

ความคาดหวังของผู้กระทำการสาธารณสุขชุมชน ต่อระบบการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

ดร.สุรชาติ ิน หนองคาย*
ทัศนีย์ บัวคำ** ทศคณา สุวรรณไตรย์***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เพื่อสำรวจความคาดหวังต่อระบบการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ของกลุ่มผู้มีหน้าที่กระทำการทางการสาธารณสุขชุมชนที่ปฏิบัติงานอยู่ก่อนที่จะมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการให้กรรมการสมาคมวิชาชีพสาธารณสุขดำเนินการสนทนากลุ่มและสรุปผลเป็นผังภาพเพื่อรับฟังความคิดเห็นของตัวแทนเครือข่ายวิชาชีพสาธารณสุขจาก 12 เขตทั่วประเทศไทย

ผลการศึกษาได้ว่า ในทัศนะของผู้กระทำการสาธารณสุขชุมชนเห็นว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่สำคัญมีอยู่ 7 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่เป็นลูกค้าของหลักสูตร ประกอบด้วยนักศึกษาและผู้ปกครอง หรือ ผู้สนับสนุนทุนการศึกษาแก่นักศึกษา 2) สถาบันการศึกษา 3) เครือข่ายที่ร่วมผลิตบัณฑิตและผู้กำกับมาตรฐานสถาบันการศึกษา 4) ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน 5) สภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน 6) ผู้สนับสนุนทรัพยากรและทิศทางในการผลิตผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน 7) ผู้รับบริการหรือชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนโดยเห็นว่าจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนพึงต้องมีมาตรฐานวิชาชีพ และ จรรยาบรรณที่สำคัญในการกระทำการสาธารณสุขอย่างมีศิลปะที่สำคัญ คือ 1) การกระทำต่อมนุษย์โดยมีคู่มือแนวทางด้านเวชกรรมเภสัชกรรม การพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ชัดเจน 2) การกระทำการสาธารณสุขต่อเชื้อโรค 3) การกระทำทางการสาธารณสุขต่อการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม 4) การส่งต่อผู้ป่วยที่มีการลดความเสี่ยงอย่างมีมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ สถาบันการศึกษาควรพิจารณานำความคาดหวังเหล่านี้ไปเป็นฐานในการออกแบบหลักสูตร และเสนอให้สภาวิชาชีพพิจารณานำไปใช้เป็นข้อมูลในการควบคุมการประกอบวิชาชีพต่อไป

คำสำคัญ : ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย/การประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน/ความคาดหวัง

* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** อุปนายกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

*** เลขาธิการสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข



**Expectation for the community- public health
professional practitioner system
: Perspective of community health workers**

*Dr. Surachart Na Nongkhai**

*TassaneeBuakum** TakanaSuwannatrai****

Abstract

The objective of this study was to survey the expectation from community health workers towards the practices of community - public health profession practitioner before the official declaration of Community Public Health Professional Act 2556 B.E. "Focus Group" had been used as research methodology. The researchers had asked the committee of "Public Health Professional Association" to hold the meeting and employed focus group technic as a mean to find the resolution .The resolution was concluded as conceptual diagram and had been presented in the meeting of the representatives of public health professional association from 12 regions and had them commented .

The result of the study were as follows ; The stake holders of this matter had been classified into 7 groups; 1)Customer of public health study consisting of students, their parents and financial supporter 2) Public health education institute 3) Networks of education institute involving with the production of public health student and education standard controller 4) Community public health profession practitioner 5) Community public health profession council 6) Resource supporter and direction controller for the production of community - public health profession 7) Customer of community-public health profession and Community. The perspectives from these stake holder about the practice of community public health professional practitioner were as follow; the public health professional practitioner must hold professional standard and essential ethics for the practice of their profession with the important art of practice;1 .In performing action involved directly with human body they must abide by the manual of distinctive practice in medicine ,pharmacy, nursing and midwifery 2. Public health action towards the diseases 3.Public health action in occupational health and environmental health 4.The referral of patients with standard practice of risk reduction.

The Recommendation of research result was presented to public health education institute for consideration as input for curriculum design and to community public health professional council as input for the professional practice control.

