



สภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน  
ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี  
**Situation of Risk Management on Vaccination Services  
in Primary Care Units, Pattani Province**

นัทพล ศรีระพันธ์  
Nuttapol Srirapun

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Science in Health System Research and Development  
Prince of Songkla University**

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ชื่อวิทยานิพนธ์	สภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของ หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี
ผู้เขียน	นายฉัทพล ศรีระพันธ์
สาขาวิชา	การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2553

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการให้ความสำคัญของการจัดการความเสี่ยงระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง และปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง คือ หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้รับผิดชอบหลักในการทำหน้าที่ให้บริการวัคซีนจำนวน 226 คน (จาก 113 หน่วยบริการปฐมภูมิ) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งได้รับคืนมาทั้งหมด 206 ชุด (ร้อยละ 91.15) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93 ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรครุเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ผลการวิจัย พบว่าระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนทั้งในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=0.89$ ,  $SD=0.24$ ) โดยมีค่าสูงสุดในด้านความรู้เทคนิค และวิธีการ ( $\bar{X}=93$ ,  $SD=0.21$ ) รองลงมาคือด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ ( $\bar{X}=0.92$ ,  $SD=0.19$ ) ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร ( $\bar{X}=0.88$ ,  $SD=0.22$ ) และด้านการบริหารงบประมาณ ( $\bar{X}=0.82$ ,  $SD=0.35$ ) ตามลำดับ ส่วนระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.30$ ,  $SD=0.79$ ) โดยมี 3 ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความรู้เทคนิคและวิธีการ ( $\bar{X}=2.66$ ,  $SD=0.81$ ) ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ ( $\bar{X}=2.32$ ,  $SD=0.73$ ) ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร ( $\bar{X}=2.31$ ,  $SD=0.76$ ) แต่ด้านการบริหารงบประมาณอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}=1.92$ ,  $SD=0.84$ ) สำหรับปัญหาของการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนคือ เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีไม่เพียงพอ (ร้อยละ 47.57) การขาดความรู้ในการบริหารงบประมาณ (ร้อยละ 44.66) และการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบไม่เหมาะสม (ร้อยละ 41.26)

การจัดการความเสี่ยงดังกล่าว จึงควรพัฒนาทั้งระบบ โดยเน้นด้านการบริหาร  
งบประมาณ การจัดกำลังคน การพัฒนาความรู้แก่ผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพใน  
การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของเด็กไทยต่อไป

<b>Thesis Title</b>	Situation of Risk Management on Vaccination Services in Primary Care Units, Pattani Province
<b>Author</b>	Mr Nuttapol Srirapun
<b>Major Program</b>	Health System Research and Development
<b>Academic Year</b>	2010

### ABSTRACT

This research aimed to identify the level of value perception, managerial operation, and problems on risk management on vaccination services of primary care units (PCUs) in Pattani province. The chiefs of all PCUs and primary responsible staff of the services were purposively recruited. Data were collected using a questionnaire, which was examined for content validity, giving a validity index of 0.93. The reliability was evaluated using the Kuder-Richardson method (KR-20) giving a value of 0.94. The data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean and standard deviation).

The results revealed that the levels of value perception on total and subtotal risk management in vaccination services of the PCUs were at a high level (overall,  $\bar{X} = 0.89$ , SD = 0.24; knowledge and techniques,  $\bar{X} = 0.93$ , SD = 0.21; material management,  $\bar{X} = 0.92$ , SD = 0.19; staff development,  $\bar{X} = 0.88$ , SD = 0.22; and budgeting,  $\bar{X} = 0.82$ , SD = 0.35). The level of total managerial operation on risk management was at a medium level ( $\bar{X} = 2.30$ , SD = 0.79). Considering the subtotal scores, three domains were at a medium level, i.e., knowledge and techniques ( $\bar{X} = 2.66$ , SD = 0.81), material management: ( $\bar{X} = 2.32$ , SD = 0.73) and staff development ( $\bar{X} = 2.31$ , SD = 0.76), whereas the budgeting was at a low level ( $\bar{X} = 1.92$ , SD = 0.84). Problems on risk management of the service were found in shortage of staff (47.57 %), lack of knowledge on financial management (44.66 %) and inappropriate manpower management (41.26 %).

Risk management should be operated at the system level of the service by focusing on budgeting and staff training for continuing development of risk management on the service in order to provide an effective health-promoting service for Thai children.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์เนื่องจาก ได้รับความเมตตากรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี ลิมชัยอรุณเรือง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อ งานวิจัยเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลา ความรู้ ประสบการณ์ ทั้งยังให้คำแนะนำในการตรวจสอบ เครื่องมือ ขอขอบพระคุณประธานกรรมการ และคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ และ สอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้า หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้รับผิดชอบหลักในการทำหน้าที่ให้บริการวัคซีน ที่ให้ข้อมูลเป็นประโยชน์ สำหรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้การทำวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดกราบขอบพระคุณ คุณแม่ด้วยความเคารพยิ่ง ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และ ครอบครัว ที่ช่วยสนับสนุนทางด้านงบประมาณ และให้กำลังใจผู้วิจัยด้วยดี ตลอดมา

ฉันทพล ศรีระพันธ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
สถานการณ์การให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบัน.....	9
การจัดการความเสี่ยงด้านวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ... ..	17
ปัญหาอุปสรรคการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ของหน่วยบริการปฐมภูมิ.....	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
	(8)



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปราย.....	61
ผลการวิจัย.....	61
อภิปรายผลการวิจัย.....	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	111
สรุปผลการวิจัย.....	111
ข้อเสนอแนะ.....	115
บรรณานุกรม.....	118
ภาคผนวก.....	132
ก ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	133
ข แบบสอบถาม .....	158
ค รายนามทรงคุณวุฒิ.....	172
ง การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	173
ประวัติผู้เขียน.....	174

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 206)..... 62
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข จำแนกเป็นรายด้าน และ โดยรวม (N = 28)..... 67
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการ ให้บริการวัคซีน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน และ โดยรวม (N = 206)..... 68
4	จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุดของปัญหาการ จัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามด้าน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (N = 206)..... 69
5	จำนวน ร้อยละ ของปัญหาการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของหน่วย บริการปฐมภูมิ จำแนกด้าน อสม..... 71
6	จำนวน ร้อยละ ของปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วย บริการปฐมภูมิ จำแนกด้านผู้ปกครอง..... 72
7	จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ของบุคลากรสาธารณสุข เรียงลำดับจากมากที่สุด ไปน้อยที่สุด จำแนกตามการ ปฏิบัติด้านความรู้เทคนิควิธีการ (N = 206)..... 133
8	จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ของบุคลากรสาธารณสุข เรียงลำดับจากมากที่สุด ไปน้อยที่สุด จำแนกตามการ ปฏิบัติด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ (N = 206)..... 136
9	จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ของบุคลากรสาธารณสุข เรียงลำดับจากมากที่สุด ไปน้อยที่สุด จำแนกตามการ ปฏิบัติด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร (N = 206)..... 138
10	จำนวน ร้อยละ และระดับความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของบุคลากร สาธารณสุข เรียงลำดับจากมากที่สุด ไปน้อยที่สุด จำแนกตามการปฏิบัติ ด้านการบริหารงบประมาณ (N = 206) ..... 140

## รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
11	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของบุคลากร สาธารณสุข จากการทดลองใช้เครื่องมือ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 28).....	142
12	จำนวน ร้อยละ และระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ด้านความรู้เทคนิควิธีการ (N = 28).....	145
13	จำนวน ร้อยละ และระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีน ของบุคลากรสาธารณสุข ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ (N = 28).....	148
14	จำนวน ร้อยละ และระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร (N = 28).....	149
15	จำนวน ร้อยละและระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ด้านการบริหารงบประมาณ (N = 28).....	151
16	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการ ให้บริการวัคซีน 3 อันดับแรก จำแนกตามรายด้าน (N = 28).....	153
17	ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุดของปัญหาจัดการความ เสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข (N = 28).....	155

## รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงของบุคลากรสาธารณสุข ในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี.....	5

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดปัตตานี พบว่ามีสภาพการณ์ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนต่ำในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ตั้งแต่พ.ศ. 2547-2551 ในวัคซีน 5 ชนิดคือ วัคซีนไข้มองอักเสบเจอี คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน และโปลิโอ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าเด็กได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรนเข็มที่ 5 และวัคซีนโปลิโอครั้งที่ 5 เพียงร้อยละ 83.52 และ 83.98 ตามลำดับ และปี 2551 พบว่าได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรนเข็มที่ 5 และวัคซีนโปลิโอครั้งที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 89.80 และ 89.63 ตามลำดับ (กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2552) ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เด็กได้รับการวัคซีนทุกชนิด ต้องมีความครอบคลุมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 (กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2547) จากสภาพการณ์การให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดปัตตานีต่ำกว่าเกณฑ์ดังกล่าว จำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการโดยเฉพาะงานให้บริการวัคซีนในกลุ่มเด็ก 0-5 ปี ให้เหมาะสม หากไม่หาทางแก้ไขที่เหมาะสมแล้ว อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงกับกลุ่มเด็กดังกล่าวได้ เช่นป่วย พิการหรือตายได้จากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (ประกอบ, 2543)

การให้บริการวัคซีนของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีคู่มือใช้เป็นแนวปฏิบัติการให้บริการวัคซีนหลายเล่มที่สำคัญประกอบด้วยคู่มือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2548) คู่มือปฏิบัติงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2547) คู่มือการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น(กรมควบคุมโรค, 2547) คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2538) คู่มือการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (สำนักระบาดวิทยา, 2551) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดของคู่มือแต่ละเล่มดังกล่าวแล้ว พบว่าส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติที่มีรายละเอียดมากที่เน้นด้านเทคนิคการให้บริการวัคซีนอย่างถูกต้อง การเก็บรักษาวัคซีนที่เหมาะสม แต่ขาดการระบุการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจมีการปฏิบัติตามคู่มือไม่ครบถ้วน เช่นจากการศึกษาวิจัยของสำนักโรคติดต่อทั่วไป (2547) โดยการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนโปลิโอ พบว่าสาเหตุหลักคือ

เจ้าหน้าที่มีคู่มือแต่ขาดความรู้แนวทางปฏิบัติ จึงต้องมุ่งให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับความรู้ ได้ทราบการกำหนดการให้วัคซีนตามช่วงอายุที่ถูกต้อง มีการออกติดตามเด็กที่ขาดการได้รับวัคซีน และตระหนักถึงความสำคัญ ประโยชน์ของการได้รับวัคซีนตามระยะเวลาแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพอพิส (2551) ได้ศึกษาความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุครบ 1ปีทุกชนิด พบว่าในภาพรวมของประเทศมีความบกพร่องในการนัดรับวัคซีนจากระยะห่างระหว่างเข็มน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 64.90) อาจทำให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไม่ดีเท่าที่ควร เช่นการได้รับวัคซีนตับอักเสบบีเข็มแรกมากกว่า 1 วัน หลังคลอดอาจทำให้เด็กไม่ได้รับประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อตับอักเสบบีเท่าที่ควร โดยเฉพาะในกรณีเด็กคลอดจากมารดาที่เป็นพาหะของโรคดังกล่าว ปัญหาวัคซีนหัดส่วนใหญ่เกิดจากการนัดที่ไม่เหมาะสมจะเป็นผลเสียต่อเด็กคือหากได้รับก่อนอายุ 9 เดือนจะทำให้ร่างกายเด็กสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากร่างกายเด็กยังมีภูมิคุ้มกันจากแม่เหลืออยู่ทำให้ไปขัดขวางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ได้รับจากวัคซีน ส่วนการได้รับวัคซีนหัดหลัง 12 เดือน เด็กอาจจะติดโรคหัดก่อนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนวล (2543) พบว่าภูมิคุ้มกันโรคจะลดลงอย่างรวดเร็วหลัง 3 เดือนแรกหลังคลอด และสอดคล้องสำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข (2553) พบว่าเด็กป่วยด้วยโรคไทรอยด์ สาเหตุหนึ่งมาจากการที่เด็กได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์อายุ (ร้อยละ 50.00) และอายุไม่ถึงเกณฑ์ได้รับวัคซีน (ร้อยละ 25.00) ฉะนั้นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการวัคซีนควรตระหนักถึงความสำคัญและสามารถปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสมของวัคซีนแต่ละชนิด

สภาพการณ์ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่ำ และการให้วัคซีนที่ถูกต้องดังกล่าว อาจทำให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพของเด็กกลุ่มเป้าหมายได้ และเมื่อศึกษานำร่องพบว่าสาเหตุหลัก 3 ด้านคือ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อสม. และผู้ปกครองที่มีบุตรอายุ 0-5 ปี ปัญหาด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ พบว่าการนัดระยะห่างระหว่างเข็มไม่ถูกต้อง มีวัคซีนหมดอายุในตู้เย็น ไซ้เข็มหมดอายุ บันทึกอุณหภูมิไม่ต่อเนื่อง ให้ความรู้ผู้ปกครองน้อย มีเข็มปักคาขวดวัคซีน ขาดคู่มือการให้บริการวัคซีน การอบรมความเสี่ยงงานให้บริการวัคซีน ขาดการติดตามเด็กที่พลาดการได้รับวัคซีน ขาดการอบรม อสม. อย่างต่อเนื่อง ขาดการติดตามเด็กหลังได้รับวัคซีน ไม่มีโครงการแก้ไขปัญหา กลัวความไม่ปลอดภัยจากสถานการณ์เป็นต้น ปัญหาด้าน อสม. พบว่า อสม.ขาดการติดตามเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ ขาดการอบรมความรู้งานให้บริการวัคซีน ขาดการบันทึกรายชื่อประชาชนทุกคนอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น สำหรับปัญหาด้านผู้ปกครองที่มีบุตรอายุ 0-5 ปี พบว่าไม่มีความรู้ถึงประโยชน์ของการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ทำให้ขาดความตระหนัก ขาดแรงจูงใจ การปฏิบัติหลังเด็กได้รับวัคซีนไม่ถูกต้อง บางคนไม่ให้ความร่วมมือ บางคนทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหาย (สมุดสีชมพู) และมีผู้ปกครองจำนวนหนึ่งไปประกอบอาชีพนอกพื้นที่และนำเด็กไปด้วย ทำให้เด็กพลาดการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์เป็นต้น และ

จากสภาพการณ์ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่ำและเจ้าหน้าที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามคู่มือดังกล่าว จะทำให้มีความเสี่ยงเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ นับว่ามีความสำคัญและจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ทุกคนจะต้องหาทางป้องกันความเสี่ยงจากการสูญเสียด้านสุขภาพของเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม เนื่องจากการจัดการความเสี่ยงเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการป้องกันการสูญเสีย (Brown, 1979) ทำให้ทราบปัญหาล่วงหน้าและเตรียมวิธีป้องกันแก้ไขได้ จะช่วยลดโอกาสความสูญเสียและเพิ่มโอกาสความสำเร็จ (ประเสริฐ และคณะ, 2547)

จากการทบทวนการจัดการความเสี่ยงตามหลักการบริหารทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้านคือด้านความรู้เทคนิควิธีการ ด้านบริหารวัสดุอุปกรณ์ ด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร และด้านบริหารงบประมาณ (อรุณ, 2537) ที่มีความสำคัญเป็นประโยชน์และครอบคลุมทุกด้านบริการ (วิษณุ และคณะ, 2544) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าหากนำระบบบริหารทรัพยากรดังกล่าวมาใช้เพื่อศึกษาสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี โดยบูรณาการกับขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง 5 ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องจากแนวคิดการจัดการความเสี่ยงของนฤมล (2550) อนุวัฒน์ (2543) คณะกรรมการความปลอดภัยในที่ทำงาน ประเทศออสเตรเลีย (2009) และคณะกรรมการบริหารสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน ประเทศอังกฤษ (2009) จะสามารถจัดการความเสี่ยงงานให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิได้

จากความสำคัญดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจและเลือกศึกษา “สภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี” ขึ้นเพื่อศึกษาระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน และปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี เพื่อทราบปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนเชิงคุณภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขเน้นผลลัพธ์การให้บริการวัคซีนจากการประเมินความครอบคลุมเชิงปริมาณเท่านั้น การได้มาซึ่งผลลัพธ์เชิงปริมาณดังกล่าวนี้ เจ้าหน้าที่จะต้องให้ความสำคัญและวิธีผ่านการปฏิบัติที่มีคุณภาพมาก่อน หากไม่มีคุณภาพแล้วจะเกิดความเสี่ยงได้โดยเฉพาะด้านเทคนิควิธีการ เช่นเทคนิคการฉีดวัคซีนที่ถูกต้องที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพสูง ลดการเจ็บปวดในเด็กได้ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550) นอกจากนี้ยังได้รับทราบข้อเท็จจริงหรือหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี โดยสามารถประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนงานการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนในเชิงรุก ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของจังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นการจัดการความเสี่ยงด้านการป้องกันและลดความสูญเสียที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็ก ได้อย่างมีมูลค่าสูงทั้งที่เป็นรูปตัวเงินและไม่เป็นรูปตัวเงิน (Chris, 2002) ตลอดจนกำจัดความเสี่ยงการ

ให้บริการวัคซีนให้หมดไป ถึงแม้เป็นสิ่งปฏิบัติได้ค่อนข้างยากแต่จะช่วยลดระดับความรุนแรง ในการควบคุมและป้องกันความเสี่ยงลงได้ในระดับหนึ่ง (ประเสริฐ และคณะ, 2547) ที่สำคัญคือมีความเสี่ยงเหลือน้อยที่สุด ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเด็กไทยทุกคน (ปรากรม, 2538;อาภรณ์, 2550) ที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (ชูชัย และคณะ, 2552)

### วัตถุประสงค์การวิจัย

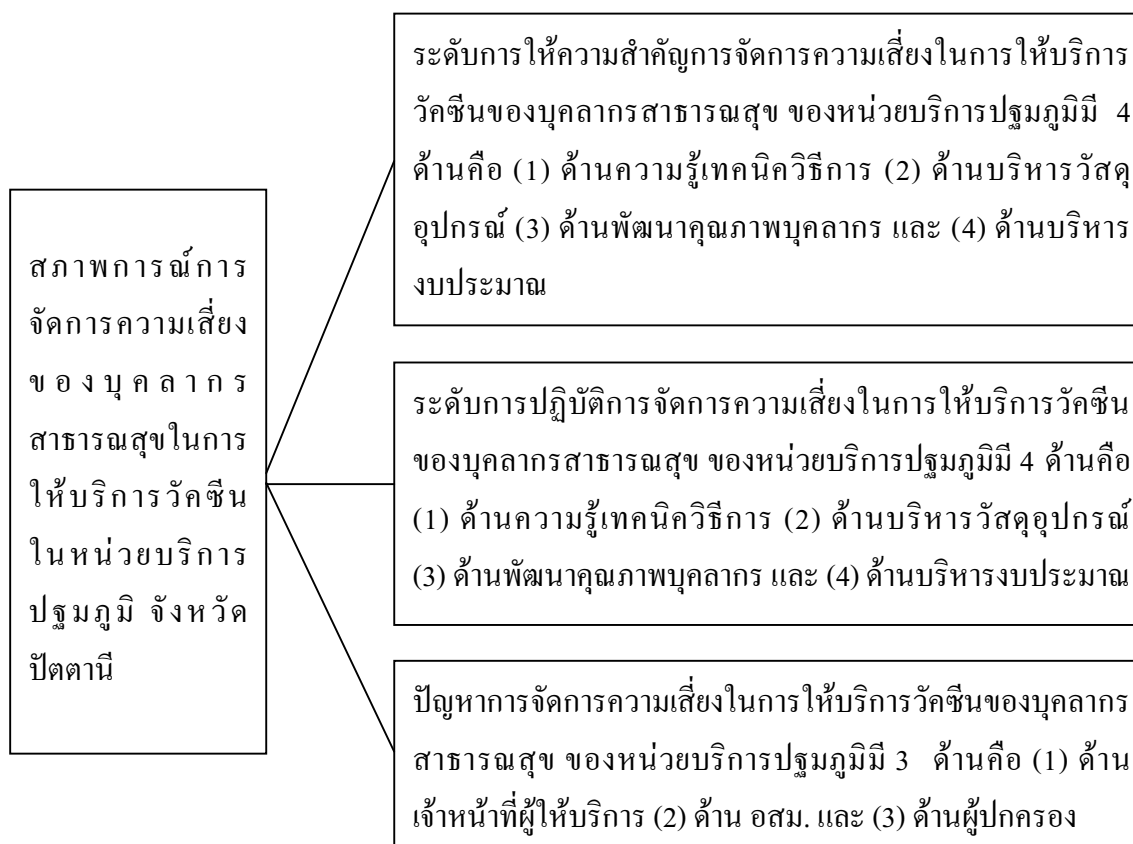
1. เพื่อศึกษาระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี
2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี
3. เพื่อศึกษาปัญหาการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

### คำถามการวิจัย

1. ระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขจากการทดสอบเครื่องมือซ้ำ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี แต่ละด้านอยู่ในระดับใด
2. ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี แต่ละด้านอยู่ในระดับใด
3. ปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี แต่ละด้านเป็นอย่างไร



### กรอบแนวคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงของบุคลากรสาธารณสุข ในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี ประยุกต์จากแนวคิดหลักการบริหารทรัพยากรสาธารณสุข (อรุณ, 2537)

### นิยามศัพท์

1. สภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน หมายถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่ปรากฏขึ้นในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขในประเด็นเกี่ยวกับ (1) ระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของกลุ่มตัวอย่าง จากการทดสอบเครื่องมือซ้ำ (2) ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข และ (3) ปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

2. ระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึงการให้ค่าความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในหน่วยบริการปฐมภูมิจากการทดสอบเครื่องมือซ้ำ

หลังการทดลองใช้เครื่องมือแล้ว 14 วันซึ่งเป็นการทดสอบการให้ความสำคัญการให้บริการวัคซีนใน 4 ด้าน คือ (1) ด้านความรู้เทคนิควิธีการ (2) ด้านบริหารวัสดุอุปกรณ์ (3) ด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร และ (4) ด้านบริหารงบประมาณ โดยแบ่งระดับการให้ความสำคัญเป็น 3 ระดับ คือการให้ความสำคัญในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ โดยความหมายในแต่ละด้านมีดังนี้

2.1 การให้ความสำคัญด้านความรู้เทคนิควิธีการ (Methods) หมายถึงการประยุกต์ความรู้และการนำกลวิธีหรือเทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้องกับสถานการณ์ในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิให้บรรลุผลสำเร็จ โดยการบูรณาการทั้งด้านการบริหารจัดการ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร และวิชาการสาธารณสุข เช่นอบรมให้ความรู้ อสม. ในการช่วยติดตามเด็กมารับบริการวัคซีน การใช้สื่อที่เหมาะสมให้สุขศึกษากับผู้ปกครอง การให้ความรู้เรื่องวัคซีนผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้าน การขอความร่วมมือและช่วยสนับสนุนการให้บริการวัคซีนจากผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชน มีการจัดระบบบริการวัคซีนในเชิงรุกมากขึ้น การลดขั้นตอนการปฏิบัติงานเพื่อความเหมาะสม การใช้เทคนิคเพื่อลดความเจ็บปวดและการใช้เข็มที่เหมาะสมในการฉีดวัคซีนกับเด็กที่ร่างกายอ้วน ผอม และปกติ หรือเป็นต้น (กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2547; กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2548; ชูชัย และคณะ, 2552; สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550; อรุณ, 2537)

2.2 การให้ความสำคัญด้านบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Materials) หมายถึงการจัดหา จัดให้มีและใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ หรือเครื่องมือแพทย์ ตลอดจนอุปกรณ์จำเป็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนอย่างเหมาะสมทั้งปริมาณที่ไม่มากหรือน้อยเกินไป มีคุณภาพดี ราคาถูก มีการจัดเก็บอย่างถูกต้อง มีการตรวจคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่นมีการดูแลระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีน มีการเตรียมพร้อมเป็นขั้นตอนในกรณีฉุกเฉิน เช่น ไฟฟ้าดับ วัคซีนหรือเข็มขาดสต็อกจนเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน มีการเก็บอย่างถูกต้อง มีการใช้ที่คำนึงถึงประโยชน์สูงสุด ประหยัดค่าใช้จ่าย (กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2547; กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2548; ชูชัย และคณะ, 2552; สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550; อรุณ, 2537)

2.3 การให้ความสำคัญด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร (Men) หมายถึงบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการทำหน้าที่เป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ มีการปฏิบัติงานที่ผสมผสานทั้งด้านป้องกันควบคุมโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพเป็นบุคคลที่ควรได้รับการพัฒนาความรู้ การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนให้มากขึ้นและต่อเนื่อง เน้นการทำงานเป็นทีมในการดูแลสุขภาพเด็กอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม และมีศักยภาพในการใช้และจัดการระบบข้อมูลได้ดี (กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2547; กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2548; ชูชัย และคณะ, 2552; สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550; อรุณ, 2537)

2.4 การให้ความสำคัญด้านบริหารงบประมาณ (Money) หมายถึงการให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงด้านงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานและพัฒนาการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิจากทุกแหล่ง ที่ได้รับการจัดสรรผ่านจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เงินบำรุง เงินช่วยเหลือนอกหน่วยงาน หรือได้รับการบริจาคหรือช่วยเหลือจากประชาชน องค์กรเอกชนต่างๆ รวมถึงการระดมทุนจากชุมชน โดยต้องคำนึงถึงการใช้งบประมาณที่ถูกต้อง มีหลักเกณฑ์ ตามระเบียบการใช้งบประมาณ มีการวางแผนการใช้จ่ายเงิน ควบคุมกำกับการใช้งบประมาณ โดยคำนึงถึงหลักประหยัด ประสิทธิภาพ เสมอภาค ชัดเจน เปิดเผยได้(ชูชัย และคณะ, 2552; ไตรรัตน์, 2534; บุญญา, 2550; วินัย และคณะ, 2553; สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550; อรุณ, 2537)

3. ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน หมายถึงระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ใน 4 ด้าน คือด้านความรู้เทคนิควิธีการ บริหารวัสดุอุปกรณ์ พัฒนาคุณภาพบุคลากร และบริหารงบประมาณ เก็บข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งจังหวัดปัตตานี โดยแบ่งระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ 4 ระดับคือการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ได้ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย และผู้วิจัยได้นำระดับความเสี่ยงดังกล่าวมาแปลผล ได้ 3 ระดับคือการปฏิบัติจัดการความเสี่ยงได้ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ (ชูศรี, 2541; เพชรน้อย ศิริพร และทัศนีย์, 2539; Best, 1989)

4. ปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี ผู้ที่ให้ข้อมูลคือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ แห่งละ 2 คนคือหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิและผู้รับผิดชอบหลักในการทำหน้าที่ให้บริการวัคซีน เพื่อศึกษาปัญหาสำคัญ 3 ด้านคือด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อสม. และผู้ปกครองที่มีบุตรอายุ 0-5 ปี

#### *ขอบเขตของการวิจัย*

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี จำนวน 113 แห่งๆ ละ 2 คน โดยเลือกหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักงานให้บริการวัคซีน 1 คนรวมเป็น 226 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2553

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งนี้มีประโยชน์คือ (1) สามารถปรับหรือประยุกต์ระบบการให้บริการวัคซีนให้เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข (2) ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี สามารถเล็งเห็นความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนเพิ่มมากขึ้น (3) สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการวิจัยแก่ผู้สนใจ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ (4) สามารถนำปัญหาอุปสรรคที่ได้จากการศึกษาเสนอต่อผู้บริหาร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำหรับเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหา อุปสรรคในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี ต่อไป

## บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถานการณ์การให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบัน
  - 1.1 การให้วัคซีนตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข
  - 1.2 ความครอบคลุมการให้บริการวัคซีน
  - 1.3 การให้บริการวัคซีนอย่างครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. การจัดการความเสี่ยงด้านวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - 2.1 แนวคิดการจัดการความเสี่ยงด้านบริการวัคซีน
  - 2.2 การค้นหาและการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - 2.3 การให้ความสำคัญและการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. ปัญหาอุปสรรคการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ

*สถานการณ์การให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบัน*

*การให้วัคซีนตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข*

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการวัคซีนเป็นพื้นฐานแก่เด็กไทยทุกคน โดยเน้นวัคซีนป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของเมืองไทยซึ่งในปัจจุบันประกอบด้วยวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ ตับอักเสบบี หัด หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน และใช้สมองอักเสบเฉียบ และสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้โดยการขยายการเพิ่มชนิดของวัคซีน เพิ่มความครอบคลุมในกลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนกำหนดการให้วัคซีน ทั้งนี้โดยพิจารณาปัจจัยต่างๆอย่างเหมาะสมและได้กำหนดชนิดวัคซีนและอายุกลุ่มเป้าหมาย (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550) ดังนี้

วัคซีน      อายุของกลุ่มเป้าหมาย

BCG	แรกเกิด
HB	แรกเกิด 2 เดือน* 6 เดือน
DTP**	2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน 18 เดือน และ 4-6 ปี
OPV	2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน 18 เดือน และ 4-6 ปี
dT	12 -16 ปี (ป.6) หลังจากนั้นกระตุ้นทุก 10 ปี ในหญิงมีครรภ์ ถ้ายังไม่เคยได้รับวัคซีนในวัยเด็กให้ฉีดตามกำหนด 0, 1,6 เดือน และ กระตุ้นทุก 10 ปี
MMR	9-12 เดือน(ในกรณีที่ไม่มี MMR ให้วัคซีนหัด แทน) และ 6-7 ปี (ป.1)
JE	18 เดือน (2 เข็มห่างกัน 4 สัปดาห์) และ 2½ ปี (1 ปีหลังเข็มที่ 2)

หมายเหตุ : \* อาจให้ได้ในช่วงอายุระหว่าง 1-2 เดือน

\*\* ช่วงอายุ 2, 4, 6 เดือน อาจใช้วัคซีนรวม DTP-HB ทดแทน DTP และ HB ชนิดแยก วัคซีนที่ต้องให้มากกว่า 1 ครั้ง หากเด็กเคยได้รับวัคซีนมาบ้างแล้วและไม่มารับครั้งต่อไปตามกำหนดนัด ให้วัคซีนครั้งต่อไปนั้นได้ทันทีเมื่อพบเด็กโดยไม่ต้องเริ่มต้นครั้งที่ 1 ใหม่ หากมีหลักฐานบันทึกว่าเคยได้รับวัคซีน BCG มาก่อนไม่จำเป็นต้องให้ซ้ำแม้จะไม่มีแผลเป็นก็ตาม

#### ความครอบคลุมการให้บริการวัคซีน

การให้บริการวัคซีนเป็นการป้องกันโรคแก่ประชาชน ได้พัฒนาและขยายระบบบริการมากขึ้น แต่การให้บริการวัคซีนยังไม่อยู่ในมาตรฐานเดียวกันและก่อให้เกิดปัญหาทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้นกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำเอกสารคู่มือที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคฉบับแรกเมื่อ พ.ศ. 2514 เพื่อให้เจ้าหน้าที่อนามัยและโรงพยาบาลได้ยึดเป็นแนวปฏิบัติ และได้ปรับปรุงองค์ประกอบเป็นระยะอย่างต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน เพื่อให้ทันสมัย และเหมาะสมกับสถานการณ์ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization-EPI) ในกลุ่มเป้าหมายชัดเจนตั้งแต่ พ.ศ. 2520 โดยใช้กลยุทธ์การดำเนินงานแบบผสมผสานบูรณาการระบบสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายให้บริการวัคซีนกับประชาชนครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 และมีเป้าหมายหลักคือการปกป้องประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนให้ได้มากที่สุด แนวทางสำคัญที่นำไปสู่เป้าหมายดังกล่าวคือ การเพิ่มรายการวัคซีน และการขยายความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนที่มีอยู่จำนวน 8 ชนิดสามารถป้องกันโรคได้ 10 โรค (วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ตับอักเสบบี และไข้มองอักเสบเจอี) (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550)

ปัจจุบันการขยายงานให้บริการวัคซีนไปทั่วทั้งประเทศแล้ว เช่นการให้บริการวัคซีนไข้สมองอักเสบเจอี (JE) หรือวัคซีนรวมหัด คางทูม และหัดเยอรมันในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งเพศชายและหญิง เพราะมีวัตถุประสงค์คือต้องการที่จะตัดการแพร่เชื้อในชุมชน ผลการขยายการให้บริการวัคซีนดังกล่าวทำให้ลดการเกิดของโรคระบาดที่ป้องกันด้วยวัคซีนทุกโรคได้มาก และที่เห็นได้ชัดเจนคือโรคโปลิโอ โดยพบผู้ป่วยรายสุดท้ายในประเทศไทยในปี พ.ศ.2540 ส่วนโรคหัดมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน แต่ยังคงมีการระบาดเป็นระยะในพื้นที่ที่มีอัตราความครอบคลุมของวัคซีนหัดในระดับต่ำ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550) นอกจากนี้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2552) ได้ร่วมกันขยายการให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในปี 2552 กับประชาชนทุกกลุ่มอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 7 โรคและเริ่มให้บริการวัคซีนดังกล่าวในเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2552 พร้อมกันทั่วประเทศ

#### *การให้บริการวัคซีนอย่างครอบคลุมของหน่วยบริการปฐมภูมิ*

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายถึงบริการสาธารณสุขที่เน้นการบริการแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิด ผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัยเพื่อการควบคุมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ การส่งต่อเป็นการให้บริการที่มีความซับซ้อนทางวิทยาการและเทคโนโลยีไม่มากนัก แต่มีความซับซ้อนในมิติทางมานุษยวิทยา และสังคมวิทยา (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ซึ่งการให้บริการวัคซีนเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยมีการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2547; สำนักโรคระบาดวิทยา, 2551; สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2552)

##### 1. การปฏิบัติตามนโยบายงานบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กระทรวงสาธารณสุข

เพื่อให้งานบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับที่รับผิดชอบในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ควรจะต้องทราบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขก่อนเป็นอันดับแรกและยึดเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงานให้ บริการวัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมายเด็ก 0-5 ปี โดยมีนโยบายการดำเนินงานดังต่อไปนี้ (1) การได้รับบริการวัคซีนในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของเด็กทุกคนในประเทศไทยโดยได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามกำหนดทุกชนิด รวมถึงการกระตุ้นตามกำหนดที่เหมาะสม (2) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะต้องจัดให้บริการแก่ประชาชนด้วยความสะดวก

และปลอดภัย เน้นคุณภาพของระบบบริการและปฏิบัติตามมาตรการด้านความปลอดภัยของการให้วัคซีนอย่างเคร่งครัด (3) ชนิดวัคซีนต้องมีคุณภาพดีได้รับการยืนยันคุณภาพทางห้องปฏิบัติการและจะต้องเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสมตลอดเวลา (4) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต้องดำเนินการให้ครอบคลุมประชากรในระดับสูงที่สุด และมีความต่อเนื่องตลอดเวลา (5) ประโยชน์ของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คือป้องกันประชาชนป่วยหรือตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนโดยการเพิ่มชนิดของวัคซีนที่ใช้ให้มากขึ้น (6) งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต้องปฏิบัติในทุกพื้นที่โดยประสานแผนงานให้สอดคล้องกับงานหรือโครงการอื่นๆ เช่นงานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ เป็นต้น (7) การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะให้ความรู้แก่ประชาชนโดยทั่วไปเกี่ยวกับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และวัคซีนชนิดต่างๆ

2. มีรายชื่อประชากรกลุ่มเป้าหมายคือเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่ การได้มาซึ่งข้อมูลรายชื่อโดยการจัดทำทะเบียนบัญชีกลุ่มเป้าหมายทะเบียนบัญชีกลุ่มเป้าหมายเป็นทะเบียนที่บันทึกรายชื่อ ที่อยู่ ของเด็กทุกคนที่มีตัวตนอาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือไม่ก็ตาม และมีชื่อของบิดา มารดา แยกเป็นรายหมู่บ้าน ซึ่งได้จากข้อมูลของสำนักงานทะเบียนราษฎร์ของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูลจากการสำรวจ ข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ได้ติดตามลงไปหมู่บ้านโดยตรง หรือจาก อสม. รวบรวมให้เจ้าหน้าที่ในแต่ละเดือนหรือจากการสำรวจประจำปีของเจ้าหน้าที่ หรือรวบรวมได้จากผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งมีประโยชน์ในการตรวจสอบและติดตามเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนด และคำนวณการใช้วัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ถูกต้อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

### 3. การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิ

มีการให้บริการทั้งในและนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆที่มีในหมู่บ้าน เช่นหอกระจายข่าว เวทีประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน ผ่าน อสม. ผู้นำชุมชน วิทยุชุมชนในท้องถิ่น เพื่อให้ทุกคนทราบและช่วยประชาสัมพันธ์ต่อกันไป ถึงประโยชน์ของการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ทุกครั้งและสามารถไปรับบริการที่อื่นได้เช่นกัน (ศิริลักษณ์, 2538) ทุกครั้งที่ให้บริการวัคซีนจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ต้องให้ สุขศึกษาแก่ผู้ปกครองเรื่องวัคซีน ประโยชน์ของการได้รับวัคซีน อาการข้างเคียงหลังจากรับวัคซีน แนวปฏิบัติอย่างเหมาะสมเพื่อลดหรือบรรเทาอาการแทรกซ้อนจากวัคซีน และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่งที่ให้บริการวัคซีนในเด็กจะไม่มีเรียกเก็บเงินค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นจากผู้ปกครอง (สำนักกระบวนวิชา, 2551; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)



4. การดำเนินงานบริการวัคซีน เพื่อให้ระบบบริการวัคซีนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีข้อมูลครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีการจัดเตรียมพร้อมสำหรับให้บริการวัคซีนดังนี้

4.1 มีระบบลูกโซ่ความเย็นที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้วัคซีนมีคุณภาพดีจากผู้ผลิตถึงผู้รับบริการ โดยวัคซีนทุกชนิดจะต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม มีความเย็นเพียงพอที่จะคงคุณภาพได้ตลอดเวลา โดยมีเกณฑ์ประเมินวัสดุสำคัญคือกระติกมาตรฐานสำหรับเก็บหรือขนส่งวัคซีน ตู้เย็น ไอซ์แพ็ค เทอร์โมมิเตอร์ที่ได้มาตรฐาน มีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินเช่น ไฟฟ้าดับ การบันทึกอุณหภูมิทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ไม่มีวันหยุด มีเทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐานโดยเทียบกับโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน แล้วอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการจัดเก็บวัคซีนแต่ละชนิดอย่างถูกต้องมีทะเบียนรับจ่ายวัคซีนแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง มีการระบุนหมายเลขวัคซีนเพื่อเป็นสำหรับประโยชน์ในติดตามหรือพิสูจน์ผู้ที่รับวัคซีนร่วมหมายเลขเดียวกันหรือร่วมขวดวัคซีน ( ปรินญาและคณะ, 2551; ศิริลักษณ์, 2538)

4.2 การเก็บรักษาวัคซีนที่ถูกต้อง เนื่องจากวัคซีนเป็นชีววัตถุที่ไวต่ออุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงและวัคซีนทุกชนิดจะสูญเสียคุณภาพไม่สามารถกระตุ้นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันได้ เมื่อเก็บไว้นานเกินควร การสูญเสียคุณภาพนี้จะเร็วขึ้นเมื่ออยู่ในอุณหภูมิที่สูงขึ้นคุณภาพที่สูญเสียไปแล้วไม่สามารถจะกู้คืนกลับมาได้อีก ในบางกรณียังอาจจะก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ จึงควรเก็บที่อุณหภูมิ 2-8 °C เพื่อรักษาคุณภาพของวัคซีนไว้และมีบันทึกอุณหภูมิโดยใช้เทอร์โมมิเตอร์ไว้ในตู้เย็นตลอดเวลาในตำแหน่งกึ่งกลางของช่องเย็นธรรมดาสามารถอ่านได้ง่าย บันทึกอุณหภูมิเช้า - เย็น และสามารถทำกราฟจากการบันทึกอุณหภูมิดังกล่าวได้ เพื่อดูแนวโน้มระบบความเย็นของตู้เย็น วัคซีนแต่ละชนิดมีการจัดเก็บที่ถูกต้องเพราะมีความไวต่ออุณหภูมิไม่เท่ากัน (สำนักงานโรคติดต่อทั่วไป, 2550; กรมควบคุมโรค, 2547) ซึ่งสามารถเรียงลำดับได้ดังต่อไปนี้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ หัด วัคซีนรวมหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม วัณโรค ไข้สมองอักเสบเจอีชนิดผงแห้งและไข้สมองอักเสบเจอีชนิดน้ำ คอตีบ-บาดทะยัก (dT) บาดทะยัก (T) ตับบักเสบปี (HB) นอกจากความร้อนทำให้คุณภาพของวัคซีนเสื่อมแล้วพบว่าความเย็นมากเกินไป จะทำให้วัคซีนเหล่านี้สูญเสียคุณภาพได้ โดยเฉพาะเมื่อมีอุณหภูมิต่ำกว่า 0 °C จะทำให้วัคซีนเหล่านี้สูญเสียคุณภาพได้และสามารถเรียงลำดับได้ดังนี้ วัคซีนตับบักเสบปี ไข้สมองอักเสบเจอี (JE) ชนิดน้ำ วัคซีนรวมคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก (DTP) วัคซีนรวมคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก-ตับบักเสบปี (DTP-HB) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (dT) บาดทะยัก (T) นอกจากจะต้องไม่ให้เกิดความร้อนแล้วยังต้องระวังไม่ให้อยู่ในอุณหภูมิต่ำที่ทำให้วัคซีนแข็งตัวด้วย ฉะนั้นความไวต่อแสงจึงต้องระวังให้มาก โดยเฉพาะแสงแดด แสงสว่างจากหลอดเรืองแสง เช่น วัคซีนที่อยู่ใกล้หลอดไฟใน

ตู้เย็น ซึ่งปกติผู้ผลิตจะบรรจุวัคซีนเหล่านี้ไว้ในขวดแก้วสีชา ซึ่งจะช่วยป้องกันจากแสงได้บ้างแต่ยังคงต้องใช้ความระมัดระวัง ซึ่งเรียงลำดับตามความไวต่อแสงได้ ดังนี้คือวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) หัด (M) และวัคซีนรวมหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม (MMR) ดังนั้นวัคซีนควรเก็บในตู้เย็นที่อุณหภูมิตำระหว่าง 2–8 °C เท่านั้นไม่เก็บไว้ที่ฝาตู้เย็น นอกจากนี้ควรแช่ไอซ์แพ็คไว้เพื่อมีปัญหาไฟดับจะได้รักษาอุณหภูมิไว้ระยะหนึ่ง โดยทั่วไปวัคซีนที่เป็นน้ำควรเก็บไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดา ห้ามเก็บในช่องแช่แข็งควรใส่วัคซีนไว้ในกล่องพลาสติก หรือกล่องกระดาษก่อนที่จะเก็บในตู้เย็น เพื่อให้อุณหภูมิไม่เปลี่ยนแปลงมากขณะเปิดตู้เย็น และควรเปิดตู้เย็นด้วยเวลาสั้นๆ ไม่ควรนำยาอาหาร เครื่องดื่มใส่ในตู้เย็น และยังคงควรมีการสอบเทียบค่าอุณหภูมิเทอร์โมมิเตอร์ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้กับเทอร์โมมิเตอร์มาตรฐานอย่างน้อยปีละครั้ง นอกจากวัคซีนแล้วน้ำผสมวัคซีนก็มีส่วนสำคัญที่ใช้ผสมในวัคซีน ทำให้วัคซีนมีคุณภาพดี โดยทั่วไปจะเก็บในตู้เย็นที่อุณหภูมิต่ำกว่า 2-8 °C ห้ามเก็บไว้ที่ช่องแช่แข็งเพราะจะทำให้ขวดน้ำยาผสมวัคซีนแตกได้

4.3 การเตรียมวัคซีนซึ่งมีความสำคัญที่ควรคำนึงถึงดังนี้ (1) กรณีวัคซีนชนิดเดียวกันมากกว่า 1 ขวด โดยแต่ละขวดอาจจะมีหมายเลขวัคซีน เดียวกันหรือต่างกันเพื่อความสะดวกและใช้และง่ายต่อการติดตามอาการภายหลังการบริการงานวัคซีนแล้วเจ้าหน้าที่ควรกำหนดลำดับที่ของขวดโดยเรียงลำดับวันหมดอายุแล้วใส่หมายเลข 1, 2, 3 กำกับไว้แต่ละขวด และเลือกหยิบใช้ขวดที่ 1, 2, 3 ตามลำดับแล้วบันทึกในทะเบียน/บัญชีผู้รับบริการทุกรายเพื่อการติดตามสอบสวนจากอาการที่เกิดขึ้นหลังได้รับวัคซีน (2) หลังให้บริการควรเก็บขวดวัคซีนที่เปิดใช้แล้วทุกชนิดใส่ภาชนะแยกต่างหาก เก็บให้มีฉิด เขียนวัน เดือน ปี ที่ให้บริการกำกับและเก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 2–8 °C นาน 1 สัปดาห์หากมีเหตุการณ์ปกติหลังจาก 1 สัปดาห์ไปแล้วก็ให้ทำลายขวดวัคซีนดังกล่าวได้ สำหรับในกรณีพบเหตุการณ์ที่ต้องพิจารณาระงับการใช้วัคซีนที่สงสัยในสถานบริการ มีข้อปฏิบัติคือให้นำวัคซีนมาเก็บใส่ภาชนะแยกจากวัคซีนอื่นๆ ปิดภาชนะให้สนิทพร้อมติดป้ายห้ามใช้ โดยเขียนชื่อชนิดและหมายเลขวัคซีน วันที่ระงับใช้ให้ชัดเจนเก็บไว้ในระบบล็อกโซ่ความเย็นตามปกติเมื่อมีหลักฐานชัดเจนในภายหลังว่าอาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากวัคซีนนั้นๆ สามารถนำวัคซีนดังกล่าวกลับมาใช้ใหม่ได้ (พอพิศ, 2546)

4.4 มีการคาดคะเนปริมาณการใช้วัคซีนได้ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีการคำนวณการใช้วัคซีนอย่างถูกต้องกับกลุ่มเป้าหมาย เช่นการคาดคะเนจำนวนประชากรเพิ่มในปีถัดไป โดยการคาดคะเนจำนวนเด็กเกิดใหม่ การคาดคะเนจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี การคาดคะเนจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี การคาดคะเนจำนวนการใช้วัคซีนในปีงบประมาณถัดไปรวมถึงเพื่อการสูญเสียของวัคซีนแต่ละชนิดได้ถูกต้อง (ศิริลักษณ์, 2538)

4.5 การบริหารจัดการตู้เย็น เพื่อให้ตู้เย็นมีคุณภาพเพราะเป็นส่วนสำคัญในการจัดเก็บวัคซีน เจ้าหน้าที่จึงควรให้ความสำคัญดังนี้ (1) การวางตู้เย็นจะต้องไม่ให้ถูกแดด ควรวางไว้ในส่วนที่เย็นของห้องวางให้ห่างจากผนังอย่างน้อย 6 นิ้ว ทั้ง 4 ด้านควรวางไว้ให้ได้ระดับอย่าให้เอียงข้างใดข้างหนึ่ง ไม่แยกปลั๊กและต้องเสียบปลั๊กไว้ให้แน่นตลอดเวลา โดยใช้ พลาสติกปิดทาบปลั๊กไว้ให้แน่นตลอดเวลา และตู้เย็นควรวางบนขาตั้งเพื่อการถ่ายเทอากาศดีขึ้น หากไม่มีขาตั้งต้องวางให้ตรง (2) มีไอซ์แพ็คที่ได้บรรจุน้ำไว้ในปริมาณไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 (3) มีขวดใส่น้ำปริมาตรร้อยละ 90 ของขวด และเติมเกลือเล็กน้อยและเก็บไว้ที่ส่วนล่างของตู้เพื่อช่วยรักษาความเย็น (4) ไม่ควรให้น้ำแข็งเกาะหนาเกิน 5 มิลลิเมตรในช่องแช่แข็งเพราะจะทำให้ประสิทธิภาพของตู้เย็นลดลง (5) หมั่นตรวจดูน้ำแข็งเกาะช่องแช่แข็งและควรละลายน้ำแข็งในช่องแช่แข็งสัปดาห์ละครั้ง โดยถอดปลั๊กไฟก่อนและนำวัคซีนฝากไว้ในตู้เย็นอื่นชั่วคราว หรือเก็บไว้ในกระติก (6) ตู้เย็นต้องไม่มีรอยร้าว มีสภาพภายในและภายนอกสะอาด (7) มีแผนป้องกันความเสี่ยงในกรณีไฟฟ้าดับ ซึ่งหากนานไม่เกิน 3 ชั่วโมงจะต้องมีการย้าย ไอซ์แพ็คจากช่องแช่แข็งลงมาไว้ที่ชั้นล่างและปิดตู้เย็นไว้ตลอดเวลา ทั้งนี้จะต้องทราบมาก่อนว่าทางไฟฟ้าจะปิด-เปิดไฟช่วงเวลาใด หรือหากไฟฟ้าดับนานเกิน 3 ชั่วโมงจะต้องย้ายวัคซีนไปไว้ที่อื่น หรือใส่หีบเย็นหรือกระติกน้ำแข็งที่มีไอซ์แพ็คหรือให้นำวัคซีนมาเก็บไว้ที่โรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้เคียงตามความเหมาะสมซึ่งจะเป็นปัญหาความเสี่ยงอย่างหนึ่งของระบบลูกโซ่ความเย็นของหน่วยบริการปฐมภูมิ (8) ตรวจสอบดูแลระบบความเย็นของตู้เย็นเบื้องต้นเช่นการตรวจสอบขอบยางประตูตู้เย็น เพื่อการรักษาอุณหภูมิตู้เย็นไว้ในระดับที่ได้มาตรฐานซึ่งมีแนวทางตรวจสอบโดยการใช้กระดาษขนาด A4 สอดไว้ที่บานประตูตู้เย็นแล้วปิดประตูให้สนิทแล้วดึงกระดาษ A4 ที่สอดไว้ออกมา หากดึงกระดาษดังกล่าวออกมาได้ง่ายโดยไม่ต้องออกแรงแสดงว่าขอบยางเสื่อมคุณภาพทางแก้คือต้องเปลี่ยนขอบยางใหม่เพราะหากไม่เปลี่ยนจะทำให้ประตูตู้เย็นปิดไม่สนิท ทำให้ระบบความเย็นรั่วไหลออกมา และอากาศภายในจะเข้าไปได้ ทำให้อุณหภูมิตู้เย็นสูงขึ้นส่งผลให้วัคซีนเสื่อมคุณภาพ (9) ข้อควรระวังในการให้บริการภายนอกควรนำวัคซีนบรรจุในกระติกวัคซีนและวัคซีนจะต้องไม่มีการสัมผัสโดยตรงกับไอซ์แพ็ค หรือน้ำแข็ง เพราะจะทำให้ฉลากลอกหลุดได้ง่าย ทำให้อ่านไม่ชัด และไม่ทราบวันหมดอายุที่แท้จริง จึงมีความเสี่ยงสูงหากมีการนำไปใช้ฉีดในเด็ก หรือกลุ่มเปราะบาง (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; ปริญา และคณะ, 2551)

#### 4.6 การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการให้บริการวัคซีน

หลังจากการดำเนินงานตามแผนงานให้บริการวัคซีนไปได้ระยะเวลาที่เหมาะสมแล้วหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการประเมินผลการปฏิบัติงานทุกเดือน หรือรายงวด 3, 6, และ 12 เดือน เพื่อทราบความก้าวหน้าและอุปสรรคของการแผนงาน และหาทางแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมและทันที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2538)

#### 5. เฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังการได้รับวัคซีน

หน่วยปฐมภูมิควรจะต้องมีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของวัคซีนหลังจากให้บริการวัคซีนแล้ว ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ (จรุง, 2546; สำนักระบาดวิทยา, 2551)

(1) หลังจากการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยที่เกิดอาการภายหลังการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องทำการสอบสวนโรค (2) แจ้งให้ศูนย์ข้อมูล CUP ทราบทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมงหรือ 1 สัปดาห์ตามกลุ่มอาการ โดยเขียนบัตรรายงาน APR-AEFI ส่งตามลำดับขั้นตอน (3) ทำการรักษาผู้ป่วยหรือส่งต่อไปโรงพยาบาล (4) อธิบายทำความเข้าใจกับผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยหรือผู้เสียชีวิต (5) พิจารณาระบบการใช้เฉพาะวัคซีนหมายเลขเดียวกันกับผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิตเป็นการชั่วคราว (6) ทบทวน กระบวนการบริหารจัดการด้านความเสี่ยงวัคซีน ว่า เป็นไปตามมาตรฐานกำหนดหรือ มีข้อผิดพลาดที่ไม่เหมาะสมประการใด (7) แจกแบบฟอร์มการเฝ้าระวังอาการที่เกิดขึ้นหลังได้รับบริการวัคซีนให้ผู้ปกครองตอบกลับหลังจาก 4 สัปดาห์ไปแล้วและส่งผลกลับหน่วยบริการปฐมภูมิผ่าน อสม. หรือส่งมายังเจ้าหน้าที่ (8) วิเคราะห์ถึงอาการข้างเคียงเป็นรายบุคคล เพศ อายุ รายการวัคซีนแต่ละชนิดที่มีอาการ บริเวณที่เกิด ความรุนแรงจากอาการซึ่งเป็นข้อมูลหรือสถิติที่นับว่ามีประโยชน์ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิเองและต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมต่อไป

#### 6. การประสานงานขอความร่วมมือกับบุคคล องค์กรอื่นๆ ในชุมชน

การจัดบริการวัคซีนพื้นที่พิเศษเช่นชุมชนแออัดในเมือง โรงงาน กลุ่มแรงงานอพยพเพื่อการก่อสร้าง แม้ว่าใกล้สถานบริการแต่ผู้รับบริการไม่มีเวลาว่าง ไม่สะดวก ไม่เห็นความสำคัญก็ควรจัดหน่วยเคลื่อนที่ออกไปปฏิบัติงานในชุมชน สำหรับพื้นที่ห่างไกลเช่นชายแดนพื้นที่สูงทุรกันดารการคมนาคมเข้าถึงลำบาก ควรกำหนดแผนการออกไปปฏิบัติงานในชุมชนทุก 2-3 เดือน นอกจากจัดหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการนอกสถานที่แล้ว เจ้าหน้าที่จะต้องมีการประสานความร่วมมือจากบุคคล องค์กรในชุมชนด้วยทั้งยังต้องเรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อประชาชน เช่นพื้นที่ชาวเขา ชนกลุ่มน้อย กลุ่มใช้ภาษาถิ่น การเข้าไปปฏิบัติงานต้องขอความร่วมมือจากผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา หมอผี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้ที่ชุมชนให้การเคารพนับถือการปฏิบัติจะประสบความสำเร็จได้ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่จะต้องประสานงานเพื่อขอความร่วมมือในการทำงาน

ให้บริการวัคซีนร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงเรียน ชุมชน กลุ่มแม่บ้าน ชมรมสุขภาพในชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; ชูชัย, 2552; ศิริลักษณ์, 2538)

