

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี)

เขตสุขภาพที่ ๗ รอบ ๙ เดือน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ .

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน ๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

- ระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพ และการขับเคลื่อนการดำเนินงาน
- การจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยง และลดปัจจัยเสี่ยง
- การสร้างภาคีเครือข่าย (Zoning)
- ระบบบริการคุณภาพ (ANC, LR, PP)
- มารดาตายจากการป้องกันได้ลดลง (PPH, PIH)

ผลลัพธ์: ๑๘.๘๒ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒. สถานการณ์

อัตราส่วนมารดาตายจากปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐ มีแนวโน้มลดลง คือ ๒๒.๔, ๑๑.๗, ๒๑.๔, ๒๖.๑๓ และ ๘.๑๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ สิ้นไตรมาสที่ ๓ มีมารดาตาย ๕ ราย คือ ๑) จังหวัดมหาสารคาม มีมารดาเสียชีวิต ๑ ราย โดยมีสาเหตุการตายจาก ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในหลอดเลือดปอด (Amniotic fluid embolism) ซึ่งเป็นภาวะที่คาดการณ์ไม่ได้ ๒) จังหวัดร้อยเอ็ด มีมารดาเสียชีวิต ๑ ราย โดยมีสาเหตุการตายจาก Cardiomyopathy และ ๓) จังหวัดขอนแก่น มีมารดาเสียชีวิตทั้งหมด ๓ ราย โดยมีมารดาเสียชีวิต ๒ ราย ในจังหวัดขอนแก่นมีสาเหตุเกิดจาก ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในหลอดเลือดปอด (Amniotic fluid embolism) เป็นภาวะที่คาดการณ์ไม่ได้ และรับส่งต่อจากจังหวัดร้อยเอ็ดมาเสียชีวิต ๑ ราย สาเหตุเกิดจาก HEELP syndrome with Rupture Liver เป็นภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ในขณะที่ตั้งครรภ์ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับที่ 2 ของมารดาไทย คิดเป็นอัตราส่วน ๑๘.๘๒ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และไม่มีสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอด โดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขตและจังหวัด บูรณาการร่วมกับ Service Plan และ พขอ. ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการลดมารดาตาย ได้วิเคราะห์ปัญหาและจัดทำมาตรการลดมารดาตายของเขตสุขภาพที่ ๗ มีการจัดประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรอนามัยแม่และเด็กขึ้น Nodeแม่ข่าย และลูกข่าย ทุกจังหวัด มีมาตรการกระตุ้นใช้ถุงตรวจเลือดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีแนวทางให้ทุกจังหวัดจัดประชุมกรณีมารดาอยู่ในภาวะวิกฤติเพิ่มเติม ซึ่งทำให้อัตราการตายของมารดาไม่เกินค่าเป้าหมาย ทำให้เกิดรูปแบบของระบบการเฝ้าระวัง การคัดกรอง และติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด และผลการดำเนินงานยังพบว่า ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๘๐.๙ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๗๑.๘๖ ร้อยละของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ ๑๔.๔๘ และร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๗๑.๗๒ ดีขึ้นและผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด แต่ยังมีปัญหาในบางจังหวัดในเรื่องความไม่ครอบคลุมของการรายงาน ในระบบกำกับติดตามข้อมูลในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ทั้งในคลินิกเอกชนและต่างจังหวัด (นอกพื้นที่รับผิดชอบ) รวมทั้งความไม่เข้าใจในการบันทึกรายงานและส่งออกข้อมูลของผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอ เพื่อส่งต่อไปยังผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมือง เป็นผลให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครอบคลุม **ปัจจัยความสำเร็จ** คือ MCH Board ที่เข้มแข็งทุกระดับ

วิเคราะห์หาสาเหตุและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ระบบส่งต่อและให้คำปรึกษากรณีฉุกเฉิน ระบบ fast track ที่รวดเร็ว ปัญหาอุปสรรค กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ทั้งในคลินิกเอกชน และต่างจังหวัด (นอกพื้นที่รับผิดชอบ) แม้อายหลายแห่งยังขาดแคลนบุคลากร ยังพัฒนาศักยภาพได้ไม่เต็มที่ โอกาสพัฒนา คือทักษะของบุคลากรทางการแพทย์/นวัตกรรมการประเมินการเสียเลือด รวมถึงการดูแล และตัดสินใจส่งต่อที่รวดเร็ว และพัฒนาระบบการเฝ้าระวังดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้เชื่อมต่อกับระบบบริการอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่

