

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

คณะที่ ๑ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ : อัตราส่วนการตายมารดาไทย

เขตสุขภาพที่ ๖ รอบที่ ๑ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : อัตราส่วนการตายมารดาไทย

- ๑) อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
- ๒) ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงจากปี ๒๕๖๐
- ๓) ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงจาก ปี ๒๕๖๐
- ๔) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน
- ๕) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์
- ๖) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ
- ๗) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ ๑๖
- ๘) ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์
- ๙) ร้อยละ ๗๐ โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
- ๑๐) ร้อยละจังหวัดที่ใช้โปรแกรม Rapid Pro

๒. สถานการณ์

สถานการณ์อัตราการตายมารดา ๔ ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๖๐) อัตราส่วนการตายมารดาไทยมีแนวโน้มลดลงจากปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน เท่ากับ ๑๔.๕๐, ๘.๓๐ และ ๗.๒๐ ตามลำดับ แต่กลับสูงขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยพบสูงถึง ๒๒.๐๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตาย ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ มีมารดาตาย ๗ ราย สาเหตุจากสูติกรรม ๕ ราย และไม่ใช่สูติกรรม ๒ ราย ปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๕๙ มีมารดาตายปีละ ๔ ราย เกิดจากสาเหตุทางสูติกรรมเท่ากับไม่ใช่ทางสูติกรรม คือ อย่างละ ๒ รายเท่ากัน แต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๒.๐๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยมีมารดาตายจำนวน ๑๕ คน แบ่งเป็นสาเหตุทางสูติกรรม ๑๐ ราย และไม่ใช่ทางสูติกรรม ๕ ราย โดยจังหวัดที่มีการตายมารดามากที่สุด ได้แก่ ชลบุรี (๘ ราย) ระยอง (๓ ราย) และสมุทรปราการ (๓ ราย) สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในระยะเวลา ๖ เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ – มีนาคม ๒๕๖๑ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๐.๕๒ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (มีมารดาตาย จำนวน ๗ ราย) เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของมารดาส่วนหนึ่งมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ได้แก่ ภาวะ PPH และ PIH อีกส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น โรคหัวใจ HIV Sepsis เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องมุ่งเน้นการทบทวนสาเหตุการตายของมารดาเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือโรคทางอายุรกรรมและการจัดการรายบุคคลและทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการคลอดและหลังคลอด

มีการประชุมทบทวนสาเหตุการตายทุกรายทั้งในระดับโรงพยาบาลที่เกิดเหตุ ระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อหาสาเหตุการตายและวางระบบป้องกัน ลดปัญหาการตายมารดาที่ป้องกันได้โดยเฉพาะ ซึ่งศูนย์อนามัยเป็น แกนหลักในการจัดประชุม เชิญอาจารย์แพทย์ทั้งสูติแพทย์ อายุรแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์มาให้ ข้อเสนอแนะ เพื่อวางระบบแนวทางป้องกันมารดาตายในพื้นที่ร่วมกัน โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มารดาตายจาก สาเหตุทางสูติกรรมจำนวน ๑๐ ราย แบ่งเป็น PPH จำนวน ๖ ราย(ร้อยละ ๔๐) , PIH จำนวน ๑ ราย(ร้อยละ ๖.๗) และ AFE จำนวน ๓ ราย และมารดาตายที่ไม่ใช่สูติกรรมจำนวน ๕ ราย แบ่งเป็น Sepsis จำนวน ๒ ราย Heart จำนวน ๒ ราย รอผลจำนวน ๑ ราย และในจำนวนนี้มีการตายมารดาไม่ฝากครรภ์จำนวน ๒ ราย เป็น Ectopic pregnancy และ Thalasemia b/e PIH Pulmonary edema และปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในรอบ ๖ เดือนแรก และได้ทำการสืบสวนการตาย (Dead case conference) ระดับเขต จำนวน ๕ ราย เมื่อวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ โดยมีจังหวัดและสาเหตุการตายดังนี้ ๑) จังหวัดปราจีนบุรี สาเหตุ Respiratory failure with HIV (วันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๐) ๒) จังหวัดระยอง สาเหตุจาก Epilepsy (วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๐) ๓) จังหวัด ชลบุรี สาเหตุ Ruptured aortic Aneurysm(วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๐) ๔) จังหวัดจันทบุรี สาเหตุจาก Ectopic pregnancy (วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ๕) จังหวัดสระแก้ว จาก Septic shock (วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๑) c ละอีก ๒ รายที่ยังไม่ได้ทำการสืบสวนการตาย (Dead case conference) ระดับเขต ได้แก่ ๑) จังหวัด สมุทรปราการ เป็น Sudden Cardiac arrest : Severe pulmonary Hypertension (วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๑) ๒) จังหวัดปราจีนบุรี สาเหตุจาก VSD (unknown) , CHF, RS failure (วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๑)

