

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต2

Journal of Medical and Public Health Region2

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2558

Vol. 5 No.2 May - September 2015



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่2 สระบุรี
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



ISSN: 2229 - 0117

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 เป็นวารสารวิชาการ จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนางานวิชาการระดับเขต
- เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์นายแพทย์วันชัย สัตยาวิวัฒน์พงศ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 4
นายแพทย์นายแพทย์นพพร พงศ์ปัทมพิสัย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
นายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสกุล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
นายแพทย์รุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
นายแพทย์นายแพทย์ระวี สิริประเสริ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก
นายแพทย์ทรงวุฒิ หุตาคมัย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

บรรณาธิการอำนวยการ

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

บรรณาธิการ

ดร.นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

กองบรรณาธิการ

ดร.นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร	ดร.อุษณีย์ ฝั่งปาน
ดร.กฤษณา ศิริวิบูลยกิจ	นายประสาธน์ ลิ้มสกุล	ดร.พรเจริญ บัวพุ่ม
แพทย์หญิงปทุมมาลัย ศิลภาพร	นางสุภาภรณ์ วัฒนาร	นางสาววิไล วิชากร

ฝ่ายจัดการและฝ่ายศิลป์

นางสาววิภาศิริ อังประทีป	นายยุทธนา กลิ่นจันทร์	นายณัฐพล ผลาผล
นางสาวอุบลวรรณ ประชีพราย		

กำหนดออก ราย 4 เดือน (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)

สำนักงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน ตำบลพระพุทธรบาท อำเภอพระพุทธรบาท
จังหวัดสระบุรี 18120 โทรศัพท์ 036 - 239302, 036 - 239306 โทรสาร 036 - 239301

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม หรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ใฝ่ระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ, กลุ่มที่ 2 นวัตกรรม และ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่างๆ ดังนี้

1.1 **นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

1.2 **รายงานปริทัศน์ (Review article)** เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิจารณ์ และเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 **รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกพร้อมกัน

1.4 **ย่อวารสาร (Abstract review)** เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการใฝ่ระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 **นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์** เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับ ให้อ่านเข้าใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

2.4 บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้เขียนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2.8 วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997
2. การอ้างอิงเอกสารใดๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความสับสนในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ; เล่มที่ของวารสาร : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987; 257: 640-4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ธีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเริ่ณระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงด่างขาวของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเริ่ณ 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเลีย. ใน: ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุญนาค, ตระหนักจิต หาริณสูตร, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงคน; 2533. น. 115-20.

4. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องลงตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับโดยใช้เอกสารขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว จำนวนไม่เกิน 8 หน้า 1 ชุด หรือแผ่น CD. พร้อมระบุชื่อ File ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address : drt.dpc2@gmail.com

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์วิเคราะห์ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2
Journal of Medical and Public Health Region 2
ISSN : 2229-0117

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - กันยายน 2558

Volum 5 No. 2 May - Sep 2015

สารบัญ

1. ประสิทธิภาพของการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1” 1
(Effectiveness of Inspection according to the Inspection plan of the Ministry
of Public Health, the Fiscal year B.E. 2558; the first round of Inspection.)
ธิดิภัทร คุณหา
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากร
ในโรงพยาบาล 11
(Factors Affecting The Upgrade Work Risk Assessment of Health Care
Worker in Hospital)
ธีรเนตร พานิชเจริญ
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 25
ในเขตบริเวณศาสนสถาน ปี 2555
(Factors Associated with Law Enforcement of the Alcohol Control Act 2008 in Religious
Areas, 2012)
กิตติพงศ์ สุคุณณี, จันทิมา จันทระประเสริฐ, จิราภรณ์ วงษา
4. การสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคอตีบ - บาดทะยัก(dT) ในกลุ่มประชาชน 41
อายุ 20-50 ปี จังหวัดสิงห์บุรี ปี พ.ศ.2558
(Survey of the Coverage of dT. Among people aged 20-50 years, SingBuri Province year 2015.)
วันดี วิวิธสะ, สมควร เสนลา

บรรณาธิการแถลง

พัฒนาการของวงการแพทย์และสาธารณสุขไทยก้าวหน้าไปตามเทคโนโลยีและสภาพทางสังคมเศรษฐกิจ ทำให้มีการศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ ๆ เพิ่มเติมอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของประชาชนได้ ซึ่งหมายความว่าประชาชนสามารถดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันตัวเองจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเองอย่างเหมาะสม และนอกจากนี้ระบบบริการรักษาพยาบาลก็ต้องสามารถช่วยรักษาให้อาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นหายได้รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดการระบาดและแพร่เชื้อ หรือไม่เกิดการสูญเสียในด้านต่าง ๆ

การศึกษาวิจัย การศึกษาวิเคราะห์ในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงเป็นหลักฐานสำคัญของพัฒนาการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขไทย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี จึงได้จัดให้มีช่องทางในการสื่อสาร เผยแพร่ผลงานด้านต่าง ๆ ของบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุข เพื่อบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขและผู้ที่สนใจอื่น ๆ ได้ใช้ประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้า หรือนำไปประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติงานตามบริบท

กองบรรณาธิการขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับทุกท่านที่ได้ส่งบทความมาตีพิมพ์ เผยแพร่ และเชิญชวนท่านที่ต้องการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ในโอกาสต่อไป หากมีข้อเสนอแนะประการใดเพื่อปรับปรุงวารสารให้ดียิ่งขึ้น ขอได้โปรดส่งคำแนะนำได้ที่ กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

Factors Affecting The Upgrade Work Risk Assessment of Health Care Worker in Hospital

ธีรเนตร พานิชเจริญ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

Teeranate Panitcharoen

Office of Disease Prevention and Control 4 Ratchaburi

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล ที่มีผลการเลื่อนระดับการดำเนินงาน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี จำนวน 26 แห่ง ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 58 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยทดสอบไค-สแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.47 ปี (S.D.= 9.06) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัยเฉลี่ย 8.95 ปี (S.D.= 6.74) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม 31 คน (ร้อยละ 53.4) มีความเห็นด้านปัจจัยเชิงใจโดยรวม ประกอบด้วยความสำเร็จของงาน, การได้รับการยอมรับนับถือ, ความรับผิดชอบ, ความก้าวหน้าในตำแหน่ง ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง 40 คน (ร้อยละ 69.0) และปัจจัยด้านต่อการปฏิบัติงานโดยรวม ประกอบด้วย การนิเทศติดตาม, การสนับสนุนการดำเนินงานภายใน, การสนับสนุนการดำเนินงานภายนอก ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง 33 คน (ร้อยละ 56.9) การเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับกลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน ปัจจัยเชิงใจ และปัจจัยด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปความสำเร็จของการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล มาจากโครงสร้างกลุ่มงานที่รับผิดชอบมีการดำเนินงานอาชีวอนามัยอย่างชัดเจนพร้อมกับแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงาน และได้รับความร่วมมือจากทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

คำสำคัญ : การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล , อาชีวอนามัย

บทนำ

การปฏิบัติงานบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนั้น มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านกายภาพ เช่น การสัมผัสรังสี เสียงดัง ด้านเคมี เช่น การสัมผัสกับยา ก๊าซในห้องผ่าตัด ด้านชีวภาพ เช่น การสัมผัสผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การวิเคราะห์เชื้อ ด้านท่าทางการทำงาน เช่น การเข็น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้านการบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น การถูกเข็มตำ และด้านปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมในการทำงาน เช่น ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ความไม่พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการที่ดีแล้ว บุคลากรต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลจะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานไม่น้อยกว่าผู้ประกอบการอาชีพในการทำงานอุตสาหกรรม แม้ว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพในระดับที่สูงกว่าบุคคลทั่วไป แต่ในฐานะผู้ให้บริการทางการแพทย์ บางครั้งอาจมองข้าม ละเลยการดูแลสุขภาพของตนเองและเพื่อนร่วมงานได้ มีรายงานการศึกษา ของสถาบันอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี 1988 พบว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีอัตราอุบัติการณ์การเกิดผลกระทบต่อนสุขภาพในลักษณะเฉียบพลัน สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดในทุกกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ โดยพบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่งของอัตราอุบัติการณ์การเกิดเป็นผลจากปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบหายใจ สูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในอาชีพอื่น ๆ ทั้งหมดถึง 1.5 เท่า⁽¹⁾

การดำเนินงาน เริ่มจากโรงพยาบาลที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ รับการชี้แจงทำความเข้าใจขั้นตอน แนวทางการดำเนินงานและเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง โรงพยาบาลทำแผนงานการตรวจประเมินความเสี่ยง ดำเนินการตรวจ วิเคราะห์

ผลการประเมินความเสี่ยง ค้นหาปัญหาสุขภาพของบุคลากร จัดทำแผนดำเนินการบริหารจัดการความเสี่ยง แผนการควบคุม ป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัจจัยที่อาจมีผลต่อสุขภาพของบุคลากร หลังจากนั้น โรงพยาบาลทบทวนผลการดำเนินงาน ควบคุม ป้องกัน แก้ไขปัญหาสุขภาพและปัจจัยความเสี่ยง เมื่อเสร็จสมบูรณ์แจ้งผลการดำเนินงานให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อขอรับการตรวจประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงาน มี 3 องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ (จำนวน 8 ข้อย่อย) ประเด็นหลัก คือ

- เรืองนโยบายด้านสุขภาพ และความปลอดภัยในการทำงาน

- คณะกรรมการรับผิดชอบงาน

- การมีแผนงาน หรือโครงการดำเนินงานประเมินความเสี่ยง

องค์ประกอบที่ 2 การดำเนินการประเมินและควบคุมความเสี่ยง (จำนวน 19 ข้อย่อย) กิจกรรมหลัก คือ

- การดำเนินการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อมการทำงาน

- การจัดทำข้อเสนอแนะ มาตรการปรับปรุง

แก้ไขความเสี่ยงที่ตรวจพบนำเสนอผู้บริหาร

- การตรวจสุขภาพบุคลากร

- การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

- การจัดการระบบข้อมูล อาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม

- การจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน หรือขั้นตอนการทำงานเพื่อความปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 3 การติดตามประเมินผล (จำนวน 5 ข้อย่อย) กิจกรรมหลักคือ

- การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ

- การสรุปผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน พัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และได้แบ่งระดับของผลการประเมินผลการดำเนินงานออกเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 พอใช้ (มีนโยบายการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และมีคณะกรรมการฯ รับผิดชอบ มีแผนการประเมินความเสี่ยง มีการสื่อสารให้ทราบ และเตรียมความพร้อมระบบบันทึกประวัติสุขภาพบุคคล)

ระดับที่ 2 เริ่มมีการแก้ไขปรับปรุง (มีการดำเนินการสำรวจความเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดลอมในการทำงาน และวางระบบการบันทึกผลที่ครอบคลุมทั้งสิ่งแวดลอมการทำงานและสุขภาพบุคลากร)

ระดับที่ 3 มีแนวโน้มที่ดีในกิจกรรมที่สำคัญ (มีการทำงานที่เป็นระบบ ใช้หลักให้ความสำคัญกับการสื่อสารเพื่อความเข้าใจและจัดลำดับความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ จัดการควบคุมปัญหาและมีระบบการวิเคราะห์ที่เป็นเหตุผล เชื่อถือได้ และมีการดำเนินการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงพยาบาล)

ระดับที่ 4 มีผลลัพธ์ที่ดีในทุกกิจกรรมที่สำคัญ (มีแผนและระบบควบคุมและแก้ไขความเสี่ยงที่ดี)

ระดับที่ 5 มีการดำเนินงานผลลัพธ์ดีมาก (มีแผนและควบคุมความเสี่ยงครบทุกหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสำคัญตามที่กำหนด ตลอดจนมีการปรับปรุง/พัฒนาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี)⁽²⁾

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี เริ่มโครงการครั้งแรกในปี 2550 มีโรงพยาบาลในพื้นที่ สมัครเข้าร่วมโครงการ 11 แห่ง และเมื่อปี 2554 โรงพยาบาลทุกแห่งได้สมัครเข้าร่วม จำนวน 65 แห่ง โดยให้การสนับสนุนการดำเนินงานทางวิชาการ ร่วมเป็นที่เล็งการประเมินความเสี่ยง ให้บริการตรวจวัดความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมการทำงานด้วยเครื่องมือ

วิทยาศาสตร์ ให้คำปรึกษา แนะนำในทุกกิจกรรมการดำเนินงาน และการรับรองผลการดำเนินงานประเมินความเสี่ยง จากการสรุปผลการดำเนินงานถึง ปี 2556 พบว่ามีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับที่ 5 ได้เพียงจำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.8 จึงได้มีความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีผลการเลื่อนระดับการดำเนินงาน ที่จะได้เรียนรู้ แนวทางพัฒนาการดำเนินงานให้เหมาะสมต่อไปในการศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงจิต ปัจจัยด้านงาน และการเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการดำเนินงาน กับผลการเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

3. ศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยวิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลที่มีผลการเลื่อนระดับการดำเนินงาน ถึงปี 2557 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี จำนวน 58 คน เป็นโรงพยาบาลที่มีผลการประเมินถึงระดับ 5 จำนวน 15 แห่ง และมีผลการประเมินเลื่อนระดับขึ้น จำนวน 11 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการเลื่อนระดับ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การอบรมเรื่องการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน ระยะเวลาที่

ปฏิบัติงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล และกลุ่มงานที่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ตามความรู้สึกและความเชื่อที่ใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งแบ่งแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ เป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความสำเร็จในงาน จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ด้านความรับผิดชอบ จำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการทำงาน จำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ โดยลักษณะเป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง น้ำหนักของตัวเลือกเท่ากับ 5 เห็นด้วย เท่ากับ 4 ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1

ส่วนที่ 3 ปัจจัยค้ำจุนต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งแบ่งแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยค้ำจุน เป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการนิเทศติดตาม จากผู้บังคับบัญชา จำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ ด้านการสนับสนุนการดำเนินงานจากภายใน จำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ และด้านการสนับสนุนการดำเนินงานจากภายนอก จำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ โดยลักษณะเป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง น้ำหนักของตัวเลือกเท่ากับ 5 เห็นด้วย เท่ากับ 4 ไม่แน่ใจ เท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1⁽³⁾ ดังนั้น ความกว้างอันตรภาคชั้น = ระดับคะแนนสูงสุด - ระดับคะแนนต่ำสุด / จำนวนอันตรภาคชั้น $(5 - 1 / 3 = 1.33)$ จากการคำนวณดังกล่าวได้แบ่งระดับความเห็นและค่าพิสัยคะแนนของคำถาม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความเห็นและค่าพิสัยคะแนนของคำถาม

ระดับความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น
ระดับสูง	3.68 - 5.00
ระดับปานกลาง	2.34 - 3.67
ระดับต่ำ	1.00 - 2.33

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดมี 2 ตัวเลือก คือ มีปัญหา ไม่มีปัญหา และคำถามปลายเปิดให้ระบุปัญหาและอุปสรรคพร้อมข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเป็นรายชื่อ

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล จำนวน 58 คน ในช่วงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2557 - 29 พฤศจิกายน 2557 โดยส่งแบบสอบถามไปกลุ่มงานที่ดำเนินการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลเป้าหมาย

26 แห่ง เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้ส่งคืนมายังผู้ทำการวิจัย พบปัญหาการได้รับแบบสอบถามคืนไม่ครบ จึงได้ติดตามให้ส่งจนครบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยทดสอบไค-สแควร์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล ที่มีผลการเลื่อน

ระดับการดำเนินงาน จำนวน 58 คน จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 70.7 สำหรับอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 40 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 74.2 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.47 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.06 ระยะเวลาปฏิบัติงานอาชีวอนามัยส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.7 ระยะเวลาการปฏิบัติงานอาชีวอนามัยเฉลี่ย 8.95 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.74 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 74.2 ส่วนเรื่องการได้รับการอบรมเรื่องการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 53.4 สำหรับกลุ่มงานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานอยู่กลุ่ม

อาชีพเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 53.2 และกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน คิดเป็นร้อยละ 46.6

2. ความคิดเห็นต่อปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน ด้านความสำเร็จของงาน ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 50 ด้านการได้รับการยอมรับนับถือส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.3 ด้านความรับผิดชอบส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.4 ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงานส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.9 และปัจจัยจูงใจโดยรวมจากทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.0% ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล จำแนกตามระดับปัจจัยจูงใจรายด้านและโดยรวม (n = 58 คน)

ระดับของปัจจัยจูงใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
-ด้านความสำเร็จของงาน		
ระดับสูง	27	46.6
ระดับปานกลาง	29	50.0
ระดับต่ำ	2	3.4
-ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ		
ระดับสูง	9	15.5
ระดับปานกลาง	46	79.3
ระดับต่ำ	3	5.2
-ด้านความรับผิดชอบ		
ระดับสูง	16	27.6
ระดับปานกลาง	42	72.4
ระดับต่ำ	0	0.0
-ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งการงาน		
ระดับสูง	11	19.0
ระดับปานกลาง	44	75.9
ระดับต่ำ	3	5.1
-ด้านปัจจัยจูงใจโดยรวม		
ระดับสูง	18	31.0
ระดับปานกลาง	40	69.0
ระดับต่ำ	0	0.0

3. ปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงาน

ปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงาน การนิเทศติดตามจากผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.7 การสนับสนุนการดำเนินการจากภายในส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.0 การ

สนับสนุนการดำเนินการจากภายนอกส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.7 และปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงานโดยรวมทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.9 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอาชีพอนามัยในโรงพยาบาล จำแนกตามระดับปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงานรายด้านและโดยรวม (n = 58 คน)

ระดับของปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- การนิเทศติดตามจากผู้บังคับบัญชา		
ระดับสูง	22	37.9
ระดับปานกลาง	34	58.7
ระดับต่ำ	2	3.4
- การสนับสนุนการดำเนินงานจากภายใน		
ระดับสูง	28	48.3
ระดับปานกลาง	29	50.0
ระดับต่ำ	1	1.7
- การสนับสนุนการดำเนินงานจากภายนอก		
ระดับสูง	19	32.8
ระดับปานกลาง	30	51.7
ระดับต่ำ	9	15.5
- ปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงานโดยรวม		
ระดับสูง	22	37.9
ระดับปานกลาง	33	56.9
ระดับต่ำ	3	5.2

4. การเลือกระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

การเลือกระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เลือกในระดับสูงสุดระดับ 5 คิดเป็นร้อยละ 67.2 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล จำแนกตามการเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (n = 58 คน)

การเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยง จากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เลื่อนระดับสูงสุด (ระดับ 5)	39	67.2
เลื่อนระดับดีขึ้น	19	32.8

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชิงใจ และปัจจัยค้ำจุน กับการเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลที่มีจำนวนน้อยบางกลุ่ม โดยนำมาพร้อมกับค่าที่มีความใกล้เคียงกัน เพื่อให้ cell มีค่าต่ำกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20⁽⁴⁾⁽⁵⁾ การศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยกลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน กับการเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการเลื่อนระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคล	เลื่อนระดับดีขึ้น		เลื่อนระดับ 5		χ^2	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ					0.854	0.355
ต่ำกว่า 40 ปี	6	10.4	8	13.8		
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	13	22.4	31	53.4		
เพศ					0.774	0.379
ชาย	7	12.1	10	17.2		
หญิง	12	20.7	29	50.0		
สถานภาพสมรส					0.482	0.488
โสด หม้าย หย่า แยก	6	10.3	9	15.5		
สมรส	13	22.5	30	51.7		
การได้รับการอบรมการประเมินความเสี่ยงฯ					3.132	0.077
เคย	7	12.1	24	41.4		
ไม่เคย	12	20.6	15	25.9		
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอาชีวอนามัย					0.774	0.379
ต่ำกว่า 10 ปี	12	20.7	29	50.0		
ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป	7	12.1	10	17.2		
กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน					20.922	0.001*
เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน	17	29.3	10	17.2		
อาชีพเวชกรรม	2	3.5	29	50.0		

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตใจโดยรวม กับการเลือกระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยจิตใจโดยรวม กับการเลือกระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตใจโดยรวม กับการเลือกระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

ปัจจัยจิตใจในการปฏิบัติงาน	เลือกระดับดีขึ้น		เลือกระดับ 5		χ^2	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยจิตใจโดยรวม					8.768	0.003*
มีปัจจัยจิตใจระดับสูง	1	1.8	17	29.3		
มีปัจจัยจิตใจระดับปานกลาง	18	31.0	22	37.9		

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงานโดยรวม กับการเลือกระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงานโดยรวม กับการเลือกระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงานโดยรวม กับการเลือกระดับการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล

ปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงาน	เลือกระดับดีขึ้น		เลือกระดับ 5		χ^2	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยคำจูงต่อการปฏิบัติงานโดยรวม					12.808	0.001*
มีปัจจัยคำจูงระดับสูง	1	1.8	21	36.2		
มีปัจจัยคำจูงระดับปานกลางและต่ำ	18	31.0	18	31.0		

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

จากแบบสอบถามปัญหาอุปสรรค 5 ข้อ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก คิดเป็นร้อยละ 32.7 รองลงมาเรื่องการได้รับการอบรมการประเมินความเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 15.5 และการสนับสนุนจากหน่วยงานภายใน คิดเป็นร้อยละ 5.2 ตามลำดับ โดยมีข้อเสนอแนะ การรับสนับสนุนการให้บริการการตรวจด้านเครื่องมือวิทยาศาสตร์ทั้งทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากไม่มีเครื่องด้านอาชีวอนามัยในระดับ

โรงพยาบาลชุมชน การขอรับการพัฒนาด้านการประเมินความเสี่ยงสิ่งแวดล้อมการทำงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานที่ดี

วิจารณ์

จากการศึกษาในครั้งนี้ ปัจจัยกลุ่มงานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงาน การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล กลุ่มงานที่ปฏิบัติงาน

ของกลุ่มตัวอย่าง ระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป การดำเนินงานอาชีวอนามัยปฏิบัติงานที่กลุ่มอาชีวเวชกรรม ซึ่งมีบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและมีภารกิจในการดำเนินงานอาชีวอนามัยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งมีช่องทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และอาชีวสุขศาสตร์ ซึ่งเป็นผลดีต่อการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงการทำงานของบุคลากร ส่วนกลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน เป็นโครงสร้างในระดับโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่ไม่บุคลากรทางด้านอาชีวอนามัย ศักยภาพในการดำเนินงานอาชีวอนามัยส่วนใหญ่มาจากการฝึกอบรม และจากปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และยังมีภารกิจดำเนินงานหลากหลายทั้งเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สุขาภิบาล สุขภาพจิต และอนามัยโรงเรียน เป็นต้น⁽⁶⁾ การพัฒนาการดำเนินงานประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนยังมีความต้องการรับการสนับสนุนการดำเนินงานจากภายนอก ซึ่งอาจมาจากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่มีความพร้อม หรือจากศูนย์วิชาการระดับเขต เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ศูนย์อนามัย สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต เป็นต้น บัณฑิตจุฬาลงกรณ์ และบัณฑิตจุฬาลงกรณ์ ต่างก็มีความสัมพันธ์กับผลการเลื่อนระดับการดำเนินงาน กลุ่มโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานระดับ 5 จะมีค่ารวมคะแนนสูงกว่า กลุ่มโรงพยาบาลที่เพียงเลื่อนระดับดีขึ้น หากจะผลักดันให้โรงพยาบาลกลุ่มนี้ไปถึงระดับสูงสุด ผู้เกี่ยวข้องและผู้บริหารหน่วยงานต้องร่วมกัน สร้างขวัญกำลังใจ ให้การยอมรับ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอีกหลายอย่างที่ควรศึกษาให้มีความสำคัญ⁽⁷⁾ เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป เช่น รูปแบบที่เหมาะสมในการให้การสนับสนุนการดำเนินงานจากภายในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน ผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรค จากแผนโรคเป็นแผนตามยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค เมื่อปี 2554 การสนับสนุนตรวจวัดสิ่งแวดล้อม โดยสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต การนำมาตรฐานและเกณฑ์การจัดบริการ

อาชีวอนามัยในโรงพยาบาล มาใช้แทนเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพกำหนดให้ระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต้องเปลี่ยนมาประเมินเกณฑ์นี้ รวมถึงการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มาจากบุคลากรในโรงพยาบาลที่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง หรือไม่มีผลการเลื่อนระดับของการดำเนินงาน หากทุกปัจจัยทุกสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานได้มีการศึกษา ประเมินความเสี่ยงที่เป็นปัญหาต่อการบรรลุผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด ความคาดหวังที่จะเห็นทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการสามารถผ่านการรับรองผลการดำเนินงานระดับสูงสุดคงจะเป็นไปได้ ซึ่งก็สะท้อนถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี มีความปลอดภัย ของบุคลากรในโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงแก้ไข พ.ศ. 2554). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2554.
2. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการตรวจประเมินการดำเนินงานการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุงแก้ไข พ.ศ. 2554). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2554.
3. รัตนา ศิริพานิช. หลักการสร้างแบบสอบถามทางจิตวิทยาและทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2533.
4. บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. ข้อควรระวังในการใช้ Chi-square Test ในงานวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2553; ปีที่ 13 ฉบับที่ 1: 55-58.

5. สุรพล กาญจนะจิตรา. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

6. อารณ ภูมิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลมหารชนครศรีธรรมราช วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2551.

7. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช) สุพรรณบุรี. รายงานการวิจัยงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี; 2539

Abstract

The objective of this study is to study the factors affecting to the upgrade work of risk assessment in hospital. The survey research samples were health workers in hospitals with effective promotion operations in the area of responsibility of the Office of Disease Prevention and Control 4, Ratchaburi province, from 26 hospitals and 58 respondents were analyzed by descriptive statistics and chi - square test.

The study found that personal factors were an average age of 46.47 years (SD = 9.06) for a period of operational health on average 8.95 years (SD = 6.74), most are practitioners of occupational medicine, 31 (53.4 %). Commenting on the overall motivation factors include the success of the job, to get the respect, responsibility, advantage in rank most are moderate, 40 people (69.0 %). Hygiene factors for overall performance include supervision, internal operations support, external operations support, most are moderate, 33 people (56.9 %). Promoting risk assessment of the work of personnel associated with work performed motivation factors and hygiene factors, statistically significant at the 0.05 level.

The success of the risk assessment in hospital depend on the structure responsible for the implementation of occupational health with a clear motive and collaboration from inside and outside the agency.

Keywords : Risk assessment in hospital , Occupational health.

ประสิทธิภาพของการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1
Effectiveness of Inspection for the Inspection plan Ministry of Public Health,
Fiscal year 2558 at the first round.

ธิตทิภัทร คูหา

สำนักตรวจและประเมินผล

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

THITIPAT KHUHA

Bureau of Inspection and Evaluation

Office of the Permanent Secretary for Public Health,
Nonthaburi Province

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 เชิงกลไกกระบวนการและเชิงกรอบประเด็นการตรวจราชการเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยอาศัยระเบียบวิธีต่างๆ เช่น การทบทวนวรรณกรรม การสำรวจความคิดเห็นผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการสำรวจความพึงพอใจของหน่วยรับตรวจ การวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์และการประชุมย่อย การเข้าร่วมสังเกตการณ์ ผลการศึกษาพบว่า กระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินการตรวจราชการได้บรรลุผลตามแผนการตรวจราชการ หน่วยรับตรวจมีความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจราชการมีผลกระทบเชิงบวกต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ประเด็นและแนวทางการตรวจราชการมีความชัดเจนแต่แผนและเป้าหมายเปลี่ยนแปลงทุกปีไม่ต่อเนื่องตัวชี้วัดมีจำนวนมาก ระยะเวลาในการลงพื้นที่ตรวจราชการมีความเหมาะสมเปิดโอกาสให้หน่วยรับตรวจได้แสดงความคิดเห็นข้อเสนอแนะและซักถาม รูปแบบการตรวจราชการมีความหลากหลายจำนวนผู้ร่วมทีมตรวจราชการมีมากเกินไป ไม่ควรใช้ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการของจังหวัดไขว้กันการได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการค่อนข้างน้อยข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการมีค่อนข้างน้อยข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในพื้นที่แต่การนำผลการตรวจราชการสะท้อนถึงผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่เห็นผลชัดเจนการตรวจราชการตามกรอบประเด็นพบข้อสังเกตเป็นจุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงานในภาพรวม คือ การบูรณาการงานในระดับกรมและระดับกระทรวงยังมีไม่มากนักส่งผลต่อการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ที่ต้องมีการบูรณาการร่วมกับต่างหน่วยงาน การกำหนดแผนงานและเป้าหมายระดับกระทรวงล่าช้า ข้อมูลสารสนเทศเพื่อใช้ในการดำเนินงานและการกำกับติดตามประเมินผลยังไม่สามารถตอบสนองได้ตรงความต้องการของผู้ใช้

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนาการตรวจราชการ โดย ควรพัฒนาการวางแผนการตรวจราชการกระทรวงเชิงยุทธศาสตร์ควรจัดทำมาตรฐานการตรวจราชการ เร่งรัดพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการที่มีประสิทธิภาพเข้าถึงง่าย ควรพัฒนาสมรรถนะของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและทีมสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมให้มีลักษณะของความเป็นมืออาชีพ และเพิ่มคุณค่าของรายงานผลการตรวจราชการ

บทนำ

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยอาศัยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการตรวจราชการ พ.ศ. 2548⁽¹⁾ เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งของการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการ หรือการจัดทำภารกิจของหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งเป็นกลไกสำคัญ ที่สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ อันเกิดจากการปฏิบัติราชการหรือการจัดทำภารกิจต่าง ๆ ของกระทรวงในพื้นที่ ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558⁽²⁾ เพื่อเป็นทิศทางในการติดตาม กำกับ และประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานส่วนภูมิภาคกำหนดกรอบการตรวจราชการกรณีปกติ เป็น 2 รอบ โดยรอบที่ 1 ดำเนินการตรวจราชการระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2558เป็นการตรวจราชการเชิงกระบวนการมุ่งเน้นการค้นหาประเด็นที่เป็นความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในพื้นที่ ที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการแก้ไขปัญหาไม่ประสบความสำเร็จผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา ประสิทธิภาพของการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลของการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 เชิงกลไกกระบวนการ และเชิงรอบประเด็นการตรวจราชการ โดยคาดว่าจะผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบ ที่ 2 และในปีต่อไป ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นส่งผลสัมฤทธิ์ต่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการและประชาชนต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

(Descriptive Research) ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ดำเนินการในช่วงเดือน ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – มิถุนายน พ.ศ. 2558 มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะการตรวจราชการกรณีปกติ ทำการศึกษา 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การศึกษาประสิทธิผลเชิงกลไกกระบวนการของการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 โดยศึกษา

1) การดำเนินการการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 โดยใช้วิธีการศึกษาเอกสาร (Documentary research)จากแผนการตรวจราชการและรายงานการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 เขตสุขภาพที่ -12 รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เก็บข้อมูลโดยการจดบันทึกตามประเด็นหลักแล้วนำมาสรุปวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2) ความพึงพอใจของหน่วยรับตรวจต่อกลไกกระบวนการตรวจราชการประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานตรวจราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 จังหวัด ศึกษาจากประชากรทั้งหมดใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

เท่ากับ 0.90 เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) ส่งถึงกลุ่มประชากรทางหมายเลขไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail address) เมื่อตอบแบบสอบถามจะบันทึกข้อมูลส่งกลับโดยอัตโนมัติ

ความคิดเห็นของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการต่อกลไกกระบวนการการตรวจราชการประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการจากกรมและผู้ร่วมทีมตรวจราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 101/2558 จำนวน 286 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์กำหนดเป็นร้อยละของประชากรซึ่งกำหนดแนวทางไว้ว่าถ้าขนาดประชากรเป็นหลัก ร้อยควรใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15-30⁽³⁾ การศึกษครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ร้อยละ 30 คิดเป็น 86 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการในพื้นที่ 12 เขตสุขภาพ จากกรมทุกกรมและสำนักงานปลัดกระทรวง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) ส่งถึงกลุ่มเป้าหมายทางหมายเลขไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail address) เมื่อตอบแบบสอบถามจะบันทึกข้อมูลส่งกลับโดยอัตโนมัติ โดยลักษณะของคำถามให้เลือกตอบได้ 5 ระดับ ตามมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert scale) ข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ประกอบด้วยความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) แปลความหมายจากลักษณะแบบสอบถามที่ใช้ในระดับการวัดข้อมูลประเภทอัตราส่วน⁽⁴⁾ ดังนี้ ความกว้างอัตราส่วน = ระดับคะแนนสูงสุด-ระดับคะแนนต่ำสุด/จำนวนอัตราส่วน (5-1/5 = 0.8) จากการคำนวณดังกล่าวได้แบ่งระดับความคิดเห็น และค่าพิสัยของคำถามดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความคิดเห็น ความพึงพอใจ และค่าพิสัยคะแนนของคำถาม

ระดับความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ	ค่าของคำตอบ	ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น/ ระดับความพึงพอใจ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	พึงพอใจมากที่สุด	5	4.21-5.00
เห็นด้วย	พึงพอใจมาก	4	3.41-4.20
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ	3	2.61-3.40
ไม่เห็นด้วย	พึงพอใจน้อย	2	1.81-2.60
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	พึงพอใจน้อยที่สุด	1	1.00-1.80

ส่วนที่ 2 ศึกษาประสิทธิภาพเชิงกรอบประเด็นการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 โดยใช้วิธีการศึกษาเอกสาร (Documentary research) จากรายงานการตรวจ

ราชการระดับเขตสุขภาพที่ 1-12 เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เอกสารประกอบการประชุมสำนักงานตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 4/2558 เอกสาร

ประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสัมมนาการประชุมกลุ่มย่อย การเข้าร่วมสังเกตการณ์ในการประชุมดังกล่าว เก็บข้อมูลโดยการจดบันทึกตามประเด็นหลักแล้วนำมาสรุปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content analysis)ตามกรอบประเด็นเนื้อหาในการตรวจราชการกรณีปกติ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมป้องกันโรค ด้านการพัฒนาและจัดระบบบริการ ด้านการบริหารจัดการ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภคสรุปข้อค้นพบจากการตรวจราชการในพื้นที่ที่เป็นจุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงานในภาพรวม ข้อเสนอแนะในภาพรวมต่อการปรับปรุงนโยบายหรือระเบียบแนวทางปฏิบัติของส่วนกลาง

ผลการศึกษา

ประสิทธิภาพของการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เชิงกลไกกระบวนการ

1.1 การดำเนินการตามแผนการตรวจราชการจากการศึกษาเอกสาร พบว่า เขตสุขภาพที่ 1-12 ได้มีการดำเนินการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 ครบทุกจังหวัดในช่วงเดือนมกราคม-เมษายน 2558 โดยผู้ร่วมทีมตรวจราชการประกอบด้วยผู้ตรวจราชการกระทรวง สาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการจากกรมทุกกรมผู้ร่วมทีมตรวจราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากในพื้นที่ร้อยละ 95 โดยเฉพาะการตรวจราชการตามกรอบประเด็นด้านการพัฒนาระบบบริการ

และด้านการบริหารจัดการ มีการจัดทำรายงานการตรวจราชการครบทุกเขต รายงานต่อส่วนกลางและผู้บริหารระดับสูงผ่านคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และเผยแพร่ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.2 ความพึงพอใจของหน่วยรับตรวจต่อกลไกกระบวนการตรวจราชการได้แบบสอบถามกลับมาทั้งสิ้น 68 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.5 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาโท ร้อยละ 70.6 จากผลการสอบถามความพึงพอใจพบว่า มีความพึงพอใจต่อภาพรวมของการดำเนินงานการตรวจราชการ อยู่ในระดับพึงพอใจ (ค่าเฉลี่ย 3.47) โดยมีความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี (ค่าเฉลี่ย 4.03) กระบวนการตรวจราชการมีผลกระทบเชิงบวกต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ (ค่าเฉลี่ย 3.66) มีการเปิดโอกาสให้หน่วยรับตรวจได้แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและซักถาม (ค่าเฉลี่ย 3.65) ส่วนความพึงพอใจในประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ จำนวนผู้ร่วมทีมตรวจราชการมีความเหมาะสม ซึ่งอยู่ในระดับพึงพอใจน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.38) รองลงมาได้แก่ ทีมตรวจราชการมีความพร้อมด้านข้อมูลในการสอบทานผลการดำเนินงาน การเปรียบเทียบระดับเขต ระดับประเทศ Baseline Data หรือ Benchmark (ค่าเฉลี่ย 2.86) การดำเนินการของทีมตรวจราชการ ต่อสิ่งที่รับไว้จากหน่วยรับตรวจเพื่อไปดำเนินการหรือประสานงานต่อกับหน่วยงานอื่น มีความรวดเร็ว (ค่าเฉลี่ย 3.04) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจของหน่วยรับตรวจต่อกลไกกระบวนการตรวจราชการ

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย (แปลผล)	sd
	พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจมาก จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจมากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
1.ประเด็นและแนวทางการตรวจราชการมีความชัดเจน	0 (0)	8 (11.8)	25 (36.8)	32 (47.1)	3 (4.4)	3.44 (มาก)	0.761
2.การชี้แจงแผนการตรวจราชการประจำปี โดยการประชุมชี้แจง การเผยแพร่ทางเอกสารและ website มีความเหมาะสม	1 (1.5)	9 (13.2)	31 (45.6)	27 (39.7)	0 (0)	3.24 (ไม่แน่ใจ)	0.735
3.การประสานขั้นตอน การแจ้งกำหนดการตรวจราชการต่อหน่วยรับตรวจ มีความรวดเร็ว ชัดเจน	0 (0)	7 (10.3)	42 (61.8)	16 (23.5)	3 (4.4)	3.22 (ไม่แน่ใจ)	0.688
4.เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี	0 (0)	7 (10.3)	3 (4.4)	39 (57.4)	19 (27.9)	4.03 (มาก)	0.863
5. เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน มีความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขอบเขต และขั้นตอนการตรวจราชการเป็นอย่างดี สามารถให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่างชัดเจน	0 (0)	7 (10.3)	27 (39.7)	29 (42.6)	5 (7.4)	3.47 (มาก)	0.782
6. ระยะเวลาในการตรวจราชการมีความเหมาะสม	0 (0)	13 (19.1)	10 (14.7)	37 (54.4)	8 (11.8)	3.59 (มาก)	0.934
7. จำนวนผู้ร่วมทีมตรวจราชการมีความเหมาะสม	12 (17.6)	22 (32.4)	30 (44.1)	4 (5.9)	0 (0)	2.38 (น้อย)	0.847

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจของหน่วยรับตรวจต่อกลไกกระบวนการตรวจราชการ

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย (แปลผล)	sd
	พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจมาก จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจมากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
8. ทีมร่วมตรวจราชการมีความรู้ ทักษะเป็นอย่างดี สามารถให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่างชัดเจน	3 (4.4)	17 (25.0)	22 (32.4)	22 (32.4)	4 (5.9)	3.10 (ไม่แน่ใจ)	0.995
9. ทีมร่วมตรวจราชการมีความพร้อมด้านข้อมูล ในการสอบทานผลการดำเนินงาน การเปรียบเทียบระดับเขต ระดับประเทศ (Base line หรือ Benchmark)	3 (4.4)	25 (36.7)	22 (32.3)	14 (20.5)	4 (5.9)	2.86 (ไม่แน่ใจ)	0.999
10. มีการเปิดโอกาสให้หน่วยรับตรวจได้แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และซักถาม	0 (0)	1 (1.5)	27 (39.7)	35 (51.5)	5 (7.4)	3.65 (มาก)	0.641
11. การดำเนินการของทีมตรวจราชการ ต่อสิ่งที่รับได้จากหน่วยรับตรวจเพื่อไปดำเนินการหรือประสานงานต่อกับหน่วยงานอื่น มีความรวดเร็ว	2 (2.9)	18 (26.5)	27 (39.7)	17 (25.0)	4 (5.9)	3.04 (ไม่แน่ใจ)	0.937
12. ข้อเสนอแนะจากการตรวจราชการสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	3 (4.4)	6 (8.8)	29 (42.6)	27 (39.7)	3 (4.4)	3.31 (ไม่แน่ใจ)	0.868

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจของหน่วยรับตรวจต่อกลไกกระบวนการตรวจราชการ

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย (แปลผล)	sd
	พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจมาก จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจมากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
13. กระบวนการตรวจราชการมีผลกระทบต่อกระตือรือร้นในการดำเนินงาน สาธารณสุขในพื้นที่	0 (0)	8 (11.8)	15 (22.1)	37 (54.4)	8 (11.8)	3.66 (มาก)	0.840
14. ความพึงพอใจต่อภาพรวมของการดำเนินงานการตรวจราชการ	0 (0)	6 (8.8)	29 (42.6)	28 (41.2)	5 (7.4)	3.47 (มาก)	0.829

ความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนา ได้แก่ (1) ด้านแผนและประเด็นการตรวจราชการ แผน /เป้าหมาย/ตัวชี้วัดเปลี่ยนแปลงทุกปีไม่ต่อเนื่อง การกำหนดตัวชี้วัดระดับกระทรวง เขต จังหวัด ยังไม่มีความชัดเจนมีจำนวนมาก (2) ด้านรูปแบบการตรวจราชการ รูปแบบการตรวจราชการแต่ละพื้นที่มีความหลากหลาย(3)ด้านทีมตรวจราชการ มีความเห็นว่า ทีมตรวจราชการมีจำนวนมากเกินไป ทีมตรวจราชการไม่ควรใช้ผู้แทนของจังหวัดไขว้กัน เพราะจะไม่เห็นจุดประสงค์หรือแนวทางที่แท้จริงระดับกระทรวง ทำให้ประเด็นไม่ตรง มีความเกรงใจกัน ไม่กล้าให้ข้อคิดเห็นทีมตรวจราชการบางท่านควรทำ ความรู้ความเข้าใจแนวทางการตรวจราชการและตัวชี้วัดที่รับผิดชอบดูแลอยู่ให้ชัดเจนทีมร่วมตรวจราชการแต่ละกรมควรมีการบูรณาการร่วมกันก่อนลงพื้นที่ (4) ด้านข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการ ควรมีแหล่งที่ระบุชัดเจนว่าสามารถสืบค้นจากแหล่งใด เข้าถึงได้ง่าย มีข้อมูลพร้อมเพื่อให้จังหวัดสามารถสอบถามข้อมูลที่มีอยู่ กับข้อมูลที่กระทรวงใช้ประโยชน์และใช้ข้อมูลชุดเดียวกันในการประเมินผล การคืนข้อมูลให้พื้นที่ที่มีความ

ขัดแย้งในตัวระหว่างทีมตรวจราชการแต่ละคณะ (5)ผลการตรวจราชการ การตรวจราชการเป็นการร่วมแก้ไข ปัญหาพื้นที่และการขับเคลื่อนนโยบายโดยรวมกับพื้นที่วางแผน ร่วมพัฒนา ปรับปรุงงานที่เป็นรูปธรรม ส่วนการนำผลการตรวจราชการสะท้อนถึงผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการนำไปใช้ในการปรับปรุงนโยบายระเบียบ วิธีปฏิบัติ ยังไม่เห็นผลชัดเจน

1.3 ความคิดเห็นของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการต่อกลไกกระบวนการตรวจราชการได้แบบสอบถามกลับมาทั้งสิ้น 86 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 พบว่าผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาโท ร้อยละ 53.5 รองลงมาเป็นระดับสูงกว่าปริญญาโท ร้อยละ 29.07 และ ระดับปริญญาตรีร้อยละ 17.44 ตามลำดับ ระดับการทำงานส่วนใหญ่เป็นระดับระดับผู้เชี่ยวชาญขึ้นไป ร้อยละ 47.67รองลงมาเป็นชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 45.35 พบว่า ความคิดเห็นในประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมตรวจราชการเพื่อพัฒนาการดำเนินงานการตรวจราชการร่วมกันในภาพรวมของกระทรวงโดยมีค่าเฉลี่ยเห็นด้วย

เป็นอย่างยิ่ง (ค่าเฉลี่ย 4.35) รองลงมาได้แก่ การจัดส่ง
รายงานการตรวจราชการมีความชัดเจน และมีช่องทาง
สะดวกไม่ยุ่งยากซับซ้อน (ค่าเฉลี่ย 3.87) การประสานงาน
ขั้นตอนการแจ้งกำหนดการตรวจราชการในพื้นที่ มีความ
รวดเร็ว ชัดเจน (ค่าเฉลี่ย 3.86) ประเด็นและแนวทางการ
ตรวจราชการมีความชัดเจน (ค่าเฉลี่ย 3.80) ตามลำดับ ส่วน
ความคิดเห็นในประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ แบบ
รายงานการตรวจราชการ ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก

(ค่าเฉลี่ย 2.68) รองลงมาได้แก่ การได้รับการพัฒนา
สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ เช่น การ
คิดวิเคราะห์ การเชื่อมโยง การนิเทศงาน การสรุปประเด็น
เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย 2.69) การได้รับการสนับสนุนจาก
ส่วนกลางในด้านข้อมูล สารสนเทศ เช่น ผลการดำเนินงาน
ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้อง Baseline data ข้อมูลเพื่อการ
เปรียบเทียบ (Benchmark) การอ้างอิง ที่เข้าถึงได้ง่าย
(ค่าเฉลี่ย 2.73) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความคิดเห็นของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการต่อกลไกกระบวนการตรวจราชการ

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย (แปลผล)	sd
	พึงพอใจ น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจ น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจ มาก จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจ มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
1. ประเด็นและแนวทางการตรวจราชการมีความชัดเจน	1 (1.2)	4 (4.7)	19 (22.1)	49 (57.0)	13 (15.1)	3.80 (เห็นด้วย)	0.794
2. เอกสารสนับสนุน คู่มือการตรวจราชการมีความชัดเจน	2 (2.3)	5 (5.8)	22 (25.6)	54 (62.8)	3 (3.5)	3.59 (เห็นด้วย)	0.757
3. ท่านได้รับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการ เช่น การคิดวิเคราะห์ การเชื่อมโยง การนิเทศงาน การสรุปประเด็น เป็นต้น	12 (14.0)	29 (33.7)	26 (30.2)	11 (12.8)	8 (9.3)	2.69 (ไม่แน่ใจ)	1.182
4. ท่านได้รับการปฐมนิเทศก่อนตรวจราชการในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นตรวจราชการและการติดตามงานตามภารกิจของกรม	8 (9.3)	7 (8.1)	12 (14.0)	44 (51.2)	15 (17.4)	3.59 (เห็นด้วย)	1.152
5. การประสานงาน ขั้นตอน การแจ้งกำหนดการตรวจราชการในพื้นที่ มีความรวดเร็ว ชัดเจน	3 (3.5)	3 (3.5)	16 (18.6)	45 (52.3)	19 (22.1)	3.86 (เห็นด้วย)	0.922

ตารางที่ 3 แสดงความคิดเห็นของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการต่อกลไกกระบวนการตรวจราชการ

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย (แปลผล)	sd
	พึงพอใจน้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจมาก จำนวน (ร้อยละ)	พึงพอใจมากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
6. ท่านได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง ในด้านข้อมูลสารสนเทศ เช่น ผลการดำเนินงาน ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้อง Baseline data ข้อมูลเพื่อการ Benchmark การอ้างอิง ที่เข้าถึงได้ง่าย	9 (10.5)	33 (38.4)	22 (25.6)	16 (18.6)	6 (7.0)	2.73 (ไม่แน่ใจ)	1.125
7. ส่วนกลางมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุน ประสานงาน เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ หรือ เมื่อต้องการดำเนินการต่อในสิ่งที่ท่านรับได้จากหน่วยรับตรวจ	3 (3.5)	15 (17.4)	25 (29.1)	40 (46.5)	3 (3.5)	3.29 (ไม่แน่ใจ)	0.919
8. แบบรายงานการตรวจราชการ ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก	1 (1.2)	41 (47.7)	33 (38.4)	6 (7.0)	5 (5.8)	2.68 (ไม่แน่ใจ)	0.763
9. การจัดส่งรายงานการตรวจราชการมีความชัดเจน และมีช่องทางสะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	1 (1.2)	4 (4.7)	19 (22.1)	43 (50.0)	19 (22.1)	3.87 (เห็นด้วย)	0.851
10. ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมตรวจราชการเพื่อพัฒนาการดำเนินงานการตรวจราชการร่วมกัน ในภาพรวมของกระทรวง	4 (4.7)	0 (0.0)	8 (9.3)	24 (27.9)	50 (58.1)	4.35 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)	0.991

ความคิดเห็นต่อปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนาได้แก่ (1) ด้านแผนและประเด็นการตรวจราชการแผน/กำหนดการตรวจควรมีความชัดเจนและไม่เลื่อนหรือปรับเปลี่ยนบ่อยประเด็นการตรวจราชการไม่ควรมากเกินไปกรณีที่เกี่ยวข้องควรมีความชัดเจนของตัวชี้วัดและแนวทางการเก็บข้อมูลประเด็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงควรมีการบูรณาการในระดับกรมให้ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน ถ่ายทอดต่อไปยังระดับต่างๆอย่างรวดเร็ว (2) รูปแบบการตรวจราชการควรให้แต่ละเขตมีแนวทางไปในทิศทางเดียวกันการตรวจราชการควรระบุวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนควรเน้นขบวนการทำงานการแก้ปัญหาให้มากขึ้น เวลาที่มีอยู่ค่อนข้างจำกัด ไม่สามารถอภิปรายปัญหาพื้นที่ได้ (3) ด้านทีมตรวจราชการควรเป็นทีมส่วนกลางไม่ควรให้ทีมจังหวัดไขว้เนื่องจากมีระดับการพัฒนาไม่ต่างกันมากควรมีการประชุมสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนให้กับทีมตรวจราชการด้านทักษะของผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานและการเตรียมความพร้อมก่อนลงพื้นที่ (4) ด้านข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการ ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการควรได้รับข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญจำเป็นตามกรอบประเด็นการตรวจราชการก่อนการลงตรวจราชการในพื้นที่ (5) ผลการตรวจราชการผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการควรได้มีส่วนร่วมในการสรุปรายงานผลการตรวจราชการระดับกระทรวง และควรได้รับข้อมูลย้อนกลับถึงการปรับปรุงแก้ไขจากการตรวจราชการ

2. ประสิทธิภาพการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1เชิงกรอบประเด็นการตรวจราชการพบว่า

(1) ผู้บริหารกรม ผู้บริหารทุกจังหวัดและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ให้ความสำคัญตอบสนองต่อนโยบาย มีการควบคุม กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายให้เป็นไปตามเป้าหมาย และตามสภาพปัญหา

