว่า “ฝิ่นนั้นมีภาษีมาก แต่พืชกระท่อมไม่มีภาษี เมื่อฝิ่นแพง คนหันไปสูบบุหรี่แทนฝิ่น ทำให้การค้าฝิ่นของรัฐบาลลดหย่อนลงเช่นนี้ เพื่อให้ต้องตามวัฒนธรรมอันดีงามแล้ว จึงเห็นว่าฝิ่นสำคัญกว่าควรจกเลิก” ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าแท้ที่จริงการตราพระราชบัญญัติพืชกระท่อม พ.ศ. 2486 และใช้สืบเนื่องมาจนทุกวันนี้มีเหตุผลและหลักการทางการค้าทางภาษีของรัฐ หาใช่เพราะเหตุที่พืชกระท่อมเป็นพืชเสพติดเองไม่

ปัจจุบันพืชกระท่อมถูกควบคุมโดย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

- (1) กำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (มาตรา 7(5))
- (2) ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้า ส่งออก หรือจำหน่ายพืชกระท่อม เว้นแต่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะได้อนุญาต โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นราย ๆ ไป (มาตรา 26) หากฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีและปรับไม่เกินสองแสนบาท (มาตรา 75 วรรค 2)
- (3) ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่ายหรือครอบครองเพื่อครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งพืชกระท่อม เว้นแต่ได้รับอนุญาต (มาตรา 26) หากฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับในกรณีของกลางพืชกระท่อมนั้นไม่ถึงสิบกิโลกรัม แต่ถ้าของกลางพืชกระท่อมเกินสิบกิโลกรัมต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีและปรับไม่เกินสองแสนบาท (มาตรา 76/1 วรรค 3 และวรรค 4)
- (4) ห้ามมิให้ผู้ใดครอบครองซึ่งพืชกระท่อม เว้นแต่ได้รับอนุญาต (มาตรา 26) หากฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปีหรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 76 วรรค 2)
- (5) ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเรื่องพืชกระท่อมโดยเด็ดขาดเช่นเดียวกับห้ามโฆษณาซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 พวเภโรอิน ยาบ้า (มาตรา 48) หากฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับตั้งแต่สองหมื่นถึงสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 89)
- (6) ห้ามมิให้ผู้ใดเสพพืชกระท่อมโดยเด็ดขาดเช่นเดียวกับห้ามเสพยาหรือนหรือยาบ้าน (มาตรา 57) หากฝ่าฝืนระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินสองพันบาท (มาตรา 92 วรรค 2)
- (7) ห้ามมิให้ผู้ใดใช้กลอุบายลวงหลอก ชูเชิญ ใช้กำลังประทุษร้าย ใช้อำนาจครอบงำ ฝิตคลองธรรมหรือใช้วิธีข่มขืนใจด้วยประการใดให้ผู้อื่นเสพพืชกระท่อม ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงสิบปีและปรับตั้งแต่หนึ่งแสนบาทถึงหนึ่งล้านบาท (มาตรา 93 วรรค 1) ถ้ากระทำ

โดยมีอาวุธหรือร่วมกันตั้งแต่สองคนขึ้นไปต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สองปีถึงสิบห้าปี และปรับตั้งแต่สองแสนบาทถึงหนึ่งล้านห้าแสนบาท (มาตรา 93 วรรค 2) ถ้าเป็นการกระทำความผิดหรือผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือการกระทำเพื่อจูงใจให้ผู้อื่นกระทำความผิดทางอาญา หรือเพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือผู้อื่นในการกระทำความผิดทางอาญา ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปี ถึงจำคุกตลอดชีวิต และปรับตั้งแต่สามแสนบาทถึงห้าแสนบาท (มาตรา 93 วรรค 3)

(8) ห้ามมิให้ผู้ใดใช้กลอุบายหลอกลวง ชูเชิญ ใช้กำลังประทุษร้าย ใช้อำนาจครอบงำ ฝึกสอนหรือใช้วิธีข่มขืนใจด้วยประการใดให้ผู้อื่นกระทำความผิดฐานผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย ครอบครองเพื่อจำหน่าย หรือครอบครองซึ่งพืชกระท่อม หากฝ่าฝืนต้องระวางโทษเป็นสองเท่าของโทษที่กฎหมายบัญญัติไว้สำหรับความผิดนั้น (มาตรา 93/2)

(9) ห้ามมิให้ผู้ใดยุยงส่งเสริมให้ผู้อื่นเสพพืชกระท่อม หากฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งหรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 93/1 วรรค 2)

(10) ของกลางพืชกระท่อมที่ยึดมาได้ กฎหมายนี้ให้อำนาจทำลายหรือนำไปใช้ประโยชน์หลังจากแจ้งเจ้าหน้าที่ได้บันทึกรายงานผลการตรวจพิสูจน์ชนิดและปริมาณแล้วว่าเป็นพืชกระท่อมจริง (มาตรา 101 ทวิ)

การนำพืชกระท่อมไปใช้ในทางที่ผิด

ในประเทศไทย ใบกระท่อมมีการแพร่ระบาดในหมู่วัยรุ่นและนักเรียน โดยนำน้ำใบกระท่อมไปผสมกับยาแก้ไอ น้ำอัดลม ยาคลายกล้ามเนื้อ กาแฟ และเครื่องดื่มอื่น ๆ เพื่อแต่งรส ซึ่งเป็นที่รู้จักในชื่อ “4 คุณ 100” เพื่อให้รู้สึกสนุกสนาน มึนเมา ขาดสติ และหากได้รับในปริมาณที่สูงมาก จะทำให้เกิดภาวะกดประสาทและกดการหายใจจากฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา และภาวะเสริมฤทธิ์ของยาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ การใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการติดได้ อาการถอนยาที่พบได้ เช่น จิตหวาดระแวง อารมณ์รุนแรง ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการกระตุกของแขน ขา ไม่อยากอาหาร ไม่มีสมาธิ และนอนไม่หลับ การใช้ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะทำให้มีสีผิวคล้ำขึ้น (hyperpigmentation) กระเพาะทาง (distended stomach) ผิวแห้ง และริมฝีปากคล้ำ เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังต้องมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม ว่าสารอะไรที่ทำให้เกิดพิษและขนาดของความเข้มข้นที่ทำให้เกิดพิษ

จากสถิติของศูนย์บำบัดยาเสพติดปัตตานี พบว่ามีผู้เสพยาเสพติดร้อยละ 10% ของผู้มาบำบัด แต่อย่างไรก็ตามภาพรวมในปี 2549 มีผู้ติดยาเสพติดลดลงกว่าปี 2548 เนื่องจากผู้เสพส่วนใหญ่เป็นชาวประมง มีการเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อย ๆ และกลุ่มวัยรุ่นที่ขาดการยั้งคิด และจาก

การที่ตลาดยาเสพติด “สีคูณร้อย” เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย ทำให้ราคา ซื่อ - ขาย ใบกระท่อม จากกิโลกรัมละ 250 - 300 บาท ขึ้นพรวดพราดถึงกิโลกรัมละ 800 บาท หรืออาจจะมากกว่านั้น ถ้ามีความต้องการ แรงด่วน และอยู่ในช่วง ขาดแคลนวัตถุดิบ

ยาสีคูณร้อย คือ ยาเสพติดสูตรใหม่ที่กำลังแพร่ระบาดในหมู่วัยรุ่นชาวไทยมุสลิม 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเป็นยาเสพติดที่มีการนำสารเสพติด 3 ตัวมาผสมกับยาจุดกันยุงแล้วนำมาต้ม ใช้ดื่ม เนื่องจากสารเสพติดชนิดนี้ไม่มีกลิ่นทำให้ไม่มีใครรู้ว่ากำลังเสพยา และมีวัยรุ่นบางคนหลงผิดคิดว่าเมื่อดื่มยาสีคูณร้อยเข้าไปแล้วจะมีกำลังวังชา คล้ายยาชูกำลัง ตัวประกอบมีห้าชนิดด้วยกัน คือ

1. ยาแก้ไอ ชนิดต่างๆ ซึ่งเป็นยาควบคุมการใช้ ที่ผู้ขายต้องมีใบอนุญาต และผู้ซื้อต้องซื้อตามใบสั่งของแพทย์

2. น้ำใบกระท่อม นำใบกระท่อมมาต้ม

3. ยากันยุง

4. น้ำอัดลมชนิดหนึ่งหรือยาแก้ไอ

5. สารฟลูออเรสเซนต์

พิษของยาสีคูณร้อยส่วนพิษของยาเสพติดชนิดนี้เมื่อเสพยาเข้าไปแล้วจะออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เคลิ้มไม่เป็นตัวของตนเองถูกชักจูงให้ทำในสิ่งต่าง ๆ ได้และหากเสพยาถึงขั้นเสพยาสุดท้ายหากไม่ได้เสพยาจะทรมานทรมายเช่นเดียวกับยาเสพติดสายพันธุ์อื่น ๆ และที่น่ากลัวคือฤทธิ์ของใบกระท่อมยาแก้ไอและยากันยุงจะทำลายอวัยวะภายในกลายเป็น “คนป่วย” ที่รอวันตายเพื่อเพิ่มภาระให้กับสังคม

อาการเมาใบกระท่อม

อาการเมาหรือภาวะเป็นพิษจากยาหรือสารเสพติดที่ใช้ (Intoxication) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรือจิตใจ ร่วมกับอาการและอาการแสดงทางร่างกาย (Symptoms and signs) ที่เกิดขึ้นทันทีหลังจากใช้สารตัวใดตัวหนึ่งในปริมาณมากเกินระดับที่ทนได้ เช่น ในคนที่เพิ่งใช้สารตัวนั้นเพียงครั้งแรก หรือ ผู้ที่ใช้ในปริมาณที่มากกว่าที่เคยใช้มาก่อน อาการที่เกิดขึ้นจะเป็นฤทธิ์ของยา หรือสารหลักในสารชนิดนั้น

อาการเมาใบกระท่อมมีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการเมาหรือภาวะเป็นพิษจากสารหลายชนิด เช่น จากสาร Tetrahydrocannabinols (THC) ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์หลักในกัญชา เป็นต้น คือ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น ในลักษณะที่เป็นการแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ กล้ามเนื้อการทรงตัว และระบบประสาทสัมผัส มักจะมีอาการตัวสั่น มือสั่น