Keywords : Stakeholder / Community Public Health professional Practice /Expectation

* Assoc.Prof. Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Vice President of Public Health Association

*** Secretariat of Public Health Administration



บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้เสนอไว้ว่าระบบสุขภาพต้องมุ่งให้เกิดผลที่สำคัญอย่างน้อยสามประการคือ การสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง การบริการมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ (Coverage Access , Safety and Quality) โดย WHO ได้เสนอว่าปัจจัยที่เป็นฐานสำคัญในการบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าวประกอบด้วย 6 ปัจจัยหลักคือ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and Governance) การเงินด้านสุขภาพ (Health Care Financing) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Work Force) เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี (Medical Products , Technologies) สารสนเทศและการวิจัย (Information and Research) และ การให้บริการ (Service Delivery) โดยในจำนวนนี้กำลังคนด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ (Professional Health Work Force) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพ (Non-Professional Health Work Force) และกลุ่มอาสาสมัครหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งในประเทศไทยให้ความสำคัญกำลังคนด้านสุขภาพทั้งสามกลุ่มโดยเห็นได้จากการมีกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มบุคคลดังกล่าว อันประกอบด้วย กลุ่มที่มุ่งกระทำต่อมนุษย์ที่เรียกว่า “กลุ่มโรคศิลปะ” กลุ่มที่กระทำต่อสัตว์ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพที่เรียกว่า “สัตวแพทย์” และกลุ่มที่มุ่งกระทำทั้งต่อประชาชน ต่อปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และการกระทำต่อสิ่งแวดล้อมที่เรียกว่า “กลุ่มสาธารณสุข” ทั้งสามกลุ่มนี้จะพบว่ากลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนเป็นกลุ่มวิชาชีพที่กฎหมายกำหนดให้มีบทบาททั้งที่มุ่งกระทำต่อมนุษย์ ต่อเชื้อโรค และต่อสิ่งแวดล้อม รวมอยู่ในการกระทำที่กฎหมายเรียกว่า การกระทำทางการสาธารณสุข ทั้งนี้ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 โดยกฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม 2556 เป็นต้นมา และจากการตรวจสอบหลักสูตรที่ใช้ในการจัดการศึกษาในประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่มีมีการจัดทำกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาหรือที่เรียกว่า มคอ.1 เพื่อให้สถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งใช้เป็นแนวทางจัดการศึกษาในสาขาการสาธารณสุขชุมชนให้มีมาตรฐานเดียวกันจึงนำมาสู่ปัญหาการวิจัยว่าองค์ความรู้ที่ครอบคลุมการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่กฎหมายกำหนดควรประกอบด้วยอะไรบ้างและจะรับฟังความคาดหวังในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มใดบ้าง

พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 บัญญัติให้มีสภาวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่ที่สำคัญคือกำกับมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพ โดยมีที่มาของกรรมการแบ่งเป็นห้าประเภท คือ 1) กรรมการโดยตำแหน่ง 2) กรรมการที่เป็นตัวแทนจากสภา



วิชาชีพอื่น 3) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และ 4) กรรมการจากการเลือกตั้ง และ 5) กรรมการที่เป็นตัวแทนจากสถาบันหรือองค์กรที่กฎหมายกำหนดโดยในจำนวนนี้มีตัวแทนจากสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่สำคัญคือตัวแทนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษาทั้งของรัฐและเอกชน สถาบันเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนากรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาหรือ มคอ.1 ส่วนตัวแทนจากองค์กรวิชาชีพมีส่วนร่วมสำคัญในการพัฒนาหรือส่งเสริมบุคคลที่จะเข้าสู่วิชาชีพนี้ให้มีความรู้ ความสามารถที่เหมาะสมในการประกอบวิชาชีพ การสาธารณสุขชุมชนเพื่อสนองต่อความคาดหวังของประชาชนดังนั้นการสำรวจข้อมูลความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้กระทำการสาธารณสุขที่มีอยู่แต่เดิมก่อนประกาศใช้พระราชบัญญัติจึงเป็นสิ่งจำเป็น และสามารถนำไปใช้สนับสนุนการจัดทำกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาสาขาสาธารณสุขชุมชนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนตามทัศนะของผู้กระทำการสาธารณสุขในชุมชน
2. เพื่อสำรวจความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนตามทัศนะของผู้กระทำการสาธารณสุขในชุมชน
3. เพื่อเสนอกรอบองค์ความรู้และความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนที่จำเป็นต้องมีตามที่พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนกำหนดและสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ สมาชิกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุขจำนวน 9,442 คน (ข้อมูล กันยายน 2557) โดยใช้ตัวแทนเป็นกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ และกรรมการวิชาการสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข จำนวน 20 คนเป็นสมาชิกการสนทนากลุ่ม และ ประธานเครือข่ายหรือผู้แทนจาก 12 เขตบริการสาธารณสุข กรรมการเครือข่ายทั้ง 12 เขตที่เป็นตัวแทนเครือข่ายอีกเขตละ 1 คน และ ผู้ประสานงานเครือข่ายอีก 1 คนรวม 25 คนเป็นผู้วิพากษ์และเพิ่มเติมผลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม(Focus Group) โดยในการศึกษานี้คณะผู้วิจัยทั้งสาม



