

แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564

ประเด็นที่ 4 สุขภาพกลุ่มวัย และสุขภาพจิต (กำกับ/ติดตาม)

หัวข้อ 4.3 มารดาตาย

เขตสุขภาพที่ 6 รอบที่ 1/2564

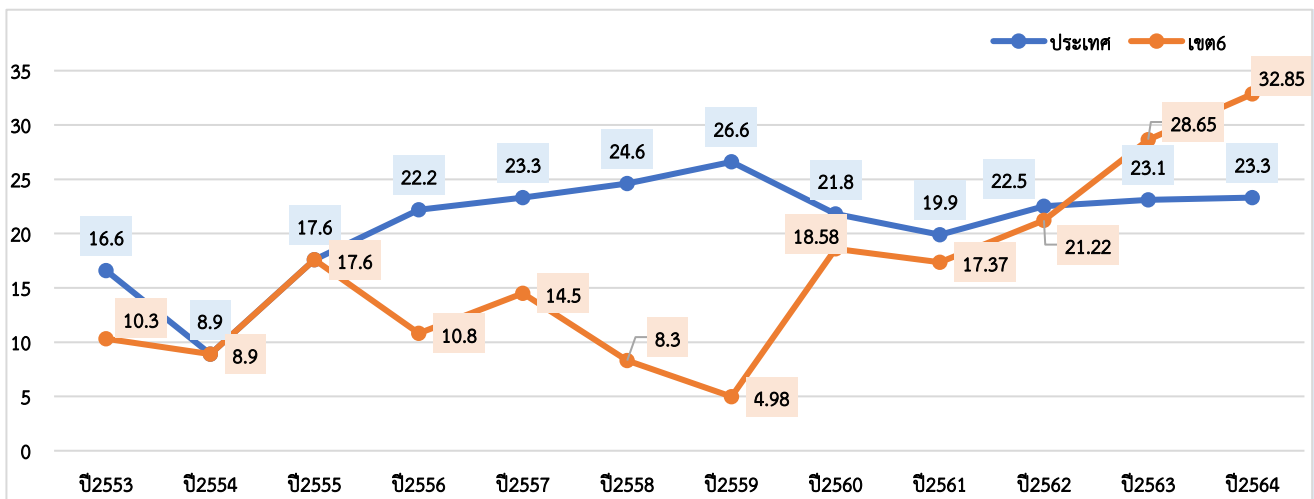
1. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย

2. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

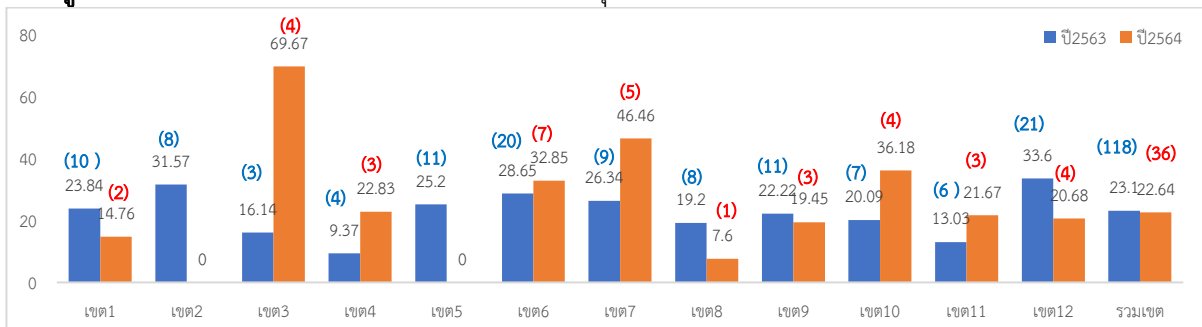
อัตราการตายมารดาไทย และเขตสุขภาพที่ 6 สูงกว่าค่าเป้าหมาย (ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปีงบประมาณ 2564 (ต.ค.63-ม.ค.64) พบว่า อัตราตายมารดาไทย ของประเทศไทย (ไม่รวมกทม.) 23.3 ต่อแสนการเกิดมีชีพ สูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ มารดาไทยตาย 37 ราย เด็กเกิด 159,042 คน เขตสุขภาพที่ 6 พบ 32.85 ต่อแสนการเกิดมีชีพ มารดาไทยตาย 7 ราย เด็กเกิด 21,307 คน (ต.ค.63-ม.ค.64 จำนวน 5,875 คน, 5,768 คน, 5,111 คน และ 4,553 คน) มารดาตายรวมจำนวน 8 ราย ไทย 7 ราย ต่างชาติ 1 ราย สาเหตุทางตรงจาก (Direct caused) มากกว่าทางอ้อม (Indirect caused) 5 ราย (ร้อยละ 62.5) และ 3 ราย (ร้อยละ 38.5) ตามลำดับ โดยเฉพาะจังหวัดชลบุรีพบสาเหตุทางตรงทั้งหมด ดังแสดงในกราฟที่ 1, แผนภูมิที่ 1, 2 และตารางที่ 1

