



# วารสารวิชาการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ปีที่ 3 ฉบับที่ 5 : ตุลาคม 2561 - มีนาคม 2562

ISSN 2539-6196

[ Academic Journal of Mahasarakham  
Provincial Public Health Office ]

## วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

### เจ้าของ ที่ปรึกษา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	
นายแพทย์ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
นายแพทย์หัสชา เน้อยทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
นางรุ่งทิพย์ มั่นคง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
ทันตแพทย์วิวัฒน์ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
นางวัฒนา นันทะแสน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)
เภสัชกรบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)

### บรรณาธิการ

ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

### รองบรรณาธิการ

ดร.รัชনীวิภา จิตรากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

### กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.เจียมจิต แสงสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ โสภา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตย์พรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยล้อมแสง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ดร.ศิรินาถ ตงศิริ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.นิสากร วิบูลชัย วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ดร.ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

### ฝ่ายจัดการ

ดร.รัชনীวิภา จิตรากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นายสุเมธ ระโยธี นักวิชาการคอมพิวเตอร์

นางสาวณัฐรุจา ไชยคำภา นักวิชาการสาธารณสุข

### กำหนดออก

ราย 6 เดือน (ตุลาคม-มีนาคม, เมษายน-กันยายน)

### สำนักงาน

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 ๕ ตุลาคม ๒๕๖๑ - มีนาคม ๒๕๖๒) ซึ่งเจ้าของผลงานวิชาการได้มุ่งมั่นทุ่มเทในการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพงานรับผิดชอบในรูปแบบการพัฒนาเป็นงานวิชาการ บทความวิชาการ และนวัตกรรม ซึ่งสุดท้ายจะเกิดผลดีต่อสุขภาพประชาชน พร้อมทั้งเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ตอบสนองค่านิยมองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม คือ Originality

การจัดทำวารสารนี้ได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เป็นอย่างดี และมุ่งหวังให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเข้าสู่มาตรฐานวิชาการของประเทศไทยตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้ ขอให้กำลังใจแก่บุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามในการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการ และการพัฒนาคุณภาพงานในหน้าที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและตลอดไป

นายแพทย์ภาศิ ทรัพย์พิพัฒน์  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

## บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามฉบับที่ห้านี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นแหล่งตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข พัฒนาการให้เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในระดับสากล พร้อมทั้งเพื่อให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการระดับกระทรวงสาธารณสุขและระดับหน่วยงานด้านการศึกษา โดยกำหนดให้เป็นวารสารราย 6 เดือน จัดพิมพ์ในรอบเดือน มีนาคม และ กันยายน ประกอบด้วยงานวิจัยที่มีความสำคัญ ได้แก่ รายงานเบื้องต้น (Preliminary Report) จำนวน 1 เรื่อง คือ การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kid Taksila 4.0) นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จำนวน 2 เรื่อง (1) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบางชะแยง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี (2) กระบวนการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี บทความทั่วไป (General Article) จำนวน 1 เรื่อง คือ แนวทางบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดงานศาสนพิธี ทั้งนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทาลัยราชภัฏมหาสารคาม และวิทาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข ต่อไป

ดร.สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

## สารบัญ

หน้า

## Contents

Page

สารจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม .....	III
บทบรรณาธิการ .....	IV

### รายงานเบื้องต้น

#### Preliminary Report

การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสูงเด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ปีงบประมาณ 2562-2565 ภาศึ ทรัพย์พิพัฒน์ .....	1
--	---

### นิพนธ์ต้นฉบับ

#### Original Article

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบางชะแยง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี The Effectiveness of Health Behavior Program Promoting health behaviors of patients with diabetes in BangKhaYaeng district. Amphoe Muang Pathum Thani Province สมคิด ปานบุญ* Somkid Panbun * .....	104
---	-----

กระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากร สาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี Public Sector Management Quality Award : Management Process of Public Health officer in Pathumthani Public Health office. ประกาศ เปล่งพานิชย์* Praguard Plengpanichaya* .....	119
---	-----

การพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข The development fo labor price index of personnel under the Office of the Permanent Secretary for Public Health นุชนาจ วิริยะประสิทธิ์* Nutchanat Viriyaprasit* .....	134
--	-----

สารบัญ	หน้า
Contents	Page
<p>ศึกษา วิเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>An Analysis and Study of the Model of Adiminstration in Health Insurance for Stateless People: Ministry of Pubic Health.</p> <p>แก้วตา ชานีรัตน์ *</p> <p>Kaewta Taneerat* .....</p>	153
<p>ภาพอนาคตการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์</p> <p>The study on future scenarios of Thailand's desirable health systems.</p> <p>ณิรดา โพธิ์ยิ้ม, อำนวย กาจันะ และณัฐินี บัณฑิตวงค์ .....</p>	162
<b>บทความทั่วไป</b>	
<b>General Article</b>	
<p>แนวทางบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี</p> <p>Basic management guidelines to enhance work effectiveness in the religious ceremony</p> <p>วิมล เสาะแสวง *</p> <p>wimon sawsawang* .....</p>	175
<b>ภาคผนวก .....</b>	<b>185</b>
ภาคผนวก ก การเตรียมและส่งต้นฉบับ .....	187
ภาคผนวก ข ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม .....	197

## รายงานเบื้องต้น

## Preliminary Report

### การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ปีงบประมาณ 2562

ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์\*  
Pakee Sappipat\*

#### เป้าประสงค์การพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

**เป้าหมาย** คือ ขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

#### เป้าประสงค์

1. เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ
2. เพื่อให้เด็กมหาสารคาม ดี เก่ง มีสุข (ดี: มีวินัย/เก่ง: ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ/มีสุข: แข็งแรง)
3. เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผักและปลา
4. เพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0
5. เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0

ภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 36 หน่วยงาน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ดังนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีภารกิจ คือ (1) สร้างกระแสสังคม ยกย่องบริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กของสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐาน สร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม (2) เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพ่อแม่ และผู้ปกครอง (3) สร้างความตระหนักด้วยสื่อที่หลากหลาย เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกมิติ ศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ มาตรฐาน รูปแบบและเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (4) สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน และประชาสังคม สนับสนุน ส่งเสริม ประสานงานให้มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ กระจายทั่วทั้งจังหวัด และมีการเฝ้าระวังและติดตามภาวะขาดสารไอโอดีนในประชาชนจังหวัดมหาสารคามอย่างต่อเนื่อง

\*นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

**2. สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพเพียงพอ (ผ่านมาตรฐาน Primary GMP) และครอบคลุมทั้งจังหวัดมหาสารคาม

**3. สำนักงานพาณิชย์จังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคาม ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ

**4. ชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริมให้โรงงานผลิตเกลือเสริมไอโอดีนทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคาม ผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานอย่างเพียงพอ (ผ่านมาตรฐาน Primary GMP) ต่อเนื่องและยั่งยืน

**5. สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริมให้เกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ ใช้อาหารไก่ที่มีส่วนผสมของไอโอดีน เพื่อให้ไข่ไก่ในจังหวัดมหาสารคามมีส่วนประกอบของโปรตีน เหล็ก และไอโอดีนที่เพียงพอ

**6. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ (1) พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน (2) สนับสนุน ส่งเสริมให้ทุกองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดมีเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง สร้างกลไกและประสานการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งการกำกับ ติดตาม และประเมินผล และ (3) สนับสนุน ส่งเสริมให้ทุกองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนทั่วไปด้านสาธารณสุข สนับสนุนให้ชุมชน/หมู่บ้าน แห่งละ

20,000 บาท เพื่อดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2) โครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ 3) โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

**7. สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ (1) พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ได้มาตรฐาน (2) สนับสนุนให้เด็กปฐมวัยได้รับไข่ไก่วันละ 1 ฟอง/คน นมจืดวันละ 1-2 กล่อง เด็กวัยเรียนได้รับไข่ไก่วันละ 1 ฟอง/คน นมจืดวันละ 2 แก้ว และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 60 mg ต่อสัปดาห์ (3) จัดทำหลักสูตรการศึกษาเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนในทุกสถานศึกษา และรณรงค์ให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาและในครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง (4) สนับสนุนการใช้นิตานและสื่อการเรียนรู้ต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับเด็กปฐมวัย รวมทั้งส่งเสริมการอ่าน เล่านิทาน การใช้สื่อเรียนรู้ต่างๆ และการสนับสนุนหนังสือนิตานแก่ครอบครัว จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่พึงประสงค์ ได้แก่ระเบียบวินัย ความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ สร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาการเด็กปฐมวัย (5) ส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของเด็กปฐมวัย ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนภาวะการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสมตามช่วงวัย ให้บริการความรู้ในเรื่องชีวิตครอบครัวศึกษาให้แก่พ่อแม่ และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย



**8. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ (1) ขับเคลื่อนการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กปฐมวัย แห่งชาติ และติดตามผลการดำเนินงาน (2) ส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินงานของสถานรองรับเด็กทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งเสริม สนับสนุน ค้ำครองและจัดสวัสดิการแก่เด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจน ขาดแคลน และประสบปัญหาทางสังคม

**9. สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุนให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในสถานประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย่าง 6 เดือน

**10. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย และสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแม่และเด็กโดยการสนับสนุน ยาเม็ดโพลีแกมมาหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-34 ปี สนับสนุนสื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิด แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์และประชาชนทั่วไป และงบประมาณในการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิดแก่แก่นนำนิสิตนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และวิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม

**11. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม** มีภารกิจ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก

**12. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก

**13. วิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ ในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง

**14. วิทยาลัยสารพัดช่างมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง

**15. วิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน ที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง

**16. เทศบาลเมืองมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ (1) พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน (2) สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในทุกครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง สร้างกลไกและประสานการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตรวมทั้งการกำกับ ติดตาม และประเมินผล และ (3) สนับสนุน ส่งเสริมการตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนทั่วไปด้านสาธารณสุข สนับสนุนให้ชุมชน/หมู่บ้าน แห่งละ 20,000 บาท เพื่อดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2) โครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและ

สุขภาพเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ 3) โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

**17. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ ส่งเสริม สนับสนุนให้มีเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในทุกครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง สร้างกลไกและประสานการขับเคลื่อนงานรวมทั้งการกำกับ ติดตาม และ ประเมินผล

**18. สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ สื่อสาร และจัดทำสื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในช่องทางต่างๆ

**19. สภากักแห่ง เบื้องคนสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ให้ความรู้ ให้ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสาร เพื่อให้เกิดความตระหนัก มีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม

**20. สำนักงานประมงจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุนเกษตรกร และผู้ประกอบการ ให้มีการผลิตวัตถุดิบที่ได้มาตรฐาน

**21. สำนักงานเกษตรจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุนเกษตรกร และผู้ประกอบการให้มีการผลิตวัตถุดิบที่ได้มาตรฐาน

**22. สำนักเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 26** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง

**23. สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้

ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง

**24. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ ประเมินระดับสติปัญญาของเด็กชั้น ป.1 ของจังหวัดมหาสารคาม ปีละ 1 ครั้ง

**25. คณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ สื่อสาร และจัดทำสื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กและการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในช่องทางต่างๆ

**26. คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลศูนย์เด็ก ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

**27. สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีประจำจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย

**28. สมาคมไลอ้อนส์จังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ การประชาสัมพันธ์ และสร้างกระแสการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร

**29. สโมสรโรตารีจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร

**30. สภาอุตสาหกรรมจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ การประชาสัมพันธ์ และสร้างกระแสการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร

**31. หอการค้าจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร

**32. ชมรมธนาคารจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร

**33. สมาคมส่งเสริมผ้าไทยจังหวัดมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร

**34. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ มอบหมายให้โรงพยาบาลสุทธาเวช จัดทำรูปแบบการพัฒนาคูดูแลเด็กก่อนปฐมวัยต้นแบบ

**35. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริม ให้ความรู้ และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง

**36. สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตมหาสารคาม** มีภารกิจ คือ การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร

ภารกิจของหน่วยงานและตัวชี้วัดการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0  
(Smart Kids Taksila 4.0) รายหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2562

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	<p>1. สร้างกระแสสังคม ยกกระดับบริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กของสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐาน สร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม</p> <p>2. เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ภาควิชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพ่อแม่ และผู้ปกครอง</p> <p>3. สร้างความตระหนักด้วยสื่อที่หลากหลาย เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกมิติ ศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ มาตรฐาน รูปแบบและเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>4. สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน และประชาสังคม สนับสนุน ส่งเสริมประสานงานให้มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ กระจายทั่วทั้งจังหวัด และมีการเฝ้าระวังและติดตามภาวะขาดสารไอโอดีนในประชาชนจังหวัดมหาสารคามอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>1. ร้อยละของสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอดีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของจังหวัดมหาสารคาม (MSK) ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย</p> <p>2. ร้อยละของสถานประกอบการที่ผลิตเกลือเสริมไอโอดีนได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนแหล่งผลิต และมีผลการตรวจสอบผ่านเกณฑ์ทุกรอบการผลิต ร้อยละ 100</p> <p>3. ร้อยละของชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90</p> <p>4. ร้อยละของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100</p> <p>5. ร้อยละการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</p> <p>6. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100</p> <p>7. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบส่งสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</p> <p>8. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการส่งสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100</p> <p>9. ร้อยละการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</p>

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
		<p>10. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 57</p> <p>11. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70</p> <p>12. ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ไม่เกินร้อยละ 3</p> <p>13. โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ 80</p> <p>14. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (โรงเรียนสังกัดรัฐบาลและเอกชน) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</p> <p>15. ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ (&gt; ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>16. ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด (&gt; ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>17. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก (&gt; ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>18. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง (&gt; ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>19. ร้อยละของสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์</p>

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
		ร้อยละ 80 20. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น (> ร้อยละ 80) 21. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ (> ร้อยละ 80) 22. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ 50
2. สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดมหาสารคาม	สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพเพียงพอ (ผ่านมาตรฐาน Primary GMP) และครอบคลุมทั้งจังหวัดมหาสารคาม	1. ร้อยละของสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอดีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของจังหวัดมหาสารคาม (MSK) ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย
3. สำนักงานพาณิชย์จังหวัดมหาสารคาม	สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคาม ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ	1. ร้อยละของร้านค้าที่มีการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100 ของร้านค้าเป้าหมาย 2. ร้อยละของตัวอย่างเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้รับการสำรวจจากร้อยละ 100
4. ชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	สนับสนุน ส่งเสริมให้โรงงานผลิตเกลือเสริมไอโอดีนทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคามผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานอย่างเพียงพอ (ผ่านมาตรฐาน Primary GMP) ต่อเนื่องและยั่งยืน	1. จำนวนเกลือที่ผลิตได้มาตรฐาน ร้อยละ 100 ต่อรอบการผลิต (สำรวจโดยใช้ I-KIT ณ สถานที่ผลิต) 2. จำนวนร้านที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือไอโอดีน ณ แหล่งผลิต โดย
5. สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดมหาสารคาม	สนับสนุน ส่งเสริม ให้เกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ ใช้อาหารไก่ที่มีส่วนผสมของไอโอดีน เพื่อให้ไก่ไข่ในจังหวัดมหาสารคามมีส่วนประกอบของโปรตีน เหล็ก และไอโอดีนที่เพียงพอ	ร้อยละของเกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ ใช้อาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
6. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม	1. พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน 2. สนับสนุน ส่งเสริมให้ทุกองค์การบริหารส่วนตำบลและ	1. ร้อยละของ อปท.ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือ

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัด มีเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในทุกครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง สร้างกลไกและประสานการทำงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตรวมทั้งการกำกับ ติดตาม และประเมินผล</p> <p>3. สนับสนุน ส่งเสริมให้ทุกองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนทั่วไปด้านสาธารณสุข สนับสนุนให้ชุมชน/หมู่บ้าน แห่งละ 20,000 บาท เพื่อดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2) โครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ 3) โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี</p>	<p>โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อย่างน้อยร้อยละ 80</p> <p>2. ร้อยละของหมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90</p> <p>3. ร้อยละของหมู่บ้านที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100</p> <p>4. ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่มีการดำเนินงานโครงการด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย ร้อยละ 80</p> <p>5. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัดอปท.) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และระดับดี ร้อยละ 100</p> <p>6. ร้อยละของ อปท. ที่มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็ก ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี</p> <p>7. ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 100</p> <p>8. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัดอปท.) ที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝึกดู ฟัน) ร้อยละ 100</p>
<p>7. สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม</p>	<p>1. พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ได้มาตรฐาน</p> <p>2. สนับสนุนให้เด็กปฐมวัยได้รับไข่ไก่วันละ 1 ฟอง/คน นมจืดวันละ 1-2 กล่อง เด็กวัยเรียนได้รับไข่ไก่วันละ 1 ฟอง/คน นมจืดวันละ 2 แก้ว และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 60 mg ต่อสัปดาห์</p>	<p>1. ร้อยละของสถานศึกษาที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวัน ร้อยละ 100</p> <p>2. ร้อยละของโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลา</p>

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
	<p>3. จัดทำหลักสูตรการศึกษาเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนในทุกสถานศึกษา และรณรงค์ให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาและในครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง</p> <p>4. สนับสนุนการใช้นิทานและสื่อการเรียนรู้อื่นๆ ที่เหมาะสมสำหรับเด็กปฐมวัย รวมทั้งส่งเสริมการอ่านเล่านิทาน การใช้สื่อเรียนรู้ต่างๆ และการสนับสนุนหนังสือนิทานแก่ครอบครัว จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่พึงประสงค์ ได้แก่ ระเบียบวินัย ความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ สร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาการเด็กปฐมวัย</p> <p>5. ส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของเด็กปฐมวัย ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนภาวะการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมตามช่วงวัย ให้บริการความรู้ในเรื่องชีวิตครอบครัวศึกษาให้แก่พ่อแม่ และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย</p>	<p>รู้) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100</p> <p>3. ร้อยละของนักเรียนแกนนำที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย ร้อยละ 100</p> <p>4. ร้อยละของสถานศึกษาเอกชนมีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พ.ศ. 2560 ร้อยละ 70</p> <p>5. โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ 80</p> <p>6. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (โรงเรียนสังกัดรัฐบาลและเอกชน) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และระดับดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</p> <p>7. ร้อยละของโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาสที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 90</p> <p>8. ร้อยละโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกินกอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน) ร้อยละ 100</p>
8. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม	<p>1. ขับเคลื่อนการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กปฐมวัยแห่งชาติและติดตามผลการดำเนินงาน</p> <p>2. ส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินงานของสถานรองรับเด็กทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวส่งเสริม สนับสนุน</p>	<p>1. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัดเอกชน) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และระดับดี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30</p> <p>2. ร้อยละของสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน</p>



หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
	คุ้มครองและจัดสวัสดิการแก่เด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจน ขาดแคลน และประสบปัญหาทางสังคม	ร้อยละ 100 3. ร้อยละสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน) ร้อยละ 100
9. สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จังหวัดมหาสารคาม	สนับสนุนให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในสถานประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวอย่าง 6 เดือน	1. ร้อยละสถานประกอบการมีมนมแม่ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย 2. ร้อยละของสถานประกอบการที่มีการให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย
10. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย	สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแม่และเด็กโดยการสนับสนุนยาเม็ดโพลีแกมมาแก่วัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-34 ปี สนับสนุนสื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิด แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์และประชาชนทั่วไป และงบประมาณในการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิดแก่แกนนำนิสิตนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และวิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม	1. ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับโพลีแกมมาทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ (มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น) 2. ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับโพลีแกมมา สัปดาห์ละ 1 เม็ด (มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)
11. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษา อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์	1. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อย ร้อยละ 30 2. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษามีความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
	ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก	การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อย ร้อยละ 50 3. ร้อยละสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก ร้อยละ 100
12. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม	สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก	1. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อย ร้อยละ 30 2. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษามีความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อย ร้อยละ 50
13. วิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม	สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ ในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง	1. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อย ร้อยละ 30 2. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษามีความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อย ร้อยละ 50
14. วิทยาลัยสารพัดช่างมหาสารคาม	สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง	1. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อย ร้อยละ 30 2. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษามีความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อย

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
		ร้อยละ 50
15. วิทยาลัย อาชีวศึกษา มหาสารคาม	สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และ รณรงค์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน ที่ มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่าง ต่อเนื่อง	1. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อย ร้อยละ 30 2. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษามี ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อย ร้อยละ 50
16. เทศบาลเมือง มหาสารคาม	1. พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้ มาตรฐาน 2. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีเกลือ เสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคใน ทุกครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง สร้าง กลไกและประสานการขับเคลื่อน งานผ่านคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิต รวมทั้งการกำกับ ติดตาม และประเมินผล 3. สนับสนุน ส่งเสริมการตั้ง งบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนทั่วไปด้าน สาธารณสุข สนับสนุนให้ชุมชน/ หมู่บ้าน แห่งละ 20,000 บาท เพื่อ ดำเนินงานตามแนวทางโครงการ พระราชดำริด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) โครงการควบคุมโรคขาดสาร ไอโอดีนของสมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2) โครงการปรับปรุงภาวะ โภชนาการและสุขภาพเด็กของ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ 3) โครงการส่งเสริมโภชนาการและ	1. ร้อยละของสถานศึกษาที่มีการใช้ เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอส ปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหาร กลางวัน ร้อยละ 100 2. ร้อยละของร้านอาหารและแผง ลอยในตลาดโต้รุ่งที่มีการใช้เกลือเสริม ไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มี ไอโอดีนประกอบอาหาร ร้อยละ 100 3. ร้อยละของชุมชนที่มีโครงการ การดำเนินงานควบคุมโรคขาดสาร ไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะ โภชนาการและสุขภาพเด็กหรือ โครงการส่งเสริมโภชนาการและ สุขภาพอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อย ร้อยละ 80 4. ร้อยละของชุมชนไอโอดีนผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ 90 5. ร้อยละของชุมชนที่มีกองทุน เกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100 6. ร้อยละการได้รับยาน้ำเสริมธาตุ เหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อย กว่า ร้อยละ 90 7. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรอง

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
	สุขภาพอนามัยแม่และเด็กของ สมเด็จพระเทพรัตน ราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	<p>พัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100</p> <p>8. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</p> <p>9. ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 96</p> <p>10. ร้อยละการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</p> <p>11. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 57</p> <p>12. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71</p> <p>13. ร้อยละวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ (มากกว่าร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>14. ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด(มากกว่าร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>15. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก (มากกว่าร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>16. หญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง(มากกว่า ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>17. สถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการ</p>

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
		<p>สนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 80</p> <p>18. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 80)</p> <p>19. หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพ (มากกว่าร้อยละ 80)</p> <p>20. ร้อยละสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (ในสังกัด) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แห่งชาติ ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</p> <p>21. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (ใน สังกัด) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี ร้อยละ 100</p> <p>22. โรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมการ เรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และ โภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ใน ชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) อย่าง น้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100</p> <p>23. นักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็น ทูตไอโอดีนน้อย ร้อยละ 100</p> <p>24. โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ 80</p> <p>25. โรงเรียนที่มีการจัดอาหาร กลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/ วัน ร้อยละ 90</p> <p>26. โรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรม ส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อน ประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน) ร้อยละ 100</p>
<p>17. องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด มหาสารคาม</p>	<p>1. ส่งเสริม สนับสนุนให้มีเกลือ เสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคใน ทุกครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง สร้าง กลไกและประสานการขับเคลื่อน</p>	<p>1. ร้อยละของสถานศึกษาที่มีการใช้ เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหาร กลางวัน ร้อยละ 100</p>

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
	<p>งานรวมทั้งการกำกับ ติดตาม และ ประเมินผล</p> <p>2. สนับสนุน ส่งเสริมการตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนทั่วไปด้านสาธารณสุข สนับสนุนเพื่อดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข ได้แก่</p> <p>1) โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี</p> <p>2) โครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ 3) โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี</p>	<p>2. ร้อยละของโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงโมฆเวลาเรียน เพิ่มเวลา) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100</p> <p>3. ร้อยละของนักเรียนแกนนำที่เป็นทูตไอโอดีน น้อย ร้อยละ 100</p> <p>4. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อย ร้อยละ 30</p> <p>5. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษามีความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อย ร้อยละ 50</p> <p>6. ร้อยละของหมู่บ้านมีสื่อประชาสัมพันธ์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ ร้อยละ 80</p>
18. สำนักงานประชาสัมพันธ์ จังหวัดมหาสารคาม	สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ สื่อสาร และจัดทำสื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในช่องทางต่างๆ	<p>1. ร้อยละสถานีวิทยุหลัก/หอกระจายข่าว/วิทยุชุมชนที่มีการประชาสัมพันธ์ ในหัวข้ออนามัยเจริญพันธุ์ ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 80)</p> <p>2. ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็ก ตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร เดือนละ 1 ครั้ง</p>
19. สภากายภาพบำบัด บุคลากร	สนับสนุน ให้ความรู้ ให้ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้	ร้อยละของตำบลมีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชน

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
	และข่าวสาร เพื่อให้เกิดความตระหนัก มีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม	เรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต คนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กดักสิลา 4.0 ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย
20. สำนักงานประมงจังหวัดมหาสารคาม	สนับสนุนเกษตรกร และผู้ประกอบการ ให้มีการผลิตวัตถุดิบที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละของแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหารจำพวกปลา ได้มาตรฐาน SL (Safety Level ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย
21. สำนักงานเกษตรจังหวัดมหาสารคาม	สนับสนุนเกษตรกร และผู้ประกอบการ ให้มีการผลิตวัตถุดิบที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละเกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ ที่ใช้อาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
22. สำนักเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา เขต 26	สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร้อยละของสถานศึกษาที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวัน ร้อยละ 100</li> <li>2. ร้อยละของโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงมอดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100</li> <li>3. ร้อยละของนักเรียนแกนนำที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย ร้อยละ 100</li> <li>4. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อย ร้อยละ 30</li> <li>5. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษามีความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อย ร้อยละ 50</li> </ol>
23. สำนักงานส่งเสริมการศึกษา	สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และ	1. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
นอกระบบและ การศึกษาตาม อัธยาศัยจังหวัด มหาสารคาม	การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่ มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่าง ต่อเนื่อง	การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อยร้อยละ 30 2. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษามี ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อย ร้อยละ 50
24. คณะ ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม	ประเมินระดับสติปัญญาของเด็กชั้น ป.1 ของจังหวัดมหาสารคาม ปีละ 1 ครั้ง	เด็ก ชั้น ป.1 ของจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการประเมิน IQ ปีละ 1 ครั้ง
25. คณะวิทยาการ สารสนเทศ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม	สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ สื่อสาร และจัดทำสื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่ และเด็ก และการป้องกันโรคขาด สารไอโอดีนในช่องทางต่างๆ	ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการ ดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่ เด็ก ตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของ หน่วยงาน/องค์กรผ่านสื่อดิจิทัล เดือนละ 1 ครั้ง
26. คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคาม	การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลศูนย์เด็ก ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก ปฐมวัยที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ร้อยละ 70 ของผู้ดูแลศูนย์เด็กได้รับ การพัฒนาศักยภาพด้านการพัฒนา คุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย ปีละ 10 ครั้ง
27. สมาคมสภา ผู้สูงอายุแห่ง ประเทศไทยในพระ ราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์ บรมราชชนนีประจำ จังหวัดมหาสารคาม	การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลและ พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย	ให้มีกิจกรรม กิน/ กอด/ เล่น/ เล่า/ นอน/ ฝ้าดูฟัน กับเด็กปฐมวัยในศูนย์ พัฒนาเด็ก ร้อยละ 90 ของศูนย์ พัฒนาเด็กทั้งหมด (อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง)
28. สมาคมไลออนส์ จังหวัดมหาสารคาม	การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแส การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาท ของหน่วยงาน/องค์กร	ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการ ดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่ เด็ก ตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของ หน่วยงาน/องค์กร เดือนละ 1 ครั้ง
29. สโมสรโรตารี จังหวัดมหาสารคาม	การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแส การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาท ของหน่วยงาน/องค์กร	ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการ ดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่ เด็ก ตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของ หน่วยงาน/องค์กร เดือนละ 1 ครั้ง



หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
30. สภา อุตสาหกรรมจังหวัด มหาสารคาม	การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแส การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาท ของหน่วยงาน/องค์กร	1. ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแส การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็ก ตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของ หน่วยงาน/องค์กร เดือนละ 1 ครั้ง  2. จำนวนสถานประกอบการ ที่มี การให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการ ตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย กระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย)
31. ทหารค้า จังหวัดมหาสารคาม	การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแส การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาท ของหน่วยงาน/องค์กร	1. ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแส การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็ก ตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของ หน่วยงาน/องค์กร เดือนละ 1 ครั้ง  2. จำนวนสถานประกอบการ ที่มี การให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการ ตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย กระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย)
32. ชมรมธนาคาร จังหวัดมหาสารคาม	การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแส การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาท ของหน่วยงาน/องค์กร	1. ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแส การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็ก ตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของ หน่วยงาน/องค์กร เดือนละ 1 ครั้ง  2. จำนวนสถานประกอบการ ที่มี การให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการ ตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการ ตั้งครรภ์ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย

หน่วยงาน	ภารกิจที่มอบหมาย	ตัวชี้วัด
		กระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย)
33. สมาคมส่งเสริม ผ้าไทยจังหวัด มหาสารคาม	การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแส การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาท ของหน่วยงาน/องค์กร	ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการ ดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่ เด็ก ตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของ หน่วยงาน/องค์กร เดือนละ 1 ครั้ง
34. คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม	มอบหมายให้ โรงพยาบาลสุทธาเวช จัดทำรูปแบบการพัฒนาการดูแล เด็กก่อนปฐมวัยต้นแบบ	จัดทำรูปแบบการพัฒนา การดูแลเด็ก ก่อนปฐมวัย(ต้นแบบ)
35. วิทยาลัย พยาบาลศรี มหาสารคาม	สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และ รณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่ มีคุณภาพในสถานศึกษา อย่าง ต่อเนื่อง ร่วมกับหน่วยงาน สาธารณสุขศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพแม่ และเด็ก	1. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อยร้อยละ 30 2. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษามี ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อย ร้อยละ 50
36. สถาบันการ พลศึกษา วิทยาเขต มหาสารคาม	สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และ รณรงค์เรื่องอนามัย เจริญพันธุ์ และ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่ มีคุณภาพในสถานศึกษา อย่าง ต่อเนื่อง ร่วมกับหน่วยงาน สาธารณสุขศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพแม่ และเด็ก	1. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อยร้อยละ 30 2. ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษามี ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อย ร้อยละ 50

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการค้าเงินงานจังหวัดไอโอทีนงันยั้ง มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ระดับจังหวัด

เป้าประสงค์ที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอทีนในจังหวัดมหาสารคามที่มีคุณภาพให้เป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอทีนให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการผลิตเกลือเสริมไอโอทีนที่มีคุณภาพเพียงพอ และครอบครัวจังหวัดมหาสารคาม 1.1 พัฒนาสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอทีนให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของจังหวัดมหาสารคาม (MSK)	1. ร้อยละของสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอทีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของจังหวัดมหาสารคาม (MSK) ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	1) สำนักงานอุตสาหกรรมภาคที่ 5 ขอนแก่น 2) สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดมหาสารคาม 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
2. สนับสนุน ส่งเสริมให้โรงงานผลิตเกลือเสริมไอโอทีนทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคาม ผลิตเกลือเสริมไอโอทีนที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานอย่างเพียงพอ ต่อเนื่องและยั่งยืน	2. จำนวนเกลือที่ผลิตได้มาตรฐาน ร้อยละ 100 ต่อรอบการผลิต(สำรวจโดยใช้ I-KIT ณ สถานที่ผลิต)	ชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอทีน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. ฝึกอบรม ผลิตภัณฑ์คุณภาพ ในสถานประกอบการโดยการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอทีน ณ แหล่งผลิต ปีละ 2 ครั้ง/แห่ง	3. ร้อยละของสถานประกอบการที่ผลิตเกลือเสริมไอโอทีนได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอทีน ณ แหล่งผลิต และมีผลการตรวจสอบผ่านเกณฑ์การผลิตร้อยละ 100	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
4. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการกระจายเกลือเสริมไอโอทีนในจังหวัดมหาสารคาม ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงเกลือเสริมไอโอทีนที่มีคุณภาพ 4.1 จัดจุดกระจายเกลือเสริมไอโอทีนใน 1) ร้านค้าธงฟ้าพระราชารัฐ 600 แห่ง 2) ร้านค้าชุมชนในตำบลละ 1 แห่ง รวม 133 แห่ง	4.1 ร้อยละของร้านค้าที่มีการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอทีน ร้อยละ 100 ของร้านค้าเป้าหมาย 4.2 ร้อยละของตัวอย่างเกลือเสริมไอโอทีนที่ได้รับการสำรวจจากร้อยละ 100	สำนักงานพาณิชย์จังหวัดมหาสารคาม

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>3) เพิ่มร้านหนูณิชย์ อำเภอละ 8 แห่ง รวม 104 แห่ง</p> <p>4.2 สสำรวจราคาเกลือเสริมไอโอดีนใน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโกสุมพิสัยและอำเภอเมือง</p>		
<p>5. สนับสนุน ส่งเสริม สถานงานใหม่การบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ กระจายทั่วทั้งจังหวัด และมีการเฝ้าระวังและติดตามภาวะขาดสารไอโอดีนในประชาชนจังหวัดมหาสารคามอย่างต่อเนื่อง</p> <p>5.1 พัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์</p> <p>5.2 ส่งเสริมให้ครัวเรือนมีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน</p>	<p>5.1 ร้อยละของชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90</p> <p>5.2 ร้อยละของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100</p>	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
<p>6. ส่งเสริมให้ทุกองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดมีเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง</p> <p>6.1 สนับสนุนโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข หมู่บ้านละ 20,000 บาท จำนวน 2,006 หมู่บ้าน</p> <p>6.2 ดำเนินงานชุมชนหมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์</p> <p>6.3 มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนในหมู่บ้าน</p>	<p>6.1 ร้อยละของ อบท.ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อย่างน้อยร้อยละ 80</p> <p>6.2 ร้อยละของหมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90</p> <p>6.3 ร้อยละของหมู่บ้านที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100</p>	<p>1) สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง</p>
<p>7. สนับสนุนให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและขอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวันในสถานศึกษา อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>7. ร้อยละของสถานศึกษาที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและขอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวัน ร้อยละ 100</p>	<p>1) สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) เทศบาลเมืองมหาสารคาม (โรงเรียนโนนสังข์)</p> <p>3) องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (โรงเรียนโนนสังข์)</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>8. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในทุกครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง</p> <p>8.1 ใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันโรงเรียนและร้านอาหารและแผงลอยในตลาดได้รุ่ม</p> <p>8.2 สนับสนุนโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข หมู่บ้านและ 20,000 บาท</p> <p>8.3 ดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์</p> <p>8.4 มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนในหมู่บ้าน</p>	<p>8.1 ร้อยละของร้านอาหารและแผงลอยในตลาดได้รุ่มที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหาร ร้อยละ 100</p> <p>8.2 ร้อยละของชุมชนที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อย่างน้อยร้อยละ 80</p> <p>8.3 ร้อยละของชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90</p> <p>8.4 ร้อยละของชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100</p>	<p>4) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา เขต 26</p> <p>เทศบาลเมืองมหาสารคาม</p>

## กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการค้าเงินงานจังหวัดไอโอดีนยังยืน มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

### ระดับจังหวัด

#### เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม ดี เก่ง มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีของสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐาน ตามชุดสิทธิประโยชน์	1.1 ร้อยละการได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 1.2 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 100 1.3 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 1.4 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 96 1.5 ร้อยละการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 1.6 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 57 1.7 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 1.8 ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอริโมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ไม่เกินร้อยละ 3	1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2) เทศบาลเมืองมหาสารคาม
2.1 สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาในระดัพื้นที่เพื่อการพัฒนาเด็กกองครัววม จัดทำแผนพัฒนาในระดัพื้นที่ เพื่อการพัฒนาเด็กกองครัววม จัดประชาคมแผนฯ และผลักดันให้เกิดข้อตกลงชาวบ้านเพื่อเป็นแนวปฏิบัติ	2.1 ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่มีการดำเนินงานโครงการด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย ร้อยละ 80 2.2 ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัด อบปท.) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และระดับดี ร้อยละ 100 2.3 ร้อยละของ อบปท. ที่มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็ก	1) สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>ของครอบครัว สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก และปกป้องคุ้มครองเด็ก เช่น ลานเล่นและเครื่องเล่น สถานที่ออกกำลังกายสวนสาธารณะ ศูนย์พัฒนาเด็ก สร้างแรงจูงใจแก่พ่อแม่ ครอบครัวที่เลี้ยงดูลูกได้ถูกต้องเหมาะสมตามวัย</p> <p>2.2 พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน</p> <p>2.3 สร้างกลไกและประสานงานการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>2.4 กำกับ ติดตาม และประเมินผล</p>	<p>ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี</p> <p>2.4 ร้อยละของชมรมผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรม กิน กอด เล่น นอน ฝ้าดูพิน กับเด็กปฐมวัยในในศูนย์เด็กเล็ก ร้อยละ 90 (อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง)</p> <p>2.5 ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัดอปท.) ที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ (กิจกรรมกิน กอด เล่น ฝ้าดู พิน) ร้อยละ 100</p>	<p>3) สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีประจำจังหวัดมหาสารคาม</p>
<p>3. พัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย สังกัดรัฐบาลและเอกชน ให้ได้มาตรฐาน</p>	<p>3.1 ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัดเอกชน.) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และระดับดี ร้อยละ 100</p> <p>3.2 ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (โรงเรียนอนุบาลสังกัดรัฐบาลและเอกชน) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และระดับดี ร้อยละ 100</p> <p>3.3 ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก</p> <p>3.4 ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัดเอกชน.) ที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ (กิจกรรมกิน กอด เล่น ฝ้าดู พิน) ร้อยละ 100</p> <p>3.4 ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (โรงเรียนอนุบาลสังกัดรัฐบาลและเอกชน) ที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ (กิจกรรมกิน กอด เล่น ฝ้าดู พิน) ร้อยละ 100</p>	<p>1) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>4) เทศบาลเมืองมหาสารคาม (โรงเรียนในสังกัด)</p> <p>5) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม)</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>4.1 สนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วง 1 ชั่วโมง สดเวลาเรียนเพิ่มเติม) พัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>4.2 สนับสนุนให้แม่เรียนแนะนำเป็นทูตไอโอดีนน้อย มีความรู้ และทักษะเรื่องไอโอดีน และทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีน</p>	<p>4.1 ร้อยละของโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วงเวลาเรียน เพิ่มเติม) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100</p> <p>4.2 ร้อยละของแม่เรียนแนะนำที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย ร้อยละ 100</p> <p>4.3 ร้อยละของสถานศึกษาออกขบวนการเรียนการสอนหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พ.ศ. 2560 ร้อยละ 70</p>	<p>1) สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (โรงเรียนในสังกัด)</p> <p>3) เทศบาลเมืองมหาสารคาม (โรงเรียนในสังกัด)</p> <p>4) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต 26</p>
<p>5. สนับสนุนการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้เต็มมาตรฐาน</p>	<p>5.1 โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ 80</p>	<p>1) สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>3) เทศบาลเมืองมหาสารคาม</p>
<p>6. การประเมินระดับสติปัญญาของเด็กชั้น ป.1 ของจังหวัดมหาสารคาม ปีละ 1 ครั้ง</p>	<p>6. เด็ก ชั้น ป.1 ของจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการประเมิน IQ ปีละ 1 ครั้ง</p>	<p>คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p>
<p>7. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลศูนย์เด็กในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย</p>	<p>7.1 จัดทำรูปแบบการพัฒนาการดูแลเด็กก่อนปฐมวัย (ต้นแบบ)</p>	<p>1) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p>



กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดีทักทิลลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)  
ระดับจังหวัด

เป้าประสงค์ที่ 3 เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ เช่น ไข่ นม พืชผัก และปลา

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. สนับสนุนงบประมาณเพื่อการจัดหาอาหารกลางวันนม ไข่สำหรับเด็กปฐมวัย	1. ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 100	1) สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด 2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง
2. สนับสนุนให้เด็กนักเรียนได้รับไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	2. ร้อยละของโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาสที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 90	1) สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม 2) เทศบาลเมืองมหาสารคาม (โรงเรียนในสังกัด)
3. สนับสนุน ส่งเสริม ให้เกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ ใช้อาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีน เพื่อให้ไก่ไข่ในจังหวัดมหาสารคาม มีส่วนประกอบของโปรตีน เหล็กและไอโอดีนที่เพียงพอ	3. ร้อยละของเกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ ใช้อาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น	สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดมหาสารคาม
4. สนับสนุน ให้เกษตรกรและผู้ประกอบการผลิตวัตถุดิบอาหารที่ได้มาตรฐาน	4.1 ร้อยละของแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (ปลา) ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย 4.2 ร้อยละของ Young Smart Farmer ผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผัก) ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	1) สำนักงานประมงจังหวัดมหาสารคาม 2) สำนักงานเกษตรจังหวัดมหาสารคาม
5. สนับสนุนให้เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนได้รับไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	5. ร้อยละของสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 100	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม

## กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการค้าเงินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

## ระดับจังหวัด

เป้าประสงค์ที่ 4 หญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันทารกพิการไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. สร้างกระแสสังคม ยกกระดับบริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กของสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐาน สร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม เสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ภาครัฐเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพ่อแม่ และผู้ปกครอง สร้างความตระหนักรู้ด้วยสื่อที่หลากหลาย เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกมิติ ศักยภาพเพื่อสร้างองค์ความรู้ มาตรฐาน รูปแบบและเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ภาครัฐ เอกชน ชุมชน และประชาสังคม	<p>1.1 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ (&gt; ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>1.2 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด (&gt; ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>1.3 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ชาติเหล็ก และโฟลิก (&gt; ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>1.4 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ชาติเหล็ก และโฟลิก ทุกวัน ๆ 1 ครั้ง (&gt; ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>1.5 ร้อยละของสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 80</p> <p>1.6 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น (&gt; ร้อยละ 80)</p> <p>1.7 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ (&gt; ร้อยละ 80)</p> <p>1.8 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ไมเกินร้อยละ 50</p>	<p>1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) เทศบาลเมืองมหาสารคาม</p>
2. สนับสนุนให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในสถานประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การ	<p>2.1 ร้อยละสถานประกอบการมีคุณแม่แม่ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย</p> <p>2.2 ร้อยละของสถานประกอบการ ที่มีการให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญ</p>	<p>1) สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>เตรียมความพร้อมก่อนการจัดกิจกรรม การดูแลระหว่างการจัดกิจกรรม และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน</p>	<p>พินิจ การเตรียมความพร้อมก่อนการจัดกิจกรรม การดูแลระหว่างการจัดกิจกรรม และพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 เกณฑ์วัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย</p> <p>2.3 ร้อยละของสถานประกอบการ ที่มีการให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการจัดกิจกรรม การดูแลระหว่างการจัดกิจกรรม การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน เกณฑ์วัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย</p>	<p>มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม                  2) สถาบันส่งเสริมสุขภาพจังหวัด                  มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม                  3) หอการค้าจังหวัดมหาสารคาม                  4) ชมรมธนาคารจังหวัด                  มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม</p>
<p>3. สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้และณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>3.1 ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อยร้อยละ 30</p> <p>3.2 ร้อยละของนักเรียน/นักศึกษาที่มีความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST อย่างน้อยร้อยละ 50</p>	<p>1) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                  2) มหาวิทยาลัยราชภัฏ                  มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม                  3) วิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม                  4) วิทยาลัยสารพัดช่าง                  มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม                  5) วิทยาลัยอาชีวศึกษา                  มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม                  6) องค์การบริหารส่วนจังหวัด                  มหาสารคาม (โรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัด)                  7) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา                  มัธยมศึกษา เขต 26                  8) สำนักงานส่งเสริมการศึกษา</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
4. สนับสนุนโพลีติก แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-34 ปี สนับสนุนสื่อและให้ความรู้เรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิดแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์และประชาชนทั่วไป	4.1 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตรได้รับโพลีติก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ (มากกว่าร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น) 4.2 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-34 ปี ได้รับโพลีติก สัปดาห์ละ 1 เม็ด (มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)	นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดมหาสารคาม 9) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 10) สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตมหาสารคาม
		1) สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย 2) สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดมหาสารคาม

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการค้าเงินงานจังหวัดไอโอเอ็นยังยืน มุ่งสู่เด็กทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)  
ระดับจังหวัด

เป้าประสงค์ที่ 5 ประชาชนในจังหวัดมหาราชาคมได้รับความรู้และเข้าใจสาเหตุที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนัก  
และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มุ่งสู่เด็กมหาราชาคม 4.0

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>1. มีการประชาสัมพันธ์ตามสถานีวิทยุหลัก/หอกระจ่ายข่าว/วิทยุชุมชน ในหัวข้ออนามัยเจริญพันธุ์ ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสารไอโอเอ็น และโภชนาการ</p> <p>2. ประชาสัมพันธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ข่าวการค้าเงินงานโครงการเกลือไอโอเอ็นยังยืนก่อนประชุมประจำเดือนโดยผู้ว่าราชการจังหวัดมหาราชาคมเป็นประจำ (ประชุมคณะกรรมการจังหวัด)</li> <li>- เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ประชาสัมพันธ์จังหวัด</li> <li>- จัดรายการวิทยุ ร่วมระหว่างหน่วยงาน สัปดาห์ละครัง (เวียนแต่ละหน่วยงาน)</li> <li>- การประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการค้าเงินงานจังหวัดไอโอเอ็นยังยืนมุ่งสู่เด็กทักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร</li> </ul>	<p>1.1 ร้อยละสถานีวิทยุหลัก/หอกระจ่ายข่าว/วิทยุชุมชนที่มีการประชาสัมพันธ์ ในหัวข้ออนามัยเจริญพันธุ์ ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสารไอโอเอ็น และการโภชนาการ สัปดาห์ละครัง 1 ครั้ง (ร้อยละ 80)</p> <p>1.2 ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการค้าเงินงานจังหวัดไอโอเอ็นยังยืนมุ่งสู่เด็กทักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร เดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>1.3 ประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการค้าเงินงานจังหวัดไอโอเอ็นยังยืนมุ่งสู่เด็กทักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กรผ่านสื่อดิจิทัลเดือนละ 1 ครั้ง</p>	<p>1) สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาราชาคม</p> <p>2) สมาคมไลออนส์จังหวัดมหาราชาคม</p> <p>3) สโมสรโรตารีจังหวัดมหาราชาคม</p> <p>4) สมาคมอุตสาหกรรมจังหวัดมหาราชาคม</p> <p>5) หอการค้าจังหวัดมหาราชาคม</p> <p>6) ชมรมธนาคารจังหวัดมหาราชาคม</p> <p>7) สมาคมส่งเสริมผ้าไทยจังหวัดมหาราชาคม</p> <p>8) คณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาราชาคม</p>
<p>3. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ (งบ อบจ.) ได้แก่ จัดทำสโปตวิทยุ, ไลน์ ทำข่าวให้สถานีวิทยุประชาสัมพันธ์ ออกแบบ โลโก้ร้านอาหารไอโอเอ็น ไลน์ประชาสัมพันธ์ และ</p>	<p>ร้อยละของหมู่บ้านมีสื่อประชาสัมพันธ์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์</p>	<p>องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาราชาคม</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>ติดตามทำข่าวในพื้นที่</p> <p>(1) ส่งเสริม สนับสนุนให้มีเกิดสื่อเสริมไอเออดินที่มีคุณภาพบริเวณในทศวรรษเร็วเรียนอย่าง ต่อเนื่อง สร้างกลไกและประสานการขับเคลื่อนงานรวมทั้งการกำกับ ติดตาม และ ประเมินผล</p> <p>(2) สนับสนุน ส่งเสริมการตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนทั่วไป ด้านสาธารณสุข สนับสนุนเพื่อดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริด้าน สาธารณสุข ได้แก่ 1) โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของสมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี</p> <p>2) โครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กของสมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ 3) โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพ อนามัยแม่และเด็กของสมเด็จพระรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี</p>	<p>ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการร้อยละ 80</p>	
<p>4. ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่อง จังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต คนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กดีทุกถิ่น 4.0 ทุกเดือน</p>	<p>ร้อยละของตำบลมีกิจกรรมการสร้าง ความรู้และความตระหนักในชุมชน เรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการ พัฒนาคุณภาพชีวิต คนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กดีทุกถิ่น 4.0 ครอบคลุมทุก ตำบล ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย</p>	<p>สภาอภัย แพ่ง เบิ่งแงง คนสารคาม</p>

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการค้าเงินงานจังหวัดไอโอเดียนยังยืน มุ่งสู่เด็กทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ระดับอำเภอ

เป้าหมายที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอเดียนในจังหวัดตามหาสารคามที่มีคุณภาพให้เป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอเดียนให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. เฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์คุณภาพ ในสถานประกอบการโดยการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอเดียน ณ แหล่งผลิต ปีละ 2 ครั้ง/แห่ง	1. ร้อยละของสถานประกอบการที่ผลิตเกลือเสริมไอโอเดียนได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอเดียน ณ แหล่งผลิต และมีผลการตรวจสอบผ่านเกณฑ์ฐานการผลิต ร้อยละ 100	
2. สนับสนุนให้มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอเดียนที่มีคุณภาพกระจายทั่วทั้งจังหวัด และมีการเฝ้าระวังและติดตามภาวะขาดสารไอโอเดียนในประชาชนจังหวัดตามหาสารคามอย่างต่อเนื่อง 2.1 พัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอเดียนผ่านเกณฑ์ 2.2 ส่งเสริมให้ครัวเรือนมีและบริโภคเกลือเสริมไอโอเดียน	2.1 ร้อยละของชุมชน/หมู่บ้านไอโอเดียนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 2.2 ร้อยละของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอเดียน ร้อยละ 100	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมี นายอำเภอ เป็นประธาน
3. สนับสนุนให้ทุกองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัด มีเกลือเสริมไอโอเดียนที่มีคุณภาพบริโภคในทุครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง 3.1 สนับสนุนโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข หมู่บ้านละ 20,000 บาท จำนวน 2,006 หมู่บ้าน 3.2 ดำเนินงานชุมชนหมู่บ้านไอโอเดียนผ่านเกณฑ์ 3.3 มีกองทุนเกลือเสริมไอโอเดียนในหมู่บ้าน	3.1 ร้อยละของ อบท.ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอเดียนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก อย่างน้อยร้อยละ 80 3.2 ร้อยละของชุมชน/หมู่บ้านไอโอเดียนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 3.3 ร้อยละของหมู่บ้านที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอเดียน ร้อยละ 100	

<p>4.1 สนับสนุนให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันในสถานศึกษา อย่างต่อเนื่อง</p> <p>4.2 สนับสนุนให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหารในร้านค้าศูนย์อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>4.1 ร้อยละของสถานศึกษาที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวัน ร้อยละ 100</p> <p>4.2 ร้อยละของร้านค้าศูนย์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย</p>	
--	--	--



กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการค้าเงินงานจังหวัดไอโอดีนเย็น มุ่งสู่เด็กทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ระดับอำเภอ  
เป้าหมายที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสarakham ดี เก่ง มีสุข (ดี มีวินัย เก่ง ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ แข็งแรง)

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>1. จัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีให้เต็มมาตรฐาน ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>1.1 ใฝ่รางวัลและติดตามส่วนสูงน้ำหนักเด็กทุกคน/ประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารทุกคนและทุกครั้งที่มีารบริการ WCC และให้คำแนะนำเรื่อง นมแม่ อาหารหญิงให้นมบุตร กอดเล่น เล่านอน ฝ้าดูฟัน เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันอุบัติเหตุ</p> <p>1.2 จ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิก แก่หญิงหลังคลอดทุกคนตลอดการให้นมลูก 6 เดือน</p> <p>1.3 แนะนำคู่มือใฝ่รางวัลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)</p> <p>1.4 คัดกรอง ส่งเสริม ติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPM/TEDA4I</p> <p>1.5 จ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กเด็ก 6 เดือน – 5 ปีทุกคน</p>	<p>1.1 ร้อยละการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>1.2 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ100</p> <p>1.3 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</p> <p>1.4 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 96</p> <p>1.5 ร้อยละการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>1.6 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 57</p> <p>1.7 ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71</p> <p>1.8 ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ไม่เกินร้อยละ 3</p>	<p>คณະการรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) โดย มี นายอำเภอเป็น ประธาน</p>
<p>2.1 ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อจัดทำแผนพัฒนาในระดับพื้นที่เพื่อการพัฒนาเด็กองค์รวม</p> <p>2.2 ประชาคมแผนฯ และผลักดันให้เกิดข้อตกลงชาวบ้านเพื่อเป็นแนวปฏิบัติของครอบครัว</p>	<p>2.1 ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่มีการดำเนินงานโครงการด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย ร้อยละ 80</p> <p>2.4 ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และระดับดี ร้อยละ 100</p>	

<p>2.3 จัดหาสถานที่/ลานเล่น สถานที่ออกกำลังกายสวนสาธารณะในชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน</p> <p>2.4 พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็ก ตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ</p> <p>2.5 พัฒนาศักยภาพครูศูนย์เด็กเล็กให้มีความรู้ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย</p>	<p>2.5 ร้อยละของ อปท. ที่มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็ก ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี</p> <p>2.6 ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน เผ่าดู ฟัน) ร้อยละ 100</p>
<p>3.1 โรงเรียนจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนและโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้)</p> <p>3.2 พัฒนานักเรียนแกนนำให้เป็นทูตไอโอดีนน้อย ให้มีความรู้และทักษะเรื่องไอโอดีน และทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีน</p>	<p>3.1 ร้อยละของโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ร้อยละ 100</p> <p>3.2 ร้อยละของนักเรียนแกนนำที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย ร้อยละ 100</p>
<p>4. พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ได้มาตรฐาน</p>	<p>4. โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ 80</p>

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการค้าเงินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)  
 ระดับอำเภอ

เป้าหมายที่ 3 เด็กหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ เช่น ไข่ นม พืชผัก และปลา

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดอาหารกลางวันเป็นเมนูที่มีไข่ แก่เด็ก อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	1. ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 100	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมี นายอำเภอเป็นประธาน
2. สนับสนุนให้เด็กนักเรียนได้รับไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	2. ร้อยละของโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 90	
3. สนับสนุน ให้เกษตรกรและผู้ประกอบการผลิตวัตถุดิบอาหารที่นำมาทำอาหารที่ได้มาตรฐาน	3. ร้อยละของแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักและปลา) ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

## กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการพัฒนาคุณภาพชีวิต 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

### ระดับอำเภอ

เป้าหมายที่ 4 หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิต 4.0

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>1. สร้างกระแสสังคม</p> <p>1.1 รณรงค์ให้วัยรุ่นในพื้นที่ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ภายใต้ NEST</p> <p>2. จัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ เช่น จ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิกแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 20 – 34 ปี ที่แต่งงานและตั้งใจมีบุตร ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ ทุกวันๆละ 1 เม็ด</p> <p>3. จัดบริการฝากครรภ์คุณภาพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฝากท้องก่อน 12 สัปดาห์ เพิ่มคุณภาพฝากครรภ์ 5 ครั้ง</li> <li>- จ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิก แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนตลอดการตั้งครรภ์</li> </ul>	<p>2.1 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ (&gt; ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>2.2 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด (&gt; ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>3.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก (&gt; ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>3.2 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง (&gt; ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>3.3 ร้อยละของกองทุนสุขภาพตำบลที่มีกิจกรรมสนับสนุน ไข่ แก่หญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 80</p> <p>3.4 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น (&gt; ร้อยละ 80)</p> <p>3.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ (&gt; ร้อยละ 80)</p>	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมี นายอำเภอเป็นประธาน</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	3.6 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ 50	

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัดไอเอตเอ็มเอ็ม มุ่งสู่เด็กดีใกล้ 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

### ระดับอำเภอ

เป้าหมายที่ 5 ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนัก

และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มุ่งสู่เด็กดีใกล้ 4.0

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่อง จังหวัดไอเอตเอ็มเอ็ม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต คนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กดีใกล้ 4.0 ทุกเดือน	1. ร้อยละของตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอเอตเอ็มเอ็ม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต คนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กดีใกล้ 4.0 ครอบคลุมทุกตำบล ร้อยละ 100	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน ชมรมผู้ประกอบการเกลือไอโอดีนจังหวัดมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานประกอบการเกลือไอโอดีนทั้งหมด 40 แห่ง</b>						
1	1.1 จำนวนรอบการผลิตที่ได้รับการ ตรวจโดยใช้ I-KIT โดยผู้ประกอบการ เกลือ	รอบ		ร้อยละ 100 ของ รอบของ การผลิต		
	1.2 จำนวนรอบที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	รอบ		ร้อยละ 100 ของ รอบของ การผลิต		
	1.3 จำนวนเกลือไอโอดีนที่ผลิตได้	ตัน		-		
	1.4 จำนวนเกลือไอโอดีนที่ผลิต จำหน่ายในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม	ตัน		-		
2	จำนวนร้านที่ได้รับการตรวจสอบ คุณภาพเกลือไอโอดีน ณ แหล่งผลิต โดย					
	2.1 ชมรมผู้ประกอบการเกลือไอโอดีน	ร้าน	40	ร้อยละ 100 ของ แหล่งผลิต		
	2.2 ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	ร้าน	40	ร้อยละ 100 ของ แหล่งผลิต		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักกลีลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขภาคที่ 5 ขอนแก่น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนสถานประกอบการเกลือ ไอโอดีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิต ของจังหวัดมหาสารคาม (MSK)	แห่ง	15 (นับสะสม จากปี 2561)	ร้อยละ 100		
	1.1 จำนวนครั้งของการชี้แจง ผู้ประกอบการเกลือไอโอดีน	ครั้ง/ แห่ง	1/40	ร้อยละ 100		
	1.2 จำนวนสถานประกอบการเกลือ ไอโอดีนที่ได้รับการตรวจเยี่ยม	แห่ง	8/40	ร้อยละ 20		
	1.3 จำนวนสถานประกอบการเกลือ ไอโอดีนที่ได้รับการตรวจประเมิน	แห่ง	8/40	ร้อยละ 20		
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
(ตำแหน่ง.....)  
วัน/เดือน/ปี.....  
เบอร์โทรศัพท์.....



แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)

หน่วยงาน สำนักงานพาณิชย์จังหวัดมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนร้านค้าที่มีการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน	แห่ง	837	ร้อยละ 100 ของร้านค้า เป้าหมาย		
	1.1 ร้านค้าธงฟ้าประชารัฐระดับ อำเภอ	แห่ง	600	ร้อยละ 100 ของร้านค้า เป้าหมาย		
	1.2 ร้านค้าชุมชน	แห่ง/ ตำบล	133/133	ร้อยละ 100 ของร้านค้า เป้าหมาย		
	1.3 ร้านหนูณิชย์	แห่ง/ อำเภอ	104/13	ร้อยละ 100 ของร้านค้า เป้าหมาย		
2	จำนวนตัวอย่างเกลือเสริมไอโอดีนที่ ได้รับการสำรวจราคา ในอำเภอโกสุม พิสัย และอำเภอเมือง	ตัวอย่าง		ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย		
	2.1 อำเภอโกสุมพิสัย จำนวน.....ตัวอย่าง ขนาด.....กรัม/ราคา.....บาท					
	2.2 อำเภอเมือง จำนวน.....ตัวอย่าง ขนาด.....กรัม/ราคา.....บาท					
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
(ตำแหน่ง.....)  
วัน/เดือน/ปี.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)**  
**หน่วยงาน สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม**  
**รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	แห่ง		ร้อยละ 100		
	1.1 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	แห่ง		ร้อยละ 100		
	1.2 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	แห่ง		ร้อยละ 100		
	1.3 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	แห่ง		ร้อยละ 100		
	1.4 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพม.26	แห่ง		ร้อยละ 100		
2	จำนวน โรงเรียน ที่มีการจัดกิจกรรม การเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ใน ชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	แห่ง		ร้อยละ 100		
3	จำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็น ทูตไอโอดีนน้อย	คน		ร้อยละ 100		
4	จำนวนสถานศึกษาเอกชนที่มีการ จัดการเรียนการสอนหลักสูตรการศึกษา ปฐมวัย พ.ศ. 2560	แห่ง		ร้อยละ 70		
5	จำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง (ทุกสังกัด)	แห่ง		ร้อยละ 80		
6	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (โรงเรียนสังกัดรัฐบาลและเอกชน) ผ่าน เกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	แห่ง		ไม่น้อย กว่า ร้อยละ 70		

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
7	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (โรงเรียนสังกัดรัฐบาลและเอกชน) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	แห่ง		ร้อยละ 100		
8	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษาและขยาย โอกาสที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	แห่ง		ร้อยละ 90		
9	จำนวนโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรม ส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อน ประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ใฝ่ดู ฟัน)	แห่ง		ร้อยละ 100		
10	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	10.1.....					
	10.2.....					
	10.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

## แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)

## หน่วยงาน เทศบาลเมืองมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	แห่ง		ร้อยละ 100		
2	จำนวนร้านอาหารและแผงลอยใน ตลาดโต้รุ่ง ที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหาร	ร้าน		ร้อยละ 100		
3	จำนวนชุมชนที่มีโครงการการ ดำเนินงานควบคุมโรคขาดสาร ไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะ โภชนาการและสุขภาพเด็กหรือ โครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการ และสุขภาพเด็ก	ชุมชน/ โครงการ	...../ อย่างน้อย 1	ร้อยละ 80		
4	จำนวนชุมชนไอโอดีน	ชุมชน		ร้อยละ 90		
5	จำนวนชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริม ไอโอดีน	ชุมชน		ร้อยละ100		
6	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90		
7	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	คน		ร้อยละ 100		
8	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบส่งสัยล่าช้า	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30		
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 96		
10	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ได้รับยา เม็ดเสริมธาตุเหล็ก	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90		
11	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57		

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
12	จำนวนเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71		
13	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	คน		มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		
14	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด			มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		
15	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	คน		มากกว่า ร้อยละ 90 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		
16	จำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวัน ๆ 1 ครั้ง	คน		มากกว่า ร้อยละ 90 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		
17	จำนวนสถานบริการหรือกองทุน สุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการ สนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	แห่ง		ร้อยละ 80		
18	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น	คน		มากกว่า ร้อยละ 80		
19	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพ	คน		มากกว่า ร้อยละ 80		
20	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (ในสังกัด) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	แห่ง		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70		
21	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (ในสังกัด) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	แห่ง		ร้อยละ 100		

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
	ระดับดี					
22	จำนวนโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนและโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	แห่ง		ร้อยละ 100		
23	จำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	คน		ร้อยละ 100		
24	จำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	แห่ง		ร้อยละ 80		
25	จำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	แห่ง		ร้อยละ 90		
26	จำนวนโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	แห่ง		ร้อยละ 100		
27	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	27.1.....					
	27.2.....					
	27.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
(ตำแหน่ง.....)  
วัน/เดือน/ปี.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	แห่ง		ร้อยละ 100		
2	จำนวนโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมการ เรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และ โภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในช่วง ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	แห่ง		ร้อยละ 100		
3	จำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็น ทูตไอโอดีนน้อย	คน		ร้อยละ 100		
4	จำนวนนักเรียนที่ได้รับความรู้ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาด สารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST (โรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัด)	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 30		
5	จำนวนนักเรียนที่มีความรู้เรื่องอนามัย เจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีน โภชนาการ และ NEST (โรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัด)	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 50		
6	จำนวนหมู่บ้านที่มีสื่อประชาสัมพันธ์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ ส่งเสริมสุขภาพ แม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีน และโภชนาการ	หมู่บ้าน		ร้อยละ 80		
7	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	7.1.....					
	7.2.....					
	7.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)**  
**หน่วยงาน สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม**  
**รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนหมู่บ้านที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก	หมู่บ้าน/ โครงการ		ร้อยละ 80		
2	จำนวนหมู่บ้านไอโอดีน	หมู่บ้าน		ร้อยละ 90		
3	จำนวนหมู่บ้านที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	หมู่บ้าน		ร้อยละ 100		
4	จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีโครงการดำเนินงาน ด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	ศูนย์เด็ก เล็ก/ โครงการ		ร้อยละ 80		
5	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัดอปท.) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	แห่ง		ไม่น้อย กว่า ร้อยละ 70		
6	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัดอปท.) ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดี	แห่ง		ร้อยละ 100		
7	จำนวน อปท. ที่มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	แห่ง/คน		ร้อยละ 50 ของ ครู ทั้งหมด/ปี		
8	จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	แห่ง/คน		ร้อยละ 100		
9	จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	แห่ง		ร้อยละ 100		



ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
10	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	10.1.....					
	10.2.....					
	10.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักกลีลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)**  
**หน่วยงาน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม**  
**รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
	จำนวนสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน ทั้งหมด.....แห่ง	แห่ง	-	-		
1	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัดเอกชน) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แห่งชาติ ระดับดีมาก	แห่ง		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70		
2	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สังกัดเอกชน) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แห่งชาติ ระดับดี	แห่ง		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30		
3	จำนวนสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่มี การจัดอาหารกลางวันเมนูไข้อย่าง น้อย 1 ฟอง/คน/วัน	แห่ง		ร้อยละ 100		
4	จำนวนสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่มี การจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการใน เด็กปฐมวัย (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	แห่ง		ร้อยละ 100		
5	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	5.1.....					
	5.2.....					
	5.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
(ตำแหน่ง.....)  
วัน/เดือน/ปี.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
	จำนวนเกษตรกรและผู้ประกอบการ เลี้ยงไก่ไข่ทั้งหมด.....ราย	ราย	-	-		
1	จำนวนเกษตรกรและผู้ประกอบการ เลี้ยงไก่ไข่ ที่ใช้อาหารที่มีส่วนผสม ของไอโอดีน	ราย		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)**  
**หน่วยงาน สำนักงานเกษตรจังหวัดมหาสารคาม**  
**รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน Young Smart Farmer ผลิต วัตถุดิบอาหาร (พืชผัก) ทั้งหมด .....แห่ง	แห่ง	-	-		
<b>1</b>	จำนวน Young Smart Farmer ที่ ผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผัก) ได้ มาตรฐาน	แห่ง		ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย		
<b>2</b>	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน สำนักงานประมงจังหวัดมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
	จำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร จำพวกปลา ทั้งหมด.....แห่ง	แห่ง	-	-		
1	จำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร จำพวกปลา ได้มาตรฐาน SL (Safety Level)	แห่ง		ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย		
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดกกลีลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
หน่วยงาน สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดมหาสารคาม  
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนสถานประกอบการที่มีมุนนมแม่	แห่ง		ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย		
2	จำนวนสถานประกอบการ ที่มีการให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์	แห่ง		ร้อยละ 50 ของ เป้าหมาย		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
(ตำแหน่ง.....)  
วัน/เดือน/ปี.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 30		
2	จำนวนนักศึกษาที่มีความรู้เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 50		
3	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัย มหาสารคาม) ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	แห่ง	1	ร้อยละ 100		
4	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	4.1.....					
	4.2.....					
	4.3.....					

หมายเหตุ: การส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามแนวทาง NEST ประกอบด้วย N (Nutrition),  
 E (Exercise), S (Safe Sex) และ S (Sleep), S (Safe Sex), S (Sex Education) และ T (Teeth)

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

## แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักกลีลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)

หน่วยงาน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 30		
2	จำนวนนักศึกษาที่มีความรู้เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 50		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

หมายเหตุ: การส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามแนวทาง NEST ประกอบด้วย N (Nutrition), E (Exercise), S (Safe Sex) ม S (Sleep), S (Safe Sex), S (Sex Education) และ T (Teeth)

ลงชื่อผู้รายงาน.....

(ตำแหน่ง.....)

วัน/เดือน/ปี.....

เบอร์โทรศัพท์.....



แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน วิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 30		
2	จำนวนนักศึกษาที่มีความรู้เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 50		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

หมายเหตุ: การส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามแนวทาง NEST ประกอบด้วย N (Nutrition), E (Exercise), S (Safe Sex) ม S (Sleep), S (Safe Sex), S (Sex Education) และ T (Teeth)

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

## แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)

หน่วยงาน วิทยาลัยสารพัดช่างมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 30		
2	จำนวนนักศึกษาที่มีความรู้เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 50		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

**หมายเหตุ:** การส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามแนวทาง NEST ประกอบด้วย N (Nutrition), E (Exercise), S (Safe Sex) ม S (Sleep), S (Safe Sex), S (Sex Education) และ T (Teeth)

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
(ตำแหน่ง.....)  
วัน/เดือน/ปี.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน วิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 30		
2	จำนวนนักศึกษาที่มีความรู้เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 50		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

หมายเหตุ: การส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามแนวทาง NEST ประกอบด้วย N (Nutrition), E (Exercise), S (Safe Sex) ม S (Sleep), S (Safe Sex), S (Sex Education) และ T (Teeth)

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

## แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)

หน่วยงาน สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย

และสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับโพลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	คน		มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		
2	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับโพลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	คน		มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....

(ตำแหน่ง.....)

วัน/เดือน/ปี.....

เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนหน่วยงานที่มีการประชาสัมพันธ์ ในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ	แห่ง/ ครั้ง/ สัปดาห์	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	ร้อยละ 100 ของ หน่วยงาน		
	1.1 สถานีวิทยุหลัก	แห่ง/ ครั้ง/ สัปดาห์	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	ร้อยละ 100 ของ หน่วยงาน		
	1.2 หอกระจายข่าว	แห่ง/ ครั้ง/ สัปดาห์	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	ร้อยละ 100 ของ หน่วยงาน		
	1.3 วิทยุชุมชน	แห่ง/ ครั้ง/ สัปดาห์	สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง	ร้อยละ 100 ของ หน่วยงาน		
2	จำนวนการประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน	ครั้ง/ เดือน	เดือนละ 1 ครั้ง	ร้อยละ 100		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

## แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักกลีลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)

หน่วยงาน สภากักแพง เบิ่งแงง คนมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนตำบลที่มีกิจกรรมการสร้าง ความรู้และความตระหนักในชุมชน เรื่อง จังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนา คุณภาพชีวิต คนมหาสารคาม มุ่งสู่ เด็กมหาสารคาม 4.0	ตำบล	133	ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย		
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....

(ตำแหน่ง.....)

วัน/เดือน/ปี.....

เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข)  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนสถานประกอบการเกลือไอโอดีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของจังหวัดมหาสารคาม (MSK)	แห่ง	15 (นับสะสมจากปี 2561)	ร้อยละ 100		
2	จำนวนสถานประกอบการ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	แห่ง	40	ร้อยละ 100		
	2.1 จำนวนสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	แห่ง		ร้อยละ 100		
3	จำนวนสถานประกอบการเกลือแห่งใหม่ที่ได้รับการตรวจเพื่ออนุญาต (เมื่อสถานประกอบการร้องขอ)	แห่ง		ร้อยละ 100		
4	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	4.1.....					
	4.2.....					
	4.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)**  
**หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)**

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน	แห่ง		ร้อยละ 90		
2	จำนวนครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน	ครัวเรือน		ร้อยละ 100		
3	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90		
4	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	คน		ร้อยละ 100		
5	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30		
6	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	คน		ร้อยละ 100		
7	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ได้รับยา เม็ดเสริมธาตุเหล็ก	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90		
8	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57		
9	จำนวนเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสม ส่วน	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71		
10	จำนวนทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมน กระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	คน		ไม่เกิน ร้อยละ 3		
11	จำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	โรงเรียน		ร้อยละ 80		
12	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	คน		มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		



ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
13	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด			มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		
14	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	คน		มากกว่าร้อยละ 90 หรือ มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น		
15	จำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	คน		มากกว่า ร้อยละ 90 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		
16	จำนวนสถานบริการหรือกองทุน สุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการ สนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	แห่ง		ร้อยละ 80		
17	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น	คน		มากกว่า ร้อยละ 80		
18	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพ	คน		มากกว่า ร้อยละ 80		
19	จำนวนหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณ ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	คน		ไม่เกิน ร้อยละ 50		
20	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	20.1.....					
	20.2.....					
	20.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักกลีลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
หน่วยงาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 26  
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	แห่ง		ร้อยละ 100		
2	จำนวน โรงเรียน ที่มีการจัดกิจกรรม การเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ ในช่วงโมฆเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	แห่ง		ร้อยละ 100		
3	จำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่ เป็นทูตไอโอดีนน้อย	คน		ร้อยละ 100		
4	จำนวนนักเรียนที่ได้รับความรู้ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่าง น้อย ร้อยละ 30		
5	จำนวนนักเรียนที่มีความรู้เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่าง น้อย ร้อยละ 50		
6	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	6.1.....					
	6.2.....					
	6.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
(ตำแหน่ง.....)  
วัน/เดือน/ปี.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักเรียนที่ได้รับความรู้ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 30		
2	จำนวนนักเรียนที่มีความรู้เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 50		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

## แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักกลีลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)

หน่วยงาน วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 30		
2	จำนวนนักศึกษาที่มีความรู้เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 50		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....

(ตำแหน่ง.....)

วัน/เดือน/ปี.....

เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 30		
2	จำนวนนักศึกษาที่มีความรู้เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 50		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)**  
**หน่วยงาน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**  
**รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนครั้งที่ประเมิน IQ เด็ก ชั้น ป.1 ของจังหวัดมหาสารคาม	ครั้ง/ปี	1	ร้อยละ 100		
	จำนวนนักเรียนชั้น ป.1 ที่ประเมิน IQ .....คน					
	ระดับ IQ เด็ก ชั้น ป.1 ของจังหวัด มหาสารคาม.....จุด					
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน สมาคมไลออนส์จังหวัดมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนการประชาสัมพันธ์และสร้าง กระแสการดำเนินงานจังหวัด ไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน	ครั้ง/เดือน	1	ร้อยละ 100		
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)**  
**หน่วยงาน สโมสรโรตารีจังหวัดมหาสารคาม**  
**รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนการประชาสัมพันธ์และสร้าง กระแสการดำเนินงานจังหวัด ไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน	ครั้ง/เดือน	1	ร้อยละ 100		
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
(ตำแหน่ง.....)  
วัน/เดือน/ปี.....  
เบอร์โทรศัพท์.....



**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)**  
**หน่วยงาน สภากาชาดจังหวัดมหาสารคาม**  
**รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนการประชาสัมพันธ์และสร้าง กระแสการดำเนินงานจังหวัด ไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน	ครั้ง/เดือน		ร้อยละ 100		
2	จำนวนสถานประกอบการ ที่มีการ ให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการ ตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการ ตั้งครรภ์ การส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน แก่หญิงวัยเจริญ พันธุ์	แห่ง		ร้อยละ 50 ของ เป้าหมาย		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

## แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)

## หน่วยงาน หอการค้าจังหวัดมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนการประชาสัมพันธ์และสร้าง กระแสการดำเนินงานจังหวัด ไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน	ครั้ง/เดือน		ร้อยละ 100		
2	จำนวนสถานประกอบการ ที่มีการ ให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการ ตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการ ตั้งครรภ์ การส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน แก่หญิงวัยเจริญ พันธุ์	แห่ง		ร้อยละ 50 ของ เป้าหมาย		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....

(ตำแหน่ง.....)

วัน/เดือน/ปี.....

เบอร์โทรศัพท์.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)**  
**หน่วยงาน ชมรมธนาคารจังหวัดมหาสารคาม**  
**รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนการประชาสัมพันธ์และสร้าง กระแสการดำเนินงานจังหวัด ไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน	ครั้ง/เดือน		ร้อยละ 100		
2	จำนวนธนาคาร ที่มีการให้ความรู้ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียม ความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วย กระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์	แห่ง		ร้อยละ 50 ของ เป้าหมาย		
3	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	3.1.....					
	3.2.....					
	3.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)**  
**หน่วยงาน สมาคมส่งเสริมผ้าไทยจังหวัดมหาสารคาม**  
**รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนการประชาสัมพันธ์และสร้าง กระแสการดำเนินงานจังหวัด ไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร	ครั้ง/เดือน	1	ร้อยละ 100		
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน คณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนการประชาสัมพันธ์และสร้าง กระแสการดำเนินงานจังหวัด ไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ตามบทบาทของหน่วยงาน/องค์กร ผ่านสื่อดิจิทัล	ครั้ง/เดือน	1	ร้อยละ 100		
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
หน่วยงาน สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี  
ประจำจังหวัดมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟันกับเด็กปฐมวัยในในศูนย์เด็กเล็ก	ครั้ง/เดือน		ร้อยละ 90		
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
(ตำแหน่ง.....)  
วัน/เดือน/ปี.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids MSK 4.0)  
 หน่วยงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (โรงพยาบาลสุทธาเวช)  
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนต้นแบบการพัฒนาการดูแลเด็กก่อนปฐมวัย	รูปแบบ	1	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		
2	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	2.1.....					
	2.2.....					
	2.3.....					

