

การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทย

ประจำปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)

จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

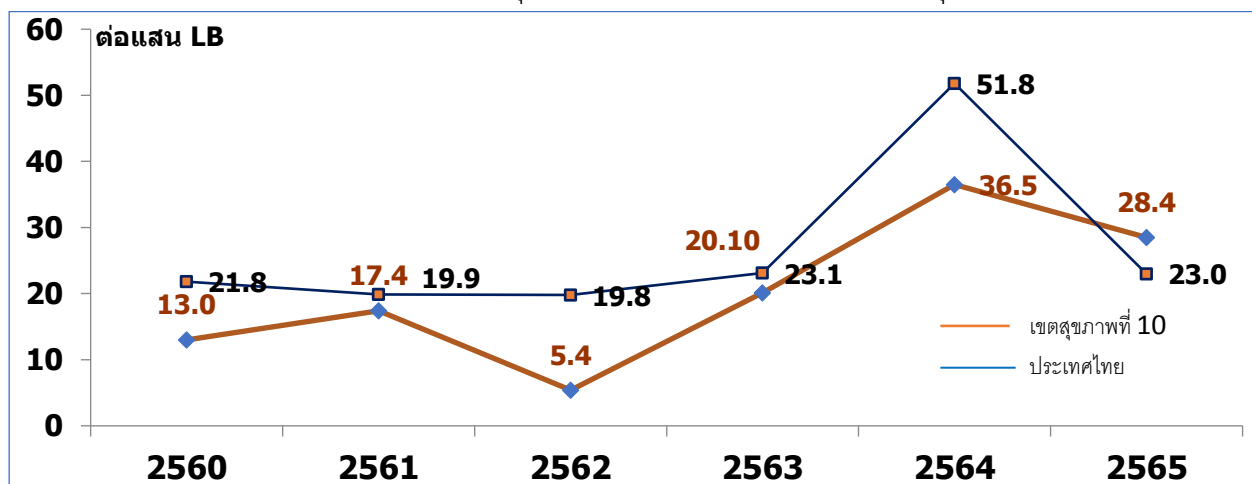
วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

อัตราการตายเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2560-2564 เท่ากับ 10.10, 13.20, 5.41 , 20.09 และ 36.47 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ขณะที่ในปี 2565 (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565) พบอัตราการตาย คิดเป็น 28.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ มีมารดาเสียชีวิตจำนวน 9 ราย วิเคราะห์สาเหตุการตาย ปี 2565 พบสาเหตุทางตรง (Direct Cause) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.2 คือ Amniotic fluid embolism ในส่วนของสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) คือทั้ง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.8 ได้แก่ ภาวะเกี่ยวกับโรคหัวใจ จำนวน 3 ราย , โรค Melioidosis จำนวน 1 ราย , High Alert Drugs จำนวน 1 ราย , SLE จำนวน 1 ราย และ unknown cause จำนวน 1 ราย

ส่วนที่ 1 ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดา (Result)

1.1 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

แผนภูมิที่ 1 สถานการณ์อัตราส่วนการตายมารดาเปรียบเทียบภาพรวมประเทศและเขตสุขภาพที่ 10 ย้อนหลัง 4 ปี (ปี 2560-2564) และปี 2565 (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565) เขตสุขภาพที่ 10

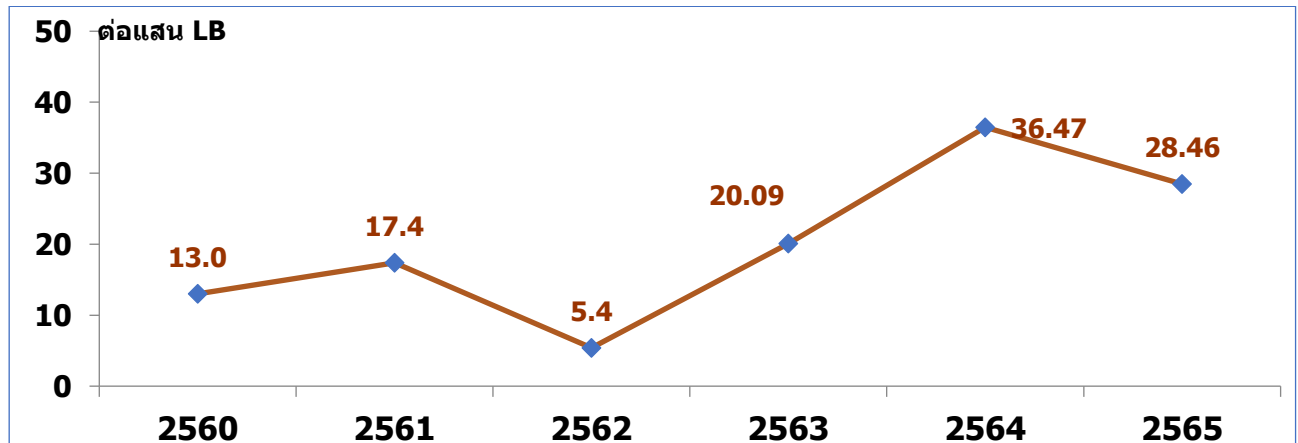


อัตราส่วนการตายมารดา ย้อนหลัง 4 ปี ของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีอัตราสูงกว่าของประเทศ และในปี 2564 มีแนวโน้มอัตราการตายมารดาสูงขึ้นมาก เนื่องจากเป็นช่วงสถานการณ์การแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 ทำให้มีอัตราการตายมารดาจาก COVID-19 เพิ่มขึ้น ประกอบกับพบ indirect cause ที่เพิ่มขึ้น จากสาเหตุมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น Heart และ Marfan Syndrome ซึ่งจากการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาได้นำมาซึ่งการทบทวนกระบวนการเฝ้าระวัง การคัดกรองภาวะเสี่ยงทางโรคอายุรกรรม การเพิ่มประเด็นการซักประวัติ การติดตามดูแลรายบุคคล ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง รวมทั้งการเฝ้าระวังในระดับปฐมภูมิ

1.2 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

แนวโน้มอัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน 2560 –2565 (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565) เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ปี 2565 อัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 28.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งเป็นผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือนหลัง จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยใน 2565 ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

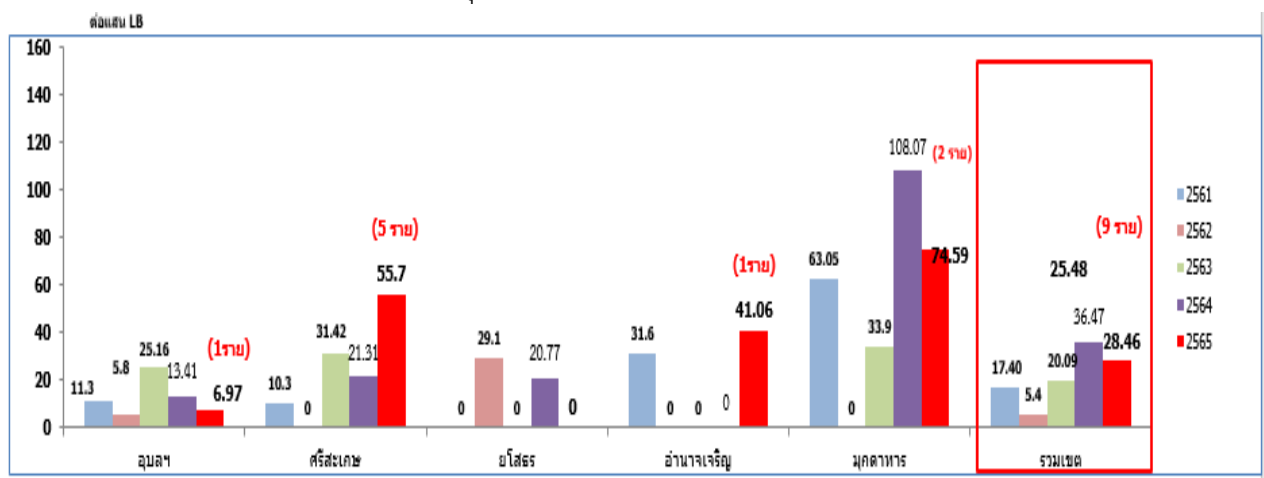
แผนภูมิที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาไทยเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2560 – 2565(ต.ค.2564 – ก.ย. 2565)



ที่มา : เด็กเกิดมีชีพจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร

และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตจังหวัดพบว่า มี 1 จังหวัด ที่ไม่พบการตายมารดา คือ จังหวัดยโสธร และจังหวัดที่พบมารดาเสียชีวิต มี 4 จังหวัด คือจังหวัดอุบลราชธานี , อำนาจเจริญ , ศรีสะเกษ และมุกดาหาร มีอัตราส่วนการตายมารดาเกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร (74.6 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) จังหวัดศรีสะเกษ (55.7 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) และจังหวัดอำนาจเจริญ (41.1 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 3 อัตราส่วนการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2560 –2565 (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)



ที่มา : เด็กเกิดมีชีพจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร

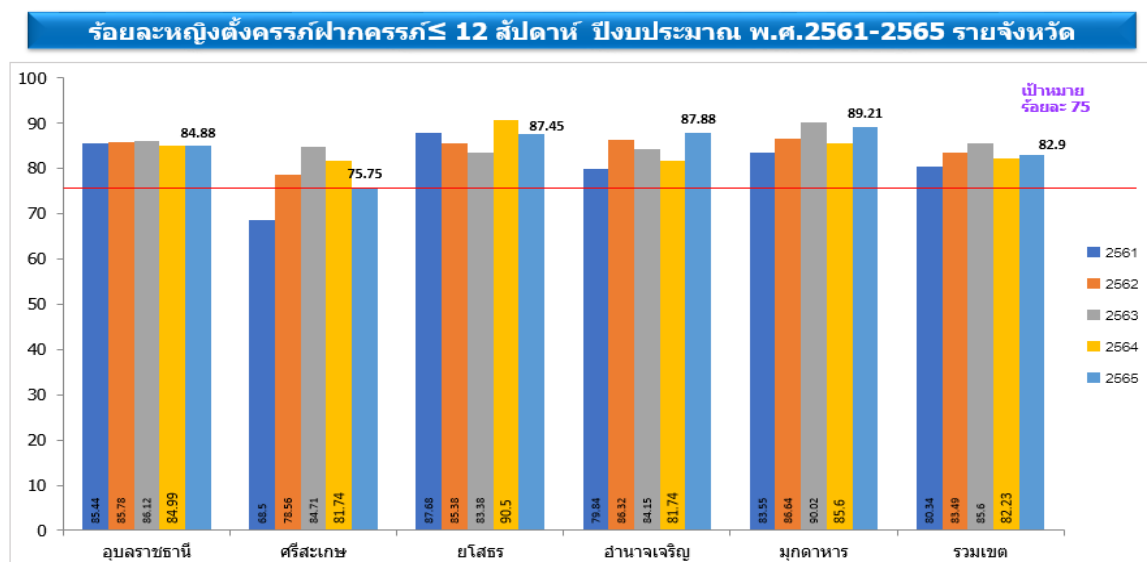
อัตราการตาย เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 9 ราย คิดเป็น 28.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ วิเคราะห์ปัญหาได้ดังนี้



1.3 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ Le (Level) ของผลการดำเนินการในปัจจุบัน

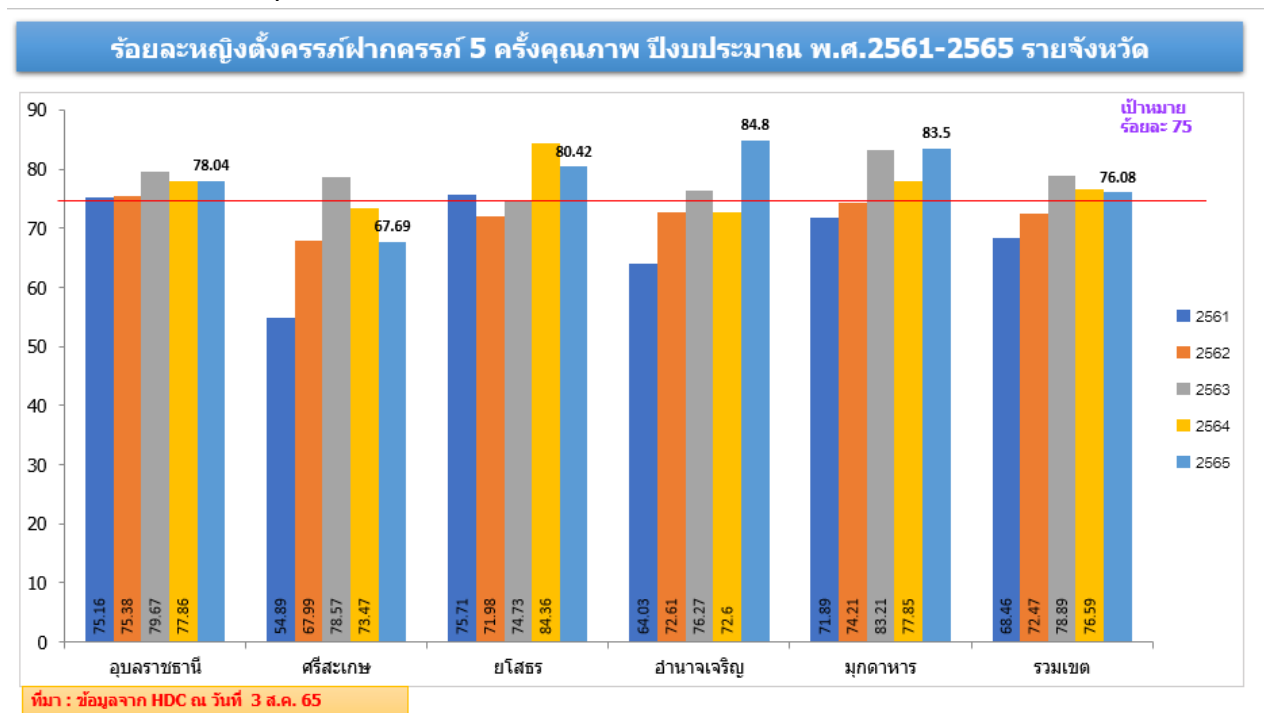
ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564 – กรกฎาคม 2565)

