

แบบฟอร์มคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบที่ 2 (เดือนมีนาคม – กรกฎาคม 2568)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

ตัวชี้วัดที่ 1.1 ระดับความสำเร็จขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ผู้รับผิดชอบ.....นางปณิสรา...สิทธินาม...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

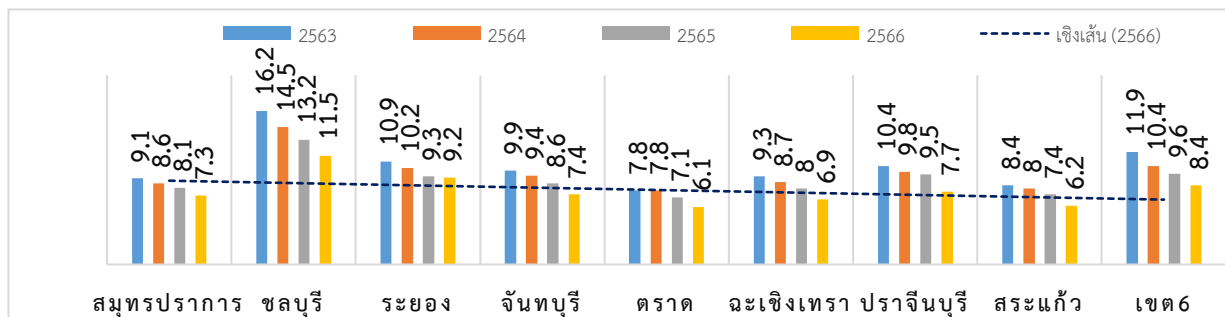
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ...งานอนามัยแม่และเด็ก...ศูนย์อนามัยที่ 6

1. Assessment

1.1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวชี้วัด (ภาพรวมส่งเสริมการเกิด/มารดาไทยตาย/ พัฒนาการ/ สูงดีสมส่วน/ พัน) ผลผลิต/ ผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบและผลผลิต/ ผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม สถานการณ์ ประเด็นที่ 1 “ส่งเสริมการเกิดคุณภาพ”

แนวโน้มสถานการณ์ด้านอนามัยแม่และเด็กที่อาจเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ คือ อัตราการเกิดน้อยและ ด้อยคุณภาพ โดยพบว่า อัตราการเกิดของเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มลดลงและลดลงในทุกจังหวัด ตั้งแต่ปี 2563 – 2566 เท่ากับ 11.9 10.4 9.6 และ 8.4 ต่อพันประชากรกลางปี (แผนภูมิที่ 1) สอดคล้องกับอัตราการเจริญพันธุ์รวม ปี 2565 ของประเทศและเขตสุขภาพที่ 6 ต่ำกว่าระดับทดแทน เท่ากับ 1.08 และ 1.26 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้ง ด้าน สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2567 รัฐบาลได้มีการกำหนดให้นโยบาย ส่งเสริมการมีบุตร เป็นวาระแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ เพิ่มจำนวนการเกิด รักษาอัตราการเจริญพันธุ์รวมไม่ให้ ลดต่ำเร็วเกินไป สร้างมาตรการในการจูงใจในการมีบุตรบนพื้นฐานของสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อ เพื่อเป้าหมายอัตราการเจริญ พันธุ์รวม ในปี 2570 เท่ากับ 1.5 เขตสุขภาพที่ 6 ได้มีการขับเคลื่อนงานโดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้มี ความพร้อมในการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรและการรักษาภาวะมีบุตรยาก พบว่า โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ได้มีการจัดบริการในระดับ MD Level 1 และ โรงพยาบาลศูนย์(โรงพยาบาล ประจำจังหวัด)ให้บริการในระดับ MD Level 2 โดย รพ.ชุมชนและรพ.ทั่วไป ให้บริการ MD Level 1 จำนวน 67 แห่ง ร้อยละ 100 รพ.ศูนย์(รพ.จังหวัด) จำนวน 6 แห่ง จากทั้งหมด 8 แห่ง ร้อยละ 75 (ตารางที่ 1) และมีจำนวน ผู้รับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรได้ตามเป้าหมาย จำนวน 731 ราย (เป้าหมาย รอบ 12 เดือน 438 ราย) เปรียบเทียบโรงพยาบาลระดับจังหวัดพบว่าโรงพยาบาลในจังหวัด สมุทรปราการมีผู้รับบริการมากที่สุด จำนวน 218 ราย รองลงมาคือจังหวัดชลบุรี จำนวน 158 ราย (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ข้อมูลการเกิดมีชีพตามสถิติทะเบียนราษฎร พบว่าจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพของเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2564 เมื่อเปรียบเทียบภายในเขตพบว่า จังหวัดที่เป็นพื้นที่ที่มีโรงงานอุตสาหกรรม และพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจ (EEC) คือ จังหวัดสมุทรปราการ ชลบุรี ระยองและจังหวัดฉะเชิงเทรา พบจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพสูงกว่า พื้นที่อื่นๆ (ตารางที่ 3)

แผนภูมิที่ 1 แนวโน้มอัตราการเกิดของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2563 – 2566



ที่มา : ข้อมูลประชากรกลางปี งานทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 1 จำนวนรพ.ในสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ที่ให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ปี 2567

จังหวัด	รพ.ทั้งหมด		ระดับบริการ	
	รพช.	รพศ./รพท.	Level 1	Level 2
สมุทรปราการ	5	1/1	6	1
ชลบุรี	9	1/2	11	1
ระยอง	6	1/2	8	1
จันทบุรี	11	1	11	1
ฉะเชิงเทรา	10	1	10	1
ปราจีนบุรี	5	1/1	6	1
สระแก้ว	7	1/1	9	0
ตราด	6	1	8	0
เขต	57	16	67	6

ที่มา : รายงานการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 6 รอบ 12 เดือน ปี 2567

ตารางที่ 2 จำนวนผู้รับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2567

จังหวัด	จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด (ราย)	จำนวนบริการ IUI (ราย)		ให้คำปรึกษา/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	
		ทั้งหมด	ตั้งครรภ์	ทั้งหมด	ตั้งครรภ์
สมุทรปราการ	218	0	0	218	0
ชลบุรี	158	19	0	139	0
ระยอง	40	0	0	40	0
จันทบุรี	137	15	0	122	0
ฉะเชิงเทรา	82	0	0	82	5
ตราด	5	0	0	5	0
ปราจีนบุรี	47	11	0	36	0
สระแก้ว	44	0	0	44	0
รวม	731	45	0	686	5

ที่มา : รายงานการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 6 รอบ 12 เดือน ปี 2567

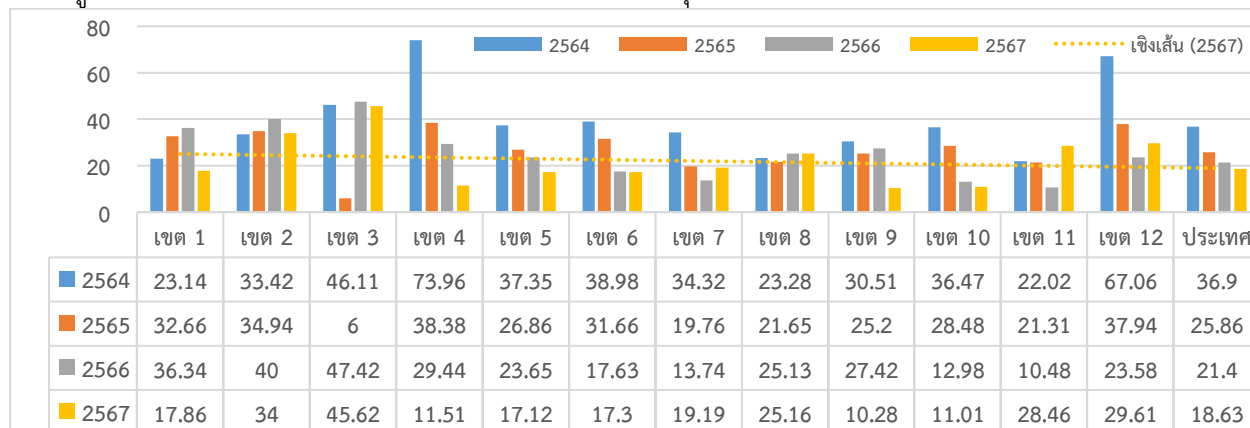
ตารางที่ 3 จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2563 – 2568 (ณ วันที่ 24 มีนาคม 2568)

จังหวัด	2563	2564	2565	2566	ปี 2567	ปี 2568
สมุทรปราการ	12,287	11,470	10,929	11,577	10,769	4,263
ชลบุรี	25,674	22,958	20,721	21,852	20,006	7,620
ระยอง	8,190	7,464	7,103	7,542	7,692	2,939
จันทบุรี	5,337	4,923	4,721	4,846	4,305	1,773
ตราด	1,761	1,707	1,578	1,523	1,455	516
ฉะเชิงเทรา	6,623	6,194	6,011	5,976	5,474	2,062
ปราจีนบุรี	5,135	5,000	4,716	4,769	4,242	1,536
สระแก้ว	4,804	4,415	4,230	4,293	3,866	1,448
เขตฯ 6	69,811	64,131	60,009	62,378	57,809	22,157

