



วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

ISSN 2408-249X

ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๒

Vol. 4 No. 2

พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๑

May - August 2018

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย
- การรับรู้คุณภาพการให้บริการ : การอนุญาตประกอบกิจการจำหน่าย และสะสมอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
- ความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง
- การเข้าถึงยาสูบ การรับรู้ และการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของนักเรียน นักศึกษา ประชาชน และผู้จำหน่ายบุหรี่รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร
- เรือจำปลอดบุหรี่: ข้อเสนอทางกฎหมาย

บทความวิชาการ

- แนวทางจัดการแก้ไขปัญหาความเสียหายทางการแพทย์: ความปลอดภัยผู้ป่วย และระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด
- ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน
- ความคลาดเคลื่อนทางยา
- ระบบส่งต่อผู้ต้องขังป่วย
- อันตรายที่มากับน้ำแข็งปนเปื้อน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และการสุขาภิบาล

คำพิพากษาน่าสนใจ



สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยกว่าบุหรี่
ในจังหวัดหนองคาย
สิริกร นามลาบุตร และ ดร.วราณิษฐ์ ลำไย..... 133 - 151
- การรับรู้คุณภาพการให้บริการ : การอนุญาตประกอบกิจการจำหน่าย และสะสมอาหาร
ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
วรัฏฐกานต์ อัสวพรวิพุธ และคณะ..... 153 - 162
- ความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุข ใน
วาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง
ธนิดา อินทะจักร์ และคณะ..... 163 - 177
- การเข้าถึงยาสูบ การรับรู้ และการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของ
นักเรียน นักศึกษา ประชาชน และผู้จำหน่ายบุหรืรอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่
วาริพร ชูศรี และคณะ..... 179 - 193
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร
กนกวรรณ เชี่ยวศิริถาวร และคณะ..... 195 - 207

- เรือนจำปลอดบุหรี่: ข้อเสนอทางกฎหมาย
ฉัตรสุมน ฤทธิภูมิ..... 209 - 222

บทความวิชาการ

- แนวทางจัดการแก้ไขปัญหาความเสียหายทางการแพทย์: ความปลอดภัยผู้ป่วย
และระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด
ปาจรีย์ สำราญจิตต์..... 223 - 235
- ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน
ภัทรรัช เทศนอม..... 237 - 249
- ความคลาดเคลื่อนทางยา
กิตติพนธ์ เครือวงศ์..... 251 - 265
- ระบบส่งต่อผู้ต้องขังป่วย
จะได้ดดาว สารบรรณ..... 267 - 278
- อันตรายที่มากับน้ำแข็งปนเปื้อน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และการสุขาภิบาล
ชัชวาล สิงห์กันต์..... 279 - 293

คำพิพากษาที่น่าสนใจ

- เรื่องคดีบ่อขยะแพร่พิษ..... 296 – 302
- เรื่องคดีการปนเปื้อนสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ 303 - 306

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ ด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
3. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ
4. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

เจ้าของ

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน- ธันวาคม

ฝ่ายจัดการสารสนเทศ

นางสาวศิริมา ยี่มิเด็น

ฝ่ายจัดการทั่วไป

นางพิศมัย มณีแจ่มใส

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงษ์นิญโญ มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
ศ. เกียรติคุณ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. ดร. พญ. สาวิตรี อัมมฉัตรชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ. ดร. ปิยธิดา ตรีเดช	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ. ดร. สุรชาติ ฌ หนองคาย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก กรรมการสภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน
รศ. ดร. ลาวัณย์ ถนัดศิลปกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รศ. ดร. วรางคณา จันทร์คง	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รศ. ดร. พกัตร์พิมล มหรรณพ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
นางาตรีหญิง ดร. หฤทัย อาจปรั	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
อาจารย์นำพร อินสิน	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยราชภัฏ สกลนคร
ดร. นพ. ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
อาจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยศรีปทุม
แพทย์หญิง ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
นายวศิน พิพัฒน์ฉัตร	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
Manas Ranjan Behera	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก St Theresa International College

บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อำนาจแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

สำนักงาน

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

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116, 081 399 5215 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193
e-mail : phlaw.journal@gmail.com

พิมพ์ที่ บริษัท โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก (1997) จำกัด

บทบรรณาธิการแถลง

จากการที่กฎหมายเข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพและสาธารณสุขอย่างมาก วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขจึงถือกำเนิดขึ้นเพื่อรองรับงานวิจัยและงานวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพและสาธารณสุข วารสารนี้ได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 4 ซึ่งมีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจสามส่วน เป็นส่วนที่น่าสนใจบทความวิจัยจำนวน 6 บทความ อีกส่วนเป็นบทความวิชาการมีจำนวน 5 บทความ และมีคำพิพากษาที่เป็นคำสั่งศาลปกครองสูงสุด 2 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข

หากผู้สนใจบทความวิจัยและวิชาการ ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (full text) ได้ ที่ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือ เว็บไซต์ http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/index.html

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์มิญโญ

บรรณาธิการ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและต้นสังกัดพิจารณาบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร. พักตร์พิมล มหรรณพ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี	อาจารย์ ดร.ยุวณูช สัตยสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังกศิริ ทิพยารมย์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	อาจารย์กรรณิการ์ แจ้งวิจารณ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภชัย ปิตกุลตั้ง มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอี่ยมณีกุล มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย มหาวิทยาลัยมหิดล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมสุรางค์ เตชะบุญ เสริมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์มลินี สมภพเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล	อาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา จันทรคง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	อาจารย์ ดร.วัลลัรัตน์ พบศิริ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายวศิน พัฒนาฉัตร สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย	ดร.สุนิศา แสงจันทร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ศ. เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย สภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

การประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อม ให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย

สิริกร นามลาบุตร* ดร.วรานิษฐ์ ลำไย**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศ ศึกษา ปัญหา อุปสรรค มาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ และ เสนอแนวทางพัฒนา ประสิทธิภาพของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัย เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 400 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ ครอบคลุมตามสถานที่ที่จัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ ใช้แบบสอบถาม การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ เชิงลึก ประกอบด้วย พระสงฆ์ ข้าราชการ ครู/อาจารย์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้ประกอบการ ร้านอาหาร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดำรวจ รวม 14 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์และสรุปเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย พบว่า สถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ที่ต้องแสดงเครื่องหมายเขต ปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดในภาพรวม ร้อยละ 57.00 แต่พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ใน เขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 68.50 และพบว่ามีอุปกรณ์ หรือ สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ คิดเป็น ร้อยละ 75.30 ดังนั้น ทุกภาคส่วนควรประสานงานและร่วมกันรณรงค์เพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลง ควรแสดง สติกเกอร์เครื่องหมายปลอดบุหรี่ แสดงไว้ตามจุดต่างๆ ที่เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ส่งเสริมจัดกิจกรรมโครงการ โรงพยาบาล “คลินิกอดบุหรี่” มีแผ่นพับ เนื้อหาพิษภัยจากบุหรี่ รณรงค์ในงานกีฬาโรงเรียน ในร้านอาหาร มีการติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ให้ลูกค้าเห็นชัดเจน ปัญหา อุปสรรค การประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และไม่ต่อเนื่องการบังคับใช้กฎหมายบุหรี่ยังไม่เข้มข้น พฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของบุคคลเป็นเรื่องยาก สำหรับ แนวทางพัฒนาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต จัดทำสื่อรณรงค์ แผ่นพับ ที่นำเสนอความรู้เกี่ยวกับข้อมูลกฎหมายและเนื้อหาการรณรงค์ให้ปฏิบัติตาม กฎหมายอย่างเคร่งครัด จัดโครงการเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อม ให้ปลอดควันบุหรี่ ให้กำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ เพื่อประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้าน สิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

ข้อเสนอแนะ พบว่า 1) หน่วยงานภาครัฐควรปรับแผนยุทธศาสตร์ในการทำงานด้านการ ควบคุมบุหรี่และป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยให้การสนับสนุนงานในลักษณะส่วนบุคคล เครือข่าย 2) หน่วยงานภาครัฐควรสร้างความร่วมมือกับกลุ่มเครือข่ายในด้านกิจกรรมให้ความรู้ รณรงค์เกี่ยวกับพิษภัย บุหรี่ 3) การส่งเสริมการดำเนินงานจะต้องสอดคล้องและดำเนินงานไปพร้อมๆ กัน

คำสำคัญ ประสิทธิภาพ/ มาตรการ /สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่

* นักวิจัยอิสระ, ที่อยู่ 148 หมู่ 12 ตำบลโพธิ์ชัย อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

** อาจารย์พิเศษ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และนักวิจัยอิสระ และผู้ส่งบทความ

The assessment of the effectiveness of the national measures for smoke-free environment in Nong Khai Province

Sirikorn Namlabut^{*} Waranist Lamyai^{**}

Abstract

This research project aims to assess the effectiveness of national measures, to study problems and obstructions of the existing national measures, and to propose guidelines to improve the effectiveness of the national measures for smoke-free environment in Nong Khai. It is an integrated research study using quantitative and qualitative methods. The research was conducted using quantitative data collection and a random sampling method for 400 respondents. The study covered locations that were classified as non-smoking areas. Additionally, the qualitative data collection, through in-depth interviews, was carried out for 14 informants, consisting of: monk, government official agent, teacher, provincial health representatives, restaurant operator, district health promotion, and police officer. The data was collected and analyzed using descriptive statistics and percentages. Utilizing a qualitative method, the information from the in-depth interviews was also analyzed and summarized.

The following results were obtained. No smoking area signs were not posted on public area 57.00%. 68.50% smokers found at the area of non-smoking. There was equipment or facilities for smoking were provided at the premises 75.30%. All involved authorities expressed their concerned and work together in order to reduce the number of smokers. Non-smoking stickers were displayed at various points in non-smoking areas. Hospitals initiated the “Smoking Cessation Clinic”. Some schools integrated campaigns in sport events to fight against cigarettes smoking. Restaurants displayed obvious non-smoking stickers. Despite all the efforts, there were some hindrances to a successful smoke-free environment due to discontinuous and limited publicity, unclear and lack of rigorous law enforcement on tobacco control, and smoking behavior of individuals.

The recommend that all related agencies should extensively publicize smoking law. All the authorities concerned should organize some collaborative networking projects to exchange knowledge on how to create a smoking-free environment. For improving effectiveness of the national measures and enhancing smoke-free environment in Nong Khai, all the above recommendations should be developed into practical policies, sustainable measures, and viable activities/projects

Keywords: effectiveness / measures / smoke-free environment

* Independent researcher, address: 148 m.12 Pochai NongKhai province

** Guest Lecturer, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University and Independent researcher, and Corresponding Author.

บทนำ

ปัจจุบันการสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ โดยภาพรวมของสถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย ในปี 2554 ผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก พบว่าประชากรไทย มีผู้บริโภคนิโคตินมีควัน ประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 24 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ชายไทยยังคงสูบบุหรี่สูงมากถึงร้อยละ 46.6 และมีอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองเพิ่มขึ้น ทั้งที่ทำงาน ที่บ้าน และสถานที่สาธารณะต่างๆ ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามกฎหมาย เช่น ตลาดสด หรือตลาดนัด มีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองสูงสุด ร้อยละ 68.8 เมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจในปี 2552 กับปี 2554 พบอีกว่า เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ที่อายุน้อยลง คือ จากเริ่มสูบประจำเมื่ออายุเฉลี่ย 18.5 ปี เป็น 17.4 ปี เยาวชนกลุ่มอายุ 15-17 ปี ยังคงเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย เห็นได้จากการซื้อบุหรี่แบบแบ่งมวนขายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.3 เป็นร้อยละ 88.3 (ผู้จัดการออนไลน์, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับ สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2559 พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรเพศชายมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดน้อยกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 33.72 และร้อยละ 64 นอกจากนี้การสำรวจยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 เพศหญิงมีอัตราการบริโภคยาสูบต่ำสุด จากทุกปีที่ผ่านมาคือร้อยละ 1.8 จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติในปีพ.ศ. 2558 อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-18 ปี 19-24 ปี 25-40 ปี 41-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 7.92, 20.20, 23.23, 22.53 และ 13.95 ตามลำดับในทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปี พ.ศ. 2556 ยกเว้นกลุ่มอายุ 19-24 ปี และกลุ่มอายุ 41-59 ปี กลุ่มอายุที่มีอัตราการลดการสูบบุหรี่สูงสุด คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (อัตราการเปลี่ยนแปลงในรอบ 24 ปี ลดลงเท่ากับร้อยละ 57.64) ส่วนในกลุ่มอายุ 41-59 ปี 25-40 ปี 15-18 ปี และ 19-24 ปี มีอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลง 40.93, 35.97, 34.22 และ 32.51 ตามลำดับ (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ ปวีณา ปั่นกระจำง และสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559 : 20-23)

ในขณะที่ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพของคนไทย พ.ศ.2549 พบประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย คือ โรคหลอดเลือดและหัวใจ เป็นโรคเรื้อรังอันดับหนึ่งของคนไทย เป็นสาเหตุการตายมากกว่าปีละ 65,000 ราย องค์การอนามัยโลก ระบุว่าประมาณหนึ่งในสี่ของโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นผลจากการสูบบุหรี่ นั่นคือคนไทยประมาณ 16,250 คน ที่เสียชีวิตจากโรคนี้เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ ในจำนวนคนไทย 10 ล้านคนที่สูบบุหรี่ 6 ล้านคน เป็นผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่ผู้สูบบุหรี่จะเริ่มป่วยเป็นโรคหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจวายระหว่างอายุ 35-55 ปี การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากเป็นผลจากการสูบบุหรี่แล้วยังเป็นผลจากการได้รับควันบุหรี่มือสองด้วย โดยควันบุหรี่มือสองทำให้เลือดแข็งตัวง่ายขึ้น ทำให้เยื่อหลอดเลือดฝอยอักเสบ และทำให้เส้นเลือดแข็งตัว ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างต่อเนื่องเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบร้อยละ 25-30 กลุ่มโรคที่สำคัญคือ โรคมะเร็งซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่สองของคนไทย โดยการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งในคนถึง 10 ชนิด ตั้งแต่ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก มะเร็งช่องปาก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งหลอดอาหารมะเร็งตับอ่อน และมะเร็งไต ทั้งนี้เพราะ

หลักฐานทางวิทยาศาสตร์พิสูจน์แล้วว่า ควันบุหรี่ปริมาณที่ประกอบด้วยสารก่อมะเร็งเกินกว่า 50 ชนิด เมื่อคนเราหายใจเข้าสู่ปอด สารก่อมะเร็งจากควันบุหรี่ปริมาณนี้จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดและไหลเวียนไปทั่วร่างกาย จึงทำให้เกิดมะเร็งตามอวัยวะต่างๆ ที่พิสูจน์แล้วถึง 10 ชนิดนักวิทยาศาสตร์มั่นใจว่าจะสามารถพิสูจน์ว่าบุหรี่ปริมาณนี้เป็นสาเหตุของมะเร็งอวัยวะต่างๆ เพิ่มขึ้นอีกอย่างแน่นอนในอนาคต ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประมาณร้อยละ 30 ของมะเร็งทุกชนิดมีสาเหตุมาจากการได้รับควันบุหรี่ปริมาณนี้ทั้งจากที่สูบเอง และที่ได้รับจากที่คนอื่นสูบ ในประเทศที่กำลังพัฒนา ประมาณร้อยละ 20 ของมะเร็งทุกชนิดมีสาเหตุมาจากการได้รับควันบุหรี่ปริมาณนี้ คือ ควันบุหรี่ปริมาณนี้เป็นแหล่งของสารก่อมะเร็งที่สำคัญที่สุด แหล่งสารก่อมะเร็งอื่นๆ เช่น มลพิษในอากาศจากรถยนต์และโรงงานอุตสาหกรรม จากอาหาร เช่น สารก่อมะเร็งในอาหารหมักดอง หรืออาหารปิ้งๆ ย่างๆ ที่ไหม้เกรียม ทั้งหมดนี้รวมกันแล้วยังมีจำนวนสารก่อมะเร็งน้อยกว่าในควันบุหรี่ปริมาณที่สำคัญการควบคุมแหล่งสารก่อมะเร็งจากควันบุหรี่ปริมาณนี้ เมื่อเทียบกับการควบคุมแหล่งสารก่อมะเร็งจากมลพิษในอากาศหรือจากโรงงานอุตสาหกรรม การควบคุม ดังนั้นการจัดระเบียบการสูบบุหรี่ปริมาณนี้ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของคนที่ไม่สูบบุหรี่ปริมาณนี้จากควันบุหรี่ปริมาณที่คนอื่นสูบ กฎเกณฑ์ต่างๆ ที่กำหนดให้สถานที่สาธารณะต่างๆ เป็นเขตที่ห้ามสูบบุหรี่ปริมาณนี้หรือที่รับรู้ว่าเป็น “เขตปลอดบุหรี่ปริมาณนี้” จึงถูกกำหนดขึ้นปี พ.ศ.2550 องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ทั่วโลกณรงค์ให้ “สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ปริมาณนี้” หรือ “Smoke Free Environment” โดยการเรียกร้องให้สถานที่สาธารณะ ที่ทำงาน พาหนะเดินทางและบ้านปลอดบุหรี่ปริมาณนี้ หรืออีกนัยหนึ่ง สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ปริมาณนี้ 100 % เพราะเครื่องระบายอากาศหรือเครื่องกรองอากาศไม่สามารถลดระดับของควันบุหรี่ปริมาณที่มีสองภายในอาคารให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ เอกสารขององค์การอนามัยโลกเน้นย้ำว่า เหตุผลที่ต้องปลอดควันบุหรี่ปริมาณนี้ เพราะ ควันบุหรี่ปริมาณนี้มีสองเป็นสาเหตุของโรคร้ายแรงและการเสียชีวิตสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ปริมาณนี้ 100% สามารถป้องกันพนักงานและผู้คนจากโรคร้ายที่มีสาเหตุมาจากควันบุหรี่ปริมาณที่มีสองได้ อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด สิทธิที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์ ปราศจากควันบุหรี่ปริมาณที่มีสอง เป็นสิทธิของคนทุกคน คนส่วนใหญ่ในสังคมเป็นคนที่ไม่สูบบุหรี่ปริมาณนี้ และมีสิทธิที่จะไม่ต้องรับควันบุหรี่ปริมาณที่มีสองจากคนสูบบุหรี่ปริมาณนี้ รายงานผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่า การห้ามสูบบุหรี่ปริมาณนี้ในทุกพื้นที่สาธารณะ ได้รับการสนับสนุนจากทั้งคนที่ไม่สูบบุหรี่ปริมาณนี้และคนสูบบุหรี่ปริมาณนี้ สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ปริมาณนี้ส่งผลดีต่อธุรกิจ ครอบครัวที่มีลูกในวัยเด็ก คนที่ไม่สูบบุหรี่ปริมาณนี้ แม้แต่คนสูบบุหรี่ปริมาณนี้ มักจะชอบไปใช้บริการในสถานที่ที่ปลอดควันบุหรี่ปริมาณนี้ สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ปริมาณนี้ ช่วยกระตุ้นให้คนสูบบุหรี่ปริมาณนี้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ปริมาณนี้ลงมือลดหรือเลิกสูบบุหรี่ปริมาณนี้ได้ สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ปริมาณนี้ ช่วยป้องกันผู้คน โดยเฉพาะวัยรุ่น จากการเริ่มสูบบุหรี่ปริมาณนี้ (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ปริมาณนี้, 2556 อ้างถึงใน ประกิจ วาทีสาธกิจ บทความออนไลน์) ซึ่งสอดคล้องกับ พล.ร.อ.ณรงค์ พิพัฒนาศัย รองนายกรัฐมนตรี ประธานกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประชุมบอร์ด สสส. ครั้งที่ 6/2559 ว่า ที่ประชุมเห็นชอบโครงการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมยาสูบของเขตจังหวัด ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เสนอเพื่อสนับสนุนเขตและจังหวัดในพื้นที่ให้มีการขับเคลื่อนและเพื่อติดตามความสำเร็จจากการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ.2559-2562 โดยมีมาตรการระดับจังหวัด ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความเข้มแข็ง อาทิ การพัฒนาโครงการและกลไกการควบคุมยาสูบ กำหนด

เป้าหมาย แผนงานของพื้นที่ 2) สร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ 3) พัฒนาระบบและบุคลากรช่วยเหลือ ยาสูบ และ 4) การป้องกันผู้สูบบุหรี่ใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน ในการสร้างความตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ พัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ โดยทางกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ภายในระยะเวลา 3 ปี (ปี 2560-2562) จะดำเนินการเพื่อลดอัตราจำนวนประชากรผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จากปัจจุบันร้อยละ 19.9 ให้เหลือร้อยละ 16.7 และลดอัตราการรับควันบุหรี่มือสองให้เหลือร้อยละ 25 (ผู้จัดการออนไลน์, 2559)

จังหวัดหนองคายมีอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2548 อยู่ในลำดับที่ 51 ของประเทศไทย อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 24.16 ในปีพ.ศ. 2550 ลำดับที่ 47 อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 24.04 และในปี พ.ศ. 2554 ลำดับที่ 47 อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 23.26 (สศ. และสจย., 2559: 32 อ้างถึงใน สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550; 2554) ถึงแม้อัตราการสูบบุหรี่ของคนในจังหวัดหนองคายไม่ได้อยู่ในลำดับต้นๆ ของประเทศ แต่ผู้บริหารและสาธารณสุขจังหวัดหนองคายต้องการให้เยาวชน และ ประชาชนในพื้นที่ มีสุขภาพที่ดี ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวข้างต้น คณะที่มิวิจัยจึงทำการศึกษา การประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ในจังหวัดหนองคาย 2) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค มาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ในจังหวัดหนองคาย และ 3) เพื่อเสนอแนวทางพัฒนาประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

วิธีการศึกษา

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นข้อมูลศึกษาจากภาคสนาม (Field Study) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่คณะที่มิวิจัยสร้างขึ้น
2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร (Documentary Study) ซึ่งจะได้จากหนังสือ เอกสาร งานวิจัย อินเทอร์เน็ต และวิทยานิพนธ์ ตลอดจนถึงบทความที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับกำหนดกรอบแนวคิด และลักษณะประเด็นปัญหาการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะทำการศึกษาคือจังหวัดหนองคายในพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553) เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 (ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค, 2559)

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในจังหวัดหนองคาย ทั้งสิ้น 400 คน จำนวนประชากรจังหวัดหนองคาย เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 รวม 520,363 คน แยกเป็นชาย 259,681 คน หญิง 260,682

คน (ระบบสถิติทางการทะเบียน, 2559) โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณตามสูตรของยามาเน โดยให้มีระดับ ความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญหรือตามความสะดวก (convenience sampling) ทั้งหมด 400 คนและประเมินตามสถานที่ต่างๆ 400 แห่งตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น

การการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth-interview) และการสังเกตอย่างไม่เป็นทางการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นกลุ่มกับการสัมภาษณ์ 400 คน ใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะจง และอยู่ในพื้นที่จังหวัดหนองคาย มีทั้งเพศชายหญิง คละกัน ประกอบไปด้วย ตัวแทนพระสงฆ์ ตัวแทนข้าราชการ ตัวแทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตัวแทนครู/อาจารย์ ตัวแทนสาธารณสุขจังหวัด ตัวแทนผู้ประกอบการร้านอาหาร ตัวแทนผู้ประกอบการรีสอร์ท ตัวแทนสำนักงานปราชญ์ ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนตำรวจ/พนักงานสอบสวนคดี รวม 14 คน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของสถานที่ที่ทำการประเมินประสิทธิผลของมาตรการ ระดับประเทศ ด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยวันบุรี

สถานที่	จำนวน	ร้อยละ
สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ	30	7.50
สถานศึกษา	40	10.00
สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน	225	56.25
ยานพาหนะและสถานีขนส่งสาธารณะ	12	3.00
ศาสนสถาน สถานปฏิบัติธรรมในศาสนาและนิกายต่างๆ เช่น วัด มัสยิด โบสถ์	93	23.25
รวม	400	100.00

ตารางที่ 1 พบว่า สถานที่ที่ประเมิน ได้แก่สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 30 แห่ง ร้อยละ 7.50 สถานศึกษา จำนวน 40 แห่ง ร้อยละ 10.00 สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน 225 แห่ง ร้อยละ 56.30 ยานพาหนะและสถานีขนส่งสาธารณะ จำนวน 12 แห่ง ร้อยละ 3.00 และศาสนสถาน สถานปฏิบัติธรรมในศาสนาและนิกายต่างๆ เช่น วัด มัสยิด โบสถ์ จำนวน 93 แห่ง ร้อยละ 23.30

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	195	48.75
- หญิง	205	51.25
อายุ		
- 15-18 ปี	18	4.50
- 19 -24 ปี	36	9.00
- 25 - 40 ปี	148	37.00
- 41 -59 ปี	133	33.25
- 60 ปีขึ้นไป	65	16.25
อายุเฉลี่ย = 42 ปี		
อายุต่ำสุด = 15 ปี		
อายุสูงสุด = 84 ปี		
สถานภาพ		
- โสด	182	45.50
- สมรส	171	42.75
- หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	47	11.75
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	14	3.50
- ประถมศึกษา	72	18.00
- มัธยมศึกษาตอนต้น	61	15.25
- มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า หรือปวช.	53	13.25
- อนุปริญญา หรือเทียบเท่า หรือ ปวส.	119	29.75
- ปริญญาตรี	78	19.50
- สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.75
อาชีพ		
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	54	13.50
- นักเรียน/นักศึกษา	42	10.50
- รับจ้างทั่วไป	60	15.00
- ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ	18	4.50
- ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	91	22.75
	23	5.75

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
- ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ	19	4.75
- แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ	29	7.25
- เกษตรกร/ประมง	62	15.50
- ว่างาน	2	0.50
- อื่นๆ		

ตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 51.25 เป็นเพศชาย ร้อยละ 48.75 มีอายุเฉลี่ย 42 ปี มีสถานภาพ โสด ร้อยละ 45.50 สมรส ร้อยละ 42.75 และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 11.75 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 29.75 รองลงมาเป็นระดับปริญญาตรี ร้อยละ 19.50 และส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นลูกจ้าง/พนักงานบริษัท อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 22.75 รองลงมาว่างงาน ร้อยละ 15.50

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย (n=100)

ที่	ประเด็น	ผลการประเมิน	
		พบ	ไม่พบ
เขตปลอดบุหรี่			
1	ต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด	228 (57.00)	172 (43.00)
2	ไม่มีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่	126 (31.50)	274 (68.50)
3	ไม่มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่	99 (24.80)	301 (75.30)
เขตสูบบุหรี่บริเวณที่มีระบบปรับอากาศ			
4	ต้องมีการระบายอากาศถ่ายเทหมุนเวียนระหว่างภายนอกอาคารและภายในเขตสูบบุหรี่ ไม่น้อยกว่า 50 ลูกบาศก์ฟุต/นาที/คน	25 (6.30)	375 (93.80)
เขตสูบบุหรี่			
5	ไม่อยู่ในบริเวณที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนที่อยู่บริเวณข้างเคียง	362 (90.50)	38 (9.50)
6	ไม่อยู่ในบริเวณทางเข้า-ออกของสถานที่ที่มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่	364 (91.00)	36 (9.00)

ที่	ประเด็น	ผลการประเมิน	
		พบ	ไม่พบ
7	ไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผยอันเป็นที่เห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น	364 (91.00)	36 (9.00)
เครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตสุบบุหรี			
8	เครื่องหมายของเขตสุบบุหรี มีลักษณะเป็นวงกลมพื้นสีขาวมีขอบสีฟ้า 1 ใน 10 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ที่มีความยาวรวมกันไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร โดยมีรูปมวนบุหรีชิกาเรตและคว้นสีด้าอยู่ตรงกลาง ความกว้างของมวนบุหรีชิกาเรตต้องเท่ากับความหนาของขอบสีฟ้า และความยาวของมวนบุหรีชิกาเรตต้องไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง โดยให้มีข้อความ “เขตสุบบุหรี” หรือข้อความอื่นทำนองเดียวกันด้วยตัวอักษร “อังสะนา นิว” (Angsana New) หรือตัวอักษรอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเป็นตัวหนาสีแดง มีขนาดไม่น้อยกว่า 50 พอยต์ ประกอบอยู่บริเวณใกล้เคียงกับวงกลม	73 (18.30)	372 (81.80)
9	การแสดงเครื่องหมายของเขตสุบบุหรี จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผย และสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ภายในบริเวณสถานที่ที่จัดไว้เป็นเขตสุบบุหรี ในกรณีที่สถานที่ดังกล่าวมีช่องทางเข้าอย่างชัดเจน จะต้องแสดงเครื่องหมายเขตสุบบุหรี ณ บริเวณ ทางเข้าทุกช่องทาง ของสถานที่ดังกล่าวด้วย	73 (18.30)	372 (81.80)
เครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี			
สถานที่สาธารณะ ประเภทกลางแจ้งหรือในส่วนที่เป็นบริเวณกลางแจ้ง			
10	เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี มีลักษณะเป็นวงกลมพื้นสีขาวมีขอบสีแดงหนา 1 ใน 10 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ที่มีความยาวรวมกันไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร โดยมีรูปมวนบุหรี ชิกาเรตและคว้นสีด้าอยู่ตรงกลางและมีเส้นสีแดงพาดทับ ความกว้างของมวนบุหรีชิกาเรต และเส้นสีแดงพาดทับต้องเท่ากับความหนาของขอบสีแดง และความยาวของมวนบุหรีชิกาเรตต้องไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง โดยให้มี ข้อความ “ห้ามสุบบุหรี ฝ่าฝืนมีโทษปรับ 2,000 บาท” หรือข้อความทำนองเดียวกันด้วยตัวอักษร “อังสะนา นิว” (Angsana New) หรือตัวอักษรอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเป็นสีแดง มีขนาดไม่น้อยกว่า 50 พอยต์ ประกอบอยู่บริเวณใกล้เคียงกับวงกลม	253 (63.30)	147 (36.80)

ที่	ประเด็น	ผลการประเมิน	
		พบ	ไม่พบ
11	การแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ในกรณีสถานที่ดังกล่าวมีช่องทางเข้าอย่างชัดเจน จะต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ณ บริเวณ ทางเข้า ทุกช่องทาง ของสถานที่ดังกล่าวด้วย	228 (57.00)	172 (43.00)
สถานที่สาธารณะ ประเภทอาคารหรือสิ่งก่อสร้างหรือในส่วนที่เป็นอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง			
12	เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ มีลักษณะเช่นเดียวกับ ข้อ 10	109 (27.30)	291 (72.80)
13	การแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้ ณ บริเวณทางเข้าทุกช่องทาง ของสถานที่ดังกล่าว	78 (19.50)	322 (80.50)
สถานที่สาธารณะ ประเภทที่ตั้งอยู่ภายในอาคาร สิ่งก่อสร้างหรือยานพาหนะ ให้มีเครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่			
14	เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่มีลักษณะเช่นเดียวกับ ข้อ 10 การแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้ ณ บริเวณทางเข้าทุกช่องทาง ของสถานที่ดังกล่าว	77 (19.30)	323 (80.80)
15	เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ มีลักษณะเป็นวงกลม พื้นสีขาวมีขอบสีแดงหนา 1 ใน 10 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ที่มีความยาวรวมกันไม่ต่ำกว่า 5 เซนติเมตร โดยมีรูปมวนบุหรี่ชี้กาแรต และควันสีดำอยู่ตรงกลางและมีเส้นสีแดงพาดทับ ความกว้างของมวนบุหรี่ชี้กาแรต และเส้นสีแดงพาดทับต้องเท่ากับความหนาของขอบสีแดง และความยาวของมวนบุหรี่ชี้กาแรตต้องไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง โดยอาจจัดให้มีข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ 2,000 บาท” หรือข้อความอื่นทำนองเดียวกันด้วยตัวอักษร “อังสะนา นิว” (Angsana New) หรือตัวอักษรอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเป็นตัวหนาสีแดง มีขนาดไม่น้อยกว่า 25 พอยต์ ประกอบอยู่บริเวณใกล้เคียงกับวงกลมก็ได้การแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ภายในบริเวณของสถานที่ดังกล่าว	132 (33.00)	268 (67.00)

ที่	ประเด็น	ผลการประเมิน	
		พบ	ไม่พบ
สถานที่สาธารณะ ประเภทที่เป็นยานพาหนะ			
16	เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่มีลักษณะเช่นเดียวกับ ข้อ 15	12 (100.00)	0
17	การแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ภายในบริเวณยานพาหนะ	12 (100.00)	0

1. ผลการประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในแต่ละสถานที่ ในจังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นสถานที่สาธารณะที่ให้มีคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด จากการศึกษาเปรียบเทียบในแต่ละสถานที่ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1.1 เขตปลอดบุหรี่

1.1.1 ต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด จากการศึกษาพบว่า สถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ ต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด คือ สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ สถานศึกษา ร้อยละ 87.5 และ ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 91.7 จะเห็นได้ว่า สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพทุกแห่ง ได้ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขคือต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ในขณะที่สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน และศาสนสถานนั้นยังมีบางสถานที่ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขคือ ไม่มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่แสดงให้เห็น ร้อยละ 49.8 และ ร้อยละ 58.1 ตามลำดับ

1.1.2 ไม่มีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะไม่มีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 91.7 สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพไม่มีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 83.3 และ สถานศึกษาไม่มีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 72.5 ในขณะที่สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 85.3 และศาสนสถาน ร้อยละ 69.9

1.1.3 ไม่มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะไม่มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 91.7 สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 76.7 และ สถานศึกษาไม่มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 65.0 ในขณะที่สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน พบว่า มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.7 และศาสนสถาน ร้อยละ 90.3

1.2 เขตสุบบุหรี่บริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

เขตสุบบุหรี่บริเวณที่มีระบบปรับอากาศ มีการระบายอากาศถ่ายเทหมุนเวียนระหว่างภายนอกอาคารและภายในเขตสุบบุหรี่ ไม่น้อยกว่า 50 ลูกบาศก์ฟุต/นาฬิกา/คน จากการศึกษาพบว่าในแต่ละสถานที่ที่ศึกษานั้น ส่วนใหญ่ไม่พบว่ามีเขตสุบบุหรี่บริเวณที่มีระบบปรับอากาศ มีการระบายอากาศถ่ายเทหมุนเวียนระหว่างภายนอกอาคารและภายในเขตสุบบุหรี่ ไม่น้อยกว่า 50 ลูกบาศก์ฟุต/นาฬิกา/คน กล่าวคือ สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 76.7 สถานศึกษา ร้อยละ 97.5 สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ร้อยละ 92.9 ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 91.7 และ ศาสนสถาน ร้อยละ 100

1.3. เขตสุบบุหรี่

1.3.1 ไม่อยู่ในบริเวณที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนที่อยู่บริเวณข้างเคียง จากการศึกษาพบว่า สถานที่ที่ศึกษาแต่ละแห่งส่วนใหญ่เขตสุบบุหรี่ไม่อยู่ในบริเวณที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนที่อยู่บริเวณข้างเคียง กล่าวคือ ศาสนสถาน ร้อยละ 97.8 สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ร้อยละ 89.8 สถานศึกษา ร้อยละ 95.0 สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 76.7 และยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 66.7

1.3.2 ไม่อยู่ในบริเวณทางเข้า-ออกของสถานที่ที่มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า สถานที่ส่วนใหญ่ เขตสุบบุหรี่ไม่อยู่ในบริเวณทางเข้า-ออกของสถานที่ที่มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ กล่าวคือ ศาสนสถาน ร้อยละ 98.9 สถานศึกษา ร้อยละ 97.5 สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ร้อยละ 89.8 ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 75.0 และสถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 73.3

1.3.3 ไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผยอันเป็นที่เห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น จากการศึกษาพบว่า สถานที่ส่วนใหญ่ เขตสุบบุหรี่ไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผยอันเป็นที่เห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น กล่าวคือ ศาสนสถาน ร้อยละ 98.9 สถานศึกษา ร้อยละ 97.5 สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ร้อยละ 89.8 ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 75.0 และสถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 73.3

1.4. เครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตสุบบุหรี่

1.4.1 เครื่องหมายของเขตสุบบุหรี่ มีลักษณะเป็นวงกลมพื้นสีขาวมีขอบสีฟ้า 1 ใน 10 ของ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ที่มีความยาวรวมกัน ไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร โดยมีรูปมวนบุหรี่ยีกาแรตและคว้นสีดำอยู่ตรงกลาง ความกว้างของมวนบุหรี่ยีกาแรตต้องเท่ากับความหนาของขอบสีฟ้าและความยาวของมวนบุหรี่ยีกาแรตต้องไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง โดยให้มีข้อความ “เขตสุบบุหรี่” หรือข้อความอื่นทำนองเดียวกันด้วยตัวอักษร “อังสะนา นิว” (Angsana New) หรือตัวอักษรอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเป็นตัวหนาสีแดง มี ขนาดไม่น้อยกว่า 50 พอยต์ ประกอบอยู่บริเวณใกล้เคียงกับวงกลม จากการศึกษาพบว่า ศาสนสถาน ไม่พบเครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตสุบบุหรี่ (สติ๊กเกอร์สีฟ้า) ร้อยละ 100 เนื่องจากวัดเป็นสถานที่เขตปลอดบุหรี่ย 100% ส่วนสถานที่อื่นๆ ยังพบ เครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตสุบบุหรี่

(สตีกเกอร์สีฟ้า) กล่าวคือ สถานศึกษา ร้อยละ 70 ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 41.7 สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 23.3 และสถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ร้อยละ 14.7 แสดงว่าสถานที่ทั้ง 4 กลุ่ม มีการจัดโซนเขตสุขบุรีแยกไว้

1.4.2 การแสดงเครื่องหมายของเขตสุขบุรีจะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผย และสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ภายในบริเวณสถานที่ที่จัดไว้เป็นเขตสุขบุรี ในกรณีที่สถานที่ดังกล่าวมีช่องทางเข้าอย่างชัดเจน จะต้องแสดงเครื่องหมายเขตสุขบุรี ณ บริเวณ ทางเข้าทุกช่องทาง ของสถานที่ดังกล่าวด้วย จากการศึกษาพบว่า ศาสนสถาน ไม่พบเครื่องหมายการแสดงเครื่องหมายของเขตสุขบุรีจะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผย และสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ภายในบริเวณสถานที่ที่จัดไว้เป็นเขตสุขบุรี ในกรณีที่สถานที่ดังกล่าวมีช่องทางเข้าอย่างชัดเจน จะต้องแสดงเครื่องหมายเขตสุขบุรี ณ บริเวณ ทางเข้าทุกช่องทาง ของสถานที่ดังกล่าวด้วย ร้อยละ 100.0 เนื่องจากวัดเป็นสถานที่เขตปลอดบุหรี่ 100% ส่วนสถานที่อื่นๆ ยังพบ การแสดงเครื่องหมายของเขตสุขบุรีจะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผย และสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ภายในบริเวณสถานที่ที่จัดไว้เป็นเขตสุขบุรี ในกรณีที่สถานที่ดังกล่าวมีช่องทางเข้าอย่างชัดเจน จะต้องแสดงเครื่องหมายเขตสุขบุรี ณ บริเวณ ทางเข้าทุกช่องทาง ของสถานที่ดังกล่าวด้วย กล่าวคือ สถานศึกษา ร้อยละ 70.0 ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 41.7 สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 23.3 และสถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ร้อยละ 14.7 สถานที่ทั้ง 4 กลุ่ม มีการจัดโซนเขตสุขบุรี

1.5. เครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่

1.5.1 สถานที่สาธารณะ ประเภทกลางแจ้งหรือในส่วนที่เป็นบริเวณกลางแจ้ง

1) เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ มีลักษณะเป็นวงกลมพื้นสีขาวมีขอบสีแดงหนา 1 ใน 10 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางที่มีความยาวรวมกันไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร โดยมีรูปมวนบุรีชิกาเรตและควันสีดำอยู่ตรงกลางและมีเส้นสีแดงพาดทับ ความกว้างของมวนบุรีชิกาเรต และเส้นสีแดงพาดทับต้องเท่ากับความหนาของขอบสีแดง และความยาวของมวนบุรีชิกาเรตต้องไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง โดยให้มี ข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ 2,000 บาท” หรือข้อความทำนองเดียวกันด้วยตัวอักษร “อังสะนา นิว” (Angsana New) หรือตัวอักษรอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเป็นสีแดง มีขนาดไม่น้อยกว่า 50 พอยต์ ประกอบอยู่บริเวณใกล้เคียงกับวงกลม จากการศึกษาพบว่า ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ พบเครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ร้อยละ 100 เนื่องจากในจังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดเล็ก มียานพาหนะสถานี่ขนส่งสาธารณะ ไม่มาก สามารถควบคุมให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ได้ รองลงมาคือ สถานศึกษา ร้อยละ 95.0 สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 90.0 และศาสนสถาน ร้อยละ 71.0 ในขณะที่สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันพบเครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ เพียงร้อยละ 48.9

2) การแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ในกรณีที่สถานที่ดังกล่าวมีช่องทางเข้าอย่างชัดเจน จะต้องแสดงเครื่องหมาย

เขตปลอดบุหรี่ ณ บริเวณ ทางเข้า ทุกช่องทาง ของสถานที่ดังกล่าวด้วย จากการศึกษาพบว่า สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ มีการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ในกรณีสถานที่ดังกล่าวมีช่องทางเข้าอย่างชัดเจน จะต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ณ บริเวณ ทางเข้า ทุกช่องทาง ของสถานที่ ร้อยละ 90.0 สถานศึกษา ร้อยละ 82.5 ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 66.7 และศาสนสถาน ร้อยละ 55.9 ในขณะที่สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันพบ การแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน เพียงร้อยละ 48.0

1.5.2 สถานที่สาธารณะ ประเภทอาคารหรือสิ่งก่อสร้างหรือในส่วนที่เป็นอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง

1) เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่มีลักษณะเป็นวงกลมพื้นสีขาว ตามข้อ 5.1.1 จากการศึกษาพบว่า สถานศึกษา มีเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ตามที่ประกาศกระทรวงกำหนด ร้อยละ 95.0 รองลงมา สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 90.0 ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะร้อยละ 83.3 และศาสนสถานร้อยละ 22.6 ขณะที่สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน พบว่ามีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่ประกาศกระทรวงกำหนดเพียงร้อยละ 5.8

2) การแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่จะต้องแสดงไว้ ณ บริเวณทางเข้าทุกช่องทางของสถานที่ดังกล่าว จากการศึกษาพบว่า สถานศึกษา มีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ จะต้องแสดงไว้ ณ บริเวณทางเข้าทุกช่องทางของสถานที่ ร้อยละ 80.0 รองลงมา สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 70.0 ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 66.7 ในขณะที่ศาสนสถาน และ สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน กลับพบว่าการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่จะต้องแสดงไว้ ณ บริเวณทางเข้าทุกช่องทางของสถานที่ เพียงร้อยละ 7.5 และ 4.4 ตามลำดับ

1.5.3 สถานที่สาธารณะ ประเภทที่ตั้งอยู่ภายในอาคาร สิ่งก่อสร้างหรือยานพาหนะ ให้มีเครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่

1) เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่มีลักษณะ ดังได้กล่าวแล้วในข้างต้น การแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้ ณ บริเวณทางเข้าทุกช่องทางของสถานที่ดังกล่าว จากการศึกษาพบว่า สถานที่สาธารณะ ประเภทที่ตั้งอยู่ภายในอาคาร สิ่งก่อสร้างหรือยานพาหนะ ให้มีเครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ ได้แก่ สถานศึกษา ร้อยละ 82.5 ยานพาหนะและสถานี่ขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 83.3 และ สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 43.3 ในขณะที่กลุ่มสถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันและกลุ่มศาสนสถาน ไม่พบว่า มีเครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ตามลักษณะดังกล่าว ร้อยละ 96.0 และ ร้อยละ 87.1 ตามลำดับ

2) เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่มีลักษณะเล็กกว่าตามที่ได้กล่าวมาแล้ว การแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ที่มีขนาดเล็กกว่า จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนภายในบริเวณของสถานที่ดังกล่าว จากการศึกษาพบว่า สถานที่สาธารณะ ประเภทที่ตั้ง

อยู่ภายในอาคาร สิ่งก่อสร้างหรือยานพาหนะ ให้มีเครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ ตามลักษณะดังกล่าว ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 86.7 สถานศึกษา ร้อยละ 77.5 ยานพาหนะและสถานขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 75.0 และศาสนสถาน ร้อยละ 61.3 ในขณะที่สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ไม่พบว่า มีเครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ตามลักษณะดังกล่าว ร้อยละ 96.0

1.5.4 สถานที่สาธารณะ ประเภทที่เป็นยานพาหนะ

1) เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่มีลักษณะและขนาดเล็กกว่า ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว การแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนภายในบริเวณของสถานที่ดังกล่าว จากการศึกษาพบว่า สถานที่สาธารณะ ประเภทที่เป็นยานพาหนะส่วนใหญ่ มีเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ตามลักษณะดังกล่าว ภายในยานพาหนะ คิดเป็นร้อยละ 100

2) การแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผย จากการศึกษาพบว่า สถานที่สาธารณะ ประเภทที่เป็นยานพาหนะส่วนใหญ่ มีเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ ตามข้อ 5.4.1 คิดเป็นร้อยละ 100

ประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย พบว่า มีคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ จังหวัดหนองคาย ประกอบไปด้วย หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้บังคับการตำรวจภูธรที่รับผิดชอบพื้นที่ 9 อำเภอ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม มีการจัดประชุมเดือนละ 1 ครั้ง ประสิทธิผลของมาตรการพบว่า สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ สถานศึกษา สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ยานพาหนะและสถานขนส่งสาธารณะ และ ศาสนสถาน ร่วมกันรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มากขึ้น มีการแสดงสติ๊กเกอร์เครื่องหมายปลอดบุหรี่ แสดงไว้ตามจุดต่างๆที่เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ มีกิจกรรมโครงการ โรงพยาบาล “คลินิกอดบุหรี่” มีการเป่าคาร์บอนไดออกไซด์ตรวจผู้ป่วย มีการจัดโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ ในระดับพื้นที่ ระดับตำบล และระดับจังหวัด มีบริการออกหน่วยเคลื่อนที่ตรวจสุขภาพ มีแผ่นพับ เนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องการปลอดบุหรี่ ให้ความรู้เรื่องพิษภัยจากบุหรี่ และบันทึกสถิติจำนวนผู้สูบบุหรี่เพื่อจัดทำสถิติผู้สูบบุหรี่ มีการรณรงค์ในงานกีฬาโรงเรียน ในร้านอาหาร มีห้องอาหารปลอดบุหรี่ มีการติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ให้ลูกค้าเห็นชัดเจน

2. ปัญหา อุปสรรค มาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย

จากการศึกษา พบว่าการประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง ในการบังคับใช้กฎหมายปลอดบุหรี่ยังไม่เข้มข้น มีการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ และยังไม่ตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ นอกจากนี้แล้วกฎหมายยังไม่ชัดเจน สมบูรณ์ ครบถ้วน ยังมีความไม่เข้าใจที่ถูกต้อง

ตรงกันทุกฝ่าย ที่สำคัญพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องยากในการเลิกสูบบุหรี่

3. แนวทางพัฒนาประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

จากการศึกษา พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลกฎหมาย ทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต เรื่องการควบคุมการสูบบุหรี่ให้ประชาชนเข้าใจและปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างถูกต้อง โดยทั่วถึงกัน มีการจัดทำสื่อรณรงค์ การผลิตป้ายสติ๊กเกอร์ แผ่นพับที่นำเสนอความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและเนื้อหาการรณรงค์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดเผยแพร่แก่ประชาชนในโอกาสต่างๆ จัดโครงการเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ให้กำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ กิจกรรม / โครงการ เพื่อป้องกันและแก้ไขด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันและพัฒนาประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

อภิปรายผล

ประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่สถานที่ที่ประเมินที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ ที่ต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด ร้อยละ 57.00 แสดงว่าสถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ที่ต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด ประชาชนยังมีการรับรู้ไม่มากนัก ขาดการประชาสัมพันธ์ให้รับรู้เกี่ยวกับกฎหมาย แต่พบเห็นผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ คิดเป็น ร้อยละ 68.50 และพบว่า มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 75.30 แสดงว่า ยังมีผู้สูบบุหรี่ในบริเวณเขตปลอดบุหรี่ อีกทั้งยังมีการตั้งอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของวิเชียร สุภัทรกุล (2559) ที่พบว่ากลุ่มประชาชนและผู้ที่มาติดต่อกิจธุระอื่นใดในสถานที่สาธารณะประมาณร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 20 ที่ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่ามีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ และสถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ด้วย ดังนั้นควรเน้นย้ำหรือเพิ่มการสื่อสาร การรณรงค์ในเรื่องเหล่านี้ตามสื่อต่างๆ ให้มากขึ้น และสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในสื่อที่เข้าถึงตัวประชาชนได้ง่าย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ไม่เพียงแต่การใช้ป้ายติดตามที่สาธารณะเท่านั้น หรือทั้งนี้อาจจะเป็นไปได้ว่าประชาชนไม่ได้รับรู้หรือไม่เข้าใจ คำว่า “สถานที่สาธารณะ” ว่าหมายถึง สถานที่ใดบ้างที่ถือว่าเป็นสถานที่สาธารณะ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) ซึ่งไม่ใช่สถานที่สาธารณะตามความหมายทั่วไปที่ประชาชนรับรู้หรือที่เข้าใจทั่วไป

สถานที่สาธารณะ ประเภทกลางแจ้งหรือในส่วนที่เป็นบริเวณกลางแจ้งต้องมีเครื่องหมายและการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ พบว่า เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ ดังที่กล่าวมาแล้วในข้อ 5.1.1 คิดเป็นร้อยละ 63.30 และการแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้

โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ในกรณีสถานที่ดังกล่าวมี ช่องทางเข้าอย่างชัดเจน จะต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ณ บริเวณ ทางเข้า ทุกช่องทาง ของสถานที่ดังกล่าวด้วยคิด เป็นร้อยละ 57.00 แสดงว่าในจังหวัดหนองคาย มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้รับรู้ประกาศกระทรวง สาธารณสุข ฉบับที่ 15 พ.ศ. 2548 เรื่อง กำหนดเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ เจ้าหน้าที่มีการสื่อสารในทุกช่องทาง รณรงค์ให้นำสติ๊กเกอร์มาติดตามสถานที่สาธารณะประเภท กลางแจ้ง ซึ่งต้องแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ไว้โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่าง ชัดเจน เช่นเดียวกับงานของชาญชัย จารุภาชน และรุจี จารุภาชน (2554) ที่พบว่า เจ้าของตลาด พนักงานเทศกิจ และเจ้าหน้าที่ตำรวจรับรู้ประกาศฯ ทุกคน ช่องทางสื่อหลักที่รับรู้ประกาศฯ มาก ที่สุด คือ ป้าย โปสเตอร์ในร้านอาหาร ตลาด ร้อยละ 37.66 รองลงมาคือสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 33.90 และสื่อวิทยุชุมชนร้อยละ 19.21

ปัญหา อุปสรรค มาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัด หนองคาย

จากการศึกษา พบว่าการประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่และไม่ต่อเนื่อง ในการ บังคับใช้กฎหมายปลอดบุหรี่ยังไม่เข้มข้น มีการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ และยังไม่ตระหนักถึง พิษ ภัยของบุหรี่ นอกจากนี้แล้วกฎหมายยังไม่ชัดเจน สมบูรณ์ ครบถ้วน ยังมีความไม่เข้าใจที่ถูกต้อง ตรงกันทุกฝ่าย ที่สำคัญพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่อง ยากในการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิเชียร สุภัทรกุล (2559) ที่พบว่า การบังคับใช้ กฎหมาย เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ทั้งหมดเคยพบเห็นผู้ที่สูบบุหรี่ในสถานที่ สาธารณะโดยพบเห็นการสูบบุหรี่บริเวณตลาดและป้ายรถโดยสารมากที่สุด แต่ส่วนใหญ่จะไม่มี การดำเนินการใดๆ ต่อผู้ที่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ

แนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอด ควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย

จากการศึกษา พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลกฎหมาย ทางสื่อ โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต เรื่องการควบคุมการสูบบุหรี่ให้ประชาชนเข้าใจและปฏิบัติตามกฎหมาย ได้อย่างถูกต้อง โดยทั่วถึงกัน มีการจัดทำสื่อรณรงค์ การผลิตป้ายสติ๊กเกอร์ แผ่นพับที่นำเสนอความรู้ เกี่ยวกับข้อมูลกฎหมายและเนื้อหาการรณรงค์ให้ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ต้องมีความชัดเจน ของกฎหมายและมาตรการในการปฏิบัติที่ชัดเจน เผยแพร่แก่ประชาชนในโอกาสต่างๆ จัดโครงการ เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ให้กำหนด เป็นนโยบาย มาตรการ กิจกรรม / โครงการ เพื่อป้องกันและแก้ไขด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันและพัฒนาประสิทธิภาพของมาตรการ ระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เชษฐ รัชดาพรณานิกุล (2556) ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อของความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ความชัดเจนของ กฎหมายและมาตรการในการปฏิบัติที่ชัดเจน มาตรการการลงโทษ กระบวนการติดต่อสื่อสาร รูปแบบ ของสิ่งที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ ทักษะคติของผู้ปฏิบัติ และการสนับสนุนให้ความร่วมมือของผู้ปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. หน่วยงานภาครัฐควรปรับแผนยุทธศาสตร์ในการทำงานด้านการควบคุมบุหรี่และป้องกันกัญชาใหม่ โดยให้การสนับสนุนงานในลักษณะส่วนบุคคล เครือข่าย
2. หน่วยงานภาครัฐควรสร้างความร่วมมือกับกลุ่มเครือข่ายในด้านกิจกรรมให้ความรู้รณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่
3. การส่งเสริมการดำเนินงานจะต้องสอดคล้องและดำเนินงานไปพร้อมๆ กัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชาญชัย จารุภาณ และ รุจี จารุภาณ.(2554). ประสิทธิผลการบังคับใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18/2550 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 : กรณีตลาดสดและตลาดนัดปลอดบุหรี่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. รายงานวิจัย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
- เชษฐ รัชดาพรณิกุล. (2556). การบังคับใช้กฎหมาย คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในสถานที่สาธารณะ. วารสารกระบวนการยุติธรรม, 6(2) สืบค้นวันที่ 26 มีนาคม 2560 แหล่ง: [Online], available from: www.oja.go.th/wp-content/uploads/2016/03/y6n2_01.pdf
- ผู้จัดการออนไลน์. (2555). สธ.เซ็น MOU ควบคุมบุหรี่ หลังพบยอดนักสูบพุ่ง 13 ล้านคน. สืบค้นวันที่ 23 มีนาคม 2560 แหล่ง: [Online], available from <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9550000100812>
- ผู้จัดการออนไลน์. (2559). WHO ชี้ “บุหรี่” ขวางพัฒนาประเทศ เน้น 6 วิธีช่วยไทยคุมยาสูบอย่างชัดเจน. สืบค้นวันที่ 27 มีนาคม 2560 แหล่ง: [Online], available from <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9590000074414>
- ผู้จัดการออนไลน์. (2559). บอร์ด สสส.ไฟเขียวโครงการคุมยาสูบเขตจังหวัด สธ.. สืบค้นวันที่ 20 มีนาคม 2560 แหล่ง: [Online], available from <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9590000071122>
- ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนที่ 39ก. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. มุลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2556). ควันบุหรี่มือสอง เรื่องใกล้ตัว. สืบค้นวันที่ 23 มีนาคม 2560 แหล่ง: [Online], available from http://www.ashthailand.or.th/th/article_page.php?id=158
- ระบบสถิติทางทะเลเบียน. (2559). จำนวนประชากรแยกอายุ จังหวัดหนองคาย. สืบค้นวันที่ 28 มีนาคม 2560 แหล่ง: [Online], available from http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php

- วิเชียร สุภัทรกุล. (2559). การบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในสถานที่สาธารณะ ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*. 8(1) : 14-15
สืบค้นวันที่ 26 มีนาคม 2560 แหล่ง [Online], available from
<https://readgur.com/download/2038081>
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปั่นกระจำง และสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2559). สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559 (บทที่ 3 การเฝ้าระวัง มิติที่ 2 ด้านพฤติกรรมเสี่ยง.สถานการณ์ด้านพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ). สืบค้นวันที่ 23 มีนาคม 2560 แหล่ง:
[Online], available from
www.trc.or.th/th/images/.../tobacco%20situation%202555.pd.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศจย.) (2559). สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2559 สืบค้นวันที่ 25 มีนาคม 2560 แหล่ง :
<http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/15369>

**การรับรู้คุณภาพการให้บริการ : การอนุญาตประกอบกิจการจำหน่าย และ
สะสมอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535
ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี**

วรจูกานต์ อัสวพรวิพุธ* ฉัตรสุมน พงศ์นิญโย **± นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์*** สุธี อยู่สถาพร**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพการให้บริการ ในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี และศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการมารับบริการของผู้ประกอบการ ขนาดกิจการ การขออนุญาต ลักษณะกิจการ และระยะเวลาการขออนุญาต กับ การรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เก็บข้อมูลโดยการเลือกทุกรายที่เข้ามาติดต่อดำเนินการขออนุญาตประกอบกิจการ ทั้งต่ออายุและขอใหม่ จำนวน 100 รายที่เต็มใจตอบแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และการทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 46-55 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 การศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36 มีรายได้อยู่ระหว่าง 1- 50,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91 และมีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36 ส่วนใหญ่ประกอบกิจการขนาดเล็ก (พื้นที่ < 200ตร.ม.) คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ขออนุญาตเป็นหนังสือรับรองการแจ้ง คิดเป็นร้อยละ 70 ประกอบกิจการจำหน่ายอาหารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการขออนุญาต 1-5 วัน คิดเป็นร้อยละ 73 ความคิดเห็นของผู้ประกอบการในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ทั้ง 3 ด้านคือ ด้านความสะดวกรวดเร็ว ด้านความสุภาพของผู้ให้บริการ ด้านขั้นตอนการให้บริการ อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X}$ = 4.03, 4.20, 3.97 S.D. = 0.551, 0.505, 0.508) การรับรู้คุณภาพการบริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับสูงกว่าที่คาดหวัง ($\bar{X}$ = 3.47) จากการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่า ประสิทธิภาพการมารับบริการของผู้ประกอบการ และลักษณะกิจการ ที่แตกต่างกัน ทำให้มีการรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารแตกต่างกัน ($p < 0.05$) แต่ขนาดกิจการ การขออนุญาต และระยะเวลาในการขออนุญาตของผู้ประกอบการที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้การรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารแตกต่างกัน

คำสำคัญ: การรับรู้คุณภาพการบริการ/ การออกใบอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหาร

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ± ผู้ส่งบทความ Corresponding Author

The Perception of Service Quality: Issuing Licenses for Foods Operators according to Public Health act, 2535 B.E., in Muang municipality, Supanburi province

Warattakarn Aussawapronwiput* Chardsumon Prutipinyo***

Nithat Sirichotiratana** Sutee U-Sathaporn**

Abstract

This survey research aimed at studying the perception of service quality in issuing licenses to food operators in Muang municipality, Supanburi province; and comparatively studying the food operators' experiences in receiving service, business sizes, business types, license applications, application durations, and their perception of service quality in issuing food business licenses in Muang municipality, Supanburi province. Data was collected by using questionnaires to 100 food operators, who contacted the municipality to renew their licenses or apply for a new license and were willing to participate in the survey. Statistics used in data analysis were percentage, mean, and Independent t-test.

