

### 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	ปี 2567
- เด็กเกิดมีชีพ (ราย)	2,321	2,203	2,292	2,049
- มารดาตาย (ราย)	1	0	1	0
- อัตราส่วนมารดาตายเป็นการเกิดมีชีพแสนคน	43.08	0	43.86	0
- อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดเป็น 0	0	0	0	0
- ทารกแรกเกิดตาย 0 – 28 วัน (ราย)	2	4	6	7
- อัตราตายต่อการเกิดมีชีพพันคน	0.80	1.82	2.62	3.41

ที่มา : ข้อมูลการคลอดจากสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์ ณ 30 ก.ย. 2567

จากตารางที่ 1 ข้อมูลมารดาและทารกแรกเกิดตาย จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า สถานการณ์เด็กเกิดมีชีพปี 2564 – 2567 จำนวน 2,321, 2,203, 2,292 และ 2,047 รายตามลำดับ ข้อมูลมารดาตาย พบว่า มีมารดาตายในปี 2564 จำนวน 1 ราย (43.08:แสนLB) สาเหตุจากการติดเชื้อ Severe COVID-19 Pneumonia With Hypoxia และปี 2566 จำนวน 1 ราย (43.86:แสนLB) สาเหตุจากความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ และอัตราทารกแรกเกิดตายปี 2564 – 2567 เท่ากับ 0.80, 1.82, 2.62 และ 3.41 ตามลำดับ โดยมีสาเหตุการตาย ดังนี้

ปี 2564 พบทารกเสียชีวิต 2 ราย คลอด Term 1 รายและ Preterm 1 ราย ดังนี้ รายที่ 1 มารดาอายุ 37 ปี GA 38 wks BW 1,810 gm ทารกเสียชีวิตด้วย Trisomy 18 และรายที่ 2 ทารก Preterm 27 wks 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 wks 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 wks BW 700 gm ทารกเสียชีวิตด้วย Septic shock with DIC รายที่ 3 GA 40 wks 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 wks 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 และPreterm 4 ราย ดังนี้ รายที่ 1 GA 25 wks 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 wks 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 wks 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 wks 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

ปี 2567 พบทารกเสียชีวิต 3 ราย Preterm 3 ราย ดังนี้ รายที่ 1 GA 24 wks BW 770 gm ทารกเสียชีวิตด้วย Preterm with ELBW with Holoprosencephaly เสียชีวิตอายุ 10 วัน รายที่ 2 GA 33 wks BW 1,835 gm ทารกเสียชีวิตด้วย Spontaneous stomach perforation with neonatal sepsis เสียชีวิตอายุ 13 วัน รายที่ 3 GA 26 wks BW 905 gm ทารกเสียชีวิตด้วย Preterm with ELBW with severe early neonatal sepsis with severe RDS เสียชีวิตที่อายุ 4 วัน รายที่ 4 GA 37 wks BW 1,850 gm ทารกเสียชีวิตด้วย severe birth asphyxia with BBA เสียชีวิตอายุ 16 วัน รายที่ 5 GA 23 wks BW 650 gm ทารกเสียชีวิตด้วย RDS with PIE เสียชีวิตอายุ 2 วัน รายที่ 6 GA 26 wks BW 1,050 gm ทารกเสียชีวิตด้วย BBA with RDS with septic shock เสียชีวิตอายุ 9 วัน และรายที่ 7 GA 24 wks BW 675 gm ทารกเสียชีวิตด้วย Severe RDS with HIE with severe birth asphyxia เสียชีวิตอายุ 1 วัน

## 2. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงาน

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

### 1. พัฒนาโครงสร้าง ระบบบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก

- ทบทวนคำสั่งคณะทำงาน MCH Board, Coreteam และ Service Plan ระดับจังหวัดและระดับเขต

### 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ

- ประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด เพื่อชี้แจงแผนนโยบาย ทบทวนแนวทาง สรุปลงแผนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก 2 ครั้ง/ปี

- ประชุมคณะทำงาน Core Team แม่และเด็ก บูรณาการกับการประชุม Service Plan แม่และเด็ก 1 ครั้ง/ปี

- ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดยให้โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเอง และมีการประเมินมาตรฐาน โดยทีมประเมินระดับเขตและระดับจังหวัด จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลท่าปลา โรงพยาบาลฟากท่าและโรงพยาบาลลับแล ซึ่งมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์

- บูรณาการกับงานประกันสุขภาพ ในการประชุมการดำเนินงานตามงบ PPA, Fee Schedule และกำกับติดตามการดำเนินงาน

- บูรณาการกับงานไอที ในการจัดทำระบบจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลแม่และเด็กผ่าน Data Center และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก

กลยุทธ์ที่ 2 ส่งเสริม พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ และคู่สมรสใหม่

1. ประชุมคณะทำงานระดับจังหวัดวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแนวทางการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร และคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก และจัดทำแนวทางการค้นหา คัดกรอง ดูแลและส่งต่อ

2. จัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรและคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก โดย Kick off พร้อมกันทั้งจังหวัด เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566 โดยแบ่งการให้บริการตามระดับ ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลชุมชน (MD Level 1) จำนวน 8 แห่ง (โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง) เปิดให้บริการ คลินิกส่งเสริมการมีบุตรทุกวันพุธ เวลา 08.30 – 16.00น. โดยมีการให้บริการ ดังนี้

- ให้บริการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มโอกาสมีบุตร
- การตรวจสุขภาพคู่สมรสก่อนมีบุตร
- ส่งต่อกรณีเข้าข่ายภาวะมีบุตรยาก

2.2 โรงพยาบาลศูนย์ (MD Level 2) จำนวน 1 แห่ง (โรงพยาบาลศูนย์อุดรดิตถ์) เปิดให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรทุกวันพุธ เวลา 08.30 – 16.00น. และเปิดให้บริการคลินิกรักษาภาวะ มีบุตรยากทุกวันพุธ เวลา 08.30 – 12.00 น. โดยมีการให้บริการ ดังนี้

- ให้บริการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มโอกาสมีบุตร
- การตรวจสุขภาพคู่สมรสก่อนมีบุตร
- ค้นหาสาเหตุภาวะมีบุตรยาก
- การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่
- การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก IUI

3. พัฒนาระบบการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรและคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยากตามมาตรฐาน

4. จัดทำ CPG และคู่มือการให้บริการตามแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

5. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมการมีบุตร ระบบการให้คำปรึกษา ดูแลและส่งต่อ

6. พัฒนาระบบการกำกับ ติดตามการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลและสะท้อนข้อมูล ประเมินผลรายไตรมาส

7. ทบทวนและจัดทำคำสั่งคณะทำงาน MCH Board, คณะทำงาน Coreteam (ฝากครรภ์, ห้องคลอด, ทารกแรกเกิดและเด็กปฐมวัย), คณะทำงาน Service Plan (สูติกรรม, ทารกแรกเกิด, ภูมิคุ้มกันและหูดจุมูก (การตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด)), คณะทำงานประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและคณะทำงานส่งเสริมการมีบุตรระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

8. มีการจัดสถานที่ในการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร โดยโรงพยาบาลอุดรดิตถ์เปิดให้บริการที่คลินิกนรีเวชกรรม ส่วนโรงพยาบาลชุมชนเปิดให้บริการที่กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม

#### ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตรทุกแห่ง (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 2 แสดงผลการดำเนินงานค้นหา คัดกรองและการรับบริการคลินิกส่งเสริมมีบุตรและคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก ปี 2567

คปสอ.	คู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ที่สำรวจทั้งหมด(คู่)	ไม่ต้องการมีบุตร(ราย)	ร้อยละ	ต้องการมีบุตร (ราย)	ร้อยละ	เข้าคลินิกส่งเสริมการมีบุตร(ราย)	ร้อยละ	เข้าคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก(ราย)	ร้อยละ	ทำ IUI (ราย)
เมืองอุดรดิตถ์	640	439	68.59	201	31.41	121	60.20	121	100	76
พิชัย	3151 (ครบทุกรพ.สต.)	3094	98.19	57	1.81	39	68.42	11	29.73	
ลับแล	473	363	76.74	110	23.26	16	14.55	5	31.25	
ท่าปลา	1652 (ครบทุกรพ.สต.)	1501	90.86	151	9.14	24	15.89	4	16.67	
น้ำปาด	50	38	76.00	12	24.00	5	41.67	0	0	
ตรอน	349	323	92.55	26	7.45	12	46.15	8	66.67	
ทองแสนขัน	149	127	85.23	22	14.77	4	18.18	2	50.00	
บ้านโคก	4	0	0	4	100	4	100	0	0	
ฟากท่า	5	0	0	5	100	4	80.00	0	0	
รวม	6473	5885	90.92	588	9.08	231	39.29	151	65.36	

