

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

คณะที่ 1 การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

1. หัวข้อ

2. จังหวัด.....ราชบุรี..... เขตสุขภาพที่.....5.. ตรวจราชการวันที่... 6 - 8 กรกฎาคม 2559

3. การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด: อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

สถานการณ์และสภาพปัญหา

ผลการดำเนินงานภาพรวมทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ (ตุลาคม 2557 – กันยายน 2558) พบว่าจำนวนแม่ตาย 74 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 22.73 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อพิจารณารายเขตบริการสุขภาพ พบอัตราส่วนการตายมารดา มากกว่า 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11 และ 12 คือ 32.69, 33.34, 33.50, 17.02, 19.28, 21.20, 42.17, 15.59 และ 44.38 ตามลำดับ

ทั้งนี้จากการศึกษาการตายของมารดาไทย ปี พ.ศ.2556 (สรารุณี บุญสุขและนางลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน, 2558) ด้วยวิธีมาตรฐานตามที่ WHO แนะนำ โดยการนำข้อมูลจากการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์จากใบมรณะบัตรของกระทรวงมหาดไทย เชื่อมกับข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ICD 10) ใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อกำหนดหญิงวัยเจริญพันธุ์ตายจากการตั้งครรภ์และการคลอด พบอัตราส่วนการตายมารดา เท่ากับ 31.2 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (จำนวนแม่ตาย 244 คน) โดยพบการตายมารดาจากสาเหตุทางตรง (Direct cause) สูงถึง ร้อยละ 56.6 และการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) ร้อยละ 43.4 ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุทางตรงที่สามารถป้องกันได้ 5 ลำดับแรกคือ การตกเลือด (PPH: Post Partum Hemorrhage) ร้อยละ 30.4 รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง (PIH: Pregnancy Induce Hypertension) ร้อยละ 17.4 น้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด (AFE: Amniotic Fluid Embolism) ร้อยละ 13.0 การติดเชื้อในการคลอด (Infection) ร้อยละ 11.6 และ การแท้ง (Abortion) ร้อยละ 10.1

อัตราส่วนมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ ปี 2554-2558 เท่ากับ 11.1, 16.4, 27.2, 19.4 และ 12.99 ตามลำดับ สาเหตุการตาย 3 อันดับแรกของเขตได้แก่ Post Partum Hemorrhage , Amniotic Fluid Embolism และ Pregnancy Induce Hypertension

อัตราส่วนมารดาตายของจังหวัดราชบุรี ในปี 2555-2557 มีจำนวนมารดาเสียชีวิต จำนวน 4 ราย

ปี 2555 เสียชีวิตจากสาเหตุ Amniotic fluid embolism 2 ราย ปี 2556 Amniotic fluid embolism with Cardiogenic Shock with 1 ราย และปี 2557 สาเหตุจาก Complete heart block with Peripartum hemorrhage 1 ราย ปี 2558-2559 ยังไม่มีมารดาเสียชีวิต

สถานการณ์การฝากครรภ์ จากผลการดำเนินงานการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ปี 2558 หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 53.39 ปี 2559 รอบ 8 เดือน ผลงานเพิ่มเป็นร้อยละ 58.06 ฝากครรภ์ ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 51.28 ปี 2559 รอบ 8 เดือน ผลงานเพิ่มเป็นร้อยละ 53.86 พบว่า ประเด็นปัญหาที่สำคัญคือหญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ และการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมาย โดยมีสาเหตุจาก

1. ครรภ์แรกไม่รู้ว่าตั้งครรภ์/ ไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์และส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องมาฝากครรภ์ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์
2. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นครรภ์หลัง เนื่องจากเคยตั้งครรภ์แล้วไม่พบความผิดปกติและไม่ตระหนักว่าการตั้งครรภ์/ คลอด เป็นภาวะเสี่ยง ที่ต้องได้รับการดูแลเฝ้าระวังต่อเนื่องในกลุ่มแม่ท้องหลัง
3. กลุ่มปกปิดการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น
4. ภาระงานมากไม่สามารถลงงานมาตรวจครรภ์ได้ตามนัดส่วนใหญ่เป็นแรงงานในสถานประกอบการ
5. รายได้ไม่พอ (สูญเสียรายได้ เพื่อลดค่าใช้จ่าย)
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการ
7. ระบบการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ในชุมชนยังไม่สามารถค้นหาได้ครอบคลุมหรือค้นหาได้ล่าช้า
8. ระบบการเชื่อมโยงข้อมูล การค้นหาข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลออดยังมีประสิทธิภาพน้อย

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ Hematocrit 1 ร้อยละ 14.8 Hematocrit ร้อยละ 9.49 อัตราทารกขาด ออกซิเจน 21.29 ต่อ 1000 เด็กเกิดมีชีพ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 9.06

แนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังมารดาเสียชีวิตของจังหวัดราชบุรี

1. ห้องคลอด ของ รพ.ทุกแห่ง ติดเครื่อง Fetal Monitor ในหญิงตั้งครรภ์ระยะ active phase
2. มี Guide Line และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือด ใน ห้องคลอด มีการ record ปริมาณเลือด และ active management ก่อน คนไข้จะเสียเลือดมาก โดยใช้เกณฑ์ ที่ 300 ml มีคลังเลือดพร้อม
3. มีการซ้อมแผน CPR สม่าเสมอ
4. มีการจัด Zoning เพื่อการดูแล และrefer ชัดเจน โดย รพศ. ราชบุรี เป็น Center รพ.โพธาราม ดูแล รพ.บางแพ รพ.เจ็ดเสมียน / รพศ. ราชบุรี ดูแล รพช.ที่เหลือ รพ.ดำเนิน รพ.บ้านโป่ง บริหารจัดการตนเอง
5. มี Group Line Consult เฉพาะทีม สูติกรรม ในเครือข่าย
6. MCH. Board ระดับอำเภอ และจังหวัด กำกับติดตาม อย่างต่อเนื่อง ภายใต้การนำของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

1. ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย ให้ Focus ทั้ง Direct Cause and Indirect Cause เช่น มี Early Warning Sign เฝ้าระวัง ใน Case Amniotic fluid Embolism และ ควร Set ระบบรองรับ กำหนด Condition and Direction ของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการ วินิจฉัย และให้การรักษ จากสูติแพทย์ อย่างรวดเร็ว
2. ทบทวนแนวทางการ refer Case หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และ ระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่ควร Delay เน้น Unlimited Refer In
3. อัตราการขาดออกซิเจน ในทารกแรกเกิด พบว่ามีอัตราสูงมากที่ โรงพยาบาลราชบุรี 34.2 : 1000 การเกิดมีชีพ จำนวนทารกขาดออกซิเจน 54 ราย จากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ 1579 รายเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช สุพรรณบุรี พบ BA 10.05 : 1000 จำนวนทารกขาดออกซิเจน 18 ราย จากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ 1791 ราย ควรเพิ่มการวิเคราะห์แยกกลุ่มรับrefer เพื่อคืนข้อมูลให้รพ.ต้นทางเป็นการพัฒนาเครือข่าย กำหนด กิจกรรมตาม ประเด็นปัญหาที่วิเคราะห์แล้วเช่น ตามข้อมูลอาจลดPIH โดยการกิน calcium เริ่มใน ANC ครั้งที่ 2 โดยห้องคลอดอาจประเมินความสำเร็จของ program inhibit premature labor และประเมิน early detection fetal distress โดย fetal monitor ยังมี gap ที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมหรือไม่

เด็กปฐมวัย 4 ช่วงอายุ (9,18,30,42 เดือน)

ผลงานการคัดกรอง 6 เดือน (1ตุลาคม- 31มีนาคม2559) ฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย 4 ช่วงอายุ (9,18,30,42 เดือน) DB-pop เป้าหมายทั้งปี จำนวน 25,545 ราย ราย DB-pop เป้าหมาย 6 เดือน จำนวน 12,937 ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ 10, 205 ราย ผลงานความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กเมื่อเปรียบเทียบ

เป้าหมายทั้งปี ร้อยละ 39.95 เปรียบเทียบเป้าหมาย 6 เดือน ร้อยละ 78.88 เด็กมีพัฒนาการสมวัย 8,429 ราย ร้อยละ 82.60 พัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 1,776 ราย ร้อยละ 17.40 ส่วนมากมีพัฒนาการล่าช้า ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา จำนวน 665 ราย ความเข้าใจภาษา จำนวน 583 ราย การใช้ภาษา จำนวน 461 ราย ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง จำนวน 271 ราย ตามลำดับ

การติดตามเด็กมารับการกระตุ้น ภายหลัง 1 เดือน เป้าหมาย 1,776 ราย ติดตามได้ 1,776 ราย ร้อยละ 100 ผลการประเมินเด็กมีพัฒนาการสมวัย 1,714 ราย ร้อยละ 96.51 พัฒนาการสงสัยล่าช้า 62 ราย ร้อยละ 3.49 ได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ ด้วยเครื่องมือ TEDA 4 I ทั้ง 62 ราย ผลมีพัฒนาการสมวัย จำนวน 44 คน ร้อยละ 70.97 ยังมีเด็กที่พัฒนาการล่าช้า จำนวน 18 ราย โดยอยู่ในช่วงกระตุ้นพัฒนาการที่ รพศ. ราชบุรี รพ.บ้านโป่ง รพ.โพธาราม และ รพ. ดำเนินสะดวก จำนวน 16 ราย ติดตามไม่ได้เพราะย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด 2 ราย

ข้อสังเกต

1. ความครอบคลุม (Coverage) การตรวจ พัฒนาการรอบ 6 เดือน เมื่อเทียบเป้าหมาย DB - pop ทั้งปี ได้ร้อยละ 39.95 เมื่อเทียบเป้าหมาย DB - pop 6 เดือน ผลงาน ร้อยละ 78.88 Coverage ของ CUP เมือง ทำได้ น้อยกว่า ร้อยละ 60 ในทุกช่วงอายุ เนื่องจาก เขตเทศบาลรายชื่อเด็กในบัญชี 1 มีมาก แต่ตัวเด็กไม่อยู่
2. การค้นหาเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ทำได้ ร้อยละ 17.40 ต่ำกว่าเป้าหมาย ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ร้อยละ 20
3. ยังไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะโลหิตจางในทารกอายุ 6-12 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. Child PM และ CDM อำเภอเมือง และ ไอที ควรเร่ง ตรวจสอบบัญชีรายชื่อเด็กที่อยู่จริง ในเขตเทศบาล ให้เป็นปัจจุบัน การค้นหาเด็กในชุมชน เขตเมือง ขอความร่วมมือ โดยประสานงานผ่าน ท่าน สสอ. และ เทศบาล เนื่องจากเป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติฯ และมีคณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ ท่านผู้ว่าราชการเป็น ประธาน เน้นการเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และ เพื่อนำมาเป็นข้อมูล วางแผน ติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กทุกคนในพื้นที่ต่อไป
2. CDM ทุกอำเภอ กำกับติดตาม คุณภาพ การคัดกรองพัฒนาการ ด้วยเครื่องมือ DSPM แก่ จนท. รพ.สต. เพื่อสร้างความมั่นใจ และให้คำแนะนำ ด้านทักษะ ที่ถูกต้อง

ตลอดจนการรายงานผล DSPM1 ที่เน้นการค้นหาเด็กสงสัยล่าช้าจริงๆ โดยไม่ต้องแนะนำ หรือช่วยเหลือเด็ก
ขณะประเมิน

3.วางแผนติดตามผลการใช้คู่มือ DSPM ในกลุ่มพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ใน คลินิกเด็กดี ช่วงที่นัดมารับวัคซีน หรือ
นัดประเมินพัฒนาการ และ ให้ทีมงานของ Family Care Team ในพื้นที่ ติดตามต่อเนื่อง

4. วิเคราะห์ข้อมูลค่า Hematocrit ที่เจาะช่วงอายุ 6-12 เดือน เพื่อการเฝ้าระวังดูแล กรณีทารกกินนมแม่
กำกับให้แม่กินยา triferdine ต่อเนื่องตั้งแต่หลังคลอดถึงหย่านม กำกับการแจกยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและการกินยา
น้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง CUP หรือโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการเจาะ Hematocrit ช่วงอายุ 6-12 เดือน ควร
รีบดำเนินการเพื่อเพิ่มคุณภาพทารก

ลำดับ	รายละเอียดตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	อำเภอเมือง	อำเภอบ้านโป่ง	อำเภอดำเนินะ	อำเภอโพธาราม	อำเภอปากท่อ	อำเภอบางแพ	อำเภอวัดเพลง	อำเภอจอมบึง	อำเภอสวนผึ้ง	อำเภอบ้านคา	รวบรวมจังหวัด/ผลงาน ณ ไตรมาสที่2 (1ตค-31มี.ค. 59)
1	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (Hct1)	เป้าหมาย	2,961	985	448	577	86	59	13	186	144	na	5,459
		ไม่เกินร้อยละ18											
	(Hct2)	ผลงาน	508	99	56	65	26	8	2	25	19	na	808
		ร้อยละ	17.16	10.05	12.5	11.27	30.23	13.56	15.38	13.44	13.19	na	14.8
		375 / 12.66	20 / 2.03	36 / 8.04	54 / 9.36	5 / 5.81	0	2 / 15.38	16 / 8.6	10 / 6.94	na	518 / 9.49	
2	ระบบเฝ้าระวังมารดาตายเพื่อลดการตายมารดาของโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบ	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1	1	1	1	na	9
		ร้อยละ60											
		ผลงาน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	na	9
		ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	na	100

ลำดับ	รายละเอียดตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	อำเภอเมือง	อำเภอบ้านโป่ง	อำเภอดำเนินฯ	อำเภอโพธาราม	อำเภอปากท่อ	อำเภอบางแพ	อำเภอวัดเพลง	อำเภอจอมบึง	อำเภอสวนผึ้ง	อำเภอบ้านคา	รวมรวมจังหวัด/ผลงาน ณ ไตรมาสที่1 (31ธ.ค.58)	
6	เด็ก 0-5 ปี รูปร่างดีสูง สมส่วน (เป้าหมาย ร้อยละ 65)	เด็กได้รับการซึ่ งน้ำหนัก	6,823	7,280	4,587	6,454	4,250	2,601	529	3,890	2,786	1,413	38,362	
		ผลงาน	4,213	3,805	3,286	4734	2364	2129	321	2243	2213	967	26,275	
		ร้อยละ	61.75	52.27	80.78	73.35	55.62	81.85	60.68	57.77	79.43	68.44	68.49	
7	ระบบเฝ้าระวัง การเจริญเติบโต และพัฒนาการ เด็กแรกเกิดถึง 5 ปีที่ มี ประสิทธิภาพ	เป้าหมาย ร้อยละ 60 ของรพ. ทั้งหมด	1	1	1	1	1	1	1	1	1	na	9	
		ผลงาน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	na	9
		ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	na	100

ประเด็นการตรวจราชการ : การลดการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต

ข้อสังเกตที่พบ/ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ประเด็น/หัวข้อ	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะต่อหน่วย รับตรวจ	ข้อเสนอแนะต่อ ส่วนกลางหรือ ผู้บริหาร
1.	<p><u>ระบบบริหารจัดการดูแลสุขภาพ แม่และเด็ก</u></p> <p>1.1 การจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) ร่วมกันระหว่าง เขตสุขภาพ ศูนย์วิชาการเขต และจังหวัดในการพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย</p> <p>1.2 การใช้กลไกการขับเคลื่อนโดย MCHboard ร่วมกับ Service plan ประชุมอย่างน้อยทุก 3 เดือน วิเคราะห์ วางแผนงาน โครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนฯ ตามสภาพปัญหาพื้นที่</p> <p>1.3 การจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อ เพื่อให้หญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์</p> <p>1.4 การถ่ายทอดนโยบาย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่ และเด็ก และการกำกับ ติดตาม ประเมินผลงาน</p>	<p>มาตรการสำคัญของจังหวัด</p> <p>1. ส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว และฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง</p> <p>คุณภาพ โดยมีกิจกรรม พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขโดยเฉพาะระดับ รพ.สต. ให้บริการฝากครรภ์ ได้ประเมินภาวะเสี่ยงได้</p> <p>ประชาสัมพันธ์ นโยบาย</p> <p>2. สร้างเสริมความรู้ทีมงาน โดยการประชุม คณะกรรมการ MCH.Board ปี ละ 3 ครั้ง ประชุม MCH.PM ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>3. สร้างระบบเฝ้าระวัง มารดาตายโดยประชุมซ้อม แผนกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ของมารดาและทารกทุกปี</p>	<p>1. ระบบเฝ้าระวัง มารดาตาย ให้ Focus ทั้ง Direct Cause and Indirect Cause เช่น มี Early Warning Sign เฝ้าระวัง ใน Case Amniotic fluid Embolism และ ควร Set ระบบ รองรับ กำหนด Condition and Direction ของหญิง ตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงให้ ได้รับการ วินิจฉัย และให้การักษา จาก สูติแพทย์ อย่าง รวดเร็ว</p> <p>2. ทบทวนแนวทางการ refer Case หญิงตั้งครรรภ์กลุ่มเสี่ยง ให้สอดคล้องกับ สถานการณ์ และ ระยะเวลาที่ เหมาะสม ไม่ควร Delay เน้น Unlimited Refer In</p>	

			<p>3. อัตราการขาดออกซิเจน ในทารกแรกเกิด พบว่ามีอัตราสูงมากที่ โรงพยาบาลราชบุรี 34.2 : 1000 การเกิดมีชีพ</p> <p>ควรเพิ่มการวิเคราะห์แยกกลุ่มรับ refer เพื่อคืนข้อมูลให้รพ.ต้นทางเป็นการพัฒนาเครือข่าย กำหนดกิจกรรมตามประเด็นปัญหาที่วิเคราะห์แล้วเช่น ตามข้อมูลอาจลดPIH โดยการกิน calcium เริ่มใน ANC ครั้งที่ 2 โดยห้องคลอดอาจประเมินความสำเร็จของ program inhibit premature labor และประเมิน early detection fetal distress โดย fetal monitor ยังมี gap ที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมหรือไม่</p>	
2.	<p><u>การจัดการระบบข้อมูลมารดาตาย</u></p> <p>2.1 ใช้ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอดในการวางแผน ป้องกัน</p>	<p>-มีระบบรายงานแม่และเด็กไทย(Hospital base)</p> <p>-คัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย</p> <p>- มีการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์สถานการณ์แม่และเด็กทุก 3 เดือน</p>		

	<p>2.2 ใช้ข้อมูลการสืบสวนการตาย ของมารดา (แบบฟอร์ม ก1-CE) และการจัดทำ Conference case ในการวิเคราะห์แก้ปัญหา</p> <p>2.3 สรุปรายงานการตายมารดา สาเหตุ การวางแผนแก้ไขปัญหาที่ เป็นปัจจุบัน</p>	<p>กรณีมีมารดาเสียชีวิต จะ รวบรวมข้อมูลโดยการใช้ แบบรายงาน ก1- CE รายงานศูนย์อนามัยที่ 5 ภายใน 1 สัปดาห์ และส่ง รายงานให้กรมอนามัย ภายใน 1 เดือน Conference Case ภายใน 1 เดือน หรือ ตามความ พร้อมของ คณะกรรมการ MCH.Board</p>		
--	---	---	--	--

	<p><u>การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงของมารดา</u></p> <p>3.1 มีการสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และการเลี้ยงดูลูก ด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>3.2 สร้างพ่อแม่คุณภาพโดยผ่าน โรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด การเลี้ยงดูเด็ก ด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า การเจริญเติบโตและ พัฒนาการเด็กตามวัยในหน่วยบริการฯ ทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และครอบครัว</p> <p>3.3 ทีมหมอครอบครัว (FCT) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ส่งฝากท้องทันที และแนะนำกินยาเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟลิกเริ่มที่ ไตรมาสแรก</p> <p>3.4 ชุมชน ท้องถิ่นมีส่วนร่วมโดย จัดทำแผนพัฒนาแม่และเด็กองค์รวมในระดับตำบล</p> <p>3.5 มีแผนการประชาสัมพันธ์ สื่อ ท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น เรื่องฝากท้องเร็ว โฆษณาการ ภาวะเสี่ยงฯ ประเด็น/หัวข้อ</p>	<p>1.ส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว/ การฝากครรภ์คุณภาพ</p> <p>2. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ประชาสัมพันธ์นโยบายฝากท้องฟรีทุกสิทธิในหลายช่องทาง เช่น จัดทำผลิตสื่อที่สร้างความตระหนัก,ทำโปสเตอร์ฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ ออกเสียงตาม</p> <p>3. หน่วยบริการเพิ่มช่องทางหรือ เวลาการให้บริการเพื่อรองรับกลุ่มเป้าหมายตามบริบทของพื้นที่</p> <p>4. รพ.คัดกรองโรคที่เกี่ยวข้องช่องทางพันธุกรรม (ฮาล์สซีเมีย)ในหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส</p> <p>5.พัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ในรพ.สต.</p> <p>6.จัดทำแนวทางฝากครรภ์เร็ว และฝากครรภ์คุณภาพ ให้รพ.สต ให้ระดับรพ.สต. สามารถปฏิบัติได้</p>		
4	<p><u>ระบบบริการที่มีคุณภาพ</u></p> <p>4.1 มีการจัดบริการตามสิทธิ ประโยชน์กลุ่มแม่และเด็ก ฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ และ ประชาสัมพันธ์ การประกาศให้หญิงตั้งครรภ์ทราบสิทธิของตนเอง และลูก</p>	<p>1. จัดทำแนวทางการฝากครรภ์เร็วให้รพ.สต.ตรวจ Pregnancy test ค้นหาเป้าหมายและส่งเข้าANC ในรพ.,รพ.สต.</p> <p>-สนับสนุนสมุดสีชมพูให้รพ./</p>		

	<p>4.2 หน่วยบริการฯทุกระดับนำแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทยและการคลอดคุณภาพใช้ในการจัดระบบบริการ(คู่มือกรมอนามัย)</p> <p>4.3 การประเมินมาตรฐานแม่และเด็กและเด็กด้วยตนเอง และทีมประเมินมาตรฐานระดับจังหวัด ประเมินซ้ำ ส่งผลการประเมินฯไปยังทีมศูนย์อนามัยเขตสุขุมประเมินฯ</p> <p>4.4 หน่วยบริการใช้แบบประเมินหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่ANC และหญิงคลอดที่ LR เพื่อลดอุบัติการณ์เกิด PPH,PIH ฯลฯ</p> <p>4.5การจัด Zoning ผู้เชี่ยวชาญดูแลมารดาและการจัดการระบบส่งต่อและช่วยเหลือมารดาเสี่ยง</p> <p>4.6การรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กและการประกาศเกียรติคุณ</p>	<p>รพ.สต.ทุกแห่ง</p> <p>2. รพ. แต่ละแห่งประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ทีมประเมินระดับจังหวัด ติดตามประเมินรับรองตามเกณฑ์ตามเกณฑ์ฯ รพช. ที่ผ่านการประเมินครบ 3 ปี ทีมประเมินจากศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี มีแผนประเมิน</p> <p>3. จัดทำ CPG ในการเฝ้าระวังภาวะ PPH PIH</p>		
--	--	--	--	--

ประเด็นการตรวจราชการ :2 เด็ก 0-5 ปี แข็งแรง สมองดี พร้อมเรียนรู้
ข้อสังเกตที่พบ/ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ลำดับ	ประเด็น/หัวข้อ	ข้อสังเกต ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยรับตรวจ	ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลางหรือผู้บริหาร
1.	<p>ระบบบริหารจัดการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>1.1 จัดทำบันทึกข้อตกลง(MOU) ระหว่างเขตสุขภาพ ศูนย์อนามัย และจังหวัด</p>	<p>1. ความครอบคลุม (Coverage) การตรวจ พัฒนาการ รอบ 6 เดือน เมื่อเทียบเป้าหมาย DB</p>	<p>1. Child PM และ CDM อำเภอเมือง และ ไอที ควรเร่งตรวจสอบบัญชีรายชื่อเด็กที่อยู่จริง</p>	

<p>1.2 มีกลไกการขับเคลื่อนโดย MCHboard ประชุม ร่วมกับ Service plan สาขาเด็กและคณะกรรมการเด็กปฐมวัยจังหวัด เพื่อวิเคราะห์ วางแผนและขับเคลื่อนการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทุก 3 เดือน</p> <p>1.3 ใช้กลไกของ DHS สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม</p> <p>1.4. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>1.4.1 อบรมนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำโรงพยาบาล</p> <p>1.4.2 อบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยงเด็ก</p> <p>1.4.3 อบรมหลักสูตรมิสนมแม่โรงพยาบาลชุมชน</p> <p>1.4.4 อบรมหลักสูตรนักร้องสารตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>1.5 การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>- pop ทั้งปี ได้ ร้อยละ 39.95</p> <p>เมื่อเทียบเป้าหมาย DB - pop 6 เดือน ผลงาน ร้อยละ 78.88</p> <p>Coverage ของ CUP เมือง ทำได้น้อยกว่า ร้อยละ 60 ในทุกช่วงอายุ</p> <p>เนื่องจาก เขตเทศบาลรายชื่อเด็กในบัญชี 1 มีมาก แต่ตัวเด็กไม่อยู่</p> <p>.2 การค้นหาเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ทำได้ ร้อยละ 17.40 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ร้อยละ 20</p> <p>3. ยังไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะโลหิตจางในทารกอายุ 6-12 เดือน</p>	<p>ในเขตเทศบาล ให้เป็นปัจจุบัน การค้นหาเด็กในชุมชนเขตเมือง ขอความร่วมมือ โดยประสานงานผ่านท่าน สสอ. และเทศบาลเนื่องจากเป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติฯ และมีคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ท่านผู้ว่าราชการเป็นประธาน เน้นการเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และเพื่อนำมาเป็นข้อมูลวางแผน ติดตามเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กทุกคนในพื้นที่ต่อไป</p> <p>2. CDM ทุกอำเภอ กำกับติดตาม คุณภาพการคัดกรองพัฒนาการ ด้วยเครื่องมือ DSPM แก่ জনท. รพ.สต. เพื่อสร้างความมั่นใจ และให้คำแนะนำ ด้านทักษะ ที่ถูกต้องตลอดจนการรายงานผล DSPM1</p>
---	---	--