กราฟที่ 1 แนวโน้มสถานการณ์การตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2553 – 2564



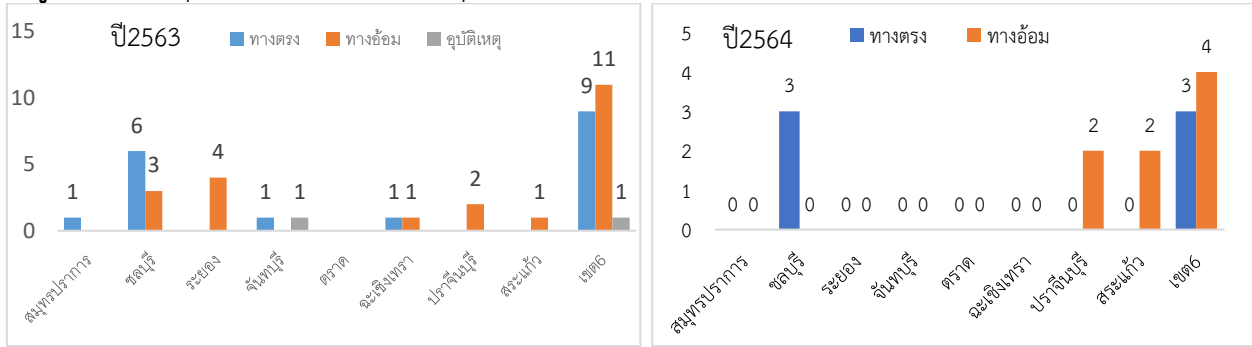
ที่มา : รายงานข้อมูลการตายมารดา ศูนย์อนามัยที่ 6 วันที่ 31 ม.ค. 2564

แผนภูมิที่ 1 จำนวนและอัตรารายการตายมารดาไทย รายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563-2564



ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ และรายงานCE เขตสุขภาพที่ 6 วันที่ 31 ม.ค. 2564

แผนภูมิที่ 2 สาเหตุการตายมารดาไทย เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563-2564



ที่มา : รายงาน CE เขตสุขภาพที่ 6 วันที่ วันที่ 31 ม.ค. 2564

ตารางที่ 1 การจัดกลุ่มการตายของมารดา ตามระบบ ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก

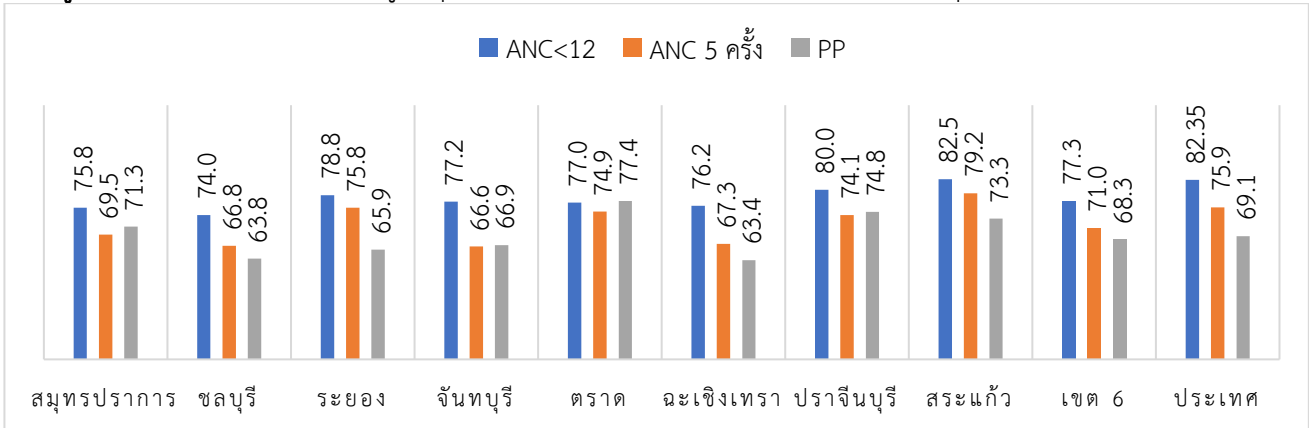
| ลำดับ | กลุ่ม | สาเหตุการเสียชีวิต | ปี 2563 | | | ปี 2564 | | |
|-------|---|---|--|-------------|--------|---|-------------|--------|
| | | | Diagnosis | จำนวน (ราย) | ร้อยละ | Diagnosis | จำนวน (ราย) | ร้อยละ |
| 1 | Direct | Pregnancies with Abortive Outcome | Ruptured Ectopic | 2 | 8.3 | - | 0 | 0 |
| 2 | Direct | Hypertensive disorders in pregnancy | Pre-eclampsia | 1 | 4.2 | - Pre-eclampsia - Severe pre-eclampsia with acute pulmonary edema | 2 | 25 |
| 3 | Direct | Obstetric Hemorrhage | PPH, Obstetric hemorrhage | 5 | 20.8 | PPH | 1 | 12.5 |
| 4 | Direct | Pregnancy-related infection | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 |
| 5 | Direct | Other obstetric complications | Amniotic embolism, Internal self-harm | 3 | 12.5 | Amniotic embolism | 2 | 25 |
| 6 | Direct | Unanticipated complications of management | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 |
| 7 | Indirect | Non-obstetric complications | Severe sepsis, Heart Failure, CA tongue, Septic shock, CA stomach, PCP | 13 | 54.2 | - Beta thalassemia Hb E with post cardiac arrest - Acquired Factor VIII inhibitor with septic shock - Postpartum cardiomyopathy | 3 | 37.5 |
| 8 | Unspecified | Unknown/undetermined | Unknown caused | 0 | 0 | - | 0 | 0 |
| 9 | Death during pregnancy, childbirth and the puerperium | Coincidental causes Accident | Accident | 1 | 4.2 | - | 0 | 0 |
| | รวม | | | 25 | 100 | | 8 | 100 |

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ 6 (ข้อมูลรายงาน CE เดือน ม.ค. 2564)

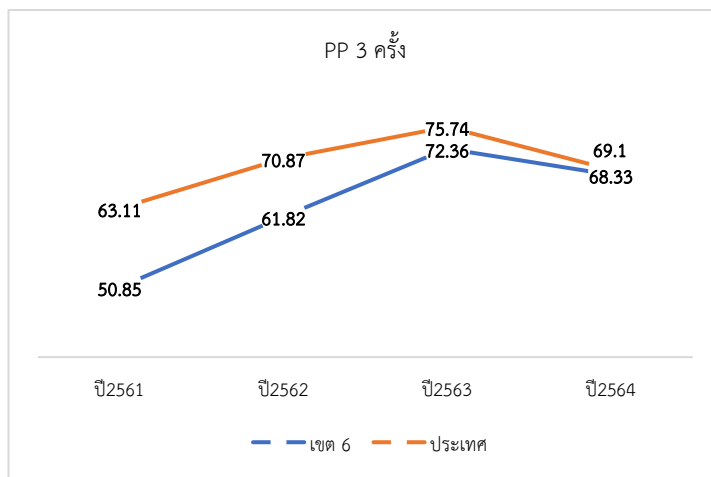
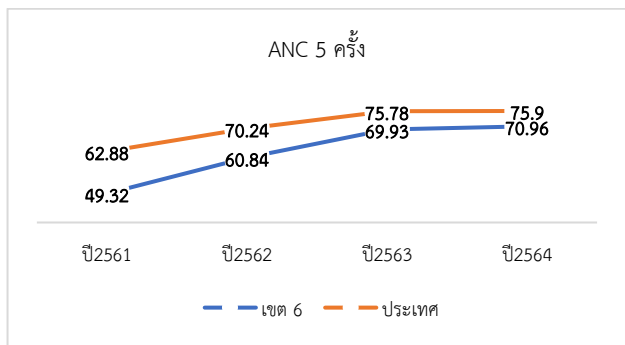
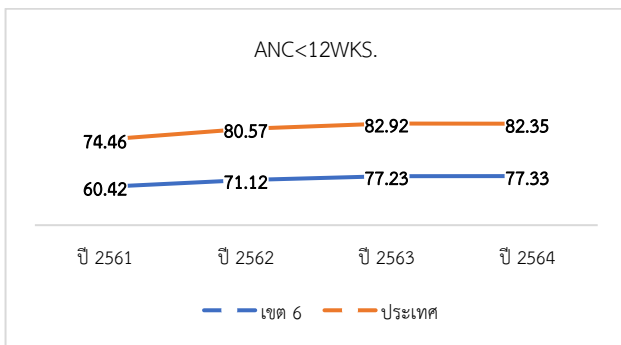
ปี 2561 – 2563 ผลการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพมารดา ขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 6 ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ปี 2564 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 77.3 ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมาย ร้อยละ 75) โดยจังหวัดชลบุรีไม่ผ่านเกณฑ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อน

คลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 71.0 (เป้าหมายเป้าหมาย ร้อยละ 75) ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายและต่ำกว่าค่าของประเทศ โดยจังหวัดสระแก้วและระยอง ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 68.3 (เป้าหมาย ร้อยละ 75) ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย และมีแนวโน้มลดลง โดยจังหวัดตราดผ่านเกณฑ์เป้าหมาย

แผนภูมิที่ 3 ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2564



ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 11 มีนาคม 2564



กราฟที่ 2 แนวโน้มการดูแลสุขภาพด้านแม่ ปี 2561 – 2564

ที่มา : ข้อมูล Health Data Center : HDC ณ วันที่ 11 มีนาคม 2564

การสร้างความรู้หญิงตั้งครรภ์ สามี ครอบครัว ผ่านโปรแกรม ANC Hpc online (โรงเรียนพ่อแม่ ออนไลน์) ศูนย์อนามัยที่ 6 เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2564 พบว่า ปี 2563-2564 มีหญิงตั้งครรภ์เข้าใช้บริการโปรแกรม จำนวน 6,633 ราย และ 3,050 ราย ตามลำดับ โดยพบว่า จังหวัดจันทบุรีมีหญิงตั้งครรภ์เข้ามาใช้โปรแกรมมากที่สุด (ตารางที่ 2) และ

จำนวนผู้สมัครเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน “๙ อย่างเพื่อสร้างลูก” เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 4,898 ราย จังหวัดชลบุรี มีผู้สมัครมากที่สุด จำนวน 1,850 ราย (แผนภูมิที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนความถี่ของหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้โปรแกรม ANCHPC ออนไลน์ จังหวัดปราจีนบุรี ปี 2563 – 2564

| จังหวัด | จำนวนหญิงตั้งครรภ์(ราย) | |
|-------------|-------------------------|-----------------|
| | ปีงบประมาณ 2563 | ปีงบประมาณ 2564 |
| จันทบุรี | 2,003 | 1,060 |
| ฉะเชิงเทรา | 1,862 | 679 |
| ปราจีนบุรี | 905 | 344 |
| สระแก้ว | 854 | 509 |
| ระยอง | 730 | 393 |
| ชลบุรี | 241 | 32 |
| ตราด | 24 | 33 |
| สมุทรปราการ | 14 | 0 |
| รวม | 6,633 | 3,050 |

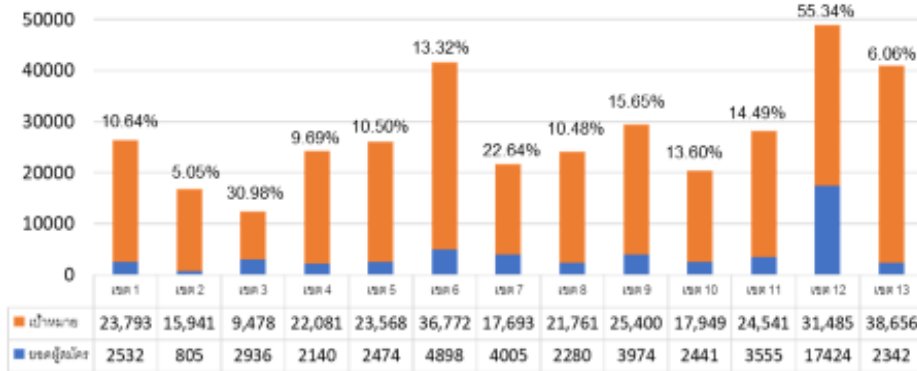
ที่มา : ข้อมูล โปรแกรม ANCHPC ออนไลน์ เขตสุขภาพที่ 6 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2564

รายงานความก้าวหน้าโครงการ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก

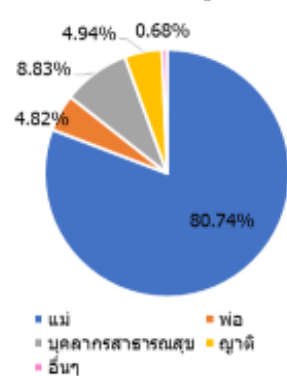


ตามเป้าหมาย 50 % จากยอดเด็กเกิดมีชีพ ปี 2562

จำนวนผู้สมัครโครงการฯ ระดับประเทศ รายเขตสุขภาพ



จำนวนผู้สมัครโครงการฯ จำแนกตามประเภทผู้สมัคร



ผู้เพิ่มเพื่อน Line@ 82,011 คน



ผู้สมัครรับข่าวสาร 51,807 คน



ผู้กดถูกใจเพจ 69,962 คน



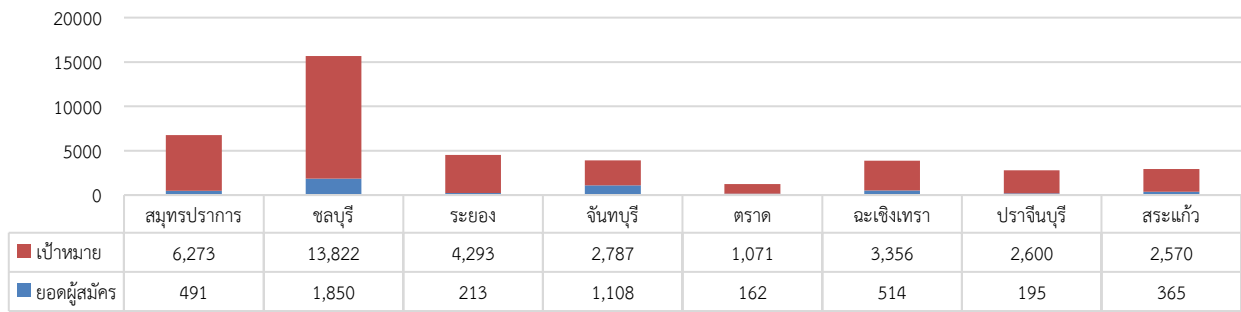
Follow

ผู้กดติดตามเพจ 78,144 คน

ข้อมูล ณ วันที่ 5 ก.พ. 2564

ภาพจำนวนผู้สมัครการเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน “๙ อย่างเพื่อสร้างลูก” เขตสุขภาพที่ 6

แผนภูมิที่ 2 จำนวนผู้สมัครการเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน “๙ อย่างเพื่อสร้างลูก”



ที่มา : <https://9yang.anamai.moph.go.th/subscribers/>วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564

ผลการขับเคลื่อนดำเนินงาน : เพื่อจัดการปัญหาการตายมารดาในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ปี 2563-2564 โดย

- ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการเขตสุขภาพใน 2 เรื่องหลัก คือ 1) การจัดการระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid – 19 และ 2) การตายมารดา ซึ่งพบว่าทุกจังหวัดมีการจัดการระบบการฝากครรภ์ คลอด หลังคลอด และการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในส่วนของการตายมารดา มีข้อหารือร่วมกันให้ทบทวนการตายมารดาที่ผ่านมาในปี 2563 เพื่อกำหนดมาตรการ/ แนวทางการป้องกันและจัดการปัญหา
- ประชุมทบทวนการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 ดำเนินการประชุม 2 ครั้ง ได้กำหนดแนวทาง/มาตรการ ดังนี้
 - กรณีมีการตายมารดาให้รีบรายงานตามระบบพร้อมส่งรายงาน CE 62, ข้อมูลในสมุดสีชมพู และ ศอ.6 สรุปรายงานผู้บริหารและคืนข้อมูลทางกลุ่มไลน์ MCH board ภาคตะวันออก
 - ปรับเพิ่มขั้นตอนการทบทวนมารดาตาย ตรงประเด็น TIME LINE ต้องระบุรายละเอียด ข้อเสนอแนะ และการติดตามผลการพัฒนา
 - มอบหมายให้ทุกจังหวัดดำเนินการทบทวน CPG และนำมาประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