The research findings revealed that 60% of the food operators were female, 34% were between 46-55 years old, 36% graduated primary schools, 91% earned income between 1- 50,000 Baht, and 36% had one time experience in receiving the service. 70% of the food operators had small businesses (area < 200 m²). 70% used the Food Business Establishment Registration Form to apply. 86% ran businesses selling food only. 73% spent 1-5 days to get the license. Regarding to the 3 service aspects: speed and convenience, politeness, and service procedures by the staff, the food operators had opinions toward this at a good level ($\bar{x}$ = 4.03, 4.20, 3.97 S.D. = 0.551, 0.505, 0.508). Overall perception of service quality in issuing food business licenses was at the higher than expected level ($\bar{x}$ = 3.47). From the comparative study, the food operators' experiences in receiving service and different types of business resulted in different perception of service quality in issuing food business licenses ($p < 0.05$). However, different business sizes, license applications, and application durations did not contribute to different perception of service quality in issuing food business licenses.

Keywords: the perception of service quality/ food operator license issuing

* Registered Nurse, Siriraj Hospital

** Faculty of Public Health, Mahidol University, [±] Corresponding Author

บทนำ

รัฐเป็นผู้มีอำนาจในการดูแลให้บ้านเมืองมีความสงบสุขเรียบร้อย โดยการออกกฎหมาย เพื่อควบคุมให้ประชาชนอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข การดูแลด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนหนึ่งในการบริหารงานของรัฐเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการออกกฎหมาย เป็น“พระราชบัญญัติ การสาธารณสุข พ.ศ. 2535” ซึ่งเป็นกฎหมาย เพื่อควบคุมด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อม โดยมีการกระจายอำนาจหน้าที่ในการควบคุมกำกับดูแล ให้กับเจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น รวมถึงการออกข้อกำหนดท้องถิ่น ให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับพื้นที่การดูแลของแต่ละท้องถิ่น โดยใน พรบ. ดังกล่าว ได้กำหนดให้ผู้ที่จะประกอบกิจการใดๆ นั้นจะต้องมีการขออนุญาตก่อนที่จะประกอบกิจการนั้นๆ และเจ้าหน้าที่ที่จะต้องตรวจสอบกิจการนั้นเพื่อการพิจารณาอนุญาต หรือไม่อนุญาตให้ประกอบกิจการต่อไป

ในอดีตที่ผ่านมาขั้นตอนในการให้บริการประชาชนในการติดต่อราชการ มีความล่าช้า ขั้นตอนมาก ติดต่อยาก ประชาชนไม่ได้รับความสะดวกรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนไม่ต้องการที่จะเข้ามาติดต่อรับบริการ ขาดความน่าเชื่อถือ จึงทำให้หน่วยงานของรัฐทุกองค์กร ต้องมีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่ประชาชนให้ได้รับการบริการที่ดี

โดยทั่วไป พบว่า ธุรกิจด้านร้านอาหารเป็นที่นิยม และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในระดับประเทศและจะ เห็นได้จากสถิติของกองข้อมูลธุรกิจ พบว่า จำนวนการจดทะเบียนจัดตั้งธุรกิจภัตตาคาร/ ร้านอาหาร ในช่วงเดือน มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2558 เทียบกับ จำนวนการจดทะเบียนจัดตั้งธุรกิจภัตตาคาร/ ร้านอาหาร ในช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2557 มีอัตราการเติบโตสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 16

เทศบาลเมืองสุพรรณบุรี มีขั้นตอนในการพิจารณาแตกต่างจากเทศบาลอื่น คือการมีคณะกรรมการในการพิจารณาเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยในการออกใบอนุญาตจำนวนทั้งสิ้น 12 ท่าน ทั้งนี้ทำให้การพิจารณาออกใบอนุญาตมีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้แต่ในทางกลับกันนั้นอาจส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการออกใบอนุญาต การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพการให้บริการ การอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีของผู้ประกอบการ 2) เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพการมารับบริการของผู้ประกอบการ ขนาดกิจการ การขออนุญาต ลักษณะกิจการ และระยะเวลาการขออนุญาต กับการรับรู้คุณภาพการให้บริการ การอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพการมารับบริการของผู้ประกอบการ ขนาดกิจการ การขออนุญาต ลักษณะกิจการ และระยะเวลาการขออนุญาต แตกต่างกัน ทำให้การรับรู้คุณภาพการให้บริการ การอนุญาตประกอบการจำหน่ายและสะสมอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ประกอบการจำหน่ายและสะสมอาหารที่มาดำเนินการขอหนังสือรับรองการแจ้ง หรือใบอนุญาตทั้งต่ออายุและขอใหม่ ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เลือกแบบรายสะดวก จำนวน 100 คน ในช่วงเดือนกรกฎาคมและสิงหาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (questionnaires) ที่ผู้ทำวิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษา ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 เทศบัญญัติเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี และปรับปรุงข้อคำถามจากคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การมารับบริการ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามขนาดและลักษณะของกิจการจำหน่าย และสะสมอาหาร จำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ประกอบการในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความสะดวกรวดเร็ว ความสุภาพของผู้ให้บริการ และความน่าเชื่อถือ จำนวนทั้งหมด 11 ข้อโดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบและให้คะแนน 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีเกณฑ์ในการวิเคราะห์คือ ต้องปรับปรุง ควรปรับปรุง ปานกลาง ดี และดีมาก ส่วนที่ 4 ความครบถ้วนของเอกสารที่ใช้ประกอบในการขอใบอนุญาตประกอบการจำหน่าย และสะสมอาหาร จำนวน 1 ข้อ และส่วนที่ 5 คุณภาพการให้บริการของเจ้าหน้าที่ เทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ความเอาใจใส่ผู้รับบริการ จำนวน 17 ข้อโดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบและให้คะแนน 5 ระดับ คือ ต่ำกว่าที่คาดหวังมาก ต่ำกว่าที่คาดหวัง ตรงตามที่คาดหวัง สูงกว่าที่คาดหวัง สูงกว่าที่คาดหวังมาก

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) อธิบายคุณลักษณะของผู้ประกอบการ ขนาดและลักษณะของกิจการทัศนคติของผู้ประกอบการต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ ความครบถ้วนในการเตรียมเอกสารประกอบการขออนุญาต กับ การรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบการจำหน่าย และสะสมอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ การทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบประสบการณ์การมารับบริการของผู้ประกอบการ ขนาดกิจการ การขออนุญาต ลักษณะกิจการ และระยะเวลาการขออนุญาต กับ การรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบการจำหน่ายและสะสมอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 46-55 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 79 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 36,080 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1- 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 91 และมีประสบการณ์ในการเข้ารับบริการส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36

ส่วนใหญ่ประกอบกิจการขนาดเล็ก (พื้นที่ < 200 ตร.ม.) คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ขออนุญาตเป็นหนังสือรับรองการแจ้ง (ตาม พรบ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535) คิดเป็นร้อยละ 70 ประกอบกิจการจำหน่ายอาหารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการขออนุญาต 1-5 วัน คิดเป็นร้อยละ 73

ความคิดเห็นของผู้ประกอบการในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ทั้ง 3 ด้านคือ ด้านความสะดวกรวดเร็ว ด้านความสุภาพของผู้ให้บริการ ด้านขั้นตอนการให้บริการ อยู่ในระดับ ดี ($\bar{X} = 4.03$, 4.20, 3.97 S.D. = 0.55, 0.51, 0.51)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเตรียมเอกสารเอกสารที่ใช้ประกอบการขออนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและเสิร์ฟอาหาร ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 97

1. การรับรู้คุณภาพการให้บริการ ในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่าย และเสิร์ฟอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีของผู้ประกอบการ

พบว่า การรับรู้คุณภาพการบริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและเสิร์ฟอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับสูงกว่าที่คาดหวัง ($\bar{X} = 3.47$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีการรับรู้คุณภาพการบริการด้านความเอาใจใส่ผู้รับบริการมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ตามลำดับ โดยทั้งหมดอยู่ในระดับสูงกว่าที่คาดหวัง ($\bar{X} = 3.65$, 3.49, 3.44, 3.41) และด้านความชัดเจนของการบริการ น้อยที่สุด อยู่ในระดับตรงตามที่คาดหวัง ($\bar{X} = 3.38$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้คุณภาพการให้บริการ: การอนุญาตประกอบกิจการจำหน่าย และเสิร์ฟอาหาร ภาพรวมในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

ระดับการรับรู้คุณภาพการให้บริการ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านความชัดเจนของการบริการ	3.38	0.541	ตรงตามที่คาดหวัง
ด้านความน่าเชื่อถือ	3.44	0.532	สูงกว่าที่คาดหวัง
ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ	3.41	0.551	สูงกว่าที่คาดหวัง
ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ	3.49	0.595	สูงกว่าที่คาดหวัง
ด้านความเอาใจใส่ผู้รับบริการ	3.65	0.635	สูงกว่าที่คาดหวัง
ภาพรวม	3.47	0.488	สูงกว่าที่คาดหวัง

หมายเหตุ ค่ะแนบเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านเต็ม 5 ค่ะแนบ

2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์การมารับบริการของผู้ประกอบการ ขนาดกิจการ การขออนุญาต ลักษณะกิจการ และระยะเวลาการขออนุญาต กับ การรับรู้คุณภาพการให้บริการ ในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและเสิร์ฟอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

พบว่า ประสบการณ์การมารับบริการของผู้ประกอบการ และลักษณะกิจการ ที่แตกต่างกัน ทำให้มีการรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและเสิร์ฟอาหารตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีแตกต่างกัน ($p < 0.05$) แต่ขนาดกิจการ การขออนุญาต และระยะเวลาในการขออนุญาตของผู้ประกอบการที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้การรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและเสิร์ฟอาหารตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประสบการณ์การมารับบริการของผู้ประกอบการ ขนาดกิจการ การขออนุญาต ลักษณะกิจการ และระยะเวลาการขออนุญาต กับ การรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและเสิร์ฟอาหารของเจ้าหน้าที่ (n=100)

ลักษณะ	จำนวน	การรับรู้คุณภาพการบริการ	
		t	p-value
ประสบการณ์การมารับบริการ			
1 ครั้ง	36	8.802	<0.01*
>1 ครั้ง	64		
ขนาดกิจการ			
ขนาดเล็ก (< 200 ตร.ม.)	70	0.04	0.948
ขนาดใหญ่ (≥ 200 ตร.ม.)	30		
การขออนุญาต			
หนังสือรับรองการแจ้ง	70	0.04	0.948
ใบอนุญาต	30		
ลักษณะกิจการ			
จำหน่ายอาหาร	86	7.212	<0.01*
เสิร์ฟอาหาร	14		
ระยะเวลาการขออนุญาต			
1 วัน	62	0.274	0.602
> 1 วัน	38		

*p-value ที่ระดับ < 0.05

จากการรวบรวมข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิด พบว่า ผู้บริการเห็นว่า พื้นที่ที่ให้บริการ ควรมีการจัดแสงสว่างและอากาศภายในอาคารให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ประกอบการไม่รู้สึกอึดอัด และเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการให้เพียงพอ

อภิปรายผลการวิจัย

1. การรับรู้คุณภาพการให้บริการ ในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่าย และสะสมอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีของผู้ประกอบการ

จากการที่การรับรู้คุณภาพการบริการ คือ การรับรู้ของผู้รับบริการในการรับบริการจากเจ้าหน้าที่นั้นตรงตามที่คาดหวัง หรือสูงกว่าที่คาดหวังสอดคล้องกับการศึกษาของ Parasuraman และคณะ (Parasuraman, et al, 1988) ดังนั้นผลการศึกษา การรับรู้คุณภาพการให้บริการ ในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่าย และสะสมอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมอยู่ในระดับสูงกว่าที่คาดหวัง ย่อมหมายถึง การบริการของเจ้าหน้าที่ในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่าย และสะสมอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ประกอบการรับรู้ได้ว่าเป็นการบริการที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง

เมื่อพิจารณาการรับรู้คุณภาพการบริการเป็นรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความเอาใจใส่ผู้รับบริการ ผู้ประกอบการมีการรับรู้คุณภาพการด้านนี้สูงที่สุด ($\bar{X} = 3.65$) ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าที่คาดหวัง อธิบายได้ว่า ผู้ประกอบการรับรู้ได้ว่า เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีอัธยาศัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส สามารถให้การบริการแก่ผู้รับบริการที่มีความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละคน (Parasuraman, et al., 1988) ทั้งยังคอยให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการอย่างเต็มที่

2. ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้มารับบริการ อยู่ในระดับสูงกว่าที่คาดหวัง ($\bar{X} = 3.49$) อธิบายได้ว่า ผู้ประกอบการรับรู้ได้ว่า การบริการจากเจ้าหน้าที่ที่ได้รับนั้น มีการให้บริการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการ มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้แก่ผู้รับบริการ (Parasuraman, et al., 1988)

3. ด้านความน่าเชื่อถือ อยู่ในระดับสูงกว่าที่คาดหวัง ($\bar{X} = 3.44$) อธิบายได้ว่า ผู้ประกอบการรับรู้ถึงการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ สามารถตอบคำถามและชี้แจงข้อมูลเมื่อเกิดข้อสงสัยได้ ให้บริการอย่าเท่าเทียม คอยดูแลติดตามงานให้เป็นระยะๆ รวมถึงมีการตรวจสอบไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด (Parasuraman, et al., 1988) เนื่องจากในการพิจารณาอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารของเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการในการพิจารณาอนุญาตถึง 12 ท่าน ทำให้การพิจารณาอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารนั้น ยากที่จะเกิดข้อผิดพลาด ทั้งยังมีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ จึงทำให้การบริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารมีความน่าเชื่อถือ

4. ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ อยู่ในระดับสูงกว่าที่คาดหวัง ($\bar{X} = 3.41$) อธิบายได้ว่า ผู้ประกอบการรับรู้ถึงการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่นั้น สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ตามความต้องการ (Parasuraman, et al., 1988) มีความรวดเร็ว นับว่า

5. ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ผู้ประกอบการมีการรับรู้ด้านนี้น้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.38$) ซึ่งอยู่ในระดับตรงตามที่คาดหวัง อธิบายได้ว่า ผู้ประกอบการรับรู้ถึงการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ในการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น เก้าอี้ น้ำดื่ม ห้องน้ำเป็นต้น และมีการเตรียมเอกสารแบบฟอร์มต่างๆ ไว้อย่างเพียงพอ (Parasuraman, et al., 1988) ถึงแม้ว่าการรับรู้ของผู้รับบริการด้านความชัดเจนของการบริการจะมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด โดยส่วนที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เจ้าหน้าที่ให้บริการมีจำนวนเพียงพอ อาจเนื่องมาจากเทศบาลเป็นสถานที่ราชการ ตำแหน่งเจ้าพนักงานนั้นมีจำนวนจำกัด และในช่วงเวลาที่ผู้ทำวิจัยเก็บข้อมูลเป็นช่วงปลายปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีภาระงานเพิ่มขึ้น จึงอาจส่งผลทำให้ผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพการบริการด้านความชัดเจนของการบริการ ในส่วนของเจ้าหน้าที่ให้บริการมีจำนวนเพียงพอต่ำที่สุดแต่อย่างไร ก็ยังอยู่ในระดับตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ แสดงได้ว่าถึงแม้จะมีงานจำนวนมากแต่เจ้าหน้าที่ก็ยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประสบการณ์การมารับบริการของผู้ประกอบการ ขนาดกิจการ การขออนุญาต ลักษณะกิจการ และระยะเวลาการขออนุญาต กับ การรับรู้คุณภาพการให้บริการ ในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ด้านประสบการณ์การมารับบริการของผู้ประกอบการ พบว่า ประสบการณ์การมารับบริการของผู้ประกอบการที่แตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารแตกต่างกันโดยผู้ทำวิจัยคาดว่า การมาติดต่อขออนุญาตในครั้งแรกมีขั้นตอน รายการเอกสารหลักฐานที่ต้องใช้ประกอบการพิจารณามากกว่าครั้งถัดไป และผู้ประกอบการอาจประสบปัญหา มีคำถามในการขออนุญาตมากกว่าครั้งถัดไป เนื่องจากผู้รับบริการมาติดต่อครั้งถัดไปเป็นเพียงการมาต่ออายุใบอนุญาตซึ่งมีขั้นตอนง่ายกว่า จึงทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน

ด้านลักษณะกิจการกับการรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาต พบว่า ลักษณะกิจการที่แตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารแตกต่างกัน เนื่องจากลักษณะกิจการที่แตกต่างกันนั้นย่อมมีข้อกำหนด และเงื่อนไขในการควบคุม ดูแลสถานที่ และผู้ปฏิบัติที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน

ด้านขนาดกิจการ การขออนุญาต และระยะเวลาการขออนุญาต พบว่า ขนาดกิจการ การขออนุญาต และระยะเวลาในการขออนุญาตของผู้ประกอบการแตกต่างกัน มีการรับรู้คุณภาพการให้บริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารไม่แตกต่างกัน เนื่องจากตามที่พระราชบัญญัติอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558 ได้มีการกำหนดให้หน่วยงานราชการ ต้องมีการจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน ในกิจการหรือการกระทำใดที่ต้องมีการขออนุญาต เพื่อชี้แจงขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการ และรายการเอกสารหลักฐานที่ต้องใช้

ประกอบการพิจารณาอนุญาตให้แก่ประชาชนได้ทราบ ทางเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณได้มีการจัดทำแผนผัง เพื่อชี้แจงขั้นตอน ระยะเวลาในการขอใบอนุญาต และหนังสือรับรองการแจ้งไว้ในสถานที่สะดวก มองเห็นได้ง่าย หากกิจการที่ตนจัดตั้งเป็นกิจการขนาดใหญ่ ต้องขออนุญาตโดยการขอใบอนุญาตซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการนานกว่า แต่หากเป็นกิจการขนาดเล็ก ต้องขออนุญาตโดยการขอหนังสือรับรองการแจ้งซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการน้อยกว่า ทั้งนี้เมื่อผู้ประกอบการที่เข้ามาติดต่อได้ทราบล่วงหน้าแล้วว่าจะต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการนานเท่าใด และเจ้าหน้าที่ยังสามารถดำเนินการได้ตามที่กำหนด จึงทำให้ผลการศึกษาไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการศึกษาการรับรู้คุณภาพการบริการในการอนุญาตประกอบกิจการจำหน่ายและสะสมอาหารในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี มีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาดังนี้

1. ควรมีการแบ่งช่วงเวลาหรือช่องบริการ ให้กับผู้ประกอบการในการมาติดต่อขออนุญาตครั้งแรก แยกกับผู้ประกอบการที่มาติดต่อครั้ง 2 (ต่ออายุใบอนุญาต) เพื่อให้ผู้ประกอบการที่มาต่ออายุใบอนุญาตซึ่งใช้เวลาดำเนินการน้อย ไม่ต้องรอคิวนาน
2. ควรมีการทำบัตรคิวให้กับผู้มารับบริการ เพื่อการให้บริการตามลำดับก่อน-หลังอย่างแท้จริง
3. ควรมีการจัดกล่องรับฟังความคิดเห็นของผู้ประกอบการที่มารับบริการ และปรับปรุงคุณภาพการบริการตามข้อเสนอแนะ
4. ควรมีการจัดแสงสว่างและอากาศภายในอาคารให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ประกอบการไม่รู้สึกอึดอัด และเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการให้เพียงพอ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ที่ปรึกษา และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ จันทรงค์ ที่ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และให้คำแนะนำที่มีค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้ประกอบการจำหน่ายและสะสมอาหารทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยเป็นอย่างดี รวมถึงหน่วยงาน และท่านผู้มีส่วนร่วมให้การสนับสนุนข้อมูล และคำแนะนำสำหรับผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

- พีร่า ปานพรม. (2556). ประสิทธิภาพการออกใบอนุญาตของเจ้าพนักงานท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535. **วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**. 36, 4 (ตุลาคม – ธันวาคม): 93–104.
- ภัทร จงถวัลย์, ปัทมรา ทับทิมทอง, และชัยฤทธิ์นันท์ อาทิจจวงศ์. (2558). ธุรกิจเด่นประจำเดือนมิถุนายน ปี2558. กองข้อมูลธุรกิจ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2559 เข้าถึงจาก [Online], available from http://www.dbd.go.th/download/document_file/Statistic/2558/T26_201506.pdf.
- ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข. (2557). **คู่มือพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ.2535: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข**. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อมรรัตน์ บุญภา. (2557). ความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของเทศบาลตำบลพวา อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี. งานนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไลวรรณ มาเจริญทรัพย์ วรรณกานต์ อัสวพรวิพุธ ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง และอโนทัย พูลสวัสดิ์. (2559). ความสำเร็จในการบังคับใช้กฎหมาย: กรณีศึกษา การอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการจำหน่ายอาหารและสะสมอาหาร ในเทศบาลที่ได้รับรางวัลดีเด่นเขตบริการสุขภาพที่ 5 จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข**. 2, 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม): 209-227.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., and Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, 64(1), 12-40.

ความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง

ธนิดา อินทะจักร์* ฉัตรสมุน พงศนิญญ์[±] นัทธน์ ศิริโชติรัตน์** ปิยะธิดา ขจรชัยกุล**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ที่มาร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ต.ใหม่พัฒนา อ.เกาะคา จ.ลำปาง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-69 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.8 มีภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับการตายดีในระดับปานกลาง มีความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ในระดับต้องปรับปรุง มีการสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 62.7 วิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุต้องการปฏิเสธมากที่สุดคือ การใส่ท่อช่วยหายใจ/การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ไม่ต้องการเป็นภาระของญาติและถึงวาระแล้วที่ต้องจากไป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้ และทัศนคติ

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและญาติ มีความเข้าใจในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต และควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้สูงอายุควรทราบให้มากขึ้น โดยการจัดทำเอกสาร แผ่นพับ คู่มือ หรือมีการจัดทีมตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ

คำสำคัญ: การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้าย / ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

* โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[±] ผู้ส่งบทความ Corresponding author

Senior Citizens' Opinion on Declaration of Intention to Refuse Public Health Service at Patients' Terminal Stage of Life in Lampang Province

Thanida Intajak^{*} Chardsumon Prutipinyo^{**±} Nithat Sirichotiratana^{**}
Piyatida Khajornchaikul^{**}

Abstract

The objective of this survey research was to study the perspective of the elderly. Who sought join in Khokha, Lampang elderly associated. There were 110 elderly people, chosen by random sampling. Questionnaires were use in data collection.

The results of the study showed that most of the elderly were female between 60-69 years old, 41.8% had primary education or below, and 30% were agriculturists. the health status, their knowledge of declaration of intention to refuse public health service, and attitude of good death were at moderate levels. However, the social support of declaration of intention to refuse public health service was at needed to be improved. Most elderly intended in making a Living will to declarative intention to refuse public health service at their terminal stage in life. The life sustaining methods at a terminal stage, which the elderly mostly refused, were resuscitation by endo-tracheal breathing tube or cardiac resuscitation. The elderly intended to make a Living will want to be not burdensome to their relatives, and they like to reach the final stage peacefully when their time comes. The factors related to the opinion on declaration of intention to refuse public health service were education, occupation, knowledge, and attitude. The research suggested that there should be promotion and campaign to increase knowledge and understanding among the elderly and relatives about the declaration of intention to refuse public health service at terminal stage of life patients and the elderly's rights with health promotion programs. This campaign could be done through the use of handbooks, pamphlets notice boards, and home visits or home call.

Keywords: Opinion on declaration of intention to refuse public health service at patients' terminal stage of life / Terminal stage patients

* King Chulalongkorn Memorial Hospital

** Faculty of Public Health, Mahidol University, [±] Corresponding Author

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่ม ขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตโดยจะมีการเสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ จากการเปลี่ยนแปลงสภาพต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และในปัจจุบันนี้มีวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยต่าง ๆ ที่สามารถยืดอายุของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย จากพยาธิสภาพหรืออาการบาดเจ็บต่าง ๆ ได้ แต่วิทยาการที่ทันสมัยเหล่านี้ไม่สามารถรักษาอาการ จากพยาธิสภาพเหล่านี้ให้หายขาดได้ ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเหล่านี้ต้องอยู่อย่างใดความสามารถเป็นการ ลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ แม้ว่าจะต้องตายในที่สุด ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญความตายอย่างไม่มี ศักดิ์ศรีสมกับที่เป็นมนุษย์ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2546) นอกจากนี้สังคมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เพียงเพื่อยืดความตายของผู้ป่วยเหล่านี้ออกไป (กรรณจรียา สุขรุ่ง, 2551)

ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในหมวด 1 ตาม มาตรา 12 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดใน กฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

ผู้วิจัยเห็นว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการทางการแพทย์สาธารณสุข เป็นการ แสดงเจตนาเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตายอย่างเหมาะสม จึงสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นต่อการ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง และการที่ผู้สูงอายุจะสามารถแสดงความคิดเห็นต่อแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์ สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 ได้นั้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในความหมายและเจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัตินี้ก่อน ซึ่งปัจจุบันหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ ความเข้าใจในพระราชบัญญัติฉบับนี้ไม่ว่าในประชาชนทั่วไปหรือในกลุ่มผู้สูงอายุ ว่ามีความรู้ ความเข้าใจมากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้นำผลการ วิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางแก้ไขให้ประชาชนได้มี ความรู้ความเข้าใจ และงานวิจัยนี้ยังอาจก่อให้เกิดความตื่นตัวในสังคมไทยเกี่ยวกับการทำหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการทางการแพทย์สาธารณสุข ซึ่งทำให้เกิดการตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญ ของการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาระดับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระ สุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความคิดเห็นในการแสดง เจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง

สมมติฐานงานวิจัย

ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การสนับสนุนทางสังคม ทักษะชีวิต และความรู้ มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางที่มาร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ ตำบลใหม่พัฒนา อำเภอกะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 110 ราย

วิธีการดำเนินวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจ ภาวะสุขภาพ ความรู้ ทักษะชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งประชากรในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้สูตรคำนวณค่าสัดส่วนประชากรจากหนังสือของ แดลเนียร์ (Wayne W. Daniel, 2005: 157) ได้สัดส่วนประชากร จำนวน 233 คน แต่ผู้วิจัยสามารถทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้จริงเท่ากับ 110 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้ทำวิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษา ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ในหมวด 1 ตาม มาตรา 12 ตลอดจนคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ โดยแบบสอบถามนี้แบ่ง เป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลด้านลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น แบบให้เลือกตอบตั้งแต่ 2 ตัวเลือก และบางคำถามสามารถ เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ คำถามมี ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อลักษณะข้อคำถามเป็นแบบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลด้านทักษะชีวิตเกี่ยวกับการตายดี จำนวน 8 ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนแบบ ประเมินค่า (Rating Scale) มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระ สุดท้ายของชีวิต จำนวน 5 ข้อลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย และไม่มี ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทาง สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต จำนวน 7 ข้อ ซึ่งข้อ 1-5 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า 2 ระดับ ได้แก่ ทราบ และไม่ทราบ และส่วนที่ 6 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ประสงค์แสดงเจตนา ณ ที่นี้ ใช้คำว่า “ต้องการ” “ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ” ไม่ประสงค์แสดงเจตนา ณ ที่นี้ ใช้คำว่า “ไม่ต้องการ”

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าจำนวนร้อยละ ความถี่ ค่ามัธยเลขคณิต (Mean) และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ และใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ทศนคติและการสนับสนุนทางสังคม กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ของผู้สูงอายุใน จ.ลำปางที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

คุณลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.5 และเพศชาย ร้อยละ 34.5 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.4 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าคิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 23.6 ระดับประกาศนียบัตรขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.9 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 12.8 ตามลำดับมีอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือทำงานบ้าน/ไม่ได้ทำงานร้อยละ 29.1 รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 21.8 รองลงมา ข้าราชการเกษียณร้อยละ 19.1

จากการศึกษาพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลในเรื่องระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสนใจที่จะแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่า มีสถานะทางสังคมเป็นข้าราชการบำนาญ อาจมีความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต มากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น

ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือ มีภาวะสุขภาพระดับดีมาก ร้อยละ 23.4 และมีภาวะสุขภาพในระดับด้อยร้อยละ 13.5 ตามลำดับ เมื่อทำการ ศึกษาความสัมพันธ์ พบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพต่างกันมีความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตไม่แตกต่างกัน

ทัศนคติ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการตายดีในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.8 รองลงมาคือ มีทัศนคติระดับดี ร้อยละ 35.5 และมีทัศนคติระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 22.7 ตามลำดับ เมื่อทำ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตายดี มีความสนใจที่จะมีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น

ความรู้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 67.3 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับ ดี ร้อยละ 21.8 และมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 10.9 เมื่อทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความ คิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าหากผู้สูงอายุมีความรู้มากจะมีความสนใจที่จะมีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ มีการสนับสนุนทางสังคมระดับ ดีร้อยละ 21.8 และมีการสนับสนุนทางสังคมระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 17.3 ตามลำดับ เมื่อทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ลักษณะของความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต (N=110)

ความคิดเห็นไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ไม่สนใจ	18	16.4
ไม่แน่ใจ	23	20.9
สนใจ	69	62.7

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สนใจในการการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 62.7 รองลงมาคือ ไม่แน่ใจร้อยละ 20.9 และไม่สนใจร้อยละ 16.4

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ และความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิต			X ²	p-value
	ไม่ต้องการ	ไม่แน่ใจ	สนใจ		
เพศ					
ชาย	9 (8.2)	6 (5.5)	23 (20.9)	2.67	0.263
หญิง	9 (8.2)	17 (15.5)	46 (41.8)		
อายุ					
60-69 ปี	13 (11.8)	18 (16.4)	39 (35.5)	6.5	0.165
70 ปีขึ้นไป	5 (4.5)	5 (4.5)	23 (27.3)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	11 (10)	9 (8.2)	27 (24.5)	20.14	<0.05
กว่า	4 (3.6)	9 (8.2)	13 (11.8)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (1.8)	4 (3.6)	8 (7.3)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1 (0.9)	1 (0.9)	21 (19.1)		
ประกาศนียบัตร/ ปริญญาตรี					
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน/ทำงาน	5 (4.5)	9 (8.2)	5 (4.5)	16.11	<0.05
บ้าน	8 (7.3)	9 (8.2)	13 (11.8)		
เกษตรกรรม	4 (3.6)	4 (3.6)	16 (14.5)		
ธุรกิจส่วนตัว	1 (0.9)	1 (0.9)	35 (31.7)		
ข้าราชการเกษียณ					
ภาวะสุขภาพ					
ระดับดีมาก	1 (0.9)	5 (4.5)	9 (8.2)	5.74	0.2
ระดับดีปานกลาง	14 (12.8)	10 (9.1)	45 (40.9)		
ระดับดีน้อย	3 (2.7)	8 (7.3)	15 (13.6)		
ระดับทัศนคติ					
ระดับดี	2 (1.8)	4 (3.6)	33 (30)	17.91	<0.05
ระดับปานกลาง	7 (6.4)	14 (11.9)	25 (22.7)		
ระดับต้องปรับปรุง	9 (8.2)	5 (4.5)	11 (10)		

*p-value ที่ระดับ < 0.05

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ และความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิต			X ²	p-value
	ไม่ต้องการ	ไม่แน่ใจ	สนใจ		
ระดับความรู้					
ระดับดี	2 (1.8)	1 (0.9)	21 (19.1)	11.18	<0.05
ระดับปานกลาง	2 (1.8)	1 (0.9)	9 (8.2)		
ระดับต้องปรับปรุง	14 (12.7)	21 (19.1)	39 (35.5)		
ระดับการสนับสนุน					
ระดับดี	2 (1.8)	3 (2.7)	16 (14.5)	8.56	0.06
ระดับปานกลาง	15 (13.6)	17 (15.5)	38 (34.5)		
ระดับต้องปรับปรุง	1 (0.9)	3 (2.7)	19 (17.3)		

*p-value ที่ระดับ < 0.05

อภิปรายผล

ความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางสุสิริ ราชฉวาง (2555) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสอดคล้องกับการศึกษาของนิกริทธิ์ นิจนิกริทธิ์ (2547) พบว่า การตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 ตัดสินใจยุติการรักษา โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 28 และมาตรา 32 วรรค 1 ระบุไว้ว่า บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้หรือใช้สิทธิเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดต่อบุคคลอื่น ดุสิต สถาวร (2550) ได้อธิบายว่า ตามสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ที่กล่าวว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน” โดยสิทธิดังกล่าว ครอบคลุมถึงสิทธิที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจที่จะหยุดการรักษาเพื่อยืดชีวิตของตนเองในวาระสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับ แพทยสมาคมโลก (World Medical Association: WMA) ที่ได้ออกคำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Statement on Advance Directive) (Living Will) ว่าเป็นเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจ หรือให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ และเมื่อผู้แสดงเจตจำนงล่วงหน้า

ประสงค์จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นหรือไม่มีประโยชน์กับตน แพทย์จะต้องเคารพปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ออกปฏิญญาเรื่องการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในยุโรป (A Declaration on The Promotion of Patient's Rights in Europe) โดยระบุสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการรักษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายถึงผลการปฏิเสธหรือยุติการรักษานั้น”

เมื่อพิจารณาถึงการบริการทางสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง ต้องการปฏิเสธมากที่สุด คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ/การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น ส่วนการบริการทางสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางต้องการปฏิเสธน้อยที่สุด การรักษาในห้อง ไอ.ซี.ยู

ส่วนเหตุผลหลักของความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง คือ ไม่ต้องการเป็นภาระของญาติ ซึ่งสอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาของนิการีหม๊ะ นิจินิการี (2547) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากไม่ต้องการเป็นภาระของครอบครัว ส่วนเหตุผลรองของการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางคือ ถึงวาระแล้วที่ต้องจากไป เหตุผลลำดับต่อมาของความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางคือ กลัวความทรมาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสาข์ เส้งประเสริฐ (2546) ที่พบว่า ผู้ป่วยต้องการรู้ข้อเท็จจริงว่าเป็นมะเร็ง ต้องการให้แพทย์อธิบายเกี่ยวกับการรักษาเพื่อตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเอง และต้องการปฏิเสธการรักษาที่ก่อให้เกิดความทรมาน และต้องการ การรักษาที่บรรเทาความเจ็บปวด โดยญาติและแพทย์มีแนวโน้มยอมรับในความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่สนใจในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับของการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอวยพร ภัทรภักดีกุล (2554) พบว่า พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ข้อมูล/คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ถูกต้องและชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตอบสนองตามเจตนาการรักษาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ช่วยให้เป็นการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจที่ถูกต้องว่าการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย หรือเป็นการทำร้ายตัวเอง และการแสดงเจตนาการรักษาล่วงหน้าในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลง แก้ไขได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ และสามารถ กระทำหรือยกเลิกเมื่อใดก็ได้

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลต่าง ๆ นั้นมีบริบทและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลระดับทุติยภูมินั้นการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนั้นมีความท้าทายเป็นอย่างมากทั้งในด้านของทรัพยากรบุคคลในการดูแลรักษาและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มากมาย ในหลายโรงพยาบาลใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งอาจจะ

ส่งผลดีต่อผู้ป่วยในด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ แต่ถ้าหากโรงพยาบาลขาดการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ อาจจะทำให้เกิดเหตุการณ์ Active Euthanasia ได้ และสำหรับในโรงพยาบาลระดับตติยภูมินั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเน้นการรักษาทางกายภาพ และมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ และในบริบทของสังคมเมืองที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านจึงกลายเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสังคมเมืองมักจะผ่านเหตุการณ์การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ ยื้อชีวิตโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้มีการร้องขอ และเสียชีวิตในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่า การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการแสดงเจตนาเตรียมตัวเพื่อเผชิญความตายอย่างเหมาะสมของมนุษย์ทุกคน แต่ในปัจจุบันสังคมไทยมีผู้ที่มีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตเพียง ร้อยละ 1 เท่านั้น

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง

จากการศึกษาพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคลในเรื่องระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสนใจที่จะแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/สูงกว่า มีสถานะทางสังคมเป็นข้าราชการบำนาญ ซึ่งอาจมีความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตย์ ทวงค์ (2553) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ระดับการศึกษา อาชีพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของอารดา อีระเกียรติกิจกรร (2554) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคม

ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลในเรื่อง เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจมีสาเหตุจากคุณลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาฏสิริ ราชฉวาง (2555) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในทัศนะของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง

จากการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุใน จังหวัดลำปาง โดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ

บริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพต่างกันมีความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาฏสิริ ราชฉวาง (2555) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทัศนะของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง

จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุใน จ.ลำปางมีทัศนคติเกี่ยวกับการตายดี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.4) และเมื่อพิจารณาทัศนคติรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องเผชิญ และต้องการเลือกวิธีการจัดการเกี่ยวกับสาระสุดท้ายของตนเอง เช่น เลือกสถานที่สำหรับพักรักษาตัวเมื่อป่วยระยะสุดท้าย

เมื่อทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติเกี่ยวกับการตายดีกับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการตาย มีความสนใจที่จะมีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ (2548) พบว่าทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง และทักษะทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับทัศนคติต่อความสูงอายุนั้นทางบวกเป็นผลมาจากมีการยอมรับและปรับตัวที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ สาสัดย์ (2549) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับต่ำ ทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อความตาย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเตรียมตัวตายและไม่ประมาทในการใช้ชีวิต จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับการเผชิญความตายในระดับดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการเตรียมตัวในวาระสุดท้ายของชีวิตและทำให้มีความสนใจในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งธีรวิทย์ เอกกะกุล (2549) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลนั้นเป็นไปได้ยาก แต่ปัจจัยเฉพาะบางอย่างที่สามารถทำให้ทัศนคติเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific experiences) การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Communication from other) รวมทั้งสิ่งที่ เป็นแบบอย่าง (Models) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแล ตนเองเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับปานกลางและส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตน้อย หาก

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการเผชิญความตายและการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุข อาจทำให้มีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นความสนใจในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง

จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในจ.ลำปางมีความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง และเมื่อพิจารณาความรู้รายข้อพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว สามารถยกเลิกหนังสือดังกล่าวเมื่อใดก็ได้ และไม่ทราบว่าหากมีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้าย ของชีวิตดังกล่าวแล้ว ญาติและแพทย์ต้องปฏิบัติตาม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา และพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 เป็นเรื่องใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุยังไม่ได้รับทราบข้อมูลเท่าที่ควร

เมื่อทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ในระดับมาก มีความสนใจที่จะมีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แอนน์ จีระพงษ์สุวรรณ (2555) ได้กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและเจตคติที่ดีในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจหรือเห็นความสำคัญในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต เตรียมตัวในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้มีความสนใจในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความคิดเห็นการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง

จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในจ.ลำปางได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิตผ่านสื่อต่าง ๆ และไม่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นหรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นเรื่องใหม่และยังมีข้อโต้แย้งจากหลายวิชาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุอาจยัง

ไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้นอาจยังไม่เป็นที่แพร่หลายมากนัก

เมื่อทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ จ.ลำปาง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันมีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สนใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยต้องการปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ/การเจาะคอ เพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ มากที่สุด ซึ่งเหตุผลหลักของการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือไม่ต้องการเป็นภาระของญาติ และถึงวาระแล้วก็ต้องจากไป นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง คือ ระดับการศึกษา อาชีพ ทักษะความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงเสนอข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

1. ส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแล โดยให้หน่วยงานสาธารณสุขต่าง ๆ หรือชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ จัดทำการประชุมสัมมนาให้ความรู้เกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การทำเอกสาร แผ่นพับ คู่มือ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น

2. โรงพยาบาลควรมีการจัดทีมที่ปรึกษาหรือหน่วยให้คำปรึกษา เพื่อให้ความรู้ในเรื่องการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต และให้คำแนะนำในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิตให้กับ ผู้ป่วย และญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการทางสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านและขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ที่ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และให้คำแนะนำที่มีค่าสำหรับผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มอบโอกาสที่ดีและให้การสนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่สละเวลา

อันมีค่าให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยเป็นอย่างดี ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบพระคุณบิดา มารดาที่เป็นผู้ให้และเป็นทุกอย่างในชีวิตของข้าพเจ้า คุณค่าและประโยชน์อันพึงมี
จากสารนิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่ท่านทั้งสอง และคณาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณของผู้วิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กรแก้ว กำพลศิริ. (2542). การตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และ
สาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรรมจริยา สุขรุ่ง. (2551). **สุขสุดท้ายที่ปลายทางเผชิญความตายอย่างสงบ.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:
ห้างหุ้นส่วนสามลดา.
- ดุสิต สถาวร. (2550). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- นาฏสิริ ราชฉาง. (2555). การแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทัศนะของ
ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย มหิดล.
- นิการีหะมะ นิจินิการิ. (2547). การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต: มุมมองของผู้ป่วยไทยมุสลิมใน 5 จังหวัด
ชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พระไพศาล วิสาโล. (2551). **ชีวิตและความตายในมิติวัฒนธรรม.** กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.
- ไพศาล ลิ้มสถิตย์. (2552). **ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย.** (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: เอมี เอ็นเตอร์ไพรส์.
- ราชกิจจานุเบกษา พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สหพัฒนไพศาล.
- ราชกิจจานุเบกษา รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- วันวิสาข์ เส้งประเสริฐ. (2546). สิทธิที่จะเลือกและกำหนดของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์
และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2546). **ตายอย่างมีศักดิ์ศรี มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ: พิมพ์
ดี.
- วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร. (2540). แนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยที่
สิ้นหวังตายอย่างสงบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขา
วิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และการสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- ศิวพร ดีบ้านคลอง. (2551). แนวทางการตรากฎกระทรวงการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในความคิดเห็นของผู้ป่วย ญาติ
และแพทย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก
บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สารณี รัชชโกศัย. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2550). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้ายความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย. ใน *ความตายกับการตายมูมมองศาสนากับวิทยาศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- โสรัจจ์ หงศ์ลดารมณ. (2549). *ความตายกับการตายมูมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Carmel. S. & Mutran, E. (1997). Preferences for different life-sustaining treatment among elderly persons in Israel. *Journal of Gerontology: Social Sciences*.
- Corr, C. A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (2000). *Death & dying, Life & living* (3 rd). California: Brooks Cole Publishing.
- Maria J. Silveira, Wyndy Wiitala, John Piette. (2014). Advance Directive Completion by Elderly Americans: A Decade of Change. *Journal of the American Geriatrics Society*. United States of America.
- Rebekah Schiff. (2006). Living wills and the Mental Capacity Act: a postal questionnaire survey of UK geriatricians. *Age and Ageing* 2006, 35(1): 116-121. Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต, 24 มีนาคม 2559. เข้าถึงจาก[Online], available from <http://www.thailivingwill.in.th>

การเข้าถึงยาสูบ การรับรู้ และการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ของนักเรียน นักศึกษา ประชาชน และผู้จำหน่ายบุหรืรอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่

วาริพร ชูศรี* จุฑามาศ พรหมมนตรี** บุตรี บุญโรจน์พงศ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเข้าถึง บุหรี่การรับรู้ และการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ของกลุ่มนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มอาชีวศึกษา อุดมศึกษา และประชาชน รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่ และสำรวจการรับรู้และการปฏิบัติตาม พรบ.ฯ ของผู้จำหน่าย บุหรี่ รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่ สํารวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 367 คน และผู้จำหน่ายฯ ทุกรายในรัศมี 1,000 เมตร รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่ จำนวน 12 ราย ระหว่างเดือนกันยายน 2559 – มิถุนายน 2560

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียน นักศึกษา และประชาชนเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกตั้งแต่อายุยังน้อยโดยมีอายุประมาณ 16-18 ปี ด้านการเข้าถึงบุหรื ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว เนื่องจากร้านจำหน่ายอยู่ใกล้ที่พัก การเดินทางไปซื้อสะดวกใช้เวลาประมาณ 10 นาที และร้านค้าที่ซื้อโดยทั่วไปมีลักษณะเป็นร้านขายของชำ และร้านสะดวกซื้อ ทั้งนี้จากการสำรวจร้านจำหน่ายบุหรื ในรอบบริเวณพื้นที่ที่งานวิจัยกำหนดไว้ พบว่า ในระยะทาง 1,000 เมตร มีร้านจำหน่ายทั้งสิ้น 12 ร้าน เฉลี่ยให้เห็นว่าใน ทุก ๆ ระยะ 83 เมตรจะมีร้านจำหน่าย 1 ร้านนอกจากนี้ในการสูบบุหรี่ (บุหรื) ครั้งแรกของกลุ่มนักเรียน นักศึกษา พบว่ามีเพื่อนเข้ามาเกี่ยวข้อง ด้านการรับรู้ข้อความในกฎหมาย พบว่า 1) รับรู้ว่ามีมาตรการห้ามมีจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับบุคคลซึ่งมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ 2) รับรู้ว่ามีมาตรการห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชื่อ เครื่องหมายผ่านทางสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ วิทยู โทรทัศน์ ฯลฯ 3) รับรู้ว่ามีมาตรการห้ามใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการแสดง การแข่งขัน หรือการจัดกิจกรรมอื่น และ 4) รับรู้ว่ามีมาตรการห้ามไม่ให้มีการแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบ อย่างไรก็ตามในด้านการปฏิบัติตาม พรบ.ฯ พบว่าร้านจำหน่ายไม่ได้มีการตรวจสอบในเรื่องของอายุผู้ซื้อ

การวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องควรมีการเพิ่มช่องทางหรือสื่อในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลอันเกี่ยวกับข้อบัญญัติที่อยู่ในมาตราต่างๆ ให้ประชาชนได้รับรู้อย่างทั่วถึง อีกทั้งหน่วยงานรัฐควรมีมาตรการที่ควบคุมจำนวนร้านค้าที่เปิดจำหน่ายบุหรืที่อยู่ใกล้แหล่งสถานศึกษาเพื่อให้เกิดการเข้าถึงบุหรืได้ยากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การเข้าถึง / การรับรู้ /การจำหน่ายบุหรืรอบมหาวิทยาลัย

*อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ Corresponding Author; Email: wareeporn@hu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรม คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

*** อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรม คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

Tobacco Accessibility, Perception and Compliance with Tobacco Control Act of Hatyai University students and Retailers around University

Wareeporn Chusri^{*} Jutamas Prommontree^{**} Boottree Boonrotepong^{*}

Abstract

The objectives of this study were to determine tobacco accessibility, perception and compliance with Tobacco Control Act B.E. 2535 of students and the public surrounding Hatyai University area and to survey perception and compliance with the Act of tobacco retailers around the university campus. Data were collected from 367 samples and all 12 retailers located within 1,000 meters around the campus using questionnaires between September 2016 and June 2017.

