

**วิเคราะห์ข้อมูลรายเขตสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตรวจราชการ
Cluster สตรีและเด็กปฐมวัย**

ชื่อตัวชี้วัด

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก
๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก
๕. ร้อยละเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๑.๑ เป้าหมายและผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี และผลงาน ณ ปัจจุบัน

แบบวิเคราะห์ข้อมูลรายเขตสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตรวจราชการ Cluster สตรีและเด็กปฐมวัย

เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	รวมเขต
เป้าหมายปี๒๕๖๓ หน่วย(ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗
ผลงาน๖๐	๒๗.๐	๒๗.๑	๒๖.๘	๒๑.๘	๑๐.๒	๑๘.๖	๗.๕	๑๘.๒	๓.๕	๑๐.๑	๒๒.๐	๓๐.๔	๒๑.๘
ผลงาน๖๑	๓.๘	๑๕.๐	๑๙.๑	๒๒.๕	๑๒.๔	๑๗.๔	๑๕.๘	๑๖.๖	๑๒.๖	๑๓.๒	๑๔.๖	๓๖.๗	๑๙.๙
ผลงาน๖๒	๑๖.๕	๑๒.๕	๒๕.๔	๑๑.๐	๑๖.๔	๑๙.๙	๑๖.๕	๒๔.๖	๑๙.๑	๕.๔	๑๙.๙	๔๑.๙	๑๙.๙๘
ผลงาน ต.ค. ๒๕๖๒	๒๓.๒	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๑๔.๘	๐.๐	๐.๐	๒๑.๘	๓๐.๔	๒๓.๖	๕๔.๗	๑๖.๓

ที่มา : ข้อมูลปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

๑.๒ ช่องว่าง (Gap) ที่ทำให้ไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

๑.๒.๑ ปัญหา ๓ Delay

- การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay in seeking care) เช่นเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ ๕ ครั้ง หรือไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เป็นต้น (HL/Socio-economic/cultural barriers)
- การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเดินทาง อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี (transportation)
- การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ดังนี้
 - ศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่
 - เวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำ ที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว

๑.๒.๒ ระบบบริหารจัดการ

- ระบบการดูแลแบบสหวิชาชีพระหว่างสูติแพทย์และอายุรแพทย์เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน แบบ Case Management ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด
- ภาระงานและขาดแคลนบุคลากร สูติแพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลคลินิกฝากครรภ์
- ระบบส่งต่อ การประสานข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจน ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการวางแผนและการซักซ้อมภาวะวิกฤต เมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถจัดการปัญหาได้

- ๑.๒.๓ ความร่วมมือจากชุมชน/หญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้าและการฝากครรภ์คุณภาพต่ำ เนื่องจากไม่ทราบว่าตนตั้งครรภ์ ไม่มีเวลาฝากครรภ์ ปิดบังข้อมูล ไม่ให้ความร่วมมือ ย้ายถิ่นฐานบ่อย และ ความเปลี่ยนแปลงด้านสภาพสังคมเมืองที่ขาดความสนใจซึ่งกันและกัน
- ๑.๒.๔ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง

๑.๓ มาตรการในการปิด Gap และกิจกรรมสำคัญ

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
<p>๑. บูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก และภาคีเครือข่ายในทุกุระดับ</p> <p>๒. สนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพดำเนินการตามมาตรฐานอนามัยอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๓. พัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความรอบรู้แก่หญิงตั้งครรภ์</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๕. พัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้าระวังและระบบกำกับติดตามของเครือข่ายสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในทุกุระดับ</p> <p>๖. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาต้นแบบ</p> <p>๗. พัฒนางองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการเฝ้าระวังและลดการตายมารดา</p>	<p>เขตสุขภาพที่ ๑</p> <p>มาตรการที่ ๑ : ระยะก่อนคลอดเดิมหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีโรคเรื้อรังไม่ได้พบอายุรแพทย์ เน้นกรณีสตรีมีโรคเรื้อรังเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องส่งต่อพบอายุรแพทย์และสูติแพทย์เพื่อวางแผนดูแลรักษาให้การมีการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Hi-risk Pregnancy Plan) ตลอดจนการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างต่อเนื่อง</p> <p>มาตรการที่ 2 : ทดลองทำนวัตกรรมการ ANC Premium เขตสุขภาพที่ 1 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 : มีสาระสำคัญดังนี้ การดูแลครรภ์คุณภาพแก่มารดาและทารก เน้นการฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ โดยมีเป้าหมายมุ่งให้ทารกมีน้ำหนักตามมาตรฐานสากล คือ น้ำหนักแรกคลอด > หรือเท่ากับ 2,800 กรัม โดยมีแนวทางการทำงาน 4 องค์กรประกอบด้วยสังเขปดังนี้ 1) Healthy MUM : คัดกรองภาวะเสี่ยง (ปกติพบร้อยละ 30) โดยเฉพาะด้านอายุรกรรม เพื่อวางแผนการดูแลแบบมีส่วนร่วมระหว่างสามี/ครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 2) Healthy Womb : ดูแลมดลูกให้พร้อมต่อการตั้งครรภ์ (ตรวจหาความผิดปกติของมดลูกและคอมดลูก) 3. Healthy literacy : ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ตลอดจนการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด 4. Healthy Baby before birth : ตรวจสอบน้ำหนักทารกเป็นระยะและก่อนคลอด (อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ น้ำหนักทารก > 1,800 กรัม ; อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ น้ำหนักทารก > 2,700 กรัม ; อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ น้ำหนักทารก > 2,800 กรัม) นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับต้องเน้นย้ำหญิงตั้งครรภ์เรื่อง ความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ DSPM ซึ่งจะได้รับในช่วงหลังคลอดและได้รับการฝึกทักษะเพื่อนำไปส่งเสริมพัฒนาการทารกได้ด้วยตนเอง</p> <p>มาตรการที่ ๓ :</p> <p>๓.๑ กระบวนการโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๓.๒ สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามความร่วมมือระหว่างกระทรวง</p> <p>๓.๓ บูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กผ่านกลไก MCH Board</p>	<p>๑. มีการขับเคลื่อนการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังมารดาตายเขตสุขภาพที่ ๑</p> <p>๒. การประกาศมาตรการเขตสุขภาพที่ ๑ ให้ทราบโดยทั่วกันในที่ประชุม MCH Board</p> <p>๓. ประกาศ Set Zero MMR เขตสุขภาพที่ ๑ จากสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ Direct Cause ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด และ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น</p> <p>๑. การประกาศมาตรการเขตสุขภาพที่ ๑ ให้ทราบโดยทั่วกันในที่ประชุม MCH Board</p> <p>๒. การจัดทำและขับเคลื่อนโครงการ ป้องกัน Preterm เขตสุขภาพที่ ๑</p> <p>๓. ทดลองทำนวัตกรรมการ ANC Premium เขตสุขภาพที่ ๑ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ ปี ๒๕๖๓</p> <p>๑. การประกาศมาตรการเขตสุขภาพที่ ๑ ให้ทราบโดยทั่วกันในที่ประชุม MCH Board</p> <p>๒. ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและสามีเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๓. สนับสนุนพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้และทักษะในการใช้คู่มือ DSPM</p>

