

แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

หัวข้อ อัตราส่วนการตายมารดาไทย

เขตสุขภาพที่ 6 รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 วันที่ 6-8 สิงหาคม 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 และส่งต่อเพื่อการดูแลและ รักษา
- 1.8 ภาวะเสี่ยงที่พบมากที่สุด 5 อันดับ (จากโรคอายุรกรรม)
- 1.9 ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

2. สถานการณ์

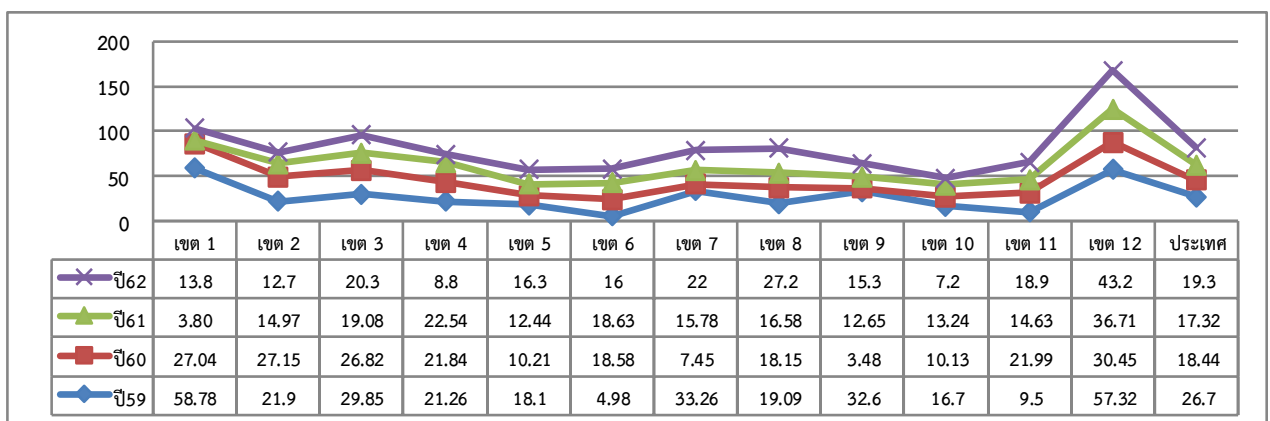
การขับเคลื่อนและพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 6 มีกรอบแนวคิดตาม SDGs (สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย) โดยมี กลยุทธ์/กลวิธี การส่งเสริมสุขภาพ และการบูรณาการ 4 กระทรวงหลัก (เด็กและเยาวชนมีคุณภาพที่ดีเหมาะสมตามวัย เป็นพลเมืองสร้างสรรค์และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม และเด็กทุกคนได้รับการพัฒนาเต็มศักยภาพ) รวมถึงการขับเคลื่อนด้วยวิชาการ/งานวิจัย คาดหวังเพื่อให้ประชาชน มีทักษะ สามารถจัดการสุขภาพตนเอง และภาคีเครือข่าย ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผิดชอบ เพื่อให้ถึงเป้าหมาย 20 ปีตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ปี 2560-2579 ด้านสาธารณสุข ประชาชนมีสุขภาพดี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปี (HALE) และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 85 ปี (LE) ทั้งนี้จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการบริหารจัดการประเทศไทย ส่งผลให้เขตสุขภาพที่ 6 ได้รับโอกาส 1 ใน 3 เขตสุขภาพนำร่องการพัฒนาเพื่อตอบสนองกับทิศทางการพัฒนาประเทศ

จากการวิเคราะห์บริบทประชากร พื้นที่ และระบบบริการ เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า เขตสุขภาพที่ 6 มี 8 จังหวัด 69 อำเภอ 531 ตำบล มีประชากรตามทะเบียนราษฎร จำนวน 6,054,606 คน ตาม TYPEAREA (1,3,4) จำนวน 13,444,420 คน (ที่มา: <https://hdcservice.moph.go.th> : ประชากรทะเบียนราษฎร จำแนกรายอายุและเพศ) จากข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นการฝากครรภ์ พบว่า ปี 2560 - 2561 หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 11 (ปี 2560 จำนวน 30,730 ราย ปี 2561 จำนวน 27,392 ราย) ซึ่งในจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ เป็นกลุ่มแม่วัยรุ่น ร้อยละ 27 (ปี 2560 แม่วัยรุ่น 8,589 ราย ปี 2561 ราย 7,058 ราย) แต่จากข้อมูลเด็กเกิดมีชีพเขตสุขภาพที่ 6 กลับพบว่า มีแนวโน้มคงที่ (ปี 2560 จำนวน 80,740 ราย) ในส่วนของบริบทพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 เป็นพื้นที่ EEC 3 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา พื้นที่ SEZ 2 จังหวัด ได้แก่ สระแก้วและตราด นอกจากนี้ยังเป็นเมืองท่องเที่ยวและการเกษตรผลไม้ ซึ่งจากบริบทพื้นที่มีลักษณะเป็นเมืองอุตสาหกรรมจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ปกปิด กังวลใจเรื่องรายได้