ที่มา : Dash board กรมอนามัย

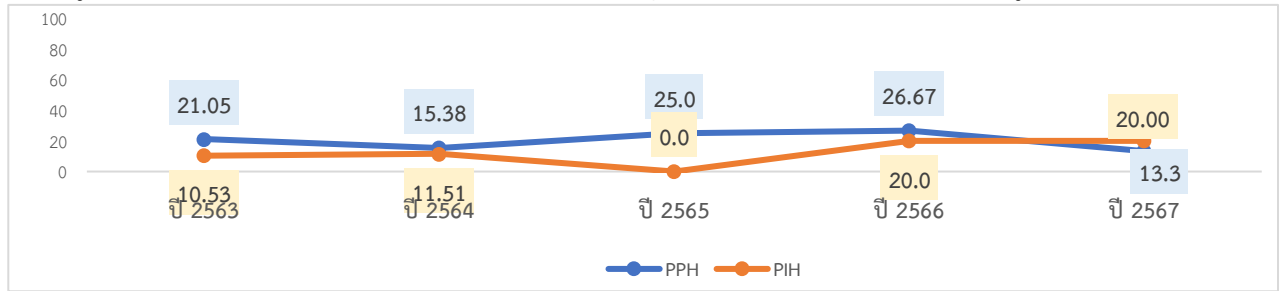
ในส่วนของการสำรวจทางด้านสุขภาพของมารดาที่ตั้งครรภ์ พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทย (Maternal mortality ratio,MMR) เปรียบเทียบตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 – 2565 พบว่ามีแนวโน้มในระดับประเทศลดลง และสูงขึ้นในปี 2564 และ 2565 เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 19 (Covid 19) และเริ่มลดลงในปี 2566 สำหรับอัตราส่วนการตายมารดาไทยของประเทศไทย เท่ากับ 21.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มสูงขึ้นและสูงกว่าค่าเป้าหมาย ตั้งแต่ ปี 2564 – 2565 เท่ากับ 38.98,31.66 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และ ลดลงในปี 2566 เท่ากับ 17.63 ต่อแสนการเกิดมีชีพ สำหรับปี 2567 พบว่า ในระดับประเทศเท่ากับ 18.63 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และเขตสุขภาพที่ 6 เท่ากับ 17.3 ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย สูงเป็นลำดับที่ 8 ของประเทศ โดยมีเขตสุขภาพที่ 4,9 และ 10 ดำเนินงานผ่านค่าเป้าหมาย (17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) (แผนภูมิที่ 2) ผลลัพธ์ในการลดการตายมารดาจากสาเหตุการเสียเลือดและ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เปรียบเทียบการดำเนินงาน 3 ปีพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2565 (แผนภูมิที่ 3)

แผนภูมิที่ 2 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทย รายเขตสุขภาพ ปี 2564 - 2567



ที่มา : dash board กรมอนามัย

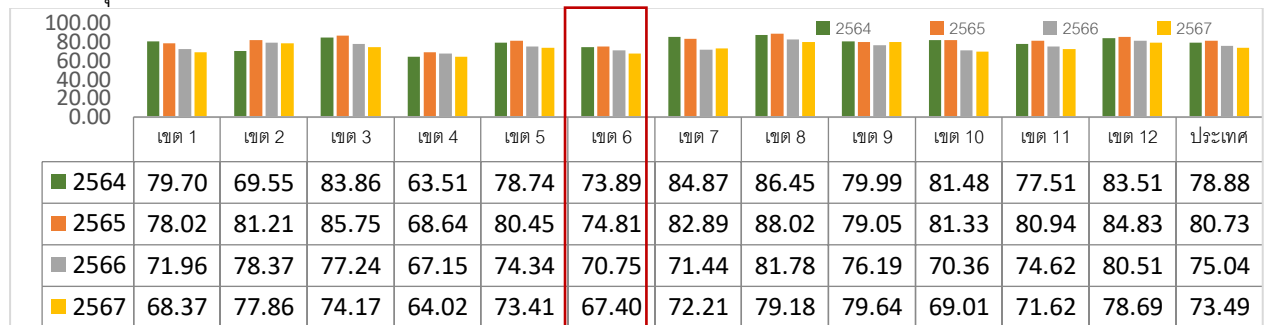
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละมารดาไทยและต่างชาติตายจากสาเหตุการเสียเลือดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์



ที่มา : รายงานการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 6 รอบ 12 เดือน ปี 2567

ปี 2564 – 2567 ผลการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพมารดา ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 6 ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 75) และมีแนวโน้มลดลง เมื่อเปรียบเทียบผลงานทั้ง 12 เขตฯ พบว่าผลการดำเนินงานปี 2567 เป็นอันดับที่ 10 ของประเทศ และลดลงเป็นส่วนใหญ่ (แผนภูมิที่ 6)

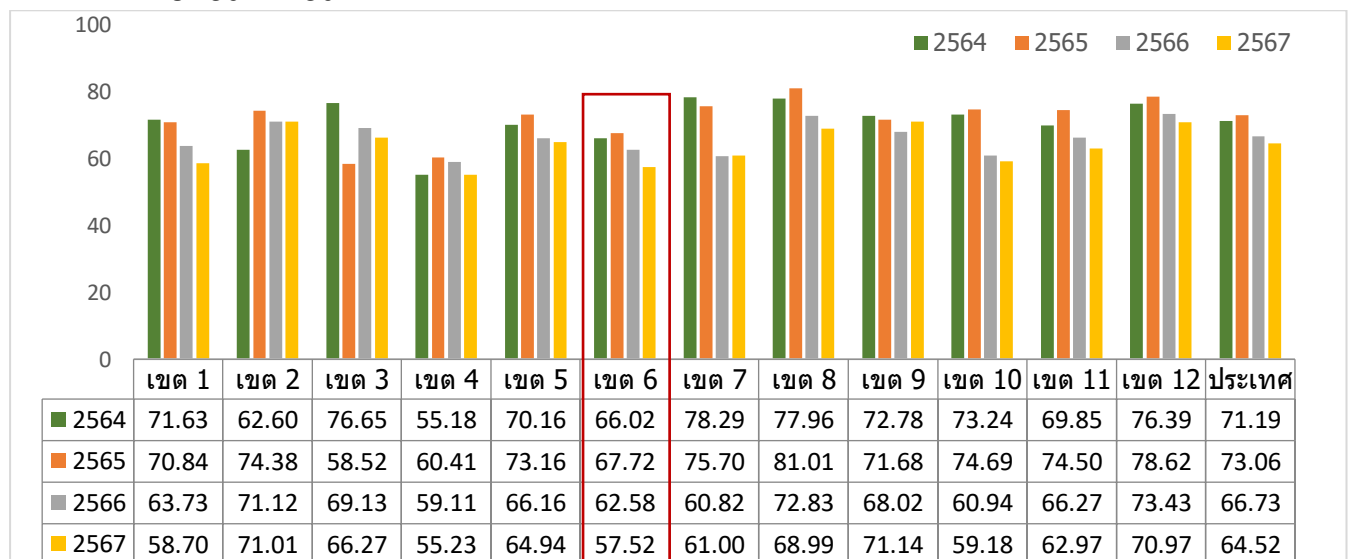
แผนภูมิที่ 6 ผลการดำเนินงานร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ รายเขตสุขภาพ ปี 2564 -2567



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2567

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ปี 2564 – 2567 เขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 66.02, 67.72, 62.58 และ 57.52 (เป้าหมาย ร้อยละ 55) เปรียบเทียบการดำเนินงาน ทั้ง 12 เขตฯพบว่า ผลการดำเนินงานเป็นอันดับที่ 11 ผ่านค่าเป้าหมาย และผ่านค่าเป้าหมายทั้ง 12 เขตสุขภาพ (แผนภูมิที่ 7)

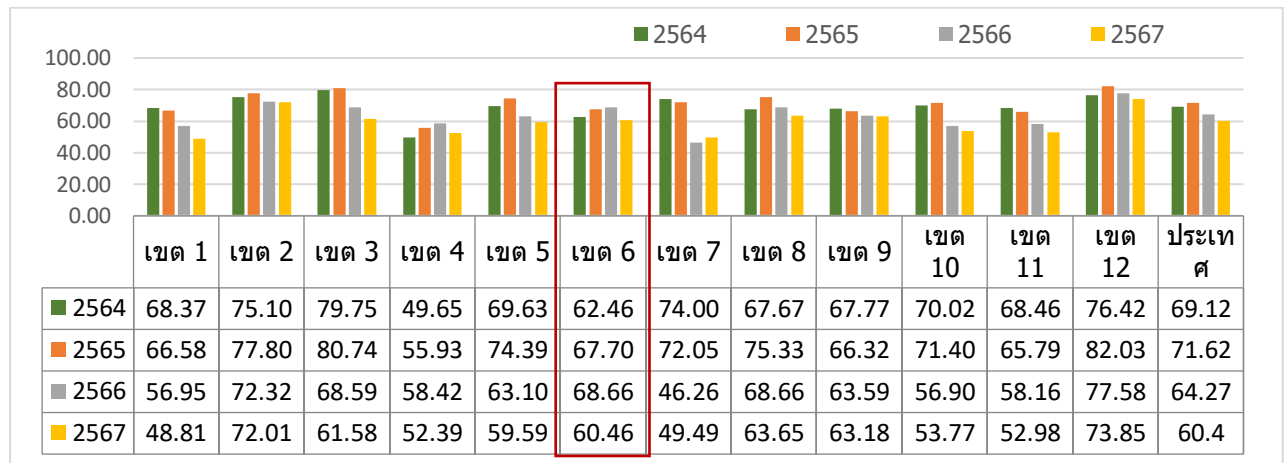
แผนภูมิที่ 7 ผลการดำเนินงานร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ รายเขตสุขภาพ ปี 2564 – 2567



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2567

หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ปี 2564 – 2567 เขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 62.46, 67.7, 68.66 และ 60.46 (เป้าหมาย ร้อยละ 75) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานเป็นอันดับที่ 6 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย และมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้พบว่าการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2564 ลดลงและไม่ผ่านค่าเป้าหมายทั้ง 12 เขตสุขภาพ (แผนภูมิที่ 8)

แผนภูมิที่ 8 ผลการดำเนินงานร้อยละหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ รายเขตสุขภาพ ปี 2564 – 2567