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
	๓.๔ พัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก ๓.๕ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก ๓.๖ สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาต้นแบบพัฒนาความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านอนามัยแม่และเด็ก	๔. หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและสามีได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ๕. ประสานความร่วมมือขับเคลื่อนการดำเนินการร่วมกับ ๔ กระทรวงหลัก และภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้อง
	มาตรการที่ ๔ : การป้องกันและลดแม่ตายกรณีคลอดที่บ้าน (Home Birth) ในความเป็นจริงเนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าการคลอดในสถานบริการ ในทางปฏิบัติจึงมีมาตรการให้เจ้าหน้าที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์คลอดในสถานบริการทุกราย ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงให้ส่งต่อพบแพทย์เพื่อวางแผนการคลอดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ในพื้นที่ห่างไกล ทูรกันดาร์ ควรจัดให้มีบ้านพักรอคลอดก่อนส่งมายังโรงพยาบาล	๑. มีมาตรการ No Home Birth ในเขตสุขภาพที่ ๑ และหากมีความจำเป็นในถิ่นทุรกันดารอย่างน้อยต้องคลอดที่รพ.สต. เพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ๒. ให้เจ้าหน้าที่/อสม.ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายให้มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ และให้คลอดในรพช./รพท./รพศ.แทนการคลอดที่บ้าน เพื่อป้องกันและลดมารดาตาย
	มาตรการที่ ๕ : การใช้มาตรการป้องกันมารดาตายในระยะคลอดอย่างจริงจัง โดยใช้มาตรการ LABOR Strategy PPH & PIH, Strategy Correct anemia Plan, delivery Fast tract OB รวมถึงการใช้ standing order และช่วยให้แม่โอบกอดลูก เริ่มให้ลูกดูดนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดทุกราย	๑. การประกาศมาตรการเขตสุขภาพที่ ๑ ให้ทราบโดยทั่วกันในที่ประชุม MCH Board ๒. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติร่วมกันผ่านกลุ่มไลน์ (line group) MCH เขตสุขภาพที่ ๑ ๓. มีการจัดทำแนวปฏิบัติ CPG MCH region๑ ๔. มีการจัดทำ standing order ให้กับรพช. เพื่อให้แพทย์นำไปใช้ได้ทันที่ ๕. มีการจัดทำโปสเตอร์แนวปฏิบัติมอบให้รพช. รพท. รพศ.
	มาตรการที่ ๖ : ปัญหาเดิมยังไม่มีการวางระบบการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง ดังนั้นมาตรการใหม่ให้สถานบริการสุขภาพทุกระดับบูรณาการวางแผนดูแลและติดตามเยี่ยมหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงด้านอายุครรภ์ทุกราย โดยบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพให้ได้ครบตามเกณฑ์ คือ หลังคลอด ๗ , ๑๔ , ๓๐ วัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์หญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกราย	๑. การประกาศมาตรการเขตสุขภาพที่ ๑ ให้ทราบโดยทั่วกันในที่ประชุม MCH Board ๒. นิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลังทั้งจากทีม MCH Board เขตสุขภาพที่ ๑ และโดยทีมMCH Board จังหวัด (เยี่ยมรพช. รพสต.) ๓. ให้ข้อเสนอแนะในเวทีประชุมเครือข่ายการทำงาน
	เขตสุขภาพที่ ๒ มาตรการที่ ๑ : สร้างกระบวนการพัฒนาโดยใช้ ๖ โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ	๑. การประชุม MCH Board ๒. มาตรการ ๖ โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ ๓ การคืนข้อมูลความเสี่ยง ๔ การติดตามกลุ่มเสี่ยง/คำแนะนำ ๕ นิเทศ/Coaching
	มาตรการที่ ๒ : เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายทุกระดับใช้ ๖ โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ	๑. บริการเชิงรุก = PP&P ๒. การจัดการความเสี่ยง (HL & RM) ๓. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ๔. การเชื่อมโยงข้อมูลและบริการ ๕. การเฝ้าระวังสถานการณ์ ๖. การจัดการสภาพแวดล้อม ๗. การบูรณาการเครือข่าย

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
	มาตรการที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก	๑. พัฒนาการทำ MM conference ให้มีคุณภาพตามระยะเวลาที่กำหนด ๒. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง (KM & CQI) ผ่านทุกรูปแบบ ๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการทักษะการดูแลภาวะวิกฤติฉุกเฉินในหญิงตั้งครรภ์/หญิงคลอด/มีการซ้อมแผนการดูแลภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ๔. ฝึกทักษะบุคลากรในประเด็นที่เป็นปัญหาของแต่ละพื้นที่
	เขตสุขภาพที่ ๓ มาตรการที่ ๑ : ปรับระบบ Seamless Refer และจัดทำระบบส่งต่อและระบบ Consult ของทั้ง ๕ จังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๓	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำระบบ Fast Track refer - จัด Zoning ระบบ Consult สูติแพทย์ - จัดระบบการติดตามหลังคลอด - ทุกจังหวัดมีการจัดทำระบบส่งต่อ Refer และระบบ Consult ของทั้ง ๕ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๓ - จัดการดูแล ANC High Risk ต่อเนื่องถึงหลังคลอดในชุมชน - ติดตามหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อเนื่องถึงหลังคลอดในชุมชน
	มาตรการที่ ๒ : พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมวิเคราะห์มารดาตายในภาพเขตสุขภาพที่ ๓ - จัดประชุมป้องกันมารดาเชิงรุกของ ๕ จังหวัดในเขต
	มาตรการที่ ๓ : พัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังด้วยโปรแกรม Save Mom ครอบคลุม ๕ จังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๓	นำโปรแกรมมาใช้เดือนมกราคม ๒๕๖๓
	เขตสุขภาพที่ ๔ มาตรการที่ ๑ : พัฒนาระบบบริการ ๑. Set Zero No ANC ๒. High risk pregnancy care	๑. ค้นหาเชิงรุก/ เชิงรับ ๒. ดูแลแบบ Man to Man ๓. Re-Design โรงเรียนพ่อแม่ ๔. ซ้อมแผนกรณีฉุกเฉิน ๓. เชื่อมโยงระบบส่งต่อข้อมูล และการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ให้เป็นวงเดียวกัน
	มาตรการที่ ๒ : พัฒนาศักยภาพบุคลากร สร้าง Health Literacy ให้ ประชาชนและชุมชน	๑. กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก : Case Manager ๒. การดูแลร่วมสหสาขา (Family Planning, CPG high risk) ๓. พัฒนาทักษะการสร้าง HL ๔. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน
	มาตรการที่ ๓: พัฒนาระบบข้อมูล และการกำกับติดตาม สร้างทีม Coaching (หัวหน้าส่งเสริม +CPM +IT)	๑. พัฒนาทักษะการบันทึกส่งออกข้อมูลแม่และเด็กใน HDC

