

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะที่ ๑ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย

เขตสุขภาพที่ ๗ รอบ ๒

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

ผลลัพธ์ : 22 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒. สถานการณ์

อัตราการส่วนการตายของมารดาปี ๒๕๕๗-๒๕๖๑ คือ ๑๑.๗ , ๒๑.๔, ๒๖.๑๓, ๘.๑๑ และ ๑๙.๒๙ ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ช่วง ๘ เดือนมีมารดาตาย ๖ รายคิดเป็นอัตราส่วน ๒๒ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน จากสาเหตุการเสียชีวิตคือ ๑)จังหวัดขอนแก่นมีมารดาเสียชีวิต ๓ ราย: Pulmonary edema with Tocolytic drugs overload, CA Lung และAbortion with pelvimetry inflammation with Sepsis ๒) จังหวัดกาฬสินธุ์ มีมารดาเสียชีวิต ๒ ราย : Severe Pre – eclampsia และSevere sepsis with Colitis และ ๓) จังหวัดมหาสารคามมีมารดาเสียชีวิต ๑ ราย : Tuberculosis ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับ ๑) กระบวนการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ ทักษะและความเชี่ยวชาญของบุคลากร ระบบการสื่อสารภายในและระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Delay in receiving adequate health care) ๒) ความตระหนักและรอบรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ หลังคลอดหรือหลังทำหัตถการ ของแม่ (Delay in decision to seek care) คณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัดได้บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรมและศัลยกรรม มีการจัดประชุม MMR Conference วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาปัญหาอุปสรรค วางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหา ทั้ง ๖ ราย นอกจากนี้ MCH Board ระดับเขตได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรมและศัลยกรรม เพื่อวิเคราะห์ วางแผนการดำเนินงานระดับเขต และถ่ายทอดมาตรการที่เพิ่มขึ้นจากเดิมและมาตรการเดิมให้ทุกโรงพยาบาลทุกพื้นที่ดำเนินการอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องทั้งระบบ การดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความครอบคลุมในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ดำเนินการร้อยละ ๑๐๐ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงร้อยละ ๓๘.๐๙ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการจัดการ ร้อยละ ๑๐๐ และความเสี่ยง ๕ อันดับแรกจากโรคทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคโลหิตจาง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Thyroid และธาตุซีเซียม ตามลำดับ การบริการอนามัยแม่และเด็ก ภาพรวมเขตพบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๘๖.๓๑ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๗๘.๙๗ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๗๔.๑๙ หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก ภาพรวมเขต ร้อยละ ๘๔.๘๙ ทุกจังหวัดต่ำกว่าเกณฑ์ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ ๑๑.๗๖ คณะกรรมการ MCH Broad ระดับจังหวัดมุ่งเน้นคุณภาพในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอดและหญิงหลังคลอด โดยมีการทบทวนแนวทางการดูแลภาวะเสี่ยงสูงในขณะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด หลังคลอดและปรับปรุงระบบบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และนำเสนอผลการดำเนินงานทุกไตรมาส เพื่อวางแผนพัฒนาระบบงานอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และหลังคลอด ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จังหวัด

ขอนแก่น มีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมรดาตายระดับประเทศ (PNC) และมีแผนบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงเพื่อการส่งต่อ/ส่งกลับข้อมูลและการดูแลรายกรณีและ การบริการที่รวดเร็ว ทุกจังหวัดมีแผนการใช้ warning sign ในชุมชนให้ครอบคลุม จังหวัดกาฬสินธุ์มีแผนสนับสนุนให้ทีมหมอครอบครัว (FCT) ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ส่งฝากท้อง ทันทีและกำกับกินยาเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก โฟลิก เริ่มที่หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีแนวโน้มจะตั้งครรภ์

