



# วารสารวิชาการ

## สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ปีที่ 3 ฉบับที่ 6 : เมษายน - กันยายน 2562

ISSN 2539-6196

[ Academic Journal of Mahasarakham  
Provincial Public Health Office ]

### วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

<b>เจ้าของ ที่ปรึกษา</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์หัสชา เนือยทอง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นางรุ่งทิพย์ มั่นคง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) ทันตแพทย์วิวัฒน์ะ ศรีวัฒนา ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) นางวัฒนา นันทะแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) เภสัชกรบุญถม ปาปะแพ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
<b>บรรณาธิการ</b>	ดร.สังด์ เชื้อล้นฟ้า หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
<b>รองบรรณาธิการ</b>	ดร.รัชนีวิภา จิตรากล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
<b>กองบรรณาธิการ</b>	รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.เจียมจิต แสงสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.สุ่มัทนา กลางคาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ โสภาคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัถยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผศ.เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ผศ.ดร.ศิรินาถ ตงศิริ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดร.นิสากร วิบูลชัย วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
<b>ฝ่ายจัดการ</b>	ดร.รัชนีวิภา จิตรากล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวสิริมาพร นาคพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ นายสุเมธ ระโยธี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นางสาวณัฐรจจา ไชยคำภา นักวิชาการสาธารณสุข
<b>กำหนดออก</b>	ราย 6 เดือน (ตุลาคม-มีนาคม, เมษายน-กันยายน)
<b>สำนักงาน</b>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000 โทร. 0-4377-7811, 0-4377-7972-313 โทรสาร 0-4377-7811 E-mail address: Journal.mk2560@gmail.com, Journal.mk2560@yahoo.com

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วยทั้งหมด



**สารจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
นายแพทย์ภาศิ ทรัพย์พิพัฒน์**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจัดให้มีวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์ คือ (๑) เพื่อพัฒนาคุณภาพของงานวิจัยและวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม (๒) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามในการวิจัย การเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการ (๓) เพื่อส่งเสริมให้เจ้าของผลงานวิชาการที่ได้รับรางวัลผลงานวิชาการสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามได้ตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการ และ (๔) เพื่อให้วารสารวิชาการสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุขในเรื่องการมีคุณสมบัติครบถ้วนด้านการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ กรณีการเลื่อนระดับที่สูงขึ้น

ขอชื่นชมเจ้าของผลงานวิชาการทุกผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๖ เมษายน ๒๕๖๒ - กันยายน ๒๕๖๒) ซึ่งเจ้าของผลงานวิชาการได้มุ่งมั่นทุ่มเทในการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพงานรับผิดชอบในรูปแบบการพัฒนาเป็นงานวิชาการ บทความวิชาการ และนวัตกรรม ซึ่งสุดท้ายจะเกิดผลดี ต่อสุขภาพประชาชน พร้อมทั้งเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ตอบสนองค่านิยมองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม คือ Originality และการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่มุ่งให้องค์กรเกิดนวัตกรรมด้านสุขภาพด้วย

การจัดทำวารสารนี้ได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เป็นอย่างดี และมุ่งหวังให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเข้าสู่มาตรฐานวิชาการของประเทศไทยตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้ ขอให้กำลังใจแก่บุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามในการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการ และการพัฒนาคุณภาพงานในหน้าที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและตลอดไป

**นายแพทย์ภาศิ ทรัพย์พิพัฒน์**  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
สารจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	
บทบรรณาธิการ	
นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Factors relationship with the participation of personnel in improving the quality of Queen Sirikit Heart Center in the Northeast อรสา ภูพุด <sup>1</sup> , ประไพจิตร วงศ์แสน <sup>2</sup> , ประภัสสร ขจรพิพัฒน์ <sup>3</sup> Orrasa Pooput <sup>1</sup> , Praphaichit Wongsan <sup>2</sup> , Prapatsorn Khajornhipat <sup>3</sup>	1
การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬ พ.ศ. 2562 The Development of the Healthcare-Associated Infection Surveillance System in Buengkan Hospital 2019 วัลลภา ช่างเจอร์จา* Wallapha Changjeraja*	10
ความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี The Readiness of Transferring the Mission of the Tambon Health Promoting Hospital to the Local Administrative Organization in Pathumthani Province ดุจเดือน ตั้งเสถียร <sup>1</sup> , ศศิพร โลจายะ <sup>2</sup> Dudduan Tangsatien <sup>1</sup> , Sasiporn Lojaya <sup>2</sup>	21
ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม Effectiveness of Life Skills Program for Preventing Unwanted Pregnancies in Teenagers, Cheun Chom Subdistrict, Cheun Chom District, Maha Sarakham Province. ชาลี ยะวร* Chalee Yaworn*	34

สารบัญ Contents	หน้าที่ Page
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม Factors Related to Management of Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever of Health Personnel Mahasarakham Province สรายุทธ ญาติปราโมทย์* Sarayut Yatpramot*	50
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสภากาชาดไทย Health Behaviors of the Elderly after Self-care Curriculum Training of the Thai Red Cross Society. อรพิน ฐาปนกุลศักดิ์ <sup>1</sup> , สิริลักษณ์ แก้วทอง <sup>2</sup> , พิชญ่า สุธีวีระขจร <sup>3</sup> Orapin Thapanakulsak <sup>1</sup> , Siriluk Keawthong <sup>2</sup> , Pichaya Suteeverakajorn <sup>3</sup>	63
ประสิทธิภาพและต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด : กรณีศึกษาหมู่บ้านบึงกระดาน หมู่ 3 ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร Efficiency and cost for household health care of Behavior Modification Village to Reduce Cancer, High Blood Pressure and Cardiovascular Diseases : A case study of Beang Kradan Village Moo 3, Tambol Chonglom, Lankrabue District, Kampangphet Province. สุภัชญา ยศประกอบ <sup>1</sup> , พิณญาดา อภัยฤทธิ <sup>2</sup> Supatchaya yosprakob <sup>1</sup> , Pinyada Ampirid <sup>2</sup>	78
รายงานเบื้องต้น Preliminary Report	
สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2562 ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์* Pakee Sappipat*	88
การเตรียมและส่งต้นฉบับ	174
ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	183

## บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามฉบับที่หกนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นแหล่งตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข พัฒนาวิชาการให้เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในระดับสากล พร้อมทั้งเพื่อให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการระดับกระทรวงสาธารณสุขและระดับหน่วยงานด้านการศึกษา โดยกำหนดให้เป็นวารสารราย 6 เดือน จัดพิมพ์ในรอบเดือน มีนาคม และ กันยายน ประกอบด้วยงานวิจัยที่มีความสำคัญ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จำนวน 7 เรื่อง (1) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2) การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬ พ.ศ. 2562 (3) ความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดปทุมธานี (4) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม (5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม (6) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสภาอากาศไทย (7) ประสิทธิภาพและต้นทุนคร้วเรือนด้านการดูแลสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด : กรณีศึกษาหมู่บ้านบึงกระดาน หมู่ 3 ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร รายงานเบื้องต้น (Preliminary Report) จำนวน 1 เรื่อง สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2562 ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทาลัยราชภัฏมหาสารคาม และวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข ต่อไป

ดร.สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพศูนย์หัวใจสิริกิติ์  
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Factors relationship with the participation of personnel in improving the quality of  
Queen Sirikit Heart Center in the Northeast

อรสา ภูพุด<sup>1</sup>, ประไพจิตร วงศ์แสน<sup>2</sup>, ประภัสสร ขจรพิพัฒน์<sup>3</sup>  
Orrasa Pooput<sup>1</sup>, Praphaichit Wongsan<sup>2</sup>, Prapatsorn Khajornphipat<sup>3</sup>

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากร ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในการพัฒนากระบวนการทำงานเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิธิดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ โดยใช้แบบสอบถามรวบรวมข้อมูลจากกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 265 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างกระทำแบบแบ่งชั้นภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จากการศึกษา พบว่ามี 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวก และ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ โดยภาพรวมซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวก ได้แก่ การฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ ( $p \leq 0.001$ ) อายุ สถานภาพสมรส และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ( $p \leq 0.05$ ) และปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบคือ บทบาทในงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ( $p \leq 0.05$ ) ซึ่งปัจจัยที่ 1 อธิบายความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ได้ร้อยละ 45.9 แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรคือ การฝึกอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการพัฒนาคุณภาพรวมถึงสร้างแรงจูงใจด้านความรับผิดชอบในงานและความก้าวหน้าในตำแหน่ง สนับสนุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากรทั้งข้าราชการและลูกจ้าง

**คำสำคัญ :** การมีส่วนร่วม, การพัฒนาคุณภาพ, ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ, หัวหน้าสำนักงานพัฒนาคุณภาพ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพ, หัวหน้างานพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

<sup>3</sup> พยาบาลวิชาชีพ, หัวหน้าหน่วยหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรศาสตร์หัวใจและหลอดเลือด ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

### Abstract

The purpose of this research was to study the relationship with staff participation of personnel in quality development of the Queen Sirikit Heart Center in the Northeast (QSHC). Cross-sectional analytic study was conducted by using questionnaires. The sample consisted of 265 personnel working at the Queen Sirikit Heart Center in the Northeast, who were chosen through the stratified random sampling method. Pearson's correlation were used for quantitative data analyses. For qualitative data, content analysis was used. The research findings indicated four factors positively staff participation and a factors negatively affecting staff participation in hospital quality improvement. The positive factors included Knowledge of quality improvement ( $p \leq 0.001$ ) and age, status and duration of worked ( $p \leq 0.05$ ), while the negative factor was job description ( $p \leq 0.05$ ). Explain the relationship of personnel participation in quality development of the Sirikit Heart Center at 45.9%. The guidelines for personnel participation are as follows: Training to improve knowledge and skills for quality development, including motivation for job responsibilities and progress in positions. Support operational security for personnel, both government officials and employees.

**Keywords:** Participation, Quality development, Queen Sirikit Heart Center in the Northeast



## บทนำ

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีภารกิจ ในด้านการศึกษา วิจัยและให้บริการวิชาการแก่สังคม ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคหัวใจและ หลอดเลือด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีลักษณะ เป็นโรงพยาบาลขนาด 200 เตียง มีวัตถุประสงค์การ ก่อตั้งสำคัญ 2 ประการ คือ เพื่อเฉลิมฉลองเนื่องในวโรกาสมหามงคล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมายุครบ 60 พรรษา และเพื่อเป็นศูนย์ป้องกันบำบัดรักษา ตลอดจนศึกษาวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับ ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยภารกิจ และปณิธานที่ตั้งมั่นทำให้ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นศูนย์กลางทั้งทาง การแพทย์มีการให้บริการวิชาการและวิจัย ทางด้าน โรคหัวใจและหลอดเลือดระดับตติยภูมิขั้นสูง และขยายภารกิจไปในระดับภูมิภาคอาเซียน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นความทุกข์ทรมานจาก โรคภัย และเพื่อคุณภาพชีวิตของคนไทยที่ดีขึ้นต่อไป

ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้าน โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular center of excellence) ระดับ super tertiary careสามารถ ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ทุกระดับความรุนแรง ขนาด 200 เตียง ปัจจุบันเปิด ให้บริการจริงจำนวน 199 เตียง ให้บริการตรวจ วินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ทุกระดับการเจ็บป่วย มีแพทย์เฉพาะทางด้าน โรคหัวใจและหลอดเลือด ครบทุกสาขาทั้งเด็กและผู้ใหญ่ มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา บริการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มุ่งเน้นการรักษาพยาบาล บริการวิชาการ สร้างงาน วิจัย ฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรด้านโรคหัวใจ และหลอดเลือด และสนับสนุนการเรียนการสอนของ

นักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ค่านิยม (values) : QSHC (Q = Quality, S = Safety, H = Heart Health Academy and C = Care)

โรงพยาบาลกำหนดเป้าหมายของการ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการบริการสุขภาพ: Health Care Services เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ การเป็น โรงพยาบาลที่มีคุณภาพการรักษาและการบริการที่ ได้มาตรฐานระดับชาติ / นานาชาติ กำหนดให้ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐาน ตามระบบ Hospital Accreditation (HA) หรือ ระบบคุณภาพมาตรฐานอื่นๆ ตามที่กำหนดไว้ เป็นตัวชี้วัด ดังนั้นเมื่อโรงพยาบาลผ่านกระบวนการ รับรองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล HA แล้วเมื่อ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2558 ระยะเวลารับรอง 2 ปี แนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลขั้นต่อไป คือ การบรรลุเป้าประสงค์ เชิงยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ การเป็นโรงพยาบาลที่มี คุณภาพการรักษาและการบริการที่ได้มาตรฐาน ระดับชาติ / นานาชาติ และตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ ที่จะ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับโลก จึงได้ มุ่งเน้นที่จะต้องผ่านการรับรองการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่ได้รับการ ยอมรับในนานาชาติ

นโยบายศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ที่มีเข็มมุ่ง ชัดเจนในระยะ 2 ปีต่อจากนี้ ต้องผ่านการรับรอง การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานทาง การแพทย์ที่ได้รับการยอมรับในนานาชาติ (Joint Commission International : JCI) หากบุคลากรไม่ เข้าใจความสำคัญของทีมระบบบริการต่างๆ ทั้งใน ส่วนกระบวนการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุน สำคัญ จะส่งผลให้บุคลากรมีความเครียด ผลการ ปฏิบัติงานไม่บรรลุเป้าหมาย เพราะการพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะสำเร็จได้ต้องอาศัย ความร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรทั้งองค์กร จากการใช้

ทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของนินนาท หมอयाดี<sup>1</sup> พบว่าการส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้เกิดความ ร่วมมือของ บุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ ทำให้โรงพยาบาล จันทบุรีศึกษาผ่านการรับรองมาตรฐาน HA และงาน วิจัยของกัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์<sup>2</sup> พบว่า ปัจจัย ส่วนบุคคลปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงาน และการ สนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์กับการมี ส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือขึ้น เพื่อให้ ทราบข้อมูลการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับและ นำเข้าเป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อประกอบวางแผนการ ดำเนินงานด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลตามมาตรฐานที่โรงพยาบาลมุ่งหวัง ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วน บุคคล ปัจจัยจูงใจและปัจจัยด้านการสนับสนุนจาก องค์การที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic study) โดยใช้แบบสอบถามรวบรวมข้อมูล จากกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 265 คน วิธีการสุ่ม ตัวอย่างกระทำแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน มีรายละเอียด ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย เป็นบุคลากรศูนย์ หัวใจสิริกิติ์ฯ ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในช่วงเวลาที่ศึกษาวิจัย จำนวน 265 คน คำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคิดจากสัดส่วนของขนาด ประชากรที่แบ่งกลุ่มของบุคลากรโรงพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จากนั้นใช้วิธีสุ่ม ตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนได้ขนาดตัวอย่าง ทั้งหมด 265 คน โดยเป็นผู้บริหาร จำนวน 56 คน และผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 209 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถาม มีการ ตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตาม ข้อเสนอแนะ จากนั้นนำแบบสอบถามไปหาค่าความ เทียงในโรงพยาบาล ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย อยู่ระหว่าง 0.85-0.95 ข้อมูลในแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูล ส่วนบุคคลของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 8 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด สถานภาพ สมรส ตำแหน่งงานปัจจุบัน ระยะเวลาปฏิบัติงาน และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ของบุคลากรในการพัฒนาเพื่อการรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ จำนวน 11 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วม ในผลประโยชน์ จำนวน 9 ข้อ และด้านการมีส่วนร่วม ในการประเมินผล จำนวน 17 ข้อ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าพบหัวหน้าฝ่ายเพื่อเป็นศูนย์กลางในการแจกและ รับคืนแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการ

พิทักษ์สิทธิของการให้ข้อมูลของกลุ่ม ตัวอย่างด้วย เอกสารและแผนิกของก่อนคืนแบบสอบถามไปยังผู้ รวบรวมดำเนินการรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1-31 สิงหาคม 2559 แจกแบบสอบถามจำนวน 280 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืนและผ่านการตรวจสอบ จำนวน 265 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.64

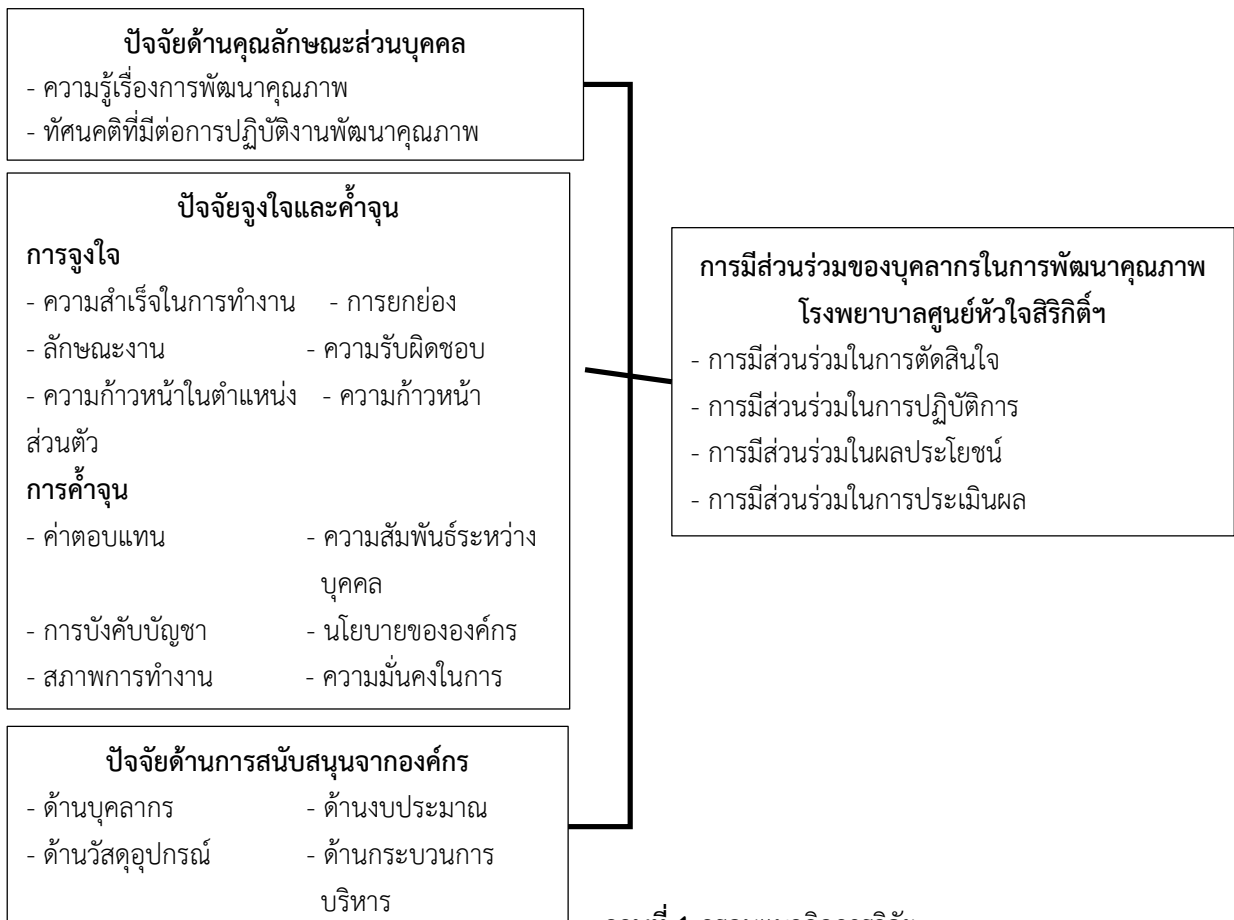
### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ ความสัมพันธ์โดยการทดสอบไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

### ผลการศึกษา

#### ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของ บุคลากร ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ที่ตอบแบบสอบถาม พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 265 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 216 คน (ร้อยละ 81.8) มีอายุ เฉลี่ย 34.7 ปี วุฒิการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี จำนวน 171 คน (ร้อยละ 65.3) สถานภาพสมรส จำนวน 151 คน (ร้อยละ 58.1) ปฏิบัติงานอยู่กลุ่ม ภารกิจบริการด้านหน้า จำนวน 192 คน (ร้อยละ 72.7) ระยะเวลาปฏิบัติงานที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ เฉลี่ย 7.76 ปี เป็นผู้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 208 คน (ร้อยละ 84.9) เคยได้รับการอบรมเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานการพัฒนา เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล

ผลการศึกษาค่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ (ตารางที่ 1) โดยรวมมีค่าเฉลี่ย ระดับปานกลาง พิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในประเด็น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ส่วนการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยระดับมาก

### ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล และ ของบุคลากรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพโดยรวม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล และของบุคลากรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโดยรวม เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ (ตารางที่ 2) ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรด้านการฝึกอบรมเกี่ยวข้องกับงานการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.459, p < 0.001$ )

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ โดยรวมและรายด้าน

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ	Mean	S.D.	การแปลผล
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.27	0.64	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	3.61	0.55	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์	3.73	0.61	มาก
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.50	0.61	ปานกลาง
โดยภาพรวม	3.53	0.53	ปานกลาง

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโดยรวม เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ

ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากร	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโดยรวม เพื่อการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ เพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	0.033	0.626	ต่ำ
อายุ	0.148	0.027	ต่ำ

ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากร	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโดยรวม เพื่อการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		
	ของ เพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
วุฒิการศึกษา	0.064	0.338	ต่ำ
สถานภาพสมรส	0.140	0.037	ต่ำ
กลุ่มภารกิจที่ปฏิบัติงาน	-0.017	0.795	ต่ำ
บทบาทในงานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	-0.228	<0.001	ต่ำ
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	0.197	0.003	ต่ำ
การฝึกอบรมเกี่ยวข้องกับงานการ พัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล	0.459	<0.001	ปานกลาง

### อภิปรายผล

#### ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.53, S.D = 0.27) สอดคล้องกับการศึกษา ของพิมลพรรณ คุณสิทธิ์<sup>3</sup> พบว่าค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.56, S.D = 0.95) อธิบายได้ว่าบุคลากรสาธารณสุข มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยรวมเป็นส่วนมาก โดยพิจารณาตามโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพทำให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขถือเป็นสหวิชาชีพที่เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านการพัฒนาคุณภาพทั้งที่เป็นภารกิจของทีมนำสูงสุดในการกำหนดทิศทางหรือชี้นำสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารอย่างเพียงพอเหมาะสม

#### คุณลักษณะส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของกัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์<sup>2</sup> การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุด จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 และตรงกับสภาพความเป็นจริงตามบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทยที่มีสัดส่วน พยาบาลวิชาชีพที่สูงกว่าวิชาชีพอื่นๆ เพื่อรองรับภารกิจหลัก ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยประเภทต่างๆ บทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ ระดับต่ำ ในทิศทางบวก ส่วนการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ ระดับปานกลาง สำหรับ

เพศ การศึกษา และกลุ่มภารกิจที่ปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์

### ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 89 และเคยอบรม ในหลักสูตร HA พื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลจำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริอร พันธุ์โสตา<sup>4</sup> เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรตามโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเลย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมจำนวน 327 คิดเป็นร้อยละ 93.3 ซึ่งอธิบายได้ว่าบุคลากร ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ มีโอกาสได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนจากโครงการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network : QLN) ร่วมกับการฝึกอบรมที่จัดภายในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ซึ่งในการศึกษานี้มีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.459$ ,  $p<0.001$ ) หรือมีความสัมพันธ์กันร้อยละ 45.9

### ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ

มีการรวบรวมข้อมูลปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ จากแบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะทั้งหมด 26 ฉบับ จากแบบสอบถาม 265 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ

9.81 พบว่า ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่เป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ตามลำดับ

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจะประสบความสำเร็จได้ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมและมุ่งมั่นของบุคลากรทุกคน ดังนั้นผู้บริหารควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยวิธีดังนี้

1. สนับสนุนให้บุคลากรทุกคนมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม ควรส่งเสริมปัจจัยจูงใจโดยการกระจายงานหรือความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพไปยังบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีออกแบบกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์เพื่อเชื่อมโยงกับกิจกรรมคุณภาพในโรงพยาบาล ลดความเครียดสร้างความสุขจากทำงานคุณภาพ<sup>5</sup>

2. จัดสรรผลประโยชน์ รางวัลตอบแทนให้ขวัญและกำลังใจบุคลากรอย่างเป็นธรรม

3. จัดให้มีการประชุมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริการแก่บุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

4. มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริการ

5. มีการติดตามประเมินผลจากผู้บริหารและทีมเยี่ยมสำรวจภายในอย่างสม่ำเสมอ

6. มีการสื่อสารและถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารไปสู่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้ได้รับทราบนโยบายและข้อมูลต่างๆอย่างทั่วถึง ในหลายรูปแบบ

7. ให้การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพิ่มเติมแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เพียงพอ สอดคล้องต่อการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของอัปสร วงษ์ศิริ<sup>6</sup> พบว่า ภาพรวมของการสนับสนุน

จากองค์การในการจัดการข้อมูลสารสนเทศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับปานกลางและการศึกษาของดาวรุ่ง ดอนสมจิตร<sup>7</sup> พบว่าภาพรวม การสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.31 (S.D. = 0.49) แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขเพียงบางส่วนรับรู้ว่าการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพจากองค์การยังอยู่ไม่เพียงพอ

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม และระยะการปฏิบัติงานของพนักงาน เพื่อส่งเสริมหรือสนับสนุนให้พนักงานเข้ารับการฝึกอบรมจำแนกตามตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เหล่านี้ โดยเน้นการสร้างการมีส่วนร่วม

### เอกสารอ้างอิง

1. นินนาท หมอชาติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจันทบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์ มหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2552.
2. กัญญาวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์. การมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
3. พิมลพรรณ คุณสิทธิ์. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2549.

4. สิริอร พันธุ์โสดา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรตามโครงการ พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเลย วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
5. พิเชฐ อุดมรัตน์. คุณภาพคือวิถีชีวิต พัฒนางานพัฒนาคนให้ดีด้วยวิถีคุณภาพ. หน่วยผลิต ตำราคณะแพทยศาสตร์. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546.
6. อัปสร วงษ์ศิริ. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการข้อมูลสารสนเทศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
7. ดาวรุ่ง ดอนสมจิตร. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

การพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลบึงกาฬ พ.ศ. 2562  
The Development of the Healthcare-Associated Infection Surveillance System in  
Buengkan Hospital 2019

วัลลภา ช่างเจรจา\*  
Wallapha Changjeraja\*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบึงกาฬ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองบึงกาฬ รวม 182 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินการวิจัยมี 4 ระยะ 1) สำรวจและสังเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการ 2) ดำเนินการพัฒนาโดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ออกแบบระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เหมาะสมกับบริบทและมีการพัฒนาโปรแกรมสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC BKHos) 3) ทดลองดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วยทั้งหมด 10 หน่วยตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ ดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 ตุลาคม 2561- 30 กันยายน 2562 เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ 1) ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่พัฒนาขึ้น 2) โปรแกรม IC BKHos 3) คู่มือการใช้งานโปรแกรม IC BKHOS เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ 2) แบบบันทึกการส่งรายงานประจำเดือนและความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired t-test

ผลการศึกษา การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อครั้งนี้ได้ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในทุกหอผู้ป่วยและทุกตำแหน่ง (Hospital-wide surveillance) โดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse : ICWN) แบบเดิมควบคู่กับวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง (Targeted surveillance) โดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse : ICN) ลงเฝ้าระวังการติดเชื้อทุกวัน (Active surveillance) ในหอผู้ป่วยที่มีกลุ่มเสี่ยง เพิ่มเติมจากระบบเดิมเพิ่มอัตรากำลังของ ICN และพัฒนาสมรรถนะ ICWN มีการพัฒนาโปรแกรม IC BKHos มาใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อและรายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ผลลัพธ์ พบว่า ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังการพัฒนาระบบเพิ่มขึ้นเป็น 100% (เกณฑ์ 90%) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการส่งรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาระบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < 0.001$ )

**คำสำคัญ** ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ, การติดเชื้อในโรงพยาบาล, โรงพยาบาลบึงกาฬ

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ



### Abstract

This study was a research and development that aimed to develop and study the outcome of the development of a healthcare-associated infection surveillance system in Buengkan Hospital. The 182 participants were registered nurses working at the hospital and at health-promoting hospitals in the Mueang Buengkan district. These participants were purposively selected. The research included four phases: 1) a survey and synthesis of the problem status and needs, 2) the designing of the surveillance system (using the synthesized information based on the hospital context) and the development of the surveillance system program (IC BKHos) in the hospital, 3) a test of the developed surveillance system in ten wards, and 4) an evaluation of the system by comparing the results at pre- and post-intervention. The study took place between 1 October 2018 and 30 September 2019. The research tools included 1) the developed surveillance system, 2) the IC BKHos program, and 3) the IC BKHos program instruction book. The data collection tools included 1) an evaluation form for the surveillance system and 2) a form for a monthly report and a form for completing the data analysis by percentage, mean, standard deviation (SD), and paired t-test.

The developed healthcare-associated infection surveillance system tested the combined use of both hospital-wide surveillance by infection control ward nurses (ICWN) and targeted surveillance by infection control nurses (ICN). This system was different from the old system in that it involved active surveillance, which the nurses performed daily in the wards that included a risk group of patients. Additionally, there was an increase in the number of ICN, an enhancement of ICWN competency, and the development of the IC BKHos program for surveillance and reports. The finding was that the efficiency of the healthcare-associated infection surveillance system increased to 100% (90% standard). The mean difference of the monthly reports and the completeness of the data at pre- and post-development of the surveillance system were significantly statistically different at 0.05 (p-value <0.001).