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
	<p>เขตสุขภาพที่ ๕</p> <p>มาตรการที่ ๑ Assessment :</p> <p>๑. มีมาตรการเพื่อป้องกันมารดาเสียชีวิต ให้ทุกจังหวัดใช้เป็นแนวทางโดยยึดข้อสั่งการจากศูนย์วิชาการ และแนวทางของกรมอนามัย ให้จังหวัดสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ทั้ง ๘ จังหวัด</p> <p>๑. มีระบบเฝ้าระวังมารดาตายผ่านคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต จังหวัด และระดับอำเภอ</p> <p>๒. จังหวัดรวบรวมข้อมูลแม่และเด็กไทยเป็นโปรแกรม EXCEL (เก็บข้อมูลในห้องคลอดจาก รพ.ทุกแห่งในพื้นที่ ๘ จังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๕) และส่งรายงานให้ศูนย์อนามัยที่ ๕</p> <p>๓. รายงานการตายมารดาโดยใช้แบบรายงาน Confidential Enquiries _CE๑ กรมอนามัย ตามกำหนดเวลา และมีการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา</p> <p>๔. การบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ถูกต้อง และตรงเวลา</p> <p>๕. จังหวัดมีการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน โดย เจ้าหน้าที่/อสม. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงแนะนำให้เข้ามารับบริการฝากครรภ์ และตรวจตามนัด อย่าง</p> <p>๖. รพ.สต. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เข้าระบบให้ครอบคลุมส่งต่อเร็ว มีประสิทธิภาพ</p>	<p>๒. นิเทศ/ กำกับติดตามทุกระดับ</p> <p>๓. เยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>๑. ถ่ายทอดนโยบายต้นปีงบประมาณกำกับติดตามต่อเนื่อง Strong Policy : เช่น ประกาศเรื่อง Unlimited Refer ประกาศมาตรการลดมารดาเสียชีวิต</p> <p>๒. จัดระบบ Consult ในเครือข่าย รพ.ภายในจังหวัด และเขตสุขภาพ</p> <p>๓. หน่วยบริการระดับ รพช. มีระบบ Consult รพ.แม่ข่าย โดยมีแพทย์ Early diagnosis ถ้าเป็น Case เสีย ส่ง Refer</p> <p>๔. ทบทวน guide line /standing order Confirm ข้อมูลจากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทุกเดือน</p> <p>๕. หน่วยงานที่รับผิดชอบ สรุปรายงานการตายส่งจังหวัดและศูนย์เขต ตาม time line</p> <p>๖. บริการเชิงรุก /พัฒนาทีม EMS ด้านสูติกรรม ยาและเวชภัณฑ์</p> <p>๗. พัฒนาศักยภาพ แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด มีการซ้อมแผน เตรียมรับการคลอดฉุกเฉินแบบ Simulation ตามประเด็นปัญหา</p>
	<p>มาตรการที่ ๒ Advocate :</p> <p>๑. จังหวัดในเขต จัดบริการ ANC เชิงรุก / ANC คุณภาพ เพิ่มความรู้ด้านอนามัยแม่และเด็กตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่แบบ BBL ในแผนกฝากครรภ์ หลังคลอด</p> <p>๒. รพช. รพท. รพศ. จัดหน่วยบริการต่างๆตามมาตรฐาน เช่น คลินิก ANC/LR/WCC เป็นต้น และจังหวัดกำกับ ให้ประเมินตนเอง ตามมาตรฐานเมื่อครบ ๓ ปี</p> <p>๓. รพ.สต.ที่มีพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้</p> <p>๔. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีการจ่ายยาและกำกับการใช้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน โฟเลท ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>๑. บูรณาการงานกับชุมชนท้องถิ่น ในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์และเร่งรัดประชาสัมพันธ์เชิญชวนฝากครรภ์เร็ว ผ่านสื่อท้องถิ่น</p> <p>๒. หน่วยบริการปรับสถานที่เพื่อรองรับการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๓. ศูนย์อนามัยสนับสนุนจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เช่น สมุดบันทึกสุขภาพ แม่และเด็ก และสื่อต่างๆ และองค์ความรู้ด้านวิชาการ เป็นต้น</p> <p>๔. ศูนย์เขตประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กแบบเยี่ยมเสริมพลัง รพช. รพท. ส่วนทีมจังหวัดประเมิน รพช. ที่ครบประเมิน ๓ ปี และรายงานผลการประเมินให้ศูนย์เขต</p> <p>๖. เพิ่มช่องทางการสื่อสารความรู้ให้เข้าถึงทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง</p> <p>๗. จัดทีมลงติดตามเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ เพื่อชี้แนะและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง</p>
	<p>มาตรการที่ ๓ Intervention :</p> <p>๑. หน่วยบริการให้บริการอนามัยแม่และเด็กตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>๒. สนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้ครอบคลุม</p>	<p>๑. ผู้รับผิดชอบใน พท./อสม. ติดตามกำกับ ปรับรูปแบบ/ส่งเสริมการอ่าน/การใช้ประโยชน์สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>๒. จัดอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ เรื่อง พรบ . Milk</p>

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๓. จังหวัดจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันแม่ ๑๒ สิงหาคม ของทุกปี และมีการเฝ้าระวังเชิงรุกไตรมาสละ ๑ ครั้ง</p> <p>๔. หน่วยบริการสาธารณสุข มีระบบการติดตาม กำกับการจ่ายยา/การกินยาไทรเพอร์ดีน</p> <p>๕. พัฒนาสื่อให้ความรู้ ทั้งรูปแบบเอกสาร /Application และเผยแพร่ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>Code และจัดการเฝ้าระวังการละเมิด</p> <p>๓. กำกับติดตามสถานการณ์ และเฝ้าระวัง การละเมิด Code (Emergency response) ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่าย PM ทั้ง ๘ จังหวัด</p> <p>๔. หน่วยบริการ กำกับติดตามกลุ่มเป้าหมาย ใน พท.ผ่าน เครือข่าย รพ.สต. /อสม.</p> <p>๕. สนับสนุนคู่มือ/สื่อการสอน สนับสนุนการดำเนินงานในชุมชน</p>
	<p>มาตรการที่ ๔ Management : ๑. มีการประชุมชี้แจง/ถ่ายทอดนโยบายต้นปีงบประมาณ</p> <p>๒. ประชุม PM แม่และเด็กเขตสุขภาพที่ ๕ เพื่อสรุปผลการดำเนินงานรอบ ๖ เดือนแรก และปรับแผนการดำเนินงาน ๖ เดือนหลัง</p> <p>๓. นิเทศติดตามการดำเนินงานกรณีปกติปีละ ๒ ครั้ง/จังหวัด (การตรวจราชการ)</p> <p>๔. ติดตามกำกับการดำเนินงานผ่านเครือข่าย PM MCH ระดับจังหวัด/อำเภอ</p> <p>๕. จัดตั้งคณะทำงานสืบสวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา เขตสุขภาพที่ ๕</p>	<p>๑. ส่วนกลางและศูนย์เขตบูรณาการแผนฯการดำเนินงาน และศูนย์เขตชี้แจงนโยบายและแนวทางปฏิบัติให้จังหวัดในเขตรับผิดชอบ</p> <p>๒. ประสานงานกับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และพร้อมสนับสนุนด้านวิชาการ</p> <p>๓. จัดประชุมคณะกรรมการ MCH.Board/ Case Dead Conference/พัฒนาศักยภาพทีมประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กระดับเขต และร่วมประชุมในระดับจังหวัด</p> <p>๔. ประชุมวิชาการงานอนามัยและเด็กเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p>
	<p>เขตสุขภาพที่ ๖</p> <p>มาตรการที่ ๑ : พัฒนาระบบการ</p>	<p>๑.พัฒนาระบบการจัดการข้อมูล สถานการณ์การดำเนินงาน ระบบเฝ้าระวังงานอนามัยแม่และเด็ก และคืนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อจัดทำแผนพัฒนาและกำกับติดตาม วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านอนามัยแม่และเด็ก เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>๒.สนับสนุนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการต่างๆ ในการขับเคลื่อนกฎหมาย เช่น พรบ. อนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ, พ.ร.บ. Milk code ผ่านโครงการด้านอนามัยแม่และเด็กต่าง ๆ เช่น มหัทศจรีย์ ๑๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิต</p> <p>๓.ผลักดันระบบบริหารจัดการและมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการสู่ชุมชน เช่น ระบบ Provincial Network certification (กลไก MCH B)</p>
	<p>มาตรการที่ ๒ บูรณาการความร่วมมือ</p>	<p>๑.ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก และโครงการต่าง ๆ โดยเน้นPrenatal Management และมหัทศจรีย์ ๑๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิต</p>
	<p>มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็ก</p>	<p>๑.สนับสนุนระบบการสื่อสารสาธารณะ และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ผ่านช่องทางต่าง ๆ (สนับสนุนการสื่อสาร)</p> <p>๒.สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน Best Practice (การจัดการความรู้และ</p>