1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์

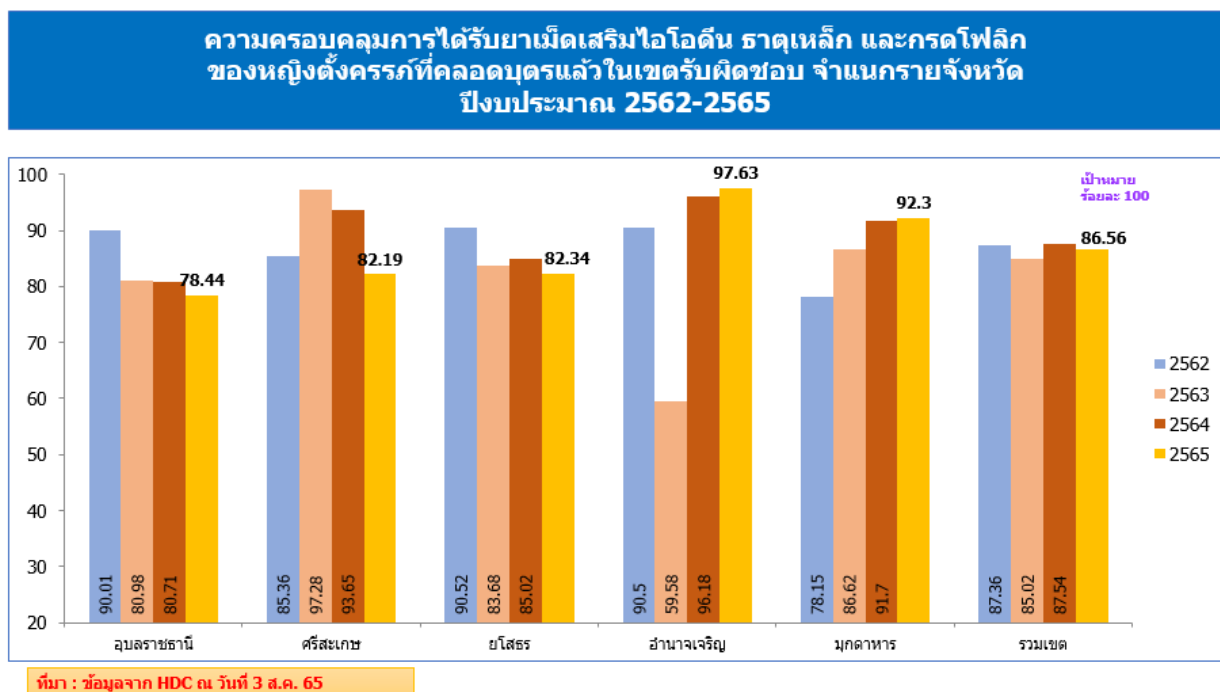


ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 3 ส.ค. 65

2) ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง

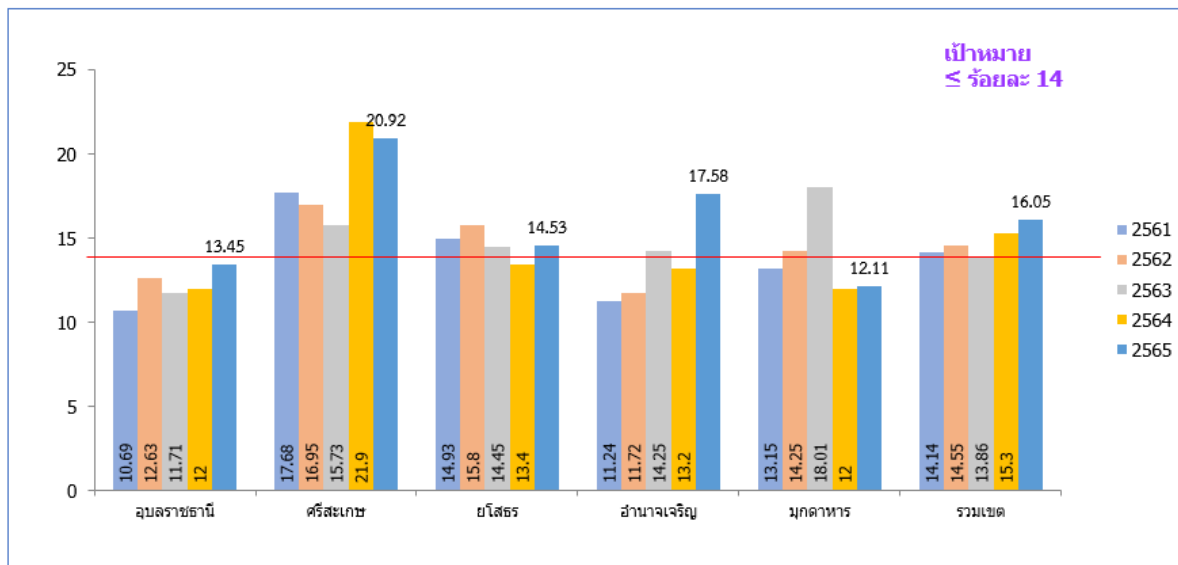


3) ความครอบคลุมการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรแล้วในเขตรับผิดชอบ



4) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

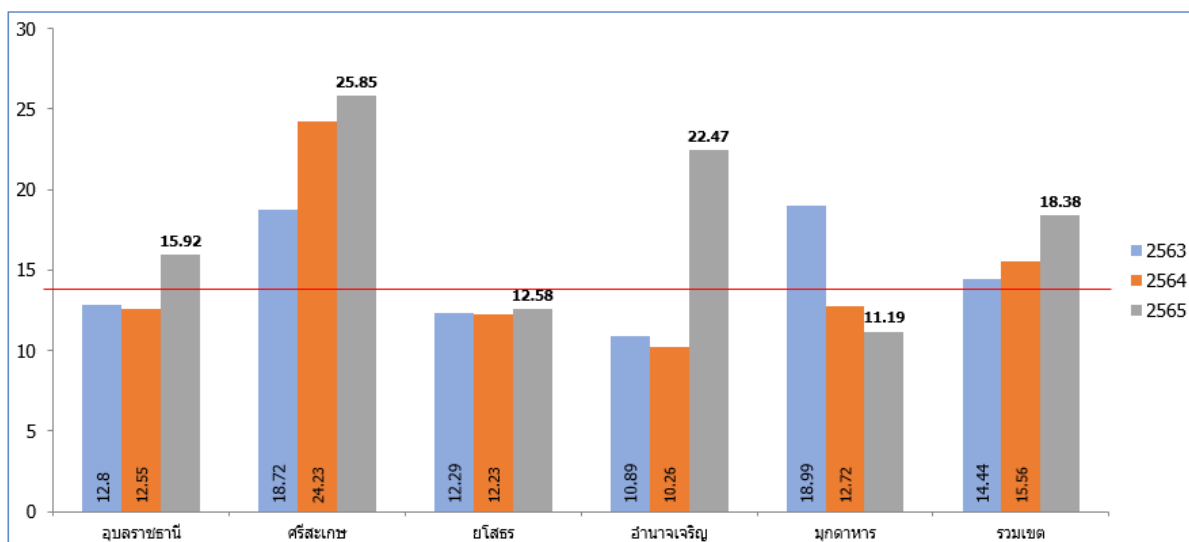
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ปิงประมาณ พ.ศ.2561-2565 รายจังหวัด



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 3 ส.ค. 65

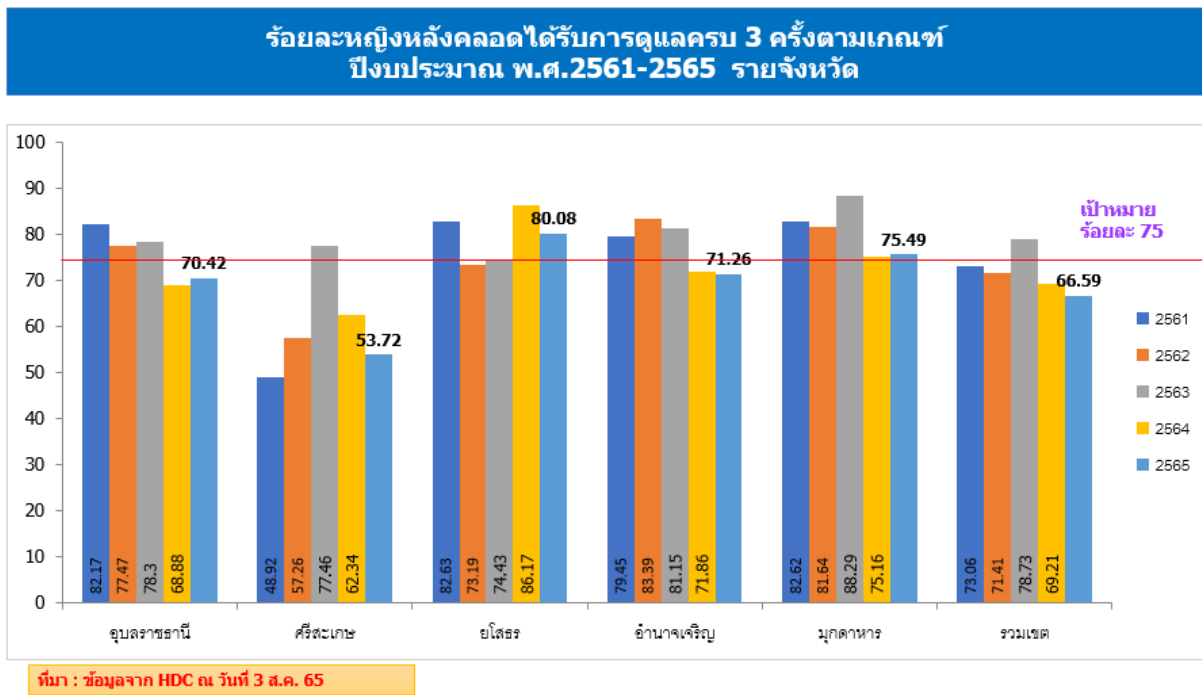
5) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (อายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์) ปิงประมาณ พ.ศ.2563-2565 จำแนกรายจังหวัด



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 3 ส.ค. 65

6) หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์



❖ ปัญหาอุปสรรค

- 1) สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน
- 2) บุคลากร MCH ในพื้นที่มีการปรับบทบาทภารกิจตามสถานการณ์เร่งด่วนของการแพร่ระบาดโรคโควิด 19
- 3) กลุ่มเป้าหมาย/ลูกค้า ส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมในการใช้สื่อในระบบ Digital

❖ ปัจจัยความสำเร็จ

- 1) ทีมงานอนามัยแม่และเด็กในทุกระดับ มีสมรรถนะสูง และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ
- 2) ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง (สสจ./สสอ./พชอ./รพสต.)
- 3) เป็นตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวง
- 4) ผู้บริหารให้ความสำคัญในทุกระดับ

❖ ข้อเสนอแนะ/ประเด็นท้าทายในการดำเนินงานในปี 2566 สำหรับพื้นที่

- 1) จังหวัดจัดทำแผนแม่บท ส่งเสริมนโยบาย พัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต บูรณาการ ระบบการเฝ้าระวัง การเจริญเติบโต ในเด็กปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น
- 2) ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ หาสาเหตุในพื้นที่ร่วมกับ คณะกรรมการ MCH Board เพื่อแก้ไขปัญหาของพื้นที่
- 3) หน่วยบริการสาธารณสุข ให้บริการตามมาตรฐานคุณภาพการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ตลอดจนการ ดูแลส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ การเจริญเติบโตเด็ก ขยายผลพื้นที่ต้นแบบให้ครอบคลุมมากขึ้น

สำหรับส่วนกลาง

- 1) สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก ผ่านสื่อโซเชียลให้มีรูปแบบน่าสนใจ เข้าถึงง่าย นำไปใช้สื่อสารให้ถึงเป้าหมาย
- 2) พัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ ให้สามารถเข้าถึงผลการวิเคราะห์รายพื้นที่ได้