ตารางที่ ๑ ข้อมูลสถานการณ์ของมารดา ไตรมาสที่ ๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายงานข้อมูล	จ. กาฬสินธุ์	จ. มหาสารคาม	จ. ร้อยเอ็ด	จ. ขอนแก่น	ภาพรวมเขต
๑	อัตราการตายมารดา	เป้าหมาย	๕,๐๕๐	๔,๕๙๕	๕,๔๘๗	๑๑,๔๓๘	๒๕,๕๗๐
		ผลงาน	๐	๑	๑	๓	๕
		อัตรา/แสนการเกิดมีชีพ	๐	๒๑.๗๖	๑๘.๒๒	๒๖.๒๓	๑๘.๘๒
๒	ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงจาก ปี ๒๕๖๐	เป้าหมาย	๐	๑	๑	๓	๕
		ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐
		อัตรา/ร้อยละ	๐	๐	๐	๐	๐
๓	ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงจากปี ๒๕๖๐	เป้าหมาย	๐	๑	๑	๓	๕
		ผลงาน	๐	๐	๐	๑	๑
		อัตรา/ร้อยละ	๐	๐	๐	๓๓.๓๓	๒๐
๔	ร้อยละสถานบริการที่มีการคลอดมาตรฐาน	เป้าหมาย	๑๔	๑๑	๑๗	๒๒	๖๔
		ผลงาน	๑๔	๑๑	๑๗	๒๒	๖๔
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๕	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	เป้าหมาย	๓,๔๔๒	๒,๕๔๖	๓,๐๐๓	๕,๘๐๕	๑๔,๗๙๖
		ผลงาน	๒,๗๖๗	๒,๐๕๑	๒,๖๔๑	๔,๕๑๑	๑๑,๙๗๐
		อัตรา/ร้อยละ	๘๐.๓๙	๘๐.๕๖	๘๗.๙๕	๖๔.๖๖	๘๐.๙
๖	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย	๓,๔๓๐	๒,๕๓๔	๒,๙๘๓	๕,๗๘๔	๑๔,๗๓๑
		ผลงาน	๒,๔๕๗	๑,๗๖๖	๒,๓๙๑	๓,๙๗๒	๑๑,๙๗๐
		อัตรา/ร้อยละ	๗๑.๖๓	๖๙.๖๙	๘๐.๑๕	๖๘.๗๒	๗๑.๘๖
๗	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง	เป้าหมาย	๒,๐๕๗	๒,๑๕๖	๒,๗๘๙	๖,๒๖๙	๑๓,๒๗๑
		ผลงาน	๓๐๗	๒๘๕	๓๒๐	๑,๐๑๒	๑,๙๒๒
		อัตรา/ร้อยละ	๑๔.๘๓	๑๓.๒๒	๑๑.๔๗	๑๖.๑๔	๑๔.๔๘
๘	ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์	เป้าหมาย	๓,๗๗๖	๒,๗๕๘	๓,๓๘๔	๖,๒๙๗	๑๖,๒๑๕
		ผลงาน	๒,๕๔๗	๑,๙๕๒	๒,๗๘๑	๔,๓๔๙	๑๑,๖๒๙
		อัตรา/ร้อยละ	๖๗.๔๘	๗๐.๗๘	๘๒.๑๘	๖๙.๐๖	๗๑.๗๒

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายงานข้อมูล	จ. กาฬสินธุ์	จ. มหาสารคาม	จ. ร้อยเอ็ด	จ. ขอนแก่น	ภาพรวมเขต
๘	ร้อยละโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ	เป้าหมาย	๑๔	๑๓	๑๘	๒๒	๖๗
		ผลงาน	๑๔	๑๑	๑๗	๒๒	๖๔
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๘๔.๖๒	๙๔.๔๔	๑๐๐	๙๕.๕๒
๙	จังหวัดที่ใช้โปรแกรม Rapid Pro (อยู่ระหว่างส่วนกลางพัฒนา)	เป้าหมาย	๑	๑	๑	๑	๔
		ผลงาน	NA	NA	NA	NA	NA
		อัตรา/ร้อยละ	NA	NA	NA	NA	NA

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑. ระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพ และการขับเคลื่อนการดำเนินงานมีดังนี้คือ

การขับเคลื่อนดำเนินงานผ่านคณะกรรมการด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดขอนแก่น และอำเภอคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด และอำเภอ และในปี ๒๕๖๑ มีการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดและ อำเภอ ดังนี้คือ