ลงชื่อผู้รายงาน.....  
 (ตำแหน่ง.....)  
 วัน/เดือน/ปี.....  
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม  
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)  
อำเภอ.....  
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2562

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
<b>เป้าหมายที่ 1</b>						
1	จำนวนสถานประกอบการ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	ครั้ง/แห่ง	ร้อยละ 100			
	1.1 จำนวนสถานประกอบการ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	แห่ง	ร้อยละ 100			
2	จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีนผ่านเกณฑ์	หมู่บ้าน/ ชุมชน	ร้อยละ 90			
3	จำนวนครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน	ครัวเรือน	ร้อยละ 100			
4	จำนวน อปท.ที่มีโครงการการดำเนินงานควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กหรือโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็ก	อปท./ โครงการ	อย่างน้อย ร้อยละ 80			
5	จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	หมู่บ้าน	ร้อยละ 100			
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	โรงเรียน				
	6.1 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	โรงเรียน	ร้อยละ 100 ของโรงเรียน			
	6.2 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	โรงเรียน	ร้อยละ 100 ของโรงเรียน			
	6.3 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	โรงเรียน	ร้อยละ 100 ของโรงเรียน			
	6.4 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	โรงเรียน	ร้อยละ 100 ของโรงเรียน			



ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
7	จำนวนร้านค้าหน่วยขายที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร	ร้าน/ อำเภอ	ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย			
<b>เป้าหมายที่ 2</b>						
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90			
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	คน	ร้อยละ 100			
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30			
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 96			
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ได้รับยา เม็ดเสริมธาตุเหล็ก	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90			
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57			
14	จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 71			
15	จำนวนทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมน กระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	คน	ไม่เกิน ร้อยละ 3			
16	จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีโครงการ ดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	ศูนย์เด็ก เล็ก/ โครงการ	ร้อยละ 80			
17	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แห่งชาติ ระดับดีมาก	แห่ง	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70			
18	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แห่งชาติ ระดับดี	แห่ง	ร้อยละ 100			

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
19	จำนวน อปท. ที่มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	แห่ง/คน	ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี			
20	จำนวน โรงเรียน ที่มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง	โรงเรียน	ร้อยละ 100 ของโรงเรียน			
21	จำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	โรงเรียน/คน	ร้อยละ 100			
22	จำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	โรงเรียน	ร้อยละ 80			
23	จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กก่อนประถมศึกษาปีที่ 1 (กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)	โรงเรียน	ร้อยละ 100			
<b>เป้าหมายที่ 3</b>						
23	จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	ศพด.	ร้อยละ 100			
24	จำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	โรงเรียน	ร้อยละ 90			
25	จำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	แห่ง/คน	ร้อยละ 100			
<b>เป้าหมายที่ 4</b>						
26	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	คน	มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น			

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
27	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	คน	มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น			
28	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	คน	มากกว่า ร้อยละ 90 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น			
29	จำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวัน ๆ 1 ครั้ง	คน	มากกว่า ร้อยละ 90 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น			
30	จำนวนสถานบริการหรือกองทุน สุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการ สนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	แห่ง/ กองทุน	ร้อยละ 80			
31	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	คน	มากกว่า ร้อยละ 80			
32	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพ	คน	มากกว่า ร้อยละ 80			
33	จำนวนหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีน ในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม ต่อลิตร	คน	ไม่เกิน ร้อยละ 50			
<b>เป้าหมายที่ 5</b>						
34	จำนวนตำบลที่มีกิจกรรมการสร้าง ความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่อง จังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่ดัชนี 4.0	ตำบล	ร้อยละ 100 ของตำบล			



คำสั่งจังหวัดมหาสารคาม  
ที่ 500/2562

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม  
เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)  
ปีงบประมาณ 2562

ตามคำสั่งจังหวัดมหาสารคาม ที่ 4247/2561 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ปีงบประมาณ 2562 สอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2561-2564 ที่ได้กำหนดวิสัยทัศน์จังหวัดมหาสารคาม คือ “เป็นแหล่งผลิตสินค้าเกษตรและอาหารคุณภาพ ศูนย์กลางบริการทางการศึกษาและวัฒนธรรม ประชาชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยเฉพาะการตอบสนองในประเด็นยุทธศาสตร์ ที่ 4 ของจังหวัด คือ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่สังคมผู้รักสามัคคี ประกอบกับกระทรวงมหาดไทยได้ลงนามบันทึกความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน โดยจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อขับเคลื่อน การพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพะ ทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน

เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญประการแรก คือ ระดับสติปัญญาเด็ก (IQ) ซึ่งในปี 2554 เด็กอายุ 6-12 ปี ของภาคอีสานมีระดับ IQ เท่ากับ 95.79 (ต่ำกว่าทุกภาค) และจังหวัดมหาสารคาม เด็กอายุ 6-12 ปี มีระดับ IQ เท่ากับ 95.28 (อยู่ในกลุ่ม 10 จังหวัดต่ำสุด) (เกณฑ์มาตรฐานเท่ากับ 100) ในปี 2557 นักเรียน ป.1 ของจังหวัดมหาสารคามมีระดับ IQ เท่ากับ 89.7 และปี 2559 นักเรียน ป.1 ของจังหวัดมหาสารคามมีระดับ IQ เท่ากับ 95.6 (เกณฑ์มาตรฐานเท่ากับ 100) และเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข ที่มีความสำคัญต่อมาคือ อายุเฉลี่ยของประชาชน ซึ่งอายุเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ปี 2556 รวม 75.82 ปี ชาย 72.50 ปี หญิง 79.30 ปี อายุเฉลี่ยปี 2557 รวม 74.64 ปี ชาย 71.67 ปี หญิง 77.70 ปี อายุเฉลี่ยปี 2558 รวม 74.21 ปี ชาย 71.35 ปี หญิง 77.16 ปี อายุเฉลี่ยปี 2559 รวม 73.60 ปี ชาย 70.14 ปี หญิง 77.22ปี โดยอายุเฉลี่ยของประชาชน ปี 2556-2559 โดยรวมมีแนวโน้มลดลง สำหรับเพศชายและหญิงก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน

โดยอายุเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ปี 2559 (เท่ากับ 73.60 ปี) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ไทย (ปี 2559 ประเทศไทยมีอายุเฉลี่ยรวม 74.70 ปี/ญี่ปุ่น 85 ปี/สิงคโปร์ 84.9 ปี/เกาหลีใต้ 80.2 ปี) โดยเป้าหมายตามแผน ยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม คือ ประชาชนจังหวัดมหาสารคามมี อายุเฉลี่ย 80 ปี ในปี 2561 โดยระดับสติปัญญามีผลกระทบต่อระดับคุณภาพการศึกษา มีผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิต ในทุกด้าน มีผลกระทบต่อระดับเศรษฐกิจครอบครัว และ มีผลกระทบต่อการพัฒนา ทรัพยากรบุคคล ของประเทศและกระทบต่อความมั่นคง ความมั่งคั่ง และความยั่งยืนในที่สุด ซึ่งพบว่าไอโอดีนเป็นแร่ธาตุสำคัญและเป็นส่วนประกอบของการสร้างฮอร์โมนธัย รอยด์ ในร่างกายมนุษย์ซึ่งมีความสำคัญต่อพัฒนาการทางสมองและการเจริญเติบโตของทารก ตั้งแต่ใน ครรภ์จนกระทั่งคลอด หากขาดไอโอดีนจะมีผลต่อพัฒนาการทั้งทางร่างกายและทางสมอง ทำให้เกิดภาวะ ตัวเตี้ย ปัญญาอ่อน ซึ่งการได้รับสารไอโอดีนในเกลือบริโภคและอาหารถือว่าสำคัญและง่ายในการส่งเสริมให้ ประชาชนได้บริโภคอย่างต่อเนื่องทุกครัวเรือน จะต้องส่งเสริมการผลิตและการกระจายเกลือไอโอดีและ อาหารที่มีไอโอดีน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ซึ่งจังหวัดมหาสารคามได้ ดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมา ตั้งแต่ปี 2559 เนื่องจากมีสถานที่ประกอบการเกลือไอโอดีน ถึง 45 แห่ง มากที่สุดในประเทศ มีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งในปี 2558 ได้รับการรับรองเป็นจังหวัดไอโอดีน 1 ใน 7 จังหวัดของประเทศ และจังหวัดมหาสารคามมีความเหมาะสม ที่จะดำเนินงานโครงการเกลือไอโอดีนยั่งยืน ซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องระดับประเทศ สอดคล้องกับเป้าหมาย ประเทศ ที่จะยกระดับการพัฒนาประเทศให้เป็น Thailand 4.0 โดยภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้อง ร่วมดำเนินการคือ การสร้างคนไทย 4.0 (Smart Citizens) ซึ่งเป้าหมายต้นน้ำที่สำคัญคือต้องสร้างให้เป็น Smart Kids ที่ประกอบด้วย ดี เก่ง มีสุข (ดี: มีวินัย/เก่ง: ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ/ มีสุข: แข็งแรง)

ในปีงบประมาณ 2561 จังหวัดมหาสารคาม ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่ง สู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) เป็นวาระของจังหวัดมหาสารคาม เพื่อดำเนินงานสนอง พระราชดำริโครงการด้านการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราช กุมารี และเพื่อยกระดับค่าเฉลี่ยสติปัญญาเด็กของจังหวัดมหาสารคามมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ภายใต้ 5 เป้าประสงค์สำคัญ คือ (1) เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือ เสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มี คุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุม ให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่าง เพียงพอ (2) เพื่อให้เด็กมหาสารคาม ดี เก่ง มีสุข (ดี: มีวินัย/เก่ง: ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ/ มีสุข: แข็งแรง) (3) เพื่อให้เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม พืชผักและปลา (4) เพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 และ (5) เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม ได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีความรอบรู้ ที่จำเป็นต่อการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0

ผลการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมา (เมษายน-กันยายน 2561) โดยรวมพบว่า ตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน Smart Kids Taksila 4.0 ระดับจังหวัดของส่วนราชการ 21 หน่วยงาน จากตัวชี้วัดผลงานทั้งหมด 85 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ คิดเป็น ร้อยละ 50.57 ในเดือนเมษายน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.24 ในเดือนกันยายน

และตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ระดับอำเภอ ภาพรวมทั้ง 13 อำเภอ จากตัวชี้วัดผลงานทั้งหมด 32 ตัวชี้วัด มีตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 64.42 ในเดือนเมษายน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.35 ในเดือนกันยายน และจังหวัดมหาสารคามโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และภาควิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินระดับสติปัญญา (IQ) ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประเมินในช่วงวันที่ 15-26 พฤศจิกายน 2561 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 360 คน พบว่า ภาพรวมของค่าเฉลี่ยสติปัญญาของนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของจังหวัดมหาสารคาม มีค่าเท่ากับ 82.54 จุด โดยแบ่งตามเขตการศึกษา พบว่า เขตการศึกษาที่ 1 เขตการศึกษาที่ 2 และเขตการศึกษาที่ 3 มีค่าเฉลี่ยสติปัญญาในภาพรวมเท่ากับ 81.47, 83.05 และ 83.23 จุด (ตามลำดับ) และแบ่งตามขนาดของโรงเรียน พบว่า โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษและขนาดใหญ่ โรงเรียนขนาดกลาง และโรงเรียน ขนาดเล็ก มีค่าเฉลี่ยสติปัญญาในภาพรวมเท่ากับ 86.48, 80.54 และ 78.47 จุด (ตามลำดับ)

ซึ่งการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้การพัฒนาเมืองน่าอยู่และเมืองอัจฉริยะ (Smart City) โดยเฉพาะในด้านประชากรอัจฉริยะ (Smart People) บรรลุตามเป้าหมาย และสอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2561-2565 ที่มีวิสัยทัศน์ของการพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม คือ “เป็นแหล่งผลิตสินค้าเกษตรและอาหารคุณภาพ ศูนย์กลางบริการทางการศึกษาและวัฒนธรรม ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยประเด็นการพัฒนาที่ 4 คือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สู่สังคมรู้รักสามัคคี เทิดทูนสถาบันของชาติ เอื้ออาทรและสมานฉันท์ ซึ่งแผนงานหลักที่ 1 คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีตัวชี้วัดการพัฒนาของจังหวัดมหาสารคามในระยะ 5 ปี คือ ระดับสติปัญญาเฉลี่ยเด็กปฐมวัยในปี 2565 เท่ากับ 99 จุด (เป้าหมายของประเทศเท่ากับ 100 จุด) และระยะ 20 ปี คือในปี 2580 ระดับสติปัญญาเฉลี่ยเด็กปฐมวัยเท่ากับ 102 จุด (เป้าหมายของประเทศเท่ากับ 105 จุด)

เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อคณะกรรมการ และเพื่อให้การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ในปีงบประมาณ 2562 บรรลุตามวัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม จึงขอยกเลิกคำสั่งจังหวัดมหาสารคาม ที่ 5247/2561 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ประจำปีงบประมาณ 2562 โดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

## 1. คณะกรรมการอำนวยการ

- |     |   |           |
|-----|---|-----------|
| 1.1 | ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม                  | ประธาน    |
| 1.2 | รองผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม (ทั้ง 3 ท่าน) | รองประธาน |
| 1.3 | ปลัดจังหวัดมหาสารคาม                          | กรรมการ   |
| 1.4 | นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม         | กรรมการ   |
| 1.5 | นายกเหล่ากาชาดจังหวัดมหาสารคาม                | กรรมการ   |
| 1.6 | อุตสาหกรรมจังหวัดมหาสารคาม                    | กรรมการ   |

1.7	พาณิชย์จังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.8	ท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.9	ประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.10	พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.11	สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.12	ปศุสัตว์จังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.13	ศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.14	เกษตรจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.15	ประมงจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.16	นายอำเภอทุกอำเภอ	กรรมการ
1.17	อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ
1.18	อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม	กรรมการ
1.19	รองอธิการบดีสถาบันการพลศึกษา ประจำวิทยาเขตมหาสารคาม	กรรมการ
1.20	นายกเทศมนตรีเมืองมหาสารคาม	กรรมการ
1.21	ผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม	กรรมการ
1.22	ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม	กรรมการ
1.23	ผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างมหาสารคาม	กรรมการ
1.24	ประธานสภาอภัยแก่ เบิ่งแงง คนมหาสารคาม	กรรมการ
1.25	ประธานชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน	กรรมการ
1.26	คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ
1.27	คณบดีคณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ
1.28	คณบดีคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม	กรรมการ
1.29	คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ
1.30	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม	กรรมการ
1.31	ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.32	ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 26 (มหาสารคาม)	กรรมการ
1.33	ประธานสมาคมสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีประจำจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.34	นายกสโมสรไลออนส์จังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.35	นายกสโมสรโรตารีจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.36	ประธานสภาอุตสาหกรรมจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.37	ประธานหอการค้าจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.38	ประธานชมรมธนาคารจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.39	นายกสมาคมส่งเสริมผ้าไทยจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.40	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ/เลขาธิการ





2.18	อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม	กรรมการ	
2.19	รองอธิการบดีสถาบันการพลศึกษา ประจำวิทยาเขตมหาสารคาม	กรรมการ	
2.20	นายกเทศมนตรีเมืองมหาสารคาม	กรรมการ	
2.21	ผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม	กรรมการ	
2.22	ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม	กรรมการ	
2.23	ผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างมหาสารคาม	กรรมการ	
2.24	ประธานสภาอภัยแกง เบิงแงง คนสารคาม	กรรมการ	
2.25	ประธานชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน	กรรมการ	
2.26	คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ	
2.27	คณบดีคณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ	
2.28	คณบดีคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม	กรรมการ	
2.29	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ	
2.30	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม	กรรมการ	
2.31	ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ	
2.32	ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 26 (มหาสารคาม)	กรรมการ	
2.33	ประธานสมาคมสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีประจำจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ	
2.34	นายกสโมสรไลออนส์จังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ	
2.35	นายกสโมสรโรตารีจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ	
2.36	ประธานสภาอุตสาหกรรมจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ	
2.37	ประธานหอการค้าจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ	
2.38	ประธานชมรมธนาคารจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ	
2.39	นายกสมาคมส่งเสริมผ้าไทยจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ	
2.40	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม	กรรมการ	
2.41	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง	กรรมการ	
2.42	สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง	กรรมการ	
2.43	นางรุ่งทิพย์ มั่นคง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.44	นางวัฒนา นันทะแสน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.45	นายวัฒนะ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ

- 2.46 นายบุญถม ปาปะแพ เกษีกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ
- 2.47 นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/เลขานุการ
- 2.48 นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.49 นางแฉล้ม รัตนพันธ์ เกษีกรชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.50 นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.51 นางสาวจิต อินทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.52 นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.53 นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ เกษีกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.54 นางสาวสมบูรณ์ เนื่องมหา เจ้าพนักงานเภสัชชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.55 นางสาวศสยา อ่อนคำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.56 ว่าที่ รต.ศิริรัตน์ จำกฤษร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.57 นางสาวระพีพร คำเจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

### บทบาทหน้าที่

1. กำหนดแนวทางการดำเนินงาน การควบคุมกำกับและการประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0
2. กำหนดแนวทางการสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0
3. กำหนดแนวทางและการสนับสนุนการเยี่ยมเสริมพลังให้กับคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดำเนินงานไอโอดีนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0
4. นิเทศ ควบคุม กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0
5. สรุปผลการดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 และรายงานผลต่อผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม และคณะกรรมการอำนวยการทุกเดือนในการประชุมกรรมการจังหวัดมหาสารคาม

### 3. คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0 ) ระดับอำเภอ

#### 3.1 อำเภอบรบือ

- |                                      |                             |           |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| 1. นายอำเภอบรบือ                     |                             | ประธาน    |
| 2. ปลัดอำเภอ ที่ได้รับมอบหมาย        |                             | รองประธาน |
| 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ         |                             | กรรมการ   |
| 4. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรบรบือ    |                             | กรรมการ   |
| 5. เกษตรอำเภอบรบือ                   |                             | กรรมการ   |
| 6. ปศุสัตว์อำเภอบรบือ                |                             | กรรมการ   |
| 7. พัฒนาการอำเภอบรบือ                |                             | กรรมการ   |
| 8. นายทวี ละครศรี                    | ผู้แทนร้านขายยาอำเภอบรบือ   | กรรมการ   |
| 9. นายทองเตา ดอกไม้                  | ประธาน อสม. อำเภอบรบือ      | กรรมการ   |
| 10. นางสาวกาญจนา ดีจันทร์            | ประธานบทบาทสตรีอำเภอบรบือ   | กรรมการ   |
| 11. ผู้อำนวยการโรงเรียนบรบือวิทยาคาร |                             | กรรมการ   |
| 12. นายชัยสิทธิ์ เลิศวิทยากุล        | ผู้แทนผู้ประกอบการเกลือ     | กรรมการ   |
| 13. นายกันต์ เผ่าพงษ์อักษรเดช        | ประธานชมรมกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน | กรรมการ   |
| 14. นายชีวานนท์ เจริญทรัพย์ไพฑูริ    | นักจัดรายการวิทยุชุมชน      | กรรมการ   |
| 15. นายอุดม กีก้อง                   | ประธานชมรมนายก อบต.         | กรรมการ   |
| 16. นางลัดดาวัลย์ ทวดอาจ             | ผู้แทนผู้ประกอบการอาชีพ     |           |
|                                      | ด้านการแพทย์/สาธารณสุข      | กรรมการ   |
| 17. นายรุ่งเรือง เหมี่ยมสมบัติ       | ผู้ทรงคุณวุฒิ อำเภอบรบือ    | กรรมการ   |

- |                                |                                      |                          |
|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| 18. นางประเทือง เสนามาตย์      | ประธานชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ อ.บรบือ | กรรมการ                  |
| 19. สาธารณสุขอำเภอบรบือ        |                                      | กรรมการ/เลขานุการ        |
| 20. นายสนธยา บัวผาย            | ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอบรบือ           | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 21. นางเพ็ญศิริ กุลมงคลสวัสดิ์ | โรงพยาบาลบรบือ                       | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

### 3.2 อำเภอกันทรวิชัย

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| 1. นายอำเภอกันทรวิชัย   |   | ประธาน                   |
| 2. ปลัดอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง                                 |   | รองประธาน                |
| 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรวิชัย   |   | กรรมการ                  |
| 4. ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรกันทรวิชัย   |   | กรรมการ                  |
| 5. เกษตรอำเภอกันทรวิชัย   |   | กรรมการ                  |
| 6. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาออกระบบ<br>และการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอกันทรวิชัย |   | กรรมการ                  |
| 7. พัฒนาการอำเภอกันทรวิชัย  |   | กรรมการ                  |
| 8. ท้องถิ่นอำเภอกันทรวิชัย  |   | กรรมการ                  |
| 9. ปศุสัตว์อำเภอกันทรวิชัย  |   | กรรมการ                  |
| 10. นายองค์การบริหารส่วนตำบลโคกพระ  |   | กรรมการ                  |
| 11. ประธานกลุ่มสตรีแม่บ้านอำเภอกันทรวิชัย                                   |   | กรรมการ                  |
| 12. ประธานชมรม อสม.อำเภอกันทรวิชัย  |   | กรรมการ                  |
| 13. นางจันทิรา เพียรดวงษ์   | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย              | กรรมการ                  |
| 14. นายศีลธรรม รอบวงจันทร์  | ผู้แทนภาคประชาชน                              | กรรมการ                  |
| 15. สิบบเภาวิทน โชติเมืองปัก  | ผู้แทนภาคประชาชน                              | กรรมการ                  |
| 16. นายประมวล พลขำนิ  | โรงพยาบาลกันทรวิชัย                           | กรรมการ                  |
| 17. นางศิริลักษณ์ วรไวย์  | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดไผ่จ่อ          | กรรมการ                  |
| 18. นายณัฐภพ ประจักษ์กะตา   | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย              | กรรมการ                  |
| 19. นายบุรินทร์ นามโร   | สมาชิกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำเภอกันทรวิชัย | กรรมการ                  |
| 20. นายธนกร จันทาคิมบง  | ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย               | กรรมการ                  |
| 21. สาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย  |   | กรรมการ/เลขานุการ        |
| 22. นายสมทิพย์ บุญละคร  | ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย               | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

### 3.3 อำเภอขามเฒ่า

- |                                  |  |           |
|----------------------------------|--|-----------|
| 1. นายอำเภอขามเฒ่า               |  | ประธาน    |
| 2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขามเฒ่า   |  | รองประธาน |
| 3. ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรขามเฒ่า |  | กรรมการ   |
| 4. ท้องถิ่นอำเภอขามเฒ่า          |  | กรรมการ   |

5. พัฒนาการอำเภออย่างสี่สุราษฎร์		กรรมการ
6. เกษตรอำเภออย่างสี่สุราษฎร์		กรรมการ
7. ปศุสัตว์อำเภออย่างสี่สุราษฎร์		กรรมการ
8. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาจากระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภออย่างสี่สุราษฎร์		กรรมการ
9. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบ้านคู		กรรมการ
10. นางสาวหนึ่งฤทัย ยอดสะเทิน	ที่ทำการปกครองอำเภออย่างสี่สุราษฎร์	กรรมการ
11. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข	องค์การบริหารส่วนตำบลอย่างสี่สุราษฎร์	กรรมการ
12. นายธีรวัฒน์ ทุมดี	สมาชิกองค์การบริหารส่วนจังหวัด อำเภออย่างสี่สุราษฎร์	กรรมการ
13. นางสาวอัจฉรา มีดวง	โรงพยาบาลอย่างสี่สุราษฎร์	กรรมการ
14. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง		กรรมการ
15. นายพีรพล คงแสง	ผู้แทนเกษตรกร	กรรมการ
16. ประธานชมรม อสม.อำเภออย่างสี่สุราษฎร์		กรรมการ
17. นางสาวทิพาพร ยอดญาติไทย	โรงพยาบาลอย่างสี่สุราษฎร์	กรรมการ
18. กำนันตำบลดงเมือง		กรรมการ
19. สาธารณสุขอำเภออย่างสี่สุราษฎร์		กรรมการ/เลขานุการ
20. นายยุทธิชัย วรรณกิจ	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภออย่างสี่สุราษฎร์	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
21. นางอะนุตย์ ปุริสังข์	โรงพยาบาลอย่างสี่สุราษฎร์	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

### 3.4 อำเภอแกด้า

1. นายอำเภอแกด้า		ประธาน
2. ปลัดอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง		รองประธาน
3. พัฒนาการอำเภอแกด้า		กรรมการ
4. เกษตรอำเภอแกด้า		กรรมการ
5. ท้องถิ่นอำเภอแกด้า		กรรมการ
6. นายประสิทธิ์ บัวละคุณ	นายกสมาคมผู้บริหารสถานศึกษา อำเภอแกด้า	กรรมการ
7. จ.ส.อ.เกรียงไกร มุลินี	นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองกง	กรรมการ
8. ด.ต.บุญเลิศ ภูศรี	ประธานชมรมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อำเภอแกด้า	กรรมการ
9. นายแพทย์สมพงษ์ จันโหวาท	ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข	กรรมการ
10. นายชัยยุทธ์ ลามะไ	ผู้ประกอบวิชาชีพด้านเภสัชกรรม	กรรมการ
11. นางอัญชุลี ทองภูบาล	ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพและสาธารณสุข	กรรมการ
12. นางสาวธัญพร ปัฐวิกุล	ผู้จัดการโรงเรียนอนุบาลธัญพร	กรรมการ

13. นายณัฐพงษ์ เทียมเทศแก้ว	ผู้ประกอบการร้านขายยา ก.เจริญทรัพย์	กรรมการ
14. นางธัญญารัตน์ เดชศิริ	ผู้จัดการร้านแกดำการพิมพ์	กรรมการ
15. นางเด่นดวง สุกบุตรดี	ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอแกดำ	กรรมการ
16. นายสุรินทร์ บำรุงบุญ	ประธานสภาอภัยแห่งเบิ่งแงคนแกดำ	กรรมการ
17. นางละม่อม บำรุงบุญ	ประธานคณะกรรมการพัฒนาสตรีอำเภอแกดำ	กรรมการ
18. นายทองม้วน จันทะนตรี	ประธานชมรม อสม. อำเภอแกดำ	กรรมการ
19. นายธเนศ ภูสีฤทธิ์	ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอแกดำ	กรรมการ
20. ร.ต.ท.วัลลภ ศรีบุญเรือง	ประธานเครือข่ายกองทุนหมู่บ้าน อำเภอแกดำ	กรรมการ
21. นายเฉลิมชัย เชียงพุก	ผู้ประสานงานกองทุนสวัสดิการชุมชน อำเภอแกดำ	กรรมการ
22. สาธารณสุขอำเภอแกดำ		กรรมการ/เลขานุการ
23. นายมาวิน ทับแสง	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอแกดำ	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

### 3.5 อำเภอโกสุมพิสัย

1. นายอำเภอโกสุมพิสัย		ประธาน
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย		กรรมการ
3. ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรโกสุมพิสัย		กรรมการ
4. พัฒนาการอำเภอโกสุมพิสัย		กรรมการ
5. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา มหาสารคาม เขต 3		กรรมการ
6. ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน		กรรมการ
7. ประธานชมรมนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		กรรมการ
8. เกษัชกรศุภกิจ ประทีปวงรัตน์		กรรมการ
9. นายณัฐวุฒิ มาสาซ้าย	ผู้ประกอบการคลินิกหมอณัฐวุฒิ	กรรมการ
10. ผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร	โรงงานน้ำตาลวังขนาย	กรรมการ
11. นายพรชัย สัจจงพงษ์	รองประธานหอการค้าจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
12. ผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมวัดกลาง		กรรมการ
13. ประธานชมรมตลาดสดอำเภอโกสุมพิสัย		กรรมการ
14. นายจำเนียร บุตรตะโคตร	ผู้แทนสื่อมวลชน	กรรมการ
15. ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอโกสุมพิสัย		กรรมการ
16. ประธานชมรม อสม.อำเภอโกสุมพิสัย		กรรมการ
17. ประธานเครือข่ายกองทุนหมู่บ้านอำเภอโกสุมพิสัย		กรรมการ
18. ประธานกลุ่มสตรีอำเภอโกสุมพิสัย		กรรมการ
19. ประธานชมรมจักรยานอำเภอโกสุมพิสัย		กรรมการ
20. ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอโกสุมพิสัย		กรรมการ
21. สาธารณสุขอำเภอโกสุมพิสัย		กรรมการ/เลขานุการ

### 3.6 อำเภอลำดวน

1. นายอำเภอลำดวน		ประธาน
2. ปลัดอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง		รองประธาน
3. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรลำดวน		รองประธาน
4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำดวน		รองประธาน
5. พัฒนาการอำเภอลำดวน		กรรมการ
6. ท้องถิ่นอำเภอลำดวน		กรรมการ
7. เกษตรอำเภอลำดวน		กรรมการ
8. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอลำดวน		กรรมการ
9. ประธานคณะกรรมการพัฒนาบทบาทสตรีลำดวน		กรรมการ
10. ประธานคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพการศึกษาอำเภอลำดวน		กรรมการ
11. ประธานเครือข่ายจิตอาสาประชารัฐอำเภอลำดวน		กรรมการ
12. ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอลำดวน		กรรมการ
13. นายกเทศมนตรีตำบลกุตปลาตุก		กรรมการ
14. นายกเทศมนตรีตำบลหนองกุ้ง		กรรมการ
15. ผู้จัดการแผนกบุคคล บริษัทขอนแก่นแหวน จำกัด สาขาลำดวน		กรรมการ
16. ประธานสภาอภัยแก่เป็งแกงคนลำดวน		กรรมการ
17. นายองค์การบริหารส่วนตำบลลำดวน		กรรมการ
18. นายแพทย์ นาคแย้ม	ผู้แทนสื่อสารมวลชนอำเภอลำดวน	กรรมการ
19. นางเบญจวรรณ คำสา	ผู้จัดการร้านศิริมาก่อสร้าง	กรรมการ
20. นางสาวศุภมาลลักษณ์ สุรภักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
21. สาธารณสุขอำเภอลำดวน		กรรมการ/เลขานุการ
22. นายสุชสรณ์ ศรีกงพลี	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอลำดวน	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

### 3.7 อำเภอนาดูน

1. นายอำเภอนาดูน		ประธาน
2. ปลัดอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง		รองประธาน
3. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรนาดูน		กรรมการ
4. นายมาริชญา พิทักษ์ธรรม	ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม	กรรมการ
5. พัฒนาการอำเภอนาดูน		กรรมการ
6. ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอนาดูน		กรรมการ
7. ครูใหญ่โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลนาดูน		กรรมการ
8. ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลจัมปาศรี		กรรมการ
9. นายกเทศมนตรีตำบลนาดูน		กรรมการ
10. นายสมรรถ ดำเนตร	ตัวแทนกลุ่มโคขุน	กรรมการ
11. นายสุวรรณ์ สุรแสง	ตัวแทนเครือข่ายเกษตรยั่งยืน	กรรมการ
12. นายวิศรุต ศรีสว่าง	ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์แผนไทย	กรรมการ

13. กำนันตำบลดงควน		กรรมการ
14. นายสุรพงษ์ เฟ็งจันดา	ตัวแทนกลุ่มนาแปลงใหญ่ตำบลพระธาตุ	กรรมการ
15. นายปรีชา ยะธา	ตัวแทนกลุ่มผลิตข้าวพันธุ์ดีตำบลดงบัง	กรรมการ
16. นางบุญลวด บัวศรี	ประธานเครือข่ายโอท็อปอำเภอนาดูน	กรรมการ
17. นายประยงค์ ตันเล	ผู้ผลิตและแปรรูปสมุนไพรตำบลหึ่งดง	กรรมการ
18. ประธาน ชมรม อสม.อำเภอนาดูน		กรรมการ
19. นายสมัย ทองพูล	ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุข	กรรมการ
20. นางจรรยา สีกิ่งพลี	ตัวแทนผู้ประกอบการโรงแรม	กรรมการ
21. สาธารณสุขอำเภอนาดูน		กรรมการ/เลขานุการ

### 3.8 อำเภอภูดั่ง

1. นายอำเภอภูดั่ง		ประธาน
2. ปลัดอาวุโสอำเภอภูดั่ง		รองประธาน
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูดั่ง		รองประธาน
4. ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรภูดั่ง		กรรมการ
5. พัฒนาการอำเภอภูดั่ง		กรรมการ
6. ท้องถิ่นอำเภอภูดั่ง		กรรมการ
7. เกษตรอำเภอภูดั่ง		กรรมการ
8. ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรอำเภอภูดั่ง		กรรมการ
9. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลภูดั่ง		กรรมการ
10. ผู้อำนวยการโรงเรียนนาโพธิ์พิทยาสรรค์		กรรมการ
11. นายธนวัฒน์ เป็กดี	ผู้แทนภาคประชาชน	กรรมการ
12. นางณัฐราพร ดวงอ่อนาม	ผู้แทนภาคประชาชน	กรรมการ
13. ประธานสตรีอำเภอภูดั่ง		กรรมการ
14. นายนิกุล แคนยา	ประธานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	กรรมการ
15. ประธานศูนย์การศึกษาสร้อยดอกหมาก		กรรมการ
16. นางสาวบัวบาน ทัพสุริย์	ผู้จัดการแผนกบุคคล บริษัทมหาสารคาม เบเวอเรจ	กรรมการ
17. ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอภูดั่ง		กรรมการ
18. นางสาวเสาวภา หมื่นแก้ว	ผู้แทนกลุ่มอาชีพอิสระ	กรรมการ
19. ประธาน ชมรม อสม.อำเภอภูดั่ง		กรรมการ
20. สาธารณสุขอำเภอภูดั่ง		กรรมการ/เลขานุการ
21. นายปรีชา ศรีน้อยขาว	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภออำเภอภูดั่ง	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ



### 3.9 อำเภอนาเชือก

1. นายอำเภอนาเชือก	ประธาน
2. ท้องถิ่นอำเภอนาเชือก	รองประธาน
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเชือก	กรรมการ
4. เกษตรอำเภอนาเชือก	กรรมการ
5. พัฒนาการอำเภอนาเชือก	กรรมการ
6. ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ทุกแห่ง	กรรมการ
7. ผู้อำนวยการโรงเรียนเทศบาลนาเชือก	กรรมการ
8. ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านห้วยหิน	กรรมการ
9. ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านหนองเลา-เหล่าอีหมัน	กรรมการ
10. ประธานชมรม อสม. อำเภอนาเชือก	กรรมการ
11. ประธานชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	กรรมการ
12. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง	กรรมการ
13. นายชัชวาล โสตาภักดิ์      โรงพยาบาลนาเชือก	กรรมการ
14. นางโชติกา บำรุง      โรงพยาบาลนาเชือก	กรรมการ
15. นางระดา พันธุ์เชื้อ      โรงพยาบาลนาเชือก	กรรมการ
16. สาธารณสุขอำเภอนาเชือก	กรรมการ/เลขานุการ
17. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอนาเชือก	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
18. นางวันเพ็ญ ปะจิเก      สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
19. นางปิยะนันท์ ศิริยะ      สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

### 3.10 อำเภอเชียงยืน

1. นายอำเภอเชียงยืน	ประธาน
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงยืน	รองประธาน
3. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรเชียงยืน	รองประธาน
4. พัฒนาการอำเภอเชียงยืน	กรรมการ
5. ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอเชียงยืน	กรรมการ
6. นายกเทศมนตรีตำบลเชียงยืนอำเภอเชียงยืน	กรรมการ
7. เกษตรอำเภอเชียงยืน	กรรมการ
8. ผู้อำนวยการโรงเรียนจอนวิทยกุล	กรรมการ
9. ผู้จัดการห้างโลตัสอำเภอเชียงยืน	กรรมการ
10. ประธานกรรมการตลาด อำเภอเชียงยืน	กรรมการ
11. นางประยูร นาเมืองรักษ์      ผู้แทนสถานีวิทยุชุมชน	กรรมการ
12. นายแพทย์วีรยุทธ แคนสีแก้ว      ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน	กรรมการ
13. ประธานชมรมกีฬา อำเภอเชียงยืน	กรรมการ

14. ประธานกลุ่มพัฒนาบทบาทสตรีอำเภอเชียงยืน	กรรมการ
15. ประธานกลุ่มอาสาพัฒนาชุมชนอำเภอเชียงยืน	กรรมการ
16. ประธานสภาอภัยแกงอำเภอเชียงยืน	กรรมการ
17. ประธานชมรมหม้อพื้นบ้านอำเภอเชียงยืน	กรรมการ
18. นายกิติเดช ศรีเนตรพัฒน์      ปรากฏชาวบ้าน	กรรมการ
19. ประธานกองทุนหมู่บ้านอำเภอเชียงยืน	กรรมการ
20. สาธารณสุขอำเภอเชียงยืน	กรรมการ/เลขานุการ
21. ประธาน ชมรม อสม.อำเภอเชียงยืน	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

### 3.11 อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย

1. นายอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	ประธาน
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย	รองประธาน
3. พัฒนาการอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ
4. ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ
5. นายกสมาคมผู้บริหารสถานศึกษาอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ
6. ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลเอี่ยมสุข อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ
7. นายไพฑูรย์ วิบูลย์วิริยะสกุล      ประธานชมรมพ่อค้า(ร้านเพิ่มพูนพานิช)	กรรมการ
8. นายอภิยุทธ ตาราไต      ร้านเพียวเกสส์	กรรมการ
9. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเวียงชัย	กรรมการ
10. กำนันตำบลปะหลาน	กรรมการ
11. นายสมบัติ ทองไกรรัตน์      ผู้จัดการ หจก.สมบัติบริการ	กรรมการ
12. แพทย์หญิงนิตยา บุราณรักษ์      ผู้แทนคลินิก	กรรมการ
13. นายบุญจันทร์ ศรีสมยา      สถานีวิทยุกระจายเสียง 89 ชุบเปอร์เรดิโอ	กรรมการ
14. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนม่วง	กรรมการ
15. พระมหาประภิต ฐิตญาโน      รองเจ้าคณะอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ
16. ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ
17. ประธานชมรม อสม.อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ
18. ประธานหน่วยความศาลแขวงพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ
19. ประธานกลุ่มสตรีศรีพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ
20. สาธารณสุขอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ/เลขานุการ
21. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

### 3.12 อำเภอวาปีปทุม

1. นายอำเภอวาปีปทุม	ประธาน
2. ปลัดอำเภอ ที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการ
3. นายกเทศมนตรีตำบลวาปีปทุม	กรรมการ

4. ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอวาปีปทุม		กรรมการ
5. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม		กรรมการ
6. พัฒนาการอำเภอวาปีปทุม		กรรมการ
7. ผู้อำนวยการโรงเรียนวาปีปทุม		กรรมการ
8. ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรวาปีปทุม		กรรมการ
9. เกษตรอำเภอวาปีปทุม		กรรมการ
10. ปศุสัตว์อำเภอวาปีปทุม		กรรมการ
11. นายอุดร พรหมลี	ผู้แทนภาคประชาชน	กรรมการ
12. ประธาน อสม.อำเภอวาปีปทุม		กรรมการ
13. นายกสมาคมผู้พิการอำเภอวาปีปทุม		กรรมการ
14. ประธานสภาตรีอำเภอวาปีปทุม		กรรมการ
15. ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอวาปีปทุม		กรรมการ
16. นางถนิมภรณ์ สังขเภท	ผู้แทนวิชาชีพ	กรรมการ
17. นายสมบัติ มุลหนองแขง	ผู้แทนวิชาชีพ	กรรมการ
18. นายสุรศักดิ์ บุรีมาตร	ผู้แทนวิชาชีพ	กรรมการ
19. แพทย์หญิงเบญจพร อินทรกรอุดม	ผู้แทนวิชาชีพ	กรรมการ
20. นายพิชัย ชุบสุวรรณ	ผู้แทนวิชาชีพ	กรรมการ
21. สาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม		กรรมการ/เลขานุการ

### 3.13 อำเภอเมืองมหาสารคาม

1. นายอำเภอเมืองมหาสารคาม		ประธาน
2. รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ	โรงพยาบาลมหาสารคาม	รองประธาน
3. นายวรพงษ์ วรเชษฐ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รองประธาน
4. ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรเมืองมหาสารคาม		กรรมการ
5. ปลัดอำเภอ ที่ได้รับมอบหมาย		กรรมการ
6. นางสาวเบญจวรรณ ธรรมปัญญาวัฒน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
7. นางสาววรกุล ลัญจกรสิริพันธ์	นายแพทย์ปฏิบัติการ	กรรมการ
8. นายสรฤทธิ์ อังวรานนท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
9. ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองมหาสารคาม		กรรมการ
10. นายเฒ่าชิต เหล่าสุวรรณ	นายกสมาคมชาวมหาสารคาม	กรรมการ
11. นายศักดิ์เจริญ ภาภูตานนท์	ภาคีเครือข่ายฮักแพงเป็งเงงคนสารคาม	กรรมการ
12. นายบุญเลิศ สดสุขชาติ	สื่อมวลชน	กรรมการ
13. นางสาวปราณี คำศิริรักษ์	ข้าราชการบำนาญ	กรรมการ
14. นางสาวยุพิน สาศิริ	ประธาน อสม.อำเภอเมืองมหาสารคาม	กรรมการ
15. นายสมพงษ์ พวงเวียง	กรรมการผู้จัดการ บริษัทโสมภาส เอ็นจีเนียริง จำกัด	กรรมการ
16. ประธานชมรมนายกองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม		กรรมการ

17. นายมณี ธีร์วัชรกร	รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขวา	กรรมการ
18. นายปราโมทย์ วัฒนะ	นักวิชาการเกษตรสำนักงานเกษตรจังหวัด	กรรมการ
19. นายदनัย เพชรสังหาร	ผู้ประสานงานองค์กรภาคประชาสังคม	กรรมการ
20. นางสาวทรศตวรรณ เดชมมาลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
21. ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองฯ		กรรมการ
22. นางสิริสม ภัทรพงศ์สินธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
23. นางรำไพ เกตุจิระโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
24. นางศิริพร พรแสน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
25. นางสาวสมทรง บุตรตะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
26. นางวรลักษณ์ พรหมรินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
27. นางพิมพ์นุ ศิริกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
28. นายเอกพงษ์ เงินขาว	นักกิจกรรมบำบัด	กรรมการ
29. นางสาวศุภลักษณ์ จันทหาญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
30. นางธัญญธร วัฒนามัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
31. สาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม		กรรมการและเลขานุการ
32. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม		กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
33. นางวิศรดา ตีเมืองซ้าย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
34. นางสาวชนิดา ทวีการณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
35. นางสุนันต์ทา พิรุน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
36. นางวัฒนา สว่างศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

### บทบาทหน้าที่

1. ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 สู่การปฏิบัติในระดับอำเภอ-ตำบล
2. สนับสนุนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ในระดับอำเภอและระดับตำบล
3. เยี่ยมเสริมพลังให้กับคณะกรรมการดำเนินงานระดับตำบล/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลในการดำเนินงานไอโอดีนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0
4. นิเทศ ควบคุม กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระดับอำเภอและระดับตำบลในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0
5. สรุปผลการดำเนินงานของระดับอำเภอในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 และรายงานผลต่อผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคามทุกเดือนผ่านระบบ Cockpit การขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

เกียรติศักดิ์ จันทรา  
(นายเกียรติศักดิ์ จันทรา)  
ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม  
18 กุมภาพันธ์ 2562

## Original Article

## นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน  
ตำบลบางชะแยง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานีThe Effectiveness of Health Behavior Program Promoting health behaviors of patients with  
diabetes in BangKhaYaeng district. Amphoe Muang Pathum Thani Provinceสมคิด ปานบุญ\*  
Somkid Panbun\*

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลบางชะแยง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังและการดูแลตนเองของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน แบบวัดคุณภาพชีวิต เจาะเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และความยาวรอบเอวก่อนและหลังการทดลองและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.0 มีอายุเฉลี่ย 62.56 ปี อาชีพงานบ้าน/แม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 62.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 21,480 บาท ญาติสายตรงมีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 98.0 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.0 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.0 ดื่มน้ำกาแฟ ร้อยละ 54.0 ได้แก่ กาแฟ 3 in 1 ร้อยละ 55.6 ปฏิเสธการแพ้ยาร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 57.5 รองลงมาป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน เฉลี่ย 9.12 ปี ปรงอาหารตนเอง ร้อยละ 86.0 ภายหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานและคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ค่าดัชนีมวลกาย และความยาวรอบเอวลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ น่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

\* นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางชะแยง

\* Public Health Technical Officer Health Promotion Hospital BangKhaYaeng Distric

## Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the Effectiveness of Health Behavior Program Promoting health behaviors of patients with diabetes in BangKhaYaeng district. Amphoe Muang Pathum Thani Province. Empowerment theory and self care theory of Orem were applied. The subjects were non insulin dependent diabetes mellitus patients with government officer privilege. The total of 50 patients was included by purposive sampling. Before and after the experiment, the self-administered questionnaires were applied to assess the self care behaviors for controlling diabetes mellitus and their life qualities. The fasting blood sugars were collected. The body mass indices and the waist circumferences were also measured. The data was analyzed by computer program in percentage, means, standard deviations and t-test.

The results revealed that most of the samples were female (76.0%), mean aged 62.56 years, Home/ housewife/ housekeeper (62.0%), Average monthly income 21,480 baht, No smoke (90.0%), No drink (90.0%), Drink coffee (54.0%), 3 in 1 coffee (55.6%), Drug allergy (100.0%), Most are diagnosed by a doctor Diabetes (57.5%) Diabetes mellitus lasts an average of 9.12 years. Cook (86.0%). After receiving the program, they improved self-care behaviors for controlling diabetes mellitus and life qualities significantly. The fasting blood sugars were also decreased significantly. The body mass indices and the waist circumferences were decreased but not significant at  $p < 0.05$ . In conclusion, this health behavior change program for self-care reinforcement could be applied to the diabetes mellitus patients effectively.