This study found that students and general population start smoking from the age of 16-18 and research results indicated the samples had easy access tobacco because of the proximity of the shops, which took about 10 minutes to the store. Most of the retailers were grocery store and convenience stores. In addition, first time smokers around students were influenced by their peers. This study found that : 1) There was a perception that tobacco products are prohibited from being sold to persons under 18 years of age. 2) There was no tobacco advertisements. 3) There was perception of prohibiting of using names or logos of tobacco products in various activities. 4) It was perceived that tobacco products were prohibited from distribution. This research has suggested that relevant government agencies should include channels or media to promote information about the provisions contained in the various sections. The public has been thoroughly aware. Government agencies should also take measures to control the number of cigarette openers located near the premises to make it more difficult for them to access cigarettes

Keyword: Accessibility, perception, The cigarette distribution around university

* Lecturer of Department of Management Hatyai Business School, Corresponding Author, Email: wareeporn@hu.ac.th

** Assistant Professor, Head of Department of Industrial Management Hatyai Business School

*** Lecturer of Department of Industrial Management Hatyai Business School

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาทางสังคมที่สำคัญซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดให้การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาที่สำคัญอยู่ในลำดับต้น ๆ ที่ทุกประเทศประสบและจำเป็นต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน ในประเทศไทย การสูบบุหรี่นับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโรคสูงเป็นลำดับที่ 2 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2559) โดยพบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 50,000 รายต่อปี และยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มในสังคม

ยาสูบและบุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมายนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย จากการวิจัยทางการแพทย์พบว่าในบุหรี่มีสารเคมีกว่า 4,000 ชนิด บางชนิดเป็นสารพิษที่ทำลายอวัยวะต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เริ่มจากสารนิโคตินซึ่งมีฤทธิ์ร้ายแรงเท่ากับเฮโรอีน และยังมีสารคาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ และแอมโมเนีย ทั้งนี้บุหรี่ยังจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไม่ต่ำกว่า 25 โรค ทั้งในผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียงและทำให้ตายก่อนวัยอันควร รวมทั้งก่อให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากค่ารักษาพยาบาลด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขมาเป็นระยะเวลายาวนาน นอกจากนี้ควันที่เกิดจากการสูบบุหรี่ยังคงเป็นมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม และบุคคลใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ด้วย จากเหตุผลดังกล่าวทุกประเทศทั่วโลกต่างให้ความสำคัญและตระหนักถึงการดำเนินการเพื่อให้มีมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการจำหน่ายและบริโภคยาสูบให้มีจำนวนลดน้อยลง

ด้านสถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจระดับประเทศเรื่องผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มวัยรุ่น รอบที่ 5 (พ.ศ. 2554) พบว่า อัตราความชุกของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเท่ากับ 22.4 โดยอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายเท่ากับร้อยละ 39.5 และอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงเท่ากับร้อยละ 2.3 นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นชายที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดอยู่ในเขตพื้นที่ภาคใต้ ทั้งนี้ในการสูบบุหรี่โดยส่วนใหญ่ครอบครัวของวัยรุ่นเหล่านั้นมีการรับรู้และยอมรับการสูบบุหรี่ของลูก (บุปผา ศิริริศมี และคณะ, 2554) นอกเหนือจากนี้ จากข้อมูลการบริโภคยาสูบในประเทศไทยซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2554 พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบชนิดมีควันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 21.40 หรือมากถึง 11.5 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 20.70 หรือ 10.91 ล้านคน ด้านแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ตั้งแต่ปี 2554 ถึงปี 2568 พบว่า ตามแนวโน้มที่ผ่านมา คาดว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจะลดลงเฉลี่ยปีละ 0.23% โดยลดลงจากร้อยละ 20.3 เป็นร้อยละ 17.5 และจะมีผู้สูบบุหรี่เท่ากับ 10.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งลดลงน้อยกว่าเป้าหมายของมติที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติ ที่ตั้งเป้าหมายระดับโลก (Global target) ไว้ว่าแต่ละประเทศควรลดการสูบบุหรี่ลงให้ได้ร้อยละ 30 ภายในปี 2568 เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากการสูบบุหรี่ นั้นหมายความว่า นับตั้งแต่ปี 2554 ไปอีก 15 ปีข้างหน้า อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ควรจะลดลงเหลือร้อยละ 15 (แทนที่จะเป็นร้อยละ 17.5) หากประเทศไทยต้องลดอัตราการสูบบุหรี่ให้เหลือร้อยละ 15 เราจะต้องทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลง 0.44% ต่อปี (แทนที่จะเป็น 0.23%) ซึ่งจะทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดเหลือ 9.0 ล้านคน (ศรัณญา เบญจกุล, 2558)

ในด้านสถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนในบริบทพื้นที่จังหวัดสงขลาจากผลการสำรวจในอดีตที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 23.67 (อันดับที่ 45 ของประเทศ) โดยเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 46.95 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาลงมา และทำการซื้อบุหรี่ของมากที่สุด สำหรับเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 0.88 (สำนักงานสถิติจังหวัดสงขลา, 2550) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในบริบทพื้นที่จังหวัดสงขลาที่ผ่านมาพบว่า ได้เคยมีการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ เช่น การศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนทั้งในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นต้น แต่ทว่าการศึกษาในประเด็นอันเนื่องเกี่ยวกับการเข้าถึงยาสูบ การรับรู้ และการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ของกลุ่มนักเรียน นักศึกษา และประชาชนทั่วไป ยังคงมีการศึกษาไม่มากนัก กอปรกับด้วยสภาพแวดล้อมในรอบบริเวณมหาวิทยาลัยหาดใหญ่ในรัศมี 1,000 เมตร มีสิ่งปลูกสร้าง อันประกอบด้วย หอพักนักเรียน นักศึกษา อพาร์ทเมนต์ ร้านอาหาร ร้านมินิมาร์ท ร้านค้าโชห่วย ซึ่งในร้านค้า ร้านอาหารแต่ละร้านโดยส่วนใหญ่มีบุหรี่จำหน่าย ดังนั้นจึงเป็นการง่ายที่กลุ่มนักเรียน นักศึกษาสามารถเข้าถึงยาเสพติดชนิดนี้ได้ อย่างง่าย ด้วยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาตั้งแต่ข้างต้นแล้วนั้น จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ต้องมีการศึกษา รูปแบบการเข้าถึงยาสูบ การรับรู้ และการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ของนักเรียน นักศึกษา ประชาชน และผู้จำหน่ายบุหรืรอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการการพัฒนาทางด้านการรับรู้ การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินการเข้าถึงบุหรืของนักศึกษามหาวิทยาลัยหาดใหญ่นักเรียนระดับมัธยมศึกษา นักเรียนระดับอาชีวศึกษา และประชาชนคนทั่วไป
2. เพื่อสำรวจการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยหาดใหญ่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษา นักเรียนระดับอาชีวศึกษา ประชาชนคนทั่วไป และผู้จำหน่ายยาสูบ (บุหรื) รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่
3. เพื่อสำรวจการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ของผู้จำหน่ายยาสูบ (บุหรื) รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่

นิยามศัพท์เฉพาะ

การเข้าถึงยาสูบ หมายถึง ความสะดวกสบายในการที่จะซื้อยาสูบ (บุหรื) ตลอดถึงประเภทร้านค้าที่สามารถเลือกซื้อได้ ช่วงเวลาที่ซื้อ ระยะเวลาและวิธีการเดินทางเพื่อไปซื้อของกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ประชาชนรอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่

การรับรู้ หมายถึง การรับรู้ข้อมูลทั้งทางตรงหรือทางอ้อมอันเกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ของกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ประชาชน และผู้จำหน่ายยาสูบ (บุหรื) รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. กลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี ปีการศึกษา 2558 ชั้นปีที่ 1-4 จำนวนทั้งหมด 6 คณะ และ 1 วิทยาลัยนานาชาติ หน่วยในการสุ่ม (Sampling unit) คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยหาดใหญ่ และกรอบการสุ่ม (Sampling frame) คือ นักศึกษาที่มีชื่อและรหัสนักศึกษาจากสำนักทะเบียนและประมวลผล
2. กลุ่มนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนหาดใหญ่วิทยาสมาบุญกุลกันยา โดยมีจำนวนนักเรียนทั้งหมดจำนวน 1,447 คน
3. กลุ่มนักเรียนโรงเรียนในระดับอาชีวศึกษาซึ่งใช้ประชากรจากวิทยาลัยเทคนิคช่างกลภาคใต้ ประกอบด้วย 7 สาขาวิชา มีนักเรียนทั้งหมดจำนวน 400 คน
4. กลุ่มประชาชนคนทั่วไปในชุมชนปรางกริม มีจำนวนทั้งสิ้น 1,250 (บัญชีรายชื่อหมู่บ้าน/ชุมชนโครงการพัฒนาศักยภาพหมู่บ้าน, 2556)
5. กลุ่มของผู้จำหน่ายยาสูบ (บุหรื) ได้แก่ ร้านค้าซึ่งตั้งอยู่ในบริเวณ 1,000 เมตร รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่

ตารางที่ 1 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรจาก 4 แหล่ง	จำนวนบุคลากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. นักศึกษามหาวิทยาลัยหาดใหญ่	4,000	207
2. นักเรียนโรงเรียนหาดใหญ่วิทยาลัยสมาบุญกุลกันยา	1,447	74
3. นักเรียนวิทยาลัยเทคนิคช่างกลภาคใต้	400	21
4. ประชาชนชุมชนปรางกริม	1,250	65
รวมทั้งสิ้น	7,097	367

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 367 คน แบ่งเป็นกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยหาดใหญ่จำนวน 207 คน นักเรียนโรงเรียนหาดใหญ่วิทยาลัยสมาบุญกุลกันยา จำนวน 74 คน นักเรียนวิทยาลัยเทคนิคช่างกลภาคใต้ จำนวน 21 คน และกลุ่มประชาชนทั่วไปซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนปรางกริม จำนวน 65 คน ในส่วนของผู้จำหน่ายยาสูบ (บุหรื) เก็บข้อมูลทุกร้านที่พบจากการสำรวจ (100%)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และการพัฒนาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบสำรวจ โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความครอบคลุมของแบบสอบถามตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา
2. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านช่วยในการตรวจสอบซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน ผู้ที่เชี่ยวชาญในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องจำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการด้านสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน
3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขใหม่
4. การวัดความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถามในส่วนที่ 3 และดูความเข้าใจในแบบสอบถามและความชัดเจนของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มอื่นซึ่งไม่ใช่กลุ่มประชากรตามที่กำหนด จำนวน 30 คน วัดความสม่ำเสมอสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient Alpha) ของ Cronbach's Alpha ซึ่งมีค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.78
5. ปรับแก้แบบสอบถามให้มีความเหมาะสม
6. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในชั่วโมง Home room นักศึกษาแต่ละชั้นปีของแต่ละคณะ และทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในโรงเรียนและวิทยาลัยกลุ่มเป้าหมาย ในส่วนของผู้จำหน่ายยาสูบ (บุหรี่ยี่ห้อ) ทำการสำรวจร้านค้าและขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยการสอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูลซึ่งทุกร้านค้ายินดีให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกรณีตัวแปรแบบกลุ่มนำเสนอข้อมูลด้วยค่าความถี่ และร้อยละ และตัวแปรแบบต่อเนื่องนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และศึกษาการรับรู้ ซึ่งเป็นตัวแปรแบบกลุ่ม (รู้-ไม่รู้) ของนักเรียนกลุ่มมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษาในด้านเพศ และชั้นปี สำหรับกลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัยในด้านเพศ กลุ่มคณะฯ ทำการทดสอบโดยใช้ Chi-square test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

- 1) ผลประเมินการเข้าถึงบุหรี่ยี่ห้อ นักเรียนระดับมัธยมศึกษา นักเรียนระดับอาชีวศึกษา นักศึกษาระดับอุดมศึกษาและประชาชน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คำร้อยละการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ : กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและนักเรียนระดับอาชีวศึกษา

การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ	กลุ่มนักเรียนโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา	กลุ่มนักเรียนระดับอาชีวศึกษา
ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่		
เคย	52 (70.30)	20 (95.23)
ไม่เคย	22 (29.70)	1 (4.77)
รวม	รวม 74 คน(100.00)	รวม 21 คน(100.00)
ท่านสูบบุหรี่หรือทดลองสูบบุหรี่ (บุหรี) ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าใด		
16 ปี	27 (51.93)	15 (75.00)
17 ปี	11 (21.16)	2 (9.52)
18 ปี	8 (15.38)	3 (14.28)
19 ปี	4 (7.69)	
มากกว่า 19 ปี	2 (3.84)	
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)
ท่านสูบบุหรี่หรือทดลองสูบบุหรี่ (บุหรี) ครั้งแรกในโอกาสอะไร		
งานเลี้ยงวันเกิด	17 (32.69)	-
งานเลี้ยงรุ่น	10 (19.24)	-
เมื่อเที่ยวกลางคืน	5 (9.61)	12 (60.00)
เมื่อไปเที่ยวพักผ่อนกับเพื่อน	20 (38.46)	8 (40.00)
พบปะสังสรรค์กับเพื่อน	-	-
อื่น ๆ (ลองดูที่บ้าน)	-	-
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)
ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่บ้างหรือไม่		
สูบ	17 (32.69)	20 (100.00)
ไม่สูบ	35 (67.31)	-
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)
ท่านไปซื้อยาสูบ(บุหรี) จากแหล่งขายใดบ่อยที่สุด		
ร้านสะดวกซื้อ	21 (40.38)	4 (20.00)
ร้านขายของชำ	5 (9.62)	7 (35.00)
ร้านอาหาร	19 (36.54)	2 (10.00)
ผับ/เชค/คาราโอเกะ	5 (9.62)	3 (15.00)
ร้านขายบุหรีโดยเฉพาะ	2 (3.84)	4 (20.00)
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)

การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ	กลุ่มนักเรียนโรงเรียนระดับ มัธยมศึกษา	กลุ่มนักเรียนระดับ อาชีวศึกษา
เหตุผลที่ท่านเลือกซื้อยาสูบ (บุหรี) จากแหล่งขายนี้บ่อย		
เดินทางสะดวก	25 (48.08)	5 (25.00)
ใกล้ที่พัก	22 (42.30)	9 (45.00)
มีจำหน่ายตลอดเวลา	5 (9.62)	-
เป็นร้านประจำ		6 (30.00)
เป็นแหล่งที่ไปเที่ยว		
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)
ท่านเดินทางไปซื้อยาสูบ (บุหรี) จากแหล่งขายด้วยวิธีใด		
เดินเท้า	29 (55.76)	7 (35.00)
รถจักรยานยนต์	14 (26.93)	11 (55.00)
รถยนต์	9 (17.31)	2 (10.00)
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)
เวลาที่ท่านใช้เดินทางจากที่พักไปแหล่งขายใช้เวลาโดยประมาณเท่าใด		
ไม่เกิน 10 นาที	18 (34.61)	13 (65.00)
ระหว่าง 11-20 นาที	22 (42.31)	7 (35.00)
30 นาที	12 (23.08)	-
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)
โดยปกติท่านมักจะสูบบุหรี่ (บุหรี) ในช่วงเวลาใด		
6.00-10.00 น.	19 (36.54)	1 (5.00)
11.00-15.00 น.	7 (13.46)	5 (25.00)
16.00-20.00 น.	26 (50.00)	5 (25.00)
21.00-24.00 น.		9 (45.00)
เหตุผลที่สูบในช่วงเวลาดังกล่าว		
เพิ่งตื่นนอน	16 (30.77)	3 (15.00)
เข้าห้องน้ำ	16 (30.77)	4 (20.00)
หลังรับประทานอาหาร	20 (38.46)	6 (30.00)
ช่วงเวลาไปเที่ยว		7 (35.00)
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)
ปริมาณการสูบบุหรี่ (บุหรี) ต่อวัน		
ไม่เกิน 10 มวน	39 (75.00)	11 (55.00)
11-20 มวน	13 (25.00)	9 (45.00)
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)

การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ	กลุ่มนักเรียนโรงเรียนระดับ มัธยมศึกษา	กลุ่มนักเรียนระดับ อาชีวศึกษา
ปริมาณค่าใช้จ่ายในการซื้อยาสูบ (บุหรี่ยี่) ต่อวัน		
ต่ำกว่า 50 บาท	45 (88.20)	12 (60.00)
51-100 บาท	6 (11.80)	8 (40.00)
มากกว่า 100 บาท	-	-
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)
ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเคยถูกปฏิเสธการขายหรือไม่		
เคย	-	-
ไม่เคย	52 (10.00)	20 (100.00)
รวม	รวม 52 คน(100.00)	รวม 20 คน(100.00)

ตารางที่ 3 คำร้อยละการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ : กลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาและกลุ่มประชาชน

การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ	กลุ่มนักศึกษาใน ระดับอุดมศึกษา	ประชาชน
ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยสูบบุหรี่ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยี่) หรือไม่		
เคย	174 (84.06)	47 (72.30)
ไม่เคย	33 (15.94)	18 (27.70)
รวม	รวม 207 คน (100.00)	รวม 65 คน (100.00)
ท่านสูบบุหรี่หรือทดลองสูบบุหรี่ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยี่)ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าใด		
16 ปี	20 (11.49)	ต่ำกว่า 15 ปี 11 (23.40)
17 ปี	50 (28.74)	15-20 ปี 24 (51.06)
18 ปี	64 (36.78)	21 ปี ขึ้นไป 12 (25.54)
19 ปี	34 (19.54)	
มากกว่า 19 ปี	6 (3.45)	
ท่านสูบบุหรี่หรือทดลองสูบบุหรี่ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยี่)ครั้งแรกในโอกาสอะไร		
งานเลี้ยงวันเกิด	17 (9.78)	1 (2.13)
งานเลี้ยงรุ่น	25 (14.37)	3 (6.38)
เมื่อเที่ยวกลางคืน	54 (31.03)	23 (48.94)
เมื่อไปเที่ยวพักผ่อนกับเพื่อน	40 (22.98)	18 (38.30)
พบปะสังสรรค์กับเพื่อน	38 (21.84)	
อื่น ๆ (ลองดูที่บ้าน)	-	2 (4.25)

การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ	กลุ่มนักศึกษาใน ระดับอุดมศึกษา	ประชาชน
รวม	รวม 174 คน (100.00)	รวม 47 คน (100.00)
ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่บ้างหรือไม่		
สูบ	111 (63.79)	32 (68.09)
ไม่สูบ	63 (36.21)	15 (31.91)
รวม	รวม 174 คน (100.00)	รวม 47 คน (100.00)
ท่านไปซื้อยาสูบ(บุหรื) จากแหล่งขายใดบ่อยที่สุด		
ร้านสะดวกซื้อ	54 (31.03)	16 (34.04)
ร้านขายของชำ	52 (29.89)	10 (21.28)
ร้านอาหาร	16 (9.20)	7 (14.89)
ผับ/เเคค/คาราโอเกะ	39 (22.41)	10 (21.28)
ร้านขายบุหรืโดยเฉพาะ	13 (7.47)	4 (8.51)
รวม	รวม 174 คน (100.00)	รวม 47 คน (100.00)
เหตุผลที่ท่านเลือกซื้อยาสูบ (บุหรื) จากแหล่งขายนี้บ่อย		
เดินทางสะดวก	72 (41.38)	12 (25.53)
ใกล้ที่พัก	77 (44.25)	21 (44.68)
มีจำหน่ายตลอดเวลา	6 (3.45)	-
เป็นร้านประจำ	-	-
เป็นแหล่งที่ไปเที่ยว	19 (10.92)	14 (29.79)
รวม	รวม 174 คน (100.00)	รวม 47 คน (100.00)
ท่านเดินทางไปซื้อยาสูบ (บุหรื) จากแหล่งขายด้วยวิธีใด		
เดินเท้า	56 (32.18)	5 (10.64)
รถจักรยานยนต์	88 (50.57)	30 (63.83)
รถยนต์	30 (17.25)	12 (25.53)
รวม	รวม 174 คน (100.00)	รวม 47 คน (100.00)
เวลาที่ท่านใช้เดินทางจากที่พักไปแหล่งขายใช้เวลาโดยประมาณเท่าใด		
ไม่เกิน 10 นาที	126 (72.41)	31 (65.96)
ระหว่าง 11-20 นาที	35 (20.11)	16 (34.04)
30 นาที	13 (7.48)	-
รวม	รวม 174 คน (100.00)	รวม 47 คน (100.00)
โดยปกติท่านมักจะสูบบุหรี่ (บุหรื) ในช่วงเวลาใด		
6.00-10.00 น.	21 (12.07)	9 (19.15)
11.00-15.00 น.	30 (17.24)	10 (21.28)

การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ	กลุ่มนักศึกษาใน ระดับอุดมศึกษา	ประชาชน
16.00-20.00 น.	59 (33.90)	18 (38.30)
21.00-24.00 น.	64 (36.79)	10 (21.27)
เหตุผลที่สูบในช่วงเวลาดังกล่าว		
เพิ่งตื่นนอน	18 (10.34)	-
เข้าห้องน้ำ	40 (22.99)	-
หลังรับประทานอาหาร	45 (25.86)	11 (23.40)
ช่วงเวลาไปเที่ยว	-	-
รู้สึกเครียด	38 (21.84)	17 (36.17)
รู้สึกเบื่อหน่าย	33 (18.97)	19 (40.42)
รวม	รวม 174 คน (100.00)	รวม 47 คน (100.00)
ปริมาณการสูบยาสูบ (บุหรี่) ต่อวัน		
ไม่เกิน 10 มวน	113 (64.94)	17 (36.17)
11-20 มวน	61 (35.06)	26 (55.32)
มากกว่า 20 มวน		4 (8.51)
รวม	รวม 174 คน (100.00)	รวม 47 คน (100.00)
ปริมาณค่าใช้จ่ายในการซื้อยาสูบ (บุหรี่) ต่อวัน		
ต่ำกว่า 50 บาท	124 (71.26)	17 (36.17)
51-100 บาท	50 (28.74)	26 (55.32)
มากกว่า 100 บาท	-	4 (8.51)
รวม	รวม 174 คน (100.00)	รวม 47 คน (100.00)
ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเคยถูกปฏิเสธการขายหรือไม่		
เคย	-	-
ไม่เคย	174 (100.00)	47 (100.00)
รวม	รวม 174 คน (100.00)	รวม 47 คน (100.00)

2) ผลสำรวจการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษา นักเรียนระดับอาชีวศึกษา ประชาชนคนทั่วไป และผู้จำหน่ายยาสูบ (บุหรี่) รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่ พบว่าการรับรู้มาตรการในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ในกลุ่มของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา และนักเรียนในระดับอาชีวศึกษา นักศึกษาในระดับอุดมศึกษามีการรับรู้ข้อความในแต่ละมาตราตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ใน 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) รับรู้ว่ามีมาตรการห้ามมิจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับบุคคลซึ่งมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ 2) รับรู้ว่ามีมาตรการห้ามโฆษณา

ผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชื่อ เครื่องหมายผ่านทางสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ วิทยู โทรทัศน์ ฯลฯ และ 3) ระบุว่า มีมาตรการห้ามใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการแสดง การแข่งขัน หรือการจัดกิจกรรมอื่น ๆ สำหรับกลุ่มของประชาชน พบว่า มีการรับรู้ในมาตรการตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ระบุว่า มีมาตรการห้ามมิจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับบุคคลซึ่งมีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ 2) ระบุว่า มีมาตรการห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ 3) ระบุว่า มีมาตรการห้ามให้ผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ของขวัญเป็นการตอบแทนลูกค้าในช่วงเทศกาลต่าง ๆ ได้ เช่น วันปีใหม่ และ ในประเด็นว่า มีมาตรการห้ามมิให้มีการแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบ อย่างไรก็ตามในกลุ่มของผู้จำหน่ายยาสูบ (บุหรื) ผลการวิจัยพบว่า ผู้จำหน่ายมีการรับรู้ข้อความในแต่ละมาตรการตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ใน 3 ลำดับแรก ดังนี้ 1) มีมาตรการห้ามมิจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับบุคคลซึ่งมีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ มีมาตรการห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งชื่อเครื่องหมายผ่านทางสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ วิทยู โทรทัศน์ ฯลฯ 2) มีมาตรการห้ามให้เสนอสิทธิพิเศษเป็นการตอบแทนผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบ เช่น สิทธิเข้าชมการแข่งขัน การแสดง เป็นต้น และ 3) มีมาตรการห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ

เมื่อทำการเปรียบเทียบการรับรู้ (เคยได้ยิน/รู้จัก ไม่เคยได้ยิน/ไม่เคยรู้จัก) พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 กับข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน นักศึกษา พบว่า นักเรียนในระดับมัธยมศึกษา ในด้านเพศ นักเรียนเพศหญิงมีการรับรู้มากกว่าเพศชาย ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) โดยในเพศหญิงมีการรับรู้จำนวน 15 คน (ร้อยละ 31.25) ในเพศชายมีการรับรู้จำนวน 9 คน (ร้อยละ 43.62) และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 กับข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาในด้านระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา พบว่า ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีการรับรู้จำนวนน้อยกว่าการไม่รับรู้ และในระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวนการรับรู้และไม่รับรู้ของนักเรียนมีจำนวนที่เท่ากัน นอกจากนี้ในทุกชั้นปีมีการรับรู้ที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ สำหรับผลการเปรียบเทียบการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 กับข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนในระดับอาชีวศึกษา ในด้านเพศ และด้านระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา พบว่า นักเรียนในระดับอาชีวศึกษามีการรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติฯ จำนวน 21 คน โดยแบ่งเป็นนักเรียนเพศชายมีการรับรู้มากกว่าเพศหญิง ซึ่งในเพศชายมีการรับรู้จำนวน 16 คน (ร้อยละ 88.88) ในเพศหญิงมีการรับรู้จำนวน 2 คน (ร้อยละ 66.67) อย่างไรก็ตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ และด้านระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา ในทุกชั้นปีมีการรับรู้ที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ และผลเปรียบเทียบการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 กับข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ในด้านเพศ พบว่า ส่วนใหญ่นักศึกษาเพศชายมีการรับรู้มากกว่าเพศหญิง ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) โดยในเพศชายมีการรับรู้จำนวน 118 คน (ร้อยละ 95.93) ในเพศหญิงมีการรับรู้จำนวน 81 คน (ร้อยละ 96.42) ในด้านการเปรียบเทียบการรับรู้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 กับข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ในด้านกลุ่มคณะที่กำลังศึกษา พบว่า ในทุกกลุ่มคณะมีการรับรู้ที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

3) ผลสำรวจการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ของผู้จำหน่ายยาสูบ (บุหรี) รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่ ประเด็นที่พบว่ามี การปฏิบัติมากที่สุด คือ การมีป้ายแสดงการห้ามจำหน่ายยาสูบ (บุหรี) ให้กับผู้ที่มียายุต่ำกว่า 18 ปี แต่ทว่าไม่มีการตรวจสอบอายุของผู้ซื้อบุหรี

อภิปรายผล

จากการสำรวจการเข้าถึง การรับรู้ และการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ของนักเรียน นักศึกษา ประชาชนในพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยหาดใหญ่ พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1) นักเรียน นักศึกษา และประชาชนเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อยโดยมีอายุประมาณ 16-18 ปี ซึ่งผลของการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของเรณู บุญจันทร์, รัชณี กิตติพงษ์ศาล (2552) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดระนอง โดยผลของการวิจัยพบว่าผู้สูบบุหรี่ครั้งแรกเริ่มตั้งแต่อายุน้อยไม่มากนักโดยมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 13-20 ปี อายุเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ 18.83 ปี ในด้านการเข้าถึงยาสูบ (บุหรี) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง ได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว เนื่องจากร้านจำหน่ายอยู่ใกล้ที่พัก การเดินทางไปซื้อหาสะดวกใช้เวลาประมาณ 10 นาที และร้านค้าที่ซื้อโดยทั่วไปมีลักษณะเป็นร้านขายของชำ และร้านสะดวกซื้อ ทั้งนี้จากการสำรวจร้านจำหน่ายยาสูบ (บุหรี) ในรอบบริเวณพื้นที่ที่งานวิจัยกำหนดไว้ พบว่า ในระยะทาง 1 กิโลเมตรมีร้านจำหน่ายทั้งสิ้น 12 ร้าน เฉลี่ยให้เห็นว่าใน ทุก ๆ ระยะ 83 เมตรจะมีร้านจำหน่าย 1 ร้าน ซึ่งจากข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าร้านจำหน่ายในรอบพื้นที่วิจัยมีความชุกค่อนข้างจะหนาแน่น และสิ่งนี้อาจจะเป็นอีกเหตุผลสำคัญที่ทำให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ (บุหรี) ของกลุ่มตัวอย่างมีมากเป็น เพราะว่าการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายทำได้ง่าย และสะดวก นอกจากนี้ในการสูบบุหรี่ (บุหรี) ครั้งแรกของกลุ่มนักเรียน นักศึกษา จะพบว่ามีเพื่อนเข้ามาเกี่ยวข้องกล่าวคือ นักเรียน นักศึกษาสูบบุหรี่ (บุหรี) ครั้งแรกเนื่องในโอกาสไปพักผ่อนกับกลุ่มเพื่อน และเนื่องในโอกาสออกไปเที่ยวยังสถานที่ท่องเที่ยวกับกลุ่มเพื่อน การที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้สามารถสนับสนุนได้ว่าเพื่อนของกลุ่มตัวอย่างย่อมจะเป็นผู้ซึ่งสูบบุหรี่ (บุหรี) ด้วยเช่นกันผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุขุมลย์ ประสมศักดิ์ (2552) ศึกษาเรื่องปัจจัยและผลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การสูบบุหรี่ครั้งแรก มักจะได้บุหรืมาจากเพื่อนสนิท และโดยส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่

2) ประเด็นการรับรู้ข้อความในมาตรการในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ในกลุ่มของนักเรียน นักศึกษา และประชาชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีการรับรู้ในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ที่มีอัตราการรับรู้ที่สูง 1) รับรู้ว่ามีมาตรการห้ามมิจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับบุคคลซึ่งมีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ 2) รับรู้ว่ามีมาตรการห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้ง ชื่อ เครื่องหมายผ่านทางสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ วิทยู โทรทัศน์ ฯลฯ 3) รับรู้ว่ามีมาตรการที่ห้ามใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการแสดง การแข่งขัน หรือการจัดกิจกรรมอื่น 4) รับรู้ว่ามีมาตรการ

ที่ห้ามไม่ให้มีการแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบ การที่ผลวิจัยออกมาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะหน่วยงานรัฐมีการรณรงค์ส่งเสริมและมีการเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงในประเด็นห้ามจำหน่ายบุหรี่ยุติแก่เด็กที่มีอายุไม่เกิน 18 ปี บริบูรณ์ นอกจากนี้ในสถานที่ศึกษาบางแห่งผู้วิจัยสังเกตว่ามีการติดป้ายสติ๊กเกอร์ห้ามผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ซื้อบุหรี่ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่จึงมีความรู้ในประเด็นนี้ในอัตราที่สูง

3) ร้านจำหน่ายยาสูบ (บุหรี่ยุติ) ในรอบพื้นที่ที่ทำการศึกษาค้นพบว่า ลักษณะของร้านค้าโดยส่วนใหญ่เป็นร้านค้าแบบร้านค้าขายปลีกทั่วไป (off sale) ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่ร้านค้าจะมีป้ายแสดงการห้ามจำหน่ายยาสูบ(บุหรี่ยุติ) ให้กับผู้ที่มิใช่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ แต่ทว่าไม่มีการตรวจสอบอายุของผู้ซื้อบุหรี่ยุติ ด้านการรับรู้ข้อความในมาตรการในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ผู้จำหน่ายโดยส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อความในพระราชบัญญัติสูงสุดใน 3 ลำดับแรกได้แก่ 1) มีมาตรการห้ามมิจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับบุคคลซึ่งมิใช่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ มีมาตรการห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งสื่อ เครื่องหมายผ่านทางสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ 2) มีมาตรการห้ามให้เสนอสิทธิพิเศษเป็นการตอบแทนผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบ เช่น สิทธิเข้าชมการแข่งขัน การแสดง เป็นต้น และ 3) มีมาตรการห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลมาเพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ดังนี้

- 1) หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มช่องทางหรือสื่อในการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับข้อบัญญัติที่อยู่ในมาตราต่าง ๆ ในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560
- 2) หน่วยงานรัฐควรมีมาตรการควบคุมจำนวนร้านค้าที่เปิดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ยุติ) ที่อยู่ใกล้แหล่งสถานที่ศึกษาให้มีจำนวนน้อยลงเพื่อให้เด็กนักเรียนนักศึกษาเกิดความยากในการเข้าถึง
- 3) หน่วยงานรัฐอาจมีการจัดเจ้าหน้าที่ทำการสุ่มตรวจสอบการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้จำหน่าย เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดีโดยการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) อีกทั้งยังได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำ ตรวจสอบตราและแก้ไขเนื้อหา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทำให้สามารถนำเครื่องมือที่ได้ไปเก็บข้อมูลการวิจัยได้ นอกเหนือจากนี้ขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้อันมีค่ามากมายให้แก่ข้าพเจ้า ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยมหิดลที่สนับสนุนส่งเสริมในการจัดทำผลงานวิจัย และขอขอบผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลประโยชน์และคุณค่าของงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบเป็นกตัญญูตเวทีแต่บิดามารดา ครู อาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- โครงการศักยภาพหมู่บ้านละชุมชน. (2559). บัญชีรายชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน. เข้าถึงจาก[Online], available from <http://www.villagefund.or.th> เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2560.
- ธีรฤดี เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. (2535). เข้าถึงจาก[Online], available from <http://www.npo.moph.go.th/.../พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ> เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2560.
- บุปผา ศิริวิทย์ และคณะ. (2558). ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มวัยรุ่น รอบ ที่ 5 (พ.ศ. 2554) เข้าถึงจาก[Online], available from http://www.ashthailand.or.th/th/data_center_page.php?id=505 วันที่ 6 ธันวาคม 2559
- เรณู บุญจันทร์, รัชณี กิตติพงษ์ และนพวรรณ เลิศการณ. (2552). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดระนอง, รายงานการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดระนอง.
- ศิริวรรณ พิทยังสฤษฎ์ และคณะ. (2559). สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ของประเทศไทย พ.ศ. 2559 เข้าถึงจาก[Online], available from <http://www.resource.thaihealth.or.th/system/files/.../situationz2016zfinal.pdf> วันที่ 14 มิถุนายน 2560.
- ศรินทร์ยา เบญจกุล. (2558). แนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยใน 15 ปีข้างหน้า ลดลงช้ากว่าเป้าหมาย. เข้าถึงจาก[Online], available from http://www.ashthailand.or.th/th/data_center_page.php?id=505 วันที่ 6 ธันวาคม 2559.
- สำนักงานสถิติจังหวัดสงขลา. การสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ พ.ศ. 2550 จังหวัดสงขลา.
- สุขุมลย์ ประสมศักดิ์. (2552). ปัจจัยและผลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการเลิกสูบ บุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, ภาควิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น.
- อรรณพ หุ่นดี. (2542). บุหรี่กับมะเร็ง. กาญจนบุรี: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏกาญจนบุรี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร

กนกวรรณ เชี่ยวศิริถาวร* สุธี อยู่สถาพร^{**±}
ฉัตรสุนัน พฤตมิถุนันท์** นิตศน์ ศิริโชติรัตน์**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ทีม SRRT ของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครจำนวน 68 แห่ง จำนวน 228 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในเก็บข้อมูล ในเดือน พฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 42 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี สถานภาพสมรส เคยอบรมระบาดวิทยา โดยฝึกอบรมหลักสูตรระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก (FEMT) อบรมเฉลี่ย 1 ครั้ง ในระยะเวลาเฉลี่ย 2 ปี ตำแหน่งสมาชิกในทีม SRRT ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 6 ปี รายได้มากกว่า 30,000 บาท การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.50 (จากคะแนนเต็ม 3) ภาวะผู้นำในตัวบุคคลระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.03 (จากคะแนนเต็ม 5) ความรู้การสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ (โรคไข้เลือดออก และโรคมือ เท้า ปาก) คะแนนเต็ม 27 ค่าเฉลี่ย 21 การรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย ส่วนใหญ่มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.33 (จากคะแนนเต็ม 5) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ภาวะผู้นำในตัวบุคคล ความรู้การสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ ($r = 0.392$ และ 0.678) และการรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.736$) ตามลำดับ

การวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการถ่ายทอดนโยบายและการบริหารงานทีม SRRT เป็นลำดับขั้นลงสู่ระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบไร้รอยต่อ ควรมีความเข้าใจตรงกัน เพื่อสามารถปฏิบัติงานได้ทันเวลา สำเร็จตามเป้าหมาย ควรมีการจัดเวทีสัมมนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ มีการบริหารจัดการภาระงานให้เหมาะสมต่อหน้าที่ที่ปฏิบัติ

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน/ ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว/ การสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ

* นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[±] Corresponding author

Factors Related to Participation and Performance of The Staff in Surveillance and Rapid Response Team in Bangkok

Kanokwan Siewsirithaworn^{*} Suthee U-sathaporn^{**±}
Chardsumon Prutipinyo^{**} Nithat Sirichotiratana^{**}

Abstract

This cross-sectional survey research aimed at studying relationships between factors related to the performance and participation of the staff in surveillance and rapid response team (SRRT) in Bangkok. 228 SRRT staff from 68 public health centers in Bangkok were selected using the systematic random sampling. Data collection tool was questionnaires distributed in May, 2017. Data was analyzed by using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The research result showed that most samples were female, 42 years of age, married, graduated with a Bachelor's degree as the highest education, and averagely attended the Field Epidemiology and Management Training (FEMT) at least once in two years. Most SRRT staff held a professional nurse position with 6 years of work experience and earned more than 30,000 Baht averagely. Their work participation was at a high level with mean = 2.50 (from the maximum score of 3). Personal leadership was at a high level with mean = 4.03 (from the maximum score of 5). The mean of knowledge in communicable disease control and investigation (Dengue fever and Hand, Foot, and Mouth disease) was at 21 from the maximum score of 27. Regarding their perception of performance assessment according to the policy, most staff coordinated with other involved sectors at a high level with mean = 4.33 (the maximum score = 5). For the correlation coefficients between factors, their personal leadership and knowledge in communicable disease control and investigation were related to their performance and participation at a moderate level with statistical significance p-value < 0.01 ($r = 0.392$ and 0.678). Their perception of performance assessment according to the policy was related to their performance and participation at a high level with statistical significance p-value < 0.01 ($r = 0.736$).

It is suggested that policies and SRRT management should be conveyed from the highest authority to local levels systematically and seamlessly. Member of the team should have mutual understanding in order to accomplish tasks in time according to the set goals. Seminar platforms to share and exchange knowledge should be organized regularly. Management of tasks and assignments should also suit the staff's duties.

Keywords : Performance Participation/ Surveillance and Rapid Response Team/
Communicable Disease Control and Investigation

^{*} Student in MSc. (Public Health), majoring in Medical and Public Health Law, Faculty of Public Health, Mahidol University ^{**} Faculty of Public Health, Mahidol University
[±] Corresponding author

บทนำ

โรคและภัยสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นประจำในแต่ละพื้นที่ และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อพิจารณาจะพบว่าหลายๆ ครั้ง จะมีรูปแบบ ลักษณะการเกิด ทั้งช่วงเวลา สถานที่ บุคคล และปัจจัยเสี่ยง ที่เป็นลักษณะจำเพาะแตกต่างกัน ทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น การรับมือกับภัยทางสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ กรมควบคุมโรค, 2558) และระบบบริการสาธารณสุขที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชนมีการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่ง ซึ่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องทำ (กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายให้มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 โดยการจัดตั้งทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต และทีมส่วนกลาง จำนวน 1,030 ทีม ต่อมา พ.ศ. 2554 – 2555 กรมควบคุมโรคมีนโยบายจัดตั้งและพัฒนาทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลครบทุกพื้นที่ (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค, 2555) อีกทั้งมีการจัดอบรมหลักสูตรพัฒนาทีม SRRT ระดับอำเภอ และระดับจังหวัดขึ้นทั่วประเทศ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม 2548 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพิ่มขีดความสามารถของข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ต่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเพื่อสร้างความเข้มแข็งการเฝ้าระวังสอบสวนโรคของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้มีการเตือนภัยและป้องกันควบคุมโรคทันเวลา ไม่ให้เกิดการระบาดในวงกว้าง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนป่วยและเกิดการเสียชีวิตน้อยลงจากโรคระบาด)

เนื่องจากกรุงเทพมหานคร เป็นมหานครขนาดใหญ่ มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น ส่งผลให้เกิดปัญหาการระบาดของโรคได้ง่าย การดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร จึงได้มีการประเมินผลการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ระดับอำเภอตามมาตรฐานทีม จำแนกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ มาตรฐานด้านความเป็นทีม มาตรฐานด้านความพร้อม มาตรฐานด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน และมาตรฐานด้านผลงาน (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค, 2555) ปัญหาและอุปสรรคที่ก่อให้เกิดความขัดข้องในการดำเนินงานคือ การประสานงานในแต่ละงานแต่ละฝ่าย โดยข้อมูลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลหรือเรียกข้อมูลได้ (รัฐจวน สุขทวี, 2549) และปัญหาสำคัญของกรุงเทพมหานคร คือ บุคลากรที่มีจำกัด และมีภาระงานหลายด้าน โดยเฉพาะในส่วนของสำนักอนามัย ผู้รับผิดชอบงานไม่เข้าใจในรายละเอียดบางเรื่อง การขาดการนิเทศ ติดตามจากหน่วยงานบังคับบัญชา มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ภายในทีมบ่อย และบางแห่งขาดแพทย์หรือแกนหลักของทีมไม่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้สอบสวนหลัก หรือ การฝึกอบรมหลักสูตรระบาดวิทยาและการบริหารจัดการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำหรับแพทย์หัวหน้าทีม

และผู้สอบสวนหลัก (FEMT) (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ กรมควบคุมโรค, 2557)

การพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้มีองค์ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ เพื่อให้สามารถดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค และตอบสนองภาวะเร่งด่วนทางด้านสาธารณสุขได้ ด้วยเหตุผลนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาระดับการมีส่วนร่วม ตลอดจนศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร อันจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานครให้มีความพร้อมและดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำในตัวบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ และการรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะผู้นำในตัวบุคคล มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร
2. ความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร
3. การรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross - sectional survey study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 228 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยขอ

คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ตนเอง และอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ประกอบด้วย คำถามชนิดปลายเปิด (open end question) และคำถามชนิดปลายปิด (Close end question)

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำในตัวบุคคลของทีม SRRT ความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ การรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 42 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี สถานภาพสมรส เคยอบรมระดับวิทยา โดยฝึกอบรมหลักสูตรระดับวิทยาและการบริหารจัดการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสำหรับแพทย์หัวหน้าทีมและผู้สอบสวนหลัก (FEMT) อบรมเฉลี่ย 1 ครั้ง ในระยะเวลาเฉลี่ย 2 ปี ตำแหน่งสมาชิกในทีม SRRT ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 6 ปี รายได้มากกว่า 30,000 บาท

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร

ด้านการร่วมวางแผน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.41 โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อมีส่วนร่วมในการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในหน่วยงาน ที่ค่าเฉลี่ย 2.61 และหัวข้อคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หัวข้อ มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายของทีมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ที่ค่าเฉลี่ย 2.25

ด้านการร่วมดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.46 โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อร่วมปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผน และนโยบายการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ที่ค่าเฉลี่ย 2.53 และหัวข้อคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หัวข้อร่วมกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วที่ค่าเฉลี่ย 2.39

ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.64 โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อได้ประโยชน์จากการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ที่ค่าเฉลี่ย 2.70 และหัวข้อคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หัวข้อได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ที่ค่าเฉลี่ย 2.59 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน
ของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ด้านการร่วมวางแผน	2.41	0.50	สูง
1. มีส่วนร่วมในการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในหน่วยงาน	2.61	0.48	สูง
2. มีส่วนร่วมในการเสนอแนะความคิดเห็น เพื่อดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในหน่วยงาน	2.41	0.54	สูง
3. มีส่วนร่วมวางแผนดำเนินงานเฝ้าระวัง สอบสวนเคลื่อนที่เร็วในหน่วยงาน	2.41	0.55	สูง
4. มีส่วนร่วมในการพิจารณาปรับปรุงกิจกรรม การดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในหน่วยงาน	2.36	0.61	สูง
5. มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายของทีมเกี่ยวกับ การเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	2.25	0.71	ปานกลาง
6. เข้าร่วมกำหนดมาตรการดำเนินงานของทีม และลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในการดำเนินงาน เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	2.42	0.72	สูง
7. มีส่วนร่วมในการนำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการ รายงานโรคติดต่อ มาวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อวางแผนในการแก้ปัญหา	2.43	0.56	สูง
ด้านการร่วมดำเนินการ	2.46	0.50	สูง
1. ร่วมปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผน และนโยบายการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	2.53	0.55	สูง
2. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัด กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ในการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	2.48	0.55	สูง
3. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการ ดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	2.44	0.60	สูง

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
4. ร่วมเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	2.46	0.56	สูง
5. ร่วมกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	2.39	0.63	สูง
ด้านการร่วมรับผลประโยชน์	2.64	0.41	สูง
1. มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสภาวะสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน	2.62	0.53	สูง
2. ได้ประโยชน์จากการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในเขต พื้นที่รับผิดชอบของตนเอง	2.70	0.51	สูง
3. ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	2.59	0.52	สูง
ภาพรวมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน	2.50	0.42	สูง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลภาวะผู้นำในตัวบุคคลของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.03 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 3.89 โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อตนเองมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานทีม SRRT ที่ค่าเฉลี่ย 4.24 และหัวข้อคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หัวข้อตนเองมีความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงให้เพื่อนร่วมงานปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ที่ค่าเฉลี่ย 3.68

ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 4.03 โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อตนเองมีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ที่ค่าเฉลี่ย 4.21 และหัวข้อคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หัวข้อตนเองสามารถสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานทีม SRRT ที่ค่าเฉลี่ย 3.86

ด้านการกระตุ้นทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 3.88 โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อตนเองใช้หลักเหตุผลในการตัดสินใจอยู่เสมอ ที่ค่าเฉลี่ย 4.14 และหัวข้อ

คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หัวข้อตนเองมีการหาวิธีใหม่ๆ ที่ดีกว่าในการปฏิบัติงานทีม SRRT อยู่เสมอที่ค่าเฉลี่ย 3.61

ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 4.33 โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อตนเองมีความเอาใจใส่ ช่วยเหลือสมาชิกภายในทีม SRRT ด้วยความเต็มใจ ที่ค่าเฉลี่ย 4.43 และหัวข้อคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หัวข้อตนเองมีการสร้างปฏิสัมพันธ์พบปะพูดคุยกับสมาชิกภายในทีม SRRT และหัวข้อตนเองมีการให้โอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ท้าทายความสามารถต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกภายในทีม SRRT ที่ค่าเฉลี่ย 4.29

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้การสอบสวนควบคุมโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ความรู้การสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก และโรคมือ เท้า ปาก พบว่า โดยรวมทั้ง 2 โรค มีคะแนนเต็ม 27 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21 โดยมีคะแนนสูงสุดที่ 26 คะแนน และคะแนนต่ำสุดที่ 17 คะแนน เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค ได้แก่

โรคไข้เลือดออก คะแนนเต็ม 14 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10 โดยมีคะแนนสูงสุดที่ 13 คะแนน และคะแนนต่ำสุดที่ 8 คะแนน และโรคมือ เท้า ปาก คะแนนเต็ม 13 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11 โดยมีคะแนนสูงสุดที่ 13 คะแนน และคะแนนต่ำสุดที่ 8 คะแนน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดของความรู้การดำเนินงานสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ (โรคไข้เลือดออก และโรคมือ เท้า ปาก)

คะแนนความรู้การสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ	$\bar{X}$	Min	Max
โรคมือ เท้า ปาก (13 ข้อ)	11	8	13
โรคไข้เลือดออก (14 ข้อ)	10	8	13
รวมทั้งหมด (27 ข้อ)	21	17	26

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ พบว่าเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กองควบคุมโรคติดต่อ ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ สำนักรงานเขต ระดับสูง ค่าเฉลี่ย 4.33 (จากคะแนนเต็ม 5)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทีมมีการรับรู้เกี่ยวกับจำนวนเจ้าหน้าที่ทีม SRRT เพียงพอในการปฏิบัติงาน ระดับสูง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 ทีมเจ้าหน้าที่สามารถใช้ความรู้ด้านการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วมาบริหารจัดการในการสอบสวน ป้องกัน ควบคุมโรค ระดับสูง จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 59.6 ทีมมีการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะและการอบรมเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ระดับสูง จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 46.5 ทีมมีการวางแผนการ

จัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องทุกปี ระดับสูง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 49.6 ทีมได้รับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานตรงกับความต้องการ ระดับสูง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 ทีมมีแผนการปฏิบัติงานประจำปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคไว้ชัดเจนและเป็นลายลักษณ์อักษร ระดับสูง จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 ทีมได้ปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนด ระดับสูง จำนวน 136 คนคิดเป็นร้อยละ 59.6 ทีมได้กำหนดระยะเวลาประเมินผลการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน ระดับสูง จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 41.2 ทีมได้รับคำแนะนำในการนิเทศติดตาม และการประเมินผล สามารถนำไปปฏิบัติได้ ระดับสูง จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 ทีมมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นลายลักษณ์อักษร ระดับสูง จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 46.9 ทีมกรณีไม่อยู่ มีการมอบหมายให้บุคคลอื่นในทีม SRRT รับผิดชอบงานแทน ระดับสูง จำนวน 139 คน คิดเป็น ร้อยละ 61.1 ทีมก่อนการปฏิบัติงานมีการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานต่างๆ ระดับสูง จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 57.0 ทีมมีการรายงานผลการปฏิบัติงานให้ผู้บริหาร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ทันเวลาตามที่กำหนด ระดับสูง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 ทีมมีการคัดเลือกผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรค โดยคัดเลือกตามความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ระดับสูง จำนวน 116 คน คิดเป็น ร้อยละ 50.9 ทีมได้รับการสนับสนุนให้มีโอกาสศึกษาดูงาน ฝึกอบรมการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ระดับสูง จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 ทีมได้รับการสนับสนุนให้มีโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งที่สูงขึ้น ระดับปานกลาง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 ทีมได้รับคำแนะนำจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงาน เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน ระดับสูง จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 ทีมเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานได้เสนอผู้บริหารเพื่อทราบ และเพื่อหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน ระดับสูง จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 74.6 ทีมเมื่อมีนโยบายใหม่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ ทีม SRRT ได้รับการชี้แจงข้อมูลอยู่เสมอ ระดับสูง จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ทีมมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กองควบคุมโรคติดต่อ ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ สำนักรงงานเขต ระดับสูง จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 ทีมมีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรม ระดับสูง จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 60.1 ทีมมีการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนด ระดับสูง จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 ทีมมีการประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะตามแผนที่กำหนด ระดับสูง จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 การนำเสนอผลการดำเนินงานต่อที่ประชุมประจำเดือน ภายในหน่วยงานของศูนย์บริการสาธารณสุข ระดับ ปานกลาง จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 และมีการเปิดโอกาสและรับฟังความคิดเห็นของผู้ร่วมงานระดับสูง จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7

ส่วนที่ 6 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะผู้นำในตัวบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ และการรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย กับ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ใน กรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ภาวะผู้นำในตัวบุคคลของทีม SRRT ความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = 0.392$ และ 0.678) ตามลำดับ และการรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.736$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำ ความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ และการรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย กับ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาวะผู้นำในตัวบุคคลของทีม SRRT	0.392**	< 0.001	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ	0.678**	< 0.001	ปานกลาง
การรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย	0.736**	< 0.001	สูง

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ส่วนที่ 7 ข้อมูลปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร

1. ด้านการร่วมวางแผน พบว่า ในบางพื้นที่ ถ้าผู้รับผิดชอบงานไม่อยู่ การแจ้งข่าวจะไม่ต่อเนื่องหรือทันเหตุการณ์ ทำให้การตอบสนองในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดโรคติดต่อที่สำคัญที่ต้องดำเนินการสอบสวน ควบคุมโรคเร่งด่วนในบางพื้นที่ยังมีปัญหา เช่น ขาดความเป็นทีม การบริหารจัดการทีม การมอบหมายงานของแต่ละภาคส่วน หรือความร่วมมือต่างๆ ในการควบคุมโรค การให้ความสำคัญต่อการกำกับติดตามการปฏิบัติงาน และบางพื้นที่ยังขาดการวางแผนก่อน

การลงปฏิบัติงานสอบสวน ควบคุมโรค ทำให้ขณะปฏิบัติงานเกิดปัญหา เช่น การเตรียมอุปกรณ์ในการสอบสวนควบคุมโรคมาไม่ครบ ลืมการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้ 1) ควรมีการถ่ายทอดนโยบายและการบริหารงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร ให้เป็นลำดับขั้นลงสู่ระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบไร้รอยต่อ ทุกระดับควรมีความเข้าใจนโยบายตรงกัน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ทันเวลา สำเร็จตามเป้าหมาย 2) ควรมีการจัดเวทีสัมมนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลงานการสอบสวนควบคุมโรค แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านการร่วมดำเนินการ พบว่า เจ้าหน้าที่มีเวลาทำงานจำกัด และความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่ลงปฏิบัติงานไม่พร้อมกัน จึงทำให้เกิดการล่าช้าในการปฏิบัติงาน และบางครั้งการได้รับรายงานการระบาดของโรคยังไม่มี ความชัดเจน การลงพื้นที่ในบริบทของสังคมเมืองจึงเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานที่เร่งด่วน ทันเวลา ดังนั้น ควรมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานตลอดเวลา และมีการบริหารจัดการเวลาที่ดีในการปฏิบัติงานสอบสวน ควบคุมโรคโดยพร้อมเพรียงกัน เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว และมีความทันเวลา

3. ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ พบว่า การได้รับสวัสดิการต่างๆ ที่นอกเหนือจากเงินเดือนที่ได้รับประจํา นั้น ยังมีน้อย ขาดการสนับสนุนเรื่องค่าตอบแทนนอกเวลาในการสอบสวนควบคุมโรคที่เพียงพอในบางพื้นที่ เมื่อเทียบกับภาระงานในการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานคร ดังนั้น ควรมีแนวทางการเพิ่มค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาและให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานที่เสี่ยงภัยสำหรับโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคซาร์ เป็นต้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยภาวะผู้นำในตัวบุคคล

ปัจจัยภาวะผู้นำในตัวบุคคลของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในกรุงเทพมหานครประกอบไปด้วย 1. ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ 2. ด้านการสร้างแรงบันดาลใจ 3. ด้านการกระตุ้นทางปัญญา และ 4. ด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ผลการศึกษาพบว่า โดยรวมอยู่ใน

หัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อตนเองมีความเอาใจใส่ ช่วยเหลือสมาชิกภายในทีม SRRT ด้วยความเต็มใจ

2. ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ

ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่ ความรู้การดำเนินงานสอบสวนควบคุมโรคติดต่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และความรู้การดำเนินงานสอบสวนควบคุมโรคติดต่อเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ผลการศึกษา พบว่า ความรู้การสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก และโรคมือ เท้า ปาก

3. ปัจจัยการรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย

ผลการศึกษาข้อมูลการรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ส่วนใหญ่มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กองควบคุมโรคติดต่อ ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล สำนักงานเขต ระดับสูง

4. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านการร่วมวางแผน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.41 โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อมีส่วนร่วมในการประชุม ปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในหน่วยงานที่ค่าเฉลี่ย 2.61 และหัวข้อคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หัวข้อมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายของทีมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ที่ค่าเฉลี่ย 2.25

ด้านการร่วมดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.46 โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อร่วมปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนและนโยบายการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ที่ค่าเฉลี่ย 2.53 และหัวข้อคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ หัวข้อร่วมกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วที่ค่าเฉลี่ย 2.39

ด้านการร่วมรับผลประโยชน์ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 2.64 โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หัวข้อได้ประโยชน์จากการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเองที่ค่าเฉลี่ย 2.70 และหัวข้อคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือหัวข้อได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วที่ค่าเฉลี่ย 2.59

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะผู้นำในตัวบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ และการรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะผู้นำในตัวบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ และการรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะผู้นำในตัวบุคคลของทีม SRRT ความรู้เกี่ยวกับการสอบสวนควบคุมโรคติดต่อ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.392$ และ 0.678) และ

การรับรู้การประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานครระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $0.01 < 0.001$ ($r = 0.736$)

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. (2555). *มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *โครงการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดี โดยกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กระทรวงสาธารณสุข*
- กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา. (2547). การสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 17, Epidemiology for Global Vigilance, Proceedings 17th National Seminar on Epidemiology.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อทั่วไป. (2551). *คู่มือโรคติดต่อทั่วไป เล่ม 1*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อทั่วไป. (2550). *แนวทางการปฏิบัติงาน โรค มือ เท้า ปากและโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ. (2558). *สรุปผลการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ปีงบประมาณ 2558*.
- บาร์มี อินทกนก. (2553). ผลของการทำงานเป็นทีมต่อการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. การศึกษาอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันชัย อาจเขียน. (2548). *SRRT กับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข*. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (fact sheet)
- วีรศักดิ์ มณี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหารโรงพยาบาล สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ศิลป์ชัย เนตรทานนท์. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อการประสานงานด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ เขตสาธารณสุขที่ 4. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอนงค์ คงเรือง. (2558). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรือนจำปลอดบุหรี่: ข้อเสนอทางกฎหมาย

ฉัตรสมน พฤตนิญโญ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอทางกฎหมายให้เรือนจำปลอดบุหรี่เพื่อสุขภาพของผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในเรือนจำ วิธีการศึกษาโดยทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์อย่างเจาะจง และการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก 2 แหล่ง คือ งบรักษาพยาบาลจากกรมราชทัณฑ์ ซึ่งมีอยู่ในจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วประเทศ และงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ (Universal Coverage : UC) ผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วประเทศมีพฤติกรรมสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 75 ซึ่งนอกจากจะทำลายสิ่งแวดล้อมในเรือนจำแล้ว ยังทำลายสุขภาพของผู้ต้องขัง เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรังเพื่อเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในเรือนจำทั่วประเทศ การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในเรือนจำประการหนึ่งคือให้ผู้ต้องขังเลิกสูบบุหรี่ นอกจากความห่วงใยในสุขภาพของผู้ต้องขังแล้ว ยังเป็นการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังรายอื่นที่ไม่ได้สูบบุหรี่ด้วย การให้เรือนจำเลิกจำหน่ายบุหรี่เป็นวิธีการที่ดีที่สุด ปัจจุบัน สามารถพัฒนาเรือนจำปลอดบุหรี่นำร่องได้ 12 แห่ง การวิจัยนี้มีข้อเสนอให้อธิบดีเรือนจำและกระทรวงสาธารณสุขจัดทำอนุบัญญัติให้เรือนจำเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ด้วยวิธีไม่อนุญาตให้มีการจำหน่ายบุหรี่ เพื่อสุขภาพของผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในเรือนจำ

คำสำคัญ : เรือนจำ / เขตสูบบุหรี่/ เขตปลอดบุหรี่

* ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Smoke-Free Prison: Legal Considerations

Chardsumon Prutipinyo*

Abstract

The purpose of this study is to provide a legal framework for smoke-free prisons, to protect the health of prisoners and correction officers working in correctional facilities. This is a document review, in-depth interview and participatory observation research.

Results of the study found that inmates' health care system is supported by two sources. One source is from the medical treatment budget of the Department of Corrections, which is very limited and insufficient for prisoners around the country. The second source of budget is from a Universal Coverage (UC) budget. The prevalence of smoking prisoners across the country is more than 75 percent, which destroys environment and also health of inmates. This is an important cause of chronic diseases. In order to create a smoke-free environment in prisons across the country, it is necessary to help prisoners to stop smoking. Creating a smoke-free environment is one way in which prisoners can quit smoking. In addition to the concern of the smoking prisoners' health, it also protects the health of other non-smoking inmates. By banning of cigarette selling in correctional facilities, it is the best way to improve smoking cessation. Currently, there are 12 smoke-free prisons. This research offers legal advice to smoke-free prisons, through prohibiting selling of cigarettes, to protect the health of prisoners and correctional officers working in prisons.