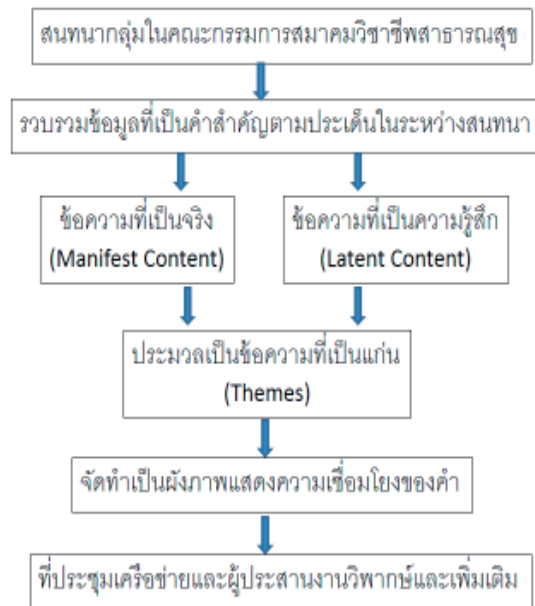


วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2558)

คนแบ่งบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) 1 คน ผู้จัดบันทึก 2 คน สมาชิกในการสนทนากลุ่มคือกรรมการสมาคมวิชาชีพสาธารณสุขจำนวน 20 คน ผู้ดำเนินการสนทนา เป็นผู้คอยจุดประเด็นในการสนทนา เพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนาอย่างกว้างขวาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่เป็นทั้งข้อความที่เป็นจริง (Manifest Content) และ ข้อความตามที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังที่เป็นความรู้สึกหรือข้อความแฝง (Latent Content) โดยวิธีรวมข้อความที่เป็นคำซ้ำให้เป็นหมวดหมู่และ เปรียบเทียบสรุปเนื้อหาที่ได้ ด้วยการถือเอาฉันทามติของกลุ่มเป็นข้อสรุป ประเด็นใดยังไม่สามารถสรุปเป็นมติกกลุ่มจะจัดแยกเป็นข้อสังเกตเพื่อเป็นประเด็นในการศึกษาค้นคว้าต่อไป จัดทำเป็นผังภาพและนำเสนอเพื่อให้ที่ประชุมสนทนากลุ่มปรับปรุงแก้ไข เมื่อสอดคล้องตรงกันแล้วนำไปให้ที่ประชุมตัวแทนเครือข่าย และผู้ประสานงานจำนวน 25 คนเพื่อทำการวิพากษ์ ปรับปรุงแก้ไขและสรุปขั้นตอนเป็นรายงานปรากฏตามผังภาพ



ผังภาพที่ 1 ขั้นตอนในการจัดเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ประชากรในการศึกษาคือผู้กระทำการสาธารณสุขในชุมชนที่เป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสาธารณสุขโดยใช้กรรมการสมาคม และ กรรมการเครือข่ายจากเขตบริการสาธารณสุขจำนวน 12 เขตเป็นตัวแทน ซึ่งพบว่า คณะกรรมการเป็นชาย 16 คน หญิง 4 คน มีอายุเฉลี่ยที่ 51.3 ปี ด้านการศึกษาพบว่าจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี 15 คน ปริญญาโท 4 คน และปริญญาเอก 1 คน เป็นข้าราชการ 16 คน ข้าราชการบำนาญ 4 คน ซึ่งในส่วนที่ยังรับราชการอยู่นั้นปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7 คน และที่อื่นๆ 1 คน