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลกโดยอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ 42 จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 20 -79 ปี ทั่วโลก มีจำนวน 285 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 438 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 ในจำนวนนี้ประมาณ 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชีย เฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเพิ่มขึ้นจาก 58.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 เป็น 101 ล้านคนในปี พ.ศ. 2557 สำหรับในประเทศไทย พบความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 9.6 และสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อปี 2549 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 643,522 ราย ใน 48 จังหวัด เมื่อ พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 757,031 ราย และมีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเพียงจำนวน 142,058 ราย เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้<sup>(1)</sup> โรคเบาหวานจึงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั้งระดับประเทศและระดับโลก เนื่องจากมีผลกระทบในระดับโลกทั้งต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สถานะของผู้ป่วย และเศรษฐกิจของประเทศ และข้อมูลผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชน ครั้งที่ 5 ระหว่างปี 2557 - 2558 พบว่า ภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดทุกกลุ่มวัย จากร้อยละ 34.7 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 37.5 ในปี 2558 เพศชายเพิ่มจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 32.9 เพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 40.7 เป็นร้อยละ 41.8 ซึ่งปัจจุบันคนไทยมีภาวะอ้วนถึง 19 ล้านคน ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 (พ.ศ. 2552) เป็นร้อยละ 8.9 (พ.ศ. 2558) โดยประเทศไทยมีคนที่เป็นเบาหวานถึง 4 ล้านคน ที่น่าเป็นห่วงคือพบกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานโดยไม่รู้ตัวอีกถึง 7.7 ล้าน

คน กลุ่มหลังหมายถึง ร้อยละ 5-10 ต่อปี จะเป็นเบาหวานหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพรวมถึงหากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาได้จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาล จึงจำเป็นต้องรวมพลังของทั้งสังคมในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตที่พอเพียงจากการบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม<sup>(2)</sup>

จังหวัดปทุมธานี โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญลำดับที่ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง โดยมีอัตราป่วย 692.3 ต่อแสนประชากร และมีอัตราตาย 7.42 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีสาเหตุจากโรคแทรกซ้อนเป็นส่วนใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางชะแยง มีสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ปี 2555-2559 จำนวน 317, 326, 355, 394 และ 437 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี<sup>(3)</sup>

สำหรับแนวทางการรักษาเบาหวานขณะนี้ ประเทศไทยมีการปรับปรุงตามเกณฑ์หลายๆ เกณฑ์ คือ การเตรียมทีมสหวิชาชีพที่ทำงานเชิงรุกเพื่อป้องกันก่อนเกิดปัญหารุนแรง มาตรฐานการในองค์ประกอบของ Chronic Care Model คือ การบริหารจัดการการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนให้การดำเนินงานช่วยคนไทยห่างไกลโรคให้บรรลุผลสำเร็จ ทั้งนี้โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยการเรียนรู้เรื่องโรคและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ทั้งยังเป็นการป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานได้เป็นอย่างดี<sup>(4)</sup> ซึ่งในเรื่องนี้ จำเป็นต้องให้ประชาชนเห็นคุณค่าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุด



อย่างไรก็ตามการที่จะทำให้ความตระหนักนี้  
นำไปสู่ผลทางการปฏิบัติ จำเป็นต้องอาศัยปัจจัย  
อีกหลายอย่าง เช่น สถานที่ แหล่งความรู้ การทำ  
กิจกรรม การสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้  
ประสบการณ์ ร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานอื่น ซึ่งจะ  
ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกว่าคุณไม่ผิดแปลกไป  
จากผู้อื่นในสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจเป็น  
การสร้างพลังให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถ  
ของตนเอง และทำให้มีความพยายามในการ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น จากแนวคิด  
ดังกล่าวผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม  
การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้  
กระบวนการสร้างพลังร่วมกับแนวคิดการดูแล  
ตนเองกระบวนการกลุ่ม เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพใน  
การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วย  
เบาหวานในการศึกษาครั้งนี้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม  
การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย  
เบาหวานตำบลบางชะแยง อำเภอมืองปทุมธานี  
จังหวัดปทุมธานี

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของ  
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อ  
ควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของ  
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการ  
ทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของ  
คะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวล  
กาย (BMI) และความยาวรอบเอวก่อนและหลัง  
การทดลอง

### วิธีการดำเนินการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วย  
เบาหวานที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบางชะแยง อำเภอมือง จังหวัด  
ปทุมธานี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง  
เดือน ธันวาคม 2561 จำนวน 50 คน ในงานวิจัย  
นี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่  
ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นระยะเวลาอย่าง  
น้อย 1 ปี
2. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สมัคร  
ใจให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลา  
ที่ศึกษา
3. มีการรับรู้เกี่ยวกับ เวลา สถานที่  
บุคคล เป็นปกติ

#### เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจาก

#### โครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอาการภาวะแทรกซ้อน  
ระหว่างวิจัย
2. ผู้ที่เสียชีวิตช่วงวิจัย
3. ผู้ที่ไม่สมัครใจ ขอดถอนตัว  
ระหว่างดำเนินการวิจัย

#### เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา

#### (Discontinuation criteria)

1. ย้ายสถานที่รักษาพยาบาล /ย้าย  
ที่อยู่ /ไม่สามารถติดตามได้
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยในโครงการ  
คงเหลือน้อยกว่า ร้อยละ 50

### วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง  
(Quasi- Experimental Research) ดำเนินการ  
ทดลองตามแบบแผนการวิจัย One Group  
Pretest-Posttest Design คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง  
ด้วยวิธีแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยเบาหวาน  
ที่มารับการที่ รพ.สต.บางชะแยงฯ จำนวน 50  
คน ระยะเวลาระหว่างเดือน1 กรกฎาคม 2561  
ถึงเดือนธันวาคม 2561

### เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม แนวคิดการสร้างพลังและกระบวนการกลุ่มมาดำเนินกิจกรรม การให้ความรู้สุขภาพแบบองค์รวม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การระดมสมองตามกระบวนการเสริมพลัง การสาธิตการปรุงอาหารสุขภาพ และการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย เช่น แอโรบิก ไม้พลอง

2) เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน<sup>(5)</sup> แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ<sup>(6)</sup> นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะคล้ายกันที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเตือ อำเภอมือทอง

### สรุปผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	12	24.0
หญิง	38	76.0
$\bar{x}$ = 62.56 ปี S.D. = 8.74 min = 41 max = 86		
<b>อายุ (ปี)</b>		
น้อยกว่า 40 ปี	1	2.0
40-49 ปี	3	6.0
50 -59ปี	9	18.0
60-69 ปี	28	56.0
70 ปีขึ้นไป	9	18.0
<b>อาชีพ</b>		
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์	1	2.0

จังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ วัฒนธรรมประเพณี และลักษณะการดำเนินงานทางการแพทย์และสาธารณสุข คล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร และไม่ใช้กลุ่มเป้าหมาย จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ 0.95 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 เดือน นำเสนอข้อมูลที่รวบรวมมาได้ด้วยสถิติหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน dependent t-test

### การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เลขที่การรับรอง PPHO-REC 2561/022 ลงวันที่ 5 กันยายน 2561

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=50) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้างทั่วไป	7	14.0
ทำงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	1	2.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	16.0
งานบ้าน/แม่บ้าน/พ่อบ้าน	31	62.0
ว่างงาน	2	4.0
<b>รายได้ต่อเดือน (บาท)</b>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	7	14.0
5,001-10,000 บาท	7	14.0
10,001-15,000 บาท	10	20.0
15,001 – 20,000 บาท	8	16.0
มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป	18	36.0
( $\bar{x}$ = 21,480 บาท S.D.= 18,087 min=2,000 บาท max=100,000 บาท )		
<b>ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรง</b>		
ไม่มี	1	2.0
มีโรคประจำตัว	49	98.0
<b>รวม</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.0 มีอายุเฉลี่ย 62.56 ปี อาชีพงานบ้าน/แม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 62.0

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 21,480 บาท ญาติสายตรง มีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 98.0

**ตารางที่ 2** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n=50)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบบุหรี่	45	90.0
สูบบุหรี่	2	4.0
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	3	6.0
<b>การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง</b>		
ไม่ดื่ม	45	90.0
ดื่ม	5	10.0
<b>การดื่มกาแฟ</b>		
ไม่ดื่ม	23	46.0
ดื่ม	27	54.0

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n=50) (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของกาแฟที่ดื่ม (n= 27 คน )		
กาแฟโบราณ	1	3.7
กาแฟดำไม่ใส่น้ำตาล	4	14.8
กาแฟดำใส่น้ำตาล	6	22.2
กาแฟ 3 in 1	15	55.6
กาแฟสด	1	3.7
ประวัติการแพ้ยาล		
ปฏิเสธการแพ้ยาล	50	100.0
การวินิจฉัยโรคของแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เบาหวาน	50	57.5
ความดันโลหิตสูง	34	39.1
ไขมันในเลือดสูง	3	3.4
ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน		
ต่ำกว่า 5 ปี	23	46.0
5-10 ปี	12	24.0
11-30 ปี	15	30.0
ค่าเฉลี่ย 9.12 ปี S.D 7.67 (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด30ปี )		
การปรุงอาหารที่รับประทานในครอบครัว		
ซื้ออาหารกล่อง	7	14.0
ปรุงอาหารทานเอง	43	86.0
<b>รวม</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.0 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.0 ดื่มกาแฟ ร้อยละ 54.0 ได้แก่ กาแฟ 3 in 1 ร้อยละ 55.6 ปฏิเสธการแพ้ยาล ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 57.5 รองลงมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.1 ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน เฉลี่ย 9.12 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 30 ปี และในครอบครัวส่วนใหญ่ ปรุงอาหารทานเอง ร้อยละ 86.0

## 2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
ด้านการควบคุมอาหาร	2.89	.83	3.16	.87
ด้านการใช้ยา	3.39	.90	3.65	.67
ด้านการออกกำลังกาย	2.62	.65	2.99	1.05
ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป	3.13	.77	3.70	.93
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.19	.51	3.30	.71
<b>รวมทุกด้าน</b>	<b>3.04</b>	<b>.76</b>	<b>3.36</b>	<b>.82</b>

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างรายด้านและโดยรวมทุกด้านของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 3.04$  S.D. = .76) หลังการทดลอง พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้าน

การใช้ยาและด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับดีเป็นระดับดีมาก สำหรับด้านการใช้ยา ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการควบคุมอาหารและด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นก่อนการทดลองทุกด้าน ( $\bar{x} = 3.36$  S.D. = .82)

## 3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง (n=50)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.7	2.24	32.9	2.11
ด้านสุขภาพกาย	22.2	2.85	29.3	3.05
ด้านจิตใจ	21.7	3.18	25.7	1.25
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.3	1.96	13.1	1.16
<b>ภาพรวมทุกด้าน</b>	<b>83.9</b>	<b>9.65</b>	<b>101.0</b>	<b>8.14</b>

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง คุณภาพชีวิตรายด้านและภาพรวมทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 83.9$  S.D. = 9.65) หลังการทดลอง คุณภาพชีวิต

โดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับดี ( $\bar{x} = 101.0$  S.D. = 8.14)

4. การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ผลการวัดรอบเอวและภาวะแทรกซ้อนทางไตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง  
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง  
(n=50)

ระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)</b>				
1 น้อยกว่า 125 มก./ดล. (ดี)	12	24.0	17	34.0
2 125- 154 มก./ดล. (พอใช้)	14	28.0	16	32.0
3 155- 182 มก./ดล. (ต้องปรับปรุง)	12	24.0	17	34.0
4 มากกว่า 183 มก./ดล. (ต้องปรับปรุงอย่าง เร่งด่วน)	12	24.0	0	0.0
<b>ระดับค่าน้ำตาลย้อนหลัง (HbA1C)</b>				
1 ระดับ HbA1C น้อยกว่า 7 (ดี)	20	40.0	24	48.0
2 ระดับ HbA1C 7-7.9 (พอใช้)	9	18.0	8	16.0
3 ระดับ HbA1C มากกว่า 8 ขึ้นไป (ต้องปรับปรุง)	21	42.0	18	36.0
<b>รวม</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 28.0 รองลงมาอยู่ในระดับดี, ระดับต้องปรับปรุง และระดับต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วนเท่ากัน ร้อยละ 24.0 สำหรับ ระดับค่าน้ำตาลย้อนหลัง พบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.0 รองลงมาอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 42.0 หลังการทดลอง กลุ่ม

ตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 34.0 ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.0 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 34.0 สำหรับระดับค่าน้ำตาลย้อนหลัง พบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.0 รองลงมาอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 36.0 ระดับพอใช้ ร้อยละ 16.0 ในส่วนกลุ่มที่ต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วน ร้อยละ 0.0

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับดัชนีมวลกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปกติ/สุขภาพดี ( 18.50-22.9)	16	32.0	21	42.0
ระดับท้วม (23.0-24.9)	22	44.0	19	38.0
ระดับอ้วน ( 25.0-29.9 )	7	14.0	5	10.0

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

ระดับดัชนีมวลกาย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับอ้วนมาก (มากกว่า 30 )	5	10.0	5	10.0
<b>รวม</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 6 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายระดับท้วม ร้อยละ 44.0 รองลงมา มีค่าดัชนีมวลกายระดับปกติ ร้อยละ 32.0 และค่าดัชนีมวลกายระดับอ้วนและอ้วนมาก ร้อยละ 14.0 และ 10.0

ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายระดับปกติ ร้อยละ 42.0 รองลงมา มีค่าดัชนีมวลกายระดับท้วม ร้อยละ 38.0 และดัชนีมวลกายระดับอ้วนและอ้วนมาก เท่ากัน ร้อยละ 10.0

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและระดับเส้นวัดรอบเอว ก่อนและหลังการทดลอง (n=50)

เพศ	ระดับเส้นวัดรอบเอว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	น้อยกว่า 90 เซนติเมตร	7	58.3	7	58.3
	เท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตร	5	41.7	5	41.7
หญิง	น้อยกว่า 80 เซนติเมตร	6	15.8	10	26.3
	เท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตร	32	84.2	28	73.7

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนการทดลอง พบว่า เพศชาย มีเส้นรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 41.7 สำหรับเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 84.2 หลังการทดลอง พบว่า เพศชายมี

เส้นรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตร เท่าเดิม ร้อยละ 41.7 เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตรลดลงเหลือ ร้อยละ 73.7

**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะภาวะแทรกซ้อนทางไต ก่อนและหลังการทดลอง (n=50)

ภาวะแทรกซ้อนทางไต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะของโรคไตเรื้อรัง (eGFR (มล./นาที/1.73 ตรม.)				
ระยะที่ 1 ปกติ (90 )	27	54.0	25	50.0
ระยะที่ 2 ลดลงเล็กน้อย (60-89)	12	24.0	17	34.0
ระยะที่ 3a ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง (45-59)	5	10.0	6	12.0
ระยะที่ 3b ลดลงปานกลางถึงมาก (30-44)	0	0.0	0	0.0
ระยะที่ 4 ลดลงมาก (15-29)	5	10.0	1	2.0
ระยะที่ 5 ไตวายระยะสุดท้าย (15)	1	2.0	1	2.0
<b>รวม</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ปกติ ร้อยละ 54.0 รองลงมาอยู่ในระยะลดลงเล็กน้อย ร้อยละ 24.0 และระยะลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง/ลดลงมาก เท่ากัน ร้อยละ 10.0 หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะ

ของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ปกติ ร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ในระยะลดลงเล็กน้อยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.0 และระยะลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 12.0 ระยะลดลงมากจากเดิม ร้อยละ 10.0 เหลือเพียง ร้อยละ 2.0

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน, คุณภาพชีวิต, ระดับน้ำตาลในเลือด, เส้นรอบเอว ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน	n	$\bar{x}$	S.D.	df	t-value	p-value
ก่อนการทดลอง	50	3.03	.31			
หลังการทดลอง	50	3.55	.41	88	3.02	.003*

\* p < .05

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง เท่ากับ 3.03 (S.D. = .31) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุม

โรคเบาหวานหลังการทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 3.55 (S.D. = .41) แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น



เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที่พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างหลังการ

ทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 3.02, df = 88, p < .05$ )

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	n	$\bar{x}$	S.D.	df	t-value	p-value
ก่อนการทดลอง	50	83.51	10.62			
หลังการทดลอง	50	97.60	8.14	88	1.83	.007 *

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองเท่ากับ 83.51 (S.D. = 10.62) และค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองเท่ากับ 97.60 (S.D. = 8.14) แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น

เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที่พบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 1.83, df = 88, p < .05$ )

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับดัชนีมวลกาย ( BMI ) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ระดับ BMI	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t-value	p-value
ก่อนการทดลอง	50	30.03	5.22			
หลังการทดลอง	50	29.22	5.36	88	.729	.468

\* $p > .05$

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองเท่ากับ 30.03 (S.D. = 5.22) และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับดัชนีมวลกายหลังการทดลองเท่ากับ 29.22 (S.D. = 5.36) แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับดัชนีมวลกายหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างลดลง

และเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที่พบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 7.29, df = 88, p > .05$ )

**ตารางที่ 12** เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลในเลือด	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t-value	p-value
ก่อนการทดลอง	50	156.71	50.34	88	2.34	.021*
หลังการทดลอง	50	132.42	47.9			

\* p <.05

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง เท่ากับ 156.71 (S.D. = 50.34) และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองเท่ากับ 132.42 (S.D. = 47.9) แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างลดลง

เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที พบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.34$ ,  $df = 88$ ,  $p < .05$ )

**ตารางที่ 13** เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับเส้นรอบเอว	n	$\bar{X}$	S.D.	df	t-value	p-value
ก่อนการทดลอง	50	97.84	10.65	88	1.345	.182
หลังการทดลอง	50	94.80	10.82			

\*p >.05

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง เท่ากับ 97.84 (S.D. = 10.65) และค่าคะแนนเฉลี่ยระดับเส้นรอบเอวหลังการทดลองเท่ากับ 94.80 (S.D. = 10.82) แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับเส้นรอบเอวหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างลดลง

เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที พบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 1.345$ ,  $df = 88$ ,  $p > .05$ )

#### อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งให้ผู้ป่วยที่ผ่านโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และผลลัพธ์ของการปฏิบัติจากการเรียนรู้ในกิจกรรมที่จัดให้ ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรค คุณภาพชีวิต ระดับน้ำตาลที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่อง<sup>(7,8,9)</sup> ที่พบว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมฯ เป็นกลุ่มหนึ่งของแรง

สนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลให้เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามตลอดเวลาทั้งในกิจกรรมที่จัดให้ หรือเวลาส่วนตัว การที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งมีข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานสอดแทรกตลอดเวลา ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งย้ายไปพักผ่อน การมีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมร่วมในกิจกรรม จะช่วยส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในผลการปฏิบัติตนเองในทางที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อโรคและการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค ซึ่งแสดงออกในพฤติกรรมเชิงบวกเพิ่มขึ้น และยังสอดคล้องกับแนวคิดการจัดค่ายเบาหวานของโรงพยาบาลเทพธารินทร์<sup>(10)</sup> ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องที่พูดได้ง่าย แต่ทำได้ยาก การสอน การบอกเล่าข้อมูลที่ถูกต้องอย่างตรงไปตรงมา ไม่สามารถทำให้คนส่วนใหญ่เปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ผู้ให้บริการสุขภาพต้องนำกิจกรรมเข้ามาปรับใช้เพื่อให้ประชาชนตระหนักและปฏิบัติได้โดยสมัครใจ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะในการโน้มน้าว การดำเนินงานกระบวนการกลุ่มที่สอดแทรกในระบบบริการตามปกติ และจากวิธีการที่ใช้ในการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่าการทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงเสมือนหนึ่งเข้าร่วมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งน่าท้าทายในการพัฒนาระบบบริการเบาหวานทั่วไป เพราะโอกาสการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด อีกทั้งผู้ป่วยเบาหวานก็ยังมีหลากหลาย ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการวิจัยจากงานประจำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางชะแยงเพียงกลุ่มเดียว ซึ่งมีปัจจัยเอื้อที่แตกต่างจากกลุ่มเบาหวานทั่วไป เช่น ระดับ

การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้การรับรู้/เรียนรู้ข้อมูลได้ดีขึ้น

ส่วนค่า BMI และเส้นรอบเอวพบว่า ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากระยะเวลาในการติดตามที่ดำเนินการรวบรวมข้อมูล 3 เดือนหลังการทดลอง ยังไม่นานพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เพราะในการควบคุมน้ำหนักที่เสนอแนะให้ผู้ปฏิบัติในโปรแกรมฯ นั้นเป็นการควบคุมน้ำหนักแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยใช้การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายควบคู่กัน จึงทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดซึ่งในการศึกษาของสุรพงษ์ ช่างวัง และคณะ<sup>(11)</sup> เสนอให้มีการติดตามเป็นระยะๆ อย่างน้อย 1 ปี เพื่อติดตามความก้าวหน้า รวมทั้งความยั่งยืนของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย

ในด้านวิธีการวิจัย เนื่องจากวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ปราศจากกลุ่มควบคุม ดังนั้นความตรงภายใน (Internal Validity) ของการวิจัยอาจบกพร่อง เนื่องจากปัจจัยบางประการ โดยเฉพาะเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สามารถเป็นจุดเริ่มต้นของความพยายามในการติดตามผลสำเร็จการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการปรับโปรแกรมในกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ณรงค์ ตั้งตรงไพโรจน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี สาธารณสุขอำเภอเมืองปทุมธานี และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางชะแยงทุกท่าน ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา วิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข .ผลการสำรวจสุขภาพประชาชน ครั้งที่ 5 ระหว่างปี พ.ศ.2557-2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558.
2. วิทยา ศรีมาตา, บรรณาธิการ. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. ปัญหาสุขภาพจังหวัดปทุมธานี : ผลการจัดลำดับความสำคัญปัญหาสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี (Priority Ranking of Disease) การประชุมถ่ายทอดตัวชี้วัดไปสู่แนวปฏิบัติ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี วันที่ 23 พ.ย. 2560. (เอกสารอัดสำเนา).
4. เทพ หิมะทองคำ และคณะ. ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2552.
5. ลักษณะ สมบูรณ์ทรัพย์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2555.
6. World Health Organization. The World Health Report 1998-Life in the 21<sup>st</sup> century: a vision for all. Geneva: World Health Organization, 1998.
7. ยุวมลย์ ศรีปัญญาภูมิศักดิ์. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
8. เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, ประทีป ปัญญา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณวาส. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี; 2557.
9. มงคลชัย แก้วเอี่ยม. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลหนองกลางนา อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. รายงานการวิจัยโปรแกรมสุขศึกษา; 2550.
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. โครงการฝึกอบรมผู้จัดกิจกรรมค่ายเบาหวาน โรงพยาบาลเทพธารินทร์; 2553. (เอกสารอัดสำเนา)
11. สุรพงษ์ ชาวงษ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผสมผสานของ CUP บรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550. 1: 99-112.

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

กระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ  
ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

Public Sector Management Quality Award :

Management Process of Public Health officer in Pathumthani Public Health office.

ประกาศ เปล่งพานิชย์\*

Praguard Plengpanichaya\*

บทคัดย่อ

การศึกษากระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ และทัศนคติ ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytic study) ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ยกเว้นโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ที่ร่วมเป็นคณะกรรมการอำนวยการ (Steering Committee) และคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Working Team) ที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ ณ ช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 119 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามวิธีของ ยามาเน่ (Taro Yamane) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 92 คน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง แต่มีทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public sector Management Quality Award : PMQA) อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้และทัศนคติต่อกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพราชการ หน่วยงานที่สังกัด และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า ไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา ลักษณะตำแหน่งงาน ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และระดับทัศนคติ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในฐานะหน่วยรับนโยบายการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องให้ความรู้ความเข้าใจในการทำงาน อันจะนำไปสู่การพัฒนาองค์กร ด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐแบบองค์รวม

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ, กระบวนการบริหารจัดการ

\* ร.ป.ม., กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

\* MPA., Public Health Strategy Development Group, Pathum Thani Provincial Public Health Office

### Abstract

The study of the management process of health personnel to Public Sector Management Quality Award of Pathum Thani Provincial Public Health Office at this time aims to study the level of knowledge and attitude towards the Public Sector Management Quality Award of public health personnel from the Pathum Thani Public Health Office be Cross-sectional analytical study. The study population consisted of administrators, group heads, academics and public health personnel under the Pathum Thani Public Health Office and District Public Health Office (except general hospitals, community hospital and Tambon Health Promoting Hospital) who joined the Steering Committee and the Working Team for Public Sector Management Quality Award that is still working at the time of the study (Total 119 people, Simple Random Sampling, according to Yamane's method there were 92 samples)

The results showed that most of the participants have a high level of knowledge But having a low level of attitude towards Public Sector Management Quality Award by gender, age, age, government agency and knowledge related to Public Sector Management Quality Award found that there was no difference. But level of education, Job position Experience related to Public Sector Management Quality Award and attitude levels there are significant statistical differences. Therefore is the duty of the Provincial Public Health Office as the policy development unit of the Ministry of Public Health that must provide knowledge and understanding of work which will lead to the development of the organization through the process of improving the quality of Public Sector Management Quality Award in a holistic way

**Keywords** : Public Sector Management Quality Award, management process

## บทนำ (introduction)

ในช่วงระยะที่ผ่านมา ได้มีความพยายามในการปฏิรูประบบการบริหารงานของภาครัฐของไทย ในหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการทบทวนบทบาทภารกิจและควบคุมขนาดของภาครัฐให้เหมาะสม (Reengineering & Resizing) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างและกระบวนการบริหารงานภาครัฐให้มีความทันสมัย (Restructuring) การเปิดระบบราชการเข้าสู่กระบวนการประชาธิปไตยและให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม (Good Governance) ดังปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8-10 แผนแม่บทการปฏิรูประบบราชการ (พ.ศ.2540-2544) แผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ (ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2542) พระราชกฤษฎีกา ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และกฎหมายว่าด้วยการปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม ให้เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ มากขึ้น

อนึ่งคณะรัฐมนตรี ในคราวประชุมเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2548 มีมติเห็นชอบให้มีการนำการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public sector Management Quality Award: PMQA) มาใช้ตามข้อเสนอของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพร.) เพื่อเป็นเครื่องมือในการผลักดันให้เกิดการพัฒนากระบวนการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ได้กำหนดตัวชี้วัด “ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ” เป็นตัวชี้วัดเลือกในมิติด้านการพัฒนาองค์กรสำหรับกรม จังหวัดและสถาบันอุดมศึกษา แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2550-2551 ได้

กำหนดให้ตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดภาคบังคับ ในมิติด้านการพัฒนาองค์กร ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของจังหวัดทุกส่วนราชการ และให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น ด้วยการเพิ่มน้ำหนักตัวชี้วัดจาก ร้อยละ 5.0 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2549-2550 เป็นน้ำหนัก ร้อยละ 20.0 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551

สำหรับเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐนี้ นำหลักการและแนวคิดมาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือ Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) และรางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย หรือ Thailand Quality Award (TQA) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับทิศทาง การพัฒนาของระบบราชการไทย และแนวทางการดำเนินการของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 รวมทั้ง กรอบการประเมินผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทของภาคราชการ เพื่อให้ส่วนราชการใช้เป็นกรอบในการประเมินด้วยตนเอง และเป็นแนวทางในการปรับปรุงการบริหารจัดการองค์กร เพื่อยกระดับการบริหารจัดการภาครัฐไปสู่มาตรฐานสากล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และมีได้มุ่งมั่นแต่เพียงผลสัมฤทธิ์ในการผ่านการประเมินผลตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการเพียงอย่างเดียว แต่ยังสามารถวิสัยทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อ (1) พัฒนางานด้านสุขภาพของจังหวัดในเชิงการบริหารจัดการ และ (2) เพื่อขอการรับรองมาตรฐาน PMQA หรือ TQA ภายในระยะเวลา 5-10 ปี ในการดำเนินการดังกล่าว ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ

อำนวยการ (Steering Committee) และคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Working Teams) พร้อมทั้ง จัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

ทั้งนี้ จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา กระบวนการทำงานหลักในเชิงทฤษฎีจำกัดอยู่ เฉพาะคณะกรรมการอำนวยการ และคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำให้ดูเหมือนขาดการมีส่วนร่วมจากบุคลากรทั้งหมด ซึ่งในทางปฏิบัติกระบวนการพัฒนาคุณภาพดังกล่าว ครอบคลุมอยู่ในกระบวนการทำงานปกติของบุคลากรทุกท่านในหน่วยงาน เหมือนหนึ่งตัวจักรหรือฟันเฟืองย่อยๆ ที่ขับเคลื่อนหน่วยงานสู่เส้นทางรางวัลการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จ โดยไม่รู้ตัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจใคร่ศึกษาว่าบุคลากรสาธารณสุข แต่ละระดับทั้งระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ไม่นับรวมโรงพยาบาลเป็นเป้าหมายการดำเนินงาน PMQA เนื่องจากมีกระบวนการพัฒนาองค์กรตามมาตรฐาน HA/ HNQA และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาตามมาตรฐาน PCA แล้ว) ทั้งที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการอำนวยการ/คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และไม่ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งดังกล่าวมีความรู้ ทักษะที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ รวมทั้งมีกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างกัน

หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการพัฒนาองค์กร และบุคลากรให้มีความพร้อมต่อการคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐทั้งระบบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษากระบวนการบริหารจัดการของบุคลากรสาธารณสุข ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

### วัตถุประสงค์รอง

(1) เพื่อวัดระดับความรู้ และทัศนคติ ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

(2) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะประชากร และระดับหน่วยงานกับกระบวนการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

(3) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ กับกระบวนการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยเรื่องกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี มีตัวแปรของการวิจัย ดังนี้

### ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

- ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ลักษณะ



ตำแหน่งงานในปัจจุบัน หน่วยงานที่สังกัดการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ PMQA และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ PMQA

- ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
- ทักษะต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

**ตัวแปรตาม**

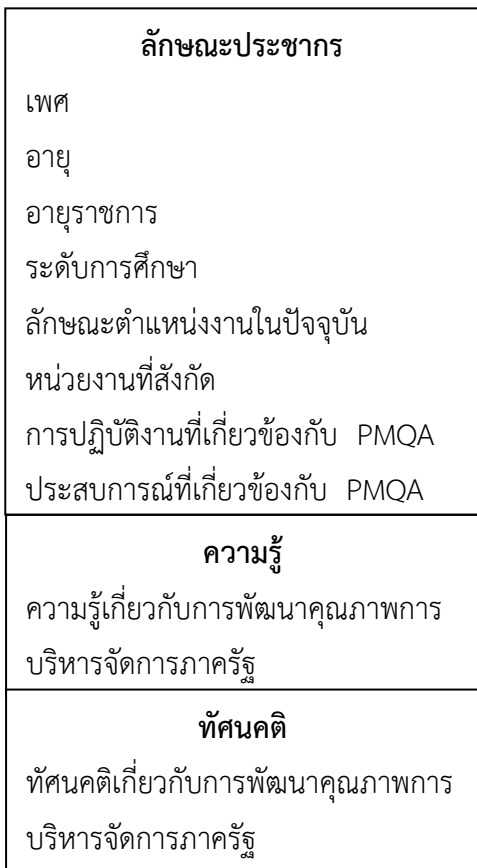
การวิจัยเรื่องกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ

ภาครัฐของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ศึกษาตัวแปรตามด้วยกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้แก่

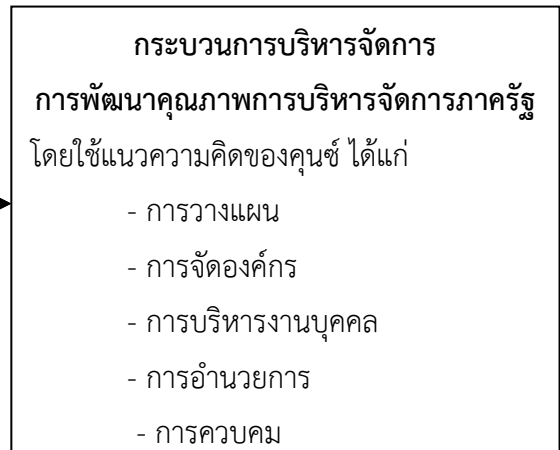
- การวางแผน
- การจัดองค์กร
- การบริหารงานบุคคล
- การอำนวยการ
- การควบคุม

**รายละเอียดดังนี้**

**ตัวแปรอิสระ**



**ตัวแปรตาม**



## วิธีการศึกษา (methodology)

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytic study) โดยประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ยกเว้นโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ ณ ช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 119 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple andom Sampling) ตามวิธีของยามาเน่ (Taro Yamane) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 92 คน

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง  
N คือ ขนาดประชากร  
e คือ คลาดเคลื่อนเคลื่อนของ  
กลุ่มตัวอย่าง ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อายุราชการ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง หน่วยงานที่สังกัด และประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด และปลายเปิด จำนวนรวม 8 ข้อ

## ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้

เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในประเด็นต่างๆ จำนวน 15 ข้อ ดังนี้

- ข้อคำถามเกี่ยวกับความเข้าใจในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน
- ข้อคำถามเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในหมวดต่างๆ
- ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ
- ใช้เกณฑ์การแปลผลความรู้แบบอิงเกณฑ์

## ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติ

ต้องการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) มีข้อคำถามที่เป็นด้านบวก และที่เป็นด้านลบ โดยประยุกต์จากวิธีของลิเคอร์ท (Likert) มีให้เลือกตอบได้ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวนรวม 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	การกำหนดคะแนน	
	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง (Strongly agree)	5	1
เห็นด้วย (Agree)	4	2
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ (Neutral or Disagree)	3	3
ไม่เห็นด้วย (Disagree)	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (Strongly disagree)	1	5

ทั้งนี้ เพื่อให้ง่ายต่อการสรุปผล การศึกษาและการบรรยายผลการวิเคราะห์ทาง สถิติ ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นจากการศึกษา ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้แบ่งเกณฑ์การจัดระดับออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยการใช้ คะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997) โดยมีช่วงค่าเฉลี่ยแต่ละระดับ ดังนี้

**คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด**

ช่วงการวัด

$$= \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33 แสดงว่ามีความเห็นด้วย (+) ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 แสดงว่ามีความเห็นด้วย (+) ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.68 – 5.00 แสดงว่ามีความเห็นด้วย (+) ในระดับสูง

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับ กระบวนการบริหารจัดการ งานพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ** ซึ่งลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้งและไม่ได้ปฏิบัติ มีข้อความถามจำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วยข้อความด้านการวางแผน ด้านการจัดองค์กร ด้านบริหารงานบุคคลด้านการ

อำนาจการและด้านการควบคุมกำกับ ซึ่งมีเกณฑ์ การให้คะแนนแบบเดียวกับการวัดทัศนคติ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย**

**ส่วนที่ 1 การหาความเที่ยงของ เครื่องมือ (Validity)**

แบบสอบถามเรื่องกระบวนการ บริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ ของบุคลากรสาธารณสุข สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ผ่านการ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ตรวจสอบความ เที่ยงตรงแบบเฉพาะหน้า (Face Validity) โดย นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์จากคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2 ท่าน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี (นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริม และพัฒนา) รวมทั้ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข เพื่อพิจารณาตรวจสอบ ความครบถ้วนของเนื้อหาตามกรอบแนวคิด และ ปรับปรุงแก้ไข

ครั้งที่ 2 ตรวจสอบความ เที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดย ขอให้ผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 4 ท่าน พิจารณาถึงความ สอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ เป็นรายข้ออีกครั้ง แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์

ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence : IOC) ตามสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC คือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ

$\sum R$  คือ ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยผู้วิจัยตัดข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ออก เนื่องจากถือว่าข้อคำถามข้อนั้นไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และปรับปรุงข้อคำถามข้อนั้นใหม่

## ส่วนที่ 2 การทดสอบความยากง่ายของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน เพื่อวิเคราะห์ความยากง่ายของข้อคำถามที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา โดยนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่า  $P=0.6$

## ส่วนที่ 3 การทดสอบแบบสอบถามเพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในคำถามและความชัดเจนในเนื้อหาในส่วนแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และกระบวนการบริหารจัดการงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha): พบว่า มีระดับความเชื่อมั่นที่ 0.81 (ระดับความเชื่อมั่นค่า  $\alpha \geq 0.75$ ) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

## การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ครบตามความต้องการและได้ตรวจสอบความครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับแล้วนำมาประมวลผลและคำนวณค่าทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics): นำเสนอข้อมูลด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะของประชากรที่ศึกษา ระดับของหน่วยงาน ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ทักษะต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics): เปรียบเทียบความแตกต่างกระบวนการบริหารจัดการโดยจำแนกตามลักษณะของประชากร ความรู้และทักษะต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐโดยใช้สถิติ t-test และ F-test

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## ผลการศึกษา (result)

ผู้ศึกษาดำเนินการสุ่มตัวอย่างและจัดส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น 110 ชุด ได้รับการตอบกลับ จำนวน 92 ชุด (ร้อยละ 83.64) โดยมีผลการศึกษาดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเพศชายและเพศหญิง มีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 45.7 และ 54.3 ตามลำดับ) โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (ร้อยละ 55.4) มีอายุราชการปานกลาง (ร้อยละ 55.4) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 67.4) เป็นเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงาน (ร้อยละ 51.1)

สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 54.3) เคยปฏิบัติงานหรืออบรมเรื่อง PMQA (ร้อยละ 45.7) และเป็นคณะกรรมการหรือ

คณะทำงาน PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงาน (ร้อยละ 51.1) รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน PMQA และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน PMQA (n = 92 คน)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			
	ชาย	42	45.7
	หญิง	50	54.3
<b>อายุ</b>			
	อายุน้อย (อายุ 31-40 ปี)	24	26.1
	วัยกลางคน (อายุ 41-50 ปี)	51	55.4
	อายุมาก (อายุ 51 ปีขึ้นไป)	17	18.5
	$\bar{x} \pm S.D.$ = 45.15 $\pm$ 6.96 <b>Min-Max</b> = 31-58		
<b>อายุราชการ</b>			
	อายุราชการน้อย (อายุราชการ 11-20 ปี)	28	30.4
	อายุราชการปานกลาง (อายุราชการ 21-30 ปี)	51	55.4
	อายุราชการมาก (อายุราชการ 31 ปีขึ้นไป)	13	25.2
	$\bar{x} \pm S.D.$ = 13.89 $\pm$ 7.17 <b>Min-Max</b> = 11-38		
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>			
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	19	20.7
	ปริญญาตรี	62	67.4
	ปริญญาโท	11	11.9
<b>ลักษณะของตำแหน่งงานในปัจจุบัน</b>			
	ผู้บริหารระดับจังหวัด (สสจ./รอง/ผู้ช่วยฯ)	3	3.3
	เจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงาน ระดับจังหวัด	47	51.1
	เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ (สสอ./ผู้ช่วย สสอ.)	42	45.6
<b>หน่วยงานที่สังกัด</b>			
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	50	54.3
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	42	45.7
<b>การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ PMQA</b>			
	เคยปฏิบัติงานหรืออบรม เรื่อง PMQA	42	45.7
	เคยปฏิบัติงานหรืออบรม เรื่อง การพัฒนาคุณภาพอื่นๆ	31	33.7
	ไม่เคยปฏิบัติงานหรืออบรม เรื่อง PMQA หรืออื่นๆที่เกี่ยวข้อง	19	20.7

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ PMQA</b>		
เป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงาน PMQA ของจังหวัดปทุมธานี	8	8.7
เป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงาน ระดับ สสจ./หน่วยงาน	47	51.1
ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาให้เป็นผู้ทำงาน PMQA	29	31.5
ไม่ได้เป็นคณะกรรมการฯ คณะทำงานฯ หรือได้รับมอบหมาย	8	8.7

## 2. ความรู้และทัศนคติ ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.0) มีความรู้

เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในระดับสูง แต่มีทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 96.7) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามระดับความรู้และทัศนคติ (n = 92 คน)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับความรู้</b>		
ความรู้ระดับต่ำ (< ร้อยละ 60)	4	4.4
ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	30	32.6
ความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	58	63.0
<b>รวม</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>
$\bar{x} \pm S.D. = 70.8 \pm 16.1$ Min-Max = 52-98		
<b>ระดับทัศนคติ</b>		
ทัศนคติระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	89	96.7
ทัศนคติระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	2	2.2
ทัศนคติระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	1	1.1
<b>รวม</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>
$\bar{x} \pm S.D. = 32.5 \pm 18.2$ Min-Max = 3-88		

## 3. กระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ภาพรวมและจำแนกรายด้าน

เมื่อประมวลคะแนนการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า มีคะแนนการปฏิบัติงานในภาพรวมต่ำสุดที่ ร้อยละ

5.0 สูงสุดที่ ร้อยละ 82.5 ทั้งนี้ เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า คะแนนต่ำสุดของทุกด้าน คือ ร้อยละ 0 ในขณะที่คะแนนสูงสุดอยู่ที่ด้านการจัดองค์กร และด้านการควบคุม (ร้อยละ 100.0) รองลงมา คือ ด้านการอำนวยความสะดวก ด้านการบริหารงานบุคคล และด้านการวางแผน (ร้อยละ 87.5, 83.3 และ 75.0 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติงานตามกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำแนกรายด้านและโดยรวม (n = 92)

กระบวนการบริหารจัดการ	ค่าทางสถิติ (ร้อยละ)			
	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.
<b>จำแนกรายด้าน</b>				
ด้านการวางแผน	0.0	75.0	25.09	19.82
ด้านการจัดองค์กร	0.0	100.0	26.63	21.79
ด้านการบริหารงานบุคคล	0.0	83.3	38.22	26.32
ด้านการอำนวยความสะดวก	0.0	87.5	31.25	22.12
ด้านการควบคุม	0.0	100.0	32.97	25.32
<b>ภาพรวมทุกด้าน</b>	5.0	82.5	29.78	17.64

4. เปรียบเทียบกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ภาพรวม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

นัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 4

เมื่อเปรียบเทียบกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ภาพรวม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติ ต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะของตำแหน่งงาน หน่วยงานที่สังกัด ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับความรู้ รวมทั้งระดับทัศนคติ มีระดับความคิดเห็นต่อภาพรวมของกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ในขณะที่ อายุตัว อายุราชการ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ PMQA มีระดับความคิดเห็นต่อภาพรวมของกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต่างกันอย่างมี

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบกระบวนการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐภาพรวม  
จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติ

ตัวแปร	การปฏิบัติการบริหารจัดการ			
	$\bar{x}$	S.D.	t/F	Sig.
<b>เพศ</b>				
ชาย	31.25	20.48	0.710	0.480
หญิง	28.55	14.94		
<b>อายุ</b>				
อายุน้อย	19.58	14.61	7.670	0.001**
วัยกลางคน	31.42	16.93		
อายุมาก	39.26	17.52		
<b>อายุราชการ</b>				
อายุราชการน้อย	21.34	15.39	5.319	0.007**
อายุราชการปานกลาง	32.70	17.22		
อายุราชการมาก	36.54	18.41		
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	34.74	15.94	2.068	0.132
ปริญญาตรี	27.22	17.70		
ปริญญาโท	35.68	18.34		
<b>ลักษณะของตำแหน่งงานในปัจจุบัน</b>				
ผู้บริหารระดับจังหวัด (สสจ./รอง/ผู้ช่วยฯ)	38.65	12.13	2.390	0.098
เจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงานระดับจังหวัด	28.97	17.39		
เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ (สสอ./ผู้ช่วย สสอ.)	43.57	9.11		
<b>หน่วยงานที่สังกัด</b>				
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	29.53	17.37	0.059	0.943
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	30.95	14.48		
<b>การปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ PMQA</b>				
เคยปฏิบัติงานหรืออบรม PMQA	30.89	14.22	2.517	0.086
เคยปฏิบัติงานหรืออบรมเรื่องอื่นๆ	24.68	20.14		
ไม่เคยปฏิบัติงานหรืออบรม	35.66	18.76		
<b>ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ PMQA</b>				
เป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ จังหวัด	23.44	15.00	6.063	0.001**
เป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ หน่วยงาน	39.41	14.35		
ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาฯ	17.89	11.85		
ไม่ได้เป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ	32.14	18.49		



