

# วารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

จังหวัดอุบลราชธานี

## วัตถุประสงค์

1.

เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารทางวิชาการและรายงานผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานและบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

2.

เพื่อรายงานความก้าวหน้าของงานปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.

เพื่อเป็นสื่อกระชับความสัมพันธ์ทางแนวคิดและการปฏิบัติงาน ระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์วิชาการเขต และกรมกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง



## บรรณาธิการ แถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสาร สคร.10 อุบลราชธานี ที่เคารพทุกท่าน ฉบับนี้เป็นวารสาร ฉบับที่ 1/2559 (ปีที่ 14 เล่มที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2559) เป็นฉบับแรกที่ปรับจากการนำเสนอนิตยสาร 4 ฉบับ (3 เดือนออก 1 ครั้ง) ปรับเป็นนิตยสาร 2 ฉบับ (6 เดือนออก 1 ครั้ง) มีบทความทั้งหมด 6 เรื่อง ได้แก่ **เรื่องที่ 1** ผลการดำเนินงานคัดกรอง HIV ในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554-2558 พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนได้รับการคัดกรองการติดเชื้อ HIV โดยให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อ โดยสมัครใจทำได้ค่อนข้างดี พบอัตราการติดเชื้อไม่สูงมาก อยู่ระหว่างเฉลี่ยร้อยละ 5-9 (ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ร้อยละ 13-15) **เรื่องที่ 2** การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่ามีความสัมพันธ์และปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากทุกด้าน (ด้านการสนับสนุน การปฏิบัติงานในชุมชน ด้านการคัดกรองการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ด้านการเฝ้าระวัง และด้านการมีส่วนร่วม) **เรื่องที่ 3** การสอบสวนการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน กรณีรถยนต์กระบะพลิกคว่ำตกร่องน้ำ ถนน ทางหลวงหมายเลข 11 อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ในวันที่ 26 ตุลาคม 2558 พบว่าปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนหรือข้อมูลบุคคลของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถยนต์ที่เกิดเหตุ ไม่ชัดเจน (เสียชีวิตทุกรายในที่เกิดเหตุ) และไม่มีการแจ้งประวัติในจุดเสี่ยงไม่ทราบรายละเอียดของเหตุการณ์แน่ชัด **เรื่องที่ 4** คุณภาพการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ระบบหายใจในเด็ก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าข้อจำกัดของการศึกษานี้ข้อมูลอาจจะมี ความคลาดเคลื่อน เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเป็นเอกสารและคอมพิวเตอร์ ไม่ใช่ข้อมูลจากการสังเกตระหว่างเจ้าหน้าที่ ที่กำลังให้บริการ **เรื่องที่ 5** กระบวนการพัฒนานโยบายการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กระบวนการศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายส่วนท้องถิ่น เริ่มจากปัญหาการเพิ่มของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงใหม่ และ **เรื่องที่ 6** การพัฒนามาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลตองนางหงส์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่าขั้นตอนของการดำเนินงานกำหนดมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการนำมาตราการสู่การปฏิบัติ ประกอบกับการประเมินมาตรการดำเนินงานมีความน่าสนใจ ซึ่งทั้ง 6 บทความนี้ เป็นเรื่องที่น่าสนใจหลากหลายปัญหาและหลากหลายแนวทางแก้ไข ขอเชิญชวนทุกท่านติดตามรายละเอียดในเล่มอีกนะคะ

สุดท้าย เรามีความมุ่งมั่น ตั้งใจ เสนอผลงานทางวิชาการและความรู้ใหม่ๆ เพื่อให้เป็นสื่อกลางการพัฒนางาน เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไป หากท่านมีข้อติชมหรือข้อเสนอแนะ กรุณาส่งมาได้ตามที่อยู่ด้านล่างนี้ค่ะ

(นางจิตติมา โภคศิริวิตร)

รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี

# คณะกรรมการ วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

**เจ้าของ** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จ. อุบลราชธานี  
ถนนพรหมราช อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4524 3235 โทรสาร 0 4525 5188  
www.dpc7.net

## ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

นายแพทย์อำนาจ	กาจينة	อธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์สมศักดิ์	อรรถศิลป์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตบริการสุขภาพที่ 9
นายแพทย์โอภาส	การย์กวีนพงศ์	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์ค่านวณ	อึ้งชูศักดิ์	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค
นายแพทย์กฤษฎา	มโหทาน	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค

## ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

นายแพทย์ศรายุช	อุตตมาคงพจน์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
----------------	--------------	--

## บรรณาธิการ

นางจิตติมา	โกศลวิตร	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
------------	----------	---

## กองบรรณาธิการ

นางศุภศรีย	สง่าวงศ์	หัวหน้ากองบรรณาธิการ
นางสุชญา	สีหะวงษ์	ผู้ช่วยกองบรรณาธิการ
นายเสถียร	เชื้อลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวอมรรัตน์	จงตระการสมบัติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายติณวัฒน์	คะหวางค์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวศิริวรรณ	อุทธา	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

## ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจบทความ

ดร. พญ. ฉันทนา	ผดุงทศ	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุตรธานี
ดร. นพ. จิรวัดน์	มูลศาสตร์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
รศ.ดร. ญัฐชิตา	โรจนศาสตร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตตรัง
ดร. ทวีวรรณ	ชาลีเครือ	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร. สุภาภรณ์	สงค์ประชา	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร. อนุวัฒน์	วัฒนพิชญากุล	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร. อารีย์	บุตรสอน	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร. วันเพ็ญ	แวววิรุคปต์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
ดร. ปุณยานุช	พิมพ์ใจใส	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ดร. เพชรมณี	วิริยะสีปงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร. รุ่งรังษี	วิบูลย์ชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร. นุสรรา	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร. พิทยา	ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. จุติพร	ผลเกิด	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร. เกษรา	แสนศิริทวิสุข	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
ดร. อรทัย	ศรีทองธรรม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

## ฝ่ายประชาสัมพันธ์และการจัดการวารสาร

นางชฎานันท์	คำบุญ	ผู้ประสานงานโครงการ GF AIDS care
นางสาวอภิญญา	จำปา	ผู้ประสานงานโครงการ GF / TB



# วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control 10<sup>th</sup> Journal

ฉบับที่ 14 เล่มที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน 2559

Volume 14 No.1 Jan-June 2016

## สารบัญ

- ผลการดำเนินงานคัดกรอง HIV ในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554 - 2558 5  
เกษสุมา วงษ์ไกร
- การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงาน 14  
ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
จังหวัดอุตรดิตถ์  
นายเลิศชาย น้อยทรัพย์
- การสอบสวนการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน: กรณีรถกระบะพลิกคว่ำตกร่องน้ำ 28  
ถนนทางหลวงหมายเลข 11 อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน วันที่ 26 ตุลาคม 2558  
กาญจนา เลิศวุฒิ
- คุณภาพการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริบาลมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลัน 39  
ระบบหายใจในเด็ก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
จังหวัดอุตรดิตถ์  
นายสุขุม หนูสวัสดิ์
- กระบวนการพัฒนานโยบายการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ 53  
ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต10 อุบลราชธานี  
อรทัย ศรีทองธรรม
- การพัฒนามาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลอนนางหงส์ 68  
อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม  
ศุขญา สีหะวงษ์





## ผลการดำเนินงานคัดกรอง HIV ในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554 - 2558

HIV Screening in Tuberculosis patients during the year 2011 to 2015 in  
Sisaket Province

เกษสุมา วงษ์ไกร (พยบ.)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

Ketsuma Wongkrai (RN)

Sisaket Province Public Health Office

### บทคัดย่อ

ภาวะการติดเชื้อไวรัสเอดส์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคมากกว่ากลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นเอชไอวีเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคทำให้ผลการรักษาวัณโรคสำเร็จลดลง เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราสูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน การค้นหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคให้เร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มโอกาสรักษาสำเร็จมากขึ้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษประกอบด้วยการค้นหาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคอัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์และยา co-trimoxazole ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี(TB/HIV)กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2554 – 2558 ทุกรายในจังหวัดศรีสะเกษโดยใช้แบบคัดกรองตามมาตรฐานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการให้คำปรึกษาโดย

เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกวัณโรคที่ผ่านการอบรมเทคนิคให้คำปรึกษา หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมเทคนิค ให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาปีงบประมาณ 2554,2555,2556,2557,2558 จำนวน2,187,2,093,2,141,2,214,2,157รายตามลำดับได้รับการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีโดยการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจอยู่ระหว่างร้อยละ94.74,98.47,92.29,93.63,96.75อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 9.05,6.78,6.59,5.74,7.42 อัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัสสูงร้อยละ 93.93,90.14,87.94,88.97,86.88และอัตราการได้รับยา co-trimoxazole ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสร้อยละ 91.39,95.77,94.33,90.55,81.25

### Abstracts

HIV is a risk factor that is more prevalent in tuberculosis than other chronic diseases such as Diabetes or COPD. Consequently, tuberculosis patients in HIV infection are increasing at a rate of twice compare with tuberculosis in others chronic diseases.

There is also a decreasing cure rate among HIV infection Tuberculosis patients. As a result, the death rate among HIV infection tuberculosis is significantly higher than TB patients without HIV. The timely screening for HIV infection in tuberculosis patients and their immediate treatment may reduce their mortality rate. This research is a descriptive study which aims to evaluate the performance of HIV screening in tuberculosis patients including the rate of the HIV infection and the assessment of antiviral drugs and co-trimoxazole to treat TB/HIV patient. The target group is TB patients registered during the year 2011 to 2015 in Sisaket province. The standard screening forms of the Office of Disease Prevention and Control, Region 10 were used. The counseling process was performed by TB clinic officer or the nurses who were trained the counseling technique.

The study found that, tuberculosis patients registered in 2011-2015 were 2,187, 2,093, 2,141, 2,214, and 2,157 cases respectively. The patients who were provide HIV screening by counseling and collecting blood test were 94.74, 98.47, 92.29, 93.63, and 96.75 %. The HIV infection rates in tuberculosis patient were 9.05, 6.78, 6.59, 5.74, and 7.42. The accessing of antiviral drug were 93.93,

90.14, 87.94, 88.97, and 86.88 %; and the accessing of Co-trimoxazole were 91.39, 95.77, 94.33, 90.55, and 81.25 %.

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายประเทศทั่วโลก<sup>1</sup> องค์การอนามัยโลกจัดอันดับความรุนแรงวัณโรคของประเทศไทยเป็นอันดับที่ 18 จาก 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลก<sup>1</sup> โรคเอดส์เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายสูงสุดในผู้ป่วย วัณโรคโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ถึงแม้จะมีการค้นพบความรู้ใหม่ของโรคในแง่พยาธิมาตั้งแต่ปีค.ศ.1679 หรือพยาธิกำเนิดในปีค.ศ.1882 โดย Robert Koch ตลอดจนถึงยารักษาโรค ตั้งแต่ปีค.ศ.1944 ซึ่งทำให้การควบคุมวัณโรคดีขึ้นเป็นลำดับแต่ปัจจุบันวัณโรคยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขคาดว่าจะมีประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรโลกหรือราว 2 พันล้านคนได้รับเชื้อวัณโรค<sup>1</sup> โดยในแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ติดเชื้อใหม่ประมาณ 8.9 ล้านคนและ 3.9 ล้านพบเสมหะเป็นบวกซึ่งสามารถกระจายเชื้อได้มาก<sup>3</sup> จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกใน 22 ประเทศ (รวมประเทศไทย) โดยเฉพาะในจีน อินเดีย บังคลาเทศ อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์และปากีสถาน จาก 6 ประเทศนี้พบเป็นร้อยละ 48 ของคนไข้ใหม่<sup>2</sup> อุบัติการณ์ของการพบการติดเชื้อเอชไอวีในคนที่เป็วัณโรคขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่มีการระบาดของเอชไอวีดังนั้นจึงพบสูงสุดในแถบแอฟริกา (20-49%, บางพื้นที่พบมากกว่า 50%) รองลงมาคือเอเชีย<sup>3</sup> เนื่องจากวัณโรคอาจ

เป็น AIDS defining illness อันเดียว ที่สามารถกระจายให้คนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีและทำให้เกิดโรคขึ้นได้ วัณโรคจึงถือเป็นปัญหาของสังคมไม่ใช่ของคนไข้อย่างเดียว การที่จะควบคุมการระบาดของวัณโรคต้องควบคุมและรักษาเอชไอวีให้ดีขึ้น ทั้งสองระบบต้องทำร่วมกันจึงจะได้ผลดี เพราะเอชไอวีมีความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคสูงมากและถ้า CD4 ต่ำมากจะมีอาการของวัณโรคที่แตกต่างไปทำให้วินิจฉัยได้ช้าให้การรักษาช้าและเพิ่มการแพร่เชื้อให้สังคม จากผลการดำเนินงานวัณโรคจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2554, 2555, 2556, 2557, 2558 พบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับวัณโรค 8.11, 6.99, 6.67, 6.29 และ 6.77 ตามลำดับและประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าอัตราการรักษาสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 81.92, 70.42, 69.78, 72.59, 75.76 อัตราการรักษาล้มเหลว ร้อยละ 1.13, 0, 0.72, 1.48, 0 อัตราตาย ร้อยละ 12.43, 21.83, 21.58, 17.04, 24.24 อัตราการขาดการรักษาร้อยละ 3.95, 3.52, 6.47, 8.15, 0 อัตราการโอนออกติดตามไม่ได้ ร้อยละ 0.56, 4.23, 1.44, 0.74, 0 จากผลการปฏิบัติงานพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราตายสูงทำให้อัตราการรักษาไม่สำเร็จตามเป้าหมาย และผู้ป่วยที่เสียชีวิตจะเป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่ทราบผลมาก่อน ผล CD 4 < 100 cell/mm<sup>3</sup> และไม่ได้รับยาต้านไวรัส

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค อัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอ็ดส์และยา co-trimoxazole

ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV)

### วิธีการศึกษา

การศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยประเมินผลจากผลการดำเนินงานการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค และส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวี ได้รับการดูแลเข้าถึงการได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสและยาต้านไวรัสตามมาตรฐานในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับจังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการโดยจัดการอบรมเรื่องวัณโรคและโรคเอดส์ การผสมผสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทั้งสองคลินิก กำหนดแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล (TB/HIV01, ตามแบบฟอร์มมาตรฐานของประเทศ) การประสานการดำเนินงาน และการเก็บรวบรวมข้อมูลการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค ในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 22 โรงพยาบาล เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ และหาอัตราการติดเชื้อ เอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค อัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอ็ดส์และยา co-trimoxazole ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

#### 1. ระยะก่อนดำเนินการวิจัย

1.1 ดำเนินการจัดอบรมเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาล เกี่ยวกับเทคนิคในการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคยินยอมตรวจหาโรค

เอดส์ โดยสมัครใจ

1.2 ประสานคลินิกโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงพยาบาล เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับยาต้านไวรัสเอดส์ และยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

1.3 คัดเลือกพื้นที่ดำเนินการโดยเก็บตัวอย่างในกลุ่มประชากรทั้งหมด ได้แก่ โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดศรีสะเกษ

2. ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการลงพื้นที่ 22 โรงพยาบาลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค โดยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลจากบันทึกข้อมูลการให้คำปรึกษาการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวีในทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) ประวัติการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ และประวัติการรับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสในฐานข้อมูลโรงพยาบาล ระยะเวลาในการออกเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 4 ครั้ง / ปี ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคมของทุกปีดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนเมษายน

- ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคมของทุกปีดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม

- ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายนของทุกปีดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม

- ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายนของทุกปี ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนมกราคม

3. การติดตามประเมินผล ผู้วิจัยนำข้อมูลการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค ที่ได้

จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูล มาวิเคราะห์หาร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค และร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์และยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค คือแบบรายงานการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ซึ่งจัดทำขึ้นโดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งแบบรายงานออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ชื่อโรงพยาบาล ระยะเวลาในการคัดกรอง ผู้รายงาน วันเดือนปีที่ส่งรายงาน

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคเอดส์ในผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 ผู้วัณโรคทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระยะเวลาที่รายงาน

ข้อที่ 2 ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา และได้รับการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์

ข้อที่ 3 ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่สมัครใจตรวจหาเชื้อเอชไอวี

ข้อที่ 4 ผู้ป่วยวัณโรคจากข้อที่ 3 มีผลตรวจเอชไอวีเป็นบวก

ข้อที่ 5 ผู้ป่วยวัณโรคที่รู้ผลเอชไอวีมาก่อน

ข้อที่ 6 ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการตรวจพบวัณโรค

ข้อที่ 7 ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด (ในข้อ 4 + 5 + 6) ได้รับการตรวจหาระดับ CD4

ข้อที่ 8 ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่ติดเชื้อเอชไอวี (จากข้อ 7) ที่ระดับ CD4 ต่ำกว่า 250 Cell/cu.mm

ข้อที่ 9 ผู้ป่วยวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV) ทั้งหมดได้รับยาโคไตรมอกซาโซน

ข้อที่ 10 ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีรับ CD4 ต่ำกว่า 250 Cell/cu.mm และได้รับยาต้านไวรัส (ARV)

ข้อที่ 11 ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีรับ CD4 มากกว่า 250 Cell/cu.mm และได้รับยาต้านไวรัส (ARV)

ส่วนที่3 การติดตามการรับยาต้านไวรัส

ส่วนที่4 การติดตามการได้รับยา Co-trimoxazole

### การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเจ้าหน้าที่คลินิก วัณโรคร่วมกับผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัด ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษ ได้กำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานวัณโรค คือ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา วัณโรคจะต้องได้รับการให้คำปรึกษาถึงข้อดีที่ส่งผลต่อการรักษาสำเร็จของวัณโรคเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมรับการตรวจเจาะเลือดค้นหาการติดเชื้อเอชไอวี ดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2554 – 2558 โดยใช้แบบคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค แปลผลการคัดกรองเป็นผู้ป่วยโรค เอ็ดส์เดิม และกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่เป็นโรคเอ็ดส์ นำข้อมูลจากแบบคัดกรองตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบคัดกรองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ

### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดศรีสะเกษ ในโรงพยาบาล ทุกแห่ง จำนวน 22 โรงพยาบาล ระหว่างปี 2554 – 2558 พบว่าปีงบประมาณ 2554 มีผู้ป่วยวัณโรค ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด 2,187 ราย ได้รับการ ให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2,072 ราย คิดเป็นร้อยละ 95 (2,072/2,187 )ปีงบประมาณ 2555 มีผู้ป่วย วัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด 2,093 ราย ได้รับการ ให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี 2,061 คิดเป็นร้อยละ 98.47 (2,061/2,093) ในปี 2556 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ทั้งหมด 2,141 ราย ได้รับการให้คำปรึกษาและ ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 86 (1,826/2,115) ปีงบประมาณ 2557 ผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 2,214 ราย ได้รับการให้คำ ปรึกษาและตรวจเลือดหา การติดเชื้อเอชไอวีเพิ่ม มากขึ้น คือร้อยละ 96 (2,203/2,214) และในปี 2558 ได้รับการให้คำปรึกษาและตรวจเลือด หาการติดเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 97 (2,087/2,157) ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนและการเจาะเลือดค้นหาการติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554 – 2558

ปี	จำนวน ผู้ป่วยวัณโรค ขึ้นทะเบียน รักษาทั้งหมด	จำนวน ผู้ป่วยวัณโรค ที่ทราบผล ติดเชื้อเอชไอวี มาก่อน	จำนวน ผู้ป่วยวัณโรค ที่ไม่ทราบว่า ติดเชื้อ เอชไอวี	จำนวน ผู้ป่วยวัณโรค ที่ยินยอม เจาะเลือดหา เชื้อเอชไอวี	จำนวน ผู้ป่วยวัณโรค ที่พบ เชื้อเอชไอวี ทั้งหมด
2554	2,187	107	2,080	2,072	198
2555	2,093	32	2,061	2,061	142
2556	2,141	96	2,045	1,976	141
2557	2,214	93	2,121	2,073	127
2558	2,157	NA	NA	2,087	160

ที่มา: รายงานประจำปี 2554-2557 สำหรับปี 2558 ปรับรูปแบบการรายงานตามแบบรายงานของสำนักวัณโรคตามโปรแกรมTbthailand.org/data

**ตารางที่ 2** แสดงร้อยละการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554 – 2558

ปี	จำนวน ผู้ป่วยวัณโรค ขึ้นทะเบียนทั้งหมด	ได้รับการคัดกรองโรคเอดส์		พบ HIV Positive	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2554	2,187	2,072	94.74	198	9.05
2555	2,093	2,061	98.47	142	6.78
2556	2,141	1,976	92.29	141	6.59
2557	2,214	2,073	93.63	127	5.74
2558	2,157	2,087	96.75	160	7.42

สำหรับอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคของจังหวัดศรีสะเกษ อยู่ระหว่างร้อยละ 5.74-9.05โดยปีงบประมาณ 2554 พบผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 198 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.05 (198/2187) ปี 2555 พบผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 142 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.78 (142/2093) ปี 2556พบ

ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 141 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.59 (127/2141) ปี 2557 พบผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.74 (127/2214) และปี 2558 พบผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.42 (160/2157) ดังข้อมูลในตารางที่ 2

**ตารางที่ 3** แสดงผลการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554 - 2558

ปี	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับโรคเอดส์ทั้งหมด	ได้รับยาต้านไวรัส (ARV)	
		จำนวน	ร้อยละ
2554	198	186	93.93
2555	142	128	90.14
2556	141	124	87.94
2557	127	113	88.97
2558	160	139	86.88

สำหรับอัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัส (ARV) ในผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ในปี 2554 อัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัส (ARV) ในผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์ ร้อยละ 93.93 ในปี 2555 อัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัส (ARV) ในผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์ ร้อยละ 90.14 ในปี 2556 อัตราการเข้าถึงยาต้าน

ไวรัส (ARV) ในผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์ ร้อยละ 87.94 ในปี 2557 อัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัส (ARV) ในผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์ ร้อยละ 88.97 ในปี 2558 อัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัส (ARV) ในผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์ ร้อยละ 86.88 ดังข้อมูลในตารางที่ 3

**ตารางที่ 4** แสดงผลการเข้าถึงยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (Co-trimoxazole) ในผู้ป่วย TB/HIV

ปี	จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับโรคเอดส์ทั้งหมด	ได้รับยา Co-trimoxazole ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส	
		จำนวน	ร้อยละ
2554	198	164	91.39
2555	142	136	95.77
2556	141	133	94.33
2557	127	115	90.55
2558	160	130	81.25

ในการเข้าถึงยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (OI) ในผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ในปี 2554 อัตราการเข้าถึงยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 91.39 ในปี 2555 อัตราการเข้าถึงยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 95.77 ในปี 2556 อัตราการเข้าถึงยาป้องกันการ

ติดเชื้อ ฉวยโอกาส ร้อยละ 94.33 ในปี 2557 อัตราการเข้าถึงยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 90.55 ในปี 2558 อัตราการเข้าถึงยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 81.25 ดังข้อมูลในตารางที่ 4

## การอภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลการคัดกรอง HIV ในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดศรีสะเกษปีงบประมาณ 2554,2555,2556,2557,2558 ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาอยู่ระหว่าง 2,187,2,093,2,141,2,214,2,157รายผู้ป่วยวัณโรคได้รับการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี โดยการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจทำได้ค่อนข้างดี คือระหว่างร้อยละ 92-98 อัตราการตรวจต่ำสุดในปี 2556 ร้อยละ 92 ปีงบประมาณ 2554, 2557, 2558 ค่อนข้างสูงร้อยละ 95, 96, 97 ตามลำดับ และอัตราการตรวจสูงสุดในปี 2555 ทำได้ร้อยละ 98 พบอัตราของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคไม่สูงมากอยู่ระหว่างร้อยละ 5-9 (ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยอัตราของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคประมาณร้อยละ 13-15) ศรีสะเกษเป็นเมืองเกษตรกรรมไม่ใช่เมืองท่องเที่ยว ประชากรส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีการเคลื่อนย้าย<sup>6,7</sup> อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่สูงสำหรับอัตราการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วย TB/HIV สูงถึงร้อยละ 86-94 (สูงกว่าค่าเฉลี่ยภาพรวมประเทศที่ทำได้ประมาณร้อยละ 50-60)และอัตราการได้รับยา co-trimoxazole ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสร้อยละ 81-95 เนื่องจากมีนโยบายในการดำเนินงานที่ชัดเจนจากระดับจังหวัดสู่ผู้ปฏิบัติในคลินิกวัณโรคและงานโรคเอดส์ของทุกโรงพยาบาล และมีระบบกำกับติดตามอย่างใกล้ชิดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกไตรมาส

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ ควรทำต่อยอดโดยการวิเคราะห์การติดเชื้อเอชไอวี การดูแลรักษาวัณโรคร่วมกับโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสและยา co-trimoxazole มีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคกลุ่มนี้หรือไม่อย่างไร

ในหน่วยบริการที่มีอัตราการให้ยาต้านไวรัสสูง และอัตราการรักษาสำเร็จสูง ควรทำการศึกษาวิเคราะห์ กลยุทธ์ ปัจจัย ที่มีผลต่อความสำเร็จ เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยบริการอื่นๆได้นำปรับใช้

## เอกสารอ้างอิง

1. ปราชญ์บุญยวงศ์วิโรจน์. (2551). สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต, 29(3), 169-172.
2. นภดล พิมพ์จันทร์.(2554) .ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาวัณโรคไม่สำเร็จในผู้ติดเชื้อร่วม เอชไอวี-วัณโรค จังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 มีนาคม – กันยายน 2554
3. ธัญญ์นลิน วราธิพิพัฒน์ (2555).ผลของการใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซีต่อความรู้และประสิทธิภาพในการคัดกรองวัณโรคปอด. วารสารพยาบาลปีที่ 39 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2555 (67)
4. อัญชลี อวิหิงสานนท์(2553). วัณโรคและการติดเชื้อ HIV (Tuberculosis and HIV) เอกสารอัดสำเนา

5. กรมศิลปากร. **วัฒนธรรม พัฒนาการทางประวัติศาสตร์ เอกลักษณ์และภูมิปัญญา จังหวัดศรีสะเกษ**. คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ ในคณะกรรมการอำนวยการจัดงาน เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว; [บรรณาธิการ : ประจักษ์ศิลปาคม, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2544.