ในพื้นที่

(2) พบข้อสังเกตข้อค้นพบจากรายงานการตรวจราชการในพื้นที่ทั้ง 12 เขตสุขภาพซึ่งเป็นจุดรวมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงานในหรือการขับเคลื่อนนโยบาย แผนงาน โครงการในภาพรวมแต่ละด้าน ได้แก่

(2.1) การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมป้องกันโรค มีการขับเคลื่อนนโยบายเป้าหมายยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมาย แต่ยังมีข้อจำกัด ไม่ชัดเจนในแนวทางปฏิบัติบางประเด็นหรือการสื่อสารความรู้ความเข้าใจในนโยบายยังเข้าไม่ถึงในบางพื้นที่ เช่น การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น ยังพบปัญหาการบูรณาการงานและความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ การกำหนดแผนระดับกระทรวงและระดับเขตค่อนข้างช้ากว่าระดับจังหวัด การแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่ (Area base) ยังไม่ชัดเจนนัก และระบบข้อมูลสารสนเทศ ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการการใช้ข้อมูลในการวางแผน กำกับติดตาม ใ้การวางแผนสุขภาพได้อย่างครบถ้วน

(2.2) การพัฒนาระบบบริการ มีการพัฒนาและเกิดการขับเคลื่อนงานอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เกิดนวัตกรรมและคุณภาพการบริการที่ส่งผลที่ดีต่อประชาชนชัดเจน โดยเฉพาะใน 4 สาขาหลัก ได้แก่ โรคหัวใจ ทารกแรกเกิด มะเร็ง และอุบัติเหตุ และพบว่าเขตสุขภาพที่มีผู้นำและคณะกรรมการที่ดำเนินการบริหารจัดการแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ระดับเขตที่เข้มแข็งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนา แต่การพัฒนาระบบบริการส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะของการมุ่งเน้นการให้บริการผู้ป่วย (Patient Service) มากกว่าการให้บริการสุขภาพ (Health Service) ที่ต้องเชื่อมโยงตั้งแต่การบริการระดับตติยภูมิทุติยภูมิปฐมภูมิตลอดจนถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ซึ่งระบบสุขภาพอำเภอ

(District Health System) ที่เข้มแข็งบูรณาการจากหลายภาคส่วนเป็นจุดเชื่อมต่อที่มีความสำคัญมากต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนงาน ดังได้เห็นตัวอย่างที่ดีในหลายพื้นที่

(2.3) การบริหารจัดการ ด้านการบริหารเงินการคลังของหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการที่มีสถานการณ์การเงินการคลังวิกฤติเกิดจากปัจจัยหลัก ได้แก่ แนวทางการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพคุณภาพข้อมูลทางบัญชี และประสิทธิภาพในการบริหารงานของหน่วยบริการเอง ส่วนด้านธรรมาภิบาลได้มีการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งในพื้นที่ระบบการตรวจสอบภายในและควบคุมภายในแต่ยังมีรูปแบบขั้นตอนวิธีการปฏิบัติที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการบูรณาการที่มสทวิซซีพค่อนข้างน้อย การตรวจสอบภายในระดับเขตส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะไขว้กันเองภายในเขต ขาดแคลนทีมผู้เชี่ยวชาญจากส่วนกลางที่จะลงตรวจสอบภายในพื้นที่

(2.4) ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ใช้กลไกคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัดและระดับเขต ซึ่งมีองค์ประกอบจากหลายหน่วยงานเป็นกลไกหลักในการดำเนินการแก้ไขปัญหา ซึ่งยังมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่

(3) ข้อเสนอแนะในภาพรวมต่อการปรับปรุงนโยบายหรือระเบียบ แนวทางปฏิบัติของส่วนกลางจากการศึกษาการสังเกตการณ์การประชุมและสรุปวิเคราะห์จากรายงานของคณะกรรมการกำหนดแผนและติดตามผลการตรวจราชการ ทั้ง 4 คณะ และ คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบตรวจราชการ ข้อได้ข้อสรุปดังนี้

(3.1) กระทรวงสาธารณสุข ควรเร่งดำเนินการบูรณาการเชิงนโยบายระดับกรมภายในกระทรวง และกับกระทรวงอื่นและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการร่วมมือกันแก้ไขปัญหาระดับครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สังคมสภาพแวดล้อมที่

เอื้ออำนวย มาตรการทางกฎหมาย รวมถึงการสร้างกระแสสังคมในวงกว้าง เพื่อส่งต่อความร่วมมือไปยังระดับพื้นที่อย่างเข้มแข็งโดยใช้กลไกระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เป็นกลไกหลักในการบูรณาการระดับพื้นที่

(3.2) กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบการวางแผนยุทธศาสตร์ที่มีคุณภาพและทันเวลา โดยกำหนดให้มีแผนที่ความสำเร็จ (Road Map) และเป้าหมายในแต่ละยุทธศาสตร์หลักให้ชัดเจนอย่างบูรณาการ มีผู้บริหารจัดการแผนงาน (Program Manager) และหน่วยงานเจ้าภาพทั้งระดับกระทรวงและระดับเขตในการขับเคลื่อนแผนงานต่างๆ จากนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเชื่อมโยง และมีทิศทาง เช่น การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) รวมถึงเร่งรัดการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการและการกำกับ ติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกันทุกระดับที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูลได้อย่างทันเวลา รวมทั้งการให้ข้อมูลป้อนกลับพื้นที่ เพื่อการปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

วิจารณ์

จากศึกษาประสิทธิผลของการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 เจียงกลไกกระบวนการพบว่า กระทรวงสาธารณสุขสามารถดำเนินการตรวจราชการได้บรรลุผลตามแผนการตรวจราชการหน่วยรับผิดชอบมีความพึงพอใจต่อกระบวนการตรวจราชการซึ่งมีผลกระทบเชิงบวกต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งผลการศึกษาความพึงพอใจและความคิดเห็นด้านแผนและประเด็นการตรวจราชการด้านรูปแบบการตรวจราชการ ด้านทีมตรวจราชการด้านข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการ และด้านผลการตรวจราชการสอดคล้องกับทศพร ศิริสัมพันธ์⁽⁵⁾ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการตรวจราชการและผู้ตรวจราชการพบว่า

กระบวนการวางแผนการตรวจราชการไม่ได้มีการดำเนินการในลักษณะเชิงกลยุทธ์ กระบวนการตรวจราชการยังขาดมาตรฐานด้านกระบวนการและเครื่องมือ ขาดการพัฒนาขีดความสามารถและการสร้างค่านิยม ร่วมอย่างเป็นระบบส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการกำหนดหรือระบุความต้องการเกี่ยวกับประเภทกลุ่มของข้อมูลที่เป็นจำเป็นในการตรวจราชการให้สอดคล้องกับระบบบริหารงานและการตรวจราชการของตนเอง การรายงานผลการตรวจราชการค่อนข้างจะมีลักษณะเป็นระบบปิดและสุพรรณ ทราญแก้ว⁽⁶⁾ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการตรวจราชการของประเทศไทย พบว่า วิธีปฏิบัติที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบการตรวจราชการ ได้แก่ การไม่สามารถประสานการตรวจราชการทั้งในแนวดิ่งและแนวขวางได้อย่างมีประสิทธิภาพ การขาดเกณฑ์มาตรฐานการตรวจราชการ ปัญหาด้านสมรรถนะของบุคลากรผู้ทำหน้าที่สนับสนุนการตรวจราชการ ปัญหาด้านข้อมูลที่ยังขาดมาตรฐานในการพัฒนาและดำเนินการ รายงานผลการตรวจราชการยังไม่ได้ได้รับความสนใจจากผู้บริหารระดับสูงเท่าที่ควร ซึ่งปริญญช เจริญผล⁽⁷⁾ ได้กล่าวถึงการตรวจราชการแนวใหม่ โดยมีลักษณะของการเป็นการตรวจราชการเชิงรุกหรือเป็นการตรวจราชการเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น หรือส่งสัญญาณเตือนภัยล่วงหน้าให้แก่ผู้บริหารหน่วยงาน รวมทั้งการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ เพื่อพัฒนาขีดสมรรถนะขององค์กรหรือแนะนำวิธีดำเนินงานที่เหมาะสม จำเป็นต้องมีการเตรียมการออกตรวจราชการที่เป็นระบบ มีการวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของพื้นที่และประเด็นเพื่อสอบทานล่วงหน้ามีการจัดทำแผนการตรวจราชการและกำหนดประเด็นตัวชี้วัดการตรวจราชการร่วมกัน สำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี⁽⁸⁾ ได้พัฒนามาตรฐานและคู่มือการตรวจราชการเพื่อส่งเสริมและพัฒนาระบบการตรวจราชการมีมาตรฐานและความเชื่อถือและให้เป็นกลไกสำคัญในการกำกับติดตามการบริหารราชการ ลดทอนโอกาส

ความผิดพลาดและสร้างหลักประกันว่าการบริหารราชการจะเป็นไปในทิศทางที่กำหนดไว้และมุ่งสร้างประโยชน์สุขแก่ประชาชนและดวงเพชร คงแก้ว⁽⁹⁾ ได้ศึกษาวิเคราะห์และจัดทำแผนพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการตรวจราชการเพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการตรวจราชการอย่างเป็นระบบครอบคลุมแนวทางสำคัญ 3 ประการได้แก่การพัฒนากระบวนการขยายสารสนเทศการตรวจราชการการสร้างฐานข้อมูล/ระบบงานการตรวจราชการการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสืบค้นข้อมูลสารสนเทศการตรวจราชการ

ส่วนประสิทธิผลของการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 รอบที่ 1 เจริญรอบประเด็นการตรวจราชการซึ่งพบข้อสังเกตเป็นจุดร่วมที่สะท้อนปัญหาหรือความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงานในหรือการขับเคลื่อนงานในภาพรวมคือ การบูรณาการงานในระดับกรมและระดับกระทรวงยังมีไม่มากนักส่งผลกระทบต่อขับเคลื่อนงานในพื้นที่ที่ต้องมีการบูรณาการร่วมกับต่างหน่วยงาน การกำหนดแผนงานและเป้าหมายระดับกระทรวงความล่าช้า ข้อมูลสารสนเทศเพื่อใช้ในการดำเนินงานและการกำกับติดตามประเมินผลยังไม่สามารถตอบสนองได้ตรงความต้องการของผู้ใช้สอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี ชินวินิจกุล⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาการตรวจราชการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์และแบบมีส่วนร่วมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2557 พบว่า ควรมีการบูรณาการและประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทั้งในการดำเนินงานและการสนับสนุนทรัพยากรร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้กลไกการทำงาน ในการทำงานพัฒนาสังคมเชิงรุก

จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเสนอแนวทางการพัฒนาการตรวจราชการตามแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ

8. สำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. คู่มือมาตรฐานการตรวจราชการแบบบูรณาการ โครงการพัฒนาระบบการตรวจราชการแบบบูรณาการสู่การปฏิบัติ. [1 กรกฎาคม 2558]; เข้าถึงได้จาก http://www.tak.go.th/km/trudrachakan2_1.pdf

9. ดวงเพชร คงแก้ว และ สุพจน์ นิตยสุวัฒน์. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการตรวจราชการของสำนักผู้ตรวจราชการประจำเขตตรวจราชการที่ 10. The National Conference on Computing and Infor-

mation Technology; [5 กรกฎาคม 2558]; เข้าถึงได้จาก http://202.44.34.144/nccitedoc/admin/nccit_files/NCCIT-20113103141437.pdf

10. วารุณี ชินวินิจกุล. การตรวจราชการแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์และแบบมีส่วนร่วมของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ศ.2556-2557). [10 กรกฎาคม 2558]; เข้าถึงได้จาก http://www.m-society.go.th/download/article/article_20150624092453.pdf

Abstract

This research aims to study effectiveness of Inspection for the Inspection plan Ministry of Public Health, fiscal year 2558 at the first round in process-oriented and framework-oriented on official visits. It is descriptive research and cross-sectional study through various methodological as literature review, the poll official acts, explore the satisfaction of the audited agency, document analysis, seminars and observer. The results showed that Ministry of Health to conduct an official inspection plans come to fruition, government inspectors have been satisfied with the inspection process, have a positive impact on the performance of public health in the area. Government issues guidelines are clear. However, the plan and the goal changes every year and indications are numerous. The duration of the inspection area is appropriate. Provide the audited agency has submitted suggestions and ask questions. Inspection forms are diverse. Team of inspector is so much and should not use the acting inspector of the province cross to inspect. The developed competencies required for official acts somewhat less. The recommendations can apply to practical use in the area but the results of the inspection reflects management and the relevant authorities are not clear. The inspection found issues within the notes is common ground that mirrors the problem or the risk of a failure of the whole that integration of the Department and the Ministry is still minimal, results-driven work in areas that require integration among the various agencies. The plans and goals delays. Information for the implementation and monitoring and evaluation has not been able to meet the needs of the user. The recommend the development of an inspection that the Ministry should develop a strategic inspection plan, develop the standards of Inspection, accelerated development of efficient information system, develop performance of inspector and support team to professional, and enrichment of the report of Inspection.

Keywords :

**ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
ในเขตบริเวณศาสนสถาน ปี 2555**
**Factors affecting the Law Enforcement of Alcohol Control Act 2008
In religious place area, 2012**

กิตติพงษ์ สุขคุณณี จันทิมา จันทรประเสริฐ
จิราภรณ์ วงษา
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

Kitipong Sukunnee Jantima Jantaraprasart
Jiraporn Wongsu

The Office of Diseases Prevention and Control 2 Saraburi

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ การปฏิบัติและการดำเนินการตามกฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ของผู้ประกอบการและประชาชนผู้มารับบริการ ในเขตบริเวณศาสนสถานปี 2555 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยศึกษาใน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าและกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ ในเขตบริเวณศาสนสถานที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 549 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายน 2555 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป ในกลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ พบส่วนมากมีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 33.3 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.3 เท่ากัน มีรายได้ต่อเดือน 8,001 – 11,000 บาท ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 66.7 โดยได้รับจากโทรทัศน์/วิทยุ ร้อยละ 100 ในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า พบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0 ส่วนมากมีอายุ 41 – 50 ปี และ 51 – 60 ปี ร้อยละ 25.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.4 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.4 รายได้ระหว่าง 2,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 47.8 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 75.6 โดยได้รับจากโทรทัศน์/วิทยุ ร้อยละ 73.5 ในกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.0 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 21.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.4 ส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.6 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.0 มีรายได้ 2,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 32.9 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 83.3 โดยได้รับจากโทรทัศน์/วิทยุ ร้อยละ 67.7 ในด้านความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 55.6 กลุ่มผู้ประกอบการค้าส่วนมากมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 กลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 50.4 ในด้านการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีปฏิบัติในระดับมาก โดยกลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะปฏิบัติได้ ร้อยละ 77.8 กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าปฏิบัติได้ ร้อยละ 98.9 และกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการปฏิบัติได้ ร้อยละ 97.3 ในด้านการดำเนินงานตามกฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 พบทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่ดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมาย โดยกลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะดำเนินการได้ ร้อยละ 66.7 ผู้ประกอบการร้านค้าดำเนินการได้ ร้อยละ 80.0

และประชาชนผู้มาใช้บริการดำเนินการได้ร้อยละ 61.1 และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานตามกฎหมายตาม พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ในกลุ่มผู้ประกอบการค้า พบการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานตามกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และในกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ พบ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานตามกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ข้อเสนอแนะในด้านความรู้ ระดับความรู้ที่ต้องปรับปรุงแก้ไข แรงจูงใจคือ โทษของการโฆษณา รองลงมาโทษของการดื่ม และโทษของการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด ดังนั้น จึงควรสื่อสารประชาสัมพันธ์ในเรื่องของโทษของการกระทำผิด ในรูปของการจัดประชุมชี้แจงในกลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะและผู้ประกอบการร้านค้า ส่วนในกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ ควรติดป้ายประกาศห้ามขาย – ห้ามดื่มสุราในวัด มีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน ปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ สำหรับการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในภาพรวม ควรสื่อสารทางโทรทัศน์วิทยุของท้องถิ่นชุมชน ในด้านการปฏิบัติในกลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ ต้องประสานพนักงานเจ้าหน้าที่ ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในการดำเนินงานร่วมกันเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมาย ส่วนในกลุ่มของประชาชนผู้มาใช้บริการ ผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะต้องประชาสัมพันธ์ชี้แจงแก่ประชาชนผู้มาใช้บริการ ห้ามขาย – ห้ามดื่มสุราในเขตบริเวณวัด ทั้งการประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสายและแสดงป้ายประกาศอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ชายที่มีอายุน้อย โดยต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

บทนำ

ปัจจุบันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2543 พบว่าประเทศไทยนับเป็นประเทศในอันดับ 5 ของโลก ที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก¹ ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็มีจำนวนสูงขึ้นด้วยเช่นกัน รัฐบาลไทยจึงได้มีการพิจารณาปัญหาของการบริโภคสุรามานานก่อนปี พ.ศ. 2515 โดยออกประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 เน้นเรื่องกำหนดเวลาจำหน่ายสุราและดื่มสุรา ตั้งแต่ 11.00 น. - 14.00 น. และ 17.00 น. - 24.00 น. นอกจากนี้ ยังออกกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551² โดยได้กำหนดห้ามจำหน่ายสุราแก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 และห้ามจำหน่าย ห้ามดื่มสุรา โดยเฉพาะในสถานศึกษาและศาสนสถาน และจาก

รายงานการสำรวจสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนอายุ 15 – 74 ปี พ.ศ. 2548 เปรียบเทียบกับปี 2550 ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี พบว่า อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ลดลง ยกเว้นในจังหวัดสระบุรี ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 35.0 ในปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.7 ในปี 2550 โดยในปี 2548 พบว่าจังหวัดที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด คือ จังหวัดลพบุรี คิดเป็นร้อยละ 43.2 รองลงมาได้แก่ จังหวัดสระบุรี ชัยนาท สิงห์บุรี และอ่างทอง คิดเป็นร้อยละ 35.0, 30.9, 28.1 และ 25.1 ตามลำดับ³ และจากผลการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการสุ่มประเมินสถานที่สาธารณะตามกฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ในภาพรวม ปี 2552 พบศาสนสถานหรือวัด

มีการดำเนินงานถูกต้องเพียงร้อยละ 84.8 โดยมีการฝ่าฝืนกฎหมายถึงร้อยละ 15.2 และที่สำคัญในปี 2552 - 2553 โดยศูนย์รับร้องเรียนนุหรีและสุรา ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ได้รับเรื่องร้องเรียนนุหรี – สุรา ทั้งหมดจำนวน 7 เรื่อง เป็นเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราในเขตบริเวณวัด จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42.8 ของเรื่องร้องเรียนทั้งหมด⁴ ดังนั้นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี โดยศูนย์รับร้องเรียนนุหรีและสุรา จึงได้ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในเขตบริเวณศาสนสถานที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวของผู้ประกอบการ และประชาชนผู้มาใช้บริการ ในพื้นที่รับผิดชอบ ในการปฏิบัติตามกฎหมาย เพื่อประเมินสถานการณ์ในการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการ และประชาชนผู้มาใช้บริการ ให้ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) โดยเก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ ผู้ประกอบการ และประชาชนผู้มาใช้บริการ ในเขตบริเวณศาสนสถานที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2555

ประชากรที่ศึกษา

สำหรับสถานที่สาธารณะที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เขตบริเวณศาสนสถานที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด คือ สระบุรี จำนวน 9 แห่ง ลพบุรีจำนวน 19 แห่ง สิงห์บุรีจำนวน

16 แห่ง ชัยนาท จำนวน 12 แห่ง และอ่างทองจำนวน 30 แห่ง รวมทั้งสิ้น 86 แห่ง โดยใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10⁵ จากจำนวนทั้งหมดที่ศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่าง 8.6 แห่ง โดยในการศึกษครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างรวม 9 แห่ง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับสลากศาสนสถานรายจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในอัตราส่วน 1 ต่อ 10 ของแต่ละจังหวัด ได้จำนวนตัวอย่าง คือ 1 แห่งในจังหวัดสระบุรี 2 แห่งในลพบุรี 2 แห่งในสิงห์บุรี 1 แห่งในชัยนาท และ 3 แห่งในอ่างทอง รวมทั้งสิ้น 9 แห่ง สำหรับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ (ศาสนสถาน) เจ้าของร้านค้าจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่ม และประชาชนผู้มาใช้บริการในเขตบริเวณศาสนสถาน ใช้จำนวนตัวอย่างในอัตราส่วน 1 : 10 : 50 โดย 1) ผู้รับผิดชอบศาสนสถาน ซึ่งได้ใช้วิธีสำมะโน (census)⁶ ทุกแห่ง รวม 9 แห่ง 2) ตัวอย่าง เจ้าของร้านค้าจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่ม โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)⁶ ด้วยการจับสลากร้านค้าจำหน่ายอาหารที่อยู่ในเขตบริเวณศาสนสถาน ทั้ง 9 แห่ง 3) ตัวอย่างประชาชนผู้มาใช้บริการในเขตบริเวณศาสนสถาน โดยการสุ่มแบบบังเอิญ (accidental sampling)⁶ ในช่วงเวลา 10.00 – 15.00 น. ทั้ง 9 แห่ง แห่งละ 50 ตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 450 ตัวอย่าง รวมทั้ง 3 กลุ่ม 549 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 3) การปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

และ 4) การดำเนินงานตามกฎหมายตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 สำหรับความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า และกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ เป็นการตอบคำถาม โดยวิเคราะห์ความรู้รายข้อเป็นจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบได้ถูกต้อง ส่วนการวิเคราะห์ในภาพรวม ใช้การรวมคะแนนที่ตอบได้ถูกต้องข้อละ 1 คะแนน และคำนวณเป็นค่าร้อยละของคะแนนเต็มทั้งหมด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ คือ

- **ระดับรู้มาก** คือ ระดับคะแนนความรู้รายข้อ และในภาพรวม ร้อยละ 75 ขึ้นไป

- **ระดับรู้ปานกลาง** คือ ระดับคะแนนความรู้รายข้อ และในภาพรวม ร้อยละ 50 – 74

- **ระดับรู้น้อย** คือ ระดับคะแนนความรู้รายข้อ และในภาพรวม น้อยกว่าร้อยละ 50

- **ระดับความรู้ที่ต้องปรับปรุงแก้ไข** คือ ระดับคะแนนความรู้รายข้อ และในภาพรวม น้อยกว่าร้อยละ 75

ส่วนการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งการวิจัยนี้กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ บางครั้ง และไม่ทำเลย โดยได้กำหนดคะแนนสำหรับการตอบคำถามที่ควรปฏิบัติเป็น 3, 2 และ 1 คะแนน สำหรับการปฏิบัติประจำ บางครั้ง และไม่ทำเลย ตามลำดับ ส่วนคะแนนสำหรับการตอบคำถามที่ไม่ควรปฏิบัติเป็น 1, 2 และ 3 คะแนน สำหรับการปฏิบัติประจำ บางครั้ง และไม่ทำเลย ตามลำดับ ซึ่งการวิเคราะห์ทั้งรายข้อและในภาพรวม ใช้การรวมคะแนน และคำนวณเป็นค่าร้อยละของคะแนนเต็มทั้งหมด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ระดับ⁷ คือ

- **ระดับปฏิบัติมาก** คือ มีคะแนนการปฏิบัติรายข้อ และในภาพรวม ร้อยละ 75 ขึ้นไป

- **ระดับปฏิบัติปานกลาง** คือ มีคะแนนปฏิบัติรายข้อ และในภาพรวม ร้อยละ 50 – 74

- **ระดับปฏิบัติน้อย** คือ มีคะแนนปฏิบัติรายข้อ และในภาพรวม น้อยกว่าร้อยละ 50

- **ระดับปฏิบัติที่ต้องปรับปรุงแก้ไข** คือ ระดับคะแนนปฏิบัติรายข้อ และในภาพรวม น้อยกว่าร้อยละ 75

สำหรับการดำเนินงานตามกฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ผู้วิจัยกำหนดเป็น ผู้ที่สามารถดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมายเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถดำเนินการได้ครบทุกประเด็น และเป็น ผู้ที่ไม่สามารถดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมายเมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถดำเนินการได้ครบทุกประเด็น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลทั่วไป ความรู้ และการดำเนินงานตามกฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลคะแนนการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ดังกล่าว

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test หรือ Fisher's exact test⁷ สำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ดำเนินการตามกฎหมายได้ถูกต้อง กับกลุ่มที่ไม่ดำเนินการไม่ถูกต้อง และใช้ Correlation⁷ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะทางประชากร การรับรู้ และการปฏิบัติ ต่อ การดำเนินงานตาม พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการศึกษา

ความรู้ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

จากการศึกษาเรื่องความรู้ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าทั้ง 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ (ศาสนสถาน) กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า และกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ มีความรู้มากที่สุดในเรื่อง สถานที่ห้ามขาย และการ

กำหนดห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ⁱⁱ ส่วนความรู้ที่ต้องปรับปรุงแก้ไขมากที่สุด คือ โทษของการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้รับผิดชอบศาสนสถาน ผู้ประกอบการ และประชาชนผู้มาใช้บริการ ที่ตอบคำถามความรู้รายข้อ ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ถูกต้อง

ความรู้ตาม พ.ร.บ.	ผู้รับผิดชอบ ศาสนสถาน (N = 9)		ผู้ประกอบการ (N = 90)		ประชาชนผู้มาใช้ บริการ (N = 450)	
	ตอบได้ ถูกต้อง	ระดับ ความรู้	ตอบได้ ถูกต้อง	ระดับ ความรู้	ตอบได้ ถูกต้อง	ระดับ ความรู้
1) สถานที่ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	100.0	มาก	97.8	มาก	98.2	มาก
2) สถานที่ไม่สามารถจัดให้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในการจัดเลี้ยงงาน บวชตามประเพณี	77.8	มาก	56.7	ปาน กลาง	69.1	ปาน กลาง
3) วันสำคัญทางศาสนาที่สามารถจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้	77.8	มาก	74.4	ปาน กลาง	86.4	มาก
4) สถานที่ห้ามขาย ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยไม่มีข้อยกเว้น	66.7	ปาน กลาง	74.4	ปาน กลาง	58.7	ปาน กลาง
5) พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 กำหนดห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุคคลประเภทใด	100.0	มาก	96.7	มาก	97.3	มาก
6) การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ป้าย เบียร์/ธงราว/สาวเชียร์)	88.9	มาก	94.4	มาก	90.4	มาก
7) โทษของการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551	22.2	น้อย	22.2	น้อย	20.7	น้อย
8) โทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามดื่มตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551	44.4	น้อย	41.1	น้อย	54.7	ปาน กลาง

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้รับผิดชอบศาสนสถาน ผู้ประกอบการ และประชาชนผู้มาใช้บริการ ที่ตอบคำถามความรู้รายข้อ ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้ถูกต้อง

ความรู้ตาม พ.ร.บ.	ผู้รับผิดชอบ ศาสนสถาน (N = 9)		ผู้ประกอบการ (N = 90)		ประชาชนผู้มา ใช้บริการ (N = 450)	
	ตอบได้	ระดับ	ตอบได้	ระดับ	ตอบได้	ระดับ
	ถูกต้อง	ความรู้	ถูกต้อง	ความรู้	ถูกต้อง	ความรู้
9) โทษของการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามจำหน่ายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551	44.4	น้อย	41.1	น้อย	48.7	น้อย
10) โทษของการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลที่กฎหมายห้าม ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551	44.4	น้อย	26.7	น้อย	25.3	น้อย

สำหรับ ความรู้ในภาพรวมพบว่า กลุ่มผู้รับผิดชอบศาสนสถานร้อยละ 55.6 มีความรู้อยู่ในระดับมาก^๑ ซึ่งสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 41.1 ในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า และร้อยละ 50.4 ในกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้รับผิดชอบศาสนสถาน ผู้ประกอบการ และประชาชนผู้มาใช้บริการ จำแนกตามระดับความรู้ ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ระดับความรู้	ผู้รับผิดชอบศาสนสถาน (N = 9)	ผู้ประกอบการ (N = 90)	ประชาชนผู้มาใช้บริการ (N = 450)
มาก	55.6	41.1	50.4
ปานกลาง	33.3	46.7	39.8
น้อย	11.1	12.2	9.8

การปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

ในกลุ่มผู้รับผิดชอบศาสนสถานที่สำรวจพบว่า การปฏิบัติรายข้อตาม พ.ร.บ.ที่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การไม่อนุญาตให้ประชาชนผู้มาใช้บริการจัดการพิธีต่างๆ มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การไม่อนุญาตให้มีการ

ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่อนุญาตให้ร้านค้ามีการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยแต่ละข้อ 2.66 คะแนน ส่วนระดับการปฏิบัติที่ควรปรับปรุง คือ การแจ้งความดำเนินคดีหรือร้องเรียนพนักงานเจ้าหน้าที่ เมื่อพบเป็นผู้ละเมิดกฎหมาย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.44 คะแนน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ย ของผู้รับผิดชอบศาสนสถาน (N = 9) ที่ปฏิบัติรายชื่อตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การปฏิบัติรายชื่อ	จำนวน (ร้อยละ) ที่ปฏิบัติ			คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปฏิบัติ
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ทำเลย			
1) ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบการค้าและประชาชนผู้มาใช้บริการห้ามขาย ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	5 (55.6)	2 (22.2)	2 (22.2)	2.33	0.87	มาก
2) จัดทำป้าย คำเตือนห้ามขายห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	3 (33.3)	5 (55.6)	1 (11.1)	2.22	0.67	มาก
3) สำรวจผู้ประกอบการร้านค้ามีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	5 (55.6)	3 (33.3)	1 (11.1)	2.44	0.73	มาก
4) สำรวจประชาชนผู้มาใช้บริการมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	3 (33.3)	4 (44.4)	2 (22.2)	2.11	0.78	มาก
5) สำรวจป้ายโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	4 (44.4)	3 (33.3)	2 (22.2)	2.22	0.83	มาก
6) อนุญาตให้ประชาชนผู้มาใช้บริการจัดการพิธีต่างๆ มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	0 (0.0)	3 (33.3)	6 (66.7)	2.66	0.50	มาก
7) อนุญาตให้ผู้ประกอบการร้านค้ามีการขายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	0 (0.0)	3 (33.3)	6 (66.7)	2.66	0.50	มาก
8) อนุญาตให้ผู้ประกอบการร้านค้ามีการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	0 (0.0)	3 (33.3)	6 (66.7)	2.66	0.50	มาก
9) แจ้งความดำเนินคดีหรือร้องเรียนพนักงานเจ้าหน้าที่ เมื่อพบเห็นผู้ละเมิดกฎหมายในเขตบริเวณวัด	0 (0.0)	4 (44.4)	5 (55.6)	1.44	0.53	น้อย
สำหรับกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า พบว่าการปฏิบัติรายชื่อตาม พ.ร.บ.อยู่ในระดับมาก โดยพบคะแนนระดับมากที่สุด ได้แก่ การไม่จำหน่ายเครื่องดื่ม			แอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัดคิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.95 (ตารางที่ 4)			

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ย ของผู้ประกอบการ (N = 90) ที่ปฏิบัติรายข้อตาม พ.ร.บ.ควบคุม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การปฏิบัติรายข้อ	จำนวน (ร้อยละ) ที่ปฏิบัติ			คะแนน เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ การ ปฏิบัติ
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ทำเลย			
1) มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้คอย จำหน่ายแก่ประชาชนผู้มาใช้บริการใน เขตบริเวณวัด	4 (4.4)	5 (5.6)	81 (90.0)	2.85	0.46	มาก
2) เคยจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แก่ประชาชนผู้มาใช้บริการในเขต บริเวณวัด	2 (2.2)	7 (7.8)	81 (90.0)	2.87	0.39	มาก
3) ติดป้ายโฆษณาเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เพื่อให้ประชาชนผู้มา ใช้บริการทราบ	0 (0.0)	8 (8.9)	82 (91.1)	2.91	0.29	มาก
4) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขต บริเวณวัด	1 (1.1)	5 (5.6)	84 (93.3)	2.92	0.31	มาก
5) จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ ประชาชนอายุไม่ถึง 20 ปี หรือเมาจน ครองสติไม่ได้ ในเขตบริเวณวัด	1 (1.1)	2 (2.2)	87 (96.7)	2.95	0.26	มาก
6) ประชาชนผู้มาใช้บริการเคยมาขอ ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	5 (5.6)	19 (21.1)	66 (73.3)	2.67	0.58	มาก
7) ให้ความร่วมมือกับคณะกรรมการ วัดหรือเจ้าอาวาสในการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	67 (74.4)	3 (3.3)	20 (22.2)	2.52	0.84	มาก

สำหรับกลุ่มประชาชนผู้รับบริการ พบว่า
การปฏิบัติรายข้อตาม พ.ร.บ.อยู่ในระดับมาก โดยพบ
คะแนนระดับมากที่สุด ได้แก่ การไม่เคยซื้อเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด¹⁰ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 2.88

ส่วนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข คือ การให้ความร่วมมือกับ
คณะกรรมการวัดหรือเจ้าอาวาส ในการปฏิบัติตาม
พ.ร.บ. คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 1.69 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ย ของประชาชนผู้มาใช้บริการ (N = 450) ที่ปฏิบัติรายข้อตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การปฏิบัติรายข้อ	จำนวน (ร้อยละ) ที่ปฏิบัติ			คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปฏิบัติ
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ทำเลย			
1) ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	1 (0.2)	50 (11.1)	399 (88.7)	2.88	0.33	มาก
2) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	1 (0.2)	77 (17.1)	372 (82.7)	2.82	0.39	มาก
3) ร่วมงานพิธีต่างๆ ที่จัดในวัดและมี การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	13 (2.9)	146 (32.4)	291 (64.7)	2.61	0.54	มาก
4) ถูกตักเตือนหรือดำเนินคดีกรณี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	1 (0.2)	24 (5.3)	425 (94.4)	2.94	0.24	มาก
5) ให้ความร่วมมือกับคณะกรรมการ วัดหรือเจ้าอาวาสในการปฏิบัติ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551	122 (27.1)	68 (15.1)	260 (57.8)	1.69	0.87	ปานกลาง

สำหรับการปฏิบัติในภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่ของทั้ง 3 กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก โดยพบร้อยละ 77.8, 98.9 และ 97.3 ในกลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่

สาธารณะ กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า และกลุ่มประชาชน ผู้รับบริการ ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ระดับการปฏิบัติโดยรวมตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้รับผิดชอบศาสนสถาน ผู้ประกอบการ และประชาชนผู้มาใช้บริการ

ระดับการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบศาสนสถาน (N = 9)	ผู้ประกอบการ (N = 90)	ประชาชนผู้มาใช้บริการ (N = 450)
มาก	77.8	98.9	97.3
ปานกลาง	22.2	0.0	2.7
น้อย	0.0	1.1	0.0

**การดำเนินงานตามกฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551**

พบว่าในกลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะพบว่าส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมาย เมื่อจำแนกรายข้อ พบไม่เป็นความผิดสูงสุดคือ ความผิดฐานจัดให้มีการโฆษณา การจำหน่าย และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด คิดเป็นร้อยละ 66.7 เท่ากันทั้งหมด สำหรับในกลุ่ม

ผู้ประกอบการร้านค้า เมื่อจำแนกรายข้อ พบไม่เป็นความผิดสูงสุด คือ ความผิดฐานบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 91.1 ส่วนกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ พบส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมายร้อยละ 61.1 โดยดำเนินการไม่เป็นความผิดฐานบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด ร้อยละ 62.0 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้รับผิดชอบศาสนสถาน ผู้ประกอบการ และประชาชนผู้มาใช้บริการ ที่ดำเนินงานรายชื่อตามกฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินงานตามกฎหมายรายชื่อ	ผู้รับผิดชอบ ศาสนสถาน (N = 9)		ผู้ประกอบการ (N = 90)		ประชาชน ผู้มาใช้บริการ (N = 450)	
	พบไม่เป็น ความผิด	ร้อยละ	พบไม่เป็น ความผิด	ร้อยละ	พบไม่เป็น ความผิด	ร้อยละ
1) ความผิดฐานจัดให้มีการโฆษณาการ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	6	66.7	80	88.9	-	-
2) ความผิดฐานจัดให้มีการจำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	6	66.7	78	86.7	-	-
3) ความผิดฐานจัดให้มีการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด	6	66.7	82	91.1	279	62.0

กลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะในภาพรวมสามารถดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมายร้อยละ 66.7 สำหรับกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าในภาพรวม พบว่าสามารถดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมายร้อยละ 80.0 ส่วนกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ พบว่าสามารถดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมายร้อยละ 62.0 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้รับผิดชอบศาสนสถาน ผู้ประกอบการ และประชาชนผู้มาใช้บริการ ที่ดำเนินงานโดยรวมตามกฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินงานตามกฎหมายโดยรวม	ผู้รับผิดชอบ ศาสนสถาน (N = 9)		ผู้ประกอบการ (N = 90)		ประชาชนผู้มา ใช้บริการ (N = 450)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สามารถดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมาย	6	66.7	72	80.0	279	62.0
ไม่สามารถดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมาย	3	33.3	18	20.0	171	38.0

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ และการปฏิบัติ กับการดำเนินงานตามกฎหมายตาม พ.ร.บ.๗

พบว่า 1) กลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะพบว่า ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ การปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานตามกฎหมาย 2) กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าพบว่า ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ได้รับข้อมูล

ข่าวสาร ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานตามกฎหมาย ส่วนการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานตามกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) 3) กลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการพบว่า ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ ได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานตามกฎหมาย ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานตามกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) (ตารางที่ 9-11)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ การปฏิบัติของผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะต่อการดำเนินงานตามกฎหมาย

ตัวแปร	การดำเนินงานกฎหมาย		χ^2	r	df	P Value
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง				
ข้อมูลทั่วไป						
อายุ				-0.007		0.986
ระดับการศึกษา			Firher's Exact			0.774
ต่ำกว่าปริญญาตรี (ประถม/มัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา/ปวส.)	2 (22.2)	1 (11.1)				
ปริญญาตรี/สูงกว่า	4 (44.4)	2 (22.2)				
รายได้				-0.305		0.425
ได้รับข้อมูลข่าวสาร			Firher's Exact			0.762
เคย	4 (44.4)	2 (22.2)				
ไม่เคย	2 (22.2)	(11.1)				
ความรู้				-0.354		0.351
การปฏิบัติ				0.324		0.395

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ การปฏิบัติของผู้ประกอบการร้านค้าต่อการดำเนินงานตามกฎหมาย

ตัวแปร	การดำเนินงานกฎหมาย		χ^2	r	df	P Value
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง				
ข้อมูลทั่วไป						
เพศ			0.851		1	0.356
ชาย	13 (14.4)	5 (5.6)				
หญิง	59 (65.6)	13 (14.4)				
อายุ				0.059	0.582	
สถานภาพสมรส						
โสด	13 (14.4)	2 (2.2)				
คู่	44 (48.9)	14 (15.6)				
หม้าย/หย่า/แยก	15 (16.7)	2 (2.2)				
ระดับการศึกษา			2.686		3	0.443
ประถมศึกษา	29 (32.2)	11 (12.2)				
มัธยมศึกษา/ปวช.	24 (26.7)	4 (4.4)				
อนุปริญญา	9 (10.0)	1 (1.1)				
ปริญญาตรีขึ้นไป	10 (11.1)	2 (2.2)				
รายได้			-0.080		0.451	
ได้รับข้อมูลข่าวสาร			0.135		1	0.713
เคย	55 (61.1)	13 (14.4)				
ไม่เคย	17 (18.9)	5 (5.6)				
ความรู้				0.83		0.439
การปฏิบัติ				0.582		0.001*

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานของประชาชนผู้ใช้บริการต่อการดำเนินงานตามกฎหมาย

ตัวแปร	การดำเนินงานกฎหมาย		χ^2	r	df	P Value
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง				
เพศ			6.030		1	0.014*
ชาย	94 (20.9)	77 (17.1)				
หญิง	185 (41.2)	94 (20.9)				
อายุ				0.118		0.012*
สถานภาพสมรส			3.684		2	0.158
โสด	79 (17.5)	53 (11.8)				
คู่	166 (67.0)	88(19.6)				
หม้าย/หย่า/แยก	34 (7.6)	30 (6.7)				
ระดับการศึกษา			13.283		4	0.010*
ประถมศึกษา	121 (26.9)	48 (10.7)				
มัธยมศึกษา/ปวช.	69 (15.4)	59 (13.1)				
อนุปริญญา	20 (4.5)	21 (4.7)				
ปริญญาตรี	60 (13.3)	38 (8.5)				
สูงกว่าปริญญาตรี	9 (2.0)	5 (1.1)				
อาชีพ			13.978		4	0.007*
รับจ้าง	103 (22.9)	68 (15.1)				
ค้าขาย	83 (18.5)	34 (7.6)				
เกษตรกรรม	12 (2.7)	4 (0.9)				
รับราชการ	57 (12.7)	34 (7.6)				
อื่นๆ (แม่บ้าน/นักเรียน)	24 (5.3)	31 (6.9)				
รายได้				0.020		0.670

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการปฏิบัติของประชาชนผู้ใช้บริการต่อการดำเนินงานตามกฎหมาย

ตัวแปร	การดำเนินงานกฎหมาย		χ^2	r	df	P Value
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง				
ได้รับข้อมูลข่าวสาร			0.140		1	0.708
เคย	234 (52.0)	141 (31.4)				
ไม่เคย	45 (10.0)	30 (6.7)				
ความรู้				0.003		0.952
การปฏิบัติ				0.591		0.001*

วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าและกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ ระดับความรู้ที่ต้องปรับปรุงแก้ไขเร่งด่วน คือ โทษของการโฆษณา รองลงมาโทษของการดื่ม และโทษของการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตบริเวณวัด ดังนั้น การสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้ ในเรื่องโทษของการกระทำผิด จึงจำเป็นสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ อาจจะดำเนินการในรูปของการจัดประชุมชี้แจง ในกลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ และในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า ส่วนในกลุ่มประชาชนทั่วไป ควรติดป้ายประกาศห้ามขาย – ห้ามดื่มสุรา ฝ่าฝืนมีโทษจำคุก ไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ เพื่อประชาชนจะได้เข้าใจและเกรงกลัวต่อการที่จะกระทำผิด ตลอดจนควรมีการสื่อสารในภาพรวม ทางโทรทัศน์วิทยุของท้องถิ่น ส่วนการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 พบว่า ระดับการปฏิบัติที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ในกลุ่มผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะ คือ การแจ้งความดำเนินคดี หรือร้องเรียนพนักงานเจ้าหน้าที่ เมื่อพบ

เป็นผู้ละเมิดกฎหมาย ดังนั้น พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจึงควรไปสุ่มตรวจเฝ้าระวังการกระทำผิดกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง พร้อมมีการประสานงานกับผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะนั้นๆ อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในการดำเนินงานร่วมกัน ส่วนในกลุ่มประชาชนผู้มารับบริการระดับการปฏิบัติที่ต้องปรับปรุงแก้ไข คือ ให้ความร่วมมือคณะกรรมการวัดหรือเจ้าอาวาส ในการปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น ผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะต้องประชาสัมพันธ์ชี้แจงแก่ประชาชนผู้มาใช้บริการ ห้ามขาย – ห้ามดื่มสุราในเขตบริเวณวัดทั้งประชาสัมพันธ์เสียงตามสายและป้ายประกาศอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษายังพบอีกว่าการปฏิบัติมีผลต่อการดำเนินการตามกฎหมาย ตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าและกลุ่มประชาชนผู้มาใช้บริการ ดังนั้น จึงควรให้ผู้รับผิดชอบสถานที่สาธารณะและพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เฝ้าระวังบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด และต่อเนื่องจนเกิดเป็นความเคยชิน สำหรับผู้ที่เข้ามาใช้บริการในเขตบริเวณวัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย โดยต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ฉุกเฉินไทย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2556, 30 เมษายน). **ไทยรัฐ หน้า 2.**

2. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สามจุดหนึ่งสี่จำกัด; 2553.

3. กลุ่มโรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี. สรุปรายงานการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย ปี 2552. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี; 2552 (เอกสารอัดสำเนา).

4. กลุ่มโรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี. สรุปรายงานการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย ปี 2553. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี; 2553 (เอกสารอัดสำเนา).

5. ชญาดา ศิริภิรมย์. (2539). **การวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ประยุกต์**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

6. บุญธรรม กิจปรีดาสุทธิ. (2540). **การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์**. กรุงเทพมหานคร : เจริญผล.

7. ดุสิต สุจิราวัฒน์. (2544). **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS For Windows เล่มที่ 2** กรุงเทพมหานคร : เจริญดีการพิมพ์.

8. เสรี ลาขโรจน์. (2527). **หลักเกณฑ์และวิธีการจัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน** **หน่วยที่ 3** (เอกสารการสอบชุดวิชาการบริหารและการจัดการจัดและประเมินผลการศึกษา) (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

9. ดุษฎี อายุวัฒน์ และอนิชา ณรงค์ชัย. (2553, หน้า 126-127). **ศึกษาประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** (จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดขอนแก่น). มหาวิทยาลัยขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. (รายงานการวิจัยปี 2553).

10. ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2552, หน้า 58-59, 102-103). **ศึกษาความคิดเห็น** ของประชาชนกับผลกระทบของการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการท่องเที่ยวในวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันหยุดเทศกาล กรณีสืบศึกษาประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เจ้าของ/ผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยวและนักท่องเที่ยวในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (รายงานการสำรวจ ปี 2552).

Abstract

The objectives of this study to determine the knowledge and practice of Enforcement Alcohol Act 2008 of trader group and people in religious place area group in 2012. This research is survey research by study three groups. There are public place responsible man group, trader group and 549 people in religious area by using questionnaire from January to September 2012.

The results of study found that most of public place responsible man group were aged between 51-60 years that was 33.3 percent. 33.3 percent of education level was primary school and high school. Their monthly allowance was 8,001 – 11,000 baths. They got information 66.7 percent, come from television and radio were 100 percent. In trader group, found that most of them are female 80 percent. Their age was 41-50 years and 51-60 years, 25.6 percent. 64.4 percent showed that they were married. They finished primary school 44.4 percent. Their monthly allowance was 2,001 – 5,000 baht that was 47.8 percent. In people in religious area group, 62 percent was female. Their age was 41 – 50 years, 21.6 percent. They were married 56.4 percent. 37.6 percent was finished primary school, 38 percent was work as employee. 32.9 percent was their monthly allowance that was 2,001 – 5,000 baths. They got information 83.3 percent, from television and radio 67.7 percent. For understanding about the Law Enforcement of Alcohol Control Act 2008, in public place responsible man group was good understanding 55.6 percent. In trader group moderately understand 46.7 percent. In people in religious place area was good understanding 50.4 percent. For following the Law Enforcement of Alcohol Control Act 2008 found that all three groups were good following, in public place responsible group were good following 77.8 percent, in trader group were 98.9 percent and people in religious place area group were 97.3 percent. For working by the Law Enforcement of Alcohol Control Act 2008, found that all three groups were good working, in public place responsible group were good working 66.7 percent. In trader group were good working 80 percent and people in religious place area group were good working 61.1 percent. If consider relationship about following the Law Enforcement of Alcohol Control Act 2008, found that in trader group were good working by following the law which statistical significance was $p < 0.05$. And people in religious place area group were good working by following the law which statistical significance was $p < 0.05$. The suggestions of researcher, about knowledge is the knowledge that need to urgent improve there are penalty of advertising, pernalty of advertising and penalty of alcohol distribution in temple area so should be public relation about punishment by meeting in public place responsible man group and trader group, for people in religious place area, should be stick warning label such as do not sell, do not drink in temple area even if against will got punishment. There are imprisoning not more than 6 months, fined not exceeding 10,000 baths or both of all. For public relation should be on television or radio of local community. For working in public place responsible man should be coordinate with government officer both of formal and informal, for prevention of against the law of people in religious place area group, Public place responsible man group have to public relation to the people that do not sell, do not drink in temple area and public relation, show the label clearly, especially in young man group continuously.

Keywords :

**การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT)
ในกลุ่มประชาชนอายุ 20-50 ปี จังหวัดสิงห์บุรี ปี พ.ศ. 2558
Survey of the Coverage of dT. Among people aged
20-50 years, SingBuri Province year 2015.**

วันดี วิรัสสะ

Wandee virussa M.A.

สมควร เสนลา

Somkuan Senala M.B.A.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

Sing Buri Public Health Office

บทคัดย่อ

จากการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก ในประชากรอายุ 20-50 ปี ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มที่มีระดับภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอต่อการป้องกันต่อโรคคอตีบในสัดส่วนที่สูง และถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 จำนวน 58,000 คน ตามแนวทางที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 จนถึงวันที่ 30 เมษายน 2558 พบว่ามีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนเพียงร้อยละ 68.32 ยังไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ 85 ที่จะสามารถป้องกันไม่ให้โรคคอตีบระบาดต่อไปได้ จึงได้ทำการสำรวจหาความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ในประชากรกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน และหาสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก ในกลุ่มประชากรอายุ 20-50 ปี ในช่วงรณรงค์จังหวัดสิงห์บุรี ปี 2558 เป็นการศึกษาเชิงสำรวจชนิด Cross Sectional Survey โดยวิธี 30 Cluster Sampling สุ่มเลือก ๓๐ หมู่บ้านตามสัดส่วนจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในจังหวัดสิงห์บุรี 381 หมู่บ้าน กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ศึกษาจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) สัมภาษณ์ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 20 - 50 ปี ตามแบบสำรวจที่กำหนดหมู่บ้านละไม่ต่ำกว่า 13 คน ในช่วงระหว่าง มิถุนายน - สิงหาคม 2558 ผลการศึกษาพบว่า ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนร้อยละ 51.36 และสถานที่ที่ประชาชนไปรับบริการวัคซีนมากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ประชาชนที่ได้รับวัคซีนไปแล้ว ไม่มีอาการภายหลังได้รับการฉีดร้อยละ 69.21 มีเพียงร้อยละ 30.78 ที่มีอาการเล็กน้อยภายหลังได้รับวัคซีน ซึ่งได้แก่ มีไข้เล็กน้อย และมีอาการปวด บวมแดงเล็กน้อยบริเวณที่ฉีด และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และอาชีพของประชากรที่สำรวจพบว่า ปัจจัยทางด้านอายุ และอาชีพมีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีน เห็นได้จากถ้าช่วงอายุมาก 40-50 ปี จะได้รับการฉีดวัคซีนมากกว่าช่วงอายุน้อยๆ และอาชีพเกษตรกร ทำนา/สวน/ไร่ จะมีสัดส่วนของการได้รับวัคซีนมากกว่าอาชีพอื่นๆ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ สาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.69 ไม่มีเวลาไปรณรงค์มา ไม่ทราบว่ามีกรรณงค์ให้วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ร้อยละ 23.47, กลัวฉีดแล้วไม่สบาย และได้ข่าวจากผู้ที่ไปฉีดมาแล้วว่ามีอาการแพ้มาก ร้อยละ 11.01, เจ้าหน้าที่ หรืออสม.ไม่ได้นัด

ทราบ หรือไม่มีรายชื่อในทะเบียนเป้าหมายของ อสม. ร้อยละ 8.31, ไม่สบาย มีโรคประจำตัว ร้อยละ 3.66, จำวันทีนัดหมายไม่ได้ เลยกำหนด และไม่เห็นประโยชน์ของการฉีดวัคซีน ร้อยละ 2.44 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะเพื่อให้ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดจึงเห็นควรขยายเวลาการให้บริการวัคซีนออกไป เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ให้มารับวัคซีนให้ครอบคลุมตามเป้าหมายที่กำหนด

ส่วนกลางประชาสัมพันธ์ข้อมูลทาง mass media เพื่อความถี่ในการเผยแพร่ตามโอกาส และจัดสรรงบประมาณให้ระดับจังหวัด และส่งเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้วยการให้แรงเสริมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่

คำสำคัญ :

บทนำ

วัคซีนเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่ามากที่สุดชนิดหนึ่ง ในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ประเทศไทยใช้วัคซีนเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอย่างเป็นระบบ และกว้างขวางมาตั้งแต่ปี 2520 ด้วยการจัดตั้งแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยการใช่วัคซีนเป็นเครื่องมือในการป้องกันควบคุมโรคแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย และผสมผสานเข้ากับงานบริการสาธารณสุขในระบบปกติ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเพิ่มชนิดของวัคซีนให้มากขึ้นเพื่อป้องกันโรคที่สำคัญ จนปัจจุบันมีวัคซีนทั้งหมดรวม 8 ชนิด ได้แก่ วัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี) วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (ตับอักเสบบี) วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี (ดีทีพี-ตับอักเสบบี) วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (โอพีวี) วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (เอ็ม-เอ็ม-อาร์) วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (ดีทีพี) วัคซีนป้องกันโรคไขสมองอักเสบเจอี (เจอี) และวัคซีนรวม

ป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก(ดีที) รวมทั้งเพิ่มกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ประชากรไทยมีภูมิคุ้มกันต่อโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง ผลจากการเร่งรัดและปรับปรุงดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนเป็นอย่างมาก'

แม้ว่าภาพรวมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยจะประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังมีเป้าหมายที่ท้าทายเพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เช่น การกำจัดกวาดล้างโรคที่เป็นปัญหาสำคัญร่วมกับนานาชาติตามพันธะสัญญานานาชาติ และการบรรลุเป้าหมายนโยบายสุขภาพโลกด้านวัคซีน ได้แก่ การกำจัดโรคหัดและกวาดล้างโปลิโอ การเพิ่มความครอบคลุมในกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงให้บรรลุเป้าหมาย ด้านความครอบคลุมวัคซีนใน Global Vaccine Action Plan เป็นต้น¹ และเนื่องจากในระยะเวลาที่ผ่านมา พบการระบาดของคอตีบเป็นระยะ โดยในปี พ.ศ. 2555 พบการระบาดของคอตีบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ มีผู้ป่วยยืนยัน 54 ราย เสียชีวิต 7 ราย ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าสัดส่วนการป่วยในผู้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เกิดก่อนหรือเกิดในช่วงต้นของแผนงานสร้างเสริม

ภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ประชาชนกลุ่มนี้ไม่ได้รับวัคซีน สอดคล้องกับผลการศึกษาระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคคอตีบ ของประชากรกลุ่มอายุต่างๆ ของหลายหน่วยงานซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ใหญ่ช่วงอายุ 20-50 ปี มีระดับภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคคอตีบในสัดส่วนที่สูง เป็นที่มาของการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว และเป็นการเตรียมความพร้อมเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนรองรับสำหรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนที่มีผู้คนจากประเทศเพื่อนบ้านเป็นจำนวนมาก หลั่งไหลเข้ามาประกอบอาชีพ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรคภายในประเทศ ด้วยการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในประชาชนอายุ 20 - 50 ปี ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มที่มีระดับภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคคอตีบในสัดส่วนที่สูง¹ ประเด็นดังกล่าวข้างต้น ถือเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยต้องเร่งรัดการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับประชาชนชาวไทย ด้วยการให้วัคซีนในประชากรไทยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคให้มีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับที่เพียงพอต่อการป้องกันโรค อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับการบริการวัคซีนที่มีคุณภาพได้ตามมาตรฐาน สามารถป้องกันมิให้โรคที่เคยลดลงหรือหมดไปแล้วกลับมาระบาดใหม่หรือก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุข¹

เนื่องในโอกาสสมโภชมงคลที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีทรงเจริญพระชนมายุครบ 60 พรรษา ในวันที่ 2 เมษายน 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ “โครงการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบและหัด เณลิ้มพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558” เพื่อเทิดพระเกียรติและถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระองค์ท่าน โดยจะเน้นการจัดให้มีกิจกรรมการรณรงค์ให้วัคซีนที่จำเป็นครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ได้ตามเกณฑ์กำหนด อันจะเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้คนไทย

ห่างไกลจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นกำลังสำคัญที่จะร่วมกันพัฒนาประเทศไทยให้เข้มแข็งสืบไป¹

จังหวัดสิงห์บุรีได้ดำเนินการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในประชากรกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จำนวน 58,000 คน ตามแนวทางที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 จนถึงวันที่ 30 เมษายน 2558 ณ สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง หรือจุดนัดหมายและแผนการที่กำหนด และจากการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานจากแบบรายงานผลการรณรงค์เมื่อสิ้นเดือน เมษายน 2558 มีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักของจังหวัดสิงห์บุรีเพียงร้อยละ ๖๘.๓๒ ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนดร้อยละ 85 และเพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบถ้วนและมีระดับภูมิคุ้มกันอย่างทั่วถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีจึงได้ขยายเวลาดำเนินการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 20-50 ปี ออกไปจนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2558 และทำการประเมินความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน 2 วิธี คือ ประเมินจากแบบรายงานผลการรณรงค์ของหน่วยบริการในสังกัด ซึ่งมีความล่าช้าในการรายงานผลไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด และประเมินด้วยวิธีสำรวจ เพื่อตรวจสอบและเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการรายงาน และหาสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีน รวมทั้งเป็นตัวเลखความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักของจังหวัด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและเร่งรัดการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันด้วยวัคซีนต่อไป²

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อประเมินความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 20-50 ปี ในช่วงรณรงค์จังหวัดสิงห์บุรี ปี 2558

2. เพื่อศึกษาหาสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีน
ป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 20-50 ปี
ในช่วงรณรงค์จังหวัดสิงห์บุรี ปี 2558

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจชนิด Cross Sectional Survey โดยวิธี Cluster Sampling แบบ 30 Cluster Technique ซึ่งเป็นวิธีการที่องค์การอนามัยโลก(WHO) แนะนำให้ใช้ในการสำรวจความครอบคลุมของวัคซีน³ ดำเนินการสำรวจด้วยการการสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 20-50 ปี ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2558

การสุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นหาความครอบคลุมในระดับจังหวัด จึงกำหนดสุ่มเลือก ๓๐ หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 Cluster ตามสัดส่วนจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด

ในจังหวัดสิงห์บุรี 381 หมู่บ้าน สุ่มเลือกหมู่บ้านที่จะสำรวจแบบ systematic cluster sampling จาก ๖ อำเภอ ดังนี้ รายละเอียดดังตารางที่ 1

1. จัดทำบัญชีรายชื่ออำเภอ ตำบล หมู่บ้าน โดยเรียงตามลำดับเลขที่ของหมู่บ้าน หรือชุมชน เช่น หมู่ที่ 1, 2, 3 เป็นต้น และจัดทำบัญชีประชากรเป้าหมายสะสมเป็นรายหมู่บ้าน

2. คำนวณช่วงกลุ่มตัวอย่าง หรือ sampling interval จากสูตร

$$\text{sampling interval} = \frac{\text{จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดในอำเภอ}}{\text{จำนวนหมู่บ้านที่จะสุ่มสำรวจ}}$$

ตารางที่ 1 จำนวนหมู่บ้านที่เลือกสุ่มจำแนกรายอำเภอ ตามสัดส่วนหมู่บ้านทั้งหมด

อำเภอ	จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด	จำนวนหมู่บ้านที่สุ่ม(หมู่บ้าน)
เมืองสิงห์บุรี	75	6
บางระจัน	77	6
ค่ายบางระจัน	59	5
พรหมบุรี	42	3
ท่าช้าง	23	2
อินทร์บุรี	105	8
รวมจังหวัด	381	30

ขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ตารางนี้ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรเช่นเดียวกัน และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความ

เชื่อมั่น 95% สามารถ คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับประชากรที่มีขนาดเล็กได้ตั้งแต่ 10 ขึ้นไป ดังตารางที่ 2 วิธีการอ่านตาราง ผู้วิจัยต้องทราบขนาดของประชากร เช่น ถ้าประชากรมีขนาดเท่ากับ 2,000 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะเท่ากับ 322 คน เป็นต้น⁵

ตารางที่ 2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของโครงข่ายและมอร์แกน

ขนาด ประชากร	ขนาด ตัวอย่าง	ขนาด ประชากร	ขนาด ตัวอย่าง	ขนาด ประชากร	ขนาด ตัวอย่าง	ขนาด ประชากร	ขนาด ตัวอย่าง	ขนาด ประชากร	ขนาด ตัวอย่าง
10	10	100	80	280	162	800	260	2,800	338
15	14	110	86	290	165	850	265	3,000	341
20	19	120	92	300	169	900	269	3,500	346
25	24	130	97	320	175	950	274	4,000	351
30	28	140	103	340	181	1,000	278	4,500	354
35	32	150	108	360	186	1,100	285	5,000	357
40	36	160	113	380	191	1,200	291	6,000	361
45	40	170	118	400	196	1,300	297	7,000	364
50	44	180	123	420	201	1,400	302	8,000	367
55	48	190	127	440	205	1,500	306	9,000	368
60	52	200	132	460	210	1,600	310	10,000	370
65	56	210	136	480	214	1,700	313	15,000	375
70	59	220	140	500	217	1,800	317	20,000	377
75	63	230	144	550	226	1,900	320	30,000	379
80	66	240	148	600	234	2,000	322	40,000	380
85	70	250	152	650	242	2,200	327	50,000	381
90	73	260	155	700	248	2,400	331	75,000	382
95	76	270	159	750	254	2,600	335	100,000	384

สำหรับจังหวัดสิงห์บุรีมีประชากรเป้าหมายในการรณรงค์ให้วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก จำนวน 58,000 คน ดังนั้นจากตารางสำเร็จรูปของโครงข่าย และมอร์แกน จำนวนขนาดตัวอย่างที่ศึกษาจะอยู่ระหว่าง 381-382 คน โดยทำการสำรวจในพื้นที่หมู่บ้านที่สุ่มได้ 30 หมู่บ้านๆ ละไม่ต่ำกว่า 13 คน ตามแผนที่กำหนดในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แบบสัมภาษณ์การสำรวจ ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก

ประชากรอายุ 20 - 50 ปี คือผู้ที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2508 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2538 ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นมาเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย คำถามปลายปิด โดยแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ บ้านเลขที่ สัญชาติ สถานภาพ การศึกษา และอาชีพ ตอนที่ 2 ข้อมูลการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในช่วงรณรงค์ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เมษายน 2558 รวบรวมข้อมูลด้วยโปรแกรม Access 2010 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

โดยใช้การทดสอบ Chi-square ด้วยโปรแกรม SPSS V.11

ผลการศึกษา

จากการศึกษาในพื้นที่ 30 หมู่บ้านที่เลือกสุ่มได้ครั้งนี้ มีกลุ่มเป้าหมายประชาชนอายุ 20-50

ปี ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ จำนวน 841 คน จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของประชาชนอายุ 20 - 50 ปี ที่สำรวจในครั้งนี้จำนวน 30 หมู่บ้าน ที่สุ่มเลือกจากทั้งจังหวัด 6 อำเภอ 381 หมู่บ้าน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พื้นที่ดำเนินการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก 30 หมู่บ้าน

อำเภอ	ตำบล	Cluster ที่	จำนวนประชากรเป้าหมาย	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจ
เมืองสิงห์บุรี	บางมัญ	1	199	2	บ้านบางลำภู	28
	ม่วงหมี่	2	816	1	บ้านบางประทุน	25
	หัวไผ่	3	196	5	วัดข่อย	25
	คันโพธิ์	4	604	6	วัดยวด	31
	บางกระบือ	5	307	3	วัดประโชติ	30
	คันโพธิ์	6	109	4	ชุมชนวัดสว่างอารมณ์ (ชุมชนที่ 6 และ ม.4)	27
บางระจัน	สิงห์	7	127	9	ห้วยชุมแสง	17
	ไม้ดัด	8	330	8	ไม้ดัด	33
	โพชนไก่	9	132	9	โพธิ์หอม	26
	บ้านจำ	10	213	6	บ้านจำ	28
	สระแจง	11	197	1	บ้านสระแจง	29
	เชิงกลัด	12	210	7	บ้านดอนลันเต	30
ค่ายบางระจัน	บางระจัน	13	197	3	บ้านโคกพริ้ว	30
	คอทราย	14	124	5	หอคอย	29
	ท่าข้าม	15	103	2	ทองคั้งใต้	23
	โพสังโฆ	16	363	4	ดอนสะเดา	31
	โพทะเล	17	286	5	โพธิ์ทะเล	23
พรหมบุรี	บางน้ำเชี่ยว	18	126	1	บ้านวัดหลวง	22
	หัวป่า	19	159	3	หัวป่า	30
	พรหมบุรี	20	199	8	บ้านหม้อ	23

ตารางที่ 3 พื้นที่ดำเนินการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก 30 หมู่บ้าน

อำเภอ	ตำบล	Cluster ที่	จำนวนประชากร เป้าหมาย	หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนกลุ่ม เป้าหมายที่สำรวจ
ท่าช้าง	วิหารขาว	21	218	2	วิหารขาว	30
	โพธิ์ประจักษ์	22	368	4	บ้านละเมาะยุบ	31
อินทร์บุรี	อินทร์บุรี	23	666	4	บางทองคั่ง	33
	ประศุก	24	394	6	มุงชีน้ำร้าย	34
	จั่วราย	25	247	1	บ้านวัดน้อย	21
	ชีน้ำร้าย	26	245	3	วัดราษฎร์	26
	ท่างาม	27	147	8	บางตาโฉม	33
	ทองเอน	28	323	11	ตาลเดี่ยวเหนือ	23
	ห้วยชัน	29	263	3	การ้อง	39
	อินทร์บุรี	30	329	1	บางพระนอน	31
รวม	28 ตำบล	30	8,197 คน	30	หมู่บ้าน	841 คน

ประชากรที่ทำการสำรวจทั้งสิ้น 841 คน เป็นเพศชายร้อยละ 43.87 เพศหญิงร้อยละ 56.12 เมื่อจำแนกช่วงอายุของประชาชนที่สำรวจออกเป็น 3 ช่วง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-50 ปี ร้อยละ 43.88 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 20-29 ปี และอายุ 30-39 ปี ที่มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน เป็นสัญชาติไทยร้อยละ 99.52 และสัญชาติเมียนมาร์ร้อยละ 0.47 สถานภาพประชาชนที่สำรวจส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ร้อยละ 74.43 รองลงมามีสถานภาพโสด และหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 23.78 และ 1.78 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่ประชาชนที่สำรวจ

จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 28.80 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา/ปวช., มัธยมศึกษาตอนต้น, ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า, ปวส./ปวท./อนุปริญญา และปริญญาโทขึ้นไปตามลำดับ อาชีพของประชาชนที่ศึกษาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง พนักงานบริษัท/สถานประกอบการร้อยละ 46.84 รองลงมาเป็นอาชีพเกษตรกร ทำนา/สวน/ไร่, ค้าขาย, แม่บ้าน, ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และนักศึกษา(นปค.)ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนอายุ 20-50 ปี

ปัจจัยด้านประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	369	43.87
	หญิง	472	56.12
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD= 9.17)		Mean = 36.64	Min= 20 Max= 50
20 – 29 ปี		226	26.87
30 – 39 ปี		246	29.25
40 – 50 ปี		369	43.88
สัญชาติ	ไทย	837	99.52
	พม่า	4	0.47
สถานภาพ	โสด	200	23.78
	คู่	626	74.43
	หม้าย หย่า แยก	15	1.78
การศึกษา	ประถมศึกษา	217	28.80
	มัธยมศึกษาตอนต้น	198	23.54
	มัธยมศึกษา/ปวช.	207	24.61
	ปวส./ปวท./อนุปริญญา	77	9.15
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	125	14.86
	ปริญญาโทขึ้นไป	10	1.18
อาชีพ	เกษตรกร ทำนา/สวน/ไร่	97	11.53
	รับจ้าง พนักงานบริษัท	394	46.84
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	43	5.11
	แม่บ้าน	45	5.35
	ค้าขาย	225	26.75
	นักเรียน (นปค.)	37	4.39

2. ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในช่วงรณรงค์ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เมษายน 2558 และสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีน ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในช่วงรณรงค์ ร้อยละ 51.36 และสถานที่ที่ประชาชนไปรับบริการวัคซีนมากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นจุดนัด

หมายในหมู่บ้านร้อยละ 30.32 และในโรงพยาบาล, สถานที่ทำงาน, สถานศึกษาและต่างจังหวัดตามลำดับ ส่วนใหญ่ประชาชนที่ได้รับวัคซีนไปแล้วไม่มีอาการภายหลังได้รับการฉีดร้อยละ 69.21 มีเพียงร้อยละ 30.78 ที่มีอาการเล็กน้อยภายหลังได้รับวัคซีน ซึ่งได้แก่ มีไข้เล็กน้อยร้อยละ 40.60 มีอาการปวด บวมแดง เล็กน้อย บริเวณที่ฉีดร้อยละ 59.39

สาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.69 ไม่ว่าง ไม่มีเวลาไป จึงยังไม่ได้ไปฉีดวัคซีน รองลงมาไม่ทราบว่ามีอาการโรคให้วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ร้อยละ 23.47, กลัวฉีดแล้วไม่สบาย และได้ข่าวจากผู้ที่ไปฉีดมาแล้วว่ามีอาการแพ้มาก จึงไม่ไปฉีด ร้อยละ 11.01, เจ้าหน้าที่ หรืออสม. ไม่ได้นัด หรือแจ้งให้

ทราบ หรือไม่มีรายชื่อในทะเบียนเป้าหมายของอสม.จึงไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 8.31, ไม่สบาย มีโรคประจำตัวจึงไม่ไปฉีด ร้อยละ 3.66, จำนวนที่นัดหมายไม่ได้ เลยกำหนด และไม่เห็นประโยชน์ของการฉีดวัคซีน ร้อยละ 2.44 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในช่วงรณรงค์ฯ

	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับวัคซีน dT ช่วงรณรงค์		
ได้รับ	432	51.36
ไม่ได้รับ	409	48.64
สถานที่ไปรับบริการวัคซีนdT	432	
โรงพยาบาล	60	13.89
รพ.สต.	216	50.00
จุดนัดหมายในหมู่บ้าน	131	30.32
สถานที่ทำงาน	13	3.00
อื่นๆ สถานที่ศึกษาและต่างจังหวัด	12	2.77
อาการภายหลังการฉีดวัคซีน dT	432	
ไม่มีอาการ	299	69.21
มีอาการ	133	30.78
- มีไข้เล็กน้อย	54	40.60
- มีอาการปวด บวมแดง เล็กน้อย	79	59.39
- มีอาการรุนแรง/ช็อก(จำเป็นต้องนอนรักษาที่รพ.)	-	-
สาเหตุหลักที่ไม่ไปรับวัคซีน dT	409	
ไม่เห็นประโยชน์ของการฉีดวัคซีน	10	2.44
ไม่ว่าง ไม่มีเวลาไป	191	46.69
จำนวนที่นัดหมายไม่ได้, พ้นกำหนดแล้วจึงไม่ไป	10	2.44
ไม่สบาย มีโรคประจำตัว จึงไม่ไปฉีด	15	3.66
กลัวฉีดแล้วไม่สบาย จึงไม่ไปฉีด	45	11.01
เจ้าหน้าที่ หรืออสม. ไม่ได้นัด และแจ้งให้ทราบ	34	8.31
ไม่ทราบว่ามีอาการโรคให้วัคซีน dT	96	23.47
คิดว่าได้รับวัคซีนครบตั้งแต่เด็กแล้ว	3	0.73
อื่นๆ (ระบุ) ตั้งครรภ์ หลังคลอดไม่ถึง 1 ปี	5	1.22

และเมื่อนำข้อมูลทั่วไปที่ได้มาจำแนกปัจจัยทางด้านเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และอาชีพของประชากรที่สำรวจพบว่า ปัจจัยทางด้านอายุ และอาชีพมีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เห็นได้จากถ้าช่วงอายุมาก 40-50 ปี จะ

ได้รับการฉีดวัคซีนมากกว่าช่วงอายุน้อยๆ และอาชีพเกษตรกร ทำนา/สวน/ไร่ จะมีสัดส่วนของการได้รับวัคซีนมากกว่าอาชีพอื่นๆ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ สัญชาติ สถานภาพ และการศึกษาของประชากรที่สำรวจไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ รายละเอียดตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรที่มีผลต่อการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก

ปัจจัยด้านประชากร		ร้อยละ		Pearson Chi-square
		ฉีด	ไม่ฉีด	
เพศ	ชาย	48.50	51.49	0.151
	หญิง	53.60	46.49	
อายุ	20 – 29 ปี	44.70	55.30	0.00
	30 – 39 ปี	45.53	54.47	
	40 – 50 ปี	59.35	40.65	
สัญชาติ	ไทย	51.37	48.62	0.135
	พม่า	50.00	50.00	
สถานภาพ	โสด	52.00	48.00	0.473
	คู่	50.79	49.20	
	หม้าย หย่า แยก	66.66	33.34	
การศึกษา	ประถมศึกษา	54.77	45.63	0.572
	มัธยมศึกษาตอนต้น	51.51	48.49	
	มัธยมศึกษา/ปวช.	51.69	48.30	
	ปวส./ปวท./อนุปริญญา	45.45	54.54	
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	48.8	51.20	
	ปริญญาโทขึ้นไป	70.00	30.00	
อาชีพ	เกษตรกร ทำนา/สวน/ไร่	61.85	38.14	0.023
	รับจ้าง พนักงานบริษัท	53.81	46.19	
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	41.86	58.14	
	แม่บ้าน	46.66	53.34	
	ค้าขาย	44.00	56.00	
	นักเรียน (นปค.)	59.45	40.55	

อภิปรายผล

จากการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ในกลุ่มประชากรอายุ 20-50 ปี ในช่วงรณรงค์ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เมษายน 2558 พบว่า มีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนร้อยละ 51.36 และสถานที่ที่ประชาชนไปรับบริการวัคซีนมากที่สุดคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ประชาชนที่ได้รับวัคซีนไปแล้ว ไม่มีอาการภายหลังได้รับการฉีดร้อยละ 69.21 มีเพียงร้อยละ 30.78 ที่มีอาการเล็กน้อยภายหลังได้รับวัคซีน ซึ่งได้แก่ มีไข้เล็กน้อย และมีอาการปวด บวมแดง เล็กน้อยบริเวณที่ฉีด

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ตามแบบรายงานผลรณรงค์ให้วัคซีน dT แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 20 - 50 ปี ในระดับจังหวัด(แบบ dTC4) เมื่อสิ้นเดือน สิงหาคม 2558 พบว่า มีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนจากการรายงาน ร้อยละ 78.96 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 สิงหาคม

2558) จากเป้าหมายประชาชนอายุ 20-50 ปี จำนวน 58,000 คน ซึ่งจากเดิมเป้าหมายประชาชนอายุ 20 - 50 ปี แฟ้ม Person ของจังหวัดสิงห์บุรีก่อนการรณรงค์ จำนวน 85,268 คน จากประชากรทั้งหมดในจังหวัดสิงห์บุรีจำนวน 215,650 คน และหากคิดตามเป้าหมายเดิมก่อนการรณรงค์พบว่ามีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน 53.70 ซึ่งใกล้เคียงกันกับความครอบคลุมที่ได้จากการสำรวจร้อยละ 51.36 สาเหตุของการปรับจำนวนเป้าหมายประชาชนอายุ 20 - 50 ปี ในพื้นที่จาก 85,268 คน เป็น 58,000 คน เนื่องจากหน่วยบริการในพื้นที่บางแห่งดำเนินการสำรวจกลุ่มเป้าหมายไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด โดยให้ อสม.ไปสำรวจประชาชนที่อายุ 20 - 50 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ และแจ้งรายชื่อกลุ่มเป้าหมายให้กับเจ้าหน้าที่ทราบ ทำให้ได้ข้อมูลการสำรวจต่ำกว่าข้อมูลที่ได้จากแฟ้ม person มาก⁶ และได้รับการแจ้งยืนยันเป้าหมายอย่างเป็นทางการจากหน่วยงานในสังกัดเพื่อปรับยอดเป้าหมายการรณรงค์ดังกล่าว รายละเอียดแบบ dTC4 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แบบรายงานผลรณรงค์ให้วัคซีน dT แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 20 - 50 ปี ในระดับจังหวัด

อำเภอ	จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มีอยู่จริงในพื้นที่	กลุ่มเป้าหมายในจังหวัด				กลุ่มเป้าหมายนอกพื้นที่จังหวัด	ชาวต่างชาติ	ผลการให้วัคซีน
		กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่			กลุ่มเป้าหมายนอกพื้นที่			
		ได้รับในพื้นที่	ได้รับจากที่อื่น	ความครอบคลุม (%)				
เมืองสิงห์บุรี	18,442	10,185	2,571	69.16	1,061	369	141	11,756
บางระจัน	8,880	5,951	1,681	85.95	162	147	179	6,439
ค่ายบางระจัน	7,663	6,085	34	79.85	74	20	8	6,187
พรหมบุรี	5,554	4,069	659	85.13	249	131	309	4,758
ท่าช้าง	3,326	1,922	255	65.45	65	114	18	2,119
อินทร์บุรี	14,135	11,272	1,110	87.60	396	54	42	11,764
รวมจังหวัด	58,000	39,484	6,310	78.96	2,007	835	687	43,023

ที่มา: แบบ dTC4 ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2558

การรณรงค์ครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 20- 50 ปีทุกคนให้อยู่ในระดับเกินกว่าร้อยละ 85 ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันโรคในชุมชน (herd immunity) สามารถที่จะป้องกันไม่ให้โรคนี้อันตรายต่อไปได้⁷ แต่จากผลการรณรงค์ในภาพรวมของพื้นที่ในเขตภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ พบว่ามีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนร้อยละ 40.25 (ข้อมูล ณ วันที่ 9 เมษายน 2558) ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด จึงได้ขยายเวลาการรณรงค์ให้วัคซีนครอบคลุมประชากรอายุ 20 - 50 ปี ออกไปจนถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2558 ซึ่งคาดว่าจะการขยายเวลารณรงค์ออกไปอีก 3 เดือน จะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด⁷

สำหรับสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีน สามารถจำแนกได้ดังนี้

1. ไม่มีเวลาไป จึงยังไม่ได้ไปรับการฉีดวัคซีน เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง หรือเป็นพนักงานบริษัท/ในสถานประกอบการ เวลาทำงานส่วนใหญ่เป็นกะเช้า กะบ่าย และกะดึก ซึ่งเวลาการให้บริการวัคซีนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจตรงกับเวลาทำงานหรือเวลาพักผ่อน จึงทำให้พลาดการได้รับวัคซีน

2. ไม่ทราบว่ามีการรณรงค์ให้วัคซีนครอบคลุมประชากรอายุ 20 - 50 ปี เนื่องจากในช่วงของการรณรงค์ที่ผ่านมา มีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อมวลชน (mass media) ได้แก่ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต ฯลฯ น้อยมาก ประกอบกับระยะเวลาในการให้ข้อมูลและเตรียมกลุ่มเป้าหมายก่อนการรณรงค์ค่อนข้างจำกัด ทำให้กลุ่มเป้าหมายบางคนไม่ทราบข้อมูลและประโยชน์ของการได้รับวัคซีน

3. กลัวฉีดแล้วไม่สบาย จึงไม่ไปฉีด เนื่องจากมีข่าวลือเรื่องการเสียชีวิต และการอาการแพ้ภายหลังฉีด

วัคซีน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ก็ไม่พยายามศึกษาหาข้อเท็จจริงเพื่อชี้แจงให้กับกลุ่มเป้าหมายได้ทราบ

4. ไม่สบาย มีโรคประจำตัว จึงไม่ไปฉีด และไม่เห็นประโยชน์ของการฉีดวัคซีน จากข่าวลือเรื่องการแพ้วัคซีนที่ทำให้เจ็บป่วยและเสียชีวิต จึงทำให้กลุ่มเป้าหมายที่มีโรคประจำตัว สุขภาพอ่อนแอไม่กล้าไปรับบริการฉีดวัคซีน ซึ่งอาจจะทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบ หรือมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

5. จำวันนัดหมายไม่ได้, พันกำหนดแล้วจึงไม่ไป ประชากรที่สำรวจหลายคนให้เหตุผลว่าไม่มีรายชื่อในทะเบียนที่ อสม.สำรวจ และนัดหมายให้ไปฉีดวัคซีน ณ จุดนัดหมายที่กำหนด ทั้งๆ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นี้มานาน แต่ไม่ได้ย้ายชื่อตัวเองเข้ามาอยู่ในพื้นที่ตามทะเบียนบ้าน และกรณีเลยวันนัดหมายกำหนดฉีดวัคซีน เจ้าหน้าที่และ อสม.ก็ไม่ได้มาติดตาม และนัดหมายให้ไปรับการฉีดใหม่

6. คิดว่าได้รับวัคซีนครบตั้งแต่เด็กแล้ว กรณีประชากรที่สำรวจอายุ 20 ต้นๆ บางคนคิดว่าได้รับวัคซีนครบแล้วตั้งแต่เด็ก และบางคนก็มีความคิดว่าได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักมาแล้วครบ 3 เข็ม จะมีภูมิคุ้มกันโรค 10 ปี จึงไม่ไปรับบริการฉีดวัคซีน

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลผลการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนครอบคลุมประชากร และข้อมูลจากการรายงานผลการรณรงค์ จะเห็นได้ว่ามีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนใกล้เคียงกันเพียงร้อยละ 51 ด้วยสาเหตุต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ 85 (herd immunity) ที่จะสามารถป้องกันไม่ให้ โรคนี้อันตรายต่อไปได้⁷ ดังนั้นเพื่อให้ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนครอบคลุมประชากรเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดจึงเห็นควรดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ขยายเวลาการให้บริการวัคซีนออกไป เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ให้มารับวัคซีนให้ครอบคลุมตามเป้าหมายที่กำหนด โดย

1.1 กำหนดประเภทของกลุ่มคนที่มีลักษณะของการอยู่ในสถานที่และช่วงเวลาที่เข้าพบได้คล้ายๆ กัน(setting) ที่มีอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

1.2 กำหนดช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสม (เข้าถึงกลุ่มคนเป้าหมายได้ดี / สื่อสารหลายช่องทางสื่อสารเป็นระยะๆ)

1.3 กำหนดสถานที่ให้บริการฉีดวัคซีน และช่วงเวลาของการให้บริการฉีดวัคซีน ที่สอดคล้องกับความสะดวกในการรับบริการฉีดวัคซีนของกลุ่มคนเป้าหมาย

2. ส่วนกลางประชาสัมพันธ์ข้อมูลทาง mass media เพื่อความถี่ในการเผยแพร่ตามโอกาส

3. ส่วนกลางจัดสรรงบประมาณให้ระดับจังหวัด และส่งเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้วยการให้แรงเสริมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนและคณะทำงานทุกคนในโครงการสำรวจความครอบคลุมของการให้วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ประชาชนอายุ ๒๐-๕๐ ปี จังหวัดสิงห์บุรี ปี ๒๕๕๘ ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ได้สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานโครงการนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค. 2558. โครงการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบและหัด เกล็ดพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค. (อัดสำเนา).

2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. (2558). โครงการการสำรวจความครอบคลุมของการให้วัคซีน

คอตีบ-บาดทะยัก ประชาชนอายุ 20-50 ปี จังหวัดสิงห์บุรี ปี 2558. สิงห์บุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. (อัดสำเนา).

3.กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. 2551. การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

4.“ระเบียบวิธีสถิติ.” [Online]. เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/statstd/method1_04.html#sec_2. 2558.

5.มารยาท โยทของยศ และปราณี สวัสดิธรรมพ. “การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย.” [Online]. เข้าถึงได้จาก <http://research.bu.ac.th/knowledge/kn46/Sample size.pdf>. 2558.

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี, กลุ่มงานควบคุมโรค. 2558 มกราคม 20. รายงานผลการตรวจสอบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายรณรงค์ให้วัคซีน dT. สิงห์บุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. (อัดสำเนา).

7.กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. สรุปมติการประชุมคณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการที่ปรึกษาทางวิชาการ และคณะทำงานโครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา เพื่อคุ้มครองคนไทยจากโรคร้ายด้วยวัคซีน ปี 2558 ครั้งที่ 1/2558 วันศุกร์ที่ 10 เมษายน 2558 เวลา 10.00-12.00 น. ณ ห้องประชุมชัชวาทินเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 1 ชั้น 2. กรมควบคุมโรค. (อัดสำเนา).

8.วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. สื่อมวลชน. [Online]. เข้าถึงได้จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/สื่อมวลชน>.