ตัวแปร	การปฏิบัติการบริหารจัดการ			
	$\bar{x}$	S.D.	t/F	Sig.
<b>ระดับความรู้</b>				
ความรู้ระดับต่ำ	17.50	14.43	3.041	0.053
ความรู้ระดับปานกลาง	25.25	18.22		
ความรู้ระดับสูง	32.39	16.88		
<b>ระดับทัศนคติ</b>				
ทัศนคติระดับต่ำ	29.78	17.64	-	-
ทัศนคติระดับปานกลาง	-	-		
ทัศนคติระดับสูง	-	-		
* แทนความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05				
** แทนความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01				

### วิจารณ์ (discussion)

จากการศึกษากระบวนการบริหารจัดการของบุคลากรสาธารณสุข ที่รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติสูงสุดในภาพรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 82.5) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ มีความเข้าใจและสามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของหน่วยงานได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เมื่อพิจารณากระบวนการบริหารจัดการจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านการควบคุม และการจัดองค์กร มีระดับคะแนนสูงสุด (ร้อยละ 100) ส่วนด้านการอำนวยความสะดวก การบริหารงานบุคคล และจัดการองค์กร มีคะแนนสูงสุดลดหลั่นลงมา อธิบายได้ว่า ผู้เข้าร่วมศึกษามีทักษะและความชำนาญในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเป็นอย่างดี เนื่องจากส่วนใหญ่ได้ร่วมดำเนินงานเป็นระยะเวลาพอสมควร บางส่วนร่วมดำเนินงานตั้งแต่เป็นหน่วยงานนำร่องการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2549 กับ 8 ส่วนราชการระดับจังหวัด

สำหรับศึกษาระดับความรู้และทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุข ที่รับผิดชอบการพัฒนา

คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63) มีความรู้อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษาได้รับการเข้าร่วมประชุมวิชาการหรือเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อศึกษาระดับทัศนคติ กลับพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.7) อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมศึกษาส่วนใหญ่ เห็นว่าการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเป็นการเพิ่มหน้าที่และภาระงานให้กับตนเอง/หน่วยงาน และไม่ใช่นโยบายที่หน่วยงานที่ปฏิบัติรวมทั้ง ไม่เห็นความสำคัญของการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาพัฒนางานประจำที่ดำเนินการอยู่

เมื่อเปรียบเทียบกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด ลักษณะของตำแหน่งงาน หน่วยงานที่สังกัด ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับความรู้ และทัศนคติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประวิต ยศปัญญา (2550) ที่พบว่า ผู้ที่มีวุฒิการศึกษาและระดับหน่วยงานที่

แตกต่างกัน จะมีกระบวนการบริหารและความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารจัดการไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาของชินวัฒน์ ศรีสวัสดิ์ (2547) ที่พบว่า ตำแหน่งงานและหน่วยงานที่แตกต่างกัน มีผลต่อระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการบริหารจัดการ ไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อเปรียบเทียบกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำแนกตาม อายุ อายุราชการ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า มีแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประวิต ยศปัญญา (2550) เช่นเดียวกันที่ศึกษาพบว่า อายุที่แตกต่างกันจะมีผลต่อกระบวนการบริหารและความคิดเห็นต่อกระบวนการบริหารแตกต่างกัน

### สรุป (conclusion)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาพรวมกระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับที่ดี เป็นผลจากความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ และแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของหน่วยงานตามนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ในส่วนของทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง เห็นว่า เป็นการเพิ่มภาระงานและยังไม่เห็นประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ รวมทั้งยังไม่สามารถนำกระบวนการทำงานเชิงวิชาการของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มาบูรณาการร่วมกับงานตามภารกิจประจำได้

### ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

จากผลการวิจัย ที่พบว่าบุคลากรมีระดับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการ

บริหารจัดการภาครัฐที่สูง แต่มีทัศนคติในเรื่องนี้ต่ำ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะไว้ดังนี้

1. มีการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เช่น การอบรมหรือประชุมเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ให้แก่ ผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้ง มีการเผยแพร่องค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจต่อเรื่องที่ได้รับมอบหมาย และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน

2. มีการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ให้แก่บุคลากรที่ร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐด้วย ทั้งนี้ ผู้บริหารควรมีการสร้างค่านิยมในการทำงาน สร้างจิตสำนึกและความตระหนักให้แก่งานที่ได้รับมอบหมาย เพื่อบุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างมีความเข้าใจและมีคุณภาพ

3. ผู้บริหาร ควรมีการกำหนดนโยบายทางการบริหารและเป้าหมายการทำงานที่ชัดเจน เพื่อให้มีการวางแผนในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และควรมีการกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคลากร รวมทั้ง ควรเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และสามารถที่จะกำหนดแนวทางปฏิบัติของตนเอง ให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์กร เพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดการยอมรับ เต็มใจและสามารถปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

### กิตติกรรมประกาศ (acknowledgment)

ขอขอบพระคุณท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี (นายแพทย์สุรินทร์ สืบซึ้ง) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (คุณอุดมลักษณ์ เวชพิทักษ์) หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข (คุณศศิพร โลจายะ) อาจารย์ ดร.พรทิพย์ จอมพุก และอาจารย์ ดร.รณภูมิ สามัคคีคารมย์ คณะสาธารณสุข

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่กรุณา  
แนะนำแนวทางการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล  
ขอขอบคุณคณะกรรมการอำนวยการ  
(Steering Committee) และคณะทำงานพัฒนา  
คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Working  
Team) ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลประกอบ  
การศึกษาค้างนี้

ขอขอบคุณครอบครัว ที่อยู่เคียงข้าง  
ให้กำลังใจเสมอมา ขออุทิศความรู้และความดี  
งาม จากการศึกษาครั้งนี้ แต่การพัฒนาคุณภาพ  
การบริหารจัดการภาครัฐ ของทุกหน่วยงานต่อไป

### เอกสารอ้างอิง (references)

1. กมลวรรณ สนามทอง. การประเมินและ  
พัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพัฒนา  
นิคมตามเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการ  
ภาครัฐ (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร  
มหาบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์). บริหาร  
สาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
2. ชินวัฒน์ ศรีสวัสดิ์, ร.ต.ท. กระบวนกร  
บริหารจัดการของสถานีตำรวจภูธร  
อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์รัฐ  
ประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต). บัณฑิต  
วิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2547.
3. ประวิต ยศปัญญา. กระบวนการบริหารของ  
ผู้บริหารเทศบาลในจังหวัดพิจิตร  
(วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์  
มหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัย  
เจ้าพระยา; 2550.
4. วิฑูรย์ สิมะโชคดี. พัฒนาการของนโยบาย  
การบริหารจัดการภาครัฐ (วิทยานิพนธ์  
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต) รัฐประศาสนศาสตร์,  
มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2550.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบ  
ราชการ. การพัฒนาคุณภาพการบริหาร  
จัดการภาครัฐ เกณฑ์คุณภาพการบริหาร  
จัดการภาครัฐ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: วิชั่น  
ปรีนซ์; 2550.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบ  
ราชการ. คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัด การพัฒนา  
คุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ  
ปีงบประมาณ 2554 สำหรับส่วนราชการ  
ระดับกรม. กรุงเทพฯ : วิชั่นปรีนซ์; 2554.
7. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร  
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย  
พุทธศักราช 2540. กรุงเทพฯ: สำนักงาน  
พิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร;  
2540.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ  
และสังคมแห่งชาติ. ทิศทางของแผนพัฒนา  
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.  
2540-2544). กรุงเทพฯ : สำนักงาน  
คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม  
แห่งชาติ; 2540.
9. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ  
และสังคมแห่งชาติ. ทิศทางของแผนพัฒนา  
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.  
2545-2549). กรุงเทพฯ : สำนักงาน  
คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม  
แห่งชาติ; 2544.
10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ  
และสังคมแห่งชาติ. ทิศทางของแผนพัฒนา  
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10  
(พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพฯ: สำนักงาน  
คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและ  
สังคมแห่งชาติ; 2549.
11. สำนักนายกรัฐมนตรี. พระราชกฤษฎีกาว่า  
ด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการ  
บ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ราชกิจจานุเบกษา  
ฉบับกฤษฎีกา หน้า 1 เล่มที่ 120 ตอน  
100ก วันที่ 9 ตุลาคม 2546. กรุงเทพฯ:  
สำนักนายกรัฐมนตรี; 2546.
12. Best, J. W.. Research in Education. (3  
rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc;  
1977.

## การพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

The development of labor price index of personnel  
under the Office of the Permanent Secretary for Public Healthนุชนาจ วิริยะประสิทธิ์\*  
Nutchanat Viriyaprasit\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงราคาค่าจ้างที่มีผลต่อการผลิตสินค้าและบริการสุขภาพ ดัชนีค่าจ้างแรงงานยังไม่มีมาตรฐานสากลสำหรับรวบรวมข้อมูลจัดทำตัวชี้วัดหลายประเทศ มีการจัดทำดัชนีค่าจ้างแรงงานโดย มีการคำนวณและมีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาจัดทำดัชนีต้นทุนการจ้างงาน (Employment Cost Index) และประเทศไทยโดยธนาคารแห่งประเทศไทย จัดทำดัชนีค่าจ้างแรงงาน (Labor Cost Index)<sup>(13)</sup> เป็นต้น แต่นิยามหลักเป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงของค่าจ้างแรงงานในการศึกษานี้ ค่าจ้างแรงงาน หมายถึง ผลตอบแทนแรงงานในรูปตัวเงิน ประกอบด้วย เงินเดือนพื้นฐานและค่าตอบแทนอื่น (ค่าตอบแทนลักษณะอื่นๆ สวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล และเงินรางวัลประจำปี) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์ กำหนดปี พ.ศ. 2558-2561 เป็นปีที่ศึกษาโดยใช้ ปี พ.ศ. 2558 เป็นปีฐานสำหรับจัดทำน้ำหนักดัชนี และคำนวณดัชนีราคาด้วยวิธีลาสเปร์

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำมาใช้วัดการเปลี่ยนแปลงของค่าจ้างแรงงาน ในระดับภาค ระดับเขต ระดับกลุ่มโรงพยาบาล ระดับประเภทบุคลากร และระดับกลุ่มสาขาวิชาชีพ ผลจากการนำดัชนีค่าจ้างแรงงานมาวัดผลการเปลี่ยนแปลงของค่าจ้างแรงงาน พบว่า ดัชนีมีการเติบโตจากราคาปีฐานแต่มีแนวโน้มการเติบโตลดลงโดยปี 2559 ถึงปี 2561 มีค่าดัชนีและการเติบโต เท่ากับ 116 (เพิ่ม 15.78%), 136 (เพิ่ม 35.83%) และ 117 (เพิ่ม 16.53%) ตามลำดับ เมื่อวัดอัตราเงินเฟ้อของค่าจ้างแรงงาน ในปี 2561 ติดลบอยู่ที่ระดับ 14.21% ต่ำกว่าการเพิ่มของระดับราคาสินค้าและบริการที่วัดจากอัตราเงินเฟ้อทั่วไป มีค่าบวกอยู่ที่ระดับ 1.1%

การพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงาน โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากส่วนกลางคำนวณดัชนีราคาด้วยวิธีลาสเปร์ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าดัชนีและอัตราการเปลี่ยนแปลงของดัชนี คือ การใช้ปีฐานคงที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปริมาณที่เปลี่ยนแปลงและข้อจำกัดของข้อมูลทุติยภูมิที่ต้องมีการปรับปรุง ออกแบบให้มีความแม่นยำมากขึ้นในการพัฒนาระยะต่อไป ทั้งระบบจัดเก็บข้อมูลระดับบุคคลจากหน่วยบริการ การบูรณาการระบบข้อมูลและการออกแบบโปรแกรมที่ตอบสนองต่อการใช้งานอย่างครอบคลุม จะช่วยลดภาระในการจัดเก็บข้อมูลรายบุคคลที่อาจจะยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ เช่น ข้อมูลสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล และสามารถวิเคราะห์ได้อย่างครอบคลุมในหลากหลายมุมมองแม่นยำมากขึ้น ทั้งนี้ ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงาน การพัฒนาโปรแกรมเพื่อบูรณาการระบบการจัดการค่าจ้าง การออกแบบฐานข้อมูลสถิติสำหรับการจัดทำดัชนีค่าจ้างแรงงาน และวางแผนบริหารกำลังคนและค่าตอบแทนในระยะต่อไป

คำสำคัญ : ดัชนีราคา, ดัชนีค่าจ้างแรงงาน , วิธีลาสเปร์

## Abstract

The objective of this research to develop labor price index, service unit personnel under The office of the permanent secretary, ministry of public health to measure price changes that affect health service production. There is currently no international definition of a labor price index or international standard for the compilation of such indicators<sup>(3)</sup>. Many countries have created a labor price index by calculating the index and have different names but the main definition is a measure of change in wages. Such as the United States of America, has Employment Cost Index and Thailand by the Bank of Thailand produces Labor Cost Index etc. In this study labor price mean wages returns in the form of money consisting of base salary and other compensation (allowance, benefit/fringe benefit and bonus). Analysis using secondary data. Labor price index of 2015 to 2018 were calculated and labor price index of 2015 was defined as the base year and used in index weight. This study was used Laspeyres method calculating.

The price index by the results showed that the development of labor price index, personnel under the Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health, can be used to measure changes in wage levels at the regional level, hospital level. Personnel type level and professional group level. The result of the labor price index to measure the change of wages. The labor price index has grown from the base year price but the growth trend is decreasing, labor price index and price growth in the year 2016 to 2018 equal to 116 (increase 15.78 %), 136 (increase 35.83%) and 117 (increase 16.53%) respectively. An inflation rate of labor price found that in 2018, negative was at the level of 14.21% , lower than the increase in product and service price levels by measured from the headline inflation of Thailand in 2018 was at 1.1%.

The labor price index development supported by the appliance of secondary data from the Central Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, wherein the price index was calculated through the Laspeyres method, found that the factors affecting the index change were usage of a fixed base year does not attend to the change of quantity and limitation of the secondary data that needed to be improved and designed to be more accurate in the development of the next phase. It would be beneficial to develop a personal data collection system from the service unit. If an integration of information systems and program design that respond to extensive usage was present, burdens in collecting incomplete individual data would be reduced such as fringe benefit data and can be the matter would be able to be analyzed larger extensively in a variety of perspectives to ensure accuracy. As provisions, the results of the study could be further employed as a guide in the development of labor price index, the integration of the wage management systems, the statistical database design for labor price indexing and the planning for manpower and compensation in the next phase.

**Keywords:** Price index, Labor price index, Laspeyres method

---

\* Division of Health Economics and Health Security, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

**Correspondence to** Nutchana Viriyaprasit . e-mail : health.economics.03@gmail.com

## บทนำ (Introduction)

ดัชนีราคา (Price Index) นำไปใช้ในการวัดสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ใช้ในการวางแผนธุรกิจ การตั้งงบประมาณ และการกำหนดราคาขายสินค้าและบริการสุขภาพ รวมไปถึงการออกแบบ กำหนดนโยบายสุขภาพของรัฐ และจัดสรรผลประโยชน์หรือ กำหนดค่าตอบแทนแรงงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยดัชนีค่าจ้างค่าแรง เป็นตัวชี้วัดทางด้านเศรษฐศาสตร์ตัวหนึ่ง เป็นดัชนีราคาผู้ผลิตที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวัดการเปลี่ยนแปลงของค่าจ้างที่เปลี่ยนแปลงในตลาดแรงงาน สามารถบ่งชี้ถึงอัตราเงินเฟ้อในค่าจ้างแรงงาน สะท้อนแรงกดดันของตลาดแรงงานต่ออัตราเงินเฟ้อและการเปลี่ยนแปลงค่าจ้างแรงงาน

สัดส่วนมูลค่าทางเศรษฐกิจของบริการสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด คาดการณ์ว่าการบริโภคสินค้าและบริการสุขภาพจะเพิ่มสูงขึ้น จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ.2557<sup>(5)</sup> รายจ่ายสุขภาพ ภาพรวมอยู่ที่ 518,799 ล้านบาท สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาพรวมต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศอยู่ที่ 3.9% เป็นรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ 397,377 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาพรวมภาครัฐ 77% รายจ่ายในการดำเนินการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลสูงถึง 360,820.6 ล้านบาท (ร้อยละ 73.32 ของรายจ่ายรวมในการดำเนินการบริการสุขภาพที่รวมค่าเสื่อมราคา) เมื่อพิจารณาปัจจัยการผลิตด้านค่าแรงมีสัดส่วนสูงที่สุดร้อยละ 52.3 ของรายจ่ายรวมในการดำเนินการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลรวมค่าเสื่อมราคา โดยในภาครัฐมีรายจ่ายค่าตอบแทนพนักงาน ร้อยละ 55.2 ของรายจ่ายการดำเนินการภาครัฐรวมค่าเสื่อมราคา โครงสร้างต้นทุน ค่ารักษาพยาบาล ในส่วนค่าแรงปี 2556 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ที่ ร้อยละ 46<sup>(8)</sup>

หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นผู้ผลิตสินค้าและบริการสุขภาพส่วนใหญ่ของประเทศ จากรายจ่าย

ด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หนึ่งในรายจ่ายที่ปรับตัวสูงขึ้นคือค่าจ้างแรงงาน มุมมองของผู้ผลิตการปรับเพิ่มขึ้นของค่าจ้างแรงงาน ย่อมส่งผลให้มีการปรับระดับราคาสินค้าและบริการสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามต้นทุนการผลิตที่สูงขึ้น แต่ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด และการบริหารจัดการภายใต้อัตราค่าบริการของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด อาจทำให้เกิดแรงกดดันต่อหน่วยบริการ ส่วนในมุมมองของแรงงาน ค่าจ้างคือผลตอบแทนแรงงาน นับเป็นแหล่งรายได้สำคัญ ค่าจ้างแรงงานที่เพิ่มเร็วกว่าระดับราคาสินค้าและบริการสุขภาพ ย่อมหมายถึงการเพิ่มขึ้นของอำนาจซื้อของแรงงาน ซึ่งจะนำไปสู่การขยายตัวทางเศรษฐกิจ ในทางตรงข้ามหากอัตราค่าจ้างแรงงานเพิ่มช้ากว่าระดับราคาสินค้าและบริการ ก็ย่อมส่งผลให้อำนาจซื้อของแรงงานลดลง เกิดภาวะเศรษฐกิจถดถอยได้ ซึ่งในภาวะที่ภาครัฐมีงบประมาณอย่างจำกัด อาจจะทำให้ประสบปัญหาในการจ่ายค่าจ้าง และอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากร เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน กระทบต่ออัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข และอาจก่อให้เกิดภาวะขาดแคลนแรงงาน

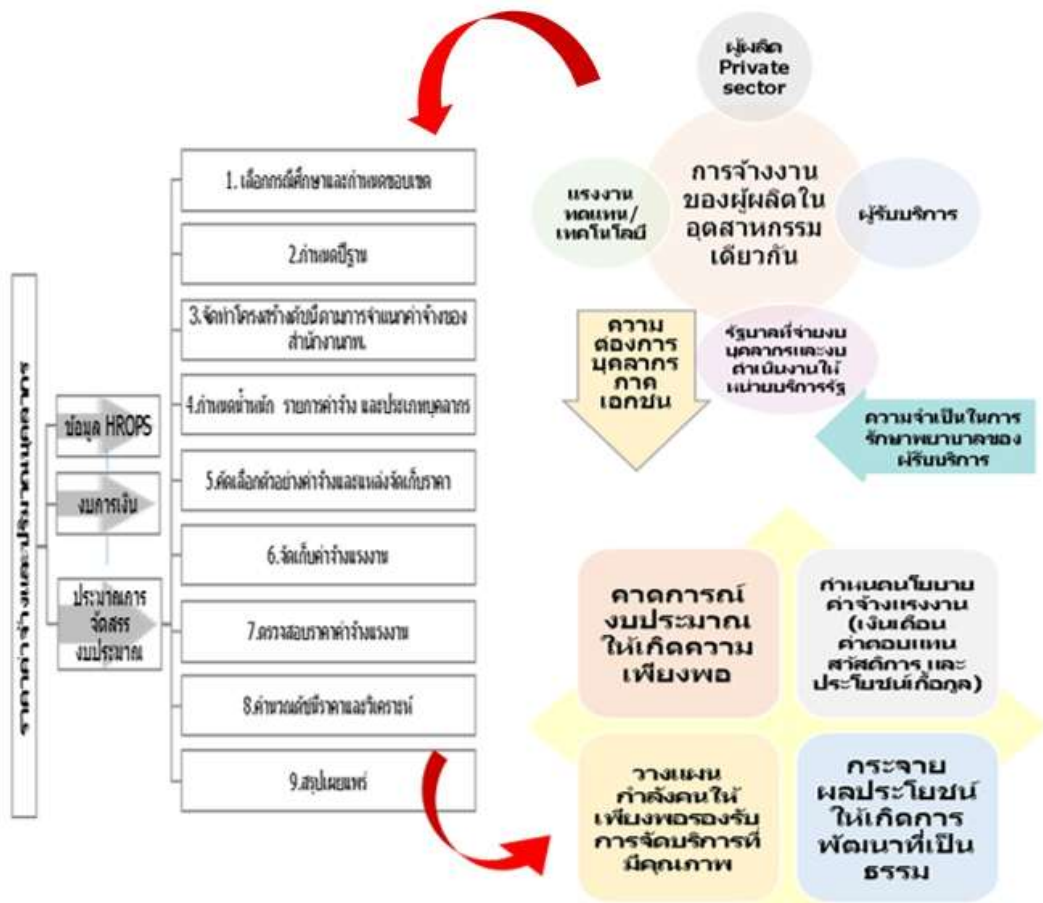
การคาดการณ์ว่า ต้นทุนการผลิตสินค้าและบริการสุขภาพในส่วนของค่าจ้างแรงงานของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มในอัตราที่สูงกว่าระดับราคาสินค้าและบริการ ทำให้ต้นทุนในการผลิตสูงขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงินของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และอาจทำให้เกิดปัญหาการจ้างงานบุคลากรและกระทบต่อการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข การวัดการเปลี่ยนแปลงของค่าจ้างแรงงาน และกำหนดราคาค่าจ้างจะสะท้อนต้นทุนของหน่วยบริการและแรงกดดันของตลาดแรงงานต่อค่าจ้างแรงงาน การจัดสรรค่าตอบแทนหรือผลประโยชน์ที่เพียงพอจะช่วยธำรงรักษาศักยภาพบุคลากรให้คงอยู่ในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ต่อไป

ดังนั้น ความสำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีความพยายามจะออกแบบโครงสร้างและรูปแบบมาตรฐานระบบการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นไปเพื่อการจัดทำดัชนีราคาค่าแรงบุคลากรสาธารณสุขซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาในระยะต่อไป แต่เพื่อให้การวิเคราะห์ภาวะตลาดแรงงานสุขภาพมีข้อมูลที่เป็นต่อการพัฒนาระบบเศรษฐกิจสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านของการพัฒนา ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้วัดการเปลี่ยนแปลงราคาค่าจ้างที่มีผลต่อการผลิตสินค้าและบริการสุขภาพและการกำหนดนโยบายด้านเศรษฐกิจสุขภาพ ภายใต้แนวคิดการพัฒนา ประกอบด้วย

1. ยึดหลักการคำนวณดัชนีราคาด้วยสูตรลาสเปร์ส (Laspeyres method) ที่ใช้ในประเทศไทย

2. คำนึงถึงความเป็นไปได้ของข้อมูล  
ทุกัญมิต : แหล่งข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันของส่วนกลางที่สามารถวิเคราะห์ให้แล้วเสร็จได้ภายในปีงบประมาณ 2562

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการการพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



**วิธีการวิจัย (Methodology)**

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Description Study) เพื่อพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงาน บุคลากรของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยวิธีการคำนวณดัชนีราคาลาสเปร์ส (Laspeyres price index) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Description) เพื่อนำผลไปใช้วางแผนในการพัฒนาระบบโครงสร้างข้อมูลสถิติ และเครื่องชี้วัดทางด้านเศรษฐกิจสุขภาพในระยะต่อไป ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง และ

ลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการอันประกอบด้วย โรงพยาบาล จำนวน 897 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกัน จำนวน 10,339 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือหน่วยงานอื่นใดในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับการสาธารณสุขตามที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด จำนวน 954 แห่ง รวมบุคลากรในหน่วยบริการทั้งหมด 12,190 แห่ง<sup>(4)</sup>

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย



ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงาน  
กระทรวง และลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงานใน  
โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
จำนวน 897 แห่ง รวมหน่วยบริการปฐมภูมิใน  
เครือข่าย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ทั้งหมด 9,763 แห่ง รวมบุคลากรในหน่วย  
บริการทั้งหมด 10,660 แห่ง ในปี 2558-2561  
จำนวน 319,615 คน 329,507 คน 340,218 คน และ  
340,180 คนตามลำดับ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบ  
กรอกข้อมูลปลายปิด(Closed-Form)ประกอบด้วย

1. แบบเก็บข้อมูลเงินเดือนและส่วน  
ควบเงินเดือนตามการปฏิบัติงานจริงของบุคลากร  
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. แบบเก็บข้อมูลรายการค่าตอบแทน  
สวัสดิการ และประโยชน์เกื้อกูลจากงบการเงินรวมของ  
หน่วยบริการ (แม่ข่าย และลูกข่าย) เพื่อการจัดทำ  
ดัชนีค่าจ้างแรงงานของบุคลากรสังกัดสำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. แบบเก็บข้อมูลประมาณการจัดสรร  
ค่าตอบแทนของหน่วยบริการสังกัดสำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

#### **แหล่งข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล**

การศึกษา นี้ เป็นการศึกษาค่าจ้าง  
แรงงาน ตามการแบ่งโครงสร้างระบบค่าตอบแทนของ  
ข้าราชการพลเรือนสามัญ 4 ประเภท ได้แก่ เงินเดือน  
พื้นฐาน (Base Salary) ค่าตอบแทนลักษณะอื่นๆ  
(Allowance) สวัสดิการ และประโยชน์เกื้อกูล  
(Benefit/Fringe Benefit) และเงินรางวัลประจำปี  
(Bonus)<sup>(12)</sup> เพื่อจัดทำดัชนีค่าจ้างแรงงานโดยใช้วิธี  
คำนวณแบบลาสเปร์ส (Laspeyres price index)  
กำหนดปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ. 2561 เป็นปีที่ศึกษา  
โดยใช้ปี พ.ศ. 2558 เป็นปีฐาน และใช้ข้อมูลค่าจ้าง  
แรงงานที่เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ของ  
หน่วยงานส่วนกลาง ดังนี้

1. กองบริหารทรัพยากรบุคคล  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูล

เงินเดือนและส่วนควบเงินเดือนตามการปฏิบัติงานจริง  
ของบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. กองเศรษฐกิจ สุขภาพและ  
หลักประกันสุขภาพ รวบรวมข้อมูลรายการค่าตอบแทน  
อื่นๆ ที่ไม่ได้จ่ายจากงบบุคลากรที่กองบริหารงาน  
บุคคลจัดเก็บ เงินสวัสดิการ และประโยชน์เกื้อกูล และ  
เงินรางวัลประจำปีที่มีในงบการเงินรวมของหน่วย  
บริการ (แม่ข่าย และลูกข่าย) และข้อมูลประมาณการ  
จัดสรรค่าตอบแทนกำลังคนสาธารณสุข

#### **ข้อจำกัดและข้อตกลงเบื้องต้น**

1) ข้อมูลบุคลากรและค่าจ้างแรงงาน  
ในรายการที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เช่น ไม่สามารถ  
สืบค้นรหัสหน่วยบริการแม่ข่ายได้ จะมีการคัดออก  
(Excluding data) ไม่นำมาวิเคราะห์และคำนวณค่า  
ดัชนี

2) ค่าจ้างแรงงาน ในรายการที่ไม่  
สามารถแยกรายละเอียดวงเงินได้ เช่น เงินเพิ่มสำหรับ  
ตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของข้าราชการพลเรือน (พ.ต.ส.)  
และค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ  
ในการศึกษานี้ใช้ปริมาณบุคลากรรายกลุ่มวิชาชีพใน  
การทอนส่วนโดยถ่วงน้ำหนัก ตามอัตราจ่ายขั้นต่ำตาม  
ระเบียบของค่าตอบแทนประเภทนั้นๆ

3) ข้อมูลเงินค่าจ้างแรงงานในส่วน  
ค่าตอบแทนอื่นที่ได้จากรายงานทางการเงินของ  
กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ  
กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจจะยังไม่ครบถ้วน  
สมบูรณ์ เนื่องจากเป็นระยะเริ่มแรกของการ  
พัฒนาระบบการรายงานงบการเงินของหน่วย  
บริการลูกข่าย และงบประมาณบางส่วนของ  
หน่วยบริการปฐมภูมิเบิกจ่ายที่สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัด

4) ความหมายของค่าจ้างแรงงาน  
ในทางปฏิบัติมีการให้ความหมายที่แตกต่าง  
แต่เนื่องจากเป็นการพิจารณาค่าจ้างแรงงาน  
บุคลากรภาครัฐ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน  
ในรายงานฉบับนี้ จะยึดตามสำนักงาน  
คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (สำนักงาน  
กพ.) เป็นมาตรฐานในการพัฒนาดัชนีค่าจ้าง

แรงงานบุคลากรของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

5) สถิติการและประโยชน์เกื้อกูลรายการค่ารักษาพยาบาล ประเมินการค่าความน่าจะเป็น (Probability) ของบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 25% โดยเทียบเคียงจากรายงานระบบนิเวศบริการทางการแพทย์ ที่พบว่า คนไทย มีแบบแผนการป่วยเฉลี่ยต่อเดือนคิดจาก ผู้ใหญ่ 1,000 รายจะมีการเจ็บป่วย 750 ราย ไปพบแพทย์ปฐมภูมิ 250 ราย<sup>(10)</sup> และรายการค่าใช้จ่ายด้านการฝึกอบรมในประเทศ และค่าใช้จ่ายเดินทาง ภายในประเทศ อาจพบความคลาดเคลื่อนจากการประมาณการจำนวนคนที่ได้รับสวัสดิการรายการนี้และปริมาณเงินที่ได้รับต่อคนไม่คงที่ขึ้นกับตำแหน่ง และอีกหลายปัจจัยการประมาณการโดยใช้ค่าเฉลี่ยอาจจะได้ค่าที่สูงหรือต่ำกว่าความจริง (overestimate or underestimate)

#### ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. เลือกกรณีศึกษาและกำหนดขอบเขต : ศึกษาจากข้อมูลงบบุคลากรรายบุคคลของกองบริหารงานบุคคล และข้อมูลงบการเงินและข้อมูลประมาณการจัดสรรงบประมาณรายหน่วยบริการ ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

2. กำหนดปีฐาน ใช้ปีงบประมาณ 2558 เป็นปีฐานเนื่องจากข้อมูลมีความครบถ้วนมากกว่าปีก่อนหน้า และสอดคล้องกับปีฐานในการคำนวณดัชนีเพื่อวัดอัตราเงินเฟ้อของกระทรวงพาณิชย์ที่ใช้ ณ ปัจจุบัน คือ ปี 2558<sup>(6)</sup>

3. จัดทำโครงสร้างดัชนีตามการจำแนกค่าจ้างของสำนักงาน กพ. ประกอบด้วยเงินเดือนพื้นฐาน (Base Salary) ค่าตอบแทนลักษณะอื่นๆ (Allowance) สวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล (Benefit/Fringe Benefit) และเงินรางวัลประจำปี (Bonus)

4. กำหนดน้ำหนักรายการค่าจ้าง และประเภทแรงงานโดยในการวิเคราะห์ รายการที่น้ำหนัก

ไม่ถึงร้อยละ 10 จะนำน้ำหนักไปฝากไว้กับรายการอื่นโดยน้ำหนักในปีฐานเป็นดังนี้ เงินเดือนพื้นฐานร้อยละ 77.1 ค่าตอบแทนลักษณะอื่นๆ ร้อยละ 4.5 สวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล ร้อยละ 18.3 เงินรางวัลประจำปี ร้อยละ 0.1 โดยค่าจ้างประเภทค่าตอบแทนลักษณะอื่น และเงินรางวัลประจำปี ที่จัดเก็บข้อมูลได้ และใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีน้ำหนักไม่ถึงร้อยละ 10 จึงนำน้ำหนักไปฝากไว้กับรายการ สวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล โดยวิธีฝากน้ำหนักไว้โดยตรงและวิเคราะห์รวมภายใต้โครงสร้างค่าจ้างประเภท ค่าตอบแทนอื่น เนื่องจากรายการค่าจ้างแรงงานดังกล่าวมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในรูปแบบผลตอบแทนที่จ่ายควบกับเงินเดือนพื้นฐาน โดย การรายงานค่าจ้างแรงงานแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ (1) รายงานค่าจ้างรวม (2) รายงานเงินเดือนพื้นฐาน และ ค่าตอบแทนอื่น

5. เลือกตัวอย่างค่าจ้างและแหล่งจัดเก็บราคา

6. จัดเก็บค่าจ้างแรงงาน ตามแบบกรอกข้อมูลปลายปิด (Closed – Form)

7. ตรวจสอบราคาค่าจ้างแรงงาน

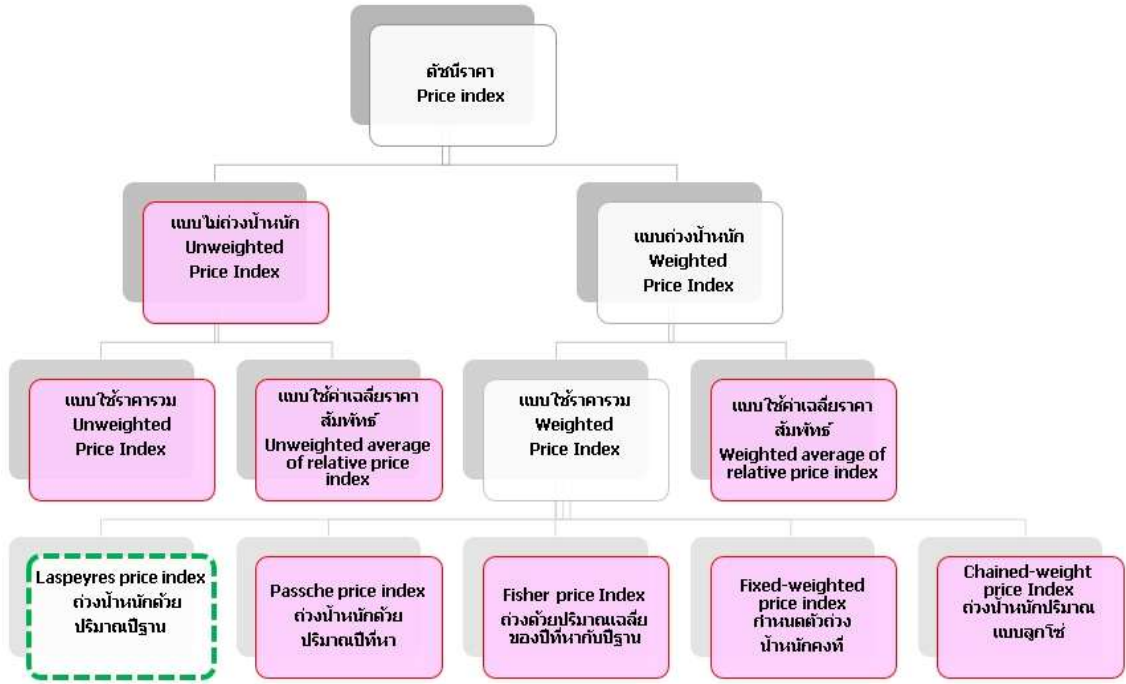
8. คำนวณดัชนีค่าจ้างแรงงาน ด้วยวิธีการคำนวณวิธี ลาสเปร์ส (Laspeyres method) และตรวจสอบ วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงดัชนีราคาเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ คำนวณดัชนีราคาแบบถ่วงน้ำหนักหาความสัมพันธ์เปรียบเทียบ

- ข้อมูลบุคลากรและค่าจ้างแรงงานเปรียบเทียบปัจจุบันกับปีก่อนหน้า

- ดัชนีค่าจ้างแรงงานเปรียบเทียบปัจจุบันกับปีฐาน และปีปัจจุบันกับปีก่อนหน้า ภาพรวม รายภาค รายจังหวัดรายกลุ่มประเภทบุคลากร และรายสาขาวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มระดับบริการ ตามการจัดระดับพื้นที่ในการจ่ายค่าตอบแทนเหมาจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข และรายเขตสุขภาพ

9. สรุปและเผยแพร่

การคำนวณดัชนีราคา : ภาพที่ 2 ดัชนีราคาแบบต่างๆ



สูตรดัชนีราคาลาสเปร์ส (Laspeyres price index:  $L_p$ ) ใช้ราคารวม แบบถ่วงน้ำหนักด้วยปริมาณปีฐาน<sup>(7,9)</sup>

ความหมายของสัญลักษณ์

$P_n$  คือ ราคาปีที่สนใจ

$Q_n$  คือ ปริมาณสินค้าปีที่สนใจ

$P_o$  คือ ราคาปีฐาน

$Q_o$  คือ ปริมาณสินค้าปีฐาน

$$\text{ดัชนีราคาผลรวมลาสเปร์ส}(L_p) = \frac{\sum P_n Q_o}{\sum P_o Q_o} \times 100$$

การทำนายเงินเฟ้อด้วยดัชนีราคาผู้ผลิต (Predict inflation with the Producer Price Index)<sup>(1)</sup>

วิธีคำนวณหาอัตราการเปลี่ยนแปลงดัชนี : อัตราเงินเฟ้อ (Calculating Inflation with Index Numbers)<sup>(2)</sup>

อัตราเงินเฟ้อเป็นการเปลี่ยนแปลงเปอร์เซ็นต์ในดัชนีราคา อัตราเงินเฟ้อสามารถคำนวณ ได้ดังนี้  

$$\frac{\text{ดัชนีปัจจุบัน(Level in new year)} - \text{ดัชนีที่ผ่านมา(Level in previous year)}}{\text{ดัชนีที่ผ่านมา(Level in previous year)}} \times 100$$

วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงดัชนีราคาเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และคำนวณดัชนีราคาแบบถ่วงน้ำหนักหาความสัมพันธ์เปรียบเทียบ

**ผลการศึกษา (Result)****ข้อมูลค่าจ้างแรงงานเปรียบเทียบปี  
ปัจจุบันกับปีก่อนหน้า**

จำนวนบุคลากร ในหน่วยบริการ  
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่าง  
ปี 2558 - 2560 มีเพียง ร้อยละ 0.83, 0.86 และ  
0.89 ของกำลังแรงงาน เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.03 ต่อปี  
บุคลากรในปี 2561 จำนวนมากที่สุด คือ ข้าราชการ  
รองลงมา คือ พนักงานกระทรวง, ลูกจ้างชั่วคราว,  
**ตารางที่ 1** ตารางแสดงจำนวนบุคลากรหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
จำแนกตามประเภทของบุคลากร (ข้อมูลจากหน่วยบริการทั้งหมด 10,660 แห่ง)

ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการ ตามลำดับ  
โดยภาพรวมบุคลากรมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 0.01  
ลดลงในกลุ่มลูกจ้างประจำมากที่สุด ลดลงร้อยละ  
10.70 รองลงมา คือ พนักงานกระทรวงลดลงเป็น  
อันดับ 2 ลดลงร้อยละ 4.10 และพบว่า พนักงาน  
ราชการมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องเพียงกลุ่มเดียว  
โดยตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2561 พนักงานราชการ  
มีจำนวนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.91 ร้อยละ 7.33 และ  
ร้อยละ 8.10 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ประเภทบุคลากร	จำนวนบุคลากร (คน)				ร้อยละของบุคลากรหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น		
	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1. ข้าราชการ	161,143	169,239	174,750	177,488	5.02	3.26	1.57
2. พนักงานราชการ	5,843	6,247	6,705	7,248	6.91	7.33	8.10
3. พนักงานกระทรวง	102,034	96,775	94,543	90,668	- 5.15	- 2.31	- 4.10
4. ลูกจ้างประจำ	18,952	17,682	16,130	14,404	- 6.70	- 8.78	- 10.70
5. ลูกจ้างชั่วคราว	31,643	39,564	48,090	50,372	25.03	21.55	4.75
ผลรวมทั้งหมด	319,615	329,507	340,218	340,180	3.09	3.25	- 0.01

ค่าจ้างแรงงาน ส่วนใหญ่เป็นเงินเดือนพื้นฐาน ในปี  
2561 มูลค่าค่าจ้างข้าราชการมากที่สุด รองลงมา คือ  
ค่าจ้างพนักงานกระทรวง, ลูกจ้างชั่วคราว, ลูกจ้างประจำ  
และพนักงานราชการ ตามลำดับ สอดคล้องกับปริมาณ  
บุคลากร

ค่าจ้างแรงงานเฉลี่ยต่อเดือนของ  
ข้าราชการสูงกว่าทุกกลุ่ม รองลงมา คือ  
ลูกจ้างประจำและพนักงานราชการ ค่าจ้างเฉลี่ยใน  
ปี 2561 เท่ากับ 46,038 บาท, 28,786 บาท และ  
25,547 บาท ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ตารางแสดงจำนวนบุคลากรและค่าจ้างแรงงานเฉลี่ยของบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ในภาพรวม จำแนกตามประเภทบุคลากร ตั้งแต่ปี 2558 - 2561 (ข้อมูลจากหน่วยบริการทั้งหมด 10,660 แห่ง)

สาขาวิชาชีพ	ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560		ปี 2561	
	ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท)	จำนวน (คน)
1. ข้าราชการ	40,596	161,143	48,284	169,239	50,010	174,750	46,038	177,488
2. พนักงานราชการ	21,321	5,843	24,974	6,247	28,396	6,705	25,547	7,248
3. พนักงานกระทรวง	12,098	102,034	13,095	96,775	20,829	94,543	13,973	90,668
4. ลูกจ้างประจำ	22,291	18,952	26,477	17,682	39,871	16,130	28,786	14,404
5. ลูกจ้างชั่วคราว	11,507	31,643	13,282	39,564	21,180	48,090	14,624	50,372
ผลรวมทั้งหมด	27,181	319,615	31,471	329,507	36,919	340,218	31,673	340,180

**ดัชนีค่าจ้างแรงงานเปรียบเทียบปี  
ปัจจุบันกับปีฐานและปีปัจจุบันกับปีก่อนหน้า** ใน  
ภาพรวมประเทศ ดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัด

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปรับตัวเพิ่มขึ้น  
เมื่อเทียบกับปีฐาน ค่าดัชนีตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2561  
เท่ากับ 116, 136 และ 117 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้น

มากที่สุดปี 2560 เพิ่มร้อยละ 35.83 และปรับลดลงในปี 2561 เหลือเพิ่มเพียงร้อยละ 16.53 เมื่อวัดการเปลี่ยนแปลงราคา (วัดจากอัตราเงินเพื่อค่าจ้างแรงงาน) ในปี 2561 ติดลบร้อยละ 14.21 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ตารางแสดงดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2558 ถึงปี 2561 จำนวนสูตรลาสเปร์รี่ (ข้อมูลจากหน่วยบริการทั้งหมด 10,660 แห่ง)

Lapayres Price Indexes (Base = 2558)									
สารปี	ดัชนีราคาปี	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	Price Growth 0 2558	Price Growth 0 2561	Inflation Rate YoY 0 2558	Inflation Rate YoY 0 2561
ปีเฉลี่ยปีฐาน	98.78	100	102	105	117	2%	5%	2%	5%
ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น	1.22	100	141	230	129	41%	132%	29%	41%
การเพิ่มขึ้นแรงงาน	321.00	100	135	135	117	15%	35%	17%	17%

ดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Lapayres price index)				
	2558	2559	2560	2561
Price Growth	100.0	116	136	117
Inflation Rate YoY		16.70%	36.80%	16.63%
		15.70%	17.31%	-14.21%

**ดัชนีค่าจ้างแรงงานภาพรวมรายภาค** ในปีฐานภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ มีจำนวนบุคลากรจากหน่วยบริการตามลำดับดังนี้ 61,587 คน จากหน่วยบริการ 2,137 แห่ง (รพ. 161 แห่ง รพสต. 1,976 แห่ง), 22,726 คนจากหน่วยบริการ 631 แห่ง (รพ. 57 แห่ง รพสต. 574 แห่ง), 109,928 คนจากหน่วยบริการ 3,796 แห่ง (รพ. 325 แห่ง รพสต. 3,471 แห่ง), 55,710 คนจากหน่วยบริการ 1,672 แห่ง (รพ. 159 แห่ง รพสต. 1,513 แห่ง) และ 69,664 คนจากหน่วยบริการ 2,424 แห่ง (รพ. 195 แห่ง รพสต. 2,229 แห่ง) ตามลำดับ สัดส่วนมูลค่าค่าจ้างแรงงานมากที่สุดในปี 2558 อยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมา คือ ภาคเหนือ, ภาคกลาง, ภาคใต้ และภาคตะวันออก ตามลำดับ โดยปี 2560 ดัชนีค่าจ้างแรงงาน มีอัตราการเติบโตมากที่สุด และเติบโตลดลงในปี 2561 ดัชนีค่าจ้างแรงงานสูงสุด คือ ภาคใต้ ตั้งแต่ ปี 2559 ถึงปี 2561 เท่ากับ 120, 142 และ 121 การเพิ่มของดัชนีค่าจ้าง เท่ากับ ร้อยละ 19.62 ร้อยละ 41.64 และร้อยละ 20.92 ตามลำดับ โดยอัตราการเปลี่ยนแปลงดัชนี (วัดจากอัตราเงินเพื่อค่าจ้างแรงงาน) เทียบปีปัจจุบันกับ ปีก่อนหน้า ในปี 2561 ติดลบทุกจังหวัด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เฉียงเหนือ มีการเปลี่ยนแปลงติดลบ มากที่สุด ร้อยละ 15.64 และติดลบน้อยที่สุดที่ภาคกลาง ติดลบร้อยละ 10.08 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ตารางแสดงดัชนีราคาผู้ผลิต : ดัชนีค่าจ้างแรงงานและอัตราเปลี่ยนแปลงรายภาคปี 2559-2560 (ปี 2558 = 100) คำนวณสูตรลาสแปร์(Laspeyres price index) (ข้อมูลจากหน่วยบริการทั้งหมด 10,660 แห่ง)

ภาค	สัดส่วนน้ำหนักปีฐาน	ดัชนี				อัตราการเปลี่ยนแปลง (Price Growth)			อัตราการเปลี่ยนแปลง (Inflation Rate )		
		ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
		กลาง	20.44	100	117	128	115	16.62	28.40	15.45	16.62
ตะวันออก	7.26	100	119	130	112	18.56	30.01	12.25	18.56	9.66	- 13.66
ตะวันออกเฉียงเหนือ	32.11	100	120	138	116	20.11	37.54	16.03	20.11	14.51	- 15.64
ใต้	17.88	100	120	142	121	19.62	41.64	20.92	19.62	18.41	- 14.63
เหนือ	22.31	100	116	138	117	16.02	37.93	16.73	16.02	18.89	- 15.37
ผลรวมทั้งหมด	100.00	100	116	136	117	15.78	35.83	16.53	15.78	17.31	- 14.21

#### ดัชนีค่าจ้างแรงงานภาพรวมราย

จังหวัด สัดส่วนมูลค่าค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 5 อันดับแรก ในปี 2558 มากที่สุด อยู่ที่ จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 3.88 รองลงมาคือ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 3.07 จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 2.76 จังหวัดสงขลา ร้อยละ 2.61 และจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 2.60 ตามลำดับ และน้อยที่สุดที่จังหวัดระนอง ร้อยละ 0.47 จังหวัดบึงกาฬ ร้อยละ 0.50 จังหวัดสมุทรสงคราม ร้อยละ 0.53 จังหวัดแม่ฮ่องสอน ร้อยละ 0.56 และจังหวัดนครนายก ร้อยละ 0.57 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายภาค พบว่า ดัชนีค่าจ้างแรงงานสูง และต่ำที่สุด ในปี 2561 ภาคกลาง ดัชนีค่าจ้างแรงงานสูงที่สุด จังหวัดนครนายก 134 ต่ำที่สุดจังหวัดกาญจนบุรี 109, ภาคตะวันออกดัชนีค่าจ้างแรงงานสูงที่สุดจังหวัดตราด 117 ต่ำที่สุดจังหวัดฉะเชิงเทรา 111, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดัชนีค่าจ้างแรงงานสูงที่สุดจังหวัดนครพนม 121 ต่ำที่สุดจังหวัดมุกดาหาร 112, ภาคใต้ดัชนีค่าจ้างแรงงานสูงที่สุดจังหวัดนราธิวาส 141 ต่ำที่สุดจังหวัดระนอง 110 และภาคเหนือ ดัชนีค่าจ้างแรงงานสูงที่สุดจังหวัดเชียงราย 127 ต่ำที่สุดจังหวัดเพชรบูรณ์ 112

#### ดัชนีค่าจ้างแรงงานเปรียบเทียบปี

ปัจจุบันกับปีฐานและปีปัจจุบันกับปีก่อนหน้า รายนกลุ่มประเภทบุคลากร และสาขาวิชาชีพ มูลค่าค่าจ้างมากที่สุดในปีฐาน คือ ข้าราชการ ร้อยละ 75.30 ภาพรวมดัชนีค่าจ้างแรงงานมากที่สุด กลุ่มลูกจ้างประจำ ดัชนีค่าจ้างและอัตราการเติบโต เท่ากับ 129 (เพิ่มร้อยละ29) และอัตราเงินเฟ้อของค่าจ้างแรงงาน ในปี 2561 ติดลบทุกจังหวัดติดลบ น้อยที่สุดกลุ่มข้าราชการ ลบร้อยละ 8 ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ตารางแสดงดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสภาพภาพรวม จำแนกตามประเภทบุคลากร ตั้งแต่ปี 2558 ถึงปี 2561 คำนวณสูตรลาสเปร์รี่ (Laspeyres price index) (ข้อมูลจากหน่วยบริการทั้งหมด 10,660 แห่ง)

จังหวัด	ดัชนีนวัตกรรมปีฐาน	ดัชนีปี 2558	ดัชนีปี 2559	ดัชนีปี 2560	ดัชนีปี 2561	Price	Price	Price	Inflation	Inflation	Inflation
						Growth	Growth	Growth	Rate YoY	Rate YoY	Rate YoY
		ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1.ข้าราชการ	75.30	100	116	123	113	16%	23%	13%	16%	6%	-8%
2.พนักงานราชการ	1.43	100	117	133	120	17%	33%	20%	17%	14%	-10%
3.พนักงานกระทรวง	14.21	100	108	172	116	8%	72%	16%	8%	59%	-33%
4.ลูกจ้างประจำ	4.86	100	119	179	129	19%	79%	29%	19%	51%	-28%
5.ลูกจ้างชั่วคราว	4.19	100	114	184	127	14%	84%	27%	14%	62%	-31%
Total	100.00	100	116	136	117	16%	36%	17%	16%	17%	-14%

**ดัชนีค่าจ้างแรงงานรายกลุ่มประเภทบุคลากร** เมื่อพิจารณารายภาค ในปี 2561 ภาคใต้มีดัชนีค่าจ้างสูงในทุกประเภทบุคลากร และสูงกว่าทุกภาคใน 3 ประเภทบุคลากร ได้แก่ ข้าราชการ, พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เท่ากับ 120, 122 และ 120 ตามลำดับ โดยพบว่า ประเภทบุคลากร 3 กลุ่มนี้มี ค่าดัชนีค่าจ้างต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 109, 114 และ 112 ส่วนภาคกลางมีดัชนีค่าจ้างแรงงานลูกจ้างประจำสูงกว่าทุกภาค ค่าดัชนีเท่ากับ 132 โดยดัชนีค่าจ้างลูกจ้างประจำจะต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 127 ส่วนลูกจ้างชั่วคราว ดัชนีค่าจ้างสูงที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 130 และต่ำสุดที่ภาคใต้เท่ากับ 125

**ดัชนีค่าจ้างแรงงานรายสาขาวิชาชีพ** เมื่อพิจารณารายภาค พบว่า ทุกกลุ่มสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล สาขาวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการสุขภาพปริญาตรีขึ้นไป ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการสุขภาพต่ำกว่าปริญาตรี ผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยปริญาตรีขึ้นไป และผู้ปฏิบัติงานที่ไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยต่ำกว่าปริญาตรี ดัชนีมีค่าสูงสุดที่ภาคใต้ ค่าดัชนีเท่ากับ 126, 95, 139, 120, 107, 120, 117, 117 และ 110 ตามลำดับ และดัชนีค่าจ้างแรงงานมีค่าต่ำสุดของ

ทุกสาขาวิชาชีพอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 111, 83, 127, 110, 101, 109, 112, 107 และ 107 ตามลำดับ

**ดัชนีค่าจ้างแรงงานรายกลุ่มประเภทโรงพยาบาล** พบว่า อัตราการเปลี่ยนแปลงดัชนี (อัตราเงินเฟ้อของค่าจ้างแรงงาน) ในปี 2561 ตีลบมากที่สุดที่โรงพยาบาลชุมชน และตีลบน้อยที่สุดในโรงพยาบาลทั่วไป

**เมื่อพิจารณาเฉพาะเงินเดือนพื้นฐานรายกลุ่มประเภทบุคลากร และรายสาขาวิชาชีพ** จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า ในปี 2561 ภาพรวมมีการเพิ่มขึ้นของดัชนีค่าจ้างในเงินเดือนพื้นฐานทุกประเภทโรงพยาบาล ดัชนีค่าจ้างเพิ่มร้อยละ 5 ในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป และเพิ่มร้อยละ 3 ในโรงพยาบาลศูนย์ โดย ในโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2561 แพทย์และสาขาวิชาชีพ ดัชนีค่าจ้างในเงินเดือนพื้นฐานเฉลี่ยต่ำกว่าปีฐานอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากบุคลากรที่เข้าสู่ตำแหน่งราชการดังกล่าวในโรงพยาบาลชุมชนมีอายุงานน้อย ค่าจ้างแรงงานเฉลี่ยในเงินเดือนพื้นฐานจึงอาจจะลดต่ำลง สามารถเปรียบเทียบได้ชัดเจนที่แพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ที่มีการเพิ่มขึ้นของดัชนีค่าจ้างแรงงานในเงินเดือนพื้นฐาน มีการเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง เนื่องจากแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลทั้ง 2 ประเภทนี้ มีอายุงานนานกว่า

ค่าเฉลี่ยอัตราค่าจ้างรายเดือนและอัตราการเพิ่มของค่าจ้างในส่วนเงินเดือนพื้นฐาน จึงมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน

**ดัชนีค่าจ้างแรงงานเปรียบเทียบปีปัจจุบันกับปีฐาน และปีปัจจุบันกับปีก่อนหน้า รายกลุ่มระดับบริการ**

**ดัชนีค่าจ้างแรงงานจำแนกตามกลุ่มระดับบริการ** ในปี 2561 มีการเพิ่มขึ้นของดัชนีค่าจ้างแรงงานทุกกลุ่มระดับบริการ โดยมีการเพิ่มขึ้นของดัชนีค่าจ้างมากที่สุดในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์(A) โรงพยาบาลทั่วไป (S) และโรงพยาบาลชุมชนระดับกลาง (F2) เพิ่มร้อยละ 18 และเพิ่มน้อยที่สุดในโรงพยาบาลชุมชนระดับเล็ก (F3) เพิ่มร้อยละ 12 เมื่อวัดอัตราการเปลี่ยนแปลงดัชนี(อัตราเงินเฟ้อของค่าจ้างแรงงาน) ในปี 2561 ติดลบทุกกลุ่มระดับบริการ ติดลบมากที่สุดที่โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง แม่ข่าย (M2) ลบร้อยละ 22

**ดัชนีค่าจ้างแรงงานจำแนกตามการจัดระดับพื้นที่ในการจ่ายค่าตอบแทนเหมาจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข** มีการเพิ่มขึ้นของดัชนีค่าจ้าง

แรงงานทุกพื้นที่แต่เพิ่มในอัตราที่ลดลงในปี 2561 โดยในปี 2561 ดัชนีค่าจ้างแรงงานสูงสุดที่โรงพยาบาลชุมชนพื้นที่เฉพาะระดับ 2 ค่าดัชนีเพิ่มร้อยละ 21 และเพิ่มน้อยที่สุดในโรงพยาบาลพื้นที่ชุมชนเมือง เพิ่มร้อยละ 8 เมื่อวัดอัตราการเปลี่ยนแปลงดัชนี (อัตราเงินเฟ้อของค่าจ้างแรงงาน) ในปี 2561 ติดลบทุกพื้นที่ ติดลบมากที่สุดที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป พื้นที่ยากลำบากใน การบริหารจัดการระดับ ก ติดลบร้อยละ 26

**ดัชนีค่าจ้างแรงงานจำแนกตามเขต** มีการเพิ่มขึ้นของดัชนีค่าจ้างแรงงานทุกเขตสุขภาพแต่เพิ่มในอัตราที่ลดลงในปี 2561 โดยในปี 2561 ดัชนีค่าจ้างแรงงานสูงสุดที่เขต 12 ค่าดัชนีเพิ่มร้อยละ 26 รองลงมา คือ เขต 1 ค่าดัชนีเพิ่ม ร้อยละ 18 และเพิ่มน้อยที่สุดที่เขต 6 เพิ่มร้อยละ 12 เมื่อวัดอัตราการเปลี่ยนแปลงดัชนี (อัตราเงินเฟ้อของค่าจ้างแรงงาน) ในปี 2561 ติดลบทุกเขต ติดลบมากที่สุดในเขต 1 ติดลบร้อยละ 19 ติดลบน้อยที่สุดในเขต 4 ติดลบร้อยละ 8 ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ตารางแสดงดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามเขตสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2558 ถึงปี 2561 คำนวณสูตรลาสเปร์รี่ (Laspeyres price index)

เขต	สัดส่วนน้ำหนักปีฐาน	ดัชนี ปี 2558	ดัชนี ปี 2559	ดัชนี ปี 2560	ดัชนี ปี 2561	Price Growth ปี 2559	Price Growth ปี 2560	Price Growth ปี 2561	Inflation Rate YoY ปี 2559	Inflation Rate YoY ปี 2560	Inflation Rate YoY ปี 2561
1	11.3	100	117	145	118	17%	45%	18%	17%	24%	-19%
2	6.5	100	115	131	115	15%	31%	15%	15%	15%	-12%
3	5.2	100	115	129	116	15%	29%	16%	15%	12%	-10%
4	8.3	100	118	126	116	18%	26%	16%	18%	8%	-8%
5	9.8	100	116	131	116	16%	31%	16%	16%	12%	-11%
6	8.9	100	118	130	112	18%	30%	12%	18%	10%	-14%
7	7.4	100	121	138	117	21%	38%	17%	21%	14%	-15%
8	8.1	100	118	136	116	18%	36%	16%	18%	15%	-14%
9	9.6	100	121	139	116	21%	39%	16%	21%	15%	-17%
10	7.1	100	120	136	115	20%	36%	15%	20%	13%	-15%
11	8.1	100	121	140	115	21%	40%	15%	21%	16%	-18%
12	9.8	100	119	143	126	19%	43%	26%	19%	20%	-12%
ภาพรวม	100.0	100	116	136	117	16%	36%	17%	16%	17%	-14%

จากการคาดการณ์ว่า ต้นทุนการผลิตสินค้าและบริการสุขภาพในส่วนของค่าจ้างแรงงานของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มในอัตราที่สูงกว่าระดับราคาสินค้าและบริการ ทำให้ต้นทุนในการ

ผลิตสูงขึ้น และเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลต่อสภาพคล่องทางการเงินของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และอาจทำให้เกิดปัญหาการจ้างงานบุคลากรและกระทบต่อการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข นั้น ผลการวิจัยพบว่า



แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าจ้างแรงงานมีการเพิ่มในอัตราที่ต่ำกว่าระดับราคาสินค้าและบริการทั่วไป ดังนั้น ค่าจ้างแรงงานอาจจะไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ทำให้ต้นทุนในการผลิตสูงขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงินของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่อาจทำให้เกิดปัญหาการจ้างงานและกระทบต่อการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากหากค่าจ้างแรงงานเพิ่มขึ้นช้ากว่าระดับราคาสินค้าและบริการอื่นเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ข้อจำกัดของงบประมาณ กรอบอัตรากำลัง เป็นต้น ก็ย่อมส่งผลให้ปริมาณการจ้างงานและ ค่าจ้างแรงงานลดลง อำนาจซื้อของแรงงานลดลง ส่งผลกระทบต่อการคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทบต่อการผลิตสินค้าและบริการสุขภาพ ทำให้รายได้จากการดำเนินงานอาจจะลดลง จนอาจจะส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องทางการเงินของหน่วยบริการตามมา

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำมาใช้วัดการเปลี่ยนแปลงของค่าจ้างแรงงาน ในระดับภาค ระดับเขต ระดับกลุ่มโรงพยาบาล ระดับประเภทบุคลากร และระดับกลุ่มสาขาวิชาชีพ ผลจากการนำดัชนีค่าจ้างแรงงานมาวัดผลการเปลี่ยนแปลงของค่าจ้างแรงงาน พบว่า มีการเติบโตจากราคาปีฐานแต่มีแนวโน้มการเติบโตลดลง โดยปี 2559 ถึงปี 2561 มีค่าดัชนีและการเติบโต เท่ากับ 116 (เพิ่ม15.78%), 136 (เพิ่ม35.83%) และ 117 (เพิ่ม16.53%) ตามลำดับ เมื่อวัดอัตราเงินเฟ้อของค่าจ้างแรงงาน ในปี 2561 ติดลบอยู่ที่ระดับ 14.21% ต่ำกว่าการเพิ่มของระดับราคาสินค้าและบริการ ที่วัดจากอัตราเงินเฟ้อทั่วไป มีค่าบวกอยู่ที่ระดับ 1.1%

ผลการพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลทฤษฎีจากส่วนกลางคำนวณดัชนีราคาด้วยวิธีลาสเปร์ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าดัชนีและอัตรา การเปลี่ยนแปลงของดัชนี คือ การใช้ปีฐานคงที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปริมาณที่เปลี่ยนแปลงและข้อจำกัดของข้อมูลทฤษฎีที่ต้องมีการปรับปรุง ออกแบบให้มีความแม่นยำมากขึ้น เนื่องจากข้อมูลบางส่วนเป็นข้อมูลจากการประมาณการ ที่อาจจะให้ค่าสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริง อีกทั้งข้อมูลค่าตอบแทนอื่น สวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล ยังไม่สามารถจัดเก็บและลงรายละเอียดระดับบุคคลได้อย่างครบถ้วน ในการพัฒนาระยะต่อไป ควรมีการพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลระดับบุคคลจากหน่วยบริการให้ละเอียดมากขึ้น ทั้งระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย และหากมีการบูรณาการระบบข้อมูลและออกแบบโปรแกรมในการจัดเก็บที่ตอบสนองต่อการใช้งานอย่างครอบคลุม ก็จะช่วยลดภาระในการจัดเก็บข้อมูลรายบุคคลที่อาจจะยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ และสามารถวิเคราะห์ได้อย่างครอบคลุมในหลากหลายมุมมองแม่นยำมากขึ้น ทั้งนี้ ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาดัชนีค่าจ้างแรงงาน การพัฒนาโปรแกรมเพื่อบูรณาการระบบการจัดการค่าแรง การออกแบบฐานข้อมูลสถิติสำหรับการจัดทำดัชนีค่าจ้างแรงงาน และวางแผนบริหารกำลังคนและค่าตอบแทนในระยะ ต่อไป

## วิจารณ์ (Discussion)

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ค่าจ้างแรงงานบุคลากรภาครัฐส่วนใหญ่มาจากเงินเดือนพื้นฐาน (ร้อยละ 98.78) ดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2559 - 2561 มีการเพิ่มขึ้นของราคาค่าจ้างจากปีฐาน (ปี2558) แต่แนวโน้มอัตรการเพิ่มลดลง เมื่อวัดอัตราเงินเฟ้อของค่าจ้างแรงงาน พบว่า ในปี 2561 ราคาลดลงติดลบอยู่ที่ระดับ 14.21% ในขณะที่อัตราเงินเฟ้อทั่วไป (Headline Inflation) ของประเทศไทยในปี

2561 บวกอยู่ที่ระดับ 1.1% และอัตราเงินเฟ้อพื้นฐาน (Core Inflation) บวกอยู่ที่ระดับ 0.7% ดังแสดงในตารางที่ 7

#### ตารางที่ 7 ตารางแสดงอัตราเงินเฟ้อ

สรุปประมาณการเศรษฐกิจและเงินเฟ้อ			
ร้อยละ	2561*	2562	2563
อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ	4.1	3.8 (4.0)	3.9
อัตราเงินเฟ้อทั่วไป	1.1	1.0 (1.0)	1.1
อัตราเงินเฟ้อพื้นฐาน	0.7	0.8 (0.9)	0.9

\* ข้อมูลจริง  
( ) รายงานนโยบายการเงิน ธันวาคม 2561

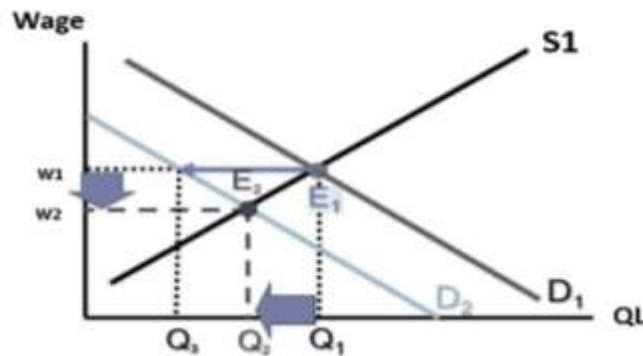
ที่มา : เว็บไซต์ธนาคารแห่งประเทศไทย รายงานนโยบายการเงิน

ธนาคารแห่งประเทศไทย รายงานนโยบายการเงิน ณ ธันวาคม 2561<sup>(11)</sup> ว่าอัตราเงินเฟ้อทั่วไป (Headline Inflation) ของประเทศไทยในปี 2561 บวกอยู่ที่ระดับ 1.1% และอัตราเงินเฟ้อพื้นฐาน (Core Inflation) บวกอยู่ที่ระดับ 0.7 % โดย มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจ 4.1%

ทั้งนี้ อัตราการเปลี่ยนแปลงดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขลดลงเพียงครั้งเดียวและไม่ต่อเนื่อง จึงไม่จัดว่าเป็นภาวะเงินฝืดของค่าจ้างแรงงาน แต่หากดัชนีค่าจ้างแรงงานลดลงไปเรื่อยๆ และต่อเนื่องก็อาจจะทำให้เกิดภาวะเงินฝืดของค่าจ้างแรงงานตามมาความต้องการจ้างแรงงานเพื่อการผลิตสินค้าและบริการสุขภาพน้อยกว่าจำนวนแรงงานในตลาดที่ต้องการเข้าทำงานในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรืออุปสงค์แรงงาน (Demand for labour) น้อยกว่าอุปทานแรงงาน (Supply for labour) จากการจำกัดอัตรากำลังบุคลากรตามภาระงาน (Full-time equivalent : FTE) ข้อจำกัดด้านงบประมาณภาครัฐที่เพิ่มในอัตราที่ไม่สูง การจำกัดวงเงินงบประมาณภาครัฐและประเภทการจ้างงาน และ

ข้อจำกัดเรื่องแหล่งเงินงบประมาณในการจ้างแรงงานที่ส่วนหนึ่งต้องใช้จ่ายจากเงินนอกงบประมาณ (เงินบำรุงของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล) ทำให้ความต้องการจ้างแรงงานลดลง เส้นอุปสงค์ขยับจาก D1 เป็น D2 ณ ราคาค่าจ้างเดิมจะเกิดอุปทานส่วนเกิน (Excess supply) ทำให้ราคาค่าจ้างโดยเฉลี่ยปรับลดลง ปริมาณการจ้างงานจะลดลงเกิดจุดดุลยภาพใหม่ที่ E2 ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 การขยับของเส้นอุปสงค์แรงงาน (Demand for labour)



สอดคล้องกับภาพที่ 3 จะเห็นได้ว่า ปริมาณบุคลากรของหน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรวมลดลง ร้อยละ 0.01 โดยลดลงมากที่สุดในกลุ่มลูกจ้างประจำที่มี ค่าจ้างแรงงานเฉลี่ยต่อเดือนสูงเป็นอันดับ 2 และ อีกกลุ่มที่มีการจ้างลดลงคือพนักงานกระทรวง ที่มี ปริมาณบุคลากรมากเป็นอันดับ 2 เพื่อลดภาระ งบประมาณในการจ่ายค่าจ้าง และเพิ่มการจ้างกลุ่ม พนักงานราชการโดยการใช้ระบบสัญญาจ้างเป็น ข้อกำหนดและเงื่อนไขการจ้างงานและบริหารผล การปฏิบัติราชการ ส่วนกลุ่มข้าราชการ และลูกจ้าง ชั่วคราวมีปริมาณการจ้างเพิ่มขึ้น แต่มีแนวโน้ม อัตราการเพิ่มที่ลดลง วิเคราะห์ได้ว่าการลดลงของ จำนวนบุคลากร วงเงินค่าจ้าง ค่าจ้างแรงงาน เฉลี่ย และ ดัชนีค่าจ้างแรงงาน ส่วนหนึ่งเป็นผล มาจากนโยบายการบริหารกำลังคน ที่ทำให้เกิด การปรับลดอุปสงค์ต่อแรงงาน แรงงานใหม่มี ค่าจ้างแรงงานที่ต่ำกว่า (ทั้งเงินเดือนพื้นฐานและ ค่าตอบแทนอื่น) ทำให้ค่าจ้างแรงงานเฉลี่ยลดลง ส่งผลให้ดัชนีค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2561 ปรับลดลง รวมทั้งข้อจำกัดด้านงบประมาณภาครัฐ และข้อจำกัดในการเก็บรวบรวมข้อมูลค่าตอบแทน อื่น ที่อาจจะยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ก็เป็นส่วนหนึ่ง

ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงลดลงของดัชนีค่าจ้าง แรงงานได้เช่นกัน

**ข้อยุติ (Conclusion)**

**ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้**

1) การวิเคราะห์ดัชนีค่าจ้างแรงงาน พบว่า การเติบโตของค่าจ้างแรงงานบุคลากรสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราการ เพิ่มขึ้นที่ลดลงในปี 2561 ส่วนหนึ่งอาจเกิดจาก ข้อจำกัดในการใช้ข้อมูลทุติยภูมิ และข้อมูลจากการ ประเมินการที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้น เพื่อให้การ วิเคราะห์ข้อมูลถูกต้องมากที่สุดจึงต้องมีการ ตรวจสอบย้อนกลับจากพื้นที่ โดยในระยะต่อไป ขั้นตอนนี้มีความจำเป็นและต้องใช้ระยะเวลาในการ วิเคราะห์ข้อมูล

2) จากผลการวิเคราะห์ดัชนีค่าจ้าง แรงงาน มีแนวโน้มอัตราการเติบโตที่ลดลง ทำให้ วิเคราะห์ได้ว่า แนวโน้มค่าจ้างแรงงานที่ต่ำกว่า ระดับราคาสินค้าและบริการ ผลตอบแทนแรงงานที่ ลดลงหรือเพิ่มในระดับที่ต่ำ จะทำให้อำนาจซื้อของ แรงงานลดลง อาจส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจและ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และอาจเกิดการ เคลื่อนย้ายแรงงานจากหน่วยบริการภาครัฐสู่เอกชน ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวม ดังนั้น จึงควรกำหนดมาตรการในการป้องกันการสูญเสีย บุคลากรภาครัฐที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

พื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร ทั้งรูปแบบผลตอบแทนที่เป็นตัวเงิน และผลตอบแทนที่ไม่เป็นตัวเงิน

3) สามารถปรับแบบจัดเก็บข้อมูลให้มีความสอดคล้องกับรายการค่าจ้างแรงงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน และแนวโน้มการจ้างงาน จากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่กำหนดอุปสงค์ต่อแรงงาน โดยสามารถใช้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดระดับพื้นที่ เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป

4) จากข้อจำกัดของการวิจัย ที่ต้องมีการคัดข้อมูลรายบุคคลออกบางส่วน (Excluding data) การศึกษาครั้งต่อไป จึงควรเพิ่มข้อมูลในส่วนที่ถูกคัดออกเพื่อให้การวิเคราะห์สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

### การนำผลไปใช้ในเชิงนโยบาย

1) ใช้เพื่อการวางแผนคาดการณ์งบประมาณให้เกิดความเพียงพอ

2) กำหนดนโยบายค่าจ้างแรงงาน ในส่วนที่อยู่ในอำนาจการบริหารจัดการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยความเห็นร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) วางแผนกำลังคนให้เพียงพอรองรับการจัดบริการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ

4) การกระจายผลประโยชน์และสวัสดิการให้เกิดความเป็นธรรม หน่วยบริการที่บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล บุคลากรควรได้รับผลตอบแทนแรงงานมากขึ้น ทั้งที่เป็นตัวเงิน เช่น ได้รับค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานเพิ่ม และที่ไม่เป็นตัวเงิน เช่น ค่าชมเชยของผู้บริหาร เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาพัฒนาดัชนีเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของระดับราคาสินค้าและบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งฝั่งผู้ผลิต และฝั่งผู้บริโภค โดยเริ่มจากการพัฒนาดัชนีราคาผู้ผลิตในส่วนค่าจ้างแรงงาน และรายา ที่มีมูลค่าสูง

ในต้นทุนการผลิต และศึกษาเพื่อพัฒนาระบบข้อมูล สถิติด้านเศรษฐกิจที่จำเป็นสำหรับการจัดทำดัชนีเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสุขภาพ

2) การศึกษาเพื่อพัฒนาดัชนีในระยะต่อไป ควรมีระยะเวลาเพื่อการออกแบบระบบจัดเก็บข้อมูลให้ครอบคลุม การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำโครงสร้างดัชนี การกำหนดน้ำหนักรายการสินค้า และการกำหนดปีฐาน โดยมีผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมให้ความเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบข้อมูล ที่จำเป็นสำหรับการจัดทำดัชนี และควรขยายให้ครอบคลุมบุคลากรสาธารณสุขทั้งกระทรวงสาธารณสุข และระยะถัดไปให้ครอบคลุมบุคลากรในระบบสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบ วางแผนงบประมาณ วางแผนการผลิต และการกระจายทรัพยากรให้เหมาะสมต่อไป

3) ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรรองรับภาระงานด้านเศรษฐกิจสุขภาพในระยะยาว การวิเคราะห์ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นภารกิจที่สำคัญในการขับเคลื่อนการเติบโตขององค์กรอย่างยั่งยืน

4) ควรมีการศึกษาพฤติกรรมแรงงานในยุคแห่งเทคโนโลยี แรงงานรุ่นใหม่มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคม แรงงานเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยี ทำให้ง่ายต่อการปรับตัวรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ความอดทนในการทำงานอาจจะลดลง การคงอยู่ของแรงงานส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพการทำงานที่เอื้ออำนวยให้แรงงานมีความสุขหรือรักในงาน จนสามารถสร้างสรรค์และพัฒนางานให้มีมูลค่าเพิ่มมากขึ้น การคงอยู่ของแรงงานก็จะยาวนานขึ้น แม้ผลตอบแทนแรงงานที่เป็นตัวเงินไม่ได้เปลี่ยนแปลงเชิงบวกก็ตาม การศึกษารูปแบบการจัดการบุคลากร นอกเหนือจากการเพิ่มค่าจ้างแรงงานที่เป็นตัวเงิน

จึงเป็นความท้าทายขององค์กร ที่หน่วยบริการ ต้องใส่ใจและให้ความสำคัญ ในการดูแลแรงงาน ในทุกมิติ เพื่อสร้างเสริม"องค์กรสุขภาวะ" หรือ "Happy Workplace" ในระยะต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

ขอขอบพระคุณอาจารย์ นพ.ถาวร สกุก พานิชย์ ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำที่ดีและมี ประโยชน์ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจ สุขภาพและหลักประกันสุขภาพที่มอบหมายหน้าที่ รับผิดชอบในงานพัฒนาการจัดสรรทรัพยากรด้าน เศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์คิมหันต์ ยงรัตนกิจ รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม และ ดร. สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า ที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในการตีพิมพ์เผยแพร่ และเกสซ์กรวิชิต เหล่าวัฒนาถาวร เลขานุการคณะกรรมการบริหาร จัดการและพัฒนาประสิทธิภาพการเงินการคลัง เขตสุขภาพที่ 8 ที่ช่วยสอบถามเอกสารงานเผยแพร่ และขอขอบพระคุณ คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบัน บัณฑิต พัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) ที่ประสิทธิ ประสาทความรู้ ด้านเศรษฐศาสตร์ให้ หากมี ข้อบกพร่องแต่ประการใด ผู้จัดทำขอน้อมรับไว้ ด้วยความเคารพยิ่ง

### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. ARTHUR PINKASOVITCH. Predict Inflation With The Producer Price Index [serial online] 2013 [cited 2019 Mar 9] ; Available from: URL:<https://www.investopedia.com/articles/economics/11/breaking-down-producers-price-index.asp>.
2. Lumen. Calculating Inflation with Index Numbers. [serial online] [cited 2017 Mar 17]; Available from: URL:<https://course.lumenlearning.com/wm-macroeconomics/chapter/trackinginflation/>.

3. OECD Data. Producer price indices (PPI). [serial online] [cited 2019 Mar 17]; Available from: URL: <https://data.oecd.org/price/producer-price-indicesppi.htm>
4. กระทรวงสาธารณสุข. กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่134 ตอนที่ 64 ก. (ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560).
5. กระทรวงสาธารณสุข. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
6. กองสารสนเทศและดัชนีเศรษฐกิจการค้า. การปรับปรุงดัชนีราคาผู้บริโภค ปีฐาน 2558. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์การค้า กระทรวงพาณิชย์; มกราคม 2560.
7. ณฑล สุกใส. เลขดัชนี ( Index number). [serial online] 2556 [cited 2562 มีนาคม 30]; แหล่งข้อมูลURL:<http://www.preecha.cmustat.com/201110/sc110-index9.pdf>.
8. ถาวร สกุกพานิชย์, สมชัย จิตสุชน, อรรถพรณ ประสิทธิ์ศิริผล. การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการ พัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2556.
9. ประโยชน์ เพ็ญสุต. รายงานผลการวิจัยและพัฒนา เพื่อจัดทำดัชนีราคาผู้บริโภคด้านสุขภาพของประเทศไทยระยะที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
10. สายพิณ หัตถิรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. เวชศาสตร์ครอบครัว ช่วยให้เกิดการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ จริงหรือไม่. การประชุมวิชาการการประยุกต์ใช้ศาสตร์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในการทำงานจริง. โรงแรมบุษย์น้ำทอง; 23 มีนาคม 2558.

11. ส่วนกลยุทธ์นโยบายการเงิน ฝ่ายนโยบายการเงิน.รายงานนโยบายการเงิน [serial online] 2562 [cited 2562 เมษายน 30]; เข้าถึงได้จาก: URL: <https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/MonetPolicyComittee/MPR/Pages/default.aspx>.
12. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. กำลังคนภาครัฐในฝ่ายพลเรือน 2558-2560. นนทบุรี: 21 เซ็นจูรี จำกัด.
13. อโนทัย พุทธารี่, วิวัฒน์ ภูมินาด, และ พรสวรรค์ รักเป็นธรรม. ดัชนีค่าจ้างแรงงาน (Labour Price Index). Statistics and information Systems Department,1-17; 2557.

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ศึกษา วิเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ  
กระทรวงสาธารณสุข  
An Analysis and Study of the Model of Administration in Health Insurance for  
Stateless People: Ministry of Public Health.

แก้วตา ธาณิรัตน์\*  
KAEWTA TANEERAT\*

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยหรือไร้สัญชาติ ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เมื่อมีการเจ็บป่วยและไปรับบริการด้านสาธารณสุข ทำให้ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างเลี่ยงไม่ได้ ควรเร่งดำเนินการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์จากรัฐธรรมนูญ 1 ฉบับ<sup>(10)</sup> พระราชบัญญัติ 1 ฉบับ<sup>(6)</sup> เอกสารทางวิชาการ 20 เรื่อง วารสารทางวิชาการ 3 เรื่อง และรายงานการประชุม 1 ฉบับ<sup>(11)</sup> ใช้การสังเคราะห์เอกสารเชิงบรรยาย ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ 3) ปัญหา และอุปสรรคจากการดำเนินงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ พบว่า ยังไม่มีการกำกับ ติดตามผลการจัดบริการด้านสาธารณสุข ควรนำตัวแบบการวิเคราะห์และการวิเคราะห์เชิงสถิติเพื่อใช้กำกับติดตาม ข้อมูลกรณีการใช้บริการผู้ป่วยนอก มีอัตราการใช้บริการต่ำ อาจเนื่องจากการตกหล่น หรือผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน จำเป็นต้องมีมาตรการปรับปรุงเพื่อให้สามารถได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน<sup>(11)</sup> และการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่ออนุมัติสิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พบว่า มีบุคคลที่มีเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขการอนุมัติสิทธิทำให้ไม่ได้รับสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ จึงมีความจำเป็นเร่งจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ<sup>(1-14)</sup>

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพ, บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

\* กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### ABSTRACT

The Kingdom of Thailand is home to individuals without Thai nationality, or stateless people, all of whom are left without any form of health insurance. When receiving medical treatment, financial burdens are invoked, hence an issue requiring immediate administrative attention.

This study applies the Descriptive Study format which employs the analytical assessment of 20 academic documents, 1 meeting proceeding, 3 academic journals, 1 national constitution and 1 parliament act. It also engages the use of synthesizing descriptive studies while acquiring information from 1) general data 2) information for medical treatment. 3) the obstacles found in operating From the process of examining documents in providing rights for stateless individuals, it was found that numerous were either lacking or possessing incorrect documents which do not coincide with the required set of documents in providing citizenship rights, leading to the inability to provide health security. Thus, it is mandatory that immediate health security coverage is provided as studies have shown that a lack of supervision over the issue is present. It would be beneficial to apply the analysis of statistical data in correlation of the matter. Additionally, the study has found that the rates of outpatients are still evidently low, which requires further regulations to enhance the accuracy and completeness of statistical data.

