

## แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ สุขภาพแม่และเด็ก

เขตสุขภาพที่ ๗ รอบที่ ๑ / ๒๕๖๓

๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักศูนย์อนามัยที่ ๗

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม -

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

สถานการณ์อัตราการส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ เท่ากับ ๒๑.๓๖ ,

๒๖.๑๓, ๑๑.๒๕, ๑๙.๒๙, และ ๑๖.๔๗ ตามลำดับ และ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ช่วง ๕ เดือนแรก มีมารดาเสียชีวิต ๓ ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายของมารดา เท่ากับ ๒๑.๔๔ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน จากสาเหตุการเสียชีวิตคือ ๑)

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีมารดาเสียชีวิต ๒ ราย : Abortion และ Suicide และ ๒) จังหวัดขอนแก่นมีมารดาเสียชีวิต ๑ ราย:

HIV ผลการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ ๑) กระบวนการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่

ทักษะและความเชี่ยวชาญของบุคลากร ระบบการสื่อสารภายในและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแนวทางเฉพาะ

ด้าน เช่น การติดสารเสพติด และการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ( Delay in receiving adequate health care) ๒)

ความตระหนักและรอบรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ หลังคลอดหรือหลังทำหัตถการของแม่ ( Delay in decision

to seek care) คณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัดได้บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติ

กรรม กุมารเวชกรรม และอายุรกรรม มีการจัดประชุม MMR Conference วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาปัญหา

อุปสรรค วางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหา ทั้ง ๓ ราย นอกจากนี้ MCH Board ระดับเขตได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ สาขา

สูติกรรม และอายุรกรรม เพื่อวิเคราะห์ วางแผนการดำเนินงานระดับเขต และถ่ายทอดมาตรการที่เพิ่มขึ้นจากเดิมและ

มาตรการเดิมให้ทุกโรงพยาบาลทุกพื้นที่ดำเนินการอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องทั้งระบบ มีการจัดประชุม MMR

Conference วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาปัญหาอุปสรรค วางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหา ผลการคัดกรอง

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๘๑. ๕๗ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการ

ดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๗๐. ๗๘ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ ๑๔. ๑๗

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางช่วงอายุครรภ์ ๓๒-๓๔ ร้อยละ ๑๓. ๘๙ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริม

ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ ๘๐. ๖๓ และ ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อย

ละ ๖๓. ๔๘ จึงมุ่งเน้นคุณภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด และหญิงหลังคลอด โดยการทบทวนแนว

ทางการดูแลภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด หลังคลอด และการพัฒนาทักษะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการขับเคลื่อน ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตายอย่างเป็นระบบ

๑ ประเด็น: สร้างHL การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็น Best Practice กำลังขยายผลให้ครอบคลุม

๑.๑.ดำเนินกิจกรรมในโรงเรียน และให้ความรู้เรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสร้าง HLS ใน

โรงเรียนต้นแบบ๗แห่งและเปิดรับสมัครผู้เข้าร่วม HLS โดยมีผู้สมัครใจเข้าร่วม ๓๒๕ แห่ง มีโรงเรียนเพชร ๘แห่งในปี

๒๕๖๓ ซึ่งทุกแห่งผ่านการรับรองอำเภออนามัยเจริญพันธุ์โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (การป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์

ในวัยรุ่น)

๑.๒. มีกิจกรรมเชิงรุกฝังยาคุมที่ รพ.สต. และโรงเรียน (จ.ร้อยเอ็ด, จ. มหาสารคาม)

๑.๓. ติดตามแนวทางการดูแลหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีหลังคลอดหรือหลังแท้งเพื่อได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร

๒. ประเด็น : คุณภาพบริการวัยรุ่นในสถานบริการที่เชื่อมโยงกับชุมชน

- ๒.๑. การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙ และขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดและระดับอำเภอ
- ๒.๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูล คืบข้อมูลและให้ภาคีเครือข่ายคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัด
- ๒.๓. ออกประเมินมาตรฐานสถานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ฉบับบูรณาการ Re-accreditation
๓. ประเด็น : ระบบเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงหญิงตั้งครรภ์
- ๓.๑.จังหวัดขอนแก่น มีการพัฒนา PNC เพื่อลดการตายมารดา ในขั้นตอนการประเมินตนเอง พัฒนาทีม ระบบเครือข่ายการส่งต่อ และกำลังพัฒนาในส่วนของชุมชน
- ๓.๒. การใช้ระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์โดยจังหวัดมหาสารคามใช้โปรแกรม Save mom, จังหวัดร้อยเอ็ดโดยใช้ โปรแกรม Nemocare และจังหวัดขอนแก่นใช้โปรแกรมANC High risk การเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยพัฒนาโปรแกรม ANC high risk
- ๓.๓. มีการนำ Early Warning Signs มาใช้ในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
- ๓.๔. สร้างกระแสเชิญชวนเข้าร่วม “โปรแกรมสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ผ่าน face book สื่อโทรทัศน์ และวิทยุ
- ๓.๕. มีระบบกำกับติดตาม โดย MCH Board CIPO ทุกเดือน
๔. ประเด็น : พัฒนาระบบบริการและระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ
- ๔.๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรมและกุมารเวชกรรม มีจัดประชุมทุก๒-๓ เดือน จัดทำแผนปฏิบัติการโครงการสร้างเสริมสุขภาพมารดาทารก และพัฒนาระบบงานอนามัยแม่และเด็ก มีการจัดประชุมทุกเดือน
- ๔.๒. จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดา/งานอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัด ปัญหาอุปสรรค และแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาทั้งระดับพื้นที่ ระดับจังหวัดและระดับเขตนำมาสู่แผนปฏิบัติการเพื่อลดการตายมารดาและทารก
- ๔.๓. มีการประเมินตนเองเพื่อเตรียมรับรองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กทุกโรงพยาบาล
- ๔.๔. ใช้เกณฑ์การดูแลกลุ่มเสี่ยงตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ Classifying Model) และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่ง

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
๑. หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ	๑.๑ ประชุม พรบ.วัยรุ่นปีละ ๒ ครั้ง ๑.๒ ReaccreditYFHS อย่างน้อยจังหวัดละ ๓๐% ๑.๓ คัดเลือก อปท.ต้นแบบด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายูวรุ่น	๑.๑.มีดำเนินการ HLS ๓๒๕ โรงเรียน อปท. ต้นแบบ ๘ แห่ง reaccredit YFHS ๑๙ แห่ง ๑.๒. มีกิจกรรมเชิงรุกฝังยาคุมที่ รพ.สต. และโรงเรียน (จ.ร้อยเอ็ด, จ. มหาสารคาม) ๑.๓. ติดตามแนวทางการดูแลหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีหลังคลอดหรือหลังแท้งเพื่อได้รับ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
<p>๒. หญิงตั้งครรภ์กลุ่มติดเชื้อ HIV ยังดูแลไม่ได้ครบคลุม</p> <p>๓. หญิงตั้งครรภ์ติดสารเสพติดเพิ่มมากขึ้น</p> <p>๔. คัดกรองภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยใช้ ST๕ ๒Q และ ๘Q ในหญิงที่มาฝากครรภ์ ไม่ครบคลุม</p>	<p>๒.๑. จัดประชุม MMR Conference ระบบเขต เพื่อทบทวนมาตรการเขตเพิ่มเติมและได้แนวทางการปฏิบัติ (Guide line)</p> <p>๒.๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย คณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม และอายุรกรรมระดับจังหวัดและอำเภอ และกำกับติดตามอย่างน้อยทุก ๓ เดือน</p> <p>๓.๑. จัดประชุม MMR Conference ระบบเขต เพื่อทบทวนมาตรการเขตเพิ่มเติมและได้แนวทางการปฏิบัติ (Guide line)</p> <p>๓.๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย คณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม และอายุรกรรมระดับจังหวัดและอำเภอ และกำกับติดตามอย่างน้อยทุก ๓ เดือน</p> <p>๓.๓. การเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยใช้โปรแกรม “Save mom” App., ANC high risk และ Nemo care</p> <p>๔.๑. จัดประชุม MMR Conference ระบบเขต เพื่อทบทวนมาตรการเขตเพิ่มเติมและหาแนวทางการปฏิบัติ (Guide line)</p> <p>๔.๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย คณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม และอายุรกรรมระดับจังหวัดและอำเภอ และกำกับติดตามอย่างน้อยทุก ๓ เดือน</p> <p>๔.๓. การเฝ้าระวังคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยใช้โปรแกรม “Save mom” App., ANC high risk และ Nemo care</p>	<p>การคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร</p> <p>๒.๑. กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อ HIV อายุรแพทย์ต้องส่งพบสูติแพทย์ เพื่อ Contraceptive หรือยุติการตั้งครรภ์</p> <p>๒.๒. การสร้างความรอบรู้กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อ HIV</p> <p>๓.๑. ขับเคลื่อนการใช้ Guideline ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลทุกระดับ</p> <p>๔.๑. การประเมินการคัดกรองภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าหญิงที่มาฝากครรภ์ โดยใช้ ST๕ ๒Q และ ๘Q ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์</p>

๓. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

๓.๑. จังหวัดมหาสารคาม มีดำเนินการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพตามเส้นทางชีวิต (LCA ต้นน้ำถึงปลายน้ำ) ครอบคลุมวิสาหกิจสร้างชาติ, Smart kids, Pre-aging และ aging