ตัวแทนเครือข่ายสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข ที่เข้าร่วมวิพากษ์ข้อสรุปการสนทนากลุ่ม เป็นชาย 22 คน หญิง 3 คน มีอายุเฉลี่ยที่ 49.2 ปี อายุราชการเฉลี่ย 27.8 ปี ด้านการศึกษาพบว่าจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี 9 คน ปริญญาโท 13 คน และปริญญาเอก 3 คน โดยปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 10 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 คนและโรงพยาบาลทั่วไป 3 คน มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข 22 คน และ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 3 คน

ประเด็นที่หนึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

จากการนำเอาคำ วลี ประโยค ที่ซ้ำกันในการสนทนากลุ่มของคณะกรรมการสมาคมวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้แก่นของคำที่เป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน แล้วนำข้อสรุปไปเสนอให้ตัวแทนเครือข่ายวิพากษ์ ปรากฏผลว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีจำนวน 7 กลุ่มคือ

- 1) กลุ่มที่เป็นลูกค้าของหลักสูตร ซึ่งสรุปจากคำซ้ำที่สำคัญคือ นักศึกษาและหรือผู้ปกครอง ผู้สนับสนุนทุนการศึกษาแก่นักศึกษา
- 2) กลุ่มสถาบันการศึกษาซึ่งสรุปจากคำซ้ำที่สำคัญคือ อาจารย์ หรือ ผู้สอน, สถาบันผลิตบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สถาบันบรมราชชนก), สถาบันอุดมศึกษา (ทั้งรัฐ และ เอกชน) ,มหาวิทยาลัย, วิทยาลัยการสาธารณสุข
- 3) เครือข่ายที่ร่วมผลิตบัณฑิตและผู้กำกับมาตรฐานสถาบันการศึกษา ซึ่งสรุปจากคำซ้ำที่สำคัญคือสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข, สมาคมหมออนามัย, ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, มูลนิธิชมรมสาธารณสุข, สมาคมวิชาชีพสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด, ที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย, ที่ประชุมคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย (สภาคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย), สถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา, คณะกรรมการการอุดมศึกษา
- 4) ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งสรุปจากคำซ้ำที่สำคัญ คือ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข, นักวิชาการสาธารณสุข, ผู้มีบทบาทหน้าที่ในการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนตามที่กฎหมายกำหนดไม่ว่าจะเรียกชื่ออย่างไรก็ตาม



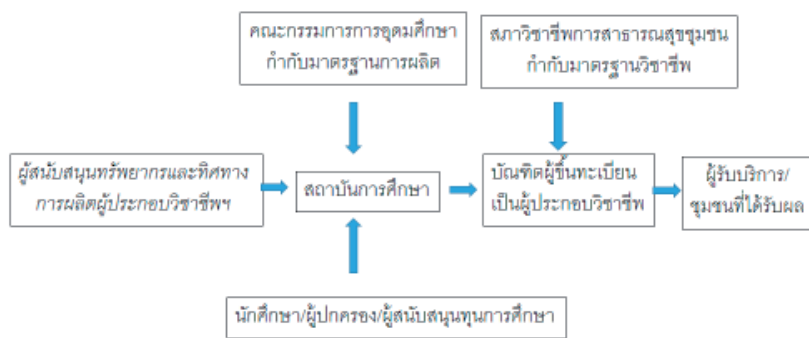
วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2558)

5) สภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

6) ผู้สนับสนุนทรัพยากรและทิศทางในการผลิตผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ซึ่งสรุปจากคำชี้แจงที่สำคัญ คือ คณะรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงการคลัง, สำนักงบประมาณ, สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, องค์การอนามัยโลก, ประชาคมอาเซียน, คณะกรรมการอุดมศึกษา, สภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงานประกันสังคม

7) ผู้รับบริการหรือชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน

คณะผู้วิจัยได้รวบรวมค่าและวิถีที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาขอความเห็นเพิ่มเติมว่าคำหรือวลีเหล่านั้นมีผลต่อการผลิต และการประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนอย่างไรบ้างได้รับคำอธิบายและการยอมรับจากกลุ่มสนทนาและตัวแทนเครือข่ายสมาคม สรุปเป็นประเด็นของการเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและแสดงเป็นผังภาพเชื่อมโยงกันได้ดังนี้



ผังภาพที่ 2 ความเชื่อมโยงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ประเด็นที่สอง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความคาดหวังต่อผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนอย่างไรบ้าง สรุปผลจากการสนทนากลุ่มได้ดังนี้

1) คาดหวังว่าผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนต้องการมีอิสระในการใช้ความรู้ที่มีมาตรฐานวิชาชีพในการประกอบวิชาชีพโดยอยู่ในกำกับของสภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน โดยไม่อยู่ภายใต้การกำกับควบคุมซ้ำซ้อนจากสภาวิชาชีพอื่น สมาชิกที่ร่วมสนทนากลุ่มมีการยกตัวอย่างการปฏิบัติงานของผู้กระทำสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นนักวิชาการ หรือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ กำหนดให้กระทำที่เป็นเวชกรรมต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งๆที่ในภาคปฏิบัติ นักวิชาการ หรือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขกระทำโดยไม่อยู่ที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฯ กำหนดให้กระทำที่เป็นเวชกรรมต้องอยู่



ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งที่ในภาคปฏิบัติ นักวิชาการ หรือ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระทำกรโดยไม่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควบคุม หรือในกรณีเป็นงานด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเจ้าหน้าที่ทันตภิบาลก็ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม แต่ในภาคปฏิบัติไม่มีทันตแพทย์ จึงขอให้สภาวิชาชีพอื่นกำหนดขอบเขตเป็นคู่มือหรือแนวทางแสดงขอบเขตงานที่จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติให้ชัดเจน สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของวิชาชีพอื่นอีก

2) คาดหวังว่าผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนต้องการมีการกระทำทางการสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน และ มีความรับผิดชอบต่อการกระทำที่เรียกว่าจรรยาบรรณวิชาชีพ อย่างครอบคลุมครบถ้วนตามที่พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 บัญญัติไว้ในมาตรา 3 ทั้ง 4 ประเด็น

ประเด็นที่สาม องค์ความรู้และทักษะที่ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนจำเป็นต้องมีประกอบด้วยอะไรบ้าง

จากการนำ คำ วลี ประโยคข้อความที่มีการสนทนากลุ่มมาประมวลพบว่าองค์ความรู้ที่สำคัญที่ผู้กระทำกรสาธารณสุขชุมชนได้แสดงความคิดเห็นไว้มาสรุปว่าองค์ความรู้ที่สำคัญมีสามกลุ่มคือ 1) กลุ่มที่เป็นความรู้ที่จำเป็นที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการศึกษาตามมาตรฐานคุณวุฒิการอุดมศึกษาชาติ (ประกอบด้วย จริยธรรม คุณธรรม, ความรู้, ทักษะปัญญา, ทักษะด้านสัมพันธภาพ และเทคโนโลยีฯ) และต้องครอบคลุมโครงสร้างความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด 2) กลุ่มที่เป็นองค์ความรู้ในงานสาธารณสุขโดยไม่อยู่ภายใต้การกำกับของผู้ประกอบวิชาชีพอื่น และ 3) องค์ความรู้ที่ต้องกระทำภายใต้กรอบหรือแนวทางที่กำหนด โดยคณะผู้วิจัยได้นำผลสรุปจากการสนทนากลุ่มทั้งสามประเด็น ไปขอรับฟังความคิดเห็นในการประชุมตัวแทนเครือข่ายสมาคมวิชาชีพสาธารณสุขซึ่งที่ประชุมเห็นด้วยกับผลของการสนทนากลุ่ม ปรากฏตามตารางที่ 1



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2558)

