

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ อัตราส่วนการตายมารดาไทย

เขตสุขภาพที่ 6 รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2562

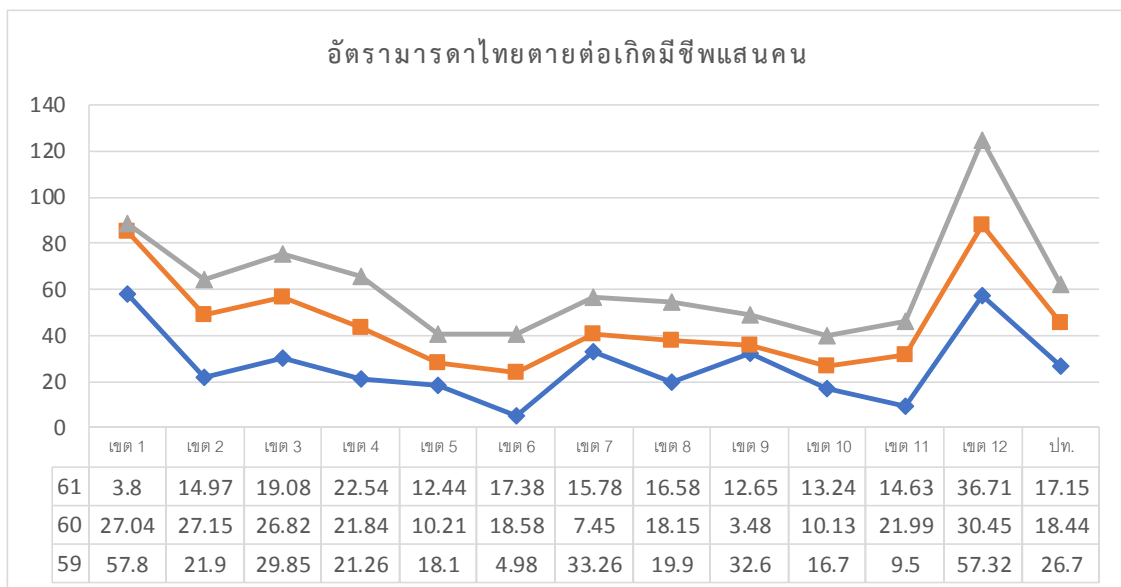
1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย
- 1.2 ร้อยละ 20 ของการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด ลดลงจากปี 2561
- 1.3 ร้อยละ 30 ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูง ลดลงจากปี 2561
- 1.4 ร้อยละการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง (ลดลงจากปี 2561) ร้อยละ 20
- 1.5 ร้อยละหญิงที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง
- 1.6 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
- 1.7 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการ และส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษา
- 1.8 ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด 5 อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)
- 1.9 ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

2. สถานการณ์

จากสถานการณ์อัตรามารดาไทยตายในภาพของประเทศและรายเขตสุขภาพ ย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2559 - 2561) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยของประเทศมีแนวโน้มลดลง คือ 26.70 18.44 และ 17.15 แต่ในภาพของเขตสุขภาพที่ 6 นั้นกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นเท่ากับ 4.93 18.58 และ 17.38 ตามลำดับแต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับค่าเป้าหมายที่กำหนดในระดับประเทศ (ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ดังแผนภาพที่ 1 อัตรามารดาไทยตายแยกรายเขตปี 2559 - 2561

