



วารสารวิชาการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 : ตุลาคม 2560 - มีนาคม 2561

ISSN 2539-6196

[Academic Journal of Mahasarakham
Provincial Public Health Office]

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

เจ้าของ ที่ปรึกษา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม นายแพทย์หัสชา เน้อยทอง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นางรุ่งทิพย์ มั่นคง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) นางวัฒนา นันทะแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) ทันตแพทย์วัฒน์ะ ศรีวัฒนา ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม) เภสัชกรบุญถม ปาปะแพ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)
บรรณาธิการ	ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
รองบรรณาธิการ	ดร.รัชนิภา จิตรากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กองบรรณาธิการ	ดร.ศิรินาถ ตงศิริ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผศ.เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยล้อมแสง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.เจียมจิต แสงสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.นิสากร วิบูลชัย วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม รศ.ดร.สุมัทนา กลางคาร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ รศ.ดร.ณรงค์ฤทธิ์ โสภา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ผศ.ดร.รังสรรค์ สิงห์เลิศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ฝ่ายจัดการ	ดร.รัชนิภา จิตรากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ นายสุเมธ ระโยธี นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นางสาวณัฐรจา ไชยคำภา นักวิชาการสาธารณสุข
กำหนดออก สำนักงาน	ราย 6 เดือน (ตุลาคม - มีนาคม, เมษายน - กันยายน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-ร้อยเอ็ด ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000 โทรศัพท์ : 0-4377-7811, 0-4377-7972 ต่อ 313 โทรสาร : 0-4377-7811 E-mail address : Journal.mk2560@gmail.com, Journal.mk2560@yahoo.com

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นของ
ผู้เขียนบทความและมีได้แสดงว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วยทั้งหมด



สารจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
นายแพทย์ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจัดให้มีวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์ คือ (๑) เพื่อพัฒนาคุณภาพของงานวิจัยและวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม (๒) เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามในการวิจัย การเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการ (๓) เพื่อส่งเสริมให้เจ้าของผลงานวิชาการที่ได้รับรางวัลผลงานวิชาการสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามได้ตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการ และ (๔) เพื่อให้วารสารวิชาการสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข ในเรื่อง การมีคุณสมบัติครบถ้วนด้านการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ กรณีการเลื่อนระดับที่สูงขึ้น

ขอชื่นชมเจ้าของผลงานวิชาการทุกผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเจ้าของผลงานวิชาการดังกล่าว ได้มุ่งมั่นทุ่มเทในการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพงานรับผิดชอบในรูปแบบการพัฒนาเป็นงานวิชาการและนวัตกรรม ซึ่งสุดท้ายจะเกิดผลดีต่อสุขภาพประชาชน พร้อมทั้งเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ตอบสนองค่านิยมองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรม คือ Originality

การจัดทำวารสารนี้ได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เป็นอย่างดี และมุ่งหวังให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเข้าสู่มาตรฐานวิชาการของประเทศไทยตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้ ขอให้กำลังใจแก่บุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามในการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการ และการพัฒนาคุณภาพงานในหน้าที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องและตลอดไป

(นายแพทย์ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามฉบับที่สามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเป็นแหล่งตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข พัฒนาการให้เป็นที่ยอมรับทางวิชาการในระดับสากล พร้อมทั้งเพื่อให้เกิดความร่วมมือทางวิชาการระดับกระทรวงสาธารณสุขและระดับหน่วยงานด้านการศึกษา โดยกำหนดให้เป็นวารสารราย 6 เดือน จัดพิมพ์ในรอบเดือน มีนาคม และ กันยายน ประกอบด้วยงานวิจัยที่มีความสำคัญ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนบ้านไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอกว๊านเมือง จังหวัดมหาสารคาม การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรค อำเภอกว๊านเมือง จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม การดำเนินงานจังหวัดไอโอทีนยังยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) การจัดการความรู้ เรื่อง การชะลอไตเสื่อมโดยรูปแบบ 4C Model การจัดการความรู้ เรื่อง การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม การจัดการความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบการทำข่าเทียมให้แก่คนพิการที่ตัดขาในจังหวัดมหาสารคาม การจัดการความรู้ เรื่อง สมการใหม่เพื่อประมาณค่า LDL-C เมื่อระดับ Triglycerides อยู่ในช่วง 400 – 1000 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทั้งนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสาร วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุข ต่อไป

ดร.สัจด์ เชื้อกลิ่นฟ้า

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สารบัญ

	หน้า
สารจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	III
บทบรรณาธิการ	IV
บทความ	
การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ในชุมชนบ้านไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอนวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม จรรยา สุนทรปกาสิต, ขณัฐฐา เพียงแก้ว Development of Proactive Health Promotion Model for Prevention the New Case of Diabetes Mellitus in the Community at Ban Chaithong Village, NongSaeng Subdistrict, Wapeepathum District, Mahasarakham Province. Janya Sunthornpakasit ¹ Khanutha Piangkaew ²	1
การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยงโรค อำเภอนวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ถนิมภรณ์ สังข์เกศ	15
การพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม วรายุทธ์ร์ กลางประพันธ์ The Development of Continuous Intermediate Care Services by Participation of Community for Patients with Stroke in Borabue Sub-district, Borabue District, Mahasarakham Province	29
การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ทิพยามา ดาหาร ¹ , เจทสรिया ดาวราช ² Development of a Health Care Model for Elderly by Community Partication, Nonglake Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Province Thipyapha Daharn ¹ , Jetsariya Duangrach ²	42
การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ภาคิ ทรัพย์พิพัฒน์ และคณะ	55

สารบัญ (ต่อ)

บทความ	หน้า
การจัดการความรู้ เรื่อง การชะลอไตเสื่อมโดยรูปแบบ 4C Model สุนีรัตน์ สิงห์คำ Knowledge Management Using 4C Model in Slowing the Renal Failure Suneerat Singhkum	134
การจัดการความรู้ เรื่อง การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ประวีณา ปะตา ¹ , อมรรัตน์ ประสีระเก ²	146
การจัดการความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบการทำข่าเทียมให้แก่คนพิการที่ตัดขา ในจังหวัดมหาสารคาม อัญญาชชา สาครจันทร์ ¹ , จาระบุตร ทีบแก้ว ²	154
การจัดการความรู้ เรื่อง สมการใหม่เพื่อประมาณค่า LDL-C เมื่อระดับ Triglycerides อยู่ในช่วง 400-1000 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สิริวิชญ์ สนโศก	159
ภาคผนวก	169
ภาคผนวก ก การเตรียมและส่งต้นฉบับ	171
ภาคผนวก ข ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	183

**การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ใน
ชุมชนบ้านไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม**
**Development of Proactive Health Promotion Model for Prevention the
New Case of Diabetes Mellitus in the Community at Ban Chaithong Village,
NongSaeng Subdistrict, Waapeepathum District, Mahasarakham Province**

จรรรยา สุนทรปกาสิต¹ ขันัญญา เพียงแก้ว²
Janya Sunthornpakasit¹ Khanutha Piangkaew²

บทคัดย่อ

คนที่มีภาวะเสี่ยงเบาหวานและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพสามารถป้องกันความก้าวหน้าในการดำเนินโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนบ้านไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ผู้มีส่วนร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 63 คน 2) กลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวน 112 คน 3) ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน จำนวน 18 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 193 คน การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติ สังเกต-การณ และสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงกันยายน 2559 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนบ้านไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและคนในชุมชน (2) สร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (3) จัดตั้งชมรมสุขภาพ ได้แก่ ชมรมออกกำลังกาย ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน ชมรมธรรมมะ (4) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม และ (5) จัดเวทีสาธารณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล 2) รูปแบบการดำเนินการดังกล่าว ทำให้ไม่พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เกิดขึ้นในชุมชน จำนวนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติมากขึ้นจาก ร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 100 กลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก, เบาหวาน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลวาปีปทุม

²นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลลวาปีปทุม

และพบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ มีคณะกรรมการระดับชุมชนที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมขององค์กรและคนในชุมชน รวมทั้งการจัดการระบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน

Abstract

People with pre-diabetes and health risks can prevent a progression to diabetes mellitus type 2 by having healthy behaviors. This action research aimed to develop the proactive health promotion model for prevention the new case of diabetes mellitus in the community at Ban Chaithong Village, NongSaeng Sub-district, Wapeepathum District, Mahasarakham Province. The total of 193 participants was divided into three groups: 63 pre-diabetes persons, 112 health risks persons, 18 stakeholders. Four steps in the development of the model were: planning, acting, observing, and reflecting. The research was conducted from October 2015 to September 2016. Data collection used the interviewing, observing, and questionnaires. Data were analyzed by frequency, percentage, and content analysis.

The results revealed that 1) the proactive health promotion model for prevention the new case of diabetes mellitus in the community included: (1) establishing a participation of organizations and citizens in community (2) creating a health promotion system in the community (3) establishing health clubs including Exercise Club, Peer Support Club, Dharma Club (4) home visit by community participation and (5) knowledge management and giving back the data to community 2) For the model use, no new case of diabetes mellitus occurred in the community. The number of pre-diabetes persons had fasting blood sugar at a normal level improved from 30% to 100%. 100% of health risks persons had fasting blood sugar at a normal level. The key success factors of the model development included a strengthening of community members committee, a mutual participation of organizations and citizens in community, and an efficiency management of a health promotion system in the community. Its result was effective in decreasing risk of being diabetes mellitus.

Keywords: Proactive health promotion, Diabetes mellitus

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก รวมทั้งประเทศไทยสถานการณ์เบาหวานปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก จำนวน 285 ล้านคน และได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2573 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ¹ สาเหตุที่แท้จริงของโรคที่เกิดขึ้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อทั้งสาเหตุจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า สาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการกินที่เปลี่ยนไปโดยมักรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ขณะที่มีส่วนประกอบของผัก ผลไม้ น้อย และพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย น้อยลง ขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วนที่เพิ่มขึ้น การมีความเครียดเรื้อรัง รวมทั้งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ ล้วนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคทั้งสิ้น² ดังนั้นการลดพฤติกรรมเสี่ยงและปรับพฤติกรรมในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการด้านอารมณ์และจิตใจ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในการดำเนินชีวิตนอก จากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

แล้วยังช่วยให้ลดภาระค่าใช้จ่าย ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่เป็นโรคอย่างยาวนาน และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ.2551-2553 พบอัตราความชุก เท่ากับ 675.74, 879.58 และ 954.18 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³ นอกจากนี้ยังพบอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 277.36 ต่อประชากรแสนคน⁴ สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราความชุกโรคเบาหวานเท่ากับ 1,861.00 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2551 และ 2,401.30 ต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ.2553⁵ จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่ที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดกรอบการดำเนินงานเพื่อลดการป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยกำหนดเป้าหมายให้ตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90.00 และกลุ่มเสี่ยงสูงป่วยเป็นเบาหวานไม่เกิน ร้อยละ 5.00⁶

จากข้อมูลจังหวัดมหาสารคาม ปีพ.ศ. 2556-2558 พบอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ร้อยละ 0.47, 0.40 และ 0.43 และอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.12, 9.32 และ 10.21⁷ สำหรับอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวน 241 หมู่บ้าน 28,529 ครัวเรือน มีจำนวน

ประชากร 114,240 คน แบ่งการปกครอง เป็น 15 ตำบล มีสถานพยาบาล 22 แห่ง คือ โรงพยาบาลวาปีปทุม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย 21 แห่ง ปี พ.ศ. 2556-2558 พบอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ร้อยละ 0.80, 0.64 และ 0.65 พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.59, 8.85 และ 9.23 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3,826.8, 4,198.4 และ 4,463.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁸ ตำบลหนองแสง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวน 28 หมู่บ้าน 2,493 ครัวเรือน มีจำนวนประชากร 20,984 คน ปี พ.ศ. 2556-2558 พบอัตราอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน ร้อยละ 0.33, 0.26 และ 0.17 พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.59, 8.85 และ 9.23 ตามลำดับ⁹ ซึ่งจะพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทุกปี

จากการสรุปผลตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลวาปีปทุม จำนวน 20 หมู่บ้าน ปี พ.ศ. 2556-2558 พบความชุกของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 100-125 mg/dl ร้อยละ 2.33, 2.50 และ 2.15 พบปัจจัยเสี่ยงเส้นรอบเอวมากกว่า 36 นิ้ว ในเพศชาย และมากกว่า 32 นิ้วในเพศหญิง ร้อยละ 27.34, 29.82 และร้อยละ 37.45 ตามลำดับ¹⁰ สรุปได้ว่าสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาล

วาปีปทุมมีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน) เพิ่มขึ้นทุกปี

บ้านไชยทองหมู่ที่ 23 มีจำนวน 101 ครัวเรือน ประชากร 446 คน ปีพ.ศ. 2556-2558 พบอัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.22, 0.26 และ 0.22 อัตราความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.68, 3.68 และ 3.59 ตามลำดับ¹¹ ในปี พ.ศ. 2558 จากผลการตรวจสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 213 คน ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 100.00 พบกลุ่มเสี่ยงสูงทั้งหมด 146 คน คิดเป็น ร้อยละ 68.54 อ้วนลงพุง (ค่าวัดเส้นรอบเอวมมากกว่าหรือเท่ากับ 36 นิ้ว ในเพศชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 32 นิ้ว ในเพศหญิง ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25.00 กิโลกรัม/เมตร²) ร้อยละ 16.43 เทียบเกณฑ์ค่าดัชนีมวลกายตามมาตรฐานสากลของอาเซียน¹² และพบค่าความชุกของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ 100-125 mg/dl ร้อยละ 9.86¹³

จากการดำเนินงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในรูปแบบเดิม พบว่า ไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด ซึ่งกำหนดเป้าหมายในการวัดความสำเร็จ คือ หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือน กลุ่มเสี่ยงกลับสู่ภาวะปกติ ร้อยละ 10.00 โดย ปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 165 คน หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือน กลุ่มเสี่ยงกลับสู่ภาวะปกติ จำนวน 15 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.09 และในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพจำนวน 138 คน หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 เดือน กลุ่มเสี่ยงกลับสู่ภาวะปกติ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.42¹⁴ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึง พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงไม่ปรับเปลี่ยนและยังคงพบกลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นเบาหวาน โดยในปี พ.ศ. 2556-2558 พบอัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 0.22, 0.26 และ 0.22 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงกลับสู่ภาวะปกติน้อย มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทุกปี

จากสภาพการณ์ดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนบ้านไชยทอง ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่พบอัตราอุบัติการณ์ของโรคมากที่สุดในปี พ.ศ. 2558 (ร้อยละ 0.22) และเพื่อลดอัตราป่วยรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจึงนำไปสู่หมู่บ้านจัดการสุขภาพ พร้อมทั้งจะก้าวไปสู่ตำบลสุขภาพดีวิถีไทยและเมืองไทยแข็งแรงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน บ้านไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอกาบัง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์¹⁵ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นวางแผน 2) การ

ปฏิบัติการ 3) การสังเกตผลการณ์ และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ

พื้นที่ในการวิจัย คือ บ้านไชยทอง หมู่ 23 ตำบลหนองแสง อำเภอกาบัง จังหวัดมหาสารคาม

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวนทั้งหมด 193 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่อาศัยอยู่ในบ้านไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอกาบัง จังหวัดมหาสารคาม มีเกณฑ์คัดเข้า คือ กลุ่มที่ผ่านการตรวจคัดกรองเบาหวาน พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25.00 กิโลกรัม/เมตร² และ/หรือ ค่ารอบเอวเพศชายมากกว่า หรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) เพศหญิงมากกว่า หรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) และ/หรือผลระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มีค่าตั้งแต่ 100–125 mg/dl จำนวน 63 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพที่อาศัยอยู่ในบ้านไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอกาบัง จังหวัดมหาสารคาม มีเกณฑ์คัดเข้า คือ กลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25.00 กิโลกรัม/เมตร² และ/หรือค่ารอบเอวเพศชายมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) เพศหญิงมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว) จำนวน 112 คน

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดระบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 คน ประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน ผู้นำชุมชน/คณะกรรมการชุมชน

จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 7 คน

ระยะการดำเนินการวิจัย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2559 โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท¹⁵ เป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนปฏิบัติงานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนบ้านไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยดังนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความเสี่ยงเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด

ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือกให้เลือกและและเติมข้อความลงในช่องว่าง

1.2 แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

1.3 แบบสอบถาม การรับรู้ความรู้ความสามารถตนเองเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 3 ระดับ (มั่นใจมาก = 3 คะแนน ไม่มั่นใจเลย = 1 คะแนน)

1.4 แบบสอบถาม การปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงเบาหวานจำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และภาวะเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 3 ระดับ (ปฏิบัติประจำ = 3 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ/ปฏิบัติมานานๆครั้ง = 1 คะแนน)

1.5 แบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 3 ระดับ (มาก=3 คะแนน น้อย=1 คะแนน)

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบคำถามปลายเปิดสัมภาษณ์ผู้แทนผู้มีส่วนร่วม

จำนวน 7 คน (2) แนวคำถามการสนทนา
กลุ่ม (3) แบบสังเกตการณ์

การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยชี้แจงแก่ผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเอง โดยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และ ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการ เข้าร่วมการวิจัย หรือการปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอ การวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ ในการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ในการวิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูล ที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนา กลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการจดบันทึก ภาคสนาม วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิง เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย ผลการวิจัยแบ่งออกตาม วัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ใน ชุมชนบ้านไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอ วาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย ดังนี้

1) สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กร ชุมชนและคนในชุมชน ซึ่งมีบทบาทในการ ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชน ได้แก่ ญาติ กลุ่มเสี่ยง แกนนำด้านสุขภาพ อาสาสมัคร สาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบาลวาปี- ปทุม เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น และผู้นำชุมชน ดังนี้

1.1 สร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วม ในการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหา มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการแก้ไขปัญหา โดยการบูรณาการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ขององค์กรชุมชนทุกภาคส่วนในพื้นที่

1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชนซึ่งประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล วาปีปทุม เป็นประธาน ผู้นำชุมชน คณะ กรรมการชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วน ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกรรมการ และเลขานุการ จำนวน 20 คน ลงนามคำสั่ง โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม

2) สร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชน โดยจัดบริการค้นหาความเสี่ยงโดย การตรวจสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ มีการประเมินความเสี่ยงโดยการแจ้งผล รอบเอวว่าอ้วนลงพุงหรือปกติ น้ำหนัก เปรียบกับส่วนสูงปกติหรือเกินมาตรฐาน ค่าน้ำตาลในเลือดปกติหรือก่อนเป็น เบาหวาน และได้นำมาให้คะแนนความเสี่ยง ต่อการเป็นเบาหวานว่า มีระดับความเสี่ยง อยู่ในระดับใด เสี่ยงน้อย เสี่ยงเพิ่มขึ้น เสี่ยง สูง หรือเสี่ยงสูงมาก ตามแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน ปี 2557¹⁶ มีการจัด

กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบการมีส่วนร่วมในการดูแล และแนะนำกันเองระหว่างกลุ่มเสี่ยง โดยให้ปฏิบัติตามรูปแบบที่กลุ่มเสี่ยงเลือกโดยยึดหลัก 3 อ. คือ การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก และการจัดการความเครียด มีการตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินผลหลังการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา “คลินิกไร้พุง” (Diet Physical Activity Clinic: DPAC) นอกเวลาราชการและพบว่าชุมชนมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการเดิน วิ่ง ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

3) จัดตั้งชมรมสุขภาพ โดยมีการรวมกลุ่มเพื่อการจัดการความเสี่ยง มีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายที่มีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จัดตั้งชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อช่วยติดตามให้กำลังใจกันและแนะนำกันเอง จัดตั้งชมรมธรรมชาติกำหนดการทำกิจกรรมร่วมกันในวันพระ เป็นต้น

4) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีการออกติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยทีมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อสนับสนุนให้คำแนะนำด้านวิชาการและญาติช่วยดูแลในการกำกับการจดบันทึกในสมุดบันทึกและการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยง

5) จัดเวทีสาธารณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลโดยมีกลุ่ม

เป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชนคณะกรรมการชุมชน แกนนำสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวาปีปทุม จำนวน 50 คน โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนบ้านไชยทองตำบลหนองแสง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบและให้ร่วมกันสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น จากผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและข้อเสนอแนะ

2. ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนบ้านไชยทองตำบลหนองแสง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม

2.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวน 175 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.9 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 36.6 มีระดับความเสี่ยงน้อยกว่าร้อยละ 5 ร้อยละ 62.9 ดัชนีมวลกาย ≥ 25.00 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 61.7 รอบเอวมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 72.6 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ จำแนกตาม
 คุณลักษณะทั่วไป (n=175)

คุณลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	86	49.1
หญิง	89	50.9
อายุ		
35-40 ปี	20	11.4
41-50 ปี	64	36.6
59-60 ปี	48	27.4
60 ปีขึ้นไป	43	24.6
ช่วงอายุ	(35-98 ปี)	
มีระดับความเสี่ยงเบาหวาน		
มีระดับความเสี่ยงน้อย น้อยกว่าร้อยละ 5	110	62.9
มีระดับความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 5 – 10	63	36.0
มีระดับความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 11 –20	2	1.1
มีระดับความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น มากกว่าร้อยละ 20	0	0
ดัชนีมวลกาย		
ปกติ	67	38.3
≥25.00 กิโลกรัม/เมตร ²	108	61.7
รอบเอว		
ปกติ	48	27.4
มากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	127	72.6

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยง
 เบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพส่วน

ใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับ
 โรคเบาหวานอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ
 47.5 ระดับต่ำ ร้อยละ 35.4 ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n=175)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
สูง (≥ 10 คะแนน)	30	17.1
ปานกลาง(7-9)	83	47.5
ต่ำ (≤ 6 คะแนน)	62	35.4
ช่วงคะแนน	(10-34 คะแนน)	

2.3 การรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อลดภาวะเสี่ยงและลดการเกิดเบาหวานรายใหม่

ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 67.4 ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง

ทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อลดภาวะเสี่ยงและลดการเกิดเบาหวานรายใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อลดภาวะเสี่ยงเบาหวานและลดการเกิดเบาหวานรายใหม่ (n=175)

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง (≥ 48 คะแนน)	47	26.9
ปานกลาง (36-47คะแนน)	118	67.4
ต่ำ (≤ 35 คะแนน)	10	5.7
ช่วงคะแนน	(34-55คะแนน)	

2.4 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายเพื่อลดภาวะเสี่ยงเบาหวานและลดการเกิดเบาหวานรายใหม่

ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 88.6 ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ จำแนกตามระดับการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงเบาหวานและเบาหวานรายใหม่ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย (n= 175)

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน	ร้อยละ
มาก (>2.40 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (1.8 – 2.4 คะแนน)	155	88.6
น้อย (< 1.8 คะแนน)	20	11.4
ช่วงคะแนน	(1.6-2.3 คะแนน)	

2.5 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนา ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 77.7 ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทาง

สุขภาพมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ จำแนกตามระดับความพึงพอใจ (n= 175)

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	136	77.7
ปานกลาง	26	14.8
น้อย	13	7.5

2.6 ผลลัพธ์ทางคลินิก

หลังการดำเนินการไม่พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เกิดขึ้นในชุมชน จำนวนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติมากขึ้นจาก ร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 100 กลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนบ้าน

ไชยทอง ตำบลหนองแสง อำเภอลำปำปทุม จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยมีประเด็นการอภิปรายผลดังนี้

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน ได้ค้นพบองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินงานประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนและคนในชุมชน 2) สร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน 3) จัดตั้งชมรมสุขภาพ ได้แก่ ชมรมออกกำลังกาย ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน ชมรมธรรมมะ 4) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมและ

5) จัดเวทีสาธารณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล พบว่า ภายหลังจากดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน ทำให้จำนวนกลุ่มเสี่ยงมีระดับความรู้ การรับรู้การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายโดยรวมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีระดับความรู้ การรับรู้การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายเพื่อลดภาวะเสี่ยงเบาหวาน มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดปกติมากขึ้น และกลุ่มเสี่ยงมีความพึงพอใจต่อระบบการส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่อยู่ในระดับมาก สอดคล้อง กับการศึกษาที่ผ่านมาของ ประดิษฐ์ ไชยสังข์¹⁷ ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องจากการพัฒนาระบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน ในขั้นตอนการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับพื้นที่ การจัดทำประชาคมที่มีภาคีที่หลากหลาย เพื่อค้นหาความเสี่ยงและสาเหตุ ทำให้ได้ทราบข้อมูลสถานการณ์และความรุนแรงของปัญหาเกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากนั้น ผลของการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้กลุ่มเสี่ยงและประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย ชมรมเพื่อช่วยเพื่อน ชมรมธรรมมะ จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา และการติดตามเยี่ยมบ้านล้วน

มีส่วนทำให้กลุ่มเสี่ยงตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

จากการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาครั้งนี้ คือ มีคณะกรรมการระดับชุมชนที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมขององค์กรและคนในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการจัดระบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพมีระดับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานลดลง และมีระดับของน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวนเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้
การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชนต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกขั้นตอน และการค้นหาบุคคลสำคัญในชุมชน เพื่อมาร่วมเป็นแกนนำในแต่ละกิจกรรมนับเป็นหัวใจของการทำงานในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย
2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปเป็นแนวทางในการจัดการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อป้องกันโรคเบาหวานรายใหม่ในชุมชน ตลอดจนนำไปขยายสู่หมู่บ้านอื่นที่มีความพร้อมให้ครอบคลุมทั้ง 241 หมู่บ้าน ในอำเภอวาปีปทุม
3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกที่พัฒนาขึ้นโดยการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีคณะกรรมการระดับชุมชนที่เข้มแข็ง
2. การมีส่วนร่วมขององค์กรและคนในชุมชน
3. การจัดการระบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, 2003. การศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวาน ในประชากรกลุ่มเสี่ยง. อ้างใน. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [online]. 2547. แหล่งข้อมูล <http://www.healthland.biz/b/21> [สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2558].
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. รายงานการวิจัย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [online]. 2549 แหล่งข้อมูล : URL: <http://www.hari.or.th>: [สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2558].
3. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย [online]. 2554. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.thaincd.com>: [สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2558].
4. อมรา ทองหงส์และคณะ. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2553. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2555; 43(17): 257-264.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย [online]. 2555. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.thaincd.com>: [สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2558].
6. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข [online]. 2555. แหล่งข้อมูล: URL: <http://bps.moph.go.th/newbps>: [สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2558].
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [online]. 2558. แหล่งข้อมูล: URL: <http://mkm.hdc.moph.go.th>: [สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2559].
8. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2558. แหล่งข้อมูล: โปรแกรม HOSxP: [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2559].
9. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2558. แหล่งข้อมูล: โปรแกรม HOSxP: [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2559].
10. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2558. แหล่งข้อมูล: โปรแกรม HOSxP: [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2559].

11. โรงพยาบาลวาปีปทุม. งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2558. แหล่งข้อมูล: โปรแกรม HOSxP: [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2559].
12. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เมตะบอลิกซินโดรม ภัยเงียบที่คุณคาดไม่ถึง [online]. 2555. แหล่งข้อมูล URL: <http://www.anamai.moph.go.th>: [สืบค้นเมื่อ 8 เมษายน 2558].
13. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. 2558. แหล่งข้อมูล: โปรแกรม HOSxP: [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2559].
14. โรงพยาบาลวาปีปทุม. รายงานสรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. 2557. แหล่งข้อมูล: โปรแกรม HOSxP: [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2559].
15. Kemmis S, McTaggart R (eds.). The action research planner. Victoria, Australia: Deakin University Press; 1988.
16. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน [online]. 2557. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.dms.moph.go.th>: [สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2559].
17. ประดิษฐ์ ไชยสังข์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอำเภอเมืองศีร์ษะเกษ (วิทยานิพนธ์).

มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.

การประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยงโรค อัมพฤกษ์ อัมพาต จังหวัดมหาสารคาม

ถนิมภรณ์ สังขเภท *

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรคตามหลัก 3อ. 2ส. กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในหมู่บ้านศาลาสุขภาพ 22 แห่ง ที่สังกัดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวาปีปทุม จำนวน 369 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย ดำเนินงานระหว่าง เดือนตุลาคม 2558 - ธันวาคม 2559 ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการจัดทำโครงการและคู่มือการดำเนินโครงการ และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยผู้วิจัย ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรคตามคู่มือโครงการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ คู่มือการดำเนินโครงการ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามความคิดเห็น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t - test

ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรคตามหลัก 3อ.2ส. มีสุขภาพที่ดีขึ้น ในด้านความรู้ทุกพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนหลังดำเนินงานสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารมีระดับความรู้สูงสุด รองลงมา คือ การจัดการอารมณ์ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ ตามลำดับ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรคตามหลัก 3อ.2ส. หลังดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ยสูงสุดการปฏิบัติอยู่ในระดับเป็นประจำ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับบ่อย และเมื่อเปรียบค่าเฉลี่ยก่อนกับหลังดำเนินงาน พบว่า ทุกพฤติกรรมสุขภาพหลังดำเนินงานแตกต่างกันกับก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และด้านความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรค พบว่า โดยรวมมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : หมู่บ้านจัดการสุขภาพ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การประเมินผล

Abstract

The purpose of this research was evaluate of village health disease management for behavior modification to reduce the risk of disease by a health behavior changing program (food, exercise, emotion, smoking and alcohol cessation). The sample consisted of 365 people in 22 places of the health pavilion villages belong to Wapipathum Health Network, by used simple random sampling implementation. The research period was between October 2558 - December 2559. The research implementation consisted of 2 steps, step 1 was preparation the project, manual project implementation and training the research assistant. Step 2 was workshop about the village health disease management model for behavior modification to reduce the risk of disease project, according to manual of develop village health disease management model project. The research instrument was manual operation; the health behavior questionnaire and the satisfied questionnaire. The data analysis used descriptive statistics and inferential statistics t - test.

The results showed that people who participate had knowledge and change their behavior to reduce the risk of disease. They had better health. The score of health behavior knowledge after operation was higher than before as statistical significance ($p\text{-value} < 0.01$). The healthy dietary habits had the highest level. The lower knowledges were emotional management, drinking, exercise and smoking in the order. The behavior modification to reduce the risk of disease by a health behavior changing program (food, exercise, emotion, smoking and alcohol cessation). After research operations, the dietary habits had the maximum average, practice was regular level. The average of exercise, mood management, drinking and smoking average were frequency. To compare the average before and after the operation showed that all of health behavior were different as statistical significance ($p\text{-value} < 0.01$). Moreover, the people who participate had the satisfaction in the most level.

