รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัยสตรีและเด็กปฐมวัย

๒. หัวข้อ : ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย พัฒนาการสมวัยสูงดีสมส่วน

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

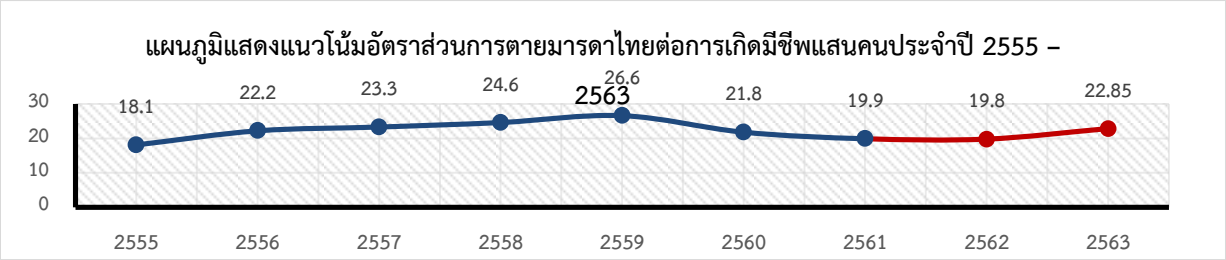
หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมอนามัย

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์

๔. วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพมารดา

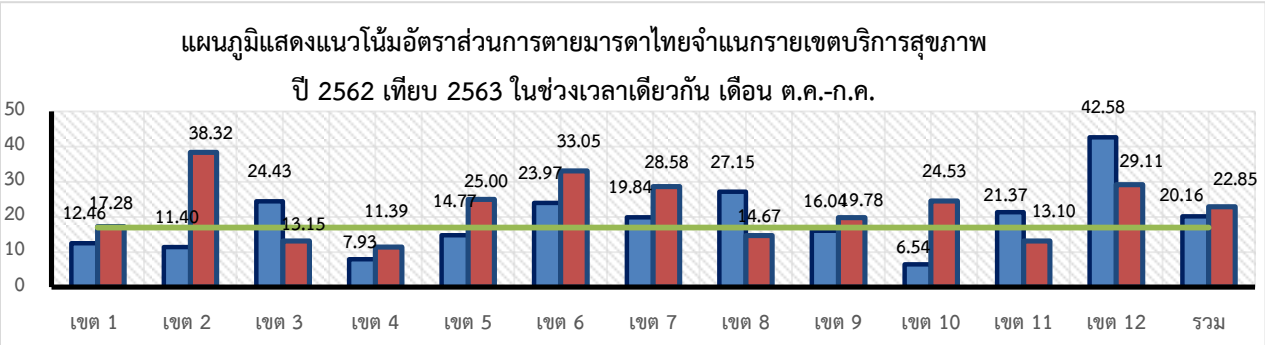
ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนการเกิดมีชีพ

๔.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย



ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓)

กรมอนามัยได้พัฒนาระบบรายงานข้อมูลที่แม่นยำและรวดเร็ว และดำเนินงานลดเพื่อลดการตายมารดาอย่างเข้มแข็งและจริงจัง และได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) จนสามารถเฝ้าระวังเก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย ส่งผลให้ตั้งแต่ ๒๕๖๐ เป็นต้นมาอัตราส่วนการตายมารดาลดลง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ถึงแม้อัตราส่วนการตายมารดาในประเทศจะลดลงอย่างต่อเนื่องแต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปี ๒๕๖๒ และในปีงบประมาร ๒๕๖๓ ผลการเฝ้าระวังมารดาตายผ่านระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR system) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ ๒๒.๘๕ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

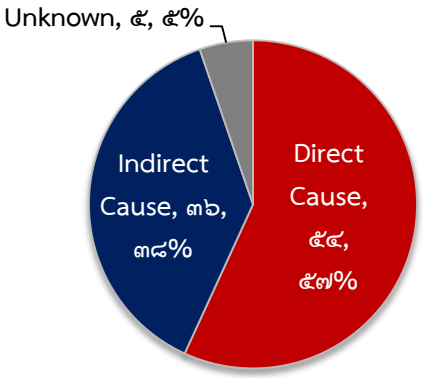


ที่มา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓)

เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานแบบรายเขตบริการสุขภาพพบว่ามีเพียง ๔ เขตบริการสุขภาพเท่านั้นที่อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ ๓ ๔ ๘ และ ๑๑ และเขต

บริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด ๓ อันดับแรกได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ ๒ (๓๘.๓๒), ๖ (๓๓.๐๕), ๑๒ (๒๙.๑๑) ตามลำดับ และเมื่อนำผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เปรียบเทียบค่าผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของปี ๒๕๖๒ พบว่าในภาพรวมประเทศอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้น และเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ ๑, ๒, ๔, ๕, ๖, ๗, ๙ และ ๑๐ และเขตบริการสุขภาพที่สามารถลดอัตราการตายมารดาลงจากปีที่ผ่านมาอย่างเห็นได้ชัดได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ ๓ ๘ และ ๑๒ แต่อย่างไรก็ตามเขตบริการสุขภาพที่ ๒, ๖ และ ๑๐ กลับมีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา

แผนภูมิแสดงร้อยละสาเหตุการตายมารดาเดือน ต.ค.๖๒-ก.ค.๖๓



จากการศึกษาและวิเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาเดือนตุลาคม ๒๕๖๒ – กรกฎาคม ๒๕๖๓ พบการตายมารดาไทยทั้งสิ้น ๙๖ ราย สาเหตุการตายส่วนใหญ่ตายเกิดจากสาเหตุทางตรง (กลุ่มที่ ๑-๖) ร้อยละ ๕๘ ตายจากสาเหตุทางอ้อม (กลุ่มที่ ๗) ร้อยละ ๓๕ และตายจากสาเหตุที่ไม่สามารถระบุได้ (กลุ่มที่๘) ร้อยละ ๗ สรุปได้ว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายทางตรงพบว่าการตายมารดาส่วนใหญ่มาจากกลุ่มที่ ๓ คือเลือดออกในระหว่างการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของรก และตกเลือด (Obstetric Haemorrhage) จำนวน ๒๐ ราย รองลงมาคือกลุ่มที่ ๕ คือ ความผิดปกติอื่นของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และระหว่างคลอดจำนวน ๑๖ ราย นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) จำนวน ๓๖ ราย สาเหตุที่พบเช่น มะเร็ง โรคหัวใจ และติดเชื้อ เป็นต้น นอกจากปัจจัยทางด้านสุขภาพแล้วยังพบอีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุการตายมารดานั่นคือ อุบัติเหตุ และ การฆาตกรรม ซึ่งจากการเก็บข้อมูลผ่านระบบเฝ้าระวังการตายมารดาปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบแม่ตายจากอุบัติเหตุ ๗ ราย และฆาตกรรม ๓ ราย

๔.๒ ปัญหา/อุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหา

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑ ปัญหาการตายจาก ๓ Delay สาเหตุการตายของมารดา ๕๗% เกิดจากสาเหตุทางตรง (PPH, PIH) และเกิดจากการ Delay การรักษาที่เหมาะสม (๕๐.๐%) (ศักยภาพของบุคลากร ๔๑.๒๕%) และ Delay การตัดสินใจรับบริการ (๔๓.๗๕%)	๑. พัฒนาระบบบริการและเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด ๒. พัฒนาศักยภาพบุคคลากร	๑. พัฒนาระบบบริการและเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด ๒. วิเคราะห์การเฝ้าระวังการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle และบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรายบุคคล
๒ การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม/โรคอายุรกรรม มีแนวโน้มสูงขึ้นและมารดาประมาณหนึ่งในสาม (๒๙%) ที่ไม่เคยฝากครรภ์	-เร่งรัดการค้นหาและจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ANC High Risk รายบุคคลเชิงรุกโดยการใช้เทคโนโลยี/Application (ผ่านโปรแกรม Save mom) -ส่งเสริม/ประชาสัมพันธ์เรื่องการฝากครรภ์และค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่	พัฒนาระบบค้นหาและจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ANC High Risk รายบุคคลเชิงรุกโดยการใช้เทคโนโลยี/Application ผ่านโปรแกรม Save mom และขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง ๑๒ จังหวัด
๓ การส่งรายงานวิเคราะห์การตายมารดารายบุคคล (CE-online) ร้อยละ ทำให้การนำข้อมูลมาวิเคราะห์มีความล่าช้าได้	-ผู้บริหารให้ความสำคัญ เน้นย้ำ เรื่องความสำคัญของการกรอกข้อมูลการตายมารดา -ผู้บริหารเน้นคุณภาพของข้อมูล ลงสาเหตุการตายหลักเพียงสาเหตุเดียว -ผลักดันให้แพทย์เป็นผู้ลงข้อมูลการวินิจฉัยด้วยตนเอง -วิเคราะห์การเฝ้าระวังการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle และบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรายบุคคล	๑. จัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังมารดาตายศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒ ๒. จัดตั้ง MDSR Team ทีมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา เขต๑-๑๒ โดยมี MCH Board ระดับเขตเป็นประธาน ๓. อบรมการวิเคราะห์การเฝ้าระวังการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle และบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรายบุคคล

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๔ ขาดการบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชนท้องถิ่น อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการเพิ่มมาตรการที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น	การขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ผ่านกลไก พชอ. โดยบูรณาการกลุ่มวัย (Life course approach) และ เชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกัน เช่น ภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ แนวโน้มการเพิ่มน้ำหนัก การประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร การถ่ายทอดทางพันธุกรรม ภาวะเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ LBW กับสูงดีสมส่วน และ NCD เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาแนวทางเฝ้า ระวังในชุมชนและเชื่อมต่อบริการเชิงระบบ	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

จังหวัดตาก

๑. การป้องกันมารดาตาย โดยใช้กระบวนการ “แม่เหว่ยโมเดล” รพ.สต.บ้านแม่เหว่ย อ.ท่าสองยาง
๒. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทุรกันดาร อ.อุ้มผาง

จังหวัดพิจิตร

๑. Program All Natal Care : เป็นโปรแกรมที่ใช้บันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอดและการติดตามเยี่ยมบ้านซึ่งสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในประเด็นต่าง ๆ ได้ (Big Data) เริ่มใช้ในโรงพยาบาลพิจิตรเมื่อเดือนมกราคม ๒๕๖๓

จังหวัดปทุมธานี : ลงทะเบียนฝากครรภ์ออนไลน์ผ่าน QR Code และเชื่อมต่อคลังความรู้หญิงตั้งครรภ์ผ่าน E-book

จังหวัดกาฬสินธุ์ : พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติด

จังหวัดยโสธร

๑. Teen save mom คือ การประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์โดยการใช้โปรแกรม Save mom โดยคัดเลือก อสม. วัยรุ่นเป็นแกนหลักในการดาเนินการ นอกจากนี้ยังมีการแจกไข่ นม และมีกองทุนนมจืดเพื่อหญิงตั้งครรภ์ และต่อยอด Low birth weight แบบมืออาชีพ โดยการทาวิจัยขบวนการพิทักษ์ ลูกรักน้ำหนักดี ไม่ต่ากว่าเกณฑ์ คือ การดูแลแบบ case management ๒๔ ชั่วโมง โดยสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการเยี่ยมบ้าน

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๑ สำหรับพื้นที่

๑. ใช้กลไก MCH Board / Service Plan และ ภาคีเครือข่าย ในการ ขับเคลื่อน ติดตาม และบริหารจัดการการดำเนินงานแม่และเด็กในพื้นที่เน้นการดูแลร่วมแบบสหสาขา

๒. บูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายทั้ง ภาครัฐ เอกชน ชุมชน ท้องถิ่น อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการเพิ่มมาตรการที่เหมาะสมที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น เช่นร่วมกับ อปท อสม ออกหน่วยค้นหาหญิงตั้งครรภ์ บริการฝากครรภ์เคลื่อน คลินิกฝากครรภ์นอกเวลา สื่อประชาสัมพันธ์ เทคโนโลยี/Applicationที่เกี่ยวข้อง

๓. สร้างระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์รายบุคคลโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

๔. ใช้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ได้จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาผ่านกระบวนการ Six steps of a mortality audit cycle ตามแนวทางดำเนินงานเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย กรมอนามัย ในการวางแผนแก้ไขปัญหา พร้อมกับออกมาตรการที่สอดคลอดกับปัญหาในพื้นที่

๕. เร่งรัดการค้นหาและจัดการหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ANC High Risk รายบุคคลเชิงรุกโดยการใช้เทคโนโลยี/ Application (ผ่านโปรแกรม Save mom)

- NO ANC หน่วยงานบริการสาธารณสุขทุกระดับกำหนดมาตรการค้นหาเชิงรุก บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนผ่านโปรแกรม Save mom
- Low risk เฝ้าระวังอาการร่วมอื่นๆอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง เพื่อการวินิจฉัยรักษาที่ทันท่วงที
- High risk /very High risk เน้นคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน NCD รวมถึงโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ และมีระบบจัดการความเสี่ยงนั้น
- เน้นการดูแลร่วมสหสาขาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมรุนแรง
- การให้คำปรึกษาแกหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในกรณีป่วยอายุรกรรมรุนแรงที่สามารถตั้งครรภ์ได้และที่ไม่แนะนำให้ตั้งครรภ์ หากสามารถตั้งครรภ์ได้ต้องอยู่ในการดูแลของอายุรแพทย์และสูติแพทย์อย่างใกล้ชิด รวมถึงมีระบบการกำกับติดตาม และส่งต่อผู้รับบริการ

๖. คลอดที่บ้าน ยังคงปรากฏในพื้นที่สูงของบางจังหวัด เช่น แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และจังหวัดในภาคใต้ ซึ่งพบว่ามีการคลอดที่บ้านโดยผดุงครรภ์โบราณ

- พัฒนาศักยภาพผดุงครรภ์โบราณ
- มีระบบสื่อสารเพื่อการส่งต่อที่รวดเร็ว ทันท่วงที เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
- เน้นให้มีการคลอดที่สถานบริการสาธารณสุขเพื่อความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้รับบริการ

๗. ผลักดัน สนับสนุน สื่อสาร ฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์

๖.๒ สำหรับส่วนกลาง

๑. กรมอนามัยพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยเฉพาะคณะทำงานสืบสวนมารดาตายระดับเขตสุขภาพ และมีการกำกับติดตามเยี่ยมเสริมพลังมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กระดับเขตสุขภาพ อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๒. ปรับ Template ตัวชี้วัดการได้รับยาไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งปรกติจะไปผูกกับ Visit การมารับบริการของหญิงตั้งครรภ์ทำให้ในกรณีที่ส่งหญิงตั้งครรภ์มาทำหัตถการต่าง ๆจะมีผลต่อตัวชี้วัดตัวนี้ถ้าไม่มีการ Key การจ่ายยา

๓. การบูรณาการทำงาน/แนวทางการเก็บข้อมูลกับกรมสุขภาพจิตในการประเมินภาวะเครียดในหญิงตั้งครรภ์ (ST๕ และ ๒Q) เนื่องจากยังไม่มีระบบในการดำเนินการที่ชัดเจน

๔. ผลักดันให้ สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนยาฝั่งคุมกำเนิดกึ่งถาวร สำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์/มารดาหลังคลอดที่มีโรคร่วมรุนแรง

๕. พัฒนาโปรแกรม Save mom มาใช้ในบริหารจัดการหญิงวัยเจริญพันธุ์ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงได้ง่ายโดยดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิม เช่น HDC มาใช้เพื่อละภาระพื้นที่ในการคีย์ข้อมูล และระบบการดูแลรายกรณีทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนให้ครอบคลุมทุกจังหวัด

๖. สนับสนุนข้อมูลเฝ้าระวังและคืนข้อมูลให้พื้นที่ ทั้งข้อมูลระดับ ประเทศ ระดับจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการทางานของจังหวัด ข้อมูลที่ให้พื้นที่ลงในระบบมีปริมาณมากและไม่เอื้อต่อการทำงาน

๗. ปรับ template และ ตัวชี้วัด ที่มีปัญหา

- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ให้สอดคล้องกับการลงข้อมูล เนื่องจากเป็น template ที่ไม่สามารถทาให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งยังพบว่ามีปัญหาเรื่องการฝากครรภ์และคลอดต่างสถานที่ หน่วยบริการไม่มีข้อมูลและไม่สามารถบันทึกข้อมูลย้อนหลังได้ หญิงตั้งครรภ์กินยาต่อเนื่องแต่ไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้เนื่องจากได้รับยาเดิมทาให้ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง
- ปรับรหัสการลงข้อมูลยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ในหญิงตั้งครรภ์ (Triferdine/ Obimin/ Nataral) ในโปรแกรม HDC ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติจริงของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่
- การตรวจ Hct ควรแยก template เป็นครั้งที่ ๑ และครั้งที่ ๒ ของการตรวจเลือดเพื่อดูคุณภาพการบริการได้

๘. วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัย

เป้าหมาย๑ : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕

ผลงาน : ร้อยละ ๙๐.๔

เป้าหมาย๒ : ร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน

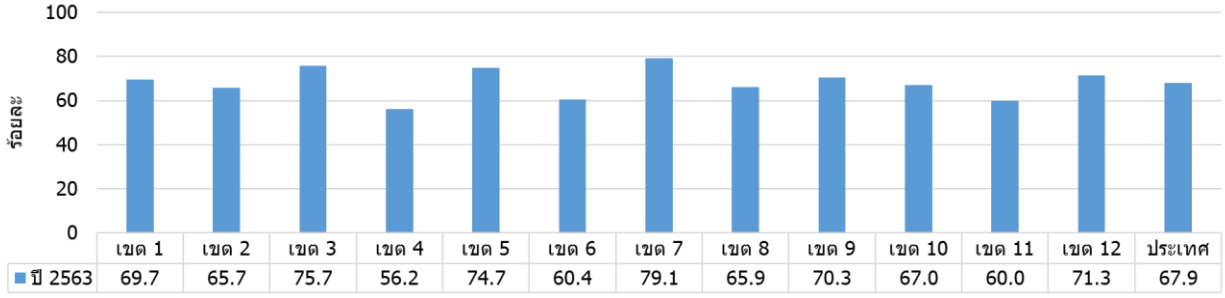
ผลงาน : ร้อยละ ๖๕.๐ (ข้อมูลไตรมาส ๓/๒๕๖๓)

เด็กอายุ๐-๕ ปี พัฒนาการสมวัย จากผลการดำเนินงานในภาพรวมปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ไตรมาสที่ ๑-๓ ส่วนมากพัฒนาการเด็กปฐมวัยแล้วเป็นไปตามเป้าหมาย พบมีบางเขตสุขภาพที่ผลการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายได้แก่เขตสุขภาพที่ ๔ ร้อยละการคัดกรองพัฒนาการ (๘๔.๓%) ร้อยละเด็กพัฒนาการสมวัย (๘๑.๗%) ร้อยละพัฒนาการสงสัยล่าช้า(๑๘.๔%) และร้อยละการติดตาม(๘๕.๖%) ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (ข้อมูลผลการดำเนินงานเดือนตุลาคม-มิถุนายน ๒๕๖๓ จากHDCณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๓) และพบว่ามีเด็กพัฒนาการล่าช้า จำนวน 5,494 คน ซึ่งได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จำนวน 3,678 คน คิดเป็นร้อยละ 66.95 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2563) กระตุ้นครบตามเกณฑ์ จำนวน 1,852 คน คิดเป็นร้อยละ 50.35 (กลับมาสมวัย 776 คน คิดเป็นร้อยละ 41.90 ยังมีพัฒนาการล่าช้า 1,076 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10) และกระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ จำนวน 928 คน คิดเป็นร้อยละ 25.23 ทั้งนี้ ยังมีเด็กพัฒนาการ

ล่าช้าอยู่ระหว่างการกระตุ้น จำนวน 898 คน คิดเป็นร้อยละ 24.42 อยู่ระหว่างการติดตาม เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 622 คน คิดเป็นร้อยละ 11.32 และเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ติดตามไม่ได้ จำนวน 1,194 คน คิดเป็นร้อยละ 21.73 เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายในปีงบประมาณ 2563 พบว่า ในเขตสุขภาพเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ภาพรวม ร้อยละ 66.95 บรรลุตามเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 60) โดยเกือบทุกเขตสุขภาพมีผลการดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด โดยเขตสุขภาพที่มีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าได้มากที่สุดเป็น 3 อันดับแรก คือ เขตสุขภาพที่ 3 ร้อยละ 84.49, เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 76.98 และเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 75.75 ทั้งนี้ มีเพียงเขตสุขภาพที่ 4 และเขตสุขภาพที่ 6 ยังไม่สามารถดำเนินการได้บรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนด

เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน จากข้อมูล HDC ไตรมาสที่ ๓ ปี ๒๕๖๓ ณ วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๓ พบว่า ความครอบคลุมของการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ภาพรวมประเทศคือ ร้อยละ ๖๗.๙ ซึ่งมีความครอบคลุมต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๙๐) เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่า ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ทุกเขตสุขภาพต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (แผนภูมิที่ ๑) สาเหตุเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-๑๙ มีผลทำให้จำนวนเด็ก ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) ลดลง และการเลื่อนเวลาเปิดภาคเรียน ทำให้เด็กไม่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูงในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย/โรงเรียนระดับอนุบาล

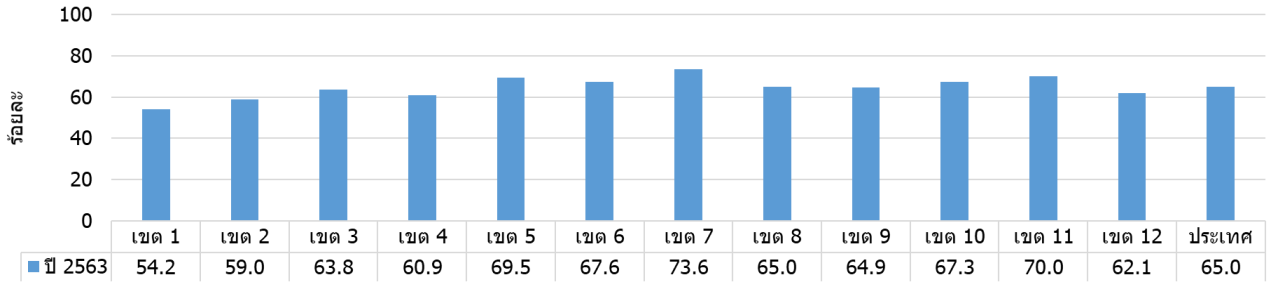
แผนภูมิที่ ๑ แสดงสถานการณ์ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็กอายุ ๐-๕ ปี รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

สถานการณ์เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ข้อมูลจาก HDC ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓ ภาพรวมประเทศ ร้อยละ ๖๕.๐ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ ๖๐) เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย จำนวน ๑๐ เขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพที่ ๗ มีร้อยละเด็กอายุ ๐ -๕ ปี สูงดีสมส่วนสูงที่สุด ร้อยละ ๗๓.๖ รองลงมา เขตสุขภาพที่ ๑๑ ร้อยละ ๗๐.๐ และเขตสุขภาพที่ ๖ ร้อยละ ๖๙.๕ และพบว่ามีเขตสุขภาพที่ยังดำเนินงานไม่เป็นตามเป้าหมายที่กำหนด จำนวน ๒ เขตสุขภาพ คือเขตสุภาพที่ ๑ ร้อยละ ๕๔.๒ และเขตสุขภาพที่ ร้อยละ ๕๙.๐ (แผนภูมิที่ ๒)

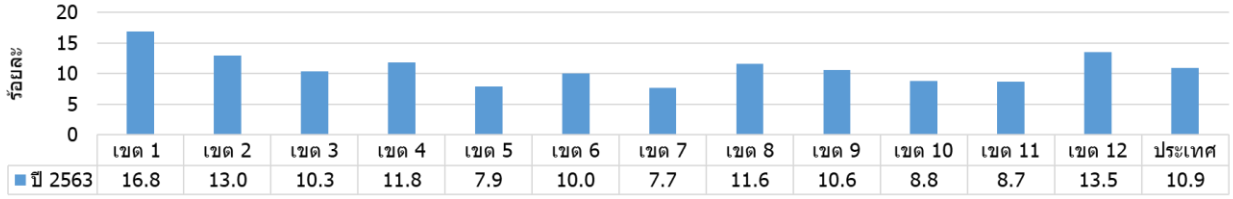
แผนภูมิที่ ๒ แสดงร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

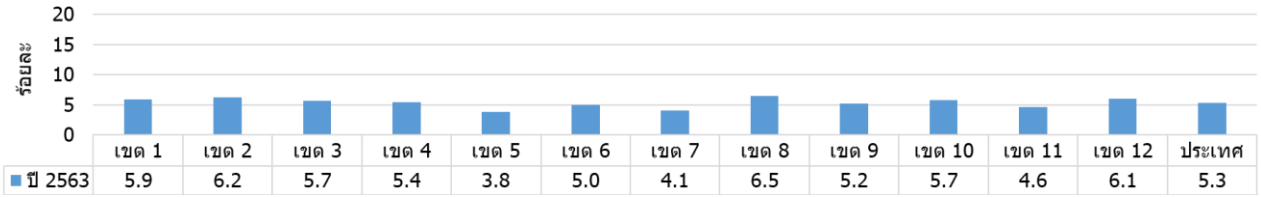
สถานการณ์เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะ เตี้ย ผอม อ้วน พบว่าเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี มีภาวะเตี้ย ระดับประเทศ ร้อยละ ๑๐.๙ (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๔) โดยเขตสุขภาพที่ ๑ ยังมีเด็กเตี้ยสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด เท่ากับร้อยละ ๑๖.๘ (แผนภูมิที่ ๓) เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี มีภาวะผอม ระดับประเทศ ร้อยละ ๕.๓ (เป้าหมาย ไม่เกิน ร้อยละ ๖.๐) เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพส่วนใหญ่มีภาวะเด็กผอมต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ยกเว้นเขตสุขภาพที่ ๘ , ๒ และ ๑๒ ยังพบปัญหาเด็กผอมที่สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖.๕ , ๖.๒ และ ๖.๑ ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๔) และพบปัญหาเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี มีภาวะอ้วน ระดับประเทศ ร้อยละ ๘.๗ (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๐) โดยเขตสุขภาพส่วนใหญ่มีภาวะเด็กอ้วนต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ยกเว้นเขตสุขภาพที่ ๑ และ ๔ ซึ่งมีเด็กอ้วนสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ ๑๒.๐ และร้อยละ ๑๑.๔ ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๕)

แผนภูมิที่ ๓ แสดงสถานการณ์เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะเตี้ย รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



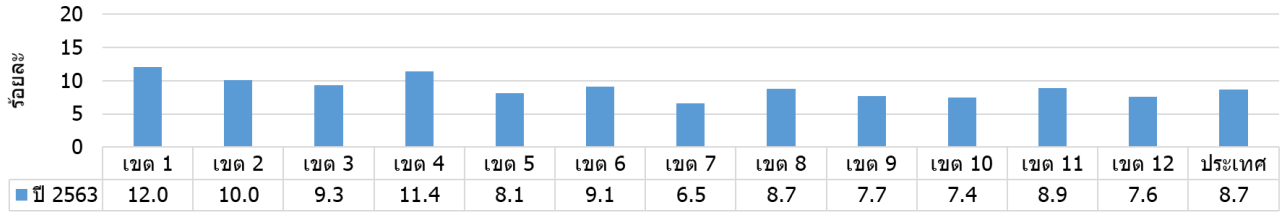
ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

แผนภูมิที่ ๔ แสดงสถานการณ์เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะผอม รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓

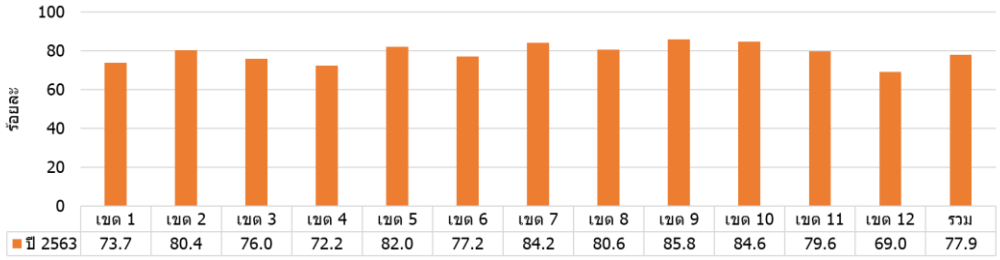
แผนภูมิที่ ๕ แสดงสถานการณ์เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะอ้วน รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



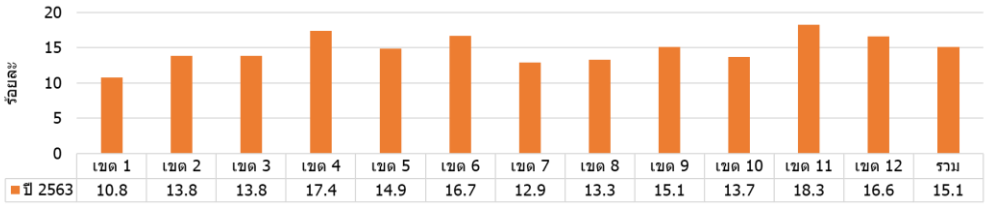
ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๓

สถานการณ์การได้รับยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มารับบริการ ซึ่งในระดับประเทศ มีร้อยละความครอบคลุมเท่ากับร้อยละ ๗๗.๙ (เป้าหมายร้อยละ ๑๐๐) (แผนภูมิที่ ๖) ทำให้พบปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ระดับประเทศ ร้อยละ ๑๕.๑ (ค่าเป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๖) แต่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ ๑๑ , ๖ และ ๑๒ มีภาวะโลหิตจางสูงกว่าค่าเป้าหมาย มากถึงร้อยละ ๑๘.๓ , ๑๖.๗ และ ๑๖.๖ ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๗)

แผนภูมิที่ ๖ สถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิกรายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓

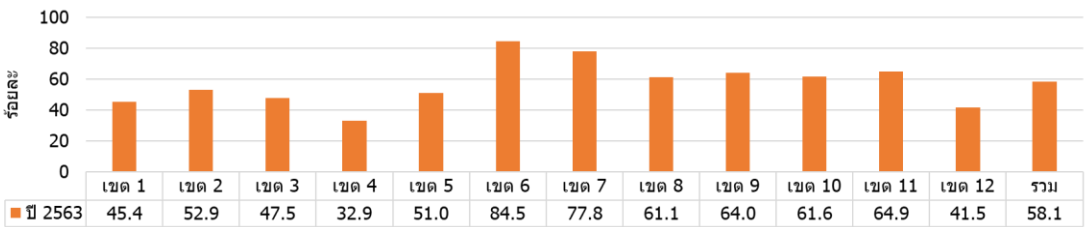


แผนภูมิที่ ๗ ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ แยกรายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

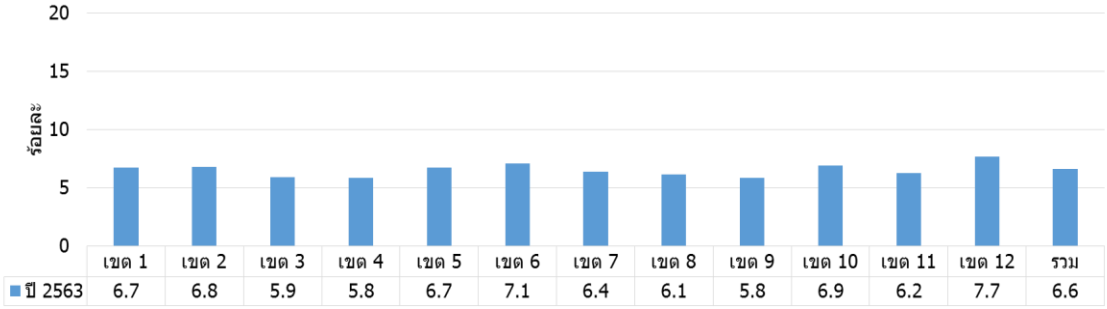
เด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สถานการณ์การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กของเด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี พบว่าความครอบคลุมเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ระดับประเทศ เท่ากับร้อยละ ๕๘.๑ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๗๐) สอดคล้องกับข้อมูลรายเขตสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่ ยังคงไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมาย โดยมีเพียงเขตสุขภาพ ที่ ๖ และ ๗ ที่มีครอบคลุมมากกว่าร้อยละ ๗๐ (ร้อยละ ๘๔.๐ และ ๗๗.๘ ตามลำดับ) (แผนภูมิที่ ๘)



ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

สถานการณ์ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ในไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓ ระดับประเทศ เท่ากับร้อยละ ๗ เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม สูงกว่าค่าเป้าหมายได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๖ และ ๑๒ เท่ากับร้อยละ ๗.๑ และ ๗.๗ ตามลำดับ (แผนภูมิที่ ๙)

แผนภูมิที่ ๙ ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม รายเขตสุขภาพ ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๓



ที่มาข้อมูล : จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๓ ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ปัญหา
๑. กลุ่มเป้าหมาย/ผู้รับบริการ **๑.๑ พ่อแม่ผู้ปกครอง/ครอบครัว** ๑) พ่อแม่ผู้ปกครองขาดความตระหนักไม่เห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการ พ่อแม่ มีทักษะและใช้คู่มือ DSPM เพียง๕๐%	๑.สร้างความรอบรู้และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในกลุ่มครอบครัว -พัฒนาศักยภาพพ่อแม่ ในการอบรมเลี้ยงดูและบทบาทครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ในโรงพยาบาลและชุมชน - เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ DSPM E-book เพื่อให้มีการเข้าถึงเพิ่มขึ้น
๒. ระบบบริการ **๒.๑ หน่วยบริการของรัฐ** ๑) ANC คุณภาพ : เพื่อลดการเกิด Birth defect/LBW/BA เป็นต้น ๒) Well Child Clinic และแผนกหลังคลอด ยังไม่มีการสอนและฝึกการใช้คู่มือ DSPM ของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กแบบ individual มีเพียงการแนะนำให้ความรู้เรื่องคู่มือ DSPM ในกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ๓) จากการสำรวจพบ การแจกคู่มือ DSPM ไม่ถึงผู้ปกครองมากที่สุด ดังนี้ เขตสุขภาพที่ ๕ ไม่ได้รับร้อยละ ๕๘.๔ เขตสุขภาพที่ ๓ ไม่ได้รับร้อยละ ๕๖.๐	๑.พัฒนาการสอนและฝึกการใช้คู่มือ DSPM ของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กในรูปแบบ Active Learning โดยเฉพาะพยาบาลในแผนกหลังคลอดและ WCC ๒. ควรมีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาเด็กในสถานบริการที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและสถานที่ หากยังไม่พร้อมก็ส่งเสริมให้บุคลากรไปเรียนเชี่ยวชาญทั้งแพทย์และพยาบาล และเพิ่มตำแหน่งบุคลากร เช่น นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยาเด็ก นักตรวจการได้ยิน เป็นต้น ๓.ควรสนับสนุน ส่งเสริม การขับเคลื่อน โดยการสร้างต้นแบบ”สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย”ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ เพื่อเป็นต้นแบบให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยภายนอก ทั้งทางด้าน การเจริญเติบโต(Growth) พัฒนาการเด็ก(Development) และสุขภาพช่องปาก(Dental)

๔) คลินิกส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาเด็ก ขาดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย ควรมีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาเด็กในสถานบริการที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญและสถานที่ ๔) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ควรสนับสนุนส่งเสริม การขับเคลื่อน โดยการสร้างต้นแบบ” สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย”ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ๕)ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และสถานบริการ ในการส่งเสริมให้เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาเด็กเตี้ย ผอม อ้วน ๖)การเจาะ Hct และการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ยังไม่ครอบคลุม	๔. การติดตามกำกับการดำเนินงานใน ANC และ WCC เช่น การกำหนดตัวชี้วัดลดการเกิด Birth defect/LBW/BAเพื่อวัดผลกระบวนการ ANC คุณภาพ ในระดับการทำงานในพื้นที่ ๕. ยกระดับคุณภาพ WCC โดยการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีพยาบาลเฉพาะทางพัฒนาการเด็กและยกระดับนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยอบรมครูผู้ดูแลเด็กโดยใช้หลักสูตรบูรณาการด้านสาธารณสุขและครูปฐมวัย ๖.ควรกำหนดให้เป็นวาระการประชุมระดับจังหวัดติดตามกำกับการยกระดับคุณภาพมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อให้เกิดการบูรณาการการพัฒนาและติดตามประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติร่วมกัน ๗) สร้างความร่วมมือกับท้องถิ่นในการใช้งบประมาณสุขภาพตำบลหรืองบประมาณของท้องถิ่น ๘. มีการวิเคราะห์สถานการณ์คืนข้อมูลให้กับพื้นที่ เพื่อจัดทำแผนงาน / โครงการ การส่งเริมเด็กสูงดีสมส่วน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ ๙. จัดอาหารในสถานพัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้โปรแกรม Thai School Lunch หรือปรึกษานักโภชนาการของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อจัดอาหารให้ครบ ๕ กลุ่ม และปริมาณ เพียงพอต่อการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ๑๐. จังหวัดควรมีการกำหนดนโยบาย และกำกับ ติดตามการเจาะHct และการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง ๑๑. ดำเนินงานตำบลและจังหวัดมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน ให้ครบตามเกณฑ์
๒.๒ หน่วยบริการเอกชน สถานบริการเอกชน คลินิก ยังไม่มีการใช้คู่มือ DSPM	๑.ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ควรประสานความร่วมมือกับหน่วยบริการเอกชน ในการพัฒนาคู่มือ DSPM ให้มีรูปแบบที่เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ได้ทุกภาคส่วนและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์คู่มือ DSPM E-Book ในหน่วยบริการเอกชน
๓.ระบบบริหารจัดการ **๓.๑ ด้านนโยบาย/การขับเคลื่อน** ๑) คณะกรรมการเด็กปฐมวัย ทั้งคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กยช.) และคณะกรรมการนโยบายพัฒนาเด็กปฐมวัย ยังไม่บูรณาการการดำเนินงานขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ๒) การใช้กลไกอนุกรรมการเด็กปฐมวัยในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๔ กระทรวงน้อยมาก ๓) การขับเคลื่อนผ่านราชวิทยาลัยแพทย์และหน่วยงานภาคีเครือข่าย	๑.หน่วยงานส่วนกลาง รายงานผลดำเนินการต่อคณะกยช.ระดับชาติเพื่อขอความช่วยเหลือหน่วยงานอื่น ๒. การขอการสนับสนุนการดำเนินงานผ่านภาคีเครือข่าย เช่น ราชวิทยาลัยแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน ๓. ผู้บริหารทุกระดับ ทุกสังกัด ควรให้ความสำคัญการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการติดตามรายงานผลดำเนินการต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด หรือ MCH board เพื่อขอความช่วยเหลือหน่วยงานอื่น

๔) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ Air-war เพื่อสร้างความตระหนัก ๗)ขาดการบูรณาการใน ๔ กระทรวงหลัก	๕. บูรณาการ ๔ กระทรวง โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่และมาตรการ
๓.ระบบบริหารจัดการ **๓.๒ ด้านระบบข้อมูล** ๑) การประมวลผลในระบบของ HDC ยังไม่เป็นปัจจุบันทำให้วิเคราะห์สถานการณ์และการติดตามยังไม่เป็นปัจจุบัน ๒) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงานของเจ้าหน้าที่ยังไม่ทันเวลา ซึ่งมีผลต่อเด็กปฐมวัยอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองและพัฒนาการยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายในบางจังหวัด/อำเภอ ๓)ข้อมูลการเจริญเติบโต ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม และไม่ทันเวลา	๑. หน่วยพัฒนาระบบข้อมูลระดับส่วนกลางร่วมติดตามเยี่ยมการดำเนินงานในพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานด้านข้อมูลในพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ และการรายงานข้อมูลตามระยะเวลา ๒.ประสานท้องถิ่น/อปท. ในการสนับสนุนเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว /เครื่องวัดส่วนสูง ที่ได้มาตรฐานและเหมาะสม ครอบคลุมทุกชุมชน
๓.๓ ด้านระบบการพัฒนาบุคลากร ๑) ระบบพัฒนาบุคลากรเป็นเพียงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ผ่านการอบรม/สัมมนา ยังไม่มีระบบการติดตาม ๒) การสื่อสารกับผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ไม่มีความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ปกครอง ๓) บุคลากรสาธารสุขมีการปรับเปลี่ยน/โยกย้ายหน้าที่ และขาดทักษะด้านโภชนาการ	๑.การสร้างระบบที่เอื้ออำนวยต่อการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา intervention และระบบการให้คุณค่ากับบุคลากรที่มีความสำคัญมาก ๒.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการแจกและแนะนำการใช้คู่มือ DSPM โดยเฉพาะพยาบาลหลังคลอด และศักยภาพ การประเมินค้นหาและติดตามแก้ไขพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า ๓.จังหวัดมีการสำรวจความต้องการ และจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพ ตามความต้องการของบุคลากร

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

๑. เขตสุขภาพที่ ๑๐ โครงการ Smart kid มีการวางระบบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ถึงพัฒนาการ ได้รับงบจาก สป.สช

๒. เขตสุขภาพที่ ๙ มีการดำเนินงานกองทุนตำบลในการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โดยการใช้นม ๙๐ วัน ๙๐ กล่อง และโครงการ “แม่ แสงธรรมบวร” กองทุนนมก้นบาตร/สังฆทานนมจืด การแจกเกลือไอโอดีนในครัวเรือน เน้นหญิงตั้งครรภ์

๓. เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีการดำเนินงานโครงการใส่บาตรนมจืด และนมก้นบาตร สำหรับเด็กในชุมชน และกองทุนนมจืดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับนมเพิ่มไอคิวในเด็กแรกเกิด โดยเจ้าคณะอำเภอทำเรื่องบิณฑบาตรนมจืด

๔ ปฏิทินการลงระบบ TEDA๔I จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและง่ายสำหรับผู้ปฏิบัติงานได้นำไปปฏิบัติ (เขต ๑๐)

๕. การให้บริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้า ในช่วงการระบาดโรคโควิด–๑๙ โดยใช้ Home Program การให้คำแนะนำ /คำปรึกษา แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง /ผู้ดูแลเด็ก ผ่านทางโซเชียลและแอพพลิเคชั่นต่างๆ (เขต ๖)

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๖.๒ สำหรับพื้นที่

๑. ติดตามและเน้นการใช้คู่มือ DSPM ต่อเนื่องตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์/แผนกหลังคลอด/คลินิกเด็กดี/ขยายการดำเนินงาน MCHCC ที่อายุ ๑ เดือนไปยัง รพช เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการใช้คู่มือ(เขตสุขภาพที่ ๑)

