การวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทย

ประจำปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566)

จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

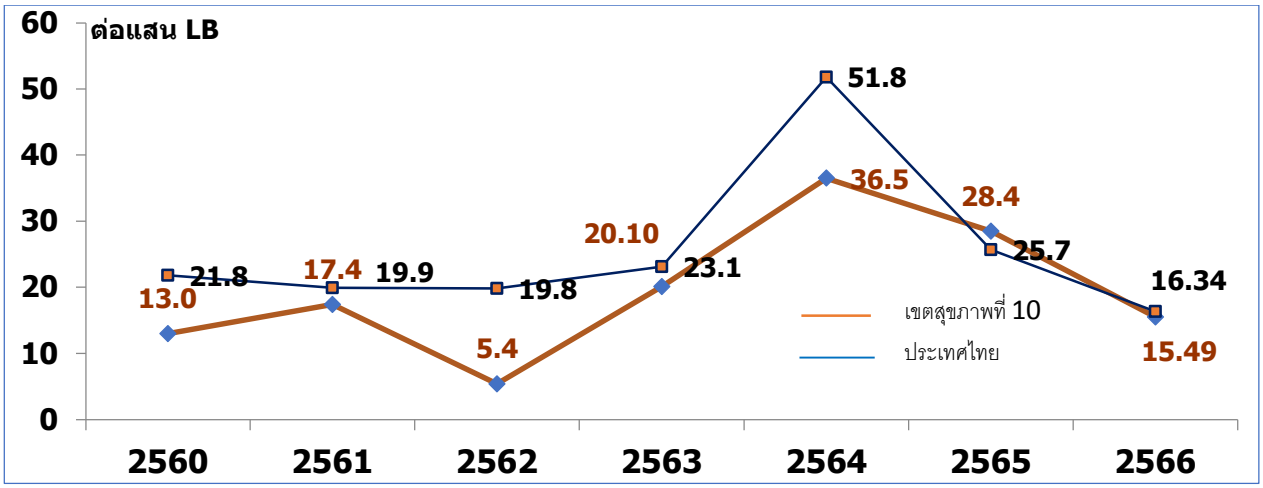
วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

อัตรามารดาตายเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2560-2565 เท่ากับ 10.10, 13.20, 5.41 , 20.09 , 36.47 และ 28.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ขณะที่ในปี 2566 (ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2566) พบอัตรามารดาตาย คิดเป็น 15.49 ต่อแสนการเกิดมีชีพ มีมารดาเสียชีวิตจำนวน 2 ราย วิเคราะห์สาเหตุการตาย ปี 2566 พบสาเหตุทางตรง (Direct Cause) จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 คือ pulmonary embolism ในส่วนของสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) คือทั้ง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ได้แก่ Chronic hypertension with Superimposed Preeclampsia

ส่วนที่ 1 ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดา (Result)

1.1 <u>แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ</u>

แผนภูมิที่ 1 สถานการณ์อัตราส่วนการตายมารดาเปรียบเทียบภาพรวมประเทศและเขตสุขภาพที่ 10 ย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2560-2565) และปี 2566 (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566) เขตสุขภาพที่ 10

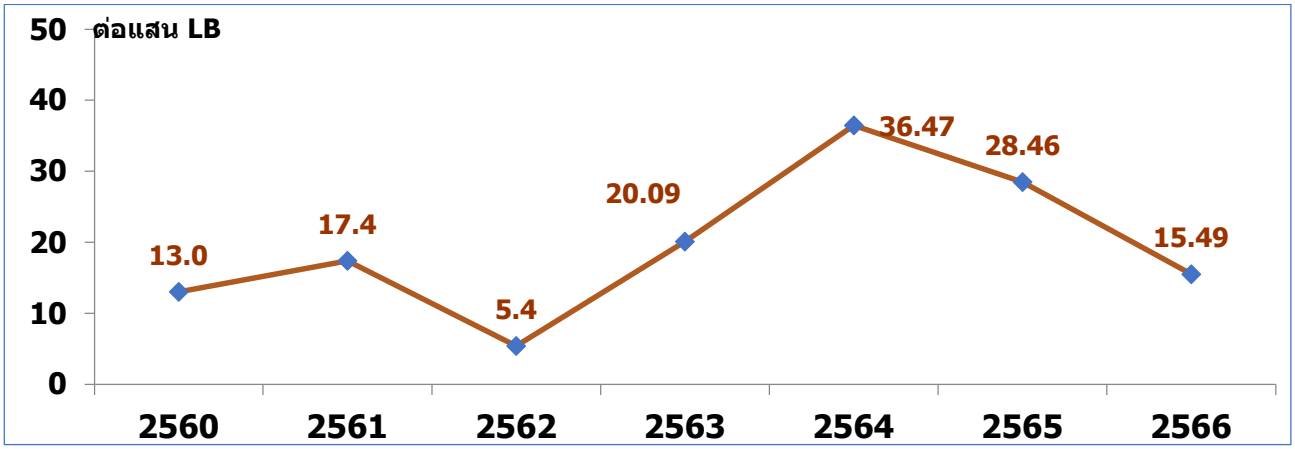


อัตราส่วนการตายมารดาย้อนหลัง 4 ปี ของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่ามีอัตราต่ำกว่าของประเทศ และในปี 2565 มีแนวโน้มอัตราการตายมารดาสูงขึ้นมากกว่าระดับประเทศ เนื่องจากเป็นพบ indirect cause ที่เพิ่มขึ้นจากสาเหตุมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น Heart และ Marfan Syndrome ซึ่งจากการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาได้นำมาซึ่งการทบทวนกระบวนการเฝ้าระวัง การคัดกรองภาวะเสี่ยงทางโรคอายุรกรรม การเพิ่มประเด็นการซักประวัติ การติดตามดูแลรายบุคคล ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง รวมทั้งการเฝ้าระวังในระดับปฐมภูมิ และในปี 2566 (เดือนตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566) พบอัตราการตายมารดาต่ำกว่าระดับประเทศ ซึ่งเป็นแนวโน้มการเริ่มต้นที่ดีในการแก้ปัญหามารดาเสียชีวิตในเขตสุขภาพที่ 10

1.2 <u>แสดงผลผลิตผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม</u>

แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน 2560 –2566 (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566) เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า ปี 2566 อัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 15.49 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งเป็นผลการดำเนินงานในรอบ 5 เดือนแรก จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยใน 2565 เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

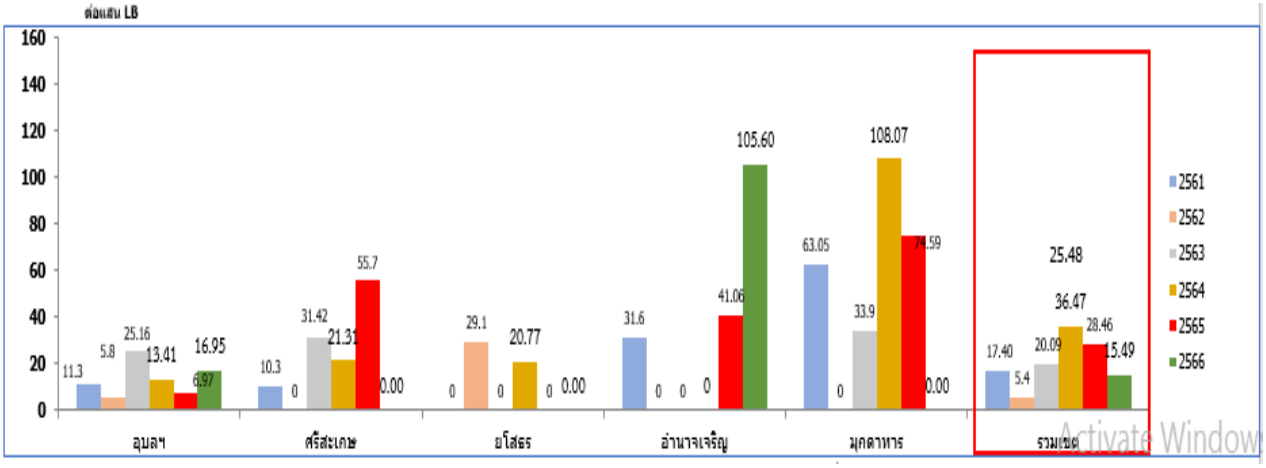
แผนภูมิที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาไทยเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2560 – 2566 (ต.ค.2565 – ก.พ.2566)



ที่มา : เด็กเกิดมีชีพจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์

และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตจังหวัดพบว่ามี 3 จังหวัด ที่ไม่พบการตายมารดา คือ จังหวัดยโสธร จังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดมุกดาหาร จังหวัดที่พบมารดาเสียชีวิต มี 2 จังหวัด คือจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดอำนาจเจริญ มีอัตราส่วนการตายมารดาเกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี (16.95 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) และจังหวัดอำนาจเจริญ (105.6 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 3 อัตราส่วนการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2560 –2566 (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566)



ที่มา : เด็กเกิดมีชีพจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์

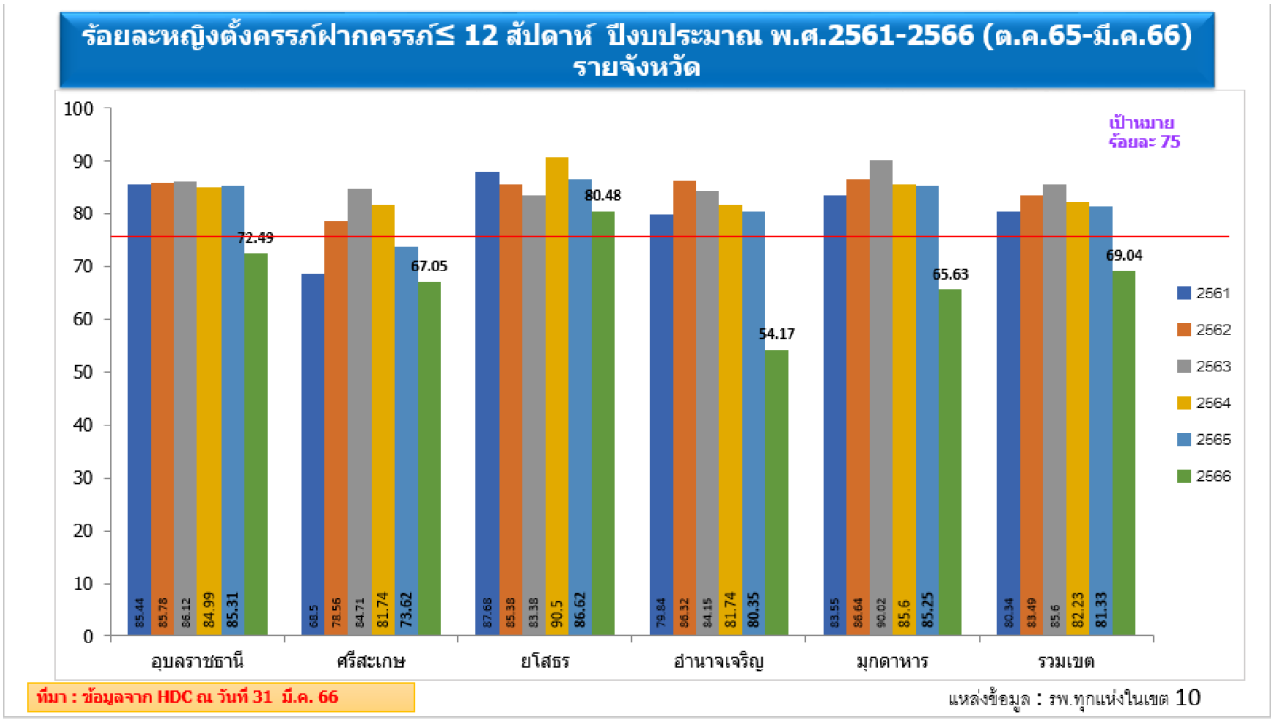
อัตรามารดาตาย เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566) จำนวน 2 ราย คิดเป็น 15.49 ต่อแสนการเกิดมีชีพ วิเคราะห์ปัญหาได้ดังนี้

1.3 <u>แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ Le (Level) ของผลการดำเนินการในปัจจุบัน</u>

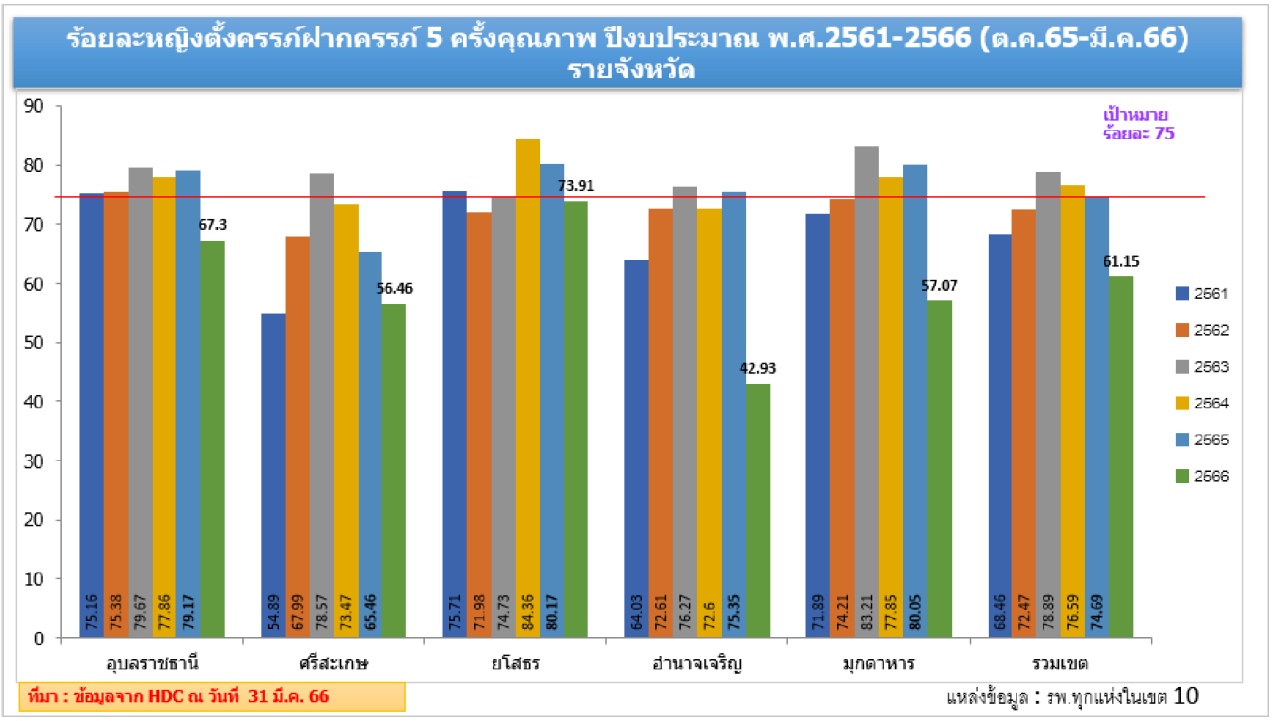
ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์	ร้อยละ 75	69.04
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	61.15
ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ 50	64.57
ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (ความครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 50 ขึ้นไป)	ร้อยละ 75	81.82
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ 14	15.5
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	ร้อยละ 100	85.3
ร้อยละเด็กอายุ 6 - 12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ 20	21.2
ร้อยละเด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปีได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ 80	78.17
ระดับค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	≥ 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	175
ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง	ร้อยละ 90	54.57
ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีภาวะเตี้ย ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	9.73
ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	68.47
ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	79.39
ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	94.8

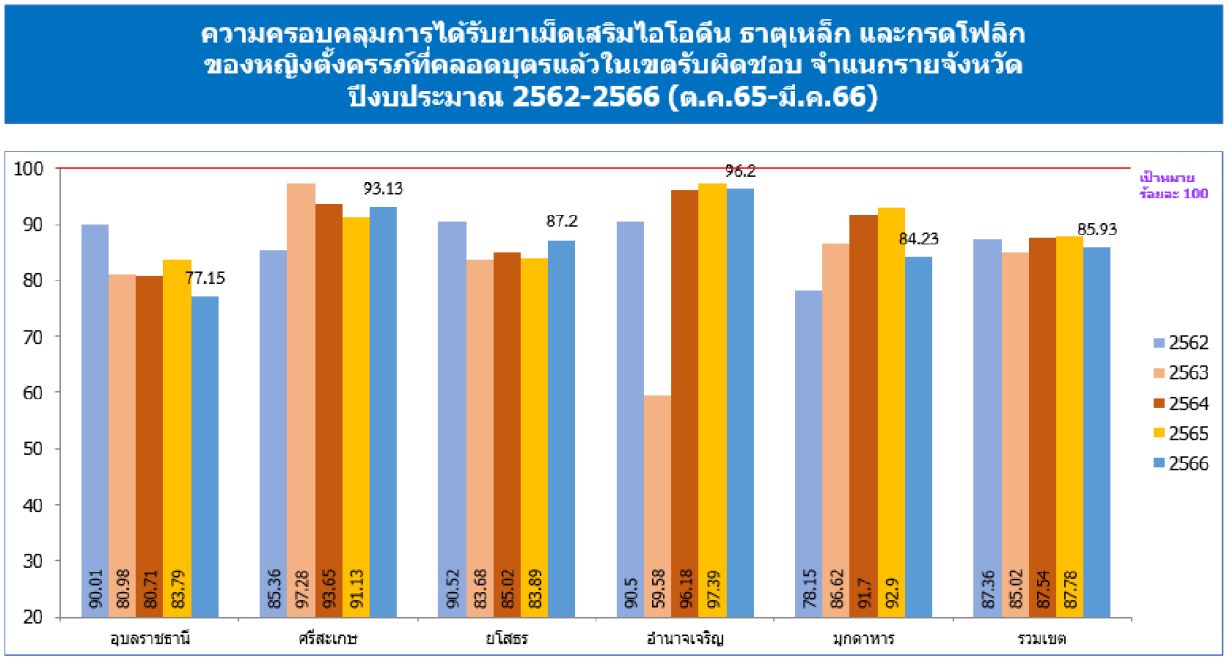
1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์



2) ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง



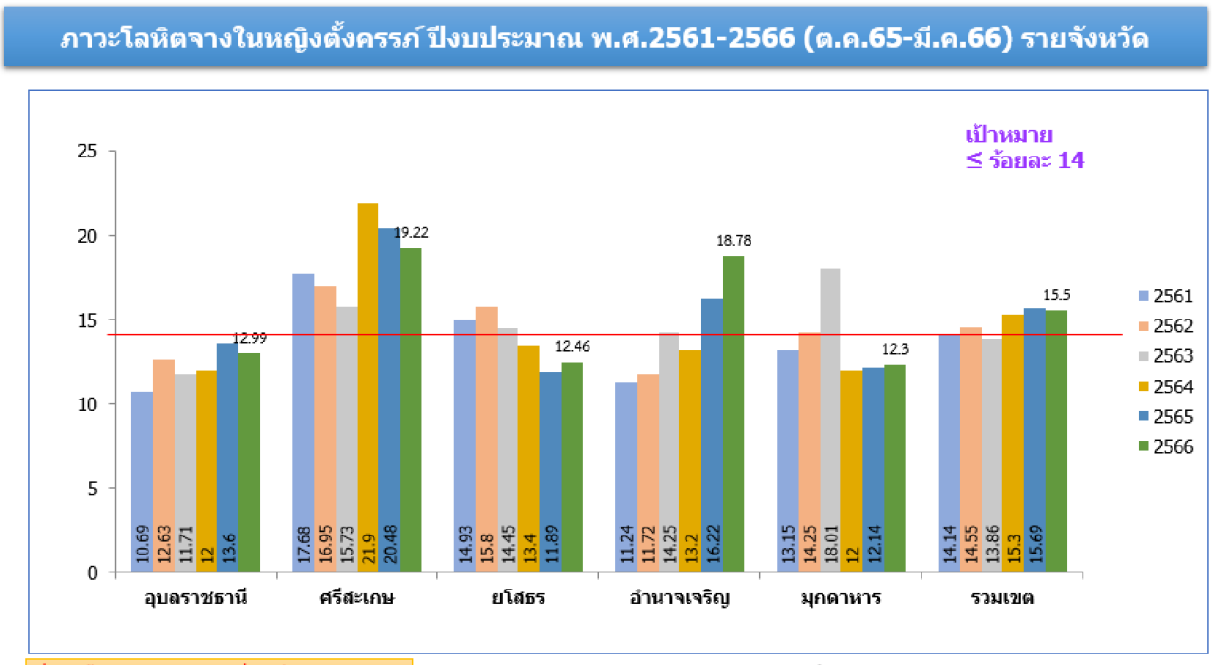
3) ความครอบคลุมการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรแล้วในเขตรับผิดชอบ



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 มี.ค. 66

แหล่งข้อมูล : รพ.สต.และรพ.ทุกแห่งในเขต 10

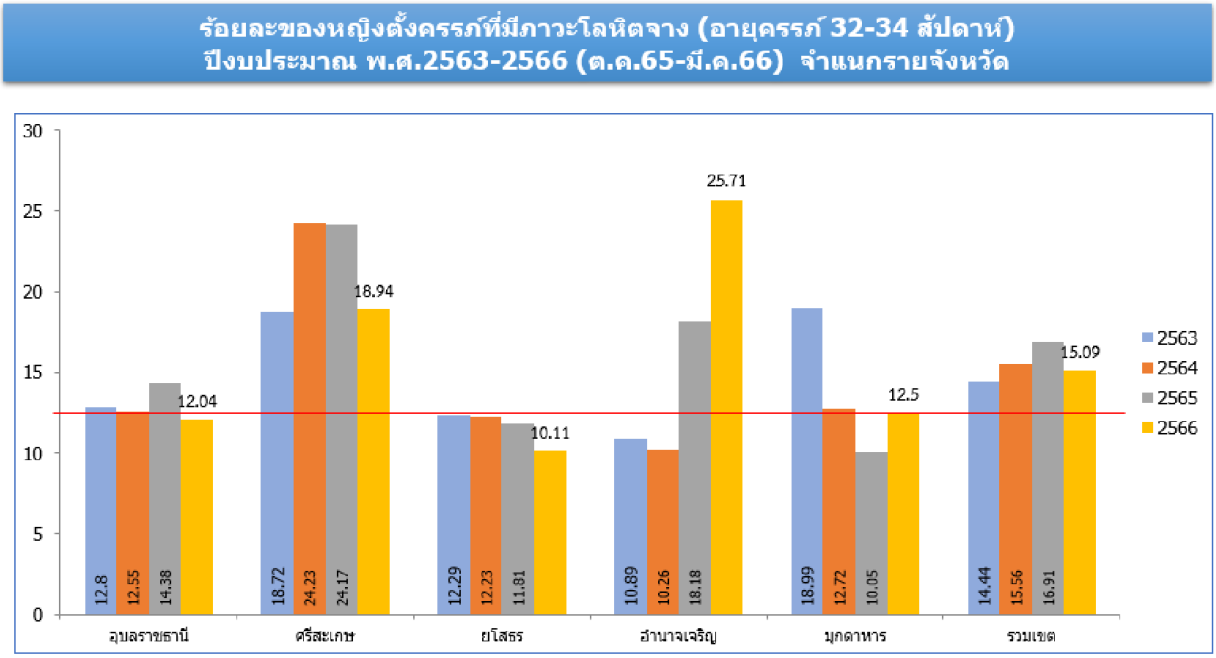
4) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 มี.ค. 66

แหล่งข้อมูล : รพ.สต.และรพ.ทุกแห่งในเขต 10

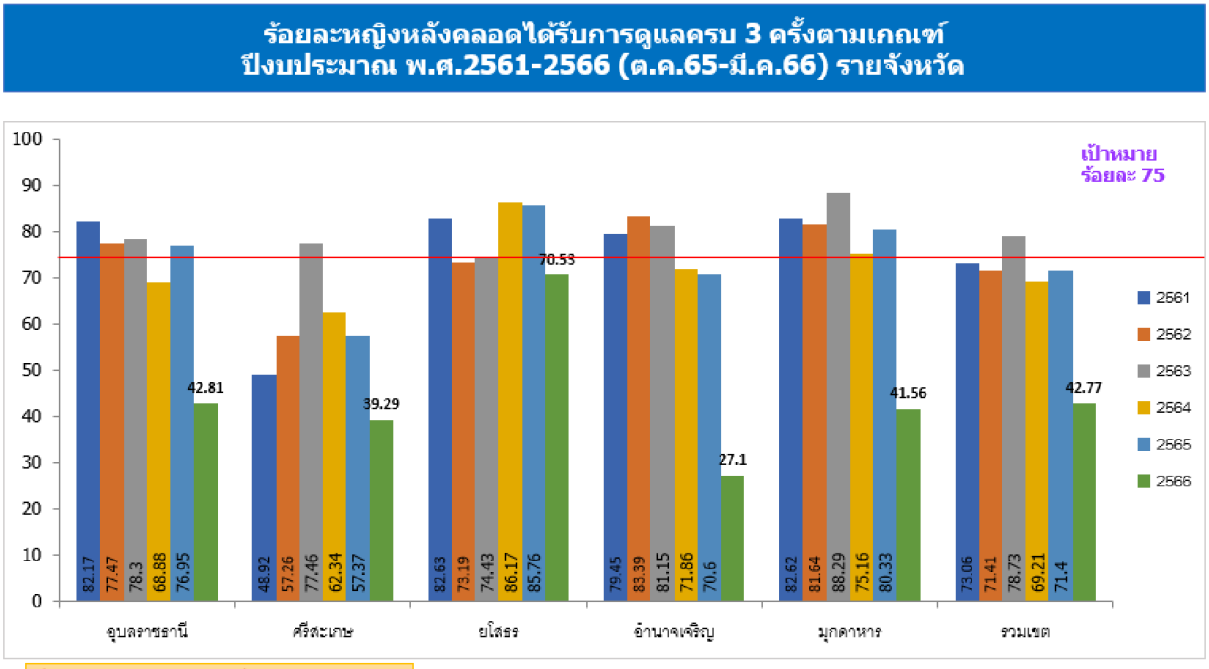
5) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 มี.ค. 66

แหล่งข้อมูล : รพ.สต.และรพ.ทุกแห่งในเขต 10

6) หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 31 มี.ค. 66

แหล่งข้อมูล : รพ.สต.และรพ.ทุกแห่งในเขต 10

วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย (เดือนตุลาคม 2564 – มีนาคม 2566) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1.การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ (เป้าหมายร้อยละ 70)

จากรายงานข้อมูลสถานการณ์สุขภาพช่องปาก (5 เดือนแรก) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากคงที่ถึงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย(ร้อยละ54.23) แต่ยังไม่ถึงค่าเป้าหมาย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนมากไปรับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชน จึงทำให้การให้บริการตรวจช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐมีจำนวนไม่มาก และมีการถ่ายโอนทันตบุคลากรจาก รพ.สต.ไปยังไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงทำให้ขาดผู้รับชอบงานและขาดความต่อเนื่องในการให้บริการและการลงข้อมูลในระบบ HDC

2. เด็ก 3 ปีได้รับการตรวจช่องปาก (เป้าหมายร้อยละ 50)

จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพช่องปาก (5 เดือนแรก) พบว่า เด็ก 3 ปีได้รับการตรวจช่องปากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ร้อยละ 31.16) เนื่องจากมีการถ่ายโอนทันตบุคลากรจาก รพ.สต.ไปยังไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงทำให้ขาดผู้รับชอบงานและขาดความต่อเนื่องในการให้บริการและการลงข้อมูลในระบบ HDC

โดยทางศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ได้มีการขับเคลื่อนในกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ การพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ 4D กลยุทธ์ ปตท.เพื่อเด็กปฐมวัย ร่วมประชุมและขับเคลื่อนกิจกรรมรรงค์ 20 ปี มีนาคม สนุกกับวันสุขภาพช่องปากโลก เนื่องในโอกาสวันสุขภาพช่องปากโลก(World Oral Health Day) เพื่อเป็นแนวทางและต้นแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย

❖ **ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน**

- ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
  - การคัดกรองภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ และการให้บริการ ANC ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์
- ระบบบริการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย
  - การให้บริการเด็กปฐมวัยไม่ครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ (การคัดกรองภาวะโลหิตจาง /การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก/การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง/การตรวจสุขภาพช่องปาก)
  - คุณภาพการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย DSPM และการค้นหาเด็กล่าช้าเข้าสู่การกระตุ้นด้วย TEDA 4I น้อย
  - การติดตามและนำเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการไม่ทันตามห้วงเวลาที่กำหนด
- การให้บริการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กไม่มีความต่อเนื่องใน รพสต.ที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ.

❖ **ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา**

- ระบบบริการ

<u>หญิงตั้งครรภ์</u>

- มีระบบการกำกับติดตาม การให้บริการฝากครรภ์ การคัดกรอง การส่งต่อ หญิงตั้งครรภ์ที่มี

ภาวะเสี่ยง ในสถานบริการทุกระดับ (รพสต. รพช. รพท.)

- ทบทวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์กรณีฉุกเฉิน (จำลองสถานการณ์/ CPR /Refer)
- ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรห้องคลอด (on the job training) อย่างต่อเนื่อง
- ระบบการคืนข้อมูลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง กรณี refer กลับเพื่อให้ รพช. ต้นทางดูแลได้ต่อเนื่อง

<u>เด็กปฐมวัย</u>

- กำกับติดตามการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์
- ระบบการดูแลเชิงรุกในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยทุกคนแบบองค์รวมเป็นรายบุคคล (Individual Care plan)
- มีระบบติดตาม และกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าให้มีความต่อเนื่อง โดยทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (Child and Family Team) ในพื้นที่

- การสร้างความรอบรู้

- สร้าง HL ในหญิงตั้งครรภ์ทั้งในระบบบริการ (โรงเรียนพ่อแม่) และสื่อสารผ่าน Digital Platform ,Line และใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ในการดูแลและสังเกตอาการผิดปกติของตนเองขณะตั้งครรภ์ (Early warning sign)
- สร้าง HL ของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

- การพัฒนาศักยภาพ
  - เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน DSPM / TEDA4I
  - ทีมพี่เลี้ยงเด็ก ครูพี่เลี้ยง ในการใช้เครื่องมือ DSPM ในศพด.
  - ผู้ปกครอง ให้มีส่วนในการส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้ DSPM
- ระบบข้อมูล
  - ควรมีการส่งมอบการถ่ายโอนภารกิจ เพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวกับความต่อเนื่องและคุณภาพบริการงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ผ่าน กสพ.
  - ควรมีการคืนข้อมูลให้ อบจ. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และชุมชน และมีระบบการกำกับติดตามการดำเนินงานร่วมกัน โดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อผลักดันส่วนที่ขาด มีความต่อเนื่อง
  - การเชื่อมข้อมูล (Link) การให้บริการฐานข้อมูล กับ ระบบโปรแกรม HDC ของจังหวัด นำข้อมูลเข้าสู่ระบบ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน

❖ **ปัจจัยความสำเร็จ**

- ขับเคลื่อนและกำกับติดตามระบบและคุณภาพบริการ โดย คณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด ร่วมกับ คณะกรรมการเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ (Service Plan อนามัยแม่และเด็ก)
- จังหวัดมีการแสวงหาแหล่งงบประมาณสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากงบพัฒนากลุ่มจังหวัดอีสานตอนล่าง 2 งบพัฒนาจังหวัด งบ PPA จาก สปสช. และภาคเอกชน (มูลนิธิ Life Thailand)
- ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ๔ กระทรวงหลัก และภาคประชาชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ

❖ **ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ**

- ระบบการคัดกรอง การดูแลและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจากโรคทางอายุรกรรม
- ความต่อเนื่องและความครอบคลุมในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็กที่ถ่ายโอนไปอบจ.

- การประเมินผลการดำเนินงาน Triple P ใน ศพด.
- กิจกรรม/แผนงาน/โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน

1.4 <u>ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์</u>

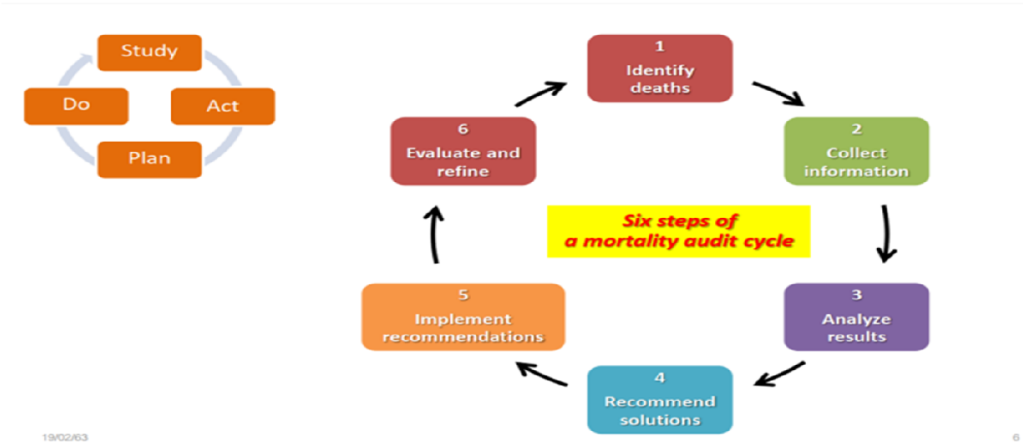
➢ **อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน**

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

สำหรับสถานการณ์อัตรามารดาตายเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2560-2565 เท่ากับ 10.10, 13.20, 5.41 , 20.09 , 36.47 และ 28.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ขณะที่ในปี 2566 (ตุลาคม 2564 – กุมภาพันธ์ 2566) พบอัตรามารดาตาย คิดเป็น 15.49 ต่อแสนการเกิดมีชีพ มีมารดาเสียชีวิตจำนวน 2 ราย วิเคราะห์สาเหตุการตาย ปี 2566 พบสาเหตุทางตรง (Direct Cause) จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 คือ pulmonary embolism ในส่วนของสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) คือทั้ง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ได้แก่ Chronic hypertension with Superimposed Preeclampsia

ปีงบประมาณ 2566 ได้มีการวางแผนการจัดโครงการ/กิจกรรมในการป้องกันและวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อปิด GAP จากปีที่ผ่านมา โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1) การนำเอาข้อมูลมาวิเคราะห์โดยกระบวนการ PDCA

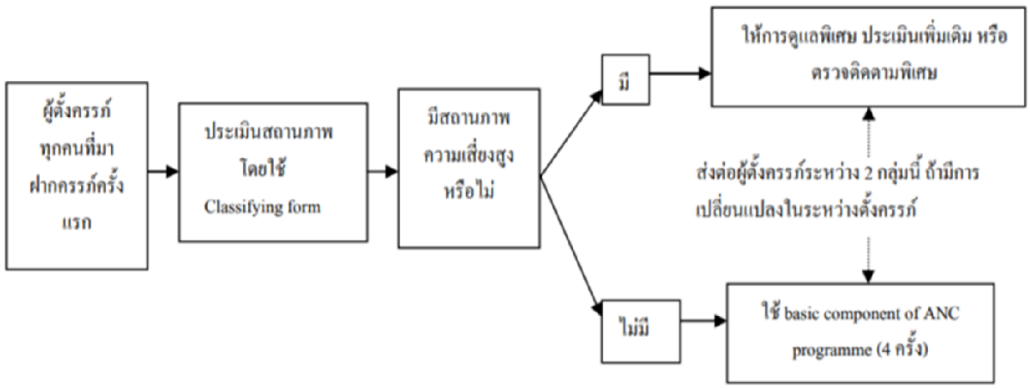


จากการวิเคราะห์สาเหตุมารดาตายจากปี 2565 พบปัญหาส่วนใหญ่มารดาเสียชีวิตจากภาวะเกี่ยวกับโรคหัวใจ จำนวน 3 ราย จึงเกิดข้อเสนอมาตรการสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่มีภาวะโรคหัวใจโดยผ่าน

ผู้เชี่ยวชาญทางสูติ-นรีเวชกรรมและอายุรกรรมในระดับเขต เพื่อใช้ร่วมกันในทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งแนวทางการการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่มีภาวะโรคหัวใจ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

1.1 ระยะฝากครรภ์

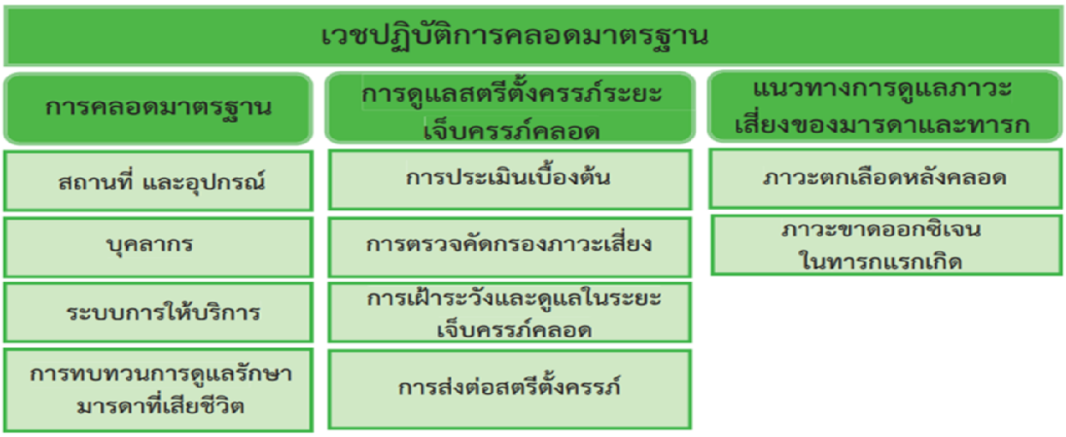
- ควรประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นการเปลี่ยนแปลงของ functional status อย่างรวดเร็ว หอบเหนื่อย ภาวะบวม ชีพจรเต้นเร็ว ไอเป็นเลือด หรือ มี persistent rales ที่ส่วนล่างของปอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นไวอาจเกิดจากการบวมน้ำในภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น
- เฝ้าระวังการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 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

สถานการณ์การป่วยและตายของมารดาและเด็ก เป็นดัชนีวัดสภาวะสุขภาพประชากรและการพัฒนาประเทศที่สำคัญและเป็นสากล ประเทศไทยได้กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุข เพื่อวัดสภาวะสุขภาพประชากรและการพัฒนาของประเทศ แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ คุณภาพของการฝากครรภ์ การดูแลระหว่างคลอด และหลังคลอด ชี้ให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรงและสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษาสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหามาโดยตลอด แต่ปัญหามารดาตายยังคงพบเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศอยู่อย่างต่อเนื่อง ยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยแม่และเด็กโดยมีเป้าหมายสุดท้ายคือ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เด็กเติบโตและพัฒนาการสมวัย ซึ่งการจะไปถึงเป้าหมายดังกล่าวฯได้จำเป็นจะต้องดูแลเตรียมพ่อแม่ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และดูแลต่อเนื่อง ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด จนถึงทารกแรกเกิด-ถึงอายุต่ำกว่า 6 ปี ให้ได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพ ดังนั้นบุคลากรทางการ

แพทย์และสาธารณสุข จึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งต่อการแก้ไขปัญหามารดาตายซึ่งจะต้องศึกษาทำความเข้าใจกับปัญหาอย่างแท้จริง เพื่อให้เข้าใจปัจจัย/สาเหตุที่เป็นบ่อเกิดของปัญหา อันจะนำไปสู่การวางแผนเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ ในปัจจุบันและสภาวะที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตข้างหน้า

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 พบว่าตัวชี้วัดที่สำคัญในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กที่ยังเป็นปัญหาของเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พบร้อยละ16.05 เกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ14 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พบร้อยละ 7.12 เกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 อัตราตายของทารกแรกเกิด พบ 4.60 ต่อ 1000 ทารกแรกเกิดมีชีพ ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมาย < 3.6 ต่อ 1000 ทารกแรกเกิดมีชีพ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพ พบ 27.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ สาเหตุการตายที่พบมากที่สุด คือ สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.5 และสาเหตุทางตรง (Direct cause) 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 ในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะต้องได้การป้องกันด้วยการคัดกรองความเสี่ยง และได้รับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในระยะตั้งครรภ์ ในระยะคลอด ต้องได้รับการดูแลการคลอดที่ปลอดภัย และลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด ซึ่งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรถือว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากงานอนามัยแม่และเด็กเป็นงานที่ยากและต้องใช้ทักษะ ประสบการณ์ที่ค่อนข้างสูง การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่หรือแม้จะเป็นผู้รับผิดชอบงานเดิม ก็ยังมีความจำเป็นต้องได้มีการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดทักษะ ความเชี่ยวชาญ ในการพัฒนาคุณภาพของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและทันเหตุการณ์ และด้วยเหตุผลสำคัญข้างต้นศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต ร่วมกับ Service Plan สาขาสูติศาสตร์และทารกแรกเกิด จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 เรื่อง “การส่งเสริมการเกิดคุณภาพ สำหรับแพทย์และพยาบาล ประจำปี 2566” เพื่อลดปัญหามารดาตาย และลดการตายของทารกแรกเกิด โดยใช้กลไก MCH Board และ Service Plan ระดับเขต ซึ่งผลที่ได้จากการดำเนินงานโครงการฯ จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็ก ให้เป็นไปตามมาตรฐานและมีการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

จัดกิจกรรมแบ่งเป็น 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฝากครรภ์คุณภาพ”

รูปแบบการพัฒนา บรรยาย สาธิต และ การฝึกปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 200 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 10

ระยะเวลาดำเนินการ

- อบรมภาคทฤษฎีและฝึกทักษะ จำนวน 3 วัน ระหว่างวันที่ 19 - 21 มิถุนายน 2566

สถานที่ดำเนินการ

ห้องประชุมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ
   1.1 จัดทำโครงการและเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติงบประมาณสนับสนุน
   1.2 ประชาสัมพันธ์และประสานกลุ่มเป้าหมาย
2. ขั้นดำเนินการ
   2.1 ดำเนินการจัดอบรมด้วยวิธีการบรรยาย และฝึกปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนด
   2.2 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ฝึกทักษะ ตามใบงานและกิจกรรมที่กำหนด

2.3 นำเสนอผลการฝึกปฏิบัติ กรณีศึกษา สรุปบทเรียน และข้อเสนอแนะจากทีมวิทยากร

3. ขั้นประเมินและรายงานผล

3.1 ประเมินความรู้ผู้รับการฝึกอบรม ก่อนและหลังการฝึกอบรมด้วยแบบวัดความรู้ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80)

3.2 ประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าฝึกอบรม

3.3 สรุปรายงานผลการดำเนินงานโครงการตามกระบวนการ

งบประมาณ

ค่าลงทะเบียนจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 200 คนๆ ละ 3,000 บาท เป็นเงิน 600,000 บาท (หกแสนบาทถ้วน) ดำเนินการฝึกอบรมใช้จ่ายเป็นค่าลงทะเบียนให้กับกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าฝึกอบรมตามการประชาสัมพันธ์หลักสูตร การประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฝากครรภ์คุณภาพ” ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ร่วมกับ Service Plan สาขาแม่และเด็ก

กิจกรรมที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิด สำหรับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ประจำปี ”

รูปแบบการพัฒนา บรรยาย สาธิต และ การฝึกปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 200 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10

ระยะเวลาดำเนินการ

- อบรมภาคทฤษฎีและฝึกทักษะ จำนวน 2 วัน ระหว่างวันที่ 24-25 เมษายน 2566

สถานที่ดำเนินการ

ห้องประชุมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 จัดทำโครงการและเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติงบประมาณสนับสนุน

1.2 ประชาสัมพันธ์และประสานกลุ่มเป้าหมาย

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ดำเนินการจัดอบรมด้วยวิธีการบรรยาย และฝึกปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนด

2.2 ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ฝึกทักษะ ตามใบงานและกิจกรรมที่กำหนด

2.3 นำเสนอผลการฝึกปฏิบัติ กรณีศึกษา สรุปบทเรียน และข้อเสนอแนะจากทีมวิทยากร

3. ขั้นประเมินและรายงานผล

3.1 ประเมินความรู้ผู้รับการฝึกอบรม ก่อนและหลังการฝึกอบรมด้วยแบบวัดความรู้ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80)

3.2 ประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าฝึกอบรม

3.3 สรุปรายงานผลการดำเนินงานโครงการตามกระบวนการ

งบประมาณ

ค่าลงทะเบียนจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 200 คน คนละ 2,000 บาท เป็นเงิน 400,000 บาท (สี่แสนบาทถ้วน) ดำเนินการฝึกอบรมใช้จ่ายเป็นค่าลงทะเบียน ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้าฝึกอบรมตามการประชาสัมพันธ์หลักสูตร การประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิด สำหรับ

แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ประจำปี 2566” ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี ร่วมกับ Service Plan สาขาอนามัยแม่และเด็ก

3) กำหนดมาตรการสำคัญเพื่อเป็นแนวทางป้องกันมารดาเสียชีวิต เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566 “ส่งเสริมการเกิดคุณภาพ เด็กเติบโตดี มีพัฒนาการสมวัย IQ เกิน 100”

ยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยแม่และเด็กมีเป้าหมายสูงสุด ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เด็กเติบโตดี มีพัฒนาสมวัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ เพื่อประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตัวชี้วัดที่สำคัญคือ ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ซึ่งรวมตัวชี้วัดอัตราส่วนมารดาตาย กำหนดไว้ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ร้อยละของเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัย และ ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน

จากสถานการณ์ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กยังเป็นปัญหาสำคัญของเขตสุขภาพที่ 10 โดยเฉพาะระดับสติปัญญาของเด็ก (IQ) ที่พบว่าเขตสุขภาพที่ 10 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยต่ำที่สุดของประเทศ ซึ่งจากผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปี 2559 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 มีระดับไอคิวเฉลี่ย 90.88 และผลสำรวจฯ ประจำปี 2564 ยังพบว่าเขตสุขภาพที่ 10 มีระดับไอคิวเฉลี่ย 98.44 ถึงแม้ระดับไอคิวเฉลี่ยจะเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (เป้าหมายระดับสติปัญญาเฉลี่ยมากกว่า 100) และเมื่อดูข้อมูลปัจจัยที่เสี่ยงที่ส่งผลต่อระดับสติปัญญาและพัฒนาการของเด็ก พบว่า ปีงบประมาณ 2565 เขตสุขภาพที่ 10 มีจำนวนมารดาตาย 9 ราย คิดเป็นอัตรา 28.46 ต่อแสนเกิดมีชีพ หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ 78.06 (เป้าหมาย ร้อยละ 75) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 16.05 (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 14) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ 86.56 (เป้าหมาย ร้อยละ 100) ระดับค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 175 ไมโครกรัมต่อลิตร (เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 ไมโครกรัมต่อลิตร) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 17.52 (เป้าหมายร้อยละ 9) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.12 (เป้าหมายร้อยละ 7) ทารกแรกเกิดจนถึง 6 ปี กินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 67.54 สูงกว่าเกณฑ์เล็กน้อย (เป้าหมาย ร้อยละ 50) การคัดกรองและพบภาวะโลหิตจางใน เด็กอายุ 6-12 เดือน ร้อยละ 15.37 (เป้าหมายร้อยละ 20) เด็กอายุ 6 เดือน- 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 81.58 (เป้าหมาย ร้อยละ 80) ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ร้อยละ 73.64 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) สูงดีสมส่วน ร้อยละ 63.5 (เป้าหมายร้อยละ 64) เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 9.64 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10) ภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 8.59 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 9) ภาวะผอม ร้อยละ 5.96 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5) การคัดกรองพัฒนาการเด็กครอบคลุมร้อยละ 92.98 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) เด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ 88.57 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 90 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายเล็กน้อย (เป้าหมาย ร้อยละ 85) เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 84.18 (เป้าหมาย ร้อยละ 70)

สำหรับปีงบประมาณ 2566 รอบ 6 เดือนแรก พบว่า เขตสุขภาพที่ 10 มีจำนวนมารดาตาย 2 ราย คิดเป็นอัตรา 15.49 ต่อแสนการเกิดมีชีพ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 68.73 (เป้าหมาย ร้อยละ 75) ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ 60.81 (เป้าหมาย ร้อยละ 75) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 15.53 (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 14) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ 85.86 (เป้าหมาย ร้อยละ 100) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล 3 ครั้ง หลังคลอด ร้อยละ 42.31 (เป้าหมาย

ร้อยละ 75) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.41 (เป้าหมายร้อยละ 7) ทารกแรกเกิดจนถึง 6 ปี กินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 64.57 (เป้าหมาย ร้อยละ 50) การคัดกรองและพบภาวะโลหิตจางใน เด็กอายุ 6-12 เดือน ร้อยละ 21.68 (เป้าหมายร้อยละ 20) เด็กอายุ 6 เดือน- 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 75.68 (เป้าหมาย ร้อยละ 80) ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ร้อยละ 73.64 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) สูงดีสมส่วน ร้อยละ 63.5ถ (เป้าหมายร้อยละ 64) เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 9.37 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10) ภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 8.48 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 9) ภาวะผอม ร้อยละ 3.56 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5) การคัดกรองพัฒนาการเด็กครอบคลุมร้อยละ 67.82 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) เด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ77.64 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.59 (เป้าหมาย ร้อยละ 85)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าทุกภาคส่วนมีการดำเนินการร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ในการบูรณาการงานที่เกี่ยวข้อง แต่ก็ยังพบว่าการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กยังเป็นปัญหาที่ท้าทายต้องเป็นนโยบายเน้นหนักของเขตสุขภาพที่ 10 และจากการวิเคราะห์การดำเนินงานปี 2565- 2566 (รอบ 6 เดือนแรก) ด้วย A2IM ยังพบปัญหาสำคัญ คือปัญหามารดาเสียชีวิต คุณภาพการฝากครรภ์ และในเด็กปฐมวัย ปัญหาเด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กซีด เตี้ย นำไปสู่ปัญหาระดับสติปัญญาของเด็กต่อไป

A - Assessment	A-Advocacy	I-Intervention	M-management
ประเมินสถานการณ์แม่และเด็ก **หญิงตั้งครรภ์** -มารดาเสียชีวิต -ANC คุณภาพ -แม่ซีด **เด็กปฐมวัย** -LBW -ซีด -เตี้ย อ้วน ผอม	-จัดทำ E book แนวทางการป้องกันมารดาเสียชีวิต และการดูแลครรภ์เสี่ยง -MOU 7 กระทรวงหลักในการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก -สร้างความรอบรู้ สื่อสาร และสร้าง ความเข้าใจให้กับภาคีเครือข่ายและประชาชน ระดับเขต และระดับจังหวัด -ประชาสัมพันธ์ สื่อ/ชุดความรู้ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่เพื่อ การเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการเหมาะสม ตามวัยของกรมอนามัย	1.พัฒนาศักยภาพแพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม 2.พัฒนาศักยภาพจนท.สาธารณสุข เรื่องการประเมินพัฒนาการด้วย dspm	1.ขับเคลื่อนนโยบาย โครงการ และพัฒนาต้นแบบด้านอนามัยแม่และเด็ก เช่น - พัฒนาการเด็ก - มหัศจรรย์ 1000 วัน - พรบ. Milk code - มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ผ่านกลไก MCH board / คณะอนุกรรมการพัฒนาการเด็กระดับจังหวัด / พชอ. - บูรณาการแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับเขต ร่วมกับศูนย์วิชาการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยบูรณาการ - ระบบข้อมูล (HDC) - ระบบการติดตามและการส่งต่อ 3. เยี่ยมเสริมพลังติดตามการดำเนินงานด้านพัฒนาการปฐมวัย (CPM) ระดับจังหวัด/อำเภอ (พชอ) 4. ขับเคลื่อนงานด้วยกลยุทธ์ PIRAB

ในปีงบประมาณ 2566 จึงมีการกำหนดมาตรการสำคัญ คือ ส่งเสริมการเกิดคุณภาพ เด็กเติบโตดี มีพัฒนาการสมวัย IQ เกิน 100 เพื่อกำหนดเป็นกิจกรรมโครงการในการขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

มาตรการส่งเสริมการเกิดคุณภาพและความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ (มารดาเสียชีวิตไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน /หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 50)

อัตรามารดาตายเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2560-2565 เท่ากับ 10.10, 13.20, 5.41 , 20.09, 36.47 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ในปี 2565 พบมารดาตาย จำนวน 9 ราย คิดเป็น 28.46 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตาย พบว่ามีสาเหตุทางตรง (Direct Cause) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.22 ได้แก่ Pulmonary embolism และAmniotic fluid embolism สำหรับในส่วนของสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) มี 7 ราย ร้อยละ 77.78 ได้แก่ ภาวะเกี่ยวกับโรคหัวใจ 3 ราย SLE 1 ราย Melioidosis 1 ราย High alert drug 1 ราย unknown cause of mortality1 ราย และเมื่อวิเคราะห์สาเหตุจากมารดาเสียชีวิต จาก 3 Delays พบว่า ร้อยละ 75 Delay in receiving adequate health care (การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ) และในปีงบประมาณ 2566 รอบ 6 เดือนแรก พบมารดาตาย 2 รายคิดเป็นอัตรา 15.49 ต่อแสนการเกิดมีชีพ จากสาเหตุ Pulmonary embolism และ Chronic hypertension and superimposed pre - eclampsia และจากข้อมูลสถานการณ์ในข่วงการฝากครรภ์ยังคงมีปัญหาและไม่ผ่านตามเกณฑ์ อาทิหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 68.73 (เป้าหมาย ร้อยละ 75) ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ 60.81 (เป้าหมาย ร้อยละ 75) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 15.53 (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 14) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ 85.86 (เป้าหมาย ร้อยละ 100) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล 3 ครั้ง หลังคลอด ร้อยละ 42.31 (เป้าหมายร้อยละ 75) ดังนั้นเพื่อเป็นการลดอัตรามารดาเสียชีวิตที่มีปัญหาสำคัญอยู่ที่คุณภาพของการบริการใน ANC เขตสุขภาพที่ 10 จึงได้เน้นมาตรการส่งเสริมเกิดคุณภาพ (ป้องกันมารดาเสียชีวิต และฝากครรภ์คุณภาพ)

มาตรการระดับเขต	ประเด็นความรู้	เหตุผล
มาตรการและแนวทางการป้องกันมารดาเสียชีวิต เขตสุขภาพที่ 10	- มาตรการป้องกันโรคหัวใจในหญิงตั้งครรภ์ - แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะตกเลือด PPH PIH - การคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงโรคทางอายุรกรรม - แนวทางการจัดการภาวะฉุกเฉินขณะตั้งครรภ์สำหรับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข - แนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงจาก รพช. รพท. - แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ - การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19	- ป้องกันการตายมารดาที่เกิดจาก indirect cause ซึ่งในปี 2564 มีจำนวน 7 ราย ร้อยละ 77.78 ได้แก่ ภาวะเกี่ยวกับโรคหัวใจ 3 ราย SLE 1 ราย Melioidosis 1 ราย High alert drug 1 ราย unknown cause of mortality1 ราย
มาตรการและแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ	-คู่มือและแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพตามองค์การอนามัยโลก -แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจากโรคทางอายุรกรรม -แนวทางการส่งต่อจาก รพสต. รพช. รพท. -ระบบการให้การปรึกษา	
แนวทางการคลอด Previous C/S เขตสุขภาพที่ 10	- มาตรการการคลอดและ Previous C/S เขตสุขภาพที่ 10 - Flow chart Previous C/S	
แนวทางเฝ้าระวัง/ระบบกำกับติดตามการดำเนินงาน การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตสุขภาพที่ 10	- แนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง - Flow chart การทำนายและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด - ขั้นตอนการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ - ผังการรวบรวม/วิเคราะห์ปัญหากลุ่มเสี่ยงรายบุคคล - แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (LBW) รายบุคคล - กรอบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 17.52 (เป้าหมายร้อยละ 9) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.12 (เป้าหมายร้อยละ 7)

แนวทางปฏิบัติในการจัดการเพื่อป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ ปี 2565	- แนวทางปฏิบัติในการจัดบริการเพื่อการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ ปี 2565	
จังหวัดมีแนวทางหรือมาตรการการคัดกรองและการจัดการความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์	-กระบวนการเฝ้าระวัง การคัดกรองภาวะเสี่ยงทางโรคอายุรกรรมในหญิงตั้งครรภ์ -แนวทางการดูแลรายบุคคล และระบบส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง -แนวทางการเฝ้าระวังในระดับปฐมภูมิ	- สาเหตุการตายของมารดาจากส่วนใหญ่มาจากสาเหตุ indirect cause ที่เพิ่มขึ้น จากสาเหตุมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น Heart และ SLE
คณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัดมีผู้เชี่ยวชาญจากสาขาอายุรกรรมและสหสาขาวิชาชีพ	-แนวทางการปรึกษา/ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางดูแลต่อเนื่อง	-เนื่องจากในแต่ละจังหวัดมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงด้วยโรคทางอายุรกรรมเพิ่มมากขึ้น
พัฒนาศักยภาพบุคลากร (องค์ความรู้/ทักษะ) ในเรื่องการฝากครรภ์คุณภาพและการดูแลทารกแรกเกิดและเด็ก	-หลักสูตร “การฝากครรภ์คุณภาพและการดูแลทารกแรกเกิดและเด็ก” -การพัฒนาองค์ความรู้และฝึกทักษะบุคลากร ANC LR PP ในการจัดการภาวะเสี่ยง ตลอดจนการซ้อมกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง	-รพช.บางแห่ง มีผู้รับบริการน้อย ทาให้บุคลากรขาดความชานาญ ในการดูแลภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอ
การพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็กตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก	-มาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก (ANC LR PP WCC)	-โรงพยาบาลมีการดำเนินงานมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็กไม่ต่อเนื่อง
สร้างความรอบรู้สื่อสาร และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ (หญิงตั้งครรภ์)และญาติ ให้มีความรู้และตระหนักถึงการดูแลตนเองผ่านโรงเรียนพ่อแม่ และ 9 ย่างเพื่อสร้างลูก	-แนวทางการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์และญาติ รวมถึงการสังเกต early warning sing ด้วยตนเอง อาการ ต่างๆ ที่ต้องเข้ารับบริการในโรงพยาบาลทันที	-หญิงตั้งครรภ์และญาติ ขาดองค์ความรู้ในการสังเกต early warning sing ด้วยตนเอง

มาตรการเด็กเติบโตดี มีพัฒนาการสมวัย IQ เกิน 100 และความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ (เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85 / สูงดีสมส่วน ร้อยละ 66 / เด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางไม่เกิน ร้อยละ 20)

มาตรการระดับเขต	ประเด็นความรู้	เหตุผล
ผลักดันมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและยกระดับการดำเนินงานพัฒนาศูนย์เด็กเล็กเป็นศูนย์ EF	-มาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติ -แนวทางการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กเป็นศูนย์พัฒนาทักษะทางสมองเด็กปฐมวัย (EF)	-ยกระดับคุณภาพมาตรฐานและลดความเลื่อมล้ำทางด้านการศึกษาของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 10 ให้ผ่านตามมาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติ
บูรณาการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคี เครือข่ายภาครัฐ (4 กระทรวง) ภาคเอกชน ภาคประชาชน และ สถาบันการศึกษา	-การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามบทบาทของแต่ละกระทรวง -พัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยบูรณาการ - ระบบข้อมูล (HDC) - ระบบการติดตามและการส่งต่อ	-บูรณาการดำเนินงานพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ยังไม่เป็นรูปธรรม -ขาดเชื่อมต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
พัฒนาศักยภาพบุคลากร (องค์ความรู้/ทักษะ) ใน เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้อำนวยการเล่นเปลี่ยนโลก และการพัฒนาทักษะสมองเด็กปฐมวัย (EF)	-แนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย - แนวทางการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น (Play worker) แก่ครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ,Triple-P Plus -แนวทางการใช้คู่มือ DSPM ออนไลน์ - เอกสารประกอบการประชุม 10 บทเรียนการพัฒนาทักษะสมองเด็กปฐมวัย (EF)	-ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ทักษะวิธีการเฝ้าระวัง วิธีการประเมินเกณฑ์การตัดสินให้ผ่าน การบันทึกผลการประเมินพัฒนาการเด็ก ที่ถูกต้องตามแนวทางการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู ศพด.ยังขาดความรู้เรื่อง แนวทางการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น (Play worker) แก่ครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ,แนวทางการใช้คู่มือ DSPM ออนไลน์ ,การพัฒนาทักษะสมองเด็กปฐมวัย (EF) - ผู้รับบริการขาดความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรหลานในด้านพัฒนาการโภชนาการ
MCH Board ระดับจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง	-องค์ความรู้เกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ของเด็ก และแนวปฏิบัติในงานมาตรฐานแม่และเด็ก	-การสื่อสารนโยบายไม่ถึงผู้ปฏิบัติ - ผู้ปฏิบัติงานไม่มีความรู้เกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ของเด็ก และแนวปฏิบัติในงานมาตรฐานแม่และเด็ก

MCH Board ระดับจังหวัด กำกับติดตามการแจกวิตามินเสริมธาตุเหล็ก	-แนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	-ความครอบคลุมในการเจาะฮีมาโตคริท และจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กค่อนข้างต่ำ
บูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (อปท./ศธ./พม./สธ) ในระดับพื้นที่	-แนวทางการส่งเสริมการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย -แนวทางการใช้งบกองทุนสุขภาพตำบลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน	- ขาดการเชื่อมต่อข้อมูลการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ใน ศพด. กับ รพ.สต./ชุมชน และบางพื้นที่ขาดการคืนข้อมูลภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยให้ชุมชนทราบ ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

มาตรการเด็กเติบโตดีและความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ (สูงดีสมส่วน ร้อยละ 66 / ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ร้อยละ 90/ เด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ยไม่เกิน ร้อยละ 10 /เด็ก 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนไม่เกิน ร้อยละ9 /เด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอมไม่เกิน ร้อยละ 5/เด็ก 6 เดือน-5 ปีได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 80/เด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางไม่เกิน ร้อยละ 20/ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7/ ทารกแรกเกิดถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 50)

จากการทบทวนข้อมูลผลการดำเนินงานการเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี ของเขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 63.55 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย(เป้าหมาย ร้อยละ 66) โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย เด็กชาย 109.65 ซ.ม. เด็กหญิง 109.06 ซ.ม. ซึ่งยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย (เป้าหมาย ชาย 113 ซม.หญิง 112 ซม.) และมีความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เพียงร้อยละ 65.71 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) ทั้งนี้พบเด็กเตี้ยเพียงร้อยละ 9.37 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10) เริ่มอ้วน และ อ้วน ร้อยละ 8.48 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 9) สำหรับร้อยละของเด็ก 0-5 ปีที่มีภาวะผอม พบว่า เด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอมถึง ร้อยละ 3.56 ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 5 (ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566) สถานการณ์ภาวะโลหิตจางของเด็ก 6-12 เดือน ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 21 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 20 เมื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก พบว่า มีเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เพียงร้อยละ 75.68 สำหรับประเด็นร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 พบ ร้อยละ 7.15 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 ทางด้าน ร้อยละของเด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 63.86 บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) (ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566)

จากการศึกษาของชัชฎา ประจุดทะเก และคณะ (2562) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย โดยพิจารณารายด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การฝากครรภ์ 5 ครั้ง คุณภาพ การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน และการมีโรคประจำตัวของมารดา ปัจจัยด้านเด็กปฐมวัย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด และปัจจัยแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รศ.พญ.ลัดดา เหมาะสุวรรณ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กที่ให้ประสิทธิภาพสูงสุด คือ ปัจจัยด้านการขาดไอโอดีน ปัจจัยด้านการขาดธาตุเหล็ก ซีด และปัญหาเรื่องเตี้ย เมื่อวิเคราะห์ทั้ง 3 ปัจจัยสามารถเชื่องโยงกับภาวะโภชนาการและกิจกรรมทางกาย

(การกิน และการเล่น) ซึ่งเป็นกิจกรรมประจำวันที่ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สามารถช่วยกันส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด เด็กแรกเกิด จนถึงเด็กปฐมวัย

มาตรการระดับเขต	ประเด็นความรู้	เหตุผล
มาตรการและแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ	-คู่มือและแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพตามองค์การอนามัยโลก -คู่มือเวชปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วนมแม่	-สถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ไม่มีการดำเนินการตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ เนื่องจากมีภาระงานมาก
มาตรการและแนวทางการให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดีคุณภาพ	-คู่มือการให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดีคุณภาพ -คู่มือเวชปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วนมแม่	-สถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ไม่มีการดำเนินการตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ
ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และเด็ก 0-5 ปี ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์	-การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ตามคู่มือและแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพตามองค์การอนามัยโลก -การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการสำหรับเด็ก 0-5 ปี ตามคู่มือและแนวทางการให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดีคุณภาพ -*คู่มือ*แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้าน*โภชนาการ* ในคลินิกเด็กสุขภาพดี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข -แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้าน*โภชนาการ*. ใน*คลินิกฝากครรภ์* สำหรับบุคลากรสาธารณสุข	-บางพื้นที่ไม่มีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลด้านการเฝ้าระวังด้านโภชนาการในสตรีและเด็กปฐมวัย ทำให้การประมวลผลข้อมูลในระบบ HDC มีความแม่นยำน้อย -การให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม เช่น เด็ก 6-12 เดือนไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโลหิตจาง การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็ก 0-5 ปี การดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นต้น - การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยขาดความต่อเนื่อง -ขาดการวิเคราะห์ และจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย

แนวทางเฝ้าระวัง/ระบบกำกับติดตามการดำเนินงาน การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตสุขภาพที่ 10	- แนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง - Flow chart การทำนายและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด - แนวทางการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง - Flow chart การทำนายและการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด - ขั้นตอนการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ - ผังการรวบรวม/วิเคราะห์ปัญหากลุ่มเสี่ยงรายบุคคล - แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (LBW) รายบุคคล - กรอบการดูแลเพื่อจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 17.52 (เป้าหมายร้อยละ 9) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.12 (เป้าหมายร้อยละ 7)
พัฒนาศักยภาพบุคลากร (องค์ความรู้/ทักษะ) ในเรื่องการฝากครรภ์คุณภาพและการดูแลทารกแรกเกิดและเด็ก	-หลักสูตร “การฝากครรภ์คุณภาพและการดูแลทารกแรกเกิดและเด็ก” -การพัฒนาองค์ความรู้และฝึกทักษะบุคลากร ANC LR PP ในการจัดการภาวะเสี่ยง การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และเด็ก 0-5 ปี	-รพช.บางแห่ง มีผู้รับบริการน้อย ทำให้บุคลากรขาดความชำนาญ ในการดูแลภาวะเสี่ยง ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด การให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
การพัฒนาคุณภาพบริการอนามัยแม่และเด็กตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก BFHI	-มาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก (ANC LR PP WCC คลินิกนมแม่)	-โรงพยาบาลมีการดำเนินงานมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็กไม่ต่อเนื่อง - อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 14 (จากการสำรวจ)
สร้างความรอบรู้สื่อสาร และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ (หญิงตั้งครรภ์)และญาติ ให้มีความรู้และตระหนักถึงการดูแลตนเอง ผ่าน	-*คู่มือ*แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้าน*โภชนาการ* ในคลินิกเด็กสุขภาพดี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข	-หญิงตั้งครรภ์และญาติขาดองค์ความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย

โรงเรียนพ่อแม่ และ 9 ย่างเพื่อสร้างลูก	-แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้าน*โภชนาการ*. ใน*คลินิกฝากครรภ์* สำหรับบุคลากรสาธารณสุข -คู่มือโรงเรียนพ่อแม่ BBL	-การกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก อาหารและผลิตภัณฑ์ที่มีไอโอดีน
ผลักดันมาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติ ,สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D)	-มาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติ -แนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D)	- มี ศพด.ด้านสุขภาพ 4D จำนวน 127 แห่ง
บูรณาการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีเครือข่ายภาครัฐ (4 กระทรวง) ภาคเอกชน ภาคประชาชน และสถาบันการศึกษา	-การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามบทบาทของแต่ละกระทรวง -พัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมโภชนาการในเด็กปฐมวัยบูรณาการ - ระบบข้อมูล (HDC) - ระบบการติดตามและการส่งต่อ	-บูรณาการดำเนินงานพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ยังไม่เป็นรูปธรรม -ขาดเชื่อมต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมโภชนาการในเด็กปฐมวัย
พัฒนาศักยภาพบุคลากร (องค์ความรู้/ทักษะ) ในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การส่งเสริมการเจริญเติบโต ผู้อำนวยการเล่นเปลี่ยนโลก	-แนวทางการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย -แนวทางการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น (Play worker) แก่ครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก -คู่มือตำรับอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย -Thai School lunch Programe - แนวทางการส่งเสริมคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D)	-ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดรายการอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูศพด.ยังขาดความรู้เรื่องแนวทางการพัฒนาทักษะผู้อำนวยการเล่น (Play worker) แก่ครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ,แนวทางการใช้คู่มือ DSPM ออนไลน์ Thai School Lunch Programe - ผู้รับบริการขาดความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรหลานในด้านพัฒนาการ โภชนาการ
MCH Board ระดับจังหวัด ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง	-องค์ความรู้เกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ของเด็ก และแนวปฏิบัติในงานมาตรฐานแม่และเด็ก	-การสื่อสารนโยบายไม่ถึงผู้ปฏิบัติ - ผู้ปฏิบัติงานไม่มีความรู้เกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ของเด็ก และแนวปฏิบัติในงานมาตรฐานแม่และเด็ก