6. พิชิตชัย ไตรรัตน์, **แนะนำจังหวัดศรีสะเกษ, อาชีพของชาวศรีสะเกษ 2011** : แหล่งข้อมูล <http://www.sisaket.com/2011/aboutsisaket/job>

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงาน  
ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล จังหวัดอุตรดิตถ์

The Relationship between Administrative Factors and Administrative  
Process with to Work Perormance on Prevention and Control of Dengue  
Hemorrhagic Fever of Health personnel of Tambon Health Promotion  
Hospital, Uttaradit Province

นายเลิศชาย น้อยทรัพย์ (ส.บ.)  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์

Lertchai Noisub (B.P.H)  
Tron District Public Health Office, Uttaradit Province

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้รับผิดชอบการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 89 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ภาพรวม อยู่ใน

ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D.=0.40) ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก และกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=0.344$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) และ( $r=0.804$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ตามลำดับ สำหรับปัญหาอุปสรรค คือ ปัญหาด้านกำลังคน งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ส่วนข้อเสนอแนะ คือ ผู้บริหารควรสนับสนุนปัจจัยต่างๆในการดำเนินงานให้ครบถ้วน ทันเวลา พร้อมทั้งส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนและประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

**Abstract**

This descriptive research aimed to study levels of work performance and to

find the relationship between administrative factors and administrative process with to work performance on prevention and control of dengue hemorrhagic fever of health personnel of tambon health promotion hospital in uttaradit province. The population of this study was 89 persons. Data was collected by using questionnaires and statistic value, percentage, mean, standard deviation, pearson's coefficient.

Results showed that the levels of work performance over all high level, with 4.17 on average (S.D.=0.40). The administrative factors there were moderate positive correlation and administrative process there are positive correlation in high level with the subjects, performance at statistical significance of 0.05 ( $r=0.344$ ,  $p\text{-value}<0.05$ ) and ( $r=0.804$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ). Problem and obstacles arising from the study were man budget and material were insufficiency. For recommendation, the administrators should allocate sufficient resources on a timely basis, and facilitate public participation in these efforts.

## บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever : DHF) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายๆประเทศ พบการ

ระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2497 และหลังจากนั้นได้มีการระบาดอย่างกว้างขวางไปยังประเทศต่างๆ ที่อยู่ในเขตร้อนเกือบทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้ป่วยหลายหมื่นคนและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก<sup>1</sup> ประเทศไทยมีรายงานการระบาดครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2501 ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตั้งแต่นั้นมาก็มีรายงานการระบาดกระจายออกไปทุกภูมิภาคของประเทศ จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลงกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2558 พบว่า ปี 2554 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 65,971 ราย อัตราป่วย 103.28 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยตาย 59 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 ปี 2555 มีรายงานผู้ป่วย 74,250 ราย อัตราป่วย 116.24 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยตาย 79 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.11 ปี 2556 มีรายงานผู้ป่วย 154,444 ราย อัตราป่วย 241.03 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยตาย 136 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 ปี 2557 มีรายงานผู้ป่วย 40,278 ราย อัตราป่วย 62.33 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยตาย 41 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.10 และปี 2558 มีรายงานผู้ป่วย 142,925 ราย อัตราป่วย 219.46 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยตาย 141 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.10<sup>2</sup> สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดอุดรดิตถ์ ข้อมูล 5 ปีย้อนหลังปีพ.ศ. 2554 - 2558 มีรายงานผู้ป่วย 346, 404 , 477 , 104 และ 303 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 74.74 , 86.92 , 102.74 , 22.52 และ 65.50 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีรายงานผู้ป่วยตายในปี 2558 จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วย

ตายร้อยละ 0.33<sup>3</sup> จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกยังมีแนวโน้มสูงขึ้นและยังพบผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร และในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประสบความสำเร็จนั้นน่าจะมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เซอร์เมอร์ธอร์น และคณะ<sup>4</sup> ได้เสนอแนวคิดว่าผลการปฏิบัติงานของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งแสดงถึงภูมิหลังและความแตกต่างระหว่างบุคคล ย่อมมีผลต่องานที่ทำต่างกัน และมีความเหมาะสมกับลักษณะงานแตกต่างกัน โดยที่คุณลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ ลักษณะด้านประชากร ลักษณะด้านความสามารถ และลักษณะด้านจิตวิทยา ร่วมกันกับปัจจัยด้านความพยายามในการทำงาน ซึ่งแรงจูงใจของแต่ละบุคคลจะช่วยกำหนดแรงขับภายในตัวของบุคคลทำให้เกิดคุณลักษณะเฉพาะต่อระดับและแนวทางของความพยายามในการทำงาน และการสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรการบริหารหรือปัจจัยการบริหาร ที่ใช้ในการบริหารงานอันสำคัญ 4 ประการ คือ คน (man) เงิน วัสดุสิ่งของ และวิธีการจัดการ หรือเรียกสั้นๆ ว่า 4 M's ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการบริหารเกือบทุกประเภทไม่ว่าการบริหารนั้นจะเป็นการบริหารราชการหรือบริหารธุรกิจก็ตาม<sup>5</sup> และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต้องอาศัยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพโดยยึดหลักกระบวนการบริหารของลูเธอร์ กูลิค และลินดัล เออร์วิค ที่กระบวนการ

บริหารประกอบด้วยขั้นตอน 7 ประการ หรือที่เรียกกันย่อๆว่า “POSDCoRB Model” ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การจัดหาบุคลากร (Staffing) การอำนวยการ (Directing) การประสานงาน (Coordinating) การรายงาน (Reporting) และการงบประมาณ (Budgeting)<sup>6</sup> ดังเช่นจากการศึกษาปัจจัยทางการบริหารต่อการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ ในจังหวัดเลย ที่พบว่าปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง และปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ปัจจัยด้านกำลังคน และปัจจัยด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง 7 เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนอนามย์ พื้นที่อำเภอโชนใต้ จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในระดับปานกลาง และกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์ในระดับสูง<sup>8</sup> จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรดิษฐ์ ตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์

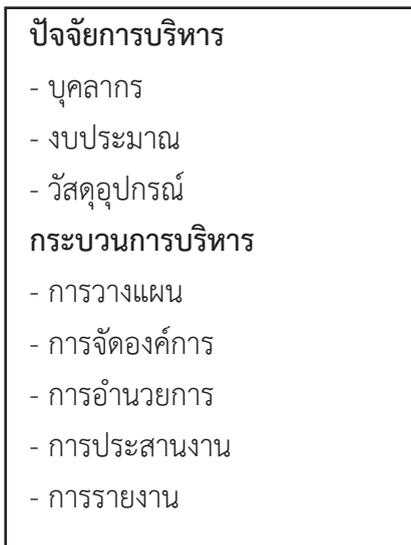
ต่อบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาและสนับสนุนการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

**วัตถุประสงค์**

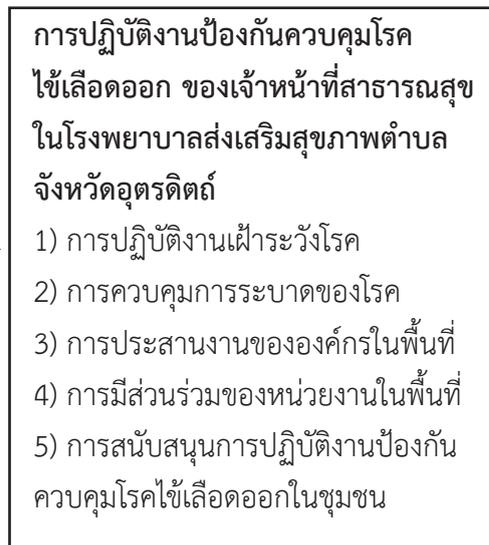
1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

**ตัวแปรต้น**



**ตัวแปรตาม**



**นิยามศัพท์เฉพาะ**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ตั้งอยู่ในระดับตำบลหรือหมู่บ้าน ซึ่งให้บริการด้านสาธารณสุขครอบคลุมในเรื่อง การป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้พิการและผู้สูงอายุ **เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล**

การบริหารและกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี

**สมมุติฐานการวิจัย**

ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี

**ส่งเสริมสุขภาพตำบล** หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้รับผิดชอบการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี **ปัจจัยการบริหาร** หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ได้แก่ ปัจจัยด้านกำลังคน ปัจจัยด้านการเงิน และ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์

**กระบวนการบริหาร** หมายถึง กระบวนการในการบริหารจัดการปัจจัยการบริหารเพื่อทำให้การปฏิบัติงานบรรลุวัตถุประสงค์ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์การ การอำนวยการ การประสานงาน และการรายงาน

**โรคไข้เลือดออก** หมายถึง การป่วยซึ่งเกิดจากยุงลายเป็นพาหะนำโรค โดยมีอาการไข้สูงเฉียบพลันเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ร่วมกับมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อหรือมีผื่นและมีอาการเลือดออก อาจเป็นที่บริเวณผิวหนังและอวัยวะภายใน มีตับโตและมักจะมีภาวะช็อกร่วมด้วยซึ่งทำให้ถึงแก่ชีวิตได้

**การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรค 2) การควบคุมการระบาดของโรค 3) การประสานงานขององค์กรในพื้นที่ 4) การมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ 5) การสนับสนุนการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

### วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายหรือแต่งตั้งให้รับผิดชอบการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี จำนวน 89 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 89 คน โดยศึกษาประชากรทั้งหมด จำนวน 89 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$  - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.98

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

### การแปลผล

1. ระดับความเห็นต่อปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหาร และระดับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best John. 1977) 9 ดังนี้ ระดับมากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 ระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 ระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 และระดับน้อยที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

2. ระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) แบ่งตามเกณฑ์ของอิลิฟสัน เคริท (Elifson Kirkw. 1990) 10 มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 ดังนี้  $r = 0$  หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์  $r = +0.01$  ถึง  $+0.30$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ  $r = +0.31$  ถึง  $+0.70$  หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง  $r = +0.71$  ถึง  $+0.99$  หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง และ  $r = +1$  หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์

### ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่ม

ตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.4 อายุเฉลี่ย 41.6 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 39.3 การศึกษาจบระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 84.3 รายได้เฉลี่ย 30,937.7 บาท ต่ำสุด 9,500 บาท สูงสุด 54,000 บาท ระยะเวลาการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เฉลี่ย 11.5 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 34 ปี จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลี่ย 4.2 คน ต่ำสุด 2 คน สูงสุด 8 คน จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ เฉลี่ย 6.2 หมู่บ้าน ต่ำสุด 1 หมู่บ้าน สูงสุด 12 หมู่บ้าน และจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ เฉลี่ย 4,265 คน ต่ำสุด 500 คน สูงสุด 12,316 คน

ระดับความเห็นต่อปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหาร ในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่าภาพรวมกลุ่ม

ตัวอย่างมีความเห็นต่อปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.82$ , S.D.= 0.38) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านกำลังคน ( $\bar{X}=4.04$ , S.D.= 0.46) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ( $\bar{X}=3.75$ , S.D.= 0.48) และด้านงบประมาณ ( $\bar{X}=3.66$ , S.D.= 0.53) ตามลำดับ สำหรับกระบวนการบริหาร พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.14$ , S.D.= 0.35) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความเห็นอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการประสานงาน ( $\bar{X}=4.25$ , S.D.= 0.41) ด้านการอำนวยความสะดวก ( $\bar{X}=4.13$ , S.D.= 0.42) ด้านการจัดองค์การ ( $\bar{X}=4.11$ , S.D.= 0.42) ด้านการรายงาน ( $\bar{X}=4.11$ , S.D.= 0.41) และด้านการวางแผน ( $\bar{X}=4.09$ , S.D.= 0.36) ตามลำดับ

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเห็นต่อปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหาร ในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความเห็นต่อการปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
<b>ปัจจัยการบริหาร</b>	3.82	0.38	มาก
ด้านกำลังคน	4.04	0.46	มาก
ด้านงบประมาณ	3.66	0.53	มาก
ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.75	0.48	มาก
<b>กระบวนการบริหาร</b>	4.14	0.35	มาก
ด้านการวางแผน	4.09	0.36	มาก
ด้านการจัดองค์การ	4.11	0.42	มาก
ด้านการอำนวยความสะดวก	4.13	0.42	มาก
ด้านการประสานงาน	4.25	0.41	มาก
ด้านการรายงาน	4.11	0.41	มาก

ระดับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในภาพรวม มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.17, S.D.=0.40$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงานในชุมชน ( $\bar{X}=4.39, S.D.=0.46$ ) ด้านการควบคุมการระบาดของโรค

( $\bar{X}=4.29, S.D.=0.50$ ) ด้านการประสานงานขององค์กรในพื้นที่ ( $\bar{X}=4.20, S.D.=0.45$ ) ด้านการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรค ( $\bar{X}=4.05, S.D.=0.50$ ) และด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ ( $\bar{X}=3.93, S.D.=0.66$ ) ตามลำดับ

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การปฏิบัติงาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรค	4.05	0.50	มาก
2. ด้านการควบคุมการระบาดของโรค	4.29	0.50	มาก
3. ด้านการประสานงานขององค์กรในพื้นที่	4.20	0.45	มาก
4. ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่	3.93	0.66	มาก
5. ด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงานในชุมชน	4.39	0.46	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.17</b>	<b>0.40</b>	<b>มาก</b>

ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีดังนี้ ปัจจัยการบริหาร ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.344, p\text{-value}<0.005$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกำลังคน ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.353, p\text{-value}<0.005$ ) ( $r=0.325, p\text{-value}<0.005$ ) และ ( $r=0.314, p\text{-value}<0.005$ ) ตามลำดับ ในส่วนของกระบวนการบริหาร ในภาพรวมมีความสัมพันธ์

ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.804, p\text{-value}<0.001$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรายงาน และด้านการวางแผน มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.726, p\text{-value}<0.001$ ) และ ( $r=0.715, p\text{-value}<0.001$ ) ตามลำดับ สำหรับกระบวนการบริหาร ด้านการประสานงาน ด้านการจัดองค์การ และด้านการอำนวยการ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.695, p\text{-value}<0.001$ ) ( $r=0.677, p\text{-value}<0.001$ ) และ ( $r=0.672, p\text{-value}<0.001$ ) ตามลำดับ

## ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหาร	การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความ สัมพันธ์
ปัจจัยการบริหาร	0.344**	<0.05	ปานกลาง
ด้านกำลังคน	0.353**	<0.05	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.314**	<0.05	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.325**	<0.05	ปานกลาง
กระบวนการบริหาร	0.804**	<0.001	สูง
ด้านการวางแผน	0.715**	<0.001	สูง
ด้านการจัดองค์การ	0.677**	<0.001	ปานกลาง
ด้านการอำนวยความสะดวก	0.672**	<0.001	ปานกลาง
ด้านการประสานงาน	0.695**	<0.001	ปานกลาง
ด้านการรายงาน	0.726**	<0.001	สูง

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed) \*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

## ตารางที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข
<p>ด้านปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหาร</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>บุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน</li> <li>งบประมาณไม่เพียงพอ ได้รับสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นล่าช้า ระเบียบการใช้จ่ายเงิน เช่น งบPP ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน</li> <li>วัสดุอุปกรณ์ เช่น ทรายกำจัดลูกน้ำไม่เพียงพอ เครื่องพ่นกำจัดยุงช้ำรูดใช้งานได้ไม่เต็มที่</li> <li>การจัดทำแผนปฏิบัติการในการป้องกันควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขขาดการทำงานร่วมกันของภาคีหรือหน่วยงานในพื้นที่</li> </ol>	<p>ด้านปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหาร</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มบุคลากร วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณในการป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานสาธารณสุข</li> <li>ปรับปรุงระเบียบการใช้จ่ายเงินงบประมาณ เช่น งบPP จะทำให้การปฏิบัติงานคล่องตัวขึ้น</li> <li>การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต้องดำเนินการตามแนวทางของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งต้องดำเนินการให้เป็นรูปธรรม</li> <li>ควรมีการทำบันทึกข้อตกลงระหว่างหน่วยงาน</li> </ol>

5. ขาดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานในส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุขจึงเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานมากเกินไป

#### ด้านการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. ประชาชนยังไม่ตระหนัก ไม่ให้ความร่วมมือมองว่าการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย ไม่ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง
3. งานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ในระดับจังหวัดยังมีน้อย และขาดการคืนข้อมูลสถานการณ์โรคให้แก่ชุมชนต่างๆในพื้นที่เพื่อร่วมมือกันในการทำงาน

#### ด้านการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นหน่วยงานหลักในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคในระดับพื้นที่
2. นำแนวทาง UCCARE มาใช้ในระดับตำบลเพื่อระดมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และช่วยกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองโดยไม่พึ่งแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.
3. เน้นการใช้งบประมาณในการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ เช่นวิทยุ โทรทัศน์ โดยเฉพาะในช่วงที่ประชาชนสนใจ ช่วงข่าวหรือช่วงละครที่มีผู้ติดตามชมจำนวนมาก

#### สรุปและวิจารณ์

การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุตรดิตถ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.17$ , S.D.= 0.40) เนื่องมาจากการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกนั้นเป็นงานที่ปฏิบัติปกติอยู่เป็นประจำจนทุกคนเห็นว่าได้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่มากพอในการที่จะป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ได้ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงานในชุมชน ( $\bar{X} = 4.39$ , S.D.= 0.46) ด้านการควบคุมการระบาดของโรค ( $\bar{X}= 4.29$ ,

S.D.= 0.50) ด้านการประสานงานขององค์กรในพื้นที่ ( $\bar{X}= 4.20$ , S.D.= 0.45) ด้านการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรค ( $\bar{X}= 4.05$ , S.D.= 0.50) และด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ ( $\bar{X}= 3.93$ , S.D.= 0.66) ตามลำดับ นั้นแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการปฏิบัติงานในชุมชนเป็นอันดับแรกโดยเฉพาะการสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งเป็นทีมงานในการปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสมศักดิ์ บุญเนา<sup>8</sup> ที่พบว่า การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอในจังหวัดเลย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 4.1$ ) สอดคล้องกับผลการวิจัยของณัฐพล มีชิน<sup>11</sup> ที่พบว่า ผลการ

ปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.2$ ) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของวีรศักดิ์ มณี<sup>12</sup> ที่พบว่า ผลการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 11 ภาพรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=2.1$ ) ซึ่งแตกต่างจากผลการวิจัยของบุญชู ใจภักดี<sup>13</sup> ที่พบว่า ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดอุบลราชธานี ภาพรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 80.1 และแตกต่างจากผลการวิจัยของทรศน์พร ไหมสมบุญ<sup>14</sup> ที่พบว่า ผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในพื้นที่ตรวจราชการสาธารณสุข เขต 4 ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยการบริหาร ได้แก่ ด้านกำลังคน ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.05$ ,  $r=0.353$ ,  $0.325$ , และ  $0.314$ ) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสมศักดิ์ บุญเนา<sup>7</sup> ที่พบว่า ปัจจัยการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับ

ปานกลางทางบวกกับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอในจังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.63$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) สอดคล้องกับผลการวิจัยของบุญทัน สมิน้อย และประจักษ์บัวผัน<sup>8</sup> ที่พบว่า ปัจจัยทางการบริหาร ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานเอนามัย พื้นที่อำเภอโชนใต้ จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.605$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของกฤษ ตะภา และประจักษ์ บัวผัน<sup>15</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนจากองค์การ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร ในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น แต่แตกต่างจากผลการวิจัยของสิทธิพร นามมา<sup>16</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนจากองค์การ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหาร ในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.763$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) สำหรับกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $r=0.804$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสมศักดิ์ บุญเนา<sup>7</sup> ที่พบว่า กระบวนการบริหาร ด้านการวางแผน การจัดองค์การ การบังคับบัญชา การประสานงาน และการควบคุมกำกับ ในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอในจังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.78$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) สอดคล้องกับผลการวิจัยของบุญทัน สมิน้อย และประจักษ์ บัวผัน<sup>8</sup> ที่พบว่า กระบวนการบริหารในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย พื้นที่อำเภอโชนใต้ จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.717$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) แต่แตกต่างจากผลการวิจัยของบุญถนอม ชัยญวน<sup>17</sup> ที่พบว่า กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.608$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) และแตกต่างจากผลการวิจัยของวรรณลดา กลิ่นแก้ว<sup>18</sup> ที่พบว่า กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.503$ ,  $p\text{-value}<0.001$ )

ซึ่งจากผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ ปัจจัยการบริหาร ได้แก่ ด้านกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และกระบวนการบริหาร ได้แก่ ด้านการวางแผน การจัดองค์การ การอำนวยความสะดวก การประสานงาน การรายงาน มีความสัมพันธ์

กับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และมีความสัมพันธ์กันทางบวก แสดงว่ามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน หมายถึง ถ้ามีปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารมาก การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกก็จะมาก ในทางตรงกันข้ามถ้ามีปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารน้อย การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกก็จะน้อยตามไปด้วย ดังนั้นการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้ประสบความสำเร็จนั้นจึงมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะที่สำคัญคือการสนับสนุนจากองค์การ ในเรื่องปัจจัยการบริหารไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของ คน เงิน วัสดุสิ่งของ ตลอดจนกระบวนการบริหาร สิ่งเหล่านี้ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในทุกระดับ และสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยพื้นฐานของการบริหารเกือบทุกประเภทไม่ว่าการบริหารนั้นจะเป็นการบริหารราชการหรือบริหารธุรกิจก็ตาม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต้องอาศัยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาและสนับสนุนการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชนต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้บริหารควรสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอเพื่อให้มีการปรับปรุงและพัฒนาการ

ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มากกว่านี้ เช่น การบังคับใช้ระเบียบหรือข้อบังคับของท้องถิ่น การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเช่น บรรยากาศในองค์กร การมีส่วนร่วมของชุมชน เพราะจะทำให้สามารถทราบถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อประสิทธิ ภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานได้

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประกอบการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณท่านสาธารณสุขอำเภอตรอนและผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำชี้แนะและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **โรคไข้เลือดออกฉบับประกายประกาย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.

2 สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค.

**สถานการณ์โรคไข้เลือดออก**. (ค้นเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2559), จาก <http://www.thaivbd.org/n/contents/?module>

3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. **รายงานประจำปี 2558**. อุดรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์; 2558.

4 Schermerhorn, R., Hunt, G., and Osborn, **Organizational Behavior**. New York: John Wiley and Sons; 2003.

5 ทองหล่อ เดชไทย. **หลักการบริหารงานสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

6 สมพงษ์ เกษมสิน. **การบริหารงานบุคคลแผนใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2526.

7 สมศักดิ์ บุญเนา. **ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอในจังหวัดเลย** (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

8 บุญทัน สมิน้อย และประจักษ์ บัวผัน. **ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย พื้นที่อำเภอโชนใต้**

- จังหวัดขอนแก่น**(วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ภาค  
วิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิต  
วิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น; 2554.
- 9 Best, John W. **Research in education**.3rd  
ed. Englewood Cliffs,N.J.: Prentice-  
Hall; 1977.
- 10 Elifson, K. **Fundamental of social  
statistics** International edition.  
Singapore: Mc Graw-Hill; 1990.
- 11 ณัฐพล มีชิน. **แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติ  
งานควบคุมการระบาดของโรค  
ไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
จังหวัดเลย** (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).  
ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิต  
วิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น; 2557.
- 12 วีรศักดิ์ มณี. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ  
ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค  
ไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวน  
เคลื่อนที่เร็ว ในเครือข่ายบริการสุขภาพ  
ที่ 11** (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).  
ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิต  
วิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น; 2556.
- 13 บุญชู ใจภักดี. **การดำเนินงานป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของสถาน  
บริการสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัด**
- อุบลราชธานี** (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชา  
สาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,  
อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏ  
อุบลราชธานี; 2553.
- 14 ทรรศน์พร ไหมสมบุญ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการ  
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ใน  
พื้นที่ตรวจราชการสาธารณสุขเขต 4  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร  
มหาบัณฑิต). ภาควิชาการบริหาร  
สาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพฯ:  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.**
- 15 กฤษ ตะภา และดร.ประจักษ์ บัวผัน. **การมีส่วน  
ร่วมในการป้องกันและควบคุม  
โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล  
หนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัด  
ขอนแก่น**(วิทยานิพนธ์ ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).  
ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิต  
วิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น; 2552.
- 16 สิทธิพร นามมา. **การสนับสนุนจากองค์การที่  
มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุม  
โรคติดต่อ นำโดยแมลง ของหัวหน้าศูนย์  
สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น**  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร  
มหาบัณฑิต). ภาควิชาการบริหาร  
สาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, ขอนแก่น:  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

17 บุญถม ชัยญวน. **ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น** (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

18 วรรณลดา กลิ่นแก้ว. **ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี** (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

**การสอบสวนการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน: กรณีรถกระบะพลิกคว่ำตกร่องน้ำ  
ถนนทางหลวงหมายเลข 11 อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน วันที่ 26 ตุลาคม 2558**  
**The investigation of deaths Related to Road Traffic Accident : A case  
of Pickup turn down to ditch along the Highway at Muang,lamphun  
Province on 26 October 2015**

กาญจนา เลิศวุฒิ ศศ.ม. (สาขาการส่งเสริมสุขภาพ)  
วันเพ็ญ โพธิยอดพย.ม. (สาขาสุขาภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช)  
กฤตชญา เขษะตา (ส.บ.)  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน

KanchanaLurstwutM.Ed (Health Promotion )  
WanphenPhothiyod M.N.S (Mental  
Health and Psychiatric Nursing )  
KridchayaKayata ( B.P.H.)  
Lamphun Provincial Public Health Office

**บทคัดย่อ**

ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจังหวัดลำพูน รับแจ้งการเกิดอุบัติเหตุรถกระบะพลิกคว่ำตกร่องน้ำบริเวณถนนเชียงใหม่-ลำปาง ทางหลวงหมายเลข 11 หลักกิโลเมตรที่ 28-29 ตำบลป่าสัก อำเภอเมือง จังหวัดลำพูนวันที่ 26 ตุลาคม 2558 มีผู้บาดเจ็บเสียชีวิต 6 ราย เข้าเกณฑ์การสอบสวนเพื่อหาสาเหตุ/ปัจจัยเพื่ออธิบายเหตุการณ์ ค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในเชิงป้องกัน ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจึงออกสอบสวนร่วมกับทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่1เชียงใหม่ในวันที่ 27 ตุลาคม 2558วัตถุประสงค์ของการสอบสวนเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุและสาเหตุการบาดเจ็บเสียชีวิตโดยการตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุ การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางการแพทย์ และการสัมภาษณ์ญาติผู้ประสบเหตุ แพทย์นิติเวช พยาบาล ทีมกู้ชีพที่ให้การช่วยเหลือ ผลการสอบสวนพบว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2558 เวลาประมาณ

00.15 น. รถกระบะยกสูงสี่ประตูยี่ห้อหนึ่งเสียหลักชนป้ายข้างทางพลิกคว่ำตกร่องน้ำข้างทาง มีผู้ประสบเหตุในครั้งนี้อยู่จำนวน 6 ราย เสียชีวิต ณจุดเกิดเหตุทั้ง 6 ราย ลักษณะบุคคล เป็นเพศชาย สัญชาติไทย อายุระหว่าง 22 - 33 ปี ค่ามัธยฐานอายุ เท่ากับ 23.5 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าสาเหตุการเสียชีวิต ของผู้ประสบเหตุทั้ง 6 ราย เกิดจากการจมน้ำ (Drowning) เมื่อพิจารณาการวินิจฉัยการบาดเจ็บ first diagnosis คือ traffic injury จำนวน5 ราย และมีเพียง 1 รายได้รับการวินิจฉัยการบาดเจ็บ first diagnosis เป็น head injury ซึ่งมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ (subarachnoid hemorrhage) และมีการวินิจฉัย secondary diagnosis คือ drowning ทั้งหมด 6 ราย จากการตรวจพบน้ำในปอด ทั้งนี้ เนื่องจากมีคนขับผู้โดยสารนั่งบริเวณด้านหน้าของรถยนต์รวมกัน 6 คน ทำให้มีพื้นที่การเคลื่อนไหวน้อย จึงอาจจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดลักษณะการบาดเจ็บทางร่างกายเพียงเล็กน้อยเท่านั้นสาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์

ในครั้งนี้อาจจะเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับ  
รถ และสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต คือ ผู้ประสบ  
เหตุไม่สามารถออกจากรถได้ขณะเกิดเหตุการณ์

**คำสำคัญ:** การสอบสวนอุบัติเหตุ ทีมสอบสวน  
เคลื่อนที่เร็ว SRRT

## Abstract

A road accident pickup turn down to ditch along the Highway at Muang, Lamphun Province, on October 26, 2015 was reported to Surveillance Rapid Response Team (SRRT) of Lamphun Provincial Health Office. There were 6 death of passengers. SRRT investigated the causes of accident and death in accordance with criteria of road traffic injury with a team of the Office of Disease Prevention Control, 1 Chiang Mai on October 27, 2015. The objective of the investigation was to determine the risk factors of accidents and cause serious injury, death. A descriptive study was developed by gathering data from medical records and interviewing relatives of passengers, physician, nurses, and rescue teams. The factors of injuries were analyzed by using the Haddon matrix method. The investigation found that the event occur on October 26, 2015 at around 00.15 am. A pick up crashed traffic sign and turn down to ditch. 6 casualties were found at the scene. A total of passengers were Thai male. The median age was 23.5 years

old (22-33). The cause of death was drowning (6 cases). The first diagnosis was traffic injury (5 cases), and head injury (1 case) whereas the second diagnosis was drowning (6 case) As for risk behavior, we found that pickup driver drank alcohol which became out of control and collided with traffic sign.

Keywords: accident investigation, Surveillance Rapid Response Team :SRRT

## บทนำ

ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจังหวัดลำพูนได้  
รับแจ้งจากศูนย์สั่งการโรงพยาบาลลำพูน ว่าเกิด  
เหตุรถกระบะพลิกคว่ำตกร่องน้ำ บริเวณบ้าน  
หนองบัว ตำบลป่าสัก อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน  
ในวันที่ 26 ตุลาคม 2558 เวลาประมาณ 00.15 น.  
พบผู้เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 6 ราย ตรวจ  
สอบยืนยันข่าวพบว่าเข้าเกณฑ์การสอบสวน  
สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บและเสียชีวิต  
ตามเกณฑ์ของสำนักกระบาดวิทยา คือเสียชีวิต  
มากกว่า 5 ราย 1 ซึ่งถือเป็นอุบัติเหตุรุนแรง มีผล  
กระทบสูงต่อชีวิตและทรัพย์สิน ทีมสอบสวน  
เคลื่อนที่เร็วประกอบด้วยทีมสหสาขา จึงดำเนินการ  
สอบสวนอุบัติเหตุ ร่วมกับทีมสอบสวนจาก  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ในวันที่  
27 ตุลาคม 2558 เวลา 10.00 น.

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา  
ของการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้
2. เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการ

## บาดเจ็บและเสียชีวิต

3. เพื่อรวบรวมองค์ความรู้และเสนอแนวทางป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน

## วิธีการศึกษา

1. การศึกษาาระบบอุบัติเหตุทางถนนที่เกี่ยวข้องต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยดำเนินการดังนี้

1.1 รวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิต จากเวชระเบียน ผลการชันสูตรศพ และสัมภาษณ์แพทย์นิติเวชโรงพยาบาลลำพูน โดยแสดงผลเป็นข้อมูลตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บและความรุนแรงของการบาดเจ็บ โดยระบุ ICD-10 เพื่อประเมิน abbreviated Injury scale แล้วนำมาคำนวณหาความรุนแรงของการบาดเจ็บ Injury severity Score (ISS)

1.2 สอบถามข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจากผู้อยู่ในเหตุการณ์ ผู้ทำการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุและผู้พบเห็นเหตุการณ์

1.3 ค้นหาข้อมูลทั่วไปของคนขับรถ เช่น พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในอดีต การเกิดอุบัติเหตุ ข้อมูลใบอนุญาตขับขี่

2. การศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับรถยนต์และแรงกระทำ

2.1 รวบรวมข้อมูลทั่วไปของรถ ได้แก่ ประเภทรถ รุ่น ปีที่จดทะเบียน สักรวจและถ่ายภาพของรถยนต์คันที่เกิดเหตุ ทั้ง 8 ทิศทาง รวมทั้งตรวจสอบระดับเข็มไมล์ที่ชี้หลังเกิดเหตุ ตรวจสอบสภาพยางรถยนต์ทั้งล้อหน้าและหลัง

3. การศึกษาสภาพแวดล้อม

3.1 โดยการวัดระยะรอยล้อของรถคันที่เกิดเหตุตั้งแต่เริ่มเสียหลักจนถึงบริเวณที่เกิดเหตุ

3.2 ศึกษาขนาดความกว้าง ความยาว ความสูง และลักษณะที่ตั้งของป้ายบอกทางที่โดนชน

3.3 ศึกษาลักษณะ ขนาดความกว้าง และความลึกของร่องน้ำข้างถนนบริเวณจุดเกิดเหตุ

4. การวิเคราะห์เหตุการณ์ โดยใช้วิธีการของ The Haddon matrix (phase-factor matrix) 3 โดยแบ่งการวิเคราะห์ปัจจัย 3 อย่าง ได้แก่ คน รถและพลังงานของรถ ถนนและสิ่งแวดล้อม

5. ประชุมทีมสหสาขาระดมความคิด เพื่อหาแนวทาง มาตรการ และข้อเสนอแนะที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการสอบสวน

แบบสอบสวนการบาดเจ็บและเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนน จากสำนักกระบาดวิทยา ประกอบด้วย แบบสอบสวนสถานที่เกิดเหตุ และสภาพแวดล้อม พฤติกรรมผู้ขับขี่ และผู้โดยสาร แบบสอบสวนยานพาหนะ แบบวิเคราะห์ลักษณะการชนเชิงลึกด้วยเหตุการณ์จำลอง และแบบตรวจสอบการเก็บข้อมูลสนามและการถ่ายภาพ

## ผลการสอบสวน

จากการสอบสวนพบว่า เหตุการณ์เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2558 เวลาประมาณ 00.15 น. รถกระบะยกสูงสี่ประตูยี่ห้อหนึ่งเสียหลักชนป้ายข้างทางพลิกหงายท้องตกร่องน้ำข้างถนน เชียงใหม่ – ลำปาง บริเวณทางหลวงหมายเลข 11 หลักกิโลเมตรที่ 28-29 ในพื้นที่หมู่ 2 ตำบลป่าสัก อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน (เป็นทางตรงก่อนถึงแยกดอยติ) มีผู้ประสบเหตุในครั้งนี้อยู่จำนวน 6 คน เสียชีวิต 6 ราย จุดเกิดเหตุ จำนวน 6 ราย ผลการศึกษามีดังนี้

**1. ด้านระบบอุบัติเหตุตามลักษณะบุคคล เวลา และสถานที่**

**รูปที่ 1** ลักษณะการบาดเจ็บและเสียชีวิต จำแนกตามบริเวณภายในรถที่ประสบเหตุ

ผู้โดยสาร 1 (ISS=8)		คนขับรถ อายุ 33 ปี น้ำหนัก 110 กก.		 สีแดงแทน ผู้เสียชีวิต1ราย
ผู้โดยสาร 2	ผู้โดยสาร 3	ผู้โดยสาร 4	ผู้โดยสาร 5 (ISS=9)	
ท้ายกระบะ				

**ลักษณะเวลา**

จากการศึกษาพบว่ามียาเสพติดของลำดับเหตุการณ์ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุการณ์ ระหว่างเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ ดังต่อไปนี้

**วันที่ 25 ตุลาคม 2558**

เวลา 8.30 น. ผู้ขับขี่รถได้นำรถคันเกิดเหตุไปจอดไว้บ้านของเพื่อนที่ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูนเพื่อร่วมเดินทางไปงานศพที่จังหวัดเชียงใหม่และกลับถึงตำบลอุโมงค์ เวลาประมาณ 18.00 น. ในวันเดียวกัน

เวลา 21.00 น.ผู้ร่วมประสบเหตุได้check in ใน Face book ณ ร้านเหล้าแห่งหนึ่งบริเวณบ้านกลาง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน(ข้างสถานีตำรวจย่อยนิคมฯ)

ไม่ทราบเวลาไม่แน่ชัดที่ผู้ประสบเหตุย้ายมาที่ร้านเหล้าแห่งที่ 2 (ร้านปิดเที่ยงคืน) จากนั้นเดินทางมาถึงจุดเกิดเหตุ เป็นระยะทาง 1.70 กม.

**วันที่ 26 ตุลาคม 2558**

เวลา 00.15 น. มีพลเมืองดีแจ้งข่าวว่าเกิดอุบัติเหตุ ผ่านหมายเลข1669

โรงพยาบาลลำพูนไม่ได้เปิดแผน ICS(Incident Commander System )เพราะไม่เข้าเกณฑ์เนื่องจากมีผู้เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุทุกราย

เวลา 00.16 น.โรงพยาบาลลำพูนแจ้งเหตุการณ์ไปยังกู้ชีพบริเวณใกล้จุดเกิดเหตุภายใน 1 นาทีหลังได้รับแจ้ง

เวลา 00.20 น. ตำรวจเจ้าของคดี สถานีตำรวจภูธรเหมืองจี้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูนได้รับแจ้ง และลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบเหตุการณ์ เวลา 00.34 น.

เวลา 00.25 น. วันที่ 26 ตุลาคม 2558กู้ภัย 2 และกู้ชีพขององค์การบริหารส่วนตำบลปาล์สั๊กไป

ถึงจุดเกิดเหตุ โดยการจัดการของทีมด้านความปลอดภัยเป็นของทีมกู้ชีพทั้ง 2 ทีม ซึ่งกู้ภัย 2 ใช้รถยกจำนวน 2 คัน เพื่อยกรถยนต์ที่เกิดเหตุขึ้นมาจากน้ำ (คงสภาพของรถในสภาพเดิมหลังจากเกิดเหตุมากที่สุด)

กู้ภัย 2 และกู้ชีพ องค์การบริหารส่วนตำบลป่าสัก นำศพออกจากรถที่ประสบเหตุ และประเมินสภาพผู้เสียชีวิต พบว่าเป็นสีดำทั้ง 6 ราย แพทย์นิติเวชของโรงพยาบาลลำพูนออกตรวจสอบสภาพศพ และนำศพส่งที่โรงพยาบาลลำพูน เพื่อรอการตรวจชันสูตรศพ

**วันที่ 27 ตุลาคม 2558** ทีม SRRT ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน โรงพยาบาลลำพูน ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยลำพูน ดำรวจทางหลวง แขวงทางหลวงลำพูน บริษัทกลางจังหวัดลำพูน กู้ภัย 2 และกู้ชีพ องค์การบริหารส่วนตำบลป่าสัก ออกสอบสวนเพื่อเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านคน ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งวิเคราะห์สรุปผลด้วย Haddon matrix model และกำหนดแนวทางป้องกันแก้ไขไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในลักษณะเช่นนี้ในอนาคต

### ลักษณะสถานที่

ผู้ประสบเหตุทั้งหมด 6 ราย มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ที่ หมู่ 2 จำนวน 5 รายและหมู่ 13 จำนวน 1 รายตำบลท่าตุ้ม อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ซึ่งอยู่ห่างจากจุดเกิดเหตุประมาณ 28.5 กิโลเมตร ซึ่งจากรูปที่ 2 รถคันดังกล่าวจะเลี้ยวขวาที่ แยกคอยติเพื่อเดินทางไปยังภูมิลำเนา แต่ได้เสียหลักและเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวขึ้น ถนนเชียงใหม่ – ลำปาง บริเวณบริเวณทางหลวงหมายเลข 11 หลักกิโลเมตรที่ 28-29 ในพื้นที่หมู่ 2 ตำบลป่าสัก

อำเภอเมือง จังหวัดลำพูนในวันที่ 26 ตุลาคม 2558

## 2. ปัจจัยเกี่ยวกับรถยนต์และแรงกระทำ

### ข้อมูลทั่วไปของรถยนต์

รถที่ประสบเหตุ เป็นรถยนต์ส่วนบุคคล 4 ประตู สีบรอนเงิน เกียร์ธรรมดา เครื่องยนต์ 2500 cc. ยกสูงพวงมาลัยเพาเวอร์ ระบบเบรก ABS จดทะเบียนปี 2556 ประกันภัยชั้น 1 ของบริษัท สหมงคล และพ.ร.บ.ของวิริยะประกันภัยสภาพ ยางหน้าและยางหลังอยู่ในสภาพใหม่ (ยางหน้าผลิตปี 2015 ยางหลังผลิตปี 2014) ยี่ห้อ Michelin จากการสอบถามญาติของผู้ตายพบว่า คนขับซึ่งได้ ยืมรถมาจากญาติใกล้ชิด โดยหลังจากเกิดเหตุกู้ภัย 2 ได้นำรถคันดังกล่าวไปเก็บไว้ที่กู้ภัย 2 ตำบลป่าสัก อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน และพบว่ารถยนต์ มีสภาพยุบบริเวณด้านข้างขวา ด้านหน้าซ้าย และด้านหน้าบน กระฉกแตกทุกบานเนื่องจากทีมกู้ชีพทุบกระฉกเพื่อนำร่างผู้เสียชีวิตออกจากรถ ยกเว้นบานหน้าที่มีรอยร้าวทั้งบาน และยางรถอยู่ในสภาพปกติ

### แรงกระทำ

เนื่องจากไม่ทราบความเร็วขณะเกิดเหตุ รถยนต์เสียหลักพลิกคว่ำชนป้ายบอกทางจนขาด ทั้ง 2 เส้าได้ ทีมสอบสวนจึงตรวจสอบมาตรฐานวัดความเร็วที่แผงหน้าปัดรถยนต์คันนี้ (หลังเกิดเหตุ) พบว่ารถยนต์คันนี้ถูกขับมาด้วยความเร็วไม่สูงมาก ซึ่งมาตรฐานวัดความเร็ว(กิโลเมตร/ชั่วโมง) อยู่ที่ระดับ 60 กิโลเมตร/ชั่วโมง

รูปที่ 2 สภาพรถยนต์หลังเกิดเหตุ ณ ภูภัย 2 อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน



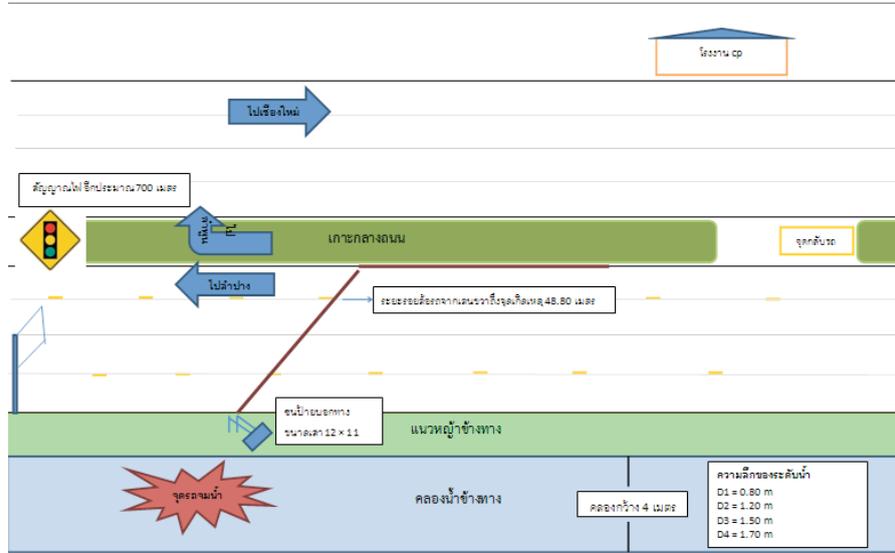
3. ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม ณ จุดเกิดเหตุ  
 จากการสำรวจสภาพแวดล้อม ณ จุดเกิดเหตุการณพบว่า ถนนเป็นทางตรง ขนาด 4 เลน มีร่องน้ำข้างทาง ถนนผิวแห้ง พบรอยของล้อรถ บริเวณขอบในสุดของเลนนอก เป็นระยะทาง ประมาณ 20 เมตร จากนั้นพบว่ารอยล้อเริ่มหักออกมาด้านซ้ายบริเวณเลนใน เป็นระยะทางประมาณ 28.80 เมตร และชนกับป้ายบอกทาง ที่มีลักษณะ

เป็น 2 เสา ขนาดกว้าง 11 เซนติเมตรยาว 12 เซนติเมตร สูง 4.50 เมตร มีเส้นเหล็กดัดในเสาละ 4 เส้น และจนเสาทั้ง 2 ข้างขาด กองอยู่บริเวณก่อนถึงร่องน้ำเมื่อตรวจวัดขนาดของร่องน้ำดังกล่าวพบว่า มีขนาดความกว้างประมาณ 4 เมตร ยาวประมาณ 20 เมตร และความลึก ณ จุดกลางประมาณ 1.70 เมตร

รูปที่ 3 สิ่งแวดล้อม ณ จุดเกิดอุบัติเหตุฯ



รูปที่ 4 ภาพจำลองเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุฯ



การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย Haddon matrix model

คน	รถ	สิ่งแวดล้อม
<p>ก่อนเกิดเหตุ - คนช้บอายุ 33 ปี ชายโสด สายตาปกติ ไม่มีโรคประจำตัว น้ำหนัก 110 กก. เดินทางไป เชียงราย และไม่ได้พักผ่อน ไม่พบมีใบอนุญาตขับขี่ประเภท บุคคล ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ต้ม แอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ จากร้าน เหล้า 2 ร้าน</p> <p>- พฤติกรรมการขับในอดีต เคย ประสบเหตุ 1 ครั้ง เมื่อ 2 ปีก่อน ขับรถส่งผักรถตะแคง บาดเจ็บ เล็กน้อย</p> <p>- พฤติกรรมการดื่มเหล้าในอดีต ยังไม่ทราบ</p> <p>- ผู้โดยสารไม่คาดเข็มขัด ต้ม แอลกอฮอล์จากร้านเหล้าทั้ง 2 ร้าน</p>	<p>- รถกระบะ 4 ประตู พวง มาลัยเพาเวอร์ จดทะเบียนปี 56 ประกันชั้น 1 ของบริษัท สหมงคล และพ.ร.บ.ของ บริษัทวิริยะประกันภัย</p> <p>- ยางใหม่ ยางหลังปี 14 ยาง หน้าปี 15</p> <p>- ไม่ใช่รถยนต์ของคนขับ ยืม มาจากญาติ</p> <p>- รถยนต์ส่วนบุคคล 4 ประตูนั่ง ได้ไม่เกิน 7 คน</p> <p>- พบขวดเปียร์ในรถ</p>	<p>- ถนนทางตรง ขนาด 4 เลน มีร่องกลางถนนเลนนอก และ มีร่องน้ำข้างทาง มีต้นไม้ และ หล่้าปกคลุม ลึกประมาณ 1.7 เมตร</p> <p>- เป็นเวลากลางคืน มีไฟส่องสว่าง</p> <p>- มีป้ายบอกทางให้ทาง มี ป้ายบอกซ้ายผ่านตลอด และ มีป้ายบอกว่ามีแยกข้างหน้า</p> <p>- มีป้ายบอกจำกัดความเร็วไม่ เกิน 90 กม/ชม. ก่อนถึงจุด เกิดเหตุประมาณ 500 เมตร</p>

<p>ขณะเกิดเหตุ - ควบคุมรถไม่ได้หลังออกจาก ร้านเหล้า ก่อนถึงจุดเกิดเหตุ ประมาณ 48 เมตร</p>	<p>- รถเสียหลักก่อนถึงจุดเกิดเหตุ 48 เมตร</p>	<p>- จุดเกิดเหตุอยู่ห่างจากสถาน บันเทิงประมาณ 1-2 กม.</p>
	<p>- คนป้ายบอกทาง มี 2 ขา ขนาดสูง 4.50 เมตร กว้าง 12 x 11 cm</p>	<p>- ป้ายของราชการถูกชนและ ขาด กองอยู่ก่อนถึงร่องน้ำ</p>
	<p>- รถพลิกคว่ำตกร่องน้ำ โดย หงายท้อง หัวจมน้ำ</p>	<p>- มีด่านจับความเร็วห่างจาก จุดเกิดเหตุประมาณ 5 กม. ขาขึ้น ก่อนถึงแยกตอดตี</p>
<p>หลังเกิดเหตุ - พลเมืองดีแจ้ง 1669 และแจ้ง ศูนย์บัญชาการแจ้งต่อไม่เกิน 1 นาที</p>	<p>- เข็มไมล์ชี้ที่ 60 กม./ชม. 2000 รอบ/วินาที</p>	<p>- สถานที่จุดเกิดเหตุเข้าถึงได้ สะดวก เพราะอยู่ใกล้ พร้อม ทั้งมีอุปกรณ์พร้อมของหน่วย กู้ชีพฯ</p>
<p>- ทีมกู้ชีพไปถึงจุดเกิดเหตุหลังได้ รับแจ้ง 10 นาที</p>	<p>- รถถูกยกขึ้นจากร่องน้ำ โดย ใช้รถเครน 2 คัน จากกู้ภัย 2 และเก็บรถไว้ที่กู้ภัย 2 คัน สภาพไว้</p>	
<p>- ทีมกู้ชีพประเมินว่าผู้ประสบ เหตุเสียชีวิตจึงไม่ได้ทำการ ปฐมพยาบาลในจุดเกิดเหตุ</p>	<p>- มีรอยล้อจากเลนในเฉียงมา ถึงป้ายข้างทางเป็นระยะทาง 48.80 เมตร ลักษณะรอยดอก ยางที่เกิดจากการเบรก</p>	
<p>- คนขับน้ำหนัก 110 กก. ออก จากรถคนสุดท้าย</p>		
<p>- เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 6 ราย</p>		
<p>- ดำรวจระบุว่าผู้ขับขี่ขับรถโดย ประมาท</p>		

## วิจารณ์

จากผลการสอบสวนในครั้งนี้นับพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ในครั้งนี้อาจจะเกิดจากการตี้มแอลกอฮอล์แล้วขับรถ ตั้งแต่เวลา 21.30 ถึงเวลาประมาณเที่ยงคืน ในวันที่ 26 ตุลาคม 2558 ซึ่งยืนยันจากข้อมูลว่าผู้ร่วมเหตุการณ์ทั้งหมดกินเหล้าในร้านเหล้าทั้ง 2 ร้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เมื่อตี้มแอลกอฮอล์แล้วขับรถจะทำให้สมรรถนะในการขับรถ การตัดสินใจ และการเบรกลดลง ซึ่งผู้ขับขี่รถยนต์อาจจะขับมารถมาด้วยความเร็วมากกว่า 60 กิโลเมตรต่อชั่วโมง และพลิกคว่ำชนป้ายบอกทางที่ตั้งอยู่ริมถนนสายดังกล่าวจนขาดทั้ง 2 เสาค โดยยืนยันจากผลการสำรวจมาตรวัดความเร็วรถยนต์หลังจากเกิดเหตุการณ์นี้ ซึ่งมาตรวัดความเร็วอาจลดลงก่อนเครื่องยนต์ดับ จึงพบอยู่ที่ระดับ 60 กิโลเมตรต่อชั่วโมง

เมื่อพิจารณาที่สาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ประสบเหตุทั้งหมดพบว่า เกิดจากการจมน้ำ (Drowning) ซึ่งมีผลการตรวจพบน้ำในปอดร่วมด้วย ซึ่งเกิดจากผู้ประสบเหตุมีสภาพไม่ได้สติ ไม่สามารถออกจากรถได้ขณะเกิดเหตุ ยืนยันจากประตูรถไม่สามารถเปิดได้เพราะชนกับป้ายบอกทางทั้งฝั่งซ้าย ขวา และกระจกรถยนต์ยังไม่แตก ประกอบกับคนขับรถมีน้ำหนักมากจึงอาจจะออกจากรถได้ลำบาก สาเหตุที่มีผู้โดยสารบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเล็กน้อยเพียง 2 ราย อาจจะเกิดจากช่องว่างภายในรถยนต์มีจำกัด เพราะมีผู้โดยสารรวม 6 คน ทำให้ขณะเกิดเหตุมีการเคลื่อนไหวของร่างกายไม่มากนัก

## สรุปผลการสอบสวน

เหตุการณ์ครั้งนี้เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2558 เวลาประมาณ 00.15 น. เป็นรถยนต์กระบะยกสูงสี่ประตูชนป้ายข้างทางพลิกหงายท้อง ตกร่องน้ำข้างถนนเชียงใหม่ – ลำปาง บริเวณทางหลวงหมายเลข 11 หลักกิโลเมตรที่ 28-29 ในพื้นที่หมู่ 2 ตำบลป่าสัก อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน มีผู้ประสบเหตุในครั้งนี้อยู่จำนวน 6 คน เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตราตาย ร้อยละ 100 ทุกคนเป็นเพศชาย สัญชาติไทย อายุระหว่าง 22 - 33 ปี ค่ามัธยฐานอายุ เท่ากับ 23.5 ปี แพทย์วินิจฉัยว่าสาเหตุการเสียชีวิต ของผู้ประสบเหตุทั้ง 6 ราย เกิดจากการจมน้ำ (Drowning) คิดเป็นร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาการวินิจฉัยการบาดเจ็บ first diagnosis คือ traffic injury จำนวนทั้งสิ้น 5 ราย และมีเพียง 1 รายได้รับการวินิจฉัยการบาดเจ็บ first diagnosis เป็น head injury ซึ่งมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ (subarachnoid hemorrhage) และมีการวินิจฉัย secondary diagnosis คือ drowning ทั้งหมด 6 ราย

สาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ในครั้งนี้อาจจะเกิดจากการตี้มแอลกอฮอล์แล้วขับรถ และสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต คือ ผู้ประสบเหตุไม่สามารถออกจากรถได้ขณะเกิดเหตุการณ์

## ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน

1. ข้อมูลด้านบุคคลของคนขับและผู้โดยสารรถยนต์ที่เกิดเหตุไม่ชัดเจน เนื่องจากเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุทุกราย
2. ไม่มีกล้องวงจรปิดในจุดเสี่ยงในพื้นที่ ทำให้ไม่ทราบรายละเอียดของเหตุการณ์ในครั้งนี้อย่างชัดเจน

### มาตรการป้องกันในอนาคต

ทีมสอบสวนโรคได้เสนอมาตรการป้องกันอุบัติเหตุจากเหตุการณ์ครั้งนี้ ดังนี้

1. เพิ่มมาตรการสื่อสารความเสี่ยง
2. เพิ่มมาตรการเฝ้าระวังจุดเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง ช่วงเวลาเสี่ยง หรือขณะที่มีกิจกรรม
3. เพิ่มมาตรการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยทางถนน มีข้อบังคับกฎระเบียบปฏิบัติในบริเวณแหล่งท่องเที่ยว และกลุ่มร้านค้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ข้างถนน
4. เพิ่มมาตรการด้านการให้การศึกษา พัฒนาศักยภาพทีมช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ การเข้าเผชิญเหตุทางน้ำ

### ข้อเสนอแนะ

1. มาตรการสื่อสารความเสี่ยง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ณรงค์กรณี หากง่วง เพลีย เมา ไม่ต้องขับรถ และคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับ หรือโดยสารให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยผ่านการสื่อสารทุกช่องทาง ทุกเดือน และเน้นกลุ่มวัยรุ่น และวัยทำงานโดยเน้นความถี่ขึ้นนอกเหนือจากช่วงเทศกาลสงกรานต์ และปีใหม่ ซึ่งจากเหตุการณ์ครั้งนี้อยู่ในช่วงเทศกาลออกพรรษา ช่วงรับปริญญา

2. มาตรการเฝ้าระวังจุดเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง ช่วงเวลาเสี่ยง ควรพิจารณาตั้งด่านถาวร หรือตู้ยามตำรวจ ในบริเวณต่อจากโซนที่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นระยะทาง 3 - 5 กิโลเมตร เพื่อป้องปรามและตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับรถ รวมถึงควรเพิ่มกล้องวงจรปิดในจุดเสี่ยงให้ครอบคลุม

3. มาตรการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยทางถนน กรณีมีร้านค้าสถานบันเทิงอยู่ใกล้ถนนจุดเกิดเหตุ หรือจุดเสี่ยงอื่นๆ สถานประกอบการควรกำหนดกฎระเบียบปฏิบัติในโซนแหล่งท่องเที่ยว และสื่อสารเพื่อความปลอดภัยในการเดินทาง และควรติดตั้งป้ายเตือนเรื่องของการดื่มแอลกอฮอล์แล้วขับให้มากขึ้นในบริเวณที่ใกล้กับโซนที่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการระดมทีมออกตรวจร้านค้าร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. มาตรการด้านการให้การศึกษา ควร ทบทวนและพัฒนาศักยภาพทีมช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ การเข้าเผชิญเหตุทางน้ำ การเตรียมอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยทางควรบูรณาการหลักสูตรการเอาตัวรอดจากรถตกน้ำเพิ่มลงในหลักสูตรการขอ และต่ออนุญาตใบขับขี่ของกรมขนส่ง

5. ควรบูรณาการหลักสูตรการเอาตัวรอดจากรถตกน้ำเพิ่มลงในหลักสูตรการขอ และต่ออนุญาตใบขับขี่ของกรมการขนส่ง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ น.พ.ปัจจุบัน เหมหงษา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน น.พ.ชนินทร์ จารุวัฒนมงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน น.พ.ปิยะ ดรงค์เดช แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลลำพูน น.พ.วิทยา หลิวเสรี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ น.พ.วาที สิทธิสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หัวหน้าป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดลำพูน ผู้อำนวยการแขวงทางหลวงจังหวัดลำพูน ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดลำพูน ผู้

กำกับการณ์ดำเนินการตรวจภูธรเหมืองจี้ นายกองค้การ  
บริหารส่วนตำบลป่าสัก หน่วยกู้ชีพ ป่าสัก หน่วย  
กู้ภัย 2 ญาติผู้ประสบเหตุ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

#### 1. ญัฐกานต์ ไวยเนตร. แนวทางการสอบสวน

สาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการ  
จราจรทางถนน ( Road Traffic Injury  
Investigation). นนทบุรี :  
กลุ่มงานระบาดวิทยา โรคไม่ติดต่อ สำนัก  
ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวง  
สาธารณสุข.

2.พิชัย ธานีรณานนท์. ถนนปลอดภัยด้วยหลัก  
วิศวกรรม ( Engineering Safer  
Roads \).สงขลา:บริษัทลิมบราเตอร์  
การพิมพ์จำกัด.

3.Glennon,J.C.,198 .Effect of Pavement/  
Shoulder Drop-offs on Highway  
Safety in state of the Art  
Report: Number 6: Relationship  
Between Safety and Key Highway  
Features.Transportation Research  
Board Ltd., Washington ,D.C.,pp:1-12.

4.Runyan C W. Using The Haddon matrix:  
introducing the third dimension.  
Inj Prev.1998; 4:302-7.

คุณภาพการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุตรดิตถ์

Quality Memorandum Standard Case Management of acute respiratory infection in children (ARIC) of District health promotion hospital in Uttaradit

นายสุขุม หนูสวัสดิ์ (ส.ม.)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

Sukhum Nusawat (M.P.H)

Uttaradit Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินคุณภาพการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARIC) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดอุตรดิตถ์ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษา ARIC ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุตรดิตถ์ ขนาดตัวอย่างมีจำนวน 89 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านการทดสอบเป็นที่เชื่อถือได้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ค่ามัธยฐานเลขคณิต (Median) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)

ผลการประเมินพบว่า คุณภาพการบันทึกผลการตรวจรักษา ARIC อยู่ในระดับที่น่าพอใจ แต่ละประเด็นที่ประเมิน พบสัดส่วนผู้ให้บริการตรวจรักษาที่ทำการบันทึกทุกครั้งที่ตรวจไม่ถึงร้อยละ 60 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษามีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value  $< 0.05$ ) คือ อายุ การศึกษา ตำแหน่งงาน ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีสภาพอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ ARIC และความเชื่อและความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน ARIC และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ARIC อยู่ในระดับที่น่าพอใจ

ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องติดตาม กำกับงาน ARIC ในทุกระดับควรให้ความสำคัญและเพิ่มการเน้นย้ำเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริงด้านการตรวจรักษา ให้ทำการบันทึกผลการตรวจรักษา ARIC ทุกราย อย่างครบถ้วนถูกต้อง ตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ทุกครั้งที่ให้บริการ

## Abstract

The objective of this study was to evaluate the quality of record treatment following the standard case management of acute respiratory infection in children (ARIC) of District health promotion hospital (DHPH) in Uttaradit Province and factors associated with treatment records behavior of public health personnel at DHPH. The population was 89 cases who responsible for record treatment of ARIC. Some statistical methods: frequency, percentage, means, standard deviation, median, minimum, maximum, unpaired t-test and one-way ANOVA were employed for data analysis

The evaluation was showed unsatisfied level of ARIC treatment records. There was proportion of every time recording of health center worker of each issue less than 60%. The factors that associated with recording of treatment which had statistically significant ( $P$  – value < 0.05) were age, education and Job position. The evaluation was showed that the sample groups had satisfied level the facilities of material on working with ARIC and the personal beliefs and opinion of user on ARIC but But the sample groups

had unsatisfied level Knowledge on ARIC factor and satisfaction of working with ARIC. The executive and the supervisor who monitored ARIC performance should tell the health care workers recorded every ARIC case completely and correctly with the ARIC guidelines every visit of all patients.

## บทนำ

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (Acute Respiratory Infections in Children: ARIC) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในบรรดาโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งในระดับโลก และระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กครอบคลุมตั้งแต่โรคหวัด คออักเสบ หูอักเสบ หลอดลมใหญ่อักเสบ หลอดลมฝอยอักเสบ และปอดบวม ในประเทศไทย โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในบรรดาโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคหวัดเป็นปัญหาในเรื่องการใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม มีการใช้ยาปฏิชีวนะรักษาหวัดค่อนข้างมาก ทำให้เกิดปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะตามมา ประเทศไทยประยุกต์ใช้การบริหารมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก เป็นกลยุทธ์หลักในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก โดยเน้นที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ทำหน้าที่ให้บริการตรวจรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ จะได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้

สามารถประเมินอาการของผู้ป่วย เพื่อวินิจฉัย จำแนกกลุ่มโรค ให้การรักษา แนะนำ หรือส่งต่อ ผู้ป่วยให้โรงพยาบาลได้ถูกต้อง ทันการณ์ ผู้ให้บริการตรวจรักษาจำเป็นต้องมีการบันทึกข้อมูล ผลการตรวจรักษา ARIC ทุกอย่างละเอียด บันทึกผลการตรวจรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้จะเป็น ประโยชน์สำหรับการตัดสินใจให้บริการผู้ป่วยส่ง ต่อผู้ป่วยหรือพิจารณาความต่อเนื่องของการให้ บริการในครั้งต่อไปแล้ว ยังเป็นหลักฐานยืนยัน มาตรฐานการให้บริการตรวจรักษาด้วย จึง ประสงค์จะศึกษาสถานะการปฏิบัติงานจริงของ ผู้ให้บริการตรวจรักษา ARIC ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี เกี่ยวกับคุณภาพการบันทึกผล การตรวจรักษา ARIC และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การปฏิบัติงานตลอดจนปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ใน การบริหารจัดการ วางแผน พัฒนาและสนับสนุน การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ เฉียบพลัน ระบบหายใจในเด็ก รวมถึงมาตรฐาน การให้บริการตรวจรักษาแก่ประชาชนระดับ พื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพการบันทึกผลตาม แนวทางบริหารมาตรฐาน ARIC และปัจจัยที่มี ผลกระทบต่อพฤติกรรม การบันทึกผลการตรวจ รักษา ARIC ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

### นิยามศัพท์เฉพาะ

#### 1.การบริหารมาตรฐาน ARIC ในการวิจัยครั้งนี้

หมายถึง แนวทางปฏิบัติในการประเมินอาการ จำแนกกลุ่มโรค ให้การรักษา และให้คำแนะนำ การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบ หายใจตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2550

**2.คุณภาพการบันทึกผลการตรวจรักษาตาม แนวทางบริหารมาตรฐาน ARIC ในการวิจัย ครั้งนี้** หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ให้บริการตรวจ รักษาเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบ หายใจต้องทำการบันทึกข้อมูลผลการถามประวัติ และตรวจร่างกายผู้ป่วย วินิจฉัยจำแนกกลุ่มโรค ให้การรักษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองอย่าง ครบถ้วน ตามแบบฟอร์มการนิเทศงานโรคติด เชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล

**3.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการวิจัยครั้งนี้** หมายถึง บุคลากรทุกตำแหน่งที่ให้บริการตรวจรักษา ARIC ซึ่งปฏิบัติงานจริงอยู่ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล

### วิธีการดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย ประชากรศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการตรวจรักษา ARIC ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน จังหวัดอุดรธานี ทั้งหมด จำนวน 89 แห่งแห่งละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 89 คน

โดยดูบันทึกการตรวจรักษาตามแนวทาง บริหารมาตรฐาน ARIC การเก็บข้อมูล ดำเนิน การภาคสนามตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม - 11 กันยายน พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ

ข้อมูลที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการทดสอบความตรง ความยาวและความสอดคล้องของเนื้อหาโดยหาค่า Coefficient alpha วิธีของ Cronbach ได้ผลสรุปมีผลการทดสอบเท่ากับ 0.83 เป็นที่เชื่อถือได้ (มากกว่า 0.8)

แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วยเนื้อหาจำนวน 5 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะประชากรปัจจัยการปฏิบัติงาน ARIC และปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงาน ARIC จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิ เกี่ยวกับการบันทึกผลการรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อ/ความคิดเห็นการปฏิบัติงาน ARIC จำนวน 25 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินด้วยตนเองเกี่ยวกับความรู้ในงาน ARIC จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 5 เป็นบันทึกเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน ARIC ทำการจัดกลุ่มคำถาม และแปรรหัสข้อมูลบางตัวแปรให้เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยสภาพอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ARIC เป็นคำถามเกี่ยวกับการจัดให้มียา Amoxycillin syr. ยา Glycerylguaiacolate และ แผนภูมิการบริหาร ARIC แต่ละข้อมีคำตอบ 3 ระดับ คือ มีเพียงพอ มีเป็นช่วงๆ และไม่มีเลย คำถามอยู่ในแบบเก็บข้อมูลส่วนที่ 1 จำนวน 5 ข้อ ข้อละ 3 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 15 คะแนน ตัวแปรปัจจัยความเชื่อและความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน ARIC เป็นคำถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านการรักษาและความคิดเห็นด้านการใช้แผนภูมิการบริหาร ARIC แต่ละข้อมีคำตอบ 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามอยู่ในส่วนที่ 3 ของแบบเก็บข้อมูลจำนวน 6 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 30 คะแนน ตัวแปรปัจจัยด้านความรู้ในงาน ARIC เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในงาน ARIC ความรู้เรื่องการบริหารเด็กที่มีอาการไอหรือหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริหารเด็กที่มีอาการไอหรือหายใจลำบาก ความรู้เรื่องการบริหารเด็กที่มีอาการทางหูและการบริหารเด็กที่มีอาการเจ็บคอ คำถามอยู่ในส่วนที่ 4 ของแบบเก็บข้อมูล จำนวน 30 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 30 คะแนน ตัวแปรปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ARIC เป็นคำถามที่เลือกมาจากปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจในงาน และปัจจัยที่ทำให้เกิดความพอใจในงาน ตามแนวคิดทฤษฎีการจูงใจของเฟอร์เดอริคเฮิสรส์ เบริก จำนวน 8 ประเด็น ได้แก่ สภาพการทำงาน นโยบายและการบริหารงาน การดูแลควบคุมความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน ความสำเร็จในการทำงาน การได้รับความยอมรับนับถือ การพัฒนาตนเอง และคุณลักษณะของงาน แต่ละข้อมีคำตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามอยู่ในส่วนที่ 1 และส่วนที่ 3 ของแบบเก็บข้อมูล จำนวน 22 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 110 คะแนน ตัวแปรพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการถามประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วย การวินิจฉัยจำแนกกลุ่มโรค การให้การรักษา และให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเด็ก ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้ให้บริการควรมีการบันทึกผลการตรวจรักษา

ARICทุกรายทุกครั้งที่ตรวจ ข้อมูลอยู่ในส่วนที่ 2 ของแบบเก็บข้อมูล จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 10 คะแนนจากผู้ป่วย 10 ราย รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนน สำหรับบันทึกการให้การรักษาถูกต้อง ต้องดำเนินการถูกต้อง 3 ส่วน คือมีบันทึกการรักษาสอดคล้องกับผลการวินิจฉัยโรคที่ระบุไว้ ถ้าให้ยาต้องมีบันทึกชื่อยา และขนาดรับประทานถูกต้อง และไม่ใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาเด็กโรคหวัด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระ 6 ปัจจัย คือ ปัจจัยลักษณะประชากร (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน) ปัจจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ARIC (อัตรากำลังที่ปฏิบัติงาน จำนวนผู้มารับบริการ ARIC ประสิทธิภาพการใช้แผนภูมิการบริการ ARIC สภาพอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ARIC) ปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงาน ARIC (การได้รับการกระตุ้นจากผู้บังคับบัญชาเกี่ยวกับการใช้แผนภูมิการบริการ ARIC การได้รับการฝึกอบรมงาน ARIC การได้รับการนิเทศงาน ARIC การได้รับสื่อ/คู่มือ/สิ่งพิมพ์เพื่อใช้ในงาน ARIC) ปัจจัยด้านความเชื่อและความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน ARIC ปัจจัยด้านความรู้ในงาน ARIC และ ปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ARIC ปัจจัยที่เป็นตัวแปรตามมี 1 ตัว คือ พฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริการมาตรฐาน ARIC

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ (n) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Mean)

ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่ามัชฌิมเลขคณิต (Median) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) เพื่อการพรรณนาลักษณะตัวแปรแต่ละตัว ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสิทธิภาพการใช้แผนภูมิ ARIC การได้รับการกระตุ้นจากผู้บังคับบัญชาเกี่ยวกับการใช้แผนภูมิการบริการ ARIC การได้รับฝึกอบรมงาน ARIC การได้รับการนิเทศงาน ARIC การได้รับประโยชน์จากการนิเทศงาน ARIC กับพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริการมาตรฐาน ARIC โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยประชากร (t-test) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน อัตรากำลังที่ปฏิบัติงานจริง จำนวนผู้มารับบริการเกี่ยวกับ ARIC การนำผลการฝึกอบรม ARIC ไปใช้ การสนับสนุนสื่อ/คู่มือ/สิ่งพิมพ์เพื่อใช้ในงาน ARIC กับพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริการมาตรฐาน ARIC โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน ANOVA สำหรับการประเมินสภาพอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ARIC ความเชื่อ และความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน ARIC ความรู้ในงาน ARIC ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ARIC และพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริการมาตรฐาน ARIC และได้ศึกษาแต่ละปัจจัยจะมีคะแนนในภาพรวมของกลุ่มไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม จึงจัดว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจ

### ผลการศึกษา

ลักษณะประชากรส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 77.53

ตารางที่ 1 รายละเอียดพฤติกรรมการบันทึกผลการรักษาตามแนวทางบริหารมาตรฐาน ARIC (n=89)

พฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทาง การบริหารมาตรฐาน ARIC	จำนวน	ร้อยละ
1.บันทึกการซักประวัติและตรวจร่างกายทุกครั้งที่ตรวจ (เรียงจากมากไปหาน้อย)		
อาการไข้	82	54.67
อายุเด็ก	62	41.33
อาการไอหรือเสียงหายใจผิดปกติ	34	22.67
อัตราการหายใจ	21	14.00
การสังเกตชายโครงบวม	10	6.67
อาการชัก	6	4.00
การกินนม น้ำ	5	3.33
2.บันทึกผลวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับอาการทุกครั้งที่ตรวจ	72	48.00
3.บันทึกการรักษาถูกต้องทุกครั้งที่ตรวจ	23	15.33
4.มีบันทึกคำแนะนำแก่ผู้ปกครองทุกครั้ง	20	13.33

จากการรวบรวมปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ARIC พบว่ามีผู้แสดงความคิดเห็นจำนวน 89 ราย (1 คน อาจให้ความเห็นมากกว่า 1 ประเด็น) รวม 11 ประเด็น ส่วนใหญ่เป็นประเด็นที่เกี่ยวกับผู้ให้บริการตรวจรักษา (ร้อยละ 68.49) เรียงจากประเด็นที่มีผู้แสดงความคิดเห็นมากไปหาน้อย คือการพัฒนา ความรู้ ทักษะในการรักษาผู้ป่วย ARIC (ร้อยละ 46.58) การสนับสนุนสื่อสุขภาพ ยา อุปกรณ์การตรวจรักษา (ร้อยละ 13.01) การพัฒนาคู่มือ แผนภูมิให้ทันสมัยใช้ได้สะดวก (ร้อยละ 5.48) อัตรากำลัง

ไม่เพียงพอ(ร้อยละ 2.05) และอื่นๆ เช่น หัวหน้าไม่ให้ความสำคัญพื้นที่ห่างไกล (ร้อยละ 1.37) สำหรับประเด็นที่เกี่ยวกับผู้รับบริการ เรียงจากประเด็นที่มีผู้แสดงความคิดเห็นมากไปหาน้อย คือญาติต้องการยาปฏิชีวนะ (ร้อยละ 21.23) ญาติขอยาโดยไม่พาเด็กมาตรวจ (ร้อยละ 3.44) ผู้ป่วยกินยาไม่ครบ (ร้อยละ 2.05) เด็กร้องไห้ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ (ร้อยละ 2.05) และอื่นๆ เช่น ต่างภาษา ญาติไม่รู้ว่าแพทย์อะไร ควันไฟในบ้าน ชาวเขา (ร้อยละ 2.74)

**ตารางที่ 2** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษา โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน ANOVA ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และตำแหน่งงานในปัจจุบัน

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) n(%)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	df	SS	MS	F	p-value
<b>1.อายุ</b>			3	2602.25	867.42	2.88	0.04
ต่ำกว่า 30 ปี	11(12.36)	49.84					
30-39 ปี	42(47.19)	51.38					
40-49 ปี	30(33.71)	46.78					
50 ปีขึ้นไป	6(6.74)	29.00					
<b>2.ระดับการศึกษา</b>			2	3077.39	1538.69	5.20	0.01
ประกาศนียบัตร	3(3.37)	36.00					
ปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า	74(83.15)	50.29					
สูงกว่าปริญญา	12(13.48)	52.91					
<b>3.ตำแหน่งงานใน ปัจจุบัน</b>			4	5370.42	1342.61	4.69	<0.01
พยาบาลวิชาชีพ	66(74.16)	53.30					
นักวิชาการ	14(15.73)	49.71					
สาธารณสุข							
เจ้าพนักงาน	7(7.86)	42.37					
สาธารณสุขชุมชน							
เจ้าหน้าที่บริหาร งานสาธารณสุข	2(2.25)	42.73					

ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีผลการประเมินสภาพอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ARIC อยู่ในระดับที่น่าพอใจ (Median=13, Min=9, Max=15) ความเชื่อและความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน ARIC อยู่ในระดับที่น่าพอใจ (Median=25, Min=15, Max=30) มี

ความรู้ในงาน ARIC อยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ (Median=21, Min=10, Max=29) มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ARIC อยู่ในระดับที่น่าพอใจ (Median=79, Min=63, Max=93) และมีพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC อยู่ในระดับ

ที่ไม่น่าพอใจ (Median=47, Min=5, Max=99) พฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC แต่ละประเด็นที่ประเมินพบสัดส่วนผู้ให้บริการตรวจรักษาที่ทำการบันทึกทุกครั้งที่ตรวจไม่ถึงร้อยละ 60 ด้านการถามประวัติและตรวจร่างกายพบว่ามีเพียงประเด็นอาการไข้ที่มีผู้บันทึกครบทุกครั้งเกินกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.67) สำหรับประเด็นอื่นมีจำนวนผู้บันทึกครบทุกครั้งน้อยมาก (อยู่ระหว่างร้อยละ 3.33 – 41.33) ด้านการวินิจฉัยโรคพบว่า มีผู้ให้บริการตรวจรักษาที่มีการบันทึกผลวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับอาหารที่บันทึกทุกครั้งที่ตรวจไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.00) ด้านการรักษาพบว่า มีผู้ให้บริการตรวจรักษาที่บันทึกการรักษาถูกต้องทุกครั้งที่ตรวจในสัดส่วนที่น้อยมาก (ร้อยละ 15.33) ด้านการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเด็กป่วยพบว่า มีผู้ให้บริการตรวจรักษาที่บันทึกการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองทุกครั้งที่ตรวจในสัดส่วนที่น้อยมากเช่นกัน (ร้อยละ 13.33) ดังแสดงในตารางที่ 2

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้ศึกษาได้ทราบว่า ภาพรวมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ให้บริการตรวจรักษา ARIC โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดอุดรดิตถ์ มีคุณภาพการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC อยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ โดยเฉพาะด้านการถามประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินอาการผู้ป่วย แต่ละประเด็นจะพบผู้ให้บริการตรวจรักษาที่ทำการบันทึกทุกครั้งที่ตรวจในสัดส่วนที่น้อยมาก ระหว่างร้อยละ 3.33

– 41.33 (ยกเว้นอาการไข้ ร้อยละ 54.67) พบผู้ให้บริการตรวจรักษาที่ทำการบันทึกผลการวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับอาหารที่บันทึกไว้ทุกครั้งที่ตรวจไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.00) พบผู้ให้บริการตรวจรักษาที่ทำการบันทึกการรักษาถูกต้องทุกครั้งที่ตรวจในสัดส่วนที่น้อยมาก (ร้อยละ 15.33) พบผู้ให้บริการตรวจรักษาที่ทำการบันทึกการให้คำแนะนำทุกครั้งที่ตรวจในสัดส่วนที่น้อยมากเช่นกัน (ร้อยละ 13.33) ผลการศึกษาแสดงชัดเจนว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการตรวจรักษา ARIC อยู่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความสำคัญกับการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC น้อยมาก ลักษณะพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นไปแบบไม่เสมอต้นเสมอปลาย แม้แต่การบันทึกสัญญาณชีพ ซึ่งเป็นการประเมินขั้นพื้นฐานสำคัญที่สุดของการประเมินอาการผู้ป่วยทุกโรค บันทึกการสังเกตอาการบ่งชี้ภาวะอันตรายที่ต้องรีบนำส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ให้ทันเหตุการณ์ บันทึกการวินิจฉัยจำแนกโรคเพื่อยืนยันว่าทำไมผู้ให้บริการตรวจรักษาจึงตัดสินใจทำการรักษา แนะนำ หรือส่งต่อผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เลือก ผลการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาการสาธิตนิเทศงาน ARIC ระดับสถานีอนามัยเมื่อ 10 กว่าปีที่ผ่านมา ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์วิจัยโรคเขต 12 จังหวัดยะลา ที่พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์วิจัยโรคเขต 12 จังหวัดยะลา มีพฤติกรรมการบันทึกรายงานการตรวจรักษาในระเบียบ รบ 1 ก 01 อย่างครบถ้วนถูกต้องเพียงร้อยละ 31.58 แต่มีความแตกต่างกับผลการศึกษาวิจัยอีกหลายฉบับที่บุคลากรส่วนใหญ่สามารถ ให้บริการได้อย่าง

ถูกต้อง ซึ่งน่าจะมาจากการบันทึกผลการรักษาที่ครบถ้วนถูกต้องด้วย ได้แก่ผลการสำรวจความพร้อมของสถานอนามัย ในการให้การบริการมาตรฐาน ARIC ของจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2540 พบว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้การบริการ ARIC เกือบทั้งหมด สามารถประเมินอาการ จำแนกกลุ่มโรคถูกต้องมีการให้คำแนะนำมารดาและผู้ปกครองเด็ก (มากกว่าร้อยละ 90) ผลการศึกษาสำรวจคุณภาพการให้บริการมาตรฐาน ARIC ในสถานบริการระดับชาติครั้งที่ 4 ปี 2543 ในส่วนของการสำรวจการบันทึกการเจ็บป่วย ARIC ในระเบียบรายงานพลาบุงคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย สามารถจำแนกโรคถูกต้อง ร้อยละ 82.2 และผลการสำรวจคุณภาพการให้บริการมาตรฐาน ARIC ของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่สาธารณสุขที่ 6 ปี 2546 พบว่าบุคลากรสาธารณสุขทุกรายที่เข้าสำรวจ สามารถจำแนกโรคถูกต้อง ผู้ป่วยโรคปอดบวมได้รับการรักษาถูกต้อง และมีการใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นไม่เกินเป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 20) รวมถึงผลการศึกษาในต่างประเทศ เรื่องการดูแลจัดการตามแนวทางโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสถานบริการสาธารณสุขระดับต้น ประเทศบอสซาวันนา ปี 2548 ที่พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางการถามประวัติและตรวจร่างกายต่ำกว่ามาตรฐานผู้ให้การรักษามีการถามประวัติถูกต้อง ร้อยละ 63.00 แต่มีความคล้ายคลึงกันในสวนของการตรวจร่างกายที่พบว่าทำได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 18.00

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ปัจจัยอายุ พบว่าทุกกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี มีพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ดีกว่ากลุ่มที่อายุ 50 ปี ขึ้นไป อาจมีสาเหตุมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สูงอายุส่วนใหญ่เป็นที่คาดหวังของเจ้าหน้าที่รุ่นหลังในการเป็นต้นแบบของการปฏิบัติงานที่ดี ภายใต้วินัยสำนึกว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สูงอายุมีประสบการณ์ปฏิบัติงานที่ยาวนานกว่าเคยผ่านการอบรมองค์ความรู้ต่างๆ มาแล้ว จึงเป็นช่องว่างให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สูงอายุขาดโอกาสในการพัฒนาตนเองด้านองค์ความรู้ได้ ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีและกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรการศึกษาจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องมักมีรากฐานจากการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ปัจจัยด้านตำแหน่งงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพ พฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริการมาตรฐาน ARIC ดีกว่าเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุข ส่วนหนึ่งน่าจะมีสาเหตุจากเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและนักวิชาการสาธารณสุข ไม่ได้ถูกฝึกสอนมาเพื่อทำหน้าที่ด้านการตรวจรักษาโดยตรง ความสามารถในด้านการตรวจรักษา จึงมีน้อยกว่าพยาบาลวิชาชีพ แต่สภาพการปฏิบัติงานจริงในปัจจุบัน สถานบริการ

สาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ยังมีบุคลากรด้านการตรวจรักษาโดยตรง ไม่เพียงพอเป็นการยากที่เจ้าพนักงานสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ จะปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือประชาชน ในส่วนของการปฏิบัติงานด้านการตรวจรักษาได้ ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จึงควรพิจารณาให้ความสำคัญในจุดนี้ด้วย

สำหรับปัจจัยด้านสภาพอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ARIC ในภาพรวมพบว่าผลการประเมินสภาพอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในงาน ARIC อยู่ในระดับที่น่าพอใจสถานบริการส่วนใหญ่มียา Amoxycillinsyr, ยา Penicillin V syr. ยา Erythromycinsyr, ยาแก้ไอGlycerylguaiacolateและแผนภูมิการบริการ ARIC เพียงพอ ผลการประเมินครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยอื่นหลายฉบับว่าสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่หรือเกือบทุกแห่งที่เข้าสำรวจ มียาปฏิชีวนะสำหรับใช้ในงาน ARIC เพียงพอ ทั้งการสำรวจความพร้อมของสถานอนามัยในการให้บริการมาตรฐาน ARIC ของเตชา เจริญมิตร และ ชีรวัฒน์ วลัยเสถียร. การสำรวจความพร้อมของสถานอนามัยในการให้บริการมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2540 วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา 2541:4 (-):36-42. ผลการสำรวจคุณภาพการให้บริการมาตรฐานARICกรมควบคุมโรคติดต่อ. รายงานการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 4 การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก.

กรุงเทพฯ:กองวิมโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ;2540. 180 หน้า. และผลการศึกษาคุณภาพการให้บริการมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กระดับสถานีอนามัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. การศึกษาคุณภาพให้บริการมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กระดับสถานีอนามัยจังหวัดลำพูน ปี 2545. ม.ป.ท. : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน;ไม่ระบุ. ในส่วนของการประเมินความเชื่อและความคิดเห็น และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ARIC ครั้งนี้พบว่าภาพรวมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความเชื่อและความคิดเห็นในการปฏิบัติงาน ARIC อยู่ในระดับที่น่าพอใจ แต่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ARIC อยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ ด้านการประเมินความรู้ในงาน ARIC พบว่าผลการประเมินครั้งนี้มีภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ แตกต่างจากผลการศึกษาวิจัยอื่นหลายฉบับ เช่น การศึกษาของ สุนีย์ ไชยสุวรรณ ความรู้และความคิดเห็นในการดำเนินงานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARIC) ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจังหวัดนครศรีธรรมราช วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น 2542; 6(-): 24-31 จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอยู่ในระดับดีมากกว่าร้อยละ 90 ผลการศึกษาของ วันทนา กลางบุรัมย์, มยุรี สุทธิประภา, ประคอง เทียบศรี และ รัชณี มาตย์ภูธร การสำรวจคุณภาพการให้บริการบริการโรคติดเชื้อระบบหายใจในเด็กของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่สาธารณสุขที่ 6 ปี 2546 วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่

6 จังหวัดขอนแก่น.2547;11(4):53-61.ในพื้นที่สาธารณสุขที่ 6 ที่พบว่าเกือบทั้งหมดของสถานบริการที่เข้าประเมิน สามารถให้การบริการมาตรฐาน ARIC ได้ (ร้อยละ 95.20) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี

การที่ภาพรวมของผลการประเมินความรู้ในงาน ARIC อยู่ในระดับที่น่าพอใจนั้น คณะผู้วิจัยมีข้อสังเกตตามผลการศึกษาว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่แม้จะเคยได้รับการกระตุ้นจากผู้บังคับบัญชาเกี่ยวกับการใช้แผนภูมิการบริหาร ARIC และเกือบทั้งหมดเคยใช้แผนภูมิการบริหาร ARIC โดยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่เคยใช้แผนภูมิการบริหาร ARIC มีการใช้มากกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนครั้งที่ตรวจแต่ผลการประเมินว่าเคยหรือไม่เคยใช้แผนภูมิการบริหาร ARIC กลับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่แม้จะเคยได้รับการอบรมงาน ARIC แต่ก็ได้รับการอบรมมาแล้ว โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่เคยได้รับการอบรมก่อนปีงบประมาณ 2545 รองลงมาเป็นกลุ่มที่เคยได้รับการอบรมในช่วงปีงบประมาณ 2545-2549 การเคยหรือไม่เคยได้รับการอบรมงาน ARIC ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่แม้จะเคยได้รับการนิเทศงาน ARIC มาแล้ว แต่การเคยหรือไม่เคยได้รับการนิเทศงาน ARIC ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC สาเหตุของปัญหาอาจเกิดจากผู้บังคับบัญชา วิทยากรการฝึกอบรม

และเจ้าหน้าที่นิเทศติดตามงาน ARIC ไม่ได้มีการเน้นย้ำกับผู้ให้บริการตรวจรักษา ARIC ว่าทุกครั้งที่ทำการตรวจรักษา ARIC ต้องมีการบันทึกผลการตรวจรักษาผู้ป่วยทุกราย ตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ด้วย ซึ่งในการประเมินครั้งนี้ ก็ยังไม่มีมีการเก็บข้อมูลว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถูกประเมินเคยได้รับการเน้นย้ำจากผู้บังคับบัญชา วิทยากรการฝึกอบรม และเจ้าหน้าที่นิเทศติดตามงาน ARIC ในส่วนที่เกี่ยวกับการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC หรือไม่

### ข้อเสนอแนะ

1.หน่วยงานระดับบริหารที่มีบทบาทหลักในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ควรมีการส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานจริงด้านการตรวจรักษาผู้ป่วยที่เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข ให้สามารถศึกษาต่อด้านการตรวจรักษา หรือจัดทำหลักสูตรระยะสั้นเป็นการจำเพาะเหมาะสมมีคุณวุฒิรองรับชัดเจนเพื่อให้เจ้าหน้าที่เหล่านี้สามารถปฏิบัติงานด้านการตรวจรักษาได้อย่างมีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับและเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร

2.ผู้บังคับบัญชา วิทยากรฝึกอบรมผู้นิเทศติดตามงาน ARIC รวมถึงผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการผลิตสื่อ/คู่มือการปฏิบัติงาน ARIC ทุกระดับ ควรเร่งสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานและเพิ่มการเน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริงด้านการตรวจรักษาผู้ป่วย ARIC ทำการบันทึกผลการตรวจรักษา ARIC ทุกรายอย่างครบถ้วนถูกต้อง ตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ทุกครั้งที่ให้บริการ

3.เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมงาน ARIC นานแล้ว การพัฒนางาน ARIC พื้นที่สาธารณสุขเขต 17 ในระดับใกล้ จึงควรเป็นเรื่องการฝึกอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้งาน ARIC แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริงด้านบริการตรวจรักษาอยู่ในระดับพื้นที่

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามและให้ความสำคัญกับพฤติกรรมกำบังที่ผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่ใช่แพทย์อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยควรมีการติดตามประเมินผลทุก 1 – 2 ปีต่อครั้ง และในการประเมินครั้งต่อไป ควรมีการสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในส่วนของกำบังจากผู้บังคับบัญชา วิทยาการการฝึกอบรม และผู้ทำหน้าที่นิเทศติดตามงาน ARIC เกี่ยวกับการกำบังที่ผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ด้วย

### ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

ผลการประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการประเมินอาการ วินิจฉัยจำแนกกลุ่มโรค ให้การรักษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเด็กป่วย ARIC ในครั้งนี้ เป็นข้อมูลที่ได้มาจากการกำบังทั้งที่เป็นเอกสารรายงาน และคอมพิวเตอร์ ไม่ใช่ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำลังให้บริการ การเทียบเคียงผลการประเมินในครั้งนี้กับผลการศึกษาวิจัยฉบับอื่น อาจมีความคลาดเคลื่อนไปตามลักษณะการเก็บ

ข้อมูลของแต่ละชิ้นงาน ที่มีความแตกต่างกัน

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรครวมบทคัดย่อผลงานวิจัยโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ISBN 974-297-497-8) ม.ป.ท.: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;ไม่ระบุ 166 หน้า
2. กรมควบคุมโรค แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ISBN 978-974-297-657-6) ม.ป.ท.: กลุ่มโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;2550 76 หน้า
3. ประภาเพ็ญ สุวรรณ เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษา หน่วยที่ 1-7.6. ม.ป.ท. : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2531.4, พฤติกรรมสุขภาพ;151-121.
4. กรมควบคุมโรคติดต่อ. รายงานการสัมมนา ระดับชาติ ครั้งที่ 4 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. กรุงเทพฯ:กองวินโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ;2540. 180 หน้า.
5. เตชา เจริญมิตร และ ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร. การสำรวจความพร้อมของสถานีนอนามัยในการให้การบริหารมาตรฐานโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2540 วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5 นครราชสีมา 2541:4(-):36-42.

เพศชายร้อยละ 22.47) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.30) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 83.15) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานประมาณ 14 ปี ตำแหน่งงานในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 74.16) รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 15.73) และเจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 20.13) ลักษณะปัจจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ARIC มีอัตรากำลังที่ปฏิบัติงานจริงประมาณ 3 คน จากจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดในรอบ 3 เดือน ประมาณ 1,636 คนเป็นผู้ป่วย ARIC ประมาณ 99 คน (อัตราส่วนผู้ป่วย ARIC:ผู้มารับบริการทั้งหมดประมาณ 1:16.53) ผู้ให้บริการตรวจรักษา ARIC เกือบทั้งหมดเคยใช้แผนภูมิการบริหาร ARIC (ร้อยละ 96.63) และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่เคยใช้แผนภูมิการบริหาร ARIC มีการใช้มากกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนครั้งที่ตรวจ (ร้อยละ 50) เกือบทุกแห่งมียา Amoxicillin syr. ที่ใช้ในงาน ARIC เพียงพอ (ร้อยละ 93.26) และส่วนใหญ่มียา Penicillin V syr. ยา Erythromycin syr. ยาแก้อาเจียน Glycerylguaiacolate และแผนภูมิการบริหาร ARIC เพียงพอ (ร้อยละ 61.80, 59.55, 78.65 และ 71.91 ตามลำดับ) ลักษณะปัจจัยการสนับสนุนการดำเนินงาน ARIC ส่วนใหญ่เคยได้รับการกระตุ้นจากผู้บังคับบัญชาเกี่ยวกับการใช้แผนภูมิการบริหาร ARIC (ร้อยละ 75.28) เคยได้รับการฝึกอบรมงาน ARIC (ร้อยละ 76.40) และเคยได้รับการนิเทศงาน ARIC (ร้อยละ 68.54)

กลุ่มที่เคยได้รับการอบรมเกินกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการอบรมก่อนปีงบประมาณ 2545 (ร้อยละ 58.43) รองลงมาคือกลุ่มที่เคยได้รับการอบรมในช่วงปีงบประมาณ 2545 – 2549 (ร้อยละ 34.83) กลุ่มที่เคยได้รับการนิเทศงาน ARIC ส่วนใหญ่ได้รับการนิเทศจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 30.34) รองลงมาคือได้รับการนิเทศจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 30.34) และเกือบทั้งหมดของผู้ที่เคยได้รับการนิเทศงาน ARIC ตอบว่าได้รับประโยชน์จากการนิเทศงานทุกครั้ง (ร้อยละ 94.38) ด้านการสนับสนุนสื่อ/คู่มือ/สิ่งพิมพ์เพื่อใช้ในงาน ARIC พบว่ามีเพียงส่วนน้อยที่ได้เพียงพอ (ร้อยละ 30.70)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) มีเพียง 3 ปัจจัยคืออายุ ระดับศึกษา ตำแหน่งงานในปัจจุบัน โดยกลุ่มอายุต่ำกว่า 50 ปี มีพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ดีกว่ากลุ่มอายุ 50 ปี ขึ้นไป กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า มีพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตร มีพฤติกรรมการบันทึกผลการตรวจรักษาตามแนวทางการบริหารมาตรฐาน ARIC ดีกว่าเจ้าพนักงานสาธารณสุข ชุมชนและนักวิชาการสาธารณสุข ดังแสดงในตารางที่ 1

6. กรมควบคุมโรคติดต่อ การสำรวจคุณภาพการให้บริบาลมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ในสถานบริการระดับชาติ ครั้งที่ 4. ม.ป.ท. : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
7. วันทนา กลางบุรัมย์, มยุรี สุทธิประภา, ประคอง เทียบศรี และ รัชณี มาตย์ภูธร การสำรวจคุณภาพการให้การบริบาลโรคติดเชื้อระบบหายใจในเด็กของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่สาธารณสุขที่ 6 ปี 2546 วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 2547;11(4):53-61.
8. Boonstra E, Lindbaek M, Ngome E. Adherence to management guidelines in acute respiratory infections and diarrhea in children under 5 years old in primary health care in Botswana. *International Journal of Quality in Health Care*. 2005;17(3): 221-227 from <http://www.popline.org/docs/1636/291078>.
9. สุนีย์ ไชยสุวรรณ ความรู้และความคิดเห็นในการดำเนินงานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARIC) ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยจังหวัดนครศรีธรรมราช วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น 2542; 6(-):24-31.
10. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการบริบาลโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กในจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2543. ม.ป.ท. : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ; 2543.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. การศึกษาคุณภาพให้บริบาลมาตรฐานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กระดับสถานีอนามัย จังหวัดลำพูน ปี 2545. ม.ป.ท. : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน;ไม่ระบุ.
12. สมจิตต์ สุพรรณทาสน์. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7.6 ม.ป.ท. :มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2531.3, พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง; 93-150 และ 6, การจูจใจ; 259-320
13. กรมควบคุมโรคติดต่อ. ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศรีสะเกษ น่าน และปัตตานี ปี 2542. ม.ป.ท. : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข;ไม่ระบุ.

# กระบวนการพัฒนานโยบายการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต10 อุบลราชธานี

## The policy formulation process to prevention and control risk factor of Non Communicable Disease (NCD) in the area of the National Health Security Office region 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani

อรทัย ศรีทองธรรม (ปร.ด. ประชากรศึกษา)  
อุบลศรี บุคตา (พยาบาลศาสตรบัณฑิต)  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

Orathai Srithongtham (Ph.D., Population Education)  
Ubonsri Thabhudda (Bachelor of Nursing)  
The Office of Disease Prevention and Control  
Region 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายท้องถิ่น ด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ(3 อ. 2 ส.) ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และการยอมรับแนวทาง การป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตามบทบาทของกรมควบคุมโรค โดยทำการศึกษากับอปท. ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการจัดกลุ่มประเด็น และวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา** กระบวนการพัฒนานโยบายฯ เริ่มจากปัญหาการเพิ่มผู้ป่วยเบาหวานความดันรายใหม่ การมีคนในครอบครัว-เพื่อนบ้านเสียชีวิต โดยไม่ทราบสาเหตุ หรือเสียชีวิตเพราะไม่มีเงินฟอกไต ทำให้ท้องถิ่นสนใจปัญหาโรคภัยเจ็บ และทำการคัดกรองปัญหาภาวะสุขภาพ เพื่อสื่อสารให้ชุมชนยอมรับปัญหาและหาทางแก้ปัญหาร่วมกันกับมีกองทุนสุขภาพท้องถิ่น เป็นหน่วยงานหลักในการ

สนับสนุนงบประมาณ อบรมด้วยหลัก 3 อ.2ส. เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ส่วนมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมเหล้า-บุหรี่ มีการนำไปปฏิบัติน้อยเนื่องจากไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน เกิดผลกระทบต่อทุนทางสังคม การใช้มาตรการทางสังคมด้วยการสร้างโอกาสให้ชาวบ้านลด ละ เลิก เหล้า-บุหรี่ และการสร้างตัวแบบการเลิกเหล้า-บุหรี่ ในชุมชน เป็นการสร้างความเคยชินและปรับวิถี ชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นมาตรการที่ชุมชนยอมรับไปปฏิบัติ

**ศัพท์สำคัญ:** นโยบาย/ โรคไม่ติดต่อ / ปัจจัยเสี่ยง  
**ชื่อแหล่งทุน:** กรมควบคุมโรค และ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ(IHPP)

### Abstract

This research was aims to study the local policy formulation process to prevention and control NCD risk factors in term of 3 Or 2 Sor: control unhealthy diet,

activity, and emotion, and avoiding tobacco and alcohol consumption, and to study the adoption of the DDC's role (Department of Disease Control) to control NCD risk factor in term of the local policy. The participants were 20 local administrative organizations (LAOs) in the area responsibility of the National security health organization region 10 Ubon Ratchathani. Data collecting were group interview and in-depth interview by interview guide. Content analysis was use for data analysis. Finding: The local policy formulation process was begun with the problem of DM and HT, the direct experience on the unknown cause of death the family member and neighborhood. This situation was acceptance as a community problem and launched as a policy to problem solving. The LAO's health fund is the opportunity to support the local policy. The reason for decision to support the policy was the useful and worthwhile to the people health. The activity was training course of 3 Or 2 Sor for changing behavior. The law enforcement on alcohol and tobacco was the major problem in the community, due to no related to the community way of life and effect to the community capital. The gradually changing and learning with the social enforcement to built opportunity on reduces, abandonment, and stop the consumption

of alcohol and tobacco was the appropriate way to the community.

**Keyword:** Policy, Non communicable disease, Risk factor

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

**สถานการณ์** โรคไม่ติดต่อถือเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควร (< 70ปี) อันดับหนึ่งทั้งในระดับ Global %63, Regional (SEA) 61.5% และในประเทศไทย 73% คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตฯ เพิ่มขึ้นจาก ๓๖ ล้านคนใน พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๔๔ ล้านคนในปี พ.ศ.๒๕๖๓<sup>๑</sup> และยังเป็นภาระด้านสุขภาพจากการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ การเคลื่อนไหวทั้งในระดับโลก กำหนดเป้าหมาย (9ข้อ ปี 2568) เพื่อการป้องกันควบคุมโรคNCD, SEA รองรับ9ข้อโดยเพิ่มเติมในหนึ่งข้อคือเรื่องการควบคุมมลพิษทางอากาศในครัวเรือน<sup>๑</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งจากงานวิจัยที่ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพโดยมีการผสมผสานแนวคิดมาใช้ในระบบบริการเพื่อควบคุมและป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการนำเอาเทคโนโลยีสื่อสารมาใช้เพื่อควบคุมการพฤติกรรมผู้ป่วย<sup>2,3,4</sup> หรือมีการจัดการเชิงระบบด้วยการสร้างโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้บริการแบบครบวงจรในทั้งในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิเช่นในประเทศแอลจีเรีย<sup>๕</sup> หรือการจัดการเชิงระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศในการให้บริการผู้ป่วยไม่ติดต่อและมีการประเมินผลระบบการให้บริการภายใต้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นใน

ประเทศอิตาลี<sup>6</sup> รวมทั้งการประเมินระบบบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศแอฟริกา<sup>7</sup> และความพยายามแนะนำให้วัคซีนไม่ติดต่อกันเป็นหนึ่งในโรคที่ต้องดูแลภายใต้กรอบแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว เพื่อนำไปสู่การบรรลุการพัฒนาสุขภาพที่ก้าวหน้าในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง<sup>8</sup> งานที่มองเชิงระบบโรคในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อกันในกลุ่มประเทศอาเซียน โดย *Dan et al.*<sup>9</sup> เสนอว่าหน่วยงานท้องถิ่นในระดับจังหวัดหรือเมืองเป็นหน่วยงานที่มีเหมาะต่อการสร้างความร่วมมือกับหลายภาคส่วนในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกัน และการให้บริการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยมีระบบการส่งต่อในการสนับสนุนระบบบริการ

ประเทศไทยมีการดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อกัน ภายใต้ต้นนโยบายการปรับเปลี่ยนสุขภาพ “3อ.2ส.(ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ หลีกเสี่ยงสารเสพติดเหล้าและบุหรี่)” “การเคลื่อนไหวออกแรงออกกำลังกาย (Diet Physical Activity Clinic: DPAC)” “การรื้อฟื้นนวัตกรรมจัดการโรคไม่ติดต่อกันโดยชุมชน (CBI: community base intervention)” และมีหน่วยงานระดับประเทศโดยกรมควบคุมโรคในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อกัน การกำกับตามตัวชี้วัดโรคไม่ติดต่อกันตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการจัดทำระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อกันระดับประเทศ<sup>10-13</sup> นอกเหนือจากหน่วยงานอื่นๆ นอกกรมควบคุมโรคทั้งภาครัฐและเอกชน จากการสรุปผลการดำเนินงานพบว่ายังขาดระบบการติดตามประเมินผล และความเข้มแข็งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ การดำเนินงานฯ มักจำกัดอยู่เพียงแต่ใน

ภาคสุขภาพและภาครัฐเท่านั้น และช่องว่างของการดำเนินงานเห็นว่าควรมีกลไกและกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ในการจัดการโรคไม่ติดต่อกันทั้งในระดับประเทศ และโดยเฉพาะระดับท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีความเหมาะสมในการดำเนินการป้องกันควบคุม ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกันด้วยนวัตกรรมและความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วน<sup>14</sup> สอดคล้องกับงานวิจัย โดย Dan และคณะ<sup>9</sup> ที่เสนอว่าหน่วยงานระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น มีความเหมาะสมต่อการสร้างความร่วมมือกับหลายภาคส่วนในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกัน และการให้บริการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยมีระบบการส่งต่อในการสนับสนุนระบบบริการ และจากการวิเคราะห์ระบบ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ จาก สปสช.<sup>15</sup> ที่กล่าวถึงปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อกันของประเทศไทยว่า “จุดชี้ขาดของความสำเร็จในงาน NCD คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยชุมชน/ท้องถิ่น การทำ Primary prevention ในท้องถิ่น โดยบทบาทนักวิชาการต้องหาองค์ความรู้ อะไรบางอย่างที่จับต้องได้ ในมุมมองท้องถิ่นที่เขาคาดและต้องการ (Needs) ไม่ใช่เรื่องของวิชาการสาธารณสุข”

หากจะพัฒนานโยบายป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อกัน ควรพัฒนาตามความต้องการของท้องถิ่นโดยท้องถิ่น ซึ่งในระดับท้องถิ่นนั้น มีงบประมาณเพื่อการทำงานด้านสุขภาพในรูปแบบของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนจากสำนักงานหลัก

ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับงบประมาณส่วนหนึ่งจาก อปท.เองในรูปแบบของงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล/ท้องถิ่น ดังนั้น หากต้องการจะผลักดันให้ท้องถิ่น เห็นความสำคัญในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อด้วยการพัฒนาเป็นนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง(3อ.2ส.)โรค ไม่ติดต่อ โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ขององค์การบริหารส่วนตำบล ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนสุขภาพระดับตำบล ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่กระบวนการเลือกปัญหาและแนวทางการจัดการปัญหาในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และ (2) เพื่อศึกษาแนวทางที่อปท.ยอมรับแนวทางการจัดทำแผนงาน/นโยบาย การป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตามบทบาทของกรมควบคุมโรค ในพื้นที่

### การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการนโยบาย หมายถึงการศึกษาเกี่ยวกับ (1) การเกิดนโยบายว่าเกิดจากความต้องการแก้ปัญหาของสังคมหรือเกี่ยวข้องกับบทบาทของรัฐบาลในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาสังคม หรือเป็นกิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินงานด้านบริการสาธารณะแก่ประชาชน (2) การกำหนดนโยบาย ว่าสถาบันใดที่มีบทบาทต่อการกำหนดนโยบาย และมีกระบวนการในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดนโยบายอย่างไร และ (3) การตัดสินใจเลือกทางเลือกของนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ ว่าการตัดสินใจเลือกทางเลือกนโยบายอยู่

ภายใต้แนวคิดทฤษฎีใด และมีปัจจัยที่สำคัญอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจ มีข้อจำกัดต่อการปฏิบัติ นโยบายรวมทั้งอุปสรรคต่อการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่อย่างไร และมีแนวทางการจัดการข้อจำกัดและอุปสรรคอย่างไรเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะต่อทางเลือกในการนำนโยบายไปปฏิบัติที่เหมาะสม กับพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย มีการใช้หลากหลายมาตรการ ทั้งมาตรการทางกฎหมายและมาตรการด้านภาษี มาใช้ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้งบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกเหนือจากความพยายามในการสร้างนวัตกรรม นโยบายและโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่หลากหลายทั้งตัวนวัตกรรม กลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ๆ ใดๆก็ตามในประเทศไทยเอง แม้ว่าจะเป็นประเทศที่ถูกมองว่าใช้มาตรการทางกฎหมาย และภาษีในการควบคุมการสูบบุหรี่ได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วยกันแต่ก็ยังพบว่าการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในระดับชุมชนยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร และจำนวนผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นยังพบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้น<sup>15</sup> เช่นเดียวกับการใช้มาตรการทางกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ายังไม่เข้มแข็งโดยเฉพาะในระดับชุมชน และยังมีจำนวนนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี<sup>12</sup>

บทบาทกรมควบคุมโรคตามนโยบายการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่บทบาทในการคัดกรองและการประเมินความเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตตามมาตรฐาน ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยง การผลิตสื่อต้นแบบ/การสื่อสารรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง สร้างและพัฒนามาตรการทางสังคม กฎหมาย และสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง ในการศึกษาครั้งนี้นำบทบาทของกรมควบคุมโรค ที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อบต./เทศบาล ในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ในเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงในประชากรและชุมชน โดยการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตตามมาตรฐาน ส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย การใช้มาตรการทางสังคม กฎหมาย และสิ่งแวดล้อม และส่งเสริมสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อให้ประชากรและชุมชนเกิดความตระหนักในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ และยาสูบ และการเสริมสร้างศักยภาพการดำเนินงานเพื่อให้สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

การดำเนินงานป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อตามนโยบายของกระทรวงฯ มีการถ่ายระดับลงมายังกรมควบคุมโรค ระดับจังหวัด และระดับตำบล หน่วยงานหลักในการดำเนินงานในระดับ

