

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

ประเด็นที่ ๓ สุขภาพกลุ่มวัย

และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

๓.๑ กลุ่มวัย

- มารดาและทารก
- เด็กปฐมวัย
- วัยทำงาน

จัดทำโดย คณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการ

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๓ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มสตรีและเด็กแรกเกิด)

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

คำนิยาม การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่ เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

สถานการณ์

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการตายมารดาตาย MDSR system กรมอนามัย พบว่า อัตราส่วนการตายมารดา ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ แต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีจำนวนมารดาตายทั้งสิ้น ๑๒๙ ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ ๒๕.๘๖ ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM WHO พบว่าสาเหตุการตายหลักของมารดา มาจากสาเหตุทางสูติกรรมได้แก่ ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด และยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรม (Non-Obstetric Complication) ถึง ๕๗ ราย ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรค NCD และการติดเชื้อโควิด ๑๙ แต่อย่างไรก็ตามการตายมารดาจากกาติดเชื้อโควิด ๑๙ ในปี ๒๕๖๕ ลดลงเหลือเพียง ๑๔ ราย (ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๖๕ ราย) ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มของประเทศ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
<p>๑. การตั้งครรภ์คุณภาพ</p>	<p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๕ กรมอนามัย</p> <p>๒. ให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน</p> <p>๔. การป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด</p>	<p>ขับเคลื่อนนโยบาย</p> <p>๑. ชี้แจงนโยบายในพื้นที่</p> <p>๒. ขับเคลื่อนดำเนินงานผ่าน MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓. สนับสนุนการดำเนินงาน/ข้อเสนอเชิงนโยบาย และสร้างเครือข่ายดำเนินงาน</p> <p>ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ</p> <p>๑. คัดหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เน้น Early ANC โดย อสม./แกนนำชุมชน/ FCT / คปสอ.</p> <p>๒. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการประเมิน คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง เสี่ยงสูงดูแลรักษา ติดตาม โดยสูติแพทย์ทุกราย</p> <p>๓. ฝ้าระวัง PPH เช่นการตรวจร่างกายและซักประวัติอย่างละเอียด เช่นค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าคลอดหรือผ่าตัดมดลูก Previa C/S, U/S Placenta adherens & uterine atony ฝ้าระวังเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่ ๓</p> <p>๔. ฝ้าระวัง PIH : ครรภ์เป็นพิษ ติดตามวัดความดัน ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ วัดการไหลเวียนของเส้นเลือดที่เลี้ยงมดลูก หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบรังไข่ครรภ์เป็นพิษ</p> <p>๕. การดูแล ป้องกัน มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแนวทางของกรมอนามัย</p> <p>๖. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน</p>	<p>Output</p> <p>๑. ทุกหน่วยบริการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕ กรมอนามัย</p> <p>๒. ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องไตรมาสละครั้ง</p> <p>๓. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์</p> <p>๔. ร้อยละ ๓๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ</p> <p>๕. ร้อยละ ๓๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน</p> <p>๖. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมไม่เกินร้อยละ ๗</p>
	<p>๓. หน่วยบริการทุกระดับดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล</p>	<p>หน่วยบริการทุกระดับ</p> <p>๑. ดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล</p> <p>๒. ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลด้วยตนเอง</p>	<p>output</p> <p>๑. ร้อยละ ๒๕ ของหน่วยบริการผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานงาน</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			<p>อนามัยแม่และเด็ก สำหรับ</p> <p>สถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป)</p> <p>๒. ร้อยละ ๑๕ ของหน่วยบริการได้รับการประเมินจากทีมประเมินระดับเขต/จังหวัดละมีผลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก สำหรับ</p> <p>สถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป)</p>
	<p>๔. การบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p>	<p>๑. หน่วยงานระดับเขต/จังหวัด ปฏิบัติตามแผนขับเคลื่อนการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐)</p> <p>๒. พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับเขตที่ลงพื้นที่ตรวจร้านค้า สถานพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน สถานเลี้ยงเด็ก โรงเรียน ไตรมาสละ ๑ ครั้ง และรายงานการเฝ้าระวังผ่านช่องทาง online และ https://milkcode.anamai.moph.go.th/th</p> <p>๓. พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดลงพื้นที่ตรวจร้านค้า สถานพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน สถานเลี้ยงเด็ก โรงเรียน สุ่มลงปีละ ๒ ครั้ง และรายงานการเฝ้าระวังผ่านช่องทาง online และ https://milkcode.anamai.moph.go.th/th</p>	<p>output</p> <p>๑. จังหวัดมีการเฝ้าระวังการละเมิดและบังคับใช้พ.ร.บ. ร้อยละ ๖๐</p> <p>๒. ร้อยละ ๓๐ ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว</p>
<p>๒. ลดการตายมารดาไทย</p>	<p>๑. ลดการตายมารดาจาก PPH&PIH</p> <p>๑.๑ มาตรการป้องกัน PPH&PIH ทุกจังหวัด</p> <p>๑.๒ มาตรการลดการตายมารดาที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่</p> <p>๑.๓ ขับเคลื่อนกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกัน</p>	<p>๑.๑ มีมาตรการป้องกัน PPH&PIH ทุกจังหวัด</p> <p>๑.๒ มีมาตรการลดการตายมารดาที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่</p> <p>๑.๓ มีกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกันการเกิด ๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer</p> <p>๑.๔ Set Zero PPH System</p> <p>- ป้องกัน Uterine atony ใน LR</p>	<p>Outcome</p> <p>อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ</p> <p>output</p> <p>๑. การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงร้อยละ</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>การเกิด ๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer</p> <p>๑.๔ Set Zero PPH System</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีคลังเลือดคลังยาพร้อมใช้ - ใช้ถุงตวงเลือดทุกราย, - Stop bleeding ให้ได้ภายใน ๓๐ นาที สามารถผ่าตัดมดลูกหรือ fast tract Refer ให้ได้ภายใน ๓๐ นาที (Timing ในการดูแลให้เลือดหยุดต้องไม่เกิน ๓๐ นาที) <p>๑.๕ วางแผนการคลอดร่วมกับ ANC เน้น Early detection ในราย High of high risk preg./medical complication and placenta adherens ทุกรายต้องทำคลอดโดยสูติแพทย์ ใน รพ.ที่มีความพร้อม</p> <p>๑.๖ เยี่ยมหลังคลอด ๓ ครั้งตามเกณฑ์โดยเจ้าหน้าที่เพื่อติดตามการตกเลือด ติดตามประเมินสุขภาพทั้งแม่ลูก</p> <p>๑.๗ Re-skill and Up-skill : ประเด็นการประเมินความเสี่ยงในห้องคลอด, การดูแลรักษาภาวะฉุกละหุนทางสูติกรรม ทุก ๖ เดือน, ฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกละหุนทางสูติกรรมปีละ ๑ ครั้ง, ยกระดับทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาาระดับเขต</p>	<p>๑๕ จากปีที่ผ่านมา</p> <p>๒.การตายมารดา จากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ ๑๕ จากปีที่ผ่านมา</p>
	<p>๒. Contraception NCD</p> <p>๒.๑ การดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้</p>	<p>๑. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้ (ตามความสมัครใจของผู้รับบริการ)</p> <p>๒. ให้คำปรึกษา วางแผนครอบครัวหญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยอายุรกรรมเรื้อรัง/ร้ายแรง ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้</p> <p>NCD : Heart, HT, DM</p> <p>อายุรกรรมร้ายแรง, CA, Autoimmune, โรคพันธุกรรมที่ควบคุมอาการไม่ได้</p>	<p>output</p> <p>๑.มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้</p> <p>๒. แนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้</p> <p>๓.การตายมารดา</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			จากสาเหตุทางอ้อม ลดลงร้อยละ ๑๕ จากปีที่ผ่านมา ๓.ลดการคลอด ก่อนกำหนด
	๓. ทบทวนการตาย มารดารายบุคคลทุก ราย	๑. เมื่อมีการตายมารดาต้องดำเนินการตาม แนวทางการดำเนินงานระเฝ้าระวังมารดาตาย สำหรับประเทศไทยตามระยะเวลาที่กำหนด (เน้นทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตาย มารดาทุกราย และออกมาตรการป้องกันการ ตายเหตุเกิดซ้ำ) ๒. รายงานการตายมารดาผ่านระบบรายงาน มารดาตาย http://mpdsr.anamai.moph.go.th/ ทุกราย	output ๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของการตายมารดา ได้รับการทบทวน และวิเคราะห์ สาเหตุการตาย มารดาตามขั้นตอน ของกรมอนามัย ๒. ร้อยละสาเหตุ การตามารดา จำแนกตาม ICD- MM Outcome ๑. มาตรการป้องกันการ การตายมารดา เหมาะสมในพื้นที่ และป้องกันเหตุ เกิดซ้ำ ๒. อัตราส่วนการ ตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการ เกิดมีชีพ

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
<p>๑. การตั้งครรภ์คุณภาพ</p>	<p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๕ กรมอนามัย</p> <p>๒. ให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน</p> <p>๔. การป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนด</p>	<p>ขับเคลื่อนนโยบาย</p> <p>๑. ขับเคลื่อนดำเนินงานผ่าน MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. สนับสนุนการดำเนินงาน/ข้อเสนอเชิงนโยบาย และสร้างเครือข่ายดำเนินงาน</p> <p>ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ</p> <p>๑. คัดหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เน้น Early ANC โดย อสม./แกนนำชุมชน/ FCT / คปสอ.</p> <p>๒. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการประเมิน คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง เสี่ยงสูงดูแลรักษา ติดตาม โดยสูติแพทย์ทุกราย</p> <p>๓. ANC เฝ้าระวัง PPH เช่นการตรวจร่างกาย และซักประวัติอย่างละเอียด เช่นค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าคลอดหรือผ่าตัดมดลูก Previa C/S, U/S Placenta adherens & uterine atony เฝ้าระวังเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่ ๓</p> <p>๔. เฝ้าระวัง PIH : ครรภ์เป็นพิษ ติดตามวัดความดัน ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ วัดการไหลเวียนของเส้นเลือดที่เลี้ยงมดลูก หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบรังไข่ครรภ์เป็นพิษ</p> <p>๕. การดูแล ป้องกัน มารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามแนวทางของกรมอนามัย</p> <p>๖. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน</p>	<p>Output</p> <p>๑. ทุกหน่วยบริการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕ กรมอนามัย</p> <p>๒. ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องไตรมาสละครั้ง</p> <p>๓. ร้อยละ ๗๕ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์</p> <p>๔. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ</p> <p>๕. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน</p> <p>๖. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมไม่เกินร้อยละ ๗</p>
	<p>๓. หน่วยบริการทุกระดับดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล</p>	<p>หน่วยบริการทุกระดับ</p> <p>๑. ดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล</p> <p>๒. ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลด้วยตนเอง</p>	<p>output</p> <p>๑. ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยบริการผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			<p>สำหรับ สถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป)</p> <p>๒.ร้อยละ ๓๐ ของ หน่วยบริการได้รับการประเมินจาก ทีมประเมินระดับ เขต/จังหวัดละมีผล ผ่านมาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็ก สำหรับ สถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป)</p>
	<p>๔. การบังคับใช้ พระราชบัญญัติควบคุม การส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารก และเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) เพื่อ การส่งเสริมเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่</p>	<p>๑.หน่วยงานระดับเขต/จังหวัด ปฏิบัติตาม แผนขับเคลื่อนการบังคับใช้พระราชบัญญัติ ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับ ทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.๒๕๖๐ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐)</p> <p>๒.พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับเขตที่ลงพื้นที่ตรวจ ร้านค้า สถานพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน สถานเลี้ยงเด็ก โรงเรียน ไตรมาสละ ๑ ครั้ง และรายงานการเฝ้าระวังผ่านช่องทาง online และ https://milkcode.anamai.moph.go.th/th</p> <p>๓.พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดลงพื้นที่ตรวจ ร้านค้า สถานพยาบาลทั้งภาครัฐ เอกชน สถานเลี้ยงเด็ก โรงเรียน สุ่มลงปีละ ๒ ครั้ง และรายงานการเฝ้าระวังผ่านช่องทาง online และ https://milkcode.anamai.moph.go.th/th</p>	<p>output</p> <p>๑.ร้อยละของ จังหวัดมีการเฝ้า ระวังการละเมิด และบังคับใช้พ.ร.บ. ร้อยละ๖๐</p> <p>๒.ร้อยละ ๕๐ ของ ทารกแรกเกิดจนถึง อายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่ อย่างเดียว</p>
<p>๒. ลดการตาย มารดาไทย</p>	<p>๑. ลดการตายมารดา จาก PPH&PIH</p> <p>๑.๑ มาตรการป้องกัน PPH&PIH ทุกจังหวัด</p> <p>๑.๒ มาตรการลดการ ตายมารดาที่เป็นปัญหา เฉพาะในพื้นที่</p> <p>๑.๓ ขับเคลื่อนกลไก เชิงพื้นที่ในการป้องกัน การเกิด ๓D : Delay</p>	<p>๑.๑ มีมาตรการป้องกัน PPH&PIH ทุกจังหวัด</p> <p>๑.๒ มีมาตรการลดการตายมารดาที่เป็น ปัญหาเฉพาะในพื้นที่</p> <p>๑.๓ มีกลไกเชิงพื้นที่ในการป้องกันการเกิด ๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer</p> <p>๑.๔ Set Zero PPH System</p> <ul style="list-style-type: none"> - ป้องกัน Uterine atony ใน LR - มีคลังเลือดคลังยาพร้อมใช้ 	<p>Outcome</p> <p>อัตราส่วนการตาย มารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมี ชีพ</p> <p>output</p> <p>๑.การตายมารดา จากสาเหตุการตก เลือดลดลงร้อยละ ๓๐ จากปีที่ผ่านมา</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			ลดลงร้อยละ ๓๐ จากปีที่ผ่านมา ๓.ลดการคลอดก่อนกำหนด
	๓. ทบทวนการตายมารดารายบุคคลทุกราย	๑. เมื่อมีการตายมารดาต้องดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานระเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทยตามระยะเวลาที่กำหนด (เน้นทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาทุกราย และออกมาตรการป้องกันการตายเหตุเกิดซ้ำ) ๒. รายงานการตายมารดาผ่านระบบรายงานมารดาตาย http://mpdsr.anamai.moph.go.th/ ทุกราย	output ๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของการตายมารดาได้รับการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามขั้นตอนของกรมอนามัย ๒. ร้อยละสาเหตุการตามารดาจำแนกตาม ICD-MM Outcome ๑. มาตรการป้องกันการตายมารดาเหมาะสมในพื้นที่และป้องกันเหตุเกิดซ้ำ ๒. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ทุกหน่วยบริการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๕ กรมอนามัย	๑. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์	๑. ทุกหน่วยบริการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕ กรมอนามัย	๑. ร้อยละ ๗๕ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์
๒. ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องไตรมาส ละครั้ง	๒. ร้อยละ ๓๐ ของหญิงตั้งครรภ์คุณภาพ	๒. ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องไตรมาส ละครั้ง	๒. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ
๓. จังหวัดมีการเฝ้าระวังการละเมิดและบังคับใช้	๓. ร้อยละ ๓๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	๓. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์	๓. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการ
	๔. ทารกแรกเกิดน้ำหนัก		