และไม่มีเวลาไปฝากครรภ์ที่รพ.รัฐจึงไปฝากครรภ์ที่คลินิก จากข้อมูลการใช้บริการของประกันสังคม พบว่า มีผู้มาใช้บริการ 51,733 ราย ดังนั้นอาจจะไม่พบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายฝากครรภ์หรือมาคลอด แต่อาจมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการใช้ชีวิตประจำวัน และหลังจากการคลอด และในส่วนของระบบบริการ เขตสุขภาพที่ 6 มีหน่วยบริการโรงพยาบาล 73 แห่ง สถานพยาบาลเอกชน 2,571 แห่ง พบปัญหา การสื่อสาร การอำนวยความสะดวก/ไม่พร้อม ไม่เพียงพอ ด้านบุคลากรขาดการกำกับติดตาม ด้านระบบ Refer และการเข้าถึงบริการ แพทย์อายุรกรรม และสูตินารีเวชกรรม อย่างไรก็ตามเขตสุขภาพที่ 6 มีกลไกขับเคลื่อนเพื่อพัฒนากระบวนการ โดยคณะกรรมการ MCH Board คปสอ. และคณะอนุกรรมการสตรีและเด็กปฐมวัยจังหวัด (ประธาน : ผู้ว่าราชการจังหวัด) ได้รับงบประมาณสนับสนุนที่หลากหลาย

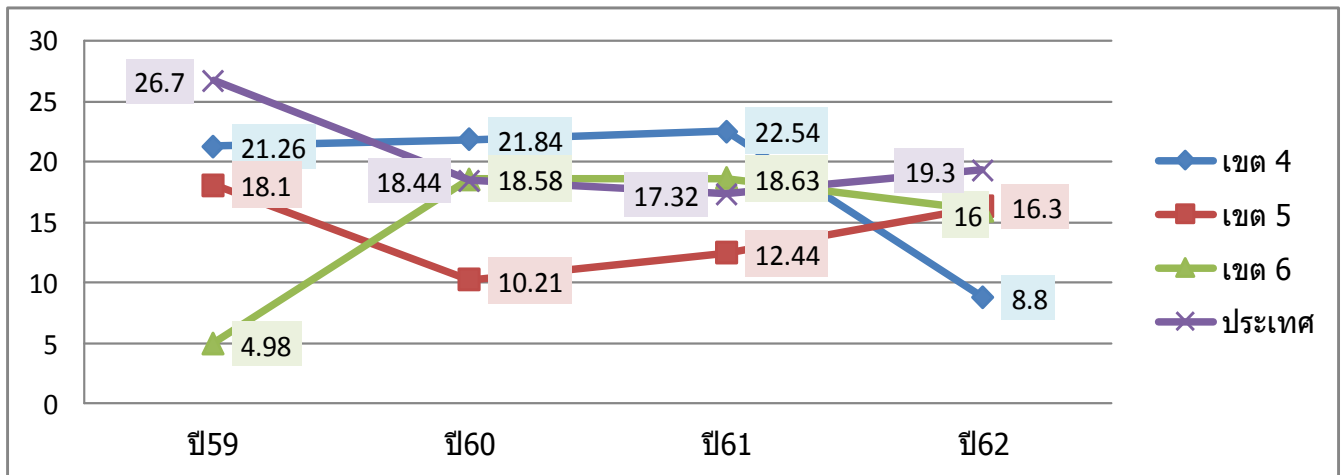
จากสถานการณ์อัตราส่วนมารดาไทยตายในภาพของประเทศและรายเขตสุขภาพ ย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2559 – 2561) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยของประเทศมีแนวโน้มลดลง จาก 26.70 เป็น 18.44 และ 17.15 แต่ในภาพเขตสุขภาพที่ 6 กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นเท่ากับ 4.93 18.58 และ 17.38 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับค่าเป้าหมายที่กำหนดในระดับประเทศ ไม่เกิน 20 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (ตั้งแผนภูมิที่ 1) และจากการวิเคราะห์ข้อมูลรายภาคกลาง (เขตสุขภาพที่ 4, 5 และ 6) พบว่า จากปี 2559 เขตสุขภาพที่ 6 มีอัตราการตายมารดาไทย 4.98 แต่กลับสูงขึ้นในปี 2560 – ปัจจุบัน (ตั้งแผนภูมิที่ 2) เนื่องจากเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงและมีประกาศจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2559 ได้มีมติเห็นชอบหลักการโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก และจากรายงานสรุปผลที่สำคัญการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้ย้ายถิ่น มีจำนวนทั้งสิ้น 7.73 แสนคน หรือคิดเป็นอัตราการย้ายถิ่น ร้อยละ 1.1 จากประชากรทั้งประเทศ (67.51 ล้านคน) เมื่อพิจารณาตามจำนวนผู้ย้ายถิ่น และอัตราการย้ายถิ่น พบว่า ภาคกลาง มีผู้ย้ายถิ่นและอัตราการย้ายถิ่นสูงสุด จำนวน 2.94 ซึ่งจะเห็นว่าจากตารางที่ 1 จำนวนเด็กเกิดมีชีพปี 2559 – 2560 มีจำนวนเด็กเกิดมีชีพจาก 60,206 คน เพิ่มสูงเป็นจำนวน 80,740 คน (เพิ่มขึ้น 1 ใน 3 ของจำนวนประชากร ปี 2559)

แผนภูมิที่ 1 อัตราส่วนการตายมารดาไทย แยกรายเขตปี 2559 – 2562



ที่มา : Dash board กรมอนามัย

แผนภูมิที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาไทย ภาคกลาง เขต 4, 5, 6 ปี 2559 – 2562