ที่มา : รายงานคลินิกส่งเสริมมีบุตรสถานบริการสาธารณสุข ณ วันที่ 30 ก.ย. 2567

จากตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานค้นหา คัดกรองและการรับบริการคลินิกส่งเสริมมีบุตรและคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก ปี 2567 สรุปได้ดังนี้ คู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ที่สำรวจได้ทั้งหมด 6473 คู่ คู่ที่ไม่ต้องการมีบุตร 5885 คู่ (ร้อยละ 90.92) สาเหตุจากมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย/เศรษฐกิจฐานะ กังวลปัญหาสังคมและสภาพแวดล้อม มีบุตรเพียงพอแล้ว ไม่มีเวลาเลี้ยงดูบุตร/ทำงานต่างจังหวัด อายุมาก/มีโรคประจำตัว เป็นต้น คู่ที่ต้องการมีบุตร 588 คู่ (ร้อยละ 9.08) ส่งเข้าคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 231 คู่ (ร้อยละ 39.29) พบเข้าข่ายมีบุตรยาก ส่งเข้าคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก 151 คู่ และได้รับการรักษาฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI) 76 คู่

กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพระบบฝากครรภ์คุณภาพและการดูแลขณะตั้งครรภ์

1. จัดประชุม MCH Board เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนระบบการดูแลและส่งต่อ
2. ส่งเสริมจัดระบบการค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ติดตามการมาฝากครรภ์ก่อน 12 wk และติดตามการมาฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ รวมถึงการได้รับยา Triferdine ให้ครอบคลุม
3. ทบทวนและจัดทำแนวทางการคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงรายโรค (Anemia/Thalassemia, GDM, HT/PIH, Preterm, Down's Syndrome, STD (HIV, Syphilis, Hepatitis B) และอื่นๆ)
4. การจัดระบบวางแผนการดูแลรายบุคคลในรายที่มีปัญหาซับซ้อน มีการตั้งไลน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงในการให้คำปรึกษาโดยทีมแพทย์และพยาบาล
5. ส่งเสริมการจัดบริการให้ความรู้ โรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการให้ได้มาตรฐาน
6. ส่งเสริมภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ให้ได้มาตรฐาน
  - ส่งเสริมป้องกันภาวะโลหิตจาง เน้นการคัดกรองรักษา การให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและการตรวจติดตาม

- ส่งเสริมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ กำกับติดตามการสุ่มตรวจ Urine Iodine ในหญิงตั้งครรภ์ปีละ 1 ครั้ง วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน

7. พัฒนาระบบข้อมูลร่วมกับงานไอทีในการจัดทำระบบวิเคราะห์ข้อมูลโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์รวมถึงระบบการจัดเก็บข้อมูลรายโรคอื่นๆ

8. กำกับติดตามการดำเนินการตามแนวทาง

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลขณะตั้งครรภ์ ปี 2567

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	1.พหุท่า	2.บ้านโลก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.นันท	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก $\leq 12$ wk (75%)	เป้าหมาย	34	35	39	65	91	92	79	186	316	1007	1308	1,191	1,272
	ผลงาน	30	29	29	62	83	64	63	151	234	798	1009	979	1,024
	ร้อยละ	88.24	82.86	74.36	95.38	91.21	69.57	79.75	81.18	74.05	79.25	77.14	82.20	80.50
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (100%)	เป้าหมาย	40	110	141	87	212	195	307	582	1735	3409	3822	3,694	3,757
	ผลงาน	35	110	138	85	206	194	302	575	1144	2789	2969	3,137	3,357
	ร้อยละ	87.50	100	97.87	97.70	97.17	99.48	98.37	98.80	65.94	81.81	77.68	84.92	89.35
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง ( $\geq 75\%$ )	เป้าหมาย	34	35	70	64	87	91	115	182	315	993	1285	1,175	1,264
	ผลงาน	28	28	51	56	76	61	79	140	216	735	924	912	964
	ร้อยละ	82.35	80.00	72.86	87.50	87.36	67.03	68.70	76.92	68.57	74.02	71.91	77.62	76.27

ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 ก.ย. 2567

จากตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลขณะตั้งครรภ์ ปี 2664 – 2567 สรุปได้ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์  $\leq 12$  สัปดาห์ ปี 2664 – 2567 ร้อยละ 80.50, 82.20, 77.14 และ 79.25 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังมีปัญหาไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดในพื้นที่อำเภอท่าปลา เมืองอุดรดิตถ์และทองแสน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มาจากต่างจังหวัด และต้องทำงานไม่สามารถมาฝากครรภ์ได้ตามกำหนด

2. การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิก ปี 2664 – 2567 ร้อยละ 89.35, 84.92, 77.68 และ 81.81 ตามลำดับ ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย สาเหตุจากหญิงตั้งครรภ์ส่งต่อจากรพ.ชุมชน/คลินิกเอกชน เพื่อมารับบริการเฉพาะทางที่รพ.อุดรดิตถ์ เช่น คัดกรองดาวน์ซินโดรม เจาะน้ำคร่ำ ซึ่งมาเพียง 1 – 2 ครั้ง และไม่ได้รับยาเนื่องจากมีอายุจากสถานบริการเดิมอยู่แล้ว

3. การฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง ปี 2664 – 2567 ร้อยละ 76.27, 77.62, 71.91 และ 74.02 ตามลำดับ ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย พบปัญหาไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดในพื้นที่อำเภอท่าปลา เมืองอุดรดิตถ์ และลับแล สาเหตุสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรก  $\leq 12$  สัปดาห์ล่าช้า มีการย้ายภูมิลำเนา การ Abortion ฝากครรภ์คลินิกและสถานบริการเอกชน และปัญหาด้านการทำงาน ทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ได้ตามกำหนด

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลขณะตั้งครรภ์ ปี 2566 – 2567 แยกตามใน  
สังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	1.ฝากทำ	2.บ้านโคก	3.ทองแสน ชื่น	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2567	ปี 2566
1. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤12 wk (75%)												
ในสังกัด	เป้าหมาย	17	16	60	20	78	28	110	106	187	622	764
	ผลงาน	15	13	44	18	73	20	88	85	144	500	606
	ร้อยละ	88.24	81.25	73.33	90.00	93.59	71.43	80.00	80.19	77.01	80.39	79.32
นอกสังกัด	เป้าหมาย	17	19	9	45	13	64	9	80	129	385	440
	ผลงาน	15	16	7	44	10	44	6	66	90	298	351
	ร้อยละ	88.24	84.21	77.78	97.78	76.92	68.75	66.67	82.50	69.77	77.40	79.77
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (100%)												
ในสังกัด	เป้าหมาย	36	77	135	76	200	185	290	464	1722	3185	3450
	ผลงาน	33	77	132	75	194	184	285	463	1132	2575	2690
	ร้อยละ	91.67	100	97.78	98.68	97.00	99.46	98.28	99.78	65.74	80.85	77.97
นอกสังกัด	เป้าหมาย	4	33	6	11	12	10	17	118	13	224	241
	ผลงาน	2	33	6	10	12	10	17	112	12	214	235
	ร้อยละ	50.00	100	100	90.91	100	100	100	94.92	92.30	95.54	97.51
3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ คุณภาพ ครบ 5 ครั้ง (≥75%)												
ในสังกัด	เป้าหมาย	17	16	60	20	75	28	106	103	186	611	755
	ผลงาน	14	13	44	15	67	19	73	76	132	453	553
	ร้อยละ	82.35	81.25	73.33	75.00	89.33	67.86	68.87	73.79	70.97	74.14	73.25
นอกสังกัด	เป้าหมาย	17	19	9	44	11	64	8	78	129	379	434
	ผลงาน	14	15	6	41	8	42	5	62	84	277	323
	ร้อยละ	82.35	78.95	66.67	93.18	72.73	65.63	62.50	79.49	65.12	73.09	74.42

ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 ก.ย. 2567

ตารางที่ 5 ผลการดำเนินงานคัดกรองภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และ 2 ปี 2564 – 2567