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>พ.ร.บ. ร้อยละ ๓๐</p> <p>๔. มีผลการวิเคราะห์ สถานการณ์งานมารดา และทารก ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข</p> <p>๕. มีมาตรการ / แนวทางการขับเคลื่อน การดำเนินงาน เพื่อการป้องกันและลดการตายมารดา (PPH PIH Contraception NCD</p> <p>๖. Set Zero PPH & PIH - Zoning ผู้เชี่ยวชาญ -ระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง - Standing Order</p> <p>๗. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษา การวางแผนครอบครัว และการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้</p>	<p>น้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมไม่เกินร้อยละ ๗</p> <p>๕. ร้อยละ ๑๕ ของหน่วยบริการได้รับการประเมินจากทีมประเมินระดับเขต/จังหวัดละมีผลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช.ขึ้นไป)</p> <p>๖. ร้อยละ ๒๕ ของหน่วยบริการผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช.ขึ้นไป)</p> <p>๗. ร้อยละ ๓๐ ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว</p> <p>๘. การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงร้อยละ ๑๕ จากปีที่ผ่านมา</p> <p>๙. การตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ ๑๕ จากปีที่ผ่านมา</p> <p>๑๐. การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลงร้อยละ ๑๕ จากปีที่ผ่านมา</p> <p>๑๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของการตายมารดาได้รับการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามขั้นตอนของกรมอนามัย</p> <p>๑๒. ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM</p> <p>๑๓. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ</p>	<p>๓. ร้อยละ ๕๐ ของหน่วยบริการผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช.ขึ้นไป)</p> <p>๔. จังหวัดมีการเฝ้าระวังการละเมิดและบังคับใช้ พ.ร.บ. ร้อยละ ๖๐</p> <p>๕. มีแผนและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว และการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้</p> <p>๖. ร้อยละ ๑๐๐ ของการตายมารดาได้รับการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามขั้นตอนของกรมอนามัย</p> <p>๗. ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM</p> <p>๘. มาตรการป้องกันการตายมารดาเหมาะสมในพื้นที่ และป้องกันเหตุเกิดซ้ำ</p>	<p>ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาด</p> <p>๔. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมไม่เกินร้อยละ ๗</p> <p>๕. ร้อยละ ๓๐ ของหน่วยบริการได้รับการประเมินจากทีมประเมินระดับเขต/จังหวัดละมีผลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล (ตั้งแต่ระดับ รพช.ขึ้นไป)</p> <p>๖. ร้อยละ ๕๐ ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว</p> <p>๗. การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงร้อยละ ๓๐ จากปีที่ผ่านมา</p> <p>๘. การตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ ๓๐ จากปีที่ผ่านมา</p> <p>๙. การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลงร้อยละ ๓๐ จากปีที่ผ่านมา</p> <p>๑๐. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ</p>

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
๒. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์
๓. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ
๔. ร้อยละ ๗๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
๕. ร้อยละ ๗๕ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์
๖. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมไม่เกินร้อยละ ๗
๗. ร้อยละ ๕๐ ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) สามารถสืบค้นข้อมูลได้จาก HDC Service

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์อิฬาริก มุสิกวงศ์	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๔๓๕ e-mail : Dr.olarik@gmail.com	อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางวรรณชนก ลิ้มจรรย์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๔๓๘ e-mail : loogjun.ph@hotmail.com	๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ๒. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมไม่เกินร้อยละ ๗ ๓. ร้อยละ ๕๐ ของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว
นางจุฬารรณ เชมทอง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักส่งเสริมสุขภาพ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๔๒๕ e-mail : mch.julawan@gmail.com	๑. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์ ๒. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ ๓. ร้อยละ ๗๕ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์
นางสาวปฐมมา เขานเมธา	ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข	โทร ๐ ๒๕๙๐ ๔๙๕๖ e-mail : patamasingha@gmail.com	ร้อยละ ๗๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (Inspection Guideline)

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

หัวข้อ สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดหลัก

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกม่าน้ำหนัก ≥ 500 กรัม
(เป้าหมาย $< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีพ)

คำนิยาม

ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกม่าน้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกม่าน้ำหนัก ≥ 500 กรัม

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 1,000$$

- A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน
- B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ

ประเด็นการตรวจติดตาม

เพิ่มเติม NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เตียง NICU ภาพรวมเขต) (เป้าหมาย $\leq 1 : 500$ ทารกเกิดมีชีพ)

$$\text{สูตรคำนวณ} = A/B$$

- A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพเฉลี่ยของปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565
- B = จำนวนเตียง NICU ในภาพรวมของเขต

ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1			
$< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีพ	- ตรวจสอบสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุ	- สาเหตุเสียชีวิตในทารก แรกเกิดอันดับแรกคือ ทารกคลอดก่อนกำหนด	- มีแนวทางการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด ที่ชัดเจน

	<p>การเสียชีวิตของทารกตามบริบทในเขตสุขภาพนั้นๆ เช่น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพ แนวทางใหม่, การส่งต่อทารกป่วยให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน STABLE program เพื่อลดอัตราการตายทารกในเขตสุขภาพ</p> <p>- จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) ในทุกเขตสุขภาพ</p>	<p>ความดันเลือดในปอดสูง PPHN ละ Birth asphyxia -ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก ระบุจำนวนและร้อยละของแต่ละสาเหตุ</p> <p>- จำนวน NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น</p>	<p>- มีแนวทาง intrauterine transfer ภายในเขตสุขภาพ</p> <p>- จำนวนเตียง NICU เพียงพอ (1:500)</p> <p>- อัตราตายทารกที่มีภาวะ PPHN ลดลงจากร้อยละ 5 จากปีที่ผ่านมา</p> <p>- มีแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขต เช่น แนวทางป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาภาวะ PPHN</p> <p>- มี NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) อย่างน้อยแวนละ 1 คน ทุกแวน</p>
<p>< 3.60 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ</p>	<p>- สํารวจสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกันดูแล แก้ไข ตามสาเหตุการเสียชีวิตของทารกตามบริบทในเขตสุขภาพนั้นๆ เช่น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพ แนวทางใหม่, การส่งต่อทารกป่วยให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน STABLE</p>	<p>- จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด</p> <p>- ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก ระบุจำนวนและร้อยละของแต่ละสาเหตุ และระบุแนวทางการป้องกันและดูแลแก้ไข</p>	<p>- ทารกคลอดก่อนกำหนดลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10</p> <p>- โรงพยาบาลระดับ M สามารถให้การดูแลทารก ระดับ NICU เพิ่มขึ้น</p> <p>- บุคลากร ที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดได้รับการอบรม neonatal resuscitation มากกว่าร้อยละ 90</p> <p>- ลดการเกิด</p>

	<p>program เพื่อลดอัตราการตายทารกในเขตสุขภาพ</p> <p>- จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) ในทุกเขตสุขภาพ</p>	<p>- จำนวน NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น</p>	<p>birth asphyxia</p> <p>- มีการดำเนินงานตามแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขตและแสดงผลการดำเนินงาน</p> <p>- มี NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) อย่างน้อยแะละ 1 คน ทุกแะ</p>
--	---	---	--

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัดหลัก/ ย่อย	ระบบ	ที่อยู่/ URL
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม	HDC	https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เตียงNICU ภาพรวมเขต)	รายงานผลการตรวจราชการและนิเทศงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
แพทย์หญิงจิรวรรณ อารยะพงษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชลบุรี	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 038 931 000 โทรศัพท์มือถือ : 081 271 1072	ให้ข้อมูลทาง วิชาการรวบรวม

นายแพทย์อัครฐาน จิตนุยานนท์	ผู้อำนวยการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี กรมการแพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ: 08 4156 3251 โทรสาร: 0 2354 89439 E-mail: Akarathan_jitnu@hotmail.com	จากเขตสุขภาพ และประมวลผล การดำเนินการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ ศุภวัชร บุญกษิต์เดช	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ: 089 890 5919 E-mail: suppawat_yoo@hotmail.com	
แพทย์หญิงฐานันดา ศิริพร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลชลบุรี	โทรศัพท์มือถือ: 089 967 4611	

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/ หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/ E-mail address	ประเด็นที่ รับผิดชอบ
แพทย์หญิงจิรวรรณ อารยะพงษ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชลบุรี	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 038 931 000 โทรศัพท์มือถือ: 081 271 1072 โทรสาร: E-mail:	วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ
นายแพทย์อัครฐาน จิตนุยานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพ เด็กแห่งชาติมหาราชนี กรมการแพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ: 08 4156 3251 โทรสาร: 0 2354 89439 E-mail: Akarathan_jitnu@hotmail.com	
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ ศุภวัชร บุญกษิต์เดช	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ: 089 890 5919 E-mail: suppawat_yoo@hotmail.com	
แพทย์หญิงฐานันดา ศิริพร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลชลบุรี	โทรศัพท์มือถือ: 089 967 4611	
นายปวิช อภิบาลกุล	นักวิเคราะห์นโยบาย และแผนปฏิบัติการ	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 098 546 3564	สรุปผลการ ดำเนินการ

	กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมการแพทย์	E-mail: eva634752@gmail.com	ปัญหาอุปสรรค
กลุ่มงานนิเทศ ระบบการแพทย์	สำนักนิเทศ ระบบการแพทย์ กรมการแพทย์	โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 259 06358 - 59 โทรสาร: 0 296 59851 E-mail: supervision.dms@gmail.com	

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-๑๐ (หมวด F๘๔.x, G๘๐.x, Q๙๐.x)

ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA๔1) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - ๕ ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Developmental Skill Inventory : DSI), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - ๕ ปี, โปรแกรมการฝึก/ กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น

ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA๔1) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด - ๕ ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Developmental Skill Inventory : DSI), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด - ๕ ปี , โปรแกรมการฝึก/ กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น ภายในระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน) แล้วกลับมาประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง ๕ ด้าน จากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
เด็กปฐมวัยไทยสุขภาพแข็งแรงพัฒนาการสมวัย	- ขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/ คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล และสื่อสารนโยบาย/ แนวทางการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าและเร่งรัดติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเชิงคุณภาพในการกระตุ้น	- แผนปฏิบัติการของจังหวัดและ ของ พชอ. มีการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานด้านเด็กปฐมวัย ในเรื่อง ความครอบคลุมการคัดกรอง และการติดตามดูแลเด็กสงสัยล่าช้า มาประเมินพัฒนาการครั้งที่ ๒ - การชี้แจงและคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (๔D) - แผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สพด. ๔D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็ก	- ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตสุขภาพ ได้ ร้อยละ ๙๐ - เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าในพื้นที่เขตสุขภาพได้รับการติดตามกลับมาประเมินพัฒนาการครั้งที่ ๒ ได้ ร้อยละ ๙๐ - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดในพื้นที่เข้าร่วมการยกระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้าน สุขภาพ ๔D ร้อยละ ๘๐

<p>พัฒนาการให้กลับมา สมวัยร่วมกับภาคี เครือข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (๔D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย - พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย คู่มือ DSPM และ TEDA๔๑ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลลงในระบบและการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ - พัฒนาทักษะการใช้ DSPM ของพยาบาลหลังคลอด ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็ก แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็ก - การสนับสนุนสื่อ/เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง - การติดตาม รวบรวมและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการดูแลช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้าจากฐานข้อมูล HDC (เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒) 	<p>ปฐมวัยแห่งชาติ ระดับ พื้นที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - Child project Managers (CPM) และ ทีมผู้ฝึกสอนภาคปฏิบัติ DSPM ระดับเขตสุขภาพ กำหนดแผนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ - การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการใช้ DSPM พยาบาลหลังคลอดและ WCC ในรพ.ศูนย์และรพ.ทั่วไปทุกแห่ง ในรพ.ชุมชนที่มี PP/WCC (รวมเขตละ ๕๐ คน) - มีการชี้แจงคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมกิจกรรมต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่ - มีระบบการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบการดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนดและการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าต่อเนื่อง - ติดตาม รวบรวม ทบทวนความรู้ความเข้าใจของทีมของโรงพยาบาล (รพศ./รพช./รพ.สต.) เพื่อสามารถบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ - 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้รับการฝึกสอนการใช้คู่มือ DSPM ภาคปฏิบัติ และมีความรู้ทักษะที่เพียงพอต่อการกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้เครื่องมือ TEDA๔๑ หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น - พยาบาลหลังคลอดมีทักษะการใช้ คู่มือ DSPM ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ - เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับบริการ - สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดในพื้นที่เข้าร่วมเป็นต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่ เขตสุขภาพละ ๑ แห่ง - เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่กำหนดและติดตามต่อเนื่องจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๒๐
---	---	---

<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒</p>			
<p>เด็กปฐมวัยไทยสุขภาพ แข็งแรงพัฒนาการสมวัย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/คณะกรรมการพัฒนา 	<ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการของจังหวัดและของ พชอ. มีการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานด้านเด็กปฐมวัย ในเรื่อง ความ 	<ul style="list-style-type: none"> - ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตสุขภาพ ได้ ร้อยละ ๙๐ - เด็กพัฒนาการส่งสัยล่าช้าใน

<p>คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ/คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพระดับ ตำบลและสื่อสาร นโยบาย/ แนวทางการ ดำเนินงานดูแลช่วยเหลือ เด็กพัฒนาการล่าช้าและ เร่งรัดติดตามเด็กที่มี พัฒนาการล่าช้าเชิง คุณภาพในการกระตุ้น พัฒนาการให้กลับมา สมวัยร่วมกับภาคี เครือข่าย</p> <p>- ขับเคลื่อนกลไกความ ร่วมมือการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ (๔D) ใน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</p> <p>- พัฒนาศักยภาพ บุคลากรสาธารณสุขใน หน่วยบริการปฐมภูมิที่ รับผิดชอบงานพัฒนาการ เด็กปฐมวัยในพื้นที่ในการ คัดกรองพัฒนาการเด็ก ด้วย คู่มือ DSPM และ TEDA๔I รวมทั้งการ บันทึกข้อมูลลงในระบบ และการนำข้อมูลมาใช้ ประโยชน์</p> <p>- ประเมินทักษะการใช้ DSPM ของพยาบาลหลัง คลอด ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ</p> <p>-พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการจัดกิจกรรม เสริมสร้างทักษะการเลี้ยง ดูเด็ก แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแล เด็ก</p> <p>-การเสริมสร้างความรอบ รู้ (Health Literacy) ใน เฝ้าระวัง และดูแล</p>	<p>ครอบคลุมการคัดกรอง และ การติดตามเด็กส่งสัยล่าช้า มา ประเมินพัฒนาการครั้งที่ ๒</p> <p>- ช่วยเหลือสนับสนุนและ เยี่ยมเสริมพลังสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยทุกสังกัดในการ ดำเนินงานยกระดับการ ดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ ๔D</p> <p>- มีการดำเนินการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบ งานพัฒนาการเด็กปฐมวัยใน พื้นที่ในการคัดกรอง พัฒนาการเด็กด้วย คู่มือ DSPM และTEDA๔I หรือ เครื่องมือมาตรฐานอื่นตาม เกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- เสริมพลัง พยาบาลหลัง คลอดและ WCC ในรพ.ศูนย์ และรพ.ทั่วไปทุกแห่ง+ในรพ. ชุมชนที่มี PP/WCC ในการ ให้บริการแนะนำการใช้คู่มือ DSPM แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง</p> <p>- ช่วยเหลือสนับสนุนและ เยี่ยมเสริมพลังดำเนินงาน กิจกรรมต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>-- มีระบบการติดตามเด็ก พัฒนาการล่าช้าเข้าสู่ระบบ การดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ ที่กำหนดและการดูแลเด็ก พัฒนาการล่าช้าต่อเนื่อง</p> <p>-ติดตาม รวบรวม ทบทวน ความรู้ความเข้าใจของทีมของ โรงพยาบาล (รพศ./รพช./รพ. สต.) เพื่อสามารถบันทึกข้อมูล ได้ถูกต้องและวิเคราะห์ผลการ ดำเนินงาน และการนำข้อมูล ไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่</p>	<p>พื้นที่เขตสุขภาพได้รับการ ติดตามกลับมาประเมิน พัฒนาการครั้งที่ ๒ ได้ ร้อยละ ๙๐</p> <p>- สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่าน มาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติด้าน สุขภาพ (๔D) ร้อยละ ๗๕</p> <p>- บุคลากรที่รับผิดชอบงาน พัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ มีความรู้ทักษะการใช้คู่มือ DSPM ภาคปฏิบัติ</p> <p>-พยาบาลหลังคลอดมีทักษะ การใช้ คู่มือ DSPM ทั้ง ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ</p> <p>- มีต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่ใน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เขต สุขภาพละ ๑ แห่ง</p> <p>-เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการ ดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์ที่ กำหนดและติดตามต่อเนื่อง จนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๓๕</p>
---	--	---

	<p>ช่วยเหลือเด็กพัฒนาการ ล่าช้าให้กับพ่อแม่/ ผู้ปกครอง และบุคลากร เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none">- การสนับสนุนสื่อ/ เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง- เพิ่มช่องทางและรูปแบบ การเข้าถึงการกระตุ้น พัฒนาการในพื้นที่ ห่างไกลหรือภายใต้ สถานการณ์การแพร่ ระบาดของโควิด-๑๙- ติดตาม รวบรวม และ วิเคราะห์ผลการ ดำเนินงานการดูแล ช่วยเหลือเด็กพัฒนาการ ล่าช้าจากฐานข้อมูล HDC (เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒)		
--	--	--	--

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>-มีการขับเคลื่อนงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล อย่างน้อย ๑ ครั้ง</p> <p>-มีการขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (๔D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างน้อย ๑ แห่ง</p> <p>-เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย <= ร้อยละ ๑๕</p>	<p>- แผนปฏิบัติการของจังหวัดและของ พชอ. มีการกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนงานด้านเด็กปฐมวัย ในเรื่อง ความครอบคลุมการคัดกรองและการติดตามเด็กสงสัยล่าช้า มาประเมินพัฒนาการครั้งที่ ๒</p> <p>- มีการชี้แจงคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (๔D)</p> <p>- มีการชี้แจงคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมกิจกรรมต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>- สอนและประเมินทักษะการใช้ DSPM พยาบาลหลังคลอดและ WCC ในรพ.ศูนย์และรพ.ทั่วไปทุกแห่ง+ในรพ.ชุมชนที่มี PP/WCC (รวมเขตละ ๕๐ คน)</p> <p>- เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๒๐</p>	<p>- พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย คู่มือ DSPM และพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็ก แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็กอย่างน้อย ๑ ครั้ง</p> <p>- เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน สพต. ๔D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ระดับพื้นที่</p> <p>- เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๒๕</p>	<p>- ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตสุขภาพ ได้ ร้อยละ ๙๐</p> <p>- เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าในพื้นที่เขตสุขภาพได้รับการติดตามกลับมาประเมินพัฒนาการครั้งที่ ๒ ได้ ร้อยละ ๙๐</p> <p>- บุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้รับการฝึกสอนการใช้คู่มือ DSPM ภาคปฏิบัติ ร้อยละ ๙๐</p> <p>-พยาบาลหลังคลอดผ่านการประเมินทักษะการใช้ คู่มือ DSPM ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ร้อยละ ๙๐</p> <p>- สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดในพื้นที่เข้าร่วมเป็นต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่ เขตสุขภาพละ ๑ แห่ง</p> <p>- สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ (๔D) ร้อยละ ๗๕</p> <p>-เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๓๕</p>

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
๒. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า
๓. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการติดตาม
๔. ร้อยละเด็กที่ได้รับการติดตามมีพัฒนาการสมวัย (สมวัย ๒)
๕. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า
๖. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$$

รายการข้อมูล :

A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก

a = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้าน

B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง)

๑. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{A}{B} \times 100$$

รายการข้อมูล :

A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

B = เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

๒. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{C+D}{A} \times 100$$

รายการข้อมูล :

C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑)

D = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

๓. ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการติดตาม

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{E}{C} \times 100$$

รายการข้อมูล :

E = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒

C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑)

๔. ร้อยละเด็กที่ได้รับการติดตามมีพัฒนาการสมวัย (สมวัย ๒)

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{G}{F} \times 100$$

รายการข้อมูล :

G = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (สมวัยครั้งที่สอง)

F = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ได้รับการติดตามทั้งหมดภายใน ๓๐ วัน

๕. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = \frac{C+G}{A} \times 100$$

รายการข้อมูล :

C = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ที่ต้องส่งต่อทันที (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) (๑B๒๖๒)

G = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำภายใน ๓๐ วัน แล้ว ผลการประเมิน ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน

A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

๖. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

$$\text{สูตรคำนวณตัวชี้วัด} = (C/D) \times 100$$

C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

D=จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์แล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สถาบันพัฒนาอานามัยเด็กแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต, สถาบันราชานุกูล

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.ธีรชัย บุญยะสิทธิ์พรณ	ตำแหน่งรอง ผู้อำนวยการ สถาบันพัฒนาอานามัย เด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	Tel. ๐ ๒๕๕๐ ๔๔๑๗ Mobile ๐๘๙ ๑๔๔ ๔๒๐๘ e-mail : teerboon@hotmail.com	- เด็กปฐมวัยมี พัฒนาการสมวัย
พญ.จันทร์อาภา สุขทัณฑ์	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	Tel. 0-2248-8900 ต่อ70390 Mobile 08-6788-9981 e-mail : janarpar@gmail.com	เด็กปฐมวัยได้รับการ คัดกรองแล้วพบว่ามี พัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือ เครื่องมือมาตรฐาน อื่นจนมีพัฒนาการ สมวัย

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายสุทิน ปุณฺทริภักดิ์	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์ นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาอานามัย เด็กแห่งชาติ กรมอนามัย	Tel. ๐ ๒๕๕๐ ๔๔๑๗ Mobile ๐๘๑ ๔๖๖ ๓๖๙๖ e-mail : sutin.p@anamai.mail.go.th	- เด็กปฐมวัยมี พัฒนาการสมวัย
พญ.นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช	ผู้อำนวยการสถาบัน ราชานุกูล กรม สุขภาพจิต	Tel. ๐-๒๒๔๘-๘๙๐๐ ต่อ ๗๐๓๙๐ Mobile ๐๘ ๑๘๕๔ ๕๖๘๙ e-mail : noppsriw@hotmail.com	เด็กปฐมวัยได้รับการ คัดกรองแล้วพบว่ามี พัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย

พญ.จันทร์อาภา สุขทัพ์ภ	นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต	Tel. ๐-๒๒๔๘-๘๙๐๐ ต่อ ๗๐๓๙๐ Mobile ๐๘-๖๗๘๘-๙๙๘๑ e-mail : janarpar@gmail.com	TEDA๔1 หรือ เครื่องมือมาตรฐาน อื่นจรมพัฒนาการ สมวัย
------------------------	---	--	--

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๔ : สุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ สุขภาพเด็กปฐมวัย (กรมอนามัย)

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน

คำนิยาม

๑) เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด - อายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

๒) กราฟการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี กรมอนามัย ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ หมายถึง กราฟการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ประยุกต์จากมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๕ -๑๙ ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยเริ่มใช้ในการประมวลผลในระบบฐานข้อมูล HDC ไตรมาสที่ ๓ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

๓) สูงดี หมายถึง ความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต ความยาวหรือส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี กรมอนามัย ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของความยาวหรือ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

๔) สมส่วน หมายถึง น้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ ความยาวหรือส่วนสูง ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี กรมอนามัย ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยมีค่า -๑.๕ SD ถึง +๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง

๕) สูงดีสมส่วน หมายถึง ความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนัก อยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑) เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ๒) เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน	๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกตำบลทศวรรษ ๑,๐๐๐ วัน Plus ๒,๕๐๐ วัน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล ทั้งหมด ๔ องค์ประกอบ ได้แก่ ๑.๑ กลไกการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการ ของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลัก รวมถึงการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่าย ชุมชน ท้องถิ่น เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นการเจ้าของการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน ๑.๒ การพัฒนาคุณภาพงานบริการสาธารณสุขและงานบริการด้านสังคม	๑. ติดตามการขับเคลื่อนงานประเด็นการส่งเสริมโภชนาการของเด็กปฐมวัยผ่านแผนปฏิบัติการ ระดับจังหวัด ๑.ติดตามการขับเคลื่อนงานตำบลทศวรรษ ๑,๐๐๐ วัน Plus ๒,๕๐๐ วันผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล ๒. ติดตาม เฝ้าระวังการประเมินภาวะโภชนาการและ เฝ้าระวังการเจริญเติบโตให้เด็กแรกเกิด - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงทุก ๓ เดือน	๑) ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ๒) ร้อยละ ๖๖ ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน

	<p>๑.๓ การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</p> <p>๑.๔ การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว (ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับตำบล)</p> <p>๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (๔D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (Diet) มุ่งเน้นการส่งเสริมโภชนาการ การจัดอาหารตามวัยที่เหมาะสม รวมถึงการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็กที่เข้าสู่ระบบการเรียนการสอนในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยหรือโรงเรียนระดับอนุบาลในพื้นที่ เพื่อให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ส่วนสูง จุดกราฟและแปลผลภาวะการเจริญเติบโต รวมถึงการแจ้งผลให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กทราบภาวะการเจริญเติบโตของบุตรหลาน และมีการส่งเสริมให้เด็กได้กินอาหารตามวัยที่ครบถ้วนเพียงพอ และหลากหลายตลอดจนมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของแต่ละช่วงวัย</p> <p>๓. การส่งเสริมความรู้ สุขภาพ เรื่อง โภชนาการ และการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย - การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ได้รับความรู้และทักษะการเลือกกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับ</p>		
--	---	--	--

	<p>การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ รวมถึงการกินอาหารที่ครบถ้วน เพียงพอและหลากหลายของหญิงให้นมบุตร เพื่อให้สร้างน้ำนมคุณภาพ สำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย ๖ เดือน และกินนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยต่อเนื่อง จนถึงอายุ ๒ ปี</p> <p>- ส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักถึงความสำคัญของการจัดอาหารตามวัยที่เหมาะสมและถูกต้องสำหรับเด็กปฐมวัย รวมถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง การจุดกราฟและแปลการเจริญเติบโต อย่างทุก ๓ เดือน ผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)</p>		
--	--	--	--

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒

<p>๑) เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง</p> <p>๒) เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน</p>	<p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกตำบลหัตถ์ธรรม ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน</p> <p>โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับตำบล ทั้งหมด ๔ องค์กรประกอบ ได้แก่</p> <p>๑.๑ กลไกการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการ ของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลัก รวมถึงการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่าย ชุมชน ท้องถิ่น เกิดการมีส่วนร่วมและเป็นการเจ้าของการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน</p> <p>๑.๒ การพัฒนาคุณภาพงานบริการสาธารณสุขและงานบริการด้านสังคม</p> <p>๑.๓ การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</p>	<p>๑. ติดตามการขับเคลื่อนงานประเด็นการส่งเสริมโภชนาการของเด็กปฐมวัยผ่านแผนปฏิบัติการ ระดับจังหวัด</p> <p>๑.ติดตามการขับเคลื่อนงานตำบลหัตถ์ธรรม ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วันผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับตำบล</p> <p>๒. ติดตาม เฝ้าระวังการประเมินภาวะโภชนาการและเฝ้าระวังการเจริญเติบโตให้เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ทุก ๓ เดือน</p>	<p>๑) ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง</p> <p>๒) ร้อยละ ๖๖ ของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปี สูงดีสมส่วน</p>
---	--	---	---

	<p>๑.๔ การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว (ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับตำบล)</p> <p>๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกลไกความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (๔D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (Diet) มุ่งเน้นการส่งเสริมโภชนาการ การจัดอาหารตามวัยที่เหมาะสม รวมถึงการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็กที่เข้าสู่ระบบการเรียนการสอนในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยหรือโรงเรียนระดับอนุบาลในพื้นที่ เพื่อให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ส่วนสูง จุดกราฟและแปลผลภาวะการเจริญเติบโต รวมถึงการแจ้งผลให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กทราบภาวะการเจริญเติบโตของบุตรหลาน และมีการส่งเสริมให้เด็กได้กินอาหารตามวัยที่ครบถ้วนเพียงพอ และหลากหลายตลอดจนมีมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของแต่ละช่วงวัย</p> <p>๓. การส่งเสริมความรู้ สุขภาพ เรื่อง โภชนาการ และการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย - การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ได้รับความรู้และทักษะการเลือกกินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ รวมถึงการกินอาหารที่</p>		
--	---	--	--

	<p>ครบถ้วน เพียงพอและหลากหลายของหญิงให้นมบุตร เพื่อให้สร้างน้ำนมคุณภาพ สำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย ๖ เดือน และกินนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยต่อเนื่อง จนถึงอายุ ๒ ปี</p> <p>- ส่งเสริมให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักถึง ความสำคัญของการจัดอาหารตามวัยที่เหมาะสมและถูกต้องสำหรับเด็กปฐมวัย รวมถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง การจุดกราฟและแปลการเจริญเติบโต อย่างทุก ๓ เดือน ผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)</p>		
--	--	--	--

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ ๙๐	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ ๙๐	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ ๙๐	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ ๙๐
๒. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

๑. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะเตี้ย (ไม่เกินร้อยละ ๑๐)
๒. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะผอม (ไม่เกินร้อยละ ๕)
๓. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (ไม่เกินร้อยละ ๙)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

A๑ = จำนวนเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน

B๑ = จำนวนเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

B๒ = จำนวนเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดความยาวหรือส่วนสูง

๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน = $(A๑ / B๒) \times ๑๐๐$

๒. ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B๒ / B๑) \times ๑๐๐$

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักโภชนาการ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาววริทธิ์พัช พิงพันธ์	ตำแหน่ง นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๓๒๗ E-mail : wareethip.p@anamai.mail.go.th	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน
นางสาววราภรณ์ จิตอารี	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๙๐๒ e-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาววราภรณ์ จิตอารี	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๙๐๒ e-mail : waraporn.ji@anamai.mail.go.th	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน
นางสาวภาพิมล บุญอึ้ง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	Tel. ๐ ๒๕๙๐ ๔๙๐๑ e-mail : papimon.b@anamai.mail.go.th	เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ กกก. กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๓ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มเด็กปฐมวัย)

ตัวชี้วัด : (ตัวชี้วัดภายใต้ประเด็น/หัวข้อ) ร้อยละ เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ

- คำนิยาม**
- เด็กอายุ ๓ ปี หมายถึง เด็กที่อายุ ๓ ปี ถึง ๓ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน
 - ปราศจากโรคฟันผุ (Caries free) หมายถึง ไม่มีรูฟันผุ ฟันถอน และอุด เนื่องมาจากโรคฟันผุ

สถานการณ์

สถานการณ์โรคฟันผุในเด็กไทยถือว่ายังอยู่ในระดับที่สูงมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโต เด็กไทยอายุ ๓ ปี ซึ่งเป็นขุมปีแรกที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบ มีปัญหาโรคฟันผุร้อยละ ๕๒.๙ และเมื่อเด็กอายุ ๕ ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๕.๖ และมีฟันค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดอยู่ที่ ๔.๕ ซี่/คน กิจกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบว่าเด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับต่ำ โดยเด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจฟันเพียง ร้อยละ ๔๔.๘ เด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการตรวจฟันและ ทาฟลูออไรด์วานิช ร้อยละ ๔๑.๔ และ ๓๖.๒ ตามลำดับ หากเด็กได้รับการตรวจ ประเมินโรคฟันผุ ได้รับคำแนะนำ และบริการทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสม จะนำไปสู่การลดการเกิดฟันผุและการสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก (ตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟันแบบ ลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก ๐-๒ ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์)

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑. เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับ บริการตรวจสุขภาพ ช่องปาก ๒. เด็ก อายุ ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการ ฝึกแปรงฟันแบบลง มือปฏิบัติ หรือได้รับ การฝึกแปรงฟันแบบ ลงมือปฏิบัติ และ plaque control ๓. เด็ก อายุ ๐-๒ ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์ เฉพาะที่ ๔. เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการ	๑. จัดกิจกรรมส่งเสริมและ ป้องกันโรคในช่องปากใน ๓ setting คือ ● หน่วยบริการ: คลินิก สุขภาพเด็กดี (WCC) โดยมี กิจกรรมสำคัญ คือ ตรวจ สุขภาพช่องปาก ฝึกแปรง ฟันแบบลงมือปฏิบัติใน ผู้ปกครองเด็ก ๐-๒ ปี และ เคลือบ/ทาฟลูออไรด์ และ ส่งเสริม สนับสนุนให้ ผู้ปกครองพาบุตรหลานมา ตรวจสุขภาพช่องปากทุก ครั้งที่มารับวัคซีน	๑. ชุมชนมีการ ขับเคลื่อนงาน ส่งเสริมสุขภาพช่อง ปากผ่านกลไก ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ๒. พื้นที่มีการ ขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน สพด. ๔D ตามมาตรฐาน สถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยแห่งชาติ	๑. ร้อยละ ๓๐ ของ เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปาก ๒. ร้อยละ ๓๐ ของ เด็ก อายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปาก

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ชุมชน : กิจกรรม โรงเรียนพ่อแม่ในชุมชน ที่มีความพร้อมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยมีความร่วมมือของภาครัฐและชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน รวมถึงการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ <u>๑,๐๐๐ วัน plus</u> <u>สู่ ๒,๕๐๐ วัน</u> ● สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้แนวคิด ปตท. คือ <ul style="list-style-type: none"> ป : แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ต : ตรวจฟันโดยครผู้ดูแลทุกวัน และ ท : รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ภายใต้นโยบายการพัฒนาและยกระดับคุณภาพเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (๔D : Development and Play/Diet/Dental/ Disease) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ <p>๒. มาตรการสร้างความรอบรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ใน <u>กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ (ผ่านผู้ปกครอง)</u> และ E-</p>	<p>๓. มีการให้ความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากในโรงเรียนพ่อแม่อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๔. ติดตาม และประเมินผลการสร้างความรอบรู้ผ่าน E-learning แนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</p> <p>๕. ประเมิน และติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กใน WCC</p> <p>๖. ติดตามผลการดำเนินงานจากระบบรายงานข้อมูล HDC report กระทรวงสาธารณสุข</p>	

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	learning แนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ผ่านบุคลากรสาธารณสุข)		
และประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
<p>๑. เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</p> <p>๒. เด็กอายุ ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control</p> <p>๓. เด็กอายุ ๐-๒ ปี เคลือบ / ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่</p> <p>๔. เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</p>	<p>๑. จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก ใน ๓ setting คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● หน่วยบริการ: คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ ตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก ๐-๒ ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ และส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานมาตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้งที่มีรับวัคซีน ● ในชุมชน: <u>จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่</u> อาจจัดทำในสถานพยาบาลของรัฐ หรือในชุมชนที่มีความพร้อมโดยมีความร่วมมือของภาครัฐและชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไก <u>ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน</u> ● ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย: จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามหลัก ปตท. คือ แปรงฟันถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ตรวจฟันเป็นกิจวัตร และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่ 	<p>๑. ชุมชนมีการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน</p> <p>๒. พื้นที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สพด. ๔D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>๓. มีการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงเรียนพ่อแม่อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๔. ติดตามและประเมินผลการสร้างความรอบรู้ผ่าน E-learning แนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย</p> <p>๕. ประเมินและติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กใน WCC</p> <p>๖. ติดตามผลการดำเนินงานจากระบบรายงาน</p>	<p>๑. ร้อยละ ๕๐ ของเด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</p> <p>๒. ร้อยละ ๕๐ ของเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>ก่อให้เกิดโรคฟันผุ ผ่านการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (๔D : Development and Play/Diet/Dental/ Disease) ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>๒. มาตรการสร้างความรอบรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ในกิจกรรม <u>โรงเรียนพ่อแม่ (ผ่านผู้ปกครอง)</u> และ <u>E-learning</u> แนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ผ่านบุคลากรสาธารณสุข)</p>	ข้อมูล HDC report กระทรวงสาธารณสุข	

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	<ul style="list-style-type: none"> เด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ เด็ก ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ 		<ul style="list-style-type: none"> เด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ เด็ก ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ เด็ก ๓ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๗๕

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

- ร้อยละของเด็กอายุ ๑๘ เดือนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
- ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๘ เดือนมีฟันผุในฟันน้ำนม

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ): $(A/B) \times 100$

A = จำนวนเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่มีรูฟันผุ ฟันถอน และอุด เนื่องมาจากโรคฟันผุ

B = จำนวนเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวพรชนัดต์ บุญคง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข	โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) ๐ ๒๕๙๐ ๔๙๕๖ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๕๙๖๒๑๕ E-mail: Phonchanet.b@anamai.mail.go.th	ร้อยละ เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ
นางสาวปาริชาติ นาคาวรี	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ สำนักทันตสาธารณสุข	โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) ๐ ๒๕๙๐ ๔๙๕๖ โทรศัพท์มือถือ ๐๖ ๕๕๔๙ ๑๙๑๔ E-mail: pachareeyaphat.n@anamai.mail.go.th	ร้อยละ เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางสาวนพวรรณ โพนกุล	ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข	โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) ๐ ๒๕๙๐ ๔๙๕๖ โทรศัพท์มือถือ ๐๖ ๑๙๒๙ ๓๖๕๑ E-mail: noppawan.p@anamai.mail.go.th	ร้อยละ เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ
นางปฐมา เขาวนเมธา	ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข	โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) ๐ ๒๕๙๐ ๔๙๕๖ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๙๐๔ ๔๙๑๔ E-mail: patamasingha@gmail.com	ร้อยละ เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ

หมายเหตุ สามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่นๆ ที่สำคัญและจำเป็นได้ตามดุลยพินิจของ คกก.กำหนดประเด็นแต่ละประเด็น

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566
(Inspection Guideline)

ประเด็นการตรวจราชการ : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย

หัวข้อ : กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัด : 1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

2) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

1) สถานการณ์การฆ่าตัวตาย

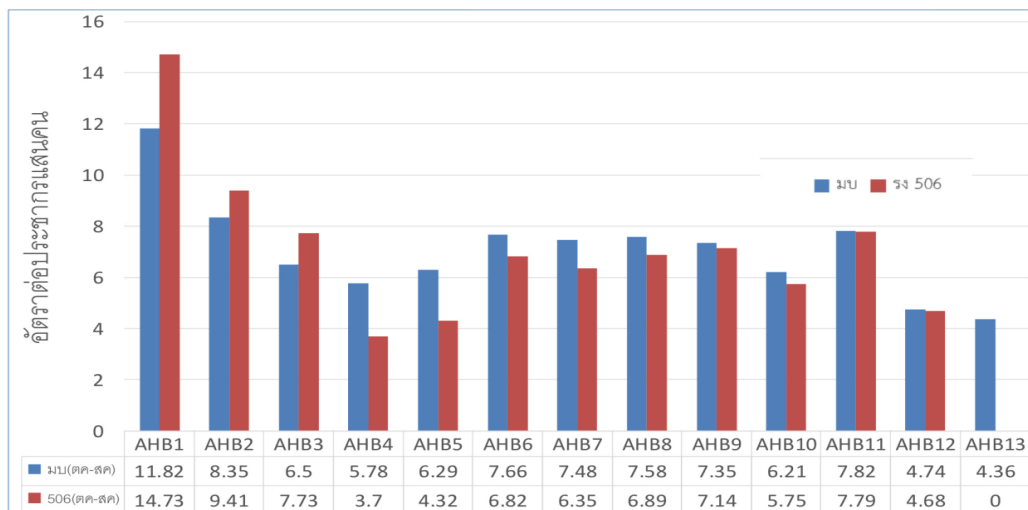
สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จที่เกิดขึ้นในช่วงปีงบประมาณ 2565 (เดือน ตุลาคม 2564 - สิงหาคม 2565) ในการวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายในครั้งนี้ ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ระบบรายงานการเฝ้าระวังฆ่าตัวตายกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ (รง 506 S) และข้อมูลจากใบมรณบัตร

จำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ข้อมูลในช่วง 11 เดือน ของปีงบประมาณ 2565 จาก 2 แหล่งมีความแตกต่างกัน ดังนี้

- ข้อมูลใบมรณบัตร พบว่า จำนวนคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 4,625 คนหรือเท่ากับ 7.09 ต่อแสนประชากร

- ข้อมูลรายงาน รง506S พบจำนวนการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 4,451 คนหรือเท่ากับ 6.47 ต่อแสนประชากร ดังภาพที่ 1

เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างใบมรณบัตรและรง.506 S ช่วงเดือน ตุลาคม 2564 –สิงหาคม 2565



ที่มา : ใบมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข , รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างใบมรณบัตรและ รง.506 S ช่วงเดือนตุลาคม 2564- สิงหาคม 2565

ที่มา : ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แม้ค่าความแตกต่างของสถิติแต่ละรายเขตสุขภาพ ในชุดสองฐานข้อมูล จะมีความแตกต่างกัน หากแต่เมื่อจัดลำดับความรุนแรงของปัญหา พบว่า มีความเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือ เขตสุขภาพที่ 1 เป็นเขตที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 2, เขตสุขภาพที่ 11, และ เขตสุขภาพที่ 3 ตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลใบมรณบัตรมาวิเคราะห์รายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 5 อันดับแรกของประเทศ คือ จังหวัดเชียงใหม่ (13.51 ต่อแสนประชากร) แม่ฮ่องสอน (13.27 ต่อ

แสนประชากร) พะเยา (13.16 ต่อแสนประชากร) ตาก (12.49 ต่อแสนประชากร) และเชียงราย (12.41 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าข้อมูลจากใบมรณบัตรมีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริงจากหลายสาเหตุ เช่น การบันทึกข้อมูลของการวินิจฉัยโรค (ICD-10-X60-X64) ในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น การรวบรวมข้อมูลฆ่าตัวตายหลายปีที่ผ่านมาจึงผลักดันให้แต่ละจังหวัด ในเขตสุขภาพรวบรวมข้อมูลผ่านรายงานรง. 506S โดยคาดหวังว่าจะได้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริงในพื้นที่มากที่สุด เมื่อพิจารณาจากกราฟจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีอยู่ 3 เขตสุขภาพที่ข้อมูลจาก รง 506S มีมากกว่าข้อมูลจากใบมรณบัตร ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1,2,3 นั้นแสดงว่าทั้ง 3 เขตสุขภาพนี้ ผู้รับผิดชอบได้เก็บข้อมูลและรายงานอย่างครอบคลุม ส่วนอีก 10 เขตสุขภาพ ข้อมูลจาก รง 506S ต่ำกว่าจากใบมรณบัตร จึงน่าเป็นห่วงว่า 10 เขตสุขภาพดังกล่าว ข้อมูลฆ่าตัวตายที่ได้จะต่ำกว่าความเป็นจริงและโดยเฉพาะเขตสุขภาพ 13 หรือ กรุงเทพมหานคร ไม่มีการรายงาน รง 506S

เหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายในคนไทย

ปัจจัยของการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตตามช่วงเวลา จากการติดตามวิเคราะห์ข้อมูลและสังเกตการฆ่าตัวตายในคนไทยพบว่า การฆ่าตัวตายในบุคคลแต่ละครั้ง จะเกิดขึ้นเมื่อมีครบ 5 เงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ 1) บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไป 2) มีสิ่งกระตุ้น (Trigger) หรือปัจจัยกระตุ้น (Precipitating Factors) ให้คิดและกระทำฆ่าตัวตาย 3) เข้าถึงวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่าย หรือด่านกั้นล้มเหลว 4) การเฝ้าระวังป้องกันล้มเหลว 5) บุคคลปัจจัยปกป้อง (Protective Factors) ที่อ่อนแอ ข้อมูลจากรายงาน รง 506S ที่รวบรวมได้ครบ 12 เดือน (ต.ค.64-ก.ย.65) แสดงให้เห็นเหตุปัจจัยทั้ง 5 ได้เพียงบางส่วน ดังแสดงในภาพด้านล่าง



ข้อมูลจากรายงาน รง. 506 S (ต.ค.64-ก.ย. 65) พบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชาย ร้อยละ 79.5 ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 34.5 วิธีการที่ใช้เป็นการผูกคอร้อยละ 82.6 รองลงมาคือ ใช้อาวุธปืน ร้อยละ 6.2 และใช้ยากำจัดวัชพืช ร้อยละ 3.3 โดยก่อนเสียชีวิตพบสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายเพียง ร้อยละ 25.8 บ่งบอกถึงระบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จล้มเหลว

จากการติดตามประเมินผลการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศ พบว่ามีปัญหาสำคัญเชิงระบบและการดำเนินงานทำให้ประสิทธิผลที่ได้ไม่เท่าที่ควรในหลายจังหวัด มีดังต่อไปนี้

- 1) ฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็น ใบมรณบัตร หรือ รง 506S การรวบรวมดังกล่าวให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายไม่ครบถ้วนถูกต้อง และไม่ทันเวลา
- 2) ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดยังไม่เป็น active surveillance และ ไม่ไว ทันต่อปัจจัยที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมปัญหา
- 3) การป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงไม่สอดคล้องกับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ (กลุ่มเสี่ยงเลยแต่ละจังหวัดไม่เหมือนกัน) และวิธีการไม่มีประสิทธิผลดีพอ
- 4) การป้องกันฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่เคยฆ่าตัวตายยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและวิธียังไม่มีประสิทธิผลดีพอเพื่อลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นของประเทศ และให้การแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องจัดการกับปัญหาของระบบและปัญหาการดำเนินงานดังกล่าว โดยต้องปรับระบบเฝ้าระวังระดับจังหวัดให้เป็น Active surveillance ปรับเปลี่ยนวิธีการและเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเมื่อเกิดอุบัติการณ์เป็นการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสอบสวนโรคมารวิเคราะห์และแปลผลโดยทีมผู้รับผิดชอบของจังหวัดร่วมกับทีมสุขภาพจิตจากศูนย์สุขภาพจิต/โรงพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบพื้นที่นั้นๆ เพื่อเรียนรู้ร่วมกัน แล้วกระจายผลที่วิเคราะห์ได้นั้นไปยังผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดและอำเภอเพื่อนำไปกำหนดมาตรการจัดการที่ตรงกับเหตุปัจจัยของแต่ละพื้นที่หรือกลุ่มเสี่ยงในแต่ละจังหวัด

การรวบรวมข้อมูลต้องใช้วิธีการใหม่เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญอย่างถูกต้องครบถ้วนทั้งฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตายแทนการเก็บรวบรวมรายงานข้อมูลในรูปแบบเดิมซึ่งไม่สามารถแยกปัจจัยกระตุ้นปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง รวมทั้งข้อมูล Gap ของระบบบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย วิธีการดังกล่าว คือการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self Directed Violence, SDV) ที่พัฒนาขึ้นใหม่โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ซึ่งจะผสมผสานการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยาและการให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน การสอบสวนโรคในรูปแบบใหม่นี้จะใช้แหล่งข้อมูลทั้งจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง และ แหล่งข้อมูลที่ไม่ใช่บุคคล เช่น แฟ้มประวัติการป่วย จดหมายลาตาย ข้อมูลจากโซเชียลมีเดีย และเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

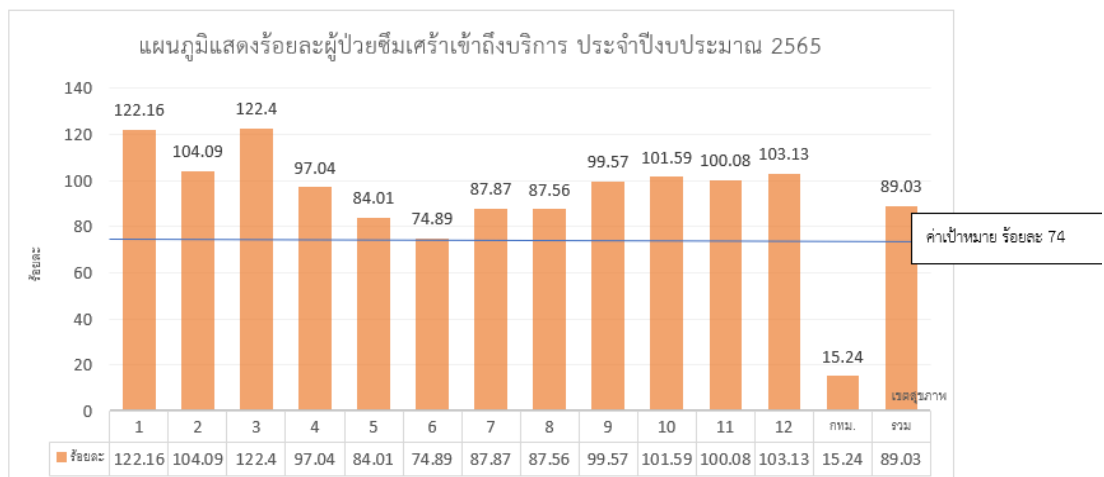
เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละจังหวัด จึงไม่ควรใช้ผลการวิเคราะห์ภาพรวมของประเทศหรือภาพรวมของเขตไปกำหนดกลุ่มเสี่ยงเพื่อดำเนินการป้องกันในกลุ่มเดียวกันทุกจังหวัดในเขต ควรกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังในจังหวัดจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงจากรายงานการสอบสวนโรค ที่ทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายรวบรวมจากอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในจังหวัด และควรเสริมพลังให้ญาติ มีส่วนร่วมเฝ้าระวังโดยอบรมญาติให้สามารถจับสัญญาณเตือนและพัฒนาญาติให้มีทักษะสำหรับช่วยเหลือเบื้องต้น

รวมทั้ง มีช่องทางให้ญาติหรือผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่เช่นพยาบาลจิตเวชหรือนักจิตวิทยาเพื่อขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือหรือประสานการส่งต่อได้สะดวกรวดเร็ว อีกประการหนึ่ง ปัจจัยกระตุ้นที่เป็นวิกฤติในชีวิตทำให้กลุ่มเสี่ยงคิดและกระทำการฆ่าตัวตายมีหลากหลายนอกเหนือจากปัญหาสุขภาพจิต เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ(ตกงาน ถูกทวงหนี้)นอกระบบ) ปัญหากฎหมาย(ถูกฟ้องล้มละลาย หรือเป็นคดีความ ถูกยึดทรัพย์สิน) ปัญหาอาชีพการงาน ปัญหาการเรียน ดังนั้นการช่วยเหลือจึงต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจาก

หลายสาขาอาชีพ ได้แก่ นักกฎหมาย นักการเงิน นักพัฒนาชุมชน ตำรวจ ฯลฯ ซึ่งแต่ละจังหวัดอาจแต่งตั้งอย่างเป็นทางการในนามคณะกรรมการช่วยเหลือ หรือ อาจในรูปเครือข่ายอาสาสมัคร จึงจะทำให้การช่วยเหลือประสบผลสำเร็จ

2) สถานการณ์โรคซึมเศร้า

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 89.03 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565) ดังแสดงในภาพที่ 2 เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพ พบว่าเขตสุขภาพที่ 3 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 122.40 รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 122.16 พบว่า บางพื้นที่ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการไม่ถึง 74% (เป้าหมายปี 65 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนา เศรษฐกิจฉบับที่ 12) ข้อมูลใน 12 เขต มีพื้นที่เข้าถึงบริการบรรลุเป้าหมายจำนวน 71 จังหวัด คิดเป็น 93.42% พื้นที่ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายจำนวน 5 จังหวัด คิดเป็น 6.58 % จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2565 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ 1-12 และกรุงเทพมหานคร มีจำนวน 1,207,864 คน



ภาพที่ 2 แสดงร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2565

ที่มา : https://thaidepression.com/www/report/main_report/ และ <https://hdcservice.moph.go.th/>

นอกจากนี้ยังพบว่าในปีงบประมาณ 2565 อัตราการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาพรวม อยู่ที่ร้อยละ 8.63 ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงร้อยละการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศรียรายใหม่ ปีงบประมาณ 2565

ที่มา : https://thaidepression.com/www/report/main_report/ และ <https://hdcservice.moph.go.th/>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบที่ 1 จังหวัดมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายฯ ดำเนินการสำคัญใน 4 ประเด็น ได้แก่ 1. มีแผนป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัดโดยมาตรการมุ่งที่เหตุปัจจัยที่เกิดขึ้นในจังหวัดโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างพหุภาคี (Multisectors) ผ่านกลไกคณะกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด 2.ระบुकุ่มเสี่ยงของจังหวัดจากข้อมูล รง 506S และรายงานการสอบสวนโรคแล้วเฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขญาติใกล้ชิด และคนในชุมชน 3.จัดให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด 24 ชม. และมีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วจากศูนย์ฯ ไปยังทีม MCATTและทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายฯ</p>			
<p>จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่เข้มแข็งมีประสิทธิภาพ</p>	<p>มาตรการพัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สัมภาษณ์ หรือ ประชุมผู้รับผิดชอบงานป้องกันฆ่าตัวตายของจังหวัดเพื่อให้ทราบถึงวิธีการจัดทำแผนป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัด และการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฯ พร้อมทั้งขอเอกสารแผนดังกล่าวและเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ - เยี่ยมชมศูนย์หรือจุดรับแจ้งเหตุฆ่าตัวตาย - เยี่ยมชมหน่วยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการตัวตายของจังหวัด (ถ้ามี) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีแผนป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่มีมาตรการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้นของการฆ่าตัวตายในจังหวัด 2. มีศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด 24 ชม. และมีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วจากศูนย์ฯไปยังทีม MCATT และทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายฯ 3. มีคณะทำงานหรือหน่วยรวบรวมข้อมูลการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย เพื่อสร้างฐานข้อมูลของจังหวัดเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ในจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ 4. มีเครือข่าย/คณะกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ประกอบด้วยตัวแทนจากหลากหลายอาชีพ เช่น นักกฎหมาย นักการเงิน ตำรวจ ตัวแทนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีวิกฤติ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			<p>ชีวิตด้านอื่นๆนอกเหนือจากด้านสุขภาพจิต</p> <p>5.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบพหุภาคี (Mutisectors) ในที่ประชุม คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และ นายแพทย์สาธารณสุขเป็นเลขานุการ</p>
<p>กลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย</p>	<p>มาตรการติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย</p>	<p>- สัมภาษณ์ หรือประชุม ผู้รับผิดชอบงานป้องกันฆ่าตัวตายของจังหวัดเพื่อให้ทราบถึงวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายของจังหวัด และแนวทางปฏิบัติเพื่อติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวทั้งในสถานบริการและในชุมชน (ใครเป็นผู้ติดตาม ติดตามด้วยวิธีหรือเครื่องมือใด บ่อยถี่แค่ไหน หากพบสัญญาณเตือนหรือพบ Suicidality ต้องทำอย่างไร) และการกำหนดเป็นนโยบายหรือแนวทางติดตามเฝ้าระวังในปีงบประมาณนี้ พร้อมกับขอคู่มือเอกสารนโยบายหรือแนวทางและเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.จังหวัดมีการวิเคราะห์ข้อมูล รง506S และการสอบสวนโรคปีที่ผ่านมาเพื่อกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามเฝ้าระวัง 2.มีการกำหนดนโยบายหรือแนวทางเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่กำหนดไว้นั้นอย่างชัดเจนทั้งการเฝ้าระวังในโรงพยาบาลและในชุมชน (อย่างน้อยเป็นวิธีการที่กรมสุขภาพจิตได้แนะนำไว้) 3.มีนโยบายหรือการปฏิบัติเสริมพลังญาติและผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงให้สามารถจับสัญญาณเตือนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น 4. มีช่องทางติดต่อสื่อสารที่สะดวกระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบป้องกันการฆ่าตัวตายระดับ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			อำเภอหากเกิดพฤติกรรม การฆ่าตัวตายหรือพบ สัญญาณเตือน
<p>อุบัติการณ์ฆ่าตัวตาย และการกระทำ รุนแรงต่อตนเองหรือ การทำร้ายตนเองใน จังหวัดได้รับการ สอบสวนโรคเพื่อ รวบรวมข้อมูลอย่าง ครบถ้วนถูกต้อง</p>	<p>มาตรการสนับสนุนการ สอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและ กระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed violence, SDV)</p>	<p>- สัมภาษณ์แพทย์ สาธารณสุขจังหวัดหรือรอง นายแพทย์สาธารณสุข และ ประชุมผู้รับผิดชอบงาน ป้องกันฆ่าตัวตายของจังหวัด เพื่อให้ทราบถึงการสนับสนุน ด้านนโยบายและ งบประมาณ ในการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย และการพัฒนาทีมสอบสวน โรคฯ พร้อมกับขอเอกสาร นโยบายดังกล่าว เอกสาร โครงการฝึกอบรมการ สอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย และเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ - พิจารณาเอกสารทะเบียน รายชื่อผู้ได้รับการอบรมการ สอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย และการกระทำรุนแรงต่อ ตนเอง (SDV) ของจังหวัดว่ามี จำนวนเท่าไร กระจายไปใน ระดับอำเภอหรือไม่อย่างไร</p>	<p>1. กำหนดเป็นนโยบาย จังหวัดให้สอบสวนโรคฯ เมื่อมีการฆ่าตัวตายและ พยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้นใน พื้นที่ทุกราย 2. มีแผนหรือโครงการ พัฒนาทีมสอบสวนโรคกรณี ฆ่าตัวตายประจำปี งบประมาณ 2566 ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งใน ส่วนฝึกอบรมเพื่อเพิ่ม จำนวนผู้สอบสวนโรคและ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ผู้ผ่านการอบรมแล้ว</p>
<p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการ สุขภาพจิตที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 80</p>	<p>- วิเคราะห์ข้อมูลผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมา - พื้นที่ที่มีการนำข้อมูล สารสนเทศด้านโรคซึมเศร้าไป ใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ และวางแผนการดูแลผู้ป่วย ซึมเศร้าในเขตรับผิดชอบ - กำหนดแนวทางการ ดำเนินงาน เพื่อเพิ่มการเข้าถึง</p>	<p>- การลงบันทึกข้อมูลการคัด กรองผู้ป่วยด้วย 2Q 9Q 8Q</p>	<p>3. เน้นให้หน่วยบริการให้ ความสำคัญ ในการประเมิน ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการ และลงข้อมูลในโปรแกรม ส่งเสริมป้องกัน เพื่อเป็น ประโยชน์ในการวิเคราะห์ ข้อมูลและนำมาใช้พัฒนา งานในการดูแลผู้ป่วย ซึมเศร้าทั้งในภาพหน่วย บริการ และเขตสุขภาพ</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>การบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพิ่มการให้บริการดูแล รักษา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>		
<p>ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นรอบที่ 2 กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายและผู้ที่เคยฆ่าตัวตายในจังหวัดได้รับการติดตามเฝ้าระวัง อุบัติการณ์ฆ่าตัวตายได้รับการสอบสวนรวบรวมข้อมูลอย่างทันเวลา ผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบในเหตุการณ์ฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือ</p>			
<p>ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย</p>	<p>มาตรการติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย</p>	<p>ติดตามนิเทศและ พิจารณาวิธีการติดตามเฝ้าระวังของผู้ปฏิบัติงานใน 3 ประเด็น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coverage ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงตามที่จังหวัดระบุไว้ และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อยเพียงใด 2. Compliance การติดตามเฝ้าระวังนั้น ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการมาตรฐานหรือไม่ 3. Timelines ห้วงเวลาหรือระยะเวลาหรือความถี่ของการติดตามเฝ้าระวังเหมาะสมหรือไม่ 	<p>1.อย่างน้อยร้อยละ 80 กลุ่มเสี่ยงของจังหวัดที่ระบุไว้ และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที หากเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย</p>
<p>ผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย ได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์และแก้ไขวิกฤตชีวิต ด้านอื่นๆ เช่น</p>	<p>มาตรการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย</p>	<p>-สัมภาษณ์ หรือประชุมผู้รับผิดชอบเพื่อพิจารณาผลงานการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ได้รับผลกระทบตั้งแต่เริ่ม ping ประมาณ เปรียบเทียบกับจำนวนเหตุการณ์ฆ่าตัวตายทั้งหมดที่เกิดขึ้นในจังหวัด ซึ่ง</p>	<p>อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวัง</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ด้านเศรษฐกิจ ด้าน อาชีพด้านกฎหมายที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ฆ่าตัวตาย		<p>ส่วนหนึ่งสามารถดูได้จาก รายงานการแจ้งเหตุ รายงาน การสอบสวนโรค หรือเอกสาร บันทึกการช่วยเหลืออื่นๆ</p> <p>-ตรวจสอบรายละเอียดใน บันทึกการประชุม คณะกรรมการป้องกันแก้ไข ปัญหาฆ่าตัวตาย ถึงการ ช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มีวิกฤติชีวิตด้านอื่นที่ไม่ใช่ ปัญหาสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ กฎหมาย อาชีพ ฯลฯ มีมาก น้อยเพียงใด</p>	
-วัสดุอุปกรณ์และ สารพิษที่ใช้ฆ่าตัว ตายบ่อยได้รับการ ควบคุมป้องกัน -ปัจจัยปกป้อง ระดับบุคคล ครอบครัวและ ชุมชนได้รับการ เสริมสร้าง	มาตรการเสริมสร้างปัจจัย ปกป้องและต้านกันการเข้าถึง สารพิษ วัสดุอุปกรณ์สถานที่ใช้ ฆ่าตัวตายในจังหวัด	<p>- สัมภาษณ์ หรือประชุม ผู้รับผิดชอบงานป้องกันฆ่าตัว ตายของจังหวัดเพื่อให้ทราบ ถึงการสร้างเสริมปัจจัย ปกป้องการฆ่าตัวตาย และ ต้านกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ที่ใช้ฆ่า ตัวตาย พร้อมกับขอเอกสาร แสดงกิจกรรมดังกล่าวและ เอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ</p> <p>- เยี่ยมชมชุมชนหรือ หน่วยงานที่มีกิจกรรมดีเด่น เป็นตัวอย่างของจังหวัด</p>	<p>1. จังหวัดมีการวิเคราะห์ ข้อมูลฆ่าตัวตายจาก รง.506S และรายงาน สอบสวนโรคฯ ให้ทราบ สถานที่และวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตาย ในจังหวัดแล้วมีนโยบายหรือ มีแผนควบคุมวัสดุอุปกรณ์ และมาตรการป้องกันสำหรับ สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายที่พบ บ่อย</p> <p>2. มีกิจกรรมเสริมสร้างปัจจัย ปกป้องการฆ่าตัวตายของ จังหวัดในระดับบุคคล ระดับ ครอบครัว และระดับชุมชนุม หรือผ่านวัฒนธรรมประเพณี ของท้องถิ่น</p>
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการ สุขภาพจิตที่ได้	<p>- วิเคราะห์ข้อมูลผลการ ดำเนินงานที่ผ่านมา</p> <p>- พื้นที่ที่มีการนำข้อมูล สารสนเทศด้านโรคซึมเศร้าไป</p>	<p>- นิเทศติดตาม เรื่อง ผลการ ดำเนินงาน และปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการใน พื้นที่/ เขตสุขภาพ</p>	<p>- เน้นให้หน่วยบริการให้ ความสำคัญ ในการประเมิน ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการ และลงข้อมูลในโปรแกรม</p>

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
มาตรฐาน ร้อยละ 80	ใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ และวางแผนการดูแลผู้ป่วย ชีมีเศร้าในเขตรับผิดชอบ - กำหนดแนวทางการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มการเข้าถึง การบริการของผู้ป่วยโรค ชีมีเศร้า และเพิ่มการให้บริการ ดูแล รักษา ผู้ป่วยโรคชีมีเศร้า ในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ	- วิเคราะห์และวางแผนการ ดำเนินโครงการใน ปีงบประมาณต่อไป	ส่งเสริมป้องกัน เพื่อเป็น ประโยชน์ในการวิเคราะห์ ข้อมูลและนำมาใช้พัฒนา งานในการดูแลผู้ป่วย ชีมีเศร้าทั้งในภาพหน่วย บริการ และเขตสุขภาพ - ผู้ป่วยโรคชีมีเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิตที่ได้ มาตรฐาน ร้อยละ 80

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร			
<p>1.จังหวัดมีการวิเคราะห์ข้อมูล รง 506 S และการสอบสวน โรคปีที่ผ่านมา เพื่อกำหนด กลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามเฝ้าระวังและจัดทำแผนป้องกัน แก้ไขปัญหา ฆ่าตัวตายที่มี มาตรการจัดการกับปัจจัย เสี่ยงปัจจัยกระตุ้น ของการฆ่า ตัวตายที่เกิดในจังหวัด</p> <p>2.มีการกำหนดนโยบายหรือ แนวทางเฝ้าระวังป้องกันการ ฆ่าตัวตายในบุคคลที่อยู่ใน กลุ่มเสี่ยงที่กำหนดไว้นั้น อย่างชัดเจนทั้งการเฝ้าระวัง ในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมทั้งนโยบายเสริมพลังญาติ และผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงให้ สามารถจับสัญญาณเตือนและ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น</p> <p>3.มีศูนย์รับแจ้งเหตุ ฆ่าตัว ตายในจังหวัด 24ชม. และมี ช่องทางสื่อสารที่สะดวก รวดเร็วจากศูนย์ฯ ไปยังทีม MCATTและทีมสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตาย</p> <p>4.มีนโยบายสนับสนุนการ สอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย และมีแผนหรือโครงการ พัฒนาทีมสอบสวนโรคกรณี ฆ่าตัวตาย</p>	<p>จากกระทรวงการพัฒนา สังคมฯ ทำหน้าที่ ช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัว ตายที่มีวิกฤติชีวิตด้านอื่นๆ นอกเหนือจากด้าน สุขภาพจิต</p> <p>3.จังหวัดมีกิจกรรมพัฒนา ทีมสอบสวนโรคฯให้มีผู้ ผ่านการอบรมการ สอบสวนโรคกรณีฆ่าตัว ตายอย่างน้อยอำเภอละ 1 คน</p> <p>4.อย่างน้อยร้อยละ50 ของเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายใน จังหวัดได้รับการสอบสวน โรคตามแนวทางที่กรม สุขภาพจิตกำหนด</p> <p>5.อย่างน้อยร้อยละ 50 กลุ่มเสี่ยงของจังหวัดที่ระบุ ไว้ และผู้ที่เคยพยายาม ฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้า ระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง</p> <p>6.อย่างน้อยร้อยละ50 ของผู้รอดชีวิตและผู้รับ ผลกระทบจากเหตุการณ์ ฆ่าตัวตายได้รับการ ช่วยเหลือทางการแพทย์ และปัญหาด้านอื่นๆที่เป็น เหตุให้ฆ่าตัวตาย</p>	<p>1.จังหวัดมีกิจกรรมสร้างเสริม ปังจัยปกป้องการฆ่าตัวตายใน ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับบุคคล โดยเฉพาะใน อำเภอที่มีการฆ่าตัวตายสูง</p> <p>2.อย่างน้อยร้อยละ 80 กลุ่ม เสี่ยงของจังหวัดที่ระบุไว้ และ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการเฝ้าระวังเชิงรุกอย่าง ต่อเนื่อง</p> <p>3.อย่างน้อยร้อยละ80 ของ ผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับ ผลกระทบจากเหตุการณ์ฆ่า ตัวตายได้รับการ ช่วยเหลือและติดตามเฝ้า ระวัง</p> <p>4. อย่างน้อยร้อยละ80 ของ เหตุการณ์ฆ่าตัวตายและ พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัด ได้รับการสอบสวนโรคตาม แนวทางที่กรมสุขภาพจิต กำหนด</p>	<p>1.อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสน ประชากร</p> <p>2. ร้อยละ 97 ของ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ภายใน 1 ปี</p>

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
5.จังหวัดมีมาตรการควบคุมป้องกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ หรือสถานที่ใช้ฆ่าตัวตายบ่อย			
2) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ			
<p>1.ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง แนวโน้มการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ประเมินอาการโรคซึมเศร้า การประเมินความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น และถูกส่งต่อไปรับบริการ วินิจฉัยโรคและบำบัดรักษา พัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุขของหน่วยบริการ รพ.สต./ รพช./ รพจ./ รพศ. ให้การบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>2.เครือข่ายสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา และเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ</p> <p>3.เพื่อให้เกิดการเชื่อมฐานข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระหว่างกรมสุขภาพจิต และเครือข่ายสุขภาพจิต</p>	<p>- บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเข้าใจแนวทางในการดำเนินงานด้านโรคซึมเศร้า</p> <p>- บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ในการบำบัดโรคซึมเศร้า</p>	<p>- บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ในการบำบัดโรคซึมเศร้า</p> <p>- บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีเครื่องมือช่วยในการดูแลประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้า</p>	<p>1.บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีเครื่องมือช่วยในการดูแลประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้า</p> <p>2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น</p> <p>3.ผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดรักษาที่ทันท่วงที การบำบัดรักษาที่ครบตามมาตรฐานการบำบัดต่อเนื่องจนอาการทุเลา ไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>4.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการมีความปลอดภัย ลดการฆ่าตัวตาย ลดความรุนแรง ไม่ได้รับผลที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม</p>

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

1) ร้อยละ 90 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ	X 100
จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ในปีงบประมาณ 2566	

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย จาก Health data center กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S , รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence ,SDV)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ,โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์,กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นพ.ธรณินทร์ กองสุข	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์	Tel. 0-4320-9999 Mobile. e-mail :	สุขภาพจิต (ประเด็น การฆ่าตัวตาย)
พญ.ดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์	ผู้อำนวยการ กองบริหารระบบบริการ สุขภาพจิต	Tel. 0-2590-8207 Mobile. e-mail :	สุขภาพจิต (ประเด็น การฆ่าตัวตาย)
นพ.ประภาส อุครานันท์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	Tel. 0-4535-2500 Mobile. e-mail : depression54@hotmail.co m	สุขภาพจิต (ซึมเศร้า)
พญ.กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไร เรือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	Tel. 0-4535-2500 Mobile e-mail : depression54@hotmail.co m	สุขภาพจิต (ซึมเศร้า)
ดร.พญ.เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน	Tel. 0-2590 8571 Mobile. 081 6440925	สุขภาพจิต

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
		Email:benjamasprukkanon e@gmail.com	

(ร่าง) Value Chain Inspection : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มสตรีและเด็กแรกเกิด)

Value Chain	การตั้งครรภ์คุณภาพ	แม่ปลอดภัย (ลดการเสียชีวิตมารดา)	ลูกเกิดรอด (ลดการเสียชีวิตทารกแรกเกิด)
OKRs	ANC คุณภาพ	อัตราการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (< 3.60 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ)
Service Delivery	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. ให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการฝากครรภ์ 2. ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล 3. ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน 5. ลดการคลอดก่อนกำหนด	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. ขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดนโยบายระดับกระทรวง เพื่อลดการตายมารดาจาก PPH&PIH 2. ขับเคลื่อนแนวทางการวางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยอายุรกรรมเรื้อรัง/ร้ายแรง (Contraception NCD) 3. ทบทวนการตายมารดารายบุคคลทุกรายและออกมาตรการป้องกันเหตุเกิดซ้ำ	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. สำรองสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุ 2. จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP ในทุกเขตสุขภาพ 3. วางระบบส่งต่อคุณภาพ ให้มี Intrauterine transfer และ STABLE program
Workforce	Re-skill and Up-skill : ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง, การให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ, ทักษะการให้คำปรึกษาโรคต่างๆ	Re-skill and Up-skill : การประเมินความเสี่ยงในห้องคลอด, การดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ทุก 6 เดือน, ฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินฯ ปีละ 1 ครั้ง, ยกระดับทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาในระดับเขต	- อบรมพยาบาลเฉพาะทาง NNP (Neonatal Nurse Practitioner:) - อบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่ - อบรมเชิงปฏิบัติการ NCPR และ STABLE ในเขตสุขภาพที่มีปัญหา
Data & IT	HDC service	ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR system : Maternal Death Surveillance)	- HDC Service และควรสร้าง Platform การลงข้อมูลให้ Real time และ verify ข้อมูลให้ถูกต้อง
Supply	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนาศักยภาพบุคลากร, ส่งเสริมและสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงาน	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนาศักยภาพบุคลากร, ส่งเสริมและสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงาน	เพิ่มจำนวนเตียง NICU และเตียง sick-newborn พร้อมครุภัณฑ์ให้แก่สถานพยาบาล
Finance	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ (ผลักดันสำเร็จ 1 เรื่อง คือ ไนตริกออกไซด์ ไนโรค PPHN สปสช. อนุมัติปี 66
Governance	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ สร้างกลไกเครือข่ายในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ สร้างกลไกเครือข่ายในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม	มีธรรมาภิบาลและโปร่งใสตรวจสอบได้
Participation	ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กแม่และเด็ก ผ่าน MCH Board ชาติ/เขต/จ. และภาคีเครือข่าย	บูรณาการความร่วมมือระหว่าง MCH Board Service plan และ Stakeholders ที่เกี่ยวข้อง	สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสป. กรมการแพทย์ และStakeholders

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์
 ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์
 ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

(ร่าง) Value Chain Inspection : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มเด็กปฐมวัย) (ชุด ใหม่)

Value Chain	ดูแล ส่งเสริม คัดกรอง สุขภาวะ เด็กปฐมวัย (4D) (Development, Diet, Dental, Disease)	ดูแลช่วยเหลือ เด็กปฐมวัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ การคัดกรอง สุขภาวะ	เด็กปฐมวัยมีสุขภาพที่ดี แบบยั่งยืน
OKRs	ความครอบคลุมการคัดกรอง (พัฒนาการ 90 % ตรวจช่องปาก 50 % น้ำหนัก/ส่วนสูง 90 %)	การให้บริการของสถานบริการ (ติดตามเด็กส่งสัยล่าช้า 90 % เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นฯ 35 %)	การเจริญเติบโต สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัยและ ปราศจากฟันผุ (เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน 64% เด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย 86% เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ 75 %)
Service Delivery	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกตำบลทศวรรษ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน 2. ขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (4D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3. การส่งเสริมความรู้สุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่ พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. แนวทางการดำเนินงานการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในเขตสุขภาพ 2. พี่เลี้ยงให้คำปรึกษา/Coaching 3. การยกระดับคุณภาพบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. ขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านกลไกคณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับระดับประเทศ 2. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกตำบลทศวรรษ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน 3. การส่งเสริมความรู้การดูแลเด็กปฐมวัยให้เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย 4. ติดตามกำกับกำกับการขับเคลื่อนอนามัยแม่และเด็กใน setting WCC
Workforce	บุคลากรสาธารณสุข ทันตบุคลากร CPM ระดับ จังหวัด อำเภอ อสม. และภาคีเครือข่ายระดับตำบล	อบรมบุคลากรพยาบาล PG และสหวิชาชีพ (เรื่องTEDA4I,PG เด็ก,ฝึกพูด ฯลฯ)	บุคลากรสาธารณสุข ทันตบุคลากร CPM ระดับ จังหวัด อำเภอ อสม. และภาคีเครือข่ายระดับตำบล ของเล่นในการส่งเสริมพัฒนาการและคู่มือ Triple-P
Data & IT	1. ระบบรายงานข้อมูล HDC ในกลุ่มอายุ 0-2 ปี และ 0-5 ปี 2. ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ทันตสาธารณสุข	1. ข้อมูลใน HDC 2. แบบรายงานเด็กที่ไม่มารับบริการตามนัด	1. ฐานข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับประเทศ 2. ระบบรายงานข้อมูล HDC ในกลุ่มอายุ 0-2 ปี และ 0-5 ปี 3.ฐานข้อมูลกลาง (DSPM), ผลสำรวจระดับ IQ และ EQ ทุก 5 ปี
Supply	1. E-learning แนวทางคัดกรองและเฝ้าระวัง 2. สื่อส่งเสริมโภชนาการ พัฒนาการและสุขภาพช่องปาก 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย	1. DSPM/ TEDA4I/PDDSQ/TDAS/DSI/เครื่องมือมาตรฐานอื่น 2. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)	1. แผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สพด. 4D 2. การพัฒนาโค้ชและผู้นำกลุ่ม 3. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)
Finance	งบประมาณของแต่ละกระทรวง	งบประมาณของแต่ละกระทรวง	1. งบประมาณของแต่ละกระทรวง 2. เงินพระราชทานและงบสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต
Governance	กลไกคณะทำงานติดตามผลการดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลงการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565-2569	KPI ระดับกรมฯ ระดับกระทรวง	1. คณะทำงานระดับกระทรวง 6 กระทรวง 2. โครงการในพระราชดำริ, KPI กรมสุขภาพจิต
Participation	ภาคีเครือข่ายการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565-2569	ภาคีเครือข่ายการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565-2569	1.ภาคีเครือข่ายการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง 2. การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565-2569

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์
 ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์
 ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

(ร่าง) Value Chain Inspection : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มวัยทำงาน : สุขภาพจิต)

Value Chain	มาตรการและระบบเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตายระดับจังหวัดเข้มแข็งมีประสิทธิภาพ	กลุ่มเสี่ยงไม่ฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กระทำซ้ำ	ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง
OKRs	ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายมีคุณภาพตามเกณฑ์ มาตรการสอดคล้องกับเหตุปัจจัยของพื้นที่	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือ/เฝ้าระวัง ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กระทำซ้ำใน1ปี	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
Service Delivery	<p>มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนการมีศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด24ชม.และมีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วจากศูนย์ไปยังทีม MCATTและทีมสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายฯ สร้างเสริมปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย และต้านกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย แผนป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัด และการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ 	<p>มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดกลุ่มเสี่ยงและแนวทางการเฝ้าระวังป้องกัน ทำให้กลุ่มเสี่ยงของจังหวัดที่ระบุไว้ และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง บุคลากรถ่ายทอดแนวทางการสอนญาติผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตายในการสังเกตสัญญาณเตือนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น สร้างช่องทางติดต่อสื่อสารในเครือข่ายที่สะดวก รวดเร็ว รวมถึงมีจุดประสานงานที่ชัดเจน 	<p>มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> มีคณะทำงานหรือหน่วยรวบรวมข้อมูลการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย เพื่อสร้างฐานข้อมูลของจังหวัดเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ ข้อมูลฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายจาก รง506sและรายงานการสอบสวนโรคฯ นำเสนอรายเดือนในผ่านทางwebsite Suicide.dmh.go.th
Workforce	<ol style="list-style-type: none"> ผู้รับผิดชอบงานป้องกันฆ่าตัวตายของจังหวัด อำเภอ มีความรู้ถึงวิธีการจัดทำแผนป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัด และอำเภอ 	ผู้รับผิดชอบงานป้องกันฆ่าตัวตายของจังหวัดทราบถึงวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายของจังหวัดและแนวทางปฏิบัติเพื่อติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวทั้งในสถานบริการและในชุมชน	บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการยืนยัน สาเหตุการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เช่น พนักงานสอบสวน / นิติเวชแพทย์ /แพทย์ประจำบ้าน มีความเข้าใจ ให้การวินิจฉัยถูกต้องแม่นยำ
Data & IT	ข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายจาก รง 506s	ข้อมูลการเข้าถึงบริการตายและพยายามฆ่าตัวตายจาก รง506s	<ol style="list-style-type: none"> รง.506s และ ข้อมูลจากใบมรณบัตร รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย
Supply	<ol style="list-style-type: none"> ฝึกอบรมการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายให้ทุกเขตสุขภาพ ฝึกอบรมแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายในจังหวัด 	<ol style="list-style-type: none"> เครื่องมือประเมิน suicidality และ suicide risk .ในรูปแบบ Mobile Application และpaper หลักสูตรสอนญาติ/ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง หลักสูตรพัฒนาทักษะแก้ไขปัญหสำหรับนักเรียนมัธยมปลาย 	<ol style="list-style-type: none"> ฝึกอบรมการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายให้ทุกเขตสุขภาพ ฝึกอบรมแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายในจังหวัด
Finance	มี incentive สนับสนุนการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังฯ	จัดงบประมาณสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน ติดตามเฝ้าระวังฯ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	จัดงบประมาณสนับสนุนการรายงานการสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตาย
Governance	1. คณะจัดทำแผนฯจังหวัด.	1. คณะจัดทำแผนฯ จังหวัด.	การให้ความสำคัญของการจัดเก็บข้อมูลจากการสอบสวนฯ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562
Participation	มีคณะกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัดประกอบด้วยตัวแทนจากหลากหลายอาชีพ เช่น นักกฎหมาย นักการเงิน ตำรวจ ตัวแทนจากกระทรวง พม / แรงงาน / อปท	บุคลากรด้านหน้า ผู้นำชุมชน/ญาติมีส่วนร่วมและได้รับการฝึกทักษะช่วยเหลือเบื้องต้นรวมทั้งการจับสัญญาณเตือนในการเฝ้าระวัง	ทีม MCATTและทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายฯ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์นิติเวช พนักงานสอบสวน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์
 ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์
 ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