| | |
|--------------------|--|
| ระยอง | <ul style="list-style-type: none"> ▪ระบบคัดกรองและการคุมกำเนิดใน Case high risk ▪การทำ CPG การ Terminated ▪CPG ระบบRefer และConsult ผู้เชี่ยวชาญ |
| ปราจีนบุรี | <ul style="list-style-type: none"> ▪ระบบคัดกรองผู้ป่วยและการแยกประเภทผู้ป่วยในระบบคัดกรอง ▪ทบทวนกระบวนการรักษา CPG Sepsis ▪การตรวจวินิจฉัยเพิ่ม Leptospirosis |
| ฉะเชิงเทรา | <ul style="list-style-type: none"> ▪ระบบการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงผู้ป่วยและครอบครัว ▪การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ▪การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องภายหลังมารดาเสียชีวิต |
| สมุทรปราการ | <ul style="list-style-type: none"> ▪ระบบการรับส่งต่อ First aid management รถAmbulance หรือรถ EMS ▪ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงในANC หรือระบบการดูแลในชุมชน |
| จันทบุรี | <ul style="list-style-type: none"> ▪การคัดกรองและซักประวัติความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายหรือประวัติในครอบครัวมีประวัติฆ่าตัวตายหรือไม่ |
| ตราด | <ul style="list-style-type: none"> ▪ทบทวนกระบวนการซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/โรคประจำตัวและการรักษาต่อเนื่อง ▪การรายงาน Case มารดาตาย (มารดาหลังคลอด 42 วัน) แผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล |

- 4) ศูนย์อนามัยที่ 6 พัฒนาระบบการเพิ่มประสิทธิภาพหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
- 5) แลกเปลี่ยนการจัดบริการหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ต้องได้รับการอัลตราซาวด์ในครั้งแรกของการฝากครรภ์ทุกราย ประเด็นนี้ อาจจัดให้มีการอบรมการทำอัลตราซาวด์คุณภาพ และศึกษาดูงานการจัดระบบที่โรงพยาบาลชลบุรี

ปี 2564 ได้มีการประชุมทบทวนการตายมารดา เขตสุขภาพที่ 6 และกำหนดมาตรการ ดังนี้

- 1) จังหวัดชลบุรี ดำเนินการขับเคลื่อนและจัดบริการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
 - 2) พัฒนา CPG การจัดการสุขภาพด้านแม่ ได้แก่ การใช้ยาเพื่อป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ การคุมกำเนิดเชิงรุก การยุติการตั้งครรภ์ และประกาศใช้ทุกหน่วยบริการ เขตสุขภาพที่ 6
 - 3) การดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง โดยกำหนดความเสี่ยงและขึ้นทะเบียนหญิงตั้งครรภ์เชื่อมกับการดูแลในชุมชน และหมอ 3 คน
3. ร่วมประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรการทบทวนการตายมารดา กรมอนามัย (เขต 6 เข้าร่วม 5 จังหวัด: สมุทรปราการชลบุรี จันทบุรี ฉะเชิงเทราปราจีนบุรี)
 4. จังหวัดชลบุรีนำร่องการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังมารดาตายในทุกระดับ โดยใช้โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ (SAVE MOM)
 5. สื่อสารเพื่อสร้าง Health literacy โดยการใช้โปรแกรม ANChpc.com (โรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์) และก้าวอย่างเพื่อสร้างลูก
 6. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแลมารดาตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ COVID-19 แบบองค์รวม โดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย RCOG และศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี วิทยากรจาก โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลแม่สอด วันที่ 14 มกราคม พ.ศ.2564 เวลา 13.00-15.00 น.

