

## การพัฒนาการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม (District Health System : DHS)

### ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป

ประวัติอำเภอเมืองมหาสารคามตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2443 หลังจากที่ตั้งเมือง (จังหวัด)มหาสารคามแล้ว 36 ปี ระยะเริ่มแรกมีลักษณะเป็นอำเภอแฝด คือด้านตะวันออกเรียกว่า อำเภออุทัยสารคาม ด้านตะวันตกเรียกว่า อำเภอประจิมสารคาม [แก่]การปกครองส่วนภูมิภาค อำเภอเมืองมหาสารคามแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 14 ตำบล 185 หมู่บ้าน 30 ชุมชน ที่ตั้งและอาณาเขต อำเภอเมืองมหาสารคามตั้งอยู่ทางตอนกลาง และค่อนข้างทิศตะวันออกของจังหวัด โดยมีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียง ดังต่อไปนี้ ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอกันทรวิชัยทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอฆ้องชัย (จังหวัดกาฬสินธุ์) อำเภอจังหารอำเภอเมืองร้อยเอ็ด อำเภอศรีสมเด็จ (จังหวัดร้อยเอ็ด) และอำเภอแกดำทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอนาโพธิ์ ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอบรบือและอำเภอโกสุมพิสัย

**สถานบริการด้านสุขภาพในพื้นที่** มีโรงพยาบาลในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลโรงพยาบาลมหาสารคาม มีจำนวนเตียง 472 เตียง โรงพยาบาลของเอกชน จำนวน 1 แห่ง จำนวนเตียง 50 มีศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง จำนวน 4 แห่ง นอกเขตเทศบาล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 17 แห่ง มีสถานบริการสุขภาพเอกชน จำนวน 54 แห่ง ประกอบด้วย คลินิกเวชกรรมจำนวน 41 แห่ง คลินิกผดุงครรภ์จำนวน 4 แห่ง คลินิกแพทย์แผนไทย จำนวน 3 แห่ง คลินิกแล็บ จำนวน 5 แห่ง มีสถานบริการเครือข่าย ประกอบด้วย จำนวนศูนย์เด็กเล็ก 23 แห่ง จำนวนโรงเรียน 79 แห่ง ชุมชน/กลุ่มพิเศษ ได้แก่ ศูนย์สงเคราะห์คนชรา 1 แห่ง และเรือนจำ 1 แห่ง

**ประชากร** ในเขตอำเภอเมืองมหาสารคามมีจำนวน 154,124 คน แยกเป็นในเขตเทศบาลเมือง 32,160 คน และนอกเขตเทศบาล 121,964 คน จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชน 185/30 หมู่บ้าน/ชุมชน มีจำนวนหลังคาเรือนในพื้นที่รับผิดชอบ 35,034 หลังคาเรือน

**อัตราการเจ็บป่วย** มีแพทย์คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อประชากร 9,066 พยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อประชากร 3,145 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ คิดเป็นสัดส่วน 1 ต่อประชากร 1,589

### ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและระบบสาธารณสุขของอำเภอ

2.1ปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่ จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรคโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมและแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์พบว่า ปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่มีหลายประเด็น คือ 1) ปัญหาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ 2) ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ขยะมูลพิษ เสียงดังรบกวน สารพิษจากยาฆ่าแมลง 3)ปัญหาด้านสังคม การพนัน การตั้งครุภัณฑ์ไม่พึงประสงค์ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหายาเสพติด ปัญหาเด็กและเยาวชน ปัญหาครอบครัวแตกแยก 4)ปัญหาด้าน

เศรษฐกิจ ความยากจน ไม่มีงานทำ ขาดรายได้ 5)ปัญหาด้านความไม่เท่าเทียม/การเข้าถึงบริการ โดยพิจารณาประเด็นที่สำคัญที่สุด คือ ปัญหาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันสูง หัวใจ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติโรคไม่ติดต่อ พบกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 7.96 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานคือร้อยละ 5 จึงได้จัดทำโครงการระบบการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การขับเคลื่อนของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ขึ้นมา