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการ ประเมิน	ท่าทำ	บ้านโคก	ทองแสน ชื่น	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1.หญิงตั้งครรภ์เจาะ Hct ครั้งแรกมีภาวะ โลหิตจาง	≤ร้อยละ 13	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
		ผลงาน	5	9	17	5	22	35	17	43	210	363	411	396	346
		ร้อยละ	16.67	14.06	24.29	8.93	21.57	33.98	17.71	17.55	13.87	15.92	17.05	16.82	14.75
2.หญิงตั้งครรภ์เจาะ Hct ครั้งที่สอง (GA 32-34 wk) มีภาวะ โลหิตจาง	≤ร้อยละ 13	เป้าหมาย	11	32	37	20	51	91	52	223	816	1333	1551	1363	2063
		ผลงาน	2	1	11	6	21	19	13	58	55	186	261	274	269
		ร้อยละ	18.18	3.13	29.73	30.00	41.18	20.88	25.00	26.01	6.74	13.95	16.83	20.10	13.04

ที่มา : รายงาน ANC สถานบริการสาธารณสุข ปี 2564 – 2567

จากตารางที่ 5 ผลการดำเนินงานคัดกรองภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และ 2 ปี 2564 – 2567 พบว่า หญิงตั้งครรภ์รายใหม่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 14.75, 16.82, 17.05 และ 15.92 ตามลำดับ และหญิงตั้งครรภ์เจาะเลือดครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 28 – 34 wk มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 13.04, 20.10, 16.83 และ 13.95 ตามลำดับ เกินเกณฑ์เป้าหมาย (เกณฑ์  $\leq$  ร้อยละ 13) แสดงถึงปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ สาเหตุจากพยาธิสรีระภาพของการตั้งครรภ์ มีโรค/พาหะธาลัสซีเมียแฝง และหญิงตั้งครรภ์ยังได้รับยาเสริมธาตุเหล็กไม่ครอบคลุม ขาดการกำกับติดตามการรับประทานยา

ตารางที่ 6 ผลการดำเนินงานคัดกรองและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ปี 2567

โรงพยาบาล	หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ (ราย)	ผลHct <33% (ราย)	ร้อยละ	สาเหตุ Hct <33%				การติดตามภายหลังได้รับการรักษา					
				IDA (ราย)	ร้อยละ	พาหะ/โรค Thal (ราย)	ร้อยละ	IDA ได้รับการรักษา	Hct เพิ่มขึ้น (ราย)	ร้อยละ	Thal ได้รับการรักษา	Hct เพิ่มขึ้น (ราย)	ร้อยละ
ฟากท่า	30	5	16.67	2	40	3	60	2	1	50	3	2	66.67
บ้านโคก	64	9	14.06	0	0	9	100	0	0	0	9	9	100
ทองแสนขัน	70	17	24.29	8	47.06	9	52.9	8	4	50.00	9	5	55.56
ตรอน	56	5	8.93	4	80	1	20	4	4	####	1	1	100
น้ำปาด	102	22	21.57	12	54.55	10	45.45	12	9	75.00	10	7	70.00
ท่าปลา	103	35	33.98	18	51.43	17	48.6	18	17	94.44	17	16	94.12
ลับแล	96	17	17.71	9	52.94	8	47.06	9	7	77.78	8	5	62.50
พิชัย	245	43	17.55	11	25.58	32	74.42	11	8	72.73	32	16	50.00
อุดรดิตถ์	1514	210	13.87	82	39.05	128	60.95	82	48	58.54	128	87	67.97
รวม	2280	363	15.92	146	40.22	217	59.78	146	98	67.12	217	148	68.20

ที่มา : รายงาน ANC สถานบริการสาธารณสุข ปี 2567

จากตารางที่ 6 ผลการดำเนินงานคัดกรองและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ปี 2567 พบว่า หญิงตั้งครรภ์รายใหม่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 15.92 ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมาย (เกณฑ์  $\leq$  ร้อยละ 13) วิเคราะห์แยกรายสาเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพาหะ/โรคธาลัสซีเมียร่วมด้วย ร้อยละ 59.78 และรองลงมาเป็นภาวะ IDA (ขาด Fe) ร้อยละ 40.22 จากการติดตามภายหลังได้รับการรักษาโดยให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และเน้นเสริมภาวะโภชนาการ การติดตาม Hct 4 สัปดาห์ พบว่ารายที่เป็น IDA ค่า Hct เพิ่มขึ้นร้อยละ 67.12 ส่วนรายที่มีพาหะ/โรคธาลัสซีเมียร่วมด้วย ค่า Hct เพิ่มขึ้นร้อยละ 68.20

ตารางที่ 7 ผลการดำเนินงานคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์และสามี และการให้ HBIG ในทารกแรกเกิด จากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ปี 2567

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	ฟากท่า	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี (เจาะ HBsAg)	$\geq$ ร้อยละ 95	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
		ผลงาน	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
		ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	พิกทำ	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ดงอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี2564
2.หญิงตั้งครรภ์ตรวจคัดกรองพบติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	ไม่มี	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
		ผลงาน	0	2	0	0	2	1	1	5	18	29	37	59	42
		ร้อยละ	0.00	3.13	0.00	0	1.96	0.97	1.04	2.04	1.19	1.27	1.54	2.51	1.79
3.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้รับการตรวจปริมาณไวรัส HBeAg/HBV-VL	≥ร้อยละ95	เป้าหมาย	0	2	0	0	2	1	1	5	18	29	37	59	NA
		ผลงาน	0	2	0	0	2	1	1	5	8	19	37	43	NA
		ร้อยละ	100	0	100	0	100	100	100	100	100	100	100	72.88	NA
4.หญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไวรัสตับอักเสบบี สูง ได้รับยาต้านไวรัส (TDF)	≥ร้อยละ95	เป้าหมาย	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	8	8	NA
		ผลงาน	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	8	8	NA
		ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	NA
5.สามี่ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	≥ร้อยละ50	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	NA	NA	NA
		ผลงาน	16	51	34	24	95	70	82	166	883	1421	NA	NA	NA
		ร้อยละ	53.33	79.69	48.57	42.86	93.14	67.96	85.42	67.76	58.32	62.32	NA	NA	NA
6.สามี่ของหญิงตั้งครรภ์ตรวจคัดกรองพบติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	≥ร้อยละ50	เป้าหมาย	16	51	34	24	95	70	82	166	883	1421	NA	NA	NA
		ผลงาน	0	0	0	0	3	0	0	2	3	8	NA	NA	NA
		ร้อยละ	0	0	0	0	3.16	0	0	1.20	0.34	0.56	NA	NA	NA
7.ทารกแรกเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับ HBIG	≥ร้อยละ95	เป้าหมาย	0	0	0	0	3	0	0	0	43	43	45	48	NA
		ผลงาน	0	0	0	0	3	0	0	0	43	43	45	48	NA
		ร้อยละ	0	0	0	0	100	0	0	0	100	100	100	100	NA

ที่มา : รายงาน ANC สถานบริการสาธารณสุข ปี 2564 - 2567

จากตารางที่ 7 สรุปได้ดังนี้

- การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2564 – 2567 พบว่า หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี ทุกราย ร้อยละ 100 (เกณฑ์ ≥ร้อยละ95) ผลตรวจพบติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 1.79, 2.51, 1.54 และ 1.27 ตามลำดับ โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการตรวจหาปริมาณไวรัส (HBeAg/Viral Load) ปี 2565 – 2567 ร้อยละ 72.88, 100 และ 100 ตามลำดับ (เกณฑ์ ≥ร้อยละ 95) หญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไวรัสตับอักเสบบี สูงได้รับยาต้านไวรัส (TDF) ทุกราย ร้อยละ 100 (เกณฑ์ ≥ร้อยละ95)
- การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในสามี่ของหญิงตั้งครรภ์ เดือน ม.ค. – ก.ย. 2567 เท่ากับร้อยละ 62.32 ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (เกณฑ์ ≥ร้อยละ50)
- ทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ปี 2565 – 2567 ได้รับ HBIG ทุกราย ร้อยละ100 (เกณฑ์ ≥ร้อยละ95) ซึ่งผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากมีการชี้แจงจัดทำแนวทางการดูแลรักษา และส่งต่อเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ผลการดำเนินงานสามารถค้นหา ติดตามรักษา และสามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกได้

ตารางที่ 8 ผลการดำเนินงานคัดกรองและดูแลรักษากลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2567

ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	พวก	บ้านโคก	ทองแสนซัน	ดرون	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วย Quadruple Test (QT)	≥ร้อยละ 50	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
		ผลงาน	26	53	30	48	75	69	82	170	685	1238	1469	1661	1348
		ร้อยละ	86.67	82.81	42.86	85.71	73.53	66.99	85.42	69.39	45.24	54.30	60.95	70.56	57.48
2.หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ พบผลผิดปกติได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอด (PND)	≥ร้อยละ 80	เป้าหมาย	0	5	0	1	4	5	5	4	61	85	112	139	103
		ผลงาน	0	5	0	1	3	5	5	4	57	80	110	133	95
		ร้อยละ	0	100	0	0	75.00	100	100	100	93.44	94.12	98.21	95.68	92.23
3.หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงทารกกลุ่มอาการดาวน์ ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอด (PND) ผลตรวจยืนยันพบทารกโครโมโซมผิดปกติได้รับการยุติการตั้งครรภ์	≥ร้อยละ 80	เป้าหมาย	0	1	0	0	0	0	1	0	4	6	9	6	5
		ผลงาน	0	1	0	0	0	0	1	0	3	5	8	5	4
		ร้อยละ	0	100	0	0	0	0	0	0	75	83.33	88.89	83.33	80.00

ที่มา : รายงาน ANC สถานบริการสาธารณสุข ปี 2564 - 2567

จากตารางที่ 8 ผลการดำเนินงานคัดกรองและดูแลรักษากลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2564 – 2567 พบว่า หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ได้รับการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple Test (QT) ร้อยละ 57.48, 70.57, 60.95 และ 54.30 ตามลำดับ (เกณฑ์ ≥ร้อยละ 50) ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังคงพบปัญหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าทำให้คัดกรองไม่ทัน ฝากครรภ์มาจากต่างจังหวัด ส่วนผลการตรวจ QT พบผลเสี่ยงสูงได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด (PND) ร้อยละ 92.23, 95.68, 98.21 และ 94.12 ตามลำดับ (เกณฑ์ ≥ร้อยละ 80) ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย และหญิงตั้งครรภ์ที่ผลการวินิจฉัยก่อนคลอด (PND) พบทารกโครโมโซมผิดปกติ ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง (ยุติการตั้งครรภ์) ร้อยละ 80.00, 83.33, 88.89 และ 88.33 ตามลำดับ (เกณฑ์ ≥ร้อยละ 80) ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

ตารางที่ 9 ผลการดำเนินงานคัดกรองและดูแลรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2564 – 2567

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	ฝากพา	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1.หญิงตั้งครรภ์เจาะเลือดคัดกรอง Thalassemia พบ MCV, DCIP ผิดปกติ	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
	ผลงาน	4	17	12	22	35	38	39	220	663	1050	954	876	945
	ร้อยละ	13.33	26.56	17.14	39.29	34.31	36.89	40.63	89.80	43.79	46.05	39.59	37.21	40.30
2.ผล Hb Typing พบคู่เสี่ยง Thalassemia	เป้าหมาย	4	15	3	14	9	13	8	37	174	277	365	139	369
	ผลงาน	0	0	1	1	0	3	1	1	15	22	53	34	32
	ร้อยละ	0	0.00	33.33	7.14	0	23.08	12.50	2.70	8.62	7.94	14.52	24.46	8.67
3.คู่เสี่ยง Thalassemia ตรวจ ยืนยันโครโมโซม พบ ความผิดปกติ	เป้าหมาย	0	0	1	1	0	3	1	1	15	22	53	31	30
	ผลงาน	0	0	0	1	0	1	0	1	8	11	8	4	5
	ร้อยละ	0	0	0	100	0	33.33	0	100	53.33	50.00	15.09	12.90	16.67
4.คู่เสี่ยง Thalassemia ที่ผล โครโมโซมผิดปกติ ได้รับการยุติการ ตั้งครรภ์	เป้าหมาย	0	0	0	1	0	1	0	1	7	10	8	4	5
	ผลงาน	0	0	0	0	0	1	0	1	7	9	8	4	5
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	100	0	100	100	90	100	100	100

ที่มา : รายงาน ANC สถานบริการสาธารณสุข ปี 2564 - 2567

จากตารางที่ 9 หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ปี 2564 – 2567 ได้รับการตรวจเลือดคัดกรองโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย ทุกราย ผลตรวจคัดกรองพบ MCV, DCIP ผิดปกติ ร้อยละ 40.30, 37.21, 39.59 และ 46.05 ตามลำดับ ตรวจ Hb Typing ผลพบคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย ร้อยละ 8.67, 24.46, 14.52 และ 7.94 ตามลำดับ คู่เสี่ยงธาลัสซีเมียตรวจยืนยัน โครโมโซมพบความผิดปกติ ร้อยละ 16.67, 12.90, 15.09 และ 50.00 ตามลำดับ และหญิงตั้งครรภ์ที่ผลโครโมโซม ผิดปกติได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง (ยุติการตั้งครรภ์) ร้อยละ 90 Hb Bart's Hydrop Fetalis 1 ราย ไม่ยอดยุติการ ตั้งครรภ์

ตารางที่ 10 ผลการดำเนินงานคัดกรองโรคทางอายุรกรรม (GDM,HT) ในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2564 – 2567

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	ฝากพา	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1.หญิงตั้งครรภ์มี ภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ (GDM)	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
	ผลงาน	1	1	2	3	19	8	10	8	50	102	150	116	118
	ร้อยละ	3.33	1.56	2.86	5.36	18.63	7.77	10.42	3.27	3.30	4.47	6.22	4.93	5.03
2.หญิงตั้งครรภ์มี ภาวะแทรกซ้อน HT/PIH	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
	ผลงาน	1	2	1	3	3	3	1	3	30	47	50	36	45
	ร้อยละ	3.333	3.13	1.43	5.36	2.941	2.91	1.042	1.22	1.98	2.06	2.07	1.53	1.92

ที่มา : รายงาน ANC สถานบริการสาธารณสุข ปี 2564 - 2567

จากตารางที่ 10 การคัดกรองโรคทางอายุกรรมในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2564 – 2567 พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ร้อยละ 5.03, 4.93, 6.22 และ 4.47 ตามลำดับ และมีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.92, 1.53, 2.07 และ 2.06 ตามลำดับ ซึ่งทุกรายได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อตามแนวทาง

ตารางที่ 11 ผลการดำเนินงานคัดกรองโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (HIV, Syphilis) ในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2567

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	พิกษา	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
13.หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ HIV	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
	ผลงาน	0	0	0	0	0	0	0	1	15	16	26	18	39
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0.41	0.99	0.70	1.08	0.76	1.66
14.หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ Syphilis	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
	ผลงาน	0	1	1	0	1	2	5	4	40	54	46	48	45
	ร้อยละ	0	1.56	1.43	0	0.98	1.94	5.21	1.63	2.64	2.37	1.91	2.04	1.92

ที่มา : รายงาน ANC สถานบริการสาธารณสุข ปี 2564 - 2567

จากตารางที่ 11 การคัดกรองคัดกรองโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2564 – 2567 พบว่า ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 1.66, 0.76, 1.08 และ 0.70 ตามลำดับ และติดเชื้อ Syphilis ร้อยละ 1.92, 2.04, 1.91 และ 2.37 ตามลำดับ ซึ่งทุกรายได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อตามแนวทาง

ตารางที่ 12 ผลการใช้ยา Progesterone/Utrogestan เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ปี 2564 – 2567

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	พิกษา	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	อุดรดิตถ์	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm ครรภ์ก่อน	เป้าหมาย	30	64	70	56	102	103	96	245	1514	2280	2410	2354	2345
	ผลงาน	0	0	32	1	1	5	1	67	9	116	43	36	61
	ร้อยละ	0	0	45.71	1.79	0.98	4.85	1.04	27.35	0.59	5.09	1.78	1.53	2.60
2.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm ได้ยา Progesterone	เป้าหมาย	0	0	32	1	1	5	1	67	9	116	43	36	61
	ผลงาน	0	0	0	1	0	5	1	3	9	15	26	28	38
	ร้อยละ	0	0	0	100	0	100	0	4.48	100	16.38	60.47	77.78	62.30
3.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm ได้ยา Progesterone คลอดครบกำหนด	เป้าหมาย	0	0	0	1	0	5	1	3	9	19	26	28	38
	ผลงาน	0	0	0	0	0	2	0	2	5	10	24	25	36
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	40.00	0	66.67	56.5	47.37	92.31	89.29	94.74
4.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Preterm ได้ยา Progesterone คลอดก่อนกำหนด	เป้าหมาย	0	0	0	1	0	5	1	3	9	19	26	28	38
	ผลงาน	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	3	2
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	20.00	0	0	0	5.26	7.69	10.71	5.26