อุณหภูมิร่างกายลดลงเล็กน้อยทำให้รู้สึกตัวเย็น หนาว ความแข็งแรงและสมดุลของร่างกายลดลง จึงทำให้รู้สึกว่าแขนขาอ่อนแรง ยืนเดินไม่ไหว ระดับการประสานงานของกล้ามเนื้อลดลงจึงเดินเซ หรือทำของตกหล่น คลื่นไส้ ปวดหัวเวียนหัว และอาจมีความดันโลหิตลดลง หายใจเร็วขึ้น และหัวใจเต้นเร็วขึ้น อาการเหล่านี้อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือดได้ เพราะไปเพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้น อาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บได้ หากผู้เสพไปขับรถหรือใช้เครื่องจักรเครื่องยนต์เมื่อมีอาการ เพราะการทำงานของระบบประสาทสัมผัส การประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อและระบบประสาทควบคุมบกพร่อง การตอบสนองต่อการกระตุ้นช้าลง และแปลสิ่งเร้าผิดไป

อาการถอนพิษกระท่อม

อาการที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดใช้ใบกระท่อม คือ ความรู้สึกอยากใช้ใบกระท่อมอย่างรุนแรงร่วมกับอาการ 4 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย แขนขา หลัง เส้นสายตึง และกล้ามเนื้อกระตุก รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่อยากทำงานหรือไม่ทำอะไรเลย หดหู่เศร้าหมองไม่แจ่มใส รู้สึกไม่สบายเหมือนกำลังเจ็บป่วย หนาวมาก น้ำตาไหลเหมือนง่วงนอน รู้สึกหิว หัวใจเต้นแรง ใจสั่นและรู้สึกเหมือนเป็นไข้ ร้อนๆหนาวๆสั่น อาการด้านความรู้สึกวิตกกังวล คือ รู้สึกเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดโมโหง่าย กระสับกระส่ายกระวนกระวาย ไม่สามารถจะผ่อนคลายได้ สามารถพบได้ในผู้ใช้ประจำมากกว่าในผู้ใช้เป็นครั้งคราว

อาการถอนพิษกระท่อมจะมีลักษณะคล้ายกับอาการถอนพิษเฮโรอีนหรือสารกลุ่มฝิ่น หลายอาการ อาการเศร้า วิตกกังวล หงุดหงิด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ น้ำมูกน้ำตาไหล และหาวมาก ซึ่งคงอธิบายได้ว่า เนื่องจากสาร mytragynine ในพืชกระท่อมออกฤทธิ์ที่ opioid receptor ในระบบประสาทส่วนกลางด้วยดังได้กล่าวแล้วในตอนต้น เมื่อหยุดใช้กระท่อมทันที อาการที่เกิดขึ้นบางส่วนจึงคล้ายคลึงกับอาการของผู้ขาดสารกลุ่มฝิ่น อย่างไรก็ตามคงต้องศึกษาวิจัยต่อไปว่า กลไกการเกิดอาการถอนพิษจากพืชกระท่อมเป็นอย่างไร และเป็นกระบวนการที่ผ่านตัวรับสารสื่อประสาท เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาอาการถอนพิษจากพืชกระท่อมได้ต่อไป

อาการขาดยา มีอาการต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้ น้ำมูก น้ำตาไหล หงุดหงิด ก้าวร้าวปวดเมื่อยตามตัว เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีแรง อารมณ์ซึมเศร้า กล้ามเนื้อแขนขากระตุก ใจสั่น กระสับกระส่าย ฟุ้งซ่าน อาการคล้ายขาดสารฝิ่นอ่อน ๆ

จากการประมวลภาพรวมของพืชกระท่อม เป็นพืชประจำถิ่นของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การดำเนินการตามสนธิสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ประเทศ

ไทยควรผนึกกำลังกับประเทศสมาชิกอาเซียนควรมีการตกลง เจรจาต่อรองและทบทวนเรื่องของ ทรัพยากรพื้นถิ่นและตำรายาการแพทย์ดั้งเดิม การแพทย์พื้นบ้านของไทย และควรเร่ง ดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อการปกป้องคุ้มครอง อนุรักษ์ ภูมิปัญญาและการสนับสนุนการ ศึกษาวิจัยเพื่อการต่อยอดและส่งเสริมการใช้พืชในท้องถิ่นทดแทนยานำเข้าจากต่างประเทศ เนื่องจาก พืชกระท่อมมีหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วว่าสามารถใช้เป็นยารักษา ดูแลสุขภาพได้ และ ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเร่งทบทวนปรับปรุงข้อกำหนดกฎหมายที่ยังไม่เอื้อต่อการ ศึกษาวิจัยและการใช้ประโยชน์ต่อไป

รายงานการผลการพิจารณาการศึกษาของคณะกรรมการวิสามัญศึกษาผลดีและ ผลเสียของการบริโภคพืชกระท่อม เพื่อเป็นแนวทางในการเสนอว่าควรยกเลิกพืชกระท่อมออก จากยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษหรือไม่ สำนักกรรมการ 2 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2546 มีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะคือ จากการ เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านพืชกระท่อมมาชี้แจงแสดงความเห็นและตอบ ข้อซักถามของ คณะกรรมการวิสามัญ การตรวจสอบข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้วปรากฏว่าทางองค์การ สหประชาชาติและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ไม่ได้กำหนดให้พืชกระท่อมเป็นยาเสพติด และการที่ คณะกรรมการวิสามัญชุดนี้ได้เดินทางไปศึกษาในพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ เพื่อศึกษาข้อเท็จจริงและ รับฟังความคิดเห็นของประชาชนทั้งผู้ที่บริโภคและไม่บริโภคใบกระท่อม เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ตำรวจ แพทย์พื้นบ้าน แพทย์แผนปัจจุบัน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สาธารณสุข เมื่อนำผลมาประมวล และพิจารณาถึงผลดีและผลเสียของการบริโภคใบกระท่อมในภาพรวมทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นความ มั่นคงของประเทศ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการเมือง และด้านกฎหมายแล้วจะเห็นได้อย่าง ชัดเจนเป็นรูปธรรมว่า “ประเทศชาติและประชาชนจะได้รับผลดีตอบแทนที่คุ้มค่ายิ่งจากการนำ พืชกระท่อมมาใช้ประโยชน์”

เอกสารอ้างอิง

- Chittrakam S, Keawpradub N, Sawangaroen K, Kansalak S, Janchawee B. The neuromuscular blockade produced by pure alkaloid, mitragynine and methanol extract of kratom leaves (*Mitragyna speciosa* Korth.). J Ethnopharmacol. 2010;129(3):344-9.
- คัมภีร์แพทย์ไทยแผนโบราณ เล่ม 1 ชุนโสภิตบรรณลักษณ์ (อำพัน กิตติขจร) (สมาคม เกษษกรรมไทย โบราณแห่งประเทศไทย)

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการเมือง ประมวลกฎหมายรัชกาลที่ 1 จุลศักราช 1166 พิมพ์ความใน :

กฎหมายตราสามดวง เล่มที่ 2 มาตรา 8

ไพศาล ลิ้มสถิต. ปฏิรูปกฎหมายพีชกระท่อมเพื่อสุขภาพของประชาชนและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2559;14(3) :231-241.

ดวงแก้ว ปัญญาภู, สุเมธี นามเกิด, นิตาภา อินชัย และกุลศิริ ยศสถียร. กระท่อม: สมุนไพรหรือยาเสพติด. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2559;14(3) :242-256.

ธนะช นาคะพันธ์, มณฑกา ธีรชัยสกุล, สิริพร ปัทม, ขวัญเรือน สมพิมาย, ปรีชา หนูทิม. (2559) การศึกษาการใช้ประโยชน์จากกระท่อมในการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านภาคใต้. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2559;14(3) : 274-286.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ผลเสียยา 4x100 (ยาโปร) 1 มกราคม 2563 เข้าถึงจาก

[Online] Available from

https://oryor.com/oryor_miniweb/knowledge_detail.php?cat=2&id=7

PrEP + Condoms: New innovation for AIDS prevention

Natphiphat Thiengtham*

Abstract

PrEP (Pre-exposure prophylaxis), or antiviral drugs before exposure to HIV, is commonly known as PrEP. It is a drug which is used for people who are not infected, or have a negative blood test, but at risk for HIV. It is another option that can be used in conjunction with condoms for HIV prevention. It is an integrated service pack to support the country's intentions to end AIDS by 2030, or the next 10 years. The National Strategy on ending AIDS between 2017-2030, focusing on high-risk target groups such as men who have sex with men, male sex workers, and transgenders, who are hard to reach and have different lifestyles. Therefore, technology must be used to publicize and persuade these target groups to be aware of information and access services more easily. LINE @ is considered as another aid that everyone uses in daily life, and it is a private contact for advice and reaching the target groups that lack the opportunity to access the service. It provides clients with knowledge, awareness and behavior in taking care of, and protecting themselves from HIV infection and sexually transmitted diseases (STDs) by using PrEP, together with condom use. This is a strategy to reduce the rate of illnesses with AIDS and STDs.

Until people have awareness and information about the PrEP drugs and able to expand the PrEP service to cover majority of target groups, then only it will help the target groups to come and avail the PrEP services. When the target groups are aware of how to protect themselves properly, it can be considered that PrEP is another tool that will help in driving the AIDS strategic plan to achieve its goals.