**Keywords :** Surveillance system healthcare-associated infection, infection in hospital, Buengkan Hospital.

## บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infections or Hospital-Associated Infections) ถือเป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของทุกประเทศ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและในประเทศที่กำลังพัฒนา ทั้งนี้ปัญหาการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลยังเป็นปัญหาที่ประสบกับทุกโรงพยาบาลในทุกขนาด ในแต่ละปีมีผู้ป่วยจำนวนมากเกิดการติดเชื้อขึ้นระหว่างเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งผลให้เกิดความสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมไปถึงความสิ้นเปลืองทรัพยากรต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพของประเทศนับเป็นมูลค่ามหาศาล<sup>(1)</sup> เพราะเหตุดังกล่าวข้างต้น การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (infection control) จึงเป็นมาตรการสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องนำมาปฏิบัติอย่างเข้มงวดและสม่ำเสมอในสถานบริการสุขภาพทุกระดับทุกแห่งเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ ลดความสูญเสียร้ายแรงต่างๆ ดังที่กล่าวมา<sup>(1,2)</sup> โดยการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลนับเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลที่สำคัญตามข้อกำหนดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ทุกโรงพยาบาลกำลังดำเนินการอยู่<sup>(3)</sup> ในประเทศไทยแต่ละปีที่มีผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลประมาณ 4,000,000 คน จะมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างน้อย 300,000 คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการตายประมาณ ร้อยละ 5.9 ผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลจะอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย 5 วัน งบประมาณของรัฐถูกใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลคิดเป็นเงินประมาณ 1,600 ถึง 2,400 ล้านบาทต่อปี<sup>(4)</sup> การที่จะลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้นั้นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งคือระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นการติดตามสังเกตการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยต้องมีการบริหารจัดการข้อมูลอย่างถูกต้องเหมาะสมและเชื่อถือได้

ประโยชน์ของการเฝ้าระวังจะช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพจะทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้รวดเร็ว ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทราบสถานการณ์ แนวโน้ม ลักษณะการเกิดการกระจาย ความผิดปกติหรือการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้สามารถลงควบคุมการระบาดได้ นอกจากนี้ยังทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้หลายวิธีซึ่งมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน เช่น Hospital-wide surveillance เป็นการเฝ้าระวังการติดเชื้อในทุกหอผู้ป่วยและทุกตำแหน่ง จะช่วยให้ทราบสถานการณ์ แนวโน้ม ขนาดปัญหา ลักษณะทางระบาดวิทยา ทั้งยังช่วยให้สามารถค้นหาการระบาดได้อย่างรวดเร็ว แต่ต้องใช้เวลาและบุคลากรที่มาก ส่วนวิธี Targeted surveillance เป็นการเฝ้าระวังการติดเชื้อเจาะจงในตำแหน่งที่เป็นปัญหาสำคัญทำให้มีความชัดเจนและละเอียดมากขึ้น ทำให้ลดระยะเวลาในการเฝ้าระวังการติดเชื้อของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse : ICN) แต่ไม่สามารถบ่งบอกสถานการณ์ในภาพรวมหรือเมื่อเกิดความผิดปกติหรือการระบาดในหอผู้ป่วยที่ไม่ได้ดำเนินการเฝ้าระวัง จะทำให้มีการระบาดแพร่กระจายและแก้ไขปัญหาล่าช้า แต่การพิจารณาว่าจะเลือกวิธีการเฝ้าระวังวิธีใดขึ้นอยู่กับลักษณะการเกิดและการกระจายของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร่วมกับปัญหาที่พบในโรงพยาบาล นอกจากนี้บุคลากร ICN เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องพิจารณาร่วมด้วย<sup>(5)</sup>

ปี พ.ศ. 2555-2560 โรงพยาบาลบึงกาฬมี ICN 1 คน มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อแบบ Hospital-wide surveillance ในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาและทุกหอผู้ป่วยโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยมีการติดตามสถานการณ์การ

ติดเชื้อจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจอื่นๆ รวมทั้งจากการปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection Control Ward Nurse: ICWN) จะเป็นผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลการติดเชื้อลงในแบบเฝ้าระวังและแจ้งมายัง ICN รวมทั้งสรุปรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อประจำเดือนส่งเป็น paper ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ เมื่อได้ข้อมูลจากหน่วยงาน ICN ต้องนำข้อมูลมารวบรวมลงใน excel เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อเป็นภาพรวมของโรงพยาบาล ในส่วนของชุมชนจะติดตามผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ส่งดูแลต่อเนื้อได้แก่ ผู้ป่วยหลังคลอด ผู้ป่วยผ่าตัด เป็นต้น และมีการส่งผลการเฝ้าระวังกลับมายังโรงพยาบาล บึงกาฬ ในการส่งผู้ป่วยดื้อยากลับไปโรงพยาบาล ชุมชน (รพช.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กรณีที่แพทย์ระบุในใบส่งต่อจะมีการแจ้งไปยัง รพช. ที่รับโดยศูนย์ส่งต่อ ส่วนผู้ป่วยที่ส่งกลับบ้านไม่มีการประสานไปยังรพ.สต. จากการดำเนินการที่ผ่านมาพบปัญหาจากระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล คือ ข้อมูลการเฝ้าระวังไม่ครบถ้วน ไม่มีการรายงานผู้ป่วยที่ติดเชื้อทันทีที่พบ หน่วยงานมีการส่งรายงานประจำเดือนล่าช้ามากถึง ร้อยละ 46.5 เนื่องจาก ICWN เป็นผู้รวบรวมรายงานเพียงคนเดียว ผลตามมาก็คือการสอบสวนโรคหรือการแก้ปัญหาเกิดขึ้นไม่ทันเหตุการณ์ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการระบาดหรือแพร่กระจายเชื้อภายในโรงพยาบาลได้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (เกณฑ์  $\geq 90\%$ ) ข้อมูลที่ได้ไม่น่าเชื่อถือและไม่สามารถส่งรายงานการติดเชื้อแก่สมาคมโรคติดเชื้อได้เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ ICN ต้องนำข้อมูลมารวบรวมลงใน excel เป็นการทำงานที่ซับซ้อน ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการคีย์ข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่ได้วิเคราะห์สถานการณ์ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อใน

โรงพยาบาล พบว่าหน่วยงานส่งข้อมูลรายงานล่าช้า กรอบแบบฟอร์มรายงานการเฝ้าระวังไม่ถูกต้องและครบถ้วน ข้อมูลติดเชื้อในโรงพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์ปกติและไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูล<sup>(6)</sup> ในส่วนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน รพ.สต./รพช. มีการตอบกลับผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อต่ำและล่าช้า เนื่องจากการส่งรายงานผลต้องนำส่งทางไปรษณีย์ ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายหรือบางครั้งต้องรวบรวมให้ได้จำนวนมากพอจึงนำส่ง เนื่องด้วยระยะทางที่ไกล ไม่มีช่องทางในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาที่รวดเร็วไปยัง รพช./รพ.สต. ทำให้มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้ สอดคล้องกับการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 30 แห่ง ในระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งพบโอกาสพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล คือ ระบบการเฝ้าระวังข้อมูลการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ การนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ ระบบสารสนเทศงานป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่กำลังเป็นปัญหาของโรงพยาบาล และระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาตัวต่อที่หน่วยบริการในชุมชน ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ ผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้<sup>(7)</sup>

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งเป็น ICN รับผิดชอบในการออกแบบระบบและควบคุมติดตามการเฝ้าระวังการติดเชื้อได้เห็นความสำคัญ จึงต้องการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังไปใช้ในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาสถานการณ์การจัดระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรงพยาบาลบึงกาฬ 2) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) ศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development; R&D) ประกอบด้วย 4 ระยะ

ระยะที่ 1 สสำรวจและสังเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และ รพ.สต. พบว่าระบบการเฝ้าระวังปัจจุบันการส่งรายงานต้องรอให้ ICWN เป็นผู้รวบรวมเพียงคนเดียวทำให้ได้ข้อมูลที่ล่าช้า และเป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อน ความต้องการ คือ ต้องการมีเครื่องมือในการรายงานการติดเชื้อ ICN สามารถวิเคราะห์ข้อมูลรายงานการติดเชื้อได้ทันที ต้องการให้มีระบบแจ้งเตือนเมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นในหน่วยงาน สามารถรวบรวมรายงานการตอบกลับผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชนจาก รพ.สต. และ รพช. แทนการตอบกลับด้วยกระดาษ สามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อไปยัง รพ.สต. และ รพช. ภายในจังหวัดบึงกาฬได้และมีการแจ้งเตือนทันที หลังจากนั้นทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาคำตอบและวิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาโดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และออกแบบระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เหมาะสมกับบริบท และพัฒนานวัตกรรมโปรแกรม IC BKHos ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ/รายงานการติดเชื้อ

ระยะที่ 3 ระยะทดลองดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหอผู้ป่วยทั้งหมด 10 หน่วยตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาใหม่

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนา ระบบ โดยประเมินจากการส่งรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ความสมบูรณ์ของข้อมูลและประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

**กลุ่มตัวอย่าง** พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก เด็กโต เด็กเล็ก EENT หลังคลอด VIP ICU โรงพยาบาลบึงกาฬ จำนวน

166 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. 15 คน รวม 182 คน

**เครื่องมือในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ 1) ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่พัฒนาขึ้น 2) คู่มือการใช้งานโปรแกรม IC BKHos 3) โปรแกรม IC BKHos ในการบันทึกข้อมูลและรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ประกอบด้วย 6 เมนู ดังนี้

1. AMR คือ เมนูสำหรับส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาที่ Refer ไปยังโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. เมื่อบันทึกจะมีการแจ้งเตือนไปที่ Line กลุ่ม

2. U-IC คือ เมนูสำหรับลงข้อมูลการบริการประจำวันของหน่วยงาน ในส่วนโรงพยาบาล มี 31 ข้อและ รพ.สต. 10 ข้อ

3. U-INFECT คือ เมนูสำหรับลงข้อมูลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล เมื่อบันทึกจะมีการแจ้งเตือนไปยัง Line กลุ่ม

4. NI-REFERAL คือ เมนูในการลงข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อกลุ่ม post discharge ซึ่งหน่วยงานที่ทำการตรวจแผลผ่าตัด แผลฝีเย็บหรือตรวจตา-สะดือทารกแรกเกิด เป็นผู้ลงบันทึกผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

5. เมนูสรุปการติดเชื้อในฝ่ายใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยงาน หน่วยงานสามารถดูรายงานการบันทึกข้อมูลประจำวันตามช่วงเวลาที่ต้องการได้

6. เมนูผลรวมข้อมูลประจำวัน คือ เมนูสรุปผลการลงข้อมูลประจำวัน หน่วยงานสามารถดูรายงานการบันทึกข้อมูลประจำวันตามช่วงเวลาที่ต้องการได้

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบประเมินประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

2. แบบบันทึกการส่งรายงานประจำเดือน มีการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ รายละเอียดดังนี้

5 คะแนน = บันทึกข้อมูลทุกวันครบในวันที่ 1 ของเดือนถัดไป

4 คะแนน = บันทึกข้อมูลทุกวันครบในวันที่ 2-3 ของเดือนถัดไป

3 คะแนน = บันทึกข้อมูลทุกวันครบในวันที่ 4-5 ของเดือนถัดไป

2 คะแนน = บันทึกข้อมูลทุกวันครบในวันที่ 6-7 ของเดือนถัดไป

1 คะแนน = บันทึกข้อมูลทุกวันครบในวันที่ 8-9 ของเดือนถัดไป

0 คะแนน = บันทึกข้อมูลทุกวันครบหลังวันที่ 9 ของเดือนถัดไป

3. แบบบันทึกความสมบูรณ์ของข้อมูล มีการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ รายละเอียดดังนี้

5 คะแนน = ข้อมูลสมบูรณ์ 100 %

4 คะแนน = ข้อมูลสมบูรณ์ 90-99%

3 คะแนน = ข้อมูลสมบูรณ์ 80-89%

2 คะแนน = ข้อมูลสมบูรณ์ 70-79%

1 คะแนน = ข้อมูลสมบูรณ์ 60-69%

0 คะแนน = ข้อมูลสมบูรณ์น้อยกว่า 60%

**การเก็บข้อมูล** ก่อนการพัฒนาระหว่าง 1 ตุลาคม 2560-30 กันยายน 2561 และระยะหลังการพัฒนา 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ด้วยค่าร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการส่งรายงานทันเวลา และความสมบูรณ์ของข้อมูลระหว่างก่อนและหลัง

การพัฒนาระบบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบึงกาฬ เลขที่ BKHEC2018-40 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2561 กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์การวิจัยและสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ และแม้หากผู้เข้าร่วมโครงการเปลี่ยนใจถอนตัวออกจากโครงการภายหลังก็สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมโครงการจะนำเสนอเพียงภาพรวมและไม่มีทางที่จะเชื่อมโยงไปถึงผู้เข้าร่วมโครงการได้ ผู้วิจัยได้ยึดหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ตามหลักความเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรม ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตรหลักจริยธรรมสำหรับผู้ทำวิจัยในมนุษย์ วันที่ 26 มีนาคม 2562

## ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อก่อนการพัฒนา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1.1 รูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ โรงพยาบาลบึงกาฬมีรูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบบHospital-wide surveillance คือ เฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาและทุกหอผู้ป่วยโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยพยาบาลจะมีการติดตามสถานการณ์การติดเชื้อจากอาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจอื่น ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งจากการปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (HAI) พยาบาลที่พบจะแจ้งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (ICWN) และ ICWN จะเป็นผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลการติดเชื้อลงในแบบเฝ้าระวังและแจ้งมายัง ICN ซึ่งพบ

ปัญหา คือ ICN ไม่สามารถสรุปรายงานการติดเชื้อเป็นปัจจุบันได้เนื่องจากต้องรอรายงานจาก ICWN แต่ละหน่วยงาน เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นไม่มีการรายงานทันทีเนื่องจาก ICWN ไม่ได้ขึ้นเวรทำให้การสอบสวนโรคล่าช้า ข้อมูลที่ส่งมาไม่ครบถ้วน บางครั้งมีการวินิจฉัยไม่ถูกต้อง ICN ไม่ได้ทบทวนเวชระเบียนยืนยันการวินิจฉัยทุกรายทำให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อต่ำกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ 90%)

ในส่วนการเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชน ผู้ป่วยที่ต้องมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อต่อเนื่องในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ป่วยหลังคลอด จะมีใบส่งต่อในการเฝ้าระวังโดยให้ผู้ป่วยนำไปยื่นที่ รพ.สต. เมื่อครบกำหนดนัดตรวจแผลหรือตรวจหลังคลอด

**1.2 จำนวนและศักยภาพของ ICN/ICWN** ปี พ.ศ. 2560 มี ICN 1 คน จบเฉพาะทาง 4 เดือน และมีหน้าที่รับผิดชอบนอกเหนือหน้าที่หลัก คือ รับผิดชอบด้านวิชาการในกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล รวมถึงการเป็นวิทยากรและผู้นิเทศทั้งภายในและภายนอกองค์กร ประกอบกับการยกระดับจากโรงพยาบาลชุมชน 90 เดียง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งปัจจุบันเปิดบริการ 259 เดียง ทำให้อัตรากำลัง ICN ไม่เหมาะสมกับภาระงานที่กำหนดไว้ 1:200 เดียง ICWN 10 คน อบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ 7 คน มีการย้าย ลาออก ทำให้มีผู้รับผิดชอบใหม่และยังไม่ได้ผ่านการอบรมไม่เข้าใจและมั่นใจในการวินิจฉัยการติดเชื้อ รวมทั้งไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางปฏิบัติทำให้ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อไม่มีประสิทธิภาพ

**1.3 การรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ICWN** ทำหน้าที่รวบรวมรายงานจากทะเบียนกิจกรรมการรักษาของหน่วยงานนั้นๆ ลงในรูปแบบฟอร์มรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อประจำเดือนส่งมาให้ ICN เป็น paper เมื่อได้ข้อมูลจากหน่วยงาน ICN ต้องนำข้อมูลมารวบรวมลงใน excel เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อเป็นภาพรวมของโรงพยาบาล ทำให้มีการบันทึกข้อมูลผิดพลาด

ทำงานซ้ำซ้อน ในส่วนของผู้ป่วยที่จำหน่ายและต้องเฝ้าระวังต่อเนื่องการรายงานผลการเฝ้าระวังไม่ได้ส่งข้อมูลทันที แต่จะรวบรวมส่งเป็นรายเดือน/ปีเนื่องด้วยระยะทางที่ไกล ไม่มีระบบสารสนเทศมาช่วยในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้การรายงานล่าช้า ไม่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือ

**2. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลบึงกาฬ** การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิมแต่ยังไม่มีประสิทธิภาพที่ดีพอ จึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมและนำมาพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ดังนี้

**2.1 รูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ** จากเดิมมีรูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยวิธี Hospital-wide surveillance ทุกหอผู้ป่วยโดย ICWN เพียงอย่างเดียว ได้มีการเพิ่มการเฝ้าระวังด้วยวิธี Targeted surveillance ในตำแหน่ง VAP, CA-UTI, SSI (clean wound), CLBSI โดย ICN ลง Active surveillance เพิ่มเติมจากระบบเดิม ในหอผู้ป่วย ICU อายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก นอกจากนี้ยังมีการลงสอบสวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อโดย ICN ทุกราย ในส่วนของ รพ.สต. มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยในการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยแผลกดทับ ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้อง (CAPD) เป็นต้น

**2.2 จำนวนและศักยภาพของ ICN/ICWN** ปี พ.ศ. 2561 เพิ่มอัตรากำลัง ICN 1 คน ให้เหมาะสมกับภาระงานและผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือน ส่วน ICWN มีการส่งอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์เพิ่มเติม 2 คน ทำให้ปัจจุบัน ICWN ในหอผู้ป่วยได้รับการพัฒนาสมรรถนะครอบคลุม ร้อยละ 90 ในส่วนของ รพ.สต. มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในชุมชนครบทั้ง 15 แห่ง เพื่อให้มีสมรรถนะในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดฟื้นฟู

ความรู้เป็นประจำทุกปีสำหรับ ICWN ที่ยังไม่ผ่านการอบรมหรือผู้ที่ผ่านการอบรมมาแล้วทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและ รพ.สต.

**2.3 การรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ** มีการพัฒนาโปรแกรม IC BKHos ซึ่งเป็นโปรแกรมออนไลน์มาใช้ในการบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อและส่งรายงานทำให้สะดวกในการใช้งาน มี line alert เมื่อบันทึกการติดเชื้อ ทำให้ ICN ลงสอบสวนโรคได้ทันเวลาและทำให้ทราบสถานการณ์เป็นปัจจุบัน โดยหน่วยงานจะบันทึกการเฝ้าระวังทุกวัน และมีการติดตามตรวจสอบการบันทึกโดยหัวหน้างานและ ICN เป็นประจำทุกสัปดาห์ มีการอบรมการใช้โปรแกรมสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุกหน่วยงาน รายละเอียดโปรแกรมมีดังนี้ 1) AMR คือ เมนูสำหรับส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาที่ Refer ไปยังโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. 2) U-IC คือ เมนูสำหรับลงข้อมูลการบริการประจำวันของหน่วยงาน ในส่วนโรงพยาบาล มี 31 ข้อ และ รพ.สต. 10 ข้อ 3) U-INFECT คือ เมนูสำหรับลงข้อมูลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4) NI-REFERAL คือ เมนูในการลงข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อกลุ่ม post discharge ซึ่งหน่วยงานที่ทำการตรวจแผลผ่าตัด แผลฝีเย็บ หรือตรวจตา-

สะดือทารกแรกเกิด เป็นผู้ลงบันทึกผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ 5) เมนูสรุปการติดเชื้อในฝ่าย ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยงาน หน่วยงานสามารถดูรายงานการบันทึกข้อมูลประจำวันตามช่วงเวลาที่ต้องการได้ 6) เมนูผลรวมข้อมูลประจำวัน คือ เมนูสรุปผลการลงข้อมูลประจำวัน หน่วยงานสามารถดูรายงานการบันทึกข้อมูลประจำวันตามช่วงเวลาที่ต้องการได้

**3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล** ประเมินจากการเปรียบเทียบการส่งรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อทันเวลา ความสมบูรณ์ของข้อมูลและประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อก่อนและหลังการพัฒนา ดังนี้

**3.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่งรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อทันเวลา**

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการส่งรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อทันเวลา พบว่า อัตราการส่งรายงานทันเวลาก่อนการใช้โปรแกรม ร้อยละ 35.50 หลังใช้โปรแกรม ร้อยละ 57.10 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการส่งรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

การส่งรายงาน	Mean(%)	S.D	Mean difference (%)	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	35.50	2.4608	-21.60	-20.871	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	57.10	2.1832			

**3.2 ผลการเปรียบเทียบความสมบูรณ์ของข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ**

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสมบูรณ์ของข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ พบว่า

อัตราความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการใช้โปรแกรม ร้อยละ 29.50 หลังใช้โปรแกรม ร้อยละ 55.80 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสมบูรณ์ของข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ความสมบูรณ์ของข้อมูล	Mean	S.D	Mean difference (%)	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	29.50	6.1146	-26.30	-11.317	<0.001*
หลังใช้โปรแกรม	55.80	3.1902			

**3.3 ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ**

เพิ่มสูงขึ้นจากก่อนการพัฒนาระบบ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังการพัฒนาระบบพบว่าเพิ่มขึ้นเป็น 100% ซึ่ง

**ตารางที่ 3** ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

ผลลัพธ์	เกณฑ์	2558	2559	2560	2561	2562
ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	≥90%	72.2	75	88.9	87.5	100

**สรุปผลและอภิปรายผล**

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อครั้งนี้ได้ใช้วิธีการเฝ้าระวังแบบ Hospital-wide surveillance ค ว บ คู่ กั บ วิ ธี Targeted surveillance มีการลง Active surveillance โดย ICN เพิ่มเติมจากระบบเดิม เพิ่มอัตรากำลังของ ICN และพัฒนาสมรรถนะ ICWN มีการพัฒนาโปรแกรม IC BKHos มาใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อและรายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ผลลัพธ์พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการส่งรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อทันเวลาและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาระบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เนื่องมาจากมีการนำโปรแกรม IC BKHos มาใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยหน่วยงานทำการบันทึกข้อมูลเป็นประจำวันทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและส่งข้อมูลได้รวดเร็วทันเวลา ICN ลงสอบสวนโรคได้ทันท่วงที นอกจากนี้โปรแกรมมีการกำหนดรายละเอียดในการกรอกข้อมูลทำให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากขึ้น พยาบาลแต่ละ

หน่วยงานได้รับการอบรมการใช้โปรแกรม IC BKHos และมีคู่มือการใช้งานไว้ในหน่วยงาน และมีการติดตามตรวจสอบการบันทึกโดยหัวหน้างานและ ICN เป็นประจำทุกสัปดาห์ จึงทำให้ข้อมูลมีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้นสอดคล้องกับการดำเนินงานทางระบาดวิทยาที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี VEP-Alert มาใช้ในการรายงานทางระบาดวิทยา ทำให้สามารถเพิ่มความเร็วในการแจ้ง case จากเฉลี่ย 6 ชั่วโมงเป็นเฉลี่ย 20 นาที เพิ่มความครอบคลุมในการแจ้ง Case จาก OPD 100% การติดตาม ควบคุมกำกับได้ง่ายผ่านระบบ Alert & GIS ลดความซ้ำซ้อนการบันทึกข้อมูล ลดการใช้กระดาษ การเขียนรายงานและวิเคราะห์ที่รวดเร็ว<sup>(8)</sup> ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังการพัฒนาระบบพบว่าเพิ่มขึ้นเป็น 100% เนื่องมาจากมีการลง Active surveillance โดย ICN และ ICWN ได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีความเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับจากบุคลากรภายในหน่วยงานในการเฝ้าระวังการติดเชื้อและ



การวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล ส่งผลให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น จึงควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อได้มาตรฐาน และรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อมีความน่าเชื่อถือสืบไป

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารองค์กรควรเห็นความสำคัญของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานขององค์กร และควรมีการสนับสนุนการนำสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในทุกระดับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและรวดเร็ว

2. บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับควรมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่ในการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงาน จึงควรมีการพัฒนาทักษะ ความรู้ และมีเจตคติที่ดีต่อการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในทาง การแพทย์และสาธารณสุขมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการบันทึกข้อมูล และมีทักษะในการใช้คอมพิวเตอร์

3. ควรมีการกำหนดสมรรถนะและ ประเมินสมรรถนะของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ในหอผู้ป่วย (ICWN) เป็นประจำทุกปี เพื่อจะได้ ทราบสมรรถนะที่ขาดและส่งเสริมพัฒนาให้ ICWN ให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรม IC BKHos เป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อภายใน โรงพยาบาลและชุมชน สามารถส่งต่อข้อมูลระดับ จังหวัดได้ในส่วนของข้อมูลเชื้อดื้อยา และผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังต่อในชุมชน แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยง ข้อมูลในระบบของโรงพยาบาลได้ดังนั้นควรพัฒนา ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อลดระยะเวลาการ บันทึกข้อมูลในหน่วยงาน

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ พญ.นาตยา มิลส์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงกาฬ นางสุนันท์ นกทอง หัวหน้าพยาบาล ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ ดำเนินการศึกษาและเผยแพร่ผลงาน นางสาวไอน้ำ เรืองโพน ผู้เขียนโปรแกรม IC BKHos และผู้ที่มี ส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้เสร็จ สมบูรณ์

### เอกสารอ้างอิง

1. Juntaradee M, Yimyaem S, Soparat P, Jariyasethpong T, Danchaiwijitr S. Nosocomial infection control in district hospitals in northern Thailand. J Med Assoc Thai 2005; 88 (Suppl 10): S120-3.
2. Haley RW, Culver DH, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, Hooton TP. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infection in U.S. hospitals. Am J Epidemiol 1985; 121: 182-205.
3. กัชร มาลาธรรม. หลักการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. ใน : พรรณทิพย์ ฉายากุล, ชิชณุ พันธุ์เจริญ, ชุขณา สวนกระต่าย และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราโรคติดเชื้อ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย; 2548.
4. สมหวัง ด่านชัยวิจิตร. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. ใน : สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส, 2544: 1-16.
5. อะเคื้อ อุนทเลชกะ. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล. ใน: อะเคื้อ อุนทเลชกะ, บรรณาธิการ. การเฝ้าระวังและสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง; 2554. 21-50.

6. ประภาศรี ศุขิลวรรณ, ธีรพล เจนวิทยา, บุญเยี่ยม พิมพ์ทองและคณะ. การพัฒนาระบบควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ [อินเทอร์เน็ต].อุบลราชธานี: D-Library | National Library of Thailand; 2542 [วันที่อ้างถึง 15 กรกฎาคม 2562]. ที่มา: <http://164.115.27.97/digital/items/show/9718>.
7. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. รายงานสรุปผลโครงการการสร้างเครือข่ายพัฒนางานป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล. นครราชสีมา: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์. (เอกสารอัดสำเนา)
8. พงษ์ศักดิ์ บุญทัต. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในระบบเตือนภัยทางระบาดวิทยา (VEP-Alert System). ใน: งานประชุมพัฒนาเครือข่ายระบาดวิทยาและSRRT; 18 ธันวาคม 2556; จังหวัดเชียงใหม่ 2556.

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
จังหวัดปทุมธานี

The Readiness of Transferring the Mission of the Tambon Health Promoting Hospital  
to the Local Administrative Organization in Pathumthani Province.

ดุจเดือน ตั้งเสถียร<sup>1</sup>, ศศิพร โลจายะ<sup>2</sup>  
Dudduan Tangsatien<sup>1</sup>, Sasiporn Lojaya<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ประชากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยทุกแห่ง จำนวน 79 แห่ง ใน 7 อำเภอ จำนวน 267 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม – ตุลาคม 2562 โดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ F-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต. มีความรู้เรื่องการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 131 คน ร้อยละ 49.06 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต. มีความพร้อมต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ บริหารจัดการ ด้านจัดบริการสาธารณสุข และด้านบุคลากร ตามลำดับ ส่วนความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ในปัจจัยระดับการศึกษาและตำแหน่งงาน ในส่วนของปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพสมรส อายุราชการ การพักอาศัยและ อัตราเงินเดือน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

ข้อเสนอแนะ ควรจัดประชุมชี้แจงเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจต่อขั้นตอนและกระบวนการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างสัมพันธที่ดีต่อการประสานและร่วมมือกันในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : การถ่ายโอนภารกิจ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

<sup>1,2</sup> กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

<sup>1,2</sup> Pathumthani Provincial Public Health Office

### ABSTRACT

The objective of this research is to study. The Readiness of Transferring the Mission of the Tambon Health Promoting Hospital to the Local Administrative Organization in Pathumthani Province. This research studies the questionnaires collected from population in health everywhere center 79 amounts are in 7 amphur 267 health personnel in May-October 2019. Data was statistically analyzed and presented by percentages, average means, standard deviation t-test and F-test, Significant level at 0.05

**The education meets that :** Health officer of the health center be omniscient about to perform allocated duties from department of public health gives the local government organization in the overall image was in the freg. +1.

2. Health officer percentages of the health center think to perform allocated duties from department of public health gives the local government organization in the overall image is in the average when separate lay a side meets that budget side is valuable share topmost next be administrate manage very side serves the public health and personnel side respectively opinion part of an officer who has to perform allocated duties from department of public health gives the local government organization there is the difference important imply statistics way in level education factor and the vacancy in the part of gender factor age marriage status age the government service the dwelling and rate of salary there is the difference noly way statistics significance

According to this study, we recommended to set up a meeting for health personnel to have correct knowledge and understanding toward the process of decentralization to local government organization to create good coordination and participation for the most effective outcome toward the majority in the community.

**Keyword :** Transferring the Mission, Local Administrative Organization

## บทนำ

ด้วยคณะอนุกรรมการบริหารแผนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการแจ้งให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งรายละเอียดแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งปัจจุบันอยู่ในช่วงสิ้นสุดแผน 2 ของ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เตรียมการเสนอให้คณะรัฐมนตรีอนุมัติแผน 3 เพื่อบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ต่อ ขณะเดียวกันได้มีการตั้งคณะทำงานเตรียมการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยมีผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจฯ ผู้แทนสำนักนายกรัฐมนตรี และผู้แทนจากชมรม ผอ.รพ.สต. เป็นคณะทำงาน<sup>(1)</sup> นั้น

กระทรวงสาธารณสุข เริ่มแรกได้ดำเนินการโดยดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และได้มีการเตรียมการสำรวจข้อมูล ด้านทรัพย์สิน การดำเนินงาน งบประมาณ และความสมัครใจของบุคลากรในสถานีนอนามัยที่จะโอนไป ในพื้นที่ อบต. ที่ได้รับรางวัลการบริหารจัดการดีเด่น ปี 2548-2549 และได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพ จำนวน 110 แห่ง<sup>(2)</sup> ซึ่งในปี 2550 ได้กำหนดเป้าหมายรวมทั้งสิ้น 30 แห่ง โดยจังหวัดปทุมธานีมีองค์การบริหารส่วนตำบลที่เป็นเป้าหมายทดลองการถ่ายโอนสถานีนอนามัย จำนวน 1 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบล บึงยี่โถ อำเภอบึงสามพัน และสถานีนอนามัยตำบล บึงยี่โถ อำเภอบึงสามพัน และกำหนดให้ดำเนินการ

ถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในปีต่อๆ ไป นั้น

สำหรับ จังหวัดปทุมธานี ในปี 2562 มีจำนวนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งสิ้น 65 แห่ง (อบจ.1 แห่ง/ เทศบาล 27 แห่ง/ อบต. 37 แห่ง) กระจายในอำเภอต่างๆ รวม 7 อำเภอ และจากการส่งแบบสอบถามความสมัครใจขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเข้าร่วมการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ให้ อบต. เพื่อเตรียมดำเนินการในช่วงต่อไป พบว่ามีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครใจร่วมการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้ อบต. รวมทั้งสิ้น จำนวน 15 แห่ง จาก 5 อำเภอ<sup>(3)</sup> จากการดำเนินงานสาธารณสุข ในปัจจุบันยังมีการดำเนินงานตามแผนงานของกระทรวงสาธารณสุข และการกระจายอำนาจตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน พ.ศ. 2542 นั้นยังมีการดำเนินงานซ้ำและไม่เป็นไปตามแผน ซึ่งงานที่มีการถ่ายโอนที่ชัดเจนนั้น มีการจัดสรรเงินงบประมาณให้กับหมู่บ้านเพื่อสนับสนุนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ซึ่งเงินงบประมาณดังกล่าวเป็นเงินที่จัดสรรให้เพื่อใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรค และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนจากการดำเนินงานที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยยังขาดแนวทางและความรู้ อีกทั้งยังมีความสับสนในการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมภายใต้การบริหารจัดการที่ดี มีคุณลักษณะด้านภาวะผู้นำ มีการทำงานเป็นทีม รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม แต่ในสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบลและสถานีนอนามัย ยังอยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมในปัจจุบันเหล่านี้ จึงทำให้หัวหน้าสถานีนอนามัยเกิดความไม่มั่นใจว่าองค์การบริหารส่วนตำบลจะสามารถรับการถ่ายโอนภารกิจงานด้าน

สุขภาพไปดำเนินการให้มีประสิทธิภาพตามเจตนารมณ์ของการกระจายอำนาจครั้งนี้ได้ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องการศึกษาความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพบรรลุตามเป้าประสงค์ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความพร้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข

### ตารางที่ 1 จำนวนประชากรที่ศึกษา

อำเภอ	กลุ่มประชากร (คน)
เมืองปทุมธานี	66
สามโคก	25
ลาดหลุมแก้ว	41
ธัญบุรี	19
ลำลูกกา	42
คลองหลวง	39
หนองเสือ	35
รวม	267

ที่มา: กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.ปทุมธานี ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2562

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรม และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแนวทางการสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน อายุราชการ

ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

### วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี จำนวนทั้งสิ้น 7 อำเภอ จำนวน 267 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนพฤษภาคม – ตุลาคม 2562

อัตราเงินเดือน การพักอาศัย และหน้าที่รับผิดชอบหลัก ข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ

**ตอนที่ 2** แบบทดสอบความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ขอบเขตการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข และกระบวนการ

ถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข จำนวน 12 ข้อ  
ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนคำตอบดังนี้  
ตอบทราบให้ 1 คะแนน ตอบไม่ทราบให้ 0

คะแนน และเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้  
ความเข้าใจแบ่งออกเป็น 3 ระดับ<sup>(4)</sup> คือ

ความรู้ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} - 1/2$ S.D. ถึงคะแนนต่ำสุด
ความรู้ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm 1/2$ S.D.
ความรู้ระดับสูง	มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} + 1/2$ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด

**ตอนที่ 3** คำถามความพร้อมของ  
เจ้าหน้าที่ที่มีต่อการถ่ายโอนภารกิจด้าน  
สาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย ด้านบริหาร  
จัดการ จำนวน 5 ข้อ ด้านจัดบริการสาธารณสุข  
จำนวน 6 ข้อ ด้านงบประมาณ จำนวน 5 ข้อและ

ด้านบุคลากร จำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะ  
แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า  
(rating scales) 4 ระดับ คือ พร้อมมากที่สุด มาก  
ไม่พร้อม และไม่พร้อมอย่างยิ่ง รวม 22 ข้อ  
จัดเป็นข้อความลักษณะบวก และทางลบ เกณฑ์  
การให้คะแนน

ระดับความพร้อม	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
มากที่สุด	4	1
มาก	3	2
ไม่พร้อม	2	3
ไม่พร้อมอย่างยิ่ง	1	4

เมื่อรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม  
และทำการแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนน  
เฉลี่ยของประชากรแบ่งระดับความพร้อมเป็น 3

ระดับ โดยอาศัยเกณฑ์การหาความกว้างของ  
อันตรภาคชั้น<sup>(5)</sup> ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
3.00 - 4.00	มีความพร้อมต่อการถ่ายโอนอยู่ในระดับสูง
2.00 - 2.99	มีความพร้อมต่อการถ่ายโอนอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 - 1.99	มีความพร้อมต่อการถ่ายโอนอยู่ในระดับต่ำ

### การทดสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่สำคัญเป็นแบบสอบถาม  
ซึ่งผู้ศึกษาจะต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธี  
วิจัยและใช้ความชำนาญในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
เป็นอย่างดี ซึ่งจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับ

องค์ประกอบของการถ่ายโอนภารกิจในด้าน คือ  
ด้านบริหารจัดการ ด้านจัดบริการสาธารณสุข  
ด้านงบประมาณและด้านบุคลากร ซึ่งความ  
ถูกต้องและความน่าเชื่อถือ จะพิสูจน์ได้ในขณะ  
ทำการสอบถาม และการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้

ตรงตามเนื้อหาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่  
ทำการศึกษาในครั้งนี้

แนวคำถามในการสอบถามเพื่อหา  
ข้อสรุปในประเด็นที่ทำการศึกษาโดยทำการ  
ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรง  
(validity) ซึ่งเป็นความตรงในเนื้อหา (content

validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น  
เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 ท่าน พิจารณาถึงความ  
สอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม  
เป็นรายข้ออีกครั้ง แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์  
ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective  
Congruence: IOC) ตามสูตร

$$IOC = \sum R / N$$

เมื่อ IOC คือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม

$\sum R$  คือ ผลรวมของคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

โดยผู้วิจัยตัดข้อคำถามที่มีค่า IOC  
น้อยกว่า 0.5 ออกเนื่องจากถือว่าข้อคำถามนั้นไม่  
มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและ  
ปรับปรุงข้อคำถามข้อนั้นใหม่