**Keywords:** The model of Administration in Health Insurance, Stateless People.



## บทนำ

ประเทศไทยมีกองทุนด้านประกันสุขภาพที่คุ้มครองด้านสุขภาพประชาชนคนไทยซึ่งไม่รวมถึงบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยหรือไร้สัญชาติ ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เมื่อมีการเจ็บป่วยและไปรับบริการด้านสาธารณสุข ทำให้ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและสถานพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้ต้องมีการเงินจากการให้บริการ เพื่อเป็นข้อมูลหรือแนวทางการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ และเพื่อรวบรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงาน จึงได้ทำการศึกษา วิเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุข การประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมีการดำเนินงานคล้ายคลึงกับกองทุนอื่นๆ จึงเรียกกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมาอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์จากรัฐธรรมนูญ 1 ฉบับ พระราชบัญญัติ 1 ฉบับ เอกสารทางวิชาการ 20 เรื่อง วารสารทางวิชาการ 3 เรื่อง และรายงานการประชุม 1 ฉบับ และใช้การสังเคราะห์เอกสารเชิงบรรยาย โดยศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ 3) ปัญหา และอุปสรรคจากการดำเนินงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพพบว่า ยังไม่มีการกำกับ ติดตามผลการจัดบริการด้านสาธารณสุข ควรนำตัวแบบการวิเคราะห์และการวิเคราะห์เชิงสถิติเพื่อใช้กำกับติดตาม ข้อมูลกรณี การใช้บริการผู้ป่วยนอก มีอัตราการใช้บริการต่ำ อาจเนื่องจากการตกหล่น หรือผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน จำเป็นต้องมีมาตรการปรับปรุงเพื่อให้สามารถได้

ข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่ออนุมัติสิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พบว่า มีบุคคลที่มีเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขการอนุมัติสิทธิทำให้ไม่ได้รับสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ ผู้ป่วยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง และสถานพยาบาลที่ให้บริการได้รับผลกระทบต่อการเงินจากการให้บริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงมีความจำเป็นเร่งจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ<sup>(1-14)</sup>

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษา วิเคราะห์ สถานการณ์ปัจจุบันของรูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อสังเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุข

## วิธีการศึกษา

ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจาก

1. ข้อมูลทั่วไป
2. การวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ
3. ปัญหา และอุปสรรคจากการดำเนินงาน

## เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลทั่วไปจากการดำเนินงาน การตรวจสอบเอกสารหลักฐานการอนุมัติสิทธิ และข้อมูลผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพของกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา วิเคราะห์การบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหา

สถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุข พบ  
ประเด็นตามผลการศึกษา ดังนี้

### 1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข  
ให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานมาอย่าง  
ต่อเนื่อง

2. มีมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23  
มีนาคม 2553 และวันที่ 20 เมษายน 2558 เรื่อง การ  
ให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับ  
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รองรับให้กระทรวง  
สาธารณสุข ดำเนินงานการให้บริการด้านสาธารณสุข  
ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค  
การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. ได้รับงบประมาณสนับสนุน  
การดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 จนถึง  
ปัจจุบัน

4. มีการดำเนินงานภายใต้  
คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานที่  
เกี่ยวข้อง

5. มีหน่วยงานภายในและ  
ภายนอกให้ความร่วมมือในการประสาน  
สนับสนุนข้อมูลและการดำเนินงาน อาทิเช่น  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์  
โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน  
สถานพยาบาลเอกชน กระทรวงมหาดไทย  
กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ สำนักงานประมาณ กรมบัญชีกลาง กอง  
ยุทธศาสตร์และแผนงาน และกองกฎหมาย  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### 2. ด้านนโยบาย

1. มติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23  
มีนาคม 2553 เรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้น  
พื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหา  
สถานะและสิทธิ

2. มติคณะรัฐมนตรีวันที่ 20  
เมษายน 2558 เรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้น  
พื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหา

สถานะและสิทธิ เพิ่มเติม และการจัดการสถานะ  
และสิทธิในบริการสาธารณสุขของบุคคลไร้รัฐไร้  
สัญชาติทั้งระบบ

### 3. การมีสิทธิในระบบประกัน สุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

การมีสิทธิในระบบประกัน  
สุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เป็นไป  
ตามเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเลขบัตรประจำตัว  
บัตรประชาชนของกลุ่มเป้าหมายที่กระทรวง  
มหาดไทย กำหนด และสอดคล้องกับมติ  
คณะรัฐมนตรี แต่จากการตรวจสอบเอกสาร  
หลักฐานการขออนุมัติสิทธิของหน่วยบริการ  
พบว่า ยังมีกลุ่มบุคคลที่อยู่นอกเหนือจากมติ  
คณะรัฐมนตรีข้างต้นที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ  
ใดๆ

### 4. การเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ ทางการแพทย์

งบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ จัดสรรให้กับกองเศรษฐกิจสุขภาพและ  
หลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข เพื่อจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่ได้  
ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งในและ  
นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่ม  
รายการครอบคลุมบริการกรณีผู้ป่วยนอกและ  
ผู้ป่วยใน การเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์  
จากส่วนกลาง ให้หน่วยบริการที่ได้  
ให้บริการด้านสาธารณสุข แก่ผู้มีสิทธิ ส่งข้อมูล  
เพื่อขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ทาง  
โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ จากการดำเนินงานพบ  
ปัญหาข้อขัดข้องในการส่งข้อมูลเข้าระบบ  
บ่อยครั้ง

### 5. โครงสร้างการบริหารจัดการ ประกอบด้วย

1. กลไกส่วนกลางกองเศรษฐกิจ  
สุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวง

แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ในการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และเพื่อแก้ปัญหาภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ และรวมถึงแก้ปัญหาลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนอีกด้วย แต่เนื่องจากหน่วยงานไม่ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับระบบประกันบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิตั้งแต่แรก และต้องรับผิดชอบระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ด้วย เช่น ระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ภาระงานจึงเพิ่มขึ้นจึงค่อนข้างมากในปัจจุบัน

2. บริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ภายใต้คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ 1) คณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 2) คณะอนุกรรมการบริหารจัดการงบประมาณและการจัดการบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 3) คณะทำงานพัฒนาสิทธิ

ประโยชน์และการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 4) คณะทำงานพัฒนาระบบสารสนเทศและข้อมูลบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ทั้งนี้ ยังมีการประชุมหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ในการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ อันได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานงบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สมาคมโรงพยาบาลเอกชน

**แหล่งรายได้**

กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิมีแหล่งรายได้จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

**ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้มีสิทธิและงบประมาณบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปีงบประมาณ 2560 - 2562**

ปีงบประมาณ	งบประมาณ (บาท)	จำนวนผู้มีสิทธิ	จำนวนเงินต่อหัวประชากรต่อปี
2560	1,319,615,500.00	562,974	2,344.01
2561	1,305,236,100.00	557,324	2,341.97
2562	1,409,907,900.00	572,398	2,463.16

ที่มา: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2562)

เมื่อเปรียบเทียบงบประมาณที่ได้รับในแต่ละปี พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 ได้รับงบประมาณมากที่สุดและจำนวนเงินต่อหัวประชากรต่อปีมากที่สุด ปีงบประมาณ 2560 และ 2561 ตามลำดับตามจำนวนประชากร

### การบริหารจัดการงบประมาณ

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ในการบริหารจัดการงบประมาณตามที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานงบประมาณ โดยรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ ภายใต้กรอบหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงานตามที่คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกำหนด 2 ส่วน ดังนี้

1. งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ค่าบริการทางการแพทย์

1.1 จัดสรรให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ที่มีผู้มีสิทธิ กรณีผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (OP AE) ในจังหวัด และผู้ป่วยนอกกรณีส่งต่อ (OP Refer) ภายในและภายนอกจังหวัด

1.2 จัดสรรให้หน่วยบริการที่รับลงทะเบียนผู้มีสิทธิ กรณีผู้ป่วยนอกทั่วไป (OP Normal)

2. งบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ จัดสรรให้กับกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการที่ได้ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มรายการครอบคลุมบริการกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

**2. ปัญหา และอุปสรรคจากการดำเนินงาน**

กองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ดำเนินงานตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 มีนาคม 2553 และวันที่ 20 เมษายน 2558 เรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้าน

สาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ โดยได้กำหนดเงื่อนไขการอนุมัติสิทธิเพื่อให้ได้รับสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ ตามเอกสารหลักฐานที่สอดคล้องกับมติคณะรัฐมนตรีจากการดำเนินงานพบว่า ยังมีบุคคลที่มีเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขการอนุมัติสิทธิทำให้ไม่ได้รับสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง รวมถึงสถานพยาบาลที่ให้บริการได้รับผลกระทบต่อภาระด้านการเงินจากการให้บริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จึงมีความจำเป็นเร่งรัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ

**3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ** มีแหล่งข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป จากข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560 2. ข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2558 - 2560 ประกอบด้วย

ผู้ป่วยนอกกรณีอุบัติเหตุนอกจังหวัด การให้ยารักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และค่าใช้จ่ายสูงอื่นๆ

บริการผู้ป่วยในทั่วไป อุบัติเหตุฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายสูง

วิธีการวิเคราะห์ : อัตราการใช้บริการต่อรายต่อปี ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อรายต่อปี และอัตราจ่ายต่อรายต่อปี

1. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยนอก (43 แฟ้ม + Registration) พบว่า เมื่อทำการเทียบข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก กับข้อมูลการขึ้นทะเบียนของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ไม่สามารถเทียบข้อมูลได้ทั้งหมด สาเหตุอาจเกิดจากผู้มีสิทธิยังไม่ได้ขึ้น

ทะเบียนในหน่วยบริการ หรือการบันทึกข้อมูลยังไม่ดีพอ

2. ฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายเคลม โดยเชื่อมโยงข้อมูลบุคคลผู้มีสิทธิข้อมูลบริการ ผู้ป่วยนอก และข้อมูลค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอก พบว่า ค่าใช้จ่ายเคลมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นในอัตราการเติบโตที่ลดลง

- ค่าใช้จ่ายเคลมทั้ง 3 กรณี ตลอดระยะเวลา 3 ปี เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 37% - 43 %

- อัตราจ่ายเฉลี่ยรายหัวทั้ง 3 กรณี ตลอดระยะเวลา 3 ปี เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 34-40%

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยใน (IPD) จากฐานข้อมูลเคลม (Claim administration)

ค่าใช้จ่ายเคลมสำหรับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในอัตราการเติบโตที่เพิ่มขึ้น

- ค่าใช้จ่ายเคลมทั้ง 3 กรณี ตลอดระยะเวลา 3 ปี เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 5% - 10%

- อัตราจ่ายเฉลี่ยรายหัวทั้ง 3 กรณี ตลอดระยะเวลา 3 ปี เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 3 - 8%

#### ข้อจำกัด

มีระบบการเก็บข้อมูล (Information System) แต่ขาดความถูกต้อง เช่น

- ข้อมูลแฟ้ม diagnosis\_opd ไม่ตรงตรงกับข้อมูลแฟ้ม opd\_charge ทั้งหมด

- ข้อมูลแฟ้ม person ไม่ครอบคลุมข้อมูลจากแฟ้ม diagnosis\_opd และ opd\_charge

- ข้อมูลแฟ้ม registration ไม่ครอบคลุมข้อมูลการเบิกจ่าย Claim

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพ

1. ข้อมูลของระบบประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ จาก 43 แฟ้ม และการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายสูงนั้นเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ วางแผน กำกับติดตาม ประเมินผล

2. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ควรต้องมีการดำเนินการ เช่นเดียวกับ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ กรมบัญชีกลาง ในการกำกับติดตามผลการจัดบริการ โดยวิเคราะห์จากข้อมูลบริการจากรายงาน 43 แฟ้ม และการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายสูง

3. ควรนำเอาตัวแบบการวิเคราะห์ทั้งการวิเคราะห์สถิติเพื่อใช้กำกับติดตาม และการนำเอาตัวแบบคณิตศาสตร์ประกันภัยที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการบริหารระบบประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เป็นงานประจำ รวมทั้งยังสามารถเพิ่มเติมการวิเคราะห์ในรายละเอียดของโรคและระบาดวิทยาได้ด้วย

4. ข้อมูลจาก 43 แฟ้ม กรณีการใช้บริการผู้ป่วยนอก น่าจะยังมีการตกหล่น หรือผิดพลาดของข้อมูล การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่ำมาก ทำให้ต้นทุนบริการต่ำมาก จำเป็นต้องมีมาตรการปรับปรุงเพื่อให้สามารถได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน

#### อภิปรายผล

รูปแบบการบริหารจัดการการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุข มีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สนับสนุนให้การบริหารจัดการสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม มีมติคณะรัฐมนตรีรองรับการดำเนินงาน มีการกำหนดการมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ คือ มีหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีหน้าที่รับผิดชอบ

อย่างชัดเจน มีแหล่งรายได้ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นประจำปี แต่พบปัญหาขาดแคลนด้านบุคลากรปฏิบัติงานด้านกฎหมาย การตรวจสอบข้อมูลเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และระบบการจัดการฐานข้อมูล ควรเพิ่มบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถให้เหมาะสมและเพียงพอในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการสุขภาพพบว่า ยังไม่มีการกำกับ ติดตามผลการจัดบริการด้านสาธารณสุข ควรนำตัวแบบการวิเคราะห์และการวิเคราะห์เชิงสถิติเพื่อใช้กำกับติดตาม ข้อมูลกรณีการใช้บริการผู้ป่วยนอก มีอัตราการใช้บริการต่ำ อาจเนื่องจากการตกหล่น หรือผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน จำเป็นต้องมีมาตรการปรับปรุงเพื่อให้สามารถได้ข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และการตรวจสอบเอกสารหลักฐานเพื่ออนุมัติสิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พบว่า มีบุคคลที่มีเอกสารหลักฐานไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง หรือไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขการอนุมัติสิทธิทำให้ไม่ได้รับสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพ ผู้ป่วยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง และสถานพยาบาลที่ให้บริการได้รับผลกระทบต่อการระดมทุนด้านการเงินจากการให้บริการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงมีความจำเป็นเร่งรัดความคุ้มครองด้านสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ด้านนโยบาย เร่งดำเนินการดำเนินการจัดความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่บุคคลที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ โดยเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขครอบคลุมบริการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณเพื่อแก้ปัญหาให้กับบุคคลและสถานพยาบาลภาครัฐที่ให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างเป็นทางการที่ยั่งยืนและถาวร

2. พัฒนากลไกการบริหารจัดการการเงินการคลังสุขภาพ

2.1 พัฒนาระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์

2.2 พัฒนาโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ (E Claim) รองรับการดำเนินงานด้านระบบทะเบียน ระบบการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ และข้อมูลสารสนเทศให้ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

2.3 จัดทำหลักเกณฑ์การปฏิบัติทางการเงินให้เป็นปัจจุบัน

3. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

3.1 การจัดการฐานข้อมูลประชากรเชื่อมโยงฐานข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.2 พัฒนาระบบการกำกับ ติดตามการใช้บริการสุขภาพ

4. การติดตามและประเมินผล

4.1 ควรมีการกำกับ ติดตามการใช้งบประมาณการจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและค่าบริการทางการแพทย์

4.2 ควรมีการตรวจสอบเวชระเบียนการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ หน่วยงานบริการ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์วัฒน์ชัย จรุงวรรณนะ ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ ที่ให้การสนับสนุนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ซึ่งผลการศึกษา นำไปสู่การพัฒนาการประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. กฤษฎา บุญราช. สถานการณ์และแนวทางแก้ไขปัญหาคนไร้รัฐไร้สัญชาติในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน

2562. จาก <https://prachatai.com/journal/2017/07/72339>
2. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด; 2558. กันยายน 2558.
  3. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. คู่มือ หลักเกณฑ์และแนวทางการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. ปีงบประมาณ 2562. ตุลาคม 2561.
  4. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ. 2562.
  5. เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, วีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์ อารี, ธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ, พรชัย พิไลหาเวสส. การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. เมษายน พ.ศ. 2556.
  6. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545.
  7. ถาวร สกุกพานิชย์. รายงานฉบับสมบูรณ์ การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์. 2556. สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2562 แหล่งข้อมูล <http://hisro.or.th/main/download/book025.pdf>
  8. ปิ่นแก้ว อุณแก้ว. 5 ปี ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล. ส่วนหนึ่งของรายงานสถานการณ์ด้านสถานะบุคคลและสิทธิของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ. 2553. สืบค้น เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2562.
  9. พงษ์ธร พอกเพิ่มดี. การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ : ความสำเร็จอีกขั้นของหลักประกันสุขภาพไทย วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; ปีที่ 5: หน้า 85 – 98.
  10. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 134 ตอนที่ 40 ก (ลงวันที่ 6 เมษายน 2560)
  11. รายงานการประชุมคณะกรรมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อจัดบริการขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้แก่บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ วันที่ 26 ธันวาคม 2562.
  12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนแม่บทบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ระยะต้น (พ.ศ.2561 - 2564) ระยะปานกลาง/ระยะยาว (พ.ศ.2565 - 2579) พิมพ์ครั้งที่ 1:กรุงเทพมหานคร : พฤษภาคม 2560. สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2562 จำนวน 47 หน้า. แหล่งข้อมูล <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Final>
  13. สัมฤทธิ์ ศรีจรัสสวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, พินทุสร เหมพิสุทธิ์. ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. 2556.
  14. สุรจิต สุนทรธรรม. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2555.

## ภาพอนาคตการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์

The study on future scenarios of Thailand's desirable health systems.

ณิรดา โพธิ์ยิ้ม วท.ม.<sup>1</sup>อำนาจ กาจันนะ พบ.<sup>2</sup>ณัฐณี บัณฑิตวงค์ วท.ม.<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ดีและเหมาะสมตามยุคสมัยเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีมาอย่างต่อเนื่อง แต่การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทำให้ระบบสุขภาพซึ่งเป็นพลวัตได้ทวีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้มีแนวคิดในการทบทวน ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของระบบสุขภาพของประเทศไทยขึ้น โดยการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ทบทวนเอกสารทางวิชาการของระบบสุขภาพ วิวัฒนาการ ประสิทธิภาพ และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องตั้งแต่อดีต ปัจจุบันจนถึงแนวโน้มภาพอนาคตของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ เหตุการณ์ ระบบสุขภาพและการบริหารจัดการระบบสุขภาพของไทยใน เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและทิศทางและแนวโน้มการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทยทั้งในปัจจุบันและอนาคตเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพทั้งในระยะกลางและระยะยาว ผลการศึกษาพบว่า ระบบประกันสุขภาพของไทย มี 3 ระบบใหญ่ ได้แก่ 1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2. ระบบประกันสังคม และ 3. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนทำให้ทุกคนถูกรวมครอบคลุมด้วยหลักประกันประเภทใดประเภทหนึ่งจาก 3 ระบบหลักดังกล่าวนี้ โดยได้จัดให้มีการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมในทุกมิติที่ประกอบด้วย การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีทั้งสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนและสถานบริการของรัฐ โดยสถานบริการของรัฐมีบริการในทุกระดับ มีระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการภายใต้การดูแลของหน่วยงานหลักสองส่วน คือ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยภาพรวมระบบประกันสุขภาพของไทย พบว่า ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในระบบประกันสุขภาพของไทยประกอบด้วย 3 ภาคส่วนหลัก ได้แก่ ผู้ซื้อบริการ ผู้จัดบริการ และประชาชนผู้มีสิทธิรับบริการตามสิทธิที่สังกัด จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะให้ต้องมีการบริหารจัดการให้เกิดความสมดุลและเกิดความพึงพอใจสูงสุดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ควรมีหน่วยงานกลางระดับชาติ ที่สามารถดูแลภาพรวมระบบสุขภาพประเทศ ระบบประกันสุขภาพไทยในอนาคตควรมีแหล่งเงินจากภาษีที่รัฐจัดเก็บและการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการทบทวนบทบาทภารกิจของหน่วยงานเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงบริบทต่าง ๆ และสามารถดำเนินงานได้อย่างสัมฤทธิ์ผลต่อไป

**คำสำคัญ :** ระบบประกันสุขภาพ ระบบสาธารณสุขไทย บริการปฐมภูมิ

<sup>1,2,3</sup> กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



## Abstract

Thailand has a well-organized and appropriate public health service system in order to ensure good health for the people. But various changes make the health system that is dynamic has become more complicated. Researcher therefore has an idea to review, study and analyze the situation and trends of the Thai health system. This study is a descriptive study. To review the academic documents of the health system, evolution, philosophy and related elements from past, present to trend of Thai desirable health systems the future. The objectives of this study were to study, analyze the situation of health system and the management of Thai health systems. In order to develop policy proposals and directions and trends in the management of health systems in Thailand at present and in the future for health security in the medium and long term period. The study indicated that there are 3 major health insurance systems in Thailand: 1. Civil servant welfare system, 2. Social security system and 3. Universal health insurance system. The public health insurance thus everyone is covered with one of the 3 types of collateral. By providing comprehensive health services in all dimensions including medical treatment, health promotion disease control prevention and rehabilitation. With both private health services and government facilities. The service facilities available at all levels, there is a primary service system as part of the service system under the supervision of two main departments, namely the Ministry of Public Health and the National Health Security Office. The overall of the Thai health insurance system found that those who played an important role in the Thai health insurance system consisted of 3 main sectors, namely service buyers, service providers, and people who were entitled to receive services according to their rights. From the results of the study, it is suggested that the management must be balanced and the highest satisfaction of all stakeholders. There should be a national central agency. That can take care of the overall health system of the country, Thai health insurance system in the future. Should be a source of funds from the tax and management of health service systems. The Ministry of Public Health needs to review the role of the agency in order to support changes in various contexts and be able to continue to work effectively.

**Keywords:** Health insurance system, Thai public health system, Primary care

## บทนำ

ประเทศไทยมีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ดีและเหมาะสมตามยุคสมัยเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2431 ซึ่งตรงกับสมัยรัชกาลที่ 5 ที่มีโรงพยาบาลแห่งแรก<sup>1</sup> คือ โรงพยาบาลศิริราช ต่อมาในปี พ.ศ. 2461 ซึ่งตรงกับสมัยรัชกาลที่ 6 ได้จัดตั้ง กรมสาธารณสุขขึ้น ซึ่งขึ้นกับกระทรวงมหาดไทย ต่อมาในปี พ.ศ. 2475 ได้มีการจัดตั้ง สุขศาลาชั้นสองขึ้นในชนบท ต่อมาในปี พ.ศ. 2477 มีการจัดตั้งเทศบาลแทนสุขาภิบาลขึ้นทั่วประเทศ ซึ่งเป็นหน่วยงานส่งเสริมการสาธารณสุขตามชนบท และต่อมาในปี พ.ศ. 2485 กรมสาธารณสุขได้สถาปนาขึ้นเป็นกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดองค์กรที่ต้องขยายบทบาท ภารกิจ ด้านการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น การสาธารณสุขจึงได้พัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม เรื่อยมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกือบทุกด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงอิทธิพลของความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงของสังคมโลก โดยได้ดำเนินการตามแผนที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่หนึ่ง ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504<sup>1,2</sup> พัฒนา ปรับปรุง เรื่อยมาจนถึงจุดเปลี่ยนสำคัญในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งตรงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุมโรค การรักษาโรคภัย ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และภารกิจอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนดโดยมีหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 9 หน่วยงาน<sup>3</sup> ประกอบด้วย 1) สำนักงานรัฐมนตรี 2) สำนักงานปลัดกระทรวง 3) กรมการแพทย์ 4) กรมควบคุมโรค 5) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 6) กรมวิทยาศาสตร์

การแพทย์ 7) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 8) กรมอนามัย และ 9) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มภารกิจ คือ 1) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ 2) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข 3) กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสุขภาพ<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่มีสถานะเป็นองค์กรของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติและการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกา ดังนี้ 1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) 2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) 3) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช) 4) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) 5) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ) 6) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 7) องค์การเภสัชกรรม (อภ) นอกจากนี้หน่วยงานดังกล่าวแล้ว ยังมีหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทในระบบสุขภาพมากขึ้น ทั้งในฐานะผู้ผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุข ฐานะผู้ให้บริการ เช่น สถานพยาบาลของกระทรวงต่างๆ สถานพยาบาลเอกชน รวมทั้งหน่วยงานในฐานะผู้จ่ายเงินซื้อบริการ นอกจากนี้จะมี สปสช สำนักงานประกันสังคมของกระทรวงแรงงาน กรมบัญชีกลางของกระทรวงการคลังแล้วยังมีประกันสุขภาพเอกชนที่มีบทบาทมากขึ้นอีกด้วย

บริบทการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ระบบสุขภาพซึ่งเป็นพลวัตรได้ทวีความซับซ้อนมากขึ้น อีกทั้งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ภาวะโลกร้อน ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน เทคโนโลยีสุขภาพ ปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ภาครัฐ ตลอดจนปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของแรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้าน นอกจากการเปลี่ยนแปลงของบริบทดังกล่าวแล้วยังมีปัจจัยผลักดันและปัจจัยที่

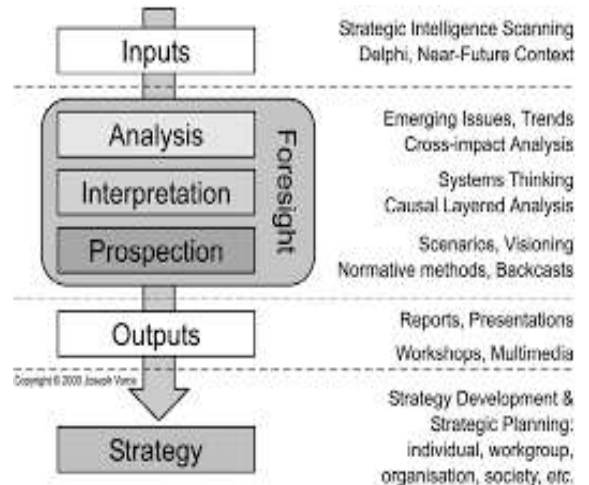
เป็นความไม่แน่นอนที่กระทบต่อโครงสร้างของระบบสุขภาพอีกหลายประการ ทั้ง พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มถ่ายโอน รพ.สต. ไปให้ อบต. แล้วบางส่วนกว่า 20 แห่ง

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักของรัฐบาลที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนและถือกฎหมายกำกับ ดูแลส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพต้องเผชิญกับความท้าทายในการกำกับทิศทางและนโยบายด้านสุขภาพของประเทศถึงแม้จะมีหน่วยงานวิจัยทางสุขภาพ รวมถึงหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีผลงานและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แต่ยังคงขาดการพัฒนาและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถใช้ประโยชน์ในฐานะผู้กำหนดนโยบาย วางแผน และกำกับทิศทางของระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>4</sup> สอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพและกฎหมายต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลง กระทรวงสาธารณสุขจึงมีแนวคิดในการทบทวน ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ตลอดจนแนวโน้มของระบบสุขภาพของประเทศไทยทั้งในปัจจุบันและอนาคตเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของชาติที่พึงประสงค์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ เหตุการณ์ ระบบสุขภาพและการบริหารจัดการระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบัน เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายทั้งในปัจจุบัน ตลอดจนภาพอนาคตและทิศทาง และแนวโน้มการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อความมั่นคงทางสุขภาพทั้งในระยะกลางและระยะยาวต่อไป

### ระเบียบวิธีในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ด้วยการทบทวนเอกสารทาง

วิชาการของระบบสุขภาพ วิชาการ ปรัชญา และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน จนถึงแนวโน้มภาพอนาคตของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย การทำนายภาพอนาคตโดยใช้กรอบกระบวนการมองอนาคตมาตรฐาน (The generic foresight process framework) ของ Joseph Voros (2003)<sup>5,6</sup> รายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 The generic foresight process framework ของ Joseph Voros

ในการทบทวนระบบสุขภาพของไทยได้ จำแนกหลักการทางวิชาการที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก กล่าวคือ 1. โครงสร้างระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ภาคส่วนหลักๆ คือ ผู้ซื้อบริการ ผู้จัดบริการ และประชาชนผู้มีสิทธิรับบริการตามสิทธิที่ตนสังกัดในโครงการประกันสุขภาพต่างๆ 2. การคลังระบบสาธารณสุขประกอบด้วยภารกิจและขั้นตอนหลักๆ 2 องค์ประกอบ คือ ระบบและกลไกการจ่ายเงินและรูปแบบการจัดการด้านการคลังระบบสาธารณสุขไทย 3. การจัดระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ภาพรวมของหลักประกันสุขภาพไทย สถานการณ์ระบบบริการ

สุขภาพ บทบาทของภาคเอกชนในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ และระบบเขตสุขภาพ 4. ระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ

## ผลการศึกษา

### โครงสร้างระบบสาธารณสุข

ภาพรวมของโครงสร้างระบบสุขภาพของไทย พบว่า ผลสัมฤทธิ์ของระบบสาธารณสุขเกิดจากการทำงานร่วมกันขององค์ประกอบหลัก คือ ระบบบริหารและอภิบาล ระบบการคลัง ระบบการผลิตทรัพยากร และระบบการจัดบริการ<sup>7</sup>

ระบบประกันสุขภาพของไทย มี 3 ระบบใหญ่<sup>3</sup> ได้แก่ 1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง 2. ระบบประกันสังคม โดยโอนจากงานประกันสังคม กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย และงานกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน กระทรวงแรงงาน โดยมี 2 พันธกิจ คือ ส่วนราชการบริหารส่วนกลาง และส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาค และ 3. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็นสำนักงานส่วนกลาง และสำนักงานเขต

### การคลังระบบสาธารณสุข

การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2544 ทำให้ประชาชนไทยทุกคนถูกรวมด้วยหลักประกันประเภทใดประเภทหนึ่งจาก 3 ระบบหลัก<sup>8</sup> คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในทางปฏิบัติ พบว่าความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพของระบบสุขภาพไทยมีแนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ระบบ

การคลังสุขภาพ อาจมีปัญหา เนื่องจากรูปแบบการเจ็บป่วยของประชาชนเปลี่ยนไปเป็นโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุ โดยองค์ประกอบและพันธกิจในการคลังระบบสาธารณสุขประกอบด้วย 1. การเก็บรวบรวมรายได้ ที่พบว่าบัญชีรายจ่ายของประเทศต่างๆ จากฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก<sup>10</sup> พบว่ารายจ่ายสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยิ่งพบว่าประเทศร่ำรวยจ่ายเพื่อบริการสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศในสัดส่วนที่สูงกว่าประเทศยากจน 2. การรวมเงิน เพื่อกระจายความเสี่ยงของบุคคลและเจือจางรายได้ระหว่างบุคคลและกลุ่มคน 3. การซื้อบริการสุขภาพและจ่ายเงินเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเงินกับบริการเพื่อบริหารเงินที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยการซื้อบริการอาจอยู่ในรูปเชิงรับ คือการจ่ายค่าบริการตามที่ถูกเรียกเก็บ หรือเป็นการซื้อบริการอย่างมีกลยุทธ์ เพื่อให้ได้รับประโยชน์สูงสุดจากเงินที่มีอยู่โดยมีรูปแบบกลไกการจัดการด้านการคลังระบบสาธารณสุขแบ่งได้ 2 แบบ<sup>9</sup> คือ การคลังระบบภาษี ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก คือ การคลังจากระบบภาษีทั่วไป และการคลังจากระบบภาษีท้องถิ่น และการคลังแบบที่ 2 คือ การคลังจากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ เช่น ประกันสังคม เป็นต้น โดยสถานการณ์การเงินการคลังสุขภาพของไทย ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายพื้นฐานที่สำคัญ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545<sup>2</sup> ซึ่งในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชน ซึ่งจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2554 พบว่า คนไทยมีสวัสดิการค่ารักษายาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>11</sup> จากร้อยละ 95.1 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 98.0 ในปี 2554 โดยเป็นสวัสดิการค่ารักษายาบาลประเภทบัตรประกัน

สุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 79.2 รองลงมาคือ บัตร  
ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทนและสวัสดิการ

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 11.6 และร้อยละ  
8.8 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรที่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามประเภทสวัสดิการ

ประเภทสวัสดิการ	2548	2549	2550	2552	2554
ประชากรที่มีสวัสดิการ	95.10	96.00	96.30	97.40	98.00
ประเภทสวัสดิการ					
บัตรประกันสุขภาพ	76.40	77.80	76.60	78.60	79.20
บัตรประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	11.90	12.20	12.70	12.90	11.60
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10.60	9.50	9.50	8.20	8.80
ประกันสุขภาพเอกชน	2.80	2.30	2.30	3.70	4.10
สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง	0.50	0.40	0.40	0.40	0.50
อื่น ๆ	0.90	0.70	0.60	0.60	0.50

รายจ่ายสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย พบว่า ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาการจ่ายด้านสุขภาพของไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก<sup>11,12</sup> โดยเพิ่มจากมูลค่า 167,147 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2543 เป็นมูลค่า 392,368 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2553 ซึ่งมีอัตราเพิ่มร้อยละ 13.47 ต่อปี ใกล้เคียงกับอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ที่ร้อยละ 6.1 ต่อปี โดยเมื่อเทียบกับ GDP เป็นร้อยละ พบว่า ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพภาครวมเพิ่มจากร้อยละ 3.53 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 4.00 ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2543-2544 รายจ่ายสุขภาพรวมของไทยได้เพิ่มขึ้นเล็กน้อยและหลังจากประเทศไทยมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นโดยลำดับเป็น 392,268 ล้านบาทในปี พ.ศ.2553<sup>11,12,13</sup>

วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ มี 4 รูปแบบ คือ 1. การจ่ายตามบริการ เป็นการจ่าย

ค่าตอบแทนตามชิ้นงาน 2. การเหมาจ่ายตามรายป่วย เป็นวิธีการจ่ายที่แพทย์จะได้รับค่าตอบแทนเหมาจ่ายในอัตราคงที่อัตราหนึ่งสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรคและมารับการตรวจรักษา 3. การเหมาจ่ายรายหัว เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพประชาชนต่อคนต่อปี โดยไม่คำนึงว่าประชาชนจะใช้บริการกับผู้ให้บริการนั้นกี่ครั้งด้วยโรคอะไรบ้าง 4. การจ่ายเป็นรายเดือน เป็นการจ่ายเป็นเงินเดือนแก่แพทย์ที่จ่ายเหมารวมการบริการทั้งประเภทและจำนวนของบริการ<sup>7,13,14</sup>

### การจัดบริการสุขภาพของประเทศไทย

ประเทศไทยได้จัดให้มีการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมในทุกมิติที่ประกอบด้วย การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีทั้งสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนและสถานบริการของรัฐ โดยสถานบริการของรัฐมีบริการในทุกระดับ ตั้งแต่ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง

โรงพยาบาลเฉพาะทางและสถาบันเฉพาะโรค 13 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม 36 ศูนย์/76 สาขา สถานบริการสุขภาพพระดัดภาค มีโรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงเรียนแพทย์ 54 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 69 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 734 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9,768 แห่ง และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง 3,108 แห่ง<sup>12,13</sup>

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งระดับสถานบริการในสังกัดตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ ออกเป็น 3 ระดับ<sup>11</sup> ประกอบด้วย 1. หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง สถานบริการตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย รพ.สต. ศูนย์เทศบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของรัฐและเอกชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด 2. หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ได้จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ 1) หน่วยบริการปฐมภูมิระดับต้น คือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชนที่มีเตียงผู้ป่วยไว้รองรับรักษาพยาบาล สิ้นสุดการรักษาที่ผู้ป่วยใน รักษาโรคพื้นฐานทั่วไป ไม่ซับซ้อนมาก กำหนดเป็นระดับ 2.1 2) หน่วยบริการทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน มีภารกิจในการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้นมีความจำเป็นจะต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ได้แก่ สาขาสูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ กำหนดเป็นระดับ 2.2 3) หน่วยบริการทุติยภูมิระดับสูง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือหน่วย

บริการอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขารองนอกจากแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก เช่น จักษุวิทยา โสต นาสิก ลาริงซ์ รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชบำบัด วิกฤต กำหนดเป็นระดับ 2.3 3. หน่วยบริการระดับตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน ขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางต่อยอด เช่น สาขาต่อยอดทางอายุรศาสตร์คืออายุรศาสตร์โรคไต โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคระบบต่อมไร้ท่อ กำหนดเป็นระดับ 3.1 และหน่วยบริการตติยภูมิระดับสูง หมายถึงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทางหรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจนอกจากจะทำหน้าที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิแล้วยังกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ กำหนดระดับเป็น Excellence Center

ระบบเขตสุขภาพ เป็นกลไกการดำเนินงานระดับเขตโดยแบ่งตามจังหวัดในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยแบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ ตามภูมิภาค และกรุงเทพมหานครเป็นเขตสุขภาพที่ 13 เป็นการกำหนดบทบาทการซื้อ การจัดบริการสุขภาพ การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่โดยมีบริการที่เหมาะสมและประสานกันอย่างกลมกลืนภายในเขตสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและเป็นธรรม

### ระบบบริการปฐมภูมิ

ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 การจัดบริการปฐมภูมิ หมายถึง

การจัดระบบบริการสาธารณสุขต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยเน้นการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องและมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งนี้ให้มุ่งส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี และช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมุ่งหวังให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม ปัจจุบันมีหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศทั้งหมด 12,231 แห่ง โดยร้อยละ 98.0 เป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>11,12,15</sup>

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการภายใต้การดูแลของหน่วยงานหลักสองส่วน คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายและวางแผนระบบสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นงบประมาณส่วนใหญ่ในระบบบริการสุขภาพปัจจุบันและเป็นฐานใหญ่ในการเป็นหน่วยบริการประจำเพื่อจัดบริการพื้นฐานสำคัญให้แก่ประชาชน

กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพจากนโยบายระดับประเทศที่กำหนดในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 เน้นเนื้อหาการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคม การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพเรื่อยมาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2553 ได้ยกระดับสถานีอนามัยซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเดิมในสังกัดกระทรวง

สาธารณสุข ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 9,770 แห่ง<sup>11,15</sup> ต่อมาได้มีการศึกษาเชิงสำรวจด้านกำลังคนที่ รพ.สต. เพื่อประเมินสถานการณ์ด้านกำลังคนของ รพ.สต. และได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. ภายใต้ชื่อโครงการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยปลายปี พ.ศ. 2554 ได้มีการประกาศนโยบายเพื่อเน้นย้ำแนวทางการปฏิบัติรวมทั้งกลไกคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ด้วยแนวทางการพัฒนาการจัดระบบบริการในรูปแบบเครือข่ายแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นแห่งๆ โดยใช้หลักการ เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ ที่สามารถเชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และ ตติยภูมิ เข้าด้วยกัน โดยดำเนินการในรูปแบบของเครือข่ายบริการครอบคลุมสถานบริการภายใน 4 ถึง 8 จังหวัด ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน เป็นหนึ่งเครือข่ายรวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย มีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายทำหน้าที่ดูแลระบบบริหารการเงินการคลังการส่งต่อภายในเครือข่ายเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบหลักประกันสุขภาพ ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ทัวถึง เป็นธรรม รวมทั้งสถานบริการทุกระดับจะได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานและผ่านการรับรองคุณภาพสถานบริการจากองค์กรภายนอก โดยมีกลยุทธ์ในการดำเนินงานสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ประเด็นคือ เขตเมือง ให้เกิดศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองโดยร่วมมือกับรัฐ เอกชนและท้องถิ่นตามบริบทที่หลากหลาย โดยดูแลประชากรไม่เกิน 30,000 คน จำนวน 266 แห่ง และพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ขนาดใหญ่ที่มีประชากรในความรับผิดชอบมากกว่า 8,000 คนจำนวน 1,000 แห่ง และต่อมาในปี 2555 รัฐบาลมีนโยบายสร้างระบบบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพแบบมีมาตรฐานโดยได้จัดทำแผนแม่บทพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

เป็นแผน 5 ปี เพื่อมุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับรวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูงสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขตและเป็นเครือข่ายระดับประเทศ พร้อมทั้งพัฒนาระบบส่งต่อที่มีการประสานเชื่อมโยงกันตามระดับการเจ็บป่วยขีดความสามารถของสถานบริการและสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกันในทุกพื้นที่ของประเทศด้วยมาตรฐานบริการทุกระดับ<sup>13</sup>

จากการศึกษาพบว่าสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2554<sup>13,15</sup> ทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นแต่ไม่มาก ส่วนหน่วยบริการในภาคเอกชนมีแนวโน้มคงตัว โดยพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 23.06 และหน่วยบริการประจำไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 2.25<sup>15</sup>

ซึ่งหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีเพียงหน่วยบริการปฐมภูมิที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 27.98 เมื่อพิจารณาถึงเกณฑ์คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าเกณฑ์ที่ไม่ผ่านมากที่สุดในปี 2554 คือเกณฑ์ในหมวดบุคลากรกลุ่ม เกสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ แพทย์หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์กำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นรพ.สต. พบว่า กำลังคนภาพรวมทั้งประเทศอยู่ที่ 3.8 คนต่อที่<sup>15</sup> เมื่อพิจารณารายภาคพบว่าไม่แตกต่างกันมาก และเมื่อพิจารณากำลังคนต่อประชากร พบว่า ภาพรวมอัตราของเจ้าหน้าที่ต่อประชากรอยู่ที่ 1 ต่อ 1,208 คน รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์กำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ภาค	จำนวน รพ.สต.	พยาบาล วิชาชีพ	นักวิชาการ สาธารณสุข	ทัน ตากร	อื่น ๆ	รวม	บุคลากร เฉลี่ยต่อ แห่ง	อัตรา จนท.ต่อ ประชากร
กลาง	2,544	2,485	5,692	519	686	9,392	3.7	1,299
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3,468	4,033	8,220	803	1,014	14,070	4.1	1,295
เหนือ	2,222	2,333	4,874	359	457	8,023	3.6	1,217
ใต้	1,506	1,429	3,727	191	320	5,667	3.8	1,208
รวม	9,750	10,280	22,513	1,882	1,299	37,152	3.8	1,208



## สรุปผลและวิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายภาพอนาคตการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขที่พึงประสงค์โดยสะท้อนถึงภาพรวมของระบบประกันสุขภาพของไทยตลอดจนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานภายใต้ระบบเดิม ผลการศึกษาโดยรวม พบว่าการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยครั้งใหญ่เกิดขึ้นหลังการประกาศใช้ พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ส่งผลให้คนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพร่วมกับการพยายามปรับโครงสร้างบริการสาธารณสุขทั้งระบบ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการสุขภาพ<sup>4</sup> ได้แก่ การเข้าถึงบริการคุณภาพการบริการ ประสิทธิภาพของระบบบริการ และความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพและการเงิน อย่างไรก็ตามในการขับเคลื่อนระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยได้อาศัยระบบทางการเงินการคลังจากภาครัฐในการสนับสนุนเงินเข้ากองทุนตามโครงการประกันสุขภาพต่างๆ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากจะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้ว ยังรวมถึงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมป้องกันโรคอีกด้วย

แม้ว่าผลการพัฒนาและปฏิรูปสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมาประสบผลสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ภาวะเจ็บป่วยโดยรวมลดลง อย่างไรก็ตามระบบบริการสุขภาพก็ยังคงมีปัญหาอยู่บางประการที่จำเป็นจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ คุณภาพการบริการ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการตลอดจนการกระจายและการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพ<sup>16,18</sup> ดังนั้นในเชิงของการพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขเพื่อร่วมสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทยที่เป็นธรรมและตรวจสอบได้