Keywords: PrEP, Condoms, innovation for AIDS prevention

*Public Health Technical Officer ,Practitioner Level AIDS TB and STIs Control Division
Bangkok E-mail : oreo_ole_1986@hotmail.com

PrEP+ถุงยางอนามัย นวัตกรรมใหม่ใช้ป้องกันเอดส์

ณัฐพิพัฒน์ เทียงธรรม*

บทคัดย่อ

PrEP (Pre-exposure prophylaxis) หรือ ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ HIV หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า ยา PrEP เป็นยาที่ใช้สำหรับผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อหรือมีผลเลือดเป็นลบแต่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ถือเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่นำมาใช้ร่วมกับถุงยางอนามัยสำหรับการป้องกันการติดเชื้อ HIV เป็นการจัดชุดบริการแบบผสมผสานเพื่อสนับสนุนเจตนารมณ์ของประเทศไทยที่มุ่งเน้นจะยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) ภายในปี 2573 หรืออีก 10 ปีข้างหน้า โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 โดยพุ่งเป้าไปที่กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายผู้ขายบริการทางเพศ และกลุ่มสาวประเภทสอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าถึงได้ยากและมีวิถีชีวิตที่แตกต่างและหลากหลาย จึงต้องมีการนำเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนช่วยในการประชาสัมพันธ์และชักชวนกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ให้สามารถทราบข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงบริการได้สะดวกง่ายดายยิ่งขึ้น ซึ่ง LINE@ ก็ถือเป็นอีกหนึ่งตัวช่วยที่ทุกคนใช้ในชีวิตประจำวันและมีความเป็นส่วนตัวในการติดต่อขอรับคำปรึกษาและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ ทำให้ผู้รับบริการมีความรู้ ตระหนัก และพฤติกรรมในการดูแลและป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยการใช้ยา PrEP ร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

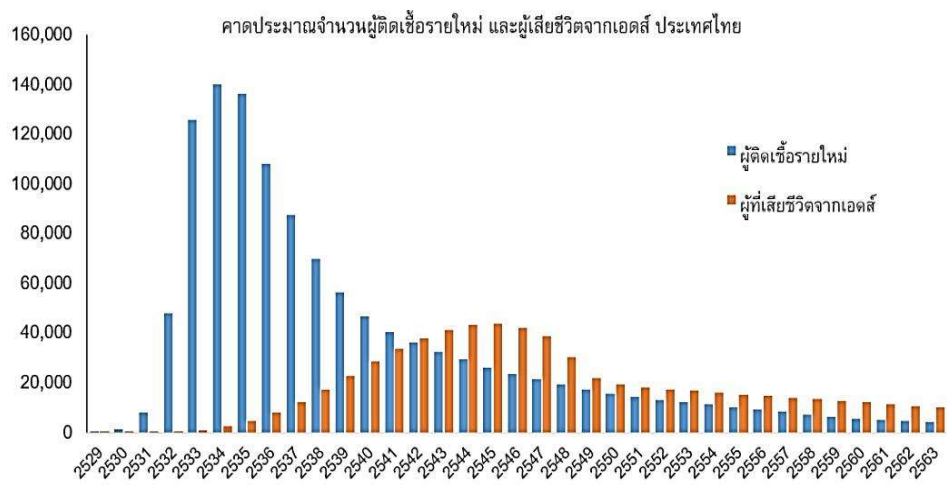
เมื่อมีการประชาสัมพันธ์จนผู้คนรู้จักยา PrEP อย่างแพร่หลาย และสามารถขยายบริการให้ครอบคลุมก็จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามารับบริการเพิ่มมากขึ้น เมื่อกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ถึงวิธีการป้องกันตัวเองอย่างถูกวิธี ก็ถือได้ว่ายา PrEP เป็นเครื่องมืออีกชิ้นหนึ่งที่จะช่วยผลักดันให้แผนยุติปัญหาเอดส์ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

คำสำคัญ PrEP, ถุงยางอนามัย นวัตกรรมป้องกันเอดส์

*นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

บทนำ

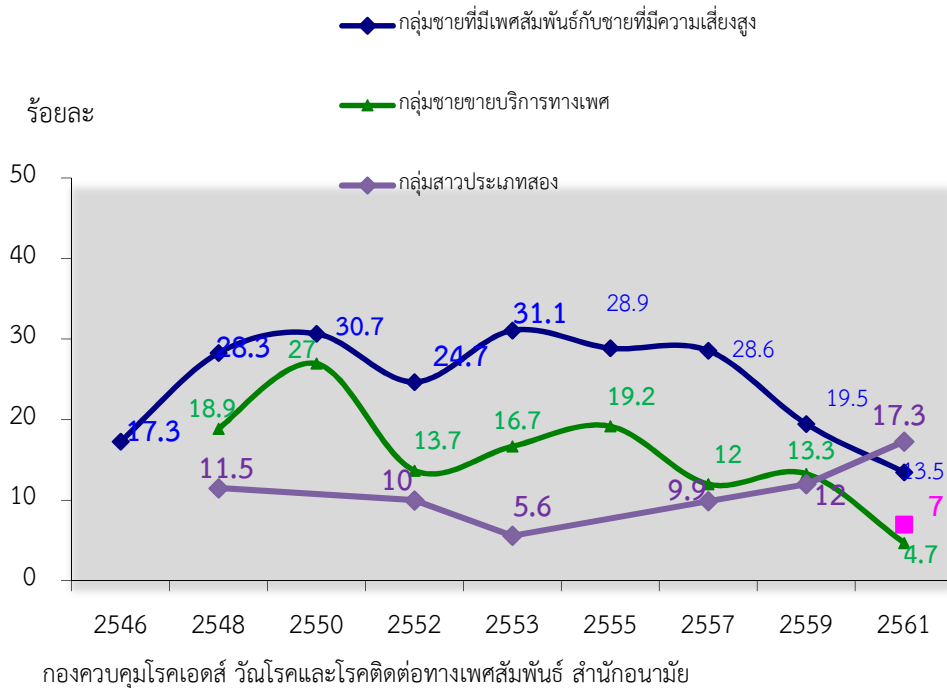
สถานการณ์เอชไอวีเอดส์ในประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้น รวมถึงการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นแต่ปัญหาทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อยังมีแนวโน้มสูง โดยมีข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยเคยมีจำนวนสะสมสูงถึง 6.8 แสนคน เมื่อประมาณ 20 ปีที่แล้ว ผลจากการดำเนินงานอย่างเข้มข้นของประเทศไทยจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมลดลงอยู่ที่ 4.4 แสนคน โดยที่ประมาณ 3 ใน 4 ได้รับการบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อรายใหม่คาดว่าจะมีประมาณ 5,000 คนต่อปี ซึ่งคาดว่าจะยังลดลงต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลัก(Key Populations) ยังต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและเข้าถึงได้ยาก



Source: AIDS Epidemic Models by Oct. 2016, Projection & Estimation Working Group

จากข้อมูลการคาดประมาณในปี 2562 มีจำนวนกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่ากลุ่มประชากรอื่น ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 78,834 คน ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 13.5 กลุ่มชายขายบริการทางเพศ 6,467 คน ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 4.7 กลุ่มสาวประเภทสอง 32,621 คน ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 17.3 ซึ่งกรุงเทพมหานครได้ดำเนินงานด้านป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มาอย่างต่อเนื่องภายใต้ยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยปัจจุบันได้ดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย Fast Tract Cities 90:90:90 โดยที่ 90 แรก ผู้ติดเชื้อ HIV ทราบสถานะของตนเอง 90 ที่สอง ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัส และ

90 ที่สาม ผู้ได้รับยาต้านไวรัสสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ ตามกลยุทธ์ R-R-T-T-P-R เพื่อยุติปัญหาเอดส์ (IBBS 2018)



กลยุทธ์ R-R-T-T-P-R ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ เป็นกลยุทธ์ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขคิดขึ้นมาใช้ในการดำเนินงานค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ เพื่อสนองนโยบายยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ ปี 2560-2573 ซึ่งได้มีการพัฒนาต่อเนื่องมาจากแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ R-R-T-T-P ปี 2557-2559

Reach : เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้รู้เท่าทัน

Recruit : เข้าสู่ระบบบริการ รักษา คัดกรอง รักษา

Test : ตรวจ และรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตัวเอง

Treat : รักษาด้วยยาต้านไวรัส เร็ว ทุก CD4

Protection : รู้วิธีการป้องกันตัวเอง Condom, PrEP, PEP

Retain : ผลเลือดบวก กินยาต้านไวรัสและติดตามต่อเนื่อง จนกดไวรัสสำเร็จ
ผลเลือดลบ ป้องกันตัวเองอย่างต่อเนื่องด้วยบริการ PrEP ร่วมกับถุงยางอนามัย
เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HIV และ ตรวจ HIV สม่าเสมออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

นวัตกรรม PrEP + ฤๅงยงอนมัย

การคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทยและสาธารณสุขใหม่ๆและนำเข้ามาใช้เพื่อเป็นทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของกลุ่มประชากรหลักและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายขายบริการ และกลุ่มสาวประเภทสอง ก็เป็นอีกหนึ่งวิธีที่จะช่วยดึงดูดกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงบริการด้วยการสร้างกระแสประชาสัมพันธ์การใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หรือ PrEP ร่วมกับการใช้ฤๅงยงอนมัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้เป็นรู้จักกันอย่างแพร่หลาย และเข้าสู่บริการได้อย่างทั่วถึง โดยการนำแอปพลิเคชัน Line@ เข้ามาช่วยในการประชาสัมพันธ์และชักชวนให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการ แนะนำเส้นทางคลินิกเพร็พบางกอกในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น (กองควบคุมโรคเอดส์ฯ สำนักอนามัย กรุงเทพฯ 2562)

เป้าหมายการบริการ

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาโดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเข้ามาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน
2. เพื่อเพิ่มช่องทางในการติดต่อการเข้ารับบริการให้เป็นทางเลือกที่สะดวกสบาย รวดเร็วและง่ายสำหรับการติดต่อขอรับบริการแบบไม่ต้องเห็นหน้าผู้ให้บริการเพื่อลดความเขินอายของผู้เข้ารับบริการ
3. เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ให้ยา PrEP เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายและให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการ PrEP ได้สะดวก รวดเร็วมากยิ่งขึ้น (กองควบคุมโรคเอดส์ฯ สำนักอนามัย กรุงเทพฯ 2562)

PrEP คืออะไร

ยา PrEP ย่อมาจาก Pre-exposure prophylaxis คือ สูตรยาต้านไวรัสที่ให้กับผู้ที่ยังไม่ได้ติดเชื้อ HIV แต่มีไลฟ์สไตล์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับเชื้อ HIV เช่น มีการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก มีการใช้สารเสพติดชนิดฉีดโดยการฉีดยา PrEP นั้นมีการศึกษาแล้วว่าสามารถใช้ป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้จริง หากมีการรับประทานอย่างถูกต้องตามแพทย์สั่ง (Safe Clinic 2562)

PrEP สามารถป้องกันได้จริงหรือ?

จากการศึกษาพบว่าการใช้ ยา PrEP อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยกินต่อเนื่องทุกวันไปอย่างน้อย 7 วันก่อนที่จะมีความเสี่ยง จะช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV จากการมีเพศสัมพันธ์ได้มากกว่า 90 % ส่วนในกรณีของผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีด สามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ถึง 70% (Safe Clinic 2562)

อย่างไรก็ตามยาPrEP ไม่สามารถป้องกันเชื้อ HIV ได้ถึง 100% และไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นได้ **จึงควรใช้ยา PrEP ควบคู่ไปกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง** เพื่อความมั่นใจป้องกันได้ทั้งเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Safe Clinic 2562)

ใครควรกิน PrEP

PrEP เหมาะสำหรับผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวี(ผลเลือดเป็นลบ) แต่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV ซึ่งอาจจะมีพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ (กองควบคุมโรคเอดส์ฯ สำนักอนามัย กรุงเทพฯ 2562)

- เปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ
- มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก
- ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บ่อยๆ
- มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย
- ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด
- ผู้ที่มีปาร์ตีเป็นประจำ
- ผู้ที่ไม่ทราบผลเลือดของตัวเอง (ซึ่งอาจจะมีผลเลือดเป็นบวกอยู่แล้ว)

ก่อนเริ่ม PrEP ต้องทำอะไร

ยา PrEP ต้องรับตามแพทย์สั่งเท่านั้น ก่อนเริ่มยาจะต้องมีการตรวจเลือดเพื่อให้แน่ใจว่ามีผลเลือดเป็นลบ และต้องไม่อยู่ใน Window Period ตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(ซิฟิลิส) ตรวจไวรัสตับอักเสบบี การทำงานของไต ว่าสามารถเริ่มยาได้โดยที่ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (กองควบคุมโรคเอดส์ฯ สำนักอนามัย กรุงเทพฯ 2562)

ยา PrEP กินอย่างไร

การกินยา PrEP ให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดควรกินติดต่อกันอย่างน้อย 7 วันก่อนมีความเสี่ยง และควรกินยาสม่ำเสมอติดต่อกันทุกวันในเวลาเดิม และควรรับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV ทุกๆ 3 เดือน ถ้าหากจะหยุดยาควรหยุดหลังจากมีความเสี่ยงครั้งสุดท้ายอย่างน้อย 4 สัปดาห์และควรหยุดยาภายใต้คำปรึกษาของแพทย์

ยา PrEP ไม่ต้องกินตลอดชีวิต **สามารถหยุดยาได้เมื่อไม่มีความเสี่ยงแล้ว** และเมื่อจะเริ่มยาใหม่ต้องมีการตรวจเลือดใหม่ทุกครั้ง (กองควบคุมโรคเอดส์ฯ สำนักอนามัย กรุงเทพฯ 2562)

ช่องทางการเข้าถึงบริการ

ต้องมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อที่เราจะได้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้หลากหลายมากยิ่งขึ้น และการทำงานก็ต้องมีการผสมผสานที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อเพิ่มความน่าสนใจและดึงดูดกลุ่มเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น โดยการเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์และจัดบริการทั้งในรูปแบบของ Off Line และ On Line ควบคู่กันไป

Off Line

- เป็นการออกบริการเชิงรุก Mobile VCT และร่วมทำกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มบริการให้คำปรึกษา ตรวจเลือดคัดกรองหาการติดเชื้อ HIV และซิฟิลิส ในจุดรวมตัวของกลุ่มเป้าหมายหลักที่เป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายขายบริการ และสาวประเภสองที่เข้าถึงยาก เช่น ผับ บาร์ ชวนา สวนสาธารณะ ลานกีฬา และเวทีหมอลำ

- การจัดบริการคลินิกให้เพียงพอและครอบคลุมพื้นที่ โดยการตั้งชื่อคลินิกให้เป็นที่จดจำได้ง่าย คือ **คลินิกเพร็พบางกอก (PrEP BANGKOK Clinic)** 15 แห่ง ทั่วกรุงเทพมหานคร เพื่อรองรับกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการได้อย่างเพียงพอ และสะดวกแก่การเดินทาง เช่น ติดรถไฟฟ้า มีรถเมล์และขนส่งมวลชนผ่านจำนวนมาก ตั้งในจุดที่ง่ายต่อการสังเกต

- **สื่อประชาสัมพันธ์ในที่สาธารณะ** ติดตั้งสื่อประชาสัมพันธ์ในสถานที่สาธารณะที่มีผู้คนพลุกพล่าน เพื่อให้สะดุดตาเห็นได้ง่าย เช่น ป้ายรถเมล์ เสาต่อม่อทางด่วน ตอม่อรถไฟฟ้า เป็นต้น รวมถึงการผลิตสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อกระจายให้กับพื้นที่ต่างๆประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง เช่น แผ่นพับ กิมมิก โปสเตอร์ และสติ๊กเกอร์ เป็นต้น

On Line

- **Line@** เป็นการนำเทคโนโลยีใกล้ตัวที่ใช้ในชีวิตประจำวันเข้ามาช่วยในการประชาสัมพันธ์ และให้คำปรึกษา แนะนำบริการเพื่ออำนวยความสะดวก ให้ข้อมูลความรู้และการเข้าถึงบริการแก่กลุ่มเป้าหมาย

- **สื่อ on line** การประชาสัมพันธ์สื่อต่างๆผ่าน social media เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้ง่ายยิ่งขึ้น เช่น Face book, Youtube ผ่านทาง Youtuber ที่มีชื่อเสียง เป็นที่รู้จัก (กองควบคุมโรคเอดส์ฯ สำนักอนามัย กรุงเทพฯ 2562)

เมื่อมีการประชาสัมพันธ์ในรูปแบบที่หลากหลาย มีความแปลกใหม่และน่าสนใจ ผ่านช่องทางที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว ก็จะทำให้สามารถดึงดูดกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการได้เพิ่มมากยิ่งขึ้นด้วย

สรุป

จะเห็นได้ว่า การนำสิ่งรอบตัวที่มีอยู่เข้ามาปรับใช้ร่วมกันให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ที่หลากหลายเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้เกิดทางเลือกใหม่ที่มีความน่าสนใจดึงดูดกลุ่มเป้าหมายได้เพิ่มขึ้น ซึ่ง **PrEP+ถุงยางอนามัย** ก็เป็นอีกนวัตกรรมใหม่ที่น่าสนใจเช่นเดียวกัน เพราะ **PrEP สามารถป้องกันเชื้อ HIV ได้จริง แต่ถ้าจะให้ดีที่สุดที่สมควรใช้ควบคู่ไปกับถุงยางอนามัย ซึ่งจะสามารถป้องกันได้ทั้งเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ด้วย** ซึ่งก็ถือว่าเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการป้องกันตัวเอง ยังจะส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ลดลง นำไปสู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ได้ง่ายยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

- ขยายเวลาให้บริการในคลินิกเพรีพวงกอกเพิ่มขึ้นในวันหยุดและนอกเวลาราชการ เพื่อให้ตอบสนองต่อผู้รับบริการที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการในวันเวลาราชการได้ เช่น คนที่ทำงานกลางคืน หรือคนที่มีปัญหาเสี่ยงในช่วงวันหยุดราชการ

- ปรับเวลาในการให้บริการเชิงรุกจาก 17.00-21.00 น. เป็น 20.00- 24.00 น. เนื่องจากยังมีกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากที่เป็นผู้ที่มาใช้บริการสถานบันเทิงและเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงออกมาในช่วงเวลาดึก ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ในเวลาที่เคยออกให้บริการ

- การประชาสัมพันธ์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไปได้ทราบถึงวัน เวลา และสถานที่ในการออกให้บริการเชิงรุก ควรเป็นไปอย่างทั่วถึงและชัดเจน ประชาสัมพันธ์ได้ครอบคลุมทั่วพื้นที่ ให้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ทราบล่วงหน้าเพื่อการเตรียมตัวเข้ารับบริการหรือจะได้ช่วยกระจายข่าวต่อไป

- การพัฒนารูปแบบของสื่อ หรือกิมมิก ที่มีความน่าสนใจ มีความหลากหลาย แปลกตา และดูไม่เป็นทางการจนเกินไป สามารถนำไปใช้งานได้ให้เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็น จะเป็นการช่วยดึงดูดหรือทำให้ผู้ที่สนใจสามารถตัดสินใจเข้ารับบริการได้เพิ่มขึ้น

- การจัดบริการ PrEP Delivery โดยการจัดส่งยา PrEP ให้กับผู้รับบริการที่ไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ หรือกลุ่มที่ไม่ต้องการพบเจอผู้คนจำนวนมากในศูนย์บริการ ถือเป็น การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อีกหนึ่งช่องทาง

เอกสารอ้างอิง

กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.(2562).ผล

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2561. กรุงเทพมหานคร:ธนพร
พาณิชย์

กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.

(2562).สรุปผลการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประจำปี 2562.

กรุงเทพมหานคร:ธนพรพาณิชย์

กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.(2561).

คู่มือการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับความชุกของการติดเชื้อ
เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(Integrated Biological and Behavioral Survey :
IBBS).กรุงเทพมหานคร: ธนพรพาณิชย์

Safe Clinic (2562). PrEP (เพร็พ) ยาป้องกันต้านเชื้อ hiv และโรคเอดส์ คืออะไร ราคาเท่าไร.

สืบค้นได้จาก

https://www.bangkoksafeclinic.com/th/prep%e0%b9%80%e0%b8%9e%e0%b8%a3%e0%b9%87%e0%b8%9e/?gclid=CjwKCAiA0svwBRBhEiwAHqKjFjd9hMOhgeTmZcJgFbhFGgJBaptLh3U8SEbfTD6qQEcfhMD8XlHXaBoCpdwQAvD_BwE สืบค้นวันที่ 6 ม.ค.

2563

Interesting verdict:
**Government officials neglected their duties as required
by law, unduly delayed in the case of nuisance and dangerous business**

Chardsumon Prutipinyo*

Abstract

In this case, the six complainants appealed to the Supreme Court that the business of steaming mackerel in houses No. 313 and 314 caused continuous annoyance by the smell and sound to the six complainants. The 1st defendant is a district municipality officer, accused of neglecting duties under the Public Health Act, BE.1992, and violating the announcement of the Ministry of Public Health No. 5/2538, regarding activities that are harmful to health. The facts later appeared that the steamed mackerel entrepreneurs had moved their business locations to other areas. Therefore, there was no longer a nuisance to the problem. The second defendant was an officer under the Ministry of Interior, having the power to supervise the 1st defendant, according to the Municipality Act, BE. 1953. The fact is that the second defendant therefore had a letter to the 1st defendant, proceeding with the investigation and coordinated the relevant departments and authorities, and reported the investigation results to the 2nd defendant. The 2nd defendant is of the opinion that the 1st defendant had carried out an investigation and resolved preliminary problems report. The case therefore can be considered that the 2nd defendant has performed his duties as required by law to supervise the 1st defendant, so the 2nd defendant did not neglect his duties. The 3rd defendant, is a government official in accordance with the Factory Act, BE. 1992. The Mackerel Planned Business was transferred to the Municipality to oversee and no evidence was found in the case that the six complainants issued a complaint regarding annoyance and the nuisance about the smell and sound, directly to the 3rd defendant.

The case is not yet considered that all three defendants neglected their duties as required by law, to perform their duties unreasonably late.

*Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

E-mail : Chardsumon.pru@mahidol.ac.th

คำพิพากษาที่น่าสนใจ:

เจ้าหน้าที่รัฐละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ หรือปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าเกินสมควรในฟ้องเหตุรำคาญและกิจการอันตราย

ฉัตรสมุน พฤตภิณูญ*

ย่อคำพิพากษา

คดีนี้ผู้ฟ้องคดีทั้งหกอุทธรณ์ต่อศาลสูงสุดว่า กิจการนี้ปลาทูในบ้านเลขที่ 313 และ 314 นี้ก่อเหตุเดือดร้อนรำคาญในเรื่องกลิ่นและเสียงแก่ผู้ฟ้องคดีทั้งหกอย่างต่อเนื่อง ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 เป็นเทศบาลตำบล ละเลยต่อหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และฝ่าฝืนประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ 5/2538 เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ข้อเท็จจริงปรากฏต่อมาว่าผู้ประกอบการนี้ปลาทูได้ย้ายสถานประกอบกิจการไปยังพื้นที่อื่น จึงถือได้ว่าไม่ปรากฏเหตุเดือดร้อนรำคาญอันจะทำให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จะต้องดำเนินการแก้ไขอีกต่อไป ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 เป็นเจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทยมีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 นั้น ข้อเท็จจริงปรากฏว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 จึงได้มีหนังสือ ไปยังผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ให้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่และให้รายงานผลการตรวจสอบให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ทราบ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 เห็นว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นแล้ว กรณีจึงถือได้ว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดในการควบคุมดูแลผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 จึงไม่ได้ละเลยต่อหน้าที่ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 เจ้าหน้าที่ของรัฐตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 กิจการนี้ปลาทูอยู่ในข่ายถูกโอนภารกิจให้เทศบาล และไม่ปรากฏพยานหลักฐานใดในคดีว่าผู้ฟ้องคดีทั้งหก ได้มีหนังสือร้องเรียนเกี่ยวกับเหตุเดือดร้อนรำคาญเรื่องกลิ่นและเสียงไปยังผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 โดยตรง

กรณีจึงยังถือไม่ได้ว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติหรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวล่าช้าเกินสมควร

*ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail : Chardsumon.pru@mahidol.ac.th

คดีพิพาทเกี่ยวกับการที่หน่วยงานทางปกครองหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐละเลยต่อหน้าที่ตามกฎหมายที่กำหนดให้ต้องปฏิบัติหรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวล่าช้าเกินสมควร ผู้ฟ้องคดีเป็นผู้อยู่อาศัย ผู้ถูกฟ้องคดี 1 2 3 ตามลำดับ เป็นเทศบาลตำบลสำโรงเหนือ ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ และอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ (คำพิพากษายหมายเลขแดงที่ อส 12/2560)

ประเด็นการวินิจฉัย

คดีมีประเด็นที่จะต้องวินิจฉัยว่าผู้ถูกฟ้องคดีทั้ง 3 ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ หรือปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าเกินสมควรหรือไม่

ข้อเท็จจริง

คดีนี้ผู้ฟ้องคดีทั้งหก ฟ้องว่าผู้ฟ้องคดีทั้งหก มีบ้านพักอาศัยอยู่บริเวณถนนสุขุมวิท ระหว่างซอยสุขุมวิท 74-76 ซอยมิตรอุดม 2 หมู่ที่ 1 ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการได้รับความเดือดร้อนเสียหายจากการประกอบกิจการต้มปลาหู ณ บ้านเลขที่ 313 และ 314 หมู่ที่ 1 ตำบลสำโรงเหนือ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งมีการผลิตในช่วงเวลา 20:00 น..จนถึง 08:00 น.. ได้ก่อให้เกิดมลภาวะทางเสียงจากอุปกรณ์การผลิต และหรือเครื่องต้มที่มีขนาดใหญ่ เสียงจากคนงานในช่วงทำการผลิต เสียงจากการยนต์เข้าออก และเสียงจากเครื่องเสียงติดรถยนต์ที่ใช้ในการขนส่งปลาหู แล้วมลภาวะทางด้านกลิ่นเหม็นเน่าคละคลุ้งกลิ่นคาวปลาอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังส่งผลให้น้ำเน่าเสียและเป็นแหล่งอาหารนำโรค ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้ฟ้องคดีทั้งหก ประกอบกิจการต้มปลาหูเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือนขนาดใหญ่ จึงไม่ควรดำเนินการในบ้านพักอาศัยของตน ซึ่งอยู่ในชุมชนและใกล้เคียงบ้านพักอาศัย ของผู้ฟ้องคดีทั้งหก และชาวบ้านอันไม่ใช่เขตอุตสาหกรรม ผู้ฟ้องคดีที่ 2 ได้ร้องเรียนกรณีที่มีเหตุเดือดร้อนรำคาญเรื่องกลิ่นและเสียงต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2553 แล้วผู้ฟ้องคดีที่ 1 ได้ร้องเรียนต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2553 ขอให้ตรวจสอบว่า การประกอบกิจการต้มปลาหูเป็นการประกอบกิจการที่ได้รับอนุญาตหรือไม่ และเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2553 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้มีหนังสือถึงผู้ฟ้องคดีที่ 2 ซึ่งพักอาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้ฟ้องคดีที่ 1 ว่า การประกอบกิจการต้มปลาหูใน

บ้านเลขที่ 314 เป็นการประกอบกิจการที่ไม่มีใบอนุญาตและในช่วงที่มีการประกอบกิจการยังมีเหตุเดือดร้อนรำคาญ ในเรื่องของกลิ่นรบกวนและเสียงดังจากเตาแก๊สนึ่งปลาจริง จึงให้หยุดประกอบกิจการจนกว่าจะได้ดำเนินการขอใบอนุญาต ผู้ฟ้องคดีทั้งหก เห็นว่าปัญหาตามข้อร้องเรียนดังกล่าวยังไม่ได้รับการแก้ไข เมื่อวันที่ 5 มกราคม 2554 ผู้ฟ้องคดีบางรายและชาวบ้านจึงมีหนังสือทวงถามการแก้ไขตามข้อร้องเรียน ไปยังผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้มีหนังสือลงวันที่ 18 มกราคม 2554 แจ้งผู้ฟ้องคดีที่ 2 ว่าได้ขอให้ผู้ประกอบการปรับปรุงแก้ไขโดยให้ทำผนังกันและเพิ่มขนาดความสูงของปล่องระบายอากาศ พร้อมติดเครื่องดูดอากาศเพื่อป้องกันกลิ่นรบกวนโดยให้ดำเนินการให้เรียบร้อยภายใน 15 วัน แต่ยังไม่มีการปรับปรุงแก้ไขและผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้มีหนังสือลงวันที่ 22 ธันวาคม 2554 และลงวันที่ 31 มกราคม 2555 ให้ผู้ประกอบการปรับปรุงแก้ไขสถานประกอบกิจการ แต่ยังไม่มีการปรับปรุงแก้ไขแต่อย่างใด การกระทำของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จึงเป็นการปฏิบัติ หรือ ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 โดยปล่อยให้บ้านเลขที่ 313 และ 314 ทำการดัดแปลงบ้านที่ใช้อาศัย เป็นโรงงานนึ่งปลาเป็นกิจการอันตรายต่อสุขภาพ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ 5/2538 เรื่องกิจการอันตรายต่อสุขภาพ ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2553 ข้อ 3 (5) และต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและมาตรการในการควบคุมสถานประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. 2545 อย่างเคร่งครัด จึงจะได้รับใบอนุญาต แต่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 กลับปล่อยให้พลละเลยให้บ้านเลขที่ 314 ประกอบกิจการโดยไม่ได้รับอนุญาตมาจนถึงปัจจุบัน

คดีนี้ศาลปกครองชั้นต้นพิจารณา ยกฟ้อง ผู้ฟ้องคดีทั้งหก จึงขอให้ศาลปกครองสูงสุดพิพากษากลับคำพิพากษาของศาลชั้นต้น และพิพากษาให้ผู้ถูกฟ้องคดีทั้ง 3 ปฏิบัติหน้าที่ตามอำนาจหน้าที่ ที่กฎหมายกำหนด ศาลปกครองสูงสุดได้ตรวจพิจารณาเอกสารทั้งหมดในสำนวนคดี กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ฯลฯ ที่เกี่ยวข้องประกอบแล้ว

ข้อเท็จจริงรับฟังว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้พิจารณา ออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ออกให้ ณ วันที่ 29 กันยายน 2549 ใช้ได้ถึงวันที่ 29 กันยายน 2550 และได้รับใบอนุญาตต่อมาอีกคราวละ 1 ปี โดยครั้งล่าสุดผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้ออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้ ณ วันที่ 15 ธันวาคม 2554 ใช้ได้จนถึงวันที่ 29 กันยายน 2555 ผู้ฟ้องคดีทั้งหก มีบ้านพักอาศัยในบริเวณใกล้เคียงกับบ้านเลขที่ 313 และ

บ้านเลขที่ 314 ซึ่งประกอบกิจการปลาหุหนึ่ง โดยผู้ฟ้องคดีที่ 2 ได้มีหนังสือลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2553 ร้องเรียนต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ว่า บ้านข้างเคียงส่งเสียงดังและมีกลิ่นเหม็นจากการทำปลาหุหนึ่ง ขอให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการโดยด่วนและผู้ฟ้องคดีที่ 1 ได้มีหนังสือลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2553 ถึงผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ร้องเรียนว่าบ้านเลขที่ 314 มีการก่อเหตุรำคาญในเรื่องกลิ่นและเสียงโดยดำเนินการเป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือน ประกอบกิจการปลาหุหนึ่ง จึงขอให้ตรวจสอบใบอนุญาต ประกอบกิจการเนื่องจากเป็นเขตชุมชน กิจการดังกล่าวสร้างเหตุรำคาญเรื่องกลิ่นเสียงและน้ำเสียมาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 3 ปี ขอให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ดำเนินการหลังจากนั้นผู้ฟ้องคดีที่ 1 ได้มีหนังสือลงวันที่ 3 ธันวาคม 2553 ถึงผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ติดตามความคืบหน้าเรื่องร้องเรียนรวมทั้งได้หนังสือลงวันที่ 15 ธันวาคม 2553 ถึงนายกเทศมนตรีตำบลสำโรงเหนือ ขอให้ช่วยติดตามความคืบหน้าเรื่องร้องเรียนเนื่องจากผู้ประกอบการยังดำเนินกิจการและก่อให้เกิดเหตุรำคาญเช่นเดิม

ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 แจ้งผลการตรวจสอบพบว่าการประกอบกิจการปลาหุหนึ่งก่อให้เกิดเหตุรำคาญมีเสียงรบกวนและเสียงดังจากเตาแก๊สนึ่งปลาจริง อีกทั้งยังประกอบกิจการโดยไม่มีใบอนุญาต ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จึงให้หยุดประกอบกิจการจนกว่าจะได้ดำเนินการขออนุญาตและผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้มีหนังสือที่ สป 52303/33 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2553 ถึงผู้ประกอบการแจ้งผลการตรวจสอบพบว่าการประกอบกิจการปลาหุหนึ่งที่บ้านเลขที่ 313 ก่อให้เกิดปัญหาเหตุรำคาญโดยมีกลิ่นและเสียงดังรบกวนจากเตาแก๊สนึ่งปลาจริง จึงขอให้ปรับปรุงแก้ไข ให้เรียบร้อยภายใน 15 วัน ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้ตรวจติดตามผล พบว่าขณะตรวจสอบบ้านเลขที่ 313 ผู้ประกอบการได้ทำผ้าใบกันเสียงและทำน้ำหมักชีวภาพราดบริเวณพื้นที่ประกอบกิจการบ่อบำบัดน้ำเสียเพื่อแก้ไขปัญหากลิ่นเหม็นและน้ำเสีย ส่วนบ้านเลขที่ 314 ผู้ประกอบการได้หยุดประกอบกิจการแล้ว ต่อมาเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2554 ได้แจ้งผู้ประกอบการเพิ่มเติมโดยให้จำกัดเวลาการทำงานและห้ามประกอบกิจการเกินเวลา 24:00 น.

อย่างไรก็ตาม ผู้ฟ้องคดีทั้งหก ได้มีหนังสือลงวันที่ 5 มกราคม 2554 ถึงนายกเทศมนตรีตำบลสำโรงเหนือขอให้ดำเนินการและตรวจสอบความคืบหน้าเรื่องร้องเรียนดังกล่าวหลังจากนั้นในวันที่ 7 มกราคม 2554 และวันที่ 11 มกราคม 2554 เจ้าหน้าที่ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้เข้าตรวจสอบ ข้อเท็จจริงจากบ้านข้างเคียงและได้ออกตรวจสอบว่าเลขที่ 313

เวลา 21.30 น. และ 23:00 น. บริเวณถนนหน้าบ้านทำปลาทุด้วยกลิ่นจากการนั่งปลาทุ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จึงได้มีหนังสือที่ สป 52303/2 ลงวันที่ 18 มกราคม 2554 ถึงผู้ประกอบการแจ้งให้ปรับปรุงแก้ไขโดยทำผนังกันและเพิ่มความสูง ของปล่องระบายอากาศพร้อมติดตั้งดูดอากาศเพื่อป้องกันกลิ่นเหม็นรบกวนชาวบ้านข้างเคียงให้เรียบร้อยภายใน 15 วัน หลังจากได้รับแจ้งและได้มีหนังสือลงวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2554 แจ้งผลติดตามตรวจสอบเหตุร้องเรียนดังกล่าวให้ผู้ฟ้องคดีที่ 2 ทราบ แต่ในวันที่ 21 มกราคม 2554 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้รับแจ้งจากผู้ฟ้องคดีที่ 2 ว่า ยังคงได้รับเหตุรบกวน จึงได้ออกตรวจสอบ ณ บ้านผู้ร้อง ในเวลา 23:00 น. ถึง 01:37 น. รายงานด้วยวาจาว่าไม่พบว่ามีกลิ่นและเสียง ต่อมาผู้ประกอบการได้มีหนังสือลงวันที่ 31 มกราคม 2545 ถึงผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 แจ้งว่ากำลังติดตั้งถังบำบัดดักไขมันขนาดความจุ 1 ลิตร ภายใน 45 วัน และได้ติดต่อช่างรับเหมาทำปล่องควันและวัดความสูงเพื่อระบายกลิ่นให้พ้นจากบ้านข้างเคียง ซึ่งคาดว่าจะแล้วเสร็จภายใน 45 วัน และได้กั้นฉากปิดกั้นห้องต้มปลาความยาวเท่ากับเตาต้มโดยใช้อิฐกั้นไฟเพื่อป้องกันเสียงดังจากเตาต้ม ภายใน 45 วัน

ต่อมาวันที่ 2 มีนาคม 2554 ผู้ประกอบการ ได้แจ้งไปยังผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ว่าได้ดำเนินการแก้ไขเรื่องกลิ่นเหม็นและเสียงดังแล้วเจ้าหน้าที่ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้ไปตรวจสอบบ้านเลขที่ 313 เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2554 พบว่ายังมีกลิ่นรบกวนจะได้แก้ไขตามที่แจ้งและผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้มีหนังสือที่ สป 52303/7 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2554 แจ้งผลการดำเนินการกรณีเหตุรำคาญเรื่องกลิ่นเสียงให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ทราบต่อมาเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2554 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้มีหนังสือไปยังทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสมุทรปราการ อธิบดีกรมควบคุมมลพิษสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรสำโรงเหนือ อุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการเพื่อขอความร่วมมือให้ร่วมตรวจสอบเหตุรำคาญเรื่องกลิ่นเสียงจากกิจการปลาทุนั่งและสถานประกอบกิจการบ้านเลขที่ 313 โดยหน่วยงานดังกล่าวได้ร่วมตรวจสอบในวันที่ 8 เมษายน 2554 เวลา 10.00 น. โดยมีผู้ฟ้องคดีที่ 1 และผู้ฟ้องคดีที่ 2 พร้อมด้วยประชาชนในบริเวณข้างเคียง ผู้ได้รับผลกระทบ และผู้สื่อข่าวร่วมตรวจสอบด้วย ซึ่งขณะตรวจสอบพบว่าผู้ประกอบการไม่ได้ประกอบกิจการในเวลาดังกล่าว คณะผู้ตรวจสอบจึงให้เปิดระบบการทำงานเหมือนในวันดำเนินการตามปกติพบว่ามีความเสียงดังตามปกติของเครื่อง

ต่อมา กลุ่มประชาชนผู้ได้รับความเดือดร้อนเหตุรำคาญได้มีหนังสือลงวันที่ 22 สิงหาคม 2554 ถึงผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 แจ้งเหตุรำคาญเรื่องกลิ่น ที่เกิดจากวัตถุดิบคือปลาหู น้ำเสีย ขยะ เสียงที่เกิดจากอุปกรณ์การทำงาน กระบวนการทำงานนี้ยังไม่มีมาตรการแก้ไขใดๆและยังมีการ ดำเนินการต่อเนื่องก่อให้เกิดเหตุรำคาญมากยิ่งขึ้น กว่าเดิม โดยมีการทำงานตลอดเวลาทั้ง กลางวันกลางคืนและมีการเพิ่มการทำงานจำนวนคนและวัตถุดิบทำให้ชาวบ้านได้รับความ เดือดร้อน ต่อมาวันที่ 6 กันยายน 2554 เวลา 9:30 น.ที่ เจ้าหน้าที่ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้ไป ตรวจสอบการทำปลาหูหนึ่งของผู้ประกอบการบ้านเลขที่ 313 พบว่าผู้ประกอบการทำงานใน ช่วงเวลา 16:00 น.ถึง 23:00 น. และ 6:00 น.ถึง 9:00 น. เจ้าหน้าที่จึงขอให้ควบคุมเวลาอย่าให้ เกิน 23:00 น.เพิ่มปริมาณการผลิตให้ส่งแผนผังการบำบัดน้ำเสียภายใน 7 วัน และให้เพิ่มการใช้ น้ำจุลินทรีย์ EM เลยได้ไปตรวจสอบอีกครั้งในวันที่ 16 กันยายน 2554 เวลา 13:00 น.หลังจาก นั้นผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้มีหนังสือที่ สป 52303/45 ลงวันที่ 26 กันยายน 2554 แจ้งให้ ผู้ประกอบการแก้ไขเหตุร้องเรียนโดยดำเนินการดังนี้ 1) หยุดใช้พื้นที่ในบริเวณบ้านเลขที่ 314 เนื่องจากไม่ได้เป็นพื้นที่ที่ได้ขออนุญาตประกอบกิจการ 2) ขอให้ควบคุมเวลาการทำงานให้อยู่ใน ช่วงเวลา 4:00 น.ถึง 21:00 น. 3) ห้ามเพิ่มปริมาณการผลิตโดยเด็ดขาด 4) ให้ใช้น้ำจุลินทรีย์ EM ล้างทำความสะอาดพื้นที่บริเวณสถานประกอบการตลอดจนทางระบายน้ำเพื่อป้องกันกลิ่น รบกวนชาวบ้านข้างเคียงโดยดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 7 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือนี้ ต่อมาคณะกรรมการตรวจสอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งแต่งตั้งโดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้ ร่วมกันตรวจสอบกรณีนี้ที่ผู้ประกอบการขอต่อใบอนุญาตประกอบกิจการวันที่ 29 กันยายน 2554 เวลา 9:00 น.พบว่ายังคงมีกลิ่นเหม็นจากการระบายน้ำทิ้ง คณะกรรมการจึงให้เวลาแก้ไขให้แล้ว เสร็จภายใน 15 วันหลังจากได้รับแจ้ง และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้ออกคำสั่งตามหนังสือที่ สป 52306/46 ลงวันที่ 11 ตุลาคม 2554 ให้ผู้ประกอบการระงับเหตุรำคาญและแจ้งว่ากรณีที่ยื่นขอ ต่ออายุใบอนุญาตให้ดำเนินการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพนั้น เนื่องจากมีประชาชนร้องเรียน ว่ามีกลิ่นเหม็นและเสียงดังรบกวนประชาชนผู้อยู่อาศัย ประกอบกับการตรวจสอบของ คณะกรรมการตรวจสอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อาศัยอำนาจตามมาตรา 28 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 จึงออกคำสั่งให้ ผู้ประกอบการขอต่อใบอนุญาต ได้แก้ไขเหตุรำคาญก่อน ต่อมาผู้ประกอบการได้มีหนังสือลงวันที่ 20 ตุลาคม 2554 แจ้งผู้ถูกฟ้อง คดีที่ 1 ว่าได้ปรับปรุงแก้ไขเหตุรำคาญแล้ว แล้วเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2554 เวลา 13:00 น.

คณะกรรมการตรวจสอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ไปตรวจสอบอีกครั้ง ซึ่งพบว่าผู้ประกอบการได้ทำการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของคณะกรรมการพร้อมเสนอความเห็นควรพิจารณาออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยมีเงื่อนไขตามรายละเอียดแนบท้ายหนังสือผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จึงออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้แก่ผู้ประกอบการเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2554 โดยให้ใช้ได้จนถึงวันที่ 29 กันยายน 2555 และได้อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กำหนดเงื่อนไข ที่ผู้ประกอบการที่ต้องปฏิบัติพิเศษดังนี้ 1) ต้องใช้ระบบการบำบัดน้ำเสีย โดยฝังถังบำบัดน้ำเสียในบริเวณพื้นที่ประกอบกิจการและทำการล้างวัตถุขี้ในภาชนะที่มีความสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร 2) ต้องดูแลควบคุมการประกอบกิจการในช่วงเวลาตั้งแต่ 05:00 น. ถึง 21:00 น. เท่านั้น 3) ต้องควบคุมดูแลการประกอบกิจการไม่ให้ก่อเหตุรำคาญ แก่ผู้อยู่อาศัยบริเวณใกล้เคียง 4) ในขณะทำงานต้องปิดผ้าใบพลาสติกกันโดยรอบเพื่อป้องกันเสียงและกลิ่นรบกวนชาวบ้านข้างเคียง 5) ใบอนุญาตประกอบกิจการนี้อาจถูกเพิกถอนได้หากผู้ฟ้องคดีที่ 1 ได้รับการร้องขอหรือคำสั่งจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการใช้ประโยชน์ที่ดินของกิจการขัดต่อข้อกำหนดผังเมืองที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยผังเมือง

คดีมีประเด็นที่จะต้องวินิจฉัยว่าผู้ถูกฟ้องคดีทั้ง 3 ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ หรือปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าเกินสมควรหรือไม่

การวินิจฉัย

ผู้ฟ้องคดีทั้งหกอุทธรณ์ต่อศาลสูงสุดว่า การประกอบกิจการนี้ปลาทูในบ้านเลขที่ 313 และ 314 นี้ก่อเหตุเดือดร้อนรำคาญในเรื่องกลิ่นและเสียงแก่ผู้ฟ้องคดีทั้งหก อย่างต่อเนื่อง แม้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จะเคยออกคำสั่งห้ามไม่ให้ใช้สถานที่ดังกล่าวประกอบกิจการนี้ปลาทูหลายครั้งก็ตาม แต่ไม่เป็นผลให้ผู้ประกอบการหยุดการดำเนินงานและผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ไม่ดำเนินการทางอาญาตามมาตรา 74 และ 80 แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 อันเป็นบทกำหนดโทษต่อผู้ที่ฝ่าฝืนคำสั่งการกระทำของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จึงเป็นการละเลยต่อหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และฝ่าฝืนประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ 5/2538 เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ขอให้จึงจริงปรากฏว่าภายหลังที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้รับเรื่องร้องเรียนจากผู้ฟ้องคดีที่ 2 ผู้ฟ้องคดีที่ 1 และผู้ฟ้องคดีที่ 6 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้ให้เจ้าหน้าที่ของ

ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 เข้าไปตรวจสอบสถานประกอบกิจการและสอบถามข้อเท็จจริงตามอำนาจหน้าที่ ซึ่งการตรวจสอบพบว่าบ้านเลขที่ 313 มีใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จึงสั่งให้ปรับปรุงแก้ไขเหตุร้องเรียนภายใน 15 วัน นับแต่วันที่มีการแจ้งคำสั่ง ส่วนบ้านเลขที่ 314 ประกอบกิจการโดยไม่มีใบอนุญาต จึงสั่งให้หยุดประกอบกิจการจนกว่าจะได้ดำเนินการและขอใบอนุญาตให้เรียบร้อย ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ยังได้แจ้งผลตรวจสอบเหตุร้องเรียนให้ผู้ฟ้องคดีทราบด้วย อีกทั้งผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ยังคงตรวจสอบและติดตามผลเรื่องร้องเรียนเรื่อยมา ซึ่งหากพบว่ายังมีกลิ่นและเสียงจากการประกอบกิจการปลาหนึ่ง ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จะได้มีหนังสือแจ้งให้ผู้ประกอบการดำเนินการแก้ไขและป้องกันกลิ่นและเสียงที่รบกวนพร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาการดำเนินการแก้ไขเหตุเดือดร้อนรำคาญตามหนังสือของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 นอกจากนี้ ผู้ฟ้องคดีที่ 1 ยังได้ดำเนินการขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ อธิบดีกรมควบคุมมลพิษ สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรสำโรงเหนือ และอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ ได้ร่วมตรวจสอบเหตุรำคาญเรื่องเสียงกลิ่น จากการประกอบกิจการปลาหนึ่งและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ด้วยรายงานผลการตรวจสอบพร้อมเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ทราบ เพื่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 จะได้ดำเนินการกำหนดแนวทางและวิธีการให้ผู้ประกอบการใช้ในการแก้ไขเหตุเดือดร้อนรำคาญเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญอีก อันถือได้ว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ไม่ได้ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขกำหนดให้ต้องปฏิบัติและเป็นไปตามขั้นตอนที่กฎหมายกำหนดไว้เพื่อแก้ไขเหตุเดือดร้อนรำคาญแล้ว อีกทั้งในระหว่างการพิจารณาคดีของศาลปกครองสูงสุด ศาลได้มีคำสั่งเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2557 ให้ผู้ฟ้องคดีทั้งหก แจ้งว่า ผู้ฟ้องคดีทั้งหก ยังคงได้รับความเดือดร้อนเสียหายหรืออาจจะเดือดร้อนหรือเสียหายจากการประกอบกิจการปลาหนึ่งของผู้ประกอบการหรือไม่ ผู้ฟ้องคดีทั้งหก ไม่ได้ยื่นคำชี้แจงต่อศาล และข้อเท็จจริงปรากฏต่อมาว่าผู้ประกอบการหนึ่งปลาได้แจ้งผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ว่าได้ย้ายสถานประกอบกิจการไปยังบ้านเลขที่ 2076 หมู่ 9 ตำบลเทพารักษ์ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการแล้ว อีกทั้งผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ยังไม่ได้พิจารณาออกหนังสือรับรองการแจ้งเพื่อจัดสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสะสมอาหารตามที่ผู้ประกอบการยื่นแบบขอแจ้งจัดตั้งสถานที่จำหน่ายอาหารหรือสะสมอาหารตามหนังสือที่ 52303/2075 ลงวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2558 กรณีจึงถือได้ว่าไม่ปรากฏเหตุ

เดือดร้อนรำคาญอันจะทำให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ยังคงมีหน้าที่ตามกฎหมายที่ต้องดำเนินการแก้ไขเหตุเดือดร้อนรำคาญอีกต่อไป

กรณีที่ผู้ฟ้องคดีทั้งหก อุทธรณ์ว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 เป็นเจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทยมีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ให้ปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ให้ถูกต้องตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 71 แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 นั้น เมื่อพิจารณาตามมาตรา 71 วรรคหนึ่งแห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 ที่บัญญัติให้ผู้ว่าราชการจังหวัดมีอำนาจควบคุมดูแลในเทศบาลในจังหวัดนั้น ให้ปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ชี้แจง แนะนำ เตือนเทศบาลและตรวจสอบกิจการ เรียกรายงานและเอกสารหรือสถิติใดๆ จากเทศบาลมาตรวจสอบ ตลอดจนเลือกสมาชิกสภาเทศบาลหรือพนักงานเทศบาลมาชี้แจงหรือสอบสวนก็ได้ เห็นว่าภายหลังจากที่ผู้ฟ้องคดีที่ 1 ยื่นหนังสือลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2554 ร้องเรียนต่อศูนย์ดำรงธรรม จังหวัดสมุทรปราการ กรณีมีเหตุรำคาญเรื่องกลิ่นและเสียงผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 จึงได้มีหนังสือที่ 0016.3/2258 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2554 ไปยังผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ให้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอำนาจหน้าที่และให้รายงานผลการตรวจสอบให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ทราบ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 เห็นว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงและแก้ไขปัญหาล่วงแล้ว จึงมีหนังสือที่ สป 0016.3/3412 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2554 แจ้งผลการตรวจสอบเรื่องร้องเรียนให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ทราบกรณีจึงถือได้ว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดในการควบคุมดูแลผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ให้ปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่โดยถูกต้องตามกฎหมายแล้วผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 จึงไม่ได้ละเลยต่อหน้าที่ ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติหรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวล่าช้าเกินสมควรแต่อย่างใด