2. การตรวจสอบความเชื่อถือได้  
(reliability) สามารถทดสอบประโยคคำถามเพื่อ  
ดูว่าประโยคคำถามนั้นสื่อความหมายได้ตรงตาม  
ความต้องการหรือไม่หรือทดสอบประโยคคำตอบ  
ที่ได้มานั้นเชื่อถือได้หรือไม่ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการนำ  
แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ  
แล้วไปทดลองใช้จริงกับสำนักงานสาธารณสุข  
อำเภอเมืองจังหวัดนครนายก โดยกลุ่มประชากร  
ที่เหมือนกันกับกลุ่มที่จะทำการศึกษาจริง จำนวน  
ทั้งสิ้น 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความ  
เชื่อมั่นตามวิธีการครอนบาค (Cronbach's  
Alpha Coefficient) และค่าอำนาจจำแนกโดย  
การทดสอบค่า t (Separated t - test) ที่ระดับ  
นัยสำคัญทางสถิติ .05 แล้วนำมาคำนวณโดย  
เครื่องคอมพิวเตอร์ ได้ค่าความเชื่อมั่นของ  
แบบสอบถาม รวมเท่ากับ .789 ซึ่งถือว่ายอมรับ  
และเชื่อถือได้

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

### การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม

ดังนี้

1. เตรียมข้อมูลกลุ่มประชากรที่จะ  
ทำการศึกษา ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน  
ของแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยทำหนังสือเรียนนายแพทย์  
สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีขออนุญาตเข้าเก็บ  
ข้อมูลเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสังกัดของ  
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดปทุมธานี  
จำนวนทั้งสิ้น 7 อำเภอ
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดย  
ส่งแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้ว จำนวน 267 ฉบับ  
แจกให้กับประชากรที่ศึกษา ซึ่งประกอบด้วย  
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข นักวิชาการ  
สาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่งาน  
สาธารณสุขชุมชน และเจ้าหน้าที่งานทันต  
สาธารณสุข เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม
4. ติดตามแบบสอบถาม โดยการ  
เก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างให้  
ครบ 267 ฉบับ



5. นำแบบสอบถามทั้งหมดมา กำหนดรหัส สร้างตัวแปร บันทึกข้อมูลและ ประมวลผล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive

statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ t-test และF-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**ผลการวิจัย**

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร (N= 267)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	26.97
หญิง	195	73.03
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	14	5.24
30 – 40 ปี	39	14.61
40 ปีขึ้นไป	214	80.15
อายุเฉลี่ย	37.83	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.95	
สถานภาพสมรส		
โสด	91	34.08
คู่	142	53.18
หม้าย หย่า แยก	34	12.74
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	33	12.36
ปริญญาตรี	227	85.02
ปริญญาโทขึ้นไป	7	2.62
ตำแหน่งงาน		
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	14	5.24
นักวิชาการสาธารณสุข/พยาบาลวิชาชีพ	186	69.66
จพง.สาธารณสุขชุมชน/จพง.ทันตสาธารณสุข	67	25.10
อายุราชการ		
น้อยกว่า 10 ปี	67	25.09
10-20 ปี	48	17.98
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	152	56.93

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย		17.10
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		8.42
อัตราเงินเดือน		
น้อยกว่า 15,000 บาท	33	12.36
ระหว่าง 15,000 – 30,000 บาท	60	22.47
30,001 บาทขึ้นไป	174	65.17
การพักอาศัยอยู่ในตำบลที่ปฏิบัติงาน		
พักอาศัย	75	28.09
ไม่พักอาศัย	192	71.91
หน้าที่รับผิดชอบหลัก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
งานบริหาร	23	8.61
งานบริการ	142	53.18
งานวิชาการ	102	38.21
<b>รวม</b>	<b>267</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 2 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.03 มีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 80.15 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.18 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.02 ปฏิบัติงานในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข/พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 69.66 อายุราชการ

มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 56.93 อัตราเงินเดือนมากกว่า 30,001 บาท ร้อยละ 65.17 ส่วนใหญ่ไม่ได้พักอาศัยในตำบลที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 71.91 และหน้าที่รับผิดชอบหลัก คือ งานบริการ ร้อยละ 53.18

**ตารางที่ 3** ระดับความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี (N= 267)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	62	23.22
ระดับปานกลาง	131	49.06
ระดับต่ำ	74	27.72
<b>รวม</b>	<b>267</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 3 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้ต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จังหวัดปทุมธานีในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.06

**ตารางที่ 4** ระดับความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี

ความพร้อมจำแนกรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการบริหารจัดการ	2.45	.47	ปานกลาง
ด้านการจัดบริการสาธารณสุข	2.35	.45	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	2.57	.52	ปานกลาง
ด้านบุคลากร	2.26	.48	ปานกลาง
<b>ภาพรวม</b>	<b>2.41</b>	<b>.42</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 4 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีระดับความพร้อมต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.41$ )

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามตัวแปร (N= 267)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t-value	p-value
<b>เพศ</b>				
ชาย	2.49	.51	1.292	.198
หญิง	2.38			
<b>การพักอาศัย</b>				
พัก	2.39	.44	.603	.547
ไม่พัก	2.44	.53		

จากตารางที่ 5 พบว่า ผลการเปรียบเทียบระดับความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามเพศและการพักอาศัยในตำบลที่ปฏิบัติงาน พบว่า เพศชายและเพศหญิง มีค่าเฉลี่ย 2.49, 2.38 ไม่พักและพักอาศัย มีค่าเฉลี่ย 2.44, 2.39 ตามลำดับ และเมื่อ

ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ค่า t-test ได้ค่า t = .198 และ .547, p>0.05

สรุปได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีเพศและการพักอาศัยในตำบลต่างกัน จะมีระดับความพร้อมต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่แตกต่างกัน

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข  
ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	F	p-value
<b>อายุ</b>				
น้อยกว่า 30 ปี	2.25	.77	.289	.750
30 -40 ปี	2.28	.77		
มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	2.39	.63		
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	1.94	.68	.438	.646
สมรส	1.84	.37		
หม้าย/หย่า/แยก	1.89	.50		
<b>ระดับการศึกษา</b>				
อนุปริญญา	2.19	.40	4.933	.008*
ปริญญาตรี	1.84	.47		
ปริญญาโทขึ้นไป	2.04	.51		
<b>ตำแหน่งงาน</b>				
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	2.19	.75	3.324	.039*
นักวิชาการสาธารณสุข/พยาบาลวิชาชีพ	1.74	.70		
จพง.สาธารณสุขชุมชน/จพง.ทันต สาธารณสุข	1.93	.66		
<b>อายุราชการ</b>				
น้อยกว่า 10 ปี	2.13	.81	.241	.789
10 -20 ปี	2.15	.80		
20 ปีขึ้นไป	2.04	.64		
<b>อัตราเงินเดือน</b>				
น้อยกว่า 15,000 บาท	2.19	.40	2.135	.122
15,001 – 30,000 บาท	2.41	.64		
30,001 บาทขึ้นไป	2.58	.50		

จากตารางที่ 6 พบว่า เมื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน อายุราชการ และอัตราเงินเดือนกับความพร้อมต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้ค่า F-test ได้ค่า t= .750, .646, .008, .039, .787 และ .122 ตามลำดับ โดยระดับ

การศึกษาและตำแหน่งงานมี  $p < 0.05$  สรุปได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาและตำแหน่งงานต่างกันจะมีระดับความพร้อมต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความพร้อมการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดปทุมธานี โดยสรุปในภาพรวม พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นต่อการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการจัดการด้านการจัดบริการสาธารณสุข ด้านงบประมาณ และด้านบุคลากรส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่จะมีกลุ่มอายุที่ใกล้เคียงกัน คือ ระหว่าง 30-40 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 39.83 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อายุราชการเฉลี่ย 17 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ รักชาติ เจริญ<sup>(6)</sup> ที่ศึกษาความคิดเห็นของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีต่อบทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงในการปฏิบัติงานศึกษาเปรียบเทียบระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล ชั้น 1 กับองค์การบริหารส่วนตำบลชั้น 5 ผลการศึกษา พบว่า บทบาทที่คาดหวังของตนในภาพรวมทั้ง 8 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของโอลดา มาแสดง<sup>(7)</sup> ที่ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดยโสธรต่อการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมีความคิดเห็นต่อการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความคิดเห็นทั้ง 4 ด้าน คือ การจัดการกิจการในการบริการ การบริหารงบประมาณ การบริหารงานบุคคลและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางและสอดคล้องกับการศึกษาของอุปรณ์ นิลนพคุณ<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาความคิดเห็นของข้าราชการฝ่ายปกครองต่อพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดพังงา

ผลการศึกษา พบว่า ข้าราชการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าความสำเร็จในการกระจายอำนาจคือการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการตรวจสอบการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐควรถ่ายโอนภารกิจไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางส่วนและสอดคล้องกับการศึกษาของนายสรายุทธ รัตน์<sup>(9)</sup> ที่ศึกษาความพร้อมของสถานีอนามัยในการถ่ายโอนภารกิจให้ องค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดกระบี่ พบว่า มีความพร้อมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเห็นว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีศักยภาพในการควบคุมดูแลการดำเนินงานในส่วนนี้น้อย และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำงานนาน 10-20 ปี ยังไม่มั่นใจในการบริหารงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล อาจเนื่องจากความเข้าใจในงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นน้อย

## สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้และความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านงบประมาณมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ บริหารจัดการด้านจัดบริการสาธารณสุข และด้านบุคลากรตามลำดับ ส่วนความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจุบันระดับการศึกษาและตำแหน่งงาน ในส่วนของปัจจัยเพศ อายุ

สถานภาพสมรส อายุราชการ การพักอาศัยและ  
อัตราเงินเดือน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มี  
นัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะ

ควรจัดประชุมชี้แจงเพื่อให้เจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจต่อขั้นตอนและ  
กระบวนการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะระดับการศึกษาและ  
ตำแหน่งงานที่แตกต่างกัน เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดี  
ต่อการประสานและร่วมมือกันในการดำเนินงาน  
ที่มีประสิทธิภาพเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่  
ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความพร้อมของ  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับถ่ายโอน  
ภารกิจด้านสาธารณสุขและ รพ.สต. ไปอยู่ใน  
ความดูแล
2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องขนาด  
ของรพ.สต.ที่เหมาะสมแก่การถ่ายโอนภารกิจ  
ด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนโดย  
ส่วนรวม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.สุรินทร์ สืบซึ่ง  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี  
นางอุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์ นักวิชาการ  
สาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ที่ให้  
คำปรึกษาและแนะนำตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง  
ต่างๆ ขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและ  
อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวง. คู่มือการดำเนิน  
การถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข ให้แก่องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น. 2550.
2. กระทรวงสาธารณสุข. การบริหารงาน  
สาธารณสุขส่วนภูมิภาค ฉบับปรับปรุงครั้งที่  
6 (พ.ศ.2542). 2542.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี.  
2560. ข้อมูลวางแผนและประเมินผล  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี.  
2560. (เอกสารอัดสำเนา).
4. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. รวบรวมผลการ  
วิจัยการวัดผลการวิจัยการวัดผลและประเมิน  
ผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์; 2543.
5. Best, J. W. Research in Education. (3<sup>rd</sup>  
ed.). New Jersey: Prentice-Hall; 1978.
6. วิชรินทร์ รักชาติเจริญ. ความคิดเห็นของ  
สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีต่อ  
บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่เป็นจริงใน  
การปฏิบัติงาน: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง  
องค์การบริหารส่วนตำบล ชั้น 1 กับองค์การ  
บริหารส่วนตำบลชั้น 5. ภาคนิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร  
ศาสตร์; 2559.
7. ไอลดา มาแสวง. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่  
สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด  
ยโสธรต่อการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น. ภาคนิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร  
ศาสตร์; 2554.
8. อุปกรณ์ นิลนพคุณ. ความคิดเห็นของ  
ข้าราชการฝ่ายปกครองต่อพระราชบัญญัติ  
กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ  
ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.  
2542: ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดพังงา.  
ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สถาบัน  
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2555.

9. กมลวรรณ สุรวินัยบดี. ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยที่มีต่อการถ่ายโอนภารกิจของรัฐด้านสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ศึกษากรณีอำเภอบ้านบึง จังหวัดตราดบุรี. (ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
10. วิชาญ ภิบาล. ความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลเกี่ยวกับโครงสร้างและการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล:ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดยะลา (ภาคนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2552.
11. สุชา จันท์เอม และสุรางค์ จันท์เอม. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แพรววิทยา; 2520.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น  
ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

Effectiveness of Life Skills Enhancing Program for Preventing Unwanted Pregnancies in  
Teenagers, Cheun Chom Subdistrict, Cheun Chom District, Maha Sarakham Province.

ชาลี ยะวร<sup>\*</sup>  
Chalee Yaworn<sup>\*</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นชายและหญิงอายุ 15-19 ปี ในเขตตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น กลุ่มควบคุมได้รับการให้สุขศึกษารายกลุ่มตามปกติ ระยะเวลา 24 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามทักษะชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิดสร้างสรรค์ และคิดอย่างมีวิจารณญาณ ด้านความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ด้านความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา และด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตทั้ง 6 ด้าน ก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตทั้ง 6 ด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) ซึ่งสรุปว่า โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สามารถเสริมสร้างทักษะชีวิตในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้

คำสำคัญ : คำสำคัญ : ทักษะชีวิต, การตั้งครรภ์ไม่พร้อม, วัยรุ่น

\* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รพ.สต.บ้านชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม



### ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of the life skills enhancing program for preventing unwanted pregnancies in teenagers, Cheun Chom Subdistrict, Cheun Chom District, Maha Sarakham Province. The sample consisted of 62 male and female teenagers aged 15-19 years in Chuen Subdistrict, Chuen District, Maha Sarakham Province. They were divided equally 2 groups with 31 each of experimental and control group. The experimental group received the life skills enhancing program for preventing unwanted pregnancies in teenagers while the control group received conventional care for 24 weeks. Data collection used questionnaires for life skills. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results revealed that after experiment, the mean scores of life skills in all 6 aspects, namely creative and think critically, self-awareness and compassion for others, self-esteem and social responsibility, dealing with emotions and stress, decision making and problem solving, and relation building and communication in the experimental group were significant higher than before the experiment ( $p$ -value  $<0.001$ ) whereas the control group were not different. When comparing the differences of the mean scores after the experiment between the experimental group and control group found that the experimental group had significant higher mean scores than the control group ( $p$ -value  $<0.001$ ). The results indicate that the program can be able to strengthen life skills to prevent unwanted pregnancies in teenagers.

**Keyword :** Life skills, Unwanted pregnancy, Teenager

## บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาระดับโลกที่กำลังประสบกันอยู่ในประเทศต่างๆ จากผลสำรวจอัตราส่วนการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรหญิงวัยเดียวกันในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณ 96:1,000 คน ประเทศแคนาดา 26:1,000 คน ประเทศอังกฤษ 31:1,000 คน คนและประเทศกัมพูชา 15:1,000 คน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกเกิดปัญหาสังคม เศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นการทำแท้ง ปัญหาเด็กกำพร้า ปัญหาครอบครัว ฯลฯ ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะขยายจำนวนเพิ่มมากขึ้น<sup>1</sup>

ประเทศไทยมีอัตราส่วนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเทียบกับจำนวนประชากรอายุ 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 เท่ากับ 50.1, 50.1, 50.1, 53.6 และ 53.8 ตามลำดับ<sup>2</sup> ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่ให้เกินร้อยละ 10 และพบว่ามีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2552 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคิดเป็นอัตราส่วน 1 ใน 3 ของวัยรุ่นอายุ 15 ถึง 19 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว ในจำนวนนี้ ร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ ร้อยละ 30 นำไปสู่การทำแท้ง ร้อยละ 14 แท้งบุตรเอง และอีกร้อยละ 56 มีการคลอดบุตร<sup>3</sup> ซึ่งกรมอนามัยได้ศึกษาสาเหตุที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่า ร้อยละ 73 เกิดจากการไม่คุมกำเนิด หรือไม่ได้ป้องกันตัวขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉลี่ยมีเพียงร้อยละ 50 ที่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 14 เกิดจากการแพ้ยาคุม และยาคุมไม่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 9 เกิดจากการขาดความรู้ในการคุมกำเนิด โดยแต่ละปีมีการทำแท้งร้อยละ 9 หรือ 12,000 ราย

จังหวัดมหาสารคาม เป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งในปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2555 มีอัตราคลอดในวัยรุ่น

อายุ 15-19 ปี (ต่อประประชากร วัยรุ่น 15-19 ปี จำนวน 1,000 คน) เท่ากับ 37.0, 36.6, 35.2, 37.7, 40.9 ตามลำดับ โดยเฉพาะอำเภอชื่นชมพบว่า มีปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งในปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2555 มีอัตราคลอดในวัยรุ่น 15-19 ปี (ต่อประประชากร วัยรุ่น 15-19 ปี 1,000 คน) เท่ากับ 19.1, 21.4, 27.4, 21.5 และ 23.5 ตามลำดับ<sup>4</sup>

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจากกระบวนการวิจัยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวไม่พร้อมวัยรุ่น ตำบลชื่นชมพบว่า ปัจจัยด้านทักษะชีวิตในการป้องกันตั้งครรภ์ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะด้านความภาคภูมิใจในตนเองด้านความรับผิดชอบต่อสังคม ด้านการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และด้านการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์<sup>5</sup> จากแนวความคิดพัฒนาทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลก<sup>6</sup> ได้แนะนำว่าการพัฒนาทักษะชีวิตเป็นการเชื่อมโยงของความรู้ทักษะ ทศนคติและค่านิยม ทำให้เกิดพฤติกรรมไปในทางบวก มีพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ซึ่งนำไปสู่การป้องกันปัญหาด้านสุขภาพได้ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นต่อไปตลอดจนส่งเสริมให้วัยรุ่นรู้จักวิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัยของปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดย 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ 2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาการวิจัย กุมภาพันธ์ 2560 – กรกฎาคม 2560 ประชากรคือ วัยรุ่นชายและหญิงอายุ 15-19 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นชายและหญิงอายุ 15-19 ปี ในเขตตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน ใช้การสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 31 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างเข้า (Inclusion Criteria) คือ ยินดีเข้าร่วม และผู้ปกครองอนุญาตให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตลอดระยะเวลาในการทดลอง เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างป่วยหรือมีโรคประจำตัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 6 ด้าน โดยทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และด้านความเที่ยง คำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.82 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์ของกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข และกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ<sup>7</sup> ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เป็น ระยะเวลา 24 สัปดาห์ ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะชีวิต 6 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความคิดสร้างสรรค์ และคิดอย่างมีวิจารณญาณ 2) ด้านความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น 3) ด้านความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม 4) ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด 5) ด้านการตัดสินใจ และการแก้ปัญหา 6) ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้สุขศึกษารายกลุ่ม ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการให้โปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** “มารู้จักกันเถอะ” เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ การทำความรู้จักกันการแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน

**กิจกรรมที่ 2** “ฉันรู้มาว่า” เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนที่มีต่อการอบรม ตรวจสอบความคาดหวังและความรู้ของผู้เข้ารับการอบรม การตกลงระหว่างวิทยากรและผู้เข้ารับการอบรม

**กิจกรรมที่ 3** การรับรู้สถานการณ์และการทำงานเป็นกลุ่ม แบ่งเป็น 2 กิจกรรม ได้แก่

3.1 กิจกรรมการพัฒนาความรู้ เพื่อสร้างทักษะสร้างเสริมความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ผ่านกิจกรรม “ก็เลยเล่าสู่กันฟัง” ผู้สอนเล่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยให้วัยรุ่นดูวิดีโอสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นไทย

3.2 กิจกรรมพัฒนาทักษะ การสื่อสาร ผ่านกิจกรรม “แบ่งกลุ่มเรียนรู้” ให้วัยรุ่นแบ่งกลุ่มในการทำกิจกรรมที่ 4 เพื่อให้วัยรุ่นทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

**กิจกรรมที่ 4** กิจกรรมฐานการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต มีทั้งหมด 5 ฐาน เพื่อให้วัยรุ่นได้ เรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้วัยรุ่น

เกิดความตระหนักต่อการตั้งครุฑและการปฏิบัติในการป้องกันการตั้งครุฑ ให้อายุรุ่นแต่ละกลุ่มเรียนรู้ ประสบการณ์ชีวิตในแต่ละฐาน โดยกลุ่ม 1 ให้เข้าฐานที่ 1, กลุ่ม 2 เข้าฐาน 2, กลุ่ม 3 เข้าฐาน 3, กลุ่ม 4 เข้าฐาน 4 และกลุ่ม 5 เข้าฐาน 5 ใช้เวลาเรียนรู้ฐานละ (20 นาที) นักเรียนร่วมกันอภิปรายใน ประเด็นที่กำหนด ให้อายุรุ่นกลุ่มสรุปให้เพื่อนในกลุ่มฟัง ในแต่ละฐาน (5 นาที) หลังจากเวียนครบ ทั้ง 5 ฐาน ทุกกลุ่มส่งตัวแทนสรุปนำเสนอต่อกลุ่มใหญ่ กลุ่มละ (10 นาที) จนครบ หลังจากนั้นผู้สอนสรุปเพิ่มเติม (10 นาที)

**ฐานที่ 1** กิจกรรมเสริมสร้างทักษะสร้างเสริมความตระหนักในตนเองและทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด โดยให้อายุรุ่นอ่านสถานการณ์เรื่อง “อารมณ์สาว” แล้วร่วมกันอภิปรายในประเด็นที่กำหนด แล้วให้ตัวแทนสรุปให้เพื่อนภายในกลุ่มฟัง

**ฐานที่ 2** กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้อายุรุ่นอ่านสถานการณ์เรื่อง “มิตรไมตรี” แล้วร่วมกันอภิปรายในประเด็นที่กำหนด แล้วให้ตัวแทนสรุปให้เพื่อนภายในกลุ่มฟัง

**ฐานที่ 3** กิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพและทักษะการสื่อสาร โดยให้อายุรุ่นอ่านสถานการณ์เรื่อง “การปฏิเสธของอรอมาและกานดา” ร่วมกันอภิปรายในประเด็นที่กำหนด แล้วให้ตัวแทนสรุปให้เพื่อนภายในกลุ่มฟัง

**ฐานที่ 4** กิจกรรมเสริมสร้างทักษะคิดอย่างสร้างสรรค์และคิดอย่างมีวิจารณญาณ ให้อายุรุ่นอ่านสถานการณ์เรื่อง “การตัดสินใจของคำหล้า” ร่วมกันอภิปรายในประเด็นที่กำหนด แล้วให้ตัวแทนสรุปให้เพื่อนภายในกลุ่มฟัง

**ฐานที่ 5** กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจและทักษะการแก้ไขปัญหา โดยให้อายุรุ่นอ่านสถานการณ์เรื่อง “การแก้ไขปัญหา

ของกุ้งและออย” ร่วมกันอภิปรายในประเด็นที่กำหนด แล้วให้ตัวแทนสรุปให้เพื่อนภายในกลุ่มฟัง

**ฐานที่ 6** กิจกรรมเสริมสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร โดยให้อายุรุ่นอ่านสถานการณ์เรื่อง “เมื่อแฟนชวนไปดูหนัง” ร่วมกันอภิปรายในประเด็นที่กำหนด แล้วให้ตัวแทนสรุปให้เพื่อนภายในกลุ่มฟัง

การประเมินผลเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยวัดผลหลังการทดลองโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 24 วิเคราะห์ทางสถิติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครุฑในวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ สถิติอนุมาณใช้การทดสอบค่าที (paired t-test, independent t-test) และ 95% CI กำหนดระดับความสัมพันธ์ทางสถิติ 0.05

### ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 67.74 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 73.19 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อายุ 17-18 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 45.16 ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ อายุ 15-16 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 38.71 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีจำนวนพี่น้อง 2 คน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 54.83 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม มีจำนวนพี่น้อง 2 คน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 48.39 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 2 หรือมากกว่า จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 51.60 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 58.07

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 54.84 เช่นเดียวกับ กลุ่มควบคุม ที่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 58.06 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 64.52 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 61.29 อาชีพหลักของบิดามารดาหรือของผู้ปกครองกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 61.29 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เกษตรกร จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 58.06 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 35.50 กิจกรรมยามว่าง กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ดูหนัง ดูทีวี ฟังเพลง ฟังวิทยุ อยู่ที่บ้านตนเอง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 51.61 เช่นเดียวกับ กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ ดูหนัง ดูทีวี ฟังเพลง ฟังวิทยุ อยู่ที่บ้านตนเอง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 54.84 การปฏิบัติตัวเมื่อมีความเครียดหรือไม่สบายใจ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ปรึกษาพ่อแม่ผู้ปกครอง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 35.48 กลุ่มควบคุม พบว่า ปรึกษาพ่อแม่ผู้ปกครอง จำนวน 13 คน คิดเป็น ร้อยละ 41.94 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
หญิง	21 คน	67.74	23 คน	73.19
ชาย	10 คน	32.26	8 คน	26.81
2. อายุ (ปี)				
15-16 ปี	11 คน	35.48	12 คน	38.71
17-18 ปี	14 คน	45.16	11 คน	35.48
19 ปี	6 คน	19.36	8 คน	25.81
	Mean 16.75 S.D. 2.67		Mean 16.14 S.D. 3.71	
3. มีพี่น้องรวมตัวท่าน				
1 คน	5 คน	16.14	4 คน	12.91
2 คน	17 คน	54.83	15 คน	48.39
3 คน	8 คน	25.81	10 คน	32.26
4 คน ขึ้นไป	1 คน	3.22	2 คน	6.45
4. เป็นบุตรคนที่				
1 คน	15 คน	48.39	18 คน	58.07
2 คน หรือมากกว่า	16 คน	51.60	13 คน	41.93
5. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ				
1. บิดาและมารดา	17 คน	54.84	18 คน	58.06
2. บิดา	2 คน	6.45	1 คน	3.23
3. มารดา	4 คน	12.90	3 คน	9.68
4. ญาติ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า	8 คน	25.81	9 คน	29.03
6. สถานภาพครอบครัว				
1. บิดาและมารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน	20 คน	64.52	19 คน	61.29
2. บิดามารดาแยกกันอยู่	8 คน	25.81	10 คน	32.25
3. บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	2 คน	6.45	1 คน	3.22
4. อื่นๆ	1 คน	3.23	1 คน	3.22

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. อาชีพหลักของบิดามารดาหรือของผู้ปกครองที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย				
1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 คน	3.23	1 คน	3.23
2. เกษตรกรรม ทำสวน ทำนา ทำไร่	19 คน	61.29	18 คน	58.06
3. รับจ้าง	8 คน	25.81	5 คน	16.13
4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 คน	3.45	4 คน	12.90
5. ค้าขาย	1 คน	3.23	3 คน	9.68
8. รายได้ของบิดามารดาหรือของผู้ปกครองที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย (รายได้เป็นเดือน)				
น้อยกว่า 5,000 บาท	8	25.80	11	35.50
5,000 - 10,000 บาท	11	35.50	9	29.00
มากกว่า 10,000 บาท	12	38.70	11	35.50
9. กิจกรรมยามว่างที่ท่านชอบ				
1. ดูหนัง ดูทีวี ฟังเพลง อยู่ที่บ้านตนเอง	16	51.61	17	54.84
2. ดูหนัง ดูทีวี ฟังเพลง ที่บ้านเพื่อน	4	12.90	4	12.90
3. ออกไปเที่ยวข้างนอก เช่น ห้างฯ	3	9.68	3	9.68
4. ออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬากับเพื่อน	5	16.13	4	12.90
5. อ่านหนังสือต่างๆ	3	9.68	3	9.68
10. เมื่อมีความเครียดท่านจะทำอะไรบ่อยที่สุด				
1. อยู่เงียบๆ คนเดียว	4	12.90	3	9.68
2. ปรึกษาเพื่อน	7	22.58	6	19.35
3. ปรึกษาพ่อแม่ผู้ปกครอง	11	35.48	13	41.94
4. เล่นกีฬา	6	19.35	4	12.90
5. ดูหนัง ดูทีวี ฟังเพลง ไปเที่ยว	3	9.68	5	16.13

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์ และคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 26.31 คะแนน (S.D. = 6.55) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 33.92 คะแนน (S.D. = 4.74) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลองภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001; 95% CI 19.08-22.13) โดยหลังการ

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 7.61 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 25.05 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.75 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 27.44 คะแนน (S.D. = 3.74) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.14; 95% CI 18.84-20.58) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.39 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านความคิดสร้างสรรค์ และคิดอย่างมีวิจารณญาณ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ด้านความคิดสร้างสรรค์และ คิดอย่างมีวิจารณญาณ	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ก่อนการทดลอง	31	26.31	6.55	7.61	19.08-30.13	15.27	<0.001
หลังการทดลอง	31	33.92	4.74				
<b>กลุ่มควบคุม</b>							
ก่อนการทดลอง	31	25.05	5.75	2.39	18.84-20.58	13.27	0.14
หลังการทดลอง	31	27.44	3.74				

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านความตระหนักรู้ในตนและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 105.85 คะแนน (S.D. = 18.15) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 120.87 คะแนน (S.D. = 9.41) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001; 95% CI 15.50 -22.75) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

เพิ่มขึ้น 15.02 คะแนนกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 105.05 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.75 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 107.04 คะแนน (S.D. = 13.58) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.17; 95%CI -8.32- 3.15) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.99 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3



**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านความตระหนักรู้ในตนและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น  
 ภายในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ความตระหนักรู้ในตนและ ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ก่อนการทดลอง	31	105.85	18.15	15.02	15.50 -22.75	10.67	<0.001
หลังการทดลอง	31	120.87	9.41				
<b>กลุ่มควบคุม</b>							
ก่อนการทดลอง	31	105.05	15.75	1.99	-8.32- 3.15	1.33	0.17
หลังการทดลอง	31	107.04	13.58				

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 64.54 คะแนน (S.D. = 9.86) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 73.79 คะแนน (S.D. = 1.61) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001; 95%CI 6.65-11.85) โดยหลังการทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.25 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 67.49 คะแนน (S.D.=7.65) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 67.68 คะแนน (S.D. =5.19) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.17; 95%CI -6.33- 0.72) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.19 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม  
 ภายในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ความภาคภูมิใจในตนเองและ ความรับผิดชอบต่อสังคม	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ก่อนการทดลอง	31	64.54	9.86	9.25	6.65- 11.85	77.16	<0.001
หลังการทดลอง	31	73.79	1.61				
<b>กลุ่มควบคุม</b>							
ก่อนการทดลอง	31	67.49	7.65	0.19	-6.33- 0.72	1.61	0.07
หลังการทดลอง	31	67.68	5.19				

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 37.02 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.17 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 48.77 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.67 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ; 95%CI 12.74-17.92) โดยหลัง

การทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 11.75 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 37.01 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.47 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 37.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.33 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.21$ ; 95%CI -1.44-3.69) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.87 คะแนน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ภายในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

การจัดการกับอารมณ์และความเครียด	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ก่อนการทดลอง	31	37.02	5.17	11.05	12.74-17.92	10.52	<0.001
หลังการทดลอง	31	48.77	1.67				
<b>กลุ่มควบคุม</b>							
ก่อนการทดลอง	31	37.01	5.47	0.87	1.44- 3.69	0.88	0.29
หลังการทดลอง	31	37.88	5.33				

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 57.92 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.50 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 72.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.69 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ; 95% CI 12.17-17.92) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 15.04 คะแนน

กลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 59.59 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.25 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 59.95 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.52 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.25$ ; 95%CI -6.38-3.11) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.64 คะแนน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ภายในกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

การตัดสินใจและการแก้ปัญหา	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ก่อนการทดลอง	31	57.92	11.50	15.04	12.17-17.92	10.52	<0.001
หลังการทดลอง	31	72.96	2.69				
<b>กลุ่มควบคุม</b>							
ก่อนการทดลอง	31	59.59	9.25	1.64	-6.38-3.11	0.70	0.25
หลังการทดลอง	31	59.95	11.52				

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 6.92 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.50 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 8.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.02 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001; 95% CI 5.17-8.92) โดยหลัง

การทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 15.04 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 59.59 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.25 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 59.95 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.52 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.25; 95% CI 3.38-4.11) โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.64 คะแนน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร ภายในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>							
ก่อนการทดลอง	31	6.92	1.50	2.04	5.17-8.92	10.52	<0.001
หลังการทดลอง	31	8.96	2.02				
<b>กลุ่มควบคุม</b>							
ก่อนการทดลอง	31	6.59	1.25	0.76	3.38-4.11	0.70	0.25
หลังการทดลอง	31	7.35	1.52				

การเปรียบเทียบคะแนนทักษะชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์และคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001; 95%CI 18.10-22.43) โดยค่าความต่างคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.22 คะแนน ด้านความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001; 95%CI 15.22-28.20) โดยค่าความต่างคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.03 คะแนน ความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001; 95%CI 7.81-16.30) โดยค่าความต่างคะแนนเฉลี่ยในกลุ่ม

ทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.06 คะแนน การจัดการกับอารมณ์และความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติ ( $p$ -value<0.001; 95%CI 9.99- 15.92) โดยค่าความต่างคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.18 คะแนน การตัดสินใจและการแก้ปัญหา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001; 95%CI 11.38- 21.97) โดยค่าความต่างคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.40 คะแนน การตัดสินใจและการแก้ปัญหา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติ ( $p$ -value<0.001; 95%CI 2.81-4.53) โดยค่าความต่างคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.28 คะแนน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนทักษะชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ทักษะชีวิตรายด้าน	กลุ่ม	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95%CI	t	p-value																																																												
ด้านความคิดสร้างสรรค์และคิดอย่างมี วิจารณญาณ	ทดลอง	31	12.61	1.74	10.22	18.10- 22.43	14.73	<0.001																																																												
	ควบคุม	31	2.39	3.74					ความตระหนักรู้ในตนเองและ ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น	ทดลอง	31	15.02	8.74	13.03	15.22- 28.20	6.65	<0.001	ควบคุม	31	1.99	2.17	ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อ สังคม	ทดลอง	31	9.25	4.25	9.06	7.81 - 16.30	5.65	<0.001	ควบคุม	31	0.19	0.19	การจัดการกับอารมณ์ และความเครียด	ทดลอง	31	11.05	3.45	10.18	9.99- 15.92	7.86	<0.001	ควบคุม	31	0.87	1.33	การตัดสินใจและการ แก้ปัญหา	ทดลอง	31	15.04	9.10	13.40	11.38- 21.97	6.26	<0.001	ควบคุม	31	1.64	10.04	การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร	ทดลอง	31	2.04	1.12	1.28	2.81- 4.53	8.53
ความตระหนักรู้ในตนเองและ ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น	ทดลอง	31	15.02	8.74	13.03	15.22- 28.20	6.65	<0.001																																																												
	ควบคุม	31	1.99	2.17					ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อ สังคม	ทดลอง	31	9.25	4.25	9.06	7.81 - 16.30	5.65	<0.001	ควบคุม	31	0.19	0.19	การจัดการกับอารมณ์ และความเครียด	ทดลอง	31	11.05	3.45	10.18	9.99- 15.92	7.86	<0.001	ควบคุม	31	0.87	1.33	การตัดสินใจและการ แก้ปัญหา	ทดลอง	31	15.04	9.10	13.40	11.38- 21.97	6.26	<0.001	ควบคุม	31	1.64	10.04	การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร	ทดลอง	31	2.04	1.12	1.28	2.81- 4.53	8.53	<0.001	ควบคุม	31	0.76	1.24								
ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อ สังคม	ทดลอง	31	9.25	4.25	9.06	7.81 - 16.30	5.65	<0.001																																																												
	ควบคุม	31	0.19	0.19					การจัดการกับอารมณ์ และความเครียด	ทดลอง	31	11.05	3.45	10.18	9.99- 15.92	7.86	<0.001	ควบคุม	31	0.87	1.33	การตัดสินใจและการ แก้ปัญหา	ทดลอง	31	15.04	9.10	13.40	11.38- 21.97	6.26	<0.001	ควบคุม	31	1.64	10.04	การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร	ทดลอง	31	2.04	1.12	1.28	2.81- 4.53	8.53	<0.001	ควบคุม	31	0.76	1.24																					
การจัดการกับอารมณ์ และความเครียด	ทดลอง	31	11.05	3.45	10.18	9.99- 15.92	7.86	<0.001																																																												
	ควบคุม	31	0.87	1.33					การตัดสินใจและการ แก้ปัญหา	ทดลอง	31	15.04	9.10	13.40	11.38- 21.97	6.26	<0.001	ควบคุม	31	1.64	10.04	การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร	ทดลอง	31	2.04	1.12	1.28	2.81- 4.53	8.53	<0.001	ควบคุม	31	0.76	1.24																																		
การตัดสินใจและการ แก้ปัญหา	ทดลอง	31	15.04	9.10	13.40	11.38- 21.97	6.26	<0.001																																																												
	ควบคุม	31	1.64	10.04					การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร	ทดลอง	31	2.04	1.12	1.28	2.81- 4.53	8.53	<0.001	ควบคุม	31	0.76	1.24																																															
การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร	ทดลอง	31	2.04	1.12	1.28	2.81- 4.53	8.53	<0.001																																																												
	ควบคุม	31	0.76	1.24																																																																

## สรุปผล

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีทักษะชีวิตทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิดสร้างสรรค์และคิดอย่างมีวิจารณญาณ ด้านความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ด้านความภาคภูมิใจในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ด้านการตัดสินใจและการแก้ปัญหา และด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร มีระดับคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001)

## อภิปรายผล

การที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทักษะชีวิต ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา ความตระหนักในตนเองและความเห็นอกเห็นใจในผู้อื่น การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ในด้านความคิดสร้างสรรค์ และคิดอย่างมีวิจารณญาณที่ดีขึ้น เป็นผลจากการสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ในครั้งนี้ เนื่องจากมีการใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ที่หลากหลายและทันสมัย เพื่อให้ตรงต่อความต้องการของผู้เรียน ทำให้ผู้ฟังเกิดความสนใจ ใส่ใจที่จะอยากเรียนรู้เกิดการรับรู้และเข้าใจ คิดคล้ายตามสื่อต่างๆ และเรียนรู้ด้วยความสนุกสนาน โดยการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจ ร่วมกับการบรรยาย อธิบาย วิดีทัศน์ ผสมผสานหลายวิธีการ

เป็นผลทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจที่ดีขึ้น สอดคล้องกับอัญชลี ภูมิจันทร์<sup>๖</sup> ศึกษาเรื่องประสิทธิภาพผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตกับแรงงานสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ความตั้งใจมีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมตามวัย สูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value<0.001) ความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความตระหนักรู้ในตนเองและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบต่อสังคม การสื่อสารและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p$ -value<0.01) การตัดสินใจและการแก้ปัญหา สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.05) และการศึกษาของ ธันวดี ดอนวิเศษและพัชรินทร์ รุจิรานุกูล<sup>๗</sup> ได้ศึกษาการจัดการเรียนรู้ทักษะชีวิตในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสำหรับนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา พบว่ากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มไม่เสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง มีทักษะการปฏิเสธการต่อรองเรื่องป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และผลการติดตามพฤติกรรมนักศึกษาหลังสิ้นสุดการอบรมทักษะชีวิต 2 สัปดาห์ จากนักศึกษา ผู้ปกครอง และอาจารย์ที่ปรึกษาได้แสดงความคิดเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักศึกษาว่ามีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เช่น รู้จักคิด การเห็นคุณค่าในตนเอง และการมีทักษะปฏิเสธต่อรองในทางที่ดีขึ้น ) และการศึกษาของ ภาสิต ศิริเทศ,กนิษฐา จำริญสวัสดิ์ ,ศุภชัย ปิติกุลตั้ง และกรวรรณ ยอดไม้<sup>10</sup> ศึกษาผล

ของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ ทักษะการคิดวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมเสี่ยงๆ ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร และทักษะการจัดการกับอารมณ์และความต้องการของตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และการศึกษาของ อรรถพรณ สร้อยประเสริฐ, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์<sup>11</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กรณีศึกษา นักเรียนอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านพุทพพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิต ด้านพุทพพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ปกครองและครูควรเปิดใจยอมรับว่าวัยรุ่นควรรับรู้และเรียนรู้เรื่องเพศอย่างถูกวิธี และให้ความสำคัญกับการป้องกันการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด และอนามัยเจริญพันธุ์
2. ผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเป็นผู้รับฟังปัญหาของวัยรุ่นให้มาก เพื่อที่จะได้รู้ปัญหา ความคิด ทัศนคติของวัยรุ่นว่าเป็นอย่างไร และควรจะเสนอแนะ ชักจูง โน้มน้าวต่อไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม

### เอกสารอ้างอิง

1. เนตรทราย ปัญญาชนนท์. การเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2557.
3. คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานการพิจารณาเรื่องปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. [ม.ป.พ.]. 2554.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชื่นชม. รายงานผลการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. เอกสารอัดสำเนา; 2557.
5. ชาลี ยะวร. รูปแบบการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในจังหวัดมหาสารคามอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2560; 1: 9-17.
6. จุฬารัตน์ โสตะ. แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
7. กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข และกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. แนวทางการจัดกิจกรรมเสริมสร้างเจตคติและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันเอดส์. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์; 2548.
8. อัญชลี ภูมิจันทร์. ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ใช้การสร้างเสริมทักษะชีวิตกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาสุข

- ศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย.  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
9. ฉันทดี ดอนวิเศษ, พิชรินทร์ รุจิรานุกูล. การจัดการเรียนรู้ทักษะชีวิตในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสำหรับนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา Rajabhat Rambhai Barni Research Journal. 2019; 13(2): 38-49.
10. ภาสิต ศิริเทศ,กนิษฐา จำริญสวัสดิ์,ศุภชัย ปิติกุลตั้ง,กรวรรณ ยอดไม้. ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. Journal of Public Health. 2017; 47(3): 241-54.
- 11.อรพรรณ สร้อยประเสริฐ,กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ ,วรากร เกรียงไกรศักดิ์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กรณีศึกษา นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงจังหวัดสมุทรปราการ. Kuakarun Journal of Nursing. 2017; 24(1): 118-29.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก  
ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

Factors Related to Management of Prevention and Control of Dengue  
Hemorrhagic Fever of Health Personnel Mahasarakham Province

สรายุทธ ญาตีปราโมทย์\*  
Sarayut Yatpramot\*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง เพื่อศึกษาการจัดการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการ งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 280 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 21 กันยายน – 3 ตุลาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า การจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 73.2 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 25.4 และระดับไม่ดี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของบุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.05$ ) ได้แก่ ทักษะคิดต่อการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ ควรส่งเสริมการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข โดยเน้นด้านทักษะคิดต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้ต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้น

คำสำคัญ : ทักษะคิดต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, แรงสนับสนุนทางสังคม

\* ส.ม.(การบริหารงานสาธารณสุข) M.P.H.(Public Health Administration)

\* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม Nachuak District Public Health Office, Mahasarakham



## ABSTRACT

This cross-sectional analytical research aimed to study factors related to management of prevention and control of dengue hemorrhagic fever of health personnel, Maharashtra Province. The samples of this study consisted of 280 health personnel. These samples were selected by using cluster random sampling technique. Data were collected through self-administered questionnaires during the 21<sup>st</sup> September 2014 to the 3<sup>rd</sup> October 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-squared test, and Pearson's correlation coefficient. Significance level at 0.05 The results showed that the management of prevention and control of dengue hemorrhagic fever of health personnel, at a high level for 205 (73.2%), at a moderate level for 71 (25.4%), and at a low level for 4 (1.4%) respectively. Factors related to management of prevention and control of dengue hemorrhagic fever statistically significant ( $p$ -value < 0.05) involved Attitudes towards the prevention and control of dengue and Social support to the prevention.

The study suggested that the organizations which take responsibility on this task in this area should encourage management of prevention and control of dengue hemorrhagic fever of health personnel. The focus should be on Attitudes towards the prevention and control of dengue and Social support to the prevention and control of dengue. The coverage of the target group and be done continuously.

**Keywords:** Attitudes towards the prevention and control of dengue, Social support

## บทนำ

ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 60 ปี ปัจจุบันโรคไข้เลือดออก มีการระบาดกระจายไปทั่วประเทศทุกจังหวัดและอำเภอ การกระจายของโรคมีการเปลี่ยนแปลงตามพื้นที่อยู่ตลอดเวลา การเกิดโรคไข้เลือดออกในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ.2551 จนถึงปัจจุบัน พบว่า มีรูปแบบการระบาดแบบปีเว้นปี หรือปีเว้นสองปี โดยมีการระบาดใหญ่ในช่วงปี 2553, 2556 และ 2558 ซึ่งพบผู้ป่วยมากถึง 116,947 ราย, 154,444 ราย และ 144,952 ราย ตามลำดับ และมีรูปแบบการเกิดโรคที่เปลี่ยนแปลงตามฤดูกาลโดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่ปลายเดือนเมษายน และพบสูงสุดในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายปีจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลงจะทำให้ในปีถัดไปมีโอกาสที่จะเกิดการระบาดใหญ่ได้ เช่น ในช่วงปี 2552-2553 และปี 2555-2556 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสามารถพบได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดอยู่กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (15-24 ปี) แต่กลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็นวัยผู้ใหญ่ (อายุ 35 ปีขึ้นไป) โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 45-54 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยตายสูงกว่าในวัยเด็ก 3-4 เท่า เนื่องจากผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้เมื่อป่วยเป็นไข้เลือดออกจะมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับวาย ไตวาย ที่รักษาได้ยาก นอกจากนี้ผู้ใหญ่ส่วนมากเมื่อป่วยมักซื้อยารับประทานเองหรือไปฉีดยาลดไข้ที่คลินิก ทำให้ไม่ได้ไปตรวจหาสาเหตุของไข้ที่โรงพยาบาลแต่เนิ่นๆจึงได้รับการรักษาที่เหมาะสมล่าช้า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โรคไข้เลือดออก มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งมี 4 ชนิด โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ สามารถจำแนกการป่วยได้เป็นกลุ่มอาการ ดังนี้ กลุ่มอาการไข้เดงกี (Dengue Fever; DF) ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Haemorrhagic Fever; DHF) และไข้เลือดออกช็อค (Dengue Shock Syndrome; DSS) ซึ่งเป็นกลุ่ม

ไข้เลือดออกที่มีอาการรุนแรง โดยอาการผู้ป่วยมีอาการไข้เฉียบพลันและสูงลอย 2-7 วัน มักมีอาการ/สิ่งตรวจพบร่วมอย่างน้อย 2 ข้อ คือ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อปวดกระดูก ผื่น ภาวะเลือดออกเป็นอาการพบบ่อย เช่น มีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี พ.ศ.2556 ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมรวม 154,444 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 241.03 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 136 ราย อัตราตาย 0.21 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงทุกปี ในปี พ.ศ.2554 พบผู้ป่วย 599 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 62.54 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี พ.ศ.2555 พบผู้ป่วย 1,248 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 130.26 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.10 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.08 และในปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วย 2,749 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 292.53 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.11 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.04 (สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2557) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายและตัวชี้วัดความสำเร็จ ในงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2555 - 2559 คือ ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปีที่ผ่านมา ลดอัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.12 ลดโรคไข้เลือดออก (Second generation) ลงร้อยละ 50 ของ 5 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 50 ของหมู่บ้านที่เกิดโรคไม่มี second generation) (กรมควบคุมโรค, 2555) ซึ่งการดำเนินการให้บรรลุหลักการดังกล่าวได้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ แต่จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในจังหวัดมหาสารคาม

ที่ผ่านมาแม้ว่าจะมีกิจกรรมเร่งรัดการดำเนินงานอย่างจริงจังมาโดยตลอด แต่ยังพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงทุกปี และพบว่าบุคลากรสาธารณสุขยังขาดการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการแก้ไขปัญหาให้ประสบความสำเร็จได้ บุคลากรสาธารณสุขต้องมีการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขต้องมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งได้รับแรงสนับสนุนในการดำเนินงาน เพื่อให้โรคไข้เลือดออกหมดไป

ดังนั้น จากที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการ งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการ และค้นหารูปแบบวิธีการดำเนินงาน ป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้มีประสิทธิภาพ และเป็นแบบอย่างแก่พื้นที่อื่น นอกจากนี้จะได้นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย การจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ (เงินเดือนและค่าตอบแทน) อายุราชการ การฝึกอบรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของบุคลากรสาธารณสุข

2. ความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการจัดการ

งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข

3. ทัศนคติต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข

4. แรงสนับสนุนทางสังคมต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับการจัดการ งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข

### วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross - Sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดมหาสารคาม เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 280 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 21 กันยายน – 3 ตุลาคม 2557

### เครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย ได้สร้างขึ้นจากการดัดแปลงมาจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาที่ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษาทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มี 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มี 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มี 15 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมี 15 ข้อ และส่วนที่ 5

การจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มี 20 ข้อ และหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา จากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยตรวจสอบทางด้านคุณภาพของรายละเอียดในประเด็นต่างๆ ของประเด็นคำถาม เพื่อปรับปรุงแก้ไข แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เพื่อทดสอบความเข้าใจต่อข้อคำถามของแบบสอบถาม และนำผลที่ได้มาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาตามวิธีการ Kuder Richardson ด้านความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.74 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านทัศนคติต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.75 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.90 และด้านการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.96

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของบุคลากรสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### ผลการวิจัย

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 280 คน พบว่า

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 34.85 ปี (SD=9.2666) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.4 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 86.1 ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข และอื่นๆ ร้อยละ 59.6 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 23,151.29 บาท อายุราชการเฉลี่ย เท่ากับ 12.77 ปี อายุราชการต่ำสุด 1 ปี และอายุราชการสูงสุด 37 ปี และส่วนใหญ่เคยอบรมงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 83.2

2. ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่เป็นระดับปานกลาง จำนวน 144 คน ร้อยละ 51.4 รองลงมา คือ ระดับน้อย จำนวน 118 คน ร้อยละ 42.2 และระดับมาก จำนวน 18 คน ร้อยละ 6.4 ข้อคำถามความรู้มากที่สุด ร้อยละ 99.3 โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue virus) มีุงกลายเป็นพาหะนำโรค พบได้ในทุกกลุ่มอายุ พบมากในเด็กวัยเรียนเมื่อพิจารณารายละเอียดข้อคำถามระดับความรู้ที่น้อยที่สุด ร้อยละ 20.0 การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำที่ถูกต้องใช้อัตราส่วนทราย 1 กรัม ต่อน้ำ 10 ลิตร หรือทราย 2 ช้อนชาต่อน้ำ 5 ปี๊ป

3. ทัศนคติต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับมาก จำนวน 172 คน ร้อยละ 61.4 และระดับปานกลาง จำนวน 108 คน ร้อยละ 38.6 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 80.7 งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จะบรรลุเป้าหมายได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 5.4

งานที่ท่านได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติมีมากเกินไป  
ความสามารถที่ท่านจะทำได้

4. แร่งสนับสนุนทางสังคมต่องาน  
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษา  
พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 176 คน  
ร้อยละ 62.9 รองลงมาในระดับดี จำนวน 98 คน  
ร้อยละ 35.0 และระดับไม่ดี จำนวน 6 คน ร้อยละ  
2.1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 40.0 หน่วยงาน  
ของท่านได้รับการประชุมชี้แจงนโยบายหรือ  
แนวทางปฏิบัติในการควบคุมการระบาดของโรค  
ไข้เลือดออกต่อเนื่องทุกปี เห็นด้วยน้อยที่สุด  
ร้อยละ 7.5 งานของท่านได้รับความชื่นชมจาก  
ผู้บังคับบัญชาเสมอในการปฏิบัติงานป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออก

5. การจัดการงานป้องกันและควบคุม  
โรคไข้เลือดออก ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวม  
ระดับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรค  
ไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่  
ในระดับดี จำนวน 205 คน ร้อยละ 73.2 รองลงมา  
คือ ระดับปานกลาง จำนวน 71 คน ร้อยละ 25.4  
และระดับไม่ดี จำนวน 4 คน ร้อยละ 1.4 ซึ่งพิจารณา  
รายด้าน พบว่า ด้านการวางแผนส่วนใหญ่อยู่ใน  
ระดับดี จำนวน 213 คน ร้อยละ 76.1 ด้านการจัด  
องค์การส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 230 คน

ร้อยละ 82.2 ด้านการบังคับบัญชาหรือการสั่งการ  
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 221 คน ร้อยละ  
78.9 ด้านการประสานงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี  
จำนวน 228 คน ร้อยละ 81.4 และด้านการควบคุม  
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 224 คน ร้อยละ  
80.0 (ดังตารางที่ 1)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ทักษะ การสนับสนุนทางสังคม  
กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรค  
ไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัด  
มหาสารคาม โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์  
สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและไคสแควร์ พบว่า  
ความรู้ต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก  
( $r=0.041, p=0.491$ ) ทักษะต่องานป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ  
การจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก  
ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.427, p<0.001$ ) และ  
แรงสนับสนุนทางสังคมต่องานป้องกันและควบคุม  
โรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการ  
จัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ  
บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.732, p<0.001$ )

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรค  
ไข้เลือดออก ภาพรวมและรายด้าน (n = 280)

ระดับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของบุคลากรสาธารณสุข	ระดับดี	ระดับ ปานกลาง	ระดับไม่ดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการวางแผน	213 (76.1)	58 (20.7)	9 (3.2)
ด้านการจัดองค์การ	230 (82.2)	41 (14.6)	9 (3.2)
ด้านการบังคับบัญชาหรือการสั่งการ	221 (78.9)	54 (19.3)	5 (1.8)
ด้านการประสานงาน	228 (81.4)	50 (17.9)	2 (0.7)
<b>การจัดการภาพรวม</b>	<b>205 (73.2)</b>	<b>71 (25.4)</b>	<b>4 (1.4)</b>

ส่วนปัจจัยด้านอายุ รายได้ อายุราชการ และด้านความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากร สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ( $p>0.05$ ) และเมื่อ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติไคสแควร์ พบว่า

ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และการฝึกอบรมด้านการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับการ จัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ( $p>0.05$ ) (ดังตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน ( $n=280$ )

ตัวแปร	การจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>		
อายุ	-0.070	0.241
รายได้	-0.084	0.163
อายุราชการ	-0.096	0.110
<b>ความรู้ต่องานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก</b>	0.041	0.491
<b>ทัศนคติต่องานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก</b>	0.427	<0.001*
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมต่องานป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก</b>	0.732	<0.001*

\* ค่า  $p<0.05$

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม โดยวิเคราะห์ด้วยค่าไคสแควร์ (n=280)

ตัวแปร	การจัดการงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก			p-value
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	
<b>เพศ</b>				0.392
ชาย	65(73.9)	23(26.1)	0	
หญิง	140(72.9)	48(25.0)	4(2.1)	
<b>สถานภาพสมรส</b>				0.197
โสด/หม้าย/แยกกันอยู่	84(75.7)	24(21.6)	3(2.7)	
คู่	121(71.6)	47(27.8)	1(0.6)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				0.093
ต่ำกว่าปริญญาตรี	26(66.7)	11(28.2)	2(5.1)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	179(74.3)	60(24.9)	2(0.8)	
<b>ตำแหน่ง</b>				0.565
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	33(70.2)	13(27.7)	1(2.1)	
จพ./นวก.สาธารณสุข/อื่นๆ	119(71.3)	45(26.9)	3(1.8)	
พยาบาลวิชาชีพ	53(80.3)	13(19.7)	0	
<b>เคยอบรมงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก</b>				0.170
ไม่เคย	35(74.5)	10(21.3)	2(4.2)	
เคย	170(73.0)	61(26.2)	2(0.8)	

## อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคามผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผลดังต่อไปนี้ จากการศึกษาการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคามพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 73.2 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.4 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.4 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข ด้านการวางแผนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 76.1 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.7 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.2 ด้านการจัดองค์การส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 82.2 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.6 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.2 ด้านการบังคับบัญชาหรือการสั่งการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 78.9 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.3 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.8 ด้านการประสานงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.4 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 17.9 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 0.7 และด้านการควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 17.9 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 2.1 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่างานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นงานนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและเป็นงานตามตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขทุกปี รวมทั้งการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้สำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ได้นั้นต้องมีการวางแผน การจัด

องค์การ การบังคับบัญชา การประสานงานและการควบคุม ให้การดำเนินงานเป็นไปตามแนวทางหรือมาตรการ ตามช่วงเวลาของการเกิดโรคได้แก่ การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมก่อนการระบาด การบริหารจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อม เมื่อถึงฤดูกาลระบาด และการควบคุมเมื่อมีการระบาด สอดคล้องกับการศึกษาของ การเวก สงสกุล (2552) พบว่ากระบวนการบริหารในภาพรวมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของทรศน์พร ไหมสมบูรณ์ (2550) พบว่า การบริหารในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.10 สอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ หันชัยศรี (2546) พบว่ากระบวนการบริหารในภาพรวมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมเดช ศรีทัด (2545) พบว่า กระบวนการบริหารในภาพรวมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.40 ดังนั้น ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข จะต้องมีการจัดการทั้ง 5 ด้าน โดยต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสาธารณสุขทุกคน ประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ต้องมีการนิเทศติดตาม และสนับสนุนวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างเนื่องและครอบคลุม

ทัศนคติต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.4 ( $r=0.427$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



( $p$ -value $<0.05$ ) สามารถอธิบายได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพราะทัศนคติ คือ ผลผสมผสานระหว่างความนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้และความรู้สึก ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและหน่วยงานในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก รวมทั้งงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นงานนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่หน่วยงานในพื้นที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกปี ทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการทำงานจึงเกิดทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติร่วมกับสอดคล้องกับการศึกษาของ ปันดดา ศรีเอี่ยม (2548) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 78.6 และสอดคล้องกับ Gibson (2000: 102) กล่าวว่า ทัศนคติ คือ ตัวตัดสินพฤติกรรม เป็นความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นสภาวะจิตใจในการพร้อมที่จะส่งผลกระทบต่อ การตอบสนองของบุคคลนั้นๆ ต่อบุคคลอื่น ๆ ต่อวัตถุหรือต่อสถานการณ์ โดยที่ทัศนคตินี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์

แรงสนับสนุนทางสังคมต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมต่องานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.9 ( $r=0.732$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value $<0.05$ ) สามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข ต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความรัก ความเอาใจใส่

เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีการผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกัน การให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมินผลเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือเป็นแรงงาน ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม มีปัจจัยต่างๆ ในการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นการประเมิน ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ สิ่งของ รวมทั้งความรู้สึกทางใจ เช่น คำชมเชย รางวัล ทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ การเวก สงสกุล (2552) ที่พบว่า การสนับสนุนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับ Mohr *et al.* (2005: 473) ได้นิยามความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าคือการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นทางด้านอารมณ์ความรู้สึกและในด้านการแก้ไขปัญหาซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบในทางบวกกับสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจจากความหมายที่กล่าวมาทำให้พอสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากสังคมไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์การประเมินข้อมูลข่าวสารสิ่งของและบริการทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงได้รับการยอมรับและเอาใจใส่ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยและความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

ปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และการฝึกอบรมด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม มีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value>0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของการเวก สงสกุล (2552) สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณพร ไหมสมบุรณ์ (2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมเดช ศรีทัต (2545) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ หันชัยศรี (2546) และ สอดคล้องกับการศึกษาของสมเดช ศรีทัต (2545)

ความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.4 (r=0.041) ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม (p-value > 0.05) สามารถอธิบายได้ว่า ผลการปฏิบัติงานไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความรู้อย่างเดียว ยังมีปัจจัยอื่นๆอีก เช่น ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรับผิดชอบ ความพยายามในการพัฒนางาน แรงสนับสนุนจากองค์กร ทรัพยากรการบริหาร กระบวนการบริหาร ความรู้อย่างเดียวจึงไม่ได้เป็นสิ่งยืนยันว่า บุคคลจะเกิดการปฏิบัติ ยังมีปัจจัยด้านทัศนคติเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติงาน และบุคลากรสาธารณสุขทุกคนได้รับการศึกษาวิชาการงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกตามหลักสูตรการเรียนการสอนมาแล้ว รวมทั้งยังมีคู่มือมาตรการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกกำกับอยู่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ สมเดช ศรีทัต (2545) พบว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยที่รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกมีความรู้เกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.5

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการจัดการด้านทัศนคติในการปฏิบัติงาน

ตามมาตรการตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสอบสวนและการควบคุมโรคที่เป็นแนวทางการดำเนินงานที่ทันสมัยและส่งเสริมการประสานงานการทำงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนในพื้นที่ในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และความร่วมมือ ให้ต่อเนื่องและครอบคลุม

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงาน โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความสามารถ ทั้งมาตรการการดำเนินงานการจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมก่อนการระบาด การจัดการให้หน่วยงานมีความพร้อมเมื่อถึงฤดูกาลระบาด และการควบคุมเมื่อมีการระบาด และดำเนินการสำรวจอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุข ภาระงาน หน้าที่รับผิดชอบ รวมถึงการสนับสนุนในด้านต่างๆ ได้แก่ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการฝึกอบรมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ควรมีการนิเทศติดตาม เพื่อส่งเสริมกำลังใจ และเป็นศูนย์ประสานงานด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประสานงานกับองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

3. ผลการศึกษา พบว่า การจัดการงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ที่ประกอบด้วยด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์การ ด้านการบังคับบัญชาหรือการสั่งการ ด้านการประสานงาน และด้านการควบคุม อยู่ในระดับดี แต่ยังพบการเกิดโรคใช้เลือดออกสูงทุกปี ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับยังมีการวิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหา และการวางแผนปฏิบัติงานตามมาตรการที่กำหนด รวมทั้งความรู้ของบุคลากรสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ควรมีส่งเสริมด้านความรู้เกี่ยวกับมาตรการ  
แนวทางการป้องกันโรค การสอบสวนโรค  
และการควบคุมโรคไม่ให้ระบาด รวมทั้งมีนิเทศ  
ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานตาม  
ตัวชี้วัด อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบกึ่งทดลอง  
โดยนำปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน  
ตามหน้าที่รับผิดชอบ และด้านแรงสนับสนุนทาง  
สังคมเกี่ยวกับการฝึกอบรม ส่งเสริมการทำงาน  
เป็นทีม มาจัดกิจกรรมในการส่งเสริมและพัฒนา  
การจัดการงานของบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการ  
เก็บข้อมูลแบบการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ  
จัดการงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก  
ปัญหา อุปสรรค เพื่อให้ได้ปัญหาเชิงลึกมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มบุคลากร  
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านงานป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยเฉพาะ เพื่อให้ได้  
ข้อมูลที่ครอบคลุมและตรงประเด็นมากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วย ความ  
กรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิราสิริ วีสิริสิริ และ  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย  
ที่กรุณาให้คำแนะนำ ปรึกษาตลอดจนตรวจแก้ไข  
ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง  
ตั้งแต่ต้นจนสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ได้ ผู้วิจัย  
ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

### เอกสารอ้างอิง

1. การเวก สงสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
การดำเนินงานตามมาตรการหลักป้องกัน  
และควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดสุพรรณบุรี  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา

บัณฑิต). สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ,  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2552.

2. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.  
สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2556  
(สัปดาห์ที่ 52). [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 27  
มิ น า ค ม 2557]; แ ท ล ี่ ง ข ้อ มู ล  
<http://www.thaivbd.org>

3. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.  
แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรค  
ไข้เลือดออกเดงกี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กระทรวง  
สาธารณสุข; 2551.

4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ  
วิชาการโรคติดต่อเดงกีและโรคไข้เลือดออก  
ด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพ  
มหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนด์  
ดีไซน์; 2558.

5. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.  
แนวทางการประเมินตัวชี้วัดการป้องกันและ  
ควบคุมโรค. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์  
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;  
2550.

6. ทรรศน์พร ไหมสมบูรณ์. ปัจจัยที่มีผลต่อ  
การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขระดับตำบลในเขตพื้นที่ตรวจ  
ราชการ เขต 4 (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชา  
การบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2550.

7. ปนัดดา ศรีเอี่ยม. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ  
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน  
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี  
(ปริญญาโท วท.ม.(สุขศึกษา)). กรุงเทพฯ:  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ  
โรฒ; 2548.

8. สมเดช ศรีทัด. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ  
งานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย  
ในจังหวัดอุดรธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาบริหาร  
สาธารณสุข, มหาวิทยาลัยสุโขทัย  
ธรรมาธิราช; 2545.

9. สุรศักดิ์ หันชัยศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
ต่อผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค  
ไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ  
ตำบลในจังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์  
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).  
สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขบัณฑิต  
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;  
2546.
10. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุม  
โรค. รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี  
2562. กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
11. Gibson, J.L., Ivancevich, J.M. and Don  
nelly, J.H. Organizational: Structure,  
Process, and Behavior. Texas: Business  
Publications, Inc; 2000.
12. Mohr, D. C., S. L. Hart, L. Julian, C.  
Catledge, L. Honos-Webb, L. Vella,  
and E. T. Tasch. Telephoneadministere  
d Psychotherapy for Depression. Archiv  
es of General Psychiatry; 2005. 62 (9):  
1007-1014.

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสภากาชาดไทย  
Health Behaviors of the Elderly after Self-care Curriculum Training of the  
Thai Red Cross Society

อรพิน ฐาปนกุลศักดิ์<sup>1</sup>, สิริลักษณ์ แก้วทอง<sup>2</sup>, พิชญา สุธีวีระขจร<sup>3</sup>  
Orapin Thapanakulsak<sup>1</sup>, Siriluk Keawthong<sup>2</sup>, Pichaya Suteeverakajorn<sup>3</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมของผู้สูงอายุ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมที่มีข้อมูลส่วนบุคคลต่างกัน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ 4) ศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม ความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 251 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยวิธีการสัมภาษณ์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2561 ซึ่งแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.97 และหาความเชื่อมั่นของแบบวัดเจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบวัดความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.81, 0.82, 0.95 ตามลำดับ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและอุบัติเหตุในผู้สูงอายุใช้ K-R 20 ได้เท่ากับ 0.6 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพและเจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการป้องกันอุบัติเหตุและด้านการใช้จ่ายอยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และการกำกับตนเองอยู่ในระดับดี สำหรับความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด 2) ผู้สูงอายุที่มีเพศการศึกษา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง และความดันโลหิตที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) 3) ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ และเส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีมวลกาย

<sup>1</sup>ผู้ชำนาญการพิเศษวิทยาจารย์ 7 กลุ่มงานอบรมสุขภาพอนามัย ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัยสภากาชาดไทย

<sup>2,3</sup>ผู้ชำนาญการวิทยาจารย์ 6 กลุ่มงานอบรมสุขภาพอนามัย ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภากาชาดไทย  
1871 ถ.อังรีตุนด์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

E-mail : orapin4052@gmail.com

โทร ; 02-256-4041-2 ต่อ 2

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย สามารถทำนายเส้นรอบเอวในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ( $Beta = -.208$ ) และพบว่า ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย สามารถทำนายเส้นรอบเอวในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 12.80 ( $R^2 = .128$ ) ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาหลักสูตร โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการพัฒนาทักษะการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติจริง จึงจะสามารถควบคุมเส้นรอบเอว รวมทั้งดัชนีมวลกายได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมสุขภาพ, หลักสูตรการดูแลตนเอง, ผู้สูงอายุ, สภากาชาดไทย

### Abstract

This descriptive research aimed to 1) evaluate health knowledge of the elderly, good attitude toward being on the elderly, health behaviors and satisfaction on the elderly training 2) compare health behaviors and health outcomes of the elderly who had different personal characteristics 3) study factors related among satisfaction on the elderly training health behaviors health knowledge of the elderly and health outcomes 4) study the predictive factors include satisfaction on the elderly training, health knowledge, good attitude toward being on the elderly and health behaviors that influence on health outcomes. Simple random sampling method was performed to recruit 251 elderly who participated in the self – care training curriculum of the Thai Red Cross Society in 2017. The study were collected from August 2018 to September 2018 using questionnaires with a value of 0.97. The coefficient of confidence were 0.81, 0.82, 0.95 consisting of attitude, health behaviors and satisfaction questionnaires respectively with Cronbach's alpha coefficient. Knowledge of the elderly and accidental was 0.6 with KR-20. Data analysis included descriptive statistics, analysis of Variance, Pearson product-moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis, statistically significantly. ( $p < 0.05$ )

Study results 1) the elderly had health knowledge, attitude toward being on the elderly were good level. For overall health behaviors and accidental prevention and drug using were excellent levels. Consumer's behaviors, physical activity, emotional control and self-regulation were good levels. Satisfaction on the elderly training was excellent levels. 2) the elderly who had different sex, education, underlying diseases, body weight, height, and blood pressure caused the difference health behaviors and health outcomes were statistically significantly. ( $p < 0.05$ ) 3) satisfaction on the elderly training and health behaviors had relation, waist circumference and body mass index had relation statistically significantly ( $p < 0.01$ ). 4) Factor affecting to health outcomes include physical activity predictive waist circumference in the elderly were statistically significantly. ( $p < 0.05$ ) (Beta = -.208) They could explain 12.80% ( $R^2 = .128$ ) Study results suggest that should develop that curriculum to focus on health behaviors, skills exercise in order for the participants to actually practice included control waist circumference and body mass index in appropriated.

**Keywords :** health behavior, self – care training curriculum, elderly people, The Thai Red Cross Society

## บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) โดยจากผลการสำรวจของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย<sup>1</sup> พบว่าในปี 2559 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.5 จาก 14.9 ของประชากรทั้งหมดในปี 2557 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2574 สัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญปัญหาจากความเสื่อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเจ็บป่วยจากพฤติกรรมจากโรคเรื้อรัง การปรับตัวให้สอดคล้องกับสังคมยุคปัจจุบันทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต อีกทั้งต้องเผชิญกับภาวะเศรษฐกิจที่รายได้ลดลง จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย<sup>2</sup> พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 7 โรคอัมพฤกษ์และอัมพาต ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 รวมทั้งปัญหาจากโรคความจำเสื่อม ข้อเสื่อม และภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพ สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิตคือ ความสุข อันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม การมีสุขภาพที่ดีย่อมเกิดจากการที่บุคคลทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ในทางกลับกัน การที่บุคคลมีสุขภาพไม่ดีย่อมเกิดจากการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสมด้วย<sup>3</sup> สุขภาพจึงเป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการสำรวจ

ภาวะการทำงานของประชากรในปี 2557<sup>4</sup> พบว่า ผู้ที่อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 53.3 อายุ 65-69 ปี ร้อยละ 27.7 และอายุ 70-74 ปี ร้อยละ 11.2 ยังทำงานอยู่ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อมให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีตั้งแต่ต้นจะเป็นการช่วยลดโอกาสการเกิดปัญหาทางสุขภาพ หรือโรคต่างๆ ที่มักเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้

ดังนั้นจากความสำคัญดังกล่าว ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัยสภากาชาดไทย ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 4 ของสภากาชาดไทย<sup>5</sup> มีภารกิจหลักในการจัดฝึกอบรมเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชนทั่วไป จึงได้จัดทำหลักสูตรการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเผยแพร่ความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุในทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน โดยหลักสูตรการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ทักษะและสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย 9 หัวข้อวิชา 1) สุขภาพกาย-สุขภาพใจในผู้สูงอายุ เวลา 1.30 ชั่วโมง 2) การอยู่ร่วมกันความเข้าใจซึ่งกันและกันเวลา 1.30 ชั่วโมง 3) การออกกำลังกายในผู้สูงอายุเวลา 3 ชั่วโมง 4) ทำอย่างไรให้มีสุขภาพดีและมีอายุยืน (อนามัย อากาศ อัจฉริยะ อารมณ์ อติเรก อุบัติเหตุ) เวลา 3 ชั่วโมง 5) อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เวลา 3 ชั่วโมง 6) การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเวลา 1.30 ชั่วโมง 7) ผู้สูงอายุกับการใช้ยา เวลา 1.30 ชั่วโมง 8) การดูแลสุขภาพเมื่อเกิดอุบัติเหตุ เวลา 3 ชั่วโมง แต่ละหัวข้อวิชามีองค์ประกอบ คือ เนื้อหา วัตถุประสงค์ สื่อ กิจกรรม และการประเมินผล ระยะเวลาของการฝึกอบรมรวม 18 ชั่วโมง แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 9 ชั่วโมง การฝึกปฏิบัติ 9 ชั่วโมง กิจกรรมการเรียนการสอน ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต



การเข้าฐานฝึกปฏิบัติเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม การระดมสมองและนำเสนอ กิจกรรมการฝึกปฏิบัติประกอบด้วย การรื้อยั้งยัด การบริหารร่างกายและการออกกำลังกายด้วยยั้งยัด การวัดรอบเอว การคำนวณหาดัชนีมวลกาย การวัดความดันโลหิต การฝึกการหายใจแบบมีประสิทธิภาพ การอ่านฉลากโภชนาการและการเลือกซื้ออาหาร การเลือกรับประทานอาหารตามหลักธงโภชนาการและจากโมเดลตัวอย่างอาหาร การอ่านฉลากยา การตัดยาเก็บยา การใช้ยาภายใน และภายนอก เช่น ยาพ่น ยาหยอดตา ป้ายตา การปฐมพยาบาลการเป็นลม การลำดับแผลและการห้ามเลือด การเข้าเฟือกชั่วคราว การประเมินผลการฝึกอบรม พิจารณาจากการเข้าร่วมกิจกรรมครบตามหลักสูตร มีเวลาเข้าฝึกอบรม ร้อยละ 80 และประเมินผลความรู้ด้วยแบบทดสอบก่อน และหลัง การฝึกอบรม แบบประเมินความพึงพอใจหลังการฝึกอบรม และแบบติดตามประเมินภาวะสุขภาพหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม 1 เดือน

อย่างไรก็ตาม การจัดการฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าว ได้ดำเนินงานมาเป็นระยะเวลาหนึ่งซึ่งผู้เข้ารับการอบรมได้นำความรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพตนเองได้จริง และเพื่อเป็นการติดตามประเมินผลลัพธ์ของการฝึกอบรมในหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จึงได้ประยุกต์แนวคิดการประเมินตามแบบเชิงตรรกะ (Logic model) ที่เน้นการประเมินผลระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว โดยกำหนดตัวแปรความพึงพอใจเป็นผลลัพธ์ระยะสั้น สำหรับตัวแปรความรู้เรื่องโรคและอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ระยะกลาง ส่วนตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นผลลัพธ์ระยะยาว ทั้งนี้เนื่องจากโมเดลเชิงตรรกะเป็นการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผล เป็นเครื่องมือในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ในระยะ

สั้นที่เกิดขึ้นทันที และผลลัพธ์ระยะยาว ซึ่งจะเป็นการพิจารณาความคงทนของหลักสูตรว่าเมื่อผู้ผ่านการฝึกอบรมจากหลักสูตรดังกล่าวแล้ว พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพนั้นยังคงดีอยู่ และจะเป็นเครื่องมือในการวางแผนประเมินการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยผลการวิจัยครั้งนี้ จะได้ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณา การพัฒนาหลักสูตรให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้เป็นหลักปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง อันจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมของผู้สูงอายุ
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกัน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. ศึกษาปัจจัยทำนายได้แก่ ด้านความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม ความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ตัวแบบเชิงตรรกะ (Logic Model)<sup>6</sup> มาใช้ในการประเมินได้ผลลัพธ์เป็น 3 ระยะ คือ ผลลัพธ์ระยะสั้น (Short-term results) ผลลัพธ์ระยะกลาง (Mid-term results) และผลลัพธ์ระยะยาว (long-term results) รายละเอียดแสดงดังภาพ



ภาพกรอบการประเมิน (Logic Model)

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (18 ชั่วโมง) จากศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภากาชาดไทย ปีงบประมาณ 2560 (เดือน ตุลาคม 2559 - กันยายน 2560) ซึ่งมีโครงสร้างหลักสูตรประกอบด้วย 9 หัวข้อวิชา ได้แก่ 1) สุขภาพกาย-สุขภาพใจในผู้สูงอายุ 2) การอยู่ร่วมกันความเข้าใจซึ่งกันและกัน 3) การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 4) ทำอย่างไรให้มีสุขภาพดี และมีอายุยืน (อนามัย อากาศ อุจจาระ อารมณ์ อดิเรก อุบัติเหตุ ) 5) อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 6) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย 7) ผู้สูงอายุกับการใช้ยา 8) การดูแลตนเองเมื่อเกิดอุบัติเหตุ แต่ละหัวข้อวิชามีองค์ประกอบคือ เนื้อหา วัตถุประสงค์ สื่อ กิจกรรม และการประเมินผล โดยแบ่งรูปแบบการเรียนการสอนเป็นภาคทฤษฎี 9 ชั่วโมงและภาคปฏิบัติ 9 ชั่วโมง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การฝึก

ปฏิบัติ การระดมสมอง-การนำเสนอ การประเมินผลการฝึกอบรมพิจารณาจากการเข้าร่วมกิจกรรมครบตามหลักสูตร มีเวลาเข้าฝึกอบรมร้อยละ 80 และประเมินผลความรู้ด้วยแบบทดสอบก่อนและหลังการฝึกอบรม แบบประเมินความพึงพอใจหลังการฝึกอบรม และแบบติดตามประเมินภาวะสุขภาพหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม 1 เดือน

**ประชากรที่ใช้ในการวิจัย** ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 542 คนใน 6 จังหวัด ที่สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดกำหนดให้เป็นจังหวัดนำร่องที่เข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก 90 คน มุกดาหาร 91 คน ชลบุรี 91 คน สมุทรสงคราม 91 คน เพชรบุรี 90 คน และนราธิวาส 90 คน

**กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย** ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตรทาร์ยามานะ (Taro Yamane) กำหนดระดับความ

เชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย ดังนี้ 1) คำนวณหา สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละจังหวัด โดยเทียบกับจำนวนประชากรแต่ละจังหวัด กับจำนวน ประชากรทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 38 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย และกลุ่ม ตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา จึงเพิ่มจำนวน กลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จังหวัดละ 42 คน 2) จับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุใน แต่ละจังหวัด กำหนดคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ อายุ 60-75 ปี และยินยอมเข้าร่วมวิจัย ได้กลุ่ม ตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 251 คน เนื่องจากไม่สามารถติดต่อผู้สูงอายุได้ 1 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มา ของรายได้ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต

2. แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค และอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ข้อ คำถามเป็นลักษณะปรนัย 4 ตัวเลือก ให้เลือก เพียง 1 ตัวเลือก การแปลความหมายของ คะแนนระดับความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80) หมายถึง มีความรู้ระดับดี คะแนน เท่ากับ 6-7 คะแนน (ร้อยละ 60-70) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน (ร้อยละ 60) หมายถึง มีความรู้ระดับ น้อย

3. แบบวัดเจตคติที่ดีต่อการเป็น ผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามมี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปล ความหมายของคะแนนเจตคติที่ดีต่อการเป็น ผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้ ระดับ คะแนน 4.50-5.00 หมายถึง มีเจตคติระดับดี

มาก ระดับคะแนน 3.50-4.49 หมายถึง มีเจตคติ ระดับดี ระดับคะแนน 2.50-3.49 หมายถึง มีเจตคติระดับปานกลาง ค่าระดับคะแนน 1.50- 2.49 หมายถึง มีเจตคติระดับน้อย ระดับคะแนน 1.00-1.49 หมายถึง มีเจตคติระดับน้อยมาก

4. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุ จำนวน 48 ข้อประกอบด้วยพฤติกรรมการ สุขภาพ 6 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การเคลื่อนไหว และ ออกกำลังกาย 3) การควบคุมอารมณ์ 4) การป้องกันอุบัติเหตุ 5) การใช้จ่าย และ 6) การกำกับตนเอง ลักษณะ คำถามมี 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี น้อย น้อยมาก การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการ สุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับคะแนน 3.50-4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการสุขภาพระดับดีมาก

ระดับคะแนน 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการสุขภาพระดับดี

ระดับคะแนน 1.50-2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการสุขภาพระดับน้อย

ระดับคะแนน 1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการสุขภาพระดับน้อยมาก

5. แบบวัดความพึงพอใจต่อการ ฝึกอบรม จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยความพึง พื่อใจของผู้สูงอายุ 11 ด้าน คือ 1) วิธีการฝึก อบรม 2) วิทยากรผู้อบรม 3) หนังสือและ อุปกรณ์ประกอบการอบรม 4) สถานที่ศูนย์อบรม 5) สถานที่อบรม 6) เจ้าหน้าที่ดูแลการฝึกอบรม 7) การประเมินผล 8) การประชาสัมพันธ์ 9) ระยะเวลาในการฝึกอบรม 10) วัตถุประสงค์ ของการฝึกอบรม 11) เนื้อหาของหลักสูตร ลักษณะคำถามมี 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด การแปลความหมายของคะแนน ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 3.50-4.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ระดับคะแนน 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

ระดับคะแนน 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย

ระดับคะแนน 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในการวิจัยด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) ค่า IOC ของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ แบบวัดเจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบวัดความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมเท่ากับ 0.94, 0.97, 0.91, และ 0.95 ตามลำดับ และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบวัดเจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแบบวัดความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม ได้เท่ากับ 0.81, 0.82, 0.95 ตามลำดับ สำหรับแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคและอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ K-R 20 ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.6

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านนายกเหล่ากาชาดจังหวัด ทั้ง 6 จังหวัด เพื่อขอความร่วมมือเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุในพื้นที่แต่ละจังหวัด หลังได้รับหนังสือตอบรับและอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบเจ้าหน้าที่บริหารของสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย ขอความร่วมมือและอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมและเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

**สถิติที่ใช้ในการวิจัย** สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product - Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบคำถามด้วยความสบายใจ โดยไม่มีการบังคับและชี้แจงการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนการวิจัยสิ้นสุดลง ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอม ภายหลังจากที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 213 คน ร้อยละ 84.86 อายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 184 คน ร้อยละ 73.31 การศึกษาประถมศึกษาจำนวน 141 คน ร้อยละ 56.18 สถานภาพสมรสคู่จำนวน 117 คน ร้อยละ 46.61 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท จำนวน 157 คน ร้อยละ 62.55 ซึ่งรายได้พอเพียงไม่

เหลือเก็บ จำนวน 110 คน ร้อยละ 43.82 ที่มาของรายได้จากตัวเอง เช่น บำนาญ ค่าตอบแทน อาชีพ ดอกเบี้ยเงินฝาก ฯลฯ มีโรคประจำตัว จำนวน 151 คน ร้อยละ 60.16 พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 93 คน ร้อยละ 40.24 มีน้ำหนักตัว 50-59 กิโลกรัม จำนวน 98 คน ร้อยละ 39.04 ส่วนสูง 150-159 เซนติเมตร จำนวน 149 คน ร้อยละ 59.36 เส้นรอบเอวเฉลี่ย

84.24 เซนติเมตร เส้นรอบเอว 80-89 เซนติเมตร ในเพศชาย จำนวน 17 ร้อยละ 44.74 และเพศหญิง จำนวน 96 คน ร้อยละ 45.07 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.37 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 151 คน ร้อยละ 60.16 มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

**2. ผลการประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม**  
**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในภาพรวมของระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพและความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมของผู้สูงอายุ (n = 251)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
ความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	5.00	10.00	8.17	1.61	ดี
เจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ	2.60	5.00	4.23	0.43	ดี
พฤติกรรมสุขภาพ					
ด้านการรับประทานอาหาร	2.09	4.00	3.43	0.36	ดี
ด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	1.00	4.00	3.21	0.70	ดี
ด้านการควบคุมอารมณ์	2.27	4.00	3.48	0.36	ดี
ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	2.14	4.00	3.70	0.32	ดีมาก
ด้านการใช้จ่าย	2.00	4.00	3.68	0.40	ดีมาก
ด้านการกำกับตนเอง	1.00	4.00	3.38	0.63	ดี
พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม	2.32	4.00	3.51	0.27	ดีมาก
ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมในภาพรวม	2.72	4.00	3.66	0.34	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพและเจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี สำหรับพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการป้องกันอุบัติเหตุและด้านการ

ใช้จ่ายอยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ และการกำกับตนเองอยู่ในระดับดี สำหรับความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด

### 3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม ที่มีข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (n=251)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ						พฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวม
	ด้านการ รับประทานอาหาร	ด้านการ เคลื่อนไหวและ ออกกำลังกาย	ด้านการ ควบคุม อารมณ์	ด้านการ ป้องกัน อุบัติเหตุ	ด้านการ ใช้ยา	ด้านการ กำกับ ตนเอง	
1. เพศ	t=-3.56***	-	-	-	-	-	t=-2.63**
2. การศึกษา	-	F=3.83*	-	-	-	-	-
3. โรคประจำตัว	-	t=2.65**	t=2.85*	t=2.06*	-	-	t=2.86**
4. น้ำหนัก	-	F=6.59***	F=3.22*	F=5.15**	F=2.84*	-	F=7.02**
5. ส่วนสูง	-	-	-	F=4.52*	-	F=4.10*	-
6. ความดันโลหิต	-	-	F=6.72**	-	-	-	F=5.74**
7. ดัชนีมวลกาย	-	t=2.34*	-	-	t=-2.09*	-	-

\* , \*\* , \*\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 .01 และ .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ การศึกษา โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต และดัชนีมวลกายต่างกัน จะมี พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การควบคุม อารมณ์ การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้ยา

การกำกับตนเอง และพฤติกรรมในภาพรวม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส รายได้ และเส้นรอบเอวต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ต่างกัน

### 4. การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (n=251)

ตัวแปร	(X1)	(X2)	(X3)	(X4)
ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม (X1)		.170*	-.050	-.012
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (X2)			-.024	-.011
เส้นรอบเอว (X3)				.406*
ดัชนีมวลกาย (X4)				

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและเส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีมวลกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

5. ปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม ความรู้ทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบขั้นตอน (stepwise regression) ( $n = 251$ )

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
พฤติกรรมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	-2.923	.973	-.208	-3.005	.003

$R = .358, R^2 = .128, R^2 \text{ adj} = .052, F = 1.680, p\text{-value} = .038$

b = unstandardized beta coefficient

จากตารางที่ 4 ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายสามารถทำนายเส้นรอบเอวในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $Beta = -.208$ ) และพบว่าตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย สามารถทำนายเส้นรอบเอวในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 12.80 ( $R^2 = .128, F = 1.680^*, p\text{ value} = .038$ ) เขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ(เส้นรอบเอว) =  $-.208$  พฤติกรรมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

**การอภิปรายผล**

1. จากผลการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมในระดับดีมาก ส่วนความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมในระดับมากที่สุด อาจเป็นเพราะการที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมในระดับมากที่สุด พร้อมทั้งจะรับความรู้ ประกอบกับการมีเจตคติที่ดี ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งผล

ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งในภาพรวม และรายด้าน สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender<sup>3</sup> กล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้สุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริสุนานาคะเสนีย์<sup>7</sup> พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และการศึกษาของสุวพัชร ฤทธิโสภ<sup>8</sup> พบว่า ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเกิดเจตคติที่ดี ย่อมมีการปฏิบัติจนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2. ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม และด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะเพศหญิงสนใจ และพร้อมที่จะรับข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งในปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพหลายช่องทาง ทำให้





ฝึกรอบม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด อย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ว่า ความพึงพอใจต่อการฝึกรอบมเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น ผู้สูงอายุอาจมีแรงจูงใจจากตนเอง จากการสนับสนุนของครอบครัว และจากเพื่อน หรือจากสื่อต่างๆที่เป็นแหล่งข้อมูลที่มาจกหลากหลายช่องทาง<sup>14</sup> ความพึงพอใจต่อการฝึกรอบม จึงเป็นแรงผลักดันให้เ้าอยากมีพฤติกรรมที่ดี เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดียิ่งขึ้น

ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ เส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.16 มีดัชนีมวลกาย 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป เส้นรอบเอว 80-89 เซนติเมตร ร้อยละ 45.02 ซึ่งผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้เช่นโรค เบาหวาน ความดันโลหิต ไขมันในเลือด โรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย วัฒนสิทธิ์ และอำไพพร ก่อตระกูล<sup>15</sup> พบว่าดัชนีมวลกาย และรอบเอวสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตในวัยรุ่นและวโรดม เสมอเชื้อ และคณะ<sup>16</sup> พบว่าอายุพรรณารอบเอว และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางบวก โดยขนาดรอบเอวที่เพิ่มขึ้นของพระสงฆ์สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกาย จึงควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุวัดรอบเอว นอกเหนือจากการชั่งน้ำหนักที่ทำเป็นประจำ เพื่อเฝ้าระวังดูแลสุขภาพของตนเองให้ห่างไกลจากโรคที่ป้องกันได้

4. ปัจจัยทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเท่านั้น เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ เส้นรอบเอวซึ่งสามารถทำนายเส้นรอบเอวในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 12.8 การที่ความสามารถของตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวและ

ออกกำลังกาย ทำนายความแปรปรวนของเส้นรอบเอวได้ไม่สูง อาจเป็นไปได้ว่าตัวแปรที่ใช้ศึกษามีค่าอิทธิพลระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่ไม่สูง แต่อาจมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อเส้นรอบเอว เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลตนเองจากครอบครัว ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง จะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ นาควิจิตร<sup>17</sup> พบว่าการรับรู้ความสามารถด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และการสนับสนุนด้านการดูแลตนเองจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.9 อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายได้นั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังของบุคคลในผลลัพธ์ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถ รับรู้ทักษะของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์จะทำให้บุคคลมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเข้ามาขึ้น<sup>3</sup> ดังนั้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ตามมา คือ มีเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายที่เหมาะสมนั่นเอง จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพกำกับตนเอง เพื่อให้มีเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายที่เหมาะสม อันจะส่งผลถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

สำหรับตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการฝึกรอบม ความรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมอารมณ์ การป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการใช้ยา และด้านการกำกับตนเอง) เป็นตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพคือเส้นรอบเอว

และดัชนีมวลกายในการวิจัยนี้ เนื่องจากตัวแปรต่างๆ เหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กันกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ อาจเป็นเพราะการที่ผู้สูงอายุจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีคือมีเส้นรอบเอว และดัชนีมวลกายที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย เนื่องจาก การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายที่เหมาะสมจะมีการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายหรือกระบวนการเมตาบอลิซึมสูงขึ้น น้ำหนักตัวจะลดลง รอบเอวก็ลดลงด้วยส่งผลต่อการมีสุขภาพทางกายที่ดี ส่วนความพึงพอใจเป็นความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติ ซึ่งไม่ส่งผลต่อการเผาผลาญสารอาหารหรือกระบวนการเมตาบอลิซึมในร่างกาย จึงไม่ส่งผลต่อกระบวนการลดลงของน้ำหนักตัว ความรู้เป็นการรับรู้แสดงถึงความเข้าใจ ถือเป็นพฤติกรรมภายใน ซึ่งไม่ส่งผลต่อการเผาผลาญสารอาหารหรือกระบวนการเมตาบอลิซึมในร่างกาย จึงไม่ส่งผลต่อการลดลงของน้ำหนักตัวเช่นกัน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายที่เหมาะสม อันจะส่งผลถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ : 1) ควรมีการพัฒนาหลักสูตรโดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการพัฒนาทักษะในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย รวมทั้งพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ปฏิบัติจริง จึงจะส่งผลให้สามารถควบคุมดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวได้เหมาะสมยิ่งขึ้น 2) ควรพัฒนารูปแบบ วิธีการฝึกอบรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับผู้เข้ารับการอบรม เพื่อเป็นแรงจูงใจ ที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไป : ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม โดยเน้นเนื้อหา และการปฏิบัติที่เหมาะสม อีกทั้ง อาจทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายก่อน และหลังเข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาอากาศไทย ผู้ให้ทุนอุดหนุนการทำวิจัยครั้งนี้ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและจัดการความรู้ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ รวมทั้งนายกเหล่ากาชาด และผู้สูงอายุทุกท่าน ทั้ง 6 จังหวัด ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

#### เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งแรก. นครปฐม: บริษัทพรินเตอร์จำกัด; 2560.
2. ลัดดา ดำริการเลิศ. การพัฒนาและปรับระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2555. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2556.
3. Pender.N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Peason Education, 2006.
4. สำนักพัฒนามาตรฐานแรงงาน. รายงานการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์แรงงานผู้สูงอายุของประเทศไทย ปี 2557. กรุงเทพฯ: กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน; 2557.



## Original Article

## นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิภาพและต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง  
โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด : กรณีศึกษาหมู่บ้านบึงกระดาน หมู่ 3 ตำบลช่องลม  
อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

Efficiency and cost for household health care of Behavior Modification Village to  
Reduce Cancer, High Blood Pressure and Cardiovascular Diseases:A case study of  
Beang Kradan Village Moo 3, Tambol Chonglom, Lankrabue District,  
Kampangphet Province.

สุภัชญา ยศประกอบ<sup>1</sup>, พิณญาติ อภัยฤทธิ์<sup>2</sup>  
Supatchaya yosprakob<sup>1</sup>, Pinyada Ampirid<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัย การศึกษาประสิทธิภาพและต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษาหมู่บ้านบึงกระดาน  
หมู่ 3 ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและ  
ต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ  
ประชากรในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่หมู่ 3 บ้านบึงกระดาน ที่มารับการรักษา  
จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร้อยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 19 คน เครื่องมือที่  
ใช้เป็นแบบบันทึกต้นทุนการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ แบบบันทึกต้นทุนของผู้ใช้บริการ (แบบสัมภาษณ์  
ผู้ป่วย) แบบบันทึกต้นทุนของผู้ให้บริการ แบบบันทึกภาวะสุขภาพและ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของ  
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า

1. ประสิทธิภาพด้านผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด  
โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษาหมู่บ้านบึงกระดาน พบว่า ผู้ป่วยโรค  
ความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับด้านการบริโภคอาหาร  
และด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 94.7 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการ  
บริโภคอาหารที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 100 และมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ  
89.5 และสำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

<sup>1,2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองสุขภาพศึกษา

ที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 84.2 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 84.2 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 63.2 ส่วนภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคฯ ทุกรายการ ได้แก่ ค่า BP ค่าระดับไขมัน ค่า BMI และ ค่ารอบเอว ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (กำหนดเกณฑ์ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ ไว้ที่ ร้อยละ 80) โดยมีภาวะสุขภาพในเรื่องค่ารอบเอว ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมา คือ ระดับค่าไขมัน ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 71.5 แต่เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพในปีงบประมาณ 2555 กับปี 2556 พบว่า ภาวะสุขภาพ ทุกด้านดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2555 และปีงบประมาณ พ.ศ.2556

2. ต้นทุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ต้นทุนเฉลี่ย/ปี/คน ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2555 เท่ากับ 11,325.84 บาท และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 เท่ากับ 7,388.33 บาท ดังนั้นต้นทุนเฉลี่ย/ปี/คน ลดลงเท่ากับ 3,937.47 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.7 ซึ่งลดลงมากกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (เกณฑ์ร้อยละ 5) หากพิจารณาในรายการต้นทุนย่อยจะพบว่า ต้นทุนที่ลดลง คือ ต้นทุนการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ควรมีนโยบายและมาตรการ หรือยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนและบูรณาการความร่วมมือในการส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนอย่างจริงจังและต่อเนื่องในรูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ เพื่อลดต้นทุนการดูแลสุขภาพ ที่คุ้มค่าและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

### Abstract

Study of efficiency and cost for household health care of Behavior Modification Village to Reduce Cancer, High Blood Pressure and Cardiovascular Diseases: A case study of Beang Kradan Village (Moo 3, Tambol Chonglom, Lankrabue District, Kampanghet Province) was a survey research aimed to examine efficiency and cost for household health care of Behavior Modification Village to Reduce Cancer, High Blood Pressure and Cardiovascular Diseases. Populations in this study were nineteen patients with high blood pressure at Moo 3, Tambol Chonglom, Lankrabue District, Kampanghet Province who received treatment from Tumbon Baan Katekasorn Health Promoting Hospital, continuously for at least one year. Research instruments used for data collection consisted of 1) cost record of health promotion services, 2) cost record of the service users (a patient interview form), 3) cost record of the service users, 4) record of health conditions, and 5) health behavior questionnaire for patients with high blood pressure. Data was analyzed by descriptive statistics using frequency distribution and percentage.

#### Summary of findings

1. Outcomes of Development of the Behavior Modification to Reduce Disease Village Health behaviors of patients with high blood pressure in the Behavior Modification to Reduce Disease Village Result showed that overall 94.7% of patients with high blood pressure in the village had precise knowledge about proper diet and exercise. In addition, 84.2% of the patients with high blood pressure had appropriate dietary habits and exercise behaviors. and Health condition of patients with high blood pressure in the Behavior Modification to Reduce Disease Village Result showed that health condition of patients didn't pass evaluation criteria, setting at 80% of the population. The items with best results were 77.8% in waist circumference, followed by 71% in fat level. However, when compare the health condition of patients with high blood pressure in fiscal year 2555 with fiscal year 2556, the result showed overall improvement in health condition.

2. Costs of health care for high blood pressure patients in the Behavior Modification Reduce Disease Village Result showed that average annual cost per person for behavioral change to reduce disease was 11,325.84 baht in fiscal year 2555 and 7,388.33 baht in fiscal year 2556. Therefore, the average annual cost per person decreased by 3937.47 THB or 34.7%, which was down more than the preset threshold of 5%. Considering small cost items, the reduction was from cost of providing health promotion, while household costs of health care for patients with blood pressure slightly increased.

## ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การพัฒนาสุขภาพทางสังคมได้คาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การลงทุนในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพนั้น จะส่งผลให้ประชาชนไทยมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น มีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น ลดภาวะเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและประการสำคัญ คือ คาดหวังว่าจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนที่เจ็บป่วยและเสียชีวิตได้สูงถึงปีละ 2 - 2.5 แสนล้านบาท (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550) โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น ส่วนมากมีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง และขาดการออกกำลังกาย ซึ่งในปัจจุบันได้เปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพจากที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลมาเป็นการบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค อันเป็นการลดต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐและเอกชน รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีบทบาทหลักในการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน โดยมีการพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของพื้นที่ ซึ่งกองสุศึกษาได้มีการพัฒนาและนำนวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปใช้ในระดับหมู่บ้านและชุมชน ภายใต้โครงการเฉลิมพระเกียรติ 57 พรรษา มหาวชิราลงกรณ : หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามเกณฑ์ (การบริโภคผักและผลไม้สด วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม หรือกินผักครึ่งหนึ่งอย่างอื่นครึ่งหนึ่ง รวมทั้งลดการบริโภคอาหารไขมันสูงและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-5 วันๆ ละอย่างน้อย 30 นาที) ซึ่งในการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ มีกระบวนการ/ขั้นตอนในการพัฒนา 7 ขั้นตอน ที่กองสุศึกษาได้พัฒนาขึ้นและเป็นกระบวนการที่ประชาชนในหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการเอง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพี่เลี้ยง ซึ่งหากประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องดังกล่าวจะสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของโรคได้ อันจะมีผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่ายาได้อย่างมาก เช่น โรคเบาหวาน พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 1,892.15 บาท/ครั้ง/คน (สายชล ภาณีตพจมาน, 2550) นั้นหมายถึงสถานบริการสุขภาพจะลดอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่ายาของสถานบริการสุขภาพของประเทศได้อย่างมหาศาล

ดังนั้นกองสุศึกษาจึงสนใจที่ศึกษาว่ากระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ส่งผลต่อการลดต้นทุนในการดูแลสุขภาพของครัวเรือนได้หรือไม่ กองสุศึกษาจึงได้ศึกษาประสิทธิภาพต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ
2. เพื่อศึกษาต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงของครัวเรือน

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ เฉพาะกรณีของบ้านบึงกระดาน หมู่ 3 ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งมุ่งศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ พฤติกรรมการออกกำลังกาย

#### ประชากร/กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

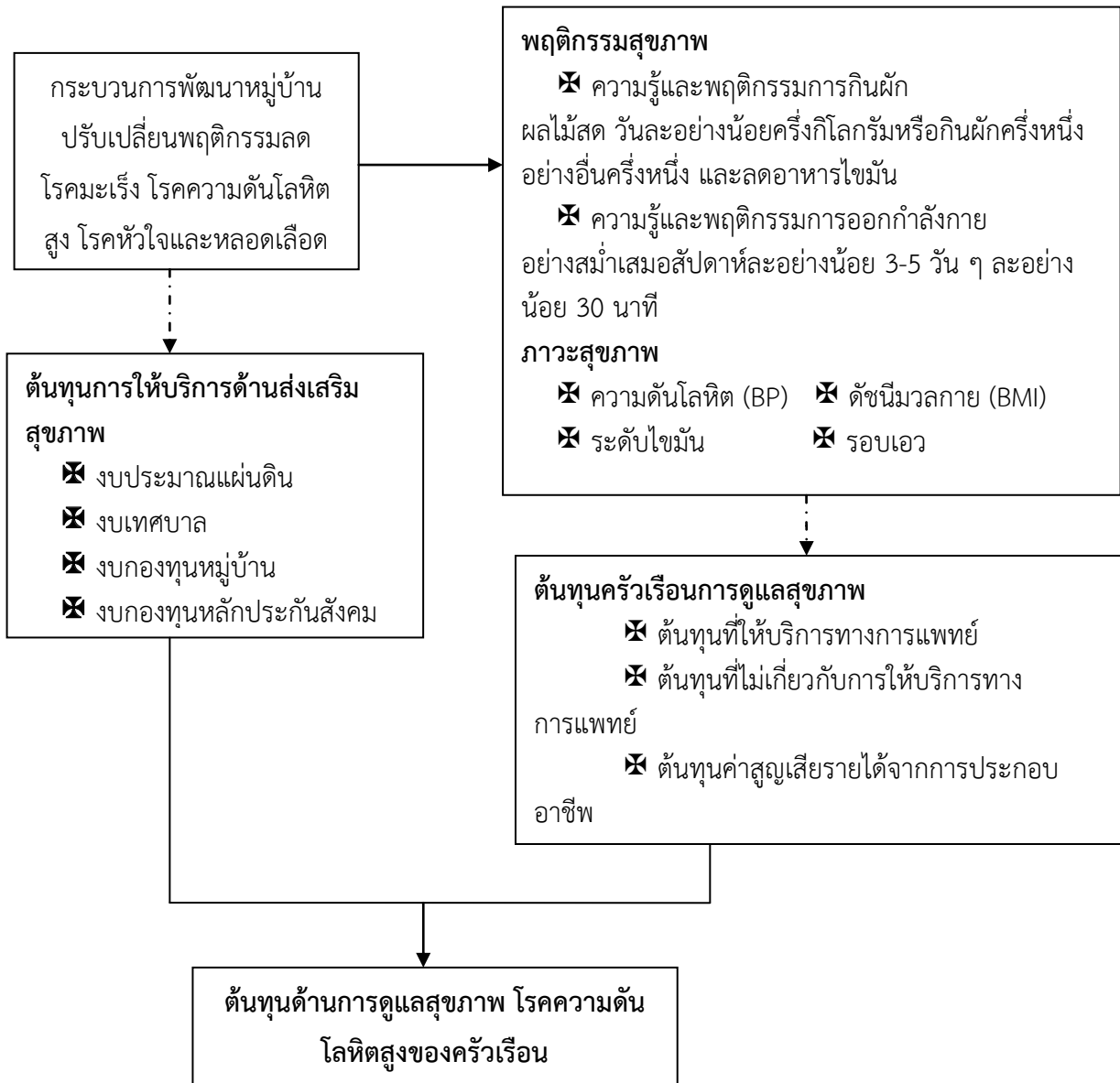
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่ 3 บ้านบึงกระดาน ตำบลช่องลม อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกษตรกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 19 คน

#### ระยะเวลาในการศึกษา

- 3.1. เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึง เดือนกันยายน 2556
- 3.2. การศึกษาต้นทุนการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพของโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2555
- 3.3. การศึกษาจะใช้ข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - 2555



### กรอบแนวคิดในการวิจัย



### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ประสิทธิภาพ** หมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นไปตามเป้าหมาย และการลดต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

**ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยน** หมายถึง ผลการดำเนินงานของโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

**ต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้รับบริการและผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องจ่ายในการมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

**ความรู้** หมายถึง การจำและระลึกได้เกี่ยวกับการกินผัก ผลไม้สด วันละอย่างน้อยครั้งก็โลกรัมหรือกินผักครึ่งหนึ่ง อย่างอื่นครึ่งหนึ่ง และลดอาหารไขมัน รวมถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วันๆ ละอย่างน้อย 30 นาทีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนลดโรค

**พฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลที่ต้องการในการกินผัก ผลไม้สด วันละอย่างน้อยครั้งก็โลกรัมหรือกินผักครึ่งหนึ่ง อย่างอื่นครึ่งหนึ่ง และลดอาหารไขมัน รวมถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละอย่างน้อย 3-5 วันๆ ละอย่างน้อย 30 นาที

**ภาวะสุขภาพ** หมายถึง สุขภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม ในที่นี้หมายถึง ระดับปกติของค่าความสมบูรณ์ทางร่างกาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมัน และรอบเอว

### หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด

**โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด** หมายถึง หมู่บ้านที่มีการดำเนินงานพัฒนาตามแนวทางหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา** เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

5.1 แบบบันทึกต้นทุนการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ

5.2 แบบบันทึกต้นทุนของผู้ใช้บริการ (แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย)

5.3 แบบบันทึกต้นทุนของผู้ใช้บริการ

5.4 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ

5.5 แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูลด้านต่างๆ เช่น ต้นทุนการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ ต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ข้อมูลด้านชีวสังคม และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การวัดและประเมินผลประสิทธิภาพการดำเนินโครงการหมู่บ้านฯ ใช้เกณฑ์การวัด 3 ด้าน คือ

#### 1) ด้านความรู้

1.1. เกณฑ์ตัวชี้วัดรายบุคคล คือ ผู้ป่วยแต่ละคนมีความรู้ที่ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 ของพฤติกรรมที่ชี้วัด

1.2. เกณฑ์การผ่านตัวชี้วัดรายด้าน คือ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องตามเกณฑ์

## 2) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

### 2.1. เกณฑ์ตัวชี้วัดรายบุคคล

คือ ผู้ป่วยแต่ละคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างน้อย ร้อยละ 80 ของพฤติกรรมที่ใช้วัด

### 2.2. เกณฑ์การผ่านตัวชี้วัด

รายด้าน คือ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามเกณฑ์

## 3) ด้านภาวะสุขภาพ

### 3.1. เกณฑ์ตัวชี้วัดรายบุคคล

คือ ผู้ป่วยแต่ละคนมีภาวะสุขภาพผ่านเกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิต (BP) ระดับไขมัน และคาร์บอน

### 3.2. เกณฑ์การผ่านตัวชี้วัด

รายด้าน คือ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพผ่านเกณฑ์ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิต (BP) ระดับไขมัน และคาร์บอน

## 4) ต้นทุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5 ของปีที่ผ่านมา

## ผลการศึกษา

### 1. ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนลดโรคส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 94.7 โดยแยกเป็นมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 100 มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 89.5

เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายชื่อของความรู้ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิต ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารถูกต้องกว่าครึ่งหนึ่งของข้อคำถามรายชื่อ (8 ข้อ) คิดเป็นร้อยละ 100 มีเพียง 2 รายชื่อที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความรู้ที่

ถูกต้องน้อยกว่าข้ออื่นๆ คือ ความรู้ในเรื่อง “การกินอาหารเค็มช่วยลดอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดได้” คิดเป็นร้อยละ 57.9 และความรู้ในเรื่อง “ก่อนการออกกำลังกายทุกครั้ง ไม่จำเป็นต้องอบอุ่นร่างกาย” คิดเป็นร้อยละ 52.6

1.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนลดโรคฯ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 84.2 โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 84.2 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 63.2

1.3 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ

ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ทุกรายการ ได้แก่ ค่า BP ค่าระดับไขมัน ค่า BMI และคาร์บอนไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยมีภาวะสุขภาพในเรื่องคาร์บอน ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมาคือ ระดับค่าไขมัน ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 71.5 (กำหนดเกณฑ์ร้อยละของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ ไว้ที่ร้อยละ 80) แต่เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพในปีงบประมาณ 2555 กับปี 2556 พบว่า ภาวะสุขภาพ ทุกด้านดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2555 และปีงบประมาณ พ.ศ.2556

## 2. ต้นทุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค

ผลการวิจัย พบว่า ต้นทุนเฉลี่ย/ปี/คน ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ในปี 2555 เท่ากับ 11,325.84 บาท และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 เท่ากับ 7,388.33 บาท ดังนั้นต้นทุนเฉลี่ย/ปี/คน ลดลงเท่ากับ 3,937.47 บาท คิดเป็นร้อยละ 34.7 ซึ่งลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (เกณฑ์ร้อยละ 5) หากพิจารณาในรายการต้นทุนย่อยจะพบว่า ต้นทุนที่ลดลง คือ ต้นทุนการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนต้นทุนต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

สำหรับต้นทุนย่อย พบว่า ต้นทุนครัวเรือนด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเฉลี่ย/ปี/คน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ในปีงบประมาณ 2555 เท่ากับ 6,852.16 บาท ในปีงบประมาณ 2556 เท่ากับ 6,862.05 บาท ดังนั้นต้นทุนเฉลี่ย/ปี/คน เพิ่มขึ้น 9.89 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.15

ในปีงบประมาณ 2555 ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนในการดูแลสุขภาพเท่ากับ 130,191 บาท โดยเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าบริการทางการแพทย์เท่ากับ 83,033 ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์เท่ากับ 17,958 บาท ค่าเสียโอกาสจากการประกอบอาชีพเท่ากับ 29,200 บาท ในปีงบประมาณ 2556 ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนในการดูแลสุขภาพเท่ากับ 130,379 บาท ซึ่งมากกว่าปีงบประมาณ 2556 เล็กน้อย โดยเป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์เท่ากับ 91,683 บาท ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ 14,446 บาท ค่าเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ โดยพบว่า ค่าบริการทางการแพทย์ในปีงบประมาณ 2556 สูงกว่าในปีงบประมาณ 2555 ส่วนค่าใช้จ่ายที่ไม่

เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์และค่าเสียโอกาสจากการประกอบอาชีพ ในปีงบประมาณ 2555 สูงกว่าในปีงบประมาณ 2556

ต้นทุนการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 274.58 บาท ปีงบประมาณ 2555 ต้นทุนการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 288.14 ปีงบประมาณ 2556 ต้นทุนการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 33.90

### อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายถูกต้อง (ร้อยละ 100 และ 89.5 ตามลำดับ) และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง (ร้อยละ 84.2, 63.2) ทั้งนี้เนื่องจากหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ตั้งแต่ปี 2554 มีกิจกรรมการสร้างการรับรู้และให้ข้อมูลข่าวสาร โดยใช้กลวิธีที่หลากหลายทั้งการประชาสัมพันธ์ทางสื่อในท้องถิ่น การจัดรณรงค์ การมีส่วนร่วมของชาวบ้าน การจัดกิจกรรมเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิต การสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เกิดการรับรู้ มีความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายถูกต้อง

2. ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีภาวะสุขภาพไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเป็นวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต ค่าความดันโลหิต ระดับไขมัน และคอเลสเตอรอลและยังมีปัจจัยด้านพยาธิสภาพของร่างกายอีกด้วย แต่มีสภาวะสุขภาพทุกด้านสูงขึ้นกว่าปี 2555

3. ต้นทุนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เมื่อเทียบต้นทุนในปี 2555 กับปี 2556 ลดลงได้ถึง 3,937.47 บาท (ร้อยละ

34.7) ซึ่งลดลงมากกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 5) นั้นหมายถึงการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯมีประสิทธิภาพในการลดต้นทุนต่อครัวเรือน การนำไปใช้ประโยชน์

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากการวิจัย

1. การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ควรมีนโยบายและมาตรการหรือยุทธศาสตร์ การขับเคลื่อนและบูรณาการความร่วมมือในการส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนอย่างจริงจังและต่อเนื่องในรูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ เพื่อลดต้นทุนการดูแลสุขภาพ ที่คุ้มค่าและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

2. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานบริการสุขภาพให้เป็นระบบและเห็นภาพของผลลัพธ์ที่ชัดเจน ควรมีการพัฒนากระบวนการข้อมูลและกลไกความเชื่อมโยงในชุมชนและให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

3. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบต้นทุนในการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินงานระหว่างหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ

### เอกสารอ้างอิง

1. จิตรา สุมงคล. การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลและผลได้ทางมนุษย์ของผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่เมาะ จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.

2. จิตราพร เกาบัว. ผลการดำเนินงานโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน:กรณีศึกษาตำบลคลองคูณ อำเภอดงพวนหิน จังหวัดพิจิตร (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร, มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552.

3. ดวงเนตร โถนิมิตร. ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพีทีเอชเปรียบเทียบกับแบบดูแลตนเอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร)). สาขาโรคติดเชื้อ. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

4. นักชัด เสาร์ทอง.การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพีทีเอชดูแลในชุมชนกับการดูแลที่โรงพยาบาล (ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

5. พันธุ์ทิพา อินทรศร. การประเมินโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็งโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดชัยภูมิ: กรณีศึกษาบ้านลาดใต้ (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) .สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขศาสตร, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.

6. อاهر รวีไพบูลย์. การวิเคราะห์ต้นทุนในการดูแลสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร. มปป. 2549.

## Preliminary Report

## รายงานเบื้องต้น

สรุปผลการดำเนินงาน  
ตามประเด็นดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม  
ปีงบประมาณ 2562

ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์\*  
Pakee Sappipat\*

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2561 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีสาระสำคัญเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ เป็นไปในทางยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งหวังให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาวะทางกาย จิตและสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน รัฐบาลโดยกระทรวงมหาดไทยได้สั่งการให้จังหวัดให้ความสำคัญของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีดังกล่าว และให้นำแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ไปบูรณาการกับแผนพัฒนาจังหวัดให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

ในปีงบประมาณ 2562 จังหวัดมหาสารคาม ได้สั่งการให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ ทบทวนคำสั่งและประเด็นการดำเนินงาน โดยคัดเลือกประเด็นดำเนินการของพชอ.อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในอำเภอ ตามลำดับความสำคัญที่วิเคราะห์ร่วมกัน พร้อมทั้งจัดทำแผนการดำเนินงานตามประเด็นที่คัดเลือก โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดประเด็น/เป้าประสงค์/แนวทางและตัวชี้วัดการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ให้ตอบสนองแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นเลขานุการ ได้ผลักดันการพัฒนาคุณภาพชีวิตภาพรวมของจังหวัดเข้าสู่แผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2561-2565 (ในการทบทวนแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม 2561-2565 ในปีงบประมาณ 2562) ที่มีวิสัยทัศน์ของการพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม คือ เป็นแหล่งผลิตสินค้าเกษตรและอาหารคุณภาพ ศูนย์กลางบริการทางการศึกษาและวัฒนธรรม ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยประเด็นการพัฒนาที่ 4 คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สู่สังคม

\* นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม

รู้จักสามัคคี เกิดทุนสถาบันของชาติ เอื้ออาทรและสมานฉันท์ ซึ่งประกอบด้วย 3 แผนงานหลัก โดยแผนงานหลักที่ 1 คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่ประกอบด้วย 3 แผนงาน คือ (1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (2) การสร้างเสริมทักษะสุขภาพ/การกีฬาส่งเสริมคุณภาพชีวิต และ (3) การพัฒนาเมืองน่าอยู่และเมืองอัจฉริยะ (Smart City) โดยแผนงานหลักที่ 1 มีเป้าหมายของจังหวัดมหาสารคามที่ต้องการในปี 2580 ที่ประกอบด้วย 8 เป้าหมาย คือ (1) อายุเฉลี่ยของประชากรจังหวัดมหาสารคามเมื่อปี 2565 เท่ากับ 74.5 ปี (ประเทศปี 2565 เท่ากับ 77 ปี) ปี 2580 เท่ากับ 82 ปี (ประเทศ 85 ปี) (2) ระดับสติปัญญาเฉลี่ยเด็กปฐมวัยของจังหวัดมหาสารคามเมื่อปี 2565 เท่ากับ 99 จุด (ประเทศ เท่ากับ 100 จุด) ปี 2580 เท่ากับ 102 จุด (ประเทศเท่ากับ 105 จุด) (3) ร้อยละ 80 ของครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยผ่านเกณฑ์ จปฐ. (4) ประชาชน (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ทุกภาคส่วนออกกำลังกายและเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของประชากร (5) มูลค่าอุตสาหกรรมการกีฬามีอัตราการเติบโตโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ต่อปี (6) พัฒนาสภาพแวดล้อมเมืองศูนย์กลางจังหวัดเป็นเมืองน่าอยู่ (5 ด้าน) ภายในปี 2565 (สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12) (7) ชุมชนเมืองและชนบทพัฒนาเป็นเมืองน่าอยู่ครบทั้งหมดภายในปี 2580 (สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี) และ (8) พัฒนาเมืองศูนย์กลางจังหวัดเป็นเมืองอัจฉริยะ (Smart City) (7 ด้าน) ภายในปี 2580 (สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี)

โดยการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภาพรวมจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2562 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้สนับสนุนงบประมาณ เพื่อดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของจังหวัดมหาสารคาม เพื่อใช้ในการ (1) การประชุมของคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งทุก พชอ. ได้จัดการประชุมเพื่อจัดทำแผน คัดเลือกประเด็นการดำเนินงาน และขับเคลื่อนการดำเนินงาน จำนวนอำเภอละ 6 ครั้ง (งบประมาณจากงบพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม ปี 2562 อำเภอละ 40,800 บาท) (2) การเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของที่มระดับจังหวัด (3) การเยี่ยมเสริมพลังระดับตำบลของ คณะกรรมการ พชอ. ซึ่งทุกอำเภอได้ดำเนินงาน เยี่ยมเสริมพลังในระดับตำบลทุกตำบล (งบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอละ 30,000 บาท) และ (3) การจัดมหกรรมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดมหาสารคาม เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอผลการดำเนินงาน/ Best Practice การจัดเวทีเพื่อเชิดชูเกียรติ พชอ. ที่มีผลงานดีเด่น เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้ง 13 อำเภอ (งบประมาณจากสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอละ 27,000 บาท) ซึ่งสรุปประเด็นดำเนินการของ พชอ.ของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2562 ได้ดังนี้ (1) ประเด็นการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) จำนวน 13 อำเภอ (2) ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส จำนวน 11 อำเภอ (3) ประเด็นการจัดการขยะ/สิ่งแวดล้อม จำนวน 6 อำเภอ (4) ประเด็นอาหารปลอดภัย จำนวน 5 อำเภอ (5) ประเด็นอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 3 อำเภอ (6) ประเด็นยาเสพติด จำนวน 3 อำเภอ (7) ประเด็นโรคไม่ติดต่อโรคเรื้อรังจำนวน 3 อำเภอ (8) ประเด็นโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 2 อำเภอ (9) ประเด็นประเพณีวัฒนธรรม จำนวน 2 อำเภอ (10) ประเด็นเศรษฐกิจ/รายได้ จำนวน 1 อำเภอ และ (11) ประเด็นคุณธรรม/จริยธรรม จำนวน 1 อำเภอ โดยสรุปประเด็นดำเนินการของ พชอ.ของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2562 เป็นรายอำเภอ ได้ดังนี้ (1) พชอ.เมืองมหาสารคาม ดำเนินการ 6 ประเด็น (2) พชอ.แกดำ ดำเนินการ 3 ประเด็น (3) พชอ.โกสุมพิสัย ดำเนินการ 4 ประเด็น

- (4) พขอ.กันทรวิชัยดำเนินการ 2 ประเด็น (5) พขอ.เขียงยืน ดำเนินการ 5 ประเด็น (6) พขอ.บรบือ ดำเนินการ 4 ประเด็น (7) พขอ.นาเชือก ดำเนินการ 3 ประเด็น (8) พขอ.นาตูน ดำเนินการ 6 ประเด็น (9) พขอ.วาปีปทุม ดำเนินการ 4 ประเด็น (10) พขอ.พยัคฆภูมิพิสัย ดำเนินการ 4 ประเด็น (11) พขอ.ยางสีสุราช ดำเนินการ 3 ประเด็น (12) พขอ.กุตุรง ดำเนินการ 5 ประเด็น และ (13) พขอ.ชื่นชม ดำเนินการ 3 ประเด็น

ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม (นายเกียรติศักดิ์ จันทร์ธา) ได้เห็นชอบแผนการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ภาพรวมของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2562 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2562 ซึ่งกำหนดให้ ดำเนินการ ในกิจกรรมสำคัญดังนี้ (1) กำหนดให้มีการจัดทำคาร์บรอนการปฏิบัติราชการ ระหว่างผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม กับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ทั้งหมด 13 อำเภอ ในการประชุมคณะกรรมการจังหวัดมหาสารคาม ประจำเดือนมิถุนายน 2562 (2) กำหนดให้ประธาน พขอ. นำเสนอผลการดำเนินงานของ พขอ. ในวาระสืบเนื่องและติดตามของการประชุมคณะกรรมการจังหวัดเดือนละ 1 อำเภอ ซึ่งเดือนมิถุนายนเป็นอำเภอเมืองมหาสารคาม เดือนกรกฎาคมเป็นอำเภอบรบือ เดือนสิงหาคมเป็นอำเภอวาปีปทุม และเดือนกันยายนเป็นอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย และ 9 อำเภอที่เหลือให้นำเสนอในปีงบประมาณ 2563 (3) กำหนดให้มีการเยี่ยมเสริมพลัง พขอ. โดยผู้ว่าราชการจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัดและปลัดจังหวัดเป็นหัวหน้าทีม จำนวน 5 ทีม ในระหว่างวันที่ 21-27 สิงหาคม 2562 และ (4) กำหนดให้มีการมอบประกาศเกียรติคุณเพื่อเชิดชูเกียรติ พขอ. ในวันที่ 26 กันยายน 2562 เพื่อให้การดำเนินงานในช่วง 4 เดือนสุดท้ายของปีงบประมาณ 2562 ของจังหวัดมหาสารคาม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด บรรลุเป้าหมายและกิจกรรมที่กำหนด ซึ่งจะเกิดผลต่อสุขภาพชีวิตที่ดีของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม จึงได้ประชุมยกระดับการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2562 ใน 4 เดือนสุดท้าย ในวันที่ 7 มิถุนายน 2562 กลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่แต่งตั้ง จำนวน 13 อำเภอ รวม 273 คน โดยรองผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม (นายหนี่ มนต์ริวัต) ผู้บริหารของจังหวัดมหาสารคาม ได้ให้กำลังใจคณะกรรมการระดับจังหวัดและคณะกรรมการ พขอ.ทุกอำเภอ ทุกท่าน ที่จะร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอให้ เป็นไปในทางยุทธศาสตร์และเป้าหมายของจังหวัดมหาสารคามอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในอำเภอที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง สร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในอำเภอ เพื่อมุ่งหวังให้พี่น้องประชาชนจังหวัดมหาสารคามมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกๆ ด้าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม โดยสรุปการดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 ดังนี้



**ตารางที่ 1** จำนวนประเด็นที่อำเภอดำเนินการ จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแยกรายอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปี 2562

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวนเป้าประสงค์	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์
1	เมือง	6 ประเด็น	19	52	47	90.38
2	แกดำ	3 ประเด็น	10	44	43	97.73
3	โกสุมพิสัย	4 ประเด็น	14	62	50	80.65
4	กันทรวิชัย	2 ประเด็น	10	40	40	100.00
5	เชียงยืน	5 ประเด็น	18	51	48	94.12
6	บรบือ	4 ประเด็น	15	69	66	95.65
7	นาเชือก	3 ประเด็น	12	57	55	96.49
8	นาคูน	6 ประเด็น	17	68	64	94.12
9	วาปีปทุม	4 ประเด็น	12	81	80	98.77
10	พยัคฆภูมิพิสัย	4 ประเด็น	8	43	42	97.67
11	ยางสีสุราช	3 ประเด็น	9	37	37	100.00
12	กุฉีกรัง	5 ประเด็น	17	48	46	95.83
13	ชื่นชม	3 ประเด็น	13	48	47	97.92
	<b>รวม</b>	<b>52 ประเด็น</b>	<b>174</b>	<b>700</b>	<b>665</b>	<b>95.00</b>

ทุกอำเภอมีการประชุมคัดเลือกประเด็นเพื่อนำมาพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา ตามบริบทของพื้นที่อย่างน้อย 2 ประเด็น ซึ่งประเด็นที่ทุกอำเภอดำเนินการขับเคลื่อน คือ การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) และคัดเลือกประเด็นเพิ่มเติมเพื่อนำมาพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (เป็นไปตามเกณฑ์ดำเนินงานการตรวจราชการ) ดังนี้

1. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ  
(พขอ.) อำเภอเมืองมหาสารคาม

ตารางที่ 2 จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์  
ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองมหาสารคาม แยกตาม  
ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวน เป้าประสงค์	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	จำนวน ตัวชี้วัดที่ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	34	30	88.24
2	อาหารปลอดภัยและเมืองสมุนไพร ตาม แนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและเกษตรอินทรีย์	3	4	4	100.00
3	จิตอาสาพระราชัฐ ดูแลกลุ่มเปราะบางทาง สังคม	2	2	1	50.00
4	การป้องกัน แก้ไขปัญหายาเสพติดและความ ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	5	6	6	100.00
5	การอนุรักษ์และส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรม อันดีงาม	2	3	3	100.00
6	การส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีอาชีพ	2	3	3	100.00
	รวม	19	52	47	90.38

ตารางที่ 2.1 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน  
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พขอ. อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการ ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	N/A	N/A	N/A	N/A
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	N/A	N/A	N/A	N/A
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	209	209	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริม	34,226	34,226	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	ไอโอดีน				
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก	15	15	100	ผ่าน
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	209	209	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและขอสปูรสรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน				ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	63	63	100	-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	0	0	N/A	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	0	0	N/A	-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	4	4	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	3	3	100	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัดมหาวิทยาลัย	1	1	100	-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าหมูชิซซี่ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	71	71	100	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	4,200	3,989	94.98	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	3,003	2,905	96.74	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	2,905	1,020	35.11	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	1,019	953	93.52	ไม่ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	6,964	6,864	98.56	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	3,156	1,659	52.57	ไม่ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	16,905	9,162	54.2	ไม่ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	585	30	5.13	ไม่ผ่าน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	29	29	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	29	25	86.21	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	29	28	96.55	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	15	15	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงเวลาเรียน เพิ่มเวลาว่าง) ร้อยละ 100 ของโรงเรียนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	74	74	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	74	74	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	80	66	82.5	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	29	29	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	29	29	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	74	74	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	81	81	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคามที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ ละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	822	742	90.27	ผ่าน
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	16,100	15,231	94.6	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	1,338	1,231	92	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	1,338	1,225	91.55	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพ ตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	15	15	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	215	207	96.28	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	215	192	89.3	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	8	2	25	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่ตักสิลา 4.0 ร้อยละ 100	14	14	100	ผ่าน

หมายเหตุ อำเภอเมืองมหาสารคาม ไม่มีสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน

**ตารางที่ 2.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นอาหารปลอดภัยและเมืองสมุนไพร ตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียงและเกษตรอินทรีย์ของ พชอ. อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 100 ของตำบลมีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับตำบล	14	14	100	ผ่าน
2	มีการประชุมขับเคลื่อนงาน อย่างน้อยไตรมาสละ 2 ครั้ง	8	8	100	ผ่าน
3	มีแผนงานโครงการให้สอดคล้องกับกิจกรรมในส่วน “ต้นน้ำ – กลางน้ำ – ปลายน้ำ” อย่างน้อย 1 แผนงาน	1	1	100	ผ่าน
4	มีผลลัพธ์และผู้รับผิดชอบตามตัวชี้วัดกิจกรรม “ต้นน้ำ – กลางน้ำ – ปลายน้ำ” อย่างน้อย 1 ผลลัพธ์	1	1	100	ผ่าน

**ตารางที่ 2.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตอาสาพระราชัฐ ดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคมของ พชอ. อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วม	N/A	N/A	N/A	ไม่ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของตำบลสนับสนุนให้ชุมชนมีกิจกรรมชุมชนเอื้ออาทรด้วยถนนสายบุญ	14	14	100	ผ่าน

**ตารางที่ 2.4** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็น การป้องกัน แก้ไขปัญหายาเสพติดและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของ พชอ. อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 100 ของ จำนวนผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้รับการดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา	200	200	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 40 ของผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 months Remission Rate)	186	180	96.77	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
3	ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง1ปี (Retention Rate)	186	180	96.77	ผ่าน
4	ร้อยละ 80 ของเด็กและเยาวชนกลุ่มอายุ 6-24 ปี เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE	47,560	38,514	80.98	ผ่าน
5	ร้อยละ 80 ของเด็กและเยาวชนกลุ่มอายุ 6-24 ปี เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE	47,560	38,514	80.98	ผ่าน

**ตารางที่ 2.5** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการอนุรักษ์และส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรมอันดีงามของ พชอ. อำเภอเมืองมหาสารคาม ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 สนับสนุนชุมชนในการจัดกิจกรรมตามประเพณีสำคัญ	14	14	100	ผ่าน
2	ชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 มีการจัดกิจกรรมตามบุญประเพณีประจำเดือน ทุกเดือน	14	14	100	ผ่าน
3	ชุมชน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 มีการจัดกิจกรรมจูงลูกจูงหลานเข้าวัดทำบุญตักบาตรทุกวันพระ	14	14	100	ผ่าน

## 2. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอแกลง

ตารางที่ 3 จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอแกลง แยกตามประเด็นที่อำเภอ ดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวน เป้าประสงค์	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	จำนวน ตัวชี้วัดที่ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ตัวชี้วัดผ่าน เกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	34	33	97.06
2	เกษตรปลอดสาร อาหารปลอดภัย ห่างไกลโรค ไม่ติดต่อเรื่องรัง	2	5	5	100.00
3	"คนแกลง อักแวง ไม่ทอดทิ้งกัน" เพื่อการดูแล คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ด้านสุขภาพ/รายได้/ สวัสดิการ)	3	5	5	100.00
	รวม	10	44	43	97.73

### ตารางที่ 3.1 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอแกลง ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการ ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	N/A	N/A	N/A	N/A
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	N/A	N/A	N/A	N/A
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	88	88	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน	6,981	6,981	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงาน ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะ โภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะ โภชนาการและสุขภาพเด็ก	6	6	100	ผ่าน



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	88	88	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	22	22	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	20	20	100	-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	N/A	N/A	N/A	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	N/A	N/A	N/A	-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	2	2	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	N/A	N/A	N/A	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัดมหาวิทยาลัย	N/A	N/A	N/A	-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าหนูณิชย์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	3	3	100	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาล้างเสริมธาตุเหล็ก	745	745	100	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	787	787	100	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	787	339	43.07	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	339	331	97.64	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	1,203	1,203	100	ผ่าน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	1,328	864	65.06	ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	1,839	1,367	74.33	ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	30	3	10	ไม่ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	16	16	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	36	36	100	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	36	36	100	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	23	23	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงโมเมนต์เวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) ร้อยละ 100 ของโรงเรียนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	22	22	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	287	287	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	22	22	100	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝึกดู ฟัน)	36	36	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100 ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	16	16	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	20	20	100	ผ่าน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	6	6	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักกลีลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ด	149	141	94.63	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	เสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์				
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	1,332	1,303	97.82	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	191	191	100	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	191	191	100	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	6	6	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	79	76	96.2	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	79	73	92.41	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	14	4	28.57	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่ตักสิลา 4.0 ร้อยละ 100	5	5	100	ผ่าน

หมายเหตุ อำเภอแกลง ไม่มีสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน

**ตารางที่ 3.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นเกษตรปลอดสาร อาหารปลอดภัย ห่วงไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ พชอ. อำเภอกแด้ ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 80 ของครัวเรือนมีการปลูกผักสวนครัวโดยไม่ใช้สารเคมี สำหรับไว้บริโภคในครัวเรือน	6,959	6,565	94.34	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของกลุ่มเกษตรกรที่ปลูกผักสวนครัวเพื่อการจำหน่าย ไม่มีการใช้สารเคมีในการปลูก	2	2	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 30 ประชาชน อายุ ๓๐-๘๐ ปี อำเภอกแด้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย เพื่อลดปัญหาโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคไต/โรคมะเร็ง)	12,492	10,955	87.7	ผ่าน
4	เกษตรกร ร้อยละ 50 ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการทำการเกษตรอินทรีย์และปลอดสารเคมี	6,959	6,432	92.43	ผ่าน
5	ร้อยละ 100 สถานบริการสาธารณสุข มีการจัดสถานที่สำหรับให้เกษตรกรนำพืชผักที่ปลูกในชุมชนมาวางจำหน่ายในวันให้บริการโรคเรื้อรัง	8	8	100	ผ่าน

**ตารางที่ 3.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็น"คนแก่ดำ อักแวง ไม่ทอดทิ้งกัน" เพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ด้านสุขภาพ/รายได้/สวัสดิการ) ของ พชอ. อำเภอกแด้ ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 100 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนให้มีการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน	6	6	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	6	6	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุได้รับการทางด้านสุขภาพที่จำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานการดำเนินงานตำบล Long Term Care และผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง	4,732	4,732	100	ผ่าน
4	ร้อยละ 50 ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพ เพื่อให้มีรายได้ในการ เลี้ยงชีพ เพิ่มขึ้นตามความเหมาะสม	500	350	70	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
5	ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการสงเคราะห์ตาม ความจำเป็น	50	50	100	ผ่าน

### 3. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโกสุมพิสัย

ตารางที่ 4 จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอโกสุมพิสัย แยกตามประเด็นที่ อำเภอดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวน เป้าประสงค์	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	จำนวน ตัวชี้วัดที่ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ตัวชี้วัดผ่าน เกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	34	31	91.18
2	โกสุมพิสัยเมืองปลอดภัย ไร้มลพิษ	3	10	8	80.00
3	ใส่ใจผู้สูงวัย ห่วงใยเยาวชนคนโกสุมพิสัย	3	7	2	28.57
4	ชุมชนคนโกสุมพิสัย ห่างไกลโรค	3	11	9	81.82
	รวม	14	62	50	80.65

ตารางที่ 4.1 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอโกสุมพิสัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการ ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	N/A	N/A	N/A	N/A
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	N/A	N/A	N/A	N/A
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	233	233	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน	29,546	29,546	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงาน ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะ โภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะ โภชนาการและสุขภาพเด็ก	18	18	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	233	233	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	82	82	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	N/A	N/A	N/A	-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	N/A	N/A	N/A	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	74	74	100	-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	8	8	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	N/A	N/A	N/A	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัดมหาวิทยาลัย				-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าหน่วยซีที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	5	5	100	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาล้างเสริมธาตุเหล็ก	3,152	2,994	94.99	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	254	254	100	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	254	87	34.25	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	87	86	98.85	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	10,612	9,953	93.79	ผ่าน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	5,158	3,147	61.01	ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	9,032	6,323	70.01	ไม่ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	270	20	7.41	ไม่ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	32	32	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	32	26	81.25	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	32	31	96.88	ไม่ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	18	18	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) ร้อยละ 100 ของโรงเรียน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	82	82	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	82	82	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	82	67	81.71	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษา ปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	32	32	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100 ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	32	32	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	74	74	100	ผ่าน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	5	5	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ด	673	613	91.08	ผ่าน



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	เสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์				
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	6,328	6,328	100	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	695	690	99.28	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	695	690	99.28	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไซ ในหญิงตั้งครรภ์	17	17	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	263	243	92.4	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	261	219	83.91	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	39	18	46.15	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กดีกล้า 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กดีกล้า 4.0 ร้อยละ 100	17	17	100	ผ่าน