สะท้อนถึงความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องมีการวางแผนในทิศทางการพัฒนาที่ดี จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข<sup>12</sup> ได้กล่าวถึงทิศทางการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในระยะต่อไป โดยเน้นการพัฒนาสุขภาพให้ไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพ สร้างความเป็นธรรมและลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ สร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก และลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายร่วมกับภาคีการพัฒนาอื่นในการพัฒนาสุขภาพ และปฏิรูประบบบริหารจัดการสาธารณสุขโดยจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขพัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคและการคุ้มครองทางด้านสุขภาพอย่างมีระบบ

ภาพรวมระบบประกันสุขภาพของไทยพบว่า ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในระบบประกันสุขภาพของไทยประกอบด้วย 3 ภาคส่วนหลัก ได้แก่ 1. ผู้ซื้อบริการซึ่งเป็นหน่วยงานโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ทำหน้าที่ซื้อบริการแทนประชาชน 2. ผู้จัดบริการซึ่งหมายถึงหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ซึ่งให้บริการประชาชนตามสิทธิของโครงการ และ 3. ประชาชนผู้มีสิทธิรับบริการตามสิทธิที่ตนสังกัดในโครงการประกันสุขภาพต่างๆ จากโครงสร้างของระบบประกันสุขภาพของไทยดังกล่าว และสิทธิประโยชน์ในการรับบริการนั้นมีความแตกต่างกัน โดยโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้รับบริการจะมีสิทธิเพิ่มเติมชัดเจนในเรื่องของการส่งเสริมป้องกันโรค เช่น การให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ การตรวจหาหามะเร็งปากมดลูก ตรวจหาเบาหวาน จัดหน่วยบริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และคน

พิการในชุมชน ขณะที่โครงการประกันสังคม<sup>17,18</sup> และสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจจะเน้นที่การรักษาพยาบาลเป็นหลัก

สำหรับหน่วยบริการสุขภาพนั้น ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ที่สุด และให้บริการที่มีความครอบคลุมทั่วประเทศ โดยมีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ปลายะโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 833 แห่ง นอกจากนี้ ยังมีโรงพยาบาลเฉพาะทางในสังกัดกรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคเฉพาะทางในการให้บริการตลอดจนกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นผู้มีบทบาทในการจัดบริการสาธารณสุขในระดับชุมชนและปฐมภูมิ เพื่อให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึง และกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบนโยบายด้านสุขภาพของประเทศเพื่อให้มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและมีคุณภาพบริการที่ดีอีกด้วย

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาภาพรวมระบบสุขภาพไทยทั้งหมด ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานภายใต้ระบบเดิมและแนวคิดต่อหน้าที่ด้านสุขภาพ และจัดทำกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต ประกอบด้วย 1. การเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเครื่องมือ กลไก วางแผน หรือแก้ไข ปัญหาทางเศรษฐกิจสุขภาพและประกันสุขภาพบนพื้นฐานความเข้มแข็งทางวิชาการ 2. การกำกับดูแล วางหลักเกณฑ์การจัดระบบ และพิจารณา กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับและวิธีปฏิบัติ ทางด้านประกันสุขภาพ 3. การจัดทำและให้บริการ ข้อมูลข่าวสารในระบบประกันสุขภาพ ผู้ศึกษามี ข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ 1. ต้องมีการบริหารจัดการ

ให้เกิดความสมดุลและเกิดความพึงพอใจสูงสุดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนและยังต้องบริหาร การเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิ ผล 2. ควรมีหน่วยงานกลางระดับชาติ ที่สามารถดูแลภาพรวมระบบสุขภาพประเทศ โดยการเป็นผู้ กำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขของประเทศ เพื่อที่จะให้การบริหารจัดการประกันสุขภาพ ภาครัฐเป็นไปอย่างบูรณาการ สอดคล้องกับ นโยบายสาธารณสุขของประเทศ รวมทั้งการ บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของไทยและ ระบบการคลังสาธารณสุขเพื่อทำข้อเสนอการ พัฒนานโยบาย วางแผน และกำกับทิศทางระบบ การคลังสาธารณสุขและข้อเสนอแนะการพัฒนา โครงสร้าง บทบาทหน้าที่ กระบวนการนโยบาย และบริหารจัดการระบบการคลังสาธารณสุขของ ประเทศไทย 3. โครงสร้างของระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพไทยในอนาคตควรมีแหล่งเงิน จากภาษีที่รัฐจัดเก็บ ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยยังมี ระบบประกันสุขภาพที่อิงกับระบบประกันสังคมที่ ครอบคลุมแรงงานเฉพาะวัยทำงาน ทำให้ประเทศไทยต้องมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมา รองรับประชาชนที่ไม่เป็นสมาชิกระบบประกัน สังคมและผู้เกษียณ การมีระบบคู่ขนานกันนี้ ทำให้ เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการ รักษาพยาบาลที่ได้รับจากรัฐและเกิดต้นทุนในการ บริหารจัดการที่ซ้ำซ้อน 4. การบริหารจัดการระบบ บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องมี การทบทวนบทบาทภารกิจของหน่วยงาน เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงบริบทต่างๆ และสามารถดำเนินงานได้อย่างสัมฤทธิ์ผลต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. กว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: เอส พี เอส พรินต์ติ้ง บิลด์ิง, 2547.
2. สงวน นิตยรัชมภ์พงศ์. ปฏิรูประบบสุขภาพไทย. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: ศรีเมืองการพิมพ์, 2547.
3. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2553. สำนักงานนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพฯ: หจก.อรุณการพิมพ์, 2554.
4. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.
5. Joseph Kutzin. Health Financing policy: a guide for decision-makers. World Health Organization, 2008; p.9.
6. Kutzin, J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, Health Policy, 56, 2001, 171-204.
7. กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงานการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และโครงสร้างการจัดการด้านการเงินการคลังประกันสุขภาพ, 2552.
8. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ระบบประกันสุขภาพไทย. นนทบุรี: บริษัทดีไซน์ จำกัด, 2544.
9. วิรุฬ ลิ้มสวาท. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ภายหลัง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550; 2552.
10. Ministry of Health. Labour and Welfare. Annual Report on Health and Welfare. JICWELS, Tokyo. 2004.
11. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. รายงานสถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2554. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
12. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.
13. เตือนเด่น นิคมบริรักษ์, วีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์ อารี, ธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ, และพรชัย พิลาหาเวสส. รายงานการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบประกันสุขภาพ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ; 2555.
14. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. เจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวด 12; 2552.
15. ไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, และคณะรายงานการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรุงเทพมหานคร, มูลนิธิสาธารณสุขไทย; 2554.
16. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553), มีนาคม 2555.
17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2555.
18. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ถาวร สกุลพาณิชย์, พัทธนี ธรรมวันนา, ละบุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ. รายงานการศึกษาแนวทางการพัฒนาภารกิจ

กระทรวงสาธารณสุขสู่บทบาทผู้กำหนด  
นโยบายและกำกับทิศทางระบบการคลังสุขภาพ  
ของประเทศ; ธันวาคม 2552.

General Article

บทความทั่วไป

แนวทางการจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี

Management guidelines to enhance work effectiveness in the religious ceremony

วิมล เสาะแสวง \*

wimon sawsawang \*

บทนำ (Introduction)

สังคมไทยถือว่าศาสนามีความสำคัญต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสังคม จนกลายเป็นวัฒนธรรมประเพณีที่มีผลต่อความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความศรัทธาของประชาชนพลเมืองของสังคม ดังนั้น ศาสนาจึงถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจในการประพฤติปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนพลเมืองได้ใช้หลักธรรมทางศาสนาที่ตนนับถือ มาเป็นเครื่องมือในการประพฤติปฏิบัติตน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาจิตใจของตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน และประเทศชาติ ให้มีความมั่นคงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และเกิดความสมานฉันท์ ดังนั้น ศาสนาทุกศาสนาจึงจำเป็นต้องมีพิธีกรรมทางศาสนาเป็นเครื่องมือในการให้ศาสนิกชนของตน ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมร่วมกัน ปราชญ์ทั้งหลายจึงได้ให้ความสำคัญของศาสนพิธีไว้ว่า “เป็นดั่งเปลือกของต้นไม้ ซึ่งทำหน้าที่ห่อหุ้มแก่นของต้นไม้ คือ เนื้อแท้ อันเป็นสาระสำคัญของศาสนาไว้” ซึ่งเมื่อกกล่าวให้ถูกต้องก็สามารถกล่าวได้ว่าศาสนพิธี และศาสนธรรมของศาสนาทั้งสองส่วนนี้ ย่อมมีความสำคัญเสมอกัน ต้องอาศัยซึ่งกันและกัน เพราะหากไม่มีศาสนธรรมอันเป็นแก่นแท้ของศาสนา ศาสนพิธีก็คงจะอยู่ได้ไม่นาน หรือหากมีเฉพาะศาสนธรรมอันเป็นแก่นแท้ของศาสนา แต่ไม่มีศาสนพิธี แก่นแท้ของศาสนาก็ย่อมอยู่ได้ไม่นานเช่นกัน<sup>1</sup>

สอดคล้องกับประกาศยุทศศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580)<sup>2</sup> และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12<sup>3</sup> ได้มีนโยบายส่งเสริมการเกิดทุนสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ และการสืบสาน ศาสนพิธี ซึ่งถือเป็นพิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละศาสนาที่มีพิธีกรรมที่แตกต่างกันไปตามความเชื่อ ได้ยึดถือปฏิบัติพิธีกรรมในโอกาสต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเกิด การตาย การแต่งงาน การทำบุญ และบางพิธีกรรมเป็นความเชื่อของท้องถิ่น ซึ่งแต่ละศาสนามีพิธีกรรมที่นำหลักธรรมคำสอนของศาสนาไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกันไปตามความเชื่อและศาสนิกชนของแต่ละศาสนาได้ยึดถือปฏิบัติพิธีกรรมในโอกาสต่างๆ ตามความเชื่อและศรัทธาดั้งเดิมของท้องถิ่นมาแต่โบราณ และบางพิธีกรรมเป็นความเชื่อของท้องถิ่นที่ไม่ควรนำความเชื่อต่างศาสนิกหรือต่างภูมิภาคไปปะปนจนเกิดความผิดเพี้ยน

\* นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พยาบาลศาสตรบัณฑิต พย.บ.

General Administration Officer Professional Level General Affairs Division of the  
Permanent Secretary Ministry of Public Health

Bachelor of Nursing Science, B.N.S.

ศาสนา พิธี หรือ พิธีกรรม ของ พระพุทธศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยหล่อเลี้ยงศาสนธรรม อันเป็นแก่นแท้ของพระพุทธศาสนาไว้ ดังนั้น การกระทำศาสนาพิธีหรือพิธีกรรมต่างๆ ในทางพระพุทธศาสนา ควรที่จะต้องมีการแนะนำและให้ผู้ร่วมพิธีได้ศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับพิธีต่างๆ ให้ถ่องแท้ตามหลักการทางพิธีกรรมของพระพุทธศาสนา เพื่อผู้ปฏิบัติจะได้นำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามจุดหมายในศาสนาพิธีนั้นๆ เนื่องจากศาสนาพิธีจัดเป็นวัฒนธรรมและจารีตประเพณีของชาติที่มีการสืบสานกันมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ซึ่งการปฏิบัติศาสนาพิธีจะต้องทำให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สวยงาม เป็นไปในแนวทางเดียวกันเพื่อก่อให้เกิดความเลื่อมใสศรัทธาในการดำเนินกิจกรรมด้านพิธีกรรมของศาสนาพิธี ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญของพุทธศาสนิกชน ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการปฏิบัติงานศาสนาพิธีจะต้องมีความรู้ความสามารถและความเข้าใจอย่างถูกต้อง เนื่องจากศาสนาพิธีเป็นการสร้างระเบียบแบบแผน แบบอย่างที่ยังปฏิบัติในศาสนานั้นๆ ตามหลักการความเชื่อในศาสนาที่ตนนับถือ เมื่อนำมาใช้ในทางพระพุทธศาสนาย่อหมายถึง ระเบียบแบบแผน และแบบอย่างที่ยังปฏิบัติในพระพุทธศาสนาซึ่งบางท่านเรียกว่า “พุทธศาสนาพิธี” เพื่อให้การนำหลักธรรมทางศาสนาไปพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยให้บรรลุผลสัมฤทธิ์<sup>4,5</sup>

กลุ่มพิธีการและ กิจกรรม พิเศษ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายในการปฏิบัติหน้าที่ในการจัดงานศาสนาพิธี จึงน้อมนำกระแสพระราชดำริส “ ปรึชญา เสร ชลฐ กิจ พอ เพียง ” ของ พระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และน้อมนำกระแสพระ

ราชดำรัส “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตน เป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภทรัพย์และเกียรติยศ จะตกแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์” ของ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก พร้อมน่านโยบายรัฐบาลในการศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานรวบรวมองค์ความรู้และจัดทำแนวทางบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนาพิธี ตามแผนการดำเนินงานของกลุ่มพิธีการและกิจกรรมพิเศษ และ “ส่งเสริมคุณธรรมที่มีประสิทธิภาพและมุ่งผลสัมฤทธิ์” รวมทั้งเพื่อเพิ่มความรู้เรื่องพิธีกรรม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป และสามารถนำความรู้ ความเข้าใจในเรื่องศาสนาพิธีและพิธีกรรม และเผยแพร่แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเครือข่าย และประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นการร่วมกันอนุรักษ์และสืบทอดพิธีกรรมและประเพณีท้องถิ่นอันดีงามต่อไป

#### วัตถุประสงค์ (Objective)

- 1) เพื่อรวบรวมองค์ความรู้เรื่องการบริหารจัดการงานศาสนาพิธี
- 2) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากกระบวนการจัดงานศาสนาพิธี
- 3) เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนาพิธี
- 4) เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้แก่ข้าราชการ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานศาสนพิธีได้รับทราบการเตรียมการ แนวทาง ขั้นตอน และปฏิบัติงานศาสนพิธีได้เรียบร้อย ถูกต้อง ตามประเพณี เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

2) เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจแก่ข้าราชการ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและ ผู้สนใจภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามแบบแผนโบราณ ประเพณี

3) เพื่ออนุรักษ์รักษาวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เรื่องศาสนพิธีและ พิธีกรรมทางศาสนาไปเผยแพร่แก่หน่วยงาน ภาคเอกชน องค์กรเครือข่าย และประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นการร่วมกัน เสริมสร้างความเข้าใจ และสร้างความสมานฉันท์ระหว่างศาสนิกชน สืบไป

4) เพื่อเป็นสิ่งชักนำให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข พุทธศาสนิกชน เว้นจากการทำชั่ว ทำความดีมีจิตใจผ่องใส

### สภาพปัญหา อุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหา จากแต่ละภารกิจ

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบ ประเด็นปัญหาจากการดำเนินงานศาสนพิธีมีดังนี้

1) ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธี ส่วนมากไม่มีความรู้และประสบการณ์เรื่องศาสนพิธีที่ถูกต้อง ทำให้การปฏิบัติศาสนพิธีมีความรู้ความเข้าใจคลุมเครือเกิดการ ลังเลสับสน ไม่มั่นใจแนวทางการปฏิบัติพิธีการ ก่อให้เกิดการผิดพลาดในที่สุด

2) ปัจจุบันการปฏิบัติการศาสนพิธี ของหน่วยงานระดับกรม กอง สำนัก ยังมีรูปแบบ ไม่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน

3) ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธี ได้รับมอบหมายในเวลาที่เหมาะสม ชัด และมีเวลาเตรียมงานจำกัด ทำให้มีการวางแผนบริหารจัดการเตรียมการน้อย

4) อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานศาสนพิธีมีจำนวนน้อย และไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ บางครั้งต้องมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับงานพิธี เพื่อความสะดวก

5) ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธีมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ บางครั้งเจ้าหน้าที่ท่านเดียวต้องปฏิบัติในหลายหน้าที่ในเวลาที่ต่อเนื่องกันแต่คนละจุด และระยะทางห่างกัน จำเป็นต้องเดินเร็วๆ ทำให้ภาพที่เห็นไม่เหมาะสม

6) สถานที่ในการจัดศาสนพิธีคับแคบ ถ้ามีผู้มาร่วมงานศาสนพิธีเป็นจำนวนมาก ทำให้ที่นั่งสำหรับผู้ร่วมพิธีไม่เพียงพอ

7) บางครั้งมีงานที่สำคัญและเร่งด่วน โดยการจัดงานในวัน เวลา เดียวกัน จำเป็นต้องจัดทำหนังสือแจ้งเวียนเปลี่ยนแปลงใหม่ในเวลาจำกัด

8) ขาดการสร้างแรงจูงใจและสิ่งตอบแทนแก่บุคคลที่เป็นตัวแทนไปร่วมงานศาสนพิธี และบุคลากรที่ได้มีการทุ่มเทการทำงาน

ปัญหาดังกล่าว จึงดำเนินการรวบรวมองค์ความรู้เรื่องการบริหารจัดการงานศาสนพิธี จากหนังสือ คู่มือ และแนวทางการปฏิบัติต่างๆ<sup>1,4,5,6,7,8,9,10</sup> เพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดงานศาสนพิธี รวมทั้งเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานศาสนพิธีได้รับทราบการเตรียมการ แนวทาง ขั้นตอน และปฏิบัติงานได้เรียบร้อย ถูกต้อง เป็นไปในแนวทางเดียวกันให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

## ความรู้เรื่องประเภทของศาสนพิธีทาง พระพุทธศาสนา

1) กุศลพิธี คือ พิธีกรรมที่เนื่องด้วยการอบรมความดีงามทางพระพุทธศาสนาเฉพาะตัวบุคคล เช่น การแสดงตนเป็นพุทธมามกา การเวียนเทียนในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา การรักษาศีลต่างๆ

2) บุญพิธี คือ พิธีทำบุญเป็นประเพณีในครอบครัว ในสังคม เกี่ยวเนื่องกับการดำเนินชีวิต เช่น พิธีทำบุญงานมงคล พิธีทำบุญงานอวมงคล

3) ทานพิธี คือ พิธีถวายทานต่างๆ เช่น การถวายปาฏิบุคลิกทาน การถวายสังฆทาน หรือ การถวายผ้ากฐิน ผ้าป่า ผ้าอาบนำฝน และอื่นๆ

4) ปกิณกพิธี คือ พิธีเบ็ดเตล็ดเป็นมารยาทและวิธีปฏิบัติศาสนพิธี เช่น วิธีตั้งโต๊ะหมู่บูชา และจัดอาสนะสงฆ์ วิธีวางด้ายสายสิญจน์ วิธีจุดธูปเทียน วิธีแสดงความเคารพพระสงฆ์ วิธีประเคนของพระสงฆ์ วิธีทอดผ้าบังสุกุล วิธีทำหนังสืออาราธนาและใบปวารณา วิธีอาราธนาศีล อาราธนา พระปริตร อาราธนาธรรม วิธีกรวดน้ำ

### งานพระราชพิธี

เป็นงานที่พระมหากษัตริย์ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดขึ้นเป็นประจำ เช่น พระราชพิธี ฉัตรมงคล พระราชพิธีเฉลิมพระชนมพรรษา พระราชพิธีสงกรานต์ พระราชพิธีฉัตรมงคล หรืองานที่ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดขึ้นเป็นกรณีพิเศษ เช่น พระราชพิธีอภิเษกสมรส พระราชพิธีสมโภชเดือนและขึ้นพระอู่

### งานพระราชกุศล

เป็นงานที่พระมหากษัตริย์ทรงบำเพ็ญพระราชกุศล ซึ่งงานพระราชกุศลบางงานต่อเนื่องกับงานพระราชพิธี เช่น งานพระราชกุศลมาฆบูชา งานพระราชกุศลวิสาขบูชา งานพระราช

กุศล อุปสมบทนาคหลวง งานพระราชกุศล วันปิยมหาราช งานพระราชกุศลทักษิณานุปทานพระบรมอัฐิ สมเด็จพระบรมราชบุพการี งานพระราชกุศลทรงบาตร

### งานรัฐพิธี

เป็นงานพิธีที่รัฐบาลหรือทางราชการจัดขึ้นเป็นประจำ โดยกราบทูลเชิญพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จฯ ไปทรงเป็นประธานประกอบพิธี เช่น รัฐพิธีที่ระลึกวันจักรี รัฐพิธีฉลอง วันพระราชทานรัฐธรรมนูญ ซึ่งปัจจุบันทรงรับเข้าเป็นงานพระราชพิธี

### งานราษฎร์พิธี

เป็นงานทำบุญตามประเพณีนิยมที่ราษฎรจัดขึ้นเพื่อความเป็นสิริมงคลแก่ตนเองและชุมชน หรือเป็นการทำบุญเพื่ออุทิศผลให้แก่ผู้ที่ล่วงลับไปแล้วในโอกาสต่างๆ ซึ่งเป็นการจัดตามความศรัทธาและความเชื่อที่ถือปฏิบัติสืบทอดกันมาตามท้องถิ่นหรือชุมชนนั้นๆ

### องค์ประกอบของพิธี

1) **พิธีกรรม** คือ การกระทำที่เป็นวิธีการเพื่อให้ได้รับผลสำเร็จและนำไปสู่ผลที่ต้องการ อันเป็นเครื่องน้อมนำศรัทธาที่จะพาเข้าสู่เป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของผู้ที่จัดกิจกรรมนั้นๆ และสามารถน้อมนำให้ผู้ศรัทธา เข้าถึงธรรมที่สูงขึ้น

2) **พิธีการ** คือ ขั้นตอนของพิธีที่กำหนดไว้ตามลำดับตั้งแต่เริ่มต้นพิธีจนจบพิธี เพื่อให้การจัดกิจกรรมในพิธีนั้นๆ เป็นไปด้วยความถูกต้อง เรียบร้อย และสวยงาม อันนำมาซึ่งความศรัทธา และความเชื่อในการจัดกิจกรรมร่วมกัน ทั้งในส่วนตัวที่เข้าร่วมพิธีและผู้ที่เกี่ยวข้อง

3) **พิธีกร** คือ ผู้ดำเนินรายการประกอบพิธีกรรมนั้นๆ ให้เป็นไปตามขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ โดยทำหน้าที่รับผิดชอบในด้านพิธีการ ประสาน ควบคุม และกำกับพิธีการต่างๆ ให้เป็น



ไปด้วยความเรียบร้อยตามกำหนดการ ในกรณีที่เป็นพิธีกรรมทางศาสนา จะเรียกว่า “ศาสนพิธีกรรม” ซึ่งหมายถึง ผู้ทำหน้าที่ควบคุมและปฏิบัติศาสนพิธี ให้ถูกต้องตามพิธีกรรมทางศาสนา ตลอดจนประสานงาน เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมในพิธีนั้นๆ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

#### คุณสมบัติของศาสนพิธีกรรม

- 1) มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติศาสนพิธี
- 2) มีไหวพริบ ปฏิภาณ ตัดสินใจ และแก้ไขข้อขัดข้องได้รวดเร็วและเรียบร้อย
- 3) มีความแม่นยำ ละเอียดรอบคอบในศาสนพิธี
- 4) แต่งกาย และ ปฏิบัติตนให้เหมาะสมตามกาลเทศะ มีมารยาทเรียบร้อย
- 5) สามารถประสานงาน ควบคุมกำกับพิธีการได้ดี

#### การเตรียมการของศาสนพิธี

เมื่อมีการปรึกษาหารือและมีข้อตกลงกันเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ในการจัดพิธีเนื่องในโอกาสต่างๆ นั้น ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมจะต้องมีการเตรียมการ ดังนี้

- 1) การเตรียมสถานที่
- 2) การเตรียมอุปกรณ์
- 3) การเตรียมบุคลากร
- 4) การเตรียมกำหนดการ
- 5) การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ

#### การเตรียมสถานที่

กิจกรรมแรกๆ ที่ผู้ดำเนินกิจกรรมควรคำนึงถึง คือ การเตรียมสถานที่ ควรคำนึงถึงความเหมาะสมของสถานที่ งานที่จะจัดเป็นงานพิธีใด งานมงคล หรืองานอวมงคล สถานที่นั้นมีความเหมาะสมกับการจัดพิธีหรือไม่เพียงใด

ซึ่งจะได้มีการวางแผนในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานที่ โดยมีหลักการพิจารณา ดังนี้

- 1) ความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดพิธี
- 2) มีความกว้างขวางเพียงพอกับการรองรับผู้ร่วมพิธี
- 3) สะอาด สะดวก ปลอดภัย
- 4) ไม่มีเสียงรบกวน

#### การเตรียมอุปกรณ์

การเตรียมอุปกรณ์ เป็นสิ่งจำเป็นของพิธีต่างๆ ซึ่งผู้ทำหน้าที่ศาสนพิธีกรรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพิธีกรรมหรือพิธีกรรมต่างๆ เช่น วัตถุประสงค์ของการจัดศาสนพิธีเป็นงานมงคล งานอวมงคล หรือการจัดงานมงคลและงานอวมงคลพร้อมกัน ซึ่งแต่ละงานจะต้องใช้อุปกรณ์ในการประกอบพิธีที่แตกต่างกัน เช่น งานมงคลสมรส งานวางศิลาฤกษ์ เป็นต้น

#### อุปกรณ์หลักที่ใช้ในงานศาสนพิธี

- 1) โต๊ะหมู่บูชา พระพุทธรูปแทนกราบ พรม
- 2) แจกันดอกไม้ หรือพานพุ่ม
- 3) กระจ่างรูป เชิงเทียน
- 4) รูป เทียน บูชาพระ เทียนชนวน
- 5) ที่กรวดน้ำ
- 6) สำลี กรรไกร เชื้อชนวน (น้ำมันเบนซินผสมกับเทียนขี้ผึ้งแท้)
- 7) ใบปวารณา และจตุปัจจัยไทยธรรม
- 8) เครื่องขยายเสียงพร้อมอุปกรณ์
- 9) เครื่องรับรองพระสงฆ์ เช่น น้ำร้อน น้ำเย็น อาสน์สงฆ์หรือพรมนั่ง เสื่อ หมอนพิง กระดาษ กระโถน ผ้าเช็ดมือ

### การเตรียมบุคลากร

การเตรียมบุคลากร เป็นการแสดงถึงความพร้อมของผู้จัดงานพิธีต่างๆ เพื่อความสะดวกในการติดต่อประสานงาน เป็นการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละส่วนของผู้ปฏิบัติงานสามารถตรวจสอบได้ว่านิมนต์พระสงฆ์หรือยังนิมนต์จำนวนเท่าใด ใครเป็นประธาน ใครรับภารกิจส่วนใด ใครเป็นพิธีกร ใครทำหน้าที่ศาสนพิธีกร เป็นต้น สามารถตรวจสอบจุดบกพร่องของงานได้ด้วย

พระสงฆ์ การนิมนต์พระสงฆ์ควรเขียนเป็นหนังสือ หรือภาษาทางราชการ เรียกว่า “การวางฎีกานิมนต์พระสงฆ์” เพื่อถวายพระสงฆ์ไว้เป็นหลักฐาน ซึ่งประกอบด้วยข้อความสำคัญเพื่อให้พระสงฆ์ทราบว่า นิมนต์งานพิธีใด วัน เวลา และสถานที่ในการประกอบพิธี อยู่ที่ไหนควรแจ้งให้ชัดเจน สำหรับจำนวนพระสงฆ์ในแต่ละพิธีไม่ได้กำหนดจำนวนมากไว้เท่าใดแต่มีกำหนดจำนวนข้างน้อยไว้ คือ ไม่ต่ำกว่า 5 รูป 7 รูป 9 รูป และ 10 รูป เพื่อจะได้ครอบครองคณะสงฆ์ ส่วนงานพระราชพิธี หรือพิธีของทางราชการนิมนต์พระสงฆ์ 10 รูป ทั้งงานมงคล และงานอวมงคล แต่ถ้าหากเป็นพิธีบำเพ็ญกุศลสวดพระอภิธรรมศพ ประจำคืนนั้น นิมนต์พระสงฆ์สวดพระอภิธรรมจำนวน 4 รูป

### การเตรียมกำหนดการ

กำหนดการ คือ เอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อบอกลักษณะของงาน เป็นต้นว่า งานอะไร ใครเป็นประธาน สถานที่ วัน เวลาในการจัดงาน ลำดับขั้นตอนของงาน การแต่งกาย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมในพิธีๆ มีความเข้าใจตรงกันและทราบขั้นตอนของพิธี

### การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ

การปฏิบัติงานศาสนพิธีให้เรียบร้อย ถูกต้อง เป็นไปในแนวทางเดียวกันให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ จำเป็นต้องมีการมอบหน้าที่ความรับผิดชอบ

### แนวทางการพัฒนาเพื่อความยั่งยืน

แนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดงานศาสนพิธี มีความสำคัญและจำเป็น เนื่องจากต้องเกี่ยวข้องกับสถาบันศาสนาและพระมหากษัตริย์ จึงสมควรพัฒนาเพื่อความยั่งยืน ดังนี้

1) จัดทำแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดงานศาสนพิธี เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข และผู้สนใจ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั่วประเทศ และผู้สนใจได้ถือปฏิบัติอย่างถูกต้อง เหมาะสม และสมพระเกียรติ

2) จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ ให้แก่ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ ผู้สนใจ เรื่องศาสนพิธี สม่่าเสมอ เพื่อพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้มีความพร้อมและเพิ่มพูนประสบการณ์ในการปฏิบัติงานได้รวดเร็วถูกต้อง และสมพระเกียรติ

3) จัดทำแผนพัฒนา เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากร เรื่อง แนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดงานศาสนพิธี

4) ให้คำปรึกษา เสนอแนะ แก้ไขปัญหา และร่วมดำเนินการ ให้กับหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน พร้อมสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานที่เข้มแข็ง เพื่อได้รับความร่วมมือ

5) ไปศึกษาดูงานกับหน่วยงานภายนอก เพื่อเป็นข้อมูลนำมาพัฒนาและแก้ไขการปฏิบัติงานศาสนพิธี

6) ปลูกจิตสำนึก สร้างขวัญและกำลังใจ ให้แก่ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธี เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ที่ต่อเนื่อง

### สรุปผล (Conclusion)

สังคมไทยถือว่าศาสนามีความสำคัญต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสังคม จนกลายเป็นวัฒนธรรมประเพณีที่มีผลต่อความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความศรัทธาของประชาชนพลเมืองของสังคม ดังนั้น ศาสนาจึงถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจในการประพฤติปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนพลเมืองได้ใช้หลักธรรมทางศาสนาที่ตนนับถือมาเป็นเครื่องมือในการประพฤติปฏิบัติตน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาจิตใจของตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน และประเทศชาติ ให้มีความมั่นคงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และเกิดความสามัคคี ซึ่งกลุ่มพิธีการและกิจกรรมพิเศษ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายในการปฏิบัติหน้าที่ในการจัดงานศาสนพิธี จึงเห็นสมควรจัดทำแนวทางบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข และผู้สนใจ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ และผู้ที่สนใจได้ถือปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม และสมพระเกียรติ โดยการดำเนินงานของกลุ่มพิธีการและกิจกรรมพิเศษ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำกรมการศาสนา “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และน้อมนำกระแสพระราชดำรัส “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตน เป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ เป็นกิจที่หนึ่ง ลภทรัพย์ และเกียรติยศ จะตกแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์” ของสมเด็จพระ

มหิตลธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก พร้อมน่านโยบายรัฐบาลในการศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม มาเป็นแนวทางจัดทำแผนการดำเนินงานของกลุ่มพิธีการและกิจกรรมพิเศษ เพื่อ “ส่งเสริมคุณธรรมที่มีประสิทธิภาพและมุ่งผลสัมฤทธิ์” และเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป โดยสภาพปัญหา อุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหา จากแต่ละภารกิจ พบปัญหาดังนี้ 1) ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธี ส่วนมากขาดความรู้และประสบการณ์ที่ถูกต้อง 2) การปฏิบัติ การศาสนพิธีของหน่วยงานระดับกรม กอง สำนัก ยังมีรูปแบบไม่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน 3) ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานได้รับมอบหมายในเวลาที่ยุ่งขันชิด และมีเวลาเตรียมงานจำกัด 4) อุปกรณ์ในการปฏิบัติงานศาสนพิธี มีจำนวนน้อย และไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ 5) ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธีมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ 6) สถานที่ในการ จัดศาสนพิธีคับแคบ 7) มีงานที่สำคัญและเร่งด่วน ในวัน เวลา เดียวกัน 8) ขาดการสร้างแรงจูงใจ และสิ่งตอบแทนแก่บุคลากร โดยมีแนวทางการพัฒนาเพื่อความยั่งยืน ดังนี้ 1) จัดทำแนวทางบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี 2) จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง งานศาสนพิธีให้แก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ 3) จัดทำแผนพัฒนา เพื่อเสริมสร้างความรู้ให้แก่บุคลากร 4) ให้คำปรึกษา เสนอแนะ แก้ไขปัญหา และร่วมดำเนินการ ให้กับหน่วยงานที่ขอรับการ สนับสนุนพร้อมสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานที่เข้มแข็ง 5) ศึกษาดูงานกับหน่วยงานภายนอก 6) สร้างจิตสำนึก สร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร

### ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

1) เห็นสมควรจัดทำแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข และผู้สนใจ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ และผู้ที่สนใจได้ถือปฏิบัติอย่างถูกต้อง เหมาะสม และสมพระเกียรติ

2) สมควรให้มีการจัดการอบรมให้แก่ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ ผู้สนใจ เรื่องศาสนพิธี เพื่อให้ทราบถึงขั้นตอน แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม และสมพระเกียรติ

### กิตติกรรมประกาศ

ผลงานการศึกษานี้สำเร็จได้ด้วย ความเอื้อเฟื้อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และความร่วมมือต่างๆ ของหลายท่านซึ่งให้การสนับสนุน ผู้จัดทำขอขอบพระคุณนายชวลิต ศิริภิรมย์ ที่ปรึกษากรมการศาสนา นายโอสธี ราษฎร์เรือง นักวิชาการศาสนาชำนาญการพิเศษ นายสมควร บุญมี นักวิชาการศาสนาชำนาญการ นายสัญญา เจริญพร นักจัดการงานในพระองค์ชำนาญการ กองพระราชพิธี สำนักพระราชวัง นางอรชуда บุรณปรีชา อดีตผู้อำนวยการกองกลาง นางวิไลลักษณ์ เลิศสมบุรณ์ อดีตหัวหน้าสำนักงานรัฐมนตรี และนางสุทธิมา หุ่นดี ผู้อำนวยการกองกลาง และนางสิริพร สมชื่อ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ข้อมูล ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ปรับปรุงเนื้อหาและให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จ ลุล่วงได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ คุณค่าอันพึงมีจากผลงานฉบับนี้ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณ บิดามารดา และคณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. ชวลิต ศิริภิรมย์, โอสธี ราษฎร์เรือง. คู่มือการปฏิบัติศาสนพิธีเบื้องต้น กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
2. ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561 – 2580). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก หน้า 1 – 71 [ออนไลน์]. 13 ตุลาคม 2561. แหล่งข้อมูล : [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T\\_0001.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF). [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2561].
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560–2564). 2560. แหล่งข้อมูล : [https://www.nesdb.go.th/ewt\\_dl\\_line.php?id=6422](https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_line.php?id=6422). [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2561].
4. กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม. แนวทางการดำเนินงานศาสนพิธี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2551.
5. ปริญญา จันเจริญ. เอกสารคู่มือ ขั้นตอนและวิธีการจัดพิธีการ พิธีกรรม ตามขนบธรรมเนียมประเพณีด้านทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. 2560. แหล่งข้อมูล: <http://artculture.nsr.ac.th/artculture/files/%E0%B8%84%E0.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2561].
6. กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม. คู่มือปฏิบัติศาสนพิธี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2554.
7. ทรงวิทย์ เจริญธนภาพ. คู่มือการจัดงานพิธีการ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ: 2554.

8. สำนักงานปลัด สำนักนายกรัฐมนตรี. คู่มือปฏิบัติงาน กระบวนการการจัดบุคลากรไปร่วมงานพระราชพิธีงานรัฐพิธี งานศาสนพิธี และกิจกรรมต่างๆ. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี: 2552. [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2561].แหล่งข้อมูล:<http://www.Oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTEROPM/DRAWER01/GENERAL/DATA0002/00002788.PDF>
9. สำนักพระราชวัง. รวมเรื่องและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับงานราชสำนัก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2552.แหล่งข้อมูล: <http://www.gad.moi.go.th/Rachpiti.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2561].
10. โอสถิ ราษฎร์เรือง. ศาสนพิธีกร : การสร้างและพัฒนาคู่มือการประกอบพิธีกรรมงานศพตามหลักพระพุทธศาสนา (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาสารคาม; 2554.



## ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก การเตรียมและส่งต้นฉบับ เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
- ภาคผนวก ข ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม





ภาคผนวก ก การเตรียมและส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Department of Management  
to Health Services

## 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 วิธีการสืบค้น ข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์ กระดาษ เอ 4

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

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

**1.5 รายงานเบื้องต้น (preliminary report)** หรือรายงานสังเขป (short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

**1.6 รายงานผู้ป่วย (case report)** เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งถึงบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบ ที่พบไม่บ่อย โครงสร้างบทความรายงานผู้ป่วยประกอบด้วย บทนำ พรรณนาผู้ป่วย (case description) วิเคราะห์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

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

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

บางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

## 2. การเตรียมต้นฉบับ

### 2.1 ปกชื่อเรื่อง (title page) ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่น่าเบื่อ เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อและที่อยู่ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ

2.3 คำสำคัญ หรือคำหลัก (key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S.National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

2.4 บทนำ (introduction) เป็นส่วนหนึ่งของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ไขปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วไว้ในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methodology) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และวิธีการศึกษา

2.5.1 หัวข้อวัสดุให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษา สิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.5.2 หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasiexperiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิงเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจน และกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

**2.6 ผลการศึกษา (results)** แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปรความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

**2.7 วิจารณ์ (discussion)** เริ่มด้วยวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

**2.8 ข้อยุติ (conclusion)** ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่น่าผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

**2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ** ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า

ใส่ตารางที่ 1

ใส่ภาพที่ 1

**2.10 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)** มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีใครช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง ผู้สนับสนุนทางการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้

บทความด้อย ความภูมิใจเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

**2.11 เอกสารอ้างอิง (references)** ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

### 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการ อ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” **หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว”** มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องอ้างอิงชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

#### 3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

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

หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารอื่นๆ เลขหน้าสุดท้าย  
ใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวัตน์พิงค์, พัชร  
จินตรา, ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิต  
พิงค์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุม  
และการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี  
อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสาร  
วิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

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

### 3.1.2 องค์กรเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวช  
แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนว  
ทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย  
ของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบ  
อาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.

### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อม  
โภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น  
ฟีลอฟทส์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม.  
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, นันทวี พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย  
บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับ  
อุบัติเหตุบนท้องถนน(บทบรรณาธิการ). สารศิริราช  
2539; 48: 616-20.

2. Enzenberger W, Fisher  
PA. Metronome in Parkinson's disease  
(letter). Lancet 1996; 347: 1337.

## 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

### 3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียน ทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่  
พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่โดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการ  
บริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. 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. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์.  
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. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

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

2. Phillpps sj. Whisnant JP. Hypertension and stoke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: patho physiology, 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 โรงแรมบีบีเทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; 2541.

2. KimuraJ, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International congresss 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 พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

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

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภลสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/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 Humman Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

### 3.5 วิทยานิพนธ์

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

1. ชยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์

ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). 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. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์5).

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 Stst. 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 วิดีทัศน์

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. ชื่อผู้พิมพ์. 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 [serialonline] 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>

- กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available form: URL: <http://rarediseases.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.org.uk/informat/publicat/rcf\\_0021.ht](http://rcgp.org.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?PageType=Article & Id= 920>

#### - Web based / online Data bases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล: ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วันเดือน 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. ชื่อผู้พิมพ์. 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 จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนตัดสินใจว่าจะอ่านบทความต่อไปได้หรือไม่

### 4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งกระดาษ และไม่ควรถือตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง

- แถว (rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์หัวแถว (row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น



- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับ \*+±S#¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค)

จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่านจัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้นิพนธ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

#### 4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจน เน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพและแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน

- ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 x 7 นิ้ว ไม่ควรใหญ่เกิน 8x10 นิ้ว ไม่ตัดขอบไม่ติดกระดาษรอง ไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่ม้วนรูปภาพ ควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพ และเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำให้เจ้าของเรื่องเขียนหลังภาพ เพราะอาจจะเขียนหนัก

มือเกินไป ทำให้รอยเขียนปรากฏด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป

#### 5. การส่งต้นฉบับ

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

#### 6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้อ่านบทความ (reviewer) จะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสานงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณสองครั้ง

#### 7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทางพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์

## 8. ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

### 8.1 วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ตำบล  
แวงนาง อำเภอมือเมืองมหาสารคาม จังหวัด  
มหาสารคาม

#### 8.2 ผู้ประสานงาน :

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า

เบอร์โทรศัพท์ 083 – 4170860

E-mail:Sangudchua@yahoo.com

นางสาวณัฐรุจา ไชยคำภา

เบอร์โทรศัพท์ 087 – 2231536

เบอร์โทรศัพท์ 087 – 2231536

ภาคผนวก ข ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Journal of Mahasarakham  
Public Health





### ใบสมัครสมาชิก

#### วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

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

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (Academic Journal of Mahasarakham Provincial 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 : ตึกสภากาชาดพิมพ์ 205/4 ถนนศรีสวัสดิ์ดำเนิน ตำบลตลาด  
อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จุฬไปรษณีย์ 44000  
มือถือ : 081-5465776, 088-5608139 E-mail : Manoch-sri2220@hotmail.com