- MCH. Board นิเทศงานให้มีการปฏิบัติตามคู่มือฯ และรับรองคุณภาพสถานบริการทุกระดับตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานด้านอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน
- MM conference และกรณี Maternal Near Miss conference เพื่อเป็นแนวทางการป้องกันการเกิด 3D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer อย่างสม่ำเสมอ มีการส่งต่อและส่งคืนข้อมูลผ่านระบบรายงานระบบ Line รวมทั้ง การลงรายงานการจัดการระบบข้อมูลมารดาตาย โดยจัดเก็บ/วิเคราะห์รายงานการคลอด การตายมารดาและทารก (รายการ ก๑ก๒) และ Maternal Near Miss ผ่านระบบรายงานระบบออนไลน์ เว็บไซต์ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

๓.๒. การจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยง และลดปัจจัยเสี่ยง มีดังนี้คือ

๓.๒.๑. มีมาตรการ/แนวทางการขับเคลื่อน เพื่อการป้องกันและลดการตายมารดา และถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ โดย MCH Board ดังนี้

- Health Area ๗ Classifying Pregnancy เพื่อการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและโรคทางนรีเวชกรรม เขตสุขภาพที่ ๗ เพิ่มการคัดกรองความเสี่ยงตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และเร่งรัดมาตรการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์

- จัดทำแนวทางการดูแล/เฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อแก้ไขปัญหา Maternal Anemia Management ในจังหวัด

- จัดทำ Standing Order ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อป้องกันมารดาตายจากสาเหตุการตกเลือด และความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ โดยจัดทำ Standing Order ในแต่ละโรงพยาบาลเป็นรายโรค ซึ่งยึดตาม CPG ของเขต และ จังหวัด

๓.๒.๒. ระดับ รพ.สต.พัฒนาทักษะในการคัดกรองภาวะเสี่ยง (ใช้ Classifying Form ๑๘ ข้อ)/ระดับ รพช. พัฒนาทักษะในการดูแลภาวะฉุกเฉินในห้องคลอด การรักษาภาวะตกเลือดและความดัน

โลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์/ระดับ มีทีมรักษาเป็นแบบสหวิชาชีพ โดยมีการประชุมร่วมสูติแพทย์ อายุรแพทย์ รับทราบปัญหา และแลกเปลี่ยนหาข้อตกลงการดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสมร่วมกัน

๓.๒.๓. สร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบ Fast track เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ขณะอยู่ในชุมชน

๓.๓. การสร้างภาคีเครือข่าย (Zoning) มีดังนี้คือ

๓.๓.๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะอนุกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด และอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดขอนแก่น

๓.๓.๒. ทีมหมอครอบครัว (FCT) ชุมชน และอสม. มีส่วนร่วมในการค้นหา คัดกรองความเสี่ยง ติดตามและดูแลหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยง และส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ ด้านโภชนาการ ได้แก่ ได้รับอาหารครบถ้วน เพียงพอ ไม่หิวหามันเค็มจัด ตามหลักโภชนาการ ติดตามการกิน ยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามี หรือญาติ เขารวมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงนวัตกรรมการสื่อสารสองทาง เพื่อสร้างกระแสความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงของตนเอง ครอบครัวและชุมชน รวมถึงมีแผนการประชาสัมพันธ์ สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล ที่เน้น เรื่องฝากทองเร็ว โภชนาการ ภาวะเสี่ยงฯ

๓.๓.๓. จัดโซนนิ่งและระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ทั้ง ๕ Node

๓.๔. ระบบบริการคุณภาพ (ANC, LR, PP) โดยการประเมิน เยี่ยมเสริมพลังและติดตาม มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐานสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ และใช้ แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตาม ข้อเสนอองค์การอนามัยโลก การคัดกรองความเสี่ยงและระบบ การส่งต่อในหญิงตั้งครรภ์ ตามแนวทางเขต ๗ โมเดล (Health Area ๗ Classifying Pregnancy) การคัดกรองความเสี่ยงในห้องคลอด การป้องกันการเกิด mD : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer และจัดทำคู่มือ/แนวทางในการป้องกันการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง

๓.๕. มารดาตายจากการป้องกันได้ลดลง (PPH, PIH) มีดังนี้คือ

๓.๕.๑. มาตรการกรณีการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่

- ใช้แนวทาง Health Area ๗ Classifying Pregnancy ดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยง

- Active Management of Third Stage Of Labor (AMTSL) ทุกโรงพยาบาล และปฏิบัติจริงจั่ง (ให้ Uterotonig drug, Late cord clamping ๑-๓ นาทีหลังคลอด)

- Early Blood Transfusion (BP<๑๐๐/๖๐mmHg, PR=๑๐๐/min ดู Vital sign เป็นหลัก ไม่ต้องรอให้ Hct. Drop

- รพช. ทุกแห่ง มียาที่จำเป็นและ Blood Bank ที่สามารถสนับสนุนได้เพียงพอ ทันเวลา

- รพ.ทุกแห่งใช้ถุงตวงเลือดเพื่อเฝ้าระวังภาวะตกเลือดตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

- ส่งเสริมการใช้ Early Warning Signs แก่หญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

๓.๕.๒. มาตรการกรณีความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่

- ใช้แนวทาง Health Area ๗ Classifying Pregnancy ดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยง

- Prevention convulsion โดยใช้ยา MgSO_๔

- Investigation Lab เช่น CBC Platelet count SGOT SGPT BUN Creatinine
Urine protein เป็นต้น

- รับหญิงตั้งครรภ์ไว้ดูแลอาการในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมความดันโลหิต
- จัดโซนนิ่งและระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ที่มีประสิทธิภาพ

๓.๕.๓. มาตรการกรณีมี Indirect Causes ได้แก่

- จัดโซนนิ่งและระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ที่มีประสิทธิภาพ
- ใช้แนวทาง Health Area ๗ Classifying Pregnancy ดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มี

ภาวะเสี่ยง

- ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ Early ANC และติดตาม ANC ตามนัด
- สื่อสาร Early Warning Signs หญิงตั้งครรภ์ที่เป็น High Risk ให้กับชุมชน
- พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่าง รพช.กับ รพ.สต./

ชุมชน/อสม. รวมทั้งใช้สื่อ Infographic เพื่อสื่อสารการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ หรือการปฏิบัติต่างๆเพื่อดูแลระหว่างตั้งครรภ์หรืออาการต่างๆที่ต้องมาพบแพทย์

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๔.๑. กลไกการขับเคลื่อนโดยการร่วมกันระหว่าง MCH board จังหวัด และอำเภอ กับ Service Plan และ พชอ . ทบทวน วิเคราะห์ หาแนวทางการแก้ไขปัญหา การกำกับติดตามงาน ปรับแผนฯ ตามสภาพพื้นที่ จังหวัดลงกำกับ และติดตามในพื้นที่ที่มีปัญหา และ Conference Case ทั้ง Maternal Death และ Maternal Near Miss อย่างสม่ำเสมอ

๔.๒. จัด Zoning และ ระบบดูแลและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้รวดเร็วทันเวลา มีขั้นตอนปฏิบัติ (Guide line) และกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

๔.๓. ทีมหมอครอบครัว (FCT) และ อสม. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ส่งฝากครรภ์ทันที และแนะนำการกินยาเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟลิก เริ่มตั้งแต่ไตรมาสแรก

๔.๔. เฝ้าระวังภาวะตกเลือด โดยใช้ถุงตรวจเลือดขณะคลอดทุกรายทุกโรงพยาบาล

๔.๕. ยาฉุกเฉินที่จำเป็นที่ใช้ในห้องคลอดครอบคลุมทุกโรงพยาบาล และบริหารคลังเลือดที่มีประสิทธิภาพตลอด ๒๔ ชั่วโมง และระบบเครือข่ายในการสำรองเลือดให้เพียงพอ

๔.๖. มีแนวทางในการป้องกันการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง (Indirect cause)

๔.๗. มีการอบรม Warning Sign ให้ กับอสม.ในพื้นที่ เพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

๔.๘. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลมารดาเสียชีวิตและข้อมูลทารกแรกเกิดมีชีพใน ๔๓ แพนม เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้รวดเร็วและทันสถานการณ์

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
<p>๑ ระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพ และการขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>- การใช้กลไกการขับเคลื่อนโดย MCH Board ร่วมกับ Service plan วิเคราะห์ วางแผนงาน โครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนไปตามสภาพปัญหาพื้นที่</p>	<p>- MCH Board มีการประชุมและกำกับติดตามการดำเนินงานของทีม ควรเยี่ยมติดตามเสริมพลังในพื้นที่ อย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>- MCH Board ระดับจังหวัด อำเภอ ประชุมและกำกับติดตามการดำเนินงานของทีมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ๔ ครั้งต่อปี</p>
<p>๒ การจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยง และลดปัจจัยเสี่ยง</p> <p>- การจัดเก็บข้อมูลยังไม่ครอบคลุม กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์คลินิก และ พื้นที่รอยต่อของจังหวัด</p>	<p>- มีระบบการติดตามกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมทุกพื้นที่</p>	<p>- พัฒนาระบบข้อมูลตาม ID บัตรประชาชน</p>
<p>๓ การสร้างภาคีเครือข่าย (Zoning)</p> <p>๓.๑ มีสถิติแพทย์ ๒ ใน ๕ Node ไม่เพียงพอ</p> <p>๓.๒ ส่งเสริมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการจัดสรรไม่เพียงพอ</p>	<p>- จัดระบบ Zoning และ Fast track ให้ครอบคลุม</p> <p>- จัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์</p>	<p>- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพสถิติแพทย์เพิ่มมากขึ้น</p> <p>- จัดสรรสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในการดูแลสุขภาพให้เพียงพอ</p>
<p>๔. ระบบบริการคุณภาพ (ANC, LR, PP)</p> <p>๔.๑ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการฝากครรภ์ และห้องคลอด ตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>- มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>- สร้างกระแส และพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>๔.๒ การพัฒนามาตรฐานอนามัยแม่และเด็กระดับ รพ.สต.ไม่ทั่วถึงต่อเนื่อง</p>	<p>- บูรณาการมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กระดับ รพ.สต.</p>	<p>- พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กถึงระดับ รพ.สต</p>

๖. ข้อเสนอแนะตอนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๖.๑. บูรณาการร่วมกัน ระหว่าง MCH board จังหวัด และอำเภอ และ Service Plan ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมและที่มีภาวะเสี่ยง

๖.๒. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์ พยาบาล มีสมรรถนะในการประเมินและดูแลหญิงตั้งครรภ์ very High risk ให้เพียงพอทุก Node

- ๖.๓. กำกับติดตาม และพัฒนาศักยภาพการบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง
- ๖.๔. พัฒนาระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ต่างจังหวัด (นอกพื้นที่รับผิดชอบ) ได้ทุกสถานบริการโดยจัดทำฐานข้อมูลตาม ID บัตรประชาชน
- ๖.๕. สนับสนุนให้ อสม. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์เร็ว
- ๖.๖. ยับยั้งการตั้งครรภ์ และคุมกำเนิดแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น/วัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม/ที่มีภาวะเสี่ยง
- ๖.๗. สร้างสื่อต้นแบบ Infographic อาการหรือสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบมาพบแพทย์หรือ Early Warning Sign ให้หญิงตั้งครรภ์และชุมชน

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- ๗.๑. รพ. ขอนแก่น มี R๒R ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลประมาณการสูญเสียเลือดจากการคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือด และผลิตและจำหน่ายในราคาถูกกว่าท้องตลาด
- ๗.๒. จังหวัดขอนแก่น จัดทำแนวทางการดูแล/เฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (Maternal Anemia Management) เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาทั้งเขตสุขภาพที่ ๗
- ๗.๓. โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการพัฒนาการประเมินความเสี่ยงการป้องกันและการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัมโดยการสร้าง Health Literate ครอบครัวให้ดูแลและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- ๗.๔. จังหวัดมหาสารคาม ถุงตวงเลือด (Safety Bag) ใช้ตวงปริมาณเลือดในท้องคลอดทุกอำเภอ เพื่อเป็นเครื่องมือสนับสนุน Warning signs เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด
- ๗.๕. จังหวัดมหาสารคาม พัฒนาเครือข่ายการดูแลสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง จัด zoning เพื่อให้สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์/ผู้คลอด ครอบคลุมทุกพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็วทันเวลา มีระบบที่โดดเด่นในการให้คำปรึกษาโดยผู้สูติแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม ตลอด ๒๔ ชั่วโมงแบบพี่ดูแลน้อง (One Labor Room One Province) ทำให้โรงพยาบาลชุมชนมีความเชื่อมั่นในการจัดบริการอย่างเต็มศักยภาพ
- ๗.๖. โรงพยาบาลมหาสารคาม, บรบือ, นาเชือก มีการสื่อสาร early warning sign ด้วยการติดการ์ดสืบนปกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กของหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงแต่ละราย
- ๗.๗. โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคามมีการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (ตามแนวทาง จังหวัดขอนแก่น)
- ๗.๘. Node ทั้ง ๔ Node ได้แก่ สุวรรณภูมิ เกษตรวิสัย เสลภูมิและโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด มีการอบรม Warning Sign ให้กับ อสม. ในพื้นที่เพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง
- ๗.๙. รพ. โพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด R๒R การคาดคะเนน้ำหนักทารกโดยการวัดความสูงยอดมดลูกของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่ห้องคลอด เพื่อลดอุบัติการณ์การคลอดติดไหล่

๘. ผู้รับผิดชอบ/ผู้เขียนรายงานผล

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	Email
๑	น.ส.จันทิยา เนติวิทย์ธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๙๗๑๒๓๔๕๔	janthiya๑๘๓@hotmail.com