แผนภาพที่ 1 อัตรามารดาไทยตายแยกรายเขตปี 2559 - 2561

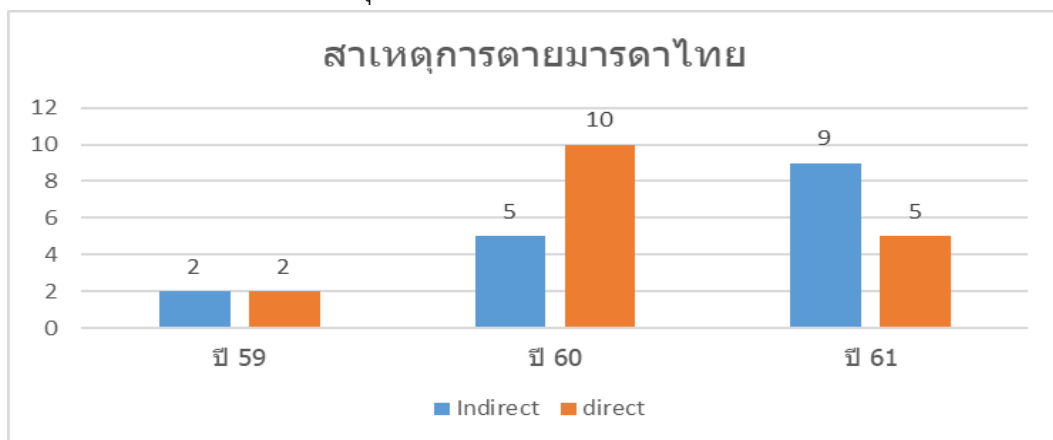


สถานการณ์มารดาไทยตายของเขตสุขภาพที่ 6 รายจังหวัด พบว่า จังหวัดตราดไม่มีมารดาตายตั้งแต่ปี 2559-2561 ทั้งนี้พบว่าจังหวัดตราดมีการกำหนดแนวทางในการดูแลการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่บนเกาะให้มีการส่งต่อเมื่อใกล้คลอด และในจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีอัตราการตายมารดาลดลง พบว่ามีการวางมาตรการ การกำกับติดตามในการป้องกันการตกเลือด โดยพบว่ามินวัตกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือด เช่น “Patient Safety in Obstetrics” ของโรงพยาบาลแปลงยาว “การพัฒนาคุณภาพเพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอด” ของโรงพยาบาลพุทธโสธร

ผังแผนภาพที่ 2 อัตราการตายมารดาไทยรายจังหวัด



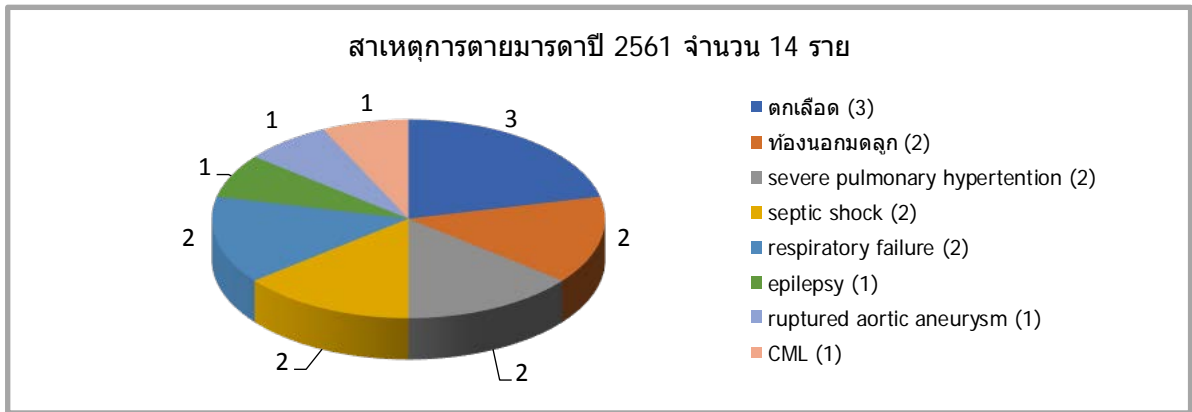
จากการ วิเคราะห์สาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2559 พบว่า มารดาตาย 4 ราย เกิดจากสาเหตุทางสูติกรรม และไม่ใช่ทางสูติกรรม อย่างละ 2 ราย ปีงบประมาณ 2560 มีมารดาตาย เพิ่มมากขึ้นจำนวน 15 ราย แบ่งเป็นสาเหตุทางสูติกรรม 10 ราย และไม่ใช่ทางสูติกรรม 5 ราย และปีงบประมาณ 2561 มีมารดาตาย จำนวน 14 ราย พบว่า มีสาเหตุทางสูติกรรม 5 ราย และไม่ใช่สาเหตุทางสูติกรรม 9 ราย เมื่อพิจารณาแล้ว จะเห็นได้ว่าสาเหตุการตายที่ไม่ใช่สาเหตุทางสูติกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังแผนภูมิที่ 1 สาเหตุการตายมารดาไทย ปีพ.ศ. 2559 – 2561 เขตสุขภาพที่ 6