๒. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็กให้กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง ส่งเสริม ๙ ย่างเพื่อสร้างลูกผ่านระบบ Facebook และกระตุ้นพ่อแม่ใช้ DSPM(เขตสุขภาพที่ ๒ และเขตสุขภาพที่ ๑๐)

๓. เน้นผู้ปกครองในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการได้ด้วยตนเองโดยดึงครู ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล เข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นพัฒนาการและเน้นกิจกรรมส่งเสริมทักษาะด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษาเพราะสัมพันธ์ในการพัฒนาไอคิวเด็กไทย(เขตสุขภาพที่ ๓)

๔. ควรค้นหา ประเมินคัดกรองเชิงรุก เพิ่มการประเมินคัดกรองหรือค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เช่นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพื่อให้ได้บริการที่รวดเร็วทันเวลา(เขตสุขภาพที่ ๕)

๕. พัฒนาการสื่อสารด้านนโยบายและองค์ความรู้ PMจังหวัด/อำเภอ ถ่ายทอดนโยบายและองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องทุกระดับและ Coaching เพื่อการพัฒนาคุณภาพในการประเมินคัดกรอง ติดตามการดำเนินงานและการลงข้อมูลในระบบของเจ้าหน้าที่ให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา(เขตสุขภาพที่ ๕)

๖. ขับเคลื่อนกลไกอนุกรรมการเด็กปฐมวัย คืนข้อมูลและวางแผนร่วมในการแก้ปัญหาเด็กกับ อปท/พม.ขอสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือแม่และเด็ก(เขตสุขภาพที่ ๘)

๗. เพิ่มคุณภาพ WCC เน้นHL ส่งเสริมพัฒนาการลูกด้วย DSPM รายบุคคล(เขตสุขภาพที่ ๘)

๘. ควรพัฒนาระบบข้อมูล การปรับปรุงฐานข้อมูลให้ real time และมีประสิทธิภาพ(เขตสุขภาพที่ ๙)

๙ . ส่งเสริมการทำกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่อย่างเข้มแข็งให้ครอบคลุมทุกพื้นที่(เขตสุขภาพที่ ๑๐)

๑๐. เพิ่มความเข้มแข็งในการประเมินพัฒนาการ DSPM (โดยเฉพาะในการประเมินซ้ำ) และเพิ่มการตรวจคัดกรองพัฒนาการในกลุ่มอายุ ๖๐ เดือน (เขตสุขภาพที่ ๑๐)

๑๑.บูรณาการงาน นิเทศ/กำกับติดตามโดยผู้รับผิดชอบจังหวัด ระหว่างงานส่งเสริมป้องกันและงานสุขภาพจิตเพื่อให้มีระบบการดูแล การส่งต่อที่เชื่อมโยงกันทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๑๒ สนับสนุนให้จังหวัดทบทวนและพัฒนาระบบการจัดการและส่งต่อข้อมูลรวมทั้งระบบการติดตามผังไหลการดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าให้กับผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ

๑๓. ขับเคลื่อนและดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกแห่ง

๑๕. สร้างความรอบรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการสำหรับบุคลาการสาธารณสุข หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ครูพี่เลี้ยงเด็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๑๖. ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่าย/ท้องถิ่น สนับสนุนเครื่องมือชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และลูกตุ้มที่มีมาตรฐานให้กับชุมชนทุกแห่ง

๖.๓ สำหรับส่วนกลาง

๑. ปรับ KPI ในการวัดการใช้คู่มือ DSPM ในการเลี้ยงลูกแทนการประเมินโดยบุคลากร

๒. จัดทำ OKR แต่ละระดับ

๓. พัฒนาหลักสูตร coaching ให้กับบุคลากร เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของพ่อแม่ ผู้ปกครอง

- สำหรับพยาบาลหลังคลอด ในการแจกและนำการใช้คู่มือ DSPM ให้กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง
- สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกระดับ เพื่อให้ใช้คู่มือ DSPM ตามตัวบ่งชี้ในมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

๔. ควรมีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติเพื่อให้ทราบบทบาทหน้าที่และกรอบการทำงานที่ชัดเจนของแต่ละกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

๕.ควรมีกระบวนการถ่ายทอดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในทุกระดับเพื่อให้ถึงผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

๖.ควรสร้างและพัฒนาสื่อ/คู่มือ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างเพียงพอและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

๗.ส่งเสริม สนับสนุน กำกับให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

๘.การพัฒนาเทคโนโลยีการเลี้ยงดูเด็กไทยในยุค ๔.๐ ตามหลักการ “เด็กไทย คิดเป็น คิดดี คิดให้” : CPR (Creation Positive Response to society)

๙.การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ๐ – ๕ ปี แก่เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า

๑๐.พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลหน่วยพัฒนาระบบข้อมูลระดับกระทรวงร่วมติดตามเยี่ยมการดำเนินงานในพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานด้านข้อมูลในพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ การรายงานข้อมูล การปรับปรุงฐานข้อมูลให้ real time และมีประสิทธิภาพ

๑๑. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ไปรับบริการจากหน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ในระบบส่งต่อของเขตสุขภาพ

๑๒. ระบบข้อมูลโภชนาการเด็กควรใช้ฐานข้อมูลเป้าหมายประชากรจากแหล่งเดียวกัน ในปัจจุบันเป้าหมายเด็ก ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน ไม่ตรงกับเป้าหมายเด็กอ้วน ผอม และเตี้ย และเป้าหมายเด็ก ๐-๒ ปีสูงดีสมส่วน เมื่อนำมารวมกับเป้าหมายเด็ก ๓-๕ ปีสูงดีสมส่วนไม่เท่ากับเป้าหมายเด็ก ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน จึงทำให้การนำข้อมูลจากระบบรายงานมาใช้ประโยชน์ยังไม่น่าเชื่อถือ

๑๓. การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็ก ๐-๕ ปี ในระบบ HDCตามtemplate มีการใช้เป้าหมายเดียวกันกับการได้รับวัคซีน กรณีรับวัคซีนชนิดอื่นที่นอกเหนือวัคซีนสำหรับเด็กปฐมวัย ทำให้มีการนับเป้าหมายเพิ่มขึ้น