ที่มา : Dash board กรมอนามัย

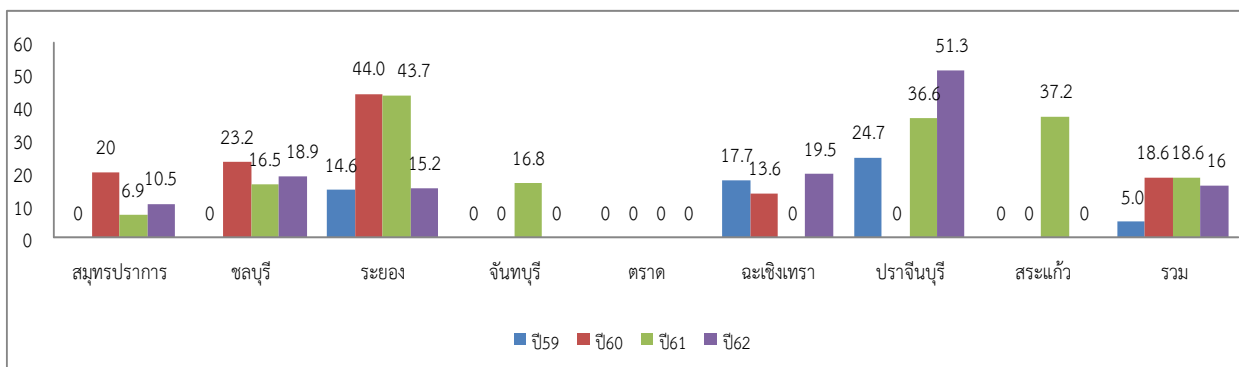
ตารางที่ 1 จำนวนเด็กเกิดมีชีพ รายเขตสุขภาพ ปี 2559 – มิ.ย. 2562

เขตสุขภาพ ปี	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
ปี2559	37,425	22,833	16,753	37,625	44,205	60,206	30,070	36,667	42,951	29,941	42,114	52,341	453,131
ปี2560	51,773	33,154	22,372	50,358	58,742	80,740	40,250	49,585	57,406	39,475	54,560	68,966	607,381
ปี2561	52,691	33,407	20,961	48,795	56,271	80,535	38,015	48,254	55,337	37,754	54,669	68,106	594,795
ปี2562	36,272	23,561	14,798	33,985	36,730	56,169	27,224	33,149	39,192	27,656	37,885	48,622	415,243

ที่มา : Dash board กรมอนามัย

สถานการณ์มารดาไทยตาย 3 ปีย้อนหลังของเขตสุขภาพที่ 6 (2559 – 2561) แยกรายจังหวัด พบว่าจังหวัดตราดไม่มีมารดาตายตั้งแต่ปี 2559 – 2561 และจังหวัดระยองมีอัตราการตายสูงสุด (ปี 2560 – 2561) 44.0 และ 43.7 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ส่วนปี 2562 (ต.ค. 61 – มิ.ย. 62) อัตราการตายไทยตาย 16.0 แยกรายจังหวัด พบว่า อัตราส่วนมารดาไทยตายของจังหวัดปราจีนบุรีสูงสุดในเขตเท่ากับ 51.3 รองลงมาคือจังหวัดฉะเชิงเทรา 19.5 และจังหวัดชลบุรี 18.9 จังหวัดที่ไม่พบมารดาไทยตายคือจังหวัดจันทบุรี ตราด และสระแก้ว (ดังแผนภูมิที่ 3)

แผนภูมิที่ 3 อัตราส่วนการตายมารดาไทยรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 6



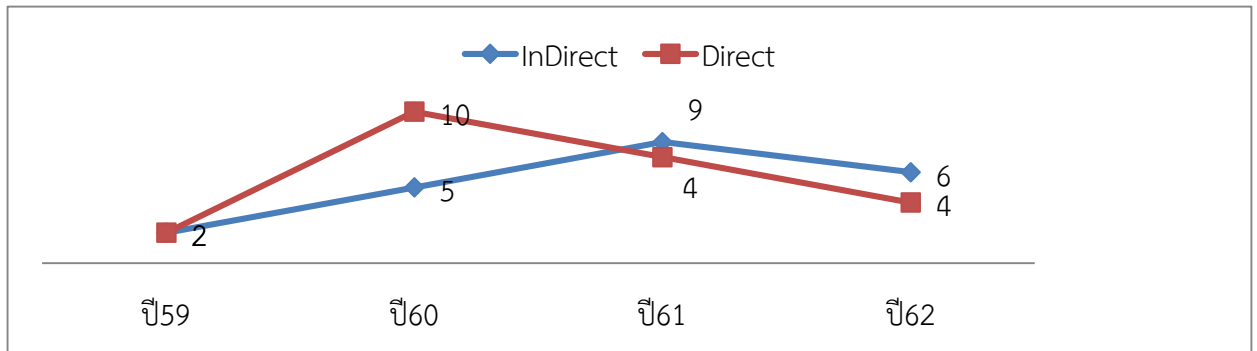
PIH Pulmonary edema)

- ปีงบประมาณ 2561 พบมารดาตายจำนวน 15 ราย พบว่า เป็นสาเหตุการตายทางตรง 7 ราย สาเหตุจาก Ectopic, PIH, PPH, severe pulmonary hypertension, DFIU c Sepsis PPH และสาเหตุทางอ้อม 8 ราย respiratory failure c HIV, pilepsy, Ruptured aortic Aneurysm, septic shock, Sudden Cardiac arrest : Severe pulmonary Hypertension, respiratory failure, Acute Metritis, Hypoxia with Upper gastroenteritis hemorrhage, CML
- ปี 2562 (ข้อมูล ณ มิถุนายน 2562) พบมารดาตายจำนวน 10 ราย พบว่า มีสาเหตุทางตรง 4 ราย PPH, Amniotic embolism และทางอ้อม 6 ราย pulmonary hypertension, ฆ่าตัวตาย, pulmonary edema, Septic shock with Multioran failure congestive heart failure, Pneumonia c⁻ ARDS c⁻ Septic shock c⁻ VAP (ตั้งแผนภูมิที่ 4)