Keywords: smoke-free correctional facility / prison / legal considerations

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

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 มีผู้สูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน กลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไปตายจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 50,710 คน เป็นชาย 42,989 คน ผู้หญิง 7,721 คน ผลสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วประเทศ พบว่า ผู้ต้องขังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 75 โดยเฉพาะผู้ต้องขังที่อยู่ในกลุ่มที่มีความเป็นอยู่แออัด การสูบบุหรี่เป็นทำลายสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ และทำลายสุขภาพผู้ต้องขังด้วยตนเองและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเรื้อรัง มีการสำรวจพื้นที่ตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ มหาวิทยาลัยได้รับความร่วมมือร้อยละ 91 ในตลาดสดได้รับความร่วมมือร้อยละ 26 สถานะที่ราชการได้รับความร่วมมือร้อยละ 74 และในขนส่งได้รับความร่วมมือร้อยละ 50 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2558)

จากการทบทวนงานวิจัยผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำกลางนครสวรรค์ โดยการวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาปัญหาการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่และสร้างรูปแบบการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำกลางนครสวรรค์ วิธีการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ศึกษาปัญหาการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ ช่วงที่ 2 สร้างรูปแบบการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ต้องขังชายที่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 159 คน และเจ้าพนักงานชายของเรือนจำกลางนครสวรรค์จำนวน 80 คน การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัญหาการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ ในเรือนจำกลางนครสวรรค์มีปัญหาการกำหนดให้ห้องสุขาเป็นเขตปลอดบุหรี่ซึ่งเป็นปัญหาอยู่ในระดับมาก ปัญหาความรู้ของเจ้าพนักงานและผู้ต้องขังเกี่ยวกับปริมาณนิโคตินและทาร์ ในบุหรี่ชนิดต่างๆ ของไทย และความรู้เกี่ยวกับสัญญาณอันตรายที่จะเตือนว่าเป็นมะเร็งในช่องปากเกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัญหาอยู่ในระดับมาก และปัญหาการกระทำผิดพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ด้วยการสูบบุหรี่ในบริเวณห้องสุขาโรงฝึกวิชาชีพ และบริเวณเรือนนอน ซึ่งเป็นปัญหาอยู่ในระดับมากที่สุด มากที่สุดและมากตามลำดับ (ธนวัฒน์ พิศลีย์ 2548)

เนื่องจากระบบการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำมาจากการสนับสนุนงบประมาณจาก 2 แหล่ง คือ งบรักษาพยาบาลจากกรมราชทัณฑ์ ซึ่งมีอยู่ในจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วประเทศ ที่มีจำนวนมากถึง 321,347 คน โดยแยกเป็นชาย 277,173 คน หญิง 44,174 คน (ข้อมูลจากสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศของกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2559) และงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพ (Universal Coverage: UC) หรือ งบ UC จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ลงไปยังโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบบริหารจัดการให้ตามรายหัวของผู้ต้องขังที่มีเลข 13 หลัก (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2559)

สำหรับรูปแบบการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำนครสวรรค์มี 11 ขั้นตอน ซึ่งอยู่ในวงจร PDCA ของเดมมิ่ง ได้แก่ การวางแผน (Plan) ประกอบด้วยขั้นตอนการจัดทำโครงการ การแต่งตั้งคณะทำงาน และการประชุมคณะทำงาน การปฏิบัติ (Do) ประกอบด้วยขั้นตอนการออกประกาศเรือนจำ การติดป้ายเขตสูบบุหรี่ และ เขตปลอดบุหรี่ การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่เพื่อทำการกวดขันจับกุมผู้ที่ฝ่าฝืนอย่างจริงจัง การฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้ การจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่ และการประชาสัมพันธ์ การตรวจสอบ (Check) ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินผล การปรับปรุง (Act) ประกอบด้วยขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุง (ธนวัฒน์ พิศลีย์ 2548)

ในการกำหนดพื้นที่หรือสถานที่ปลอดบุหรี่ กฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ฉบับเดิมไม่ได้ออกประกาศคุ้มครองพื้นที่เรือนจำให้ปลอดบุหรี่ รวมถึงพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ฉบับปัจจุบันก็ยังไม่สามารถเข้าไปควบคุมเรือนจำให้เป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากเรือนจำจัดเขตสูบบุหรี่รอบเรือนนอนได้ ประกอบกับกฎหมายมีระเบียบของกรมราชทัณฑ์ที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ตามช่วงเวลา เช้า กลางวัน เย็น เหมือนรับประทาน อาหาร ส่วนนอกเวลา ผู้ต้องขังสูบบุหรี่ไม่ได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการจำกัดสิทธิการรักษาพยาบาลและการจำกัดสิทธิการสูบบุหรี่ 2) วิเคราะห์การคุ้มครองสิทธิผู้ต้องขังไม่สูบบุหรี่ และการช่วยเหลือผู้ต้องขัง 3) เสนอข้อกฎหมายลำดับรองให้เรือนจำเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ การศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพิจารณาเรื่องสิทธิและการเสนอแนะแนวทางให้เรือนจำเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ทั้งหมด

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์จากการทบทวนงานวรรณกรรม และการสัมภาษณ์อย่างเจาะจง และเข้าสังเกตการณ์เรือนจำนนทบุรี โดยทำหนังสือขออนุญาตผู้บังคับการเรือนจำนนทบุรี เพื่อสังเกตการณ์อย่างใกล้ชิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย โครงการการพัฒนาข้อเสนอแนะในการจัดทำกฎหมายลำดับรองพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 จากหลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการศึกษา

1. การจำกัดสิทธิการรักษาพยาบาลและการจำกัดสิทธิการสูบบุหรี่ของผู้ต้องขังในเรือนจำ

“เรือนจำ” คือ ที่ซึ่งใช้ควบคุม ขัง หรือจำคุกผู้ต้องขังกับทั้งสิ่งที่ใช้ต่อเนื่องกันและให้หมายความรวมถึง “ทัณฑสถาน” (ตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560) ซึ่งทัณฑสถานควบคุมผู้ต้องขังที่แยกประเภทแล้ว เช่น ทัณฑสถานหญิง ควบคุมเฉพาะผู้ต้องขังหญิง และทัณฑสถานวัยหนุ่ม ควบคุมผู้ต้องขังเฉพาะวัยหนุ่ม อายุ 18-25 ปี ทัณฑสถานวัยหนุ่มของ

ประเทศไทย คือ ทัณฑสถานวัยหนุ่มกลาง ทัณฑสถานวัยหนุ่มพระนครศรีอยุธยา และทัณฑสถานวัยหนุ่มกำแพงเพชร และนครศรีธรรมราช

เรือนจำถูกจำแนกออกเป็นหลายประเภท เนื่องจากองค์การสหประชาชาติได้ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ สำหรับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังกับข้อเสนอแนะ ข้อ 8(ง) กำหนดไว้ว่า ผู้ต้องขังต่างประเภทกันพึงแยกคุมขังไว้คนละแห่งหรือคนละส่วนของทัณฑสถานหรือเรือนจำโดยผู้ต้องขังเยาว์วัยพึงแยกจากผู้ต้องขังผู้ใหญ่

ส่วนในเรื่องการจำหน่ายบุหรี่ยังในเรือนจำ ไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้ บางเรือนจำผู้บริหารเรือนจำไม่อนุญาตให้ญาติหรือผู้เกี่ยวข้องซื้อบุหรี่ฝากผู้ต้องขัง แต่บางเรือนจำก็อนุญาต ทั้งนี้ผู้บริหารเรือนจำแต่ละแห่งจะเป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมในการอนุญาตหรือไม่อนุญาตให้ผู้ต้องขังสูบบุหรี่

เหตุผลของเรือนจำที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ เนื่องจาก

- บุหรี่ไม่ใช่สิ่งของต้องห้ามในเรือนจำ
- ผู้ต้องขังมีความเครียดสูงอยู่แล้ว หากไปห้ามการสูบบุหรี่ อาจทำให้เครียดหนัก
- การห้ามอาจทำให้เกิดตลาดมืด มีการลักลอบนำเข้ามายาในราคาส่ง

เหตุผลของเรือนจำที่ไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ เนื่องจาก

- ผู้ต้องขังอยู่กันแออัด การสูบบุหรี่จะไปรบกวนผู้ที่ไม่สูบ
- อาจเกิดเพลิงไหม้ เป็นอันตรายต่อผู้ต้องขัง และทำให้ทรัพย์สินของทางราชการ

เสียหาย

- เป็นอุปสรรคต่อการทำ "ชุมชนบำบัด"
- ที่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ห้าม เพราะเป็นสถานพยาบาล จึงต้องเป็น

เขตปลอดบุหรี่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 7 พ.ศ. 2540

แนวคิดที่ให้ผู้ต้องขังเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่ก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ และเกี่ยวเนื่องกับการรักษาพยาบาลด้วย ซึ่งต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ตัวอย่างคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหลายเขตในสหราชอาณาจักรได้ออกมาตรการชะลอ หรือและยกเลิกคิวการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนของผู้ที่สูบบุหรี่ ไปจนกว่าจะพิสูจน์ได้ว่าเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างน้อยแปดสัปดาห์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการรักษาผู้สูบบุหรี่ ในประเทศไทยเอง มีข้อถกเถียงที่ว่าผู้สูบบุหรี่ไม่สมควรได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฟรี ก็เป็นข้อถกเถียงที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง (Nijenbandring, et al 2016) แม้ผู้นั้นเลือกที่จะสูบบุหรี่ด้วยความตั้งใจของเขาเอง รัฐสามารถใช้การกระทำนี้ 'ริบ' สิทธิการรักษาของเขาได้หรือไม่ ขณะที่ในประเทศไทยเอง มีข้อถกเถียงที่ว่าผู้สูบบุหรี่ไม่สมควรได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฟรีก็เป็นข้อถกเถียงที่เกิดขึ้น หลายๆ คนก็มุ่งเป้าไปที่ผู้มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ด้านสุขภาพว่าเป็นสาเหตุหลักของการขาดแคลนงบประมาณ

จากการประเมินของคณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพ (2555) ได้ประเมินค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการสูบ

บุหรี่ในปี พ.ศ. 2552 ว่ามีถึงปีละ 52,182 ล้านบาท ความเสียหายนี้ประมาณการจากทั้งต้นทุนทางตรง คือ ค่ารักษาพยาบาล (รวมค่าเดินทางและส่วนต่างที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มจากสวัสดิการของรัฐ) และต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ความสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การต้องหยุดงานของผู้ป่วยและผู้ดูแล ขณะที่ในปีเดียวกัน รัฐบาลมีรายได้จากการเก็บภาษีบุหรี่ เพียง 43,936 ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม ในการรักษาพยาบาล รัฐไม่มีสิทธิที่จะจำกัดสิทธิพลเมือง มีบางคนเปรียบเทียบสิทธิการรักษาพยาบาลกับสิทธิขั้นพื้นฐานอย่างเสรีภาพ คนเรามีสิทธิที่จะมีเสรีภาพการที่บุคคลทำผิดกฎหมาย เขาก็ต้องโดนริบเสรีภาพหรือไม่ นั่น คำถามคือ เรามองว่า ‘สิทธิการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ’ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน เพราะเจตนารมณ์พื้นฐานของหลักประกันด้านสุขภาพของรัฐ ที่ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงการรักษาได้โดยไม่แบ่งแยก ผู้ที่สูบบุหรี่ควรมีสิทธิในการเข้าถึงสวัสดิการการรักษาของรัฐ

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ รัฐบาลทุกระดับทั่วโลก ทั้งในระดับท้องถิ่นและในระดับชาติต่างเร่งรีบดำเนินการทางนโยบายเพื่อให้สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ เรือยนต์เป็นสถานที่ราชการที่ต้องเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ ในประเทศแคนาดา มีกฎหมายห้ามนักโทษในเขตสถานนอกอาคารและห้ามเจ้าหน้าที่สูบบุหรี่ในเขตเหล่านั้นด้วย เรือยนต์ช่วยนักโทษเลิกบุหรี่ด้วยการห้ามอย่างเบ็ดเสร็จและมีผลบังคับใช้ในวันที่ 30 เมษายน 2008 ประเทศนิวซีแลนด์ เมื่อปลายเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2014 ราชทัณฑ์ของนิวซีแลนด์ได้ประกาศแผนเตรียมการ 12 เดือนก่อนการห้ามสูบบุหรี่ในเรือยนต์ ประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐแคลิฟอร์เนียขยายการห้ามสูบบุหรี่ไปยังเรือยนต์ในวันที่ 31 ธันวาคม 2004 โดยห้ามทั้งนักโทษและเจ้าหน้าที่สูบบุหรี่ในขอบเขตทั้งหมดของเรือยนต์ทุกแห่ง (หทัย ชิตานนท์ 2560: 39, 40, 42) เพื่อปกป้องสุขภาพของสาธารณชน พื้นที่ต่างๆ ที่ดำเนินการตามนโยบายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ พบว่าสุขภาพของผู้ทำงานดีขึ้น ในขณะที่เดียวกันนโยบายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ นับเป็นนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิผลสูงสุด การจำกัดสิทธิการสูบบุหรี่ จะทำให้งบประมาณการรักษาพยาบาลในโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ลดน้อยลง เท่ากับเป็นการแก้ปัญหาได้ถูกจุด และทำสิ่งแวดล้อมให้สะอาด

2. วิเคราะห์การคุ้มครองสิทธิผู้ต้องขังไม่สูบบุหรี่และการช่วยเลิกบุหรี่

ในการเลิกบุหรี่นั้น สารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์ทำให้เสพติด ทำให้การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องไม่ง่าย ซึ่งหากเรามองจากมุมของผู้ที่ต้องต่อสู้กับอาการติดบุหรี่ก็อาจจะเข้าใจมากขึ้น เพราะการเลิกบุหรี่นั้นต้องอาศัยการสนับสนุนจากคนรอบข้างและผู้เชี่ยวชาญ มีงานศึกษาหลายชิ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า กว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเคยพยายามเลิกบุหรี่ แต่มีเพียงร้อยละ 36 เท่านั้นที่ทำสำเร็จ และมีอัตราการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำมาก กล่าวได้ว่า สำหรับคนส่วนใหญ่แล้ว การเลิกสูบบุหรี่นั้น แค่ ‘ความตั้งใจ’ ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีวิธีการช่วยผู้ต้องขังด้วยที่ยากเลิกบุหรี่

จากการทบทวนเอกสาร กรณีศึกษา เรือนจำกำแพงเพชรมีการกำหนดมาตรการควบคุมผู้ต้องขังที่ยังไม่พร้อมที่จะเลิก แต่พร้อมที่จะลดการสูบบุหรี่ ทั้งกำหนดวันจำหน่ายบุหรี่เหลือเพียงสัปดาห์ละ 2 วัน กำหนดจุดสูบบุหรี่แดนละ 1 จุด และกำหนดพื้นที่ห้ามสูบ ได้แก่ สถานพยาบาล โรงอาหาร แดนหญิง แดนควบคุมพิเศษ ห้องเยี่ยมญาติและเรือนนอน รวมถึงกำหนดบทลงโทษชัดเจนเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการลดและเลิกบุหรี่ได้ การใช้มาตรการทางสังคมในเรือนจำเป็นวิธีช่วยให้การควบคุมดีขึ้น การแอบสูบบุหรี่จะต้องรับผิดชอบร่วมกันด้วยการถูกปิดทีวี มาตรการนี้ทำให้ผู้ต้องขังเตือนกันเอง หากผู้ต้องขังเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเอง รู้จักเคารพสิทธิผู้อื่น ประโยชน์จะเกิดกับตัวผู้ต้องขังเอง อย่างไรก็ตาม ผู้ต้องขังที่เข้าร่วมโครงการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ เรือนจำกลางกำแพงเพชร เปิดใจว่า การเลิกบุหรี่ในช่วงเดือนแรกๆ ถือว่ายากมาก (ไศรยา ฤทธิ์อร่าม 2560)

ส่วนโครงการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่เรือนจำของเรือนจำกลาง จังหวัดกำแพงเพชร มีคณะกรรมการซึ่งผู้บัญชาการเรือนจำเป็นประธานกรรมการ เจ้าหน้าที่ทุกส่วนงานในเรือนจำมีส่วนร่วมทำงาน กำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่ในสถานพยาบาล แดนหญิง เรือนนอน ฝ่ายการศึกษา ห้องสมุด ชุมชนบำบัด แดนผู้สูงอายุ แต่ละแดนจัดให้มีจุดสูบบุหรี่สำหรับผู้ต้องขังที่ยังไม่พร้อมเลิกบุหรี่ จัดทำกลุ่มสมัครใจเลิกบุหรี่แบบมีพี่เลี้ยง โดยมีผู้ต้องขังที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วเป็นพี่เลี้ยงดูแลอย่างใกล้ชิด จัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ที่สถานพยาบาลของเรือนจำ ผลทำให้ยอดการจำหน่ายบุหรี่และยาเส้นของร้านค้าในเรือนจำลดลงถึงร้อยละ 50 (เศกสรรค์ จันทรปราสาท และคณะ 2560)

ทั้งนี้ ผู้บัญชาการเรือนจำกลางกำแพงเพชรชี้ว่า เรือนจำมีพื้นที่ 23 ไร่ ทุกแดนเปิดให้ผู้ต้องขังเดินไปมาหาสู่กันได้ มีจุดกำหนดสูบบุหรี่ ขณะเดียวกันกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่ 100% ตลอดเวลา สถานพยาบาล โรงเรียนเรือนเพชรศึกษา แดนสุทกรรม โรงเลี้ยงอาหาร แดนผู้สูงอายุ แดนหญิงควบคุมพิเศษ จุดเยี่ยมญาติ เรือนนอนให้ปลอดบุหรี่อย่างสิ้นเชิง (ไศรยา ฤทธิ์อร่าม 2560) มาตรการบทลงโทษสำหรับผู้ละเมิดกฎเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในเรือนจำกลางกำแพงเพชร มีดังนี้

1. มาตรการ 20 วัน ฝึกระเบียบ ห้ามสูบบุหรี่ในจุดกำหนด หากสูบบุหรี่เข้ามาตรการ 20 วัน ฝึกระเบียบ ขัดเลาจิตใจเป็นเวลา 20 วัน
2. ถ้าสูบบุหรี่ในเรือนนอน เข้ามาตรการคุมความประพฤติ 3 เดือน ต้องขัดเลาแยกการควบคุมไปอีกแดนหนึ่ง สวดมนต์ ฝึกแถวเป็นเวลา 3 เดือน
3. ถ้าสูบบุหรี่นอกมีโทษทางวินัยตามกฎหมายราชทัณฑ์ ห้ามเยี่ยม 3 เดือน
4. มาตรการจอมืด ทุกห้องนอนมีทีวีจอแบนเครื่องใหญ่เหมือนมิงานวด เสียงสนั่นทุกคนอยู่ในสภาพที่มีความสุขสบายพอสมควร ถ้ามีการละเมิดกฎระเบียบในห้อง งดการแพร่ภาพปิดทีวีเป็นเวลา 3 วัน 7 วัน 10 วัน ทั้งห้องอดดูทีวี เป็นมาตรการให้มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ในห้องเล็กๆ ทุกคนต้องช่วยกันดูแล จัดคลินิกคลายเครียด คลินิกเลิกบุหรี่เพื่อให้ผู้ต้องขังที่มีความประสงค์จะเลิกบุหรี่ มีพยาบาลวิชาชีพ 3 คนช่วยดูแลผู้ต้องขังอย่างใกล้ชิด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาพรวมของการดำเนินงานช่วยเหลือผู้พิการของเรือนจำทั้ง 12 แห่ง มีผู้ต้องขังได้รับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่จำนวน 750 คน ในจำนวนนี้มี 258 คน หรือร้อยละ 34.4 ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องเกิน 6 เดือน เรือนจำที่เข้าร่วมโครงการมีนโยบายการควบคุมยาสูบและการพัฒนาสถานที่ปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้น จากการที่เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทยร่วมกับ สสส. ได้ริเริ่มโครงการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในเรือนจำตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 จนถึงปัจจุบัน พัฒนาเป็นต้นแบบเรือนจำปลอดบุหรี่ 3 แห่ง เรือนจำกลางกำแพงเพชร เรือนจำหล่มสัก เพชรบูรณ์ เรือนจำกลางมหาสารคาม และภายในปี พ.ศ. 2561 ตั้งเป้าหมายขยายไปยังเรือนจำอื่นๆ ทั่วประเทศอีกไม่น้อยกว่า 10 แห่ง (สุรินทร์ กลัมพากรและคณะ 2560)

ตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 นี้ มีข้อสังเกตที่น่าสนใจที่สามารถทำให้ผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่บางคนเลิกบุหรี่เองได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากมีบทบัญญัติห้ามนำสิ่งของ วัตถุระเบิด มาตรา 72 (4) หากผู้ต้องขังหรือเจ้าหน้าที่นำไม้ขีดไฟ ไฟแช็คเข้ามา เขาก็มีความผิดตามบทบัญญัตินี้

“มาตรา 72 ผู้ใดกระทำความผิดประการใดให้เข้ามาหรือให้ออกไปจากเรือนจำ หรือครอบครองหรือใช้ในเรือนจำ หรือรับจากหรือส่งมอบแก่ผู้ต้องขัง ซึ่งสิ่งของต้องห้าม ดังต่อไปนี้ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

- (1) ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ และสารระเหย รวมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ในการเสพ
- (2) สุราหรือของมีนเมาอย่างอื่น
- (3) เครื่องมืออันเป็นอุปกรณ์ในการหลบหนี
- (4) อาวุธ เครื่องกระสุนปืน วัตถุระเบิด ดอกไม้เพลิง และสิ่งเทียมอาวุธปืน

“.....”

การเข้าถึงเหตุการณ์และสัมภาษณ์: เรือนจำจังหวัดนนทบุรี

เนื่องจากมีจำนวนผู้ต้องขังมาก พื้นที่ปลอดบุหรี่ และเขตสูบบุหรี่ จึงถูกจัดให้อยู่ร่วมกัน การจัดเขตสูบบุหรี่จะจัดไว้ในที่ลับตาไม่ได้ มีเพียงเส้นแบ่ง และป้ายติดผนังว่า “เขตสูบบุหรี่” และระบุเวลาที่อนุญาตให้สูบ

เวลาที่อนุญาตให้สูบแบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้ 07.00-07.45 น. เวลา 11.00-12.30 น. และเวลา 14.45-15.15 น.

“ผู้ต้องขังจำนวน 2,600 คน แต่มีผู้สูบบุหรี่ 2,400 คน ผู้ต้องขังบางรายไม่สูบ พอเพื่อนสูบ ก็สูบตามเพื่อน”

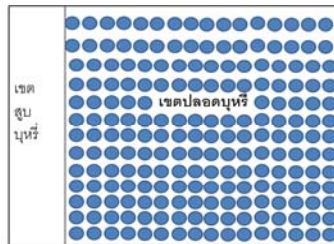
ผู้คุมประพฤติรายหนึ่ง

แม้ว่าสถานที่สูบบุหรี่ที่เรือนจำได้จัดไว้ให้นั้น จะมีสภาพและลักษณะตามที่รัฐมนตรีประกาศไว้ กล่าวคือ มีเครื่องหมายติดแสดงไว้ให้เห็นได้โดยชัดเจนว่าเป็นเขตสูบบุหรี่ แต่จากการสังเกตการณ์ เขตสูบบุหรี่ยังคงอยู่ในบริเวณทางเข้าออก และไม่มีพื้นที่เป็นสัดส่วนชัดเจน ไม่มีการระบายอากาศที่เหมาะสม และมีลักษณะที่อาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีเพียงการตีเส้นแบ่งแยกกว่าเป็นพื้นที่สูบบุหรี่และปลอดบุหรี่ แต่ไม่สามารถปลอดควันบุหรี่

จากการสังเกตการณ์เรือนจำที่เข้าศึกษา พบว่า ผู้ต้องขังอยู่กันอย่างแออัด ไม่มีพื้นที่ที่แบ่งแยกชัดเจนระหว่างเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ เพียงแต่เขียนป้ายไว้ว่าเขตสูบบุหรี่ และเวลาที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ 3 ชั่วโมง เมื่อมีการอนุญาตให้สูบบุหรี่ พบว่า ผู้ต้องขังก็จะกรูกันมาสูบบุหรี่ในพื้นที่เป็นเขตสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลให้ควันบุหรี่เผยแพร่ไปอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเขตสูบบุหรี่มีพื้นที่แออัด ในเวลาที่อนุญาตให้สูบบุหรี่

“ผู้ต้องหาจะกรูกันมาสูบบุหรี่ และเป็นเหตุให้หัวแตกเลยก็มี บางคนขอเพียงซีบู่ที่ที่เหลือ... การยอมให้สูบบุหรี่ได้สามเวลา จึงมีลักษณะซ้ำเดิมผู้ต้องขัง ดังสภาพที่แสดงให้เห็น

ผู้คุมประพจน์รายหนึ่ง



หมายเหตุ ● คือ ผู้ต้องขัง

อนึ่ง การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของกรมราชทัณฑ์ เป็นงานที่ยุ่งยากซับซ้อน ต้องเกี่ยวข้องกับกฎหมายหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการกักกัน ตามประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการกักขังตามประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2506 ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499 และประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2478 รวมทั้งการปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง และข้อเสนอแนะในส่วนที่เกี่ยวข้องขององค์การสหประชาชาติ ตามความเหมาะสมและงบประมาณที่ได้รับ นอกจากนี้ ยังต้องประสานการดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุม ดูแลผู้ต้องขังร่วมกับองค์การระหว่างประเทศ หน่วยงานต่างประเทศ สถานทูต สถานกงสุล ตลอดจนองค์กรเอกชน และส่วนราชการอื่นๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 ทั้งนี้มีเรือนจำเข้าร่วมโครงการ 12 แห่ง ได้แก่ เรือนจำกลางบางขวาง เรือนจำกลาง

นนทบุรี เรือนจำกลางสกลนคร เรือนจำกลางมหาสารคาม เรือนจำกลางกำแพงเพชร เรือนจำ
หล่มสัก เพชรบูรณ์ เรือนจำกลางพิจิตร เรือนจำกันทรลักษ์ ศรีสะเกษ เรือนจำกลางตาก เรือนจำ
กลางนครพนม เรือนจำกลางขอนแก่น เรือนจำอำเภอสวรรคโลก สุโขทัย และเรือนจำกลาง
ฉะเชิงเทรา

3. เสนอข้อกฎหมายลำดับรองให้เรือนจำเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่

ในปัจจุบัน ยังไม่มีกฎหมายฉบับใดที่ให้เรือนจำเป็นเขตปลอดบุหรี่ (ทั้งพระราชบัญญัติ
คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ที่ถูกยกเลิกไปแล้ว และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
พ.ศ.2560) ปัจจุบัน พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ก็ยังไม่มีกฎหมายลำดับ
รอง หรืออนุบัญญัติที่กำหนดให้เรือนจำเป็นเขตปลอดบุหรี่ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอเชิงกฎหมายให้มี
อนุบัญญัติที่กำหนดให้เรือนจำปลอดบุหรี่

อย่างไรก็ตาม ก็มีประเด็นโต้แย้งว่า ในสถานที่ต้องขัง เรือนจำ หรือทัณฑสถาน บุคคล
ควรมีสติหรือไม่ที่จะสูบบุหรี่หรือไม่ แต่ก็เป็นที่ยอมรับว่า ควันบุหรีมีสารพิษจำนวนมาก และ
เรือนจำอยู่กันอย่างแออัด แม้จะมีเขตปลอดบุหรี่ แต่ก็ทับซ้อนกับเขตปลอดบุหรี่ ดังนั้น จึงไม่
สามารถหลีกเลี่ยงควันบุหรีได้เลย

การสร้างเรือนจำเป็นที่ปลอดบุหรี่ทั้งหมดจะเป็นการตัดสิทธิของผู้สูบบุหรี่หรือไม่ กรณีนี้
เห็นว่า จะไม่ตัดสิทธิ หากผู้บริหารเรือนจำได้ดำเนินการไปพร้อมๆ กัน ทั้งการให้สิทธิและ
สนับสนุนการรักษาแก่ผู้ที่ติดบุหรี่อย่างเต็มที่ และการให้เรือนจำเป็นเรือนจำปลอดบุหรี่ เพื่อ
สร้างสิ่งแวดล้อมให้แก่ผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ ผลการสังเกตและสัมภาษณ์ ผู้คุมประพฤติรายหนึ่ง
ซึ่งได้แสดงความเห็นถึงเรือนจำควรปลอดบุหรี่เพราะว่า

“เหตุผลมองเรื่อง 1) ความแออัด จากการสำรวจ มีผู้ต้องขัง จำนวน 2,600 คน ตัวเลข
ผู้ต้องขังไม่นิ่ง เนื่องจากมีผู้ต้องขังใหม่เข้ามา และมีประเภทฝากขังทุกวัน การเลิกสูบบุหรี่จะทำ
ให้เรือนจำสะอาด รางน้ำของเรือนจำจะสะอาดไม่มีควันบุหรี ช่วยเรื่องเรือนนอนให้สะอาด และ 2)
ประเด็นสุขภาพผู้ต้องขังที่ป่วยมักจะเป็นโรคเรื้อรัง มีทั้ง HIV เอ็ดส์ วัณโรค (Tuberculosis: TB)
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด ถ้าห้ามจำหน่ายบุหรีก็จะมีผลให้ลดการสูบ ลดอัตรา
การป่วย และลดการสัมผัสบุหรีมือสองลงได้”

ผู้คุมประพฤติรายหนึ่ง

“เนื่องจากการขายใบจาก ยาสูบ ผู้ต้องขังฝากซื้อจากสวัสดิการเรือนจำ อาหาร
สำเร็จรูปที่เข้ามาฝากขาย รายได้ของเรือนจำจากการขายยาสูบประมาณ 2 แสนบาทต่อเดือน
การให้เลิกขายยาสูบจะทำให้ลดภาระ การตรวจค้น”

ผู้คุมประพฤติรายหนึ่ง

ข้อเสนอ ไม่ให้นำบุหรี่ยาสูบเข้ามาขาย เรือนจำจะปลอดบุหรี่โดยปริยายในเรื่องของการที่จะควบคุมการสูบบุหรี่

“ถ้าผู้บริหารเอาจริง ทุกอย่างจะหมดโดยปริยาย มองว่าปลอดบุหรี่ได้ ห้ามสูบในพื้นที่เรือนจำ กรณีเจ้าหน้าที่ต้องออกไปสูบนอกเรือนจำ เรือนจำต้องจัดกิจกรรมบำบัด ช่วยเลิกให้ผู้ต้องขังก่อน มีการยกเลิกการนำเข้าด้วย ข้อเสนอคือ ไม่ให้นำบุหรี่ยาสูบเข้ามาขาย การสูบบุหรี่จะหมดโดยอัตโนมัติ”

ข้อเสนอของผู้บริหารระดับรองอธิบดีและเจ้าหน้าที่คุมประพฤติ

“มองว่าเรือนจำปลอดบุหรี่ได้ ห้ามสูบในพื้นที่เรือนจำ และควรห้ามขายบุหรี่ยาสูบด้วย เป็นการตัดต้นทางเลย ขณะนี้อธิบดีสั่งห้ามนำไฟแช็คเข้าเรือนจำ เจ้าหน้าที่เลยสูบบุหรี่ในพื้นที่ไม่ได้ก็เลยพลอยเลิกไปด้วย”

ผู้คุมประพฤติดรายนึง

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและสังเกตการณ์ในเรือนจำจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้บริหารเรือนจำต้องการให้เพิ่มการบัญญัติ “เรื่องห้ามขายบุหรี่ยาสูบในเรือนจำในอนุบัญญัติ พร้อมสนับสนุนอย่างเต็มที่ ตอนนี้เรือนจำกลางเชียงใหม่ มีคำสั่งห้ามนำบุหรี่ยาสูบเข้าไปขายในเรือนจำปลอดบุหรี่ 100% ไปอีกแห่งแล้ว

สรุปขณะนี้เรือนจำที่ปลอดบุหรี่ 100% ไม่มีบุหรี่ยาสูบ หรือยาเส้นขายเลย ได้แก่

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| 1. เรือนจำอำนาจเจริญ | 7. เรือนจำอำเภอสีคิ้ว |
| 2. เรือนจำราชบุรี | 8. เรือนจำวัยหนุ่ม ปทุมธานี |
| 3. เรือนจำจันทบุรี | 9. ทณฑสถานบำบัดพิเศษหญิง |
| 4. เรือนจำอำเภอดุสิต | 10. ทณฑสถานหญิงสงขลา |
| 5. สถานบำบัดปทุมธานี | 11. ทณฑสถานหญิงพิษณุโลก |
| 6. ทณฑสถานหญิงธนบุรี | 12. เรือนจำเชียงราย” |

ผู้บริหารระดับรองอธิบดีรายหนึ่ง

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา เห็นได้ว่า การดำเนินการให้เรือนจำปลอดบุหรี่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่และผู้บริหารของเรือนจำ เช่นเดียวกับรัฐบาลทุกระดับทั่วโลก ทั้งในระดับท้องถิ่นและในระดับชาติ ต่างเร่งรีบดำเนินนโยบายเพื่อให้สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ ทั้งในสถานที่ทำงานและในสถานที่สาธารณะ เพื่อปกป้องสุขภาพของสาธารณสุขชน พื้นที่ต่างๆ ที่ดำเนินการตามนโยบายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ พบว่าสุขภาพของผู้ทำงานดีขึ้น ในขณะเดียวกัน นโยบายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ นับเป็นนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพ เพราะทำให้ผู้สูบบุหรี่ลด หรือเลิกสูบบุหรี่ง่ายขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี

มาก และได้รับการปฏิบัติตามเป็นอย่างดี เมื่อดำเนินการอย่างเหมาะสม กฎหมายดังกล่าวสื่อสารอย่างมีพลังว่าการสูบบุหรี่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

การจะทำให้มีการเลิกสูบบุหรี่ในเรือนจำ จำเป็นต้องห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง และผู้ติดบุหรี่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ด้วยยา ดังประสบการณ์ของประเทศแคนาดา ตั้งแต่วันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เรือนจำของรัฐบาลกลางที่มั่นคงสูงสุด ห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมดในเรือนจำ การห้ามบางส่วนได้เคยทำมาแล้ว แต่ไม่ได้ผล เรือนจำมั่นคงปานกลางและน้อย ได้ห้ามในเดือนมิถุนายนทั้งนักโทษและพนักงานของเรือนจำและผู้ติดบุหรี่ได้รับความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ กรมราชทัณฑ์ (The correctional service) ของประเทศแคนาดา เคยห้ามสูบบุหรี่ภายในอาคารเมื่อปี 2550 แต่ครั้งนี้จะห้ามเบ็ดเสร็จเด็ดขาด คือ ห้ามนักโทษในเขตสนามนอกอาคาร และห้ามเจ้าหน้าที่สูบบุหรี่ในเขตเหล่านั้นด้วย เรือนจำช่วยนักโทษเลิกบุหรี่ด้วยการห้ามอย่างเบ็ดเสร็จ มีผลบังคับใช้ในวันที่ 30 เมษายน 2551 (หทัย ชิตานนท์ 2560: 39)

ประเทศญี่ปุ่น องค์การตำรวจแห่งชาติบังคับผู้ต้องขังห้ามสูบบุหรี่ในห้องขังของโรงพัก 1,226 แห่งทั่วประเทศ ตั้งแต่เมษายน 2556 ตำรวจประจำโรงพักห้ามสูบบุหรี่ด้วย และก่อนหน้านี้มีสถานีตำรวจของกรุงโตเกียวและโอกินาวาได้ห้ามสูบบุหรี่ในห้องขังมาแล้วและไม่เกิดปัญหาแต่อย่างใด จากการสำรวจของกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการเมื่อปี 2550 ผู้ต้องขังมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.6 ซึ่งมากกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรทั่วไปคือ 20.1 (หทัย ชิตานนท์ 2560: 40) ประสบการณ์ในประเทศญี่ปุ่นนี้เชื่อว่า หากประเทศไทยออกประกาศ หรืออนุบัญญัติให้เรือนจำเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือห้ามสูบบุหรี่ในเรือนจำ หรือห้องขัง ก็จะทำให้สิ่งแวดล้อมเรือนจำสะอาดขึ้นและลดโรคที่มีสาเหตุจากควันบุหรี่

การห้ามสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ต้องขังที่ติดบุหรี่อาจเป็นการยาก การช่วยผู้ป่วยด้วยการแจกแผ่นนิโคติน และกิจกรรมต่างๆ จะทำให้เรือนจำเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ได้ มีข้อมูลสนับสนุนการห้ามสูบบุหรี่ในเรือนจำ โดยจัดทำโครงการช่วยผู้ต้องขังเลิกบุหรี่ ตัวอย่างจากประเทศนิวซีแลนด์ เมื่อปลายเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2557 ราชทัณฑ์ของนิวซีแลนด์ได้ประกาศแผนเตรียมการ 12 เดือนก่อนการห้ามสูบบุหรี่ในเรือนจำ นักโทษได้รับการแจกแคโรทอนละ 2 แห่งต่อวันเพื่อใช้แทนบุหรี่ เพื่อเตรียมการบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในเรือนจำ นักโทษในเรือนจำ Invercargill ก็ได้รับคำสั่งให้กินแท่งแคโรทแทนการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ก็มีการแจกแผ่นนิโคติน การจัดให้ร้องเพลง การเล่นเกมให้แก่นักโทษซึ่งติดบุหรี่ซึ่งมีถึงร้อยละ 70 ของนักโทษทั้งหมด 8,700 คน (หทัย ชิตานนท์ 2560: 40-41)

ข้อเสนอสนับสนุนให้เรือนจำในประเทศไทยถูกกำหนดให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ จะทำให้เจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังมีสุขภาพดี ประหยัดงบประมาณการรักษา เช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา Federal bureau of prisons ได้สั่งห้ามสูบบุหรี่ในเรือนจำ จำนวน 105 แห่งซึ่งมีนักโทษรวม 180,000 คน ในเดือนพฤษภาคม 2547 มีมลรัฐ 38 ใน 50 มลรัฐ ที่ปลอดบุหรี่หรือห้ามสูบบุหรี่บางส่วน บางมลรัฐ เช่น Deraware อนุญาตให้ใช้ยาสูบที่ไม่มีควัน บางมลรัฐเช่น

Florida อนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ในที่ซึ่งจัดไว้ให้ รัฐแคลิฟอร์เนียขยายการห้ามสูบบุหรี่ไปยังเรือนจำในวันที่ 31 ธันวาคม 2547 โดยห้ามทั้งนักโทษและเจ้าหน้าที่สูบบุหรี่ในขอบเขตทั้งหมดของเรือนจำทุกแห่ง การห้ามนี้ช่วยให้นักโทษ 163,000 คนดีขึ้นและประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพได้ 265 ล้านเหรียญสหรัฐ มลรัฐนี้มีเรือนจำ 33 แห่ง ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ 49,000 คน ตั้งแต่วันที่ 11 ธันวาคม 2551 เป็นต้นไป กรมราชทัณฑ์ของมลรัฐเนวาดาห้ามนักโทษและข้าราชการทั้งหมดบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ (หทัย ชิตานนท์ 2560: 42)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนเอกสารและกรณีศึกษา ซึ่งผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาเพื่อให้มั่นใจว่าจะประสบความสำเร็จในการบังคับใช้นโยบายเรือนจำปลอดบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพในการปกป้องผู้ต้องขังจากควันบุหรี่มือสอง บทเรียนจากกรณีศึกษามีดังต่อไปนี้

1. กระบวนการในการออกกฎหมายซึ่งเน้นสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ – ไม่ใช้นโยบายความสมัครใจ – เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปกป้องสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำ
2. แผนการดำเนินการให้เรือนจำปลอดบุหรี่ และแผนการบังคับใช้มาตรการแก่ผู้ต้องขัง รวมทั้งโครงสร้างและกลไกผู้ช่วยให้เล็ก นิโคตินทดแทนแก่ผู้ต้องขังเป็นสิ่งที่สำคัญ
3. การดำเนินการสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่จะต้องมีการติดตามประเมินผล มีการวัดผลกระทบ (measure impact) และบันทึกเป็นหลักฐานของประสบการณ์

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ

1. สิทธิผู้ต้องขังควรได้รับอากาศบริสุทธิ์ ปลอดควันบุหรี่
2. ผู้ต้องขังควรได้รับสิทธิการช่วยให้เล็ก เรือนจำต้องมีนโยบายการรักษาและช่วยให้เล็กได้
3. เรือนจำต้องจัดกิจกรรมบำบัดให้ผู้ต้องขังก่อนมีการยกเลิกการนำเข้าบุหรี่หรือยาสูบด้วย
4. เนื่องจากเรือนจำเป็นสถานที่ราชการ การดำเนินการให้เรือนจำปลอดบุหรี่ไม่ตัดสิทธิผู้ต้องขัง ขณะนี้มีเรือนจำ 12 แห่งที่เป็นเรือนจำปลอดบุหรี่
5. ข้อเสนอ ไม่ให้นำบุหรี่เข้ามาขายในเรือนจำ จะทำให้มาตรการเรือนจำปลอดบุหรี่ได้ผลจริง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้คุมประพฤติและผู้บริหารเรือนจำ และรองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลัมพากร เลขานุการเครือข่ายพยาบาลสาธารณสุข ที่ให้ข้อมูลและทำหนังสือแนะนำเยี่ยมเรือนจำ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559) แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2559 – 2562
นนทบุรี: บริษัท ไนซ์เอิร์ธ ดีไซน์ จำกัด พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน พ.ศ. 2559
- นิทัศน์ ศรีโชติรัตน์ และฉัตรสมน พฤตมิญโญ (2560). การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรุงเทพฯ: มั่นคงเจริญดี
- ธนาวัฒน์ พิศลีย์ (2548). รูปแบบการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำกลาง นครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- หทัย ขิตานนท์ (2560). กฎระเบียบและกฎหมายเพื่อการควบคุมยาสูบ: การห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และสถานที่ส่วนตัว. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
- เศกสรรค์ จันทรปราสาท วิษณุ บุสดี มานิตย์ เปลือยศรี 2560 โครงการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ เรือนจำของเรือนจำกลางกำแพงเพชร สสส.จับมือเรือนจำกลางกำแพงเพชรต้นแบบปลอดควันบุหรี่ หนังสือพิมพ์ออนไลน์ไทยโพสต์ 28 มีนาคม 2560 เข้าถึงจาก[Online], available from <http://www.thaipost.net/>
- สุรินทร์ กลัมพลากร และคณะ (2560). การพัฒนาเรือนจำปลอดบุหรี่ 100% : กรณีศึกษาทัณฑสถานบำบัดพิเศษพุมธานี รายงานวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สิทธิของนักสูบ: เราควรตัดสิทธิการรักษาพยาบาลของคนสูบบุหรี่จริงๆ หรือ? เข้าถึงจาก[Online], available from <https://themomentum.co/smoker-right-to-healthcare/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทยปี 2558. มพท.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2559 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ. เอกสารอัดสำเนา มพท.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2555). การสำรวจการโรคและสุขภาพของประชากรไทย. เผยคนไทยตายเพราะโรคจากเหล้าบุหรี่สูงสุด-ชี้โจ้ตายเพราะอุบัติเหตุ-ความรุนแรง, การสัมมนาการโรคและสุขภาพของประชากรไทย เพื่อก้าวใหม่กับการพัฒนาระบบสุขภาพ. เข้าถึงจาก [Online], available from <http://www.hitap.net/news/16380>
- ไศรยา ฤทธิ์อร่าม ผู้บัญชาการเรือนจำกลางกำแพงเพชร ปรับโฉมเรือนจำปลอดควันบุหรี่ วันที่ 30 มีนาคม 2560 หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์
- Nijenbandring de Boer R, Oliveira e Souza Filho JB, Cobelens F, Ramalho Dde P, Campino Miranda PF, Logo Kd, Oliveira H, Mesquita E, Oliveira MM, Kritski A. (2014). Delayed culture conversion due to cigarette smoking in active pulmonary tuberculosis patients. Send to Tuberculosis (Edinb). Jan; 94(1): 87-91. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25066945>

แนวทางจัดการแก้ไขปัญหาความเสียหายทางการแพทย์: ความปลอดภัยผู้ป่วย และระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ผิด

ปจรรย์ สำราญจิตต์*

บทคัดย่อ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ สถานพยาบาลต้องมีความตระหนักและปฏิบัติในทุกกระบวนการส่งมอบบริการให้ผู้มารับบริการทางการแพทย์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้กำหนดให้เป็น Patient Safety Goal โดยมุ่งประเด็นความปลอดภัย 6 ประเด็น ได้แก่ Safe Surgery, Infection Control, Medication Safety, Patient Care Process, Line, Tube & Catheter, Emergency Response ขณะเดียวกันการให้บริการรักษาพยาบาลต้องยอมรับว่ามีโอกาสที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ประกอบกับผู้มารับบริการมีความคาดหวังต่อผลการรักษา เมื่อไม่เป็นไปตามที่คาดหวังอาจนำไปสู่ความขัดแย้ง เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรมนำไปสู่การฟ้องร้องทางการแพทย์ทั้งคดีแพ่งและคดีอาญา เพราะผลของการกระทำละเมิดและผิดสัญญา ก่อนที่จะมีการฟ้องร้องเป็นคดีความมีกลไกการชดเชยความเสียหายแก่ผู้รับบริการหรือครอบครัวที่ได้รับความเสียหายจากกระบวนการรักษาทางการแพทย์ ประเทศที่มีระบบดังกล่าว ได้แก่ ประเทศสวีเดน ประเทศเดนมาร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา ประเทศนิวซีแลนด์ รวมทั้งในประเทศไทยก็มีกลไกการช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อบรรเทาความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ผิด ซึ่งวิธีการการพิจารณาการชดเชย ช่วยเหลือมีรายละเอียดที่แตกต่างกันออกไป บทความนี้จึงน่าจะทำความเข้าใจในแนวคิดความปลอดภัยผู้ป่วยและระบบช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากกระบวนการรักษาพยาบาลมากขึ้น

คำสำคัญ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย/ ความเสียหายทางการแพทย์/ การชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ผิด

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามารามิบัติ

Solutions to Medical Malpractice Problems: Patient Safety and the No-fault Compensation System

Pajaree Sumranchit*

Abstract

Patient safety is an important issue for medical personnel. Nursing home must be aware of and responsible for all procedures of delivering services to medical service users. Hospital Accreditation Institute indicates that Patient Safety Goal emphasizes on Safety Surgery, Infection Control, Medication Safety, Patient Care Process, Line, Tube & Catheter, and Emergency Response. It is possible that undesired events may occur while providing medical services, together with the high expectation of patients for medical services, these will lead to patients' not satisfy to the medical service and conflict with medical services' providers. When the feeling of injustice occurred on the patients' part, this will lead to medical litigation, both civil and criminal cases, due to the effect of violation and breach of contract. Before a lawsuit is filed, there is a mechanism for damage compensation to the patients or the family, from the medical treatment process. Countries with such systems are Sweden, Denmark, United States of America, Canada, New Zealand, as well as Thailand. The mechanism for medical damage compensation provides basic relief to mitigate the damage without proving who is at fault. The method for compensation considerations has various details. This article will help to understand the concept of patient safety and the treatment of those who have been damaged by the medical process.

Keywords: Patient Safety, Medical Damage, Medical Damage, No-fault Compensation

* Registered Nurse at Section of the Customer Protection and Quality Control of Hospital Services, RamaThibordi Hospital

บทนำ

การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตโดยไม่จำเป็นหรือหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีสาเหตุมาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ ในกระบวนการรักษา ความเสียหายอันเนื่องมาจากการรับการรักษาพยาบาลเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็น คือ คุณภาพของการบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Berman and Berwick 1996 cited in Mello 2003) จากรายงาน To Err is Human โดยสถาบันการแพทย์สหรัฐอเมริกา (US Institute of Medicine) ในปี 1999 พบว่าความผิดพลาดของการให้บริการทางการแพทย์ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในสหรัฐอเมริกา คือ ในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทุก ๆ 8 ราย จะมีผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้ (ฉัตรสมุน พุทธิภิญโญ 2555) ในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถานพยาบาลพบว่ามีความไม่พึงประสงค์ (adverse event) จากการรักษาในสถานพยาบาลเกิดขึ้นกับผู้ป่วยร้อยละ 9.1 และในจำนวนนี้เป็นความไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ร้อยละ 71.4 (อนุชา กาศลลังกา, 2556)

ความเสียหายที่เกิดขึ้นดังกล่าวในประเทศตะวันตกมีกลไกเพื่อควบคุมและคงไว้ซึ่งคุณภาพของการบริการทางการแพทย์พร้อมกับการสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยคือ ระบบกฎหมายการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางศาล แต่ในทางปฏิบัติพบว่า การฟ้องร้องถูกมองว่าเป็นปัญหาที่ได้ไม่คุ้มเสียคือ เสียความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกิดการเผชิญหน้า ขาดความจริงใจในการเผชิญกับปัญหาความผิดพลาดในการบริการของแพทย์ เสียสุขภาพจิต กระทบต่อการเงินการคลังระบบสุขภาพ และค่าชดเชยที่ผู้ป่วยได้รับมักน้อยกว่าที่ต้องจ่ายค่าดำเนินการฟ้อง

ในหลาย ๆ ประเทศมีแนวทางจัดการแก้ไขปัญหาค่าเสียหายทางการแพทย์ 4 แนวทาง คือ 1) การฟ้องร้องทางศาลเพื่อลงโทษคนผิด 2) การปฏิรูปกฎหมายการฟ้องร้อง การประกันทางการแพทย์ (Tort reform/medical liability reform) 3) การส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย (Patient safety) และ 4) การพัฒนาระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด (No-Fault Compensation) (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2553)

ในบทความฉบับนี้ผู้เขียนมีจุดมุ่งหมาย 2 ประเด็น คือ 1) เพื่อเสนอแนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย และ 2) เพื่อเสนอแนวคิดและระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

1. แนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

นิยามและนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

“To Err is Human” “เป็นมนุษย์ย่อมผิดพลาด” รายงานการศึกษาที่สร้างความตื่นตัวในเรื่องคุณภาพโดย Institute of Medicine (IOM) ได้ให้ความหมายของความผิดพลาด (Error) ว่าเป็นความล้มเหลวที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนได้สมบูรณ์อย่างที่ตั้งใจ หรือการใช้แผนที่ไม่ถูกต้องเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และได้ให้ความหมายของความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ว่าเป็นการปลอดจากการบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุ (Committee on Quality of Health Care in

America, Institute of Medicine, 1999) และได้มีองค์กรทั่วโลกได้ให้คำนิยามของความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้นิยามว่า “ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากภัยหรืออันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากการบริการสุขภาพ ให้เกิดน้อยที่สุดเท่าที่สามารถยอมรับได้” (WHO, 2009) องค์กรพัฒนาการวิจัยและคุณภาพระบบบริการสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) ให้นิยามว่า “ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพที่นำไปใช้ในการดูแลด้านความปลอดภัย เพื่อให้บรรลุระบบการบริการสุขภาพที่เชื่อถือได้ รวมถึงการดำเนินการเพื่อลดอุบัติการณ์ ลดผลกระทบของความเสียหาย และฟื้นฟูความเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ” (Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L., nd) และสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศแคนาดา (Accreditation Canada) ให้นิยามว่า “ความปลอดภัยของผู้ป่วยคือการป้องกันและลดผลกระทบจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นภายในระบบบริการสุขภาพ” (Accreditation Canada, 2010)

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญและมีผลกระทบต่อการแพทย์ทั่วโลกแต่ละปี มีผู้ป่วยจำนวนมากที่เจ็บป่วยแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ความไม่ปลอดภัยมาจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้ร่วมกำหนดประเด็นด้านความปลอดภัยกับผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกในการพัฒนาด้านความปลอดภัย 6 หมวด (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) ได้แก่

S = Safe Surgery

I = Infection Control

M = Medication Safety

P = Patient Care Process

L = Line, Tube & Catheter

E = Emergency Response

ภายใต้ชื่อที่จดจำได้ง่าย ๆ ว่า **SIMPLE** ซึ่งประเทศไทยโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้เสนอ Patient Safety Goal และกำหนดแนวทางที่ชัดเจน เชิญชวนให้โรงพยาบาลต่าง ๆ นำไปปฏิบัติเพื่อสร้างความมั่นใจต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย

มีการศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ในสหรัฐอเมริกา พบว่าโรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานศึกษามีแนวโน้มจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป (Brennan TA Hebert LE, Laird NM, 1991) สถานที่เกิดภาวะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดในห้องผ่าตัด และพบว่าการผ่าตัดที่ซับซ้อน หากโรงพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยน้อยจะยังมีอันตรายจากการผ่าตัดที่สูงขึ้น ซึ่งสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ ดังนั้นในการป้องกันและแก้ไขเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จึง

จำเป็นต้องทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องความผิดพลาดของมนุษย์เป็นประเด็นสำคัญ (สรธวัช อัสวเรืองชัย, 2546) ประเด็นที่พบได้แก่ ความล้มเหลวในทางปฏิบัติ ความล้มเหลวในการตัดสินใจ และการส่งตรวจหรือการปรึกษาที่ผิดพลาด เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น นั้นแสดงว่าผู้ป่วยเกิดความไม่ปลอดภัย การวิเคราะห์ความปลอดภัยของผู้ป่วยมีแนวคิดที่สำคัญเพื่อพัฒนาระบบความปลอดภัย คือ “Swiss cheese model” โดยศาสตราจารย์เจมส์ รัสสัน อธิบายการนำมาใช้วิเคราะห์เชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบช่วยกลั่นกรองและตรวจจับความผิดพลาดที่ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ซึ่งมีความสำคัญในการเพิ่มระดับความปลอดภัยสามารถช่วยป้องกัน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาดหรือเฝ้าระวังได้ขณะให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความผิดพลาดของมนุษย์ (Human Error) ช่องโหว่ของระบบต่าง ๆ เปรียบเสมือนความผิดพลาดของมนุษย์ที่หลุดรอดช่องโหว่ของระบบป้องกันหรือระบบของผู้ปฏิบัติงาน เช่น แนวป้องกัน ระบบเตือนภัย การเฝ้าระวังที่มีอยู่ซึ่งอาจเป็นการนำเอาเทคโนโลยีขั้นสูง บุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ที่เป็นการป้องกันความสูญเสียจากความผิดพลาด ซึ่งเปรียบเสมือนรูพรุนของอากาศของก้อนเนยแข็ง (Swiss cheese) ปัจจัยที่ทำให้เกิดช่องโหว่ของระบบซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย มี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความล้มเหลวจริง (Active Failure) และความล้มเหลวแฝง (Latent Failure)

ความล้มเหลวจริง (Active Failure) ได้แก่ การกระทำที่ไม่ปลอดภัยโดยผู้ให้บริการโดยตรง เช่น ความผิดพลาด พลังเพลอ การฝ่าฝืนกฎระเบียบ

ความล้มเหลวแฝง (Latent Failure) ได้แก่ ความผิดพลาดจากระบบที่วางไว้ซึ่งมองเห็นได้ยาก หากไม่มีการวิเคราะห์ เช่น เวลาที่จำกัด จำนวนบุคลากรที่ทำงาน อุปกรณ์ที่ใช้ไม่เพียงพอ การขาดประสบการณ์ ระเบียบปฏิบัติที่ใช้ไม่สามารถปฏิบัติจริงได้หรือปฏิบัติตามได้ยาก เป็นต้น

อาจจะสรุปได้ว่าองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความล้มเหลวนำไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ผู้นำองค์กรหรือนโยบาย (organizational leadership) 2) ระบบจัดการ (management) 3) สิ่งแวดล้อมหรือบริบทส่งเสริมความปลอดภัย (situation for safe practice) 4) ศักยภาพผู้ให้บริการ (provider performance) 5) ศักยภาพผู้รับบริการหรือผู้ป่วย (patient performance) (รัศมี ตันศิริสิทธิกุล และ คณะ, 2555)

ความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศและประเทศไทย

สหรัฐอเมริกา: Institute of Medicine (IOM) ได้รายงานการศึกษาโดยยกประเด็นความผิดพลาด

มาเป็นจุดเริ่มต้นในการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย โดยมีข้อเสนอแนะ 4 เรื่อง ได้แก่

1) จัดตั้ง Center for Patient Safety ขึ้นใน Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) เพื่อเป็นศูนย์กลางระดับชาติในการนำและวิจัยด้านคุณภาพ

2) จัดให้มีระบบรายงานเพื่อค้นหาและเรียนรู้จากความผิดพลาดครอบคลุมทั้งประเทศ และส่งเสริมให้มีการรายงานด้วยความสมัครใจ

3) กำหนดมาตรฐานสำหรับความปลอดภัยโดยผ่านแรงขับเคลื่อนด้านการตลาดและข้อบังคับ

4) ดำเนินการระบบความปลอดภัยในองค์กรบริการสุขภาพ

อังกฤษ: การดำเนินงานด้านคุณภาพโดย NHS มีระบบที่จะเรียนรู้จากความบกพร่องให้ดีขึ้น 4 ประการ ได้แก่

- 1) จัดให้มีระบบรายงานและวิเคราะห์เมื่อเกิดความผิดพลาดที่เป็นเอกภาพ
- 2) วัฒนธรรมที่ส่งเสริมให้มีการรายงานและพูดคุยเมื่อเกิดความผิดพลาด
- 3) กลไกที่เป็นหลักประกันว่าเมื่อเกิดบทเรียนขึ้นจะมีการนำการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิบัติ

4) ความตระหนักในคุณภาพของการใช้วิธีการเชิงระบบในการป้องกัน วิเคราะห์ และเรียนรู้จากความผิดพลาด

ออสเตรเลีย: มีการจัดตั้งสภา Australian Council for Safety and Quality in Health Care เพื่อเป็นผู้นำระดับชาติในการผลักดันที่จะปรับปรุงระบบความปลอดภัยและคุณภาพของบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดและผลกระทบ ทิศทางการดำเนินงานมีดังนี้

- 1) สนับสนุนผู้ที่ทำงานในระบบสุขภาพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น
- 2) ปรับปรุงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น
- 3) ร่วมมือกับผู้บริโภคในการปรับปรุงความปลอดภัยของบริการสุขภาพ
- 4) การออกแบบระบบใหม่เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย

5) การสร้างความตระหนักและความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของบริการสุขภาพ

ไทย: มีกลไกเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การควบคุมมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ และการควบคุมส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ดังนี้

1) การควบคุมมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ โดยสภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และสภาเทคนิคการแพทย์ มีบทบาทในการกำกับมาตรฐานการศึกษาฝึกอบรมและควบคุมมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ ภายใต้การใช้กฎหมายของแต่ละวิชาชีพ

2) การควบคุมส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ด้านกระบวนการทางเทคนิคใช้กลไกองค์กรวิชาชีพ ในด้านการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารคุณภาพบริการสุขภาพโดยตรง คือ ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีเป้าหมาย คือ การนำมาตรฐานโรงพยาบาลผ่านกลไกการกระตุ้นและการรับรองการปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าว เพื่อให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีทิศทาง นำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยมีการบริหารความเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ

ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการติดตาม
เฝ้าระวังความเสี่ยง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2546)

2. แนวคิดการฟ้องร้องทางการแพทย์และระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

ผลที่ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการรักษาพยาบาลก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย
ปัจจัยร่วมที่จูงใจให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวตัดสินใจฟ้องร้อง เป็นสาเหตุของการฟ้องร้องทางการแพทย์
ผลไม่พึงประสงค์ดังกล่าวได้แก่ ผลตามจากการรักษาพยาบาล (consequence) โรคแทรกซ้อน
(complication) อุบัติเหตุ ความผิดพลาด (medical error) อันตรายจากการรักษาพยาบาล
(Medical injury) โรคหมอทำ (Lactogenic diseases) การฟ้องร้องมีทั้งเป็นคดีความทางแพ่งและ
อาญา ฟ้องต่อสภาวิชาชีพ ฟ้องต่อองค์กร หน่วยงานต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์
ของแพทย์กับผู้ป่วยลดลง การเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้รับบริการสุขภาพส่วน
ใหญ่มาจากความคาดหวังต่อการรักษาพยาบาล การไม่รู้ข้อเท็จจริง ไม่เข้าใจกระบวนการรักษา
ความเสี่ยงการรักษา รวมทั้งความผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์ หากมีการทำความเข้าใจและ
การช่วยเหลือเยียวยาตามความเหมาะสม ทันเวลา ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกได้รับความ
เป็นธรรม ความขัดแย้งก็จะระงับหรือลดความรุนแรงลง ประกอบกับผู้ป่วยซึ่งในฐานะผู้รับบริการมี
สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายตามรัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 46
บัญญัติไว้ว่า สิทธิของผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง และมาตรา 47 บัญญัติไว้ว่า บุคคลย่อมมี
สิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ สิทธิตามกฎหมายจะได้รับความคุ้มครองและการบังคับให้
เป็นไปตามสิทธิในกรณีที่มีการละเมิดด้วย

แนวคิดการฟ้องร้องทางการแพทย์

การฟ้องร้องทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่คล้ายกัน (แสง บุญเฉลิม
วิภาส, 2555) ดังต่อไปนี้

1) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างมากซึ่งในงานวิจัยต่าง ๆ พบว่าสาเหตุการฟ้องร้องเกิดจาก
ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี อาจเป็นกรณีความไม่ไว้วางใจ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ความสัมพันธ์
เปลี่ยนจากการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยความรู้สึกที่นับถือไว้วางใจ (Fiduciary Relationship) มา
เป็นความรู้สึกที่มาโรงพยาบาลเพื่อมาใช้บริการ ความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงสัญญา (Contractual
Relationship) เมื่อไม่ได้รับการบริการตามที่คาดหวังจึงเกิดการฟ้องร้องตามมา

2) ความรู้และการรับรู้สิทธิของประชาชน

ปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศ ทำให้ประชาชน ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลทาง
การแพทย์ ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลสิทธิของตนเองมากยิ่งขึ้น การให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรค
แผนการรักษา และผลการรักษาทั้งด้านบวกและลบจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งข้อมูลที่

จำเป็นต้องอธิบายจึงเป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ การบันทึกข้อมูลการรักษาในเวชระเบียนก็เป็นเรื่อง
ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญเพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะเข้าถึงและขอได้

3) ความเข้าใจในบทบาทขององค์กรวิชาชีพ

วิชาชีพทางการแพทย์เป็นศาสตร์ที่เป็นความรู้เฉพาะ สิ่งที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยนั้นถูกต้องตาม
หลักวิชาหรือถูกต้องตามจริยธรรม ผู้ที่จะรู้และควบคุมให้มีการปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้องคือ วิชาชีพ
เดียวกัน ดังนั้นจึงมีองค์กรวิชาชีพซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการควบคุมดูแลความประพฤติของเพื่อนร่วม
วิชาชีพ ในส่วนนี้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องเข้าใจและปฏิบัติตาม

4) ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ย่อมมาด้วยความคาดหวังว่าจะหายจากโรคหรืออย่างน้อย ๆ อาการ
จะดีขึ้น เมื่อเหตุการณ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ความผิดหวังจึงเกิดขึ้นทำให้การสื่อสารระหว่าง
แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ราบรื่น ผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังคำอธิบาย ไม่เชื่อในสิ่งที่แพทย์อ้าง

5) ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม

ความรู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม เช่น การไม่ได้รับรู้ข้อเท็จจริง การไม่ได้รับการอธิบาย
ชี้แจงที่ตรงไปตรงมา หรือให้ข้อมูลไม่เพียงพอทั้งก่อนการรักษา ระหว่างการรักษาและหลังการรักษา
ที่ไม่พึงประสงค์ การไม่ได้รับความเอาใจใส่ดูแลในระหว่างการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือ
ค่าเสียหายหรือการแสดงความเสียใจ การขอโทษต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว (อนุชา กาศ
ลังกา, 2556)

- การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายทางการแพทย์ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2546; ฉัตรสุน
พฤตมิญญ 2555)

1) คดีแพ่ง

กฎหมายแพ่งเป็นกฎหมายที่บัญญัติถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กำหนดสิทธิหน้าที่ที่
บุคคลพึงมีต่อกัน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยกลายเป็นความสัมพันธ์ในทางกฎหมาย
ได้แก่ความสัมพันธ์ในทางสัญญา (Contractual Relationship) และความสัมพันธ์ต่อความรับผิดชอบ
จากการละเมิด (Liability for Malpractice) ในส่วนของความสัมพันธ์ในทางสัญญานั้น สัญญา
เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยแสดงเจตนารักษากับแพทย์เมื่อเข้ามารักษาในสถานพยาบาลซึ่งไม่จำเป็นต้องทำ
สัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีนี้มักเกิดจากการที่แพทย์ได้ให้สัญญากับผู้ป่วยว่าจะรักษาด้วยวิธี
ต่าง ๆ เมื่อผลการรักษาไม่เกิดผลตามที่ได้ตกลงหรือสัญญาไว้ ผู้ป่วยมักจะดำเนินการฟ้องร้อง อีก
ส่วนคือความรับผิดชอบจากการละเมิด คำว่า “ละเมิด” (Tort liability) หมายถึงการกระทำที่ก่อให้เกิด
ความเสียหายต่อผู้อื่นโดยประมาทเลินเล่อ และรวมถึงการกระทำโดยจงใจที่ผิดกฎหมาย เช่น การ
ผ่าตัดที่ไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย การรักษาที่ฝ่าฝืนข้อบ่งชี้โดยตั้งใจ เป็นต้น การกระทำที่เป็น
การละเมิดต้องประกอบด้วย “ต้องมีการกระทำ” รวมถึง “การงดเว้นการกระทำที่เป็นหน้าที่ต้อง
กระทำ” และต้องมีการกระทำโดย “จงใจ” หรือ “ประมาทเลินเล่อ” “ผิดกฎหมาย” และ
“ก่อให้เกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น” ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 บัญญัติ
ไว้ว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อกระทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายแก่ชีวิตก็ดี

ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ผู้ที่กระทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

การเรียกค่าเสียหายหรือสินไหมทดแทนขึ้นอยู่กับ การพิสูจน์ความเสียหายของแต่ละกรณี เช่น กรณีเกิดอันตรายต่อร่างกาย การเรียกค่าเสียหายได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าขาดรายได้จากการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เป็นต้น หากเป็นกรณีเสียชีวิต การเรียกค่าเสียหายได้แก่ ค่าปลงศพ ค่าเสียหายจากการขาดอุปการะจากบุคคลที่เสียชีวิต รายได้ที่บุคคลนั้นพึงหาได้หากไม่เสียชีวิต ทั้งนี้ ศาลจะเป็นผู้พิจารณา

2) คดีอาญา

กฎหมายอาญาเป็นกฎหมายที่ว่าด้วยความผิดและโทษ หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการวินิจฉัย ความรับผิดชอบทางอาญาอยู่ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคแรก บัญญัติไว้ว่า “บุคคล จะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาทในกรณี ที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดชอบเมื่อได้กระทำโดยประมาท” ซึ่งคดีความที่เกิดขึ้นจากการฟ้องร้อง แพทย์ ส่วนใหญ่จะเกิดจากการกล่าวหาว่ากระทำโดยประมาทเป็นผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกายหรือเสรีภาพของบุคคล การพิสูจน์ต้องวินิจฉัยว่าการกระทำนั้นเป็นการประกอบวิชาชีพโดย ประมาทหรือไม่ องค์ประกอบของความผิดอาญา ได้แก่ ต้องมีบทบัญญัติว่า การกระทำใดเป็น ความผิด การกระทำทวนเพื่อให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น และสภาพจิตใจและเจตนาของผู้กระทำ เป็นหลักเกณฑ์ความรับผิดชอบทางอาญาก่อนการกระทำโดยประมาท หากขาดองค์ประกอบใดเพียง หนึ่งองค์ประกอบ ความผิดทางอาญาก็จะไม่เกิดขึ้น

ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิด

ระบบการชดเชยโดยไม่ต้องพิสูจน์ถูกผิดในการแพทย์มุ่งการพิสูจน์หาสาเหตุของความ ผิดพลาดของการบริการทางการแพทย์มากกว่าการพิสูจน์ความผิด มีฐานความเชื่อว่าความผิดพลาด ของคนเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงได้ยาก แนวคิดการชดเชยความเสียหายดังกล่าวได้นำมาใช้ในหลาย ประเทศ ได้แก่ ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศออสเตรเลีย เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือต้องการ ให้มีการชดเชยที่ง่ายและรวดเร็ว ไม่จำเป็นต้องมีทนายความ และค่าธรรมเนียมใด ๆ (รัตนสิทธิ์ ทิพย์ วงศ์ และคณะ, 2552)

ความเสียหายหรือการบาดเจ็บที่เข้าข่ายการคุ้มครองมีลักษณะดังนี้ (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2553)

- Avoidable/Preventable: ความเสียหายนั้นอาจจะสามารถหลีกเลี่ยงได้ถ้าหาก รักษาด้วยวิธีอื่นหรือการกระทำที่แตกต่างออกไป
- Related to Equipment: ความเสียหายเกิดจากความบกพร่องของตัวเครื่องมือหรือ การทำงานผิดพลาดของเครื่องมือจากการใช้เครื่องมือ
- Accidental: เป็นอุบัติเหตุที่เกิดเนื่องกับกระบวนการรักษา
- Incorrect Supply of Pharmaceuticals: ความเสียหายเกิดเกี่ยวข้องกับการให้ยาที่ ไม่ถูกต้อง

- Unreasonable: ความเสียหายเกิดโดยขาดความสมเหตุสมผล คือปัญหาการบาดเจ็บรุนแรงที่ไม่ใช่สิ่งที่ป้องกันไม่ได้หรือไม่ใช่สิ่งที่ตามปกติคาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ระบบการบริหารจัดการเพื่อชดเชยโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดมีการศึกษาและวิเคราะห์เพื่อให้มองเห็นกรอบแนวคิดในแต่ละประเทศ ได้แก่ ประเทศสวีเดนและเดนมาร์ก ประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศอเมริกา และประเทศแคนาดา (ลือชัย ศรีเงินวงษ์, 2553) ดังนี้

ประเทศสวีเดนและเดนมาร์ก: ผู้ป่วยที่สงสัยหรือเชื่อว่าได้รับความเสียหายจากการรับบริการสามารถดำเนินการยื่นเรื่องขอรับการชดเชยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กรณีเสียชีวิต สมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินการดังกล่าวได้ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่พิจารณาเรื่องขอรับการชดเชย เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์หรือด้านกฎหมาย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้เสียหาย หรือร้องขอข้อมูลทางการแพทย์และเวชระเบียนได้โดยตรงจากผู้ให้บริการและสถานพยาบาล และดำเนินการพิจารณาว่าเข้าเกณฑ์ควรได้รับการชดเชยหรือไม่ ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวสองประเทศมีกรอบที่แตกต่างกัน คือ **ประเทศสวีเดน** ใช้กรอบ “ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้” แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ความเสียหายจากการรักษา 2) ความเสียหายจากการวินิจฉัย 3) ความเสียหายจากสาร วัสดุ 4) ความเสียหายจากการติดเชื้อ 5) ความเสียหายจากอุบัติเหตุ **ประเทศเดนมาร์ก** ใช้กรอบที่ครอบคลุมกว้างกว่าสวีเดน คือ ครอบคลุมความเสียหายที่รุนแรงแม้ว่าจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งสะท้อนการใช้ความเป็นธรรมมาใช้ในการตัดสินเพื่อชดเชยให้ผู้เสียหาย การชดเชยของทั้งสองประเทศแบ่งเป็นสองส่วน คือ การชดเชยความเสียหายที่เกี่ยวข้องด้านการเงิน ได้แก่ รายได้ที่สูญเสีย ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ที่ไม่ได้ครอบคลุมภายใต้สิทธิการรักษาในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ และการชดเชยความเสียหายที่ไม่ได้เกี่ยวข้องด้านการเงิน ได้แก่ ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจ

ประเทศนิวซีแลนด์: ผู้ป่วยต้องดำเนินการยื่นเรื่องไปที่แพทย์หรือหน่วยงานด้านการแพทย์ที่ทำหน้าที่รับเรื่องขอรับการชดเชย การพิจารณาใช้หลักเกณฑ์ “ความเสียหายจากการรับบริการ” (Treatment Injury) ค่าใช้จ่ายที่สามารถได้รับการชดเชย ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการฟื้นฟู ค่าสูญเสียรายได้ รวมถึงความเจ็บปวดทรมานทางกายและใจ จะจ่ายทั้งก้อนในครั้งเดียวซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความพิการ ความเจ็บป่วย

ประเทศสหรัฐอเมริกา: ระบบการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิด อยู่ในรูปแบบโปรแกรม ได้แก่ โปรแกรมชดเชยจากการทำงานของลูกจ้าง โปรแกรมชดเชยความเสียหายกรณีอุบัติเหตุทางรถยนต์ โปรแกรมชดเชยความเสียหายจากการรับวัคซีน ซึ่งระบบชดเชยจากการทำงานและความเสียหายกรณีอุบัติเหตุทางรถยนต์มีระบบการฟ้องศาลเป็นระบบเสริม คือ หากมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งควรจะได้รับชดเชยสูงกว่าเพดานที่กำหนดไว้ ผู้เสียหายสามารถไปฟ้องศาลเพื่อพิสูจน์ถูกผิด หากชนะคดีจะได้รับการชดเชยเพิ่มเติมจากเพดานที่กำหนดไว้ ส่วนระบบชดเชยความเสียหายจากการรับวัคซีน ซึ่งมีชื่อว่า National Vaccine Injury Compensation Program (NVICP) ผู้เสียหายจะต้องร้องขอรับการชดเชยไปที่ศาลชดเชยรัฐบาลกลาง (US Court of Federal Claims) โดยพิจารณาตัดสินตามเกณฑ์ คือ วัคซีนที่ได้รับต้องเป็นวัคซีนที่กำหนดจากนโยบายและสัมพันธ์กับความเสียหายที่เกิดขึ้น

ประเทศแคนาดา: ใช้โปรแกรมการชดเชยความเสียหายแก่ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดแล้วติดเชื้อ ผู้เสียหายจากการรับบริการจะได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดทั้งที่หลีกเลี่ยงได้และไม่ได้ แต่ยังคงพบว่าผู้เสียหายยังต้องการการชดเชยที่นอกเหนือจากนั้น ได้แก่ ค่ายา ค่าบริการผู้ดูแลที่บ้าน ค่าสูญเสียรายได้ เป็นต้น

ในประเทศไทย แนวคิดเรื่องการชดเชยความเสียหายโดยไม่พิสูจน์ถูกผิดนั้น มีการกำหนดให้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นเฉพาะผู้รับบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนไว้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเข้ารับบริการในสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการในเครือข่าย สปสช. ซึ่งกลุ่มนี้คือกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ กฎหมายกำหนดเรื่องการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 41 ซึ่งกำหนดเกณฑ์การพิจารณาให้การช่วยเหลือ ได้แก่ ความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ รวมถึงเหตุสุทธวิสัยในระบบการรักษาพยาบาล แต่มิใช่ความเสียหายที่เกิดจากการดำเนินไปตามพยาธิสภาพหรือเหตุแทรกซ้อนของโรคที่เป็นไปตามสภาพปกติธรรมดาของโรคนั้น ซึ่งโรคนั้นได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานทั่วไป และได้กำหนดประเภทความเสียหายเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) เสียชีวิตหรือทุพพลภาพอย่างถาวร 2) สูญเสียอวัยวะหรือพิการ 3) บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยต่อเนื่อง ซึ่งมีการกำหนดอัตราจ่ายเงินเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนหรือเป็นการช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรม มิใช่เป็นการชดเชยความเสียหาย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

โดยสรุปความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นประเด็นสำคัญและมีการกำหนดนโยบาย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในระดับสากลและประเทศไทย เพื่อให้ผู้รับบริการทางการแพทย์เกิดความปลอดภัย 6 ประเด็น ได้แก่ SIMPLE (S: Safe Surgery, I: Infection Control, M: Medication Safety, P: Patient Care Process, L: Line, Tube & Catheter, E: Emergency Response) ผ่านกลไกการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) การรักษาพยาบาลเป็นการกระทำโดยมนุษย์ผู้ซึ่งประกอบวิชาชีพและยอมรับว่ามนุษย์ย่อมเกิดความผิดพลาดได้ ก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ได้ตั้งใจหรืออยากให้เกิดขึ้น แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วผู้ให้บริการและผู้รับบริการเข้าใจ ยอมรับ สิ่งที่เกิดขึ้นแล้วย่อมเป็นสิ่งที่ดี แต่หากเกิดความขัดแย้งกันนำไปสู่การฟ้องร้องเป็นคดีความทั้งทางแพ่งและอาญาย่อมเป็นสิ่งที่จะเกิดผลกระทบทั้ง 2 ฝ่าย กระบวนการช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายทางการแพทย์เป็นกลไกหนึ่งที่จะทำให้ความขัดแย้งลดลง หากผู้เสียหายได้รับความเป็นธรรมการนำเรื่องเข้าสู่กระบวนการศาลก็จะน้อยลง ผู้เขียนขอเสนอแนะประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยและการช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

1) กำหนดให้มีระบบบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อให้มีการจัดการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย โดยมีกระบวนการการมีส่วนร่วมกับประชาชน

2) ให้มีกระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยและช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลรับรู้ เข้าช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้เร็ว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกได้รับความเป็นธรรม ลดการฟ้องร้องต่อศาลหรือองค์กรภายนอก

เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรสุนัน พงษ์นิญโญ (2555). *กฎหมายสุขภาพ และการรักษาพยาบาล: กฎหมายว่าด้วยสารบัญญัติและวิธีพิจารณาความ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนสิทธิ์ ทิพวงศ์ และคณะ (2552). ระบบชดเชยภาวะไม่พึงประสงค์จากการบริการสุขภาพของประเทศไทยที่ควรจะเป็น: กรณีศึกษาจากปรากฏการณ์ของโรงพยาบาลร่อนพิบูล รายงานวิจัย. นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข.
- รัศมี ดันศิริสิทธิกุล และคณะ (2555). รายงานทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety). [Online], available from <http://www.shi.or.th/> เข้าถึงวันที่ 25 กันยายน, 2560.
- ลือชัย ศรีเงินยวง (2553). *ประสบการณ์ต่างแดน : ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข : บทวิเคราะห์และผลการทบทวนประสบการณ์ใน 6 ประเทศ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2546). *ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: วิทยุชน.
- สรธวัช อัศวเรืองชัย (2546). *บทความทบทวนทางวิชาการ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย ใน Patient Safety : Concept and Practices*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2546). *ยุทธศาสตร์เรื่องความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ใน Patient Safety : Concept and Practices*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551). *Patient Safety Goals : SIMPLE*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2555). เอกสารประกอบการบรรยายสัมมนาการป้องกันความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้องวิธีการไกล่เกลี่ยข้อพิพาทและร่าง พ.ร.บ.คุ้มครอง ผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2546). *กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วิทยุชน.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2550). คู่มือการดำเนินงานจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- อนุชา กาศลังกา (2556). การศึกษาปัญหาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถูกฟ้องเนื่องจากการรักษาพยาบาล. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2555 - มกราคม 2556 เล่มที่ 32: 57-69.

Accreditation Canada. Patient Safety. [cited 2010 Jan 5]; Available from: URL:

<http://www.accreditation.ca/knowledge-exchange/patient-safety>

Brennan TA Hebert LE, Laird NM, et al. (1991). Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. JAMA; 265: 3265-9.

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (1999). To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press: Available from: www.books.nap.edu/html/to_err_is_human/

Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L. What exactly is patient safety? [cited 2011 July 30]; Available from:

URL:http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/advanceemanuel-berwick_110.pdf

WHO. (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1 : Technical Report. Geneva.

ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ – อุกฉิน

ภัทรรัช เทศถนนอม*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยอุบัติเหตุ พบว่า มีสถานการณ์ ปัญหาและผลกระทบ ทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และปัญหาในแง่ของความเสี่ยงทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์จากวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ – อุกฉิน รวมไปถึงการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยภายในหน่วยอุบัติเหตุ – อุกฉิน ตามบริบทของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้ ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือ Patient Safety Solution ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ประเทศไทยโดย สรพ. นำนโยบาย “SIMPLE” มาใช้ในการพัฒนาความปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย S= Safe Surgery, I= Infection Control (Clean care is safer care), M= Medication & Blood Safety, P = Patient Care Process, L= Line, Tube & Catheter, E= Emergency Response

คำสำคัญ: ความปลอดภัยของผู้ป่วย/ วิกฤติความแออัด/ หน่วยอุบัติเหตุ – อุกฉิน/ SIMPLE

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Patient safety and Overcrowding in Emergency Room

Phatthararat Tettanom*

Abstract

This article aims to educate, help to understand and realizing the importance of patient safety. This is to ensure the safety of the service recipients, and medical personnel in the emergency unit. There were situations, and impacts on patients, and risk on legal problems, which may occur with medical providers, arising from crises of overcrowding in emergency room/unit, as well as safety-related management within the context of professional nurses. Patient Safety or Patient Safety Solution is a standard internationally. Thailand, through Hospital Accreditation Institute, has adopted the policy of "SIMPLE" to develop the "Patient Safety Solution": S = Safe Surgery, I = Infection Control (Clean care is safer care), M = Medication & Blood Safety, P = Patient Care Process, L = Line, Tube & Catheter, E = Emergency Response.

Keywords: Patient Safety/ Crisis, Accident/ Emergency/ SIMPLE

*Registered Nurse at King Chulalongkorn Memorial Hospital

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยาม ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) หมายถึง การป้องกันความคลาดเคลื่อนและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากบริการสุขภาพในระดับที่ยอมรับได้ (WHO, 2011) ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นการดำเนินการเพื่อลดอุบัติการณ์ ลดผลกระทบของความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เกิดจากกระบวนการรักษาพยาบาล เป็นศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพที่นำไปใช้ในการดูแลด้านความปลอดภัย เพื่อให้การบริการสุขภาพเป็นระบบที่เชื่อถือได้ รวมถึงเป็นการฟื้นฟูความเสียหายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ

เซอร์ เลียม โดนัลด์สัน ประธานองค์การสหประชาชาติโลกสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วยของ องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่า “ในแต่ละปี มีคนหลายล้านคนต้องเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์ และการติดเชื้อจากการดูแลสุขภาพ ถือว่าเป็นความเสี่ยงที่มากกว่าการโดยสารเครื่องบิน “หากพรุ่งนี้คุณเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในประเทศใด ๆ คุณจะเป็น 1 คน ในผู้ป่วย 10 คน ที่จะได้รับความผิดพลาดในการดูแล และโอกาสที่คุณจะเสียชีวิตเนื่องจากข้อผิดพลาดในการดูแลจะสูงถึง 1 ใน 300 คน” (Nebehay S, 2011)

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ถือเป็นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข และมีผลกระทบต่อวงการสาธารณสุขทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2542 สถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine) ของสหรัฐอเมริกาได้ตีพิมพ์รายงาน “To Err is Human: Building a Safer Health System” ซึ่งกล่าวถึงความสำคัญของปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยรายงานได้ประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากความผิดพลาดทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันได้ มีจำนวนสูงถึง 44,000 ถึง 98,000 รายต่อปี ซึ่งถือว่าความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเนื่องจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เป็นลำดับที่ 8 ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors, 2000) อีกทั้งข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ยังระบุว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยในที่รักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นระหว่างร้อยละ 4 ถึง 16 โดยประชากรหลายร้อยล้านคน ต้องติดเชื้อจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นกรณีที่สามารถป้องกันได้ (Nebehay S, 2011)

สถานการณ์ผู้ได้รับผลกระทบทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิต 3,437 ราย ผู้พิการ 1,016 ราย และผู้บาดเจ็บ 2,059 ราย (วิศิษฐ์ ตั้งนภาร, 2558) ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 400 ราย พบผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 11.4 และความพิการถาวรของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 3 ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 9.74 วัน และในจำนวนของการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดนี้พบสัดส่วนของการเกิดขึ้นในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 12.8

สถิติการฟ้องร้องทางการแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2558 พบว่ามีสาเหตุหลัก ๆ ได้แก่ การรักษาที่ผิดพลาด การทำคลอดที่ผิดพลาด การไม่เอาใจใส่ดูแล การวินิจฉัยผิดพลาด ความผิดพลาดทางยา การรักษาที่ผิดมาตรฐาน และความผิดพลาดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามลำดับ (กลุ่มงานคดีทางการแพทย์กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) สถิติการร้องเรียนของสภาการพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2556 ได้แก่ การกระทำผิดต่อกฎหมาย บ้านเมือง ผิดมาตรฐานวิชาชีพ ผิดในเรื่องพฤติกรรมบริการ ผิดด้วยการก้าวล่วงวิชาชีพเวชกรรม และผิดต่อผู้ร่วมงานและผู้ร่วมวิชาชีพ ตามลำดับ (ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล, 2557)

หน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานสำคัญของโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นด่านแรกที่จะให้การรักษา พยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง บุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงต้องปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ความสามารถ และตัดสินใจอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรีบด่วนให้เกิดความปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย และการบริการอย่างมีคุณภาพ แต่ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในหน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน เป็นจำนวนมากขึ้น เห็นได้จากในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศเพิ่มขึ้นถึง 1 เท่าตัว จาก 12 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2544 เป็น 24 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2555 เฉลี่ยนาทีละ 46 ครั้ง (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) จึงทำให้เกิดปัญหาผู้ป่วยล้นหรือความแออัดในห้องฉุกเฉิน (Emergency Department Crowding) เมื่อมีภาระงานมากขึ้นจึงต้องทำงานแข่งกับเวลา บางครั้งมีงานล้นมือ บุคลากรไม่สามารถหยุดพักได้ อีกทั้งในแต่ละวันไม่มีรูปแบบการทำงานที่ตายตัว เนื่องจากอุบัติเหตุและภาวะฉุกเฉิน มักเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ได้ล่วงหน้า บุคลากรต้องเผชิญกับภาวะเครียดและกดดัน ทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และเมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นกับอัตรากำลังของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ทั้งแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ ที่มีจำนวนน้อย จึงไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านลบจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งแก่ผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ และโรงพยาบาลหรือองค์กรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การฟ้องร้องบุคลากรเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ปัญหาผู้ป่วยล้นหรือความแออัดในห้องฉุกเฉิน เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยสาเหตุเกิดจากผู้เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก เพียงสำหรับรับไว้ในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ จึงทำให้มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลยังคงค้างอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน อีกสาเหตุหนึ่งคือผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษา แต่เลือกเข้ามารักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่แทน ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อนหรือโรคเบื้องต้นก็ตาม (อรรถสิทธิ์ อัมสุวรรณ, 2557) ผลกระทบที่ตามมาจากปัญหาผู้ป่วยล้นหรือความแออัดในห้องฉุกเฉิน

(Emergency department crowding) ทำให้คุณภาพการให้บริการในการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าที่ควรจะเป็น การวินิจฉัยโรคและการรักษาผู้ป่วยล่าช้า ส่งผลให้ผลการรักษาออกมาไม่ดี จากข้อมูลขององค์กรรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (Joint commission on accreditation of healthcare organizations: JCAHO) พบว่าอัตราการเกิดทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) โรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) ภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรม (Acute surgical emergencies) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Severe sepsis) มากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดจากการให้การรักษาล่าช้าในห้องฉุกเฉิน และจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปนั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ล่าช้าถึง 31% (JCAHO, 2002) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องรีบให้การวินิจฉัยและให้การรักษาในเวลารวดเร็ว จึงจะให้ผลดีที่สุดและลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

การสัมมนาภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล โดยสมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร่วมกับแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ได้มีการรวบรวมความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจากแบบสอบถาม เกี่ยวกับปัญหาเร่งด่วนของระบบสาธารณสุข ซึ่งปัญหา Overcrowding in emergency room เป็นหนึ่งในปัญหาที่ควรจะต้องได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างเร่งด่วน สาเหตุสำคัญ คือ ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินมากเกินไป และผลกระทบจากความแออัดมากที่สุด คือ ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล กระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและกระทบต่อความปลอดภัยของบุคลากร สะท้อนถึงปัญหาของทั้งโรงพยาบาลและปัญหาของระบบสาธารณสุขโดยรวม (สมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป, 2559)

ภาพของการให้บริการในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คงจะเห็นถึงความวุ่นวายภายในห้องฉุกเฉิน ความแออัด ผู้ป่วยนอนเตียงติดกัน ไม่มีพื้นที่ที่จะสามารถแทรกตัวเข้าไปในระหว่างเตียงนอนได้ การเปลี่ยนเวร ส่งเวร การซักถามอาการผู้ป่วยท่านหนึ่ง ผู้ป่วยท่านอื่น ๆ ก็ได้ยินอาการและแผนการรักษาของผู้ป่วยท่านนั้น ๆ ไปด้วย อาจทำให้เกิดปัญหาเรื่องละเมิดสิทธิ์ของผู้ป่วยตามมา อีกทั้งในห้องฉุกเฉินก็มีผู้คนหลังไหลเข้ามาจำนวนมาก ทั้งญาติผู้ป่วยที่อยากเข้าไปดูแลญาติของตนเองในแต่ละเตียง นักเรียนแพทย์ นักเรียนพยาบาลที่เข้ามาศึกษาการปฏิบัติงาน รวมไปถึงพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงาน แพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน และแพทย์เฉพาะทางแผนกอื่น ๆ ทำให้เกิดความคับคั่ง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการเพื่อรอรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งหนึ่งค้างอยู่ในห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 2 - 3 วัน ผู้ป่วยที่นอนรอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งนานที่สุดมากกว่า 10 วัน ด้วยเหตุที่หอผู้ป่วยเต็ม จึงไม่สามารถรับผู้ป่วยเข้าไปในหอผู้ป่วยในได้ จึงทำให้มีผู้ป่วยค้างอยู่ในห้องฉุกเฉิน อีกทั้งอัตรากำลังของบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีจำนวนน้อย ในแต่ละเวรมีผู้ป่วยค้างในห้องฉุกเฉินมากถึง 50 - 60 คน เมื่อเทียบกับอัตรากำลังของแพทย์และพยาบาล อัตราส่วนของแพทย์หนึ่งท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงถึง 1 : 10 คน และ

อัตราส่วนของพยาบาลหนึ่งท่านที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงถึง 1 : 6 คน หากมีผู้ป่วยที่ต้องรอเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน อยู่ในห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ในกรณีที่มีผู้ป่วยอาการหนักที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเข้ามาในห้องฉุกเฉิน บุคลากรส่วนใหญ่ก็จะเข้าไปดูแลผู้ป่วยอาการหนักก่อน อาจทำให้ผู้ป่วยที่นอนอยู่ก่อนรู้สึกวุ่นวาย แพทย์หรือพยาบาลละเลย ไม่ให้ความสำคัญ อีกทั้งระยะเวลาการตรวจของผู้ป่วยใหม่นานขึ้น ผู้ป่วยเก่าที่ต้องมีการให้ยาตามเวลา ก็อาจเลยช่วงเวลาที่ยาไป การดูแลผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาลก็อาจจะไม่ทั่วถึง ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง ญาติและผู้ป่วยไม่พึงพอใจ เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลของแพทย์และพยาบาลในห้องฉุกเฉิน เกิดปัญหาการฟ้องร้องต่อบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยท่ามกลางวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เพื่อลดผลลัพธ์ทางลบที่จะเกิดขึ้นตามมาทั้งต่อผู้ป่วย และบุคลากรทางสุขภาพ

การปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับชีวิตมักมีความเสี่ยงเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ สิ่งที่มาคือเมื่อความเสี่ยงเกิดขึ้นผลลัพธ์ด้านลบต่าง ๆ ก็เกิดขึ้นตามมา ซึ่งหมายถึงการบาดเจ็บ ความพิการ และอันตรายแก่ชีวิต การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ก็เช่นเดียวกัน ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งแก่ผู้ป่วย และตัวผู้ปฏิบัติงานเอง สถานการณ์ความเสี่ยงหรือผลกระทบจากการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะเห็นได้จากข้อมูลข้างต้นที่ได้กล่าวมาแล้ว เมื่อเกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย มักเกิดปัญหาการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ตามมา

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการรักษามีสิทธิที่จะดำเนินการฟ้องร้องให้มีการรับผิดชอบได้ ทั้งคดีแพ่ง ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ในเรื่องของละเมิด มาตรา 420 และคดีอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งมีบทกำหนดฐานความผิดไว้หลายมาตรา โดยเฉพาะในลักษณะ 10 ของประมวลกฎหมายอาญา ที่กำหนดฐานความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายเอาไว้ในมาตรา 288 – 309 รวมไปถึงกฎหมาย ในลักษณะของการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยและผู้บริโภค อาทิ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 และยังมีกฎหมายอีกฉบับหนึ่งที่อยู่ในขั้นตอนการพิจารณา นั่นคือร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข มีจุดประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาค่าความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ลดการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ เน้นการช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดมากกว่าการหาผู้กระทำความผิดมาลงโทษ (สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย, 2557) แต่ร่างกฎหมายฉบับนี้ยังไม่มีผลบังคับใช้ อยู่ในขั้นตอนการประชุมพิจารณา ซึ่งมีข้อถกเถียงเกี่ยวกับผลกระทบของกฎหมายอาจไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ สำหรับผู้เขียนเอง ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์คนหนึ่ง มีความคิดเห็นว่าร่างกฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางแพทย์ เป็นการใช้ระบบใกล้เคียง เยียวยาเข้ามาแทนที่การต่อสู้คดีกันในชั้นศาล

สำหรับข้อกฎหมายที่จะเข้ามาช่วยเหลือผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ การแก้ปัญหาที่ต้นเหตุสำหรับเรื่องนี้ คือการให้การรักษา ให้การบริการผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ มีมาตรฐานด้านความปลอดภัยที่สามารถปฏิบัติได้จริงในหน่วยงาน เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายขึ้น หากเราสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายหรือเกิดการสูญเสียย่อมเป็นเรื่องที่ดีที่สุด

การบริหารความปลอดภัยในหน่วยอุบัติเหตุ – อุกฉิน ตามบริบทของพยาบาลวิชาชีพ

ประเทศไทยมีการดำเนินการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเด็นต่าง ๆ ตลอดมา เพื่อสอดคล้องกับนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก โดยมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (รัศมี ต้นศิริสิทธิกุล และคณะ, 2555) ได้แก่

- กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพ และสร้างความเสมอภาคในการรักษาพยาบาล
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีหน้าที่ปกป้องและคุ้มครองสุขภาพประชาชนให้ได้รับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐานและปลอดภัย
- แพทยสภาหรือสภาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีบทบาทหน้าที่มุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานด้านสุขภาพของประชาชน
- องค์กรที่มีใช้ภาครัฐ อาทิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ เพื่อให้ประเทศไทยมีบริการสุขภาพได้มาตรฐาน รวมถึงองค์กร มูลนิธิต่าง ๆ ซึ่งล้วนมีเป้าหมายและความต้องการร่วมกันที่จะมุ่งสู่ความสำเร็จ คือประชาชนมีสุขภาพดี และ มีความปลอดภัย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย อาทิ จัดการประชุมนำเสนอบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ และบทเรียนจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ และความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย ในงานประชุมวิชาการประจำปีของ สรพ. National HA Forum ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา มีโครงการร่วมกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (THIP-Thailand Health Indicators Project) จัดทำตัวชี้วัดของสถานพยาบาลที่เข้าร่วม และมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 และยังคงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับเป้าหมายหรือความท้าทายในอนาคต (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560)

การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อหาคำตอบสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือ Patient Safety Solution: PSS ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในทุกประเทศ ตัวอย่างที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายรวมถึงประเทศไทยโดย สรพ. เช่น นโยบาย “ SIMPLE ” คือ

อักษรย่อของหมวดหมู่ใหญ่ ๆ สำหรับเป้าหมายที่สำคัญ เพื่อช่วยในการจดจำในการบริการของโรงพยาบาล นโยบาย “ SIMPLE ” เป็นนโยบายที่ทาง สรพ. ได้พัฒนาและสนับสนุนให้โรงพยาบาลต่าง ๆ นำไปใช้ และปรับใช้ตามบริบทของหน่วยงาน และได้ทำการพัฒนาต่อเนื่องในทุก ๆ ปี (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560)

กรณีตัวอย่างการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยในบริบทของพยาบาลของโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในหน่วยงานได้มีการนำนโยบายดังกล่าวมาใช้ในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน ได้แก่

S = Safe Surgery ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา เช่น การผ่าตัด การส่องกล้อง หรือการทำหัตถการอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการยินยอมของผู้ป่วย ต้องมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับ Inform Consent เป็นสิ่งจำเป็นกับผู้ป่วยและบุคลากร และต้องมีการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนที่จะส่งต่อ หรือทำหัตถการต่าง ๆ

I = Infection Control (Clean care is safer care) เน้นหลักในเรื่องของ Hand Hygiene และ Prevention of Healthcare Associated Infection เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ลดการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยภายในห้องฉุกเฉิน โดยต้องมีการเน้นย้ำบุคลากรในเรื่องของการรักษาความสะอาด การล้างมือครบ 6 ขั้นตอน เพื่อป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วย และแก่บุคลากรเอง

M = Medication & Blood Safety เน้นหลักในเรื่องของ Adverse Drug Events และ Blood Safety โดยในเรื่องของการบริหารยาอย่างปลอดภัยนั้น ต้องมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับหลักการบริหารยาอย่างถูกต้อง โดยในห้องฉุกเฉินใช้หลัก “Five Rights” 5R ในการบริหารยา นั่นคือ Right Patient, Right Drug, Right Route และ Right time ถึงแม้ว่าในปัจจุบันหลักการบริหารยาอาจมีถึง 10R แต่ในหน่วยงานได้มีการประชุมและแสดงความคิดเห็นร่วมกันว่าหลักการ 5R เป็นหลักการที่ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานจึงได้นำมาใช้จนถึงปัจจุบัน ประกอบกับการใช้หลัก Tripple Check ก่อนการนำยาไปให้ผู้ป่วย โดย 1st Check ผู้ที่ทำการบริหารยาแก่ผู้ป่วยทำการตรวจสอบยากับ OPD Card ส่วน 2nd Check ผู้ที่ทำการบริหารยา นำยามาตรวจสอบกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในเวร โดยพยาบาลที่ทำการตรวจสอบยาต้องเป็นพยาบาลระดับ 6 ขึ้นไปทำการตรวจสอบความถูกต้องของยากับ OPD Card อีกครั้ง และ 3rd Check ผู้ที่ทำการบริหารยา นำยาที่ได้รับการตรวจสอบแล้วไปผสม และนำกลับมาตรวจสอบกับพยาบาลท่านเดิมอีกครั้งหนึ่งก่อนนำยาไปให้แก่ผู้ป่วย ส่วนในเรื่องของ Blood Safety นั้น เป็นการลดความเสี่ยง และเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด หน่วยงานมีหลักการในการให้เลือดแก่ผู้ป่วยคล้ายคลึงกับการบริหารยา มีการเน้นย้ำแก่พยาบาลเกี่ยวกับความถูกต้อง และปลอดภัยในการให้เลือดโดยต้องมีการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง มีการตรวจสอบหมู่เลือดของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการให้เลือด โดยต้องมีพยาบาลอย่างน้อย 2 คน ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของเลือดและส่วนประกอบของเลือดที่จะให้แก่ผู้ป่วย และต้องมีการสังเกตอาการผู้ป่วยในขณะที่ให้เลือด

และหลังให้เลือด ในกรณีของห้องฉุกเฉินนั้น มีนโยบายให้สำรองส่วนประกอบของเลือดหมู่โอไว้ที่ห้องฉุกเฉินสำหรับกรณีผู้ป่วยเสียเลือดแรงด่วนจนไม่สามารถรอการตรวจสอบหมู่เลือดได้ โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบวันหมดอายุ และตรวจอุณหภูมิตู้เย็นที่ใช้เก็บเลือดในทุกวัน ทั้งการบริหารยา และการให้เลือดแก่ผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินที่มีผู้ป่วยจำนวนมากเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยในระดับสูง จึงจำเป็นต้องมีมาตรการและนโยบายที่เคร่งครัด รัดกุม ในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดเกิดขึ้น

P = Patient Care Process เน้นหลักในเรื่องดังนี้

- Patient Identification การระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง โดยใช้ข้อมูลอย่างน้อยสองตัวบ่งชี้ ได้แก่ ชื่อ – นามสกุล และหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล (Hospital number หรือ HN) หรือ ชื่อ – นามสกุล และ วัน เดือน ปี เกิด หรือ ชื่อ – นามสกุล และเลขที่บัตรประชาชน ซึ่งการระบุตัวถูกต้องนี้เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน เนื่องจากมีผู้ป่วยนอนรวมกันอยู่เป็นจำนวนมาก มีผู้ป่วยที่มีหลากหลายอาการทั้งที่สติสัมปชัญญะครบถ้วน และที่การรับรู้สับสนลดลง รวมทั้งมีผู้ป่วยที่มีชื่อซ้ำกัน ไปจนถึงผู้ป่วยที่มีทั้งชื่อ – นามสกุลซ้ำกัน จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องปฏิบัติในทุก ๆ ครั้ง เมื่อมีการเข้าทำหัตถการแก่ผู้ป่วย

- Communication การป้องกันการสื่อสารผิดพลาด สำหรับการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินนั้น เมื่อมีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในกรณีเร่งด่วน อาทิ ผู้ป่วยหมดสติ หัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest) การสื่อสารกันระหว่างทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน เป็นความเสี่ยงหนึ่งที่ยังมองข้ามไม่ได้ เนื่องจากคำสั่งการรักษาจากแพทย์ที่อยู่ในทีม เป็นคำสั่งการรักษาด้วยวาจา ซึ่งเป็นความจำเป็นรีบด่วน ที่ต้องรับคำสั่งการรักษาโดยใช้คำพูด และมีแนวทางในการปฏิบัติที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย คือพยาบาลที่รับคำสั่งการรักษาต้องมีการพูดทวนสอบคำสั่งการรักษาให้ทุกคนในทีมรวมถึงแพทย์ผู้สั่งการรักษาได้ยินอีกครั้งว่าคำสั่งการรักษาที่ได้ยินนั้นถูกต้องหรือไม่ จากนั้นทำการจัดเตรียมยาตามคำสั่งการรักษา ก่อนบริหารยาให้แก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องมีการพูดทวนสอบคำสั่งการรักษาอีกครั้งหนึ่ง พร้อมทั้งแจ้งเวลาที่จะบริหารยาแก่ผู้ป่วย โดยการบริหารยาต้องมีการตรวจสอบยาตามมาตรฐานการบริหารยาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่จะเปลี่ยนจากการตรวจสอบจากเวชระเบียนเป็นการตรวจสอบจากคำสั่งการรักษาโดยใช้คำพูด โดยผู้ตรวจสอบควรเป็นผู้ที่อยู่ในทีมที่ให้การรักษาผู้ป่วย และต้องมีการบันทึกการบริหารยาและการรักษาทุกอย่างที่ให้แก่ผู้ป่วยทุกครั้งลงในบันทึกทางการพยาบาล อีกทั้งยังมี Communication Sign ได้แก่ ป้ายแขวนแสดงสถานะขอรับบริการ เช่น รอสังเกตอาการ รอรับไว้ในโรงพยาบาล รอผลเลือด รอ X-RAY / CT Scan เพื่อเป็นอีกหนึ่งช่องทางการสื่อสารกับญาติและผู้ป่วยที่เพิ่มจากการแจ้งโดยการพูดคุย

- Preventing Common Complications ผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ต้องมีการ เฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียงนอนสำหรับผู้ป่วย

แบบมีล้อเข็น (stretcher) รถเข็นนอนดังกล่าวมีขนาดเล็กและมีล้อเข็น จึงทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังเรื่องการพลัดตกหกล้มจากเตียงในผู้ป่วยทุกราย ในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูง จะมีการแขวนป้ายดาวแดงไว้ให้บุคลากรทุกคนทราบว่าผู้ป่วยท่านนี้ต้องเฝ้าระมัดระวังเรื่องการพลัดตกหกล้มเป็นพิเศษ รวมถึงผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินสามารถมีอากรเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจึงต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบคอบ เมื่อผู้ป่วยจะลงจากเตียงไปทำกิจกรรมอื่น เช่น การเข้าห้องน้ำ หรือการทำกิจกรรมที่ห่างจากสายตาบุคลากร ต้องมีการเน้นย้ำเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถอนุญาตให้ผู้ป่วยลงจากเตียงได้ ต้องทำกิจกรรมส่วนตัวบนเตียง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

L = Line, Tube & Catheter มีการประเมินและตรวจสอบเกี่ยวกับสายหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ติดอยู่กับผู้ป่วย เช่น สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายอาหาร ท่อช่วยหายใจฯ ในทุก ๆ เวรว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม มีการเลื่อนหลุด หรือเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยหรือไม่ ทำการตรวจสอบโดยพยาบาลประจำพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายทุก 1 – 2 ชั่วโมง และมีการตรวจสอบระหว่างเวรอีกครั้งโดยพยาบาลหัวหน้าทีม

E = Emergency Response เน้นหลักในเรื่องของ Medical Emergency และ ER Safety กล่าวคือ

- Medical Emergency โดยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ ได้แก่ แนวทางในการดูแลผู้ป่วย Sepsis แนวทางในการดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome แนวทางในการดูแลผู้ป่วย Acute ischemic stroke แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการทำการ Safe Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) โดยมีการทบทวนความรู้ และพัฒนาศักยภาพให้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคข้างต้นทุก ๆ 1 - 2 ปี ทุกคนต้องมีความรู้และปฏิบัติได้ประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

- ER Safety ต้องมีการประเมินเพื่อจำแนกผู้รับบริการและจัดลำดับให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน และต้องสามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเร่งด่วนได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันเวลา ใช้เกณฑ์การคัดแยกแบบ Emergency Severity Index (ESI) โดยปรับใช้ตามบริบทของหน่วยงานเป็นหลัก พยาบาลที่ทำการคัดกรองผู้ป่วยต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ปีขึ้นไป และมีการทบทวนกระบวนการที่เกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน และมีการปรับปรุงการคัดกรองในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ Sepsis Acute Coronary Syndrome และ Acute ischemic stroke

เมื่อมีการเกิดความผิดพลาดเกิดขึ้น เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องมีแนวทางปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ตามประเภทของความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เน้นที่การรายงานทุกครั้งเมื่อ

เกิดความเสี่ยง และหากมีความเสี่ยงเกิดขึ้นต้องมีการพูดคุยกันในหน่วยงานทำการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาด้วยการทำ Root Cause Analysis (RCA) ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ และต้องมีการติดตามและเฝ้าระวังเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงขึ้นอีกภายในหน่วยงาน

สรุป

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งไม่สามารถมองข้ามได้ เป็นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุข สำหรับการบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยท่ามกลางวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน มีแนวทางปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันในแต่ละสถานพยาบาล แต่ต้องนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ เพื่อลดความเสี่ยง เพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย การแก้ปัญหาวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน เป็นเรื่องใหญ่ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ต้องมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนตามลำดับ ต้องใช้ความร่วมมือจากหลายฝ่ายด้วยกัน แต่สิ่งที่สามารถทำได้คือการให้บริการกับผู้ป่วยด้วยความปลอดภัย ปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย สำหรับผู้เขียนมีข้อเสนอแนะในเรื่องของการเน้นการ inform กับญาติและผู้ป่วยให้มากขึ้น การพูดคุยให้คำแนะนำต่าง ๆ มีผลกับการให้บริการอย่างมาก เป็นการสร้างความพึงพอใจ ลดการฟ้องร้องที่อาจจะเกิดขึ้น และเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายที่สุดที่บุคลากรทุกคนสามารถปฏิบัติได้

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานคดีทางการแพทย์ กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติคดีทาง
การแพทย์. [สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2560]. แหล่งข้อมูล: [Online], available from
http://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&Itemid=814&func=fileinfo&id=472
- ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล. (2557). *คุณธรรมและกฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาล* เอกสาร
ประกอบการบรรยาย ใน การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะด้านจรรยาบรรณ จริยธรรม และ
กฎหมายของพยาบาลวิชาชีพ วันที่ 10-11 กุมภาพันธ์ 2557 โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ รัชดา
กรุงเทพฯ.
- ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัย, และวีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์. (2546). *ภาวะที่ไม่พึงประสงค์
ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย(การศึกษานำร่อง)*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- รัตน์ ตันศิริสิทธิกุล, นิลรัตน์ วรรณศิลป์, เกษร เทพแปง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ และชนภัทร วินยวัฒน์. (2555). รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety). [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2560]. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <http://www.shi.or.th/upload/Download%20File/.doc>.
- วิศิษฐ์ ตั้งนภากร. (2558). คดีบริการทางการแพทย์. [สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2560]. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <http://r6maritimepublichealth.org/archive/document/download?url=0142ae8ZG9jdW1lbnRsaWJyYXJ5L2ZFcjRTMU4xeDVwTVpaRWppOUQ1WDM%3D&filename=0142ae8NWRkNzlkNmJjNmNlZjY3NjI5NWJlZTc5YTVhZjZjMDEucmFy>
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน. [สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2560]. แหล่งข้อมูล: [Online], available from http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255903221114282694_k7l9jP0c5VbWxZdW.pdf
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2560). 2P Safety Patient and Personnel Safety ใน การประชุมวิชาการ Northeast Regional HA Forum ครั้งที่ 14. [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2560]. แหล่งข้อมูล: [Online], available from https://hacc.kku.ac.th/haccupload_news/pdf/titue/Tue24545uFpjMOP.pdf
- สมาพันธ์แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. (2559). สรุปความเห็นจากแบบสอบถาม การสัมมนาภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล. [สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2560]. [Online], available from <http://www.thaihospital.org/board/index.php?PHPSESSID=8008163f5856b57de4af2b93569dbb0b&topic=15792.msg18529#msg18529>
- สรธวัช อัสวเรืองชัย. (2546). *ความปลอดภัยของผู้ป่วย*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย. (2557). ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข. [สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2560]. [Online], available from <http://www.lrc.go.th/th/wp-content/uploads/2014/05/.pdf>
- อรรถสิทธิ์ อิ่มสุวรรณ. (2557). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการรับบริการในห้องฉุกเฉินนานกว่า 4 ชั่วโมงของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 14(1).
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (2002). Sentinel event alert. [cited 2017 Sep 1]; [Online], available from https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_issue_26_delays_in_treatment/

- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. (2000). Executive summary. In: To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press.
- Nebehay S. (2011). Going into hospital far riskier than flying: World Health Organization (WHO). Reuters; [cited 2017 Sep 1]; [Online], available from: <http://www.reuters.com/article/us-safety/going-into-hospital-far-riskier-than-flying-who-idUSTRE76K45R20110721>
- WHO. (2011). Definitions of Key Concepts from the WHO Patient Safety Curriculum Guide (2011). [cited 2017 Aug 26]; [Online], available from: http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course1a_handout.pdf

ความคลาดเคลื่อนทางยา

กิตติพนธ์ เครือวงศ์*

บทคัดย่อ

ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นประเด็นความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาไว้ 2 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดเชิงบุคคลเชื่อว่าความคลาดเคลื่อนทางยามีสาเหตุมาจากความผิดพลาดของบุคคลและแนวคิดเชิงระบบเชื่อว่าความคลาดเคลื่อนทางยามีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมหรือระบบงานมากกว่าการเกิดจากพฤติกรรมมนุษย์ องค์การอนามัยโลกได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาไว้ ดังนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลสารสนเทศ ความคลาดเคลื่อนทางยาก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้บริหาร องค์การ การช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยา การนำข้อมูลของความคลาดเคลื่อนทางยามาวิเคราะห์ในลักษณะแบบตั้งรับและเชิงรุกโดยให้ความสำคัญกับประเด็นความคลาดเคลื่อนทางยาในเหตุการณ์เกือบพลาดจะเป็นประโยชน์สำหรับการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และลดผลกระทบต่างๆ ที่ตามมา

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา / ความเสี่ยง

* พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์

Medication Error

Kitiphon Khruaeawang*

Abstract

Medication errors are a risk factor for a patient's safety. There were 2 concepts about the occurrence of medication errors. One is individual concept, which believes that medication errors are caused by personal mistakes of an individual. The other is systemic concept, which believes that medication errors are caused by the environment or work flow system, more than from human behaviour. The World Health Organization has concluded that factors associated with medication error are as follows: factors associated with the medical staff, factors related to patients, factors related to the workplace environment, drug related factors, factors related to work performance, and factors related to information systems. Medical errors have impact on patients, medical personnel, administrator, and organizations. Decreasing incidents of medical errors by analyzing information of incidents in a series of defensive and proactive, by giving priority to issues of medication errors in a near miss event is useful for preventing risks on behalf of patients and reducing various impacts that follows.