ที่มา : ข้อมูลรายงาน การใช้ยา Progesterone ปี 2564 – 2567

จากตารางที่ 12 ผลการดำเนินงานการใช้ยา Progesterone เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด สรุปได้ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์รายใหม่กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดปี 2564 – 2567 ร้อยละ 2.60, 1.53, 1.78 และ 5.09 ตามลำดับ
2. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดได้รับยา Progesterone ปี 2564 - 2567 ร้อยละ 62.30, 77.78, 60.47 และ 12.93 ตามลำดับ สาเหตุที่ยังไม่ได้ทุกราย เนื่องจาก มีภาวะ Abortion ประวัติคลอดก่อนกำหนดครรภ์ก่อนไม่ชัดเจน อายุครรภ์เกินกำหนด เป็นต้น
3. ผลการคลอดในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดได้รับยา Progesterone ปี 2564 – 2567 พบว่า คลอดครบกำหนด ร้อยละ 94.74, 89.29, 92.31 และ 47.37 ตามลำดับ แสดงถึงประสิทธิผลของยาสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 47.37
4. ผลการคลอดในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดได้รับยา Progesterone ปี 2564 – 2567 พบว่า คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 5.26, 10.71, 7.69 และ 5.26 ตามลำดับ เนื่องจากได้ยายังไม่ครบ ยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ

ตารางที่ 13 ผลการดำเนินงานคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ปี 2567

โรงพยาบาล	หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ (ราย)	คัดกรองสารเสพติด (ราย)	ร้อยละ	พบสารเสพติด (ราย)	ร้อยละ	อายุหญิงตั้งครรภ์(ราย)		จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (ราย)			ส่งต่อ/บำบัด/รักษา (ราย)	สถานะการตั้งครรภ์ (ราย)		
						<20 ปี	≥20ปี	G1	G2	G3 ขึ้นไป		กำลังตั้งครรภ์	คลอดแล้ว	Abortion
พากท่า	30	2	6.67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
บ้านโคก	64	20	31.25	5	25	3	2	3	1	1	5	1	4	0
ทองแสนขัน	70	53	75.71	7	13.21	0	7	0	1	6	7	2	5	0
ดρον	56	15	26.79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
น้ำปาด	102	14	13.73	4	28.57	0	4	0	0	4	4	3	1	0
ท่าปลา	103	16	15.53	3	18.75	0	3	1	0	2	3	1	2	0
ลับแล	96	15	15.63	2	13.33	1	1	1	1	0	2	0	2	0
พิชัย	245	37	15.10	6	16.22	0	6	0	1	5	6	1	5	0
อุดรดิตถ์	1514	240	15.85	8	3.33	0	8	1	2	5	8	2	6	0
รวม	2280	412	18.07	35	8.50	4	31	6	6	23	35	10	23	0

ที่มา : รายงาน ANC สถานบริการสาธารณสุข ปี 2567

จากตารางที่ 13 ข้อมูลปี 2567 หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจสารเสพติด 412 ราย (ร้อยละ 18.07) พบว่าใช้สารเสพติดจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 8.50) ส่วนใหญ่เป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ  $\geq 20$  ปี 31 ราย (ร้อยละ 88.57) จำนวนครั้งการตั้งครรภ์พบว่าเป็น G3 ขึ้นไปมากที่สุด 23 ราย (ร้อยละ 65.71) ซึ่งทุกรายเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาทั้งหมด (ร้อยละ 100) สถานะ การตั้งครรภ์ พบว่า กำลังอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ 10 ราย และคลอดแล้ว 23 ราย

## กลยุทธ์ที่ 4 ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานการเตรียมคลอดคุณภาพและการคลอดคุณภาพ

1. จัดประชุม MCH Board เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไข
2. จัดบริการวางแผนการคลอด Individual Care Plan ในรายเสี่ยงสูง
3. LR คุณภาพ ทบทวนระบบการ Consult ดูแลและส่งต่อ ระบบ Fast track : Critical Cas เน้นการส่งต่อ Intrauterine Refer
4. ทบทวนเคสเสี่ยงสูง near miss ภายในจังหวัด และทบทวนสาเหตุการตายมารดาพร้อมกับเขต 2 เพื่อเรียนรู้ เฝ้าระวังและป้องกันร่วมกัน
5. วิเคราะห์ทบทวนสาเหตุการเกิด PPH, ทบทวนแนวทางการใช้ยาและส่งเสริมการใช้ยา Carbetocin ในหญิงคลอดที่มีความเสี่ยงและกำกับติดตามประสิทธิผลการใช้ยา
6. ซ้อมแผนการคลอดทั้งในรายปกติและรายฉุกเฉินที่รพ.ชุมชนทุกแห่ง
7. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยจัดโครงการอบรมหัตถการสูติศาสตร์ และAbnormal Delivery เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2567
8. กำกับติดตามการดำเนินการตามแนวทาง (รายไตรมาส)

## ตารางที่ 14 ผลการดำเนินงานการดูแลการคลอดและการจัดการห้องคลอดคุณภาพ ปี 2564 - 2567

ตั้งชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	พิกษา	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลำแต	พิชัย	เมือง	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1. อัตราตายมารดา (<17:100,000LB)	เป้าหมาย	7	33	20	7	40	41	23	32	1,837	2,040	2,280	2,193	2,317
	ผลงาน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43.86	0	43.16
2. ร้อยละตกเลือดหลังคลอด (<4%)	เป้าหมาย	7	33	20	7	40	41	23	32	1,837	2,040	2,280	2,193	2,317
	ผลงาน	1	1	0	0	2	4	0	8	19	35	30	34	14
	ร้อยละ	14.29	3.03	0	0	5.00	9.76	0	25.00	1.03	1.72	1.32	1.55	0.60
3. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 0	เป้าหมาย	7	33	20	7	40	41	23	32	1,837	2,040	2,280	2,193	2,317
	ผลงาน	0	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	0
4. อัตราการเกิดภาวะ BA (ไม่เกิน 30 : 1,000 LB)	เป้าหมาย	7	33	20	7	40	41	23	32	1,846	2,049	2,292	2,203	2,321
	ผลงาน	2	0	0	1	1	0	0	2	120	126	111	92	120
	ร้อยละ	286	0	0	142.9	25	0	0	62.5	65.01	61.49	48.43	41.76	51.70
5. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด <37 (<9%)	เป้าหมาย	7	33	20	7	40	41	23	32	1,846	2,049	2,292	2,203	2,321
	ผลงาน	1	0	1	0	2	1	2	2	142	151	168	146	132
	ร้อยละ	14.29	0	5.00	0	5.00	2.44	8.70	6.25	7.69	7.37	7.33	6.63	5.69
6. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (<7%)	เป้าหมาย	7	33	20	7	40	41	23	32	1,846	2,049	2,292	2,203	2,321
	ผลงาน	1	0	2	1	3	2	4	4	236	253	271	227	235
	ร้อยละ	14.29	0	10.00	14.29	7.5	4.88	17.39	12.5	12.78	12.35	11.82	10.30	10.12

ที่มา : รายงานห้องคลอด สถานบริการสาธารณสุข ปี 2564 - 2567

จากตารางที่ 14 ผลการดำเนินงานการดูแลการคลอดและการจัดบริการห้องคลอดคุณภาพปี 2564 - 2567 สรุปได้ดังนี้

1. อัตราตายมารดาตาย ปี 2564 - 2567 เท่ากับ 43.16, 0, 43.86 และ 0 ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ โดยปี 2564 และ 2566 ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย สาเหตุมารดาตายในปี 2564 จำนวน 1 รายเนื่องจากติดเชื้อ Severe COVID-19 Pneumonia with Hypoxia และปี 2566 จำนวน 1 ราย เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ

2. มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปี 2564 - 2567 ร้อยละ 0.60, 1.55, 1.32 และ 1.72 ตามลำดับผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งปี 2567 มีมารดาตกเลือด 35 ราย สาเหตุการตกเลือด ได้แก่ Tone มดลูกหดรั้งตัวไม่ดี 22 ราย (ร้อยละ 62.86), Tissue มีรกค้าง 9 ราย (ร้อยละ 25.71), Tear/Trauma 4 ราย (ร้อยละ 11.43) ตามลำดับ

3. อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ปี 2564 - 2567 เท่ากับ 0

4. อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ปี 2564 - 2567 เท่ากับ 51.70, 41.76, 48.43 และ 61.49 ตามลำดับ ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งปี 2567 ภาวะ Birth Asphyxia 126 ราย สาเหตุจากการคลอด 50 ราย (ร้อยละ 39.68) ได้แก่ หัตถการช่วยคลอด (F/E, V/E, C/S), คลอดท่า Breech, CPD, Shoulder dystocia, Thick Meconium เป็นต้น สาเหตุจากทารก 49 ราย (ร้อยละ 38.89) ได้แก่ Twin, Preterm, IUGR, Fetal Anomaly, Fetal distress เป็นต้น และสาเหตุจากมารดา 27 ราย (ร้อยละ 21.43) ได้แก่ Amphetamine used, PROM, Medical U/D (DM, HT, Anemia, Thalassemia), PIH, Polyhydramnios เป็นต้น

5. ทารกคลอดก่อนกำหนด ปี 2564 - 2567 ร้อยละ 5.69, 6.63, 7.33 และ 7.37 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุเนื่องจากมารดามีโรคประจำตัว/ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์, ภาวะ PROM, Teenage Pregnancy, Twin, APH, No ANC, Amphetamine used, Anomaly, Fetal distress และไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น

6. ทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 2,500 กรัม (LBW) ปี 2564 2567 ร้อยละ 10.12, 10.30, 11.82 และ 12.35ตามลำดับ ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ปี 2567 ทารก LBW จำนวน 253 ราย สาเหตุจาก ภาวะ IUGR/SGA 120 ราย (ร้อยละ 47.43), Preterm 96 ราย (ร้อยละ 37.94), Twin 30 ราย (ร้อยละ 11.86), ไม่ทราบสาเหตุ 5 ราย (ร้อยละ 1.98) และมารดา Amphetamine used 1 ราย (ร้อยละ 0.40) ตามลำดับ

ตารางที่ 15 ประสิทธิภาพการใช้ยา Carbetocin เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ปี 2565 - 2567

ตั้งขีดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	พิกท่า	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ลับแล	พิชัย	เมือง	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565
1.หญิงคลอดที่มีความเสี่ยง PPH	เป้าหมาย	7	33	20	7	40	41	23	32	1,837	2,040	2280	2354
	ผลงาน	1	0	0	0	9	3	0	15	367	395	851	150
	ร้อยละ	14.29	0	0	0	22.50	7.32	0	46.88	19.98	19.36	37.32	6.37
2.หญิงคลอดที่มีความเสี่ยง PPH ได้ยา Carbetocin ตามข้อบ่งชี้	เป้าหมาย	1	0	0	0	9	3	0	15	367	395	851	150
	ผลงาน	1	0	0	0	9	3	0	13	286	312	529	123
	ร้อยละ	100	0	0	0	100	100	0	86.67	77.93	78.99	62.16	82
2.หญิงคลอดที่ได้ยา Carbetocin มีภาวะPPH	เป้าหมาย	1	0	0	0	9	3	0	13	286	312	529	123
	ผลงาน	1	0	0	0	0	1	0	3	2	7	9	5
	ร้อยละ	100	0	0	0	0	33.33	0	23.08	0.70	2.24	1.70	4.06

ตั้งชีวิตและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	พิกท่า	บ้านโคก	ทองแสนขัน	ตรอน	น้ำปาด	ท่าปลา	ดัดแล	พิชัย	เมือง	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565
3.หญิงคลอดที่ได้ยา	เป้าหมาย	1	0	0	0	9	3	0	13	286	312	529	123
Carbetocin ไม่มีภาวะ	ผลงาน	0	0	0	0	9	2	0	11	284	306	520	118
PPH	ร้อยละ	0	0	0	0	100	66.67	0	84.62	99.30	98.08	98.30	95.94

ที่มา : จากข้อมูลรายงานหน้าห้องคลอด ปี 2565 – 2567

จากตารางที่ 15 ประสิทธิภาพการการใช้ยา Carbetocin เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ปี 2565 - 2567 สรุปได้ ดังนี้

- หญิงคลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ปี 2565 - 2567 ร้อยละ 6.37, 37.32 และ 19.36 ตามลำดับ สาเหตุที่มาก ได้แก่ Multipara, Hx.PPH, Anemia, Precipitated labour เป็นต้น
- หญิงคลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้รับยา Carbetocin ปี 2565 - 2567 ร้อยละ 82.00, 62.16 และ 78.99 ตามลำดับ เนื่องจากประวัติความเสี่ยงไม่ชัดเจน อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์
- หญิงคลอดที่ได้รับยา Carbetocin แต่ยังมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปี 2565 – 2567 ร้อยละ 4.06, 1.70 และ 2.24 ตามลำดับ สาเหตุจากมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหลายอย่างร่วมกัน
- หญิงคลอดที่ได้รับยา Carbetocin ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปี 2565 – 2567 ร้อยละ 95.94, 98.30 และ 99.30 ตามลำดับ แสดงถึงประสิทธิภาพของยาสามารถป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ดี

#### กลยุทธ์ที่ 5 ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพพระบบดูแลมารดาหลังคลอด (หลังคลอดคุณภาพ)

- ประชุม MCH Board/ Core Team เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนแนวทางแก้ไขในการขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานร่วมกัน
- กำกับติดตามการเยี่ยมหลังคลอด และส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้รับ Triferdine 6 เดือน
- รณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดประกวด อสม. และแม่ดีเด่นด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 2
- กำกับติดตาม สถานบริการในการเยี่ยมเสริมพลังและติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดย อสม., เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ประสานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการจัดห้อง/มูมนมแม่สำหรับบีบเก็บน้ำนมและตู้แช่ในหน่วยงานและสถานประกอบการ
- ส่งเสริมการใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 (Milk Code) และพัฒนาความรู้ ศักยภาพของบุคลากรสายวิชาชีพ
- เฝ้าระวังการละเมิด พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560 (Milk code) โดยการลงพื้นที่ประเมินตรวจร้านค้าและห้างสรรพสินค้าที่มีการจำหน่ายนม/อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ดำเนินการร่วมกับศูนย์อนามัยปีละ 1 ครั้ง
- ทบทวนและพัฒนาแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด วิเคราะห์ปัญหาทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อน สาเหตุการตาย และวางแนวทางการแก้ไขปัญหาพร้อมกับคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง
- ทบทวนและพัฒนาแนวทางการคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด (TSH, IEM, การตรวจคัดกรองการได้ยิน)

10. กำกับติดตามการดำเนินงานตามแนวทางการป้องกันถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูกและ กำกับติดตามการได้รับยา HBIG, Hepatitis B vaccine ในทารกแรกเกิด

11. กำกับติดตาม รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทุกเดือน (อัตราการตายทารกแรกเกิด ,ภาวะแทรกซ้อน VLBW, อัตราการส่งออกนอกเครือข่าย, ภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อและการเสียชีวิตขณะส่ง ต่อ) และการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด (TSH, IEM)

**ผลการดำเนินงาน**

**ตารางที่ 16 ผลการดำเนินงานการดูแลมารดาหลังคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปี 2564 – 2567**

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	1.ฝากท่า	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1. ร้อยละดูแลหลังคลอด ครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (≥75%)	เป้าหมาย	39	39	77	70	89	104	124	187	370	1,099	1,312	1,199	1,404
	ผลงาน	29	29	51	52	74	87	89	154	331	896	1,050	1,012	1,095
	ร้อยละ	74.36	74.36	66.23	74.29	83.15	83.65	71.77	82.35	89.46	81.53	80.03	84.40	77.99
2. ร้อยละทารกแรกเกิด – ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่ อย่างเดียว (≥50%)	เป้าหมาย	52	73	105	144	139	186	225	289	439	1,652	1,719	1,633	1,738
	ผลงาน	38	44	71	107	96	129	144	205	251	1,085	1,189	1,196	1,325
	ร้อยละ	73.08	60.27	67.62	74.31	69.06	69.35	64.00	70.93	57.18	65.68	69.17	73.24	76.24

ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 ก.ย. 2567

จากตารางที่ 16 ผลการดำเนินงานการดูแลมารดาหลังคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปี 2564 – 2567 สรุปได้ดังนี้

- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ปี 2563 – 2567 ร้อยละ 77.99, 84.40, 80.03 และ 81.53 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ผลงานรายอำเภอไม่ผ่านเกณฑ์สาเหตุจากหญิงตั้งครรภ์มีการ ย้ายถิ่นฐาน ไม่สามารถติดตามมาตรวจหลังคลอดได้ และการบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ยังไม่ครบถ้วน
- ทารกแรกเกิด – ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ปี 2564 – 2567 ร้อยละ 76.24, 73.24, 69.17 และ 65.68 ตามลำดับ และผลงานรายอำเภอผ่านเกณฑ์ทั้งหมด