จากการวิเคราะห์มารดาตายที่เกิดจากสาเหตุทางสูติกรรม พบว่าในปี 2561 มีทั้งหมดจำนวน 5 ราย เป็นสาเหตุจากการตกเลือด จำนวน 3 ราย และท้องนอกมดลูก จำนวน 2 ราย และในปี 2562 สาเหตุจากการตกเลือด จำนวน 3 ราย และจาก Amniotic Fluid Embolism 1 ราย ส่วนสาเหตุการตายจากความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์นั้นไม่พบว่ามีมารดาตายจากสาเหตุดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ยังคงเป็นสาเหตุหลักในการตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการคัดกรองความเสี่ยงและการเฝ้าระวังมารดาตั้งครรภ์ โดยเฉพาะปัญหาการตกเลือดหลังคลอดซึ่งมีการกำหนดมาตรการให้ใช้ถุงรองเลือด การใช้ยา เทคนิค Condom tamponade การส่งต่อมารดาในระบบ Fast Track การดูแลแก้ไขมารดาที่มีภาวะโลหิตจาง และการคัดกรองความเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์นั้นจะต้องเพิ่มประสิทธิภาพให้มากขึ้นเนื่องจากมารดาส่วนใหญ่ที่เกิดสาเหตุทางสูติฯมักมีสาเหตุอื่นๆ ร่วมด้วยมากขึ้น ทั้งนี้ควรนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหาเพื่อนำมาใช้ในการวางแผน และการแก้ไข ปัญหาหรือวางมาตรการในการเฝ้าระวังปัญหามารดาตายของเขตสุขภาพ ต่อไป

ส่วนสาเหตุทางด้านอายุรกรรมของเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ปี 2561 และปี 2562 สาเหตุมาจาก pulmonary hypertension ต่อเนื่องถึง 2 ปี จำนวน 2 ราย และ 1 รายตามลำดับ สาเหตุจาก septic shock จำนวน 2 ราย และ 1 รายตามลำดับ สาเหตุจาก multiorgan/ respiratory failure และมีโรคอื่นๆ ร่วม (HIV, VHF, CHF) ปี 2561 จำนวน 2 ราย และ 1 รายตามลำดับ และจากสาเหตุอื่นๆ เช่น epilepsy, rupture aortic aneurysm และ CML อย่างละ 1 ราย ปี 2562 สาเหตุจาก severe pulmonary, septic shock, CHF และ pneumonia อย่างละ 1 ราย แสดงให้เห็นว่าบริบทของเขตสุขภาพที่ 6 ต้องมี 1) การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างสูติกรรม และอายุรกรรม 2) พัฒนาระบบการและศักยภาพบุคลากรในการให้คำปรึกษาสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคที่ไม่ควรตั้งครรภ์ 3) การกำหนดแนวทางในการเฝ้าระวังมารดาที่มีภาวะเสี่ยง 4) การจัดทำแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรมของหน่วยบริการสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 4 จำนวนสาเหตุการตายมารดาไทย ทางตรง(Direct) และทางอ้อม(Indirect) ปีพ.ศ. 2559 – 2562 เขตสุขภาพที่ 6

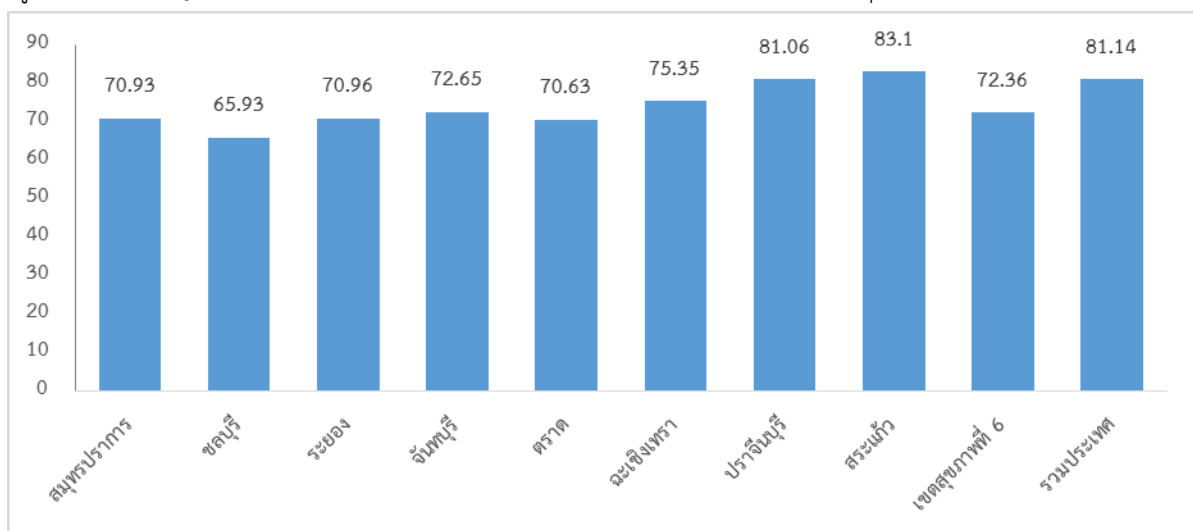


ที่มา : รายงานการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 6/ ประชุมMCH B เขตสุขภาพที่ 6

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ คือ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ และภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ถึงแม้จะไม่ใช่ปัจจัยโดยตรงแต่การได้เข้าถึงบริการ และได้รับการดูแลที่ถูกต้องและมีคุณภาพของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ย่อมส่งผลต่อทารกในครรภ์ที่จะเกิดมามีสุขภาพดี ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย จากผลการดำเนินงาน พบว่า จากปี 2560-2561 มีผลการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10-20 เนื่องจากทุกจังหวัดมีการพัฒนาระบบบริการระดับพื้นที่รพ.สต. และเร่งรัดการลง/ใช้ข้อมูลตามระบบการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข

- การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 72.36 (เป้าหมาย ร้อยละ 60) ต่ำกว่าระดับประเทศ ร้อยละ 81.14 ทั้งนี้พบว่าดำเนินการได้ตามเป้าหมายทั้ง 8 จังหวัดโดยสูงสุดที่จังหวัดสระแก้ว ร้อยละ 83.1 และต่ำสุดที่จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 65.93

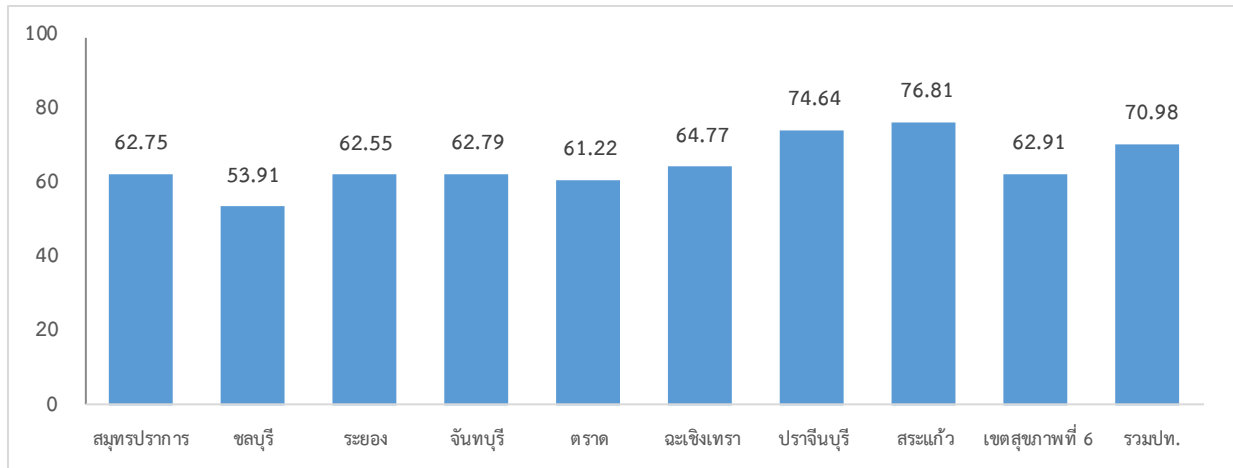
แผนภูมิที่ 5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2562



ที่มา: ข้อมูลจาก <https://hdcservice.moph.go.th> วันที่ 5 สิงหาคม 2562

- การได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 62.91 (เป้าหมายร้อยละ 60) ต่ำกว่าระดับประเทศ ร้อยละ 70.98 ทั้งนี้พบว่าดำเนินการได้ตามเป้าหมายทั้งหมด 7 จังหวัดโดยสูงสุดที่จังหวัดสระแก้ว ร้อยละ 76.81 และต่ำสุดที่จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 53.91 (ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย)

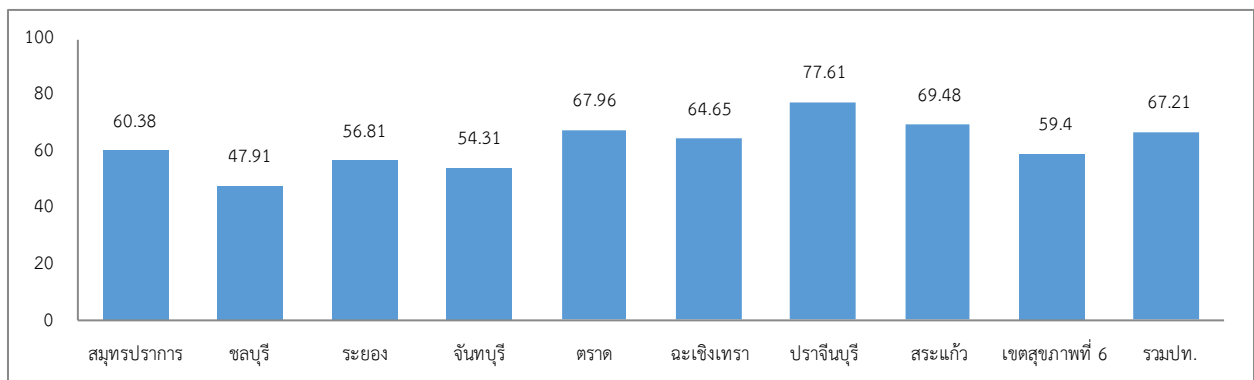
แผนภูมิที่ 6 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2562



ที่มา: ข้อมูลจาก <https://hdcservice.moph.go.th> วันที่ 5 สิงหาคม 2562

- หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 65) ในภาพของเขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 59.4 และต่ำกว่าระดับประเทศ ร้อยละ 67.21 อย่างไรก็ตามมีจังหวัดที่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย 3 จังหวัด คือ ปราจีนบุรี สระแก้วและตรัง ร้อยละ 77.61 69.48 และ 67.96 ตามลำดับ