### การจัดการความเสี่ยงด้านวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ

#### แนวคิดการจัดการความเสี่ยงด้านบริการวัคซีน

##### 1. ความหมายของการความเสี่ยงด้านบริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความเสี่ยงด้านบริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมกับกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี จากการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้งานให้บริการวัคซีนไม่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยวัดจากความครอบคลุมการให้บริการวัคซีนที่เหมาะสมตามเกณฑ์อายุของกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ดังกล่าวไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90.00 (ประเสริฐและคณะ, 2547; พงศ์โพยม, 2550; สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2552; อนุวัฒน์, 2543)

สรุปความเสี่ยงด้านการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง โอกาสที่จะประสบความล้มเหลว จากการให้บริการวัคซีนไม่ครอบคลุมในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กดังกล่าว

##### 2. ประเภทความเสี่ยงในสถานบริการสาธารณสุข

การแบ่งประเภทความเสี่ยงในสถานบริการสาธารณสุขเช่น โรงพยาบาล/หน่วยบริการปฐมภูมินั้นสามารถแบ่งได้ดังนี้ (ขันทอง, 2541; ทัดดาว, 2545; ทองสุกรี, 2543; ทรยศ, 2533; นฤมล, 2550; ประเสริฐและคณะ, 2547; รุ่ง, 2548; ศิริลักษณ์, 2542; สิทธิศักดิ์, 2544; อาภา, 2533)

##### 2.1 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้รับบริการ

ผู้รับบริการคือกลุ่มเป้าหมายที่จะให้วัคซีน โดยเฉพาะเด็ก 0-5 ปี สามารถแยกได้ดังนี้ (1) ด้านกายภาพประกอบด้วย การบาดเจ็บ อุบัติเหตุจากการหกล้ม ตกเตียง การติดเชื้อในโรงพยาบาล/หน่วยบริการปฐมภูมิ (2) ด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ความไม่เป็นส่วนตัว เกิดความอับอาย หรือถูกทำร้ายด้านจิตใจจากบุคลากร (3) ด้านสังคมประกอบด้วย การถูกเปิดเผยความลับ การถูกละเมิดสิทธิผู้ป่วย การสูญเสียรายได้จากการนอนโรงพยาบาล หรือเงินทอง/ทรัพย์สินเกิดการ

สูญหาย (4) ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การได้รับปฏิบัติที่ผิดบทบัญญัติทางศาสนาหรือความเชื่อ ผิดๆ (5) ด้านการให้บริการเช่นการจ่ายยาผิดคน เป็นต้น

2.2 ความเสี่ยงที่เกิดกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถแยกได้ดังนี้ (1) ด้านกายภาพประกอบด้วย การติดเชื้อในโรงพยาบาล/สถานบริการ การบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน การเจ็บป่วยจากงานที่ทำ ถูกทำร้ายร่างกาย จากการก่อการร้ายที่สร้างความสูญเสียต่อบุคลากร (2) ด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ความไม่เป็นส่วนตัว ถูกทำร้ายทางคำพูด การทำให้อับอาย หรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ (3) ด้านสังคม เช่น การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย การถูกยึดใบประกอบโรคศิลปะ การเสื่อมเสียชื่อเสียง ทรัพย์สินสูญหาย (4) ด้านจิตวิญญาณ การได้รับการปฏิบัติที่ผิดๆ มาในอดีต การปฏิบัติที่ผิดบทบัญญัติทางศาสนาหรือมีความเชื่อผิดๆ การไม่รับผิดชอบหรือตั้งใจทำงาน

2.3 ความเสี่ยงที่เกิดกับสถานบริการ โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถแยกได้ดังนี้ (1) การสูญหายหรือทรัพย์สินเสียหาย (2) การเสื่อมเสียชื่อเสียงหรือภาพลักษณ์ของสถานบริการที่ได้สั่งสมความมีชื่อเสียงความไว้วางใจจากที่ผ่านมามานั้นชื่อเสียงจึงกลายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ (3) การเสื่อมสภาพของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ก่อนเวลาอันสมควร (4) ขาดเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน เครื่องมืออุปกรณ์ใช้การไม่ได้อย่างกะทันหัน (5) การทำผิดทางกฎหมาย (6) การถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย (7) การเกิดไฟไหม้ น้ำท่วมของโรงพยาบาล หรือสถานบริการ (8) การติดเชื้อในสถานพยาบาล/หน่วยบริการ เช่น การทิ้งขยะติดเชื้อปนกับขยะมูลฝอยธรรมดา (9) ความเพียงพอของแสงสว่าง อากาศถ่ายเทสะดวก สะอาด ความเพียงพอของน้ำดื่ม น้ำใช้ ห้องน้ำสะอาด สภาพห้องให้บริการปราศจากเสียงรบกวน กลิ่นเหม็นอูณหภูมิ (10) ความเสี่ยงทางการเงินเกิดจากความไม่พร้อมในเรื่องงบประมาณ การเงิน ความผิดพลาดจากการเบิกจ่าย สภาพคล่องทางการเงิน (11) มีขั้นตอนการทำงานไม่เหมาะสม ค่าใช้จ่ายผิดพลาด ขาดข้อมูลสนับสนุน

2.4 ความเสี่ยงที่เกิดกับชุมชนเป็นความเสี่ยงจากการดำเนินงานที่ขาดความร่วมมือจากชุมชน ในการให้บริการของสถานบริการ โรงพยาบาล/หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถแยกได้ดังนี้ (1) ความเสี่ยงจากการจัดการกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม (2) ความเสี่ยงจากการทำลายสภาพสิ่งแวดล้อม ทักษะนิยภาพของสถานบริการในพื้นที่ ที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชน

สรุปความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากระบบบริการและเกี่ยวโยงไปถึงชุมชนที่หน่วยบริการปฐมภูมิควรให้ความสำคัญ โดยทีมสุขภาพหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องทราบโดยการค้นหาความเสี่ยงจาก 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย (1) การค้นหาความเสี่ยงจากผู้รับบริการ (2) การค้นหาความเสี่ยงจากผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(3) การค้นหาความเสี่ยงภายในหน่วยงานบริการปฐมภูมิในงานการให้บริการวัคซีนโดยเฉพาะในเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี และ (4) การค้นหาความเสี่ยงที่กระทบกับชุมชนจากระบบให้บริการวัคซีน ทั้งนี้ เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ เป็นปัจจุบัน สำหรับใช้ประกอบในการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนใน โอกาสต่อไป

### 3 จุดมุ่งหมายของการจัดการความเสี่ยง

สำหรับจุดมุ่งหมายของการจัดการความเสี่ยง มีหลายประการที่สำคัญดังนี้ (จุฑา และคณะ, 2548; ชัยเสฏฐ์, 2550; นฤมล, 2550; ประเสริฐ, 2547; อนุวัฒน์, 2543) (1) การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) คือการหยุดหรือเปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่เป็นความเสี่ยง เช่น สูดิแพทย์ยุติการทำคลอดเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในหญิงคลอดบางราย งคทำขึ้นตอนที่ไม่ว่าจำเป็น ปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานใหม่ การปรับโครงการใหม่ให้เหมาะสม ปรับระยะเวลาการปฏิบัติงานให้เหมาะสม การที่หน่วยบริการปฐมภูมิส่งต่อเด็กที่มีปัญหาพบแพทย์ก่อนให้บริการเป็นต้น (2) การโอนความเสี่ยง (risk transference) เป็นการมอบหมายให้บุคคลหรือองค์กรอื่นมาทำหน้าที่แทน เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปเอกซเรย์นอกสถานที่นั้น จัดเป็นการผ่อนถ่ายความเสี่ยงจากการวินิจฉัยผิดพลาดได้ (3) การป้องกันความเสี่ยง (risk prevention) คือการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุสร้างความเสียหาย เช่น การป้องกันอาคารของโดยใช้วัสดุทนไฟ หรือการฝึกซ้อมการป้องกันอัคคีภัย (4) การลด/ควบคุมความเสี่ยง (risk reduction/control) คือการมีแผนปฏิบัติหลังจากเกิดการสูญเสียขึ้นแล้วเพื่อลดโอกาสความสูญเสีย ลดความรุนแรง (Loss Control) เช่น การสอบสวนอาการหลังได้รับวัคซีน การบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์ทุกขั้นตอนเพื่อลดภาระการชดใช้ การบันทึกข้อมูลที่ตรงไปตรงมาเพื่อลดการเสียชื่อเสียง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือประสบปัญหาจากการให้บริการวัคซีน ด้วยความเอาใจใส่ดูแลจรรยาบรรณ การออกแบบระบบควบคุมที่เหมาะสม การแก้ไขปรับปรุงการทำงานเพื่อป้องกันหรือจำกัดผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเสียหาย เช่น การติดตั้งอุปกรณ์ความปลอดภัย การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะ วางมาตรการเชิงรุก เป็นต้น และ (5) การยอมรับความเสี่ยง (risk acceptance) เป็นการยอมรับโดยมีการวางแผนรองรับความเสี่ยงไว้แล้ว

สรุปจุดมุ่งหมายของการจัดการความเสี่ยงคือการจัดการความเสี่ยงงานที่ปฏิบัติอยู่หรืองานในความรับผิดชอบให้หมดไปหรือมีความเสี่ยงเหลือน้อยที่สุดและยอมรับได้ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยงานหรือองค์กรดังกล่าวบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เช่นงานให้บริการวัคซีนในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปีในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กทุกคนในพื้นที่ที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 หากความครอบคลุมต่ำกว่าร้อยละ 90 ถือว่าหน่วยบริการปฐมภูมินั้นยังไม่สามารถจัดการความเสี่ยงงานบริการวัคซีนให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ได้ จึง

จำเป็นต้องหาวิธีจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งอาจจะใช้ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยงเช่น ค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการติดตามประเมินผล เป็นต้น

### การค้นหาและการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การค้นหาและการจัดการความเสี่ยงนั้นมีผู้ให้แนวคิดไว้หลายท่านซึ่งขั้นตอนการจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานต่าง ๆ นั้น มีการใช้ขั้นตอนที่แตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นกับความเหมาะสมและวัตถุประสงค์ของหน่วยงานนั้นๆ ในการใช้ขั้นตอนเพื่อจัดการความเสี่ยงของหน่วยงานเพื่อลดโอกาสและปริมาณความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและนำขั้นตอนแนวคิดการจัดการความเสี่ยงของนฤมล (2550) อนุวัฒน์ (2543) คณะกรรมการความปลอดภัยในการทำงานประเทศออสเตรเลีย (2009) และคณะกรรมการบริหารสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานประเทศอังกฤษ (2009) มาประยุกต์ใช้ในการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ มี 5 ขั้นตอน (1) การจัดตั้งทีมหรือผู้รับผิดชอบความเสี่ยงด้านให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ (2) การเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงจากปัญหาการให้บริการฉีดวัคซีน (3) การประเมินความเสี่ยงงานให้บริการวัคซีน (4) การจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม และ (5) การติดตามประเมินผล ซึ่งขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง 5 ขั้นตอนนี้นำมาใช้กับงานบริหารทรัพยากรสาธารณสุขทั้ง 4 ด้าน (1) ด้านความรู้เทคนิควิธีการ (2) ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ (3) ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร และ (4) ด้านการบริหารงบประมาณ (อุทัย, 2537) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1. ขั้นตอนการค้นหาและการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเป็นรายด้านประกอบด้วย 4 ด้าน โดยมีรายละเอียดของแต่ละด้าน ดังนี้

1.1 ด้านความรู้เทคนิควิธีการ แม้ว่าในหน่วยบริการปฐมภูมิจะมีการให้บริการวัคซีนครบวงจรมีมาตรฐาน มีคุณภาพกับประชาชนเพียงใดก็ตาม หน่วยบริการบางแห่งจะมีการให้บริการไม่ครบตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้เกิดความเสี่ยงขึ้นและมีผลกระทบต่อสุขภาพเด็กกลุ่มเป้าหมายได้ ฉะนั้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงหน่วยบริการจะต้องมีการค้นหาและจัดการความเสี่ยงดังกล่าวให้หมด โดยการปฏิบัติดังนี้คือ

1.1.1 การจัดตั้งทีมงานหรือผู้รับผิดชอบด้านความรู้เทคนิคการให้บริการวัคซีน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องวัคซีนแต่ยังไม่มีการจัดตั้งทีมรับผิดชอบงานบริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนใหญ่จะมีการจัดตั้งทีมสุขภาพต่างๆ ไปเท่านั้น ไม่เฉพาะเจาะจงขาดการทำงานเป็นทีมที่ชัดเจนและขาดการสนับสนุนพัฒนาทีมอย่างสม่ำเสมอ (วรัญญา, 2552)



ซึ่งการจัดตั้งทีมในหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องใช้เจ้าหน้าที่ของหน่วยปฐมภูมินั้นส่วนใหญ่จะประสบปัญหาอัตรากำลังคนไม่เพียงพอทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ได้ขอย้ายไปปฏิบัติงานต่างจังหวัดเนื่องจากความหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ความไม่สงบ พบว่าปี 2552 จังหวัดปัตตานีมีจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 3.71 คน/แห่ง (งานควบคุมโรค, 2552) จากบุคลากรไม่สอดคล้องกับภาระงานดังกล่าวทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานหนัก ภาระมาก เหนื่อย ไม่มีเวลาพัฒนาด้านอื่นๆ ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่าย เครียดจากงานที่ทำ ไม่พอใจในการทำงานส่งผลต่อผลผลิตของงานตกต่ำ (ชาญศักดิ์, 2547; Robbin, 2001) ความเหนื่อยล้า และภาระงานมากทำให้ความยึดมั่นผูกพันต่อหน่วยบริการปฐมภูมิลดลง ส่งผลให้บุคลากรลาออก โอน ย้ายทำให้เกิดภาวะขาดแคลนมากขึ้น (รำภาภรณ์, 2549) สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเพียงพอจะมีการจัดตั้งทีมสุขภาพขึ้นโดย มีหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นประธานและบุคลากรทุกคนเป็นกรรมการส่วนบุคคลภายนอกเช่นคนผู้นำ ช่างราชการ ปราชญ์ชาวบ้าน ยังไม่มีหรือเข้าร่วมเป็นกรรมการ ได้แก่การวางแผน การจัดระบบ การบังคับบัญชา การอำนวยความสะดวก นิเทศติดตาม การควบคุมกำกับ และการติดตามประเมินผล (กองสาธารณสุขสุภูมิภาค, 2542; กัญญา, 2537; สุกัญญา, 2548)

1.1.2 การค้นหาความเสี่ยง เช่นติดตามอาการภายหลังการรับวัคซีน ภายใน 1 เดือนเพื่อทราบจำนวนผู้ที่มีอาการและความรุนแรงจากการให้บริการวัคซีน (สำนักโรคติดต่อ, 2551) เด็กไม่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุส่งผลให้เกิดความเสี่ยงกับสุขภาพเด็กได้จึงควรมีการติดตามเด็กขาดการรับวัคซีนมากขึ้นซึ่งพัชโรบล (2535) ได้เสนอแนะแนวทางการเร่งรัดอัตราความครอบคลุมของการรับวัคซีนโดยใช้วิธีการติดตามผู้ที่ขาดการรับวัคซีน โดยการนัดเวลาและสถานที่ให้บริการวัคซีนที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรจะค้นหาความถี่ของการได้รับการอบรมความรู้ด้านวัคซีนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุจากการให้บริการวัคซีนเช่นเข็มตำ การมีขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการให้วัคซีน การแนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันอุบัติเหตุเช่นเด็กตกเตียง เข็มหัก เป็นต้น การจัดทำทะเบียนเด็กเกิดใหม่/ย้ายเข้ามาเป็นปัจจุบัน การประสานงานกับ อสม.ในการติดตามเด็กมารับวัคซีน การมีระบบลูกโซ่ความเย็นที่ได้มาตรฐาน สถานการณ์ความไม่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานเชิงรุกและไม่สามารถติดตามเด็กมารับวัคซีนได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; นันทา และคณะ, 2546; ประคิดและคณะ, 2548; พรเพ็ญ, 2538; ศิริลักษณ์, 2538; สุภัทร, 2547)

1.1.3 การประเมินความเสี่ยงงานให้บริการวัคซีนจากปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้บริการวัคซีน เช่นจำนวนเด็กป่วย และมีอาการรุนแรงหลังได้รับวัคซีน หรือความถี่ของอุณหภูมิผู้เย็นไม่ได้มาตรฐานและจำนวนวัคซีนที่สูญเสียไปจากอุณหภูมิไม่ได้มาตรฐานดังกล่าว เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อมูลความถี่และความรุนแรงของปัญหาที่ได้รับรวบรวมมาแล้วนำมา

จัดลำดับปัญหา และเลือกแก้ปัญหาจากลำดับที่มีความสำคัญมากที่สุด เร่งด่วน และมีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยเป็นลำดับแรก (ชัยเสฏฐ์, 2550; ประเสริฐ และคณะ, 2547; อนุวัฒน์, 2543)

1.1.4 การจัดการความเสี่ยง โดยเลือกแก้ปัญหาตามลำดับก่อนหลังที่ต่อเนื่องจากการประเมินความเสี่ยงมาก่อน สำหรับแก้ปัญหาความเสี่ยงงานให้บริการวัคซีนที่เหมาะสม เช่นปัญหาจากสถานการณ์ความปลอดภัย โดยการงดออกปฏิบัติงานเชิงรุกงานบริการวัคซีนในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงโดยให้อสม. ซึ่งเป็นคนในพื้นที่ช่วยติดตามเด็กมารับวัคซีนแทนเจ้าหน้าที่ (พงศเทพอมร สุวัฒน์ และสุภัทร, 2550) โดยวิธีเน้นการตั้งรับในหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพให้มากขึ้น เช่นเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีการอบรมพัฒนา อสม. โดยการอบรมอสม. ใหม่และฟื้นฟู อสม.เก่าในเรื่องวัคซีนเพื่อให้มีความรู้เพิ่มขึ้นพร้อมทั้งแนะนำผู้ปกครองได้ถูกต้อง วางแผนการปฏิบัติงานเชิงรุกในบางพื้นที่ร่วมกับผู้นำชุมชน โดยการออกให้บริการวัคซีนตามเวลาและสถานที่ที่เหมาะสม ลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็นที่เกิดความเสี่ยง เปลี่ยนเวลาให้บริการที่เหมาะสมกับพื้นที่ แต่งชุดสุภาพแทนชุดเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดบริการที่ประทับใจ สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ มีความจริงใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน หากมีความจำเป็นต้องออกไปในพื้นที่ต้องใช้รถยนต์เท่านั้นห้ามใช้รถมอเตอร์ไซด์ (กันยา, 2537; ประเสริฐและคณะ, 2547; รอชาติ, 2548; สุภัทร, 2547; สมนึกและคณะ, 2547)

1.1.5 มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้บริการวัคซีน ซึ่งเจ้าหน้าที่สามารถประเมินผลงานทุกเดือนโดยไม่ต้องรอเป็นรายงวด 3 เดือน 4 เดือน 6 เดือน หรือรายปีเพื่อจะได้ทราบปัญหาโดยเร็ว และหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม มีความยืดหยุ่นปรับให้เหมาะสมกับสภาพสิ่งแวดล้อม โดยทุกคนช่วยกันเพื่อให้การทำงานสำเร็จได้ลุล่วงตามวัตถุประสงค์ (กลุ่มงานควบคุมโรค, 2553; กระทรวงสาธารณสุข, 2538; ศิริลักษณ์, 2538)

1.2 ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1.2.1 การจัดตั้งทีมร่วมผู้รับผิดชอบในการจัดหา ดูแลวัสดุอุปกรณ์งานบริการวัคซีนให้อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานอยู่เสมอทั้งปริมาณและคุณภาพ และที่ผ่านมามีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน โดยเฉพาะ ยังขาดความรู้การจัดเก็บและการดูแลคุณภาพวัคซีนอย่างต่อเนื่อง (กลุ่มงานควบคุมโรค, 2553; กรมควบคุมโรค, 2551)

1.2.2 การค้นหาความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการวัคซีนเช่นการชำรุด เสื่อมคุณภาพ ข้อจำกัดในด้านสถานที่ที่เหมาะสมเช่นสถานที่คับแคบไม่มีที่สำหรับทำมุมพัฒนาการเด็ก (สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังแบบแปลนเดิมเมื่อประมาณ 25 ปีที่ผ่านมาและยังไม่ได้สร้างทดแทน) การค้นหาความเสี่ยงวัคซีนในระบบลูกโซ่

ความเย็นเช่นการบันทึกอุณหภูมิตู้เย็นแช่ เย็น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมคุณภาพวัคซีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอมอร์, พอพิศ, และสิริศักดิ์ (2543) ได้ศึกษางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2520–2542 พบว่าระบบลูกโซ่ความเย็นที่มีประสิทธิภาพนั้น เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญด้านคุณภาพของวัคซีน หากนำวัคซีนที่มีคุณภาพมาให้บริการแล้ว จะสามารถป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนได้ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องค้นหาการวิธีการบรรจุไอซ์แพ็คในกระติกวัคซีนที่ถูกต้อง การปรับอุณหภูมิตู้เย็นให้อยู่ในอุณหภูมิ 2-8 °C การหาข้อมูลสถิติวัคซีนขาดสต็อกไม่เพียงพอที่ผ่านมา ความสมบูรณ์ของการบันทึกบัญชีรับจ่ายวัคซีน การจัดให้มีระบบวัคซีนหมดอายุก่อนอยู่ด้านนอกวัคซีนหมดอายุหลังอยู่ด้านใน (First Expire First Out–FEFO) มีปริมาณวัคซีนมากเกินไปใช้ไม่หมดภายใน 1-2 เดือนและหมดอายุก่อนใช้หมด การจัดเก็บวัคซีนแต่ละชนิดไม่ถูกต้อง ส่วนวัสดุอื่น ๆ มีมากเกิน 3 เดือนและหมดอายุก่อนใช้ การมีคู่มือการปฏิบัติงานด้านวัคซีน การมีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กทุกครั้งทุกคนอย่างถูกต้อง (สมุดสีชมพู) (กลุ่มงานควบคุมโรค, 2553; กรมควบคุมโรค, 2547; ยุพดี, 2538; เอมอร์และคณะ, 2549)

1.2.3 การประเมินความเสี่ยงจากจำนวนครั้งที่วัสดุอุปกรณ์หมดอายุก่อนใช้และความสูญเสียเป็นงบประมาณ หรือจำนวนครั้งที่การจัดเก็บวัคซีนผิดพลาดและทำให้วัคซีนเสื่อมคุณภาพหากนำมาใช้จะเกิดผลข้างเคียงอย่างน้อยเพียงใด เป็นต้น ซึ่งเป็นการนำข้อมูลด้านความถี่และความรุนแรงของปัญหาที่ได้รวบรวมมาได้แล้วจัดทำเป็นตารางเมตริกซ์ของความถี่/ความน่าจะเป็นจากปัญหา และความรุนแรง/ผลกระทบ แล้วนำมาจัดลำดับปัญหา และเลือกแก้ปัญหาจากลำดับที่มีความสำคัญมากที่สุด เร่งด่วน และมีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยเป็นลำดับแรก (ชัยเสฏฐ์, 2550; ประเสริฐ และคณะ, 2547; อนุวัฒน์, 2543) การสร้างตารางเมตริกซ์นี้จะช่วยให้ผู้บริหรมองเห็นภาพรวมขององค์กร แหล่งความเสี่ยงที่ระบุจะส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆ ขององค์กรมากน้อยเพียงใดตามลำดับ และผลกระทบต่อองค์กรในแต่ละด้านมีที่มาของความเสี่ยงใดบ้างตามลำดับ (นฤมล, 2550)

1.2.4 การจัดการแก้ปัญหาความเสี่ยงด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์อย่างเหมาะสม เช่นมีแผนจัดการวัคซีนที่ตีกรณีไฟฟ้าดับฉุกเฉินเกิน 3 ชั่วโมง นอกจากควรมีการสำรองวัสดุอุปกรณ์กรณีฉุกเฉิน มีการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อจากการให้บริการวัคซีนที่ถูกต้อง เช่นการส่งไปเผาในเตาเผาของโรงพยาบาลคู่สัญญา (CUP) มีการเก็บวัคซีนหลังใช้ไว้ให้มิดชิดในตู้เย็นนาน 1 สัปดาห์เพื่อดูอาการเด็กหลังให้วัคซีนหากไม่มีรายงานผู้ป่วยเกิดขึ้นหรือไม่มีการระงับใช้ก็เอาไปกำจัดในขั้นต่อไป มีการสอบเทียบอุณหภูมิตู้เย็นอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จัดอบรมพัฒนาความรู้ระบบลูกโซ่ความเย็นแก่หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; กรมควบคุมโรค, 2547; สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2550)

1.2.5 การติดตามประเมินผลงานบริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิปีละ 1 ครั้งและจากข้อมูลจังหวัดปัตตานีโดยกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (2553) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิจากการนิเทศงานบริการวัคซีนจากหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ เนื่องมาจากสถานการณ์ความไม่สงบ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องไม่สามารถออกนิเทศงานบริการวัคซีนได้ ประกอบกับเจ้าหน้าที่มีภาระงานมากทำให้มีเวลาว่างในการนิเทศงานไม่พร้อม การขาดการนิเทศงานของหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าวอาจจะกันทำให้เกิดความเสี่ยงกับหน่วยบริการปฐมภูมิได้ เนื่องจากขาดการแนะนำที่ถูกต้องและปัญหาบางอย่างไม่สามารถแก้ปัญหาได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่สามารถแก้ปัญหาได้ในระดับหน่วยงานที่สูงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; วรรณิกา, 2551; กรมควบคุมโรค, 2547)

### 1.3 ด้านการบริหารพัฒนาคุณภาพบุคลากร

ดังที่กล่าวแล้วว่าบุคลากรสาธารณสุขคือผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการให้บริการด้านสุขภาพผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ และสำหรับพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีปัญหาเรื้อรังในเรื่องการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในทุกวิชาชีพ มีการโยกย้ายจากชนบทเข้าสู่เมืองและจากเมืองในพื้นที่เสี่ยงสูงสู่จังหวัดอื่น (อมร สุวัฒน์ และสุภัทร, 2548) ทำให้เกิดปัญหาจำนวนบุคลากรไม่สมดุลกับภาระงาน (ชาญศักดิ์, 2547) เมื่อมีเจ้าหน้าที่ที่ย้ายออกไปงานก็จะหนักขึ้นคนที่เหลืออยู่ก็ถือว่าโหดร้ายที่ต้องแบกรับภาระไปและพบว่าบุคลากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์และความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและครอบครัวมากแต่คนที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือประชาชนในพื้นที่ และในพื้นที่จังหวัดปัตตานีมีจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2547 เฉลี่ย 3.43, 3.50 และ 3.20 คนตามลำดับ (อมรและคณะ, 2548) และในปีงบประมาณ 2552 พบว่ามีเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เฉลี่ย 3.71 คนต่อแห่ง (กลุ่มงานควบคุมโรค, 2552) การขาดแคลนบุคลากรส่งผลให้เจ้าหน้าที่ทำงานหนักมากขึ้น การทำงานอาจจะไม่ครอบคลุมและขาดคุณภาพได้โดยเฉพาะงานให้บริการวัคซีนแล้วนับว่ามีความเสี่ยงสูงทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กโดยตรง ความเสี่ยงด้านพัฒนาบุคลากร มีดังนี้

1.3.1 การจัดตั้งทีมสร้างทีมสุขภาพหรือผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการให้บริการวัคซีน ควรมีการขาดการแบ่งงาน แบ่งพื้นที่รับผิดชอบอย่างเหมาะสม และทีมสุขภาพได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (จักรพรรดิ, 2549; วิสัย, 2547; วรรณิกา, 2552)

1.3.2 การค้นหาความเสี่ยงที่เกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เช่น ด้านอุบัติเหตุของมีคมจากการปฏิบัติงานเช่นถูกเข็มฉีดยาตำขณะปฏิบัติงาน ทำให้เสี่ยงต่อการติด

เชื้อด้านระบบน้ำเหลืองและเลือดได้ เช่น เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี หรือเชื้ออื่นๆ ที่ติดต่อได้ทางเลือด การได้รับการอบรมงานให้บริการวัคซีน มีการปรับปรุงพัฒนาตัวเอง การรับผิดชอบเอาใจใส่ต่องาน การรู้ระบบหลักป้องกันการติดเชื้อ ต้องคำนึงถึงความสะดวกเป็นขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะการล้างมืออย่างถูกวิธีก่อนและหลังการให้บริการวัคซีนทุกครั้ง (กองสุขาภิบาลอาหาร, 2552; สิริพิศักดิ์, 2544)

1) การค้นหาความเสี่ยงด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ด้านความปลอดภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะการทำงานเชิงรุกนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ การถูกทำร้ายทั้งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและทรัพย์สิน การฉีดวัคซีนผิดคน การบาดเจ็บจากเครื่องมือเครื่องใช้ การแปรผลจากอาการป่วยของเด็กผิดพลาด ติดเชื้อโรคจากการปฏิบัติงานบริการวัคซีน ถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากผู้ปกครองเด็ก ถูกยึดใบประกอบโรคศิลปะ การเสื่อมเสียชื่อเสียง การได้รับการปฏิบัติที่ผิดจากบทบัญญัติทางศาสนาหรือความเชื่อที่ผิด เจ้าหน้าที่ มีภาระงานมาก ความไม่เป็นส่วนตัว เจ้าหน้าที่ได้รับความอับอายหรือถูกละเมิดทางเพศ การได้รับการพัฒนาความรู้ประจำปีเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ ในการให้บริการวัคซีน (ทัตดาว, 2545; ทองสุก, 2543; สิริพิศักดิ์, 2544; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553; อาภา, 2533)

การให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมินั้น บางครั้งอาจจะทำให้เกิดความเสี่ยงถึงกับต้องเจ็บป่วยสาหัสได้ทั้งผู้รับบริการหรือผู้ให้บริการ หากได้รับความเสียหายดังกล่าว สามารถเรียกร้องขอรับเงินชดเชยค่าเสียหายได้ตามขั้นตอนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) นอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีปัญหาด้านไม่ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่จำเป็นต้องปิดทำการชั่วคราวได้อย่างเหมาะสมโดยต้องรายงานตามขั้นตอนการบังคับบัญชา ส่งผลให้โรงพยาบาลรับภาระการให้บริการแทนหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้นรวมถึงงานบริการวัคซีน (สุภัทร, 2547) และควรค้นหาความเสี่ยงด้านความปลอดภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ทั้งจำนวนครั้งและความรุนแรงตั้งแต่การได้รับผลกระทบเล็กน้อยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พิกัด ไปจนมากที่สุดคือเสียชีวิตของเจ้าหน้าที่ สำหรับใช้เป็นข้อมูลบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานเองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (สุวรรณณี และ ปฐมามาศ, 2547)

2) การค้นหาความเสี่ยงด้านผู้ปกครอง พบว่ามีผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เด็กได้รับวัคซีน ผู้ปกครองฐานะเศรษฐกิจยากจนต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่นและนำเด็กไปด้วยทำให้ไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนด การขาดความรู้ไม่เห็นความสำคัญของการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ (กลุ่มงานควบคุมโรค, 2553) การขาดความรู้ไม่เห็นความสำคัญของการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

ดังกล่าวกระทบต่อการรับบริการวัคซีนในเด็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชีระยุท (2549) กล่าวว่าเจ้าหน้าที่ควรส่งเสริมให้พ่อแม่ดูแลเอาใจใส่ลูกด้วยตนเอง โดยเจ้าหน้าที่เร่งสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ในผู้ปกครองให้เกิดการรับรู้ในกิจกรรมนโยบายสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อ ด้านความคิดเห็นและทัศนคติต่องานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และจากการศึกษาของนิตย์และวัชร (2542) พบว่าสาเหตุที่ประชาชนไม่นำบุตรหลานมารับบริการวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอในวันที่ณรงค์ให้บริการวัคซีนโปลิโอนั้นเนื่องมาจากผู้ปกครองมีความเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องพาเด็กไปรับวัคซีนเพราะว่าได้รับวัคซีนครบแล้ว และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ และ กาญจนานันท์ (2543) พบว่าสาเหตุผลการได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนได้แก่ผู้ปกครองจำวันฉีดไม่ได้เมื่อพ้นกำหนดแล้วจึงไม่พาเด็กไป ไม่ว่าง ไม่มีเวลาพาไป เสียเวลาคอยนานผู้ปกครองไม่เห็นประโยชน์ของวัคซีนและกลัวเด็กไม่สบาย

3) การค้นหาความเสี่ยงด้าน อสม. ซึ่งส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องวัคซีนจากเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์, พอพิศ, ไหมสาหระ, และศิวาภรณ์ (2531) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ผู้ปกครองไม่นำทารกมารับภูมิคุ้มกันโรค หรือได้รับแต่ไม่ครบถ้วน คือการขาดความความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคและวัคซีนป้องกันโรค เจ้าหน้าที่จึงได้ให้สุขศึกษา อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชโรบล (2535) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพาบุตรไปรับวัคซีนขึ้นพื้นฐานของมารดา หมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อย (ชาวจีนฮ่ออพยพ) และมีปัญหาในการเร่งรัดงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทมากที่สุดในการชี้แนะให้มารดาพาบุตรไปรับวัคซีนและผู้วิจัยได้เสนอแนะแนวทางการเร่งรัดอัตราความครอบคลุมของการรับวัคซีนโดยปรับปรุงกลวิธี รวมทั้งเน้นบทบาทการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเก็บข้อมูลเด็กเกิดใหม่ในพื้นที่ให้ครบถ้วนเพื่อแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไป

1.3.3 การประเมินความเสี่ยงด้านการบริหารพัฒนาคุณภาพบุคลากร เช่นจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถูกทำร้ายขณะปฏิบัติงานและความรุนแรงที่เกิดจากการถูกทำร้ายตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย บาดเจ็บมาก พิการและเสียชีวิต หรือจำนวนครั้งที่ไม่ได้เข้ารับการอบรมการพัฒนาความรู้ประจำปีและผลเสียหายจากการขาดความรู้ ทักษะจากโอกาสที่ไม่ได้รับการอบรม เป็นต้นแล้วนำปัญหาดังกล่าวมาจัดทำเป็นตารางเมตริกซ์ของความถี่/ความน่าจะเป็นจากปัญหา และความรุนแรง/ผลกระทบ แล้วเลือกแก้ไขปัญหาคือความเสี่ยงที่มีความถี่ในการเกิดความเสียหายมาก และผลกระทบสูงที่สร้างความเสียหายต่อองค์กร (ชัยเสฏฐ์, 2550; ประเสริฐ และคณะ, 2547; อนุวัฒน์, 2543)

### 1.3.4 การจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม ดังนี้

1) ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีการจัดการความเสี่ยงหลายวิธี เช่นการไกลเกลี่ยเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับประชากรและงานที่ทำจัดอบรมเพิ่มขีดความสามารถ นิเทศงานเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (จิตร อนุวัฒน์ สงวนสิน และเกียรติศักดิ์, 2543; จันทิมาและจันทร์เพ็ญ, 2546; วรัญญา, 2552) ส่งเสริมการให้ความรู้กับผู้ปกครองมากขึ้น และควรให้ความรู้กับผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาอันจะช่วยส่งเสริมให้การรับวัคซีนในเด็กมีความครอบคลุมมากขึ้น (ธีระยุทธ, 2549; บอโรเฮง, 2536) นอกจากนี้ควรมีการสร้างทีมงานสหวิชาชีพหรือทีมสุขภาพรับผิดชอบงานบริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งขงยุทธ (2546) กล่าวว่า การสร้างทีมงานเป็นการจัดการด้านพลังของกลุ่มคนที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน ทำงานร่วมกันเพื่อให้ถึงจุดมุ่งหมายโดยตระหนักถึงความรู้สึกนึกคิดและจิตใจของสมาชิกผู้ร่วมทีมก่อให้เกิดพลังผูกพันรับผิดชอบร่วมกัน มีทิศทางการทำงานเดียวกัน มีการตัดสินใจร่วมกัน พฤติกรรมเช่นนี้ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคลากรและองค์การ โดยภาพรวมทำให้งานดีมีคุณภาพเพิ่มผลผลิตของงาน ลดความขัดแย้งในองค์การ รัฐบาลทบทวนหน้าที่ของตนเอง ปลุกฝังความรับผิดชอบ สร้างมิตรสัมพันธ์ มีความคิดสร้างสรรค์ ส่วนด้านความไม่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ควรมีการประสานงาน และทำงานร่วมกันในพื้นที่มากขึ้นทั้งภาคประชาชน ภาคราชการ เพื่อลดความหวาดระแวง นอกจากนี้เจ้าหน้าที่จะต้องติดตามข่าวสารเหตุการณ์ที่เกิดภัยคุกคามต่อชีวิต เพื่อการปรับตัว สำหรับวางแผนการใช้พาหนะ เส้นทาง ตลอดจนเวลาในการเดินทาง ไปทำงานที่เหมาะสมในแต่ละวัน การจัดทำขั้นตอนการให้บริการวัคซีนที่ชัดเจนเพื่อลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ลดเวลาบริการให้น้อยลง และบริการยังได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ การระดมความคิดเห็นการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน การจัดอบรมงานบริหารความเสี่ยงจากการให้บริการวัคซีนให้เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และการอบรมความรู้การป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงาน การรักษาความสะอาด สุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อสร้างสุขนิสัยที่ดีเช่นการล้างมือที่ถูกต้องตามขั้นตอนทั้งก่อนและหลังให้บริการวัคซีนทุกครั้ง (กองสุขภาพิบาลอาหาร, 2552; คณะทำงานวางแผนทางการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และคณะทำงานสังเคราะห์มาตรการในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการสาธารณสุข, 2535; ชูชัย, 2552; อะเกื้อ, 2548)

2) ด้าน อสม. ซึ่งเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดการความเสี่ยงได้ โดยการอบรม อสม.ใหม่และพัฒนาศักยภาพ อสม.เก่า ในเรื่องวัคซีนเพื่อให้มีความรู้เพิ่มขึ้น พร้อมทั้งแนะนำผู้ปกครองในพื้นที่ได้ถูกต้อง นอกจากนี้ อสม.ในสามจังหวัดชายแดนภาคได้ยังได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยได้รับการอบรมฟื้นฟูและเพิ่มศักยภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 8,679 คน (หมู่บ้านละ 3 คน) ในเรื่องการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ

เบื้องต้นเพื่อช่วยทีมสหวิชาชีพในการให้บริการผู้ได้รับผลกระทบในพื้นที่ และพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็น อสม. ผู้เชี่ยวชาญ (ซูเปอร์ อสม.) จำนวน 148 คน (37 อำเภอๆละ 2 ตำบลๆ ละ 2 คน) เน้นการทำงานเป็นทีมและพัฒนางานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ ส่วนเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมและทราบเวลาเดินทางที่ปลอดภัยในการปฏิบัติงานจากหน่วยงานด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้อง เช่นฝ่ายทหาร ตำรวจ (สุภัทร, 2551)

1.3.5 การติดตามประเมินผล โดยเฉพาะงานบริการวัคซีนที่กำหนดให้มีการประเมินผลรายเดือนทุกเดือน รายงวดทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ฉะนั้นเพื่อความเหมาะสมและทันเหตุการณ์เจ้าหน้าที่ควรจะต้องการประเมินการปฏิบัติงานทุกเดือน เพื่อทราบความก้าวหน้าควรและปรับปรุงแผนงานให้เหมาะสม โดยเฉพาะที่ผ่านมาด้านความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าผู้บริหารมาเยี่ยมให้กำลังใจ และรับทราบข้อมูลในพื้นที่เป็นระยะๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; สุภัทร, 2551)

#### 1.4 ด้านการบริหารงบประมาณงานให้บริการวัคซีน

ในระบบการให้บริการวัคซีนนั้นมิงงบประมาณสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกหน่วยบริการปฐมภูมิที่สามารถนำมาใช้ได้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการ ได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพทั้ง 4 ด้านคือด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านป้องกันโรคและควบคุมโรค ด้านรักษาพยาบาล และด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่มีความเสี่ยงจากการบริหารงบประมาณอยู่เช่นกันซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1.4.1 การจัดตั้งทีมที่รับผิดชอบด้านการบริหารงบประมาณงานให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าส่วนใหญ่จะให้หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ ซึ่งมีความเสี่ยงอยู่ในด้านความรู้ เนื่องจากหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้จบการศึกษาทางด้านการเงินและบัญชีมาโดยตรง ผนวกกับมีระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณที่มีรายละเอียดมากกว่าทำให้เกิดความเสี่ยงจากสภาพคล่องทางการเงิน จึงไม่ค่อยมีใครอยากทำงานหรือรับผิดชอบด้านการเงินในหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.4.2 การค้นหาความเสี่ยงจากการใช้เงินเช่นจำนวนครั้ง ข้อผิดพลาด ขั้นตอนเบิกจ่ายยุ่งยาก มีระเบียบการเบิกจ่ายมาก ขาดข้อมูลการอบรมความรู้ด้านการบริหารงบประมาณของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ขาดหนังสือคู่มือเกี่ยวกับระเบียบการใช้จ่ายเงินบำรุงในหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ระเบียบการสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยงานภายนอกจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) /เทศบาลในการนำมาแก้ไขปัญหางานบริการวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่ได้ การเขียนโครงการแก้ไขปัญหางานบริการวัคซีนโดยใช้งบประมาณประจำปีของหน่วยงาน ขาดการสนับสนุนงบประมาณตามระยะเวลาจากสำนักงาน



หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/งบประมาณจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) ขาดการนิเทศติดตามการใช้งบประมาณตามโครงการ การใช้งบประมาณไม่มีความยืดหยุ่น การใช้งบประมาณแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่จากงบสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) ไม่เป็นไปตามปัญหาที่ต้องการของชุมชน ขาดการตรวจสอบการใช้จ่ายเงินตามแผนงาน โครงการ

1.4.3 การประเมินความเสี่ยงการใช้งบประมาณเช่นจำนวนครั้งของความผิดพลาดที่เกิดจากการคิดหรือใส่ตัวเลขผิดพลาด และผลกระทบของความผิดพลาดนั้นหรือจำนวนโครงการสำเร็จเสร็จช้าจากขั้นตอนการใช้งบประมาณที่มีความยุ่งยากและผลกระทบต่อประชาชนเกิดจากความล่าช้าของโครงการในการใช้งบประมาณตามแผนงาน/โครงการนั้น เป็นต้น แล้วนำปัญหาดังกล่าวมาจัดทำเป็นตารางเมตริกซ์ของความถี่/ความน่าจะเป็นจากปัญหา และ ความรุนแรง/ผลกระทบ แล้วเลือกแก้ไขปัญหาคือความเสี่ยงที่มีความถี่ในการเกิดความถี่มาก และผลกระทบสูงที่สร้างความเสียหายต่อองค์กร (ชัยเสถียร, 2550; ประเสริฐ และคณะ, 2547; อนุวัฒน์, 2543)

1.4.4 การจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมด้านงบประมาณในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งสามารถแก้ปัญหาได้ใช้งบประมาณแก้ไขปัญหายาสาธารณสุขในพื้นที่จากเงินอุดหนุนสำหรับสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่จัดสรรให้กับหมู่บ้านผ่านเทศบาลหรือองค์กร บริหารส่วนตำบลทั่วประเทศทุกหมู่บ้านๆ ละ 10,000 บาท เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) เงินงบประมาณของหน่วยบริการปฐมภูมิเอง เช่นเงินบำรุงของหน่วยบริการปฐมภูมิ เงินช่วยเหลือนอกหน่วยงาน เช่นจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือสำนักงานเทศบาล] หรือได้รับการบริจาคหรือช่วยเหลือจากประชาชน องค์กรเอกชนต่างๆ รวมถึงการระดมทุนจากชุมชน โดยต้องคำนึงถึงการใช้งบประมาณที่ถูกต้อง มีหลักเกณฑ์ ตามระเบียบการใช้งบประมาณ มีการวางแผนการใช้จ่ายเงิน ควบคุม กำกับการใช้งบประมาณ โดยคำนึงถึงหลักประหยัด ประสิทธิภาพ (อนุชา, 2548; วินัย และคณะ, 2553) ซึ่งทีมสุขภาพจะต้องมีความตระหนักเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการบริหารงบประมาณที่ดีคือ ประหยัด ประสิทธิภาพ ความเสมอภาค ชัดเจนเข้าใจง่าย มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ เปิดเผยให้แก่สาธารณสุขชนได้ ยืดหยุ่นได้ตามความจำเป็น คาดการณ์ไกล(คิดและคาดคะเนไว้ล่วงหน้า) และวางแผนควบคุมกำกับ (ชูชัย และคณะ, 2552; บุญญา, 2550; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2551)

นอกจากนี้หากหน่วยงานต้องการพัฒนาการบริหารงบประมาณที่ถูกต้อง เหมาะสมแล้ว ควรเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึก

ปฏิบัติการใช้งบประมาณได้ถูกต้อง โดยเชิญวิทยากรจากหน่วยงานภายนอกหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาบรรยายให้ความรู้ จัดแบ่งงานให้เหมาะสมชัดเจน ปรับปรุงระเบียบที่เอื้อต่อการใช้งบประมาณ หักหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ จัดหาคู่มือ/ระเบียบการใช้งบประมาณในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ สอบถามผู้มีความรู้ การสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น (กองสาธารณสุขสุขภูมิภาค, 2542; ประเสริฐ, 2547; อภรณ์, 2550)

1.4.5 การติดตามประเมินผลการบริการงบประมาณ เช่นการติดตามการใช้งบประมาณอย่างสม่ำเสมอตามแผนงานโครงการของหน่วยบริการปฐมภูมิจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อทราบปัญหาและแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; วินัย และคณะ, 2553)

สรุปการแก้ปัญหาคือความเสี่ยงในหน่วยงานหรือองค์กรนั้นมีความสำคัญมากตั้งแต่หน่วยงานเล็กๆ ในระดับท้องถิ่นที่มีผู้ปฏิบัติงานอยู่น้อยจนถึงหน่วยงานที่มีขนาดใหญ่เช่นระดับชาติที่มีผู้ปฏิบัติงานเป็นจำนวนมาก เพราะความเสี่ยงเป็นสิ่งคุกคามที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเสียหายทำให้การดำเนินงานล้มเหลว ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ฉะนั้นทุกคนในหน่วยงานหรือองค์กรจะต้องร่วมแรงร่วมใจ ร่วมค้นหา และร่วมแก้ไขปัญหามาจากความเสี่ยงให้หมดไป ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถทำให้ความเสี่ยงหมดไปได้หมดก็ตาม แต่ความเสี่ยงที่เหลือนั้นจะต้องเหลือน้อยที่สุดที่องค์กรยอมรับได้ ต้องไม่สร้างความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และไม่เป็นภัยคุกคามในการพัฒนาของหน่วยงานหรือองค์กรนั้นอีกต่อไป

*การให้ความสำคัญและการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ*

ความสำคัญในการให้บริการวัคซีนคือการจัดบริการวัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในหน่วยบริการสาธารณสุข ในปัจจุบันมีความสำคัญมากที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะต้องทราบความสำคัญของวัคซีนเป็นพื้นฐาน ตลอดจนประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับ เนื่องจากวัคซีนเป็นชีววัตถุที่ผลิตขึ้นเพื่อใช้กระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันโดยวัคซีนที่ใช้อยู่ในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550; สิริลักษณ์, 2538) ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ที่ออกซอยด์ (Toxoid) ทำจากพิษ (Toxin) ของเชื้อแบคทีเรียไม่ได้เกิดจากแบคทีเรียโดยตรง ผลิตโดยนำพิษของแบคทีเรียมาทำให้สิ้นพิษแต่ยังสามารถกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันได้เช่นวัคซีนคอตีบ บาดทะยัก โดยเมื่อฉีดที่ออกซอยด์แล้วจะมีไข้ หรือปฏิกิริยาเฉพาะที่เล็กน้อย หากเคยฉีดมาแล้วหลายครั้ง หรือร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงอยู่ก่อนแล้ว อาจเกิดปฏิกิริยามากขึ้นทำให้มีอาการบวม แดง เจ็บบริเวณที่ฉีดและมีไข้ได้ กลุ่มที่ 2 วัคซีน

ชนิดเชื้อตาย (inactivated vaccine หรือ killed vaccine) มี 2 กลุ่มได้แก่ (1) วัคซีนที่ทำจากแบคทีเรียหรือไวรัสทั้งตัวที่ทำให้ตายแล้ว (whole cell vaccine หรือ whole virion vaccine) โดยวัคซีนที่ทำจากเชื้อแบคทีเรีย มักทำให้เกิดปฏิกิริยาบริเวณที่ฉีดบางครั้งอาจมีไข้ร่วมด้วยหลังฉีด 3-4 ชั่วโมง คงอยู่ประมาณ 1 วันบางครั้งอาจอยู่นานถึง 3 วัน เช่น วัคซีนไอกรน อหิวาตกโรคชนิดฉีด วัคซีนพิษสุนัขบ้า ตับบอกอักเสบ ไข่มองอักเสบ เจ็ชชนิดน้ำ (2) วัคซีนที่ทำจากบางส่วนของแบคทีเรียหรือไวรัสที่เกี่ยวข้องกับการสร้างภูมิคุ้มกัน (subunit vaccine) มักมีปฏิกิริยาน้อยหลังฉีด เช่น วัคซีนตับบอกอักเสบ ไข่มองอักเสบ ไอกรนชนิดไร้เซลล์ ทัยฟอยด์ชนิดไวโวลิว วัคซีนนิวโมคอคคัส และกลุ่มที่ 3 วัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (live attenuated vaccine) ทำจากเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่แต่ทำให้ฤทธิ์อ่อนลงแล้ว เช่น วัคซีนโปลิโอชนิดรับประทาน วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน วัคซีนอีสุกอีใส วัคซีนวัณโรค ทัยฟอยด์ชนิดรับประทาน วัคซีนกลุ่มนี้เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะยังไม่มีปฏิกิริยาทันที เช่น วัคซีนหัด จะทำให้เกิดอาการไข้ได้ประมาณ วันที่ 5 - 12 หลังฉีด

นอกจากนี้ความสำคัญการให้บริการวัคซีนจะไม่ได้ผลถ้าร่างกายมีภูมิคุ้มกันเดิมอยู่บ้าง เช่น การได้รับอิมมูโนโกลบูลินอาจขัดขวางการออกฤทธิ์ของวัคซีน การให้วัคซีนกลุ่มนี้แก่ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือผู้ที่รับยาหรือสารกดภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือผู้ที่ได้รับยาหรือสารกดภูมิคุ้มกันจะต้องระมัดระวัง เพราะอาจมีอันตรายได้ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550)

ความสำคัญการบริหารวัคซีนในปัจจุบัน สามารถให้วัคซีนในกลุ่มเป้าหมายได้ 5 วิธีที่สำคัญคือ (1) การกิน (oral route) ใช้กระตุ้นภูมิคุ้มกันเฉพาะที่ในลำไส้ นอกเหนือจากในเลือดได้ เช่น วัคซีนโปลิโอ วัคซีนไข้ไทฟอยด์ชนิดกิน (2) การฉีดเข้าในหนัง (intradermal หรือ intracutaneous route) เช่น วัคซีน BCG โดยผู้ให้บริการใช้เทคนิคการฉีดคือการแทงเข็มให้ปลายเข็มขึ้นทำมุม 0-15 องศา กับผิวหนังให้ปลายเข็มขึ้นแล้วค่อยๆ ฉีดเข้าไปในชั้นตื้นสุดของชั้นผิวหนัง ซึ่งจะมีตุ่มนูนในลักษณะคล้ายเปลือกผิวส้มปรากฏขึ้นทันที ไม่ฉีดลึกมากเกินไปจะไม่เห็นตุ่มนูนทันทีให้ถอนเข็ม ออกแล้วฉีดวัคซีนเข้าไปในหนังบริเวณใกล้เคียงกัน โดยฉีดเข้าในหนัง ให้เป็นตุ่มนูนขึ้น และที่สำคัญคือ ควรใช้เข็มขนาด 26, 27, 29 ยาว ½ นิ้ว การฉีดวิธีนี้ทำให้แอนติเจนเข้าไปทางระบบน้ำเหลืองได้ดี สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เป็นสื่อได้ดี เช่น วัคซีนวัณโรค วัคซีนพิษสุนัขบ้า การฉีดวัคซีนในทารกแรกเกิดควรฉีดที่ต้นแขนเพื่อให้สามารถตรวจสอบผลได้ง่าย ไม่ควรฉีดที่สะโพกเพราะอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากอยู่ใกล้ผ้าอ้อม ซึ่งอาจเป็นอูจจากระ ปัสสาวะได้และตรวจสอบผลได้ไม่สะดวกเท่าบริเวณต้นแขน (3) การฉีดเข้าใต้หนัง (subcutaneous route) ควรใช้เข็มขนาด 26 G ยาว ½ นิ้ว การฉีดให้ตั้งเข็มทำมุม 45-90 องศา กับผิวหนัง มักจะใช้กับวัคซีนที่ไม่ต้องการให้มีการดูดซึมเร็วเกินไป เพราะอาจเกิดปฏิกิริยารุนแรง เช่น วัคซีนรวมหัด คางทูม หัดเยอรมัน วัคซีน ไทฟอยด์ ไข่มองอักเสบเจี อีสุกอีใส ในเด็กเล็กควรฉีด

บริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าก่อนไปทางด้านนอก ส่วนในเด็กโตและผู้ใหญ่ควรฉีดที่ต้นแขน (4) การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular route) ใช้สำหรับวัคซีนที่ต้องการให้ดูดซึมเร็วสำหรับเด็กเล็ก ควรฉีดบริเวณกล้ามเนื้อต้นขา ส่วนเด็กโตและผู้ใหญ่ควรฉีดหัวไหล่ ไม่ควรฉีดกล้ามเนื้อสะโพก โดยการตั้งเข็มทำมุมฉากกับผิวหนังการฉีดเข้ากล้ามเนื้อควรฉีดบริเวณต้นแขนในเด็กโตและผู้ใหญ่ และบริเวณกึ่งกลางของต้นขาด้านหน้าก่อนข้างไปด้านนอกในเด็กเล็กเพราะมีการดูดซึมวัคซีนได้เร็ว เนื่องจากบริเวณนี้มีไขมันไม่มาก มีเลือดมาเลี้ยงมาก นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของแขน ขาทำให้ดูดซึมดีขึ้น ไม่แนะนำให้ฉีดบริเวณสะโพกเพราะอาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทไซเอติก (sciatic nerve) หรือเกิดการบวมเฉพาะที่จนไปกดเส้นประสาทไซเอติก นอกจากนี้บริเวณนี้มีไขมันมากอาจทำให้ฉีดเข้าไม่ถึงกล้ามเนื้อ และ (5) การพันทางจมูก เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ชนิดพ่นจมูก (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550; โอพาร และคณะ, 2548)

#### 1. หลักการสำคัญในการให้บริการวัคซีนในเด็ก

เพื่อป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีหลักการให้บริการที่สำคัญ ดังนี้ (กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2547; กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2547; สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550)

1.1 ให้วัคซีนหลายชนิดพร้อมกันในวันเดียวกันได้ แต่ต้องให้ต่างตำแหน่งกัน เช่น ฉีดที่แขนคนละข้าง