หมายเหตุ อำเภอโกสุมพิสัย ไม่มีสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน

**ตารางที่ 4.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นโกสมพิสัยเมืองปลอดภัย ไร้มลพิษของ พขอ.  
อำเภอโกสมพิสัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ผู้กระทำผิดวินัยจราจร จากการตั้งด่านกวดขันวินัยจราจร ไม่เกิน ร้อยละ 20	10,905	968	9	ไม่ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของตำบลมีการตั้งด่านชุมชน อย่างน้อย ตำบลละ 1จุด ในช่วงเทศกาลสำคัญ	17	17	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของอุบัติเหตุที่มีผู้เสียชีวิต มีการสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทุกราย และนำเสนอแนวทางแก้ไขแก่คณะกรรมการ พขอ.	1	1	100	ผ่าน
4	ร้อยละ 95 ของ ผักและผลไม้สด มีความปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	20	20	100	ผ่าน
5	ร้อยละ 95 ของเนื้อสัตว์สด มีความปลอดภัยจากสารเร่งเนื้อแดง	10	10	100	ผ่าน
6	ร้อยละ 75 ของ ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	10	10	100	ผ่าน
7	ร้อยละ 100 ของ อปท. มีหมู่บ้านต้นแบบอย่างน้อย 1 หมู่บ้าน	18	18	100	ผ่าน
8	ร้อยละ 100 ของ อปท. มีจุดรวบรวมขยะอันตราย	18	18	100	ผ่าน
9	ร้อยละ 100 ของ อปท. มีที่กำจัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐาน	18	1	6	ไม่ผ่าน
10	ร้อยละ 100 ของโรงเรียน มีการคัดแยกขยะและการจัดการขยะที่ถูกต้อง	82	82	100	ผ่าน

**ตารางที่ 4.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นใส่ใจผู้สูงอายุ ห่วงใยเยาวชนคนโกสมพิสัยของ พขอ.  
อำเภอโกสมพิสัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 100 ของ อปท. ที่มีระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	18	18	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของ อปท. ที่จัดให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ	18	9	50	ไม่ผ่าน
3	ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุที่ผลการคัดกรองสุขภาพช่วยเหลือตัวเองได้ (Healthy Ageing)	13,296	12,908	97	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน (38)	0	0	N/A	ไม่ผ่าน
5	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน (1.2)	0	0	N/A	ไม่ผ่าน
6	การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ น้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 14.5	68	12	18	ไม่ผ่าน
7	ร้อยละ 50 ของตำบลที่มีหมู่บ้านจัดงานศพปลอดเหล้า อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน	17	0	0	ไม่ผ่าน

ตารางที่ 4.4 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นชุมชนคนโกสุมพิสัย ทางไกลโรคของ พชอ. อำเภอโกสุมพิสัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน ร้อยละ 2.05	1,696	32	2	ผ่าน
2	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยให้วัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 40	1,626	815	50	ผ่าน
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ มากกว่าร้อยละ 40	7,638	1,402	18	ไม่ผ่าน
4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ มากกว่าร้อยละ 50	10,571	4,868	46	ไม่ผ่าน
5	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าร้อยละ 50	2,985	2,880	96	ผ่าน
6	ร้อยละ 100 ของกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจหาเชื้อวัณโรค	156	187	120	ผ่าน
7	ร้อยละ 100 ของผู้ตรวจพบเชื้อวัณโรคได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา	3	3	100	ผ่าน
8	ร้อยละของผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษาครบตามเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90	3	3	100	ผ่าน
9	อัตราการตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยง ไม่เกินร้อยละ 10	3,620	148	4	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
10	ร้อยละของโรงเรียนในพื้นที่ อำเภอโกสุมพิสัย จัดการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50	34	34	100	ผ่าน
11	ร้อยละ 100 ของกลุ่มเสี่ยง อายุ 40 ปีขึ้นไป (ตามเป้าหมาย) ได้รับการตรวจ Ultrasound	1,000	1,442	144	ผ่าน

4. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอกันทรวิชัย

ตารางที่ 5 จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอกันทรวิชัย แยกตามประเด็นที่ อำเภอดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวน เป้าประสงค์	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	จำนวน ตัวชี้วัดที่ ผ่าน เกณฑ์	ร้อยละ ตัวชี้วัดผ่าน เกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	35	35	100.00
2	การบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน	5	5	5	100.00
	<b>รวม</b>	<b>10</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

ตารางที่ 5.1 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอกันทรวิชัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการ ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	1	1	100	ผ่าน
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	1	1	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	183	183	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน	19,210	19,210	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงาน ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะ โภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะ โภชนาการและสุขภาพเด็ก	11	11	100	ผ่าน
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริม ไอโอดีน	183	183	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	51	51	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	46	46	100	-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	N/A	N/A	N/A	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	N/A	N/A	N/A	-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค.26	5	5	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	N/A	N/A	N/A	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัดมหาวิทยาลัย	N/A	N/A	N/A	-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าหมูณีซซี่ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	20	20	100	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	198	196	98.99	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	167	167	100	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	164	87	53.05	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	67	67	100	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยามืดเสริมธาตุเหล็ก	2,511	2,511	100	ผ่าน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	2,943	1,757	59.7	ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	4,422	3,180	71.91	ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	392	11	2.81	ผ่าน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	26	26	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	26	19	73.08	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	26	26	100	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการ และโภชนาการเด็ก	11	11	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) ร้อยละ 100 ของโรงเรียน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	51	51	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	420	420	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	51	51	100	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษา ปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน เผ้าดู ฟัน)	26	26	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	42	42	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	37	37	100	ผ่าน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	14	14	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	574	516	89.9	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	3,842	3,404	88.6	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	278	278	100	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	278	278	100	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	11	11	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	98	86	87.76	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	97	78	80.41	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	40	20	50	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กดักสิลา 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่ดักสิลา 4.0 ร้อยละ 100	10	10	100	ผ่าน

**ตารางที่ 5.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการดำเนินงานประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต จังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานการบริหารจัดการขยะมูลฝอย ชุมชนของ พชอ. อำเภอกันทรวิชัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 20 ของปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เข้าสู่ระบบการกำจัดที่ปลายทางลดลง	70	14	20	ผ่าน
2	หน่วยงานราชการ สถานศึกษา ศาสนสถาน ภาคเอกชนและสถานประกอบการ จัดกิจกรรมการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยหรือนำขยะมูลฝอยไปใช้	85	85	100	ผ่าน



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
	ประโยชน์ ร้อยละ 100				
3	มีหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบการลดและคัดแยกขยะมูลฝอยในพื้นที่ อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 100	10	10	100	ผ่าน
5	หมู่บ้าน/ชุมชน มีการติดตั้ง “จุดรวบรวมขยะอันตรายชุมชน” ร้อยละ 100	183	183	100	ผ่าน

### 5. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเชียงยืน

ตารางที่ 6 จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเชียงยืน แยกตามประเด็นที่ อำเภอดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวน เป้าประสงค์	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	จำนวน ตัวชี้วัดที่ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ตัวชี้วัด ผ่าน เกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	34	34	100.00
2	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการ	4	5	3	60.00
3	ส่งเสริมการบริโภคอาหารปลอดภัย ผักปลอดสารพิษ	3	5	5	100.00
4	การแก้ไขปัญหาหยาเสฟติดสร้างชุมชนเข้มแข็ง	3	3	2	66.67
5	ลดขยะและการคัดแยกขยะ	3	4	4	100.00
	<b>รวม</b>	<b>18</b>	<b>51</b>	<b>48</b>	<b>94.12</b>

ตารางที่ 6.1 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอเชียงยืน ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการ ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	N/A	N/A	N/A	N/A
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	N/A	N/A	N/A	N/A
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	116	116	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน	16,415	16,415	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงาน ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะ	9	9	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	โภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก				
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	116	116	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	40	40	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	N/A	N/A	N/A	-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	N/A	N/A	N/A	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	37	37	100	-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	3	3	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	N/A	N/A	N/A	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัดมหาวิทยาลัย	N/A	N/A	N/A	-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าพาณิชย์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	5	5	100	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาล้างเสริมธาตุเหล็ก	770	770	100	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	136	136	100	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	136	59	43.38	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	59	59	100	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	3,772	3,772	100	ผ่าน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	2,449	1,938	79.13	ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	5,279	3,988	75.54	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	111	3	2.7	ผ่าน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	20	20	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	41	35	85.37	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	41	41	100	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	50	50	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) ร้อยละ 100 ของโรงเรียน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง	40	40	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	400	400	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	40	40	100	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	41	41	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100 ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	20	20	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	37	37	100	ผ่าน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	5	5	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	321	321	100	ผ่าน
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	3,989	3,279	82.2	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	71	71	100	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	71	71	100	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพ ตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	11	11	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	25	25	100	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	26	26	100	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	27	6	22.22	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่ตักสิลา 4.0 ร้อยละ 100	8	8	100	ผ่าน

**ตารางที่ 6.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการ ของ พขอ.  
อำเภอเชียงยืน ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ทุกตำบลมีโรงเรียนผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง ร้อยละ 100	8	6	75	ไม่ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของกองทุนสุขภาพตำบล สมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)	9	8	88.89	ไม่ผ่าน
3	ร้อยละ 70 ของกองทุนฯที่สมัครเข้าร่วมมีการดำเนินงานตามเกณฑ์	8	8	100	ผ่าน
4	ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงและผู้พิการ ได้รับการดูแล	2,654	2,654	100	ผ่าน
5	ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพปีละครั้ง	9,725	8,952	92.05	ผ่าน

**ตารางที่ 6.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นส่งเสริมการบริโภคอาหารปลอดภัย ฝึกปลอดสารพิษของ พขอ. อำเภอเชียงยืน ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 80 ของประชาชนมีความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารปลอดภัย ฝึกปลอดสารพิษ	16,415	13,450	81.94	ผ่าน
2	ร้อยละ 50 ของเกษตรกรได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการทำเกษตรอินทรีย์และแบบธรรมชาติ	11,052	5,631	50.95	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของกลุ่มเกษตรกรที่ปลูกผักสวนครัว เพื่อจำหน่าย ไม่มีการใช้สารเคมีในการปลูก	2	2	100	ผ่าน
4	ร้อยละ 80 ของครัวเรือนมีการปลูกผักสวนครัวไว้บริโภค	16,415	13,597	82.83	ผ่าน
5	สถานบริการสาธารณสุข จัดให้มีพื้นที่จำหน่ายสินค้าเกษตรอินทรีย์ และสินค้าแปรรูปที่ปลอดภัย อย่างน้อย 1 แห่ง	1	1	100	ผ่าน

**ตารางที่ 6.4** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการแก้ไขปัญหายาเสพติดสร้างชุมชนเข้มแข็งของ พชอ. อำเภอยะเขยง ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ผลการปราบปราม สถิติการจับกุม เปรียบเทียบปีที่ผ่านมา (คดี)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	ร้อยละ 100 ของผู้เสพยาเสพติดได้รับการบำบัดทั้งวิธีสมัครใจและวิธีบังคับบำบัด	127	127	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านที่เสี่ยงตามบัญชีของ ปปส. ได้รับการอบรมและสร้างชุมชนเข้มแข็งเพื่อแก้ไขปัญหา	1	1	100	ผ่าน

**ตารางที่ 6.5** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการลดขยะและการคัดแยกขยะของ พชอ. อำเภอยะเขยง ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 100 ของประชาชนคัดแยกขยะก่อนทิ้งตามประเภทอย่างถูกต้องตามแนวทางที่กำหนด	16,415	16,415	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของตำบล มีมาตรการในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยอย่างเป็นรูปธรรม ตามประกาศกระทรวงมหาดไทย	8	8	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านการจัดทำถังขยะแยกประเภทในพื้นที่สาธารณะอย่างน้อย 2 ประเภท	116	116	100	ผ่าน
4	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านมีจุดรวบรวมขยะอันตราย เพื่อให้ประชาชนนำไปรวบรวมไว้รอการเก็บขน	116	116	100	ผ่าน

## 6. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอบรบือ

ตารางที่ 7 จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอบรบือ แยกตามประเด็นที่อำเภอ ดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวน เป้าประสงค์	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	จำนวน ตัวชี้วัดที่ ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ตัวชี้วัดผ่าน เกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดกสกลา 4.0	5	35	34	97.14
2	สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า	2	8	7	87.50
3	คนอำเภอบรบือเป็นคนดี (ชุมชนเข้มแข็ง ครอบครัวอบอุ่น/ยาเสพติด)	4	11	10	90.91
4	คนอำเภอบรบือเป็นมีความสุข (เศรษฐกิจ/ สิ่งแวดล้อม)	4	15	15	100.00
	<b>รวม</b>	<b>15</b>	<b>69</b>	<b>66</b>	<b>95.65</b>

ตารางที่ 7.1 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดกสกลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอบรบือ ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการ ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	24	24	100	ผ่าน
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	24	24	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	209	209	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน	33,380	33,380	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงาน ควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะ	16	16	100	ผ่าน



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	โภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก				
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	209	209	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	74	74	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	66	66	100	-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	N/A	N/A	N/A	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	N/A	N/A	N/A	-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	8	8	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	N/A	N/A	N/A	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัดมหาวิทยาลัย	N/A	N/A	N/A	-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าพาณิชย์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	5	5	100	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาล้างเสริมธาตุเหล็ก	2,520	2,520	100	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	1,477	1,477	100	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	1,410	589	41.77	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	590	590	100	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	1,790	1,790	100	ผ่าน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	3,950	2,932	74.23	ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	10,759	8,754	81.36	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	380	30	7.89	ไม่ผ่าน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	48	48	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	48	48	100	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	48	48	100	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	16	16	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) ร้อยละ 100 ของโรงเรียน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	66	66	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	1,850	1,850	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	58	57	98.28	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	64	64	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100 ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	48	48	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	66	66	100	ผ่าน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	4	4	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	1,550	1,541	99.42	ผ่าน
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	6,332	6,214	98.14	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	685	685	100	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	685	685	100	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพ ตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	16	16	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	189	183	96.83	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	189	179	94.71	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	62	13	20.97	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่ตักสิลา 4.0 ร้อยละ 100	15	15	100	ผ่าน

**ตารางที่ 7.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า  
ของ พขอ.อำเภอบรบือ ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
1	ร้อยละ 100 ของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้รับการอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ทุกหมู่บ้านละ ๒ คน	418	418	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของผู้สัมผัสสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้า ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตามแนวทางเวช ปฏิบัติ	N/A	N/A	N/A	N/A
3	ร้อยละ 60 ของประชาชนมีความรู้ในการเลี้ยงดูสุนัข การป้องกันไม่ให้ถูกสุนัขกัดและดูแลตัวเองเมื่อถูกกัด ได้	418	418	100	ผ่าน
4	ร้อยละ 100 อบต และเทศบาลมีการดำเนินการสร้าง พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	16	16	100	ผ่าน
5	ร้อยละ 100 ของสัตว์ที่สงสัยติดเชื้อพิษสุนัขบ้าได้รับ การตรวจโรคพิษสุนัขบ้าทางห้องปฏิบัติการ	0	0		ผ่าน
6	มีการสำรวจจำนวนสุนัขทั้งหมด คลอบคลุมทุกพื้นที่ ร้อยละ 100	16	16	100	ผ่าน
7	ร้อยละ 80 ของสุนัขได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้า	12,000	15,600	130	ผ่าน
8	ร้อยละ 80 ของสุนัขได้รับการขึ้นทะเบียนของจำนวน สุนัข	12,000	15,600	130	ผ่าน

**ตารางที่ 7.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการดำเนินงานคนอำเภอบรบือเป็นคนดีของ พขอ.  
อำเภอบรบือ ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
1	คนในชุมชนเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม เกิดความ ตระหนักและเห็นคุณค่าของการปฏิบัติตามหลักธรรม ทางศาสนา การดำรงตนอยู่ในศีล 5 ข้อ ซึ่งเป็นพื้นฐาน สำคัญของชาวพุทธตำบลละ 1 หมู่บ้านต้นแบบ	16	16	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของผู้นำชุมชน เยาวชน ได้รับการอบรม การเป็นผู้นำในการส่งเสริมระเบียบวินัย	200	200	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
3	เพจคนดีศรี...(หมู่บ้าน).....” ประจำหมู่บ้านต่างๆ ในอำเภอบรบือโดยจัดทำใน Facebook	8	8	100	ผ่าน
4	ร้อยละ 100 ของประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตนเป็นคนมีระเบียบวินัย ปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบของสังคม	418	418	100	ผ่าน
5	ร้อยละ 100 ของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถานศึกษา ประชาชนทั่วไปที่อยู่ในเขตพื้นที่ อำเภอบรบือ เข้ารับการอบรมเพื่อปลูกฝังจิตสำนึกที่ดี ต่อตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม	480	480	100	ผ่าน
6	ร้อยละ 100 ของตัวแทนผู้ที่กระทำความดีที่มีจิตสำนึก มีน้ำใจต่อตัวเอง สังคมและสิ่งแวดล้อมโดยผ่านการ คัดเลือกจากชุมชน/องค์กร สถานศึกษาและหน่วยงาน จากภาครัฐ	16	16	100	ผ่าน
7	จัดให้มีการประชุมวิเคราะห์ และสรุปสถานการณ์ ปัญหาเสพติดและอบายมุขประจำทุกเดือน	N/A	N/A	N/A	N/A
8	ร้อยละ 100 ของมีแผนงาน โครงการตามยุทธศาสตร์ แก้ไขปัญหาเสพติดและอบายมุขครบถ้วนทุกพื้นที่	15	15	100	ผ่าน
9	ร้อยละ 100 ของผู้ประสานพลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะ ยาเสพติดและอบายมุขอย่างยั่งยืน ครบถ้วนทุกพื้นที่	418	418	100	ผ่าน
10	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านมีการสำรวจสถานะหมู่บ้าน/ ชุมชนเข้มแข็งและระบบเฝ้าระวังปัญหาการแพร่ ระบาดของเสพติดและอบายมุขสำหรับผู้ใหญ่บ้าน/ ประธานชุมชน ทำประชาคมหมู่บ้าน/ชุมชนครบถ้วน ทุกพื้นที่	209	209	100	ผ่าน
11	มีศูนย์ประสานพลังแผ่นดินเพื่อเอาชนะยาเสพติดและ อบายมุขอย่างยั่งยืน เป็นแหล่งข่าวรายงานข่าวใน หมู่บ้าน/ชุมชน ครบถ้วนทุกพื้นที่	209	209	100	ผ่าน

**ตารางที่ 7.4** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นคนอำเภอบรบือเป็นคนมีความสุขของ พขอ.  
อำเภอบรบือ ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านมีการจัดตั้งหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงต้นแบบ	15	15	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของเกษตรกรได้รับการฝึกอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารชีวภัณฑ์ในการป้องกันกำจัดศัตรูพืชแทนการใช้สารเคมี	300	300	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 มีกลุ่มสัมมาชีพที่สามารถดำเนินงานและสามารถสร้างรายได้ แก่สมาชิก	15	15	100	ผ่าน
4	มีกลุ่มอาชีพที่ได้รับการฝึกอบรม	15	15	100	ผ่าน
5	ชุมชน/หมู่บ้าน มีการจัดทำป้าย กติกา ข้อบังคับของหมู่บ้าน	209	209	100	ผ่าน
6	มีการจัดตั้งหมู่บ้านรักษาศีล 5 ทุกตำบล	15	15	100	ผ่าน
7	โรงเรียนทุกโรงเรียนในท้องถิ่นมีการจัดงานหรือร่วมงานในท้องถิ่นในงานเพณีสำคัญ	8	8	100	ผ่าน
8	ชุมชน/หมู่บ้าน มีการจัดเตรียมถังขยะแยกชนิดขยะอันตราย ออกจากขยะทั่วไป	209	209	100	ผ่าน
9	ทุกตำบลมีการจัดตั้งธนาคารขยะ เพื่อรับซื้อขยะรีไซเคิลจากหมู่บ้าน/ชุมชน	15	15	100	ผ่าน
10	มีการจัดทำป้าย ห้ามทิ้งขยะในที่สาธารณะ และมีการจัดสถานที่ทิ้งขยะ ให้ประชาชน	15	15	100	ผ่าน
11	ร้อยละ 100 ของชุมชน/หมู่บ้าน มีการปลูกป่าในพื้นที่สาธารณะ	15	15	100	ผ่าน
12	มีการจัดงานแข่งกีฬาประจำตำบลทุกปี	15	15	100	ผ่าน
13	มีการส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษ	2	2	100	ผ่าน
14	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน มีการตรวจแหล่งน้ำและรักรากเก็บน้ำในชุมชน	209	209	100	ผ่าน
15	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านมีการออกให้บริการตรวจเบาหวานให้ประชาชน	209	209	100	ผ่าน

**7. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนาเชือก**

**ตารางที่ 8** จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอนาเชือก แยกตามประเด็นที่ อำเภอดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวน เป้าประสงค์	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	จำนวน ตัวชี้วัดที่ ผ่าน เกณฑ์	ร้อยละ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	35	33	94.29
2	คนนาเชือกไม่ทอดทิ้งกัน การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส	3	9	9	100.00
3	ประชารัฐร่วมใจ ไทยนาเชือก รักษ์ความ สะอาด	4	13	13	100.00
<b>รวม</b>		<b>12</b>	<b>57</b>	<b>55</b>	<b>96.49</b>

**ตารางที่ 8.1** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอนาเชือก ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1</b> เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่าง เพียงพอ					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการ ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	12	12	100	ผ่าน
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้ มาตรฐาน 20-40 ppm.	12	12	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	145	145	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริม ไอโอดีน	14,975	14,975	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการ ดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการ	11	11	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	ปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก				
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	145	145	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	50	50	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	0	0		-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	44	44	100	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	0	0		-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	3	3	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	3	3	100	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัด มหาวิทยาลัย	0	0		-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าหนูณิชย์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	3	3	100	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	1,304	1,304	100	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	1,208	1,208	100	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	1,208	453	37.5	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	453	453	100	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	4,905	4,905	100	ผ่าน



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	2,507	1,600	63.82	ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	5,674	4,031	71.04	ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	110	1	0.91	ผ่าน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	29	29	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	29	22	75.86	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	29	29	100	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	115	115	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) ร้อยละ 100 ของโรงเรียนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	50	50	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	300	300	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	50	24	48	ไม่ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ใฝ่ดู ฟัน)	29	29	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผักและปลา</b>					
24	ร้อยละ 100ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	29	29	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	47	47	100	ผ่าน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	0	0	0	ไม่ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	253	243	96.05	ผ่าน
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	1,761	1,715	97.39	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	451	449	99.56	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	451	449	99.56	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	11	11	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	112	107	95.54	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	110	101	91.82	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปีสภาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	40	12	30	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีน	10	10	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	ยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่ศักราช 4.0 ร้อยละ 100				

ตารางที่ 8.2 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการคนนาเชือก ไม่ทอดทิ้งกัน การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ของ พชอ. อำเภอนาเชือก ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 100 ปี ได้รับการเยี่ยมบ้าน	3	3	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 90 ปี ได้รับการเยี่ยมบ้าน	99	99	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ได้รับการเยี่ยมบ้าน ในวันออกกิจกรรมโครงการ ศูนย์ดำรงธรรมอำเภอยิ้มเคลื่อนที่ ทุกเดือน อย่างน้อยเดือนละ 5 คน	55	55	100	ผ่าน
4	ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและ ทีมสหวิชาชีพ	6394	5885	92.04	ผ่าน
5	ร้อยละ 100 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุก แห่งสมัครร่วมดำเนินงานกองทุนระบบการดูแล ระยะเวลาด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง (Long Term Care : LTC )	11	11	100	ผ่าน
6	ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกคนได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน จากผู้ดูแลผู้สูงอายุ	523	523	100	ผ่าน
7	ร้อยละ 50 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุน การจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ	11	6	54.55	ผ่าน
8	ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุมีการออกกำลังอย่าง เหมาะสม	4,981	4,595	92.25	ผ่าน
9	ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุร่วมจัดกิจกรรมในงาน ประเพณี พิธีต่างๆ อย่างต่อเนื่อง	4,981	4,765	95.66	ผ่าน

**ตารางที่ 8.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการ “ประชารัฐร่วมใจ ไทยนาเชือก รักษ์ความสะอาด” การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมของ พขอ. อำเภอนาเชือก ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 100 หน่วยราชการ จิตอาสา,ประชาชน ชาวอำเภอนาเชือกร่วมกันกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด (Big Cleaning Day) ในเขตเทศบาลนาเชือก และถนนสายหลัก อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	11	11	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 หมู่บ้านดำเนินกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาดหมู่บ้าน วัด โรงเรียน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	145	145	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 หมู่บ้านมีการจัดทำถังขยะอินทรีย์ประจำครัวเรือนอย่างน้อยร้อยละ 80 ของหลังคาเรือนทั้งหมด	145	145	100	ผ่าน
4	ร้อยละ 100 วัด โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก ทุกแห่งจัดทำถังขยะอินทรีย์	178	178	100	ผ่าน
5	ร้อยละ 100 อปท.ทุกแห่งมีการดำเนินงานส่งเสริมการคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง (ระดับครัวเรือน) ในพื้นที่ทุกตำบล	11	11	100	ผ่าน
6	ร้อยละ 100 ตำบลคัดเลือกหมู่บ้านต้นแบบในการดำเนินงานการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม ตำบลละ 1 หมู่บ้าน	11	11	100	ผ่าน
7	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้านต้นแบบดำเนินการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมได้รับการตรวจเยี่ยมเสริมพลังและประกวดตามโครงการประชารัฐร่วมใจ ไทยนาเชือก รักษ์ความสะอาด ตำบลละ 1 หมู่บ้าน	11	11	100	ผ่าน
8	กิจกรรมเขตชูเกียรติหมู่บ้านต้นแบบการดำเนินการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมดีเด่น มอบใบประกาศและเงินรางวัล ทุกหมู่บ้าน ร้อยละ 100	11	11	100	ผ่าน
9	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมสนับสนุนโครงการขยะแลกไข่ไอโอดีน ร้อยละ 20	11	3	27.27	ผ่าน
10	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งส่งเสริมสนับสนุนโครงการขยะแลกไข่ไอโอดีน ร้อยละ 20	11	3	27.27	ผ่าน
11	ร้อยละ 90 รพ.สต.มีที่พักขยะติดเชื้อ รองรับขยะติดเชื้อจาก รพ.สต.และผู้ป่วยในชุมชน	12	11	91.67	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
12	มีรถรับส่งขยะติดเชื้อจาก รพ.สต.ทุกแห่งมายังโรงพยาบาลนาเชือกทุกสัปดาห์ เพื่อนำส่งบริษัทรับกำจัดต่อไป ร้อยละ 100	12	12	100	ผ่าน
13	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งมีที่รองรับขยะอันตรายจาก หมู่บ้านและมีการนำส่งเพื่อกำจัดได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 100	11	11	100	ผ่าน

## 8. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอนาइन

ตารางที่ 9 จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอนาइन แยกตามประเด็นที่อำเภอ ดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวนเป้าประสงค์	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	34	31	91.18
2	นาइनเมืองท่องเที่ยว	2	5	5	100.00
3	นาइनเมืองสุขภาพดี	4	13	12	92.31
4	นาइनเมืองอบอุ่น	3	10	10	100.00
5	นาइनเมืองคุณธรรม	3	6	6	100.00
	<b>รวม</b>	<b>17</b>	<b>68</b>	<b>64</b>	<b>94.12</b>

ตารางที่ 9.1 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอนาइन ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต				N/A
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.				N/A
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	94	94	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน	8,182	8,182	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการ	9	9	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	ปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก				
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	94	94	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	32	32	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	0	0		-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	29	29	100	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	0	0		-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	3	3	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	0	0		-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัด มหาวิทยาลัย	0	0		-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าหนูณิชย์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	0	0	0	ไม่ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	966	911	94.31	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	928	903	97.31	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	928	333	35.88	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	333	321	96.4	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	4,118	4,056	98.49	ผ่าน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	1,750	1,562	89.26	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	3,743	2,611	69.76	ไม่ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	71	1	1.41	ผ่าน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญา เด็กปฐมวัย	15	15	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	15	12	80	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	15	3	20	ไม่ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการ และโภชนาการเด็ก	9	9	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงเวลาเรียน เพิ่มเวลาครู) ร้อยละ 100 ของโรงเรียน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	32	32	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	32	32	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	31	28	90.32	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝึาคู ฟัน)	15	15	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	15	15	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	32	32	100	ผ่าน



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	22	22	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กดกกลีลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	189	189	100	ผ่าน
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	1,766	1,689	95.64	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	229	228	99.56	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	229	228	99.56	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	9	9	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	58	57	98.28	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	56	54	96.43	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	28	9	32.14	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กดกกลีลา 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กดกกลีลา 4.0 ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน

**ตารางที่ 9.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานนาคนเมืองท่องเที่ยว  
ของ พขอ. อำเภอนาคู ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
1	คณะกรรมการพขอ. มีการประชุมอย่างน้อยปีละ 6 ครั้ง ร้อยละ 100	6	6	100	ผ่าน
2	มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนงาน นาคนเมืองท่องเที่ยว ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
3	มีแหล่งท่องเที่ยววิถีชุมชนจำนวน 3 หมู่บ้านได้ตาม เกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100	3	3	100	ผ่าน
4	แหล่งท่องเที่ยวมีการจัดการสิ่งแวดล้อมและขยะได้ ตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100	3	3	100	ผ่าน
5	ตลาดสด ตลาดต้องชมและสุขา มีความสะอาดได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน

**ตารางที่ 9.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานนาคนเมืองสุขภาพดี  
ของ พขอ. อำเภอนาคู ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการ ดำเนินงาน
1	คณะกรรมการพขอ.มีการประชุมอย่างน้อยปีละ 6 ครั้ง ร้อยละ 100	6	6	100	ผ่าน
2	มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนงาน นาคนเมืองสมุนไพร ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
3	มีการถ่ายทอดนโยบายลงสู่คณะกรรมการ พขต. อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
4	มีการประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินงานเมืองสมุนไพร เกษตรอินทรีย์ 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
5	มีการประชุมพัฒนาฐานข้อมูลเมืองสมุนไพรเกษตร อินทรีย์ 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
6	ศึกษาดูงานในแปลงการปลูกและผลิตเกษตรอินทรีย์ สมุนไพร 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
7	มีการอบรมเมืองเกษตรอินทรีย์สมุนไพรดี แก่เกษตรกรร่วมปกป้องผืนป่า และทรัพยากร ธรรมชาติ 1 ครั้ง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
8	มีการเฝ้าระวัง ตรวจสอบร้านอาหาร แผงลอย อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 100	2	2	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
9	มีการประชุมผู้เกี่ยวข้อง ผู้ประกอบการร้านอาหาร แผลงลอย ปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
10	เก็บตัวอย่างอาหาร สิ้นค้า ส่งตรวจปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 100	2	2	100	ผ่าน
11	มีการออกก้างภายในทุกกลุ่มวัยตามเกณฑ์ สัปดาห์ละ ๓ วันๆละ๓๐นาที ร้อยละ 100	12	12	100	ผ่าน
12	มีการแข่งขันฟุตบอล ฟุตบอลอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 100	2	2	100	ผ่าน
13	มีกิจกรรมเดินวิ่ง “นาคุณฮาล์ฟมาราธอน” ครั้งที่ 2 ร้อยละ 100	1	N/A	N/A	ไม่ผ่าน

ตารางที่ 9.4 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานนาคุณเมืองอบอุ่นของ พชอ. อำเภอนาคุณ ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลในระบบ LTC ครอบคลุม ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน
2	ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับการดูแลในโรงเรียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน
3	อปท.ดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทุพพิกขยากและต้องการการเกื้อกูลให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดีและต่อเนื่อง ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน
4	อปท. และ พชต. ร่วมกันส่งเสริมกิจกรรมการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุครอบคลุม ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน
5	ผู้พิการเข้าถึงสิทธิอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ครอบคลุม ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน
6	ผู้พิการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ครอบคลุม ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน
7	องค์กรด้านคนพิการและเครือข่ายได้รับการส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรอย่างน้อย 1 กลุ่ม/ตำบล ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน
8	มีการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้และระบบการจัดการฐานข้อมูลความรู้ด้านครอบครัวในทุกระดับ ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
9	การสร้างความเข้าใจในการลดความรุนแรงในครอบครัว ครอบคลุม ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน
10	มีการลดละเลิกบุหรี่ สุราในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100	2623	2525	96.26	ไม่ผ่าน

ตารางที่ 9.5 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานนาคุณเมืองคุณธรรม  
ของ พชอ. อำเภอนาคู ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	มีการดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ร้อยละ 100	94	94	100	ผ่าน
2	มีหมู่บ้านศีล 5 ต้นแบบตำบลอย่างน้อย 1 หมู่บ้าน ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน
3	มีการดำเนินงานในระดับส่วนราชการ ครอบคลุม ร้อยละ 100	12	12	100	ผ่าน
4	มีส่วนราชการต้นแบบ “หน่วยงานใสสะอาดมี ธรรมาภิบาล” ร้อยละ 100	12	12	100	ผ่าน
5	มีการดำเนินงานในระดับโรงเรียน ร้อยละ 100	31	31	100	ผ่าน
6	มีโรงเรียนต้นแบบ “โรงเรียนคุณธรรม” ตำบลอย่างน้อย 1 โรงเรียน ร้อยละ 100	9	9	100	ผ่าน

**9. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวาปีปทุม**

**ตารางที่ 10** จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอวาปีปทุม แยกตามประเด็นที่อำเภอดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวนเป้าประสงค์	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	35	34	97.14
2	"คนวาปีปทุม ไม่ทอดทิ้งกัน"	3	4	4	100.00
3	วาปีปทุมร่วมใจลดอุบัติเหตุ	4	42	42	100.00
	<b>รวม</b>	<b>12</b>	<b>81</b>	<b>80</b>	<b>98.77</b>