Keywords : village health disease management, health behavior changing program, evaluation

บทนำ

ปัจจุบันแนวโน้มปัญหาสุขภาพเกิดจากการที่ประชาชนมีปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมและการมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปสำหรับคนไทยก็เช่นเดียวกันกำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพมากมาย ทั้งปัญหาจากโรคติดต่อและไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ด้วยเหตุดังกล่าวแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2554-2559 จึงได้กำหนด ปรัชญา และแนวคิดหลักในการพัฒนาวิถีชีวิตไทยให้ห่างไกลและปราศจากปัจจัยเสี่ยงมีปัจจัยเสริม ที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสร้างภูมิคุ้มกันและสุขภาพของสังคมให้สามารถลดโรคและภัยสุขภาพโดยให้ประชาชนรับรู้เข้าใจตระหนักถึงภาวะเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงได้นอกจากนี้ทั่วโลกยังให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้กลุ่มผู้ป่วยนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะใน 4 โรคที่สำคัญ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคความดันโลหิตสูง โรคเรื้อรังทั้ง 4 โรค เป็นโรคที่ไม่ติดต่อที่สำคัญที่เป็นภัยเงียบคร่าชีวิตประชากรทั่วโลก กว่าร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งหมด โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูงนั้นไม่เพียงนำไปสู่ทั้ง 4 โรคไม่ติดต่อที่กล่าวมา แต่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney disease : CKD) โดย

ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวาน และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดโรคไตเรื้อรังได้ในอนาคต และยังมีรายงานว่า มีผู้มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกมากกว่า 1,000 ล้านคน โดย 2 ใน 3 เป็นประชากรของประเทศกำลังพัฒนาและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน²

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญเกิดจากการที่ประชาชนมีปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมและการมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปสำหรับคนไทยก็เช่นเดียวกันกำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพมากมาย ทั้งปัญหาจากโรคติดต่อและไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง/โรคหลอดเลือดในสมอง เป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประชากรไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 หรือ 10.8 ล้านคน³ นอกจากนี้ยังพบว่า ทั้ง 2 โรคนี้มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคไต ภาวะแทรกซ้อนทางตา และเท้าสามารถนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ตามมาอีกมากมายซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคทั้ง 2 มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการ

คล้ายเครียด และพฤติกรรมสุขภาพสูบบุหรี่/ดื่มสุรา เป็นต้น ถ้าหากไม่เร่งแก้ไขปัญหาของประชาชนในชุมชนจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพรุนแรงมากขึ้น ป่วยเป็นหลายโรคพร้อมกัน ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ได้แก่ การกินอาหารที่มีไขมันสูง การกินผักและผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เป็นต้น โรคต่างๆ เหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยประชาชนต้องใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการควบคุมความเครียด ถ้าหากประชาชนในชุมชนขาดความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ ไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมแล้วจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพรุนแรงมากขึ้นเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ภาระของรัฐบาลในการจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน แต่ถ้าหากประชาชนในชุมชนร่วมมือกันดูแลสุขภาพของตนเองและจัดปัจจัยที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแล้ว ปัญหาสุขภาพก็จะลดลง ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครัวเรือนก็จะลดลงเช่นกัน⁴

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ และไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

เพื่อการมีสุขภาพดี โดยกรมควบคุมโรค ได้มีนโยบายในการพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกระบวนการ 3อ.2ส. รวมถึงการสร้างความรู้ให้แก่ประชาชน เนื่องจากความเจริญด้านเทคโนโลยีและสภาพแวดล้อมส่งผลต่อวิถีชีวิต ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น กินหวาน มัน เค็มมากเกินไป เคลื่อนไหวทางกายน้อยและขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงภาวะเครียดจนเกิดภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁵

ชุมชนเป็นแหล่งที่กลุ่มคนหลากหลายครอบครัวมาอยู่ร่วมกัน ชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้คนในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี พลังของชุมชน การร่วมแรงร่วมใจของคนในชุมชนร่วมมือกันเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ร่วมกันวางแผนและแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยมีศาลาสุขภาพชุมชนหรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นสถานบริการสุขภาพของคนในชุมชนที่ให้บริการโดยชุมชนเพื่อประชาชนด้วยความรักเอื้ออาทรเป็นการบริการแบบองค์รวมโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาพัฒนาเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน⁶ ทั้งนี้เกิดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ผู้นำชุมชน ท้องถิ่นเครือข่ายสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานสู่ชุมชนพร้อมทั้งเป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพตามสภาพปัญหาของพื้นที่

จากผลการนิเทศติดตามหมู่บ้านจัดการสุขภาพในอำเภอวาปีปทุม พบว่าหมู่บ้านจัดการสุขภาพแต่ละหมู่บ้านบางหมู่บ้านก็มีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จบางหมู่บ้านยังมีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้วิจัยอาจเป็นเพราะประชาชนขาดความรู้ในเรื่องการจัดการสุขภาพตนเองขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนรวมทั้งประชาชนไม่ตระหนักถึงสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน⁷ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จ ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ผลการวิจัยของไพบูลย์ แสงโทโพธิ์⁸ ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การใช้เทคนิคการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การจัดทำแผนปฏิบัติการในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ การดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านตามแผนปฏิบัติการ การประเมินผลการดำเนินงาน การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปบทเรียนในการพัฒนาโดยกระบวนการทุกขั้นตอนทำโดยแกนนำชุมชนผู้วิจัยและประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการดำเนินงานหมู่บ้านจัด

การสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวาปีปทุม ด้วยการศึกษาเชิงประเมิน ผลการดำเนินโครงการ โดยศึกษาผลสำเร็จของการดำเนินโครงการเป็นหลัก โดยใช้แนวคิดรูปแบบการประเมินโครงการของไทเลอร์ (Tyler's Goal Attainment Model) ที่เน้นการประเมินความสำเร็จของโครงการ โดยยึดจุดมุ่งหมายเป็นหลัก⁹ การประเมินเน้นความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ.2ส. ด้วยการมีส่วนร่วมเครือข่ายชุมชนในอันที่จะทำให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง เป็นพลังของชุมชนที่เข้มแข็ง สร้างให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดีโดยชุมชนด้วยความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคตามหลัก 3อ. 2ส.

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

1. ศึกษาผลการดำเนินงานด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ. 2ส.
2. ศึกษาผลการดำเนินงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคตามหลัก 3อ. 2ส.
3. ศึกษาเปรียบเทียบด้านความรู้และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังดำเนิน

หมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสียงลดโรค

4. ศึกษาความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสียงลดโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ประชาชนในหมู่บ้านศาลาสุขภาพที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณปี พ.ศ. 2559 สังกัดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำปำ 22 แห่ง ละ 1 หมู่บ้าน จำนวน 9,288 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก 1) มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) ไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในหมู่บ้านศาลาสุขภาพ 22 แห่ง สังกัดเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอลำปำ ปีพ.ศ. 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และที่ไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณตามวิธีของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie&Morgan)¹⁰ จำนวน 369 คน กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านแล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือโครงการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสียงลดโรค² ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ดังนี้

- 1) อ.ที่ 1 การรับประทานอาหาร
- 2) อ.ที่ 2 การออกกำลังกาย

3) อ.ที่ 3 การจัดการกับอารมณ์

4) ส. ที่ 1 การไม่สูบบุหรี่

5) ส. ที่ 2 การลดการดื่มสุรา

ทั้งนี้คู่มือโครงการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสียงลดโรคประกอบด้วยเนื้อหาสาระที่สำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการ ดังนี้

- 1) สถานการณ์ สภาพปัจจุบัน ปัญหา
- 2) วัตถุประสงค์
- 3) กรอบแนวคิดการดำเนินงาน
- 4) มาตรการ
- 5) แนวทางการดำเนินงาน
- 6) แนวทางการประเมินการดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ปรับประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹¹ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย 6 ตอน

- 1) ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ
- 2) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 12 ข้อ พฤติกรรมการบริโภค จำนวน 12 ข้อ

3) ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ

4) ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ จำนวน 8 ข้อ

5) ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 7 ข้อ

6) ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา จำนวน 5 ข้อ พฤติกรรมการดื่มสุรา จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบถูกผิด กำหนดคะแนนเป็น ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน โดยค่าดัชนี IOC (Index of Congruence) รายข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ทั้งฉบับ (α -Coefficient) เท่ากับ 0.85

แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมีมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert) ซึ่งมีความพึงพอใจ 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อย นานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติโดยค่าดัชนี IOC (Index of Congruence) รายข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้าน

พฤติกรรมทั้งฉบับ (α - Coefficient) เท่ากับ 0.90

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรค เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert) ซึ่งมีระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 1 ฉบับ 8 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) อยู่ระหว่าง .45-.82 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ (α -Coefficient) เท่ากับ 0.84

สถานที่และระยะเวลาดำเนินงาน

1. พื้นที่ดำเนินการ หมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการหมู่บ้านศาลาสุขภาพต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรค เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวาปีปทุม คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุก แห่งๆ ละ 1 หมู่บ้าน จำนวน 22 แห่ง

2. ระยะเวลาดำเนินงาน

1 มกราคม 2559 ถึง 30 ธันวาคม 2559

ขั้นตอนการดำเนินการ/เก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียม

1) ศึกษาแนวนโยบายยุทธศาสตร์ พันธกิจ เป้าหมายของระบบการบริการสุขภาพทั้งในระดับประเทศ

ระดับกระทรวง กรม จังหวัด และระดับ
โรงพยาบาล เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการ
ปฏิบัติงาน

2) การจัดทำโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณที่
สอดคล้องกับงานนโยบายของกระทรวง
สาธารณสุข จังหวัด และโรงพยาบาล

3) ศึกษาเอกสาร แนวคิด
ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4) จัดทำหนังสือเสนอความ
เห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
จังหวัดมหาสารคาม

5) จัดทำกำหนดการตาม
โครงการ เตรียมหลักสูตร วิทยากร สื่อการ
อบรม คู่มือโครงการ เอกสารต่างๆ ที่ใช้ใน
การอบรมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล

6) ติดต่อประสานงานกับ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการ
คัดเลือกหมู่บ้านเข้าร่วมโครงการ กำหนด
ตัวช่วยผู้วิจัย

7) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ
ผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อสามารถจัดอบรมให้ความรู้
เกี่ยวกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง
ลดโรค การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการ

จัดทำปฏิทินกำหนดการเพื่อ
ออกจัดกิจกรรมตามโครงการหมู่บ้านจัด
การสุขภาพต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ลดเสี่ยงลดโรคตามที่กำหนดเป็นกลุ่ม
เป้าหมายในการพัฒนาให้เป็นหมู่บ้าน
จัดการสุขภาพชุมชนต้นแบบ ทั้ง 22

หมู่บ้าน ตั้งแต่ เมษายน – สิงหาคม 2559
หมู่บ้านละ 1 วัน

1) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
ตามโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชน
ต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง
ลดโรค โดยใช้แนวทางการดำเนินงานของ
ศาลาสุขภาพชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ดำเนินการตามคู่มือโครงการพัฒนาหมู่บ้าน
จัดการสุขภาพต้นแบบปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรค

2) หลังจัดประชุมเชิงปฏิบัติ
การตามโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
ชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด
เสี่ยงลดโรคตามคู่มือแล้ว ทำการเก็บรวบรวม
ข้อมูลหลังดำเนินโครงการด้วยแบบ
สัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพและแบบถาม
ความคิดเห็นการเข้าร่วมโครงการ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่ได้มาจากการรวบรวมด้วย
แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามความ
คิดเห็นผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้
โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ใน
การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา
นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิง
อนุมานด้วยการทดสอบที่ paired t – test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มประชากร

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และข้อมูลกับ
กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บ
เป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลเป็น
ลักษณะภาพรวม โดยไม่กระทบสิทธิใดๆ

ของกลุ่มตัวอย่างทุกกรณีและผู้วิจัยได้รับอนุญาตและยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในการศึกษาสิ่งมีชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2559

ผลการศึกษา

ผลการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคตามโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรค ปรากฏผลดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หลังดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชน

ต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกพฤติกรรมโดยความรู้ด้านการจัดการอารมณ์มีผลต่างระหว่างก่อนดำเนินงานกับหลังดำเนินงานสูงสุด ส่วนความรู้ด้านการดื่มสุรามีผลต่างน้อยที่สุด และเมื่อพิจารณาคะแนนด้านความรู้ คิดเป็นร้อยละเทียบกับคะแนนเต็มในแต่ละด้านรายพฤติกรรมสุขภาพหลังดำเนินงาน พบว่า ด้านการบริโภคอาหารมีคะแนนสูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 86.92 รองลงมา ได้แก่ การจัดการอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 85.50 การดื่มสุรา คิดเป็น ร้อยละ 85.00 การออกกำลังกาย คิดเป็น ร้อยละ 84.00 และการสูบบุหรี่ คิดเป็น ร้อยละ 83.20 ตามลำดับ ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรค

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนเต็ม	ก่อนดำเนินงาน		หลังดำเนินงาน		Mean Diff (Percent Diff)	ค่า t	P-value
		\bar{x}	(ร้อยละ)	\bar{x}	(ร้อยละ)			
การบริโภคอาหาร	12	6.45	(53.75)	10.43	(86.92)	+3.98(+33.17)	7.348	0.001
การออกกำลังกาย	5	2.36	(47.20)	4.20	(84.00)	+1.84(+36.80)	9.567	0.005
การจัดการอารมณ์	8	3.75	(46.88)	6.84	(85.50)	+3.09(+38.62)	13.879	0.001
การสูบบุหรี่	5	2.24	(44.80)	4.16	(83.20)	+1.92(+38.40)	11.454	0.003
การดื่มสุรา	5	2.85	(57.00)	4.25	(85.00)	+1.40(+28.00)	6.495	0.001

2. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า หลังดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรค โดยรวมประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ.2ส มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ บ่อย ($\bar{x} = 3.40$) เมื่อพิจารณาเป็นรายพฤติกรรม พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ยสูงสุดระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับเป็นประจำ ($\bar{x} = 3.53$) รองมาเป็นพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับบ่อย

($\bar{x} = 3.48$) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับ บ่อย เช่นเดียวกัน ($\bar{x} = 3.45$, $\bar{x} = 3.32$, $\bar{x} = 3.23$) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบค่าเฉลี่ยก่อนกับหลังดำเนินงาน พบว่า ทุกพฤติกรรมก่อนกับหลังดำเนินการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรค

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนดำเนินงาน		หลังดำเนินงาน		Mean Diff	ค่า t	p-value
	\bar{x}	(ระดับการปฏิบัติ)	\bar{x}	(ระดับการปฏิบัติ)			
การบริโภคอาหาร	2.11	(นาน ๆ ครั้ง)	3.53	(เป็นประจำ)	1.42	17.731	0.001
การออกกำลังกาย	2.24	(นาน ๆ ครั้ง)	3.48	(บ่อย)	1.24	11.372	0.004
การจัดการอารมณ์	2.38	(นาน ๆ ครั้ง)	3.45	(บ่อย)	1.07	6.019	0.005
การสูบบุหรี่	2.14	(นาน ๆ ครั้ง)	3.23	(บ่อย)	1.09	4.518	0.004
การดื่มสุรา	2.13	(นาน ๆ ครั้ง)	3.32	(บ่อย)	1.19	8.283	0.009
โดยรวม	2.20	(นาน ๆ ครั้ง)	3.40	(บ่อย)	1.20	8.245	0.003

3. ด้านความคิดเห็นของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการต่อการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงโรค พบว่า โดยรวมมี

ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.24$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า หมู่บ้านจัดการสุขภาพช่วยให้ประชาชนได้รับความรู้นำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง

ลดโรคได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=4.68$) ส่วนแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการบอกลา 2 ส. คือ ไม่สูบบุหรี่

ไม่ดื่มสุรามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x}=4.01$) ตามลำดับ ดังแสดงตาม ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรค

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ความคิดเห็น
แนวทางการปฏิบัติตนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	4.13	0.75	มาก
แนวทางการปฏิบัติตนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดความเสี่ยงจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4.10	0.71	มาก
แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการกินอาหารเพื่อลดพุง	4.12	0.78	มาก
แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกายเพื่อลดพุง	4.15	0.78	มาก
แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมอารมณ์	4.17	0.76	มาก
แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการบอกลา 2 ส. คือ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา	4.01	0.88	มาก
ศาลาสุขภาพชุมชนเป็นศูนย์การเรียนรู้สุขภาพชุมชนที่ทุกคนในชุมชนใช้บริการได้	4.57	0.76	มากที่สุด
หมู่บ้านจัดการสุขภาพช่วยให้ประชาชนได้รับความรู้นำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคได้	4.68	0.76	มากที่สุด
โดยรวม	4.24	0.77	มาก

สรุปและอภิปรายผล

จากการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคตามโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพชุมชนต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวาปีปทุม ด้วยการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้แนวทางการดำเนินงานของศาลาสุขภาพชุมชนเน้นการมีส่วนร่วมของ อสม.หลังดำเนินงานหมู่บ้านจัดการ

สุขภาพต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรค ส่งผลประชาชนที่เข้าร่วมโครงการด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคตามหลัก 3อ. 2ส. ทุกพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนค่าเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ. 2ส โดยรวมมีการปรับเปลี่ยนอยู่ในระดับน้อย โดยด้านการบริโภคอาหารมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่ในระดับเป็นประจำ และจากการทดสอบความแตกต่างของ

คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และการปฏิบัติตน เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตามหลัก 3อ.2ส พบว่า หลังดำเนินงานสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหลังดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสียงลดโรคของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวาปีปทุม ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้และพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ.2ส ดีขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะการดำเนินงานตามโครงการนี้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ มีความสอดคล้องกับนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชนของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นโดยเฉพาะ อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจัยของความสำเร็จของการดำเนินโครงการเกิดจากการสร้างเครือข่ายหมู่บ้านจัดการสุขภาพ การประสานการดำเนินงานเป็นระบบมีความต่อเนื่อง การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการจากวิทยากรและผู้ช่วยผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมมาอย่างดี ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างแท้จริง ส่งผลให้ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในที่สุด ส่งผลให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการวิจัยของไพบูลย์ แสงโทโพธิ์⁸ สุรพล อริยะเดช¹² สุทธิวรรณ เมตตามิตรพงศ์¹³

และสุรินทร์ สีระสูงเนิน¹⁴ ที่ได้ทำการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้โปรแกรม 3อ.2ส. ซึ่งพบว่า หลังดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา (3อ. 2ส.) สูงขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนทั่วไปในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่ที่ดำเนินงานโครงการควรมีการวิเคราะห์ปัญหา ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของ อสม. อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตามโครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสียงลดโรค เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมโครงการมีความรู้ ความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้นแบบหรือเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ประพันธ์ สุนทรปกาสิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม แพทย์หญิงเบญจพร อินทรอุดม เกษักรบุญถนอม ปาปะแพ นางนลินรัตน์ อารยสมโพธิ์ พยาบาลวิชาชีพ และทีมเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอวาปีปทุม และ

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายทุกคนที่ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนทำให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จได้ด้วยดี ซึ่งผลการวิจัยจะนำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวาปีปทุมที่มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
2. กรมควบคุมโรค. หลักสูตรการปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
3. กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงาน “โครงการหมู่บ้าน/ชุมชนลดหวาน มัน เค็ม ลดอ้วนลดโรค”. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส และลดเสี่ยง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กองสุขศึกษากรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
6. กรมสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือนักจัดการสุขภาพชุมชนอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
7. โรงพยาบาลวาปีปทุม. การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยงลดโรคสู่ศาลาสุขภาพชุมชน. กลุ่มงานบัตรประกันสุขภาพแผนยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์, มหาสารคาม: โรงพยาบาลวาปีปทุม; 2558.
8. ไพบูลย์ แสงโทโพธิ์. การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
9. ยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
10. ไพศาล วรคำ. การวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. มหาสารคาม: ตักสิลาการพิมพ์; 2554.
11. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบสัมภาษณ์ HBSS. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.

12. สุรพล อริยะเดช. ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2555; 9(3): 205-216.
13. สุทธิวรรณ เมตตามิตรพงศ์. ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้โปรแกรม 3อ. 2ส. เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตใน อสม. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วารสารโรงพยาบาลแพร์ 2557; 22(2): 94-100.
14. สุรินทร์ สีระสูงเนิน. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นกรณีศึกษา : ตำบลหนองชัยศรีอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2556; 25(4): 377-388.

การพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
The Development of Continuous Intermediate Care Services by
Participation of Community for Patients with Stroke in Borabue Sub-district,
Borabue District, Mahasarakham Province

วรายุทธ์ กลางประพันธ์*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ภายหลังจากเจ็บป่วยเฉียบพลัน ด้วยภาวะหลอดเลือดสมองตีบอุดตันหรือแตก จำเป็นต้องมีการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ผู้มีส่วนร่วมวิจัย เลือก โดยเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 คน และ 2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ดูแล บุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบลบรบือ และบุคลากรของโรงพยาบาลบรบือ จำนวน 50 คน การดำเนินการพัฒนาการบริการสุขภาพแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และสะท้อนผลการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสรุปประเด็นและวางแผนแก้ปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) บูรณาการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกัน 3) จัดตั้งคณะกรรมการระดับตำบลเพื่อติดตามดำเนินงานรวมถึงการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น 4) พัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5) การเชื่อมประสานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรณีที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นในชุมชน 6) พยาบาลชุมชนออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 7) ผู้นำชุมชนร่วมสนับสนุน 8) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง, การมีส่วนร่วม, ชุมชน, โรคหลอดเลือดสมอง

*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ

ภายหลังจากการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ที่มีส่วนร่วมวิจัยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จำนวน 5 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 8 ราย ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนา ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งในการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับตำบล 2) การสนับสนุนการดำเนินงานของผู้นำชุมชน 3) ความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย

Abstract

Stroke is a major public health problem. The intermediate care services have been produced that is attempting to focus on patients after acute ischemic or hemorrhagic stroke for rehabilitation and complication prevention. This action research aimed to develop the continuous intermediate care services by participation of community for patients with stroke in Borabue Sub-district, Borabue District, Mahasarakham Province. The participants consisted of 2 groups: 1) a group 8 patients with stroke; 2) a group 50 stakeholders including community leaders, health volunteers, caregivers, staffs from Borabue Subdistrict Administrative Organization, and health care provider from Borabue Community Hospital. The development process was composed of four steps; plan, acting, observe, and reflecting. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis.

The findings revealed that the development of continuous intermediate care services by participation of community for patients with stroke consisted of 9 steps: 1) identifying problems and solutions by participation of community 2) integrated action plan for problem solving 3) establishing the members committee at sub-district level for monitoring and solving problem 4) strengthening the knowledge and skills of caregivers and health volunteers 5) health volunteers coordination when any stroke patients presenting 6) proactive home visiting by community nurses 7) supportive intermediate care services by community leaders 8) supervision by preceptors 9) knowledge management on intermediate care services, conclusion, and giving back data to

community. After the period of development, the participants' satisfaction was at good level. The patients' functional status in the activity daily level improved; 5 cases among 8 cases. The key success factors of the development included 1) the strengthening of members committee at sub-district level 2) supportive intermediate care services by community leaders 3) the mutual cooperation of multidisciplinary teamwork and 4) the dedication of care of health volunteers

Keywords : Intermediate care, Participation, Community, Stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศ องค์การอัมพาตโลก รายงานสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี และในแต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน ทั้งนี้ องค์การอัมพาตโลกคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2558 คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน¹ สำหรับในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544-2554 พบการเพิ่มขึ้นของจำนวนการตายจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2.1 เท่า (9,233 คนในปี 2544 เป็น 19,283 คน ในปี 2554) และพบการเพิ่มขึ้นของจำนวนการป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย 2.0 เท่า (62,757 คน ในปี 2544 เป็น 30,793 คน ในปี 2553) และลดลง 0.9 เท่า

ในปี 2544² สำหรับจังหวัดมหาสารคามพบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2552 พบผู้ป่วยเป็น 2.9 เท่าเมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มเป็น 4.4 เท่า เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2555³ และในเขตตำบลบรือ อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม ก็พบเช่นว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2550 - 2556 มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็น 102.82, 167.09, 67.09, 205.09, 192.80, 218.50, และ 231.36 ตามลำดับ⁴

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มของอาการทางคลินิกซึ่งมีลักษณะสำคัญร่วมกันคือ ความผิดปกติในการไหลเวียนของเลือดไปยังสมองโดยอาจเกิดจากการอุดตันทำให้ขาดเลือด (ischemic stroke) หรือเกิดจากมีเลือดออก (hemorrhagic stroke) ภายในกะโหลกศีรษะก็ได้ ความผิดปกติเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและฉับพลัน⁵ อาการจะเกิดขึ้นเมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือด

ในสมองทำให้สมองส่วนที่เคยได้รับเลือดมาเลี้ยงขาดเลือด ส่งผลให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ อาการทางสมองขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด เช่น แขน ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซ หรือการทรงตัวไม่ดี เป็นต้น สำหรับโรคหลอดเลือดสมองแตก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน ส่วนน้อยอาจเกิดจากหลอดเลือดสมองผิดปกติ โดยมักเกิดอาการขึ้นทันที ผู้ป่วยจะซึมหรือหมดสติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความดันในกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็ว อาการแสดงที่ตามมา ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน และอาเจียน เป็นต้น⁶

อาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือดหรือแตก รวมทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (stroke fast track) ได้เร็ว โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะสมองขาดเลือดที่จำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) ภายในเวลา 270 นาที (door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง⁷ อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ทันเวลาหรือมีข้อจำกัดที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากภาวะสมองขาดเลือดไม่สามารถได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

ไม่สามารถได้รับการผ่าตัดสมองได้ทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความพิการหรือความบกพร่องของระบบประสาท (neurologic deficits) ได้แก่ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ความบกพร่องของการพูด และความบกพร่องในการกลืน⁶ ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้านซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลหรืออาจต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการจ้างผู้ดูแล เป็นต้น⁸

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลันมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะ 6 เดือนแรกภายหลังการเจ็บป่วย (intermediate care)⁹ เพื่อส่งเสริมการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลครอบครัวของผู้ป่วยด้วยการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นบริการสุขภาพที่จัดให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว โดยมีขอบเขตของบริการ คือ 1) กลุ่มเป้าหมายต้องเป็นผู้ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 2) การให้บริการต้องอยู่บนพื้นฐานความสามารถของภาวะสุขภาพ 3) การบริการมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

4) เป็นบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบกับการดูแลของญาติ¹⁰

อย่างไรก็ตามจากการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา พบว่า ยังขาดการดำเนินงานร่วมกันกับหน่วยงานอื่น ขาดการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยภายในโรงพยาบาล ในด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ถึงแม้จะมีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยบุคลากรร่วมกับทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลบรบือ แต่ยังคงขาดการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานอื่นในชุมชน รวมทั้งยังไม่มีแนวทางการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ¹¹ จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & Mc Taggart)¹² ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observe) และการสะท้อนคิด (reflecting) ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ ลดการเกิดความพิการ และอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ท¹² ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง มีนาคม 2560

พื้นที่ในการวิจัย คือ ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ผู้ที่มีส่วนร่วมการวิจัย เลือกโดยเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 คน และ 2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ในเขตตำบลบรบือ จำนวน 18 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลบรบือ จำนวน 19 คน ญาติผู้ดูแล จำนวน 8 คน บุคลากรผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลบรบือ จำนวน 1 คน และบุคลากรผู้รับผิดชอบงานหลักโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลบรบือ จำนวน 4 คน รวม 50 คน

ระยะการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ วางแผน ปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผลการปฏิบัติงาน โดยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์

สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท เป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ⁸

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย แผนปฏิบัติการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (action plan)

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ 1) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ (1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index)⁶ ซึ่งเป็นแบบประเมินของสถาบันประสาทวิทยา ที่ประยุกต์มาจากของมาโฮนีและบาทล¹³ โดยกำหนดคะแนนรวมและการแปลผลคะแนน 0-100 คะแนน และ (2) แบบวัดความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมวิจัย และ 2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างสำหรับสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยสัมภาษณ์ ผู้แทนผู้มีส่วนร่วมจำนวน 6 คน และ (2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้กระทำโดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีการบอกกล่าวและการยินยอม ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถตัดสินใจถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาตามปกติ โดยผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาการวิจัย ความปลอดภัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการตามแผนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. กระบวนการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดำเนินการวิจัยอยู่ 4 ระยะ ได้แก่ วางแผนปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และสะท้อนผลการปฏิบัติ ได้กระบวนการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของ

ชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้

1) การสรุปประเด็นและวางแผนแก้ปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และมีการระดมทรัพยากรร่วมกันของทุกภาคส่วน ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีการแสดงความคิดเห็นอย่างถ่วงถ่วงเพื่อสรุปประเด็นและวางแผนแก้ไขปัญหานอกจากนี้ยังมีการบูรณาการดำเนินงาน ทำให้มีการกำหนดแผนด้านสุขภาพแผนเดียวทั้งตำบลและทุกองค์กรมีส่วนร่วม

2) บูรณาการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันของหน่วยงานทุกภาคส่วนในพื้นที่การแผนงานโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนดำเนินงาน พบว่า มีการสนับสนุนการดำเนินการเป็นอย่างดี โดยมีการบูรณาการกับแผนงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลบรบือ

3) จัดตั้งคณะกรรมการระดับตำบล เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่การดำเนินงานรวมถึงการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น คณะกรรมการประกอบด้วย นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบรบือ และมีหัวหน้ากลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวชุมชน โรงพยาบาลบรบือเป็นเลขานุการ คณะกรรมการประกอบไปด้วยจากทุกภาคส่วน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบรบือ รวมจำนวน 10 คน มีหน้าที่ในการอำนวยการ สั่งการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ควบคุมกำกับการ

ดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้คำปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงาน

4) การพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและญาติ ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การดำเนินของโรค การดูแลผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

5) การเชื่อมประสานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรณีที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแจ้งข่าวในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นในชุมชน สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีการสร้างระบบในการรายงานในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นในชุมชนแล้ว ยังไม่มีการรายงานผู้ป่วยไปยังหน่วยงานผู้ดูแลทำให้เกิดช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยขึ้นได้ ดังนั้นจึงมีระบบให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้รายงานในกรณีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยให้รายงานไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใน 1 สัปดาห์ที่มีผู้ป่วยในหมู่บ้าน

6) พยาบาลชุมชนออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการแจ้งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขแจ้งในกรณีที่มีผู้ป่วยในชุมชน หรือในกรณีที่ย้ายมาบ้านโรงพยาบาลบรบือได้แจ้งว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยมีเกณฑ์ต้องออกเยี่ยมภายใน 1 สัปดาห์ นับแต่ได้รับแจ้งผู้ป่วย เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยวางแผน ในการช่วยเหลือ ให้การพยาบาลประสานงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติมในกรณีที่ต้องการขอความช่วยเหลือ นอกจากนี้ในกรณีที่เกินความสามารถของพยาบาลชุมชนหรือต้องการทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลชุมชนจะประสานงานไปยังทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลบรบือเพื่อติดตามออกเยี่ยมและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

7) ผู้นำสนับสนุน ผู้นำชุมชน ทั้งจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้บริหารและสมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบลบรบือร่วมสนับสนุน กรณีที่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์เพิ่มเติมในกรณีที่การดูแลผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น เช่น ต้องการวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล ต้องการรับการสนับสนุน ต้องการที่อยู่อาศัย เป็นต้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือญาติผู้ป่วยจะแจ้งมายังผู้นำชุมชน เพื่อนำความจำเป็นของผู้ป่วยเข้าที่ประชุมคณะกรรมการเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือ

8) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ดำเนินการโดยผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบรบือ ได้นิเทศติดตามผลงานความก้าวหน้าของแผนงาน โครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ผลการปฏิบัติงาน ปัญหาอุปสรรคการสนับสนุนความช่วยเหลือในการดำเนินงาน โดยมีการติดตามประเมินผลตามหัวระยะเวลาของการดำเนินงานตามแผนงานกิจกรรม โดยการสังเกตและการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ผลที่ได้จากการนิเทศติดตามการดำเนินงานการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล โดยมีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบรบือ ผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลบรบือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบรบือ และญาติผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบและให้ร่วมกันสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น รวมทั้ง

หาปัญหาและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่เกิดขึ้น

2. ผลของการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ราย พบว่า เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.50) มีอายุระหว่าง 50-59 ปีและ 60-69 ปี (ร้อยละ 37.50) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.50) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 50.00) ได้รับสวัสดิการสังคมเบี้ยผู้พิการ (ร้อยละ 37.50) รายได้ครอบครัว 5,001 - 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 75.00) ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยต่อเดือน 1,501 - 3,000 บาทและ 3,001 - 4,500 บาท (ร้อยละ 37.50) มีผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 1 คน (ร้อยละ 50.00) ลักษณะการมารับบริการต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยมารับยาเองทุกครั้ง (ร้อยละ 25) ญาติมารับยาแทนทุกครั้ง (ร้อยละ 37.50) และผู้ป่วยหรือญาติมารับยาแทน (ไม่แน่นอน) (ร้อยละ 37.50) และการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (6 เดือนที่ผ่านมา) 1 - 2 ครั้ง (ร้อยละ 75.00)

ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 50 คน พบว่า เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.00) มีอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 48.00) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.00) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 46.00) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 48.00)

ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับคะแนนความพึงพอใจ ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการพัฒนาของผู้ร่วมในการวิจัย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.18, S.D. = 0.64$) ระดับการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คนที่	ระดับความสามารถ		การเปลี่ยนแปลง
	ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
	ก่อนการ ดำเนินการ	หลังการ ดำเนินการ	
1	85	90	ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้
2	85	90	ช่วยเหลือตนเองได้ เคลื่อนไหวเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยแต่งตัว
3	25	25	ขึ้นทะเบียนผู้พิการรายใหม่ จัดการดูแลรายการณี มีกล้ามเนื้อแข็งแรงและลุกนั่งได้นานขึ้น
4	90	100	เคลื่อนไหวเองได้ มีระบบโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ปัจจุบันมาตรวจตามนัดทุกครั้ง
5	90	100	เคลื่อนไหวเองได้ ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบ่อยขึ้น
6	0	0	ไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ จัดการดูแลรายการณี วางแผนขอความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม
7	20	20	ไม่สามารถเคลื่อนไหวเองได้ ผู้ให้บริการ ศสช. ติดตามเยี่ยมร่วมกับ อสม. มี อสม.คอยช่วยเหลือและทำธุระนอกบ้าน
8	70	75	เคลื่อนไหวเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยในการแต่งตัว ขึ้นทะเบียนผู้พิการรายใหม่

อภิปรายผล

การพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม มีประเด็นที่ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

กระบวนการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ตำบลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการ

แสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย และเป็นประเด็นสำหรับในการพัฒนาต่อไป จึงทำให้ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและมีความเต็มใจที่จะร่วมกิจกรรม ตามแผนที่วางไว้ สอดคล้องกับประภัสสร สมศรี¹⁴ พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมก็มีความสำคัญคือนั้นหมายถึงครอบครัวและชุมชน ถ้าหากได้รับแรงสนับสนุนให้ความรักความเอาใจใส่ช่วยเหลือต่างๆ จากสังคมผู้ป่วยก็จะมี การปรับตัวที่ดี การประยุกต์ใช้จากงานวิจัยชิ้นนี้ก็นำแนวคิดการมีส่วนร่วมทางสังคมนั้นก็คือชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ชุมชนได้คัดเลือกตัวแทนกันเองโดยผ่านเวทีประชาคม เกิดการมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการชมรมโรคหลอดเลือดสมองและมีการแบ่งพื้นที่ของแต่ละคนรับผิดชอบแต่ละครอบครัวในพื้นที่ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นมีความหลากหลายและซับซ้อนเนื่องจากเป็นโรคที่ต้องอาศัยการฟื้นฟูดูแลที่ยาวนานต่อผู้ป่วย ฉะนั้นพยาบาลผู้ดูแลจึงต้องให้ความสำคัญปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ต่างๆ ในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมคงความสมดุลในการดำเนินชีวิตได้ต่อไปตามบริบทเน้นที่ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลักการดำเนินตามแผนการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง โดยเน้นผู้มีส่วนได้เสียให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม จึงทำให้เมื่อกำหนดกิจกรรมตามแผนมีผู้รับผิดชอบ และร่วมดำเนินการตามแผนที่

กำหนดไว้สอดคล้องกับประเสริฐ มงคลศิริ¹⁵ พบว่า การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนอกจากนี้ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมตั้งแต่การกำหนดปัญหา วางแผนในการแก้ปัญหา และปฏิบัติตามแผน จึงทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรมนั้น การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้หยุดหรือจบเพียงรอบ 1 รอบ แต่ต้องมีการดำเนินงานไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับรัตนภรณ์ ยนต์ตระกูล และคณะ¹⁶ พบว่า ข้อมูลที่ได้จากดำเนินงานช่วยปรับปรุงการดำเนินงานตามวงจรแต่ละวงจรปฏิบัติได้หมุนไปข้างหน้าเรื่อยๆ ตามบริบทและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

การพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่ายจึงจะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ โดยต้องมีการวางแผนการดำเนินงาน อย่างเป็นระบบ มีการประสานงานการดำเนินงานอยู่เสมอ พร้อมทั้งปรับปรุงแนวทางเพื่อให้เกิดประโยชน์และเหมาะสมกับผู้ป่วยในรายกรณี สอดคล้องกับบุญทริก คำชาย¹⁶ พบว่าการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีระยะเวลาดูแลที่ยาวนานเป็นภาระหนักไม่มีที่สิ้นสุดต้อง

ทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจในการดูแล พร้อมกับการมีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ, การสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนการมีแกนนำชุมชนที่เข้มแข็งและการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องรับฟังความคิดเห็นและผลที่เกิดขึ้นของแต่ละกิจกรรม นำสรุปสู่ประเด็นที่เป็นจุดเด่น และประเด็นที่ต้องพัฒนาสอดคล้องกับยุทธศาสตร์¹⁷ พบว่า แกนนำสุขภาพครอบครัวได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการชมรมโรคหลอดเลือดสมองประจำหมู่บ้านมีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรูปแบบและแนวทางที่ครอบคลุมชัดเจนสามารถใช้เป็นรูปแบบในการป้องกันดูแลฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้และสามารถนำไปปฏิบัติในพื้นที่อื่นๆ ที่มีสภาพปัญหาและบริบทที่คล้ายคลึงกันต่อไปได้จากการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันจนมีการทำกิจกรรมร่วมกันของคนในชุมชนโดยนำเอาทรัพยากรทางสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นมาใช้จึงควรนำเอารูปแบบการพัฒนาดังกล่าวไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. นำเอาผลที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่นในอำเภอบรบือ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
2. ควรพัฒนาระบบการจัดการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

3. ควรนำต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลโรคและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ความเข้มแข็งในการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับตำบล
2. การสนับสนุนการดำเนินงานของผู้นำชุมชน
3. ความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO] MONICA. Project investigators. The World Health Organization MONICA MONICA Project (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease). J Clin Epidemiol 1988; 41: 105-114.
2. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. รายงานประจำปี 2556. มหาสารคาม: สำนักงาน; 2556.
4. โรงพยาบาลบรบือ. รายงานประจำปี 2556. มหาสารคาม: โรงพยาบาล; 2556.