			ที่เน้นการค้นหาเด็ก สงสัยล่าช้าจริงๆ โดยยังไม่ต้อง แนะนำ หรือ ช่วยเหลือเด็กขณะ ประเมิน	
2.	<p><u>การจัดการระบบข้อมูลเด็กปฐมวัย</u></p> <p>2.1 มีการรวบรวมข้อมูลบริการ จาก 43 แฟ้มสรุปวิเคราะห์ 3 เดือน</p> <p>2.2 ใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพของเด็ก. ประกอบวิเคราะห์ วางแผน แก้ปัญหาและการป้องกัน ได้แก่ 1) ทารกคลอดก่อนกำหนด 2) ทารก แรกเกิดน้ำหนัก $\geq 2,500$ กรัม 3) ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน 4) อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน 5) พัฒนาการเด็กสงสัย พัฒนาการล่าช้า, การแก้ไข พัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า 6) ภาวะ โภชนาการ</p> <p>7) สุขภาพช่องปาก 8) การได้รับ วัคซีนตามวัย เป็นต้น</p> <p>2.3 การสำรวจสถานการณ์การ เจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยปี 2559 ร่วมกับศูนย์อนามัยและ จังหวัด</p>	<p>- มีระบบรายงาน เด็ก LBW / BA - มีระบบเฝ้าระวัง การเจริญเติบโต พัฒนาการเด็ก ปฐมวัยครอบคลุม ในด้านพันต สุขภาพ ภูมิคุ้มกัน โรค</p> <p>- จัดเก็บรายงาน การคัดกรอง พัฒนาการเด็ก (Manual) ปัจจุบันเริ่มKEY ข้อมูลผลการ ประเมิน พัฒนาการเด็กใน Special PP 43 แฟ้ม</p>	<p>สนับสนุน การสอน โรงเรียนพ่อแม่ ใน ในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก ซึ่งเป็นเกณฑ์ ในมาตรฐานศูนย์ เด็กเล็กคุณภาพ กรมอนามัย พัฒนาระบบการคืน ข้อมูลกลับพื้นที่ ระหว่าง รพ.สต. / รพช. / รพท เช่น ผ่าน เวทีประชุม ประจำเดือน ของคปสอ. เวทีประชุม CDM หรือผ่าน Group Line เพื่อเพิ่ม Coverage</p>	
3.	<p><u>การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัย</u></p> <p>3.1. มีและใช้แผนการสอนพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก(โรงเรียนพ่อแม่) การ เลี้ยงดูเด็กด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า ในหน่วยบริการฯ</p>	<p>โรงพยาบาลทุก แห่ง ดำเนินการ สอนโรงเรียนพ่อ แม่ ในแผนกฝาก ครรภ์ หลังคลอด คลินิกเด็กดี</p>	<p>3.วางแผนติดตาม ผลการใช้คู่มือ DSPM ในกลุ่มพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ใน คลินิกเด็กดี ช่วงที่ นัดมารับวัคซีน หรือ</p>	

	<p>ทุกระดับ ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และครอบครัว ด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>3.2 จังหวัดมีการจัดมหกรรมชวนลูกเล่นตามรอยพระยุคลบาท หมายถึง เล่นกับ “ธรรมชาติ:nature”</p> <p>สิ่งมีชีวิต :พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา</p>	<p>ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้มีการชี้แจงนโยบายให้เร่งรัดดำเนินการสอนหลักสูตร รร.พ่อแม่</p>	<p>นัดประเมิน พัฒนาการ และให้ทีมงานของ Family Care Team ในพื้นที่ ติดตาม ต่อเนื่อง</p>	
	<p>ยาย ครู พี่เลี้ยง เพื่อน รวมทั้งต้นไม้ สัตว์เลี้ยง</p> <p>สิ่งไม่มีชีวิต : ดิน ททราย น้ำ ลม ไฟ รวมทั้งของเล่นของใช้ภายในบ้านที่ไม่เป็นอันตราย(สำนักโครงการและการจัดการความรู้ ,2558)</p> <p>3.3มีกิจกรรมการสื่อสารสังคมด้วยสื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น การเลี้ยงดูเด็กด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า</p> <p>3.4ทีมหมอครอบครัว (FCT)เยี่ยมบ้านค้นหาเด็ก 9,18,30,42 เดือน ส่งต่อเข้ารับการประเมินพัฒนาการเด็กพบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า ขึ้นทะเบียนกระตุ้นพัฒนาการ</p> <p>3.5. มีการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ พัฒนาแม่และเด็กองค์กรร่วมโดยชุมชน ท้องถิ่น</p>	<p>1.พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปีด้วย DSPM</p> <p>2.เสริมทักษะผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ให้มีส่วนร่วม/ กระตุ้นพัฒนาการเด็กและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก</p>		
4	<p><u>ระบบบริการที่มีคุณภาพ</u></p> <p>4.1 หน่วยบริการทุกระดับ ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ เข้าถึง เท่าเทียม และสอดคล้องกับมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>4.2.เสริมสร้างระบบเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กตามข้อเสนอแนะราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่ง</p>		<p>4. วิเคราะห์ข้อมูลค่า Hematocrit ที่ เจาะช่วงอายุ 6-12 เดือน เพื่อการเฝ้าระวังดูแล กรณีทารกกินนมแม่ กำกับให้แม่กินยา triferdine ต่อเนื่อง</p>	

<p>ประเทศไทย ตามคู่มือคลินิกเด็กดี คุณภาพ ของกรมอนามัย</p> <p>4.3 บริการเชิงรุกในกลุ่มประชากร เสี่ยง เข้าถึงบริการลำบาก เช่น การ จัดหน่วยบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี เคลื่อนสู่ชุมชน และศูนย์เด็กเล็ก</p> <p>4.4 การจัดระบบการให้ความรู้ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการ โรงเรียนพ่อแม่ เน้นให้พ่อแม่ สามารถเฝ้าระวังพัฒนาการ การเจริญเติบโตและการเจ็บป่วย ของลูก โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพ แม่และเด็กและคู่มือดูแลสุขภาพ ของลูกและบันทึกข้อมูลสุขภาพลูก</p>		<p>ตั้งแต่หลังคลอดถึง หย่านม กำกับ การ แจกยาลูกเสริมธาตุ เหล็กและการกินยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก อย่างต่อเนื่อง CUP หรือโรงพยาบาลที่ ยังไม่มี การเจาะ Hematocrit ช่วง อายุ 6-12 เดือน ควรรีบดำเนินการ เพื่อเพิ่มคุณภาพ ทารก</p>	
<p>4.5 การประเมินตนเองมาตรฐาน WCC และศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ตำบลพัฒนาการเด็กดีเริ่มที่นมแม่ ทีมประเมินมาตรฐานระดับจังหวัด ประเมินซ้ำ ส่งผลการประเมินฯ ไป ยังทีมศูนย์อนามัยเขตสุขุมประเมิน และรับรองมาตรฐานฯ</p>	<p>จังหวัดมีแผนงาน โครงการมีติดตาม ประเมินรับรอง มาตรฐาน WCC คุณภาพ พัฒนาศูนย์เด็กเล็ก ทุกแห่งให้ผ่าน เกณฑ์ศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพ</p>	<p>1. จัดประชุม ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงาน 2. สนับสนุนวิทยากร 3. กำกับติดตามงาน</p>	

8. รายชื่อคณะกรรมการและนิเทศงาน แผนงานการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน

ชื่อ-สกุล:ผู้นิเทศงาน	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1. พญ. มณฑา ไชยะวัฒน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย
2. น.ส. สกาวรัตน์ เทพรักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย
3. น.ส. วรลักษณ์ คงหนู	รักษาการนักวิชาการ สาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านโภชนาการ)	ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี กรมอนามัย