ตำบล/เทศบาล คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แหล่งงบประมาณสำคัญในการดำเนินงานมาจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยให้การสนับสนุนในรูปแบบของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีการกำหนดแนวทางในการใช้งบประมาณกองทุนฯ เพื่อทำการประเมินการใช้งบประมาณกองทุนในแต่ละปีงบประมาณ แบ่งเป็น 8 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด กลุ่มที่2กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มที่3กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มที่4 กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มที่5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มที่6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ กลุ่มที่ 7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ภาวะเสี่ยง และกลุ่มอื่นๆ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ และกลุ่มอื่นๆ โดยหมวดที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อคือหมวดที่7 ซึ่งอปท.แต่ละแห่งก็จะมีสัดส่วนของการใช้งบประมาณแต่ละหมวดแตกต่างกันไป โดยนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีทั้งการดำเนินงานในกลุ่มประชาชนปกติ กลุ่มเสี่ยง และในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนตามมาได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง

การทบทวนงานวิจัย ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ผลการประเมินการดำเนินงานวัดจาก การลดลงของกลุ่มเสี่ยง ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต และวัดผลจากการมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

งานที่มองเชิงระบบโรคในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในกลุ่มประเทศอาเซียน โดย Dan และคณะ<sup>9</sup> เสนอว่าหน่วยงานท้องถิ่นในระดับจังหวัดหรือเมือง เป็นหน่วยงานที่มีความเหมาะสมต่อการสร้างความร่วมมือกับหลายภาคส่วนในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการให้บริการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยมีระบบการส่งต่อในการสนับสนุนระบบบริการ **วิธีการศึกษา**

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

**พื้นที่ศึกษา** เลือกจังหวัดพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 อุบลราชธานีคือจังหวัดอุบลราชธานี หน่วยในการวิเคราะห์คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 20 แห่ง และเป็นอปท. ที่มีแผนงานโครงการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในปีงบประมาณ 2558 ทำการเลือก อปท. ในเขตอำเภอรอบใน 2 แห่ง และในเขตอำเภอรอบนอก 2 แห่ง จาก 5 จังหวัด

**กลุ่มเป้าหมาย** ในการเก็บข้อมูล จะเลือกแบบเจาะจง จำนวน 8-6 คน ต่อ/อปท. ได้แก่ นายก อปท./ตัวแทน ปลัด อปท. ตัวแทนสมาชิก อปท. กรณีที่ไม่ใช่สมาชิก อปท. ทำการเจาะจงเป็นผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดทำนโยบาย/แผนงานป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในชุมชน ในปีงบประมาณ 2558 และมีตำแหน่งในฐานะผู้นำชุมชนในรูปแบบต่างๆได้แก่ คือ ผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ รพสต. จำนวน 1 คน ตัวแทนอสม.จำนวน 1 คน

**การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือ** แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เก็บข้อมูลด้วยการ

สัมภาษณ์กลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกในกรณีที่อาสาสมัครบางท่านติดภาระกิจสำคัญเร่งด่วนในวันที่ทีมวิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มหรือในกรณีที่อาสาสมัครไม่สะดวกที่จะให้การสัมภาษณ์กลุ่มแต่สะดวกในการให้สัมภาษณ์เดี่ยวมากกว่า กลุ่มเป้าหมายที่ทำการสัมภาษณ์ในฐานะเป็นตัวแทน อปท.ในการสัมภาษณ์กลุ่ม ได้แก่ นายก อปท./ตัวแทน ปลัด อปท. ตัวแทนสมาชิก อปท. ตัวแทนผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน ตัวแทนอสม. และรพ.สต. ในพื้นที่ ประเด็นในการสัมภาษณ์ กระบวนการพัฒนานโยบายการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองDM/HT การสนับสนุนชมรมผู้ป่วยDM/HT การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกายประชาชน การส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ การใช้มาตรการทางสังคมและหรือการบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ และยาสูบในชุมชน และการจัดให้มีสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ตามกฎหมายในชุมชน แนวทางการสัมภาษณ์เน้น กระบวนการพัฒนานโยบายเกี่ยวกับ กระบวนการเลือกปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา มีกระบวนการตัดสินใจเลือกกิจกรรม/ทางเลือกของนโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างไร ใครมีส่วนร่วมบ้าง และมีปัจจัยที่สำคัญอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจ มีข้อจำกัดต่อการปฏิบัตินโยบายรวมทั้งอุปสรรคต่อการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่อย่างไร และมีแนวทางการจัดการข้อจำกัดและอุปสรรคอย่างไร

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์กลุ่ม นำมาจัดกลุ่ม ตามประเด็นสำคัญ และทำการวิเคราะห์ เนื้อหาให้ได้เป็นกระบวนการ

พัฒนาพัฒนานโยบายการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในระดับท้องถิ่น

**ผลการศึกษา**

ข้อมูลทั่วไป ของอปท. ทั้ง 20 แห่ง ซึ่งในการนำเสนอ ผลการศึกษา ผู้วิจัยให้ รหัส P1-P20 แทนการใช้ชื่อ อปท. แบ่งเป็นเทศบาล จำนวน 7 แห่ง และอบต. จำนวน 13 แห่ง ลักษณะการจัดทำนโยบายด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อด้วยหลัก 3 อ.2ส. ในรูปแบบของแผนงานโครงการด้านสุขภาพ ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น แบ่งโครงการออกเป็นสาม

ประเภทคือ (1)โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ 3 อ. คือ อารมณ์ อาหาร และการออกกำลังกาย และ 2ส. คือสุรา และการสูบบุหรี่ (2) โครงการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเหล้า บุหรี่ในชุมชน ในรูปและโครงการงานศพ งานบุญปลอดเหล้า ที่มีการดำเนินการผสมผสานไปกับเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค และ (3)โครงการที่มีการผสมผสานระหว่างโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ร่วมกับโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดหวานมันเค็มเติมการออกกำลังกายห่างไกลยาเสพติด โดยมีรายละเอียดรายอปท.ที่ศึกษา ดังตารางที่1 ดังนี้

**ตารางที่1** แสดงประเภทและขอบเขตกิจกรรมในโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อด้วย 3 อ. 2 ส.

ประเภทโครงการ	อปท.	ขอบเขตของโครงการ
โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	P1-P5, P9, P12, P15-P16, P17-P20	กระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดันในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3 อ. 2 ส.
โครงการการควบคุมเหล้า บุหรี่ในชุมชน	P6-P8, P11, P14	งานศพ งานบุญปลอดเหล้า งานคุ้มครองผู้บริโภค
โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	P13	หมู่บ้านจัดการสุขภาพด้วย 6อ.: อาหาร ออกกำลังกาย อโรคยา อนามัยสิ่งแวดล้อม อบายมุข อารมณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกิจกรรมลดหวานมันเค็มเติมการออกกำลังกายห่างไกลยาเสพติด

**หมายเหตุ:** กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ กลุ่มประชากรทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง กลุ่มผู้นำ อสม. และกลุ่มผู้ป่วย

## กระบวนการพัฒนานโยบายท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

“การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานความดันรายใหม่ และประสบการณ์ตรง และรอยโรคจากผลกระทบหลอดเลือดสมอง คนในครอบครัวเสียชีวิต เนื่องจากไม่มีเงินพอไต่ คนใกล้ชิดเจ็บป่วยเบาหวานตั้งแต่อายุน้อยแต่ต้องฉีดยาทุกวัน และเพื่อนบ้านเสียชีวิตทั้งๆที่ไม่ปรากฏอาการป่วยมาก่อน คือสาเหตุสำคัญที่ทำให้ท้องถิ่นให้ความสนใจต่อการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่...ที่เรียกว่าโรคภัยเงียบ”

“กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น คือแหล่งงบประมาณหลักในสนับสนุนโครงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ตั้งแต่การสนับสนุนเรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพ จนถึงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก 3อ. 2 ส. ที่ดำเนินการโดย รพ.สต. และหรือ PCU

กระบวนการพัฒนานโยบายท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เริ่มจากการมีสถานการณ์ปัญหาจำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันรายใหม่มีเพิ่มขึ้นทุกๆปี จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการใน รพ.สต. และข้อมูลโรงพยาบาลชุมชน ประกอบกับ รพ.สต.เอง มีผลการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ เป็นตัวเสริมให้พบผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วยังมีชาวบ้านบางส่วนที่ยังไม่สนใจในการตรวจคัดกรองสุขภาพ แต่จากความผิดปกติจากโรคภัยเงียบที่สามารถบอกความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานความดัน แต่ยังไม่ปรากฏอาการทางกาย และชาวบ้านเองยังสามารถทำงานได้ ทำให้ชาวบ้านไม่ตระหนักต่อเรื่องการตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ความตระหนักต่อโรคภัยเงียบต่อชาวบ้านบางส่วนเกิดจาก

สถานการณ์โรคที่พบเห็นจากตัวอย่างในพื้นที่ ทั้งจากประสบการณ์ตรงและรอยโรคที่ปรากฏกับคนในชุมชนที่แสดงถึงผลกระทบหลอดเลือดสมอง เช่น แขน ขาอ่อนแรง และต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดินและการทำงาน การมีประสบการณ์จากคนในครอบครัวเสียชีวิต เนื่องจากไม่มีเงินพอไต่ การเห็นคนใกล้ชิดเจ็บป่วยเบาหวานตั้งแต่อายุน้อย และต้องฉีดยาทุกวัน และการเห็นเพื่อนบ้านเสียชีวิตทั้งๆที่ไม่ปรากฏอาการป่วยมาก่อน คือสาเหตุสำคัญที่ทำให้ท้องถิ่น เริ่มให้ความสนใจต่อโรคภัยเงียบ และนำมาสู่การสนับสนุนโครงการการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ กระบวนการคัดเลือกปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นแรกเริ่มจากการคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน เป็นจุดเริ่มต้นของการทราบสถานการณ์ปัญหาโรคภัยเงียบในชุมชน มีการนำ

ข้อมูลปัญหาเหล่านี้ไปสื่อสารกับชาวบ้านและผู้นำท้องถิ่น ในการดำเนินการด้านสุขภาพขั้นต่อไป ผ่านช่องทางการทำประชาคม เพื่อพิจารณาและยอมรับปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และออกแบบการแก้ไขปัญหาร่วมกัน กระบวนการตัดสินใจยอมรับปัญหาดังกล่าวยังมีผลมาจาก การที่ตัวชุมชน ผู้นำชุมชน และชาวบ้านเอง มีประสบการณ์จากการสัมผัสปัญหาและผลกระทบในชุมชนทั้งทางตรงเช่น คนในครอบครัวได้รับผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อ และทางอ้อมได้แก่คนในชุมชนเสียชีวิต พิกการหรือได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และสุขภาพจากผลกระทบต่อเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคไม่ติดต่อคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นทำให้ท้องถิ่นและประชาชนยอมรับว่าเป็นปัญหาระดับพื้นที่ ที่ต้องได้รับการจัดการด้วยการทำกิจกรรมภายใต้โครงการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ประกอบกับ รพ.สต. มีข้อจำกัดงบประมาณสนับสนุนจาก CUP ในการดำเนินโรคไม่ติดต่อเชิงป้องกัน การมีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จึงเป็นโอกาสของ รพ.สต. ที่จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายระดับจังหวัด ด้วยการผลักดันนโยบายระดับท้องถิ่นในรูปแบบของแผนงานโครงการประจำปี

ปัจจัยเสริมด้าน พื้นที่ตั้งของ อปท.ในพื้นที่กิ่งเขตเมืองและในพื้นที่เขตชนบทที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการงานบุญประเพณี และงานศพปลอดเหล้า ปัจจัยด้านเบื้องหลังของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับงานด้าน

สาธารณสุข เช่น เคยทำงานเป็น อสม. หรือภาวะสุขภาพผู้บริหารที่ป่วยเรื้อรังด้วยโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยด้านองค์ประกอบความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพของ อปท. ต่างมีผลต่อการเห็นความสำคัญของปัญหาโรคไม่ติดต่อ และการตัดสินใจในการให้การสนับสนุนแผนงานโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่

การพิจารณาตัดสินใจเลือกให้การสนับสนุนงบประมาณแก่แผนงาน/เลือกโครงการทำโดยคณะกรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น ใช้หลักการคัดเลือกกว่า เป็นโครงการที่จะเกิดประโยชน์กับประชาชน และแผนงานโครงการมีความคุ้มค่าต่อสุขภาพประชาชน ซึ่งในภาพรวมแล้วเป้าหมายของการทำงานด้านสุขภาพท้องถิ่นคือ ให้ประชาชนสุขภาพดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีความสุข

กิจกรรมดำเนินการใน โครงการ ดำเนินการในรูปการอบรมหนึ่งวัน ใช้รูปแบบฐานความรู้ 3อ. 2ส. ตามแนวทางที่ได้รับจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงสูง ต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิต ผู้นำ อสม. และกลุ่มป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาล และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนกิจกรรมต้นแอโรบิกที่มีอย่างต่อเนื่องในบางหมู่บ้านนั้น รูปธรรมของกิจกรรม อ. ออกกำลังกาย ที่เป็นผลลัพธ์จากการสนับสนุนจากงบประมาณกองทุนสุขภาพท้องถิ่นที่เป็นต้นทุนเดิมในชุมชน ปัญหาการดำเนินงานตามแผนงานโครงการฯ การตรวจคัดกรองสุขภาพ และการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ คือปัญหาเรื่องอัตรากำลัง

หน่วยบริการสุขภาพท้องถิ่น อุปกรณ์สนับสนุน การดำเนินงาน ขาดการสนับสนุนงบประมาณ จาก CUP และในส่วนของ อปท. เองนั้นพบว่า แม้จะมีงบประมาณจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น แต่บุคลากรยังความเข้าใจในบทบาทของ อปท. ด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ทำให้ดูเหมือนหนึ่งว่าแผนงานโครงการ หรือ

นโยบายท้องถิ่นด้านการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อนั้น เป็นบทบาทหน้าที่ของ รพ.สต. ในพื้นที่แต่เพียงผู้เดียว และปัญหาในเรื่องการประเมินผลสำเร็จในการดำเนินงานโครงการฯ พบว่ายังขาดความชัดเจน และรูปธรรมในการประเมินโครงการฯ โดยเฉพาะการประเมินผลเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง

### การยอมรับบทบาทกรมควบคุมโรคด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเพื่อพัฒนาเป็นนโยบายท้องถิ่น

“การควบคุมเหล้า-บุหรี่ด้วยมาตรการทางกฎหมายขัดแย้งกับวิถีชุมชน การใช้มาตรการทางสังคมด้วยการสร้างโอกาส ให้ชาวบ้าน ลด ละ เลิก สุรา ในงานเทศกาล งานบุญประเพณี งานศพในชุมชน การสร้างตัวแบบการเลิกเหล้า-บุหรี่ โดยคนในชุมชน เป็นการสร้างความเคยชินและปรับวิถีชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นแนวทางที่เป็นไปได้และมีตัวอย่างความสำเร็จในหลายพื้นที่”

นโยบายท้องถิ่นในรูปแผนงานโครงการด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เห็นชัดเจนในเรื่อง 3อ. ส่วนเรื่อง 2 ส. คือการป้องกันควบคุมเหล้า-บุหรี่ ตามมาตรการทางกฎหมาย มีหลายประเด็นที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ทำให้ อปท. หลายแห่งแทบไม่เน้นกิจกรรมเพื่อป้องกันควบคุม 2 ส. โดยเฉพาะการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ มีเพียงบาง อปท. ที่ดำเนินการป้องกันควบคุมการดื่มเหล้าในพื้นที่และไม่ได้ใช้มาตรการทางกฎหมาย แต่ใช้มาตรการทางสังคมด้วยการสร้างโอกาสให้ประชาชนลด-ละ-เลิก การดื่มในงานบุญประเพณีและงานศพ ให้เป็นงานปลอดเหล้า

ปัญหาการดำเนินการเหล้า-บุหรี่ ตามมาตรการทางกฎหมาย ในระดับชุมชนไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากเหล้าอยู่ในวิถีชีวิตชุมชน เป็นสัญลักษณ์ของความรื่นเริง การฉลองความสำเร็จในการทำงาน เป็นตัวแสดงฐานะของเจ้าภาพในการจัดงานเลี้ยง หากไม่มีเหล้าเสริมในการทำงานจะเกิดความไม่พอใจและไม่ให้ความร่วมมือในการทำงานส่วนรวมของชุมชนท้องถิ่น มีผลกระทบต่อทุนทางสังคมเดิมตั้งแต่เรื่องระบบความสัมพันธ์ของคนในชุมชนถูกทำลาย ชาวบ้านขาดความไว้วางซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อความสามัคคีและร่วมมือกันในการทำงานภาพรวมของชุมชนท้องถิ่น แนวทางที่ทำได้คือการใช้มาตรการทางสังคมด้วยการสร้างโอกาส ให้ชาวบ้าน ลด ละ

เล็ก สุรา ในงานเทศกาล งานบุญประเพณี งานศพในชุมชน การสร้างตัวแบบการเลิกเหล้า-บุหรี่ โดยคนในชุมชน เป็นการสร้างความเคยชินและปรับวิถีชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นแนวทางที่เป็นไปได้และมีตัวอย่างความสำเร็จในหลายพื้นที่ ซึ่งรวมไปถึงแนวทางและข้อเสนอแนะ ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมนักดื่ม-นักสูบบุหรี่ใหม่ในชุมชนต้องใช้มาตรการทางสังคม และต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งครอบครัว โรงเรียน ชุมชนร่วมกับการสร้างและใช้มาตรการทางสังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและการสร้างวินัยร่วมของคนในชาติเป็นทางออกหนึ่งของการแก้ปัญหา เพื่อเสริมกับการใช้มาตรการทางสังคมในการป้องกันควบคุมในระดับชุมชน ท้องถิ่น

### อภิปรายผลการวิจัย

บทบาทของพื้นที่ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อตามนโยบาย 3อ.2 ส. เป็นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีความสำคัญทั้งในระดับนโยบายท้องถิ่น และระดับปัจเจกบุคคล โดยนโยบายระดับท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้ ตัวปัจเจกบุคคลรับทราบปัญหา ตระหนักในปัญหา และตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานความดัน ในประชาชนทั่วไปไม่ให้มีภาวะเสี่ยง และในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานความดันไม่ให้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง หากพิจารณาบทบาทของ อปท. ต่อการป้องกันควบคุมโรคตามกฎหมายแล้วจะเห็นว่า อปท. กับบทบาทด้านการป้องกันควบคุมโรคจะเน้นที่โรค

ติดต่อที่เป็นปัญหาของพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมาลาเรีย เป็นโรคติดต่อที่อพท. ทั้ง 20 แห่ง ทราบว่าโดยบทบาทตามกฎหมายแล้วเป็นหน้าที่ของ อปท. จัดสรรงบประมาณมาใช้ในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่หากพบว่ามีภาวะระบาดในพื้นที่ หรือทำการป้องกันไว้เมื่อถึงฤดูกาลที่โรคระบาด ซึ่งแตกต่างจากโรคไม่ติดต่อกันในชุมชนมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว เพราะไม่สามารถติดต่อถึงตัวเองได้แม้ว่าจะพบว่ามีคนป่วยและผู้ได้รับผลกระทบในพื้นที่ก็ตาม ในขณะที่เดียวกันบทบาทของ อปท. ที่ถูกที่กำหนดโดยตัวกฎหมายไม่ได้เน้นเจาะจงไปที่งานโรคไม่ติดต่อ ดังนั้นหากไม่มีงบประมาณจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น แล้วนโยบาย และแผนงานโครงการ ที่จะดำเนินการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่จะไม่ได้รับการสนับสนุน ดังที่ นายก อบต.ป11 ได้สะท้อนว่า หากไม่มีงบประมาณกองทุนสุขภาพท้องถิ่น ก็จะไม่สามารถนำงบประมาณมาใช้ในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะเรื่องโรคไม่ติดต่อได้ “ถ้าไม่มีงบจาก สปสช. เราก็ไม่สามารถเองผ่านสภามาช่วยสนับสนุนกองทุน ผมว่าจะเป็นปัญหาเพราะคนในสภาไม่เข้าใจต่องานด้านสาธารณสุข ถ้าไม่มีในข้อบัญญัติ ก็คงลำบากใช้ไม่ได้” ดังนั้นการคงอยู่ของกองทุนสุขภาพตำบลคือการสร้างสุขภาพของประชาชนให้ห่างไกลจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีที่สุดในปัจจุบันกิจกรรมดำเนินงานตามโครงการนอกจากจะได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ สื่อการทำกิจกรรม และแนวทางจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้ว จะเห็นว่าในบาง อปท. มีการประยุกต์แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อให้เข้ากับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ภายใต้หลักการกรมควบคุมโรค มีทั้งการประยุกต์เรื่องสุขภาพทางเลือก และหรือการประยุกต์วิธีปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้เข้าใจง่ายและสื่อได้ตรงกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน รวมถึงการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย การบริหารร่างกายด้วยการใช้วัสดุท้องถิ่น ที่คนในชุมชนมีและคุ้นเคยในชีวิตประจำวัน จึงอาจกล่าวว่าการพัฒนานวัตกรรมท้องถิ่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยคนในท้องถิ่น เป็นแนวทางหลักสำคัญที่ควรส่งเสริมให้เกิดในชุมชนท้องถิ่นมากที่สุดดังที่รพ.สต. ทั้งสองแห่ง ในพื้นที่อปท. P2 และ รพ.สต.ในพื้นที่ อปท. P8 ได้ดำเนินการในพื้นที่ที่จะเห็นว่าผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามงานวิจัยของDan และคณะ9 และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ จาก สปสช.15 ที่เสนอว่าหน่วยงานระดับพื้นที่หรือท้องถิ่นมีความเหมาะสมต่อการสร้างความร่วมมือกับหลายภาคส่วนในการนำนวัตกรรมไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการให้บริการโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยมีระบบการส่งต่อในการสนับสนุนระบบบริการ และปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อหรือจุดชี้ขาดของความสำเร็จในงานโรคไม่ติดต่อคือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยชุมชน/ท้องถิ่น การทำการป้องกันในระดับปฐมภูมิ ในท้องถิ่น โดยบทบาทนักวิชาการต้องหาองค์ความรู้อะไรบ้างอย่างที่จับต้องได้ ในมุมมองท้องถิ่นที่เขาขาดและต้องการ ไม่ใช่เรื่องของวิชาการสาธารณสุข”

เช่นเดียวกับนโยบายท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะนโยบาย 2ส. ของกรมควบคุมโรคในเรื่องการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย ที่ไม่มี อปท.ใดสามารถดำเนินการตามได้ สิ่งที่ใช้ป้องกันควบคุมเรื่องเหล้าบุหรี่ในชุมชนได้คือ การใช้มาตรการทางสังคม ด้วยการยอมรับร่วมกัน รวมถึงการออกแบบการใช้มาตรการทางสังคมร่วมกัน ในชุมชน ดังเช่นความสำเร็จใน อปท. P2 ที่สามารถดำเนินการควบคุมการดื่มเหล้าในงานศพ จนประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็วถึง 100 % ภายหลังจากดำเนินนโยบายไม่ถึงปี ดังนั้นการผลักดันนโยบายการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อดังเรื่อง 2ส. ที่จะให้เกิดผลในทางปฏิบัติในระดับชุมชนนั้นต้องให้ชุมชนมองเห็นปัญหาและความสำคัญของปัญหา ยอมรับว่าเป็นปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง สิ่งที่สำคัญคือ แนวทางในการจัดการปัญหาที่จะประสบความสำเร็จนั้นต้องมาจากการออกแบบโดยคนในชุมชน ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน หรือเรียกได้ว่าเป็นการสร้างมาตรการทางสังคมเพื่อการควบคุมเหล้า บุหรี่ในชุมชน ด้วยชุมชนเอง เป็นมาตรการที่เหมาะสมที่สุดในการบังคับใช้ในชุมชน

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

**ข้อเสนอแนะต่อกรมควบคุมโรค** (1)ควรทำการพัฒนานวัตกรรมและแนวทางการปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อให้กับระดับสาธารณสุขจังหวัด รพ.สต.และอปท. ในการนำไปใช้เป็นเครื่องมือดำเนินงานในระดับท้องถิ่น (2) สนับสนุนการพัฒนาารูปแบบการสร้างมาตรการ

ทางสังคมในการป้องกันควบคุมการดื่มเหล้า และการสูบบุหรี่ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

**ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (1)** ควรให้การสนับสนุนงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลจากอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในระดับท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (1) พัฒนาศักยภาพและทักษะแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่โรงพยาบาล และอปท. ด้วยการอบรมให้ความรู้ในการประยุกต์ใช้การนวัตกรรมและแนวทางการปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานในท้องถิ่น (2) สนับสนุนแนวทางการดำเนินงาน ชุมชนรู้ และสร้างเสริมทักษะการถ่ายทอดเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้นำด้านการปรับเปลี่ยนสุขภาพระดับตำบล (3) ส่งเสริมให้พื้นที่สร้างนวัตกรรม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

**ข้อเสนอแนะต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) (1)** สร้างความตระหนักเรื่องโรคภัยเจ็บ แก่บุคลากรและผู้บริหารในระดับท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นชุมชนยอมรับตระหนักต่อปัญหาโรคภัยเจ็บ (2) ควรส่งเสริมการพัฒนาและการใช้มาตรการทางสังคมที่หลากหลาย

สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน เพื่อสร้างโอกาสให้เกิดการ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ บุหรี่

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ที่ให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัย ทั้งในด้านหลักสูตรการเรียนรู้และงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบคุณ นายแพทย์ทักษพล ธรรมรังสี นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และอาจารย์ทุกท่าน ในสำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ขอขอบคุณ นายแพทย์กฤษฏา มโหทาน ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่เริ่มพัฒนาโครงการวิจัย การวิเคราะห์และเขียนรายงานการวิจัย จนสิ้นสุดโครงการ

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553. **แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด.** โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนา: กรุงเทพมหานคร.
2. Mary CHroskioskiet al. 2006. **Challenges of Change: A qualitative study of chronic care model implementation.** *annals of family medicine.* Vol.4 No.4, [www.annfammed.org](http://www.annfammed.org).

3. Bloomfield et al. 2014. **Mobilehealth for noncommunicable disease in Sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature and strategic framework for research. Globalization and health.10:49.** <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/49>.
4. Jose et al. 2013. **Evaluation of non communicable disease control pilot program of National Rural Mission in Thuruvananthapuram district.** Reed Elsevier India Pvt Ltd. Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
5. Lamri et al. 2014. **Diabetes in Algeria and challenges for health policy: a literature reviews of prevalence, cost, management and outcomes of diabetes and its complications.** Globalization and health.10:11. <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/11>.
6. Grimaccia and Kanavos. 2014. **Cost, outcomes, treatment pathways and challenges for diabetes care in Italy. Globalization and health.10:58.** <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/58>.
7. PaskalKengne et al. 2013. **Cardiovascular Disease and Diabetes as Economic and Development Challenges in Africa.** Progress in cardiovascular disease 56(2013) 302-313, [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
8. Stenberg and Chisholm. 2012. **Resources needs for Addressing Noncommunicable Disease in Low-and Middle-Income Countries.** WHO, Vol. 7, No.1, 2012.
9. Antonio Dans, and et al. 2011. **The rise of chronic non-communicable disease in southeast Asia: time for action.** Lancet 2011; 337: 680-89, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 377 February 19, 2011.
10. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556. **รายงานประจำปี 2556. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์: กรุงเทพมหานคร.**
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2555. **รายงานผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2555.** <http://bps.ops.moph.go.th/elva/evaluation/index.html>

- 12.สำนักควบคุมการบริโภคนยาสูบ. 2554. การเฝ้าระวังการบริโภคนยาสูบ. Online available, March,2015 : <http://btc.ddc.moph.go.th/cms/home/content/139>
- 13.สมัชชาสุขภาพ ๖/ ร่างมติ ๖. 2558. เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย. <http://www.healthstation.in.th>.
- 14.ทักษพล ธรรมรังสี. 2556. สถานการณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อประเทศไทย ปี 2556. เดอะ กราฟิโก้ ซิสเต็มจำกัด, นนทบุรี.

## การพัฒนามาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

### The development Alcohol beverage control measures in Don Nanghong Sub-district, That Phanom District, Nakhonphanom Province

สุชญา สีหะวงษ์ (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)  
ดร.ธงศักดิ์ ดอกจันทร์ (นิติศาสตรดุษฎีบัณฑิต)  
ดวงเดือน จันทะโชติ (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

Suchaya Srihavong (M.P.H.)  
Dr.Thongsak Deogchan (LL.D)  
Duangduean Chantachot (M.P.H.)  
The Office of Disease Prevention and Control  
10<sup>th</sup> Ubonratchathani

#### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการมาตรการการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขับเคลื่อนมาตรการไปปฏิบัติ และการประเมินผลมาตรการ ในพื้นที่ตำบลดอนนางหงส์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนมในเครือข่ายผู้มีส่วนร่วมการดำเนินงานของกลุ่ม3กลุ่ม คือ กลุ่มภาควิชาการ ภาคประชาชนและสังคม กลุ่มภาครัฐและการเมืองตามแนวคิดกระบวนการทางนโยบาย ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2557 – มิถุนายน 2559 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

1. การก่อตัวและกำหนดมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์ มีขั้นตอน 1)การวิเคราะห์และจัดตั้งภาคีเครือข่ายการดำเนิน

งานที่เป็นทุนทางสังคมในพื้นที่ได้ 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาการ ภาคประชาชนและสังคม ภาครัฐและการเมือง 2)การวิเคราะห์และสรุปปัญหาสาธารณสุขของชุมชนโดยภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วน 3)การกำหนดเป้าหมายที่จะบรรลุร่วมกันของชุมชน คือ ประชาชนลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพและสังคมที่ดีขึ้น และ 4) ประชาคมกำหนดและคัดเลือกมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน คือ ลดโอกาส ลดการเข้าถึงและลดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่การประกาศใช้และเผยแพร่ในชุมชน

2.การนำมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สู่การปฏิบัติ มีขั้นตอน 1) การจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชนแบบมีส่วนร่วม 2) การสนับสนุนการดำเนินงานภาคประชาชนโดยภาคีเครือข่ายภาควิชาการ ภาครัฐและการเมือง ทั้งองค์ความรู้วิชาการ ทรัพยากร 3) ร่วมติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการชุมชน และ 4) การถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายกิจกรรม

ที่นำ มาตรการลดโอกาสและการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สู่การปฏิบัติ ได้แก่ การบังคับใช้กฎหมาย ตรวจเตือน ตรวจจับร้านค้า จัดระเบียบร้านค้ารอบสถานศึกษา งานบุญประเพณี งานศพ งานบวชปลอดเหล้า มาตรการลดพฤติกรรมประชาชน ได้แก่ การสื่อสาร รมรงค์ให้ความรู้ ค่ายปฏิบัติธรรมกลุ่มเยาวชน ค่ายบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสุรา การประกวดและมอบรางวัลบุคคลต้นแบบเล็กเหล่าเข้าพรรษาเล็กเหล่าตลอดชีวิต

3.การประเมินผลมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์พบว่าเกิดการบูรณาการทำงานร่วมกันของพลังภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วน พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนลดลงจากร้อยละ 31.1 เหลือร้อยละ 28.04 แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุเมาแล้วขับและการทะเลาะวิวาทในชุมชนลดลง มีบุคคลต้นแบบงดเหล้าตลอดพรรษา และเล็กเหล่าตลอดชีวิตประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานร้อยละ 82 จะเห็นได้ว่าแนวโน้มสภาพปัญหาของชุมชนลดลง ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น อันเป็นผลมาจากการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชนดอนนางหงส์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยคือ ควรขยายผลรูปแบบการพัฒนาการขับเคลื่อนมาตรการไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เป็นประเด็นสาธารณะในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม และหน่วยงานภาครัฐสนับสนุนเพื่อผลประโยชน์ต่อประชาชน

**คำสำคัญ** :การพัฒนา,มาตรการ,เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

## ABSTRACT

The aims of this participatory action research were the development, the implementation and the evaluation of the alcohol control measures in Don Nang Hong Sub-district, That Phanom District, Nakhon Phanom Province. The participation of community network contributed to the implementation of the three groups as the technician, population, social and political following the concept of public policy processes. The periods time of project done in between February 2557 to June 2559. The data collected by self-reporting questionnaires in quantitative method. The in-depth interviews and focus groups were performed in qualitative method. The data were analyzed by frequency, percentage, average and standard deviation. The qualitative data was used content analysis..

The results found that the formation of alcohol beverage control measures in community had 4 steps; 1) the analyzed and established a network of partners and operating as a social capital in the area as three sectors including the technicians part, population part, social and political part 2) Analyzed and summarized public health problems of the community as partner's three sectors 3) Set the targets for community achieving which were avoidance

of alcohol consumption measures also for improving health and a better society, and 4) community prioritized to define and select appropriate community's context for minimize alcohol beverage accessing and mitigation alcohol consumption behavior. The results lead into adoption into public in the community.

2. Implementing had 4 steps as following 1) the action plan for community participation. 2) Supporting the implementation by the public sectors including of technician sectors, government and politics sectors and supporting resources 3) joint to participation monitoring the implementation measures following the community action plan and 4) the lessons learn extracted to improve the process of achieving the goals that led event into reduction opportunities and access to alcohol. For example intensive law enforcement, detection and warning detectors stores, set the alcohol beverage control in the stores around the school, the enhanced fiscal traditional ceremony to alcohol-free. The mitigation of alcohol consumption behavior included enhancement communication and public campaign, Youth camp, and alcoholics' rehabilitation Camp, also the contest and award for master person who absolutely stop drink alcohol.

3. To evaluate alcohol beverage control measures in the community, the activities were integrated by collaborative power of third party network and found alcohol consumption behavior mitigated from 31.1 percent into 28.0 percent after action period also the mitigation trend of accidents, drunk driving and controversy in the community decreased. There had idol person who quitting alcohol and community stakeholders were satisfaction for 82 per cent with participation these measures.

Recommendations, the relative persons could extend the model to driven alcohol beverage control into tackle for public issues also open the participation opportunity of population in community and the government agencies would be supporting for this interesting of the public .

**Keywords:** development, alcohol control measure.

### บทนำ

ปัจจุบันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้บริโภค จนเป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้ายแรง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว บุคคลรอบข้าง ชุมชน สังคม และประเทศ เช่นส่งผลกระทบต่อการทำงานก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาท อีกทั้งยังเป็น

สาเหตุสำคัญในการก่อให้เกิดอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางการจราจร จากข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าปัจจุบันประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับ 3 ของทวีปเอเชีย จากการสำรวจในปีพ.ศ.2557 พบว่า ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 32.3 โดยอายุที่เริ่มดื่มเฉลี่ยอยู่ที่ 20.8 ปี ในเพศชายเริ่มดื่มเร็วกว่าเพศหญิง (19.4 ปี และ 25.0 ปี ตามลำดับ) และความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) คิดเป็นร้อยละ 18.1 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14 และ 16.1 เมื่อปีพ.ศ.2554 และพ.ศ.2556 ตามลำดับ ความเสียหายทางเศรษฐกิจจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยโดยความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ดื่มกรณีเพศชายหากดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับที่อันตรายจะเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 360,000 บาทต่อรายส่วนเพศหญิงจะเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 240,000 บาทต่อรายและยังจะทำให้ผู้ชายอายุสั้นลง 3.9 ปีผู้หญิงอายุสั้นลง 2.2 ปี นอกจากนี้ยังทำให้ประเทศชาติเสียหายกว่าสองแสนล้านบาทต่อปี

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ในปีพ.ศ.2554 พบว่า มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 37.7 โดยจังหวัดที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด 3 อันดับแรก คือ นครพนม อ่างนาจเจริญ และสกลนคร เท่ากับร้อยละ 47.3, 40.9 และ 38.8 ตามลำดับ<sup>6</sup>สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จึงได้ลงพื้นที่

ที่ในการประชุมร่วมกับหน่วยงานภาครัฐเพื่อวิเคราะห์ความพร้อมของหน่วยงานภาครัฐในการแก้ไขปัญหาและสมัครใจเป็นพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ได้พื้นที่ตำบลดอนนางหงส์ จังหวัดนครพนมผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปของตำบลดอนนางหงส์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีความชุกถึงร้อยละ 31.1

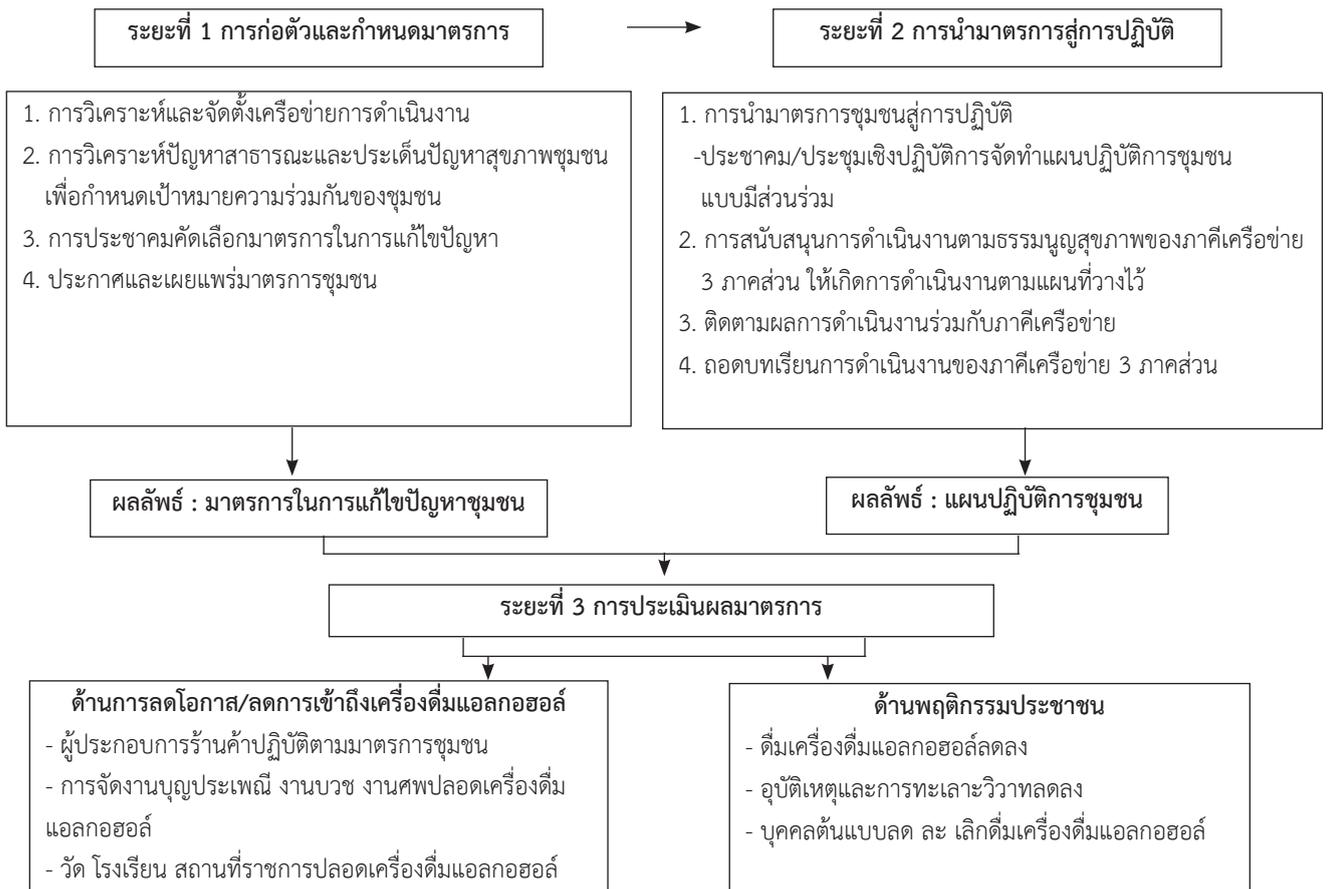
สืบเนื่องจากจังหวัดนครพนมเป็นเมืองท่องเที่ยวทางวัฒนธรรมที่มีพระธาตุพนมเป็นสัญลักษณ์สำคัญทางพระพุทธศาสนาและเป็นศูนย์รวมจิตใจของประชาชนทั่วประเทศ ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในพื้นที่ควรจะเป็นแบบอย่างที่ดีตามภาพลักษณ์ของจังหวัด แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากมีปัจจัยที่ช่วยเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีโอกาสเข้าถึงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายเพราะพื้นที่จังหวัดนครพนมเป็นเมืองชายแดนมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวซึ่งเป็นประเทศที่มีเสรีในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และมีการเคลื่อนย้ายของประชากรจากทั้งสองฝั่งแม่น้ำโขงอย่างต่อเนื่อง และในโอกาสการเปิดประเทศเข้าสู่ประชาคมอาเซียนซึ่งส่งผลให้เกิดการค้าเสรีปลอดภาษีโดยเฉพาะการแข่งขันทางการค้าของบริษัทผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลต่อการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนได้ง่ายมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงอยู่ หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาจะก่อให้เกิดความเสีย

หายทั้งร่างกาย จิตใจ สังกะยมและเศรษฐกิจตาม มาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานในชุมชนให้ประสบผลสำเร็จนั้น ต้อง เกิดจากความร่วมมือของคนในชุมชนหรือภาค ประชาชนเข้ามามีบทบาทร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วม ดำเนินการ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผล ประโยชน์เพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของและแก้ไข ปัญหาด้วยตนเอง แต่ถึงอย่างไรก็ตามหน่วยงาน ภาครัฐก็ต้องมีบทบาทสนับสนุนและเสริมการ ทำงานภาคประชาชนด้วย ทำให้ผู้วิจัยตัดสินใจ แก้ไขปัญหาโดยการพัฒนาการมีส่วนร่วมของ พหุภาคีในชุมชนในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยใช้แนวคิดกระบวนการทางนโยบาย เพื่อลดปัญหา

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ตำบลดอน นางหงส์ อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาการก่อตัวและกำหนด มาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลดอน นางหงส์ อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาการนำมาตรการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สู่การปฏิบัติ ตำบลดอนนาง หงส์อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม
3. เพื่อประเมินผลมาตรการควบคุมการ บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์ อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้แนวคิดกระบวนการทางนโยบายคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นภาคีเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกัน 3 ภาคส่วน คือ 1) แขนงนำภาควิชาการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนางหงส์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม โรงพยาบาลธาตุพนม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม 2) แขนงนำภาคประชาชนและสังคมที่เป็นตัวแทน ได้แก่ กลุ่มสภาเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชนชาวบ้าน กลุ่มผู้นำทางศาสนา กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) แขนงนำภาครัฐและการเมือง ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอนางหงส์ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอนางหงส์ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลอนางหงส์ กำนันตำบลอนางหงส์ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจภูธรจังหวัดนครพนม สรรพสามิตพื้นที่จังหวัดนครพนมจำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจ และเป็นแบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม เป็นแบบบันทึกปรากฏการณ์และผลที่ได้จากการศึกษาชุมชน และในการปฏิบัติการในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการดำเนินงาน ข้อมูลทั่วไปจากการสัมภาษณ์ การทำกลุ่มสนทนา และจากเวทีประชาคม

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนา

กลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า

## ผลการศึกษา

**1.การก่อตัวและกำหนดมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลอนางหงส์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม** มีขั้นตอนดังนี้ **ขั้นตอนที่1)**การวิเคราะห์และจัดตั้งภาคีเครือข่ายการดำเนินงานที่เป็นทุนทางสังคมในพื้นที่ โดยได้รวบรวมข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ พบว่ากลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในพื้นที่ ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ ประกอบด้วยภาคี3 ภาคส่วน ได้แก่ 1) แขนงนำภาควิชาการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนางหงส์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม โรงพยาบาลธาตุพนม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม2) แขนงนำภาคประชาชนและสังคมที่เป็นตัวแทน ได้แก่ กลุ่มสภาเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้า กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชนชาวบ้าน กลุ่มผู้นำทางศาสนา กลุ่มประชาชนทั่วไปที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) แขนงนำภาครัฐและการเมือง ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลอนางหงส์ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลอนางหงส์ สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลอนางหงส์ กำนันตำบลอนางหงส์ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจภูธรจังหวัดนครพนม สรรพสามิตพื้นที่จังหวัด

นครพนม นำมาสู่การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์ โดยมีคำสั่งแต่งตั้งอย่างเป็นทางการมีผู้ว่าราชการจังหวัดนครพนมเป็นประธาน เพื่อเป็นกลไกการดำเนินงานของพื้นที่ โดยแบ่งเป็น 6 ทีมดังนี้

ทีมที่ 1 ทีมปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมาย มีบทบาทเป็น Partnership ประกอบด้วยเครือข่ายองค์กรงดเหล้าสรรพสามิต ตำรวจเครือข่ายครูมีหน้าที่ประชาสัมพันธ์เฝ้าระวังทำหน้าที่ในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยาเสพติดและกฎหมายเด็ก โดยมีเด็กและเยาวชนร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อวิทยุหรือการตั้งบูทกิจกรรมในงานต่างๆทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอก่อนที่จะมีการตรวจเตือนหรือการบังคับใช้กฎหมาย

ทีมที่ 2 ทีมเฝ้าระวังความผิดปกติในพื้นที่มีบทบาทเป็น Key Actor โดยทีมปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายจัดการอบรมพัฒนาให้เกิดแกนนำเด็กและเยาวชนเพื่อเฝ้าระวังและส่งเรื่องร้องเรียนผ่านสื่อ Social Media (กลุ่มปิด) เช่น Line และ Facebook เป็นต้นโดยมีผู้นำชุมชนเป็นที่ปรึกษา เพื่อเฝ้าระวังการกระทำความผิดหากพบผู้กระทำผิดกฎหมายจะส่งเรื่องต่อมาให้ทีมที่มีหน้าที่ตรวจเตือนตรวจจับบังคับใช้และดำเนินคดีตามกฎหมาย

ทีมที่ 3 ทีมสื่อสาร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีบทบาทเป็น Facilitator ประกอบด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ตำรวจตระเวนชายแดน และแกนนำชุมชน( อสม. ผู้นำชุมชน, อบต,พระ และ ครู) ทำหน้าที่การพัฒนาสนับสนุนแนวทางวิชาการและการปฏิบัติการ และการนิเทศติดตามประเมินผล รวมทั้งการสื่อสาร

ความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ทีมที่ 4 ทีมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพมีบทบาทเป็น Partnership ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ว่าการอำเภอ และ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ทำหน้าที่ฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ทีมที่ 5 ทีมบังคับใช้กฎข้อบังคับชุมชนมีบทบาทเป็น Key Actor ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชน อสม.และประชาชน ทำหน้าที่ออกกฎข้อบังคับชุมชน และติดตามผู้ละเมิดกฎชุมชน โดยข้อบังคับชุมชนมีรายละเอียดยกตัวอย่าง เช่น ห้ามเจ้าภาพจัดให้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในงานศพ งานบุญ ประเพณีและงานเลี้ยง หากมีการฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับดังกล่าว มีโทษปรับไม่เกิน 500 บาท เป็นต้น

ทีมที่ 6 ทีมสนับสนุนการดำเนินงานมีบทบาทเป็น Partnership ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล เข้ามาทำหน้าที่ในการปฏิบัติการและสนับสนุนการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์ รวมทั้งการออกข้อบังคับ (ข้อบัญญัติ) ในพื้นที่

**ขั้นตอนที่ 2)** การวิเคราะห์และสรุปปัญหาสาธารณสุขของชุมชนโดยภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วน จากการประชาคมวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ ภาคีภาควิชาการได้นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น สถานการณ์โรค อัตราป่วยตาย และกลุ่มเสี่ยง พฤติกรรมการเกิดโรคของตำบลให้กับคณะ

กรรมการได้ร่วมถกถึงประเด็นปัญหาจากข้อมูลทั้งหมด 10 ประเด็น และนำปัญหามาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยวิเคราะห์จากขนาด ความรุนแรง ความยากง่าย และความสนใจของชุมชนในการแก้ไขปัญหา ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาเรื่อง การบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของประชาชนในตำบลสูง มีผลกระทบต่อสุขภาพมีผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ปัญหาทะเลาะวิวาทในงานประเพณีทุกงาน และเกิดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ 360 คัน เป็นปัญหาลำดับที่ 1 ที่ชุมชนให้ความสนใจในการที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหา

**ขั้นตอนที่3)**จากข้อสรุปประเด็นปัญหาของชุมชนเรื่องการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ของประชาชนในตำบลสูง มีผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม นำมาสู่การกำหนดเป้าหมายที่จะบรรลุร่วมกันของชุมชน ผ่านกระบวนการประชาคมของทุกภาคส่วน คือ ประชาชนลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพและสังคมที่ดีขึ้น

**ขั้นตอนที่4)**ประชาคมกำหนดและคัดเลือกมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยเครือข่ายภาครัฐและการเมือง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ได้นำเสนอถึงกฎของหมู่บ้านที่ใช้เป็นข้อบังคับในการดำเนินงานลดการบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ในชุมชน ทั้ง 11 หมู่บ้าน ประกอบด้วย การห้ามตี๋มในงานศพ งานบวช งานเลี้ยง ห้ามตี๋มในวัด โรงเรียน สถานที่ราชการ ห้ามขายเหล้าให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ห้ามขายนอกเวลาที่กฎหมายกำหนด หลังจากนั้นได้คัดเลือกกฎข้อบังคับในระดับหมู่บ้านทำเป็นภาพตำบล บทสรุปได้ 3 มาตรการ คือ ลดโอกาส ลดการเข้าถึง และลดพฤติกรรมบริโภคเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ นำไปสู่การประกาศใช้และเผยแพร่ในชุมชน นางหงส์ เนื้อหาสาระของมาตรการควบคุม

เครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์ ประกอบด้วย 3 ห้าม คือ

1)ห้ามขาย (จำหน่าย) ห้ามร้านค้าในหมู่บ้านขายเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์เกินเวลาที่กฎหมายกำหนด(กฎชุมชนกำหนดให้ขายได้เวลา 11.00-14.00 น. และเวลา 17.00-20.00 น.) และไม่ขายให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี / คนเมา

2)ห้ามตี๋ม ในงานศพ งานบุญ ประเพณี งานเลี้ยง ในบริเวณวัด โรงเรียน สถานที่ราชการ ในวันสำคัญทางพุทธศาสนา ในที่สาธารณะ ประโยชน์ เช่น สวนสาธารณะ สะพาน ศาลากลางบ้าน บุคคลที่ตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ห้ามขับชี่ยานพาหนะ

3)ห้ามพกพา เข้ามาในงานศพ งานบุญประเพณี งานเลี้ยง ในบริเวณวัด โรงเรียน สถานที่ราชการ และเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ห้ามพกพาเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์

ทั้งนี้ ให้ผู้นำหมู่บ้านส่งเสริมการเลิกเหล้าในชุมชนและเป็นตัวอย่างที่ดีในการลด ละ เลิก การตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์จัดทำประกาศเกียรติคุณเพื่อยกย่องครอบครัวปลอดเหล้า หากมีการฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับดังกล่าว มีโทษปรับไม่เกิน 500 บาท เข้ากองทุนหมู่บ้าน

**2.การนำมาตรการควบคุมเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์สู่การปฏิบัติตำบลดอนนางหงส์ อำเภอรัตนพนม จังหวัดนครพนม มีขั้นตอน ดังนี้**  
**ขั้นตอนที่1)** จัดทำแผนปฏิบัติการชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการให้ภาคีเครือข่าย ทั้ง 3 ภาคส่วน ได้โครงการจำนวน 8 โครงการ จากภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วน โดยภาควิชาการ ภาครัฐ และการเมือง เน้นให้ความรู้ความเข้าใจกับ

ประชาชน มีการเฝ้าระวังตรวจเตือน ตรวจจับการ บังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จัด กิจกรรมงดเหล้า เข้าค่ายบำบัด พื้นฟูสุขภาพในกลุ่ม ผู้ติดสุรา ยาสูบ และประกวดบุคคลต้นแบบ ส่วน ภาคประชาชนและสังคม เน้นดำเนินกิจกรรม งาน บุญ งานศพ ปลอดภัยประชาสัมพันธ์ทางหอ กระจายข่าวหมู่บ้านกระตุ้นเตือนประชาชนให้ทำ ตามกฎระเบียบของธรรมนูญสุขภาพชุมชน และมี

พระภิกษุนำหลักศาสนามาเสริมความเข้มแข็งของ ธรรมนูญสุขภาพ **ขั้นตอนที่2)**การสนับสนุนการ ดำเนินงานภาคประชาชนโดยภาคีเครือข่ายภาค วิชาการ ภาครัฐและการเมือง ทั้งองค์ความรู้ วิชาการ ทรัพยากร และ **ขั้นตอนที่3)**ร่วมติดตาม ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการชุมชน มี ผลการดำเนินงาน ดังนี้

**ตารางที่ 1** สรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการชุมชนในการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลดอนนางหงส์

เครือข่าย	โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลผลิตที่เกิดขึ้น
<b>ภาควิชาการ</b>		
-สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดนครพนม	- การบังคับใช้กฎหมาย พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-ร่วมเฝ้าระวังตรวจเตือน ตรวจจับกับภาคีเครือข่ายตำรวจ สรรพสามิตพื้นที่จังหวัด และ สคร.10
-สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอดงหลวง	- การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ตามเทศกาล	-จัดกิจกรรมรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา
-รพ.สต.ดอนนางหงส์	-งดเหล้าครบพรรษา - กิจกรรมคนต้นแบบเลิกเหล้าตลอดชีวิต - ค่ายบำบัด พื้นฟูสุขภาพผู้ติดสุรา ยาสูบ - สถานที่ราชการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-ประกวดคนต้นแบบเลิกเหล้าตลอดชีวิต -ค่ายบำบัด พื้นฟูสุขภาพ ผู้ติดสุรา ยาสูบ
โรงเรียน	- สถานที่ราชการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ -ให้ความรู้แก่นักเรียน	-จัดเป็นสถานที่ราชการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ -ให้ความรู้แก่นักเรียนโดยการประชาสัมพันธ์หน้าเสาธง/กิจกรรมปฏิบัติธรรม
สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี	-จัดประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน -สนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน -จัดประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงาน	-ได้แผนปฏิบัติการชุมชน -สนับสนุนวิทยากรให้ความรู้/สื่อประชาสัมพันธ์ -ได้บทเรียนสำหรับพื้นที่ในการดำเนินงานขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพชุมชน

เครือข่าย	โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการ	ผลผลิตที่เกิดขึ้น
<b>ภาครัฐและการเมือง</b>		
-สรรพสามิต พื้นที่จังหวัด นครพนม -ตำรวจภูธร จังหวัดนครพนม	- รมรณรงค์สร้างกระแสการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  - การให้ความรู้ด้านกฎหมาย  - สถานที่ราชการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  - จัด Zoning ร้านค้ารอบโรงเรียนประถม ศึกษาและมัธยมศึกษาปลอดเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	-ประชาชน เยาวชน และผู้ประกอบการ ร้านค้าที่ เข้าร่วมรณรงค์ 726 คน ได้รับ ความรู้ ความเข้าใจโทษและพิษภัยของ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกฎหมายการ ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  - Zoning ร้านค้ารอบโรงเรียนประถม ศึกษาและมัธยมศึกษาปลอดเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ จำนวน 6 แห่ง
	- การตรวจเตือน ตรวจจับ การออกใบ อนุญาต	-ร้านค้าจำนวน 51 ร้าน มีใบอนุญาตทุก ร้านค้า คิดเป็น 100%  -พบการกระทำความผิด 1 ราย มีเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์จำหน่ายในร้านค้าที่มีปั้มน้ำมัน ได้ตั้งเตือนเรียบร้อย ตรวจสอบครั้งที่ 2 ไม่ พบการกระทำความผิด
องค์การบริหาร ส่วนตำบลดอน นางหงส์	-การเผยแพร่ธรรมนูญสุขภาพชุมชน  -สนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน  - สถานที่ราชการปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-ติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ธรรมนูญสุขภาพ ชุมชน ทุกหมู่บ้าน  -สนับสนุนป้ายงานบุญประเพณี งานศพ งานบวชปลอดเหล้า ปลอดการพนันให้ทุก หมู่บ้าน  -จัดกิจกรรมรณรงค์พักตับ งดเหล้าตลอด พรรษา
<b>ภาคประชาชนและสังคม</b>		
ผู้นำชุมชน/แกน นำ/ปราชญ์ชาว บ้าน	-งานบุญ งานศพ ปลอดเหล้า  -ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน	-มีงานบุญและงานศพ ในพื้นที่ 11 หมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2557-2559 จำนวน 100 งาน จัดงานปลอดเหล้าได้ทุกงานคิดเป็น 100%  -ค่าใช้จ่ายในการจัดงานเฉพาะค่าเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ลดลง ก่อนมีธรรมนูญสุขภาพ งานละ 15,000 – 30,000 บาท รวมเป็น มูลค่าถึง 150,000 – 300,000 บาท/ปี
ผู้นำทางศาสนา	-เทศนาธรรมทุกวันพระ	-จัดปฏิบัติธรรมให้กับกลุ่มเยาวชน  -เทศนาธรรมทุกวันพระเรื่องการงดเหล้า

**ขั้นตอนที่ 4)** การถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย

มีการประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานเป็นกระบวนการที่ตัวแทนจาก 3 ภาคส่วน ที่เป็น คณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น กระบวนการดำเนินงาน และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพชุมชนสู่มาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์ พบว่า

4.1) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเชิงประจักษ์ คือ มีมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชุมชน ของตำบลดอนนางหงส์

4.2) ด้านกระบวนการดำเนินงาน คือ มี คณะกรรมการ 3 ภาคส่วน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางเป้าหมายร่วมกัน และจัดทำมาตรการในการแก้ไขปัญห และแปลงนโยบายดังกล่าวสู่การปฏิบัติโดยเป็นแผนปฏิบัติการชุมชน ซึ่งมีการระดมทรัพยากรจาก 3 ภาคส่วน บูรณาการงบประมาณ ทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรม มีการประชุมติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นร่วมกันในพื้นที่ การประสานงานมีทำเนียบเครือข่ายเป็นฐานข้อมูล สำหรับการติดต่อสื่อสาร มีการประสานงานเป็นทางการทางหนังสือราชการ และไม่เป็นทางการโดยใช้ระบบสารสนเทศ คือ Facebook Line และ โทรศัพท์ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างภาคีเครือข่ายตลอดเวลา

4.3) ด้านปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน แบ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย คือ มีเครือข่าย

การทำงานเป็นทีม ที่มีเป้าหมายร่วมกัน มีการระดมทรัพยากรทั้งด้าน คน เงิน สิ่งของจากหน่วยงาน ภาควิชาการ ภาครัฐและการเมือง สนับสนุนการดำเนินงานภาคประชาชนและสังคมในการขับเคลื่อนการทำงานในชุมชน เพื่อเป้าหมายลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานร่วมกับประชาชน คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ตั้งแต่กระบวนการ วิเคราะห์ปัญหา วางเป้าหมายร่วมกัน การวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล และการรับผลประโยชน์ร่วมกัน ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

4.4) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ระยะแรกพบการต่อต้านจากผู้เสียผลประโยชน์ในพื้นที่ ผู้ประกอบการร้านค้าถูกข่มขู่จากผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ ประกอบกับผู้ประกอบการร้านค้าและประชาชนไม่เข้าใจใน พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดที่กำหนดในธรรมนูญสุขภาพชุมชน ซึ่งคณะกรรมการในชุมชนได้นำข้อมูลนำเรียนผู้ว่าราชการจังหวัด นครพนม และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชนและผู้ประกอบการร้านค้า ส่งผลให้การดำเนินงานในพื้นที่ดำเนินการต่อไปได้

**3.การประเมินผลมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบว่า**

3.1 ด้านโอกาส/ลดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินผลที่เกิดขึ้นกับชุมชน กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียว่าสามารถลดโอกาส และลดการเข้า

ถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน พบว่า

3.1.1 ผู้ประกอบการร้านค้า 51 ร้าน ปฏิบัติตามธรรมเนียมสุภาพ และกฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทุกร้านค้ามีใบอนุญาตขายสุราและบุหรี ไม่กระทำความผิดหรือละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551

3.1.2 มีการจัดงานบุญประเพณี งานบวช และงานศพ ในพื้นที่ตำบลดอนนางหงส์ 11 หมู่บ้าน ในปี พ.ศ. 2557-2559 จำนวน 100 งาน จัดงานปลอดเหล้าได้ทุกงานคิดเป็น 100% ค่าใช้จ่ายในการจัดงาน ก่อนมีธรรมเนียมสุภาพค่าใช้จ่ายในการซื้อเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานๆ ละ 15,000 – 30,000 บาท เมื่อมีการใช้ธรรมเนียมสุภาพชุมชนทำให้ค่าใช้จ่ายในการจัดงานลดลงรวมเป็นมูลค่าถึง 150,000 – 300,000 บาท/ปี

3.1.3 การจัดเป็นสถานที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วัด โรงเรียน และสถานที่ราชการ ดำเนินมาตรการรณรงค์โดยให้มีป้ายประชาสัมพันธ์จัดเป็นสถานที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 19 แห่ง ครอบคลุม 100% ในพื้นที่

3.2 ด้านพฤติกรรมของประชาชนเปรียบเทียบก่อน-หลังการประกาศใช้ธรรมเนียมสุภาพชุมชน พบว่า

3.2.1 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการสำรวจความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปของตำบลดอนนางหงส์ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2557 (สำรวจ ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2557) พบความชุกร้อยละ 31.1 หลังการดำเนินกิจกรรมพบว่ามีความชุกร้อยละ 28.04 (สำรวจ ณ เดือนมิถุนายน 2559) ลดลง

จากก่อนดำเนินการ

3.2.2 มีผู้ติดสุราเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา เมื่อปี พ.ศ. 2556 จำนวน 42 คน ปี พ.ศ. 2559 ลดลงเหลือ 15 คน สามารถลดลงได้ถึง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 64.28

3.2.3 การเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากการเมาแล้วขับในชุมชนลดลง จาก ปี พ.ศ. 2556 – 2559 มีแนวโน้มลดลง คือ 8,4,1,0 ราย ตามลำดับ ไม่พบผู้เสียชีวิต

3.2.4 การทะเลาะวิวาทในงานบุญประเพณีที่จัดขึ้น ในปี พ.ศ. 2557 ก่อนเริ่มกิจกรรมมีการทะเลาะวิวาทของคนที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกงาน หลังจากใช้ธรรมเนียมสุภาพชุมชน ปี พ.ศ. 2558-2559 ไม่มีการทะเลาะวิวาทในงานบุญประเพณี

3.2.5 มีบุคคลต้นแบบในพื้นที่ตำบลดอนนางหงส์ที่เข้าร่วมกิจกรรมของหน่วยงานสาธารณสุขและสามารถลด ละ เลิกเหล้าจนได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติจากผู้ว่าราชการจังหวัดนครพนม โดยเป็นบุคคลต้นแบบเลิกเหล้าตลอดชีวิต จำนวน 10 คน และเป็นบุคคลต้นแบบงดเหล้าตลอดพรรษา จำนวน 17 คน

3.3 ด้านความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารราชการ หรือมีบทบาททำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจเครือข่ายหรือผู้มีส่วนได้เสียของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) ประจำปี 2559 ได้คะแนนความพึงพอใจอยู่ที่ร้อยละ 82

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1.การก่อตัวและกำหนดมาตรการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์ อำเภอราทูพนม จังหวัดนครพนมดังนี้

กระบวนการก่อตัวและกำหนดมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตำบลดอนนางหงส์ มีขั้นตอน คือ 1)การวิเคราะห์และจัดตั้งภาคีเครือข่ายการดำเนินงานที่เป็นทุนทางสังคมในพื้นที่ ได้ 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาการ ภาคประชาชนและสังคม ภาครัฐและการเมือง เพื่อเป็นกลไกการดำเนินงานของพื้นที่ โดยแบ่งเป็น 6 ทีม ประกอบด้วยทีมปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมาย ทีมเฝ้าระวังความผิดปกติในพื้นที่ ทีมสื่อสารปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทีมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ทีมบังคับใช้กฎหมายบังคับของชุมชน ทีมสนับสนุนการดำเนินงาน 2)การวิเคราะห์และสรุปปัญหาสาธารณสุขของชุมชนโดยภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วนจากข้อมูลด้านสุขภาพชุมชน นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ข้อสรุปประเด็นปัญหา เรื่อง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในตำบลสูง มีผลกระทบต่อสุขภาพ และสังคมเป็นปัญหาลำดับที่ 1 ที่ชุมชนให้ความสนใจในการที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหา 3) การกำหนดเป้าหมายที่จะบรรลุร่วมกันของชุมชน คือ ประชาชนลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพและสังคมที่ดีขึ้น และ 4) ประชาคมกำหนดและคัดเลือกมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน คือ ลดโอกาส ลดการเข้าถึง และลดพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่การประกาศใช้และเผยแพร่ในชุมชนจากกระบวนการดังกล่าวทำให้เห็นการพัฒนาที่มุ่งเน้นการรวบรวมกลุ่มเครือข่ายให้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน เลือกระเด็นที่เป็น

ปัญหาร่วม หาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาพร้อมกันจนเกิดมาตรการที่ชุมชนใช้เป็นกฎข้อบังคับถือเป็นนโยบายที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนฐานความคิดการพัฒนาแก้ไขปัญหาที่ผูกขาดโดยรัฐในฐานะที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย มาสู่การร่วมแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะผู้คนในสังคมซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้น ปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญที่มีการทำงานที่ประกอบด้วย พหุภาคี 3 ภาคส่วนก่อให้เกิดนโยบายขึ้น และมีการจัดวางบทบาทของเครือข่ายต่างๆ ในการดำเนินงาน ซึ่งมองเห็นเครือข่ายพันธมิตรทางนโยบาย เป็นการพัฒนากลุ่มองค์กรเครือข่ายให้เข้ามาทำงานร่วมกัน และโอกาสในการผลักดันนโยบายผ่านกระแสการเมือง สอดคล้องกับ กายสิทธิ์ ยศปัญญา (2553) ที่ได้ศึกษากระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะของเทศบาลตำบลวัดโบสถ์ อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ในการสร้างนโยบายสาธารณะที่ทุกภาคส่วนเป็นเจ้าของร่วมกันในทิศทางที่สังคมคาดหวัง เป็นการสร้างนโยบายสาธารณะโดยแท้ ผู้กำหนดนโยบายเข้ามามีส่วนร่วมและเปิดโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาเพื่อไปสู่ทิศทางที่คาดหวังหรือความอยู่ดีมีสุขร่วมกัน

### 2.การนำมาตราการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์สู่การปฏิบัติตำบลดอนนางหงส์ อำเภอราทูพนม จังหวัดนครพนมมีดังนี้

กระบวนการนำมาตราการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลดอนนางหงส์ ได้ใช้แนวคิดกระบวนการทางนโยบายโดยการบูรณาการทำงานร่วมกันของพลังภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วนที่มีอยู่ในพื้นที่เป็นสำคัญ ประกอบด้วย ภาคส่วนวิชาการ ภาคส่วนประชาชนและสังคม ภาคส่วนรัฐ

และการเมือง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมคือ 1) การจัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมจากทุนทางสังคมที่มีอยู่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน เกิดแผนปฏิบัติการชุมชนในการแก้ไขปัญหาเพื่อเป้าหมายลด ละ เลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน 2) การสนับสนุนผลการดำเนินงานภาคประชาชนโดยมีภาควิชาการและภาครัฐสนับสนุนทั้งองค์ความรู้วิชาการ ทรัพยากร คน เงิน สิ่งของ 3) ร่วมกับภาคีเครือข่ายติดตามผลการดำเนินงานของแผนปฏิปัติราชการชุมชน และ 4) การถอดบทเรียนการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วน เพื่อติดตามการดำเนินงานและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย จากกระบวนการดังกล่าวก่อให้เกิดแนวทางในการนำนโยบายชุมชนสู่การปฏิบัติในรูปแบบของโครงการกิจกรรมที่เกิดการดำเนินงานจริงในพื้นที่ โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เป็นมิติใหม่ในการทำงานของชุมชนที่ภาคประชาชนมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองโดยใช้มาตรการชุมชนเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานในพื้นที่ สอดคล้องกับธนาวรรณ วงศ์สวัสดิ์ (2554) ที่ได้ศึกษากระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเหมืองหม้อ อำเภอเมืองแพร่ พบว่ากระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเกิดจากการบูรณาการทำงานร่วมกันจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ประชาชน กลุ่มชมรม องค์กรหน่วยงานของรัฐ ผู้นำตำบลใช้ทุนทางสังคมมาแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในตำบลเองโดยผ่านโครงการหรือกิจกรรมสุขภาพที่ประชาชนเป็นผู้ปฏิบัติ เพื่อมุ่งสู่สภาวะที่ดีตามกรอบแนวทางของธรรมนูญสุขภาพตำบล

### 3.การประเมินผลมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลนางหงส์ อ.ธาตุพนม จ.นครพนม

ผลจากนำมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตำบลอนนางหงส์ พบว่าเกิดการบูรณาการทำงานร่วมกันของพลังภาคีเครือข่าย 3 ภาคส่วน จากการประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมประชาชนอัตราความชุกการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงจากร้อยละ 31.1 ในปี พ.ศ.2557 เหลือร้อยละ 28.04 ในปี พ.ศ. 2558 ผู้ติดสุราเรื้อรังลดลง จากร้อยละ 42 คน ในปี พ.ศ.2556 เหลือ 15 คน ในปี พ.ศ. 2558 แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุมาแล้วซ้ำและการทะเลาะวิวาทในชุมชนลดลง ผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมของคนในชุมชนเกิดบุคคลต้นแบบเลิกเหล้าตลอดชีวิต จำนวน 10 คน และเป็นบุคคลต้นแบบงดเหล้าตลอดพรรษา จำนวน 17 คน ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในการเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารราชการ หรือมีบทบาททำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของโครงการถึงร้อยละ 82 จะเห็นได้ว่าแนวโน้มสภาพปัญหาของชุมชนลดลง ประชาชนมีสภาพดีขึ้น อันเป็นผลมาจากการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชนดอนนางหงส์ สอดคล้องกับ วริษฐา อินทวงค์ (2549) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างสุขภาพของคนในชุมชน พบว่าการสร้างสุขภาพต้องอาศัยกลไกที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทหน้าที่และการติดต่อประสานงานเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การเป็นชุมชนที่มีสุขภาพอนามัยที่ดี

### เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมการประกันภัย.ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากมูลเหตุของชีวิตและการรักษาพยาบาลการเกิดอุบัติเหตุจราจร.กระทรวงพาณิชย์; 2546.
- 2.กายสิทธิ์ ยศปัญญา. กระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะของเทศบาลตำบลวัดโบสถ์อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.
- 3.ประเวศ วะสี. กระบวนการนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2547.
- 4.ธนาวรรณ วงศ์สวัสดิ์. กระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเหมืองหม้ออำเภอเมืองแพร่. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
- 5.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. นนทบุรี : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2556.
- 6.ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2554. นนทบุรี : กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2556.
- 7.สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ : สามจุดหนึ่งสี่; 2553.
- 8.สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

# หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันควบคุมโรค โดยเรื่องที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไข และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีคำแนะนำดังนี้

## 1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ความยาวไม่เกิน 12 หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย “บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”
บทความพื้นฟูวิชาการ	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรค ประกอบด้วย “บทคัดย่อ บทนำ ความรู้ /ข้อมูลที่น่าสนใจ วิจารณ์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัย”
ย่อเอกสาร	ย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

## 2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

2.4 บทคัดย่อ การย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

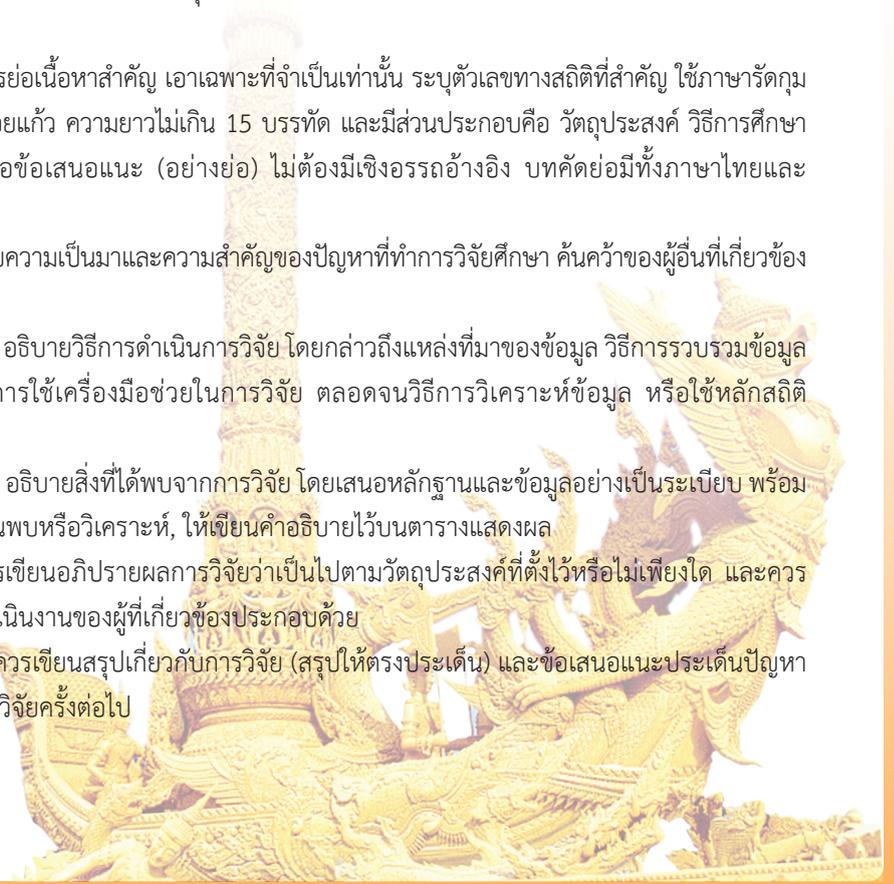
2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย คำนว้ของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์, ให้เขียนคำอธิบายไว้บนตารางแสดงผล

2.8 วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป



## 2.10 เอกสารอ้างอิง

1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 2003

2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถยกเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

## 3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์นี้ได้รับรวบรวมรูปแบบการอ้างอิงเอกสารระบบ Vancouver 2003 ทั้งหมด 5 ประเภท และตัวอย่าง ดังนี้

### 1. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวารสาร

#### 1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้พิมพ์ (Author). ชื่อเรื่อง (Title). ชื่อย่อวารสาร (Title of Journal) ปีที่ตีพิมพ์ (Year); ปีที่วารสาร (Volume) เล่มที่ (Issue number): หน้า (Pages).

ตัวอย่าง Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002; 347(4):284-7.

นภา วงศ์ศิลป์. ลักษณะทางระบาดวิทยาและแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ป่วยด้วยวัณโรคในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2547; 30: 363-71.

#### 1.2 กรณีที่ผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานหรือคณะบุคคล

ตัวอย่าง Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002; 40(5):679-86.

#### 1.3 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

ตัวอย่าง World Health Organization. Global Tuberculosis control: Surveillance, planning financing: WHO Report 2006. Geneva: WHO; 2006

### ข้อสังเกต

- การอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้พิมพ์ก่อนนามสกุล
- ชื่อเฉพาะอักษรตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่
- ชื่อวารสารที่เป็นชื่อย่อ ต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สามารถค้นจาก <http://www.nlm.nih.gov>
- วารสารภาษาไทยนิยมใช้ชื่อเต็มของวารสาร
- เลขหน้าการอ้างอิงใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรกและชื่อย่อสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 548-52

### 2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ

#### 2.1 การอ้างอิงจากหนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อสกุลผู้พิมพ์ อักษรย่อชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. พิมพ์ครั้งที่. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง Murray PR. Medical microbiology. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Finney JD. Probit Analysis. 3<sup>rd</sup> ed. Cambridge. The University Press. 1971.

เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา; 2532.

## ข้อสังเกต

- กรณีที่มีผู้นิพนธ์ร่วมมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al. หรือ และคณะ
- การอ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ก่อนนามสกุล

## 2.2 หนังสือที่ผู้เขียนเป็นบรรณาธิการผู้รวบรวม หรือประธาน

ตัวอย่าง Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2<sup>nd</sup> ed. NewYork: McGraw-Hill; 2002.

ชิษณุ พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์, อุษา ทิสยากร, บรรณาธิการ.โรคเอดส์ในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545. หน้า 349-66.

## 2.3 หนังสือที่มีผู้นิพนธ์เป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

ตัวอย่าง Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทยปี พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา; 2545.

## 2.4 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

ตัวอย่าง Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

อนุพงศ์ ชิตวารการ. Sexually Transmitted Diseases.ใน: ปรียา กุลละวณิชย์ และประวิตร พิศาลบุตร, บรรณาธิการ. Dermatology 2000. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโฮลิสติกพับลิชชิงจำกัด; 2543. หน้า 361 - 4.

## 2.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (Conference process)

ตัวอย่าง ทองกร ยัณรังสี, ราตรี ศิริศรีตรีรักษ์, ลีซ่า กันธมาลา, พรทิพย์ ยุกตานนท์, ศิริวรรณ สร้อยทรัพย์, ศิริกุล ลพสุนทร, สุพัตรา อารมณีสวาะ, บรรณาธิการ. นโยบายและการดำเนินการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9: 7-9 กรกฎาคม 2546; ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546.

Sophie treleven. Importance and epidemiology of Haemophilus influenzae type b. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการสรุปผลโครงการศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อ Hib. ณ โรงแรม เวลคัม พัทยา จังหวัดชลบุรี. 22 มีนาคม 2545.

Watanaveeradej V, Tovanabutra S, Carr JK, Benenson MW, et al. Full genome sequences of five different HIV-1 recombinants between subtype B and CRFO1\_AE from Southeast Asia. The 1<sup>st</sup> IAS Conference on HIV Pathogenesis and treatment. Buenos Aires, Argentina. July 8-11, 2001. (Abstract No 146).



### 3. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน : ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์]. ชื่อเมือง. ชื่อมหาวิทยาลัย; ปี.

ตัวอย่าง Silpakit C. A study of common mental disorders in primary care in Thailand [Ph.D. thesis]. London: University of London; 1998.

จิตต์ลัดดา สุภานันท์. การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลผ้าเท้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสถานสงเคราะห์โรคเรื้อรังพระประแดง จ.สมุทรปราการ. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต] สาธารณสุขศาสตร์ สาขาสุศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.

### 4. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

#### 4.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี; ปีที่วารสาร: [จำนวน screens หรือ จำนวนย่อหน้า] [ประเภทของวัสดุ]. ที่มา: แหล่งสารสนเทศ [วันเดือนปีที่ค้นเอกสาร].

ตัวอย่าง CDC. Update: Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome - Worldwide, 2003 [online]. MMWR 2003; 52: 241-8. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5212a1.htm>  
World Health Organization. Yellow Fever Fact Sheet, WHO Fact Sheets, No.100. August 1999 [online]. Available from: <http://www.health.fgov.be/WHI3/krant/krantarch2001/kranttekstdec/011217m02who.htm> [2003 Sep 10]

#### 4.2 วารสารจากซีดีรอม (CD-ROM)

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร[serial on CD-ROM]. ปี; ปีที่วารสาร: หน้า.

ตัวอย่าง สำนักโรคไข้หวัดใหญ่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ชุด CD คู่มือการฝึกซ้อมแผนชนิดบนโต๊ะ (Tabletop Exercise) เพื่อเตรียมความพร้อมรับการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ระดับจังหวัด. [serial on CD-ROM]. 2549.

### 5. เอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น

#### 5.1 บทความจากหนังสือพิมพ์

รูปแบบพื้นฐาน: ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อหนังสือพิมพ์ ปีที่พิมพ์ วัน เดือน ปี; section (ถ้ามี): (คอลัมน์).

ตัวอย่าง Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col.5).

#### 5.2 เอกสารอ้างอิงจากสื่อโทรทัศน์

รูปแบบพื้นฐาน: ผู้จัดทำ, หน้าที่ได้รับผิดชอบ. ชื่อเรื่อง [ชนิดสื่อ]. ชื่อเมือง: แหล่งผลิตหรือผู้เผยแพร่; ปีที่ผลิต.

ตัวอย่าง พจน์ สารสิน, ผู้พูด. ความอยู่รอดของเศรษฐกิจไทย [บทวิทยุ]. กรุงเทพมหานคร: สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย; 13 เมษายน 2520.

### 6. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 2 ชุด โดยใช้กระดาษขนาด A4 และแผ่น CD พร้อมระบุชื่อ File ถึงกลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จ.อุบลราชธานี หรือที่ E-mail address: salt\_dpc7@hotmail.com และแจ้งการส่งต้นฉบับทางโทรศัพท์หมายเลข 0 4524 2226