Keywords: medication error / risk

* Nursing Specialty in Renal Replacement Therapy Nurse Practitioner (Hemodialysis)
Bhumira janagarindra Kidney Institute Hospital

บทนำ

วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญในสถานบริการสุขภาพและมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ที่สำคัญของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย สถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine: IOM) แนะนำว่าทุกสถานบริการสุขภาพต้องมีความต่อเนื่องในการพัฒนาและรักษาวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กรซึ่งมีความสอดคล้องกับสำนักงานเพื่อการวิจัยสุขภาพและคุณภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ) ว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยจะต้องเป็นข้อตกลงที่เกิดขึ้นในทุกระดับขององค์กรเพื่อลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยในทุกกระบวนการของความเสี่ยง (Thomas-Hawkins C. and Flynn L., 2015)

ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นประเด็นความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ ปี พ.ศ. 2540 สถาบันการแพทย์ (IOM) ของสหรัฐอเมริกาได้รายงานถึงความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถึง 44,000 - 98,000 คนต่อปี โดยยาเป็นสาเหตุที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตถึง 7,000 คนต่อปี ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดความไม่เชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพ (Institute of Medicine, 2000) อีกทั้งยังพบว่า อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากความคลาดเคลื่อนทางยามีถึงร้อยละ 3.7 (TroynA. Brennan et al, 1991) ปัญหาจากความคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวกับยาได้มีการรายงานอย่างเป็นระบบและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2541 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) รายงานเหตุการณ์อันตรายที่เกิดขึ้นจากทางการแพทย์ 200 เหตุการณ์ โดยพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยา (Rich DS, 2004) ทำให้ในปี พ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลก (World Health Organizations: WHO) จึงได้ประกาศให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพซึ่งความปลอดภัยในการใช้ยาเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งซึ่งต้องได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย (ฉัตรภรณ์ ชุ่มจิต และ เยาวลักษณ์ อ่ำราไพ, 2009)

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ร่วมกับองค์การอนามัยโลกผลักดันความปลอดภัยภายใต้โครงการ First Global Patient Safety Challenge และได้ประกาศนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับชาติในปี พ.ศ. 2550-2551 โดยประเด็นหลัก 2 ประเด็น คือการป้องกันการติดเชื้อจากการรักษาพยาบาล (Health care associated infections) และมาตรการความปลอดภัยด้านยา (Medication safety) ในหัวข้อ “ยาปลอดภัย ผู้ป่วยปลอดภัย (Medication safety for patient safety)” นโยบายดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อรณรงค์และจัดการระบบบริหารจัดการด้านยา 4 ประเด็น คือ 1) มาตรการลดความคลาดเคลื่อนทางยา 2) มาตรการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยา 3) มาตรการลดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง/การแพ้ยาซ้ำ 4) การพัฒนาระบบการรวบรวมและจัดการความรู้ สำหรับกรณีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยาและเหตุการณ์พึง สักร (Potential adverse event & sentinel event) และการพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาล “ยาปลอดภัย ผู้ป่วยปลอดภัย”(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากจะทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แล้วยังมีผลกระทบที่ตามมาอีกหลายด้าน ทั้งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยที่อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้นใหม่ได้ และอาจมีความรุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ผลกระทบที่เกิดกับญาติผู้ป่วย การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อจิตใจซึ่งอาจประเมินค่าไม่ได้ ผลกระทบต่อตัวบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอาจจะต้องเผชิญกับปัญหาการถูกฟ้องร้อง ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง บทความวิชาการนี้ ผู้เขียนมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอให้ทราบถึง 1) ความหมายและอุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนทางยา 2) สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา และ 3) เสนอแนะความคลาดเคลื่อนทางยา

ความหมายและลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยา

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆที่ควรป้องกันได้ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยหรือผู้บริโภคนั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ วิธีการปฏิบัติและระบบครอบคลุมการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่ง การจัดทำฉลากยา/การบรรจุและการตั้งชื่อผลิตภัณฑ์ การปรับปรุง/การเตรียมยา การจ่ายยา การกระจายยา การให้ยา การให้ความรู้ การติดตามและการใช้ยา (NCC MERP, 2017)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction: ADR) หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้ยาในขนาดปกติแต่ไม่รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาเกินขนาด หรือการใช้ยาในทางที่ผิด

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug event: ADE) หมายถึง ความเจ็บป่วยหรือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะที่ใช้ยาและอาจมีสาเหตุมาจากยา

ความคลาดเคลื่อนทางยามีลักษณะสำคัญ (จันทรจักริก รัตนเดชสกุล และ ภาสกร รัตนเดชสกุล, 2560) ดังนี้

1. เป็นอุบัติการณ์ที่ควรป้องกันได้ สะท้อนว่าความคลาดเคลื่อนนั้นเกิดจากบุคคลหรือระบบไม่สามารถควบคุมหรือคัดกรองความคลาดเคลื่อนได้
2. ผลของอุบัติการณ์อาจนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเช่นเป็นการสั่งใช้ยาที่ไม่ตรงกับข้อบ่งใช้หลักของยาหรือไม่สอดคล้องตามหลักวิชาการ
3. ผลของอุบัติการณ์ ผลนี้อาจถึงหรือไม่ถึงผู้ป่วย หากถึงผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือไม่ก็ได้ ซึ่งหากก่อให้เกิดอันตราย อาจก่อให้เกิดอันตรายตั้งแต่ชั่วคราวจนถึงถาวร ผลของความคลาดเคลื่อนทางยาก็จะเรียกว่า “เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา (Adverse drug event)” และหากพิจารณาคำนิยามของคำว่า “อันตราย” จะพบว่าโดยทั่วไปว่า หมายถึง อุบัติการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและก่อให้เกิดความรุนแรง

4. อุบัติการณ์นั้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งหรือมากกว่า เช่น เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานที่อาจเป็นการพลั้งเผลอ หรือ การขาดสมาธิ หรือ ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิธีการปฏิบัติ เช่น แนวทางการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสมที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ (ยาที่มีรูปแบบคล้ายกันหรือมีชื่อคล้ายกัน) เกี่ยวข้องกับวิธีปฏิบัติ เช่น ขาดความชัดเจนในการยืนยันคำสั่งโดยวาจา ไม่มีแนวทางการตรวจสอบอิสระก่อนการบริหารยาจากระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ และเกี่ยวข้องกับระบบในองค์กร เช่น การทำงานเป็นทีม ระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่เอื้อต่อการจัดการตามความเร่งด่วนหรือความรุนแรง

ลักษณะของความคลาดเคลื่อนทางยานั้น ในบางเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นครั้งหนึ่งอาจมีปัจจัยสาเหตุได้หลายประการที่ครอบคลุมทั้งผลิตภัณฑ์ กระบวนการที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆ ความคลาดเคลื่อนขึ้นอาจจำแนกเป็นประเภทของความคลาดเคลื่อนได้มากกว่า 1 ประเภท เช่น แพทย์สั่งยาที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติการแพ้ในฐาน ข้อมูลแต่กระบวนการตรวจสอบคัดกรองหลุดในทุกขั้นตอนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการแพ้ยาซ้ำ ความคลาดเคลื่อนดังกล่าวจึงสามารถจัดเป็นความคลาดเคลื่อนได้ทั้งด้านการสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการบริหารยาได้

อุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนทางยา

จากการศึกษาของสถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine: IOM) “To Err is Human” ในอดีต พบความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยนอก 1 รายต่อ 131 ราย และผู้ป่วยใน 1 รายต่อ 854 ราย (Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, 2000) ปี พ.ศ. 2525 Barker และคณะ (1982) ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนการบริหารยา (Medication administration error) ในสถานพยาบาลบ้านพักคนชราจำนวน 58 แห่งโดยการสังเกตการณ์พบความคลาดเคลื่อนเป็นร้อยละ 12.2 ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2548 มีการศึกษาของ Krumholz และคณะ (2003) และการศึกษาของ Granger และคณะ (2005) โดยเป็นการ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับยา เช่น ยา ASA (Aspirin) ถึงร้อยละ 53.0-93.4 ปี พ.ศ. 2546 มีการศึกษาของ Runciman และคณะ (2003) พบว่า ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 2.4 และปี พ.ศ. 2550 Hicks และคณะ (2007) พบว่า การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 0.1 ได้รับอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต ในปีเดียวกัน สถาบันการแพทย์ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาและรายงานใน “Preventing Medication Errors” พบว่ามีอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยในร้อยละ 4.8 ถึง 5.3 (Bates DW et al, 1995; Jiménez Muñoz AB et al, 2010) และการศึกษาอื่นยังพบความคลาดเคลื่อนทางยาถึง 12.3 ครั้งต่อผู้ป่วย 1,000 รายที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Lesar TS, 2002) เมื่อต้นปี พ.ศ. 2552 มีการตีพิมพ์เกี่ยวกับอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนของกระบวนการจ่ายยาในวารสาร International Journal of Pharmacy Practice ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ของต่างประเทศโดย Jame และคณะ (2009) ซึ่งรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2509 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 พบว่าค่าที่ได้มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่และ

กระบวนการเก็บข้อมูล ดังนั้น ตัวเลขที่ได้มาจึงยากที่จะนำมาเปรียบเทียบกันได้ปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกได้พยายามให้คำนิยามของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาให้ถือเป็นมาตรฐานตรงกัน ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้มากขึ้น รวมถึงช่วยพัฒนาวิธีต่างๆ เพื่อลดความคลาดเคลื่อน ดังกล่าว

สำหรับอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในประเทศไทย โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่หนาแน่นร้อยละ 1.97 ของการรายงานทั้งหมด เป็นความคลาดเคลื่อนที่สามารถแก้ไขได้ร้อยละ 95.6 และป้องกันได้ร้อยละ 4.4 (เพียงเพ็ญ ชนาเทพพร และคณะ, 2557) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาผลของการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาของสุรัชดา กองศรี (2548) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาขณะอยู่โรงพยาบาลถึง ร้อยละ 50 ซึ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา แต่ไม่เป็นอันตรายและบุคลากรทางการแพทย์แก้ไขได้ การศึกษาของยุพาและคณะ (2551) ศึกษาผลกระทบของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อผู้ป่วย พบว่า จากใบสั่งยา 443,303 ใบ (ร้อยละ 100) จัดอยู่ใน Category B, C ร้อยละ 64.74, 22.89 ตามลำดับ และพบ 1 ราย (ร้อยละ 0.21) ที่จัดอยู่ใน Category F และพบว่าความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายและความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาจัดอยู่ใน Category B มากที่สุดคือ ร้อยละ 84.87 และ 62.90 ตามลำดับ ส่วนความรุนแรงในการเกิดความคลาดเคลื่อน ในการให้ยาจัดอยู่ใน Category C มากที่สุด ร้อยละ 48.89

สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยา

กรณิธีรัตน์ ทิวถนอม และ ศุภลักษณ์ ธนันทน์นิवास (2552) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาไว้ 2 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดเชิงบุคคล เป็นแนวคิดแบบดั้งเดิม คือ เชื่อว่าความคลาดเคลื่อนทางยามีสาเหตุมาจากความผิดพลาดของบุคคล ผู้ปฏิบัติงานเมื่อมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นบุคคลที่กระทำผิดมักจะถูกตำหนิจากบุคคลอื่น หรือ ถูกลงโทษ ทำให้บุคคลที่กระทำผิดปกปิดหรือกลบเกลื่อนความผิดของตนเอง จึงทำให้เสียโอกาสที่จะนำเอาความผิดนั้นมาวิเคราะห์เพื่อหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีกในอนาคตและเป็นบทเรียนให้ผู้อื่นพึงระมัดระวัง

แนวคิดเชิงระบบ เชื่อว่าความคลาดเคลื่อนทางยา มีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมหรือระบบงานมากกว่าการเกิดจากพฤติกรรมมนุษย์

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายหรือเสียชีวิตได้ส่วนหนึ่งเกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งสามารถเกิดได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา (Medication use) เช่น การสั่งจ่ายยา การคัดลอกคำสั่งจ่ายยา การจ่ายยา และการบริหารยา มีสาเหตุมาจากบุคคลและระบบซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ แนวคิดใหม่ในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา คือ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือ ระบบงานมากกว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ การทราบถึงประเภท สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งจะช่วยป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา ที่ถูกต้องปลอดภัยมากที่สุด (เดือนเด่น บุญรังสรรค์, 2553)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา คณะกรรมการร่วมขององค์กรประกันคุณภาพ (The joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO) ได้กำหนดมาตรฐาน Medication Management Standards ขึ้นใน ปี พ.ศ.2547 ซึ่งมาตรฐานนี้ได้เปลี่ยนชื่อจาก Medication use เป็น Medication management ซึ่งเดิม Medication use มีมาตรฐานในกระบวนการทำงาน 4 ขั้นตอน โดยปรับปรุงเพิ่มเติมกระบวนการอีก 2 ขั้นตอน ซึ่งสรุปได้ 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคัดเลือกและจัดหา (medication selection and procurement) 2) การเก็บรักษา ยา (storage) 3) การสั่งใช้ยา (Ordering and prescribing) รวมถึงการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา (transcribing medication orders) 4) การเตรียมยาและการจ่ายยา (preparing and dispensing) 5) การให้ยา (administration) และ 6) การติดตามการใช้ยา (monitoring) (Rich DS, 2004)

กระบวนการจัดการยากับผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบการจัดการยาซึ่งอาจเกิดความเสี่ยงคลาดเคลื่อนได้แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระบบการจัดการยา

กระบวนการ	ผู้ที่เกี่ยวข้อง	หน้าที่
1. การคัดเลือกและจัดหา (medication selection and procurement)	คณะกรรมการยา หรือ ผู้บริหาร หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยา	การสร้างบัญชียา
2. การเก็บรักษา (storage)	คลังยา/เภสัชกร	- การเก็บรักษา - การควบคุมคุณภาพยา - การจัดซื้อยา
3. การสั่งใช้ยา (Ordering and prescribing) รวมถึงการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา (transcribing medication orders)	-แพทย์/ผู้สั่งใช้ยา -พยาบาล	- การประเมินผู้ป่วยถึงความจำเป็นในการรักษาด้วยการใช้ยา - คัดเลือกยาและสั่งยา - การคัดลอกคำสั่งการรักษา
4. การเตรียมยาและการจ่ายยา (preparing and dispensing)	เภสัชกร	- การทวนและยืนยันคำสั่งใช้ยา - เตรียมยา - กระจายยาถึงจุดที่ผู้ป่วยอยู่
5. การให้ยา (administration)	พยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขอื่น	- ตรวจสอบยาที่จ่ายกับคำสั่งใช้ยา - ประเมินผู้ป่วยและการให้ยา

กระบวนการ	ผู้ที่เกี่ยวข้อง	หน้าที่
6.การติดตามการใช้ยา (monitoring)	บุคลากรสาธารณสุขทุกคน	- ประเมินการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วย - รายงานอาการและความคลาดเคลื่อน

จากตารางที่ 1 พบว่าบุคลากรภายในโรงพยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการจัดการยาในทุกกระบวนการ ดังนั้นการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาจึงสามารถทำได้ตั้งแต่ กระบวนการคัดเลือกและจัดหา (Medication selection and procurement) จนถึงกระบวนการติดตาม การใช้ยา (Monitoring)

องค์การอนามัยโลกได้สรุปถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคลาดเคลื่อนทางยาไว้ใน “Medication Error: Technical Series on Safer Primary Care” ปี พ.ศ. 2559 ดังนี้ (WHO, 2016)

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์

- 1.1. ขาดการฝึกทักษะเกี่ยวกับการรักษาที่เพียงพอ
- 1.2. ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับยาไม่เพียงพอ
- 1.3. มีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เพียงพอ
- 1.4. การรับรู้ถึงความเสี่ยงที่ไม่เพียงพอ
- 1.5. มีความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน
- 1.6. ภาวะทางร่างกายและอารมณ์ของบุคลากรทางการแพทย์
- 1.7. การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยไม่เพียงพอ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

- 2.1 คุณลักษณะของผู้ป่วย เช่น บุคลิกภาพ ความรู้ความเข้าใจ อุปสรรคทางด้านภาษา
- 2.2 ความซับซ้อนของอาการแสดงของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ยาที่มีความหลากหลายและยาที่มีความเสี่ยงสูง

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

- 3.1. ภาระงานที่มากและความกดดันด้านเวลาในการปฏิบัติงาน
- 3.2. การถูกรบกวนขณะปฏิบัติงานทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย
- 3.3. ขาดมาตรฐานการปฏิบัติงานและวิธีการปฏิบัติงานที่เป็นในทิศทางเดียวกัน
- 3.4. ทรัพยากรไม่เพียงพอ
- 3.5. ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในการปฏิบัติงาน เช่น แสง อุณหภูมิ การระบายอากาศ

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยา

- 4.1 การตั้งชื่อยา
- 4.2 การติดฉลากยาและบรรจุภัณฑ์ของยา

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

- 5.1 ระบบสั่งยาที่มีความซับซ้อน กระบวนการและการอนุมัติยา

5.2 การติดตามการรักษาผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปฏิบัติงานผู้ป่วย ระบบบริการสุขภาพ ยาที่ใช้ในการรักษา

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลสารสนเทศ

- 6.1 กระบวนการที่มีความแตกต่างในการออกแบบใบสั่งยาในขั้นแรก เช่น เลือกรายการยา ปริมาณยาแนะนำเบื้องต้น ระบบเตือนข้อผิดพลาด
- 6.2 กระบวนการที่มีความแตกต่างในการออกแบบแก้ไขใบสั่งยาซ้ำ
- 6.3 ความถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย
- 6.4 การออกแบบระบบที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน

ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา

สภาประสานงานระดับชาติ (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: NCC MERP) ได้แบ่งความคลาดเคลื่อนทางยาในลักษณะของการจัดกลุ่ม (Category) ตามระดับความรุนแรงที่พบ โดยกำหนดไว้ 9 ระดับตั้งแต่ A-I ดังนี้ (NCC MERP, 2001; จันทรรักษ์ รัตนเดชสกุล และ ภาสกร รัตนเดชสกุล, 2560) ดังนี้

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรง	ตัวอย่างเหตุการณ์
ไม่มีความคลาดเคลื่อน	
Category A : ไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้	- การจัดซื้อ/จัดหาที่มีรูปแบบ ลักษณะใกล้เคียงกัน ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา - การเขียนคำสั่งใช้ยาโดยไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การปฏิบัติที่เหมาะสม
มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย	
Category B : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไม่ไปถึงผู้ป่วย	- การจัดยาผิด แต่เภสัชกรสามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนนั้น
มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย	
Category C : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับยาบำรุงที่ไม่ใช่ยาตนเอง - ผู้ป่วยได้รับการเรียกชื่อนี้เพื่อเก็บปัสสาวะสลับคน

ระดับความรุนแรง	ตัวอย่างเหตุการณ์
Category D : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม	- ผู้ป่วยได้รับยา Furosemide 20 mg injection โดยที่ไม่มีการสั่งใช้ ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวัง
มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย	
Category E : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษา หรือแก้ไขเพิ่มเติม	- การมีผื่นที่เกิดขึ้นจากการสั่งยาที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติการแพ้ยา เช่น สั่งฉีดยา Chlorpheniramine Injection
Category F : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราวรวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลหรือยี่ดะระยะเวลาในการรักษาใน โรงพยาบาลนานขึ้น	- ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำเกิดผื่นขนาดใหญ่ทำให้ต้องติดตามการรักษาและรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล
Category G : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร	
Category H : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบเสียชีวิต มีความคลาดเคลื่อนและ เป็นอันตรายจนเสียชีวิต	
มีความคลาดเคลื่อน และเป็นอันตรายถึงชีวิต	
Category I : มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต	

จะเห็นได้ว่าความคลาดเคลื่อนทางยาส่งผลกระทบต่าง ๆ ทั้งผู้ป่วยหรือญาติ บุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และองค์กร ดังนั้นการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยภายในองค์กรจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญในสถานบริการสุขภาพและมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ที่สำคัญของผู้ป่วยในโรงพยาบาล จากคำแนะนำของ Institute of Medicine ว่าทุกสถานบริการสุขภาพต้องมีความต่อเนื่องในการพัฒนาและรักษาวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับ Agency for Healthcare Research and Quality แนะนำว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยจะต้องเป็นข้อตกลงที่เกิดขึ้นในทุกระดับขององค์กรเพื่อลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยในทุกกระบวนการของการความเสี่ยง

การที่โรงพยาบาลมีการรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาเข้าสู่ระบบจึงเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์และแยกประเภทของข้อมูล เพื่อให้สามารถนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์ได้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาจะมีการวิเคราะห์ทั้งในแบบลักษณะตั้งรับและเชิงรุก (จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล และ ภาสกร รัตนเดชสกุล, 2560) ได้แก่

1. การวิเคราะห์ในลักษณะตั้งรับ ได้แก่

- 1.1. การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนเฉพาะที่เกิดขึ้นในแต่ละสถานพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย เช่น อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น กับ ผู้ป่วยในสถานพยาบาลของตนเอง หรือภายในหน่วยงานตนเองที่ให้บริการ
- 1.2. การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนโดยรวม (Aggregate medication error) เช่น การวิเคราะห์ ประมวลผลออกมาในภาพรวมทั้งปี ในประเภทของความคลาดเคลื่อนนั้น ๆ ซึ่งในบางครั้งอาจมีปัจจัย และเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในระบบในช่วงเวลาที่ผ่านมา แต่จะวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น
2. การวิเคราะห์ลักษณะเชิงรุกได้แก่
 - 2.1. การวิเคราะห์เหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) หรือความคลาดเคลื่อนที่มีโอกาสก่อให้เกิดอันตราย แก่ผู้ป่วย ซึ่งเรื่องเกือบพลาดเป็นหลักฐานชัดเจนว่า เหตุการณ์นี้สามารถเกิดขึ้นได้ แต่มักไม่ได้รับการใส่ใจ ไม่มีการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อน เช่น โอกาสที่จะให้ยาเกินขนาดซึ่งเกิดผลที่รุนแรง แต่ถูกตรวจพบได้ก่อนการให้ยาอาจจะไม่ได้รับความสำคัญเท่าเทียมกับความคลาดเคลื่อนในลักษณะเดียวกัน แต่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย
 - 2.2. การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนซึ่งเกิดขึ้นในองค์การอื่น

สรุป

อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาหลังจากมีการรายงานเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้หน่วยงานต่าง ๆ เห็นถึง ความสำคัญและตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้น มีผลทำให้องค์กรต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศได้ออกมาตรการเพื่อป้องกันและหาวิธีการเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งของความคลาดเคลื่อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายหรือเสียชีวิตได้ จากการศึกษาพบว่าความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ในทุกระบวนการของการจัดการยา แนวคิดเชิงระบบเชื่อว่าความคลาดเคลื่อนทางยามีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมและระบบงานมากกว่าจากพฤติกรรมมนุษย์ ดังนั้นการจัดการกับระบบจัดการยาและสิ่งแวดล้อม การนำข้อมูลความคลาดเคลื่อนมาวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดโดยให้ความสำคัญกับเหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นได้ และการทราบถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทาง ยาจะทำให้สามารถวางแผนหรือระบบในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับ การรักษาทางยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายและผลกระทบต่างๆตามมา ทำให้เกิดความ เชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะการลดความคลาดเคลื่อนทางยา

1. การจัดการระบบยาจึงมีความสำคัญในทุกระบวนการของการจัดการยา กระบวนการสั่งจ่ายการเตรียมยา การจ่ายยา การให้ยา และการติดตามการใช้ยา เป็นกระบวนการที่มีผู้ที่

เกี่ยวข้องกับหลายส่วน การทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพจะมีส่วนช่วยให้ความคลาดเคลื่อนทางยา ลดลง ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง และลดความรุนแรงจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้วยการที่แพทย์มีคำสั่งใช้ยาที่ชัดเจน อ่านง่าย ครบถ้วน ช่วยให้เภสัชกรและพยาบาล ตรวจสอบด้วยความรอบคอบก่อนจ่ายยาแก่ผู้ป่วย มีการติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด กรณีที่ต้องใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง มีการคัดกรองการแพ้ยาของผู้ป่วยก่อนการทำการรักษาก็มีส่วนช่วยให้การบรรลุเป้าหมายของความปลอดภัยด้านยาเกิดขึ้น (ฉัตรภรณ์ ชุ่มจิต และ เยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ, 2009)

2. ผลกระทบทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาควรได้รับการประเมิน และมีการศึกษาติดตาม ควรมีหลักสูตรและฝึกอบรมอย่างเข้มข้นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ มีโปรแกรมการอบรมฟื้นฟู การให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้การนำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา มาวิเคราะห์ในลักษณะแบบตั้งรับและเชิงรุก โดยให้ความสำคัญกับประเด็นความคลาดเคลื่อนทางยา เหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและลดผลกระทบต่าง ๆ ที่จะตามมา และการวิเคราะห์แต่ละด้านนั้น ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าเกี่ยวกับจุดอ่อนในระบบ ซึ่งเมื่อนำมารวมกันแล้วจะนำไปสู่ยุทธศาสตร์ที่จะลดความคลาดเคลื่อนได้

3. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยภายในองค์กรมีความสำคัญเนื่องจากแสดงถึงผลลัพธ์ที่สำคัญของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการพัฒนาและรักษาวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กรเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกระดับภายในองค์กร ตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงานที่มีความเกี่ยวข้องกับยาเนื่องจากจะส่งผลให้เกิดการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยในทุกกระบวนการของความเสี่ยงจากการใช้ยา นอกจากนี้การสร้างระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนที่เข้าถึงง่ายและปกปิดข้อมูลของการรายงานให้ทราบแต่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงจะส่งผลให้ผู้รายงานรู้สึกถึงความปลอดภัยในการรายงานความเสี่ยง จากการใช้ยาที่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น ทำให้เป็นโอกาสในการนำความคลาดเคลื่อนมาวิเคราะห์หาสาเหตุและเกิดการพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และป้องกันความผิดพลาดในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2550). นโยบายระดับชาติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 2550 – 2551. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรัณท์รัตน์ ทิวถนอม และ ศุภลักษณ์ ธนันทน์นิवास. (2552). ความคลาดเคลื่อนทางยาและแนวทางป้องกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. วารสารอิเล็กทรอนิกส์, แหล่งข้อมูล [Online], available from <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/index>

- จันทร์จารึก รัตนเดชสกุล, ภาสกร รัตนเดชสกุล. (2560). ความคลาดเคลื่อนทางยา(Medication error) กับการใช้ประโยชน์ในระบบจัดการด้านยา. สภาเภสัชกรรม. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <http://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=303> accessed on Nov. 1, 2017.
- ฉัตรารณณ์ ชุ่มจิต, เยาวลักษณ์ อ่ำราไฟ. (2009). การจัดการระบบยาเพื่อความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล: บทวิเคราะห์ปัญหาและโอกาสในการพัฒนา. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, Vol. 4 No.1, Jan-Mar 2009. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/2673> accessed on Feb. 20, 2017.
- เดือนเด่น บุญรังสรรค์. (2553). การพัฒนาระบบส่งจ่ายยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลสวนผึ้ง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เพียงเพ็ญ ชนาเทพพร, สมณ อนุตรชัชวาลย์, เพียงขวัญ นครรัตนชัย. (2557). การพัฒนาระบบการประสานรายการยาบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 29(3): 276-282.
- ยุพา วิชาสวัชรโยธิน, มาศรินทร์ ธรรมสิทธิบุรณ์. (2551). การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์. เภสัชกรรมคลินิก. 15: 151-61.
- เรวดี ศิรินคร. (2554). ประสพการณ์การเยี่ยมสำรวจเรื่องการบริหารยา. ใน ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬวัฒน์ทล และปรีชา มณฑกานติกุล (บรรณาธิการ).การบริหารยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: พัฒนาบรรจักษ์. พิมพ์ครั้งที่ 3, 27-32.
- สุรัชดา กองศรี. (2548). ผลของการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ณ โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 30(4): 167-173.
- Barker KN, Mikeal RL, Pearson RE, Illig NA, Morse ML. (1982). Medication errors in nursing homes and small hospitals. Am J Hosp Pharm. 39(6):987-991.
- Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. (1995). Relationship between medication errors and adverse drug events. J Gen Intern Med. 10(4):199-205.
- Brennan TA, Lucian L. Leape, Nan M. Laird, Liesi Hebert, A. Russell Localio, Ann G. Lawthers, Joseph P. Newhouse, Paul C. Weiler, Howard H. Hiatt. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. N Engl J Med. 1991; 324: 370-376.

- Granger CB, Steg PG, Peterson E, López-Sendón J, Van de Werf F, Kline-Rogers E, Allegrone J, Dabbous OH, Klein W, Fox KA, Eagle KA. (GRACE Investigators). (2005). Medication performance measures and mortality following acute coronary syndromes. *Am J Med.* 118 (8): 858-865.
- Hicks RW, Becker SC, Windle PE. (2007). Medication errors in the PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing.* 22: 413-9.
- James KL, Barlow D, McArtney R, Hiom S, Roberts D, Whittlesea C. (2009). Incidence, type and causes of dispensing errors: a review of the literature. *International Journal of Pharmacy Practice.* 17: 9-30.
- Jiménez Muñoz AB, MuiñoMiguez A, Rodríguez Pérez MP, Escribano MD. Durán García ME, SanjurjoSaez M. (2010). Medication error prevalence. *Int J Health Care QualAssur.* 23(3): 328-338.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (Editors). (2000). Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: National Academy Press.
- Krumholz HM, Chen J, Rathore SS, Wang Y, Radford MJ. (2003). Regional variation in the treatment and outcomes of myocardial infarction: investigating New England's advantage. *Am Heart J.* 146(2): 242-249.
- Lesar TS. (2002). Prescribing errors involving medication dosage forms. *J Gen Intern Med.* 17 (8):579-587.
- National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCC MERP). (2017). About Medication Errors [Online], available from <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors> accessed on Nov. 1, 2017.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2001). NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors. [Online], available from <http://www.nccmerp.org/sites/default/files/indexBW2001-06-12.pdf> accessed on Nov. 1, 2017.
- Rich DS. (2004). New JCAHO medication management standards for 2004. *Am J Health Syst Pharm.* 61(13):1349-1358.
- Runciman WB, Roughead EE, Semple SJ, Adams RJ. (2003). Adverse drug events and medication errors in Australia. *International journal for quality in health care.* 15: 49-59.

- Thomas-Hawkins C, Flynn L. (2015). Patient safety culture and nurse-reported adverse events in outpatient hemodialysis units. *Research and theory for nursing practice: an international journal*. 29:53–65.
- World Health Organization (WHO). (2016). Medication Error: Technical Series on Safer Primary Care. Department of Service Delivery and Safety. Geneva Switzerland. 7-8.

ระบบส่งต่อผู้ต้องขังป่วย

จะได้ดดาว สารบรรณ*

บทคัดย่อ

สิทธิในการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสมในการดูแลรักษา เมื่อผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน หรือเกินขีดความสามารถในการดูแล เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับจากการดูแลทางสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน โดยรัฐจะต้องให้ความคุ้มครองอย่างเสมอภาคตามหลักสิทธิมนุษยชน เพื่อป้องกันอันตรายอันจะเกิดจากภาวะเจ็บป่วยนั้น ซึ่งผู้ต้องขังส่วนใหญ่ที่เป็นประชาชนคนไทย มีเลขประจำตัว 13 หลัก จะได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพ และสิทธิการรักษาอื่น เช่น สิทธิการรักษาประกันสังคม สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการ รวมถึงการได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกรมราชทัณฑ์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังต่างชาติ และผู้ต้องขังคนไทยไร้สิทธิ (ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก) ทั้งนี้เมื่อผู้ต้องขังเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้น สถานพยาบาลในเรือนจำ/ทัณฑสถานจะให้การดูแลรักษาเบื้องต้น และในรายที่มีอาการรุนแรงเกินขีดความสามารถเจ้าหน้าที่จะรายงานผู้บัญชาการเรือนจำ เพื่อพิจารณาส่งตัวออกไปรักษาที่สถานพยาบาลภายนอก โดยแนวทางในการส่งตัวผู้ต้องขังป่วยไปรักษานั้นมีลักษณะที่จำเพาะ เนื่องจากผู้ต้องขังป่วยเป็นผู้เข้ารับบริการในลักษณะที่มีอาการเจ็บป่วยและเป็นผู้ต้องขังราชทัณฑ์ การส่งตัวออกไปตรวจรักษายังโรงพยาบาลภายนอกจึงได้มีปัจจัยเกี่ยวกับความมั่นคง ปลอดภัย การป้องกันการหลบหนีเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งมีผลต่อการตอบรับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลปลายทาง ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ต้องขัง โดยเฉพาะปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการส่งตัวผู้ต้องขังออกไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานพยาบาลภายนอกเรือนจำ การร่วมมือกันของกระทรวงสาธารณสุขและกรมราชทัณฑ์จึงมีความสำคัญอย่างมากในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ต้องขังมีสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกับประชาชนทั่วไป

คำสำคัญ : สิทธิการรักษาพยาบาลผู้ต้องขัง/ การส่งต่อทางการแพทย์ / เรือนจำ

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกงานประกันสุขภาพและประสานการแพทย์ ทัณฑสถาน
โรงพยาบาลราชทัณฑ์

Medical Referral for Sick Prisoners

Jadetdaw Saraban*

Abstract

A patient has the right to medical treatment and referral to appropriate medical care facilities, when the patient is in a state of emergency, or in a situation of exceeding the capacity of health care. It is the right of patients to receive equal care in public health. The state must provide equal protection under human rights principles, to prevent the danger of illnesses. Most inmates are Thai people, with 13-digit identification number, which will be entitled to medical treatment as well as the general public's right to health insurance, including other health treatment rights, such as social security rights, Civil servant rights, including budget allocation from the Department of Corrections. to provide health care for inmates of foreign countries. Thai inmates do not have these rights (no 13-digit identification number). When Thai inmates get sick, prison medical facility will provide basic medical care. For cases with severe symptoms, medical personnel will report to the prison director, for considerations to be sent out to appropriate external medical facilities. The guidelines for sending sick prisoners for external treatment are quite specifics, because of being inmates. There are safety factors to be concerned, to prevent the escape of sick prisoners. This affects the acceptance of hospital admissions. In order to promote and protect the human rights of inmates, particularly the problems and obstacles of sending prisoners to be treated in external medical facilities as outpatients, the cooperation of the Ministry of Public Health and the Department of Corrections is very important in solving these problems. This is in order for inmates to have equal access to public health services, as general Thai citizen.

Keywords: medical treatment for inmates/ medical referral/ prison

* Registered Nurse of Medical Correctional Institution

บทนำ

การจำคุกนั้นถือเป็นการจำกัดอิสรภาพของมนุษย์เป็นการจำกัดสิทธิบางส่วนอันเกิดจากการกระทำผิดและถูกลงโทษตามคำพิพากษา แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นจะต้องไม่กระทำในลักษณะที่เกินความจำเป็น ซึ่งการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังทุกคนควรปฏิบัติอย่างมีมนุษยธรรม รวมถึงคำนึงในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป เนื่องจากผู้ต้องขังยังคงเป็นพลเมืองของประเทศ ยังคงมีสิทธิเสรีภาพบางประการในฐานะปัจเจกชนที่จะต้องได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และมีสิทธิที่จะได้มีชีวิตอยู่ มีที่พักอาศัย ได้รับการปฏิบัติตนตามสิทธิมนุษยชน โดยรัฐจะต้องให้ความคุ้มครองโดยเฉพาะสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ที่มีอยู่อันล่วงละเมิดมิได้ แม้ว่าจะถูกจำกัดสิทธิเสรีภาพบางประการจากผลการกระทำผิดนั้นเช่น สิทธิการได้รับอาหาร สิทธิการได้รับเครื่องนุ่งห่มหลับนอน สิทธิในการติดต่อกับครอบครัวสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานจากรัฐ ซึ่งการบริการด้านสุขภาพนั้นนับได้ว่าเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนทุกคนและทุกกลุ่มที่จะได้รับอย่างเท่าเทียมกันตามความในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวดที่ 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 กล่าวว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

เมื่อผู้ต้องขังมีอาการเจ็บป่วยในเรือนจำ เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลจะเป็นผู้ให้การดูแลเบื้องต้น หากอาการป่วยเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่จะรายงานผู้บัญชาการเรือนจำ เพื่อพิจารณาส่งตัวออกไปรักษาที่โรงพยาบาลภายนอก ตามความในพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 มาตรา 54 ให้เรือนจำทุกแห่งจัดให้มีสถานพยาบาล เพื่อเป็นที่ทำการรักษาพยาบาลผู้ต้องขังที่ป่วย จัดให้มีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าพนักงานเรือนจำที่ผ่านการอบรมด้านการพยาบาล ซึ่งอยู่ปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำที่สถานพยาบาลนั้นด้วย อย่างน้อยหนึ่งคน และให้การดำเนินการอื่นใดเกี่ยวกับการตรวจร่างกายตามมาตรา 37 การดูแลสุขภาพอนามัย การสุขาภิบาล และการตรวจสุขภาพ ตามความจำเป็น และมาตรา 55 ในกรณีที่ผู้ต้องขังป่วย มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือเป็นโรคติดต่อให้ผู้บัญชาการเรือนจำดำเนินการให้ผู้ต้องขังได้รับการตรวจจากแพทย์โดยเร็ว และหากผู้ต้องขังนั้นต้องได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะด้านหรือถ้าคงรักษาพยาบาลอยู่ในเรือนจำจะไม่ทุเลาดีขึ้น ให้ส่งตัวผู้ต้องขังดังกล่าวไปยังสถานบำบัดรักษาสำหรับโรคชนิดนั้นโดยเฉพาะ โรงพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตนอกเรือนจำต่อไป ทั้งนี้หลักเกณฑ์และวิธีการส่งตัวผู้ต้องขังไปรักษาด้านนอกเรือนจำ ระยะเวลาการรักษาตัว รวมทั้งผู้มีอำนาจอนุญาตให้เป็นไปตามกฎกระทรวงโดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ

ผู้ต้องขังป่วย คือ ผู้ต้องขังโดยทั่วไปที่มีอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนผู้ต้องขังที่ติดฝิ่น กัญชา สิ่งเสพติดอื่น ซึ่งมีอาการร้ายแรง หรือหญิงตั้งครรภ์ หรือมีลูกอ่อน ซึ่งจัดเป็นผู้เจ็บป่วยโดยอนุโลมตามกฎหมายกระทรวงมหาดไทยออกตามความในมาตรา 58 แห่งพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479 ข้อ 74 ดังนั้น ผู้ต้องขังป่วยจึงประกอบไปด้วย (สำนักทัณฑวิทยาส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง, 2554)

1. ผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยทางร่างกาย
2. ผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยทางจิตใจ
3. ผู้ต้องขังหญิงมีครรภ์ หรือมีลูกอ่อน
4. ผู้ต้องขังติดยาเสพติดให้โทษ

สำหรับการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ต้องขังป่วยในเรือนจำนั้น ในเบื้องต้นผู้ต้องขังที่มีอาการเจ็บป่วยจะได้รับการดูแลรักษาโดยพยาบาลเรือนจำที่ประจำอยู่สถานพยาบาลเรือนจำ/ทัณฑสถานนั้นๆ และหากมีอาการที่เกินศักยภาพในการรักษาพยาบาลภายในเรือนจำ นายแพทย์ประจำเรือนจำจะเป็นผู้พิจารณาในการส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกไปรักษายังโรงพยาบาลของรัฐภายนอก โดยการรับ-ส่งต่อผู้รับบริการเป็นวิธีการที่ให้หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยเมื่อเกินขีดความสามารถหรือศักยภาพของหน่วยบริการนั้นๆจะต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ หรือ ตติยภูมิที่เหมาะสม เพื่อให้ได้รับการที่มีคุณภาพและปลอดภัย และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจนสามารถกลับหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการใกล้บ้านได้แล้วจะต้องมีระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญของการรักษาพยาบาล ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขในหมวด 3 การจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น เมื่อมีการช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วย ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วย หรือผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิต หรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น หรือเกินขีดความสามารถ ให้สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด ซึ่งในกรณีผู้ต้องขังป่วย การที่จะส่งต่อไปรักษายังสถานพยาบาลอื่นภายนอกโดยความต้องการของผู้ป่วยหรือญาตินั้นอาจทำได้เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ต้องราชทัณฑ์ การส่งต่อไปรับบริการยังสถานพยาบาลภายนอกเรือนจำจึง

จำเป็นจะต้องผ่านความเห็นชอบของผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องนั้น โดยมีแนวทางในการพิจารณาดังนี้

1. พิจารณาแต่เฉพาะที่เห็นว่ามีความจำเป็นจริงๆ เท่านั้น ที่จะต้องออกไปรับการรักษาภายนอกและพิจารณาให้ไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นอันดับแรก เว้นแต่แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยแล้วมีความเห็นให้ส่งไปรักษาโรงพยาบาลเอกชน เพราะโรงพยาบาลรัฐขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จะรักษาผู้ป่วยไว้ได้ หรือโรงพยาบาลรัฐอยู่ห่างไกล หากผู้ต้องขังป่วยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาอย่างทันท่วงทีอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือทุพพลภาพ จึงส่งตัวไปโรงพยาบาลเอกชนได้ และเมื่อพ้นขีดอันตรายแล้วให้รับส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐโดยเร็ว

2. อธิบดีกรมราชทัณฑ์ได้มอบอำนาจให้ผู้บัญชาการเรือนจำ ผู้อำนวยการทัณฑสถาน/สถานกักกันและสถานกักขัง ซึ่งสังกัดราชการบริหารส่วนกลางปฏิบัติราชการแทนในการพิจารณาให้ผู้ต้องขังป่วยออกไปตรวจรักษา และ/หรืออยู่พักรักษาตัวยังโรงพยาบาลภายนอกเรือนจำและทัณฑสถาน ตามความเหมาะสมและความจำเป็นแห่งโรค ส่วนเรือนจำ/ทัณฑสถานซึ่งสังกัดราชการบริหารส่วนภูมิภาค อธิบดีได้มอบอำนาจให้แก่ผู้ว่าราชการจังหวัดเพื่อการนี้แล้ว

3. การขออนุญาตย้ายผู้ต้องขังป่วยไปคุมขังยังเรือนจำ/ทัณฑสถานที่ไม่มีโรงพยาบาลและแพทย์เฉพาะโรคเพื่อการบำบัดรักษา อธิบดีกรมราชทัณฑ์ได้มอบอำนาจให้ผู้บัญชาการกองบริการทางการแพทย์ในการพิจารณาอนุญาต

4. การย้ายผู้ต้องขังเด็ดขาดที่ป่วยทางจิต ให้ดำเนินการเหมือนผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคทางกาย (สำนักทัณฑวิทยาส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง, 2554)

ระบบส่งต่อผู้ต้องขังป่วย

ระบบการส่งต่อผู้ต้องขังป่วยออกไปรักษาตัวภายนอกเรือนจำ/ทัณฑสถาน ตามระเบียบกรมราชทัณฑ์ ว่าด้วยการอนุญาตให้ผู้ต้องขังออกไปรักษาตัวนอกเรือนจำ พ.ศ. 2559 มีทั้งหมด 2 กรณี คือ กรณีที่ออกไปรักษาแบบไป-กลับในวันเดียว และกรณีที่ผู้ต้องขังป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

- แนวทางในการปฏิบัติกรณีผู้ต้องขังป่วยออกไปรักษาตัวภายนอกเรือนจำ (ไป-กลับในวันเดียว)

กรณีผู้ต้องขังป่วยต้องไปรับการตรวจหรือรักษายังโรงพยาบาลภายนอกเรือนจำ โดยไป-กลับในวันเดียวต้องขออนุญาตผู้บัญชาการเรือนจำในการนำตัวผู้ต้องขังออกไปโรงพยาบาล (ทั้งกรณีปกติ

หรือกรณีฉุกเฉินตามแต่เหตุการณ์) โดยเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมจะต้องขอหลักฐานใบรับรองแพทย์ ซึ่งระบุชื่อผู้ต้องขัง ชื่อโรค อาการเจ็บป่วย วันที่ และสถานที่ที่รักษาให้ชัดเจน แล้วรายงานผู้บัญชาการเรือนจำทราบ และในการควบคุมให้ถือปฏิบัติเช่นเดียวกับการนำผู้ต้องขังป่วยส่งโรงพยาบาล

- แนวทางการปฏิบัติกรณีผู้ต้องขังต้องพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล

1. เมื่อนำผู้ต้องขังป่วยออกไปรักษาตัวภายนอกเรือนจำแล้ว แพทย์มีความเห็นว่าต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่จะต้องขอใบแสดงความเห็นแพทย์ผู้รักษา ระบุชื่อผู้ต้องขัง ชื่อโรค วันที่แพทย์รับตัว ระยะเวลาในการรักษา นำเสนอต่อผู้บัญชาการเรือนจำ/ผู้อำนวยการทัณฑสถาน เพื่อพิจารณาอนุญาตในการอยู่พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลตามความเห็นแพทย์และความจำเป็นแห่งโรคและอาการ หากผู้ต้องขังต้องพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน เจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมจะต้องขอใบแสดงความเห็นแพทย์เป็นระยะๆ โดยระบุวันที่อยู่พักรักษาตัวให้ต่อเนื่องและชัดเจน เพื่อนำเสนอรายงานต่อผู้บัญชาการเรือนจำ/ผู้อำนวยการทัณฑสถาน และจัดทำรายละเอียดผู้ต้องขังป่วยโรงพยาบาลภายนอก เพื่อให้ฝ่ายรักษาการณ์มอบให้เจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมผู้ต้องขังป่วยไปด้วย

2. ผู้ต้องขังป่วยซึ่งได้รับการบำบัดรักษายังโรงพยาบาลภายนอกมาเป็นเวลาสมควร แต่อาการเจ็บป่วยยังไม่ทุเลา เพื่อความปลอดภัยในการควบคุมให้เรือนจำขออนุมัติกรมฯ เพื่อย้ายผู้ต้องขังป่วยไปรับการรักษาตัวที่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์

กรณีเป็นผู้ต้องขังที่อยู่ระหว่างสอบสวน หรือระหว่างพิจารณาคดี เมื่อมีความจำเป็นต้องออกไปรักษาตัวภายนอกเรือนจำ อาจแนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติยื่นคำร้องต่อศาลให้ปล่อยตัวชั่วคราว (ประกันตัว) เพื่อออกไปรักษาตัวภายนอกเรือนจำได้ หรือดำเนินการตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 เพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 25) พ.ศ. 2550 มาตรา 5 (สำนักทฤษฎีวิทยาส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง, 2554)

การนำตัวผู้ต้องขังป่วยส่งโรงพยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยในการป้องกันการหลบหนีของผู้ต้องขัง ซึ่งกรมราชทัณฑ์ได้มีการจัดเตรียมอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ดังนี้

1. ใช้อัตราส่วนเจ้าหน้าที่ 2 คน ต่อผู้ต้องขัง 1 คน เว้นแต่กรณีผู้ต้องขังป่วยที่ต้องนำส่งโรงพยาบาลในคราวเดียวกันมากกว่า 1 คน ให้ใช้เจ้าหน้าที่ 1 คน ต่อผู้ต้องขัง 1 คนได้ และต้องมีเจ้าหน้าที่ระดับผู้บังคับบัญชาหรือผู้ได้รับมอบหมายควบคุมไปด้วย โดยไม่รวมพนักงานขับรถ

2. ให้ระมัดระวังการควบคุมเป็นพิเศษ มิให้มีการหลบหนีทุกขณะ

3. กรณีเป็นผู้ต้องขังที่มีโทษสูง เช่น คดียาเสพติดรายใหญ่ หรือคดีอุกฉกรรจ์ร้ายแรง หรือผู้ต้องขังมีอิทธิพล ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจทราบ เพื่อรักษาความปลอดภัยขณะนำส่งโรงพยาบาล

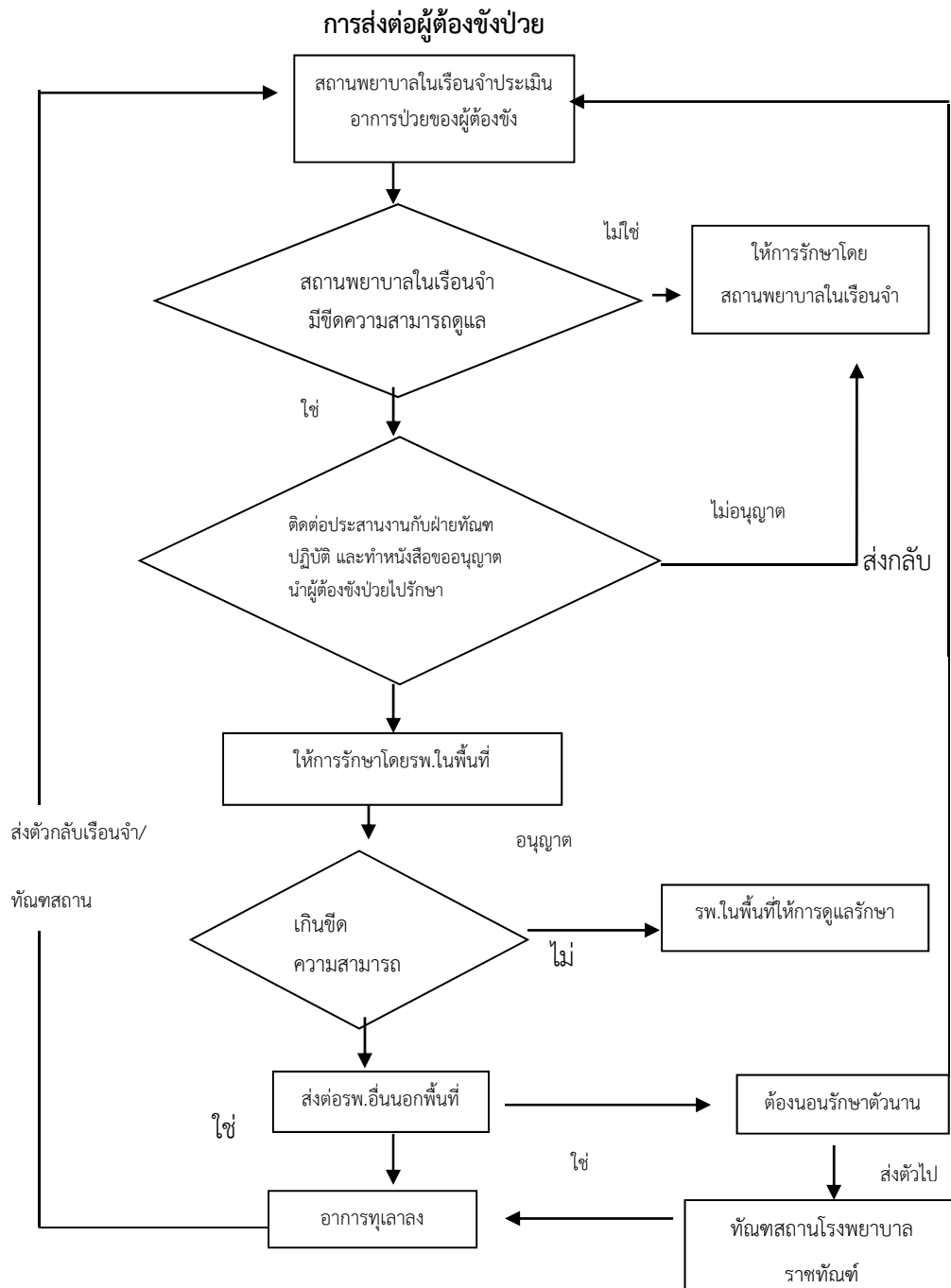
4. การควบคุมผู้ต้องขังป่วยไปโรงพยาบาลภายนอกเรือนจำ เจ้าหน้าที่ควบคุมมีอำนาจใช้กุญแจมือเป็นเครื่องพันธนาการได้ เว้นแต่ผู้ต้องขังนั้นเป็นผู้ร้ายรายสำคัญให้ใช้เครื่องพันธนาการอย่างอื่น ตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงเพื่อความปลอดภัยในการควบคุม แต่ในกรณีที่ผู้ต้องขังป่วยซึ่งไม่สามารถเดินได้ จะไม่ใช่เครื่องพันธนาการใดๆก็ได้

5. เตรียมหลักฐานทะเบียนประวัติและรูปถ่ายของผู้ต้องขังป่วย ให้เจ้าหน้าที่ประตูเรือนจำ/ทัณฑสถานตรวจสอบก่อน-หลัง กลับจากโรงพยาบาล (สำนักทัณฑวิทยาส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง, 2554)

ทั้งนี้ในการนำตัวผู้ต้องขังป่วยส่งโรงพยาบาลภายนอกเรือนจำ มีแนวทางการดำเนินงานตามผังกระบวนการ ดังนี้ (แผนภาพที่1)

กรมราชทัณฑ์ สังกัดกระทรวงยุติธรรม มีหน้าที่ในการให้การควบคุมและแก้ไขพฤติกรรมผู้ต้องขังให้กลับตนเป็นพลเมืองดี มีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมภายนอกได้อย่างปกติ ซึ่งในการดำเนินการตามภารกิจและอำนาจหน้าที่ของกรมราชทัณฑ์นั้น นอกจากจะเป็นการควบคุมดูแลในด้านพฤติกรรมแล้ว ยังได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับสวัสดิการและการสงเคราะห์ผู้ต้องขัง เพื่อให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (กรมราชทัณฑ์, 2560) โดยให้การดูแลในด้านบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ด้วยการจัดให้ในแต่ละเรือนจำมีสถานพยาบาล เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ต้องขังป่วย และได้มีการจัดตั้งทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ต้องขังป่วยที่เกินศักยภาพในการรักษาของสถานพยาบาลเรือนจำ หรือในกรณีที่ผู้ต้องขังมีอาการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเป็นระยะเวลานาน อันจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยเมื่อรักษาตัวยังโรงพยาบาลภายนอกที่ขาดความพร้อมด้านระบบในการควบคุม ผู้ต้องขังป่วยก็จะถูกส่งตัวเข้ามารับการรักษาที่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ เพื่อสะดวกต่อการควบคุมและการให้การรักษาพยาบาล

ปัจจุบันทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ถือเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลผู้ต้องขังที่เกิดอาการเจ็บป่วยจากเรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วประเทศทั้งหมด 143 แห่ง โดยสิทธิการรักษาของผู้ต้องขังส่วนใหญ่ เป็นสิทธิการรักษาประกันสุขภาพเช่นเดียวกับประชาชนคนไทยทั่วไปที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก (ผู้จัดการ, 2560) มีสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกับพลเมืองของประเทศไทย ซึ่งมีการจัดสรรงบประมาณในการดูแลโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพ



แผนภาพที่ 1 ผังกระบวนการการส่งต่อผู้ต้องขังป่วย (จะเด็จดาว, 2560)

แห่งชาติ รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม ซึ่งให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตน เป็นสิทธิการรักษาที่ผู้ต้องขังมีก่อนที่จะถูกจำคุกในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ในกรณีนี้โรงพยาบาลประจำสถานพยาบาลจะต้องเป็นผู้ดำเนินการติดต่อกับโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ เพื่อขอรับรองค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลดังกล่าว (สำนักงานประกันสังคม, 2558) และลำดับสุดท้าย คือ สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ต้องขังจะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ของกรมบัญชีกลางเช่นเดียวกับผู้ที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลข้าราชการโดยทั่วไป ในกรณีที่บุคคลไร้สิทธิ (เป็นคนไทย แต่ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก) กรมราชทัณฑ์ได้มีการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม และในกรณีที่เป็นผู้ป่วยต่างชาติ กรมราชทัณฑ์จะดำเนินการประสานงานกับสถานทูตของผู้ต้องขังป่วยรายนั้นๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยได้รับการดูแลรักษาตามหลักสิทธิมนุษยชน

ปัจจุบันจำนวนผู้ต้องขังเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับงบประมาณที่จำกัด ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งยังขาดความพร้อมด้านอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ส่งผลให้มีการส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกไปรักษาโรงพยาบาลภายนอก เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับอาการเจ็บป่วย แต่เนื่องจากผู้มารับบริการที่ทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์นั้นมีข้อแตกต่างจากผู้ป่วยรายอื่นทั่วไปที่สามารถเลือกรับบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองได้ ในขณะที่ผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำ/ทัณฑสถานไม่มีอิสระในการเลือกรับบริการสุขภาพ ดังนั้น การจำคุกจึงเป็นการขัดขวางอิสรภาพในการเลือกรับบริการทางสุขภาพของผู้ต้องขัง ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ต้องขังป่วยนั้นเป็นผู้เข้ารับบริการในลักษณะที่เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยและเป็นผู้ต้องราชทัณฑ์ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลที่นอกจากจะต้องคำนึงในด้านสุขภาพแล้ว ยังจะต้องให้การดูแลควบคุมตามคำพิพากษาควบคุมกันไปด้วย ดังนั้นการจะส่งตัวออกไปตรวจรักษายังโรงพยาบาลภายนอกจึงมีปัจจัยเกี่ยวกับความมั่นคง ปลอดภัย การป้องกันการหลบหนีเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และการกำหนดบทลงโทษของผู้ต้องขังก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เข้ามามีผลต่อการพิจารณาส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกไปรักษายังโรงพยาบาลภายนอก กล่าวคือ ในกรณีที่ผู้ต้องขังป่วยมีโทษจำคุกสูง ก็จะมีข้อจำกัดในการที่จะได้รับการพิจารณาให้ออกไปรับการรักษาพยาบาลภายนอก เว้นแต่มีอาการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินหรือรุนแรงอันจะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือทุพพลภาพ และด้วยสถานภาพที่เป็นผู้ต้องราชทัณฑ์ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ได้ส่งผลต่อการรับตัวเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลปลายทาง เนื่องจากการมีผู้ต้องขังเข้าไปรับบริการยังสถานพยาบาลภายนอกนั้นย่อมมีผลต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล รวมถึงประชาชนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเกิดความตื่นตระหนกในภาพลักษณ์ของผู้ต้องขัง ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ต้องขัง โดยเฉพาะปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการส่งตัวผู้ต้องขังออกไปรับการรักษาพยาบาลยังสถานพยาบาลภายนอกเรือนจำ และเพื่อนำไปสู่การเข้าถึงสิทธิการรับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลทุกคนมีสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขอันมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพที่พึงจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ไม่เว้นแม้แต่กลุ่มผู้เปราะบางในการเข้าถึงบริการ

สุขภาพเช่นผู้ต้องขัง การร่วมมือกันของภาครัฐโดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุขและกรมราชทัณฑ์จึงมีความสำคัญอย่างมากในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

แนวทางป้องกัน แก้ไข ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้ผู้ต้องขังป่วยได้มีโอกาสเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแล จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. กรมราชทัณฑ์ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการกระตุ้นให้แต่ละเรือนจำตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้ต้องขัง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมการจัดอนามัยและสิ่งแวดล้อมในเรือนจำให้ถูกสุขลักษณะ เน้นการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้ต้องขัง

2. สถานพยาบาลในเรือนจำแต่ละแห่งควรมีมาตรการคัดกรองโรคระบาดที่เป็นอันตรายต่อผู้ต้องขัง ควรมีการตรวจหาเชื้ออย่างสม่ำเสมอเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น ควรมีการเอ็กซเรย์ปอดหาเชื้อวัณโรค ควรมีการแจกวักซีนไข้หวัดใหญ่ในเรือนจำ เพื่อเป็นการส่งเสริมและป้องกันโรคของผู้ต้องขัง

3. กระทรวงสาธารณสุขควรเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในเรือนจำ เช่น จัดแพทย์เฉพาะทางเข้ามาตรวจรักษา การให้ความอนุเคราะห์ในด้านวัสดุ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในเขตพื้นที่ที่มีความขาดแคลน

4. โรงพยาบาลในเขตพื้นที่ที่รับการส่งตัวผู้ต้องขังควรประสานกับกรมราชทัณฑ์ เพื่อพิจารณาจัดห้องพิเศษไว้สำหรับผู้ต้องขังป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากเรือนจำ/ทัณฑสถาน และสถานที่สำหรับการเฝ้าเวรยามของเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ให้มีลักษณะเหมาะสมกับการควบคุมผู้ต้องขังไม่ให้หลบหนี รวมถึงการจัดให้มีช่องทางพิเศษในการตรวจรักษาผู้ต้องขังป่วย โดยที่ไม่ต้องนั่งรอคิวร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์สะดวกในการควบคุมดูแล ลดความเสี่ยงในการหลบหนี และลดความตึงเครียดของผู้นับบริการที่มีต่อภาพลักษณ์ของผู้ต้องขัง

5. กรมราชทัณฑ์ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ทางธุรการในการติดต่อประสานงาน และขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาลให้ตรงกับความเป็นจริงและทันสมัยที่สุด เพื่อลดภาระของพยาบาลวิชาชีพในงานธุรการ และเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีเวลาในการตรวจดูแลรักษาผู้ต้องขังมากขึ้น

6. กรมราชทัณฑ์ควรจัดให้มีช่องทางในการมารับผู้ต้องขังออกจากเรือนจำได้อย่างรวดเร็ว เมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น

7. กรมราชทัณฑ์ควรพิจารณาจัดหาระเบียบวิธีปฏิบัติในการอนุญาตให้ผู้ต้องขังออกไปรักษาตัวภายนอกเรือนจำ ให้มีความชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกี่ยวกับการปฏิบัติในการพิจารณาส่งตัวผู้ต้องขังป่วยออกไปรักษายังโรงพยาบาลนอก และในกรณีผู้ต้องขังเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้มีมาตรฐานที่รับรองได้ว่าผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยและเจ็บป่วยฉุกเฉินจะสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงทีและเท่าเทียมกัน

8. กระทรวงสาธารณสุขและกรมราชทัณฑ์ควรร่วมกันกำหนดนโยบายที่ชัดเจนของระบบเครือข่ายในการส่งต่อผู้ต้องขังป่วย เพื่อเป็นการรองรับการดูแลผู้ต้องขังป่วยที่เกินขีดความสามารถในการดูแลของเรือนจำ/ทัณฑสถาน ลดการปฏิเสธการรับตัวผู้ต้องขังเข้าไว้ในความดูแล

9. กรมราชทัณฑ์ควรมีการจัดเตรียมอัตรากำลังในการส่งตัวผู้ต้องขังป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลภายนอก รวมถึงในกรณีส่งตัวผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้เพียงพอกับความจำเป็น เพื่อลดปัญหาการขาดโอกาสในการเข้ารับรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย และมีมาตรฐานของผู้ต้องขังป่วย

10. กระทรวงสาธารณสุขและกรมราชทัณฑ์ควรมีการเจรจากับสถานทูตของประเทศต่างๆ ในการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ต้องขังป่วยต่างชาติ เช่น การติดต่อสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางการรักษา การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ต้องขังป่วยต่างชาติของกรมราชทัณฑ์

11. ควรจัดทำระบบข้อมูลการรับและส่งตัวผู้ต้องขังเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายนอกเพื่อให้ง่ายต่อการติดตามสำหรับตำรวจหรือศาลในการติดตามคดี

บทสรุป

ผู้ต้องขังแม้จะเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในด้านอิสรภาพและถูกจำกัดสิทธิบางประการ แต่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้นยังคงอยู่ การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังจึงไม่ควรละเมิดความเป็นปัจเจกชน ซึ่งได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายและไม่มีผู้ใดล่วงละเมิดได้ ในด้านการเข้ารับบริการสาธารณสุขอันเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับมนุษย์ รัฐควรมีการบริหารจัดการให้อย่างเท่าเทียมกับประชาชนทั่วไป โดยไม่มีการแบ่งแยกด้วยเหตุเพียงเพราะเป็นผู้กระทำผิด นอกจากนี้การจัดการระบบการรับและส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับผู้ต้องขังป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที ลดอัตราการตาย อัตราการป่วย ลดระยะเวลารอคอย ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ต้องขัง ซึ่งเป็นอีกหนึ่งการปฏิบัติที่แสดงให้เห็นถึงความเท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มที่มีความเปราะบางในการเข้าถึงบริการสุขภาพกับพลเมืองของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

กรมราชทัณฑ์. (2560). การกิจและอำนาจหน้าที่ของกรมราชทัณฑ์, 6 พฤศจิกายน 2560. แหล่งข้อมูล:

[Online], available from

<http://www.correct.go.th/newcorrectweb/index.php/about-us/authority-and-division>

กรมราชทัณฑ์. (2560). ระเบียบกรมราชทัณฑ์ ว่าด้วยการอนุญาตให้ผู้ต้องขังออกไปรักษาตัวนอก

เรือนจำ, 6 พฤศจิกายน 2560. แหล่งข้อมูล: [Online], available from

<http://lad.correct.go.th/main/wp-content/uploads/2016/06...pdf>

- ผู้จัดการ. (2560, 16 กรกฎาคม). นักโทษไร้เลขประชาชน 4.3 หมื่นคน เร่งพัฒนาระบบสุขภาพเพิ่มการเข้าถึงรักษา, แหล่งข้อมูล: [Online], available from <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9600000072262> เข้าถึง เมื่อ 1 พฤศจิกายน 2560.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2560, 31 มีนาคม). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น. เล่ม 134 ตอนพิเศษ 94 ง หน้า 7.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2560, 6 เมษายน). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก หน้า 12.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2560, 18 กุมภาพันธ์). พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560. เล่ม 134 ตอนที่ 21 ก หน้า 17-18.
- สำนักทบทวนวิทยา ส่วนมาตรการควบคุมผู้ต้องขัง. (2554). คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าพนักงานเรือนจำ (ฉบับพกพา). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์. หน้า 131-140
- สำนักงานประกันสังคม. (2558, 20 ตุลาคม). สิทธิประโยชน์, 1 พฤศจิกายน 2560. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?cat=868&id=3628>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์. หน้า 21.

อันตรายที่มากับน้ำแข็งปนเปื้อน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และการสุขาภิบาล

ชัชวาล สิงห์กันต์*

บทคัดย่อ

น้ำแข็งสำหรับบริโภคถือเป็นสินค้าที่เป็นที่ต้องการและสามารถพบจำหน่ายทั่วไปในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ผลจากการสำรวจหลายๆ ครั้ง มักพบว่า น้ำแข็งมีการปนเปื้อนแบคทีเรียซั้วดและเชื้อก่อโรคอยู่เสมอ ซึ่งบ่งชี้ว่าการบริโภคน้ำแข็งมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภค โดยเฉพาะน้ำแข็งบดซึ่งพบการปนเปื้อนมากกว่าน้ำแข็งหลอด ความเสี่ยงจากการบริโภคน้ำแข็งส่วนใหญ่เกิดจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค ซึ่งในประเทศไทยเคยพบเหตุการณ์โรคระบาดที่มีสาเหตุเกิดจากน้ำแข็งที่ปนเปื้อนมาแล้ว นอกจากนี้ในน้ำแข็งยังอาจพบการปนเปื้อนสารเคมีและสิ่งแปลกปลอมได้อีกด้วย ทั้งนี้การปนเปื้อนในน้ำแข็งอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่สถานที่ผลิต ร้านค้าส่ง ร้านจำหน่ายปลีก และระหว่างการขนส่ง มีกฎหมายหลายฉบับในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมดูแลกิจการน้ำแข็งเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค ซึ่งหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่นควรมีการควบคุมดูแลสุลักษณะในสถานประกอบการอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ในส่วนของเจ้าของกิจการและผู้ปฏิบัติงานควรให้ความร่วมมือเพื่อให้แน่ใจว่ามีการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดจากการบริโภคน้ำแข็งของผู้บริโภค

คำสำคัญ: น้ำแข็งสำหรับบริโภค การปนเปื้อน เชื้อก่อโรค กฎหมาย การสุขาภิบาล

*อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Hazards from Contaminated Ice, Related Laws, and Sanitation

Chatchawal Singhakant^{*}

Abstract

Edible ice is a required product and generally sold in Thailand. However, several survey revealed that ice was always contaminated by bacterial indicators and pathogens, indicating that the ice consumption poses a health risk to consumer. Especially, the crushed ice normally found contamination more than the tube ice. Most of risk from ice consumption came from pathogens. Cases of outbreak from ice contamination had been reported in Thailand. Moreover, both chemical and filth contamination could be possible found in ice. Ice contamination may occur at ice-production site, wholesale shop, retailer, and transportation. There are several laws in Thailand related to control the ice related commerce for safety of consumer. Therefore, the local government agency should regularly audit hygiene control in these places. In addition, both ice commerce owner and worker should cooperate to ensure good sanitation is implemented to minimize the risk to consumer.

Key words: Edible ice, contamination, pathogens, laws, sanitation

^{*} Lecturer at Department of Environmental Health Sciences, Faculty of Public Health,
Mahidol University

บทนำ

“น้ำแข็ง” ถือเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ในปัจจุบัน มีหลักฐานปรากฏในบันทึกความทรงจำของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ ว่าน้ำแข็งเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ในรัชสมัยรัชกาลที่ 4 โดยนำเข้าจากประเทศสิงคโปร์ทางเรือ (สยามานุสสติ, 2560) ในยุคนั้นถือว่าเป็นของหายากและมีราคาแพงมาก ผู้ที่มีสิทธิ์บริโภคน้ำแข็งจะต้องเป็นชนชั้นเจ้านาย ข้าราชการผู้ใหญ่ หรือเชื้อพระวงศ์เท่านั้น ต่อมาในรัชสมัยรัชกาลที่ 5 พระยาภักดีนครราชสีมา หรือนายเลิศ เศรษฐบุตร ได้ริเริ่มก่อตั้งโรงงานผลิตน้ำแข็งขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศไทย (กิเลน ประลองเชิง, 2559) ทำให้ประชาชนทั่วไปมีโอกาสบริโภคน้ำแข็งได้มากขึ้น ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา น้ำแข็งจึงเป็นสินค้าที่แพร่หลายไปทั่วทุกภูมิภาค เนื่องจากสภาพอากาศที่ร้อนของประเทศทำให้ประชาชนนิยมบริโภคน้ำแข็งกันเป็นจำนวนมาก ทั้งที่เป็นเครื่องดื่มเย็น ขนมหวานเย็น น้ำแข็งใส รวมถึงใช้แช่ผลไม้และอาหารทะเลที่จำหน่ายในท้องตลาด และยังใช้น้ำแข็งในการเก็บแช่วัตถุดิบอาหารและเครื่องดื่มตามร้านอาหารอีกด้วย ซึ่งหากน้ำแข็งที่ใช้เหล่านี้ไม่สะอาด มีการปนเปื้อนเชื้อโรค จะเป็นสาเหตุให้เกิดโรคกับผู้บริโภคได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ที่ผ่านมามีรายงานพบการปนเปื้อนในน้ำแข็งออกมาเป็นระยะ จากข้อมูลการสำรวจความปลอดภัยอาหารของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 1-12 ในปี พ.ศ.2555 พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียร้อยละ 33.8 ในตัวอย่างน้ำแข็งจากร้านอาหารและแผงลอยที่ทำการสำรวจทั้งสิ้น 142 ตัวอย่าง (ASTVผู้จัดการออนไลน์, 2558) ข้อมูลจากรายงานประจำปี โครงการกรุงเทพฯ เมืองอาหารปลอดภัย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 ของกองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ระบุว่า พบการปนเปื้อนเชื้อก่อโรคในน้ำแข็งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 65.4 จากตัวอย่างน้ำแข็งบริโภคทั้งหมด 517 ตัวอย่าง (กองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2559) ล่าสุดจากรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ.2559 ของกองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบการปนเปื้อนเชื้อก่อโรคและเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำแข็งสำหรับบริโภคไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากถึงร้อยละ 65.5 จากตัวอย่างที่วิเคราะห์ทั้งหมด 325 ตัวอย่าง (กองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2560) จากข้อมูลดังกล่าวมา จะเห็นได้ว่า การบริโภคน้ำแข็งในประเทศไทยถือว่ามีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากมีโอกาสสูงที่จะได้รับเชื้อก่อโรคเข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้อาจได้รับอันตรายจากสิ่งปนเปื้อนประเภทอื่นอีกด้วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็นถึงโอกาสการพบสิ่งปนเปื้อนประเภทต่างๆ จากการบริโภคน้ำแข็งที่ไม่ถูกสุขลักษณะและสาเหตุของการปนเปื้อน ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการผลิตและจำหน่ายน้ำแข็ง และ

เสนอแนะข้อปฏิบัติที่ถูกต้องลักษณะสำหรับผู้ประกอบการที่ผลิตและจำหน่ายน้ำแข็งสำหรับบริโภค

ประเภทของน้ำแข็งบริโภคและกระบวนการผลิต

น้ำแข็งสำหรับบริโภคที่ผลิตและจำหน่ายในประเทศไทย ส่วนใหญ่สามารถจำแนกได้ 2 ประเภทหลักๆ คือ น้ำแข็งซองและน้ำแข็งหลอด ซึ่งสามารถพบได้ทั่วไปตามร้านอาหารและร้านจำหน่ายเครื่องดื่ม ซึ่งน้ำแข็ง 2 ประเภทนี้มีลักษณะและวิธีการผลิตที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. **น้ำแข็งซอง** เป็นน้ำแข็งที่ผลิตโดยกระบวนการทำน้ำให้แข็งในช่องโลหะที่แช่ในบ่อน้ำเกลือที่มีระบบทำความเย็น น้ำแข็งที่ผลิตได้จะมีลักษณะเป็นก้อนสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่ มีขนาด 11 นิ้ว x 22 นิ้ว x 60 นิ้ว น้ำแข็งซองที่มีคุณภาพดีจะต้องเป็นก้อนใสสะอาด และเป็นน้ำแข็งเต็มก้อนหรือไม่มีรูภายใน ซึ่งในการจำหน่ายให้กับลูกค้าจะมีการฉีดยาน้ำล้างทำความสะอาดภายนอก นำไปตัดเป็นก้อนขนาดเล็กกลงแล้วนำขึ้นรถขนส่ง หรือนำเข้าเครื่องโม่ น้ำแข็งกลายเป็น “น้ำแข็งป่น” หรือ “น้ำแข็งบด” บรรจุลงถุงกระสอบแล้วนำขึ้นรถขนส่ง แผนผังแสดงกระบวนการผลิตน้ำแข็งซองแสดงดังรูปที่ 1

2. **น้ำแข็งหลอด** เป็นน้ำแข็งที่ผ่านกระบวนการทำน้ำให้กลายเป็นน้ำแข็งภายในเครื่องผลิตที่เป็นระบบปิด น้ำแข็งที่ได้จะมีลักษณะเป็นก้อนทรงกระบอก มีรูตรงกลาง มีทั้งขนาดใหญ่ (38 มิลลิเมตร) และขนาดเล็ก (19 มิลลิเมตร) ขึ้นอยู่กับแม่พิมพ์ของเครื่องผลิตน้ำแข็ง ในการจำหน่ายมีทั้งที่บรรจุลงในถุงพลาสติกปิดสนิทขนาดความจุ 1 กิโลกรัม หรือบรรจุลงถุงกระสอบขนาดความจุ 20 กิโลกรัม แผนผังแสดงกระบวนการผลิตน้ำแข็งหลอดแสดงดังรูปที่ 1

จากกระบวนการผลิตน้ำแข็งทั้ง 2 ประเภท จะเห็นได้ว่า น้ำแข็งซอง โดยเฉพาะเมื่อไม่เจนนํ้าแข็งบด จะมีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนมากกว่าน้ำแข็งหลอด เนื่องจากมีจุดที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนสิ่งสกปรกและเชื้อก่อโรค เช่น ขั้นตอนการเคลื่อนย้ายน้ำแข็งก้อนจากช่องไปยังเครื่องตัดหรือเครื่องบดซึ่งมักจะไถลก้อนน้ำแข็งไปกับพื้น หรือขั้นตอนการตัดหรือโม่ น้ำแข็งซึ่งจะมีการใช้มือสัมผัส ต่างจากกระบวนการผลิตน้ำแข็งหลอดซึ่งเป็นการผลิตในระบบปิด จึงไม่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนในขั้นตอนดังกล่าว ดังนั้นน้ำแข็งบดจึงไม่เหมาะสำหรับการนำมาบริโภค แต่เหมาะกับการใช้แช่อาหารหรือวัตถุดิบอาหารมากกว่า

ทั้งนี้จากรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ.2559 พบการปนเปื้อนเชื้อก่อโรคและเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำแข็งบดมากกว่าน้ำแข็งหลอด โดยพบการปนเปื้อนในน้ำแข็งบดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 72.6 จากจำนวนตัวอย่างที่วิเคราะห์ 117 ตัวอย่าง และส่วนน้ำแข็งหลอดไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 61.5 จากจำนวนตัวอย่างที่วิเคราะห์ 208



แผนภาพที่ 1 แผนผังกระบวนการผลิตน้ำแข็งซองและน้ำแข็งหลอด
(ปรเมษฐ์ มังกรพานิชย์, 2549; Tvburabha Official, 2015)

ตัวอย่าง (กองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2560) อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า แม้ในกระบวนการผลิตน้ำแข็งหลอดจะมีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนน้อยกว่า แต่ยังคงพบการปนเปื้อนค่อนข้างมาก เนื่องจากภายหลังการผลิต น้ำแข็งมีโอกาสน้ำแข็งปนเปื้อนได้อีกหลายขั้นตอน เช่น การบรรจุลงในถุงกระสอบที่ใช้ซ้ำ การขนส่งน้ำแข็งที่ไม่มีการปกปิดอย่างเหมาะสม การปนเปื้อนโดยผู้ปฏิบัติงานขนส่งน้ำแข็ง การปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกน้ำแข็งและร้านที่จำหน่ายเครื่องดื่มหรือของหวานที่ใช้น้ำแข็ง เป็นต้น

อันตรายที่มากับน้ำแข็ง

อันตรายที่มากับน้ำแข็งส่วนใหญ่เกิดจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค ที่ผ่านมาในประเทศไทยเคยมีผลการศึกษาเชื่อมโยงเหตุการณ์โรคระบาดกับการบริโภคน้ำแข็งปนเปื้อน ได้แก่ สมบูรณ์ พันธวงศ์ และคณะ (2551) สืบสวนสาเหตุการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอที่อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ.2548 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,308 ราย พบสาเหตุของการระบาดเกิดจากการบริโภคน้ำแข็งปนเปื้อนเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอ โดยพบการปนเปื้อนเชื้อนี้ในน้ำดิบที่ใช้ผลิตน้ำแข็งในโรงงานแห่งหนึ่ง นิภาพรณ สฤทธอภิกฤษ และคณะ (2558) สืบสวนสาเหตุการระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอที่จังหวัดบึงกาฬ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ.2555 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 1,272 ราย พบสาเหตุเกิดจากการบริโภคน้ำแข็งที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเอจากโรงงานผลิตน้ำแข็งแห่งหนึ่งซึ่งใช้น้ำดิบที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อด้วยคลอรีนในการผลิต นอกจากนี้เหตุการณ์ดังกล่าวนี้ ยังเคยมีผลการศึกษาในประเทศไต้หวันเกี่ยวกับเหตุการณ์การระบาดของโรคกระเพาะลำไส้อักเสบ (Gastroenteritis) จากเชื้อโนโรไวรัสสายพันธุ์ GII.17 ในกลุ่มเด็กนักเรียนที่เข้าพักที่รีสอร์ทแห่งหนึ่งเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2558 จากการสืบสวนสาเหตุพบว่ามีความสัมพันธ์กับการบริโภคน้ำแข็งปนเปื้อนเนื่องจากใช้น้ำที่ปนเปื้อนโนโรไวรัสซึ่งไม่ผ่านการต้มในการผลิตน้ำแข็ง (Cheng et al., 2017) จะเห็นได้ว่าสาเหตุสำคัญของทั้ง 3 เหตุการณ์เกิดจากการที่โรงงานผลิตน้ำแข็งใช้น้ำดิบที่มีเชื้อปนเปื้อนโดยไม่ผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อที่เหมาะสมในการผลิต

อันตรายจากน้ำแข็งยังสามารถเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในกลุ่มอื่น โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรค แม้ยังไม่พบว่ามีรายงานการระบาดของโรคที่เชื่อมโยงกับการบริโภคน้ำแข็งปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียก่อโรค แต่มีผลการศึกษาจากหลายแหล่งที่ระบุถึงการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในน้ำแข็งสำหรับบริโภค อาทิ Juliana et al. (2004) รายงานการจำแนกเชื้อ *Escherichia coli* จำนวน 50 สายพันธุ์ได้จากน้ำแข็งที่จำหน่ายในเมืองเซาท์ เปาโล ประเทศบราซิล ในจำนวนนี้มี 12 สายพันธุ์ที่อยู่ในกลุ่ม EAEC (Enteraggregative *Escherichia coli*) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงได้ Gerokomou

et al. (2011) รายงานการตรวจพบเชื้อก่อโรคหลายชนิดในตัวอย่างน้ำแข็งที่เก็บจากร้านค้าปลีกหลายร้านในภูมิภาคอีพิรัส (Epirus) ของประเทศกรีซ โดยพบการปนเปื้อนเชื้อ *Clostridium perfringens* (ร้อยละ 18) และสปอร์ของ *Clostridium perfringens* (ร้อยละ 33) *Escherichia coli* (ร้อยละ 15) *Salmonella* spp. (ร้อยละ 4) *Pseudomonas aeruginosa* (ร้อยละ 3) และ *Yersinia* spp. (ร้อยละ 2) ในตัวอย่างน้ำแข็งจำนวนทั้งสิ้น 100 ตัวอย่าง สัญชัย ยอดมณี และคณะ (2555) ศึกษาการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในตัวอย่างน้ำแข็งที่เก็บรวบรวมจากพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ประกอบด้วย น้ำแข็งบด น้ำแข็งหลอดเล็กและน้ำแข็งหลอดใหญ่ รวมทั้งสิ้น 40 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 37 ตัวอย่าง (ร้อยละ 92.5) *Escherichia coli* 23 ตัวอย่าง (ร้อยละ 57.5) และ *Clostridium perfringens* 1 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.5) ปิยะนุช จงสมักร และคณะ (2557) สำนวจความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ของน้ำแข็งบริโภคที่จำหน่ายในมหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียเกินมาตรฐานตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดทั้ง 13 ตัวอย่างที่เก็บจากโรงอาหารและตลาดนัด ในจำนวนนี้พบการปนเปื้อน *Staphylococcus aureus* มากถึง 7 ตัวอย่าง (ร้อยละ 53.8) ขณะที่กองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2559) รายงานผลการสำวจการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำแข็งสำหรับบริโภคทั้งน้ำแข็งบดและน้ำแข็งหลอดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 รวมจำนวนทั้งสิ้น 325 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียเกินเกณฑ์มาตรฐาน 210 ตัวอย่าง (ร้อยละ 64.6) พบ *Escherichia coli* ปนเปื้อน 132 ตัวอย่าง (ร้อยละ 40.6) และพบ *Staphylococcus aureus* ปนเปื้อน 1 ตัวอย่าง (ร้อยละ 0.3) แต่ไม่พบการปนเปื้อนเชื้อ *Salmonella* spp. นอกจากนี้ สถาบันอาหาร เคยรายงานผลการสุ่มตรวจการปนเปื้อนเชื้อ *Escherichia coli* ในตัวอย่างน้ำแข็งบดที่เก็บจากร้านจำหน่ายน้ำแข็งและโรงงานผลิตน้ำแข็งในกรุงเทพมหานครและจังหวัดสมุทรปราการในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 5 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนเชื้อ *Escherichia coli* จำนวน 3 ตัวอย่าง (ไทยรัฐและสถาบันอาหารโครงการอาหารปลอดภัย, 2559) ต่อมาในปี พ.ศ.2560 สถาบันอาหารรายงานผลการสุ่มตรวจการปนเปื้อนเชื้อก่อโรคในตัวอย่างน้ำแข็งหลอดเล็กจำนวน 5 ตัวอย่างที่เก็บจากร้านจำหน่ายในย่านการค้าในเขตกรุงเทพมหานคร โดยวิเคราะห์การปนเปื้อนเชื้อก่อโรค 4 ชนิด ได้แก่ *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Vibrio cholerae*, และ *Staphylococcus aureus* พบการปนเปื้อนเชื้อ *Escherichia coli* ในน้ำแข็ง 4 ตัวอย่าง และพบการปนเปื้อนเชื้อ *Staphylococcus aureus* 1 ตัวอย่าง (ไทยรัฐและสถาบันอาหารโครงการอาหารปลอดภัย, 2560).

สำหรับการพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียปนเปื้อนในน้ำแข็งนั้น แบคทีเรียกลุ่มนี้ไม่ใช่เชื้อก่อโรค แต่สามารถใช้เป็นตัวชี้วัดการปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อมได้ เนื่องจากโดยปกติเป็น

เชื้อแบคทีเรียที่พบได้ทั่วไปในสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นดิน แหล่งน้ำ อากาศ คน และสัตว์ การพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียปนเปื้อนในน้ำแข็งอาจเกิดขึ้นได้จากน้ำดิบที่นำมาผลิตซึ่งไม่ผ่านการปรับปรุงคุณภาพที่เหมาะสม กระบวนการผลิต การขนส่งและสภาพร้านค้าที่จำหน่ายไม่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้จำหน่าย เช่น การเปิดฝาดังเก็บน้ำแข็งไว้ตลอดเวลาที่จำหน่าย การใช้มือสัมผัสน้ำแข็ง เป็นต้น (ปิยะนุช จงสมักร และคณะ, 2557) ส่วนการพบเชื้อ *Escherichia coli* ปนเปื้อน นอกจากบางสายพันธุ์ของ *Escherichia coli* ที่เป็นเชื้อก่อโรคในมนุษย์แล้ว *Escherichia coli* ยังเป็นตัวชี้วัดถึงการปนเปื้อนอุจจาระของคนและสัตว์เลื้อยคืบซึ่งบ่งชี้ว่าอาจมีเชื้อก่อโรคชนิดอื่นปนเปื้อนมาในน้ำแข็งด้วย ดังนั้นการพบ *Escherichia coli* ปนเปื้อนในน้ำแข็งจึงไม่เหมาะสมที่จะนำมารับประทาน สำหรับการพบแบคทีเรียก่อโรคปนเปื้อนในน้ำแข็งอีก 2 ชนิด คือ *Clostridium perfringens* และ *Staphylococcus aureus* แบคทีเรียทั้ง 2 ชนิดนี้สามารถสร้างสารพิษทำให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษได้ โดย *Clostridium perfringens* เป็นเชื้อที่พบได้ทั่วไปในอากาศ ผุ่นละออง ดิน และแหล่งน้ำที่ไม่สะอาด อาจปนเปื้อนมากับน้ำดิบที่มีกระบวนการปรับปรุงคุณภาพที่ไม่เหมาะสมหรือปนเปื้อนจากสิ่งแวดล้อมในกระบวนการผลิต การขนส่ง และการจำหน่าย น้ำแข็งซึ่งมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ส่วน *Staphylococcus aureus* เป็นเชื้อที่พบได้ตามทางเดินหายใจ ลำคอ ผิวหนังและบาดแผลของมนุษย์และสัตว์ สาเหตุที่ปนเปื้อนในน้ำแข็งอาจเกิดจากพฤติกรรมของผู้จำหน่ายที่มีการสัมผัสกับน้ำแข็ง การแช่สิ่งของอื่นรวมอยู่ในภาชนะเก็บน้ำแข็ง การเปิดฝาน้ำแข็งทิ้งไว้ในขณะที่ไม่ใช้งาน และการไม่ล้างทำความสะอาดถังเก็บน้ำแข็งทุกวัน (ปิยะนุช จงสมักร และคณะ, 2557)

สำหรับอันตรายทางเคมี ปกติไม่ค่อยพบปนเปื้อนในน้ำแข็ง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Chavasit et al. (2011) พบการปนเปื้อนของโครเมียมในน้ำแข็งบดที่มาจากน้ำแข็งของซึ่งผลิตในช่องน้ำแข็งที่รีวซึม สารโครเมียมนี้ปนเปื้อนมาจากสารโซเดียมไดโครเมตไดไฮเดรต (Sodium dichromate dihydrate) ซึ่งเป็นสารกันสนิม (Anti-rusting agent) ที่มักใส่ในบ่อน้ำเกลือสำหรับแช่เย็นของน้ำแข็ง โดยปริมาณที่พบมากถึง 0.237 มิลลิกรัมโครเมียม/กิโลกรัมน้ำแข็ง สูงกว่าค่ามาตรฐานน้ำดื่มที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก (0.05 มิลลิกรัมโครเมียม/ลิตร) ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกัน ผู้ประกอบการโรงงานน้ำแข็งจึงควรมีการตรวจสอบและบำรุงรักษาของน้ำแข็งอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนอันตรายทางกายภาพที่ปนเปื้อนในน้ำแข็ง แม้ไม่พบรายงานการศึกษาที่บอกถึงการปนเปื้อนในกลุ่มนี้ แต่หากนำน้ำแข็งโดยเฉพาะน้ำแข็งบดมาละลาย มักจะพบว่ามีส่วนแปลกปลอม (Filtth) ขนาดเล็กจำนวนมากปนเปื้อนอยู่ในน้ำที่ละลายจากน้ำแข็ง ทั้งนี้ยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแปลกปลอมเหล่านี้ แต่สิ่งแปลกปลอมนี้อาจทำให้หน้าแข็งดูสกปรก ไม่น่ารับประทาน และอาจนำพาเชื้อก่อโรคปนเปื้อนในน้ำแข็ง สิ่งแปลกปลอมนี้อาจปนเปื้อนได้จากหลายสาเหตุหลายขั้นตอน ได้แก่ การปรับปรุงคุณภาพน้ำ

ดิบไม่เหมาะสม กระบวนการผลิตที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การขนส่งโดยภาชนะที่ไม่มีการปกปิด และการจัดเก็บน้ำแข็งโดยไม่ปกปิด

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความสะอาดปลอดภัยของน้ำแข็งสำหรับผู้บริโภค

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การผลิตและจำหน่าย “น้ำแข็ง” ได้เคยถูกควบคุมโดยประกาศกระทรวงสาธารณสุขหลายฉบับโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค เริ่มตั้งแต่การกำหนดให้น้ำแข็งเป็น “อาหารควบคุมเฉพาะ” ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 โดยมีการกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการผลิตหรือจำหน่าย รวมถึงกำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานของภาชนะบรรจุ การใช้ภาชนะบรรจุ การเก็บรักษา และฉลาก (ราชกิจจานุเบกษา, 2522) ต่อมาได้ยกเลิกประกาศดังกล่าวและใช้ประกาศฉบับใหม่ คือประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 78 เรื่องน้ำแข็ง ซึ่งได้กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับมาตรฐานคุณสมบัติของน้ำดิบและน้ำแข็งที่ผลิต กรรมวิธีการผลิต อุปกรณ์เครื่องใช้รวมถึงเส้นท่อ การเก็บรักษา น้ำแข็งและภาชนะบรรจุรวมถึงฉลากที่ถูกสุขลักษณะและชัดเจนมากขึ้น (ราชกิจจานุเบกษา, 2527) ซึ่งประกาศฉบับนี้ยังคงใช้จนถึงปัจจุบัน หลังจากนั้น ได้มีการออกประกาศตามมาอีก 3 ฉบับ ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 137 เรื่องน้ำแข็ง (ฉบับที่ 2) ได้มีการปรับปรุงแก้ไขคุณสมบัติทางเคมีของน้ำสะอาดที่นำมาใช้ผลิตน้ำแข็ง (ราชกิจจานุเบกษา, 2534) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 254 เรื่องน้ำแข็ง (ฉบับที่ 3) ได้ปรับปรุงข้อกำหนดเกี่ยวกับการแสดงฉลาก บนภาชนะบรรจุ (ราชกิจจานุเบกษา, 2545) และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 285 เรื่องน้ำแข็ง (ฉบับที่ 4) ซึ่งได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยกำหนดให้น้ำแข็งเป็น “อาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน” (ราชกิจจานุเบกษา, 2547) นอกจากกฎหมายเหล่านี้ ในส่วนของสถานประกอบการที่ผลิตน้ำแข็งยังถูกควบคุมให้ต้องมีการผลิตที่ได้มาตรฐาน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 193 (พ.ศ.2543) เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร โดยจะครอบคลุมตั้งแต่สถานที่ตั้งและอาคารที่ผลิต เครื่องมือเครื่องจักรและอุปกรณ์การผลิต การควบคุมกระบวนการผลิต การสุขาภิบาล การบำรุงรักษาและการทำความสะอาด บุคลากรและสุขลักษณะผู้ปฏิบัติงาน (ราชกิจจานุเบกษา, 2543) ซึ่งถือว่าเป็นการยกระดับการผลิตน้ำแข็งให้มีมาตรฐานเพิ่มมากขึ้น ล่าสุดเนื่องจากการประกอบกิจการผลิต สะสม แบ่งบรรจุหรือขนส่งน้ำแข็งถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ.2558 (ราชกิจจานุเบกษา, 2558) คณะกรรมการสาธารณสุข จึงได้ออกคำแนะนำของคณะกรรมการฯ เรื่อง การควบคุมการประกอบกิจการการผลิต สะสม แบ่งบรรจุ และการค้าส่งน้ำแข็ง พ.ศ.2558 (ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข, 2558) เพื่อให้เป็นแนวทางสำหรับองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นในการออกข้อกำหนดท้องถิ่นเพื่อควบคุมกิจการเกี่ยวกับน้ำแข็ง โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ด้านสุขลักษณะในการควบคุมการประกอบกิจการการผลิตน้ำแข็งและกิจการการสะสม แบ่งบรรจุ และค้าส่งน้ำแข็ง ซึ่งโดยเนื้อหาจะครอบคลุมและใกล้เคียงกับวิธีการผลิตฯ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 193 แต่ในรายละเอียดจะมีความเฉพาะเจาะจงลงไปในเรื่องกิจการเกี่ยวกับน้ำแข็งโดยเฉพาะ นับว่ากระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญของการควบคุมกิจการที่เกี่ยวข้องกับน้ำแข็งเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคมาโดยตลอด

สำหรับข้อกำหนดมาตรฐานเกี่ยวกับคุณภาพของน้ำแข็งเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 78 ระบุว่า น้ำแข็งที่ผลิตจะต้องมีคุณภาพหรือมาตรฐานตามมาตรฐานของน้ำสะอาด (ตารางที่ 1) และต้องไม่มีสิ่งหนึ่งสิ่งใดปนเปื้อนอยู่ในน้ำแข็ง (ราชกิจจานุเบกษา, 2527; ราชกิจจานุเบกษา, 2534) นอกจากนี้ น้ำแข็งยังถูกระบุอยู่ในอาหารลำดับที่ 12 ในบัญชีหมายเลข 1 รายชื่ออาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 364 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งได้กำหนดให้น้ำแข็งต้องไม่มีจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคปนเปื้อน โดยต้องไม่พบเชื้อ *Salmonella* spp. และ *Staphylococcus aureus* ในน้ำแข็ง 100 มิลลิลิตร (ราชกิจจานุเบกษา, 2556)

ตารางที่ 1 เกณฑ์คุณสมบัติทางฟิสิกส์ เคมี และคุณสมบัติเกี่ยวกับจุลินทรีย์ของน้ำแข็งสำหรับบริโภค

คุณสมบัติ	พารามิเตอร์ที่ตรวจวิเคราะห์	หน่วย	ค่ามาตรฐาน (เกณฑ์อนุโลมสูงสุด)
คุณสมบัติทางฟิสิกส์ (Physical properties)	สี (Color)	ฮาเซน (Hazen)	20
	กลิ่น (Odor)	-	ไม่มีกลิ่น
	ความเป็นกรด-ด่าง (pH)	-	6.5-8.5
	ความขุ่น (Turbidity)	ซิลิกาสเกล (Silica scale)	5.0
คุณสมบัติทางเคมี (Chemical properties)	เอปียเอส (Alkylbenzene Sulfonate, ABS)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.2*
	อะลูมิเนียม (Aluminium, Al)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.2*
	สารหนู (Arsenic, As)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.05
	แบเรียม (Barium, Ba)	มิลลิกรัม/ลิตร	1.0
	แคดเมียม (Cadmium, Cd)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.005*

คุณสมบัติ	พารามิเตอร์ที่ตรวจวิเคราะห์	หน่วย	ค่ามาตรฐาน (เกณฑ์อนุโลม สูงสุด)
คุณสมบัติทางเคมี (Chemical properties)	คลอไรด์ (Chloride, Cl; คำนวณเป็น คลอรีน)	มิลลิกรัม/ลิตร	250
	โครเมียม (Chromium, Cr)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.05
	ทองแดง (Copper, Cu)	มิลลิกรัม/ลิตร	1.0
	ไซยาไนด์ (Cyanide, CN)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.1*
	ฟลูออไรด์ (Fluoride, F; คำนวณเป็น ฟลูออรีน)	มิลลิกรัม/ลิตร	1.5
	เหล็ก (Iron, Fe)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.3*
	ตะกั่ว (Lead, Pb)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.05*
	แมงกานีส (Manganese, Mn)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.05
	ปรอท (Mercury, Hg)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.002
	ไนเตรต (Nitrate, NO ₃ -N, คำนวณเป็น ไนโตรเจน)	มิลลิกรัม/ลิตร	4.0
	ฟีนอล (Phenol)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.001
	ซีลีเนียม (Selenium, Se)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.01
	เงิน (Silver, Ag)	มิลลิกรัม/ลิตร	0.05
	ซัลเฟต (Sulphate, SO ₄)	มิลลิกรัม/ลิตร	250
	ความกระด้างทั้งหมด (Total hardness, คำนวณเป็นแคลเซียม คาร์บอเนต)	มิลลิกรัม/ลิตร	100
คุณสมบัติเกี่ยวกับ จุลินทรีย์ (Microorganism related properties)	ปริมาณของแข็งทั้งหมด (Total solids, TS)	มิลลิกรัม/ลิตร	500
	สังกะสี (Zinc, Zn)	มิลลิกรัม/ลิตร	5.0
	แบคทีเรียโคลิฟอร์ม (Coliform bacteria)	เอ็ม.พี.เอ็น/100 มิลลิลิตร	<2.2
	อีโคไล (<i>Escherichia coli</i>)	-	ตรวจไม่พบ
	จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค (Pathogens)	-	ตรวจไม่พบ**
	ซัลโมเนลลา (<i>Salmonella</i> spp.)	-	ตรวจไม่พบ***
	สแตปิโลค็อกคัส ออเรียส (<i>Staphylococcus aureus</i>)	-	ตรวจไม่พบ***

หมายเหตุ: ข้อมูลหลักตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 78 (ราชกิจจานุเบกษา, 2527)

* ข้อมูลตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 137 (ราชกิจจานุเบกษา, 2534)

**ข้อมูลตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 78 (ราชกิจจานุเบกษา, 2527) และฉบับที่ 364 (ราชกิจจานุเบกษา, 2556)

***ข้อมูลตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 364 (ราชกิจจานุเบกษา, 2556)

การสุขาภิบาลที่เกี่ยวกับน้ำแข็ง

สถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายน้ำแข็ง ตั้งแต่สถานที่ผลิต ร้านค้าส่ง และร้านจำหน่ายปลีกในลักษณะต่างๆ เช่น ร้านขายของชำ ร้านจำหน่ายเครื่องดื่ม ร้านจำหน่ายของหวาน รวมถึงขั้นตอนการขนส่งน้ำแข็ง มีความจำเป็นที่เจ้าของสถานประกอบการและผู้ปฏิบัติงานต้องให้ความสำคัญกับการสุขาภิบาลสำหรับน้ำแข็งโดยต้องระมัดระวังการปนเปื้อนในทุกขั้นตอน สำหรับสถานที่ผลิตน้ำแข็ง ต้องดำเนินการให้ถูกสุขลักษณะตามที่กฎหมายกำหนด สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ได้แก่ การปรับปรุงคุณภาพน้ำดิบให้สะอาดได้มาตรฐานน้ำดื่ม การบำรุงรักษาอุปกรณ์ปรับปรุงคุณภาพน้ำตามระยะเวลาที่กำหนด การรักษาความสะอาดภายในบริเวณสถานที่ผลิตและบรรจุ การป้องกันการปนเปื้อนระหว่างการเคลื่อนย้ายน้ำแข็ง การใช้บรรจุภัณฑ์ที่สะอาด การระมัดระวังการปนเปื้อนจากผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับการอบรมและปฏิบัติให้ถูกสุขลักษณะอยู่เสมอ ในส่วนของร้านค้าส่งน้ำแข็ง จะต้องมีส่วนที่จัดเก็บน้ำแข็งที่ถูกสุขลักษณะ มีการทำความสะอาดสถานที่สม่ำเสมอ มีการใช้บรรจุภัณฑ์ที่สะอาด และผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับการอบรมและปฏิบัติให้ถูกสุขลักษณะอยู่เสมอ ในขั้นตอนการขนส่ง ต้องมีการปกปิดป้องกันการปนเปื้อนระหว่างการเคลื่อนย้ายน้ำแข็งในทุกขั้นตอน ผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับการอบรมและปฏิบัติให้ถูกสุขลักษณะอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำแข็งโดยตรง และสำหรับร้านค้าปลีกที่จำหน่ายน้ำแข็ง ต้องมีภาชนะจัดเก็บน้ำแข็งที่สะอาดมีฝาปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร มีอุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับตักน้ำแข็ง มีการทำความสะอาดภาชนะและอุปกรณ์ดังกล่าวสม่ำเสมอ ผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับการอบรมและปฏิบัติให้ถูกสุขลักษณะอยู่เสมอ โดยเฉพาะต้องหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำแข็งโดยตรงและไม่นำอาหารหรือสิ่งใดเข้าในภาชนะจัดเก็บน้ำแข็ง ทั้งนี้เจ้าของกิจการควรมีดุลพินิจในการเลือกใช้บริการส่งน้ำแข็ง โดยต้องเลือกใช้น้ำแข็งสำหรับบริโภคจากร้านค้าส่งที่สะอาดได้มาตรฐาน และมีการจัดส่งน้ำแข็งที่ถูกสุขลักษณะ

สรุปและข้อเสนอแนะ

น้ำแข็งถือเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนประเภทหนึ่ง มีโอกาสพบการปนเปื้อนทั้งเชื้อโรค สารเคมี และสิ่งแปลกปลอม มีรายงานพบการปนเปื้อนทั้งแบคทีเรียซิวัดและแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคในน้ำแข็งที่จำหน่ายตามร้านค้าในประเทศอยู่เป็นระยะ ซึ่งการปนเปื้อนนี้มีโอกาสเกิดได้จากหลายขั้นตอน ตั้งแต่ที่โรงงานผลิตน้ำแข็ง การขนส่ง ร้านค้าส่ง และร้านค้าปลีก สาเหตุสำคัญเกิดจากการปฏิบัติงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะของผู้สัมผัสอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับน้ำแข็งอยู่หลายฉบับควบคุมตั้งแต่สถานที่ผลิตจนถึงจำหน่ายอาหาร ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการบริโภคน้ำแข็ง หน่วยงานรัฐโดยเฉพาะส่วนท้องถิ่นซึ่งมีหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย เจ้าพนักงานที่มีหน้าที่

เกี่ยวข้องกับงานสุขาภิบาลอาหารควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการปนเปื้อนในน้ำแข็งมากขึ้นโดยอาศัยกฎหมายดังกล่าวในการควบคุมดูแล และเฝ้าระวัง ประกอบกับการอบรมประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เพื่อกระตุ้นและสร้างจิตสำนึกให้กับเจ้าของกิจการ ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ และผู้ปฏิบัติงานขนส่งน้ำแข็งเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนจากการบริโภคน้ำแข็ง

เอกสารอ้างอิง

- กองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2559). รายงานประจำปี โครงการกรุงเทพฯ เมืองอาหารปลอดภัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2558 [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2561. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <http://www.foodsanitation.bangkok.go.th/Foodsanitation/File/รายงานประจำปีโครงการกรุงเทพปี%2058edit.pdf>
- กองสุขาภิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2560). รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ พ.ศ.2559 [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2561. แหล่งข้อมูล: [Online], available from https://www.m-society.go.th/article_attach/21558/21293.pdf
- กิเลน ประลองเชิง. (2559). เรื่องแรกๆ ของนายเลิศ [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2561. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <https://www.thairath.co.th/content/745337>
- ไทยรัฐและสถาบันอาหารโครงการอาหารปลอดภัย. (2559). เชื้อโรคในน้ำแข็งบาด [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 4 ก.พ.2561. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <https://www.thairath.co.th/content/582185>
- ไทยรัฐและสถาบันอาหารโครงการอาหารปลอดภัย. (2560). เชื้อก่อโรคใน...น้ำแข็งหลอด [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 4 ก.พ.2561. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <https://www.thairath.co.th/content/871790>
- นิภาพรณ สฤกษ์คือภิกษุ และคณะ. (2558). การระบาดของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในจังหวัดบึงกาฬ พ.ศ.2555: การปนเปื้อนเชื้อจากน้ำแข็งสำหรับบริโภคของโรงงานแห่งหนึ่ง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(4), 600-11.
- ปิยะนุช จงสมศรี และคณะ. (2557). การสำรวจความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ของน้ำแข็งบริโภคที่จำหน่ายในร้านอาหารและตลาดนัด มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์. วารสารไทยโภชนาการ, 9(1), 14-23.
- ประเมษฐ์ มังกรพานิชย์. (2549). การศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการกิจการโรงงานน้ำแข็งจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2522). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 เรื่อง น้ำแข็ง. เล่มที่ 96 ตอนที่ 163 วันที่ 21 กันยายน 2522.

- ราชกิจจานุเบกษา. (2527). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 78 เรื่อง น้ำแข็ง. เล่มที่ 101 ตอนที่ 23 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2527.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2534). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 137 เรื่อง น้ำแข็ง (ฉบับที่ 2). เล่มที่ 108 ตอนที่ 94 วันที่ 28 พฤษภาคม 2534.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2543). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 193 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือ เครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร. เล่มที่ 118 ตอนพิเศษ 6 ง วันที่ 24 มกราคม 2544.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2545). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 254 เรื่อง น้ำแข็ง (ฉบับที่ 3). เล่มที่ 119 ตอนพิเศษ 54 ง วันที่ 18 มิถุนายน 2545.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2547). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 285 เรื่อง น้ำแข็ง (ฉบับที่ 4). เล่มที่ 122 ตอนพิเศษ 9 ง วันที่ 31 มกราคม 2548.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2556). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 364 เรื่อง มาตรฐานอาหารด้าน จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค. เล่มที่ 130 ตอนพิเศษ 148 ง วันที่ 31 ตุลาคม 2556.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2558). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ. เล่มที่ 132 ตอนพิเศษ 165 ง วันที่ 17 กรกฎาคม 2558.
- ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข. (2558). คำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง การ ควบคุมการประกอบกิจการผลิต สะสม แบ่งบรรจุ และค้าส่งน้ำแข็ง พ.ศ.2558 [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 14 ก.พ. 2561. แหล่งข้อมูล: [Online], available from http://laws.anamai.moph.go.th/download/direction/direction_010360/36.%20คำแนะนำกก.สธ.%20ฉบับที่%202558%20ค้าส่งน้ำแข็ง.pdf
- สัญญา ยอดมณี และคณะ. (2555). การวิเคราะห์ความปลอดภัยด้านจุลินทรีย์ของน้ำแข็งในพื้นที่ จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 7(1), 24-34.
- สมบูรณ์ พันธวงศ์ และคณะ. (2551). การระบาดของโรคตับอักเสบไวรัสเอ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย พ.ศ.2548. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2(1), 76-81.
- สยามานุสสติ. (2560). เบื้องแรกน้ำแข็งในสยาม ในรัชกาลที่ ๔ [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2561. แหล่งข้อมูล: <http://www.siammanussati.com/เบื้องแรกน้ำแข็งในสยาม/>
- ASTV ผู้จัดการออนไลน์. (2558). ห่วงกินผลไม้แช่น้ำแข็งตามรถเข็น เสี่ยงท้องร่วง อาหารเป็นพิษ [อินเทอร์เน็ต], สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2561. แหล่งข้อมูล: [Online], available from <http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.aspx?NewsID=9580000041749>
- Chavasit, V. et al. (2011). Measures for controlling safety of crushed ice and tube ice in developing country. **Food Control** 22, 118-123.
- Cheng, H.Y. et al. (2017). Ice-associated norovirus outbreak predominantly caused by GII.17 in Taiwan, 2015. **BMC Public Health** 17, 870. doi:10.1186/s12889-017-4869-4.

Gerokomou, V. et al. (2011). Physical, chemical and microbiological quality of ice used to cool drinks and foods in Greece and its public health implications.

Anaerobe 17, 351-3.

Juliana, P.F. et al. (2004). Ice as a vehicle for diarrheagenic *Escherichia coli*.

International Journal of Food Microbiology 91, 99-103.