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ต.ค.๖๑ - มิ.ย. ๖๒)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายงาน ข้อมูล	จ. กาฬสินธุ์	จ. มหาสารคาม	จ. ร้อยเอ็ด	จ. ขอนแก่น	ภาพรวมเขต
๑	อัตราการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	เป้าหมาย	๔,๘๙๖	๔,๔๕๕	๖,๓๖๔	๑๑,๕๐๙	๒๗,๒๒๔
		ผลงาน	๒	๑	๐	๓	๖
		อัตรา/แสนการเกิดมีชีพ	๔๐.๘	๒๒.๔	๐	๒๖.๑	๒๒.๐
๒	ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลง จาก ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย	๒	๑	๐	๓	๖
		ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐
		อัตรา/ร้อยละ	๐	๐	๐	๐	๐
๓	ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ลดลงจากปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๓๐	เป้าหมาย	๒	๑	๐	๓	๖
		ผลงาน	๑	๐	๐	๐	๑
		อัตรา/ร้อยละ	๕๐	๐	๐	๐	๑๖.๖๗
๔	ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง จาก ปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย	๒	๑	๐	๓	๕
		ผลงาน	๑	๑	๐	๒	๔
		อัตรา/ร้อยละ	๕๐	๑๐๐	๐	๖๖.๖๗	๘๐
๕	ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง	เป้าหมาย	๙,๗๕๖	๓,๕๘๒	๒,๓๗๗	๕,๑๒๐	๒๐,๘๓๕
		ผลงาน	๙,๗๕๖	๓,๕๘๒	๒,๓๗๗	๕,๑๒๐	๒๐,๘๓๕
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๖	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง	เป้าหมาย	๙,๗๕๖	๓,๕๘๒	๒,๓๗๗	๕,๑๒๐	๒๐,๘๓๕
		ผลงาน	๒,๘๘๘	๑,๒๙๓	๑,๒๙๓	๒,๔๕๒	๗,๙๓๖
		อัตรา/ร้อยละ	๒๙.๗๐	๓๖.๐๙	๕๔.๒๑	๔๗.๘๙	๓๘.๐๙
๗	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการและส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา	เป้าหมาย	๒,๘๘๘	๑,๒๙๓	๑,๒๙๓	๒,๔๕๒	๗,๙๓๖
		ผลงาน	๒,๘๘๘	๑,๒๙๓	๑,๒๙๓	๒,๔๕๒	๗,๙๓๖
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๘	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	เป้าหมาย	๒,๘๐๙	๑,๔๙๒	๒,๔๔๗	๔,๖๓๑	๑๑,๓๗๕
		ผลงาน	๒,๑๘๖	๑,๓๖๗	๒,๒๒๙	๔,๐๓๖	๙,๘๑๘
		อัตรา/ร้อยละ	๗๗.๘๘	๙๓.๒	๙๑.๐๙	๘๗.๑๕	๘๖.๓๑

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายงาน ข้อมูล	จ. ภาพลื่นธุ์	จ. มหาสารคาม	จ. ร้อยเอ็ด	จ. ขอนแก่น	ภาพรวมเขต
๙	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ	เป้าหมาย	๒,๗๙๐	๑,๔๘๒	๒,๔๓๖	๔,๖๐๗	๑๑,๓๑๕
ผลงาน		๑,๙๒๑	๑,๒๔๙	๑,๙๙๒	๓,๖๗๑	๘,๘๓๓	
อัตรา/ร้อยละ		๖๘.๘๓	๘๖.๓๙	๘๖.๗๔	๘๑.๓๙	๗๘.๙๗	
๑๐	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง	เป้าหมาย	๒,๗๙๓	๒,๑๑๐	๒,๙๔๘	๔,๐๘๙	๑๑,๙๓๙
ผลงาน		๓๗๐	๒๗๑	๓๒๑	๔๙๘	๑,๔๖๐	
อัตรา/ร้อยละ		๑๒.๒๙	๑๑.๕๖	๑๐.๘๒	๑๑.๕๖	๑๑.๗๖	
๑๑	ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์	เป้าหมาย	๓,๔๐๕	๑,๘๘๑	๒,๙๙๓	๕,๕๕๒	๑๓,๘๓๑
ผลงาน		๒,๑๐๕	๑,๕๔๗	๒,๔๓๓	๔,๑๗๕	๑๐,๒๖๐	
อัตรา/ร้อยละ		๖๑.๘	๘๔.๒๘	๘๑.๓๒	๗๕.๑๙	๗๔.๑๙	
๑๒	ร้อยละโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานระบบบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ	เป้าหมาย	๑๔	๑๓	๑๘	๒๒	๖๗
ผลงาน		๑๔	๑๑	๑๗	๒๑	๖๓	
อัตรา/ร้อยละ		๑๐๐	๘๔.๖๒	๙๔.๔๔	๙๐.๙๐	๙๔.๐๓	
๑๓	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	เป้าหมาย	๕,๒๓๘	๕,๖๙๕	๗,๐๕๘	๑๓,๓๕๓	๓๓,๖๓๒
ผลงาน		๓,๔๙๑	๕,๕๓๗	๖,๓๔๓	๑๑,๓๘๘	๒๘,๖๒๔	
อัตรา/ร้อยละ		๗๑.๒	๙๖.๙๙	๘๙.๕๕	๘๕.๘๑	๘๕.๘๙	

(แหล่งข้อมูลจาก : Cockplit และ HDC สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๓๐ มิ.ย. ๖๒ เวลา ๑๑.๐๐ น.)