5. เกียรติศักดิ์ ลิ้มพิสดาน, บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง: cerebrovascular diseases. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: หน่วยประสาทศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
6. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
7. American Heart association/American Stroke Association. Target: stroke campaign manual. American Heart Association; 2014.
8. รัตนาภรณ์ ยนต์ตระกูล, นิสากร วิบูลชัย, วิไลพร พิณนาดีเลิศ, จุลินทร ศรีโพนทัน, เบญจพร เองวานิช. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 27(2): 80-95.
9. Roe B, Beech R. Intermediate and continuing care: policy and practice. London: Wiley-Blackwell; 2005.
10. Young J. The development of intermediate care services in England. Archives of Gerontology and Geriatrics 2009; 49 Suppl 2: S21-5.
11. โรงพยาบาลบรบือ. รายงานประจำปี 2558. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2558.
12. Kemmis S, McTaggart R, editors. The action research planner. Victoria: Deakin University Press; 1988.
13. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index: Md State Med J 1965; 14: 56-61.
14. ประภัสสร สมศรี. ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
15. ประเสริฐ มงคลศิริ, อัจฉรพรรณ คำยาดี, ธิดารัตน์ ชาญตะบะ. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2557: 31;205-221.
16. บุญทริก คำชาย. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน [รายงานการศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
17. ยุพา เบ้าคำผาย. ผลของการทดลองใช้รูปแบบกุมภวาปีโมเดลต่อการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพครอบครัวในการป้องกันดูแลฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลขอนแก่น ณ จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Health Care Model for Elderly by Community Participation, Nonglake Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Province

ทิพยาภา ดาหาร¹, เจตสรียา ดาวราช²
Thipyapha Daharn¹, Jetsariya Duangrach²

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงหรือเสื่อมถอยไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อการพึ่งพาตนเองได้ตามอัตภาพและมีศักยภาพในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดมหาสารคาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 74 คน และกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 54 คน แบ่งการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึง พฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย (1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน (2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน (3) จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ (4) อบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (5) ผู้ดูแลสูงอายุเป็นแกนร่วมในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการพัฒนาดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) มีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง 2) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติชำนาญการ โรงพยาบาลกุสุมาลย์

²พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูเหนือ

Abstract

The elderly have limited regenerative abilities and are faced with numerous physical, psychological and social role changes that challenge their sense of self and capacity to live happily. This action research aimed to develop a health care model for elderly by community participation, Nonglake Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Province. The research participants were divided into two groups. The first group was elderly with dependent total of 74 people. The second group was stakeholders of elderly health care by selecting specific of 54 people. Four steps in the development of the model were: planning, acting, observing, and reflecting. The research was carried out from January 2017 to May 2017. The data were analysed using descriptive statistics, t-test, and content analysis.

The results revealed that 1) the health care model for elderly by community participation included: (1) establishing a multidisciplinary teamwork networks (2) enhancing a potential of the teamwork networks (3) establishing an Elderly School (4) training for caregivers (5) home visiting by caregivers (6) supervision by preceptors team (7) knowledge management and giving back the data to community 2) the scores of elderly' quality of life after implementing the model were higher than at the baseline ($p < .05$). The key success factors of the development included 1) the strengthening of members committee at sub-district level 2) the mutual cooperation of multidisciplinary teamwork and 3) the dedication of care of caregivers.

Keywords: Health Care Model, Elderly, Community participation

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ถือเป็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากร จะเห็นว่าในหลายประเทศกำลังก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” กล่าวคือ มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และอีกหลายประเทศกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” แล้วกล่าวคือ มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด¹ สำหรับสถานการณ์และโครงสร้างทางประชากรของประเทศในกลุ่มประชาคมอาเซียน มีความแตกต่างกันไปซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกยังคงมีโครงสร้างของประชากรเป็นประชากรเยาว์วัย ได้แก่ ฟิลิปปินส์ ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย กลุ่มที่ 2 อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านทางประชากรจากเยาว์วัยสู่ประชากรสูงวัย ในขณะที่เริ่มมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นแต่ยังน้อยกว่า ร้อยละ 10 ได้แก่ เวียดนาม เมียนมาร์ อินโดนีเซีย และบรูไน กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่มีโครงสร้างทางประชากรเป็นประชากรสูงวัย กล่าวคือ มีสัดส่วนของประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้น โดยคิดเป็นอย่างน้อย ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ได้แก่ สิงคโปร์ และไทย²

ในประเทศไทย พบว่า การพัฒนาประเทศที่ผ่านมามีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าในหลายๆ ด้านทั้งด้านการ

พัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 8.4 แล้วเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น ร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.17 ในปี พ.ศ. 2548 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2550 และในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยคิดเป็นประมาณ ร้อยละ 12.7 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ³ ซึ่งตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ ถือว่าประเทศได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดประมาณว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ กล่าวคือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็น ร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ. 2565 และร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583⁴

การเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุดังกล่าวนี้ ส่งผลกระทบต่อสวัสดิการที่รัฐควรจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ และการเตรียมตัวของผู้สูงอายุเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อเป็นผู้ที่มีศักยภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตท่ามกลางสังคม⁵ โดยที่ประเทศไทยสามารถจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536⁶ การพัฒนานโยบายเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคตนั้น ผู้สูงอายุควรมีบทบาทในการเป็นผู้ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาของตนเองมากขึ้น ระบบสวัสดิการ

สังคมสำหรับผู้สูงอายุจึงควรใช้การมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน⁷ แนวโน้มของปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วยจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ของประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการถดถอยของสมรรถนะร่างกาย ภาวะทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง¹ โดยโรคที่เป็นมากคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง และโรคข้อเสื่อม⁸

ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 136,112 คน มีสัดส่วน ร้อยละ 12.68 ของประชากรทุกกลุ่มอายุในภาพรวมของจังหวัด⁹ จากการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ของจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล ร้อยละ 2.8 มีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 5.08 มีปัญหาด้านการเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 4 สำหรับผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองเหล็ก มีจำนวน 1,423 คน จากแบบประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ที่มีคะแนนประเมินตั้งแต่ 4-11 คะแนน จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 ซึ่งเป็นกลุ่มติดเตียง และติดบ้าน¹⁰ ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัว รวมไปถึงจากองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

และหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ แบบครอบคลุมทุกด้าน

การพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องสามารถดำเนินการในสถานบริการแต่ละระดับ รวมทั้งการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพที่มีในชุมชน โดยชุมชนดำเนินการเองและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน⁸ การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นใช้กลยุทธ์สร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหาและระดมความร่วมมือและพัฒนาบริการต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนของตนการสนับสนุนศักยภาพของชุมชนในการร่วมมือแก้ไขปัญหาก็เป็นวิธีการสร้างเสริมชุมชนให้เข้มแข็งซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระจายงานด้านต่างๆ ให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มากที่สุดโดยชุมชนเป็นเจ้าของแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนองค์กรทุกภาคส่วนร่วมมือกัน การตัดสินใจดำเนินกิจกรรมพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹¹ จากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุหลายรายไม่มารับการรักษาตามนัดและมีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและติดบ้านต้องอยู่บ้านคนเดียวขาดการดูแลและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งมีรูปร่างกาย จิตใจและสังคม การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง¹² ผู้วิจัยจึงได้ร่วมกันปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาและ

ความเป็นไปได้ ในการสร้างรูปแบบการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยใช้
วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและ
แมกแทกการ์ทเป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้าง
ความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และ
ลงมือปฏิบัติ¹³ อันจะเกิดประโยชน์ต่อ
ผู้สูงอายุและการจัดบริการสุขภาพที่มี
ประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบล
หนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัด
มหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนา
รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน
มีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกุ
สุมาลย์ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและ
แมกแทกการ์ท¹³ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ
3) การสังเกตการณ์ 4) การสะท้อนผลการ
ปฏิบัติ

พื้นที่ในการวิจัย ได้แก่ ตำบล
หนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัด
มหาสารคาม

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย การวิจัยครั้ง
นี้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2
กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่
ในตำบลหนองเหล็ก จำนวน 1,423 คน

มีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ คัดเลือกกลุ่ม
ผู้สูงอายุ จากแบบประเมินความสามารถใน
การประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel
Activities of Daily Living : ADL) 12 ที่มี
คะแนนประเมินตั้งแต่ 4-11 คะแนน
จำนวน 74 คน และสมัครใจเข้าร่วม
โครงการ

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้ที่มีส่วน
เกี่ยวข้องในการจัดการระบบการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ เลือกโดยเฉพาะเจาะจง
ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุที่ได้รับเลือก
ว่าเป็นแกนนำหมู่บ้าน (10 คน) ตัวแทน
กรรมการกองทุนผู้สูงอายุ ตำบลหนองเหล็ก
(10 คน) ตัวแทนผู้นำหมู่บ้าน (10 คน)
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (10 คน) อาสา
สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (10 คน)
เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบล
หนองเหล็ก (2 คน) และเจ้าหน้าที่จาก
หน่วยงานอื่นที่เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพ
โรงพยาบาลกุสุมาลย์ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านดู่เหนือ (2 คน)
รวมจำนวน 54 คน

ระยะการดำเนินการวิจัย ดำเนินการ
วิจัยตั้งแต่ มกราคม 2560 ถึง พฤษภาคม
2560 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน
การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์และ
การสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยนำประเด็น
ปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์
มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการ
ในกลุ่มพยาบาลและบุคลากรสหสาขา
วิชาชีพที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่ม
เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยใช้วงจร
การวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและ

แมกแทกการรท เป็นตัวขับเคลื่อนในการ
สร้างความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ
และลงมือปฏิบัติ¹³

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย
เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย
ประกอบด้วย กิจกรรมตามแผนปฏิบัติงาน
ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูง
อายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก
อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวม
ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ 1) เครื่องมือเก็บ
รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบ
ประเมินความสามารถในการประกอบ
กิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพ
ชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับ
ภาษาไทย โดยกรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข (WHOQOL-BREE-THAI)¹⁴
จำนวน 26 ข้อ และ 2) เครื่องมือเก็บ
รวบรวมเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
รวมทั้งประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้
วิจัย ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็น
แบบคำถามปลายเปิดสัมภาษณ์ผู้แทนผู้
มีส่วนร่วมจำนวน 7 คน (2) แนวคำถามการ
สนทนากลุ่ม (3) แบบสังเกตการ

การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยชี้แจงแก่ผู้ร่วมวิจัยด้วยตนเอง
โดยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และ
ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการ
เข้าร่วมการวิจัย หรือการปฏิเสธที่จะไม่เข้า

ร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการ
ใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการ
วิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความ
เสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยเสนอ
การวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์
ในการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้
สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการ
วิเคราะห์ลักษณะของผู้มีส่วนร่วมวิจัย
และใช้ paired t-test ในการทดสอบความ
แตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม
กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูล
ที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม
การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการจด
บันทึกภาคสนาม วิเคราะห์โดยการ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย ผลการวิจัยแบ่งออกตาม
วัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก
อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
ประกอบด้วยดังนี้

1) สร้างเครือข่ายการดำเนินงาน
โดยดำเนินการดังนี้

1.1 การจัดทำแผนงาน
โครงการแก้ไขปัญหาาร่วมกันโดยการบูรณา
การจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหา

ร่วมกัน มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันของหน่วยงานทุกภาคส่วนในพื้นที่ พบว่า มีการสนับสนุนการดำเนินการเป็นอย่างดี โดยมีการบูรณาการกับแผนงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลคูเหนือ และจากศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1.2 การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุตำบลคูเหนือ ซึ่งประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูเหนือเป็นประธาน ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนผู้สูงอายุ ผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูเหนือ เป็นกรรมการและเลขานุการ จำนวน 22 คน ลงนามคำสั่งโดยนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูเหนือ

1.3 การทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลคูเหนือมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่คณะกรรมการยังขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน และไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน จึงได้ดำเนินการทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยการเชิญวิทยากรจากโรงพยาบาลโกสุมพิสัยมาให้ความรู้ ทบทวนการดำเนินงานโดยจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่อง บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ และเสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยการศึกษาดูงานแห่งอื่นที่การดำเนินงานมีศักยภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลหนองเหล็กได้มีการสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยการศึกษาดูงานองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ อำเภอพัตถภูมิ จังหวัดอุดรธานี มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมศึกษาดูงาน จำนวน 10 คน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองเหล็ก นอกจากนี้ยังได้ซักถามปัญหาการดำเนินงานผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ อำเภอพัตถภูมิ จังหวัดอุดรธานี เพื่อมาปรับประยุกต์ใช้ในตำบลหนองเหล็ก

3) การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีการประชุมเพื่อจัดตั้งผ่านการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลหนองเหล็ก ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหนองเหล็กมีที่ตั้งที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก เปิดการเรียนการสอนเดือนละ 1 ครั้ง มีอาจารย์ 5 คน มีอาจารย์ใหญ่ 1 คน มีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูเหนือ และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลโกสุมพิสัยเป็นพี่เลี้ยงคอยปรึกษาให้คำแนะนำ มีนักเรียนผู้สูงอายุจากทุกหมู่บ้าน จำนวน 80 คน

4) การอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้อีกกับ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าอบรมจำนวน 19 คน ได้รับงบประมาณในการจัดอบรมจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลหนองเหล็ก ได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูเหนือ และโรงพยาบาลโกสุมพิสัย พร้อมทั้งมีการฝึกเขียนแผนการเยี่ยม และแนวทางการเยี่ยมผู้สูงอายุ

5) ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นแกนร่วมในการดูแลและติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุเขียนแผนการเยี่ยมและติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เมื่อได้มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุแล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีการคัดกรองผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองเหล็ก ที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองเหล็ก จำนวน 1,423 คน มีคัดกรองผู้สูงอายุจากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่มีคะแนนประเมิน ตั้งแต่ 4-11 คะแนน จำนวน 74 คน โดยมีแนวทางในการดูแล ได้แก่ ผู้จัดการระบบการดูแล ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคูเหนือร่วมประเมินคัดกรองผู้สูงอายุจากแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและวางแผนในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้วางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยร่วมเขียนแผนการดูแลร่วมกับผู้จัดการระบบการดูแล ได้ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุตามแผนที่กำหนดไว้ ตามความจำเป็นในแต่ละราย โดยเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลการรับประทาน

อาหารและการพักผ่อนของผู้สูงอายุ และผู้จัดการระบบการดูแล ติดตามเยี่ยมและประเมินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้จัดการระบบการดูแล มีการประชุมปรึกษาเพื่อวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ

6) ทีมพี่เลี้ยงออกนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยทีมพี่เลี้ยงได้แก่ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลโกสุมพิสัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านคูเหนือ ได้นิเทศติดตามการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองเหล็ก โดยติดตามการเยี่ยมผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ และการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

7) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนและคืนข้อมูล โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย นายกองค้ำการบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลหนองเหล็ก ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูเหนือ จำนวน 22 คน โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบและให้ร่วมกันสรุปสิ่งที่เกิดขึ้น จากผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและข้อเสนอแนะ

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบล
หนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัด
มหาสารคาม

ผลการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ โดยการเปรียบเทียบคุณภาพ
ชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา
รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน
มีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์
จังหวัดมหาสารคาม พบว่า คะแนน
เฉลี่ยของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม
ภายหลังการพัฒนาสูงกว่าคะแนนเฉลี่ย
ก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย
ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน พบว่า
คะแนนเฉลี่ยของด้านร่างกาย จิตใจ
สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมหลัง
การพัฒนา สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา

พัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุฯ

คุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ	n	ก่อนการ พัฒนารูปแบบ		หลังการพัฒนา รูปแบบ		Mean difference	t	p
		M	SD	M	SD			
คุณภาพชีวิต โดยรวม	74	2.91	.47	3.27	.62	0.36	52.71	<.001*
ด้านร่างกาย	74	2.74	.58	3.16	.68	0.42	40.46	<.001*
ด้านจิตใจ	74	2.84	.53	3.29	.67	0.45	45.28	<.001*
ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	74	2.74	.51	2.95	.55	0.21	46.24	<.001*
ด้านสิ่งแวดล้อม	74	3.18	.48	3.48	.75	0.30	56.01	<.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยมีประเด็นที่จะอภิปรายผลดังนี้

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้มีการวางแผน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองเหล็กขึ้น กำหนดแนวทางจัดทำแผนงานโครงการ แก้ไขปัญหาาร่วมกันโดยมีการระดมทรัพยากรของหน่วยงานทุกภาคส่วนในพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมการวิเคราะห์ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานชีวา ฦหนองคาย¹⁵ พบว่า หลังการดำเนินการพัฒนาแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 7 ด้าน ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และนอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สภาพปัญหา โดยการมีส่วนร่วมทำให้ทราบปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของตำบลหนองเหล็ก มีการศึกษาบริบทของพื้นที่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพล ชยภพ¹⁶ พบว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดจากทุนทางสังคมแบบพหุภาคี โดยเกิดจากทุนทางสังคม ปัจจัยภายในจากคนในครอบครัว คนใน

ชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กับทุนทางสังคมที่เกิดจากปัจจัยภายนอก คือ รัฐ องค์กรเอกชน ประสานความร่วมมือซึ่งกันและกันเป็นเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบพหุภาคี

การดำเนินงานผู้สูงอายุที่จะให้มีประสิทธิภาพและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องนั้นต้องมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับตำบลเป็นผู้นำกับ และติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ แนะนำแนวทางการเขียนแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กระตุ้นให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุออกติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสอดคล้องกับการศึกษาของ วิโชติ ผ่าผิวดี¹⁷ พบว่า ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจากผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ไม่มีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน การจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นอยู่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ดังนั้นรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ต้องมีการบูรณาการให้ภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นเข้ามาดำเนินงานร่วมกันจัดทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและบริบทของชุมชน โดยมีการจัดการอย่างเป็นระบบ ภายใต้ความร่วมมือของแกนนำในพื้นที่ส่งผลให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมี

ประสิทธิภาพขึ้น นอกจากนี้ยังได้ติดตามการดำเนินงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยติดตามนิเทศเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานร่วมกัน รับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคพร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุตำบลหนองเหล็กมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนสอดคล้องกับการศึกษาของจันทิรา เพียรดวงษ์¹⁸ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพโดยรวมและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานในระยะยาว คือ ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และคนในครอบครัว มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนการดำเนินงาน ตามความสามารถในกิจกรรมของผู้สูงอายุ และมีงบประมาณสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ

นอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพต้องจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอยู่เสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยได้มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจให้กับผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดำเนินงานและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและติดสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ แววประกาย พันธุ์เลิศ¹⁹ พบว่านวัตกรรมการออกกำลังกายของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ

ร่างกายแข็งแรงและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ จึงควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้
สถานบริการสุขภาพอื่นที่สนใจสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนนั้นๆ เช่น สถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุ ทรัพยากรที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็นต้น รวมถึงการมีวิธีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานที่หลากหลาย

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โรงพยาบาลโกสุมพิสัยในฐานะสถานบริการสุขภาพหลัก ควรมีนโยบายขยายผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยสร้างกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุนักปฏิบัติ (community of practice) ในเครือข่าย เพื่อเป็นแบบอย่างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำไปสู่การจัดการความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นโดยการติดตามประเมินในลักษณะเปรียบเทียบระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ให้ความตระหนักและมีความจริงใจในการแก้ไขปัญหา

2. มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

3. อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความตั้งใจและมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2558. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรปริ้นตติ้งพับลิชชิ่ง; 2558.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ปริ้นตติ้งแอนพับลิชชิ่ง; 2558.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2556. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรปริ้นตติ้งพับลิชชิ่ง; 2556.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. วารสารเศรษฐกิจและสังคม 2558: 52; 17-19.
5. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก็อปปี; 2549.
6. เจียมจิต แสงสุวรรณ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ทำงานในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34: 41-8.
7. รศรินทร์ เกรย์. การดูแลผู้สูงอายุ: ความสุขและความเครียด. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
8. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. รายงานประจำปี 2555 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.): องค์การจัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย; 2555.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. รายงานประจำปี. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2559.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านดู่เหนือ. รายงานประจำปี. โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลบ้านดู่เหนือ; 2559.
11. วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์, สีนวล รัตนวิจิตร. รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตระกุล จังหวัดนครปฐม. วารสารเกื้อการุณย์ 2560; 24(1): 42-54.
12. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. รายงานสรุปการสนทนากลุ่มเพื่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ. มหาสารคาม: โรงพยาบาลโกสุมพิสัย; 2557.
13. Kemmis S, McTaggart R, editors. The action research planner. Victoria: Deakin University Press; 1988.

14. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย; 2558.
15. ปานชีวา ณ หนองคาย. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี (วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
16. สุรพล ชยภพ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
17. วิโชติ ผ้าผิวดี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบจังหวัดสุรินทร์ (วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
18. จันทิรา เพียรอดวงษ์. การพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตำบลคันธารราษฎร์อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
19. แววประกาย พันธุ์เลิศ. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองเรือ อำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร (วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.

การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

ภาคิ ทรัพย์พิพัฒน์* และคณะ

เป้าประสงค์การพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน จังหวัดไอโอดีน ยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

เป้าหมาย คือ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน
จังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต
คนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กมหาสารคาม 4.0
(Smart Kids Taksila 4.0)

เป้าประสงค์

1. เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิต
เกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้
มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือ
เสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัว
เรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ
2. เพื่อให้เด็กมหาสารคาม ดี เก่ง มี
สุข (ดี : มีวินัย เก่ง : ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ
มีสุข : แข็งแรง)
3. เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภค
อาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม
พืชผักและปลา
4. เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัด
มหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญ
พันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการ
ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความ
รอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคน
มหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0
5. เพื่อประชาชนในจังหวัดมหาสาร
คามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ
เพื่อให้เกิดตระหนักและมีความรอบรู้ที่

จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคน
มหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0

**ภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 21
หน่วยงาน** ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
จังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการ
ดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตัก
สิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ดังนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
มหาสารคาม มีภารกิจ คือ (1) สร้างกระแส
สังคม ยกย่องบริการเตรียมความพร้อม
ก่อนตั้งครรภ์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ พัฒนา
ระบบบริการอนามัยแม่และเด็กของสถาน
บริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐาน สร้างการ
เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม (2) เสริมสร้าง
สมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์และ
สาธารณสุข ภาคิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
ตลอดจนพ่อแม่ และผู้ปกครอง (3) สร้าง
ความตระหนักด้วยสื่อที่หลากหลายเพื่อการ
พัฒนาเด็กปฐมวัยทุกมิติ ศึกษาวิจัยเพื่อ
สร้างองค์ความรู้ มาตรฐาน รูปแบบและ
เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพแม่และ
เด็ก (4) สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคิภาครัฐ
เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน และประชาสังคม
สนับสนุน ส่งเสริม ประสานงานให้มี
การบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ

* นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

กระจายทั่วทั้งจังหวัด และมีการเฝ้าระวัง และติดตามภาวะขาดสารไอโอดีนใน ประชาชนจังหวัดมหาสารคามอย่างต่อเนื่อง

2. สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด มหาสารคาม มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่มี คุณภาพเพียงพอ (ผ่านมาตรฐาน Primary GMP) และครอบคลุมทั้งจังหวัดมหาสารคาม

3. สำนักงานพาณิชย์จังหวัดมหาสาร- คาม มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริมให้มี การกระจายเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัด มหาสารคาม ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงเกลือ เสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ

4. ชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริม ไอโอดีนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริมให้โรงงานผลิตเกลือ เสริมไอโอดีนทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคาม ผลิตเกลือเสริมไอโอดีน ที่ได้คุณภาพตาม มาตรฐานอย่างเพียงพอ (ผ่านมาตรฐาน Primary GMP) ต่อเนื่องและยั่งยืน

5. สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดมหาสาร- คาม มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริมให้ เกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ ใช้อาหารไก่ที่มีส่วนผสมของไอโอดีน เพื่อให้ ไก่ไข่ในจังหวัดมหาสารคาม มีส่วนประกอบ ของโปรตีน เหล็กและไอโอดีนที่เพียงพอ

6. สำนักงานส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม มีภารกิจ คือ (1) พัฒนา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้ มาตรฐาน (2) สนับสนุน ส่งเสริมให้ทุก องค์กรบริหารส่วนตำบลและองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัด มีเกลือ เสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในทุก

ครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง สร้างกลไกและ ประสานการขับเคลื่อนงานผ่านคณะ กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งการ กำกับ ติดตาม และประเมินผล และ (3) สนับสนุน ส่งเสริมให้ทุกองค์การบริหาร ส่วนตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของจังหวัดตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนทั่วไปด้านสาธารณสุข สนับสนุนให้ชุมชน/หมู่บ้าน แห่งละ 20,000 บาท เพื่อดำเนินงานตามแนวทางโครงการ พระราชดำริด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม ราชกุมารี 2) โครงการปรับปรุงภาวะโภชนา การและสุขภาพเด็กของสมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ 3) โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพ อนามัยแม่และเด็กของสมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

7. สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด มหาสารคาม มีภารกิจ คือ (1) พัฒนา โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ได้มาตรฐาน (2) สนับสนุนให้เด็กปฐมวัยได้รับไข่ไก่วันละ 1 ฟอง/คน นมจืดวันละ 1-2 กล่อง เด็กวัย เรียนได้รับไข่ไก่สัปดาห์ละ 3 ฟอง/คน นม จืดวันละ 2 แก้ว และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 60 mg ต่อสัปดาห์ (3) จัดทำหลักสูตรการ ศึกษาเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนในทุก สถานศึกษา และรณรงค์ให้มีการใช้เกลือ เสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาและ ในครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง (4) สนับสนุนการ ใช้นิทานและสื่อการเรียนรู้อื่นๆ ที่เหมาะสม สำหรับเด็กปฐมวัย รวมทั้งส่งเสริมการอ่าน

เล่านิทาน การใช้สื่อเรียนรู้ต่างๆ และการสนับสนุนหนังสือนิทานแก่ครอบครัวจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่พึงประสงค์ ได้แก่ ระเบียบวินัย ความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ สร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาการเด็กปฐมวัย (5) ส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของเด็กปฐมวัย ในด้านพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมและสนับสนุนภาวะ การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมตามช่วงวัย ให้บริการความรู้ในเรื่องชีวิตครอบครัวศึกษาให้แก่พ่อแม่ และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย

8. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคามมีภารกิจ คือ (1) ขับเคลื่อนการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กปฐมวัยแห่งชาติและติดตามผลการดำเนินงาน (2) ส่งเสริมและพัฒนาการดำเนินงานของสถานรองรับเด็กทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวส่งเสริมสนับสนุน ค้ำครองและจัดสวัสดิการแก่เด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจน ขาดแคลน และประสบปัญหาทางสังคม

9. สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดมหาสารคาม มีภารกิจ คือ สนับสนุนให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในสถานประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวอย่าง 6 เดือน

10. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย มีภารกิจ คือ สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตแม่และเด็กโดยการสนับสนุนยาเม็ดโพลีแกมมาแคโรทีนวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-34 ปี สนับสนุนสื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิด แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์และประชาชนทั่วไป และงบประมาณในการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิด แก่แก่นำนิสิตนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม และวิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม

11. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีภารกิจ สนับสนุน ส่งเสริมให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก

12. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้ และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก

13. วิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริมให้ความรู้ และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้

เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง

14. วิทยาลัยสารพัดช่างมหาสารคาม มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้ และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง

15. วิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม มีภารกิจ คือ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้ และรณรงค์ เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน ที่มีคุณภาพในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง

16. เทศบาลเมืองมหาสารคาม มีภารกิจ คือ (1) พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้ได้มาตรฐาน 2) สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในทุกระยะอย่างต่อเนื่อง สร้างกลไกและประสานการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมทั้งการกำกับติดตาม และประเมินผล และ (3) สนับสนุน ส่งเสริมการตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนทั่วไปด้านสาธารณสุข สนับสนุนให้ชุมชน/หมู่บ้าน แห่งละ 20,000 บาท เพื่อดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2) โครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ 3) โครงการส่งเสริมโภชนาการและ

สุขภาพอนามัยแม่และเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

17. องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีภารกิจ คือ (1) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในทุกระยะอย่างต่อเนื่อง สร้างกลไกและประสานการขับเคลื่อนงานรวมทั้งการกำกับ ติดตาม และประเมินผล (2) สนับสนุน ส่งเสริมการตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนทั่วไปด้านสาธารณสุข สนับสนุนเพื่อดำเนินงานตามแนวทางโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข ได้แก่ 1) โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2) โครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และ 3) โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

18. สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม มีภารกิจ คือ สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ สื่อสาร และจัดทำสื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในช่องทางต่างๆ

19. สภากัญแพ่ง เบิ่งแงง คนสารคาม มีภารกิจ คือ สนับสนุน ให้ความรู้ให้ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสาร เพื่อให้เกิดความตระหนัก มีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม

20. สำนักงานประมงจังหวัดมหาสารคาม มีภารกิจ คือ สนับสนุนเกษตรกร และผู้ประกอบการให้มีการผลิตวัตถุดิบที่ได้มาตรฐาน

21. สำนักงานเกษตรจังหวัดมหาสารคาม มีภารกิจ คือ สนับสนุนเกษตรกร และผู้ประกอบการให้มีการผลิตวัตถุดิบที่ได้มาตรฐาน

**กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน
ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)**

ระดับจังหวัด

เป้าหมายที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามที่มีคุณภาพให้เป็นที่ยอมรับมีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพเพียงพอและครอบคลุมทั้งจังหวัดมหาสารคาม 1.1 พัฒนาสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอดีนให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของจังหวัดมหาสารคาม (MSK)	1. ร้อยละของสถานประกอบการเกลือเสริมไอโอดีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของจังหวัดมหาสารคาม (MSK) ร้อยละ 10	1) สำนักงานอุตสาหกรรมภาคที่ 5 ขอนแก่น 2) สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดมหาสารคาม 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
2. สนับสนุน ส่งเสริมให้โรงงานผลิตเกลือเสริมไอโอดีนทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคามผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานอย่างเพียงพอ ต่อเนื่องและยั่งยืน	2. จำนวนเกลือที่ผลิตได้มาตรฐาน ร้อยละ 100 ต่อรอบการผลิต (สำรวจโดยใช้ I-KIT ณ สถานที่ผลิต)	ชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานประกอบการโดยการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต ปีละ 2 ครั้ง/แห่ง	3. ร้อยละของสถานประกอบการที่ผลิตเกลือเสริมไอโอดีนได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต และมีผลการตรวจสอบผ่านเกณฑ์ทุกฐานการผลิต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	ร้อยละ 100	
<p>4. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคาม ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ</p> <p>4.1 จัดจุดกระจายเกลือเสริมไอโอดีนใน</p> <p>1) ร้านค้าธงฟ้าประชารัฐ 270 แห่ง</p> <p>2) ร้านค้าชุมชนในตำบลๆ ละ 1 แห่ง รวม 133 แห่ง</p> <p>3) เพิ่มร้านหนูณิชย์ อำเภอละ 5 แห่ง รวม 65 แห่ง</p> <p>4.2 สสำรวจราคาเกลือเสริมไอโอดีนใน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอโกสุมพิสัย และอำเภอเมือง</p>	<p>4. ร้อยละของร้านค้าที่มีการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100 ของร้านค้าเป้าหมาย</p>	<p>สำนักงานพาณิชย์จังหวัดมหาสารคาม</p>
<p>5. สนับสนุน ส่งเสริม ประสานงานให้มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพกระจายทั่วทั้งจังหวัด 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>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</p>
<p>6. ส่งเสริมให้ทุกองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัดมีเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>6.1 ร้อยละของ อปท. ที่มีโครงการการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน อย่างน้อย ร้อยละ 80</p>	<p>1) สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>6.1 สนับสนุนโครงการพระราชดำริ ด้านสาธารณสุข หมู่บ้านละ 20,000 บาท จำนวน 2,006 หมู่บ้าน</p> <p>6.2 ดำเนินงานชุมชนหมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์</p> <p>6.3 มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนในหมู่บ้าน</p>	<p>6.2 ร้อยละของหมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90</p> <p>6.3 ร้อยละของหมู่บ้านที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100</p>	
<p>7. สนับสนุนให้มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>7. ร้อยละของสถานศึกษาที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวัน ร้อยละ 100</p>	<p>1) สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) เทศบาลเมืองมหาสารคาม (โรงเรียนในสังกัด)</p> <p>3) องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (โรงเรียนในสังกัด)</p>
<p>8. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในทุกครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง</p> <p>8.1 ใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียนและร้านอาหารและแผงลอยในตลาดโต้รุ่ง</p> <p>8.2 สนับสนุนโครงการพระราชดำริ ด้านสาธารณสุข หมู่บ้านละ 20,000 บาท</p> <p>8.3 ดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์</p> <p>8.4 มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนในหมู่บ้าน</p>	<p>8.1 ร้อยละของร้านอาหารและแผงลอยในตลาดโต้รุ่งที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มีไอโอดีนประกอบอาหาร ร้อยละ 100</p> <p>8.2 ร้อยละของชุมชนที่มีโครงการการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน อย่างน้อย ร้อยละ 80</p>	<p>เทศบาลเมืองมหาสารคาม</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	8.3 ร้อยละของชุมชน ไอโอดีนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 8.4 ร้อยละของชุมชน ที่มีกองทุนเกลือเสริม ไอโอดีนร้อยละ 100	

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน
ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

ระดับจังหวัด

เป้าหมายที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม ดี เก่ง มีสุข (ดี : มีวินัย เก่ง : ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ
มีสุข : แข็งแรง)

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>1. พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีของสถานบริการสาธารณสุข ให้ได้มาตรฐานตามชุดสิทธิประโยชน์</p>	<p>1.1 ร้อยละการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</p> <p>1.2 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</p> <p>1.3 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30</p> <p>1.4 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน ร้อยละ 100</p> <p>1.5 ร้อยละการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</p> <p>1.6 ระดับสติปัญญาของเด็ก ป.1 เพิ่มขึ้น ปีละ 1 จุด (ปี 2561 เท่ากับ 96 จุด)</p> <p>1.7 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 54</p> <p>1.8 ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ไม่เกินร้อยละ 3</p>	<p>1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) เทศบาลเมืองมหาสารคาม</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>2.1 สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาในระดับพื้นที่เพื่อการพัฒนาเด็กองค์รวม จัดทำแผนพัฒนาในระดับพื้นที่เพื่อการพัฒนาเด็กองค์รวม จัดประชาคมแผนฯ และผลักดันให้เกิดข้อตกลงชาวบ้านเพื่อเป็นแนวปฏิบัติของครอบครัว สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก และปกป้องคุ้มครองเด็ก เช่น ลานเล่นและเครื่องเล่น สถานที่ออกกำลังกายสวนสาธารณะ ศูนย์พัฒนาเด็ก สร้างแรงจูงใจแก่พ่อแม่ ครอบครัวที่เลี้ยงดูลูกได้ถูกต้องเหมาะสมตามวัย</p> <p>2.2 พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ได้มาตรฐาน</p> <p>2.3 สร้างกลไกและประสานการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>2.4 กำกับ ติดตาม และประเมินผล</p>	<p>2.1 ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่มีการดำเนินงานโครงการด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย ร้อยละ 80</p> <p>2.2 ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50</p> <p>2.3 ร้อยละของ อปท. ที่มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็ก ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี</p>	<p>1) สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง</p>
<p>3. พัฒนาสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนให้ได้มาตรฐาน</p>	<p>3. ร้อยละของสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 80</p>	<p>สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม</p>
<p>4.1 สนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ</p>	<p>4.1 ร้อยละของโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรม</p>	<p>1) สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
(จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้) พัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 4.2 สนับสนุนให้นักเรียนแกนนำเป็นทูตไอโอดีนน้อย มีความรู้ และทักษะเรื่องไอโอดีน และทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีน	เรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) ร้อยละ 100 4.2 ร้อยละของนักเรียนแกนนำที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย ร้อยละ 100	มหาสารคาม 2) องค์การบริหารส่วนจังหวัด มหาสารคาม (โรงเรียนในสังกัด) 3) เทศบาลเมืองมหาสารคาม (โรงเรียนในสังกัด)
5. สนับสนุนการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ได้มาตรฐาน	5. โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ 80	1) สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัด ไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

ระดับจังหวัด

เป้าหมายที่ 3 เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ เช่น ไข่ นม พืชผัก และปลา

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. สนับสนุนงบประมาณเพื่อการจัดหาอาหารกลางวัน นม ไข่สำหรับเด็กปฐมวัย	1. ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 80	1) สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง
2. สนับสนุนให้เด็กนักเรียนได้รับไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	2. ร้อยละของโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาสที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 90	สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม
3. สนับสนุน ส่งเสริม ให้เกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ ใช้อาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีน เพื่อให้ไข่ไก่ในจังหวัดมหาสารคามมีส่วนประกอบของโปรตีน เหล็กและไอโอดีนที่เพียงพอ	3. ร้อยละของเกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ ใช้อาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น	สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดมหาสารคาม
4. สนับสนุน ให้เกษตรกรและผู้ประกอบการผลิตวัตถุดิบอาหารที่ได้มาตรฐาน	4. ร้อยละของแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักและปลา) ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	1) สำนักงานเกษตรจังหวัดมหาสารคาม 2) สำนักงานประมงจังหวัดมหาสารคาม
5. สนับสนุนให้เด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนได้รับไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	5. ร้อยละของสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 90	สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัด
ไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

ระดับจังหวัด

เป้าหมายที่ 4 หญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งสู่เด็กมหาสารคาม 4.0

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>1. สร้างกระแสสังคมยกระดับบริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ตามชุดสิทธิประโยชน์ พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กของสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐาน สร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ภาครัฐเอกชน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพ่อแม่และผู้ปกครอง สร้างความตระหนักด้วยสื่อที่หลากหลาย เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกมิติ ศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ มาตรฐาน รูปแบบและเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น ชุมชน และประชาสังคม</p>	<p>1.1 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20 - 34 ปี ลงทะเบียนออนไลน์ผ่าน Website (www.สาวไทยแถมแดง.com) เพื่อรับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก (ร้อยละ 50)</p> <p>1.2 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ (> ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>1.3 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด (> ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>1.4 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก (> ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>1.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวันๆ 1 ครั้ง (> ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>1.6 ร้อยละของสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 80</p>	<p>1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) เทศบาลเมืองมหาสารคาม</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	<p>1.7 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น (> ร้อยละ 80)</p> <p>1.8 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ (> ร้อยละ 80)</p> <p>1.9 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ 50</p>	
<p>2. สนับสนุนให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในสถานประกอบการมีความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยอย่างน้อย 6 เดือน</p>	<p>2.1 ร้อยละสถานประกอบการมีมนมแม่ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย</p> <p>2.2 ร้อยละของสถานประกอบการที่มีการให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์และการพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย</p>	<p>สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดมหาสารคาม</p>
<p>3. สนับสนุน ส่งเสริมให้ความรู้และรณรงค์เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน</p>	<p>3. ร้อยละของนักศึกษาที่ได้รับความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา อย่างน้อย ร้อยละ 20</p>	<p>1) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2) มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 3) วิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม 4) วิทยาลัยสารพัดช่างมหาสารคาม 5) วิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>4. สนับสนุนโพลิก แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-34 ปี และสนับสนุนสื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิดแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์และประชาชนทั่วไป และให้ความรู้แก่แกนนำนิสิตนักศึกษาเรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิด จำนวน 350 คน วิทยากรโดย นายแพทย์พิชิต ศิริวรรณ รองผู้อำนวยการสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย</p>	<p>4.1 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับโพลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ (มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>4.2 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับโพลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด (มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>4.3 ร้อยละของนิสิตนักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย</p>	<p>1) สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์สภากาชาดไทย</p> <p>2) สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดมหาสารคาม</p>

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

ระดับจังหวัด

เป้าหมายที่ 5 ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนัก และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มุ่งสู่เด็กมหาสารคาม 4.0

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>1. มีการประชาสัมพันธ์ตามสถานีวิทยุหลัก/ หอกระจายข่าว/วิทยุชุมชน ในหัวข้ออนามัยเจริญพันธุ์ ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ</p> <p>2. ประชาสัมพันธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข่าวการดำเนินงานโครงการเกลือไอโอดีน ยั่งยืนก่อนประชุมประจำเดือนโดยผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคามเป็นประธาน (ประชุมคณะกรรมการจังหวัด) - เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ ประชาสัมพันธ์จังหวัด - จัดรายการวิทยุ ร่วมระหว่างหน่วยงาน สัปดาห์ละครึ่ง (เวียนแต่ละหน่วยงาน) <p>3. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ (งบ อบจ.) ได้แก่ จัดทำสโปตวิทยุ, ไลน์ ทำข่าวให้สถานีวิทยุ ประชาสัมพันธ์ ออกแบบ โลโก้ร้านอาหาร ไอโอดีน ไลน์ประชาสัมพันธ์ และติดตามทำข่าวในพื้นที่</p> <p>4. (1) ส่งเสริม สนับสนุนให้มีเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในทุกครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง สร้างกลไกและประสานการขับเคลื่อนงานรวมทั้ง การกำกับ ติดตาม และประเมินผล (2) สนับสนุน ส่งเสริมการตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปี รายการเงินอุดหนุนทั่วไปด้านสาธารณสุข สนับสนุนเพื่อดำเนินงานตามแนวทางโครงการ</p>	<p>1. ร้อยละสถานีวิทยุหลัก/ หอกระจายข่าว/วิทยุชุมชน ที่มีการประชาสัมพันธ์ ในหัวข้ออนามัยเจริญพันธุ์ ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ สัปดาห์ละครึ่ง 1 ครั้ง (ร้อยละ 80)</p> <p>2. ร้อยละของหมู่บ้านมีสื่อประชาสัมพันธ์ เรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ ร้อยละ 80</p>	<p>1) สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม</p> <p>2) องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม</p>

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

ระดับอำเภอ

เป้าหมายที่ 1 เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามที่มีคุณภาพให้เป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. เฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานประกอบการโดยการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต ปีละ 2 ครั้ง/แห่ง	1. ร้อยละของสถานประกอบการที่ผลิตเกลือเสริมไอโอดีนได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต และมีผลการตรวจสอบผ่านเกณฑ์ทุกกระบวนการผลิต ร้อยละ 100	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน
2. สนับสนุนให้มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ กระจายทั่วทั้งจังหวัด และมีการเฝ้าระวังและติดตามภาวะขาดสารไอโอดีนในประชาชนจังหวัดมหาสารคามอย่างต่อเนื่อง 2.1 พัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์ 2.2 ส่งเสริมให้ครัวเรือนมีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน	2.1 ร้อยละของชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 2.2 ร้อยละของครัวเรือนที่มีและบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100	
3. สนับสนุนให้ทุกองค์การบริหารส่วนตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของจังหวัด มีเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพบริโภคในทุกลำดับชั้นอย่างต่อเนื่อง 3.1 สนับสนุนโครงการพระราชดำริด้านสาธารณสุข หมู่บ้านละ 20,000 บาท จำนวน 2,006 หมู่บ้าน	3.1 ร้อยละของ อปท.ที่มีโครงการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน อย่างน้อย ร้อยละ 80 3.2 ร้อยละของชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90 3.3 ร้อยละของหมู่บ้านที่มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 100	

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
3.2 ดำเนินงานชุมชนหมู่บ้าน ไอโอดีนผ่านเกณฑ์ 3.3 มีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ในหมู่บ้าน		
4.1 สนับสนุนให้มีการใช้เกลือเสริม ไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุงรสที่มี ไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวัน ในสถานศึกษา อย่างต่อเนื่อง 4.2 สนับสนุนให้มีการใช้เกลือเสริม ไอโอดีนประกอบอาหารในร้านค้า อนุชนอย่างต่อเนื่อง	4.1 ร้อยละของสถานศึกษาที่มีการใช้ เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและซอสปรุง รสที่มีไอโอดีนประกอบอาหารกลางวัน ร้อยละ 100 4.2 ร้อยละของร้านค้าอนุชนที่มีการใช้ เกลือเสริมไอโอดีนประกอบอาหาร ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

ระดับอำเภอ

เป้าหมายที่ 2 เพื่อให้เด็กมหาสารคาม ดี เก่ง มีสุข (ดี : มีวินัย เก่ง : ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ
มีสุข : แข็งแรง)

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>1. จัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีให้ได้มาตรฐาน ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>1.1 เฝ้าระวังและติดตามส่วนสูง น้ำหนักเด็กทุกคน /ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารทุกคน และทุกครั้งที่มาใช้บริการ WCC และให้คำแนะนำเรื่อง นมแม่ อาหารหญิงให้นมบุตร กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันอุบัติเหตุ</p> <p>1.2 จ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิก แก่หญิงหลังคลอดทุกคน ตลอดการให้นมลูก 6 เดือน</p> <p>1.3 แนะนำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)</p> <p>1.4 คัดกรอง ส่งเสริม ติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยใช้ DSPM/TEDA4I</p> <p>1.5 จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เด็ก 6 เดือน – 5 ปีทุกคน</p>	<p>1.1 ร้อยละการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>1.2 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>1.3 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</p> <p>1.4 ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน ร้อยละ 100</p> <p>1.5 ร้อยละการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในเด็กนักเรียน ป.1-6 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</p> <p>1.6 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 54</p> <p>1.7 ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L ไม่เกินร้อยละ 3</p>	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน</p>
<p>2.1 ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อจัดทำแผนพัฒนาในระดับพื้นที่ เพื่อการพัฒนาเด็กองค์รวม</p>	<p>2.1 ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่มีการดำเนินงานโครงการด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย ร้อยละ 80</p>	

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>2.2 ประชาคมแผนฯ และผลักดันให้เกิดข้อตกลงชาวบ้านเพื่อเป็นแนวปฏิบัติของครอบครัว</p> <p>2.3 จัดหาสถานที่/ลานเล่นสถานที่ออกกำลังกายสวนสาธารณะ ในชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน</p> <p>2.4 พัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ</p> <p>2.5 พัฒนาศักยภาพครูศูนย์เด็กเล็กให้มีความรู้ในการพัฒนาเด็กปฐมวัย</p>	<p>2.2 ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 50</p> <p>2.3 ร้อยละของ อปท. ที่มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการศูนย์เด็กเล็ก ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี</p>	
<p>3.1 โรงเรียนจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนและโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้)</p> <p>3.2 พัฒนานักเรียนแกนนำให้เป็นทูตไอโอดีนน้อย ให้มีความรู้และทักษะเรื่องไอโอดีน และทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีน</p>	<p>3.1 ร้อยละของโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ (จัดกิจกรรมเรียนรู้ในชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้) ร้อยละ 100</p> <p>3.2 ร้อยละของนักเรียนแกนนำที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย ร้อยละ 100</p>	
<p>4. พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ได้มาตรฐาน</p>	<p>4. โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ 80</p>	

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

ระดับอำเภอ

เป้าหมายที่ 3 เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ เช่น ไข่ นม
พืชผัก และปลา

ระดับอำเภอ		
กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดอาหารกลางวันเป็นเมนูที่มีไข่ แก่เด็กอย่างน้อย 3 ฟอง/คน/สัปดาห์	1. ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 80	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอ
2. สนับสนุนให้เด็กนักเรียนได้รับไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	2. ร้อยละของโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน ร้อยละ 90	เป็นประธาน
3. สนับสนุน ให้เกษตรกรและผู้ประกอบการผลิตวัตถุดิบอาหารที่ได้มาตรฐาน	3. ร้อยละของแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักและปลา) ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย	

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

ระดับอำเภอ

เป้าหมายที่ 4 หญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งสู่เด็กมหาสารคาม 4.0

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
<p>1. สร้างกระแสสังคม</p> <p>1.1 รณรงค์ให้วัยรุ่นในพื้นที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ภายใต้ NEST</p> <p>1.2 รณรงค์ให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ลงทะเบียนออนไลน์ผ่าน Website (www.สาวไทยแก้มแดง.com) เพื่อรับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก</p> <p>2. จัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ตามชุดสิทธิประโยชน์ เช่น จ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 20 – 34 ปี ที่แต่งงานและตั้งใจมีบุตรก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ ทุกวัน ๆ ละ 1 เม็ด</p> <p>3. จัดบริการฝากครรภ์คุณภาพตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p style="padding-left: 20px;">- ฝากท้องก่อน 12 สัปดาห์ เพิ่มคุณภาพฝากครรภ์ 5 ครั้ง</p> <p style="padding-left: 20px;">- จ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิก แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนตลอดการตั้งครรภ์</p>	<p>1.1 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20 - 34 ปี ลงทะเบียนออนไลน์ผ่าน Website (www.สาวไทยแก้มแดง.com) เพื่อรับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก (ร้อยละ 50)</p> <p>2.1 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวัน ๆ ละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ (> ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>2.2 ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด (> ร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>3.1 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก (> ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>3.2 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวัน ๆ 1 ครั้ง (> ร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น)</p> <p>3.3 ร้อยละของกองทุนสุขภาพตำบลที่มีกิจกรรมสนับสนุน นม ไข่ แก่หญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 50</p>	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมี นายอำเภอ เป็นประธาน</p>

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
	<p>3.4 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น (> ร้อยละ 80)</p> <p>3.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ (> ร้อยละ 80)</p> <p>3.6 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ 50</p>	

กิจกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน ยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

ระดับอำเภอ

เป้าหมายที่ 5 ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอ เพื่อให้เกิดความตระหนัก และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่มุ่งสู่เด็กมหาสารคาม 4.0

กิจกรรมดำเนินการ	ตัวชี้วัด	หน่วยงานที่รับผิดชอบ
1. ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่อง จังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ทุกเดือน	1. ร้อยละของตำบลมีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 ครอบคลุมทุกตำบล ร้อยละ 100	คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน ชมรมผู้ประกอบการเกลือไอโอดีนจังหวัดมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
สถานประกอบการเกลือไอโอดีนทั้งหมด 40 แห่ง						
1	ร่นการผลิต	ร่น		-		
2	2.1 จำนวนร่นการผลิตที่ได้รับการ ตรวจโดยใช้ I-KIT โดยผู้ประกอบการ เกลือ	ร่น		ร้อยละ 100 ของร่น ของการ ผลิต		
	2.2 จำนวนร่นที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	ร่น		ร้อยละ 100 ของร่น ของการ ผลิต		
	2.3 จำนวนเกลือไอโอดีนที่ผลิตได้	ตัน		-		
	2.4 จำนวนเกลือไอโอดีนที่ผลิต จำหน่ายในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม	ตัน		-		
3	จำนวนร้านที่ได้รับการตรวจสอบ คุณภาพเกลือไอโอดีน ณ แหล่งผลิต โดย					
	3.1 ชมรมผู้ประกอบการเกลือไอโอดีน	ร้าน	40	ร้อยละ 100 ของ แหล่ง ผลิต		

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
	3.2 ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	ร้าน	40	ร้อยละ 100 ของ แหล่ง ผลิต		
4	จำนวนเกลือไอโอดีนที่สนับสนุน					
	4.1 งาน.....	กิโลกรัม				
	4.2 งาน.....	กิโลกรัม				
	4.3 งาน.....	กิโลกรัม				
5	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	5.1.....					
	5.2.....					
	5.3.....					

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

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนสถานประกอบการเกลือไอโอดีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของจังหวัดมหาสารคาม (MSK)	แห่ง	4	ร้อยละ 10		
	1.1 จำนวนครั้งของการชี้แจงผู้ประกอบการเกลือไอโอดีน	ครั้ง/ แห่ง	1/40	ร้อยละ 100		
	1.2 จำนวนสถานประกอบการเกลือไอโอดีนที่ได้รับการตรวจเยี่ยม	แห่ง	40	ร้อยละ 10		
	1.3 จำนวนสถานประกอบการเกลือไอโอดีนที่ได้รับการตรวจประเมิน	แห่ง	40	ร้อยละ 10		
	มอบเกียรติบัตรให้แก่ร้านผู้ประกอบการเกลือไอโอดีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของจังหวัดมหาสารคาม (MSK)	แห่ง	4	ร้อยละ 10		

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

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
 มุ่งสู่เด็กตักกลีลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
 หน่วยงาน สำนักงานพาณิชย์จังหวัดมหาสารคาม
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนร้านค้าที่มีการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน					
	1.1 Biz Shop	แห่ง	1	ร้อยละ 100		
	1.2 TESCO LOTUS	แห่ง	1	ร้อยละ 100		
	1.3 BIG C	แห่ง	1	ร้อยละ 100		
	1.4 Makro	แห่ง	1	ร้อยละ 100		
	1.5 ร้านค้าธงฟ้าประชารัฐ ระดับอำเภอ	ร้าน	270	ร้อยละ 100		
	1.6 ร้านค้าชุมชน	ร้าน/ ตำบล	1/133	ร้อยละ 100		
	1.7 ร้านหนูณิชย์	ร้าน/ อำเภอ	65/13			
2	จำนวนตัวอย่างเกลือเสริมไอโอดีนที่ ได้รับการสำรวจราคา ในอำเภอ โกสุมพิสัย และอำเภอเมือง					
	3.1 อำเภอโกสุมพิสัย จำนวน..... ตัวอย่าง ขนาด.....กรัม/ราคา..... บาท					
	3.2 อำเภอเมือง จำนวน..... ตัวอย่าง ขนาด.....กรัม/ราคา.....บาท					

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

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้า หมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำ นวน	ร้อย ละ
1	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีน น้ำปลาและขอสปูรสรที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	โรงเรียน				
	1.1 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	โรงเรียน		ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน		
	1.2 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	โรงเรียน		ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน		
	1.3 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	โรงเรียน		ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน		
	1.4 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	โรงเรียน		ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน		
2	จำนวนโรงเรียนที่จัดกิจกรรมการ เรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ในชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้	โรงเรียน		ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน		
	2.1 จำนวน 1 ชั่วโมง/สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
	2.2 จำนวน 1 ชั่วโมง/2 สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
	2.3 จำนวน 1 ชั่วโมง/3 สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
	2.4 จำนวน 1 ชั่วโมง/4 สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้า หมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำ นวน	ร้อย ละ
3	จำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่ เป็นทูตไอโอดีทีน้อย	โรงเรียน/ คน		ร้อยละ 100		
4	จำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง (ทุกสังกัด)	โรงเรียน		ร้อยละ 80		
5	จำนวนโรงเรียนประถมศึกษาและ ขยายโอกาสที่มีการจัดอาหาร กลางวันเมนูไข่ อย่างน้อย 1 ฟอง/ คน/วัน	โรงเรียน/ คน		ร้อยละ 90		
6	จำนวนโรงเรียนที่มีการรณรงค์เนื่อง ในวันไอโอดีทีแห่งชาติ วันที่ 25 มิถุนายน	โรงเรียน/ คน		ร้อยละ 70		
7	จำนวนโรงเรียนที่มีป้ายนิเทศ ภายในโรงเรียน	โรงเรียน		ร้อยละ 100		
8	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	8.1.....					
	8.2.....					
	8.3.....					

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

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

หน่วยงาน เทศบาลเมืองมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้า หมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือไอโอดีน น้ำปลาและขอสปริงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันในโรงเรียน	โรงเรียน		ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน		
2	จำนวนร้านอาหารและแผงลอยใน ตลาดโต้รุ่ง ที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีน น้ำปลาและขอสปริงรสที่มีไอโอดีน ประกอบอาหาร	ร้าน		ร้อยละ 100		
3	จำนวนชุมชนที่มีโครงการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคขาดสาร ไอโอดีน	ชุมชน/ โครงการ / อย่าง น้อย 1	อย่างน้อย ร้อยละ 80		
4	จำนวนชุมชนไอโอดีน	ชุมชน		อย่างน้อย ร้อยละ 80		
5	จำนวนชุมชนที่มีกองทุนเกลือเสริม ไอโอดีน	ชุมชน		ร้อยละ 100		
6	จำนวนโรงเรียนที่จัดกิจกรรมการ เรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ในช่วงโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้	โรงเรียน		ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน		
	6.1 จำนวน 1 ชั่วโมง/สัปดาห์	โรงเรียน /คน				
	6.2 จำนวน 1 ชั่วโมง/2 สัปดาห์	โรงเรียน /คน				
	6.3 จำนวน 1 ชั่วโมง/3 สัปดาห์	โรงเรียน /คน				

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
	6.4 จำนวน 1 ชั่วโมง/4 สัปดาห์	โรงเรียน /คน				
7	จำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็น ทูตไอโอดีนน้อย	โรงเรียน /คน		ร้อยละ 100		
8	จำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	โรงเรียน		ร้อยละ 80		
9	จำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหาร กลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/ คน/วัน	โรงเรียน /คน		ร้อยละ 100		
10	จำนวนครั้งในการการรณรงค์เนื่องใน วันไอโอดีนแห่งชาติ วันที่ 25 มิถุนายน	ครั้ง	1	ร้อยละ 70		
11	จำนวนโรงเรียนที่มีป้ายนิเทศ	โรงเรียน		ร้อยละ 100		
12	จำนวนครั้งในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน					
	12.1 ตลาดสดปลอดบุหรี่ปริ่+ ตลาดไอโอดีน	ครั้ง	1	ร้อยละ 100		
	12.2 เปิดตัวตลาดไต้รุ่ง	ครั้ง	1	ร้อยละ 100		
	12.3 เปิดตัวในเสริมไทยคอม เพล็กซ์ (ศูนย์อาหารไอโอดีน)	ครั้ง	1	ร้อยละ 100		
13	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	13.1.....					
	13.2.....					
	13.3.....					

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

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้า หมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำ นวน	ร้อย ละ
1	จำนวนหมู่บ้านที่จัดทำสื่อ ประชาสัมพันธ์ เรื่องอนามัยเจริญ พันธุ์ ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และโภชนาการ	หมู่บ้าน		ร้อยละ 80		
2	จำนวนโรงเรียนที่จัดกิจกรรมการ เรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ในชั่วโมงลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้	โรงเรียน		ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน		
	2.1 จำนวน 1 ชั่วโมง/สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
	2.2 จำนวน 1 ชั่วโมง/2 สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
	2.3 จำนวน 1 ชั่วโมง/3 สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
	2.4 จำนวน 1 ชั่วโมง/4 สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
3	จำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่ เป็นทูตไอโอดีนน้อย	โรงเรียน/ คน		ร้อยละ 100		
4	จำนวนโรงเรียนที่มีการรณรงค์เนื่อง ในวันไอโอดีนแห่งชาติ วันที่ 25 มิถุนายน	โรงเรียน/ คน		ร้อยละ 70		
5	จำนวนโรงเรียนที่มีป้ายนิเทศ	โรงเรียน		ร้อยละ 100		
6	จำนวนโรงเรียนที่ทำป้าย ประชาสัมพันธ์/ทำสื่อ/สปอตวิทยุ เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน	โรงเรียน		ร้อยละ 100		

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้า หมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
7	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	7.1.....					
	7.2.....					
	7.3.....					

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

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

หน่วยงาน สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนหมู่บ้านที่มีโครงการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคขาดสารไอโอดีน	หมู่บ้าน/ โครงการ		ร้อยละ 80		
2	จำนวนหมู่บ้านไอโอดีน	หมู่บ้าน		ร้อยละ 90		
3	จำนวนหมู่บ้านที่มีกองทุนเกลือ เสริมไอโอดีน	หมู่บ้าน		ร้อยละ 100		
4	จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีโครงการ ดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็ก ปฐมวัย	ศูนย์เด็ก เล็ก/ โครงการ		ร้อยละ 80		
5	จำนวนศูนย์เด็กเล็กดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	แห่ง		ร้อยละ 50		
6	จำนวน อปท. ที่มีการพัฒนา สมรรถนะการบริหารจัดการครู ศูนย์เด็กเล็ก ด้านพัฒนาการและ โภชนาการเด็ก	แห่ง/คน		ร้อยละ 50 ของ ครู ทั้งหมด/ ปี		
7	จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัด อาหารกลางวันเมนูไข้อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน	แห่ง/คน		ร้อยละ 100		

ลงชื่อผู้รายงาน.....

(ตำแหน่ง.....)

วัน/เดือน/ปี.....

เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
 มุ่งสู่เด็กทักษิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
 หน่วยงาน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน ทั้งหมด.....แห่ง	แห่ง	-	-		
2	จำนวนสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน ดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	แห่ง		ร้อยละ 80		
3	สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนที่มีการ จัดอาหารกลางวันเมนูใช้อย่าง น้อย 1 ฟอง/คน/วัน	แห่ง		ร้อยละ 90		

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

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้า หมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนเกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ทั้งหมดราย	ราย	-	-		
2	จำนวนเกษตรกรและผู้ประกอบการเลี้ยงไก่ไข่ ที่ใช้อาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีน	ราย		ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น		

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

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน สำนักงานเกษตรจังหวัดมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร จำพวกพืชผัก ทั้งหมด.....แห่ง	แห่ง	-	-		
2	จำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร จำพวกพืชผักได้มาตรฐาน	แห่ง		ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย		

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

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน สำนักงานประมงจังหวัดมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

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

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

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
 มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
 หน่วยงาน สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดมหาสารคาม
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนสถานประกอบการที่มีมูมนมแม่	แห่ง		ร้อยละ 100 ของ เป้าหมาย		
2	จำนวนสถานประกอบการที่มีการให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560	แห่ง		ร้อยละ 50 ของ เป้าหมาย		

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

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา	คน		อย่างน้อยร้อยละ 20		

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.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
 มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
 หน่วยงาน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา	คน		อย่างน้อยร้อยละ 20		

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.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน วิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 20		

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.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
 มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
 หน่วยงาน วิทยาลัยสารพัดช่างมหาสารคาม
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา	คน		อย่างน้อยร้อยละ 20		

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.....

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน วิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนนักศึกษาที่ได้รับความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และ NEST ในสถานศึกษา	คน		อย่างน้อย ร้อยละ 20		

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.....

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
 มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
 หน่วยงาน สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดมหาสารคาม
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ที่ได้รับยาโฟลิก	คน		มากกว่า ร้อยละ 80 หรือ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น		
2	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมมีบุตร ได้รับยาโฟลิก	คน		มากกว่า ร้อยละ 80 หรือ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น		
3	จำนวนนิสิตนักศึกษาที่ได้รับความรู้ เรื่องการป้องกันความพิการแต่กำเนิด	คน	350	ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย		

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

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำ นวน	ร้อย ละ
1	จำนวนหน่วยงานที่มีการ ประชาสัมพันธ์ ในเรื่องอนามัยเจริญ พันธุ์ 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	การประชาสัมพันธ์โครงการเกลือ ไอโอดีนยั่งยืน	ครั้ง/ปี	12/1			
	2.1 จำนวนการรายงานข่าว การดำเนินงานโครงการเกลือ ไอโอดีนยั่งยืน ก่อนประชุม ประจำเดือน โดยผู้ว่าเป็นประธาน (ประชุมคณะกรรมการจังหวัด)	ครั้ง	12	เดือนละ 1 ครั้ง		
	2.2 จำนวนการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ทาง เว็บไซต์ ประชาสัมพันธ์จังหวัด	ครั้ง	12	เดือนละ 1 ครั้ง		
	2.3 จำนวนการจัดรายการ วิทยุ ร่วมแต่ละหน่วยงาน	ครั้ง/ สัปดาห์	2 สัปดาห์ ต่อ 1 ครั้ง	เดือนละ 2 ครั้ง		

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
3	จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์					
	3.1 จัดทำสโปตวิทยุ,ไวเนล					
	3.2 ทำข่าว/สคริปให้สถานีวิทยุประชาสัมพันธ์	ชุด	2	ร้อยละ 100 ของการทำข่าว		
	3.3 ออกแบบโลโก้ร้านอาหารไอโอดีนไวเนลประชาสัมพันธ์	ชุด	1			
	3.4 พิธีกรในเวทีต่างๆ			ร้อยละ 100 ของที่มีเวที		
	3.5 ติดตามทำข่าวในพื้นที่			ร้อยละ 100 ของการทำข่าวในพื้นที่		
4	กิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินงาน					
	4.1.....					
	4.2.....					
	4.3.....					

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

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน สภากักแพง เบิ่งแงง คนมหาสารคาม
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนตำบลที่มีกิจกรรมการ สร้างความรู้และความตระหนักใน ชุมชนเรื่อง จังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต คนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็ก มหาสารคาม 4.0	ตำบล	133	ร้อยละ 100		

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

**แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
 มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
 หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
 (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข)
 รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561**

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
1	จำนวนสถานประกอบการเกลือไอโอดีนผ่านเกณฑ์มาตรฐานการผลิตของจังหวัดมหาสารคาม (MSK)	แห่ง	4	ร้อยละ 10		
2	จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	ครั้ง/ แห่ง	2 /40	ร้อยละ 100		
	2.1 จำนวนสถานประกอบการที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	แห่ง		ร้อยละ 100		
3	จำนวนสถานประกอบการเกลือแห่งใหม่ที่ได้รับการตรวจเพื่ออนุญาต (เมื่อสถานประกอบการร้องขอ)	แห่ง		ร้อยละ 100		

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

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)
หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)
รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

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 ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90		
4	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90		
5	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ และพบส่งสัยล่าช้า	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30		
6	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการส่งสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน 30 วัน	คน		ร้อยละ 100		
7	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90		
8	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	คน		ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 54		
9	จำนวนทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	คน		ไม่เกิน ร้อยละ 3		
10	จำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	โรงเรียน		ร้อยละ 80		

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
11	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20 - 34 ปี ลงทะเบียนออนไลน์ผ่าน Website (www.สาวไทยแกล้มแดง.com) เพื่อรับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและโฟลิก	คน		ร้อยละ 50		
12	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	คน		มากกว่าร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น		
13	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด			มากกว่าร้อยละ 80 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น		
14	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	คน		มากกว่าร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น		
15	จำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	คน		มากกว่าร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น		
16	จำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์			ร้อยละ 80		

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วย นับ	เป้าหมาย	เกณฑ์	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
17	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	คน		มากกว่า ร้อยละ 80		
18	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	คน		มากกว่า ร้อยละ 80		
19	จำนวนหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณ ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	คน		ไม่เกิน ร้อยละ 50		

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

แบบรายงานการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม
 มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

อำเภอ.....

รายงานประจำเดือน.....พ.ศ. 2561

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
เป้าหมายที่ 1						
1	จำนวนสถานประกอบการ ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ เกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต	ครั้ง/แห่ง	ร้อยละ 100			
	1.1 จำนวนสถานประกอบ การ ที่ได้มาตรฐาน 20-40 ppm.	แห่ง	ร้อยละ 100			
2	จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนไอโอดีน ผ่านเกณฑ์	หมู่บ้าน/ ชุมชน	ร้อยละ 90			
3	จำนวนครัวเรือนที่มีและบริโภค เกลือเสริมไอโอดีน	ครัวเรือน	ร้อยละ 100			
4	จำนวน อปท.ที่มีโครงการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคขาดสารไอโอดีน	อปท./ โครงการ	อย่างน้อย ร้อยละ 80			
5	จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนที่มี กองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	หมู่บ้าน	ร้อยละ 100			
6	จำนวนโรงเรียนที่ใช้เกลือ ไอโอดีนน้ำปลาและซอสปรุงรสที่ มีไอโอดีนประกอบอาหาร กลางวันในโรงเรียน	โรงเรียน				
	6.1 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 1	โรงเรียน	ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน			
	6.2 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 2	โรงเรียน	ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน			

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
	6.3 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 3	โรงเรียน	ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน			
	6.4 จำนวนโรงเรียนสังกัด สพป.มค. 26	โรงเรียน	ร้อยละ 100 ของ โรงเรียน			
7	จำนวนร้านค้าพาณิชย์ที่มีการใช้ เกลือเสริมไอโอดีนประกอบ อาหาร	ร้าน/ อำเภอ				
เป้าหมายที่ 2						
8	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90			
9	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90			
10	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ และพบส่งสัยล่าช้า	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30			
11	จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่พบว่าพัฒนาการ สงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม กระตุ้นภายใน 30 วัน	คน	ร้อยละ 100			
12	จำนวนเด็กนักเรียน ป.1-6 ได้รับ ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90			
13	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสม ส่วน	คน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 54			

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
14	จำนวนทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	คน	ไม่เกินร้อยละ 3			
15	จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีโครงการดำเนินงานด้านโภชนาการ พัฒนาการ และสติปัญญาเด็กปฐมวัย	ศูนย์เด็กเล็ก/ โครงการ	ร้อยละ 80			
16	จำนวนศูนย์เด็กเล็กดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	แห่ง	ร้อยละ 50			
17	จำนวน อปท. ที่มีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการครูศูนย์เด็กเล็ก ด้านพัฒนาการและโภชนาการเด็ก	แห่ง/คน	ร้อยละ 50 ของครูทั้งหมด/ปี			
18	จำนวนโรงเรียนที่จัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ในช่วงเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้	โรงเรียน	ร้อยละ 100 ของโรงเรียน			
	18.1 จำนวน 1 ชั่วโมง/สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
	18.2 จำนวน 1 ชั่วโมง/2 สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
	18.3 จำนวน 1 ชั่วโมง/3 สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
	18.4 จำนวน 1 ชั่วโมง/4 สัปดาห์	โรงเรียน/ คน				
19	จำนวนนักเรียนแกนนำที่ทำหน้าที่เป็นทูตไอโอดีนน้อย	โรงเรียน/ คน	ร้อยละ 100			
20	จำนวนโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง	โรงเรียน	ร้อยละ 80			

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
เป้าหมายที่ 3						
21	จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่ วันละ 1 ฟอง/คน/วัน	ศพด.	ร้อยละ 100			
22	จำนวนโรงเรียนที่มีการจัดอาหารกลางวันเมนูไข่อย่างน้อย 1 ฟอง/คน/วัน (เฉพาะโรงเรียนประถมศึกษาและขยายโอกาส)	โรงเรียน	ร้อยละ 90			
23	จำนวนแหล่งผลิตวัตถุดิบอาหาร (พืชผักปลา) ที่ได้มาตรฐาน	แห่ง/คน	ร้อยละ 100			
เป้าหมายที่ 4						
24	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20 - 34 ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ 1 เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์	คน	มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น			
25	จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18 - 34 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และโฟลิก สัปดาห์ละ 1 เม็ด	คน	มากกว่า ร้อยละ 80 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น			
26	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิก	คน	มากกว่า ร้อยละ 90 หรือมี แนวโน้ม เพิ่มขึ้น			

ลำดับ	กิจกรรม	หน่วยนับ	เกณฑ์	เป้าหมาย	ผลงาน	
					จำนวน	ร้อยละ
27	จำนวนหญิงตั้งครรภ์กินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ชาติเหล็กและโฟลิก ทุกวันๆ 1 ครั้ง	คน	มากกว่าร้อยละ 90 หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น			
28	จำนวนสถานบริการหรือกองทุนสุขภาพตำบล มีกิจกรรมในการสนับสนุน นม ไข่ ในหญิงตั้งครรภ์	แห่ง/ กองทุน	ร้อยละ 80			
29	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น	คน	มากกว่าร้อยละ 60			
30	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	คน	มากกว่าร้อยละ 60			
31	จำนวนหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	คน	ไม่เกินร้อยละ 50			
เป้าหมายที่ 5						
32	จำนวนตำบลที่มีกิจกรรมการสร้างความรู้และความตระหนักในชุมชนเรื่องจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่ตักศิลา 4.0	ตำบล	ร้อยละ 100 ของตำบล			



คำสั่งจังหวัดมหาสารคาม

ที่ 5247 /2561

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม
เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน
มุ่งสู่เด็กดีทักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0)

แผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ.2561 – 2564 ได้กำหนดวิสัยทัศน์จังหวัดมหาสารคาม คือ “เป็นแหล่งผลิตสินค้าเกษตรและอาหารคุณภาพ ศูนย์กลางบริการทางการศึกษาและวัฒนธรรม ประชาชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี” ประกอบด้วย 4 พันธกิจ โดยพันธกิจที่ 4 คือ เสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เป็นสังคมเข้มแข็งและ ได้รับบริการพื้นฐานอย่างเท่าเทียม และทั่วถึง มีเป้าประสงค์รวม ข้อ 4 คือ ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ โดยประเด็นยุทธศาสตร์ ที่ 4 คือ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่สังคมรู้จักสามัคคี เติบโตทางสถาบันของชาติ เอื้ออาทรและสมานฉันท์ มีกลยุทธ์ที่ 1 คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบกับกระทรวงมหาดไทยได้ลงนามบันทึกความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน โดยจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน

เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญประการแรกคือ 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 ของจังหวัดมหาสารคาม

มีระดับ IQ เท่ากับ 95.6 (เกณฑ์มาตรฐานเท่ากับ 100) และเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข ที่มีความสำคัญต่อมากคือ 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 77.22 ปี โดยอายุเฉลี่ยของประชาชน ปี 2556-2559 โดยรวมมีแนวโน้มลดลง สำหรับเพศชายและหญิงก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกันโดยอายุเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ปี 2559 (เท่ากับ 73.60 ปี) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย (ปี 2559 ประเทศไทยมีอายุเฉลี่ยรวม 74.70 ปี/ญี่ปุ่น 85 ปี/สิงคโปร์ 84.9 ปี/เกาหลีใต้ 80.2 ปี) โดยเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม คือ ประชาชนจังหวัดมหาสารคามมีอายุเฉลี่ย 80 ปี ในปี 2561 โดยระดับสติปัญญา มีผลกระทบโดยตรงต่อระดับคุณภาพการศึกษา มีผลกระทบโดยตรงต่อระดับคุณภาพชีวิตในทุกด้าน มีผลกระทบโดยตรงต่อระดับเศรษฐกิจครอบครัว และมีผลกระทบโดยตรงต่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของประเทศและกระทบต่อความมั่นคง และความยั่งยืนในที่สุด ซึ่งพบว่า ไอโอดีนเป็นแร่ธาตุสำคัญและเป็นส่วนประกอบของการสร้างฮอร์โมนธัยรอยด์ ในร่างกายมนุษย์ ซึ่งมีความสำคัญต่อพัฒนาการทางสมองและการเจริญเติบโตของทารก ตั้งแต่ในครรภ์จนกระทั่งคลอด หากขาดไอโอดีนจะมีผลต่อพัฒนาการทั้งทางร่างกายและทางสมอง ทำให้เกิดภาวะตัวเตี้ย ปัญญาอ่อน ซึ่งการได้รับสารไอโอดีนในเกลือบริโภคและอาหารถือว่าสำคัญและง่ายในการส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคอย่างต่อเนื่องทุกครัวเรือน จะต้องส่งเสริมการผลิตและการกระจายเกลือไอโอดีนและอาหารที่มีไอโอดีน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ซึ่งจังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมา ตั้งแต่ปี 2559 เนื่องจากมีสถานที่ประกอบการเกลือไอโอดีนถึง 45 แห่ง มากที่สุดในประเทศมีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งในปี 2558 ได้รับการรับรองเป็นจังหวัดไอโอดีน 1 ใน 7 จังหวัดของประเทศ และจังหวัดมหาสารคามมีความเหมาะสม ที่จะดำเนินงานโครงการเกลือไอโอดีนยั่งยืน ซึ่งเป็นจังหวัดนำร่องระดับประเทศ สอดคล้องกับเป้าหมายประเทศที่จะยกระดับการพัฒนาประเทศให้เป็น Thailand 4.0 โดยภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องร่วมดำเนินการ คือ การสร้างคนไทย 4.0 (Smart Citizens) ซึ่งเป้าหมายต้นน้ำที่สำคัญคือต้องสร้างให้เป็น Smart Kids ที่ประกอบด้วย ดี เก่ง มีสุข (ดี : มีวินัย เก่ง : ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ มีสุข : แข็งแรง)

เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างคนมหาสารคามเป็นคนไทย 4.0 (Smart Citizens) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids TAKSILA 4.0) ของจังหวัดมหาสารคามโดยดำเนินงานด้วยกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้

บรรลุตามเป้าประสงค์ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids TAKSILA 4.0) ของจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมี 5 เป้าประสงค์ที่สำคัญ คือ (1) เพื่อยกระดับมาตรฐานการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนในจังหวัดมหาสารคามให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ มีการกระจายเกลือเสริมไอโอดีนอย่างครอบคลุมให้ทุกครัวเรือนมีและบริโภคอย่างเพียงพอ (2) เพื่อให้เด็กมหาสารคาม ดี เก่ง มีสุข (ดี : มีวินัย เก่ง : ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ มีสุข : แข็งแรง) (3) เด็กมหาสารคามได้รับการบริโภคอาหารที่จำเป็นและเพียงพอ ได้แก่ ไข่ นม ผัก (4) หญิงวัยเจริญพันธุ์ในจังหวัดมหาสารคามเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ และการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (5) ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามได้รับความรู้และข่าวสารที่เพียงพอเพื่อให้เกิดความตระหนัก และมีความรอบรู้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม ที่มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 โดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการและอำนาจหน้าที่ดังนี้

1. คณะกรรมการอำนวยการ

1.1 ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม	ประธาน
1.2 รองผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม (ทั้ง 2 ท่าน)	รองประธาน
1.3 ปลัดจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
1.4 นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม	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

4/1.19 นายก...

1.19	นายกเทศมนตรีเมืองมหาสารคาม	กรรมการ
1.20	ผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม	กรรมการ
1.21	ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม	กรรมการ
1.22	ผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างมหาสารคาม	กรรมการ
1.23	ประธานสภาอภัยแกง เบ็ญแจง คนสารคาม	กรรมการ
1.24	ประธานชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน	กรรมการ
1.25	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ/เลขานุการ
1.26	นางวัฒนา นันทะแสน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
1.27	นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
1.28	นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

- กำหนดนโยบาย และทิศทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0
- อำนวยความสะดวกและประสานการดำเนินงานในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0
- เยี่ยมเสริมพลังให้กับคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดำเนินงานไอโอดีนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0

2. คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 (Smart Kids Taksila 4.0) ระดับจังหวัด

2.1	รองผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม (ผู้กำกับดูแลงานสาธารณสุข)	ประธาน
2.2	ปลัดจังหวัดมหาสารคาม	รองประธาน
2.3	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	รองประธาน
2.4	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ

5/2.5 นายกเหล่ากาชาด...

2.5 นายกเหล่ากาชาดจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.6 อุตสาหกรรมจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.7 พาณิชยจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.8 ท้องถิ่นจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.9 ประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.10 พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.11 สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.12 ปศุสัตว์จังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.13 ศึกษาธิการจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.14 เกษตรจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.15 ประมงจังหวัดมหาสารคาม	กรรมการ
2.16 นายอำเภอทุกอำเภอ	กรรมการ
2.17 อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม	กรรมการ
2.18 อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม	กรรมการ
2.19 นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองมหาสารคาม	กรรมการ
2.20 ผู้อำนวยการวิทยาลัยอาชีวศึกษามหาสารคาม	กรรมการ
2.21 ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคมหาสารคาม	กรรมการ
2.22 ผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างมหาสารคาม	กรรมการ
2.23 ประธานสภาอภัยแกง เบ็งแกง คนมหาสารคาม	กรรมการ
2.24 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม	กรรมการ
2.25 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง	กรรมการ
2.26 สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง	กรรมการ
2.27 นางรุ่งทิพย์ มั่นคง	รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม กรรมการ
2.28 นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม กรรมการ
2.29 นายวัฒน์นะ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ

- 2.30 นายบุญถม ปาปะแพ เกสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กรรมการ
- 2.31 นางพิสัย ปาปะโต ประธานชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน
กรรมการ
- 2.32 นางวัฒนา นันทะแสน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
(ด้านบริการทางวิชาการ) สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดมหาสารคาม กรรมการ/เลขานุการ
- 2.33 นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.34 นางแฉล้ม รัตนพันธุ์ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช
สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
มหาสารคาม กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.35 นายสังัด เชื้อลิ้นฟ้า หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.36 นางสาวจิต อิศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.37 นางสาวนิยม เปรมบุญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.38 นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ เกสัชกรชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.39 นางสาวสมบูรณ์ เนื่องมหา เจ้าหน้าที่งานเภสัชชำนาญาน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.40 นางสาวศศยา อ่อนคำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 7/2.41 ว่าที่ รต.ศิริรัตน์...

- 2.41 ว่าที่ รต.ศิริรัตน์ จำภูญชร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
- 2.42 นางสาวระพีพร คำเจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

บทบาทหน้าที่

1. กำหนดแนวทางการดำเนินงาน การควบคุมกำกับและการประเมินผลการขับเคลื่อน การดำเนินงานจังหวัดไอโอดีน 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 เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต คนมหาสารคาม มุ่งสู่เด็กตักสิลา 4.0 และรายงานผลต่อผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม และคณะกรรมการอำนวยการทุกเดือนในการประชุมกรรมการจังหวัดมหาสารคาม

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

3.1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอโกสุมพิสัย

- | | |
|-----------------------------------|---------|
| 1. นายอำเภอโกสุมพิสัย | ประธาน |
| 2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย | กรรมการ |
| 3. พัฒนาการอำเภอโกสุมพิสัย | กรรมการ |
| 4. นายกเทศมนตรีตำบลโกสุมพิสัย | กรรมการ |
| 5. กำนันตำบลแพ่ง อำเภอโกสุมพิสัย | กรรมการ |

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| 6. ผู้อำนวยการโรงเรียนศรีโกสุมวิทยามิตรภาพที่ 209 | | กรรมการ |
| 7. เกษตรอำเภอกอสุมพิสัย | | กรรมการ |
| 8. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก | | กรรมการ |
| 9. ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลสายรุ้ง | | กรรมการ |
| 10. ผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร | โรงงานน้ำตาลวังขนาย | กรรมการ |
| 11. นายศาสตรา สัจพงษ์ | ประธานชมรมถ่ายภาพโกสุมพิสัย | กรรมการ |
| 12. นายสุพจน์ สัจพงษ์ | ผู้แทนผู้ประกอบการกิจการพาณิชย์ | กรรมการ |
| 13. นางยุพาพร ยะปะเตา | ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอกอสุมพิสัย | กรรมการ |
| 14. นายณัฐวุฒิ มาสาซ้าย | ประธานกลุ่มฮักแพงเบ็งแกงคนโกสุมพิสัย | กรรมการ |
| 15. นายวีระศักดิ์ สุพรรณฝ้าย | เลขาประชาคมเมืองโกสุมพิสัย | กรรมการ |
| 16. ร.ต.ต.ฉลอง ปานะโปย | ข้าราชการบำนาญ(ตำรวจ) | กรรมการ |
| 17. นายถวิล สีหาราช | ประธานชมรมผู้สูงอายุอำเภอกอสุมพิสัย | กรรมการ |
| 18. นายเพิ่ม รูปสูง | ประธานชมรม อสม.อำเภอกอสุมพิสัย | กรรมการ |
| 19. นายจำเนียร บุตรตะโคตร | นักจัดรายการวิทยุชุมชน | กรรมการ |
| 20. สาธารณสุขอำเภอกอสุมพิสัย | | กรรมการ/เลขานุการ |
| 21. ปลัดอำเภอ ที่ได้รับมอบหมาย | | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
- 3.2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอชื่นชม**
- | | | |
|---|--|-----------|
| 1. นายอำเภอชื่นชม | | ประธาน |
| 2. ปลัดอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง | | รองประธาน |
| 3. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรชื่นชม | | รองประธาน |
| 4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชื่นชม | | รองประธาน |
| 5. พัฒนาการอำเภอชื่นชม | | กรรมการ |
| 6. ท้องถิ่นอำเภอชื่นชม | | กรรมการ |
| 7. เกษตรอำเภอชื่นชม | | กรรมการ |
| 8. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชื่นชม | | กรรมการ |
| 9. นายกเทศมนตรีตำบลกุดปลาตุก | | กรรมการ |
| 10. นายกเทศมนตรีตำบลหนองกุง | | กรรมการ |

11. ประธานคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพการศึกษาอำเภอชื่นชม กรรมการ
12. ประธานเครือข่ายจิตอาสาประชารัฐอำเภอชื่นชม กรรมการ
13. ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอชื่นชม กรรมการ
14. ประธานเครือข่ายเกษตรพันธสัญญาอำเภอชื่นชม กรรมการ
15. ประธานสภาอภัยแก่เป็งเป็งคนชื่นชม กรรมการ
16. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลชื่นชม กรรมการ
17. นายแพรว นาคแย้ม ผู้แทนสื่อสารมวลชนอำเภอชื่นชม กรรมการ
18. นางสาวศุภมาลัักษณ์ สุรภักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กรรมการ
19. ประธานคณะกรรมการพัฒนาบทบาทสตรีชื่นชม กรรมการ
20. สาธารณสุขอำเภอชื่นชม กรรมการ/เลขานุการ
21. นายสุขสรรค์ ศรีกงพลี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชื่นชม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

3.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบรบือ

1. นายอำเภอบรบือ ประธาน
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ รองประธาน
3. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรบรบือ รองประธาน
4. ปลัดอำเภอ ที่ได้รับมอบหมาย กรรมการ
5. พัฒนาการอำเภอบรบือ กรรมการ
6. ท้องถิ่นอำเภอบรบือ กรรมการ
7. เกษตรอำเภอบรบือ กรรมการ
8. ปศุสัตว์อำเภอบรบือ กรรมการ
9. ผู้อำนวยการโรงเรียนบรบือวิทยาคาร กรรมการ
10. นายกเทศมนตรีตำบลบรบือ กรรมการ
11. กำนันตำบลหนองม่วง ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอบรบือ กรรมการ
12. ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอบรบือ กรรมการ
13. ประธานคณะกรรมการพัฒนาบทบาทสตรีอำเภอบรบือ กรรมการ
14. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าตามา อำเภอบรบือ
กรรมการ
15. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาครอบครัวและศึกษาตามอัธยาศัย
อำเภอบรบือ กรรมการ
16. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบรบือ กรรมการ

- | | |
|---|--|
| 17. ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอบรบือ | กรรมการ |
| 18. ประธานชมรมผู้ประกอบการร้านขายยาอำเภอบรบือ | กรรมการ |
| 19. ประธานเครือข่ายจิตอาสาประชารัฐอำเภอบรบือ | กรรมการ |
| 20. สาธารณสุขอำเภอบรบือ | กรรมการ/เลขานุการ |
| 21. นางเพ็ญศิริ กุลมงคลสวัสดิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 22. นายจักรพงษ์ บุهران | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

3.4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาดูน

- | | |
|--|--|
| 1. นายอำเภอนาดูน | ประธาน |
| 2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาดูน | รองประธาน |
| 3. เกษตรอำเภอนาดูน | กรรมการ |
| 4. พัฒนาการอำเภอนาดูน | กรรมการ |
| 5. ท้องถิ่นอำเภอนาดูน | กรรมการ |
| 6. ปศุสัตว์อำเภอนาดูน | กรรมการ |
| 7. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง | กรรมการ |
| 8. กำนันทุกตำบล | กรรมการ |
| 9. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง | กรรมการ |
| 10. ผู้บริหารสถานศึกษามัธยมศึกษาทุกแห่ง | กรรมการ |
| 11. ผู้บริหารสถานศึกษา ประถมศึกษาทุกแห่ง | กรรมการ |
| 12. หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนาดูน | กรรมการ |
| 13. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลนาดูน | กรรมการ |
| 14. ผู้บริหารสถานีวิทยุในเขตอำเภอนาดูน | กรรมการ |
| 15. ประธานชมรม อสม.อำเภอนาดูน | กรรมการ |
| 16. สาธารณสุขอำเภอนาดูน | กรรมการ/เลขานุการ |
| 17. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอนาดูน | กรรมการ/เลขานุการ |
| 18. หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ | โรงพยาบาลนาดูน
กรรมการ/เลขานุการ |
| 19. นางจริยา สীগพลี | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลนาดูน
กรรมการ/เลขานุการ |

- | | |
|-----------------------------|--|
| 20. นางศิริวิมล สุระพล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนาคูณ กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 21. นางสาวณัชชา อุ๋นศรีเพ็ง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลนาคูณ กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 22. นางพัชรี ดรพล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนาคูณ กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 23. นางสาวอภิญญา สีคาม | เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาคู
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

3.5 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอแกด้า

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. นายอำเภอแกด้า | ประธาน |
| 2. ปลัดอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง | รองประธาน |
| 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกด้า | กรรมการ |
| 4. ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรแกด้า | กรรมการ |
| 5. พัฒนาการอำเภอแกด้า | กรรมการ |
| 6. เกษตรอำเภอแกด้า | กรรมการ |
| 7. ท้องถิ่นอำเภอแกด้า | กรรมการ |
| 8. ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านวังแสง | กรรมการ |
| 9. ผู้อำนวยการโรงเรียนมิตรภาพ | กรรมการ |
| 10. ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอแกด้า | กรรมการ |
| 11. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลแกด้า | กรรมการ |
| 12. ผู้จัดการโรงเรียนอนุบาลฉันทพร | กรรมการ |
| 13. นางอัญชุลี ทองภูบาล | ผู้ประกอบการสถานพยาบาล |
| 14. นายชัยรัช คำพะวงค์ | ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพทนายความ |
| 15. ประธานสภาฮักแพงเบิ่งแงงคนแกด้า | กรรมการ |
| 16. ประธานคณะกรรมการพัฒนาสตรีอำเภอแกด้า | กรรมการ |
| 17. ประธานชมรมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อำเภอแกด้า | กรรมการ |
| 18. ประธานชมรม อสม. อำเภอแกด้า | กรรมการ |
| 19. ประธานเครือข่ายกองทุนหมู่บ้านอำเภอแกด้า | กรรมการ |
| 20. สาธารณสุขอำเภอแกด้า | กรรมการ/เลขานุการ |
| 21. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอแกด้า | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

3.6 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอภูตริง

1. นายอำเภอภูตริง	ประธาน
2. ปลัดอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานปกครอง	รองประธาน
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูตริง	รองประธาน
4. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรภูตริง	กรรมการ
5. พัฒนาการอำเภอภูตริง	กรรมการ
6. ท้องถิ่นอำเภอภูตริง	กรรมการ
7. เกษตรอำเภอภูตริง	กรรมการ
8. ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรอำเภอภูตริง	กรรมการ
9. นายกองค้การบริการส่วนตำบลภูตริง	กรรมการ
10. นายกองค้การบริการส่วนตำบลหนองแวง	กรรมการ
11. นายกองค้การบริการส่วนตำบลนาโพธิ์	กรรมการ
12. นายกองค้การบริการส่วนตำบลเลิงแฝก	กรรมการ
13. นายกองค้การบริการส่วนตำบลห้วยเตย	กรรมการ
14. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอภูตริง	กรรมการ
15. ประธานศูนย์ศึกษานาโพธิ์-หนองแวง	กรรมการ
16. ประธานศูนย์การศึกษาสร้อยดอกหมาก	กรรมการ
17. ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอภูตริง	กรรมการ
18. หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลภูตริง	กรรมการ
19. ประธาน ชมรม อสม.อำเภอภูตริง	กรรมการ
20. สาธารณสุขอำเภอภูตริง	กรรมการ/เลขานุการ
21. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอภูตริง	กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

3.7 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอกันทรวิชัย

1. นายอำเภอกันทรวิชัย	ประธาน
2. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรกันทรวิชัย	รองประธาน
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรวิชัย	รองประธาน
4. พัฒนาการอำเภอกันทรวิชัย	กรรมการ
5. เกษตรอำเภอกันทรวิชัย	กรรมการ
6. ท้องถิ่นอำเภอกันทรวิชัย	กรรมการ
7. ผู้อำนวยการโรงเรียนกันทรวิชัย	กรรมการ

- | | |
|--|--------------------------|
| 8. ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลกันทรวิชัย | กรรมการ |
| 9. นายกเทศมนตรีตำบลท่าขอนยาง | กรรมการ |
| 10. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเขวาสินรินทร์ | กรรมการ |
| 11. นายศีลธรรม รอบวงจันทร์ ประธานชมรมผู้สูงอายุและประธานสภา
วัฒนธรรมอำเภอ | กรรมการ |
| 12. นายบุรินทร์ นามโกล สมาชิกสภาจังหวัดเขตอำเภอกันทรวิชัย เขต1 | กรรมการ |
| 13. กำนันตำบลขามเฒ่าพัฒนา | กรรมการ |
| 14. ประธานชมรม อสม.อำเภอกันทรวิชัย | กรรมการ |
| 15. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าขอนยาง | กรรมการ |
| 16. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข | กรรมการ |
| 17. นางสาวนงนุช เบ็ญจมนี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| 18. นางจันทิรา เพียรดวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการ |
| 19. นายประมวล พลขำนิ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและ
องค์รวม | กรรมการ |
| 20. สาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย | กรรมการ/เลขานุการ |
| 21. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอกันทรวิชัย | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

3.8 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอนาเชือก

- | | |
|--|-----------|
| 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 | เภสัชกรชำนาญการ
โรงพยาบาลนาเชือก | กรรมการ |
| 14. นางโชติกา บำรุง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนาเชือก | กรรมการ |
| 15. นางระดา พันธุ์เชื้อ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก | กรรมการ |
| 16. สาธารณสุขอำเภอนาเชือก | | กรรมการ/เลขานุการ |
| 17. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอนาเชือก | | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 18. นางวันเพ็ญ ปะธิเก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 19. นางปิยะนันท์ ศิริยะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาเชือก | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

3.9 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเชียงยืน

- | | | |
|---|--|-----------|
| 1. นายอำเภอเชียงยืน | | ประธาน |
| 2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงยืน | | รองประธาน |
| 3. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรเชียงยืน | | รองประธาน |
| 4. ปลัดอำเภอ หัวหน้ากลุ่มบริหารงานปกครอง | | รองประธาน |
| 5. พัฒนาการอำเภอเชียงยืน | | กรรมการ |
| 6. เกษตรอำเภอเชียงยืน | | กรรมการ |
| 7. ปศุสัตว์อำเภอเชียงยืน | | กรรมการ |
| 8. ท้องถิ่นอำเภอเชียงยืน | | กรรมการ |
| 9. ผู้อำนวยการโรงเรียนเชียงยืนพิทยาคม | | กรรมการ |
| 10. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ
เชียงยืน | | กรรมการ |
| 11. ประธานชมรม อสม.อำเภอเชียงยืน | | กรรมการ |
| 12. ประธานคณะกรรมการพัฒนาบทบาทสตรี อำเภอเชียงยืน | | กรรมการ |
| 13. ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้าน อำเภอเชียงยืน | | กรรมการ |
| 14. ประธานชมรมผู้ประกอบการร้านค้า อำเภอเชียงยืน | | กรรมการ |

15/15. ประธาน...

- | | |
|--|--------------------------|
| 15. ประธานชมรมสถานีวิทยุท้องถิ่น อำเภอเขียงยืน | กรรมการ |
| 16. นายกเทศมนตรีตำบลเขียงยืน อำเภอเขียงยืน | กรรมการ |
| 17. นายกเทศมนตรีตำบลโพหนอง อำเภอเขียงยืน | กรรมการ |
| 18. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง | กรรมการ |
| 19. เจ้าคณะอำเภอเขียงยืน | กรรมการ |
| 20. ประธานชมรมหมอพื้นบ้านอำเภอเขียงยืน | กรรมการ |
| 21. ผู้แทนเหล่ากาชาดอำเภอเขียงยืน | กรรมการ |
| 22. สาธารณสุขอำเภอเขียงยืน | กรรมการ/เลขานุการ |
| 23. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเขียงยืน | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 24. หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

3.10 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองมหาสารคาม

- | | |
|---|---|
| 1. นายอำเภอเมืองมหาสารคาม | ประธาน |
| 2. รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลมหาสารคาม | รองประธาน |
| 3. นายวรวงษ์ วรเชษฐ์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมหาสารคาม รองประธาน |
| 4. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรเมืองมหาสารคาม | กรรมการ |
| 5. ปลัดอาวุโสอำเภอเมืองมหาสารคาม | กรรมการ |
| 6. นางสาวเบญจวรรณ ธรรมปัญญาวัฒน์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมหาสารคาม กรรมการ |
| 7. นางสาววรกุล ลัญจกรสิริพันธ์ | นายแพทย์ปฏิบัติการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม กรรมการ |
| 8. นายสรฤทธิ์ อังวรานนท์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลมหาสารคาม กรรมการ |
| 9. ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองมหาสารคาม | กรรมการ |
| 10. นายโฆสิต เหล่าสุวรรณ | นายกสมาคมชาวมหาสารคาม
กรรมการ |
| 11. นายศักดิ์เจริญ ภาภูตานนท์ | ภาคีเครือข่ายฮักแพงเบิ่งแงคนสารคาม
กรรมการ |
| 12. นายบุญเลิศ สดสุขชาติ | สื่อมวลชน
กรรมการ |
| 13. นส. ปราณี่ คำศิริรักษ์ | ข้าราชการบำนาญ
กรรมการ |

14. น.ส.ยุพิน สาศิริ ประธาน อสม.อำเภอเมืองมหาสารคาม
กรรมการ
15. นายสมพงษ์ พวงเวียง กรรมการผู้จัดการบริษัทโสมภาส เอ็นจีเนียริ่ง
จำกัด กรรมการ
16. ประธานชมรมนายกองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดมหาสารคาม กรรมการ
17. นายมณี ธีรวัชรกร รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขวา
กรรมการ
18. นายปราโมทย์ วัฒนะ นักวิชาการเกษตรสำนักงานเกษตรจังหวัด
กรรมการ
19. นายदनัย เพชรสังหาร ประธานงานองค์กรภาคประชาสังคม กรรมการ
20. น.ส.ทรรศตวรรษ เดชมลลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กรรมการ
21. ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองฯ
กรรมการ
22. นางสิริสม ภัทรพงศ์สินธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม กรรมการ
23. นางรำไพ เกตุจิระโชติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม กรรมการ
24. นางศิริพร พรแสน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม กรรมการ
25. นางสาวสมทรง บุตรตะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม กรรมการ
26. นางวรลักษณ์ พรหมรินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม กรรมการ
27. นางเพิ่มพูน ศิริกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม กรรมการ
28. นายเอกพงษ์ เงินขาว นักกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลมหาสารคาม
กรรมการ
29. นางสาวศุภลักษณ์ จันทาญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม กรรมการ
30. นางธัญญธร วัจนามัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง กรรมการ

- | | |
|---|---|
| 31. สาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม | กรรมการและเลขานุการ |
| 32. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 33. นางวิศรุดา ตีเมืองซ่าย | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 34. นางสาวชนิศา ทวีการณั | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 35. นางสุนันต์ทา พิณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 36. นางวัฒนา สว่างศรี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

3.11 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างสี่สุราช

- | | |
|--|---|
| 1. นายอำเภออย่างสี่สุราช | ประธาน |
| 2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอย่างสี่สุราช | รองประธาน |
| 3. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรอย่างสี่สุราช | กรรมการ |
| 4. ปลัดอำเภอ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 5. ท้องถิ่นอำเภออย่างสี่สุราช | กรรมการ |
| 6. พัฒนาการอำเภออย่างสี่สุราช | กรรมการ |
| 7. เกษตรอำเภออย่างสี่สุราช | กรรมการ |
| 8. ปศุสัตว์อำเภออย่างสี่สุราช | กรรมการ |
| 9. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาตามอัธยาศัยและการศึกษา
นอกระบบอำเภออย่างสี่สุราช | กรรมการ |
| 10. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบ้านกู่ | กรรมการ |
| 11. นางอมราวดี แสนมี | นักบริหารงานสาธารณสุข
องค์การบริหารส่วนตำบลอย่างสี่สุราช |
| 12. นายธีรวัฒน์ ทุมดี | สมาชิกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอำเภอ
อย่างสี่สุราช |

13. นางสาวอัจฉรา มีดวง เกษีกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลยางสีสุราช
กรรมการ
14. นางประครอง ประภีระณะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลยางสีสุราช กรรมการ
15. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง อำเภอยางสีสุราช
กรรมการ
16. นายพงษ์พัฒน์ แก้วพะเนาว์ ผู้จัดการแก้วพะเนาว์ฟาร์ม กรรมการ
17. ประธานชมรม อสม.อำเภอยางสีสุราช กรรมการ
18. กำนันตำบลดงเมือง อำเภอยางสีสุราช กรรมการ
19. สาธารณสุขอำเภอยางสีสุราช กรรมการ/เลขานุการ
20. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอยางสีสุราช กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ
21. นางอะนุตย์ ปุริสังข์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลยางสีสุราช กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

3.12 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย

1. นายอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ประธาน
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย รองประธาน
3. พัฒนาการอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย กรรมการ
4. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรพยัคฆภูมิพิสัย กรรมการ
5. นายกสมาคมผู้บริหารสถานศึกษาอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย กรรมการ
6. ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลเอี่ยมสุข อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย กรรมการ
7. นายไพฑูรย์ วิบูลย์วิริยะสกุล ประธานชมรมพ่อค้า (ร้านเพิ่มพูนพานิช)
กรรมการ
8. นายอภิยุทธ ตาราไต (ร้านเพ็ญเกษ์) กรรมการ
9. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเวียงชัย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย กรรมการ
10. กำนันตำบลปะหลาน อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย กรรมการ
11. นายสมบัติ ทองไกรรัตน์ ผู้จัดการ หจก.สมบัติบริการ กรรมการ
12. แพทย์หญิงนิตยา บุราณรักษ์ (ผู้แทนคลินิก) กรรมการ
13. นายบุญจันทร์ ศรีสมยา สถานีวิทยุกระจายเสียง 89 ชูเปอร์เรดีโอ
กรรมการ
14. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนม่วง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย
กรรมการ

- | | |
|--|--------------------------|
| 15. พระมหาประภิต ฐิตญาโน รองเจ้าคณะอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย | กรรมการ |
| 16. ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย | กรรมการ |
| 17. ประธานชมรม อสม.อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย | กรรมการ |
| 18. ประธานทนายความศาลแขวงพยัคฆภูมิพิสัย | กรรมการ |
| 19. ประธานกลุ่มสตรีศรีพยัคฆภูมิพิสัย | กรรมการ |
| 20. สาธารณสุขอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย | กรรมการ/เลขานุการ |
| 21. ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย | กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ |

3.13 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอวาปีปทุม

- | | |
|--|-------------------|
| 1. นายอำเภอวาปีปทุม | ประธาน |
| 2. ปลัดอำเภอ ที่ได้รับมอบหมาย | กรรมการ |
| 3. นายกเทศมนตรีตำบลวาปีปทุม | กรรมการ |
| 4. ประธานชมรมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอวาปีปทุม | กรรมการ |
| 5. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาปีปทุม | กรรมการ |
| 6. พัฒนาการอำเภอวาปีปทุม | กรรมการ |
| 7. ผู้อำนวยการโรงเรียนวาปีปทุม | กรรมการ |
| 8. ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรวาปีปทุม | กรรมการ |
| 9. เกษตรอำเภอวาปีปทุม | กรรมการ |
| 10. ปศุสัตว์อำเภอวาปีปทุม | กรรมการ |
| 11. นายอุตร พรหมลี | ผู้แทนภาคประชาชน |
| 12. ประธาน อสม.อำเภอวาปีปทุม | กรรมการ |
| 13. นายกสมาคมผู้พิการอำเภอวาปีปทุม | กรรมการ |
| 14. ประธานสภาตรีอำเภอวาปีปทุม | กรรมการ |
| 15. ประธานสภาวัฒนธรรมอำเภอวาปีปทุม | กรรมการ |
| 16. นางณิภรณ์ สังข์เกท | ผู้แทนวิชาชีพ |
| 17. นายสมบัติ มูลหนองแขง | ผู้แทนวิชาชีพ |
| 18. นายสุรศักดิ์ บุรีมาตร | ผู้แทนวิชาชีพ |
| 19. แพทย์หญิงเบญจพร อินทรกรอุดม | ผู้แทนวิชาชีพ |
| 20. นายพิชัย ชุบสุวรรณ | ผู้แทนวิชาชีพ |
| 21. สาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม | กรรมการ/เลขานุการ |

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 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

เสนอห์ นนทะโชติ
(นายเสนอห์ นนทะโชติ)
ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม

การจัดการความรู้ เรื่อง การชะลอไตเสื่อมโดยรูปแบบ 4C Model Knowledge Management Using 4C Model in Slowing the Renal Failure

สุนีรัตน์ สิงห์คำ*
Suneerat Singhkum*

บทคัดย่อ

การจัดการความรู้ เรื่อง การชะลอไตเสื่อมโดยรูปแบบ 4C Model มีผลโดยตรงภายใต้การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2558-2561 และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขปี 2561 สู่การปฏิบัติในระดับ CUP ปีงบประมาณ 2561 แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan (17 โครงการ 27 ตัวชี้วัด) ตัวชี้วัดที่ 24 โครงการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไต ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4ml/min/1.73 ตารางเมตร (เป้าหมายปี 2561 > ร้อยละ 66) ซึ่งดำเนินกิจกรรมโดยโรงพยาบาลแกด้า ร่วมกับ เครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขอำเภอแกด้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 7 ขอนแก่น ปี 2557-2558 จำนวนเงิน 850,000 บาท ในพื้นที่อำเภอแกด้า เป้าหมายของโครงการ คือ การชะลอไตเสื่อมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอแกด้า โดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนและผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจนทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถชะลอไตเสื่อมได้ อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง, ชะลอไตเสื่อม, 4C Model

* งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแกด้า อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและเป็นปัญหาสำคัญของประชากรไทย พบ ร้อยละ 17.5 (8.5 ล้านคน) จากการศึกษาของ Thai SEEK Study สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2552 พบความชุกของโรคไตเรื้อรังได้ 17.5% และจากการสำรวจ พบว่า 4.6-17.5% ของประชาชนไทยมีโรคไตเรื้อรัง แนวโน้มความชุกของผู้ป่วยที่รักษาบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy, RRT) เพิ่มขึ้นปีละ 15.20% สาเหตุสำคัญ คือโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ระยะที่ 1-3 ไม่แสดงอาการทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จนการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4 และระยะไตวาย ซึ่งต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก สาเหตุของโรคไตวาย ร้อยละ 70 เกิดจากโรคเบาหวาน ซึ่งมีโอกาสสูงกว่าคนปกติทั่วไป 20 เท่า พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานก่อนอายุ 20 ปี จะมีการไตวายได้ ร้อยละ 45-50 และผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จะทำให้เป็นโรคไตวายได้ ร้อยละ 6 และมีการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังประมาณ 2,000 รายต่อปี เป็นโรคแห่งความทุกข์ทรมาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่สามขึ้นไปประมาณ

1.9 และ 1.6 เท่าตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ 2558.) จึงเป็นภัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม กระทบต่อคุณภาพของชีวิต ครอบครัวและสังคมโดยรวม ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งเกิดจากวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ เช่น ปัจจัยการบริโภคที่ไม่เหมาะสม (อาหาร บุหรี่ สุรา) ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักเกิน ภาวะความเครียดจึงจำเป็นต้องระดมพลังให้ความรู้แก่ประชาชนและสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยจังหวัดมหาสารคาม ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) จำนวน 258 ราย HD (Hemodialysis) จำนวน 417 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559) ผู้ป่วย CKD ทุกระยะ (ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5) ประมาณ 17,690 รายการป้องกันความเสื่อมของไตเรื้อรัง จึงถือว่าเป็นวิธีการที่ตรงจุดและเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด

ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคคอบบี (Cobb, 1976) และแลงกลี (Langlie, 1977) ได้รายงานผล การศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกาย ประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพ กาย คือ

พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore 977 อ้างใน Minkler, 1981 : 151) ศึกษาในผู้ขายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan 1974 : 7) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่างมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

โรงพยาบาลแกดำเป็นองค์กรหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้คนในพื้นที่มีสุขภาพดีโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การสร้างความเข้มแข็งในชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ต้องมีภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพชุมชนเพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้และเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้กับชุมชน ดังนั้น ภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชนจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถ และทักษะในการจัดการด้านสุขภาพ ตลอดจนให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลให้

ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นในอนาคต (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน ก็คือ กลุ่มแกนนำชุมชนหรือผู้นำชุมชน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยจะได้รับความรู้ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากแนวคิดในปัจจุบันที่ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มองสุขภาพในเชิงสุขภาพะ คือ สุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับทุกปัจจัย การพัฒนาสุขภาพต้องพัฒนาไปพร้อมๆ กับการพัฒนาด้านอื่นๆ ด้วย¹ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นทั้งกระบวนการ กิจกรรม และแนวทางสำหรับการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และเกื้อหนุนให้บุคคล ได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนในทุกด้าน แบบองค์รวมอย่างเป็น ระบบ เนื่องจากสุขภาพนั้นเป็นองค์รวม ที่มาจากส่วนประกอบหลายๆ ประการ อาทิ สังคมสิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อสนับสนุนยับยั้ง หรือกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่าย ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการปรับปรุงสังคมด้านต่างๆ บทบาทของประชาชนและแกนนำชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการ

ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และชุมชน โดยประชาชนจะต้องเห็นคุณค่า และผลของสิ่งแวดล้อม ต่อภาวะสุขภาพ ช่วยกันรักษา และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

ปี 2555 โรงพยาบาลแกด้าจัดตั้ง CKD Clinic พัฒนาศักยภาพ จนท.สส/ทีมสหวิชาชีพ/พยาบาลผู้รับผิดชอบโรคไตเรื้อรังเครือข่ายแกด้าเริ่มใช้นวัตกรรมวงกลมสีบอกฉันทิตบสนมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่รพ.แกด้า มีการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง เช่น DM/HTยังไม่ครอบคลุม ผลการตรวจ Lab Cr. ใช้แบบJaffe kineticปี 2556 ด้านบริการก็ยังไม่มีความชัดเจน ยังให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามแพทย์สั่ง การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมผู้รับผิดชอบขาดทักษะ ประสิทธิภาพ และปัญหากระบวนการข้อมูล

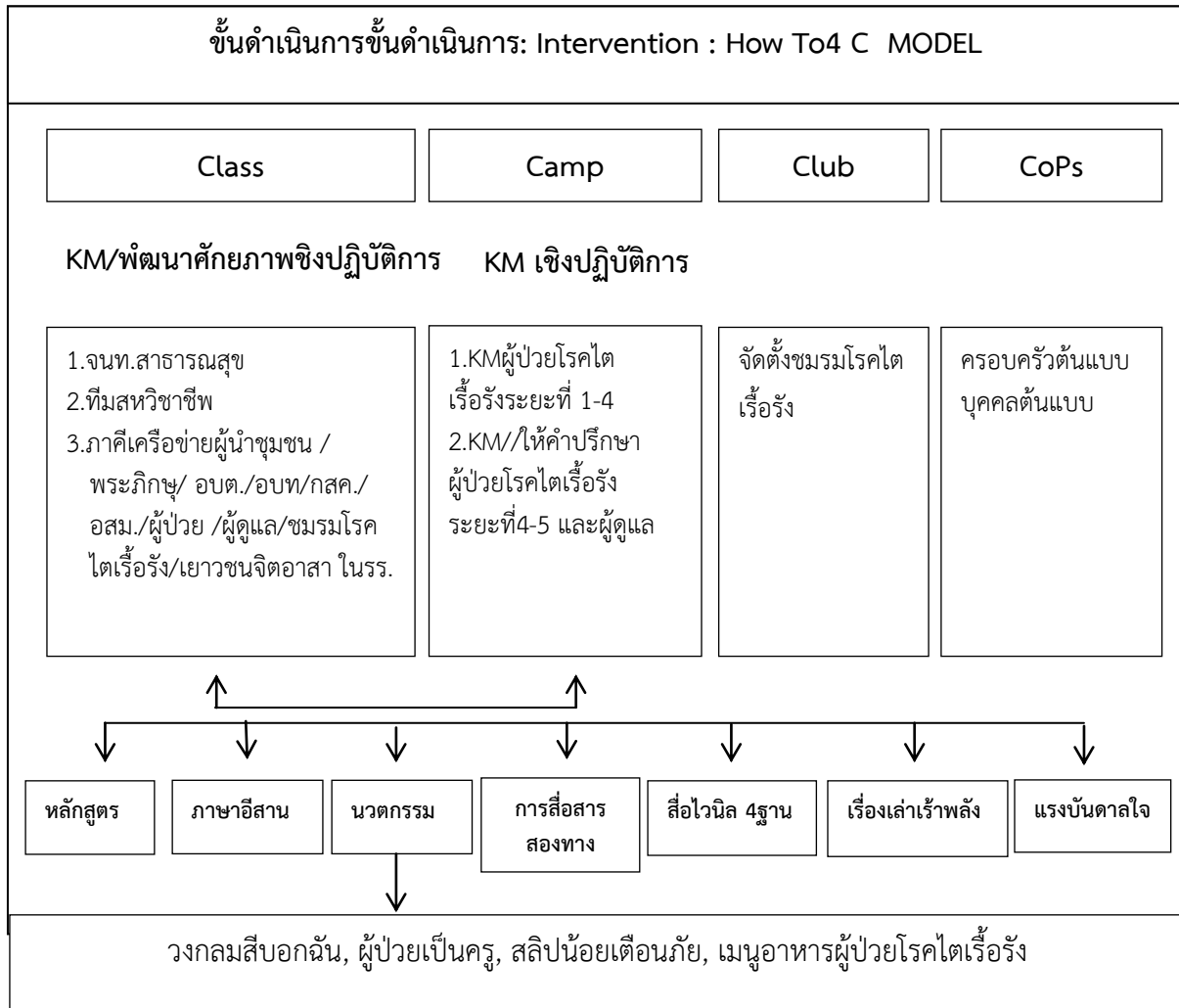
ปี 2557-ถึงปัจจุบัน ผู้บริหารประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชัดเจน มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ 4C Model ในการดำเนินกิจกรรม แต่โรคไตเรื้อรังยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอำเภอแกด้าปี 2557-2560 คิดเป็นร้อยละ 65.35, 82.04, 82.46, และ 82.68 ผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต 12, 20, 24 และ 29 ราย พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยล้างไตเสียชีวิตทั้งหมด 6 ราย เครือข่ายแกด้าได้ส่งเสริมพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมุ่งเน้นการมีประสิทธิภาพ และความ

ต่อเนื่องและได้รับการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participation action research) กลุ่มตัวอย่าง (ปี 2557-2558 รวมทั้งหมด 2,282 คน) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มที่ 1 จนท.สาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ ภาควิชาเครือข่าย เยาวชนจิตอาสาในโรงเรียนต้นแบบ กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-5 และผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามแนวคิดแบบผสมผสานความเชื่อด้านสุขภาพของเบอร์เกอร์ (Becker, 1990) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 และผลการตรวจเลือด Creatinine (Cr.) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ 12 เดือน สถิติที่ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ทางสถิติหาค่าความถี่ (ร้อยละ) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ยระยะก่อนดำเนินการมีการประชุมคณะกรรมการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง เตรียมความพร้อมทีมสหวิชาชีพจัดทำแนวทางปฏิบัติ ระบบส่งต่อให้ได้มาตรฐาน ระยะดำเนินการ โดยใช้ 4C MODEL

4 C MODEL



รูปภาพที่ 1



4C Model คือ Class Camp
ClupCoPs

C1 = Class

ปี 2557 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ภาคีเครือข่าย (ผู้นำชุมชน/

พระภิกษุ/ อบต./อปท/กสค./อสม./ผู้ดูแล
ตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 9 ครั้งๆ
ละ 50 คน/รพ.สต. จำนวน 450 คน

ปี 2558 พัฒนาศักยภาพ ชมรม
โรคไตเรื้อรัง จำนวน 9 ครั้งๆละ 50 คน /

รพ.สต. จำนวน 450 คน เยาวชนจิตอาสา
ใน รร.ต้นแบบ 2 โรงเรียน (จำนวน 120
คน) จำนวน 2 ครั้ง

C2 = Camp

ปี 2557 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแลเชิง
ปฏิบัติการ 4 ฐานแบบไป กลับ จำนวน
9 ครั้งๆละ 60 คน/รพ.สต. จำนวน 540
คน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 และ
ผู้ดูแล 1 ครั้ง จำนวน 80 คน

ปี 2558-2559 แลกเปลี่ยนเรียนรู้
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 และผู้ดูแล
เชิงปฏิบัติการ 4 ฐานแบบไป กลับ จำนวน
9 ครั้งๆละ 60 คน/รพ.สต. จำนวน 540
คน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 และ
ผู้ดูแล 1 ครั้ง จำนวน 60 คน

ปี 2560 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 และผู้ดูแลเชิง
ปฏิบัติการ 4 ฐานแบบไป กลับ จำนวน
9 ครั้งๆละ 50 คน/รพ.สต. จำนวน 450
คน

C1และ C2 มีการนำเสนอนโยบาย
แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
สถานการณ์ข้อมูลโรคไตเรื้อรังในพื้นที่คืนสู่
ชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรมผู้ป่วย
เป็นครู ที่มีประสบการณ์ตรง โดยผู้ป่วย
บำบัดทดแทนไต (ล้างไต ฟอกไต เปลี่ยนไต
หรือผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองดีสามารถลดระยะ
ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังได้เพิ่มมากขึ้น
มาบอกเล่าเรื่องราวดีเป็นเรื่องเล่าเร้าพลัง
เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีความรู้
ความเข้าใจ เกิดแรงบันดาลใจเกิดความ
ตระหนัก ในการดูแลตนเองสู่การปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม แบ่งกลุ่ม
กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ 4
ฐาน สื่อไวเนล 4 ฐาน โดยทีมสหวิชาชีพโรค
ไตเรื้อรังฐานที่ 1 ฐานความรู้โรคไตเรื้อรัง
นวัตกรรมวงกลมสี่บอกฉัน (ใช้เป็นสื่อบอก
การแบ่งระยะความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง
5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สีเขียว ระยะที่ 2 สี
เหลือง ระยะที่ 3 สีชมพู ระยะที่ 4 สีส้ม
ระยะที่ 5 สีแดง) ติดสมุดประจำตัวของ
ผู้ป่วยฐานที่ 2 ฐานยาโรคไตเรื้อรัง /แพทย์
แผนไทย (ธาตุเจ้าเรือน) ฐานที่ 3 ฐาน
อาหารโรคไตเรื้อรัง ตัวอย่าง อาหารที่มีรส
เค็ม Model อาหารสาธิตโรคไตเรื้อรัง ผัก
พื้นบ้านรอบรั้วทานได้ฐานที่ 4 ฐานการออก
กำลังกายและสุขภาพจิต(อารมณ์)

C3 = Club ปี 2557 จัดตั้งชมรมโรค
ไตเรื้อรัง รพ.สต.ละ 1 ชมรม(สมาชิก
ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแล
และภาคีเครือข่ายที่สมัครใจ) จำนวน 340
คน ปี 2558-2559 เพิ่มขึ้น 300 คน
รวมเป็น 640 คน

C4 = CoPs เชิดชูเกียรติ ให้กำลังใจ
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการมอบใบประกาศ
เกียรติบัตรครอบครัwtันแบบ บุคคล
ต้นแบบปี 2557 มีครอบครัwtันแบบ
9 ครอบครัw ปี 2558 จัดตั้งชมรมโรคไต
ต้นแบบ 9 ชมรม จนถึงปัจจุบัน ปี 2560
มีบุคคลต้นแบบ รพ.สต.ละ 3 คน รวมเป็น
27 คน

มีการนิเทศติดตามและเยี่ยมบ้านเพื่อ
เสริมองค์ความรู้และเพิ่มส่วนขาดแก่กลุ่ม
ตัวอย่าง

หลังดำเนินงาน มีการสรุปผลถอดบทเรียนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานโรคไตเรื้อรัง ภาควิชาเครือข่ายประกอบด้วย ผู้นำชุมชนท้องถิ่น อบต. อปท. อสม. พระภิกษุ ครู เยาวชนจิตอาสา ในโรงเรียน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ดูแล มีการจัดประกวดอาหารโรคไตเรื้อรังโดยชมรมโรคไตเรื้อรัง

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้านบริการ ปี 2557

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.ด้านนโยบาย	-ไม่ชัดเจน	-ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจน
2.คณะกรรมการ	-ไม่มีคณะทำงาน	-มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ
3.ด้านบริการ	-ให้บริการร่วมกับผู้ป่วยนอก	-มีคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) มี Flow chart การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
4.ระบบข้อมูล	-ยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูล	-มีการจัดเก็บข้อมูลโปรแกรม Hos.Xp
5.การส่งต่อ	- ตามแพทย์สั่ง	- มีแนวทางปฏิบัติการส่งต่อทุกระดับ (ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)
6.การติดตามเยี่ยมบ้าน	- ตามแพทย์สั่ง	- เยี่ยมบ้านผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตทุกราย โดยทีมสหวิชาชีพ
7.สื่อ คู่มือ	- แผ่นพับ	- คู่มือจนท.สาธารณสุข/คู่มือแกนนำสุขภาพครอบครัว/สื่อไวเนล 4 ฐาน
8.นวัตกรรม	-ไม่มี	- วงกลมสีบอกฉัน, ผู้ป่วยเป็นครู, สลิปน้อยเตือนภัย, เมนูอาหารโรคไตเรื้อรัง
9.CKD Clinic	- ติดตามวงกลมสีบอกกระยะความรุนแรงโรคไตเรื้อรังที่สมุดประจำตัวผู้ป่วย บันทึกเวชระเบียนก่อนส่งพบแพทย์ผู้ป่วยระยะที่ 1-3 ให้คำแนะนำรายกลุ่มรายบุคคล ระยะที่ 4 ให้คำปรึกษาเตรียมความพร้อม ระยะที่ 5 ส่งต่อให้คำปรึกษาบำบัดทดแทนไตโรงพยาบาลมหาสารคาม	

ตารางที่ 2 ด้านภาคีเครือข่าย

กิจกรรม	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.ด้านบริการ	- ไม่มีส่วนร่วม	- มีส่วนร่วมในการคัดกรองผู้ป่วยDM HT โดยการตรวจปัสสาวะร่วมกับจนท.สส.
2.จิตอาสา	- ไม่มี	- มีจิตอาสาชมรมโรคไตเรื้อรัง
3.การเยี่ยมบ้าน	- ไม่มี	- เยี่ยมบ้านร่วมกับ จนท.สส.
4.ครอบครัวต้นแบบ	- ไม่มี	- มีครอบครัวต้นแบบในการแลกเปลี่ยน1ครอบครัว/รพ.สต.

รูปภาพที่ 2 ชมรมโรคไตเรื้อรัง (Camp) และครอบครัวต้นแบบ (CoPs)



ตารางที่ 3 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ปี พ.ศ.	กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	ด้านการรับประทาน อาหารรสเค็ม		ด้านการออกกำลังกาย	
		ก่อน (ร้อยละ)	หลัง(ร้อยละ)	ก่อน(ร้อยละ)	หลัง(ร้อยละ)
ปี 2557	ระยะที่ 3 (251คน)	57.60	39.92	45.66	63.58
ปี 2558- 2559	ระยะที่ 1-3 (270คน)	89.60	72.60	66.89	93.30
ปี 2560	ระยะที่ 3 และ4 (47คน)	75.00	25.00	83.30	100

ตารางที่ 4 ผลการตรวจเลือดครีตินิน(Cr.)ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเปรียบเทียบก่อนหลัง 12 เดือน

ปี พ.ศ.	กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง	ผลการตรวจเลือดครีตินิน(Cr.) ระยะความรุนแรงของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง (ก่อน)				ผลการตรวจเลือดครีตินิน(Cr.) ระยะความรุนแรงของผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง(หลัง)			
		1	2	3	4	1	2	3	4
ปี 2557	ระยะที่ 3 (251คน)	0	0	100	0	8.76	25.89	62.15	3.18
ปี 2558- 2559	ระยะที่ 1-3 (270คน)	7.78	35.19	57.03	0	27.40	38.88	33.70	0
ปี 2560	-ระยะที่ 3 และ4 (47คน) (ชุมชน รักษั้ไตบ้านดอน ก่อดอนไทรทอง)	0	0	82.98	17.02	0	36.17	48.94	14.89

วิจารณ์

จากการศึกษาของโรงพยาบาลแกดำ พบว่า ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ได้ร่วมกิจกรรม มีความรู้ความเข้าใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและชะลอไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้นในระดับดี ดีมาก สอดคล้องสมมุติฐาน การมีความรู้สามารถนำเอาความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไตโรงพยาบาลรามาริบัติ² พบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระยะความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังลดลงหลังจากใช้รูปแบบ 4C Model และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ 4 ฐาน (ความรู้ ยา อาหาร การออกกำลังกาย และสุขภาพจิต) และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งผลให้สามารถ ชะลอไตเสื่อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง³ ภายหลังจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการออกกำลังกายและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 1 เดือนและ 6 เดือน และผลจากการเสริมสร้างพลังาศีเครือข่าย แบบมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถลดระยะความ

รุนแรงของโรคไตเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมลดความเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง⁴ ที่พบว่า การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ถูกต้องร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว นำไปสู่การมีพฤติกรรมลดความเสี่ยงของไต

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อมในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม⁵ พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตจากงานวิจัยควรส่งเสริมให้มีการดูแลตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญถึงความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ควรให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและเกิด

ความมั่นใจในการดูแลตนเองที่ดีและคงสภาพการทำงานของไตให้ยาวนานยิ่งขึ้น

ข้อยุติ

ผลการดำเนินงานได้จากงานวิจัยพบว่า สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คือ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบ 4C Model โดยการเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายในชุมชน แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและชะลอไตเสื่อม

กิตติกรรมประกาศ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 7 ขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลแกดำ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดำ ภาคีเครือข่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

การนำไปใช้ประโยชน์

1. ขยายผล CKD Kaedam Model ทั้งเครือข่ายแกดำ
2. นโยบายระดับจังหวัด/เขต ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เขต 7 ขอนแก่น จำนวนเงิน นารอง 1 อำเภอ/จังหวัด รวม 4 จังหวัด (อำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม อำเภออมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ อำเภอโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น)

3. เผยแพร่ผลงานวิชาการในการประกวดผลงานวิชาการดีเด่นระดับจังหวัด ระดับเขต

ปี 2558,2560 รางวัล R2R ดีเด่น ระดับประเทศ

ปี 2558 รับรางวัลพยาบาลดีเด่น ระดับปฏิบัติการของหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (ชุมพล) จุฑาทุช

ปี 2559 รางวัลดีเด่นผลงานวิชาการกระทรวงสาธารณสุข

ปี 2558 -2560 Best Practice สาขาไต ระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ

ปี 2560 -รางวัลชนะเลิศการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย เขตสุขภาพของกรมการแพทย์

- รางวัลหน่วยงานการดำเนินงานเยี่ยมการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) ของกรมควบคุมโรคไตไม่ติดต่อ

- รางวัลดีเด่น Service Plan Sharing สาขาไต ของกระทรวงสาธารณสุข

4. การเผยแพร่ผลงานวิชาการ

- r2rthailand.org/download/r2r10/พว.สุนีรัตน์%20สิงห์คำ.pdf

- www.r2rthailand.org/.../

R2R THAILAND

- mkho.moph.go.th/research/2018/showdata2.php?id=5

- mkho.moph.go.th/research/2018/showdata2.php?id=54

- thailand.digitaljournals.org/tdj/index.php/MHJ/article/viewFile/2777/2484.

เอกสารอ้างอิง

1. สิบเอกฉลองชัย ภิรมณ์. โครงการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษต่อเนือง [online]. form:URL:http://carbonn.org/uploads/tx_carbonndata/Sheet%206-1_Sisaket.PDF โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ ต่อเนือง ประจำปีงบประมาณ 2557 งานส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองศรีสะเกษ. 2557.
2. ปิ่นแก้ว กลายประยงค์, และกรัณธรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไตโรงพยาบาลรามธิบดี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2551; 19(2), 49-59.
3. นันธิญา พันอินากุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; 2553 .
4. จินตนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา และรวีวรรณ เผ่ากัณหา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรัง

ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี
ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2557;
34(2): 1-20.

5. ภทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย
รัตนมณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธ-
เลิศหล้าจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสาร
สาธารณสุขมหาวิทาลัยบูรพา 2558;
10 (2): 1-11.

การจัดการความรู้ เรื่อง การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วม

ประวีณา ปะตา¹ อมรรัตน์ ประสีระเก²

บทคัดย่อ

การจัดการความรู้ เรื่อง การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมนี้มีผลโดยตรงกับแผนยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ จังหวัดมหาสารคาม ปี 2558-2561 ในด้านแม่และเด็ก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนากระบวนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้มีส่วนร่วมวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) มารดาที่มาคลอดที่แผนกห้องคลอดที่มีช่วงอายุ 15-19 ปี จำนวน 47 คน 2) ผู้ดูแล ได้แก่ สามี จำนวน 9 คน ญาติ จำนวน 56 คน พยาบาลห้องคลอด จำนวน 5 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จำนวน 4 คน โดยผ่านการขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมวิจัยและยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาคั้งนี้ การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนา และระยะประเมินผล ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงกันยายน 2560 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินกิจกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) แบบประเมินการปฏิบัติตัวของมารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4) แบบบันทึกการเยี่ยมมารดาวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ : พบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ด้านมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ด้านสามี ด้านญาติ และด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ระยะพัฒนา : เกิดกระบวนการพัฒนา 4 วงจรปฏิบัติการ เกี่ยวกับ 1) เสริมสร้างความตระหนักการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และบทบาทของบิดา มารดา และญาติ 2) สร้างระบบรองรับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย (1) การสร้างสายใยรักความผูกพันระหว่างพ่อ แม่ ลูก และสมาชิกในครอบครัว (2) การสนับสนุนบทบาทพ่อแม่ (3) การให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น (4) การฝึกทักษะสมาชิกครอบครัวในการสนับสนุนช่วยเหลือ มารดาวัยรุ่น 3) การติดตามกำกับและประเมินผลเป็นระยะ ระยะประเมินผล : ประเมินคุณภาพกิจกรรม พบว่า มารดาและทารกแรกเกิดได้รับการส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยเร็วด้วยการช่วยให้แม่ลูกได้สัมผัสกันในลักษณะเนื้อแนบเนื้อ ภายใน 30 นาที ร้อยละ 97.87 ประเมินการเข้าเต้าดูดนมของทารกในการให้นมมารดา (LATCH Score)

พยาบาลวิชาชีพ¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ²

กลุ่มงานห้องคลอด โรงพยาบาลนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 100 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วงอายุ 0-1, 3, และ 6 เดือน เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100, 70.21 และ 23.40 ตามลำดับ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า กระบวนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลลัพธ์ที่ดีในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น โดยได้นำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนาเชือก และประกาศเป็นนโยบายแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลนาเชือก และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดในงานมหกรรมวิชาการสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี 2561 โดยได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ในการนำเสนอผลงานวิชาการสาขาการพยาบาล

คำสำคัญ: นมแม่, มารดาวัยรุ่น, ครอบครัวมีส่วนร่วม

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าน้ำนมแม่มีประโยชน์สำหรับทารก มีผลดีทั้งต่อร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้ทารกเติบโตมีพัฒนาการสมวัย แม้ว่าจะมีการศึกษาพบประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ว่าเป็นผลดีสำหรับลูก แต่จากผลการสำรวจสถานะสุขภาพเด็กไทย (MICS) ในปี 2555 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในช่วงอายุ 0-1, 3 และ 6 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 30, 15 และ 12.3 ตามลำดับ โดยอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของประเทศไทยมีเพียง ร้อยละ 12.3 ซึ่งยังคงต่ำกว่าเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (2555-2559) ที่ได้กำหนดเป้าหมายไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30¹ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีอัตราต่ำ

สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในมารดาวัยรุ่นปีงบประมาณ 2557- 2559 โรงพยาบาลนาเชือก พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นาน 6 เดือน คิดเป็น ร้อยละ 15.94 , 14 และ 10 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ใช่วัยรุ่น ปี พ.ศ. 2557-2559 คิดเป็น ร้อยละ 65.30, 43.98 และ 39.18 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นมีอัตราที่ต่ำกว่ามารดาที่ไม่ใช่วัยรุ่น มารดาที่มีอายุมากกว่ามีวุฒิภาวะที่สามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดีกว่า และปีงบประมาณ 2559 พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นในช่วงอายุ 0-1, 3 และ 6 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 74 , 46 และ 10 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีอัตราที่ลดลงตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งช่วงเดือนแรกถือเป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง

และการส่งเสริมการให้นมแม่ตั้งแต่ครั้งแรก เป็นสิ่งที่สำคัญ ช่วยเพิ่มความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครั้งแรก สร้างสายสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก สามารถเพิ่มอัตราและเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่²

จากที่ผู้วิจัยและคณะได้สังเกตพฤติกรรมมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจำนวน 50 ราย ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลนาเชือก ปี พ.ศ. 2559 พบว่า มารดาวัยรุ่นยังคำนึงถึงภาพลักษณ์ รูปร่างความสวยงามของตนเอง มีความเชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้เต้านมหย่อนยานเสียรูปทรง คิดว่าการให้ลูกดูดนมเป็นความยุ่งยาก รบกวนความสุขสบายของตน และยังคิดว่า น้ำนมมาน้อยไม่เพียงพอกับความต้องการของลูกจึงต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม แทนเพราะมีความสะดวกสบายมากกว่า ประกอบกับญาติผู้ใหญ่ที่มีความเชื่อประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับนมแม่ที่ถูกต้องไม่เพียงพอ คิดว่าน้ำนมของมารดาวัยรุ่นมาน้อย เต้านมเล็ก น้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของลูกมีการป้อนน้ำ นมผสมเสริมแก่ทารก

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา มาจากหลายสาเหตุ โดยปัจจัยภายในสำคัญที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบความสำเร็จ คือ การขาดความตั้งใจ ความตระหนัก ทักษะเกี่ยวกับนมแม่ และความไม่มั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความรู้และ

ความเชื่อของสตรีตั้งครรภ์และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของคนรอบข้าง ทักษะที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่³ และพบว่าแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัวก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามี หรือมารดาหญิงตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวของหญิงตั้งครรภ์ได้⁴ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอด แนวทางการให้ความรู้ทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล การให้ความรู้มักเป็นการประเมินความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ความต้องการ การให้คำแนะนำ และการช่วยเหลือ และควรเปิดโอกาสให้ญาติ สามี เข้าร่วมรับฟังด้วย เพื่อจะช่วยให้การเรียนรู้รายละเอียดของการสนับสนุน ความต้องการ และถามปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เหมาะสมกับบริบทของมารดาวัยรุ่น⁵ ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเป็นโอกาสที่ดีในการสร้างความเข้าใจรับรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้อง

จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างทีม และหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยร่วมกันวางแผนเพื่อพัฒนานำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติ เข้าสู่ขั้นตอนการวางแผนปรับปรุงพัฒนางาน และดำเนินการใหม่เป็นวงจร ให้ได้กระบวนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ที่เหมาะสม เพื่อให้มารดาวัยรุ่นได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยิ่งเพิ่มมากขึ้น

การจัดการความรู้เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และผลของกระบวนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมโรงพยาบาลนาเชือก

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนา และระยะประเมินผล ผู้มีส่วนร่วมวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) มารดาที่มาคลอดที่แผนกห้องคลอดที่มีช่วงอายุ 15-19 ปี จำนวน 47 คน 2) ผู้ดูแล ได้แก่ สามี จำนวน 9 คน ญาติ จำนวน 56 คน พยาบาลห้องคลอด จำนวน 5 คน และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จำนวน 4 คน โดยผ่านการขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมวิจัยและยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาครั้งนี้ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงกันยายน 2560 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ และระยะพัฒนากระบวนการ 2) แบบประเมินกิจกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) แบบประเมินการปฏิบัติตัวของมารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4) แบบบันทึกการเยี่ยมมารดาวัยรุ่น

ผลการศึกษา

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นประกอบด้วย 1) ด้านมารดาวัยรุ่นหลังคลอด จากการศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นพบปัญหาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ (1) ปัญหาด้านสรีระ เต้านมเล็ก หัวนมสั้น (2) ภาพลักษณ์มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น น้ำนมที่ไหลเปรอะเปื้อนเสื้อผ้า ความยุ่งยากในการให้ลูกดูดนม กลัวเต้านมหย่อนยานเสียรูปทรง (3) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนมแม่ที่ถูกต้อง (4) ความตระหนักถึงความสำคัญของนมแม่/วุฒิภาวะในการเป็นมารดาไม่สามารถจัดการกับความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น เจ็บปวดคัดตึงเต้านม ความเหนื่อยล้าจากการให้นมทารก เมื่อมารดาพบปัญหาและอุปสรรค เกิดความไม่มั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (5) เชื่อฟังคำแนะนำของญาติผู้ใหญ่ 2) ด้านสามี ขาดการมีส่วนร่วมในบทบาทของสามี /วุฒิภาวะในการเป็นบิดา 3) ญาติ ยังมีความเชื่อความเข้าใจประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา/มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องไม่เพียงพอ 4) ด้านบุคลากร ผู้ให้บริการมีความรู้ทักษะการพยาบาลในการให้คำแนะนำสุขศึกษาที่ไม่เป็นแนวเดียวกัน

ระยะพัฒนา เกิดกระบวนการพัฒนา 4 วงจรปฏิบัติการ เกี่ยวกับ 1) เสริมสร้างความตระหนักการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และบทบาทของบิดา มารดา และญาติ ทำการสนทนากลุ่ม เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

แสดงความคิดเห็นความเข้าใจความต้องการเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และทบทวนบทบาทของตนเอง โดยผู้วิจัยและคณะ ซึ่งเป็นพยาบาลห้องคลอดช่วยประสานและพูดคุยโน้มน้าวให้เกิดการมีส่วนร่วมเพื่อช่วยให้ได้เรียนรู้ปัญหา ความต้องการของการสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทของมารดาวัยรุ่น ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับนมแม่ได้ถูกต้อง 2) สร้างระบบรองรับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประกอบด้วย (1) การสร้างสายใยรักความผูกพันระหว่างพ่อ แม่ ลูก และสมาชิกในครอบครัว เกิดกิจกรรมสายสัมพันธ์แม่ลูก ได้มีการให้มารดาวัยรุ่นเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกคลอดและการนำแม่ลูกสัมผัสในลักษณะเนื้อแนบเนื้อทันทีภายใน 30 นาที โดยเร็วภายในห้องคลอด ส่งเสริมสัมพันธภาพแม่ลูกและสมาชิกในครอบครัว กระตุ้นให้เกิดการโอบกอด สัมผัสทารก เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวดูแลช่วยเหลือกิจกรรม (2) การสนับสนุนบทบาทพ่อแม่ (3) การให้ความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น โดยได้ทำกิจกรรมอภิปรายกลุ่มสอนสาธิต และฝึกปฏิบัติทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาวัยรุ่น สามี่โดยใช้แผนการสอนร่วมกับใช้ภาพพลิกหุ่นทารก เต้านมจำลองเป็นสื่อการสอนและติดตามสอนสาธิตปฏิบัติเป็นรายบุคคล สุขศึกษาข้างเตียง เกิดครอบครัวตัวอย่างขึ้น (4) การฝึกทักษะสมาชิกครอบครัวในการสนับสนุน ช่วยเหลือ มารดาวัยรุ่น การให้

ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และตั้งใจสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) การติดตามกำกับและประเมินผลเป็นระยะ

ระยะประเมินผล ประเมินคุณภาพกิจกรรม พบว่า มารดาและทารกแรกเกิดได้รับการส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยเร็ว ด้วยการช่วยให้แม่ลูกได้สัมผัสกันในลักษณะเนื้อแนบเนื้อภายใน 30 นาที ร้อยละ 97.87 ประเมินการเข้าเต้าคุณนมของทารกในการให้นมมารดา (LATCH Score) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วงอายุ 0-1, 3 และ 6 เดือนเพิ่มขึ้น โดยพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นในช่วงอายุ 0-1, 3 และ 6 เดือน ของปีงบประมาณ 2560 อยู่ที่ร้อยละ 100, 70.21 และ 23.40 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2559 ที่พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นในช่วงอายุ 0-1, 3 และ 6 เดือน อยู่ที่ ร้อยละ 74, 46 และ 10 ตามลำดับ ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2559 อย่างเห็นได้ชัด ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลลัพธ์ที่ดีในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น สามารถช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น เพิ่มอัตราและเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานขึ้น โดยได้นำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการส่งเสริม

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น
ในหน่วยงานห้องคลอด และประกาศเป็น
นโยบายแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล
นาเชือก และยังได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับ
จังหวัดในงานมหกรรมวิชาการสาธารณสุข
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
มหาสารคาม ปี 2561 โดยได้รับรางวัล
รองชนะเลิศอันดับ 2 ในการนำเสนอผลงาน
วิชาการ สาขาการพยาบาล

อภิปรายผลการศึกษา

การจัดการความรู้ เรื่อง กระบวนการ
ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดา
วัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ได้เสริม
สร้างความเข้าใจความตระหนักในบทบาท
ของบิดา มารดา และญาติ เริ่มจากการ
สนทนากลุ่ม เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
แสดงความคิดเห็นความรู้ความเข้าใจ
เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ
ทบทวนบทบาทของตนเองร่วมกันกับสามี
ญาติ สอดคล้องกับการศึกษาอำนาจการ
ทำนายของการสนับสนุนจากสามี ย่า ยาย
และพยาบาลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่อย่างเดียว⁵ พบว่า แนวทาง
การให้ความรู้ทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและ
รายบุคคล การให้ความรู้มักเป็นการ
ประเมินความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ
ความต้องการ การให้คำแนะนำ และการ
ช่วยเหลือ และควรเปิดโอกาสให้ญาติ สามี
เข้าร่วมรับฟังด้วย เพื่อจะช่วยให้การเรียนรู้
รายละเอียดของการสนับสนุนความ
ต้องการ และถามปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่ที่เหมาะสมกับบริบทของ
มารดาวัยรุ่น

การทำกิจกรรมอภิปรายกลุ่มสอน
สาธิต และฝึกปฏิบัติทักษะการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่แก่มารดาวัยรุ่น สามีและญาติ โดยใช้
แผนการสอนร่วมกับใช้ภาพพลิก หุ่นทารก
เต้านมจำลองเป็นสื่อการสอนที่ได้จัดเตรียม
ไว้ และติดตามสอนสาธิตปฏิบัติเป็นราย
บุคคล สุขศึกษาข้างเตียงเกิดครอบครัว
ตัวอย่างขึ้น หากมารดาวัยรุ่นได้รับแรง
สนับสนุนจากครอบครัว สามีหรือญาติเห็น
ด้วยกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แสดงบทบาท
ของสามีหรือบิดาได้ มารดาวัยรุ่นก็จะมี
แนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดีย
ว นานที่สุด หรือนาน 6 เดือน สอดคล้องกับ
การศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจเลี้ยงบุตร
ด้วยนมมารดาอย่างเดียวของสตรีตั้งครรภ์⁴
ที่พบว่า การให้ความรู้ ได้ฝึกการทำให้
นมบุตรจำลองอย่างถูกวิธีเป็นการเริ่มต้น
กระตุ้นให้นมมา โดยการสอนสาธิตเป็น
แบบอย่างแก่สามี หรือมารดาหญิงตั้งครรภ์
เป็นปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่อย่างเดียวของหญิงตั้งครรภ์ได้
และถ้าหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อว่าตัวเองก็
สามารถทำได้ ทำให้เกิดการรับรู้การควบคุม
พฤติกรรม หรือรับรู้ว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่อย่างเดียวได้เป็นปัจจัยที่ทำนาย
ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของ
หญิงตั้งครรภ์ได้

สร้างระบบกระบวนการจัดการ
ความรู้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
เกิดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะความรู้การ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยครอบครัวมีส่วนร่วม
มีการจัดการความรู้ที่เป็นระบบ กิจกรรม
สายสัมพันธ์แม่ลูก ได้มีการให้มารดาวัยรุ่น

เริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกคลอดและการนำแม่ลูกสัมผัสในลักษณะเนื้อแนบเนื้อ ทันทีภายใน 30 นาที หลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยวของสตรีตั้งครรภ์² พบว่าการส่งเสริมการให้นมแม่ตั้งแต่ครั้งแรกเป็นสิ่งที่สำคัญช่วยเพิ่มความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครั้งแรกสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก สามารถเพิ่มอัตราและเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สรุปผลการศึกษา

กระบวนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลลัพธ์ที่ดีในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น สามารถนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนาเชือก ประกาศเป็นนโยบายแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลนาเชือก และนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดในงานมหกรรมวิชาการสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี 2561 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมงานมากกว่า 200 คน โดยได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ในการนำเสนอผลงานวิชาการ สาขาการพยาบาล ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) ควรมีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นให้ต่อเนื่องเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายมาตรฐานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเพิ่มระบบการประสานงานติดตามของเครือข่ายในชุมชนเพื่อการพัฒนาที่ดียิ่งขึ้น

2) โรงพยาบาลอื่นที่สนใจสามารถนำกระบวนการนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่สอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาลนั้นๆได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงทักษิณา จิตเรืองไฟโรจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเชือก นางวีรวรรณ คำแห่งพล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่ให้การสนับสนุน ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของทุกหน่วยงาน ทั้งกลุ่มงานห้องคลอด กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานฝากครรภ์ (ANC) ในโรงพยาบาล และผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือให้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า และขอขอบพระคุณทีมผู้ดูแลทุกท่านที่คอยประสานงานอำนวยความสะดวก คอยให้ความช่วยเหลือจนทำให้วิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

การนำไปใช้ประโยชน์

1. การนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงานและเครือข่ายบริการสุขภาพ
2. กำหนดเป็น Best practice เพื่อเป็นตัวอย่างการปฏิบัติงานภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ
3. ใช้เป็นแนวทางเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานบริการสุขภาพเพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามประเด็นยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555. 2555.
2. ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์, ปิยภรณ์ ปัญญาวิชิต. การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดา ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลรามาริบัติ. วารสารพยาบาล 2557; 304-312.
3. อรทัย บัวคำ, นิตยา สีนสุกใส, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. ผลของโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน ในมารดาที่มีบุตรคนแรกโรงพยาบาลอำนาจเจริญ. วารสารพยาบาล 2550; 62-75.
4. จิราพร วงศ์ใหญ่, ลาวัลย์ สมบูรณ์และกรรณิการ์ กันธะรักษา. ปัจจัยทำนายทำนายความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของสตรีตั้งครรภ์. วารสารพยาบาล 2554; 17-26.
5. ชญาภา ชัยสุวรรณ, ทศนี ประสภกิตติคุณ, พรรรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พัยคมเรือง. อำนวยการทำนายของการสนับสนุนจากสามี ย่า ยาย และพยาบาลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว. วารสารพยาบาล 2555; 70-80.
6. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี2558-2561และการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามปี 2561; 42-59.

การจัดการความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบการทำขาเทียมให้แก่คนพิการที่ตัดขา ในจังหวัดมหาสารคาม

อัญญา สาครจันทร์¹ จาระบุตร ทีบแก้ว²

บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2564 ได้คำนึงถึงปัจจัยภายนอกและภายในต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องการลดการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคติดต่อและไม่ติดต่อ โรงพยาบาลโกสุมพิสัยจึงได้จัดบริการดูแลคนพิการที่ถูกตัดขาด้วยการทำขาเทียมให้แก่คนพิการในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งระบบการดำเนินงานเดิมในช่วงปี 2554-2556 นั้นได้นัดคนพิการเข้ารับการทำขาเทียมได้โดยไม่มีการเตรียมตอขาให้แก่คนพิการ ส่งผลกระทบให้มีปัญหา ตอขาไม่พร้อมทำขาเทียมเมื่อถึงวันนัดและคนพิการมีแผลหลังจากใส่ขาเทียม ดังนั้นเพื่อลดปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษา เรื่อง การพัฒนาระบบการทำขาเทียมให้แก่คนพิการที่ตัดขาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการทำขาเทียมให้แก่คนพิการที่ถูกตัดขาและลดปัญหาตอขาไม่พร้อมทำขาเทียมและตอขามีแผลหลังใส่ขาเทียม

วิธีการศึกษา เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการระยะเวลาศึกษา คือ ปี 2557 ถึง 2560 โดยมีขั้นตอนการศึกษา คือ ระยะเวลาวางแผน : จัดประชุมทีมฟื้นฟู ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลชุมชนในมหาสารคามและช่างเครื่องช่วยความพิการ ระยะเวลาดำเนินการ : คนพิการได้รับการเตรียมตอขา ได้แก่ การออกกำลังกาย การพันผ้ายืด ก่อนการทำขาเทียมจากนักกายภาพบำบัด และมีการประเมินตอก่อนทำขาเทียมทุกครั้ง ระยะเวลาสะท้อน : คิดด้วยการสอบถามคนพิการและปรับปรุงระบบการทำขาเทียมก่อนนำไปใช้จริง ระยะเวลาสรุปประเมินผล มีการเก็บข้อมูลเมื่อปีงบประมาณ 2557-2560 โดยประเมินอุบัติการณ์ การเกิดแผลและตอขาไม่พร้อมทำขาเทียม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัย ขาเทียม และอุปกรณ์การทำขาเทียมแบบประเมินการใช้ขาเทียม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า ระบบการทำขาเทียมที่มีการเตรียมตอขาคนพิการก่อนสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลหลังจากใส่ขาเทียมได้ ร้อยละ 8.6 ก่อนการพัฒนาระบบเหลือ ร้อยละ 4.4 หลังพัฒนาระบบ และตอขาไม่พร้อมทำขาเทียมเมื่อถึงวันนัดได้ ร้อยละ 4.9 เหลือร้อยละ 2.2 สรุปและข้อเสนอแนะ ระบบการทำขาเทียมที่มีการเตรียมตอก่อนการทำขาเทียมสามารถนำไปใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในการศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับอายุการใช้งานของขาเทียมของคนพิการแต่ละราย

คำสำคัญ : ขาเทียม การดูแลตอขา

^{1,2} กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยมีคนพิการ 1,871,860 คน หรือประมาณ ร้อยละ 2.85 ของประชากรทั้งหมดและส่วนใหญ่เป็นคนพิการด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว คนพิการขาขาดทั่วประเทศมีจำนวน 46,000 ราย และมีผู้ถูกตัดขาเพิ่มปีละประมาณ 3,500 คน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคเรื้อรังที่มีปัญหาหลอดเลือดตีบที่ขา เช่น โรคเบาหวาน รองลงมา คือ อุบัติเหตุจราจร¹ มีคนพิการที่ต้องถูกตัดขากลายเป็นคนพิการรายใหม่เพิ่มปีละประมาณ 3,500 คน ในจำนวนนี้มีเกือบ 20,000 คน ยังไม่เข้าถึงสิทธิยังไม่สามารถเข้าถึงบริการขาเทียมด้วยข้อจำกัดหลายปัจจัย ทำให้การประกอบกิจวัตรประจำวันและการดำรงชีวิตมีข้อจำกัด² ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560-2564 ได้คำนึงถึงปัจจัยภายนอกและภายในต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องการลดการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคติดต่อและไม่ติดต่อ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามจึงได้จัดบริการดูแลคนพิการที่ถูกตัดขา โดยดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ บริการเป็นเลิศด้วยสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ช่างเครื่องช่วยความพิการด้วยการทำขาเทียมให้แก่คนพิการในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ซึ่งได้มีการพัฒนางานด้านขาเทียมโดยการจัดตั้งโรงงานขาเทียมพระราชทานในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ตั้งแต่ปี

2554 มีคนพิการเข้ารับการทำขาเทียม 215 รายครั้ง มีคนพิการที่ถูกตัดขาส่วนใหญ่ร้อยละ 41 มีสาเหตุมาจากเบาหวาน และร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาได้กลายเป็นคนพิการซึ่งส่งผลกระทบต่อมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ที่กระทบมากที่สุด คือ ด้านร่างกายที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เหมือนคนปกติต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ด้วยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยเร็ว³ เพื่อป้องกันผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกด้าน เช่น การทำแผล การพันผ้ายืด การออกกำลังกาย⁴

อย่างไรก็ตามระบบการดำเนินงานเดิมในช่วงปี 2554-2556 นั้นได้นัดคนพิการเข้ารับการทำขาเทียมโดยไม่มีเตรียมตอบให้แก่คนพิการ ได้แก่ การพันผ้ายืด การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งการพันผ้ายืดและการออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น กล้ามเนื้อกระชับ ส่งผลให้แผลหายเร็วขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อตอบทำให้กล้ามเนื้อตอบแข็งแรง ไม่มีภาวะข้อติด เมื่อขาดการจัดการดังกล่าวนี้จึงส่งผลให้มีปัญหาและอุบัติเหตุเกิดขึ้น คือ ตอบขาไม่พร้อมทำขาเทียมเมื่อถึงวันนัด เช่น แผลไม่หาย ข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น และคนพิการมีแผลหลังจากใส่ขาเทียม เนื่องจากผิวหนังบาง กล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่กระชับ ดังนั้นเพื่อลดปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำกระบวนการจัดการความรู้ เรื่อง การพัฒนาระบบการทำขาเทียมให้แก่คนพิการที่ตัดขา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการทำขา

เทียบให้แก่คนพิการที่ถูกตัดขาที่มารับการ
ทำขาเทียมที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัยและ
เพื่อให้คนพิการได้รับขาเทียมที่มีประสิทธิ
ภาพและลดอุบัติเหตุการเกิดแผลและ
ต่อขาไม่พร้อมทำขาเทียมต่อไป

วิธีการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ
ระยะเวลาศึกษา คือ ปี 2557 ถึง 2560
กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า คือ
เป็นคนพิการตัดขาในระดับใต้เข่า เหนือเข่า
ที่สามารถปรับตัวยอมรับความพิการและ
ยอมรับการใส่ขาเทียม สมัครงใจ ไม่จำกัด
เพศและวัย เกณฑ์คัดออก คือ คนพิการที่ไม่
ใส่ขาเทียมหลังจากได้รับขาเทียม เครื่องมือ
ที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัย ขาเทียม และอุปกรณ์
การทำขาเทียมแบบประเมินการใช้ ขาเทียม
วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยมี
ขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ระยะเวลาวางแผน : จัดประชุมทีม
ฟื้นฟู ได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัดจาก
โรงพยาบาลชุมชนในมหาสารคามและ
ช่างเครื่องช่วยความพิการ เพื่อชี้แจง
โครงการและวิเคราะห์สถานการณ์และหา
แนวทางการแก้ปัญหาอุบัติเหตุการเกิด
แผลและต่อขาไม่พร้อมทำขาเทียม

2. ระยะดำเนินการ : ตามแผนและ
แนวทางที่ทีมฟื้นฟูได้ระดมแนวคิดร่วมกัน
ดังนี้

- กรณีส่งทำขาเทียมจาก
โรงพยาบาลอื่น ให้สอบถามระยะเวลาที่ตัด
ขา สาเหตุที่ตัดขา การพันผ้ายืด และให้
นักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลนั้น ติดตาม

การพันผ้ายืด การทำแผล การออกกำลัง
กายต่อขาเป็นระยะเวลา 2 เดือน และนัด
ทำขาเทียมในเวลาต่อมา

- กรณีที่คนพิการมาติดต่อรับบริการ
ด้วยตัวเอง ให้ซักประวัติตรวจประเมินต่อขา
แผล กำลังกล้ามเนื้อ การพันผ้ายืด หากต่อ
ขาพร้อมทำขาเทียมให้จัด บริการตามลำดับ
นัด หากต่อขาไม่พร้อมทำขาเทียมให้สุข
ศึกษา เรื่องการเตรียมต่อขา และนัดวันทำ
ขาเทียมที่เหมาะสมต่อไป

- ก่อนวันนัดทำขาเทียมได้
โทรศัพท์สอบถามอาการของคนพิการ
เรื่อง แผล หรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ที่เป็น
อุปสรรคในการทำขาเทียม หากไม่มีปัญหา
ใดๆ คนพิการสามารถเข้ารับการทำขาเทียม
ได้ในวันรุ่งขึ้นเมื่อได้ดำเนินการทำขาเทียม
ให้แก่คนพิการแล้ว ได้มีการแนะนำการดูแล
ต่อขา การใช้ขาเทียมให้แก่คนพิการจากนั้น
ได้ประเมินท่าทางในการเดินให้ถูกต้องหรือ
ใกล้เคียงกับท่าเดินปกติ ตามแบบประเมิน
การใช้ขาเทียม

3. ระยะเวลาสะท้อนคิด สอบถามคน
พิการและปรับปรุงระบบการทำขาเทียม
ก่อนนำไปใช้จริง

4. ระยะการสรุปประเมินผล มีการ
เก็บข้อมูลเมื่อปีงบประมาณ 2557-2560
โดยประเมินอุบัติเหตุการเกิดแผลและต่อ
ขาไม่พร้อมทำขาเทียม

ผลการศึกษา (Result)

ระบบบริการทำขาเทียมแบบใหม่ที่ได้
มีการเตรียมคนพิการโดยเฉพาะการเตรียม
ต่อขาก่อนการทำขาเทียม ด้วยการประสาน
งานกับนักกายภาพบำบัดในพื้นที่ หรือการ

ได้ซักประวัติและได้ให้สุขศึกษาการเตรียม
ต่อขาให้แก่คนพิการ ทำให้คนพิการ
ตระหนักและเห็นประโยชน์ถึงการดูแลต่อ
ขา ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดแผลจากการ
ใส่ขาเทียมก่อนการพัฒนาาระบบลดลงจาก
ร้อยละ 8.6 ในปี 2554-2556 เหลือเพียง
ร้อยละ 4.4 ในปี 2557-2560 และ
อุบัติเหตุการต่อขาไม่พร้อมทำขาเทียมลดลง
จาก ร้อยละ 4.9 เหลือ ร้อยละ 2.2

วิจารณ์ (discussion)

การจัดการความรู้ เรื่อง การพัฒนา
ระบบขาเทียมนี้ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่
กำหนดไว้ เนื่องจากได้มีการเตรียมต่อขา
ให้แก่คนพิการก่อนการทำขาเทียมด้วย
ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ภาวะปวดหลอนปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม³
ที่ศึกษาถึงภาวะปวดหลอนที่เป็นกลุ่มอาการ
ที่เกิดขึ้นหลังจากถูกตัดแขนหรือขา ซึ่ง
วิธีที่ดีที่สุดคือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยเร็ว
และควรเกิดจากความร่วมมือของทีม
สุขภาพที่จะช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวย
ความสะดวกเพื่อร่วมดูแลช่วยเหลือและ
ป้องกันผลกระทบทุกด้านอีกทั้งยังเกิดจาก
ความร่วมมือของคนพิการที่เข้าร่วม
การศึกษาที่คัดเลือกจากคนพิการที่สามารถ
ปรับตัวได้ มีการยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น
และมีความต้องการใส่ขาเทียมสอดคล้องกับ
การศึกษาคนพิการขาขาด : กระบวนการตี
ตราและการปรับตัว⁴ ที่พบว่าคนพิการมีการ
ปรับตัวเพื่อคงดำเนินชีวิตไม่ให้เกิดแตกต่างจาก
คนปกติ คนพิการที่ผ่านช่วงการปฏิเสธ
ความพิการและรับขาเทียมแล้วเสมือนมี

ชีวิตใหม่ สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ
ได้เหมือนคนปกติ

ข้อยุติ (conclusion)

การพัฒนาระบบการทำขาเทียมให้แก่
คนพิการที่ถูกตัดขาดด้วยระบบการทำงาน
โดยเครือข่ายสหวิชาชีพในจังหวัด
มหาสารคาม ที่มีการเตรียมต่อขาให้พร้อม
ก่อนทำขาเทียม ซึ่งได้แก่ การพันผ้ายึด
การออกกำลังกายต่อขา การดูแลแผล
สามารถลดอุบัติเหตุการต่อขาไม่พร้อมทำขา
เทียมและการเกิดแผลหลังใส่ขาเทียมได้
อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ได้กำหนดเป็น
มาตรฐานการทำขาเทียมของโรงพยาบาล
โกสุมพิสัยแห่งเดียว จึงควรเผยแพร่ให้แก่
โรงพยาบาลแห่งอื่นที่มีการทำขาเทียมใน
ลักษณะเดียวกันนี้ด้วยและการศึกษาครั้ง
ต่อไป ควรมีการศึกษาถึงระดับความ
ตระหนักและการรับรู้ความเข้าใจต่อ
พฤติกรรมใส่ขาเทียมของคนพิการที่ถูก
ตัดขาด ตั้งแต่ช่วงก่อนใส่ขาเทียม ระหว่าง
การใส่ขาเทียมและหลังใส่ขาเทียม

กิตติกรรมประกาศ(Acknowledgements)

ขอขอบคุณมูลนิธิขาเทียมฯที่ช่วย
จัดตั้งโรงงานขาเทียม นพ.หัสชา เนือยทอง
คนพิการที่เข้าร่วมการศึกษาเครือข่ายนัก
กายภาพบำบัดจังหวัดมหาสารคามที่
สนับสนุนการวิจัย

การนำไปใช้ประโยชน์

ได้กำหนดผลของการจัดการความรู้
เรื่องการพัฒนาาระบบขาเทียมนี้เป็นแนว
ทางปฏิบัติร่วมกันของ เครือข่ายนักกาย
ภาพบำบัดจังหวัดมหาสารคาม และมีการ

เผยแพร่องค์ความรู้ในเวทีวิชาการ
สาธารณสุขระดับจังหวัด ได้รับรางวัล
ชมเชย ประเภทR2R

เอกสารอ้างอิง

1. งานสถิติการศึกษาและทัศนาคติ
ฝ่ายสถิติแรงงานและการศึกษากอง
สำรวจประชากร สำนักงานสถิติแห่ง
ชาติ. สรุปผลจำนวนคนพิการจากการ
สำรวจปีพุทธศักราช 2550. กรุงเทพฯ:
สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2550.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สาธารณสุขจับ
มือหน่วยงานเดิมเต็มชีวิตคนพิการขา
ขาดแฉกขาเทียมฟรีกว่า 20,000 คน.
แหล่งข้อมูล URL: <http://www.thaiovgo.th>: [สืบค้นเมื่อ 26 ตุลาคม 2556].
3. เบญจวรรณ วงศ์ปราชญ์. ภาวะปวด
หลอนปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม. วารสาร
ทหารบก 2557; 15(2): 117-122.
4. ทิพาภรณ์ เยสุวรรณ์, ปรีชา อุปโยคิน,
เทิดชัย ชีวะเกตุ. คนพิการขาขาด:
กระบวนการตีตราและการปรับตัว.
เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2555; 22(2): 51-
57.

การจัดการความรู้ เรื่อง สมการใหม่เพื่อประมาณค่า LDL-C เมื่อระดับ Triglycerides อยู่ในช่วง 400 – 1000 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

สิริวิษณุ สนโคก*

บทคัดย่อ

การประมาณค่า LDL-C ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านต้นทุนค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลทุกระดับ แต่พบว่าวิธีประมาณค่าที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีข้อจำกัดเมื่อระดับ Triglycerides มากกว่า 400 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีผู้ศึกษาวิธีประมาณค่า LDL-C จำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ แต่ก็มีเพียงจำนวนน้อยที่ระบุว่าวิธีประมาณค่าของตนจะใช้ได้เมื่อระดับ Triglycerides มากกว่า 400 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการทดลองสร้างสมการประมาณค่าโดยอาศัยการศึกษาวิธีประมาณค่า LDL-C การศึกษาแบบภาคตัดขวางในครั้งนี้มีวิธีการศึกษา คือ นำผลการตรวจ Lipid profile ที่มีระดับ Triglycerides เกิน 400 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรแต่ไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 332 ราย มาทำการสร้างสมการประมาณค่า LDL-C ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุ หลังจากนั้นจึงทำการเปรียบเทียบความสอดคล้องกับวิธีวัดค่าโดยตรง แล้วนำสมการมาคำนวณค่า LDL-C ทดสอบความสอดคล้องเทียบกับวิธีวัดค่าโดยตรง โดยสถิติ Weighted Kappa, Intraclass correlation และการวิเคราะห์กราฟ Bland Altman ผลการศึกษา พบว่า สมการใหม่ให้ค่า Weighted Kappa เท่ากับ 0.55 ICC เท่ากับ 0.73 และผลการวิเคราะห์กราฟ Bland Altman พบว่า ได้ mean diff เท่ากับ 1.901 และ LOA เท่ากับ -54.3-58.1 เมื่อนำสมการของ Chen และ Dansethakul มาวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า สมการของ Chen ได้ค่า Weighted Kappa = 0.45, ICC = 0.65 และ mean diff = -7.46, LOA = -76.3 – 61.4 สมการของ Dansethakul ได้ค่า weighted Kappa = 0.47, ค่า ICC = 0.62 และ mean diff = 19.67, LOA = -57.3 – 96.7 โดยสรุปแล้วการประมาณค่า LDL-C ด้วยสมการใหม่มีความสอดคล้องกับการวัดค่า LDL-C โดยตรงในระดับปานกลางถึงดี และดีกว่าสมการของ Chen และ Dansethakul และในการศึกษาครั้งต่อไป หากได้ทำการศึกษาอย่างลึกซึ้งมากขึ้นก็มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถประมาณค่า LDL-C ได้แม้ในผู้มีระดับ Triglycerides สูง

*โรงพยาบาลนาตุณ อำเภอนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

การจัดการความรู้ความรู้ เรื่อง การสร้างสมการใหม่สำหรับการประมาณค่าไขมันชนิด LDL-C เป็นกระบวนการเพื่อให้ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลมีวิธีการหรือแนวทางสำหรับลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลไปพร้อมๆ กับการจัดคุณภาพของบริการทางด้านเทคนิคการแพทย์ ซึ่งจะส่งเสริมให้ระบบบริการทางการแพทย์โดยรวมมีคุณภาพเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน การจัดการความรู้ในเรื่องนี้มีความสอดคล้องและส่งเสริมแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2558-2561 ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 (ยุทธศาสตร์ด้านบริการที่เป็นเลิศ; Service Excellent) และยุทธศาสตร์ที่ 4 (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล; Governance Excellent)

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก(WHO) ระบุว่าโรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั่วโลก¹ ในประเทศไทยจากข้อมูลสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการเสียชีวิตของประชาชนจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2555-2558 เท่ากับร้อยละ 23.5, 26.9, 27.8 และ 28.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกันโดยในปี พ.ศ. 2555-2558 เท่ากับ ร้อยละ 31.7, 36.1, 38.7 และ 42.6 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² และในจังหวัดมหาสาร-

คาม จากแหล่งข้อมูลเดียวกัน พบว่ามีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดในปี พ.ศ. 2555-2558 เท่ากับร้อยละ 13.7, 15.9, 14.9 และ 13.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2555-2558 เท่ากับ 27.0, 28.3, 30.9 และ 32.5 ต่อแสนประชากรตามลำดับ²

สถานการณ์ข้างต้นสาเหตุส่วนใหญ่มาจากภาวะไขมันผิดปกติในเลือด (Dyslipidemia) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม และเป็นผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease : CVD) ตามมาที่พบบ่อยคือโรคหลอดเลือดหัวใจ(Coronary heart disease)โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) และ โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral arterial disease) ดังนั้นการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดจึงมีความสำคัญต่อการวินิจฉัย และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ทั้งนี้เพื่อช่วยป้องกันการเกิดปัญหา และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต³

สำหรับการดำเนินการตรวจวัดค่าไขมันในงานประจำวันของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ต่างๆ ไปจะประกอบไปด้วย

การตรวจวัดไขมัน และ ไลโปโปรตีน ดังต่อไปนี้

1. Total cholesterol (TC)
2. Triglycerides (TG)
3. High density lipoprotein – cholesterol (HDL-C)
4. Low density lipoprotein – cholesterol (LDL-C)

การวัดค่าไขมันในเลือดที่สำคัญ คือ การวัดค่า Low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) ซึ่งมีการหาค่าทั้งแบบวัดค่าโดยตรง (Direct method) และการประมาณค่า (Indirect method) ในปัจจุบันพบว่าห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีการประมาณค่าเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล โดยการประมาณค่าแบบเดิมที่ใช้มานานกว่า 40 ปี คือ การประมาณค่าด้วยสมการของ Friedewald⁴ $LDL-C = TC - TG/5 - HDL-C$ (Friedewald)

ซึ่งสมการนี้ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้มีระดับ Triglycerides (TG) สูงเกิน 400 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทั้งยังมีการศึกษาพบความไม่สอดคล้องกับวิธีวัดค่าโดยตรง จึงมีผู้วิจัยหลายคณะได้ทำการศึกษาหาวิธีประมาณค่าแบบใหม่ๆ เพื่อให้มีความถูกต้องแม่นยำและสอดคล้องกับวิธีวัดค่าโดยตรงมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดในกรณีที่ Triglycerides มากเกิน 400 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรอยู่เหมือนเดิม และยังไม่พบมีการศึกษาในกรณีที่ Triglycerides 400–1,000 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การศึกษาค้นคว้านี้จึงต้องการสร้างสมการประมาณค่า LDL-C ในกรณีที่ Triglycerides 400–1,000 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเปรียบเทียบความสอดคล้องของวิธีประมาณค่า LDL-C ที่ได้กับวิธีการวัดค่าโดยตรงเพื่อให้ทราบความเหมาะสมของวิธีสมการใหม่ ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปสู่การพิจารณาเลือกใช้วิธีการสำหรับการหาค่าของ LDL-C ที่มีความเหมาะสม คุ่มค่า ทั้งในด้านความสำคัญทางคลินิก และต้นทุนทางวัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ที่จะต้องสอดคล้องกับแนวทางการลดต้นทุนของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study) โดยทำการรวบรวมผลการตรวจไขมัน (Lipid profile) ได้แก่ Total cholesterol (TC), Triglycerides (TG), High-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) และ Low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) จากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลนาइन ผ่านระบบ HosXP ในปีงบประมาณ 2560 โดยที่เลือกเฉพาะผลการตรวจ Lipid profile ที่มีผลการตรวจครบทั้ง 4 ชนิด และมีค่า Triglycerides มากกว่า 400 แต่ไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้จำนวนตัวอย่าง 332 ราย เริ่มจากการดำเนินการสร้างสมการประมาณค่าใหม่ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุ โดยปรับใช้จากการศึกษาวิธีการของ Chen⁵ และ Dansethakul⁶ จากนั้นจึงประมาณค่าของ LDL-C จากสมการใหม่ที่ได้ และ

สมการ ของ Chen และ Dansethkul แล้วนำค่า LDL-C ที่ได้จากวิธีประมาณค่าทั้งสามวิธี มาศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีวัดค่าโดยตรง (Direct method) โดยพิจารณาความสอดคล้อง (Agreement) ระหว่างวิธีการหาค่า LDL-C สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่

Weighted Kappa, Intraclass correlation (ICC) และ Bland Altman method สำหรับการแปลผลสำหรับค่าสถิติ Weighted Kappa index และ Intraclass correlation coefficient (ICC) ใช้การแปลผลดังตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การแปลผลค่า Weighted Kappa Index (Landis & Koch, 1977)

ค่าสถิติ Kappa	ขนาดของความสอดคล้อง
<0.00	แย่มาก (poor)
0.00 – 0.20	น้อย (slight)
0.21 – 0.40	พอใช้ (fair)
0.41 – 0.60	ปานกลาง (moderate)
0.61 – 0.80	ดี (substantial)
0.80 – 1.00	ค่อนข้างสมบูรณ์ (almost perfect)

ตารางที่ 2 การแปลความหมายของค่า ICC (Terry K. Koo & Mae Y. Li, 2015)

ค่าสถิติ ICC	ขนาดของความสอดคล้อง
<0.50	แย่มาก (poor)
0.50 – 0.75	ปานกลาง (moderate)
0.75 – 0.90	ดี (good)
>0.90	เยี่ยม (excellent)

ผลการศึกษา

สมการประมาณค่า LDL-C ใหม่สำหรับช่วงค่า Triglycerides 400-1,000 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร คือ

$$LDL - C = (TC \times 0.443) + (HDL-C \times 1.404) - (TG \times 0.047) - 26.547 \text{ (New)}$$

ผลการศึกษาคงความสอดคล้องของการวัด (measurement) เปรียบเทียบระหว่างเครื่องมือวัด (rater) หรือวิธีการวัด 2 วิธี

คือ การวัดค่า LDL-C โดยตรงและการคำนวณจากสมการ (New) ได้ผลดังตารางที่ 3 โดย Kappa coefficient เท่ากับ 0.55 และ $p < 0.0001$ ค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 0.73 และ $p < 0.0001$ ผลการวิเคราะห์กราฟ Bland Altman พบว่า สมการใหม่มีค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (mean different) เท่ากับ

1.901 และมี Limit of agreement(LOA) เท่ากับ -54.3 ถึง 58.1

ส่วนวิธีสมการสำหรับหาค่า LDL-C ของ Chen และ Dansethakul

$$\text{LDL-C} = 0.9 \times (\text{TC-HDL-C}) - 0.1 \times (\text{TG}) \quad (\text{Chen})$$

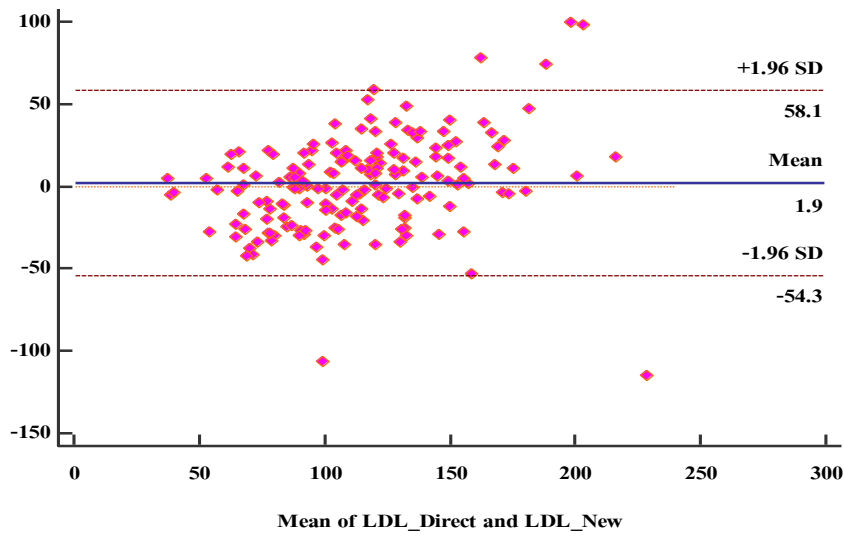
$$\text{LDL-C} = 0.9955\text{TC} - 0.9853\text{HDL-C} - 0.1998\text{TG} + 7.1449 \quad (\text{Dansethakul})$$

LDL-C ที่ได้จากทั้ง สมการของ Chen และ Dansethakul มีผลความสอดคล้องกับวิธีวัดค่าโดยตรง (Direct method)เมื่อพิจารณา Weighted Kappa ดังนี้ คือ สมการของ Chen ได้ค่า Kappa coefficient เท่ากับ 0.45 และ $p < 0.0001$ สมการของ Dansethakul ได้ค่า Kappa coefficient เท่ากับ 0.47 และ $p < 0.0001$ และเมื่อพิจารณาความสอดคล้อง ด้วยวิธี

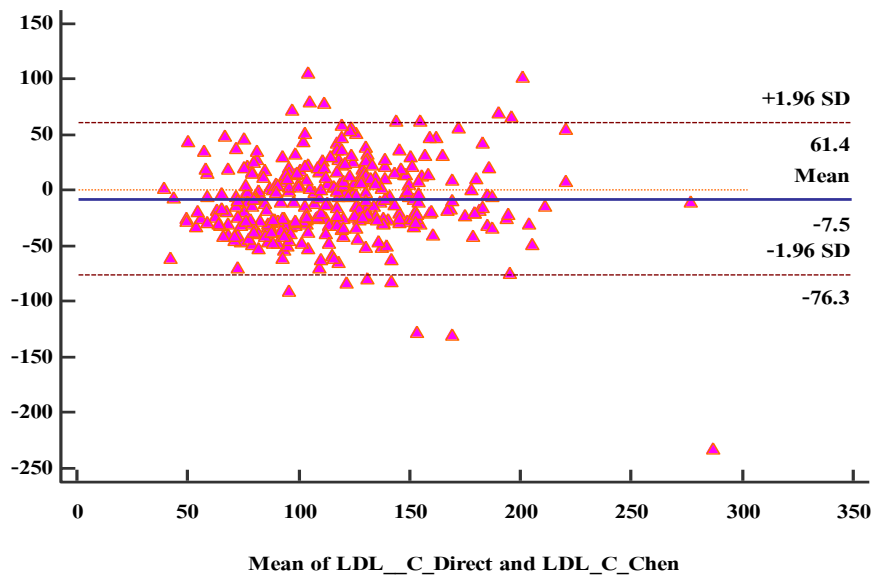
intraclass correlation ได้ผลดังนี้ คือ สมการของ Chen มีค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 0.65 และ $p < 0.0001$ สมการของ Dansethakul ให้ค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 0.62 และ $p < 0.0001$ หลังจากวิเคราะห์ด้วยกราฟ Bland altman plot พบว่า สมการของ Chen มีช่วงค่าเฉลี่ยความแตกต่างจากวิธีวัดค่าโดยตรงน้อย และแคบกว่าวิธีสมการของ Dansethakul สมการของ Chen มีค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (mean different) เท่ากับ -7.5 และมี Limit of agreement (LOA) เท่ากับ -76.3 ถึง 61.4 สมการของ Dansethakul มีค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (mean different) เท่ากับ 19.7 และมี Limit of agreement (LOA) เท่ากับ -57.3 ถึง 96.7

ตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษาความสอดคล้องของวิธีสมการประมาณค่า LDL-C กับวิธีวัดค่าโดยตรง

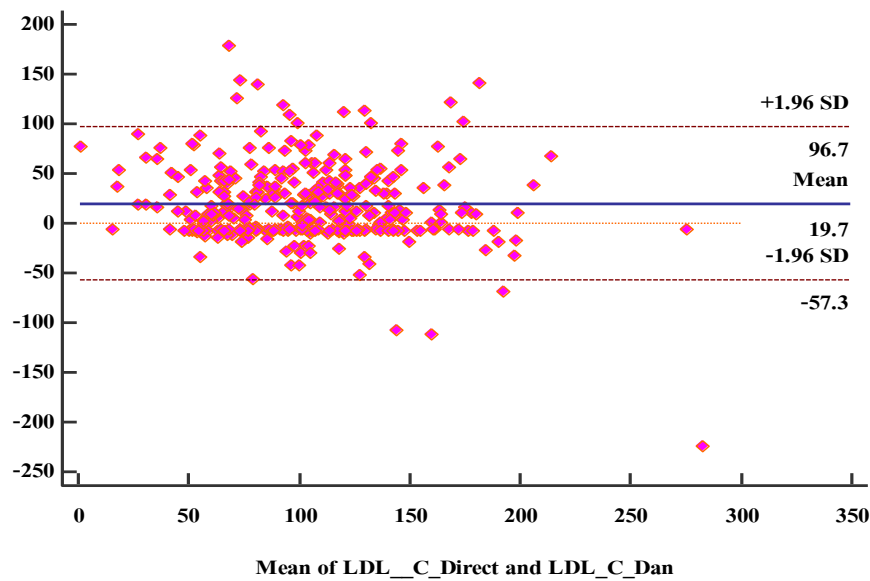
Methods	Kappa index	p-value	ICC	p-value	Mean different	Limit of Agreement
New	0.55	<0.0001	0.73	<0.0001	1.901	-54.3 – 58.1
Chen	0.45	<0.0001	0.65	<0.0001	-0.75	-76.3 – 61.4
Dansethakul	0.47	<0.0001	0.62	<0.0001	19.7	-57.3 – 96.7



รูปที่ 1 กราฟแสดง Bland Altman plot ของวิธีสมการใหม่ และวิธีการวัดโดยตรง



รูปที่ 2 กราฟแสดง Bland Altman plot ของวิธีสมการของ Chen และวิธีการวัดโดยตรง



รูปที่ 3 กราฟแสดง Bland Altman plot ของวิธีสมการของ Dansethakul และวิธีการวัดโดยตรง

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาทำให้สามารถสรุปได้ว่า วิธีสมการสำหรับการหาค่า LDL-C ด้วยวิธีการประมาณค่าในกรณีที่มีระดับ Triglycerides อยู่ใน ช่วง 400-1,000 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีความสอดคล้องกับวิธีวัดค่าโดยตรง (Direct method) ในระดับปานกลาง รวมทั้งวิธีสมการของ Chen และ Dansethakul ก็มีความสอดคล้องกับวิธีการตรวจวัดค่าโดยตรงในระดับปานกลาง เช่นเดียวกันเมื่อทดสอบความสอดคล้องด้วยวิธี Weighted kappa และ Intraclass correlation แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการหาค่า LDL-C ด้วยวิธี Indirect method เมื่อระดับ Triglycerides สูงกว่า 400 md/dL

อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากข้อจำกัดต่างๆ เช่น ในเรื่องกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะยังน้อยและไม่มีความหลากหลายเพียงพอแล้ว

ผลการศึกษาครั้งนี้ก็จะสามารถนำไปสู่การศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มากและหลากหลายเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีข้อมูลหนักแน่นเพียงพอสำหรับการเลือกใช้วิธีหาค่า LDL-C ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีระดับของ Triglycerides สูง ระหว่าง 400-1,000 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำเสนอในการประกวดผลงานทางวิชาการของจังหวัดมหาสารคาม และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนร่วมวิชาชีพทั้งในแง่ของผลการศึกษา และวิธีการดำเนินงานโดยเฉพาะในเรื่องการวิเคราะห์ทางสถิติที่เหมาะสมสำหรับการประเมินความสอดคล้องของการวัดหรือวิธีวัดค่าทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้เพื่อนร่วมวิชาชีพและผู้สนใจ ได้นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับงานของตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่า มีแนวโน้มของการใช้ ตัวบ่งชี้ (Marker)

ชนิดใหม่สำหรับประเมินความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เรียกว่า small dense LDL-C ซึ่งปัจจุบันยังใช้ผลการตรวจไขมันแบบเดิมมา่วมในการหาค่า small dense LDL-C ดังกล่าว ดังนั้นหากผลการวิเคราะห์ LDL-C และไขมันชนิดอื่น ๆ มีความถูกต้อง ก็จะเป็นพื้นฐานให้การศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมีความถูกต้องแม่นยำตามมา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการศึกษา ผู้บริหารที่สนับสนุนการดำเนินงาน ผู้ประสานงานวิชาการของโรงพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการเผยแพร่แลกเปลี่ยนความรู้ ความเห็นจากเพื่อนร่วมวิชาชีพและผู้สนใจ ที่จะช่วยให้งานได้ปรับปรุงให้สอดคล้องเหมาะสมต่อไป ในอนาคตรวมทั้งขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาศึกษาทุกคน

การนำไปใช้ประโยชน์

1. การนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติในหน่วยงานและเครือข่ายบริการสุขภาพ
2. กำหนดเป็น Best practice เพื่อเป็นตัวอย่งการปฏิบัติงานภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ
3. ใช้เป็นแนวทางเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานบริการสุขภาพเพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Cardiovascular diseases fact sheet. Retrieved 21st, August, 2017, URL: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs317/en/>
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ. สถิติการตาย/ป่วย. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. Retrieved 22nd, August, 2017, URL: <http://www.thaincd.com/2016/mission/document.php?tid=32&gid=1-020>
3. ยูวรีย์ พิชิตโซค. Laboratory Investigation in Lipid Metabolism. พยาธิวิทยาคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552. 190-197.
4. Friedewald WT, Levy RI, Fredrickson DS. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. Clin Chem 1972; 18: 499-502.
5. Chen Y, Zhang X, Pan B, Jin X, Yao H, Chen B, et al. A modified formula for calculating low-density lipoprotein cholesterol values, Lipids Health Dis 2010; 9: 52.
6. Dansethakul P, Thapanathamchai L, Saichanma S, Worachartcheewan A, Pidetcha P. Determining a new formula for calculating low-density lipoprotein cholesterol:

Data mining approach. EXCLI J. 2015; 14: 478-83.

7. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และ สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด. แหล่งที่มา:URL:<http://www.tmsociety.or.th/ckfinder/userfiles/files/lipidguideline.pdf>. [สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2560].

ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก การเตรียมและส่งต้นฉบับ เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
- ภาคผนวก ข ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ภาคผนวก ก การเตรียมและส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

การเตรียมและส่งต้นฉบับ

เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ภารกิจจัดทำวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

1. ประเภทบทความ

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่อง ดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้ประพันธ์ บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

1.2 บทปฏิบัติ (review article) เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้ เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือ ต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์ กระดาษ เอ 4

1.3 บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิบัติกับบทความพื้นฐานที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

1.4 บทความฟื้นฟูวิชา (refresher course) เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่อง ที่นำมาหรือฟื้นฟูเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ 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 บทนำพรรณนาผู้ป่วย (case description) วิเคราะห์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

1.7 ปกิณกะ (miscellany) เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย

หรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บันทึกเวชกรรม เวชกรรมทันยุค บทปริทัศน์ รายงานผลศึกษาวิจัย โดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

1.8 จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence) เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. การเตรียมต้นฉบับ

2.1 ปกชื่อเรื่อง (title page) ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษรพร้อมช่องไฟ 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 ผลการศึกษา และวิจารณ์ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อเรื่อง 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 ไม่ใช่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methodology)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัสดุ และวิธีการศึกษา

2.5.1 หัวข้อวัสดุให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปรกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงอนุญาตจากผู้เข้ารับการศึกษาและการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต 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) แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือ

แผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้อย่างจำกัด

2.7 วิจารณ์ (discussion) เริ่มด้วยวิจารณ์ผลการศึกษาดตรงกับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

2.8 ข้อยุติ (conclusion) ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า

หรือ

ใส่ตารางที่ 1

ใส่ภาพที่ 1

2.10 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments) มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วย

เหลือทางเทคนิคบางอย่าง ผู้สนับสนุนทางการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความดูขี้ขลาด ความภูมิใจฐานเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.11 เอกสารอ้างอิง (references)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการ อ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” **หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว”** มาใช้อ้างอิงเว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องอ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง 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) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวุฒิมงคล, พัชรจิณตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เชาวเกียรติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

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

3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

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

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

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

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น ฟีลอฟทัส, 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 (1986 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, ดำรงเพชรพลา, นันทวี พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ

, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

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

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งหมด

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

- หนังสือแต่โดยผู้นิพนธ์

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

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

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มุลนิธิเด็ก; 2535.

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

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือตำรา

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

1. เกียงศักดิ์ จีระแพทย์ การให้
สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันดา,
วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร
ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ.
กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์;
2540. หน้า 424-7.

2. Phillips sj. Whisnant JP.
Hypertension and stroke. In: Laragh
JH, Brenner BM, editors. Hyperten
sion: pathophysiology, diagnosis, and
management. 2nd ed. New York:
Raven Press; 1995. P. 465-78.

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

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

1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, งามจิตต์
จันทร์สาธิต, บรรณาธิการ. นโยบาย
สาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริม
สุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน;
6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโบ๊เบ๊ทาว
เวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

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

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

3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ ใช้

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง.
เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปี
ที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์,
ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไก
การจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบ
สาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม.
กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การ
อนามัยโลก; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Pay
ment for durable medical equip
ment 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

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

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

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

3.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

3.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

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

1. เพลิงมร กต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐวันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์5).

2. Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Wasahington 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. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.199-20.

3.7 วีดิทัศน์

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

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

3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

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

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease.

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

2. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17]; 168(4) : 500-6. Available form: URL: <http://biomed.Niss.ac.uk>

- 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.

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

- Wed based / online Data bases

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

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5th 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]. 2nd 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: Pro
ducer; Year.

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

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดและ
นำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจ
ผู้อ่านบทความและทำให้เข้าใจเนื้อหา
บทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่าน
ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและ
รูปภาพก่อนตัดสินใจว่าจะอ่านบทความ
ต่อไปได้หรือไม่

4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด
ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงใน
คอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์
ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหา
บทความ ตารางละหนึ่งกระดาษ และไม่
ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบาย
ข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และ
อธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote)
ใต้ตาราง

- แถว (rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์
กับคอลัมน์หัวแถว (row headings) ใช้ตัว
เข้มจะทำให้เด่นชัดขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายราย
ละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลข
กำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของ
เอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับ
*†‡§#¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควร
เข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหา
ความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อ
ตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับ
ความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค)
จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบน
ลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตาราง
ไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำ
ต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวน
อ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและ
สิ้นเปลือง ถ้าผู้นิพนธ์มีข้อมูลมากให้เลือก
เฉพาะข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหา
อีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้า
ผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความ
ขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจาก
บทความของผู้อื่น

4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้
ชัดเจน เน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพ
และแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด
เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะ
สิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน

- ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 x 7 นิ้ว
ไม่ควรใหญ่เกิน 8 x 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบไม่ติด
กระดาษรอง ไม่เขียนรายละเอียดหลัง

รูปภาพ ไม่ม้วนรูปภาพ ควรทำเครื่องหมาย
เล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพ และเขียนคำอธิบาย
ไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เจ้าของ
เรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับ
ต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำ
ให้เจ้าของเรื่องเขียนหลังภาพ เพราะอาจจะ
เขียนหนักมือเกินไป ทำให้รอยเขียนปรากฏ
ด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสีย
ไป

5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็น
ฉบับจริงพร้อมด้วยต้นฉบับสำเนา 2 ชุด
(พร้อมแผ่นดิสก์หรือCD) ต้นฉบับส่งไปไม่
ควรเย็บติดกัน ควรใช้คลิปหนีบกระดาษไว้
ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ควรส่งในซอง
หนาและใหญ่พอเหมาะ กับแผ่นกระดาษ
ต้นฉบับ การส่งต้นฉบับควรส่งจดหมาย
แนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ
อาทิ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้
นิพนธ์ ที่กองบรรณาธิการจะติดต่อได้
จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป ความต้องการ
การพิสูจน์อักษรของผู้นิพนธ์ และอื่นๆ
เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจาก
สถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้
บรรณาธิการทราบด้วย

6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้อ่านบททวน (reviewer)
จะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน
ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ สิทธิ
ในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่
กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์
เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและ

สาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มี
การประสานงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
ด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณสองครั้ง

7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทางพิสูจน์อักษรใน
ลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบใน
ความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อน
ตีพิมพ์

8. ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

8.1 วารสารวิชาการสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
มหาสารคาม ถนนเลี้ยวเมืองมหาสารคาม-
ร้อยเอ็ด ตำบลแวงนาง อำเภอมือ
มหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

8.2 ผู้ประสานงาน :

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า

เบอร์โทรศัพท์ 083 – 4170860

E-mail:Sangudchua@yahoo.com

นางสาวณัฐรญา ไชยคำภา

เบอร์โทรศัพท์ 087 – 2231536

E-mail:moonamzaa@gmail.com

ภาคผนวก ข ใบสมัครสมาชิกวารสารวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



ใบสมัครสมาชิก

วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

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

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

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

อัตราค่าสมาชิก 1 ปี (2 ฉบับ) จำนวนเงิน 600 บาท

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

เงินสด (เฉพาะที่ชำระด้วยตนเองที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)

ธนาคัตติ สั่งจ่ายภารกิจทำวารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โอนเข้าบัญชี..... เลขที่บัญชีพร้อมส่งสำเนาหลักฐานการโอน

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

ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจัดส่งวารสารให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ดังนี้ กรุณาเขียนตัวบรรจง

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

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

โทรศัพท์ : 0 4377 792 ต่อ 313



พิมพ์ที่ : ตึกลีลาการพิมพ์ 205/4 ถนนศรีสวัสดิ์ดำเนิน ตำบลตลาด

อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ 44000

มือถือ : 081-5465776, 088-5608139 E-mail : Manoch-sri2220@hotmail.com