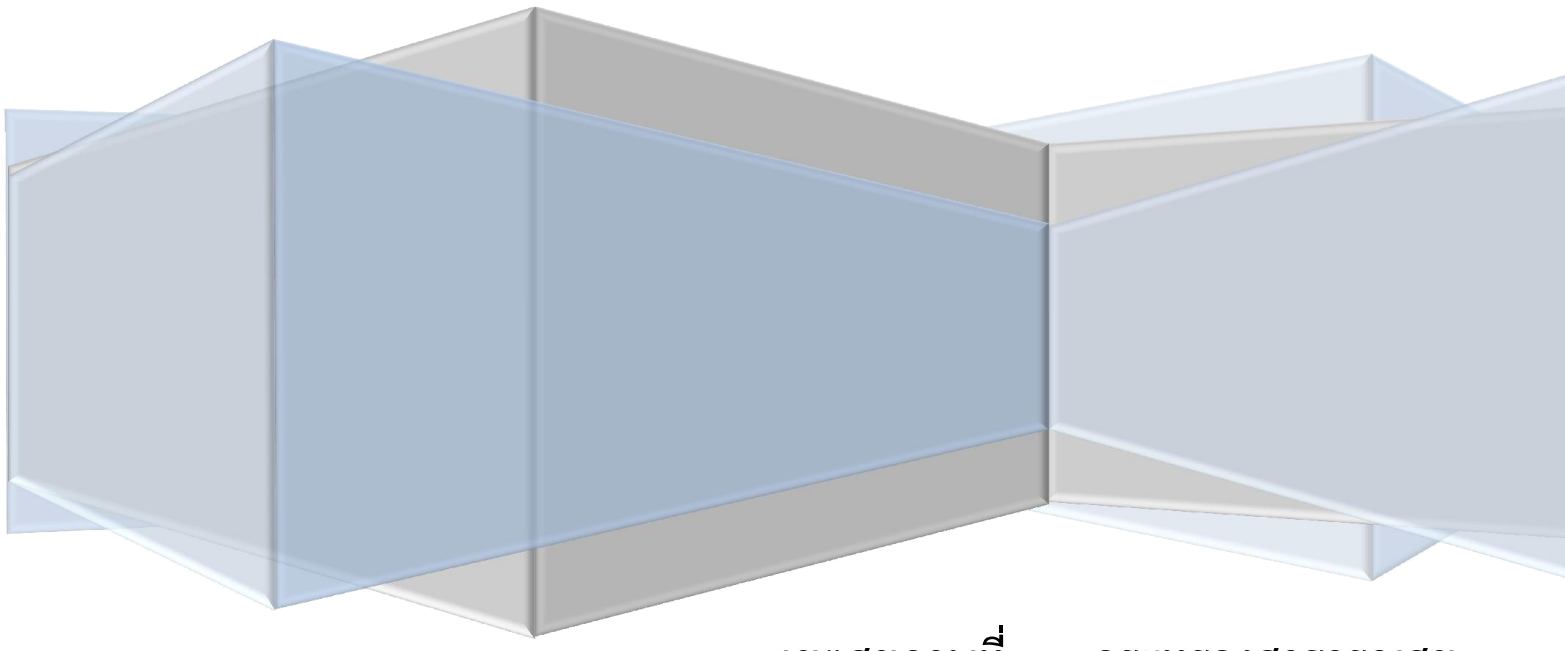
(ร่าง)

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ
พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙ เขตสุขภาพที่ ๑๐



เขตสุขภาพที่ ๑๐ กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๖๐

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ

พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙

สารบัญ

บทที่ ๑ สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งระดับประเทศและในระดับเขต

บทที่ ๒ การตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับเขต

บทที่ ๓ การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ ๑๐

บทที่ ๔ วิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็งและส่วนขาดของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บทที่ ๕ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Promotion and Prevention Excellence)

บทที่ ๖ กลไกดำเนินงาน การควบคุมกำกับ และประเมินผล

บทที่ ๑
สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งระดับประเทศและในระดับเขต

๑. บทนำ

ปัญหาสุขภาพของประชากรโลกเป็นปัญหาทางสังคมที่ทุกประเทศให้ความสำคัญ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในอดีตคือ โรคติดต่อ อาทิเช่น การระบาดของไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น แต่ก็มีปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ มากมายซึ่งมีสาเหตุมาจากระบบสาธารณสุขที่ด้อยพัฒนา ความยากจน และปัญหาสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม การพัฒนาด้านสาธารณสุขในช่วงปลายศตวรรษที่ ๒๐ เป็นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ การพัฒนายารักษาและวัคซีนป้องกันโรค รวมถึงการปรับปรุงสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ อย่างไรก็ตาม ประชากรโลกในช่วง ๒๐ ปีที่ผ่านมาก็ยังประสบปัญหาสุขภาพอีกมากมาย ทำให้องค์การสหประชาชาติทำการเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกจัดทำข้อตกลงในการกำหนดเป้าหมายระดับโลกในการพัฒนาประชากร โดยใน ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ได้ตั้งเป้าหมายการพัฒนาร่วมกัน เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ หรือ Millennium Development Goals และต่อมาได้มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนามนุษย์อีกครั้ง เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals หรือ SDGs ครอบคลุมช่วงเวลา ๑๕ ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึงปี ๒๕๗๓ ซึ่งมีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคือ เป้าหมายหลักที่ ๓ การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ

ประเทศไทยขณะนี้อยู่ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ นับเป็นช่วงเวลาที่ท้าทายเป็นอย่างมากที่ประเทศไทยต้องมีการปรับตัวเพื่อความยั่งยืนในระยะยาว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคนในภาพรวมให้เป็นคนที่สมบูรณ์ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทุนมนุษย์จากการยกระดับคุณภาพการศึกษา การเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ และยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง เพื่อให้สอดรับกับการพัฒนาประเทศภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) ที่มุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ ตลอดจนประเด็นการปฏิรูปประเทศ นอกจากนั้น ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วน เพื่อมุ่งสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน”

๒. สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของประเทศไทย
๒.๑ สถานการณ์สุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิต

ก. สถานการณ์สุขภาวะสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

๑) สุขภาวะของมารดา

หลายทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยยังคงเผชิญกับปัญหาการตายของมารดา การลดลงของจำนวนการเกิดหรืออัตราการเจริญพันธุ์รวม และการเกิดที่ไม่มีคุณภาพ จากการสำรวจอัตราส่วนการตายของมารดาไทยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๘ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๖ อัตราส่วนการตายของมารดามีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ จาก ๔๔.๓๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ เป็น ๓๑.๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยเท่ากับ ๒๒.๔ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในส่วนของเขตสุขภาพที่ ๑๐ อัตราส่วนการตายของมารดาสูงเกินเป้าหมายมาโดยตลอดในช่วงปี ๒๕๕๖-๒๕๕๘ เท่ากับ ๒๐.๓, ๒๓.๑, ๒๘.๒ ภายหลังได้มีการกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาร่วมกันทั้งเขตอย่างเข้มข้น อาทิ การประชุมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทบทวนปัญหาเมื่อมี

มารดาเสียชีวิตทุกครั้ง พัฒนาระบบฝากครรภ์เพื่อค้นหาครรภ์เสี่ยงสูง ตามแนวทางระดับเขต กรณีหญิงตั้งครรภ์มีโรคทางอายุรกรรมจะได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์ร่วมกับอายุรแพทย์ มีการบูรณาการงานร่วมกับ Service Plan เพื่อการทบทวนแนวทางการส่งต่อ ทบทวนระบบ Fast Track ครรภ์เสี่ยงสูง กำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยร่วมกันในระดับเขต (CPG-PPH/PIH/LBW) รวมไปถึงการมีระบบนิเทศติดตามงานเพื่อช่วยเหลือกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย “แบบพี่เยี่ยมน้อง” ส่งผลให้อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มลดลง โดยในปี ๒๕๕๘ เท่ากับ ๑๔.๙ และในปัจจุบัน (ปี ๒๕๖๐) พบมารดาเสียชีวิต ๑ ราย เท่ากับ ๖.๔ ต่อแสนการเกิดมีชีพ อย่างไรก็ตาม หากมองในภาพรวมของประเทศยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ โดยสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอด มารดาที่มีภาวะขาดโภชนาการทั้งก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ขณะที่มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม

เมื่อพิจารณาถึงอัตราการเจริญพันธุ์รวมในอดีตและปัจจุบัน พบว่าในอดีตผู้หญิงไทยหนึ่งคนมีบุตรเฉลี่ยตลอดวัยเจริญพันธุ์ ๖ คน แต่ในปัจจุบันมีบุตรเพียง ๑.๖ คน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสังคมไทยยังคงเผชิญกับปัญหา “เด็กเกิดน้อยแต่ด้อยคุณภาพ” ทั้งนี้ กรมอนามัยได้ดำเนินการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ เพื่อจะพัฒนาคุณภาพการเกิดของประชากรไทย

๒) พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ ๒๗.๒ ขณะที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย สูงถึงร้อยละ ๔๓.๔ โดยพบพัฒนาการด้านภาษาสงสัยล่าช้ามากที่สุด ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าในเขตสุขภาพ ได้แก่ แม่ขณะตั้งครรภ์มีภาวะซีด (ร้อยละ ๒๑.๘) ได้รับไอโอดีนไม่เพียงพอ โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะ < ๑๕๐ ไมโครกรัม/ลิตร ถึงร้อยละ ๖๕ ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (ร้อยละ ๑๐.๗) ได้กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ร้อยละ ๒๕.๘ มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน เพียงร้อยละ ๔๔.๐ พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนพ่อแม่ระยะคลินิกเด็กดีเพียงร้อยละ ๓๐ เด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่ถูกต้อง โดยผู้เลี้ยงดูปล่อยให้เด็กใช้เวลาว่างดูโทรทัศน์/ เล่นเกม สูงถึงร้อยละ ๗๗.๗ ขณะที่มีเด็กปฐมวัยที่ไม่ได้ถูกเลี้ยงดูโดยพ่อหรือแม่ถึงร้อยละ ๓๖.๖ จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กไทย (๐-๕ ปี) ทั้งปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยแวดล้อม และปัจจัยสนับสนุนที่เกิดจากสุขภาพของแม่ พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัว ภาวะสุขภาพของเด็กทั้งน้ำหนักแรกเกิด ภาวะโภชนาการ และการได้กินนมแม่ ตลอดจนการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพของการเลี้ยงดูและระดับปฏิสัมพันธ์ที่เด็กได้รับ เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดมีโอกาสที่จะพัฒนาทักษะทางด้านการรับรู้ ภาษา อารมณ์และสังคมอย่างเต็มที่ มีโอกาสที่จะเติบโตขึ้นอย่างสมบูรณ์แข็งแรง และมีความเชื่อมั่นและรู้จักคุณค่าของตนมากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่ ทั้งนี้ พัฒนาการเด็กในแต่ละด้านเป็นรากฐานสำคัญของชีวิตความเป็นผู้ใหญ่ เนื่องจากประสบการณ์ในวัยเด็กเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเป็นตัวตน สภาพแวดล้อมของบ้านเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในช่วงชีวิตวัยเด็ก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ หากได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของผู้กำหนดนโยบายและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ อาทิ ภาคีเครือข่ายในภาคการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน ประชาชน และผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับของสถานบริการสาธารณสุข

โดยสรุปปัญหาพัฒนาการเด็กมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย อาทิเช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

อย่างน้อย ๖ เดือนต่ำ พฤติกรรมการเล่านิทานของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก และการเล่นกับลูกโดยไม่ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การเข้ารับการตรวจประเมินพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างระบบส่งต่อเพื่อช่วยเหลือแก้ไขเมื่อพบปัญหาพัฒนาการล่าช้า

๓) การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple indicators cluster survey: MICS) ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๙ (UNICEF Office for Thailand, ๒๐๐๗), ครั้งที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๕ (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๖) และครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๘ พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ลดลง แต่อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม เพิ่มขึ้น ส่วนเด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ผอม อ้วน เพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๕ และลดลงในปี ๒๕๕๘ โดยภาวะเตี้ยยังคงมีความชุกสูงที่สุด

ผลกระทบของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (Low birth weight - LBW) และเด็กเตี้ย (เด็กที่ขาดอาหารสะสมเป็นเวลานานหรือแบบเรื้อรัง) นอกจากปัญหาด้านโครงสร้างร่างกายแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต มีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบไปยังรุ่นลูกรุ่นหลาน หากไม่ได้รับการแก้ไข เด็กจะมีภาวะเตี้ย แคระแกร็น และเกิดปัญหาเช่นนี้ในทายาทรุ่นต่อๆ ไป

ด้วยเหตุนี้ จึงต้องส่งเสริมโภชนาการในสตรีและเด็กอายุ ๐-๕ ปี เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตดีทั้งส่วนสูงและน้ำหนัก (สูงดีสมส่วน) ซึ่งจะส่งผลดีทั้งด้านสาธารณสุข สังคม การศึกษา และเศรษฐกิจ และยังส่งผลให้บรรลุเป้าหมาย SDGs ข้อ ๒ ยุติความหิวโหยและขจัดปัญหาทุพโภชนาการทุกรูปแบบให้หมดไป จากรายงาน Health Data Center (HDC) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในงวดที่ ๑ และงวดที่ ๒ ปี ๒๕๕๙ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ๒๕๕๙) พบว่าเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ยังต่ำอยู่ คือมีเพียงร้อยละ ๔๗.๗ ทั้งนี้เขตสุขภาพที่ ๑๐ พบเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนเพียงร้อยละ ๔๘.๖ ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำ เช่นเดียวกับข้อมูลที่พบในระดับประเทศ

นอกจากปัญหาด้านการดูแลสุขภาพร่างกายแล้ว สภาพสังคมยุคอุตสาหกรรมในปัจจุบันที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากเขตชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่มากขึ้น ผู้คนในชนบทไม่สามารถเลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง ส่วนผู้คนในเมืองใหญ่ก็ต้องทำงานมากขึ้นทำให้ไม่สามารถดูแลเด็กเล็กได้เช่นกัน จำเป็นต้องพึ่งพาสถานเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เด็กเล็กมากขึ้น แม้ว่าปัจจุบันศูนย์เด็กเล็กจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นแต่ยังต้องมีการพัฒนาในอีกหลายส่วน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กกลุ่มวัยนี้ได้ และจากคำให้สัมภาษณ์ของอธิบดีกรมควบคุมโรค ระบุว่ายังมีเด็กอีกร้อยละ ๑๐ ที่เข้าไม่ถึงวัคซีนพื้นฐาน เด็กเหล่านี้แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ เด็กในพื้นที่ชนบทห่างไกลทุรกันดาร เด็กด้อยโอกาสในพื้นที่เขตเมือง และเด็กต่างด้าวทั้งในและนอกระบบ ซึ่งการรับวัคซีนจะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพให้เด็กไทย ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันตรายในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

๑. Global School-based Student Health Survey Thailand ๒๐๑๕, Fact Sheet

๒. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒

๓. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, โภชนาการในเด็กไทย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว

๔. แนวทางควบคุมป้องกันโรคอ้วนในเด็ก สำนักโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๗

๕. สรุปผลการตรวจราชการรอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐

ข. สถานการณ์สุขภาวะเด็กวัยรุ่นไทย (กลุ่มอายุ ๑๕-๒๙ ปี)

กลุ่มเด็กวัยเรียน ๖-๑๔ ปี

ผลการดำเนินงานส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จากการประมวลผลข้อมูลจากระบบ HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐ ภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ พบว่า เด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี มีจำนวนทั้งหมด ๔๗๗,๔๙๖ คน ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง จำนวน ๓๑๕,๐๘๐ คน มีความครอบคลุมร้อยละ ๖๕.๙๙ เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๔.๖๔ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖) โดยสูงสุดที่จังหวัดยโสธร ร้อยละ ๗๔.๑๘ รองลงมาคือ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี มุกดาหาร และศรีสะเกษ ร้อยละ ๖๙.๓๕, ๖๕.๐๔, ๖๓.๙๓ และ ๖๐.๗๘ ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์เพียง ๒ จังหวัด คือ ยโสธรและอำนาจเจริญ เด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ ๘.๔๗ (ไม่เกินร้อยละ๑๐) โดยพบสูงสุดที่จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๑๐.๕๗ รองลงมาคือ ยโสธร มุกดาหาร อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ ร้อยละ ๗.๘๔, ๗.๔๓, ๗.๒๙ และ ๗.๑๗ ตามลำดับ เด็กวัยเรียนมีภาวะเตี้ย ร้อยละ ๘.๔๑ (ไม่เกินร้อยละ๑๐) พบมากที่สุดในจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๑๐.๔๘ รองลงมาคือ อุบลราชธานี มุกดาหาร อำนาจเจริญ และยโสธร ร้อยละ ๘.๖๑, ๗.๑๕, ๓.๘๙ และ ๓.๐๑ ตามลำดับ เด็กวัยเรียนมีภาวะผอม ร้อยละ ๕.๒๖ (ไม่เกินร้อยละ๕) พบสูงที่สุดในจังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๖.๑๔ รองลงมาคือ ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี และยโสธร ร้อยละ ๕.๖๕, ๕.๔๕, ๕.๒๘ และ ๓.๒๔ ตามลำดับ จากข้อมูลด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียน พบปัญหาด้านทุพโภชนาการ (ทั้งขาดและเกิน) ในส่วนเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนมีปัญหาเกินเกณฑ์บางจังหวัด ดังนั้น แนวทางการแก้ไขปัญหาจึงควรดูแลเฉพาะพื้นที่หรือรายโรงเรียนที่มีปัญหา เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทเฉพาะพื้นที่และโรงเรียน ตลอดจนพัฒนาระบบฐานข้อมูลเด็กวัยเรียนในแต่ละจังหวัดให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ และทันตามระยะเวลาที่กำหนด

เด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่า ได้แก่ อัตราเด็กอายุ ๑๘ เดือนปราศจากฟันผุ อัตราเด็กอายุ ๖ ปีปราศจากฟันผุในชุดฟันน้ำนม อัตราเด็กอายุ ๑๒ ปีปราศจากฟันผุในชุดฟันแท้และเด็กอายุ ๑๒ ปีมีการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน มีแนวโน้มลดลง ขณะที่อัตราเด็กอายุ ๑๘ เดือนได้รับการแปรงฟันจากผู้ปกครอง อัตราเด็กอายุ ๓ ปีปราศจากฟันผุ อัตราเด็กอายุ ๖ ปีปราศจากฟันผุในชุดฟันแท้ และเด็กอายุ ๑๒ ปีมีสภาวะเหงือกอักเสบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ส่วนกระบวนการดำเนินงานในแต่ละช่วงวัย ได้แก่ การให้ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันในกลุ่มเด็กอายุ ๐-๒ ปี โดยลงมือปฏิบัติ ยังมีไม่มาก เพียงร้อยละ ๓๑.๑๔ และเด็กเล็กอายุ ๐-๒ ปี ที่ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ มีเพียงร้อยละ ๒๒.๒๗ ซึ่งกระบวนการที่ให้บริการในกลุ่มเด็กเล็กนั้นทำได้ยากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ เนื่องจากต้องได้รับความร่วมมือทางทันตกรรมทั้งจากตัวเด็กเองและผู้ปกครอง

กระบวนการดำเนินงานในเด็กวัย ๓ - ๕ ปี ได้แก่ การได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบฟลูออไรด์ มีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ ๓๐.๗๙ และ ๓๘.๑๗ ตามลำดับ ซึ่งนับว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจที่เด็กในกลุ่มนี้ได้รับบริการทันตกรรมค่อนข้างสูง เมื่อวิเคราะห์การให้บริการใน setting ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าดำเนินการได้อย่างยอดเยี่ยม โดยมีกระบวนการให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ สูงถึงร้อยละ ๙๕.๙๖

กระบวนการดำเนินงานในเด็กวัย ๑๒ ปี ซึ่งเป็นตัวชี้วัดกระทรวง พบว่ามีกิจกรรมที่สนับสนุนตัวชี้วัดนี้คือ ตั้งแต่ฟันแท้ซี่แรกขึ้น เด็ก ๖ ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน ร้อยละ ๑๑.๕๔ เนื่องจากยังเป็นช่วงปี

แรกของการศึกษา และมีเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับบริการทันตกรรมร้อยละ ๒๙.๘๒ และมีนโยบายร้อยละของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกินร้อยละ ๕ ในภาพเขต ๕๙.๐๔ ซึ่งการดำเนินการมีทั้งการให้บริการโดยทันตบุคลากรและการบูรณาการร่วมกับเครือข่าย เช่น การจัดประกวดเครือข่ายเด็กไทยฟันดี และการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน รวมถึงการบูรณาการตามกลุ่มวัยในการดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่มีประเด็นทันตสุขภาพในการประเมินดังกล่าวด้วย

เมื่อดำเนินการแล้ววิเคราะห์ผลผลิตซึ่งเป็นตัวชี้วัด พบว่าเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) เกินค่าเป้าหมายของประเทศที่มีเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒ โดยเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผลงานร้อยละ ๗๘.๙๖ ซึ่งเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทยที่มีการดำเนินงานได้ดีในระดับยอดเยี่ยม

การคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาการตั้งครรภ์และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของวัยรุ่นและเยาวชนที่ทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การทำแท้ง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ในปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็น ๑๓.๖๙, ๑๕.๖๕ และ ๒๖.๖๒ ต่อพันประชากรตามลำดับ ในปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๙.๒๑, ๑๐.๔๐ และ ๙.๖๕ ตามลำดับ ข้อมูลในปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ - มีนาคม ๒๕๖๐) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี คิดเป็น ๑๑.๔๔ ต่อพันประชากร สูงที่สุดคือ จังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๑๖.๐๒ และต่ำที่สุดคือ จังหวัดอุบลราชธานี ๘.๘๑ ข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๔๔ สูงที่สุดคือ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ ๑๕.๕๔ และต่ำที่สุดคือ จังหวัดยโสธร ร้อยละ ๖.๓๓ ซึ่งวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำส่วนใหญ่ออกจากระบบการศึกษามาประกอบอาชีพ ตั้งใจมีบุตรและมีความพร้อมที่จะเลี้ยงดู

สำหรับการให้บริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จังหวัดศรีสะเกษ ยโสธร และมุกดาหาร มีการจัดบริการฝังยาคุมกำเนิดในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง จังหวัดอำนาจเจริญและอุบลราชธานี การให้บริการยังไม่ครอบคลุม มีการให้บริการในโรงพยาบาลบางแห่ง ซึ่งสาเหตุเกิดจากไม่มียาฝังคุมกำเนิด โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อยา ใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลที่มีบริการ แต่ผู้ป่วยไม่มาเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางระยะทางไกล ในปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ - มีนาคม ๒๕๖๐) เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีอัตราหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๗ และอัตราหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๒๖ มากที่สุดคือ จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๖๙.๗๕ ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลหลายแห่ง มีการ Motivate ให้ฝังยาคุมกำเนิดก่อน D/C หรือ นัดมาฝังหลังคลอด มีกระเป๋าให้บริการฝังยาคุมกำเนิดเคลื่อนที่โดยโรงพยาบาลจัดซื้อยาเอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการฝังยาคุมกำเนิดร้อยละ ๑๐๐ แต่เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมยังไม่มั่นใจในการทำหัตถการ มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าคนที่ฝังยาคุมกำเนิดได้ต้องเคยตั้งครรภ์หรือแท้งเท่านั้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราการให้บริการฝังยาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีข้อมูลในรายงาน เนื่องจากเงื่อนไขในการบันทึกข้อมูลที่ค่อนข้างซับซ้อน ทำให้การบันทึกข้อมูลในระบบให้บริการไม่ตรงช่วงเวลาที่กำหนด (เกิน ๔๒ วันหลังคลอดหรือแท้งบุตร) ส่งผลให้ข้อมูลผลงานในระบบข้อมูล HDC น้อย

ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ สนับสนุนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๘๕.๙๑ และการ

ดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๘๗.๑๔ ซึ่งในปี ๒๕๖๐ มีโรงพยาบาลและอำเภอที่รับการประเมินใหม่ จำนวน ๖ แห่ง ๖ อำเภอ และโรงพยาบาลและอำเภอที่จะรับการประเมินซ้ำ (ครบ ๓ ปี) ตามมาตรฐาน จำนวน ๒๕ แห่ง ๒๓ อำเภอ

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙ โดยอยู่ในระหว่างการแต่งตั้งคณะกรรมการ มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ขับเคลื่อนงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยบูรณาการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการ PM กลุ่มวัยรุ่น โดยจังหวัดยโสธร มีการจัดทำโครงสร้างและมีการแต่งตั้งคณะกรรมการนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น และทุกจังหวัดในเขตสุขภาพยังคงบูรณาการการดำเนินงานในรูปแบบอำเภออนามัยเจริญพันธ์ มีระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีการดำเนินงานคู่กับโรงเรียนคู่เครือข่าย (OHOS) ซึ่งระบบ OHOS ยังเป็นจุดอ่อนในการดำเนินงาน เนื่องจากขาดข้อมูลเชิงคุณภาพในระดับจังหวัด

ค. กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มักมีปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังคือ ภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารและการใช้พลังงานของร่างกาย เป็นเหตุทำให้เกิดไขมันสะสม โดยเฉพาะที่บริเวณหน้าท้องและรอบเอว เกิดผลเสียต่อสุขภาพ นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นด้วย โดยพบว่าโรคเรื้อรังมีสาเหตุจากกลุ่มอาการอ้วนลงพุง และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันช่องท้อง และปริมาณไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ เส้นรอบเอวยังมีความสัมพันธ์กับระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดด้วย (วณิชา กิจวรพัฒน์, ๒๕๕๓) องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ในปัจจุบันประชากรมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากถึง ๓๐๐ ล้านคน และอาจเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวใน ๒๐ ปีข้างหน้า เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศส่งผลให้วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป มีอุปนิสัยการบริโภคที่ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.๒๕๕๘ ประชากรวัยทำงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี มีจำนวน ๔๓ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๖๖ ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นเพศหญิง ๒๒ ล้านคน และเพศชาย ๒๑ ล้านคน ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพค่อนข้างมาก โดยจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ (พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๔๗) เปรียบเทียบกับครั้งที่ ๔ (พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๒) พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้หญิง ความชุกเพิ่มจากร้อยละ ๓๔.๔ เป็นร้อยละ ๔๐.๗ และในผู้ชาย เพิ่มจากร้อยละ ๒๒.๕ เป็นร้อยละ ๒๘.๔ ซึ่งเกณฑ์บ่งชี้ภาวะอ้วนคือค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ที่มีค่ามากกว่า ๒๕ kg/m^2 และยังพบภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในผู้หญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๖.๑ เป็นร้อยละ ๔๕.๐ และในผู้ชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๕.๔ เป็นร้อยละ ๑๘.๖ ด้านการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ คนไทยที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ร้อยละ ๒๓.๗ โดยสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ ๑๙.๙ และดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ ๔๕.๓ โดยกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ คือร้อยละ ๓๗.๗ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ ๘๒.๓ กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอตามคำแนะนำ และร้อยละ ๑๘.๕ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (กรมอนามัย, ๒๕๕๙) จากรายงานการสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๘ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า อัตราของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่ม จำแนกตามภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการทำงานออกแรงระดับหนักหรือปานกลาง ร้อยละ ๔๐.๙ มีการเดินทางโดยการเดินหรือจักรยาน ร้อยละ ๔๔.๙ มีการเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมนันทนาการ ระดับหนักหรือปานกลาง

ร้อยละ ๒๑.๐ และมีการเคลื่อนไหวน้อย ร้อยละ ๙๕.๐ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๘) ด้านปัญหาทันตสุขภาพ พบว่าการติดเชื้อในช่องปากจะนำไปสู่การติดเชื้อที่อวัยวะสำคัญของร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ และโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับโรคระบบร่างกาย โดยเฉพาะโรคของระบบหัวใจหลอดเลือดและโรคเบาหวาน ซึ่งการมีอนามัยช่องปากที่ดีจะช่วยลดการอักเสบเรื้อรังในร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดอันตรายต่อหลอดเลือดด้วย จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ ๗ พ.ศ.๒๕๕๕ พบว่าวัยทำงานอายุ ๓๕-๔๔ ปี มีปัญหาเหงือกอักเสบร้อยละ ๓๙.๓ และพบโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ ๑๕.๖ แม้ว่าเกือบทั้งหมดจะแปรงฟันทุกวัน แต่ร้อยละ ๒๐.๑ ยังไม่ได้แปรงฟันก่อนเข้านอนซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุด (กรมอนามัย, ๒๕๕๙)

จากข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐ พบว่า ประชาชนวัยทำงาน (อายุ ๑๕-๕๙ ปี) ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๔๘.๒๗ ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ ๒๕ กก/ม๒ และหรือภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกิน ชาย ๙๐ ซม. หญิง ๘๐ ซม.) ร้อยละ ๓๑.๐๘ ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ ร้อยละ ๖.๕๔ และจากการสำรวจระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ (HBSS) กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๐ เดือนเมษายน-มิถุนายน ๒๕๕๗ พบว่า ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ ๓๘.๔ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์/ผอม ร้อยละ ๗.๑ อ้วนระดับ ๑ ร้อยละ ๒๐.๖ อ้วนระดับ ๒ ร้อยละ ๒๖.๔ และอ้วนระดับ ๓ ร้อยละ ๗.๔ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า กินผักหลากหลายชนิดทุกวัน ร้อยละ ๑๖.๗ กินผักและผลไม้สดมากกว่าหรือเท่ากับครึ่งกิโลกรัมทุกวัน ร้อยละ ๑๔.๗ กินผลไม้รสหวาน ร้อยละ ๖๓.๕ ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ร้อยละ ๖๖.๘ กินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิที่เคี่ยวแตกมัน ร้อยละ ๘๕.๔ กินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูงหรือโคเลสเตอรอลสูง ร้อยละ ๗๘ กินอาหารทอด ร้อยละ ๘๑.๔ โดยมีการบริโภค ๕-๖ วันต่อสัปดาห์ และกินทุกวัน ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย ร้อยละ ๖๐.๕ และไม่ได้เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย ร้อยละ ๓๙.๕ มีการออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ ๘๑.๒ และไม่ได้ออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ ๑๘.๘ ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ ๑๔.๔ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๘๕.๖ พฤติกรรมการดื่มสุรา ดื่มทุกวัน ร้อยละ ๒.๓ ดื่ม ๕-๖ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๒.๕ ดื่ม ๑-๔ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๑๔.๒ และไม่ดื่ม ร้อยละ ๘๑.๐ ด้านการนอนหลับพบว่า ไม่เคยรู้สึกไม่สดชื่นหลังตื่นนอน ร้อยละ ๖๘.๓ และรู้สึกไม่สดชื่นหลังตื่นนอนทุกวัน ร้อยละ ๕.๐ (สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๕๗)

จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ ๑๕-๕๙ ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ๓อ. ๒ส. ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ ๗๕.๖๔ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ. ๒ส. อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ ๘๑.๖๕ ส่วนประเด็นความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีระดับความรอบรู้ถูกต้องบ้าง ร้อยละ ๖๘.๔๘ ด้านการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาโรคเบาหวาน ร้อยละ ๘๖.๑ ผลการตรวจส่วนใหญ่เป็นกลุ่มปกติ รองลงมาเป็นกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๒, ๖.๙ และ ๔.๖ ตามลำดับ นอกจากนี้ ส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๘.๑ ผลการตรวจส่วนใหญ่เป็นกลุ่มปกติ รองลงมาเป็นกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๑, ๑๑.๒ และ ๔.๕ ตามลำดับ กรณีเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการสำรวจการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้าและหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ ๕๔.๕ เคยตรวจเพียงร้อยละ ๔๒.๖ โดยในกลุ่มที่เคยตรวจ ผลการตรวจพบว่า เป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ ๘๓.๗ (ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี, ๒๕๖๐)

จากการสอบถามข้อมูลการสนทนากลุ่มของประชาชนวัยทำงานในประเด็น ๓อ. ๒ส. ๑น. ๑ฟ. ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่มีการบริโภคปลา เนื่องจากสามารถเลี้ยงในบ่อปลาที่อยู่ในทุ่งนาที่เป็นพื้นที่ทางการเกษตรได้ และเป็นปลาธรรมชาติ จึงมีประชาชนบางส่วนที่บริโภคปลาดิบในช่วงเทศกาลจับปลาในบ่อปลาของชาวบ้านที่น้ำเริ่มแห้งขอด รองลงมาเป็นอาหารประเภทเนื้อหมู ไก่ ที่พบมากในชุมชนเมือง เพราะมีตลาด ส่วนจังหวัดมุกดาหาร บางพื้นที่นิยมบริโภคเนื้อวัวทั้งสุกและดิบ ส่วนประเภทการปรุงอาหารส่วนใหญ่เป็น ต้ม นึ่ง รองลงมาคือ ผัด ทอด เป็นการปรุงอาหารเอง มีเพียงชุมชนเมืองที่นิยมอาหารปรุงสำเร็จที่จำหน่ายเป็นถุง เนื่องจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบ เมื่อสอบถามถึงการบริโภคผัก พบว่า พื้นที่เขตชนบทส่วนใหญ่จะปลูกผักกินเองโดยใส่ปุ๋ยคอก โดยในเขตชนบทจะบริโภคผักมากกว่าในเขตเมือง และเนื่องจากประชาชนอยู่ในภาคอีสานที่มีการปรุงอาหารด้วยปลาร้า ทำให้มีรสชาติอาหารค่อนข้างเค็มและเผ็ดเป็นส่วนใหญ่

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีพื้นที่ในการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวทางกายเพียงพอ เช่น สนามกีฬาของโรงเรียน สวนสาธารณะ และได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งในเขตเมืองและชนบท บางพื้นที่มีผู้นำชุมชนที่ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย โดยมีการกำหนดข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพด้วยกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ เช่น การเต้นแอโรบิก การปั่นจักรยาน การเต้นรำ เป็นต้น แต่ยังมีบางส่วนที่ยังมีการออกกำลังกายน้อย ไม่สม่ำเสมอ โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา เหนื่อยจากการทำงานแล้วจึงไม่ได้ออกกำลังกาย

ด้านวัฒนธรรมประเพณีในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในชุมชนโดยประชาชนร่วมกันจัดกิจกรรม และหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุน เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ งานบุญต่างๆ งานกีฬาสัมพันธ์ระหว่างชุมชน เป็นต้น มีการดูแลกันและกันด้านสุขภาพ ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง

ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ชุมชนส่วนใหญ่มีนักสูบหน้าใหม่ลดน้อยลง แต่ประชาชนที่สูบเดิมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ซึ่งการสูบมีการลดลงบ้าง แต่จำนวนการเลิกบุหรี่ยังมีจำนวนน้อย โดยนักสูบหน้าใหม่ที่พบส่วนใหญ่จะพบเป็นวัยรุ่นในชุมชน เนื่องจากการเข้าถึงบุหรี่จากร้านค้าค่อนข้างง่าย ร้านค้าในชุมชนมีการแบ่งขายบุหรี่จากซอง ด้านพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า ชุมชนส่วนใหญ่มีกิจกรรมงานศพปลอดเหล้า ซึ่งมีการดำเนินการขยายผลไปยังพื้นที่ต่างๆ ได้ค่อนข้างมาก ส่วนงานบุญปลอดเหล้า ดำเนินการได้บางส่วน เช่น เมื่อมีกิจกรรมงานบุญในวัด จะจัดเป็นพื้นที่ปลอดเหล้าในวัด แต่ก็จะมีประชาชนบางส่วนดื่มสุรานอกเขตวัด และมีบางส่วนบรรจุเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขวดอื่นๆ แล้วนำเข้าไปดื่มในพื้นที่งานบุญ และชุมชนยังไม่มีมาตรการจัดการเมื่อมีการกระทำผิดข้อตกลงในชุมชน

ด้านพฤติกรรมการนอน พบว่า ส่วนใหญ่นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ ไม่มีปัญหาด้านการนอนหลับ โดยชุมชนในเขตเมือง บางส่วนมีโทรทัศน์และเครื่องเสียงในห้องนอน ด้านพฤติกรรมการแปรงฟัน พบว่า ส่วนใหญ่มีการแปรงฟันอย่างน้อย ๒ ครั้งต่อวัน แต่ข้อแนะนำเรื่องการแปรงฟันนาน ๒ นาทีต่อครั้ง และหลังการแปรงฟัน ๒ ชั่วโมงไม่ควรรับประทานอาหารนั้น ยังดำเนินการได้เป็นส่วนน้อย และไม่ค่อยมีการใช้ไหมขัดฟัน เนื่องจากไม่สะดวกต่อการใช้งาน และบางส่วนใช้ไม่เป็น

จะเห็นได้ว่า ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่มีความสำคัญมาก หากเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจนส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ ย่อมส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในการดูแลครอบครัว และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพด้วย ดังนั้น หากมีการดูแลสุขภาพที่ดี ก็จะส่งผลให้ประชาชนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ มีสุขภาพที่ดีต่อไป

ง. สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ ๑๐

กลุ่มผู้สูงอายุ

ประเทศไทยมีผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๓.๒ ของประชากรไทยในปี ๒๕๓๕ เป็นร้อยละ ๑๖.๕๐ ในปี ๒๕๕๙ ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๙.๑๒ ๒๖.๕๖ และ ๓๒.๑๒ ในปี ๒๕๖๓ ๒๕๗๓ และ ๒๕๘๓ ตามลำดับ ทั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๓.๖ ในปี ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๘.๗ ในปี ๒๕๕๗ โดยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางกายและทางจิต รวมทั้งขาดผู้ดูแล จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในปี ๒๕๕๖ โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์และกรมอนามัย พบว่าร้อยละ ๙๕ ของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่โรคใดก็โรคหนึ่ง เช่น โรคเบาหวาน (ร้อยละ ๑๘) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ ๔๑) และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ ๒๖

สำหรับประชากรผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ เท่ากับ ๕๒๖,๗๔๖, ๕๕๓,๔๐๑, ๕๗๙,๒๖๖, ๖๐๗,๒๖๓ และ ๖๖๓,๙๙๓ คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๖๒, ๑๒.๑๖, ๑๒.๖๙, ๑๓.๓๒ และ ๑๔.๔๓ ตามลำดับ (ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) ในปี ๒๕๖๐ มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น ๕๙๓,๖๘๔ คน (ข้อมูลจาก HDC) ได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ๕๖๘,๑๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๖๙ แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ๕๔๐,๕๐๓ คน (ร้อยละ ๙๕.๑๔) กลุ่มติดบ้าน ๒๓,๒๖๔ คน (ร้อยละ ๔.๑๐) กลุ่มติดเตียง ๔,๓๔๒ คน (ร้อยละ ๐.๗๖) จากการคัดกรองพบว่า เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ ๙.๐๓ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๘.๔๕ สมองเสื่อม ร้อยละ ๒.๗๔ ซึมเศร้า ร้อยละ ๑.๔๒ ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๙.๖๗ เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ร้อยละ ๔.๗๖ อ้วนและอ้วนอันตราย ร้อยละ ๓.๔๒ มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

ในปี ๒๕๕๙ เขตสุขภาพที่ ๑๐ คัดเลือกตำบลนำร่องเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ๗๙ ตำบล ประเมินการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ทุกตำบล (ร้อยละ ๑๐๐) ในปี ๒๕๖๐ มีตำบลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ๓๒๕ ตำบล รวม ๔๐๔ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๐๑ ของตำบลทั้งหมด (๖๑๒ ตำบล) ผ่านการประเมินตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ๒๖๙ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๕๘ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๑๙,๗๕๑ คน ทั้งนี้ มี Care Manager ๖๑๗ คน จากเป้าหมาย ๗๑๔ คน (ร้อยละ ๘๖.๔๑) Care Giver ๒,๔๖๑ คน จากเป้าหมาย ๓,๓๑๑ คน (ร้อยละ ๗๔.๓๓) จัดทำ Care Plan ได้ ๑๐,๑๔๐ ฉบับ (ร้อยละ ๕๑.๓๔) สัดส่วน CM: ผู้สูงอายุพึ่งพิง=๑:๓๒.๐๑ สัดส่วน CG:ผู้สูงอายุพึ่งพิง = ๑:๘.๐๒ ผู้สูงอายุดีขึ้น เปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน ๑๖๐ คน จาก ๒,๔๗๓ คน (ร้อยละ ๖.๔๗) กลุ่มติดบ้านเป็นติดสังคม ๑,๐๗๘ คนจาก ๑๒,๗๐๗ คน (ร้อยละ ๘.๔๘) และมีพื้นที่ที่มีการเบิกจ่ายเงินจากกองทุน LTC แล้ว ๔๑ แห่ง

๒.๒ สถานการณ์ด้านโรคติดต่อในเขตสุขภาพที่ ๑๐

การรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

องค์การอนามัยโลก คาดประมาณอัตราป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทยโดยใช้ผลการสำรวจความชุกวัณโรคพบว่า ในปี ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๑๒๐,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๑๗๑ ต่อประชากรแสนคน (WHO, Global TB Report ๒๐๑๕) ปัจจัยกำหนดการเกิดโรค (Determinants) มีหลายประการ ซึ่งมีข้อมูลจากผลสำรวจ ระบบเฝ้าระวัง (ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค) และแหล่งข้อมูลอื่นๆ เช่น สูงอายุ แรงงานข้ามชาติ ผู้ต้องขัง การติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน เป็นต้น

จากระบบรายงานการดำเนินงานวัณโรคปีงบประมาณ ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ๖๗,๗๘๙ ราย คิดเป็นอัตราการตรวจพบ (Detection rate) ร้อยละ ๖๐ ในขณะที่ผลสำเร็จของการรักษายังต่ำเพียงร้อยละ ๘๑ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่จะนำไปสู่การลดวัณโรค (ร้อยละ ๘๕) นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น โดยในปี ๒๕๕๗ มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานข้ามชาติสูงถึง ๓,๐๙๑ ราย ซึ่งการเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อยเป็นปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมวัณโรค สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือผู้ป่วยที่มีเชื้อวัณโรคดื้อต่อยาหลักอย่างน้อย ๒ ชนิด คือ ไอโสไนอาสิดและไรแฟมพิซิน (Multi-Drug Resistant-TB : MDR-TB) จำนวนคาดประมาณ ๒,๒๐๐ ราย (มาจากผู้ป่วยใหม่ ๑,๑๐๐ ราย และมาจากผู้ป่วยที่มีประวัติ ๑,๑๐๐ ราย) ซึ่งคาดประมาณจากข้อมูลการเฝ้าระวังการดื้อยาครั้งที่ ๔ ของประเทศไทยในปี ๒๕๕๕ (วัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยใหม่พบร้อยละ ๒.๐๓ และในผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาพบร้อยละ ๑๘.๘๘)