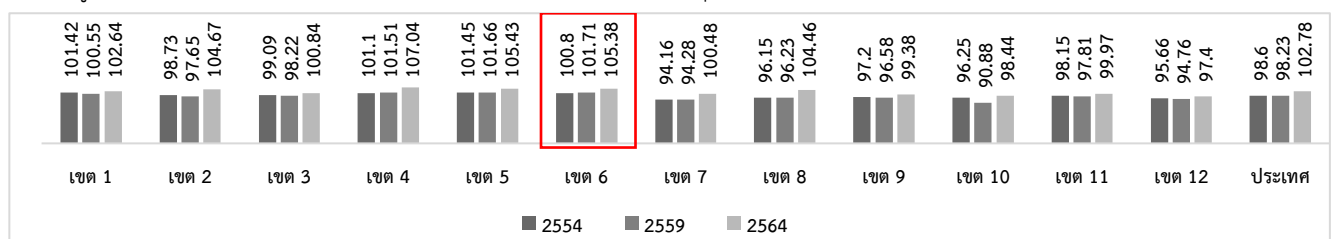


ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

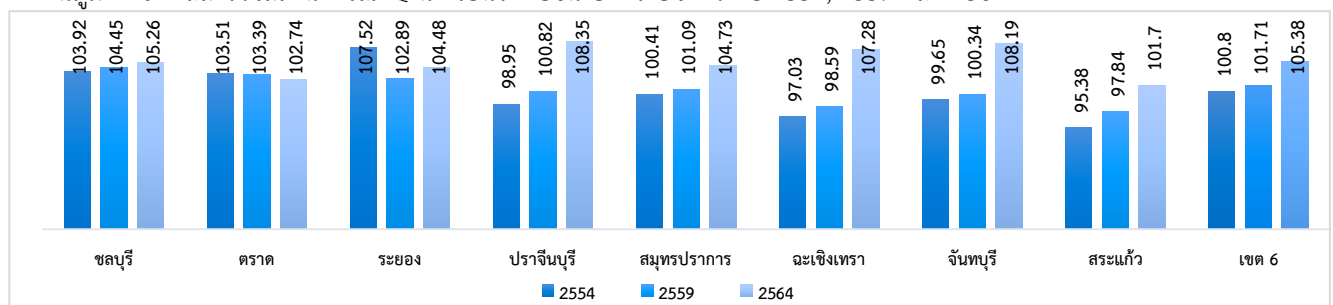
ประเด็นที่ 2 “เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน”

สถานการณ์พัฒนาการสมวัยเด็กปฐมวัย โดยการสำรวจด้วยเครื่องมือ Denver II ปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553, 2557 และ 2560 พบว่ามีแนวโน้มลดลงที่ร้อยละ 71.7, 72.0, 67.7, 73.4, 72.0 และ 67.5 ตามลำดับและเขตสุขภาพ 6 พบว่าพัฒนาการสมวัย ปี 2557 และ 2560 เท่ากับ ร้อยละ 73.7 และ ร้อยละ 85.8 ตามลำดับ สถานการณ์ด้านระดับเชาวน์ปัญญาเฉลี่ย (ไอคิว) เด็ก ป.1 ปี 2554, 2559 และ 2564 ระดับประเทศ เท่ากับ 98.6, 98.23 และ 102 ตามลำดับ (เป้าหมาย คะแนนเฉลี่ย 100) (แผนภูมิที่ 9) และเขตสุขภาพที่ 6 เท่ากับ 100.8, 101.71 และ 105.38 ตามลำดับ สูงเป็นลำดับที่ 3 ของประเทศเมื่อเทียบกับในระดับเขตสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยไอคิวมากกว่าค่าเป้าหมายที่ 100 จุด ทั้ง 8 จังหวัด (แผนภูมิที่ 10)

แผนภูมิที่ 9 ผลสำรวจสถานการณ์ IQ นักเรียนระดับชั้น ป.1 รายเขตสุขภาพ ปี 2554, 2559 และ 2564



แผนภูมิที่ 10 ผลสำรวจสถานการณ์ IQ นักเรียนระดับชั้น ป.1 รายจังหวัด ปี 2554, 2559 และ 2564

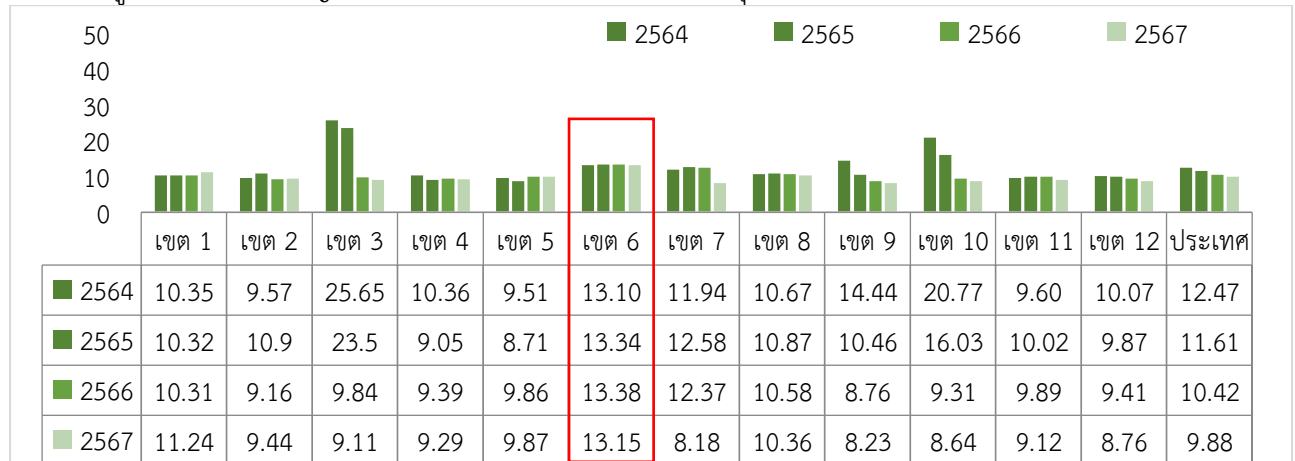


ที่มา : กรมสุขภาพจิต

สถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า

❑ อัตราการคลอดก่อนกำหนดของเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2562 โดยในปี 2564 –2566 ร้อยละ 12.46 ,13.1,13.34 และ 13.15 สูงกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 9) เปรียบเทียบทั้ง 12 เขต สูงเป็นลำดับที่ 1 ของประเทศ (แผนภูมิที่ 11)

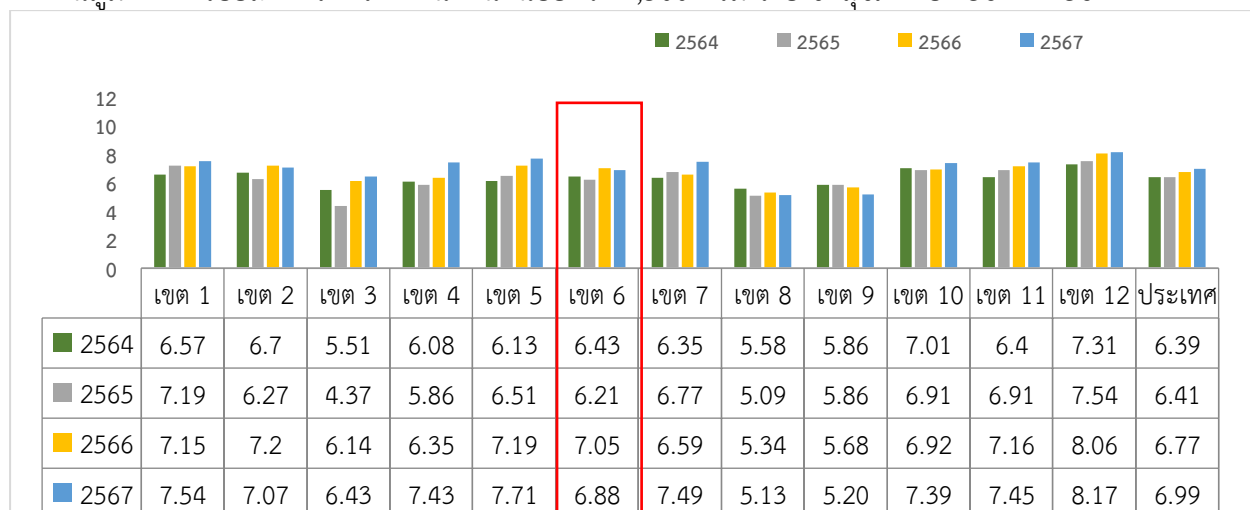
แผนภูมิที่ 11 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด รายเขตสุขภาพปี 2564 – 2567



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

❑ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มลดลงและไม่เกินค่าเป้าหมาย โดยในปี 2567 ร้อยละ 6.88 (ไม่เกินร้อยละ 7) สูงเป็นลำดับที่ 8 ของประเทศ(แผนภูมิที่ 12)

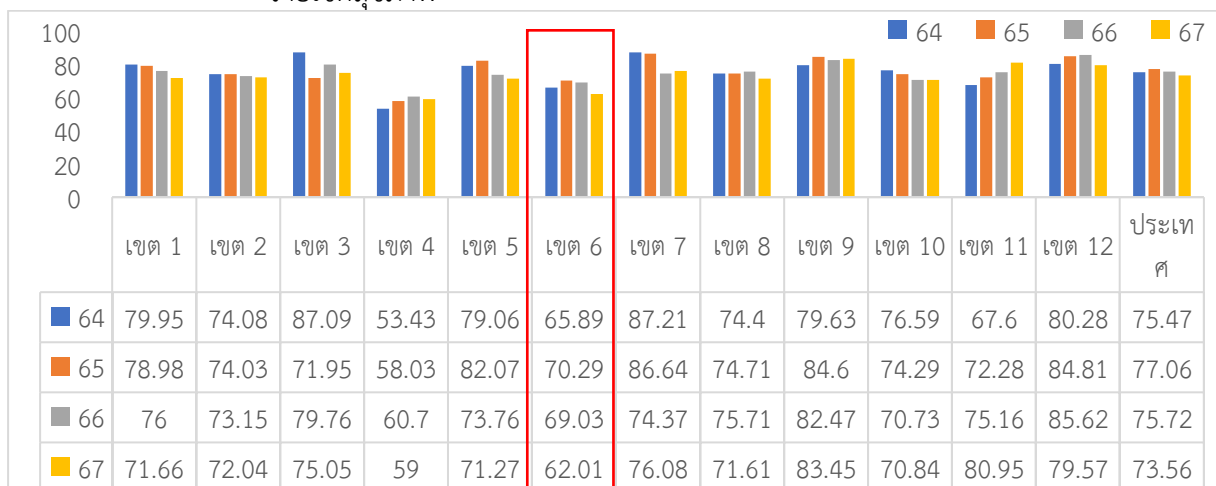
แผนภูมิที่ 12 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม รายเขตสุขภาพปี 2564 – 2567