1.4 ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

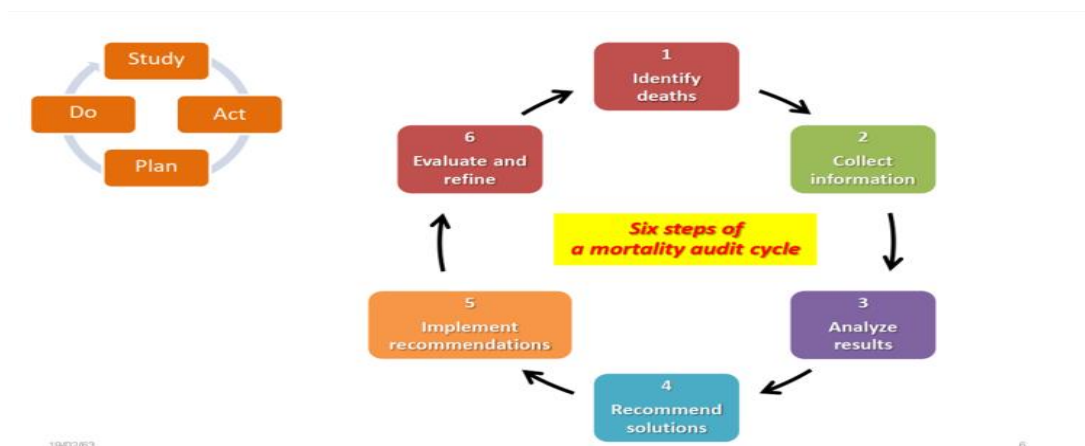
➤ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

สถานการณ์การป่วยและการเสียชีวิตของมารดา เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพประชากรและการพัฒนาประเทศที่สำคัญและเป็นสากล พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของมารดามาจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ส่วนใหญ่เกิดในแหล่งที่มีทรัพยากรจำกัดและเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ สาเหตุการเสียชีวิตของมารดา เกิดได้จากทั้งที่เป็นผลโดยตรงจากภาวะสูติศาสตร์ (Direct Obstetrics) หรืออาจเป็นผลจากสาเหตุโดยอ้อม (Indirect Obstetrics) ได้แก่ ผลจากภาวะหรือโรคที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์หรือพัฒนาเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ แต่ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงจากภาวะสูติศาสตร์ เช่น โรคหัวใจ โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคไต เนื้องอก SLE เป็นต้น องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกแนวทางการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา (Maternal death Surveillance and Response Technical Guidance 2013) เพื่อเป็นแนวทางให้แต่ละประเทศนำไปใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังมารดาตาย โดยการทบทวนกรณีมารดาตาย เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลให้มารดาตายซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงได้แล้วนำมาปรับเปลี่ยนแก้ไขกำหนดเป็นข้อเสนอแนะพร้อมทั้งกำกับติดตามปฏิบัติตามข้อเสนอแนะและมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับสถานการณ์อัตรามารดาตายเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2565 (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565) พบอัตรามารดาตาย คิดเป็น 28.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ มีมารดาเสียชีวิตจำนวน 9 ราย วิเคราะห์สาเหตุการตาย ปี 2565 พบสาเหตุทางตรง (Direct Cause) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.2 คือ Amniotic fluid embolism ในส่วนของสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) คือทั้ง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.8 ได้แก่ ภาวะเกี่ยวกับโรคหัวใจ จำนวน 3 ราย , โรค Melioidosis จำนวน 1 ราย , High Alert Drugs จำนวน 1 ราย , SLE จำนวน 1 ราย และ unknown cause จำนวน 1 ราย

ปีงบประมาณ 2566 ได้มีการวางแผนการจัดโครงการ/กิจกรรมในการป้องกันและวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อปิด GAP จากปีที่ผ่านมา โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังต่อไปนี้

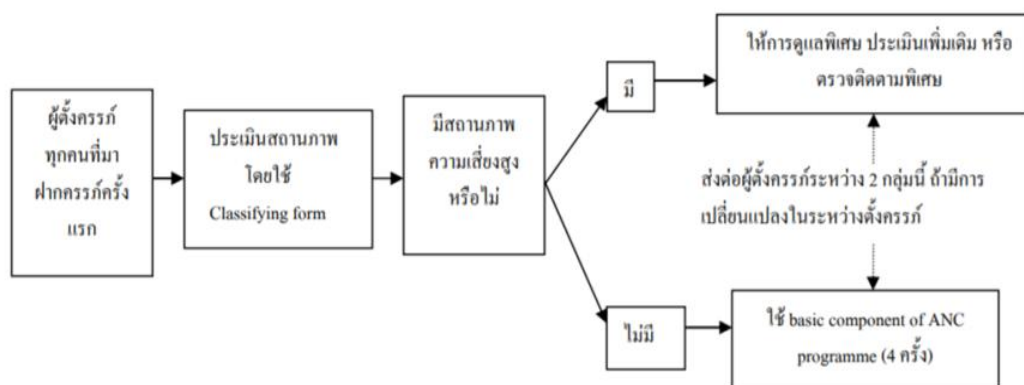
1) การนำเอาข้อมูลมาวิเคราะห์โดยกระบวนการ PDCA



จากการวิเคราะห์สาเหตุมารดาตายจากปี 2565 พบปัญหาส่วนใหญ่มารดาเสียชีวิตจากภาวะเกี่ยวกับโรคหัวใจ จำนวน 3 ราย จึงเกิดข้อเสนอมาตรการสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคหัวใจโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญทางสูติ-นรีเวชกรรมและอายุรกรรมในระดับเขต เพื่อใช้ร่วมกันในทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งแนวทางการการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่มีภาวะโรคหัวใจ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

1.1 ระยะฝากครรภ์

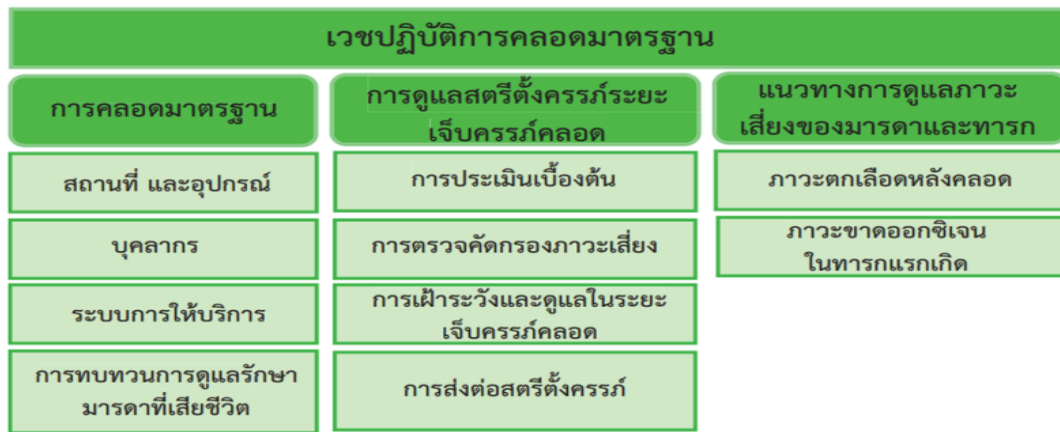
- ควรประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นการเปลี่ยนแปลงของ functional status อย่างรวดเร็ว หอบเหนื่อย ภาวะบวม ชีพจรเต้นเร็ว ไอเป็นเลือด หรือ มี persistent rales ที่ส่วนล่างของปอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นไวอาจเกิดจากการบวมน้ำในภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น
- ฝ้าระวังการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อทางเดินหายใจ เพราะเป็นปัจจัยส่งเสริมหรือกระตุ้นให้มีการกำเริบของโรคหัวใจได้ อาจต้องพิจารณาให้ Immunization เช่น Influenza vaccine
- กรณีที่เป็นหัวใจพิการแต่กำเนิดควรตรวจ Fetal echocardiogram ในช่วงอายุครรภ์ 18-22 สัปดาห์ เพื่อหาความผิดปกติของทารกในครรภ์ และ ultrasound ประเมินการเจริญเติบโตของทารกในไตรมาสที่ 3 (หลัง 28 สัปดาห์)
- การตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยการนับลูกดิ้น nonstress test (NST) หรือ Biophysical profile (BPP) ทั้งนี้ขึ้นกับข้อบ่งชี้และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยเริ่มตรวจได้ตั้งแต่ 28 -30 สัปดาห์ ถ้าเป็น NST อาจทำ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์



1.2 ระยะคลอด

วิธีการคลอด ขึ้นกับข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์เป็นหลัก เช่น cephalopelvic disproportion, placenta previa หรือ fetal distress โดยการคลอดทางช่องคลอดปลอดภัยกว่าการผ่าตัดคลอด เนื่องจากในการผ่าตัดต้องมีการดมยาสลบ ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงโดยเฉพาะช่วง intubation

- **การพิจารณาให้คลอด** กรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนควรให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนครบกำหนด รอให้มีเจ็บครรภ์เอง กรณีที่มีความจำเป็นต้องเร่งคลอด ควรพิจารณาถึงอายุครรภ์ที่ต้องคลอด อย่างไรก็ดีเพื่อลดความเสี่ยงในขณะคลอดควรมีการวางแผนและเตรียมความพร้อมที่ดี เป็นการดูแลร่วมกันของสูติแพทย์ อายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ รวมถึงกุมารแพทย์



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวทางเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน

1.3 ระยะหลังคลอด

- ควรเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด อย่างน้อย 72 ชั่วโมง early ambulation จะช่วยป้องกันการเกิด thromboembolic disorder

- การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ควรให้คำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในสตรีโรคหัวใจทุกรายที่ได้รับการประเมินแล้วว่ายังไม่เหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ได้ ไม่ว่าจากตัวโรคหัวใจเองกรณีเป็นชนิดรุนแรง หรือ ยังไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ และลดอัตราการทำแท้งเพื่อรักษา

2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุมารดาตาย พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนขาดทักษะและประสบการณ์ ในการป้องกันการเสียชีวิต และทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง และภาวะวิกฤติขณะคลอด ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการทำงานดีขึ้นตลอดจนมีทัศนคติที่ดีในการทำงาน เป็นผลให้มีการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นหรืออีกนัยหนึ่ง การพัฒนาบุคลากรเป็นกระบวนการที่จะส่งเสริมเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติการให้ด้านต่างๆ เช่น ความรู้ความสามารถ ทักษะ อุปนิสัยและวิธีการในการทำงาน อันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพในการทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานีจึงได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม สำหรับแพทย์และพยาบาล” ซึ่งได้ดำเนินการตั้งแต่ปี 2562 จนถึงปี 2565 รวมทั้งสิ้น 7 รุ่น 294 คน

http://www.researchsystem.siam.edu/images/independent/2559/The_Study_of_Human_Resource_Development_of_Southeast_Asia_University_To_Improve_Working_Performance/6.2_Chapter_2.pdf



การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร หลักสูตร "การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม สำหรับแพทย์และพยาบาล" ปี 2564



3) กำหนดมาตรการสำคัญเพื่อเป็นแนวทางป้องกันมารดาเสียชีวิต เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย
แนวทางการคลอด Previous C/S เขตสุขภาพที่ 10

- มาตรการการคลอดและ Previous C/S เขตสุขภาพที่ 10
- Flow chart Previous C/S

แนวทางเฝ้าระวัง/ระบบกำกับติดตามการดำเนินงาน การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการป้องกันทารก
แรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตสุขภาพที่ 10

- แนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
- Flow chart การทำนายและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- แบบสอบถามการให้ฮอร์โมนเพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด
- แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- ขั้นตอนการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์
- ผังการรวบรวม/วิเคราะห์ปัญหากลุ่มเสี่ยงรายบุคคล
- แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (LBW) รายบุคคล
- กรอบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย
- แบบฟอร์มดูแลรายบุคคล (LBW)
- แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์
- แบบบันทึกการบริโภคอาหารใน 1 สัปดาห์

แนวทางปฏิบัติในการจัดการเพื่อป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ ปี 2565

- แนวทางปฏิบัติในการจัดบริการเพื่อการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ ปี 2565

มาตรการและแนวทางการป้องกันมารดาเสียชีวิต เขตสุขภาพที่ 10

- Flow การดูแลผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Sepsis และ Septic Shock
- มาตรการป้องกันโรคหัวใจในหญิงตั้งครรภ์
- การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะตกเลือด PPH
- PIH ลดความดัน ป้องกันชักในหญิงตั้งครรภ์
- การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ

COVID-19

- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19
- การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดโรคโควิด-19

การวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็ก ประจำปีงบประมาณ 2565

วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

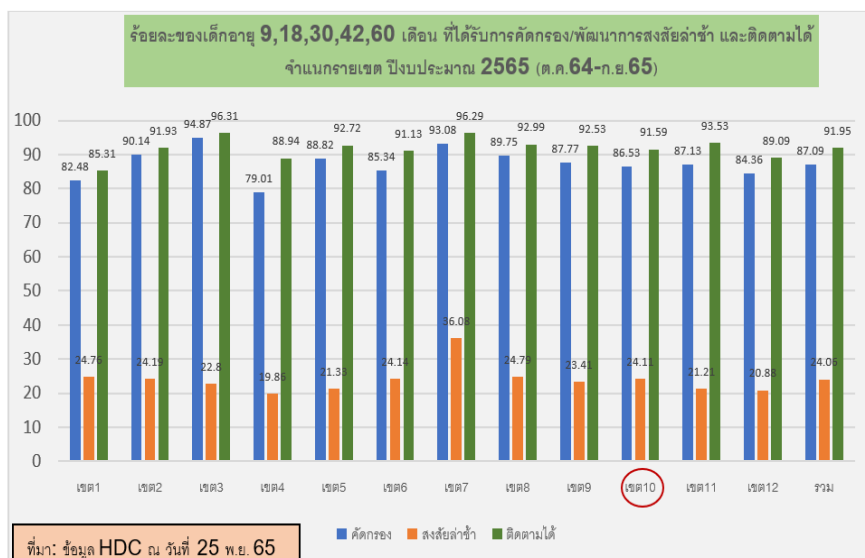
สถานการณ์พัฒนาการ

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา โดยพบว่า มีความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กร้อยละ 86.53 (เป้าหมายร้อยละ 90) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองครั้งแรกโดยต้องพบไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 พบร้อยละ 24.11 ซึ่งสูงกว่าระดับค่าเป้าหมาย การติดตามเด็กประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน เท่ากับร้อยละ 91.59 (เป้าหมายร้อยละ 90) เมื่อพิจารณาข้อมูลเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 84.52 (เป้าหมายร้อยละ 85) ซึ่งมีค่าน้อยกว่าเป้าหมาย แต่พบว่ามีค่าใกล้เคียงกับระดับประเทศ

ส่วนที่ 1 ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงานเฝ้าระวังพัฒนาการ (Result)

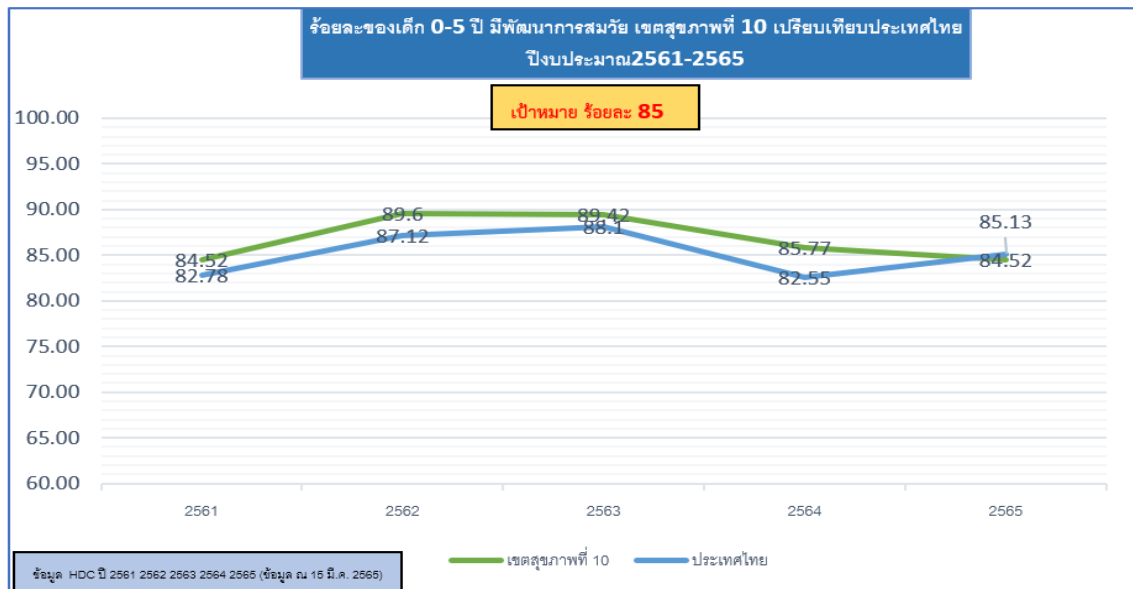
1.1 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรอง/พัฒนาการสงสัยล่าช้า และติดตามได้ จำแนกรายเขต ปีงบประมาณ ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565



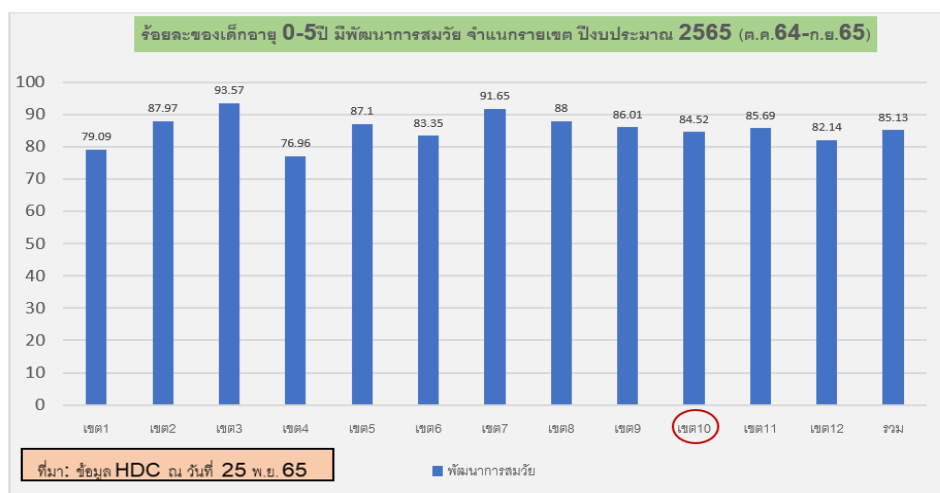
ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรอง/พัฒนาการสงสัยล่าช้า และติดตามได้ จำแนกรายเขต พบว่ามีความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กร้อยละ 86.53 (เป้าหมายร้อยละ 90) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองครั้งแรกโดยต้องพบไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 พบร้อยละ 24.11 ซึ่งสูงกว่าระดับค่าเป้าหมาย การติดตามเด็กประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน เท่ากับร้อยละ 91.59 (เป้าหมายร้อยละ 90)

แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 10 เปรียบเทียบประเทศ
ย้อนหลัง 4 ปี (ปี 2561-2565) ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565



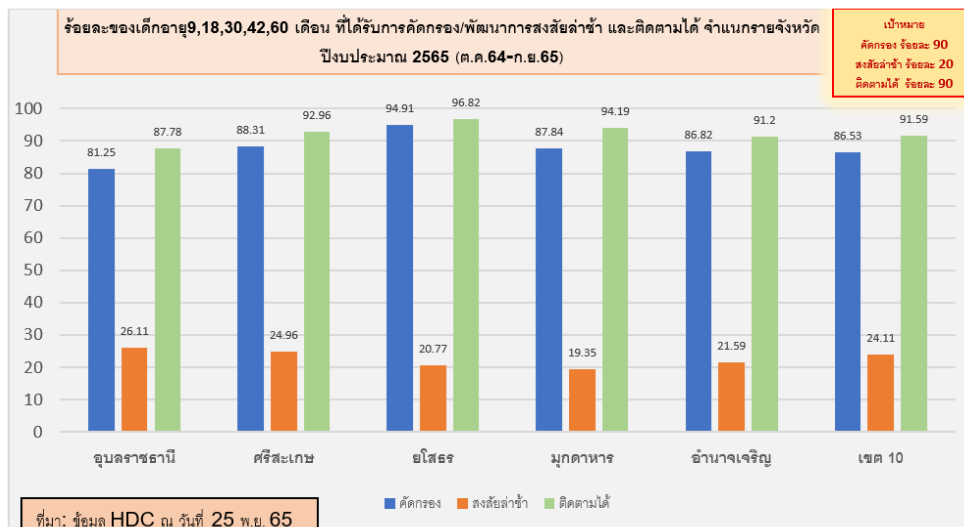
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 84.52 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าเป้าหมาย และพบว่ามีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ พบว่ามีค่าที่ใกล้เคียงกับระดับประเทศ

แผนภูมิที่ 6 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย จำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565
(เดือนตุลาคม 2564- เดือนกุมภาพันธ์ 2565) ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565



ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย จำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 84.52 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับเขตสุขภาพอื่น

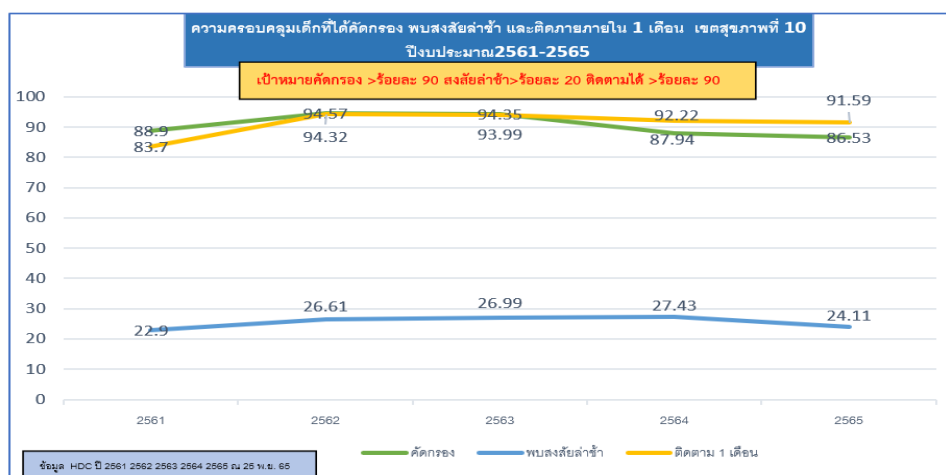
แผนภูมิที่ 7 ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการคัดกรอง พบสงสัยล่าช้า และติดตามภายใน 1 เดือน
เปรียบเทียบรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 10 ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565



ความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กในเขตสุขภาพที่ 10 คิดเป็นร้อยละ 86.53 (เป้าหมายร้อยละ 90) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองครั้งแรกโดยต้องพบไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 พบร้อยละ 24.11 ซึ่งสูงกว่าระดับค่าเป้าหมาย การติดตามเด็กประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน เท่ากับร้อยละ 91.59 ซึ่งสูงกว่าระดับค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 90)

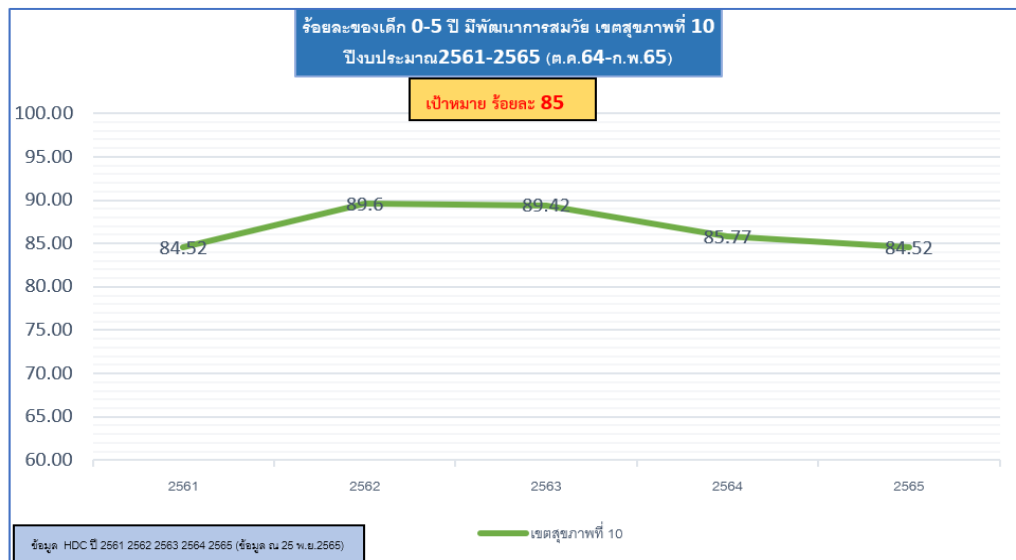
1.2 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

แผนภูมิที่ 8 ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการคัดกรอง พบสงสัยล่าช้า และติดตามภายใน 1 เดือน
เปรียบเทียบข้อมูล 4 ปีย้อนหลัง ในเขตสุขภาพที่ 10 ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565



สถานการณ์ ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2561-2565 พบว่าการคัดกรองพัฒนาการ มีแนวโน้มที่ลดลง แต่การคัดกรองพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า และการติดตามพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าภายใน 1 เดือนมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น

แผนภูมิที่ 9 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2561-2565 (ต.ค.64-ก.พ.65) ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565



ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 10(ปีงบประมาณ 2561-2565) พบว่าเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง

โดยเขตสุขภาพที่ 10 มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กผ่านคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต ในการวิเคราะห์ปัญหา และประกาศนโยบายระดับเขต และ Child Project managements แต่ละจังหวัด ออกแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายเขต ซึ่งปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ใช้แนวคิดมหัศจรรย์ 1000 วันแรกของชีวิต ในการขับเคลื่อนการทำงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในระดับจังหวัด และอำเภอ มีการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน โดย Child Family Team ในการลงชุมชน เฝ้าระวังและวางแผนการแก้ไขปัญหาในชุมชน การสร้างภาคีเครือข่าย และการทำงานแบบบูรณาการ 4 กระทรวงและภาคอื่นๆ เพื่อการประสาน ค้นหา ส่งต่อเด็กกลุ่มเป้าหมายผ่านการทำงานร่วมกับ พชอ. คณะกรรมการ CFCT และในเขตสุขภาพที่ 10 มีการผลักดันให้เกิดการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพในประเด็นเด็กปฐมวัย โดยชุมชนมีส่วนร่วม การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในพื้นที่มุ่งให้เด็กปฐมวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน ส่วนสูงตามเกณฑ์ ไม่เตี้ย ไม่พอม IQ-EQดี และEFดี การทำธรรมนูญเด็กปฐมวัย จะเป็นการค้นหาปัญหาของเด็กในพื้นที่ แก้ไขปัญหาร่วมกันทุกภาคส่วนในชุมชนร่วมมือกัน มีข้อปฏิบัติหรือธรรมนูญที่ยั่งยืนในชุมชนต่อไป

