

**การพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ**  
**(Organization Profile for DHS-PCA Appreciation 2014)**  
**อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

อำเภอพนาเป็นหนึ่งใน 7 อำเภอของจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีประวัติศาสตร์ที่ยาวนานมากกว่า 300 ปี มีพื้นที่เล็กที่สุดคือ ประมาณ 247 ตร.กม. ประกอบด้วย 4 ตำบล 56 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 29,251 คน แยกเป็น ชาย 14,677 คน หญิง 14,574 คน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อาชีพหลักคือ การทำนา ประชากร UC 21,439 คน มี องค์การบริหารส่วนตำบล 3 แห่ง เทศบาลตำบล 2 แห่ง ภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบ ดินส่วนใหญ่เป็นดินปนทรายแต่สามารถทำการเกษตรได้ สภาพภูมิอากาศโดยทั่วไปอากาศร้อน มี 3 ฤดู การคมนาคมขนส่งไปมาสะดวก เศรษฐกิจและรายได้ส่วนใหญ่มาจากภาคเกษตรและปศุสัตว์ มีวัดพระเหลาเทพนิมิต เป็นศูนย์รวมยึดเหนี่ยวจิตใจ วนอุทยานดอนเจ้าปู่ มีศูนย์แพทย์แผนไทย มีแหล่งเรียนรู้ทางวัฒนธรรม

**ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและระบบสาธารณสุขของอำเภอ**

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ จากการจัดลำดับความสำคัญโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเมะเร็ง โรคไข้เลือดออก อุบัติเหตุ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ซึ่งโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่สามารถแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 3 กลุ่มวัย ซึ่งทีมสุขภาพในแต่ละกลุ่มโรคได้ดำเนินการค้นหาปัญหาภายใต้บริบทการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงานได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยแรงงาน กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น โดยแต่ละกลุ่มได้แยกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มดี เสี่ยง ป่วย เพื่อกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันโรค การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามรักษาฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีญาติเป็นหมอ มี อสม. เป็นพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของอำเภอพนาที่เป็นอำเภอขนาดเล็ก อยู่กันแบบที่แบบน้องที่ต้องดูแลช่วยเหลือกัน ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นประชากรที่มีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.48 มีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแลได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วย ติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น กลุ่มวัยแรงงาน ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคเมะเร็งต่างๆ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น อุบัติเหตุ ไข้เลือดออก เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าว อำเภอพนาได้ดำเนินการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มชมรมสมาคมต่างๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโฮมฮัก (กลุ่มชาวบ้านที่รวมกลุ่มดูแลการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น) ชมรมทู ปีนัมเบอร์วัน เครือข่ายเยาวชน กลุ่มจิตอาสา กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น โดยได้มีการนำปัญหาสุขภาพเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขในการพัฒนาหน่วยบริการให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

อำเภอพนาประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 แห่ง ศูนย์แพทย์แผนไทย จำนวน 1 แห่ง คลินิกชุมชน 2 จำนวน

จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอำเภอพนา มีอัตราส่วนต่อประชากร คือ แพทย์ 1 : 9,750 ทันตแพทย์ 1 : 9,750 เภสัชกร 1 : 5,850 นักกายภาพบำบัด 1 : 29,251 ต่อประชากรที่รับผิดชอบอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่ พยาบาลวิชาชีพพระดับปฐมภูมิ 1 : 1,829 และนักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1 : 2,659 คน ตามลำดับ ซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขเพียงพอสำหรับการให้บริการประชาชน

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพของระบบสุขภาพอำเภอประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่

1. ทีมพัฒนาระบบบริการโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning) เป็นทีมพัฒนาความรู้การจัดการความรู้ (KM) ทักษะ สมรรถนะทีม ระบบการประสานงาน ระบบสนับสนุนการประสานงาน ระบบโครงสร้างของทีมสุขภาพและเครือข่าย โดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นเจ้าหน้าที่ อสม.อปท. ชมรม สมาคม ร่วมรับประทานอาหารกลางวันร่วมกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในช่วงบ่ายโดยเปลี่ยนสถานที่จัดประชุมในแต่ละ รพ.สต. และมีพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นผู้ประสานงานหลักในแต่ละ รพ.สต. ในจัดประสานงาน ส่งต่อ ข้อมูล และจัดหลักสูตรในการฝึกอบรมตามความจำเป็นและความต้องการ แก่เจ้าหน้าที่ อสม. ผู้ป่วย และญาติ
2. ทีมพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามความจำเป็น (Essential Care) เป็นทีมที่พัฒนารูปแบบบริการที่มีมาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงระบบบริการ และเจ้าหน้าที่สามารถให้บริการได้ทั่วถึง เป็นธรรม ซึ่งรูปแบบที่ดำเนินการปัจจุบันคือ การเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ Home visit Home care Home word ทีมหมอครอบครัว community care giver ทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดูแลที่บ้าน เป็นต้น
3. ทีมพัฒนาศักยภาพชุมชน (Self Care) เป็นทีมที่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง บริหารจัดการปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพภายใต้ โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และบริหารโดยกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยประสานงานภาคีเครือข่ายให้มีบทบาทในการจัดการระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น

### ส่วนที่ 3 การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมระบบกับแม่ข่ายและเชื่อมกับชุมชน โดยใช้แนวคิด DHS-PCA

การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อำเภอพนมามีคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่ประกอบไปด้วยทุกหน่วยงานในอำเภอพนมา โดยมีนายอำเภอพนมาเป็นประธาน ที่ร่วมกันขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอแบบบูรณาการ มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มีการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เพื่อเน้นให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพผู้ที่ได้รับผลกระทบนั้น ๆ อย่างน้อยตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด และเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่โดยการบริหารจัดการของคนในชุมชน มีการสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีความครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning : CBL) เพื่อให้เกิดการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในส่วนของโครงสร้าง อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ตลอดจนแนวทางและมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วย มีการแบ่งปันทรัพยากรอย่างเท่าเทียม โดยมีการกระจายพยาบาลเวชปฏิบัติครอบคลุมทุก รพ.สต. มีการสนับสนุนงบประมาณโดยผ่านคณะกรรมการบริหารจัดการ มีการวางระบบการป้องกันการติดเชื้อให้เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น ระบบการแลก SET ของหน่วยจ่ายกลาง การสนับสนุนวิชาการให้ จนท.รพ.สต. ในส่วนของการจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น มีการดูแลแบบครอบคลุมทุกมิติ โดยให้บริการทั้งที่บ้านและชุมชน มีการคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน มีทีมสหวิชาชีพและแพทย์เป็นที่ปรึกษา มีการวางแผนเยี่ยมเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

สำหรับการจัดบริการและการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของอำเภอพนมา ได้มีการวางแผนร่วมกันของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย คือ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบชุมชนมีส่วนร่วม โดยในระยะแรกได้ การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี ไปรับการรักษาที่ รพ.สต. เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งเป็นการลดภาระค่าใช้จ่าย ค่าเสียโอกาส ในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ต่อมา ได้มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ได้ดีลงสู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มความพึงพอใจ