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

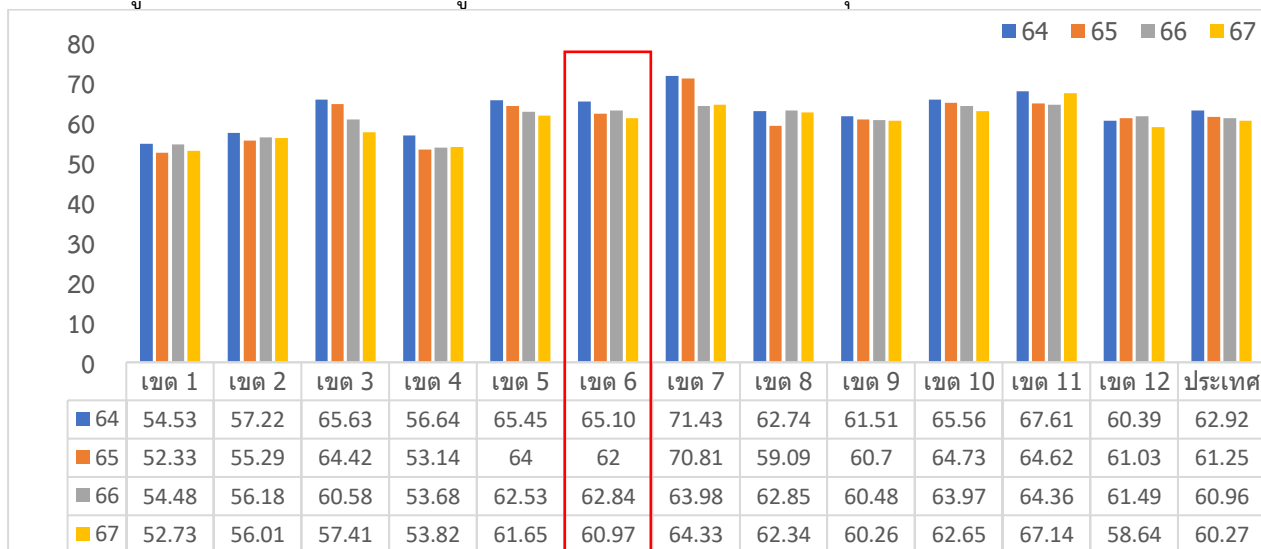
❑ ด้านภาวะโภชนาการพบว่า การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงมีความครอบคลุมในการคัดกรองของเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มลดลงปี 2564 -2567 เท่ากับร้อยละ 65.89, 70.29 , 69.03 และ 62.01 ตามลำดับ เป็นลำดับที่ 9 ของประเทศ (แผนภูมิที่ 13) สูงดีสมส่วนมีแนวโน้มลดลงเท่ากับร้อยละ 65.1,62,62.84 และ 60.97 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ร้อยละ 65) เปรียบเทียบทั้ง 12 เขตฯ เป็นลำดับที่ 11 ของประเทศ (แผนภูมิที่ 14) ส่วนสูงเฉลี่ย เมื่อเด็กอายุ 5 ปี ปี 2567 เด็กชายส่วนสูงเฉลี่ย 108.7 ซม.ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย 113 ซม.) แต่มีแนวโน้มสูงขึ้น เด็กหญิงส่วนสูงเฉลี่ย 108.13 ซม. ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย 112 ซม.) แต่มีแนวโน้มสูงขึ้น

แผนภูมิที่ 13 ร้อยละความครอบคลุมในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงของเด็กปฐมวัย ปี 2564 – 2567
รายเขตสุขภาพ



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

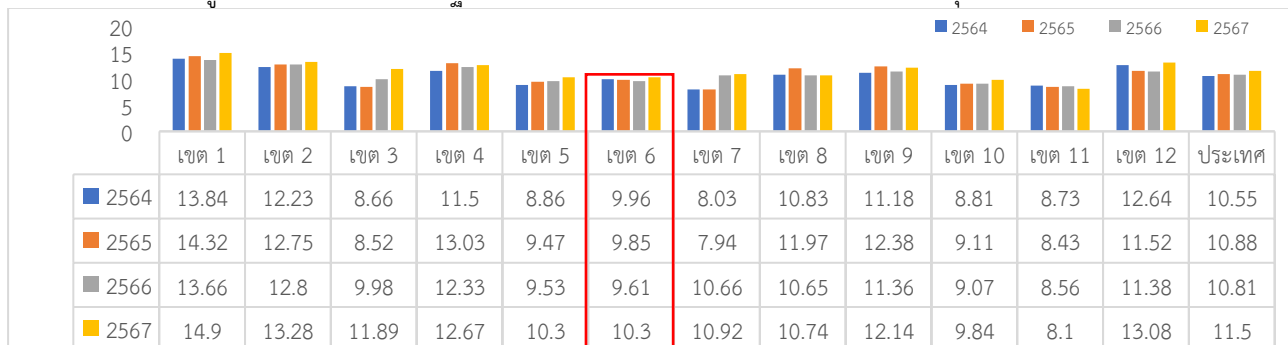
แผนภูมิที่ 14 ร้อยละเด็ก 0 – 5 ปีสูงดีสมส่วน ปี 2564 – 2567 เขตสุขภาพ



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

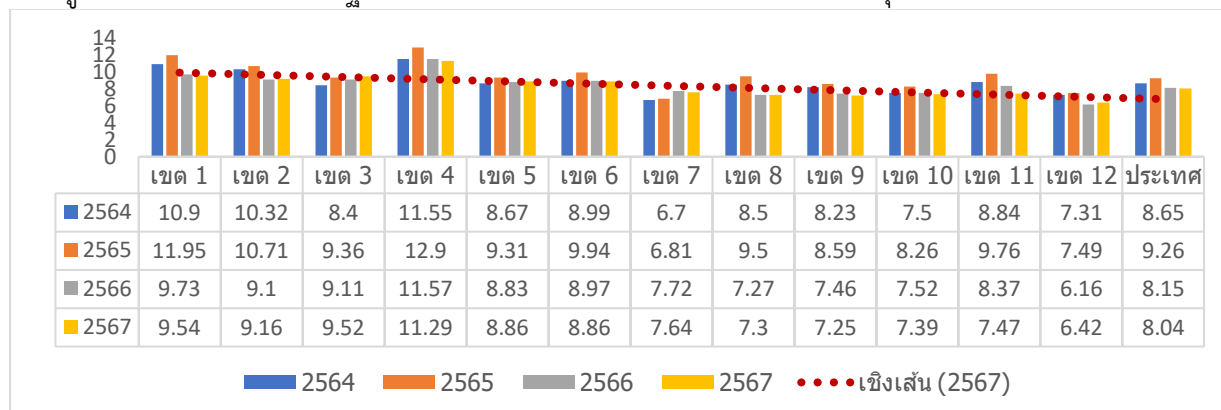
☐ สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ในเขตสุขภาพที่ 6 พบเด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ตั้งแต่ปี 2564 – 2567 มีแนวโน้มคงที่ร้อยละ 9.96 , 9.85, 9.61 และ 10.3 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (น้อยกว่าร้อยละ 10) สูงเป็นลำดับที่ 6 ของประเทศ (แผนภูมิที่ 15)

แผนภูมิที่ 15 ร้อยละของเด็กปฐมวัย 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย ปี 2564 -2567 รายเขตสุขภาพ



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

☐ เด็กปฐมวัยมีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ตั้งแต่ปี 2564 – 2567 มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 8.99 , 9.94, 8.97 และ 8.86 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 9) และสูงเป็นลำดับที่ 6 ของประเทศ (แผนภูมิที่ 16) แผนภูมิที่ 16 ร้อยละของเด็กปฐมวัย 0 – 5 ปี มีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน รายเขตสุขภาพ ปี 2564 – 2567



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

☐ เด็กปฐมวัยมีภาวะผอม ตั้งแต่ปี 2564 – 2567 มีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 4.64 , 4.85 , 5.21 และ 5.7 ตามลำดับ เปรียบเทียบทั้ง 12 เขตฯ สูงเป็นลำดับที่ 8 ของประเทศ (แผนภูมิที่ 17)

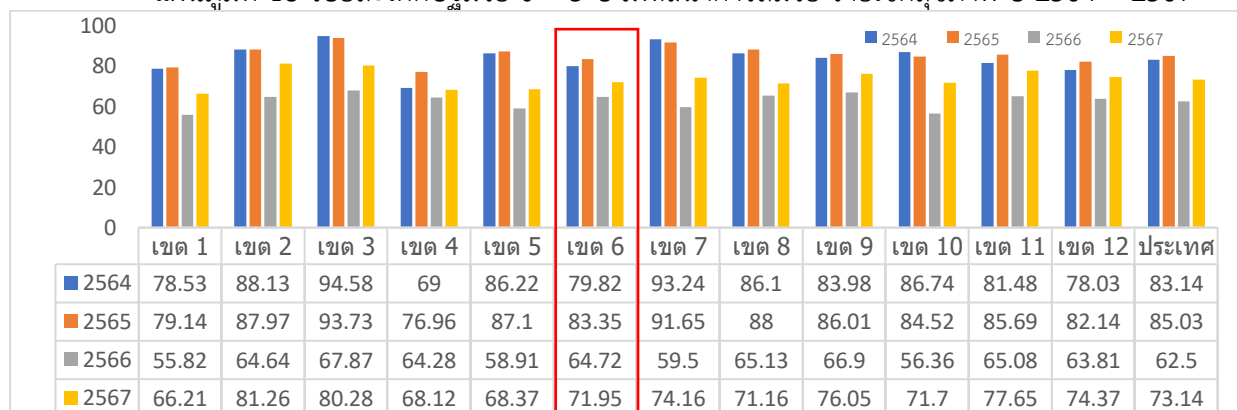
แผนภูมิที่ 17 ร้อยละของเด็กปฐมวัย 0 – 5 ปีมีภาวะผอม รายเขตสุขภาพ ปี 2564 - 2567



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

☐ ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าพัฒนาการสมวัยเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มลดลงและไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ตั้งแต่ปี 2564 – 2567 ร้อยละ 79.82 , 83.35, 64.72 และ 71.95 ตามลำดับ เปรียบเทียบการดำเนินงาน ปี 2567 สูงเป็นลำดับที่ 6 ของประเทศ (แผนภูมิที่ 18)

แผนภูมิที่ 18 ร้อยละเด็กปฐมวัย 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย รายเขตสุขภาพ ปี 2564 – 2567