1.3 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ Le (Level) ของผลการดำเนินการในปัจจุบัน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปีงบประมาณ 2565					
			อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	รวมเขต
เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	90	เป้าหมาย	70,523	54,622	16,850	14,003	13,629	169,627
		ผลงาน	62,279	44,381	15,992	12,300	11,833	146,785
		อัตรา	88.31	81.25	94.91	87.84	86.82	86.53
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	20	เป้าหมาย	62,279	44,381	15,992	12,300	11,833	146,785
		ผลงาน	15,547	11,589	3,322	2,380	2,555	35,393
		อัตรา	24.96	26.11	20.77	19.35	21.59	24.11
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	90	เป้าหมาย	15,547	11,589	3,322	2,380	2,555	35,393
		ผลงาน	14,373	10,088	3,197	2,223	2,310	32,191
		อัตรา	92.96	87.78	96.82	94.19	91.2	91.59
เด็กอายุ 0-5 ปีตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	85	เป้าหมาย	62,279	44,381	15,992	12,300	11,833	146,785
		ผลงาน	61,017	42,823	15,831	12,119	11,574	143,364
		อัตรา	86.52	78.4	93.95	86.55	84.92	84.52

วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
1.ความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 86.53 (เป้าหมายร้อยละ 90) 2.เด็กอายุ 0-5 ปีตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 84.52 (เป้าหมายร้อยละ 85) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงช่วงปลายปีงบประมาณ 2565 มีการดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ทั้งบุคลากรทรัพยากร และภารกิจบริการในช่วงเปลี่ยนผ่าน ส่งผลต่อการคัดกรองพัฒนาการและการ	1.มีการประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต และวางแผนการทำงานพัฒนาการเด็กร่วมกันในระดับเขต ประเด็นมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหา ระดับเขต 2.ทุกจังหวัดมีนโยบายในการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นนโยบายระดับจังหวัด มีการกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นประเด็นในประเมินผลการทำงาน(racking)อย่างชัดเจน 3.ทุกจังหวัดมีคืนข้อมูลการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในเวทีประชุม คณะอนุกรรมการพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ	1.มีการประชุม MCH Board เพื่อแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย และประกาศนโยบายการทำงานโดยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10 2.มีการนำเสนอข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเวทีการประชุม คณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัย และมีประเด็นการทำงานพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ 3.ทุกจังหวัดมีการประกาศนโยบายการพัฒนาเด็กแต่ละจังหวัด โดยเน้นในเรื่องการพัฒนากระบวนการเชิงรุกในชุมชน โดย CFT 4.มีคณะทำงานเพื่อวางแผนการดำเนินงานบูรณาการร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 5.ทุกจังหวัดมีการประกาศเจตนารมณ์การพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยใช้ธรรมนูญสุขภาพ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่	4. มี Child Family Team (CFT) เป็นกลไกการขับเคลื่อนงานในชุมชน 5. จัดทำแนวทางการดำเนินงานและการบูรณาการร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 6. จัดทำแนวทางการแก้ไขปัญหาดึงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 7. มีพื้นที่ต้นแบบธรรมนูญสุขภาพในประเด็นเด็กปฐมวัย	เพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในพื้นที่อย่างยั่งยืน

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอม
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะอ้วน
ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 เดือนที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง
ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
ร้อยละของเด็กแรกเกิด ถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว



การวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนข้อมูลผลการดำเนินงานการเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี ของเขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 63.78 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย(เป้าหมายร้อยละ 64) โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย เด็กชาย 109.68 ซม. เด็กหญิง 109.20 ซม. ซึ่งยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย (เป้าหมาย ชาย 113 ซม.หญิง 112 ซม.) และมีความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เพียงร้อยละ 71.27 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) ทั้งนี้พบเด็กเตี้ยเพียงร้อยละ 9.39 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10) อ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 9.13 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 9) สำหรับร้อยละของเด็ก 0-5 ปีที่มีภาวะผอม พบว่า เด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอมถึง ร้อยละ 5.96 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5 (ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565)

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางของเด็ก 6-12 เดือน ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 15.34 ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 20 เมื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก พบว่า มีเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เพียงร้อยละ 81.58

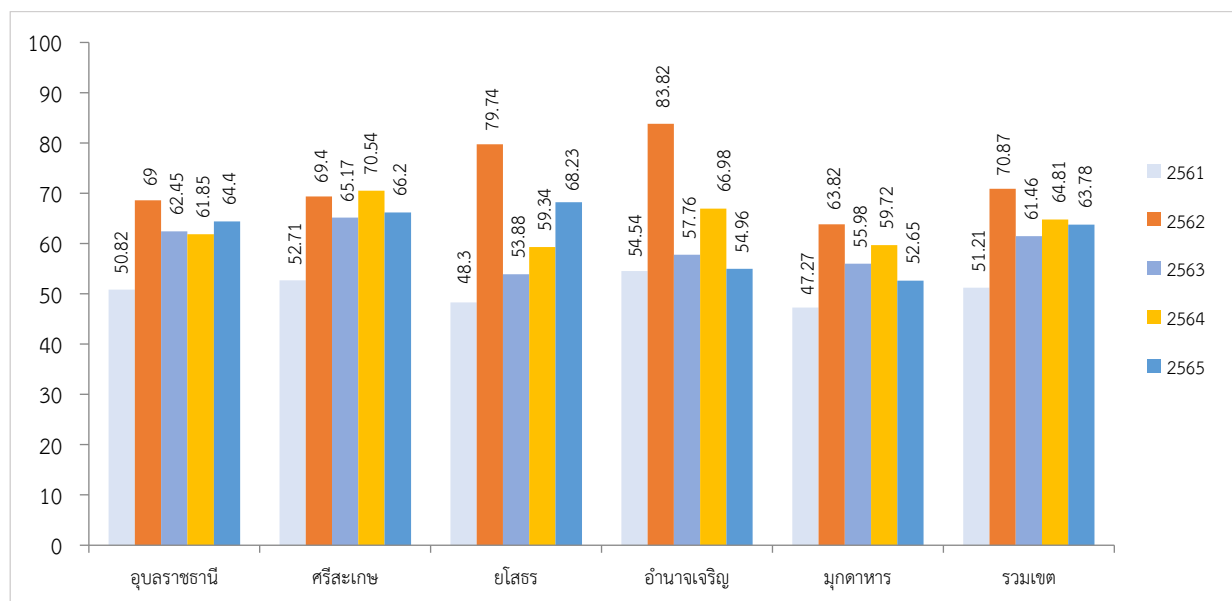
สำหรับประเด็นร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 พบ ร้อยละ 6.91 ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 ทางด้าน ร้อยละของเด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 57.01 บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) (ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565)

ส่วนที่ 1 ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน (Result)

1.1 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

สถานการณ์สูงดีสมส่วนของเด็ก 0-5 ปี ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายรายจังหวัด พบว่ามี 3 จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย คือ จังหวัดยโสธร จังหวัดศรีสะเกษ และจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 68.23, 66.20 และ 64.40 ตามลำดับ และจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานต่ำที่สุด คือ จังหวัดมุกดาหาร พบร้อยละ 52.65 สำหรับส่วนสูงเฉลี่ย พบว่า จังหวัดยโสธร มีส่วนสูงเฉลี่ยทั้งเด็กชายและเด็กหญิง สูงกว่าทุกจังหวัด และสูงที่สุดในเขต รายละเอียด ดังแผนภูมิที่ 1 และตารางที่ 10

แผนภูมิที่ 10 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

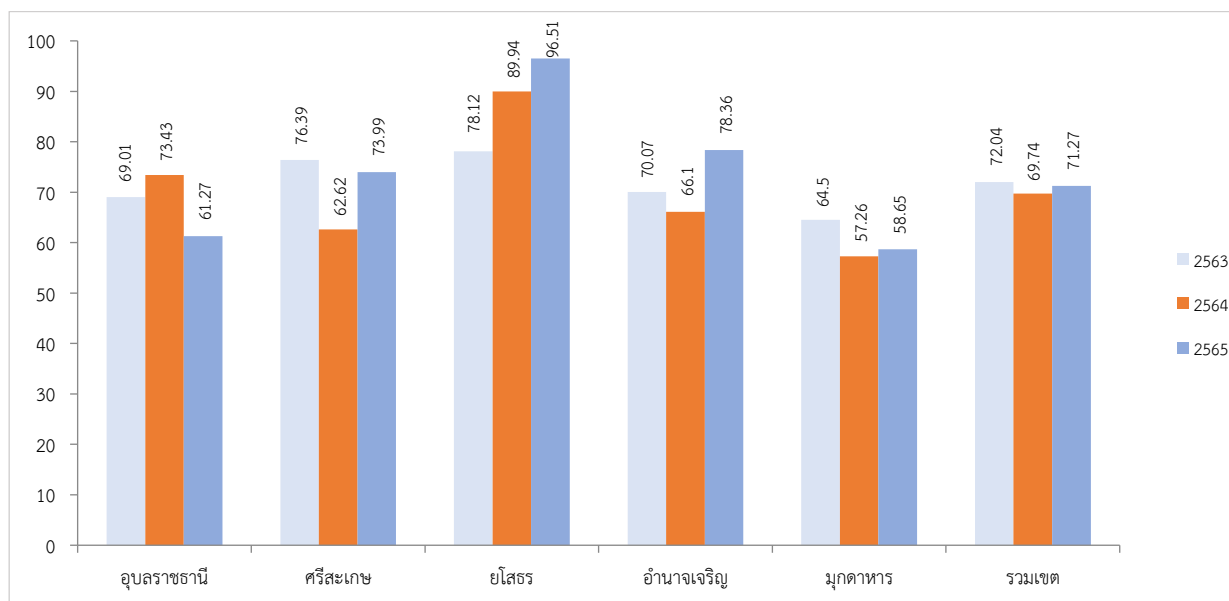
ตารางที่ 1 ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กชายและเด็กหญิง เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	พ.ศ. 2563			พ.ศ. 2564			พ.ศ. 2565		
	ร้อยละ สูงดี สม ส่วน	ส่วนสูง เฉลี่ย เด็กชาย	ส่วนสูง เฉลี่ย เด็กหญิง	ร้อยละ สูงดี สม ส่วน	ส่วนสูง เฉลี่ย เด็กชาย	ส่วนสูง เฉลี่ย เด็กหญิง	ร้อยละ สูงดี สมส่วน	ส่วนสูง เฉลี่ย เด็กชาย	ส่วนสูง เฉลี่ย เด็กหญิง
สุรินทร์	70.12	111.29	110.52	70.29	111.57	110.87	66.20	110.45	109.81
อุบลราชธานี	63.76	108.87	108.44	62.66	109.09	108.53	64.40	109.31	108.87
ยโสธร	68.26	110.28	109.81	64.36	110.21	109.64	68.23	110.95	110.36
อำนาจเจริญ	71.1	109.66	109.09	65.32	110.12	109.57	54.96	109.02	108.34
มุกดาหาร	65.01	109.79	109.4	59.58	108.97	108.81	52.65	107.10	107.41
รวมเขต	67.15	110.01	109.46	65.37	110.15	109.54	63.78	109.68	109.20

ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

ผลการดำเนินงานความครอบคลุมในการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า มีเด็ก 0-5 ปีได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เพียงร้อยละ 71.27 และเมื่อเปรียบเทียบกับรายจังหวัด พบว่า จังหวัดยโสธร มีเด็ก 0-5 ปีได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เพิ่มขึ้นทุกๆปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 โดยเพิ่มขึ้นจาก 78.12 ,89.94, และ 96.51 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 11