Tvburabha Official. (2015, June 18). กบนอกกะลา: น้ำแข็ง มหัตศจรย์ความเย็น ช่วงที่ 2/4 (29 พ.ค.58) [Online Video]. สืบค้นจาก [Online], available from

<https://www.youtube.com/watch?v=hrDwKme6ihM>

Tvburabha Official. (2015, June 18). กบนอกกะลา: น้ำแข็ง มหัตศจรย์ความเย็น ช่วงที่ 3/4 (29 พ.ค.58) [Online Video]. สืบค้นจาก [Online], available from

<https://www.youtube.com/watch?v=KDFGJW4s9Rk&t=352s>

คำพิพากษาคดีสิ่งแวดล้อมที่น่าสนใจ

วศิน พิพัฒน์วัตร*

“สิ่งแวดล้อม” จัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ดังจะเห็นได้จากในหลักสูตรการศึกษาของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่มีการเปิดสาขา อนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต วิชาอนามัยสิ่งแวดล้อมก็จัดเป็นวิชาแกนของผู้ที่ศึกษาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ หรือแม้แต่ในหลักระบาดวิทยา (Principle of epidemiology) ที่ต้องมีการพิจารณาความสมดุลระหว่าง คน (Host), สิ่งก่อโรค (Agent) และ สิ่งแวดล้อม (Environment) จึงไม่อาจปฏิเสธได้เลยว่า สิ่งแวดล้อมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสุขภาพของมนุษย์ บทความนี้จะนำเสนอคดีสิ่งแวดล้อม 2 คดี โดยคดีแรก คือ คดีปกครองกรณีบ่อขยะแพรกษาที่มีการดำเนินคดีทั้งที่ศาลปกครอง (ข่าวศาลปกครอง ครั้งที่ 89/2559, 30 พฤศจิกายน 2559) ศาลยุติธรรมในคดีแพ่งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากความเสียหายอันเกิดจากบ่อขยะ (คดีบ่อขยะแพรกษาที่มีการดำเนินคดีแพ่งร่วมด้วย ซึ่งวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ศาลแพ่งรัชดา แผนกคดีสิ่งแวดล้อมได้มีการทำสัญญาประนีประนอมยอมความและมีการจัดทำมีแนวทางฟื้นฟู 9 ข้อ อันได้แก่ ปรับปรุงภูมิทัศน์ ก่อสร้างโรงคัดแยกขยะ ก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสีย ตรวจสอบคุณภาพน้ำและอากาศ มาตรการดำเนินการกรณีฉุกเฉิน กำจัดตะกอนจากระบบบำบัดน้ำเสีย การประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจกับประชาชน เงื่อนไขการยุติดำเนินการ และการติดตามผลปฏิบัติการตามแผนฟื้นฟู) และคดีที่สอง คดีการปนเปื้อนสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ที่มีการดำเนินคดีที่ศาลยุติธรรม ข้อสังเกต คือ คดีทั้งสองนี้มีผู้เสียหายเป็นจำนวนมาก ซึ่งปัจจุบันประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งได้มีการบัญญัติเพิ่มเติมในเรื่อง การดำเนินคดีแบบกลุ่ม (Class Action) ในวิธีพิจารณาวิสามัญในศาลชั้นต้น สามารถอำนวยความสะดวกในการดำเนินคดีได้ แต่เนื่องจากคดีทั้ง 2 เป็นคดีที่มีข้อพิพาทเกิดขึ้นก่อนการบังคับใช้ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม การดำเนินคดีจึงมิได้มีการใช้กลไกนี้ แต่แม้การไม่ใช้การดำเนินคดีแบบ Class Action ก็ตามทั้ง 2 คดีนี้ก็นับเป็นคดีสำคัญที่เกี่ยวข้องกับข้อพิพาทอันเกิดจากปัญหาสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย จึงสมควรศึกษาทำความเข้าใจเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพในมิติของสิ่งแวดล้อมโดยใช้การดำเนินคดีตามกฎหมายและเป็นอุทธรณ์แก่หน่วยงานภาครัฐในการอำนวยประโยชน์สาธารณะแก่ประชาชน

* ทนายความและอาจารย์พิเศษ ที่มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยรังสิต และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คดีที่ 1 คดีปกครองกรณีบ่อขยะแพรกษา

ย่อคำพิพากษา (คดีหมายเลขดำที่ ส.11 และ ส.16/2557 คดีหมายเลขแดงที่ ส.743 – ส.744/2559)

ศาลปกครองกลางมีคำพิพากษาให้นายองค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษาใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ควบคุมดูแลให้มีการกระทำใดๆอันก่อให้เกิดกลิ่นเหม็นของมูลฝอยอันเป็นเหตุรำคาญแก่ผู้อยู่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงบ่อขยะแพรกษาและให้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อลดและขจัดมลพิษ¹ ในเขตพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษา ตามมาตรา 60 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 รวมทั้งให้ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการกำกับดูแลให้นายองค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษาปฏิบัติตามคำพิพากษาของศาลโดยเคร่งครัด

● **ผู้ฟ้องคดี** คือ สมาคมต่อต้านสภาวะโลกร้อนที่ 1 กับพวกรวม 163 คน

● **ผู้ถูกฟ้องคดี 11 ราย** ได้แก่ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 1 นายกเทศมนตรีตำบลแพรกษา ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 2 เทศบาลตำบลแพรกษา ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 4 อธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรม ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 นายองค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษา ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 องค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษา ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 7 สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 8 อุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 9 กรมควบคุมมลพิษ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 10 กรมโรงงานอุตสาหกรรม และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 11 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ

● **คดีนี้มีผู้ร้องสอด 1 ราย** คือ ผู้ประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ประเด็นวินิจฉัย

ประเด็นที่หนึ่ง การที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 (นายองค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษา) ออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้แก่ผู้ร้องสอดเป็นการกระทำโดยชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ (ฟ้องคดีตามมาตรา 9 (1) แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542)

ประเด็นที่สอง ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ถึงผู้ถูกฟ้องคดีที่ 11 ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติหรือไม่ กรณีที่ผู้ร้องสอดประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในท้องที่ตำบลแพรกษาก่อเหตุเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้ฟ้องคดี (ฟ้องคดีตามมาตรา 9 (2) แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542)

¹ การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อลดและขจัดมลพิษให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้ (1) ทำการสำรวจ และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งกำเนิดมลพิษที่มีอยู่ในเขตควบคุมมลพิษนั้น (2) จัดทำบัญชีรายละเอียดแสดงจำนวนประเภท และขนาดของแหล่งกำเนิดมลพิษที่ได้ทำการสำรวจและเก็บข้อมูลตาม (1) (3) ทำการศึกษา วิเคราะห์ และประเมินสถานภาพมลพิษ รวมทั้งขอบเขตความรุนแรงของสภาพปัญหา และผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อกำหนดมาตรการที่เหมาะสมและจำเป็นสำหรับการลดและขจัดมลพิษในเขตควบคุมมลพิษนั้น ในการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อลดและขจัดมลพิษของเจ้าพนักงานท้องถิ่นตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง ให้เจ้าพนักงานควบคุมมลพิษแนะนำและช่วยเหลือตามความจำเป็น

ข้อเท็จจริงและการวินิจฉัย

ประเด็นที่หนึ่ง ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ได้ออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ให้แก่ผู้ร้องสอด จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ ใบอนุญาตเล่มที่ 1 เลขที่ 95/2554 ลงวันที่ 17 สิงหาคม 2554 สิ้นอายุวันที่ 31 ธันวาคม 2554 เพื่อประกอบกิจการสะสมวัสดุสิ่งของที่ชำรุดใช้แล้วหรือเหลือใช้ และ ใบอนุญาตเล่มที่ 1 เลขที่ 96/2555 ลงวันที่ 6 ตุลาคม 2554 สิ้นอายุวันที่ 31 ธันวาคม 2555 เพื่อประกอบกิจการประเภทรับทำการกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยโดยทำเป็นธุรกิจหรือโดยได้รับประโยชน์ตอบแทนด้วยการคิดค่าบริการ ซึ่งการดำเนินกิจการ ดังกล่าวของผู้ร้องสอดเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพต้องมีการควบคุมโดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 และ ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 (องค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษา) ตามข้อ 5.13 (5) ของข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษา เรื่อง การควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. 2549 และถือเป็นเหตุรำคาญตามมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535² โดยสภาพพื้นที่บ่อขยะแพรกษามีเนื้อที่ประมาณ 150 ไร่ ซึ่งเจ้าของที่ดิน ได้ตัดหน้าดินไปขายจนเป็นบ่อลึก ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2539 คลองธรรมชาติซึ่งอยู่ข้างๆ คันกั้นคลองข้างบ่อได้พังถล่มลงมาทำให้บ่อดินนี้กลายเป็นบ่อน้ำและมีการลักลอบนำเศษขยะมาทิ้ง ทำให้กลายเป็นบ่อขยะ หลังจากนั้นเมื่อปี พ.ศ. 2554 ผู้ร้องสอดได้เข้าบ่อนี้กับเจ้าของที่ดินเพื่อประกอบกิจการรับทำการกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยและกิจการสะสมวัสดุเหลือใช้ โดยผู้ร้องสอดได้ยื่นแบบคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการโดยมีพื้นที่ประกอบการ 60 ตารางเมตร และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ได้ออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เล่ม 1 เลขที่ 96/2555 ให้แก่ผู้ร้องสอดเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2554 โดยระบุว่า เป็นสถานประกอบการ รับทำการกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยโดยทำเป็นธุรกิจหรือโดยได้รับประโยชน์ตอบแทนด้วยการคิดค่าบริการ ณ บริเวณบ่อดิน หมู่ที่ 4 ซอยสวัสดิ์ ถนนพุทธรักษา ตำบลแพรกษา อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ จากข้อเท็จจริงดังกล่าวเห็นว่า ผู้ร้องสอดยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการประเภท รับทำการกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยพื้นที่ประกอบการ 60 ตารางเมตร แต่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ออกใบอนุญาตให้ ผู้ร้องสอดประกอบกิจการดังกล่าวบริเวณบ่อดินเก่าที่เกิดจากการประกอบกิจการขุดหน้าดินขายของ

² มาตรา 25 ในกรณีที่มีเหตุอันอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อยู่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงหรือผู้ที่ต้องประสบกับเหตุอันดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นเหตุรำคาญ (1) แหล่งน้ำ ทางระบายน้ำ ที่อาบน้ำ ส้วม หรือที่ใส่มูลหรือเถ้า หรือสถานที่อื่นใดซึ่งอยู่ในทำเลไม่เหมาะสม สกปรก มีการสะสมหรือหมักหมมสิ่งของมีกลิ่นเหม็นหรือก่อให้เกิดกลิ่นเหม็นหรือละอองสารเป็นพิษ หรือเป็นหรือน่าจะเป็นที่เพาะพันธุ์พาหะนำโรค หรือก่อให้เกิดความเสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (2) การเลี้ยงสัตว์ในที่หรือโดยวิธีใด หรือมีจำนวนเกินสมควรจนเป็นเหตุให้เสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (3) อาคารอันเป็นที่อยู่ของคนหรือสัตว์ โรงงานหรือสถานที่ประกอบการใดไม่มีการระบายอากาศ การระบายน้ำ การกำจัดสิ่งปฏิกูล หรือการควบคุมสารเป็นพิษหรือมีแต่ไม่มีการควบคุมให้ปราศจากกลิ่นเหม็นหรือละอองสารเป็นพิษอย่างพอเพียงจนเป็นเหตุให้เสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (4) การกระทำใด ๆ อันเป็นเหตุให้เกิดกลิ่น แสง รังสี เสียง ความร้อน สิ่งมีพิษ ความสั่นสะเทือน ฝุ่น ละออง เหม่า เถ้า หรือกรณีอื่นใด จนเป็นเหตุให้เสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (5) เหตุอื่นใดที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

เจ้าของที่ดินมีพื้นที่ประมาณ 150 ไร่ และในขณะที่ยื่นขอใบอนุญาตเมื่อปี พ.ศ. 2554 บ่อดินดังกล่าวได้กลายเป็นบ่อน้ำมีเศษขยะลอยอยู่จนมีสภาพเป็นบ่อขยะแล้ว สำหรับใบอนุญาตเลขที่ 95/2554 ลงวันที่ 17 สิงหาคม 2554 นั้น เจ้าหน้าที่ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 (องค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษา) ได้ไปตรวจสอบสถานที่ก่อนออกใบอนุญาตแล้วปรากฏว่าเป็นที่โล่งจึงออกใบอนุญาตให้ผู้ร้องสอดประกอบกิจการสะสมวัสดุสิ่งของที่ชำรุดใช้แล้วหรือเหลือใช้ แต่ข้อเท็จจริงปรากฏว่าเจ้าของที่ดินได้ดำเนินกิจการถมดินไปขาย ต่อมาคันกั้นคลองข้างบ่อได้พังถล่ม ลงมาทำให้บ่อดินแห่งนี้กลายเป็นบ่อน้ำ เมื่อมีการลักลอบนำเศษขยะมาทิ้งทำให้กลายเป็นบ่อขยะ ดังนั้น ในวันที่ 17 สิงหาคม 2554 ซึ่งเป็นวันที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ออกใบอนุญาตเลขที่ 95/2554 ให้แก่ผู้ร้องสอด พื้นที่บริเวณดังกล่าวจึงไม่ได้เป็นที่โล่งแต่มีสภาพเป็นบ่อขยะแล้ว นอกจากนี้ก่อนที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 จะออกใบอนุญาตทั้งสองฉบับให้ผู้ร้องสอดได้มีประชาชนร้องเรียนเรื่องกลิ่นเหม็นจากบ่อขยะ ซึ่งผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 ยอมรับว่าได้สั่งให้เจ้าของที่ดินระงับเหตุรำคาญโดยดูแลไม่ให้มีการนำขยะมาทิ้งและติดป้ายประกาศห้ามทิ้งขยะ แสดงให้เห็นว่าก่อนที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 จะออกใบอนุญาตทั้งสองฉบับให้แก่ผู้ร้องสอด บริเวณที่พิพาทมีสภาพเป็นบ่อขยะและมีปัญหาเรื่องกลิ่นเหม็นที่ส่งผลกระทบต่อประชาชน พื้นที่พิพาทจึงมีสภาพไม่เหมาะสมในการดำเนินกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพดังกล่าว ซึ่งผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ต้องนำข้อเท็จจริงของสภาพพื้นที่ มาประกอบการพิจารณาใช้ดุลพินิจ³ ในการออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ร้องสอดด้วย ฉะนั้น การที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เลขที่ 95/2554 ลงวันที่ 17 สิงหาคม 2554 และเลขที่ 96/2555 ลงวันที่ 6 ตุลาคม 2554 ให้แก่ผู้ร้องสอดดำเนินกิจการดังกล่าวในบริเวณพื้นที่พิพาท โดยไม่ได้กำหนดเงื่อนไขใด ๆ ในการประกอบกิจการเพื่อป้องกันเหตุรำคาญ อีกทั้งมิได้นำข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสภาพพื้นที่ที่ขอรับใบอนุญาตและเหตุรำคาญที่เกิดขึ้นแก่ผู้อยู่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงมาประกอบ การพิจารณาออกใบอนุญาตดังกล่าว จึงเป็นการอนุญาตโดยไม่ได้คำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่า การกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยในที่ดินพิพาทจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัยของประชาชนหรือชุมชน ในบริเวณนั้นหรือไม่ อีกทั้งไม่ปรากฏข้อเท็จจริงว่าบ่อขยะดังกล่าวได้มีการก่อสร้างระบบป้องกันการซึมของน้ำเสียลงสู่ชั้นน้ำใต้ดิน ไม่มีการปูพื้นบ่อด้วยแผ่นพลาสติกกันซึม รวมทั้งไม่มีการควบคุมการฝังกลบขยะมูลฝอยให้เป็นไปตามหลักสุขาภิบาล ไม่มีการปิดทับด้วยดินเพื่อลดปัญหาเรื่องกลิ่นและแมลง และไม่มียระบบรวบรวมน้ำเสียไปบำบัด ซึ่งนอกจากถือได้ว่าเป็นการใช้ดุลพินิจออกใบอนุญาตโดยไม่มีเหตุผลอันสมควรแล้ว ยังถือได้ว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 มิได้ใช้อำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมและ

³ หลักเกณฑ์การใช้ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ของรัฐเสรีประชาธิปไตย มีสาระสำคัญ คือ ถ้าเป็นการใช้ดุลพินิจที่ให้ประโยชน์แก่ประชาชน ต้องพิจารณา “ดุลพินิจ” เป็น “หน้าที่” ของเจ้าหน้าที่ที่ต้องใช้ดุลพินิจที่เป็นการให้ประโยชน์ แต่ถ้า การใช้ดุลพินิจนั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนต้องตีความการใช้ดุลพินิจเป็นการ “เลือก” ของเจ้าหน้าที่ที่ต้องคำนึงถึงหลักความได้สัดส่วนเพื่อให้กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพของประชาชนให้น้อยที่สุด

รักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามมาตรา 290 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550⁴ ซึ่งใช้บังคับอยู่ในขณะนั้นด้วย ดังนั้น การที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ออกใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้แก่ผู้ร้องสอดจึงเป็นการกระทำโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย แต่อย่างไรก็ตาม โดยที่ผู้ร้องสอดได้ยื่นคำร้องต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ขอยกเลิกรับทำการกำจัด สิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยและยกเลิกการสะสมวัสดุสิ่งของที่ชำรุดใช้แล้วหรือเหลือใช้ ซึ่งผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ได้มีคำสั่งยกเลิกกิจการตามใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสองฉบับแล้วเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2555 ใบอนุญาตทั้งสองฉบับดังกล่าวย่อมสิ้นผลลงตามคำสั่งของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 จึงไม่มีเหตุที่ศาลจะต้องมีคำพิพากษาโดยกำหนดค่าบังคับให้เพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสองฉบับดังกล่าวอีกตามมาตรา 72 วรรคหนึ่ง (1) แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณา คดีปกครอง พ.ศ. 2542

ประเด็นที่สอง แยกพิจารณาได้ ดังนี้

กรณีของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 (นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษา) และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 (องค์การบริหารส่วนตำบลแพรกษา) เห็นว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 เป็นเจ้าพนักงานท้องถิ่นผู้ออกใบอนุญาตทั้งสองฉบับให้แก่ผู้ร้องสอด หลังจากนั้นผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ได้รับเรื่องร้องเรียน จากประชาชนว่าได้รับความเดือดร้อนรำคาญเรื่องกลิ่นเหม็นจากบ่อขยะของผู้ร้องสอดขอให้แก้ไข เหตุเดือดร้อนรำคาญดังกล่าว ซึ่งเห็นว่าการประกอบกิจการของผู้ร้องสอดก่อให้เกิดปัญหาเรื่องกลิ่นอาจเป็นอันตรายแก่สุขภาพของผู้อาศัยในบริเวณใกล้เคียง อันเป็นเหตุรำคาญตามมาตรา 25 (4) แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว แม้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 จะมีหนังสือรวม 3 ฉบับแจ้งให้ผู้ร้องสอดแก้ไขปัญหากลิ่นเหม็นรบกวนจากขยะมูลฝอย โดยให้ผู้ร้องสอด ปลูกต้นไม้ทั่วบริเวณพื้นที่ ให้น้ำน้ำจุลินทรีย์รดบริเวณขยะสะสม ดำเนินการฝังกลบขยะตามหลักสุขาภิบาล ให้มีระบบระบายก๊าซมีเทนและให้มีระบบการจัดการกับน้ำชะขยะ พร้อมกับปรับปรุงการปล่อยน้ำทิ้งลงสู่ แหล่งน้ำสาธารณะ และต่อมาผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 โดยผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ได้มีคำสั่งห้ามมิให้ผู้ร้องสอดใช้หรือยินยอมให้บุคคลใดใช้สถานที่บริเวณบ่อดินเป็นที่รับขยะทุกประเภทที่เข้ามาทั้งจนกว่าจะได้ระงับเหตุรำคาญเรื่องกลิ่นให้เป็นที่น่าพอใจแก่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 เมื่อผู้ร้องสอดไม่ได้ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 อันเป็นความผิด ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ก็ทำได้เพียงแจ้งความดำเนินคดีกับผู้ร้องสอดในข้อหาไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าพนักงานท้องถิ่นและเปรียบเทียบปรับผู้

⁴ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอำนาจหน้าที่ส่งเสริมและรักษาคุณภาพ สิ่งแวดล้อมตามที่กฎหมายบัญญัติ กฎหมายตามวรรคหนึ่งอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ (1) การจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อมที่อยู่ในเขตพื้นที่ (2) การเข้าไปมีส่วนร่วมในการบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ นอกเขตพื้นที่ เฉพาะในกรณีที่มีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่ของตน (3) การมีส่วนร่วมในการพิจารณาเพื่อริเริ่มโครงการหรือกิจกรรมใดนอกเขตพื้นที่ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ (4) การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น

ร้องสอดเท่านั้น แม้จะฟังได้ว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ได้ใช้อำนาจตามหน้าที่ โดยการออกคำสั่งให้ผู้ร้องสอด แก้ไขปัญหาความเดือดร้อนรำคาญจากกลิ่นในการประกอบกิจการกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามมาตรา 28 วรรคหนึ่งและวรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และลงโทษผู้กระทำความผิดตามมาตรา 74 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวแล้วก็ตาม แต่เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏว่าประชาชนที่อยู่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงยังคงได้รับความเดือดร้อนรำคาญจากกลิ่นเหม็นของขยะมูลฝอยจากสถานที่กำจัดมูลฝอยของผู้ร้องสอดอยู่ตลอดมา ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 จึงต้องใช้อำนาจตามกฎหมายแก้ไขเหตุเดือดร้อนรำคาญดังกล่าวอย่างจริงจังโดยกำหนดวิธีการเพื่อป้องกันมิให้มีเหตุรำคาญเกิดขึ้นอีก ซึ่งผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 ยอมรับข้อเท็จจริงว่าหลังจากได้มีคำสั่งยกเลิกใบอนุญาตประกอบกิจการของผู้ร้องสอดแล้วยังคงมีการลักลอบนำขยะมาทิ้งในบ่อขยะแพรกษา จึงแสดงให้เห็นว่าผู้ถูกฟ้องคดีทั้งสองไม่ได้มีการดำเนินการใดๆ เพื่อแก้ไขเหตุเดือดร้อนรำคาญจากกลิ่นเหม็นของขยะในบ่อขยะพิพาทอย่างถาวรและเป็นรูปธรรมกลับปล่อยปละละเลยให้มีผู้ลักลอบนำขยะมูลฝอยมาทิ้งในบริเวณบ่อขยะแพรกษาก่อให้เกิดเหตุเพลิงไหม้บ่อขยะดังกล่าวเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2557 และเกิดเหตุเพลิงไหม้ขึ้นอีกสองครั้งในระยะเวลาใกล้เคียงกันเมื่อวันที่ 8 เมษายน 2557 และวันที่ 12 พฤษภาคม 2557 นอกจากนี้ข้อเท็จจริงปรากฏว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ในฐานะเจ้าพนักงานท้องถิ่นยังไม่ได้จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อลดและขจัดมลพิษในเขตพื้นที่ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 ซึ่งเป็นเขตควบคุมมลพิษเสนอต่อผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ตามมาตรา 60 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 แต่อย่างใด ดังนั้น จึงถือได้ว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 ละเลย ต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ กรณีของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 เห็นว่า ที่ดินที่ผู้ร้องสอดประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเป็นเขตควบคุมมลพิษตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ลงวันที่ 15 มีนาคม 2537 เรื่องกำหนดให้ท้องที่จังหวัดสมุทรปราการเป็นเขตควบคุมมลพิษ ซึ่งการประกอบกิจการของผู้ร้องสอดที่มีปริมาณขยะมูลฝอยเป็นจำนวนมากในพื้นที่กว่า 150 ไร่ ถือได้ว่าเป็นแหล่งกำเนิดมลพิษตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ฉะนั้น ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 จึงมีอำนาจหน้าที่ที่จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรา 59 ประกอบกับมาตรา 37 และมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติเดียวกัน แต่ปรากฏว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 บริหารราชการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว โดยไม่เร่งรัดติดตามให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 จัดทำแผนการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อลดหรือขจัดมลพิษในพื้นที่ ที่รับผิดชอบ และมิได้บริหารราชการเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในท้องที่ตำบลแพรกษาน้อยใน ความรับผิดชอบของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 การที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ปล่อยปละละเลยให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ออกใบอนุญาตให้ผู้ร้องสอดประกอบกิจการกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกับบ่อขยะพิพาทตลอดมา อันเป็นการไม่กำกับดูแลให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ปฏิบัติราชการให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลหรือหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีและตามกฎหมาย ดังนั้น จึงถือได้ว่าการงดเว้นการกระทำของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 ดังกล่าว เป็นการละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ

กรณีของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 4 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 8 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 10 เห็นว่าการประกอบกิจการของผู้ร้องสอด ถือได้ว่าเป็นบ่อขยะชุมชนอยู่ภายใต้บังคับของพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ซึ่งไม่เข้าองค์ประกอบของการเป็นโรงงานตามพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 และเมื่อบ่อขยะพิพาทเป็นบ่อขยะชุมชนที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ในฐานะเจ้าพนักงานท้องถิ่น ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 4 (อธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรม) และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 10 (กรมโรงงานอุตสาหกรรม) ซึ่งมีหน้าที่พิจารณาอนุญาตให้นำสิ่งปฏิกูลออกนอกโรงงานเพื่อไปบำบัดหรือกำจัด ยังโรงงานที่มีความสามารถดำเนินการได้ จึงไม่มีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบบ่อขยะดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 8 (อุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ) ได้ยอมรับว่า จากการตรวจสอบบ่อขยะพิพาท ซึ่งตั้งอยู่บริเวณเดียวกันกับที่บริษัทเอกชนได้ขอใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงานทำปุ๋ยอินทรีย์ชีวภาพ ปรากฏว่ามีการนำขยะบางส่วนจากโรงงานเข้ามาคัดแยก ทิ้ง หรือฝังกลบในพื้นที่ดังกล่าวโดยที่บ่อขยะพิพาทยังไม่ได้รับอนุญาตให้เป็นบ่อฝังกลบขยะอุตสาหกรรมถือเป็นความผิดตามมาตรา 50 แห่งพระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535⁵ ซึ่งผู้ถูกฟ้องคดีที่ 8 ได้ดำเนินการคดีกับผู้รับดำเนินการเฉพาะในส่วนที่มีการคัดแยกฝังกลบสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช่แล้วตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน รวมทั้งได้มีคำสั่งให้ระงับการประกอบกิจการที่เข้าข่ายเป็นโรงงานตามพระราชบัญญัติดังกล่าวแล้ว ถือได้ว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 8 ได้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติแล้ว ดังนั้น จึงไม่อาจถือได้ว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 4 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 8 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 10 ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติกรณีของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 7 เห็นว่า การที่ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 7 ได้ลงพื้นที่ตรวจสอบแก้ไขปัญหาเหตุเดือดร้อนรำคาญจากบ่อขยะพร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ออกคำสั่งห้ามมิให้ผู้ครอบครองใช้หรือยินยอมให้บุคคลใช้สถานที่บริเวณดังกล่าว รวมทั้งได้แจ้งให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 ออกข้อบัญญัติเรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกิจการตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ 5/2538 เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ลงวันที่ 27 มิถุนายน 2538 และหลังจากเกิดเหตุเพลิงไหม้บ่อขยะผู้ถูกฟ้องคดีที่ 7 ได้ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขเข้าไปช่วยเหลือจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ดำเนินการเฝ้าระวัง ดูแลประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากมลภาวะด้านต่างๆ จากข้อเท็จจริงดังกล่าวถือได้ว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 7 ได้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ตามสมควรแก่กรณีแล้ว ดังนั้น ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 7 จึงมิได้ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ

กรณีของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 9 (กรมควบคุมมลพิษ) และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 11 (คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ) เห็นว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 11 ได้มีประกาศลงวันที่ 15 มีนาคม 2537 กำหนดให้ท้องที่จังหวัดสมุทรปราการซึ่งรวมถึงตำบลแพรกษาเป็นเขตควบคุมมลพิษและผู้ถูกฟ้องคดีที่ 9 ได้ให้

⁵ ผู้ใดประกอบกิจการโรงงานจำพวกที่ 3 โดยไม่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 12 วรรคหนึ่ง หรือตั้งโรงงานโดยไม่ได้รับใบอนุญาตตามมาตรา 12 วรรคสอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (มาตรา 50) กิจการโรงงานจำพวกที่ 3 ได้แก่โรงงานประเภท ชนิด และขนาดที่การตั้งโรงงานจะต้องได้รับใบอนุญาตก่อนจึงจะดำเนินการได้ (มาตรา 7)

การสนับสนุนจังหวัดในการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อลดและขจัดมลพิษในเขต ควบคุมมลพิษ จังหวัดสมุทรปราการ พ.ศ. 2555 – 2559 นอกจากนี้ก่อนเกิดเหตุเพลิงไหม้บ่อขยะแพรกษา ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 9 ได้จัดทำคู่มือแนวทางการระบับเหตุไฟไหม้ในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอย และจัดอบรมให้ความรู้ในการป้องกันแก้ไขปัญหามลพิษเกิดเพลิงไหม้ในสถานที่ฝังกลบขยะมูลฝอย หลังจากเกิดเหตุเพลิงไหม้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 9 ได้ส่งเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินชนิดของมลพิษทางอากาศ แจ้งเตือนประชาชนให้เตรียมการป้องกัน การรับสัมผัสสารเคมี และให้มีการอพยพประชาชนในบริเวณที่พบความเข้มข้นของซัลเฟอร์ไดออกไซด์ รวมทั้ง ฝักระวังและเตือนภัยปัญหาคุณภาพอากาศในบริเวณพื้นที่ใกล้เคียงอย่างต่อเนื่อง จากข้อเท็จจริงดังกล่าวถือว่า ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 9 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 11 ได้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ตามสมควรแก่กรณีแล้ว ดังนั้น ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 9 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 11 จึงมิได้ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ เมื่อได้วินิจฉัยไว้ดังนี้แล้วจึงไม่จำต้องวินิจฉัยข้ออ้างอื่นของคู่กรณีอีก เพราะไม่ทำให้ผลของคดีเปลี่ยนแปลงไป

ดังนั้น ศาลจึงมีคำพิพากษาว่าผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 (ผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรปราการ) ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 ละเลยต่อหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติและมีคำบังคับให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ควบคุมดูแลให้มีการกระทำใดๆ อันก่อให้เกิดกลิ่นเหม็นของมูลฝอยอันเป็นเหตุรำคาญแก่ผู้อยู่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงบ่อขยะพิพาท และให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อลดและขจัดมลพิษในเขตพื้นที่ของผู้ถูกฟ้องคดีที่ 6 ตามมาตรา 60 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 รวมทั้งให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 3 กำกับดูแลให้ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 5 ปฏิบัติตามคำพิพากษาของศาลโดยเคร่งครัด ยกฟ้องผู้ถูกฟ้องคดีที่ 4 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 7 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 8 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 9 ผู้ถูกฟ้องคดีที่ 10 และผู้ถูกฟ้องคดีที่ 11 ส่วนคำสั่งศาลเกี่ยวกับวิธีการชั่วคราวก่อนการพิพากษาให้สิ้นผลนับแต่วันที่ศาลมีคำพิพากษา คำขออื่นนอกจากนี้ให้ยก

คดีที่ 2 คดีการปนเปื้อนสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 15219/2558 : คดีการปนเปื้อนสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ซึ่งเกิดจากโรงแต่งแร่ปล่อยสารตะกั่วลงในลำห้วย เป็นคดีที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างมาก ความน่าสนใจของคดีนี้ คือ เหตุที่จะสงวนสิทธิแก้ไขคำพิพากษาในส่วนคำสินไหมทดแทน ซึ่งศาลได้พิจารณาว่า อาการเจ็บป่วยเกิดจากการได้รับสารพิษตะกั่วสะสม ต้องใช้ระยะเวลาในการติดตาม ไม่อาจชี้วัดได้ว่าจะหายเป็นปกติเมื่อใด ประกอบกับผู้เสียหายยังต้องดำรงชีวิตอยู่บริเวณลำห้วยคลิตี้ที่ปนเปื้อนสารตะกั่วและยังไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างจริงจัง ย่อมส่งผลกระทบต่อการรักษาอาการเจ็บป่วยของโจทก์ จึงเป็นการพันวิสัยหยั่งรู้ความเสียหายที่แท้จริงมีเพียงใด เห็นว่ามีเหตุผลสมควรที่จะสงวนสิทธิแก้ไขคำพิพากษาในส่วนนี้ไว้เป็นเวลา 2 ปี (ศาลอาศัยอำนาจจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 444 ที่บัญญัติว่า “ในกรณีทำให้เสียหายแก่ร่างกายหรืออนามัยนั้น ผู้ต้องเสียหายชอบที่จะได้ชดใช้ค่าใช้จ่ายอันตนต้องเสียไป และค่าเสียหายเพื่อการที่เสียความสามารถประกอบการงานสิ้นเชิงหรือแต่บางส่วน ทั้งในเวลาปัจจุบันนั้นและในเวลาอนาคตด้วย ถ้าในเวลาพิพากษาคดีเป็นพันวิสัยจะหยั่งรู้ได้ว่าความเสียหายนั้นได้มีแท้จริงเพียงใด ศาลจะกล่าวในคำพิพากษาว่ายังสงวนไว้ซึ่งสิทธิที่จะแก้ไขคำพิพากษานั้นอีกภายในระยะเวลาไม่เกินสองปีก็ได้”)

คู่ความ

- โจทก์ คือ นายกำธร ศรีสุวรรณมาลา ที่ 1 กับพวกรวม 8 คน
- จำเลย คือ บริษัท ตะกั่วคอนเซนเตรตส์ (ประเทศไทย) จำกัด ที่ 1 กับพวกรวม 2 คน

ประเด็นวินิจฉัย

คดีนี้มีประเด็นที่ศาลฎีกาวินิจฉัยใน 6 ประเด็นที่วินิจฉัย (ข้อมูลจากมูลนิธินิติธรรมสิ่งแวดล้อม) ดังนี้

1. ฟ้องของโจทก์ทั้งแปดเคลือบคลุมหรือไม่
2. ตามอุทธรณ์ของจำเลยทั้งสองว่า การที่โจทก์ทั้งแปดป่วยและกระปือของโจทก์ที่ 1 ที่ 3 และที่ 6 ตายเกิดจากการรั่วไหลหรือแพร่กระจายของสารตะกั่วจากโรงแต่งแร่คลิตี้ของจำเลยที่ 1 หรือไม่ และจำเลยทั้งสองต้องร่วมกันรับผิดชอบโจทก์ทั้งแปดหรือไม่
3. ตามอุทธรณ์ของจำเลยทั้งสองว่า ฟ้องของโจทก์ทั้งแปดขาดอายุความหรือไม่
4. ตามอุทธรณ์ของโจทก์ทั้งแปดและของจำเลยทั้งสอง ว่าสมควรกำหนดให้จำเลยทั้งสองต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนและค่าเสียหายแก่โจทก์ทั้งแปดเพียงใด
5. ตามฎีกาของโจทก์ทั้งแปดว่า ศาลจะพิพากษาบังคับให้จำเลยทั้งสองแก้ไขฟื้นฟูน้ำแร่ตะกั่วออกจากลำห้วยคลิตี้ตามคำขอของโจทก์ทั้งแปดได้หรือไม่
6. มีเหตุที่จะสงวนสิทธิแก้ไขคำพิพากษาในส่วนคำสินไหมทดแทนหรือไม่

ข้อเท็จจริงและการวินิจฉัย

คดีนี้เป็นกรณีฟ้องคดีแพ่งในข้อหาหรือฐานความผิดละเมิดตาม พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 โจทก์ยื่นฟ้อง เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2546 ฟ้องเรียกค่าเสียหาย เป็นเงินจำนวน 119,036,400 บาท โดยความช่วยเหลือทางกฎหมายจากคณะทำงานฝ่ายสิ่งแวดล้อม สภานายความแห่งประเทศไทย ศาลชั้นต้นที่พิจารณาคดีพิพากษา คือ ศาลจังหวัดกาญจนบุรีพิพากษาเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2549 พิพากษาให้จำเลยชดใช้ค่าเสียหายรวม 4,260,000 บาท แก่โจทก์ ในชั้นอุทธรณ์ ศาลอุทธรณ์ภาค 7 พิพากษาเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ให้จำเลยชดใช้ค่าเสียหายแก่โจทก์รวมเป็นจำนวน 29,551,000 บาท และสุดท้ายเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ศาลจังหวัดกาญจนบุรีได้อ่านคำพิพากษาศาลฎีกา โดยมีประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 เอกสารท้ายฟ้องเป็นส่วนหนึ่งของคำฟ้องของโจทก์ ซึ่งระบุรายละเอียดความเสียหาย และค่าเสียหายของโจทก์และแต่ละคนไว้ชัดเจน ส่วนกฎหมายหรือข้อมูลที่น่ามาใช้ เป็นฐานในการกำหนดค่าเสียหายของโจทก์แต่ละคน เป็นรายละเอียดที่สามารถนำสืบได้ในชั้นพิจารณา ไม่จำเป็นต้องระบุไว้ในคำฟ้องแต่อย่างใด ฟ้องของโจทก์ทั้งแปด จึงเป็นฟ้องที่แสดงโดยแจ้งชัดซึ่งสภาพแห่งข้อหาของโจทก์ทั้งแปด และคำขอบังคับทั้งข้ออ้างที่อาศัยเป็นหลักแห่งข้อหาแล้ว ฟ้องโจทก์ทั้งแปดจึงไม่เคลือบคลุม⁶

ประเด็นที่ 2 จำเลยทั้งสองไม่มีพยานนำสืบหักล้างว่าอาการป่วยของโจทก์ทั้งแปดมิได้เกิดจากการรับสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย⁷ ดังนั้นปริมาณสารตะกั่วในร่างกายของโจทก์ทั้งแปดจึงเป็นอันตรายแก่ร่างกายและสุขภาพอนามัยของโจทก์ทั้งแปด ข้อเท็จจริงจึงรับฟังได้ว่า โจทก์ทั้งแปดป่วยเกิดจากการรับสารหรือแพร่กระจายของสารตะกั่วจากโรงแต่งแร่ของจำเลยที่ 1 เป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายและสุขภาพอนามัย จำเลยที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการแต่งแร่ดังกล่าว จึงเป็นเจ้าของแหล่งกำเนิดมลพิษ มีหน้าที่รับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนหรือค่าเสียหายให้แก่โจทก์ทั้งแปดไม่ว่าจำเลยที่ 1 จะกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อหรือไม่ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและ

⁶ เป็นไปตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาตรา 172

⁷ เป็นการสืบตามบทบัญญัติในมาตรา 96 แห่ง พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 แหล่งกำเนิดมลพิษใดก่อให้เกิดหรือเป็นแหล่งกำเนิดของการรั่วไหลหรือแพร่กระจายของมลพิษอันเป็นเหตุให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่ชีวิตร่างกายหรือสุขภาพอนามัย หรือเป็นเหตุให้ทรัพย์สินของผู้อื่นหรือของรัฐเสียหายด้วยประการใด ๆ เจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษนั้น มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าสินไหมทดแทนหรือค่าเสียหายเพื่อการนั้น ไม่ว่าการรั่วไหลหรือแพร่กระจายของมลพิษนั้นจะเกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษหรือไม่ก็ตาม เว้นแต่ในกรณีที่พิสูจน์ได้ว่ามลพิษเช่นว่านั้นเกิดจาก... (3) การกระทำหรือละเว้นการกระทำของผู้ที่ได้รับอันตรายหรือความเสียหายเองหรือของบุคคลอื่น ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงหรือโดยอ้อม ในการรั่วไหลหรือการแพร่กระจายของมลพิษนั้น

รักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 มาตรา 96⁸ จำเลยที่ 2 เป็นหนึ่งในกรรมการของจำเลยที่ 1 มีอำนาจลงลายมือชื่อผูกพันจำเลยที่ 1 จำเลยที่ 2 จึงมีฐานะเป็นผู้ดูแลกิจการของจำเลยที่ 1 ซึ่งเป็นเจ้าของแหล่งกำเนิดมลพิษจึงต้องร่วมรับผิดชอบค่าสินไหมทดแทนหรือค่าเสียหายให้แก่โจทก์ทั้งแปดตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 มาตรา 96

ประเด็นที่ 3 คำฟ้องของโจทก์ทั้งแปดมิได้เป็นคำฟ้องให้จำเลยทั้งสองรับผิดชอบเฉพาะความผิดฐานละเมิด แต่เป็นคำฟ้องให้จำเลยทั้งสองรับผิดชอบชำระค่าเสียหายแก่โจทก์ทั้งแปดตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535 ซึ่งเป็นกฎหมายพิเศษ และมีขอบเขตของความรับผิดกว้างกว่าความรับผิดฐานละเมิด ซึ่งไม่ได้บัญญัติเกี่ยวกับอายุความในเรื่องไว้โดยเฉพาะ จึงมีกำหนดอายุความ 10 ปี ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 193/30⁹

ประเด็นที่ 4 การกำหนดค่าเสียหาย มีดังต่อไปนี้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโจทก์ทั้งแปดก่อนฟ้อง เป็นเงินคนละ 100,000 บาท ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อเนื่องจนกว่าจะลดปริมาณสารตกอยู่ในร่างกายให้อยู่ระดับที่จะไม่เกิดพิษต่อโจทก์ทั้งแปดภายในเวลา 2 ปี เป็นเงินคนละ 50,000 บาท ค่าที่ต้องเสียความสามารถและโอกาสในการทำงานอย่างสิ้นเชิงหรือบางส่วนทั้งในปัจจุบันและอนาคต ค่าเสื่อมสุขภาพอนามัย และค่าขาดประโยชน์ในการใช้น้ำอุปโภคบริโภค ขาดแหล่งอาหารขาดประโยชน์ในการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจากลำห้วยคลิตี้ กำหนดให้แก่โจทก์ที่ 1, ที่ 3, ที่ 4 และที่ 6 คนละ 2,000,000 บาท โจทก์ที่ 2 และที่ 7 คนละ 2,500,000 บาท โจทก์ที่ 5 และที่ 8 คนละ 3,000,000 บาท รวมเป็นค่าเสียหายที่โจทก์ที่ 1, 3, 4, และ 6 ได้รับเป็นเงินคนละ 2,150,000 บาท รวมเป็นค่าเสียหายที่โจทก์ที่ 2 และที่ 7 ได้รับเป็นเงินคนละ 2,650,000 บาท รวมเป็นค่าเสียหายที่โจทก์ที่ 5 และที่ 8 ได้รับเป็นเงินคนละ 3,150,000 บาทรวมเป็นเงินที่โจทก์ทั้งแปดได้รับทั้งสิ้น 20,200,000 บาท

ประเด็นที่ 5 ศาลฟังได้ว่าโจทก์ทั้งแปดและชาวบ้านหมู่บ้านคลิตี้ล่างเป็นชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม มีสิทธิที่จะอนุรักษ์และมีส่วนร่วมในการจัดการ การบำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากลำห้วยคลิตี้อย่างสมดุลและยั่งยืน ทั้งนี้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ประกอบรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 มาตรา 4¹⁰ ที่ได้รับรองสิทธิชุมชนโดยผลของกฎหมายที่เคยมีมาอยู่

⁸ มาตรา 96 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 มีการนำหลักความรับผิดโดยเคร่งครัด (Strict liability) กับ หลักผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย (Polluter Pays Principle) มาใช้ผู้เสียหายจึงไม่ต้องพิสูจน์ถึงความจงใจหรือประมาทเลินเล่อของผู้กระทำ

⁹ การตั้งเรื่องฟ้องคดีละเมิดต้องพิจารณาว่าฐานแห่งการโต้แย้งสิทธิมาจากกฎหมายฉบับใด ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์หรือ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 เพราะมีผลในเรื่องของอายุความในการฟ้องคดี (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 11437/2556)

¹⁰ ภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค บรรดาที่ชนชาวไทยเคยได้รับการคุ้มครองตามประเพณีการปกครองประเทศไทย ในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขและตามพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยมีอยู่แล้ว ย่อมได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้

แล้ว (ใช้เกณฑ์การพิจารณา 2 รัฐธรรมนูญขึ้นไป) ดังนั้นเมื่อปรากฏว่า จำเลยทั้งสองก่อให้เกิดมลพิษในลำห้วยคลิตี้ โจทก์ทั้งแปดและชาวบ้านหมู่บ้านคลิตี้ล่าง จึงเป็นผู้ถูกโต้แย้งสิทธิ¹¹ ย่อมมีสิทธิที่จะฟ้องเรียกร้องให้จำเลยทั้งสองกระทำการหรืองดเว้นกระทำการที่ส่งผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติในชุมชนได้ การที่โจทก์ทั้งแปดฟ้องเพื่อขอให้บังคับจำเลยทั้งสองร่วมกันแก้ไขและฟื้นฟูลำห้วยคลิตี้โดยนำแร่ตะกั่วที่ตกค้างอยู่ในลำห้วยคลิตี้ออกไปทั้งหมด เพื่อให้ลำห้วยคลิตี้สะอาดปราศจากสารตะกั่วด้วย ซึ่งคำขอดังกล่าว เป็นคำขอเพื่อประโยชน์ของโจทก์ทั้งแปดและชาวบ้านหมู่บ้านคลิตี้ล่างทุกคนที่ได้รับผลกระทบจากการกระทำของจำเลยทั้งสอง คำฟ้องของโจทก์ทั้งแปดในส่วนที่ขอให้บังคับจำเลยทั้งสอง ฟื้นฟูบำบัดน้ำในลำห้วยคลิตี้จึงเป็นการฟ้องในฐานะชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม โจทก์ทั้งแปดจึงมีอำนาจฟ้องขอให้บังคับจำเลยทั้งสองแก้ไขฟื้นฟูลำห้วยคลิตี้ได้ เมื่อจำเลยทั้งสองเป็นเจ้าของหรือผู้ครอบครองแหล่งกำเนิดมลพิษจึงเป็นหน้าที่ของจำเลยทั้งสองที่จะต้องแก้ไขฟื้นฟูลำห้วยคลิตี้ด้วยค่าใช้จ่ายของจำเลยทั้งสองจนกว่าลำห้วยคลิตี้จะกลับมามีสภาพที่สามารถใช้อุปโภคบริโภคได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของทางราชการ ส่วนการที่โจทก์ทั้งแปดขอให้กรมควบคุมมลพิษ เป็นผู้ตรวจสอบและดูแลการแก้ไขฟื้นฟูลำห้วยคลิตี้ของจำเลยทั้งสองนั้น เห็นว่า การดูแลรักษาและแก้ไขฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นหน้าที่โดยตรงของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว กรมควบคุมมลพิษย่อมมีหน้าที่ต้องดำเนินการขจัดมลพิษออกจากลำห้วยคลิตี้จนกว่าจะกลับมามีสภาพที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ชุมชนบ้านคลิตี้ล่าง โดยจำเลยทั้งสองจะต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายทั้งหมด ที่ทางราชการต้องรับภาระจ่ายจริงในการขจัดมลพิษดังกล่าว ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ตามมาตรา 96 วรรค 2

ประเด็นที่ 6 ข้อเท็จจริงได้ความว่า อาการเจ็บป่วยของโจทก์ทั้งแปดเกิดจากการได้รับสารพิษตะกั่วสะสม ต้องใช้ระยะเวลาในการติดตาม ไม่อาจชี้วัดได้ว่าจะหายเป็นปกติเมื่อใด ประกอบกับโจทก์ยังดำรงชีวิตอยู่บริเวณลำห้วยคลิตี้ที่ปนเปื้อนสารตะกั่วและยังไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างจริงจัง ย่อมส่งผลกระทบต่อการรักษาอาการเจ็บป่วยของโจทก์ จึงเป็นการพินิจพิเคราะห์ถึงความเสียหายที่แท้จริงมีเพียงใด เห็นว่ามีเหตุสมควรที่จะสงวนสิทธิแก้ไขคำพิพากษาในส่วนนี้ไว้เป็นเวลา 2 ปี “...พิพากษาแก้เป็นว่า ให้จำเลยทั้งสองร่วมกันชำระเงินแก่โจทก์ที่ 1 ที่ 3 ที่ 4 และที่ 6 เป็นเงินคนละ 2,150,000 บาท โจทก์ที่ 2 และที่ 7 เป็นเงินคนละ 2,650,000 บาท และโจทก์ที่ 5 และที่ 8 เป็นเงินคนละ 3,150,000 บาท ให้จำเลยทั้งสองแก้ไขฟื้นฟูลำห้วยคลิตี้ ด้วยค่าใช้จ่ายของจำเลยทั้งสองจนกว่าลำห้วยคลิตี้จะกลับมามีสภาพที่สามารถใช้อุปโภคบริโภคได้ตามมาตรฐานของทางราชการ และให้สงวนสิทธิแก้ไขคำพิพากษาในส่วนค่าสินไหมทดแทน เพื่อความเสียหายต่อร่างกายหรืออนามัยและค่าเสียหายเพื่อการเสียความสามารถประกอบการงานของโจทก์ทั้งแปดภายในระยะเวลา 2 ปี นับแต่วันที่ได้อ่านคำพิพากษาศาลฎีกาให้คู่ความฟัง ให้จำเลยทั้งสองใช้ค่าทนายความชั้นฎีกา 100,000 บาท แทนโจทก์ทั้งแปด ส่วนค่าฤชาธรรมเนียมอื่นในชั้นฎีกาให้เป็นพับ นอกจากนี้แก้ไขให้เป็นไปตามคำพิพากษาศาลอุทธรณ์ภาค 7...”

¹¹ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาตรา 55

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. การเตรียมต้นฉบับสำหรับบทความวิจัย

1.1 บทความวิจัย ประกอบด้วย

1. ส่วนปก

ชื่อบทความ (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรกะทัดรัด ไม่ยาวเกินไป ถ้าบทความเป็นภาษาไทย ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (Authors) ชื่อตำแหน่ง – ชื่อเต็ม – นามสกุลเต็ม ของผู้เขียนทุกคน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับผู้เขียนประสานงานให้ใส่ที่อยู่ให้ละเอียด พร้อมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร และ E-mail address ที่สามารถติดต่อได้ และให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) กำกับด้วยไบนามสกุล เพื่อระบุที่อยู่ของผู้เขียน

บทคัดย่อ (Abstract) ควรสั้น ตรงประเด็น ครอบคลุมสาระสำคัญของการศึกษา ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการวิจัย เป็นต้น ถ้าบทความเป็นภาษาไทยจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยให้ภาษาไทยขึ้นก่อน

คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถไปใช้สืบค้นในระบบฐานข้อมูล

**หมายเหตุ : เนื้อหาส่วนปกจะต้องเขียนให้อยู่ในกระดาษจำนวน 1 หน้า เท่านั้น

2. ส่วนเนื้อหา

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

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

การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายผลการวิจัย เพื่อให้ผู้อ่านมีความเห็นคล้อยตาม เพื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยของผู้อื่น เพื่อเสนอแนวทางที่จะใช้ประโยชน์ผลการวิจัยและการอภิปรายผล (Results and Discussion) อาจนำมาเขียนตอนเดียวกันได้

สรุป (Conclusion) และข้อเสนอแนะ (Recommendation) เป็นการสรุปประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) เพื่อแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย อาจมีหรือไม่ก็ได้

เอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นรายชื่อเอกสารที่ใช้เป็นหลักในการค้นคว้าวิจัยที่ได้รับ การตรวจสอบเพื่อนำมาเตรียมรายงาน และมีการอ้างอิงถึงเฉพาะเอกสารที่ปรากฏในบทความ

เท่านั้น การอ้างอิงให้จัดเรียงตามลำดับตัวอักษร นำโดยกลุ่มเอกสารภาษาไทย โดยให้ยึดถือรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ดังต่อไปนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่องของบทความ (In-text Citations)

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

การเขียนรายการเอกสารอ้างอิง (Reference list) จาก

1. หนังสือ

ผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อหนังสือ.// ครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี).// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

2. หนังสือแปล

ผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อเรื่องของหนังสือแปล.// แปลจาก (ชื่อเรื่องในภาษาเดิม).// โดย (ชื่อผู้แปล).// ครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี).// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

3. บทความหรือบทในหนังสือ

ผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ใน ชื่อบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม.// ชื่อเรื่อง.// เลขหน้า.// สถานที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

4. บทความในหนังสือรายงานประชุมทางวิชาการ/สัมมนาทางวิชาการ

ผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// หน้า/เลขหน้า.// ใน ชื่อบรรณาธิการ.// ชื่อเรื่องรายงานการประชุม.// สถานที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

5. วารสาร

ผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ชื่อวารสาร.// ปีที่.// ฉบับที่.// เลขหน้า.

6. บทความในหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน.// (ปี, วัน, เดือน).// ชื่อบทความ.// ชื่อหนังสือพิมพ์.// หน้า/เลขหน้า.

7. บทความในสารานุกรม

ชื่อผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ใน ชื่อสารานุกรม.// เล่มที่.// เลขหน้า-เลขหน้า.

8. วิทยานิพนธ์

ผู้เขียนวิทยานิพนธ์.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อวิทยานิพนธ์.// ระดับวิทยานิพนธ์.// ชื่อสาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย.

9. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (สื่ออิเล็กทรอนิกส์) :WWW.

ผู้เขียน.// (ปี.)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสารหรือนิตยสาร./ปีที่/(เดือนหรือฉบับที่):/เลขหน้า (ถ้ามี)./วัน เดือน ปีที่ค้นข้อมูล/ชื่อฐานข้อมูลหรือที่อยู่ของบทความ/(URL).

10. จดหมายเหตุ คำสั่ง ประกาศ

ชื่อหน่วยงาน.// (ปี./วัน./เดือน)./ชื่อของเอกสาร./เลขที่ของเอกสาร(ถ้ามี).

11. ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน.// (ปีที่พิมพ์)./ชื่อหนังสือ./เล่มที่(ถ้ามี)./ครั้งที่พิมพ์(ถ้ามี)./เมืองที่พิมพ์./สำนักพิมพ์.

12. มีเฉพาะชื่อบรรณาธิการเป็นผู้รวบรวม

ชื่อบรรณาธิการ หรือผู้รวบรวม หรือผู้เรียบเรียง.// (ปีที่พิมพ์)./ชื่อหนังสือ./เล่มที่(ถ้ามี)./ครั้งที่พิมพ์(ถ้ามี)./เมืองที่พิมพ์./สำนักพิมพ์.

1.2 บทความวิชาการ ประกอบด้วย

1. ส่วนปก

มีส่วนประกอบเหมือนบทความวิจัย และเขียนให้อยู่ในกระดาษจำนวน 1 หน้า เท่านั้น

2. ส่วนเนื้อหา ประกอบด้วย

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนของที่มาของมูลเหตุของการเขียนบทความ

วิธีการศึกษา/วิธีดำเนินการ (Method) (ถ้ามี) เป็นการอธิบายวิธีการศึกษาหรือการดำเนินการตามประเภทของบทความวิชาการ

ผลการศึกษา/ผลการดำเนินการ (Results) เป็นการเสนอผลอย่างชัดเจน ตามประเด็น โดยลำดับ ตามหัวข้อที่ศึกษาหรือดำเนินการ

สรุป (Conclusion) สรุปประเด็น และสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา

2. รูปแบบการพิมพ์บทความวิจัย และบทความวิชาการ

2.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ

- ระยะขอบของขอบบน (Top Margin) ขอบล่าง (Bottom Margin) 2.54 ซม.
ขอบขวา (Right Margin) 2.54 ซม. ขอบซ้าย (Left Margin) 3.17 ซม.

- รูปแบบตัวอักษร ใช้ TH Sarabun ตลอดทั้งบทความ ขนาด 15

- หมายเลขหน้า ตำแหน่ง ด้านบน

- จำนวนหน้า 10 -15 หน้า

- ชื่อวารสาร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

- ชื่อบทความ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 15 จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

- ตัวเลขยก (บรรณามสกุล) ขนาดตัวอักษร 14

- ตำแหน่งทางวิชาการและที่อยู่ ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12

- ชื่อบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 15 ตัวหนา และ
ชิดขอบ
- เนื้อหาบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14
- เนื้อหาบทความ ขนาดตัวอักษร 15

3. เกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้น เกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ถ้าไม่ผ่านการพิจารณา จะส่งกลับเพื่อทำการแก้ไข ถ้าผ่านจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกและเมื่อบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับหนังสือรับรองการตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ฉบับที่นำบทความลงตีพิมพ์ผลงานจำนวน 2 ฉบับ

ขั้นตอนการตรวจสอบ/ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