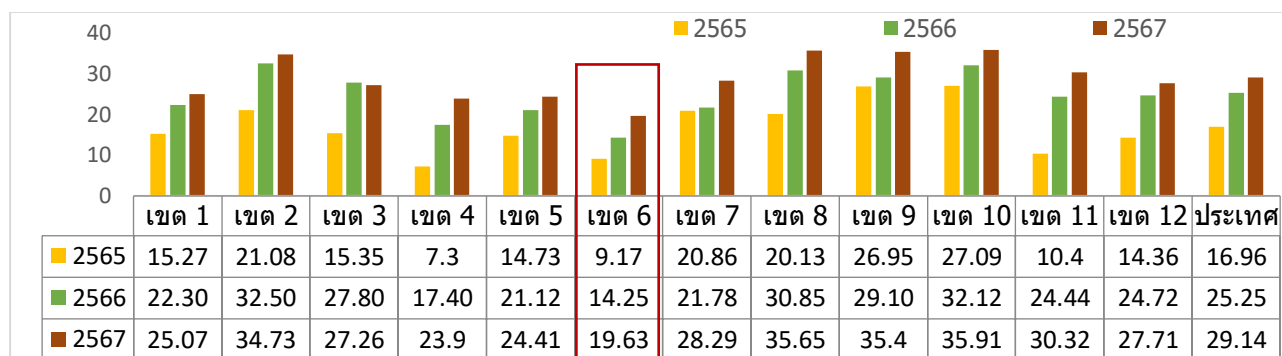


ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

ประเด็นที่ 3 “เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ”

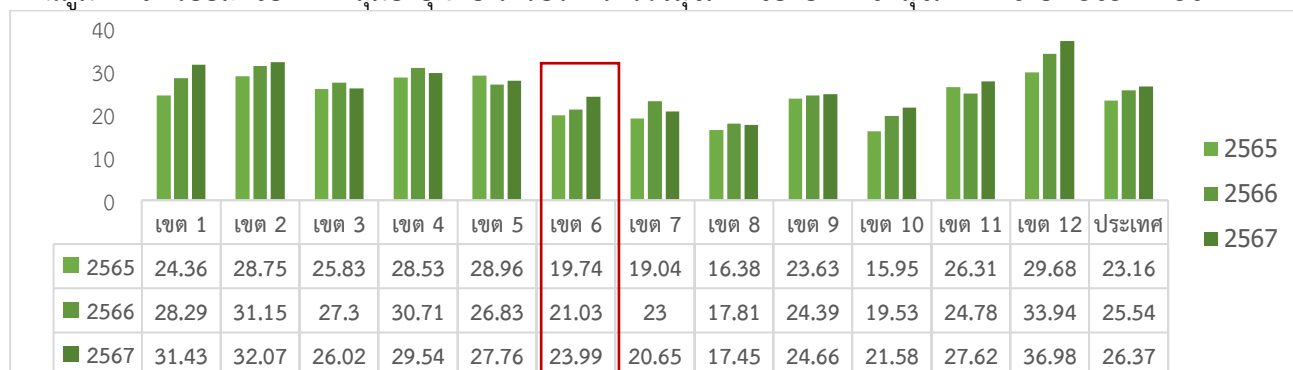
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด - 19 บริการในส่วน ของทันตกรรมได้มีการงดกิจกรรมบางบริการไป ทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันมีอัตราลดลง ทั้งนี้ ในปี 2566 พบว่ามีการดำเนินงานเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดฟันมากขึ้น เท่ากับ ร้อยละ ,9.17 ,14.25 และ 19.63 และมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายทั้ง 12 เขตฯ (ค่าเป้าหมายร้อยละ 40) ดัง แผนภูมิที่ 19

แผนภูมิที่ 19 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดฟัน ปี 2565 – 2567



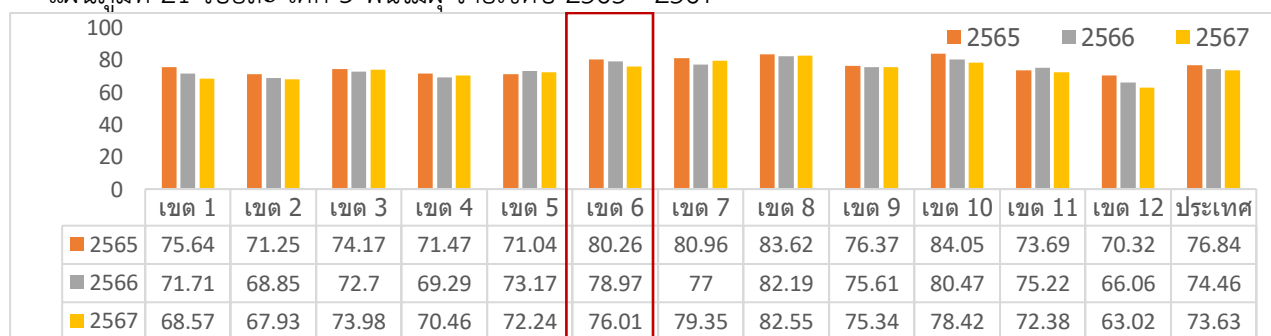
ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

เด็กกลุ่มอายุ 3 ปีมีฟันผุในฟันน้ำนม ในปี 2565 -2567 ความครอบคลุมในการบริการตรวจสุขภาพช่อง ปาก ร้อยละ 19.74 , 21.03 และ 23.99 ทั้งนี้ไม่ผ่านค่าเป้าหมายทั้ง 12 เขต (แผนภูมิที่ 20) และตรวจพบฟันผุ มี แนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละของเด็ก อายุ 3 ปีฟันไม่ผุ เขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 80.26 , 78.97 และ 76.01 ผ่านค่า เป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 75) เปรียบเทียบกับ 12 เขต เป็นลำดับที่ 4 ของประเทศ (แผนภูมิที่ 21) แผนภูมิที่ 20 ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2565 – 2567



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

แผนภูมิที่ 21 ร้อยละ เด็ก 3 ฟันไม่ผุ รายเขตปี 2565 - 2567



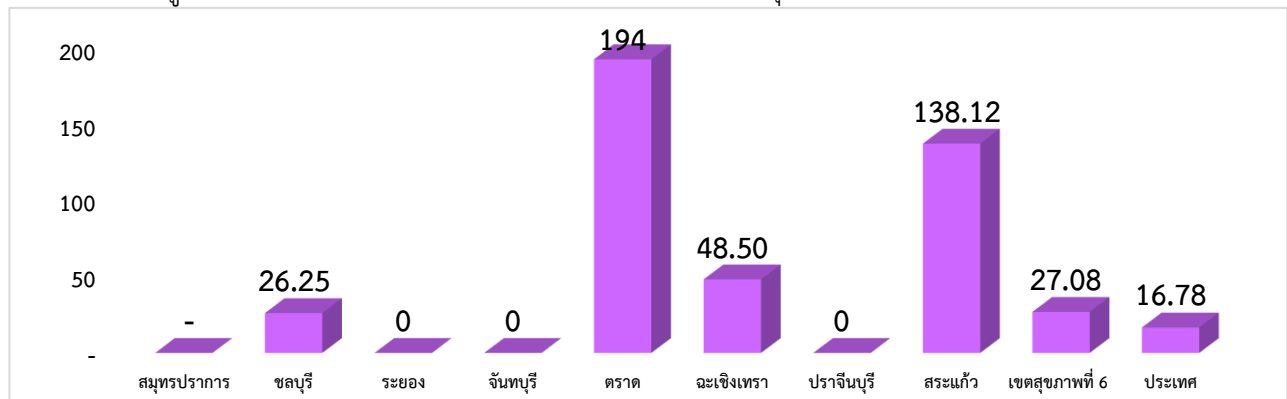
ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 30 ตุลาคม. 2567

ผลผลิต/ ผลลัพธ์ระดับ Le (Level) ของผลการดำเนินการในปัจจุบัน(ข้อมูล ณ 24 มีนาคม 2568)

สถานการณ์การตายมารดา

ในปีงบประมาณ 2568 เขตสุขภาพที่ 6 พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ 8 ราย โดยแบ่งมารดาไทย 6 ราย มารดาต่างชาติ 2 ราย และอัตราส่วนมารดาตายไทย เท่ากับ 27.08 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน จังหวัดที่มีอัตราส่วนมารดาตายไทยมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดตราด 194 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน รองลงมาคือสระแก้ว 138.12 ฉะเชิงเทรา 48.5 และชลบุรี 26.25 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่ยังไม่พบมารดาไทยตาย ได้แก่ สมุทรปราการ ระยอง จันทบุรี และปราจีนบุรี (แผนภูมิที่ 22)

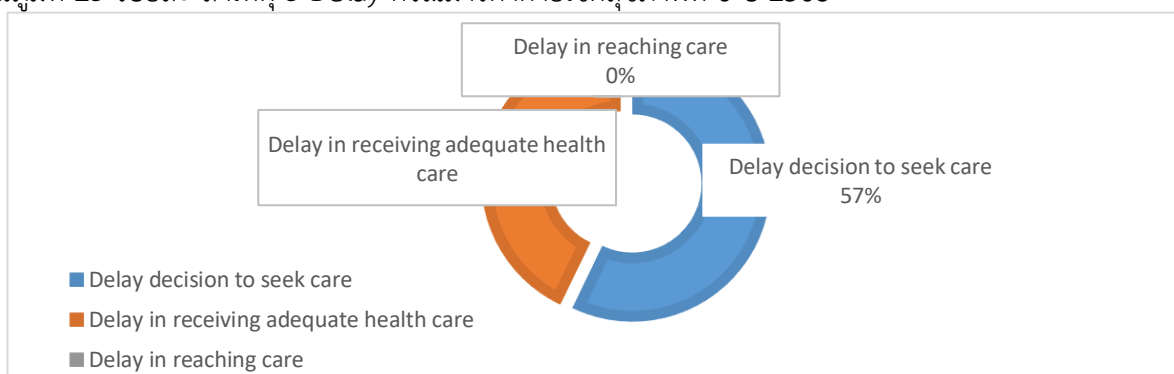
แผนภูมิที่ 22 อัตราส่วนการตายมารดาไทย รายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2568



ที่มา : รายงาน CE จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2568

จากการวิเคราะห์ 3 Delay พบปัญหาของมารดาที่เสียชีวิตได้รับการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ 43 เช่นเกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ และ เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ระบบสำรองเลือดและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้งาน และพบ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ 57 เช่น ผ่าครรภ์ล่าช้า ผ่าครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่ผ่าครรภ์เลยเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ และไม่พบความล่าช้าทางด้านการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) (แผนภูมิที่ 23)

แผนภูมิที่ 23 ร้อยละ สาเหตุ 3 Delay กรณีมารดาตายเขตสุขภาพที่ 6 ปี 2568



ที่มา : รายงาน CE จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2568

การดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 6

- จัดระบบในการเฝ้าระวังและทบทวนการสาเหตุการตายมารดาตามผัง 6 ขั้นตอนตามแนวทางของ WHO พบว่าทุกจังหวัดที่มีมารดาตาย มีการทบทวนการตายมารดาโดยเมื่อเกิดมารดาตายจากสถานพยาบาลทุกแห่ง และมีการดำเนินงานไปตามขั้นตอน ดังนี้

1.1การระบุและการแจ้งเหตุ (Identify deaths) โดย โรงพยาบาลที่มีมารดาตายแจ้งข้อมูล มารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการรพ. นายแพทย์สสจ. และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมงดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) และแก้ปัญหา เบื้องต้น

● สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา(ศูนย์อนามัยที่ 6) ภายใน 24 ชั่วโมง และส่งรายงาน CE-62 และรายงานการทบทวนมารดาตาย/แนวทางการจัดการ ความเสี่ยงแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา (ศูนย์อนามัยที่ 6) ภายใน 30 วัน โดยสรุปรายงานการแจ้งสาเหตุการตาย เบื้องต้นดังนี้

จังหวัด	วันที่เสียชีวิต	Dx.	หมายเหตุ
ชลบุรี	1พ.ย.67 (ลาว)	Post cardiac arrest with ruptured left ectopic pregnancy <u>หลังทำ RCA</u> : Rupture ectopic pregnancy	รพ.ชลบุรี รับ refer จาก รพ.เมืองพัทยา
	25พ.ย.67	PIH (Pregnancy induced hypertension)	รพ.แหลมฉบัง
	31ธ.ค.67	Hypoplastic coronary artery disease	เสียชีวิตที่บ้าน ชันสูตร รพ.ชลบุรี
สระแก้ว	26ธ.ค.67	pneumonia	รพ.สระแก้ว
	30 ม.ค.68	Unknow	รพ.สระแก้ว รับ refer จาก รพ.วังสมบูรณ์
ฉะเชิงเทรา	7 ม.ค.68	Venous complications : APS c Autoimmune diseases	รพ.พุทธโสธร รับ refer จาก รพ.บางคล้า
จันทบุรี	3 ม.ค.68 (กัมพูชา)	Eclampsia	รพ.พระปกเกล้า รับ refer จาก รพ. มะขาม
ตราด	11ก.พ.68	acute heart failure	รพ.ตราด

● การดูแล และเฝ้าระวัง ภาวะสุขภาพตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์โดยหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความพร้อมที่จะตั้งครรภ์ ตลอดการตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ หรือรายที่มีความเสี่ยงได้รับการจัดการความเสี่ยงให้ลดลง ระยะคลอดได้คลอดในสถานบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย รวมถึงหลังคลอดมารดาและทารกได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะเสี่ยงต่อชีวิต ด้วย 4P (4 -Plan) for Prevent MMRสู่ การเกิดอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย P1: Plan of pregnancy P2 : Plan of ANC P3 : Plan of delivery . P4 :Plan of postpartum care พบว่าจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 มีการดำเนินงาน ดังนี้

P1 : Plan of pregnancy มีการจัดคลินิกบริการส่งเสริมการมีบุตรและรักษาภาวะมีบุตรยาก โดยมี รพ.จังหวัดที่ดำเนินการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกได้ 6 แห่ง คือ รพ.ชลบุรี รพ.พระปกเกล้า รพ.ระยอง รพ.พุทธโสธร รพ.สมุทรปราการ และรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีการขับเคลื่อนงานเชิงรุกไปในชุมชน โดยเชิงรุกไปในโรงงานและสถานประกอบการด้วยกิจกรรมสาวไทยแถมแดง ทั้งนี้มีการขับเคลื่อนทั้ง 8 จังหวัด ให้มี Best Practiceในการดำเนินงานอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อป้องกันท้องไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่น ผ่านการดำเนินงานตามมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ และมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มีหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ภาครัฐ/เอกชนทั้ง 8 จังหวัด ทั้งนี้สรุปประเด็นการขับเคลื่อนการจัดบริการ คลินิกส่งเสริมการมีบุตรและรักษาภาวะมีบุตรยาก ปี 2568 ดังนี้

จังหวัด	รพ.ทั้งหมด		ระดับบริการ	
	รพช.	รพศ./รพท.	Level 1	Level 2
สมุทรปราการ	5	1/1	6	1
ชลบุรี	9	1/2	11	1
ระยอง	6	1/2	8	1
จันทบุรี	11	1	11	1
ฉะเชิงเทรา	10	1	10	1
ปราจีนบุรี	5	1/1	6	1
สระแก้ว	7	1/1	9	0
ตราด	6	1	8	0
เขต	57	16	67	6

P2 : Plan of ANC มีการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานด้านอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยมุ่งเน้นให้โรงพยาบาลระดับจังหวัดได้รับการประเมินมาตรฐานให้ครบทั้ง 8 จังหวัด การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ พบว่าด้านคุณภาพการฝากครรภ์พบว่าการวางระบบในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และการจัดหน่วยบริการหรือรพ.เพื่อรับส่งต่อในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นครรภ์เสี่ยงทั้งด้านสูติกรรมและอายุรกรรม ในมารดากลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด มีการจัดทำแนวทางในการดูแลรักษาและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงคลอดก่อนกำหนด และกำกับติดตามผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด(MCH Board)ในทุกจังหวัด

P3 : Plan of delivery ควบคุมคุณภาพบริการผ่านการประเมินมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพวางระบบ One Province One Labor Room โดยแต่ละจังหวัดมีรูปแบบในการบริหารจัดการตามศักยภาพโดยมีการจัด Node ในการดูแลและรับส่งต่อ ได้แก่ จังหวัด ชลบุรี ระยอง สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรีและสระแก้ว และจังหวัดที่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งส่งมาโรงพยาบาลจังหวัดได้แก่ จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดตราดพบว่า โรงพยาบาลพระปกเกล้าและโรงพยาบาลชลบุรี มีการใช้โปรแกรมในการส่งต่อและรายงานอาการผู้รับบริการในห้องคลอด เช่น App.PPK1 ของรพ.พระปกเกล้า และรพ.ชลบุรีกำลังพัฒนาระบบการรายงานออนไลน์โดยโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีบริการคลอดรายงานสถานการณ์ห้องคลอดให้โรงพยาบาลชลบุรีได้รับทราบข้อมูลผู้มาคลอดในแต่ละเวรในทุกวัน และมาตรการระดับเขตให้มารดาที่เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดให้มีการส่งต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ รวมถึงในมารดาที่มีภาวะฉุกเฉินและเกินศักยภาพของรพ.ที่เป็นหน่วยรับส่งต่อหรือรพ.ลูกข่าย ให้ส่งต่อแบบ Fast Tract ได้เลยทันที โดยมีมาตรการการดำเนินงานในระดับเขต ดังนี้

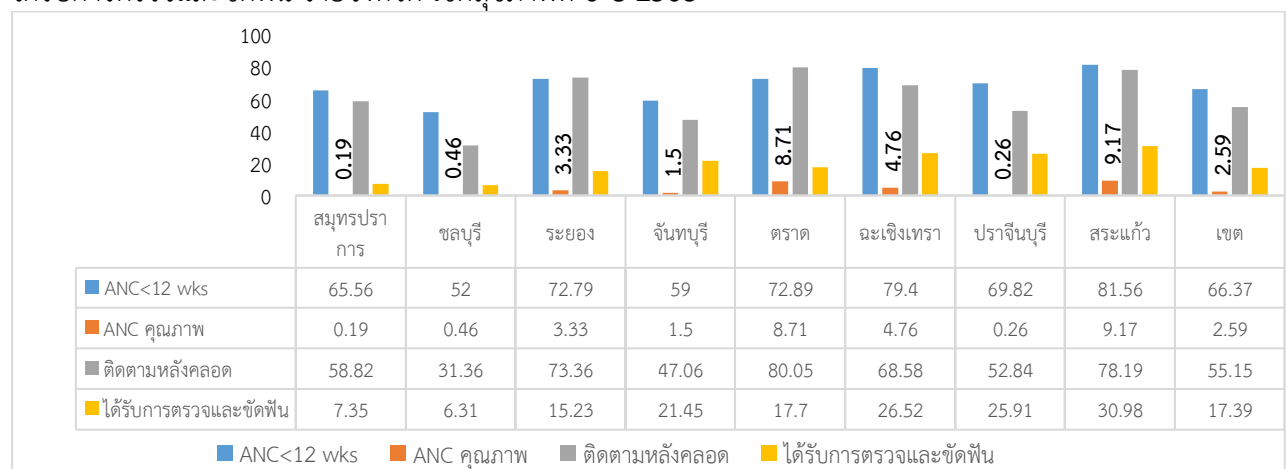
1. LR คุณภาพ มี Protocol/CPG/standing order ตามบริบทของ จังหวัด
 - การให้ยาต้านที่หลังคลอด (syntocinon)
 - การใช้ถุงรองเลือด ประเมินการตกเลือด
 - กรณีมีการตกเลือดแล้ว ใช้วิธีcondom balloon temponade
2. Quality referral system
 - Refer PPH Push ให้เลือดที่มีทั้งหมดมา รพ.ที่รับrefer จองเลือดไวรอ
 - Case Ectopic รพ.ที่มีสูติแพทย์ควรset OR ไม่ต้องรอ refer
 - กรณี Placenta previa ให้ refer รพ. Node ถ้าสูติแพทย์ไม่เพียงพอ การสำรองเลือดไม่เพียงพอให้ส่งต่อรพ.แม่ข่าย

P4 :Plan of postpartum care ทั้ง 8 จังหวัดใช้ระบบการติดตามผ่าน Thai COC โดยมาตรฐานในการติดตามมารดาหลังคลอดครั้งที่ 1 เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก)ในสัปดาห์แรกอายุบุตรไม่เกิน 7 วัน นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 2 เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก) ในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 3 เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก) ตั้งแต่บุตรอายุ 16 วันแต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด

โดยรพ.ที่มีคลอดส่งรายงานการติดตามไปยังสสอ.และประสานรพ.สต.ที่อยู่ในพื้นที่เยี่ยมติดตาม ทั้งนี้ในจังหวัดที่รพ.สต.มีการโอนย้ายไปสังกัดอบจ.พบว่า รพ.สต.ยังมีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอดแต่อาจจะพบปัญหาเรื่องการบันทึกข้อมูลในระบบไม่ได้ เช่น รพ.สต.เข้รหัส HDC ไม่ได้ ทำให้ข้อมูลในระบบรายงาน Health Data Center ค่อนข้างต่ำ

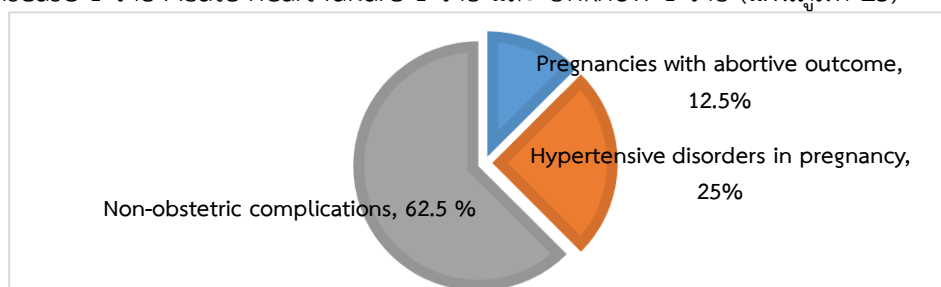
- มีการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันการตายมารดา พบว่าการฝากครรภ์เร็วและการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เป็นปัจจัยที่ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดา โดยมีตัวชี้วัดและกำกับติดตาม คือ การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ พบว่าผลการดำเนินงานของเขตฯ 6 ร้อยละ 68.7 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 40) การฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 2.59 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 30) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ร้อยละ 55.15 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80) และประเด็นติดตามการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ 17.39 (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 60) รายละเอียดรายจังหวัดตาม แผนภูมิที่ 24

แผนภูมิที่ 24 ร้อยละการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพ การติดตามหลังคลอดและหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจและขัดฟัน รายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2568



ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข 24 มีนาคม 2568

- มาตรการ การทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาต้องทำทุกรายโดย รพ./สถานบริการสาธารณสุขที่พบมารดาตายต้องทำการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายพร้อมทั้งวางแผนการหรือแนวทางในแก้ไขภายใน 7 วัน และการทบทวนในระดับเขตสุขภาพให้ได้ทุกรายซึ่งมีกำหนดการจำนวน 3 ครั้งต่อปีเพื่อวางแผนทางในระดับเขตสุขภาพ(ในประเด็นที่เป็นปัญหาร่วมและต้อง Sharing ทรัพยากรร่วมกัน) พบว่า เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM จะเห็นว่า ในปี 2568 มีมารดาไทยและต่างชาติ ตายสาเหตุทางตรง (Direct cause) 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 ได้แก่ กลุ่ม1.Pregnancies with abortive outcome (Ectopic pregnancy 1 ราย) ร้อยละ 12.50 กลุ่ม2. Hypertensive disorders in pregnancy ร้อยละ 25 (Eclampsia 1 ราย Pregnancy induced hypertension 1 ราย) และสาเหตุทางอ้อม 4 ราย ร้อยละ 50 ได้แก่ กลุ่ม7 Non-obstetric complications ร้อยละ 50 (Venous complications : APS 1 ราย,Pneumonia 1 ราย ,Hypoplastic coronary artery disease 1 ราย Acute heart failure 1 ราย และ Unknow 1 ราย (แผนภูมิที่ 25)

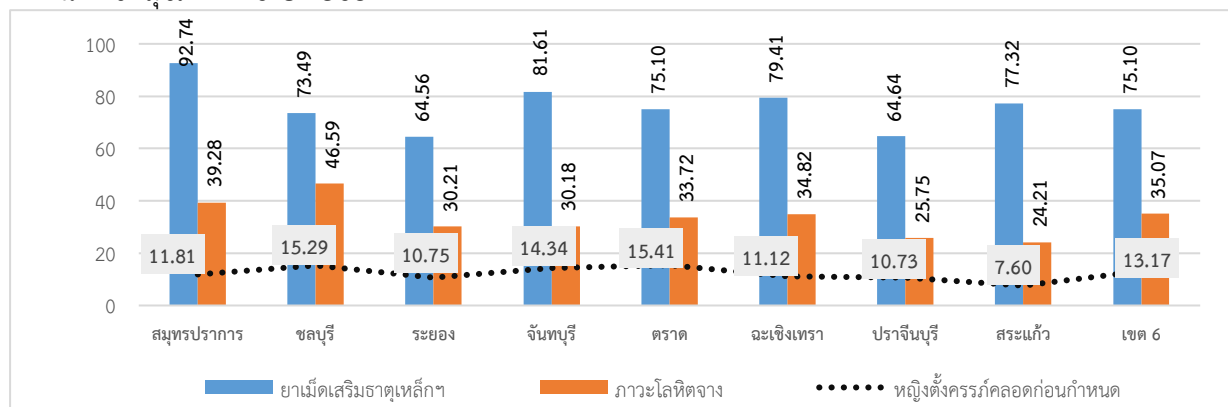


แผนภูมิที่ 25 สาเหตุการตายมารดาไทยและต่างชาติตาม ICD-MM เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2568

สถานการณ์ด้าน“เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน”

- ภาวะสุขภาพมารดาในขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดและเด็กปฐมวัยได้แก่ การได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีนที่เพียงพอในขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง และหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า การได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของเขตฯ 6 ร้อยละ 75.10 (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85) และไม่ผ่านค่าเป้าหมาย จำนวน 7 จังหวัด ทั้งนี้จังหวัดที่ดำเนินการได้ดีและผ่านค่าเป้าหมาย คือ จังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ 92.74 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 35.07 ซึ่งถือว่าความรุนแรงของภาวะโลหิตจางอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 20) ทั้งนี้ผลการดำเนินงานไม่ผ่านค่าเป้าหมายทั้ง 8 จังหวัด และหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 13.7 (ค่าเป้าหมายร้อยละ 8) จังหวัดสระแก้วดำเนินการได้ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ 7.60 (แผนภูมิที่ 26)

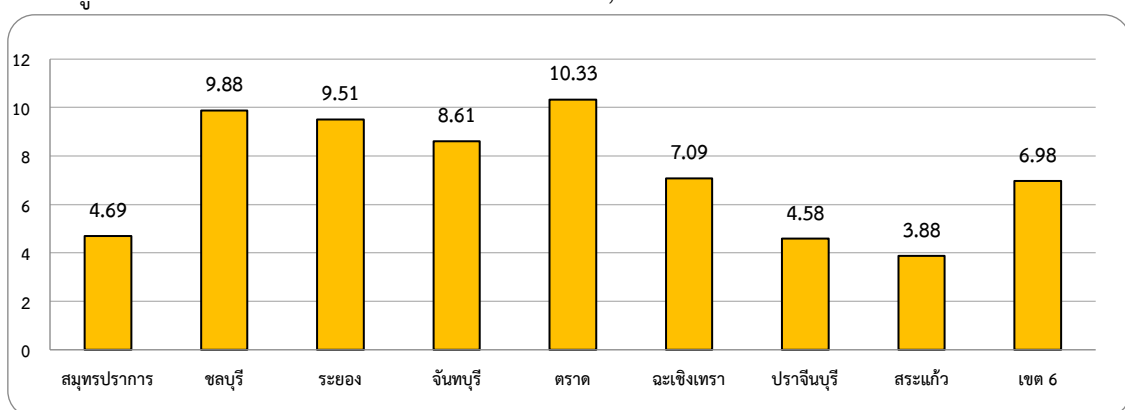
แผนภูมิที่ 26 ร้อยละ หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน มีภาวะโลหิตจางและคลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2568



ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข 24 มีนาคม 2568

- ภาวะสุขภาพทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตฯ6 ปี 2568 เท่ากับ ร้อยละ 6.98(ค่าเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 7) และมีจังหวัดที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย คือ จังหวัดสมุทรปราการ ปราจีนบุรีและจังหวัดสระแก้ว ที่ร้อยละ 4.69 , 4.58 และ 3.88 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 27)

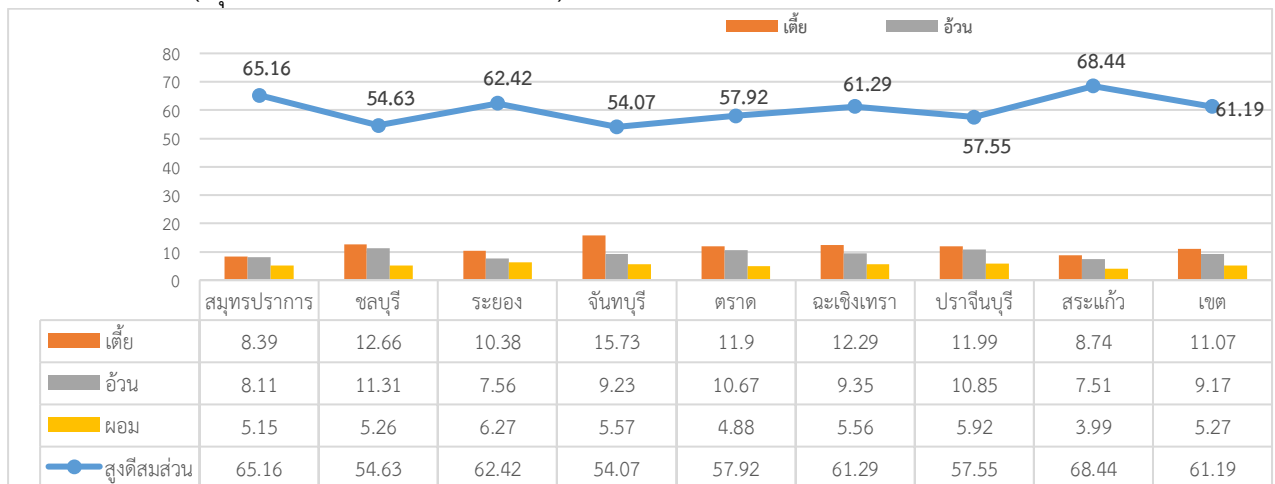
แผนภูมิที่ 27 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เขตฯ 6 ปี 2568



ที่มา : HDC กระทรวงสาธารณสุข 24 มีนาคม 2568

- ในปี 2568 พบว่าภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยใน เขตสุขภาพที่ 6 สูงดีสมส่วน เท่ากับร้อยละ 61.19 จังหวัดที่ดำเนินการได้ดีและผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ 68 คือ จังหวัดสระแก้ว ร้อยละ 68.44 ภาวะเตี้ย ร้อยละ 11.07 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ($\leq$ ร้อยละ 9) ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 9.17 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 8) ภาวะผอม ร้อยละ 5.25 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 5) (แผนภูมิที่ 28)

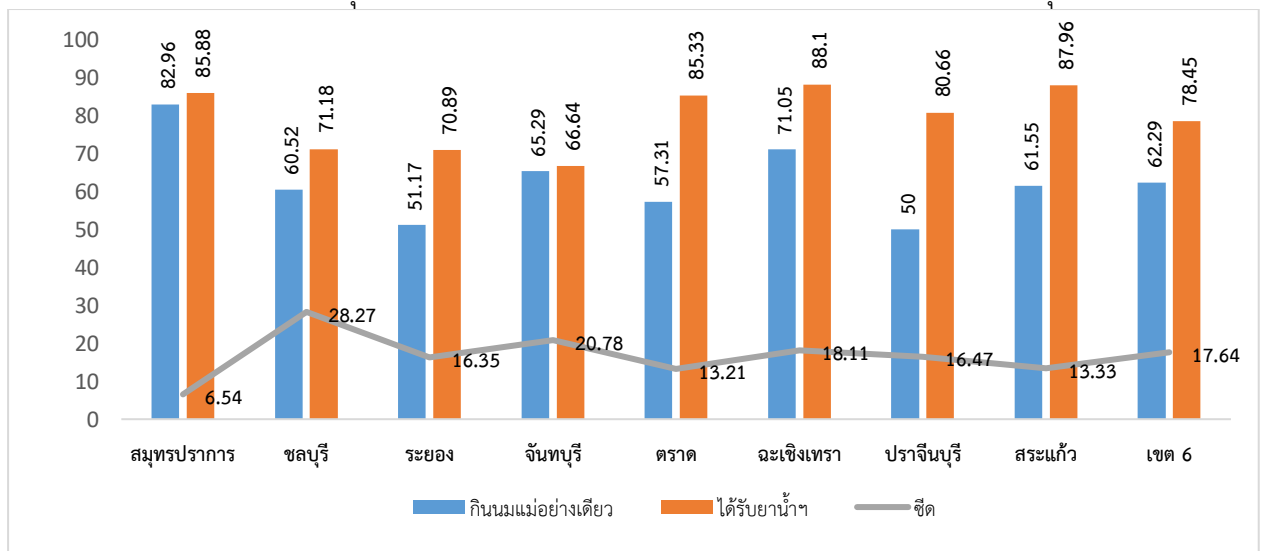
แผนภูมิที่ 28 ภาพโฆษณาการเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในปีงบประมาณ 2567 เขตฯ 6
(ตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568)



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 24 มีนาคม 2568

● การสนับสนุนให้พื้นที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ตั้งแต่แรกเกิด – 6 เดือน ร้อยละ 62.29 และส่งเสริมให้มีการจ่ายน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6 เดือน – 5 ปีอย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำโครงการขอจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 6 เพื่อจ่ายให้กับหน่วยบริการที่มีการจ่ายน้ำเสริมธาตุเหล็กให้เด็ก 6 เดือน – 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 – 2564 ทำให้อัตราการได้รับ น้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็ก 6 เดือน – 5 ปี ของเขตสุขภาพที่ 6 มากกว่า ร้อยละ 80 มาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี 2565 -2567 เท่ากับ 87.25 ,84.23 ,81.29 และในปี 2568 เท่ากับร้อยละ 78.45 ทั้งนี้ความครอบคลุม ในการจ่ายน้ำเสริมธาตุเหล็กสามารถดำเนินการได้ดี ส่งผลให้ภาวะซีดในเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ในเขตสุขภาพที่ 6 มีอัตราการลดลงต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ตั้งแต่ปี 2564 – 2566 ร้อยละ 14.65,15.13,18.44 และสูงขึ้นในปี 2567 ร้อยละ 21.87 ในปี 2568 (ตุลาคม 2567 – 24 มีนาคม 2568) เท่ากับ ร้อยละ 17.64 (เป้าหมายร้อยละ 20)(แผนภูมิที่ 29)

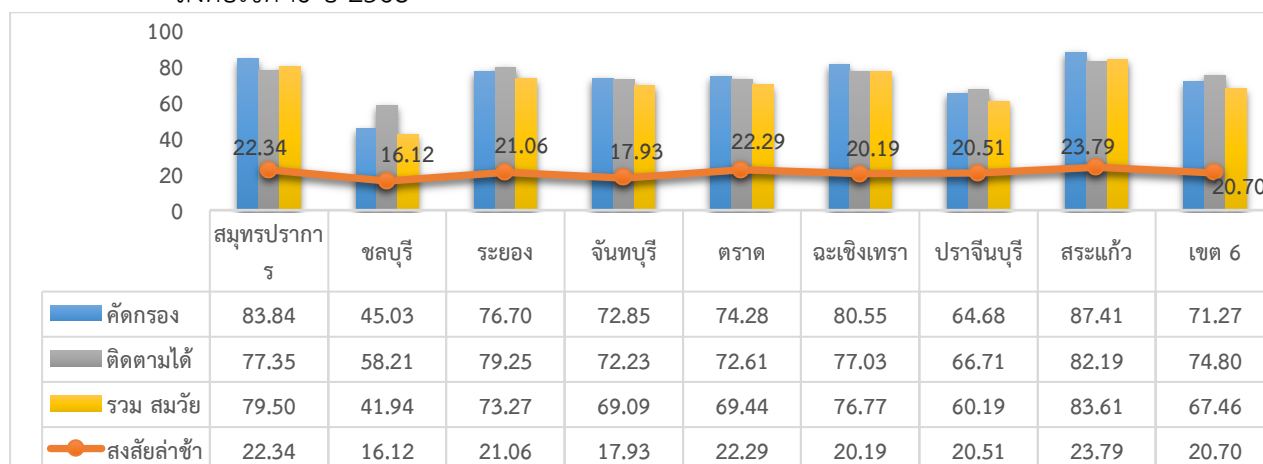
แผนภูมิที่ 29 ร้อยละเด็กแรกเกิด – 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละของเด็ก 6 เดือน – 5 ปี ได้รับน้ำ เสริมธาตุเหล็กเขตฯ6 และเด็ก 12 เดือนมีภาวะโลหิตจาง ปี 2568 เขตสุขภาพที่ 6



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 24 มีนาคม 2568

- การติดตามด้านการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ special pp ของเขตฯ ปี 2568 พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ เขตฯ ร้อยละ 71.21 คัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 20.70 เด็กที่พบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามส่งต่อ ร้อยละ 74.80 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 90) ผลการดำเนินงานไม่ผ่านค่าเป้าหมาย และเด็กปฐมวัย 0 – 5 ปีมีพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 67.46 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (แผนภูมิที่ 30)

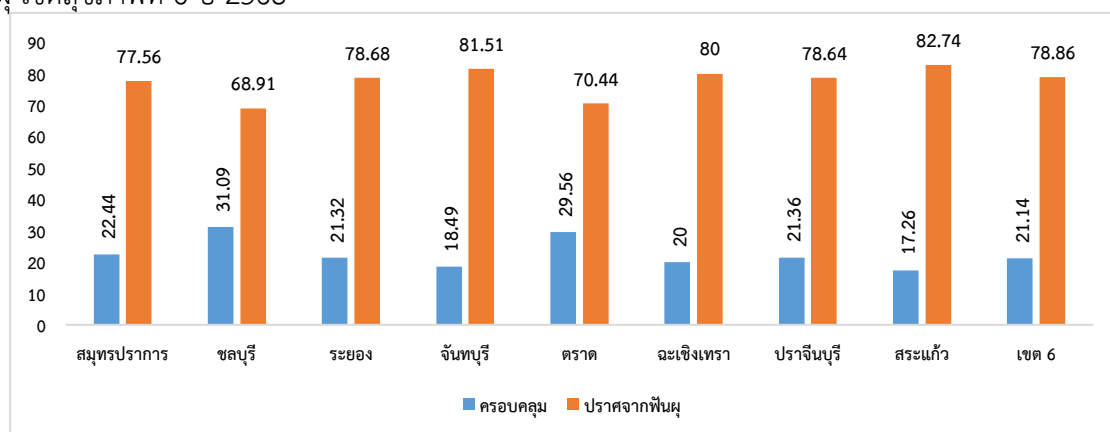
แผนภูมิที่ 30 ร้อยละการคัดกรองพัฒนาการเด็ก คัดกรองพบสงสัยล่าช้า สงสัยล่าช้าได้รับการติดตามและ ส่งต่อเขตฯ6 ปี 2568



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 24 มีนาคม 2568

- ปี 2568 ความครอบคลุมในการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 21.14 ทั้งนี้ไม่ผ่านค่าเป้าหมายทั้ง 8 จังหวัด และตรวจพบฟันผุ มีแนวโน้มสูงขึ้น และเด็ก อายุ 3 ปีฟันไม่ผุ เขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 78.86 ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 75) (แผนภูมิที่ 31)

แผนภูมิที่ 31 ร้อยละความครอบคลุมในการบริการตรวจสุขภาพช่องปากและเด็กอายุ 3 ปี ปราศจาก ฟันผุ เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2568



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 24 มีนาคม 2568