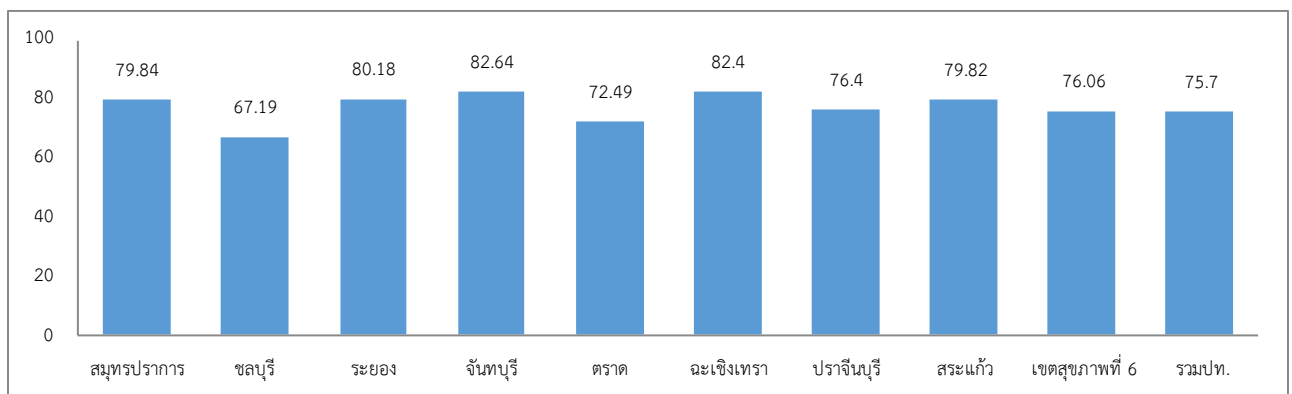
แผนภูมิที่ 7 ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2562



ที่มา: ข้อมูลจาก <https://hdcservice.moph.go.th> วันที่ 5 สิงหาคม 2562

- หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิก (เป้าหมายร้อยละ 100) การดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้งในภาพของเขตสุขภาพและในระดับประเทศ ที่ร้อยละ 76.06 และ 75.7 ตามลำดับ

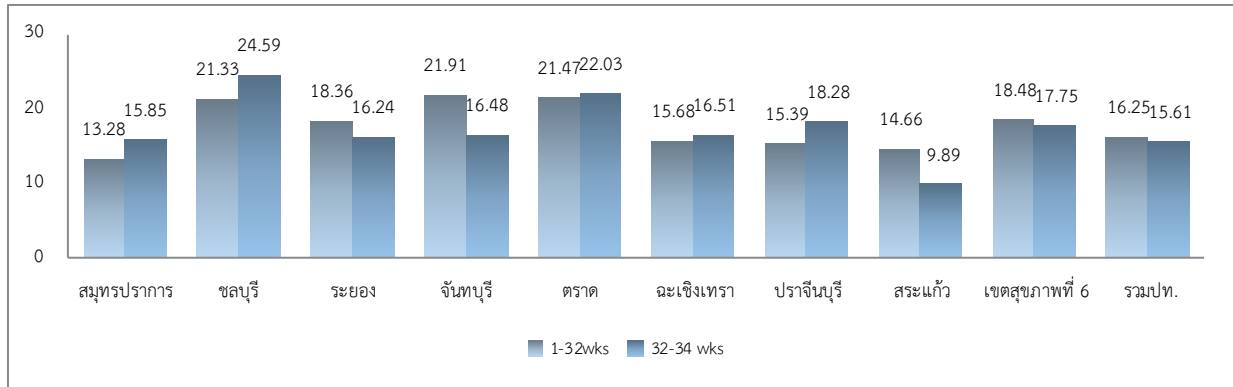
แผนภูมิที่ 8 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2562



ที่มา: ข้อมูลจาก <https://hdcservice.moph.go.th> วันที่ 5 สิงหาคม 2562

- หญิงตั้งครรภ์ตรวจพบภาวะโลหิตจาง ไม่เกินร้อยละ 16 ผลการดำเนินงานพบว่า ในเขตสุขภาพที่ 6 พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 18.48 สูงกว่าระดับประเทศ ร้อยละ 16.25 และจังหวัดที่พบภาวะโลหิตจางมากที่สุดที่จังหวัด จันทบุรี ร้อยละ 21.91

แผนภูมิที่ 9 ร้อยละภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2562



ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละ ประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	สมุทร ปราการ	ชลบุรี	ระยอง	จันทบุรี	ตราด	ฉะเชิงเทรา	ปราจีนบุรี	สระแก้ว	ภาพรวมเขต รอบ 2 ต.ค.61- ก.ค.62	ภาพรวมเขต รอบ 1 ข้อมูล ณ ไตรมาส 1 (ข้อมูลต.ค.-ธ.ค.61)	
1	อัตราสวนการตายมารดา <17 : เกิดมีชีพแสนคน	เป้าหมาย	9531	21136	6566	4307	1705	5116	3897	3911	56169	20,288	
		ผลงาน	1	4	1	0	0	0	1	2	0	9	4
		อัตรา/ร้อยละ	10.5	18.9	0	15.2	0	0	19.5	51.3	0	16.0	19.72
2	ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤12 wk ร้อยละ 60	เป้าหมาย	2,274	4688	2507	1748	892	2515	1600	1527	17751	6,526	
		ผลงาน	1,613	3091	1779	1270	630	1895	1297	1269	12844	4,729	
		อัตรา/ร้อยละ	70.93	65.93	70.96	72.65	70.63	75.35	81.06	83.1	72.36	72.46	
3	ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 60	เป้าหมาย	2,263	4632	2505	1744	833	2515	1597	1522	17611	6,499	
		ผลงาน	1,420	2497	1567	1095	510	1629	1192	1169	11079	2,735	
		อัตรา/ร้อยละ	62.75	53.91	62.55	62.79	61.22	64.77	74.64	76.81	62.91	42.08	
4	การดูแลหลังคลอด ครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 65	เป้าหมาย	2,683	5442	2913	2005	977	2996	1907	1871	20794	6,944	
		ผลงาน	1,620	2607	1655	1089	664	1937	1480	1300	12352	4,218	
		อัตรา/ร้อยละ	60.38	47.91	56.81	54.31	67.96	64.65	77.61	69.48	59.4	60.74	
5	หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาฆ่า เสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และ กรดโฟลิก (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	9,974	17425	6452	5610	1963	6124	4012	5327	56887	25,627	
		ผลงาน	7,963	11708	5173	4636	1423	5046	3065	4252	43266	18,360	
		อัตรา/ร้อยละ	79.84	67.19	80.18	82.64	72.49	82.4	76.4	79.82	76.06	71.64	
6	ภาวะโลหิตจางในหญิง ตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 16	เป้าหมาย	3,698	10120	5692	2880	964	1939	1572	2954	29819	4,951	
		ผลงาน	491	2159	1045	631	207	304	242	433	5512	911	
		อัตรา/ร้อยละ	13.28	21.33	18.36	21.91	21.47	15.68	15.39	14.66	18.48	18.40	