สรุปประเด็นปัญหา/สาเหตุ

1. สาเหตุการตายมารดา พบว่าทางอ้อมมากกว่าทางตรง
 - Direct caused ได้แก่ PPH และ PIH
 - Indirect caused มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
2. บริบทเขตสุขภาพที่ 6 : พื้นที่ EEC ประกอบอาชีพรับจ้างสถานประกอบการ โรงงาน ในระยะตั้งครรภ์จะมีการปกปิดการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ฝากครรภ์คลินิก
3. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าเพราะไม่รู้ว่าจะท้อง ไม่ได้เตรียมพร้อมก่อนการมีบุตร
4. คุณภาพการวินิจฉัย วิเคราะห์สาเหตุ และการทบทวนการตายมารดา เช่น กรณีเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุไม่ได้ผ่าชันสูตร/ ไม่ส่งสิ่งส่งตรวจ

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เขตสุขภาพที่ 6 จากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ต่อประชากรหญิง 15 – 19 ปีพันคน ลดลงจากอัตรา 45.07 ในปี 2561 เป็นอัตรา 28.09 ในปี 2564 สูงสุดที่จังหวัดสระแก้ว (อัตรา 35.81) และต่ำสุดที่จังหวัดฉะเชิงเทรา (อัตรา 21.27) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 – 14 ปี ต่อประชากรหญิง 10 – 14 ปีพันคน เพิ่มขึ้นจากอัตรา 1.46 ในปี 2561 เป็นอัตรา 1.61 ในปี 2564 สูงสุดที่จังหวัดระยอง (อัตรา 3.67) และต่ำสุดที่จังหวัดจันทบุรี (อัตรา 0.83) ร้อยละการตั้งครรภ์ช้าในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 23.36 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 12.49 ในปี 2564 สอดคล้องกับการได้รับการบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.37 ในปี 2557 เป็นร้อยละ

76.43 ในปี 2564 และส่วนใหญ่เป็นการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.39 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 74.54 ในปี 2564

ผลการดำเนินงาน

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกับภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 6 ภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 โดยมีการดำเนินงานกิจกรรมในปี 2564 รอบ 6 เดือนแรก ดังนี้

1. ประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับจังหวัด (6 จังหวัด)
2. ประเมินรับรองมาตรฐานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ.2563 และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (3 จังหวัด 7 รพ. 7 อำเภอ)
3. ขยายเครือข่าย RSA (โรงพยาบาลชลบุรี)
4. พัฒนาแนวทางการจัดบริการฝังยาคุมกำเนิดในรพ.สต. (ผลักดันสู่เขตสุขภาพ)
5. ผลิตสื่อเพื่อการสื่อสารสาธารณะ (4 เรื่อง 1. สิทธิของวัยรุ่นตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 2. วัยรุ่นใช้ชีวิตอย่างไรให้ปลอดภัยและมีความสุขในช่วงสถานการณ์ Covid – 19 3. รักปลอดภัย Safe Sex วันลอยกระทง 4. รักปลอดภัยห่างไกลท้องไม่พร้อม)
6. ติดตาม กำกับบริการจัดบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (ผ่าน Quality and Outcome Framework: QOF)
7. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ 6

การวิเคราะห์ Gap ในการดำเนินงาน

จากการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการคุมกำเนิดโดยเฉพาะวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) เป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยลดอัตราการคลอดและการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ศูนย์อนามัยที่ 6 และเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 6 ร่วมกันผลักดันให้การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่เป็น QOF (Quality and Outcome Framework) ของเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งจะเป็นการจ่ายงบประมาณตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ โดยศูนย์อนามัยที่ 6 จะติดตามและรายงานผลการให้บริการคุมกำเนิดเดือนละ 1 ครั้งเพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจากการติดตามผลการดำเนินงานพบว่าการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่และวิธีกึ่งถาวรเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา รวมทั้งอัตราการคลอดและการตั้งครรภ์ซ้ำลดลงและผ่านค่าเป้าหมาย แต่เมื่อวิเคราะห์รายจังหวัด พบ 4 จังหวัด ได้แก่ สมุทรปราการ ตราด ปราจีนบุรี และสระแก้ว ที่แม่วัยรุ่นหลังคลอดหรือแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย โดยเฉพาะจังหวัดปราจีนบุรี ร้อยละ 22.15

3. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

| จังหวัด | ด้านแม่ |
|------------------|---|
| สมุทรปราการ | การพัฒนาเครือข่ายแม่และเด็กอย่างไร้รอยต่อ (Provincial Network Certification: PNC) |
| ชลบุรี | ระบบ MOPH CONNECT FC CHONBURI (Application line) |
| ระยอง | 1 CUP 1 Product |
| จันทบุรี | - App PPKONE จันทบุรี, - คลังความรู้ผ่าน QR Code สำหรับบุคลากรสาธารณสุข อสม. และ ครอบครัว จ.จันทบุรี |
| ปราจีนบุรี | อสม. ออนไลน์ ใช้ในการเยี่ยมหลังคลอด |
| สระแก้ว | พยาบาลเจ้าของไข้ รพร. สระแก้ว |
| ศูนย์อนามัยที่ 6 | โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ (ANC Hpc online) |

4. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

ประเด็นมารดาตาย

สำหรับพื้นที่

1. ลดสาเหตุการตายมารดาจาก PPH และ PIH
 - ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูติกรรม-นรีเวชกรรม (Service Plan)
 - การให้ยาทันทีหลังคลอด (Syntocinon)
 - การใช้ถุงรองเลือด ประเมินการตกเลือด
 - กรณีมีการตกเลือดแล้ว ใช้วิธี Condom balloon tamponade
 - Refer PPH Push ให้เลือดที่มีทั้งหมดมา รพ. รับrefer จองเลือดไว้รอ
 - ในราย Ectopic pregnancy รพ.ที่มีสูติแพทย์ควร set OR ไม่ต้องรอ refer ส่วน Placenta previa ให้ refer
2. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา (Maternal Death Surveillance and Response) โดยการยกระดับคุณภาพการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุมารดาตายเขตสุขภาพที่ 6
3. สร้างการมีส่วนร่วมเครือข่าย และขยายผลการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการภาคเอกชน
4. สร้าง HL ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ เช่น
 - ก่อนตั้งครรภ์ : เมื่อมีเพศสัมพันธ์มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ ควรเช็ก โดยนับวันของรอบเดือน
 - ระยะตั้งครรภ์ : เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงเพื่อทำความเข้าใจ การฝากครรภ์เร็ว เพิ่มองค์ความรู้ที่ถูกต้องให้ผู้รับบริการผ่านโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ (ANCHPC online)
5. ค้นหา Best Practice การกระตุ้นฝากครรภ์เร็ว แลกเปลี่ยนการดำเนินงาน

ประเด็นอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี

สำหรับพื้นที่

1. นิเทศ ติดตามการจัดบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นรายโรงพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และนวัตกรรม การดำเนินงาน
2. พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูล/การติดตามวัยรุ่นในการรับบริการคุมกำเนิดในระดับพื้นที่
3. พัฒนาและยกระดับการจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นช่องทางในการเข้าถึงบริการของวัยรุ่นให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น บริการให้คำปรึกษา บริการเชิงรุก
4. สร้างการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดในการ ขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
5. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอและพื้นที่ เพื่อให้วัยรุ่นในพื้นที่ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ตามสิทธิต่างๆ ภายใต้พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

สำหรับส่วนกลาง

6. คืบข้อมูลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นระดับจังหวัด เข้าที่ประชุมคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
7. พัฒนากลไกขับเคลื่อนระบบการรับเรื่องร้องเรียนและช่วยเหลือติดตามคุ้มครองสิทธิตามพ.ร.บ.การป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559
8. พัฒนาโปรแกรม HDC เนื่องจากประมวลผลในโปรแกรม HDC ยังมีความคลาดเคลื่อน

ผู้รายงาน : นางสาวกฤษณา วงษ์วรรณ
ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี : 24 มีนาคม 2564
โทร : 087 834 3457
E-mail : vksana98@gmail.com

ผู้รายงาน : นางสาวภูริศภัคค์ พรหมมินทร์
ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี : 24 มีนาคม 2564
โทร : 084 019 8740
E-mail : Phuri.po9@gmail.com

ผู้ตรวจรายงาน : แพทย์หญิงสุนีย์ เชื้อสุวรรณชัย
ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการ
วัน/เดือน/ปี : 24 มีนาคม 2564
โทร : 081 647 8119
E-mail : suneemuk@ymail.com