๓.๑ ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๓.๑.๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรมและศัลยกรรม และพขอ. และบูรณาการร่วมกับโครงการ Smart Kids ๔.๐ นโยบายสาวไทยแก้มแดง และมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ แรกของชีวิต ภายใต้กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการสร้างเสริมสุขภาพมารดา ทารก และพัฒนา มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก มีการจัดประชุมทุก ๓ - ๔ เดือน โดยการพัฒนาตามมาตรการเขต ๗ ได้แก่ ระบบการสื่อสาร ระบบการส่งต่อและให้คำปรึกษา เน้นบริการแบบเครือข่าย (Network) กำหนดโซนบริการ (Zoning) ใช้จุดวางเลือดทุกโรงพยาบาล มอบหมายให้โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ดูแลโรงพยาบาลลูกข่ายแบบกัลยาณมิตร ทางจังหวัดลงกำกับและติดตามโดยการเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ที่มีปัญหา และ Conference Case ทั้ง Maternal Death และ Maternal Near Miss อย่างสม่ำเสมอผ่านระบบรายงานการตายใช้ข้อมูลการสืบสวนสาเหตุการตายของมารดา และเมื่อมีอุบัติการณ์ให้มีการรายงาน ก๑ - CE และรวบรวมข้อมูลส่งศูนย์อนามัยที่ ๗

๓.๑.๒. จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาและงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อหาแนวทางแก้ไขมารดาเสียชีวิตทั้งหมด ๖ ราย ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด และระดับเขต นำมาสู่แผนปฏิบัติการเพื่อลดการตายมารดาและทารก

๓.๑.๓. หน่วยบริการทุกระดับมีการใช้แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์แนวใหม่ตามข้อเสนอองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย และการคลอดคุณภาพใช้ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงและจัดระบบบริการ แนวทางใน

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ Classifying Model) และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่ง

๓.๑.๔. จัดตารางแพทย์ลงโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ได้แก่ รพ.กมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ และ รพ.เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดที่ขาดสูติแพทย์

๓.๑.๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทบทวนการดูแล และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และการบริการแบบเครือข่าย (Network) แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้รวดเร็ว ทันเวลา ไม่มีการผ่าตัด appendectomy ร่วมกับ cesarean และใช้ Sepsis guideline ครอบคลุมในกลุ่มมารดา ผ่าตัดหลังคลอด กำหนดให้แพทย์ Intern Consult สูติแพทย์ ในผู้ป่วย High risk ทุกราย และกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

๓.๑.๖. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track) และระบบเครือข่ายการส่งต่อ Consult ผ่าน line application เพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลผ่านเข้าห้องคลอดและห้องผ่าตัดได้

๓.๒. ระบบบริการที่มีคุณภาพ

๓.๒.๑ พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานห้องคลอดตามเกณฑ์กรมการแพทย์

๓.๒.๒ พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ Classifying Model) พัฒนาสมรรถนะทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน มีระบบให้คำปรึกษา ส่งต่อ (Fast track) และมีคู่มือในการดูแล/ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่ง

๓.๒.๓. มีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC)

๓.๒.๔. พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อ Consult ผ่าน line application และพัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track) เพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลผ่านเข้าห้องคลอดและห้องผ่าตัดได้ทันที จังหวัดมหาสารคามมีการบริหารจัดการ One Labor Room One Province พัฒนาเป็น One Province One MCH Team

๓.๒.๕. การฝึกปฏิบัติภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Obstetric Crisis) เช่น คลอดติดไหล่/Breech assisting/ NCPDR และ CPR อย่างต่อเนื่อง

๓.๒.๖ มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและวินิจฉัยโรคหัวใจที่ตรวจมีประวัติสัมผัสโรค และมีอาการทุกราย ให้ตรวจวินิจฉัย Gene Expert ทุกราย

๓.๒.๗ มีการพัฒนาระบบการกำกับติดตามข้อมูลเช่น จังหวัดมหาสารคาม พัฒนา ระบบส่งต่อและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์รายปกติและที่มีภาวะเสี่ยง (COCr๙) จังหวัดร้อยเอ็ด พัฒนาระบบสื่อสาร Nemo care เพื่อส่งต่อและส่งกลับข้อมูล และ จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดกาฬสินธุ์ กำลังพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวัง ติดตามหญิงวัยเจริญพันธุ์ และหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง (GIS)

๓.๓. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยงมารดาตาย

๓.๓.๑ วางแผน ดำเนินการเชิงรุกในทีมหมอบรรเทา (FCT) และ อสม . ค้นหาและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและส่งต่อเพื่อฝากครรภ์ทันที

๓.๓.๒ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยการสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๓.๓.๓ อบรมเชิงปฏิบัติการ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด สำหรับครู ก จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ครู ก ระดับอำเภอ ถ่ายทอดความรู้ลงสู่รพ.สต.และนำไปสู่การปฏิบัติและแนวทางเดียวกัน เดียวกันทั้งจังหวัด

๓.๔. การสร้างภาคีเครือข่าย

๓.๔.๑ ใช้กลไก MCH Board /CIPOขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก บูรณาการงานร่วมกับ Service Plan และ พขอ. โดยการสะท้อนกลับปัญหาที่ได้จากการ conference กรณีมารดาเสียชีวิต เช่น เน้นการวางแผน คุมกำเนิดและให้คำปรึกษา ประชาสัมพันธ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรังไม่ควรตั้งครรภ์ เป็นต้น เพื่อกำหนดแนวทางป้องกันร่วมกัน ในพื้นที่ที่มีการประสานงานและวางแผนร่วมกันเพื่อใช้รถ EMS เพื่อการส่งต่อที่รวดเร็ว

๓.๔.๒ จัดประชุม/อบรมเพื่อขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ ๑ ,๐๐๐ วันแรกของชีวิตในทุกอำเภอ ร่วมกับภาคีเครือข่าย อปท. อสม. ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญและตระหนักในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย

๓.๔.๓ จังหวัดมหาสารคามและจังหวัดขอนแก่นมีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตาย ระดับประเทศ (PNC) อย่างเป็นรูปธรรม

๓.๔.๔ มีการอบรม Early Warning Sign ให้ กับอสม.ในพื้นที่ เพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

๔. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวลวิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

๔.๑ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติด และกลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์

๔.๒ ความเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลรักษาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง หญิงหลังคลอดและ กลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรม ระหว่างสถานบริการของรัฐ สถานบริการของเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่ ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

๔.๓ การติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเป็นรายกรณี และการใช้ Early warning signs ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

๔.๔ ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายบางแห่ง

๔.๕ ขาดทักษะและความชำนาญเนื่องจากการหมุนเวียนบุคลากรจบใหม่ และเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามคู่มือ

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
<p>๑ ระบบบริหารจัดการ MCH Board คุณภาพ และการขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>- การใช้กลไกการขับเคลื่อนบูรณาการร่วมกันระหว่างMCH Board Service plan เพื่อวิเคราะห์ วางแผนงาน โครงการ การกำกับ ติดตามงาน ปรับแผนฯตามสภาพปัญหาพื้นที่ที่มีการประชุม ๒- ๓ ครั้ง/ปี</p>	<p>- MCH Board ควรมีการประชุมอย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี และกำกับติดตามการดำเนินงานของทีม ควรเยี่ยมติดตามเสริมพลังในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>- จัดประชุมร่วมระหว่าง MCH</p>	<p>- MCH Board ระดับเขต ประชุมและกำกับติดตามการดำเนินงานของทีมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี</p> <p>- จัดประชุมร่วมระหว่าง MCH Board กับสหวิชาชีพ</p>

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
	Board กับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับ สาเหตุการตายของแม่อย่าง ครอบคลุม	
๒. ระบบบริการคุณภาพ ๒.๑ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ฝากครรภ์ และห้องคลอด ตาม มาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก	- ให้โรงพยาบาลทุกระดับมีการ ประเมินตนเองตามมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็กอยู่เสมอ - ติดตามประเมินมาตรฐานห้อง คลอดคุณภาพ และโรงพยาบาล มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก - มีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและ ลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC) ในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัด มหาสารคาม	- ประเมินและเยี่ยมเสริมพลัง ตาม มาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก - สนับสนุนแผนพัฒนาระบบเฝ้า ระวังและลดมารดาตาย ระดับ ประเทศ (PNC) อย่างเป็นรูปธรรม
๒.๒ บุคลากรใหม่ขาดทักษะและความ ชำนาญ	- จัดอบรมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ทางสูติกรรม (Obstetric Crisis) เช่นคลอดติดไหล่/Breech assisting/ NCPR และ CPR อย่าง ต่อเนื่อง	- สนับสนุนการผลิตสูติแพทย์ และ พยาบาลเฉพาะทาง สาขา ผดุง ครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
๒.๓ การกำกับและติดตามหญิง ตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเสริม ไอโอดีน ธาตุ เหล็ก และโฟลิก ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่	- จัดทำแนวการดูแลและเฝ้าระวัง ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และ ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา เสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และ โฟ ลิก ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ให้ ครอบคลุมทุกพื้นที่	- สนับสนุนและพัฒนาแนวทางการ กำกับและติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ ได้รับยาเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และ โฟลิก
๓ การจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยง และ ลดปัจจัยเสี่ยง ๓.๑ ไม่มีการส่งกลับข้อมูลหญิง ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ทำให้ชุมชนไม่มี ข้อมูลความเสี่ยงต่างๆและไม่ได้ติดตาม ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง ๓.๒ จัดเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุม ๓.๓ ขาดสูติแพทย์ ๒ Node	- นำโปรแกรมสารสนเทศมาใช้ใน การจัดการเพื่อให้สามารถติดตาม กำกับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกระดับ เป็น รายกรณี สามารถส่งต่อและส่งกลับ ข้อมูลได้รวดเร็ว เชื่อมต่อระหว่าง สถานบริการและชุมชน ชุมชน	- ขับเคลื่อนและประสานงานระดับเขต ให้มีโปรแกรมการบริหารจัดการ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

ปัญหา/อุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
	สามารถดูแลต่อเนื่องและนำ Early warning signs มาใช้ในชุมชนได้ ครอบคลุม - จัดระบบ Zoning ตารางแพทย์ ได้แก่ รพ.กมลลาไสย จังหวัด กาฬสินธุ์ และ รพ. เสลภูมิ จ. ร้อยเอ็ด และ Fast tract ให้ ต่อเนื่อง	
<p>๓.๔ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และกลุ่ม หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์</p> <p>๓.๕ ระบบสื่อสารเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่องขาดความชัดเจน</p>	<p>- จัดระบบสร้างความรอบรู้ให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้</p> <p>- เชิญชวนหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เข้าร่วม “โปรแกรม ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารผ่าน Application โดยการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ตลอด ๒๔ ชั่วโมง</p>	<p>-สนับสนุนแนวทางการสร้างความรอบรู้แก่จังหวัด</p> <p>-ติดตามการดำเนินงานของจังหวัด</p>

๖. ข้อเสนอแนะตอนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๖.๑. การสร้างความรอบรู้ให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติด และกลุ่มหญิงเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้

๖.๒. นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เพื่อการส่งต่อและส่งกลับที่รวดเร็วและการดูแลรายกรณีทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนให้ครอบคลุมทุกจังหวัดเชื่อมโยงกับการใช้ warning sign ในชุมชน

๖.๓. สร้างกระแสเชิญชวนเข้าร่วม “โปรแกรม ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นช่องทางการสื่อสารข้อมูลความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ผ่าน face book สื่อโทรทัศน์ ให้ต่อเนื่อง

๖.๔. สนับสนุนการผลิตสูติแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทาง สาขาผดุงครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๗.๑ จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดกาฬสินธุ์ พัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวัง ติดตามหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง (GIS)

๗.๒ จังหวัดมหาสารคาม นำนวัตกรรมที่ใช้อย่างต่อเนื่องและเกิดผลดี ได้แก่ One Labor Room One Province พัฒนาเป็น One Province One MCH Team และระบบ Teleconference ในการถ่ายทอดนโยบายและกำกับติดตามการดำเนินงานทุกระดับ

๗.๓ จังหวัดร้อยเอ็ด รูปแบบการนำ Early Warning Signs มาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงทุกตำบล

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เบอร์โทรศัพท์	Email
๑	นางทัศนีย์ รอดชมภู	นวก.สาธารณสุข เชี่ยวชาญ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๙๗๑๑๒๐๗๕	tassanee.r@anamai.mail.go.th
๒	นางธิโสภิญ ทองไทย	นวก.สาธารณสุข ชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๙๐๓๕๙๘๑๘	thisophin@gmail.com
๓	นส.จันทิยา เนติวิภัชธรรม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๗	๐๘๙๗๑๒๓๔๕๕๔	Janthiya๑๘๓@hotmail.com