### ส่วนที่ 4 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา อำเภอฟนนาได้สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอทั้งในส่วนของการกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ ทำให้มีความเข้าใจในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ชุมชนสามารถกำหนดประเด็นปัญหาของตนเองที่จะดำเนินการแก้ไข โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) ซึ่งเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จที่สำคัญ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของปฐมภูมิ และหุตยภูมิ นำปัญหามาเป็นโอกาสพัฒนาโดยเริ่มต้นจากจุดเล็กๆ ตามข้อจำกัด และบริบท เกิดระบบพยาบาลที่เลี้ยง และเกิดระบบงานต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดนวัตกรรมในพื้นที่ เช่น นวัตกรรมหมอในหมู่บ้านพยาบาลในครัวเรือน เป็นการพัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้ดูแล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยในหมู่บ้านได้ นวัตกรรมเกษตรกรปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษ โดยการนำเอาสมุนไพร ชาขงรางจืด ไปใช้กับเกษตรกรที่ปลูกพริก นวัตกรรมทำดีเพื่อแผ่นดิน ชุมชนปลอดขยะ (Zero Waste) เป็นการบริหารจัดการขยะแบบชุมชนมีส่วนร่วม เป็นต้น

ข้อจำกัดของการพัฒนา คือ การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) เป็นเรื่องที่ซับซ้อน ต้องบริหารจัดการภายใต้ความหลากหลายของคน สิ่งของ งบประมาณ และเวลา ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้

ก้าวต่อไปในการปฏิรูประบบสุขภาพของอำเภอฟนนา จะดำเนินงานปฏิรูประบบโครงสร้างในระดับอำเภอให้เกิดเอกภาพ ในการจัดบริการพื้นฐานที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลตนเองเบื้องต้นที่เหมาะสมตามบริบท ทบทุนระบบสารสนเทศได้แก่ ระบบรายงาน และตัวชี้วัดสุขภาพต่างๆ พัฒนารูปแบบ กระบวนการทำงานและสร้างสรรค์นวัตกรรมสุขภาพให้มากขึ้น ปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณ ส่งเสริมป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพ ประชาชนได้ประโยชน์อย่างเต็มที่ พร้อมทั้งปฏิรูปอัตราค่าสิ่งที่พอเพียงในเชิงปริมาณและเหมาะสมในเชิงคุณภาพ เพื่อสามารถจัดบริการต่อประชาชนกลุ่มต่างๆ ของพื้นที่อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

## ส่วนที่ 5 ผลงานและสิ่งที่ภาคภูมิใจ

### 1. โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบชุมชนมีส่วนร่วม

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบชุมชนมีส่วนร่วม เป็นการจัดการบริการและการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของอำเภอฟนนา โดยได้มีการวางแผนร่วมกันของคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ซึ่งในระยะแรกได้การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี ไปรับการรักษาที่ รพ.สต. เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งเป็นการลดภาระค่าใช้จ่าย ค่าเสียโอกาส ในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ต่อมาได้มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ได้ดีส่งสู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มความพึงพอใจ โดยในปี 2557 ได้พัฒนา 1 รพ.สต. 1 หมู่บ้านต้นแบบในการดำเนินงาน มีการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้น พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 786 ราย ร้อยละ 8.16 และกลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 22 ราย ร้อยละ 0.23 กลุ่มป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่เพิ่มขึ้น ระดับความพึงพอใจเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 66.60 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 83.30 ในปี 2557 ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 64.90 เป็นร้อยละ 81.77 โดยมีการส่งผู้ป่วยกลับไปรับบริการที่ รพ.สต. จำนวน 1,940 คน คิดเป็นร้อยละ 71.02 ลดค่าใช้จ่ายคิดเฉพาะค่าน้ำมัน กิโลเมตรละ 2 บาท ระยะทางเฉลี่ย 10 กิโลเมตร ไป-กลับ รวม 20 กิโลเมตร คิดเป็นจำนวนเงิน 77,600 บาท/ครั้ง

### 2. โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการดูแลผู้พิการในชุมชน

อำเภอนามีคนพิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหว จำนวน 285 คน ซึ่งทางโรงพยาบาลพนมังกายภาพบำบัดที่ทำหน้าที่ฟื้นฟูสมรรถภาพเพียง 1 คน ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยผู้พิการทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ทำให้ผู้พิการในชุมชนบางรายขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องรวมทั้งผู้พิการรายใหม่ที่เกิดขึ้นก็ไม่มีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางรายจึงเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด แผลกดทับ บางรายเกิดภาวะพิการซ้ำซ้อน ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวมากกว่าปกติ กลายเป็นภาระของครอบครัว และถูกมองว่าเป็นปัญหาสังคม ประกอบกับระยะทางที่ห่างไกล และค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่อนข้างสูง เนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ถูกทอดทิ้งให้อยู่ที่บ้านโดยขาดการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ หากมีบุคคลในชุมชนที่มีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ก็จะทำให้ผู้ป่วยผู้พิการทั้งรายเก่าและรายใหม่ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

เป้าหมาย :

1. มีอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน
2. ผู้ป่วยผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวในเขตอำเภอนาได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครอบคลุมทุกราย
3. ผู้ป่วยผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มมากขึ้นหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผู้พิการ
5. ผู้ป่วยผู้พิการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

กิจกรรมการพัฒนา:

กิจกรรมการพัฒนาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลและเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 จัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านการดูแลคน

พิการในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ออกเยี่ยมบ้านร่วมกันทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านการดูแลคนพิการ(อสสมช.)

นักกายภาพบำบัด และทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลพนม

สรุปผลงานโดยย่อ:

1. มีอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 56 คน ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน
2. การประเมินสมรรถภาพของผู้รับบริการด้วย Barthel ADL Index รายบุคคลพบว่าผู้พิการและผู้ป่วยทางด้านการเคลื่อนไหวสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 31.25
3. ผู้พิการและผู้ป่วยทางด้านการเคลื่อนไหว มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.72
4. ผู้พิการผู้ป่วยทางด้านการเคลื่อนไหว และญาติ มีอัตราความพึงพอใจในการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น ร้อยละ 97.32
5. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ร้อยละ 76.35

### 3. ปฏิบัติการ จอบ จับ จูต หยัดโรคภัยเข้มแข็งแบบยั่งยืน

อำเภอพนา ได้ดำเนินงานควบคุมโรคตามมาตรฐานงานควบคุมโรคและมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ทั้งนี้ ให้สอดคล้องตามแนวทางอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งยั่งยืน ปีงบประมาณ 2557 ซึ่งมีการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาระบาดโรคและภัยตามนโยบายและโรคภัยที่เป็นปัญหาในพื้นที่ เน้นหนักเพื่อการแก้ไขปัญหา 5 โรค ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคเอดส์ โรคฉี่หนู และโรคไข้เลือดออก แบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และประชาชนในพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการควบคุมโรคและภัยที่เป็นปัญหาในพื้นที่อำเภอพนา ให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานตามตัวชี้วัด และการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรค

### **กลวิธีในการดำเนินงาน**

อาศัย “กลยุทธ์ 3 จ” ร่วมกับกระบวนการ “พัฒนาระบบ พัฒนาคณะ พัฒนาทีม”

#### **กลยุทธ์ 3 จ**

1. **จ. จอบ** คือ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพแบบมีคุณภาพ ทั้งการเฝ้าระวังจากสถานการณ์โรคและปัจจัยที่อาจทำให้เกิดโรคและภัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่

2. **จ. จับ** คือ การตรวจสอบ การสอบสวนโรคภัย และเหตุการณ์ ค้นหาความจริงเพื่อการพิจารณาวางแผนดำเนินการในการควบคุมและป้องกันโรคต่อไป

3. **จ. จุต** คือ การควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

#### **กระบวนการ “พัฒนาระบบ พัฒนาคณะ พัฒนาทีม”**

##### **1. การพัฒนาระบบ อำเภอพนาได้พัฒนาระบบ ดังนี้**

- การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาด้วยการใช้โปรแกรม R506 เฝ้าระวังตรวจจัดการระบาดตาม Case surveillance เพื่อเป็นอีกหนึ่งช่องทางในการส่งรายงาน 506 ผ่านทาง Data center เพียงช่องทางเดียว ให้งานระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ทั้งนี้ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในการใช้งานโปรแกรม R506 เพื่อการวิเคราะห์และตรวจจัดการระบาดวิทยาในพื้นที่คืนข้อมูลสู่ชุมชน

- การพัฒนาระบบการรายงานเหตุการณ์ Event base surveillance โดยเครือข่ายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและความครอบคลุมในการรับรู้เหตุการณ์และความเสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่แบบเชิงรุกโดยเครือข่าย

2. **การพัฒนาคณะ** ด้วยการวิเคราะห์องค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคโรงพยาบาลพนา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอพนา โดยการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะองค์ความรู้ส่วนขาดแก่เจ้าหน้าที่ ดังนี้

- จัดแผนพัฒนาทักษะการเชื่อมโยงส่งตรวจโรคระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ และการสวมเครื่องป้องกัน

- การพัฒนาทักษะการสอบสวนโรคและควบคุมโรคมือเท้าปากระบาดในศูนย์เด็กเล็ก

- ร่วมซ้อมแผนอุบัติเหตุดูแลกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยปฏิบัติการ EMS ในพื้นที่อำเภอพนา เพื่อรองรับการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนช่วงเทศกาล

- อบรมการใช้งานโปรแกรม R 506 แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

- จัดโปรแกรมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคได้ศึกษาดูงานเรื่องยุ่งแมลงนำโรคการใช้และดูแลรักษาเครื่องพ่นหมอกควัน รวมถึงความรู้เรื่องการใช้สารเคมีที่เหมาะสมต่อการพ่นหมอกควันกำจัดยุงตัวเต็มวัย ที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 7.2 จังหวัดมุกดาหาร

**3. การพัฒนาทีม** การสร้างคนจากหนึ่งคน สองคน สามคน หลายคน ที่มีบทบาทหน้าที่ ภารกิจ สอดคล้องกันในการป้องกันควบคุมโรคให้เกิดเป็น “ทีมควบคุมโรค” จากหลายหน่วยงานร่วมด้วยช่วยกัน แบ่งเป็นทีม ระดับอำเภอ ระดับตำบล และจุดเล็กๆถึงระดับหมู่บ้าน โดยการวางแผนทางการดำเนินการร่วมกันเพื่อให้ระบบการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งอำเภอ ทั้งนี้ ทีมจะเป็นทีมที่ต้องได้รับแรงจูงใจหรือการสร้างขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงานจากผู้บริหารระดับอำเภอ อาทิ การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และงบประมาณในการดำเนินงาน รวมถึงการซักถามปัญหาเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ทั้งนี้กระบวนการดำเนินงานเป็นทีม ดำเนินภายใต้แนวความคิดที่ว่า “พนาสุขสันต์ ร่วมด้วยช่วยกัน สุขสันต์ทุกคน”

#### **ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน**

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอพนาผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคมีทักษะการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง
2. สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่พบผู้ป่วยเกินค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง และไม่พบผู้ป่วยใน generation ที่ 2
3. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคระดับ รพ.สต. สามารถเขียนรายงานการสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ได้
4. อำเภอพนาผ่านการประเมินมาตรฐานทีม SRRT 4 องค์ประกอบ 13 ตัวชี้วัด ประเมินผ่านมาตรฐาน ระดับดี โดยทีม สคร.ที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี
5. อำเภอพนาเป็นที่ศึกษาดูงานของคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก จังหวัดมุกดาหาร เรื่องกระบวนการดำเนินงานและการผ่านมาตรฐานทีม SRRT เมื่อเดือนมิถุนายน 2557
6. อำเภอพนาได้รับรางวัลชนะเลิศอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับจังหวัดและเป็นตัวแทน จังหวัดเข้าร่วมประเมินประกวดระดับเขต สคร.ที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับ “รางวัลชนะเลิศอำเภอควบคุมโรค เข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับดีเด่นเข้มชั้น 5 โรค ปี 2557” เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2557