๓.๒. ต้นแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยมีดำเนินการ HLS ๓๒๕ โรงเรียนมอพท. ต้นแบบ ๘ แห่ง reaccrredit YFHS ๑๙ แห่ง และจังหวัดมหาสารคามและร้อยเอ็ด มีกิจกรรมเชิงรุกฝังยาคุมที่ รพ.สต. และโรงเรียน

๓.๓. จังหวัดขอนแก่น มีการพัฒนา PNC เพื่อลดการตายมารดา

๓.๔. การใช้ระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์โดยจังหวัดมหาสารคามใช้โปรแกรม Save mom, จังหวัดร้อยเอ็ดโดยใช้ โปรแกรม Nemocare และจังหวัดขอนแก่นใช้โปรแกรม ANC High risk

๓.๕. การใช้ และพัฒนา Early Warning Signs ให้ครอบคลุมระดับชุมชนในทุกจังหวัด

๓.๖. สร้างกระแสเชิญชวนเข้าร่วม “โปรแกรมอย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ผ่าน face book สื่อโทรทัศน์ และวิทยุ

๔. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

๔.๑ สำหรับพื้นที่

๔.๑.๑. เพิ่มการประชุม MCH board เป็น ๔ ครั้ง/ปี

๔.๑.๒. แนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อและส่งกลับข้อมูลอย่างเป็นระบบ

๔.๑.๓. การประเมินการคัดกรองภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าหญิงที่มาฝากครรภ์ โดยใช้ ST๕ ๒Q และ ๘Q ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

๔.๑.๔. ขับเคลื่อนการใช้ Guideline ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดสารเสพติดในโรงพยาบาลทุกระดับ

๔.๑.๕. วิเคราะห์และวางแผนป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่แต่งงานเร็วและตั้งครรภ์ซ้ำให้มีการคุมกำเนิดอย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น

๔.๑.๖. จัดทำแนวทางการดูแล และป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และติดเชื้อ HIV ในพื้นที่เพื่อลดการตีตรา (Stigma)

๔.๑.๗. สนับสนุนการผลิตสูติแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทาง สาขา ผดุงครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น

๔.๑.๘. สร้างกระแสเชิญชวนเข้าร่วม “โปรแกรมอย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ผ่าน face book สื่อโทรทัศน์ และวิทยุ

๔.๒ สำหรับส่วนกลาง

๔.๒.๑. การเชื่อมโยงโปรแกรม Save mom มาใช้ในบริหารจัดการหญิงวัยเจริญพันธุ์ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อการส่งต่อและส่งกลับที่รวดเร็วและการดูแลรายกรณีทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนให้ครอบคลุมทุกจังหวัด  
ผู้รับผิดชอบ/ผู้เขียนรายงานผล

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	Email
๑.	พญ.สุจิตรา ขวาชั้น	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๘๕๖๐๓๘๖๐	Sujira_jiw@hotmail.com
๒.	นางทัศนีย์ รอดชมภู	นวก.สาธารณสุขเชี่ยวชาญ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๙๗๑๑๒๐๗๕	tassanee.r@anamai.mail.go.th
๓.	ดร. ธิโสภิน ทองไทย	นวก.สาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๙๐๓๕๙๘๑๘	thisophin@gmail.com
๔	นส.จันทิยา เนติวิทย์ธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๙๗๑๒๓๔๕๔	Janthiya183@hotmail.com

แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ: สุขภาพเด็กปฐมวัย

เขตสุขภาพที่ ๗ รอบที่๑/๒๕๖๓

๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

สถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัยจากรายงานข้อมูลในระบบ HDC (ต.ค. ๒๕๖๒-ม.ค. ๒๕๖๓ ณ ๔ มีนาคม ๒๕๖๓) ของปี ๒๕๖๓ พบว่า เขตสุขภาพที่ ๗ มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี พัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้และสูงดีสมส่วนผ่านค่าเป้าหมายทุกตัวชี้วัด ดังนี้ ๑) เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ ๙๕.๘๑ ๒) เด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๓๖.๗๖ ๓) เด็ก ๐ - ๕ ปี ที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม ร้อยละ ๙๓.๓๐ ๔) เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ร้อยละ ๖๔.๗๘ และ ๕) เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖.๖๐ และเมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า การดำเนินงานผ่านค่าเป้าหมายทุกตัวชี้วัดเช่นเดียวกันแต่พบประเด็นที่เป็นข้อสังเกตจากการตรวจราชการ คือ ทารกมีค่า TSH > ๑๑.๒ mU/L ทั้งภาพเขตและจังหวัดไม่ผ่านเป้าหมาย ( $\leq$  ร้อยละ ๓) โดยภาพเขตคิดเป็นร้อยละ ๒๑.๓๕ และ จ.ร้อยเอ็ด ร้อยละ ๒๘.๔๘ จ.กาฬสินธุ์ ร้อยละ ๒๔.๓๗ จ.มหาสารคาม ร้อยละ ๑๗.๘๔ และ จ.ขอนแก่น ร้อยละ ๑๗.๕๒ ตามลำดับ โดยสาเหตุของปัญหาจะได้ดำเนินการค้นหาสาเหตุเชิงลึกและวางแผนแก้ไขปัญหาเชิงระบบต่อไป

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
๑. ขาดความครอบคลุมของการได้รับ/ กระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย DSPM (รพ. มหาวิทยาลัย และ เอกชน)	- สนับสนุนคู่มือDSPM แก่กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการคลินิกเอกชน
๒. ขาดความครอบคลุมของการดำเนินงาน “มหัศจรรย์ ๑๐๐๐วัน” และ “เล่นเปลี่ยนโลก” ในระดับตำบล	- สนับสนุนการสร้างลานเล่นในชุมชนโดยบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น - จัดทำรูปแบบกิจกรรมการเล่นและเล่นิทานในลานเล่นชุมชนเพื่อเป็นแนวทางให้กับพื้นที่ทุกตำบล - จัดทำเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน และผลักดันให้ทุกตำบลประเมินตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนา - พัฒนาตำบลต้นแบบการดำเนินงานโภชนาการในเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการในชุมชน
๓. ขาดความครอบคลุมของการประเมินตนเองของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกสังกัดตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ	- ผลักดันและสนับสนุนให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกสังกัดประเมินตนเองและพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐาน
๔. ทารกแรกเกิดพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนเกินค่าเป้าหมายทั้งระดับเขตและระดับจังหวัด	- สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก - สรรวจภาวะพร่องไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์หลังจากได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิกเพื่อทราบ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
	สถานการณ์และขนาดของปัญหา ระดับเขตสุขภาพ
๔. พื้นที่ที่มีอุปกรณชั่ง วัด น้ำหนักส่วนสูง/เทคนิค ได้มาตรฐานไม่ครอบคลุม	- ประสาน อบต. มีส่วนร่วมในซื้ออุปกรณ์ เครื่องชั่ง/วัด - จัดทำและสนับสนุนชุดสื่ออุปกรณ์ต้นแบบการดำเนินงานโภชนาการในเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการในชุมชน

๓. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

- Smart Kids Taksila ๔.๐, จังหวัดไอโอดีนยั่งยืน (จ.มหาสารคาม)
- ต้นแบบลานเล่นชุมชน ๑) จ.กาฬสินธุ์ : ตำบลหนองกุงศรี อ.หนองกุงศรี ๒) จ.ร้อยเอ็ด ต.ดินดำ อ.จังหาร ๓) จ.มหาสารคาม:ต.บ้านโคกไร่ อ.แกดำ/ ต.ศรีสุขอ.กันทรวิชัย ๔) จ.ขอนแก่น.หนองสองห้อง

๔. ข้อเสนอแนะของผู้เฝ้าเทศ

๔.๑ สำหรับพื้นที่

- ๑) ผลักดันการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน ให้ครอบคลุมทุกตำบล และขอความร่วมมือเข้าสู่กระบวนการประเมินตนเองตามเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรก เขตสุขภาพที่ ๗
- ๒) ร่วมพัฒนาและติดตามการประเมินตนเองของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกสังกัดตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
- ๓) กำหนดแนวปฏิบัติและสร้าง ความรอบรู้ เรื่องการป้องกันการขาดสารไอโอดีนในแม่และเด็ก ( ANC คลินิกหลังคลอด คลินิกนมแม่ เยี่ยมบ้าน WCC ห้องยาและสร้างความรอบรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ด้วยกลไก อสม.
- ๔) พัฒนาระบบการเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับติดตามและคืนข้อมูล DSPM/DAIM/TEDA๔/สูงดีสมส่วน ครอบคลุมทั้งระดับอำเภอและตำบลสำหรับส่วนกลาง

๔.๒ สำหรับส่วนกลาง

- ๑) สนับสนุนคู่มือ DSPM อย่างเพียงพอและครอบคลุมเป้าหมายเด็กปฐมวัยใน รพ.เอกชน
- ๒) พัฒนาสื่อกลางเพื่อสร้างความรอบรู้การป้องกันการขาดสารไอโอดีนในแม่และเด็ก
- ๓) พิจารณาปรับตัวชี้วัดเพื่อใช้เฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่ชัดเจน

ผู้รายงาน

๑. ดร.ธิโสภิญ ทองไทย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น โทร ๐๘๙๓๐๕๙๘๑๘  
e-mail: thisophin@gmail.com

๒. นางสาวยุวนา ไข้วพันธ์ นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗ ขอนแก่น โทร ๐๘๖๗๖๗๓๕๗  
e-mail: oilooy๔๒๗@gmail.com

วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๓