## 2.2 ผลการวิเคราะห์ระบบสาธารณสุขของอำเภอ

**นโยบาย** ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงาน และมีการชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนรับทราบ ตั้งแต่ ปี 2555 ในการทำความเข้าใจระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงาน ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู เข้าด้วยกัน **งบประมาณ** มีการจัดสรรหมวดโครงการ CUP อำเภอเมือง ปี 2557 ทั้งหมด 26,501,572 บาท คือโครงการพัฒนาบุคลากรและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นเงิน 18,216,017 บาท คิดเป็นร้อยละ 68.73 และโครงการด้านสร้างเสริมสุขภาพฯ เป็นเงิน 8,285,555 บาท คิดเป็น ร้อยละ 31.27 **ทีมงาน** การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอเมืองมหาสารคาม ดำเนินงานภายใต้โครงสร้างคณะกรรมการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดย สาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคามเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงพยาบาล สสอ. รพ.สต. อปท.และอสม. **ภาคีเครือข่าย** ประกอบด้วยองค์การบริหารส่วนตำบล 14 ตำบล เทศบาล 2 แห่ง รวมทั้งมีอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนนั้น เป็นกำลังช่วยขับเคลื่อนทางด้านสุขภาพในพื้นที่ และเครือข่ายที่สำคัญได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่ม NGO บุคคลต้นแบบ ครู พระภิกษุ ปราชญ์ชาวบ้าน ฯลฯ

## ส่วนที่ 3 วิเคราะห์การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมระบบกับแม่ข่ายและเชื่อมกับชุมชน โดยใช้แนวคิด DHS-PCA มาวิเคราะห์ ได้แก่

### 3.1 การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมระบบแม่ข่ายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ

กลยุทธ์พัฒนาคุณภาพระบบบริการระดับโรงพยาบาล และเครือข่ายแสดงความตระหนักถึงเรื่องความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ โดยประกาศให้ การบรรลุ safety goal เป็นข้อ ๑ ในเข็มมุ่งได้สื่อสารกลยุทธ์เข็มมุ่ง ตัวชี้วัด ลงสู่ผู้ปฏิบัติทุกหน่วยงาน สื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การประชุม Intranet เอกสาร ติดป้ายประกาศ เป็นต้น การรายงานอุบัติการณ์ให้ “การรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ถือว่าผู้รายงานมีความผิด” รวมทั้งตัวชี้วัดการรายงานความเสี่ยงให้เป็นตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน และมีการประชุม คปสอ. เดือนละ ๑ ครั้ง และคณะกรรมการ CUP BROAD ๔ ครั้งต่อปี เพื่อประเมินและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบในหน่วยงาน **ด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย** ได้แก่ การ

จัดทำโครงสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ ปรับภูมิทัศน์ ซ่อมแซมอาคารสถานที่ ห้องน้ำผู้รับบริการ ตามมาตรฐาน HASS จัดคลินิกบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน รวมทั้งการจัดหน่วยบริการเชิงรุกให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายโดยการพัฒนา ศสมช. ให้เป็นศาลาส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของอสม.ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และจัดบริการกลุ่มโรคเรื้อรัง เดือนละ 1 ครั้งร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต **ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ** ได้แก่ ระบบการป้องกันการติดเชื้อ มีการพัฒนาระบบ Central Supply Delivery โดยพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ มีการจัดรับส่งเครื่องมืออุปกรณ์ปลอดเชื้อจากโรงพยาบาลมหาสารคามให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกวัน **ด้านทรัพยากรมนุษย์** ได้แก่ การส่งเสริมขวัญและกำลังใจ (ให้คำชมเชย , ให้งานวัล , มีทีมพี่เลี้ยงออกติดตามนิเทศสม่ำเสมอ จัดอัตรากำลังใจให้หน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ขั้นทะเบียน สปสช. สนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการพัฒนาศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป สนับสนุนบุคลากรพร้อมงบประมาณ ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ทุกระดับทั้งใน/นอกหน่วยงาน **ด้านบริการด้านหน้า** พัฒนาระบบบริการโดยใช้แนวคิด ๓ ดี ได้แก่ ปรับปรุงและขยายพื้นที่บริการ เพิ่มพื้นที่สีเขียว ขยายเวลาการให้บริการ พัฒนาทีมจิตอาสา พัฒนาระบบบริการเชิงรุก ระบบทีมสุขภาพ (หมอครอบครัว หมอชุมชน แกนนำ อสม.) **ด้านการดูแลผู้ป่วย ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน** ได้แก่ จัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษาให้ครบทุกสถานบริการ มีการอบรมพัฒนาสมรรถนะหมอครอบครัวครบทุกคน ส่วนในระดับชุมชน พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นหมอชุมชน โดยจัดทำหลักสูตรหมอชุมชน/อบรมหมอชุมชน/จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานหมอชุมชน/อบรมแกนนำเยี่ยมบ้าน มีการพัฒนาการเชื่อมโยงระบบโรคสำคัญในระดับตติยภูมิ และในระดับของทีมสหวิชาชีพ (PCT) ทั้งนี้ได้มีประชุมจัดทำแผนการเชื่อมโยงระบบโรคสำคัญจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และนำไปสู่โครงการส่งเสริมสุขภาพ หมู่บ้านต้นแบบ CBL ขยายบริการลงสู่ชุมชนและครัวเรือน ใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย จัดระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิแบบ ๓ Home ได้แก่ Home Visit, Home Health Care , Home Ward มีการจัดระบบส่งต่อ ระบบฉุกเฉินที่ได้เกณฑ์มาตรฐาน ระบบช่องทางด่วน(Fast Tract) จัดระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ จัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยให้ทางชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วม เช่น การจัดหาอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้พิการ เพื่อให้ผู้พิการได้รับสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานสำหรับการดูแลผู้ป่วยรายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง มีระบบการปรึกษาทางโทรศัพท์ และทาง line **ด้านเครื่องมือแพทย์** ได้แก่ มีพัฒนาระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์ ตามมาตรฐาน ISO อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มีการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอตามมาตรฐาน เช่น อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ถังออกซิเจน **ด้านทันตกรรม** มีการจัดให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานใน

หน่วยบริการปฐมภูมิ พร้อม Unit ทันตกรรมตามเกณฑ์ขั้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ สปสช. เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย **ด้านยาและเวชภัณฑ์** มีการสนับสนุนให้มีเภสัชกรปฐมภูมิเป็นที่ปรึกษาและออกปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จัดทำกรอบบัญชียาปฐมภูมิสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ **ด้านขั้นสูตร** มีการจัดทำมาตรฐานห้องปฏิบัติการของหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการควบคุมคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ DTX, UA, Preg test, Hct จัดนักเทคนิคการแพทย์ให้เป็นที่ปรึกษาหน่วยบริการปฐมภูมิระดับโซน **ด้านกายภาพบำบัด** มีนักกายภาพบำบัดเป็นที่ปรึกษาและออกปฏิบัติงานเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ **ด้านแพทย์แผนไทย** จัดให้มีผู้ช่วยแพทย์แผนไทยหลักสูตร 372 ชั่วโมงพร้อมจัดห้องแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ สปสช. และให้ร่วมเป็นทีมส่งเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ผู้พิการในชุมชน **ด้านสารสนเทศ** พัฒนาระบบสารสนเทศโดยศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาสารคาม มีการพัฒนาบุคลากรด้านสารสนเทศ มีระบบ MIS ในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการของหน่วยปฐมภูมิที่มาโรงพยาบาล มีการสนับสนุนจ้างเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลให้หน่วยบริการปฐมภูมิโดยใช้งบประมาณของโรงพยาบาล สนับสนุนซื้อครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์สื่อสารเพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม มีคณะกรรมการ CIO ติดตาม ตรวจสอบ ข้อมูลในระบบ 43 แฟ้มทุกเดือน

### 3.2 การจัดบริการและการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่มีคุณภาพเชื่อมกับชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติโรคไม่ติดต่อ พบกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 7.96 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานคือร้อยละ 5 จึงได้จัดทำโครงการระบบการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การขับเคลื่อนของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอมือเมือง จังหวัดมหาสารคาม ขึ้นมา โดยมีผลการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System:DHS) ตามหลักการ UCCARE ดังนี้

**U: Unity District Health Team** มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพฯ ซึ่งประกอบด้วยทุกภาคส่วน โดยมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาด้านวิชาการ การดำเนินงานในพื้นที่ และประชุมร่วมกัน เพื่อชี้แจงนโยบายและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

**C: Community Participation** มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนระดับตำบล การจัดประชาคมระดับหมู่บ้าน การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลกลุ่มเสี่ยง ในการจัดทำแผนระดับตำบล มีกิจกรรมค้นหาภาพผื่นและแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ตรงกับความต้องการของประชาชน มีการดำเนินงานในชุมชนที่ศาลาส่งเสริมสุขภาพโดยหมอชุมชนและ อสม. เช่น การตรวจคัดกรองเบาหวาน การจัดอบรมกลุ่มเสี่ยง การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลกลุ่มเสี่ยง ชุมชนร่วมกำหนดมาตรการทางสังคม กติกาชุมชนและติดป้ายประกาศในหมู่บ้าน

C: Customer focus มีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของอำเภอ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา จัดทำแผนระดับตำบล ได้รับความต้องการของชุมชน และคืนข้อมูลสถานะสุขภาพ ประเด็นสุขภาพที่สำคัญ เพื่อให้ได้แผนแก้ไขปัญหาย่างมีส่วนร่วม

A: Appreciation นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จ คือ เขาโมเดล ในพื้นที่ของรพ.สต.เขา เพื่อใช้เป็นต้นแบบในการดำเนินงานในอำเภอเมืองมหาสารคาม มีการสนับสนุนบุคลากร อสม. รพ.สต./ศสม.และอบต.ที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน ได้นำประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่นๆ มีการมอบรางวัลให้กับกลุ่มเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ บุคคลต้นแบบ อสม.ต้นแบบ

R:Resources Sharing and Human Development มีการสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินการจากโรงพยาบาล ร้อยละ 57 และจากกองทุนสุขภาพระดับตำบล ร้อยละ 43 รพ.มหาสารคาม/สสอ. และหน่วยบริการปฐมภูมิมีการช่วยเหลือกันร่วมเป็นวิทยากรในการจัดทำแผนระดับตำบล การจัดทำประชาคม การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การถอดบทเรียน มีการพัฒนาหมอครอบครัวในด้านองค์ความรู้ในกระบวนการดำเนินงานและการจัดทำวิชาการ

E: Essential Care ระดับ CUP มีกิจกรรมที่สำคัญของ CUP และมีขั้นตอนการดำเนินงาน จำนวน 12 ขั้นตอนระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ มีกิจกรรมที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีขั้นตอนการดำเนินงาน จำนวน 13 ขั้นตอน

#### ส่วนที่4 ประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีทิศทางและแนวทางการพัฒนาต่อเนื่องอย่างไร

คณะกรรมการDHS ได้ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน DHS ของอำเภอตามหลักการ UCCARE ในปี 2557 ดังนี้

Unity Team มีคำสั่งคณะกรรมการ DHS มีแนวทางการทำงานร่วมกัน และดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ มีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในประเด็นสุขภาพสำคัญ มีการประชุมคณะกรรมการ ทุกเดือน ผลประเมินระดับ ๕

Customer Focus มีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของอำเภอ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา จัดทำแผนระดับตำบล ได้รับความต้องการของชุมชน และคืนข้อมูลสถานะสุขภาพ ประเด็นสุขภาพที่สำคัญ เพื่อให้ได้แผนแก้ไขปัญหาย่างมีส่วนร่วม ผลประเมินระดับ ๓

Community participation มีการทำประชาคมระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในประเด็นสุขภาพตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผลและร่วมรับผลประโยชน์ ผลประเมินระดับ ๓

Appreciation มีแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การศึกษาดูงาน และการสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรทุกระดับ มีการถอดบทเรียน มอบรางวัล ชื่นชมบุคคลผลประเมินระดับ ๓

Resource sharing and human development มีแผนงาน โครงการ ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้งบประมาณ วัสดุทางการแพทย์ วัสดุสำนักงาน เวชภัณฑ์ยาและไมใช่ยา ร่วมกับโรงพยาบาลมหาสารคามและมีแผนจัดหาแพทย์ เกสซิกเกอร์ ออกปฏิบัติงานในรพ.สต /ศสม. ทุกเดือน มีทีมสหวิชาชีพร่วม

ออกเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ผลประเมินระดับ ๔

Essential care มีการจัดระบบดูแลสุขภาพในกลุ่ม WECANDO อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับภาคีเครือข่าย และถอดบทเรียนพื้นที่ต้นแบบเพื่อการเรียนรู้ และปรับปรุง ต่อยอด ประเมินระดับ ๔

ในปี 2558 มีการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพระดับอำเภอ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม มาขยายผลในระบบโรคและระบบสุขภาพสำคัญอีก 11 เรื่องเพื่อบูรณาการเชื่อมโยงระบบ Service Plan สู่ DHS ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า งานอนามัยแม่และเด็ก ไข้เลือดออก เลปโตสไปโรซิส มะเร็งท่อน้ำดี อุบัติเหตุผู้สูงอายุ ผู้พิการ และสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย

## ส่วนที่ 5 ผลงานและสิ่งที่ภาคภูมิใจ

ปี 2557 ODOF เรื่องการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การขับเคลื่อนของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองมหาสารคามโดยการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการใช้แนวคิดตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน (Planning) ขั้นตอนที่ 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) ขั้นตอนที่ 3) การติดตามสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนที่ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) การปรับปรุงการปฏิบัติงานและประเมินผลการ ทำการวิจัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 แห่ง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคีเครือข่าย จำนวน 539 คน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,091 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิจัยระหว่างเดือน มีนาคม – กันยายน 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพโดยใช้แบบสอบถาม การบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยมีข้อค้นพบ คือ เกิดกิจกรรมที่สำคัญจากการดำเนินโครงการตามระบบที่พัฒนาขึ้น 2ระดับ ดังนี้ 1) ระดับอำเภอ มีกิจกรรมที่สำคัญ 12 กิจกรรม 2) ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ มีกิจกรรมที่สำคัญ 13 กิจกรรม และเกิดรูปแบบจากการพัฒนาซึ่งเรียกว่า “3M-S-K-H Model” ประกอบไปด้วย M : Man คณะกรรมการดำเนินงาน Monitoring การติดตามอย่างต่อเนื่อง Management การบริหาร

จัดการคน เงิน ของ S : Social Network Participation การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย K : Knowledge การพัฒนาความรู้และทักษะ H : Health Promotion การส่งเสริมสุขภาพ ภายหลังการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 1) ประเภทกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการดำเนินงาน และระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.05$ ) ส่วนด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่าค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการพัฒนา 2) ประเภทภาคีเครือข่าย พบว่าหลังดำเนินการกลุ่มภาคีเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยของบทบาท การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.05$ )

สรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาครั้งนี้คือ DHSL ประกอบด้วย D – District Health System Policy คือ นโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ชัดเจน , Health Volunteer Participation – คือ แกนนำด้านสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงาน , S – Sharing คือการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน และ L – Learning มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง