

เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3.4 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

- ประกอบด้วย
1. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและทารก
 2. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็ก 0-5 ปี
 3. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน
 4. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยรุ่น
 5. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
 6. พัฒนาระบบทันตกรรมป้องกันทุกกลุ่มวัย

1. พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและทารก

1. สถานการณ์

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลมารดาและทารกแรกเกิดตายจังหวัดอุดรดิตถ์

รายละเอียด	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
- เด็กเกิดมีชีพ (ราย)	2,321	2,203	2,292
- มารดาตาย (ราย)	1	0	1
- อัตราส่วนมารดาตายเป็นต่อการเกิดมีชีพแสนคน	43.08	0	43.86
- อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดเป็น 0	0	0	0
- ทารกแรกเกิดตาย 0 – 28 วัน (ราย)	2	4	6
- อัตราตายต่อการเกิดมีชีพพันคน	0.80	1.82	2.62

ที่มา : ข้อมูลการคลอดจากสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์ ณ 30 ก.ย.66

จากตารางที่ 1 ข้อมูลมารดาและทารกแรกเกิดตาย จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า สถานการณ์เด็กเกิดมีชีพ 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2564 – 2566) เท่ากับ 2,321, 2,203 และ 2,292 ตามลำดับ ข้อมูลมารดาตาย พบว่า มีมารดาตายในปี 2564 จำนวน 1 ราย สาเหตุจากการติดเชื้อ Severe COVID-19 Pneumonia With Hypoxia และปี 2566 จำนวน 1 ราย สาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ และอัตราทารกแรกเกิดตาย 3 ปี ย้อนหลัง (ปี 2564 – 2566) เท่ากับ 0.80, 1.82 และ 2.62 ตามลำดับ โดยมีสาเหตุการตาย ดังนี้

ปี 2564 พบทารกเสียชีวิต 2 ราย คลอด Term 1 รายและ Preterm 1 ราย ดังนี้ รายที่ 1 มารดาอายุ 37 ปี GA 38 wk BW 1,810 gm ทารกเสียชีวิตด้วย Trisomy 18 และรายที่ 2 ทารก Preterm 27 wk BW 720 gm เสียชีวิตด้วย Severe RDS with Neonatal Sepsis

ปี 2565 พบทารกเสียชีวิต 4 ราย คลอด Term 2 รายและ Preterm 2 ราย ดังนี้ รายที่ 1 GA 37 wk BW 3,220 gm ทารกเสียชีวิตด้วย Birth injury with subgaleal hemorrhage with adrenal gland hemorrhage with hypovolemic shock and adrenal shock ร่วมกับภาวะ Birth asphyxia และ Neonatal sepsis รายที่ 2 มารดาวัยรุ่น 17 ปี Preterm GA 26 wk BW 700 gm ทารกเสียชีวิตด้วย Septic shock with DIC รายที่ 3 GA 40 wk BW 2,965 gm มารดา PROM ทารกเสียชีวิตด้วย Severe Birth Asphyxia (Apgar 1-1), HIE, Cardiogenic shock, Respiratory Failure, Sepsis และ Severe Metabolic Acidosis และ รายที่ 4 GA 34 wk BW 2,290 gm มารดา PROM คลอด C/S due to Maternal Syphilis ทารกเสียชีวิตด้วย Congenital Syphilis และ Severe Birth Asphyxia

ปี 2566 พบทารกเสียชีวิต 6 ราย คลอด Term 2 ราย และ Preterm 4 ราย ดังนี้ รายที่ 1 GA 25 wk BW 800 gm มารดา PROM คลอดด้วยวิธี C/S ทารกเสียชีวิตด้วย Preterm with Extremely LBW, Severe RDS, Severe BA and Severe Sepsis รายที่ 2 มารดา G7P6 No ANC and Amphetamine used เด็กเสียชีวิตด้วย Severe BA, Sepsis and Septic shock รายที่ 3 GA 26+3 wk BW 640 gm มารดา PROM คลอดด้วยวิธี C/S ทารกเสียชีวิตด้วย Preterm with Extremely LBW, Severe RDS, Severe BA, NEC and Severe PPHN และรายที่ 4 GA 27+1 wk BW 940 gm มารดา No Anc with Amphetamine used ทารกเสียชีวิตด้วย Preterm with

Extremely LBW, Severe RDS, Severe BA, Severe PPHN with pneumothorax รายที่ 5 มารดา GA 26+4 wk BW 685 gm คลอดด้วยวิธี N/D, AS 2,2,8 ทารกเสียชีวิตด้วย Preterm with Extremely LBW, Severe RDS, Severe BA with HIE, Severe PPHN, Maternal syphilis with Neonatal sepsis และรายที่ 6 ทารกคลอด Term หลัง D/C กลับบ้านไปมีภาวะ Sepsis เสียชีวิตอายุ 19 วัน

2. ผลการดำเนินงาน ปี 2566

ผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาโครงสร้าง ระบบบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็กและนโยบาย การบริหารจัดการงบประมาณ (PPA, Fee Schedule) และระบบข้อมูลสารสนเทศให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดกลยุทธ์/KPI : ร้อยละสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่ายบริการมีระบบงานอนามัยแม่และเด็กที่มีมาตรฐานและผ่านเกณฑ์คุณภาพ

กิจกรรมและผลการดำเนินงาน

1. พัฒนาโครงสร้าง ระบบบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก
 - ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการ MCH Board, Coreteam และ Service Plan ระดับจังหวัดและ ระดับเขต
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ
 - ประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด เพื่อชี้แจงแผนนโยบาย ทบทวนแนวทาง สรุปลงและวางแผนพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก 2 ครั้ง/ปี (1 ธันวาคม 2565 และ 27 กรกฎาคม 2566)
 - ประชุมคณะกรรมการ Core Team แม่และเด็ก บูรณาการกับการประชุม Service Plan แม่และเด็ก 1 ครั้ง/ปี (30 มกราคม 2566)
 - ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดยให้โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเอง และมีการประเมินมาตรฐาน โดยทีมประเมินระดับเขตและระดับจังหวัด จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โรงพยาบาลน้ำป่าดและโรงพยาบาลพิชัย ซึ่งมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์
 - บูรณาการกับงานประกันสุขภาพ ในการประชุมการดำเนินงานตามงบ PPA, Fee Schedule และกำกับติดตามการดำเนินงาน
 - บูรณาการกับงานไอที ในการจัดทำระบบจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลแม่และเด็กผ่าน Data Center และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริม พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสใหม่

- ตัวชี้วัดกลยุทธ์/KPI : 1. การจัดทำทะเบียนคู่สมรสใหม่/คู่สมรสที่ต้องการมีบุตรในชุมชนและสถานบริการ
2. การจัดบริการคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในหน่วยบริการครอบคลุมทุกแห่ง

กิจกรรมและผลการดำเนินงาน

1. จัดประชุม MCH Board และบูรณาการการประชุมวัยรุ่นระดับจังหวัด ในขับเคลื่อนและส่งเสริมการดำเนินการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์
2. ส่งเสริม ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่คู่สมรสใหม่ โดยการออกบูธการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในงานจดทะเบียนสมรสวันวาเลนไทน์ และส่งเสริมให้มีการนำเข้าเวทีระดับท้องถิ่น
3. บูรณาการกับท้องถิ่น ในการค้นหาคู่สมรสใหม่ การจัดทำทะเบียนคู่สมรสใหม่ โดยอสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งเสริมการสร้างความรู้ การตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ และการรับประทาน Folic ก่อนตั้งครรภ์
4. บูรณาการกับงานวัยรุ่นในประเด็นการคุมกำเนิดและป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพระบบฝากครรภ์คุณภาพและการดูแลขณะตั้งครรภ์ตัวชี้วัดกลยุทธ์/KPI : ANC \leq 12 wk \geq ร้อยละ 75, ANC 5 คุณภาพ \geq ร้อยละ 75,หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก \geq ร้อยละ 90,ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และ 2 \leq ร้อยละ 14**กิจกรรม**

- จัดประชุม MCH Board) เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนระบบการดูแลและส่งต่อ **เน้น** ระบบการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ติดตามการมาฝากครรภ์ก่อน 12 wk และติดตามการมาฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ รวมถึงการได้รับยา Triferdine ให้ครอบคลุม
- ทบทวนแนวทางการคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงรายโรค (Anemia/Thalassemia, GDM, HT/PIH, Preterm, Down's Syndrome, STD (HIV, Syphilis, Hepatitis B) และอื่นๆ)
- การจัดระบบวางแผนการดูแลรายบุคคลในรายที่มีปัญหาซับซ้อน มีการตั้งไลน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงในการให้คำปรึกษาโดยทีมแพทย์และพยาบาล
- ส่งเสริมการจัดบริการให้ความรู้ โรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการ
- ส่งเสริมการคัดกรองและการให้ยา Progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ตามนโยบายเขตสุขภาพที่ 2
- กำกับติดตามการสุ่มตรวจ Urine Iodine ในหญิงตั้งครรภ์ปีละ 1 ครั้ง วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด
- พัฒนาระบบข้อมูลร่วมกับงานไอทีในการจัดทำระบบวิเคราะห์ข้อมูลโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์รวมถึงระบบการจัดเก็บข้อมูลรายโรคอื่นๆ
- กำกับติดตามการดำเนินการตามแนวทาง

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาการดูแลขณะตั้งครรภ์ ปี 2664 – 2566

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	1.เป้าหมาย	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.นันท	6.ทาบลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก \leq 12 wk (\geq 75%)	เป้าหมาย	31	44	103	70	109	102	177	213	355	1204	1,191	1,272
	ผลงาน	26	35	77	63	94	79	148	169	266	957	979	1,024
	ร้อยละ	83.87	79.55	74.76	90.00	86.24	77.45	83.62	79.34	74.93	79.49	82.20	80.50
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (\geq 90%)	เป้าหมาย	56	119	145	113	244	227	304	616	1867	3691	3,694	3,757
	ผลงาน	56	117	139	113	241	225	297	602	1135	2925	3,137	3,357
	ร้อยละ	100	98.32	95.86	100	98.77	99.12	97.70	97.73	60.79	79.25	84.92	89.35
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ คุณภาพครบ 5 ครั้ง (\geq 75%)	เป้าหมาย	31	43	102	70	105	101	175	207	355	1189	1,175	1,264
	ผลงาน	26	31	66	61	88	74	131	155	244	876	912	964
	ร้อยละ	83.87	72.09	64.71	87.14	83.81	73.27	74.86	74.88	68.73	73.68	77.62	76.27
4. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ คุณภาพครบ 8 ครั้ง (\geq 50%)	เป้าหมาย	31	43	102	70	105	101	175	207	355	1189	NA	NA
	ผลงาน	7	10	29	18	27	29	32	49	137	338	NA	NA
	ร้อยละ	22.58	23.26	28.43	25.71	25.71	28.71	18.29	23.67	38.59	28.43	NA	NA

ที่มา : จากข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 ก.ย.2566

จากตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดอุดรดิตถ์ 3 ปีย้อนหลัง ปี 2664 – 2566 สรุปได้ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq 12 สัปดาห์ ปี 2564 – 2566 ภาพรวมจังหวัดเท่ากับร้อยละ 80.50, 82.20 และ 79.49 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังพบปัญหาไม่ผ่านเกณฑ์ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอทองแสนขัน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บางส่วนฝากครรภ์คลินิก มารับบริการที่โรงพยาบาลหลัง 12 wk เพื่อคัดกรองความเสี่ยงโรคทางพันธุกรรม, ปัญหาด้านการทำงานทำให้ไม่สะดวกมาฝากครรภ์

2. การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิก ปี 2564 – 2566 ภาพรวมจังหวัด เท่ากับร้อยละ 89.35, 84.92 และ 79.25 ตามลำดับ ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ และสาเหตุจากหญิงตั้งครรภ์บางส่วนฝากครรภ์ที่คลินิกและสถานบริการเอกชน ไม่ได้มารับบริการและไม่ได้รับการจ่ายยาจากสถานบริการของรัฐ, การ Abortion เป็นต้น

3. การฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง ปี 2564 – 2566 ภาพรวมจังหวัดเท่ากับร้อยละ 76.27, 77.62 และ 73.68 ตามลำดับ ซึ่งปี 2566 ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย สาเหตุสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ล่าช้า มีการย้ายภูมิลำเนา การ Abortion และการฝากครรภ์คลินิกและสถานบริการเอกชน และปัญหาด้านการทำงาน ทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ได้ตามกำหนด

4. การฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง ปี 2566 ภาพรวมจังหวัดเท่ากับร้อยละ 28.43 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ สาเหตุจากการนับครั้งที่ 8 นับที่ GA 39+1 ถึง 40+6 wk ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คลอดที่ GA 37 – 39 wk และสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลขณะตั้งครรภ์ ปี 2566 แยกตามในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	1.ฝากทำ	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2566
1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 wk (75%)											
ในสังกัด	เป้าหมาย	12	16	92	22	93	30	157	116	226	764
	ผลงาน	11	10	67	21	81	23	132	85	176	606
	ร้อยละ	91.67	62.50	72.83	95.45	87.10	76.67	84.08	73.28	77.88	79.32
นอกสังกัด	เป้าหมาย	19	28	11	48	16	72	20	97	129	440
	ผลงาน	15	25	10	42	13	56	16	84	90	351
	ร้อยละ	78.95	89.29	90.91	87.50	81.25	77.78	80.00	86.60	69.77	79.77
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (100%)											
ในสังกัด	เป้าหมาย	48	79	137	104	235	208	281	509	1849	3450
	ผลงาน	48	77	133	104	232	208	274	496	1118	2690
	ร้อยละ	100	97.47	97.08	100	98.72	100	97.51	97.45	60.47	77.97
นอกสังกัด	เป้าหมาย	8	40	8	9	9	19	23	107	18	241
	ผลงาน	8	40	6	9	9	17	23	106	17	235
	ร้อยละ	100	100	75.00	100	100	89.47	100	99.07	94.44	97.51
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ คุณภาพ ครบ 5 ครั้ง ($\geq 75\%$)											
ในสังกัด	เป้าหมาย	12	16	91	22	89	30	157	112	226	755
	ผลงาน	11	8	57	20	76	23	118	79	161	553
	ร้อยละ	91.67	50.00	62.64	90.91	85.39	76.67	75.16	70.54	71.24	73.25
นอกสังกัด	เป้าหมาย	19	27	11	48	16	71	18	95	129	434
	ผลงาน	15	23	9	41	12	51	13	76	83	323
	ร้อยละ	78.95	85.19	81.82	85.42	75.00	71.83	72.22	80.00	64.34	74.42
4. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ คุณภาพ ครบ 8 ครั้ง ($\geq 50\%$)											
ในสังกัด	เป้าหมาย	12	16	91	22	89	30	157	112	226	755
	ผลงาน	6	2	23	10	25	7	31	31	98	233
	ร้อยละ	50.00	12.50	25.27	45.45	28.09	23.33	19.75	27.68	43.36	30.86
นอกสังกัด	เป้าหมาย	19	27	11	48	16	71	18	95	129	434
	ผลงาน	1	8	6	8	2	22	1	18	39	104
	ร้อยละ	5.26	29.63	54.55	16.67	12.50	30.99	5.56	18.95	30.23	23.96

ที่มา : จากข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 ก.ย.2566

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานการคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์รายโรค ปี 2564 – 2566

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ฝากทำ	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ดرون	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี	ปี	ปี
												2566	2565	2564
1.หญิงตั้งครรภ์เจาะ Hct ครั้งแรกมีภาวะโลหิตจาง	≤ร้อยละ 14	เป้าหมาย	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
		ผลงาน	5	10	9	12	16	31	14	38	276	411	396	346
		ร้อยละ	13.51	15.63	16.36	14.81	13.01	25.20	15.91	16.38	17.17	17.05	16.82	14.75
2.หญิงตั้งครรภ์เจาะ Hct ครั้งที่2 (GA 32-34 wk) มีภาวะโลหิตจาง	≤ร้อยละ 14	เป้าหมาย	21	48	46	56	79	99	59	197	946	1551	1363	2063
		ผลงาน	4	1	4	5	15	25	6	43	158	261	274	269
		ร้อยละ	19.05	2.08	8.70	8.93	18.99	25.25	10.17	21.83	16.70	16.83	20.10	13.04
3.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี	≥ร้อยละ 95	เป้าหมาย	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
		ผลงาน	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
		ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3.หญิงตั้งครรภ์ตรวจพบติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	ไม่มี	เป้าหมาย	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
		ผลงาน	0	0	2	1	3	3	3	3	22	37	59	42
		ร้อยละ	0	0	3.64	1.23	2.44	2.44	3.41	1.29	1.37	1.54	2.51	1.79
4.หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้รับการตรวจปริมาณไวรัส HBeAg/HBV-VL	≥ร้อยละ 95	เป้าหมาย	0	0	2	1	3	3	3	3	22	37	59	NA
		ผลงาน	0	0	2	1	3	3	3	3	22	37	43	NA
		ร้อยละ	0	0	100	0	100	100	100	100	100	100	72.88	NA
5.หญิงตั้งครรภ์ที่ปริมาณไวรัสตับอักเสบบีสูง ได้รับยาต้านไวรัส (TDF)	≥ร้อยละ 95	เป้าหมาย	0	0	0	0	1	2	2	0	3	8	8	NA
		ผลงาน	0	0	0	0	1	2	2	0	3	8	8	NA
		ร้อยละ	0	0	0	0	100	0	0	0	100	100	100	NA
6.ทารกแรกเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับ HBIG	≥ร้อยละ 95	เป้าหมาย	0	0	1	0	1	0	0	0	43	45	48	NA
		ผลงาน	0	0	1	0	1	0	0	0	43	45	48	NA
		ร้อยละ	0	0	100	0	100	0	0	0	100	100	100	NA
7.หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วย Quadruple Test	≥ร้อยละ 50	เป้าหมาย	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
		ผลงาน	26	57	32	68	66	108	85	170	857	1469	1661	1348
		ร้อยละ	70.27	89.06	58.18	83.95	53.66	87.80	96.59	73.28	53.33	60.95	70.56	57.48
8.หญิงตั้งครรภ์ที่ผล QT เสี่ยงสูง ได้ตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (PND)	≥ร้อยละ 80	เป้าหมาย	2	4	6	3	1	11	5	5	75	112	139	103
		ผลงาน	2	2	6	3	1	11	5	5	75	110	133	95
		ร้อยละ	0	50	100	100	100	100	100	100	100	98.21	95.68	92.23
9.หญิงตั้งครรภ์ตรวจ PND ยืนยันพบทารกโครโมโซมผิดปกติได้รับการยุติการตั้งครรภ์	≥ร้อยละ 80	เป้าหมาย	0	1	0	0	0	1	1	0	6	9	6	5
		ผลงาน	0	1	0	0	0	1	1	0	5	8	5	4
		ร้อยละ	0	100	0	0	0	100	100	0	83.33	88.89	83.33	80
10.หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขณะตั้งครรภ์	ไม่มี	เป้าหมาย	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
		ผลงาน	3	3	1	15	16	8	6	11	87	150	116	118
		ร้อยละ	8.11	4.69	1.82	18.52	13.01	6.50	6.82	4.74	5.41	6.22	4.93	5.03
11.หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ HIV	ไม่มี	เป้าหมาย	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
		ผลงาน	2	0	1	0	0	1	0	3	19	26	18	39
		ร้อยละ	5.41	0	1.82	0	0	0.81	0	1.29	1.18	1.08	0.76	1.66
12.หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ Syphilis	ไม่มี	เป้าหมาย	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
		ผลงาน	1	1	1	0	1	1	2	3	36	46	48	45
		ร้อยละ	2.70	1.56	1.82	0	0.81	0.81	2.27	1.29	2.24	1.91	2.04	1.92
13.หญิงตั้งครรภ์เจาะเลือดคัดกรองธาลัสซีเมีย	ไม่มี	เป้าหมาย	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
		ผลงาน	6	12	19	34	67	57	29	97	633	954	876	945

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	พิกัด	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ดرون	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
เมียบพบ MCV, DCIP ผิดปกติ		ร้อยละ	16.22	18.75	34.55	41.98	54.47	46.34	32.95	41.81	39.39	39.59	37.21	40.30
14.ผลการตรวจพบคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย	ไม่มี	เป้าหมาย	2	3	7	19	26	26	22	34	226	365	139	369
		ผลงาน	0	2	5	1	1	5	4	2	33	53	34	32
		ร้อยละ	0	66.67	71.43	5.26	3.85	19.23	18.18	5.88	14.60	14.52	24.46	8.67
15.คู่เสี่ยงธาลัสซีเมียตรวจยืนยันโครโมโซมพบความผิดปกติ	ไม่มี	เป้าหมาย	0	2	5	1	1	5	4	2	33	53	31	30
		ผลงาน	0	1	0	0	0	0	1	0	6	8	4	5
		ร้อยละ	0	50	0	0	0	0	25	0	18.18	15.09	12.90	16.67
16.คู่เสี่ยงธาลัสซีเมียผลโครโมโซมผิดปกติได้รับการยุติการตั้งครรภ์	ไม่มี	เป้าหมาย	0	1	0	0	0	0	1	0	6	8	4	5
		ผลงาน	0	1	0	0	0	0	1	0	6	8	4	5
		ร้อยละ	0	100	0	0	0	0	100	0	100	100	100	100
17.หญิงตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อน HT/PIH	ไม่มี	เป้าหมาย	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
		ผลงาน	2	0	0	1	2	3	3	2	37	50	36	45
		ร้อยละ	5.41	0	0	1.23	1.63	2.44	3.41	0.86	2.30	2.07	1.53	1.92

ที่มา : รายงานสถานบริการสาธารณสุข ปี 2564 – 2566

จากตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดอุดรดิตถ์ 3 ปีย้อนหลัง ปี 2664 – 2566 สรุปได้ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ปี 2564 – 2566 มีภาวะโลหิตจาง เท่ากับร้อยละ 14.75, 16.82 และ 17.05 ตามลำดับ และหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 32 – 34 wk มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 13.04, 20.10 และ 16.83 ตามลำดับ เกินเกณฑ์เป้าหมาย (เกณฑ์ \leq ร้อยละ 14) ยังพบปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อยู่ เนื่องด้วยพยาธิสรีรภาพของการตั้งครรภ์ มีโรค/พาหะธาลัสซีเมียแฝง และหญิงตั้งครรภ์ยังได้รับยาเสริมธาตุเหล็กไม่ครอบคลุม ขาดการกำกับติดตามการรับประทานยา

2. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ปี 2564 – 2566 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ทุกราย (100%) (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 95) ผลตรวจพบติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เท่ากับร้อยละ 1.79, 2.51 และ 1.54 ตามลำดับ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการตรวจหาปริมาณไวรัส (HBeAg/Viral Load) ปี 2565 – 2566 เท่ากับร้อยละ 72.88 และ 100 ตามลำดับ (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 95) หญิงตั้งครรภ์ที่ปริมาณไวรัสตับอักเสบบี สูงได้รับยาต้านไวรัส (TDF) ทุกราย (100%) (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 95) และทารกที่คลอดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับ HBIG ทุกราย (100%) (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 95) ซึ่งผลการดำเนินงานปี 2566 ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากมีการชี้แจง จัดทำแนวทางการดูแลรักษาและส่งต่อไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ผลการดำเนินงานสามารถค้นหา ติดตามรักษา และสามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกได้

3. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ปี 2564 – 2566 ได้รับการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วย Quadruple Test (QT) เท่ากับร้อยละ 57.48, 70.57 และ 60.95 ตามลำดับ (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 50) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า ทำให้คัดกรองไม่ทัน ฝากครรภ์มาจากต่างจังหวัดและได้รับการคัดกรองโดยวิธีอื่นแล้ว ผลการตรวจ QT พบเสี่ยงสูงได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (PND) เท่ากับร้อยละ 92.23, 95.68 และ 98.21 ตามลำดับ (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 80) และหญิงตั้งครรภ์ที่ผล PND พบทารกโครโมโซมผิดปกติ ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง (ยุติการตั้งครรภ์) เท่ากับร้อยละ 80, 83.33 และ 88.89 ตามลำดับ (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 80) ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

4. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ปี 2564 – 2566 มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) เท่ากับร้อยละ 5.03, 4.93 และ 6.22 ตามลำดับ

5. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ปี 2564 – 2566 ตรวจคัดกรองพบติดเชื้อ HIV เท่ากับร้อยละ 1.66, 0.76 และ 1.08 ตามลำดับ

6. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ปี 2564 – 2566 ตรวจคัดกรองพบติดเชื้อ Syphilis เท่ากับร้อยละ 1.92, 2.04 และ 1.91 ตามลำดับ

7. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ปี 2564 – 2566 ตรวจคัดกรองโลหิตจางธาลัสซีเมีย พบค่า MCV, DCIP ผิดปกติ เท่ากับร้อยละ 40.30, 37.21 และ 39.59 ตามลำดับ ผลการตรวจพบเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย ร้อยละ 8.67, 24.46 และ 14.52 ตามลำดับ คู่เสี่ยงธาลัสซีเมียตรวจยืนยันโครโมโซมพบความผิดปกติ ร้อยละ 16.67, 12.90 และ 14.52 ตามลำดับ และหญิงตั้งครรภ์ที่ผลโครโมโซมผิดปกติได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง (ยุติการตั้งครรภ์) ทุกราย (100%)

8. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ปี 2564 – 2566 มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เท่ากับร้อยละ 1.92, 1.53 และ 2.07 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงานการคัดกรองและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ปี 2566

โรงพยาบาล	หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ (ราย)	ผลHct <33% ผิดปกติ (ราย)	ร้อยละ	สาเหตุ Hct <33%				ได้รับการรักษา (ราย)	การติดตาม 4 wk หลังรักษา				หญิงตั้งครรภ์เจาะ Hct2 (ราย)	ผล Hct2			
				IDA (ราย)	ร้อยละ	พาหะ/โรค Thal (ราย)	ร้อยละ		Hct เพิ่มขึ้น (ราย)	ร้อยละ	Hct ลดลง/เท่าเดิม (ราย)	ร้อยละ		<33% (ราย)	ร้อยละ	≥33% (ราย)	ร้อยละ
ฟากท่า	37	5	13.51	2	40	3	60	5	4	80.00	1	20.00	21	4	19.05	17	80.95
บ้านโคก	64	10	15.63	1	10.00	9	90.00	10	10	100	0	0	48	1	2.08	47	97.92
ทองแสนขัน	55	9	16.36	1	11.11	8	88.89	9	5	55.56	4	44.44	46	4	8.70	42	91.30
ดรอมน	81	12	14.81	1	8.33	11	91.67	12	11	91.67	1	8.33	56	5	8.93	51	91.07
น้ำปาด	123	16	13.01	2	12.5	14	87.50	16	12	75.00	4	25.00	79	15	18.99	64	81.01
ท่าปลา	123	31	25.20	6	19.35	25	80.65	31	30	96.77	1	3.23	99	25	25.25	74	74.75
ลับแล	88	14	15.91	4	28.57	10	71.43	14	10	71.43	4	28.57	59	6	10.17	53	89.83
พิชัย	232	38	16.38	18	47.37	20	52.63	38	29	76.32	8	21.05	197	43	21.83	154	78.17
อุดรดิตถ์	1607	276	17.17	113	40.94	163	59.06	276	219	79.35	57	20.65	946	158	16.70	788	83.30
รวม	2410	411	17.05	148	36.01	263	63.99	411	330	80.29	80	19.46	1551	261	16.83	1290	83.17

ที่มา : รายงานสถานบริการสาธารณสุข ปี 2566

จากตารางที่ 5 พบว่า ปี 2566 หญิงตั้งครรภ์รายใหม่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 17.05 ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมาย (เกณฑ์ ≤ร้อยละ 14) วิเคราะห์แยกรายสาเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพาหะ/โรคธาลัสซีเมียร่วมด้วย ร้อยละ 63.99 และรองลงมาเป็นภาวะ IDA (ขาด Fe) ร้อยละ 36.01 จากการติดตามภายหลังได้รับการรักษาโดยให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และเน้นเสริมภาวะโภชนาการ การติดตาม Hct 4 สัปดาห์ พบว่า ค่า Hct เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80.29 และค่า Hct ลดลง/เท่าเดิม ร้อยละ 19.46 สาเหตุที่ค่า Hct ลดลง/เท่าเดิม พบในรายที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย

และหญิงตั้งครรภ์ที่เจาะ Hct ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 32 – 34 wk) พบว่า มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 16.83 ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมาย (เกณฑ์ ≤ร้อยละ 14) สาเหตุจากพยาธิสภาพขณะตั้งครรภ์และพร่องโภชนาการ

ตารางที่ 6 ผลการดำเนินงานการให้ยา Progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี 2564 - 2566

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	ฟากท่า	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ดรอมน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี	ปี	ปี
											2566	2565	2564
1.หญิงตั้งครรภ์รายใหม่มีประวัติ Preterm ครรภ์ก่อน	เป้าหมาย	37	64	55	81	123	123	88	232	1607	2410	2354	2345
	ผลงาน	0	2	3	2	2	3	0	10	21	43	36	61
	ร้อยละ	0	3.13	5.45	2.47	1.63	2.44	0	4.31	1.31	1.78	1.53	2.60
2.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm ได้ยา Progesterone	เป้าหมาย	0	2	3	2	2	3	0	10	21	46	36	61
	ผลงาน	0	2	1	0	0	3	0	9	11	26	28	38
	ร้อยละ	0	100	33.33	0	0	100	0	90	52.38	60.47	77.78	62.30
3.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง	เป้าหมาย	0	2	1	0	0	3	0	9	11	26	28	38

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	พิกท่า	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี	ปี	ปี
											2566	2565	2564
Preterm ได้ยา Progesterone คลอดครบกำหนด	ผลงาน	0	1	1	0	0	3	0	9	10	24	25	36
	ร้อยละ	0	50	100	0	0	100	0	100	90.91	92.31	89.29	94.74
4.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm ได้ยา Progesterone คลอดก่อนกำหนด	เป้าหมาย	0	2	1	0	0	3	0	0	11	28	28	38
	ผลงาน	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2
	ร้อยละ	0	50	0	0	0	0	0	0	9.09	7.69	10.71	5.26

ที่มา : จากข้อมูลรายงาน การใช้ยา Progesterone ปี 2564 – 2566

จากตารางที่ 6 ผลการดำเนินงานการใช้ยา Progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สรุปได้ดังนี้

- หญิงตั้งครรภ์รายใหม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดครรภ์ก่อน ปี 2564 – 2566 เท่ากับร้อยละ 2.60, 1.53 และ 1.78 ตามลำดับ
- หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดได้รับยา Progesterone ปี 2564 - 2566 คิดเป็นร้อยละ 62.30, 77.78 และ 60.47 ตามลำดับ สาเหตุที่ยังไม่ได้ทุกราย เนื่องจาก มีภาวะ Abortion ประวัติคลอดก่อนกำหนด ครรภ์ก่อนไม่ชัดเจน ครรภ์ก่อนคลอดก่อนกำหนดจากครรภ์เป็นแฝด อายุครรภ์เกินกำหนด Twin เป็นต้น
- หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดได้รับยา Progesterone คลอดครบกำหนดปี 2564 – 2566 คิดเป็นร้อยละ 94.74, 89.29 และ 92.31 ตามลำดับ แสดงถึงประสิทธิผลของยาสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้
- หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดได้รับยา Progesterone คลอดก่อนกำหนดปี 2564 – 2566 คิดเป็นร้อยละ 5.26, 10.71 และ 7.69 ตามลำดับ เนื่องจากได้ยาอย่างไม่ครบ ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ

กลยุทธ์ที่ 4 ส่งเสริมและพัฒนาามาตรฐานการเตรียมคลอดคุณภาพและการคลอดคุณภาพ

ตัวชี้วัดกลยุทธ์/KPI : อัตราการตายมารดา < 17 : 100,000 LB

ภาวะตกเลือดหลังคลอด ≤ ร้อยละ 4, ภาวะ Birth Ashpyxia < 30:1,000 LB,

ภาวะคลอดก่อนกำหนด (Preterm) ≤ ร้อยละ 9,

ทารกน.น้อยกว่า 2,500 gm (LBW) ≤ ร้อยละ 7,

กิจกรรม :1. จัดประชุม MCH Board และจัดประชุม Coreteam LR โดยบูรณาการกับการประชุมทารกแรกเกิด เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไข

2. วางแผนการคลอด Individual Care Plan ในรายเสี่ยงสูง

3. LR คุณภาพ ทบทวนระบบการ Consult ดูแลและส่งต่อ ระบบ Fast track : Critical Case เน้นการ ส่งต่อ Intrauterine Refer

4. ทบทวนเคสเสี่ยงสูง near miss ภายในจังหวัด และทบทวนสาเหตุการตายมารดา ร่วมกับเขต 2 เพื่อเรียนรู้ เฝ้าระวังและป้องกันร่วมกัน

5. วิเคราะห์ทบทวนสาเหตุ PPH, ทบทวนแนวทางการใช้ยา และส่งเสริมการใช้ยา Carbetocin ในเคสเสี่ยงสูง และกำกับติดตามประสิทธิผลการใช้ยา

7. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยโรงพยาบาลศูนย์มีการจัดอบรมหัตถการสูติศาสตร์ ให้แก่แพทย์ Intern ที่จะออกไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน (29 พฤษภาคม 2566)

8. กำกับติดตามการดำเนินการตามแนวทาง

ตารางที่ 7 ผลการดำเนินงานการดูแลการคลอดและการจัดบริการห้องคลอดคุณภาพ ปี 2564 - 2566

ตั้งขีดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	พหุบาท	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ดงอโน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	เมือง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1. อัตราตายมารดา ($\leq 17:100,000\text{LB}$)	เป้าหมาย	15	36	23	15	49	44	18	30	2,050	2,280	2,193	2,317
	ผลงาน	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	48.78	43.86	0	43.16
2. ร้อยละตกเลือดหลังคลอด ($\leq 4\%$)	เป้าหมาย	15	36	23	15	49	44	18	30	2,050	2,280	2,193	2,317
	ผลงาน	0	1	2	0	3	0	0	4	20	30	34	14
	ร้อยละ	0	2.78	8.70	0	6.122	0	0	13.33	0.98	1.32	1.55	0.60
3. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 0	เป้าหมาย	15	36	23	15	49	44	18	30	2,050	2,280	2,193	2,317
	ผลงาน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. อัตราการเกิดภาวะ BA ($\leq 30 : 1,000\text{LB}$)	เป้าหมาย	15	36	23	15	49	44	18	30	2,062	2,292	2,203	2,321
	ผลงาน	0	3	1	1	0	0	1	0	105	111	92	120
	ร้อยละ	0	83.33	43.48	66.67	0	0	55.56	0	50.92	48.43	41.76	51.70
5. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด <math>< 37 ($\leq 9\%$)</math>	เป้าหมาย	15	36	23	15	49	44	18	30	2,062	2,292	2,203	2,321
	ผลงาน	0	3	1	1	1	1	1	1	159	168	146	132
	ร้อยละ	0	8.33	4.35	6.67	2.04	2.27	5.56	3.33	7.71	7.33	6.63	5.69
6. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนัก <math>< 2,500\text{กรัม}</math> ($\leq 7\%$)	เป้าหมาย	15	36	23	15	49	44	18	30	2,062	2,292	2,203	2,321
	ผลงาน	0	4	2	1	3	4	2	2	253	271	227	235
	ร้อยละ	0	11.11	8.70	6.67	6.12	9.09	11.11	6.67	12.27	11.82	10.30	10.12

ที่มา : จากข้อมูลรายงานหน้าห้องคลอด ปี 2564 - 2566

จากตารางที่ 7 ผลการดำเนินงานการดูแลการคลอดและการจัดบริการห้องคลอดคุณภาพปี 2564 - 2566 สรุปได้ดังนี้

1. อัตราตายมารดาตาย ปี 2564 - 2566 เท่ากับอัตรา 43.16, 0 และ 43.86: 100,000LB ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (เกณฑ์ $\leq 17:100,000\text{LB}$) สาเหตุมารดาตายปี 2566 จำนวน 1 ราย เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ
2. ร้อยละตกเลือดหลังคลอดจังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2564 - 2566 เท่ากับ 0.60, 1.55 และ 1.32 ตามลำดับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งปี 2566 มีมารดาตกเลือด 30 ราย สาเหตุการตกเลือด ได้แก่ Tone มดลูกหดรัดตัวไม่ตี 14 ราย (ร้อยละ 46.67), Tear/Trauma 9 ราย (ร้อยละ 30), Tissue มีรกค้าง 7 ราย (ร้อยละ 23.33)
3. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ปี 2564 - 2566 เท่ากับ 0
4. อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ปี 2564 - 2566 เท่ากับ 51.70, 41.76 และ 48.43 ตามลำดับไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งปี 2566 เกิดภาวะ Birth Asphyxia 111 ราย สาเหตุจากการคลอด จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 36.94) ได้แก่ คลอดท่า Breech, OPP, ทารกตัวโตคลอดติดไหล่, CPD, Prolapse Cord, Thick Meconium, หัตถการช่วยคลอด (F/E, V/E, C/S) เป็นต้น สาเหตุจากทารกจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 34.23) ได้แก่ Twin, Preterm, IUGR, Fetal Anomaly, Cord พันคอ เป็นต้น และสาเหตุจากมารดา จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 28.83) ได้แก่ Antepartum hemorrhage, Placenta Previa, Abruptio Placenta, PROM, Infection, Medical U/D (DM, HT, Anemia, Thalassemia), PIH/Eclampsia เป็นต้น
5. ร้อยละทารกคลอดก่อนกำหนด ปี 2564 - 2566 เท่ากับร้อยละ 5.69, 6.63 และ 7.33 ตามลำดับผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สาเหตุ เนื่องจาก ภาวะ PROM, หญิงตั้งครรภ์มีโรค/ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์, Elderly Preg., Teenage Preg., Placenta Abruptio, Placenta previa, Infection, Twin, No ANC และมีการใช้สารเสพติด เป็นต้น

6. ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนัก $\leq 2,500$ กรัม ปี 2564 – 2566 เท่ากับร้อยละ 10.12, 10.30 และ 11.82 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย สาเหตุพบมากที่สุด ภาวะ IUGR/SGA ร้อยละ 46.86, Preterm ร้อยละ 42.80, Twin ร้อยละ 8.86 และอื่นๆ ร้อยละ 1.48 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 ผลการใช้ยา Carbetocin เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ปี 2565 และ 2566

ตั้งชื่อวัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	พาท่า	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	เมือง	ปี 2566	ปี 2565
1.หญิงคลอดที่มีความเสี่ยง PPH	เป้าหมาย	15	36	23	15	49	44	18	30	2,050	2280	2354
	ผลงาน	0	0	0	0	9	0	0	16	826	851	150
	ร้อยละ	0	0	0	0	18.37	0	0	53.33	40.29	37.32	6.37
2.หญิงคลอดที่มีความเสี่ยง PPH รับประทาน Carbetocin ตามข้อบ่งชี้	เป้าหมาย	0	0	0	0	9	0	0	16	826	851	150
	ผลงาน	0	0	0	0	9	0	0	10	510	529	123
	ร้อยละ	0	0	0	0	100	0	0	62.50	61.74	62.16	82
2.หญิงคลอดที่รับประทาน Carbetocin มีภาวะPPH	เป้าหมาย	0	0	0	0	9	0	0	10	510	529	123
	ผลงาน	0	0	0	0	0	0	0	3	6	9	5
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	30	1.18	1.70	4.06
3.หญิงคลอดที่รับประทาน Carbetocin ไม่มีภาวะ PPH	เป้าหมาย	0	0	0	0	9	0	0	10	510	529	123
	ผลงาน	0	0	0	0	9	0	0	7	504	520	118
	ร้อยละ	0	0	0	0	100	0	0	70	98.82	98.30	95.94

ที่มา : จากข้อมูลรายงานหน้าห้องคลอด ปี 2565 – 2566

จากตารางที่ 8 ผลการการใช้ยา Carbetocin เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด สรุปได้ ดังนี้

1. หญิงคลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ปี 2565 – 2566 เท่ากับร้อยละ 6.37 และ 37.32 ตามลำดับ สาเหตุที่พบเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการตกเลือด และปรับ Criteria กลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ทำให้พบกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น

2. หญิงคลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดรับประทาน Carbetocin ปี 2565 – 2566 เท่ากับร้อยละ 82.00 และ 62.16 ตามลำดับ เนื่องจากประวัติความเสี่ยงไม่ชัดเจน อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

3. หญิงคลอดที่รับประทาน Carbetocin มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปี 2566 จำนวน 9 ราย สาเหตุจาก Tear Cervix, Tear Vaginal wall, Uterine vessel tear และภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการช่วยคลอด

4. หญิงคลอดที่รับประทาน Carbetocin ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปี 2565 – 2566 เท่ากับร้อยละ 95.94 และ 98.30 ตามลำดับ

กลยุทธ์ที่ 5 ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพระบบดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด (หลังคลอดคุณภาพ)

ตัวชี้วัดกลยุทธ์/KPI : 1. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 75

2. ทารกแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว \geq ร้อยละ 50

3. อัตราตายทารกแรกเกิด ≤ 28 วัน น้อยกว่า 3.6 ต่อ 1,000 LB

4. ร้อยละ 95 ของทารกแรกเกิดได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินภายใน 28 วัน

5. ร้อยละ \leq ร้อยละ 4 ของทารกแรกเกิดที่ผลตรวจคัดกรองการได้ยิน “ไม่ผ่าน” ก่อนออกจาก รพ.

6. ร้อยละการกลับมาตรวจซ้ำหรือมาติดตามการได้ยินของทารกที่ผลตรวจคัดกรองการได้ยิน “ไม่ผ่าน” ก่อนออกจาก รพ. ($\geq 95\%$)

7. ร้อยละทารกที่ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติทางการได้ยินการสูญเสียการได้ยินภายในอายุ 3 เดือนแรก ($\geq 90\%$)

กิจกรรม : 1.จัดประชุม MCH Board และประชุม Coreteam คณะทำงานเครือข่ายทารกแรกเกิดและคณะทำงานการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนแนวทางแก้ไขในการขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานร่วมกัน

2. กำกับติดตามการเยี่ยมหลังคลอด และส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้รับ Triferdine 6 เดือน

3. รณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดประกวดแม่ดีเด่นด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับจังหวัด (4 กรกฎาคม 2566) และส่งประกวดระดับเขตสุขภาพที่ 2 (รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2)

4. เฝ้าระวังการละเมิด พ.ร.บ. นมแม่ โดยสุ่มประเมินห้างสรรพสินค้า และร้านขายนมร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง/ปี (11 เมษายน 2566)

5. ทบทวนและพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางการแก้ไข (การดูแลและส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ การตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด)

6. กำกับติดตามการดำเนินงานตามแนวทางการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด และพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลใน HDC

7. กำกับติดตามการดำเนินงานตามแนวทางการป้องกันถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก และกำกับติดตามการได้รับยา HBIG, Hepatitis B vaccine ในทารกแรกเกิด

8. ดำเนินการตามโครงการ Eliminate HB โดยค้นหาเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ปี 2561 – 2564 ติดตามเด็กมาตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อค้นหาเด็กติดเชื้อให้เข้าสู่การรักษา

9. กำกับติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

10. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการจัดอบรม/ส่งบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็กอบรม ดังนี้

10.1 จัดอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยบูรณาการร่วมกับโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (9,10 พฤษภาคม 2566)

10.2 จัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (NCPR) โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณจากเขตสุขภาพที่ 2 (มีแผนจัดอบรม 10 กรกฎาคม 2566)

10.3 ส่งบุคลากร (โรงพยาบาลน้ำปาด) ไปอบรมการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลราชวิถี

ตารางที่ 9 ผลการดำเนินงานการดูแลมารดาหลังคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปี 2564 – 2566

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	1.ฝากพำ	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลหลังคลอด ครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ($\geq 75\%$)	เป้าหมาย	29	40	108	82	117	109	207	219	401	1,312	1,199	1,404
	ผลงาน	23	28	89	64	95	90	163	154	344	1050	1012	1,095
	ร้อยละ	79.31	70.00	82.41	78.05	81.20	82.57	78.74	70.32	85.79	80.03	84.40	77.99
2. ร้อยละทารกแรกเกิด – ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ($> 50\%$)	เด็กอายุครบ 6 เดือน	48	69	125	135	147	203	226	328	438	1,719	1,633	1738
	กินนมแม่	30	40	92	96	115	149	168	231	268	1,189	1,196	1325
	ร้อยละ	62.50	57.97	73.60	71.11	78.23	73.40	74.34	70.43	61.19	69.17	73.24	76.24

ที่มา : จากข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 ก.ย.2566

จากตารางที่ 9 ผลการดำเนินงานการดูแลมารดาหลังคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปี 2564 – 2566 สรุปได้ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ปี 2563 – 2566 เท่ากับร้อยละ 77.99, 84.61 และ 78.63 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังมีปัญหาไม่ผ่านเกณฑ์ในบางพื้นที่ ได้แก่ อำเภอบ้านโคก และอำเภอน้ำขุ่น สาเหตุจากหญิงตั้งครรภ์มีการย้ายถิ่นฐาน ไม่สามารถติดตามมาตรวจหลังคลอดได้ และการบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ยังไม่ครบถ้วน

2. ทารกแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ปี 2564 - 2566 เท่ากับร้อยละ 76.24, 73.24 และ 69.17 ตามลำดับ และผลงานรายอำเภอผ่านเกณฑ์ทั้งหมด
 ตารางที่ 10 ผลการดำเนินงานการดูแลมารดาหลังคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปี 2564 - 2566 แยกตามใน
 สังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	1.พากทำ	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2566
5. ร้อยละการดูแลหลังคลอด 3 ครั้ง (≥75%)											
ในสังกัด	เป้าหมาย	11	14	94	22	98	34	184	121	254	832
	ผลงาน	9	6	82	13	78	34	142	77	211	652
	ร้อยละ	81.82	42.86	87.23	59.09	79.59	100	77.17	63.64	83.07	78.37
นอกสังกัด	เป้าหมาย	18	26	14	60	19	75	23	98	147	480
	ผลงาน	14	22	7	51	17	56	21	77	133	398
	ร้อยละ	77.78	84.62	50.00	85.00	89.47	74.67	91.30	78.57	90.48	82.92
6. ร้อยละการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (≥50%)											
ในสังกัด	เป้าหมาย	20	21	107	25	128	75	210	185	268	1039
	ผลงาน	17	14	86	7	103	59	156	134	135	711
	ร้อยละ	85.00	66.67	80.37	28.00	80.47	78.67	74.29	72.43	50.37	68.43
นอกสังกัด	เป้าหมาย	28	48	18	110	19	128	16	143	170	680
	ผลงาน	13	26	6	89	12	90	12	97	133	478
	ร้อยละ	46.43	54.17	33.33	80.91	63.16	70.31	75	67.83	78.24	70.29

ที่มา : จากข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 ก.ย.2566

ตารางที่ 11 ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด ปี 2564 - 2566

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	1.พากทำ	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1. ร้อยละความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด (≥95%)	เป้าหมาย	15	36	23	15	49	44	18	30	2,062	2292	2203	2490
	ผลงาน	15	36	22	15	49	44	18	29	2052	2280	2194	2478
	ร้อยละ	100	100	95.65	100	100	100	100	96.7	99.5	99.48	99.59	99.52
2. ร้อยละทารกแรกเกิดที่ผลตรวจ OAE “ไม่ผ่าน” (≤4%)	เป้าหมาย	15	36	23	15	49	44	18	30	2,062	2292	2203	2490
	ผลงาน	1	0	1	5	2	2	2	1	138	152	109	150
	ร้อยละ	6.67	0	4.35	33.3	4.08	4.55	11.11	3.33	6.69	6.63	4.95	6.03
3. ร้อยละการกลับมาตรวจซ้ำของทารกที่ผล OAE “ไม่ผ่าน” (≥95%)	เป้าหมาย	1	0	1	5	2	2	2	1	138	152	109	150
	ผลงาน	1	0	0	3	2	2	2	1	135	146	106	146
	ร้อยละ	100	0	0	60	100	100	100	100	97.8	96.05	97.24	97.33
4. ร้อยละทารกที่ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติการสูญเสียการได้ยินภายในอายุ 3 เดือนแรก (≥90%)	เป้าหมาย	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	2	1
	ผลงาน	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	2	1
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100

ที่มา : รายงานสถานบริการ ปี 2564 - 2566

จากตารางที่ 11 ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด ปี 2564 – 2566 สรุปได้ดังนี้

1. ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองการได้ยินภายใน 28 วัน ปี 256 – 2566 เท่ากับร้อยละ 99.52, 99.59 และ 99.48 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด สาเหตุที่ยังตรวจคัดกรองเกิน 28 วัน เนื่องจากเป็นเด็กป่วยอาการไม่คงที่นอนโรงพยาบาลนาน และเด็กย้ายภูมิลำเนา มารดาไม่พามาตรวจตามนัด

2. ทารกแรกเกิดที่ผลตรวจคัดกรองการได้ยิน ไม่ผ่าน ก่อนออกจากรพ. ปี 2564 – 2566 เท่ากับร้อยละ 6.03, 4.95 และ 6.03 ตามลำดับ ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจาก ปัญหาด้านตัวทารก (ความเจ็บป่วย/ภาวะแทรกซ้อนของทารก) และด้านทักษะของผู้ตรวจ

3. การกลับมาตรวจซ้ำ หรือมาติดตามการได้ยินของทารกที่มีผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่าน ก่อนออกจากรพ. เท่ากับร้อยละ 97.33, 97.24 และ 96.05 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และที่ติดตามมาไม่ได้ เนื่องจาก ทารกบางส่วนมีการย้ายถิ่นฐาน ติดตามมาตรวจซ้ำไม่ได้

4. ทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติทางการได้ยินการสูญเสียการได้ยินภายในอายุ 3 เดือน เท่ากับร้อยละ 100 เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์สามารถตรวจความผิดปกติได้เอง ทำให้สามารถวินิจฉัยและส่งต่อได้รวดเร็ว

จังหวัดอุดรดิตถ์ได้ดำเนินโครงการตรวจหาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 – 31 ธันวาคม 2564 จำนวน 50 ราย มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

ตารางที่ 12 ผลการดำเนินโครงการตรวจหาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จังหวัดอุดรดิตถ์

รพ.	จำนวนเด็ก กลุ่มเป้าหมาย (ราย)	จำนวนเด็กที่ ติดตามมา ตรวจ (ราย)	ร้อยละ	ผลการตรวจ							
				HBsAg				Anti-HBs			
				Pos	ร้อยละ	Neg	ร้อยละ	Pos	ร้อยละ	Neg	ร้อยละ
ฟากท่า		6		0	0	6	5.36	6	5.36	0	0
บ้านโคก		0		0	0	0	0	0	0	0	0
ทองแสนขัน		0		0	0	0	0	0	0	0	0
ตรอน		10		0	0	10	8.93	6	5.36	4	3.57
น้ำปาด		8		0	0	8	7.14	5	4.46	3	2.68
ท่าปลา	กรมควบคุมโรค	19		1	0.90	18	16.07	12	10.71	6	5.36
ลับแล	กำหนด	14		0	0	14	12.50	3	2.68	11	9.82
พิชัย	กลุ่มเป้าหมาย	15		0	0	15	13.39	6	5.36	9	8.03
เมือง	ให้ 50 ราย	40	224.0	0	0	40	35.71	40	35.71	0	0
รวม	50	112	224.0	1	0.90	111	99.10	78	69.64	33	29.46

ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคระหว่างวันที่ 7 ก.พ. – 25 พ.ค.66

จากตารางที่ 12 ผลการดำเนินโครงการตรวจหาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จังหวัดอุดรดิตถ์ได้รับการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย 50 คน สามารถค้นหาและคัดกรองเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ ได้ 112 คน คิดเป็นร้อยละ 224 ทำผลงานได้เกินค่าเป้าหมายที่กรมควบคุมโรคกำหนด ผลการตรวจพบเด็กติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.90 และเด็กได้รับการส่งต่อไปรักษาต่อเนื่องที่รพ.อุดรดิตถ์

3. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

- ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

1) มีการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบ่อย
2) การบันทึกข้อมูลใน HDC ยังไม่ถูกต้องครบถ้วน และข้อมูลส่วนใหญ่ต้องเก็บจากรายงานหน้าสถานบริการ
เพิ่มภาระเจ้าหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูล

- 3) การประสานงานและการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล
4) การกำกับติดตามการดำเนินงานในสถานบริการที่อยู่นอกสังกัด

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

- 1) มีคำสั่งคณะทำงาน MCH Board และ Core Team และบทบาทหน้าที่ชัดเจน ช่วยในการขับเคลื่อนงาน
อนามัยแม่และเด็กอย่างเป็นระบบ
2) มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่งานอนามัยแม่และเด็กให้มีความรู้ความเข้าใจการดำเนินงานตามมาตรฐาน
อนามัยแม่และเด็ก
3) มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคงานอนามัยแม่และเด็กผ่าน MCH Board
และ Core team
4) มีการควบคุมกำกับติดตามผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กบน HDC และรายงานอนามัยแม่และเด็ก
เป็นรายเดือนและรายไตรมาส
5) มีการประเมิน นิเทศ ควบคุม กำกับมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ให้ถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐาน
งานอนามัยแม่และเด็ก

4. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2566

ประเด็นปัญหา ปี 2566	แผนปี 2567
<p>1.โครงสร้างคณะทำงานและบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน</p> <p>2.เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย</p> <p>3.Template งานอนามัยแม่และเด็กไม่ชัดเจนและการลงบันทึกข้อมูล HDC ไม่ถูกต้องครบถ้วน</p>	<p>กลยุทธ์ 1 พัฒนาโครงสร้าง ระบบบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็ก และการบริหารจัดการงบประมาณ</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1.ทบทวนโครงสร้างคณะทำงานระดับจังหวัดและอำเภอ และการบูรณาการกับอบจ. และท้องถิ่น</p> <p>2.ประชุม MCH Board และ Coreteam เพื่อชี้แจงนโยบาย ทบทวนและวางแผนการ ดำเนินงานแม่และเด็ก</p> <p>3.ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดยการประเมินตนเอง และการลงประเมิน โดยทีมระดับจังหวัดและระดับเขต ให้ข้อเสนอแนะส่วนขาด เพื่อปรับปรุงและพัฒนางาน ให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน</p> <p>4.นิเทศงาน กำกับติดตามผลการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะ</p> <p>5.กำกับติดตามการใช้งบประมาณ PPA, Fee Schedule</p> <p>6.ประสานไอทีในการจัดทำระบบจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล</p>
<p>1.ขาดการขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในชุมชนและ สถานบริการ</p> <p>2.คู่สมรสขาดความรู้และความตระหนักในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์</p> <p>3.ขาดการกำกับติดตามข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์</p>	<p>กลยุทธ์ 2 ขับเคลื่อนและพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์</p> <p>กิจกรรม</p> <p>1.ประชุมชี้แจงการดำเนินงานการเตรียมความพร้อมและดูแลก่อนตั้งครรภ์ และบูรณา การร่วมกับเครือข่าย</p> <p>2.ส่งเสริมการจัดบริการให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่เชิงรุกในชุมชน</p> <p>3.บูรณาการกับท้องถิ่นในการค้นหาคู่สมรสใหม่ และการติดตามตรวจสุขภาพก่อน ตั้งครรภ์</p>

ประเด็นปัญหา ปี 2566	แผนปี 2567
4. ไม่มีคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ที่เป็นรูปธรรม	<p>4. ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้ประชาชน เสริมสร้างทัศนคติ ค่านิยมในการส่งเสริมการมีบุตรและเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร</p> <p>5. ยกระดับการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรในสถานบริการสาธารณสุข และการส่งต่อดูแลในรายที่มีปัญหา มีบุตรยาก</p> <p>6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็กในการให้คำปรึกษาและดูแลรักษาภาวะมีบุตรยาก</p> <p>7. ส่งเสริมการจัดบริการตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ และการเสริมวิตามินโฟเลตในสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>8. กำกับติดตามผลการดำเนินงานรายไตรมาส</p>
<p>1. แนวทางการคัดกรองดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง High Risk ยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. ขาดระบบกำกับติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงรายโรค</p> <p>3. หญิงตั้งครรภ์มีปัญหาโภชนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะโลหิตจางเกินเกณฑ์ - ขาดสารไอโอดีน <p>4. พบหญิงตั้งครรภ์ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น</p>	<p>กลยุทธ์ 3 ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพระบบฝากครรภ์คุณภาพและการดูแลขณะตั้งครรภ์</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>1. ประชุม MCH Board และ Core Team เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนระบบการดูแลและส่งต่อ และแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และรายโรค (Anemia/Thalassemia, GDM, HT/PIH, Preterm, Down's Syndrome, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV, Syphilis, Hepatitis B))</p> <p>2. ทบทวนและจัดทำแนวทางการคัดกรองความเสี่ยง และดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงรายโรค</p> <p>3. การสุ่มตรวจ Urine Iodine ทุกปี เพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และในพื้นที่</p> <p>4. ส่งเสริมการจัดบริการให้ความรู้ โรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการ เน้นเรื่องภาวะโภชนาการและความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์</p> <p>5. ส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>6. พัฒนาระบบการคัดกรอง ติดตามและรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง</p> <p>7. กำกับติดตามการมารับบริการและการได้รับยา Triferdine ให้ครอบคลุม</p> <p>8. พัฒนาแนวทางการค้นหา คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดและการติดตามดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์</p> <p>9. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็ก เรื่อง การดูแลและคัดกรองความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ และมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ ผ่านระบบออนไลน์</p> <p>10. พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล และกำกับติดตามข้อมูลรายเดือนและรายไตรมาส</p>
<p>1. ระบบส่งต่อหญิงคลอดที่มีภาวะวิกฤติ การประสานงานยังไม่ชัดเจน</p> <p>2. จนท. รพช./จนท. ใหม่ ขาดทักษะในการทำคลอดที่ยาก Abnormal Delivery</p> <p>3. ตัวชี้วัด BA และ LBW เกินเกณฑ์</p>	<p>กลยุทธ์ 4 ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานการเตรียมคลอดคุณภาพและการคลอดคุณภาพ</p> <p><u>กิจกรรม</u></p> <p>1. ประชุม Core Team เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนระบบการดูแลและส่งต่อ และแนวทางการดูแลหญิงคลอดปกติและหญิงคลอดเสี่ยงสูง</p> <p>2. การวางแผนการคลอดในหญิงคลอดปกติและหญิงคลอดเสี่ยงสูง</p> <p>3. ส่งเสริมการจัดบริการห้องคลอดคุณภาพในสถานบริการและการประเมินมาตรฐานทุกปี</p>

ประเด็นปัญหา ปี 2566	แผนปี 2567
	4. ทบทวนและพัฒนาแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 5.อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (NST) หัตถการสูติศาสตร์และ Abnormal Delivery 6.พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล และกำกับติดตามข้อมูลรายเดือนและรายไตรมาส
1.ขาดการกำกับติดตามการรับประทานยา Triferdine 6 เดือนหลังคลอด 2.ขาดระบบการส่งต่อและดูแลหญิงหลังคลอดที่มีปัญหา 3.พบการละเมิดพ.ร.บ. Milk Code ในบางร้านค้า/ห้างสรรพสินค้า 4.บุคลากรงานทารกแรกเกิดขาดความรู้และทักษะในการดูแลและช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ และการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด	กลยุทธ์ 5 ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพพระบบดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด (หลังคลอดคุณภาพ) <u>กิจกรรม</u> หญิงหลังคลอด 1.กำกับติดตามการดูแลหลังคลอด 3 ครั้งและกำกับติดตามการรับประทานยาเม็ด Triferdine 6 เดือนหลังคลอด 2.จัดระบบการดูแลและส่งต่อหญิงหลังคลอดที่มีปัญหา (Teenage Preg, ซึมเศร้า, มีโรคประจำตัว) 3.ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนและจัดประกวดแม่ดีเด่นด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระดับจังหวัดและระดับเขต 4.เฝ้าระวังการละเมิด พ.ร.บ. Milk Code สุ่มประเมินร้านค้าและห้างสรรพสินค้าปีละ 1 ครั้งร่วมกับศูนย์อนามัย งานทารกแรกเกิด 1.ประชุม Core Team เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนระบบการดูแลและส่งต่อ และแนวทางการดูแลหญิงหลังคลอด ทารกแรกเกิดปกติและทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ และการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด (บูรณาการกับงาน Service Plan) 2.จัดระบบคัดกรอง ดูแลและติดตามทารกในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และโรคซิฟิลิสจากมารดาสู่ทารก (บูรณาการกับงานควบคุมโรค) 4.ส่งเสริมการจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดและการติดตามดูแลรักษา 4.1 โรคหายาก 24 โรค 4.2 การตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด 5.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดและการสนับสนุนส่งบุคลากรไปอบรมเรื่อง การคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6.กำกับติดตามผลการดำเนินงานรายเดือนและรายไตรมาส

ผู้รายงาน

- นางสาววรากร มณีสุวรรณ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- นางสาวชิษญา ทวีพจน์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- นายประการ เข้มแข็ง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
วัน/เดือน/ปี 2 มิถุนายน 2566
โทร 08 7794 4089
E-mail : healthpro.utta@gmail.com