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

ความเสี่ยงและความท้าทายในการพัฒนาตามประเด็นยุทธศาสตร์ ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ ให้ถึงเป้าประสงค์ : ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และสูงดีสมส่วน จากผลการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 6 สรุปประเด็นสำคัญ ดังนี้

1)การบันทึกข้อมูลใน ระบบ 43 แพ้ม เชื่อมกับ HDC ยังไม่ครอบคลุม และมีความต่างกันมาก

2)สาเหตุมารดาตายจากปัจจัยทางอ้อมเพิ่มขึ้น : การตายของมารดาไทยที่ไม่ใช่สาเหตุทางสูติกรรมมากขึ้น (Indirect cause) ปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม 2561 – กรกฎาคม 2562) มีมารดาไทยตาย 12 ราย ไม่ใช่สูติกรรม 7 ราย สาเหตุจากทางด้านสูติกรรม 5 ราย ใน 3 ราย เป็นสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถ ป้องกันได้ การมีStanding order ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อป้องกันมารดาตายจากสาเหตุการตกเลือดและ ความดันโลหิตสูง ในหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการใช้ถุงตวงเลือดอย่างก็ยังคงพบปัญหาคือ ไม่ได้ใช้ Standing order ยังมี ปัญหาในการส่งต่อระหว่างหอผู้ป่วยและการส่งต่อระหว่างรพ. ที่ไม่ได้เป็นไปตามมาตรการที่ตกลงไว้ และการปรับ ระยะเวลาในการทำ RCA ภายในระยะเวลาหลังเกิดเหตุไม่นาน เช่น ภายใน 7 วัน จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมจาก หลาย ๆ ฝ่ายได้ดีกว่าและเกิดการวางแผนทางในการป้องกันปัญหาได้

:ความรวดเร็วและทันเวลา เพื่อลด 3 D ได้แก่ ต้องมีการวินิจฉัยปัญหาของผู้มารับบริการให้เร็ว (ลด Delay Detection) การตัดสินใจทั้งการรักษาต่างๆให้เร็วและทันท่วงที (ลด Delay Decision) และถ้ามีการส่งต่อระหว่าง แผนกหรือระหว่างโรงพยาบาล ควรดำเนินการให้เร็ว (Delay Refer) รวมทั้งการสื่อสารนโยบายสำคัญ ให้ถึง ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติหน้างานในทุกกระดับ ร่วมกันกำหนดแนวทางวิธีปฏิบัติของพื้นที่ในการดูแลและเฝ้าระวัง หญิงตั้งครรภ์ได้ตามมาตรฐาน

3)หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์

4)เน้นเชิงระบบบริการรักษามากกว่าการบูรณาการภาคสังคม :การพัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายอย่าง ต่อเนื่องโดยเฉพาะการสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานในท้องถิ่นและชุมชน เน้นการดำเนินงานเชิงรุกเนื่องด้วย หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง การดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ ชุมชน ท้องถิ่นมีส่วนสำคัญมากที่จะช่วยให้มีการฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ครบ การคัดกรองภาวะเสี่ยง มีระบบส่งต่อที่ รวดเร็ว การสื่อสารนโยบาย การพัฒนาศักยภาพ ภาคีเครือข่าย การบูรณาการทำงานร่วมกันเป็นปัจจัยสำคัญต่อ สุขภาพมารดาและทารกในครรภ์

5)การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อมารดายังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับ ไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน	- ควรติดตามประเมินผลว่า นโยบายที่ถ่ายทอดไปนั้น ถึงผู้ปฏิบัติหรือไม่และผู้ปฏิบัติและ ผู้เกี่ยวข้องมีความ	

	<p>เข้าใจดีและสามารถปฏิบัติได้ดีหรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกำกับติดตามมาตรการเร่งด่วน ในเรื่อง ลดการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดและความดันโลหิตสูง การคัดกรองความเสี่ยง/โรคอายุรกรรมในหญิงตั้งครรภ์ นำนโยบายและผลักดันให้ทุกจังหวัดมีการดำเนินงาน One province One MCH team(Provincial Network) 	
<p>การจัดการระบบข้อมูล และการเฝ้าระวัง</p>	<p>ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันแก้ปัญหาเรื่องระบบการรายงานข้อมูลอย่างจริงจังและควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้การบันทึกและการนำรายงานไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด</p>	
<p>การพัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การเพิ่มคุณภาพในการค้นหาความเสี่ยงโดยเฉพาะการมาฝากครรภ์ครั้งแรกและระหว่างการตั้งครรภ์ จะต้องมีการประเมิน ติดตามและดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งมีระบบของการส่งต่อ ทั้งระหว่างแผนกและระหว่างโรงพยาบาลด้วย - การจัดระบบการให้บริการให้คำปรึกษาการมีบุตรเพิ่มประสิทธิภาพและ พัฒนาศักยภาพทีมให้คำปรึกษา เนื่องจากหญิงวัยเจริญพันธุ์มีโรคเรื้อรังต่างๆมากขึ้น และเป็น High Risk รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยเป็นความร่วมมือระหว่างสูติกรรมและอายุร กรรม - การดำเนินการให้บริการตามมาตรฐาน มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินรับรองจากทีมระดับเขต ระดับจังหวัด และ ระดับอำเภอยังคงเป็นกิจกรรมที่ดีที่ควรให้ เพราะจะเป็นไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างเครือข่ายและความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการของ เครือข่าย - การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กโดยอบรมทีมประเมินมาตรฐานและผู้ปฏิบัติ ANC&LR อย่างสม่ำเสมอและให้ความสำคัญกับการซ่อมแผนจากการจำลองสถานการณ์จริง 	
<p>การส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การให้ความรู้เรื่องภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ การให้คำปรึกษาก่อนมีบุตร - การให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยเจริญ 	

	<p>พันธิตั้งแต่วัยเรียน วัยรุ่นและการให้ความรู้กับครอบครัว ชุมชน เครือข่าย</p> <p>- การพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงสื่อความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม</p>	
<p>การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพ หญิง ตั้งครรภ์ ของครอบครัว ชุมชน</p>	<p>- การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ทั้ง จังหวัด (Provincial Network Classification :PNC) ในทุก จังหวัด</p>	

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ไม่มี

7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. จังหวัดชลบุรี: การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาด้านโภชนาการโดยชุมชนมีส่วนร่วม ต.กฤโง้ง อ.พนัสนิคม

**การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาด้านโภชนาการ
โดยชุมชนมีส่วนร่วม ต.กฤโง้ง อ.พนัสนิคม**

เป็นการติดตามภาวะโภชนาการและแจกบัตรอาหารเสริม



2.จังหวัดฉะเชิงเทรา :

- “ทบทวนมาตรการแลแนวทางการดำเนินงานแม่และเด็ก”
- “นวัตกรรมหมวกน้อยบำรุงครรภ์” สื่อสร้างสรรค์การให้ความรู้ด้านโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ในตำบลตำบลส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย:ตำบลบึงน้ำรักษ์ อ.บางน้ำเปรี้ยว

ทบทวนมาตรฐานการและแนวทางการดำเนินงานแม่และเด็ก



1 หนังสือแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด

หนังสือคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยสูติรีเวช

2



จัดทำโดย โรงพยาบาลพุทธโสธร

ตำบลส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย : ตำบลบึงน้ำรักษ์ อ.บางน้ำเปรี้ยว



หมวกน้อยปาดงครรภ



นวัตกรรม + การเรียนรู้



เรียนรู้กับครูเอี่ยม



กล่องส่งเสริมพัฒนาการฯ



- ผลลัพธ์สูงกว่าค่าเป้าหมาย
- 3 ผสานทางวัฒนธรรม ไทย มอญ อิสลาม
- สานสัมพันธ์ส่งต่อการเรียนรู้ระหว่างวัย
- แหล่งเรียนรู้ นวัตกรรม

3.จังหวัดตราด : “การมีส่วนร่วม ต.พัฒนาการเด็กดีเริ่มที่นมแม่” ต.ช้างทูน อ.บ่อไร่ จ.ตราด

“การมีส่วนร่วม ต.พัฒนาการเด็กดีเริ่มที่นมแม่” ต.ช้างทูน อ.บ่อไร่ จ.ตราด

เริ่มต้นจาก พื้นที่พบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และมีแม่อายุต่ำกว่า 20 ปี ค่อนข้างมาก

ผู้นำท้องถิ่นให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนการดำเนินงานตำบลนมแม่ โดยสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน และเครือข่าย เพื่อให้เกิดตำบลเข้มแข็ง และตำบลนมแม่ ตำบลช้างทูน ประสบความสำเร็จ



การสร้างเสริมสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องในแต่ละช่วงชีวิต การพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะการพัฒนาคน ตั้งแต่ในครรภ์มารดา ตลอด และส่งเสริมให้ลูกกินนมแม่ อย่างน้อย 6 เดือน

นวัตกรรม

ปราชญ์ชาวบ้าน คิดค้นนวัตกรรมการดูแลหลังคลอด
สปาสมุนไพร โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

“คนรุ่นเก่า ดูแลคนรุ่นใหม่ และคนรุ่นใหม่ ดูแลคนรุ่นเก่า”



“การมีส่วนร่วม ต.พัฒนาการเด็กดีเริ่มที่นมแม่” ต.ช้างทูน อ.บ่อไร่ จ.ตราด

เริ่มต้นจาก พื้นที่พบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และมีแม่อายุต่ำกว่า 20 ปี ค่อนข้างมาก

ผู้นำท้องถิ่นให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนการดำเนินงานตำบลนมแม่ โดยสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน และเครือข่าย เพื่อให้เกิดตำบลเข้มแข็ง และตำบลนมแม่ ตำบลช้างทูน ประสบความสำเร็จ



การสร้างเสริมสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องในแต่ละช่วงชีวิต การพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะการพัฒนาคน ตั้งแต่ในครรภ์มารดา ตลอด และส่งเสริมให้ลูกกินนมแม่ อย่างน้อย 6 เดือน

นวัตกรรม

ปราชญ์ชาวบ้าน คิดค้นนวัตกรรมการดูแลหลังคลอด
สปาสมุนไพร โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

“คนรุ่นเก่า ดูแลคนรุ่นใหม่ และคนรุ่นใหม่ ดูแลคนรุ่นเก่า”



ผู้รายงาน: นางปานิสรา สิทธินาม

ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี: 7 สิงหาคม 2562

โทร: 094-5452495

e-mail: panisara2403@mailgmail.com

ผู้ตรวจรายงาน: นางยุพา ชัยเพชร

ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ)

วัน/เดือน/ปี: 7 สิงหาคม 2562

โทร: 094-4794115

E-mail: yupha_dang@hotmail.com