ตารางที่ ๑ จำนวนและสาเหตุการตายมารดาไทย

ปี งบประมาณ	จังหวัด								
	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	เขตสุขภาพที่ ๖
๒๕๕๗	๒=D	๒=D ๑=I	๑=D	๐	๑=D	๐	๐	๐	๗
๒๕๕๘	๒=I	๒=D	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๔
๒๕๕๙	๑=D	๑=D	๐	๐	๐	๑=I	๑=I	๐	๔
๒๕๖๐	D=๕ I=๓	D=๑ I=๒	๐	๐	D=๓	๑=D	๐	๐	๑๕
๒๕๖๑	I=๑	I=๑	D=๑	๐	I=๑	๐	I=๒	I=๑	๗

D = Direct obstetric ได้แก่ PPH, AFE, PIH, Ectopic pregnancy

I = Indirect obstetric ได้แก่ Sepsis, respiratory failure, HIV , Thalasemia Severe pulmonary Hypertension

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๖ เดือนแรก) พบว่าส่วนใหญ่ยังดำเนินการไม่ได้ตามเกณฑ์ หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๖.๕๙ จังหวัดที่มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์มากที่สุดคือ จ.สมุทรปราการ (ร้อยละ ๖๖.๕๗) การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๔๕.๑๑ จังหวัดที่มีการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ มากที่สุดคือ จ.สมุทรปราการ (ร้อยละ ๕๗.๘๙) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง พบร้อยละ ๑๘.๗๗ จังหวัดที่พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางมากที่สุดคือ จ.จันทบุรี (ร้อยละ ๒๒.๙๐) การได้รับยาเสริมไอโอดีนร้อยละ ๗๗.๒๒ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ ๒.๙๐ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๔๒.๓๑ จังหวัดที่หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์มากที่สุดคือ จ.สมุทรปราการ (ร้อยละ ๕๓.๔๒) โรงพยาบาลที่มีการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กผ่านการประเมินตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน ๖๖ แห่ง (ร้อยละ ๙๐.๔๑)

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญปีงบประมาณ ๒๕๖๑ รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๖๐ – มีนาคม ๖๑)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	สมุทรปราการ	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	รวมเขตสุขภาพที่ ๖ รอบ ๖ เดือน	รวมประเทศ รอบ ๖ เดือน
๑.	อัตราส่วนการตายมารดา (ไม่เกิน ๒๐ : การเกิดมีชีวิตคน)	เป้าหมาย	๑๕,๕๘๔	๔,๐๖๙	๒,๓๒๒	๔๓๔	๓,๓๑๖	๓,๒๒๒	๒,๖๘๒	๒,๔๖๘	๓๔๐๙๗	
		ผลงาน	๑	๑	๑	๐	๑	๐	๒	๑	๗	
		ร้อยละ	๖.๔๑	๒๔.๕๗	๔๓.๐๖	๐	๓๐.๑๖	๐	๗๔.๕๗	๔๐.๕๒	๒๐.๕๒	
๒.	ฝากครรภ์ครั้งแรก < ๑๒ สัปดาห์ (> ร้อยละ ๖๐)	เป้าหมาย	๓,๓๒๙	๑,๕๓๕	๑,๐๘๒	๕๕๓	๑,๗๕๙	๑,๖๒๗	๑,๓๙๙	๑,๒๗๐	๑๒,๕๔๔	๑๓๔,๗๖๕
		ผลงาน	๑,๔๐๓	๘๘๐	๕๙๘	๓๓๔	๑,๑๗๑	๑,๐๕๒	๙๐๒	๗๕๙	๗,๐๙๙	๙๕,๕๕๔
		ร้อยละ	๔๒.๑๔	๕๗.๓๓	๕๕.๒๗	๖๑.๕๑	๖๖.๕๗	๖๔.๖๖	๖๔.๔๗	๕๕.๗๖	๕๖.๕๙	๗๐.๙๐
๓.	คัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง (> ร้อยละ ๒๕)	เป้าหมาย	๓,๓๒๙	๔๒๒๔	๑,๕๖๐	๖๒๖	๕๕๘๐	๒,๐๒๒	๑,๖๖๖	๑,๒๕๔	๒๐๒๖๑	
		ผลงาน	๑๔๕๘	๑๒๖๗	๘๑๖	๑๙๔	๓,๗๓๐	๗๗๔	๗๓๑	๓๕๒	๙๓๒๒	
		ร้อยละ	๔๓.๘	๓๐.๐๐	๕๒.๓๑	๓๐.๙๙	๔๒.๑๘	๓๘.๑๖	๔๓.๘๘	๒๘.๐๗	๔๖.๐๐	
๔.	ฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง (> ร้อยละ ๖๐)	เป้าหมาย	๓,๓๒๐	๑,๕๓๑	๑,๐๘๐	๕๑๐	๑,๗๕๕	๑,๖๒๖	๑,๓๙๖	๑,๒๖๖	๑๒,๔๘๔	๑๓๓,๗๒๒
		ผลงาน	๙๙๖	๗๒๘	๓๙๒	๒๒๑	๑,๐๑๖	๘๖๑	๗๖๕	๖๕๒	๕,๖๓๑	๗๘,๑๙๓
		ร้อยละ	๓๐.๐๐	๔๗.๕๕	๓๖.๓๐	๔๓.๓๓	๕๗.๘๙	๕๒.๙๕	๕๕.๘๐	๕๑.๕๐	๔๕.๑๑	๕๘.๔๗
๕.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริม Iodine (ร้อยละ ๑๐๐)	เป้าหมาย	๙,๘๑๔	๓,๘๖๖	๓,๔๖๗	๑,๒๘๒	๕,๔๙๘	๓,๙๔๔	๒,๘๒๓	๓,๐๖๔	๓๓,๗๒๘	๓๒๘,๔๒๓
		ผลงาน	๖,๙๑๙	๓,๑๓๔	๑,๙๘๐	๑,๐๗๑	๔,๗๙๗	๓,๓๖๙	๒,๑๙๓	๒,๕๘๒	๒๖,๐๔๕	๒๖๐,๐๑๕
		ร้อยละ	๗๐.๕๐	๘๑.๗๐	๕๗.๑๑	๘๓.๕๔	๘๗.๒๕	๘๕.๔๒	๗๗.๖๘	๘๔.๒๗	๗๗.๒๒	๗๙.๑๗
๖.	การดูแลหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง (ร้อยละ ๑๐๐)	เป้าหมาย	๔,๑๖๓	๑,๙๖๕	๑,๔๘๘	๖๖๔	๒,๓๘๑	๒,๐๐๕	๑,๘๓๘	๑,๖๔๗	๑๖,๑๕๑	๑๗๒,๗๓๓
		ผลงาน	๑,๒๑๔	๗๒๐	๕๙๓	๒๘๖	๑,๒๗๒	๑,๐๑๕	๙๙๗	๗๓๖	๖,๘๓๓	๙๑,๕๑๐
		ร้อยละ	๒๙.๑๖	๓๖.๖๔	๓๙.๘๕	๔๓.๐๗	๕๓.๔๒	๕๐.๖๒	๕๔.๒๔	๔๔.๖๙	๔๒.๓๑	๕๒.๙๘
๗.	ภาวะตกเลือดหลังคลอด (< ร้อยละ ๕)	เป้าหมาย	๗๖๕๙	๓,๙๔๖	๒,๓๐๙	๔๓๔	๓,๓๐๖	๓,๒๑๘	๒,๖๗๗	๒,๙๒๕	๒๖๔๗๔	
		ผลงาน	๒๘๗	๙๖	๖๔	๔	๑๐๙	๙๐	๓๕	๕๖	๗๔๑	
		ร้อยละ	๓.๗๐	๒.๔๓	๓.๕๐	๑.๕๐	๓.๓๐	๒.๗๐	๑.๓๐	๑.๙๑	๒.๘๐	
๘.	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (< ร้อยละ ๑๖)	เป้าหมาย	๔,๙๑๔	๒,๕๕๓	๗๙๙	๒๘๕	๑,๔๙๐	๔๖๗	๗๘๐	๑,๙๙๗	๑๓,๒๘๕	๑๒๒,๘๒๕
		ผลงาน	๑,๐๙๖	๓๗๙	๑๘๓	๖๗	๒๑๕	๑๐๑	๑๔๘	๓๐๔	๒,๔๙๓	๑๙,๔๘๕
		ร้อยละ	๒๒.๓๐	๑๔.๘๕	๒๒.๙๐	๒๓.๕๑	๑๔.๔๓	๒๑.๖๓	๑๘.๙๗	๑๕.๒๒	๑๘.๗๗	๑๕.๘๖
๙.	โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก (ร้อยละ ๗๐)	เป้าหมาย	๑๔	๙	๑๒	๗	๕	๑๐	๗	๙	๗๓	
		ผลงาน	๑๔	๗	๑๑	๕	๕	๑๐	๗	๗	๖๖	
		ร้อยละ	๑๐๐	๗๗.๗๘	๙๑.๖๗	๗๑.๔๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๐.๔๑	
๑๐.	การประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด	เป้าหมาย	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๓	๓	๑๘	
		ผลงาน	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๒	๑	๑๕	
		ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๖.๖๖	๓๓.๓๓	๘๓.๓๓	

แหล่งข้อมูล ๑. HDC วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

๒. Service Plan Obstetric เขตสุขภาพที่ ๖ วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๑ ได้แก่ อัตราส่วนการตายมารดา ภาวะตกเลือดหลังคลอด

๓. คัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง โรงพยาบาล ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด

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

๑. การดำเนินงานตามแนวทางอย่างจริงจัง ถึงแม้จะมีความเข้มแข็งของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ เพื่อกำหนดนโยบาย กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญในการเฝ้าระวัง ดูแลและแก้ไข ภาวะเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ในทิศทางเดียวกันและมีความต่อเนื่อง เช่น การจัด Zoning การจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง การมี Standing order ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อป้องกันมารดาตายจากสาเหตุการตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการใช้ถุงตรวจเลือดอย่างจริงจัง ที่มีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง แล้วมีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกัน โดยใช้ระบบของ PDCA

๒. ความรวดเร็วและทันเวลา เพื่อลด ๓ D ได้แก่ ต้องมีการวินิจฉัยปัญหาของผู้มารับบริการให้เร็ว (ลด Delay Detection) การตัดสินใจทั้งการรักษาต่างๆให้เร็วและทันท่วงที (ลด Delay Decision) และถ้ามีการส่งต่อระหว่างแผนกหรือระหว่างโรงพยาบาล ควรดำเนินการให้เร็ว (Delay Refer) รวมทั้งการสื่อสารนโยบายสำคัญให้ถึงผู้บริหารและปฏิบัติหน้างานในทุกระดับ โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ สุนัขแพทย์ที่เป็นผู้นำในพื้นที่แต่ละโรงพยาบาล เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางวิธีปฏิบัติของพื้นที่ในการดูแลและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ได้ตามมาตรฐาน มีการติดตาม กำกับและประเมินผลงานของพื้นที่ตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอและจังหวัด

๓. ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง การสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานโดยเฉพาะท้องถิ่นและชุมชน เน้นการดำเนินงานเชิงรุกเนื่องด้วยหญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง การดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนสำคัญมากและจะช่วยให้งานสำเร็จทั้งฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ครบ การคัดกรองภาวะเสี่ยง ระบบส่งต่อที่รวดเร็ว การสื่อสารนโยบาย การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย การบูรณาการทำงานร่วมกันเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	ควรดำเนินการถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนงานสู่ผู้เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึงเป็นระยะๆ และติดตามประเมินผลว่านโยบายที่ถ่ายทอดไปนั้นถึงผู้ปฏิบัติหรือไม่และผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจดีและสามารถปฏิบัติได้	-
การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันแก้ปัญหาเรื่องระบบการรายงานข้อมูลอย่างจริงจัง และสรุปผลเสนอผู้บริหารทุกครั้ง เพื่อกำหนดการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง	-
การพัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มี	- การดำเนินการให้บริการตามมาตรฐาน มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินรับรองจากทีมระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ	-

ประสิทธิภาพ	ตามลำดับ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเครือข่ายและความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการของเครือข่าย - การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้บริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กโดยอบรมทีมประเมินมาตรฐานและผู้ปฏิบัติ ANC&LR - การวางระบบดูแลเพื่อป้องกันมารดาตาย โดยเฉพาะการดูแลในช่วงเวรดึก และวันหยุดที่มีอัตรากำลังน้อย และการฝึกอบรมแพทย์หมุนเวียนที่ไม่มีประสบการณ์งานสูติกรรม - การจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์	
การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	- การให้ความรู้เรื่องภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ การให้คำปรึกษาก่อนมีบุตร - การให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยเจริญพันธ์ตั้งแต่วัยเรียนวัยรุ่น และการให้ความรู้กับครอบครัว ชุมชน เครือข่าย	-
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ของครอบครัว ชุมชน	-ส่งเสริมการดำเนินงานแบบการบูรณาและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนในพื้นที่ ตั้งแต่ ครอบครัว โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ อปท วัดและชุมชน	-

๖. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. ระยอง : “Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ” ตำบลพลองตาเอี่ยม อ.วังจันทร์ จ.ระยอง โดยใช้มาตรการทางสังคมเพื่อส่งเสริม Early and Complete ANC / นมแม่ / ใฝ่ระวังแม่ตาย / พัฒนาการ

๒. จันทบุรี : การใช้วงล้อประเมินน้ำหนักแม่ตั้งครรภ์เพื่อลด LBW ที่ อ.มะขาม จ.จันทบุรี

๓. สระแก้ว : LR SK Strong การอบรมพยาบาลห้องคลอดทุกแห่ง และมีระบบติดตามและให้คำปรึกษา

๔. สระแก้ว : การแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จ.สระแก้ว

ผู้รายงาน นางสาวเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี ที่รายงาน ๒๐ เมษายน ๒๕๖๑
โทร ๐๘๙ ๐๒๒๗๔๗๐ E-mail : pensri๐๑๑@gmail.com