		ความครอบคลุมการได้รับเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดฟลิกค่อนข้างต่ำ
MCH Board ระดับจังหวัดกำกับติดตามการแจกวิตามินเสริมธาตุเหล็ก	-แนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก	-ความครอบคลุมในการเจาะฮีมาโตคริท และจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กค่อนข้างต่ำ
การบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560	-คู่มืออธิบายพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กพ.ศ.๒๕๖๐ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข -คู่มืออธิบายพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.๒๕๖๐ สำหรับผู้ประกอบการ	- ไม่มีการเฝ้าระวังเชิงรุกระดับจังหวัด
ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ผ่านกลไก “มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน	-แนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน	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 6-12 เดือนที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง ร้อยละ 21.68 5.ร้อยละเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 75.68 6.ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.18

การวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็ก ประจำปีงบประมาณ 2566

(เดือนตุลาคม 2565-เดือนมีนาคม 2566)

วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

สถานการณ์พัฒนาการ

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566) มีแนวโน้มลดลง จากปีที่ผ่านมา โดยพบว่า มีความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กร้อยละ 67.82 (เป้าหมายร้อยละ 90) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองครั้งแรกโดยต้องพบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่10 พบร้อยละ 23.45 ซึ่งสูงกว่าระดับค่าเป้าหมายการติดตามเด็กประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน เท่ากับร้อยละ 80.48 (เป้าหมายร้อยละ 90) เมื่อพิจารณาข้อมูลเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.59 (เป้าหมายร้อยละ 85) ซึ่งมีค่าสูงกว่าเป้าหมาย แต่พบว่ามีค่าใกล้เคียงกับระดับประเทศ

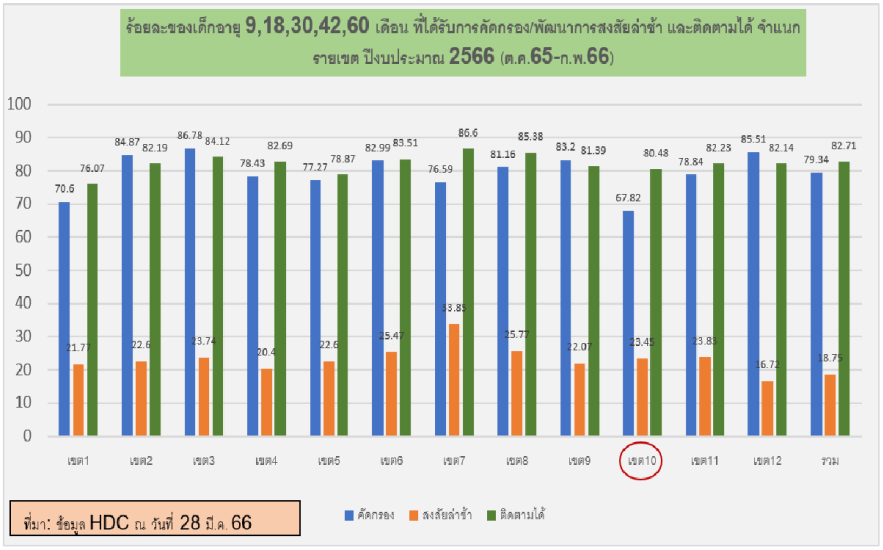
สถานการณ์การดำเนินงานพื้นที่เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก

สถานการณ์การดำเนินงานพื้นที่เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566 (ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566) พบว่า มีจำนวนพื้นที่เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกและจำนวนผู้อำนวยการเล่นเพิ่มขึ้นจากเดิม 55 ตำบล และ ความครอบคลุมในการขยายพื้นที่เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก ตำบลละ 1 แห่ง ดังนี้ จังหวัดอุบลราชธานี 139 ตำบล จังหวัดศรีสะเกษ 73 ตำบล จังหวัดยโสธร 39 ตำบล อำนาจเจริญ 56 ตำบล และมุกดาหาร 25 ตำบล และมีจำนวนผู้อำนวยการเล่นรายจังหวัด 501 คน , 145 คน , 75 คน , 169 คน และ 62 คน ตามลำดับ รวมพื้นที่เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกเขตสุภาพที่ 10 จำนวน 338 ตำบล (เป้าหมาย 613 ตำบล) และ จำนวนผู้อำนวยการเล่น 952 คน (เป้าหมาย 613 คน) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมพบว่าพื้นที่เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล แต่บางตำบลมีจำนวนผู้อำนวยการเล่นมากกว่า 1 คน พื้นที่ที่ไม่สามารถสร้างผู้อำนวยการเล่นได้ มักเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ครูมีภาระงานมากไม่สามารถศึกษาด้วยตนเองได้ (เรียนออนไลน์) เนื่องจากต้องดูแลเด็กและหลักสูตรผู้อำนวยการเล่น มีเนื้อหาค่อนข้างมากใช้เวลานานในการศึกษาด้วยตนเอง จึงทำให้ครูเรียนไม่จบหลักสูตร และ ระบบการเรียนออนไลน์ ค่อนข้างยาก ซับซ้อน ครูหลายคนมีข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยี จึงเป็นอุปสรรคในการเรียนออนไลน์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป้าหมายการดำเนินงานโครงการเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกมุ่งพัฒนาศักยภาพผู้อำนวยการเล่น (Play worker) ระดับครอบครัว อย่างน้อยจังหวัดละ 3 ครอบครัว ยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างน้อย 1 แห่งให้เป็นพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (Play worker ระดับครอบครัว) ในเขตสุขภาพที่ 10 ทั้งนี้มีผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ คือ มีจำนวนสถานพัฒนาเด็กต้นแบบ จำนวน 2 แห่ง มีจำนวนแกนนำ (ครู ก) ในการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ด้านการเล่นให้แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 3 คน มีจำนวนผู้อำนวยการเล่น (Play worker) ระดับครอบครัว จำนวน 31 ครอบครัว

ส่วนที่ 1 ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงานเฝ้าระวังพัฒนาการ (Result)

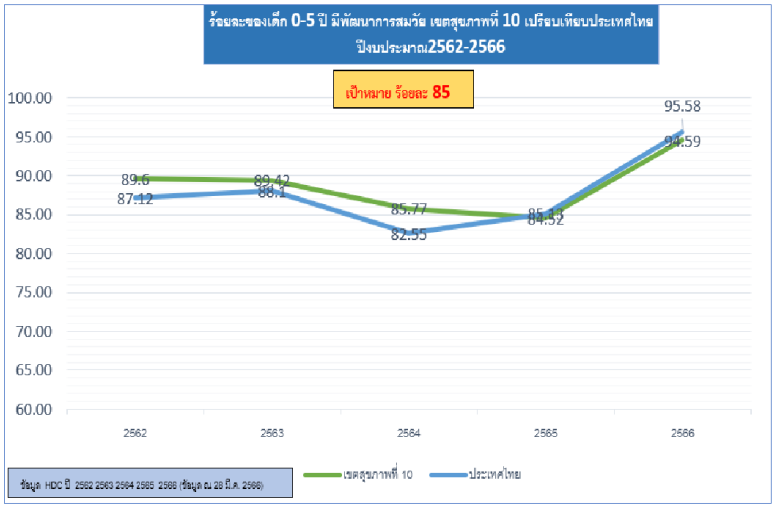
1.1 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรอง/พัฒนาการสงสัยล่าช้าและติดตามได้ จำแนกรายเขต ปีงบประมาณ ข้อมูล ณ วันที่ 28 มีนาคม 2566



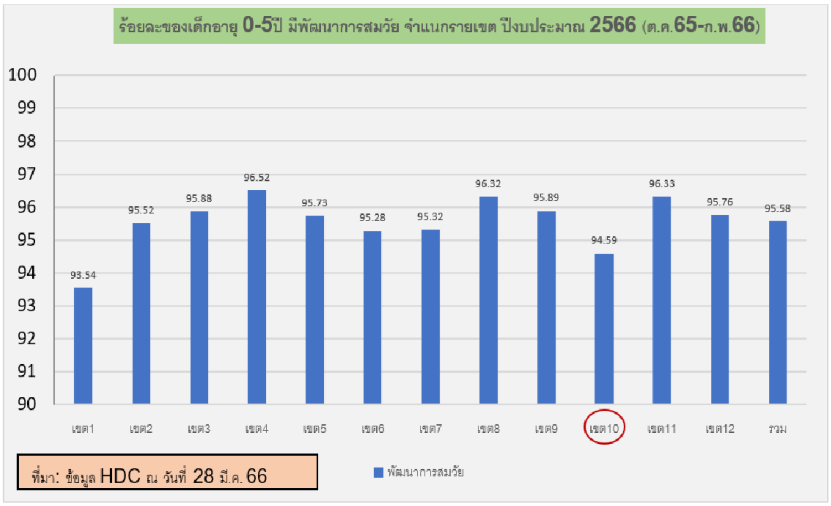
ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการสงสัยล่าช้าและติดตามได้ จำแนกรายเขต พบว่ามีความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กร้อยละ 67.82 (เป้าหมายร้อยละ 90) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองครั้งแรกโดยต้องพบไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 พบร้อยละ 23.45 ซึ่งสูงกว่าระดับค่าเป้าหมาย การติดตามเด็กประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน เท่ากับร้อยละ 80.48 (เป้าหมายร้อยละ 90)

แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 10 เปรียบเทียบประเทศย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2562-2566) ข้อมูล ณ วันที่ 28 มีนาคม 2566



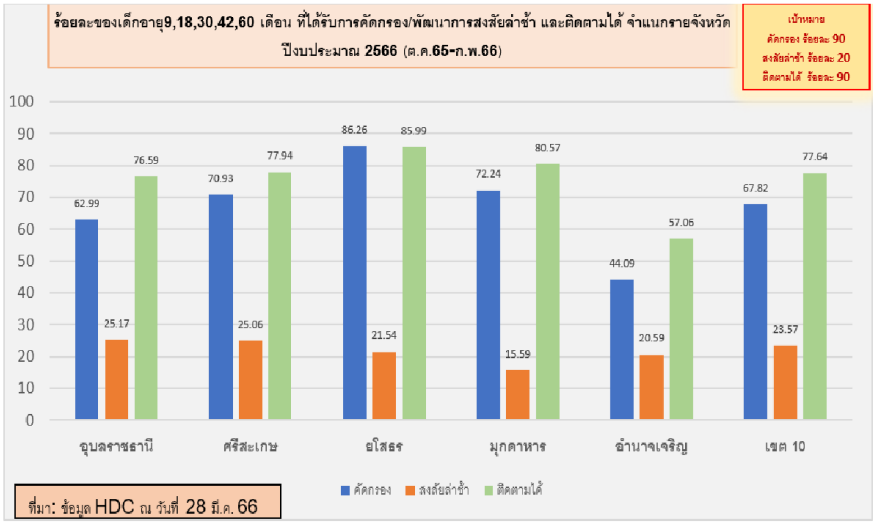
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 94.59 (เป้าหมายร้อยละ 85) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับข้อมูลระดับประเทศ

แผนภูมิที่ 3 แสดงร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย จำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม 2565- เดือนกุมภาพันธ์ 2566) ข้อมูล ณ วันที่ วันที่ 28 มีนาคม 2566



ร้อยละของเด็ก0-5ปี มีพัฒนาการสมวัย จำแนกรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 84.52 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับเขตสุขภาพอื่น

แผนภูมิที่ 4 ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการคัดกรอง พบสงสัยล่าช้า และติดตามภายใน 1 เดือน เปรียบเทียบรายจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 10 ข้อมูล ณ วันที่ 28 มีนาคม 2566

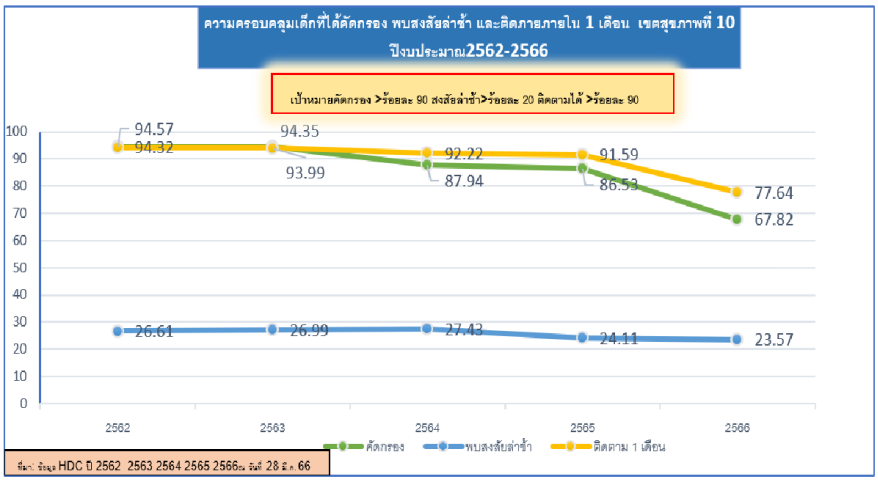


ความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กในเขตสุขภาพที่ 10 คิดเป็นร้อยละ 67.82 (เป้าหมายร้อยละ 90) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองครั้งแรกโดยต้องพบไม่น้อย

กว่าร้อยละ 20 ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 พบร้อยละ 23.57 ซึ่งสูงกว่าระดับค่าเป้าหมาย การติดตามเด็กประเมินซ้ำภายใน 1 เดือน เท่ากับร้อยละ 77.64 ซึ่งต่ำกว่าระดับค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 90)

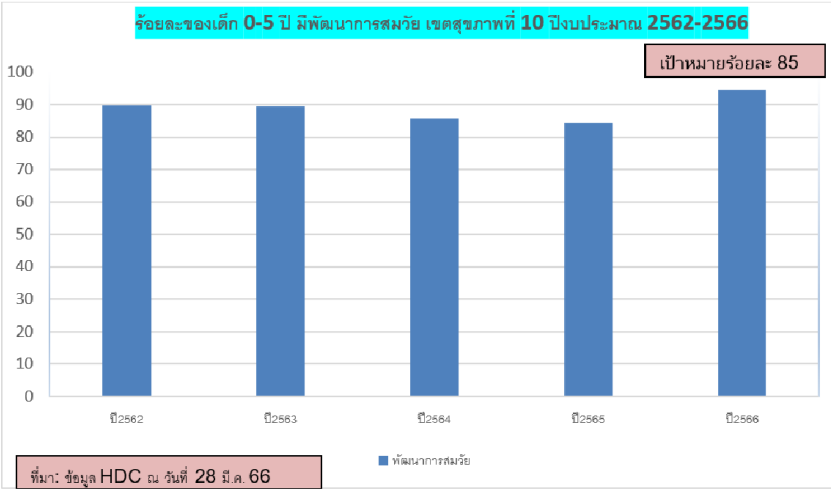
1.2 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

แผนภูมิที่ 5 แสดงความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการคัดกรอง พบสงสัยล่าช้า และติดตามภายใน1 เดือน เปรียบเทียบข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง ในเขตสุขภาพที่ 10 ข้อมูล ณ วันที่ 28 มีนาคม 2566



สถานการณ์ข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2562-2566 พบว่าการคัดกรองพัฒนาการ การคัดกรองพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า และการติดตามพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าภายใน 1 เดือนมีแนวโน้มที่ลดลง

แผนภูมิที่6 แสดงร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2562-2566 ข้อมูล ณ วันที่ 28 มีนาคม 2566



เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 10 (ปีงบประมาณ 2562-2566) พบว่าเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น

เขตสุขภาพที่ 10 มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กผ่านคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต ในการวิเคราะห์ปัญหา และประกาศนโยบายระดับเขต และ Child Project managements แต่ละจังหวัด ออกแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายเขต ซึ่งปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ใช้แนวคิดมหัศจรรย์ 2500 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 การส่งเสริมสุขภาพ เด็กปฐมวัยในพื้นที่มุ่งให้เด็กปฐมวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน ส่วนสูงตามเกณฑ์ ไม่เตี้ย ไม่ผอม 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	27574	21714	6646	5577	5387	66898
		ผลงาน	19557	13677	5733	4029	2375	45371
		อัตรา	70.93	62.99	86.26	72.24	44.09	67.82
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	20	เป้าหมาย	19557	13677	5733	4029	2375	45371
		ผลงาน	4901	3443	1235	628	489	10696
		อัตรา	25.06	25.17	21.54	15.59	20.59	23.57
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	90	เป้าหมาย	4901	3443	1235	628	489	10696
		ผลงาน	3820	2637	1062	506	279	8304
		อัตรา	77.94	76.59	85.99	80.57	57.06	77.64
เด็กอายุ 0-5 ปีตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	85	เป้าหมาย	19557	13677	5733	4029	2375	45371
		ผลงาน	18452	12858	5545	3901	2160	42916
		อัตรา	94.35	94.01	96.72	96.82	90.95	94.59

วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
1. ความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 67.82 (เป้าหมายร้อยละ 90) 2. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ 77.64 (เป้าหมายร้อยละ 90)	1.มีการประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต และวางแผนการทำงานพัฒนาการเด็กร่วมกันในระดับเขตประเด็นมหัศจรรย์ 2500 วันแรกของชีวิต เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาระดับเขต

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงช่วงปลายปีงบประมาณ 2565 มีการดำเนินการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)ทั้งบุคลากร ทรัพย์สิน และภารกิจการบริการในช่วงเปลี่ยนผ่าน ส่งผลต่องานการคัดกรองพัฒนาการและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่	2.ทุกจังหวัดมีนโยบายในการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นนโยบายระดับจังหวัด มีการกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นประเด็นในประเมินผลการทำงาน (racking) อย่างชัดเจน 3.ทุกจังหวัดมีคืนข้อมูลการพัฒนาเด็กปฐมวัยในเวทีประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหาในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ 4. มี Child Family Team (CFT) เป็นกลไกการขับเคลื่อนงานในชุมชน 5. จัดทำแนวทางการดำเนินงานและการบูรณาการร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 6.จัดทำแนวทางการแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 10 7.มีพื้นที่ต้นแบบธรรมนูญสุขภาพในประเด็นเด็กปฐมวัย

กระบวนการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาพื้นที่เล่นเปลี่ยนโลก

ลำดับ	ประเด็นพัฒนา / ปัญหา / สาเหตุ	กระบวนการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนา
1	**ความครอบคลุมพบว่าพื้นที่เด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกยังไม่ครอบคลุมทุกตำบล** - เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยไม่เป็นไปตามมาตรฐาน - ครูมีภาระงานมากไม่สามารถศึกษาด้วยตนเองได้ (เรียนออนไลน์) เนื่องจากต้องดูแลเด็ก - หลักสูตรผู้อำนวยการเล่น มีเนื้อหาค่อนข้างมากใช้เวลานานในการศึกษาด้วยตนเอง จึงทำให้ครูเรียนไม่จบหลักสูตร - ระบบการเรียนออนไลน์ ค่อนข้างยากซับซ้อน ครูหลายคนมีข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยี จึงเป็นอุปสรรคในการเรียนออนไลน์	- คืนข้อมูลแก่พื้นที่ เพื่อหาแนวทางการพัฒนา - ประชาสัมพันธ์การเรียนออนไลน์ต่อเนื่อง - เชิดชูเกียรติพื้นที่ที่ดำเนินการได้ดี ให้เป็นพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลกระดับเขต และเพื่อสร้างแรงบันดาลใจแก่พื้นที่อื่นๆ
2	พัฒนาศักยภาพผู้อำนวยการเล่น (Play worker) ระดับครอบครัว อย่างน้อยจังหวัดละ 3 ครอบครัว	1.ประชุมผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด เพื่อชี้แจงการดำเนินงาน

	ยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างน้อย 1 แห่งให้เป็นพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (Play worker ระดับครอบครัว) ในเขตสุขภาพที่ 10	2.คัดเลือกพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (Play worker ระดับครอบครัว) ในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อพัฒนาศักยภาพครูและนักวิชาการศึกษา ในเรื่องผู้อำนวยการเล่นระดับครอบครัว 3.คัดเลือกครูในสถานพัฒนาเด็กพื้นที่ต้นแบบเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก (Play worker ระดับครอบครัว) ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำ (ครู ก) ในการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ด้านการเล่นให้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยประจำปีงบประมาณ 2566 4.เป็นที่ปรึกษาร่วมออกแบบกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ด้านการเล่นในสถานพัฒนาเด็กเพื่อเป้าหมายพัฒนาศักยภาพผู้อำนวยการเล่น (Play worker) ระดับครอบครัว 5.กำกับติดตามการดำเนินการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ด้านการเล่น ผู้อำนวยการเล่น (Play worker) ระดับครอบครัวในสถานพัฒนาเด็กต้นแบบ 6.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพครอบครัว "Smart Family ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 10” 7.หลังการประชุม ติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 1 เดือนด้วยการตอบแบบสอบถามติดตามการพัฒนาด้วยระบบออนไลน์ และ เยี่ยมเสริมพลังจังหวัดละ 1 แห่ง/ครั้ง 8.สรุปผลการดำเนินงาน และแจ้งผลการดำเนินแก่เครือข่าย

ตัวชี้วัด : **ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน**
ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอม
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน
ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 เดือนที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง
ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
ร้อยละของเด็กแรกเกิด ถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว

การวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนข้อมูลผลการดำเนินงานการเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี ของเขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 63.55 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย(เป้าหมายร้อยละ 66) โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย เด็กชาย 109.65 ซ.ม. เด็กหญิง 109.06 ซ.ม. ซึ่งยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย (เป้าหมาย ชาย 113 ซม.หญิง 112 ซม.) และมีความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เพียงร้อยละ 65.71 (เป้าหมาย ร้อยละ 90) ทั้งนี้พบเด็กเตี้ยเพียงร้อยละ 9.37 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10) เริ่มอ้วน และ อ้วน ร้อยละ 8.48 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 9) สำหรับร้อยละของเด็ก 0-5 ปีที่มีภาวะผอม พบว่า เด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอมถึง ร้อยละ 3.56 ซึ่งไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 5 (ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566)

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางของเด็ก 6-12 เดือน ในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 21 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 20 เมื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก พบว่า มีเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เพียงร้อยละ 75.68

สำหรับประเด็นร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 10 พบ ร้อยละ 7.15 ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 ทางด้าน ร้อยละของเด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 63.86 บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50) (ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566)

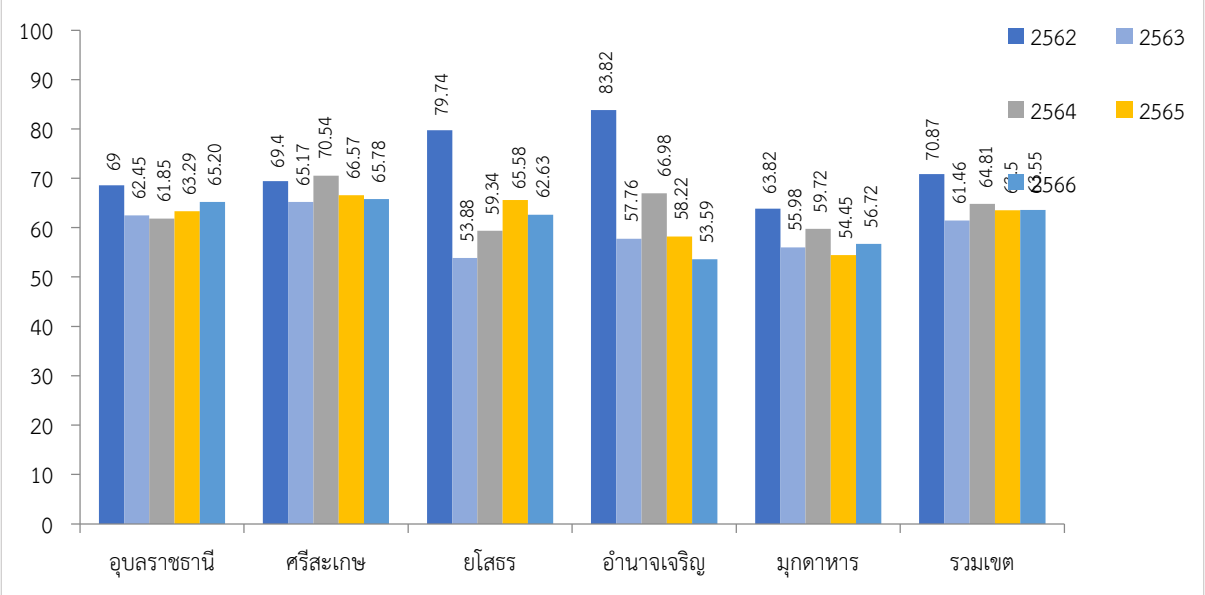
ส่วนที่ 1 ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน (Result)

1.1 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สูงดีสมส่วนของเด็ก 0-5 ปี พบว่า ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายรายจังหวัด มี 3 จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานใกล้เคียงกับค่าเป้าหมาย คือ จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดยโสธร ร้อยละ 65.78, 65.20 และร้อยละ 62.63 ตามลำดับ และจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานต่ำที่สุด คือ จังหวัดอำนาจเจริญ พบ ร้อยละ 53.59 สำหรับส่วนสูงเฉลี่ย เด็กชายและ

เด็กหญิง พบว่า จังหวัดศรีสะเกษ มีส่วนสูงเฉลี่ยทั้งเด็กชายและเด็กหญิง สูงกว่าทุกจังหวัด และสูงที่สุดในเขต รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1 และตารางที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

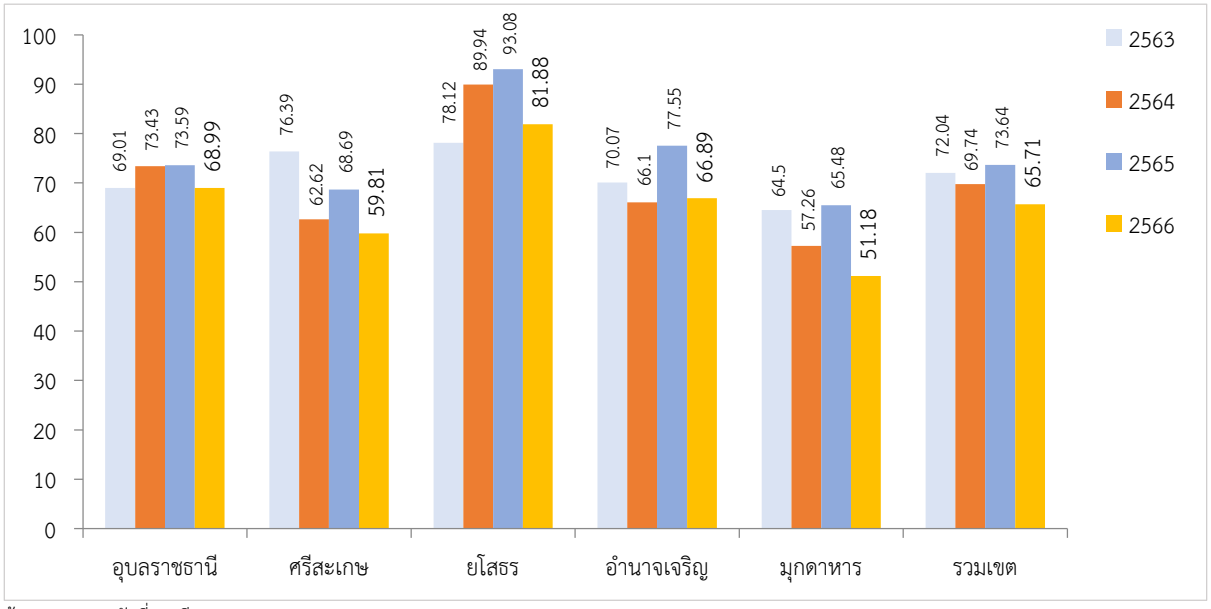
ตารางที่ 1 ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กชายและเด็กหญิง เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	พ.ศ. 2564			พ.ศ. 2565			พ.ศ. 2566		
	ร้อยละสูงดีสมส่วน	ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชาย	ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กหญิง	ร้อยละสูงดีสมส่วน	ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชาย	ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กหญิง	ร้อยละสูงดีสมส่วน	ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชาย	ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กหญิง
ศรีสะเกษ	70.29	111.57	110.87	66.20	110.45	109.81	65.78	110.46	109.97
อุบลราชธานี	62.66	109.09	108.53	64.40	109.31	108.87	65.20	109.56	108.99
ยโสธร	64.36	110.21	109.64	68.23	110.95	110.36	62.63	110.28	109.65
อำนาจเจริญ	65.32	110.12	109.57	54.96	109.02	108.34	53.59	107.65	106.53
มุกดาหาร	59.58	108.97	108.81	52.65	107.10	107.41	56.72	108.29	107.72
รวมเขต	65.37	110.15	109.54	63.78	109.68	109.20	63.55	109.65	109.06

ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี ด้วยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า มีเด็ก 0-5 ปีได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เพียงร้อยละ 65.71 และเมื่อเปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า จังหวัดยโสธร มีเด็ก 0-5 ปีได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงมากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดอุบลราชธานี และ อำนาจเจริญ คิดเป็นร้อยละ 81.88 ,68.99 และ 66.89 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 2

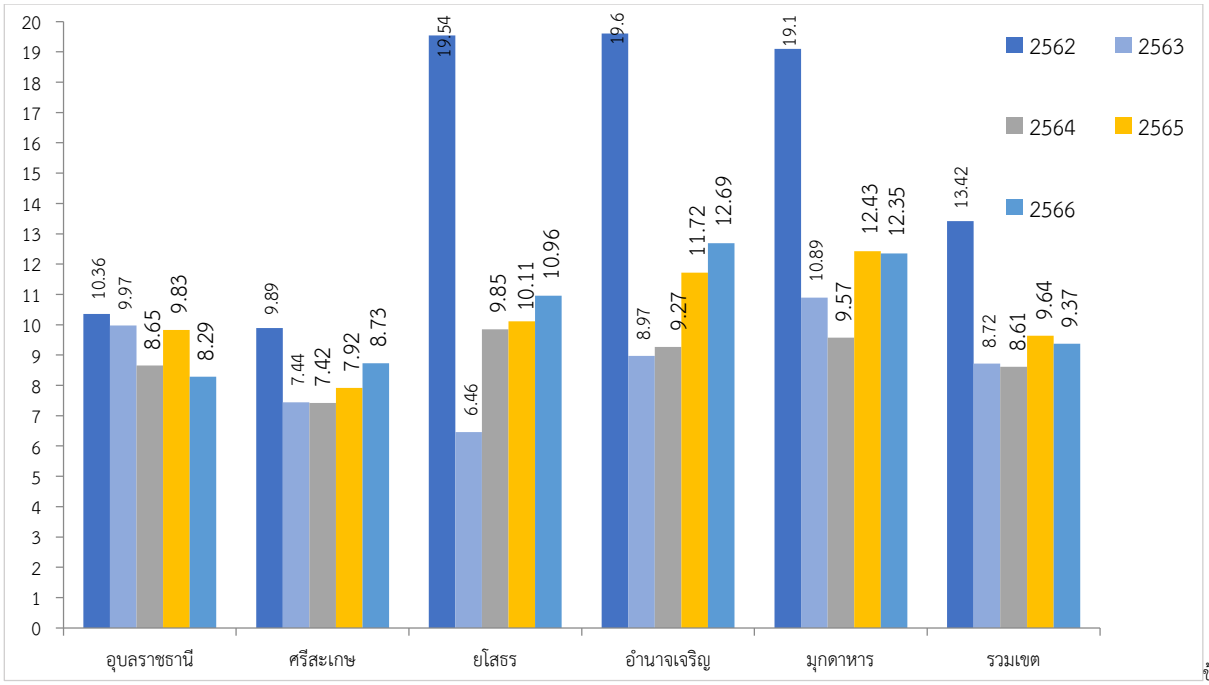
แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็ก 0-5 ปี



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

สถานการณ์ของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562-2566 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า ทุกจังหวัดพบเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ยเพิ่มมากขึ้นทุกๆปี โดยปี 2562 พบเด็ก 0-5 ปีมีภาวะเตี้ยมากที่สุดในทุกจังหวัด และปี 2566 จังหวัดอุบลราชธานี พบเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ยน้อยกว่าทุกจังหวัดและน้อยกว่าในภาพรวมเขต คิดเป็นร้อยละ 8.29 ดังแผนภูมิที่ 3

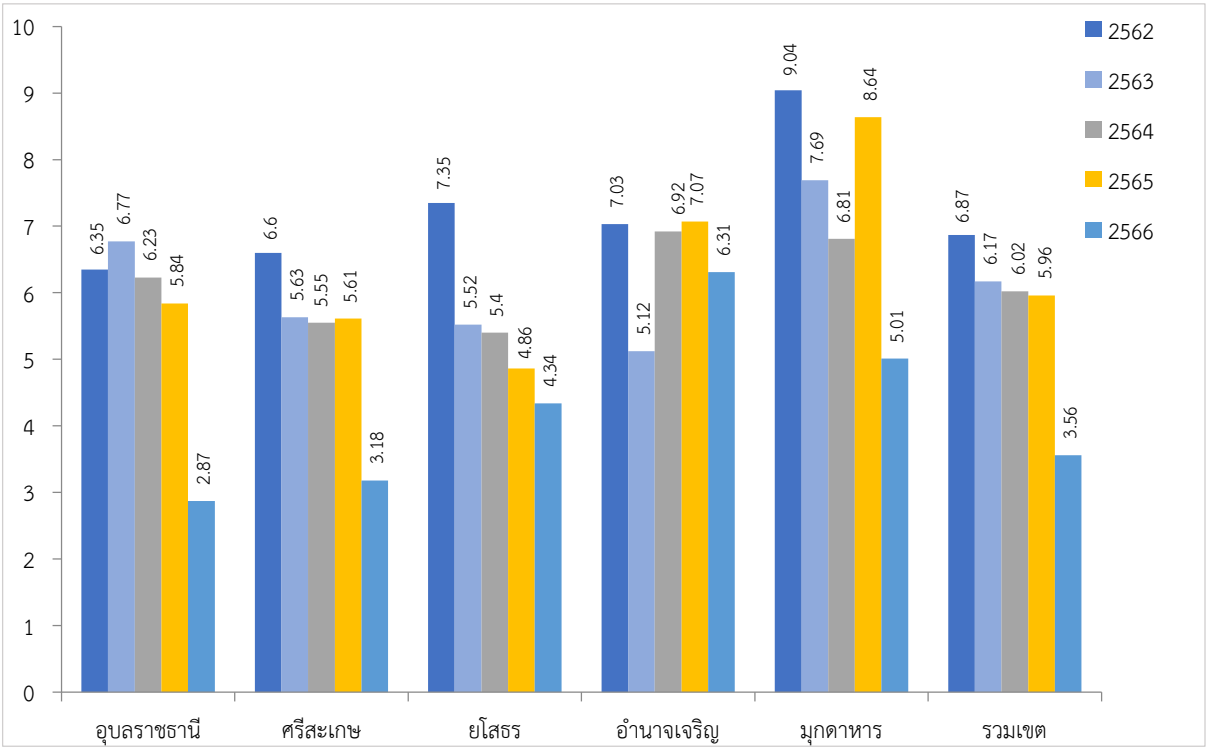
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

สถานการณ์ภาวะผอมของเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี พ.ศ. 2566 เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายรายจังหวัด พบว่า ทุกจังหวัด มีเด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอมไม่เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ยกเว้นจังหวัดอำนาจเจริญ พบเด็กผอมมากกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 6.31 และสูงกว่าภาพรวมของเขต ดังแผนภูมิที่ 4

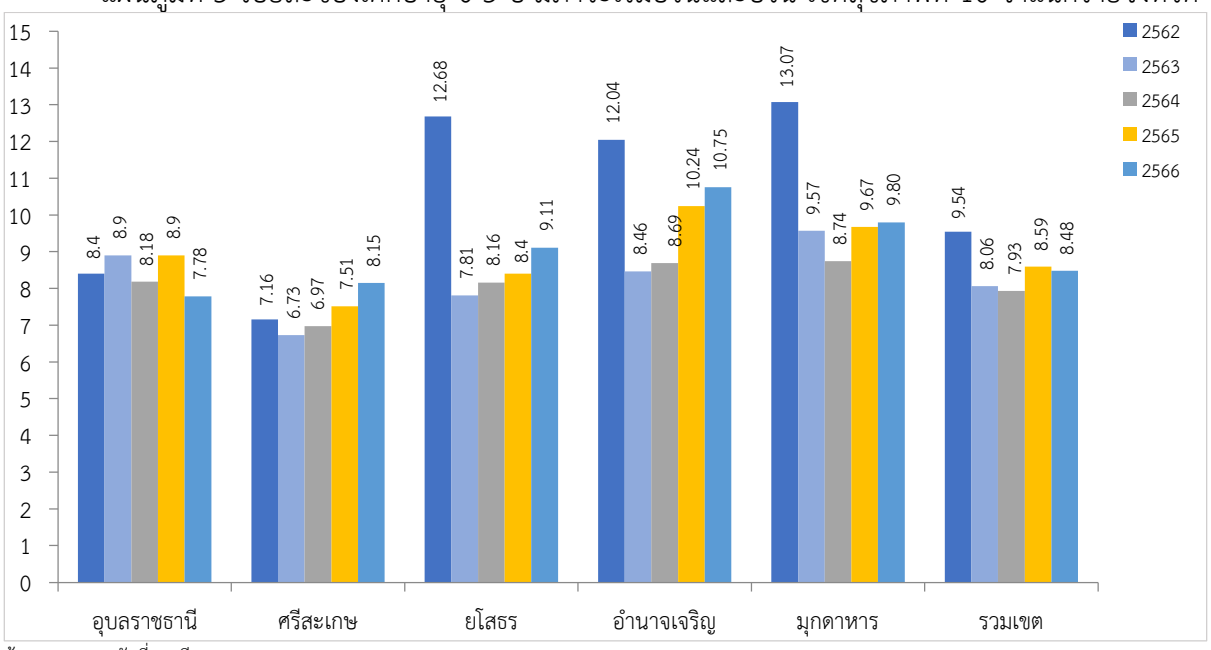
แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอม เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

สถานการณ์เด็ก 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า ทุกจังหวัดพบเด็กมีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด โดย จังหวัดที่พบเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด คือ จังหวัดอำนาจเจริญ คิดเป็นร้อยละ 10.75 และมากกว่าในภาพรวมเขต ดังแผนภูมิที่ 5

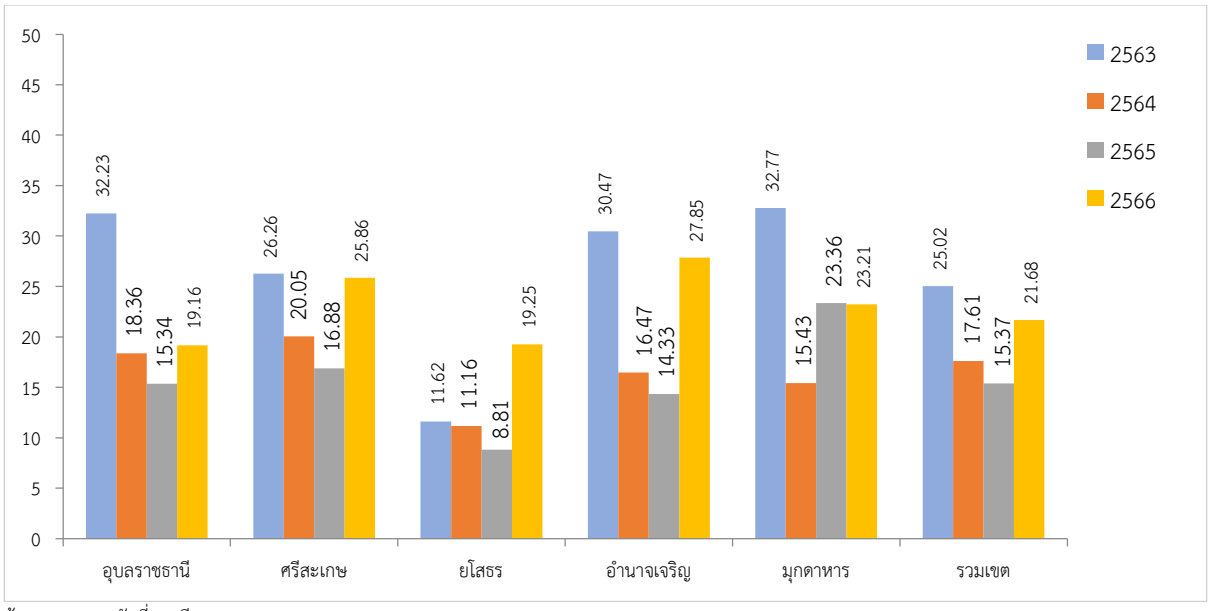
แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

สำหรับประเด็นภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าปีงบประมาณ 2566 พบเด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางเพิ่มมากขึ้นจากปี 2565 และจังหวัดที่พบเด็ก 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจางมากที่สุด คือ จังหวัดอำนาจเจริญ ร้อยละ 27.85 ดังแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 6 ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือนที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจางใน เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด

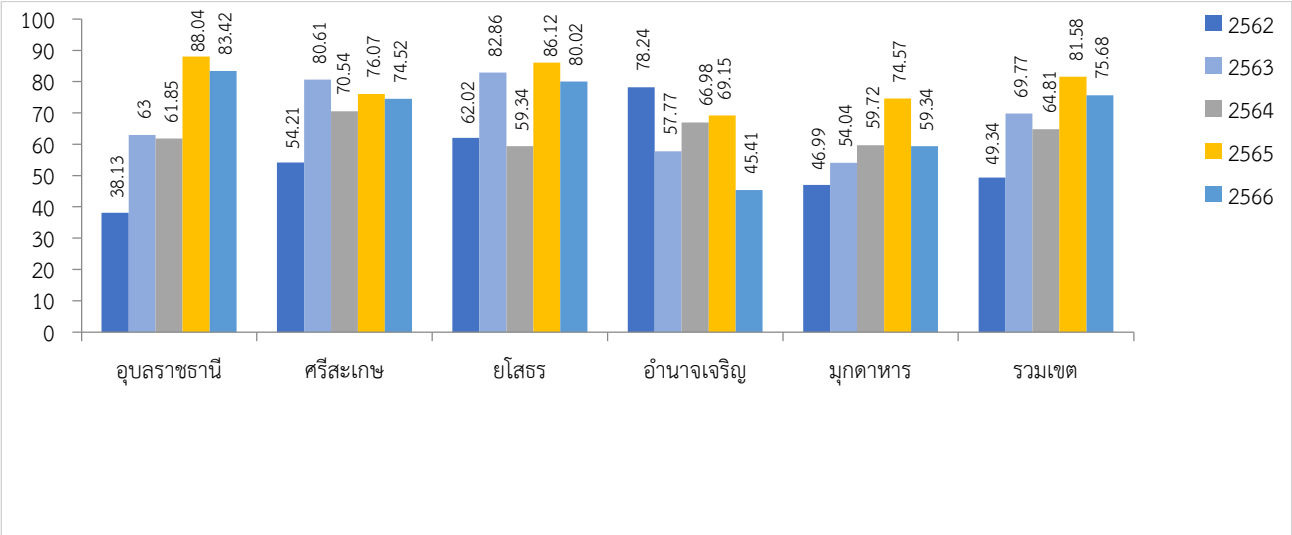


ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

เมื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมของการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ในปีงบประมาณ 2562-2566 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราเด็ก 6 เดือน -5 ปี ได้รับ

ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2566 คือ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 83.42 บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด และสูงกว่าภาพรวมเขตดังแผนภูมิที่ 7

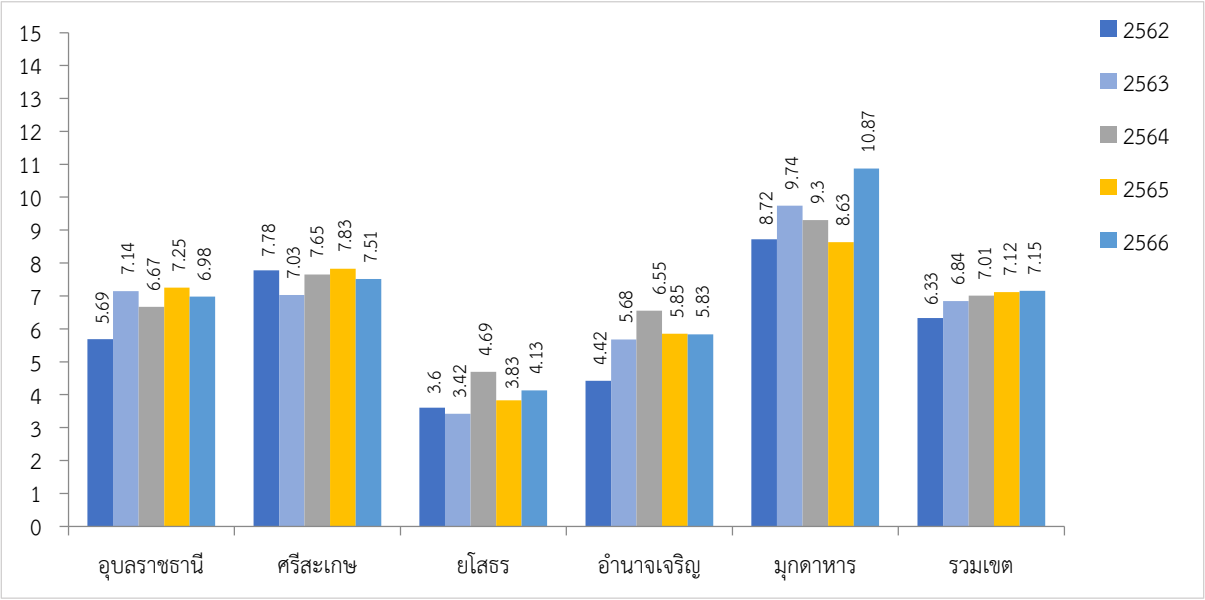
แผนภูมิที่ 7 ความครอบคลุมของการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

นอกจากนี้จากการทบทวนข้อมูลผลการดำเนินงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเด็ก0-5 ปี คือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในปี พ.ศ.2566 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า จังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สูงกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7) คิดเป็นร้อยละ 10.87 และ 7.51 ตามลำดับ และจังหวัดที่พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมต่ำที่สุด คือ จังหวัดยโสธร คิดเป็นร้อยละ 4.13 ดังแผนภูมิที่ 8

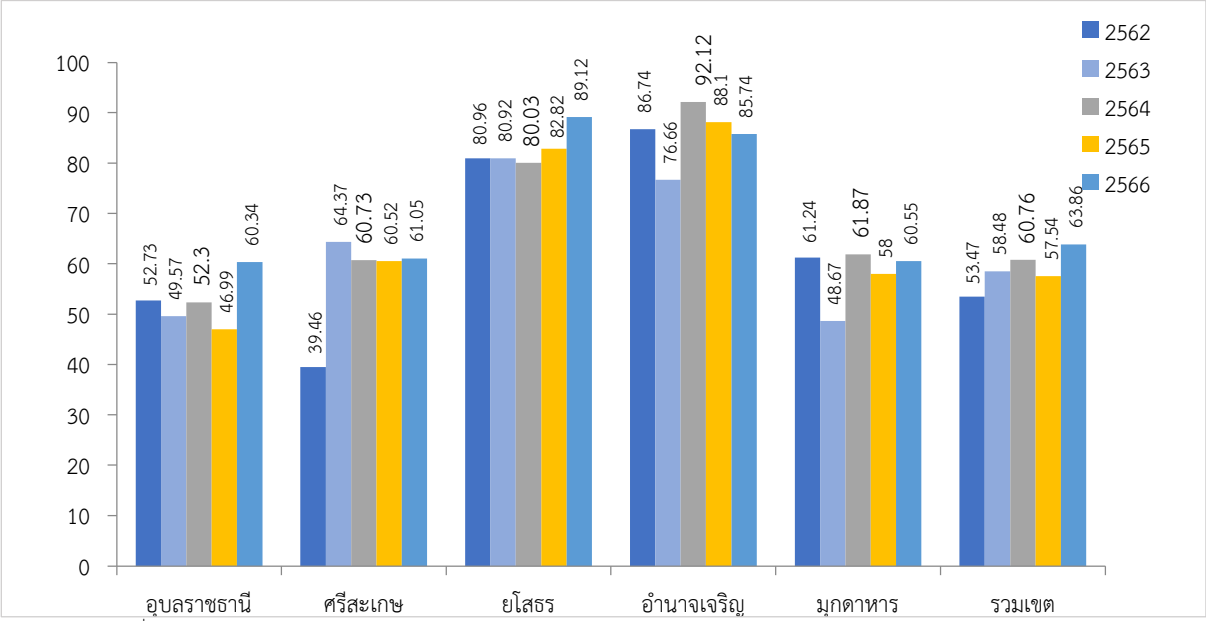
แผนภูมิที่ 8 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตสุขภาพที่ 10 จำแนกรายจังหวัด



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

ทางด้านร้อยละเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ในปี 2566 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า จังหวัดยโสธร และอำนาจเจริญ มีอัตราเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว สูงกว่าภาพรวมเขต คิดเป็นร้อยละ 89.12 และ 85.74 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 9

แผนภูมิที่ 9 ร้อยละเด็กแรกเกิด – ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว



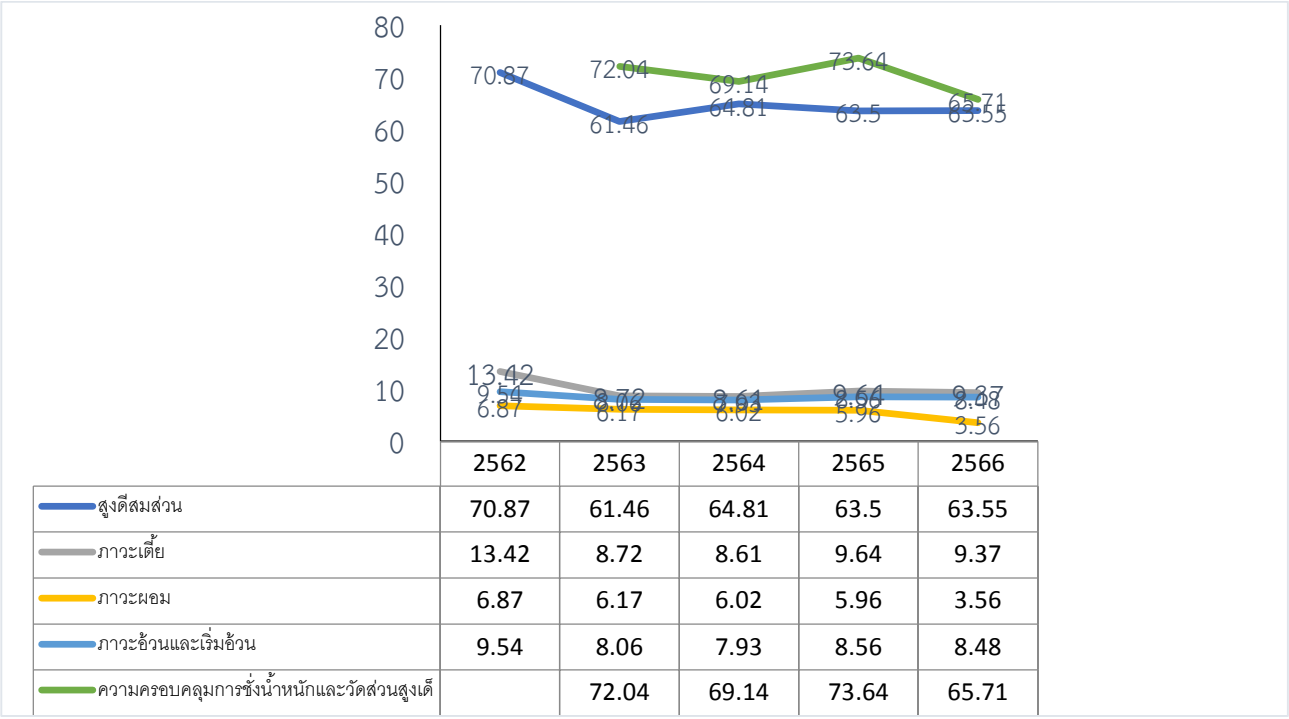
ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

1.2 แสดงผลผลิต ผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

สถานการณ์การเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี

จากการทบทวนข้อมูลสถานการณ์การเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี พบว่า สถานการณ์สูงดีสมส่วนของเด็ก 0-5 ปี มีแนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อยละ 70.87, 61.46, 64.81, 63.50 และ 63.55 ตามลำดับ สำหรับภาวะเตี้ยของเด็กอายุ 0-5 ปี พบว่า ภาวะเตี้ยของเด็ก 0-5 ปี มีแนวโน้มดีขึ้น ในปี 2562 – 2564 และมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2565-2566 คิดเป็นร้อยละ 13.42, 8.72,8.91,9.64 และ 9.37 ตามลำดับ ทางด้านภาวะผอมของเด็ก 0-5 ปี พบว่า มีแนวโน้มลดลง คิดเป็นร้อยละ 6.87,6.17,6.02,5.96 และ 3.58 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของเด็ก 0-5 ปี พบว่า มีแนวโน้มขึ้นๆลงๆโดยในปี พ.ศ.2565 พบร้อยละ 8.48 สำหรับประเด็นความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงซึ่งเป็นการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5 ปี ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา พบว่า มีแนวโน้มขึ้นๆลงๆเช่นกัน โดยในปี 2566 มีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพียงร้อยละ 65.71 ดังแผนภูมิที่ 9

แผนภูมิที่ 9 สถานการณ์การเจริญเติบโตของเด็ก 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562-2566

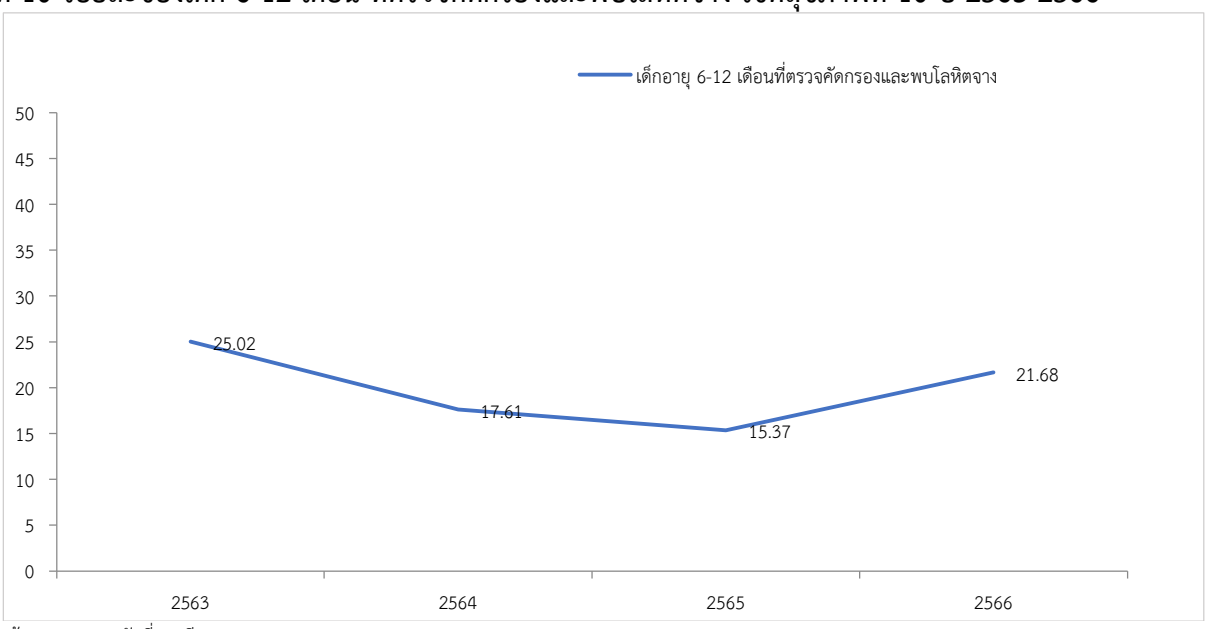


	2562	2563	2564	2565	2566
สูงดีสมส่วน	70.87	61.46	64.81	63.5	63.55
ภาวะเตี้ย	13.42	8.72	8.61	9.64	9.37
ภาวะผอม	6.87	6.17	6.02	5.96	3.56
ภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน	9.54	8.06	7.93	8.56	8.48
ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็		72.04	69.14	73.64	65.71

ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็ก 6-12 เดือน เขตสุขภาพที่ 10 พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น จากปี 2563-2565 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 25.02 ,17.61,15.37 และ 21.68 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 10

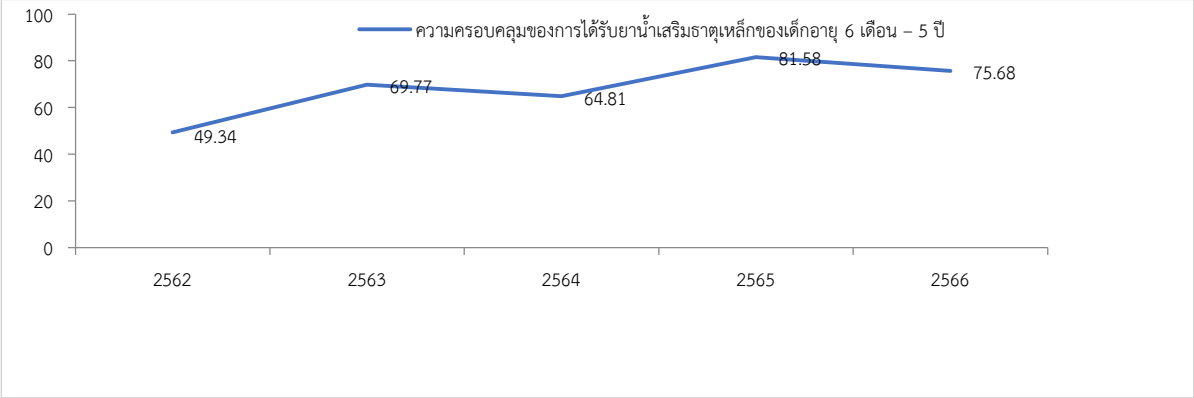
แผนภูมิที่ 10 ร้อยละของเด็ก 6-12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2563-2566



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ความครอบคลุมของการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ปี 2562 – 2566 พบว่า มีอัตราเด็ก 6-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพิ่มมากขึ้นทุกๆปี คิดเป็นร้อยละ 49.34, 69.77 ,64.81 81.58 และ 75.68 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 11

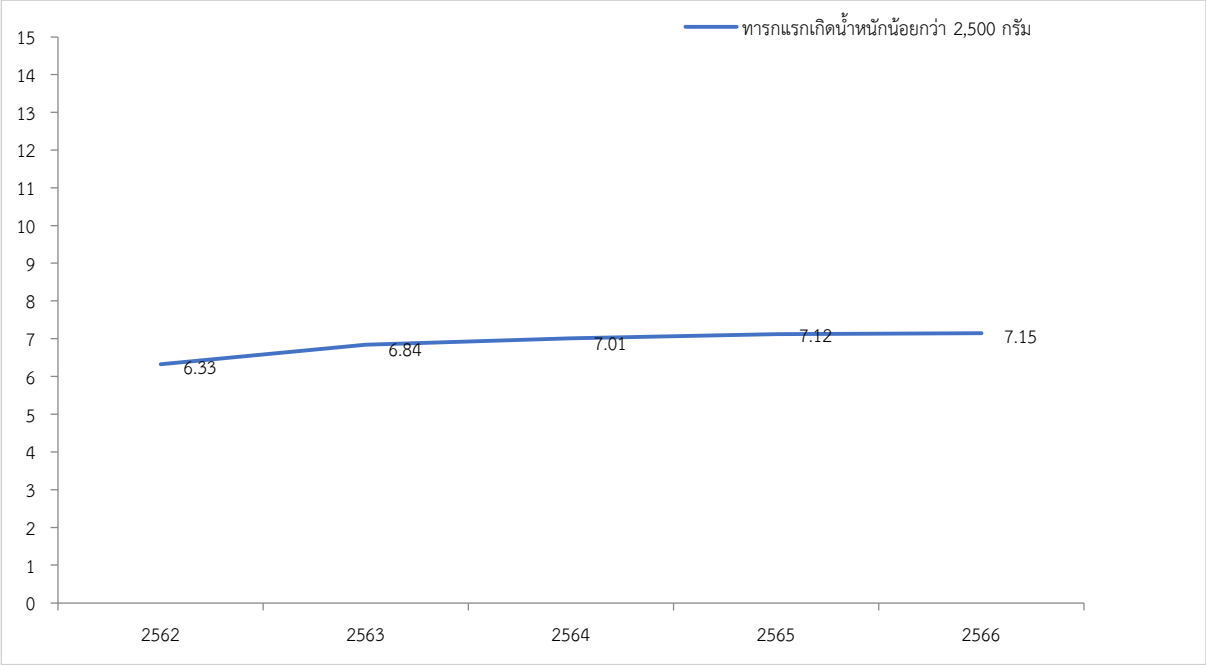
แผนภูมิที่ 11 ร้อยละของเด็ก 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562-2566



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

สถานการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562-2566 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 6.33,6.84,7.01,7.12 และ 7.15 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 12

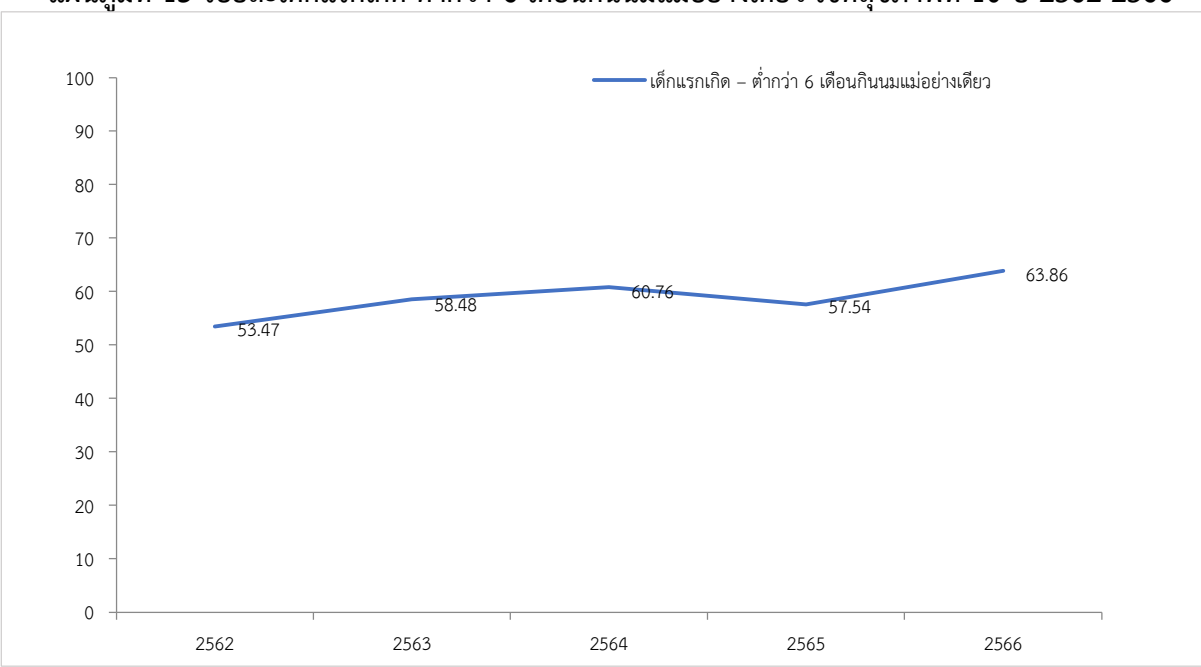
แผนภูมิที่ 12 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562-2566



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

สถานการณ์ร้อยละเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2561-2565 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 53.47,58.48, 60.76,57.54 และ63.86 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 13

แผนภูมิที่ 13 ร้อยละเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2562-2566



ข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

1.3 แสดงผลผลิตผลลัพธ์ระดับ Le (Level) ของผลการดำเนินการในปัจจุบัน

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปีงบประมาณ 2566					
			อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	รวมเขต
ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	มากกว่าร้อยละ 66	ผลงาน	65.20	65.78	62.63	53.59	56.72	63.55
ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชาย	เด็กชาย 113 ซ.ม.	ผลงาน	109.56	110.46	110.28	107.65	108.29	109.65
ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กหญิง	เด็กหญิง 112 ซ.ม.	ผลงาน	108.99	109.97	109.65	106.53	107.72	109.06
ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงของเด็ก 0-5 ปี	ร้อยละ 90	ผลงาน	68.99	59.81	81.88	66.89	51.18	65.71
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีมีภาวะเตี้ย	≤ ร้อยละ 10	ผลงาน	8.29	8.73	10.96	12.69	12.35	9.37
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5ปี มีภาวะผอม	≤ร้อยละ5	ผลงาน	2.87	3.18	4.34	6.31	5.01	3.56
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	≤ร้อยละ 9	ผลงาน	7.78	8.15	9.11	10.75	9.80	8.48
ร้อยละเด็กอายุ 6-12 เดือนที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง	≤ร้อยละ 20	ผลงาน	19.16	25.86	19.25	27.85	23.21	21.68

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ปีงบประมาณ 2566					
			อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร	รวมเขต
ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	≥ร้อยละ 80	ผลงาน	83.42	74.52	80.02	45.41	59.34	75.68
ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	≤ร้อยละ 7	ผลงาน	6.98	7.51	4.13	5.83	10.87	7.18
ร้อยละเด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ 50	ผลงาน	60.34	61.05	89.12	85.74	60.55	63.86

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 6-12 เดือนที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง ร้อยละ 21.68

5.ร้อยละเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 75.68

6.ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.18

สาเหตุของปัญหา

1. ผลกระทบจากการถ่ายโอน รพ.สต ไป อบจ. ซึ่งหลายพื้นที่ยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ส่งผลให้การดำเนินงานต่างๆไม่ต่อเนื่อง ดังนี้

1.1 บางพื้นที่ไม่มีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลด้านการเฝ้าระวังด้านโภชนาการในสตรีและเด็กปฐมวัย ทำให้การประมวลผลข้อมูลในระบบ HDC มีความแม่นยำน้อย

1.2 การให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม เช่น เด็ก 6-12 เดือนไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโลหิตจาง การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็ก 0-5 ปี การดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นต้น

1.3 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนขาดความต่อเนื่อง

1.4 การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยขาดความต่อเนื่อง

1.5 ขาดการวิเคราะห์ และจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย

2. การจัดทำฐานข้อมูลเด็กปฐมวัยไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้การบริหารจัดการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเกิดความไม่เพียงพอ

3. การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพไม่เป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก เช่น การให้บริการแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การจัดกิจกรรมการให้ความรู้ผู้รับบริการ วิธีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงไม่ถูกต้อง เป็นต้น

4. หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

4.1 หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ ไม่กินยาเนื่องจากไม่ชอบ รสชาติไม่อร่อย

4.2 ผู้ปกครองไม่ให้เด็กกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เนื่องจากเข้าใจว่าเด็กอาจได้รับยาเกิน

แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา

1.ประชุม MCH Board ระดับเขตไตรมาสละ 1 ครั้ง

2. วิเคราะห์ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กทุกเดือน และคืนข้อมูลในการประชุมMCH Board ระดับเขตไตรมาสละ 1 ครั้ง

3. ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยร่วมกับภาคีเครือข่าย ผ่านกิจกรรมสำคัญภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ MCH Board ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

4.สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ผ่านกลไกตำบลต้นแบบมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน

5. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยให้ได้มาตรฐาน ครบถ้วนและมีคุณภาพ

5.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการฝากครรภ์คุณภาพ

5.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพครอบครัว Smart Family ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 10

5.3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

6. ขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมาย ด้วยการลงพื้นที่เฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 ไตรมาสละ 1 ครั้ง

7. รณรงค์สร้างความรอบรู้เพื่อลดการเกิดโรคดาวน์ซินโดรมและธาลัสซีเมีย และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสัปดาห์นมแม่โลก

8. การกำกับติดตามและเยี่ยมเสริมพลัง

8.1 กำกับติดตามการดำเนินงานไตรมาสละ 1 ครั้ง ผ่านระบบออนไลน์

8.2 ติดตามการดำเนินงานผ่านระบบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