ตารางที่ 1 การกระทำทางการสาธารณสุขตามที่กฎหมายกำหนดและองค์ความรู้ที่สำคัญ

การกระทำทางการสาธารณสุขชุมชน	องค์ความรู้ที่จำเป็น
(1) การส่งเสริมการเรียนรู้ การแนะนำและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การบำบัดโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยการผสมผสานค่านิยม และเชื่อมโยงเป็นองค์รวม	<ul style="list-style-type: none"> - สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ - โภชนาวิทยา - ชนಾಯุชุมชน - ชนಾಯุครอบครัว - การบริหารงานสาธารณสุข
(2) การประยุกต์หลักวิทยาศาสตร์ โดยการกระทำด้านการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมป้องกันปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และลดความเสี่ยงการเจ็บป่วยต่อบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - หลักวิทยาศาสตร์ที่เพียงพอต่อการประยุกต์(1)-(4) - อาชีวอนามัย - อนามัยสิ่งแวดล้อม - การป้องกัน และ การควบคุมโรค
(3) การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการวางแผนครอบครัวตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด	<ul style="list-style-type: none"> - การประยุกต์หลักวิทยาศาสตร์ที่กระทำการตามแนวทางหรือคู่มือที่คณะกรรมการกำหนด (โดยไม่อยู่ในการควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพอื่น)
(4) การตรวจประเมินอาการเจ็บป่วย และ การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด	<ul style="list-style-type: none"> - การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามแนวทางหรือคู่มือที่คณะกรรมการกำหนด

จากตารางที่ 1 การจัดทำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตจึงจำเป็นต้องมีความรู้ที่ครอบคลุมและเพียงพอต่อการกระทำสาธารณสุขตามที่กฎหมายกำหนด โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการกระทำทางการสาธารณสุขต่อมนุษย์ต้องจัดหลักสูตรให้สอดคล้องกับข้อกำหนดหรือเงื่อนไขของคณะกรรมการสภาวิชาชีพสาธารณสุข และ ความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ ดังนั้นการกระทำทางการสาธารณสุขใน (3) และ (4)จึงเป็นสิ่งที่ต้องทบทวนอย่างสม่ำเสมอทั้งนี้เพื่อจัดหลักสูตรให้สนองต่อความต้องการของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

การพิจารณาผลจากการสนทนากลุ่มของเครือข่ายสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข

มีประเด็นเพิ่มเติมจากข้อเสนอของตัวแทนเครือข่ายสมาคมวิชาชีพสาธารณสุขที่สำคัญคือ

1) ผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐมักเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และหรือที่จะมีการแก้ไขในอนาคต จึงต้องมีความรู้ความสามารถที่เพียงพอต่อการเป็นเจ้าพนักงานตามบทบาทที่กฎหมายกำหนด



ด้วย โดยเฉพาะในเรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การจัดการเหตุรำคาญ ตลาด การกำจัดขยะ สิ่งปฏิกูลและมูลฝอย รวมถึงตลอดถึงงานการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชนด้วย

2) เนื่องจากสถานการณ์ที่มีผลต่อสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและมีลักษณะที่เชื่อมโยงถึงกัน ผู้ประกอบวิชาชีพ สถาบันการศึกษาที่ผลิตผู้ประกอบวิชาชีพ และ สภาวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการจัดการการเปลี่ยนแปลงในระดับที่เหมาะสมกับบทบาทของตนเอง โดยสมาชิกที่ประชุมมีความเห็นตรงกันว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความสำคัญที่สุดคือ หน่วยงานที่รับผู้ประกอบวิชาชีพ เข้าไปปฏิบัติงาน และ ประชาชนผู้รับบริการ โดยต้องนำความคาดหวังจากทุกกลุ่มมาวางแผนให้เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะคุณภาพของบัณฑิต มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพ ตำแหน่งงานและความก้าวหน้าของผู้ประกอบวิชาชีพ ตลอดจนการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และ สุขภาวะของชุมชนทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน การควบคุมโรค และ อนามัยสิ่งแวดล้อม