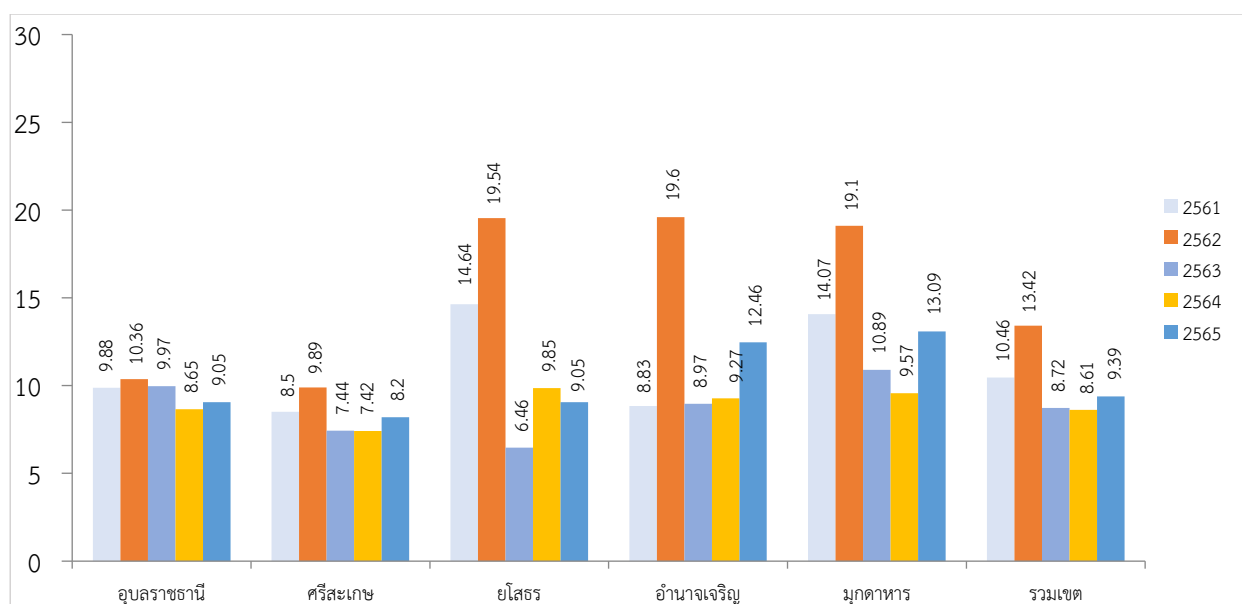
แผนภูมิที่ 11 แสดงร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็ก 0-5 ปี



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2561-2565 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า ทุกจังหวัดพบเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ยเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยปี 2562 พบเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ยมากที่สุดในทุกจังหวัด และปี 2565 จังหวัดศรีสะเกษ พบเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ยน้อยกว่าทุกจังหวัดและน้อยกว่าในภาพรวมเขต คิดเป็นร้อยละ 8.20 ดังแผนภูมิที่ 12

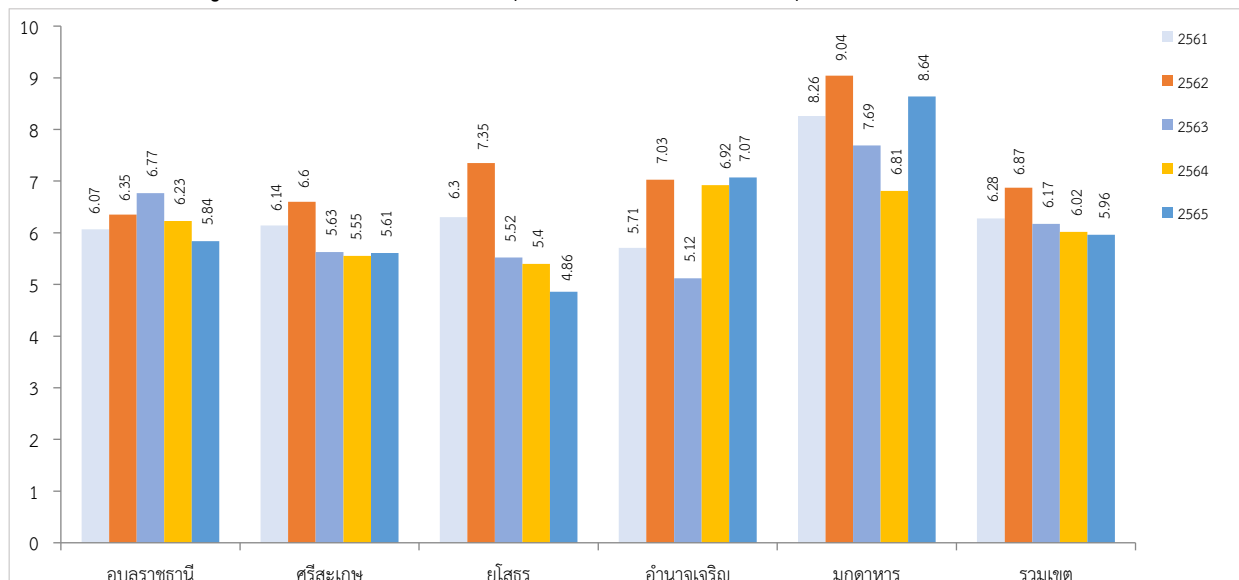
แผนภูมิที่ 12 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

สถานการณ์ภาวะผอมของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ. 2565 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย
รายจังหวัด พบว่า ทุกจังหวัด มีเด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอม เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ ยกเว้นจังหวัดยโสธร พบเด็กผอม
เพียง ร้อยละ 4.86 และต่ำกว่าภาพรวมของ ดัชนีภาวะผอมที่ 13

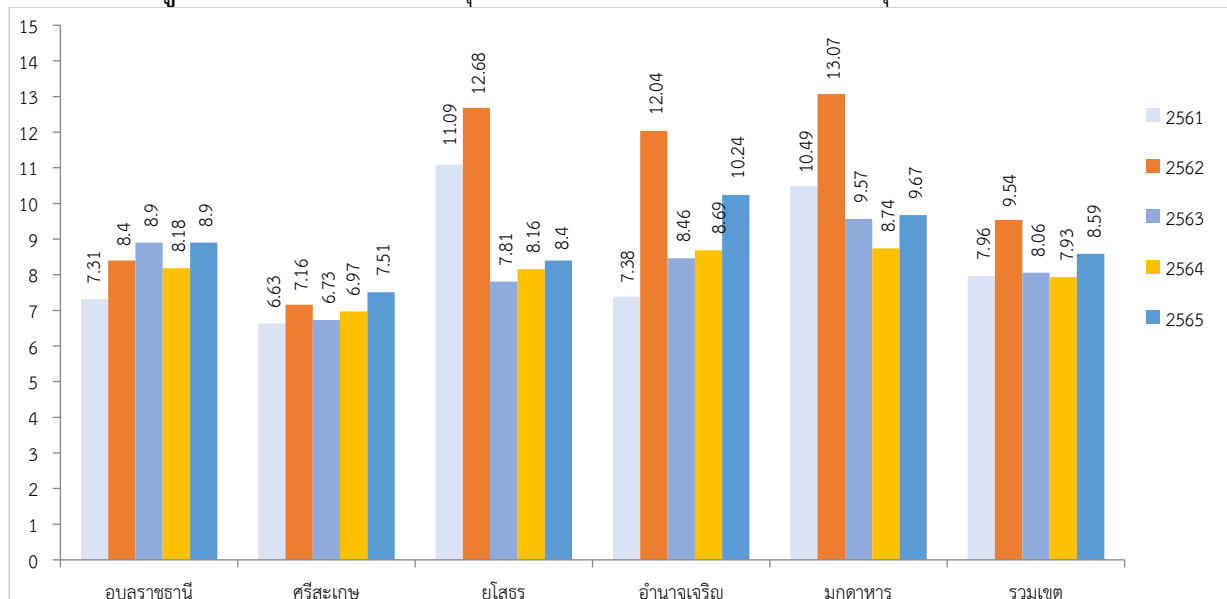
แผนภูมิที่ 13 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอม เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

สถานการณ์เด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 เปรียบเทียบ
รายจังหวัด พบว่า จังหวัดศรีสะเกษ ยโสธร และอุบลราชธานี พบเด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วนใกล้เคียงกัน
คิดเป็นร้อยละ 7.51, 8.4, 8.9 ตามลำดับ จังหวัดที่พบเด็ก 0-5 ปี มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน
น้อยที่สุด คือ จังหวัดศรีสะเกษ คิดเป็นร้อยละ 7.51 ดัชนีภาวะอ้วนที่ 14

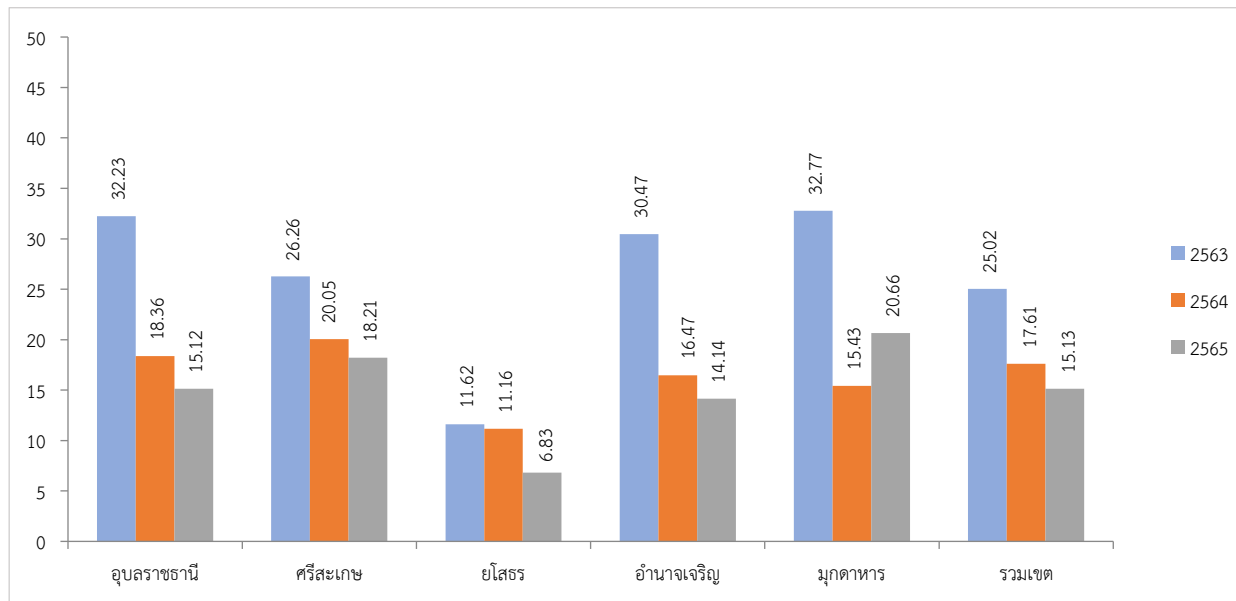
แผนภูมิที่ 14 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

สำหรับประเด็นภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน ปี 2563-2565 เขตสุขภาพที่ 10 พบว่าทุกจังหวัดพบเด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางลดลงทุกปี ยกเว้นจังหวัดมุกดาหาร พบเด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2565 คือ ร้อยละ 20.66 และจังหวัดที่พบเด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางน้อยสุด คือ จังหวัดยโสธร ร้อยละ 6.83 ดังแผนภูมิที่ 15

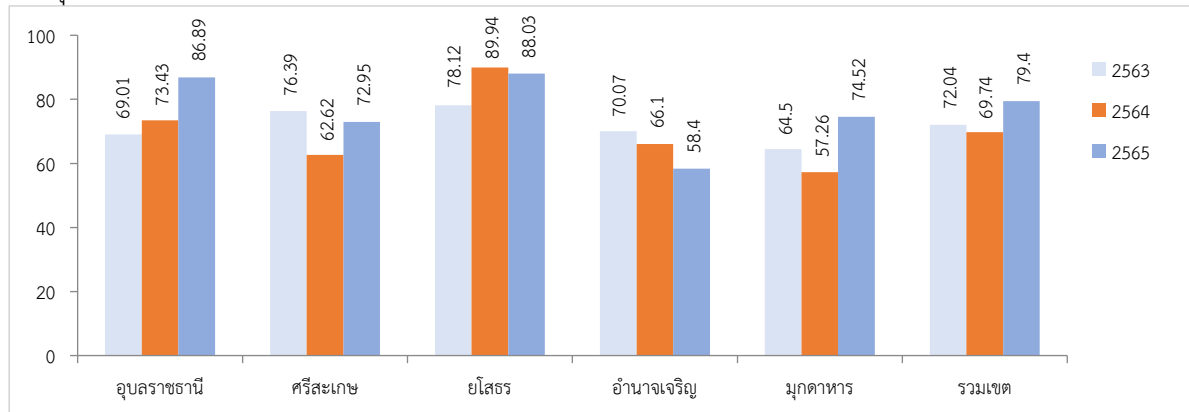
แผนภูมิที่ 15 ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือนที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจางใน เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

เมื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมของการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ในปีงบประมาณ 2561-2565 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราเด็ก 6 เดือน -5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2565 คือ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 86.89 บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด และสูงกว่าภาพรวมเขตดังแผนภูมิที่ 16