1.2 ห้ามนำวัคซีนต่างชนิดมาผสมรวมกันในกระบอกฉีดยาเดียวกัน

1.3 วัคซีนไวรัสชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ สามารถให้พร้อมกันได้หลายชนิดในวันเดียวกัน ซึ่งจะสร้างภูมิคุ้มกันได้ดี หากไม่ได้พร้อมกันในวันเดียวกัน ควรเว้นช่วงห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน มิฉะนั้นวัคซีนที่ให้ภายหลังกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ไม่ดี ทั้งนี้ยกเว้นวัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดรับประทาน จะห่างจากวัคซีนอื่นที่วันก็ได้ ส่วนวัคซีนชนิดเชื้อตายสามารถให้พร้อมหรือหลังจากให้วัคซีนชนิดอื่นๆ ก็วันก็ได้ ข้อควรพิจารณาในการใช้วัคซีนเชื้อเป็น ไม่ควรฉีดให้กับหญิงมีครรภ์ เพราะอาจมีผลกระทบต่อทารกได้ ผู้ที่มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ไม่ควรฉีดวัคซีนเชื้อเป็นเพราะอาจเป็นโรคและรุนแรงถึงชีวิตได้ ความบกพร่องนี้อาจมาแต่กำเนิดหรือจากยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ เป็นต้น

1.4 ผู้ที่ได้รับภูมิโนโกลบูลิน พลาสมา หรือเลือด ในระยะยังไม่ถึงสามเดือนไม่ควรได้รับวัคซีนไวรัสเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ เช่น วัคซีนหัด วัคซีนรวมหัด คางทูม หัดเยอรมัน เพราะแอนติบอดีที่ได้รับมาจะต้านเชื้อในวัคซีน ทำให้วัคซีนไม่สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดี กรณีที่ได้รับภูมิโนโกลบูลิน พลาสมา หรือเลือดภายในสองสัปดาห์หลังจากได้รับวัคซีนหัด หรือวัคซีนรวมหัด คางทูม หัดเยอรมัน จะต้องฉีดวัคซีนนี้ซ้ำอีกภายในสามเดือนต่อมา เพราะแอนติบอดีที่

ได้รับจะไปทำลายแอนติเจน ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ที่ได้รับไปก่อนหน้านั้น การให้อิมมูโน โกลบูลิน ร่วมกับวัคซีนชนิดเชื้อตาย เช่น วัคซีนบาดทะยัก วัคซีนพิษสุนัขบ้า หรือวัคซีนตับอักเสบบีนั้น สามารถให้ได้โดยไม่มีปัญหา แต่ควรที่แขนคนละข้าง

1.5 วัคซีนที่ต้องให้หลายครั้งการให้วัคซีนห่างเกินกว่ากำหนดไม่ได้ทำให้ภูมิคุ้มกันเกิดน้อยลง ในทางตรงข้ามการฉีดวัคซีนเร็วกว่ากำหนดอาจทำให้ภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นน้อยลง หรืออยู่ไม่นานเท่าที่ควร ดังนั้น หากเด็กมารับวัคซีนเลยกำหนดนัด สามารถให้วัคซีนครั้งต่อไปได้ โดยไม่ต้องนับหนึ่งใหม่ และไม่ควรรีให้วัคซีนก่อนกำหนดที่แนะนำในตาราง

1.6 ผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นหวัด ไอ หรือไข้ต่ำๆ สามารถรับวัคซีนได้ แต่ผู้ที่มีไข้สูงควรเลื่อนการรับวัคซีนจนกว่าจะหายไข้ ควรให้วัคซีนตามขนาดที่แนะนำไว้เท่านั้น โดยทั่วไปแนะนำให้วัคซีนแก่เด็กในกลุ่มอายุน้อยที่สุดที่เริ่มมีความเสี่ยงต่อโรค และสามารถสร้างภูมิคุ้มกันหลังจากได้รับวัคซีนนั้นได้

1.7 การแพ้วัคซีน เช่น บวมบริเวณที่ฉีด หรือเป็นปฏิกิริยาทั่วร่างกาย เช่น ลมพิษขึ้น จนหายใจลำบาก หรือช็อก สำหรับคนที่เคยแพ้ไข่แบบแพ้รุนแรง หรือมีลมพิษไม่ควรให้วัคซีนที่ผลิตโดยใช้ไข่ เช่น วัคซีนไข้วัดใหญ่ และวัคซีนไข้วเหลือง ส่วนวัคซีนหัด และวัคซีนที่รวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน สามารถให้ได้เพราะ โอกาสที่จะเกิดการแพ้แบบรุนแรงมีน้อยมากและทำนายไม่ได้ด้วยการทดสอบผิวหนัง วัคซีนโปลิโอ หัด และวัคซีนรวมหัด คางทูม หัดเยอรมัน มียาปฏิชีวนะผสมอยู่คือ นิโอมัยซิน คนที่เคยแพ้ นิโอมัยซินแบบช็อกรุนแรงไม่ควรให้วัคซีนกลุ่มนี้ แต่ถ้าเคยแพ้ไม่รุนแรง สามารถให้วัคซีนเหล่านี้ได้

1.8 วัคซีนไอกรนชนิดที่ทำจากแบคทีเรียทั้งเซลล์หรือชนิดไร้เซลล์ ซึ่งผสมอยู่กับวัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก วัคซีนทั้งสองชนิดนี้มีประสิทธิภาพไม่ต่างกัน แต่วัคซีนไอกรนที่ผสมอยู่กับวัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยักชนิดที่ทำจากแบคทีเรียทั้งเซลล์ (DTwP) นั้นจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงมากกว่าวัคซีนไอกรนที่ผสมอยู่กับวัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยักชนิดที่ทำจากแบคทีเรียไร้เซลล์ (DTaP) ส่วนเด็กที่เคยได้รับวัคซีนไอกรนที่ผสมอยู่กับวัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยักชนิดที่ทำจากแบคทีเรียทั้งเซลล์แล้วมีไข้สูงมากกว่า 40.5 °C หรือมีอาการชัก หรือ กรีดร้องนานเกินกว่า 3 ชั่วโมงหรือมีภาวะตัวอ่อนและไม่ตอบสนองไม่ควรให้วัคซีนไอกรน ควรให้วัคซีนที่มีส่วนผสมของคอตีบและบาดทะยัก (DT) แทนถ้าหากเด็กอายุเกิน 7 ปี ควรให้วัคซีนที่มีส่วนผสมของคอตีบและบาดทะยัก (dT) หรือเด็กที่เจริญเติบโตช้าสามารถได้รับวัคซีนไอกรนได้

1.9 เด็กที่มีประวัติชักเวลามีไข้ และเด็กที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคลมชัก สามารถให้วัคซีนได้ แต่ควรให้ยาลดไข้ หลังได้รับวัคซีน อาการไข้จากวัคซีนรวมไอกรน คอตีบ บาดทะยัก (DTP) มักจะเกิดได้หลังฉีดและอาจเป็นอยู่นาน 1-2 วัน หรือมีอาการทางสมอง

ภายใน 7 วัน จึงไม่ควรให้วัคซีนป้องกันโรค ไอกรนชนิดทำจากแบคทีเรียทั้งเซลล์ในครั้งต่อไป ส่วนอาการไข้จากวัคซีนหัด หรือวัคซีนรวมหัด คางทูม หัดเยอรมัน จะเกิดในวันที่ 5-12 หลังฉีด และเป็นอยู่นาน 1-2 วัน เช่นกัน

1.10 ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ควรให้วัคซีนเหมือนเด็กที่คลอดครบกำหนด ไม่จำเป็นต้องลดขนาดวัคซีน ทั้งนี้ยกเว้นกรณีการให้วัคซีนตับอักเสบบีในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม จะตอบสนองต่อวัคซีนตับอักเสบบีไม่ดีเท่าเด็กที่คลอดครบกำหนด และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 ได้กำหนดไว้ในแผนงานการโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในแม่ที่มาฝากครรภ์แล้วตรวจเลือดพบว่าเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg +ve) เด็กที่เกิดมาจะต้องให้วัคซีนตับอักเสบบีเดี่ยวเมื่อเด็กแรกเกิดและเมื่ออายุครบ 1 เดือน หลังจากนั้นและให้วัคซีนรวมคอตีบ ไอกรน บาดทะยักและตับอักเสบบี (DTP-HB) เมื่ออายุ 2, 4 และ 6 เดือนรวมได้รับวัคซีนตับอักเสบบีจำนวน 5 ครั้ง (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2552)

1.11 ทารกที่ยังไม่แข็งแรงยังไม่ควรเริ่มฉีดวัคซีนถ้าทารกยังไม่ได้รับการดูแลในหน่วยบริบาลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาล ยังไม่ควรให้วัคซีนมีชีวิต โปлио และวัณโรค เพราะอาจทำให้เชื้อติดต่อไปยังเด็กที่อยู่ในหน่วยเดียวกันได้

1.12 หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ไม่ควรรับวัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ยกเว้นกรณีที่มีโอกาสติดเชื้อโรคสูง ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อมารดา หรือทารกในครรภ์ หญิงที่ได้วัคซีนหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์หรือเกิดตั้งครรภ์หลังจากได้รับวัคซีนไม่เกิน 3 เดือน ไม่ใช่ข้อบ่งชี้ในการทำแท้ง เพราะที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบันยังไม่มีเด็กคนใดเป็นโรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด

1.13 เด็กที่มีภูมิคุ้มกันผิดปกติ สามารถให้ที่ออกซอยด์ และวัคซีนชนิดเชื้อตายได้ ถึงแม้ว่าภูมิคุ้มกันจากวัคซีนจะเกิดขึ้นน้อยกว่าคนปกติ แต่อาจจะเพียงพอที่จะป้องกันโรคได้ สำหรับวัคซีนชนิดเป็นอ่อนฤทธิ์ไม่ควรให้ในเด็กที่มีภูมิคุ้มกันผิดปกติ ยกเว้นเฉพาะกลุ่มต่อไปนี้เด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวี ที่ยังไม่มีอาการ โรคเอดส์ และระดับเม็ดเลือด CD4 ปกติ สามารถให้วัคซีนเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ได้ทุกชนิด เด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวี ที่มีอาการแล้วไม่ควรให้วัคซีน BCG เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่มีอาการเต็มขั้น ที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่าร้อยละ 15 ไม่ควรให้วัคซีนหัด หรือวัคซีนรวมหัด คางทูม หัดเยอรมัน เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ถ้ามีอาการหรือระดับ CD4 ต่ำกว่าร้อยละ 25 ไม่ให้วัคซีน อีสุกอีใส เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งมีอาการ และไม่มีอาการ สามารถรับวัคซีนโปลิโอชนิดรับประทานได้ เด็กที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันแต่หยุดยาแล้วนานกว่า 3 เดือน สามารถรับวัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ได้ เด็กที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันแต่หยุดยาแล้วนานกว่า 2 มก./กก./วัน นานเกิน 2 สัปดาห์ หรือมีโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำไม่ควรให้วัคซีนไวรัสชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ เด็กที่มีภูมิคุ้มกันปกติที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันแต่หยุดยาแล้วนานกว่า 2

สัปดาห์ หรือได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ที่ออกฤทธิ์สั้น วันเว้นวัน ในขนาดต่ำหรือปานกลาง เป็นเวลานานหรือได้รับยาขนาดทดแทนฮอร์โมนของร่างกายในระดับปกติ อยู่เป็นประจำหรือใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดที่สามารถให้วัคซีนทุกชนิดรวมทั้งวัคซีนไวรัสเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์

1.14 ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องควรได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ และวัคซีนอีสุกอีใส เพื่อไม่ให้เป็นโรคดังกล่าว และแพร่เชื้อแก่ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องซึ่งจะป่วยรุนแรงได้ แต่ห้ามให้วัคซีนโปลิโอชนิดรับประทาน เพราะเชื้อจากวัคซีนในลำไส้อาจแพร่ไปยังผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องที่อยู่ในบ้านเดียวกัน และอาจเป็นอันตรายได้

1.15 วัคซีนทุกชนิดที่ต้องให้ซ้ำหลายครั้งในแต่ละครั้งสามารถให้วัคซีนต่างยี่ห้อหรือต่างผู้ผลิตได้เพราะมีส่วนประกอบไม่ต่างกันมาก ยกเว้นวัคซีน คอตีบ ไอกรน บาดทะยักชนิดไม่เต็มเซลล์ (DTaP) มีส่วนประกอบของวัคซีนไอกรนต่างกันมาก ในระหว่างวัคซีนที่ผลิตจากต่างบริษัทจึงควรใช้วัคซีนบริษัทเดียวกันให้ครบชุด 3 เข็มแรก แต่สำหรับเข็มที่ 4 กระตุ้นนั้นสามารถใช้ของบริษัทใดก็ได้ เนื่องจากในเด็กโตมีการตอบสนองต่อวัคซีนค่อนข้างดี

1.16 ในการให้วัคซีนต้องให้เข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาดปราศจากเชื้อ ควรใช้เข็มและกระบอกฉีดยาชนิดใช้ครั้งเดียวเพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อนเชื้อ ก่อนให้วัคซีนทุกครั้งต้องตรวจสอบวันหมดอายุข้างขวดหรือข้างหลอดก่อนเสมอ และควรบันทึกเลขที่วัคซีนไว้ทุกครั้ง

1.17 เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี(HIV)หรืออาจจะติดเชื้อ เอชไอวี สามารถให้วัคซีนโปลิโอชนิดกินหรือโปลิโอชนิดฉีดก็ได้

1.18 ปรับการใช้เทคนิคเพื่อลดความเจ็บปวด เช่น 1) Topical anesthetic technique โดยการใช้แรงกดตำแหน่งที่จะฉีดวัคซีนประมาณ 10 วินาที ก่อนการฉีดจะช่วยลดความเจ็บจากการฉีดวัคซีนได้ แต่ในปัจจุบันมีครีมซึ่งเป็นยาชาชนิดทา (เช่น 5%EMLA™) โดยให้ทาไว้ 30-60 นาทีก่อนฉีดวัคซีน พบว่าจะช่วยลดความเจ็บปวดจากการฉีดวัคซีนได้ โดยมีรายงานแสดงว่าครีมนี้ไม่รบกวนต่อการสร้างภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีน 2) วิธีการฉีดวัคซีนการแทงเข็มผ่านผิวหนังหรือการฉีด โดยใช้วิธี Z-track (ดึงผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังก่อนฉีดวัคซีนและปล่อยหลังจากถอนเข็ม) ซึ่งจะช่วยลดความเจ็บจากการฉีดวัคซีนได้ และอายุเกิน 18 เดือน การฉีดยาที่กล้ามเนื้อต้นแขน (deltoid) จะช่วยลดความเจ็บปวดเวลาเดินหรือวิ่งได้

1.19 เขย่าให้วัคซีนเข้ากันดีก่อน ควรเปลี่ยนเข็มทุกครั้ง ตามประวัติการแพ้หากมีประวัติการแพ้ต้องให้การระมัดระวังเป็นพิเศษ ทำให้ผู้มารับบริการสบายใจควรวินิจฉัยหรือนอนคิดถ้าทำได้ควรพักสังเกตอาการข้างเคียง 30 นาที ตำแหน่งที่ฉีด การเตรียมยาและอุปกรณ์ให้

พร้อมสำหรับการปฐมพยาบาล ก่อนฉีดวัคซีนทุกครั้งต้องดูเพื่อให้แน่ใจว่าเข็มไม่เข้าเส้นเลือด  
กรอกประวัติการฉีดวัคซีนทุกครั้งและแนะนำหลังฉีดวัคซีนแล้วไม่ควรออกกำลังกาย

1.20 ติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงซึ่งผู้ได้รับวัคซีนมีอาการเพียงเล็กน้อย  
หรือรุนแรงถึงขั้นเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ การเฝ้าระวังหาสาเหตุและป้องกัน จึงมีความสำคัญมาก

## 2 การเกิดอาการภายหลังได้รับวัคซีนในเด็ก

การผลิตวัคซีนที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ได้รับการพัฒนาจนถือว่ามีความปลอดภัยสูง  
สุดแต่อย่างไรก็ตามอาจมีบางคนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนบางชนิดได้  
โดยทั่วไปแล้วส่วนใหญ่ของผู้ที่มีอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะมีอาการไม่  
รุนแรง มีเพียงส่วนน้อยที่อาจมีอาการรุนแรงได้ ซึ่งสาเหตุของการเกิดอาการภายหลังได้รับวัคซีน  
สามารถแจกแจงได้ดังนี้ (ประกอบ, 2543; สำนักกระบวนวิชา, 2551; สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550;  
สำนักกระบวน กรรมควบคุมโรค, 2551)

2.1 เกิดจากปฏิกิริยาของวัคซีนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองในการสร้าง  
ภูมิคุ้มกันต่อวัคซีนนั้น ทำให้เกิดอาการเฉพาะที่ได้ซึ่งอาจจะมีอาการมากน้อยแล้วแต่บุคคลเช่น  
ปวด บวม แดงบริเวณที่ฉีด หรือเกิดอาการเกิดจากปฏิกิริยาต่อระบบอื่น พอสรุปผลข้างเคียง  
ภายหลังการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของวัคซีนแต่ละชนิดได้ดังนี้

2.1.1 วัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (DTP) ทำให้เกิดอาการไม่  
พึงประสงค์ดังนี้ (1) ทำให้เกิดอาการภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมง ในรายที่  
รุนแรงจะเกิดเร็ว ภายใน 10 นาทีที่นำไปสู่ภาวะโหลเวียนโลหิตล้มเหลว โดยเกิดขึ้นภายในไม่กี่นาที  
มีอาการ ดังนี้ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว หรือคลำไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ และ  
สติสัมปชัญญะและอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย กล้องเสียงหดรึ้นหรือบวม มีอาการทางผิวหนัง ผื่นคัน  
ลมพิษ บวมที่หน้าหรือทั้งตัว จึงต้องมีการรักษาอย่างรีบด่วน การช่วยเหลือให้ยาขยายหลอดลม  
(adrenaline 1:1000 ขนาด 0.01/ml/ kg IM ) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อคนละข้างกับที่ฉีดวัคซีน ส่งต่อ  
โรงพยาบาล (2) การแพ้ที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง หมายถึง โดยมีอาการอย่างน้อยหนึ่ง อาการ  
ที่เกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้หายใจมีเสียงวี๊ด (Wheezing) หายใจลำบาก จากหลอดลมหดรึ้น  
กล้องเสียงหดรึ้นหรือบวม อาการทางผิวหนังอย่างน้อยหนึ่งอาการดังนี้ ลมพิษ หน้าบวม  
บวมทั่วร่างกาย การรักษาหายได้เองหากมี รักษาตามอาการอื่นๆ (3) การแพ้ (Allergic Reaction)  
หมายถึง การแพ้ที่ไม่รุนแรงมาก ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับวัคซีน โดยมีอาการอย่าง  
น้อยหนึ่งอาการที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงดังต่อไปนี้ อาการทางผิวหนัง เช่น ผื่น ลมพิษ หายใจมี  
เสียงวี๊ด บวมที่หน้า หรือบวมทั่วไป การรักษาหายได้เอง (4) กลุ่มอาการที่มีไข้สูงเฉียบพลัน ร่วมกับ  
อาเจียน และถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ โดยเกิดภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค



และอาจทำให้เสียชีวิต ภายใน 24-48 ชั่วโมง วัคซีนคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยักชนิดทั้งเซลล์ (Whole cell) หลังฉีดแล้วจะมีอาการไข้หรืออาการอาการที่ไม่รุนแรงที่เกิดจากปฏิกิริยาของวัคซีนสูงถึงร้อยละ 50 ของผู้ที่ได้รับวัคซีนส่วนอาการที่รุนแรงจะพบได้น้อยหลังได้รับวัคซีน (5) โลหิตเป็นพิษ (Sepsis) มักเกิดภายใน 5 วันหลังได้รับวัคซีนมีการเจ็บป่วยรุนแรงเกิดขึ้นแบบฉับพลันอันเนื่องมาจากการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยมีผลการตรวจพบเชื้อแบคทีเรียในกระแสโลหิต (6) อาการร้องติดต่อกันนานอย่างน้อย 3 ชั่วโมงโดยไม่สามารถทำให้หยุดร้องได้ อาจมีเสียงกรีดร้องเป็นครั้งคราว เกิดจากวัคซีนที่มีส่วนผสมของ ไอกรนส่วนใหญ่จะหยุดร้อง ภายใน 1 วัน การให้ยาแก้ปวดอาจช่วยได้บ้าง (7) อาการหน้ามืดเป็นลมอาการที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันโดยทั่วไปภายใน 12 ชั่วโมง ภายหลังการฉีดวัคซีน เป็นเพียงชั่วคราวประมาณตั้งแต่ 1 นาที จนถึงหลายชั่วโมง พบในเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี และหายได้เอง ต้องมีอาการครบทั้ง 3 คืออาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง ซีดหรือเขียว หรือสังเกตหรือทำอะไรไม่ได้ (ในขณะที่เป็น) ส่วนใหญ่จะเป็นอยู่ระยะสั้น และหายได้เอง (7) ไข้ มีอาการไข้ โดยไม่พบสาเหตุอื่นร่วมด้วย อาจเป็นกรณีใดกรณีหนึ่งดังนี้ มีไข้สูง  $38.5^{\circ}\text{C}$  (วัดทางปาก) นานเกิน 3 วัน โดยวัดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีไข้สูง  $39.5^{\circ}\text{C}$  (วัดทางปาก) ตั้งแต่หนึ่งครั้งขึ้นไป (8) เกิดภายหลังการฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อที่สะโพกโดยฉีดผิดตำแหน่งไปถูกประสาทไซเอติกทำให้เกิดอาการ (Sciatic nerve Injury) กล้ามเนื้อขาข้างที่ฉีดอ่อนแรงปวดบริเวณกล้ามเนื้อ (gluteus) และปวดไปตามแนวประสาทขา มีการตอบสนองน้อยลงอาจมีกล้ามเนื้อลีบเล็กภายหลังเริ่มมีอาการ 40-60 วัน อาการกล้ามเนื้อลีบเล็กจะน้อยกว่าที่พบใน โปลิโอ ให้การรักษาตามอาการหลังทำกายภาพบำบัดจะกลับดีขึ้นได้ภายใน 3-9 เดือนเกิดภายหลังฉีดวัคซีนประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 5 วัน (9) อาการชัก (Seizures) ชักแบบทั้งตัว โดยไม่มีอาการหรืออาการแสดงทางระบบประสาทอื่นๆ แบ่งเป็นอาการชักร่วมกับมีไข้สูง (Febrile seizures) มากกว่าหรือเท่ากับ  $38.5^{\circ}\text{C}$  องศาเซลเซียส (วัดทางปาก) และชักโดยไม่มีไข้ (Afebrile Seizures) ส่วนใหญ่มักพบเป็นแบบมีไข้ด้วยการรักษาตามอาการ ให้ยาลดไข้เช็ดตัวบ่อยๆ อาจต้องให้ยาระงับชัก ในรายที่มีประวัติไข้สูงชัก อาจต้องให้ยาลดไข้ทันทีเมื่อฉีดวัคซีนเกิดจากวัคซีนไอกรนหลังฉีดไม่เกิน 2 วัน (10) อาการเฉพาะที่ที่รุนแรง (Severe Local Reaction) มีอาการแดง หรือบวมรอบๆ ตำแหน่งที่ฉีด ร่วมกับ สีภาวะอื่น อย่างน้อยหนึ่งอย่างดังต่อไปนี้บวมลามไปถึงข้อที่อยู่ใกล้ที่สุด ปวดบวมแดงนานเกิน 3 วันจำเป็นต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล มักมีอาการภายใน 5 วันมักเกิด 6-12 ชั่วโมงหลังฉีดถ้ามีภูมิคุ้มกันสูงมากอยู่แล้ว รักษาตามอาการ (11) ฝีไร้เชื้อบริเวณที่ฉีด (Sterile Abscess) เกิดเป็นรอยนูนหรือก้อนเป็นไตแข็งใต้ผิวหนังในตำแหน่งที่ฉีดวัคซีนหรือเซรุ่ม ไม่มีบวมแดงร้อน โดยรอบ ไม่มีไข้ เจาะไม่ได้หนองให้การจัดการความเสี่ยงดังกล่าวคือรักษาตามอาการอาจประคบน้ำอุ่นบริเวณที่เป็นไต (12) เกิดฝีมีเชื้อบริเวณที่ฉีด (Bacterial Abscess) ลักษณะเป็นรอยนูนหรือก้อนในตำแหน่งที่ฉีดวัคซีนหรือเซรุ่ม มีลักษณะนุ่มตรง

กลางเหมือนมีของเหลวภายในรอบๆ มีอาการบวมแดง ร้อน มักมีไข้และต่อมน้ำเหลืองโต เจาะได้หนองข้อมสีแกรมบวกหรือส่งเพาะเชื้อพบแบคทีเรีย ถ้ามีหนองจะทำให้มีอาการปวดการรักษาค่าฟีเปิดให้หนองออก และให้ยาปฏิชีวนะ

2.1.2 วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) หลังจากให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายแล้วอาจจะมีอาการได้ดังนี้ 1) เกิดอาการอัมพาตแบบกล้ามเนื้ออ่อนเป็ยกอย่างเฉียบพลัน (Acute flaccid paralysis (Vaccine Associated Paralytic Poliomyelitis : VAPP) ภายหลังจากได้รับวัคซีนโปลิโอแบบกิน (OPV) 4-30 วัน (2) เกิดอาการทางระบบประสาทผิดปกติภายหลังที่เริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงแล้ว 60 วันการรักษาตามอาการให้ทำกายภาพบำบัดเช่นเดียวกับผู้ป่วยโปลิโอ (3) อาการทางระบบประสาทผิดปกติมากอาจทำให้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

2.1.3 วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (Hepatitis-B) หลังจากให้บริการวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี แล้วกลุ่มเป้าหมายอาจจะมีอาการได้ดังนี้ กล้ามเนื้อแขนขาอัมพาต หรือกล้ามเนื้อแขนขาอัมพาตอ่อนแรงอย่างเฉียบพลัน อาการอ่อนแรงเป็นเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีไข้ ขณะที่เริ่มมีอาการอัมพาตมักเกิดภายใน 6 สัปดาห์ ให้การรักษาแบบประคับประคองต้องติดตามดูการหายใจ ปัจจุบันให้ IVIG ในการรักษา มักเกิดภายใน 6 สัปดาห์หลังได้รับวัคซีน

2.1.4 วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) หลังจากให้บริการวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมันกับกลุ่มเป้าหมายแล้ว อาจจะมีอาการดังนี้ (1) สมออักเสบ (Encephalitis) โดยมีอาการดังนี้ ไข้ มีอาการทางสมอง มึนงง สับสน ไม่รู้สึกตัว ชัก เกร็ง หรือ มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม การรักษาแบบประคับประคอง มักเกิดภายใน 30 วันหลังได้รับวัคซีน (2) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) ภาวะที่มีอาการไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง และอาจมีอาการทางสมอง เช่น ซึม มึนงง สับสน การรักษาแบบประคับประคอง มักเกิดภายใน 30 วันหลังได้รับวัคซีน (3) ไข้ มีอาการไข้ โดยไม่พบสาเหตุอื่นร่วมด้วย อาจเป็นกรณีใดกรณีหนึ่งดังนี้ มีไข้สูง 38.5 °C (วัดทางปาก) นานเกิน 3 วัน โดยวัดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีไข้สูง 39.5 °C (วัดทางปาก) ตั้งแต่หนึ่งครั้งขึ้นไป เกิดหลังได้วัคซีน 6-12 วัน การรักษาให้การรักษาตามอาการ (4) อาการปวดข้อ (Arthralgia) มีอาการปวดข้อเล็กๆที่อยู่ตามส่วนปลาย เช่น ข้อนิ้วมือนิ้วเท้า โดยไม่มีอาการข้อบวม/แดงอาจเป็นนานตั้งแต่ 10 วันขึ้นไป และหายเองภายใน 10 วัน มักเกิดภายใน 1-3 สัปดาห์หลังได้รับวัคซีน การจัดการความเสี่ยงดังกล่าวคือให้การรักษาตามอาการ

2.1.5 วัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) หลังจากให้บริการวัคซีนป้องกันวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายแล้วอาจจะมีอาการได้ดังนี้ 1) ภาวะที่มีการติดเชื้อและแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค ไปทั่วร่างกายและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อแบคทีเรีย (Mycobacterium bovis) สายพันธุ์ BCG เกิดขึ้นภายใน 1-12 เดือน หลังได้วัคซีนตรวจร่างกายพบต่อมน้ำเหลืองโต

ทั่วไปและอาจพบรอยโรคในอวัยวะต่างๆได้ ส่วนใหญ่พบในผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น HIV / AIDS 2) มีภาวะกระดูกอักเสบและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อแบคทีเรีย (*Mycobacterium bovis* สายพันธุ์ BCG 3) มีต่อมน้ำเหลืองอักเสบที่มีภาวะอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ต่อมน้ำเหลืองโตอย่างน้อย 1 ต่อม ขนาด 1.5 ซม. หรือมากกว่าหรือมีรูเปิดเชื่อมระหว่างผิวหนังและต่อมน้ำเหลืองที่อักเสบ มักเป็นข้างเดียวกับที่ฉีด (ส่วนใหญ่เป็นที่รักแร้) เกิดหลังได้รับวัคซีน BCG 2-6 เดือน ส่วนใหญ่หายได้เอง แต่อาจเป็นเวลาหลายเดือนการจัดการความเสี่ยงดังกล่าวคือ การรักษาไม่จำเป็นต้องให้ยารักษาวัณโรค

2.1.6 วัคซีนป้องกันโรคหัด (M) หลังจากให้บริการวัคซีนป้องกันโรคหัดในกลุ่มเป้าหมายแล้วอาจจะมีอาการได้ดังนี้ (1) อาการชัก มีการชักแบบทั้งตัวโดยไม่มีอาการหรืออาการแสดงทางระบบประสาทอื่นๆแบ่งเป็นอาการชักร่วมกับมีไข้สูง (Febrile seizures) มากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 °C (วัดทางปาก) ชักโดยไม่มีไข้ (Afebrile Seizures) มักเกิดภายใน 6-12 วันหลังได้รับวัคซีน ส่วนใหญ่มักพบเป็นแบบมีไข้ด้วย ให้การรักษาตามอาการ ให้ยาลดไข้เช็ดตัวบ่อยๆ อาจต้องให้ยาระงับชัก ในรายที่มีประวัติไข้สูงชัก อาจต้องให้ยาลดไข้ทันทีเมื่อฉีดวัคซีน (2) ไข้มีอาการไข้ โดยไม่พบสาเหตุอื่นร่วมด้วย อาจเป็นกรณีใดกรณีหนึ่งคือ มีไข้สูง 38.5 °C (วัดทางปาก) นานเกิน 3 วัน โดยวัดอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง มีไข้สูง 39.5 °C (วัดทางปาก) ตั้งแต่หนึ่งครั้งขึ้นไป ให้การรักษาตามอาการ ให้ยาพาราเซตามอล อาจให้หลังฉีดทันทีในรายที่เคยมีประวัติไข้สูงและชักมักเกิดภายใน 6-12 วันหลังได้รับวัคซีน (3) มีเกล็ดเลือดต่ำโดยต่ำกว่า 50,000 เซล/มล. และอาจพบอาการดังต่อไปนี้ มีจุดเลือด/รอยช้ำตามผิวหนัง มีอาการเลือดออก มักเกิดภายใน 2-5 สัปดาห์หลังได้รับวัคซีน ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรงและหายได้เอง มีบางรายอาจต้องให้สเตียรอยด์หรือให้เลือด

2.1.7 วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอี (JE) หลังจากให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอี ในกลุ่มเป้าหมายแล้วอาจจะมีอาการได้ดังนี้ (1) สมองอักเสบ (Encephalitis) ภาวะที่มีอาการดังนี้ ไข้ มีอาการทางสมอง มึนงง สับสน ไม่รู้สึกตัว ชักเกร็ง หรือ มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมมักเกิดภายใน 30 วันหลังได้รับวัคซีนการรักษาแบบประคับประคอง

## 2.2 เกิดจากบริหารจัดการวัคซีนผิดพลาด

พบว่าสาเหตุความผิดพลาดนั้นเกิดจากการเก็บ การขนส่ง การเตรียม และการฉีดวัคซีน โดยอาจจะเกิดอาการเพียงรายเดียวหรือเป็นกลุ่ม (Cluster) ซึ่งมักพบว่ามี ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทั้งผู้ให้ และผู้รับบริการ เช่นการได้รับวัคซีนจากขวดเดียวกันจากการ

เตรียมที่ไม่ถูกต้อง หรือมีเชื้อปนเปื้อนในวัคซีน หรือความผิดพลาดอาจมาจากวัคซีนหลายขวด ซึ่งอาจเกิดจากความบกพร่องของระบบลูกโซ่ความเย็นในการจัดเก็บหรือขนส่ง ดังนั้นผู้ให้บริการควรเตรียมการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับวัคซีนได้โดย (1) ปรับระบบการใช้วัคซีน เช่น ใช้น้ำยาตัวทำลายที่ให้มากับบริษัทผู้ผลิตเท่านั้น ไม่ใช่ต่างบริษัท (2) วัคซีนที่ละลายแล้วต้องทิ้งทุกครั้งหลังเปิดใช้งาน ในช่วงที่ให้บริการฉีดวัคซีนแต่ละครั้งห้ามเก็บไว้ใช้ต่อ (3) ไม่ควรเก็บยา หรือสารอื่นๆ ในตู้เย็นที่เก็บวัคซีน ในสถานบริการให้บริการวัคซีน (4) ใช้ระบบการสอบสวนทางระบาดวิทยาเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน (AEFI) ขึ้นเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อจะชี้ให้เห็นถึงสาเหตุและนำไปสู่การแก้ไขการปฏิบัติงานให้บริการวัคซีนที่ถูกต้อง

2.3 เกิดจากผู้ให้บริการ โดยคุณสมบัติผู้ให้บริการนั้นจะต้องประกอบด้วย การได้รับการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในด้านการบริหารจัดการวัคซีน เป็นผู้มีความรู้และเทคนิคการฉีดที่ถูกต้อง การขาดความรอบคอบในการถามประวัติผู้รับบริการบางคนอาจมีประวัติการแพ้มาก่อน ขาดการใช้หลักความสะอาดปราศจากเชื้อของวัสดุอุปกรณ์ในการฉีดวัคซีน การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการเก็บวัคซีนที่ถูกต้อง ไม่เข้าใจในหลักการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2.4 เกิดจากผู้รับบริการ วัคซีนเองประกอบด้วยอาการเป็นลมพบได้บ่อยในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก ซึ่งต้องวินิจฉัยแยกจากการแพ้ที่รุนแรงในเด็ก จึงต้องระวังอันตรายจากการล้มเมื่อเป็นลม ควรจัดให้นั่งขณะรับวัคซีน ความวิตกกังวล (Hyperventilation) อาจนำไปสู่อาการต่างๆ เช่น รู้สึกรู้สัวๆ มึน งง รู้สึกเจ็บๆ ซาแปล็บๆ รอบๆ ปากและปลายมือ มีการกลืนหายใจ อาจทำให้ไม่รู้สึกตัว หรือมีอาการเกร็ง กระตุกระยะสั้นๆ ได้ อาการไม่รู้สึกตัวจะดีขึ้นภายใน 2-3 นาที หลังให้ผู้ป่วยนอนราบ ในเด็กเล็กอาจจะมีหน้าแดงตามมาด้วยอาการเขียว และไม่รู้สึกตัว และจะหายใจเป็นปกติได้เอง อาการเป็นคล้ายๆ กัน (Mass hysteria) ที่อาจเกิดได้ในการให้วัคซีนแบบรวมรังค์ ถ้ามีการเห็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับคนที่ได้รับวัคซีนก่อน เช่น คนก่อนเป็นลม ชัก คนหลังจะเป็นตามบ้าง อายุผู้รับบริการเพราะวัคซีนบางชนิด เช่น วัคซีนไอกรน จะทำให้เกิดอาการแพ้บ่อยในเด็กโต จึงไม่ให้วัคซีนนี้ในเด็ก ที่อายุเกิน 6 ปี สุขภาพผู้รับบริการโดยทั่วไปจะให้วัคซีนกับผู้ที่มิสุขภาพดี ส่วนผู้ที่เจ็บป่วย หรือเป็นโรคติดเชื้อรุนแรงก็ไม่ควรให้วัคซีน หรือพิจารณางดการฉีดวัคซีนไว้ก่อน เด็กที่มีประวัติการแพ้ในการให้วัคซีนครั้งแรกเมื่อจะให้วัคซีนครั้งต่อไปต้องให้ด้วยความระมัดระวังพิเศษ

2.5. เกิดจากได้รับวัคซีนพร้อมกับการเกิดสภาวะหรือเหตุการณ์ร่วมอื่น โดยบังเอิญ (Coincidental events) เกิดขึ้น โดยไม่ได้มีสาเหตุจากวัคซีน หรือจากความผิดพลาดของการบริหารร่วมที่บังเอิญเกิดขึ้น ในช่วงเวลาหลังได้รับวัคซีนส่วนใหญ่กำหนดการได้รับวัคซีนในเด็กจะอยู่ในช่วงอายุขวบปีแรก โดยเฉพาะตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กมีโอกาสติด

เชื้อ หรือเจ็บป่วยจากสาเหตุอื่นๆ ได้บ่อย รวมทั้งอาจมีอาการจากภาวะผิดปกติจากกำเนิด หรือทางระบบประสาท ดังนั้นจึงมักจะเกิดสภาวะความเจ็บป่วยรวมถึงการเสียชีวิตที่เกิดขึ้น โดยบังเอิญใน ระยะที่ใกล้กับการได้รับวัคซีน ทำให้เข้าใจว่าวัคซีนเป็นต้นเหตุ

### 3. ปัญหาอุปสรรคการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการจัดการความเสี่ยงการ ให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับบุคคลสำคัญ 3 ด้านคือ ด้าน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้าน อสม.และ ด้านผู้ปกครองซึ่งแต่ละด้านมีรายละเอียดสำคัญ ดังนี้

#### ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

ปัญหาการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ มีดังนี้

##### 1. ขาดแคลนปริมาณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ ประชาชนทุกคนทุกกิจกรรม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ผู้ให้บริการอย่างเพียงพอตาม มาตรฐาน ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการ เช่นจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้การผลิตเจ้าหน้าที่ไม่ทันต่อจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น หรืออาจจะเนื่องมาจากเวลาที่ใช้ในการ อบรมเพื่อเตรียมเจ้าหน้าที่ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการผลิตสูง ขาดการวางแผนประสานงานด้าน กำลังคนตามความสำคัญและจำเป็น ขาดความร่วมมือระหว่างฝ่ายผลิตและฝ่ายผู้ใช้ เจ้าหน้าที่ผู้ ให้บริการ (สวิง, 2537) ซึ่งการมีสัดส่วนบุคลากรต่อจำนวนประชากรที่เหมาะสมเป็นปัจจัย สำคัญในการเพิ่มผลผลิตขององค์กร (Schermerhorn, et al, 2003) เพราะประชาชนที่ป่วยและไม่ป่วย จะมีความเกี่ยวข้องต่อการจัดระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความครอบคลุม (WHO, 2008) และพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีปัญหาขาดแคลนกำลังคนซึ่งข้อมูลจังหวัดปัตตานีมีอัตรา เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิต่ำเฉลี่ย 3.71 คน (กลุ่มงานควบคุมโรค, 2552) สอดคล้องกับ กระทรวงสาธารณสุข (2542) ที่กำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีบุคลากรปฏิบัติงาน 5 อัตราและ การศึกษาของวิทยา (2552) พบว่าจังหวัดสตูลขาดบุคลากรปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมากมี เพียง 1-3 คนต่อแห่งคิดเป็นร้อยละ 84.30 สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณญา (2552) พบว่าปัญหา ในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดพัทลุง คือการขาดอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการ ปฐมภูมิเฉลี่ย 3.58 คนต่อแห่ง และการศึกษาของศิริพงษ์ (2545) พบว่าปัญหาบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิจังหวัดพังงา คือจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ และกระทบต่อระบบบริการในหน่วย

บริการปฐมภูมิเป็นอย่างมากในการให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณิ และปฐมามาศ (2547) กล่าวว่าปัญหาขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขกระทบต่อผู้มารับบริการในพื้นที่สูงมากถึงร้อยละ 72.30

## 2. ปัญหาการจัดสรรบุคลากรปฏิบัติงานไม่ตรงกับความรูความสามารถ

ปัญหานี้จะเห็นได้จากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางประเภทได้อุทิศเวลาให้กับด้านบริหาร มากกว่าการให้บริการด้านสาธารณสุขอันเป็นหน้าที่หลัก ถึงแม้จะมีแนวโน้มของปัญหานี้จะลดลงก็ตาม แต่อัตราการเปลี่ยนแปลงก็ยังเป็นไปอย่างช้าๆ และการกระจายเจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆยังไม่ดีพอหรือไม่สมดุลกัน เช่นในระดับตำบลนั้นมีแต่เจ้าหน้าที่ไม่กี่ประเภท (สวิง, 2537) ซึ่งการศึกษาของวรรณัญญา (2552) พบว่าปัญหาในหน่วยบริการปฐมภูมิคือการจัดสรรบุคลากรไม่เหมาะสมตามกรอบตำแหน่ง เช่นการให้พยาบาลวิชาชีพทำงานทดแทนตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข และการศึกษาของ ศิริพงษ์ (2545) พบว่าปัญหาการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิคือการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสม

## 3. เจ้าหน้าที่ขาดการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ

การมีทีมสหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมินับว่ามีประโยชน์มากเพราะการสร้างทีมงาน (Team-building) เป็นการจัดการด้านพลังของกลุ่มคนที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน ทำงานร่วมกันเพื่อให้ถึงจุดมุ่งหมายโดยตระหนักถึงความรู้สึกนึกคิดและจิตใจของสมาชิกผู้ร่วมทีมก่อให้เกิดพลังผูกพันรับผิดชอบร่วมกัน มีทิศทางการทำงานเดียวกัน มีการตัดสินใจร่วมกัน พฤติกรรมเช่นนี้ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคลากรและองค์กร โดยภาพรวมทำให้งานดีมีคุณภาพเพิ่มผลผลิตของงานลดความขัดแย้งในองค์กร รู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง ปลุกฝังความรับผิดชอบ สร้างมิตรสัมพันธ์ มีความคิดสร้างสรรค์ (ยงยุทธ, 2546) และมีหน่วยบริการบางแห่งขาดการทำงานเป็นทีมจะส่งผลกระทบต่องานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ ซึ่งกลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข (2548) พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัญหาคือขาดการทำงานเป็นทีม และสอดคล้องกับบุญบา (2548) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิขาดการจัดทีมลงพื้นที่ไม่ครบทุกวิชาชีพและปัจจุบันการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เน้นการทำงานเป็นทีมมากขึ้น (ชูชัย และคณะ, 2552)

## 4. บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน

จากสถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ปะทุมาตั้งแต่ต้นปี 2547 และส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมาก มีสถานอนามัยในพื้นที่ห่างไกลหลายแห่งต้องปิดบริการเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ทำให้โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบมากขึ้น มีบุคลากรสาธารณสุขย้ายออก 64 คน บุคลากรที่คงอยู่ในพื้นที่ต่อไป อาจทำให้เกิดการขาดขวัญและกำลังใจ มีความเสี่ยงในชีวิตสูงขึ้น ภาระงานมากขึ้น ที่สำคัญในการปฏิบัติงานในภาวะวิกฤตต้องมีกำลังใจ

และความตั้งใจจริงของผู้ปฏิบัติงานเป็นหลัก เพราะหากใจอยู่กับงานทุกอย่างย่อมทำได้โดยไม่มีปัญหา นอกจากใจไม่อยู่กับงานหรือองค์กรแล้วมี恙อาการกระวนกระวายเพิ่มมากขึ้นจากปกติ (อมร และคณะ, 2548) และในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ก็กระทบถึงขวัญและกำลังใจอย่างมากและเป็นอยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณิ และศิริพร (2547) พบว่าพยาบาล 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ขาดขวัญและกำลังใจจากสภาพแวดล้อม ความไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงานสูงมากร้อยละ 97.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา (2552) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีปัญหาที่สำคัญอีกประการคือการขาดขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับบุษบา (2548) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน และกลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข (2548) พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัญหาด้านเจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจ

#### 5. ขาดความรู้เทคนิควิธีการให้บริการวัคซีน

เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องเป็นบุคคลที่กระตือรือร้นและสนใจ ขวนขวายหาความรู้อยู่ตลอดเวลาเพื่อการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะการให้บริการวัคซีน เช่น การศึกษาความครอบคลุมการให้บริการวัคซีนต่ำของสำนักโรคติดต่อทั่วไป (2547) โดยได้ทำการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนโปลิโอ พบว่าสาเหตุหลักคือเจ้าหน้าที่ขาดความรู้แนวทางปฏิบัติ จึงต้องมุ่งให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจให้เจ้าหน้าที่ให้ได้รับความรู้ในการกำหนดการให้วัคซีนตามช่วงอายุที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มากขึ้น การศึกษาของพอพิศ (2551) ถึงความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุครบ 1 ปีในภาพรวมของประเทศ พบว่าการที่ระยะห่างระหว่างเข็มน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด อาจทำให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไม่ดีเท่าที่ควร และกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (2553) พบว่าสาเหตุการขาดความรู้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่เปลี่ยนงานบ่อยหรือมีการโยกย้ายเพื่อความเหมาะสมและมีงานต้องดูแลหลายงาน นอกจากนี้เกิดจากการขาดทักษะการให้บริการวัคซีนที่มีประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจากการศึกษาของวัลลภา (2543) ที่ศึกษาประสิทธิภาพอัตราการเกิดรอยแผลเป็นจากการฉีดวัคซีน BCG ในเด็กแรกเกิด จนอายุครบ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดรอยแผลเป็นจากการฉีดวัคซีน BCG ในเด็กแรกเกิดโดยเด็กแรกเกิดในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฉีดวัคซีนจากผู้วิจัยที่ศึกษาและฝึกทักษะวิธีการฉีดที่มีประสิทธิภาพจะเกิดรอยแผลเป็นมากกว่าเด็กกลุ่มควบคุมที่ได้รับการฉีดจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยทั่วไป คือร้อยละ 95.56 และร้อยละ 70.97 ตามลำดับและมีความสำคัญในการที่ทำให้ทราบว่าถึงแม้เด็กจะได้รับการฉีดวัคซีน BCG ครบทุกคนแต่วัคซีนก็จะไม่เกิดประสิทธิภาพทุกคน ผลการศึกษาที่ได้นี้ใช้เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการ

ให้วัคซีนทุกคน ควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้วัคซีนที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อเชื้อวัณโรค

#### 6. ขาดการติดตามเด็กในชุมชนเพื่อการให้บริการวัคซีน

การติดตามเด็กซึ่งเด็กบางคนไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนดทำให้พลาดการรับวัคซีนและส่งผลให้เกิดความเสี่ยงกับสุขภาพเด็กจากการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน จึงเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิต้องติดตามหาสาเหตุและให้วัคซีนกับเด็กเหล่านั้น โดยประสานงานกับ อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาและพบผู้ปกครองโดยตรง หรือผ่านสื่อในหมู่บ้านพร้อมให้ความรู้สอดแทรกไปด้วย เช่น ผ่านหอกระจายข่าว วิทยุชุมชนหรือโปสเตอร์แผ่นพับ เป็นต้นเพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้ทราบประโยชน์และนำบุตรหลานมารับวัคซีนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของบอโรเฮง (2536) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากวิทยุโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ โปสเตอร์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนปัตตานีและการศึกษาของ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (2547) ซึ่งได้สำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีน โปлио พบว่าสาเหตุคือเจ้าหน้าที่ขาดการออกติดตามเด็กในพื้นที่ที่ขาดการได้รับวัคซีนตามระยะเวลากำหนด และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชโรบล (2535) ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพาบุตรไปรับวัคซีนขั้นพื้นฐานของมารดาหมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ คือการเสนอแนะให้มีการปรับปรุงด้านการติดตามผู้ที่ขาดการรับวัคซีน โดยการนัดเวลา และสถานที่ที่เหมาะสม

#### 7. เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก

การที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีปัญหาขาดแคลนกำลังคน ที่กระทบถึงเจ้าหน้าที่ที่เหลือต้องรับผิดชอบงานมากขึ้น ส่งผลกระทบถึงประสิทธิภาพงานบริการ ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (อมร สุวัฒน์ และสุภัทร, 2548) โดยเฉพาะงานให้บริการนอกหน่วยบริการปฐมภูมิเช่นการติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามเด็กรับบริการวัคซีน งานโภชนาการ เป็นต้นสอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา (2552) พบว่าจังหวัดสตูลขาดบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 84.30) และมีภาระงานมาก (ร้อยละ 75.90) และจากการศึกษาของสุวรรณภา (2548) พบว่าเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีภาระงานมากเกินไป

#### 8. ขาดการนัดให้บริการวัคซีนในครั้งต่อไปในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

การขาดการนัดหรือลืมนัดการให้บริการวัคซีนในครั้งต่อไปของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีผลต่อการได้รับวัคซีนครบของเด็กได้โดยตรง และเป็นความเสี่ยงจากการที่เด็กป่วยติดเชื้อได้ง่ายขึ้น และ ทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถรู้ได้ว่าจะนำเด็กมารับการให้บริการวัคซีน



ครั้งต่อไปอีกเมื่อใดทำให้พลาดการรับวัคซีนในเด็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ และ กาญจนาพันธุ์ (2543) พบว่าสาเหตุที่เด็กได้รับวัคซีน ไม่ครบคือเจ้าหน้าที่บริการไม่ดี เจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้นัดในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)

#### 9. ขาดการได้รับการนิเทศงานให้บริการวัคซีน

หลักการสำคัญของการนิเทศงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ การให้ความสำคัญในการพัฒนาคนให้มีความรู้ ความเข้าใจในการทำงาน มีความรู้สึกที่ดีต่องานที่รับผิดชอบ สนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยผ่านกระบวนการสังเกต พูดคุย ฟังสอน ให้กำลังใจ ตลอดจนมีการติดตามควบคุมกำกับและประเมินผลงานว่างานมีความก้าวหน้าไปมากน้อยเพียงใด ขณะเดียวกันก็ค้นหาอุปสรรคและหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม(กระทรวงสาธารณสุข, 2538) ซึ่ง ประพันธ์ (2548) ได้ศึกษาการประเมินการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผลการประเมินการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ครั้งนี้ทำให้ทราบถึงความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาและสนับสนุนการบริหารจัดการระบบลูกโซ่ความเย็นเพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการให้บริการวัคซีน และประสิทธิภาพในการดำเนินงานต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา และคณะ (2551) พบว่าเจ้าหน้าที่ขาดการนิเทศงานระบบลูกโซ่ความเย็นในสถานีอนามัย ร้อยละ 77.77 จึงควรเร่งการนิเทศงานระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนให้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (2553) พบว่าปัญหาคือขาดการนิเทศติดตามจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจังหวัดได้เน้นการนิเทศในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมต่ำกว่าร้อยละ 90 โดยประสานกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น

#### 10. ขาดการอบรมให้ความรู้ อสม. แม่บ้านหรือผู้เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิควรให้การอบรมและพัฒนาความรู้กับกลุ่ม อสม. ผู้นำกลุ่มต่างๆ ในชุมชน โดยเฉพาะงานบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวมีความรู้ และสามารถถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวไปยังกลุ่มบุคคลเป้าหมาย อายุต่างๆ ซึ่งอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนได้ ซึ่งนับได้ว่าเป็นการให้บริการด้านสุขภาพอีกช่องทางหนึ่งของระบบสุขภาพที่จะช่วยให้การบริการเข้าถึงชุมชนได้ เพราะฉะนั้นผู้นำกลุ่มดังกล่าวควรได้รับการฝึกอบรมอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านความรู้ โดยเฉพาะงานบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์ พอพิศ ไหมสาเหระ และศิลาภรณ์ (2531) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ผู้ปกครองไม่นำทารกมารับภูมิคุ้มกันโรคหรือได้รับแต่ไม่ครบถ้วนคือการขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคและวัคซีนป้องกันโรค เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจึงได้จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อส

ม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และกลุ่มแม่บ้านขึ้นเพื่อให้มีความรู้มากขึ้นและนำบุตรมารับบริการวัคซีนมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องจัดให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (อนุชา, 2548)

#### 11. ขาดการให้สุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง

การให้ความรู้ผ่านไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ นั้นมีหลายวิธี สำหรับกลวิธีสำคัญประการหนึ่งคือการพัฒนาสื่อที่ช่วยให้กลุ่มเป้าหมายได้ศึกษาเรียนรู้ ไม่ว่าจะเป็นเอกสาร แผ่นพับต่างๆ ตลอดจนถึงสื่อภาษาที่ใช้ต้องเหมาะสม สิ่งพิมพ์ ภาพต่างๆ เสียงหรือภาพยนตร์ก็ตามซึ่งจะช่วยลดการทำงานของเจ้าหน้าที่ลงไปได้บ้าง โดยเฉพาะการพัฒนาความรู้ด้านสื่อในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคยังมีความจำเป็นต้องและใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ที่อยู่ตลอดเวลาสอดคล้องกับการศึกษาของพอพิศ (2551) พบว่าเหตุผลของการที่เด็กได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ส่วนหนึ่งมาจากประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นที่เด็กต้องได้รับวัคซีน ซึ่งเจ้าหน้าที่จึงควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลข่าวสารด้านวัคซีนแก่ผู้ปกครองเด็ก โดยเฉพาะหลังการให้บริการแต่ละครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์, พอพิศ, ไหมสาเหระและศิวาภรณ์ (2531) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ผู้ปกครองไม่นำทารกมารับภูมิคุ้มกันโรคหรือได้รับแต่ไม่ครบถ้วน คือ การขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคและวัคซีนป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แก้ปัญหาดังกล่าวโดยการให้สุขศึกษานอกหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบรายครอบครัว จัดนิทรรศการ และแจกเอกสารแก่ อสม. ผสส. และกลุ่มแม่บ้านในเขตรับผิดชอบมากขึ้นและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

#### 12. ขาดการเตรียมพร้อมการใช้วัสดุอุปกรณ์ให้บริการวัคซีน

วัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการวัคซีนทุกชนิดมีความสำคัญที่เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องให้ความสำคัญและเตรียมไว้ให้พร้อมทั้งปริมาณและคุณภาพ การขาดวัสดุอุปกรณ์ส่งผลกระทบต่อระบบการให้บริการวัคซีนได้ ซึ่งการศึกษาของสุวรรณภา (2548) พบว่าเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิมิปัญหาอุปสรรคคือขาดการเตรียมพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา (2548) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมิปัญหาด้านขาดคู่มือการให้ความรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาของเอมอรและคณะ (2549) พบว่าทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลขาดคู่มือการปฏิบัติงานไม่ถึงร้อยละ 70.00 จำนวน 3 เล่ม และผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70.00 จำนวน 1 เล่มเท่านั้น

### ปัญหาด้าน อสม.

อสม. มีชื่อเต็มว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือประชาชนมีภูมิลำเนาในหมู่บ้านหรือชุมชน สามารถอ่านออกเขียนได้ สมักใจ เสียสละ และสนใจเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข ตลอดจนกิจกรรมการหมู่บ้านหรือชุมชนมีความประพฤติดี ได้รับความไว้วางใจจากประชาชนคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน และมีหน้าที่แก้ไขาร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี อสม. แต่ละคนจะมีหน้าที่ดูแลสุขภาพครัวเรือนประมาณ 10 หลังคาเรือน ยกเว้นชุมชนแออัด อสม.อาจจะต้องรับผิดชอบมากขึ้นประมาณ 20 - 30 หลังคาเรือน (อนุชา, 2548) และปัญหาของ อสม. ในการให้บริการวัคซีนมีดังนี้