พื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ สิ้นปีงบประมาณ ๒๕๕๘ พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภท จำนวน ๔,๔๗๐ คน Incidence rate ๙๘/แสนประชากร Case detection rate ร้อยละ ๕๗ (จากค่าประมาณการจะมีผู้ป่วย ๗,๙๐๐ คน) อัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภท ร้อยละ ๘๕ อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ ๗ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตาราง ๑ จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภท (New M+/New M-/Relapse/EP) เขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕-๒๕๕๘

จังหวัด	ประชากร (คน)	ค่าเป้าหมาย (๑๗๐/แสน)	ปีงบประมาณ ๒๕๕๕	ปีงบประมาณ ๒๕๕๖	ปีงบประมาณ ๒๕๕๗	ปีงบประมาณ ๒๕๕๘	Detection rate ปี ๒๕๕๘ (%)
อุบลราชธานี	๑,๘๖๖,๒๘๔	๓,๑๗๒	๑,๔๙๓	๑,๒๐๑	๑,๓๕๒	๑,๓๗๒	๔๓.๒๕
มุกดาหาร	๓๕๐,๑๕๖	๕๙๕	๓๖๕	๒๘๓	๓๔๗	๓๓๒	๕๕.๘๐
อำนาจเจริญ	๓๘๓,๙๕๘	๖๕๒	๓๓๕	๒๖๘	๒๙๔	๒๔๙	๓๘.๑๙
ศรีสะเกษ	๑,๕๐๒,๖๔๐	๒,๕๕๔	๒,๐๙๓	๒,๐๒๔	๑,๙๙๕	๒,๐๕๓	๘๐.๓๘
ยโสธร	๕๕๒,๑๐๒	๙๓๘	๕๗๐	๕๘๔	๕๔๕	๔๖๔	๔๙.๔๗
ภาพรวม	๔,๖๕๕,๑๔๐	๗,๙๑๑	๔,๘๕๖	๔,๓๖๐	๔,๕๓๓	๔,๔๗๐	๕๖.๕๐

ที่มา :www.tbthailand.org/data

ตาราง ๒ อัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรค พื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔-๒๕๕๗

จังหวัด	ปีงบประมาณ ๒๕๕๔	ปีงบประมาณ ๒๕๕๕	ปีงบประมาณ ๒๕๕๖	ปีงบประมาณ ๒๕๕๗		
				รักษาครบ	ตาย	ขาดยา
อุบลราชธานี	๙๐.๓๗%	๙๐%	๘๖.๕๖%	๘๐.๕๔%	๖.๙๒%	๒.๓๐%
มุกดาหาร	๘๔.๖๙%	๘๖.๑๓%	๘๔.๙๓%	๘๐.๘๑%	๙.๕๙%	๓.๗๗%
อำนาจเจริญ	๘๓.๘๕%	๙๕.๘๐%	๘๙.๑๔%	๘๗.๐๓%	๖.๘๓%	๑.๗๑%
ศรีสะเกษ	๙๑.๐๙%	๘๙.๑๓%	๘๗.๗๑%	๘๗.๔๖%	๗.๖๔%	๑.๖๔%
ยโสธร	๘๘.๗๑%	๘๙.๗๓%	๘๖.๓๙%	๘๙.๖๕%	๕.๙๙%	๑.๘๑%
ภาพรวม	๘๙.๖๑%	๙๐.๘๔%	๘๗.๑๑%	๘๕.๒๒%	๗.๓๔%	๒.๐๒%

ที่มา :www.tbthailand.org/data

หมายเหตุ: ปี ๒๕๕๔-๒๕๕๖ คิดจากจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อ (New M+) ปี ๒๕๕๗ จากผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภท (New M+/New M-/Relapse/EP) สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ ได้แก่ สูงอายุ ๗๕% มีโรคอื่นร่วม ๓๗% และสูงอายุและมีโรคอื่นร่วม ๒๕%

ตาราง ๓ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) พื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐

จังหวัด	New Cases MDR ๒๕๕๗	New Cases MDR ๒๕๕๘	MDR On treat	XDR TB
อำนาจเจริญ	๖	๔	๖	๑
อุบลราชธานี	๑๙	๑๓	๒๙	๑
ศรีสะเกษ	๑๓	๑๐	๑๖	-
ยโสธร	๑	๐	๐	-
มุกดาหาร	๕	๕	๕	-
รวม	**๔๔**	**๓๒**	**๕๖**	**๒**

จากข้อมูล พบ MDR-TB ในพื้นที่ ร้อยละ ๑ ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด ส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ รักษาซ้ำหลังขาดยา

ผลการดำเนินงานในช่วงเดือน ตุลาคม ๒๕๕๘ - กันยายน ๒๕๕๙

๑) การค้นหาวัณโรคในเรือนจำ

- เรือนจำจังหวัดยโสธร วันที่ ๒-๕ ก.พ. ๒๕๕๙ (ผู้ต้องขัง ๑,๕๑๗ คน) อบรมแกนนำวัณโรคในเรือนจำ ๒๕๐ คน คัดกรองวัณโรคโดยใช้แบบสอบถามผู้ต้องขังทุกราย พบผู้ต้องขังมีอาการเข้าเกณฑ์และส่งตรวจเสมหะ ๑๖๑ คน ผลตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ๖ คน ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยทุกราย
- เรือนจำอำเภอกันทรลักษ์ วันที่ ๘-๑๐ มีนาคม ๒๕๕๙ (ผู้ต้องขัง ๑,๓๒๐ คน) อบรมแกนนำวัณโรคในเรือนจำ ๒๖๐ คน คัดกรองวัณโรคโดยใช้แบบสอบถามผู้ต้องขังทุกราย พบผู้ต้องขังมีอาการเข้าเกณฑ์และส่งตรวจเสมหะ ๑๑๔ คน ไม่พบผู้ป่วยวัณโรค
- เรือนจำจังหวัดศรีสะเกษ วันที่ ๒๔ – ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๙ (ผู้ต้องขัง ๑,๕๒๐ คน) อบรมแกนนำวัณโรคในเรือนจำ ๒๕๐ คน คัดกรองวัณโรคโดยใช้แบบสอบถามผู้ต้องขังทุกราย พบผู้ต้องขังมีอาการเข้าเกณฑ์และส่งตรวจเสมหะ ๑๕๐ คน ผลตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ๑ คน
- กิจกรรมการค้นหาวัณโรคในคลินิกเบาหวาน คัดกรองผู้ป่วยด้วยแบบคัดกรอง จำนวน ๑๐,๓๐๓ คน อาการเข้าเกณฑ์จำนวน ๑๑๘ คน ส่งเอกซเรย์ตรวจเสมหะ พบผู้ป่วยวัณโรค ๔ ราย

๒) การนำเครื่อง Expert MTB/RIF มาช่วยในการวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง

โดยจังหวัดศรีสะเกษ เป้าหมายจำนวน ๑,๖๒๖ คน ส่งตรวจ ๖๖๒ คน (๔๐% ของเป้าหมาย) พบวัณโรค ๓๘ คน พบว่าดื้อยา Rifampicin ๕ ราย จังหวัดอุบลราชธานี เป้าหมายจำนวน ๒,๒๐๔ คน ส่งตรวจ ๗๔๖ คน (๓๓.๘๕ % ของเป้าหมาย) พบวัณโรค ๓๕ ราย พบดื้อยา Rifampicin ๖ ราย พบมากที่สุดในการคัดกรองกลุ่มเบาหวาน สิ้นปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ๔,๘๘๐ ราย เพิ่มขึ้น ๔๑๐ คน เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๖.๙ อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ ๘๙ อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ ๔ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคอื่นร่วม เช่น HIV โรคเบาหวาน

ผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ทำการประเมินโรงพยาบาลทั้งสิ้น ๒๗ แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน ๑๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๓๗ โอกาสในการพัฒนา ประเด็น

ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ลดการเสียชีวิต และการพัฒนาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับการประเมินมาตรฐานเรือนจำคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ทำการประเมินเรือนจำ ๔ แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๕ มีโอกาสในการพัฒนาในประเด็นการพัฒนาระบบคัดกรองวัณโรคแรกรับและก่อนจำหน่าย ระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในเรือนจำ และระบบข้อมูลและรายงาน

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

จากแนวโน้มการเกิดโรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพที่สำคัญในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ส่งผลให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ต้องเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติที่สำคัญหลายครั้ง เช่น การระบาดของโรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ อุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล รวมถึงปัญหาโรคติดต่ออื่นๆ ที่เกิดขึ้นเป็นประจำในพื้นที่และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก รวมถึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับโรคอุบัติใหม่จากการเดินทางข้ามประเทศของประชากร เช่น โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) โรคติดเชื้อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา โรคคอตีบ โรคโปลิโอ โรคไอกรน เป็นต้น จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา ทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับระบบการจัดการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน และได้มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบการเฝ้าระวังตรวจสอบเหตุการณ์ผิดปกติหรือทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ซึ่งนับเป็นเครื่องมือสำคัญที่นานาชาติยอมรับและสนับสนุนให้ประเทศต่างๆ นำมาใช้รับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประเทศไทยได้กำหนดกรอบการดำเนินงานภายใต้แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๘ เป็นแผนหลักในการบริหารจัดการสาธารณภัยของประเทศ มีลักษณะเป็นแนวคิดการปฏิบัติ หรือ Concept of Operations หรือ CONOPS ในการบริหารจัดการสาธารณภัย โดยยึดแนวคิดการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย (Disaster Risk Reduction) และแนวทางการฟื้นฟูที่ดีกว่าเดิมและปลอดภัยกว่าเดิม (Build Back Better and Safer) ภายใต้การพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามีส่วนร่วมในการจัดการ เพื่อนำไปสู่การจัดการภัยพิบัติอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับหลักสากล (รู้รับ-ปรับตัว-ฟื้นเร็วทั่ว-อย่างยั่งยืน: Resilience) เป็นกรอบแนวทางปฏิบัติให้แก่หน่วยงานทุกภาคส่วน กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค จึงได้ปรับปรุงนโยบายระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของประเทศให้ได้มาตรฐาน สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติได้รวดเร็วและตอบโต้ได้ทันที ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์สาธารณสุข (Situation Awareness Team: SAT) ร่วมกันปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ข้อมูลภัยสุขภาพแบบ Real Time โดยมีบุคลากรจากทุกหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ร่วมกันจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข รองรับการตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ ภายใต้กรอบการพัฒนา ๓ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านบุคคลากรที่ได้รับการฝึกฝนแล้ว ๒) ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์สื่อสาร และอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ และ ๓) ด้านระบบการทำงาน โดยมีการจัดทำแผนปฏิบัติการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ภายใต้แผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๑ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘

จากการสำรวจข้อมูลการดำเนินงานด้านศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดยสำนักระบาดวิทยา เมื่อปี ๒๕๕๘ พบว่า หน่วยงานสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคยังไม่มีการพัฒนาคนที่สามารถทำงานได้ตามระบบ EOC ไม่มีแผนการสนับสนุนกำลังคนและไม่สามารถเพิ่มกำลังคนเข้ามาในระบบ EOC ได้ ไม่มีการเตรียมความพร้อมให้ผู้ปฏิบัติงาน EOC-SAT การทำงานแยกส่วนกัน ขาดการบูรณาการ ไม่มีความครอบคลุมในทุกภัย มีเพียงงานด้านการปฏิบัติการในภาวะปกติ ขาดระบบการบริหารงานในภาวะฉุกเฉินที่ชัดเจน ขาดระบบเชื่อมโยงกับงานภาคสนาม มีห้อง EOC เป็นเพียงห้องประชุมหรือ Tele-conference โครงสร้าง Infrastructure ไม่เพียงพอกับการทำงาน ไม่มีระบบข้อมูลที่รวดเร็วเพียงพอ

ต่อมาได้มีการจัดทำกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๔ และได้พัฒนาการดำเนินงานในส่วนภูมิภาคในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมในภาวะปกติ และป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากมีภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดในภาวะฉุกเฉิน

จากรายงานสรุปการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ รอบที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๑๐ ประเด็นการตรวจราชการ จังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ตัวชี้วัดร้อยละ ๘๐ พบว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และมีระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) มีโครงสร้าง EOC/คำสั่ง มีโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) รองรับ EOC มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการที่แบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนในระดับจังหวัด และสถานที่แบ่งเป็นสัดส่วนชัดเจน รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการเกิดโรคระบาดในพื้นที่ และอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System, ICS) จังหวัดในพื้นที่ทั้ง ๕ จังหวัดมีการจัดเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ของจังหวัด จังหวัดมีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐานในภาวะปกติ/ เตรียมพร้อมในภาวะฉุกเฉิน มีรายงานสรุปผู้บริหารทุกสัปดาห์ มีการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผ่านทางออนไลน์ สามารถตรวจสอบข้อมูลแบบ Real time และรายงานเร่งด่วนแจ้งเตือนภัยให้ผู้บริหารทราบภายใน ๒๔ ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อค้นพบที่สามารถเป็นโอกาสในการพัฒนาได้ เช่น ด้านบุคลากร ควรมีการอบรมหลักสูตรศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ภายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องทุกระดับ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์สื่อสาร และอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ ยังมีบางจังหวัดที่ควรจัดหาอุปกรณ์ขั้นพื้นฐานให้ครบถ้วน เช่น เครื่องสำรองไฟ แผนที่จุดเสี่ยง ชุดไวท์บอร์ด โทรศัพท์มือถือสายตรงอย่างน้อย ๑ เลขหมาย เป็นต้น ด้านระบบการทำงานและคุณภาพของข้อมูล ควรเพิ่มการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในมิติด้านพฤติกรรมเสี่ยงและด้านแผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการประเมินความเสี่ยงให้ครอบคลุม ๕ มิติ และเป็นฐานข้อมูลที่จะช่วยให้ข้อเสนอแนะแก่ระดับอำเภอต่อไป

๒.๓ สถานการณ์ด้านโรคไม่ติดต่อในเขตสุขภาพที่ ๑๐

อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่

จากการวิเคราะห์ข้อมูล HDC ปี ๒๕๕๙ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ๒๐๐,๐๐๐ คน จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๔๐๐,๐๐๐ คน สถานการณ์ผู้ป่วยใน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ปี ๒๕๕๗ ลดลงจากปี ๒๕๕๖ เล็กน้อย โดยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี ๒๕๕๖ เท่ากับ ๖๙๘,๗๒๐ คน ปี ๒๕๕๗ ลดเหลือ ๖๗๐,๖๖๔ คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๕๖ มีจำนวน ๑,๐๕๓,๒๙๔ คน ปี ๒๕๕๗ ลดเหลือ ๑,๐๑๔,๒๓๑ คน ส่วนผู้ป่วยในคลินิกบริการ พบว่า สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๒๕.๒ และ ๒๕.๖ (HDC ๒๕๕๘) ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ตา ไต ตีน ตีบ เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ในปี ๒๕๕๗ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน ๑๑,๓๘๙ และ ๗,๑๑๕ คน ซึ่งหากไม่มีการป้องกันและควบคุมโรค จะทำให้การป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตจากโรค NCDs เพิ่มสูงขึ้น ส่วนการคัดกรอง CVD Risk ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๕๙ เท่ากับร้อยละ ๗๗.๘๙

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมได้ ปี ๒๕๕๙ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๒๙.๒๕ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ ๒๗.๐๘ (ข้อมูลจาก HDC) ซึ่งในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ ๓๕-๕๙ ปี) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๒๖-๓๕ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๕๕-๖๐ (MedResNet ๒๕๕๘)

กลุ่มโรค NCDs ที่ WHO ให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุม คือ ๔ กลุ่มโรคหลัก ประกอบด้วย CVD, DM, COPD และ CA ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ ๔ ปัจจัยด้วยกันได้แก่ ๑) การบริโภคยาสูบ ๒) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๓) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ๔) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ๔ ปัจจัย ๑) ไขมันในเลือดสูง ๒) ความดันโลหิตสูง ๓) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ๔) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หรืออาจเรียกได้ว่า ๔x๔x๔ โมเดล

สถานการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ - มีนาคม ๒๕๖๐) พบว่ามี ๓ จังหวัดที่มีอัตราป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรสูงกว่าค่าเป้าหมายลดลงร้อยละ ๒.๕ ของอัตราป่วยรายใหม่ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร ค่าเป้าหมายไม่เกิน ๓๒๖.๘๓ พบอัตราป่วยรายใหม่ ๖๔๙.๑๖ สูงกว่าค่าเป้าหมาย ๓๒๒.๓๓ ต่อแสนประชากร จังหวัดอำนาจเจริญ ค่าเป้าหมายไม่เกิน ๑,๓๖๓.๘๑ พบอัตราป่วยรายใหม่ ๒,๗๗๑.๖๐ สูงกว่าค่าเป้าหมาย ๑,๔๐๗.๗๙ ต่อแสนประชากร จังหวัดยโสธร ค่าเป้าหมายไม่เกิน ๔๖๔.๗๙ พบอัตราป่วยรายใหม่ ๖๘๖.๘๓ สูงกว่าค่าเป้าหมาย ๒๒๒.๐๔ ต่อแสนประชากร ในส่วนของจังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ พบอัตราป่วยรายใหม่ ๗๓๙.๕๗ (เป้าหมายไม่เกิน ๑,๒๒๑.๑๘) และ ๖๘๓.๔๒ (เป้าหมายไม่เกิน ๑,๒๘๕.๒๕) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยมีผลงานการคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ครอบคลุมร้อยละ ๘๓.๒ พบมีความเสี่ยง ๓๑๓,๒๖๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๘

สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ - มีนาคม ๒๕๖๐) พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ภาพเขตเท่ากับ ๓๐๗.๓๗ ต่อแสนประชากร (เป้าหมายไม่เกิน ๔๗๒.๐๘ ต่อแสนประชากร) เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำนาจเจริญ รองลงมาได้แก่ ยโสธร อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และมุกดาหาร โดยมีอัตราเท่ากับ ๑๕๒๑.๐๖ , ๓๐๔.๓๕, ๒๗๕.๗, ๒๖๒.๓๒ และ ๒๑๔.๒๘ ตามลำดับ โดยมี ๒ จังหวัดที่มีอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรสูงกว่าค่าเป้าหมายลดลง ร้อยละ ๕ ของอัตราป่วยรายใหม่ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ ค่าเป้าหมายไม่เกิน ๗๔๘.๐๙ พบอัตราป่วยรายใหม่ ๑,๕๒๑.๐๖ สูงกว่าค่าเป้าหมาย ๗๗๒.๙๗ ต่อแสนประชากร และจังหวัดมุกดาหาร ค่าเป้าหมายไม่เกิน ๑๙๕.๖๕ พบอัตราป่วยรายใหม่ ๒๑๔.๒๘ สูงกว่าค่าเป้าหมาย ๑๘.๖๓ ต่อแสนประชากร ในส่วนของจังหวัดจังหวัดยโสธร อุบลราชธานี และศรีสะเกษ พบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ ๓๐๔.๓๕ (เป้าหมายไม่เกิน ๓๓๙.๐๘) ๒๗๕.๗๐ (เป้าหมายไม่เกิน ๓๘๓.๓๖) และ ๒๖๒.๓๒ (เป้าหมายไม่เกิน ๔๘๗.๕๙) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Board) เชื่อมต่อ Service Plan มีการจัดระบบการดำเนินงานครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการบูรณาการตำบลจัดการสุขภาพ ชุมชนลดเสี่ยงลดโรค เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ส่งเสริมให้หน่วยงานสาธารณสุขดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ ของประชากรทุกกลุ่มวัย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการส่งเสริม สนับสนุน และเผยแพร่ข้อมูลแก่องค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเน้นเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการจัดตั้งคลินิกไร้พุง คลินิก DPAC องค์กรไร้พุง ในสถานบริการสาธารณสุข ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีคณะกรรมการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ขับเคลื่อนการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และเฝ้าระวัง ควบคุม กำกับอย่างต่อเนื่อง จัดระบบการติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการ NCD Board/ Service Plan/ บูรณาการตำบลจัดการสุขภาพ มีสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข และมีการบังคับใช้กฎหมายบุหรี่และสุราทั้ง ๕ จังหวัด

๒.๔ สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยง

การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

สถานการณ์ เด็กจมน้ำเสียชีวิตของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ - มีนาคม ๒๕๖๐) มีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีเสียชีวิตแล้วจำนวน ๑๘ คน คิดเป็นอัตรา ๒.๐๔ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีแสนคน สูงสุดที่จังหวัดอุบลราชธานี ๑๒ ราย (๓.๐๕) รองลงมาคือ อำนาจเจริญ ๑ ราย (๑.๕๑) มุกดาหาร ๑ ราย (๑.๔๕) ศรีสะเกษ ๓ ราย (๑.๓๐) และ ยโสธร ๑ ราย (๑.๑๒) ตามลำดับ ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อายุระหว่าง ๖ - ๑๔ ปี (๑๓ ราย) และเป็นเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี (๕ ราย) เสียชีวิตเพราะไม่มีความสามารถในการลอยตัวและว่ายน้ำ สถานที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นแหล่งน้ำเพื่อการเกษตร พฤติกรรมของเด็ก ๐ - ๕ ปี คือพลัดตกลงแหล่งน้ำในช่วงที่ผู้ปกครองเผลอ ส่วนในกลุ่มเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี คือลงเล่นน้ำแล้วจมน้ำ

กระบวนการ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโดยผู้ว่าราชการจังหวัด และขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายภาคการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสาธารณสุข โดยนำโครงการ “ผู้ก่อการดี Merit Maker ป้องกันการจมน้ำ” มาขับเคลื่อนงานในปี ๒๕๖๐ มีทีมผู้ก่อการดีทีมใหม่สมัครแล้วทั้งสิ้นรวม ๙๘ ทีม จากเป้าหมาย ๓๔ ทีม โดยทุกจังหวัดทำได้สูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และมีแผนประเมินรับรองในเดือนเมษายน-พฤษภาคม เพื่อพิจารณาส่งรับรองในระดับประเทศในเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม โดยคณะกรรมการจากกรมควบคุมโรค

อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

สถานการณ์อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน พบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙) เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนจำนวน ๒๖๗ ราย คิดเป็นอัตรา ๕.๘๗ ต่อแสนประชากร โดยแยกเป็นรายจังหวัดดังนี้ จังหวัดอุบลราชธานี เสียชีวิต ๑๐๕ ราย (๕.๖๕ ต่อแสนประชากร) จังหวัดศรีสะเกษ เสียชีวิต ๖๗ ราย (๔.๖๑ ต่อแสนประชากร) จังหวัดยโสธร เสียชีวิต ๔๓ ราย (๗.๙๖ ต่อแสนประชากร) จังหวัดอำนาจเจริญ เสียชีวิต ๒๓ ราย (๖.๑๑ ต่อแสนประชากร) และจังหวัดมุกดาหาร เสียชีวิต ๒๙ ราย (๘.๓๓ ต่อแสนประชากร) จากข้อมูลพบว่าในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนรายวันในช่วงเทศกาลสูงกว่าช่วงนอกเทศกาล และเกิดในกลุ่มนักเรียนนักศึกษาร้อยละ ๓๖ เกิดในถนนภายในหมู่บ้านร้อยละ ๔๓ และเกิดกับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ร้อยละ ๘๓ ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการ ๔x๔ ของกระทรวงสาธารณสุข คือ การบริหารจัดการ การจัดการข้อมูล การป้องกันและการรักษา เพื่อป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน รวมถึงมีคณะกรรมการศูนย์อำนวยความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด (ศปถ.) มีการพัฒนาระบบ EOC- RTI/SAT มีการจัดตั้ง TEA Unit ในโรงพยาบาลเป้าหมายครบทุกแห่ง ทุกจังหวัดมีการดำเนินการจัดการจุดเสี่ยงและขับเคลื่อน DHS-RTI ทุกอำเภอ พัฒนาระบบข้อมูลผู้บาดเจ็บเสียชีวิตด้วยข้อมูล ๓ ฐานทุกเดือน บันทึกข้อมูลผู้เสียชีวิตและจุดเสี่ยงผ่านระบบ Google Map จัดตั้งด่านชุมชนในช่วงเทศกาลปีใหม่

จากรายงาน DALY ๒๕๕๖ พบว่า สาเหตุอันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะสำหรับเพศหญิง ได้แก่ Stroke และ DM เป็นอันดับ ๑ และ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๘.๒, ๗.๙ รองลงมาคือ โรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ

๕.๔ และ IHD คิดเป็นร้อยละ ๔.๑ สำหรับเพศชาย Stroke เป็นอันดับ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๖.๙ และรองลงมา IHD เป็นอันดับ ๕ คิดเป็นร้อยละ ๔.๔ ส่วน DM เป็นอันดับ ๗ คิดเป็นร้อยละ ๓.๙

ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปปลอดภัยร้อยละ ๙๘.๒๑ โดยข้อมูล ณ เดือนมีนาคม ๒๕๖๐ มีผลงานตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป จำนวน ๔,๓๖๒ ตัวอย่าง ผ่านการวิเคราะห์ ๔,๒๘๔ ตัวอย่าง แบ่งเป็น

๑. ผักและผลไม้สดปลอดภัยจากสารเคมีฯ ตรวจการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สดด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ๔,๐๕๑ ตัวอย่าง ผ่าน ๔,๐๒๗ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละความปลอดภัย ๙๙.๔๐

๒. เนื้อสัตว์สด ปลอดสารเร่งเนื้อแดง ตรวจหาสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ๔๕ ตัวอย่าง ผ่าน ๔๕ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละความปลอดภัย ๑๐๐

๓. น้ำบริโภคมีคุณภาพมาตรฐาน ตรวจประเมินสถานที่ผลิตและเก็บตัวอย่างน้ำ ณ สถานที่ผลิต ส่งตรวจวิเคราะห์จำนวน ๑๑๘ ตัวอย่าง ผ่านมาตรฐาน ๙๘ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๐๕

๔. ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมาย ๕๐ ตัวอย่าง มีแผนดำเนินการเก็บตัวอย่างในเดือนมีนาคม - มิถุนายน ๒๕๖๐

๕. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารปลอดภัยจากการปลอมปนยา เก็บตัวอย่างจากสถานที่จำหน่าย ส่งตรวจวิเคราะห์ ๒๕ ตัวอย่าง ผ่าน ๑๐ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๐๐

๖. ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ตรวจประเมินสถานที่ผลิตและเก็บตัวอย่างนม ณ สถานที่ผลิต ส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพนมโรงเรียนจำนวน ๗ ตัวอย่าง ผ่านมาตรฐานทุกรายการ

๗. ผลิตภัณฑ์แป้งใช้วัตถุเจือปนตามเกณฑ์ มีแผนเก็บตัวอย่างระหว่าง เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๐

๘. น้ำมันทอดซ้ำมีปริมาณสารโพลาร์ตามเกณฑ์ เก็บตัวอย่างน้ำมันทอดซ้ำจากสถานที่จำหน่าย ตรวจสารโพลาร์ด้วยเครื่อง Ebro และชุดทดสอบเบื้องต้น จำนวน ๑๑๖ ตัวอย่าง ผ่านมาตรฐาน ๙๗ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๖๒

การแก้ไขปัญหาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ยังคงมีปัญหาการระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้าเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเขตสุขภาพเป็นพื้นที่ใหญ่ มีประชากรมาก และมีอาณาเขตติดกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นเส้นทางลักลอบนำยาเสพติดเข้ามาสู่ประเทศไทย ปัญหาต่างๆ จึงยังไม่คลี่คลาย ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงยังต้องทำงานหนัก มาตรการต่างๆ ต้องดำเนินต่อไปอย่างเข้มแข็ง และเข้มข้นจริงจัง ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ผลการดำเนินงานในไตรมาสแรกแม้จะยังต่ำในภาพรวมทั้งเขตฯ (เฉลี่ยร้อยละ ๓๗) เห็นควรให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการอย่างจริงจังให้บรรลุเป้าหมาย และรวบรวมรายงานในการตรวจราชการรอบที่ ๒

การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด เป็นปัจจัยสำคัญที่จะให้เกิดการขับเคลื่อนงาน โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรด้านยาเสพติดที่จำเป็นต่อการทำงาน เห็นควรให้กำหนดเป็นแผนระยะยาวแล้วดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้เป็นแผนรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐

ควรเร่งสนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลที่ให้บริการบำบัดฟื้นฟูฯ ผู้ติดยาเสพติด เข้าสู่กระบวนการคุณภาพเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการแพร่ระบาดของยาเสพติดยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นประเภทยาบ้า กัญชา และสารระเหย ตามลำดับ พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ ๑๘ - ๒๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๕๕ กลุ่มอาชีพที่พบมากที่สุดคือรับจ้าง รองลงมาคือ

เกษตรกรรม และอาชีพว่างงานและนักเรียนนักศึกษา ตามลำดับ ส่วนใหญ่ระบาดในเขตเมืองเช่น พื้นที่อำเภอเมือง และอำเภอใหญ่ที่เป็นเขตเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการลักลอบจำหน่ายโดยผู้ค้ารายย่อยที่รับมาจากเครือข่ายผู้จำหน่ายจากแนวตะเข็บชายแดนของประเทศเพื่อนบ้าน ไม่มีแหล่งผลิตในพื้นที่

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๓๐/๒๕๕๙) มีหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์ แนวทาง และแผนงานการพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อำนวยการและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้เป็นไปตามนโยบายและแนวทางการพัฒนาที่วางไว้ โดยสรุปภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ ๙๗.๑๔ โดยข้อมูล ณ เดือนมีนาคม ๒๕๖๐ มีผลงานตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพจำนวน ๔,๕๒๐ ตัวอย่าง ผ่านการวิเคราะห์ ๔,๓๙๑ ตัวอย่าง

๒.๕ สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมในเขตสุขภาพที่ ๑๐

สุขาภิบาลอาหารและน้ำ

ข้อมูลการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารและน้ำของศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste : CFGT) ร้อยละ ๘๕.๙๗ โดยจำแนกเป็นร้านอาหารผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ ๘๗.๙๗ แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ ๘๔.๗๐ ตลาดประเภทที่ ๑ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตลาดสด น่าซื้อ ร้อยละ ๙๔.๖๒ ผลการเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหาร และการประเมินคุณภาพตลาดประเภทที่ ๑ ปี ๒๕๕๙ พบว่า ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารจำนวน ๑๑๙ แห่ง ไม่ผ่านตามเกณฑ์ ตลาดประเภทที่ ๑ จำนวน ๒๖ แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ ๒๓.๐๗ โดยข้อที่ไม่ผ่านมากที่สุดคือ การล้างตลาดตามหลักสุขาภิบาล และบ่อดักไขมัน คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๙๒ และตลาดประเภทที่ ๒ จำนวน ๘ แห่ง ไม่ผ่านตามเกณฑ์ ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค ได้แก่ น้ำประปา น้ำบาดาล น้ำฝน ตู้น้ำหยอดเหรียญ และน้ำบรรจุขวด จำนวน ๑๒๐ ตัวอย่าง พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภคกรมอนามัย จำนวน ๕๕ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๘๓ โดยพารามิเตอร์ที่ไม่ผ่านมากที่สุดคือ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๐

สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อ

สถานการณ์การจัดมูลฝอยติดเชื้อ ปี ๒๕๖๐ พบว่าเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีโรงพยาบาล จำนวน ๘๒ แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๗๔ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน จำนวน ๘ แห่ง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล พบว่ากำจัดโดยใช้เตาเผา ส่วนใหญ่ส่งกำจัดกับเทศบาลเมืองวารินชำราบ จำนวน ๖๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๑๔ รองลงมาส่งกำจัดกับบริษัทเอกชน จำนวน ๑๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๘๕ แยกเป็นบริษัท ส.เรืองโรจน์สระบุรี จำกัด จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๖๑ บริษัทเควายคอนสตรัคชัน จำนวน ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓๘ โรงพยาบาลที่ส่งมูลฝอยไปกำจัดนอกโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการลงบันทึกข้อมูลการส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด โดยโปรแกรมการควบคุมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ แต่พบว่าเตาเผาไม่มีการบันทึกข้อมูลตอบรับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ส่วนการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕ พบว่า โรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินทั้งหมด จำนวน ๗๒ แห่ง มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผ่านเกณฑ์ จำนวน ๖๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๙๕

ส้วมสาธารณะและการจัดการสิ่งปฏิกูล

สถานการณ์ส้วมสาธารณะและการจัดการสิ่งปฏิกูล พบว่า มีส้วมสาธารณะที่ผ่านมาตรฐาน HAS ในโรงพยาบาลจำนวน ๔๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๕๑ (พ.ศ.๒๕๖๐) รพ.สต.ร้อยละ ๗๑.๑๗ แหล่งท่องเที่ยวเป้าหมาย ร้อยละ ๔๕ สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงเป้าหมาย ร้อยละ ๗๒ ร้านอาหารกลุ่มเป้าหมาย CFGT ร้อยละ ๖๗.๗๖ ตลาดสดเป้าหมาย ร้อยละ ๗๑.๒๗ โรงเรียนเป้าหมาย (สังกัด สพฐ.) ร้อยละ ๖๑.๕๐ สถานที่ราชการ ร้อยละ ๕๘.๘๕ สถานีขนส่งเป้าหมาย ร้อยละ ๗๑.๔๒ สวนสาธารณะเป้าหมาย ร้อยละ ๗๘ วัดเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕.๔๗ ห้างสรรพสินค้าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐ และส้วมในพื้นที่สาธารณะอื่นๆ หน่วยงานท้องถิ่น ร้อยละ ๖๕ และมีการคัดสรรสุดยอดส้วมระดับเขต ส่วนการจัดการสิ่งปฏิกูลนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลเพียง ๕ แห่ง และมีผู้ประกอบการรถสูบส้วม ๑๕๒ ราย โดยจังหวัดอำนาจเจริญมีผู้ประกอบการมากที่สุดถึง ๑๑๔ ราย **(ระบุปี พ.ศ.)**

การจัดการเรื่องร้องเรียนกรณีอุทธรณ์คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น

การดำเนินงานการจัดการเรื่องร้องเรียน กรณีอุทธรณ์คำสั่งเจ้าพนักงานท้องถิ่น ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีจำนวน ๓ เรื่อง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการขออนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับกิจการฟาร์มเลี้ยงหมู ๒ เรื่อง ซึ่งเกิดขึ้นในจังหวัดอำนาจเจริญและศรีสะเกษ กิจการฟาร์มเลี้ยงไก่ ๑ เรื่อง ซึ่งเกิดขึ้นในจังหวัดยโสธร โดยเรื่องยุติแล้ว ๑ เรื่อง และอยู่ระหว่างขั้นตอนพิจารณาการอุทธรณ์ของคณะกรรมการสาธารณสุข จำนวน ๒ เรื่อง

พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital กรมอนามัย โดยศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ได้มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งส่งผลให้เกิดต้นแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ โดยในปี ๒๕๖๐ มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายให้ดำเนินการในส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ โรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๗๕ จากการดำเนินการใน ๒๕๖๐ พบว่าทั้ง ๕ จังหวัดมีการประกาศนโยบาย GREEN & CLEAN Hospital และมีการแต่งตั้งทีมประเมินระดับจังหวัด โรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์จำนวน ๗๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ สำนักงานสาธารณสุขมีการตรวจประเมินโรงพยาบาล จำนวน ๕๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๖๘ ผลการประเมิน พบว่า ผ่านระดับพื้นฐาน จำนวน ๔๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๐๕ ระดับดี จำนวน ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕.๔๑ ระดับดีมาก จำนวน ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๕ ระดับพื้นฐานขึ้นไป จำนวน ๔๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๘๑

พัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA)

กรมอนามัย โดยศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ โดยได้การจัดทำหลักสูตรและอบรมการสร้างพลังให้กับเทศบาล ลงเยี่ยมพื้นที่ให้คำแนะนำแก่เทศบาล และพัฒนาสู่กระบวนการประเมินรับรองนำร่องในเทศบาลนครและเทศบาลเมืองในปี ๒๕๕๗ และขยายครอบคลุมเทศบาลทุกระดับในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ โดยมีการอบรมทีมผู้ให้คำแนะนำ (Instructor) ทุกปี ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขต ซึ่งในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเทศบาลทั้งหมด ๑๖๙ แห่ง มีการสมัครและเข้าร่วมกระบวนการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) จำนวน ๑๓๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๐๖ ผลการดำเนินงาน พบว่าเทศบาลผ่านการประเมินรับรอง EHA อย่างน้อย ๑ ระบบ ร้อยละ ๖๒.๑๓ โดยในจำนวนนี้มีเทศบาลที่ผ่านมาตรฐานในด้านสุขาภิบาลอาหาร พัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค การจัดการขยะมูลฝอย การจัดการส้วมสาธารณะและสิ่งปฏิกูล ระบบใดระบบหนึ่ง ร้อยละ ๖๐.๓๕ และมีเทศบาลที่ผ่านมาตรฐานการจัดการมูลฝอยทั่วไป (EHA ๔๐๐๑) ร้อยละ ๓๘.๔๖

ปัญหามลพิษจากสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)

๑.๑ สถานการณ์ขยะ

จากรายงานสถานการณ์ของกรมควบคุมมลพิษ ซึ่งดำเนินการสำรวจข้อมูลปริมาณขยะมูลฝอยทั่วประเทศ ในปี ๒๕๕๖ พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นทั่วประเทศ ประมาณ ๒๖.๗๗ ล้านตัน หรือประมาณ ๗๓,๓๕๕ ตันต่อวัน ซึ่งได้รับการเก็บขนไปกำจัดประมาณ ๑๔.๓๕ ล้านตัน (ร้อยละ ๕๓.๖) โดยนำไปกำจัดแบบถูกต้อง ๗.๔๒ ล้านตัน (ร้อยละ ๒๘) และกำจัดแบบไม่ถูกต้อง ๖.๙๓ ล้านตัน (ร้อยละ ๒๖) มีของเสียอันตราย ๓.๓ ล้านตัน โดยเป็นของเสียจากภาคอุตสาหกรรม ๒.๖๙ ล้านตัน (ร้อยละ ๘๑.๕) เป็นของเสียจากชุมชน ๐.๖๑ ล้านตัน (ร้อยละ ๑๘.๕) ซึ่งเป็นขยะอิเล็กทรอนิกส์และมูลฝอยติดเชื้อ อีกทั้งมีการเกิดขึ้นของอาชีพการรับซื้อของเก่า ร้านรับซื้อของเก่า การคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ ที่หากทำไม่ถูกตามขั้นตอนอาจได้รับอันตรายจากพิษโลหะหนักที่เป็นส่วนประกอบของขยะอิเล็กทรอนิกส์

จังหวัดศรีสะเกษ ปี ๒๕๕๘ มีปริมาณมูลฝอยตกค้าง ๑๑๗,๗๘๔ ตัน ปี ๒๕๕๙ กำจัดได้ ๑๑๗,๗๘๔ ล้านตัน โดยวิธีการขุดหลุด ใช้ดินกลบ มีจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้บริการ ๔๐ แห่ง (ร้อยละ ๑๘.๕๒) ปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นที่ได้รับการเก็บขน/กำจัด ๒๐๑.๑๕ ตัน/วัน (ร้อยละ ๑๔.๕๕) แต่สามารถกำจัดได้เพียง ๘๘.๐๔ ตัน/วัน (ร้อยละ ๖.๓๗) ยังคงมีปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นที่ไม่ได้รับการเก็บขน/กำจัด ๑,๐๖๑.๙๙ ตัน/วัน (ร้อยละ ๗๖.๘๔)

จังหวัดอำนาจเจริญ ปี ๒๕๕๙ มีขยะรวม ๘๒,๔๘๗ ตัน/ ปี เก็บขน/กำจัด ๔๙,๒๘๘ ตัน/ปี กำจัดเองโดยชุมชน ๒๐,๖๕๔ ตัน/ปี ขยะตกค้าง ๑๒,๕๔๕ ตัน/ ปี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการเก็บขน ๒๗ แห่ง ไม่มีการเก็บขน ๓๖ แห่ง มีที่ฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาล (Sanitary Land Fill) ๑ แห่ง มีพื้นที่ฝังกลบอย่างไม่ถูกหลักสุขาภิบาล จำนวน ๑๗ แห่ง

จังหวัดมุกดาหาร มีขยะรวมประมาณวันละ ๑๗๙.๙๖ ตัน/วัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดมุกดาหารมีทั้งสิ้น ๕๔ แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลเมือง ๑ แห่ง มีขยะประมาณ ๔๐.๕๐ ตัน/วัน เทศบาลตำบล ๒๔ แห่ง มีขยะประมาณ ๘๐.๑๖ ตัน/วัน องค์การบริหารส่วนตำบล ๒๙ แห่ง มีขยะเกิดขึ้นประมาณ ๕๙.๓๐ ตัน/วัน ในปัจจุบันจังหวัดมุกดาหารมีเฉพาะเทศบาลเมืองมุกดาหารเท่านั้น ที่มีระบบกำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกหลักสุขาภิบาล

พื้นที่เสี่ยงขยะอิเล็กทรอนิกส์ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบในพื้นที่ตำบลบ้านกอก อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ประกอบการจำนวน ๘๖ ราย มีใบอนุญาตประกอบกิจการ ร้อยละ ๙๒ ไม่มีใบอนุญาต ร้อยละ ๘ รายได้เฉลี่ยทั้งครัวเรือนจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ ส่วนใหญ่มีรายได้ประมาณ ๓๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน โดยมีรายได้ต่ำสุด ๒,๐๐๐ บาทต่อเดือน และรายได้สูงสุด ๔๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน สำหรับวิธีการจัดหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ ประชาชนไปหาซื้อเอง ร้อยละ ๗๒ ส่วนใหญ่รับซื้อมาจากจังหวัดยโสธร จังหวัดอุบลราชธานี และมีรถมาส่งที่ร้าน ร้อยละ ๒๘ ประเภทของขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ส่วนใหญ่คัดแยก รื้อ และถอดแยก ได้แก่ พัดลม ตู้เย็น โทรทัศน์ สายไฟ เครื่องปรับอากาศ ชิ้นส่วนรถมอเตอร์ไซต์ คอมพิวเตอร์ วิทยุ แบตเตอรี่รถยนต์ เครื่องถ่ายเอกสาร ปริ้นเตอร์ ไมโครเวฟ ชิ้นส่วนรถยนต์ เครื่องซักผ้า มือถือ โทรศัพท์บ้าน/โทรสาร กล้องดิจิตอล อุปกรณ์เล่นภาพและเสียง และแบตเตอรี่มือถือ เศษชิ้นส่วนที่ได้สามารถขายได้จากการคัดแยก รื้อ และถอดแยก

ขยะอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ เหล็ก พลาสติก ทองแดง อะลูมิเนียม ตะกั่ว และทองเหลือง เหลือเศษชิ้นส่วนที่ไม่สามารถขายได้ ได้แก่ เศษพลาสติก เศษโฟม โพลียูรีเธน เศษเหล็ก เศษโลหะ เศษยางและเศษแก้ว นอกจากนี้ยังมีของเสียที่เหลือจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ประเภทน้ำมันหล่อลื่นและสารหล่อเย็นซึ่งแยกเก็บในภาชนะเพื่อรอจำหน่าย

ทั้งนี้ ผลการตรวจสุขภาพผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์จำนวน ๑๕๐ ราย ตรวจพบปริมาณสารตะกั่วในเลือด ๑๐๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๓๓ ผลการตรวจเลือดหาระดับสารตะกั่ว มีค่าเฉลี่ย ๓.๒๘ ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ๒.๕๑) ค่าสูงสุด คือ ๑๐.๗๔ ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร ค่าต่ำสุด คือ ตรวจไม่พบ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานระดับสารตะกั่วในเลือดของผู้ประกอบอาชีพ (ค่า BEI ของ ACGIH (๒๐๑๖)) เท่ากับ ๓๐ ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร ไม่มีผู้ที่มีระดับสารตะกั่วเกินมาตรฐาน (ข้อมูลจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ อุบลราชธานี, ๒๕๕๙)

๑.๒ เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

จากนโยบายของรัฐบาล ซึ่งกำหนดให้มีเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างฐานการผลิตเชื่อมโยงกับอาเซียนและพัฒนาเมืองชายแดน โดยใช้กลยุทธ์การสร้างพื้นที่เศรษฐกิจใหม่ เน้นพื้นที่ชายแดนใช้ประโยชน์จากการเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้าน สนับสนุนโครงสร้างพื้นฐาน สิทธิประโยชน์ การลงทุน และการให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ สนับสนุน SMEs และการลงทุนต่อเนื่องของไทยในประเทศเพื่อนบ้าน และจัดระเบียบพื้นที่เศรษฐกิจชายแดน โดยประเทศไทยได้ประกาศเขตเศรษฐกิจพิเศษระยะแรก ๕ จังหวัด ได้แก่ ตาก มุกดาหาร สระแก้ว ตราด และสงขลา และระยะที่สอง ๕ จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี เชียงราย หนองคาย นครพนม และนราธิวาส รวมทั้งสิ้น ๑๐ จังหวัด การเกิดเขตเศรษฐกิจพิเศษจะนำมาซึ่งความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การค้า การลงทุน และคาดว่าจะมีประชากรเคลื่อนย้ายเข้าออกในจังหวัดดังกล่าวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะนักท่องเที่ยว รวมทั้งการหลั่งไหลของแรงงานต่างด้าว ซึ่งจะส่งผลต่อจำนวนผู้รับบริการด้านสาธารณสุขที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ การขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรมซึ่งมีกิจการอุตสาหกรรมที่ภาครัฐส่งเสริมทั้งหมด ๑๓ ประเภทในพื้นที่ หากระยะต่อไปการลงทุนด้านอุตสาหกรรมมีความก้าวหน้ามากขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขต้องเร่งพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อม รองรับผลกระทบจากปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความพร้อมในการรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขด้านโรคติดต่อและภัยสุขภาพต่างๆ มากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านอาชีวอนามัย และปัญหาสิ่งแวดล้อมที่นับวันจะมีความรุนแรงมากขึ้น การเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมุกดาหาร ประกอบด้วย ๓ อำเภอ ๑๑ ตำบล ได้แก่ อำเภอเมืองมุกดาหาร ๕ ตำบล (ต.ศรีบุญเรือง ต.มุกดาหาร ต.บางทรายใหญ่ ต.คำอาฮวน ต.นาสีนวน) อำเภอตอนตาล ๒ ตำบล (ต.ดอนตาล ต.โพธิ์ไทร) และอำเภอหว้านใหญ่ ๔ ตำบล (ต.หว้านใหญ่ ต.ป่งขาม ต.บางทรายน้อย ต.ชะโนด) โดยถูกกำหนดให้เป็นพื้นที่สำหรับกิจกรรมอุตสาหกรรมเกษตร ประมงและกิจการที่เกี่ยวข้อง อุตสาหกรรมไฟฟ้า/อิเล็กทรอนิกส์ กิจการโลจิสติกส์ นิคมหรือเขตอุตสาหกรรม กิจการเพื่อสนับสนุนการท่องเที่ยว ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า การให้บริการเก็บขนมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งในเขตเศรษฐกิจพิเศษมุกดาหาร ยังไม่ครอบคลุมและยังไม่มีการจัดการมูลฝอยอันตราย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งยังไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล นอกจากนี้ยังพบว่าการสุขาภิบาลอาหารของร้านอาหารไม่ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ ๙๓.๓๓ และพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร น้ำดื่ม น้ำแข็ง ภาชนะสัมผัสอาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร ร้อยละ ๙๒.๙๘, ๓๓.๓๓, ๔๐.๐๐,

๗๓.๓๓ และ ๗๓.๓๓ ตามลำดับ และพบว่าปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘ ประชากรในเขตอำเภอเมืองมุกดาหารซึ่งเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ มีสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง และอาหารเป็นพิษ เป็นอันดับ ๑ และ ๒ ตามลำดับ

พื้นที่ดำเนินงานใน ๘๔ ตำบล ตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปีในปีพุทธศักราช ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถจะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ ปี ตลอดจนในปีพุทธศักราช ๒๕๖๐ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวจะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๙๐ พรรษา โดยมีเป้าหมาย ๑๑ พื้นที่ อยู่ในเขตเทศบาล ๔ แห่ง และในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ๗ แห่ง ทั้งนี้ได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลพบว่า ท้องถิ่นมีการออกเทศบัญญัติเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล แต่ไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งยังขาดการติดตามการกำจัดของเอกชนที่ได้รับอนุญาต และการอบรมผู้ประกอบการรถสูบส้วมทุกจังหวัด

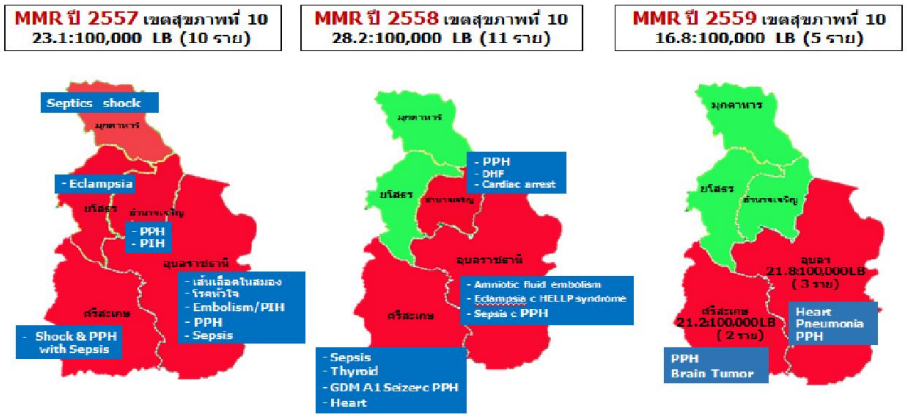
บทที่ ๒

การตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับเขต

การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

สถานการณ์มารดาตายปีงบประมาณ ๒๕๕๗-ปัจจุบัน

ข้อมูลจากการรายงานอนามัยแม่และเด็ก (ก.๒-Plus) ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๕๘ พบอัตราส่วนมารดาตายต่อแสนการเกิดมีชีพ เท่ากับ ๑๑.๕๓ (๕ ราย) และ ๒๘.๒๑ (๑๑ ราย) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบมีมารดาตายจำนวน ๕ ราย (อุบลราชธานี ๓ ราย ด้วยโรคหัวใจ และปอดอักเสบ และตกเลือด และศรีสะเกษ ๒ ราย ด้วยสาเหตุการตกเลือดและ Brain tumor) ซึ่งสาเหตุการตายที่สำคัญส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น PIH และ PPH นอกจากนี้ ยังพบปัญหาคุณภาพการฝากครรภ์ในประเด็นต่างๆ (ปีงบประมาณ ๒๕๕๘) ได้แก่ อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๒.๒ อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ ๕๔.๘ อัตราหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีดสูงถึงร้อยละ ๒๐.๑๕ อัตราหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ร้อยละ ๑๖.๘๒ และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๙.๘

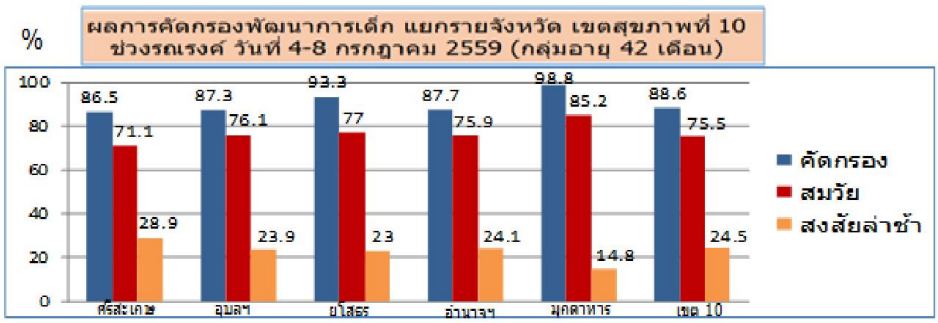


รูปภาพที่ ๕ อัตราส่วนการตายมารดาในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๙
ที่มา: รายงาน ก.๒-plus กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก

เด็ก ๐ – ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย

ในปัจจุบันเด็กอายุ ๓-๕ ปี จะอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีครูผู้ดูแลเด็กเป็นผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับเด็ก แต่จากการนิเทศติดตามการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพของศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี พบว่า ครูผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย และอาจเกิดจากการขาดรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาสำหรับเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้เด็กอายุ ๓-๕ ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ ๕๕.๕ โดยเฉพาะด้านภาษา มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ ๔๙.๒

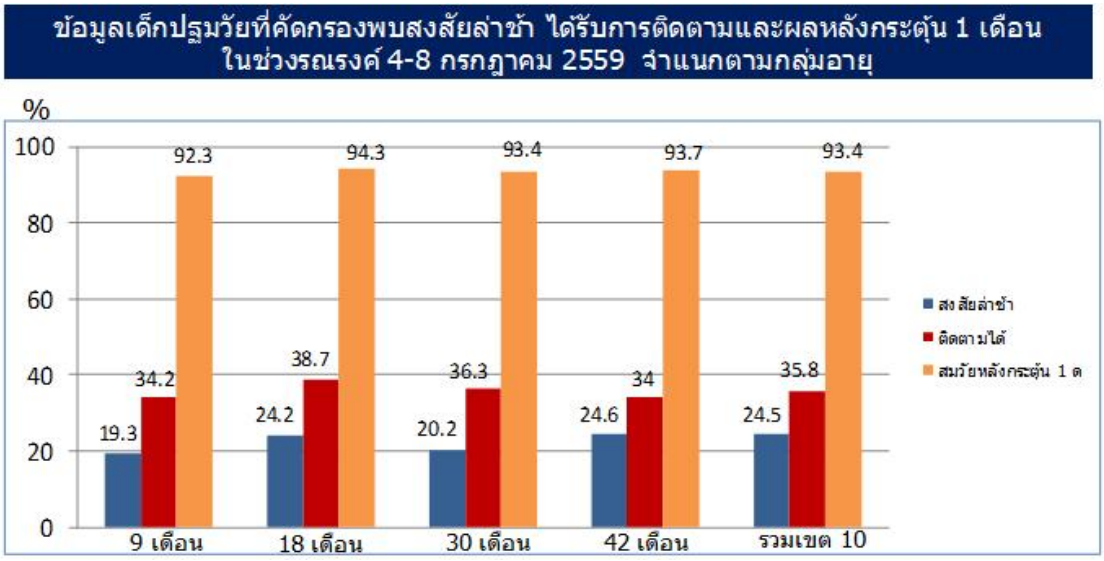
จากผลการคัดกรองพัฒนาการเด็ก เขตสุขภาพที่ ๑๐ (กลุ่มอายุ ๔๒ เดือน) ในภาพรวมของเขตพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ ๒๔.๕ และจังหวัดที่พบมากที่สุดคือ ศรีสะเกษ ร้อยละ ๒๘.๙ (รายงาน HDC)



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ปี 2558 /2559 (27 ส.ค.59)

รูปภาพที่ ๖ ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็ก เขตสุขภาพที่ ๑๐ (กลุ่มอายุ ๔๒ เดือน จำแนกรายจังหวัด

ที่มา: HDC ปี ๒๕๕๘/๒๕๕๙ (๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๙)



รูปภาพที่ ๗ เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ ๑๐ ที่คัดกรองพบสงสัยพัฒนาการล่าช้า ได้รับการติดตามและผลหลังกระตุ้น ๑ เดือน จำแนกตามกลุ่มอายุ

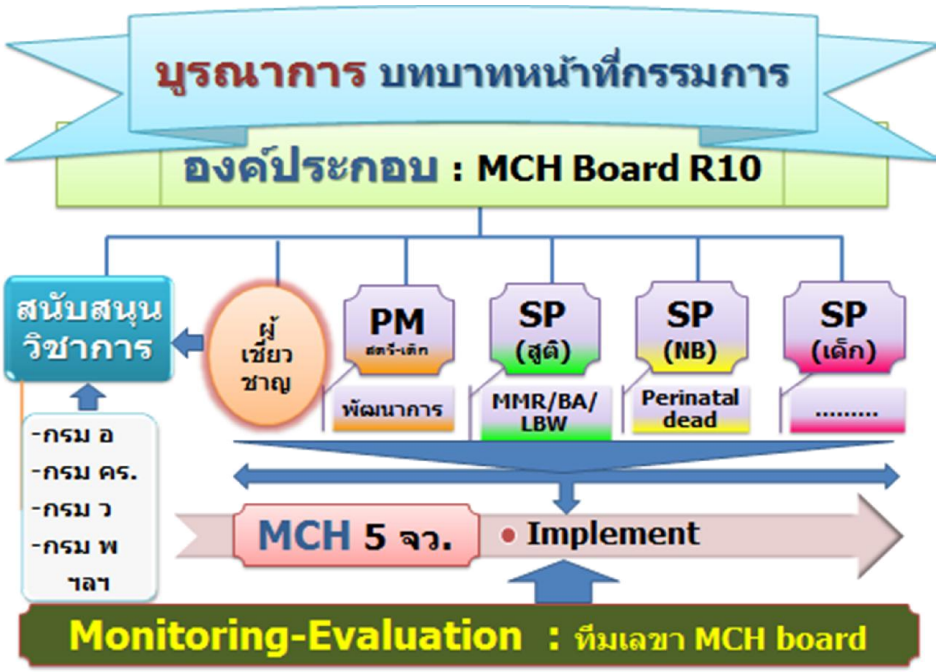
ที่มา: HDC ปี ๒๕๕๘/๒๕๕๙ (๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๙)

ระบบเฝ้าระวังและการลดปัญหามารดาตาย เขตสุขภาพที่ ๑๐ ปี ๒๕๕๘-๒๕๕๙

๑. การขับเคลื่อน MCH Board แบบบูรณาการตาม Functional ร่วมกับ Service plan

คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ระดับจังหวัด และระดับเขต นับเป็นกลไกสำคัญที่กรมอนามัยกำหนดให้เป็นนโยบายหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และในระยะเวลา ๒-๓ ปีที่ผ่านมา ได้กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดในการตรวจราชการและนิเทศงานในระดับกระทรวงสาธารณสุข โดยคาดหวังว่าจะทำให้กลไกของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) เกิดการขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรม จริงจัง และมีความต่อเนื่อง คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ได้มีการแต่งตั้งโดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กมาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ องค์ประกอบของคณะกรรมการประกอบด้วย ตัวแทนสูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และตัวแทนจากศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมการขับเคลื่อนที่ผ่านมา ได้แก่ การประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว การจัดประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็ก การ

จัดตลาดนัดความรู้พัฒนาการเด็กเพื่อพัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ และการประกวด MCH Board ดีเด่นระดับจังหวัด ส่งผลให้การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กภายใต้การขับเคลื่อนของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ได้รับการยอมรับในระดับกรมอนามัยและระดับประเทศในหลายด้าน กระทั่งปีงบประมาณ ๒๕๕๘ มีการปรับเปลี่ยนกลไกการบริหารจัดการงานเพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ ๑๐ เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มกลไกของคณะกรรมการบริหารจัดการโครงการ (Project Manager : PM) กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) และคณะกรรมการเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสาขาสูติศาสตร์/สาขาทารกแรกเกิด ส่งผลให้เกิดกลไกที่หลากหลายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ในฐานะตัวแทนกรมอนามัยในระดับพื้นที่ ได้ตระหนักและเล็งเห็นโอกาสอันดีที่ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กมากขึ้น จึงได้ปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ ๑๐ ประจำปี ๒๕๕๘ ขึ้น เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ลงนามคำสั่งโดยแพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสาธารณสุขนิเทศก์เป็นประธานคณะกรรมการ บูรณาการคณะกรรมการผู้เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กอย่างครบถ้วน ทั้งจากคณะกรรมการ PM สตรีและเด็กปฐมวัย คณะกรรมการ Service plan สาขาสูติศาสตร์ สาขาทารกแรกเกิดและสาขาเด็ก รวมไปถึงผู้แทน MCH Board ของทุกจังหวัด ผู้แทนศูนย์วิชาการ ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลศูนย์ และตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน โดยมีศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นเลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการ จุดมุ่งหมายหลักเพื่อให้เกิดการบูรณาการงานอนามัยแม่และเด็กที่แต่ละส่วนดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ และไม่ซ้ำซ้อนกัน



รูปภาพที่ ๘ การบูรณาการบทบาทหน้าที่กรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๑๐
ที่มา: เอกสารประกอบการประชุม MCH Board

ภายหลังมีการลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH board) ระดับเขต โดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ และได้มีการประชุมครั้งแรกในวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ เนื้อหาการประชุมประกอบด้วย การมอบนโยบายการทำงานบูรณาการ โดยประธานคณะกรรมการฯ รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กระดับเขต ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๕๗) สรุปปัญหาที่สำคัญในการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้แก่

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และได้รับบริการไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานชุดสิทธิประโยชน์สำหรับเด็กและหญิงตั้งครรภ์

ในส่วนของผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งได้ถูกกำหนดไว้ มีดังต่อไปนี้

<u>คณะกรรมการเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ (Service Plan) สาขาสูติศาสตร์</u>

เป้าหมายหลักในการดำเนินงานของคณะกรรมการเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสาขาสูติศาสตร์ คือ การลดปัญหามารดาเสียชีวิต ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าว พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้มารดาเสียชีวิตคือการตกเลือดหลังคลอด (PPH) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนี้ จากการติดตามในโครงการ “พี่เยี่ยมน้อง” และการสุ่มประเมินโรงพยาบาลตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า โรงพยาบาลหลายแห่งมีกระบวนการบริหารจัดการและระบบการให้บริการที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสาขาสูติศาสตร์จึงได้จัดให้มีการประชุมร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องซึ่งเป็นตัวแทนจาก MCH Board ของทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ โดยมีเป้าหมาย คือ การเข้าถึงบริการที่มีความปลอดภัยทั้งในช่วงฝากครรภ์ (ANC คุณภาพ) ขณะคลอด (ห้องคลอดคุณภาพ) และต่อเนื่องอย่างปลอดภัยจนถึงระยะหลังคลอด โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ ระยะทาง ที่ตั้ง และการคมนาคม นั่นคือการพัฒนาโรงพยาบาลแม่ข่าย (node) ของระบบบริการด้านสูติศาสตร์ เพื่อลดปัญหามารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด โดยพัฒนาแนวทางการปฏิบัติร่วมกันในระดับเขต อาทิเช่น แนวทางการประเมินการสูญเสียเลือด (Blood loss) ที่ถูกต้อง แนวทางการส่งต่อที่เหมาะสมและทันท่วงที รวมไปถึงการจัดทำแนวทางการดำเนินงาน (Critical Practice Guideline: CPG) การดูแลการตกเลือดหลังคลอดในระดับเขตสุขภาพที่ ๑๐ ขั้นตอนแรกของการดำเนินงานที่สำคัญคือ การแบ่งระดับโรงพยาบาลเพื่อกำหนดวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ซึ่งจากการวิเคราะห์ศักยภาพตามทรัพยากรที่มีของแต่ละโรงพยาบาล มีการแบ่งระดับดังต่อไปนี้

ระดับ A: Excellent Center รับส่งต่อ กำหนดการส่งต่อและพัฒนาระบบการส่งต่อแบบ fast track เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อ - รับดูแลต่อ ภายในเขตสุขภาพ

ระดับ S: PND พัฒนาระบบส่งต่อ fast track (กรณีตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานี : โรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม) refer out กลุ่ม high risk pregnancy ที่มี complication ไปยังโรงพยาบาลระดับ A เช่น คัดกรองพบ fetal abnormally, active bleeding, มารดาที่เป็นโรคหัวใจที่มีผล echocardiogram ผิดปกติ, eclampsia, twin to twin transfusion syndrome (TTTS), premature labor

ระดับ M๑: การดูแล high risk pregnancy กำหนดให้ refer out กลุ่ม high risk pregnancy ที่มี complication ไปยังโรงพยาบาลระดับ S เช่น คัดกรองพบ fetal abnormally, active bleeding, มารดาที่เป็นโรคหัวใจที่มีผล echocardiogram ผิดปกติ eclampsia, premature labor, twin

ระดับ M๒: การดูแล high risk pregnancy กำหนดให้ refer out กลุ่ม high risk pregnancy ที่มี complication ไปยังโรงพยาบาลระดับ M๑ เช่น คัดกรองพบ fetal abnormally, active bleeding, มารดาที่เป็นโรคหัวใจที่มีผล echocardiogram ผิดปกติ, eclampsia, premature labor, twin discordant ซึ่ง M๒ (โรงพยาบาลตระการพืชผล) ไม่มี C/S Emergency นอกเวลา

ระดับ F๑: การดูแล high risk pregnancy กำหนดให้ refer out กลุ่ม high risk pregnancy ที่มี complication ไปยังโรงพยาบาลระดับ M๒ เช่น คัดกรองพบ fetal abnormally, active bleeding, มารดาที่เป็นโรคหัวใจที่มีผล echocardiogram ผิดปกติ, eclampsia

ระดับ F๒: ANC+LR คุณภาพ ดูแล high risk ที่ไม่ซับซ้อน โดยมีโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น ที่มีศักยภาพในการทำ PND และโรงพยาบาลเขมราฐ ที่มีศักยภาพในการทำ C/S ได้ หากเกินขีดความสามารถให้ refer out ไปยังโรงพยาบาลระดับ F๑

ระดับ F๓: ANC คุณภาพ + low risk pregnancy กำหนดให้ refer out กลุ่ม high risk pregnancy หากเกินขีดความสามารถให้ refer out ไปยังโรงพยาบาลระดับ F๒

ศสม./รพ.สต.: รณรงค์ Early ANC + ANC คุณภาพ + low risk pregnancy กำหนดให้ refer out high risk pregnancy หากเกินขีดความสามารถให้ refer out ไปยังโรงพยาบาลระดับ F๓

แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘

คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญสาขาสูติศาสตร์ โดยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ได้มีการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

๑. การจัดอบรมการคลอดมาตรฐาน/ การดูแลทารกแรกเกิด

๒. ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ ๑๐ เนื้อหาวิชาการเน้นการดูแลผู้ป่วย high risk pregnancy, PIH, PPH

๓. อบรมฝึกทักษะเชิงปฏิบัติการ Ultrasound ด้านสูตินรีเวชวิทยาเพื่อฝึกทักษะการ U/S ให้แก่แพทย์ที่จบใหม่ เมื่อกลับไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน

๔. MM Conference

๕. จัดทำแนวทางการปฏิบัติเมื่อมารดาเสียชีวิตเพื่อให้ถือปฏิบัติร่วมกันในระดับเขต ดังนี้

- โรงพยาบาลปลายทาง (โรงพยาบาลที่มารดาเสียชีวิต) รายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทางโทรศัพท์ (ภายใน ๒๔ ชั่วโมง) จากนั้นลงบันทึกข้อมูลใน ก.๒-Plus ทันทีที่พบว่ามีมารดาเสียชีวิต

- โรงพยาบาลต้นทาง (เจ้าของ Case) สอบสวนการตายมารดา (ก๑-CE) และส่งแบบสอบสวนฯ ให้กับ MCH Board จังหวัดภายใน ๑ สัปดาห์ หลังมารดาเสียชีวิต)

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (เลขาฯ MCH Board จังหวัด) ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลในรายงาน ก๑-CE ให้สมบูรณ์ (ประสานติดตามข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกแห่งที่รักษาก่อนเสียชีวิต จัด MM conference และส่งรายงาน ก๑-CE ให้ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ภายใน ๑ เดือน หลังมารดาเสียชีวิต

๖. นิเทศติดตามในรูปแบบเยี่ยมเสริมพลังตามโครงการ “พี่เยี่ยมน้อง” ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดละ ๑ แห่ง ร่วมกับ PM สตรีและเด็กปฐมวัย เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญทารกแรกเกิด และตัวแทนจากศูนย์วิชาการ เพื่อให้การเกิดทำงานแบบบูรณาการ และคงมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กของหน่วยบริการทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๑๐

แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี กรมอนามัย ได้ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา โดยมีกระบวนการแผนงานโครงการเพื่อเป้าหมายลดอัตรามารดาตายเป็นสำคัญ ดังนี้

๑. โครงการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อลดปัญหามารดาเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้ (PPH/ PIH) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการของสถานบริการ นำไปสู่การลดปัญหามารดาเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้ โดยมุ่งเน้นการประเมินการสูญเสียเลือดจากการคลอดอย่างจริงจัง วางระบบการส่งต่ออย่างเป็นระบบระหว่างโรงพยาบาลชุมชน ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายในแต่ละระดับ เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ กระบวนการดำเนินงานในโครงการประกอบด้วย (๑.๑) การระดมสมองทีมอนามัยแม่และเด็ก/ ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม จากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี จัดทำ CPG ลดแม่ตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้ใน ๒ กรณี คือ PPH และ PIH (๑.๒) การประชุมเพื่อถ่ายทอดและฝึกปฏิบัติการดำเนินงานตาม CPG (วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๙)

๒. โครงการแก้ไขปัญหาเชิงพื้นที่ (Area Based) “การจัดการความรู้ด้านอนามัยแม่และเด็กเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ กรณีศึกษาอำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจ

เจริญ" มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุรากเหง้าของปัญหา การจัดการปัญหาความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในอดีต ทบทวนหาจุดอ่อน โอกาสในการพัฒนา เสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และจัดการความรู้ที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ของอำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ กระบวนการดำเนินงานที่สำคัญ ประกอบด้วย (๒.๑) การลงพื้นที่ถอดประสบการณ์และความรู้เดิมของกลุ่มผู้ให้บริการ/ภาคีเครือข่าย/แกนนำ/ประชาชน เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หารากเหง้าสาเหตุของปัญหาในพื้นที่ และพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน **ในวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๙** (๒.๒) คืนข้อมูลให้กับทีม คปสอ.หัวตะพาน (๒.๓) นิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลังการแก้ไขตามประเด็นปัญหาของ คปสอ. (๒.๔) สรุปประเมินผลเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน และจัดเก็บเป็นคลังความรู้เพื่อเผยแพร่

๓. การเยี่ยมติดตามเสริมพลังการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กแบบบูรณาการในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีวัตถุประสงค์เพื่อนิเทศติดตามงาน ให้คำปรึกษาชี้แนะทางวิชาการ การบริหารจัดการ สนับสนุนทางวิชาการ และการพัฒนาระบบงานอนามัยแม่และเด็ก (บูรณาการร่วมกับงานพัฒนาการเด็ก) แก่หน่วยงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งได้ดำเนินการเมื่อเดือนมกราคม - ๒๖ เมษายน ๒๕๕๙ ที่ผ่านมา

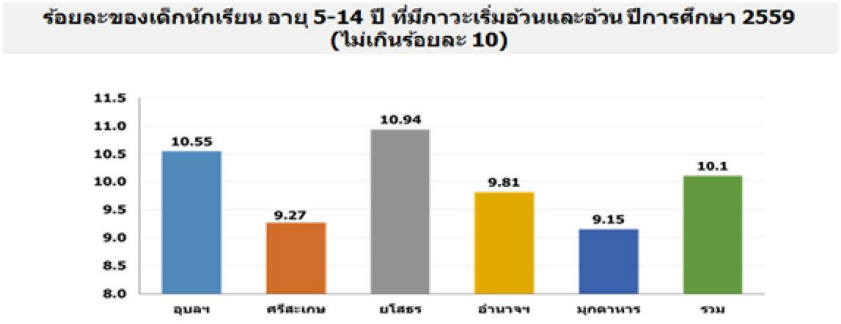
จุดแข็งที่สำคัญ คือ งานอนามัยแม่และเด็กเป็นนโยบายสำคัญในระดับกระทรวง ทำให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ การมีทีมงานเข้มแข็งทั้งหน่วยงานสาธารณสุข ศูนย์วิชาการ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ร่วมกันแก้ปัญหาและพัฒนางาน มีการเชื่อมประสานงานที่ดีภายในเขต

สิ่งสำคัญที่ควรพัฒนา คือ การผลักดันให้สถานบริการ วิเคราะห์จัดการข้อมูลปัญหาในพื้นที่ของตนเอง การใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนางานอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนสร้างเสริมพลังให้โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาลประจำจังหวัด) ได้พัฒนาศักยภาพบทบาทการเป็นพี่เลี้ยงในการสอนงาน วางระบบงาน นิเทศงาน ในพื้นที่ของตนเองอย่างจริงจังต่อเนื่อง

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน

สถานการณ์และสภาพปัญหา

ผลการดำเนินงานส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนอายุ ๕-๑๔ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ข้อมูลภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ พบนักเรียนมีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ ๑๐.๑ โดยสูงสุดที่จังหวัดยโสธร ร้อยละ ๑๐.๙๔ รองลงมาคือ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ และมุกดาหาร ร้อยละ ๑๐.๕๕, ๙.๘๑, ๙.๒๗ และ ๙.๑๕ ตามลำดับ ซึ่งในภาพรวมเกินจากเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐) เล็กน้อย แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเด็กอ้วนมากกว่าร้อยละ ๙.๐ นอกจากนี้ ภาวะโภชนาการด้านอื่นๆ ได้แก่ นักเรียนมีภาวะผอมและมีภาวะเตี้ย ในภาพรวมเขตยังมีการรวมรวมข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยมีเพียงจังหวัดยโสธรและอำนาจเจริญที่มีข้อมูล ซึ่งจากข้อมูลทั้ง ๒ จังหวัด พบปัญหาเด็กวัยเรียนผอมและเด็กมีภาวะเตี้ยเกินเกณฑ์ที่กำหนด โดยด้านภาวะผอมมีเป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๗ จังหวัดยโสธรและอำนาจเจริญ พบร้อยละ ๑๑.๐๕ และ ๑๓.๑๗ ตามลำดับ ส่วนข้อมูลเด็กวัยเรียนมีภาวะเตี้ย มีเป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๕ จังหวัดยโสธร พบร้อยละ ๗.๗๑ และอำนาจเจริญร้อยละ ๑๒.๓๕ จากข้อมูลข้างต้น การดูแลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนจึงควรจะดูแลให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา เช่น ในเขตเมืองควรแก้ปัญหาเรื่องเด็กอ้วน เขตชนบทควรแก้ปัญหาเรื่องผอมและเตี้ย นอกจากนี้ ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลเด็กวัยเรียนของแต่ละจังหวัดให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ ทันตามระยะเวลาในแต่ละภาคเรียน ซึ่งจะช่วยให้การแก้ไขปัญหาเด็กนักเรียนได้ผลดียิ่งขึ้น



รูปภาพที่ ๙ ร้อยละของเด็กนักเรียนอายุ ๕-๑๔ ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ปีการศึกษา ๒๕๕๙ เขตสุขภาพที่ ๑๐

ที่มา: HDC ณ วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๕๙

ผลการดำเนินงาน

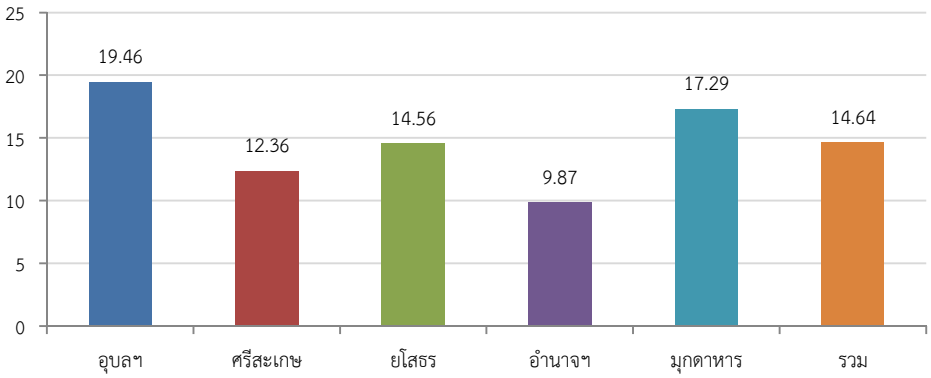
๑. ลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนโดย PM จังหวัด จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ดำเนินงานโดยบูรณาการร่วมกับงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน ไม่มีแผนการดำเนินการเพื่อลดปัญหาภาวะอ้วนและเริ่มอ้วนเป็นการเฉพาะ ซึ่งจากข้อมูลเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบปัญหาเด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ ๑๐.๑ จังหวัดได้ดำเนินการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในโรงเรียนปีละ ๒ ครั้ง (ภาคเรียนที่ ๑: พ.ค.-ก.ค. และภาคเรียนที่ ๒: ต.ค.-ธ.ค.) และกำกับติดตามโดยการประชุม PM อำเภอ การรายงานผลการเฝ้าระวังผ่าน Data Center และการนิเทศงาน จังหวัดใช้ข้อมูลจากรายงาน ๔๓ แฟ้ม และ Data Center (HDC Report) อ้างอิง แต่ข้อมูลที่ได้ยังมีความครอบคลุมในการลงข้อมูลค่อนข้างน้อย และไม่สามารถดูรายละเอียดเป็นรายโรงเรียนได้

๒. โครงการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใส โดยได้ดำเนินการจัดอบรมสัมมนาเครือข่ายเด็กไทยแก้มใส ระหว่างวันที่ ๘ – ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ โดยกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้บริหารและครูผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสหกรณ์จังหวัด สำนักงานเกษตรจังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการดำเนินงานมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานในระดับศูนย์เขตฯ ทำให้การส่งต่อข้อมูล การถ่ายทอดนโยบาย ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจน

๓. โครงการพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร โดยมีการดำเนินงาน คือ การนิเทศติดตามเครือข่ายงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม – ๔ มีนาคม ๒๕๕๙ และประเมินรับรองโรงเรียนในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จำนวน ๑๐ แห่ง

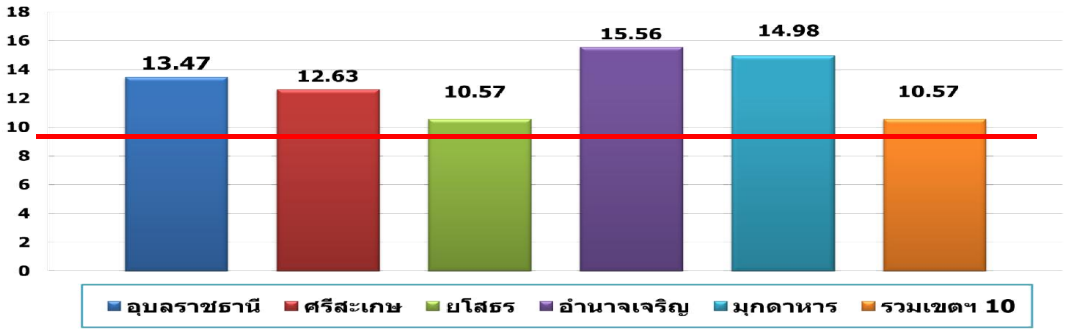
การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น

ในภาพรวม ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีอัตราการคลอดมีชีพของหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่เกิน ๕๐ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันคน) จังหวัดที่มีอัตราคลอดมากที่สุดคือ จังหวัดอุบลราชธานี คิดเป็น ๑๙.๔๕ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันคน รองลงมาคือ จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดยโสธร จังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดอำนาจเจริญ คิดเป็น ๑๗.๒๙, ๑๔. ๕๖, ๑๒.๓๖ และ ๙.๘๗ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีพันคน ตามลำดับ ข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในภาพรวมของเขตสุขภาพเกินเกณฑ์ที่กำหนด คือร้อยละ ๑๓.๔๔ พบมากที่สุดคือ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ ๑๕.๕๖ รองลงมาคือ จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดยโสธร คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๙๘, ๑๓.๔๗, ๑๒.๖๓ และ ๑๐.๕๗ ตามลำดับ



รูปภาพที่ ๑๐ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เขตสุขภาพที่ ๑๐
ที่มา: การตรวจราชการรอบที่ ๒ ปี ๒๕๕๙

ทุกจังหวัดมีกระบวนการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ซึ่งขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกิจกรรมอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ มีการดำเนินงานตามแผนบูรณาการสุขภาพวัยรุ่นในระบบ DHS แต่ยังขาดความชัดเจน ระบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานแผนบูรณาการสุขภาพวัยรุ่นผ่านทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ระดับจังหวัด มีกระบวนการคัดกรองนักเรียนกลุ่มเสี่ยง และมีกระบวนการในการดูแลช่วยเหลือ แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ



รูปภาพที่ ๑๑ อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ ๑๐
ที่มา: การตรวจราชการรอบที่ ๒ ปี ๒๕๕๙

นอกจากนี้ ยังพบว่าสถานบริการสาธารณสุขที่สามารถให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรยังมีน้อยและไม่ครอบคลุมใน รพศ./รพท. บุคลากรยังจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร และการบริหารจัดการยา ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๐ จึงมีข้อสั่งการให้โรงพยาบาลจังหวัด ดำเนินการบริหารจัดการระบบยาคุมกำเนิดกึ่งถาวรให้เพียงพอต่อการให้บริการในพื้นที่ ให้มีบริการฝังยาคุมกำเนิดกึ่งถาวรในหญิงหลังคลอดหรือแท้งที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปีทุกราย ทั้งนี้ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ได้ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในการให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ระหว่างวันที่ ๒๐-๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ ณ โรงแรมบ้านสวนคุณตา กอล์ฟแอนด์ รีสอร์ท จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ และจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำ รุ่นที่ ๒ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ ๑๐ และเขตสุขภาพที่ ๘ (จังหวัดสกลนคร

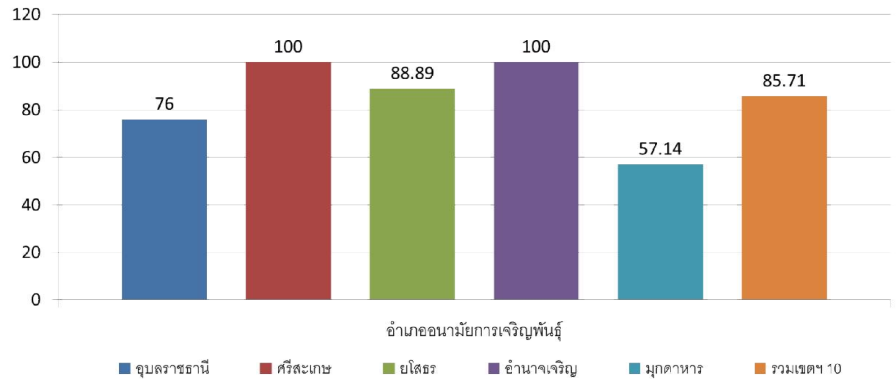
และนครพนม) ในวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมบ้านสวนคุณตา กอล์ฟแอนด์รีสอร์ท จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากศูนย์อนามัยที ๑๐ อุบลราชธานี

ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ได้ดำเนินโครงการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและพัฒนาเครือข่ายอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน และได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ “พัฒนาเครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน” ณ โรงแรมมุกดาหารแกรนด์ จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างวันที่ ๓ - ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๒ รุ่น มีอำเภอที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน ๑๔ อำเภอ และผ่านการประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ทั้ง ๑๔ อำเภอ มีการลงพื้นที่ประเมินรับรองโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) จำนวน ๑๐ แห่ง และประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน ๑๐ อำเภอ ซึ่งผ่านการประเมินมาตรฐาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ทั้ง ๑๐ แห่ง ที่รับการประเมิน

จังหวัดอำนาจเจริญ มีการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ครอบคลุมทุกตำบล โดยจังหวัดมีการลงนิเทศงานในพื้นที่ทุกอำเภอ และโรงพยาบาลหัวตะพานมีกระบวนการดำเนินงานให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในหญิงหลังคลอดอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีที่มีประสิทธิภาพ โดยสามารถคุมกำเนิดกึ่งถาวรได้ร้อยละ ๑๐๐ มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการ ณ จุดบริการที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น เช่น ANC ห้องคลอด หลังคลอด

จังหวัดศรีสะเกษ มีการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ก้าวสู่จังหวัดอนามัยการเจริญพันธุ์ครอบคลุมทุกอำเภอ ผ่านการประเมินมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ ๑๐๐ โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ผ่านการประเมินมาตรฐาน YFHS ร้อยละ ๑๐๐

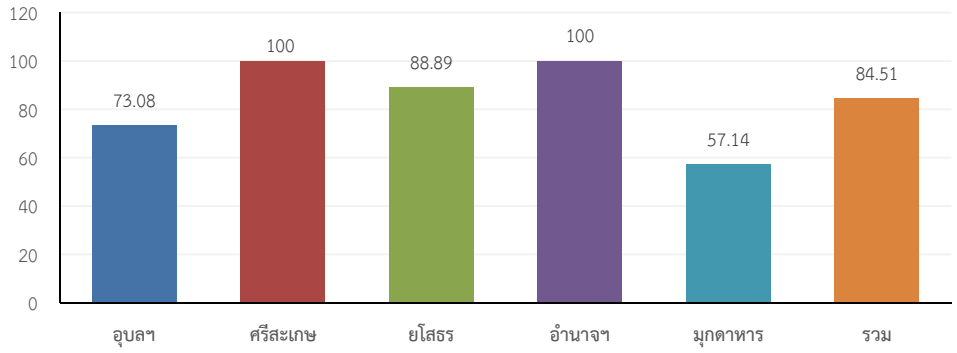
จังหวัดมุกดาหาร มีพื้นที่ Best Practice ในการดำเนินงานให้บริการยาฝังคุมกำเนิดในหญิงหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ โรงพยาบาลหว้านใหญ่



รูปภาพที่ ๑๒ ร้อยละอำเภอที่ผ่านการประเมินรับรองอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เขตสุขภาพที่ ๑๐

ที่มา: กลุ่มอนามัยวัยรุ่น ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ยังดูแลรับผิดชอบอีก ๒ จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๐ อุดรธานี คือจังหวัดนครพนม และจังหวัดสกลนคร ซึ่งทั้งสองจังหวัดมีการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ครอบคลุมทุกอำเภอ ผ่านการประเมินมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ ๑๐๐ โรงพยาบาลทุกแห่งมีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ผ่านการประเมินมาตรฐาน YFHS ร้อยละ ๑๐๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙



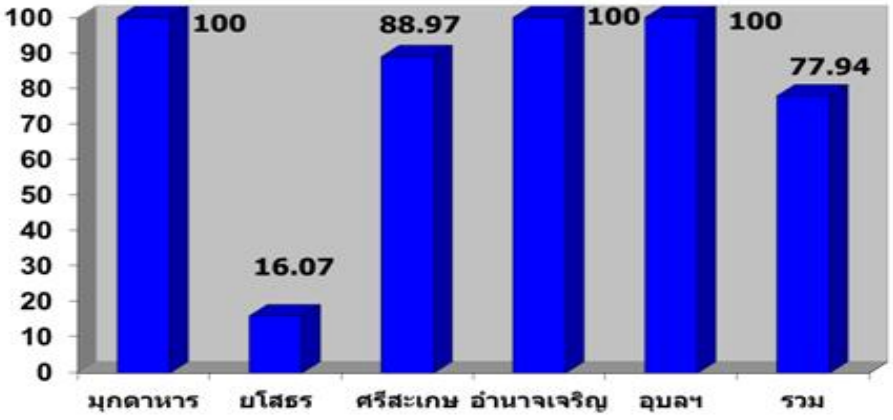
รูปภาพที่ ๑๓ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินและรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ฉบับบูรณาการ
ที่มา: ตรวจราชการรอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เขต ๑๐

การประชุมวิชาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ ๕ ปี ๒๕๕๙ “มุมมองใหม่: อนามัยการเจริญพันธุ์” เมื่อวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ สุขุมวิท ๑๑ จัดโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย มีอำเภอในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี เข้ารับประกาศนียบัตรอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวน ๓๓ อำเภอ และมีโรงพยาบาลที่เข้ารับใบประกาศนียบัตรโรงพยาบาลที่จัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) จำนวน ๒๑ แห่ง

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในวัยทำงาน ปรับบทบาทการดำเนินงานแบบบูรณาการ โดยมุ่งเน้น ๑) Learning center ๒) Training center ๓) Research and Development ๔) สนับสนุนเครือข่ายวิชาการในพื้นที่ ๕ จังหวัด

๑. การดำเนินงานคลินิกไร้พุงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เป้าหมายร้อยละ ๖๐) ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ เท่ากับร้อยละ ๗๗.๙๔ ซึ่งทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ยกเว้นจังหวัดยโสธรจังหวัดเดียวที่ไม่ผ่านเกณฑ์ และมีผลการดำเนินงานเพียงร้อยละ ๑๖.๐๗ เท่านั้น



รูปภาพที่ ๑๔ ร้อยละของของคลินิกไร้พุงใน รพ.สต.
ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐

๒. การดำเนินงานคลินิกไร้พุงคุณภาพ (DPAC Quality) ใน รพศ./รพท./รพช. เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการดำเนินงานเพียง ๒ จังหวัด คือ จังหวัดอำนาจเจริญ (ร้อยละ ๔๒.๘) และจังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ ๗.๖)

๓. การดำเนินงานโรงพยาบาลด้านโภชนบำบัดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการดำเนินงานเพียง ๒ จังหวัด คือ ยโสธร (ร้อยละ ๒๒.๒) และศรีสะเกษ (ร้อยละ ๓๑.๕)

โอกาสในการพัฒนา

- ผลักดันการดำเนินงานคลินิกไร้พุงในระดับจังหวัดและในระดับเขตสุขภาพให้มีความต่อเนื่อง
- ทบทวนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานและกำหนดเป้าหมายร่วมกับส่วนกลางและศูนย์เขต
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้มีสมรรถนะเพียงพอต่อการดำเนินงาน

๔. การประเมินรับรองสวนสาธารณะเพื่อการออกกำลังกาย เป้าหมายจำนวน ๒ แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๑ แห่ง คือ สวนสาธารณะเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเฉลิมพระชนมพรรษา ๘๐ พรรษา (เกาะห้วยน้ำคำ) อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

๕. การประเมินรับรองสถานประกอบการด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (Fitness) ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ยังไม่มีสถานบริการฯ ที่ผ่านการประเมินรับรอง

๖. การประเมินรับรององค์กรต้นแบบไร้พุงในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ผ่านการประเมินรับรอง ๒ แห่ง

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สถานการณ์

การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในตำบลนำร่อง ๗๙ ตำบล ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

๑. การชี้แจงและติดตามโครงการฯ ผู้เกี่ยวข้อง (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น)

๑.๑ ประชุมชี้แจง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๐ ณ โรงแรมอุบลบุรี วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

๑.๒ ประชุมชี้แจง (บูรณาการ ๕ กลุ่มวัย) โดยเขตสุขภาพที่ ๑๐ ร่วมกับศูนย์วิชาการ ณ โรงแรมกิจตรงวิลล์ รีสอร์ท

๑.๓ สุ่มเยี่ยมติดตามงานในพื้นที่ตำบลนำร่อง ๕ ตำบล โดยศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๕๙

๑.๔ ประชุมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง ๕ แห่ง เพื่อหารือและติดตามงาน โดยเขตสุขภาพที่ ๑๐ และศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี เมื่อวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙

๑.๕ การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๒. การเตรียมกำลังคนเพื่อดำเนินงาน

๒.๑ อบรม Care Manager (CM) หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

๑) งบประมาณเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในพื้นที่นำร่อง ๗๙ ตำบล ระหว่างวันที่ ๑๘-๒๒ เมษายน ๒๕๕๙ และวันที่ ๑๘-๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๙

๒) งบประมาณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๐ อุบลราชธานี ในพื้นที่ตำบลที่มี Care Manager (CM) ไม่ครบทุกสถานบริการ หรือที่สมัครเพิ่มในปี ๒๕๕๙ ตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่จะขยายผลในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จัดอบรมระหว่างวันที่ ๒๒ สิงหาคม - ๒ กันยายน ๒๕๕๙

๒.๒ การประเมินคุณภาพการอบรม Care Giver (CG) หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี จัดทำกระบวนการ/ขั้นตอน โดยทำหนังสือชี้แจงกระบวนการ ข้อสอบวัดผลความรู้ เกณฑ์การประเมินผลการฝึกปฏิบัติ และแบบรายงานผลการฝึกอบรม ให้พื้นที่นำไปเป็นแนวทางในดำเนินงาน

๓. ผลการดำเนินงาน ในพื้นที่นำร่อง ๗๙ ตำบล จำแนกรายจังหวัด ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง ๗๙ ตำบล จำแนกรายจังหวัด

ข้อมูล	อุบลฯ	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจฯ	มุกดาหาร	รวม
๑.จำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการ	๖	๕	๐	๙	๙	๗๙
๒.จำนวนตำบลที่เข้าผ่านเงื่อนไขเกณฑ์การเป็นตำบล LTC	๖	๕	๐	๙	๙	๗๙
๓. กำลังคนเพื่อรองรับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง						
๓.๑ จำนวน CM (คน)	๒	๖	๒	๘	๓	๑๔๑ เฉลี่ย CM:CG ๑:๖.๕
๓.๒ จำนวน CG (คน)	๓๓	๐๖	๐๕	๒	๓	๗๘๙ เฉลี่ย CG:ผส.พึ่งพิง ๑:๕.๙
๔. ผู้สูงอายุทั้งหมด	๐,๙๔๕	๒,๑๕๓	,๓๔๕	๑,๘๙๘	๐,๐๖๕	๘๓,๔๐๖
๔.๑ ผู้สูงอายุได้ประเมิน ADLs	๐,๙๔๕	๑,๕๐๕	,๓๔๕	๑,๘๙๘	๐,๐๖๕	๘๒,๗๕๘
ร้อยละ	๐๐	๗.๐๗	๐๐	๐๐	๐๐	๙๙.๒๒
๔.๑.๑ กลุ่มติดสังคม(กลุ่ม ๑)	๘,๓๒๒	๐,๕๐๑	,๙๕๒	๑,๔๙๙	,๘๑๕	๗๘,๐๘๙
ร้อยละ	๑.๕๒	๕.๓๓	๕.๒๙	๖.๙๕	๗.๕๒	๙๔.๓๖
๔.๑.๒ กลุ่มติดบ้าน (กลุ่ม ๒)	,๓๑๒	๙๓	๒๕	๒๖	๙๖	๓,๙๕๒
ร้อยละ	.๔๗	.๖๙	.๘๙	.๗๔	.๙๕	๔.๗๘
๔.๑.๓ กลุ่มติดเตียง (กลุ่ม ๓)	๑๑	๑๑	๘	๓	๔	๗๑๗
ร้อยละ	.๐๐	.๙๘	.๘๑	.๖๑	.๕๔	๐.๘๖
๔.๒ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	,๖๒๓	,๐๐๔	๙๓	๙๙	๕๕	๔,๖๗๔
๔.๒.๑.จำนวนผู้สูงอายุได้ทำ Care Plan	,๔๔๐	๒๑	๐๒	๓๙	๑๗	๓,๖๑๙
ร้อยละ	๓.๐๒	๑.๘๕	๑.๔๐	๙.๙๐	๖.๘๘	๗๗.๔๓
๔.๒.๒ จำนวนผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADLs ดีขึ้น (คน)	๘๖	๒	๘	๓	๕	๑๐๗๔

๔. ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนา

๔.๑ การเตรียมกำลังคน เพื่อรองรับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๔.๑.๑ ความพอเพียงของงบประมาณในการเตรียม CM หลายตำบลมีสถานบริการมากกว่า ๑ แห่ง การเตรียมงบประมาณเพื่อพัฒนากำลังคน ควรคำนึงถึงความครอบคลุมของจำนวนสถานบริการ

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีโอกาสที่ดีในการพัฒนา CM เพราะได้รับงบประมาณในการอบรม CM จากทั้งเขตสุขภาพและ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๑๐ อุบลราชธานี ทำให้สามารถอบรม CM ได้ครอบคลุมทุกสถานบริการในตำบลนำร่องทั้ง ๗๙ ตำบล นอกจากนี้ยังมีการจัดทำหลักสูตรร่วมกันระหว่างวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดหลักสูตรท้องถิ่น นำปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มาปรับปรุงการฝึกอบรมให้สอดคล้องกับสิ่งที่ CM จะนำไปใช้ได้มากขึ้น โดยหลักสูตรเน้นความรู้เฉพาะในการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุตาม Geriatric syndrome โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการดูแล การจัดทำ Care plan และการบริหารจัดการเพื่อการดูแลตาม Care plan

๔.๑.๒ การพัฒนา CG ด้วยหลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง

มีโอกาสในการเตรียมคนเพื่อรองรับกิจการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตามประกาศกระทรวง เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายฯ แม้ในบางพื้นที่จะมีผู้เข้าอบรมที่ไม่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งจากแบบรายงานการขอรับใบประกาศ CG พบไม่เกินร้อยละ ๑๐

๔.๑.๓ การบูรณาการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกจังหวัดระบุว่า สามารถบูรณาการกำลังคนที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว นักจัดการสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ดำเนินงานร่วมกันได้

๔.๒ การบริหารจัดการเงินกองทุน Long Term Care (LTC) แนวทางการเบิกจ่ายเงินกองทุนยังไม่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานบางพื้นที่จึงยังไม่ได้เบิกจ่ายเงินกองทุน ยกเว้นจังหวัดมุกดาหาร (๒ แห่ง) และจังหวัดศรีสะเกษ (๔ แห่ง) ที่มีการโอนเงินกองทุน LTC มาเป็นเงินบำรุงสถานบริการ

การดำเนินงานพัฒนาระบบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้กลยุทธ์ ๕ ก้าวสู่ ๕๙ ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พัฒนากลไกอนุกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัดในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ปรับแนวคิดจากการทำงานแบบ Program Based เป็น Area Based และการทำงานแบบเครือข่าย ซึ่งมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ จำนวนบุคลากรและเครือข่ายการดำเนินงานในจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ๔ จังหวัด จังหวัดอำนาจเจริญยังไม่มีกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและมีบุคลากรเพียง ๑ คน เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีเทศบาลทั้งหมด ๑๖๙ แห่ง มีโรงพยาบาล ๗๔ แห่ง เป็นโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๗๑ แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ ๓ แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ๑,๑๕๓

๑.๒ ผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค

๑.๒.๑ จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไปร้อยละ ๕๐ พบว่าจังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไปมี ๓ จังหวัด คิดเป็นร้อยละ ๖๐ ได้แก่ อุบลราชธานี ยโสธร และมุกดาหาร จังหวัดส่วนใหญ่ขาดการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อกำหนดประเด็นการจัดทำระบบเฝ้าระวัง รวมทั้งการพัฒนาต้นแบบเทศบาลที่ดำเนินงานได้มาตรฐาน EHA และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ยังไม่ได้ตามมาตรฐาน

จังหวัด	คะแนน	แปลผล
อุบลราชธานี	396	ดีมาก
อำนาจเจริญ	290	พื้นฐาน
ศรีสะเกษ	297	พื้นฐาน
ยโสธร	310	ดี
มุกดาหาร	310	ดี

อุปสรรค

- การพัฒนาระบบฐานข้อมูลฯ ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพไม่สมบูรณ์
- จัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายไม่ครบทุกแห่ง
- ขาดแนวทางการเผยแพร่เทศบาลต้นต้นแบบ EHA อย่างน้อย 1 แห่ง
- ไม่ได้ใช้ข้อมูลเพื่อทำระบบเฝ้าระวังฯ

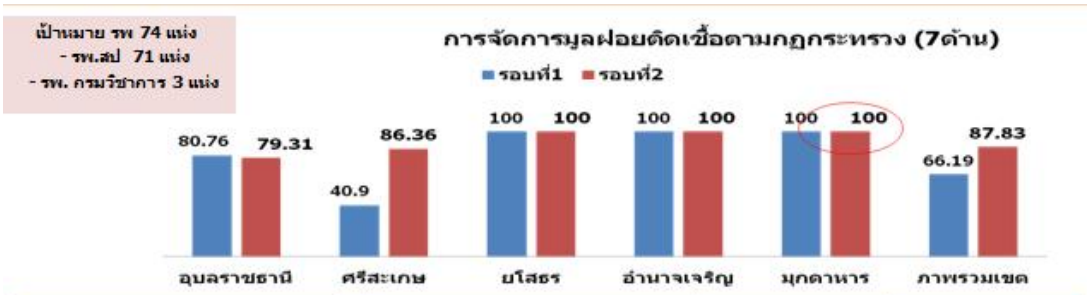
แนวทางแก้ไข

1. สร้างกลไกลการเฝ้าระวังให้จังหวัดสามารถจัดทำระบบเฝ้าระวังในจังหวัด
2. จังหวัดสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ EHA เพื่อขยายผลการดำเนินงาน
3. พัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมกับ รพ.สต

รูปภาพที่ ๑๕ จังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพผ่านเกณฑ์ในระดับดีขึ้นไปร้อยละ ๕๐

ที่มา: กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

๑.๒.๒ มูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดการตามมาตรฐานร้อยละ ๑๐๐ และโรงพยาบาลผ่านการประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕ จำนวน ๖๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๘๓ โดยจังหวัดยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร ดำเนินการได้ร้อยละ ๑๐๐ รองลงมาคือ จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๘๖.๓๖ และอุบลราชธานี ร้อยละ ๗๙.๓๑ โดยมาตรฐานที่ไม่ผ่านการประเมิน ได้แก่ ด้านบุคลากร ที่พักขยะติดเชื้อ การรวบรวมและเคลื่อนย้ายขยะติดเชื้อ โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๕.๖๗ ส่งขยะติดเชื้อไปกำจัดที่เตาเผาเทศบาลเมืองวารินชำราบ และร้อยละ ๒๑.๖๒ ส่งให้บริษัทเอกชนกำจัด โดยมีโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ ๒ แห่งที่เผาเองโดยเตาของโรงพยาบาล ส่วนขยะติดเชื้อของ รพ.สต. มีการรวบรวมส่งให้โรงพยาบาลชุมชนในรูปแบบต่างๆ ดังนี้ ๑) โรงพยาบาลจัดให้มีรถจัดเก็บสัปดาห์ละครั้ง ๒) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดให้มีรถจัดเก็บสัปดาห์ละครั้ง และ ๓) รพ.สต.นำส่งเองโดยเก็บขยะติดเชื้อใส่ถุงแดงใส่กล่องบรรจุ



ประเด็นที่ไม่ผ่าน	อุบลราชานี	ศรีสะเกษ
ข้อที่ 1 บุคลากร		✓
ข้อที่ 2 การคัดแยกมูลฝอย		
ข้อที่ 3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ		✓
ข้อที่ 4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	✓	
ข้อที่ 5 ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	✓	
ข้อที่ 6 สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ	✓	✓
ข้อที่ 7 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ		✓

รูปภาพที่ ๑๖ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวง (๗ ด้าน)

ที่มา: กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

ปัญหา อุปสรรค

๑) ผู้บริหารโรงพยาบาลไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้เป็นไปตามกฎหมาย คำนึงถึงแต่ค่าใช้จ่ายในการกำจัดที่ราคาถูก ประหยัดงบประมาณ จึงทำให้มูลฝอยติดเชื้อไม่ได้รับการจัดการตามมาตรฐาน

๒) โรงพยาบาลขาดงบประมาณในการจัดทำที่พักมูลฝอย การก่อสร้างท่อระบายน้ำทิ้งลงบ่อเกรอะ รวมทั้งการจัดซื้อถุงและภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อตามมาตรฐาน

๓) บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

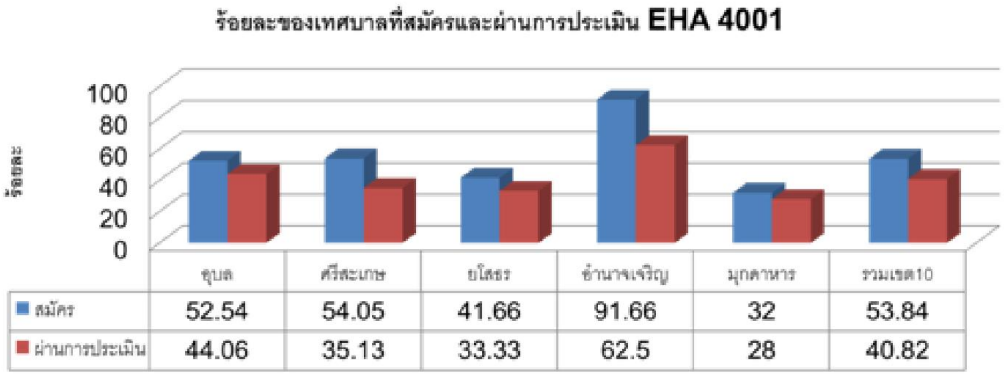
๔) ขาดการกำกับติดตามพนักงานขน/เก็บมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะบริษัทเอกชน

๕) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังไม่ดำเนินการออกข้อกำหนดท้องถิ่นเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และไม่มีศักยภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

๖) การรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อจาก รพ.สต. ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานกฎกระทรวง โดยเฉพาะประเด็นภาชนะในการขนเก็บมูลฝอยติดเชื้อจาก รพ.สต. มายังสถานที่รวบรวมซึ่งยังไม่ได้มาตรฐาน และบางแห่งมีการประยุกต์ใช้กล่อง ถัง ในการขน/เก็บ แต่ยังขาดการรับรองว่าถูกต้องตามกฎกระทรวงหรือไม่

๗) ฐานข้อมูลยังไม่ครอบคลุมทุกแหล่งกำเนิด

๑.๒.๓. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน EHA พบว่าเทศบาลผ่านการประเมิน EHA อย่างน้อย ๑ ระบบ ร้อยละ ๖๒.๑๓ โดยในจำนวนนี้มีเทศบาลที่ผ่านมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร การพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค การจัดการขยะมูลฝอย การจัดการส้วมและสิ่งปฏิกูล ระบบใดระบบหนึ่ง ร้อยละ ๖๐.๓๕ และมีเทศบาลที่ผ่านมาตรฐานการจัดการมูลฝอยทั่วไป (EHA ๔๐๐๑) ร้อยละ ๔๐.๘๒ ทั้งนี้พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสถานที่กำจัดมูลฝอยทั่วไปที่ถูกหลักสุขาภิบาลเพียง ๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓.๕๕ เท่านั้น ส่งผลให้มีขยะตกค้างและขยะที่กำจัดไม่ถูกวิธีเป็นจำนวนมาก



จำนวนเทศบาล	อุบล	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจ	มุกดาหาร	รวม
เทศบาล (แห่ง)	59	37	24	25	24	169

รูปภาพที่ ๑๗ ร้อยละของเทศบาลทุกระดับที่ผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ด้านการจัดการมูลฝอยทั่วไป

ที่มา: กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี

๑.๒.๔ การดำเนินงานคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัดตั้งเป้าหมายให้มีจัดการประชุมปีละ ๓ ครั้ง และแต่ละจังหวัดจัดประชุมครบ ๓ ครั้ง ยกเว้นจังหวัดอำนาจเจริญที่ยังไม่มีการจัดประชุม ผลการประชุมคณะอนุกรรมการฯ มีมติที่ประชุม จังหวัดละ ๒ เรื่องขึ้นไป ได้แก่ การจัดการสิ่งปฏิกูล การจัดการ

ขยะ การจัดการขยะติดเชื้อ การลดเลิกการใช้โฟม การออกข้อกำหนดท้องถิ่น EHA การพัฒนาตลาดสดและร้านอาหาร แต่ยังมีปัญหาการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานของอนุกรรมการจากภาคส่วนอื่นๆ

๑.๒.๕ การดำเนินงานพัฒนาส้วมสาธารณะและการจัดการสิ่งปฏิกูล พบว่า มีส้วมสาธารณะที่ผ่านมาตรฐาน HAS ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๐๐ และ รพ.สต. ร้อยละ ๗๑.๑๗ และมีการคัดสรรสุดยอดส้วมระดับเขต ส่วนการจัดการสิ่งปฏิกูลนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลเพียง ๗ แห่ง และมีผู้ประกอบการรถสูบส้วม ๑๗๘ ราย โดยจังหวัดอำนาจเจริญมีผู้ประกอบการมากที่สุดถึง ๑๕๓ ราย ส่วนในพื้นที่เสี่ยงจำนวน ๑๑ แห่งที่มีอัตราการป่วยและเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีสูงนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการออกเทศบัญญัติ ๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๗๒ ปัญหาคือทุกแห่งยังไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งยังขาดการติดตามการกำจัดของเอกชนที่ได้รับอนุญาต ทั้งนี้มีการจัดอบรมผู้ประกอบการรถสูบส้วมทุกจังหวัด และอยู่ระหว่างการประสานงานกับพื้นที่ในการจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลให้ถูกสุขลักษณะ

๑.๒.๖ การเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำบริโภคในครัวเรือน จากการดำเนินงานเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค ได้แก่ น้ำประปา น้ำบาดาล น้ำฝน ตู้น้ำหยอดเหรียญ และเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มน้ำแข็งในร้านอาหาร จำนวน ๑๕๐ ตัวอย่าง ซึ่งได้รับผลการตรวจจากศูนย์ห้องปฏิบัติการ กรมอนามัย จำนวน ๓๐ ตัวอย่าง พบว่า น้ำในตู้น้ำหยอดเหรียญผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐ น้ำประปาผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๕๐ น้ำบรรจุขวด/น้ำประปาผ่านการกรอง ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๔๐ ส่วนน้ำบาดาลและน้ำฝนไม่ผ่านเกณฑ์ นอกจากนี้ยังมีการสุ่มประเมินคุณภาพตลาดประเภทที่ ๑ ที่ผ่านมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อจำนวน ๒๖ แห่ง (ร้อยละ ๓๐ ของตลาดที่ผ่านมาตรฐานตลาดสดน่าซื้อ) พบว่าตลาดสดน่าซื้อรักษามาตรฐานได้เพียงร้อยละ ๒๓.๐๗ เท่านั้น และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ ๗๐.๙๒ โดยองค์ประกอบส่วนใหญ่ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดบริการด้านสิ่งแวดล้อม การจัดการน้ำเสียและบ่อดักไขมันใช้ได้ดี เพียงร้อยละ ๕๐ เท่านั้น ส่วนการเฝ้าระวังร้านอาหารและแผงลอย พบว่าทุกร้านไม่ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste และตลาดประเภทที่ ๒ ทุกร้านไม่ผ่านมาตรฐานตลาดประเภทที่ ๒

๑.๒.๗ การดำเนินงานในพื้นที่เสี่ยง ได้แก่

๑) พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษจังหวัดมุกดาหาร มีการจัดประชุมภาคีเครือข่ายในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และจัดประชุมความร่วมมือระหว่างประเทศไทย-ลาว รวมทั้งมีการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า พื้นที่มีปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน ธุรกิจเกี่ยวกับร้านอาหารมีแรงงานต่างด้าวให้บริการถึงร้อยละ ๓๔ โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น อุจจาระร่วงอย่างแรง อาหารเป็นพิษมีแนวโน้มสูงขึ้น ในพื้นที่ไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล แหล่งน้ำดิบมีค่าแอมโมเนียสูงแสดงถึงการปนเปื้อนจากปฏิกูล ปัญหาสถานที่กำจัดขยะไม่เพียงพอ ความไม่พร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งด้านกำลังคนและการจัดทำแผนงานรองรับ รวมทั้งประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้เตรียมความพร้อมรองรับเขตเศรษฐกิจพิเศษ

๒) พื้นที่เสี่ยงขยะอิเล็กทรอนิกส์ในเทศบาลตำบลบ้านกอก จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ประกอบการ ๙๙ ราย โดยเป็นผู้ประกอบการรับซื้อขยะอิเล็กทรอนิกส์ ๔๓ ราย มีการดำเนินการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและให้ความรู้ พร้อมทั้งตรวจสุขภาพผู้ประกอบการ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม พบปริมาณเหล็ก คลอไรด์ ไนเตรทในน้ำบาดาล ไนเตรทในน้ำบริโภค ซึ่งปริมาณสารมลพิษเฉลี่ยที่ร่างกายได้รับอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะต่อเขตสุขภาพที่ ๑๐

๑. ระบบฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรมีการพัฒนาเลือกประเด็นข้อมูลที่จำเป็นและภาคีเครือข่ายสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๒. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ควรจัดทำคำแนะนำให้ความรู้เรื่องภาชนะขนเก็บมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดต่างๆ เช่น จากครัวเรือน จาก รพ.สต.

๓. การจัดการสิ่งปฏิกูล ควรกำหนดแนวทางการดำเนินงานให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งพัฒนาเทคโนโลยีในการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ตลอดจนงบประมาณที่เหมาะสม เพื่อให้หน่วยงานท้องถิ่นขนาดเล็กสามารถนำไปดำเนินการได้

๔. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของศูนย์อนามัย ด้านความรู้เกี่ยวกับกฎหมายสาธารณสุขและการดำเนินงานเฝ้าระวังในพื้นที่เสี่ยง โดยจัดทำเป็นแผนพัฒนาบุคลากรในแต่ละปี

๕. ประสานความร่วมมือกับกระทรวงหรือกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่จะเกิด เช่น น้ำบริโภคที่ไม่ผ่านมาตรฐาน กรมควรประสานไปยังหน่วยงานอื่นๆ ในเชิงนโยบายที่จะสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ หรือสื่อสารความเสี่ยงให้สาธารณะรับทราบ เพื่อสร้างความร่วมมือในการดำเนินงาน

๖. การสนับสนุนทางห้องปฏิบัติการให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่หรือการสร้างเครือข่ายในการตรวจเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับหน่วยงานอื่นๆ

การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ผ่านมา ใช้การ Empowerment รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย ทั้งในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยการอบรม นิเทศติดตาม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายโดยขับเคลื่อนผ่านชมรมอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และการยกย่องเชิดชูความดี โดยการมอบโล่ เกียรติบัตร และการเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ก้าวต่อไปของงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งสาธารณสุขและท้องถิ่น รวมทั้งการพัฒนาระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในครัวเรือน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานบริการสาธารณสุข และสร้างต้นแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ครอบคลุมพื้นที่ รวมทั้งการจัดทำค่ากลางในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมทุกระดับ

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ (ภาพประเทศ/เขต/จังหวัด)

โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในโอกาสครบ ๘๔ พรรษา สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๕๙ (PA)

หลังสิ้นสุดโครงการอีสานไม่กินปลาดิบ มีการศึกษาระบาดวิทยาของโรคหนอนพยาธิระดับประเทศในปี ๒๕๓๙ พบว่ามีอัตราชุกของพยาธิใบไม้ตับที่ร้อยละ ๑๑.๘ ในปี ๒๕๕๒ ร้อยละ ๘.๗ และในปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๕.๑ แต่เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้านในปี ๒๕๕๒ พบว่าบางหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีอัตราชุกของโรคสูงถึงร้อยละ ๘๕.๒ บางหมู่บ้านในภาคเหนือ มีรายงานอัตราชุกของโรคสูงถึงร้อยละ ๔๕.๖ และในปี ๒๕๕๗ มีการสำรวจในพื้นที่เสี่ยงพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีการติดโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูงมากในบางหมู่บ้าน พบอัตราชุกร้อยละ ๑๐๐ และในภาคเหนือ พบอัตราชุกสูงสุด ร้อยละ ๕๐ ส่วนอัตราชุกของพยาธิใบไม้ตับสูงสุดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ ร้อยละ ๗๐ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี มีโครงการรองรับ ๑ โครงการ คือ โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นครองราชย์ครบ ๗๐ ปี ในปีพุทธศักราช ๒๕๕๙ พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๔ พรรษา ตลอดจนในปีพุทธศักราช ๒๕๖๐ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จะทรงเจริญพระชนมพรรษา ๙๐ พรรษา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี งบประมาณ ๕๐๐,๐๐๐ บาท ประกอบด้วย ๓ กิจกรรมย่อย คือ

๑.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายในพื้นที่เสี่ยงสูงในเขตพื้นที่ สคร.๑๐ จ.อุบลราชธานี เพื่อขับเคลื่อนการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

และสมเด็จพระนางเจ้าฯพระบรมราชินีนาถ (ดำเนินการระหว่างวันที่ ๑๗-๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ณ โรงแรมขอนแก่นโฮเต็ล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน ๖๔ คน)

๒.ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พื้นที่เสี่ยงในพื้นที่ สคร.๑๐ จ.อุบลฯ

๓.นิเทศติดตามผลการดำเนินงานกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพื้นที่เสี่ยงในพื้นที่ สคร.๑๐ จ.อุบลฯ

ผลการดำเนินงาน (กระบวนการดำเนินงาน/ผลงานเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด)

<u>ในพื้นที่โครงการเทิดพระเกียรติ ๑๑ ตำบล</u>

๑. จัดทำรูปแบบ แนวทางการดำเนินงานร่วมกับศูนย์ประสานงาน OV.CCA ที่กรมควบคุมโรค และที่ จ.ขอนแก่น

๒. พัฒนาบุคลากรในการตรวจวินิจฉัย ในพื้นที่เสี่ยงทั้ง ๑๑ ตำบล รวม ๒๗ คน

๓. ประชุม อบรม เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบแนวทางการดำเนินงาน

๔. นำบุคลากรในพื้นที่เสี่ยง เข้ารับการอบรม การติดตั้งและใช้ฐานข้อมูล การจัดเก็บข้อมูลประชากรในระดับต่างๆ

๕. นำเข้าข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงในทุกพื้นที่ จัดทำแบบให้คำยินยอม แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

๖. เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เพื่อลงพื้นที่ปฏิบัติการตรวจคัดกรองใน ๑๑ ตำบล ตำบลต้นแบบ ๓ ตำบล ตรวจ ๔ วิธี คือ ๑) Parasep Kit ๑๐๐% ๒) Modified katokatz ๒๐ % ๓) FECT (Formal in-Ether Concentration Technique) ๑๐๐% และ ๔) Urine Test ส่วนตำบลอื่นๆ ๘ ตำบล ตรวจ ๒ วิธี คือ ๑) Parasep Kit ๑๐๐ % และ ๒) Modified Kato Katz

๗. ประสานงานการสำรวจกลุ่มเป้าหมายในส่วนของข้อมูลพฤติกรรม ใน ๓ ตำบลต้นแบบ จำนวน ๒,๗๑๕ ราย

<u>ในพื้นที่ขยายการดำเนินงาน ๕ จังหวัด (พื้นที่ทั่วไป)</u>

๑. ตรวจ/ค้นหาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพยาธิชนิดต่างๆ

<u>ผลการดำเนินงานในพื้นที่ต้นแบบ</u>

ติดตามความก้าวหน้าในการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของหมู่บ้านต้นแบบ ที่ดำเนินการโดย สคร.๑๐ จำนวน ๕ หมู่บ้าน ตำบลชีทวน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ตรวจ ๓๘๒ ตัวอย่าง พบพยาธิทั้งหมด ๑๗ ราย (๔.๔๕%) พบพยาธิใบไม้ตับ ๗ ราย (๑.๘๓%) (*ข้อมูลก่อนดำเนินการ ปี ๒๕๕๗ ประชาชนติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๒๓.๔๐*)

สรุป**ผลงานปี ๒๕๕๙ เป้าหมาย/ตัวชี้วัด :** ร้อยละ ๘๐ ของตำบลในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (PA) ดำเนินการ ๑๑ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ของตำบลที่ได้รับการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีผลการตรวจ ดังนี้

- ตรวจหนอนพยาธิ ๑๑ ตำบล จำนวน ๑๑,๓๘๐ ราย พบ OV. ๑,๐๒๖ ราย คิดเป็น ๙.๗๕%
- ตรวจอัลตร้าซาวด์ ๓๙,๐๔๔ ราย พบผิดปกติร้อยละ ๕๑.๙๑ สงสัย cholangiocarcinoma ร้อยละ ๐.๙๕ พบมะเร็งร้อยละ ๐.๐๑ (เป้าหมายทั้งเขตสุขภาพที่ ๑๐ จำนวน ๒๕,๐๐๐ ราย)

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ (ภาพประเทศ/เขต/จังหวัด)

การควบคุมโรคหนอนพยาธิในนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ในแผน ภูฟ้าพัฒนา ตามพระราชดำริฯ

ปี ๒๕๕๗ อัตราชุกของโรคหนอนพยาธิในลำไส้ของนักเรียนในโครงการพระราชดำริฯ ปี ๒๕๕๖ ร้อยละ ๑๓.๔ ปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๑๑.๘ ในขณะที่อัตราชุกของโรคหนอนพยาธิในประชาชนพื้นที่โครงการภูฟ้าพัฒนา จังหวัดน่าน เท่ากับร้อยละ ๒๐.๙๑ ซึ่งลดลงจากปี ๒๕๕๖

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์โรคหนอนพยาธิในโรงเรียนสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ ๒๒ และ ๒๓ พบว่า เด็กนักเรียนในพื้นที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนยังมีปัญหาโรคพยาธิชนิดต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลอัตราชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งสูงมาก ส่วนใหญ่พบในพื้นที่ทุรกันดาร สภาพพื้นที่ติดกับแหล่งน้ำธรรมชาติ ตลอดจนวิถีชีวิตสอดคล้องกับแหล่งที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะในถิ่นทุรกันดารและพื้นที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จึงควรมีการเฝ้าระวังการควบคุมโรคหนอนพยาธิในเด็กนักเรียนในพื้นที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนอย่างต่อเนื่อง

ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๙ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี มีการบูรณาการกิจกรรมร่วมกับโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนจังหวัดพื้นที่เสี่ยงสูง สำนักงานป้องกันการควบคุมโรคที่ ๑๐ จ.อุบลราชธานี ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ งบประมาณ ๕๐,๐๐๐ บาท กิจกรรมประกอบด้วย การสำรวจเฝ้าระวังความชุกของโรคหนอนพยาธิในประชาชน ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในปลาและผลิตภัณฑ์อาหารปลาในพื้นที่เสี่ยง

<u>ผลการดำเนินงาน (กระบวนการดำเนินงาน/ผลงานเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด)</u>

๑. ดำเนินการจัดประชุมถ่ายทอดเป้าหมายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออย่างเข้มแข็ง และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๕๙ ระหว่างวันที่ ๑๕-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ณ ห้องประชุม โรงแรมบ้านสวน คุณตา กอล์ฟ แอนด์ รีสอร์ท อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และได้ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานฯ แก่โรงเรียนสังกัด ตชด.ในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร.๑๐ อบ คือ โรงเรียนสังกัด ตชด. ๒๒ และ ตชด.๒๓

๒. จัดทำแผนงาน/โครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิในนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่ในแผนภูฟ้าพัฒนาตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ปี ๒๕๕๙

๓. สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคหนอนพยาธิในโรงเรียนเป้าหมาย คือ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่ ๒๒ และ ๒๓ กิจกรรมประกอบด้วย การตรวจอุจจาระ เพื่อค้นหาผู้เป็นโรคหนอนพยาธิและรักษาผู้เป็นโรคหนอนพยาธิตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค **<u>ตชด.๒๒ จำนวน ๔ โรงเรียน และ ตชด.๒๓ จำนวน ๙ โรงเรียน รวม ๒๑ โรงเรียน</u>** สรุปผลการสนับสนุนการดำเนินงาน

๑) ดำเนินการตรวจพยาธิในนักเรียน/ประชาชน จำนวน ๑,๒๐๕ ราย นักเรียน ๓๓๙ ราย พบพยาธิชนิดต่างๆ ร้อยละ ๐.๘๘ (พยาธิปากขอ) ประชาชน ๘๖๖ ราย พบพยาธิชนิดต่างๆ ร้อยละ ๗.๖๒ (ใบไม้ตับร้อยละ ๓.๘๑ ปากขอร้อยละ ๓.๓ และอื่นๆ ร้อยละ ๐.๙๒ โดยให้การรักษาแก่ผู้ที่ตรวจพบพยาธิทุกคน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐)

๒) ติดตามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหนอนพยาธิในโรงเรียน ตชด.ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี

เนื่องจาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคหนอนพยาธิในโรงเรียน ตชด. มาอย่างต่อเนื่องทุกปี จึงทำให้จำนวนนักเรียนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และพยาธิ

ลำไส้อื่นๆ ลดลงจนอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ส่วนประชาชนมีการอพยพและย้ายถิ่นฐาน เพื่อเดินทางไปประกอบอาชีพในต่างพื้นที่บ่อย จึงทำให้มีการติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับสูง ซึ่ง สคร.๑๐ จะได้เข้าไปร่วมกับ รพ.สต.ในพื้นที่ ให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการกินอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสม ในลำดับต่อไป ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ในพื้นที่มีการติดตามให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กนักเรียนเยาวชน ผู้ปกครอง และประชาชนที่พบการติดเชื้อพยาธิและพยาธิใบไม้ตับ ครูมีกิจกรรมการเรียนการสอนใน รร.ตชด ทุกโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมจัดบอร์ดนิทรรศการเรื่องโรคพยาธิและพยาธิใบไม้ตับ ส่วนปัญหาการสนับสนุนการตรวจพยาธิในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนที่ยังไม่เพียงพอ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้พัฒนาศักยภาพทีมจุลทัศนกรของหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ให้สามารถตรวจวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิได้อย่างถูกต้องแม่นยำ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมตามโครงการพระราชดำริและการตรวจรักษาโรคหนอนพยาธิในชุมชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพทีมจุลทัศนกรของ รพ.สต. ในพื้นที่โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน

<u>ผลการดำเนินงาน</u>

๑.สรุปผลการดำเนินการสนับสนุนการควบคุมโรคหนอนพยาธิในเด็กนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนพื้นที่เป้าหมายรอบ ๑๒ เดือน พร้อมข้อเสนอแนะ

การป้องกันควบคุมโรคหนอนพยาธิในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่ทุรกันดารตามโครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชาสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ปี ๒๕๕๙ หมายถึง โรงเรียนในสังกัด ตชด. พื้นที่รับผิดชอบของ สคร. ๑๐ อบ. <u>คือ โรงเรียนในสังกัด ตชด. ที่ ๒๒ จำนวน ๑๐ โรงเรียน และในสังกัด ตชด. ที่ ๒๓ จำนวน ๓ โรงเรียน</u> ได้รับการสนับสนุนป้องกันควบคุมโรคหนอนพยาธิ โดยมีเป้าหมายการดำเนินการที่สำคัญ คือ

๑.มีการตรวจอุจจาระเด็กนักเรียนในโรงเรียนเป้าหมาย และให้การรักษาผู้ตรวจพบ ร้อยละ ๑๐๐

๒.มีการเสริมสร้างกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหนอนพยาธิในโรงเรียนเป้าหมาย

๒.๑ โรคหนอนพยาธิ เป็นการตรวจสอบการติดเชื้อโรคพยาธิซ้ำในเด็กนักเรียนโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จำนวน ๑,๒๕๓ คน ตรวจพบหนอนพยาธิ ๒๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๕ (อัตราการติดเชื้อหนอนพยาธิอยู่ในระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ตามเกณฑ์ที่กำหนด) จำแนกเป็นพยาธิปากขอ จำนวน ๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๓ พยาธิเส้นด้าย จำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๓ พยาธิใบไม้ตับ จำนวน ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๓ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่เกินร้อยละ ๕

๒.๒ การป้องกันควบคุมโรคติดต่อทั่วไปในศูนย์เด็กเล็ก/นักเรียนชั้นอนุบาล ประเมินโดยใช้เกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ทุกโรงเรียนยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบคัดกรองอาการป่วยของเด็ก การตรวจร่างกายเบื้องต้นทำเพียงสัปดาห์ละ ๑-๒ ครั้ง ไม่มีการจดบันทึกการเจ็บป่วยของเด็ก ยาที่มีในห้องพยาบาลมีมากเกินไปหรือน้อยเกินไปในบางพื้นที่ และพบยาหมดอายุในตู้ยา คุณครูไม่ค่อยมีความรู้ในการใช้ยาและการเก็บรักษายาที่เหมาะสม ห้องเรียนชั้นอนุบาลทุกแห่งยังไม่มีมุ้งลวดป้องกันยุง และบางแห่งภายในห้องเรียนมีอากาศร้อนมาก ทำให้เวลากลางวันเด็กอนุบาลต้องไปใช้ห้องอื่นนอนกลางวัน บางแห่งไม่มีแม้กระทั่งไฟฟ้าและพัดลม

๓.สรุปผลการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคหนอนพยาธิในเด็กนักเรียน โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนพื้นที่

๔.กิจกรรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ผู้ปกครองกล่าวคำปฏิญาณตนว่าจะห่างไกลพยาธิใบไม้ตับ

ปัญหาอุปสรรค

๑.ครู/เจ้าหน้าที่ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนโครงการพระราชดำริฯ มีน้อย ซึ่งต้องรับหน้าที่ในการสอน ด้วยภาระหน้าที่ที่มีมากทำให้ไม่มีการตรวจอุจจาระนักเรียนในพื้นที่และบางพื้นที่ไม่มีกล้องจุลทรรศน์ตรวจอุจจาระ

๒. นักเรียนที่ตรวจพบหนอนพยาธิส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร สภาพพื้นที่ติดกับแหล่งน้ำธรรมชาติ ตลอดจนวิถีชีวิตสอดคล้องกับแหล่งที่อยู่อาศัย ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจทำได้ยากกว่าพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะ

๑.จนท.สาธารณสุขในพื้นที่ควรมีการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจอุจจาระโดยยืมกล้องจาก รพ.ในพื้นที่

๒. ครูในโรงเรียนฯควรเน้นการให้ความรู้ในการป้องกันโรคหนอนพยาธิโดยบูรณาการเรียนในชั้นเรียน

๓.ควรรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ป้องกันโรคหนอนพยาธิและการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการป้องกันพยาธิของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ในส่วนของประชาชน ได้มีการอพยพและย้ายถิ่นฐาน เพื่อเดินทางไปประกอบอาชีพในต่างพื้นที่บ่อยๆ จึงทำให้มีการติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับที่สูงอยู่ ซึ่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี จะได้เข้าไปร่วมกับ รพ.สต.ในพื้นที่ ให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการกินอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสม ในลำดับต่อไป

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ (ภาพประเทศ/เขต/จังหวัด)

โรคไข้มาลาเรีย ในพื้นที่แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

พื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีโรงเรียนในพระราชดำริฯ จำนวน ๑๔ แห่ง แบ่งเป็นจังหวัดอุบลราชธานี ๙ แห่ง ศรีสะเกษ ๒ แห่ง มุกดาหาร ๑ แห่ง อำนาจเจริญ ๑ แห่ง และยโสธร ๑ แห่ง มีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น ๑,๒๐๗ คน ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๘ พบผู้ป่วยไข้มาลาเรียจำนวน ๙๙ ราย

ผลการดำเนินงาน (กระบวนการดำเนินงาน/ผลงานเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด)

๑. มีการจัดกิจกรรมมุมความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียในโรงเรียนพระราชดำริฯ

๒. มีกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและตรวจรักษาในโรงเรียนพระราชดำริฯ และชุมชนข้างเคียง

๓. ประเมินผลด้านความรู้และความเข้าใจเรื่องการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย พฤติกรรมการป้องกันตนเองและการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย

ผลการดำเนินงานโรคไข้มาลาเรีย ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยการตรวจโลหิตในโรงเรียนพระราชดำริฯ จำนวน ๑๒ แห่ง จากเป้าหมาย ๑๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ ดำเนินการตรวจโลหิตจำนวน ๑,๓๕๕ ราย พบผู้ป่วยจำนวน ๑๓ ราย (ปี ๒๕๕๘ พบผู้ป่วย ๙๙ ราย) ลดลง ๘๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๘๖ ผ่านเป้าหมายตัวชี้วัดที่ต้องลดลงร้อยละ ๕๐ จากปี ๒๕๕๘

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ :

ความร่วมมือเพื่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ (เขตเศรษฐกิจพิเศษ)

จากนโยบาย "One World - One Health" เพื่อรับมือกับโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน แพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคในสัตว์ เพื่อเฝ้าระวังและเตรียมรับมือกับโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คนซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ทั้งที่ค้นพบและยังไม่ค้นพบอีก ๙๙% ทั้งนี้ วิธีการควบคุมโรคในคนที่ติดต่อมาจากสัตว์นั้น การควบคุมโรคหรือให้ยารักษาในคนเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะป้องกันการแพร่กระจายของโรคได้ วิธีการที่ได้ผลคือการควบคุมโรคทั้งในคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อนชื้นและเป็นที่จับตามองด้านโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนเป็นพิเศษ เนื่องจากสภาพภูมิประเทศมีป่าดงดิบที่มีความอุดมสมบูรณ์ มีสัตว์และพืชพันธุ์นานาชนิด พื้นที่ป่ามีความชื้นเหมาะแก่การแพร่กระจายของเชื้อโรค สำหรับโรคอุบัติใหม่หรือโรคที่มาจากสัตว์ป่า สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังได้แก่ สัตว์ป่า สัตว์เลี้ยง และประชากรกลุ่มเสี่ยง

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย แต่โรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ครบชุดตามกำหนด ในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้มากกว่า ๕๕,๐๐๐ ราย ใน ๑๕๐ ประเทศทั่วโลก ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศแถบทวีปแอฟริกาและอินเดีย โดยในทวีปเอเชียพบผู้เสียชีวิตมากกว่า ๓๑,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็นร้อยละ ๕๖ แบ่งเป็น ประเทศอินเดีย ๒๐,๐๐๐ ราย จีน ๓,๐๐๐ ราย ปากีสถาน ๒,๔๙๐ ราย บังคลาเทศ ๑,๕๕๐ ราย ฟิลิปปินส์ ๒๔๘ ราย พม่า ๑๙๖ ราย เวียดนาม ๘๖ ราย ศรีลังกา ๗๖ ราย เนปาล ๔๔ ราย อินโดนีเซีย ๔๐ ราย กัมพูชา ๒ ราย สาธารณรัฐประชาชนลาว ๒ ราย และมองโกเลีย ๒ ราย สุนัขเป็นตัวการหลักที่นำโรคมาสู่คน และร้อยละ ๔๐ ของคนที่ถูกสัตว์กัดเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี จะเห็นได้ว่าโรคพิษสุนัขบ้าจัดเป็นโรคที่สำคัญไม่เฉพาะในประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) ได้กำหนดเป้าหมายให้ทุกประเทศในภูมิภาคอาเซียน รวมถึงประเทศไทย กำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี ค.ศ.๒๐๒๐ และได้ร่วมกับประเทศในภูมิภาคอาเซียนและองค์กรอิสระ จัดทำกรอบการดำเนินงานการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Elimination Strategic Framework) เพื่อให้การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าเป็นไปตามเป้าหมาย

กรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมปศุสัตว์ และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี ค.ศ.๒๐๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๓) เพื่อให้เป็นแผนแม่บทในการป้องกัน ควบคุม และกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ซึ่งจากการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Free Area) ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๓ จนถึงปี ๒๕๕๖ มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน ๗,๑๐๙ แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ ๙๑.๔๓ จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้ามีแนวโน้มลดลงมาก โดยในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ มีจำนวนผู้ป่วยตายสูงถึง ๗๓ ราย และลดลงต่ำกว่า ๕ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ คิดเป็นอัตราป่วยตายเท่ากับ ๐.๐๑ ต่อประชากรแสนคน และข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยา ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบผู้เสียชีวิตจำนวน ๗ ราย

สำหรับสถานการณ์โรคพิษสุขบ้าในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘ มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ๒ ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายเท่ากับ ๐.๐๓ ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลของสำนักควบคุมป้องกันและบำบัดโรคสัตว์ กรมปศุสัตว์ ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๕๘ พบว่า จังหวัดที่มีผลการตรวจหัวสัตว์เป็นบวกมากที่สุดคือ อุบลราชธานี รองลงมาคือ ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และมุกดาหาร ในปี ๒๕๕๘ จังหวัดที่ยังตรวจพบผลบวกในหัวสัตว์คือ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ และอำนาจเจริญ

จากการประเมินสภาพปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลจากรายงานแบบสอบสวนโรคเฉพาะราย พบว่าผู้ป่วยหรือเสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของการทำแผลหรือฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษ

สุนัขบ้า ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันยังคงพบว่าสุนัขเป็นสัตว์ที่แพร่เชื้อมายังคนมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สุนัขที่มีเจ้าของ แต่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และลูกสุนัขที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ยังคงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคในคน เนื่องจากผู้ที่ถูกลูกสุนัขกัดเข้าใจว่า ลูกสุนัขยังไม่สามารถแพร่เชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้ หรือเข้าใจว่าลูกสุนัขกัดเพราะความซุกซน จึงไม่ไปฉีดวัคซีนป้องกัน ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี ค.ศ.๒๐๒๐ (พ.ศ.๒๕๖๓) บรรลุเป้าหมายไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๘ เป็นต้นไป หน่วยงานเครือข่ายกรมควบคุมโรค กรมปศุสัตว์ และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น จึงต้องขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓

สำหรับสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรสิส (Leptospirosis) หรือโรคฉี่หนู จากข้อมูลของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘ พบรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส จำนวนทั้งสิ้น ๖๙ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑.๐๗ ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยมากที่สุดในเดือนมีนาคม จำนวน ๒๙ ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดคือศรีสะเกษ อัตราป่วยเท่ากับ ๒.๑๓ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคืออำนาจเจริญ อุบลราชธานี ยโสธร สกลนคร มุกดาหาร และนครพนม อัตราป่วยเท่ากับ ๑.๐๗, ๐.๘๒, ๐.๕๖, ๐.๐๙, ๐ และ ๐ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดคืออาชีพเกษตรกรรม และกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ ๓๕-๔๔ ปี โรคเลปโตสไปโรสิสหรือโรคฉี่หนู เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (zoonosis) ที่มักจะระบาดในฤดูฝน สัตว์หลายชนิดสามารถติดโรคได้ แต่ส่วนใหญ่พบมากในหนูซึ่งเป็นแหล่งรังโรค คนอาจติดโรคโดยตรงจากการสัมผัสกับปัสสาวะของสัตว์ หรือโดยทางอ้อมจากการสัมผัสน้ำหรือดินทรายที่ปนเปื้อนเชื้อ สำหรับสถานการณ์ของโรคตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๖ - ๒๕๕๖ อัตราป่วยมีแนวโน้มคงที่อยู่ระหว่าง ๗.๘๘ - ๖.๖๖ ต่อประชากรแสนคน อัตราตายอยู่ระหว่าง ๐.๑๓ - ๐.๑๑ ต่อประชากรแสนคน และลดลงในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ ๔.๘๗ ต่อประชากรแสนคน และอัตราตาย ๐.๐๕ ต่อประชากรแสนคน ลักษณะการเกิดโรคสัมพันธ์กับฤดูกาล โดยผู้ป่วยจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือนมิถุนายนและสูงสุดในเดือนตุลาคม พื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ แม้ว่าสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังพบการระบาดในช่วงฤดูฝนหรือภายหลังการเกิดอุทกภัย เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่มีน้ำท่วมขัง เอื้อต่อการเพิ่มจำนวนประชากรของหนู ส่งผลให้เชื้อเลปโตสไปรา (Leptospira) ในหนูและในสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น และคนมีโอกาสติดเชื้อเลปโตสไปรามากขึ้นด้วย ดังนั้น เครือข่ายระดับพื้นที่จึงมีความสำคัญในการพัฒนากลไกการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิส เพื่อลดปัญหาในพื้นที่เสี่ยงและในภาพรวมระดับประเทศ

ผลการดำเนินงาน

ตามที่กลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คนในพื้นที่เสี่ยงสูง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๕๙ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนตระหนักในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน การได้รับวัคซีนหลังการสัมผัสโรค ส่งเสริมการใช้งานระบบติดตามผู้สัมผัสโรค (ร.๓๖) ของสถานบริการ และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน และติดตามผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ปศุสัตว์จังหวัด ปศุสัตว์อำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ครูและนักเรียน นั้น

กลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ได้ดำเนินการดังนี้

๑.อบรมผู้รับผิดชอบระบบรายงานผู้สัมผัสโรค (ร.๓๖) ระหว่างวันที่ ๒-๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ณ โรงแรมบ้านสวนอุบล กอล์ฟแอนด์รีสอร์ท อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้งานระบบติดตามผู้สัมผัสโรค (ร.๓๖) ของสถานบริการและให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ และติดตามการรายงานผลการดำเนินงานตามระบบรายงานผู้สัมผัสโรค (ร.๓๖) และผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน วิทยากร และคณะทำงาน รวมทั้งสิ้นจำนวน ๗๘ คน งบประมาณที่ใช้ไปจำนวน ๑๑๙,๐๐๐ บาท

๑. รณรงค์ป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คนในพื้นที่เสี่ยงสูง โดยการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยงสูงจำนวน ๔ จังหวัด ได้แก่ ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี และมุกดาหาร ดังนี้

- วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๙ ณ โรงเรียนบ้านหนองหัวหมู ตำบลสระกำแพงใหญ่ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน ๓๒๐ คน
- วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำปลีก เทศบาลตำบลน้ำปลีก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน ๙๐ คน
- วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๙ ณ เทศบาลตำบลช่องเม็ก ตำบลช่องเม็ก อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๐๙ คน
- วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๙ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกกแดง ตำบลกกแดง อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัดมุกดาหาร จำนวน ๑๐๒ คน

<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ปศุสัตว์จังหวัด ปศุสัตว์อำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล ครูและนักเรียนโรงเรียน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี และประชาชน โดยมีกิจกรรมดังนี้

๑.กิจกรรมการเดินรณรงค์ สร้างกระแส

๒.กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุขบ้าในพื้นที่ และการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน

๓.กิจกรรมการรณรงค์ฉีดวัคซีนและทำหมันสัตว์**สุนัขและแมว**

งบประมาณที่ใช้ไปจำนวน ๗๙,๙๒๐ บาท

๒. นิเทศติดตามและสนับสนุนการใช้โปรแกรมผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.๓๖) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัญหาจากการใช้โปรแกรมผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.๓๖) ความต้องการใช้ประโยชน์จากโปรแกรมดังกล่าว เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่จากรายงานการพบผลบวกโรคพิษสุนัขบ้าในหัวสัตว์ และรายงานพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ๓-๕ ปีย้อนหลัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร และอุบลราชธานี ดังนี้

- วันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ณ รพ.กันทรลักษ์/รพ.ไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ
- วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ ณ รพ.มุกดาหาร/รพ.ดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร
- วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๕๙ ณ รพ.เดชอุดม/รพ.ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี
- วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๕๙ ณ รพ.ทรายมูล/รพ.คำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

- วันที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๕๙ ณ รพ.อำนาจเจริญ/รพ.หัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ งบประมาณที่ใช้ไปจำนวน ๗,๑๕๐ บาท

สรุปผลการดำเนินงาน ทำให้เกิดรูปแบบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ภายใต้ความร่วมมือของเครือข่ายสาธารณสุข ปศุสัตว์ และศึกษาธิการ โดยรูปแบบการดำเนินงานประกอบด้วย การรณรงค์สร้างกระแส การให้ความรู้ และการฉีดวัคซีนและทำหมันสัตว์สุนัขและแมว เป็นรูปแบบเดียวกันทุกพื้นที่

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน
2. หน่วยงานและภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนอย่างต่อเนื่อง

ปัญหา/อุปสรรค

1. การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้พื้นที่เสี่ยงสูงปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้ายังต้องอาศัยการประสานงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง
2. การกระตุ้นเตือนให้ประชาชนตระหนักถึงความรุนแรงและโทษของโรคพิษสุนัขบ้าเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นอย่างมาก ซึ่งหน่วยงานภาคีเครือข่ายต้องให้ความสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ผลักดันให้เป็นนโยบายของกรมควบคุมโรค และสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป
2. ผู้บริหารต้องมีส่วนร่วมในการผลักดันให้หน่วยงานเครือข่ายเข้าใจบทบาทภารกิจที่หน่วยงานต้องดำเนินการ เพื่อให้พื้นที่ปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้าต่อไป

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ (ภาพประเทศ/เขต/จังหวัด)

โครงการพัฒนารูปแบบ/แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญ ในกลุ่มประชากรต่างด้าว ในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษที่สามารถถ่ายทอดโรคมาสู่ประชากรไทย (จังหวัดชายแดน)

จากการลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานของด่านควบคุมโรคในช่วง ๖ เดือนแรก พบว่า ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศที่เป็นเป้าหมาย ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กรมควบคุมโรคกำหนด จำนวน ๒ ด่าน ได้แก่ ด่านช่องเม็ก และด่านสะพานมิตรภาพ ๒ (มุกดาหาร) โดยสรุปผลตามแบบประเมิน CCAT ดังนี้

ด่านสะพานมิตรภาพ ๒ (มุกดาหาร) พบว่า

PART A สมรรถนะหลักในการประสานงานและการสื่อสารข้อมูลได้ คิดเป็นร้อยละ ๙๗ ยังขาดรายชื่อผู้ประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศที่เป็นปัจจุบัน

PART B-I สมรรถนะหลักที่ช่องทางเข้าออกประเทศที่ต้องมีตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ ๙๖ และ

PART B-II สมรรถนะหลักสำหรับการแก้ไขเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๘๕

ในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ ๙๒

ด่านท่าเรือมุกดาหาร พบว่า

PART A สมรรถนะหลักในการประสานงานและการสื่อสารข้อมูล ได้คิดเป็นร้อยละ ๓๓

PART B-I สมรรถนะหลักที่ช่องทางเข้าออกประเทศที่ต้องมีตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ ๕๕ และ

PART B-II สมรรถนะหลักสำหรับการแก้ไขเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณะระหว่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ ๒๙
ในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ ๓๙
<u>ด่านช่องเม็ก</u> พบว่า
PART A สมรรถนะหลักในการประสานงานและการสื่อสารข้อมูล ได้ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐
PART B-I สมรรถนะหลักที่ช่องทางเข้าออกประเทศที่ต้องมีตลอดเวลา ได้ คิดเป็นร้อยละ ๙๙ ยังขาดเพียงความเสี่ยงตาม IHR แผนและผลการตรวจขยะ และแผนผังจุดวางขยะ และ
PART B-II สมรรถนะหลักสำหรับการแก้ไขเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณะระหว่างประเทศ ได้ คิดเป็นร้อยละ ๘๖ ในภาพรวม คิดเป็นร้อยละ ๙๕
<u>ด่านช่องสะงำ</u> พบว่า
PART A สมรรถนะหลักในการประสานงานและการสื่อสารข้อมูล ได้ คิดเป็นร้อยละ ๕๐
PART B-I สมรรถนะหลักที่ช่องทางเข้าออกประเทศที่ต้องมีตลอดเวลา ได้ คิดเป็นร้อยละ ๒๓ ยังขาดเพียงความเสี่ยงตาม IHR แผนและผลการตรวจขยะ และแผนผังจุดวางขยะ และ
PART B-II สมรรถนะหลักสำหรับการแก้ไขเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณะระหว่างประเทศ ได้ คิดเป็นร้อยละ ๓๒
ในภาพรวมคิดเป็น คิดเป็นร้อยละ ๓๕
<u>ด่านท่าอากาศยานนานาชาติอุบลราชธานี</u> ยังไม่ดำเนินการ
<u>ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศได้รับการพัฒนาตามแนวทางกฎอนามัย</u>

ในแต่ละช่องทางได้นำจุดอ่อนที่พบใน CCAT ไปจัดทำแผนพัฒนาช่องทางและเสนอต่อผู้บริหารในช่องทางต่อไป โดยเฉพาะช่องสะงำได้ดำเนินการจัดหาตู้คอนเทนเนอร์ จำนวน ๑ ตู้ มาไว้สำหรับงานสาธารณสุขมาไว้ที่บริเวณช่องทางเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาจุดคัดกรอง

ผลการดำเนินงาน (กระบวนการดำเนินงาน/ผลงานเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด)

๑. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบและเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพ ของด่านช่องทางเข้าออกประเทศและจังหวัดชายแดน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จ. อุบลราชธานี ปี ๒๕๕๙ ได้ดำเนินการจัดในระหว่างวันที่ ๑๓ – ๑๕ ธันวาคม๒๕๕๘ โรงแรมมุกดาหาร แกรนด์ อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร มีผู้เข้าร่วมประชุมและคณะทำงาน รวมทั้งสิ้น ๑๕๒ คน กลุ่มเป้าหมายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจากทั้ง ๕ จังหวัด หน่วยงานเครือข่ายที่ประจำอยู่ในด่านช่องทางเข้าออกประเทศ ได้ทบทวนแผนการดำเนินงานของปีที่ผ่านมาเพื่อนำไปพัฒนาต่อ

๒. ในแต่ละช่องทางได้นำจุดอ่อนที่พบใน CCAT ไปจัดทำแผนพัฒนาช่องทางและเสนอต่อผู้บริหารในช่องทางต่อไป

๓. ช่องสะงำได้ดำเนินการจัดหาตู้คอนเทนเนอร์ จำนวน ๑ ตู้ มาไว้สำหรับงานสาธารณสุขมาไว้ที่บริเวณช่องทางเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาจุดคัดกรองต่อไป

๔. ช่องเม็ก อุบลฯ ได้ดำเนินการซ้อมแผนภัยจากรถบรรทุกสารเคมีรั่วไหล เมื่อวันที่ ๒๑-๒๒ มีนาคม ๒๕๕๙ มีผู้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการช่องทาง, เจ้าหน้าที่ด่านฯ สปป.ลาว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนาแผนสำหรับการแก้ไขเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณะระหว่างประเทศ ซึ่งปิด gap ส่วนนี้ของด่านช่องเม็กได้ และพัฒนาบุคลากรภายในช่องทางให้มีสมรรถนะเพิ่มสูงขึ้น

๕.ตรวจคุณภาพของน้ำใช้และคุณภาพของอากาศภายในช่องทางพรมแดนทั้ง ๔ แห่ง

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคที่พบ

๑. เจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคต้องใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวอย่างมากในการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในช่องทาง

๒. การพัฒนาด่านเล็กๆและด่านที่เริ่มจัดตั้งขึ้นใหม่ ให้ผ่านเกณฑ์การประเมินในปีนี้ เป็นงานที่ท้าทายอย่างมาก

๓. ด่านท่าอากาศยานอุบลราชธานี ไม่สามารถเข้าไปดำเนินงานได้ ควรพิจารณาตัดออกจากด่านเป้าหมายเพราะ ไม่มีหนังสือราชการใดกำหนดให้เป็นด่านระหว่างประเทศ เจ้าของสถานที่จึงยังไม่อนุญาตให้หน่วยงานใดเข้าไปประจำที่ท่าอากาศยาน

ข้อเสนอแนะ

๑. จัดหาบุคลากรรุ่นใหม่ๆ มาช่วยสานต่องาน

๒. กรมควบคุมโรค ควรตัดด่านท่าอากาศยานอุบลราชธานีออกจากกลุ่มเป้าหมาย

บทที่ ๓
การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ ๑๐

จากข้อมูลรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐ คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๐ อุบลราชธานี และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้กำกับติดตามและเก็บข้อมูลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อความพัฒนาสู่เป็นเลิศด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Excellence) จำนวน ๔ แผนงาน ๑๒ โครงการ ซึ่งมีผลการดำเนินงานดังต่อไปนี้

กลุ่มแม่และเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีโรงพยาบาลแม่ข่ายด้านสูติกรรมทั้งหมด ๑๓ แห่ง ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี ๕ แห่ง จังหวัดศรีสะเกษ ๔ แห่ง จังหวัดยโสธร ๒ แห่ง จังหวัดอำนาจเจริญ ๑ แห่ง และจังหวัดมุกดาหาร ๑ แห่ง ทุกจังหวัดดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กโดยใช้กลไก MCH Board ระดับอำเภอและระดับจังหวัด มีการประชุมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาปีละ ๓-๔ ครั้ง มีการทบทวนปัญหามารดาตายทุกครั้งเพื่อหาแนวทางป้องกันแก้ไข มีการพัฒนาระบบฝากครรภ์เพื่อค้นหาครรภ์เสี่ยงสูงตามแนวทาง WHO ๑๘ ข้อ ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มีโรคทางอายุรกรรม จะได้รับการดูแลโดยสูติแพทย์ร่วมกับอายุรแพทย์ มีการบูรณาการงานร่วมกับ Service Plan เพื่อการทบทวนแนวทางการส่งต่อ ทบทวนระบบ Fast Track ครรภ์เสี่ยงสูง PPH, Fetal distress ทบทวน CPG PPH, PIH และ LBW และชี้แจงสู่โรงพยาบาลลูกข่าย มีระบบพี่เยี่ยมน้องเพื่อนิเทศติดตามและเสริมพลัง และประสาน คปสอ.วิเคราะห์ปัญหาด้านแม่และเด็ก

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ในช่วง ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๕๙ - มีนาคม ๒๕๖๐) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อัตราการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๑.๘๘) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ ๑๘.๓๐) ผ่านตามเกณฑ์ สำหรับภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพ ทุกสถานบริการสาธารณสุขมีการคัดกรองภาวะเสี่ยงแต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน มีเพียงข้อมูลจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งคัดกรองพบภาวะเสี่ยง ร้อยละ ๒๑.๓๘ ทุกจังหวัดมีระบบเฝ้าระวังมารดาตายเพื่อลดการตายมารดาของโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบ (ร้อยละ ๑๐๐) ซึ่งผ่านตามเกณฑ์เป้าหมาย สำหรับตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์ได้แก่ ฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง (ร้อยละ ๕๗.๕๕) และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแล ๓ ครั้งตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๔๙.๕๙) ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลให้ผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๗.๐๑ สำหรับอัตราการตายของมารดาในภาพรวมเขตในปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ - มีนาคม ๒๕๖๐) คิดเป็น ๖.๔๑ ต่อแสนการคลอดมีชีพ ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมาย โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัดพบว่า จังหวัดอุบลราชธานี มุกดาหาร ยโสธร และอำนาจเจริญ ไม่มีมารดาตาย จังหวัดศรีสะเกษ มีมารดาเสียชีวิต ๑ ราย อายุครรภ์ ๑๗ สัปดาห์ ซึ่งจากการสอบสวนสาเหตุการตายพบว่า เสียชีวิตจากสาเหตุโดยอ้อม (Indirect cause) คือ AIDS with Disseminated Tuberculosis ส่งผลให้จังหวัดศรีสะเกษมีอัตราการตายมารดาเท่ากับ ๑๘.๕๖ ต่อแสนการคลอดมีชีพ

เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการเด็กสมวัย

สำหรับมาตรการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กในเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่าทุกจังหวัดมีการจัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับจังหวัด บูรณาการการทำงานร่วมกับคณะอนุกรรมการ

ส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด โดยจัดประชุมทุก ๓ เดือน และดำเนินงานควบคู่กับ MCH board มีการประกาศให้งานอนามัยแม่และเด็กเป็นนโยบายระดับจังหวัดและกำกับติดตาม สุ่มประเมินมาตรฐานและสรุปผลการทำงานตามรอบที่กำหนด การขับเคลื่อนงานระดับอำเภอ กำหนดให้มีการพัฒนางานตามประเด็นปัญหาในรูปแบบ คปสอ. วิเคราะห์ปัญหา/ส่วนขาดจากการประเมินผลการดำเนินงานของตนเองตามมาตรฐานจังหวัดอุบลราชธานี มีการสุ่มประเมินพัฒนาการเด็กในเดือนมกราคม ๒๕๖๐ และนิเทศติดตามให้คำแนะนำเรื่องการบันทึกรายงานส่วนที่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน และทำความเข้าใจเรื่องการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาเด็ก นอกจากนี้ จังหวัดยโสธร ได้มีการทำบันทึกข้อตกลงการปฏิบัติราชการเพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัดโดยวิธีจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ระหว่างจังหวัดและอำเภอ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโภชนาการ ANC และ WCC และครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่งเสริมให้เด็กรักการอ่าน “อ่านทุกบ้าน อ่านทุกวัน อัศจรรย์บรรเจิด” โดยสมัชชาสุขภาพจังหวัดยโสธร มีผู้ว่าราชการจังหวัดให้การสนับสนุน ดำเนินการในทุกอำเภอ พัฒนาระบบบริการและวางแผนระบบดูแลส่งต่ออย่างเป็นระบบในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า สนับสนุนส่งเสริมให้ รพ.สต./ ศูนย์เด็กเล็ก/ โรงเรียนอนุบาลทุกแห่ง มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจประเมินพัฒนาการ ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง ให้มีความพร้อมและเพียงพอในการใช้งาน มีการกำหนดให้ประเด็นพัฒนาการเด็ก เป็น ๑ ใน ODOP ที่ต้องนำไปแก้ไขปัญหา จังหวัดอำนาจเจริญ มีการประสานให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด จัดประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และสนับสนุนเกลือเสริมไอโอดีนแก่ประชาชน ตามโครงการบำบัดทุกข์บำรุงสุขสร้างรอยยิ้มให้ประชาชนและโครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (พอ.สว.) ในพื้นที่ห่างไกลทุกเดือน มีการอบรมบุคลากรสาธารณสุข อสม. และครูผู้ดูแลเด็กจากสถานบริการสาธารณสุขและศูนย์เด็กเล็กทุกแห่ง ตามโครงการ *“แม่ฮักพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดอำนาจเจริญ”* โดยกำหนด KPI “ร้อยละหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการดูแลด้วยแม่ฮัก ร้อยละ ๙๐” จังหวัดศรีสะเกษ มีการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยการจัดทำระบบการตรวจสอบเด็กที่ต้องติดตามตรวจพัฒนาการซ้ำทุกรอบเดือนผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ผู้รับผิดชอบงานใน รพช. และ รพ.สต. ทราบกลุ่มเป้าหมายของตนเอง รวมทั้งใช้สำหรับกำกับติดตามงานในระดับพื้นที่ ส่งผลให้การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เพื่อติดตามประเมินซ้ำ มีความครอบคลุมสูงกว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการตามแนวทางฯ ของเขต ได้แก่ การจัดกิจกรรม Kick off การพัฒนาเด็กไทย IQ ดี เติบโตดี เริ่มต้นที่ครอบครัวคุณภาพ ในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ การสนับสนุนยาเม็ด Triferdine แก่หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน และสนับสนุนวิตามินเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี

ข้อมูลพัฒนาการเด็กในช่วง ๖ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ตุลาคม ๒๕๕๙ - มีนาคม ๒๕๖๐) พบว่า เด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเพียงร้อยละ ๓๙.๑ โดยจังหวัดอุบลราชธานี มีความครอบคลุมของการคัดกรองมากที่สุด (ร้อยละ ๔๔.๕) รองลงมาคือจังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ ๓๘.๔) จังหวัดมุกดาหาร (ร้อยละ ๓๔.๘) จังหวัดยโสธร (ร้อยละ ๓๓.๓) และจังหวัดอำนาจเจริญ (ร้อยละ ๒๔.๔) ตามลำดับ สำหรับร้อยละของเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองครั้งแรก ซึ่งต้องพบไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ในภาพรวมของเขต พบร้อยละ ๑๘.๖ โดยจังหวัดอุบลราชธานี พบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุด (ร้อยละ ๒๒.๓) รองลงมาคือจังหวัดศรีสะเกษ (ร้อยละ ๑๘.๘) ขณะที่จังหวัดยโสธร พบน้อยที่สุดเพียงร้อยละ ๗.๙ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการติดตามเด็กมารับการประเมินซ้ำภายใน ๑ เดือน โดยภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ติดตามได้เพียงร้อยละ ๖๖.๐ จังหวัดที่ติดตามได้มากที่สุดคือ อุบลราชธานี (ร้อยละ ๗๐.๘) รองลงมาคือ อำนาจเจริญ และศรีสะเกษ ติดตามได้ร้อยละ ๖๗.๖ และ ๖๕.๕ ตามลำดับ ส่วนจังหวัดยโสธรติดตามได้น้อยที่สุดเพียงร้อยละ ๒๘.๘ ด้านพัฒนาการสมวัยในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบร้อยละ ๙๐.๒ พัฒนาการสมวัยสูงสุดที่จังหวัดยโสธร (ร้อยละ ๙๔.๗) ส่วนจังหวัดที่มีพัฒนาการสมวัยต่ำที่สุด คือ อุบลราชธานี (ร้อยละ ๘๘.๙) (ข้อมูลจาก HDC ต.ค.๒๕๕๙ - มี.ค. ๒๕๖๐) ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก อาทิ

อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ในภาพรวมเท่ากับ ๑๙.๙๔ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ โดยพบสูงที่สุดที่จังหวัดศรีสะเกษ (๒๕.๘๘ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ) และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ข้อมูลจาก HDC พบเพียงร้อยละ ๓.๐ ขณะที่ข้อมูลจากรายงานห้องคลอด (รายงาน ก๒) พบสูงถึงร้อยละ ๑๐.๔๔

กลุ่มเด็กวัยเรียน ๖-๑๔ ปี

ผลการดำเนินงานส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จากการประมวลผลข้อมูลในระบบ HDC ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐ ภาคเรียนที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ พบว่า เด็กนักเรียนอายุ ๖-๑๔ ปี มีจำนวนทั้งหมด ๔๗๗,๔๙๖ คน ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง จำนวน ๓๑๕,๐๘๐ คน มีความครอบคลุมร้อยละ ๖๕.๙๙ เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๔.๖๔ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖) โดยสูงสุดที่จังหวัดยโสธร ร้อยละ ๗๔.๑๘ รองลงมาคือ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี มุกดาหาร และศรีสะเกษ ร้อยละ ๖๙.๓๕, ๖๕.๐๔, ๖๓.๙๓ และ ๖๐.๗๘ ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์เพียง ๒ จังหวัดคือ ยโสธรและอำนาจเจริญ เด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน คิดเป็นร้อยละ ๘.๔๗ (ไม่เกินร้อยละ๑๐) พบสูงสุดที่จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๑๐.๕๗ รองลงมาคือ ยโสธร มุกดาหาร อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ ร้อยละ ๗.๘๔, ๗.๔๓, ๗.๒๙ และ ๗.๑๗ ตามลำดับ เด็กนักเรียนมีภาวะเตี้ย คิดเป็นร้อยละ ๘.๔๑ (ไม่เกินร้อยละ๑๐) พบสูงสุดที่จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๑๐.๔๘ รองลงมาคืออุบลราชธานี มุกดาหาร อำนาจเจริญ และยโสธร ร้อยละ๘.๖๑, ๗.๑๕, ๓.๘๙ และ ๓.๐๑ ตามลำดับ เด็กนักเรียนมีภาวะผอม ร้อยละ ๕.๒๖ (ไม่เกินร้อยละ ๕) พบสูงที่สุดจังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๖.๑๔ รองลงมาคือ ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี และยโสธร ร้อยละ๕.๖๕, ๕.๔๕ ,๕.๒๘ และ ๓.๒๔ ตามลำดับ จากข้อมูลด้านโภชนาการของเด็กวัยเรียนพบปัญหาด้านทุพโภชนาการ(ทั้งขาดและเกิน) ในส่วนเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนของจังหวัดในเขต ๑๐ ที่มีปัญหาเกินเกณฑ์เฉพาะบางจังหวัด ดังนั้นแนวทางการแก้ไขปัญหาจึงควรจะดูแลเป็นเฉพาะพื้นที่หรือรายโรงเรียนที่มีปัญหา เพื่อให้การแก้ไขปัญหาตรงพื้นที่และโรงเรียนมากที่สุด ตลอดจนการพัฒนาในระบบฐานข้อมูลของเด็กวัยเรียนในแต่ละจังหวัดให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ ทันตามระยะเวลาที่กำหนด

จากการนิเทศติดตามโรงเรียนและสถานบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ พบว่า การจัดอาหารกลางวันของโรงเรียนยังไม่ได้คุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักและที่วัดส่วนสูงไม่ได้มาตรฐาน เด็กนักเรียนทำกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ยังไม่มีระบบการส่งต่อเด็กที่มีภาวะอ้วนเข้ารับการดูแลในคลินิก DPAC ระดับพื้นที่ควรวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริง เน้นจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน และโครงการแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน

เด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒

จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในเขต ๑๐ พบว่าเด็กอายุ ๑๘ เดือนปราศจากฟันผุ ,เด็กอายุ ๖ ปีปราศจากฟันผุในชุดฟันน้ำนม , เด็กอายุ ๑๒ ปีปราศจากฟันผุในชุดฟันแท้ และเด็กอายุ ๑๒ ปีมีการแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน มีแนวโน้มลดลง ส่วน เด็กอายุ ๑๘ เดือนได้รับการแปรงฟันจากผู้ปกครอง , เด็กอายุ ๓ ปีปราศจากฟันผุ ,เด็กอายุ ๖ ปีปราศจากฟันผุใน ชุดฟันแท้ และ เด็กอายุ ๑๒ ปี มีสภาวะเหงือกอักเสบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ในส่วนกระบวนการดำเนินงานในแต่ละช่วงวัย ได้แก่ การให้ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันในกลุ่มเด็กอายุ ๐-๒ ปี โดยลงมือปฏิบัติ ยังมีไม่มาก ในภาพเขตที่ร้อยละ ๓๑.๑๔ และในเด็กเล็ก อายุ ๐-๒ ปี ที่ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ ยังมีไม่มากในภาพเขตที่ร้อยละ ๒๒.๒๗ ซึ่งกระบวนการที่ให้บริการในกลุ่มเด็ก

เล็กนั้นทำได้ยากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ เนื่องจากต้องได้รับความร่วมมือทางทันตกรรมทั้งจากตัวเด็กเองและจากผู้ปกครอง

กระบวนการดำเนินงานในแต่ละช่วงวัย ๓-๕ปี ได้แก่ การได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบฟลูออไรด์ ในภาพเขตที่ร้อยละ ๓๐.๗๙ และ ๓๘.๑๗ ตามลำดับ ซึ่งนับว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ที่กลุ่มเด็กในกลุ่มนี้ได้รับบริการทันตกรรมค่อนข้างสูง เมื่อวิเคราะห์การให้บริการใน setting ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ก็พบว่าดำเนินการได้อย่างยอดเยี่ยมโดยมีกระบวนการ ให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ สูงถึงร้อยละ ๙๕.๙๖

กระบวนการดำเนินงานในแต่วัย ๑๒ปี ซึ่งเป็นตัวชี้วัดกระทรวง ก็พบว่ามีกิจกรรมที่สนับสนุนตัวชี้วัดนี้คือตั้งแต่ฟันแท้ ซี่แรกขึ้นเด็ก ๖ ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน ร้อยละ ๑๑.๕๔ เนื่องจากยังเป็นช่วงปีแรกของการศึกษา และมีเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับบริการทันตกรรมที่ร้อยละ ๒๙.๘๒ และมีนโยบายร้อยละของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกินร้อยละ ๕ ในภาพเขต ๕๙.๐๔ ซึ่งการดำเนินการมีทั้งการให้บริการโดยทันตบุคลากรและจากการบูรณาการเช่น การมีการประกวดเครือข่ายเด็กไทยฟันดี และการมีการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน ตลอดรวมถึงการบูรณาการตามกลุ่มวัยในการดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ที่มีประเด็นทันตสุขภาพในการประเมินดังกล่าวด้วย

เมื่อดำเนินการแล้ววิเคราะห์ผลผลิตซึ่งเป็นตัวชี้วัดว่าเขต ๑๐ มีร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) เกินค่าเป้าหมายของประเทศที่มีเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๒ เขต ๑๐ มีผลงานร้อยละ ๗๘.๙๖ ซึ่งเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทยที่มีการดำเนินงานได้ดีในระดับยอดเยี่ยม

GAP ในการดำเนินงานที่จะให้บรรลุตัวชี้วัดนี้คือการลงข้อมูลสู่ ระบบ HDC ควรกำกับให้มีการลงข้อมูลให้ครบถ้วน ทั้งในการให้บริการเชิงรับและเชิงรุก รวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องในการบันทึกข้อมูล

การคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๔๒ ต่อพันประชากร

สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาการตั้งครรภ์และปัญหาสุขภาพอื่นๆของวัยรุ่นและเยาวชนที่ทวีความรุนแรงและมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่น ปัญหาการการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การทำแท้ง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ในปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็น ๑๓.๖๙ , ๑๕.๖๕ และ ๒๖.๖๒ ต่อพันประชากร ตามลำดับ ในปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๙.๒๑ , ๑๐.๔๐ และ ๙.๖๕ ตามลำดับ ข้อมูลในปี ๒๕๖๐ (ตุลาคม๒๕๕๙-มีนาคม ๒๕๖๐) มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี คิดเป็น ๑๑.๔๔ ต่อพันประชากร สูงที่สุดคือ จังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ ๑๖.๐๒ และต่ำที่สุด คือ จังหวัดอุบลราชธานี ๘.๘๑ ข้อมูลการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๔๔ สูงที่สุด คือ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ ๑๕.๕๔ และต่ำที่สุด คือ จังหวัดยโสธร ร้อยละ ๖.๓๓ ซึ่งวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำส่วนใหญ่ ตั้งใจมีบุตร และมีความพร้อมที่จะเลี้ยงดู ออกจากระบบการศึกษามาประกอบอาชีพ

การให้บริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ซ้ำในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จังหวัดศรีสะเกษ ยโสธร และมุกดาหาร มีการจัดบริการฝังยาคุมกำเนิดได้เกือบทุกโรงพยาบาล จังหวัดอำนาจเจริญ และอุบลราชธานี มีการให้บริการไม่ครอบคลุม มีให้บริการในโรงพยาบาลบางแห่ง ซึ่งสาเหตุเกิดจากไม่มี ยาฝังคุมกำเนิด รพ.ไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อยา ใช้ระบบส่งต่อมารับบริการในรพ.ที่มีบริการ แต่คนไข้ไม่มาเนื่องจากต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะทางไกล ในปี ๒๕๖๐ (เดือนตุลาคม ๒๕๕๙ – มีนาคม ๒๕๖๐) เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีร้อยละของหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๗ และร้อยละของหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งด้วยวิธีคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๒๖ มากที่สุดคือ

จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ ๖๙.๗๕ ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลหลายแห่ง มีการ Motivate ให้ฝังยาคุมกำเนิดก่อน D/C หรือ นัดมาฝังหลังคลอด มีกระเป๋าให้บริการฝังยาเคลื่อนที่โดย รพ.จัดซื้อยาฝังเอง สสจ.และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้รับการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในการให้บริการฝังยาคุมกำเนิด ร้อยละ ๑๐๐ แต่เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมยังไม่มั่นใจในการทำหัตถการ ความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าคนที่ฝังยาคุมได้ต้องผ่านการตั้งครรภ์หรือแท้งเท่านั้น ให้บริการฝังยาส่วนใหญ่ได้รับบริการเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีรายงาน เนื่องจากเงื่อนไขในการบันทึกข้อมูลค่อนข้างจะซับซ้อนทำให้บันทึกข้อมูลในระบบการให้บริการไม่ตรงช่วงเวลาที่กำหนด (เกิน ๔๒ วันหลังคลอดหรือแท้งบุตร) ทำให้ผลงานในระบบข้อมูล HDC น้อย

ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ สนับสนุนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในการจัดบริการสุขภาพที่เป็นสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๘๕.๙๑ และการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ ๘๗.๑๔ ซึ่งในปี ๒๕๖๐ มีโรงพยาบาลและอำเภอที่รับการประเมินใหม่ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๖ แห่ง ๖ อำเภอ และมีโรงพยาบาลและอำเภอที่จะรับการประเมินซ้ำ (ครบ ๓ ปี) ตามมาตรฐาน จำนวน ๒๕ แห่ง ๒๓ อำเภอ

ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการขับเคลื่อน พรบ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยอยู่ในระหว่างการแต่งตั้งคณะกรรมการ มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ขับเคลื่อนงานระดับจังหวัด และระดับอำเภอ โดยบูรณาการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการ PM กลุ่มวัยรุ่น โดยจังหวัดยโสธร มีการจัดทำโครงสร้างและมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ เป็นชื่อคณะกรรมการนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพยังคงดำเนินการบูรณาการไปกับการดำเนินงานในรูปแบบขออำเภออนามัยเจริญพันธ์ และมีระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีการดำเนินงาน คู่กับโรงเรียนคู่เครือข่าย (OHOS) ซึ่งระบบ OHOS ยังเป็นจุดอ่อนในการดำเนินงาน เนื่องจากขาดข้อมูล เชิงคุณภาพ ในระดับจังหวัด

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทุกจังหวัดควรมีการนิเทศติดตาม เยี่ยมเสริมพลังคลินิกวัยรุ่นและอำเภอที่ผ่านเกณฑ์แล้วให้คงตามมาตรฐาน และพัฒนาโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการประเมินให้ผ่านมาตรฐาน ให้ความรู้พ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ลดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ลดจุดเสี่ยง เฝ้าระวังที่ลับตา ทบทวนการบันทึกข้อมูล ซึ่งพบว่าการประมวลผลจากระบบบันทึกข้อมูลในโรงพยาบาลกับ HDC ไม่ตรงกัน โรงพยาบาลควรจัดบริการฝังยาคุมกำเนิด (ฝังได้ในรายที่ยังไม่ผ่านการตั้งครรภ์หรือแท้ง)/จัดซื้อยาฝังคุมกำเนิด สร้างความมั่นใจแก่บุคลากรที่ผ่านการอบรมทักษะการฝังยาคุมกำเนิด ขยายเครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ให้ครอบคลุมทุกตำบลและส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการมากขึ้น จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้คลินิกวัยรุ่นขยายสู่ รพ.สต. และขับเคลื่อน พ.ร.บ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดและประชุมคณะกรรมการ ปีละ ๒ ครั้ง

กลุ่มผู้สูงอายุ

ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น ๕๙๓,๖๘๔ คน (ข้อมูลจาก HDC) ได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน(ADL) ๕๖๘,๑๐๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๖๙ แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม ๕๔๐,๕๐๓ คน (ร้อยละ ๙๕.๑๔) กลุ่มติดบ้าน ๒๓,๒๖๔ คน (ร้อยละ ๔.๑๐) กลุ่มติดตียง ๔,๓๔๒ คน (ร้อยละ ๐.๗๖)

ในปี ๒๕๕๙ มีตำบลนำร่องเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ๗๙ ตำบล ประเมินการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ทุกตำบล (ร้อยละ ๑๐๐) ในปี ๒๕๖๐ มีตำบลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ๓๒๕ ตำบล รวม ๔๐๔ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๐๑ ของตำบลทั้งหมด (๖๑๒ ตำบล) ผ่านการประเมินตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ๒๖๙

ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๕๘ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๑๙,๗๕๑ คน ทั้งนี้ มี Care Manager ๖๑๗ คน จากเป้าหมาย ๗๑๔ คน (ร้อยละ ๘๖.๔๑) Care Giver ๒,๔๖๑ คน จากเป้าหมาย ๓,๓๑๑ คน(ร้อยละ ๗๔.๓๓) จัดทำ Care Plan ได้ ๑๐,๑๔๐ ฉบับ (ร้อยละ ๕๑.๓๔) สัดส่วน CM: ผู้สูงอายุพึ่งพิง=๑:๓๒.๐๑ สัดส่วนCG: ผู้สูงอายุพึ่งพิง = ๑:๘.๐๒ ผู้สูงอายุดีขึ้น เปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน ๑๖๐ คน จาก ๒,๔๗๓ คน (ร้อยละ ๖.๔๗) กลุ่มติดบ้านเป็นติดสังคม ๑,๐๗๘ คนจาก ๑๒,๗๐๗ คน (ร้อยละ ๘.๔๘) มีพื้นที่ที่มีการเบิกจ่ายเงินจากกองทุน LTC แล้ว ๔๑ แห่ง

โอกาสในการพัฒนา ทุกจังหวัดควรเร่งรัดให้ CM ที่ผ่านการอบรม จัดทำ CP ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน และใช้มาตรการดำเนินงานของจังหวัดเป็นกลไกในการขับเคลื่อนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ ร่วมดำเนินการเพื่อให้เกิดการเบิกจ่ายเงินจากกองทุนอนุกรรมการ LTC

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

การเตรียมความพร้อมเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ผลการดำเนินงานของจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่า มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และมีระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) มีโครงสร้าง EOC /คำสั่ง มีโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) รองรับ EOC มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการที่แบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนในระดับจังหวัด และสถานที่แบ่งเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการเกิดโรคระบาดในพื้นที่และอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System, ICS) จังหวัดในพื้นที่ทั้ง ๕ จังหวัดมีการจัดเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ตามความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ของจังหวัด จังหวัดมีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและอบรมขั้นพื้นฐาน ในภาวะปกติ/เตรียมพร้อมในภาวะฉุกเฉิน มีรายงานสรุปผู้บริหารทุกสัปดาห์ มีการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผ่านทางออนไลน์ สามารถตรวจสอบข้อมูลแบบ Real time และรายงานเร่งด่วนแจ้งเตือนภัยให้ผู้บริหารทราบภายใน ๒๔ ชม.

ข้อเสนอแนะในพื้นที่ ๕ จังหวัด ควรเพิ่มการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในมิติด้านพฤติกรรมเสี่ยงและด้าน Program Response (แผนงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่) ใช้สำหรับประเมินความเสี่ยง (Rapid Risk Assessments) ให้ครอบคลุม ๕ มิติ และการให้ข้อเสนอแนะแก่ระดับอำเภอ

การรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ ๘๕

องค์การอนามัยโลก คาดประมาณอัตราป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทยโดยใช้ผลการสำรวจความชุกวัณโรคพบว่า ในปี ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๑๒๐,๐๐๐ ราย หรือคิดเป็น ๑๗๑ ต่อประชากรแสนคน (WHO, Global TB Report ๒๐๑๕) อัตราการค้นหาประเทศ Case Detection เท่ากับร้อยละ ๕๙ ผลสำเร็จการรักษายังต่ำเพียงร้อยละ ๘๑ เขตสุขภาพที่ ๑๐ สิ้นปีงบประมาณ ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ พบผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำจำนวน ๔,๘๕๖, ๔,๓๖๐, ๔,๕๓๓, ๔,๓๗๐ และ ๔,๘๘๐ ราย ตามลำดับ อัตราการค้นพบร้อยละ ๖๑ เพิ่มขึ้น ๔๑๐ คน เมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๘ คิดเป็นร้อยละ ๖.๙ อัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ ๘๙ อัตราการเสียชีวิตร้อยละ ๗ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคอื่นร่วม เช่น โรคเบาหวาน และ HIV

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ ๗๔ แห่ง มีการใช้โปรแกรม TBCM ในการบันทึกและติดตามผู้ป่วย จำนวน ๗๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ผลการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรคในปี ๒๕๕๙ ทำการประเมินโรงพยาบาล ๒๗ แห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจำนวน ๑๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๓๗

พื้นที่ดำเนินการแล้วตาม Small Success

๑.มีการกำหนดเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่จะคัดกรอง (ผู้สัมผัสโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ผู้ต้องขังในเรือนจำ และแรงงานต่างด้าว) รวมจำนวน ๖๕๖,๑๐๘ คน และกระจายเป้าหมายให้พื้นที่ระดับอำเภอเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายได้ ๑๔๗,๘๕๒ คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕๓

๒.คัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังในเรือนจำ ๖ แห่ง โดยใช้ Mobile X-ray ทุกราย (กำลังดำเนินการ)

๓.วางแผนและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค เพื่อรองรับการประเมินจากเขต

๔.สิ้นไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน ๑,๓๖๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒ ของเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งปีที่จะค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ได้ ๖,๓๐๐ คน เมื่อพิจารณาผลการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เทียบกับเป้าหมาย (ร้อยละ ๘๐ ของค่าประมาณการ) พบว่า จังหวัดศรีสะเกษค้นหาได้ร้อยละ ๒๕.๑๑ ยโสธรค้นหาได้ร้อยละ ๒๓.๓๓ อุบลราชธานีค้นหาได้ร้อยละ ๒๒.๗๔ มุกดาหารค้นหาได้ร้อยละ ๑๖.๓๘ และอำนาจเจริญค้นหาได้ร้อยละ ๑๕ ของเป้าหมาย

โอกาสในการพัฒนาให้บรรลุ KPI

๑.ยังค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้ต่ำกว่าค่าประมาณการ (สิ้นไตรมาสที่ ๑ พบร้อยละ ๒๒) จึงควรเร่งค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมร้อยละ ๕๐ ในไตรมาสที่ ๒ และร้อยละ ๘๐ ในไตรมาสที่ ๓

๒.กรณีเสียชีวิต พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก การคัดกรองแนะนำให้ใช้ CXR และ Gene X-pert จะพบผู้ป่วยได้เร็ว เมื่อพบผู้ป่วยควรดูแลอย่างใกล้ชิด เพิ่มความเข้มข้นของการกำกับการรับประทานยา

๓.พัฒนาระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน เพื่อให้มีผู้กำกับการทานยา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. (ปัจจุบันจากการสอบถามและสุ่มประเมินในหลายพื้นที่ผู้ป่วยทานยาเอง) ซึ่งจะช่วยลดการเสียชีวิตและการขาดยา

การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๕ ต่อแสนประชากร

สถานการณ์เด็กจมน้ำเสียชีวิตของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐(ต.ค.๒๕๕๙ - มี.ค.๒๕๖๐) มีเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีเสียชีวิตแล้วจำนวน ๑๘ คน คิดเป็นอัตรา ๒.๐๔ ต่อประชากรเด็กอายุ < ๑๕ ปี แสนคน สูงสุดที่ จ.อุบลราชธานี ๑๒ ราย (๓.๐๕) รองลงมาคือ จ.อำนาจเจริญ ๑ ราย (๑.๕๑) จ.มุกดาหาร ๑ ราย (๑.๔๕) จ.ศรีสะเกษ ๓ ราย (๑.๓๐) และ จ.ยโสธร ๑ราย (๑.๑๒) ตามลำดับ ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อายุระหว่าง ๖ – ๑๔ ปี (๑๓ ราย) และมีเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี (๕ ราย) เสียชีวิตเพราะไม่มีความสามารถในการลอยตัวและว่ายน้ำได้ สถานที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นแหล่งน้ำเพื่อการเกษตร พฤติกรรมของเด็ก ๐ – ๕ ปี คือพลัดตกลงแหล่งน้ำในช่วงที่ผู้ปกครองเผลอ ส่วนในเด็กกลุ่มเด็กอายุ ๖ – ๑๔ ปี คือลงเล่นน้ำแล้วจมน้ำ

กระบวนการ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโดยผู้ว่าราชการจังหวัดและขับเคลื่อนผ่านเครือข่ายภาคการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสาธารณสุข โดยนำโครงการ “ผู้ก่อการดี Merit Maker ป้องกันการจมน้ำ” มาขับเคลื่อนงานในปี ๒๕๖๐ มีทีมผู้ก่อการดีทีมใหม่สมัครแล้วทั้งสิ้นรวม ๙๘ ทีม จากเป้าหมาย ๓๔ ทีม โดยทุกจังหวัดทำได้สูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และมีแผนประเมินรับรองในเดือน เม.ย.-พ.ค. เพื่อพิจารณาส่งรับรองในระดับประเทศในเดือน มิ.ย.-ก.ค.โดยคณะกรรมการจากกรมควบคุมโรค

ข้อเสนอแนะ ทุกจังหวัดควรเพิ่มการสื่อสารในพื้นที่ชุมชน ให้เพิ่มการเฝ้าระวังลูกหลานโดยเฉพาะในช่วงปิดเทอมฤดูร้อนและต้นฤดูฝน ด้านคณะกรรมการ/คณะทำงานจังหวัด ควรหารือเพื่อบูรณาการจัดอบรม

หลักสูตรการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดให้ตรงกลุ่มเป้าหมายและครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง คณะกรรมการฯ จังหวัดควรเพิ่มการกำกับติดตามงานให้ต่อเนื่องเพื่อกำหนดแผนงานแก้ไขปัญหาต่อไป

การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนไม่เกิน ๑๘ ต่อแสนประชากร

สถานการณ์อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน พบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.– ธ.ค. ๒๕๕๙) เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนจำนวน ๒๖๗ ราย คิดเป็นอัตรา ๕.๘๗ ต่อแสนประชากร โดยแยกเป็นรายจังหวัด ดังนี้ จังหวัดอุบลราชธานี เสียชีวิต ๑๐๕ ราย (๕.๖๕ ต่อแสนประชากร) จังหวัดศรีสะเกษ เสียชีวิต ๖๗ ราย (๔.๖๑ ต่อแสนประชากร) จังหวัดยโสธร เสียชีวิต ๔๓ ราย (๗.๙๖ ต่อแสนประชากร) จังหวัดอำนาจเจริญ เสียชีวิต ๒๓ราย (๖.๑๑ ต่อแสนประชากร) และจังหวัดมุกดาหาร เสียชีวิต ๒๙ ราย (๘.๓๓ ต่อแสนประชากร) จากข้อมูลพบว่าในเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนรายวันในช่วงเทศกาลสูงกว่าช่วงนอกเทศกาล และเกิดในกลุ่มนักเรียนนักศึกษาร้อยละ ๓๖ เกิดในถนนภายในหมู่บ้านร้อยละ ๔๓ และเกิดกับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ร้อยละ ๘๓ ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการ ๔x๔ ของกระทรวงสาธารณสุข คือ การบริหารจัดการ การจัดการข้อมูล การป้องกันและการรักษา เพื่อป้องกันและลดการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน รวมถึงมีคณะกรรมการศูนย์อำนวยความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด (ศปถ.) มีการพัฒนาระบบ EOC- RTI/SAT มีการจัดตั้ง TEA Unitในโรงพยาบาลเป้าหมายครบทุกแห่ง ทุกจังหวัดมีการดำเนินการจัดการจุดเสี่ยง และขับเคลื่อนDHS-RTI ทุกอำเภอ พัฒนาระบบข้อมูลผู้บาดเจ็บเสียชีวิตด้วยข้อมูล ๓ ฐานทุกเดือน บันทึกข้อมูลผู้เสียชีวิตและจุดเสี่ยงผ่านระบบ Google Map จัดตั้งด่านชุมชนในช่วงเทศกาลปีใหม่

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ (HT ลดลงร้อยละ ๒.๕, DM ลดลง ร้อยละ ๕)

สถานการณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ของเขตสุขภาพที่๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐(ตุลาคม ๒๕๕๙– มีนาคม ๒๕๖๐) พบว่ามี ๓ จังหวัดที่มีอัตราป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรสูงกว่าค่าเป้าหมายลดลงร้อยละ ๒.๕ ของอัตราป่วยรายใหม่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ได้แก่ จังหวัดมุกดาหารค่าเป้าหมายไม่เกิน ๓๒๖.๘๓ พบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๖๔๙.๑๖ สูงกว่าค่าเป้าหมาย ๓๒๒.๓๓ ต่อแสนประชากร จังหวัดอำนาจเจริญ ค่าเป้าหมายไม่เกิน๑,๓๖๓.๘๑ พบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๒,๗๗๑.๖๐ สูงกว่าค่าเป้าหมาย ๑,๔๐๗.๗๙ ต่อแสนประชากร จังหวัดยโสธร ค่าเป้าหมายไม่เกิน ๔๖๔.๗๙พบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๖๘๖.๘๓ สูงกว่าค่าเป้าหมาย ๒๒๒.๐๔ ต่อแสนประชากร ในส่วนของจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดศรีสะเกษ พบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๗๓๙.๕๗ (เป้าหมายไม่เกิน ๑,๒๒๑.๑๘) และ ๖๘๓.๔๒ (เป้าหมายไม่เกิน ๑,๒๘๕.๒๕) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ของเขตสุขภาพที่๑๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐(ตุลาคม ๒๕๕๙ – มีนาคม ๒๕๖๐) พบว่ามี ๒ จังหวัดที่มีอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรสูงกว่าค่าเป้าหมายลดลงร้อยละ ๕ ของอัตราป่วยรายใหม่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญค่าเป้าหมายไม่เกิน ๗๔๘.๐๙ พบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ ๑,๕๒๑.๐๖สูงกว่าค่าเป้าหมาย ๗๗๒.๙๗ ต่อแสนประชากร และจังหวัดมุกดาหารค่าเป้าหมายไม่เกิน ๑๙๕.๖๕ พบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ ๒๑๔.๒๘ สูงกว่าค่าเป้าหมาย ๑๘.๖๓ ต่อแสนประชากร ในส่วนของจังหวัดจังหวัดยโสธร จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดศรีสะเกษ พบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ ๓๐๔.๓๕ (เป้าหมายไม่เกิน ๓๓๙.๐๘), ๒๗๕.๗๐ (เป้าหมายไม่เกิน ๓๘๓.๓๖) และ ๒๖๒.๓๒ (เป้าหมายไม่เกิน ๔๘๗.๕๙) ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD Boardเชื่อมต่อ Service Plan

มีการจัดระบบการดำเนินงานครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการบูรณาการตำบลจัดการสุขภาพ ชุมชนลดเสี่ยงลดโรค เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ส่งเสริมให้หน่วยงานสาธารณสุขดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ ของประชากรทุกกลุ่มวัย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการส่งเสริม สนับสนุน และเผยแพร่ข้อมูลแก่องค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเน้นเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง DM/HT โดยการจัดตั้งคลินิกไร้พุง คลินิก DPAC องค์กรไร้พุง ครอบคลุมทุกพื้นที่ในสถานบริการสาธารณสุข มีคณะกรรมการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ขับเคลื่อนการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ และเฝ้าระวัง ควบคุม กำกับอย่างต่อเนื่อง จัดระบบการติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการ NCD Board /Service Plan /บูรณาการตำบลจัดการสุขภาพ มีสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข และมีการบังคับใช้กฎหมายบุหรี่และสุรา ทั้ง ๕จังหวัด

ข้อเสนอแนะ ทุกจังหวัดควรเพิ่มการกำกับติดตามการปรับพฤติกรรม ๓ อ ๒ ส ในกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจนและต่อเนื่อง การตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งข้อมูล (HDC จังหวัด/ กระทรวง และ cockpit) และการดำเนินงานของสถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัยกายใจเป็นสุขที่เต็มรูปแบบ

ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย (ร้อยละ ๘๐)

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปปลอดภัยร้อยละ ๙๘.๒๑ โดยข้อมูล ณ เดือนมีนาคม ๒๕๖๐ มีผลงานตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป จำนวน ๔,๓๖๒ ตัวอย่าง ผลผ่านการวิเคราะห์ ๔,๒๘๔ ตัวอย่าง แบ่งเป็น

๑. ผักและผลไม้สดปลอดภัยจากสารเคมีฯ ตรวจการตกค้างสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้สดด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ๔,๐๕๑ ตย. ผ่าน ๔,๐๒๗ ตย. คิดเป็นร้อยละความปลอดภัย ๙๙.๔๐

๒. เนื้อสัตว์สด ปลอดสารเร่งเนื้อแดง ตรวจหาสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสัตว์ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ๔๕ ตย. ผ่าน ๔๕ ตย. คิดเป็นร้อยละความปลอดภัย ๑๐๐

๓. น้ำบริโภคมีคุณภาพมาตรฐาน ตรวจประเมินสถานที่ผลิตและเก็บตัวอย่างน้ำ ณ สถานที่ผลิตส่งตรวจวิเคราะห์จำนวน ๑๑๘ ตย. ได้รับผลตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน ๙๘ ตย. คิดเป็นร้อยละที่ผ่าน ๘๓.๐๕

๔. ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ใช้วัตถุเจือปนอาหารตามเกณฑ์ที่กำหนด เป้าหมาย ๕๐ ตัวอย่าง มีแผนดำเนินการเก็บตัวอย่างในเดือน มี.ค. – มิ.ย. ๒๕๖๐

๕. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารปลอดภัยจากการปลอมปนยา เก็บตัวอย่างจากสถานที่จำหน่ายส่งตรวจวิเคราะห์ ๒๕ ตย. ผ่าน ๑๐ ตย. คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๐๐

๖. ผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ตรวจประเมินสถานที่ผลิตและเก็บตัวอย่างนม ณ สถานที่ผลิตส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพนมโรงเรียนจำนวน ๗ ตย. ผ่านมาตรฐานทุกรายการ

๗. ผลิตภัณฑ์แป้งใช้วัตถุเจือปนตามเกณฑ์ มีแผนเก็บตัวอย่างระหว่าง เม.ย. – มิ.ย. ๒๕๖๐

๘. น้ำมันทอดซ้ำมีปริมาณสารโพลาร์ตามเกณฑ์ เก็บตัวอย่างน้ำมันทอดซ้ำจากสถานที่จำหน่ายตรวจสารโพลาร์ด้วยเครื่อง Ebro และชุดทดสอบเบื้องต้น จำนวน ๑๑๖ ตย. ผ่านมาตรฐาน ๙๗ ตย. คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๖๒

การแก้ไขปัญหาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด

๗.๑. ในทุกจังหวัดของเขตฯ๑๐ ยังคงมีปัญหาการระบาดของยาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้าเป็นหลัก เนื่องจากเป็นเส้นทางผ่านการลำเลียงจากแนวชายแดน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังต้องพร้อมและขับเคลื่อนต่อไป ถึงแม้จะทำผลงานได้ดีเป็นที่พอใจแต่เนื่องจากเป็นเขตบริการสุขภาพที่เป็นพื้นที่ใหญ่ มีประชาการมาก และมี

อาณาเขตติดกับประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นเส้นทางลักลอบนำยาเสพติดเข้ามาสู่ประเทศไทยปัญหาต่างๆจึงเหมือนไม่คลี่คลายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงต้องทำงานหนักต่อไป เพื่อให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลืออย่างดีที่สุดต่อไป แต่เป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุเท่านั้นดังนั้นมาตรการต่างๆยังต้องดำเนินต่อไปอย่างเข้มแข็ง และเข้มข้นจริงจังให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

๗.๒. ผลการดำเนินงานในไตรมาสแรกถึงแม้จะยังน้อยในภาพรวมทั้งเขตฯ(เฉลี่ย ร้อยละ๓๗) เห็นควรให้ ผู้ที่เกี่ยวข้องเร่งดำเนินการได้ตามเป้าหมายใน๒ไตรมาสที่เหลืออย่างจริงจังและรวบรวมรายงานในการตรวจราชการรอบที่๒

๗.๓. การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่จะให้เกิดการขับเคลื่อนงานโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรด้านยาเสพติดที่จำเป็นต่อการทำงานให้ตามลุเกณฑ์ขั้นต่ำ เห็นควรให้กำหนดเป็นแผนระยะยาวแล้วดำเนินการอย่างต่อเนื่อง. และกำหนดให้เป็นแผนรวมของเขตฯ๑๐

๗.๔ ควรเร่งสนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลที่ให้บริการบำบัดฟื้นฟูฯผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการคุณภาพเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามมาตรฐานของของกระทรวงสาธารณสุขตามที่ได้กำหนดไว้เนื่องจากการแพร่ระบาดของยาเสพติดยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นประเภทยาบ้า กัญชาและสารระเหยตามลำดับ พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ ๑๘- ๒๔ ปี คิดเป็นร้อยละ๕๖.๕๕ กลุ่มอาชีพที่พบมากที่สุดคือรับจ้างรองลงมาคือเกษตรกรรม และอาชีพว่างงานและนักเรียนนักศึกษาตามลำดับ ส่วนใหญ่ระบาดในเขตเมืองเช่น พื้นที่อำเภอเมือง และอำเภอใหญ่ๆที่เป็นเขตเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการลักลอบจำหน่ายโดยผู้ค้ารายย่อย ที่รับมาจากเครือข่ายผู้จำหน่ายจากแนวตะเข็บชายแดนของประเทศเพื่อนบ้าน ไม่มีแหล่งผลิตในพื้นที่ ขอให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ร่วมมือการทำงานโดยการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องเพื่อให้ปัญหาคลี่คลายในที่สุด

ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๙๕)

เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๓๐/๒๕๕๙) มีหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์แนวทางและแผนงานการพัฒนาระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อำนวยการและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้เป็นไปตามนโยบายและแนวทางการพัฒนาที่ได้วางไว้ โดยสรุปภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ ๙๗.๑๔ โดยข้อมูล ณ เดือนมีนาคม ๒๕๖๐ มีผลงานตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพจำนวน ๔,๕๒๐ ตย. ผลผ่านการวิเคราะห์ ๔,๓๙๑ ตัวอย่าง

โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

การพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับประเทศ ข้อมูลจากกรมอนามัย พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ๙๕๙ แห่ง มีโรงพยาบาลที่มีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์ จำนวน ๘๖๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๕๑ โรงพยาบาลมีการประเมินตนเอง จำนวน ๘๒๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๑๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการตรวจประเมินจำนวน ๕๘๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๐๙ ศูนย์อนามัยมีการสุ่มประเมิน จำนวน ๒๑๙ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๘๔ ผลการประเมิน พบว่า มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน จำนวน ๓๑๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๒๓ ระดับดี ๑๑๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๘๙ ระดับดีมาก จำนวน ๕๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕.๙๔ (ข้อมูลจากกรมอนามัย ณ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๐)

ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ เขตสุขภาพที่ ๑๐ รอบที่ ๑ พบว่า ทุกจังหวัดมีการประกาศนโยบาย GREEN & CLEAN Hospital มีการแต่งตั้งทีมประเมินระดับจังหวัด และการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้กับโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์ จำนวน ๗๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โรงพยาบาลมีการประเมินตนเอง จำนวน ๗๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ สำนักงานสาธารณสุขมีการตรวจประเมินโรงพยาบาล จำนวน ๕๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๖๘ ผลการประเมิน พบว่า ผ่านระดับพื้นฐาน จำนวน ๔๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๐๕ ระดับดี จำนวน ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕.๔๑ ระดับดีมาก จำนวน ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๕ ระดับพื้นฐานขึ้นไป จำนวน ๔๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๘๑ เมื่อแยกเป็นรายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital มากที่สุดได้แก่ มุกดาหาร ยโสธร อุบลราชธานี อำนาจเจริญ และศรีสะเกษ ตามลำดับ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐)

บทที่ ๔
การวิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็งและส่วนขาดของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากสภาพปัญหาและสถานการณ์ในปัจจุบัน รวมถึงข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย จากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ณ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐ พบจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคามได้ดังตารางต่อไปนี้

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๑๐ และข้อมูลจากการวิเคราะห์ระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคในระดับเขตสุขภาพโดยใช้เทคนิค SWOT Analysis ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙ เขตสุขภาพที่ ๑๐ เมื่อวันที่ ๑๗-๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐ พบว่าระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคของเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม ดังตารางต่อไปนี้

๑. งานอนามัยแม่และเด็ก

๑.๑ จุดแข็ง-จุดอ่อน

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
บุคลากร	๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญกับงาน ๒. บุคลากรมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน ๓. บุคลากรทุกระดับได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ๔. บุคลากรมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในด้านอนามัยแม่และเด็ก ๕. มีสถาบัน/หน่วยงาน ที่มีศักยภาพในการพัฒนาบุคลากร/ แหล่งศึกษาดูงาน ๖. มีหลักสูตรพัฒนาบุคลากรสำหรับเจ้าหน้าที่ตามความจำเป็นและความต้องการของพื้นที่	๑. บุคลากรบางส่วนขาดความรู้ ความเข้าใจในการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม/ บูรณาการ ๒. บุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ยังมีน้อยและไม่ครอบคลุม อาทิเช่น วัคซีน/ พยาบาล PG เด็ก (ข้อมูล รพ. ที่มี PG เด็ก ร้อยละ ๕๗.๗)
งบประมาณ/ การเงิน/ เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ รวมถึงเทคโนโลยี	๑. กฎหมาย Code milk ที่ส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ๒. มีฐานข้อมูลด้าน MCH ๓. มีงบประมาณสนับสนุนเพียงพอ ๔. สถานที่/ อุปกรณ์เพียงพอ ๕. มีมาตรการ/ แนวทาง (CPG) ที่ครอบคลุม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	๑. กฎหมายที่ใช้ยังไม่ครอบคลุมกับสภาพปัญหาอื่นๆ ในงานอนามัยแม่และเด็ก ๒. ขาดการตรวจสอบมาตรฐานเครื่องมือและความพร้อมใช้ กรณีฉุกเฉิน ๓. ระบบงบประมาณมีความคล่องตัวน้อย มีข้อจำกัดในการใช้งบประมาณเพื่อพัฒนาบุคลากร ๔. ขาดการเชื่อมโยงฐานข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
		๕. ขาดการพัฒนานวัตกรรมที่สำคัญสำหรับใช้ในการแก้ไขและพัฒนางาน ๖. การจัดการความรู้ งานวิชาการ วิจัยและพัฒนาส่วนใหญ่ไม่ได้ตอบสนองและแก้ปัญหาอย่างแท้จริง
การบริหารจัดการ	๑. โครงสร้างองค์กรระบบบริการสาธารณสุขและเครือข่ายกระจายตั้งแต่ระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบล/ชุมชน ๒. มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับเขตและจังหวัด ๓. มีการทำ MOU/ขับเคลื่อนจาก ๔ กระทรวงหลัก ๔. กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา (กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล) ๕. มีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กและคณะอนุกรรมการพัฒนาการเด็กระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนงานระดับเขต/จังหวัด ๖. ระบบเฝ้าระวังความเสี่ยง/โรคภัยสุขภาพอนามัยแม่และเด็กที่ชัดเจน ๗. มีระบบการ Coaching / เยี่ยมเสริมพลังในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่องทุกปี	๑. การมีส่วนร่วมของหน่วยงานอื่นๆ นอกภาคสาธารณสุข และภาคเอกชนยังน้อย ๒. การถ่ายโอนงานลงสู่ท้องถิ่น ยังขาดการประสานและกำหนดบทบาทในแต่ละภาคส่วน ทำให้แต่ละส่วนยังทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ ๓. การมีส่วนร่วมของประชาชนน้อย ๔. การจัดการสภาพปัญหา บางส่วนไม่อยู่บนพื้นฐานของการแก้ไขปัญหาโดยใช้วิชาการ เน้นการดำเนินงานในเชิงปฏิบัติการที่ทำต่อๆ กันมามากกว่าการพัฒนานโยบายและวิชาการ
การกำกับติดตามประเมินผล	๑. มีการนิเทศติดตามประเมินผลงาน ๒. ในหน่วยบริการแบบ Coaching ระดับเขตร่วมกับจังหวัด ๓. มีระบบการ Ranking ผลงาน ๔. ประชุมสรุปผลงาน/สรุปบทเรียน	๑. ประเมินผลมุ่งเน้นตัวชี้วัดมากเกินไป ๒. เจ้าหน้าที่มุ่งการทำงานตามตัวชี้วัดมากกว่าการแก้ปัญหาเชิงคุณภาพ ๓. พี่เลี้ยงระดับจังหวัด ยังนิเทศติดตามไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่รับผิดชอบ อาทิ ศูนย์เด็กเล็ก งานวัคซีน ๔. ปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ทันตามห้วงเวลาในฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๑.๒ โอกาส-ภัยคุกคาม

ประเด็น	โอกาส	ภัยคุกคาม
Politics	๑. รัฐธรรมนูญ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีแผนการปฏิรูประบบสุขภาพ ๒. มีเป้าพัฒนาประเทศ ๒๐ปี ที่ชัดเจน มีรัฐมนตรีและทีมบริหารที่ดีมีความสามารถ ๓. การถ่ายโอนอำนาจภารกิจให้กับท้องถิ่นดำเนินการ	๑. วิกฤตทางการเมือง การขาดความสามัคคีปรองดองของคนในชาติ ๒. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วนยังไม่มีความพร้อมในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจ/ขาดความรู้ความเข้าใจในงานอนามัยแม่และเด็ก
Economics	๑. พัฒนาไปสู่ Thailand ๔.๐ ๒. การเปิดประชาคมอาเซียน และการเปิดเสรีทางการค้าเป็นโอกาสของผู้ประกอบการในการขยายตลาด เพิ่มโอกาสทางธุรกิจ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้ประเทศ ๓. มีการขยายตัวของภาคบริการสุขภาพเอกชน และการร่วมลงทุนระหว่างรัฐและเอกชน	๑. สภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป พ่อแม่ทำงานนอกบ้าน ปล่อยลูกให้อยู่กับปู่ย่าตายาย ๒. สภาพเศรษฐกิจที่รัดตัวเกิดปัญหาสภาพพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ๓. สถานบริการเอกชนเน้นการให้บริการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (โรงเรียนพ่อแม่/นมแม่/จ่ายยาวิตามิน)
Social/ Cultures	๑. มีระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและลดความเหลื่อมล้ำ ๒. กระแสสังคมเอื้อให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก	๑. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้ประชากรเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ การเข้าถึงผลิตภัณฑ์อาหารที่ทำลายสุขภาพมากขึ้น ค่านิยมและพฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนไปตามเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป สภาพสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้สภาพปัญหาสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่กระทบกับสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น ค่านิยมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การอบรมเลี้ยงดู การหวังพึ่งพาระบบบริการสุขภาพของรัฐเมื่อเจ็บป่วย ๒. การเข้าถึงระบบบริการในกลุ่มประชากรด้อยโอกาส
Technology	๑. พัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ๒. เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทำให้ผู้บริโภค ผู้ประกอบการและหน่วยงานภาครัฐสามารถเข้าถึง และเชื่อมโยงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น	๑. การควบคุมกำกับการสื่อสารสาธารณะ (Mass communication) ยังไม่ทันเหตุการณ์ ขาด Control and monitoring เชิงวิชาการ ๒. การวิจัยและพัฒนาที่ตอบสนองปัญหามีน้อย ไม่เพียงพอ และขาดการแปลงเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์/เข้าถึงได้ง่าย ๓. เทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้การ

ประเด็น	โอกาส	ภัยคุกคาม
	(e-Government และ e-Business)	แก้ปัญหาเชิงรับมากกว่าเชิงรุก
Environment	มีเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็งร่วมกับหน่วยงานนานาชาติ อาทิเช่น กรอบความร่วมมือ ASEAN, Sustainable Development Goals (SDG), ๙ global targets	๑. การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนมีความเสี่ยงด้านปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา อาทิ เช่น ไข้ซิการ์ โรคเอดส์ และโรคติดต่ออื่นๆที่มีผลต่ออนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น ๒. การเคลื่อนย้ายแรงงาน มีผลต่อการเข้าถึงบริการ ๓. ความแออัดในระบบการให้บริการและการแบกรับค่าใช้จ่าย

๒. <u>งานอนามัยวัยเรียนวัยรุ่น</u>

๒.๑ จุดแข็ง-จุดอ่อน

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
บุคลากร	๑. มีการใช้บุคลากรร่วมกับทีมงานอื่นๆ ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ๒. มีองค์ความรู้ที่ถูกต้องทันสมัย ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	๑. ขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (ออกกำลังกาย) ๒. บุคลากรมีองค์ความรู้ M&E น้อย
งบประมาณ/การเงิน **เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์รวมถึงเทคโนโลยี**	๑. มีพรบ.อนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นวาระแห่งชาติ ๒. คู่มือเพศคุยได้ในครอบครัว /คู่มือ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น/ คู่มือการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างวัยรุ่นกับครอบครัว / คู่มือการจัดบริการ YFHS/ คู่มือการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ๓. หลักสูตรเพศคุยได้ในครอบครัว/ หลักสูตรแกนนำวัยรุ่นเพื่อป้องกันในวัยรุ่น ๔. มีเวชภัณฑ์คุมกำเนิดในวัยรุ่น ๕. มีโปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโต/ โปรแกรมเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น /โปรแกรมเฝ้าระวังการแท้ง/ โปรแกรม HDC	๑. การขับเคลื่อนการใช้ พ.ร.บ.อนามัยการเจริญพันธุ์ มีความล่าช้า ๒. สื่อและช่องทางการสื่อสารไม่หลากหลาย ตรงตามความต้องการกลุ่มเป้าหมาย เข้าถึงยาก ๓. ระบบจัดเก็บฐานข้อมูล ขาดการประเมินผล ระบบข้อมูลไม่ครอบคลุม it มีข้อจำกัดในการใช้-ไม่เสถียร

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
การบริหารจัดการ	๑. นโยบายชัดเจน มีผู้รับผิดชอบ มีกระบวนการชัดเจน ๒. มีโครงสร้างการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ชัดเจน ๓. มีการบูรณางานร่วมกับภาคีเครือข่ายวิชาการ สถานศึกษา อปท. สธ.	การดำเนินงานขาดการบูรณาการ แยกส่วนตามงานที่รับผิดชอบ
การกำกับติดตามประเมินผล	การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานโดยการตรวจราชการ ปีละ ๒ ครั้ง และจากการเยี่ยมเสริมพลัง ปีละ ๑ ครั้ง	-

๒.๒ โอกาส-ภัยคุกคาม

ประเด็น	โอกาส/ความท้าทาย	ภัยคุกคาม
Politics	๑. มีกลยุทธ์การดำเนินงานที่ชัดเจน (PIRAB /MOPH) ๒. การทำ MOU ระดับประเทศ ระหว่าง ๔ กระทรวงหลัก ๓. มีคณะกรรมการ PM ด้านวัยเรียนและวัยรุ่นของหน่วยงานสาธารณสุขระดับเขต ๔. มีคณะกรรมการศูนย์วิชาการในระดับเขต ๕. เสนอให้มีคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนวัยรุ่นระดับจังหวัด โดยมีคณะกรรมการทุกภาคส่วน ๕ กระทรวงหลัก(ก.สธ/ ก.พม./ ก.ศธ./ ก.แรงงาน/ ก.มหาดไทย	๑. มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายตามผู้บริหารส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ๒. การขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการ PM ด้านวัยเรียนและวัยรุ่นระดับเขตยังขาดความต่อเนื่อง
Economics	๑. ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานตามกลุ่มวัย ๒. ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากสสส. ๓. ได้รับการสนับสนุนเวชภัณฑ์คุมกำเนิดในวัยรุ่นจากเครือข่าย สปสช. WHO	การโอนงบประมาณล่าช้า
Social/Cultures	สังคมยอมรับและมีการสื่อสารเรื่องเพศในวัยรุ่นมากขึ้น	๑. ยอมรับการมีครอบครัวเมื่ออายุน้อย ๒. มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการคุมกำเนิด

ประเด็น	โอกาส/ความท้าทาย	ภัยคุกคาม
		๓. มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการส่งเสริมการเจริญเติบโต
Technology	ช่องทางการเข้าถึงสื่อการควบคุมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีหลากหลาย	การเข้าถึงสื่อที่ไม่เหมาะสมทำได้ง่ายและรวดเร็ว
Legislation	๑. มี พ.ร.บ. อนามัยการเจริญพันธุ์เป็นวาระแห่งชาติ ๒. มี พ.ร.บ. คอมพิวเตอร์ ๓. มี พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๔. มี พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ๕. มี พ.ร.บ. สถานบริการ ๖. มี พ.ร.บ. คุ้มครองเด็กและเยาวชน	การบังคับใช้ไม่เคร่งครัด
Environment	๑. มีพื้นที่สร้างสรรค์ในการดำเนินกิจกรรมสำหรับเด็กและเยาวชน ๒. มีการจัด Zoning สถานบันเทิงรอบสถานศึกษา ๓. มีสนามกีฬาเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย	๑. พื้นที่สร้างสรรค์/สนามกีฬาบางแห่งทำเลที่ตั้งไม่เหมาะสม ไม่เอื้อต่อการใช้บริการ ๒. ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายไม่เห็นความสำคัญในการใช้ประโยชน์

๓. <u>งานอนามัยวัยทำงาน</u>

๓.๑ จุดแข็ง-จุดอ่อน

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
บุคลากร	๑. ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีบุคลากรเพียงพอในการทำงาน มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำงานเป็นทีม ประสานงานกับเครือข่ายภายในและภายนอกองค์กร มีการดำเนินงานเชิงรับและเชิงรุก มีการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพวัยทำงานต่อเนื่อง และบุคลากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ๒. เครือข่ายสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ศูนย์วิชาการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่	๑. การพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะของบุคลากร มีรูปแบบใหม่ที่ไม่ทันสมัย (Update) ๒. บุคลากรมีการประชุมและอบรมความรู้เพิ่มพูนความรู้ในเชิงปริมาณ แต่ขาดการประยุกต์ใช้ในเชิงคุณภาพ

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
	เกี่ยวข้อง มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขร่วมกัน เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมฯ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติฯ เป็นต้น ๓. เครือข่าย อสม. อสม.เชี่ยวชาญ นสค. ปราชญ์ชาวบ้าน และแกนนำสุขภาพ (Health Leader) ในพื้นที่ ๔. เครือข่ายภาคเอกชน สถานประกอบการร่วมดำเนินการ มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขร่วมกัน เช่น มูลนิธิฯ องค์กรเอกชน ชมรมสร้างสุขภาพ เป็นต้น	
งบประมาณ/ การเงิน เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์รวมถึงเทคโนโลยี	๑. ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน/ มีฐานข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ / พัฒนาคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหุ่นดี สุขภาพดี (Cognitive Behavior Therapy: CBT)/ พัฒนาหลักสูตรต่างๆ ได้แก่ การอบรมการให้คำปรึกษาฯ การอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ ๒ส ๑ฟ และหลักสูตรการอบรมโยคะเพื่อสุขภาพ/ มีทีมประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานต่างๆ ๒. เครือข่ายสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ศูนย์วิชาการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เช่น สำนักงานสวัสดิการและแรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคม เครือข่าย สสส.ในพื้นที่ ชมรมสุขภาพจังหวัด	การใช้งบประมาณและทรัพยากรเป็นแบบต่างคนต่างทำ ยังไม่มีการบูรณาการที่ชัดเจน

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
	กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.เขต ๑๐ เป็นต้น ๓. มีทรัพยากร นวัตกรรมและต้นแบบการสร้างสุขภาพวัยทำงานที่เกิดขึ้นในพื้นที่ โดยกลุ่มชมรมสร้างสุขภาพใน ๕ จังหวัด	
การบริหารจัดการ	๑. ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีทิศทางนำ ยุทธศาสตร์ และนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพชัดเจน/ ผู้บริหารสนับสนุนและให้ความสำคัญ/ มีระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร/ มีการบูรณาการดำเนินงานด้านสุขภาพวัยทำงานร่วมกับศูนย์วิชาการระดับเขต ๒. เครือข่ายสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ ๑๐ และศูนย์วิชาการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานร่วมกันในรูปแบบคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๑๐ โดยมีผู้ตรวจราชการฯ เขตสุขภาพที่ ๑๐ เป็นประธาน มีการดำเนินงานของคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคแบบบูรณาการครบทุกหน่วยงาน เพื่อให้บรรลุตามตัวชี้วัด ๑๗ ตัว ๓. มีเครือข่ายภาคเอกชน สถานประกอบการ ชมรมสร้างสุขภาพชุมชนต้นแบบมีการบริหารจัดการด้วยตัวเอง และได้รับการสนับสนุนจากเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	การบริหารจัดการ และบูรณาการแผนงานและโครงการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ในเชิงคุณภาพยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน
การกำกับติดตามประเมินผล	๑. ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยการ	ขาดการนำผลลัพธ์ที่ได้จากการติดตามและการประเมิน ไปวางแผนพัฒนางานเชิงคุณภาพร่วมกัน

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
	ตรวจราชการ ปีละ ๒ ครั้ง/ สรุปผลการดำเนินงานระดับเขตร่วมกับจังหวัดปีละ ๒ ครั้ง/ ติดตามและประเมินผล M&E ร่วมกับเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปีละ ๒ ครั้ง/ นิเทศงานเฉพาะกิจ และสรุปผลการดำเนินงาน Cluster วัยทำงาน ระดับกรม ทุก ๓ เดือน ๒. เครือข่ายสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ศูนย์วิชาการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโดยการตรวจราชการ ปีละ ๒ ครั้ง/ ประชุมสรุปรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานคณะกรรมการฯ PM วัยทำงาน ปีละ ๒ ครั้ง/ ประชุมสรุปรายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค ทุกเดือนต่อเนื่องกัน ๓. เครือข่ายชมรมสุขภาพ มีการติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วม โดยใช้รูปแบบตำบลจัดการสุขภาพ/ คืนข้อมูลให้กับชุมชน/ ถอดบทเรียนความสำเร็จของชมรม/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายผลการดำเนินงานให้กับชุมชน	

๓.๒ โอกาส-ความท้าทาย

ประเด็น	โอกาส	ความท้าทาย
Politics	๑. มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในระดับประเทศและเขตสุขภาพ ๒. มีคณะกรรมการ Cluster วัยทำงานในระดับประเทศและเขตสุขภาพ	๑. ผลักดันให้เกิดนโยบายความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ๒. ผลักดันให้ทุกหมู่บ้าน / ตำบล /อำเภอ /จังหวัด / เขตสุขภาพ มีนโยบาย ข้อตกลงร่วมกัน ธรรมนูญชุมชน และมาตรการทางสังคมเพื่อ

ประเด็น	โอกาส	ความท้าทาย
	๓. ในบางพื้นที่มีข้อตกลงร่วมกัน ธรรมนูญชุมชน และมาตรการทางสังคม	ส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน
Economics	๑. มีงบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในทุกภาคส่วน ๒. สัดส่วนการได้รับงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานเพิ่มขึ้น ๓. ชุมชน /สหกรณ์ /กองทุนด้านการดูแลสุขภาพ รับรู้ต่อรายได้และรายจ่าย และรู้สถานะทางเศรษฐกิจของชุมชนตนเอง	การบริหารงานให้กองทุนมีผลกำไร เลี้ยงตัวเองได้ และสามารถคืนทุนให้กับสมาชิกได้ในรูปแบบสวัสดิการชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน และ/หรือการคืนกำไรให้กับชุมชน
Social/Cultures	๑. มีกระแส การรณรงค์และสื่อสารสาธารณะ ในชุมชนด้านพฤติกรรมสุขภาพ ๒. มีคณะกรรมการคัดกรองและดูแลระบบการสื่อสารในชุมชน ๓. มีบุคคลต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ปราชญ์ชุมชน และหมู่บ้านต้นแบบด้านการจัดการสุขภาพ	สร้างกระแส และขยายผลให้มีบุคคลต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ปราชญ์ชุมชน หมู่บ้านสุขภาพดี อำเภอสุขภาพดี เพื่อมุ่งสู่การเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy City)
Technology	๑. ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) ที่ใช้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข/ มีการพัฒนาฐานข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในชุดมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ดำเนินการโดยส่วนกลางร่วมกับเขตและจังหวัดอุบลราชธานี / มี Application (Line/ Facebook) ของหน่วยงาน/ มีการจัดทำ Google Map เพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเส้นรอบเอว ๒. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการใช้ Application ส่งเสริมสุขภาพวัย	๑. มีฐานข้อมูลบุคคล/ ฐานข้อมูลชุมชน โดยชุมชนสร้างและบริหารจัดการเอง ๒. มี Application (Line/ Facebook) ของชุมชนโดยชุมชน ๓. มีระบบ ช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ การขอความช่วยเหลือและตอบโต้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ จากชุมชนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็น	โอกาส	ความท้าทาย
	ทำงานและความปลอดภัยในเขตสุขภาพ ๓. ประชาสัมพันธ์ให้เครือข่ายในเขตนำข้อมูลจาก Google Map ไปใช้วางแผนการดำเนินงาน เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเส้นรอบปกติ	
Legislation	๑. มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๘ บังคับใช้กับสถานประกอบกิจการด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (Fitness) ๒. ในบางพื้นที่หน่วยงานท้องถิ่น (เทศบาล/ อบต.) ได้ออกเทศบัญญัติประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๘ บังคับใช้กับสถานประกอบกิจการด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (Fitness) แต่การบังคับใช้กฎหมายยังไม่ชัดเจน	๑. ท้องถิ่น (เทศบาล/ อบต.) ออกเทศบัญญัติประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๘ บังคับใช้กับสถานประกอบกิจการด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (Fitness) และมีการบังคับใช้กฎหมายเข้มงวดและเป็นรูปธรรม ๒. ท้องถิ่น (เทศบาล/ อบต.) ออกเทศบัญญัติสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค และมีการบังคับใช้กฎหมายเข้มงวดและเป็นรูปธรรม
Environment	๑. มีนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เช่น สถานที่ทำงานน่าอยู่น่าทำงาน สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย กายใจเป็นสุข ส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานประกอบการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลลดโลกร้อน องค์กรไร้พุง สวนสาธารณะเพื่อสุขภาพ ๒. มีนโยบายการดำเนินงานของเครือข่ายอื่นๆ เช่น โรงงานสีขาว โรงงานสีเขียว ๓. มีกฎหมายการประกอบกิจการโรงงาน และสถานประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	ท้องถิ่น (เทศบาล/ อบต.) ออกเทศบัญญัติสุขภาพด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ประชาชนวัยทำงานในสถานประกอบการต่างๆ และมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดและเป็นรูปธรรม

๔. <u>งานอนามัยวัยสูงอายุ</u>

๔.๑ จุดแข็ง-จุดอ่อน

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
บุคลากร	๑. ผู้บริหารให้ความสำคัญกับงาน ๒. มีบุคลากรและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ๓. บุคลากรระดับศูนย์เขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบลมีการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ๔. บุคลากรสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะด้านทันตสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ ๕. มีสถาบันและหน่วยงานที่มีศักยภาพในการพัฒนาบุคลากรในเขตสุขภาพ	๑. บุคลากรในการปฏิบัติงานด้าน PP ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเชิงบวก ๒. Fixed mindset ฐานคิดของผู้ปฏิบัติงานยึดกรอบของวิชาชีพมาทำงาน ไม่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ๓. บุคลากรไม่ใช้หลักการ PP ในการทำงาน ๔. บุคลากรขาดความมั่นใจในการประยุกต์ใช้หลักการในการทำงานให้เหมาะสมกับบริบททางสังคม (Social determinant of health) ๕. ทิศทางการพัฒนาบุคลากรไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง และเน้นการอบรมมากเกินไปโดยเฉพาะช่วงใกล้หมดปีงบประมาณ ๖. การพัฒนาบุคลากรเน้น specialty มากกว่ามุมมององค์รวม (comprehensive holistic) ๗. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุระดับพื้นที่ได้รับการพัฒนาด้านการดูแลผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม ๘. บุคลากรศูนย์วิชาการยังไม่มีการบูรณาการการทำงานที่ชัดเจน ๙. บุคลากร CM,CG ยังไม่ครอบคลุมสถานบริการและจำนวนบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขที่มี ไม่เพียงพอต่อสถานบริการปฐมภูมิ ๑๐. บุคลากรระดับศูนย์ฯ ขาดการพัฒนาความรู้และทักษะในการเป็นครู ก ๑๑. บุคลากรด้านสาธารณสุขเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุน้อยเกินไป
งบประมาณ/การเงิน เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์รวมถึงเทคโนโลยี	๑. มีงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือสนับสนุน ๒. มีการพัฒนา Soft ware เพื่อ Input ข้อมูลด้านผู้สูงอายุ ในโปรแกรม ๔๓ แฟ้มของ สนย.และ Age App ของกรมการแพทย์	๑. ระบบงบประมาณมีความคล่องตัวน้อย ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความมั่นใจ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ รวมทั้งขาดการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ๒. ระบบฐานข้อมูล Soft ware (๔๓ แฟ้มของ สนย.) สำหรับ Input ข้อมูลด้านผู้สูงอายุยังไม่สามารถประมวลผลในระดับพื้นที่ และระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่ (๔๓ แฟ้มของ สนย. และ

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
		Age App ของกรมการแพทย์) ไม่สามารถ link กันได้ ขาดการนำไปใช้
การบริหารจัดการ	๑. มียุทธศาสตร์ชาติระยะยาวและกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดที่ชัดเจนในระดับประเทศ ๒. โครงสร้างองค์กรระบบบริการสาธารณสุขและเครือข่ายกระจายไปจนถึงหมู่บ้านและครอบครัว ๓. กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วม ๔. มีการบูรณาการ ๔ กระทรวงหลักที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานผู้สูงอายุในระดับประเทศ ๕. มีการบูรณาการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุด้านสาธารณสุขโดยมีกรรมการกลุ่มวัยผู้สูงอายุระดับเขต	๑. ขาดการบูรณาการ ๔ กระทรวงหลักที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานผู้สูงอายุในระดับเขต ๒. โครงสร้างคณะกรรมการ PM ด้านผู้สูงอายุระดับเขตมีเฉพาะคณะกรรมการจากกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีจากกระทรวงอื่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับทิศทางการบูรณาการดูแลผู้สูงอายุระดับประเทศ ๔ กระทรวงหลัก ๓. การมีส่วนร่วมของประชาชนน้อย ๔. ขาดระบบจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ที่ยั่งยืน
การกำกับติดตามประเมินผล	ติดตามประเมินผลด้วยตัวชี้วัดชัดเจน	๑. มีข้อจำกัดในการติดตามและประเมินผลโดยมุ่งเน้นตัวชี้วัดมากเกินไป ๒. เจ้าหน้าที่มุ่งการทำงานตามตัวชี้วัดมากกว่าการแก้ปัญหาสาธารณสุข

๔.๒ โอกาส-ความท้าทาย

ประเด็น	โอกาส	ความท้าทาย
Politics	๑. รัฐธรรมนูญ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขมีแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน มีเป้าพัฒนาประเทศ ๒๐ ปี มีรัฐมนตรีและทีมบริหารที่ดีมีความสามารถ ๒. การถ่ายโอนอำนาจภารกิจให้กับท้องถิ่นดำเนินการ จะทำให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองได้ในอนาคต ๓. มีแผนพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ๒๐ ปี	๑. นโยบายการเมืองท้องถิ่นปรับเปลี่ยนตามผู้บริหาร ๒. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วนยังไม่มีความพร้อมในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจ/ขาดความรู้ความเข้าใจในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
Economics	๑. พัฒนาไปสู่ Thailand ๔.๐ ๒. การเปิดประชาคมอาเซียนและการเปิด และการเปิดเสรีทางการค้า	๑. สภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง พ่อแม่ทำงานนอกบ้าน ปล่อยลูกให้อยู่กับปู่ย่าตายาย ๒. ผู้สูงอายุมีความสามารถพึ่งพาตนเอง ในการเลี้ยง

ประเด็น	โอกาส	ความท้าทาย
	เป็นโอกาสของผู้ประกอบการในการขยายตลาด เพิ่มโอกาสทางธุรกิจ และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจให้ประเทศ ๓. มีการขยายตัวของภาคบริการสุขภาพเอกชน และการร่วมลงทุนระหว่างรัฐและเอกชน	ชีพได้มากขึ้น
Social/Cultures	๑. มีกระแส/รณรงค์/สื่อสารสาธารณะเรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและหลากหลายช่องทาง จากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๒. มีระบบบริการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ๓. มีจิตอาสาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่	๑. สร้างระบบ/ มาตรการ การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ๒. สนับสนุน ผลักดันให้เกิด Aging society ตามบริบทของชุมชน ๓. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวในชุมชน
Technology	๑. พัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ๒. เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทำให้ผู้บริโภคผู้ประกอบการและหน่วยงานภาครัฐสามารถเข้าถึงและเชื่อมโยงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น	๑. เพิ่มศักยภาพการควบคุมกำกับ ติดตามข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย ๒. ความสามารถใช้ประโยชน์สูงสุดจากเทคโนโลยีได้อย่างเต็มที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
Legislation	มี พรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๔๖) และมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายกับผู้สูงอายุ (ฉบับที่ ๖) พ.ศ.๒๕๕๓ “การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน”	๑. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและรับรู้สิทธิผู้สูงอายุตาม พ.ร.บ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๔๖) ๒. สนับสนุน ให้ท้องถิ่นมีการบังคับใช้ พ.ร.บ. สาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายกับผู้สูงอายุ (ฉบับที่ ๖) พ.ศ.๒๕๕๓ “การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” อย่างเป็นรูปธรรม
Environment	๑. มีแนวทางในการดำเนินงาน Age Friendly City (เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ) ๒. มีพื้นที่ดำเนินการ Age Friendly	๑. กำหนดนโยบายระดับเขตให้เป็น Age Friendly City ๒. พัฒนาและขยายพื้นที่ดำเนินการ Age Friendly City ในเขตสุขภาพที่ ๑๐

ประเด็น	โอกาส	ความท้าทาย
	City ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ จังหวัดละ ๑ แห่ง	

๕. <u>งานควบคุมโรค EOC</u>

๕.๑ จุดแข็ง-จุดอ่อน

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
บุคลากร	๑. มีความชำนาญ เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการสอบสวน ควบคุม และตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินครอบคลุมทั้งโรคและภัยสุขภาพ ๒. มีทีมปฏิบัติการควบคุมโรค CDCU ๓. มีโครงสร้าง EOC /คำสั่ง มีโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) รองรับ EOC มีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการที่แบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนในระดับจังหวัด ๔. มีภาคีเครือข่าย	๑. เจ้าหน้าที่ สสจ. ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ภายในหน่วยงาน ขั้นต่ำ ๗๐% ๒. ภาคีเครือข่ายบางหน่วยงานทำงานไม่ตรงตามบทบาทที่รับผิดชอบ เช่น EOC ระดับจังหวัดควรเป็น ปภ. และ EOC ด้านสาธารณสุขควรเป็น สสจ.
งบประมาณ/การเงิน เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์รวมถึงเทคโนโลยี	๑. มีมาตรการป้องกันโรคให้กับบุคลากรปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ เช่น วัคซีน antidote ยา หรือเวชภัณฑ์อื่นๆ เป็นต้น ๒. เตรียมอุปกรณ์ PPE ให้พร้อมใช้กับบุคลากรปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ	๑. งบประมาณสำรอง ๒. โครงสร้างพื้นฐานและวัสดุอุปกรณ์รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังไม่ครบถ้วน ๓. งบประมาณการซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในระดับพื้นที่ ใช้งบประมาณมาก
การบริหารจัดการ	๑. มีการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผ่านทางออนไลน์ สามารถตรวจสอบข้อมูลแบบ Real time และรายงานเร่งด่วนแจ้งเตือนภัยให้ผู้บริหารทราบภายใน ๒๔ ชม. ๒. มีแผนปฏิบัติการรองรับภาวะฉุกเฉินของโรคและภัยสุขภาพ ๓. มีการฝึกซ้อมแผนรับมือโรคและภัยสุขภาพต่างๆ เป็นประจำ	๑. ยังไม่มี SOP การทำงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ๒. คุณภาพของข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ๓. ขาดการวิเคราะห์สถานการณ์โรคในมิติด้านพฤติกรรมเสี่ยง ๔. ไม่มีแผนบุคลากรสำหรับทีมปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินสำหรับโรคและภัยสุขภาพทุกชนิด ๔. ขาดความต่อเนื่องในการซ้อมแผนฯ (บางจังหวัด) ๕. การบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนการประชุมคณะกรรมการในระดับจังหวัด (บางจังหวัด) ยังไม่มีการประชุม

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
การกำกับติดตามประเมินผล	๑. มีการสรุปบทเรียนของการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ๒. มีการนำมาตรการ ที่ได้จากการสรุปบทเรียนไปดำเนินการเพื่อการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป	-

๕.๒ โอกาส-ภัยคุกคาม

ประเด็น	โอกาส	ภัยคุกคาม
Politics	Thailand ๔.๐	-
Economics	๑. กรอบความร่วมมืออาเซียน AEC ๒. ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒	การเดินทางเพื่อค้าขาย การขนส่งสินค้าอย่างเสรี มีการเคลื่อนย้ายประชากรเข้าออกระหว่างประเทศ เกิดความเสี่ยงในการระบาดของโรคภัย ตลอดจนการควบคุมป้องกัน
Social/ Cultures	ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลเรื่องโรคภัยได้ง่าย	๑. การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ๒. การเดินทางเพื่อการแสวงบุญ ๓. การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะ ๔. การเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิตและพฤติกรรมของมนุษย์ ๕. การขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองและการควบคุมโรคของประชาชน ๖. ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีความต้านทานต่อการติดโรคต่ำ มีโอกาสสัมผัสกับโรคมาก และมีโอกาสเจ็บป่วยมากขึ้น ๗. การรับรู้ผ่านโซเชียลมีทั้งข้อมูลจริงและข้อมูลเท็จ
Technology	๑. มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคภัยสุขภาพได้รวดเร็ว ๒. การเพิ่มช่องทางการประสานงานผ่านโซเชียลมีเดีย ได้แก่ FB Line E-mail ทำให้การเฝ้าระวัง ส่งข่าวรวดเร็ว ทำให้ทีมเตรียมรับมือสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น	๑. Power/Emergency Generators ๒. Water/Back-up Potable Water Systems ๓. Sewer/Waste Water Systems ๔. Communications/Back-up or Secondary Systems ๕. Air Handling Systems ๖. Security Systems ๗. การเชื่อมต่อระบบ IT และ VDO Conference ไปยังเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
Legislation	๑. ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒	วิธีการนำกฎหมายไปบังคับใช้

ประเด็น	โอกาส	ภัยคุกคาม
	๒. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๘ ๓. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (International Health Regulation ๒๐๐๕; IHR ๒๐๐๕) ๔. ความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก (Global Health Security Agenda; GHSA) ๕. กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ.๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ ๖. พ.ร.บ.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.๒๕๕๐ ๗. พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ๘. พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ ๙. พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ๑๐. พ.ร.บ. โรคระบาดสัตว์ พ.ศ. ๒๕๕๘ ๑๑. พ.ร.บ. โรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. ๒๕๓๕	
Environment	แผนแม่บทรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change)	๑. การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค ๒. การรบกวนธรรมชาติและระบบนิเวศวิทยา ๓. ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค

๖. <u>งานควบคุมโรค DM/HT</u>

๖.๑ จุดแข็ง-จุดอ่อน

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
บุคลากร	๑. มี NCD Board ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ ๒. มีแพทย์ อายุรแพทย์เฉพาะทาง Endocrine ๓. มีทีมสหวิชาชีพ ๔. มี CM Mini CM SM	๑. กลไกการทำงานยังไม่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง ๒. ขาดการบูรณาการของทีมสหวิชาชีพ ขาดแคลนนักโภชนาการ ๓. CM ทำงานไม่ตรงตามบทบาท และบางอำเภอยังไม่มี CM

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
	๕. มีพยาบาลเวชปฏิบัติ ๖. มีเครือข่ายศูนย์วิชาการ	๔. สัดส่วนบุคลากรต่อประชากรยังน้อย ๕. การบูรณาการการทำงานของศูนย์วิชาการ ๖. บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ๗. มีการปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
งบประมาณ/การเงิน เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์รวมถึงเทคโนโลยี	๑. เทคโนโลยีมีประสิทธิภาพ ใช้ง่ายขึ้น ๒. มียาและเวชภัณฑ์มาตรฐานเดียวกัน	๑. งบประมาณไม่เพียงพอ เครื่องมือมีราคาสูง ๒. ขาดอุปกรณ์ตรวจตา ABI ๓. ขาดเครื่องตรวจ AIC ๔. หน่วยบริการบางแห่งยังขาดแคลนเครื่องมือ ๕. ระเบียบการใช้งบประมาณไม่เอื้อ เช่น งบ PPA ซื้ออุปกรณ์การแพทย์ไม่ได้
การบริหารจัดการ	๑. มีการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการ NCD Board ภายใน CUP ๒. การมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายภายในเขตและ CUP ๓. มีระบบข้อมูลในการบริหาร กำกับติดตาม HDC, COCKPIT, CHRONIC LINKED ๔. มีการเชื่อมโยงการทำงานของ Service Plan NCD กับงาน PP	๑. บางแห่งมีการทำงานแบบแยกส่วน การเชื่อมโยงแม่ข่ายกับลูกข่ายยังไม่เป็นหนึ่งเดียว ๒. การกำหนดนโยบาย แนวทางสู่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุม ๓. การประมวลผลและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ยังไม่เต็มที่ ๔. ข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ถูกต้อง
การกำกับติดตามประเมินผล	๑. มีการกำหนดประเด็น ตัวชี้วัดและเกณฑ์ที่ชัดเจน ๒. มีแผนตรวจนิเทศงานในการตรวจราชการชัดเจน ๓. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจนิเทศงานในการตรวจราชการชัดเจน ๔. ระบบและฐานข้อมูลในการติดตามประเมินผลชัดเจน (HDC)	๑. ระดับอำเภอ บางแห่งยังขาดแผนการติดตามกำกับคุณภาพระบบบริการของเครือข่าย ๒. ขาดระบบสำรวจผล

๖.๒ โอกาส-ภัยคุกคาม

ประเด็น	โอกาส	ภัยคุกคาม
Politics	๑. เป็นโรคนโยบายสำคัญที่ได้รับการระบุเป็นเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข ๒. เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของพื้นที่ ๓. มีการกำหนดและผลักดันนโยบายยุทธศาสตร์และกฎหมายในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ๔. มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาก	๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วนยังไม่มีความพร้อมในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจ ทั้งที่มีกองสาธารณสุขแต่ไม่ได้ปฏิบัติงานตามบทบาทและไม่มีกองสาธารณสุขในโครงสร้างองค์การบริหารส่วนตำบล ๒. ไม่มีนโยบายหรือกฎหมายควบคุมปริมาณร้านค้าปลีก ร้านสะดวกซื้อ และการเปิดปิด และเวลาจำหน่าย
Economics	มีการขยายตัวของภาคบริการสุขภาพเอกชน และการร่วมลงทุนระหว่างรัฐและเอกชน	๑. ผลิตภัณฑ์ อาหาร เครื่องดื่ม อาหารเสริม ยา ในท้องตลาดที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ๒. มีร้านค้าปลีก ๒๔ ชั่วโมง มีสินค้าในท้องตลาดจำนวนมาก
Social/Cultures	๑. กระแสการออกกำลังกาย และการกินอาหารสุขภาพ ๒. มีเครือข่ายชุมชน กลุ่ม ชมรม/ อปท. ที่สนใจปัญหา	๑. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม มีวิถีชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ มากขึ้น เล่นไลน์ เฟสบุ๊ค ๒. ลักษณะการทำงานเปลี่ยนไป มีการใช้เครื่องทุ่นแรง เช่น การทำนาโดยใช้เครื่องจักร ๓. การบริโภคอาหารถุง อาหารสำเร็จรูป ๔. การมีงานประเพณี งานเลี้ยงสังสรรค์บ่อย ดื่ม กินและบริโภคเกิน ๕. อิทธิพลของสื่อโฆษณา
Technology	๑. มีสื่อสาธารณะเป็นช่องทางการสื่อสารและการเรียนรู้ที่หลากหลายและมีจำนวนมาก ๒. มีเทคโนโลยีที่ใช้ง่าย ราคาถูกกว่าอดีต ๓. มีงานวิจัยสนับสนุน	มีช่องทางการสื่อสารจำนวนมาก ขาดการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
Legislation	๑. มีกฎหมายควบคุมการผลิต/ การจำหน่ายและการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ยาสูบ-เหล้า ๒. กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ฉลากอาหาร	๑. ขาดการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง ๒. การละเมิดกฎหมายของผู้ประกอบการและผู้บริโภค
Environment	มีสนามกีฬา สวนสาธารณะสำหรับออกกำลังกาย/ สถานที่ออกกำลังกายที่หลากหลาย	สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น สนามกีฬาอยู่ห่างจากชุมชนมาก

๗. <u>งานควบคุมโรค TB</u>

๗.๑ จุดแข็ง-จุดอ่อน

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
บุคลากร	มีบุคลากรรับผิดชอบแผนงานโรคตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ	ความรู้เรื่องโรคมีการ Update บ่อยครั้ง ทำให้บุคลากรระดับอำเภอ ตำบล ต้องพัฒนาตนเองอยู่เสมอ
งบประมาณ/การเงิน เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์รวมถึงเทคโนโลยี	มีงบประมาณสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน เช่น สปสช. กองทุนโลกด้านวัณโรค กรมควบคุมโรค งบประมาณของ CUP	-
การบริหารจัดการ	๑. มีแผนงานวัณโรคระดับชาติ ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ๒. มีการมอบหมายให้บุคลากรรับผิดชอบในทุกระดับ ๓. มีมาตรฐานการดำเนินงาน ๔. มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ	มีระบบข้อมูลหลายระบบเกินไป สร้างภาระงานให้ผู้ปฏิบัติ
การกำกับติดตามประเมินผล	๑. มีโปรแกรมการติดตามประเมินผล ๒. มีการประเมินผลทุก ๓ เดือน	-

๗.๒ โอกาส-ความท้าทาย

ประเด็น	โอกาส	ความท้าทาย
Politics	๑. งานวัณโรคเป็นนโยบายสำคัญเน้นหนักของกระทรวงสาธารณสุข มีทิศทางนโยบายที่จะลดโรคชัดเจน ๒. ผู้บริหารระดับเขตและจังหวัดให้การสนับสนุน	-
Economics	องค์การระหว่างประเทศให้การสนับสนุนงบประมาณ Global Fund	-
Social/Cultures	วัฒนธรรมชอบช่วยเหลือดูแลกันของคนไทย ทำให้เกิดระบบการกำกับการกินยาผู้ป่วยได้ง่าย	วัฒนธรรมไทยยังอยู่กันอย่างใกล้ชิด แออัด เวลาไอ จาม ไม่ชอบปิดปากปิดจมูกทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย
Technology	๑. ปัจจุบันมีเทคโนโลยีใหม่ๆ มาช่วยในการตรวจวินิจฉัย เช่น Technique Molecular ๒. มีโปรแกรม Computer ช่วยในการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ	๑. เทคโนโลยีใหม่ยังไม่กระจายครอบคลุมทุกโรงพยาบาล ๒. ระบบข้อมูลระบบเดียว

๘. งานสิ่งแวดล้อม

๘.๑ จุดแข็ง-จุดอ่อน

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
บุคลากร	๑. มีผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในทุกระดับ ได้แก่ ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด เทศบาล ๒. บุคลากรมีความตั้งใจในการทำงาน ๓. บุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ๔. มีผู้ประสานงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับเขตสุขภาพ ๕. คุณวุฒิบุคลากรเหมาะสม (สคร.) ๖. มีศูนย์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รับผิดชอบโดยตรงในระดับเขต ๗. มีกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รับผิดชอบงานในแต่ละจังหวัด ๘. มีเครือข่ายเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน	๑. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เช่น เทศบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีไม่เพียงพอและยังขาดความรู้และทักษะในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ๒. ความก้าวหน้าในสายงานและการวางกรอบอัตรากำลังไม่ชัดเจน ๓. การพัฒนาบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ไม่เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายกำลังคนในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข ๔. ขาดองค์ความรู้ด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ๕. บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งยังไม่เพียงพอ ขาดคุณสมบัติที่ตรงตามสายงาน ๖. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีโครงสร้างงานอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่ยังขาดผู้รับผิดชอบงานตามกรอบโครงสร้าง ๗. ยังขาดบุคลากรที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล
งบประมาณ/การเงิน เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์รวมถึงเทคโนโลยี	๑. ศูนย์วิชาการมีเครื่องมือวิทยาศาสตร์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สามารถตรวจ/ เฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ๒. มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่าย ๓. มีงบดำเนินการจากส่วนกลาง ๔. มี พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ๕. มีมาตรฐานงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA)	๑. เครื่องมือการตรวจ/ เฝ้าระวังอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับภูมิภาคไม่เพียงพอ ทำให้การสนับสนุนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ ๒. ขาดการจัดการองค์ความรู้ และงานวิจัยที่ตอบโจทย์การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ๓. หน่วยงานระดับจังหวัดยังขาดเครื่องมือวิทยาศาสตร์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สามารถตรวจ/เฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ๔. งบประมาณ (ระดับจังหวัด) รวมเป็นก้อนเดียวกัน ถูกนำไปใช้ในงานอื่น
การบริหารจัดการ	๑. มีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒. มีกลไกในระดับจังหวัดในรูปแบบคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) เพื่อแก้ปัญหาอนามัย	๑. การถ่ายโอนงานลงท้องถิ่น ยังขาดการประสานและกำหนดบทบาทในแต่ละภาคส่วน ทำให้แต่ละส่วนยังทำหน้าที่ไม่ได้เต็มที่ ๒. คณะกรรมการ อสธจ. ไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

ประเด็น	จุดแข็ง	จุดอ่อน
	สิ่งแวดล้อม ๓. มีกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รับผิดชอบในแต่ละจังหวัด ๔. กำหนดให้เป็นการทำงานแบบบูรณาการระหว่างกรม	๓. การดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบไม่เข้มแข็ง
การกำกับติดตามประเมินผล	๑. มีการประชุมติดตามการดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือน ๒. มีการติดตามประเมินผลด้วยตัวชี้วัดที่ชัดเจน ๓. มีคณะกรรมการ PM ระดับเขต ๔. มีคณะนิเทศติดตามระดับศูนย์เขต ๕. การนิเทศบูรณาการของสำนักนายกรัฐมนตรี	๑. มีข้อกำจัดในการติดตามประเมินผล โดยมุ่งเน้นตัวชี้วัดมากเกินไป มุ่งเน้นการทำตามตัวชี้วัดมากกว่าการแก้ปัญหาภายในเขต ๒. การทำงานของ PM เขต ไม่คล่องตัว ๓. งานขยะและสิ่งแวดล้อมไม่เป็นตัวชี้วัดติดตามของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

๘.๒ โอกาส-อุปสรรค

ประเด็น	โอกาส	อุปสรรค
Politics	๑. มีแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ๒. มีแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ๓. มีการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถจัดการปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ได้ ๔. มีกฎหมายที่เอื้อต่อการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ พ.ร.บ. รักษาความสะอาดของบ้านเมือง ฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๖๐ ๕. มีกลไกการขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัด ได้แก่ อสธจ. ๖. มีนโยบายด้านการบริหารจัดการ	๑. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วนยังขาดการออกเทศบัญญัติและการบังคับใช้ ๒. กลไกการขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด หรือ อสธจ. ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานน้อย

ประเด็น	โอกาส	อุปสรรค
	ขยะมูลฝอยชุมชน "จังหวัดสะอาด" ๗. แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม (แผนงานบูรณาการชาติ) ๘. กรมควบคุมโรค ๔.๐	
Economics	๑. การเปิดประชาคมอาเซียนและเปิดเสรีทางการค้า เป็นการเปิดโอกาสเกิดการขยายตลาดและเพิ่มโอกาสทางธุรกิจ ๒. การร่วมลงทุนระหว่างรัฐและเอกชน ๓. เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	๑. มีแรงงานข้ามชาติทำให้เกิดโรคติดต่อ และความรู้ของแรงงานเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล ๒. การลงทุนและการพัฒนาเศรษฐกิจ พิจารณาผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพน้อย ๓. การค้าชายแดน
Social/Cultures	๑. มีระบบการพัฒนาคุณภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ที่ได้มาตรฐาน ๒. มีการทำงานในรูปแบบเครือข่ายที่เข้มแข็งเช่น ชมรมอนามัยสิ่งแวดล้อมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๓. ทุกจังหวัดในเขตมีกลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ๔. มีต้นแบบการดำเนินงานด้านอนามัยสิงแวดล้อม เช่น ศูนย์เรียนรู้ฯ ของศูนย์อนามัย สุดยอดส้วมระดับประเทศ โรงพยาบาลลดโลกร้อน	๑. ค่านิยมและพฤติกรรมของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปตามเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการบริโภคเกินความจำเป็น ทำให้เกิดปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ขยะเพิ่มมากขึ้น บริโภคอาหารนอกบ้าน บริโภคน้ำบรรจุขวด ๒. ชุมชน/ประชาชนการมีส่วนรวมในการแก้ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนน้อยลง คิดว่าเป็นภารกิจของราชการที่ต้องทำ ๓. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำระบบการพัฒนาคุณภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมมาใช้ในการพัฒนาการให้บริการได้ไม่ครอบคลุม ๔. แรงงานต่างด้าว ๕. ประชากรข้ามถิ่น - ข้ามชาติ
Technology	๑. มีระบบ IT ที่สนับสนุนการดำเนินงาน เช่น NEHIS Google Map สารสนเทศด้านสุขาภิบาลอาหาร ๒. เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทำให้ผู้ประกอบการ ผู้บริโภคและหน่วยงานต่างๆ เข้าถึงและเชื่อมโยงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็ว ๓. การจัดการขยะแบบยั่งยืน ๔. Clean Technology ๕. ขยะเป็นน้ำมัน	๑. การ Update ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมยังไม่ทันเหตุการณ์และการสื่อสารสาธารณะน้อย ๒. การศึกษาวิจัยไม่เพียงพอที่จะตอบสนองปัญหาที่สำคัญภายในเขต ๓. เทคโนโลยีก้าวหน้ารวดเร็ว ทำให้การแก้ไขปัญหาเป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ๔. ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเด็น	โอกาส	อุปสรรค
	๖. Integrated Multiple Solid Waste Management (IMSWM)	
Legislation	๑. มี พ.ร.บ.การสาธารณสุขที่ปรับปรุงกฎกระทรวง ประกาศกระทรวง อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ๒. มีมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ๓. ร่าง พ.ร.บ. โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ..... ๔. พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๓๕ ๕. คณะกรรมการ อสธจ. ๖. คณะกรรมการ อช. ระดับจังหวัด	๑. การบังคับใช้กฎหมายยังน้อย ๒. กฎหมายระหว่างหน่วยงานมีความซับซ้อนขาดการบูรณาการร่วมกัน ๓. มาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคม ๔. การบูรณาการงานจัดการสิ่งแวดล้อมกับการจัดการสุขภาพของหน่วยงาน ๕. การออกข้อบัญญัติของท้องถิ่นจากกฎหมายหลัก
Environment	มีเครือข่ายการดำเนินงานระดับเขต/ภาค เช่น สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค	๑. Climate Change ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ๒. การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามมา เช่น แรงงานอพยพ การเดินทาง การเพิ่มปริมาณขยะและสิ่งปฏิกูล ที่พักแรงงาน

ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ รวมถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และความท้าทาย เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ สามารถนำมาจัดทำยุทธศาสตร์/กลยุทธ์เชิงรุกในการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ เพื่อเสริมสร้างเครือข่าย ขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ การผลักดันกฎหมาย เครื่องมือ และเทคโนโลยีที่จะเข้ามาช่วยเสริมความแข็งแกร่งของระบบที่มีอยู่ รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาสำหรับแผนงานที่สำคัญ ๔ แผนงาน ได้แก่ (๑) แผนงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (๒) แผนงานการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (๓) แผนงานการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และ (๔) แผนงานการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ดังมีรายละเอียดในบทที่ ๕

บทที่ ๕
ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ
(Promotion and Prevention Excellence หรือ PP Excellence)

วิสัยทัศน์ (Vision)

“ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะและมีความสุข ภายในปี ๒๕๗๙ ”

พันธกิจ (Mission)

พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อให้เกิดสุขภาวะ

เป้าประสงค์ (Goals)

๑. ทุกครอบครัวที่ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทย ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อการมีสุขภาวะผ่านการสร้างเสริมสุขภาพ
๒. ประชาชนปราศจากโรคและภัยสุขภาพด้วยการจัดบริการในทุกระดับซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม
๓. ประชาชนได้รับการปกป้องด้านสุขภาพด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยคุ้มครอง ด้วยมาตรการเชิงนโยบาย กฎหมาย สังคมและสวัสดิการ อย่างมีประสิทธิภาพ
๔. สภาพแวดล้อมทุกแห่งได้รับการพัฒนาให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนทุกคน

วัตถุประสงค์ (Objectives)

๑. จัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย โดยเน้นความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้มีความรอบรู้เรื่องสุขภาพ
๒. เพิ่มความเข้มแข็งของการจัดบริการป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม
๓. มีการขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมาย ทางสังคมและสวัสดิการ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
๔. มีการปรับปรุงพัฒนาสภาพแวดล้อมทุกแห่งเพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนทุกคน

<u>สุขภาวะสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)</u>

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R – Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
๑. พัฒนาบริการเตรียมความพร้อมของประชากรวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ที่เป็นมิตรและครอบคลุม	- ผลักดันให้ MCH Board สร้างกลไกหรือสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน	- ขับเคลื่อนงานผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุนชุดโครงการ Smart Kids Project สำหรับของบฯ กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล) - สรรหาแหล่งทุน เครือข่ายภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน	- สร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ในโรงพยาบาลแม่ข่าย-ลูกข่าย เพื่อกำกับติดตามการดำเนินงาน - นิเทศติดตาม/ เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกปี - ผลักดันให้มีกฎหมาย/ มาตรการทางสังคม เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระแสการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ของคนในสังคม - กำกับติดตามการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติโดยภาคส่วนต่างๆ ในสังคม รวมไปถึงการทบทวนและประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ทั้งระยะสั้นและระยะยาว	- ส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเรื่องพ่อแม่คุณภาพ (โครงการหญิงไทยแก้มแดง) - สร้างระบบการสื่อสารผ่านระบบ E-book และ Application	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถจัดบริการได้ตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และมีศักยภาพในการพัฒนานวัตกรรม/ ความรอบรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างการเปลี่ยนแปลงในสังคม - สร้างความตระหนักรู้ของประชาชนในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R – Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
๒. พัฒนาบริการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอดที่ปลอดภัย เป็นมิตร และครอบคลุมการป้องกันภาวะซีดและการเสริมเกลือไอโอดีนแก่มารดา	- ร่วมมือกับองค์กรหลักและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (๔ กระทรวงหลัก)	- ขับเคลื่อนงานผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุน Menu Smart Kids Project สำหรับของบฯ กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล) - สรรหาแหล่งทุนเครือข่ายภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชน	- สร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ในการกำกับติดตาม ช่วยเหลือการดำเนินงานของชุมชน - ผลักดันและสนับสนุนให้มีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (เครียด ซึมเศร้า) - ผลักดันให้มีกฎหมาย/มาตรการทางสังคม เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการมาฝากครรภ์เร็ว และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	- ส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเรื่องการเลี้ยงดูบุตรในยุค Thailand ๔.๐ - สร้างระบบการสื่อสารผ่านระบบ E-book และ Application	- เสริมสร้างสมรรถนะของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ สามี พ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็ก
๓. การส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมภาวะโภชนาการตามวัย และพัฒนาสถานเลี้ยงดูเด็กที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัย	- ผลักดันคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดให้พัฒนากลไกหรือเครื่องมือในการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กปฐมวัยจากทุกภาคส่วนแบบบูรณาการ - สรรหาความร่วมมือจากภาคีที่เกี่ยวข้อง/ จิตอาสาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	- ขับเคลื่อนงานผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุน Menu Smart Kids Project สำหรับของบฯ กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล) - สรรหาแหล่งทุนเครือข่ายภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชน	- สร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ในการกำกับติดตาม ช่วยเหลือการดำเนินงานของชุมชน - ผลักดัน สนับสนุน ไม่ให้มีการละเมิด Code milk	- ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายโภชนาการ ๒,๕๐๐ วันแรก และนโยบายดื่มนมเหมาะสมตามวัย - ส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเรื่องการเลี้ยงดูบุตรในยุค Thailand ๔.๐	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอนามัยแม่และเด็ก - สร้างความตระหนักรู้ในพ่อแม่ผู้ปกครองและครอบครัว - ผลักดันให้เกิดนวัตกรรมการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กจากภาคประชาชน

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R – Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
	- ร่วมมือกับองค์กรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการสร้างความตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาเด็ก			- สร้างระบบการสื่อสารผ่านระบบ E-book และ Application	
๔. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพ	- เครือข่ายศูนย์วิชาการในระดับเขต - คณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - สสจ. สสอ .รพศ. รพท. รพช. รพ.สต.	- มีงบประมาณสนับสนุนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก สปสช. - กองทุนสุขภาพตำบล	- กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๘ (International Health Regulation ๒๐๐๕; IHR ๒๐๐๕) - ความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก (Global Health Security Agenda; GHSA) - พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ - พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ - กรอบแนวทางการบริหารจัดการลูกโซ่ความเย็น ระบบการให้บริการ ระบบการติดตามประเมินผลงานวัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - สร้างระบบการกำกับติดตาม	- จัดทำ เผยแพร่ SOP เกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน	- อบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะด้านการพัฒนาฐานข้อมูล และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง - เสริมสร้างความตระหนักให้ประชาชนมารับวัคซีนตามนัด

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R – Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
			การตรวจสอบความถูกต้องการลงบันทึกรายบุคคลในฐานข้อมูล - แนวทางการประเมินรับรองเพื่อมอบเกียรติบัตรการพัฒนายกระดับมาตรฐานหน่วยงานให้บริการวัคซีนที่มีคุณภาพ		
๕. พัฒนาระบบสวัสดิการสังคมเพื่อสร้างสวัสดิภาพสำหรับเด็กปฐมวัย	- สรรหาเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชน เพื่อผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมในการสร้างสวัสดิการสำหรับเด็กปฐมวัยเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวอบอุ่นและชุมชนเข้มแข็ง	- สนับสนุนให้มีการดำเนินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง - สนับสนุนเงินสวัสดิการสำหรับกลุ่มเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น ได้แก่ เงินค่าอาหารว่าง ค่าอาหารกลางวัน ค่าวัสดุอุปกรณ์การศึกษา	- ผลักดันให้คงนโยบายสวัสดิการเพื่อดูแลเด็กปฐมวัยที่อยู่ในภาวะเปราะบางและด้อยโอกาส - ผลักดันให้คงมาตรการด้านสวัสดิการสังคมเพื่อส่งเสริมการเกิดคุณภาพ	- สื่อสาร/ สร้างค่านิยมในสังคม ให้เกิดการลงทุนกับเด็กปฐมวัย - สร้างระบบการสื่อสารผ่านระบบ E-book และ Application	- สร้างความตระหนักให้เครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชนเห็นความสำคัญของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตั้งแต่ปฐมวัย
๖. ส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการด้านสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์อย่างสมวัย	- ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตเด็กระดับเขต	- ขับเคลื่อนงานผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุน Menu Smart	- พัฒนาระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ในการกำกับติดตาม ช่วยเหลือ และเสริมพลังการดำเนินงานของชุมชน	- สื่อสารพัฒนาการเด็กด้วยรถเคลื่อนที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กเขต ๑๐ - สร้างกระแสให้เกิด	- สร้างคุณค่าหลักสูตร Grand Parent training เพื่ออบรมพ่อแม่ ผู้ปกครองกลุ่มเสี่ยงในการดูแลลูกให้

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R – Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
		Kids Project สำหรับของบฯ กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล) - กรมสุภาพจิต		ค่านิยม เพื่อให้พ่อแม่ผู้ปกครองเด็ก/เด็กกลุ่มเสี่ยง เข้าโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย	เหมาะสม - ผลักดันให้มีพยาบาล PG เด็ก ให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล
๗. ส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อเด็กปฐมวัย	- ผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรในชุมชน ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก	- สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการระดมทุนเพื่อส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก - ขับเคลื่อนงานผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุน Menu Smart Kids Project สำหรับของบฯ กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล)	- สร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ในการกำกับติดตาม ช่วยเหลือ และเสริมพลังการดำเนินงานของชุมชน - ผลักดันให้มีกฎหมาย/มาตรการทางสังคมเพื่อกระตุ้นให้เกิดกระแสการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อกาเจริญเติบโตและพัฒนาการ	- ส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงง่ายและสร้างกระแสสังคมในเรื่องการสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง - สร้างระบบการสื่อสารผ่านระบบ E-book และ Application	- เสริมสร้างสมรรถนะ ปรับแนวคิดของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก ให้เห็นความสำคัญของการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

สุขภาวะเด็กวัยรุ่นไทย (กลุ่มอายุ ๑๕-๒๙ ปี)

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
๑. เด็กวัยเรียน วัยรุ่น เจริญเติบโตเต็มศักยภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	- ส่งเสริมการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนระดับเขต ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข	- พัฒนาแนวทางการแสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน - สร้างหุ้นส่วนการดำเนินงานส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น (อปท./ สพป./ สพม.)	- ส่งเสริมการเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการ	- สร้างกระแสการดำเนินงาน - ส่งเสริมการใช้นวัตกรรม หรือรูปแบบบริการสาธิตในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ	- พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย - สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม - การสนับสนับสนุนเครือข่ายการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่น
๒. พัฒนาระบบเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ในเด็กวัยเรียน	- ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ - ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด - ท้องถิ่นจังหวัด - สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา	- งบประมาณจากกรมสุขภาพจิต - แสวงหาแหล่งทุนจากภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน (สปสช./ อปท./ สสส.)	- สร้างระบบพี่เลี้ยงในพื้นที่ (โรงเรียน โรงพยาบาล) ให้มีระบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ - เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์	- สื่อสารสร้างความตระหนักเรื่อง IQ และ EQ ผ่านโมบาย IQ ดี EQเด่น	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ - สร้างความตระหนักรู้ให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครองในการดูแลและเฝ้าระวังเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
๓. เด็กวัยเรียน วัยรุ่น มีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม	- สร้างความเข้มแข็งให้อนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - เชื่อมโยงและพัฒนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพวัยเรียนวัยรุ่นเดิม ได้แก่ ๑.เครือข่าย YFHS ๒.เครือข่าย TO BE NUMBER ONE ๓.องค์กรพัฒนาเอกชน (PATH/ สมาคมฟ้าสีรุ้งฯ) และ ๔.เครือข่ายแกนนำเด็กไทยทำได้	- แสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน (สสส./ สปสช./ วช.) - สร้างหุ้นส่วนการดำเนินงานส่งเสริมการเจริญเติบโตเด็กวัยเรียนวัยรุ่น (อปท./ สพป./ สพม.)	- ติดตามการดำเนินงานตาม พรบ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙ - ติดตามการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์เด็กวัยเรียนวัยรุ่น - ประเมินรับรองมาตรฐาน/ เยี่ยมเสริมพลังตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	- ส่งเสริมการใช้นวัตกรรมเป็นแนวทางการพัฒนา	- พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสื่อมวลชนในการสื่อสาร พรบ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙ - พัฒนา สนับสนุนองค์ความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ให้กับบุคลากร ภาคีเครือข่ายทุกระดับ

<u>กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี)</u>

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
การส่งเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มวัยทำงาน	- สร้างความเข้มแข็งให้ภาคีเครือข่ายทุกระดับ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน และสนับสนุนผลักดัน ขับเคลื่อนให้มีการนำไปใช้และขยายผลในพื้นที่ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ๑.สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ ๒.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ๓.ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี ๔.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๕.โรงพยาบาลทุกระดับ (รพศ./ รพท./ รพช./ รพ.สต.) และโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ๖.องค์กรปกครองท้องถิ่น/ เทศบาล/ องค์การบริหารส่วนตำบล ๗.สำนักงานสวัสดิการและแรงงานจังหวัด ๘.สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด	- สนับสนุน และร่วมค้นหาทรัพยากรและทุนสังคมในการดำเนินงานในพื้นที่	- พัฒนาระบบ และกลไกการควบคุม กำกับติดตาม ประเมินผล และระบบการสะท้อนข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การนำมาตรการส่งเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มวัยทำงานไปใช้ให้มีประสิทธิภาพ	- ชี้นำ สื่อสาธารณะส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการสร้างนโยบายสาธารณะและมาตรการทางสังคมในพื้นที่	- เสริมสร้างสมรรถนะและพัฒนาศักยภาพภาคีทุกระดับ ให้มีความรอบรู้ (Health Literacy) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
	๙.สำนักงานประกันสังคม ๑๐.สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ๑๑.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๐ อุบลราชธานี ๑๒.ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี ๑๓.ประชาสัมพันธ์จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ๑๔.หน่วยงานด้านการศึกษา ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ๑๕.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ๑๖.สถานประกอบกิจการภาคเอกชน ๑๗.มูลนิธิในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ๑๘.ชมรมสุขภาพและชมรมอื่นๆ ๑๙.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับศาสนกิจทุกศาสนาในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ๒๐.เครือข่ายประชาสัมพันธ์ในเขตสุขภาพที่ ๑๐				

<u>กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)</u>

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B-Building Capacity
<u>ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง (strong)</u> ๑. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	- ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี - ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี - โรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี - สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - องค์กรปกครองท้องถิ่น - รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. - สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) - สาขาสภาผู้สูงอายุฯ	- องค์กรปกครองท้องถิ่น - สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๑๐ อุบลราชธานี - เขตสุขภาพที่ ๑๐ - ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - หน่วยบริการของรัฐ - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) - สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบฯ (กศน.)	- สนับสนุนการใช้กลไกคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ - สนับสนุนการใช้เกณฑ์ประเมินมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์	- สนับสนุนกลยุทธ์การสื่อสารนวัตกรรมเพื่อขยายผล - สนับสนุนให้เกิดการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ - สนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ - พัฒนาระบบข้อมูล Digital health: Application สถานการณ์ข้อมูล/ ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง	- พัฒนาศักยภาพแกนนำจิตอาสาภาคประชาชน ให้มีความรู้และทักษะตามหลัก ๓อ ๒ส ๑ฟ - พัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพและประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาทักษะกายใจในผู้สูงอายุ - จัดทำแหล่งความรู้และคู่มือด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B-Building Capacity
๒. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว - Long term care - ชมรมผู้สูงอายุ - โรงเรียนผู้สูงอายุ - ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	- ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี - ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี - โรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี - สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - องค์กรปกครองท้องถิ่น - รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.	- องค์กรปกครองท้องถิ่น - สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๑๐ อุบลราชธานี - เขตสุขภาพที่ ๑๐ - ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - หน่วยบริการของรัฐ - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด	- ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายกับผู้สูงอายุ (ฉบับที่ ๖) “การประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน” - ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ - เกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - หลักสูตรการอบรม CM และ CG - เกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	- พัฒนาระบบบริการให้ผ่านตำบล LTC คุณภาพ - สนับสนุนกลยุทธ์การสื่อสารนวัตกรรมและขยายผล เพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ - สร้างชุมชนต้นแบบ (aging society) เพื่อขยายผลสู่ชุมชนอื่น	- พัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) - พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) - พัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุ/ จิตอาสาในการดูแลสุขภาพ - จัดทำแหล่งความรู้และคู่มือเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย - หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B-Building Capacity
๓. ส่งเสริมสุขภาวะช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุ - หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากในผู้สูงอายุ - ชมรมผู้สูงอายุโดดเด่นด้านทันตสาธารณสุข	- ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี - ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี - โรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี - สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - องค์กรปกครองท้องถิ่น - รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. - สาขาสภาผู้สูงอายุ ฯ	- องค์กรปกครองท้องถิ่น - สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๑๐ อุบลราชธานี - เขตสุขภาพที่ ๑๐ - ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - หน่วยบริการของรัฐ - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	- แผนงานทันตสุขภาพในผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๕	- สนับสนุนให้เกิดการจัดบริการส่งเสริมป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ในทุกหน่วยบริการ - สนับสนุนสื่อและนวัตกรรมในการจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ	- พัฒนาศักยภาพของทันตบุคลากรในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ - พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปาก

<u>กลุ่มศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)</u>

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Build Capacity
ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)	- สำนักส่วนกลาง - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี - เขตสุขภาพที่ ๑๐ - คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดทุกจังหวัด - กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น - ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี - ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๐ อุบลราชธานี - ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานปศุสัตว์เขต/สำนักงานปศุสัตว์จังหวัด	- โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ หมวด Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) - งบพัฒนาจังหวัด - งบสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน	- ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ - แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘ - กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๔๘ (International Health Regulation ๒๐๐๕; IHR ๒๐๐๕) - ความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก (Global Health Security Agenda; GHSA) - กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ.๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ - พ.ร.บ.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.๒๕๕๐	- แนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๔ - การจัดฝึกซ้อมแผน Drill Exercise ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับเขตสุขภาพ - ส่งเสริมการใช้ พ.ร.บ. ในการป้องกันควบคุมโรค - แนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมในภาวะฉุกเฉิน	- อบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะด้านจัดการภาวะฉุกเฉินแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง - รวบรวมและพัฒนาฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง - ฝึกซ้อมและทดสอบการปฏิบัติงานจริงเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ - จัดทำ SOP เกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน - มีห้องและวัสดุอุปกรณ์ตามมาตรฐานที่กำหนดขั้นต่ำ และมีระบบข้อมูลที่ครบถ้วนเป็นปัจจุบันสามารถใช้ในการสั่งการได้อย่างมีประสิทธิภาพ - เสริมสร้างให้ประชาชนมีศักยภาพในการป้องกันและ

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Build Capacity
	- ศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เขต ๑๓/ สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด - สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค - สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด - กองทัพภาค - องค์กรปกครองท้องถิ่น - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. - กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัด/ สถานีตำรวจภูธร		- พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ - พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ - พ.ร.บ.โรคระบาดสัตว์ พ.ศ. ๒๕๕๘	และภัยพิบัติ	แก้ไขปัญหาภาวะฉุกเฉิน/ ภัยพิบัติที่มีความเสี่ยงจะเกิดขึ้นในพื้นที่

<u>กลุ่มโรคติดต่อ (วัณโรค)</u>

ประเด็น	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Build Capacity
๑. การค้นหาเชิงรุกกลุ่มเสี่ยง	- เรือนจำ - อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคสูง - ด่านชายแดนกลุ่มเป้าหมาย - ผู้ต้องขังในเรือนจำ - ผู้ติดเชื้อ HIV - ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน - ผู้ป่วยเบาหวาน - ผู้สูงอายุ - แรงงานต่างด้าว	- Mobile X-ray - เครื่องตรวจ Molecular	- มาตรฐานการค้นหาผู้ป่วย - มาตรฐานการรักษาตามแนวทางแห่งชาติ	- การประชาสัมพันธ์ - มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค	- การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบให้มีความรู้และทักษะ
	<u>กิจกรรมสำคัญ</u> ๑.ประชุมถ่ายทอดเป้าหมายแก่ผู้ประสานงานระดับจังหวัด อำเภอ และเรือนจำ (เครือข่าย) ๒.ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และเรือนจำ ค้นหาวัณโรคในผู้ต้องขัง ๓.ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องวัณโรคแก่กลุ่มเป้าหมายหลัก (แผ่นพับ วิทยุโทรทัศน์ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง) ๔.ติดตามการดำเนินงานกิจกรรมค้นหาในพื้นที่เป้าหมาย ๕.เร่งรัดการนำผู้ป่วยมาขึ้นทะเบียนให้ครอบคลุม (โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน)				
๒. การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค	- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - โรงพยาบาล	- การศึกษาวิจัยพัฒนายาใหม่ - การศึกษาวิจัยพัฒนาระบบการ	- มาตรฐานการรักษาตามแนวทางแห่งชาติ - พ.ร.บ.ควบคุมโรคติดต่อ	- มาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) - มาตรฐานเรือนจำ	- การพัฒนาศักยภาพแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบให้มีความรู้และทักษะการดูแลรักษา

ประเด็น	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Build Capacity
	- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	กำกับการกินยา (DOT by Phone)		คุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTBP)	
	<u>กิจกรรมสำคัญ</u> ๑.พัฒนาและปรับปรุงคู่มือ มาตรฐาน ร่วมกับสำนักวัณโรค ๒.ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรและถ่ายทอดเป้าหมายและมาตรฐานแก่โรงพยาบาลในพื้นที่ ๓.โรงพยาบาลในพื้นที่ประเมินตนเองและส่งรายชื่อให้จังหวัด เพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี. ๔.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี ลงพื้นที่ประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค (QTB) ๕.ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ๖.มอบใบประกาศเกียรติคุณ				
๓. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคม	- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - โรงพยาบาล - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - ชุมชน	- การศึกษาวิจัยการใช้ศักยภาพชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม	-	- การเสริมพลังชุมชน มอบรางวัลชุมชน องค์กรที่ทำงานได้ดี	- การพัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีพลังในการดูแลสุขภาพตนเอง
	<u>กิจกรรมสำคัญ</u> ๑.พัฒนาฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ๒.ถ่ายทอดเทคนิคการดูแลผู้ป่วยแก่พื้นที่ ๓.ร่วมกับพื้นที่ลงติดตามประเมิน เยี่ยมผู้ป่วย (Case management)				

<u>กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (DM/HT)</u>

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Build Capacity
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง CVD Risk ในกลุ่มวัยทำงาน	- การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ๑.สคร.๑๐ กรมควบคุมโรค ๒.ศอ.๑๐ กรมอนามัย ๓.ศจ.๑๐ กรมสุขภาพจิต ๔.โรงพยาบาลมะเร็งฯ กรมการแพทย์ ๕.สบส.๑๐ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๖ ศว.๑๐ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๗.กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๘.สปสช.เขต ๑๐ ๙.สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ ๑๐.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	- การพัฒนาแผนงบประมาณสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อจากกองทุนสุขภาพพื้นที่ สปสช. งบพัฒนาจังหวัด งบ Non UC งบจาก อปท. - เสริมความรู้การจัดทำแผนคำของบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ ให้ถูกต้องตามระเบียบและเวลา	- พัฒนาระบบการป้องกันควบคุมในสถานบริการสาธารณสุข และชุมชน ๑. มาตรการลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ เช่น การลดหวานมันเค็ม จานอาหารเพื่อสุขภาพ Healthy Break, Healthy Meeting งดใช้ลิฟท์ขึ้นอาคารชั้น ๒ และ ๓ ๒. มาตรการป้องกันในสถานบริการสาธารณสุขและมาตรฐานงานในสถานบริการ : NCD Clinic plus ๖๐, CKD, DPAC ๓.การคัดกรองเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง และการจำแนกกลุ่มตามปิงปองจราจรชีวิต ๗ สี ๔.การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM/HT ตา ไต เท้า และ CVD risk	- พัฒนาพฤติกรรมและการสื่อสารสาธารณะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๑.สนับสนุนนโยบายให้องค์กรทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรไร้พุง หรือองค์กรหัวใจดี ๒.พัฒนาสื่อต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค NCDs ๓.การรณรงค์ประชาสัมพันธ์/ สื่อสารความเสี่ยง ๔.สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมชุมชน	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย ๑.พัฒนาศักยภาพแกนนำ Health Leader ๒.การเยี่ยมเสริมพลัง (M&E&E)/ ประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ๓.พัฒนาศักยภาพเครือข่ายชุมชน (รพ.สต. อสม. แกนนำชุมชน) ด้านการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อและสุขภาพในชุมชน ๔.พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ และการสอบสวนโรค ๕. การพัฒนาโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนใน

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Build Capacity
	๑๑.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๑๒.กระทรวงแรงงาน ๑๓.องค์กรเอกชน/สมัชชาสุขภาพจังหวัด ๑๔.สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ๑๕.สถานศึกษา มหาวิทยาลัย โรงเรียนในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ๑๖.สื่อมวลชน ๑๗.กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัด/ สถานีตำรวจภูธร ๑๘.สำนักงานสรรพสามิตพื้นที่ ๑๙.สำนักงานเกษตรจังหวัด/ อำเภอ (สมุนไพร) ๒๐.วัด - การจัดทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) ระหว่างเครือข่าย กำหนดนโยบาย เป้าหมาย แผนงานและแนวทางฯ แบบบูรณาการ		๕.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเสี่ยง จัดระบบบริการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสห-วิชาชีพ เป็นรายกรณีและรายกลุ่ม (เขื่องในโมเดล ภูสิงห์โมเดล) ๖.มาตรการป้องกันระดับชุมชนในการลดเสี่ยงลดโรค : ชุมชนลดโรค ลดเสี่ยง NCD แบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Thai Compendium) ๗.มาตรการด้านข้อมูลเฝ้าระวังสอบสวนโรค ได้แก่ ๗.๑ พัฒนาคุณภาพของระบบข้อมูลและการจัดการข้อมูล ระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม และ HDC ๗.๒ พัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (BRFSS) ระดับชุมชน จังหวัด		setting ชุมชน/ คลินิก/ สถานประกอบการ ๖.พัฒนาบุคลากรด้านการวิจัยประเมินผล

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Build Capacity
			และเขต ๗.๓ สนับสนุนให้มีระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของชุมชน ๗.๔ การบังคับใช้กฎหมายเหล้า-บุหรี่		

ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
๑.การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ (อปท./ หน่วยงานสาธารณสุข/ หน่วยงานราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ ผู้ประกอบการ/ ประชาชน)	- พัฒนาระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น - ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่	- ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	- พัฒนาระบบเฝ้าระวังให้เป็นไปตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารและน้ำ - พัฒนา ปรับปรุงเกณฑ์มาตรฐาน ข้อกำหนด ระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ให้ทันเหตุการณ์ - ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA ๑๐๐๐/ ๒๐๐๐)	- รายงานสถานการณ์ให้กับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน - สร้างกระแสผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้ผู้บริโภคเกิดความตระหนักในการเลือกบริโภค	- ส่งเสริมศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ - เสริมสร้างศักยภาพและความพร้อมแก่ชุมชน ในการเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
๒.ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องในระดับดีมาก	- ส่งเสริมการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยในระดับเขต ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข	- พัฒนาแนวทางการแสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน - สร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ	- ส่งเสริมการเยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการ	- สร้างกระแสการดำเนินงาน - ส่งเสริมการใช้นวัตกรรม หรือรูปแบบบริการสาธิตในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ	- พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย - สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมความรอบรู้และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ - การสนับสนับสนุนเครือข่ายการสร้างเสริมความรอบรู้และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
๓.ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพถูกต้องในระดับดีมาก	- ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๐ อุบลราชธานี - ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา/มัธยมศึกษา - สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	- งบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ - แสวงหาแหล่งทุนจากภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน (สปสช./ อปท./ สสส.)	- สร้างระบบพี่เลี้ยงในพื้นที่ (โรงเรียน โรงพยาบาล) ให้มีการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน - เยี่ยมเสริมพลังแบบบูรณาการ	- สื่อสารสร้างความตระหนักเรื่องการสร้างเสริมความรอบรู้และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ - สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนวัฒนธรรมสุขภาพ - สร้างกระแสค่านิยมและวัฒนธรรมสุขภาพผ่านช่องทางการสื่อสารยุคดิจิตอล	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสร้างเสริมความรอบรู้และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ - สร้างความตระหนักรู้ให้กับครอบครัว ชุมชน

ด้านสิ่งแวดล้อม

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย					
๑.ระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวัง ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	- ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข มีระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	- ฐานข้อมูล HDC, EnvOCc, RAH, NEHIS ระบบเฝ้าระวังโรคทางอาชีวอนามัย ๕ มิติ	- พัฒนาคู่มือมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับเครือข่าย	- รายงานการเฝ้าระวังและสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่าน google map - สร้างกระแสผ่านสื่อสาธารณะและสื่อสังคมออนไลน์	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดทำระบบ
๒.กฎหมายสาธารณสุข	- ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการออกข้อกำหนดท้องถิ่นและมีการบังคับใช้ - ส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.การสาธารณสุข	- ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.การสาธารณสุข - ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณในการจัดหาเครื่องมือวิทยาศาสตร์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	- ส่งเสริมการออกข้อกำหนดท้องถิ่นให้เป็นไปตามมาตรฐาน	- รายงานสถานการณ์การออกข้อกำหนดท้องถิ่นผ่านกลไก อสธจ. - รายงานการบังคับใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นผ่านกลไก อสธจ.	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขให้มีความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ.การสาธารณสุข

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
๓.การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA)	- ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจัดคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) - สนับสนุนให้หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่เป็นผู้ให้คำแนะนำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- ส่งเสริมให้ท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังนี้ ๑.การพัฒนาบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๒.ให้ความรู้ผู้ประกอบการ ๓.การซื้อเครื่องมือ/อุปกรณ์/ ๔.ชุดทดสอบสำหรับพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	- พัฒนาคู่มือมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อกำหนดท้องถิ่น - จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับกรมอนามัยและกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในแต่ละประเด็น - ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างเทศบาล	- คืนข้อมูล OFI แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับใช้ในการพัฒนางานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม - รายงานข้อมูลสถานการณ์ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Google map สำหรับใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน	- พัฒนาศักยภาพบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - พัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงานสาธารณสุข
๔.การพัฒนามาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข (GREEN &	- สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการ - ผลักดันให้เกิดการ	- สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการใช้ทรัพยากรในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานด้าน	- สนับสนุน ส่งเสริมให้ใช้กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕ อย่างต่อเนื่อง	- ส่งเสริมให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพเพื่อการพัฒนา	- เสริมสร้างทักษะ ความเชี่ยวชาญ สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
CLEAN Hospital)	แลกเปลี่ยนเรียนรู้	อนามัยสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสาธารณสุข	- สนับสนุนให้มีการใช้มาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง - ส่งเสริมให้มีการดำเนินการตามมาตรา ๘๐ แห่ง พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๓๕	โรงพยาบาลตามมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฯ - สื่อสารผ่านสื่อสาธารณะและสื่อสังคมออนไลน์ Google map	เจ้าหน้าที่ทุกระดับ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การป้องกันและลดความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย					
๑.การจัดการสิ่งปฏิกูล	- ผลักดันให้ท้องถิ่น ผู้ประกอบการ และประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งปฏิกูลฯ	- สนับสนุน ส่งเสริม ผลักดันให้ท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณในการจัดการสิ่งปฏิกูล	- ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกข้อกำหนดท้องถิ่นและบังคับใช้ - ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA๓๐๐๐)	- ขับเคลื่อนผ่านกลไก อสธจ.	- พัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาคสาธารณสุข - จัดทำคู่มือและสื่อการเรียนรู้ระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล
๒.การคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยงและพื้นที่ทั่วไป	- ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข ประชาชน	- ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและมลพิษทางสิ่งแวดล้อม	- พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ - พ.ร.บ.ส่งเสริมและรักษา	- มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน	๑.การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เครือข่ายอาชีวอนามัยและเวชกรรม

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
(Hot Zone)	ผู้ประกอบการ และสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังฯ	- การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินไฟไหม้บ่อขยะ - การเฝ้าระวังสารตะกั่วจากสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก - การเฝ้าระวังสารตะกั่วจากสิ่งแวดล้อมในที่อยู่อาศัยในพื้นที่คัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ - การเฝ้าระวังสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบ	คุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๓๕ - ร่าง พ.ร.บ.โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม - พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ.๒๕๓๕ - พ.ร.บ.แรงงาน - คณะกรรมการ อสธจ. - คณะกรรมการ อช.ระดับจังหวัด - ส่งเสริมให้ อปท. ออกข้อกำหนดท้องถิ่นและบังคับใช้	หน่วยบริการสุขภาพ (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.) - มาตรฐานสารตะกั่วในสิ่งแวดล้อม - รายงานการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่าน Google map - สร้างกระแสผ่านสื่อสาธารณะและสื่อสังคมออนไลน์	สิ่งแวดล้อม ๒.การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย กรณีไฟไหม้บ่อขยะ ๓.การพัฒนาศักยภาพพยาบาล IC ๔.การพัฒนาศักยภาพ จนท.และเครือข่ายสำหรับพื้นที่พัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ-พื้นที่บ่อขยะ ๕.การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายในการจัดทำระบบเฝ้าระวังและเครื่อง ๖.ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
๓.การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ/เอกชน มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตาม ตามกฎหมาย	๑.สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการ ๒.ผลักดันให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	๑.สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการใช้ทรัพยากรในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของสถาน	๑. สนับสนุน/ส่งเสริมให้ใช้กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ อย่างต่อเนื่อง	๑. ส่งเสริมให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนงานเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพเพื่อการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	๑. เสริมสร้างทักษะความเชี่ยวชาญ สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
กำหนด		บริการสาธารณสุข		๒.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฯ ๓.สื่อสารผ่านสื่อสาธารณะและสื่อสังคมออนไลน์ Google map	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ การพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมระหว่างภาคีเครือข่ายและประชาชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย					
ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน (Active Community) และอาชีวอนามัย	๑.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อปท. หน่วยงานสาธารณสุข และชุมชนในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในชุมชน	๑.ส่งเสริมให้ อปท. จัดสรรงบประมาณในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในชุมชน ๒.ส่งเสริมให้หน่วยงานสาธารณสุข สนับสนุนองค์ความรู้ในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในชุมชน	๑.ส่งเสริมให้ชุมชนมีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในชุมชน	๑.คืนข้อมูลการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในชุมชนให้กับ อปท. และหน่วยงานสาธารณสุข	๑.พัฒนาศักยภาพบุคลากรของ อปท. หน่วยงานสาธารณสุข แกนนำชุมชนในจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยในชุมชน
สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยเพื่อการคุ้มครองสุขภาวะของประชาชน	๒.อปท./หน่วยงานสาธารณสุข/ประชาชน/ภาคีเครือข่ายอื่นๆ สนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย เกิดนวัตกรรมด้านอนามัย	๑.ส่งเสริมและสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง	๑.จัดทำแนวทางการดำเนินงาน/หลักสูตรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	๑.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฯ ๒.สื่อสารผ่านสื่อสาธารณะและสื่อสังคมออนไลน์ Google map	๑.พัฒนาศูนย์นวัตกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ประเด็นงาน	กลยุทธ์				
	P - Partner	I - Invest	R - Regulate & Legislate	A - Advocate	B - Building Capacity
	สิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย				
การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	๑.สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการ ๒.ผลักดันให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	๑.สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการใช้ทรัพยากรในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	๑.จัดทำหลักสูตรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย		๑. เสริมสร้างทักษะความเชี่ยวชาญ สนับสนุนองค์ความรู้ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ

บทที่ ๖

กลไกดำเนินงาน การควบคุมกำกับ และประเมินผล

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์มีความสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการต่างๆ ทั้งนี้เพราะยุทธศาสตร์เป็นเพียงแนวทางการดำเนินงาน แม้ว่าจะมีแนวทางที่ดี หากไม่สามารถขับเคลื่อนไปได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ความสำเร็จก็คงเกิดขึ้นได้ยาก

อุปสรรคของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศคือการดำเนินการให้ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงหลักทั้ง ๔ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงมหาดไทย) ให้ร่วมกันดำเนินการและประสานตามบทบาทขององค์กรและตามยุทธศาสตร์ที่วางไว้ ในขณะเดียวกัน ก็ให้การสนับสนุนองค์กรอื่นที่เป็นภาคียุทธศาสตร์ ให้ร่วมสนับสนุนงานในระดับชุมชนหรือท้องถิ่น ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดคือ งานสุขภาวะของวัยรุ่น ซึ่งปัจจุบันมีปรากฏการณ์ที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ขณะยังเป็นนักเรียน-นักศึกษา ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การแพร่เชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บทบาทของกระทรวงด้านสุขภาพ (คือ กระทรวงสาธารณสุข) ก็มีให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ ให้วัยรุ่นได้คลอดอย่างปลอดภัย เด็กทารกที่คลอดมามีสุขภาพดี และให้ยาบำบัดรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ แต่กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทน้อยมากที่จะให้นักศึกษาตระหนักในปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งบทบาทดังกล่าวเป็นของผู้ปกครองและสถานศึกษา (คือบทบาทของกระทรวงศึกษาธิการ) รวมทั้งการให้บริการสวัสดิการสังคม (คือบทบาทของกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ) กรณีดังกล่าว หากมีการบูรณาการงานอย่างเหมาะสม มีการส่งต่อข้อมูลสถานการณ์ให้ซึ่งกันและกันระหว่างองค์กรหลักต่างๆ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ก็สามารถป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศอย่างได้ผล จำเป็นต้องประกอบด้วยกลไกต่างๆ ดังต่อไปนี้

๑. กำหนดให้มีคณะกรรมการระดับเขตและระดับอื่น ๆ ที่เหมาะสมเพื่อควบคุมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์

กลไกติดตามควบคุมกำกับงานเป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดแนวนโยบายที่เหมาะสม ปรับปรุงยุทธศาสตร์ ให้มีความทันสมัย สนับสนุนบุคลากรและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนงาน รวมถึงการประสานงานระหว่างองค์กรต่างๆ และการติดตามความก้าวหน้าของงาน กลไกดังกล่าวนี้ ควรกำหนดให้มีในทุกระดับคือระดับชาติ ระดับกระทรวง (ระหว่างกรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง) ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น หน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งของกลไกที่จัดตั้งขึ้นนี้ คือการจัดทำแผนประจำปี และแผนระยะกลาง ซึ่งผนวกกิจกรรมต่าง ๆ ไว้ และกำหนดบทบาทขององค์กรต่างๆที่จะขับเคลื่อนแผน รวมทั้งกำหนดแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติตามแผนงาน

๒. ส่งเสริมบทบาทขององค์กรนอกภาคสาธารณสุขในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health-in-all policy)

งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเรื่องที่ประชาชนทุกคนต้องรับผิดชอบ การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของงาน ซึ่งย่อมหมายความว่าประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและเลือกปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีและไม่มีความเสี่ยงต่อโรค การกำหนดให้ทุกนโยบายใส่ใจสุขภาพ (health in all policy) เป็นการกำหนดว่าทุกหน่วยงานที่กำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบายจะใส่ใจว่ามี

ผลกระทบต่อสุขภาพมาก-น้อยเพียงใด ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในประชากรที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้นๆ มาก-น้อยเพียงใด และหลีกเลี่ยงที่จะกำหนดนโยบายที่เป็นภัยต่อสุขภาพของประชาชน หรือส่งเสริมส่วนที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาวะในชุมชน เป็นต้น

๓. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้มีความครอบคลุมและมีการนำไปใช้ในการพัฒนานโยบาย

ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดีย่อมช่วยให้เห็นถึงความก้าวหน้าและผลกระทบของยุทธศาสตร์ ในขณะเดียวกัน การจัดให้มีข้อมูลสุขภาพสำหรับประชาชนก็จะเป็นการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งก็จะเอื้อประโยชน์ต่องานมากขึ้น

๔. จัดระบบพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการดำเนินการและประสานงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมถึงการประเมินศักยภาพบุคลากร

งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายมาก การพัฒนาบุคลากรจึงเป็นเรื่องที่จำเป็น และสอดคล้องกับข้อกำหนดทั้งในกฎบัตรออตตาวาและกฎบัตรกรุงเทพฯ บทบาทในการพัฒนาบุคลากรเป็นขององค์กรทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรที่เป็นกระทรวงหลักของงานส่งเสริมสุขภาพทั้ง ๔ กระทรวง ขณะเดียวกัน ควรมีกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างองค์กรและชุมชนต่างๆ เพื่อจะสามารถประยุกต์แนวทางที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับต่างๆ

๕. การพัฒนาระบบนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในทุกระดับ

การนิเทศติดตามความก้าวหน้าของงานเป็นเรื่องจำเป็นในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เพื่อให้หน่ายงานที่รับการนิเทศได้เห็นว่า งานตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดเป็นงานสำคัญ และจำเป็นต้องดำเนินการให้ได้ผล ทั้งนี้ หากสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนตามกิจกรรมที่ระบุในยุทธศาสตร์ ย่อมจะเกิดผลในการลดความเจ็บป่วยของประชาชน ลดภาระโรคของครอบครัวและภาครัฐ และทำให้ประชาชนมีความสุข มีอายุขัยเฉลี่ยยาวขึ้นตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ ในทางตรงข้าม หากมีปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิผลของยุทธศาสตร์ ซึ่งหากปฏิบัติตามกิจกรรมแล้ว ไม่เกิดผลกระทบที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น การนิเทศและประเมินผลงานก็จะช่วยช่วยให้ได้ข้อมูลไปปรับปรุงยุทธศาสตร์ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

๖. ส่งเสริมการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรจากท้องถิ่นและภาคเอกชน

ทรัพยากรมีความสำคัญในการขับเคลื่อนงาน โดยทั่วไปงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาโรค และเมื่อดำเนินการได้ผล ความจำเป็นในการใช้จ่ายเงินในการรักษาโรคก็จะน้อยลง จึงเป็นหลักการสำคัญในการจัดหางบประมาณมาใช้ในการขับเคลื่อนงาน

อนึ่ง หากดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อย่างได้ผล สามารถสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพในประชาชนแล้วก็ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ก็จะยิ่งน้อยลง และถ้ายึดหลักการดำเนินงานที่ส่งเสริมพันธะรับผิดชอบต่อสังคมขององค์กรต่างๆ (social accountability) ที่จะป้องกันผลกระทบทางสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาวะของประชาชน และแสดงบทบาทปกป้องชุมชนต่อภัยสุขภาพ ก็เป็นไปได้ว่า บริษัทห้างร้านต่างๆ จะลงทุนให้การปกป้องภัยสุขภาพแก่คนในองค์กรและลูกค้า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์กรที่ดำเนินธุรกิจภายใต้หลักจริยธรรมและการจัดการที่ดีโดยรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม อาจจัดทำโครงการที่เป็น corporate social responsibility (CSR) ในด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีของสังคม ซึ่งจะเป็นการลดภาระด้านงบประมาณจากภาครัฐ

๗. สนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการควบคุมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย พัฒนามาตรการและควบคุมกำกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ด้วยหลักการพัฒนางานที่มุ่งดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand ๔.๐ ทำให้เห็นความจำเป็นในการมุ่งส่งเสริมงานวิจัยเพื่อให้มีการค้นคว้านวัตกรรมที่ได้ผลดีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้น แผนปฏิบัติการจึงควรกำหนดให้งานการศึกษาวิจัยเป็นส่วนประกอบหนึ่งของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเพิ่มความมีส่วนร่วมของมหาวิทยาลัยต่างๆ ในการศึกษาวิจัยเพื่อผลักดันให้งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความเป็นเลิศตามพันธกิจที่กำหนดไว้