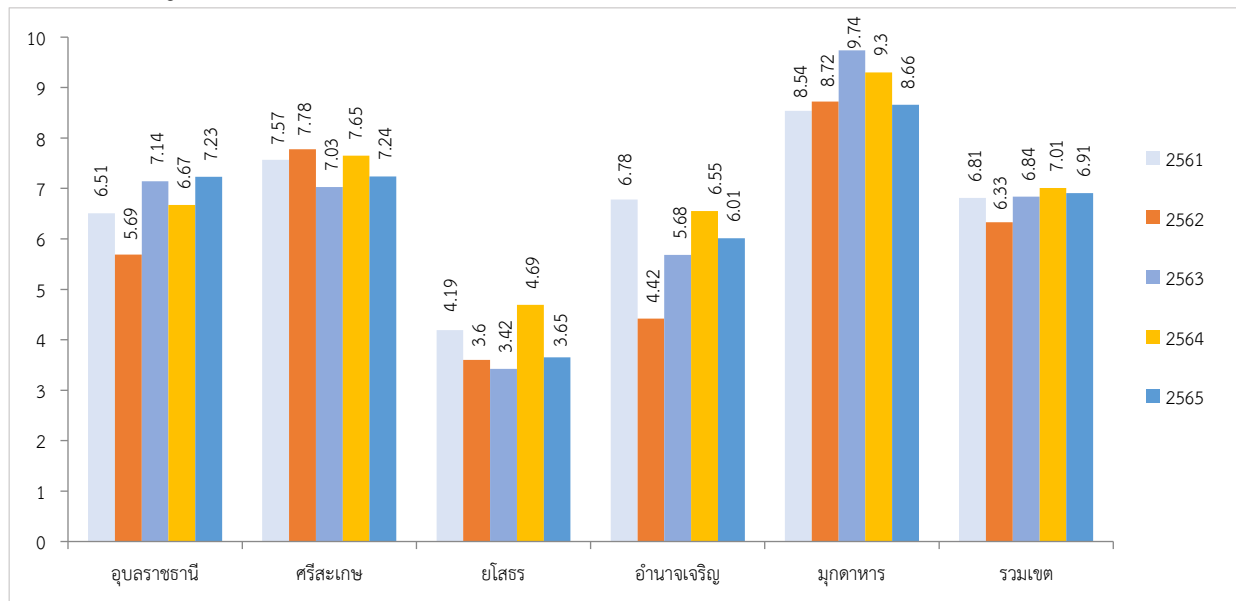
แผนภูมิที่ 16 ความครอบคลุมของการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

นอกจากนี้จากการทบทวนข้อมูลผลการดำเนินงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี คือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในปี พ.ศ.2565 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า จังหวัดยโสธร และ จังหวัดอำนาจเจริญ มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7) คิดเป็นร้อยละ 3.65 และ 6.01 ตามลำดับ จังหวัดที่พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม สูงที่สุด คือ จังหวัดมุกดาหาร และในภาพรวมเขต พบ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินค่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 6.91 ดังแผนภูมิที่ 17

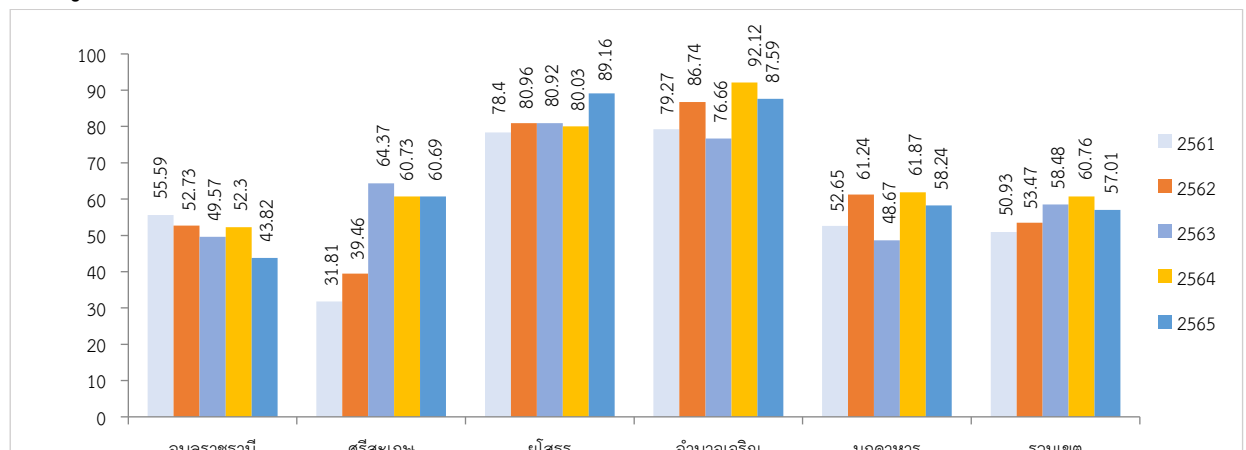
แผนภูมิที่ 17 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

ทางด้านร้อยละเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ในปี 2565 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า จังหวัดยโสธร และอำนาจเจริญ มีอัตราเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว สูงกว่าภาพรวมเขต คิดเป็น ร้อยละ 89.16 และ 87.59 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 18

แผนภูมิที่ 18 ร้อยละเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว



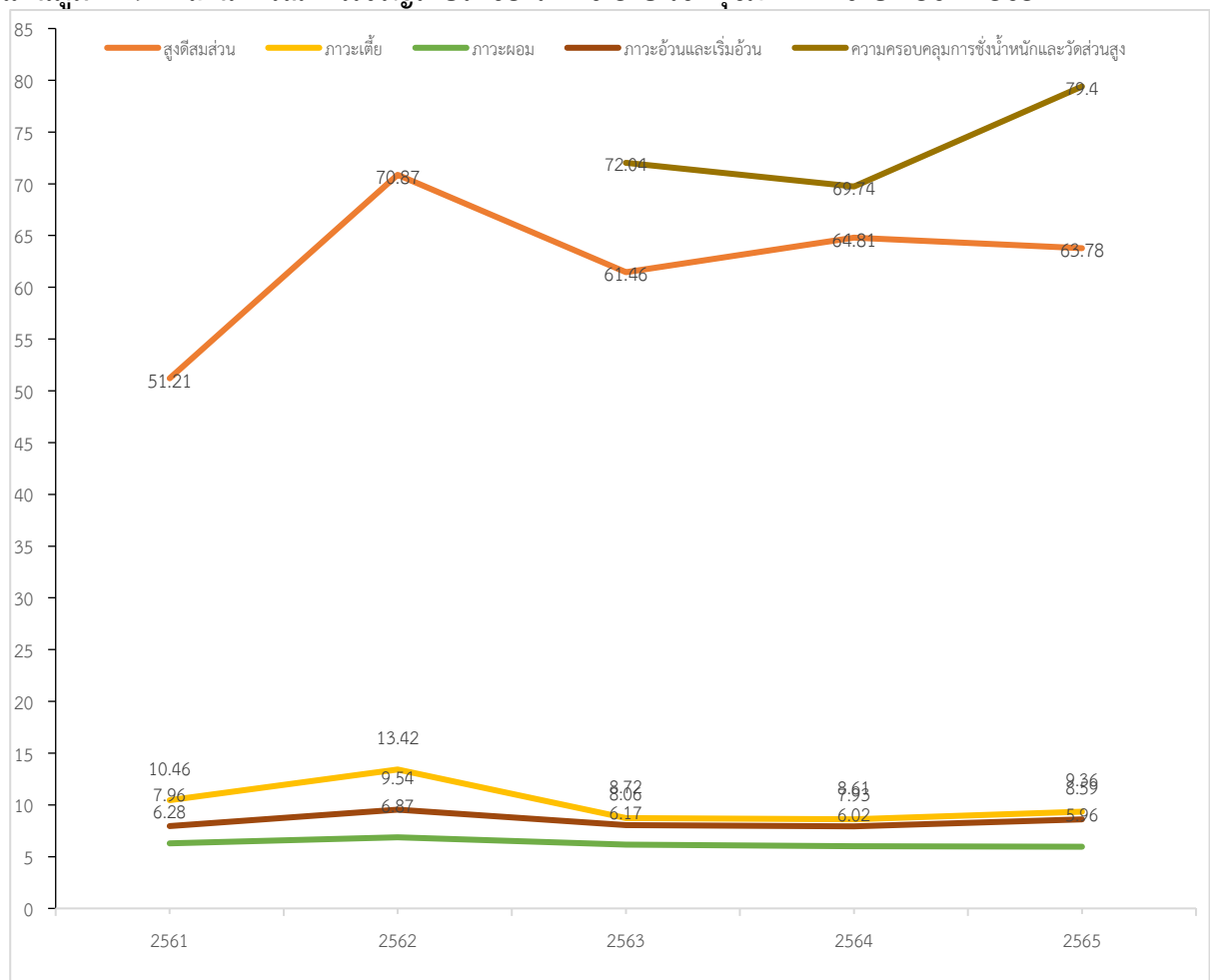
ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

1.2 แสดงผลผลิต ผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

สถานการณ์การเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี

จากการทบทวนข้อมูลผลสถานการณ์การเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี ในปี 2561-2565 พบว่าสถานการณ์สูงดีสมส่วนของเด็ก 0-5 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2561 – 2563 และลดลงในปี 2564-2565 คิดเป็นร้อยละ 51.20, 70.87, 61.46, 64.81 และ 63.78 ตามลำดับ สำหรับภาวะเตี้ยของเด็กอายุ 0-5 พบว่าเด็ก 0-5 ปี มีอัตราที่สูงขึ้น ในปี 2561 – 2562 และมีแนวโน้มดีขึ้น ในปี 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 10.46, 13.42, 8.72, 8.91 และ 9.36 ตามลำดับ ทางด้านภาวะผอมของเด็ก 0-5 ปี พบว่า อัตราเด็ก 0- 5 ปี มีภาวะผอม มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี 2561-2562 และเปลี่ยนแปลงดีขึ้นในปี 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 6.28, 6.87, 6.17, 6.02 และ 5.96 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาภาวะอ้วนและเริ่มอ้วนของเด็ก 0-5 ปี พบว่า มีแนวโน้มขึ้นๆลงๆโดยในปี พ.ศ. 2565 พบร้อยละ 8.59 แต่ทั้งนี้ประเด็นความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงซึ่งเป็นการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5 ปี ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา พบว่ามีแนวโน้มลดลงในปี 2564 และเพิ่มมากขึ้นในปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 72.04, 69.74 และ 79.40 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 19

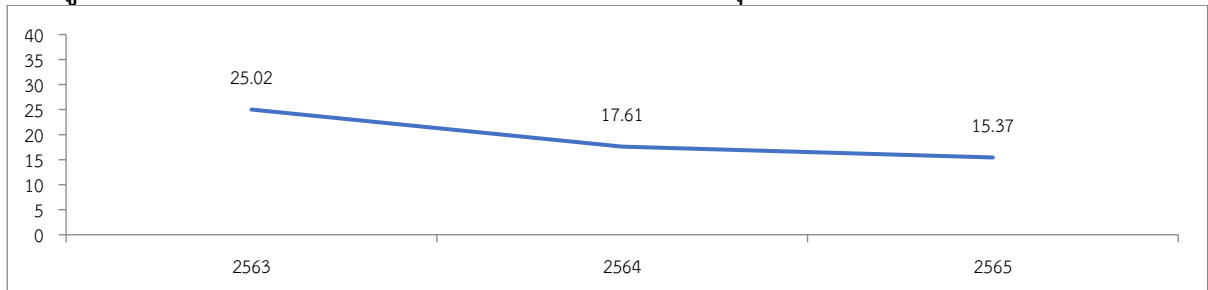
แผนภูมิที่ 19 สถานการณ์การเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2561-2565



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็ก 6-12 เดือน ปี 2563-2565 เขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้น โดยในปี 2565 พบเด็ก 6-12 เดือน มีโลหิตจางลดลงจากปี 2564 คิดเป็นร้อยละ 25.02 ,17.61 และ 15.37 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 20

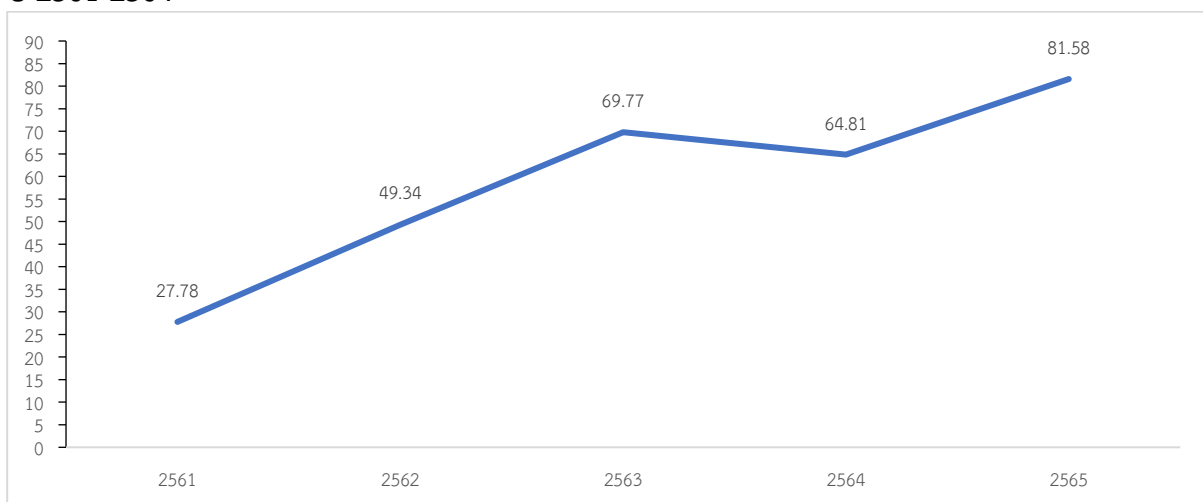
แผนภูมิที่ 20 ร้อยละของเด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2563-2564



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ความครอบคลุมของการได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ปี 2561 – 2565 พบว่า มีอัตราเด็ก 6-5 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กเพิ่มมากขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 22.77, 49.34, 69.77 ,64.81 และ 81.58 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 21

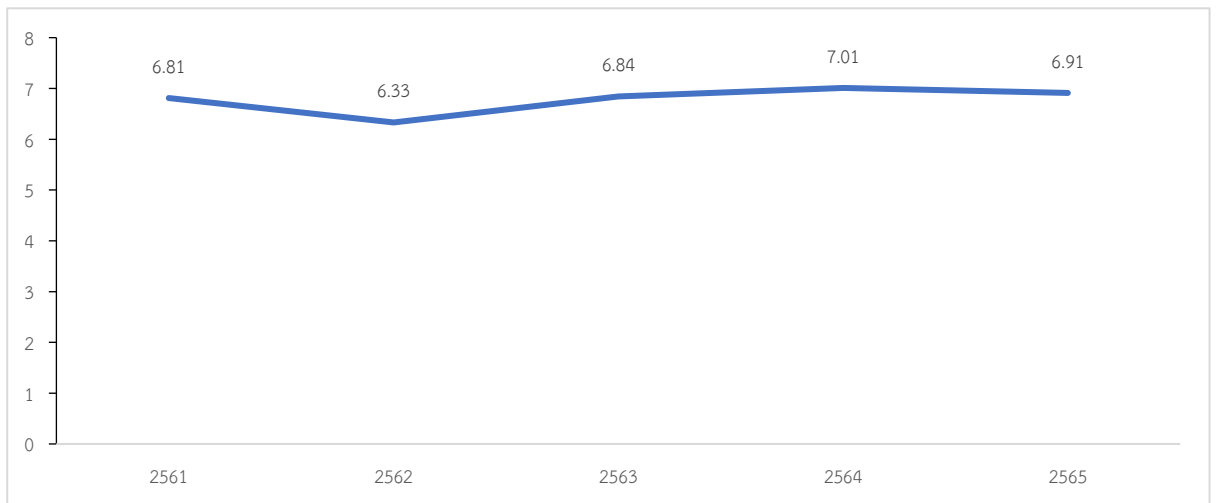
แผนภูมิที่ 21 ร้อยละของเด็ก 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2561-2564



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

สถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2561-2565 พบว่ามีแนวโน้มไม่คงที่ โดยในปี 2562 ลดลงจากปี 2561 คิดเป็นร้อยละ 6.81 และ 6.33 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี 2563-2564 และลดลงในปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 6.84, 7.01 และ 6.91 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 22

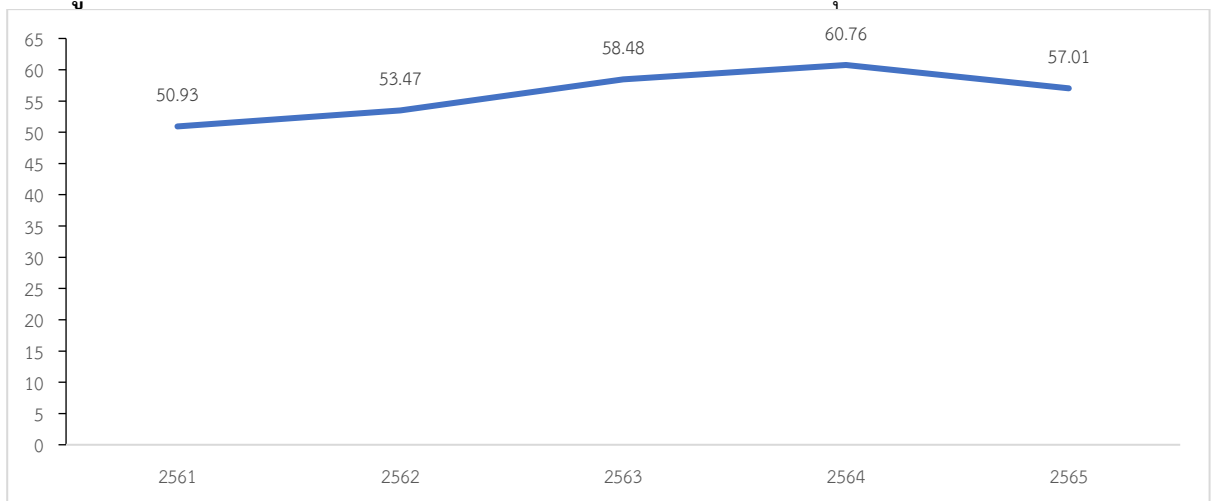
แผนภูมิที่ 22 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2561-2565



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

สถานการณ์ร้อยละเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2561-2565 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี 2561-2564 คิดเป็นร้อยละ 50.93, 53.47, 58.48 และ 60.76 ตามลำดับ และลดลงในปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 57.01 ดังแผนภูมิที่ 23

แผนภูมิที่ 23 ร้อยละเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2561-2565



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2565

1.3 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ Le (Level) ของผลการดำเนินการในปัจจุบัน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปีงบประมาณ 2565					
			อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	รวมเขต
ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	มากกว่า ร้อยละ 64	ผลงาน	64.40	66.20	68.23	54.96	52.62	63.38
ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชาย	เด็กชาย 113 ซม.	ผลงาน	109.31	110.45	110.95	109.02	107.10	109.68
ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กหญิง	เด็กหญิง 112 ซม.	ผลงาน	108.87	109.81	110.36	108.34	107.41	109.20
ความครอบคลุมของการ ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงของเด็ก 0-5 ปี	ร้อยละ 90	ผลงาน	61.27	73.99	96.51	78.36	58.65	71.27
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีมีภาวะเตี้ย	≤ ร้อยละ 10	ผลงาน	9.05	8.20	9.05	12.46	13.09	9.39
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5ปี มีภาวะพอม	≤ร้อยละ5	ผลงาน	5.84	5.61	4.86	7.07	8.64	5.96
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน	≤ร้อยละ 9	ผลงาน	8.90	7.51	8.40	10.24	9.67	8.59
ร้อยละภาวะโลหิตจางใน เด็กอายุ 6-12 เดือน	≤ร้อยละ 20	ผลงาน	15.12	18.21	6.83	14.14	20.66	15.13
ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยารักษาตุหฬัฏ	≥ร้อยละ 80	ผลงาน	86.89	72.95	88.03	58.40	74.52	79.40
ร้อยละของทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤ร้อยละ 7	ผลงาน	7.23	7.24	3.65	6.01	8.66	6.91
ร้อยละเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ 50	ผลงาน	43.82	60.69	89.16	87.59	58.24	57.01

ตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

1. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 63.38
2. ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กชาย=109.68 ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กหญิง=109.20
3. ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงของเด็ก 0-5 ปี ร้อยละ 71.27
4. ร้อยละเด็กอายุ 0-5ปี มีภาวะผอม ร้อยละ 5.96
5. ร้อยละเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 79.40

สาเหตุของปัญหา

2.1 การนำองค์กรและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ผู้บริหารมีนโยบายระดมทรัพยากร (งบประมาณ และบุคลากร) ในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ส่งผลให้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในสตรีและเด็กปฐมวัยขาดความต่อเนื่อง

2.2 ระบบบริการ

เนื่องจากบุคลากรผู้ให้บริการมีไม่เพียงพอ ไม่เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก เทคนิคการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ จากการสลับหมุนเวียนในการปฏิบัติภารกิจควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 บุคลากรบางส่วนเป็นผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงสูง ทำให้การให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ดังนี้

- 1) ผู้รับบริการไม่ได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและการปฏิบัติตัวด้านโภชนาการ
- 2) ผู้รับบริการไม่ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการรายบุคคล มีเพียงการจัดกิจกรรมบริการทั่วไป เช่น ตรวจครรภ์ จ่ายยา ฉีดวัคซีน
- 3) การบันทึกข้อมูลและการคืนข้อมูลด้านโภชนาการ ขาดความต่อเนื่อง

2.3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้รับบริการ

หญิงตั้งครรภ์

- หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า หรือไม่มาฝากครรภ์ ทำให้มีโอกาสนในการรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขล่าช้า สาเหตุเนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ หรือเป็นการตั้งครรภ์แบบปกปิด

- หญิงตั้งครรภ์ รับประทานอาหารตามความชอบ ซึ่งไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ

เด็กปฐมวัย

- ผู้ปกครองเลี้ยงดูเด็กโดยให้ดูโทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ตมากขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย และกระโดดโลดเต้นลดลง

- เด็กรับประทานอาหารอื่น เช่น ขนม ไอศกรีม นมเปรี้ยว ฯลฯ ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารมื้อหลัก

แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา

1. มีการประชุม MCH Board เพื่อแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย และประกาศนโยบายการทำงานโดยผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 10

2. มีการนำเสนอข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเวทีการประชุมคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัย และมีประเด็นการทำงานพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ

3. ทุกจังหวัดมีการประกาศนโยบายการพัฒนาเด็กแต่ละจังหวัด โดยเพิ่มประเด็นการพัฒนาเด็กปฐมวัยในธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล

4. ทุกจังหวัดมีการขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านกิจกรรมสำคัญภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

5.ทุกจังหวัดขับเคลื่อนการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้เกิดความยั่งยืนโดยบูรณาการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ เช่น อปท. แกนนำชุมชน วัด องค์กรเอกชน โรงเรียน เป็นต้น

6.มีการแจกวิตามินเสริมธาตุเหล็กให้เด็กอายุ 6 -12 เดือน ทุกคน บางพื้นที่มีการให้วิตามินโดย อสม.ไปป้อนยาที่บ้าน บางแห่งแจกวิตามินให้ที่คลินิกเด็กดี

7.ในระดับชุมชนมีการจัดกิจกรรมทางสังคม เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของแม่และเด็ก เช่น การจัดตั้งกองทุนวันละบาท กองทุนนมกันบาตร การตัดบาตรนมจืด/ไข่ แม่ฮัก การผูกแขนรับขวัญแรกเกิด เป็นต้น

มาตรการดำเนินงาน

1. MCH Board ระดับเขต กำหนดให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นข้อเน้นหนักในการดำเนินงาน
2. ทุกจังหวัดพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
3. ทุกจังหวัดมีนโยบายให้ทุกพื้นที่ดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
4. ทุกจังหวัดมีการคืนข้อมูลการพัฒนาเด็กปฐมวัยในเวทีประชุมคณะกรรมการพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ
5. ทุกจังหวัดมีนโยบายในการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นนโยบายระดับจังหวัด มีการกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นประเด็นในประเมินผลการทำงานรายบุคคล (ranking) อย่างชัดเจน
- 6.การประกวดอำเภอที่มีการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตดีเด่นระดับเขต
7. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ระดับจังหวัด
8. ทุกจังหวัดมีการบริหารจัดการวิตามินเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กอย่างเพียงพอ โดยมีการให้วิตามินเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็ก ที่มีอายุ 6 เดือน - 5 ปี ทุกคน โดยให้ที่คลินิกเด็กดี และบางแห่งมีการบริหารจัดการให้ อสม.ไปให้วิตามินเสริมธาตุเหล็กในชุมชน หรือ ให้ครูป้อนที่ ศพด. ทุกสัปดาห์
9. ทุกจังหวัดมีระบบเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560

ปัจจัยความสำเร็จ

1. การส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย เป็นนโยบายสำคัญระดับประเทศ โดยมีการจัดทำบันทึกข้อตกลงกับภาคีเครือข่าย 7 กระทรวง
2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับเขต ผ่านกลไก MCH Board
3. ขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับพื้นที่ผ่านกลไก พขอ.
4. มีภาคีเครือข่ายการดำเนินงานในระดับชุมชน เช่นแกนนำอาสาพัฒนาการเด็ก เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

สำหรับพื้นที่

- 1.ขับเคลื่อนและกำกับติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุมทั่วถึง และต่อเนื่อง

2. จัดระบบกำกับติดตามการแจกวิตามินเสริมธาตุเหล็ก และควรให้เด็กรับประทานยาแบบ DOT เพื่อให้ได้รับวิตามินครบทุกคน

3. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานระดับเขต/เวทีวิชาการ เกี่ยวกับโภชนาการเด็กปฐมวัย เพื่อนำมาปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติระดับเขต

4. จังหวัดควรจัดกำหนดยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กให้ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลก่อนการตั้งครรภ์ การส่งเสริมภาวะการเจริญเติบโตตั้งแต่เด็กปฐมวัยจนถึงวัยรุ่นและสร้างการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก อย่างเป็นรูปธรรม

5. สร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย 7 กระทรวงในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

6. จัดทำแนวทางการดำเนินงาน บูรณาการการดำเนินงาน กรณี รพ.สต.ถ่ายโอนไป อบจ.

สำหรับส่วนกลาง

1. พัฒนาระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และสร้างกระแสการส่งเสริมโภชนาการหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ให้กลายเป็น Viral ใน social media

2. พัฒนาระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ “การส่งเสริมโภชนาการในเด็กปฐมวัย” ให้ครอบคลุมทุกช่องทาง เพื่อให้เกิดความกระแสการส่งเสริมโภชนาการ ในเด็กปฐมวัย ให้ผู้ปกครองรู้สิทธิประโยชน์ของเด็กที่ต้องได้รับ

3. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติในประเด็นการส่งเสริมโภชนาการตลอดช่วงชีวิต

4. จัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการส่งเสริมโภชนาการ ร่วมกับสถาบันการศึกษา เช่น หลักสูตรอบรมระยะสั้น ด้านการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในสตรีและเด็กปฐมวัย เป็นต้น