

ผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทาง
No Touch Technique เพื่อลดอุบัติเหตุการฉีกของมีคมที่มิดำ”
(Training results for No Touch Technique in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute)

Chottanapund S.

Siridachakul K.

Daurueng J.

And Operating theater's staffs

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันบำราศนราดูร

โทร 02-5903613-5 e-mail : Kamon-siri1@hotmail.com

Abstract

This article showed the results of workshop to promote “No Touch Technique” for the operating room nurses. No Touch Technique and guidelines aim to reduce the incidence of needle stick or sharp instruments injuries during operating procedure. It was found that after training, 11 operating room's staffs can follow the “No Touch Technique” 100%, the incidence of needle stick is low. This measure helps to promote the safety culture of the organization.

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการวัดผลการจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามแนวทาง No Touch Technique และช่วยลดอุบัติเหตุการฉีกของมีคมที่มิดำ ซึ่งพบว่าภายหลังการฝึกอบรมพยาบาลห้องผ่าตัด 11 คน สามารถปฏิบัติตามแนวทาง No Touch Technique ได้ถูกต้องครบถ้วน คิดเป็น 100 % การเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มตำขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด เท่ากับ 0 พยาบาลผ่าตัดมีความมั่นใจและมีวัฒนธรรมในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานขององค์กร (Safety Goals) คิดเป็น 100 %

ความเป็นมาและความสำคัญ

หน่วยงานห้องผ่าตัด สถาบันบำราศนราดูร ได้นำหลักการการจับถืออุปกรณ์โดยไม่ใช้มือสัมผัสหรือที่เรียกกันว่า No Touch Technique มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ (HIV/AIDS) ที่เข้ารับการผ่าตัดตั้งแต่ปีพ.ศ.2529 - ปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการถูกของมีคมที่มิดำระหว่างการส่งอุปกรณ์ผ่าตัด โดยการวางมือผ่าตัด และอุปกรณ์ที่มีความคม เช่น เข็ม ผ่านถาดสำหรับส่งเครื่องมือ การทำดังกล่าวสามารถช่วยลดการถูกของมีคมที่มิดำระหว่างการส่งเครื่องมือ

ซึ่งในบางครั้งเกิดการส่ง และรับของมีคมสวนทางกันทำให้เกิดอุบัติเหตุดังกล่าว นอกจากนี้หลักการ No Touch Technique ยังครอบคลุมถึงการใช้ Non-tooth Forceps จัดเข็มแทนการใช้มือจับ และวางผ่านถาดป้องกันการถูกเข็มตำ การใช้ One Hand Technique ในการสวมปลอกเข็มคืน การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment; PPE) ให้เหมาะสมกับหัตถการ การใช้ถุงมือ 2 ชั้นในการทำผ่าตัด ซึ่งจากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดยังพบเจ้าหน้าที่เกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำขณะส่งเครื่องมือผ่าตัด ปีละประมาณ 2-8 ครั้ง ดังนั้น จึงจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อ “การส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามแนวทาง No Touch Technique ให้ถูกต้อง และช่วยลดอุบัติการณ์ถูกของมีคมทิ่มตำต่อไป”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมพยาบาลผ่าตัดให้ปฏิบัติตามหลักการ No Touch Technique ได้ถูกต้องในผู้ป่วยผ่าตัด คิดเป็น 100 %
2. การเกิดอุบัติการณ์ถูกของมีคมทิ่มตำในขณะที่ทำผ่าตัดเท่ากับ 0
3. พยาบาลผ่าตัดมีความมั่นใจและมีวัฒนธรรมในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานขององค์กร คิดเป็น 100 %

วิธีการ

1. จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ “การส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามแนวทาง No Touch Technique เพื่อลดอุบัติการณ์ถูกของมีคมทิ่มตำ”



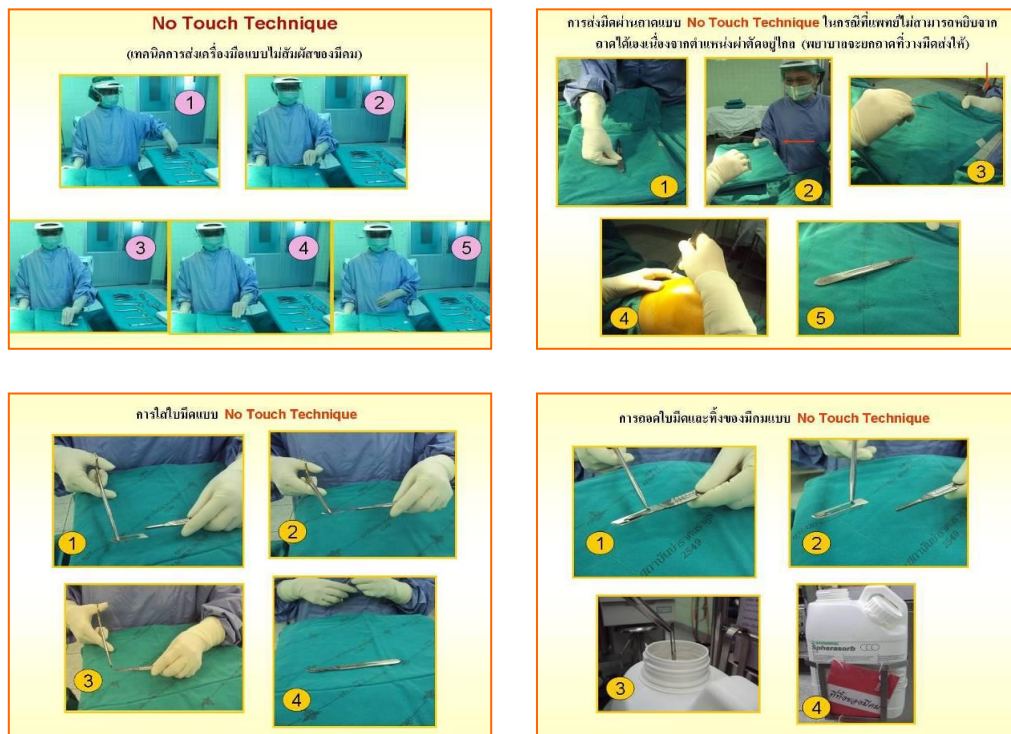
2. จัดนิทรรศการ No Touch Technique ในช่วงวันที่ 21-30 มิ.ย. 55 มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติประเมินตามเครื่องมือ เสริมสร้างแรงจูงใจ โดยการจัดประกวดขวัญใจ No Touch



3. ประกาศคำขวัญ No Touch ซึ่งรางวัลและใบประกาศเกียรติคุณ ติดป้ายคำขวัญ No Touch ที่ชนะเลิศประชาสัมพันธ์เผยแพร่ภายในห้องผ่าตัด มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามเครื่องมือที่สร้าง สุ่มประเมินเริ่มตั้งแต่ ก.ค. 55 - ก.พ. 56

4. การจัดทำคู่มือการปฏิบัติสำหรับงานห้องผ่าตัด “การป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการผ่าตัดแบบ No Touch Technique” ดังนี้

4.1. การส่งเครื่องมือผ่าตัดของมีคมจะวางผ่านถาดไม่ส่งโดยตรงจากมือสู่มือ



4.2. การวางเครื่องมือผ่าตัดที่แหลมคมต้องวางผ่านถาด เช่น Guide Radivac drain , ลวด K- Wire ฯลฯ



4.3 การเย็บแผลใช้ Non – tooth forceps ปรับเข็ม



สรุปผล

ภายหลังจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ “การส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามแนวทาง No Touch Technique เพื่อลดอุบัติการณ์ถูกของมีคมที่มิดำ” พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัด 11 คน สามารถปฏิบัติตามแนวทาง No Touch Technique ได้ถูกต้องครบถ้วน คิดเป็น 100 % การเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มตำขณะส่งเครื่องมือผ่าตัดเท่ากับ 0 พยาบาลผ่าตัดมีความมั่นใจและมีวัฒนธรรมในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานขององค์กร (Safety Goals) คิดเป็น 100 % นอกจากนี้ยังได้มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาระบบการติดตามโดยหัวหน้างานเพื่อเฝ้าระวังให้บุคลากรห้องผ่าตัดทำงานได้ถูกต้องตามแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานคงความต่อเนื่องและไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นทั้งภายในหน่วยงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้พยาบาลผ่าตัดมีวัฒนธรรมในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานขององค์กร (Safety Goals) ห้องผ่าตัดสถาบันบำราศนราดูรเป็นต้นแบบในการศึกษาคุณจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของสถาบันทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

รายการอ้างอิง

1. Chaovavanich, A., et al., *Survival time of AIDS patients in Bamrasnaradura Institute.* J Med Assoc Thai, 2006. 89(11): p. 1859-63.

2. Chaovavanich, A., et al., *Early containment of severe acute respiratory syndrome (SARS); experience from Bamrasnaradura Institute, Thailand*. J Med Assoc Thai, 2004. 87(10): p. 1182-7.
3. Berger, C.M., et al., *[Accidental exposure to blood and the risk of transmission of virus infections for various occupational groups in Amsterdam, 1986-1996]*. Ned Tijdschr Geneesk, 1998. 142(42): p. 2312-4.
4. สมหวังด้านชัยจิตร. วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. สมหวังด้านชัยจิตรบรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 2 สำนักจัดการความรู้ ูกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขนนทบุรี , 2549.
5. Centers for Disease Control and Prevention. CDC surveillance update. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
6. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. CDC guideline for prevention of surgical site infection,1999. Am J Infect Control 1999; 27 pp. 97-134.
7. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2555.

การสาธารณสุขชายแดนและแรงงานอพยพในประเทศไทย

(The Border Health and Migrants in Thailand)

มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ประเทศไทยมีแนวชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน มีความยาวประมาณ 5,820 กิโลเมตร เป็นพรมแดนทางบก 3,205 กิโลเมตร พรมแดนชายฝั่งทะเล 2,165 กิโลเมตร โดยมีพรมแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านสี่ประเทศ ทิศเหนือติดกับประเทศพม่าและประเทศลาวบางส่วน ประกอบไปด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตาก เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน พะเยา น่าน อุตรดิตถ์ และพิษณุโลก ทิศตะวันออกติดกับประเทศลาวและประเทศกัมพูชาบางส่วน ประกอบไปด้วย 13 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเลย หนองคาย บึงกาฬ นครพนม มุกดาหาร อำนาจเจริญ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ สระแก้ว จันทบุรี และตราด ทิศใต้ติดกับประเทศมาเลเซีย ประกอบไปด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสตูล สงขลา ยะลา และนราธิวาส ทิศตะวันตกติดกับประเทศพม่า ประกอบไปด้วย 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดระนอง ชุมพร ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี และกาญจนบุรี รวมทั้งสิ้น 31 จังหวัด



รูปที่ 1 แผนที่ประเทศไทยที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน

จากสภาพภูมิศาสตร์ของประเทศบางแนวชายแดนเป็นพื้นที่สูง การคมนาคมลำบากและเป็นพื้นที่ชายขอบอันเป็นจุดเสี่ยงต่อความมั่นคงของประเทศ ความสัมพันธ์ของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นในประเทศใดประเทศหนึ่งโดยเฉพาะประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกัน ย่อมมีผลกระทบต่อประเทศไทยทุกด้าน ตั้งแต่ด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ที่สำคัญคือความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ รัฐบาลได้มีนโยบายส่งเสริมการค้าชายแดน การเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคม และการท่องเที่ยว เพื่อแก้ปัญหาความแตกต่างของระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างประเทศ ส่งผลให้บริเวณแนวชายแดนมีการเคลื่อนย้ายของประชากรในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก และยังเป็นช่องทาง เข้า - ออก ของแรงงานต่างด้าวจาก 3 ประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กัมพูชาประชาธิปไตยและสหภาพพม่า อันส่งผลต่อสภาวะสุขภาพของประชากรไทยในพื้นที่ชายแดน บริบทชายแดนไทยประกอบด้วยผู้คนหลากหลายชาติพันธุ์ ชนกลุ่มน้อยที่ไม่มีสัญชาติไทย แรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย แรงงานที่ผิดกฎหมาย รวมทั้งครอบครัวและผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว กอปรกับสภาพภูมิศาสตร์และบริบทแต่ละแนวชายแดนมีความแตกต่างกันในด้านสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และภาษา ส่งผลต่อปัญหาการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงจิตวิญญาณได้จากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การคมนาคม ตลอดจนการสื่อสาร ทำให้ประชาชนเดินทางไปมาหาสู่กันได้ง่ายขึ้นทำให้ “โลกไร้พรมแดน” เป็นผลให้ “โรคไร้พรมแดน” เช่นกัน (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2554 : 10) ปัญหาสาธารณสุขชายแดนเป็นปัญหาเรื้อรังและมีหลากหลายสาเหตุ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากปัญหาของบริการสาธารณสุขของรัฐยังไม่ครอบคลุมประชากรที่อาศัยอยู่ตามแนวชายแดน เช่น ชนกลุ่มน้อย ชาวไทยภูเขา แรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบต่อสิทธิในการรักษาพยาบาลและบริการสาธารณสุขอื่นๆ (อภิชาติ เมฆมาสิน 2551 : 233 - 234) การจัดบริการสาธารณสุขชายแดน เป็นการจักระบบสาธารณสุขบริเวณส่วนหนึ่งที่จะทำให้เกิดความมั่นคงบริเวณชายแดน เพราะปัญหาสาธารณสุขชายแดนบางปัญหาเป็นผลพวงมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี อาชญากรรม และการพัฒนาด้านต่างๆ ในส่วนของผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าว (อดุลย์ รัตโส, 2550) พบว่า มีโรคติดต่อจากกลุ่มแรงงานเถื่อนที่ไม่ได้รับการขึ้น

ทะเบียนและไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ ทำให้การควบคุมโรคเป็นไปด้วยความยากลำบาก รวมทั้งลักษณะสภาพแวดล้อมการทำงานและสภาพที่อยู่อาศัยของแรงงานต่างด้าวซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่กันอย่างแออัด สภาพแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ ส่งผลให้มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้อย่างรวดเร็ว เด็กที่เกิดจากแรงงานสตรีข้ามชาติมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีและส่วนใหญ่เด็กเหล่านั้นจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนการเกิดโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคที่กำลังจะหมดไปจากประเทศไทย อาจจะกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของไทยอีกครั้ง

สถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพบริเวณชายแดนโดยภาพรวมของประเทศไทย

1. โรคติดต่อ มีการรายงานโรคติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ โรคอุจจาระร่วง โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ซึ่งในปี 2552 พบว่าอัตราป่วย โรคมาลาเรีย อัตราสูงสุดที่อยู่ใน 3 จังหวัดชายแดน กล่าวคือที่จังหวัดตาก มีอัตราป่วย 1,881 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และระนอง อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 654 และ 516 ตามลำดับ นอกจากนั้นการรับการรักษาโรคที่ไม่ต่อเนื่อง เช่น วัณโรค มาลาเรีย และโรคเอดส์ ได้ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคเหล่านี้จากเชื้อที่ดื้อยาและทำให้ต้นทุนในการรักษาโรคงกล่าวเพิ่มมากขึ้น การขยายเส้นทางการคมนาคมระหว่างประเทศที่สะดวกสบายส่งผลทำให้การเข้า – ออกระหว่างประเทศของประชาชนในภูมิภาคนี้เพิ่มขึ้น ประกอบกับข้อจำกัดของสถานบริการในการตรวจจับโรคระบาดในชุมชนชายแดนซึ่งมีความหลากหลายเป็นไปได้อย่างยากลำบาก ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดการระบาดของโรคติดต่อข้ามแดนเพิ่มมากขึ้น

2. อนามัยวัยเจริญพันธุ์และอนามัยแม่และเด็ก ในกลุ่มประชากรไทย พบว่า อัตราตายของมารดาในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 22.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และอัตราตายของทารกในปี พ.ศ.2552 เท่ากับ 6.2 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายโดยรวมของประเทศอีกทั้งยังพบว่าอัตราตายของทารกในพื้นที่พักพิงชั่วคราว ในปี พ.ศ.2552 เท่ากับ 13.5 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งสูงเป็นสองเท่าของอัตราตายของทารกในคนไทย รวมทั้งคำนึงการมีบุตรมากของประชาชนต่างด้าว ส่งผลต่ออัตราการเกิดของเด็กไทย (ในปี พ.ศ.2552 อัตราการเกิดของเด็กในศูนย์พักพิงทั้ง 9 แห่ง เท่ากับ 28.8 ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราการเกิดของเด็กไทย เท่ากับ 12.1 ต่อประชากร 1,000 คน) ในสภาวะการเช่นนี้อาจส่งผลถึง

สถานะทางสุขภาพของมารดาและทารกได้ ถ้ามารดาและครอบครัวขาดการวางแผนการมีบุตรอย่างเหมาะสม

3. ข้อจำกัดของระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อระหว่างประเทศและพื้นที่พักพิงชั่วคราวในกรณีเกินศักยภาพของสถานบริการ และระบบการส่งกลับผู้ป่วยเพื่อการรักษาโรครายต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น วัณโรค โรคเอดส์ มาเลเรีย

4. การลักลอบนำเข้าและส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมาย

5. ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ

5.1 ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดน เช่น สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (จังหวัดยะลา นราธิวาส และปัตตานี) การสู้รบตามแนวชายแดน ปัญหาชนกลุ่มน้อย และผู้หลบหนีเข้าเมือง ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการค้ามนุษย์ และผลกระทบจากการพัฒนาต่างๆ

5.2 ภัยพิบัติที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น อุทกภัย แผ่นดินไหว คลื่นสึนามิ และภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์เช่น ไฟไหม้ป่า สารกัมมันตภาพรังสีรั่วไหล มลพิษ และอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดระบบบริการสาธารณสุข



5.3 การเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวที่ไม่เป็นระบบ เนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์ ชายแดนที่เอื้อต่อการเดินทางเข้าออก ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้การอพยพเคลื่อนย้าย แรงงานต่างด้าว 3 ประเทศ เพื่อนบ้านมายังประเทศไทยเป็นจำนวนมาก

6. สภาพปัญหาแรงงานข้ามชาติบนพื้นที่ชายแดนไทย สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่ามีจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักรไทย ปี 2552 มี 1,544,902 คน โดยแบ่งเป็นผู้เข้าเมืองถูกกฎหมาย 210,745 คน และผู้เข้าเมืองผิดกฎหมาย 1,334,157 คน, ปี 2555 มี 1,972,504 คน ผู้เข้าเมืองถูกกฎหมาย 698,777 คน และผู้เข้าเมืองผิดกฎหมาย 1,273,727 คน โดยในจำนวนนี้เป็นแรงงานต่างด้าวชาวพม่าถึง 1,333,227 คน ผู้เข้าเมืองถูกกฎหมาย 425,191 คน และเข้าเมืองผิดกฎหมาย 908,036 คน (ชัยรัตน์ เวชพานิช, ม.ป.ป.) ซึ่ง โสภี อุ่นทะยา (2556 : 11-17) ได้ศึกษาแรงงานข้ามชาติชาวลาว และกัมพูชา พบว่ามีลักษณะทางกายภาพทั่วไปคล้ายคลึงกับคนไทยในภาคอีสานตลอดจนมีวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณีที่ใกล้เคียงกัน เมื่อเข้ามาอาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนก็จะกลมกลืนไปกับคนในชุมชน บางคนมีครอบครัวแต่งงานกับคนไทยมีบุตรหลาน เครือญาติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับคนไทย ทำให้ยากต่อการจัดการและการดำเนินงานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ยังมีขบวนการนำพาแรงงานข้ามชาติเข้าประเทศในหลายรูปแบบเข้ามารับจ้างทำงานในพื้นที่ชายแดน รวมทั้งเพื่อส่งไปทำงานในกรุงเทพฯ และจังหวัดอื่นๆ การเข้ามาทำงานรับจ้างในงานภาคเกษตรตามฤดูกาล การเข้ามาทำงานรับจ้างอื่นๆ แบบเข้ามา เย็นกลับ มีปัญหาความขัดแย้งระหว่างโรงงานและแรงงาน เช่น ปัญหาการเรียกร้องด้านสิทธิและสวัสดิการ ขาดการดูแลด้านที่พักอาศัย สุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เป็นต้น การเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพมีน้อยมาก เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาและสื่อส่งผลให้แรงงานข้ามชาติไม่ค่อยให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพเท่าที่ควร เรื่องสุขภาพจึงเป็นเรื่องรองลงมาจากการหาเงินเพื่อเลี้ยงตัวเองและเก็บเงินที่จะส่งกลับบ้านเพื่อเลี้ยงครอบครัว ประเภทของแรงงานข้ามชาติบนพื้นที่ชายแดน สามารถแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการเข้าเมืองได้ 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มแรงงานข้ามชาติอพยพหนีภัยสงคราม และการสู้รบที่เกิดจากความขัดแย้งทางการเมืองภายในประเทศ 2) กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีวัตถุประสงค์ลักลอบเข้ามารับจ้างทำงาน 3) แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาอาศัยอยู่กับครอบครัวเครือญาติ รูปแบบการข้ามพรมแดนของแรงงานข้ามชาติ 1) การข้ามแดน ณ ด่านผ่านแดน

ถาวร การข้ามแดนด้วยการโดยสารรถยนต์ หรือเรือข้ามฟาก ต้องข้ามตามกำหนดเวลาซึ่งโดยทั่วไปให้ข้ามในเวลากลางวันเท่านั้น 2) การข้ามแดนที่ช่องธรรมชาติหรือด่านประเพณี หรือจุดผ่อนปรน ผลกระทบต่อสุขภาพจากการย้ายถิ่นอาจเป็นการแพร่เชื้อโรคร้ายไข้เจ็บจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้ ทำให้การระบาดของโรคเป็นไปได้ง่าย ถ้าหากผู้ย้ายถิ่นเป็นโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การคำนึงถึงโรคประจำท้องถิ่นของผู้อพยพ ที่ไม่เคยพบในประเทศปลายทาง ส่วนผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นมาน้อยเพียงใดนั้น มักจะขึ้นอยู่กับถิ่นที่อยู่ใหม่มีสภาพแวดล้อมการให้บริการสาธารณสุข การจัดการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและความเพียงพอของบริการสาธารณสุขปโภค รวมทั้งวิถีชีวิตที่มีผลต่อภาวะสุขภาพที่มีความแตกต่างกันตามพื้นที่ และผู้ย้ายถิ่นนั้นได้รับการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายและจิตใจมากน้อยเพียงใด ส่วนการเจ็บป่วยทางจิตมีความสัมพันธ์กับกระบวนการย้ายถิ่นที่อาจทำให้เกิดความเครียดจนส่งผลกระทบต่ออาการทางจิตได้ การขาดการควบคุมทางสังคมตามขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรมของประเทศจากถิ่นที่จากมา การใช้สารเสพติดเนื่องจากความเหงาและเบื่อหน่าย การใช้บริการทางเพศของแรงงานชายกับหญิงขายบริการเป็นเงื่อนไขสำคัญของการติดเชื้อ HIV อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการย้ายถิ่นนั้น มักจะมองเฉพาะผลกระทบจากถิ่นปลายทางที่ผู้ย้ายถิ่นได้รับ โดยขาดการมองผลกระทบที่มีต่อถิ่นที่อยู่ต้นทาง เพราะผู้ย้ายถิ่นมักจะได้รับและนำโรคกลับไปแพร่ระบาดในถิ่นต้นทางด้วยเช่นกัน (อรัญญ์ ศรีทองธรรม 2552) ดังนั้น ระบบการจัดการสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพในประเทศปลายทาง จึงต้องคุ้มครองทั้งคนในท้องถิ่นและคนที่เข้ามาอยู่ใหม่ด้วยอย่างเท่าเทียมกัน (อดุลย์ รัตโส 2550:21) ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในสถานบริการของรัฐเมื่อปี 2555 ยืนยันว่า สภาพปัญหาที่โรงพยาบาลรัฐต้องเผชิญยังคงไม่เปลี่ยนแปลงไปจากปัญหาเดิมๆ ได้แก่ 1) บุคลากรไม่เพียงพอให้บริการทั้งคนไทยและต่างด้าว 2) มีปัญหาการสื่อสารกับคนต่างด้าว 3) อัตราครองเตียงผู้ป่วยในคนต่างด้าวก่อนข้างสูง โรงพยาบาลไม่สามารถเก็บเงินจากผู้ป่วยที่เป็นแรงงานได้คืนเพราะไม่มีหลักประกันสุขภาพ 4) ขาดความเข้าใจเรื่องการเลือกสถานพยาบาลและการใช้สิทธิสำหรับแรงงานต่างด้าวที่เข้าสู่ระบบประกันสังคม 5) พบโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรัง เช่น วัณโรคที่ดื้อยา โรคเท้าช้าง มาลาเรีย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคเอดส์ 6) ปัญหาอนามัยแม่และเด็กของคนต่างด้าว (สุขภาพคนไทย, 2556)

ประเด็นโอกาสการพัฒนาและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนและแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย

ประเด็นโอกาสการพัฒนา

1.ความร่วมมือระหว่างประเทศและนโยบายสาธารณสุขชายแดนจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขได้มีการเตรียมพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยงานด้านสาธารณสุขจะอยู่ในเสาหลักประชาคมสังคมและวัฒนธรรม (Asean Socio – Cultural Community) และ Migrant Health รับผิดชอบโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์ฯ) ได้นำแผนยุทธศาสตร์ ASEAN มารวมกับแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ 2556) และยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ก็มีความสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของ ASEAN ด้วยเช่นกัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จ.อุบลราชธานี ได้มีการดำเนินงานภายใต้กรอบตัวชี้วัดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดค่ารับรองการปฏิบัติราชการของกรมควบคุมโรค ในการผลักดันส่งเสริมหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่ รับผิดชอบ ให้มีการดำเนินงานเพื่อบรรลุความสำเร็จสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของ ASEAN และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขชายแดนในการป้องกันควบคุมโรค ยกตัวอย่างตัวชี้วัดที่ใช้เป็นกรอบในการดำเนินงาน เช่น ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเพื่อพัฒนาตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR.) ของด่านช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ, ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมและพัฒนาจังหวัดชายแดนที่เป็นเป้าหมายผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวนจังหวัดผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการและขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เข้มแข็งแบบยั่งยืน เป็นต้น หน่วยงานเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าวในพื้นที่ประกอบไปด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หน่วยงานจากกระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง เป็นต้น นอกจากกรอบความร่วมมือด้านอาเซียนแล้ว ยังมีความร่วมมืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานยุทธศาสตร์ชายแดนระหว่างประเทศอีกมากมาย เช่น 1) ยุทธศาสตร์ความร่วมมือทางเศรษฐกิจ อิรวดี-เจ้าพระยา-แม่โขง ระหว่างกัมพูชา ลาว พม่า ไทย และ เวียดนาม (Ayeyawady - Chao Phraya - Mekong Economic Cooperation Strategy : ACMECS)

2) ความร่วมมือพหุภาคีด้านสาธารณสุขในกลุ่ม BIMST (Brunei Darussalam – Indonesia – Malaysia – Singapore - Thailand Public Health Conference) 3) ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างไทยกับมาเลเซีย 4) ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างไทยกับเมียนมาร์ 5) ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างไทย-กัมพูชา 6) ความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างไทย – ลาว

2. การจัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555 – 2559 กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ชายแดนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข การส่งเสริมบริการสุขภาพสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีในทุกภาคส่วน (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2554) มีประเด็นยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน 4 ประเด็น คือ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และประเด็นด้านการบริหารจัดการ โดยมีการบูรณาการการทำงานจากหน่วยงานภาครัฐทุกกระทรวง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาท 5 ด้านด้วยกัน คือ 1) เฝ้าระวังและควบคุมการเกิดโรคติดต่อที่สำคัญและโรคอุบัติใหม่บริเวณชายแดน 2) พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด 3) กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้เกิดการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และทำความเข้าใจกับสาธารณสุขชนเรื่องโรคติดต่อที่สำคัญและโรคอุบัติใหม่บริเวณชายแดน 5) ให้บริการตรวจสุขภาพ รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ

3. การวางระบบมาตรการทางสาธารณสุขที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น คือ การบังคับให้แรงงานต่างด้าวทุกคนต้องซื้อบัตรประกันสุขภาพในราคาไม่ต่ำกว่าคนละ 600 – 1,300 บาทต่อปี สำหรับการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในปี 2557 คนต่างด้าวทั่วไป สัญชาติ พม่า ลาว กัมพูชา ที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม ตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม 2557 ต้องทำประกันสุขภาพที่โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีอัตราค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ ดังนี้ 1) กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 7 ปี ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท ค่าประกันสุขภาพ 2,200 บาท รวมเป็น 2,800 บาท 2) กลุ่มอายุตั้งแต่แรกเกิด - 6 ปี ค่าประกันสุขภาพ 600 บาท (ศูนย์ประกันสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2556)

4. มาตรการในป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว กรมควบคุมโรคได้วางแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าวระดับจังหวัด คือ 1) การให้บริการตรวจสุขภาพและออกใบรับรองให้แก่แรงงานต่างด้าว ตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่นายจ้างนำมารายงานตัวจัดทำทะเบียนการประกันตัว และการออกใบอนุญาตทำงาน โดยแยกประเภทแรงงานออกเป็น 3 กลุ่มประเภทที่ 1 ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพปกติ ประเภทที่ 2 ผู้ที่ผ่านการตรวจสุขภาพแต่มีภาวะติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ สถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพต้องติดตามรักษาในโรงพยาบาล และเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรค ประเภทที่ 3 ผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพโดยมีโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน 6 โรค (โรคเรื้อน วัณโรค โรคเท้าช้าง โรคติดยาเสพติด โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคซิฟิลิส) ให้ส่งผลการตรวจสุขภาพไปรษณีย์ไปที่ศูนย์ควบคุมแรงงาน ต่างด้าวเพื่อดำเนินการส่งกลับประเทศให้สถานพยาบาลทำการรักษา ติดตาม ให้สุศึกษาคำแนะนำ และเฝ้าระวัง การติดต่อของโรคในกลุ่มแรงงานประเภทนี้ด้วย มาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค การจัดระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในกลุ่มแรงงานต่างด้าว 2) มาตรการในการควบคุมป้องกันโรคในแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงาน 3) มาตรการควบคุมป้องกันโรคในครอบครัวของแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีใบอนุญาตทำงาน 4) การกำหนดวิธีการและประเมินผล รายงานผลการปฏิบัติงานรายงานกิจกรรมที่ติดตาม (รายงานทุก 6 เดือน) และรายงานโรคติดต่อ โดยใช้แบบรายงานข้อมูลอย่างเดียวกัน (กรมควบคุมโรค, 2542)

ประเด็นปัญหาอุปสรรค

1. แรงงานต่างด้าวบางส่วนเป็นแรงงานผิดกฎหมาย จึงต้องอยู่อย่างหลบซ่อนเพราะกลัวการถูกจับ แมกระหวงสาธารณสุขจะไดวางแนวทางส่งเสริมให้แรงงานอพยพมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีศักยภาพในการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงแพทย์หรือโรงพยาบาลของรัฐเสมอไป แต่ในทางปฏิบัติในหลายพื้นที่ทำได้ด้วยความยากลำบากหรือทำไม่ได้เลย จึงนับว่าเป็นภาระที่หนักของกระทรวงสาธารณสุขอย่างยิ่ง ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ ปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานและการมองปัญหาสุขภาพจากการเป็นผู้รักษามาเป็นผู้ชี้แนะแนวทางและไม่แบ่งแยกชาวผู้ป่วยเป็นคนไทยหรือต่างด้าว เพราะสุขภาพที่ดีของแรงงานอพยพย่อมหมายถึง

สุขภาพที่ดีของประชาชนคนไทยด้วย ซึ่งเท่ากับลดโอกาสเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคจากคนต่างดาว มาสู่คนไทยเช่นกัน (อดุลย์ รัตโส 2550 : 22 – 24)

2. ความไม่ครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล และระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพสำหรับประชากรในพื้นที่ชายแดน ในการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคระบาด การคุ้มครองผู้บริโภคที่ยังไม่ครอบคลุม

3. การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของประชาชนทุกกลุ่มที่อยู่บริเวณชายแดน เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพ ณ ปัจจุบัน ครอบคลุมเฉพาะการให้บริการสุขภาพของบุคคลที่มีสัญชาติไทย แรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนและมีประกันสุขภาพและผู้ถือพาสปอร์ตสัญชาติเท่านั้น ส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์บางส่วน แรงงานต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองและผู้ติดตาม เข้าไม่ถึงระบบบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ปัญหาด้านภาษาที่ใช้ในการสื่อสารของประชากรที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดน อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

4. การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากความแตกต่างของกฎ ระเบียบ แนวนโยบาย และวัฒนธรรมองค์กร ความยั่งยืนของแผนงาน โครงการของแต่ละองค์กร และภาษาที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างองค์กร

5. การนำแผนแม่บทการแก้ปัญหาพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ เนื่องจากการขาดแผนงาน โครงสร้างและอัตรากำลัง ระบบสาธารณสุขชายแดนที่มีคุณภาพ และงบประมาณในการดำเนินงาน (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2554)

แนวโน้มสถานการณ์ปัญหาและแนวทางการแก้ไข

การเพิ่มขึ้นของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาใช้แรงงานในประเทศไทย ทำให้สถานบริการสาธารณสุขทั้งตามแนวชายแดนและในจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่ ได้เพิ่มภาระงานบริการสุขภาพและภาระทางการเงิน ปัญหาทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่จำเป็นอาจไม่เพียงพอและมีข้อจำกัดด้านสถานที่ให้บริการที่ไม่เพียงพออาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากล สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในเชิงระบบในการจัดการป้องกันควบคุมโรคของผู้พลานามัยข้ามชาติยังไม่มี

ประสิทธิภาพและไม่มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันเท่าที่ควร ตลอดจนปัญหาการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำจากการนำเข้ามาของกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมายโดยปราศจากการให้ความร่วมมือในการควบคุมและเฝ้าระวังโรค ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนที่ห่างไกล ตลอดจนการขาดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงระบบการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนที่มีประสิทธิภาพและไม่ทันท่วงทีต่อการขยายตัวของประชากรแรงงานข้ามชาติที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนประชาชนในพื้นที่ที่มีต่อแรงงานต่างด้าว การขาดการพัฒนาด้านกฎหมายของแรงงานต่างด้าว การพัฒนาที่ล่าช้าของโครงสร้างผังเมืองและที่อยู่อาศัยที่จะเอื้ออำนวยต่อการอยู่ในอเนกมัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ปัญหาต่อระบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการเฝ้าระวังสอบสวนโรคเมื่อเกิดเหตุการณ์การระบาดเนื่องจากการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าวที่รวดเร็วและไม่อยู่กับที่ ปัญหาการพัฒนาโครงสร้างการจัดการด้านสาธารณสุขชายแดนระหว่างประเทศที่ไม่เป็นไปโดยพร้อมเพรียงกันอันเนื่องมาจากปัญหาภายในของประเทศเพื่อนบ้านเอง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขต้องมีการวางแผนการดำเนินการทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว อย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการสาธารณสุขชายแดนและแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยพบว่า หลายปัญหาเป็นประเด็นปัญหาเดิมๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้เองในเชิงระบบ เช่น 1) การบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่อพยพเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายปัจจัย อาทิ ไม่มีอำนาจหน้าที่จัดการโดยตรง และขัดกับหลักการทางด้านมนุษยธรรมและหลักสิทธิมนุษยชน จะเห็นได้จากกรณีผู้อพยพชาวโรฮิงญา ที่ยังไม่สามารถผลักดันผู้อพยพไปสู่ประเทศที่สามได้ ส่งผลให้เกิดภาระด้านงบประมาณ กำลังคน และทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่ต้องเข้าไปดำเนินการรับผิดชอบ 2) การแก้ไขกฎหมายมาตรฐานแรงงานอพยพของไทยให้มีความสอดคล้องกับกฎหมายมาตรฐานแรงงานสากล 3) จะต้องถอดบทเรียนในเรื่องการดำเนินงานสาธารณสุขพื้นที่ชายแดนและวางแผนรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดในอนาคต 4) การเร่งดำเนินการพัฒนานโยบายด้านบริการสาธารณสุขชายแดนให้เห็นเป็นรูปธรรม และพัฒนาความร่วมมือระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศให้มากขึ้น 5) ปัญหาในเชิงโครงสร้างการจัดอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขตาม

แนวชายแดน ควรมีการเร่งพิจารณาแก้ไขปัญหานี้อย่างเร่งด่วนและพิจารณาจากภาระงานและจำนวนประชากรเป้าหมายที่มารับบริการจริงโดยระดับนโยบายต้องยอมรับการมีอยู่ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติไม่ถูกกฎหมาย คนไร้รัฐ และชาวต่างด้าวที่มารับบริการ และเพิ่มความยืดหยุ่นในหลักเกณฑ์ของการจัดการอัตรากำลังของสถานบริการในพื้นที่ชายแดนและพื้นที่ที่มีชาวต่างด้าวอาศัยอยู่มาก 6) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการรักษาและการสาธารณสุขทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการเพิ่มความสามารถทางด้านภาษาในการติดต่อสื่อสารในบุคลากรสาธารณสุขและเพิ่มสื่อ อุปกรณ์ แผ่นพับ โปสเตอร์สองภาษาที่จะนำไปใช้ในพื้นที่เพื่อรณรงค์ให้สูดศึกษาและสื่อสารความเสี่ยงรับมือกับเหตุการณ์การระบาดของโรค 7) การขยายรูปแบบและประยุกต์ระบบบริการสาธารณสุขไปยังเครือข่ายชุมชนตามบริบทของกลุ่มแรงงานต่างด้าวในแต่ละพื้นที่ 8) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลบริการสุขภาพทั้งในระดับ รพ.สต. โรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับประเทศ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดน 9) การพัฒนาเครือข่ายระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ชายแดนและจังหวัดที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่เพื่อให้เกิดความชัดเจนเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง 10) การแสวงหาภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในการเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหา

บรรณานุกรม

- กาญจนา เคาปัญญา. **แรงงานอพยพพม่าในจังหวัดอีสานนครของภาคอีสาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
- เกษมณี แคว้นนอย. **คุณภาพชีวิตการทำงานของแรงงานอพยพลาวในสถานประกอบการจังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
- ขวัญชีวัน บัวแดง. **สิทธิด้านการรับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ : กรณีศึกษาแรงงานจากประเทศพม่าในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน**. รายงานการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.), 2551.
- ควบคุมโรค, กรม. **แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในแรงงานต่างชาติดและครอบครัว** (เอกสารอัดสำเนา). กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรค, 2542.
- ชัยรัตน์ เวชพานิช. **สถานการณ์แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย : ผลกระทบเชิงบวกและลบที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขของประเทศ** (ออนไลน์) 2556 (อ้างเมื่อ 3 ธันวาคม 2556). จาก: <http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/document/PR/2556/seminar/Labor/สสจ.นำเสนอมหิดล%20ผลกระทบของแรงงานต่างด้าว.doc.pdf>
- นันทิยา วงศ์ลา. **มาตรฐานแรงงานระหว่างประเทศเกี่ยวกับแรงงานอพยพในประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2554.
- พิมพ์ทิพา มาลาหอม. **สรุปสถานการณ์แรงงานข้ามชาติจังหวัดอุบลราชธานีปีงบประมาณ ๒๕๕๖**. (เอกสารอัดสำเนา). อุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2556.
- ศูนย์ประกันสุขภาพโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. **การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ปี ๒๕๕๗**. (ออนไลน์) 2556 (อ้างเมื่อ 4 ธันวาคม 2556). จาก: <http://hic.spr.go.th/index.php/2013-05-20-08-16-48/2013-05-21-02-54-06/11-2013-07-29-03-25-55>
- สาธารณสุข, กระทรวง. **แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555 – 2559**. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554.

สุขภาพคนไทย. รายงานข้ามชาติกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย. (ออนไลน์) 2556 (อ้างเมื่อ 3 ธันวาคม 2556).จาก: http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2013/thai2013_25.pdf

โสภี อุณหะยา. “ปรากฏการณ์แรงงานข้ามชาติ ณ ชายแดนอีสาน,” *ประชาคมวิจัย*. 18, 108 (2556) : 11-17.

สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ. รายงานฝ่ายความร่วมมือระดับภูมิภาค. (ออนไลน์) 2556 (อ้างเมื่อ 3 ธันวาคม 2556). จาก:

http://www.bihmoph.net/index.php?mod=download&type=03&group_=02

อดุลย์ รัตโส. ผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าวศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดภูเก็ต.

วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต, 2550.

อภิชาติ เมฆมาสิน. “แนวโน้มทางระบาดวิทยาของโรคติดต่อชายแดน,” *วารสารควบคุมโรค*. 34, 2 (เมษายน – มิถุนายน 2551) : 233 – 234.

อรทัย ศรีทองธรรมและคณะ. โครงการผลกระทบจากแรงงานข้ามชาติลาว กัมพูชา และพม่า

ต่อภาระงานบริการสุขภาพของโรงพยาบาลตามแนวชายแดนในประเทศไทย. รายงานวิจัย

ฉบับสมบูรณ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว), 2556.

ผลการพยากรณ์

“แนวโน้ม การระบาดของสายพันธุ์ ไขหวัดใหญ่ 3สายพันธุ์ 2556”ป

จุไร วงศ์สวัสดิ์

วชิระดา คงเดชศักดิ์

สมคิด ศรีโสภา

อินทิรา ทันทวิวัฒนานนท์

และคณะทำงานยุทธศาสตร์ 5.1.1 สถาบันบำราศนราดูร

วัตถุประสงค์ เพื่อพยากรณ์ แนวโน้ม การระบาดของไขหวัดใหญ่ ในแต่ละสายพันธุ์ ทั้ง3ในรอบ ปี 2556 (มค. – ธค. 56) โดยจำแนกเป็น รายเดือนและกลุ่ม อายุ โดยพยากรณ์ จากฐานข้อมูลของสถาบันบำราศนราดูรในปี 2553, 2554 และ 2555 และจากฐานข้อมูลของกรมวิทย์ (รายสัปดาห์)ในปี 2553, 2554 และ 2555

วิธีการพยากรณ์

เทคนิคโปรแกรม Eview

ข ข้อมูลที่ไข ข ข้อมูลการส่งตรวจRapid test และ PCR ไขหวัดใหญ่ จากทุกโครงการในสถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่ ปี มค.2553 – ธค. 2555 และจากฐานข้อมูลของกรมวิทย์ ในปี 2553, 2554 และ 2555

เพื่อพยากรณ์ การระบาดของไขหวัดใหญ่ ในปี 2556 โดยศึกษา

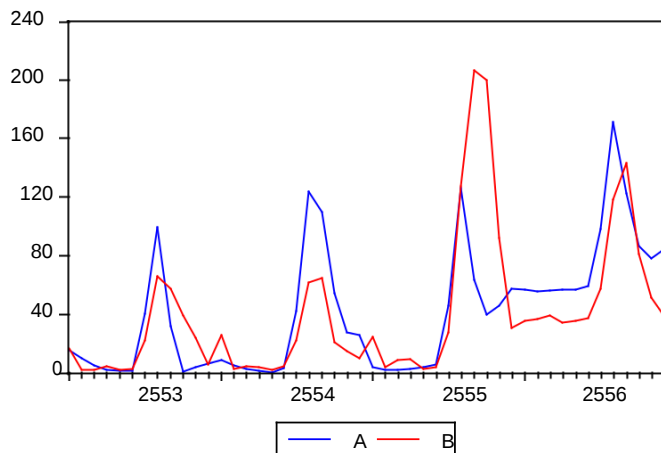
- 1.พยากรณ์ ชนิดของเชื้อไขหวัดใหญ่ ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด
- 2.พยากรณ์ สายพันธุ์ ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ชนิด เอ ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด
- 3.พยากรณ์ ช่วงอายุ ที่สายพันธุ์ ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ชนิด เอ ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด
- 4.พยากรณ์ ช่วงอายุ ที่สายพันธุ์ ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ชนิด บี ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด

1.พยากรณ์ ชนิดของเชื้อไขหวัดใหญ่ ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด

โดยไข ข อมูลrapid test ของสถาบันบำราศนราดูร

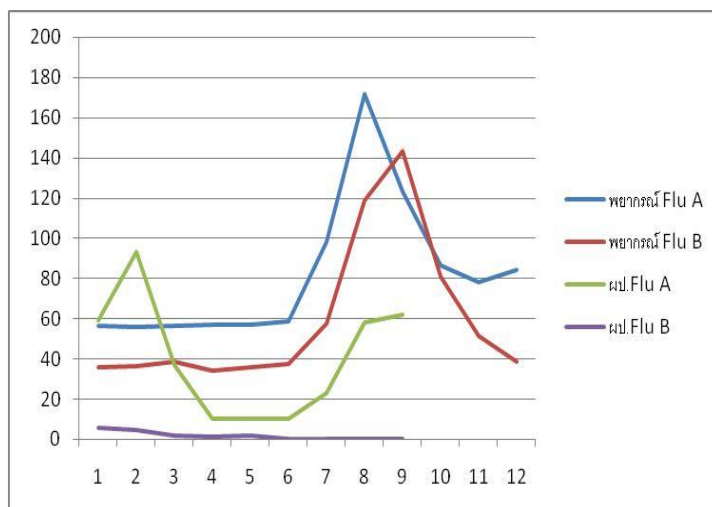
1.1) จำนวนครั้ง(ราย case) การตรวจพบเชื้อไขหวัดใหญ่ ด วยวิธีRapidtest ของเชื้อไขหวัด

ใหญ่ ชนิด เอ และ ชนิด บี เพื่อพยากรณ์ ชนิดของเชื้อไขหวัดใหญ่ ที่จะเกิดการร ระบาดมากที่สุด



แผนภูมิที่1ผลการพยากรณ์ ในปี 2556

Flu A จะระบาดมากกว่าFlu B

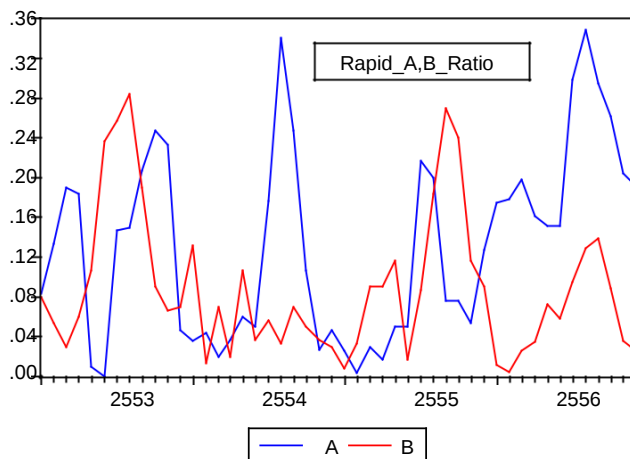


แผนภูมิที่2เปรียบเทียบผลการพยากรณ์ กับ

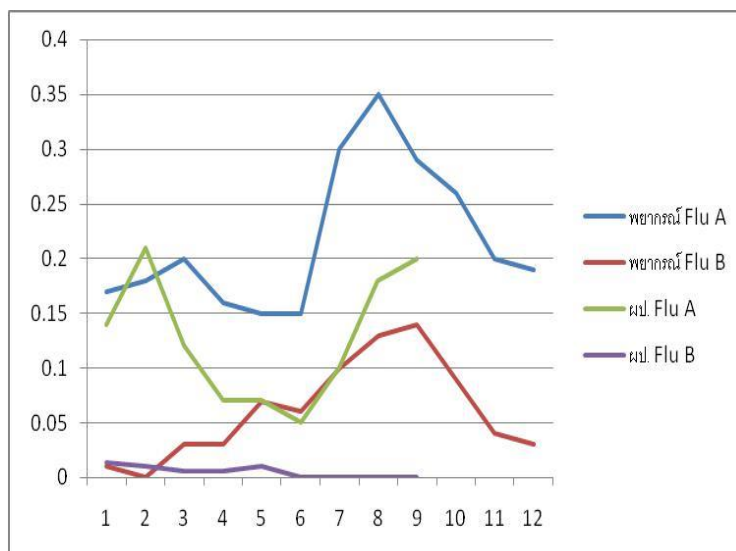
จำนวนที่เกิดขึ้นจริง2556ในปี

วิเคราะห์ ค ่าที่เกิดขึ้นจริง เป นไปในแนวโน้ม เดียวกันกับค ่าที่พยากรณ์ ไว FluA คือจะพบ ระบาดมากกว่าFlu B ในปี 2556 อ ย ่างไรก็ตาม พบว ่า จำนวน อ ย กว ่าค ่าที่พยากรณ์ ไว ฝป.

1.2) สัดส่วน (ratio) จำนวนครั้งการตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่ ค วยวิธีRapidtest ของเชื้อ ไข้หวัดใหญ่ ชนิดและเอ ชนิด บีต อจำนวนที่พบเชื้อไข้หวัดใหญ่ ทั้งหมด(N)เพื่อพยากรณ์ ชนิดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด



แผนภูมิที่3ผลการพยากรณ์ ในปี 2556
สัดส่วนการระบาดของFlu A จะระบาด
มากกว่าFlu B



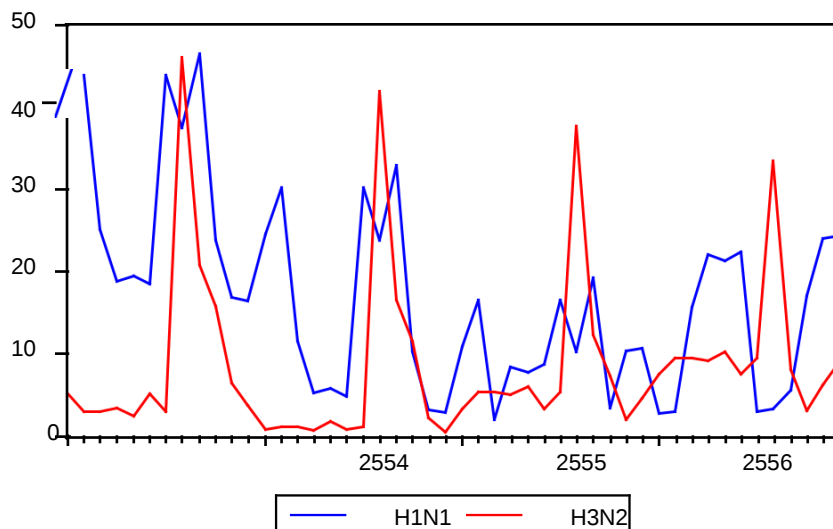
แผนภูมิที่4เปรียบเทียบผลการพยากรณ์ ในปี
2556 สัดส่วนการระบาด กับสัดส่วนการระบาดที่
เกิดขึ้นจริง 2556ในปี

วิเคราะห์ ค าที่เกิดขึ้นจริง เป นไปในแนวโน้ม เหมือนกันกับค าที่พยากรณ์ ไว Flu คือจะพบสัดส่วน A ระบาดมากกว่า FluB ในปี 2556 โดยสัดส่วนการระบาดจริง น อยกว าค าที่พยากรณ์ ไว แต่ ดู โกล เคียงสิ่งที่เกิดขึ้นจริงมากกว่าการใช้ caseข อมูลเป น ราย

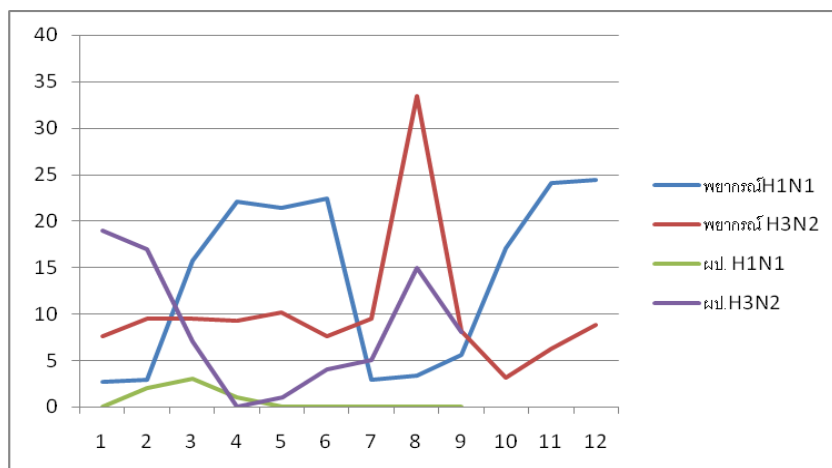
2.พยากรณ์ สายพันธุ์ ของเชื้อไข หวัดใหญ่ ชนิด เอ ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด

2.1) ไข ข อมูลPCR ของสถาบันบำราศนราดูร

2.1.1) จำนวนครั้ง(ราย case) การตรวจพบเชื้อไข หวัดใหญ่ ไข ข อมูลPCR H1N1 , H3N2 ของสถาบันบำราศนราดูร เพื่อพยากรณ์ สายพันธุ์ ของเชื้อไข หวัดใหญ่ ชนิด เอ ที่จะเกิดก ระบาดมากที่สุด



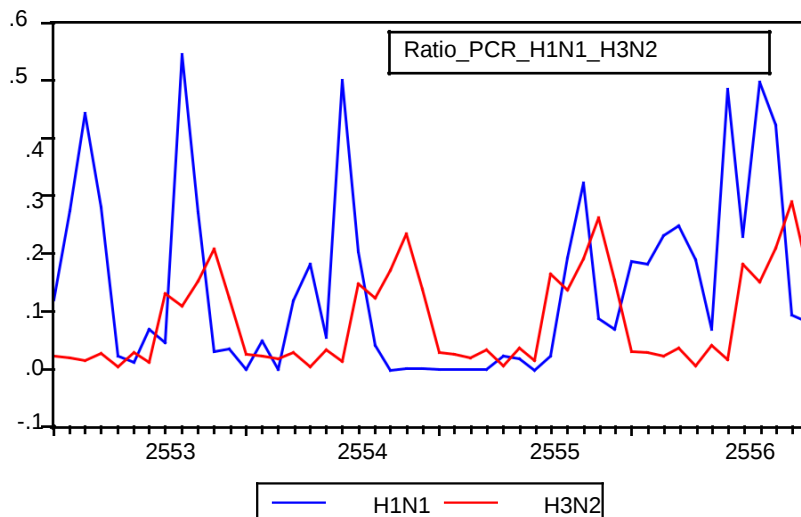
แผนภูมิที่5ผลการพยากรณ์ สายพันธุ์
ของเชื้อไข หวัดใหญ่ ชนิดที่เกิดเอการ
ระบาด ในปี 2556



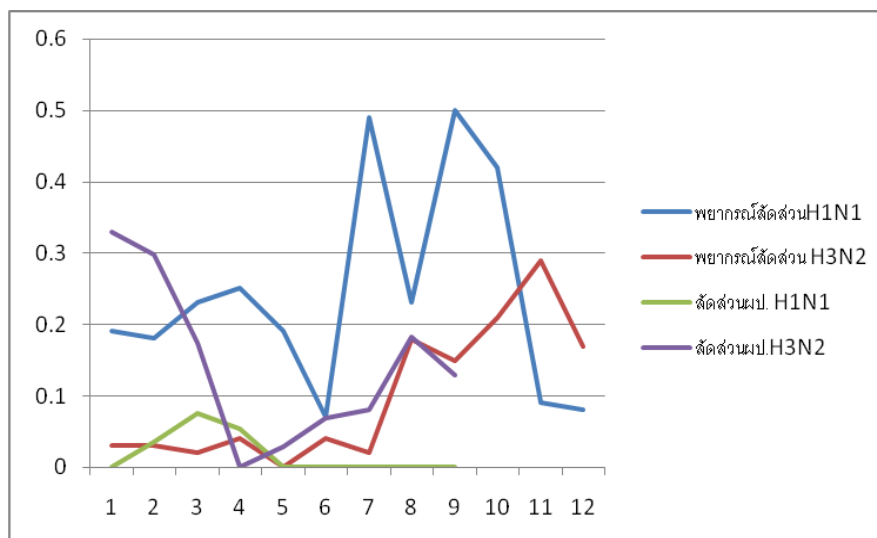
แผนภูมิที่6เปรียบเทียบผลการพยากรณ์ สาย พันธุ์
ของเชื้อไข หวัดใหญ่ ที่เกิดการระชนิดระบาด ในปี 2556
เปรียบเทียบกับข อมูลที่เกิดขึ้น

วิเคราะห์ จากแผนภูมิที่5ผลการพยากรณ์ พบว่า ในช วงครึ่งปี แรก และช วง3เดือนสุดท้าย ของ ปี 2556 จะพบ H1N1 มากกว่า ในขณะที่ ช วง- กคกย จะพบ H3N2 มากกว่า ซึ่งเมื่อ เปรียบเทียบกับข อมูลที่เกิดขึ้นจริง(แผนภูมิ6)ที่พบว่าไม่ เป นไปตามการพยากรณ์ กล าวคือที่ เกิดขึ้นจริง 2556ในปี นี้ไป นการระบาดของH3N2 โดยตลอด ตั้งแต่ ต นป

2.1.2) สัดส่วน(Ratio) การตรวจพบเชื้อไขหวัดใหญ่ ไข ข อมูลPCR H1N1 , H3N2 ของ สถาบันบำราศนราดูร เพื่อพยากรณ์ สายพันธุ์ ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ชนิด เอ ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด



แผนภูมิที่7ผลการพยากรณ์ สัดส่วน
สายพันธุ์ ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ชนิด เอ
ที่จะเกิดการระบาด ในปี 2556

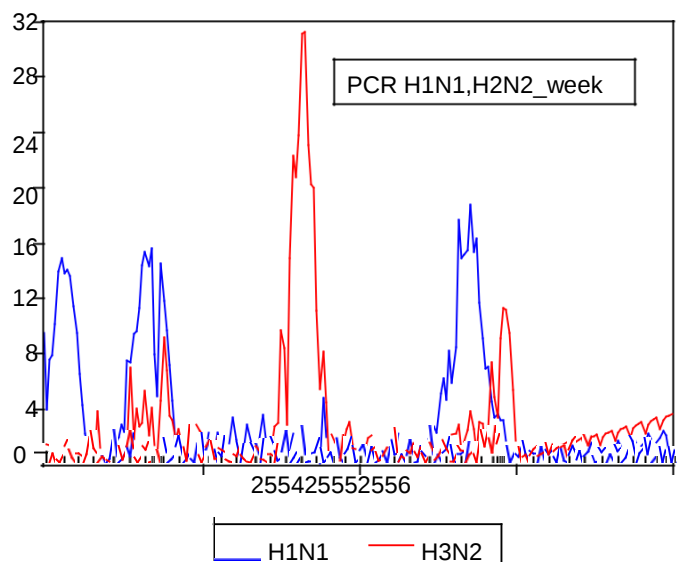


แผนภูมิที่8เปรียบเทียบผลการพยากรณ์ สัด
สวนสายพันธุ์ ของเชื้อไขหวัด ใหญ่ ชนิด ข
จะเกิดการระบาดในปี 2556 เปรียบเทียบกับ ข
้อมูลที่เกิดขึ้นจริง

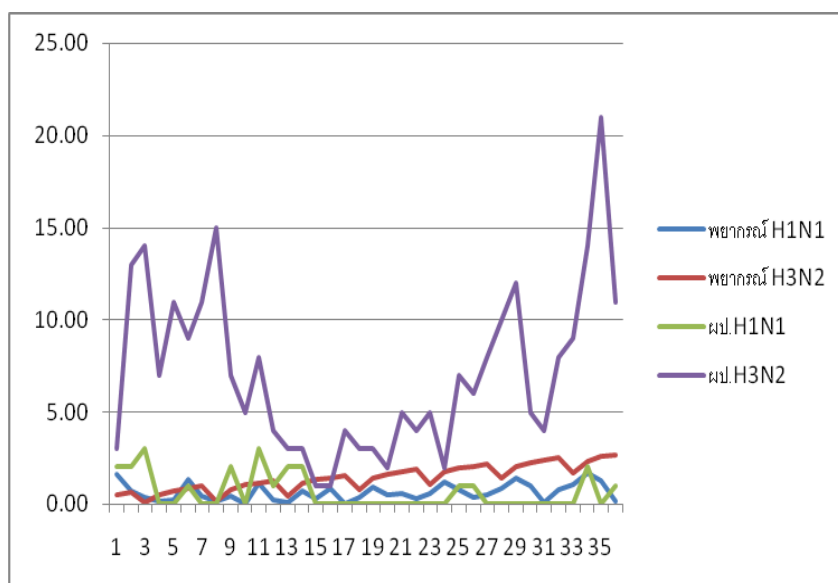
วิเคราะห์ จากแผนภูมิที่7พบว่า สัดส่วนการระบาดของFlu A H1N1 จะมากกว่าFlu A H3N2 ยกเว้นในช่วง 2 เดือนสุดท้ายที่พบFluA H3N2 มากกว่า ซึ่งค่าที่เกิดขึ้นจริงไม่ เป็นไปตามที่ พยากรณ์ กล่าวคือ พบสัดส่วนของFluA H3N2 มากกว่า เปรียบเทียบ

2.2) ไซ ข อมูลPCR ของกรมวิทย์ (รายสัปดาห์)

2.2.1) จำนวนครั้ง(ราย case) การตรวจพบเชื้อไขหวัดใหญ่ ไซ ข อมูลPCR H1N1 , H3N2 ของกรมวิทย์ เพื่อพยากรณ์ สายพันธุ์ ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ชนิด เอ ที่จะเกิดการระบาดมาก



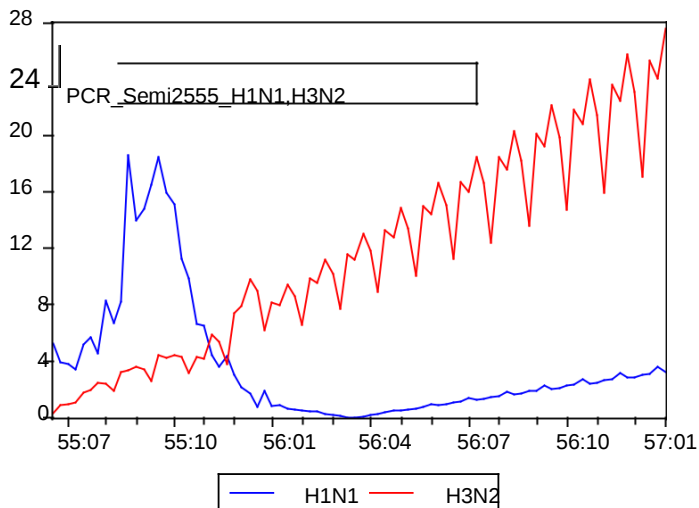
แผนภูมิที่9ผลการพยากรณ์ สัดส่วน
สายพันธุ์ ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ชนิด เอ
ที่จะเกิดการระบาด ในปี 2556



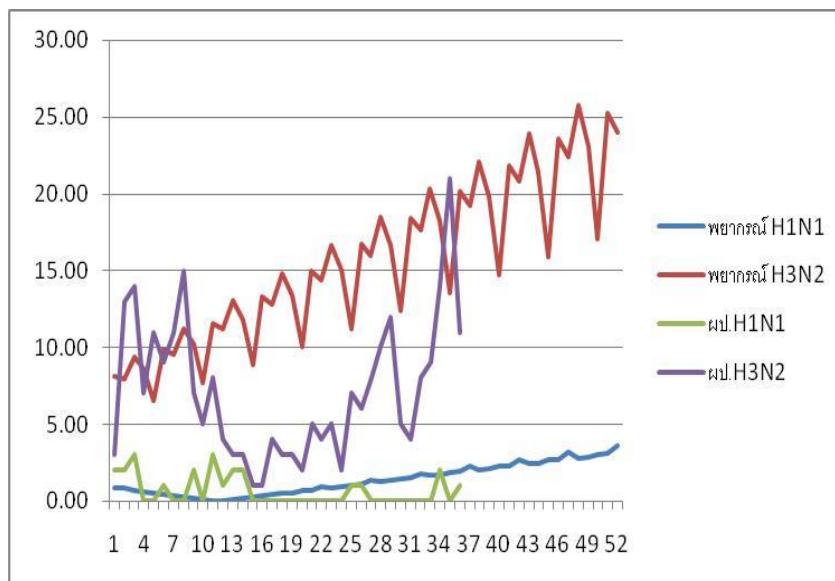
แผนภูมิที่10เปรียบเทียบผลการพยากรณ์ สายพันธุ์
ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ที่เกิดการระบาดในปี 2556
เปรียบเทียบกับข อมูลที่เกิดขึ้นจริง

วิเคราะห์ จากแผนภูมิที่9ผลการพยากรณ์ พบว่า 2556ปี จะพบ H3N2 มากกว่า H1N1 เล็กน อย
ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข อมูลที่เกิดขึ้นจริง(แผนภูมิ10)พบว่าแนวโน้ม เปร ็นไปตาม การพยากรณ์ เปร
นการระบาดของH3N2 อย างไรก็ตาม พบว่า ค าที่เกิดขึ้นจริง สูง กว่า ค าที่ พยากรณ์ ไว มาก

2.2.2) จำนวนครั้ง(ราย case) การตรวจพบเชื้อไขหวัดใหญ่ ไซ ข อมูลPCR H1N1 , H3N2 ของกรมวิทย
ในช วงครึ่งหลัง 2555ของ ป เพื่อพยากรณ์ สายพันธุ์ ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ชนิด เอ
ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด2556ในปี



แผนภูมิที่11ผลการพยากรณ์ สัดส วนสาย พันธุ์
ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ที่จะเชิิดกิดเ การระบาด ในปี
2556 โดยไซ ข อมูลช วงครึ่ง หลัง ของ ป 2555



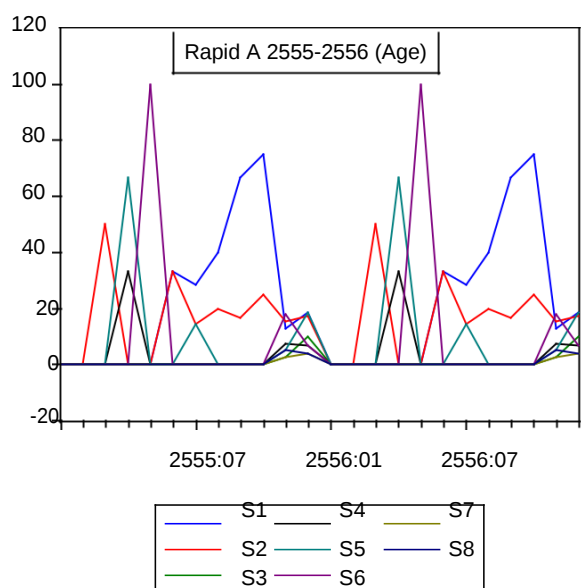
แผนภูมิที่12เปรียบเทียบผลการพยากรณ์ สาย พันธุ์
ของเชื้อไขหวัดใหญ่ ที่เกิดการระชนิดเบาด ในปี 2556
เปรียบเทียบกับข อมูลที่เกิิดขึ้นจ ริง ไซ ข อมูลช
วงครึ่งหลัง2555ของ ป

วิเคราะห์จากแผนภูมิที่11ผลการพยากรณ์ โดยไซ ข อมูลในช วง ครึ่งป หลัง2555 ของป พบว า ป 2556
จะพบ H3N2 มากกว่า H1N1 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข อมูลที่เกิิดขึ้นจ ริง(แผนภูมิ 12)ที่พบว าแนวโน้ม
นไปตามการพยากรณ์ โดยเกิดการระบาดของH3N2 มากกว่า ะ H1N1 อ ย างชัดเจน

3.พยากรณ์ ช วงอายุ ที่สายพันธุ์ ของเชื้อไข หวัดใหญ่ ชนิด เอ ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด

โดยไข ข อมูลrapid test ของสถาบันบำราศนราดูร

- สัดส วน(เปอร์ เซนต์ การตรวจพบเชื้อไข หวัดใหญ่) ด วยวิธีRapidtest ของเชื้อไข หวัดใหญ่ ชนิด เอต อจำนวนที่พบเชื้อไข หวัดใหญ่ ทั้งหมด(N)ในแต ละช วงอายุ เพื่อพยากรณ์ ช วงอายุ ที่ไข หวัดใหญ่ ชนิดเอจะเกิดการระบาดมากที่สุด



แผนภูมิที่13ผลการพยากรณ์ ช วงอายุ ที่สาย พันธุ์
ของเชื้อไข หวัดใหญ่ ที่จะเกิดชนิดเอการ
ระบาดในปี 2556

S1 = 0-4 Year
S2 = 5-9 Year
S3 = 10-14 Year
S4 = 15-24 Year
S5 = 25-44 Year
S6 = 45-54 Year
S7 = 55-64 Year
S8 >= 65 Year

ตารางที่1 ข อมูลที่เกิดขึ้นจริง ของ ช วงอายุที่เกิดการระบาดของFluA

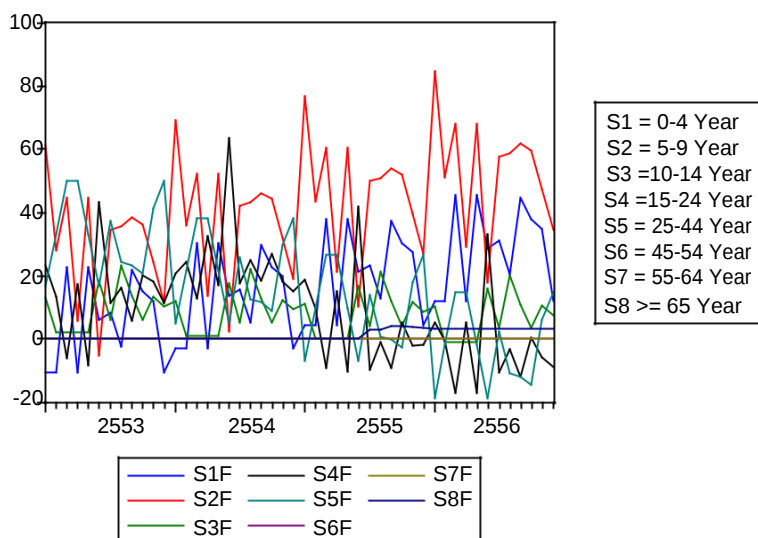
ช วงอายุ	จำนวน(ราย)	ร อยละ
0-4	73	39.67
5-9	63	34.24
10-14	48	26.09
รวม	184	100

วิเคราะห์ จากแผนภูมิที่13ผลการพยากรณ์ ในปี 2556 ถาพิจารณา เฉพาะFlu A (โดย ข อมูลrapid test) จะมีการระบาดมาก ในช วงอายุ0-4 ปี และ5-9 ปี ตามลำดับ ซึ่งตรงกับ ข อมูลจริง ในตารางที่1

4.พยากรณ์ ช วงอายุ ที่สายพันธุ์ ของเชื้อไข หวัดใหญ่ ชนิด บี ที่จะเกิดการระบาดมากที่สุด

โดยไข ข อมูลrapid test ของสถาบันบำราศนราดูร

- สัดส วน(เปอร์ เซนต์ การตรวจพบเชื้อไข หวัดใหญ่) ด วยวิธีRapidtest ของเชื้อไข หวัดใหญ่ ชนิด ชนิด ต อปีจำนวนที่พบเชื้อไข หวัดใหญ่ ทั้งหมด(N)ในแต ละช วงอายุ เพื่อพยากรณ์ ช วงอายุ ที่ไข หวัดใหญ่ ชนิดบีจะเกิดการระบาดมากที่สุด



แผนภูมิที่14ผลการพยากรณ์ ช วงอายุ ที่สาย พันธุ์
ของเชื้อไข หวัดใหญ่ ชนิด บี ที่จะเกิด ระบาดในปี 2556

ตารางที่2 ข อมูลที่เกิดขึ้นจริง ของ ช วงอายุที่เกิดการระบาดของFluB

ช วงอายุ	จำนวน(ราย)	ว อยละ
0-4	8	57.14
5-9	4	28.57
10-14	2	14.29
รวม	14	100

วิเคราะห์จากแผนภูมิที่14ผลการพยากรณ์ ในปี 2556 ถ าพิจารณา เฉพาะFlu B (โดยไข อมูล rapid test) จะมีการระบาดมาก ในช วงอายุ5-9 ป และ0-4 ป ตามลำดับ ซึ่งไม่ ตรงกับ ข อมูลจริง ในตารางที่พบในช วง20-4 ป มากกว่า โดยค าดความคลาดเคลื่อนนี้ อาจเป นได้ จาก จำนวนผป. Flu B ค อนข างน อย

สรุปการวิเคราะห์ และขอเสนอแนะ

ไข้หวัดใหญ่ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในแง่ของการระบาด โดยเฉพาะในผู้ป่วยหายากโรค สำหรับโรคนี้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากเป็นโรคที่มีการแปรปรวนสูง เนื่องจากมีหลายปัจจัยมา ได้แก่ ฤดูกาล อุณหภูมิ การเปลี่ยนแปลงของสายพันธุ์ (Antigenic drift) ระดับภูมิคุ้มกัน ความครอบคลุมของวัคซีน และพบว่าสายพันธุ์ที่แตกต่ากันมีผลการระบาดในกลุ่มอายุที่แตกต่ากัน นอกจากนี้ในแง่การรักษา Flu A H1N1 มีรายงานการดื้อยาต้านไวรัส Oseltamivir มากกว่าสายพันธุ์อื่น ดังนั้นการพยากรณ์โรคว่า จะมีสายพันธุ์ใดระบาด และระบาดมากน้อยแค่ไหน จึงมีผลในด้านการเตรียมความพร้อมตอบโต้ทางสาธารณสุข ในกรณีที่มีการระบาด หมายถึงรวมถึงการ stockpile ยาต้านไวรัส (รวมถึงกรณี ที่ดื้อยา) การเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการแนะนำมาตรการต่าง ๆ ตามชุมชน

จากผลการวิเคราะห์ ใน Paper นี้ พบว่า

1. การใช้ ข้อมูล Rapid test จากสถานพยาบาลใด สถานพยาบาลหนึ่ง เพื่อพยากรณ์ สายพันธุ์ ที่ระบาด อาจพอจะใช้ได้ โดยการใช้ ข้อมูลที่เป็นสัดส่วน จะให้ ผลที่ใกล้เคียง ค่อนข้างมากว่า ข้อมูลจำนวน case
2. การใช้ ข้อมูล PCR เพื่อพยากรณ์ สายพันธุ์ ที่เกิดการระบาด ควรใช้ ข้อมูลที่ได้ จากแหล่งข้อมูล หลาย ๆ แห่งทั่วประเทศ (ระดับประเทศ) จะพยากรณ์ ได้ ใกล้เคียง ค่อนข้างมากว่า การใช้ ข้อมูลจาก สถานพยาบาลใด สถานพยาบาลหนึ่งเท่านั้น
3. การใช้ ข้อมูล PCR เพื่อพยากรณ์ สายพันธุ์ ที่เกิดการระบาด ควรพยากรณ์ ล่วงหน้า ไม่นานนัก ใน paper นี้ พบว่า การใช้ ข้อมูล 6 เดือนหลังใน ช่วงปี 2555 (เป็นรายสัปดาห์ จะ) พยากรณ์ ได้ ใกล้เคียงกว่าใช้ ข้อมูล 3 ปี
4. กลุ่มเด็ก ยังคงเป็นกลุ่มที่สำคัญที่มีการระบาด มาตรการที่กระทรวงให้ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ อายุ < 5 ปี จึงมีความสำคัญยิ่ง และควรขยายไปในเด็กอายุ 5-9 ปี ด้วย เพราะเป็นอีกกลุ่มที่มี การระบาดมาก

วัฒนธรรมองค์การ (IS MART)

รัชฎ์ลักษณ์ เอกอุ่น

กองการเจ้าหน้าที่ กรมควบคุมโรค

บทคัดย่อ

ถ้าเปรียบองค์การกับต้นไม้ และผลลัพธ์การดำเนินงานขององค์การคือดอกผลแล้ว ส่วนของใบ ลำต้น และราก ก็เปรียบเหมือนการดำเนินงานขององค์การ และรากนั้นเปรียบได้กับวัฒนธรรมองค์การในส่วนที่เป็นค่านิยมซึ่งเรามองไม่เห็น แต่มีผลต่อการดำเนินงานขององค์การ เพราะค่านิยมและความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น องค์การที่ต้องการผลการดำเนินงานที่ดีเลิศ จึงต้องกำหนดค่านิยมที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จขององค์การ สื่อสารและทำความเข้าใจกับคนในองค์การในเรื่องแบบแผนของพฤติกรรม เพื่อให้คนในองค์การปรับเปลี่ยนค่านิยมและแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมขององค์การ และเชื่อมโยงผลลัพธ์ขององค์การกับผลลัพธ์ส่วนบุคคลอันเกิดจากการมีพฤติกรรมนั้น (การให้รางวัล/แรงจูงใจ) โดยมีการประเมินและพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ระบบราชการไทยได้มีการปรับตัวให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในกระแสโลกาภิวัตน์ โดยมียุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานของภาคราชการ การปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจและโครงสร้าง การปรับขนาดบริหารงานบุคคลและค่าตอบแทน และการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ วัฒนธรรมและค่านิยมของข้าราชการ ซึ่งกรมควบคุมโรคก็ได้มีการดำเนินการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ วัฒนธรรมและค่านิยม โดยกำหนดค่านิยมร่วม ซึ่งเป็นค่านิยมที่จะทำให้เกิดผลการดำเนินงานตามวิสัยทัศน์ของ

กรมควบคุมโรค และได้นำไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์การโดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดด้านการพัฒนาองค์การของทุกหน่วยงาน

ค่านิยมร่วมนี้ในระยะแรกมี 5 ประการ คือ Service Mind , Master , Achievement , Relationship , Teamwork (SMART) และต่อมาเมื่อ ก.พ.นำสมรรถนะหลัก (Core Competency) มาใช้ในข้าราชการพลเรือน กรมควบคุมโรคก็ได้พัฒนาสมรรถนะหลักของข้าราชการพลเรือน เข้ากับค่านิยมร่วมของกรมควบคุมโรคโดยเพิ่มเป็น 6 ประการ คือ Integrity , Service Mind , Master/Expertise , Achievement Motivation , Relationship , Teamwork (I SMART)

ผลการดำเนินงานในเรื่องค่านิยมร่วมของกรมควบคุมโรค ได้รับเสียงสะท้อนจากผู้บริหารระดับสูงว่า ค่านิยมร่วม และสมรรถนะหลัก (I SMART) ยังเป็นนามธรรมไม่สามารถวัดผลได้ และยังไม่เห็นความเชื่อมโยงกับการดำเนินงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ของกรมควบคุมโรค และผู้บริหารต้องเป็นแบบอย่างที่ดีและร่วมกันผลักดันไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง

ดังนั้น การพัฒนาแบบแผนพฤติกรรมตามค่านิยมร่วมของบุคลากรกรมควบคุมโรค ควรดำเนินต่อไป เช่น การกำหนดพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีค่านิยมร่วมแต่ละตัว การประเมินและพัฒนาพฤติกรรมของบุคลากรรายบุคคล และการเชื่อมโยงกับระบบแรงจูงใจ ซึ่งอาจนำมาจากแนวทางการดำเนินงานในเรื่องสมรรถนะหลัก (Core Competency) ที่ ก.พ.ได้ทำการศึกษาวิจัยและเผยแพร่ไว้แล้วก็ได้ และในส่วนของ การกำหนดพฤติกรรมสำหรับค่านิยมร่วมแต่ละตัวนั้น ผู้เขียนขอเสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องพิจารณาว่า การกำหนดแบบแผนพฤติกรรมสำหรับค่านิยมร่วมแต่ละตัว ตามตำแหน่งงานและตามท้องที่ที่ปฏิบัติงาน จะเป็นไปตามหลักการแห่งความสำเร็จในเรื่องนี้หรือไม่

ความหมายของวัฒนธรรมองค์การ

วัฒนธรรมองค์การคือ แบบแผนการประพฤติปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งประดิษฐ์และพิธีกรรมต่างๆ ที่สมาชิกภายในองค์การกระทำหรือจัดให้มีขึ้น ซึ่งมีรากฐานมาจากค่านิยม ความคิด ความเชื่อ และอุดมการณ์ ที่สมาชิกมีส่วนร่วมกันอันเนื่องมาจากการได้เห็น ได้เรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นในองค์การและผลที่ตามมาด้วยกัน การเรียนรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในองค์การนี้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจว่าบุคคลควรจะแสดงพฤติกรรมตอบโต้ต่อสภาพแวดล้อมในแต่ละสถานการณ์ที่เผชิญอย่างไร วัฒนธรรมองค์การแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ลักษณะที่เป็นแก่นวัฒนธรรม (Substance of Culture) ได้แก่ อุดมการณ์ (Ideology) ความเชื่อ (Beliefs) และค่านิยม (Values) ที่สมาชิกในองค์การมีส่วนร่วมกัน เป็นสิ่งที่ฝังอยู่ภายในจิตใจ เป็นความคิด ความรู้สึกที่สมาชิกมีต่อสภาพแวดล้อมภายนอกเป็นวัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุ (Non-Material Culture) สิ่งที่อยู่ภายในจิตใจนี้ อุดมการณ์คือ สิ่งสูงสุดที่เป็นฐานคติของความเชื่อ และค่านิยม แต่ทั้ง 3 สิ่งนี้ จะมีความสอดคล้องกัน ตัวอย่างของแก่นวัฒนธรรม ได้แก่ อุดมการณ์ และค่านิยมเรื่องความเสมอภาคในองค์การ ความสามัคคีของหมู่คณะ การทุ่มเทเพื่อองค์การ การเสียสละผลประโยชน์ส่วนตนเพื่อผลประโยชน์ขององค์การ เป็นต้น

2. ลักษณะที่เป็นรูปแบบของวัฒนธรรม (Cultural Forms) ได้แก่ การแสดงออกที่สามารถเห็นได้ในรูปแบบการกระทำต่างๆ เช่น การแต่งเครื่องแบบ การใช้ภาษาพูดตามสถานภาพทางสังคม การจัดห้องทำงาน การทำตราสัญลักษณ์ เพลงประจำบริษัท การจัดงานประกาศเกียรติคุณผู้มีผลงานดีเด่น เป็นต้น รูปแบบวัฒนธรรมเหล่านี้จัดว่าเป็นวัฒนธรรมด้านวัตถุ (Material Culture) ซึ่งเป็นเปลือกภายนอก

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบวัฒนธรรมทั้ง 2 ลักษณะข้างต้นนั้น ได้สร้างแบบแผนพฤติกรรม (Behavioral Pattern) ขึ้นภายในองค์การ อันทำให้องค์การแต่ละแห่งมีแบบแผน พฤติกรรมและบรรยากาศการทำงานความแตกต่างกัน

ค่านิยม (Values) : แก่นของวัฒนธรรม

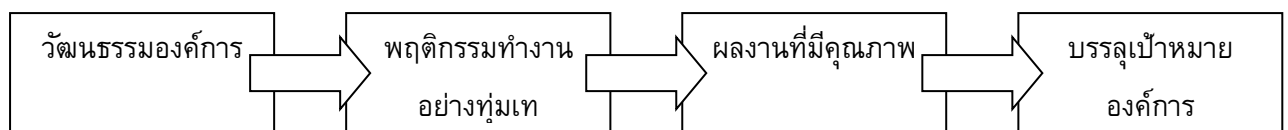
ค่านิยม สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ค่านิยมที่องค์การต้องการให้เกิดขึ้น (Espoused values) ซึ่งองค์การเป็นผู้กำหนดและถ่ายทอดให้สมาชิกถือปฏิบัติ 2) ค่านิยมที่สมาชิกบุคคลยึดถือ (Enacted values) และปฏิบัติจริงซึ่งอาจสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับองค์การก็ได้ เช่น องค์การกำหนดค่านิยมเรื่องความซื่อสัตย์ โปร่งใส ถ้าสมาชิกในองค์การเห็นด้วยและปฏิบัติตามเท่ากับว่า ค่านิยมขององค์การและบุคคลมีความสอดคล้องกัน แสดงให้เห็นจากพฤติกรรมของสมาชิกที่จะไม่พูดปด หลอกลวง ลักขโมย และเปิดเผยข้อมูลต่างๆ ต่อผู้อื่น เป็นต้น แต่ถ้าค่านิยมขององค์การนั้นไม่ได้รับการปฏิบัติ พนักงานยังคงทำงานแบบลับๆ ล่อๆ ไม่ตรงไปตรงมา ค่านิยมที่กำหนดไว้นั้นจึงเป็นเพียงข้อความที่เป็นความปรารถนาขององค์การเท่านั้น แต่มิได้มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิก ตรงนี้คือช่องว่างที่ต้องมีการจัดการต่อไป การสร้างวัฒนธรรมองค์การที่พึงปรารถนาจึงหลีกเลี่ยงไม่พื้นที่จะต้องเสริมสร้างค่านิยมของสมาชิกในองค์การให้สอดคล้องกับค่านิยมขององค์การ

ในองค์การหนึ่งๆ จะมีค่านิยมหลายอย่างซ้อนๆ กัน เราเรียกว่า ระบบค่านิยม (Value System) ค่านิยมเหล่านี้บางอย่างจะสอดคล้องกันและบางอย่างก็ขัดแย้งกัน ตัวอย่างเช่น ค่านิยมที่เกี่ยวกับการทำให้งานบรรลุเป้าหมาย และค่านิยมที่เกี่ยวกับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ค่านิยมทั้ง 2 นี้มีความขัดแย้งกัน เพราะค่านิยมแรกขององค์การจะต้องใช้การตั้งเป้าหมายและมาตรฐานที่สูง ติดตามงานอย่างเข้มงวด ใช้การแข่งขันเพื่อให้ได้ผลที่ดีที่สุด ลักษณะเช่นนี้ทำให้เกิดวัฒนธรรมการแข่งขันและความขัดแย้งได้

ง่าย ซึ่งขัดกับวัฒนธรรมองค์การแบบร่วมมือร่วมใจที่เน้นความสามัคคี สมานฉันท์ ไม่ชอบความขัดแย้ง เป็นต้น ในยุคปัจจุบันค่านิยมองค์การทั่วไปให้ความสำคัญแก่ค่านิยมแก่หลักความมีประสิทธิภาพ และหลักการมีส่วนร่วม ซึ่งทั้ง 2 หลักนี้เป็นสิ่งที่ขัดแย้งกันโดยธรรมชาติ ดังนั้น สิ่งที่ยังต้องการต้องพิจารณา คือ จะจัดอันดับความสำคัญของค่านิยมใดเป็นอันดับต้นกว่ากัน

ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การกับผลการปฏิบัติงาน

เป็นที่เชื่อกันว่า วัฒนธรรมองค์การมีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงาน (Job performance) ไม่น่าสงสัยเลยว่า ถ้าพนักงานทุกคนทำงานให้องค์การอย่างทุ่มเททั้งเวลาและศักยภาพในสิ่งที่ยังต้องการกำหนด ผลการปฏิบัติงานที่ออกมาย่อมประสบความสำเร็จและมีคุณภาพสูง อันนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ยังต้องการต้องการดังภาพ



งานวิจัยชิ้นหนึ่งที่ได้รับการกล่าวขวัญถึงมาก ได้แก่ การศึกษาของ William Ouchi (1981) ที่ศึกษาพบว่าวัฒนธรรมการทำงานแบบญี่ปุ่นเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ธุรกิจญี่ปุ่นสามารถเอาชนะอเมริกาได้ในทศวรรษที่ 80 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Peters and Waterman ที่ได้ทำการสัมภาษณ์บริษัทชั้นนำทั้งในและต่างประเทศ สิ่งที่น่าสนใจคือ บริษัทเหล่านี้มีวัฒนธรรมบางประการที่เข้มแข็ง ได้แก่ การทำงานที่มุ่งความเป็นเลิศ ผลิตสินค้านและบริการที่ดีที่ลูกค้าพึงพอใจ การลดความสำคัญของระเบียบกฎเกณฑ์แต่มุ่งที่ผลงาน องค์การเหล่านี้กำหนดค่านิยมหลักขององค์การทำให้สมาชิกทุกคนรับรู้อย่างชัดเจนและใช้เป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติงาน

หน้าที่ของวัฒนธรรมองค์การ

องค์กรเป็นหน่วยงานทางสังคมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ สมาชิกทุกคนจะต้องร่วมแรงร่วมใจดำเนินกิจกรรมต่างๆตามภาระหน้าที่และบทบาทของตน ในระหว่างการปฏิบัติงานสมาชิกก็จะเรียนรู้ว่าควรจะทำปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะทำงานให้ลุล่วงด้วยดี และเมื่อองค์กรเผชิญปัญหา สมาชิกก็จะหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน แนวทางใดที่ปฏิบัติแล้วสามารถแก้ปัญหาก็เป็นที่ยอมรับก็จะกลายเป็นบรรทัดฐาน (Norms) การปฏิบัติ สมาชิกที่มาใหม่ก็จะเรียนรู้ว่า เมื่อมาเป็นสมาชิกองค์กรแห่งนี้ เขาควรจะทำอะไร จะรู้สึกและแสดงออกอย่างไรเมื่อพบกับเหตุการณ์ทั้งดีและร้ายภายใต้สถานการณ์ที่องค์กรเผชิญในแต่ละวัน ดังนั้นความสำคัญของวัฒนธรรมองค์กรจึงอยู่ที่การทำหน้าที่ต่างๆ ข้างบน

วัฒนธรรมองค์กรช่วยสมาชิกโดยการทำหน้าที่ 4 ประการ ดังนี้

1. หน้าที่ในการเป็นเอกลักษณ์องค์กร (Organization Identity) วัฒนธรรมองค์กรเปรียบได้เหมือนกับบุคคลที่มีเอกลักษณ์ของตนเอง อันแสดงว่าตนเองมีความแตกต่างจากองค์กรอื่น และหล่อหลอมสมาชิกที่เข้ามาอยู่ใหม่ แม้ว่าก่อนเข้ามาสมาชิกใหม่อาจมีความคิด ความเชื่อที่ไม่เหมือนกับคนในองค์กรนั้น แต่เมื่อได้มาทำงานในองค์กรใดองค์กรหนึ่งนานๆเข้า วัฒนธรรมองค์กรนั้นๆก็จะแทรกซึมเข้าไปอยู่ในความคิด ค่านิยม และการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นให้เป็นแบบอย่างเดียวกันกับสมาชิกอื่นๆในองค์กร

2. หน้าที่ในการช่วยให้เกิดความผูกพันกับองค์กร (Facilitate Collective Commitment) ในการหล่อหลอมสมาชิกใหม่ องค์กรจะปลูกฝังค่านิยมร่วม (Shared Values) ให้กับสมาชิก จะทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกผูกพันต่อค่านิยมนั้น

3. หน้าที่ในการช่วยสร้างความมั่นคงทางสังคม (Social System Stability) ความมั่นคงทางสังคม เกิดจากการที่สมาชิกของหน่วยงานมีความคิด ความเชื่อคล้ายกัน เป็น

อันหนึ่งอันเดียวกัน เมื่อพบกับปัญหาความขัดแย้งใดๆก็สามารถแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยยึดผลประโยชน์ขององค์กรเป็นหลัก

4. หน้าที่ในการเป็นเครื่องมือในการให้เหตุผล (Sense-Making Device) หน้าที่ประการสุดท้าย คือการให้สมาชิกองค์กรใช้เป็นเครื่องมือในการอธิบายเหตุผลถึงสิ่งต่างๆ ที่กระทำกันในองค์กร สมาชิกใช้วัฒนธรรมองค์กรที่มีอยู่ในการให้เหตุผลว่าทำไมองค์กรจึงทำสิ่งนั้นสิ่งนี้ ด้วยวิธีการนั้นวิธีการนี้ ทำแล้วจะช่วยให้องค์กรบรรลุเป้าหมายในระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างไร การอธิบายการกระทำดังกล่าวนี้ทำให้สมาชิกเกิดการยอมรับในสิ่งที่ทำ จึงเท่ากับเป็นการย้ำและปั้นแต่ง (shaping) พฤติกรรมของสมาชิกทุกคนให้อยู่ในบรรทัดฐานเดียวกัน

จากหน้าที่ทั้ง 4 ประการจะเห็นได้ว่าวัฒนธรรมองค์กรมีความสำคัญต่อองค์กรเป็นอย่างมาก และเป็นปัจจัยที่ผูกโยงพฤติกรรม การปฏิบัติตน และปฏิบัติงานของสมาชิกเข้าด้วยกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรของราชการไทย

ระบบราชการไทยได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมาเป็นระยะๆ จนโลกก้าวเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ สังคมต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรม ตลอดจนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อแนวคิด ความเชื่อ การประกอบอาชีพ และวิถีชีวิตของมนุษย์ทั้งหลาย และมีผลต่อการทำงานขององค์กรต่างๆ ด้วย ระบบราชการไทยถูกเรียกร้องให้จัดทำบริการสาธารณะสุขเพิ่มขึ้นอยู่เรื่อยๆ พร้อมกับต้องเผชิญกับปัญหาใหม่ๆ มากมาย เช่น ปัญหาการรุกคืบของการค้าสมัยใหม่ (Modern trade) ที่เป็นทุนข้ามชาติ ทำให้กิจการของคนไทยได้รับการกระทบจนต้องปิดกิจการ ปัญหาสิทธิบัตร แรงงานข้ามชาติ ตลอดจนอาชญากรรมใหม่ๆ เป็นต้น ระบบราชการถูกกล่าวหาว่า ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ขาด

ความคิดริเริ่ม ไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของโลกภายนอกที่ต้องการความรวดเร็ว และไม่สามารถแก้ปัญหาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นได้ วัฒนธรรมการทำงานของข้าราชการที่มีอยู่เดิม ไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคโลกาภิวัตน์นี้

ในการตอบโต้ต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลกยุคใหม่ คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการไทยได้จัดทำแผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2540 โดยมีแผนแม่บทการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2540-2544 และใช้เป็นแผนหลักในการกำหนดทิศทางการปฏิรูป มีการออกพระราชกฤษฎีกาการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2545 ตลอดจนออกมาตรการต่างๆ อีกมากมาย ในการพัฒนาระบบราชการเพื่อให้มีขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานในระดับสูงเทียบเกณฑ์สากล และสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกได้ดียิ่งขึ้น และผลผลิตของการปฏิรูประบบราชการในห้วงเวลาดังกล่าวในส่วนของการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมและค่านิยมของข้าราชการ ได้แก่ การศึกษาและประมวลคำสอนและหลักการต่างๆ ที่คิดว่าเป็นประโยชน์และสอดคล้องกับอุดมการณ์ของการปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ และนำไปสอบถามความคิดเห็นจากข้าราชการทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคอีกครั้งหนึ่ง จนได้สรุปเป็นค่านิยมสร้างสรรค์ 5 ประการ คือ

1. กล้ายืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง หมายถึง การทำงานต้องปฏิบัติหน้าที่ให้ถูกต้องชอบธรรม ไม่ทำผิดระเบียบ ถ้าผู้บังคับบัญชาจะสั่งให้ทำในสิ่งที่ผิดก็กล้าคัดค้าน มีความเสียสละ ยึดจรรยาวิชาชีพ ไม่โอนอ่อนตามอิทธิพลใดๆ

2. ซื่อสัตย์และมีความรับผิดชอบ หมายถึง ปฏิบัติหน้าที่อย่างตรงไปตรงมา รู้จักแยกเรื่องส่วนตัวออกจากหน้าที่การงาน มีความรับผิดชอบต่อประชาชน ทำงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มความสามารถ คำนึงถึงผลประโยชน์ประชาชน และพร้อมรับผิดชอบเมื่อทำผิด

3. โปร่งใส ตรวจสอบได้ หมายถึง ปรับปรุงกลไกการทำงานขององค์การให้มีความชัดเจน เปิดเผยหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติงานให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบ มีวิธีการให้ประชาชนตรวจสอบได้ ให้ถือการเปิดเผยเป็นหลักการ การปกปิดเป็นข้อยกเว้น

4. ไม่เลือกปฏิบัติ หมายถึง การให้บริการประชาชนต้องเป็นไปด้วยความเสมอภาค เน้นความสะดวก รวดเร็ว ประหยัด และถูกต้อง ให้บริการด้วยความเต็มใจ มีน้ำใจ เมตตา เอื้อเฟื้อ รักษาผลประโยชน์ของผู้รับบริการทุกคนเท่าที่จะทำได้

5. มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน หมายถึง การทำงานต้องคำนึงถึงผลงาน โดยไม่มุ่งยึดต่อกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน แต่ให้มุ่งเป้าหมายขององค์การ ทำงานให้แล้วเสร็จตามกำหนด ใช้ทรัพยากรของทางราชการให้คุ้มค่า มีการวัดผลงาน และค่าใช้จ่าย ปฏิบัติงานด้วยความรอบคอบ ไม่ประมาท รักษาผลประโยชน์ของหน่วยงาน

ต่อมาคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทยขึ้นใหม่(พ.ศ. 2546-2550) แต่ก็ยังคงกำหนดแนวทางการพัฒนาในทิศทางเดียวกัน คือ การปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานของภาคราชการ การปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจและโครงสร้าง การปรับขนาดบริหารงานบุคคลและค่าตอบแทน และการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ วัฒนธรรมและค่านิยมของข้าราชการ โดยมีจุดมุ่งหมายในการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ วัฒนธรรมและค่านิยมของข้าราชการให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบราชการ โดยกำหนดมาตรการให้ส่วนราชการบริหารให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการสร้างการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง โดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้วยตนเองด้วยความเต็มใจ มิใช่การถ่ายทอดความรู้ในลักษณะให้การศึกษา ฝึกอบรม หรือการรณรงค์แต่เพียงอย่างเดียว ประเด็นที่เป็นของใหม่ของยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยน

กระบวนการทัศน์ วัฒนธรรมและค่านิยมได้แก่เรื่อง การสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ขององค์กร ซึ่งนับว่าสอดคล้องกับสังคมการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

วัฒนธรรมองค์กรของกรมควบคุมโรค

ในบริบทแห่งการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์การภาครัฐ การควบคุมโรคได้เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรของกรม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 โดยมีจุดมุ่งหมายให้เป็นองค์กรที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง โดยได้ทำการศึกษาและสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับค่านิยมที่มีอยู่และค่านิยมที่คาดหวังของกรมควบคุมโรค ได้ผลสรุปเป็นค่านิยมร่วม คือ “การทำงานอย่างฉลาดและก้าวทันโรค”: SMART ประกอบด้วย ความพร้อมในการให้บริการ (Service Mind) การทำงานอย่างมืออาชีพ (Mastery) การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส และรับผิดชอบ (Accountability) การมีน้ำใจ ใจเปิดกว้าง เป็นพี่เป็นน้อง (Relationship) และการทำงานเป็นทีม (Teamwork)

ต่อมาเมื่อ ก.พ.ได้นำสมรรถนะหลักมาใช้ในข้าราชการพลเรือน เพื่อหล่อหลอมค่านิยมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร่วมกันของข้าราชการพลเรือนทั้งระบบ กรมควบคุมโรคก็ได้ผนึกรวมสมรรถนะหลักของข้าราชการพลเรือนดังกล่าวเข้ากับค่านิยมร่วมของกรมเป็น ISMART ในปี พ.ศ.2553 ในความหมายดังต่อไปนี้

1. **Integrity** คือ ยึดมั่นยืนหยัด ซื่อสัตย์สุจริต โปร่งใสตรวจสอบได้ หมายถึงปฏิบัติหน้าที่โดยยึดถือความถูกต้องตามกฎหมาย จรรยาวิชาชีพ ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต รับผิดชอบ อย่างโปร่งใส เปิดเผยและสามารถตรวจสอบได้

2. **Service Mind** คือ การมีจิตใจพร้อมในการให้บริการ หมายถึง ความมีมนุษยสัมพันธ์และอัธยาศัยไมตรีที่ดี ยินดี และเต็มใจ ที่จะให้บริการ ช่วยเหลือ แก่ผู้มาติดต่อ

ประสานงาน หรือผู้มาขอรับบริการทั้งภายนอก และภายในหน่วยงาน ให้เกิดความเข้าใจ ความพึงพอใจ และการประสานงานที่ดี ระหว่างกัน เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. **Mastery** คือ การทำงานอย่างมืออาชีพ หมายถึง ความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้ที่เป็นประโยชน์ ทั้งจากประสบการณ์ทำงานเดิม และจากการค้นคว้าความรู้ใหม่ เพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนนำความรู้นั้น มาพัฒนาศักยภาพ การทำงานของตนเอง ของหน่วยงาน และขององค์กรโดยรวม

4. **Accountability / Transparency** คือ การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต โปร่งใส และรับผิดชอบ หมายถึง ความตั้งใจแน่วแน่ที่จะใช้ความรู้ ความสามารถในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยยึดหลักความโปร่งใส ตรวจสอบได้ในทุกระดับ ความชำนาญการ

5. **Relationship** คือ การมีน้ำใจ ใจเปิดกว้าง เป็นพี่เป็นน้อง หมายถึง ทักษะในการรับรู้ การจับประเด็น ทั้งจากการฟัง การอ่าน และการสื่อข้อความให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องตรงกัน ในเรื่องของนโยบาย แผนงาน ตลอดจนวัตถุประสงค์ และภารกิจของหน่วยงาน และสามารถสื่อสารทำความเข้าใจ จนส่งผลให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ เปิดกว้างทางความคิดด้วยบรรยากาศ ของความเป็นพี่ เป็นน้อง จนกระทั่งงานประสบความสำเร็จ

6. **Teamwork** คือ การทำงานเป็นทีม หมายถึง ความสามารถในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น โดยประสานความแตกต่างของบุคคล และกระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดการทำงานที่สอดคล้องกัน ไปสู่กลยุทธ์และประเด็นยุทธศาสตร์ ทั้งในระดับหน่วยงาน กรม กระทรวงและระดับชาติ บนพื้นฐานของการสร้างความไว้วางใจ และเคารพในความคิดเห็นของกันและกัน

การนำค่านิยมร่วมของกรมควบคุมโรคไปสู่การปฏิบัติ

กรมควบคุมโรคใช้กลยุทธ์การนำค่านิยมร่วมไปสู่การปฏิบัติโดยกำหนดตัวชี้วัด การดำเนินงานด้าน การพัฒนาองค์กรของทุกหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรคใน ห้วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา ซึ่งสำนักงานเลขาธิการกรมได้สรุปไว้ในรายงานประจำปี 2555 ของสำนักงานเลขาธิการกรม ดังนี้

“จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารระดับสูงกรมควบคุมโรค พบว่า ค่านิยม ร่วมของกรมควบคุมโรค

(I SMART) ยังเป็นนามธรรม ไม่สามารถวัดผลได้ และที่สำคัญต้องสามารถบูรณาการ ต่อการดำเนินงานให้บรรลุ

วิสัยทัศน์ของกรมควบคุมโรค ทั้งนี้ ผู้บริหารระดับสูงกรมควบคุมโรคให้ความคิดเห็น ว่า ผู้บริหารทุกระดับต้อง

เป็นแบบอย่างที่ดีและร่วมกันผลักดันไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง แต่ปัจจุบันพฤติกรรม ที่พึงประสงค์ตามค่านิยม

กรมควบคุมโรค (I SMART) และสมรรถนะหลักของกรมควบคุมโรค (Core Competency) ยังมีลักษณะเป็น

นามธรรมไม่สามารถตรวจวัดได้” และ

“จากการรายงานผลการดำเนินงาน พบว่า บุคลากรมีความสับสนในการปฏิบัติ ตามแนวทางที่กำหนด เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดของตัวชี้วัด (Template) บ่อยยากต่อการปฏิบัติ ส่งผลให้ขาดความชัดเจนและความต่อเนื่องในการพัฒนา พฤติกรรมการทำงานตามค่านิยมร่วม อีกทั้งการให้หน่วยงานสามารถกำหนดแนวทางการแสดงออกเชิงพฤติกรรมการปฏิบัติได้เองภายใต้การปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง

ตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ทำให้การกำหนดพฤติกรรมการทำงานตามค่านิยมร่วมไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้การสื่อสารประชาสัมพันธ์แนวทางในการปฏิบัติตามพฤติกรรมการทำงานตามค่านิยมร่วมของกรมควบคุมโรคยังไม่ทั่วถึงครอบคลุม และไม่ต่อเนื่องทำให้บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจว่ากรมควบคุมโรคต้องการให้บุคลากรมีการประพฤติปฏิบัติตัว มีพฤติกรรมอย่างไรที่จะสื่อได้ว่า พวกเขา กำลังปฏิบัติตัวที่ตามค่านิยมของกรมควบคุมโรค ประกอบกับบุคลากรที่มาเข้าร่วมประชุมรับการถ่ายทอดการพัฒนาค่านิยมร่วมของกรมควบคุมโรค ในแต่ละครั้งไม่ใช่บุคลากรคนเดียวกัน สลับเปลี่ยนกันเข้าประชุมทำให้ขาดความต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถที่จะถ่ายทอดกระบวนการดำเนินงานการพัฒนาค่านิยมได้ครบถ้วน ส่งผลให้การรับรู้ของบุคลากรไม่ทั่วถึง และครอบคลุม อีกทั้งการเสริมสร้างและสนับสนุนบุคลากรให้ปฏิบัติตามค่านิยมที่กำหนด รวมทั้งการให้รางวัลยกย่องเชิดชูเพื่อเป็นกำลังใจให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ยังไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจัง ทำให้บุคลากรขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติส่งผลให้พฤติกรรมการทำงานตามค่านิยมร่วม SMART น้อยลงไปด้วย”

จากข้อมูลที่สะท้อนผลการดำเนินงานในเรื่องค่านิยมร่วมของกรมควบคุมโรคดังกล่าว สามารถสรุปปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำค่านิยมร่วมของกรมควบคุมโรคไปสู่การปฏิบัติได้ ดังนี้

1. กำหนดพฤติกรรมบ่งชี้ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม
2. การสื่อสารที่ดี (Communication)
3. การมีแบบอย่างที่ดี (Leadership)
4. มีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ (Consistency)
5. แรงจูงใจ (Motivation)

ค่านิยมร่วมของกรมควบคุมโรคกับสมรรถนะหลักของข้าราชการพลเรือน

ก.พ.ได้นำสมรรถนะหลัก (Core Competency) มาใช้กับข้าราชการพลเรือน เพื่อหล่อหลอมให้ข้าราชการพลเรือนทั้งระบบมีค่านิยมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร่วมกัน จัดว่าเป็นค่านิยมร่วมในระดับชาติ และค่านิยมร่วมของกรมควบคุมโรคซึ่งเป็นระบบย่อยอยู่ภายใต้ระบบราชการ ก็มีความสอดคล้องและสามารถผสมผสานกับค่านิยมร่วมของระบบใหญ่เป็นอย่างเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้ ดังจะเห็นได้จากความหมายของสมรรถนะหลักทุกตัวรวมถึงรายละเอียดของแต่ละสมรรถนะ ที่กรมควบคุมโรคได้นำมาตีความหมายและรายละเอียดของค่านิยมร่วมของกรม

การขับเคลื่อนต่อไป

1. การกำหนดพฤติกรรมบ่งชี้ค่านิยมร่วม/สมรรถนะหลักที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม
จากหลักการที่ว่าวัฒนธรรมองค์การเป็นตัวควบคุมวิธีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และกับผู้มีส่วนได้เสียนอกองค์การ เป็นความคิดเกี่ยวกับมาตรฐานพฤติกรรมที่สมาชิกขององค์การพึงใช้เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายขององค์การ และหลักการของการวัดผลซึ่งสิ่งที่จะวัดต้องมีความเฉพาะเจาะจง ดังนั้น ค่านิยมร่วมที่องค์การต้องการให้เกิดขึ้นเพื่อรับใช้เป้าหมายขององค์การ จึงควรเชื่อมโยงกับงานและมีความเฉพาะเจาะจง โดยการกำหนดพฤติกรรมการทำงานตามค่านิยมร่วมนั้นๆ ตามลักษณะงานของตำแหน่ง เช่น ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานเหมือนกันที่อยู่ต่างหน่วยงานควรมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เหมือนกัน หรือตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในท้องที่เดียวกันควรมีพฤติกรรมที่เหมือนกัน เป็นต้น

2. การสื่อสารที่ดี (Communication) เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจรูปแบบ/เนื้อหา หลักเกณฑ์ วิธีการ และขั้นตอนในการดำเนินการ

3. มีการประเมินและพัฒนาอย่างเป็นระบบ
4. การมีแบบอย่างที่ดี (Leadership) มีการยกย่องผู้ที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์
5. มีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ (Consistency) มีความต่อเนื่อง สม่ำเสมอในเรื่องการสื่อสาร และการยกย่องชมเชย
6. มีแรงจูงใจ (Motivation) นำผลการประเมินพฤติกรรมไปเชื่อมโยงกับระบบค่าตอบแทน/การให้รางวัลในรูปแบบต่างๆ

การประเมินและพัฒนาอย่างเป็นระบบ

ผู้เขียนขอเสนอแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะหลัก 6 ปัจจัย ของ ก.พ.เพื่อนำมาปรับใช้กับการพัฒนาค่านิยมร่วมของกรมควบคุมโรค ดังนี้

ปัจจัยที่ 1 Aware: ผู้พัฒนาและผู้รับการพัฒนาจะต้องเข้าใจความรู้ ทักษะ หรือสมรรถนะรายการนั้นๆ

ปัจจัยที่ 2 Focus: ผู้พัฒนาและผู้รับการพัฒนาต้องสามารถระบุได้ว่าพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นสมรรถนะหลักใด เนื่องจากในเชิงทฤษฎี หากไม่สามารถสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่รอบๆ ตัว การเรียนรู้จากการเก็บข้อมูลและการนำพฤติกรรมมาปฏิบัติ/แสดงซ้ำ ก็จะเป็นไปได้ยากขึ้นด้วย

ปัจจัยที่ 3 Self Assessment: ประเมินตนเองได้ว่ามีสมรรถนะนั้นในระดับใด เนื่องจากทฤษฎีแรงจูงใจกล่าวว่า ผู้รับการพัฒนาจะไม่มีการพัฒนาหากไม่เกิดแรงผลักดันจากภายใน (Self – Motivative) ซึ่งแรงขับภายในจะเกิดจากการประเมินตนเองแล้วพบว่าเกิดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่องค์กรคาดหวังกับสมรรถนะที่ตนเองมีอยู่ หลังจากนั้นจึงจะนำไปสู่การพัฒนา โดยองค์กรมีหน้าที่สนับสนุนเท่านั้น

ปัจจัยที่ 4 Practice: ฝึกฝนสมรรถนะนั้นๆ จนเป็นนิสัย ผู้พัฒนาต้องมีการฝึกฝนสมรรถนะหลักนั้นๆ จนเป็นนิสัย เนื่องจากการพัฒนาสมรรถนะอย่างมีประสิทธิภาพ

นั้นต้องทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การปรับปรุงและพัฒนาไม่ควรทำเป็นครั้งคราว เหมือนกับการกระโดดแล้วสุดท้ายกลับสู่ที่เดิม แต่ควรเป็นการปรับปรุงการพัฒนาที่ถาวรและเป็นขั้นเป็นตอนเหมือนกับการขึ้นบันได บุคคลและองค์กรสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ด้วยการจัดการประเมินและพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง โดยจะต้องมีการสร้างมาตรฐาน(หรือสร้างบันได) อย่างถาวร ว่าได้สนับสนุนให้บุคลากรขององค์กรเติบโตไปในทิศทางใด ด้วยกระบวนการใด อย่างไรก็ตาม มาตรฐานที่ดีจะเกิดขึ้นได้จากการมีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ผสมผสานกับการมีการติดตาม ทบทวน และประเมินผลเพื่อพัฒนาและการปรับปรุงสร้างมาตรฐานที่ดีขึ้นต่อไปอย่างสม่ำเสมอ เปรียบเหมือนการสร้างบันไดที่สูงขึ้นอีกขั้นหนึ่ง ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization)

ปัจจัยที่ 5 Feedback: รับฟังความคิดเห็นข้อติชมของผู้อื่นเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง โดยความคิดเห็นหรือข้อติชมที่มีประโยชน์ต้องมีลักษณะดังนี้

- มีความเฉพาะเจาะจงและมีตัวอย่างประกอบ
- เป็นการพรรณนามากกว่าบอกระดับ
- รักษาสมดุลระหว่างการประเมินจุดแข็งและจุดที่ต้องพัฒนา
- ผู้รับฟังต้องมีสติในการฟัง
- ต้องมีการสนทนาร่วมกันถึงผลการประเมิน
- ผลการประเมินต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความรู้ หรือทักษะได้
- ต้องสามารถระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการต่อไป
- ไม่กว้างหรือหลากหลายจนทำอะไรไม่ถูก

ปัจจัยที่ 6 Coaching: การสอนงาน จะเกิดประโยชน์ต่อผู้สอน คือ 1) ทำให้ความรู้คมขึ้น เนื่องจากการสอนผู้อื่นจะทำให้มีการสังเคราะห์และสรุปความรู้ที่มีอยู่มา

ใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุด และในที่สุดก็จะเป็นการสร้างความเชี่ยวชาญใน ความรู้นั้นๆ ที่เพิ่มขึ้น 2) ได้เรียนรู้เพิ่มเติมจากกระบวนการเรียนรู้ของคนอื่น โดยทั่วไปผู้รับการสอนมักมีคำถามหรือข้อสงสัยที่ทำให้ต้องพยายามหาคำตอบที่ หลากหลายรูปแบบ ซึ่งผลลัพธ์ก็คือ ผู้สอนจะสามารถเพิ่มประสบการณ์ในการ ประยุกต์ใช้ความรู้ของตนเองมากขึ้น 3) เพิ่มการเรียนรู้จากสไตล์การเรียนรู้ของผู้อื่น กล่าวคือ การเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลจะทำให้มุมมองในการเรียนรู้ของ ผู้สอนขยายมากขึ้นได้

รายการอ้างอิง

1. จุฑา เทียนไทย. (2550). การจัดการมุมมองนักบริหาร. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แมคกรอ-ฮิล.
2. ทองใบ สุคจารี. (2545). ทฤษฎีองค์การ. พิมพ์ครั้งที่ 5. อุบลราชธานี: คณะวิทยาการ จัดการ สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
3. สมยศ นาวิการ. (2541). การบริหารเชิงกลยุทธ์และนโยบายเชิงธุรกิจ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ตะวันออก.
4. สมยศ นาวิการ. (2543). การบริหารและพฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพมหานคร: โรง พิมพ์ กรุงเทพมหานคร.
5. สุรพงษ์ มาลี. (2550). วัฒนธรรมแห่งการเป็นองค์กรแห่งการตื่นรู้: แนวทางใหม่ใน การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล. วารสารข้าราชการ. 4. 40-45.