3) ผู้กระทำการสาธารณสุขชุมชนที่มีอยู่ก่อนประกาศใช้พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 มีความคาดหวังว่าผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ต้องมีความเป็นอิสระในการประกอบวิชาชีพตามที่กฎหมายกำหนดโดยการกำกับควบคุมมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณวิชาชีพ ต้องเป็นการกำกับควบคุมโดยสภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน มิใช่ถูกควบคุมโดยผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่น หรือ สภาวิชาชีพอื่น และในกรณีที่กฎหมายกำหนดให้มีบทบาทที่ต้องกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพอื่น เช่น เวชกรรม เภสัชกรรม พยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องมีคู่มือหรือแนวทางที่ชัดเจนที่จะให้ปฏิบัติโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพอื่น และคาดหวังว่าสถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพสาธารณสุขชุมชนต้องคำนึงถึงการปฏิบัติงานในฐานะเป็นเจ้าของพนักงานสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ใน พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการศึกษานำมาสู่ข้อเสนอแนะที่สำคัญดังนี้

1) การออกแบบหลักสูตรของสถาบันการศึกษาต้องนำความคาดหวังจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่มมาเป็นข้อมูลโดยไม่ละเลยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำมาตรฐานคุณวุฒิการอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาสาธารณสุขชุมชน และเมื่อจบการศึกษาแล้วหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดตำแหน่งที่จัดแผนรองรับผู้สำเร็จการศึกษาในภาครัฐให้เหมาะสมกับปริมาณการผลิต และ ส่งเสริมช่องทางการเข้าสู่ตำแหน่งงานขององค์กรภาคเอกชนเพิ่มขึ้น รวมทั้งการพัฒนาความก้าวหน้าของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างเป็นระบบ

2) การกระทำทางการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานเวชกรรม เภสัชกรรม และการพยาบาล จำเป็นต้องทำคู่มือหรือแนวทางให้ชัดเจนเพื่อให้การกระทำทางการสาธารณสุขในส่วนที่กฎหมาย





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2558)

กำหนดนั้นมีมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณวิชาชีพไม่แตกต่างกัน และเพื่อแสดงอัตลักษณ์ของวิชาชีพ

3) จากการศึกษาความสำคัญของการเป็นสมาชิกประชาคมอาเซียน การออกแบบหลักสูตรจึงไม่พึงใช้เฉพาะแนวทางตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการอุดมศึกษาของไทยแต่พียงนำแนวทางมาตรฐานของมหาวิทยาลัยในกลุ่มอาเซียนมาเป็นแนวทางร่วมด้วย โดยการนำ ASEAN University Network Quality Assurance (AUNQA) มาใช้ในการปรับปรุงหลักสูตรร่วมด้วย

4) เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาจากมุมมองของผู้กระทำการสาธารณสุขเท่านั้น ในการศึกษารั้งต่อไปจึงควรศึกษาจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มอื่นด้วย

บรรณานุกรม

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2558). แบบประเมินตนเองตามปัจจัยคุณภาพของระบบ AUNQA. (ออนไลน์).www.grad.chula.ac.th/download/files/qa2_030654.doc เข้าถึงเมื่อ 29/4/2557
- วิพุธ อ่องสกุล. (2551). การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย. กรุงเทพมหานคร : วิชั่นพริ้นท์ มิเดีย จำกัด.
- สมาคมวิชาชีพสาธารณสุข.(2556). พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556. ระยอง: บริษัท คิตตี้ มีดี จำกัด.
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.(2556).เส้นทางการสู่ความเป็นเลิศขององค์กร.(ออนไลน์) : <http://www.tqa.or.th/th/TQAdownload/> : เข้าถึงเมื่อ 8/12/2557
- สุภางค์ จันทวานิช. (2553). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 18). กรุงเทพมหานคร : ด่านสุทธาการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.(2552). กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา.(ออนไลน์) :<http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/> เข้าถึงเมื่อ 8/12/2557
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.(2556). EdPEXโครงการพัฒนาคุณภาพทางการศึกษาสู่ความเป็นเลิศ. (ออนไลน์) : www.mua.go.th/users/bhes/edpex/download.html /เข้าถึงเมื่อ 8/12/2557
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2539). ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคล ซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาลองค์การบริหาร ส่วนท้องถิ่นหรือสภากาชาดไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมพ.ศ.2539. (ออนไลน์)www.tnc.or.th/files/2010/01/page-108/29042011_5_pdf_17216.pdf. เข้าถึงเมื่อ 8/12/2557