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
		<p>พัฒนาระบบIT) ๓.วิจัยและพัฒนา ได้แก่ ขยายผลโปรแกรม ANC Hpc (โรงเรียนพ่อแม่ใน ANC)</p>
	<p>เขตสุขภาพที่ ๗ มาตรการที่ ๑ : ขับเคลื่อนนโยบายและการบริหารจัดการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ MCH Board บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรมและศัลยกรรม และพขอ. และบูรณาการร่วมกับโครงการ Smart Kids ๔.๐ นโยบายสาวไทย แก้มแดงและมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ แรกของชีวิต ๒. จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาและงานอนามัยแม่และเด็ก ๓. หน่วยบริการทุกระดับมีการใช้แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ใหม่ตามข้อแนะนำองค์การอนามัยโลกในบริบทประเทศไทย และการคลอดคุณภาพใช้ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงและจัดระบบบริการ แนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ classifying Model) และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่ง ๔. จัดตารางแพทย์ลงโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ได้แก่ รพ. กมลลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ และ รพ. เสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดที่ขาดสูติแพทย์ ๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทบทวนการดูแล และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และการบริการแบบเครือข่าย (Network) แก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงให้รวดเร็ว ทันเวลา ไม่มีการผ่าตัด appendectomy ร่วมกับ cesarean และใช้ Sepsis guideline ครอบคลุมในกลุ่มมารดาผ่าตัดหลังคลอด กำหนดให้แพทย์ Intern Consult สูติแพทย์ ในผู้ป่วย High risk ทุกราย และกำกับให้มีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ๖.พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track) และระบบเครือข่ายการส่งต่อ Consult ผ่าน line application เพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลผ่านเข้าห้องคลอดและห้องผ่าตัดได้</p>	<p>๑. MCH Board ทุก๓ เดือน ๒. บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan สาขาสูติกรรม กุมารเวชกรรม อายุรกรรมและศัลยกรรม และพขอ. และบูรณาการร่วมกับโครงการ Smart Kids ๔.๐ นโยบายสาวไทย แก้มแดงและมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ แรกของชีวิต ๓. MMR Conference ๔. การใช้แนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ classifying Model) และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ๕. จัดตารางแพทย์ลงโรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ๖. พัฒนาแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ classifying Model) และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่งและเพิ่มเติมตามสาเหตุการตายจาก Indirect cause ๗. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track)</p>
	<p>มาตรการที่ ๒ : ระบบบริการที่มีคุณภาพ ๑.พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานห้องคลอดตามเกณฑ์กรมการแพทย์ -พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ Classifying Model) พัฒนาสมรรถนะทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน มีระบบให้คำปรึกษา ส่งต่อ (Fast track) และมีคู่มือในการดูแล/ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่ง</p>	<p>๑. การสุ่ม/ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลังตามมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานห้องคลอดตามเกณฑ์กรมการแพทย์ ๒. การใช้แนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ classifying Model) และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ๓. สนับสนุนระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตาย</p>

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
	<p>๒.มีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC)</p> <p>๓.พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อ Consult ผ่าน line application และพัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track) เพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลผ่านเข้าห้องคลอดและห้องผ่าตัดได้ทันที จังหวัดมหาสารคามมีการบริหารจัดการ One Labor Room One Province พัฒนาเป็น One Province One MCH Team</p> <p>๔.การฝึกปฏิบัติภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Obstetric Crisis) เช่น คลอดติดไหล่/Breech assisting/ NCPR และ CPR อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๕.มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและวินิจฉัยโรควินโรครายที่ตรวจมีประวัติสัมผัสโรค และมีอาการทุกราย ให้ตรวจวินิจฉัย Gene Expert ทุกราย</p> <p>๖.มีการพัฒนาระบบการกำกับติดตามข้อมูลเช่น จังหวัดมหาสารคาม พัฒนาระบบส่งต่อและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์รายปกติและที่มีภาวะเสี่ยง (COCrα) จังหวัดร้อยเอ็ด พัฒนาระบบสื่อสาร Nemo care เพื่อส่งต่อและส่งกลับข้อมูล และจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดกาฬสินธุ์ กำลังพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวัง ติดตามหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง (GIS</p>	<p>ระดับประเทศ (PNC)</p> <p>๔. มีระบบการบริหารจัดการ One Labor Room One Province พัฒนาเป็น One Province One MCH Team</p> <p>๕. การฝึกObstetric Crisis</p> <p>๖. การพัฒนาระบบการกำกับติดตามข้อมูลเช่น จังหวัดมหาสารคาม พัฒนาระบบส่งต่อและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์รายปกติและที่มีภาวะเสี่ยง</p>
	<p>มาตรการที่ ๓ การสร้างภาคีเครือข่าย</p> <p>๑. ใช้กลไก MCH Board /CIPOขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก บูรณาการงานร่วมกับ Service Plan และ พชอ. โดยการสะท้อนกลับปัญหาที่ได้จากการconference กรณีมารดาเสียชีวิต เช่น เน้นการวางแผนคุมกำเนิดและให้คำปรึกษา ประชาสัมพันธ์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรังไม่ควรตั้งครรภ์ เป็นต้น เพื่อกำหนดแนวทางป้องกันร่วมกัน ในพื้นที่ที่มีการประสานงานและวางแผนร่วมกันเพื่อใช้รถ EMS เพื่อการส่งต่อที่รวดเร็ว</p> <p>๒. จัดประชุม/อบรมเพื่อขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตในทุกอำเภอ ร่วมกับภาคีเครือข่าย อปท. อสม. ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ชุมชนเห็นความสำคัญและตระหนักในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย</p> <p>๓. จังหวัดมหาสารคามและจังหวัดขอนแก่นมีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC) อย่างเป็นรูปธรรม</p> <p>๔. มีการอบรม Early Warning Sign ให้ กบอสม.ในพื้นที่ เพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง</p>	<p>๑ ใช้กลไก MCH Board /CIPOขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก บูรณาการงานร่วมกับ Service Plan และ พชอ.</p> <p>๒. ขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน</p> <p>๓. สนับสนุนระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC)</p> <p>๔. การอบรม Early Warning Sign ให้ กบอสม.ในพื้นที่</p>
	<p>มาตรการที่ ๔ : การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง</p> <p>๑. วางแผนดำเนินการเชิงรุกในทีมหมอครอบครัว (FCT) และ อสม. ค้นหาและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและส่งต่อเพื่อฝากครรภ์ทันที</p> <p>๒.การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงแก่หญิง</p>	<p>การสร้างความตระหนักแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้เกิดประโยชน์สูงสุด</p>

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
	<p>ตั้งครรรค์ โดยการสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรรค์และครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้เกิดประโยชน์สูงสุด</p> <p>๓.อบรมเชิงปฏิบัติการ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด สำหรับครุ ก จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ครุ ก ระดับอำเภอ ถ่ายทอดความรู้ลงสู่รพ.สต.และนำไปสู่การปฏิบัติ และแนวทางเดียวกันเดียวกันทั้งจังหวัด</p>	
	<p>เขตสุขภาพที่ ๘</p> <p>มาตรการที่ ๑ : สร้างกระบวนการพัฒนา</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. การประชุม MCH Board ๒. การจัดทำโปรแกรมจัดเก็บข้อมูลสำคัญของเขต ๓. การคืนข้อมูลความเสี่ยง ๔. การติดตามกลุ่มเสี่ยง/คำแนะนำ ๕. โรงเรียนพ่อแม่รายบุคคล ๖. นิเทศ/Coaching
	<p>มาตรการที่ ๒ : เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายทุกระดับ</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูงถ้ามีการตั้งครรรค์ ๒. คัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรรค์ ๓. ประชาสัมพันธ์ร่วมกับ อปท.,พม.,ในการขับเคลื่อนงานแม่และเด็ก
	<p>มาตรการที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑.พัฒนาการทำ MM conference ให้มีคุณภาพตามระยะเวลาที่กำหนด ๒.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง (KM & CQI) ผ่านทุกรูปแบบ ๓.ประชุมเชิงปฏิบัติการทักษะการดูแลภาวะวิกฤติฉุกเฉินในหญิงตั้งครรรค์/หญิงคลอด/มีการซ่อมแผนการดูแลภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ๔.ฝึกทักษะบุคลากรในประเด็นที่เป็นปัญหาของแต่ละพื้นที่
	<p>เขตสุขภาพที่ ๙</p> <p>มาตรการที่ ๑ : การใช้กลไก MCH board / MM conference และทบทวนสาเหตุการตายของมารดา ได้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรรค์ที่มีไข้ และ ที่มีอาการของSepsis และจัดตั้งระบบการคัดกรองความเสี่ยงทั้งเขต</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดตั้ง Pre conceptual clinic ให้คำปรึกษาและวางแผนคุมกำเนิดในโรคทางอายุรกรรม ๒. วางระบบconsult แพทย์เฉพาะทาง ด้านจิตเวช อายุรกรรม และศัลยกรรมที่ชัดเจน เช่นเมื่อสงสัย sepsis หรือ Pneumonia ๓. เยี่ยมบ้านหลังคลอด ๓ ครั้งโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๔.ทบทวนความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน Influenza
	<p>มาตรการที่ ๒ : พัฒนาศักยภาพบุคลากรประจำปี</p>	<p>ระบบ oriented แพทย์และพยาบาลจบใหม่ มีการนำเสนอ MM ในมารดา ย้อนหลัง ๕ ปี</p>
	<p>มาตรการที่ ๓ : วางระบบ Teleline และระบบ Fast tract ที่มีประสิทธิภาพ และทบทวน Guideline / ยา /เครื่องมือ ให้มีศักยภาพและพร้อมใช้</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ระบบ oriented แพทย์และพยาบาลจบใหม่ มีการนำเสนอ MM ในมารดา ย้อนหลัง ๕ ปี ๒. การจัดการความเสี่ยงการป้องกันการเสียชีวิตด้วย PPH PIH ด้วยการใส่ถุงตวงเลือด การใช้ Balloon temponade การใช้ PPH Box และ PIH Box