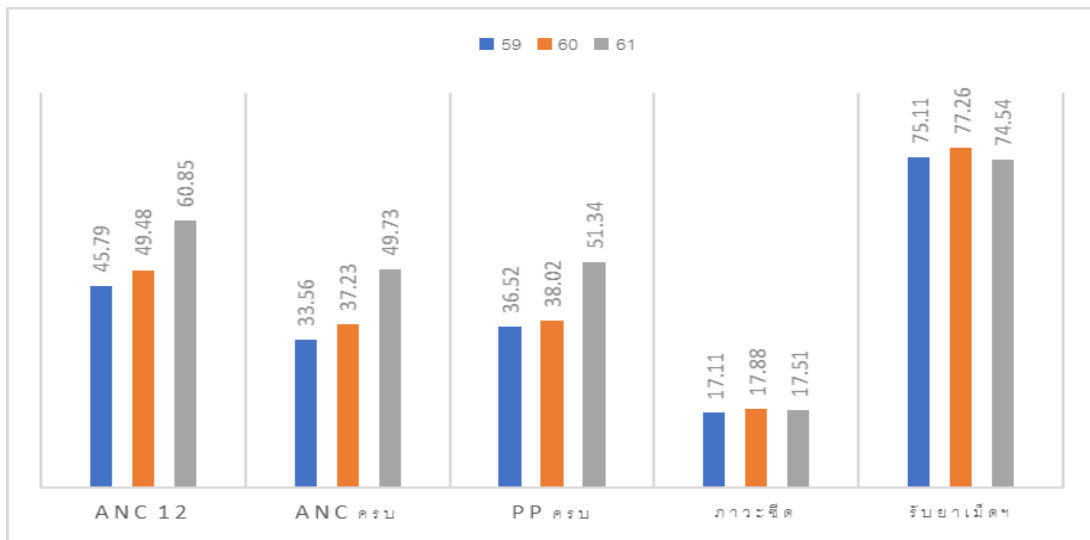
แผนภูมิที่ 1 สาเหตุการตายมารดาไทย ปี พ.ศ. 2559 – 2561 เขตสุขภาพที่ 6

จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายในปีงบประมาณ 2561 ในจำนวน 14 ราย พบว่า มีสาเหตุที่ไม่ใช่ทางสูติกรรม จำนวน 9 ราย ซึ่งเป็นโรคทางอายุรกรรม ดังนี้ severe pulmonary hypertension 2 ราย, septic shock 2 ราย, respiratory failure 2 ราย (ติดเชื้อ HIV 1 ราย, VSD+CHF 1 ราย) epilepsy 1 ราย, ruptured aortic aneurysm 1 ราย และ CML 1 ราย ซึ่งสาเหตุทางด้านสูติกรรม การตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นสาเหตุหลักในการตายมารดา

ผังแผนภูมิที่ 2 สาเหตุการตายมารดาไทย ปี 2561



เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ได้แก่ การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ การได้รับยาเสริมไอโอดีนฯ ภาวะซีดและการตรวจหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ 3 ปีย้อนหลัง (2559 – 2561) พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 45.79, 49.48 และ 60.85 (เป้าหมายร้อยละ 60) การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 33.56, 37.23 และ 49.73 (เป้าหมายร้อยละ 60) การตรวจหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 36.52, 38.02 และ 51.34 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 65) การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนฯ ร้อยละ 75.11, 77.26 และ 74.59 (เป้าหมายร้อยละ 100) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 17.11, 17.88 และ 17.51 (น้อยกว่าร้อยละ 16) ผังแผนภูมิที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

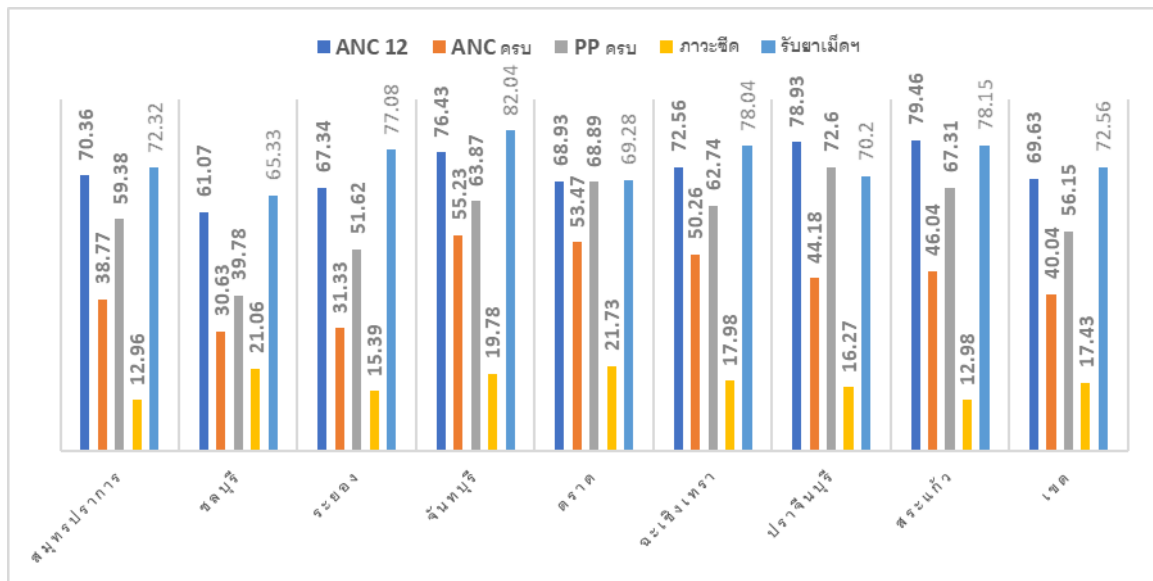


การดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 6 เพื่อลดอัตราการตายของมารดานั้นได้มีการกำกับติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุมคณะกรรมการ MCH BOARD กำหนดให้มีการประชุมอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง เช่น การเฝ้าระวังการตกเลือดโดยการใช้ถุงรองเลือด การใช้ยา การใช้เทคนิค Condom Balloon temponards การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน ด้านบุคลากร ทรัพยากรและการบริหารจัดการ เช่น อบรมให้ความรู้/ฝึกปฏิบัติ การจำลองสถานการณ์ การพัฒนาระบบการส่งต่อ การจัดทำ CPG และพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการตายมารดา มีขั้นตอนและการดำเนินการดังนี้ 1) สถานบริการที่มีมารดาเสียชีวิตต้องแจ้ง ผอ.รพ.ทันที 2) แจ้งสสจ.ภายใน 24 ชั่วโมง 3) ส่งแบบฟอร์มรายงานการตาย (CE) ให้สสจ.ภายใน 15 วัน 4) สสจ.แจ้งศอ.ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับแจ้งจากสถานบริการ 5) ส่งรายงานการตาย (CE) ให้ศอ.ภายใน 15 วัน 6) ศูนย์อนามัยแจ้งสำนักส่งเสริมสุขภาพพื้นที่ที่

รับข้อมูลพร้อมทั้งส่งรายงานภายใน 30 วัน สำหรับการประชุมทบทวนสาเหตุการตายนั้นจะต้องดำเนินการระดับรพ.ที่เกิดเหตุ ระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อหาสาเหตุการตายและวางระบบป้องกันลดปัญหาการตายมารดา โดยศูนย์อนามัยมีบทบาทเป็นแกนหลักในการจัดประชุม เชิญอาจารย์แพทย์ทั้งสูติแพทย์และอายุรแพทย์มาวางระบบแนวทางร่วมกัน

สำหรับผลการดำเนินงานใน 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2561 - กุมภาพันธ์ 2562) พบว่า อัตราการตายมารดา 19.72 (มารดาตาย จำนวน 4 ราย) เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของมารดาเป็นสาเหตุทางสูติกรรม PPH ทั้ง 2 ราย และสาเหตุด้วยโรคทางอายุรกรรม septic shock 1 ราย, pulmonary hypertension 1 ราย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มดีขึ้น เช่น การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 69.63 โดยทุกจังหวัดดำเนินการได้เกินค่าเป้าหมาย สูงสุดที่จังหวัดสระแก้ว ร้อยละ 79.46 การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ การตรวจหลังคลอดครบ 3 ครั้งตาม การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนฯ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ผลการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตาม ดัชนีภูมิที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องรายจังหวัด ปี 2562



ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	สมุทรปราการ	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	ภาพรวมเขต รอบ 1 ข้อมูล 6 เดือน ต.ค.61-มี.ค.62	ภาพรวมเขต รอบ 1 ข้อมูล ณ ไตรมาส 1 (ข้อมูล ต.ค. - ธ.ค. 61)	
1	อัตราส่วนการตายมารดา <17 : เกิดมีชีพแสนคน	เป้าหมาย	3,084	8,208	1,987	1,237	616	2,169	1,707	1,280	20,288	20,288	
		ผลงาน	1	2	0	0	0	0	0	1	0	4	4
		อัตรา/ร้อยละ	32.43	24.37	0	0	0	0	0	58.58	0	19.72	19.72
2	ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤12 wk ร้อยละ 60	เป้าหมาย	1,127	2,679	1,396	577	457	1,516	1,025	784	9,561	6,526	
		ผลงาน	793	1,636	940	441	315	1,100	809	623	6,657	4,729	
		อัตรา/ร้อยละ	70.36	61.07	67.34	76.43	68.93	72.56	78.93	79.46	69.63	72.46	
3	ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 60	เป้าหมาย	1,207	2,687	1,401	574	432	1,518	1,023	782	9,624	6,499	
		ผลงาน	468	823	439	317	231	763	452	360	3,853	2,735	
		อัตรา/ร้อยละ	38.77	30.63	31.33	55.23	53.47	50.26	44.18	46.04	40.04	42.08	
4	การดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 65	เป้าหมาย	1,652	3,570	1,821	786	585	2,010	1,336	1,135	12,895	6,944	
		ผลงาน	981	1,420	940	502	403	1,261	970	764	7,241	4,218	
		อัตรา/ร้อยละ	59.38	39.78	51.62	63.87	68.89	62.74	72.60	67.31	56.15	60.74	
5	หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ด เสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	6,109	10,999	3,931	3,680	1,315	3,898	2,631	3,126	35,689	25,627	
		ผลงาน	4,418	7,186	3,030	3,019	911	3,042	1,847	2,443	25,896	18,360	
		อัตรา/ร้อยละ	72.32	65.33	77.08	82.04	69.28	78.04	70.20	78.15	72.56	71.64	
6	ภาวะโลหิตจางในหญิง ตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 16	เป้าหมาย	1,350	3,020	2,339	1,021	359	595	590	840	10,114	4,951	
		ผลงาน	175	636	360	202	78	107	96	109	1,763	911	
		อัตรา/ร้อยละ	12.96	21.06	15.39	19.78	21.73	17.98	16.27	12.98	17.43	18.40	

4. ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

1. การเคลื่อนย้ายของวัยแรงงาน เขตสุขภาพที่ 6 เป็นพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ (SEZ) และพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจ (EEC) พบว่า มีประชากรแฝงและเคลื่อนย้ายมาทำงานในสถานประกอบการ ทั้งโรงงาน สถานบริการ และการท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบด้านสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 6 จากข้อมูลจำนวนสถานบริการสาธารณสุข พบว่า สถานบริการของเอกชนมีจำนวนมากกว่าของภาครัฐ (สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จำนวน 847 แห่ง สถานบริการของเอกชนและคลินิก จำนวน 1,412 แห่ง) อัตราการคลอดในเขตสุขภาพที่ 6 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ปี 2560 จำนวน 75,436 ราย และปี 2561 จำนวน 76,533 ราย ปริมาณของประชากรที่เพิ่มขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการฝากครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย ดังจะเห็นได้จากอัตราการตายของมารดา เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2559-2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 4.98, 18.58 และ 17.38 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ข้อมูล Dash board กรมอนามัย) ส่วน ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561-มกราคม 2562) มีมารดาไทยตาย 4 ราย และ 1 ใน 4 รายฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ใกล้คลอด (GA 38 สัปดาห์)

2. การตายของมารดาไทยที่ไม่ใช่สาเหตุทางสูติกรรม (Indirect cause) ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561-มกราคม 2562) ไม่ใช่สูติกรรม 2 ราย (จาก 4 ราย) พบสาเหตุจาก pulmonary hypertension 1 ราย septic shock 1 ราย ซึ่งถ้ามีระบบการค้นหาความเสี่ยง การป้องกันความเสี่ยง เช่น การจัดตั้งคลินิกหรือหน่วยงานให้คำปรึกษา ก่อนตั้งครรภ์ รวมถึงการจัดทำแนวทางในการ ดูแลที่เข้มข้น ตั้งแต่ต้น ก็จะสามารถลดปัญหานี้ได้ โดยเฉพาะการส่งต่อในแผนกต่างๆ และระหว่างโรงพยาบาล

3. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ทุกระดับเป็นกลไกการขับเคลื่อนการพัฒนา มาตรฐานและระบบบริการด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ทำหน้าที่ กำหนดนโยบาย กำกับ ติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงาน ทุกระยะของการตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด ได้แก่ การจัด Zoning การจัดการ ระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดา ที่มีภาวะเสี่ยง การมี Standing order ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อ ป้องกันมารดาตายจากสาเหตุการตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ การใช้ถุงตวงเลือด ขณะ คลอด การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ นำไปสู่การปฏิบัติ การกำกับ/ติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงาน ร่วมกันโดยใช้กระบวนการ PDCA

4. ความรวดเร็วและทันเวลา เพื่อลด 3 D ได้แก่ การวินิจฉัยปัญหาของผู้มารับบริการให้เร็ว (ลด Delay Detection) การตัดสินใจเพื่อการรักษาที่รวดเร็วและทันที่ (ลด Delay Decision) การส่งต่อ ระหว่างแผนก ระหว่างโรงพยาบาลควรดำเนินการให้เร็ว (Delay Refer) การสื่อสารมาตรการ นโยบาย สำคัญสู่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ การมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางวิธีปฏิบัติของพื้นที่ในการดูแลและเฝ้า ระวังหญิงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

5. สนับสนุนเครือข่ายท้องถิ่นและชุมชน สร้างมาตรการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังของชุมชนใน การดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ ค้นหาและส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ครบ การคัดกรองภาวะเสี่ยง การส่งต่อที่รวดเร็ว

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมินผล การรับรู้ การสื่อสาร การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ - กำกับติดตามมาตรการเร่งด่วน เพื่อลดการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดและความดันโลหิตสูง ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยง/โรคอายุรกรรมในหญิงตั้งครรภ์ นโยบาย One province One MCH team (Provincial Network) 	
การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง	<ul style="list-style-type: none"> -การมีส่วนร่วมการจัดการข้อมูลและระบบรายงาน -พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้การบันทึกและการนำรายงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด 	
การพัฒนาบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการค้นหาความเสี่ยงก่อนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด - สร้างความร่วมมือระหว่างสูติกรรมและอายุรกรรมเพื่อจัดระบบบริการให้คำปรึกษาการมีบุตร ได้แก่ พัฒนาศักยภาพทีมให้คำปรึกษา เนื่องจากหญิงวัยเจริญพันธุ์มีโรคเรื้อรังต่างๆ มากขึ้น และเป็น High Risk รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อม - สร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย เยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาคุณภาพบริการและประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก - พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้บริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กโดยอบรมทีมประเมินมาตรฐานและปฏิบัติ ANC&LR อย่างสม่ำเสมอและให้ความสำคัญกับการซ่อมแผนจากการจำลองสถานการณ์จริง - การจัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงพบสูติแพทย์ 	
การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างและจัดกระบวนการเรียนรู้ การจัดการความเสี่ยงและการให้คำปรึกษาก่อนมีบุตร ให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด ครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย - พัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงสื่อ ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม 	
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพหญิง ตั้งครรภ์ของครอบครัวชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กทั้งจังหวัด (Provincial Network Classification : PNC) ในทุกจังหวัด 	

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ไม่มี -

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

1. สมุทรปราการ : - เป็นจังหวัดนำร่องระดับประเทศในการรับรองมาตรฐานเครือข่ายบริการสุขภาพทั้งจังหวัด (Provincial Network Certification : PNC) ของ สรพ.
- สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดและใช้ CPG ของการใช้ยา Progesterone ในรพ.ทุก ระดับ
2. สระแก้ว : - LR SK Strong การอบรมพยาบาลห้องคลอดทุกแห่งและมีระบบติดตามและให้คำปรึกษา
- การแก้ไขภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลวังน้ำเย็นและโรงพยาบาลคลองหาดด้วยการให้วิตามินซีร่วมกับยา Triferdine
3. ฉะเชิงเทรา : - “Patient Safety in Obstetrics” ของโรงพยาบาลแปลงยาว เป็นการพัฒนาระบบ
เพื่อป้องกันและดูแลการตกเลือด
- “ การพัฒนาคุณภาพเพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอด” ของโรงพยาบาลพุทธโสธร
4. จันทบุรี : - การใช้วงล้อประเมินน้ำหนักแม่ตั้งครรภ์เพื่อลด LBW ที่อ.มะขาม จ.จันทบุรี
5. ระยอง : - “Benefits with นมแม่ ชุมชนให้สวัสดิการ” ต.พงตาเอี่ยม อ.วังจันทร์
- อำเภอพนมแม่ อ.วังจันทร์
- นามบัตรนมแม่.cup บ้านฉาง

ผู้รายงาน นางปานิสรา สิทินาม

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี 27 มีนาคม 2562

โทร

094 5452495

e-mail: panisara2403@mailgmail.com

ผู้ตรวจรายงาน นางยุพา ชัยเพชร

ตำแหน่ง รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ)

วัน/เดือน/ปี : 27 มีนาคม 2562

โทร : 094 4794115

E-mail : yupha_dang@hotmail.com