**ตารางที่ 17 ผลการดำเนินงานการดูแลมารดาหลังคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปี 2566 – 2567 แยกตามใน สังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

ตัวชี้วัดและ เกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	1.ฝากท่า	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2567	ปี 2566
<b>1. ร้อยละการดูแลหลังคลอด 3 ครั้ง (≥75%)</b>												
รพ.สต. ในสังกัด กสธ. (49 แห่ง)	เป้าหมาย	21	17	63	23	79	31	116	111	220	681	832
	ผลงาน	14	10	46	16	66	30	81	88	198	549	652
	ร้อยละ	66.67	58.82	73.02	69.57	83.54	96.77	69.83	79.28	90.00	80.62	78.37
รพ.สต. ในสังกัด อบจ. (40 แห่ง)	เป้าหมาย	18	22	14	47	10	73	8	76	150	418	480
	ผลงาน	15	19	5	36	8	57	8	66	133	347	398
	ร้อยละ	83.33	86.36	35.71	76.60	80	78.08	100	86.84	88.67	83.01	82.92

ตัวชี้วัดและ เกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	1.พาท่า	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2567	ปี 2566
2. ร้อยละการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ( $\geq 50\%$ )												
รพ.สต. ในสังกัด กสร. (49 แห่ง)	เป้าหมาย	19	18	85	43	119	48	201	160	264	957	1,039
	ผลงาน	17	15	63	29	84	37	127	119	121	612	711
	ร้อยละ	89.47	83.33	74.12	67.44	70.59	77.08	63.18	74.38	45.83	63.95	68.43
รพ.สต. ในสังกัด อบจ. (40 แห่ง)	เป้าหมาย	33	55	20	101	20	138	24	129	175	695	680
	ผลงาน	21	29	8	78	12	92	17	86	130	473	478
	ร้อยละ	63.64	52.73	40	77.23	60	66.67	70.83	66.67	74.29	68.06	70.29

ที่มา : ข้อมูล HDC ณ วันที่ 30 ก.ย. 2567

ตารางที่ 18 ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด ปี 2564 – 2567

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ เป้าหมาย	ผลการ ประเมิน	1.พาท่า	2.บ้านโคก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2567	ปี 2566	ปี 2565	ปี 2564
1.ร้อยละความ ครอบคลุมในการตรวจ คัดกรองการได้ยินใน ทารกแรกเกิด ( $\geq 95\%$ )	เป้าหมาย	7	33	20	7	40	41	23	32	1,846	2,049	2292	2203	2490
	ผลงาน	7	33	20	7	40	41	23	32	1,846	2,049	2280	2194	2478
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99.48	99.59	99.52
2. ร้อยละทารกแรกเกิดที่ ผลตรวจ OAE “ไม่ผ่าน” ( $\leq 4\%$ )	เป้าหมาย	7	33	20	7	40	41	23	32	1,846	2,049	2292	2203	2490
	ผลงาน	0	0	0	2	0	0	0	0	163	165	152	109	150
	ร้อยละ	0	0	0	28.57	0	0	0	0	8.83	8.05	6.63	4.95	6.03
3. ร้อยละการกลับมา ตรวจซ้ำของทารกที่ผล OAE “ไม่ผ่าน” ( $\geq 95\%$ )	เป้าหมาย	0	0	0	2	0	0	0	0	163	165	152	109	150
	ผลงาน	0	0	0	2	0	0	0	0	159	161	146	106	146
	ร้อยละ	0	0	0	100	0	0	0	0	97.55	97.58	96.05	97.24	97.33
4. ร้อยละทารกที่ได้รับ การวินิจฉัยความ ผิดปกติการสูญเสียการ ได้ยินภายในอายุ 3 เดือนแรก ( $\geq 90\%$ )	เป้าหมาย	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	2	1
	ผลงาน	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	2	1
	ร้อยละ	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100

ที่มา : รายงานสถานบริการสาธารณสุข ปี 2564 – 2567

จากตารางที่ 18 ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด ปี 2564 – 2567 สรุปได้ดังนี้

1. ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองการได้ยินภายใน 28 วัน ปี 2564 – 2567 ร้อยละ 99.52, 99.59, 99.48 และ 100 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
2. ทารกแรกเกิดที่ผลตรวจคัดกรองการได้ยิน ไม่ผ่าน ก่อนออกจาก รพ. ปี 2564 – 2567 ร้อยละ 6.03, 4.95, 6.03 และ 8.05 ตามลำดับ ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากปัญหาด้านตัวทารก (ความเจ็บป่วย/ภาวะแทรกซ้อนของทารก) และด้านทักษะของผู้ตรวจ
3. การกลับมาตรวจซ้ำหรือมาติดตามการได้ยินของทารกที่มีผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่าน ก่อนออกจาก รพ. ปี 2564 – 2567 ร้อยละ 97.33, 97.24, 96.05 และ 97.58 ตามลำดับ

4. ทารกแรกเกิดได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติทางการได้ยินสูญเสียการได้ยินภายในอายุ 3 เดือน ปี 2564 – 2567 ร้อยละ 100 เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์สามารถตรวจความผิดปกติได้เอง ทำให้สามารถวินิจฉัยและส่งต่อได้รวดเร็ว

ตารางที่ 19 ผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคหยาในทารกแรกเกิด 24 โคร ปี 2567

ตัวชี้วัดและเกณฑ์เป้าหมาย	ผลการประเมิน	1.ฝากพา	2.บ้านโตก	3.ทองแสนขัน	4.ตรอน	5.น้ำปาด	6.ท่าปลา	7.ลับแล	8.พิชัย	9.เมือง	ปี 2567
1. ร้อยละทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหยา 40 โคร (>95%)	เป้าหมาย	7	33	20	7	40	41	23	32	1,846	2,049
	ผลงาน	7	33	20	7	40	41	23	32	1,846	2,049
	ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา : รายงานผลคัดกรอง iem สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติฯ ปี 2567

จากตารางที่ 18 ผลการดำเนินงานการคัดกรองโรคหยาในทารกแรกเกิด 24 โคร ปี 2567 พบว่า ทารกแรกเกิดได้รับการตรวจคัดกรองโรคหยาในทารกแรกเกิด 40 โคร เท่ากับร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

#### 4. การวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ

##### - ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

1. การบันทึกข้อมูลใน HDC ยังไม่ถูกต้องครบถ้วน และข้อมูลส่วนใหญ่ต้องเก็บจากรายงานหน้าสถานบริการเพิ่มภาระเจ้าหน้าที่ในการจัดเก็บข้อมูล
2. การติดต่อประสานงานและการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข
3. การกำกับติดตามการดำเนินงานในสถานบริการที่อยู่นอกสังกัด

##### - ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

1. มีคำสั่งคณะทำงาน MCH Board/Core Team/Service Plan และมีการจัดตั้งคณะทำงาน บทบาทหน้าที่ชัดเจน ช่วยในการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กอย่างเป็นระบบ
2. มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่งานอนามัยแม่และเด็กให้มีความรู้ความเข้าใจการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
3. มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคงานอนามัยแม่และเด็กผ่าน MCH Board และ Coreteam ทำให้มีความเข้าใจและปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน
4. มีการควบคุมกำกับติดตามผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กบน HDC และรายงานอนามัยแม่และเด็กเป็นรายเดือนและรายไตรมาส
5. มีการประเมิน นิเทศ ควบคุม กำกับมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ให้ถูกต้องและเป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