**ตารางที่ 10.1** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอวาปีปทุม ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	1	1	100	ผ่าน
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	1	1	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	241	241	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน	25,816	25,816	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก	16	16	100	ผ่าน
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	241	241	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	81	81	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	N/A	N/A	N/A	-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	73	73	100	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	N/A	N/A	N/A	-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	3	3	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	2	2	100	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัดมหาวิทยาลัย	N/A	N/A	N/A	-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าหนูณิชย์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	5	5	100	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	2,864	2,864	100	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	2,632	2,621	99.58	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	2,621	1,211	46.2	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	1,211	1,203	99.34	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	12,402	12,402	100	ผ่าน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	4,217	2,601	61.68	ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	10,966	7,378	67.28	ไม่ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	504	38	7.54	ผ่าน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	42	42	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	115	102	88.7	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	115	115	100	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	152	127	83.55	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) ร้อยละ 100 ของโรงเรียนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	81	81	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	81	81	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	81	78	96.3	ไม่ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	115	115	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	42	42	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	73	73	100	ผ่าน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	1	1	100	ไม่ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	783	775	98.98	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	5,888	5,817	98.79	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	837	836	99.88	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	837	836	99.88	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	16	16	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	235	235	100	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	233	218	93.56	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	60	19	31.67	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กดีกล้า 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กกล้า 4.0 ร้อยละ 100	15	15	100	ผ่าน



**ตารางที่ 10.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานคนวาปีปทุม  
ไม่ทอดทิ้งกันของ พชอ. อำเภอวาปีปทุม ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
1	มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ตามสภาพทางกาย เศรษฐกิจ สังคม (กลุ่มผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ฯลฯ) ที่เป็นปัจจุบัน สามารถเข้าถึงได้ทันที ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 85 ของกลุ่มผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ได้รับการเยี่ยมบ้านและประเมินสภาพ	12368	11914	96.33	ผ่าน
3	ร้อยละ 90 ของกลุ่มผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ได้รับที่มีปัญหาได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม	1077	1023	94.99	ผ่าน
4	ร้อยละ 100 ของตำบลเข้าร่วมระบบกองทุนระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน	15	15	100	ผ่าน

**ตารางที่ 10.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานคนวาปีปทุมร่วมใจ  
ลดอุบัติเหตุของ พชอ. อำเภอวาปีปทุม ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
1	มีแผนงานและกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุ การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) เช่น การจัดประชุมถ่ายทอดนโยบาย/แนวทางการดำเนินงาน/การอบรม ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
2	มีมาตรการองค์กรมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีข้อมูลการสวมหมวกนิรภัย และการคาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
3	องค์กรมีนโยบายในเรื่องเกี่ยวกับ ความปลอดภัยของรถพยาบาล รถราชการ ด้านชุมชน ที่ชัดเจน ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
4	มีข้อมูลจุดเสี่ยงระดับอำเภอและระดับตำบลและวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดตำบลที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 100	15	15	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
5	มีการกำหนดรายละเอียดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการขับเคลื่อนโดยสม่ำเสมอ ตามไตรมาส ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
6	มีการดำเนินงานด้านชุมชน ตามวาระเทศกาลที่มีความเสี่ยง เช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์และมีมาตรการชุมชนโดยชุมชนกำหนดเอง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
7	มีการเฝ้าระวังความเสี่ยง ทางสภาพถนน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อประสานงานการเฝ้าระวังกับผู้รับผิดชอบถนนตามเส้นทาง ความเสี่ยง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
8	มีรายงานการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสวมหมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย และกฎหมายตาม พรบ. การจราจรทางบก และที่เกี่ยวข้อง เช่น คำสั่งต่างๆ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
9	มีรายงานการบังคับใช้ ตามกฎหมาย พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2551 ตลอดจนการสร้างการรับรู้ในประชาชนทุกกลุ่ม ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
10	ร้อยละ 100 ของสถานที่ราชการเป็นเขตสวมหมวกนิรภัย	24	24	100	ผ่าน
11	มีหลักฐานการรณรงค์/ประชาสัมพันธ์สร้างจิตสำนึกด้วยสื่อทุกรูปแบบ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
12	มีแผนงานและกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานการเกิดอุบัติเหตุ การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรืออำเภอ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
13	มีมาตรการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
14	มีข้อมูลจุดเสี่ยงระดับอำเภอและระดับตำบล และวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดตำบลที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
15	มีการกำหนดรายละเอียดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการขับเคลื่อนโดยสม่ำเสมอ ตามไตรมาส ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
16	มีการดำเนินงานด้านชุมชน ตามวาระเทศกาลที่มีความเสี่ยง เช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์และมีมาตรการชุมชนโดยชุมชนกำหนดเอง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
17	มีการเฝ้าระวังความเสี่ยง ทางสภาพถนน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อประสานงานการเฝ้าระวังกับผู้รับผิดชอบถนนตามเส้นทาง ความเสี่ยง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
18	มีรายงานการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสวมหมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย และกฎหมายตาม พรบ. การจราจรทางบก และที่เกี่ยวข้อง เช่น คำสั่งต่างๆ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
19	มีรายงานการบังคับใช้ ตามกฎหมาย พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2551 ตลอดจนการสร้างการรับรู้ในประชาชนทุกกลุ่ม ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
20	ร้อยละ 100 ของสถานที่ราชการเป็นเขตสวมหมวกนิรภัย	24	24	100	ผ่าน
21	มีหลักฐานการรณรงค์/ประชาสัมพันธ์สร้างจิตสำนึกด้วยสื่อทุกรูปแบบ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
22	อำเภอวาปีปทุมมีการจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์ปัญหา	1	1	100	ผ่าน
23	รายงานการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตตามเกณฑ์ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
24	รายงานการดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
25	สรุปการขับเคลื่อนการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนในระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
26	มีแผนงานและกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานการเกิดอุบัติเหตุ การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรืออำเภอ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
27	มีมาตรการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
28	มีข้อมูลจุดเสี่ยงระดับอำเภอและระดับตำบล และวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดตำบลที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
29	มีการกำหนดรายละเอียดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการขับเคลื่อนโดยสม่ำเสมอ ตามไตรมาส ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
30	มีการดำเนินงานด้านชุมชน ตามวาระเทศกาลที่มีความเสี่ยง เช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์และมีมาตรการชุมชนโดยชุมชนกำหนดเอง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
31	มีการเฝ้าระวังความเสี่ยง ทางสภาพถนน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อประสานงานการเฝ้าระวังกับผู้รับผิดชอบถนนตามเส้นทาง ความเสี่ยง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
32	มีข้อมูลจุดเสี่ยงระดับอำเภอและระดับตำบล และวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดตำบลที่มีความเสี่ยง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
33	มีการกำหนดรายละเอียดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการขับเคลื่อนโดยสม่ำเสมอ ตามไตรมาส ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
34	มีการดำเนินงานด้านชุมชน ตามวาระเทศกาลที่มีความเสี่ยง เช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์และมีมาตรการชุมชนโดยชุมชนกำหนดเอง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
35	มีการเฝ้าระวังความเสี่ยง ทางสภาพถนน โดยแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อประสานงานการเฝ้าระวังกับผู้รับผิดชอบถนนตามเส้นทางความเสี่ยง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
36	มีหลักฐานการรณรงค์/ประชาสัมพันธ์สร้างจิตสำนึก ด้วยสื่อทุกรูปแบบ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
37	ระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และระบบการสั่งการ (Emergency Operations Center/EOC, Incident Command System/ICS) ผ่านตามเกณฑ์ - ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน. (Emergency care system:ECS) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
38	ระบบการส่งต่อ (Referral system) ผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
39	มีการจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์ปัญหา ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
40	รายงานการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต ทุกราย ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
41	องค์กรการมีการดำเนินงานมาตรการความปลอดภัยทางถนน ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
42	รายงานสรุปการขับเคลื่อนการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนในระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วม	1	1	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
	ของทีมสหสาขา ร้อยละ 100				

### 10. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย

ตารางที่ 11 จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย แยกตามประเด็นที่อำเภอดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวนเป้าประสงค์	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	34	34	100.00
2	พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (คนพโยชน์ อักแวง เบ็งแวง ไม่ทอดทิ้งกัน)	1	4	4	100.00
3	ประชารัฐร่วมใจป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	1	4	3	75.00
4	ด่านครอบครัว รั้วป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	1	1	1	100.00
	<b>รวม</b>	<b>8</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>97.67</b>

ตารางที่ 11.1 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	N/A	N/A	N/A	N/A
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	N/A	N/A	N/A	N/A
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	227	227	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน	19,310	19,310	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการ	15	15	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	ปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก				
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	227	227	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	60	60	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	0	0		-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	57	57	100	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	0	0		-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	1	1	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	2	2	100	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัด มหาวิทยาลัย	0	0		-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าหนูณิชย์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	516	516	100	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	2,207	2,102	95.24	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	1,935	1,891	97.73	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	1,891	710	37.55	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	710	701	98.73	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	7,813	7,813	100	ผ่าน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	3,871	3,274	84.58	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	9,961	7,980	80.11	ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	402	32	7.96	ผ่าน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญา เด็กปฐมวัย	40	40	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	40	29	72.5	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	11	11	100	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการ และโภชนาการเด็ก	15	15	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงเวลาเรียน เพิ่มเวลาครู) ร้อยละ 100 ของโรงเรียน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	60	60	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	427	427	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	60	60	100	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ใฝ่ดู ฟัง)	40	40	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	40	40	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	57	57	100	ผ่าน



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	8	8	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	192	192	100	ผ่าน
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	4,753	4,610	96.99	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	894	892	99.78	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	894	892	99.78	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	21	21	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	193	185	95.85	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	193	165	85.49	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	52	17	32.69	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่ตักสิลา 4.0 ร้อยละ 100	14	14	100	ผ่าน

**ตารางที่ 11.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (คนพำนัก ฮักแพง เบิ่งแงง ไม่ทอดทิ้งกัน) ของ พขอ. อำเภอยุคภูมิพิสัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 60 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์	15	15	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแล	737	737	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้รับการดูแล	11,410	8,992	78.81	ผ่าน
4	ร้อยละ 50 ของกองทุน LTC ใช้จ่ายงบประมาณ	4,884,792	3,702,401	75.79	ผ่าน

**ตารางที่ 11.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานประชารัฐร่วมใจ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD ของ พขอ. อำเภอยุคภูมิพิสัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยความดันโลหิตสูง ไม่เกินร้อยละ 2.4	4,105	112	2.73	ไม่ผ่าน
2	มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	6,821	3,924	57.53	ผ่าน
3	มากกว่าร้อยละ 82.5 ของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	3,408	3,285	96.39	ผ่าน
4	ร้อยละ 80 ของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานความดัน	40,852	33,416	81.8	ผ่าน

**ตารางที่ 11.4** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานประชารัฐร่วมใจ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD ของ พขอ. อำเภอยุคภูมิพิสัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	14	14	100	ผ่าน

**11. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภออย่างสี่สุราษฎร์**

**ตารางที่ 12** จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภออย่างสี่สุราษฎร์ แยกตามประเด็นที่อำเภอดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวนเป้าประสงค์	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	33	33	100.00
2	สัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยห่างไกลโรคพิษสุนัขบ้า	3	2	2	100.00
3	คนอย่างสี่สุราษฎร์ไม่ทอดทิ้งกัน (การดูแลผู้สูงอายุ)	1	2	2	100.00
<b>รวม</b>		<b>9</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>100.00</b>

**ตารางที่ 12.1** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พชอ. อำเภออย่างสี่สุราษฎร์ ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	N/A	N/A	N/A	N/A
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	N/A	N/A	N/A	N/A
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	91	91	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน	8,159	8,159	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก	7	7	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	91	91	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	0	0		ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	0	0		-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	23	23	100	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	0	0		-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	0	0		-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	1	1	100	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัดมหาวิทยาลัย				-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าพาณิชย์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	792	792	100	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	935	935	100	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	935	425	45.45	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	425	425	100	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	1,751	1,751	100	ผ่าน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	1,826	1,312	71.85	ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	3,840	2,974	77.45	ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	127	2	1.57	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	10	10	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	10	9	90	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	10	10	100	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	45	40	88.89	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงเวลาเรียน เพิ่มเวลาครู) ร้อยละ 100 ของโรงเรียนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	24	24	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	240	240	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	26	26	100	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	34	34	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	10	10	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	24	24	100	ผ่าน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	7	7	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักลิลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร รับประทานเม็ด	228	226	99.12	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
	เสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการ ตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์				
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	556	549	98.74	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยา เม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	189	189	100	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ด เสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	189	189	100	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพ ตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	7	7	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	56	56	100	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	56	56	100	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณ ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	29	8	27.59	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความ ตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กดีกล้า 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และ ความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กดีกล้า 4.0 ร้อยละ 100	7	7	100	ผ่าน

หมายเหตุ อำเภอยางสีสุราช ไม่มีร้านหนังสือและไม่มีสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน

**ตารางที่ 12.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานสัตรว์ปลอดโรค  
 คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าของ พชอ. อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าในสุนัขและแมว ร้อยละ 100	5,600	5,600	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ครบชุด	480	468	97.5	ไม่ผ่าน

**ตารางที่ 12.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานคนยาสีสุราขไม่  
 ทอดทิ้งกัน (การดูแลผู้สูงอายุ) ของ พชอ. อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ร้อยละ 95 ของตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	7	7	100	ผ่าน
2	อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มขึ้นหรือคงที่ ร้อยละ 80	5,175	4,610	89.08	ผ่าน

## 12. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอภูกระดึง

ตารางที่ 13 จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอภูกระดึง แยกตามประเด็นที่อำเภอดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวนเป้าประสงค์	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0	5	33	31	93.94
2	การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุและอุบัติเหตุทางถนน	1	3	3	100.00
3	คนภูกระดึงไม่ทอดทิ้งกัน ชุมชนเข้มแข็ง ครอบครัวยั่งยืน(การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส)	3	3	3	100.00
4	สัตว์ปลอดโรค เกษตรปลอดสาร อาหารปลอดภัย	5	6	6	100.00
5	ภูกระดึงเมืองสะอาดประจักษ์สู่สารคาม	3	3	3	100.00
	<b>รวม</b>	<b>17</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>95.83</b>

ตารางที่ 13.1 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอภูกระดึง ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	N/A	N/A	N/A	N/A
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	N/A	N/A	N/A	N/A
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	85	85	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน	8,253	8,253	100	ผ่าน



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก	5	5	100	ผ่าน
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	85	85	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	26	26	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	N/A	N/A	N/A	-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	N/A	N/A	N/A	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	23	23	100	-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	2	2	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	N/A	N/A	N/A	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัด มหาวิทยาลัย	N/A	N/A	N/A	-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าพาณิชย์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	N/A	N/A	N/A	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	1,185	1,185	100	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	943	935	99.15	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	935	401	42.89	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	401	401	100	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	3,413	3,413	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	1,568	950	60.59	ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	3,263	2,299	70.46	ไม่ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	129	9	6.98	ไม่ผ่าน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญา เด็กปฐมวัย	8	8	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	8	8	100	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	8	8	100	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการ และโภชนาการเด็ก	5	5	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงเวลาเรียน เพิ่มเวลาครู) ร้อยละ 100 ของโรงเรียน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	26	26	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	26	26	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	26	26	100	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝึกดู ฟัน)	8	8	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100 ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	8	8	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	26	26	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	(เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)				
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	1	1	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	369	369	100	ผ่าน
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	1,529	1,502	98.23	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	296	296	100	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	296	296	100	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุน สุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	5	5	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	86	85	98.84	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	86	83	96.51	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	18	3	16.67	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้ และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่ตักสิลา 4.0 ร้อยละ 100	5	5	100	ผ่าน

หมายเหตุ อำเภอกุตุรงค์ ไม่มีร้านหนูฉิมและไม่มีสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน

**ตารางที่ 13.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาระบบ  
เฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุจราจรของ พชอ. อำเภอกุดรัง ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
1	ประชาชนได้รับความรู้เรื่องกฎหมายจราจรไม่น้อยกว่า 10 ชุมชน	10	100	1000	ผ่าน
2	ร้อยละ 80 ของจำนวนจุดเสี่ยงได้รับการแก้ไข	17	17	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของตำบลมีการจัดตั้งด้านชุมชนในช่วงเทศกาล	5	5	100	ผ่าน

**ตารางที่ 13.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คนกุดรังไม่ทอดทิ้ง  
กัน (การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส) ของ พชอ. อำเภอกุดรัง  
ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
1	ร้อยละ 80 ของครัวเรือนเป้าหมายได้รับการช่วยเหลือ	50	50	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 100 ของโรงเรียนผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน	5	5	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 95 ของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	5	5	100	ผ่าน

**ตารางที่ 13.4** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สัตว์ปลอดโรค  
เกษตรปลอดสารฯ อาหารปลอดภัยของ พชอ. อำเภอกุดรัง ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
1	ร้อยละ 80 ของเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการได้รับการรับรอง GAP	200	200	100	ผ่าน
2	ร้อยละ 80 ของเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการผลิตสารไตรโคเดอร์มาร์ทดแทนสารเคมี	1,000	1,000	100	ผ่าน
4	ร้อยละ 100 ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคอาหารปลอดภัย	8	8	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
5	ร้อยละ 80 ของร้านชำไม่พบการจำหน่ายยาปฏิชีวนะและยากุ่มสเตียรอยด์	214	214	100	ผ่าน
6	ร้อยละ 95 ของสัตว์สด ณ จำหน่ายมีความปลอดภัยจากสารเร่งเนื้อแดง	5	5	100	ผ่าน
7	ร้อยละ 80 ของสุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	5,000	5,000	100	ผ่าน

ตารางที่ 13.5 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานกุดรังเมืองสะอาด  
 ประตุสู่สารคามของ พชอ. อำเภอกุดรัง ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ตำบลมีหมู่บ้านต้นแบบอย่างน้อย 1 หมู่บ้าน	5	5	100	ผ่าน
2	หมู่บ้านมีจุดรวบรวมขยะอันตราย	85	85	100	ผ่าน
3	โรงเรียนมีการคัดแยกขยะและการจัดการขยะที่ถูกวิธี	26	26	100	ผ่าน

### 13. สรุปผลการดำเนินงาน ตามประเด็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอชื่นชม

ตารางที่ 14 จำนวนเป้าประสงค์ จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ ของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอชื่นชม แยกตามประเด็นที่อำเภอดำเนินการ ปี 2562

ลำดับ	ประเด็นที่อำเภอดำเนินการ	จำนวนเป้าประสงค์	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์	ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์
1	การขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดกกลีลา 4.0	5	34	34	100.00
2	การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	4	6	6	100.00
3	การจัดการสินค้าที่ไม่ปลอดภัยโดยกลไกพชอ.อำเภอชื่นชม	4	8	7	87.50
	<b>รวม</b>	<b>13</b>	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>97.92</b>

ตารางที่ 14.1 สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดกกลีลา 4.0 ของ พชอ. อำเภอชื่นชม ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
<b>เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ</b>					
1	ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	N/A	N/A	N/A	N/A
	1.1 ร้อยละ 100 ของสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	N/A	N/A	N/A	N/A
2	ร้อยละ 90 ของหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	47	47	100	ผ่าน
3	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน	5,918	5,918	100	ผ่าน
4	อปท. อย่างน้อย ร้อยละ 80 ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก	4	4	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
5	ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	47	47	100	ผ่าน
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	15	15	100	ผ่าน
	6.1 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	N/A	N/A	N/A	-
	6.2 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	N/A	N/A	N/A	-
	6.3 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	14	14	100	-
	6.4 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	1	1	100	-
	6.5 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียนเอกชน	N/A	N/A	N/A	-
	6.6 ร้อยละ 100 ของจำนวนโรงเรียน สังกัดมหาวิทยาลัย	N/A	N/A	N/A	-
7	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย จำนวนร้านค้าหน่วยซีที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	3	3	100	-
<b>เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม เก่ง ดี มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)</b>					
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	660	660	100	ผ่าน
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 96 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	660	660	100	ผ่าน
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน มากกว่า ร้อยละ 30 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	660	299	45.3	ผ่าน
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 97 ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	299	296	99	ผ่าน
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	1,115	1,115	100	ผ่าน
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 สูงดีสมส่วน	1,122	751	66.93	ผ่าน
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71 สูงดีสมส่วน	2,846	2,208	77.58	ผ่าน
15	จำนวนทารกแรกเกิด ไม่เกินร้อยละ 3 มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	104	1	0.96	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
16	ร้อยละ 80 จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	10	10	100	ผ่าน
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	10	8	80	ผ่าน
18	ร้อยละ 100 จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	10	10	100	ผ่าน
19	อปท. มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	4	4	100	ผ่าน
20	โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลาครู) ร้อยละ 100 ของโรงเรียนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	15	15	100	ผ่าน
21	ร้อยละ 100 ของจำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	140	140	100	ผ่าน
22	ร้อยละ 80 ของจำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	14	14	100	ผ่าน
23	ร้อยละ 100 ของจำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	10	10	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 3 เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผัก และปลา</b>					
24	ร้อยละ 100 ของจำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	10	10	100	ผ่าน
25	ร้อยละ 90 ของจำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	14	14	100	ผ่าน
26	ร้อยละ 100 ของจำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	52	52	100	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 4 เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักกลีลา 4.0</b>					
27	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ด	756	728	96.3	ผ่าน



ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
	เสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์				
28	มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	1,578	1,520	96.32	ผ่าน
29	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	133	133	100	ผ่าน
30	มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	133	133	100	ผ่าน
31	ร้อยละ 80 ของจำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	6	6	100	ผ่าน
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	51	51	100	ผ่าน
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 80 ผ่าครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	51	50	98.04	ผ่าน
34	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 50 มีปริมาณไอโอดีนในปีสภาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	20	1	5	ผ่าน
<b>เป้าประสงค์ที่ 5 เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กดีกล้า 4.0</b>					
35	ร้อยละ 100 ของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กดีกล้า 4.0 ร้อยละ 100	4	4	100	ผ่าน

หมายเหตุ อำเภอชื่นชม ไม่มีสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน

**ตารางที่ 14.2** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ พขอ. อำเภอลำทะเมนชัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	ทุกตำบลมีโรงเรียนผู้สูงอายุ ร้อยละ 100	4	4	100	ผ่าน
2	กองทุนสุขภาพตำบล สมัครเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ร้อยละ 100	4	4	100	ผ่าน
3	กองทุนฯที่สมัครเข้าร่วมมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ ร้อยละ 100	4	4	100	ผ่าน
4	ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแล ร้อยละ 100	109	109	100	ผ่าน
5	ผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไปและติดเตียง ได้รับการเยี่ยมโดยคณะกรรมการ พขอ.ลำทะเมนชัย ร้อยละ 100	39	39	100	ผ่าน
6	ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพตามเกณฑ์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100	3,826	3,826	100	ผ่าน

**ตารางที่ 14.3** สรุปผลการดำเนินงาน ประเด็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการสินค้าที่ไม่ปลอดภัยโดยโดยกลไกของ พขอ.อำเภอลำทะเมนชัย ปี 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผลการดำเนินงาน
1	คณะกรรมการ พขอ. มีการประชุมติดตาม/แก้ไข ปัญหาสินค้าไม่ปลอดภัย อย่างน้อย 4 ครั้ง/ปี ร้อยละ 100	4	4	100	ผ่าน
2	หมู่บ้าน/ชุมชน ในเขตอำเภอลำทะเมนชัยสมัครเข้าร่วม โครงการชุมชนต้นแบบการจัดการสินค้าไม่ปลอดภัย อย่างน้อยตำบลละ 1 หมู่บ้าน/ชุมชน ร้อยละ 100	4	4	100	ผ่าน
3	สินค้าไม่ปลอดภัยในพื้นที่ได้รับการจัดการแก้ไข อย่างน้อย 1 เรื่อง ร้อยละ 100	1	1	100	ผ่าน
4	มีการกิจและแนวทางและการจัดการสินค้าในอำเภอ โดยภาคีมีส่วนร่วม อย่างน้อย 1 เรื่อง	1	1	100	ผ่าน
5	ภาคีเครือข่ายได้รับการเยี่ยมเสริมพลังโดย พขอ. ลำทะเมนชัย อย่างน้อยตำบลละ 1 ครั้ง/ปี ร้อยละ 100	4	4	100	ผ่าน
6	หมู่บ้านในเขตอำเภอลำทะเมนชัยมีระบบเฝ้าระวังสินค้าไม่ปลอดภัย ร้อยละ 100	47	47	100	ผ่าน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	สรุปผล การ ดำเนินงาน
7	มากกว่าร้อยละ 60 ประชาชนที่ผ่านการอบรม มีความรู้ผ่านเกณฑ์	N/A	N/A	N/A	N/A
8	มากกว่า ร้อยละ 10 ของครัวเรือนในเขตอำเภอชั้นชม ได้รับการสุ่มสำรวจและไม่มีสินค้าไม่ปลอดภัย	5,697	685	12.02	ผ่าน

## การเตรียมและส่งต้นฉบับ

### เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
ภารกิจจัดทำวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

\*\*\*\*\*

#### 1. ประเภทบทความ

##### 1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้ประพันธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

**1.2 บทปริทัศน์ (review article)** เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์ กระจาย เอ 4

**1.3 บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทกึ่งปริทัศน์กับบทความพื้นวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

**1.4 บทความฟื้นฟูวิชา (refresher course)** เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่องที่น่ามาหรือฟื้นฟูเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมฟื้นฟูวิชา หรือการจัดอบรมแพทย์ (training course) เป็นคราวๆ ไป

**1.5 รายงานเบื้องต้น (preliminary report)** หรือ รายงาน สั้น เซป (short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

**1.6 รายงานผู้ป่วย (case report)** เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งถึงบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบที่พบไม่บ่อยโครงสร้างบทรายงานผู้ป่วยประกอบด้วย บทนำพรรณนาผู้ป่วย (case description) วิจารณ์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

**1.7 ปกิณกะ (miscellany)** เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย หรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันยุค บทปริทัศน์ รายงานผลศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

**1.8 จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor)** หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence) เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์

หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้ง  
บรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

## 2. การเตรียมต้นฉบับ

### 2.1 ปกชื่อเรื่อง (title page)

ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับและสื่อ  
เป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความ  
ยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อ  
ยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่อง  
ต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่  
น่าเบื่อ เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและ  
ภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์  
ทำงาน

2.1.4 ชื่อและที่อยู่ของผู้นิพนธ์ ที่ใช้  
ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับ  
โครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธี  
การศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ไม่เกิน 250  
คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยค  
สมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหา  
ความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะ  
ภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้ง  
ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทย  
ของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้  
นิพนธ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ

2.3 คำสำคัญ หรือคำหลัก (key  
words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่อง  
สำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปี  
วารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index  
Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings  
(MeSH) terms ของ U.S National Library of

Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือ  
คำหลัก

2.4 บทนำ (introduction)เป็นส่วนหนึ่ง  
ของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา  
แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่  
เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่  
อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด  
เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้  
ได้ผลเพื่อแก้ไขปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้  
หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา  
อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวม  
วัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วไว้ใน  
ส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methodology)  
เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และ  
วิธีการศึกษา

2.5.1 หัวข้อวัสดุให้บอกรายละเอียด  
ของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปรกติ สัตว์  
พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของ  
ตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้อง  
บอกถึงอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องและการ  
ยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมใน  
การศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้  
ในการศึกษา

2.5.2 หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วย  
รูปแบบ แผนการศึกษา(study design,  
protocol) เช่น randomized double blind,  
descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่ม  
ตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย  
แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา  
(interventions) เช่น รูปแบบ การศึกษา  
การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็น  
มาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิง  
เป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ต่อ  
ได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และหลักการที่ใช้

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีที่พุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อนตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก และตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวิฑูฒิพงศ์, พิชรี เงินตรา, ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เซว กิรติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro ezy-matic processing of Radiolabelled big ET-1 in hi=uman kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.

### 3.1.2 องค์กรเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.

### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283:628.

### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น ฟีลอฟพัส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

### วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1: 275-82.

2. Semin Oncol 1996: 23 (1 Suppl 2): 89-97.

3. Ann Clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.

4. N Z Med J 1994; 107 (986 pt 1): 377-8.

5. Clin Orthop 1995; (320): 110-4.

6. Curr Opin Gen Surg 1993: 325-33.

### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนากรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48:616-20.

2. Enzenberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinsons disease (letter). Lancet 1996; 347: 1337.

### 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อนิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่โดยผู้นิพนธ์

1. ชงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2<sup>nd</sup> ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

### 3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกียงศักดิ์ จีระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Phillips SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

### 3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรม โป้เบ้ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE. Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. P. 1561-5.

### 3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้เขียน

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กอง

โรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข-  
สุขไทย/องค์การอนามัยโลก; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

### 3.5 วิทยานิพนธ์

ลำดับชื่อ. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา, คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

1. ชยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

### 3.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

#### 3.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขที่หน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทย-รัฐวันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

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

### 3.6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

### 3.6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545.

2. Stedman's medical dictionary. 26<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

### 3.7 วีดิทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS: the facts and future (videocassette). St. Louis (MO): Mosby-year Book; 1995.

### 3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือ จำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address under-lined

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1999 Dec 25]; 1(1): [24 Screens]. Available form: URL: <http://www/cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

2. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhoea be necessary for



the diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17]; 168(4) : 500-6. Available form: URL: <http://biomed.Niss.ac.uk>

### - กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available form: URL: <http://rare-diseases.org/>

2. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screen]. Available form: URL: [http://rcgp.crg.uk/informat/publicat/rcf\\_0021.ht](http://rcgp.crg.uk/informat/publicat/rcf_0021.ht),

3. Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [cited 2001 Aug 23]; [15 screens]. Available form: URL: <http://www.health.net/asp/templates/Article.asp?Page Type =Article & Id= 920>

### - Web based/online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล].

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5<sup>th</sup> ed. [online], 1998. Available form: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

### - CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.10. [cited 2001 Aug 7];

Gainesville(FL): Gold standard Multimedia; 2001.

### - Book on CD-ROM

- The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2<sup>nd</sup> ed. New York (NY): oxford university Press; 1992.

- Paracetamol. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

### - Journal on CD-ROM

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร(ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า.

Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900901.

### - Other Software

Format: Title (1 space) medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.] Version. Place of production: Producer; Year.

- Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

## 4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดและนำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความ และทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทความย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนตัดสินใจว่าจะอ่านบทความต่อไปได้หรือไม่

#### 4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งกระดาษ และไม่ควรถือตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง

- แถว (rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์หัวแถว (row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นชัดขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ เพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับ \*†‡§#¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลาและสิ้นเปลือง ถ้าผู้นิพนธ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

#### 4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจน เน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพและแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน

- ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 x 7 นิ้ว ไม่ควรใหญ่เกิน 8 x 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบไม่ติดกระดาษรอง ไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่ม้วนรูปภาพ ควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพ และเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำให้เจ้าของเรื่องเขียนหลังภาพ เพราะอาจจะเขียนหนักมือเกินไป ทำให้รอยเขียนปรากฏด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป

#### 5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยต้นฉบับสำเนา 2 ชุด (พร้อมแผ่นดิสก์หรือCD) ต้นฉบับส่งไปไม่ควรเย็บติดกัน ควรใช้คลิปหนีบกระดาษไว้ ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ควรส่งในซองหนาและใหญ่พอเหมาะกับแผ่นกระดาษต้นฉบับ การส่งต้นฉบับควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ ที่กองบรรณาธิการจะติดต่อได้ จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป ความต้องการการพิสูจน์อักษรของผู้นิพนธ์ และอื่นๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

## 6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้อ่านบททวน (reviewer) จะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสานงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณสองครั้ง

## 7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทางพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

## 8. ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

8.1 วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
ถนนเลียงเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ตำบล  
แวงน่าง อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัด  
มหาสารคาม

E-mail : Journal.mk2560@gmail.com

8.2 ผู้ประสานงาน:

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า

เบอร์โทรศัพท์ 083-4170860

E-mail: Sangudchua@yahoo.com

นางสาวณัฐรุจา ไชยคำภา

เบอร์โทรศัพท์ 087-2231536

E-mail: chai.natruja@gmail.com



### ใบสมัครสมาชิก

#### วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

1. ประเภท บุคคล (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล ..... เลขที่สมาชิก.....  
2. ประเภท หน่วยงาน.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (Academic Journal of Mahasarakham Provincail Public Health Office) เป็นวารสารเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัย ออกปี ละ 2 ฉบับ ฉบับ 1. มีนาคม, ฉบับ 2.

อัตราค่าสมาชิก  1 ปี (2 ฉบับ) จำนวนเงิน 600 บาท

ข้าพเจ้าได้ส่งเงินค่าสมาชิกจำนวน.....บาท (.....) มาชำระพร้อมนี้แล้วโดย

เงินสด (เฉพาะที่ชำระด้วยตนเองที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)

ธนาณัติ สั่งจ่ายภารกิจทำวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โอนเข้าบัญชี..... เลขที่บัญชี .....พร้อมส่งสำเนาหลักฐานการโอน

เงินพร้อมใบสมัครสมาชิกมาที่ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม E-mail : Journal.mk2560@gmail.com / Journal.mk2560@yahoo.com

ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจัดส่งวารสารให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ดังนี้ กรุณาเขียนตัวบรรจง

ชื่อ .....นามสกุล .....  
บ้านเลขที่ ..... หมู่..... ถนน ..... ตำบล .....  
อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....  
e-mail.....

กรุณาส่งใบสมัครสมาชิกวารสารได้โดยตรงหรือส่งทางไปรษณีย์ที่ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม E-mail : Journal.mk2560@gmail.com / Journal.mk2560@yahoo.com

โทรศัพท์ : 0 4377 792 ต่อ 313



พิมพ์ที่ : ตึกสาธารณสุข 205/4 ถนนศรีสวัสดิ์ดำเนิน ตำบลตลาด  
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000  
มือถือ : 081-5465776, 088-5608139 E-mail : Manoch-sri2220@hotmail.com