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
	เขตสุขภาพที่ ๑๐ มาตรการที่ ๑ : พัฒนาคุณภาพในการคัดกรองและการจัดการความเสี่ยง ความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์	พัฒนาแนวทางพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบมีส่วนร่วม ผู้เชี่ยวชาญ/stakeholders (รพสต./รพช) เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการ ANC ให้มีประสิทธิภาพ (ทบทวนแบบประเมินความเสี่ยง/เกณฑ์การจำแนกการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม/มาตรฐาน ANC คุณภาพ ใน รพ.สต)
	มาตรการที่ ๒ : พัฒนาระบบการส่งต่อ Fast track /ระบบ Consult แม่ข่าย-ลูกข่าย	พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
	มาตรการที่ ๓ : การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการดูแลและจัดการภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด	๑. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม สำหรับแพทย์และพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๓” ๒. การพัฒนาองค์ความรู้และฝึกทักษะบุคลากร ANC LR PP ในการจัดการภาวะเสี่ยง
	เขตสุขภาพที่ ๑๑ มาตรการที่ ๑ : ถ่ายทอดนโยบายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายครบทุกเขต	ขับเคลื่อน MCH Board ให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกพื้นที่
	มาตรการที่ ๒ : ประสาน Service plan สูติฯจัดระบบ Fast tract ระหว่างจังหวัดในเขต ๑๑	ส่งเสริมสุขภาพมารดาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดอย่างมีคุณภาพ
	มาตรการที่ ๓ : ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ MCH Board เขต - มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดาระดับเขต - เชิดชูเกียรติ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ Bird’s eye view เพื่อเป็นนวัตกรรมเป็นที่เรียนรู้ ,up to you เพื่อให้ความรู้กับประชาชน	๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม ๒. สร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพแก่ครอบครัวชุมชน
	เขตสุขภาพที่ ๑๒ มาตรการที่ ๑ : ปรับระบบ Seamless refer	๑. ระบบ Fast track Refer ๒. Timing CPG ๓. จัด Zoning สูติแพทย์ ๔. มีการดำเนินงาน PNC ๕. ระบบเยี่ยมบ้านระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด
	มาตรการที่ ๒ : พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง (Patient Safety)	๑. จัด Interdepartment (Med –สูติ)ร่วมทำ CPG ป้องกันการตั้งครรภ์ ๒. ใช้ Trigger tool ในการทบทวนเวชระเบียน ๓. ใช้ RCA ๕ step ทบทวนอุบัติการณ์ กำกับติดตาม Action Plan หลังทบทวน ๔. จัด near miss Conferences prehos ๕. สร้างตัวชี้วัด การส่งต่อ
	มาตรการที่ ๓ : ระบบการกำกับติดตามนโยบายการ เข้าถึงยาฝัง	๑. กำหนดนโยบาย โดย MCH Board ดูแล ANC High Risk ต่อเนื่องถึงหลังคลอดในชุมชนจัดทำแนวทางระดับความเสี่ยง ๒. จัดระบบการให้ความรู้ Health literacy Promotion ในชุมชน

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
		๓. พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา BP โดยสูติแพทย์ แพทย์ผู้ดูแล มีผลต่อการ ตัดสินใจรับบริการเว้นช่วง ระยะการมีบุตรในหญิงตั้งครรภ์ High Risk ๔. เพิ่ม ทศนคติเชิงบวกให้กับงานท.ติดตามหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ได้รับ BS

๑.๔ Small Success (ที่เป็น Key Result ในมุมของจังหวัด)

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
เขตสุขภาพที่ ๑ ๑. มีมาตรการลดมารดาตายของเขตสุขภาพที่ ๑ ๒. มีการประกาศมาตรการลดมารดาตายของเขตสุขภาพที่ ๑ ผ่านการขับเคลื่อนกลไกโดย MCH Board ๓. มีคณะทำงานสืบสวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาเขตสุขภาพที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๓	๑. มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ๒. รพ.ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยและเด็กได้รับการประเมินครบร้อยละ ๑๐๐	๑. มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ANC คุณภาพ / LR คุณภาพ / PP / WCC คุณภาพ ของ MCB Board จังหวัด/เขตสุขภาพที่ ๑ ๒. อัตราส่วนการตายของมารดาไทยจากสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ Direct Cause ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด และ ความดันโลหิตสูง เท่ากับ ๐	๑. อัตราส่วนการตายของมารดาไทยจากสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ Direct Cause ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด และ ความดันโลหิตสูง เท่ากับ ๐ ๒. อัตราส่วนการตายของมารดาไทยลดลง < ๑๗ : ๑๐๐๐๐๐ การเกิดมีชีพ (Direct Cause / Indirect Cause)
เขตสุขภาพที่ ๒ ๑. ประกาศนโยบายระดับเขตถ่ายทอดและขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๒. MCH Board ทุกระดับประชุมวางแผนติดตามงานทุก ๓ เดือน ๓. รพศ./รพท./Node มีและปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการดูแลภาวะเสี่ยงทุกระยะ ๔. นิเทศ กำกับ Coaching ๕. ซ้อมแผนปฏิบัติการดูแลภาวะวิกฤตมารดาและทารก	๑. ระดับความสำเร็จการเตรียมปัจจัยนำเข้า การดำเนินการตามกระบวนการผลลัพธ์ ตามหลักเกณฑ์วิธีการ เงื่อนไข ๒. ความครอบคลุมการพัฒนาบริการอนามัยแม่และเด็ก ด้วย ๖ โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ (Six Value MCH Program) ใน รพศ. รพท. รพช.รพสต.	๑. Coaching on the job training ๒. MM Conference ,CQI	๑. อัตราส่วนการตายมารดา ๑๓.๘๙ ต่อแสน LB ๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ <๒๘ วัน ๓.๖๗ ต่อแสน LB ๓. การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ <๒๐ ปี ๑๕.๘๙% ๔. ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการ ๘๘.๘๓% พัฒนาการสงสัยล่าช้า ๒๐.๕๙% ติดตามกระตุ้น ๗๙.๙๖% พัฒนาการสมวัย ๙๕.๙๕% TEDA๔1 ๓๙.๐๖% ๕. เด็กปฐมวัยสูงที่สุดมีส่วน ๕๐.๖%
เขตสุขภาพที่ ๓ ๑. มีแผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๓ ๒. มีการถ่ายทอดนโยบายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย	มีการสืบสวนมารดาตายทุกรายและมีการออกมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบพร้อมรายงานภายใน ๑ เดือน	วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน	- ติดตามประเมินผล ๑. MMR ๑๗ : ๑๐๐๐๐๐ LB ๒. ลดการตายจาก PPH = ๐

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
๓. มีการจัดตั้งศูนย์/ทีมวิเคราะห์ มารดาตายของเขตสุขภาพที่ ๓			
เขตสุขภาพที่ ๔	-	-	อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
เขตสุขภาพที่ ๕	-	-	อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
เขตสุขภาพที่ ๖ ๑.บุคลากรสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ๒.สนับสนุน และขับเคลื่อนกลไก คณะกรรมการMCH Board, คณะอนุกรรมการสตรีและเด็กปฐมวัยจังหวัด,คปสอ.,พขอ. ๓.พัฒนาระบบการเฝ้าระวังค้นหา มารดาเสี่ยง	เยี่ยมเสริมพลัง ติดตาม ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	๑.รณรงค์/สื่อสาร ประชาสัมพันธ์โครงการ เตรียมความพร้อมก่อนดาร์มี บุตร ได้แก่ สาวแก้มแดง ๒.สนับสนุนการจัดการ นวัตกรรม/Best Practice รวบรวม สื่อสาร และขยายผล ๓. ติดตามการบูรณาการ ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน	อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
เขตสุขภาพที่ ๗ ๑. มีข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัญหา เพื่อนำไปสู่การ แก้ไขปัญหา ๒.วิเคราะห์สถานการณ์และ ปัญหาการดำเนินงานเพื่อลดการ ตายมารดาไทย ๓. มีแผนปฏิบัติการ/แผนการ ดำเนินงาน/ขั้นตอนการ ดำเนินงาน (Action plan) ที่ สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ ข้างต้นได้ ๔. มีมาตรการ ข้อเสนอเชิง นโยบาย เพื่อใช้ขับเคลื่อนการ ดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา ในพื้นที่ ๕. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ และใช้มาตรการ/ข้อเสนอเชิง นโยบายในการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานเพื่อป้องกันและลด การตายมารดา ๖. การบริหารจัดการเพื่อลดการ ตายมารดา - การป้องกันการเกิด ๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer - จัด Zoning ผู้เชี่ยวชาญและการ	๑. มาตรฐานงานอนามัยแม่ และเด็ก -สนับสนุนให้หน่วยบริการใน พื้นที่จัดบริการตามมาตรฐาน งานอนามัยแม่และเด็ก -เยี่ยมเสริมพลังมาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็ก ๒.มีการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการคัดกรองและ จัดการหญิงตั้งครรภ์/หญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง/การส่ง ต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ ลูกเฉิน ๓. ร้อยละ ๒๐การตายมารดา จากสาเหตุการตกเลือดลดลง จากปี ๖๒ ๔ ร้อยละ ๓๐ ของการตาย มารดาจากความดันโลหิตสูง จากปี ๖๒ ๕ ร้อยละ๒๐ การตายจาก สาเหตุทางอ้อมลดลงจากปี ๖๒ ๖.ร้อยละ ๙๐ หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง ๗. ร้อยละ หญิงตั้งครรภ์ที่มี ความเสี่ยง	๑.มีระบบการประเมินผล มาตรการและวิเคราะห์สาเหตุ การตายมารดา - ทบทวนสถานการณ์ ปรับปรุงมาตรการ - แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากBest Practice ๒.มีแผนการดำเนินงานที่ ปรับปรุงสอดคล้องเพื่อ แก้ปัญหา(Action Plan) ๕ เดือนแรก ๓.HL โดยใช้สื่อโครงการ ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก ๔.เยี่ยมเสริมพลังมาตรฐาน งานอนามัยแม่และเด็ก ๕. ส่งเสริมการใช้ early warning signs เพื่อค้นหา คัดกรองและ จัดการหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงใน ชุมชน ๖. สนับสนุนการขับเคลื่อน PNC /Save Mom ๗. ร้อยละ ๕๐ มีการประเมิน และรับรองมาตรฐานผ่าน ระบบออนไลน์	๑.อัตราส่วนการตายมารดาไม่ เกินร้อยละ ๑๗ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน ๒. ร้อยละ ๒๐การตายมารดา จากสาเหตุการตกเลือดลดลง จากปี ๖๒ ๓. ร้อยละ ๓๐ ของการตาย มารดาจากความดันโลหิตสูง จากปี ๖๒ ๔. ร้อยละ๒๐ การตายจาก สาเหตุทางอ้อมลดลงจากปี ๖๒ ๕ ร้อยละ ๙๐ หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง ๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มี ความเสี่ยง ๗.ร้อยละ ๑๐๐ หญิงตั้งครรภ์ที่ มีความเสี่ยงได้รับการจัดการ และส่งต่อดูแลรักษา ๘ ร้อยละ ๖๐ มีการประเมิน และรับรองมาตรฐานผ่านระบบ ออนไลน์

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
<p>จัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มี Standing Order - มีคู่มือ/แนวทางในการป้องกันการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูง - ประชุม MCH board อย่างน้อย ๓ เดือนครั้ง /ประชุม MMR conference - ระบบค้นหา คัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR - ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ด้านโภชนาการ เช่น ได้รับอาหารครบถ้วน เพียงพอ ไม่หิวแวมมัน เค็มจัด ตามหลักโภชนาการ ติดตามการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์ - ส่งเสริมการใช้ early warning signs เพื่อค้นหา คัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน - ส่งเสริมการใช้สมุดสีชมพู - ประชาสัมพันธ์ โครงการ ๔ อย่าง เพื่อสร้างลูก - สนับสนุนการขับเคลื่อน PNC /Save Mom - ขับเคลื่อนการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กผ่านระบบออนไลน์ 	<p>๘. ร้อยละ ๑๐๐ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการจัดการและส่งต่อดูแลรักษา</p> <p>๑๐ ร้อยละ ๔๐ มีการประเมินและรับรองมาตรฐานผ่านระบบออนไลน์</p> <p>๑๑. สืบสวนมารดาตาย/ MMR conference ทุกрай</p>		
<p>เขตสุขภาพที่ ๘</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประกาศนโยบายระดับเขต ถ่ายทอดและขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๒. MCH Board ทุกระดับประชุมวางแผนติดตามงานทุก ๓ เดือน ๓. รพศ./รพท./Node มีและปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการดูแลภาวะเสี่ยงทุกระยะ ๔. นิเทศ กำกับ Coaching ๕. ซ้อมแผนปฏิบัติการดูแลภาวะวิกฤตมารดาและทารก 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. นิเทศ กำกับนโยบาย การใช้ Warning signs สู่การปฏิบัติ ๒. นิเทศ กำกับ การปฏิบัติตามแนวทาง Region ๘ Model ๓. Coaching on the job training ๔. MM Conference ,CQI ๕. เยี่ยมเสริมพลัง 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. Coaching on the job training ๒. MM Conference ,CQI 	<ol style="list-style-type: none"> ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๕ ราย (ลดลง ๕๐%จากปีที่ผ่านมา) ๒. อัตราทารกตายจาก BA ลดลง ๕๐% ๓. จังหวัดในเขต ผ่าน PNC MCH ปีละ ๒ จังหวัด(ปี ๒๕๖๒ จังหวัดสกลนครและจังหวัดหนองบัวลำภู/ปี๒๕๖๓ จังหวัดนครพนมและจังหวัดเลย) ๔. อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง ๑๐% ๕. MM Conference ,CQI

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
เขตสุขภาพที่ ๙	-	-	อัตราการตายเสียชีวิตไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
เขตสุขภาพที่ ๑๐ ๑. ทบทวน ระบบข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับ การคัดกรองและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม ๒. ทบทวนแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน ANC คุณภาพ ใน รพช./รพ.สต	๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพช. ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด มารดาเสียชีวิต ๒. พัฒนาระบบการคัดกรอง และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม	๑. จังหวัดมีระบบการคัด กรองและการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทางสูติ กรรม ๒. มีระบบการส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพ	๑. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้รับการคัดกรองและดูแลทุก ราย ๒. อัตราการตายเสียชีวิตไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
เขตสุขภาพที่ ๑๑ ๑. มีแผนปฏิบัติการ/แผน ดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับ สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่และมี ระบบประเมินผลและวิเคราะห์ เพื่อกำหนดมาตรการ MCH Board จัดระบบ Fast tract ใน จังหวัด ๒. ถ่ายทอดนโยบายและจัดทำ แผนสู่การปฏิบัติ ในระดับจังหวัด /รพ. ๓. พัฒนาศักยภาพทีมงานทบทวน ทักษะ องค์ความรู้ เน้น ANC Risk ,CPG ในระดับจังหวัด ๔. Pre นิเทศถ่ายทอดและ แลกเปลี่ยนแผนการดำเนินงาน ร่วมกัน เพื่อเป็นข้อมูลในการ นิเทศครั้งที่ ๑	มีการสอบสวนการตายมารดา และมีการออกมาตรการเพื่อ แก้ปัญหาเชิงระบบ พร้อม รายงานภายใน ๑ เดือน	๑. ANC คุณภาพ ๕ ครั้ง เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖ ๒. ร้อยละ ๕๗ ของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ สุขภาพช่องปากและขัดทำ ความสะอาด ๓. นิเทศติดตามและรับฟัง ปัญหาอุปสรรคในการ ดำเนินงานร่วมกัน เพื่อเป็น ข้อมูลในการนิเทศครั้งที่ ๒	อัตราการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
เขตสุขภาพที่ ๑๒ ๑. ประชุมจัดระบบ Refer ใน ระดับเขต ๒. วางระบบรายงานและทบทวน - อัตราการปฏิบัติตาม CPG - อัตราการชะลอการรับ refer ๓. สนับสนุน ยาฝังคุมกำเนิด ๔. อบรมทีมนำขับเคลื่อนเครือข่าย PNC	๑. ดำเนินงานและติดตาม การทบทวนเวชระเบียน ๒. ติดตามตัวชีวิต ๓. พัฒนาศักยภาพ แพทย์ พยาบาล training ๔. ประชุมวิชาการอนามัยแม่ และเด็ก	๑. ประเมินรับรอง MCH /PNC ๒. นิเทศเสริมพลัง ๓. วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน	- ติดตามและประเมินผล ๑. MMR < ๓๔:๑๐๐,๐๐๐ LB ๒. ลดการตายจาก PPH = ๐ ๓. ตายจาก PIH ลดลงจากเดิม ๒๕%

๑.๕ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑.๕.๑ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยง โดยการสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว ส่งเสริมการฝากท้องเร็ว / สร้างกระแสสังคมการดำเนินงานก้าวหน้าเพื่อสร้างลูก / ยกระดับ HL ภาค ประชาชน

๑.๕.๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากร อบรมและฝึกซ้อมการช่วยชีวิตเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ (CPR) ฝึกซ้อมเมื่อเกิดภาวะวิกฤติทางสูติกรรมแบบบูรณาการทั้งระบบ อย่างน้อยปีละครั้งโดยเน้นภาวะตกเลือดและความดันโลหิตสูง

๑.๕.๓ พัฒนาระบบบริการ

- คลินิกฝากครรภ์คุณภาพ แก้ไขภาวะซีด โภชนาการ น้ำหนักทารก การติดเชื้อ
- ห้องคลอดคุณภาพ Standing Order, ลดการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ PPH, PIH , ระบบส่งต่อ On time refer, ทีมช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติทางสูติกรรมตลอด ๒๔ ชม. ready team

๑.๕.๔ พัฒนาเครือข่ายและระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด Zoning & Network

- จัด Zoning เพื่อการดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless) จัด High Risk Pregnancy fast track โดยการกำหนดข้อตกลงร่วมกันระหว่าง Node เพื่อการส่งพบแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า
- สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด Provincial network
- ระบบ Coaching แบบพี่ดูแลน้อง
- มีระบบการส่งต่อ Fast tract ในการส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน ทางสูติกรรมได้อย่างปลอดภัย ในการส่งมารดาที่มีภาวะเสี่ยง เช่น PPH PIH (กำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกันระหว่าง รพช และโรงพยาบาลแม่ข่าย)

๑.๕.๕ พัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังมารดาตายที่มีประสิทธิภาพ

ผู้รายงาน น.ส.ธัญญลักษณ์ ทองหล่อ หน่วยงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๔๔๒๖

๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก

๒.๑ เป้าหมายและผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี และผลงาน ณ ปัจจุบัน

เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
เป้าหมาย %	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ผลงาน ๖๐	๗๗.๔๘	๗๘.๙๖	๘๐.๕๕	๗๓.๐๘	๘๒.๔๐	๗๗.๒๖	๗๖.๑๕	๗๑.๐๒	๘๖.๒๑	๗๙.๑๔	๗๔.๗๔	๗๔.๘๖
ผลงาน ๖๑	๖๖.๔๙	๗๐.๙๖	๗๖.๔๔	๖๙.๑๘	๗๖.๓๘	๗๔.๕๕	๗๗.๗๕	๖๒.๖๐	๗๙.๘๙	๗๕.๙๒	๖๔.๐๓	๖๕.๐๗
ผลงาน ๖๒	๗๑.๑๙	๗๖.๐๑	๗๙.๐๓	๗๔.๔๔	๗๙.๒๔	๗๖.๐๙	๘๖.๑๔	๖๙.๖๘	๘๒.๔๘	๗๙.๓๔	๗๖.๑๒	๗๑.๔๖
ผลงาน ต.ค.-พ.ย. ๖๒	๖๕.๕๒	๖๗.๖๙	๘๑.๓๘	๖๕.๓๒	๗๒.๐๔	๖๘.๓๙	๗๖.๗๓	๗๒.๖๒	๗๙.๑๓	๗๔.๖๑	๗๕.๕๙	๗๐.๘๗

๒.๒ ช่องว่าง (Gap) ที่ทำให้ไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

๒.๒.๑ สอบถามหญิงตั้งครรภ์ พบยังมีขาดอยู่เพราะไม่ได้กินยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยาเหลือ จึงไม่ได้จ่ายยาทุกครั้ง ที่มารับบริการ

๒.๒.๒ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์หลายที่ (สถานบริการเอกชน รพ.สต. รพช. ฯลฯ) ทำให้ไม่สามารถติดตามการได้รับยาและลงข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง

๒.๒.๓ มีปัญหาในการบันทึกข้อมูลการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์ ที่แสดงในระบบรายงาน HDC ไม่สอดคล้อง/ต่ำกว่าข้อมูลจริงจากพื้นที่/สถานบริการสาธารณสุข เนื่องจาก ผลที่ได้นับรวมกับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการด้วยอาการอื่นด้วย เช่น ไม่จ่ายยาให้หญิงตั้งครรภ์ที่แพ้อาหารทะเล เป็น Hyperthyroid หรือมีอาการแพ้ท้อง อาเจียน คลื่นไส้

๒.๓ มาตรการในการปิด Gap และกิจกรรมสำคัญ

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
๑. มีนโยบายในการให้ยาเม็ดเสริมเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก แก่หญิงตั้งครรภ์	๑. รพ.สต.ติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ และจ่ายยาให้แก่หญิงตั้งครรภ์ และบันทึกข้อมูลการจ่ายยาทุกครั้ง	๑. การจ่ายยาและการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์
๒. ดำเนินการประสาน HDC เพื่อร่วมหารือ แนวทางการแก้ไขปัญหา โดยนำชุดการบันทึกข้อมูลจาก รพ. และรพ.สต. ที่มีปัญหาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลที่แสดงผลใน HDC เพื่อแก้ปัญหาการ Mapping ชุดข้อมูลในระบบ	๒. เจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีการทบทวนการบันทึกข้อมูลในระบบ ให้สอดคล้องกับการดึงข้อมูลไปใช้ในระบบ HDC	
๓. มีแนวทางที่ชัดเจนในการบันทึกข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่ โดยกำหนดนิยามของตัวชี้วัด ให้ชัดเจน ในกรณีที่ไม่ต้องจ่ายยาให้แก่หญิงตั้งครรภ์ในกรณีใดบ้าง และเพิ่มช่องในการบันทึกเหตุการณ์ไม่จ่ายยาในครั้งนั้น		

๒.๔ Small Success (ที่เป็น Key Result ในมุมมองของจังหวัด)

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
ผลการทบทวนข้อมูล สถานการณ์ และข้อจำกัดที่ เกี่ยวข้องกับการได้รับยาเม็ด เสริมไอโอดีน ของหญิง ตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	ข้อสรุปในการดำเนินงานจาก การแก้ไขปัญหาและข้อจำกัด ในการบันทึกข้อมูลเป็นราย สถานบริการสาธารณสุข	ผลจากการปรับปรุง และ ทดลองบันทึกข้อมูลด้วยวิธีที่ แก้ปัญหาแล้ว	การบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง และน่าเชื่อถือ

๒.๕ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๒.๕.๑ บูรณาการการดำเนินงานการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์

๒.๕.๒ เชื่อมโยงระบบรายงาน (การจัดการฐานข้อมูล การรายงานตัวชีวิต) ให้สามารถสื่อสารข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ได้
ทุกหน่วยบริการทั่วประเทศ (รวมเอกชน) โดยหญิงตั้งครรภ์สามารถไปฝากครรภ์ที่ไหนก็ได้ แต่ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ควรเชื่อมโยงถึง
กันได้ทั้งหมด

๒.๕.๓ แนวทางการติดตามการจ่ายยา กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ที่คลินิกหรือสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ
นอกเหนือจาก รพ. ของกระทรวงสาธารณสุข หรือออกแบบโปรแกรมให้มีช่องบันทึกว่า ได้รับยามาแล้วจากสถานบริการอื่นๆ

๒.๕.๔ โปรแกรมบันทึกข้อมูล ควรมีช่องระบุว่า ครั้งล่าสุดที่มารับบริการ ANC ได้รับยาเม็ด/กระปุก เพื่อลดการจ่ายยา
ซ้ำซ้อน

ผู้รายงาน.....นางสาวนนท์จิต บุญมงคล..... หน่วยงาน.....สำนักโภชนาการ กรมอนามัย.....

โทรศัพท์.....๐๒ ๕๙๐ ๔๓๓๔..... e-mailnuntachit.b@anamai.mail.go.th.....

๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

๓.๑ เป้าหมายและผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี และผลงาน ณ ปัจจุบัน

เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
เป้าหมาย	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
ผลงาน ๖๐	45.5	47.0	48.2	50.9	50.6	53.4	52.0	50.4	51.7	50.7	50.6	47.2
ผลงาน ๖๑	43.2	46.8	46.7	48.6	49.5	48.9	55.4	46.8	47.7	50.8	50.7	49.5
ผลงาน ๖๒	50.9	54.8	55.0	56.8	58.9	61.0	62.0	55.4	54.4	60.6	60.0	57.7
ผลงาน ต.ค.-พ.ย. ๖๒	52.93	56.33	57.71	60.17	63.73	63.4	65.5	59.68	57.72	62.65	61.02	60.21

๓.๒ ช่องว่าง (Gap) ที่ทำให้ไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

- ๑) ขาดกลไกในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน
- ๒) บุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้และทักษะในการสื่อสารผลการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร รวมทั้งการให้คำแนะนำการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์/ภาวะการเจริญเติบโตเด็ก
- ๓) การจ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิก และยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย
- ๔) ระบบเฝ้าระวังการเจริญเติบโตไม่มีคุณภาพ เป็นผลให้ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงของเด็กค่อนข้างต่ำ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว และเครื่องวัดส่วนสูงไม่ได้มาตรฐาน วิธีการชั่งน้ำหนัก วัดความยาวและส่วนสูงไม่ถูกต้อง

๓.๓ มาตรการในการปิด Gap และกิจกรรมสำคัญ

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
๑. บูรณาการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย ผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก และภาคีเครือข่ายในทุกระดับ ๒. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย ๓. พัฒนาฐานข้อมูล ระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการ และระบบกำกับติดตามของเครือข่ายทุกระดับ ๔. สร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ	๑. พัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะการสื่อสารผลการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแก่หญิงตั้งครรภ์และ พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก ๒. ทบทวนและกำหนดมาตรการการจ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โฟลิก และยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ให้ถูกต้อง ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่ ๓. เพิ่มความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทุกคน และข้อมูลภาวะการเจริญเติบโตมีคุณภาพ	๑. ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต ๒. ปรับปรุงคุณภาพข้อมูลเฝ้าระวังทางโภชนาการ ๓. พัฒนาสื่อเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ

๓.๔ Small Success (ที่เป็น Key Result ในมุมของจังหวัด)

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
- มีแผนปฏิบัติการ/แผนดำเนินงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่และมีระบบประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรการดำเนินงาน - ประชุมชี้แจงนโยบายและการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต ครบทุกตำบล	-บุคลากรและเครือข่ายมีความรู้และทักษะการสื่อสารผลการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแก่หญิงตั้งครรภ์และพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก	. มีการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตทุกอำเภอ ๆ ละ ๒ ตำบล	ร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

๓.๕ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- ๑) เขตสุขภาพสนับสนุนเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว เครื่องวัดส่วนสูงที่ได้มาตรฐาน ให้มีประจำทุกพร.สต.และหมู่บ้าน
- ๒) เพิ่มบทบาทนักโภชนาการของรพช./รพท./รพช.ในการให้คำแนะนำปรึกษาทางโภชนาการใน ANC และ WCC

ผู้รายงาน.....นางณัฐวรรณ เชาวน์ลลิตกุล..... หน่วยงาน.....สำนักโภชนาการ กรมอนามัย.....
โทรศัพท์.....02 590 4327..... e-mailnutwan๖๕@gmail.com.....

๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

๔.๑ เป้าหมายและผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี และผลงาน ณ ปัจจุบัน

เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
เป้าหมาย	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐
ผลงาน ๖๐	๐	๐	๒๐.๑๓	๒๒.๔๑	๓๓.๗๙	๑๐.๖	๐.๖๑	๐	๐	๐	๖.๒๓	๑๐.๙๒
ผลงาน ๖๑	๒๒	๒๖.๒๔	๒๒.๔๘	๑๙.๗๗	๒๓.๔๑	๓๓.๐๗	๓๘.๐๒	๒๕.๕๓	๓๓.๒๗	๒๗.๗๗	๑๖.๐๒	๑๙.๕
ผลงาน ๖๒	๔๔.๐๑	๔๔.๘๓	๔๘.๓	๒๙	๔๔.๐๘	๘๑.๑๖	๖๕.๒๙	๔๔.๓๔	๕๓.๕๗	๔๙.๓๔	๒๗.๑๑	๓๓.๖
ผลงาน ต.ค.-พ.ย. ๖๒	๔๕.๐๓	๔๖.๔๓	๓๘.๖๙	๒๕.๙๒	๔๐.๕๙	๗๑.๙๖	๕๘.๕	๔๑.๒๒	๔๓.๒๔	๓๙.๓๒	๒๒.๐๓	๓๗.๖๕

๕. ร้อยละเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

๕.๑ เป้าหมายและผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี และผลงาน ณ ปัจจุบัน

เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
เป้าหมาย	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐
ผลงาน ๖๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐.๐๑	๖.๓๔	๐	๐	๐	๐	๐.๐๑
ผลงาน ๖๑	๐.๗๕	๑.๘๕	๐.๗	๐.๔๔	๑.๗๙	๓.๓๗	๑๐.๗๒	๑.๙๘	๔.๖๓	๖.๔๒	๐.๐๕	๐.๒๗
ผลงาน ๖๒	๑๑.๑๖	๑๗.๗๔	๑๓.๒๖	๗.๕๖	๒๑.๖๘	๓๔.๔๐	๕๑.๘๐	๑๗.๗๔	๒๐.๘๗	๓๓.๘๒	๘.๒๐	๘.๐๗
ผลงาน ต.ค.-พ.ย. ๖๒	๖.๐๒	๖.๒	๒.๖๙	๘.๘๙	๓.๑๗	๙.๐๕	๑๖.๘๔	๖.๙๗	๓.๔๗	๗.๐๑	๔.๒๖	๖.๘๒

๕.๒ ช่องว่าง (Gap) ที่ทำให้ไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจาง ในเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน ในการจ่ายวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียน ยังคงค่อนข้างต่ำ