## 5. แนวทางการแก้ไขปัญหา ปี 2567

ประเด็นปัญหา ปี 2567	แผนปี 2568
<p>1.โครงสร้างคณะกรรมการมีการปรับเปลี่ยน ผู้รับผิดชอบงานบ่อย</p> <p>2.Template งานอนามัยแม่และเด็กไม่ชัดเจนและการลงบันทึกข้อมูล HDC ไม่ถูกต้องครบถ้วน</p>	<p>กลยุทธ์ 1 พัฒนาโครงสร้าง ระบบบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และการบริหารจัดการงบประมาณ</p> <p>1.ทบทวนโครงสร้างคณะกรรมการระดับจังหวัดและอำเภอ บูรณาการกับ อบจ. และท้องถิ่น และมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน</p> <p>2.ประชุม MCH Board/Coreteam เพื่อชี้แจงนโยบาย วิเคราะห์ปัญหา ทบทวนแนวทางการดูแลและวางแผนการดำเนินงานแม่และเด็ก</p> <p>3.ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดยการประเมินตนเองและการลงประเมินโดยทีมประเมินระดับจังหวัดและระดับเขต ให้ข้อเสนอแนะ ส่วนขาด เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน (ประเมินแล้ว 6 แห่ง เหลือ 3 แห่ง)</p> <p>4.ทบทวนแนวทางการจัดบริการโรงเรียนพ่อแม่และควบคุมกำกับให้ได้ตามมาตรฐาน</p> <p>5.นิเทศงาน กำกับติดตามผลการดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะ</p> <p>6.เขียนโครงการและกำกับติดตามการใช้งบประมาณ PPA, Fee Schedule</p> <p>7.ทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องของ Template HDC ประสาน ไอทีในการจัดทำระบบรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก</p>
<p>1.เด็กเกิดน้อย มีการตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ไม่พร้อม เช่น วัยรุ่น มีโรคประจำตัว เป็นต้น</p> <p>2.ขาดการขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในชุมชนและสถานบริการ</p> <p>3.ขาดการประชาสัมพันธ์ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตรคุณภาพ</p> <p>4.คู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ขาดความรู้และความตระหนักในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์</p>	<p>กลยุทธ์ 2 ส่งเสริม พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมและการดูแลก่อนตั้งครรภ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสใหม่</p> <p>1.ประชุมชี้แจงการดำเนินงานการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ และการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ และบูรณาการร่วมกันกับเครือข่าย</p> <p>2.ทบทวนแนวทางการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรและคลินิกรักษาภาวะมีบุตรยาก</p> <p>3.บูรณาการกับหน่วยงานนอกสังกัดและท้องถิ่นในการค้นหาคู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ และการติดตามมารับบริการ</p> <p>4.ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้ประชาชน เสริมสร้างทัศนคติ ค่านิยมในการส่งเสริมการมีบุตรและเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร</p> <p>5.ส่งเสริมการจัดบริการให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่เชิงรุกในชุมชน</p> <p>6.พัฒนาศักยภาพบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็กในการให้คำปรึกษาและดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะมีบุตรยาก</p> <p>7.ส่งเสริมการจัดบริการตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ และการเสริมวิตามินโฟเลตในสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>8.กำกับติดตามผลการดำเนินงานรายเดือน/รายไตรมาส</p>

ประเด็นปัญหา ปี 2567	แผนปี 2568
<p>1.แนวทางการคัดกรองดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง High Risk ยังไม่ครอบคลุม</p> <p>2.ขาดระบบกำกับติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงรายโรค</p> <p>3.หญิงตั้งครรภ์มีปัญหาโภชนาการ</p> <p>-ภาวะโลหิตจางเกินเกณฑ์</p> <p>-ขาดสารไอโอดีน</p> <p>4.พบหญิงตั้งครรภ์ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น</p>	<p>กลยุทธ์ 3 ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพระบบฝากครรภ์คุณภาพและการดูแลขณะตั้งครรภ์</p> <p>1.ประชุม MCH Board/Core Team เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนระบบการดูแลและส่งต่อ และแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และรายโรค (Anemia/Thalassemia, GDM,HT/PIH, Preterm, Down's Syndrome, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV,Syphilis,Hepatitis B))</p> <p>2.ทบทวนและพัฒนาแนวทางการคัดกรองความเสี่ยง และดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงรายโรค</p> <p>3.กำกับติดตามการสุ่มตรวจ Urine Iodine ทุกปี เพื่อประเมินและวิเคราะห์ปัญหาภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และในพื้นที่</p> <p>4.ส่งเสริมการจัดบริการให้ความรู้ โรงเรียนพ่อแม่ในสถานบริการ เน้นเรื่องภาวะโภชนาการและความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์</p> <p>5.ส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด กำกับติดตามประสิทธิผลการใช้ยา Progesterone/Urtrrogestane ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>6.พัฒนาระบบการคัดกรอง ติดตามและรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง</p> <p>7.กำกับติดตามการมารับบริการและการได้รับยา Triferdine ให้ครอบคลุม</p> <p>8.พัฒนาแนวทางการค้นหา คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดและการติดตามดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์</p> <p>9.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรงานอนามัยแม่และเด็ก เรื่อง การดูแลและคัดกรองความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ การทำอัลตราซาวด์ และมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ</p> <p>10.พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลร่วมกับงาน IT และกำกับติดตามข้อมูลรายเดือนและรายไตรมาส</p>
<p>1.ระบบส่งต่อหญิงคลอดที่มีภาวะวิกฤติ การประสานงานยังไม่ชัดเจน ไม่เป็นระบบแนวทางเดียวกัน</p> <p>2.จนท.รพช./จนท.ใหม่ ขาดทักษะในการดูแลหญิงคลอดเสี่ยงสูง</p> <p>3.ตัวชี้วัด BA และ LBW เกินเกณฑ์</p> <p>4.ยังพบการตกเลือดในรายที่มีสาเหตุที่สามารถป้องกันได้</p>	<p>กลยุทธ์ 4 ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานการเตรียมคลอดคุณภาพและการคลอดคุณภาพ</p> <p>1.ประชุม MCH Board/Core Team เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนระบบการ Consult ดูแลและส่งต่อ และแนวทางการดูแลหญิงคลอดปกติและหญิงคลอดเสี่ยงสูง</p> <p>2.ส่งเสริมการวางแผนการคลอดในหญิงคลอดเสี่ยงสูง</p> <p>3.ส่งเสริมการจัดบริการห้องคลอดคุณภาพและการประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์</p>

ประเด็นปัญหา ปี 2567	แผนปี 2568
	<p>4.วิเคราะห์ทบทวนสาเหตุการเกิด PPH, ทบทวนแนวทางการใช้ยา และส่งเสริมการใช้ยา Carbetocin ในหญิงคลอดที่มีความเสี่ยง กำกับติดตามประสิทธิผลการใช้ยา</p> <p>5.ทบทวนเคสเสี่ยงสูง near miss ภายในจังหวัด และทบทวนสาเหตุการตายมารดา ร่วมกับเขต 2 เพื่อเรียนรู้ เฝ้าระวังและป้องกันร่วมกัน</p> <p>6.ซ่อมแผนการคลอดทั้งในรายปกติ และรายฉุกเฉินที่ รพ.ชุมชนทุกแห่ง</p> <p>7.พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล และกำกับติดตามข้อมูลรายเดือนและไตรมาส</p>
<p>1. ขาดการกำกับติดตามการรับประทานยา Triferdine 6 เดือนหลังคลอด</p> <p>2. ขาดระบบการส่งต่อและดูแลหญิงหลังคลอดที่มีปัญหา</p> <p>3. พบการละเมิดพ.ร.บ. Milk Code ในบางร้านค้า/ห้างสรรพสินค้า</p> <p>4. บุคลากรงานทารกแรกเกิดขาดความรู้และทักษะในการดูแลและช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ และทักษะการตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด</p>	<p>1. กำกับติดตามการดูแลหลังคลอด 3 ครั้ง และกำกับติดตามการรับประทานยาเม็ด Triferdine 6 เดือนหลังคลอด</p> <p>2. จัดระบบการดูแลและส่งต่อหญิงหลังคลอดที่มีปัญหา (Teenage Preg, ซึมเศร้า, มีโรคประจำตัว)</p> <p>3. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และจัดประกวดอสม. และแม่ดีเด่นด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระดับจังหวัดและระดับเขต</p> <p>4. เฝ้าระวังการละเมิด พ.ร.บ. Milk Code สุ่มประเมินร้านค้า และห้างสรรพสินค้า ปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับศูนย์อนามัย</p> <p>5. ประชุม Core Team เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนระบบการดูแลและส่งต่อ และแนวทางการดูแลหญิงหลังคลอด ทารกแรกเกิดปกติและทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติ และการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด (บูรณาการกับงาน Service Plan)</p> <p>6. พัฒนาระบบการติดตามผลการรักษาทารกที่ผิดปกติที่ได้รับการส่งต่อและการติดตามดูแลรักษา</p> <p>6.1 โรคหายาก 40 โรค</p> <p>6.2 การตรวจคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิด</p> <p>7. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดและการสนับสนุนส่งบุคลากรไปอบรมเรื่อง การคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>8. กำกับติดตามผลการดำเนินงานรายเดือนและรายไตรมาส</p>

## ผู้รายงาน

1.นางสาวชิษญา ทวีพจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

2. นายสมถวิล แพรขาว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

หน่วยงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทร 08 6979 4324 E-mail : healthpro.utta@gmail.com