

สรุปผลการตรวจราชการ รอบ ๑ ปี ๒๕๖๑
คณะ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ
(๑๒ ตัวชี้วัด)

คณะที่ ๑ ด้านการส่งเสริมป้องกัน ส่วนหนึ่งเป็นต้นทางให้กับคณะที่ ๒ ตามหลักเส้นทางชีวิตและสุขภาพ (life course approach)ไม่ว่าจะเป็นการที่เด็กแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCD ตอนเป็นผู้ใหญ่ ในอนาคต หรือวัยรุ่นที่อ้วน ๓ ใน ๔ จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCD ได้ในอนาคต เป็นต้น

คณะที่ ๑ มี ๑๒ ตัวชี้วัด ภาพรวมผ่านเกณฑ์ ๖ ตัว และไม่ผ่านเกณฑ์ ๖ ตัว คือ ๑) อัตราส่วนการตายมารดา ๒) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๓) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ ๔) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ๕) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ๖) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

○ **อัตราส่วนการตายมารดา** ไม่เกิน ๒๐:๑๐๐,๐๐๐เกิดมีชีพ

ปี ๒๕๕๘-๒๕๕๙ เขต ๖ ครองแชมป์อัตรามารดาตายน้อยสุดของประเทศ และเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๖๐ และเมื่อเทียบกับเขตอื่นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ พบว่าอัตรามารดาตายของเขต ๖ อยู่กลาง ๆ และข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑ พบอัตรามารดาตาย ๒๐.๕๒ โดยพบที่ชลบุรี ๑ ราย ระยอง ๑ ราย จันทบุรี ๑ ราย สมุทรปราการ ๑ ราย ปราจีนบุรี ๒ ราย และสระแก้ว ๑ ราย รวม ๗ ราย สาเหตุจาก Direct obstetric ๑ ราย และ Indirect obstetric ๖ ราย และแนวโน้มสาเหตุการตายพบว่า Indirect obstetric มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ปัญหา ถึงแม้ MCH Board จะมีความเข้มแข็งในการกำหนดนโยบาย กำกับ ติดตามและแก้ไขภาวะเสี่ยง แต่ก็ยังพบปัญหาการดำเนินงานตามแนวทางอย่างจริงจัง ตามนโยบายMCH Board การตรวจหา high risk กับการประสานงานร่วมกับอายุรแพทย์ ความรวดเร็วและทันเวลา เพื่อลด ๓D (Delay Detection, Delay Decision และ Delay Refer,) และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ ถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง/ติดตาม ประเมินผล ร่วมแก้ปัญหาระบบ รายงานข้อมูล/สรุปผู้บริหาร เน้นการหาแม่ที่ตั้งครรภ์กลุ่มhigh risk การประสานการทำงานกับอายุรแพทย์ให้มีความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น พัฒนาศักยภาพบุคลากร ANC & LR และส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดำเนินงานโดยเฉพาะท้องถิ่นและชุมชน

Best Practice

จ.ระยอง : “Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ” ต.พลองตาเอี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง ใช้มาตรการทางสังคมเพื่อส่งเสริม Early and Complete ANC / นมแม่ / ใฝ่ระวังแม่ตายและพัฒนาการ

จันทบุรี : การใช้วงล้อประเมินน้ำหนักแม่ตั้งครรภ์ เพื่อลด LBW ที่ อ.มะขาม

สระแก้ว : - LR SK Strong การอบรมพยาบาลห้องคลอดทุกแห่ง และมีระบบติดตาม ให้คำปรึกษา

- การแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ รพ.วังน้ำเย็น

○ พัฒนาการสมวัย ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

จากข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี พบว่า แนวโน้มดีขึ้นทั้งเรื่องของความครอบคลุมการคัดกรอง ในปี ๒๕๕๙ ประมาณ ๑ ใน ๔ และในปี ๒๕๖๑ ครอบคลุมเกือบร้อยละ ๘๐ รวมถึง detect พัฒนาล่าช้าจาก ร้อยละ ๙.๐๓ เป็นร้อยละ ๑๒.๙๘ ในปี ๒๕๖๑ จริง ๆ ควร detect ได้มากกว่าร้อยละ ๒๐ เนื่องจากกระบวนการตรวจเราใช้เครื่องมือ Denver II ในการตรวจ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ค่อนข้างละเอียด ในเขต ๖ มีพัฒนาการสมวัยอยู่ที่ร้อยละ ๘๕ ดังนั้นถ้าใช้ DSPM ซึ่งเป็นเครื่องมือการคัดกรองที่หยากกว่า การ detect ควรจะมากกว่า ๒๐% จังหวัดที่ทำผลงานได้โดดเด่นมี ๒ จังหวัด คือจันทบุรีและสมุทรปราการ ซึ่งจันทบุรีคัดกรองได้ครอบคลุมถึงร้อยละ ๙๓.๗ และมีการ detect ได้ถึง ๑๙.๓ และติดตามได้ร้อยละ ๗๗.๙ ส่วนสมุทรปราการดำเนินการดีขึ้นเรื่อย ๆ คัดกรองได้ครอบคลุมถึงร้อยละ ๘๒.๓ detect ได้ถึง ๒๓.๔ และติดตามได้ร้อยละ ๖๖.๘ จังหวัดไหนที่ detect ได้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ถือว่ามีปัญหาที่ต้องเร่งดำเนินการ

ปัญหาของเขต คือ ประชากรเคลื่อนย้ายส่งผลกระทบต่อติดตามเด็กล่าช้า อีกสิ่งที่สำคัญคือการคัดกรองที่ยังพบล่าช้าในบางจังหวัด ถ้าน้อยกว่า ๒๐ ถือว่ามีปัญหา การดำเนินงานร.พ.แม่ลดน้อยลง เด็ก ๐-๒ ปีส่วนใหญ่จะอยู่กับพ่อแม่ ดังนั้นร.พ.แม่ เป็นส่วนหนึ่งที่จะบอกว่าพ่อแม่ควรจะเลี้ยงดูลูกอย่างไร การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจากงานวิจัยพบว่า มีการจ่ายไม่ถึง ๓๐% และการใช้ Progesterone ซึ่งเป็นนโยบายของเขตก็ยังไม่ครอบคลุมได้ดี

สิ่งสำคัญที่ได้จากการถอดบทเรียนจากจันทบุรีและสมุทรปราการ คือ Intensive monitoring กระบวนการต่างๆ ความรู้อาจไม่ใช่ปัญหาในการตรวจ DSPM แต่เป็นเรื่องของกระบวนการว่าจะทำหรือไม่ หากเราใช้ Intensive monitoring จากจันทบุรีผลจะค่อนข้างดี การดำเนินงานร.พ.แม่ให้ครอบคลุมทุกพ. มาตรการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน รวมถึงการสนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ที่ควรจะได้รับ และการใช้ Progesterone ให้ครอบคลุม ซึ่งไม่ใช่แค่พัฒนาการเด็กเพียงอย่างเดียว ในส่วนของService plan ที่มีปัญหา NICU ที่จะต้องรับเข้ามา สามารถป้องกันไม่ให้มี preterm เพิ่มมากขึ้น กระบวนการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ และลดผู้ป่วยทารกที่จะมาใช้บริการที่NICU

○ เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑

ปี ๒๕๖๑ เขต ๖ พบ ร้อยละ ๕๔.๔ เขต ๖ ติดอันดับทำผลงานได้ดีติด ๑ ใน ๕ ในภาพรวมของประเทศ และในปี ๒๕๖๑ จังหวัดตราดและปราจีนยังต่ำกว่าเป้าหมาย

ปัญหา ในเรื่องของ Intervention ยังมีไม่มาก และเด็กสูงดีสมส่วนมีหลายปัจจัย ๆ หนึ่งคือ genetic สองคืออาหารสามคือการออกกำลังกายและสี่คือการนอน ซึ่งเราอาจจะดูแลไม่ได้ เด็ก ๐-๒ ปี ส่วนใหญ่อยู่กับพ่อแม่ ๓-๕ ปีอยู่ที่ศพด. ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการดำเนินงานร.พ.แม่ ที่จะทำให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูลูกในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกายและการนอนหลับพักผ่อน ปัจจุบันพ่อแม่ให้เด็กดูสื่อ IT มากขึ้นส่งผลกระทบต่อปัญหาการนอน ดังนั้นกระบวนการต่าง ๆ เราไม่สามารถ control ได้หมด ร.พ.แม่อาจเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะช่วยบอกพ่อแม่ว่ากระบวนการจัดการมีอะไรบ้าง

ข้อเสนอแนะ ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกในชีวิตให้ครอบคลุมมากขึ้น การดำเนินงานร.พ.แม่

แม่ในการที่จะบอกความรู้แก่พ่อแม่ในการดูแลเด็ก ส่วนสำคัญที่ลืมไม่ได้คือ ศพต. ซึ่งจะมีเกณฑ์มาตรฐานชาติที่จะออกมา เด็กต้องอยู่ในศพต. ๕ วัน ๆ ละ ๖-๘ ชม. ต้องเน้นตรงนี้เพิ่มมากขึ้น และควรมีการตรวจทานข้อมูลที่ผิดพลาด เวลาเราวัดเด็กจะมีความผิดพลาดค่อนข้างสูง ดังนั้นหากจว.เห็นข้อมูลที่มีความคลาดเคลื่อนสูงหรือมีความแตกต่างกันมาก ๆ อาจต้อง recheck ข้อมูล ซึ่งในการวัดเด็ก ๐-๒ ปี จะใช้การนอนวัด ดังนั้นโอกาสในการผิดพลาดค่อนข้างสูง หากเครื่องมือไม่ดีก็จะมีผลผิดพลาดสูงเช่นกัน

นวัตกรรม/Best Practice :

สมุทรปราการ - รพ.สต.บางด้วน อำเภอเมือง : ๓ เรื่อง

๑) ระบบติดตามเด็กโดยใช้ระบบ Line notify

๒) การประเมินพัฒนาเด็ก อายุ ๙, โดยพ่อแม่ และอสม. โดย line & google form)

๓) นวัตกรรมของเล่นส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน โดยอสม.

- รพ.สต. เมืองใหม่บางพลี อ.บางเสาธงมีการประยุกต์แพทย์แผนไทยกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก(ศาสตร์ภูมิเวชและการนวดส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อายุ ๒,๔,๖ เดือน)

ปราจีนบุรี - สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาบ้านเสี้ยว ต.นาดี อ.นาดี

- สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาลานผามอก ต.บุพราหมณ์ อ.นาดี

- สนามเด็กเล่นรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จ.ปราจีนบุรี

สระแก้ว - การบริหารจัดการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้ครอบคลุม โดยใช้ระบบครูผู้นำเครือข่ายศูนย์เด็กเล็ก การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กจ่ายในเด็ก ๖ เดือน - ๕ปี ๑๑เดือน ๒๙ วัน เนื่องจากเด็ก๓-๕ปีจะอยู่ ศพต. การใช้กระบวนการประสานร่วมกันผ่านศพต.ในการจ่ายยา จ่ายอาทิตย์ละครั้ง ซึ่งความครอบคลุมจะง่ายขึ้น เพราะเด็กต้องมาศพต. จันทร์-ศุกร์ อยู่แล้ว

- โครงการชวนลูกเล่นตามรอยพระยุคลบาทในศูนย์เด็กเล็ก และโครงการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพิเศษแบบบูรณาการ รพ.วังน้ำเย็น

ระยอง - “Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ” ต.พลองตาเอี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง

สมุทรปราการ - สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติคลองบางปีง เป็นต้นแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่

○ ร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปีมีฟันดีไม่ผุ (Cavity free) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๔

เมื่อก่อนตัวชี้วัดคือ Caries free มีปัญหาค่อนข้างสูงเนื่องจากเกณฑ์คือ ฟันผุแล้วได้รับการอุดก็ไม่นับเป็น Caries free แต่ตัวชี้วัดเปลี่ยนเป็น Cavity free กระบวนการหรือเกณฑ์ต่าง ๆ เราสามารถทำได้ดีขึ้น ซึ่งดู ๒ ตัวคือ hygiene การดูแลรักษาฟันของเด็กเอง อีกส่วนหนึ่งคือการเข้าถึงบริการในการที่จะดูแลเรื่องฟัน ในปี ๒๕๖๑ เขตทำได้ร้อยละ ๘๑.๒๗ ภาพรวมของประเทศร้อยละ ๘๑.๙ ผ่านเกณฑ์ไม่มีปัญหาและทุกจังหวัดผ่านเกณฑ์

ปัญหา คือ การขาดทันตบุคลากรในบางพื้นที่ รวมทั้งงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันเชิงรุกในชุมชนและพื้นที่บางที่ยังไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่

ข้อเสนอแนะ ในส่วนที่ขาดแคลนทันตบุคลากรจัดให้มีนักเรียนทุนลงไป และบางที่จัดให้ทันตบุคลากร key ข้อมูลอาจต้องดึงให้กลุ่มนั้นทำงานตามหน้าที่ และระบบการจัดการส่งเสริมให้มีประสิทธิภาพตั้งแต่ต้นทางการจัดงบประมาณหรือการดำเนินงานต่าง ๆ ให้ครอบคลุม

นวัตกรรม/Best Practice :

การอุดฟันด้วย Smart technique – ช่วยให้เด็กได้รับการดูแลฟันไม่ให้ผุ หรือผุไม่มาก จังหวัดที่ทำได้ดีคือ จันทบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ ตราด ฉะเชิงเทราและปราจีนบุรี

โรงเรียนเด็กไทยฟันดีต้นแบบ – จังหวัดสระแก้ว ฉะเชิงเทราและจันทบุรีดำเนินการพัฒนาอสม.เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพช่องปากและจัดประกวดในปี ๒๕๖๑

บริการทันตกรรมป้องกัน และต้นแบบในร.และศพด.

- การจัดบริการทันตกรรมเพิ่มทวิในโรงเรียนประถมศึกษาของเครือข่ายรพ.เฉลิมพระเกียรติ (มาบตาพุด) จ. ระยอง เครือข่ายรพ.บางน้ำเปรี้ยว และเครือข่ายรพ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา
- กิจกรรมเด็กเล็กฟันดีวิถี self-care ในอ.แปลงยาวและบางน้ำเปรี้ยว

○ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี เกณฑ์ไม่เกิน ๔๐ : พันประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี แนวโน้มอัตราการคลอดในวัยรุ่นลดลงทั้งระดับเขตและประเทศ แต่ยังพบปัญหาในบางส่วน ในเรื่องของการ ตั้งครรภ์ซ้ำ เขต ๖ พบ ร้อยละ ๑๗.๕ สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไม่เกินร้อยละ ๑๐ ซึ่งยังไม่มีเขตไหนทำได้ หลักสำคัญที่จะลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นคือการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ซึ่งถือเป็นการลงทุนน้อยแต่ได้ผลมาก ภาพรวมเขตทำได้ ร้อยละ ๗๕.๙ บางจังหวัดยังคงค่อนข้างน้อยเช่น ระยองและจันทบุรี อัตราการคลอดในวัยรุ่นภาพเขต ๔๒.๕๒ แต่ แนวโน้มการคลอดมีชีพของหญิงวัยรุ่นอนาคตของเขตอาจลดลงได้แต่ไม่มาก หรืออาจคงที่ หรืออาจเพิ่มขึ้น เนื่องจากเกณฑ์คือหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีที่มาคลอดในสถานบริการทุกคน และเขต ๖ เป็นเขตอุตสาหกรรมจึงมี แรงงานเข้ามามาก แรงงานที่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปีมาตั้งครรภ์ก็จะเป็นกลุ่มเป้าหมายของเขต ดังนั้นแนวโน้มจึงลดลง ค่อนข้างยาก หากเราไม่เร่งดำเนินการ

ปัญหา แนวโน้มการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า ๒๐ ปีสูงขึ้น การตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยกว่า ๑๕ ปีเริ่ม มีมากขึ้น การคุมกำเนิดกึ่งถาวรต่ำกว่าเป้าหมาย ซึ่งเป็นวิธีที่ลงทุนคุ้มค่าที่สุด กลุ่มเสี่ยงที่มาคลอดถือว่าเป็นกลุ่ม high risk ต้องจัดการกลุ่มนี้ให้ได้ เนื่องจากกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์ซ้ำค่อนข้างสูง สิ่งที่ต้องดำเนินการคือการให้ คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปีทุกราย เรื่องการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ถ้าทำได้จะทำให้อัตราการคลอดใน วัยรุ่นลดลงอย่างชัดเจน รวมถึงพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะการให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร เขตได้สังเกตเห็น ปัญหานี้แล้วและวางแผนจะอบรม ๒ รุ่น ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของกลุ่มงานวัยรุ่นและ MCH Board ที่มองเห็น ปัญหาร่วมกัน ซึ่งจะให้มีบุคลากรที่มีทักษะด้านนี้เพิ่มมากขึ้น กลไกสำคัญอีกอันหนึ่งคือ พรบ.ป้องกันแก้ไขการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการจัดประชุม ๒ ครั้งในทุกจังหวัด รอบแรกทุกจังหวัดได้จัดประชุมแล้ว ๑ ครั้ง การตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นเราเป็นเรื่องของปลายทาง ส่วนต้นทางต้องมีหลายฝ่ายร่วมมือกัน

นวัตกรรม/Best Practice :

ระยอง – นิทรรศการมีชีวิตสำหรับทางเลือกของวัยรุ่น อ.บ้านฉาง

ตราด – “ห้องแห่งความลับ” เพื่อให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการตั้งครรภ์แก่วัยรุ่น รพ.เขาสมิง

ปราจีนบุรี – การเสริมพลัง กลไกพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านการพัฒนาเด็กและเยาวชน ต้นกล้าทำดี/ลูก กตัญญูแทนคุณพ่อแม่ในพื้นที่

○ ร้อยละของตำบล LTC ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ และร้อยละ Care plan เรื่อง Care plan เขต ๖ ทำได้ดีมากขึ้น เมื่อก่อนได้ร้อยละ ๖๐-๗๐ แต่ในปี ๒๕๖๑ ได้ร้อยละ ๙๓.๔ ส่วน LTC ได้ร้อยละ ๕๒ ผ่านเกณฑ์

ปัญหา ที่พบคือชมรมผู้สูงอายุไม่เข้มแข็ง จาก ๗ องค์กรประกอบ พบว่า ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ไม่ผ่านเกณฑ์ LTC และอีกส่วนหนึ่งคือ อปท.ไม่พร้อมที่จะสมัครเข้าร่วมโครงการ อาจมีความกังวลเรื่องของการเบิกจ่าย

ข้อเสนอแนะ ส่งเสริมสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมต่อเนื่อง และจากข้อมูลพบว่าเขต ๖ มีผู้สูงอายุเป็น healthy ageing ร้อยละ ๙๗ อาจต้องมาดูแลกลุ่มนี้ให้เป็นกลุ่มติดสังคมให้นานเท่าที่จะนานได้ อีกส่วนหนึ่งคือ ชักจูงให้อปท.เข้าร่วมโครงการ และให้ความรู้เรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณ ซึ่งสสข.ร่วมกับเขตและจังหวัดได้จัดประชุมชี้แจงแล้ว

นวัตกรรม/Best Practice :

ตำบลที่มีระบบ LTC ที่เป็นแบบอย่างที่ดี - ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต.วังจันทร์ อ.วังจันทร์ เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่เข้มแข็ง โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลวังใหม่ ด้วยแนวคิดโรงเรียน

ผู้สูงอายุ (WANG MAI ELDERLY SCHOOL)”อ.นายายอาม จ.จันทบุรี

- โรงเรียนสร้างสุขผู้สูงอายุ อ.บ้านค่าย จ.ระยอง จัดกิจกรรมโรงเรียน

ผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุ

- ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาวงกต อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี จัดกิจกรรม

“ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” อย่างต่อเนื่อง

○ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospita มีตัวชี้วัดซ้อนกันอยู่ ๓ ตัว คือ ผ่านระดับพื้นฐานร้อยละ ๑๐๐ ระดับดีมากร้อยละ ๒๐ และระดับดีมากอย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง

ภาพรวมยังไม่ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน ๒ จังหวัด คือระยองและจันทบุรี ส่วนรพ.ที่ยังไม่ผ่านระดับดีมากคือจังหวัดสมุทรปราการและสระแก้ว ซึ่งถ้าจะผ่านระดับดีมากให้ได้ร้อยละ ๒๐ ต้องผ่านทั้งหมด ๑๖ แห่ง ขณะนี้ผ่านเพียง ๑๑ แห่ง

ปัญหา ที่พบคือ เกณฑ์มี ๑๔ องค์กรประกอบ ระดับพื้นฐานมี ๑๐ องค์กรประกอบส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องโครงสร้าง การพัฒนาสาม HAS เป็นต้น และการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN ซึ่งนวัตกรรมเป็นตัวที่ช่วยให้ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก อีกส่วนหนึ่งคือการขับเคลื่อนสู่ชุมชน

ข้อเสนอแนะ ขยายเป้าหมายให้รพ.ทุกแห่งมีการต่อยอดพัฒนาให้เกิดนวัตกรรมเพิ่มมากขึ้น และภายใน ๒ เดือนสมุทรปราการจะส่งให้ประเมินระดับดีมาก ๔ แห่ง สระแก้ว ๒ แห่ง รวมถึงจะมีการประกวด นวัตกรรมระดับรพ.เกี่ยวกับ GREEN & CLEAN Hospital อีกส่วนหนึ่งคือให้รพ.เป็นที่เลี้ยงรพ.สต.เพื่อพัฒนาเป็น GREEN & CLEAN Hospital

สรุปภาพรวม คณะ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ
(๑๒ ตัวชี้วัด)

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
|-------|---|--|--------------------------|------|---------|
| ๑ | อัตราการตายมารดา | ไม่เกิน ๒๐ ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน | ๒๐.๕๒ | | X |
| ๒ | ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ | ๙๕.๑๙ | | |
| ๓ | ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน | ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๔ | ๕๔.๔๐ | | |
| ๔ | ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๔ | ๘๑.๒๗ | | |
| ๕ | อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี | ไม่เกิน ๔๐ ต่อ พัน ปชก.หญิง๑๕-๑๙ ปี | ๔๒.๕๒ | | X |
| ๖ | ร้อยละของตำบลที่มีระบบ การส่งเสริมสุขภาพดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care ผ่านเกณฑ์ (ตำบล เข้าร่วม) | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ | ๕๒.๐๐ | | |
| ๗ | ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ | อยู่ระหว่าง ดำเนินงาน | | X |
| ๘ | ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่ สามารถปฏิบัติงาน ได้จริง | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕ | ๒๙.๒๙ | | X |
| ๙ | อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุ น้อยกว่า ๑๕ ปี | ไม่เกิน ๕.๒ ต่อแสน ประชากรเด็ก | ๒.๗ | | |
| ๑๐ | อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน | ไม่เกิน ๒๔.๔๖ ต่อแสน ประชากร | ๒๙.๒๙ | | X |
| ๑๑ | ๑๑.๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ๑๑.๒ อัตรากลุ่มสงสัยความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้รับการ วัดความดันที่บ้าน | < ๒.๔ ต่อแสนปชก. > ร้อยละ ๑๐ | ๑.๒๗ ๑๓.๔๔ | | |
| ๑๒ | ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital | พื้นฐาน ๑๐๐ ดีมาก >๒๐ | ๙๗.๔๗ ๑๓.๙๒ | | X |

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ : อัตราส่วนการตายมารดาไทย

เขตสุขภาพที่ ๖ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : อัตราส่วนการตายมารดาไทย

- ๑) อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต
- ๒) ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงจากปี ๒๕๖๐
- ๓) ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงจาก ปี ๒๕๖๐
- ๔) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน
- ๕) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์
- ๖) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ
- ๗) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ ๑๖
- ๘) ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์
- ๙) ร้อยละ ๗๐ โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
- ๑๐) ร้อยละจังหวัดที่ใช้โปรแกรม Rapid Pro

๒. สถานการณ์

สถานการณ์อัตราการตายมารดา ๔ ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๖๐) อัตราส่วนการตายมารดาไทยมีแนวโน้มลดลงจากปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน เท่ากับ ๑๔.๕๐, ๘.๓๐ และ ๗.๒๐ ตามลำดับ แต่กลับสูงขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยพบสูงถึง ๒๒.๐๗ ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตาย ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ มีมารดาตาย ๗ ราย สาเหตุจากสูติกรรม ๕ ราย และไม่ใช่สูติกรรม ๒ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๕๙ มีมารดาตายปีละ ๔ ราย เกิดจากสาเหตุทางสูติกรรมเท่ากับไม่ใช่ทางสูติกรรม คือ อย่างละ ๒ รายเท่ากัน แต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ **๒๒.๐๗** ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน โดยมีมารดาตายจำนวน ๑๕ คน แบ่งเป็นสาเหตุทางสูติกรรม ๑๐ ราย และไม่ใช่ทางสูติกรรม ๕ ราย โดยจังหวัดที่มีการตายมารดามากที่สุด ได้แก่ ชลบุรี (๘ ราย) ระยอง (๓ ราย) และสมุทรปราการ (๓ ราย) สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในระยะเวลา ๖ เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ – มีนาคม ๒๕๖๑ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ **๒๓.๑๓** ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน (มีมารดาตาย จำนวน ๗ ราย) เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของมารดาส่วนหนึ่งมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ได้แก่ ภาวะ PPH และ PIH อีกส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น โรคหัวใจ HIV Sepsis เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องมุ่งเน้นการทบทวนสาเหตุการตายของมารดาเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือโรคทางอายุรกรรม และการจัดการรายบุคคลและทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการคลอดและหลังคลอด

มีการประชุมทบทวนสาเหตุการตายทุกรายทั้งในระดับโรงพยาบาลที่เกิดเหตุ ระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อหาสาเหตุการตายและวางระบบป้องกัน ลดปัญหาการตายมารดาที่ป้องกันได้โดยเฉพาะ ซึ่งศูนย์อนามัยเป็น

แกนหลักในการจัดประชุม เชิญอาจารย์แพทย์ทั้งสูติแพทย์ อายุรแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์มาให้ข้อเสนอแนะ เพื่อวางระบบแนวทางป้องกันมารดาตายในพื้นที่ร่วมกัน โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มารดาตายจากสาเหตุทางสูติกรรมจำนวน ๑๐ ราย แบ่งเป็น PPH จำนวน ๖ ราย(ร้อยละ ๔๐) , PIH จำนวน ๑ ราย(ร้อยละ ๖.๗) และ AFE จำนวน ๓ ราย และมารดาตายที่ไม่ใช่สูติกรรมจำนวน ๕ ราย แบ่งเป็น Sepsis จำนวน ๒ ราย Heart จำนวน ๒ ราย รอผลจำนวน ๑ ราย และในจำนวนนี้มีการตายมารดาไม่ฝากครรภ์จำนวน ๒ ราย เป็น Ectopic pregnancy และ Thalasemia b/e PIH Pulmonary edema และปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในรอบ ๖ เดือนแรก และได้ทำการสืบสวนการตาย (Dead case conference) ระดับเขต จำนวน ๕ ราย เมื่อวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ โดยมีจังหวัดและสาเหตุการตายดังนี้ ๑) จังหวัดปราจีนบุรี สาเหตุ Respiratory failure with HIV (วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๐) ๒) จังหวัดระยอง สาเหตุจาก Epilepsy (วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๐) ๓) จังหวัดชลบุรี สาเหตุ Ruptured aortic Aneurysm(วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๐) ๔) จังหวัดจันทบุรี สาเหตุจาก Ectopic pregnancy (วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐) ๕) จังหวัดสระแก้ว จาก Septic shock (วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๑) cละอีก ๒ รายที่ยังไม่ได้ทำการสืบสวนการตาย (Dead case conference) ระดับเขต ได้แก่ ๑) จังหวัดสมุทรปราการ เป็น Sudden Cardiac arrest : Severe pulmonary Hypertension (วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๑) ๒) จังหวัดปราจีนบุรี สาเหตุจาก VSD (unknown) , CHF, RS failure (วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑)

ตารางที่ ๑ จำนวนและสาเหตุการตายมารดาไทย

| ปี งบประมาณ | จังหวัด | | | | | | | | |
|----------------|------------|------------|----------|------|-------------|------------|------------|---------|----------------|
| | ชลบุรี | ระยอง | จันทบุรี | ตราด | สมุทรปราการ | ฉะเชิงเทรา | ปราจีนบุรี | สระแก้ว | เขตสุขภาพที่ ๖ |
| ๒๕๕๗ | ๒=D | ๒=D ๑=I | ๑=D | ๐ | ๑=D | ๐ | ๐ | ๐ | ๗ |
| ๒๕๕๘ | ๒=I | ๒=D | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๔ |
| ๒๕๕๙ | ๑=D | ๑=D | ๐ | ๐ | ๐ | ๑=I | ๑=I | ๐ | ๔ |
| ๒๕๖๐ | D=๕ I=๓ | D=๑ I=๒ | ๐ | ๐ | D=๓ | ๑=D | ๐ | ๐ | ๑๕ |
| ๒๕๖๑ | I=๑ | I=๑ | D=๑ | ๐ | I=๑ | ๐ | I=๒ | I=๑ | ๗ |

D = Direct obstetric ได้แก่ PPH, AFE, PIH, Ectopic pregnancy

I = Indirect obstetric ได้แก่ Sepsis, respiratory failure, HIV , Thalasemia Severe pulmonary Hypertension

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๖ เดือนแรก) พบว่าส่วนใหญ่ยังดำเนินการไม่ได้ตามเกณฑ์ หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๖.๕๙ จังหวัดที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์มากที่สุดคือ จ.สมุทรปราการ (ร้อยละ ๖๖.๕๗) การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๔๕.๑๑ จังหวัดที่มีการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์มากที่สุด คือ จ.สมุทรปราการ (ร้อยละ ๕๗.๘๙) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง พบร้อยละ ๑๘.๗๗ จังหวัดที่พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์

มีภาวะโลหิตจางมากที่สุดคือ จ.จันทบุรี (ร้อยละ ๒๒.๙๐) การได้รับยาเสริมไอโอดีนร้อยละ ๗๗.๒๒) ภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ ๒.๙๐ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๔๒.๓๑ จังหวัดที่หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์มากที่สุด คือ จ.สมุทรปราการ (ร้อยละ ๕๓.๔๒) โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กผ่านการประเมินตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน ๖๘ แห่ง (ร้อยละ ๙๓.๑๕)

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|------------------------------|--------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ๑๐. | การประชุมคณะกรรมการ | ผลงาน | ๒ | | | | | | | | | |
| | อนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด | ร้อยละ | ๑๐๐ | | | | | | | | | |

แหล่งข้อมูล ๑. HDC วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๑

๒. Service Plan Obstetric เขตสุขภาพที่ ๖ วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๑ ได้แก่ อัตราส่วนการตายมารดา ภาวะตกเลือดหลังคลอด

๓. คัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง โรงพยาบาล ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. การดำเนินงานตามแนวทางอย่างจริงจัง ถึงแม้จะมีความเข้มแข็งของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ เพื่อกำหนดนโยบาย กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญในการเฝ้าระวัง ดูแลและแก้ไข ภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ในทิศทางเดียวกันและมีความต่อเนื่อง เช่น การจัด Zoning การจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง การมี Standing order ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อป้องกันมารดาตายจากสาเหตุการตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการใช้ถุงตรวจเลือดอย่างจริงจัง ที่มีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง แล้วมีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน โดยใช้ระบบของ PDCA

๒. ความรวดเร็วและทันเวลา เพื่อลด ๓ D ได้แก่ ต้องมีการวินิจฉัยปัญหาของผู้มารับบริการให้เร็ว (ลด Delay Detection) การตัดสินใจทั้งการรักษาต่างๆให้เร็วและทันท่วงที (ลด Delay Decision) และถ้ามีการส่งต่อระหว่างแผนกหรือระหว่างโรงพยาบาล ควรดำเนินการให้เร็ว (Delay Refer) รวมทั้งการสื่อสารนโยบายสำคัญให้ถึงผู้บริหารและผู้ปฏิบัติหน้างานในทุกกระดับ โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ สุนัขแพทย์ที่เป็นผู้นำในพื้นที่แต่ละโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางวิธีปฏิบัติของพื้นที่ในการดูแลและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ได้ตามมาตรฐาน มีการติดตาม กำกับและประเมินผลงานของพื้นที่ ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอและจังหวัด

๓. ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง การสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานโดยเฉพาะท้องถิ่นและชุมชน เน้นการดำเนินงานเชิงรุกเนื่องด้วยหญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง การดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนสำคัญมากและจะช่วยให้งานสำเร็จทั้งฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ครบ การคัดกรองภาวะเสี่ยง ระบบส่งต่อที่รวดเร็ว การสื่อสารนโยบาย การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย การบูรณาการทำงานร่วมกันเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ |
|--|--|---|
| การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน | ควรดำเนินการถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนงานสู่ผู้เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึงเป็นระยะๆ และติดตามประเมินผลว่านโยบายที่ถ่ายทอดไปนั้นถึงผู้ปฏิบัติหรือไม่และผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจดีและสามารถปฏิบัติได้ | |

| ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้ การดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|---|--|---|
| การจัดการระบบข้อมูล และการเฝ้าระวัง | ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันแก้ปัญหาเรื่องระบบการ รายงานข้อมูลอย่างจริงจัง และสรุปผลเสนอผู้บริหารทุก ครั้ง เพื่อการดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง | |
| การพัฒนาระบบบริการ และการบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ | <ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินการให้บริการตามมาตรฐาน มีการเยี่ยม เสริมพลังและประเมินรับรองจากที่ระดับเขต ระดับ จังหวัด และระดับอำเภอตามลำดับ เพื่อสร้าง สัมพันธภาพระหว่างเครือข่ายและความร่วมมือในการ พัฒนาคุณภาพบริการของเครือข่าย - การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้บริการตาม มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กโดยอบรมทีมประเมิน มาตรฐานและผู้ปฏิบัติ ANC&LR - การวางระบบดูแลเพื่อป้องกันมารดาตาย โดยเฉพาะ การดูแลในช่วงเวรตึก และวันหยุดที่มีอัตรากำลังน้อย และการฝึกอบรมแพทย์หมุนเวียนที่ไม่มีประสบการณ์ งานสูติกรรม - การจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อ เพื่อให้หญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ | |
| การส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพ | <ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้เรื่องภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ การให้ คำปรึกษาก่อนมีบุตร - การให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยเจริญ พันธ์ตั้งแต่วัยเรียน วัยรุ่น และการให้ความรู้กับ ครอบครัว ชุมชน เครือข่าย | |
| การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพ หญิง ตั้งครรภ์ของครอบครัว ชุมชน | - ส่งเสริมการดำเนินงานแบบการบูรณาและสร้างการมี ส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนในพื้นที่ ตั้งแต่ ครอบครัว โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ อปท วัดและชุมชน | |

๖. ข้อเสนอแนะนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. ระยอง : “Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ” ตำบลพลองตาเอี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง โดยใช้มาตรการทางสังคมเพื่อส่งเสริม Early and Complete ANC / นมแม่ / ใฝ่ระวังแม่ตาย / พัฒนาการ

๒. จันทบุรี : การใช้วงล้อประเมินน้ำหนักแม่ตั้งครรภ์เพื่อลด LBW ที่ อ.มะขาม จ.จันทบุรี

๓. สระแก้ว : LR SK Strong การอบรมพยาบาลห้องคลอดทุกแห่ง และมีระบบติดตามและให้คำปรึกษา

๔. สระแก้ว : การแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จ.สระแก้ว

ผู้รายงาน นางสาวเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๒๐ เมษายน ๒๕๖๑
เบอร์โทร 089 0227470 E-mail : pensri0701@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

เขตสุขภาพที่ ๖ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. ประเด็นตรวจราชการ

- ๑) ร้อยละของความครอบคลุม : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นความครอบคลุมในเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพและสังคม
- ๒) ร้อยละของสงสัยล่าช้า : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ควรเน้นการสร้างสมรรถนะ/ศักยภาพและเสริมกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
- ๓) ร้อยละของการติดตาม : ยังต่ำกว่าเป้าหมายควรเน้นการติดตามให้ครอบคลุมเด็กสงสัยล่าช้าทุกคน

๒. สถานการณ์

การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการเฝ้าระวังเด็กอายุ ๐-๕ ปี และการคัดกรองเด็กในช่วงอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน โดยใช้ DSPM/ DAIM เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ๒๕๕๘ โดยคำนวณเป้าหมายจาก HDC ทุกสิ้นเดือน ใช้ประชากร type ๑ กับ type ๓ และใช้ผลงานจากรายงาน HDC ผลการดำเนินงานมีแนวโน้มดีขึ้น โดยปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีความครอบคลุมในการคัดกรองของ ๔ ช่วงอายุร้อยละ ๒๔.๘๗ มีพัฒนาการเด็กสมวัย(ครั้งแรก) ร้อยละ ๙๐.๙๗ พบสงสัยล่าช้าเพียงร้อยละ ๙.๐๓ และเมื่อได้รับการคัดกรองครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้าได้รับได้รับการประเมินซ้ำใน ๓๐ วันเพียงร้อยละ ๓๙.๘๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีความครอบคลุมในการคัดกรองของ ๔ ช่วงอายุร้อยละ ๗๖.๕๖ มีพัฒนาการเด็กสมวัย(ครั้งแรก) ร้อยละ ๘๙.๘๗ พบสงสัยล่าช้าเพียงร้อยละ ๑๐.๑๒ และเมื่อได้รับการคัดกรองครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้าได้รับได้รับการประเมินซ้ำใน ๓๐ วันเพียงร้อยละ ๖๕.๔๐ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในรอบ ๖ เดือนนี้ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑) มีความครอบคลุมในการคัดกรองของ ๔ ช่วงอายุร้อยละ ๔๐.๒๒ มีพัฒนาการเด็กสมวัย ร้อยละ ๙๕.๑๙ พบสงสัยล่าช้าร้อยละ ๑๒.๙๘ และเมื่อได้รับการคัดกรองครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้าได้รับได้รับการประเมินซ้ำใน ๓๐ วันเพียงร้อยละ ๖๖.๘๑ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๖.๖๒ **ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดระหว่างคลอดต่อการเกิดมีชีพพันคน** ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ ๔๙.๔๐

เมื่อพิจารณารายละเอียดในภาพรวมของแต่ละจังหวัดโดยใช้การตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ครั้งแรก) แล้วมีการประเมินซ้ำภายใน ๓๐ วัน เป็นตัวนำที่สำคัญ พบว่า มีหลายจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานที่ดี ได้แก่ จังหวัด**จันทบุรี**มีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ๔ ช่วงอายุร้อยละ ๔๗.๒๔ ตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ครั้งแรก) ร้อยละ ๑๙.๒๕ พบสงสัยล่าช้า ประเมินซ้ำภายใน ๓๐ วัน ร้อยละ ๗๗.๘๗ และมีทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ ๖๐.๓๑ รองลงมา คือ จังหวัด**สมุทรปราการ**มีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ๔ ช่วงอายุมากถึงร้อยละ ๔๒.๐๔ เด็ก ตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ครั้งแรก) ร้อยละ ๒๓.๔๓ พบสงสัยล่าช้า ประเมินซ้ำภายใน ๓๐ วัน ร้อยละ ๖๖.๘๒ และมีทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ ๖๒.๗๘ จังหวัด**ชลบุรี** มีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ๔ ช่วงอายุมากถึงร้อยละ ๔๐.๔๓ เด็ก ตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ครั้งแรก) ร้อยละ ๑๑.๖๘ พบสงสัยล่าช้า ประเมินซ้ำภายใน ๓๐ วัน ร้อยละ ๖๕.๘๘ และมีทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ ๓๓.๘๑

๓. การดำเนินงาน / ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | ชลบุรี | ระยอง | จันทบุรี | ตราด | สมุทรปราการ | ฉะเชิงเทรา | ปราจีนบุรี | สระแก้ว | รวมเขต ๖ รอบ ๖ เดือน | รวมประเทศ รอบ ๖ เดือน |
|-------|---|--------------|--------|--------|----------|-------|-------------|------------|------------|---------|----------------------|-----------------------|
| ๑. | เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย (≥ ร้อยละ ๘๐) | เป้าหมาย | ๑๕,๓๐๗ | ๖,๔๗๔ | ๖,๙๒๒ | ๒,๖๔๑ | ๑๑,๒๓๗ | ๙,๑๗๕ | ๖,๒๐๘ | ๗,๕๗๔ | ๖๕,๕๓๘ | ๗๕๗,๓๔๘ |
| | | ผลงาน | ๑๔,๖๔๙ | ๖,๑๖๖ | ๖,๖๐๖ | ๒,๔๙๑ | ๑๐,๓๐๔ | ๘,๙๔๙ | ๕,๙๖๔ | ๗,๒๕๖ | ๖๒,๓๘๕ | ๗๑๖,๗๘๑ |
| | | ร้อยละ | ๙๕.๗๐ | ๙๕.๒๔ | ๙๕.๔๓ | ๒,๔๙๑ | ๙๑.๗๐ | ๙๗.๕๔ | ๙๖.๐๗ | ๙๕.๘๐ | ๙๕.๑๙ | ๙๔.๖๔ |
| ๒. | ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน (ร้อยละ ๙๐) | เป้าหมาย | ๓๕,๘๒๐ | ๒๐,๒๖๐ | ๑๓,๙๗๐ | ๖,๔๕๒ | ๒๕,๑๙๑ | ๒๐,๐๙๐ | ๑๕,๕๐๒ | ๑๗,๓๕๓ | ๑๕๔,๖๒๘ | ๑,๗๖๖,๖๗๔ |
| | | ผลงาน | ๑๔,๔๘๓ | ๖,๐๓๗ | ๖,๕๙๙ | ๒,๔๙๐ | ๑๐,๕๙๐ | ๘,๗๔๗ | ๕,๘๕๔ | ๗,๓๙๘ | ๖๒,๑๙๘ | ๗๒๕,๒๔๑ |
| | | ร้อยละ | ๔๐.๔๓ | ๒๙.๘๐ | ๔๗.๒๔ | ๓๘.๖๕ | ๔๒.๐๔ | ๔๓.๕๔ | ๓๗.๗๖ | ๔๒.๖๓ | ๔๐.๒๒ | ๔๑.๐๕ |
| ๓ | เด็กอายุ ๙,๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ครั้งแรก) (≥ ร้อยละ ๒๐) | เป้าหมาย | ๑๔,๔๘๓ | ๖,๐๓๗ | ๖,๕๙๙ | ๒,๔๙๐ | ๑๐,๕๙๐ | ๘,๗๔๗ | ๕,๘๕๔ | ๗,๓๙๘ | ๖๒,๑๙๘ | ๗๒๕,๒๔๑ |
| | | ผลงาน | ๑,๖๙๒ | ๖๙๒ | ๑,๒๗๐ | ๒๙๒ | ๒,๔๘๑ | ๘๑๙ | ๓๖๗ | ๔๖๒ | ๘,๐๗๕ | ๑๔๔,๘๖๐ |
| | | ร้อยละ | ๑๑.๖๘ | ๑๑.๔๖ | ๑๙.๒๕ | ๑๑.๗๓ | ๒๓.๔๓ | ๙.๓๖ | ๖.๒๗ | ๖.๒๔ | ๑๒.๙๘ | ๑๙.๙๗ |
| ๔. | เด็กอายุ ๙,๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน พบสงสัยล่าช้า ประเมินซ้ำภายใน ๓๐ วัน (ร้อยละ ๙๐) | เป้าหมาย | ๑,๖๕๐ | ๖๘๒ | ๑,๒๕๖ | ๒๘๕ | ๒,๔๓๒ | ๘๐๕ | ๓๖๔ | ๔๕๖ | ๗,๙๓๐ | ๑๔๓,๒๙๑ |
| | | ผลงาน | ๑,๐๘๗ | ๔๗๘ | ๙๗๘ | ๑๖๒ | ๑,๖๒๕ | ๖๑๐ | ๑๗๗ | ๑๘๑ | ๕,๒๙๘ | ๑๐๘,๒๗๕ |
| | | ร้อยละ | ๖๕.๘๘ | ๗๐.๐๙ | ๗๗.๘๗ | ๕๖.๘๔ | ๖๖.๘๒ | ๗๕.๗๘ | ๔๘.๖๓ | ๓๙.๖๙ | ๖๖.๘๑ | ๗๕.๕๖ |
| ๕. | ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (≤ ร้อยละ ๗) | เป้าหมาย | ๑,๙๖๘ | ๙๙๐ | ๑,๐๒๕ | ๕๔๐ | ๑,๙๖๕ | ๑,๔๖๒ | ๑,๒๘๖ | ๑,๓๙๖ | ๑๐,๖๓๒ | ๑๔๓,๓๐๒ |
| | | ผลงาน | ๑๗๒ | ๗๗ | ๕๕ | ๓๓ | ๑๐๖ | ๘๔ | ๘๕ | ๙๒ | ๗๐๔ | ๘,๙๖๖ |
| | | ร้อยละ | ๘.๗๔ | ๗.๗๘ | ๕.๓๗ | ๖.๑๑ | ๕.๓๙ | ๕.๗๕ | ๖.๖๑ | ๖.๕๙ | ๖.๖๒ | ๖.๒๖ |
| ๖ | ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดระหว่างคลอด (≤ ๒๕ : ๑๐๐๐) | เป้าหมาย | | | ๒.๓๒๒ | ๔๓๔ | ๓๓๑๖ | ๓๒๒๒ | ๒๖๘๒ | ๒๑๔๘ | | |
| | | ผลงาน | | | ๗๖ | ๑๑ | ๗๒ | ๑๑๖ | ๔๘ | ๔๐ | | |
| | | อัตรา:พัน | | | ๓๒.๗๓ | ๒๕.๓๔ | ๒๑.๗๑ | ๓๖.๐๐ | ๑๗.๘๙ | ๑๘.๖๒ | | |
| ๗. | ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว (≥ ร้อยละ ๖๐) | เป้าหมาย | ๓,๕๑๓ | ๒,๒๓๓ | ๑,๙๓๐ | ๙๒๓ | ๓,๗๐๒ | ๒,๒๙๗ | ๒,๖๓๒ | ๒,๘๓๘ | ๒๐,๐๖๘ | ๒๕๑,๐๖๐ |
| | | ผลงาน | ๑,๓๖๖ | ๙๔๔ | ๑,๑๖๔ | ๖๒๕ | ๒,๓๒๔ | ๑,๓๙๕ | ๑,๒๒๗ | ๘๖๙ | ๙,๙๑๔ | ๑๒๖,๒๖๗ |
| | | ร้อยละ | ๓๘.๘๘ | ๔๒.๒๗ | ๖๐.๓๑ | ๖๗.๗๑ | ๖๒.๗๘ | ๖๐.๗๓ | ๕๖.๖๒ | ๓๑.๖๒ | ๔๙.๕๐ | ๕๐.๒๙ |

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก การตรวจติดตาม

๔.๑. ความเข้มแข็งของคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยตั้งแต่ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ Child Project manager ในวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการดำเนินงาน การกำหนด เป้าหมาย การควบคุม กำกับ ติดตามประเมินผล การเยี่ยมเสริมพลังในหน่วยงาน รวมทั้งการพัฒนา ระบบ บริการ การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้มและระบบ HDC เป็นกระบวนการสำคัญที่สนับสนุนการ ดำเนินงานในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

๔.๒ บริบทของพื้นที่ทั้ง ๘ จังหวัด มีความซับซ้อน เป็นแหล่งอุตสาหกรรมทั้งอุตสาหกรรมหนักและ อุตสาหกรรมเบา มีทั้งขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ เขตเศรษฐกิจพิเศษ แหล่งท่องเที่ยว มีประชาชนเคลื่อนย้าย ถิ่นฐานเข้า – ออก ทำให้มีผลต่อความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กและการติดตามเด็กที่ส่งสัยล่าช้ามา ประเมินซ้ำ รวมทั้งการที่ประชาชนในพื้นที่นี้มีมากกว่าความเป็นจริงมาก ทั้งแรงงานย้ายถิ่น แรงงานต่างด้าว ซึ่ง ส่งผลอย่างมากกับภาระงาน

๔.๓ นโยบายการใช้ Progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ที่ยังไม่อยู่ในระบบ สปสช. การ ส่งซื้อยาขึ้นอยู่กับบริบทและนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขของแต่ละจังหวัด รวมทั้งการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นยาที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้วก็ตาม แต่การส่งซื้อยามาใช้ในแต่ละ CUP ก็ขึ้นอยู่กับCUP ด้วย

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ ที่ทำให้การ ดำเนินงานไม่ บรรลุ วัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจ ราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|--|--|---|
| ความเข้มแข็งของ ระบบบริหาร จัดการและ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน | - คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยตั้งแต่ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ มีแผนการดำเนินงานและปฏิบัติตามแผน | - ผลักดันนโยบายการ ให้บริการมีความ ครอบคลุมในสถาน บริการของเอกชน เช่น การให้ข้อมูล การจ่าย ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก/ ไอโอดีน |
| การจัดระบบ บริการที่มีคุณภาพ ในการเพิ่มความ ครอบคลุม ตรวจ พบพัฒนาการ สงสัยล่าช้า และ ติดตามประเมินได้ น้อย | การวางแผนดำเนินการเชิงรุกเพื่อให้คัดกรองพัฒนาการได้ ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้นและสามารถติดตามการประเมินซ้ำได้มากขึ้น โดย ๑. ค้นหาและทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายล่วงหน้าทุกเดือน ๒. วางแผน ติดตามเด็กให้มารับบริการคัดกรองพัฒนาการภายใน เวลาที่กำหนดโดยประสานเครือข่าย อสม.และชุมชนช่วยค้นหาและ ติดตาม | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>๓. เพิ่มวัน/เวลา และอัตรากำลังในการคัดกรอง</p> <p>คุณภาพของการประเมินคัดกรอง ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้คัดกรองทุกคนควรผ่านการประเมินทักษะ โดยผู้เชี่ยวชาญ ใช้ระบบพี่เลี้ยง ในการช่วยฝึกทักษะผู้คัดกรองมือใหม่ ปรับระบบบริการให้เอื้อต่อการคัดกรองอย่างมีคุณภาพ เช่น อัตราส่วนของเด็กต่อผู้คัดกรองเหมาะสม มีระยะเวลาเพียงพอในการให้บริการ แจ้งผลเชิงบวก (positive) ในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ให้พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กทราบ สุ่มประเมินผู้คัดกรองพัฒนาการเด็ก | |
| <p>ความชัดเจนของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงเด็กปฐมวัยใน Setting ต่างๆ ยังมีน้อย</p> | <p>โรงพยาบาลระดับต่างๆ</p> <ol style="list-style-type: none"> สนับสนุน/ชี้แจงการใช้คู่มือเฝ้าระวังคัดกรองพัฒนาการเด็ก (DSPM) ให้กับพ่อ แม่ และครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมการเล่นดูเด็ก ตามกระบวนการ “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน” ในโรงเรียนพ่อแม่ รพ.สต.ร่วมกับครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสนับสนุนการให้ย้าน้ำเสริมธาตุเหล็ก <p>ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก</p> <ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมการเล่นดูเด็ก ตามกระบวนการ “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน” เล่นตามรอบพระยุคลบาท สร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาเด็ก โดยพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ผ่านมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการให้ย้าน้ำเสริมธาตุเหล็ก (รับมาจาก รพ.สต.) การตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย <p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนให้มีพื้นที่เด็กเล่นในสถานบริการหรือในชุมชน เช่น เล่นตามรอยพระยุคลบาท, สนามเด็กเล่นสร้างปัญญา เป็นต้น สนับสนุนการจัดตั้งโรงเรียนพ่อแม่ ในชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเตรียมความพร้อมของพ่อ แม่ / ครอบครัว | <p>- การสร้างสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน” DSPM สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ทาง Air Wall หรือทาง Social Media</p> |
| <p>การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง</p> | <p>สร้างระบบการเฝ้าระวังในชุมชนโดยชุมชน โดยการพัฒนาตำบล</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการดีเริ่มที่นมแม่ - ตำบลสูงดีสมส่วน - ตำบลที่มีการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต | |

๖. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

๖.๑ ให้กระทรวง / กรม จัดทำสื่อสาธารณะ (Air War) และสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆในการดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการฝากครรภ์ การเลี้ยงดูเด็ก พัฒนาการเด็ก เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักให้กับกลุ่มเป้าหมาย

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๗.๑ สมุทรปราการ : รพ.สต. เมืองใหม่บางพลี มีการประยุกต์แพทย์แผนไทยกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (มณีเวช) และที่ รพ.สต.บางด้วน มีระบบติดตามเด็กโดยใช้ระบบ Line notify

๗.๒ ระยอง : “Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ” ตำบลพลองตาเอี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง โดยใช้มาตรการทางสังคมเพื่อส่งเสริม Early and Complete ANC / นมแม่ / ใฝ่ระวังแม่ตาย / พัฒนาการ

๗.๓ สระแก้ว : โครงการชวนลูกเล่นตามรอยพระยุคลบาทในศูนย์เด็กเล็ก และโครงการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพิเศษแบบบูรณาการ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

ผู้รายงาน นางสาวเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๒๐ เมษายน ๒๕๖๑

เบอร์โทร ๐๘๙ ๐๒๒๗๔๗๐ E-mail : pensrio๗๐๑@gmail.com

รายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
 คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

หัวข้อ ๑.๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย

๑.๑.๑ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)

เขตสุขภาพที่ ๖ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. ประเด็นตรวจราชการ

ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๑ และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี (ชาย ๑๑๓ ซม./หญิง ๑๑๒ ซม.)

๒. สถานการณ์

เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ผลงานรอบ ๖ เดือน เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๔.๔๐ ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กชายที่อายุ ๕ ปี (๑๑๓ ซม.) เท่ากับ ๑๑๐.๒๓ ซม. และส่วนสูงเด็กหญิงที่อายุ ๕ ปี (๑๑๒ ซม.) เท่ากับ ๑๐๙.๔๖ ซม. ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ทั้งเด็กชายและเด็กหญิง และพบว่าเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีภาวะเตี้ย (<ร้อยละ๑๐) ร้อยละ ๖.๘๒ ผอม (<ร้อยละ๕) ร้อยละ ๔.๐๙ และอ้วน (<ร้อยละ๕) ร้อยละ ๓.๐๓ และเด็กแรกเกิด ถึงต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว (>ร้อยละ๕๐) ร้อยละ ๗๕.๗๔

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | ชลบุรี | ระยอง | จันทบุรี | ตราด | สมุทรปราการ | ฉะเชิงเทรา | ปราจีนบุรี | สระแก้ว | รวมเขตสุขภาพที่ ๖ รอบ ๖ เดือน |
|-------|--|--------------|--------|--------|----------|--------|-------------|------------|------------|---------|-------------------------------|
| ๑. | ร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (≥ ร้อยละ ๕๑) | เป้าหมาย | ๕๒๑๘๒ | ๒๑๗๗๒ | ๒๐๐๘๓ | ๘๙๙๘ | ๓๕๕๓๑ | ๒๕๕๕๑ | ๒๓๖๓๐ | ๒๖๒๘๙ | ๒๐๔๐๓๖ |
| | | ผลงาน | ๒๓๑๐๙ | ๑๒๒๐๑ | ๑๑๔๑๓ | ๔๑๙๘ | ๑๙๓๖๐ | ๑๕๐๐๕ | ๑๑๕๓๗ | ๑๔๑๖๙ | ๑๑๐๙๙๒ |
| | | ร้อยละ | ๕๔.๗๘ | ๕๖.๐๔ | ๕๖.๘๓ | ๔๖.๖๕ | ๕๔.๔๙ | ๕๘.๗๓ | ๔๘.๘๒ | ๕๓.๙๐ | ๕๔.๔๐ |
| ๒. | ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีภาวะเตี้ย | เป้าหมาย | ๙๕๐๙๗ | ๔๙๗๘๖ | ๔๖๖๖๔ | ๒๐๑๒๖ | ๘๗๒๕๒ | ๔๗๒๗๕ | ๕๒๐๙๓ | ๕๖๐๗๓ | ๔๕๔๓๖๖ |
| | | ผลงาน | ๗๗๐๙ | ๓๗๙๘ | ๑๙๗๐ | ๑๔๙๙ | ๔๘๑๖ | ๒๔๓๔ | ๔๔๘๑ | ๔๒๙๕ | ๓๑๐๐๒ |
| | | ร้อยละ | ๘.๑๑ | ๗.๖๓ | ๔.๒๒ | ๗.๔๕ | ๕.๕๒ | ๕.๑๕ | ๘.๖๐ | ๗.๖๖ | ๖.๘๒ |
| ๓. | ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีภาวะผอม | เป้าหมาย | ๙๕๐๙๗ | ๔๙๗๘๖ | ๔๖๖๖๔ | ๒๐๑๒๖ | ๘๗๒๕๒ | ๔๗๒๗๕ | ๕๒๐๙๓ | ๕๖๐๗๓ | ๔๕๔๓๖๖ |
| | | ผลงาน | ๓๙๕๓ | ๒๑๔๑ | ๑๕๔๘ | ๙๕๙ | ๓๑๗๓ | ๑๗๘๘ | ๒๖๘๐ | ๒๓๙๕ | ๑๘๕๙๗ |
| | | ร้อยละ | ๔.๑๖ | ๔.๓๐ | ๓.๓๒ | ๔.๗๖ | ๓.๖๔ | ๓.๗๐ | ๕.๑๔ | ๔.๒๗ | ๔.๐๙ |
| ๔. | ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีภาวะอ้วน | เป้าหมาย | ๙๕๐๙๗ | ๔๙๗๘๖ | ๔๖๖๖๔ | ๒๐๑๒๖ | ๘๗๒๕๒ | ๔๗๒๗๕ | ๕๒๐๙๓ | ๕๖๐๗๓ | ๔๕๔๓๖๖ |
| | | ผลงาน | ๓๑๕๑ | ๑๓๔๖ | ๘๕๕ | ๗๐๙ | ๒๔๒๘ | ๑๑๑๖ | ๒๔๐๕ | ๑๗๕๔ | ๑๓๗๖๔ |
| | | ร้อยละ | ๓.๓๑ | ๒.๗๐ | ๑.๘๓ | ๓.๕๒ | ๒.๗๘ | ๒.๓๖ | ๔.๖๒ | ๓.๑๓ | ๓.๐๓ |
| ๕. | ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ ๕ ปี (ชาย) (๑๑๓ ซม.) | เป้าหมาย | ๔๑๒๖ | ๑๙๕๑ | ๒๐๔๑ | ๙๔๙ | ๓๖๕๐ | ๒๔๗๙ | ๒๓๙๕ | ๒๕๕๓ | ๒๐๑๔๔ |
| | | ผลงาน | ๔๕๓๓๑๖ | ๒๑๔๔๒๕ | ๒๒๕๓๗๗ | ๑๐๔๓๕๑ | ๔๐๔๐๙๖ | ๒๗๒๕๘๕ | ๒๖๕๐๘๘ | ๒๘๑๑๙๓ | ๒๒๒๐๔๓๑ |
| | | เฉลี่ย | ๑๐๙.๘๗ | ๑๐๙.๙๑ | ๑๑๐.๔๒ | ๑๐๙.๙๖ | ๑๑๐.๗๑ | ๑๐๙.๙๖ | ๑๑๐.๖๘ | ๑๑๐.๑๔ | ๑๑๐.๒๓ |
| ๖. | ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ ๕ ปี (หญิง) (๑๑๒ ซม.) | เป้าหมาย | ๓๙๐๐ | ๑๗๙๑ | ๑๗๙๙ | ๘๓๖ | ๓๔๖๗ | ๒๓๘๓ | ๒๑๗๕ | ๒๔๓๑ | ๑๘๗๘๒ |
| | | ผลงาน | ๔๒๗๐๔๑ | ๑๙๔๕๘๓ | ๑๙๗๒๕๘ | ๙๑๑๘๗ | ๓๘๑๖๔๑ | ๒๐๑๔๔ | ๒๓๗๙๔๒ | ๒๖๖๐๑๐ | ๒๐๕๕๘๐๖ |
| | | เฉลี่ย | ๑๐๙.๕๐ | ๑๐๘.๖๔ | ๑๐๙.๖๕ | ๑๐๙.๐๘ | ๑๑๐.๐๘ | ๑๐๙.๑๗ | ๑๐๙.๔๐ | ๑๐๙.๔๒ | ๑๐๙.๔๖ |
| ๗. | | เป้าหมาย | ๕๐๑๑ | ๒๘๔๒ | ๒๕๕๒ | ๑๓๓๑ | ๔๗๙๐ | ๓๕๙๙ | ๒๙๙๒ | ๓๓๗๖ | ๒๖๔๙๓ |
| | | ผลงาน | ๓๕๑๓ | ๒๒๓๓ | ๑๙๓๐ | ๙๒๑ | ๓๗๐๒ | ๒๒๘๗ | ๒๖๓๒ | ๒๘๓๘ | ๒๐๐๖๖ |

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | ชลบุรี | ระยอง | จันทบุรี | ตราด | สมุทรปราการ | ฉะเชิงเทรา | ปราจีนบุรี | สระแก้ว | รวมเขตสุขภาพที่ ๖ รอบ ๖ เดือน |
|-------|----------------------------------|--------------|--------|-------|----------|-------|-------------|------------|------------|---------|-------------------------------|
| | กินนมแม่อย่างเต็ยอย่างน้อย๖เดือน | เฉลี่ย | ๗๐.๑๑ | ๗๘.๕๗ | ๗๕.๖๓ | ๖๙.๒๐ | ๗๗.๒๙ | ๖๓.๘๒ | ๘๗.๙๗ | ๘๔.๐๖ | ๗๕.๗๔ |

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก การตรวจติดตาม

๑. รับนโยบายมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตจากกรมอนามัยและศูนย์อนามัยที่ ๖
๒. การประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ระดับเขต
๓. พัฒนาตำบล๓ วัย (วัยรุ่นแม่และเด็ก) และขับเคลื่อนตามนโยบาย“มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต”
๔. อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยบูรณาการร่วมกับการอบรมพัฒนาการเด็ก
๕. สนับสนุน ส่งเสริม ติดตามเพื่อการพัฒนาสนามเด็กเล่นสร้างปัญญา
๖. พัฒนาคุณภาพคลินิกเด็กดี (WCC) โดยเน้นคุณภาพโรงเรียนพ่อแม่
๗. รณรงค์กิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน” ให้แก่พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดู
๘. เยี่ยม นิเทศ ติดตามมาตรฐานการประเมินภาวะโภชนาการเด็ก เครื่องมือ อุปกรณ์ การลงข้อมูลในระบบและวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการดำเนินงาน แก้ไขพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือดำเนินการต่อ |
|---|--|--|
| ประชาชน/เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายการขับเคลื่อนงานต่างๆเพื่อให้เด็ก ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน | <ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาระบบและกลไกการบริหารจัดการ/การสื่อสารทางสังคม/การขับเคลื่อนตามนโยบายมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต/ตำบลเด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก -สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง “กิน และ เล่น” ให้กับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชน -สร้างกระแสการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตและ พรบ.milk code -ส่งเสริมการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กตามชุดสิทธิประโยชน์ -ส่งเสริมหน่วยบริการให้บริการโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี มีระบบการสอนและสาธิตให้มีทักษะและความรู้ในเองการจัดอาหารที่เหมาะสมให้กับพ่อ แม่ และผู้เลี้ยงดู -สร้างภาคีเครือข่าย สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และเอกชน -พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ -การเยี่ยมติดตามและเสริมพลังหน่วยงาน ด้านมาตรฐานการประเมินภาวะโภชนาการ มาตรฐานเครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง การแปลผล การบันทึกข้อมูล -ถอดบทเรียน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้พื้นที่ดำเนินงานสำเร็จ | ให้กระทรวง/กรม จัดทำสื่อสาธารณะ และสื่อประชาสัมพันธ์ ต่างๆ ในการดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมฝากครรภ์ การเลี้ยงดูเด็ก พัฒนาการเด็ก การส่งเสริมโภชนาการเพื่อเด็กสูงดีสมส่วน การดูแลเด็กที่มีปัญหาโภชนาการ อ้วน เตี้ย ผอม เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักให้กับกลุ่มเป้าหมาย |

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ให้กระทรวง/กรม จัดทำสื่อสาธารณะ และสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ในการดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรม การฝากครรภ์ การเลี้ยงดูเด็ก พัฒนาการเด็ก การส่งเสริมโภชนาการเพื่อเด็กสูงตีสมส่วน การดูแลเด็กที่มีปัญหา โภชนาการ อ้วน เตี้ย ผอม เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักให้กับกลุ่มเป้าหมาย
- ควรพิจารณาอัตรากำลังเพิ่มเติมตามภาระงาน และจัดสรรอัตรากำลังด้านการพัฒนาระบบบันทึกข้อมูล

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. “Benefits with นมแม่ แม่ให้นม ชุมชนให้สวัสดิการ” ต.พลงตาเอี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง
๒. สนามเด็กเล่นสร้างปัญญา จำนวน ๓ แห่ง
 - สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาบ้านเสี้ยว ต.นาดี อ.นาดี จ.ปราจีนบุรี
 - สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาลานพามอก ต.บุพราหมณ์ อ.นาดี จ.ปราจีนบุรี
 - สนามเด็กเล่นโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี
๓. จัดกิจกรรมค่ายเยาวชน “Let’s grow เติบโตไขว้ศักราชภาพ” จ.ปราจีนบุรี
๔. การบริหารจัดการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้ครอบคลุมโดยใช้ระบบครูผู้นำเครือข่ายศูนย์เด็กเล็ก จังหวัด สระแก้ว
๕. สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติคลองบางปิ้ง จังหวัดสมุทรปราการ เป็นต้นแบบการดำเนินงานโรงเรียน พ่อแม่

ผู้รายงาน นางวิริสา คุณากรจรรย์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี ๑๐ เมษายน ๒๕๖๑
โทร ๐๘๑๕๕๑๒๒๙๘ e-mail wuunjia@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๑ Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

หัวข้อ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

เขตสุขภาพที่ ๖

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ

๑.๒ ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี

๑.๓ ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน

๒. สถานการณ์

สถานการณ์ฟันผุในเด็กกลุ่มวัยต่างๆ พบว่ามีค่าร้อยละฟันผุลดลงดังตาราง

| ปีงบประมาณ | ๕๘ | ๕๙ | ๖๐ | ๖๑(๖ เดือน) |
|------------|-------|-------|-------|-------------|
| ๑๘ เดือน | ๗.๐๙ | ๕.๕๗ | ๔.๓๘ | ๕.๑๖ |
| ๓ ปี | ๓๗.๗๘ | ๓๑.๑๑ | ๒๖.๐๗ | ๒๖.๙๔ |
| ๖ ปี | ๗.๕ | ๖.๐๑ | ๗.๒๔ | ๔.๗๓ |
| ๑๒ ปี | ๓๑.๔๒ | ๒๗.๓๒ | ๓๖.๙๓ | ๒๘.๕๙ |

สำหรับตัวชี้วัดตรวจราชการร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)ในปี ๒๕๖๐ เท่ากับ ร้อยละ ๗๒.๐๒ ซึ่งผ่านเกณฑ์ สำหรับในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ได้ทำการตรวจเด็กอายุ ๑๒ ปีไปแล้วทั้งหมด ๒๓,๗๒๔ คน พบว่าฟันดีไม่มีผุหรือCavity free เท่ากับ ร้อยละ ๘๐.๙๑ ซึ่งผ่านเกณฑ์

| จังหวัด | จำนวนเด็กทั้งหมด | ได้รับการตรวจ | ฟันดีไม่มีผุ | ร้อยละ |
|-------------|------------------|---------------|--------------|--------|
| สมุทรปราการ | ๑๔,๙๙๙ | ๒,๑๑๔ | ๑,๖๘๘ | ๗๙.๘๕ |
| ชลบุรี | ๑๖,๕๕๖ | ๔,๕๓๒ | ๓,๒๖๙ | ๗๒.๑๓ |
| ระยอง | ๘,๗๘๙ | ๓,๑๔๙ | ๒,๕๒๒ | ๘๐.๐๙ |
| จันทบุรี | ๕,๒๘๐ | ๒,๒๒๘ | ๑,๙๖๔ | ๘๘.๑๕ |
| ตราด | ๒,๓๑๐ | ๙๗๐ | ๖๒๔ | ๖๔.๓๓ |
| ฉะเชิงเทรา | ๘,๓๑๒ | ๕,๒๙๑ | ๔,๖๐๑ | ๘๖.๙๖ |
| ปราจีนบุรี | ๕,๕๖๓ | ๑,๕๓๕ | ๑,๑๒๐ | ๗๒.๙๖ |
| สระแก้ว | ๗,๑๘๗ | ๓,๙๐๕ | ๓,๔๐๗ | ๘๗.๒๕ |
| รวมเขต | ๖๘,๙๙๖ | ๒๓,๗๒๔ | ๑๙,๑๙๕ | ๘๐.๙๑ |

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่เป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)
ข้อมูลรอบ ๖ เดือน จาก HDC วันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๑

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | สมุทรปราการ | ชลบุรี | ระยอง | จันทบุรี | ตราด | ฉะเชิงเทรา | ปราจีนบุรี | สระแก้ว | ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๒ เม.ย. ๖๑) |
|---|---|--------------|-------------|---------|--------|----------|--------|------------|------------|---------|--|
| ๑. การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้เด็กปราศจากฟันผุ | | | | | | | | | | | |
| ๑ | ร้อยละของเด็ก ๐-๒ปี ได้รับการตรวจสุขภาพ | เป้าหมาย | ๑๘,๓๐๗ | ๒๕,๒๔๕ | ๑๔,๔๖๑ | ๑๐,๑๘๑ | ๔,๗๓๒ | ๑๔,๓๗๑ | ๑๑,๒๑๑ | ๑๒,๖๙๐ | ๑๑๑,๑๙๘ |
| | ช่องปาก | ผลงาน | ๖,๒๓๗ | ๑๑,๗๑๒ | ๕,๔๖๕ | ๕,๕๙๒ | ๑,๗๖๓ | ๘,๐๕๙ | ๕,๑๒๙ | ๗,๗๓๕ | ๕๑,๖๕๒ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๓๔.๐๗ | ๔๖.๓๙ | ๓๗.๗๙ | ๕๕.๙๓ | ๓๗.๒๖ | ๕๖.๐๘ | ๔๕.๗๕ | ๖๐.๙๕ | ๔๖.๔๙ |
| ๒ | ร้อยละของเด็ก ๐-๒ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันโดยลงมือปฏิบัติ | เป้าหมาย | ๑๘,๓๐๗ | ๒๕,๒๔๕ | ๑๔,๔๖๑ | ๑๐,๑๘๑ | ๔,๗๓๒ | ๑๔,๓๗๑ | ๑๑,๒๑๑ | ๑๒,๖๙๐ | ๑๑๑,๑๙๘ |
| | ผลงาน | ผลงาน | ๗,๖๖๓ | ๑๔,๔๑๒ | ๔,๘๑๔ | ๕,๙๘๐ | ๑,๗๖๒ | ๙,๓๖๐ | ๕,๔๕๓ | ๗,๕๐๗ | ๕๖,๙๕๑ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๔๑.๘๖ | ๕๗.๐๙ | ๓๓.๒๙ | ๕๘.๗๔ | ๓๗.๒๔ | ๖๕.๑๓ | ๔๘.๖๔ | ๕๙.๑๖ | ๕๑.๒๒ |
| ๓ | ร้อยละของเด็ก ๐-๒ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ | เป้าหมาย | ๑๘,๓๐๗ | ๒๕,๒๔๕ | ๑๔,๔๖๑ | ๑๐,๑๘๑ | ๔,๗๓๒ | ๑๔,๓๗๑ | ๑๑,๒๑๑ | ๑๒,๖๙๐ | ๑๑๑,๑๙๘ |
| | ผลงาน | ผลงาน | ๕,๗๑๓ | ๙,๖๘๑ | ๒,๘๒๒ | ๔,๐๙๐ | ๑,๔๑๘ | ๕,๗๐๙ | ๕,๐๐๒ | ๕,๔๘๑ | ๓๙,๙๖๖ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๓๑.๒๑ | ๓๘.๓๕ | ๑๙.๕๑ | ๔๐.๑๗ | ๒๙.๙๗ | ๓๙.๗๓ | ๔๔.๖๒ | ๔๗.๑๙ | ๓๕.๙๐ |
| ๔ | ร้อยละของเด็ก ๓-๕ปี เคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ | เป้าหมาย | ๒๕,๔๓๒ | ๔๑,๘๔๖ | ๒๑,๑๖๓ | ๑๒,๘๐๗ | ๕,๙๘๘ | ๑๙,๔๙๐ | ๑๔,๓๐๗ | ๑๖,๐๘๑ | ๑๕๗,๑๑๔ |
| | ผลงาน | ผลงาน | ๓,๔๙๖ | ๑๔,๒๔๙ | ๔,๓๒๐ | ๔,๖๗๙ | ๒,๓๒๙ | ๗,๖๗๐ | ๗,๑๔๔ | ๘,๑๕๗ | ๕๒,๐๔๔ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๑๓.๗๕ | ๓๔.๐๕ | ๒๐.๔๑ | ๓๖.๕๓ | ๓๘.๘๙ | ๓๙.๓๕ | ๔๙.๙๓ | ๕๐.๗๒ | ๓๓.๑๒ |
| ๕ | ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ปี ได้รับการตรวจสุขภาพ | เป้าหมาย | ๙๕,๔๑๒ | ๑๑๕,๘๔๖ | ๕๙,๓๐๒ | ๓๔,๘๗๙ | ๑๕,๕๒๕ | ๕๔,๙๓๗ | ๓๗,๖๑๑ | ๔๖,๗๓๗ | ๔๖๐,๒๔๙ |
| | ช่องปาก | ผลงาน | ๙,๓๔๔ | ๓๘,๒๖๓ | ๑๔,๑๗๘ | ๑๓,๖๐๗ | ๗,๙๑๔ | ๓๑,๐๖๒ | ๘,๕๕๗ | ๒๒,๗๖๓ | ๑๔๕,๖๘๘ |

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | สมุทรปราการ | ชลบุรี | ระยอง | จันทบุรี | ตราด | ฉะเชิงเทรา | ปราจีนบุรี | สระแก้ว | ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๒ เม.ย. ๖๑) |
|-------|--|--------------|-------------|--------|-------|----------|-------|------------|------------|---------|---|
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๙.๗๙ | ๓๓.๐๓ | ๒๓.๙๑ | ๓๙.๐๑ | ๕๐.๙๘ | ๕๖.๕๔ | ๒๒.๗๕ | ๔๘.๗ | ๓๑.๖๕ |
| ๖ | ร้อยละของเด็กอายุ ๖ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน | เป้าหมาย | ๑๐,๔๗๕ | ๑๖,๑๑๑ | ๗,๙๒๐ | ๔,๖๑๐ | ๒,๑๐๔ | ๗,๓๔๗ | ๕,๒๔๗ | ๖,๑๒๓ | ๕๙,๙๓๗ |
| | | ผลงาน | ๓๓๙ | ๒,๐๙๐ | ๕๐๒ | ๕๔๕ | ๕๙๗ | ๘๓๓ | ๒๐๘ | ๘๐๑ | ๕,๙๑๕ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๓.๒๔ | ๑๒.๙๗ | ๖.๓๔ | ๑๑.๘๒ | ๒๘.๓๗ | ๑๑.๓๔ | ๓.๙๖ | ๑๓.๐๘ | ๙.๘๗ |
| ๗ | ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการบริการส่งเสริมฯ | เป้าหมาย | | | | | | | | | รอบ๒ |
| | | ผลงาน | | | | | | | | | |
| | | อัตรา/ร้อยละ | | | | | | | | | |
| ๘ | ร้อยละเด็กอายุ ๑๘ เดือน ปราศจากฟันผุ | เป้าหมาย | | | | | | | | | รอบ๒ |
| | | ผลงาน | | | | | | | | | |
| | | อัตรา/ร้อยละ | | | | | | | | | |
| ๙ | ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (caries free) | เป้าหมาย | | | | | | | | | รอบ๒ |
| | | ผลงาน | | | | | | | | | |
| | | อัตรา/ร้อยละ | | | | | | | | | |
| ๑๐ | ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ (caries free) | เป้าหมาย | | | | | | | | | รอบ๒ |
| | | ผลงาน | | | | | | | | | |
| | | อัตรา/ร้อยละ | | | | | | | | | |

๒. ควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| ๑ | ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม | เป้าหมาย | ๒๕,๔๓๒ | ๔๑,๘๔๖ | ๒๑,๑๖๓ | ๑๒,๘๐๗ | ๕,๙๘๘ | ๑๙,๔๙๐ | ๑๔,๓๐๗ | ๑๖,๐๘๑ | ๑๕๗,๑๑๔ |
| | | ผลงาน | ๘,๑๐๖ | ๒๐,๗๒๒ | ๘,๙๔๗ | ๖,๙๑๐ | ๓,๐๙๖ | ๑๒,๑๘๑ | ๙,๔๔๖ | ๑๒,๗๙๖ | ๘๒,๒๐๔ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๓๑.๘๗ | ๔๙.๕๒ | ๔๒.๒๘ | ๕๓.๙๕ | ๕๑.๗ | ๖๒.๕ | ๖๖.๐๒ | ๗๙.๕๗ | ๕๒.๓๒ |
| ๒ | ร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการบริการ | เป้าหมาย | ๙๕,๔๑๒ | ๑๑๕,๘๔๖ | ๕๙,๓๐๒ | ๓๔,๘๗๙ | ๑๕,๕๒๕ | ๕๕,๙๓๗ | ๓๗,๖๑๑ | ๔๖,๗๓๗ | ๔๖๐,๒๔๙ |
| | | ผลงาน | ๑๔,๐๗๗ | ๔๘,๗๒๙ | ๑๘,๙๗๙ | ๑๕,๗๖๐ | ๘,๐๗๖ | ๓๖,๑๖๑ | ๑๓,๓๘๘ | ๒๙,๕๕๓ | ๑๘๔,๗๒๒ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๑๔.๗๕ | ๔๒.๐๖ | ๓๒ | ๔๕.๑๘ | ๕๒.๐๒ | ๖๕.๘๒ | ๓๕.๖ | ๖๓.๒๓ | ๔๐.๑๔ |

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | สมุทรปราการ | ชลบุรี | ระยอง | จันทบุรี | ตราด | ฉะเชิงเทรา | ปราจีนบุรี | สระแก้ว | ภาพรวมเขต (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๒ เม.ย. ๖๑) |
|---|--|--------------------------------|-------------|--------|-------|----------|-------|------------|------------|---------|--|
| | ทันต-กรรม | | | | | | | | | | |
| ๓ | ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) | ทั้งหมด(C) | ๑๕๐๐๒ | ๑๖๕๕๖ | ๘๗๙๐ | ๕๒๘๓ | ๒๓๑๑ | ๘๓๑๒ | ๕๕๖๑ | ๗๑๘๐ | ๖๘,๙๙๕ |
| | | ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (B) | ๒๑๒๙ | ๕๓๓๘ | ๓๑๕๐ | ๒๓๓๔ | ๙๙๐ | ๕๓๒๘ | ๑๕๖๕ | ๓๙๒๔ | ๒๔,๗๕๘ |
| | | ฟันดีไม่มีผุ (A) | ๑๖๙๗ | ๓๙๒๕ | ๒๕๒๒ | ๒๐๕๙ | ๖๔๓ | ๔๖๕๑ | ๑๑๔๖ | ๓๔๕๗ | ๒๐,๑๐๐ |
| | | อัตรา (A/B)*๑๐๐ | ๗๙.๗๑ | ๗๓.๕๓ | ๘๐.๐๖ | ๘๘.๒๒ | ๖๔.๙๕ | ๘๗.๒๙ | ๗๓.๒๓ | ๘๘.๑ | ๘๑.๑๙ |
| ๓. ขยายความครอบคลุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน | | | | | | | | | | | |
| ๑ | ร้อยละของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกิน ๕% | เป้าหมาย | | | | | | | | | รอบ๒ |
| | | ผลงาน | | | | | | | | | |
| | | อัตรา/ร้อยละ | | | | | | | | | |

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่ยังสูงอยู่และการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มปฐมวัยทำได้ต่ำทั้งด้านส่งเสริมป้องกันและด้านบริการ จะทำให้เด็กกลุ่มอายุ ๖-๑๒ ปีมีอัตราฟันผุสูง และถ้าในกลุ่ม ๖-๑๒ ปี ได้รับการบริการทันตกรรมทั้งด้านส่งเสริมป้องกันและรักษาฟันถาวรต่ำจะทำให้ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุไม่ผ่านเกณฑ์

๒. พฤติกรรมการรับประทานขนมหวาน น้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเกิน ๕% ถ้ายังสูงอยู่ จะไม่สามารถควบคุมโรคฟันผุได้

๓. เร่งรัดการจัดบริการส่งเสริมป้องกันลดโรคฟันผุ และอุดฟันน้ำนมที่เริ่มผุโดยการใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบต่างๆ เช่น Smart technique ในกลุ่มอายุ ๓-๕ ปี เพื่อลดการเกิดโรคฟันผุในฟันถาวร และป้องกันฟันน้ำนมหลุดก่อนเวลา

- ๔.เร่งรัดการจัดบริการส่งเสริมป้องกันลดโรคฟันผุในฟันถาวร โดยเน้นการตรวจคัดกรองโรคฟันผุให้เร็วขึ้น การเคลือบหลุมร่องฟัน และการบริการเพื่อลดการสูญเสียฟันเพื่อเพิ่ม Cavity free ในกลุ่มประถมศึกษา
- ๕.กำหนดนโยบายระดับประเทศเรื่อง สัดส่วนของน้ำตาลในเครื่องดื่มและขนมสำหรับเด็ก ๐-๑๒ ปี ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|---|--|--|
| ขาดงบประมาณในการดำเนินงานเชิงรุกในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษาในการตรวจคัดกรอง และจัดบริการรองรับตามสภาพปัญหา | ควรกำหนดงบ PP แบบบูรณาการกลุ่มวัยที่มีสัดส่วนชัดเจนในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก | กำหนดต้นทุนในการให้บริการสุขภาพช่องปากด้านส่งเสริมป้องกันรักษาเบื้องต้นเพื่อให้มีงบประมาณในการดำเนินงานอย่างชัดเจน |
| การดำเนินงานโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองเป็นภาระงานมากเนื่องจากมีเด็กจากต่างพื้นที่เข้ามาเรียนเป็นจำนวนมากทันตบุคลากรในพื้นที่ไม่สามารถจัดบริการ ได้อย่างครอบคลุม | เครือข่ายจากทีมทันตบุคลากรจากพื้นที่ใกล้เคียงมาร่วมกันดำเนินงานเพื่อให้บริการให้ได้อย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย | จัดให้มีบริการทันตกรรมในหน่วยปฐมภูมิ เช่นใน PCC เขตเมือง |
| ทันตบุคลากรไม่เพียงพอและขาดทักษะในการดำเนินงานบริการทันตกรรมในกลุ่มเด็กปฐมวัย | เพิ่มศักยภาพของสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากรในการดำเนินการบริการสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย | เพิ่มจำนวนทันตภิบาล/นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)ให้ เป็นไปตาม FTE ใหม่ รพ.สต.ขนาดกลางและขนาดใหญ่มีทันตบุคลากรประจำ |
| โรงเรียนและท้องถิ่นบางแห่งไม่ให้ความร่วมมือในการจัดบริการ และการจัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการส่งเสริมรักษาสุขภาพช่องปาก | กระตุ้นให้ท้องถิ่น ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมป้องกันรักษาสุขภาพช่องปาก เน้นการเก็บรักษาฟัน | บูรณาการระดับกระทรวงในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในโรงเรียนทุกสังกัด |

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- กำหนดเป็นนโยบายให้เป็นหน้าที่ของนักเรียนอนุบาล นักเรียนประถม ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนทุกสังกัดในการตรวจสุขภาพช่องปากและบริการเบื้องต้น และใช้งบส่งเสริมป้องกันในการดำเนินการ
- จัดให้มีการกระตุ้นโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่างๆ พร้อมมีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เช่น โครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดี เพื่อต่อยอดให้มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน โครงการเด็กไทยอ่อนหวาน และโครงการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- โรงเรียนเด็กไทยฟันดีต้นแบบจังหวัดสระแก้ว ฉะเชิงเทรา จันทบุรี
- การอุดฟันด้วย Smart technique จังหวัดสระแก้ว สมุทรปราการ ตราด จันทบุรี ปราจีนบุรี
- การจัดบริการทันตกรรมเพิ่มทวีในโรงเรียนประถมศึกษาของเครือข่ายโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ(มาบตาพุด) เครือข่ายโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว และเครือข่ายโรงพยาบาลสนามชัยเขต

๔. เครือข่ายโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวและโรงพยาบาลแปลงยาวดำเนินกิจกรรมเด็กเล็กฟันดีวิถี self-care เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลานได้

๕. เริ่มดำเนินการพัฒนา อสม.เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพช่องปากและจะเริ่มประกวดในปี ๒๕๖๑

นายอนุโรจน์ เล็กเจริญสุข
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี
๑๖ เมษายน ๒๕๖๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

เขตสุขภาพที่ ๖ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

ประเด็นที่มุ่งเน้น :

๑.๑ การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับเขตและระดับจังหวัดของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่

๑.๒ การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) อำเภอนามัยการเจริญพันธุ์ และทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๑.๓ การลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๒. สถานการณ์

สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี) น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบ ร้อยละ ๒๐.๐๘ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๒ พบ ร้อยละ ๑๗.๕๒ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยพบว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (น้อยกว่าร้อยละ ๑๐) พบมากที่สุดที่จังหวัดตราด รองลงมาคือจังหวัดระยองและปราจีนบุรี (ร้อยละ ๒๑.๘๒, ๒๑.๔๖ และ ๑๘.๙๕ ตามลำดับ) จังหวัดที่พบการตั้งครรภ์ซ้ำน้อยที่สุดคือจังหวัดฉะเชิงเทราและจันทบุรี (ร้อยละ ๑๓.๔๒ และ ๑๓.๗๖)

สถานการณ์หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอดหรือแท้ง มากกว่าร้อยละ ๘๐ ในเขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบ ร้อยละ ๗๘.๓๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๒ พบ ร้อยละ ๗๕.๘๘ ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยพบว่ามีเพียง ๓ จังหวัดที่หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีได้รับการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอดหรือแท้งมากกว่าร้อยละ ๘๐ คือ จังหวัดฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๙๑.๒๓ จังหวัดชลบุรี ร้อยละ ๘๓.๓๙ และจังหวัดตราด ร้อยละ ๘๑.๔๘ และพบว่ามี ๒ จังหวัดคือจังหวัดสมุทรปราการและสระแก้ว (ร้อยละ ๗๗.๘๖ และ ๗๑.๐๑) มีแนวโน้มจะผ่านเกณฑ์ในไตรมาสที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ แต่อีก ๓ จังหวัดคือจังหวัดปราจีนบุรี (ร้อยละ ๖๔.๒๙) จังหวัดระยอง (ร้อยละ ๕๒.๕๘) และจังหวัดจันทบุรี (ร้อยละ ๕๕.๑๗) ที่พบผลงานค่อนข้างน้อย

สถานการณ์การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี น้อยกว่า ๔๐ : พันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ในเขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบอัตราการคลอดมีชีพ ๕๖.๕๕ : พันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (เกณฑ์ปี ๒๕๖๐ อัตราการคลอดมีชีพน้อยกว่า ๔๒) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๒ พบอัตราการคลอดมีชีพ ๔๒.๕๒ : พันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีเพียง ๔ จังหวัดที่พบอัตราการคลอด มีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี น้อยกว่า ๔๐ : พันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี คือ จังหวัดสมุทรปราการ (อัตรา ๒๙.๑๓) จังหวัดจันทบุรี (อัตรา ๓๔.๘๗) จังหวัดสระแก้ว (อัตรา ๓๕.๗๘) และจังหวัดตราด (อัตรา ๓๕.๐๔)

การผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัดของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ได้จัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อติดตามความคืบหน้าการดำเนินงาน จังหวัดละ ๒ ครั้ง พบว่าทุกจังหวัดได้ดำเนินการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑ เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว (จังหวัดตราด วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๑ จังหวัดระยอง วันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๑ จังหวัดจันทบุรี วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑)

จังหวัดชลบุรี วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ จังหวัดสมุทรปราการ วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ จังหวัดฉะเชิงเทรา วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๑ และจังหวัดสระแก้ว วันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๑) และจะดำเนินการจัดประชุมเพื่อติดตามการดำเนินงาน ครั้งที่ ๒ ต่อไป

การส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (RHD) พบว่ามีเพียงจังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราดและปราจีนบุรีที่ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐

๓. ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | ชลบุรี | ระยอง | จันทบุรี | ตราด | สมุทรปราการ | ฉะเชิงเทรา | ปราจีนบุรี | สระแก้ว | เขต ปี ๖๑ | เขต ปี ๖๐ |
|-------|---|--------------|--------|--------|----------|-------|-------------|------------|------------|---------|-----------|-----------|
| ๑. | การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี (<ร้อยละ ๑๐) | เป้าหมาย | ๘๔๘ | ๔๙๔ | ๒๑๘ | ๑๑๐ | ๕๐๐ | ๓๙๕ | ๒๘๕ | ๓๑๒ | ๓๑๖๒ | ๘,๖๐๔ |
| | | ผลงาน | ๑๖๐ | ๑๐๖ | ๓๐ | ๒๔ | ๘๔ | ๕๓ | ๕๔ | ๔๓ | ๕๕๔ | ๑,๗๒๘ |
| | | อัตราส่วน | ๑๘.๘๗ | ๒๑.๕๖ | ๑๓.๗๖ | ๒๑.๘๒ | ๑๖.๘๐ | ๑๓.๕๒ | ๑๘.๙๕ | ๑๓.๗๘ | ๑๗.๕๒ | ๒๐.๐๘ |
| ๒. | หญิง < ๒๐ ปี คุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอด/แท้ง (>ร้อยละ ๘๐) | เป้าหมาย | ๒๗๗ | ๙๗ | ๕๘ | ๒๗ | ๑๓๑ | ๑๗๑ | ๕๖ | ๒๐๗ | ๑,๐๒๔ | ๒,๖๗๗ |
| | | ผลงาน | ๒๓๑ | ๕๑ | ๓๒ | ๒๒ | ๑๐๒ | ๑๕๖ | ๓๖ | ๑๔๗ | ๗๗๗ | ๒,๐๙๖ |
| | | อัตราส่วน | ๘๓.๓๙ | ๕๒.๕๘ | ๕๕.๑๗ | ๘๑.๔๘ | ๗๗.๘๖ | ๙๑.๒๓ | ๖๔.๒๙ | ๗๑.๐๑ | ๗๕.๘๘ | ๗๘.๓ |
| ๓. | การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (<๔๐:พัน ปชก.๑๕-๑๙ ปี) | เป้าหมาย | ๔๑,๓๘๘ | ๒๐,๐๓๑ | ๑๓,๘๔๔ | ๕,๑๕๓ | ๓๘,๓๔๙ | ๒๐,๑๒๐ | ๑๓,๗๗๓ | ๑๖,๑๓๙ | ๑๖,๘๗๙ | ๑๑๔,๖๘๙ |
| | | ผลงาน | ๔๕๖ | ๒๖๖ | ๑๔๒ | ๗๔ | ๓๑๒ | ๒๖๙ | ๒๑๑ | ๒๓๑ | ๑,๙๖๑ | ๓,๕๓๘ |
| | | Adjx๒ | ๔.๘๔ | ๓.๘๒ | ๓.๔ | ๒.๔๔ | ๓.๕๘ | ๓.๓ | ๓.๒๖ | ๒.๕ | ๓.๖๖ | ๐.๙๒ |
| | | อัตราส่วน | ๕๓.๓๓ | ๕๐.๗๓ | ๓๔.๘๗ | ๓๕.๐๔ | ๒๙.๑๓ | ๔๔.๑๒ | ๔๙.๙๔ | ๓๕.๗๘ | ๔๒.๕๒ | ๕๖.๔๕ |
| ๔. | รพ.ผ่านมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน:YFHS | เป้าหมาย | ๑๔ | ๙ | ๑๒ | ๗ | ๖ | ๑๑ | ๗ | ๙ | ๗๕ | - |
| | | ผลงาน | ๑๒ | ๘ | ๑๒ | ๗ | ๕ | ๗ | ๗ | ๘ | ๖๖ | - |
| | | อัตราส่วน | ๘๕.๗๑ | ๘๘.๘๙ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๘๓.๓๓ | ๖๓.๖๔ | ๑๐๐ | ๘๘.๙๐ | ๘๘.๐๐ | - |
| ๕. | อำเภอผ่านมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์:RHD | เป้าหมาย | ๑๑ | ๘ | ๑๐ | ๗ | ๖ | ๑๑ | ๗ | ๙ | ๖๙ | - |
| | | ผลงาน | ๒ | ๔ | ๑๐ | ๗ | ๕ | ๔ | ๗ | ๘ | ๔๗ | - |
| | | อัตราส่วน | ๑๘.๑๘ | ๕๐.๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๘๓.๓๓ | ๓๖.๓๖ | ๑๐๐ | ๘๘.๙๐ | ๖๘.๑๒ | - |

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจาก HDC วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๑

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ในเขตสุขภาพที่ ๖ พบปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี มากกว่าร้อยละ ๑๐ ในทุกจังหวัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๑ คาดว่าจะมีแนวโน้มสูงกว่าปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เมื่อศึกษาข้อมูลการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอดหรือแท้งในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี (>ร้อยละ ๘๐) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ ไตรมาสที่ ๒ พบว่ามีอัตราน้อยกว่าร้อยละ ๘๐ เมื่อวิเคราะห์บริบทของพื้นที่เชิงลึกพบว่า บริบทของเขตสุขภาพที่ ๖ ส่วนใหญ่เป็นเมืองอุตสาหกรรม เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษและเป็นแหล่งท่องเที่ยวทำให้มีประชากรเคลื่อนย้ายถิ่นฐานเข้ามาอาศัยเป็นจำนวนมาก แม่วัยรุ่นและผู้ปกครองของแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความรู้-เข้าใจเรื่องการคุมกำเนิด และความเชื่อผิด ๆ ของผู้ปกครองที่ต้องการให้วัยรุ่นมีบุตรเพื่อช่วยทำงาน ส่วนใหญ่ของวัยรุ่นในพื้นที่และที่ย้ายถิ่นมาเป็นวัยรุ่นที่ไม่ศึกษาต่อ (จบ ม.๓) ต้องการงานหรือย้ายถิ่นเพื่อหางานทำ หาเงินและมีครอบครัว ทำให่วัยรุ่นกลุ่มนี้

สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้เองและอยู่กับแฟน มีวัยรุ่นส่วนน้อยที่พร้อมมีบุตร แต่ส่วนมากที่มีบุตรเนื่องจากไม่สามารถคุมกำเนิดได้ดีเพราะพลั้งเผลอ และไม่มีความรู้ดีพอในการคุมกำเนิดแต่ละวิธี ทำให้จำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของเขตสุขภาพที่ ๖ สูงขึ้น และในแม่กลุ่มนี้เมื่อเคยตั้งครรภ์แล้วก็มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้นด้วย สำหรับแม่วัยรุ่นในสถานศึกษามีแนวโน้มลดลงแต่ก็ยังพบวัยรุ่นตั้งครรภ์ขณะเรียน เนื่องจากไม่ทราบวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์และการโดนข่มขืน ซึ่งปัญหานี้ต้องได้รับความร่วมมือในการแก้ปัญหาจากหลายหน่วยงาน ทั้งจากสถานศึกษา ชุมชน ครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันผ่านอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เมื่อบริบทของพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ ๖ มีจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ เจ้าหน้าที่ไม่มีประสบการณ์หรือขาดศักยภาพการให้คำปรึกษา (Counseling) เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ทำให้แม่วัยรุ่นและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการคุมกำเนิดหลังคลอด ดังนั้นทุกจังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๖ ต้อง

๑. เร่งดำเนินการการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น ผ่านคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งกำหนดให้มีการประชุมเพื่อวางแผน กำกับ ติดตามการดำเนินงาน ๒ ครั้งต่อปี
๒. สร้างระบบส่งต่อวัยรุ่นที่เผชิญปัญหาร่วมกันระหว่างสถานศึกษา ชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุข โดยให้มีระบบและขั้นตอนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม
๓. พัฒนาศึกษาให้คำปรึกษาของวัยรุ่นและจัดบริการให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรที่เชื่อมโยงกัน เพื่อเพิ่มทักษะชีวิต การเข้าถึงการคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมาย
๔. ผลักดันให้โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFSH) และผลักดันให้ทุกอำเภอผ่านมาตรฐานการดำเนินงานพัฒนาอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์
๕. ขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services) อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
๖. ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักรู้การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต เคเบิลทีวี เสียงตามสาย วิทยุชุมชน การจัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญ (วันวาเลนไทน์ วันเอดส์โลก วันลอยกระทง)
๗. ปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม การสื่อสาร โดยการอบรมให้ความรู้เรื่อง เพศคุยได้ การวางแผนครอบครัว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่ม ครู ผู้ปกครอง วัยรุ่น แกนนำ สถานประกอบการและเครือข่าย YFSH
๘. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ จัดอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ฝังยาคุมกำเนิดและการให้คำปรึกษา เรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นหลังคลอด พร้อมวางแผนทางปฏิบัติและระบบคุมกำเนิดกึ่งถาวรที่ครอบคลุมในพื้นที่ อันจะทำให้จำนวนการคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|--|---|---|
| ๑. เจ้าหน้าที่ขาดศักยภาพในการให้คำปรึกษาเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ยอมคุมกำเนิด | - พัฒนาศักยภาพ จนท. เพื่อการฝังยาคุมกำเนิดกึ่งถาวร - พัฒนาศักยภาพ จนท. เพื่อให้คำปรึกษา (counseling) เรื่องการคุมกำเนิด เพื่อให้เกิดความยินยอมคุมกำเนิด และเพิ่มความครอบคลุมการคุมกำเนิดสมัยใหม่ โดยการจูงใจหรือให้คำปรึกษาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด | - ประสานสำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย จัดอบรม ทัศนคติการฝังยาคุมกำเนิดกึ่งถาวร และการเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการอบรมการฝังยาคุมกำเนิดกึ่งถาวรเพิ่มมากขึ้น ต่อเขตสุขภาพ - ประสานเขตสุขภาพจัดอบรม ทัศนคติการฝังยาคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในจังหวัดที่มีผลดำเนินการต่ำ |

| | | |
|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - มีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการฝังยาคุมที่ชัดเจน ได้แก่ การให้คำปรึกษา และการฝังยาคุมกำเนิด | |
| <p>๒. การศึกษาปัญหา/การวิเคราะห์ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามบริบทของพื้นที่ ยังมีน้อย</p> | <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย สาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พื้นที่ที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูง เพื่อหาแนวทางการแก้ไขที่ตรงกับปัญหาอย่างแท้จริง - กำกับ นิเทศติดตามงาน เยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่เพื่อร่วมวิเคราะห์และร่วมแก้ปัญหาเฉพาะพื้นที่นั้น ๆ | - |
| <p>๓. การดำเนินการ อ.อนามัยการเจริญพันธุ์ยังไม่ครอบคลุมในทุกอำเภอ (จังหวัดชลบุรี ระยอง สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา สระแก้ว)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ขยาย/บูรณาการและพัฒนาภาคี เครือข่ายการดำเนินงานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน - ใช้กลไกการขับเคลื่อนงานผ่าน คณะอนุกรรมการและพรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น/อำเภออนามัยเจริญพันธุ์และคลินิก YFHS ในทุกภาคส่วนและทุกชุมชน - ผลักดันให้ให้โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFSH) และ ผลักดันให้ทุกอำเภอผ่านมาตรฐานการดำเนินงานพัฒนาอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ | - |
| <p>๔. ความไม่ชัดเจนในบทบาทด้านการดำเนินงานกลุ่มวัยรุ่นของ ๕ กระทรวงหลัก ที่กำหนดไว้ในคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความสำคัญเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละกระทรวงที่จะช่วยทำให้ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลง ในการประชุมคณะอนุกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙ | - |
| <p>๕. วัยรุ่น ผู้ปกครองขาดความรู้และความตระหนักเรื่องการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ปชส./สร้างช่องทางให้วัยรุ่น-เยาวชน เข้าถึงการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ทั้งใน-นอกระบบการศึกษา ในชุมชน - สร้าง Health Literacy & Awareness ปัญหา/ผลเสียของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - ถอดบทเรียน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พท. ที่ดำเนินการสำเร็จ - สร้างมาตรการทางสังคมรณรงค์ลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น | - |

๖. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ให้กระทรวง/กรม จัดทำสื่อสาธารณะ (Air War) และสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ในการดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครุฑในวัยรุ่น เพื่อสร้างกระแสและความตระหนักให้กับกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว และ ชุมชน

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

จังหวัดระยอง : นิทรรศการมีชีวิตสำหรับทางเลือกของวัยรุ่น อ.บ้านฉาง

จังหวัดตราด : “ห้องแห่งความลับ” เพื่อให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการตั้งครุฑแก่วัยรุ่น ที่ รพ.เขาสมิง

จังหวัดปราจีนบุรี : การเสริมสร้างกลไกพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านการพัฒนาเด็กและเยาวชนต้นกล้าทำดี/

ลูกกตัญญูแทนคุณพ่อแม่ ในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี

ผู้รายงาน นางศรัชฌา กาญจนสิงห์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี ๘ เมษายน ๒๕๖๑

โทร ...๐๘๙๔๐๔๒๗๗๔...e-mail:s-rush-k@hotmail

แบบรายงานการตรวจราชการ ปี ๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๖๐)

เขตบริการสุขภาพที่ ๖ ตรวจราชการ วันที่ ๑๒ ธันวาคม - ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

๑. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑. พัฒนา CG, CM Care plan
๒. เพิ่มการเบิกจ่ายของกองทุน LTC

๒. สถานการณ์

ปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๖ มีประชากรทั้งหมด ๔,๘๙๙,๖๖๒ คน เป็นผู้สูงอายุ ๗๒๙,๓๓๕ คน ร้อยละ ๑๔.๘๙ ประเทศไทย ร้อยละ ๑๗.๐๕ จังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุสูงสุดคือ จังหวัดตราด จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ร้อยละ ๑๘.๖๕, ๑๗.๙๑ และ ๑๖.๒๘ ตามลำดับ ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) ไตรมาสที่ ๑-๒ (ต.ค. - มี.ค.) ปี ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ จำนวน ๔๐๑,๓๙๘ คน, ๔๐๑,๑๓๒ คน ร้อยละ ๕๕.๐๓ , ร้อยละ ๕๒.๒๒ เป็นกลุ่ม Healthy Ageing จำนวน ๓๘๖,๖๖๑ คน, ๓๘๘,๙๑๒ คน ร้อยละ ๙๖.๓๓, ร้อยละ ๙๖.๙๕ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำนวน ๑๔,๗๓๗ คน, ๑๒,๒๒๐ คน ร้อยละ ๓.๖๗, ร้อยละ ๓.๐๕ (ข้อมูล <https://hdcservice.moph.go.th> ประมวลผลวันที่ ๗ เม.ย.๒๕๖๑)

การขับเคลื่อนระบบ LTC ในชุมชน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ LTC ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ จำนวน ๓๘๘ แห่ง จาก อปท.๕๗๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๕ (รายงานจาก สปสช. ๒๖ มี.ค. ๒๕๖๑) มี Care Manager ผ่านการอบรม ๑,๐๓๑ คน และมี Care Giver ผ่านการอบรมหลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง อบรมอนามัย ๕,๔๐๒ คน มีการจัดทำ Care plan และได้เสนอต่อคณะอนุกรรมการ LTC แล้ว ร้อยละ ๙๑.๐๗ อปท. ที่เข้าร่วมโครงการ ในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ มีการเบิกจ่ายงบ LTC เพียงร้อยละ ๕๕.๔๕ ส่วนการขับเคลื่อนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) พบว่า ในระดับเขตฯ มีตำบลฯ ผ่านเกณฑ์ ๒๗๖ ตำบล จากตำบลทั้งหมด ๕๓๑ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๐ ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายรอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๕๐ (ประเทศ ร้อยละ ๕๓.๙๒) เมื่อพิจารณาผลงานในระดับจังหวัด พบว่า มีเพียงครึ่งหนึ่งของจังหวัด (๔ จังหวัด) ที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

๓. ข้อมูลแสดงผลการดำเนินงาน

๓.๑ วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญ/สภาพปัญหาของพื้นที่

๓.๑.๑ ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๑ จำนวน และร้อยละ ผู้สูงอายุ จำแนกตามจังหวัด

| จังหวัด | ตำบลทั้งหมด | อปท.ทั้งหมด | จำนวนผู้สูงอายุ | ร้อยละ |
|-------------|-------------|-------------|-----------------|--------|
| ชลบุรี | ๙๒ | ๙๗ | ๑๖๙,๒๖๑ | ๑๓.๐๕ |
| ระยอง | ๕๘ | ๖๗ | ๗๙,๘๖๔ | ๑๒.๘๒ |
| จันทบุรี | ๗๖ | ๘๑ | ๗๙,๘๔๑ | ๑๗.๙๑ |
| ตราด | ๓๘ | ๔๓ | ๓๒,๔๕๔ | ๑๘.๖๕ |
| สมุทรปราการ | ๕๐ | ๔๕ | ๑๖๗,๓๙๕ | ๑๕.๐๗ |
| ฉะเชิงเทรา | ๙๓ | ๑๐๘ | ๑๐๓,๓๘๔ | ๑๖.๒๘ |
| ปราจีนบุรี | ๖๕ | ๖๙ | ๖๙,๔๖๐ | ๑๖.๑๖ |
| สระแก้ว | ๕๙ | ๖๕ | ๗๐,๖๒๓ | ๑๔.๗๖ |
| รวม | ๕๓๑ | ๕๗๕ | ๗๗๒,๒๘๒ | ๑๔.๘๙ |

ข้อมูลจากการสุ่มตรวจราชการรายจังหวัดปี ๒๕๖๑ ณ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

๓.๑.๒ ข้อมูลพื้นที่เข้าร่วมโครงการ ฯ

ตารางที่ ๒ ข้อมูล อปท.เข้าร่วมกองทุน LTC และมีบริการโอนเงินไปยังหน่วยจัดบริการ

| จังหวัด | ตำบลทั้งหมด | อปท.ทั้งหมด | จำนวน อปท.ที่เข้าร่วมโครงการ | | | | อปท.ที่มีการโอนเงิน (เข้าร่วมปี๕๙-๖๐) | |
|-------------|-------------|-------------|------------------------------|-----|----|-----|---------------------------------------|--------|
| | | | ๕๙ | ๖๐ | ๖๑ | รวม | จำนวน | ร้อยละ |
| ชลบุรี | ๙๒ | ๙๗ | ๒๙ | ๑๒ | ๑๔ | ๕๕ | ๒๑ | ๕๑.๕๕ |
| ระยอง | ๕๘ | ๖๗ | ๑๙ | ๑๔ | ๙ | ๔๒ | ๑๓ | ๓๙.๓๙ |
| จันทบุรี | ๗๖ | ๘๑ | ๓๓ | ๑๖ | ๙ | ๕๗ | ๒๙ | ๕๙.๑๘ |
| ตราด | ๓๘ | ๔๓ | ๑๙ | ๘ | ๖ | ๓๒ | ๒๔ | ๘๘.๘๙ |
| สมุทรปราการ | ๕๐ | ๔๕ | ๑๕ | ๒ | ๖ | ๒๓ | ๘ | ๔๗.๐๖ |
| ฉะเชิงเทรา | ๙๓ | ๑๐๘ | ๔๕ | ๕ | ๙ | ๕๙ | ๒๖ | ๕๒.๐ |
| ปราจีนบุรี | ๖๕ | ๖๙ | ๒๐ | ๑๙ | ๑๗ | ๕๕ | ๒๐ | ๕๑.๒๙ |
| สระแก้ว | ๕๙ | ๖๕ | ๑๗ | ๓๐ | ๑๘ | ๖๕ | ๒๗ | ๕๗.๔๕ |
| รวม | ๕๓๑ | ๕๗๕ | ๑๙๗ | ๑๐๖ | ๘๘ | ๓๘๘ | ๑๖๘ | ๕๕.๔๕ |

ข้อมูล สปสข เขต๖ ระยอง วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๑

ตารางที่ ๓ ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่เข้าร่วมโครงการ ฯ

| เขตสุขภาพที่ ๖ | ๑.จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โครงการ LTC (ยอดสะสมของทุกปี) | | | | | ๒.จำนวน Care manager ๒๕๖๑ | ๓.จำนวน Care Giver ๒๕๖๑ | ๔.แผนการดูแลผู้สูงอายุ รายบุคคล (Care plan) ที่จัดทำและได้เสนอต่อ คณะกรรมการ LTC แล้ว ปี ๕๙-๖๑ | | ๕.ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงที่ เปลี่ยนแปลงดีขึ้น | | ๖.ตำบล Long Term Care | | | |
|----------------|--|---------|---------|---------|--------|------------------------------------|----------------------------------|--|--------|--|---|---------------------------------|---|---|---|
| | เฉพาะสิทธิ์ UC | | | | รวม | | | จำนวน CP | ร้อยละ | | | ๖.๑ จำนวน ตำบล ทั้งหมด | ๖.๒ จำนวน ตำบลที่ เข้าร่วม โครงการ LTC | ๖.๓ จำนวน ตำบลที่ ผ่าน เกณฑ์ LTC | ร้อยละ (จำนวน ตำบลผ่าน เกณฑ์/ จำนวน ตำบล ทั้งหมด) |
| | กลุ่ม ๑ | กลุ่ม ๒ | กลุ่ม ๓ | กลุ่ม ๔ | | | | | | กลุ่มติด บ้าน เปลี่ยน เป็นติด สังคม | กลุ่ม ติด เตียง เปลี่ยน เป็นติด บ้าน | | | | |
| ชลบุรี | ๕๖๖ | ๑๖๑ | ๓๑๐ | ๑๙๑ | ๑,๒๒๘ | ๕๖ | ๒๓๗ | ๑,๑๓๑ | ๙๒.๑ | ๕๓ | ๑๑ | ๙๒ | ๕๔ | ๓๖ | ๓๙.๑ |
| ระยอง | ๓๖๔ | ๑๖๕ | ๓๐๖ | ๑๒๘ | ๙๖๓ | ๔๘ | ๔๙ | ๘๖๙ | ๙๐.๒ | ๒๒ | ๗ | ๕๘ | ๓๖ | ๒๖ | ๔๔.๘ |
| จันทบุรี | ๕๖๑ | ๒๑๐ | ๒๗๔ | ๑๓๒ | ๑,๑๗๗ | ๕๕ | ๓๓๐ | ๘๘๖ | ๗๕.๓ | ๘๙ | ๓๘ | ๗๖ | ๕๑ | ๓๓ | ๔๓.๔ |
| ตราด | ๑๕๖ | ๔๖ | ๗๔ | ๗๑ | ๓๔๗ | ๒๖ | ๒๐ | ๓๒๕ | ๙๓.๗ | ๒๔ | ๘ | ๓๘ | ๒๙ | ๑๘ | ๔๗.๔ |
| สมุทรปราการ | ๕๓๐ | ๑๗๐ | ๓๓๔ | ๘๗ | ๑,๑๒๑ | ๔๓ | ๑๐๐ | ๑,๑๒๑ | ๑๐๐.๐ | ๑๒๓ | ๓๖ | ๕๐ | ๓๑ | ๒๙ | ๕๘.๐ |
| ฉะเชิงเทรา | ๑,๔๐๒ | ๔๕๔ | ๔๙๖ | ๑๖๗ | ๒,๕๑๙ | ๗ | ๑๖๙ | ๒,๕๒๙ | ๑๐๐.๔ | ๑๔๖ | ๕๙ | ๙๓ | ๕๗ | ๔๗ | ๕๐.๕ |
| ปราจีนบุรี | ๘๐๗ | ๒๙๑ | ๓๓๘ | ๑๐๕ | ๑,๕๔๑ | ๒๗ | ๒๐๐ | ๑,๔๘๓ | ๙๖.๒ | ๓๕ | ๖ | ๖๕ | ๖๑ | ๔๔ | ๖๗.๗ |
| สระแก้ว | ๑,๐๘๖ | ๓๙๑ | ๔๓๙ | ๑๕๔ | ๒,๐๗๐ | ๓๕ | ๒๐๐ | ๑๙๐๑ | ๙๑.๘ | ๖๑ | ๔๔ | ๕๙ | ๕๙ | ๔๓ | ๗๒.๙ |
| รวม | ๕,๔๗๒ | ๑,๘๘๘ | ๒,๕๗๑ | ๑,๐๓๕ | ๑๐,๙๖๖ | ๒๙๗ | ๑,๓๐๕ | ๑๐,๒๔๕ | ๙๓.๔ | ๕๕๓ | ๒๐๙ | ๕๓๑ | ๓๗๘ | ๒๗๖ | ๕๒.๐ |

๔. ผลการดำเนินงาน

๔.๑ การขับเคลื่อนระบบ LTC โดยการมีส่วนร่วม

- ศูนย์อนามัยที่ ๖ จัดอบรม Care Manager และ Care Giver ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ อบรม มี Care Manager ผ่านการอบรม ๒๙๗ คน มี Care Giver ผ่านการอบรมหลักสูตร ๗๐ ชม. กรมอนามัย จำนวน ๑,๓๐๕ คน

- สปสช.เขต ๖ จัดประชุมคณะกรรมการLTC เขตสุขภาพที่ ๖ เพื่อกำหนดแนวทาง/ติดตามการดำเนินงาน LTC ปี ๒๕๖๑

- สปสช. เขต ๖ ร่วมกับจังหวัดในเขตฯ จัดประชุมชี้แจง อปท. เกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายงบ LTC

- สปสช. เขต ๖ ร่วมกับจังหวัดในเขตฯ และศูนย์อนามัยที่ ๖ ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอปท. ที่เข้าร่วมโครงการ ปี ๒๕๖๑ (๘๘ แห่ง)

- จังหวัดมีการติดตามการดำเนินงาน/รายงานข้อมูลต่อกระทรวงสาธารณสุข ทุกเดือน

- จังหวัดประเมินตำบล LTC ผ่านเกณฑ์/รายงานผลการดำเนินงาน

๔.๒ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

- จังหวัด/ศูนย์อนามัยที่ ๖ จัดประชุมชี้แจงแนวทางการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุทุกระดับในพื้นที่รวมถึงประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

- จังหวัด/ศูนย์อนามัยที่ ๖ ส่งเสริม/สนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” เพื่อส่งเสริม/ป้องกันปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

๕. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- การเปลี่ยนแนวทางการเบิกจ่ายงบกองทุน LTC ไปยังหน่วยบริการ ส่งผลให้การเบิกจ่ายล่าช้า

- การจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่สามารถจัดตั้งได้เนื่องจากอปท.บางแห่ง ไม่มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรงและมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง รวมทั้ง อปท. ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในระเบียบการจัดตั้งศูนย์ ฯ

- ท้องถิ่นไม่มั่นใจในระเบียบการเบิกจ่ายงบกองทุน LTC ส่งผลให้การเบิกจ่ายงบกองทุนดำเนินการได้น้อย

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ |
|---|--|---|
| ๑. การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง (โครงการ LTC) - การเบิกจ่ายงบกองทุน LTC ดำเนินการได้น้อย | - เร่งรัดติดตามประเมินตำบล LTC เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย ร้อยละ ๖๐ (รอบ ๑๒ เดือน) - ประสานภาคีเครือข่าย สปสช.เขต ๖ ร่วมจัดประชุมชี้แจงเร่งรัดทความ | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>๒. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาพดี</p> | <p>เข้าใจ อปท./จนท.สร. ในพื้นที่ให้ เข้าใจแนวทางการเบิกจ่ายงบ กองทุน LTC - ติดตามการเบิกจ่ายงบกองทุน LTC ตามแนวทางการจัดตั้งศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุโดย สปสช. หรือ การเบิกจ่าย งบ LTC ตามแนวทางกระทรวง สาธารณสุข ตามหนังสือที่ สธ. ๐๙๔๑.๐๔/ว.๗๔๒ ลว. ๕ ธ.ค ๖๐</p> <p>- ประสานความร่วมมือภาคีเครือข่าย ๔ กระทรวงหลัก จัดทำแผนพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ - เสริมสร้างความเข้มแข็งชมรม ผู้สูงอายุ ผ่านกลไกเครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ (พชอ.) - สนับสนุนการจัดกิจกรรมชมรม ผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” เพื่อส่งเสริม/ป้องกัน ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุตามบริบทพื้นที่</p> | |
|--|--|--|

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย
ไม่มี

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๘.๑ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)
ในชุมชน เขตสุขภาพที่ ๖ ที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่พื้นที่อื่น ได้แก่

- เทศบาลบ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี
- เทศบาลมาบตาพุด อ.มาบตาพุด จ.ระยอง
- องค์การบริหารส่วนตำบลปฎิวี อ.มะขาม จ.จันทบุรี
- องค์การบริหารส่วนตำบลวังใหม่ อ.นายายอาม จ.จันทบุรี
- องค์การบริหารส่วนตำบลแสนตุง อ.เขาสมิง จ.ตราด
- องค์การบริหารส่วนตำบลบางน้ำผึ้ง อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ
- เทศบาลพนมสารคาม อ.พนมสารคาม จ.ฉะเชิงเทรา
- เทศบาลเมืองปราจีนบุรี อ.เมือง จ.ปราจีนบุรี

- องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านพระ อ.เมือง จ.ปราจีนบุรี
- เทศบาลวังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว
- องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก้ง อ.เมือง จ.สระแก้ว

๘.๒ ตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ที่เป็นแบบอย่าง ที่ได้แก่

- ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต.วังจันทร์ อ.วังจันทร์ เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ที่เข้มแข็ง โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

๘.๓ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

- โรงเรียนสร้างสุขผู้สูงอายุอำเภอบ้านค่าย จ.ระยอง จัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุ
- การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลวังใหม่ ด้วยแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุ (WANG MAI ELDERLY SCHOOL)” ต.วังใหม่ อ.นายายอาม จ.จันทบุรี
- โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลวังน้ำเย็น” ต.วังน้ำเย็น อ.วังน้ำเย็น
- ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาวงกต อำเภอแก่งหางแมว จ.จันทบุรี จัดกิจกรรม “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” อย่างต่อเนื่อง

ผู้รายงาน: นางยุพา ชัยเพชร
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี ๘ เมษายน ๒๕๖๑
โทรศัพท์: ๐๙๔๔๗๙๔๑๑๕
e-mail: yupa@gmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๑

หัวข้อ โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

เขตสุขภาพที่ ๖ รอบที่ ๑

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

๒. สถานการณ์

เขตสุขภาพที่ ๖ มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมดจำนวน ๗๘ แห่ง โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ๕ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๘ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๖๐ แห่ง และโรงพยาบาลกรมวิชาการ ๖ แห่ง จากเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital เป้าหมายโรงพยาบาลทุกระดับต้องผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๑๐๐ มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับพื้นฐานขึ้นไป จำนวน ๗๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๔๗ของโรงพยาบาลทั้งหมด

เป้าหมายการดำเนินงานปี ๒๕๖๑

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต้องพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ค่าเป้าหมาย ดังนี้

- ร้อยละ ๒๐ ของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก
- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง

จากเป้าหมายดังกล่าว จังหวัดสมุทรปราการและสระแก้วมีความจำเป็นต้องเร่งรัดให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ผลจากการติดตามการพัฒนาในการนิเทศรอบที่๑ แสดงผลตามตาราง พบว่า

ตารางแสดงจำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก แยกรายจังหวัด ณ. วันที่ ๓๑ มค.๖๑

| จังหวัด | จำนวน โรงพยาบาล ทั้งหมด | จำนวน โรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ ทั้งหมด | ร้อยละ | จำนวน โรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน | จำนวน โรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี | จำนวน โรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก |
|-------------------|-------------------------------|---|--------------|--|---|--|
| จันทบุรี | ๑๒ | ๑๑ | ๙๑.๖๖ | ๑๑ | ๖ | ๑ |
| ฉะเชิงเทรา | ๑๑ | ๑๑ | ๑๐๐ | ๑๑ | ๐ | ๒ |
| ชลบุรี | ๑๕ | ๑๕ | ๑๐๐ | ๑๕ | ๑๑ | ๔ |
| ตราด | ๗ | ๗ | ๑๐๐ | ๗ | ๔ | ๒ |
| ปราจีนบุรี | ๗ | ๗ | ๑๐๐ | ๗ | ๔ | ๑ |
| ระยอง | ๙ | ๘ | ๘๘.๘๘ | ๘ | ๐ | ๑ |
| สมุทรปราการ | ๘ | ๘ | ๑๐๐ | ๘ | ๔ | ๐ |
| สระแก้ว | ๑๐ | ๑๐ | ๑๐๐ | ๑๐ | ๑ | ๐ |
| รวมทั้งเขต | ๗๙ | ๗๗ | ๙๗.๔๗ | ๗๗ | ๓๐ | ๑๑ |

สรุปผลจากตารางได้ดังนี้

๑.ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก จำนวน ๑๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๙๒

๒.ผ่านเกณฑ์ระดับดี จำนวน ๓๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๘๙

๓.ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน จำนวน ๗๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๔๗

จากค่าเป้าหมายดังกล่าวข้างต้น จังหวัดสมุทรปราการและสระแก้วมีความจำเป็นต้องเร่งรัดให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ แห่ง

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

พบว่า โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จมีความพร้อมในเรื่องการนำองค์กรของผู้บริหาร ความเป็นทีมงานในการขับเคลื่อนทุกภาคส่วน การสื่อสารภายในองค์กร ความเข้าใจตระหนักในเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การคิดนอกกรอบ และมีการติดตามส่งเสริมสนับสนุน

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้อำนาจหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|--|--|---|
| การจัดการระบบของเสียในโรงพยาบาล | -พัฒนาระบบบำบัดน้ำเสีย - พัฒนาส่วนมาตรฐาน HAS | ควรมีการจัดสร้างระบบใหม่แทนระบบเดิมที่มีอายุการใช้งานกว่า๒๐ปีและระบบเก่าชำรุด |
| การใช้ประโยชน์ของเสียในโรงพยาบาล -การจัดการมูลฝอยที่ถูกต้อง | ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ | |
| นวัตกรรม | เสนอให้มีนวัตกรรมในประเด็นGREEN โดยทางโรงพยาบาลต้องนำทีมพัฒนาโรงพยาบาลไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลต้นแบบ | |

๖.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

การพัฒนาการบริหารจัดการระบบต่างๆด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลหรือส้วมสาธารณะทั้งในOPD และ IPD และระบบการบริหารจัดการขยะ จำเป็นต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูงในการก่อสร้าง ส่วนกลางควรมีแผนสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาด้านดังกล่าวทุกๆปี

๗.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-จังหวัดสมุทรปราการ มีโรงพยาบาลบางบ่อ มีการจัดการพลังงานได้แก่ การผลิตน้ำอุ่นจากคอยล์แอร์ในห้องพักผู้ป่วย และใช้แสงอาทิตย์ทดแทนพลังงานไฟฟ้าบางจุด โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ มีการดักจับฝุ่นจากห้องซักกรีดโดยใช้น้ำ เพื่อลดมลพิษทางอากาศ

-จังหวัดฉะเชิงเทรา มีโรงพยาบาลพนมสารคามและโรงพยาบาลบางคล้า ในเรื่องการประหยัดพลังงาน โดยเปลี่ยนมาใช้หลอดไฟ LED ทั้งโรงพยาบาล มีการนำเศษผ้ามาทำเป็นถุงยาให้แก่ผู้ป่วย และการปลูกผักปลอดสารซึ่งสามารถขยายการดำเนินงานไปสู่ชุมชน และให้ชุมชนนำผักกลับมาขายให้กับโรงพยาบาลเพื่อนำไปปรุงประกอบ

อาหารให้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ รวมทั้งจัดให้มีตลาดนัดสีเขียวเพื่อจำหน่ายผักปลอดสารให้แก่เจ้าหน้าที่และประชาชนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล

-จังหวัดระยอง มี โรงพยาบาลระยองจัดทำชุด (เสื้อผ้า) จากเศษกระดาษ และทำถุงกระดาษใส่ของจากซองเอกสารสีน้ำตาล ตลอดประดิษฐ์ถุงผ้าใส่ยาจากผ้า non-woven ที่ใช้ห่อของนึ่งฆ่าเชื้อ โดยให้ร้านค้าสวัสดิการฯ เป็นผู้จำหน่าย

ผู้รายงาน นายสิทธิ์ทัศน์ ภาณีบุศย์.
ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี ๘ เมษายน ๒๕๖๑

สไลด์นำเสนอสรุปตรวจราชการรอบ ๑ ปี ๒๕๖๑

สรุปผลการตรวจราชการ รอบ 1/2561

คณะที่ 1 : การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

นำเสนอโดย

| | |
|--|--|
| นพ.พนิต โสเสถียรกิจ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 | พญ.หรรษา รัชชาคม ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 |
|--|--|



**คณะ1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ
(12 ตัวชี้วัด)**

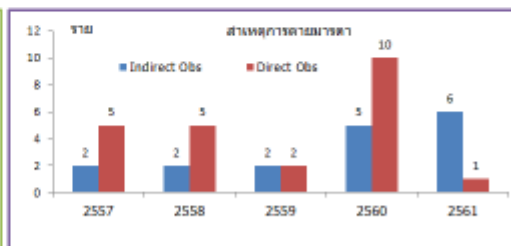
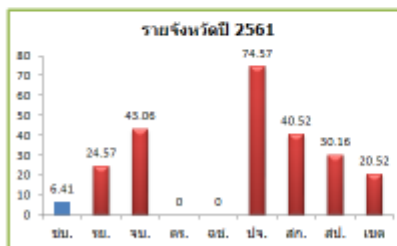
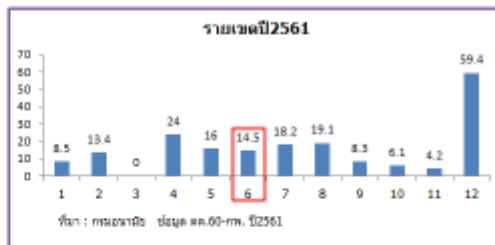
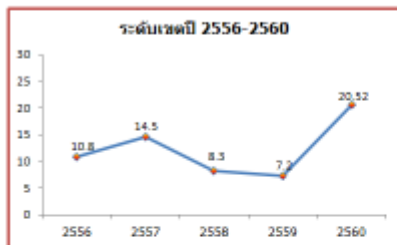
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
|-------|---|-------------------------------------|-------|------|---------|
| 1 | อัตราส่วนการตายมารดา | ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน | 20.52 | | X |
| 2 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 | 95.19 | ✓ | |
| 3 | ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูง ต่ำสมส่วน | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 54 | 54.40 | ✓ | |
| 4 | ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 54 | 81.27 | ✓ | |
| 5 | อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี | ไม่เกิน 40 ต่อพัน ปชก.หญิง 15-19 ปี | 42.52 | | X |
| 6 | ร้อยละของตำบลที่มีระบบ การส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care ผ่านเกณฑ์ (ตำบลเข้าร่วม) | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 | 52.00 | ✓ | |

คณะ1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

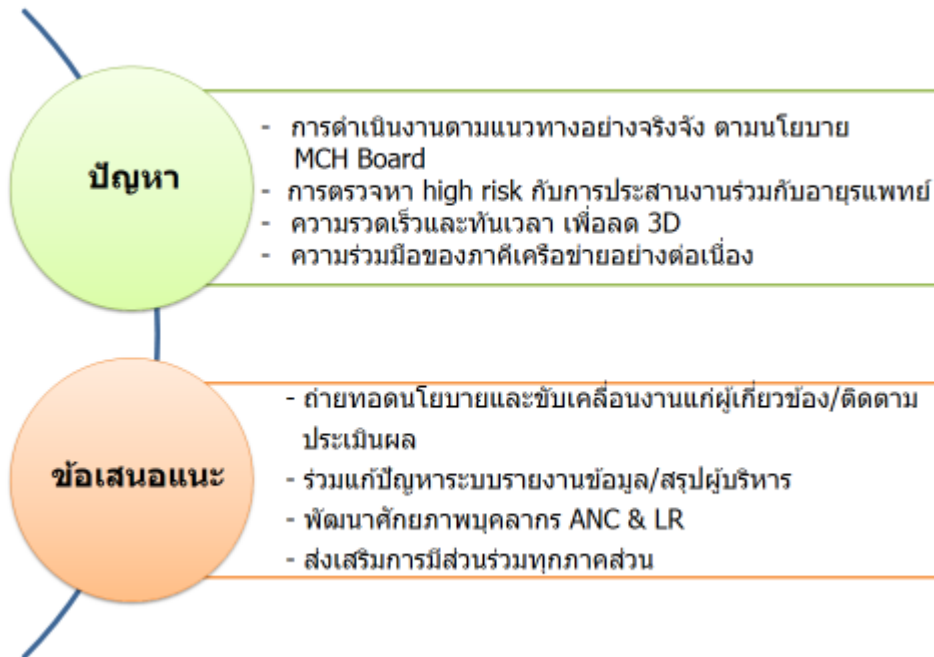
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เกณฑ์ | ผลงาน | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
|-------|--|----------------------------------|----------------------|--------|---------|
| 7 | ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 | อยู่ระหว่างดำเนินงาน | | X |
| 8 | ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85 | 29.29 | | X |
| 9 | อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุ น้อยกว่า 15 ปี | ไม่เกิน 5.2 ต่อแสน ประชากรเด็ก | 2.7 | ✓ | |
| 10 | อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน | ไม่เกิน 24.46 ต่อแสนประชากร | 29.29 | | X |
| 11 | 11.1อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 11.2อัตรากลุ่มสงสัยความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการวัดความดันที่บ้าน | < 2.4 ต่อแสน ปชก. > ร้อยละ 10 | 1.27 13.44 | ✓ ✓ | |
| 12 | ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital | พื้นฐาน 100 ดีมาก >20 | 97.47 13.92 | | X |



**อัตราส่วนการตามมารดา
ไม่เกิน 20:100,000เกิดมีชีพ**



ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

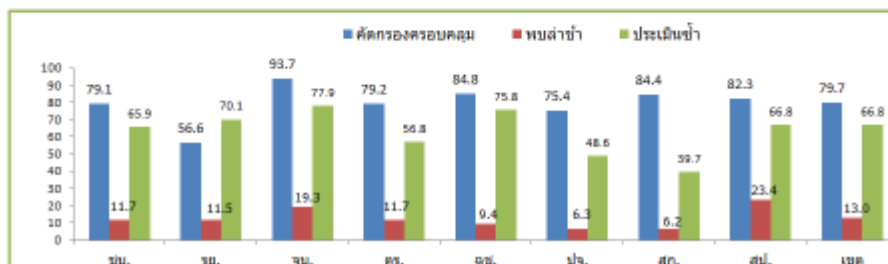
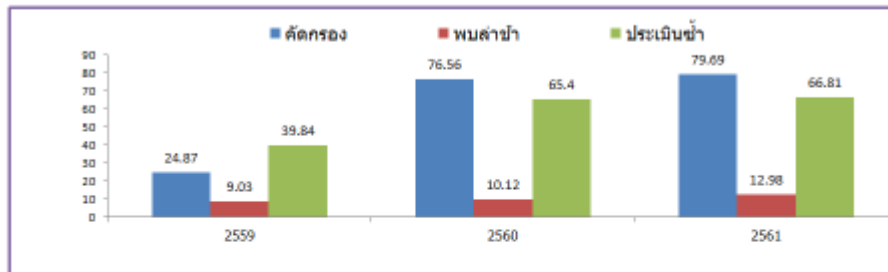


นวัตกรรม/Best Practice

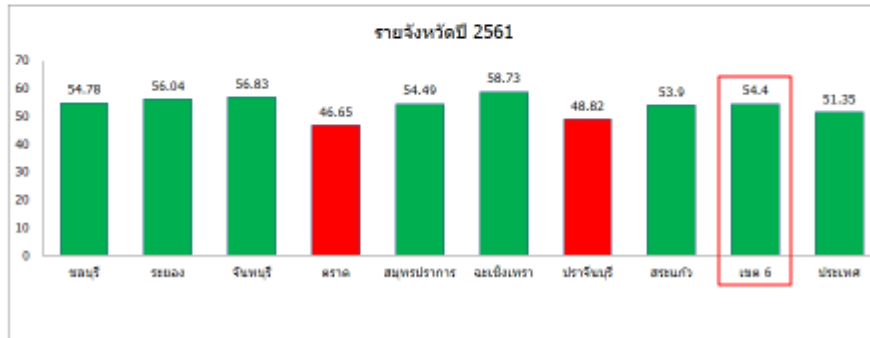
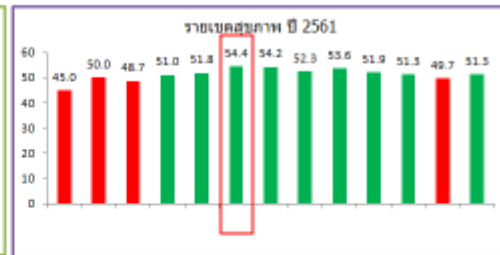
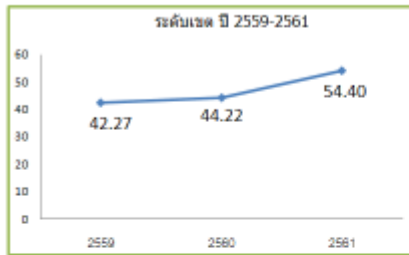


| | |
|-----------------|--|
| ระยอง | - "Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ" ต.พลองตาเอี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง ใช้มาตรการทางสังคมเพื่อส่งเสริม Early and Complete ANC / นมแม่ / ฝากะวังแม่ตาย / พัฒนาการ |
| จันทบุรี | - การใช้วงล้อประเมินน้ำหนักแม่ตั้งครรภ์เพื่อลด LBW ที่ อ.มะขาม จ.จันทบุรี |
| สระแก้ว | - LR SK Strong การอบรมพยาบาลห้องคลอด ทุกแห่ง และมีระบบติดตามและให้คำปรึกษา |
| | - การแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ รพ.วังน้ำเย็น จ.สระแก้ว |

**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80**



**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 51**



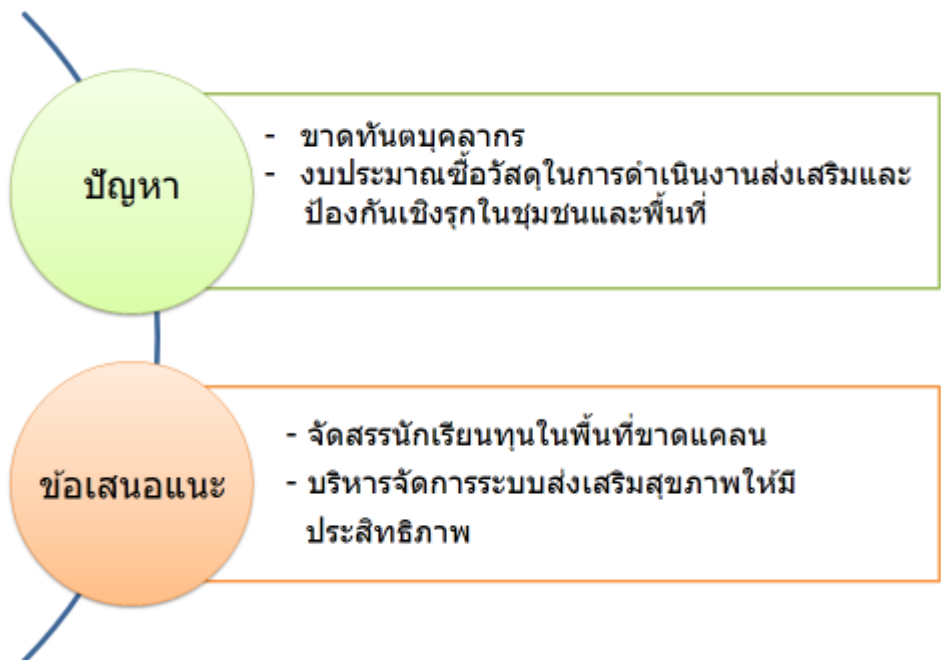
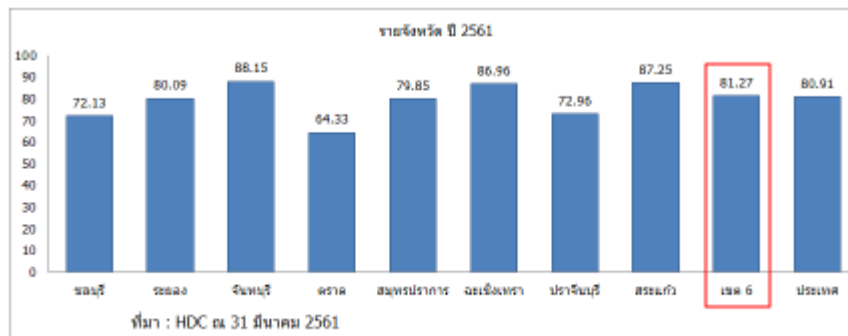
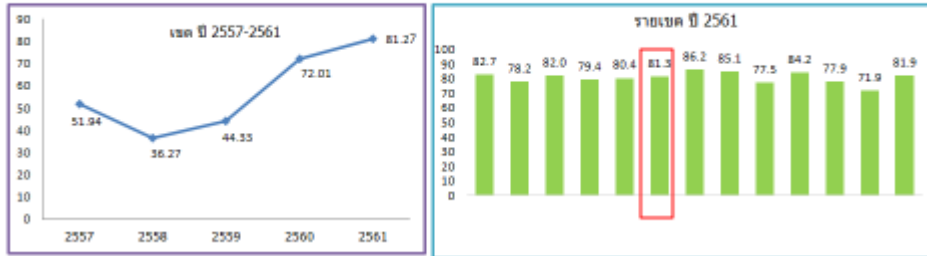
นวัตกรรม/Best Practice

| | |
|---------------------------|--|
| <p>สมุทรปราการ</p> | <p>- รพ.สต.บางด้วน อำเภอเมือง : 3 เรื่อง 1)ระบบติดตามเด็กโดยใช้ระบบ Line notify 2)การประเมินพัฒนาเด็ก อายุ 9,โดยพ่อแม่ และอสม.โดย line & google form) 3) นวัตกรรมของเล่นส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน โดยอสม.</p> <p>- รพ.สต. เมืองใหม่บางพลี อ.บางเสาธงมีการประยุกต์แพทย์แผนไทยกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก(ศาสตร์รมณีเวชและการนวดส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อายุ 2,4,6 เดือน)</p> |
| <p>สระแก้ว</p> | <p>- โครงการชวนลูกเล่นตามรอยพระยุคลบาทในศูนย์เด็กเล็ก และโครงการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพิเศษแบบบูรณาการ รพ.วังน้ำเย็น</p> |

นวัตกรรม/Best Practice

| | |
|---|---|
|  | <p>ปราจีนบุรี</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาบ้านเสี้ยว ด.นาดี อ.นาดี - สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาลานพาทมอก ด.บุพราหมณ์ อ.นาดี - สนามเด็กเล่นรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี <p>จัดกิจกรรมค่ายเยาวชน "Let's grow เติบโต ไร้วัดภัยภาพ"</p> |
|  | <p>ระยอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ" ด.พลงดาเยี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง <p>สระแก้ว</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริหารจัดการยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้ครอบคลุมโดยใช้ระบบครู่ผู้นำเครือข่ายศูนย์เด็กเล็ก <p>สมุทรปราการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติคลองบางปี้ง เป็นต้นแบบการดำเนินงานโรงเรียนพ่อแม่ |

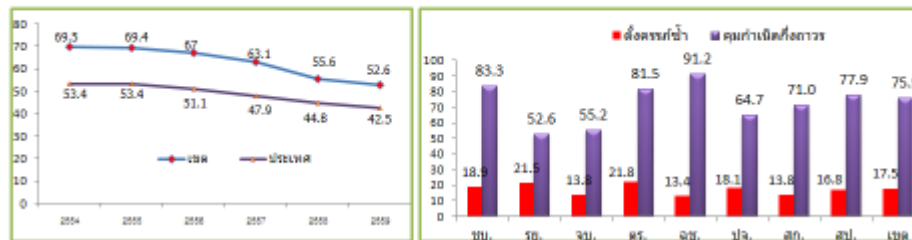
**ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 54**



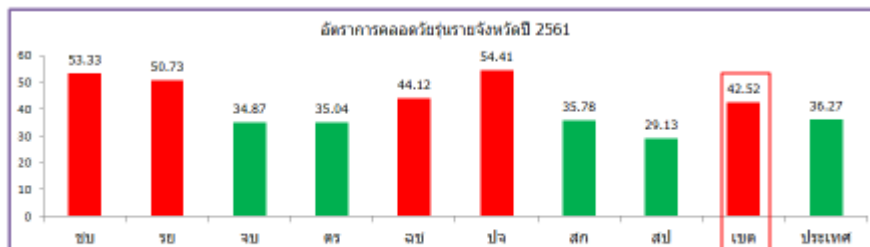
นวัตกรรม/Best Practice

| | | |
|---|---|--|
|  | การลดฟันด้วย Smart technique | <ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสระแก้ว สมุทรปราการ ตราด จันทบุรี ฉะเชิงเทราและปราจีนบุรี |
|  | โรงเรียนเด็กไทยฟันดีต้นแบบ | <ul style="list-style-type: none"> - จังหวัดสระแก้ว ฉะเชิงเทรา และจันทบุรี ดำเนินการพัฒนาอสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพช่องปากและจัดประกวดในปี 2561 |
|  | บริการทันตกรรมป้องกันและต้นแบบในรร.และสพด. | <ul style="list-style-type: none"> - การจัดการบริการทันตกรรมเพิ่มทวีในโรงเรียนประถมศึกษาของเครือข่ายรพ.เฉลิมพระเกียรติ(มาบตาพุด) จ. ระยอง เครือข่ายรพ.บางน้ำเปรี้ยวและเครือข่ายรพ.สนามชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา - กิจกรรมเด็กเล็กฟันดีวิถี self-care ในอ.แปลงยาวและบางน้ำเปรี้ยว |

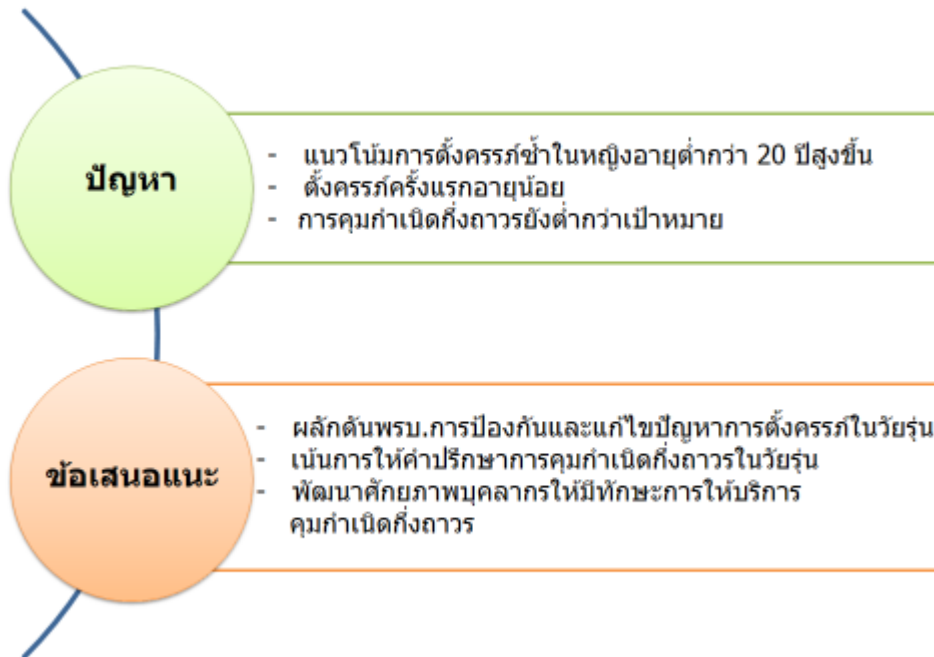
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 40:พันปช.หญิง 15-19 ปี



ที่มา : - ปี 2546-2559 สำนักอนามัยเจริญบุรี กรมอนามัย ณ วันที่ 26 ธันวาคม 2560



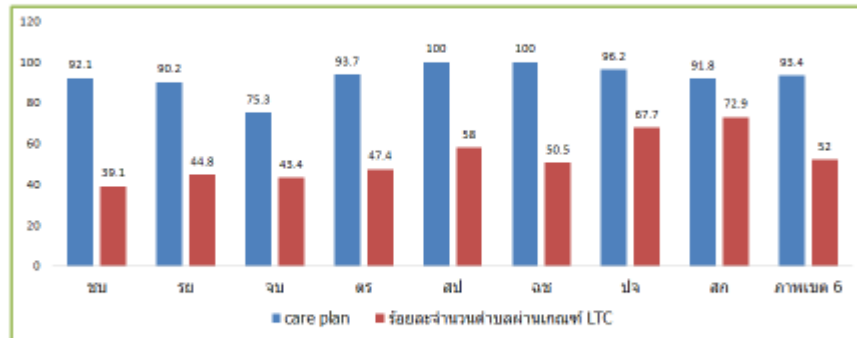
ที่มา : HDC ณ 31 มีนาคม 2561



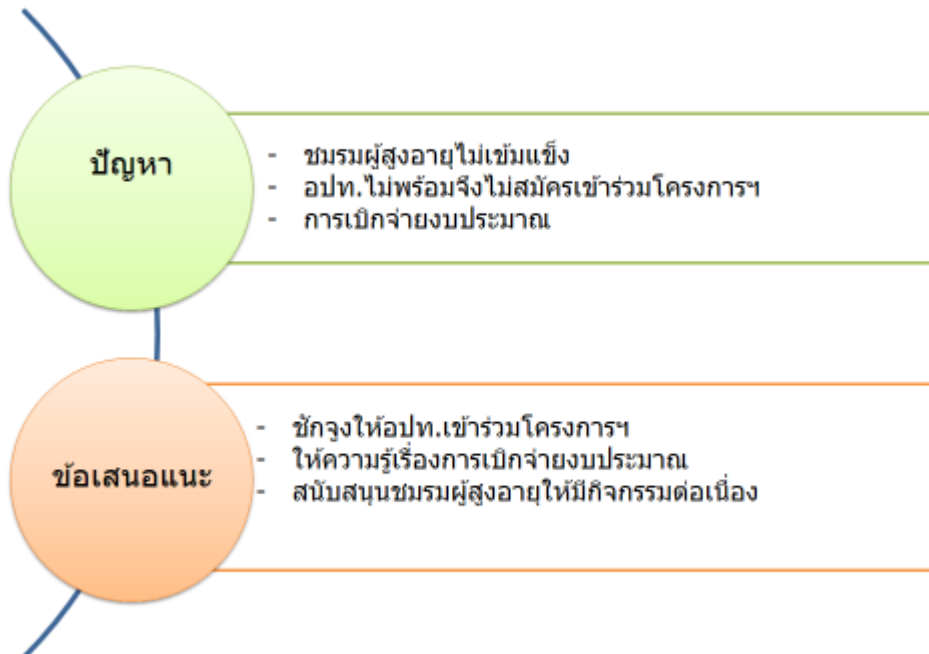
นวัตกรรม/Best Practice

| | |
|---|--|
|  | <p>ระยอง - นิทรรศการมีชีวิตสำหรับทางเลือกของวัยรุ่น อ.บ้านฉาง</p> |
|  | <p>ตราด - “ห้องแห่งความลับ” เพื่อให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการตั้งครรภ์แก่วัยรุ่น ที่ รพ.เขาสมิง</p> <p>ปราจีนบุรี - การเสริมสร้างกลไกพัฒนาชุมชนต้นแบบด้านการพัฒนาเด็กและเยาวชนต้นกล้าทำดี/ลูกกตัญญูแทนคุณพ่อแม่ในพื้นที่</p> |

ร้อยละของตำบล LTC (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50) ร้อยละ Care plan



ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

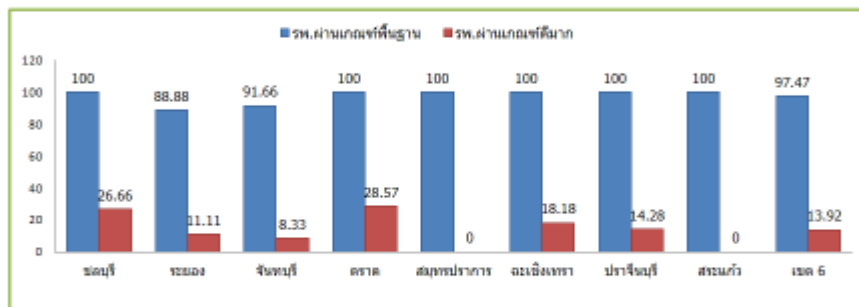


นวัตกรรม/Best Practice

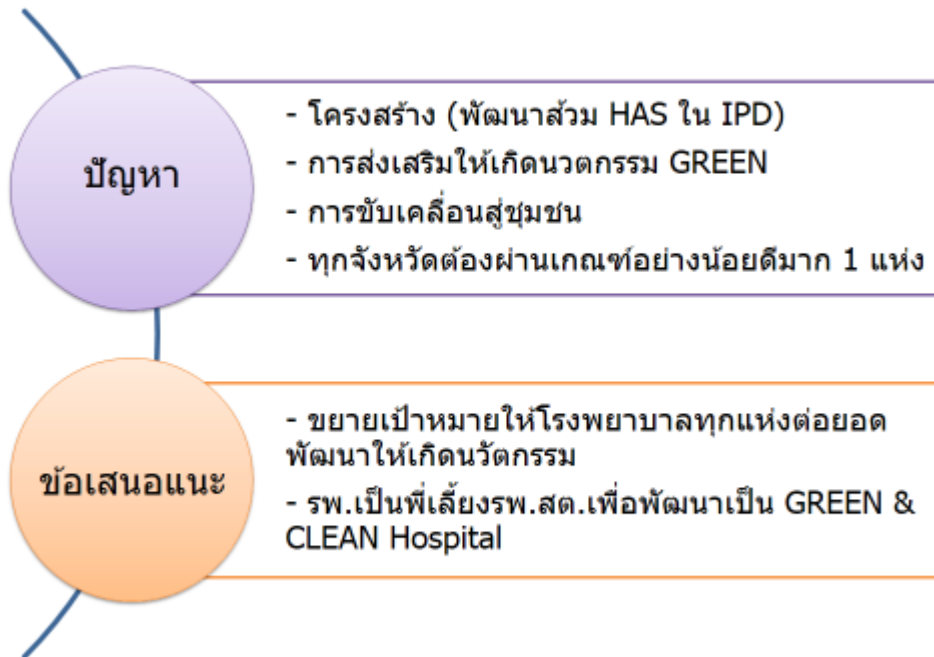


| | |
|--|--|
| <p>ตำบลที่มีระบบ LTC ที่เป็นแบบอย่างที่ดี</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต.วังจันทร์ อ.วังจันทร์ เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่เข้มแข็ง โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม |
| <p>การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</p> | <ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลวังใหม่ ด้วยแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุ (WANG MAI ELDERLY SCHOOL)" อ.นายายอาม จ.จันทบุรี - โรงเรียนสร้างสุขผู้สูงอายุ อ.บ้านค่าย จ.ระยอง จัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุ - ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาวงกต อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี จัดกิจกรรม "ไม่ลืม ไม่ลืม ไม่ลืม เสร้า กินข้าวอร่อย" อย่างต่อเนื่อง |

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospita ผ่านระดับพื้นฐานร้อยละ 100 ระดับดีมากร้อยละ 20



ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



นวัตกรรม/Best Practice



| | | |
|---|----------|---|
|  | ชลบุรี | - สนามเด็กเล่นสร้างปัญญาพัฒนาจิต รพ.หนองใหญ่ |
| | ตราด | - การปูพื้นห้องส่วนด้วยนวัตกรรมคัลเลอร์แฟกซ์ เคลือบเรซิน (นวัตกรรมบริการ Service innovation) รพ.ตราด - ท่อระบายอากาศแบบประยุกต์ (Modified AIR) ห้องเอ็กซเรย์ รพ.แหลมงอบ |
| | ระยอง | - สื่อให้ความรู้ คุ้ภาคอาหาร รพ.ระยอง |
|  | สระแก้ว | - "มูลฝอยทองคำนำทางสุขภาพดี" รพ.วัฒนานคร |
| | จันทบุรี | - รพ.สอยดาวนวัตกรรมกระบวนการการผลิตน้ำ ปะปาใช้เอง - เกล็ดอมหัตถกรรม, ถุง BD ลดโลกร้อน และ ถุงพิเศษจากเศษที่เหลือ |