กรณีที่ผู้ฟ้องคดีทั้งหก อุทธรณ์ว่าการประกอบกิจการนั่งปลาทุในคดีนี้เข้าเงื่อนไขตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 การที่เจ้าหน้าที่ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ได้เข้ามาตรวจสอบกิจการต้มปลาทุของบ้านเลขที่ 313 และ 314 แต่ก็ไม่ได้ดำเนินการใดๆ ทั้งที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 ซึ่งรับผิดชอบในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการต้องเข้าตรวจสอบกิจการต้มปลาทุที่อาจเข้าข่ายกิจการโรงงานจำพวกที่ 2 ที่จะต้องแจ้งให้ทางราชการทราบก่อนดำเนินการเนื่องจากเป็นกิจการที่อาจก่อให้เกิดปัญหา

มลพิษและเหตุเดือดร้อนรำคาญ แล้วยังใช้หม้อต้มน้ำ ที่ใช้ของเหลวเป็นสื่อนำความร้อน จึงเข้าข่ายกิจการตามกระทรวงกำหนดมาตรการความปลอดภัยเกี่ยวกับหม้อน้ำ หม้อต้มที่ใช้ของเหลวเป็นสื่อนำความร้อนและภาชนะรับแรงดันในโรงงาน พ.ศ. 2549 อีกทั้งกิจการดังกล่าวยังใช้เครื่องจักรที่ก่อให้เกิดพลังงานด้วยกำลังน้ำไอน้ำและแก๊ส แต่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ไม่ปฏิบัติตามให้เป็นไปตามกฎหมาย โดยไม่สั่งการให้ผู้ประกอบการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 จึงละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ

เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏว่าภายหลังจากผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 มีหนังสือที่ สป 52303/ ว 36 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2556 ขอให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ร่วมตรวจสอบติดตามแก้ไขเหตุร้องเรียนสถานประกอบการกิจการปลาหนึ่งกับผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐในสังกัดสำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงอุตสาหกรรม มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับควบคุมดูแลและดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน กฎหมายว่าด้วยแร่ กฎหมายว่าด้วยพิภพอุตสาหกรรมและพลังงาน กฎหมายว่าด้วยการควบคุมแร่ดีบุก กฎหมายว่าด้วยมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กฎหมายว่าด้วยการจดทะเบียนเครื่องจักร และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องในส่วนภูมิภาค และปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมายตามข้อ 3 ข. ประกอบข้อ 11 (1) และ (3) ของกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักปลัดกระทรวง กระทรวงอุตสาหกรรม พ.ศ. 2551 ได้มีหนังสือที่ สป 0033(3)/3771 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2556 แจ้งผลการตรวจสอบเรื่องร้องเรียนกรณีเหตุเดือดร้อนรำคาญให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ทราบแล้วโรงงานปลาหนึ่งและตั้งอยู่ ณ เลขที่ 313 เป็นสถานประกอบการที่ใช้เครื่องจักรมีกำลังรวม 18.20 แรงม้า ใช้คนงานจำนวน 4 คน จัดเป็นโรงงานลำดับ 4 (6), 92 จำพวกที่ 2 ตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 เป็นการประกอบกิจการมีกลิ่นเหม็นจากน้ำทิ้งในการต้มปลาและแจ้งว่ากระทรวงอุตสาหกรรมได้ถ่ายโอนภารกิจการดำเนินการตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 สำหรับโรงงานจำพวก 2 ให้กับผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 ไปแล้ว ดังนั้นการดำเนินการของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ดังกล่าว จึงเป็นการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ ตามกฎหมายในกรณีที่มีการขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว อีกทั้งเมื่อไม่ปรากฏข้อเท็จจริงหรือพยานหลักฐานใดในคดีว่าผู้ฟ้องคดี ทั้งหก ได้มีหนังสือร้องเรียนเกี่ยวกับเหตุเดือดร้อนรำคาญเรื่องกลิ่นและเสียงไปยังผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 โดยตรง เพื่อให้ตรวจสอบการประกอบกิจการปลาหนึ่งอันเป็นเหตุรำคาญในคดีนี้แต่อย่างใด กรณีจึงยังถือไม่ได้ว่า ผู้ถูกฟ้องคดี

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณะ ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563

ที่ 3 ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติหรือปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวล่าช้าเกินสมควร

สรุปคำวินิจฉัย

ศาลปกครองสูงสุดได้ยกฟ้อง โดยพิพากษายืนตามศาลปกครองชั้นต้น วินิจฉัยว่าผู้ถูกฟ้องคดีทั้งสาม ไม่ถือได้ว่าละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ หรือปฏิบัติหน้าที่ล่าช้าเกินสมควร

เอกสารอ้างอิง

คำพิพากษาอุทธรณ์ศาลปกครองสูงสุด หมายเลขแดงที่ อส 12/2560

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. การเตรียมต้นฉบับสำหรับบทความวิจัย

ก. ส่วนแรก

ชื่อบทความ (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรกะทัดรัด ไม่ยาวเกินไป ถ้าบทความเป็นภาษาไทย ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (Authors) ชื่อตำแหน่ง – ชื่อเต็ม – นามสกุลเต็ม ของผู้เขียนทุกคน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับผู้ส่งบทความ (Corresponding author) ให้ใส่ที่อยู่ พร้อมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร และ E-mail address เพื่อใช้ในการติดต่อได้ และให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) กำกับด้วยไบนามสกุล เพื่อระบุที่อยู่ของผู้เขียน

บทคัดย่อ (Abstract) ควรสั้น ไม่เกิน 300 คำ ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถไปใช้เป็นคำสืบค้นในระบบฐานข้อมูล

2. ส่วนเนื้อหา

บทนำ (Introduction) เพื่ออธิบายถึงความสำคัญของปัญหา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงการตรวจสอบเอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการ (Materials and Methods) / วิธีดำเนินการวิจัย (Research Method) อธิบายเครื่องมือและวิธีการดำเนินการวิจัยให้ชัดเจน

ผลการวิจัย (Results) เสนอผลการทดลอง วิจัย อย่างชัดเจน ตรงประเด็น ควรมีรูปภาพ และ/หรือ ตารางประกอบ การอธิบายผลในตารางและรูปภาพต้องไม่ซ้ำซ้อนกัน

การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายผลการวิจัย เพื่อให้ผู้อ่านมีความเห็นคล้อยตาม เพื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยของผู้อื่น เพื่อเสนอแนวทางที่จะใช้ประโยชน์ ผลการวิจัย และการอภิปรายผล (Results and Discussion) อาจนำมาเขียนตอนเดียวกันได้

สรุป (Conclusion) และข้อเสนอแนะ (Recommendation) เป็นการสรุปประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) เพื่อแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย อาจมีหรือไม่ก็ได้

เอกสารอ้างอิง (References) เป็นรายชื่อเอกสารที่ใช้เป็นหลักในการค้นคว้าวิจัยที่ได้รับการตรวจสอบเพื่อนำมาเตรียมรายงาน และมีการอ้างอิงถึงเฉพาะเอกสารที่ปรากฏในบทความเท่านั้น การอ้างอิงให้จัดเรียงตามลำดับตัวอักษร นำโดยกลุ่มเอกสารภาษาไทย เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ใช้มาตรฐานการอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association)

ส่วนการอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องของบทความ (In-text Citations)

การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องใช้ ระบบนามปี (Name-year System) เท่านั้น โดยเริ่มจากชื่อผู้แต่งแล้วตามด้วยปีที่เผยแพร่เอกสารนั้น ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้เพียงชื่อสกุลนำหน้า แล้วตามด้วยปีที่เผยแพร่เอกสารถ้าเป็นเอกสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อต้นนำหน้า ตามด้วยนามสกุล และปีที่เผยแพร่เอกสาร ในกรณีที่ผู้แต่ง 2 คนให้ใส่ชื่อครบทุกคน และถ้ามากกว่า 2 คน ให้ใส่เฉพาะชื่อคนแรกแล้วตามด้วย “และคณะ” (ถ้าเป็นภาษาอังกฤษใช้ “et al.”)

2. การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

บรรณาธิการรับบทความทุกชนิดทางออนไลน์เท่านั้น โดยผู้สนใจเข้าไปลงทะเบียนที่ Submission กรอก Username และ password ตลอดจนรายละเอียดในเว็บ https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/about/submissions และอัปโหลดบทความเข้าระบบวารสาร Public Health Policy and Laws Journal

OJS Editorial and Publishing Process

Author

Editor and
Section Editor

Journal Manager,
Reviewer, Copyeditor,
Layout Editor, and
Proofreader

Submission

Author uploads file to journal Web site, and enters metadata for OAI indexing

1. Submission Queue

Editor assigns submission to Section Editor to see through the editorial process

Journal Management

Setup and configure journal; enroll editors, reviewers, copyeditors, proofreaders.

Submission Review

Author can track process, see files, reviews, revise and resubmit, at editor's request

2. Submission Review

a) Check submission
b) Conduct peer review
c) Reach editorial decision

Select Reviewers

Editor invites reviewers from database with interests, load

Review Conducted

Reviewer submits review and recommendation (which may be rated by editor)

Submission Editing

Authors reviews copyedits and proofreads galley

3. Submission Editing

a) Copyedit submission
b) Layout of formatted galley
c) Proofread galley

Copyediting

Layout

Layout Editor prepares galley in HTML, PDF, PS, etc.

Proofreading

Key

Journal Manager

Editor

Section Editor

Reviewer

Copyeditor

Layout Editor

Proofreader

Author

Reader

Open Journal Systems is an open source development of the Public Knowledge Project.

<http://pkp.sfu.ca>

4. Issue Management

a) Create issues
b) Schedule submissions
c) Organize Table of Contents

5. Publication

Offering immediate open access or delayed open access, with subscriptions

Submission Archive

Complete records kept of submission process for published and declined items

Current Issue

Items appear with Reading Tools linking to related internal and external resources

Journal Archive

Browsing issues, with indexing by OAI search engines, as well as Google, etc.