#### 1. อสม. ขาดการอบรมความรู้การให้บริการวัคซีน

การได้รับการอบรม ส่งผลให้ อสม. ได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะการดำเนินงาน ตลอดจนปรับปรุงทักษะต่างๆให้เหมาะสมและ สามารถช่วยงานการให้บริการวัคซีนได้มากที่สุด แต่หาก อสม. ขาดการอบรมความรู้แล้วอาจจะส่งผลกระทบต่อให้การปฏิบัติงานการให้บริการวัคซีนได้ เช่นการให้คำแนะนำผู้ปกครองให้นำเด็กมารับบริการวัคซีน หรือให้คำแนะนำหลังการให้บริการวัคซีน การวัคซีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์, พอพิศ, โหมสาหระ และศิวาภรณ์ (2531) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ผู้ปกครองไม่นำทารกมารับวัคซีนกันโรค หรือได้รับแต่ไม่ครบถ้วน คือการขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคและวัคซีนป้องกันโรค เจ้าหน้าที่จึงได้ให้สุศึกษาในรูปแบบรายครอบครัว จัดนิทรรศการ แจกเอกสารแก่ อสม. ผสส. และกลุ่มแม่บ้าน

#### 2. อสม. ขาดการทำหน้าที่ตามบทบาทความรับผิดชอบ

บทบาทที่ชัดเจนของ อสม. คือ ทำหน้าที่แก้ไขาร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการประสานงานสาธารณสุขบำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี ขณะเดียวกัน อสม. ต้องทำบทบาทอื่นด้วย ต้องประกอบอาชีพส่วนตัว รับผิดชอบต่อครอบครัว รับผิดชอบต่อประชาชนทุกคนในละแวกพื้นที่รับผิดชอบ บางครั้งไม่มีเวลาในการติดตามเด็กหรือสำรวจข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้เกิดความเสี่ยงกับเด็กที่ยังไม่ได้รับวัคซีน ได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชโรบล (2535) พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทมากที่สุดรวมทั้งแนะนำให้เน้นบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นในการหาข้อมูลเด็กเกิดใหม่ในหมู่บ้าน เพื่อแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเป็นประจำ

### 3. อสม. มีภาระและทำหน้าที่แทนเจ้าหน้าที่มากขึ้น

จากภารกิจที่มากมายของ อสม. ประกอบกับสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยในพื้นที่ โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่กล้าลงปฏิบัติงานเช่นการติดตามการให้บริการวัคซีนในเด็ก การเยี่ยมบ้านและกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ทำให้ภาระกิจในการติดตามดังกล่าวตกเป็นของ อสม. เพิ่มมากขึ้นในที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทร(2547) พบว่าสถานีนอมนามัยในพื้นที่ห่างไกลหลายแห่งต้องปิดบริการเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในกรณีพงษ์เทพ, อมร, สุวัฒน์, สุภัทร (2550) กล่าวว่าระบบการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนลดลง เพราะเจ้าหน้าที่ไม่มั่นใจในความปลอดภัย ทำงานเชิงรุกไม่ได้ และต้องขอความร่วมมือให้ อสม. หรือลูกจ้างซึ่งเป็นคนในพื้นที่ปฏิบัติงานบางอย่างแทนเช่นการติดตามกลุ่มเป้าหมายมารับบริการวัคซีนและฝากครรภ์

#### ปัญหาด้านผู้ปกครอง

เนื่องจากผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญและมีความใกล้ชิดกับเด็กอยู่ตลอดเวลา และเด็ก 0 - 5 ปียังมีความจำกัดในการดูแลตนเองและการตัดสินใจด้านสุขภาพ เด็กยังอยู่ในวัยที่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ต้องอาศัยการช่วยเหลือของผู้ปกครองในการดูแล โดยเฉพาะการได้รับบริการวัคซีนที่มีความจำเป็นสำหรับเด็กที่ผู้ปกครองจะต้องนำเด็กมารับบริการวัคซีนให้ครบและทันตามกำหนด แต่ปัญหาพบว่าผู้ปกครองไม่สามารถนำบุตรหลานมารับวัคซีนได้ พอสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ปกครองขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดแรงจูงใจและประโยชน์การให้บริการวัคซีนในเด็ก

ความรู้คือข้อเท็จจริง ที่มีกฎเกณฑ์และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมไว้และแก้ปัญหาได้ (Good, 1974) ซึ่งมีความสำคัญที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ ฉะนั้นความรู้และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กันไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา และเชื่อกันว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกกับทัศนคติต่างมีความสัมพันธ์กันและกัน (ประภาพรเพ็ญ, 2526) และการขาดความรู้ด้านวัคซีนของผู้ปกครอง ทำให้เกิดความตระหนักน้อยลง มีทัศนคติที่ไม่ดีในการให้บริการวัคซีนทำให้มีการนำเด็กมาฉีดวัคซีนน้อยดังกล่าว ประชาชนมีความรู้สึกว่าตนเองมีหน้าที่เป็นผู้รับบริการเท่านั้นไม่ต้องทำอะไร รอคอยให้ฝ่ายรัฐมาบริการให้แต่ฝ่ายเดียว หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือประชาชนขาดแรงจูงใจในการทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐ การขาดความร่วมมือ นับว่าเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่จะต้องหาวิธีการจัดการที่เหมาะสม และ

วิธีการหนึ่งซึ่งสำคัญมากคือการสร้างแรงจูงใจในผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี โดยการให้ความรู้ผู้ปกครอง เห็นความสำคัญงานบริการวัคซีน สนใจร่วมมือในการจัดการความเสี่ยงงานบริการวัคซีน มีความกระตือรือร้นในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ในการรักษาความสะอาดให้กับเด็ก ความสะอาดของเสื้อผ้า ความสะอาดของอาหารเสริม การรักษาความสะอาดของฟัน การรับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่ สร้างแรงจูงใจที่ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจูงใจในเรื่องป้องกันอุบัติเหตุก็นับว่ามีความสำคัญ โดยเฉพาะกับเด็กในระยะขวบแรก และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือการจูงใจผู้ปกครองนำเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนด (สมจิตต์, 2536) การให้บริการวัคซีนที่ผู้ปกครองจะต้องมีความรู้และเห็นผลประโยชน์ของวัคซีน เพื่อที่จะนำบุตรหลานมารับวัคซีนมากขึ้น ในทางตรงข้ามหากผู้ปกครองไม่รู้ จะทำให้เกิดความร่วมมือน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีระยุทธ (2549) พบว่าสถานบริการควรเร่งสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ในผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมายให้เกิดการรับรู้ในกิจกรรมนโยบายสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านความคิดเห็น และทัศนคติของผู้รับบริการต่องานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และผลจากการศึกษาของนิศย์ และวัชรวิ (2542) พบว่าสาเหตุที่ประชาชนไม่มารับบริการวัคซีนนั้นเนื่องมาจากผู้ปกครองมีความเห็นที่ไม่จำเป็นต้องพาเด็กไปรับวัคซีน เพราะว่าได้รับวัคซีนครบแล้ว ผลการวิจัยครั้งนี้ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้ในผู้ปกครองในการช่วยส่งเสริมให้วัคซีนแก่เด็กกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่มีการรณรงค์ต่ำต่อไปอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ และกาญจนาพันธุ์ (2543) ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบ ได้แก่ผู้ปกครองไม่เห็นประโยชน์ของวัคซีนและกลัวเด็กไม่สบาย

## 2. ผู้ปกครองทำบัตรนัดหรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหาย (สมุดสีชมพู)

บัตรนัดใช้บันทึกประวัติเด็กการเกิด การเจริญเติบโตการพัฒนาการ การให้วัคซีน การเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลตั้งแต่แรกเกิด- 6 ปี ส่วนการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหาย (สมุดสีชมพู) ซึ่งปัจจุบันในหน่วยบริการปฐมภูมินิยมใช้มากขึ้นและมากกว่าการใช้บัตรนัด (รบ. 1 ต. 06) ซึ่งการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหาย (สมุดสีชมพู) นั้นเป็นสมุดประจำตัวผู้มารับบริการคือหญิงมีครรภ์และเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี เป็นการลงรายงานด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ ทันทสาธารณสุข งานบริการวัคซีน มีประโยชน์มากสำหรับผู้ปกครอง และเด็กที่สามารถใช้บริการต่อเนื่องได้ ไม่ว่าจะอยู่ที่ใด สำหรับเด็กนั้นสามารถทราบประวัติตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนอายุ 5 ปี สามารถใช้ประโยชน์ต่อเนื่องได้ทราบว่าได้รับวัคซีนอะไรมาบ้างแล้ว จำนวนเท่าไร เหลืออีกเท่าไร และทราบว่าจะต้องรับบริการวัน ไหน การเก็บรักษาและนำมาทุกครั้งเมื่อมีการรับบริการวัคซีนทุกแห่งที่มีการให้บริการวัคซีนของสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นอกจากนี้สามารถทราบประวัติการเจ็บป่วย การพัฒนาการ สามารถนำไปแสดงต่อ โรงเรียนเมื่อเข้าเรียนได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ เข้าใจ ช่วย

ส่งเสริมสุขภาพทางกาย พัฒนาทางจิตใจ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยนอกจากนี้ยังมีประโยชน์กับเจ้าหน้าที่คือลดความซ้ำซ้อนในการบันทึก สะดวกที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก สามารถใช้นิเทศงานของผู้เกี่ยวข้องระดับอำเภอ จังหวัด ในงานให้บริการวัคซีน โภชนาการ ทันตสาธารณสุข อนามัยแม่และเด็ก คัดเลือกแม่ตัวอย่าง และงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น (ยุพดี, 2538) แต่พบว่าผู้ปกครองทำบัตรหรือนัดหมายแล้วไม่มาติดต่อขอรับบัตรสมุดนัดใหม่ ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับวัคซีน หรือรับวัคซีนพื้นวันนัดไปแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ และกาญจนาพันธุ์ (2543) และพอพิศ (2551) พบว่าสาเหตุของการได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนในเด็กได้แก่ผู้ปกครองทำบัตรนัดหมาย ทำให้จำวันฉีดวัคซีนไม่ได้ เมื่อพ้นกำหนดวันฉีดแล้วจึงไม่พาเด็กไปรับวัคซีน

### 3. ผู้ปกครองกลัวลูกไม่สบาย

การผลิตวัคซีนที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ได้รับการพัฒนาจนถือว่ามีความปลอดภัยสูงสุดแต่อย่างไรก็ตามอาจมีบางคนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนบางชนิดได้ โดยทั่วไปแล้วส่วนใหญ่ของผู้ที่มีอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคจะมีอาการไม่รุนแรง มีเพียงส่วนน้อยที่อาจมีอาการรุนแรงได้ ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากวัคซีนหรือกระบวนการให้บริการวัคซีนดังกล่าวเจ้าหน้าที่จะต้องทำความเข้าใจกับผู้ปกครองให้ทราบและร่วมมือในการปฏิบัติที่ถูกต้อง แต่ที่ผ่านมาผู้ปกครองยังกังวลและไม่ทราบวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งผลกระทบถึงการให้ความร่วมมือในการนำบุตรหลานมารับการให้บริการวัคซีนได้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ และกาญจนาพันธุ์ (2543) พบว่าสาเหตุการได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนได้แก่ผู้ปกครองจำวันฉีดไม่ได้และกลัวเด็กไม่สบายและ พอพิศ (2551) กล่าวว่าเหตุผลของการที่เด็กได้รับวัคซีนไม่ครบ ส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ปกครองจำวันนัดไม่ได้รองลงมาได้แก่เด็กไม่สบายจึงไม่พาเด็กไปรับวัคซีน

### 4. ผู้ปกครองไปประกอบอาชีพต่างถิ่นและนำเด็กไปด้วย

ครอบครัวผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวขนาดเล็กที่แยกออกมาจากครอบครัวใหญ่หลังจากแต่งงานแล้ว ที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูก และบางครอบครัวต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่น จึงมีความจำเป็นจะต้องนำบุตรไปด้วย การนำบุตรไปด้วยนั้นส่งผลกระทบต่อ การได้รับวัคซีนที่ต่อเนื่อง ตามเกณฑ์ และกระทรวงสาธารณสุขได้จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดซื้อวัคซีนที่ผลิตภายในประเทศ หรือสั่งเข้ามาจากต่างประเทศก็ต้องใช้งบประมาณทั้งสิ้น และการให้วัคซีนแต่ละชนิดนั้นจะต้องให้ได้ตามขนาดวัคซีน และระยะเวลาห่างระหว่างเข็มแต่ละเข็มที่เหมาะสม หากเด็กได้รับวัคซีนไปแล้วแต่ไม่ครบชุดก็จะมีความเสี่ยงด้านสุขภาพ และส่งผลให้เกิดการสูญเสียบงบประมาณของการใช้วัคซีนและวัสดุอุปกรณ์ที่ผ่านมาเป็นเงินมหาศาล สอดคล้องกับการศึกษา

ของพรทิพย์, ฉายา, สุภรณ์ และภัทรวดี (2543) ได้ศึกษาการประเมินผลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของจังหวัดชุมพร โดยพบว่างบประมาณค่าวัคซีนในส่วนของเด็กได้รับไม่ครบชุด ซึ่งเป็นส่วนที่ใช้ไปในการให้วัคซีนแต่ภูมิคุ้มกันโรคไม่สูงพอที่จะป้องกันโรคได้ ซึ่งคำนวณจากอัตราขาดการรับวัคซีนในประชากรเป้าหมายในเขต 11 เป็นงบประมาณที่ต้องสูญเสียไปถึงทั้งสิ้น 267,068 บาทต่อปี และกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (2553) พบว่าผู้ปกครองมีการเคลื่อนย้ายออกไปประกอบอาชีพต่างถิ่น และนำเด็กไปด้วย ทำให้เด็กไม่ได้รับวัคซีนต่อเนื่อง และเมื่อกลับมาใช้บริการที่บ้าน ทำให้ได้รับวัคซีนช้ากว่ากำหนด ส่งผลให้มีความเสี่ยงจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนมากขึ้น

#### 5. ผู้ปกครองไม่มีเวลานำบุตรไปรับการให้บริการวัคซีน

นับว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่เกิดจากผู้ปกครองที่ส่งผลกระทบต่อผลการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในบุตรหลานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณและกาญจนาพันธุ์ (2543) พบว่าสาเหตุผลการได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนได้แก่ผู้ปกครองจำวันนัดไม่ได้เมื่อพ้นกำหนดแล้วจึงไม่พาเด็กไป ไม่ว่างไม่มีเวลาพาไป และพอพิศ (2551) กล่าวว่าเหตุผลของการที่เด็กได้รับวัคซีนไม่ครบเนื่องจากผู้ปกครองจำวันนัดไม่ได้และไม่มีเวลาพาไป

#### 6 ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้บุตรได้รับการให้บริการวัคซีน

การที่ผู้ปกครองไม่ยินยอมนั้นนับว่าเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพเด็กเป็นอย่างมาก หน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นจะต้องค้นหาสาเหตุดังกล่าวและจัดการที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาของกลุ่มงานควบคุมโรค (2553) พบว่าผู้ปกครองบางรายไม่ยินยอมรับวัคซีน จังหวัดปัตตานีได้กำชับเจ้าหน้าที่ในการทำบทบาทโดยให้ความรู้ ปรับพฤติกรรมและทัศนคติของผู้ปกครองให้ได้ ถึงแม้จะต้องใช้เวลาในการติดตามและให้วัคซีนที่ง่ายก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของธีระยุทธ (2549) พบว่าสถานบริการควรจะพัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการเร่งสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ในผู้ปกครองเด็กกลุ่มเป้าหมาย เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านความคิดเห็น และทัศนคติของผู้รับบริการต่องานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อสร้างความความตระหนักให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญงานให้บริการวัคซีนมากขึ้น

#### 7. บ้านอยู่ไกลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

ระยะทางมีความสำคัญกับความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยวัดจากความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะไปใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ความสะดวกในการเดินทาง ระยะทาง ความเหมาะสมของเวลา (Aday & Andersen, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของสำลี และคณะ (2521) พบว่าสาเหตุที่ผู้เจ็บป่วยไปใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทเป็นประจำเหตุผลสำคัญที่สุดคือ

การเดินทางไปสถานีนอนมัยนั้นมีความสะดวก (ร้อยละ 74.30) และเวลาที่ใช้ไปในการเดินทางไปรับบริการที่หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเฉพาะทางรถยนต์ไม่ควรจะใช้เวลามากเกินไปกว่า 30 นาที (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

สรุปการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความเสี่ยงในการบริการวัคซีนในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญในการให้บริการวัคซีนในเด็ก 0-5 ปีของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก และศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนที่มีความสำคัญ เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามตั้งแต่ความสำคัญของการให้วัคซีนตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของกระทรวงสาธารณสุข ความสำคัญของวัคซีนและอายุกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม ความสำคัญของความครอบคลุมการให้บริการวัคซีน การให้วัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยส่วนสำคัญ เช่น นโยบายงานบริการวัคซีนของกระทรวงสาธารณสุข ความสำคัญของการมีรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย การให้ความสำคัญกับระบบลูกโซ่ความเย็นที่ได้มาตรฐาน การเก็บวัคซีนแต่ละชนิดที่ถูกต้อง การให้บริการทั้งในและนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ การวิเคราะห์อุปสรรค การประสานกับองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องเพื่อเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนงานบริการวัคซีน การมีทักษะหรือเทคนิคการฉีดวัคซีนที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังติดตามอาการหลังได้รับวัคซีน เป็นต้น

นอกจากนี้หากหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถปฏิบัติหรือไม่ให้ความสำคัญกับตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขได้ อาจจะทำให้เกิดความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนจึงควรหาแนวทางจัดการความเสี่ยงให้หมดไป ซึ่งความเสี่ยงที่ได้จากการทบทวนเอกสารงานบริการวัคซีนพบว่ามีความสำคัญ 4 ด้านคือความเสี่ยงด้านความรู้เทคนิควิธีการ ด้านบริหารวัสดุอุปกรณ์ ด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร และด้านบริหารงบประมาณ ซึ่งการจัดการความเสี่ยงแต่ละด้านนั้นมี 5 ขั้นตอนประกอบด้วย การจัดตั้งทีมหรือกรรมการรับผิดชอบความเสี่ยงงานบริการวัคซีน การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัญหาทางานบริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดปัตตานี ที่ประกอบด้วยปัญหาที่สำคัญ 3 ด้านคือด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้าน อสม. และด้านผู้ปกครอง

การศึกษาครั้งนี้เพื่อทราบสถานการณ์การจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีน เกี่ยวกับระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ระดับการปฏิบัติจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน และปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี ผลการวิจัย ดังกล่าวนี้มีประโยชน์คือ (1) สามารถปรับหรือประยุกต์ระบบการให้บริการวัคซีนให้เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข (2) ช่วยให้



บุคลากรสาธารณสุขระดับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี สามารถสังเกตเห็นความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนเพิ่มมากขึ้น (3) สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการวิจัยแก่ผู้สนใจ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ (4) สามารถนำปัญหาอุปสรรคที่ได้จากการศึกษาเสนอต่อผู้บริหาร ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำหรับใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดนโยบายเพื่อแก้ปัญหา อุปสรรคการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี ต่อไป โดยการให้บริการวัคซีนกับเด็ก 0-5 ปีทุกคน ให้ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 และมีเป้าหมายหลักคือการปกป้องเด็กทุกคนให้ปลอดภัยจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนให้ได้มากที่สุด นั่น คือการมีสุขภาพดีของเด็กไทยทุกคน

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน และปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี จำนวน 475 คน จากหน่วยบริการปฐมภูมิ 128 แห่ง (ใช้ทดลองเครื่องมือวิจัยจำนวน 15 แห่ง) โดยส่วนที่เหลือจำนวน 427 คนจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 113 แห่ง ใช้สำหรับเก็บข้อมูลในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี จำนวน 113 แห่ง โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงหน่วยบริการปฐมภูมิๆ ละ 2 คน คือตำแหน่งหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 คน และผู้รับผิดชอบหลักงานให้บริการวัคซีน 1 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 226 คน แต่ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนเพียง 206 คน คิดเป็นร้อยละ 91.15

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล อาศัยแนวคิดเกี่ยวกับหลักการบริหารความเสี่ยงทรัพยากรสาธารณสุข และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีส่วนประกอบ 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี มี 2 ส่วนคือ (1) ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน จำนวน 58 ข้อ และ (2) การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน จำนวน 58 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากร  
สาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานีจำนวน 19 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน มีดังนี้  
0 คะแนน หมายถึงท่านไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสภาพการณ์การจัดการความ  
เสี่ยงในการให้บริการวัคซีน

1 คะแนน หมายถึงท่านให้ความสำคัญเกี่ยวกับสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยง  
ในการให้บริการวัคซีน

การแปลผลระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ผู้วิจัยได้  
แบ่งระดับความสำคัญการจัดการความเสี่ยงจากการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมิน (ชูศรี, 2541;  
เพชรน้อย ศิริพร และทัศนีย์, 2539; Best, 1989) โดยแบ่งระดับการให้ความสำคัญการจัดการความ  
เสี่ยงเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ ดังนี้

$$\text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{1 - 0}{3} = 0.33$$

เกณฑ์การแปลผลระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน มี  
ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.33 หมายถึงท่านให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงใน  
การให้บริการวัคซีนได้ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 0.34 – 0.67 หมายถึงท่านให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงใน  
การให้บริการวัคซีนได้ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.68 – 1.00 หมายถึงท่านให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงใน  
การให้บริการวัคซีนได้ในระดับสูง

เกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน หมายถึงข้อ  
คำถามที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยต้องการทราบถึง  
ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนที่แท้จริงว่าอยู่ในระดับใด โดยลักษณะ  
แบบสอบถามข้อที่ปฏิบัติได้นั้น ผู้วิจัยใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ โดยมี  
เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขได้น้อย ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลืออยู่มากที่สุด

2 คะแนน หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขได้ปานกลาง ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลืออยู่ปานกลาง

3 คะแนน หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขได้มาก ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลือน้อย

4 คะแนน หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขได้มากที่สุด ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลือน้อยที่สุด

การแปลผลระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ผู้วิจัยได้แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับจากการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมิน (ชูศรี, 2541; เพชรน้อย ศิริพร และทัศนีย์, 2539; Best, 1989) ในการแบ่งระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ ดังนี้

$$\text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{สูตรช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

เกณฑ์การแปลผลระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ในระดับต่ำ ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลืออยู่มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ในระดับปานกลาง ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลืออยู่ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ในระดับสูง ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลือน้อยมาก

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### การหาความตรงตามเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ได้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือคือการใช้แบบสอบถามในการหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หลังจากนั้นได้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index - CVI) พบว่าได้ค่าเท่ากับ 0.93 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ โดยกำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้โดยทั่วไปคือตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999; Davis, 1992; บุญใจ, 2550)

### การทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม

หลังจากที่ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเที่ยงในรอบที่ 1 และได้ทดสอบซ้ำ (test - retest) ถึงการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในรอบที่ 2 พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.75 และได้แบบสอบถามที่ผ่านเกณฑ์ 58 ข้อ โดยมีรายละเอียดผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

รอบที่ 1 การหาความเที่ยงจากการทดลองใช้เครื่องมือ (try out) ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่เขตอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี จำนวน 15 หน่วยบริการปฐมภูมิฯ ละ 2 คนคือหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 คน และผู้รับผิดชอบหลักงานให้บริการวัคซีน 1 คนรวม 30 คน แต่ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 28 ฉบับ (ร้อยละ 93.33) หลังจากนั้นได้หาความเที่ยงแบบสอบถามด้วยวิธีคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20, KR-20) พบว่าได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ โดยกำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้โดยทั่วไปคือตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ, 2550) การทดลองใช้เครื่องมือในรอบที่ 1 นี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน โดยทุกข้อคำถามของแต่ละด้านจะต้องได้คะแนนประเมินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 หากข้อคำถามใดได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 ผู้วิจัยจะตัดข้อนั้นทิ้งจะไม่ถามในรอบที่ 2 พบว่าในรอบที่ 1 นี้มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์การทดลองใช้เครื่องมือจำนวน 69 ข้อจากข้อคำถามทั้งหมด 74 ข้อ หลังจากนั้นได้ทดสอบความเที่ยงซ้ำจากการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในรอบที่ 2 ต่อไป

รอบที่ 2 การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน โดยการทดสอบแบบสอบถามซ้ำ (test - retest) กับกลุ่มเป้าหมายเดิมและจำนวนข้อคำถามเดิมที่ผ่านเกณฑ์ในรอบที่ 1 ซึ่งรอบที่ 2 นี้ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.75 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ โดยกำหนดว่าแบบสอบถามที่สร้างขึ้นใหม่ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ, 2550)

หลังการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในรอบที่ 2 แล้วผู้วิจัยได้นำร้อยละของผลการให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนที่ได้จากรอบที่ 2 มาเปรียบเทียบกับรอบที่ 1 โดยใช้ร้อยละรอบที่ 2 เป็นเกณฑ์ หากรอบที่ 2 ได้ค่าร้อยละต่ำกว่ารอบที่ 1 จะตัดข้อนั้นทิ้งเหลือเฉพาะข้อที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญทั้งสิ้นจำนวน 58 ข้อ (ร้อยละ 84.10) จากข้อคำถามทั้งหมด 69 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยนำข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญดังกล่าว ใช้สำหรับเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งจังหวัดปัตตานี ต่อไป

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสรุปได้ดังนี้

##### 1. ขั้นเตรียมการก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยเสนอหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยนอกสถานที่ถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อได้รับหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยได้นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลดังกล่าว ส่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน รายละเอียดการวิจัย

##### 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี พร้อมสอบถามข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นและขอคำแนะนำในการเก็บข้อมูลงานวิจัยครั้งนี้

2.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยต่อสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ตลอดถึงประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ โดยขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ พร้อมติดต่อนัดประชุมเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในวันถัดไป

2.3 ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อทราบวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม ตลอดจนซักถามรายละเอียดการตอบแบบสอบถามจนเป็นที่เข้าใจ พร้อมแจกแบบสอบถามและกำหนดวันเก็บแบบสอบถามกลับในสัปดาห์ถัดไป

2.4 ผู้วิจัยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการช่วยประสานงานเก็บรวบรวมข้อมูลกลับจากหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือติดตามกรณีแบบสอบถามที่ได้กลับมาช้า และประสานงานกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหาหรือต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามเพิ่มเติม

2.5 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วนข้อมูลในแบบสอบถาม หากข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่สมบูรณ์และจำเป็นต้องข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามกลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมินั้นๆใหม่ พร้อมเขียนรายละเอียดที่ยังไม่สมบูรณ์ หรือใช้การติดต่อสื่อสารที่เหมาะสม เช่นการใช้โทรศัพท์ติดต่อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และถูกต้องมากที่สุด

### 3. ขั้นตอนเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 เมื่อได้แบบสอบถามกลับคืนมาหมดแล้วผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง แล้วนำมาประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติอย่างเหมาะสม

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบทุกขั้นตอนจนเข้าใจ และขอความร่วมมือเพื่อให้ข้อมูลการวิจัยงานบริการให้วัคซีนอย่างครอบคลุมด้วยความสมัครใจ ตลอดจนสามารถออกจากกรเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆต่อผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ผลที่ได้จากการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และไม่มีการบันทึกชื่อ สกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง และหากคำถามใดที่กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบ หรือรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจในการตอบก็ให้หยุดการตอบในข้อคำถามนั้นได้ และเข้าไปตอบคำถามข้อต่อไปจนกว่าจะตอบแบบสอบถามหมดทุกข้อ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. ระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
3. ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
4. ปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้วัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการให้ความสำคัญของการจัดการความเสี่ยง ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง และปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาด้วยตารางและการบรรยายโดยนำเสนอเป็น 4 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมทั้ง 4 ด้าน

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมทั้ง 4 ด้าน

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( $N = 206$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	24.76
หญิง	155	75.24
อายุ (ปี) ( $\bar{X} = 40.76$ , $SD = 11.38$ ) (Min = 21, Max = 58)		
20 -29	46	22.33
30 -39	31	15.05
40 -49	76	36.89
> 50	53	25.73
ระดับการศึกษา		
ประกาศนียบัตร หรือเทียบเท่า ปวส.	114	55.34
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่าปริญญาตรี	90	43.69
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.97
ตำแหน่งปัจจุบัน		
เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน	46	22.33
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	48	23.30
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	4	1.94
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	46	22.33
พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน	4	1.94
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	6	2.91
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	19	9.22
เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส	32	15.53

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสพการณ์การให้บริการวัคซีนในหน่วย บริการปฐมภูมิจนถึงปัจจุบัน (ปี) ( $\bar{X}$ = 15.99, SD = 10.70) (Min = 1, Max = 35)		
1 – 5	53	25.73
6 – 10	29	14.08
11 – 15	16	7.77
16 – 20	25	12.14
21-25	37	17.96
> 30	30	14.56
ในหน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดตั้งทีมหรือ กรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีน มีการจัดตั้งทีมหรือกรรมการ ( $\bar{X}$ = 3.89, SD = 1.04) (Min = 1, Max = 7)		
มีกรรมการ จำนวน 1 คน	2	0.97
มีกรรมการ จำนวน 2 คน	7	3.40
มีกรรมการ จำนวน 3 คน	19	9.22
มีกรรมการ จำนวน 4 คน	22	10.68
มีกรรมการ จำนวน 5 คน	11	5.34
มีกรรมการ จำนวน 6 คน	2	0.97
มีกรรมการ จำนวน 7 คน	2	0.97
ไม่มีการจัดตั้งทีมหรือกรรมการ	140	67.96
การได้รับการอบรม/ประชุม/สัมมนาความรู้/ เทคนิคบริหารความเสี่ยงการให้บริการวัคซีน เคยเข้ารับการอบรม (ครั้ง) ( $\bar{X}$ = 4.75, SD = 3.96) (Min = 1, Max = 15)		
1 - 3	86	41.75
4 - 6	36	17.48

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7 - 9	10	4.85
10 - 12	23	11.17
13 - 15	8	3.88
ไม่เคยเข้ารับการอบรมมาก่อน	43	20.87
การขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลมายังหน่วย บริการปฐมภูมิ		
ใช้ Ice pack ที่เริ่มละลาย	55	26.70
ใช้ Ice pack ที่เย็นจัด	151	73.30
ความถูกต้องการใช้ทักษะหรือเทคนิคการ ฉีดวัคซีน		
ทำได้ถูกต้องทั้งหมด104	104	50.49
ทำไม่ถูกต้องทั้งหมด	10	4.85
ทำถูกต้องบางส่วนและมีบาง ส่วนที่ยังต้องปรับปรุง	92	44.66
ความถี่การให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ( $\bar{X} = 2.79$ , $SD = 1.08$ )		
1 ครั้ง/เดือน	25	12.14
2 ครั้ง/เดือน	71	34.47
3 ครั้ง/เดือน	33	16.02
4 ครั้ง/เดือน	77	37.38
การให้บริการวัคซีนเชิงรุกนอกหน่วยปฐมภูมิ (ครั้ง/ปี)		
มีการให้บริการวัคซีนเชิงรุก	161	78.16
( $\bar{X} = 6.31$ , $SD = 6.33$ ) (Min = 0, Max = 48)		
1 - 3	28	13.59
4 - 6	65	31.55
7-9	1	0.49

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
10-12	63	30.58
> 12	4	1.94
ไม่มีการให้บริการวัคซีนเชิงรุก	45	21.84
โอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในการ ให้บริการวัคซีนนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ		
มีความเสี่ยง	187	90.78
( $\bar{X}$ = 1.91, SD = 0.29) (Min = 1, Max = 2)		
เสี่ยงน้อย	20	9.71
เสี่ยงปานกลาง	85	41.26
เสี่ยงมาก	74	35.92
เสี่ยงมากที่สุด	8	3.88
ไม่มีความเสี่ยง	19	9.22
ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้บริการวัคซีนปีงบประมาณ 2552 (ร้อยละ)		
( $\bar{X}$ = 2.49, SD = 0.70) (Min = 1, Max = 3)		
80 – 85	24	11.65
86 – 90	58	28.16
> 90	124	60.19

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า (ร้อยละ 75.24 และ 24.76 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยอายุ 40.76 ปี มีอายุน้อยที่สุด 20 ปี (จำนวน 1 คน) อายุมากที่สุด 58 ปี (จำนวน 1 คน) มีจำนวนมากสุดในช่วงอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 36.89) รองลงมาอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 25.73) ส่วนใหญ่สำเร็จระดับประกาศนียบัตร หรือเทียบเท่า ปวส. (ร้อยละ 55.34) รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี (ร้อยละ 43.69) ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงานมากที่สุด (ร้อยละ 23.30) มี 2 ตำแหน่งที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่เท่ากัน คือเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงานและนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ร้อยละ 22.33) มีประสบการณ์ในการทำงานให้บริการวัคซีนเฉลี่ย 15.99 ปี (มากที่สุด 35 ปีและน้อยที่สุด 1 ปี) มี

ประสบการณ์การให้บริการวัคซีน 1-5 ปีมากที่สุด(ร้อยละ 25.73 รองลงมา 21-25 ปี (ร้อยละ 17.96) นอกจากนี้เกินครึ่ง (ร้อยละ 67.96) ยังไม่มีการจัดตั้งทีมหรือกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีน ส่วนที่มีการจัดตั้งทีมหรือกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีนแล้ว (ร้อยละ 32.04) มีจำนวนกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีนเฉลี่ย 3.72 คน ด้านการได้รับการอบรมความรู้การบริหารความเสี่ยงการให้บริการวัคซีน พบว่าส่วนใหญ่ผ่านการอบรมมาแล้ว (ร้อยละ 79.13 ) เฉลี่ย 4.75 ครั้ง และมีเจ้าหน้าที่ยังไม่เคยเข้ารับการอบรมความรู้การบริหารความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนมาก่อนประมาณ 1/5 (ร้อยละ 20.87) สำหรับการขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลมายังหน่วยปฐมภูมิส่วนใหญ่ใช้ไอซ์แพ็คเกจที่เย็นจัด รองลงมาใช้ไอซ์แพ็คเกจที่เริ่มละลาย (ร้อยละ 73.30 และ 26.70 ตามลำดับ) ด้านทักษะหรือเทคนิคการฉีดวัคซีน พบว่าเจ้าหน้าที่จำนวนครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.49) สามารถทำถูกต้องทั้งหมด รองลงมาสามารถทำถูกต้องบางส่วนและมีบางส่วนที่ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 44.66) ด้านความถี่การให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ให้บริการจำนวน 4 ครั้ง/เดือน รองลงมา 2 ครั้ง/เดือน และ 3 ครั้ง/เดือน (ร้อยละ 37.38, 34.47 และ 16.02 ตามลำดับ)

สำหรับการให้บริการวัคซีนเชิงรุกนอกหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.20) มีการให้บริการเฉลี่ย 6.31 ครั้ง/ปี โดยมีการให้บริการวัคซีนเชิงรุกนอกหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุด 48 ครั้ง/ปี และหน่วยบริการปฐมภูมิประมาณ 1/5 (ร้อยละ 21.84) ไม่มีการให้บริการวัคซีนเชิงรุกนอกหน่วยปฐมภูมิ สำหรับความเสี่ยงด้านเทคนิคในการให้บริการวัคซีนนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ามีความเสี่ยงเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90.78) สำหรับผลงานความครอบคลุมการให้บริการวัคซีนในปีงบประมาณ 2552 พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีผลงานผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90.00 รองลงมา มีผลงานความครอบคลุมระหว่างร้อยละ 86.00 - 90.00 และผลงานน้อยที่สุดระหว่างร้อยละ 80.00 – 85.00 (ร้อยละ 60.19, 28.16 และ 11.65 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมทั้ง 4 ด้าน

ตาราง 2

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม (N = 28)

การให้ความสำคัญเกี่ยวกับสภาพการณ์การ จัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน	คะแนนการให้		ระดับการให้ ความสำคัญ
	ความสำคัญการ จัดการความเสี่ยง		
	$\bar{X}$	SD	
ด้านความรู้เทคนิควิธีการ	0.93	0.21	สูง
ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์	0.92	0.19	สูง
ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร	0.88	0.22	สูง
ด้านการบริหารงบประมาณ	0.82	0.35	สูง
การให้ความสำคัญโดยรวม	0.89	0.24	สูง

จากตาราง 2 พบว่าระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 0.89$ ,  $SD = 0.24$ ) เมื่อพิจารณาระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน สามารถเรียงคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ จากมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ ( $\bar{X} = 0.93$ ,  $SD = 0.21$ ) รองลงมาคือความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ ( $\bar{X} = 0.92$ ,  $SD = 0.19$ ) ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร ( $\bar{X} = 0.88$ ,  $SD = 0.22$ ) และกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนเป็นลำดับสุดท้าย คือด้านการบริหารงบประมาณ ( $\bar{X} = 0.82$ ,  $SD = 0.35$ )

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี จำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวมทั้ง 4 ด้าน

### ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน และ โดยรวม ( $N = 206$ )

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีน	คะแนนการปฏิบัติ การจัดการความเสี่ยง		ระดับการปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง
	$\bar{X}$	SD	
ด้านความรู้เทคนิควิธีการ	2.66	0.81	ปานกลาง
ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์	2.32	0.73	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร	2.31	0.76	ปานกลาง
ด้านการบริหารงบประมาณ	1.92	0.84	ต่ำ
การปฏิบัติโดยรวม	2.30	0.79	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.30$ ,  $SD = 0.79$ ) และเมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนเป็นรายด้าน พบว่ามีระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน สามารถเรียงคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว จากมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ ( $\bar{X} = 2.66$ ,  $SD = 0.81$ ) รองลงมาคือการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ ( $\bar{X} = 2.32$ ,  $SD = 0.73$ ) และการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร ( $\bar{X} = 2.31$ ,  $SD = 0.76$ ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ในระดับต่ำมีด้านเดียว คือการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารงบประมาณ ( $\bar{X} = 1.92$ ,  $SD = 0.84$ )



ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

ตาราง 4

จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุดของปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (N = 206)

ปัญหาด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนเจ้าหน้าที่ ( $\bar{X} = 3.83$ , $SD = 1.07$ ) (Min = 2, Max = 7)		
เพียงพอ (คน/หน่วยบริการปฐมภูมิ)	108	52.43
2	6	2.91
3	92	44.66
4	64	31.07
5	20	9.71
6	22	9.71
7	2	0.97
ไม่เพียงพอ	98	47.57
ปัญหาความรู้ในระบบการให้บริการวัคซีน		
ด้านความรู้เทคนิควิธีการ	25	12.14
ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์	40	19.42
ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร	49	23.78
ด้านการบริหารงบประมาณ	92	44.66
ปัญหาการแบ่งพื้นที่เขตรับผิดชอบในการปฏิบัติงานเป็นรายหมู่บ้าน/ชุมชน		
แบ่งพื้นที่รับผิดชอบไม่เหมาะสม	85	41.26
แบ่งพื้นที่อย่างเหมาะสม	121	58.74
ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ		
ไม่เหมาะสม	122	59.22
เหมาะสม	84	40.78

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัญหาด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผลกระทบด้านความไม่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่จากสถานการณ์ ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยเฉพาะการปฏิบัติ งานนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ ( $\bar{X} = 1.63, SD = 0.71$ )		
กระทบมาก	105	50.97
กระทบปานกลาง	73	35.44
กระทบน้อย	28	13.59
ปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ		
มีภาระงานรับผิดชอบมาก	151	73.30
ทีมงาน ไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	40	19.42
ขาดคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานบริการวัคซีน	68	33.00
ไม่ได้ทำแผนแก้ปัญหาพร้อมกับ อบต. CUP	104	50.49
การเบิกจ่ายเงินจาก CUP ยุ่งยาก มีขั้นตอนมาก	92	44.66
ขาดความร่วมมือกับกลุ่ม ชมรม องค์กรในชุมชน	59	28.64
พื้นที่รับผิดชอบกว้าง ไม่สะดวกในการเดินทาง	37	17.96

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สามารถเรียงลำดับปัญหาจากมากไปน้อยได้ดังนี้ การได้รับผลกระทบด้านความไม่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่มีภาระงานรับผิดชอบมาก (ร้อยละ 73.30) ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริการวัคซีนส่วนใหญ่พบว่าไม่มีความเหมาะสม (ร้อยละ 59.22) หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้ทำแผนแก้ปัญหางานบริการวัคซีนร่วมกับ อบต. หรือ CUP (ร้อยละ 50.49) จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ (ร้อยละ 47.57) นอกจากนี้พบว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้ที่น้อยที่สุดโดยเฉพาะด้านการใช้งบประมาณ (ร้อยละ 44.66) ปัญหาด้านการเบิกจ่ายเงินจาก CUP ที่มีความยุ่งยาก มีขั้นตอนมาก (ร้อยละ 44.66) ปัญหาการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบไม่เหมาะสม (ร้อยละ 41.26) ขาดคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 33.01) ขาดความร่วมมือกับกลุ่ม ชมรม องค์กรในชุมชน (ร้อยละ 28.64) ทีมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 19.42) และเจ้าหน้าที่มีพื้นที่รับผิดชอบกว้าง และไม่สะดวกในการเดินทางในการให้บริการวัคซีน (ร้อยละ 17.96)

## ตาราง 5

จำนวน ร้อยละ ของปัญหาการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
จำแนกด้าน อสม

ปัญหาด้าน อสม.	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อสม. ไม่มีการบันทึกบัญชีจำนวนหลังคาเรือนและรายชื่อทุกคนในเขตรับผิดชอบเป็นปัจจุบัน	39	18.93
อสม. ใหม่ยังไม่ได้รับการอบรมความรู้งานบริการวัคซีนและ อสม. เก่ายังไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟู	43	20.87
อสม. ไม่มีการจัดทำแผนหรือวาระประชุมประจำเดือน /วาระที่เหมาะสม	50	24.27
อสม. ติดตามเด็กมารับวัคซีนไม่ต่อเนื่อง	77	37.38
อสม. รับผิดชอบหลังคาเรือน > 15 หลังคาเรือน/คน	85	41.26

จากตาราง 5 พบว่าปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้าน อสม. สามารถเรียงลำดับปัญหาจากมากไปน้อยได้ดังนี้ อสม. แต่ละคนรับผิดชอบหลังคาเรือนในพื้นที่มากกว่า 15 หลังคาเรือนจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของ อสม. ทั้งหมด (ร้อยละ 41.26) ปัญหารองลงมาคือการติดตามเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่ให้มารับบริการวัคซีนไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 37.38) นอกจากนี้พบว่า อสม. ไม่มีการจัดทำแผนหรือวาระประชุมประจำเดือน/วาระที่เหมาะสมมีประมาณ 1/4 (ร้อยละ 24.27) ปัญหารองสุดท้าย อสม. ใหม่ยังไม่ได้รับการอบรมความรู้งานบริการวัคซีน และ อสม. เก่า ยังไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟูงานให้บริการวัคซีนมีประมาณ 1/5 (ร้อยละ 20.87) และพบปัญหาน้อยเป็นลำดับสุดท้ายคือ อสม. ไม่มีการบันทึกบัญชีจำนวนหลังคาเรือนและรายชื่อทุกคนในเขตรับผิดชอบเป็นปัจจุบัน (ร้อยละ 18.93)

ตาราง 6

จำนวน ร้อยละ ของปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
จำแนกด้านผู้ปกครอง

ปัญหาด้านผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บ้านอยู่ไกลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ	31	15.05
กลัวลูกไม่สบาย	33	16.02
ทำบัตรนัดหรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหาย (สมุดสีเขียว) และไม่มาแจ้งทำบัตรใหม่	39	18.93
ไม่ให้ความร่วมมือหรือร่วมมือน้อย	69	33.50
จำวันนัดไม่ได้ ทำให้พ้นกำหนดนัด เมื่อพ้นกำหนดนัดแล้วก็ยังไม่นำเด็กมารับวัคซีน	72	34.95
ฝากบุตรไว้อยู่กับคนอื่นเช่นปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ	81	39.32
ไม่อยู่ในพื้นที่เนื่องจากมีความจำเป็นต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่น และนำเด็กไปด้วย	108	52.43
ขาดความรู้/ไม่ตระหนักในการพาเด็กมารับบริการวัคซีนตามนัด	118	57.28

ตาราง 6 พบว่าปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านผู้ปกครอง สามารถเรียงลำดับปัญหาจากมากไปน้อยตามลำดับดังนี้ ผู้ปกครองขาดความรู้/ไม่ตระหนักในการพาเด็กมารับบริการวัคซีนตามนัดมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.43) รองลงมาผู้ปกครองไม่อยู่ในพื้นที่เนื่องจากมีความจำเป็นต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่นและนำเด็กไปด้วย (ร้อยละ 52.43) ผู้ปกครองฝากบุตรไว้กับคนอื่นช่วยเหลือ เช่นปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ (ร้อยละ 39.32) ผู้ปกครองจำวันนัดไม่ได้ทำให้พ้นกำหนดนัด เมื่อพ้นกำหนดนัดแล้วก็ยังไม่นำเด็กมารับวัคซีน (ร้อยละ 34.95) ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการให้บริการวัคซีน หรือให้ความร่วมมือน้อย (ร้อยละ 33.50) นอกจากนี้พบว่าผู้ปกครองทำบัตรนัดหรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหาย (สมุดสีเขียว) (ร้อยละ 18.93) และผู้ปกครองขาดความเข้าใจคือกลัวลูกไม่สบายหลังการได้รับวัคซีนแล้ว (ร้อยละ 16.02) และปัญหาที่พบน้อยที่สุดคือ ผู้ปกครองตั้งบ้านเรือนอยู่ไกลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 15.05)

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาจากผลการวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

ผลการวิจัยความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนเด็ก 0-5 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 28 คน ให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 0.89$ ,  $SD = 0.24$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ ด้านบริหารวัสดุอุปกรณ์ ด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร และด้านบริหารงบประมาณ ในระดับสูง ( $\bar{X} = 0.93$ ,  $SD = 0.21$ ;  $\bar{X} = 0.92$ ,  $SD = 0.19$ ;  $\bar{X} = 0.88$ ,  $SD = 0.22$ ;  $\bar{X} = 0.82$ ,  $SD = 0.35$ ) ตามลำดับ (ตาราง 2)

การที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูงดังกล่าว อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุข มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สามารถแก้ปัญหาสุขภาพเด็กได้ ดังที่พบว่าโรคติดต่อบางชนิดได้หมดไปจากโลกนี้ไปแล้วเช่น ฝีดาษโรคโปลิโอกำลังจะหมดไปไม่ช้านี้ ก็เพราะมีการให้ความสำคัญกับการนำวัคซีนมาใช้ ความสำคัญของวัคซีนดังกล่าวส่งผลให้เด็กสุขภาพดีไม่เป็นโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และพบว่าโรคติดต่อในระบบหายใจเป็นสาเหตุการตายในเด็กอายุ 0-5 ปี ร้อยละ 19 รองจากการตายปริกำเนิด สาเหตุหนึ่งที่สำคัญคือเด็กไม่ได้รับวัคซีนที่เหมาะสมตามวัย (WHO, 2005 อ้างตามสำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550) หากเด็กได้รับวัคซีนครบถ้วนตามกำหนดแล้วจะทำให้เด็กจะทำให้เด็กปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการมีส่วนร่วมจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพของเด็กที่ทุกภาคส่วน จะต้องให้ความสำคัญเป็นพื้นฐาน และขอความร่วมมือ โดยเฉพาะในพื้นที่ทั้งผู้ปฏิบัติงาน ประชาชน ผู้ปกครอง อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้และเห็นความสำคัญ ตลอดจนร่วมมือในการนำบุตรหลานมารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน หรือสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งทั่วประเทศที่ให้บริการวัคซีนและขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตาม

กำหนดเวลาเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กทุกในปกครองเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวอีกต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2528; ชูชัย, 2552) ซึ่งการให้ความสำคัญในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพได้นั้น จำเป็นต้องเริ่มกันตั้งแต่ระยะต้นของชีวิต โดยเฉพาะเด็กช่วงอายุ 0-5 ปีซึ่งเป็นวัยรากฐานแห่งการพัฒนาความเจริญเติบโตทุกด้าน (กุศล และคณะ, 2541) ทั้งทางด้านร่างกายที่พบว่ามีการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายจากการเจริญเติบโตของโครงสร้างกระดูกที่มีทั้งความหนาและความหนาแน่นของกระดูกนอกจากนี้ยังที่มีการเจริญเติบโตของขาดสมองที่พบว่ามีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วถึงร้อยละ 80 เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสที่ 2 จนถึงอายุ 2 (สุวดี, 2534) จะทำให้เกิดผลดีต่อเด็กกลุ่มเป้าหมายในการมีสุขภาพดีทั้งร่างกายคือ ด้านร่างกายจะมีความเจริญเติบโตสมวัยไม่เจ็บป่วยหรือแทรกซ้อนเสี่ยงด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน หรือด้านอุบัติเหตุต่างๆ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 2-3 ปีแรกจะผู้ปกครองควรให้ให้มากขึ้นในส่วนของเจ้าหน้าที่ควรเรียนรู้ ให้ความสำคัญในการให้ป้องกันอุบัติเหตุ โดยการให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ แก่ผู้ปกครองมากขึ้น (พรพิณ, 2538) ส่วนด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมคือการมีความสุขสนุกสนานร่าเริงมีความสุข สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อมได้ เป็นคนเก่งคนดี และการได้รับวัคซีนของเด็กก็นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ปกครองควรให้ความสำคัญและตระหนักไว้ว่านี่คือหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ โดยให้เด็กได้รับวัคซีนตั้งแต่แรกเกิด ถ้าเด็กได้รับวัคซีนตามกำหนดเวลาอย่างเหมาะสมแล้ว จะช่วยป้องกันให้เด็กปลอดภัยจากโรคติดเชื้อต่างๆ ลดอุบัติการณ์ การเกิดโรค และอัตราการตายในเด็กจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (วิชัย, 2538)

เมื่อวิเคราะห์การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 0.89$ ,  $SD = 0.24$ ) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการให้บริการวัคซีนเป็นงานหลักที่มีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะเด็ก 0-5 ปี เป็นช่วงที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาทุกระบบ โดยเฉพาะการพัฒนาทางสมอง ในช่วง 3 ปีแรก การได้รับวัคซีนตามกำหนด มีการเรียนรู้ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบด้าน ยังต้องคำนึงถึงความสำคัญทางด้านโภชนาการ การดูแลสุขภาพทั่วไป การป้องกันอุบัติเหตุ และการได้รับสารพิษ เมื่ออายุ 3-5 ปีจะให้ความสำคัญกับเด็กในการเข้าไปในสถาบันหรือหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพ นอกเหนือจากครอบครัวเช่นศูนย์เด็กเล็ก เป็นการกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งมีข้อมูลรายงานในต่างประเทศ พบว่าศูนย์เด็กเล็กที่มีคุณภาพมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กในระยะยาว ที่ต้องตระหนักโดยการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญ ติดตามเด็กที่ขาดการรับวัคซีนให้มารับวัคซีนตามกำหนด จะช่วยป้องกันให้เด็กปลอดภัยจากโรคติดเชื้อต่างๆ ลดอุบัติการณ์ การเกิดโรค และอัตราการตายในเด็กจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (ชูชัย และคณะ, 2552; ประกิน และคณะ, 2548; พรพิณ, 2538; วิชัย, 2538) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการตั้งทีม

สุขภาพรับผิดชอบการจัดการความเสี่ยงด้านการให้บริการวัคซีนเกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.43) และอาจสืบเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในนั้นเคยเข้ารับการอบรมความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนมาก่อน (ร้อยละ 85.70) (ตาราง 11) ทำให้มีความรู้ เห็นประโยชน์ของการสร้างทีมสุขภาพ และให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการมากขึ้น ซึ่งฉันทภูพานิช และคณะ (2546) กล่าวว่าการทำงานเป็นทีมมีประโยชน์มากและมีความสำคัญต่อองค์กร เช่นสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน ช่วยให้งานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความผูกพันระหว่างสมาชิก เป็นต้น และพบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีอายุเฉลี่ย 36.68 ปี ประกอบกับมีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมานานเฉลี่ย 10.86 ปี (ตาราง 11) ซึ่งเป็นวัยที่พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ มีความรู้ มีประสบการณ์ ในอันที่จะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานมากขึ้น และทำให้ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของแอนโทนีอบสกี (Antonovsky, 1987) พบว่าผู้ใหญ่ในวัยทำงานเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง สามารถปรับตัวแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีก่อนข้างถาวรเมื่ออายุได้ 30 ปี และวิลสัน (2539) กล่าวว่าบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในการทำงานมาก ทำให้มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงานมากขึ้น ประสบการณ์ในอดีตส่งผลต่อการปรับตัวแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเบนเนอร์ (Benner, 1982) อ้างตามรำภากรณ์, (2549) กล่าวว่าผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน 2-3 ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่มีสมรรถนะสูงในการเรียนรู้ การฝึกฝนเพื่อพัฒนาการทำงานให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรดา (2542) พบว่าประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐ และเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรค จะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมตามความคิดและเข้าใจ มีการให้คุณค่าในทางบวกหรืออาณาเขตทางบวก มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเข้าสู่อาณาเขตบวก และจะผลักดันไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่เข้าสู่อาณาเขตทางลบ การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเงินยวง (2552) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจโดยรวมของผู้ดูแลเด็ก 0-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการให้ความสำคัญดังกล่าวสามารถแยกเป็นรายด้าน 4 ด้านดังนี้

#### 1. ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธี

พบว่าอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 93$ ,  $SD = 0.21$ ) (ตาราง 2) อาจเนื่องจากการให้บริการวัคซีนเป็นการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพบุคคลโดยตรงกับเด็ก 0-5 ปี ที่เจ้าหน้าที่จะต้องมีความตระหนักและระมัดระวังเป็นพิเศษ จากหลายๆ ปัจจัย เช่นการแพ้วัคซีนอาจเป็นปฏิกิริยาเฉพะที่ หรือทั่ว

ร่างกายซึ่งอาจมีอาการตั้งแต่ลมพิษขึ้น จนหายใจลำบาก หรือช็อค คนที่แพ้ไข่หรือมีลมพิษ ไม่ควรให้วัคซีนที่ผลิตโดยไข่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคหัด เป็นต้น การเกิดจากอาการข้างเคียงจากวัคซีนส่งผลให้มีการปฏิเสธการรับวัคซีนในผู้ปกครองของเด็กได้ วัคซีนบางชนิดมีอาการข้างเคียงมาก อาจจะใช้ได้ (สำนักงานโรคติดต่อทั่วไป, 2550). เพื่อป้องกันความเสี่ยงดังกล่าวเจ้าหน้าที่ที่ต้องให้ความรู้กับผู้ปกครองมากขึ้น ให้คอยสังเกตอาการหลังได้รับวัคซีนประมาณ 30 นาทีก่อนจะให้กลับบ้าน นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ควรให้ความสำคัญกับการใช้เทคนิคการการฉีดวัคซีนเพื่อลดความเจ็บปวดในเด็ก การให้ความสำคัญกับการเก็บวัคซีนที่ถูกต้อง การให้ความสำคัญกับระบบลูกโคมเย็น การให้วัคซีนที่มีปริมาณถูกต้อง เป็นต้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2547; กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน, 2548). ส่วนเด็กผู้รับบริการคือเด็ก 0-5 ปี ที่ต้องเกี่ยวข้องกับหรือผู้ปกครอง อสม. ผู้นำชุมชน อบต. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตลอดจนองค์กรที่เกี่ยวข้องกับเด็ก จะต้องให้ความสำคัญในการดูแลและสนับสนุนเด็กในปกครอง หรือในพื้นที่ที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ การได้รับความรู้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ต่อผู้ปกครองในการให้ความสำคัญด้านดูแลเด็กของผู้ปกครองหลังได้รับวัคซีน การติดตามให้คำแนะนำและติดตามนัดรับวัคซีนของ อสม. หรือการสนับสนุนด้านความร่วมมือของผู้นำชุมชน เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; ชูชัย, 2552) การให้ความสำคัญดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักดีว่าต้องไม่มีข้อผิดพลาดด้านสุขภาพเกิดขึ้นแม้แต่ครั้งเดียวตลอดของการให้บริการ เพราะหากมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นนั้นหมายถึงมีความเสี่ยงจากการปฏิบัติให้บริการ วัคซีนเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งความเสี่ยงมีมากตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย ปานกลาง มาก พิการ และตายได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญอยู่ในระดับสูง

## 2. ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์

พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในระดับสูง ( $\bar{X} = 0.92$ ,  $SD = 0.19$ ) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการให้บริการวัคซีน สิ่งที่สำคัญประการหนึ่งคือการมีวัสดุอุปกรณ์สำหรับใช้ในการให้บริการวัคซีนที่จะต้องคำนึงถึงจำนวนที่เพียงพอไม่มากหรือน้อยจนเป็นอุปสรรค และมีคุณภาพมาตรฐาน มีประโยชน์ ประหยัดมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย มีการให้ความสำคัญด้านการจัดเก็บวัคซีนที่ถูกต้อง การขนส่งอยู่ภายใต้ระบบความเย็นที่ได้มาตรฐาน การจัดการวัสดุอุปกรณ์เหลือใช้หรือหมดอายุ การทำแผนการใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างเหมาะสม มีการบำรุงรักษาตามระยะเวลา มีสื่อการสอนที่เหมาะสม การจัดตั้งผู้รับผิดชอบการจัดหาตรวจสอบทั้งปริมาณและคุณภาพวัสดุอุปกรณ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2550)

## 3. ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร

พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในระดับสูง ( $\bar{X} = 0.88$ ,  $SD = 0.22$ ) อาจเนื่องจากคนเป็น



ทรัพยากรที่สำคัญที่สุด จะเห็นได้ว่านโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพดีจะต้องพัฒนาคนเป็นหัวใจสำคัญ และควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาองค์กรได้สำเร็จสิ่งสำคัญจะต้องมีทรัพยากรบุคคล ที่จะต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถสูง ทั้งนี้เพื่อที่จะนำองค์การให้เจริญก้าวหน้าได้มากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาทรัพยากรให้ก้าวหน้าทันโลกที่เปลี่ยนแปลงไปทุกเวลา เช่นการได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ทั้งด้านวิชาการ มีทักษะ และจริยธรรมเพื่อนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม สามารถสอนให้กับเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนให้คำแนะนำกับประชาชน อสม. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีเป้าหมายปฏิบัติงานชัดเจน มีการให้บริการแบบองค์รวมด้วยความเข้าใจ ใส่ใจความเป็นมนุษย์ มีเหตุมีผลไม่ขัดกับขนบธรรมเนียมประเพณี ได้รับการจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่อย่างเหมาะสมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การได้รับการนิเทศงานเพื่อปรับแผนงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีความรู้ความสามารถบริหารจัดการข้อมูลและใช้ประโยชน์จากข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; ชูชัย, 2552; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553)

#### 4. ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารงบประมาณ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในระดับสูง ( $\bar{X} = 0.82$ , S.D. = 0.35) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า งบประมาณมีความสำคัญสำหรับการดำเนินงานในภารกิจการให้บริการวัคซีนให้บรรลุเป้าหมาย จำเป็นจะต้องมีงบประมาณใช้อย่างพอเพียง ซึ่งการใช้งบประมาณนั้นเจ้าหน้าที่ต้องให้ความสำคัญว่าควรใช้จากงบประมาณจากแหล่งใด เช่นใช้จากงบประมาณโรงพยาบาลแม่ข่าย งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น (กองทุนตำบล) เงินบำรุงของหน่วยบริการปฐมภูมิ งบประมาณงานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) หรืองบประมาณจาก อบต./เทศบาลที่จัดสรรให้แก่องค์กรภายนอก สำหรับแก้ปัญหาในพื้นที่ และการให้ความสำคัญการใช้งบประมาณให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ ที่มีประสิทธิภาพ มีการบันทึกหลักฐานที่สมบูรณ์ การบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องตรงไปตรงมา การบริหารงานงบประมาณที่เอื้อ มีความคล่องตัว ไม่มีใครเบียดเบียนมากเกินไปแต่ยึดประโยชน์ของประชาชนเป็นประการสำคัญ มีการจัดตั้งทีมหรือกรรมการรับผิดชอบด้านงบประมาณอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมด้านบริการวัคซีน มีการจัดทำแผนงาน โครงการแก้ปัญหาการให้บริการวัคซีนโดยใช้งบประมาณประจำปี มีแผนการปฏิบัติงานบริหารความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันความเสียหายกับวัสดุอุปกรณ์การให้บริการวัคซีน และวัสดุอื่นๆในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่นแผนป้องกันไฟไหม้, น้ำท่วม (วินัย และคณะ, 2553; อนุวัฒน์, 2543)

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีน นับว่าเป็นข้อที่น่าสนใจที่ผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ นั่นคือถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติงาน จะลดระดับความสำคัญการให้บริการวัคซีนลง กล่าวคือหากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคสูง หมายความว่ามีการจัดการความเสี่ยงได้น้อย นั่นคือมีความเสี่ยงหลงเหลืออยู่มาก ในทางตรงข้ามหากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่ำ นั่นคือมีการจัดการความเสี่ยงได้มาก ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลืออยู่น้อย การไม่ให้ความสำคัญดังกล่าว มีดังนี้ (ตาราง 16)

1. หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ให้ความสำคัญกับการมีรายชื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงสำหรับติดตามหรือช่วยเหลือเป็นพิเศษ เช่นมีประวัติแพ้วัคซีน, ป่วยเป็นโรคมุมคุ้มกันบกพร่อง หรือน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2 กิโลกรัม พบว่าไม่ให้ความสำคัญในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 0.36$ ,  $SD = 0.49$ ) (ตาราง 16) อาจเนื่องจากเด็กกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย ป่วยเป็นประจำ มีโรคเรื้อรัง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายและจะมีอาการรุนแรงมากกว่าเด็กปกติ การมีร่างกายไม่แข็งแรงเมื่อเกิดโรคแล้ว จะทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ง่ายขึ้น เป็นต้น ซึ่งความสำคัญของการมีรายชื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวนี้ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ควรให้ความสนใจให้ความสำคัญติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ความช่วยเหลือเป็นพิเศษ ให้การดูแลทั้งกาย จิต สังคม วิญญาณหรือสติปัญญา ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จึงจำเป็นต้องมีรายชื่อเด็กดังกล่าว ที่มีรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมถึงสภาพสิ่งแวดล้อม บุคคลที่เกี่ยวข้องในครอบครัว (กระทรวงสาธารณสุข, 2538; วิจิตร และคณะ, 2545; สุวัฒน์, 2550) การให้ความสำคัญกับการมีรายชื่อเด็กกลุ่มดังกล่าวนี้เอมอร และคณะ (2549) กล่าวว่าความสำคัญกับการมีรายชื่อผู้รับบริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ต้องจัดทำทะเบียนผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยเจ้าหน้าที่ที่สามารถทำทะเบียน โดยการเขียนด้วยมือ หรือลงข้อมูลในโปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานีอนามัย (HCIS, THO ฯลฯ) ให้สมบูรณ์เพื่อติดตามเด็ก และนำไปใช้ในการเบิกวัคซีน คำนวณหาอัตราการใช้ประโยชน์ของวัคซีน

การที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ให้ความสำคัญกับการมีรายชื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้ ทำให้ไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการมีรายชื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงสำหรับติดตามหรือช่วยเหลือเป็นพิเศษ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้เข้ารับการอบรมความรู้ การบริหารความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนอีกจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 14.29) (ตาราง 11) ซึ่งการอบรมเป็นการจัดการความเสี่ยงได้อีกวิธีหนึ่ง (ประเสริฐ และคณะ, 2547) สอดคล้องกับเรณูวรรณ (2540) กล่าวว่าการศึกษาอบรม ซึ่งช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ เกิดทักษะ เจตคติและมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่กับเพื่อนร่วมงาน ผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประชาชนได้ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้และไม่ให้ความสำคัญส่วนหนึ่งมา

จากขาคู่มือความรู้เกี่ยวกับการให้บริการวัคซีน (ร้อยละ 42.86) (ตาราง 17) ซึ่งการศึกษาของบุษบา (2548) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมิปัญหาด้านขาคู่มือการให้ความรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาของเอมอร์และคณะ (2549) พบว่าทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลขาคู่มือการปฏิบัติงานคือมีคู่มือไม่ถึงร้อยละ 70.00 จำนวน 3 เล่ม และผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70.00 จำนวน 1 เล่มเท่านั้น ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ขาดการประยุกต์ใช้สื่อสุขศึกษาอย่างเหมาะสมและทันสมัย ขาดความมีสีสัน สวยงาม น่าอ่าน ใช้ภาษาที่กระชับ เหมาะสมกับบริบท และ เข้าใจง่าย เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ รูปภาพ วิดีโอประมาณ 1/3 (ร้อยละ 32.14) (ตาราง 14)

2. หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ให้ความสำคัญกับการมีมุมพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี และมีของเล่นที่เหมาะสมกับเด็ก พบว่าไม่ให้ความสำคัญในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 0.36$ ,  $SD = 0.49$ ) เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งของจังหวัดปัตตานี มีข้อจำกัดในด้านสถานที่ที่เหมาะสมในการจัดให้มีมุมพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี โดยเฉพาะกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังใช้แบบแปลนเดิมเมื่อประมาณ 25 ปีที่ผ่านมาและยังไม่ได้สร้างทดแทนขึ้นใหม่ ซึ่งแบบแปลนเดิมดังกล่าวจะมีบริเวณที่ปฏิบัติงานคับแคบมาก ไม่เหมาะสำหรับจัดให้มีมุมพัฒนาการเด็ก การมีข้อจำกัดด้านสถานที่คับแคบไม่เหมาะหากจัดมีแล้วกลุ่มตัวอย่างคิดแล้วว่าจะเกิดผลเสียต่างๆ มากกว่าประโยชน์เช่นพื้นที่คับแคบไม่เหมาะกับการทำงาน ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากไม่มีทางเดินที่สวนกันได้ระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันเอง ระหว่างประชาชน ไม่มีที่วางของเด็กเล่น ที่สำคัญคือไม่มีบริเวณพื้นที่เหลือใช้ การขาดการมีมุมพัฒนาการดังกล่าวทำให้มีความเสี่ยงกับเด็กในพื้นที่จากการไม่ได้รับการพัฒนาที่จำเป็นกับเด็กในหลายๆ ด้านทั้งร่างกาย สติปัญญา สังคม อารมณ์ ซึ่งความสำคัญของการจัดให้มีมุมพัฒนาการนี้ เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อเด็ก เพราะเป็น ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะด้านสมองในช่วง 3 ปีแรก (ชูชัย และคณะ, 2552) และการศึกษาของราเชลและแคมเบลล์ (Rachel, 1995; Cambell, 1994) กล่าวว่าความสามารถของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเด็กอายุ 1-7 ปี เมื่อมีการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกจะส่งผลให้เด็กมีผลการเรียนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสายชล (2543) พบว่ามารดาที่มารับบริการที่มีบุตรอยู่ในช่วงอายุ 9 - 12 เดือนมีพฤติกรรมในการส่งเสริมด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ มัดเล็กในเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ที่ดูจากท่าทาง การทรงตัว การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่นการนั่ง คลาน ชันคอ ส่วนการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ดูจากการใช้มือและนิ้วหยิบจับวัตถุ การใช้สายตา นอกจากนี้อาจเกิดจากเจ้าหน้าที่ทำงานหนัก รับผิดชอบมากขึ้น จึงไม่มีเวลาและไม่เห็นความสำคัญกับการจัดให้มีมุมพัฒนาการเด็ก การขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ ของจังหวัดปัตตานีที่มีเพียง 3.71 คนต่อแห่ง (กลุ่มงานควบคุมโรค, 2552) ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญอยู่และกระทบต่อความสำเร็จของงานได้ ถึงแม้ว่าจะสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่มี

เพียง 2.90 คนต่อแห่งก็ตาม (ชูชัย, 2552) ทำให้เกิดปัญหาทั้งจำนวนบุคลากรไม่สอดคล้องกับภาระงาน (ชาญศักดิ์, 2547) และจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่พบว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนมีความหวาดกลัว (ร้อยละ 100.00) (ตาราง 17) ซึ่งอาจทำให้ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอมร สุวัฒน์ และสุภัทร (2548) พบว่าบุคลากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยมาก ส่งผลให้ขาดขวัญ กำลังใจ ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพได้ซึ่งการปฏิบัติงานในภาวะวิกฤติดังกล่าวเจ้าหน้าที่ต้องมีกำลังใจและความตั้งใจเป็นหลัก สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณญา (2552) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีปัญหาที่สำคัญคือการขาดขวัญและกำลังใจของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา (2548) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน และกลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข (2548) พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัญหาด้านเจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจ

3. หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ให้ความสำคัญในการจัดตั้งกรรมการหรือทีมรับผิดชอบบริหารความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน พบว่าไม่ให้ความสำคัญในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=0.36$ ,  $SD=0.49$ ) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เข้ารับการอบรมความรู้การจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนมาก่อนจำนวนหนึ่งประมาณ 1/7 (ร้อยละ 14.29) (ตาราง 11) และขาดคู่มือ ดำเนินปฏิบัติงานในการให้บริการวัคซีน (ร้อยละ 42.86) (ตาราง 17) ซึ่งการขาดความรู้จากการอบรม ขาดความรู้จากไม่มีคู่มือปฏิบัติงาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการให้บริการวัคซีน ที่จะต้องมีการติดตามเด็กพลาดการรับวัคซีนในพื้นที่ ที่ปัจจุบันเน้นการปฏิบัติงานในเชิงรุกมากขึ้น ใช้การประสานงานร่วมกันเป็นทีมสุขภาพ ในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหา คัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุ เช่นเด็ก 0-5 ปี เพื่อทราบภาวะทุพโภชนาการ ติดตามอาการหลังเด็กได้รับวัคซีน ค้นหาและติดตามเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัมและให้ความรู้ผู้ปกครอง เป็นต้น ซึ่งการทำงานดังกล่าวจะต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพในการระดมความรู้ ความคิดเห็นมากขึ้นจึงจะประสบความสำเร็จและพบว่ายังขาดการสร้างทีมสุขภาพรับผิดชอบงานให้บริการวัคซีนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.57) (ตาราง 11) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการให้บริการวัคซีนเชิงรุกน้อยมากเพียง 1-3 ครั้งต่อปีเท่านั้น (ร้อยละ 32.14) ทำให้ขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ขาดการติดต่อระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับชุมชนมากขึ้น และเจ้าหน้าที่เกือบครึ่ง (ร้อยละ 46.43) เพิ่งทำงาน 1-5 ปีในพื้นที่ทำให้ไม่ทราบข้อมูลในพื้นที่เท่าที่ควร ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ดีเท่ากับผู้ที่อยู่ในพื้นที่มานานและมีประสบการณ์มากกว่า ส่งผลงานไม่ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ (2539) พบว่าบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในการทำงานมากทำให้มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติงานมากขึ้น ประสบการณ์ในอดีตส่งผลต่อการปรับตัวแก้ปัญหาที่

เกิดขึ้นและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ดี สอดคล้องการศึกษารายงานของวรดา (2542) พบว่าประสบการณ์ในการดำรงตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งผลจากการไม่ได้รับการอบรมการบริหารความเสี่ยง ขาดความรู้ ไม่มีประสบการณ์ในการติดตามงานให้บริการวัคซีนในพื้นที่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความสำคัญในการจัดตั้งกรรมการ/ทีมรับผิดชอบบริหารความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน พบว่าในภาพรวมมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.30$ ,  $SD = 0.79$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ในระดับปานกลาง 3 ด้านสามารถเรียงลำดับสูงสุดไปต่ำสุดคือด้านความรู้เทคนิควิธีการ ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ และด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร ( $\bar{X}=2.66$ ,  $SD = 0.81$ ;  $\bar{X}=2.32$ ,  $SD = 0.73$ ;  $\bar{X}=2.31$ ,  $SD = 0.76$ ) ตามลำดับ และพบว่าด้านการบริหารงบประมาณมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงได้ในระดับต่ำ ( $\bar{X}=1.92$ ,  $SD = 0.84$ ) (ตาราง 3)

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิคือวิธีการปฏิบัติที่ดำเนินการตามแบบแผน จากทฤษฎี กฎเกณฑ์ หรือแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวกับการให้บริการวัคซีนกับกลุ่มเป้าหมายเด็ก 0-5 ปี ในสถานการณ์จริงได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมระหว่างเด็ก ผู้ปกครอง ญาติ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการ ผู้ร่วมงาน ซึ่งการปฏิบัติงานดังกล่าวโดยเฉพาะผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ ทักษะแก้ปัญหาต่างๆในการให้บริการวัคซีนได้ถูกต้อง และสามารถจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม หรือทำให้มีความเสี่ยงเหลือน้อยที่สุดที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถรับได้ และไม่มีเป็นปัญหากับงานให้บริการวัคซีน

เมื่อวิเคราะห์การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.33$ ,  $S.D. = 0.78$ ) อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติในการให้วัคซีนนั้น กลุ่มตัวอย่างจะต้องปฏิบัติตามแบบแผน ตามทฤษฎีที่ต้องคำนึงถึงความถูกต้องมากที่สุด มีคุณภาพมาตรฐาน มีความรู้และปฏิบัติตามแบบแผนการให้บริการวัคซีนทั้งก่อนให้บริการ ขณะดำเนินการให้บริการ และหลังการให้บริการวัคซีน ที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องอาศัยความรู้จากการศึกษาศึกษา การอบรม การสังเกต การรับฟังการสอบถามและที่สำคัญที่สุดคือการฝึกทักษะในการปฏิบัติได้ถูกต้อง จะเห็นได้ว่าความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน สำหรับทางอ้อมนั้นทัศนคติเป็นตัวกลางซึ่งประภาเพ็ญ (2526) กล่าวว่าทัศนคติที่ดีจะทำให้มีการปฏิบัติที่ดี ซึ่งสืบเนื่องมาจากบุคคลนั้นมีความรู้ และทัศนคติที่ดีจะช่วยนำความรู้ไปใช้ หรือสรุปได้ว่าความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติมีผล

ต่อเนื่องกัน เช่นทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมมีผลมาจากทัศนคติ ซึ่งทั้งหมดจะมีพื้นฐานมาจากความรู้ สอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรค จะเกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมตามความคิดและเข้าใจ มีการให้คุณค่าในทางบวก หรืออาณาเขตทางบวกมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเข้าสู่อาณาเขตบวกและ จะผลักดันไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่เข้าสู่อาณาเขตทางลบ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเงินยวง (2552) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจโดยรวมของผู้ดูแลเด็ก 0-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าสิ่งสำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้นคือระดับความรู้จากการศึกษาขั้นพื้นฐานในการปฏิบัติงาน ที่สามารถคิดวิเคราะห์จากข้อมูลที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้อง มีเหตุผลประกอบที่น่าเชื่อถือ มีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง (ตาราง 2) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาดำรงปริญญาตรีเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99.03) ซึ่งความรู้ในระดับปริญญาตรีหรือต่ำกว่าปริญญาตรี จัดได้ว่าเป็นการศึกษาที่มีกระบวนการเรียนการสอนที่ให้นักศึกษามีความรู้แต่การวิเคราะห์และสังเคราะห์น้อย (ราภาภรณ์, 2549) และเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าเป็นการศึกษาระดับปัญญาชนหรือเป็นบุคคลที่มีปัญญา และมีความจำเป็นจะต้องมีการเรียนรู้เพิ่มเติมตลอดเวลาเพื่อพัฒนาศักยภาพ ให้ทันกับสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา หากไม่มีการพัฒนาให้ทันกับวิทยาการที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วจะกลายเป็นบุคคลที่ล้าหลังอาจเกิดความเสียหายในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งแมคคอร์มิคและอิลเจน (McCormick & Illgen, 1985 อ้างตามอวยพร, 2548) กล่าวว่าระดับการศึกษาว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน คือบุคคลที่มีความรู้สูงจะมีการพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล และสามารถเข้าใจด้านสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องมากกว่า

นอกจากนี้พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่เคยเข้ารับการอบรมความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนมาก่อน ประมาณ 1/5 (ร้อยละ 20.87) ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในการให้บริการวัคซีน และก่อให้เกิดความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ ซึ่งการอบรมเป็นการจัดการความเสี่ยงได้อีกวิธีหนึ่ง (ประเสริฐ และคณะ, 2547) สอดคล้องกับธเนศวรธรรม (2540) กล่าวว่า การฝึกอบรม จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ เกิดทักษะ เจตคติและมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่กับเพื่อนร่วมงาน ผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประชาชน และสุภาพ (2549) กล่าวว่า การอบรมหมายถึงกระบวนการต่างๆ ที่มุ่งเพิ่มพูนความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และทัศนคติ เพื่อให้ทุกคนในหน่วยงานปฏิบัติงานที่รับผิดชอบได้ดียิ่งขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลให้สูงขึ้น และแสดงออกในทางที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กร นอกจากนี้สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากหน่วยบริการขาดคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการวัคซีน

(ร้อยละ 33.00) (ตาราง 4) และสอดคล้องกับการศึกษาของเอมอร์และคณะ (2549) พบว่าทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลขาดคู่มือการปฏิบัติงานก็มีคู่มือไม่ถึงร้อยละ 70.00 จำนวน 3 เล่ม และผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70.00 จำนวน 1 เล่มเท่านั้น นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่น้อยที่สุดคือด้านการบริหารงบประมาณ (ร้อยละ 44.66) อาจเนื่องมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิมีผู้รับผิดชอบงานการเงินและงบประมาณเพียงคนเดียว ในหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งปกติผู้ที่ทำหน้าที่นี้คือหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีบางแห่งที่ผู้รับผิดชอบคือเจ้าหน้าที่ตำแหน่งอื่นที่หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมินั้นได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในด้านการเงินและงบประมาณแทนแต่อยู่ภายใต้กำกับดูแลการทำงานของหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ทำให้เจ้าหน้าที่ดังกล่าวมีความรู้ในด้านการเงินและงบประมาณเพิ่มขึ้น ซึ่งโดยภาพรวมแล้วในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีการจัดการอบรมฟื้นฟูให้กับเจ้าหน้าที่คนเก่า และไม่ได้จัดเตรียมความพร้อมการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารการเงินและงบประมาณให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่ และเก่าในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากสาเหตุการขาดความรู้ และมีทัศนคติที่ดีในการให้ความสำคัญกับการให้บริการวัคซีนในเด็ก 0-5 ปี ดังกล่าวข้างต้น ที่จะต้องได้คุณภาพมาตรฐาน ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งนับว่ามีความเสี่ยงในหน่วยงาน จึงมีความจำเป็นต้องกำจัดความเสี่ยงให้หมดไปโดยพัฒนาอย่างเหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์คือความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเด็ก 0-5 ปีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90.00 และความผิดพลาดร้อยละ 0.00 มีการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีการทำงานผสมผสานร่วมกันทุกภาคส่วนของพื้นที่มากขึ้น เช่น อบต. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน กลุ่มชมรมต่างๆ ด้านสุขภาพ ผู้นำชุมชน เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนดังกล่าวมี 4 ด้าน ซึ่งแต่ละด้านกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในระดับที่ต่างกัน ดังนี้

#### 1. ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ

โดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงได้ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.66$ ,  $SD = 0.81$ ) โดยมีจำนวนข้อคำถามในการปฏิบัติทั้งหมด 20 ข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงได้ในระดับปานกลางจำนวน 17 ข้อ (ร้อยละ 85.00) ระดับสูงจำนวน 2 ข้อ (ร้อยละ 10.00) และระดับต่ำจำนวน 1 ข้อ (ร้อยละ 5.00) (ตาราง 7) การที่กลุ่มที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขอาจเนื่องจากการให้บริการวัคซีนจะต้องมีการปฏิบัติที่มีขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดการปฏิบัติมากที่สุดคือเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ที่ควรคำนึงถึงความปลอดภัยมากที่สุด ตั้งแต่ความรู้ เทคนิคทักษะของผู้ให้บริการ วัสดุอุปกรณ์ต้องสะอาดปลอดภัย มีการติดตามเฝ้าระวังหลังได้รับวัคซีน เป็นต้น

ความสำคัญการให้วัคซีนเป็นการป้องกันโรคที่สามารถป้องกันด้วยวัคซีนได้ ในปัจจุบันในหน่วยบริการปฐมภูมิมีการให้วัคซีน 8 ชนิดสามารถป้องกันโรคได้ 10 โรค ซึ่งโรคติดเชื้อเหล่านี้เมื่อเป็นแล้วจะเกิดอันตรายมาก ทำให้ร่างกายเจ็บป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการรักษายาก ใช้เวลานานและที่สำคัญอาจมีอาการหนักมากถึงทำร่างกายพิการเสียชีวิตได้ การให้วัคซีนในมารดา มีผลทำให้ทารกได้รับวัคซีนด้วยผ่านทางรกส่งผลให้เด็กได้รับวัคซีนติดตัวมาจนหลังคลอดแล้วค่อยๆ ลดลงโดยเฉพาะภูมิต้านทานแบคทีเรียจะหมดเมื่ออายุ 1-2 เดือนหลังคลอด และภูมิต้านทานเชื้อไวรัสอยู่ได้นาน 6 เดือนหลังคลอด ความสำคัญการให้วัคซีนตามหลักระบาดวิทยาในการให้วัคซีนควรคำนึงถึงอายุที่เหมาะสมและบางชนิดต้องให้โดยเร็วเพื่อป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียดังกล่าวข้างต้น เช่นการได้รับวัคซีนBCG ป้องกันเชื้อวัณโรค การได้รับวัคซีนป้องกันตับอักเสบบีภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าวิธีการปฏิบัติการให้บริการวัคซีนนั้นจะต้องคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสมกับช่วงอายุ และระยะห่างระหว่างเข็มแต่ละเข็ม เช่นหัดควรฉีดในช่วงอายุ 9-12 เดือนเพราะหากฉีดเร็วไปก่อนหน้านั้นจะทำให้วัคซีนเด็กได้รับวัคซีนได้ไม่เต็มที่เนื่องจากในตัวเด็กมีภูมิคุ้มกันอยู่แต่หากฉีดช้าเกินไปก็กระทบถึงเด็กที่อาจจะได้รับเชื้อไปก่อนหน้านี้นี้ เป็นต้น ส่วนอุปสรรคอื่นๆ ที่ส่งผลให้การปฏิบัติให้บริการวัคซีนไม่ได้เป็นไปตามแผน เช่นการใช้เทคนิคสำหรับฉีดวัคซีนไม่ให้เด็กเจ็บมาก เทคนิคฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อ ตั้งเข็มท่ามุมฉากกับผิวหนัง เข้ากล้ามเนื้อที่จะต้องคำนึงถึงการฉีดที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการฉีดเข้ากล้ามเนื้อเด็กอ้วน จะต้องใช้เข็มที่มีขนาดยาวกว่าปกติ หากฉีดไม่ถึงกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดการอักเสบเป็นไตแข็งต้องผ่าตัดหรือกินยา หรือยุบไปเอง แต่ต้องใช้เวลาและเด็กจะปวดหากไปกระทบบริเวณไตแข็งทำให้เด็กเดินไม่ถนัดส่งผลกระทบต่อเด็กและผู้ปกครองได้

การฉีดในเด็กต้องระวังทั้งการฉีดบริเวณต้นแขนในเด็กอายุที่นิยมใช้กับเด็กเมื่ออายุ 18 เดือนขึ้นไป ซึ่งเจ้าหน้าที่บางคนอาจจะไม่ทราบและคิดว่าฉีดได้เฉพาะเด็กโตเข้าโรงเรียนแล้วเท่านั้น ทำให้มีการฉีดบริเวณบริเวณหน้าขาแทน ซึ่งผลดีของการฉีดบริเวณแขนนั้นวัคซีนจะดูดซึมได้ดีที่สุด สะดวกในการเดิน วิ่งเล่นของเด็ก ส่วนการฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณต้นขาด้านหน้าค่อนข้างอันตรายนอก มักใช้ในเด็กเล็กเนื่องจากบริเวณแขนยังมีกล้ามเนื้อน้อย และปัจจุบันพบว่าในหน่วยบริการปฐมภูมิมีเจ้าหน้าที่มีทักษะการฉีดที่ไม่ถูกต้องคือฉีดบริเวณสะโพกในเด็ก ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ไม่แนะนำอีกให้ฉีดแล้วเพราะการฉีดบริเวณสะโพก อาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทไซเอติก การดูดซึมต่ำ นอกจากนี้มีปัญหาเกี่ยวกับเด็กที่อ้วนฉีดไม่ถึงกล้ามเนื้อดังกล่าวแล้ว โดยเฉพาะ เช่นการฉีดวัคซีนรวมป้องกันโรคไอกรน คอตีบ บาดทะยัก ตับอักเสบบี เป็นต้น สำหรับการฉีดเข้าในหนังนั้นก็มีความสำคัญเพราะวิธีนี้ต้องใช้ความชำนาญ เทคนิคสูง การฉีดทำได้ยากกว่า



วิธีอื่น เช่นการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคในเด็กแรกเกิด และการฉีดบริเวณใต้หนัง มักจะใช้กับวัคซีนที่ไม่ต้องการดูดซึมเร็วเกินไป เพราะอาจเกิดปฏิกิริยารุนแรง หากฉีดลึกถึงกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดการดูดซึมเร็ว ร่างกายจะเกิดการปฏิกิริยาต่อต้านทำให้ป่วยได้ ซึ่งการให้วัคซีนดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องมีความรู้และให้บริการด้วยความระมัดระวัง นอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิควรปรับกระบวนการทำงานให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนไปคือเน้นการปฏิบัติงานเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับทั้งภายในและภายนอกหน่วยหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการติดตามเด็กที่พลาดการรับวัคซีนให้มารับวัคซีนมากขึ้น โดยขอความร่วมมือจาก อสม. ผู้นำชุมชน ชมรมสุขภาพต่างๆ และให้ความรู้ ความเข้าใจกับผู้ปกครองถึงประโยชน์ของการได้รับวัคซีน การปฏิบัติกับบุตรหลานหลังได้รับวัคซีนที่ถูกต้อง และขอความร่วมมือในการนำบุตรมารับบริการตามนัด

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการอยู่ในระดับปานกลางดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่มีการใช้เทคนิคฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อ โดยตั้งเข็มท่ามุมฉากกับผิวหนัง เจ้าหน้าที่มีการจัดทำรายงานทะเบียน/บัญชีการให้บริการวัคซีนแต่ละชนิด โดยระบุจำนวนครั้งอย่างชัดเจน หากเป็นวัคซีนที่มีตะกอน (สารดูดซึม Adjuvant) ควรเขย่าให้เป็นเนื้อเดียวกันก่อนฉีด มีการใช้ เทคนิคฉีดวัคซีนเข้าใต้หนัง โดยหงายปลายเข็มขึ้นท่ามุม 45 – 90° กับผิวหนัง มีการใช้เทคนิคฉีดวัคซีนเข้าในหนัง โดยหงายปลายเข็มขึ้นท่ามุม 0 – 15° กับผิวหนัง หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดทำรายงาน/ประเมินสรุปผลการให้วัคซีนตามระยะ เช่นรายเดือน,รายงวด และรายปี หากพบเด็กที่มีประวัติแพ้วัคซีนรุนแรงเช่นชั๊ก,ลมพิษรุนแรง, ช็อค,กรีดร้องนานเกิน3 ชม.หรือมีไข้ > 40.5°C ควรแนะนำให้ฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีแพทย์ประจำเพื่อให้พบแพทย์ก่อนฉีดวัคซีน หน่วยบริการปฐมภูมิมีการเฝ้าระวังอุณหภูมิของตู้เย็นให้อยู่ในช่วง 2 - 8°C โดยปรับตัวควบคุมอุณหภูมิ เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ แนะนำผู้ปกครองในการปฏิบัติต่อเด็ก เช่นการเช็ดตัว,การประคบบริเวณที่ฉีดวัคซีนถ้าร้อนประคบเย็นถ้าเย็นประคบร้อน หรือการให้ยาลดไข้ เช็ดตัวเมื่อมีไข้ เป็นต้น

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถได้อยู่ในระดับสูง มี 2 ข้อที่สำคัญคือ

1 วัคซีนวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) และหัด (M) มีความไวต่อแสงมากควรเก็บให้พ้นจากแสง พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกรให้บริการวัคซีนได้ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.04$ ) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดเก็บวัคซีนเป็นอย่างดี จากการได้รับการอบรมความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนมาก่อน (ร้อยละ 79.13) จึงสามารถเก็บรักษาวัคซีนได้ถูกต้องและทราบดีว่าวัคซีนแต่ละชนิดมีความเสี่ยงคือการเสื่อมคุณภาพได้เร็วมากน้อยไม่เท่ากัน จากความอุณหภูมิร้อน ความเย็นที่ต่างไปจากช่วง 2 - 8°C ทั้งในตู้เย็น หรือกระติกเก็บวัคซีนก็ตาม

โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) และหัด (M) มีความไวต่อแสงมาก ควรให้ความสำคัญในการเก็บวัคซีนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากวัคซีนเป็นชีววัตถุที่ไวต่ออุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงและวัคซีนทุกชนิดจะสูญเสียคุณภาพได้ง่าย หากนำมาใช้จะไม่สามารถกระตุ้นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันได้เมื่อเก็บไว้นานเกินควร การสูญเสียคุณภาพนี้จะเร็วขึ้นเมื่ออยู่ในอุณหภูมิที่สูงขึ้น คุณภาพที่สูญเสียไปแล้วไม่สามารถจะกู้กลับคืนกลับมาได้อีก สอดคล้องกับการให้ความสำคัญการเก็บวัคซีนที่ถูกต้องของสำนักงานโรคติดต่อทั่วไป (2550) และ กรมควบคุมโรค (2547) ได้ให้ความสำคัญกับการเก็บวัคซีนที่ถูกต้อง คือวัคซีนที่มีความไวต่อแสงจะต้องระวังให้มาก โดยเฉพาะแสงแดด แสงสว่างจากหลอดเรืองแสง เช่น วัคซีนที่อยู่ใกล้หลอดไฟในตู้เย็น ซึ่งเรียงลำดับตามความไวต่อแสงได้ ดังนี้คือวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) หัด (M) และวัคซีนรวมหัด-หัดเยอรมัน-คางทูม (MMR) ดังนั้นวัคซีนดังกล่าวควรเก็บในตู้เย็นที่อุณหภูมิตำระหว่าง 2-8 °C และไม่เก็บวัคซีนไว้ที่ฝาตู้เย็น การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดเก็บวัคซีนดังกล่าวจะต้องมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ในการระบบลูกโซ่ความเย็นที่ได้มาตรฐานเป็นการรักษาคุณภาพวัคซีนไว้ เพื่อให้วัคซีนมีคุณภาพดีจากผู้ผลิตถึงผู้รับบริการ โดยวัคซีนทุกชนิดจะต้องอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม มีความเย็นเพียงพอเพียงพอที่จะคงคุณภาพได้ตลอดเวลา โดยมีเกณฑ์ประเมินระบบลูกโซ่ความเย็นดังกล่าวคือการมีกระดิกวัคซีนขนาดปริมาตรตามมาตรฐานสำหรับเก็บหรือขนส่งวัคซีน ตู้เย็น ไอซ์แพ็ค เทอร์โมมิเตอร์ที่ได้มาตรฐาน มีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมกรณีฉุกเฉินเช่น ไฟฟ้าดับ การบันทึกอุณหภูมิทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ไม่มีวันหยุด มีเทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน โดยเทียบกับโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน แล้วอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการจัดเก็บวัคซีนแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง มีทะเบียนรับจ่ายวัคซีนแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง มีการระบุหมายเลขวัคซีนเพื่อเป็นสำหรับประโยชน์ในติดตามหรือพิสูจน์ผู้ที่รับวัคซีนร่วมหมายเลขเดียวกันหรือร่วมขวดวัคซีน หากไม่สามารถปฏิบัติได้ดังกล่าวได้ อาจจะทำให้มีความเสี่ยงเกิดขึ้นได้จากวัคซีนเสื่อมคุณภาพก่อนที่จะฉีดให้กับเด็กกลุ่มเป้าหมาย (ปริญญา และคณะ, 2551; ศิริลักษณ์, 2538)

2. หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบติดตามเฝ้าระวังอาการหลังได้รับวัคซีนในเด็กภายใน 30 วันหลังรับวัคซีน โดยให้ผู้ปกครองแจ้งข้อมูลอาการหลังได้รับวัคซีนแก่ อสม. หรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามให้บริการวัคซีนได้ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.10$ ) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการอบรมความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนมาก่อน (ร้อยละ 79.13) ทำให้มีความรู้ความเข้าใจถึงอาการหลังได้รับวัคซีนว่ามีความสำคัญมาก และเกิดจากสาเหตุสำคัญหลายประการทั้งวัคซีนเอง เด็กที่ได้รับวัคซีน ผู้ปกครอง ผู้ให้บริการ และหน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดการความเสี่ยงได้เป็นอย่างดีถึงอาการหลังได้รับวัคซีนและสามารถแนะนำผู้ปกครองปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งกลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (2548). กล่าวว่าการ

หลังได้รับวัคซีนมีทั้งอาการเฉพาะที่เช่นปวด บวม ฝี หรืออาการทั่วไปที่ไม่รุนแรงเช่น ไข้ ร้องกวน อาเจียน ผื่นหรืออาการทั่วไปที่รุนแรงเช่น ลมพิษรุนแรง อาการช็อค เป็นต้น การได้รับข้อมูลดังกล่าวมาเพื่อรวบรวมไว้สำหรับใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน วิเคราะห์เพื่อหาอัตราเสี่ยงหลังให้บริการวัคซีน มีประโยชน์สำหรับมากหากข้อมูลที่ได้เป็นปัจจุบันและนำมาใช้แก้ปัญหาที่เหมาะสมกับหน่วยงานดังกล่าว สุดท้ายก็จะเกิดผลดีกับเด็ก กับระบบบริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิเองซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติในการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงดังนี้ (1) หลังจากการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยที่เกิดอาการภายหลังการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องทำการสอบสวนโรค (2) แจ้งให้ศูนย์ข้อมูล CUP ทราบทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมงหรือ 1 สัปดาห์ตามกลุ่มอาการ (3) รายงาน APR-AEFI ส่งตามลำดับขั้นตอน (4) รักษาผู้ป่วยหรือส่งต่อไปโรงพยาบาล (5) อธิบายให้ผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยหรือผู้เสียชีวิตเข้าใจ (6) พิจารณาระงับการใช้เฉพาะวัคซีนหมายเลขเดียวกันกับผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิตเป็นการชั่วคราว (7) ทบทวนกระบวนการด้านความเสี่ยงวัคซีนว่าเป็นไปตามมาตรฐานกำหนดหรือไม่ มีข้อผิดพลาดที่ไม่เหมาะสมประการใด (8) มีการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบฟอร์มการเฝ้าระวังอาการที่เกิดขึ้นหลังได้รับการวัคซีนให้ผู้ปกครองตอบกลับหลังจาก 4 สัปดาห์ไปแล้วและส่งผลกลับหน่วยบริการปฐมภูมิผ่าน อสม. หรือส่งมายังเจ้าหน้าที่ วิเคราะห์ถึงอาการข้างเคียงเป็นรายบุคคล เพศ อายุ รายการวัคซีนแต่ละชนิดที่มีอาการ บริเวณที่เกิด ความรุนแรงจากอาการซึ่งเป็นข้อมูลหรือสถิติที่นับว่ามีประโยชน์มากต่อหน่วยบริการปฐมภูมิเองและต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงหลังได้รับวัคซีนแล้ว เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมต่อไป

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีน พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ อยู่ในระดับต่ำมี 1 ข้อที่สำคัญคือ การให้วัคซีนที่มีตะกอน (Adjuvant) ควรเขย่าวัคซีนให้เป็นเนื้อเดียวกันก่อนฉีด ( $\bar{X} = 1.89$ ) อาจเนื่องกลุ่มตัวอย่างมีความเคยชินกับการให้วัคซีนบางชนิดที่ไม่มีตะกอน (Adjuvant) ซึ่งสามารถใช้ได้โดยไม่ได้เขย่าให้เป็นเนื้อเดียวกันก่อนฉีดแต่วัคซีนบางชนิด เช่น วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP) ซึ่งมีตะกอน (Adjuvant) ลงไปในวัคซีนจะต้องเขย่าให้เป็นเนื้อเดียวกันก่อนใช้ทุกครั้ง และวัตถุประสงค์ที่ใส่ตะกอน (Adjuvant) คือป้องกันการเจ็บปวดขณะฉีดวัคซีน และป้องกันไม่ให้วัคซีนวัคซีนคูดซิมเร็วเกินไป ซึ่งการใช้วัคซีนดังกล่าว ควรเขย่าให้เป็นเนื้อเดียวกันก่อนฉีด (สำนักงานโรคติดต่อทั่วไป, 2550) และข้อมูลปัญหาหน่วยบริการปฐมภูมิด้านเจ้าหน้าที่ (ตาราง 4) พบว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ด้านความรู้เทคนิควิธีการอยู่ประมาณ 1/8 (ร้อยละ 12.14) การขาดความรู้การให้บริการวัคซีนดังกล่าว อาจจะส่งผลให้มีการปฏิบัติการให้บริการวัคซีนได้ในระดับต่ำและพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 1/5 (ร้อยละ 20.90) ยังไม่ได้รับการอบรมความรู้ในการบริหารความเสี่ยงงานบริการวัคซีนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้

ขาดความรู้ความเข้าใจในการให้บริการวัคซีนส่งผลให้มีความมีการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงได้ในระดับต่ำ ซึ่งอุทัย (2531) กล่าวว่า การอบรมมีความสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาคความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานมีความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง สอดคล้องกับ ทัดดาว (2545) และ ทองสุกร (2543) กล่าวว่า การได้รับการอบรมจะทำให้เกิดความตระหนัก และตั้งใจทำงานในความรับผิดชอบได้มากขึ้น

## 2. ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.32$ ,  $SD = 0.73$ ) โดยมีจำนวนข้อคำถามในการปฏิบัติทั้งหมด 14 ข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงได้ระดับปานกลาง จำนวน 11 ข้อ (ร้อยละ 78.59) และระดับต่ำจำนวน 3 ข้อ (ร้อยละ 21.41) การที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขอาจเนื่องจาก มีความตระหนักและทัศนคติที่ดีต่องานให้บริการวัคซีน ที่จะสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ คือการบริหารวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอทั้งปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพมาตรฐาน มีประโยชน์ถูกต้อง เช่น ความสะอาด มีการจัดเก็บที่ถูกต้อง ไม่หมดอายุก่อนนำไปใช้ มีความเพียงพอ และมีประโยชน์ในการป้องกันโรคกับกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนใช้ได้ดีและมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ดังกล่าวซึ่งประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิมีกระติกวัคซีนพร้อมใช้สภาพภายใน/นอกสะอาดแห้ง ไม่มีรอยแตก และมีขนาดไม่น้อยกว่า 5 ลิตร มีการจัดการความเสี่ยงขยะอันตรายจากบริการวัคซีนที่เหมาะสมหรือ ส่งไปกำจัดที่เตาเผาของโรงพยาบาล/CUP มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายวัคซีนรายเดือน จำแนกรายวัคซีน ระบุจำนวน/Lot number/วันหมดอายุ มีรายงานสรุปการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์จำแนกเป็นรายวัคซีน (พันยอด) และแยกเป็นรายเดือน มีปริมาณวัคซีนแต่ละชนิดอย่างเพียงพอ ไม่มีปัญหาวัคซีนไม่พอใช้ มีการจัดหาขวดน้ำใส่เกลือไว้ที่ชั้นล่างของผู้ยื่นจำนวน 4 ขวด มีเทอร์โมมิเตอร์ที่ได้มาตรฐานวัดอุณหภูมิได้ทั้งค่าบวกและลบ และผ่านการเทียบเคียงกับเทอร์โมมิเตอร์ของโรงพยาบาลที่สอบเทียบ/เทียบเคียงแล้ว เป็นต้น

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการอบรมและรับผิดชอบในการให้บริการวัคซีน (ร้อยละ 20.87) (ตาราง 1) ทำให้ไม่มีความรู้และเห็นความสำคัญของการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทั้งคุณภาพและปริมาณ สำหรับให้บริการวัคซีนนับว่ามีความเสี่ยงด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ในหน่วยงาน ซึ่งอุทัย (2531) กล่าวว่า การฝึกอบรมถือเป็นการพัฒนาคความรู้

ความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้คนมีความเข้าใจถึงวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้องทันสมัย นอกจากนี้พบว่าในหน่วยบริการปฐมภูมิ เจ้าหน้าที่ที่สามารถสร้าง/ประยุกต์ใช้สื่อสุขภาพด้านวัคซีนได้อย่างเหมาะสม และทันสมัย เช่นใบปลิว แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิกหรือภาพถ่าย ได้มากกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 54.85) การให้ความรู้ผ่าน ไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ นั้นมีหลายวิธี และการใช้สื่อช่วยให้กลุ่มเป้าหมายเพิ่มความสนใจและเข้าใจมากยิ่งขึ้น ฉะนั้นการพัฒนาสื่อให้มีสีสัน ทันสมัยเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทพื้นที่เป็นสิ่งสมควรปฏิบัติ โดยเฉพาะการพัฒนาความรู้ด้านสื่อในการให้บริการวัคซีน ที่มีความจำเป็นต้องและใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์, พอพิศ, ไหมสาเหาะและศิวาภรณ์ (2531) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ผู้ประกอบการไม่นำทารกมารับภูมิคุ้มกันโรคหรือได้รับแต่ไม่ครบถ้วน คือการขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคและวัคซีน ป้องกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้แก้ปัญหาดังกล่าวโดยการให้สุขศึกษานอกหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบรายครอบครัว จัดนิทรรศการ และแจกเอกสารแก่อสม. ผสส. และกลุ่มแม่บ้านในเขตรับผิดชอบมากขึ้นและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งบอโรเฮง (2536) กล่าวว่าพบว่าโปสเตอร์เป็นสื่อข้อมูลข่าวสารที่สนใจของประชาชน ที่แสดงด้วยภาพ สี และตัวหนังสือ ที่ควรปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้เหมาะสม ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา และมีกระจายไปสู่หมู่บ้านต่างๆ อย่างทั่วถึง ควรเพิ่มเนื้อหาภาษายาว ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนเข้าไปด้วย และผลการใช้โปสเตอร์ให้ความรู้กับผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี พบว่ามีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางโปสเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของผู้นำศาสนาอิสลาม ในชุมชนจังหวัดปัตตานี มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี

การจัดตั้งทีมหรือกรรมการรับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่ามีน้อยประมาณ 1/3 (ร้อยละ 30.58) (ตาราง 8) การปฏิบัติได้ต่ำดังกล่าว อาจส่งผลจากกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อย กับการจัดตั้งทีม ประกอบกับมีความเข้าใจว่าการตั้งทีมจะต้องมีกรรมการจำนวนหลายคน ซึ่งข้อเท็จจริงของการสร้างทีมนี้คือการมีวัตถุประสงค์ เป้าหมายคือการทำงานร่วมกัน มีการระดมความคิดเห็น ช่วยกันทำงาน ทำให้งานสำเร็จเร็วขึ้น ผลงานรวมจะมากกว่าแต่ละคนทำ ส่งผลให้มีความสามัคคีในหน่วยงาน มีความรับผิดชอบต่อหน่วยงานมากขึ้น สอดคล้องกับการจัดให้มีทีมรับผิดชอบในหน่วยงานของจักรพรรดิ (2549) สมบัติ (2546) และเมเลอร์ (Maylor, 1999) พบว่าการทำงานเป็นทีมเป็นความพยายามร่วมกันของสมาชิกที่มีฐานะ ตำแหน่งต่างกัน การมีส่วนร่วมย่อมแตกต่างกันทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน แต่ทุกคนต้องร่วมกันคิด ตัดสินใจ รับผิดชอบ แก้ไข ผลการทำงานเป็นทีมย่อมมากกว่าผลงานรวมของสมาชิกแต่ละคน เมื่อนำมารวมกันจะเพิ่มพูนความสามารถของทีมได้ทำให้ทีมมีความภูมิใจในผลงาน และกระทรวง

สาธารณสุข (2548) พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัญหาคือขาดการทำงานเป็นทีม และสอดคล้องกับบุษบา (2548) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิขาดการจัดทีมลงพื้นที่ไม่ครบทุกวิชาชีพ และสุวภัทร (2549) กล่าวว่าปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยงการให้วัคซีนป็นีซีจีทาร์กแรกเกิดหรือผู้ป่วยหลังคลอด คือเจ้าหน้าที่ ขาดการทำงานเป็นทีมทั้งในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพ

จากข้อมูลทั่วไป พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานีได้รับการนิเทศงานให้บริการวัคซีนน้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 41.26) (ตาราง 9) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ในการบริหารวัสดุอุปกรณ์ประมาณ 1/5 (ร้อยละ 19.42) การขาดความรู้ดังกล่าวทำให้มีปัญหาในการจัดหา การควบคุมคุณภาพไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้เช่นระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา และคณะ (2551) กล่าวว่าปัญหาในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือการขาดการนิเทศงานระบบลูกโซ่ความเย็นในสถานีนามัย มีมากร้อยละ 77.77 จึงควรเร่งการนิเทศงานระบบลูกโซ่ความเย็นวัคซีนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (2553) พบว่าปัญหางานบริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิคือขาดการนิเทศติดตามจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการจัดการความเสี่ยงดังกล่าว โดยเน้นการนิเทศติดตามในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมการรับวัคซีนต่ำกว่าร้อยละ 90 และการประสานกับเจ้าหน้าที่ ที่รับผิดชอบในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งศิริลักษณ์ (2538) กล่าวว่าการนิเทศมีความสำคัญมากกับทุกงาน การนิเทศงานเป็นกิจกรรมที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับโครงการต่างๆ ทุกโครงการซึ่งผู้บริหารจำเป็นต้องทราบกิจกรรมและศึกษารายละเอียดของแต่ละกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้บริหารสามารถนำผลการนิเทศนี้มาประเมินผลโครงการว่ามีผลในทางปฏิบัติเป็นอย่างไร โดยผ่านขบวนการสังเกต พูดคุย ฟังสอน และให้กำลังใจในขณะปฏิบัติงานและสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้ดีขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2538) และสอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา (2552) พบว่ากรรมการระดับเครือข่ายผู้นิเทศงานประเมินมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดพัทลุง ได้นำปัญหาจากการนิเทศงานของหน่วยบริการปฐมภูมิมาประชุมแก้ไขร่วมกันในระดับเครือข่ายได้มากถึงร้อยละ 36.95

### 3. ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.31$ ,  $SD = 0.76$ ) เมื่อวิเคราะห์การให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง 10 ข้อ (ร้อยละ 71.43) และระดับต่ำ 4 ข้อ (ร้อยละ 28.57)

(ตาราง 9) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในระบบบริหารองค์การต่างๆไปว่า การที่จะทำงานให้สำเร็จได้ต้องอาศัย

เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ เงิน การจัดการที่ดี และสิ่งที่สำคัญที่สุดคือมีทรัพยากรบุคคล ที่มีความรู้ ทักษะ ความสามารถที่สูงด้วยทั้งนี้เพื่อที่จะนำองค์การให้เจริญก้าวหน้าได้เร็วและมากขึ้น ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทรัพยากรบุคคลต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถบริการวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพ มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ การใช้บริหารงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับพื้นที่ เน้นการทำงานเป็นทีมสุขภาพที่มีความสามารถ บริการเชิงรุกในพื้นที่ เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการวางแผนการทำงานให้บริการวัคซีนมากขึ้น จะก่อให้เกิดความสำเร็จในการแก้ปัญหาได้สูง ทำให้ชุมชนมีความตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี จึงเป็นทั้งผู้ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ ตลอดจนหาแนวทางแก้ปัญหาของชุมชนเอง และรู้ว่าปัญหาใดที่ชุมชนสามารถแก้ปัญหาได้เอง ปัญหาใดที่ต้องทำร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐกับประชาชนมีการให้บริการแบบองค์รวม มีศักยภาพในการเรียนรู้ มีการจัดการความรู้อย่างเหตุผลอยู่ตลอดเวลา มีการใช้ข้อมูลและวิเคราะห์จัดการระบบข้อมูลที่เอื้อประโยชน์ และสามารถนำมาปรับใช้กับงานให้บริการวัคซีนได้

จะเห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นผู้ที่มีบทบาทมากในการทำงานร่วมกับชุมชน ที่ปัจจุบันเน้นการทำงานเป็นทีมมากขึ้น มีการทำงานเชิงรุกเน้นการสร้างมากกว่าซ่อมสุขภาพ การทำงานเป็นทีมที่ทุกคนในองค์กรมีความสำคัญเท่าๆกัน ช่วยกันทำให้ทำงานนั้นสำเร็จได้ด้วยดี โดยอาศัยความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. เทศบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องแสดงบทบาทตัวเองอย่างเต็มที่ในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ดังนี้ การทำบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการด้านสุขภาพ (การค้นหา คัดกรอง ติดตาม ส่งต่อบุคคล ครอบครัว) บทบาทให้ความรู้ด้านสุขภาพ (สอนทั้งด้านบุคคล กลุ่ม) เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจากการรับรู้ เข้าใจปัญหาสุขภาพตนเองได้ในระดับหนึ่ง บทบาทผู้ประสานงาน (ทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน กลุ่มองค์กรเครือข่าย ดังนั้นจึงต้องมีคุณสมบัติในการจูงใจ และสื่อสารด้วย) บทบาทผู้จัดให้มีองค์กรชุมชน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ รวมตัวกันเป็นกลุ่มที่เหนียวแน่น เช่นกองทุนยา ชมรมสุขภาพต่างๆ บทบาทเป็นคอยกระตุ้นให้เปลี่ยนพฤติกรรม เป็นบทบาทที่ยากแต่สำคัญที่สุดเพราะการเปลี่ยนพฤติกรรมของคนจะต้องใช้ระยะเวลาและความสม่ำเสมอในการให้ข้อมูลที่ต้องการ บทบาทเป็นผู้ฝึกอบรม (โดยเป็นกลุ่มมีหลักสูตร เช่นฝึกอบรม อสม. เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ) บทบาทเป็นผู้นิเทศงานและเป็นพี่ปรึกษา ในฐานะเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ บทบาทเป็นผู้วิจัย สามารถปรับปรุงการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยอาจทำวิจัยเอง หรือทำร่วมกับผู้อื่นก็ได้ (สมใจ, 2546) และสอดคล้องกับบอโรเฮง (2536) กล่าวว่า การให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี พบว่ามีความสัมพันธ์กับ

การยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากความสำคัญและบทบาทบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังกล่าวไม่สามารถปฏิบัติทั้งหมด อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 20.87) ยังไม่ได้รับการอบรมความรู้กระบวนการบริหารความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนที่ถูกต้อง ทำให้ขาดความรู้ไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญและการป้องกันความเสี่ยงจากการให้บริการวัคซีน นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร (ร้อยละ 23.78) (ตาราง 4) และสวิง (2537) กล่าวว่า การฝึกอบรมเป็นกิจกรรมที่มุ่งปรับปรุงความรู้ ความสามารถ ตลอดจนความชำนาญของสมาชิกในกลุ่มหรือในองค์การให้ดีขึ้น เป็นกลยุทธ์ที่ดีที่สุดในการที่จะพยายามใช้ทรัพยากรมนุษย์ให้มีค่าต่อองค์การมากที่สุด และประหยัดที่สุด และพบว่าแหล่งให้ความรู้ที่ดีอีกแหล่งหนึ่งคือ การมีคู่มือวิชาการปฏิบัติงานให้บริการวัคซีน (ร้อยละ 33.01) ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้ใช้มาก การขาดคู่มือดังกล่าวทำให้เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดความตระหนัก การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องและมีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของเอมอร์และคณะ (2549) พบว่าทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลขาดคู่มือการปฏิบัติงานไม่ถึงร้อยละ 70.00 จำนวน 3 เล่ม และผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70.00 จำนวน 1 เล่มเท่านั้น

นอกจากนี้ พบว่าการดำเนินงานบริการวัคซีนในพื้นที่ที่มีปัญหาคือการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบไม่เหมาะสม (ร้อยละ 59.22) เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางประเภทได้อุทิศเวลาให้กับด้านบริหาร มากกว่าการให้บริการด้านสาธารณสุขอันเป็นหน้าที่หลัก ถึงแม้จะมีแนวโน้มของปัญหานี้จะลดลงก็ตาม แต่อัตราการเปลี่ยนแปลงก็ยังเป็นไปอย่างช้าๆ และการกระจายเจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆ ยังไม่ดีพอหรือไม่สมดุลกัน เช่น ในระดับตำบลนั้นมีแต่เจ้าหน้าที่ไม่กี่ประเภท (สวิง, 2537) จากการศึกษาของวรวิญญา (2552) พบว่าปัญหาในหน่วยบริการปฐมภูมิคือการจัดสรรบุคลากรไม่เหมาะสมตามกรอบตำแหน่ง เช่นการให้พยาบาลวิชาชีพทำงานทดแทนตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข และจากการศึกษาของศิริพงษ์ (2545) พบว่าปัญหาการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิคือการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสม

การที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร อยู่ในระดับปานกลาง ดังกล่าวซึ่งประกอบด้วย (ตาราง 9) การมีกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีนมีการประเมินการ ให้บริการวัคซีนอย่างครอบคลุมเป็นรายเดือน/งวด/รายปี มีแผนผังการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบงานให้บริการวัคซีนของเจ้าหน้าที่อย่างชัดเจนและปฏิบัติตามแผนผังการแบ่งหน้าที่ดังกล่าว เจ้าหน้าที่ให้ความรู้แก่ อสม. เพิ่มเติมเป็นประจำทุกเดือนและซักถามปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานบริการวัคซีน เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และป้องกันความเสี่ยงงาน EPI



โดยใช้หลักการระมัดระวังตนเองจากการติดเชื้อที่อาจติดต่อทางเลือด หรือสารน้ำจากร่างกายของเด็กเจ้าหน้าที่สามารถสร้าง/ประยุกต์ใช้สื่อสุขศึกษาด้านวัคซีนอย่างเหมาะสม และทันสมัย เป็นต้น

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนอยู่ในระดับต่ำมีดังนี้

3.1 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการวัคซีนไม่มีการเปิดเผยความลับหรือการละเมิดสิทธิเด็ก ( $\bar{X} = 1.75$ ) การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงได้ในระดับต่ำดังกล่าว อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักว่าการไม่เปิดเผยความลับผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งถูกต้องแล้วและเป็นจรรยาบรรณวิชาชีพสาธารณสุขที่ปฏิบัติอยู่ทุกวัน ทุกคนเป็นประจำอยู่แล้ว แต่กลุ่มเป้าหมายนั้นเป็นเด็ก 0-5 ปี การให้ความรู้กับเด็กอาจจะทำให้การสื่อสารคลาดเคลื่อนได้ โดยเฉพาะด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะคลาดเคลื่อนไม่ได้โดยเด็ดขาด ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องเปิดเผยสุขภาพของเด็กให้ผู้ปกครองทราบ เพื่อขอความร่วมมือและปฏิบัติให้ถูกต้อง เหมาะสม เช่นการฉีดวัคซีนให้เด็กที่มีปัญหาด้านในระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ติดเชื้อเอชไอวี เด็กป่วยจากโรคแทรกซ้อนทางเดินหายใจ เป็นต้น

3.2 เจ้าหน้าที่มีการปฏิบัติงาน EPI ตามหลักวิชาการที่ถูกต้องโดยการปฏิบัตินั้นไม่ขัดกับบทบัญญัติทางศาสนาและไม่ปฏิบัติตามความเชื่อที่ผิดๆ ( $\bar{X} = 1.73$ ) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีลงมา (ร้อยละ 99.00) ซึ่งเป็นการศึกษาในด้านสายสามัญทั่วไป ไม่ได้ศึกษาในด้านศาสนา และไม่มีข้อมูลการศึกษาทางด้านศาสนาเช่น การศึกษาทางศาสนาอิสลาม การศึกษาทางพุทธศาสนา ซึ่งการศึกษาทางศาสนานั้นเป็นการศึกษาที่เป็นความต้องการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเข้าใจหลักคำสอนศาสนาและอาจจะประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และงานประจำโดยเฉพาะการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่จะอยู่ในชุมชน การมีความรู้ทางศาสนาสามารถประยุกต์ในการปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งการเข้าไปในชุมชน ควรยึดหลักการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับหลักศาสนาและรู้จักขอความร่วมมือจากผู้นำศาสนา จะทำให้ทำงานสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น (สมใจ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของพงศ์เทพ และคณะ (2550) พบว่าปัจจัยหนุนเสริมที่สำคัญที่ทำให้บุคลากรยังคงปฏิบัติงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในช่วงภาวะวิกฤติของระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ นั่นคือการมีบุคลากรสาธารณสุขซึ่งส่วนหนึ่งเป็นคนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกลมกลืนไม่ขัดกับคำสอนศาสนา ซึ่งอาจจะมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งที่รู้หลักคำสอนที่ลึกซึ้งของแต่ละศาสนาและสามารถนำความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับงานให้บริการวัคซีน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีกจำนวนมากนั้นอาจจะรู้หลักคำสอนบ้างแต่ไม่ลึกซึ้ง จึงไม่เห็นความสำคัญในการประยุกต์ใช้หลักคำสอนศาสนาในการให้บริการวัคซีน ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ในระดับต่ำ

#### 4. ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารงบประมาณ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารงบประมาณ อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.92$   $SD = 0.84$ ) เมื่อวิเคราะห์การให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง 5 ข้อ และระดับต่ำ 5 ข้อ (ตาราง 10) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบการเงินน้อย เพราะโดยเจตจำนงพื้นฐานการผลิตบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิเดิมนั้นเป็นผลิตที่จัดอยู่ในด้านการสนับสนุนที่ทำงานเสริมให้กับการบุคลากรหลักที่ขาดแคลนเท่านั้น ซึ่งการผลิตบุคลากรเสริมนี้หมายถึงบุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรระดับวิชาชีพ และได้รับการศึกษาการศึกษาขั้นต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งทำหน้าที่ให้การสนับสนุนการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรค การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ เช่นบุคลากรสนับสนุนเน้นด้านการรักษาพยาบาล (พยาบาลเทคนิค ผดุงครรภ์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่งานเภสัช เจ้าหน้าที่งานกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ เป็นต้น) บุคลากรสนับสนุนเน้นด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (คือพนักงานอนามัยปัจจุบันคือเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข พนักงานสุขภาพชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข อสม.) เป้าหมายหลักคือให้บุคลากรเหล่านี้ปฏิบัติงานโดยตรงให้ถึงตัวประชาชน โดยเน้นหนักด้านการส่งเสริม ป้องกันให้สอดคล้องกับปัญหาและตรงกับความต้องการของท้องถิ่น เพราะรัฐจะผลิตบุคลากรหลักไปบรรจุทำงานทุกพื้นที่ จะเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายของรัฐมากเกินไป เพราะบุคลากรสนับสนุนสามารถทำได้คืออยู่แล้ว (กันยา, 2537)

การขาดความรู้ของกลุ่มตัวอย่างด้านการใช้งบประมาณอย่างถูกต้องและเกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ามีปัญหาด้านขาดคู่มือความรู้เกี่ยวกับงานให้บริการวัคซีน (ร้อยละ 33.01) ซึ่งคู่มือที่เกี่ยวข้องมีคู่มือบริหารงานทั่วไปสำหรับสถานอนามัย เอกสารการสอนของมหาวิทยาลัย หรือสถาบันการศึกษาอื่น เช่น มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นต้น ซึ่งเอมอรและคณะ (2549) พบว่าทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลขาดคู่มือการปฏิบัติงานมีไม่ถึงร้อยละ 70.00 จำนวน 3 เล่ม และผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70.00 จำนวน 1 เล่มเท่านั้น และพบว่าส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 20.87) ยังไม่ได้รับการอบรมความรู้กระบวนการบริหารความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนที่ถูกต้องมาก่อน ทำให้ขาดความรู้ ไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญและการป้องกันความเสี่ยงด้านการใช้งบประมาณที่เกี่ยวข้องในการให้บริการวัคซีน และเนื้อหาส่วนใหญ่ที่ใช้อบรมจะเน้นการจัดการด้านความรู้ เทคนิค ทักษะ

การปฏิบัติ การจัดเก็บและมีอุปกรณ์ครบถ้วน ที่เน้นด้านพัฒนาบุคลากรมากกว่าจะเน้นด้านการบริหารงบประมาณ สอดคล้องกับอาภรณ์ (2550) กล่าวว่าบางครั้งช่วงระยะเวลาจัดประชุมการบริหารความเสี่ยงมีจำกัด แต่เนื้อหาความเสี่ยงมีมากทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้ไม่ครบถ้วน จึงไม่สามารถนำเนื้อหาวิชาการไปสู่การปฏิบัติ บางครั้งเป็นเรื่องที่ซับซ้อนต้องอาศัยเวลา และการปฏิบัติงานการบริหารงบประมาณจะต้องอาศัยความรู้ที่ดีเป็นพื้นฐานมาก่อน เนื่องจากเป็นงานที่มีความละเอียดรอบคอบ การปฏิบัติที่ถูกต้องตามขั้นตอน การเรียนรู้อย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอ จึงต้องมีการเรียนรู้ควบคู่กับการปฏิบัติจริงด้วยด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของอาภรณ์ (2550) กล่าวว่าการประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเรื่องของทฤษฎีและหลักการจำเป็นต้องนำมาสู่การปฏิบัติจริง และจากการอบรมการจัดการความเสี่ยงที่ผ่านมา พบว่าเนื้อหาการจัดการอบรมไม่ได้เน้นการบริหารงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับวัคซีน ไม่มีการให้ข้อมูลหรือยกตัวอย่างความเสี่ยงด้านงบประมาณที่ตราออกมาเป็นรูปตัวเงินที่เห็นภาพรวมอย่างชัดเจน เพียงแต่แนะนำความรู้เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บวัคซีนที่ถูกต้อง

การบริหารวัสดุอุปกรณ์วัคซีนที่ผ่านมา ไม่ได้เน้นถึงการตราราคาของความปลอดภัยจากการบริหารออกมาเป็นรูปตัวเงินของแต่ละหน่วยงาน ได้ และส่วนใหญ่ยังไม่มีข้อมูลจากการไม่ได้คำนวณด้านวัสดุอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีน เช่น เข็ม กระบอกฉีดยาหรือวัคซีนเสื่อมสภาพหรือหมดอายุก่อนใช้ หากมีข้อมูลและยกตัวอย่างดังกล่าวในที่อบรมอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลความเสี่ยงเชิงประจักษ์มากขึ้น และเห็นความสำคัญของการบริหารงบประมาณที่ต้องคำนึงถึงความเหมาะสม มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา และคณะ (2551) พบจากการประชุมกลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็นในการพัฒนาคุณภาพวัคซีนของเภสัชกรและเจ้าหน้าที่บริหารจัดการวัคซีนระดับเขต จังหวัด และอำเภอ ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ที่ประชุมมีการยกตัวอย่างการให้ความสำคัญของรัฐบาลในเรื่องการให้บริการวัคซีนของประชาชนมากขึ้น โดยการจัดงบประมาณให้บริการวัคซีนที่พบว่าเพิ่มขึ้นทุกปี แต่ปัญหาคือขาดการจัดการความเสี่ยงที่ถูกต้อง เช่นการจัดเก็บวัคซีนกรณีไฟฟ้าดับพบว่ามี 2 ครั้งต้องสูญเสียวัคซีนไปจำนวนมากและคิดเป็นเงินที่มีมูลค่าสูงประมาณ 200,000 บาทเป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์, ฉายา, สุภรณ์ และภัทรวดี (2543) ได้ศึกษาการประเมินผลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของจังหวัดชุมพร โดยพบว่างบประมาณค่าวัคซีนในส่วนที่เด็กได้รับไม่ครบชุด ซึ่งเป็นส่วนที่ใช้ไปในการให้วัคซีนแต่ภูมิคุ้มกันโรคไม่สูงพอที่จะป้องกันโรคได้ ซึ่งคำนวณจากอัตราขาดการรับวัคซีนในประชากรเป้าหมายในเขต 11 เป็นงบประมาณที่ต้องสูญเสียไปถึงทั้งสิ้น 267,068 บาทต่อปี การขาดความรู้ด้านข้อมูลข่าวสารงบประมาณเกี่ยวข้องกับวัสดุวัคซีนดังกล่าว

ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักและเห็นความสำคัญด้านการใช้จ่ายงบประมาณน้อยลง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติด้านงบประมาณต่ำได้เช่นกัน

การปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จะต้องรับผิดชอบงานการเงินและงบประมาณด้วย โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข หรือหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ จะทำหน้าที่เป็นแกนหลัก นอกจากนี้อาจจะมอบหมายให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนทำการแทน แต่อยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุขและพบว่าเจ้าหน้าที่เหล่านี้ไม่มีความรู้การบริหารงบประมาณมาก่อน เนื่องจากไม่มีการเรียนการสอนในหลักสูตร ทำให้ไม่มีความรู้ถึงขั้นตอนการบริหารงานการเงินที่ถูกต้องเท่ากับเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีที่เรียนมาโดยตรง การไม่ให้ความสำคัญของการใช้จ่ายเงินที่ถูกต้อง ขาดความรู้ในการควบคุมการใช้งบประมาณ เป็นต้น การขาดความรู้ ขาดความตระหนักในการให้ความสำคัญกับการบริหารงบประมาณส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องในระดับต่ำ จะทำให้เกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานได้ เช่น ใช้เงินผิดประเภท ใช้ไม่เหมาะสม ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งหลักการงบประมาณในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมนั้นควรยึดหลักความประหยัด (ใช้จ่ายเงินตามโครงการต่างๆ ให้ได้ผลอย่างเต็มที่ มิให้ใช้จ่ายเกินกว่าความจำเป็นซึ่งก่อให้เกิดความฟุ่มเฟือยได้ และเบียดบังเอางบประมาณเป็นประโยชน์ส่วนตัว) หลักการประสิทธิภาพ (ควบคุมงบประมาณรายจ่ายรายรับ ไม่ให้เกิดการรั่วไหลขึ้นได้โดยใช้งบประมาณต่ำสุดสิ้นเปลืองน้อยที่สุด และงานบรรลุตามวัตถุประสงค์) หลักการมองการณ์ไกล (สามารถคาดการณ์ว่าจะใช้งบเพื่อการนั้นจำนวนใด ในเวลาใดที่ต้องคิดคะแนนไว้ล่วงหน้า มีประโยชน์กับส่วนรวม อย่างไร) หลักประชาธิปไตยสามารถเปิดเผยให้แก่สาธารณสุขชนได้ (งบประมาณเกือบทั้งหมดมาจากการเก็บภาษีจากรายรฐ ฉะนั้นจึงเป็นการสมควรที่รายรฐจะต้องรู้เห็นและจำเป็นต้องเปิดเผยแพร่หลายให้ประชาชนรู้เห็นทั่วไปทราบ) หลักความชัดเจนเข้าใจง่าย (ไม่คลุมเครือ ง่ายต่อการพิจารณา วิเคราะห์ เป็นประโยชน์) หลักความถูกต้องและเชื่อถือได้ (ทั้งตัวเลขและรายละเอียดในโครงการ) หลักความยืดหยุ่น (งบประมาณที่ดีควรมีความยืดหยุ่นได้ตามความจำเป็น) และหลักการวางแผนควบคุมกำกับ หลักของความบริสุทธิ์ ไม่มีทุจริตไม่มีเรื่องอื่นที่ไม่ใช่งบประมาณเข้ามาเกี่ยวข้อง (ชูชัย และคณะ, 2552; ไตรรัตน์, 2534; บุญญา, 2550; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2551) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้เรื่องระบบงบประมาณในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 44.66) (ตาราง 4) เช่นการเข้ามาของเงินรายรับและรายจ่ายตลอดจนการใช้จ่ายเงินที่เหมาะสม เงินรายรับของหน่วยบริการปฐมภูมิปัจจุบันส่วนใหญ่ได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยการเหมาจ่ายรายหัว และปีงบประมาณ 2533 มีการใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวอัตรา 2,401.33 บาทต่อคน (คิดจาก 47.2397 ล้านคน) จำนวนดังกล่าวได้แยกประเภท

ของการบริการออกได้ 13 ประเภทและงบให้บริการวัคซีนอยู่ในประเภทงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ได้รับการจัดสรร 217.79 บาท ซึ่งงบดังกล่าวนี้ต้องจัดบริการให้กับประชาชนชาวไทยทุกคนทุกสิทธิ จึงเหลือเงิน 199.22 บาทต่อคน(คิดจากประชากร 64.446 ล้านคน) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) การใช้จ่ายเงินงบดังกล่าวแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ 1) งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (15.17 บาทต่อคน) สำหรับจัดซื้อเวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุต่างๆ จัดซื้อและกระจายวัคซีนระบบ VMI และนมสำหรับเด็กที่ป่วยด้วยโรค PKU 2) งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (125.64 บาท ต่อคน) โดยจัดสรรตามผลงานที่ทำได้เน้นให้บริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อให้เกิดการเพิ่มการเข้าถึงและครอบคลุมการให้บริการ คือ 93.85 บาทต่อคน จัดสรรให้หน่วยบริการประจำ (CUP) เดิมเรียกว่าหน่วยบริการแม่ข่าย และจ่ายให้หน่วย 31.79 บาทต่อคน จ่ายตามผลการปฏิบัติงาน ซึ่งในส่วนนี้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการได้ เช่นการฉีดวัคซีน การฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด วางแผนครอบครัว เป็นต้น 3) งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ คือ 58.41 บาทต่อคนและหากตำบลใดมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ (กองทุนตำบล) จะได้เงินดังกล่าวในอัตรา 40 บาทต่อ ซึ่งเงินดังกล่าวนี้ใช้สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ในการส่งเสริมสนับสนุนกระตุ้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการเชิงรุกทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและมีคุณภาพ จะเห็นได้ว่ารายรับในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นจะต้องทำงานเชิงรุกมากขึ้น เพื่อให้มีผลงานเด่นชัด จึงจะได้รับเงินเข้ามา ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องทำงานหนักมากขึ้น โดยเฉพาะการลงพื้นที่เพื่อทำงานในเชิงรุก

จากข้อมูลทั่วไปพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีให้บริการเชิงรุกในชุมชนตลอดทั้งปี ประมาณ 1/5 (ร้อยละ 21.84) อาจเนื่องจากกลัวความไม่ปลอดภัยจากความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้มากที่สุด (ร้อยละ 100.00) (ตาราง 4) ถึงจะแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงรุก และผลประโยชน์ที่ได้รับมาทั้งสุขภาพประชาชน ผลงานที่ได้ตามวัตถุประสงค์งบประมาณที่ได้รับมากขึ้นก็ตาม เมื่อมีเหตุการณ์ความไม่สงบที่เป็นอุปสรรคพบว่ามี ความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงสูงสุดคือเสียชีวิต อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการทำงานเชิงรุกในพื้นที่น้อยลง ส่งผลกระทบถึงการปฏิบัติงานให้บริการวัคซีนได้ สอดคล้องกับการให้ความสำคัญของการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าเมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์น้อย ขณะเดียวกันก็รับรู้อุปสรรคมากกว่าบุคคลมีโอกาที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของภารณี และ วราณี (2548) พบว่ากลุ่มครูสตรีระยะหมดประจำเดือนจะรับรู้อุปสรรคมากกว่าครูสตรีระยะใกล้หมดประจำเดือน ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของเงินยวง (2552) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้

โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของผู้ดูแลเด็ก 1-5 ปี ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนบนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งโดยรวมและรายด้านจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านบริหารงบประมาณได้ในระดับต่ำ มีรายชื่อดังต่อไปนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิไม่เคยถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากการให้บริการวัคซีน หน่วยบริการปฐมภูมิมีแผนป้องกันความเสี่ยงที่สร้างความเสียหายกับสถานที่เก็บวัสดุอุปกรณ์วัคซีนเช่น แผนป้องกันไฟไหม้, น้ำท่วม, การรักษาความปลอดภัย หน่วยบริการปฐมภูมิมีรายงานการใช้จ่ายงบประมาณตามแผนงาน โครงการบริการวัคซีน มีแผนปฏิบัติงานติดตามประเมินผล และสรุปการใช้งบประมาณที่มีประสิทธิผล เทียบกับผลงานที่ทำได้ และมีการทำแผนเพื่อของบประมาณสนับสนุนแก้ไขปัญหาทางานบริการวัคซีนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น อบต., รพช.

ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของกลุ่มตัวอย่างด้านบริหารงบประมาณพบว่าปฏิบัติได้ในระดับต่ำนี้คือหน่วยบริการปฐมภูมิมีแผนป้องกันความเสี่ยงที่สร้างความเสียหายกับสถานที่เก็บวัสดุอุปกรณ์วัคซีน เช่นมีการจัดทำแผนป้องกันไฟไหม้, น้ำท่วม, การรักษาความปลอดภัย พบว่ามีการปฏิบัติการบริหารงบประมาณได้ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 1.54$ ) ซึ่งความสำคัญของการมีแผนป้องกันความปลอดภัยในส่วนราชการที่ถูกต้องนั้นเจ้าหน้าที่จะต้องประจำการอยู่ตลอด 24 ชั่วโมงและต้องมีผู้ตรวจเวรยามบันทึกเหตุการณ์ความปลอดภัย เช่นโรงพยาบาล สถานีตำรวจเป็นต้น แต่สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สามารถปฏิบัติเช่นนั้นได้ถึงแม้ว่าจากกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันอุปกรณ์ต่างๆ ในสถานที่สถานที่ราชการ ให้มีความปลอดภัยโดยมีแผนแต่ขาดการปฏิบัติตามแผน เนื่องจากเจ้าหน้าที่กลัวความไม่ปลอดภัยมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) (ตาราง 4) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัลย์ และคณะ (2546) กล่าวว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีการวางแผนในการปฏิบัติงานและแผนงบประมาณ แต่การให้บริการไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนดได้ และศรีสมภพ (2551) และศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (2551) กล่าวว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีความเสี่ยงมากโดยเฉพาะในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากมีสถิติตั้งแต่ปี 2548- 2550 พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเคยถูกเผาจำนวนมาแล้ว 11 แห่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดในจังหวัดปัตตานี 4 แห่ง และระเบิด 1 แห่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในจังหวัดในจังหวัดปัตตานี หากคิดเป็นมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นรวมทั้งวัสดุครุภัณฑ์แล้วประมาณ 3.1 ล้านบาท จึงจำเป็นต้องมีแผนการดูแลระบบความปลอดภัยมากขึ้น เช่นปรับปรุงกายภาพ ติดตั้งระบบกล้องวงจรปิด กำหนดพื้นที่หวงห้าม ระบบสื่อสาร เพิ่มมาตรการความปลอดภัย ฝึกอบรมเรื่องความปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งสุวรรณณี และปฐมมาศ (2547) กล่าวว่า

มาตรการด้านความปลอดภัยที่ทางราชการดำเนินการยังไม่เพียงพอ ร้อยละ 67.60 ส่งผลกระทบกับงานประจำได้ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีเจ้าหน้าที่น้อย และต้องรับผิดชอบงานมากขึ้น หากไม่มีการจัดการที่เหมาะสมจะทำให้เกิดขวัญและกำลังใจทำงานน้อยลงได้ ซึ่งศิริพงศ์ (2545) พบว่าปัญหาการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิคือการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสมทำให้ขวัญและกำลังใจน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา (2552) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมียังมีปัญหาคำคัญอีกประการคือการขาดขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับบุษบา (2548) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน และกลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข (2548) พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีปัญหาด้านเจ้าหน้าที่ขาดขวัญและกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณิ และปฐมมาศ (2547) พบว่าเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 68.50 ซึ่งจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแผนป้องกันความเสี่ยงที่สร้างความเสียหายกับสถานที่เก็บวัสดุอุปกรณ์ให้วัคซีนที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณได้ในระดับต่ำ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาปัญหาการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

ผลการศึกษาปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ามีปัญหา 3 ด้านที่สำคัญคือด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้าน อสม. และด้านผู้ปกครอง ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ด้านดังกล่าวนี้มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การแก้ปัญหาเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งไม่ได้ผล ซึ่งจะกระทบกับส่วนที่เหลือ เพราะฉะนั้นจะต้องใช้วิธีการแก้ทั้งระบบ ซึ่งในที่นี้จะขอเสนอเฉพาะปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิเท่านั้น สามารถแยกอภิปรายได้ดังนี้

#### ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในการให้บริการทั้ง 4 ด้านคือการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เป็นบริการที่ต่อเนื่องกับประชากรทุกกลุ่มอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่บ้าน และชุมชนในเขตพื้นที่ให้ครอบคลุมบรรดัตถุประสงค์ โดยเน้นตามสภาพปัญหา มีการจัดเก็บข้อมูลตลอดเวลาด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลประชากร กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยในชุมชน ประสานงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ทั้งภาครัฐ เช่น อบต. โรงเรียน ส่วนราชการอื่นๆ โรงพยาบาล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภาคเอกชนเช่น ชมรมสุขภาพ ร้านค้า ร้านอาหาร อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา พระสงฆ์ หมอสมุนไพรรักษาพื้นบ้าน เป็นต้น เน้นการให้บริการเชิง

รุกในชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้มากที่สุด รู้ปัญหาให้มากที่สุด แล้วเสนอปัญหาให้ชุมชนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบและมีส่วนร่วมช่วยกันเสนอแนวทางแก้ปัญหา โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ร่วมรับฟัง สนับสนุนข้อมูล ความรู้ ให้คำแนะนำที่เหมาะสม โดยเน้นให้ชุมชนมีการเรียนจากรู้ปัญหา รู้จักแก้ปัญหาเอง เพื่อให้เห็นคุณค่าและความต้องการแก้ปัญหาอย่างแท้จริง ซึ่งพบว่าปัญหาในพื้นที่นั้นมีมากมาย และปัญหาหนึ่งที่สำคัญในชุมชนและกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะเด็ก 0-5 ปี นั้นคือปัญหาการให้บริการวัคซีนที่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาผลกระทบด้านความปลอดภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความวิตกกังวลมากในการปฏิบัติงานเชิงรุกนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 100.00) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณีย์ และปฐมมาศ (2547) ศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพและขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. พบว่ากระทบสูงสุดคือด้านความปลอดภัย ร้อยละ 100.00 ซึ่งความปลอดภัยเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามทฤษฎีของมาสโลว์ เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจ เต็มใจที่จะทำงานอย่างเต็มความสามารถ แต่หากมีวิกฤติขึ้นในชีวิต จะทำให้บุคคลเสียสมดุลไปก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล เกิดความสูญเสีย ความปวดร้าว ความสิ้นหวัง อาจนำมาซึ่งอาการทางจิตเวช (สันติชัย, 2538 อ้างตามอวยพร, 2548) ผลกระทบจากความปลอดภัยมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากขึ้นผู้บริหารและเจ้าหน้าที่รัฐถูกฆ่า ลอบทำร้ายไม่เว้นแต่ละวัน เกิดผลกระทบด้านการดำเนินชีวิต ไม่กล้าออกจากบ้านถ้าไม่มีความจำเป็น ไม่นั่นในเรื่องความปลอดภัยในการเดินทาง ต้องระมัดระวังตัวอยู่ตลอดเวลา ผลกระทบทางด้านจิตใจเกิดความหวาดระแวงในการดำรงชีวิต ขาดความมั่นใจในความปลอดภัยในชีวิตทั้งตนเองและครอบครัว ความเครียดเพิ่มขึ้นสุขภาพจิตแย่อย่างไม่เคยเป็นมาก่อน (รุ่ง, 2548) ความไม่ปลอดภัยดังกล่าวส่งผลให้เจ้าหน้าที่ย้ายออกไปจากพื้นที่มากขึ้นทำให้เจ้าหน้าที่เหลือน้อยลง

## 2. ปัญหาขาดบุคลากรปฏิบัติงาน

จากเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความหวาดกลัวในการปฏิบัติงาน ทำให้เจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งย้ายออกไปที่อื่น ส่งผลให้ขาดแคลนบุคลากรปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ามีประมาณ 3.71 คนต่อแห่ง (กลุ่มงานควบคุมโรค, 2552) ซึ่งน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กระทรวงสาธารณสุข (2542) ที่กำหนดให้มีอัตรากำลังได้ 5 อัตรา และสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (2547) กล่าวว่ามาตรฐานบุคลากรเบื้องต้นกำหนดให้บุคลากร 1 คนรับผิดชอบประชากร 1,250 คน ขณะที่อัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องรับผิดชอบประชากรมากกว่าปกติคือบุคลากรสาธารณสุข 1 คน



รับผิดชอบประชากร 1,410 คน (กลุ่มงานควบคุมโรค, 2552) และพบว่าบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานจำนวน 3 คนต่อแห่งมากที่สุด (ร้อยละ 44.66) ซึ่งสอดคล้องกับวิทยา (2552) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสตูล มีบุคลากรไม่เพียงพอ พบว่ามีจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉลี่ย 3.80 คนต่อแห่ง ในการนี้ชูชัย และคณะ (2552) พบว่าปัจจุบันค่าเฉลี่ยบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติงานในสถานอนามัยทั่วประเทศเท่ากับ 2.90 คนต่อแห่ง การขาดอัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิดังกล่าว มีผลต่อภาระงานที่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น (ร้อยละ 73.30)

3. ตำแหน่งหรือคุณสมบัติเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่เหมาะสม (ร้อยละ 59.20) จัดเป็นความเสี่ยงที่สำคัญด้านการปฏิบัติงาน ซึ่งการจัดการปัญหาความเสี่ยงโดยทั่วไปนิยมปฏิบัติกันมากคือการอบรมความรู้เจ้าหน้าที่ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างขาดการอบรมความรู้การจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนประมาณ 1 / 5 (ร้อยละ 20.87) การอบรมให้ความรู้ถือเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคคลเข้าใจวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องทันสมัย (อุทัย, 2531) ขณะเดียวกันเป็นการพัฒนาทีมสุขภาพไปด้วย ซึ่งพบว่าทีมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 19.42) ซึ่งความสำคัญของการมีทีมสุขภาพและทำงานเป็นทีม เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการพัฒนาเป็นที่ยอมรับของชุมชน เพราะความสำเร็จขององค์กรต่างๆ ไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากการทำงานของคนใดคนหนึ่งตามลำพัง แต่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกับบุคคลต่างๆ ในหน่วยงานนั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา (2548) กล่าวว่าการทำงานเป็นทีมจะเป็นการเปิดใจรับฟังซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และความคิดเห็นเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันมากขึ้น สอดคล้องกับชูชัย (2552) บุคลากรปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำบล (รพ.สต.) ต้องมีความรู้ ทักษะ มีศักยภาพการทำงานเป็นทีมในการให้บริการเชิงรุก สามารถจัดระบบข้อมูลได้

4. ด้านบริหารงบประมาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ด้านบริหารงบประมาณที่ถูกต้อง โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินงบประมาณจากหน่วยคู่สัญญา (CUP) การเบิกจ่ายมีความยุ่งยาก มีขั้นตอนมาก (ร้อยละ 44.66) ซึ่งงบประมาณหลักมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพที่จ่ายผ่านหน่วยคู่สัญญาหรือเครือข่าย (CUP) เป็นรายงวดซึ่งแต่ละเครือข่ายจะมีการบริหารงบประมาณแตกต่างกัน ไม่ได้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน บางครั้งพบว่าไม่เป็นไปตามงวด บริหารเงินไม่คล่องตัว มีขั้นตอนมีระเบียบที่ไม่เอื้อ ขาดสภาพคล่องในการเบิกจ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของชวณ (2547) พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับงบประมาณไม่เพียงพอ ส่งผลให้การเบิกจ่ายค่าตอบแทนไม่คล่องตัว ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี (2546) กล่าวว่าการจัดสรรเงินมีความยุ่งยาก ไม่มีความคล่องตัวในการบริหารเงิน

5. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (ร้อยละ 28.64) งานบริการของหน่วยบริการปฐมภูมินั้นมีการให้บริการทั้งในและนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ และงานให้บริการวัคซีนจำเป็นจะต้องติดตามให้บริการในหมู่บ้านหรือชุมชนด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความจำเป็นและสำคัญมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถรับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2547; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) มีวิธีการให้ชุมชน (1) เห็นผลประโยชน์และมีส่วนร่วมโดยที่ชุมชนโดยไม่ต้องลงมือทำแต่เป็นผู้รับบริการ เช่น พาบุตรไปรับวัคซีน ชั่งน้ำหนักเป็นต้น (2) การให้ชุมชนมีส่วนร่วมวางแผน เช่น เข้าร่วมพูดคุยปัญหาและความต้องการ ร่วมตัดสินใจ เลือกแก้ปัญหาของตนเอง (3) การให้ชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินการ ทำให้ประชาชนมองเห็นปัญหาร่วมระดมทรัพยากร ร่วมเป็นกรรมการที่ปรึกษาของศูนย์สุขภาพ ชุมชน เช่น ชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมคุ้มครองผู้บริโภค ชมรมสมุนไพร การบริจาคสิ่งของวัสดุครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง เครื่องมือแพทย์ให้หน่วยงาน (4) การมีส่วนร่วมประเมินผลร่วมตรวจสอบติดตามผลโครงการพัฒนาในเขตรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการวัคซีนเป็นการจัดการความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ชุมชนเห็นความสำคัญงานบริการวัคซีนแล้วให้ชุมชนร่วมคิด และร่วมจัดการแก้ไขความเสี่ยงดังกล่าว นับว่าเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพเด็กในชุมชนที่ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และเพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปรังก์ทอง และพอพิศ (2546) ได้ศึกษาความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้องกันคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ พ.ศ. 2546 โดยการเน้นผู้ให้บริการวัคซีนควรจะมีการติดตาม ควบคุม กำกับรายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่ มีการนัดหมายเด็กมารับวัคซีนให้ได้ระยะห่างที่ถูกต้องและการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนในการนำเด็กมารับวัคซีน ตลอดจนการเก็บรักษาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพื่อประโยชน์ในการนัดหมายมารับวัคซีน และเตือนความจำของผู้ปกครอง และสอดคล้องกับการศึกษาของวิจารย์, พอพิศ, ไหมสาหระ และศิวารณ์ (2531) ศึกษารายงาน โครงการพัฒนาชุมชนเรื่องการพัฒนารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็กอายุ 0-1 ปี ตำบลลี้ชัน อำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา มีประชากรกลุ่มเป้าหมายคือผู้ปกครองอายุ 0-1 ปี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ผู้ปกครองไม่นำทารกมารับภูมิคุ้มกันโรค หรือได้รับแต่ไม่ครบถ้วน คือการขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคและวัคซีนป้องกันโรคและได้ให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ได้ให้ความรู้ตามความต้องการของชุมชนในรูปแบบรายครอบครัว จัดนิทรรศการ แจกเอกสาร อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มแม่บ้าน พบว่าชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย ในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนอกสถานีอนามัยเป็นอย่างดี

6. เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้ทำแผนแก้ปัญหาพร้อมกับ อบต. หรือ CUP (ร้อยละ 50.49) นับว่าเป็นปัญหาที่ความเสี่ยงอย่างหนึ่งอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งการดำเนินงานสาธารณสุขในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก โดยเฉพาะการสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิควรจะทราบและสนับสนุน เนื่องจากเป็นนวัตกรรมใหม่ที่สำคัญในระบบสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน มีองค์กรและภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้าร่วมค้นหาและเป็นความต้องการประชาชน ร่วมวางแผนและส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่สำหรับ อบต. หรือเทศบาลของจังหวัดปัตตานี แม้ว่าจะเกิดมานานแล้วก็ตาม (เกิดขึ้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2549) แต่ก็เกิดในพื้นที่อื่นที่มีความพร้อมกว่าโดยมี อบต. และเทศบาล เห็นความสำคัญด้านสุขภาพ โดยสมัครทำสัญญาทำสัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการร่วมลงทุนในการจัดตั้งกองทุนดังกล่าว และปัจจุบันมีจำนวน อบต. หรือเทศบาลทั่วประเทศเข้าร่วมตั้งกองทุนแล้ว 5,520 แห่ง (ร้อยละ 71.00) และปัจจุบันได้เพิ่มความคล่องตัวในการบริหารกองทุนเรื่องแนวทางรับจ่ายมากขึ้น (วินัย, 2553) และจังหวัดปัตตานี กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จำนวน 24 แห่ง (ร้อยละ 20.34) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 12 สงขลา, 2553) ซึ่งยังมีจำนวนน้อยมากและหากหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ศึกษาการบริหารกองทุนระดับท้องถิ่นดังกล่าวแล้ว พบว่าในระยะเบียดกองทุนหลักประกันสุขภาพมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่เป็นกรรมการบริหารกองทุนอยู่ด้วย จึงทำให้ลดความเสี่ยงเรื่องระเบียบการใช้เงินดังกล่าวได้ในระดับหนึ่ง

นอกจากนี้หากในตำบลมีการจัดทำแผนสุขภาพตำบลแล้วก็จะเป็นการดีเพราะเป็นแผนที่ได้ผ่านความร่วมมือกันระหว่างชุมชน อบต. หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงเรียนในพื้นที่ ผู้นำชุมชน อสม. กลุ่มอาชีพต่างๆ ประชาชนชาวบ้าน สมาชิก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เกษตรตำบล พัฒนาการตำบล เป็นความร่วมมือกันทุกฝ่ายที่ต้องการสร้างสุขภาพะใหม่ด้านสุขภาพที่จะต้องเปลี่ยนวิธีคิด ความคิดความเชื่อ และให้ความสำคัญกับนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน โดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เป็นหน้าที่ของทุกคน ทุกฝ่ายในชุมชนต้องร่วมมือกัน ไม่ใช่เป็นหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยเฉพาะและไม่ใช่เป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำแผนสุขภาพตำบลที่มาจากชุมชนดังกล่าว สามารถนำเสนอ เพื่อบรรจุเป็นแผนพัฒนาตำบล 3 ปีของ อบต. ได้ และสามารถรับการสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณตามแผนสุขภาพตำบลในโอกาสต่อไป (เครือข่ายสร้างสุขภาพจังหวัดสงขลา, 2553)

7. ปัญหาการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 41.26) อาจเนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่มีไม่เพียงพอ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบงานมากขึ้น และโดย

พื้นฐานการทำงานทั่วไป ทุกคนมีความพอใจที่จะทำงานด้วยความเสมอภาคเท่าเทียมกันทั้งจำนวนหมู่บ้าน ประชากรที่รับผิดชอบ แต่หลักความเป็นจริงไม่ได้เป็นอย่างนั้นจะมีการหลดหลั่นกันไปมากบ้างน้อยบ้าง ซึ่งการแก้ปัญหาดังกล่าวอาจจะสร้างทีมงานรับผิดชอบร่วมกัน นอกจากนี้สภาพทางภูมิศาสตร์แต่ละพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างกัน เช่นบางแห่งมีพื้นที่กว้าง เป็นป่าเขา ไม่สะดวกในการเดินทางไปในพื้นที่ ขณะที่บางหมู่บ้านมีขนาดเล็ก สะดวก ในการเดินทางไปปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่าบุคลากรมีปัญหาพื้นที่รับผิดชอบกว้าง ไม่สะดวกในการเดินทางติดตามให้บริการงานบริการวัคซีนและงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 17.96) ซึ่งระยะทางไกลไม่สะดวกมีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิโรจน์และคณะ (2539) พบว่าเหตุผลที่ผู้มาใช้บริการโรงพยาบาลคือความสะดวกในการเดินทาง และทัศนวิสัย (2539) กล่าววาระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ประชาชนพึงพอใจมากที่สุดคือ 3 กิโลเมตรหรือน้อยกว่าและระยะทางที่พอใจรองลงมามีระยะทางไม่เกิน 5 กิโลเมตร ดังนั้นผู้รับผิดชอบเห็นแล้วว่าความเสี่ยงเกิดขึ้นจากระยะทาง จึงต้องการหาวิธีการลดความเสี่ยงโดยเฉพาะงานบริการวัคซีน เช่นการเน้นให้อสม. ช่วยติดตามเด็กในพื้นที่มากขึ้น และเจ้าหน้าที่ทำแผนนัดหมายที่ออกติดตามให้บริการนอกพื้นที่อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยประสานงานกับผู้นำหมู่บ้าน เช่นผู้ใหญ่บ้าน อสม. กำนัน สมาชิก อบต. แม้ว่ามีหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดปัตตานีบางแห่งไม่มีแผนการออกติดตามให้บริการวัคซีนนอกหน่วยบริการปฐมภูมิแล้วก็ตาม (ร้อยละ 21.84) ซึ่งจะต้องหาวิธีการติดตามเด็กที่เหมาะสม โดยเฉพาะการประสานงานกับผู้นำชุมชน ยังมีความสำคัญและจำเป็นอยู่มาก โดยเฉพาะงานให้บริการวัคซีน

ด้าน อสม.

อสม. มีชื่อเต็มว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือชาวบ้านที่มีภูมิปัญญาในหมู่บ้านหรือชุมชน สามารถอ่านออกเขียนได้ สม่ครใจ เสียสละเวลาของตนเอง และสนใจเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลอย่างง่ายๆ เบื้องต้น ตลอดจนกิจกรรมการหมู่บ้านหรือชุมชน มีความประพฤติดี ได้รับความไว้วางใจจากประชาชนคัดเลือกให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ซึ่บริการประสานงานสาธารณสุขบำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี อสม. 1 คน จะมีหน้าที่ดูแลสุขภาพครัวเรือนประมาณ 8-15 หลังคาเรือน ยกเว้นชุมชนแออัด อสม.อาจจะต้องรับผิดชอบมากขึ้น ประมาณ 20-30 หลังคาเรือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552; อนุชา, 2548) และปัญหาด้านอสม. ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

## ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ อสม. พอสรุปได้ดังนี้

1. อสม.รับผิดชอบหลังคาเรือนในพื้นที่มากกว่า 15 หลังคาเรือน (ร้อยละ 41.30) อาจเนื่องจากว่า อสม. มีความเสี่ยงด้านภาระที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น จะส่งผลให้งานไม่มีประสิทธิภาพได้ โดยปกติแล้ว อสม.จะมีหน้าที่ดูแลสุขภาพทุกคนในเขตรับผิดชอบประมาณ 10 หลังคาเรือน ยกเว้นชุมชนแออัดจะดูแล 20 - 30 หลังคาเรือน (อนุชา, 2548) สอดคล้องกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552) กล่าวว่า อสม. เป็นตัวแทนดูแลสุขภาพของครอบครัว 8-15 หลังคาเรือน การที่ อสม. ทำงานหนักมากขึ้นจะทำให้เกิดความเสี่ยงในระยะยาวได้ แม้ว่าทางราชการจะให้ค่าป่วยการ 600 บาทต่อเดือนหรือให้สิทธิประโยชน์และสวัสดิการหรือการสร้างขวัญและกำลังใจให้มากขึ้นก็ตาม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) อาจจะมี อสม.ลาออกไปในที่สุด การจัดการความเสี่ยงดังกล่าวหน่วยบริการปฐมภูมิควรจะต้องเพิ่มจำนวน อสม. ตามความเหมาะสมและพัฒนาอย่างต่อเนื่องและพบว่าปัญหาของ อสม. ที่สำคัญอีกประการคือ อสม.ใหม่ยังไม่ได้รับการอบรมความรู้งานบริการวัคซีน และ อสม. เก่ายังไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟูประจำปี (ร้อยละ 20.90) อภิปรายได้ว่า อสม.ใหม่จะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดออกหนังสือรับรองความรู้ความสามารถ และผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้งให้เป็น อสม. ในโอกาสต่อไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) ส่วนอสม. เก่าจำเป็นต้องได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะความรู้การจัดการความเสี่ยงด้านวัคซีน เพราะการอบรมสามารถทำให้ อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถติดตามให้คำแนะนำผู้ปกครองได้ถูกต้อง เป็นการส่งเสริมความครอบคลุมวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ นับว่าเป็นวิธีจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของ วิจารณ์, พอพิศ, ไหมสาเพราะและ ศิวาภรณ์ (2531) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่ผู้ปกครองไม่นำทารกมารับภูมิคุ้มกันโรค หรือได้รับแต่ไม่ครบถ้วน คือการขาดความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคและวัคซีนป้องกันโรค เจ้าหน้าที่ได้ให้ความรู้ตามความต้องการของชุมชนในรูปแบบรายครอบครัว จัดนิทรรศการ แจกเอกสาร มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และกลุ่มแม่บ้าน พบว่าชุมชนได้ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนอกสถานีนามัยเป็นอย่างดี

2. ปัญหา อสม.ไม่มีการจัดทำบัญชี จำนวนหลังคาเรือนและรายชื่อทุกคนในเขตรับผิดชอบเป็นปัจจุบัน (ร้อยละ 18.93) และ อสม. ติดตามเด็กมารับวัคซีนไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 37.38) อาจเนื่องจาก อสม. จำนวนหนึ่งที่ได้รับผิดชอบหลังคาเรือนมาก ประกอบกับไม่ได้รับการอบรมความรู้งานบริการวัคซีนมาก่อนทำให้ไม่ทราบขั้นตอนการให้บริการวัคซีนว่าจะต้องมีการทำบัญชีรายชื่อ ทุกคนในเขตรับผิดชอบ และจะต้องเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ มีความทันสมัยเป็นปัจจุบัน

เพื่อที่จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิลงข้อมูลในโปรแกรมพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และใช้เป็นข้อมูลติดตามเด็กที่ขาดการได้รับวัคซีนในหมู่บ้าน ซึ่ง อสม. เป็นผู้รู้ข้อมูลในพื้นที่ที่ดีที่สุดและหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถจัดทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบันมากที่สุด จะทำให้ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิบรรลุความครอบคลุมเป้าหมายมากขึ้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข (2538) พบว่าในหมู่บ้าน หรือชุมชนนั้น อสม. จะมีทะเบียนคนรายชื่อทุกคนโดยจดรายชื่อเด็กที่แจ้งเกิดต่ำกว่า 5 ปี การย้ายเข้า-ออก ในพื้นที่แยกเป็นรายเดือนแล้วส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกเดือน ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีข้อมูลเป็นปัจจุบันมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข (2538) พบว่าผู้ปกครองนำเด็กมารับวัคซีนตามนัดมากกว่าร้อยละ 60.00 เท่านั้น ดังนั้นจะมีเด็กที่พลาดการได้รับวัคซีนจากการที่ผู้ปกครองไม่นำมารับวัคซีนตามกำหนดนัดดังกล่าว และจำเป็นที่อย่างยิ่งที่ อสม. จะช่วยในการติดตามเด็กเหล่านั้นมารับวัคซีนในโอกาสต่อไป โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมอบรายชื่อเด็กในวันประชุมประจำเดือน อสม.

3. อสม. ไม่มีการทำแผนหรือวาระประชุมประจำเดือนที่ ประมาณ 1/4 (ร้อยละ 24.27) ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เจ้าหน้าที่จะต้องทราบและหาวิธีจัดการที่เหมาะสม เช่นการจัดทำแผนหรือวาระการประชุมประจำเดือนของ อสม. ให้ครอบคลุมทั้งปี และจัดทำแผนนิเทศติดตามงาน อสม. โดยแจ้งให้ อสม. ทราบทุกคน จากภารกิจที่มากดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดการติดตามเด็กได้ ประกอบกับสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยในพื้นที่ที่เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่กล้าลงติดตามเด็ก ทำให้ภาระการติดตามดังกล่าวตกเป็นของ อสม. เพิ่มขึ้น ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทร (2547) พบว่าสถานอนามัยในพื้นที่ห่างไกลหลายแห่งต้องปิดบริการเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ และทำให้ระบบการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนลดลง เพราะเจ้าหน้าที่ไม่มั่นใจในความปลอดภัย และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณณี และศิริพร (2547) ได้ศึกษาผลกระทบจากการจัดบริการสุขภาพและขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าประชาชนมีปัญหาการเข้าถึงบริการสถานอนามัยเนื่องจากการปิดสถานอนามัยสูงถึงร้อยละ 68.50 เช่นเดียวกับการศึกษาของพงษ์เทพ, อมร, สุวัฒน์ และสุภัทร (2550) พบว่าระบบการเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพ /ป้องกันโรค ในชุมชนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลดลงร้อยละ 70.00 การเยี่ยมบ้านลดลงร้อยละ 60.00 ด้านบริการทันตกรรมลดลงร้อยละ 50.00 การจัดการความเสี่ยงดังกล่าวโดยให้ อสม. หรือลูกจ้าง ซึ่งเป็นคนในพื้นที่ช่วยปฏิบัติงานบางอย่างแทนเจ้าหน้าที่ เช่นการติดตามให้เด็กกลุ่มเป้าหมายมารับวัคซีนตามนัด เป็นต้น และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิควรส่งเสริมให้ อสม. ได้รับความรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความรู้ และความสามารถด้านสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้พบว่า อสม. ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังได้รับการพัฒนาศักยภาพในการอบรมฟื้นฟู

และเพิ่มศักยภาพ ในเรื่องการปฐมพยาบาลด้านจิตใจเบื้องต้นเพื่อช่วยทีมสหวิชาชีพในการให้บริการผู้ได้รับผลกระทบในพื้นที่จำนวน 8,679 คน (หมู่บ้านละ 3 คน) และพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. ผู้เชี่ยวชาญ (ซูเปอร์ อสม.) จำนวน 148 คน (37 อำเภอๆละ 2 ตำบลๆ ละ 2 คน) เพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เน้นการทำงานเป็นทีมและพัฒนางานทุกงาน ร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิมากยิ่งขึ้น (สุภัทร, 2551)

### ด้านผู้ปกครอง

เนื่องจากเด็กแรกเกิด – 5 ปี เป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งร่างกาย และจิตใจแต่ยังมีความจำกัดในการดูแลตนเองและการตัดสินใจด้านสุขภาพอยู่มาก โดยเฉพาะเด็กเล็กที่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ต้องอาศัยการช่วยเหลือของผู้ปกครองในการดูแล โดยเฉพาะการได้รับบริการวัคซีนที่มีความจำเป็นสำหรับเด็กโดยเด็กทุกคนจะต้องได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์และเป็นหน้าที่ของผู้ปกครองจะต้องรู้ประโยชน์ของการได้รับวัคซีน มีความตระหนักในความสำคัญและนำบุตรหลานมารับวัคซีนตามนัด และพบว่าผู้ปกครองไม่ได้นำบุตรหลานมารับบริการตามนัดได้ ส่งผลให้เด็กขาดการได้รับวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด การขาดการรับวัคซีนส่งผลกระทบจากการเกิดโรคเชื้อได้ง่ายและจะมีอาการมากขึ้น หากเด็กไม่มีภูมิต้านทาน โดยเฉพาะภูมิต้านทานจากการได้รับวัคซีน ซึ่งสาเหตุจากผู้ปกครองมีหลายประการ เช่นผู้ปกครองขาดความรู้/ไม่ตระหนักในการพาเด็กมารับบริการวัคซีนตามนัด (ร้อยละ 57.28) ผู้ปกครองไม่อยู่ในพื้นที่ต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่นและนำเด็กไปด้วย (ร้อยละ 52.43) ผู้ปกครองฝากบุตรไว้กับคนอื่นช่วยเหลือเช่นปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ (ร้อยละ 39.32) ผู้ปกครองจำวันฉีดไม่ได้ทำให้พ้นกำหนดนัด เมื่อพ้นกำหนดนัดแล้วก็ยังไม่นำเด็กมารับวัคซีน (ร้อยละ 34.95) ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือหรือร่วมมือน้อยในงานบริการวัคซีน (ร้อยละ 33.50) ผู้ปกครองทำบัตรนัดหรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหาย (สมุดสีชมพู) (ร้อยละ 18.93) ผู้ปกครองกลัวลูกไม่สบายหลังการรับวัคซีน (ร้อยละ 15.05) และสุดท้ายคือผู้ปกครองตั้งบ้านเรือนอยู่ไกลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 15.00) ซึ่งปัญหาที่เกิดจากผู้ปกครองนั้นกระทบต่อสุขภาพเด็กโดยตรง สาเหตุอาจเนื่องมาจากผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจและขาดความร่วมมือในการแก้ปัญหา และพบว่าปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่ผ่านประชาชนในชุมชนให้ค่าความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพค่อนข้างต่ำ โดยให้ความสำคัญกับระบบค่านิยมด้านความสะอาดอยู่ในลำดับที่ 19 จาก 23 ค่านิยม (สุนทร และสนธิ, 2522 อ้างตามประภาเพ็ญ, 2536) ซึ่งพบว่าสาเหตุดังกล่าวเกี่ยวเนื่องกับรายได้จากฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระดับ ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็มักจะมีการศึกษาต่ำซึ่งจะมีผลทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีทัศนคติที่ไม่ดีและปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง

เป็นสภาพที่พบเห็นทั่วไปในสังคมไทยที่เรียกว่าวงจรแห่งความชั่วร้ายที่ประกอบด้วย ความเจ็บไข้ (เจ็บ) ความยากจน (จน) ความไม่รู้ (โง่) ในทางตรงกันข้ามถ้าฐานะเศรษฐกิจดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีย่อมมีมากกว่าผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ การศึกษาจะช่วยคนมีความรู้ที่ถูกต้อง มีการปฏิบัติที่ถูกต้องทั้งทางด้านการส่งเสริม การป้องกัน โรค และเมื่อเกิดโรค (ประภาเพ็ญ, 2536)

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ปกครองและมีความสำคัญในด้านการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีน มีดังนี้

1. ผู้ปกครองขาดความรู้ ความเข้าใจ งานให้บริการวัคซีน ทำให้เกิดความตระหนักน้อยลง มีทัศนคติที่ไม่ดีในการให้บริการวัคซีนทำให้มีการนำเด็กมาฉีดวัคซีนน้อยดังกล่าว ประชาชนมีความรู้สึกว่าตนเองมีหน้าที่เป็นผู้รับบริการเท่านั้น ไม่ต้องทำอะไร รอคอยให้ฝ่ายรัฐมาบริการให้แต่ฝ่ายเดียว หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือประชาชนขาดแรงจูงใจในการทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐ การขาดความร่วมมือ นับว่าเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่จะต้องหาวิธีการจัดการที่เหมาะสม การจัดการปัญหาจากการขาดความร่วมมือดังกล่าวมีหลายวิธี และที่สำคัญอีกวิธีหนึ่ง คือการสร้างแรงจูงใจ โดยการประยุกต์เทคนิคการจูงใจให้เกิดขึ้นในผู้ปกครอง ให้มีความกระตือรือร้นและต้องการจะทำงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับประชาชน การให้เกียรติทางสังคมกับประชาชน ตลอดจนการให้รางวัลสิ่งของตอบแทนแก่ประชาชน เป็นต้น โดยการให้ความรู้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญงานบริการวัคซีน สนใจร่วมมือในการจัดการความเสี่ยงงานบริการวัคซีน มีความกระตือรือร้นในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ในการรักษาความสะอาดให้กับเด็ก ความสะอาดของเสื้อผ้า ความสะอาดของอาหารเสริม การรักษาความสะอาดของพื้น การรับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่ เป็นต้น นอกนั้นต้องมีแรงจูงใจที่ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องเกิดความรู้สึกที่สำคัญที่สุดคือต้องให้ลูกกินนมแม่ อย่างน้อยที่สุดวันละ 2 ครั้งเข้าเย็น ถ้าประกอบอาชีพภายในบ้านก็ให้นมทุกเวลาได้ แม่ต้องไม่เกิดความรำคาญ หรือกลัวทรมานทรมานเสีย การจูงใจในเรื่องป้องกันอุบัติเหตุก็นับว่ามีความสำคัญโดยเฉพาะกับเด็กในระยะขวบแรก การหยิบของต่างๆ เข้าปากซึ่งผู้ปกครองต้องมีการป้องกันไม่ให้เหตุการณ์เกิดขึ้นได้ และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือการจูงใจผู้ปกครองนำเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำหนด (สมจิตต์, 2536) ทั้งนี้ควรใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน (สมจิตต์, 2536)

2. ผู้ปกครองไม่อยู่ในพื้นที่ต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่นและนำเด็กไปด้วย (ร้อยละ 52.43) ซึ่งเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องเร่งสร้างความเข้าใจกับผู้ปกครอง และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับปัญหางานบริการวัคซีนของกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (2553) พบปัญหาในกลุ่มผู้ปกครอง บิดา มารดา ที่มีการเคลื่อนย้ายไปประกอบอาชีพต่างถิ่น และนำเด็กไปด้วย ทำให้เด็กไม่ได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีน



ไม่ต่อเนื่อง หรือกลับมารับบริการที่บ้านทำให้การรับวัคซีนช้ากว่ากำหนด บางรายไม่ยินยอมให้ลูก  
รับวัคซีน ซึ่งการจัดการความเสี่ยงดังกล่าวจังหวัดปัตตานี เน้นให้เจ้าหน้าที่ต้องสร้างความเข้าใจให้  
ความรู้แก่ผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมและทัศนคติของผู้ปกครองมากขึ้นและติดตามถึงแม้ว่าเด็ก  
ได้รับวัคซีนล่าช้าก็ตาม ขาดความครอบคลุมวัคซีนในภาพรวม วัคซีนบางชนิดพ้นเกณฑ์อายุไปแล้ว  
แต่จะให้วัคซีนที่สามารถจะให้ได้ทันตามเกณฑ์ก่อน เช่นพบเด็กมาตอน 9 เดือนให้ฉีดวัคซีนหัด  
ก่อนวัคซีนอื่น ซึ่งจะทำให้วัคซีนหัดไม่ตกเกณฑ์ และให้วัคซีนง่ายก่อน เช่น วัคซีนป้องกันโรค  
โปลิโอ เป็นต้น และที่ผ่านมาจาก การสังเกตและสอบถามพบว่าหากเด็กที่ติดตามผู้ปกครองไปต่าง  
ถิ่นมีวิธีการจัดการความเสี่ยง โดยการให้ความรู้ผู้ปกครองให้เห็นความสำคัญของการได้รับบริการ  
วัคซีนครบตามเกณฑ์ จะสามารถป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดย  
สามารถรับบริการจากหน่วยงานบริการวัคซีนในพื้นที่ใกล้กับผู้ปกครองทำงานหรือประกอบอาชีพ  
เช่นอยู่ใกล้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือใกล้โรงพยาบาลใดก็นำเด็กไปรับบริการวัคซีนในพื้นที่นั้น  
โดยไม่ต้องจ่ายเงินหรือค่าบริการใดๆทั้งสิ้น ซึ่งได้กำชับผู้ปกครองจะต้องนำสมุดบันทึกสุขภาพแม่  
และเด็ก (สมุดสีเขียว) พร้อมบัตรประกันสุขภาพเด็ก (บัตรทอง) ไปด้วยทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับ  
การศึกษาของปรารักษ์ทองและพอพิส (2546) ได้สำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้อง กัน  
คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ พ.ศ. 2546 โดยการเน้นที่ผู้ให้บริการวัคซีน  
ควรจะมีการติดตาม ควบคุม กำกับ รายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กในพื้นที่ การนัด  
หมายเด็กมารับวัคซีนให้ได้ระยะห่างที่ถูกต้องและการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนใน  
การนำเด็กมารับวัคซีนตลอดถึงการเก็บรักษาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเพื่อประโยชน์ในการนัด  
หมายมารับวัคซีนและเตือนความจำของผู้ปกครอง และนำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กไปด้วยทุก  
ครั้ง การจัดการความเสี่ยงดังกล่าวจะช่วยให้เด็กได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุมากขึ้น และการ  
ได้รับวัคซีนครบชุดสามารถป้องกันโรคที่เกิดจากวัคซีนได้

3. ผู้ปกครองตั้งบ้านเรือนอยู่ไกลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 15.05) การตั้ง  
บ้านเรือนอยู่ไกลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ และฐานะครอบครัวไม่ดี มีความยากจน ไม่มี  
รถจักรยานยนต์ หรือจักรยาน และอาจจะไม่มีรถรับจ้าง หรือประจำทางผ่าน การอยู่ไกลการ  
คมนาคม ประกอบกับสภาพภูมิประเทศไม่เอื้อในการเดินทางดังกล่าว อาจทำให้ไม่สะดวกในการ  
นำบุตรหลานเดินทางมารับบริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเกือบทุก  
หน่วยบริการปฐมภูมิ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิควรให้ความสนใจและ  
จัดการปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวสันต์ (2532) พบว่าระยะทาง  
มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งการแก้ปัญหาคือความเสี่ยงดังกล่าวเจ้าหน้าที่อาจจะต้อง  
เร่งรัดการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจกับผู้ปกครองให้มีความรู้ และเห็นความสำคัญของการได้รับ

บริการวัคซีนครบชุด มีการใช้สื่อศึกษาที่เหมาะสมและประสานงานกับองค์กรชุมชน ผู้นำชุมชน เช่นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้นำศาสนา เป็นต้นให้ทราบปัญหาและเห็นความสำคัญการให้บริการ วัคซีนครบชุด โดยช่วยประสานงานในพื้นที่เพิ่มขึ้น บางครั้งอาจจะต้องมีการติดตาม หรือการนัดหมายเพื่อให้บริการวัคซีนเป็นกลุ่ม หรือละแวกบ้านตามความเหมาะสม เช่นบ้าน อสม. บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชนผู้นำศาสนา โรงเรียน มัสยิด ที่อ่านหนังสือพิมพ์ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่ม ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็ก 0 – 5 ปีครบตามเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90.00 นับว่าเป็นวิธีการ จัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนด้านการดำเนินงานที่สำคัญอีกวิธีหนึ่งที่เหมาะสมกับ สถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายหลัก คือการปกป้องสุขภาพประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคที่ ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (กระทรวงสาธารณสุข; 2538; ธีระยุทธ, 2549; บอรรเฮง, 2536; สำนัก โรคติดต่อทั่วไป, 2550)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข (2) ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข และ (3) ปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 113 หน่วยบริการปฐมภูมิ ๆ ละ 2 คนคือหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 คนและผู้รับผิดชอบหลักงานให้บริการวัคซีน 1 คน รวม 226 คนแต่ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนเพียง 206 คน คิดเป็นร้อยละ 91.15 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ที่ผ่านการทดสอบเครื่องมือแล้วโดยแบบสอบถามมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 หากความเที่ยงแบบสอบถามโดยใช้ สูตรครูดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson-20) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลทางด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### สรุปผลการวิจัย

##### ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 3 เท่า (ร้อยละ 75.24 และ 24.76 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยอายุ 40.76 ปี มีอายุน้อยที่สุด 20 ปี (จำนวน 1 คน) อายุมากที่สุด 58 ปี (จำนวน 1 คน) มีจำนวนมากสุดในช่วงอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 36.89) รองลงมาอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 25.73) ส่วนใหญ่สำเร็จระดับประกาศนียบัตร หรือเทียบเท่า ปวส. (ร้อยละ 55.34) รองลงมาสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี (ร้อยละ 43.69) ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงานมากที่สุด (ร้อยละ 23.30) มี 2 ตำแหน่งที่มีจำนวนเจ้าหน้าที่เท่ากันคือเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงานและนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ร้อยละ 22.33) มีประสบการณ์ในการทำงานให้บริการวัคซีนเฉลี่ย 15.99 ปี (มากที่สุด 35 ปีและน้อยที่สุด 1 ปี) มีประสบการณ์การให้บริการวัคซีน 1-5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 25.73 รองลงมา 21-25 ปี (ร้อยละ 17.96)

นอกจากนี้เกินครึ่ง (ร้อยละ 67.96) ยังไม่มีการจัดตั้งทีมหรือกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีน ส่วนที่มีการจัดตั้งทีมหรือกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีนแล้ว (ร้อยละ 32.04) มีจำนวนกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีนเฉลี่ย 3.72 คน ด้านการได้รับการอบรมความรู้การบริหารความเสี่ยงการให้บริการวัคซีน พบว่าส่วนใหญ่ผ่านการอบรมมาแล้ว (ร้อยละ 79.13) เฉลี่ย 4.75 ครั้ง และมีเจ้าหน้าที่ยังไม่เคยเข้ารับการอบรมความรู้การบริหารความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนมาก่อนประมาณ 1/5 (ร้อยละ 20.87) สำหรับการขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลมายังหน่วยปฐมภูมิส่วนใหญ่ใช้ไอซ์แพ็คเกจที่เย็นจัด รองลงมาใช้ไอซ์แพ็คเกจที่เริ่มละลาย (ร้อยละ 73.30 และ 26.70 ตามลำดับ) ด้านทักษะหรือเทคนิคการฉีดวัคซีน พบว่าเจ้าหน้าที่จำนวนครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.49) สามารถทำถูกต้องทั้งหมด รองลงมาสามารถทำถูกต้องบางส่วนและมีบางส่วนที่ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 44.66) ด้านความถี่การให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ให้บริการจำนวน 4 ครั้ง/เดือน รองลงมา 2 ครั้ง/เดือน และ 3 ครั้ง/เดือน (ร้อยละ 37.38, 34.47 และ 16.02 ตามลำดับ)

สำหรับการให้บริการวัคซีนเชิงรุกนอกหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.20) มีการให้บริการเฉลี่ย 6.31 ครั้ง/ปี โดยมีการให้บริการวัคซีนเชิงรุกนอกหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุด 48 ครั้ง/ปี และหน่วยบริการปฐมภูมิประมาณ 1/5 (ร้อยละ 21.84) ไม่มีการให้บริการวัคซีนเชิงรุกนอกหน่วยปฐมภูมิ สำหรับความเสี่ยงด้านเทคนิคในการให้บริการวัคซีนนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ามีความเสี่ยงเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90.78) สำหรับผลงานความครอบคลุมการให้บริการวัคซีนในปีงบประมาณ 2552 พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีผลงานผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 90.00 รองลงมามีผลงานความครอบคลุมระหว่างร้อยละ 86.00 - 90.00 และผลงานน้อยที่สุดระหว่างร้อยละ 80.00 - 85.00 (ร้อยละ 60.19, 28.16 และ 11.65 ตามลำดับ)

#### *ระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี*

ระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี พบว่าระดับการให้ความสำคัญจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 0.89$ ,  $SD = 0.24$ ) เมื่อพิจารณาระดับการให้ความสำคัญจัดการความเสี่ยงเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน สามารถเรียงคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ จากมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือความสำคัญจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ ( $\bar{X} = 0.93$ ,  $SD = 0.21$ ) รองลงมาคือความสำคัญจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ ( $\bar{X} = 0.92$ ,  $SD = 0.19$ ) ความสำคัญจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ

วัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร ( $\bar{X} = 0.88$ ,  $SD = 0.22$ ) และกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญการจัดการ ความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนเป็นลำดับสุดท้าย คือด้านการบริหารงบประมาณ ( $\bar{X} = 0.82$ ,  $SD = 0.35$ )

#### *ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี*

ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.30$ ,  $SD = 0.79$ ) และเมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนเป็นรายด้าน พบว่ามีระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน สามารถเรียงคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงดังกล่าวจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ ( $\bar{X} = 2.66$ ,  $SD = 0.81$ ) รองลงมาคือการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ ( $\bar{X} = 2.32$ ,  $SD = 0.73$ ) และการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร ( $\bar{X} = 2.31$ ,  $SD = 0.76$ ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ในระดับต่ำมีด้านเดียว คือการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารงบประมาณ ( $\bar{X} = 1.92$ ,  $SD = 0.84$ )

#### *ปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี*

ปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานีพบว่ามีค่าสำคัญ 3 ด้าน คือด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อสม. และผู้ปกครอง สามารถแยกรายละเอียดของแต่ละด้าน ได้ดังนี้

ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ พบปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน สามารถเรียงลำดับปัญหาจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้ดังนี้ การได้รับผลกระทบด้านความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่มีภาระงานรับผิดชอบมาก (ร้อยละ 73.30) ตำแหน่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริการวัคซีนส่วนใหญ่พบว่าไม่มีความเหมาะสม (ร้อยละ 59.22) หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้ทำแผนแก้ปัญหางานบริการวัคซีนร่วมกับ อบต. หรือ CUP (ร้อยละ 50.49) จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ (ร้อยละ 47.57) นอกจากนี้พบว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้

น้อยที่สุดโดยเฉพาะด้านการบริหารงบประมาณ (ร้อยละ 44.66) ปัญหาด้านการเบิกจ่ายเงินจาก CUP ที่มีความยุ่งยาก มีขั้นตอนมาก (ร้อยละ 44.66) ปัญหาการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบไม่เหมาะสม (ร้อยละ 41.26) ขาดคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 33.01) ขาดความร่วมมือกับกลุ่ม ชมรม องค์กรในชุมชน (ร้อยละ 28.64) ทีมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 19.42) และเจ้าหน้าที่มีพื้นที่รับผิดชอบกว้าง และไม่สะดวกในการเดินทางในการให้บริการวัคซีน (ร้อยละ 17.96)

ด้าน อสม. พบว่าปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน สามารถเรียงลำดับปัญหาจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้ดังนี้ อสม. แต่ละคนรับผิดชอบหลังคาเรือนในพื้นที่มากกว่า 15 หลังคาเรือนจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของ อสม. ทั้งหมด (ร้อยละ 41.26) ปัญหารองลงมาคือ การติดตามเด็ก 0-5 ปีในพื้นที่ให้มารับบริการวัคซีนไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 37.38) นอกจากนี้พบว่า อสม. ไม่มีการจัดทำแผนหรือวาระประชุมประจำเดือน/วาระที่เหมาะสมมีประมาณ 1/4 (ร้อยละ 24.27) ปัญหารองสุดท้าย อสม. ใหม่ยังไม่ได้รับการอบรมความรู้งานบริการวัคซีน และ อสม.เก่า ยังไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟูงานให้บริการวัคซีนมีประมาณ 1/5 (ร้อยละ 20.87) และพบปัญหาน้อยเป็นลำดับสุดท้ายคือ อสม. ไม่มีการบันทึกบัญชีจำนวนหลังคาเรือนและรายชื่อทุกคนในเขตรับผิดชอบเป็นปัจจุบัน (ร้อยละ 18.93)

ด้านผู้ปกครอง พบปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน สามารถเรียงลำดับปัญหาจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับดังนี้ ผู้ปกครองขาดความรู้/ไม่ตระหนักในการพาเด็กมารับบริการวัคซีนตามนัดมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.43) รองลงมาผู้ปกครองไม่อยู่ในพื้นที่เนื่องจากมีความจำเป็นต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่นและนำเด็กไปด้วย (ร้อยละ 52.40) ผู้ปกครองฝากบุตรไว้กับคนอื่นช่วยเหลือ เช่น ปู่ ย่า ตายาย ญาติ (ร้อยละ 39.32) ผู้ปกครองจำวันนัดไม่ได้ทำให้พื้นที่กำหนดนัด เมื่อพื้นที่กำหนดนัดแล้วก็ยังไม่นำเด็กมารับวัคซีน (ร้อยละ 34.95) ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการให้บริการวัคซีน หรือให้ความร่วมมือน้อย (ร้อยละ 33.50) นอกจากนี้พบว่า ผู้ปกครองทำบัตรนัดหรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหาย (สมุดสีชมพู) (ร้อยละ 18.93) และ ผู้ปกครองขาดความเข้าใจคือกลัวลูกไม่สบายหลังการได้รับวัคซีนแล้ว (ร้อยละ 16.02) และปัญหาที่พบน้อยที่สุดคือ ผู้ปกครองตั้งบ้านเรือนอยู่ไกลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 15.05)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ศึกษาการให้ความสำคัญและระดับการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากผลการวิจัยการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในภาพรวมได้ในระดับปานกลางและมีระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงระดับปานกลาง 3 ด้าน คือการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงด้านความรู้เทคนิควิธีการ ด้านบริหารวัสดุอุปกรณ์ และด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร ส่วนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงได้ในระดับต่ำคือด้านบริหารงบประมาณ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจัดการความเสี่ยงในการให้บริการทั้ง 4 ด้าน ได้หมดไป ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะผู้มารับบริการวัคซีนคือกลุ่มเด็ก 0-5 ปี เป็นวัยที่กำลังเจริญและพัฒนาในทุกๆ ด้าน ขณะเดียวกันหากผู้เกี่ยวข้องไม่ให้ความสำคัญในด้านสุขภาพกับเด็กกลุ่มดังกล่าว คือการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุแล้ว จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันโรคน้อยลงเกิดความเสี่ยงจากการติดเชื้อสูง โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนซึ่งพบว่าหากเด็กเจ็บป่วยแล้ว จะทำให้เกิดความรุนแรงจากโรคแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดความพิการ หรือตายได้ เช่นเกิดโรคคอตีบ จำนวน 1 รายในเด็กหญิงอายุ 2 ปีในจังหวัดปัตตานี มีอาการรุนแรงส่งผลให้เด็กเสียชีวิตหลังมีอาการ 7 วัน (สำนักกระบาดวิทยา, 2550) นอกจากนี้พบว่าในปี 2551 จังหวัดปัตตานีเกิดเด็กป่วยด้วยโรคไอกรน 1 รายและ คอตีบ 1 ราย เป็นต้น (กลุ่มงานโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2552) และสำนักกระบาดวิทยา (2553) พบว่า ความรุนแรงของโรคคอตีบทำให้เด็กเสียชีวิตจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 20.00) จากเด็กป่วยทั้งหมด 15 ราย จากกรณีดังกล่าวเห็นได้ว่าเมื่อเกิดโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนแล้วจะมีความเสี่ยงสูงถึงชีวิตได้ โดยเฉพาะหากเกิดขึ้นกับเด็ก 0-5 ปี ดังนั้นสมควรอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสม ดังนี้

1. การพัฒนาคุณภาพเจ้าหน้าที่ในด้านการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนอย่างต่อเนื่อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาความรู้ด้านพัฒนาคุณภาพบุคลากร (ร้อยละ 23.80) โดยการอบรมความรู้ด้านการจัดการความเสี่ยงงานให้บริการวัคซีนประจำปี อย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เน้นการทำงานเป็นทีมสุขภาพมากขึ้น มีการทำงานเชิงรุกมากกว่าตั้งรับ โดยเฉพาะงานให้บริการวัคซีน ทำงานประสานร่วมกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่มากขึ้น มีการประชาสัมพันธ์ผลงานให้ประชาชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบมากขึ้น

นอกจากนี้ในด้านงบประมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงได้ในระดับต่ำ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาความรู้ด้านการบริหารงบประมาณมากเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.70) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือ ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ดังกล่าว ให้หมดไปเช่นการอบรมให้ความรู้การใช้เงินที่เน้นประสิทธิภาพ เหมาะสม ถูกต้อง มีการส่งเสริมการใช้จ่ายเงินตามโครงการร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่มากขึ้น เช่น อบต. สนับสนุนให้ อบต. จัดตั้งกองทุนตำบลเพื่อใช้จ่ายเงินที่มีหลักฐานตั้งแต่การวางแผนงาน โครงการ มีกลุ่มเป้าหมายชัดเจน มีการฝึกปฏิบัติจริง และมีกรรมการรับผิดชอบติดตามอย่างสม่ำเสมอ มีการเปิดเผยข้อมูล พร้อมให้ประชาชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบด้านการใช้งบประมาณ ได้ตลอดเวลา

2. ควรมีการพัฒนาการให้ความสำคัญ และปรับปรุงฐานข้อมูลประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะฐานข้อมูลเด็ก 0-5 ปี เด็กที่เสี่ยงด้านสุขภาพเช่นคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอด น้อยกว่า 2,000 กรัม เด็กพิการ เด็กติดเชื้อเอชไอวี เด็กที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เด็กที่มีอาการต้องเฝ้าระวังหลังได้รับวัคซีน เป็นต้น โดยมีรายละเอียดชัดเจน เหมาะสม เป็นปัจจุบัน โดยมีความสอดคล้องกับข้อมูลในโปรแกรมพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (HCIS, JHCIS) มีการเก็บข้อมูลและนำข้อมูล ปัญหาจากการให้บริการวัคซีนมาวิเคราะห์และสร้างข้อมูลใหม่เสนอกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น CUP อบต. สสอ. เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกันมากขึ้น

3. ควรพัฒนาระบบติดตามเด็กที่พลาดการรับวัคซีนตามเกณฑ์ให้มารับวัคซีนมากขึ้น เช่น จัดทำแผนอบรมให้ความรู้ อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้ปกครอง สมาชิก อบต. ประจำปี ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความรู้ ให้ความสำคัญ และส่งเสริมสนับสนุนให้งานบริการวัคซีนสำเร็จตามเป้าหมายมากขึ้น จัดพัฒนาความรู้เพิ่มเติมให้ อสม. มากกว่าปกติ เพื่อช่วยงานในพื้นที่มากขึ้น มีความสามารถในการทำแผน ประชุมประจำเดือน พร้อมข้อมูลในพื้นที่ เช่น เด็กเกิดใหม่ ย้ายเข้า ย้ายออก การได้รับวัคซีน หรือ รายละเอียดประชากรกลุ่มอายุอื่น มอบให้เจ้าหน้าที่ในวันประชุมประจำเดือน และมีการทำงานเชิงรุกในชุมชนมากขึ้นร่วมกับทีมสุขภาพมากขึ้น

### *ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป*

สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ซึ่งมีความสำคัญและต่อเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้และสามารถทำได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบกลับมาโดยที่ผู้วิจัยไม่ได้ใช้วิธีอื่นร่วม เช่น ใช้แบบสัมภาษณ์ หรือ แบบสังเกตกลุ่มตัวอย่างโดยตรง จึงมีข้อจำกัดในลักษณะได้ข้อมูลเชิงลึก การศึกษาครั้งต่อไปควร



เพิ่มรูปแบบศึกษาการเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านสุขภาพมากขึ้น รวมถึงทัศนคติ วัฒนธรรมของสังคม กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีน เช่น ใช้การสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกต มีการจัดการสนทนากลุ่มเป็นต้น เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตีความ และสร้างข้อสรุป เพื่อได้ข้อมูลเชิงลึก ใด้องค์ความรู้ใหม่รอบด้านในงานให้บริการวัคซีนเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายสาเหตุปัญหาที่แท้จริงจากการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนได้ในระดับต่ำ ได้ถูกสาเหตุที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

## บรรณานุกรม

- กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.  
(2547). *คู่มือปฏิบัติงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*.  
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.  
(2548). *คู่มือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ  
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). *คู่มือหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข  
(อสม.)*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). *แนวทางการดำเนินงานโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุข  
(อสม.)*. เชียงรุ๊ก ปี 2552. ม.ป.ท.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. ม.ป.ท.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2538). *คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค*. (พิมพ์ครั้งที่ 1).  
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). (เอกสาร  
เย็บเล่ม) ม.ป.ท.
- กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2552). *สรุปผลการดำเนินงานควบคุม  
โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนประจำปีงบประมาณ 2551*. (อัดสำเนา).
- กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2553). *สรุปผลการดำเนินงานควบคุม  
โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนประจำปีงบประมาณ 2552*. (อัดสำเนา).
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่  
ความเย็น* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนาสำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กองสุขภาพิบาลอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *การล้างมือที่มีประสิทธิภาพ 7 ขั้นตอน*.  
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2552, จาก <http://www.foodsafety.bangkok.go.th>
- กันยา กาญจนบุรานนท์. (2537). *การผลิตบุคลากรสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหาร  
ทรัพยากรสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย  
ธรรมาราช.

- กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). *คู่มือบริหารงานทั่วไปสำหรับสถานีอนามัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กรรมิกา เก้าเอี้ยน และคณะ. (2551). *การศึกษาการบริหารจัดการวัคซีนของโรงพยาบาลและสถานีอนามัยในอำเภอหาดใหญ่*. รายงานการวิจัยของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2551. (เอกสารเย็บเล่ม) ม.ป.ท.
- เกรียงศักดิ์ หลิวจันทร์พัฒนา. (2542). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานในสถานีอนามัย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา*. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ม.ป.ท.
- กลุ่มพัฒนาระบบบริการทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *ความคิดเห็นและปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาให้ได้ศูนย์สุขภาพชุมชนคุณภาพมาตรฐานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กุศล สุนทรธาดา และคณะ. (2541). *สถานการณ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขันทอง สาสนกุล. (2541). *การมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พัฒนาบริหารศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สาขาการวิเคราะห์และวางแผนทางสังคม. มหาวิทยาลัยพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- คณะทำงานวางแผนทางการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และคณะทำงานสังเคราะห์มาตรการในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการสาธารณสุข. (2535). *คู่มือการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Universal Precautions)*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เครือข่ายสร้างสุขภาพจังหวัดสงขลา สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2553). *แผนสุขภาพตำบล บทเรียนการดำเนินงานสร้างสุขภาพด้วยแผนสุขภาพของเครือข่ายสร้างสุขภาพจังหวัดสงขลา ปี 2550-2552*. (เอกสารเย็บเล่ม). ม.ป.ท.
- เงินยวง สิริกาญจน์โรจน์. (2552). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ดูแลเด็ก 0-5 ปี ในอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- จรุง เมืองชนะ. (2546). *แนวทางการดำเนินการเมื่อเกิดอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค*. คู่มือการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. สำนักโรคระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.
- จิตร สิทธิอมร อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2543). *CLINICAL PRACTICE GUIDELINES : การจัดทำและการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ม.ป.ท.
- จันทิมา ไตรทาน และจันท์เพ็ญ ศรีอินทร์เขียว. (2546). การพัฒนาระบบความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 30 (2), 78-95.
- จุฑา เทียนไทย และคณะ. (2548). *การจัดการเชิงกลยุทธ์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จักรพรรดิ วัฒนา. (2549). *ชุดวิชาการจัดการเชิงกลยุทธ์ โครงการพัฒนาวิชาชีพผู้บริหารการศึกษาและผู้บริหารสถานศึกษาประจำ สำนักงานพัฒนาและส่งเสริมวิชาชีพ สำนักงานเลขาธิการคุรุสภา*. (เอกสารเขียนเล่ม). ม.ป.ท.
- ชาญศักดิ์ ครอบสิงห์. (2547). *ผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการดำเนินงานรักษาพยาบาลภาระงานแนวโน้มภาระงานด้านการรักษาพยาบาลและความต้องการกำลังคนของสถานีนามัย จังหวัดหนองคาย*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ชวน จันท์เลื่อน. (2547). *การบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอศรีท่อม จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). *สถิติเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: นิตติการพิมพ์ จำกัด.
- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที คิว พี จำกัด.
- ชัยเสถียร พรหมศรี. (2550). *RISK MANAGEMENT : การบริหารความเสี่ยง*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัทออฟเซ็ท ครีเอชั่น จำกัด.
- ณัฐพันธ์ เขจรนัน และคณะ. (2546). *การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ชรรคมลการพิมพ์.
- ไตรรัตน์ โภคพลากรณ์. (2534). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการงบประมาณ*. *เอกสารการสอนชุดวิชาการคลังและงบประมาณ*. หน่วยที่ 9-15. (พิมพ์ครั้งที่ 7). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- ทัศนาว นิชมาศ. (2545). *ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการความรุนแรงของบุคลากรทางการพยาบาล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทัศนวลัย จารณศรี. (2539). *แนวทางการปรับปรุงระบบการให้บริการสาธารณสุขในเขตเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาการวางแผนภาคและเมือง บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ทองสุกข์ บุญเกิด. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการจัดการความปลอดภัยในการทำงานของหัวหน้างานกับการปรับตัวภายหลังถูกทำร้ายของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชเรศ ศรีสถิตย์. (2533). *การจัดการมูลฝอยที่เป็นอันตรายในเขตเมือง*. *วารสารวิจัยสภาวะแวดล้อม*, 12 (7), 26-37.
- ธีระยุทธ แสงกมล. (2549). *การประเมินความครอบคลุมในการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานของเด็กอายุแรกเกิดถึง 1 ปี กรณีศึกษาอำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- นฤมล สะอาดโถม. (2550). *การบริหารความเสี่ยงองค์กร*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: Than books.
- นันทา อ่วมกุล และคณะ. (2546). *การบริการสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัว*. *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพกับการพัฒนา หน่วยที่ 1-8*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- นิศย์ ทองเพชรศรีและวัชรีย์ ตันทชน. (2542). *การประเมินโครงการรณรงค์ให้วัคซีน โปลิโอจังหวัดพังงา ปี 2541*. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนประจำปีงบประมาณ 2541. (สำเนา).
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บอรองเสง ดีเยะ. (2536). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ของผู้นำศาสนาอิสลามในชุมชนจังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.

- บุษบา บุญยพลากร. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน*. วิจัยกลุ่มแผนงานและบริหารประสิทธิภาพ สำนักพัฒนาฯ สรส.
- บุญญา ชารพวง. (2550). *ปัญหาการงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่ กิ่งอำเภอคอนจาน จ.กาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ประคิน สุจฉายา และคณะ. (2548). *การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กแรกเกิด- 5 ปี และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของเด็กภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประกอบ บุญไทย. (2543). *แนวทางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชน หน่วยที่ 8-15*. (พิมพ์ครั้งที่ 12). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ประพันธ์ พงษ์นิกร. (2548). *ศึกษาการประเมินการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่*.
- ประเสริฐ และคณะ. (2547). *คู่มือการจัดทำระบบบริหารความเสี่ยง*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2553, จาก [http://www.cu-qa.chula.ac.th/Learn\\_ShareRiskrisk\\_manage.pdf](http://www.cu-qa.chula.ac.th/Learn_ShareRiskrisk_manage.pdf)
- ปรารักษ์ทอง ราษฎร์จำเริญสุข และ พอพิศ วรินทร์เสถียร. (2546). *การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนรวมป้องกันคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ พ.ศ. 2546. กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา). ม.ป.ท.*
- ปรากรม วุฒิพงศ์. (2538). *เป้าหมายกึ่งทศวรรษ...กลยุทธ์เพื่อเร่งรัดพัฒนาสุขภาพเด็กไทย 2538. การดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิด- 6 ปี สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- ปริญญา เกตุนิ่ม และคณะ. (2551). *การประเมินบริหารจัดการวัคซีนของสถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสงขลา. รายงานการวิจัยของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2551 (เอกสารเย็บเล่ม) ม.ป.ท.*
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). *คำนิยาม. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 1-7*. (พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมสุขภาพ. *เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 1-7*. (พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พีระพัสณา.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแส. (2539) *วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: เทมการพิมพ์.
- พงศ์โพยม วาสุติ. (2550). *คู่มือการบริหารความเสี่ยงสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2552, จาก <http://www.audit.moi.go.th/tousobkum.pdf>
- พงศ์เทพ สุธีรัฐภูมิอมร รอดคล้าย สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2550). วิถีชีวิตของระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(2), 145 – 154.
- พรทิพย์ ใจเพชร ฉายา อินทร์ชัย สุภรณ์โมราผล และภัทรวดี อนุมาศ. (2543). *ศึกษาการประเมินผลความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จังหวัดชุมพร ปี 2543*. เอกสารสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 11 นครศรีธรรมราช. (อัดสำเนา). ม.ป.ท.
- พัชโรบล นาดประทาน. (2535). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพาบุตรไปรับวัคซีนขั้นพื้นฐานของมารดาหมู่บ้าน อรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรเพ็ญ โซลิวสกุล. (2538). การป้องกันอุบัติเหตุในเด็ก. *การดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิด – 6 ปี สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พอพิศ วรินทร์เสถียร. (2551). ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุครบ 1 ปี. *การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน พ.ศ. 2551*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ภรณ์ เทพส่องแสง และวราณี สัมฤทธิ์. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูสตรีวัยทอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง*. รายงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารเย็บเล่ม). ม.ป.ท.
- ยงยุทธ เกษสาคร. (2546). *ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: เอส. แอนด์.จี.กราฟฟิค.

- ยุพดี งามยิ่งยวด. (2538). การซักประวัติ การบันทึกระเบียบรายงานในการตรวจสุขภาพเด็ก. *การดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิด – 6 ปี สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รำภาภรณ์ หอมตีบ. (2549). *สมรรถนะของผู้จัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รุ่ง แก้วแดง. (2548). สงครามและสันติสุข @ ชายแดนภาคใต้. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มติชน.
- รอชาลี ปัตยบุตร. (2548). โรงพยาบาลรามันกับการปรับตัวท่ามกลางไฟใต้. *วารสารโรงพยาบาลชุมชน*, 7 (1), 27-30.
- เรณูวรรณ หาญวาทธี. (2540). *อนามัยชุมชน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัทยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.
- รวมพร กำเนิดคง. (2544). *ระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิษณุ ธรรมลิขิต และคณะ. (2544). คำแนะนำการสร้างแนวปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline). *ราชสารวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18(6), พฤศจิกายน – ธันวาคม, 36–47.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2545). *คู่มือการสอนการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. ม.ป.ท.
- วรัญญา ชุมประเสริฐ. (2552). *ปัจจัยทำนายผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วัลลภา พ่วงจำ. (2543). *การหาอัตราการเกิดรอยแผลเป็นจากการฉีดวัคซีน BCG ในเด็กแรกเกิดของโครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา*. ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วินัย สวัสดิ์วิร และคณะ. (2553). *คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปี 2553*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ม.ป.ท.
- วิภารัตน์ พุดดิทิตติ พอพิส วรินทร์เสถียร ไหมสาหระระ บินมะหะหมัด ศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์. (2531). *รายงานโครงการพัฒนาชุมชน เรื่องการพัฒนารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเด็กอายุ 0-1 ปี ตำบลลิ้นจี่ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา*. ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (อัครา).



- วิสัย คตะตา. (2547). *การพัฒนาการบริหารความเสี่ยงในงานผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล*  
*พระอาจารย์อาจารย์ จังหวัดสกลนคร. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหา*  
*บัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น*
- วิทยา พลาอาด. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลในเพิ่มสุขภาพครอบครัวของหน่วย*  
*บริการปฐมภูมิจังหวัดสตูล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนา*  
*ระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ. (2546). *การปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาในเขต*  
*ภาคเหนือ สถานีอนามัยขุนคง จังหวัดเชียงใหม่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.*
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2539). *ทุกข์ สมุทัยในระบบสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพ*  
*คนไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.*
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ. (2532). *พฤติกรรมสุขภาพ: พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ. เอกสารประกอบ*  
*การประชุมสัมมนาวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 14 วันที่ 14- 17 มีนาคม 2532 .*  
*กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.*
- วรดา ข่ายแก้ว. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ลักษณะงานและการคิดอย่างมี*  
*วิจารณญาณกับความสามารถในการปฏิบัติด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล*  
*ของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการ*  
*พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.*
- วิชัย เทียนทอง. (2538). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่..หนทางสำคัญเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กไทย.*  
*การดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิด – 6 ปี สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 3).*  
*กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*
- วิมลรัตน์ ชันธุ์เจริญ. (2539). *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในโครงการอาหารกลางวันของโรงเรียน*  
*วิเคราะห์ในกรณีของ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร*  
*(ฝ่ายมัธยม). วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนคริ*  
*นทรวิโรฒประสานมิตร, กรุงเทพมหานคร.*
- ศิริวรรณ ชุมนุ้ม และกาญจนาพันธุ์ สมหอม. (2543). *ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็ก อายุ*  
*ต่ำกว่า 3 ปี ในเขต 7 ปี 2543. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 7 (อัครา).*
- ศิริลักษณ์ สืบวงศ์แพทย์. (2538). *การบริหารจัดการคลินิกตรวจสุขภาพเด็ก. การดูแลสุขภาพเด็ก*  
*แรกเกิด – 6 ปี สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์*  
*มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*

- ศิริลักษณ์ นันทมานพ. (2538). การให้ภูมิคุ้มกันโรคตามเทคนิคและการบริหารจัดการวัคซีน. *การดูแลสุขภาพ เด็กแรกเกิด – 6 ปี สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพงศ์ ทองสกุล. (2545). *บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของสถานีอนามัย จังหวัดพังงา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้. (2551). *VIS สรุปสถานการณ์ใต้ปี 50*. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2551 จาก [http://www\\_deepsouthwatch\\_org.htm](http://www_deepsouthwatch_org.htm)
- ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้. (2551). *จดหมายข่าว ศบ.สค 2 (ฉบับพิเศษ) ตุลาคม 2550- กันยายน 2551* สืบค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2551 จาก [www.sasuk12.com/shdac](http://www.sasuk12.com/shdac)
- ศรีนวล โอสสถิตย์. (2543). *คู่มือจุดเน้นทางการพยาบาลแม่ – เด็กและการผดุงครรภ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี เจ พรินติ้ง.
- สุวรรณภา ศรีนาถ. (2548). *ความคิดเห็นของทีมบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนต่อการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือประเมิน การรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวภัทร ม่วงอ่ำ. (2549). *การพัฒนาบริหารความเสี่ยง : การให้วัคซีนบีซีจี ทารกแรกเกิดหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลเพชรบูรณ์*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ศิริลักษณ์ สมพลกรัง. (2542). *สิ่งแวดล้อมในการทำงาน กับความเหนื่อยล้าของพยาบาลโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2550*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สำนักงานโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2547). *การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนโปลิโอในการรณรงค์พ.ศ.2546*. เอกสารรายงานสถานการณ์ความก้าวหน้าของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในภาพรวมของประเทศ. (อัดสำเนา).
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *คู่มือการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *สรุปรายงานเฝ้าระวังโรคประจำปี 2549*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สรุปรายงานเฝ้าระวังโรคประจำปี 2552*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แผนปฏิบัติการโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนประจำปีงบประมาณ 2552*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2552, จาก [http://thaigcd.ddc.moph.go.th/download/EPIplaning\\_EPI\\_52.pdf](http://thaigcd.ddc.moph.go.th/download/EPIplaning_EPI_52.pdf)
- สวิง สุวรรณ. (2537). *การบริหารบุคคลทางด้านสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารทรัพยากรสาธารณสุข. หน่วยที่ 1-7* (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา.
- สุรัตน์ สิรินนทกานต์. (2538). *พัฒนาการของเด็กตามวัย. การดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิด – 6 ปี สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทขงเชียรมาร์เก็ตติ้ง จำกัด.
- ลำลี เปลี่ยนบางช้าง และคณะ. (2521). *สังคมวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง รายงานการสำรวจเบื้องต้น*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ม.ป.ท.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 12 สงขลา. (2553). *การบริหารและบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (P&P Area-based) ปี 2553*. สืบค้น เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2553, จาก <http://songkhla.nhso.go.th/download/file/summar>
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). *วันเวลา สถานที่... แห่งความเสี่ยง*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2551. จาก <http://www.sasuk12.com/shdac/index.php?option=com>
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2547). สถานการณ์ไฟใต้กับผลกระทบต่อระบบสุขภาพสามจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารโรงพยาบาลชุมชน*, 5(5), 9-16.
- สายชล บุญวิสุทธานนท์. (2543). *พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาบุตรวัยทารก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ. (2550). อาสาสมัครที่เทพา จัดอาสากรบริการสุขภาพในบริบทสองวัฒนธรรม. *เรื่องเล่าจากเครือข่ายพัฒนาระบบสุขภาพที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์*. วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2550 ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลาคม.
- สุกัญญา รัศมีธรรมโชติ. (2548). Competency for manager. *Productivity World*, 10(54), 58-63 .
- สมนึก ศิริสุวรรณ และ คณะ. (2547). *รายงานการศึกษาผลกระทบต่อบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้*. (เอกสารเย็บเล่ม) ม.ป.ท.
- สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น. (2538). “Crisis Intervention” สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2549. จาก <http://www.mahidol.ac.th/mahidol/ra/rap>
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2536). การจูงใจ. *เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษา หน่วยที่ 1-7* (พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุวรรณณี เนตรศรีทอง และปฐมามาศ โชติบัณ. (2547). *การศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพและขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.(เอกสารเย็บเล่ม). ม.ป.ท.
- สุวรรณณี เนตรศรีทองและศิริพร ภาณุเรืองรัมย์. (2547). *การศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ และขวัญกำลังใจของพยาบาลวิชาชีพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา. (เอกสารเย็บเล่ม). ม.ป.ท.
- สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปิติกุล. (2544). *คู่มือก้าวสู่ HA (Hospital Accreditation) Step by Step*. กรุงเทพมหานคร: ส.เอเซียเพลส.

- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). *แนวทางการปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการบริหารงบประมาณ พ.ศ. 2548*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุวดี ศรีเลนวัตติ. (2534). *จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: พิชญาพรินดีง
- สมใจ วินิจกุล. (2546). *อนามัยชุมชน กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: หจก. ฟีนีเพล็บลิซิ่ง.
- อมร รอดคล้าย สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2548). *การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. (เอกสารเย็บเล่ม) ม.ป.ท.
- อาภา นิตยศักดิ์. (2533). *การศึกษาการจัดการต่อความเสี่ยงของการปฏิบัติการในโรงพยาบาลของรัฐ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2543). *ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล*. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- เอมอร ราษฎร์จำเริญสุข พอพิศ วิรินทร์เสถียร และศิริศักดิ์ วิรินทราวาท. (2543). *งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2520 - 2542 การประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 8 ปี 2543*. (เอกสารเย็บเล่ม).
- เอมอร ราษฎร์จำเริญสุข และคณะ. (2549). *ระดับคุณภาพงานในคลินิกสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2549*. (บทความงานวิจัย). สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อาภรณ์ หนูพันธ์. (2550). *การค้นหาความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ (การบริหารการพยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- โอฬาร พรหมาลิจิต. (2548). *วัคซีนน้ำรู้*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัทนาเพรส จำกัด
- อนุชา โมกขเวส. (2548). *มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2552, จาก [http://www.thailocaladmin.go.th/worke\\_bookeb1std210550156.pdf](http://www.thailocaladmin.go.th/worke_bookeb1std210550156.pdf)
- อรุณ บุญมาก. (2537). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทรัพยากรสาธารณสุข*. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารทรัพยากรสาธารณสุข หน่วยที่ 1-7 (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (2548). *Infection Control Basic Concepts and Training (Second Edition) Thai version*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมืองเชียงใหม่.
- อุทัย ชูโต. (2531). *บริหารศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: สโมสรวิทยาลัยการปกครอง.
- อวยพร สมใจ. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัดภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- อรุณี วิศิษฐ์พร. (2546). *ประเมินผลการจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aday, L.A., & Andersen, R. A. (1981). Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview., *Medical care*. 19(12), 4-27.
- ACT Work Safety Commissioner. (2009). *6 Steps to Risk Management*. Retrieved July 12, 2009, from, <http://www.worksafety.act.gov.au/publication/6-steps-risk-anagement>.
- Best, John W. & Kahn, Jame V. (1989). *Research in education*. 6<sup>th</sup> ed. New delhi: Prentice-Hall.
- Brown, B.L. (1979). *Risk management for hospital a practical approach*. Gaithersburg: An Aspen-publication.
- Benner, P (1982). From novice to expert. *American Journal of nursing*, 82(3), 402-407.
- Chris Steele BSc. (Hons), FCO; tom, Dip CLP, Dip OC. (2002). *An introduction to clinical risk management*. Retrieved July 10, 2009, from, [www.optometry.co.uk](http://www.optometry.co.uk)
- Cambell, F.A. (1994) Effect of early intervention on intellectual and academic achievement. *Child Development*, 65 (2), 684-689.
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197.
- Good C.V. (1974). *Dictionary of education*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Graw-Hill.
- Health and Safety Executive. (2009). *Five steps to risk assessment*. Retrieved June 20, 2009, from <http://www.hse.gov.uk/risk> 2009

- McCormick, J.E. & Illgen, D. (1985). *Industrial and organizational psychology*. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood: Prentice-Hall.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott.
- Pender, N. J (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3<sup>rd</sup> ed.). California: Appleton & Lange.
- Robbin, S.P. (2001). *Organization behavior*(9<sup>th</sup> ed). Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- Rachel, M.C. (1995). Nursing in early intervention. *Journal of Pediatric Nursing*. 21(6), 529-531
- Schermerhorn, J, R., et al. (2003). *Organization behavior*. New York: John Wiley.
- Wilson, J., & Tingle, J. (1999). *Clinical risk modification: A route to clinical governance*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- WHO. (2008). *The World health report 2008: Primary health care- now more than ever*. Geneva: World Health Organization. Retrieved August 25, 2009, from <http://www.who.int/whr/2008/en/index>.

ภาคผนวก



## ภาคผนวก ก

## ตาราง 7

จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข เรียงลำดับจากมากที่สุด ไปน้อยที่สุด จำแนกตามการปฏิบัติด้านความรู้เทคนิควิธีการ (N = 206)

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ	ปฏิบัติ ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	ระดับ ปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง
1.เทคนิคฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อ ตั้งเข็มท่ามุมฉากกับ ผิวหนัง	201 (97.57)	5 (2.43)	2.20	ปานกลาง
1.มีรายงาน/ทะเบียน/บัญชีการให้บริการวัคซีนแต่ละ ชนิด โดยระบุจำนวนครั้งอย่างชัดเจน	197 (95.63)	9 (4.37)	2.50	ปานกลาง
3.วัคซีนที่มีตะกอน(สารดูดซึมAdjuvant) ควรเขย่าให้ เป็นเนื้อเดียวกันก่อนฉีด	197 (95.63)	9 (4.37)	1.89	ต่ำ
4. เทคนิคฉีดวัคซีนเข้าใต้หนัง โดยหงายปลายเข็มขึ้นทำ มุม 45 – 90 ° กับผิวหนัง	195 (94.66)	11 (5.34)	2.36	ปานกลาง
5. วัคซีนที่ต้องให้หลายครั้งหากเด็กมารับวัคซีนเลย กำหนดนัดสามารถให้วัคซีนต่อไปได้โดยไม่ต้องนับ หนึ่งหรือเริ่มต้นใหม่	192 (93.20)	14 (6.80)	2.50	ปานกลาง
6. เทคนิคฉีดวัคซีนเข้าในหนัง โดยหงายปลายเข็มขึ้น ท่ามุม 0–15° กับผิวหนัง	189 (91.75)	17 (8.25)	2.59	ปานกลาง
7. มีการจัดทำรายงาน/ประเมินสรุปผลการให้วัคซีนตาม ระยะ เช่นรายเดือน,รายงวด และรายปี	182 (88.35)	24 (11.65)	2.10	ปานกลาง
8. การฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อในเด็กเล็กควรฉีดบริเวณ กึ่งกลางต้นขาด้านหน้าก่อนไปทางด้านนอกไม่ควรฉีด บริเวณสะโพก	170 (82.52)	36 (17.48)	2.97	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ	ปฏิบัติ ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	ระดับ ปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง
9. เด็กที่มีประวัติแพ้วัคซีนรุนแรงเช่นชัก,ลมพิษรุนแรง, ช็อค,กรีดร้องนานเกิน3 ชม.หรือมีไข้ > 40.5°C ควรแนะ นำให้นัดวัคซีนที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มี แพทย์ประจำเพื่อให้พบแพทย์ก่อนฉีดวัคซีน	163 (79.13)	43 (20.87)	2.77	ปานกลาง
10. มีการเฝ้าระวังอุณหภูมิของตู้เย็นให้อยู่ในช่วง2 - 8°C โดยปรับตัวควบคุมอุณหภูมิ	158 (76.70)	48 (23.30)	2.75	ปานกลาง
11. ทำความสะอาดจุดยกยงที่ขวดวัคซีนด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้ง และทิ้งให้แห้งก่อนดูดยา เป็นการป้องกัน ความเสี่ยง ไม่ให้เกิด การปนเปื้อน	155 (75.24)	51 (24.76)	2.71	ปานกลาง
12. มีป้ายแสดงวัน เดือน ปีให้วัคซีนเพื่อให้ผู้ปกครอง ทราบ และนำบุตรหลานมารับวัคซีนได้ตรงวัน/เวลา	143 (69.42)	63 (30.58)	2.59	ปานกลาง
13. ให้ความรู้แนะนำผู้ปกครองในการปฏิบัติต่อเด็ก เช่น การเช็ดตัว,การประคบบริเวณที่ฉีดวัคซีนถ้าร้อนประคบ เย็นถ้าเย็นประคบร้อน หรือการให้ยาลดไข้ ตัวเมื่อมีไข้ จัดได้ว่าเป็นการควบคุมความเสี่ยงหลังจากเกิดอาการแล้ว	139 (67.48)	67 (32.52)	2.63	ปานกลาง
14. วัคซีนBCG ,M มีความไวต่อแสงมากควรเก็บให้พ้น จากแสง	137 (66.50)	69 (33.50)	3.04	สูง
15. ใช้ข้อมูลเด็ก 0 - 5 ปีทั้งในและนอกเขตรับผิดชอบที่ มารับบริการในการคำนวณการเบิกวัคซีนอย่างถูกต้อง	135 (65.53)	71 (34.47)	2.66	ปานกลาง
16. การฉีดวัคซีนให้เด็กคลอดก่อนกำหนดจะไม่มีการลด ปริมาณวัคซีนลง	133 (64.56)	73 (35.44)	2.53	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ	ปฏิบัติ ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	ระดับ ปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง
17. ในทะเบียนติดตามเด็กในพื้นที่ มีการลงวันที่รับวัคซีน แต่ละชนิดล่วงหน้าครั้งถัดไปเพียงครั้งเดียวด้วยดินสอ หลังจากให้วัคซีนแล้วให้ลงวันที่ด้วยหมึกน้ำเงินหากได้ รับบริการจากที่อื่นก็ให้ลงวันที่ที่ให้ด้วยหมึกสีแดง	131 (63.59)	75 (36.41)	2.27	ปานกลาง
18. วัคซีน วัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์เช่น BCG,M,MMR ฉีดพร้อมกันในวันเดียวกันได้แต่คนละตำแหน่งกันหาก ฉีดไม่ได้ในวันเดียวกันควรนัดครั้งต่อไปห่างกัน อย่างน้อย 1 เดือน	121 (58.74)	85 (41.26)	2.74	ปานกลาง
19. มีระบบติดตามเฝ้าระวังอาการหลังได้รับวัคซีนในเด็ก ภายใน 30 วันหลังรับวัคซีนโดยให้ผู้ปกครอง แจ้ง ข้อมูลแก่ อสม. หรือเจ้าหน้าที่	105 (51.97)	101 (49.03)	3.10	สูง
20. มีรายชื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงสำหรับติดตามหรือช่วยเหลือ เป็นพิเศษเช่น มีประวัติแพ้วัคซีน,ป่วยเป็นโรคมุมคุ้มกัน บกพร่อง หรือน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2 กิโลกรัม	78 (37.86)	128 (62.14)	2.57	ปานกลาง
การปฏิบัติโดยรวม	3,121 (75.75)	999 (24.25)	2.66	ปานกลาง

## ตาราง 8

จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากร  
สาธารณสุข เรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด จำแนกตามการปฏิบัติด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์  
(N = 206)

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์	ปฏิบัติ ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	ระดับ ปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง
1. มีกระติกวัคซีนพร้อมใช้ สภาพภายใน/นอกสะอาด แห้ง ไม่มีรอยแตก และมีขนาดไม่น้อยกว่า 5 ลิตร	204 (99.03)	2 (0.97)	3.00	ปานกลาง
2. มีเทอร์โมมิเตอร์ใช้เพียงพออย่างน้อย 1 อันในตู้เย็น เก็บวัคซีน	199 (96.60)	7 (3.40)	1.86	ต่ำ
3. มีวัสดุอุปกรณ์ประเมินการพัฒนาร่างของเด็กที่มี คุณภาพดี เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก, แท่นวัดส่วนสูงแบบ นอนเป็นต้น	154 (74.76)	52 (25.24)	1.98	ต่ำ
4. มีการจัดการความเสี่ยงขณะอันตรายจากบริการวัคซีน เช่น เข็ม, ขวดวัคซีน, กระบอกฉีดยาโดยการเผาหรือ ฝัง ที่เหมาะสมหรือ ส่งไปกำจัดที่เตาเผาของโรงพยาบาล/ CUP	153 (74.27)	53 (25.73)	2.32	ปานกลาง
5. มีการจัดทำบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายวัคซีนรายเดือน จำแนกรายวัคซีน ระบุจำนวน/Lot number/วัน หมดอายุ	152 (73.80)	54 (26.20)	2.44	ปานกลาง
6. มีการขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลมา PCU ภายใต้อ ระบบลูกโซ่ความเย็นที่ดี โดยใช้กระติกที่มีice pack/ น้ำแข็ง และป้องกันไม่ให้ขวดวัคซีนโดนน้ำแข็ง	148 (71.84)	58 (28.16)	2.69	ปานกลาง
7. มีรายงานสรุปการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์จำแนกเป็น รายวัคซีน(พันยอด) และแยกเป็นรายเดือน	140 (67.96)	66 (32.04)	2.26	ปานกลาง
8. มีแผนประมาณการใช้วัสดุอุปกรณ์งานบริการวัคซีน ประจำปี	137 (66.50)	69 (33.50)	2.14	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนด้านการบริหารวัคซีนอุปกรณ์	ปฏิบัติ ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	ระดับ ปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง
9.มีปริมาณวัคซีนแต่ละชนิดอย่างเพียงพอไม่มีปัญหา วัคซีนไม่พอใช้	125 (60.68)	81 (39.32)	2.80	ปานกลาง
10.มีขวดน้ำใส่เกลือไว้ที่ชั้นล่างของตู้เย็นจำนวน 4 ขวด	121 (58.74)	65 (41.26)	2.41	ปานกลาง
11.มีสื่อในชุมชนเพื่อสนับสนุนประชาสัมพันธ์งาน บริการวัคซีนเช่นหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชนใน ท้องถิ่น	113 (54.85)	93 (45.15)	2.19	ปานกลาง
12.มีมุมพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี และมีของเล่นที่ เหมาะสม กับเด็ก	99 (48.06)	107 (51.94)	1.97	ต่ำ
13.มีเทอร์โมมิเตอร์ที่ได้มาตรฐานวัดอุณหภูมิได้ทั้งค่า บวกและลบ และผ่านการเทียบเคียงกับเทอร์โมมิเตอร์ ของโรงพยาบาลที่สอบเทียบ/เทียบเคียงแล้ว	92 (44.66)	14 (55.34)	2.74	ปานกลาง
14. มีกรรมการตรวจสอบด้านความครบถ้วนและด้าน คุณภาพวัคซีนอุปกรณ์ สำหรับใช้ในงานบริการวัคซีน	63 (30.58)	143 (69.42)	2.04	ปานกลาง
การปฏิบัติโดยรวม	1900 (65.88)	984 (34.12)	2.32	ปานกลาง

## ตาราง 9

จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข เรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด จำแนกตามการปฏิบัติด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร (N = 206)

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร	ปฏิบัติ ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	ระดับ ปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง
1. เจ้าหน้าที่ไม่มีการเปิดเผยความลับหรือการละเมิดสิทธิเด็ก	202 (98.06)	4 (1.94)	1.75	ต่ำ
2. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน EPI ตามหลักวิชาการที่ถูกต้อง โดยไม่ขัดกับบทบัญญัติทางศาสนาและไม่ปฏิบัติตามความเชื่อที่ผิดๆ	191 (92.72)	15 (7.28)	1.73	ต่ำ
3 จนท. ไม่ทำให้เด็กอับอาย หรือถูกทำร้ายด้านจิตใจ เช่น การ ดุด่า หรือพูดจาไม่สุภาพ	186 (90.29)	20 (9.71)	2.30	ปานกลาง
4 ผู้ให้บริการวัคซีนขณะป่วยอยู่นั้น ควรพักรักษาให้หาย เป็นปกติก่อนที่จะมาทำงาน เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อโรคไปยังเด็กได้	184 (89.32)	22 (10.68)	2.14	ปานกลาง
5 กรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีนมีการประเมิน การ ให้บริการวัคซีนอย่างครอบคลุมเป็นรายเดือน/งวด/ รายปี	152 (73.79)	54 (26.21)	2.10	ปานกลาง
6.มีแผนผังการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบงานให้บริการ วัคซีนของเจ้าหน้าที่อย่างชัดเจนและปฏิบัติตามแผนผัง การแบ่งหน้าที่ดังกล่าว	147 (71.36)	59 (28.64)	2.07	ปานกลาง
7.เจ้าหน้าที่มีความรู้ และสามารถระบุสาเหตุอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ	142 (68.93)	64 (31.07)	2.45	ปานกลาง
8 จนท.ให้ความรู้ อสม. เพิ่มเติมเป็นประจำทุกเดือนและซักถามปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานบริการวัคซีน	132 (64.08)	74 (35.92)	2.41	ปานกลาง
9 เจ้าหน้าที่มีความรู้และป้องกันความเสี่ยงงาน EPI โดยใช้หลักการระมัดระวังตนเองจากการติดเชื้อที่อาจติดต่อทางเลือดหรือสารน้ำจากร่างกายของเด็กที่ให้บริการ	130 (63.11)	76 (36.89)	2.36	ปานกลาง

ตาราง 9 (ต่อ)

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร	ปฏิบัติ ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	ระดับ ปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง
10.จนท. สามารถสร้าง/ประยุกต์ใช้สื่อสุขศึกษาด้าน วัคซีนอย่างเหมาะสม และทันสมัยเช่น ใบปลิว, แผ่นพับ, โปสเตอร์, ภาพพลิกหรือภาพถ่าย เป็นต้น	113 (54.85)	93 (45.15)	2.17	ปานกลาง
11.เจ้าหน้าที่มีความรู้เรื่องวัคซีนเป็นอย่างดี มีทักษะ มีประสบการณ์ และสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้อง	113 (54.85)	93 (45.15)	1.98	ต่ำ
12.เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมความรู้หลักสูตรต่างๆ หรือ ฟื้นฟูความรู้จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดขึ้นใน โอกาสที่เหมาะสม	105 (50.97)	101 (49.03)	2.59	ปานกลาง
13. จนท. ได้รับการนิเทศงาน EPI จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นระดับอำเภอ จังหวัด เป็นรายงวดเพื่อทราบ ปัญหาและปรับแผนการทำงาน	85 (41.26)	121 (58.74)	2.40	ปานกลาง
14. มีการจัดตั้งกรรมการหรือทีมบริหารความเสี่ยง ให้บริการวัคซีน	67 (32.52)	139 (67.48)	1.99	ต่ำ
การปฏิบัติโดยรวม	1979 (68.62)	905 (31.38)	2.31	ปานกลาง

ตาราง 10

จำนวน ร้อยละ และระดับความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข เรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด จำแนกตามการปฏิบัติด้านการบริหารงบประมาณ (N = 206)

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนด้านการบริหารงบประมาณ	ปฏิบัติ ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$	ระดับ ปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง
1.หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่เคยถูกฟ้องร้องเรียก ค่าเสียหายจากการให้บริการวัคซีน จัดเป็นการป้องกัน ความเสี่ยงของหน่วยงานที่ดี	194 (94.17)	12 (5.83)	1.67	ต่ำ
2.มีการบันทึกหลักฐานการสอบสวนอาการหลังได้รับ วัคซีนในเด็กหรือลงLot numberที่สมบูรณ์ตรงไปตรงมา เป็นการลดความเสี่ยงด้านการชดใช้เงินของPCU/หน่วย งานได้	174 (84.47)	32 (15.53)	2.25	ปานกลาง
3.มีแผนป้องกันความเสี่ยงที่สร้างความเสียหายกับสถาน ที่เก็บวัสดุอุปกรณ์วัคซีน เช่น แผนป้องกันไฟไหม้, น้ำ ท่วม,การรักษาความปลอดภัย เป็นต้น	167 (81.07)	39 (18.93)	1.54	ต่ำ
4.มีรายงานการใช้งบประมาณตามแผนงาน โครงการ บริการด้านวัคซีน	135 (65.53)	71 (34.47)	1.66	ต่ำ
5.PCUให้บริการที่ถูกต้อง มีคุณภาพทำให้เด็กมีความ ปลอดภัย ไม่เจ็บป่วย หลังการให้วัคซีน ส่งผลให้ ครอบครัวไม่สูญเสียรายได้จากการขาดงานของ ผู้ปกครองที่ต้องดูแลอาการหลังได้รับวัคซีนของเด็ก	135 (65.53)	71 (34.47)	2.15	ปานกลาง
6.มีแผนปฏิบัติงานติดตามประเมินผล และสรุปการใช้ งบประมาณ ที่มีประสิทธิผล เทียบกับผลงานที่ทำได้ ในงานบริการวัคซีน	122 (59.22)	84 (40.78)	1.70	ต่ำ
7.ใช้ระบบการเงินแก้ไขความเสี่ยงงาน EPI อย่างมี ประสิทธิภาพเช่นการคิดค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์/ เดือน, การเบิกวัคซีนใช้อย่างเพียงพอ และจำนวนวัคซีน ที่ใช้เหมาะสมกับจำนวนเด็กที่ได้รับ	100 (48.54)	106 (51.46)	2.10	ปานกลาง



ตาราง 10 (ต่อ)

การปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัดชี้้นด้านการบริหารงบประมาณ	ปฏิบัติ ได้ จำนวน (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	ระดับ ปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง
8.หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการวางแผนใช้งบประมาณประจำปีของตนเองในการแก้ไขปัญหาทางานให้บริการวัดชี้้น	83 (40.29)	123 (59.71)	2.24	ปานกลาง
9.มีการจัดตั้งผู้รับผิดชอบด้านงบประมาณให้บริการวัดชี้้น	75 (36.41)	131 (63.59)	2.10	ปานกลาง
10.ทำแผนเพื่อของบประมาณสนับสนุนแก้ไขปัญหาทางานบริการวัดชี้้นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น อบต.,รพช.	54 (26.21)	152 (73.79)	1.99	ต่ำ
โดยรวมการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยง ด้านการบริหารงบประมาณ	1,239 (60.15)	821 (39.85)	1.92	ต่ำ
การปฏิบัติโดยรวม	8,239 (68.96)	3,709 (31.04)	2.30	ปานกลาง

ตาราง 11

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของบุคลกรสาธารณสุข จาก การทดลองใช้เครื่องมือ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ( $N = 28$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	8 (28.57)
หญิง	20 (71.43)
<b>อายุ (ปี)</b>	
( $\bar{X} = 36.68$ , $SD = 11.94$ ) (Min = 20, Max = 56)	
20 -29	9 (32.14)
30 -39	6 (21.43)
40 -49	9 (32.14)
> 50	4 (14.29)
<b>ระดับการศึกษา</b>	
ประกาศนียบัตร หรือเทียบเท่า ปวส.	18 (64.29)
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่าปริญญาตรี	10 (35.71)
<b>ตำแหน่งปัจจุบัน</b>	
เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน	10 (35.71)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	8 (28.57)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	1 (3.57)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	4 (14.29)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	1 (3.57)
เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส	4 (14.29)

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
<p>ประสบการณ์การให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ มาจนถึงปัจจุบัน (ปี)</p> <p>(<math>\bar{X}</math> = 10.86, SD = 10.63) (Min = 1, Max = 35)</p>	
1 - 5	13 (46.43)
6 -10	4 (14.29)
11-15	2 (7.14)
16-20	4 (14.29)
>20	5 (17.86)
<p>การจัดตั้งทีมหรือกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีน</p> <p>มีการจัดตั้งทีมหรือกรรมการ</p> <p>(<math>\bar{X}</math> = 2.82 ) (Min = 1, Max = 4)</p>	13 (46.43)
กรรมการ จำนวน 1 คน	1 (3.57)
กรรมการ จำนวน 2 คน	2 (7.14)
กรรมการ จำนวน 3 คน	8 (28.57)
กรรมการ จำนวน 4 คน	2 (7.14)
ไม่มีการจัดตั้ง	15 (53.57)
<p>การอบรม/ประชุม/สัมมนาความรู้/เทคนิคบริหารความเสี่ยงการ ให้บริการวัคซีน</p> <p>เคยเข้ารับการอบรม (ครั้ง)</p> <p>(<math>\bar{X}</math> = 2.17, SD = 0.801) (Min = 1, Max = 10)</p>	24 (85.71)
1	10 (35.71)
2	9 (32.14)
3	2 (7.14)
4	2 (7.14)
> 4	1 (3.57)
ไม่เคยเข้ารับการอบรม	4 (14.29)

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
การขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลมายัง หน่วยบริการปฐมภูมิ	
ใช้ Ice pack ที่เริ่มละลาย	6 (21.43)
ใช้ Ice pack ที่เย็นจัด	22 (78.57)
ความถูกต้องการใช้ทักษะหรือเทคนิคการฉีดวัคซีน	
ทำถูกต้องทั้งหมด	19 (67.86)
ทำไม่ถูกต้องทั้งหมด	2 (7.14)
ทำถูกต้องบางส่วนและมีบางส่วนที่ต้องปรับปรุง	7 (25.00)
ความถี่การให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ ( $\bar{X} = 3.36, SD = 1.062$ )	
1 ครั้ง/เดือน	2 (7.14)
2 ครั้ง/เดือน	6 (21.43)
4 ครั้ง/เดือน	20 (71.43)
การให้บริการวัคซีนเชิงรุกนอกหน่วยปฐมภูมิ (ครั้ง/ปี) ( $\bar{X} = 6.61, SD = 5.38$ ) (Min = 1, Max = 25)	
1-3	9 (32.14)
4-6	9 (32.14)
7-9	1 (3.57)
> 9	9 (32.14)
โอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในการให้บริการวัคซีนนอกหน่วย บริการปฐมภูมิ	
ไม่มีความเสี่ยง	8 (28.57)
มีความเสี่ยง	20 (71.43)
เสี่ยงน้อย	6 (21.43)
เสี่ยงปานกลาง	8 (28.57)
เสี่ยงมาก	6 (21.43)

ตาราง 11 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย การให้บริการวัคซีน ปีงบประมาณ 2552 (ร้อยละ)	
80 – 85	13 (46.43)
86 – 90	9 (32.14)
> 90	6 (21.43)

ตาราง 12

จำนวน ร้อยละ และระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากร  
สาธารณสุข ด้านความรู้เทคนิควิธีการ (N = 28)

การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการ ให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ	การให้ ความสำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
1. ทำความสะอาดจุกยางที่ขวดวัคซีนด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้ง และทิ้งให้แห้งก่อนดูดยา เป็นการป้องกันความเสี่ยง ไม่ให้เกิดการปนเปื้อน	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
2. วัคซีน BCG, M มีความไวต่อแสงมาก ควรเก็บให้พ้นจากแสง	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
3. การฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อในเด็กเล็กควรฉีดบริเวณกึ่งกลาง ต้นขาด้านหน้าก่อนไปทางด้านนอกไม่ควรฉีดบริเวณสะโพก	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
4. วัคซีนที่ต้องให้หลายครั้ง หากเด็กมารับวัคซีนเลยกำหนดนัด สามารถให้วัคซีนต่อไปได้โดยไม่ต้องนับหนึ่งหรือเริ่มต้นใหม่	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
5. มีเทคนิคฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อ ตั้งเข็มท่ามุมฉากกับ ผิวหนัง	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
6. มีรายงาน / ทะเบียน / บัญชีการให้บริการวัคซีน แต่ละชนิด โดยระบุจำนวนครั้งอย่างชัดเจน	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง

ตาราง 12 (ต่อ)

การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการ ให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ	การให้ ความสำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
7. มีการเฝ้าระวังอุณหภูมิของผู้เย็นให้อยู่ในช่วง 2 - 8 °C โดย ปรับตัวควบคุมอุณหภูมิ	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
8. ให้ความรู้แนะนำผู้ปกครองในการปฏิบัติต่อเด็ก เช่นการเช็ด ตัว,การประคบบริเวณที่ฉีดวัคซีนถ้าร้อนประคบเย็นถ้าเย็น ประคบร้อนหรือการให้ยา ลดไข้ ตัวเมื่อมีไข้ จัดได้ว่าเป็นการ ควบคุมความเสี่ยงหลังจากเกิดอาการแล้ว	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
9. วัคซีนที่มีตะกอน (สารคูดซิมAdjuvant) ควรเขย่าให้เป็น เนื้อเดียวกันก่อนฉีด	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
10. มีการจัดทำรายงาน/ประเมินสรุปผลการให้วัคซีนตามระยะ เช่นรายเดือน, รายงวด และรายปี	27 (96.43)	0.96	0.19	สูง
11. ใช้ข้อมูลเด็ก 0 5 ปีทั้งในและนอกเขตรับผิดชอบที่มารับ บริการในการคำนวณการเบิกวัคซีนอย่างถูกต้อง	27 (96.43)	0.96	0.19	สูง
12. เทคนิคฉีดยาเข้าในหนังโดยหงายปลายเข็มขึ้นทำมุม 0-15° กับผิวหนัง	27 (96.43)	0.96	0.19	สูง
13. เด็กที่มีประวัติแพ้วัคซีนรุนแรงเช่นชั๊ก,ลมพิษรุนแรง,ช็อค, กรีดร้องนานเกิน 3 ชม.หรือมีไข้ > 40.5 °c ควรแนะนำให้ฉีด วัคซีนที่ โรงพยาบาลหรือ สถานพยาบาลที่มีแพทย์ประจำ เพื่อให้พบแพทย์ก่อนฉีดวัคซีน	27 (96.43)	0.96	0.89	สูง
14. มีเทคนิคฉีดยาเข้าใต้หนังโดยหงายปลายเข็มขึ้นทำมุม 45- 90° กับผิวหนัง	27 (96.43)	0.96	0.19	สูง
15. มีระบบติดตามเฝ้าระวังอาการหลังได้รับวัคซีนในเด็กภายใน 30 วัน หลังรับวัคซีนโดยให้ผู้ปกครองแจ้งข้อมูลแก่ อสม. หรือ จนท.	26 (92.86)	0.93	0.26	สูง

ตาราง 12 (ต่อ)

การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการ ให้บริการวัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ	การให้ ความสำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
16. มีป้ายแสดงวัน เดือน ปีให้วัคซีนเพื่อให้ผู้ปกครองทราบ และนำบุตรหลานมารับวัคซีนได้ตรงวัน/เวลา	24 (85.71)	0.86	0.36	สูง
17. วัคซีนไวรัสชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์เช่น BCG, M, MMR ฉีด พร้อมกันในวันเดียวกันได้แต่คนละตำแหน่งกัน หากฉีดไม่ได้ ในวันเดียวกันควรนัดครั้งต่อไปห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน	24 (85.71)	0.86	0.36	สูง
18. การฉีดวัคซีนให้เด็กคลอดก่อนกำหนดจะไม่มีการลด ปริมาณวัคซีนลง	22 (78.57)	0.79	0.42	สูง
19. ในทะเบียนติดตามเด็กในพื้นที่ มีการลงวันที่รับวัคซีนแต่ ละชนิดล่วงหน้าครั้งถัดไปเพียงครั้งเดียวด้วยดินสอ หลังจาก ให้วัคซีนแล้วให้ลงวันที่ด้วยหมึกน้ำเงิน หากได้รับการ จากที่อื่นก็ให้ลงวันที่ให้บริการด้วยหมึกสีแดง	19 (67.86)	0.68	0.48	สูง
20. มีรายชื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงสำหรับติดตามหรือช่วยเหลือเป็น พิเศษ เช่นมีประวัติแพ้วัคซีนป่วยเป็น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2 กิโลกรัม	18 (64.29)	0.64	0.49	ปาน กลาง
การให้ความสำคัญโดยรวม	520 (92.85)	0.93	0.21	สูง

ตาราง 13

จำนวน ร้อยละ และระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ของบุคลากร  
สาธารณสุข ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ (N = 28)

การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการ ให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์	การให้ ความสำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
1. มีกระตักวัคซีนพร้อมใช้สภาพภายใน/นอกสะอาดแห้ง ไม่มี รอยแตกและ มีขนาดไม่น้อยกว่า 5 ลิตร	28 (100.00)	1.00	0.000	สูง
2. มีเทอร์โมมิเตอร์ใช้เพียงพออย่างน้อย 1 อันในตู้เย็น	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
3. มีวัสดุอุปกรณ์ประเมินการพัฒนารองเท้าเด็กที่มีคุณภาพ ดี เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก, แท่นวัดส่วนสูงแบบนอน เป็นต้น	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
4. มีการขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลมา PCU ภายใต้อุปกรณ์ ถูกใช้ความเย็นที่ดี โดยใช้กระติกที่มี Ice pack น้ำแข็ง และ ป้องกันไม่ให้ขวดวัคซีนโดนน้ำแข็ง	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
5. มีการจัดการความเสี่ยงขยะอันตรายจากบริการวัคซีน เช่น เข็ม , ขวดวัคซีน, กระบอกฉีดยา โดยการเผาหรือฝังที่เหมาะสมหรือ ส่งไป กำจัดที่เตาเผาของโรงพยาบาล/CUP	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
6. มีการจัดทำบัญชีควบคุมการรับจ่ายวัคซีนรายเดือนจำแนก รายวัคซีน ระบุจำนวน/Lot number/วันหมดอายุ	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
7. มีปริมาณวัคซีนแต่ละชนิดอย่างเพียงพอไม่มีปัญหาวัคซีน ไม่พอใช้	27 (96.43)	0.96	0.19	สูง
8. มีขวดน้ำใส่เกลือไว้ที่ชั้นล่างของตู้เย็นจำนวน 4 ขวด	26 (92.86)	0.93	0.26	สูง
9. มีเทอร์โมมิเตอร์ที่ได้มาตรฐานวัดอุณหภูมิได้ทั้งค่าบวกและ ลบ และผ่านการ เทียบเคียงกับเทอร์โมมิเตอร์ของโรงพยาบาล ที่สอบเทียบ/ เทียบเคียงแล้ว	26 (92.86)	0.93	0.26	สูง
10. มีการใช้สื่อสนับสนุนเพื่อประชาสัมพันธ์งานบริการวัคซีน ในชุมชน เช่น อสม., ผู้นำชุมชน, หอกระจายข่าว หรือ วิทยุชุมชน ในท้องถิ่น	26 (92.86)	0.93	0.26	สูง



ตาราง 13 (ต่อ)

การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์	การให้ความสำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
11. มีแผนประมาณการใช้วัสดุอุปกรณ์งานบริการวัคซีนประจำปี	25 (89.29)	0.89	0.31	สูง
12. มีรายงานสรุปการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์จำแนกเป็นรายวัคซีน (พันยอด) และแยกเป็นรายเดือน	24 (85.71)	0.86	0.36	สูง
13. มีคณะกรรมการตรวจสอบด้านความครบถ้วนและด้านคุณภาพวัสดุอุปกรณ์สำหรับใช้ในงานบริการวัคซีน	19 (67.86)	0.68	0.48	สูง
14. มีมุมพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี และมีของเล่นที่เหมาะสมกับเด็ก	18 (64.29)	0.64	0.49	ปาน กลาง
การให้ความสำคัญโดยรวม	359 (91.58)	0.92	0.19	สูง

ตาราง 14

จำนวน ร้อยละ และระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร (N = 28)

การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร	การให้ ความสำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
1. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมความรู้หลักสูตรต่างๆ หรือฟื้นฟูความรู้งาน EPI จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดขึ้นในโอกาสที่เหมาะสม	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
2. จนท. ให้ความรู้ อสม. เพิ่มเติมเป็นประจำทุกเดือน และซักถามปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินงานบริการวัคซีน	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง

ตาราง 14 (ต่อ)

การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร	การให้ ความสำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
3. เจ้าหน้าที่มีความรู้และป้องกันความเสี่ยงงานEPIโดยใช้หลัก การระมัดระวังตนเองจากการติดเชื้อที่อาจติดต่อทางเลือดหรือ สารน้ำจากร่างกายของเด็กที่ให้บริการ	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
4. จนท. ผู้ให้บริการวัคซีนขณะป่วยอยู่นั้น ควรพักรักษาให้ หายเป็นปกติก่อนที่จะมาทำงาน เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะ แพร่เชื้อโรคไปยังเด็กได้	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
5. จนท. ไม่ทำให้เด็กอับอาย หรือถูกทำร้ายด้านจิตใจ เช่นการ ดูค่า หรือพูดจาไม่สุภาพ	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
6. เจ้าหน้าที่มีความรู้ และสามารถระบุสาเหตุอาการไม่พึง ประสงค์ได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
7. เจ้าหน้าที่ไม่มีการเปิดเผยความลับ หรือการละเมิดสิทธิเด็ก	27 (96.43)	0.96	0.19	สูง
8. จนท. ได้รับการนิเทศงาน EPI จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นระดับ อำเภอ จังหวัด เป็นรายงวดเพื่อทราบปัญหาและ ปรับแผนการทำงาน	26 (92.86)	0.93	0.26	สูง
9. เจ้าหน้าที่มีการประเมินการให้บริการวัคซีนอย่างครอบคลุม คลุมเป็นรายเดือน รายงวด และรายปี	25 (89.29)	0.89	0.32	สูง
10. เจ้าหน้าที่มีความรู้เรื่องวัคซีนเป็นอย่างดี มีทักษะ มี ประสบการณ์ และสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้อง	22 (78.57)	0.79	0.42	สูง
11. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน EPI ตามหลักวิชาการที่ถูกต้องโดยไม่ ขัดกับบทบัญญัติทางศาสนาและไม่ปฏิบัติตามความเชื่อที่ผิดๆ	21 (75.00)	0.75	0.44	สูง
12. มีแผนผังการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบงานให้บริการวัคซีนของเจ้า หน้าที่อย่างชัดเจนและปฏิบัติตามแผนผังการแบ่งหน้าที่ดังกล่าว	20 (71.43)	0.71	0.46	สูง

ตาราง 14 (ต่อ)

การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการ วัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร	การให้ ความสำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
13. จนท. สามารถสร้าง/ประยุกต์ใช้สื่อสุขศึกษาด้านวัคซีน อย่างเหมาะสมและทันสมัย เช่น โบปลิ้ว, แผ่นพับ, โปสเตอร์ , ภาพพลิก หรือภาพถ่าย เป็นต้น	19 (67.86)	0.68	0.46	สูง
14. มีการจัดตั้งกรรมการหรือทีมบริหารความเสี่ยงการ ให้บริการ วัคซีน	18 (64.29)	0.64	0.49	ปาน กลาง
การให้ความสำคัญโดยรวม	346 (88.27)	0.88	0.22	สูง

ตาราง 15

จำนวน ร้อยละและระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากร  
สาธารณสุข ด้านการบริหารงบประมาณ (N = 28)

การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการ ให้บริการวัคซีนด้านการบริหารงบประมาณ	การให้ ความสำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
1. มีการบันทึกหลักฐานการสอบสวนเมื่อเกิดอาการภายหลัง การได้รับวัคซีนหรือการลง Lot number ที่สมบูรณ์ตรงไป ตรง มาในเด็ก เป็นการลดความเสี่ยงด้านการชดใช้ของหน่วยงาน /PCU	28 (100.00)	1.00	0.00	สูง
2. หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่เคยถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากการ ให้บริการวัคซีน จัดเป็นการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานที่ดี	27 (96.43)	0.96	0.19	สูง
3. มีแผนปฏิบัติงานติดตามประเมินผล และสรุปการใช้งบ ประมาณที่มีประสิทธิผลเทียบกับผลงานที่ทำได้ในงาน ให้บริการวัคซีน	25 (89.29)	0.89	0.32	สูง

ตาราง 15 (ต่อ)

การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการ ให้บริการวัคซีนด้านการบริหารงบประมาณ	การให้ ความสำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
4. มีการจัดตั้งผู้รับผิดชอบด้านงบประมาณให้บริการวัคซีน อย่างครอบคลุม	24 (85.71)	0.86	0.36	สูง
5. PCU ให้บริการที่ถูกต้อง มีคุณภาพทำให้เด็กมีความปลอดภัย ไม่เจ็บป่วยหลังการให้วัคซีน ส่งผลให้ครอบครัวไม่สูญเสีย รายได้จากการขาดงานของผู้ปกครองที่ต้องดูแลอาการหลัง ได้รับวัคซีนของเด็ก	23 (82.14)	0.82	0.39	สูง
6. มีแผนป้องกันความเสี่ยงที่สร้างความเสียหายกับสถานที่เก็บ วัสดุอุปกรณ์งานบริการวัคซีน เช่น แผนป้องกันไฟไหม้ น้ำท่วม, การรักษาความปลอดภัย เป็นต้น	22 (78.57)	0.79	0.42	สูง
7. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการวางแผนใช้งบประมาณประจำปี ของตนเองในการแก้ไขปัญหางานบริการวัคซีนอย่างครอบคลุม	21 (75.00)	0.75	0.44	สูง
8. มีรายงานบันทึกการใช้งบประมาณตามแผนงาน โครงการบริการวัคซีนอย่างถูกต้อง	21 (75.00)	0.75	0.44	สูง
9. ใช้ระบบการเงินแก้ไขความเสี่ยงงาน EPI อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การคิดค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์/เดือน, การเบิก วัคซีนใช้เพียงพอ และจำนวนวัคซีนที่ใช้เหมาะสมกับ จำนวนเด็กที่ได้รับ	20 (71.43)	0.71	0.46	สูง
10. ทำแผนเพื่อของงบประมาณสนับสนุนแก้ไขปัญหางาน บริการวัคซีนอย่างครอบคลุมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่เช่น อบต.,รพช.	19 (67.86)	0.68	0.48	สูง
การให้ความสำคัญโดยรวม	230 (82.14)	0.82	0.35	สูง
การให้ความสำคัญโดยรวมทุกด้าน	1,455 (89.59)	0.89	0.24	สูง

ตาราง 16

จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน 3 อันดับแรก จำแนกตามรายด้าน (N = 28)

การไม่ให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีน	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การ ไม่ ให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
<b>ด้านความรู้เทคนิควิธีการ</b>				
1. มีรายชื่อเด็กกลุ่มเสี่ยงสำหรับติดตามหรือช่วยเหลือเป็นพิเศษ เช่น มีประวัติแพ้วัคซีน,ป่วยเป็นโรคมุมิคุ้มกันบกพร่อง หรือน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2 กิโลกรัม	10 (35.71)	0.36	0.49	ปาน กลาง
2. ในทะเบียนติดตามเด็กในพื้นที่ มีการลงวันที่รับวัคซีนแต่ละชนิดล่วงหน้าครั้งถัดไปเพียงครั้งเดียวด้วยดินสอ หลังจากให้วัคซีนแล้วให้ลงวันที่ด้วยหมึกน้ำเงิน หากได้รับบริการจากที่อื่นก็ให้ลงวันที่ที่ให้บริการด้วยหมึกสีแดง	9 (32.14)	0.32	0.48	ต่ำ
3. การฉีดวัคซีนให้เด็กคลอดก่อนกำหนดจะไม่มีการลดปริมาณวัคซีนลง	6 (21.43)	0.21	0.42	ต่ำ
<b>ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์</b>				
1. มีมุมพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี และมีของเล่นที่เหมาะสมกับเด็ก	10 (35.71)	0.36	0.49	ปาน กลาง
2. มีคณะกรรมการตรวจสอบด้านความครบถ้วน และด้านพัฒนาคุณภาพวัสดุอุปกรณ์สำหรับใช้ในงานบริการวัคซีน	9 (32.14)	0.32	0.48	ต่ำ
3. มีรายงานสรุปการเบิก-จ่ายวัสดุอุปกรณ์จำแนกเป็นรายวัคซีน (พันยอด) และแยกเป็นรายเดือน	4 (14.29)	0.14	.36	ต่ำ
<b>ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร</b>				
1. มีการจัดตั้งกรรมการหรือทีมบริหารความเสี่ยงงานให้บริการวัคซีน	10 (35.71)	0.36	0.49	ปาน กลาง
2 จนท. สามารถสร้าง/ประยุกต์ใช้สื่อสุขศึกษาด้านวัคซีนได้อย่างเหมาะสมและทันสมัย เช่น ใบปลิว,แผ่นพับ,โปสเตอร์ฯ	9 (32.14)	0.32	0.48	ต่ำ

ตาราง 16 (ต่อ)

การไม่ให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยง ในการให้บริการวัคซีน	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน		ระดับ การ ไม่ให้ ความ สำคัญ
		$\bar{X}$	SD	
3. มีแผนผังการเบ่งหน้าที่ได้รับผิดชอบงานให้บริการวัคซีนของ เจ้าหน้าที่อย่างชัดเจนและปฏิบัติตามแผนผังการเบ่งหน้าที่ ดังกล่าว	8 (28.57)	0.29	0.46	ต่ำ
ด้านการบริหารงบประมาณ				
1. ทำแผนเพื่อของบประมาณสนับสนุนแก้ไขปัญหาทางนบริการ วัคซีน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เช่น อบต., รพช.	9 (32.14)	0.32	0.48	ต่ำ
2. หน่วยบริการปฐมภูมิใช้เงินแก้ไขปัญหาความเสี่ยงงาน EPI อย่างมี ประสิทธิ- ภาพ เช่นการคิดค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์/เดือน, การเบิกวัคซีนใช้อย่างเพียงพอ และจำนวนวัคซีนที่ใช้เหมาะสม กับจำนวนเด็กที่ได้รับ	8 (28.57)	0.29	0.46	ต่ำ
3. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการวางแผนใช้งบประมาณประจำปี ของตนเองในการแก้ไขปัญหาทางนให้บริการวัคซีน	7 (25.00)	0.25	0.44	ต่ำ
4. มีรายงานการใช้งบประมาณตามแผนงาน โครงการ บริการด้านวัคซีน	7 (25.00)	0.25	0.44	ต่ำ

ตาราง 17

ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุดของปัญหาจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุข (N = 28)

ปัญหาของหน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน (ร้อยละ)
<b>1. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ</b>	
จำนวนเจ้าหน้าที่ ( $\bar{X} = 3.21, SD = 0.57$ ) (Min = 2, Max = 4)	
พอเพียง	11 (39.29)
จำนวน 2 คน/สถานบริการปฐมภูมิ	2 (7.14)
จำนวน 3 คน/สถานบริการปฐมภูมิ	18 (64.29)
จำนวน 4 คน/สถานบริการปฐมภูมิ	8 (28.57)
ไม่พอเพียง	17 (60.71)
มีความรู้่น้อยที่สุดในการให้บริการวัคซีน	
ด้านความรู้เทคนิควิธีการ	9 (32.14)
ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์	5 (17.86)
ด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากร	7 (25.00)
ด้านการบริหารงบประมาณ	7 (25.00)
แบ่งพื้นที่เขตรับผิดชอบในการปฏิบัติงานเป็น	
รายหมู่บ้าน/ชุมชน	
แบ่งพื้นที่รับผิดชอบไม่เหมาะสม	3 (10.71)
เหมาะสม	25 (89.29)
ได้รับการอบรมความรู้ด้านวัคซีนจากหน่วยงาน	
ที่เกี่ยวข้องในปีงบประมาณ 2552	
ได้รับการอบรม ( $\bar{X} = 1.07, SD = .262$ )	
ได้รับการอบรม 1 ครั้ง	12 (42.86)
ได้รับการอบรม 2 ครั้ง	12 (42.86)
ได้รับการอบรม 3 ครั้ง	2 (7.14)
ไม่ได้รับการอบรม	2 (7.14)

ตาราง 17 (ต่อ)

ปัญหาของหน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน (ร้อยละ)
ตำแหน่ง/คุณสมบัติเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
ไม่เหมาะสม	4 (14.29)
เหมาะสม	24 (85.71)
ผลกระทบด้านความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่จากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะการปฏิบัติงานนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ ( $\bar{X} = 1.64, SD = 0.731$ )	
กระทบมาก	14 (50.00)
กระทบปานกลาง	10 (35.71)
กระทบน้อย	4 (14.29)
อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับส่วนเจ้าหน้าที่	
ขาดความร่วมมือกับกลุ่ม ชมรม องค์กรในชุมชน	8 (28.57)
มีภาระงานมาก	17 (60.71)
ขาดคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานบริการวัคซีน	12 (42.86)
ได้รับการจัดสรรงบประมาณซ้ำ	9 (32.14)
<b>2. ด้าน อสม.</b>	
ติดตามเด็กมารับวัคซีนไม่ต่อเนื่อง	12 (42.86)
อสม. ใหม่ ยังไม่ได้รับการอบรมความรู้งานบริการวัคซีน และ อสม. เก่ายังไม่ได้รับการอบรมฟื้นฟู	9 (32.14)
อสม. ไม่มีการบันทึกบัญชีจำนวนหลังคาเรือนและรายชื่อทุกคนในเขตรับผิดชอบเป็นปัจจุบัน	4 (14.29)
อสม. ไม่มีการจัดทำแผนหรือวาระประชุมประจำเดือน /วาระที่เหมาะสม	5 (17.86)
อสม. รับผิดชอบหลังคาเรือนในพื้นที่มากกว่า 15 หลังคาเรือน/คน	10 (35.71)



ตาราง 17 (ต่อ)

ปัญหาของหน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวน (ร้อยละ)
<b>3. ด้านผู้ปกครอง</b>	
ขาดความรู้/ไม่ตระหนักในการพาเด็กมารับบริการ วัคซีนตามนัด	15 (53.57)
ไม่อยู่ในพื้นที่โดยไปประกอบอาชีพต่างถิ่นและนำ เด็กไปด้วย	14 (50.00)
ทำบัตรนัดหรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหาย (สมุดสีชมพู)และไม่มาแจ้งทำบัตรใหม่	5 (17.84)
ไม่ให้ความร่วมมือหรือร่วมมือน้อย	9 (32.14)
จำวันนัดไม่ได้ ทำให้พ้นกำหนดนัด เมื่อพ้นกำหนด นัดแล้วก็ยังไม่นำเด็กมารับวัคซีน	8 (28.57)
กลัวลูกไม่สบาย	5 (17.86)
ฝากบุตรให้อยู่กับคนอื่นเช่นปู่ ย่า ตายาย ญาติ	9 (32.14)
บ้านอยู่ไกลหน่วยบริการปฐมภูมิ	5 (17.86)

## ภาคผนวก ข

### แบบสอบถาม

หมายเลขแบบสอบถาม

**ชื่อเรื่องวิจัย :** สภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

**วัตถุประสงค์การศึกษา :** 1. เพื่อศึกษาระดับการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

3. เพื่อศึกษาปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

**คำชี้แจง :** แบบสอบถามทั้งหมดมี 3 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1 :** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 ข้อ

**ส่วนที่ 2 :** ข้อมูลแบบสอบถามสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัด ปัตตานี จำนวน 58 ข้อประกอบด้วยคำถาม 4 ด้านคือ

2.1 การจัดการความเสี่ยงการให้วัคซีนด้านความรู้เทคนิควิธีการ จำนวน 20 ข้อ

2.2 การจัดการความเสี่ยงการให้วัคซีนด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 14 ข้อ

2.3 การจัดการความเสี่ยงการให้วัคซีนด้านการพัฒนาคุณภาพบุคลากรจำนวน 14 ข้อ

2.4 การจัดการความเสี่ยงการให้วัคซีนด้านการบริหารงบประมาณ จำนวน 10 ข้อ

**การตอบแบบสอบถามมีคำตอบให้เลือกที่สำคัญ 2 ส่วนคือ**

**1. การให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน** หมายถึงการให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนในหน่วยบริการปฐมภูมิ หลังจากการทดลองใช้เครื่องมือแล้ว ซึ่งคำถามการให้ความสำคัญแต่ละข้อเกี่ยวกับสภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนมีคำตอบให้เลือก 2 ตัวเลือกคือ (1) การให้ความสำคัญ และ (2) การไม่ให้ความสำคัญการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน จากข้อ

คำถามทั้ง 4 ด้าน คือด้านความรู้เทคนิควิธีการ บริหารวัสดุอุปกรณ์ พัฒนาคุณภาพบุคลากร และบริหารงบประมาณ

## 2. ระดับการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีน

หมายถึงการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนจากข้อคำถามทั้ง 4 ด้าน คือด้านความรู้เทคนิควิธีการ บริหารวัสดุอุปกรณ์ พัฒนาคุณภาพบุคลากร และ บริหารงบประมาณ มีคะแนนการปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนให้เลือก 1-4 คะแนน ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดดังนี้

1 คะแนน หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขได้น้อย ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลืออยู่มากที่สุด ทำให้เกิดความเสียหายกับสุขภาพที่มากที่สุดตั้งแต่บาดเจ็บสาหัสขั้นพักงานเพื่อการรักษาพยาบาลถึงเกิดทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ หรือมีกลุ่มเป้าหมายได้รับความเสียหาย/ผลกระทบโดยตรงทั้งหมด และกระทบถึงผู้อื่นบ้างเป็นบางส่วน และหากเป็นความเสียหายทางทรัพย์สิน ก็จะคิดเป็นมูลค่าการเงินมหาศาลเมื่อเทียบกับผลกระทบในภาพรวม หรือเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานก่อนข้างสูงเฉลี่ยมากกว่า 5 ครั้ง/ปี ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการความเสี่ยงเป็นอันดับแรก

2 คะแนน หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขได้ปานกลาง ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลืออยู่ปานกลาง ทำให้เกิดความเสียหายกับสุขภาพจากการบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยสาหัสถึงขั้นหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาล หรือมีกลุ่มเป้าหมายได้รับความเสียหาย/ผลกระทบโดยตรงทั้งหมด หรือหากเป็นความเสียหายทางทรัพย์สินก็จะคิดเป็นความเสียหายทางการเงินมากเมื่อเทียบกับผลกระทบในภาพรวม หรือเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานไม่มากนักหรือบ่อยเฉลี่ยไม่เกิน 5 ครั้ง/ปี ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถยอมรับได้ ต้องมีการจัดการความเสี่ยง

3 คะแนน หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขได้มาก ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลือน้อย ทำให้เกิดความเสียหายกับสุขภาพจากการบาดเจ็บเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยต้องอาศัยการรักษาพยาบาล หรือทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน หรือมีกลุ่มเป้าหมายได้รับความเสียหาย/ผลกระทบโดยตรงเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือหากเป็นความเสียหายทางทรัพย์สินก็จะคิดเป็นความเสียหายทางการเงินไม่สูงมากเมื่อเทียบกับผลกระทบในภาพรวม หรือเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานเป็นบางครั้งเฉลี่ย 1 ครั้ง/ปี ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ แต่ต้องมีการควบคุมความเสี่ยงเพิ่มเติม

4 คะแนน หมายถึงท่านสามารถปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขได้มากที่สุด ทำให้มีความเสี่ยงหลงเหลือน้อยที่สุด ทำให้เกิดความเสียหายกับสุขภาพจากการบาดเจ็บเล็กน้อยในระดับปฐมพยาบาล โดยไม่ต้องอาศัยการรักษาพยาบาล หรือมีกลุ่มเป้าหมายได้รับความเสียหาย/ผลกระทบโดยตรงบางรายเท่านั้น หรือหากเป็นความเสียหายทางทรัพย์สินก็จะคิดเป็นความเสียหายทางการเงินต่ำเมื่อเทียบกับผลกระทบในภาพรวม หรือเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานนานๆ ครั้งเฉลี่ย 2-3ปี/ครั้ง ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ยอมรับได้ และควรทำการติดตามสถานะของความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ

**ส่วนที่ 3 :** ข้อมูลแบบสอบถามปัญหาการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ช่วยกรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและขอขอบพระคุณในความกรุณาตอบแบบสอบถามดังกล่าว เป็นอย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ



(นายฉัทพล ศรีระพันธุ์)

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## แบบสอบถามส่วนที่ 1

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง หรือเติมคำลงในช่องว่างที่เว้นไว้ อย่างเหมาะสม

1. เพศ  1 ชาย  2 หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ระดับการศึกษา  1 ประกาศนียบัตร หรือเทียบเท่า ปวส.  
 2 ปริญญาตรี หรือเทียบเท่าปริญญาตรี  
 3 สูงกว่าปริญญาตรี  
 4 อื่นๆ ระบุ).....
4. ตำแหน่งปัจจุบัน  1 เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน  
 2 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  
 3 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
 4 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 5 พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน  
 6 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
 7 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
 8 เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส  
 9 อื่นๆ.....
5. ประสบการณ์ในการทำงาน EPI ในหน่วยบริการปฐมภูมิมาจนถึงปัจจุบัน.....ปี
6. ในหน่วยงานของท่านมีการจัดตั้งทีมหรือกรรมการบริหารความเสี่ยงด้านวัคซีน  
 1 มีจำนวน.....คน  
 2 ยังไม่มีการจัดตั้ง
7. ท่านเคยได้รับการอบรม/ประชุม/สัมมนาความรู้/เทคนิคบริหารความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนหรือไม่  
 1 เคยได้รับการอบรม (ระบุ) จำนวน.....ครั้ง  
 2 ไม่เคยได้รับการอบรม

สำหรับ  
ผู้วิจัย

sex

age

edu

posi

exp

team

team1

train

train1

## ส่วนที่ 1 (ต่อ)

8. การขนส่งวัคซีนจากโรงพยาบาลมายังหน่วยบริการปฐมภูมิ

- 1 ใช้ Ice pack ที่เริ่มสลาย
- 2 ใช้ Ice pack ที่เย็นจัด
- 3 ใช้น้ำแข็ง
- 4 อื่นๆ (ระบุ).....

9. ความถูกต้องการใช้ทักษะหรือเทคนิคการฉีดวัคซีนของเจ้าหน้าที่

- 1 ทำถูกต้องทั้งหมด
- 2 ทำไม่ถูกต้องทั้งหมด
- 3 ทำถูกต้องบางส่วนและมีบางส่วนที่ต้องปรับปรุง

10. ความถี่ในการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

- 1 หนึ่งครั้ง/เดือน                       2 สองครั้ง/เดือน
- 3 สามครั้ง/เดือน                       4 สี่ครั้ง/เดือน

11. การให้บริการวัคซีนเชิงรุกนอกสถานบริการปฐมภูมิเฉลี่ย.....ครั้ง/ปี

12. โอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในการให้บริการวัคซีนนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ

- 1 ไม่มีความเสี่ยง
- 2 มีความเสี่ยง (ระบุเหตุผลตามข้อที่เลือกตอบและสามารถตอบได้มากกว่า

1 ข้อ)

- 2.1 เสี่ยงน้อย (ระบุเหตุผล).....
- 2.2 เสี่ยงปานกลาง (ระบุเหตุผล).....
- 2.3 เสี่ยงมาก (ระบุเหตุผล).....
- 2.4 เสี่ยงมากที่สุด (ระบุเหตุผล).....

13. ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายการให้บริการวัคซีน ในปีงบประมาณ 2552 (ร้อยละ)

1. 80 – 85                       2. 86 – 90                       3. > 90

สำหรับ  
ผู้วิจัย

icepack

technic

frequen

outservi

risk

grisk

coverage













## ส่วนที่ 2 (ต่อ)

สภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี	ความสำคัญ การจัดการ ความเสี่ยง		การปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง				สำหรับ ผู้วิจัย	
	ให้ ความ สำคัญ	ไม่ให้ ความ สำคัญ	ไม่ ได้	ได้				
				คะแนนปฏิบัติการจัดการ ความเสี่ยง				
			1	2	3	4		
14. จนท. ได้รับการนิเทศงาน EPI จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น ระดับอำเภอ จังหวัด เป็นรายงวดเพื่อทราบปัญหาและปรับ แผนการทำงาน							p14, pp14	
<b>④ การจัดการความเสี่ยงการให้วัคซีนด้านการบริหาร งบประมาณ</b>								
1. มีการจัดตั้งผู้รับผิดชอบด้านงบประมาณให้บริการวัคซีน							mon1, money1	
2. มีรายงานบันทึกการใช้เงินงบประมาณตามแผนงานโครงการ บริการวัคซีนอย่างถูกต้อง							mon2, money2	
3. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการวางแผนใช้งบประมาณประจำปี ของตนเอง ในการแก้ไขปัญหางานให้บริการวัคซีน							mon3, money3	
4. ทำแผนเพื่อของงบประมาณสนับสนุนแก้ไขปัญหางานบริการ วัคซีน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น อบต., รพช.							Mon4, money4	
5. มีแผนปฏิบัติงานติดตามประเมินผล และสรุปการใช้ งบประมาณที่มี ประสิทธิภาพเทียบกับผลงานที่ทำได้ในงาน บริการวัคซีน							mon5, money5	
6. ใช้ระบบการเงินแก้ไขความเสี่ยงงาน EPI อย่างมี ประสิทธิภาพ เช่น การคิดค่าใช้จ่ายด้านวัสดุอุปกรณ์/เดือน,การ เบิกวัคซีนใช้อย่างเพียงพอ และจำนวนวัคซีนที่ใช้เหมาะสมกับ จำนวนเด็กที่ได้รับ							mon6, money6	
7. มีแผนป้องกันความเสี่ยงที่สร้างความเสียหายกับสถานที่เก็บ วัสดุอุปกรณ์วัคซีน เช่น แผนป้องกันไฟไหม้, น้ำท่วม,การรักษา ความปลอดภัย เป็นต้น							mon7, money7	

## ส่วนที่ 2 (ต่อ)

สภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีน ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี	ความสำคัญ การจัดการ ความเสี่ยง		การปฏิบัติ การจัดการ ความเสี่ยง				สำหรับ ผู้วิจัย	
	ให้ ความ สำคัญ	ไม่ให้ ความ สำคัญ	ไม่ ได้	ได้				
				คะแนนปฏิบัติการจัดการ ความเสี่ยง				
			1	2	3	4		
8. หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่เคยถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากการให้บริการวัคซีน จัดเป็นการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานที่ดี							mon8, money8	
9. มีการบันทึกหลักฐานการสอบสวนเมื่อเกิดอาการภายหลังการได้รับวัคซีน หรือการลง Lot number ที่สมบูรณ์ตรงไปตรงมาในเด็ก เป็นการลดความเสี่ยงด้านการชดใช้ของหน่วยงาน / PCU							mon9, money9	
10. PCU ให้บริการที่ถูกต้อง มีคุณภาพทำให้เด็กมีความปลอดภัยไม่เจ็บป่วยหลังการให้วัคซีน ส่งผลให้ครอบครัวไม่สูญเสียรายได้จากการขาดงานของผู้ปกครองที่ต้องดูแลอาการหลังได้รับวัคซีนของเด็ก							mon10, money10	

### แบบสอบถามส่วนที่ 3

ชื่อแบบสอบถาม : ปัญหาการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง หรือเติมคำลงในช่องว่างที่เว้นไว้อย่างเหมาะสม

#### ด้านเจ้าหน้าที่

1. ด้านปริมาณเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีจำนวนทั้งสิ้น.....คน  
 มีเพียงพอ  ไม่เพียงพอ
2. ด้านความรู้การใช้ทักษะในการให้บริการวัคซีนของเจ้าหน้าที่  
 มีความรู้ด้านเทคนิควิธีการให้วัคซีนน้อยที่สุด  
 มีความรู้ด้านการบริหารวัสดุอุปกรณ์วัคซีนน้อยที่สุด  
 มีความรู้ด้านการควบคุมคุณภาพบุคลากรผู้ให้บริการวัคซีนน้อยที่สุด  
 มีความรู้ด้านการใช้งบประมาณบริการวัคซีนน้อยที่สุด
3. เจ้าหน้าที่แบ่งพื้นที่เขตรับผิดชอบการปฏิบัติงานให้บริการวัคซีนเป็นรายหมู่บ้าน/ชุมชน  
 แบ่งพื้นที่รับผิดชอบไม่เหมาะสม  เหมาะสม
4. ได้รับการอบรมความรู้ด้านวัคซีนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในปีงบประมาณ 2552  
 ได้รับการอบรม (ระบุ)จำนวน.....ครั้ง  ไม่ได้รับการอบรม
5. ตำแหน่ง/คุณสมบัติเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน EPI ในสถานบริการปฐมภูมิ  
 ไม่เหมาะสม  เหมาะสม
6. ผลกระทบด้านความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่จากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะการปฏิบัติงานนอกสถานบริการปฐมภูมิ  
 กระทบมาก  กระทบปานกลาง  กระทบน้อย
7. อื่นๆ (ระบุ).....

#### ด้าน อสม.

- 1 อสม. มีการติดตามเด็กในพื้นที่ให้มารับบริการวัคซีนไม่ต่อเนื่อง
- 2 อสม.ใหม่ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้งานบริการวัคซีนและ อสม.เก่าไม่ได้รับรับการอบรมฟื้นฟู

### ส่วนที่ 3 (ต่อ)

- 3 อสม. ไม่มีการบันทึกบัญชีจำนวนหลังคาเรือนและรายชื่อทุกคน  
ในเขตรับผิดชอบในเขตรับผิดชอบ
- 4 อสม. ไม่มีการจัดทำแผนหรือวาระประชุมประจำเดือน/วาระที่เหมาะสมของ
- 5 อสม. รับผิดชอบหลังคาเรือนในพื้นที่มากกว่า 15 หลังคาเรือน/คน
- 6 อื่นๆ (ระบุ).....

### ด้านผู้ปกครอง

- 1 ขาดความรู้/ไม่ตระหนักในการพาเด็กมารับบริการวัคซีนตามนัด
- 2 ไม่อยู่ในพื้นที่ต้องไปประกอบอาชีพต่างถิ่นและนำเด็กไปด้วย
- 3 ทำบัตรนัดหรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กหาย (สมุดสีชมพู)และ  
ไม่มาแจ้งทำบัตรใหม่
- 4 ไม่ให้ความร่วมมือหรือร่วมมือน้อย
- 5 จำวันฉีดไม่ได้ทำให้พ้นกำหนดนัด เมื่อพ้นกำหนดนัดแล้วก็ยังไม่นำเด็กมา  
รับวัคซีน
- 6 อื่นๆ (ระบุ).....

## ภาคผนวก ก

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 1.นายแพทย์สุวิษ ธรรมปาโล     | ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค<br>ที่ 12 สงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา   |
| 2.นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ อำเภอจะนะ<br>จังหวัดสงขลา   |
| 3.นางสาวอมอร ราษฎร์จำเริญสุข | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ<br>กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน<br>สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค<br>กระทรวงสาธารณสุข |
| 4.นายอาแว ลือโมะ             | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>กลุ่มงานควบคุมโรค<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี  |
| 5.นางมารีแย สาหล่า           | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ<br>หน่วยบริการปฐมภูมิบ้านโคกอื่น หมู่ที่ 6<br>ตำบลท่าเรือ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี                 |



## ภาคผนวก ง

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง


สวัสดิ์ศรีรับกระผมชื่อนายฉันทพล ศรีระพันธ์ ปัจจุบันเป็นนักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “สภาพการณ์การจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเพื่อศึกษาปัญหาในการจัดการความเสี่ยงในการให้บริการวัคซีนของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปัตตานี

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้คือหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดปัตตานี เห็นความสำคัญของการจัดการความเสี่ยงของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการวัคซีนเพิ่มขึ้น และสามารถประยุกต์ใช้ผลการวิจัยการจัดการความเสี่ยงการให้บริการวัคซีนครั้งนี้กับพื้นที่ที่มีความเสี่ยงจากการให้บริการวัคซีนไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือ (1) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ และ (2) ผู้รับผิดชอบหลักงานให้บริการวัคซีนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การเก็บข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามซึ่งมี 3 ส่วนโดยใช้เวลาประมาณ 50 นาที ทำให้ท่านต้องเสียเวลาไปบ้าง แต่ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง สำหรับการประยุกต์ใช้ในการจัดการความเสี่ยงงานบริการวัคซีน ข้อมูลที่ได้นี้จะใช้ในการเผยแพร่เพื่อการศึกษา และรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล ไม่มีอันตรายใดๆทั้งสิ้น และท่านสามารถหลีกเลี่ยงหรือถอนตัวจากการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

ในระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัยหรือให้ข้อมูลหากท่านมีปัญหาหรือสงสัย สามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรงที่หมายเลขโทรศัพท์ 08-3535-6832 หรือติดต่อได้ที่สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ โทร.0-7428-6983-4 และขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูงที่กรุณาให้ข้อมูลที่แท้จริง และส่งผลให้การวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์

ขอแสดงความนับถือ

  
(นายฉันทพล ศรีระพันธ์)

นักศึกษาปริญญาโทสาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล

นายฉัทพล ศรีระพันธุ์

รหัสประจำตัวนักศึกษา

5110420001

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุข (พนักงานอนามัย)	วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ จังหวัดยะลา	2531
วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา)	วิทยาลัยครูยะลา	2536
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)	มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช	2539

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานีอนามัยตำบลบ่อทอง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี