

รายการตัวชี้วัดที่สนับสนุนการตรวจราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ กรมอนามัย

๑. เป้าประสงค์ : ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย
 - ๑.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
 - ๑.๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์
 - ๑.๓ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ
 - ๑.๔ ร้อยละสาเหตุการเสียชีวิตทางตรง (Direct Cause) ระหว่างตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด
 - ๑.๕ ร้อยละสาเหตุการเสียชีวิตทางอ้อม (Indirect Cause) ระหว่างตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด
 - ๑.๖ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก
๒. เป้าประสงค์ : เด็กพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน
 - ๒.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย
 - ๒.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
 - ๒.๓ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า
 - ๒.๔ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
 - ๒.๕ เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
 - ๒.๖ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน
 - ๒.๗ ร้อยละของเด็กอายุ ๓ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)
 - ๒.๘ ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ
 - ๒.๙ ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม
 - ๒.๑๐ ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว
 - ๒.๑๑ ร้อยละเด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย
 - ๒.๑๒ ร้อยละเด็กปฐมวัยมีภาวะผอม
 - ๒.๑๓ เด็กปฐมวัยมีภาวะอ้วน ไม่เกินร้อยละ ๑๐
 - ๒.๑๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
๓. เป้าประสงค์ : เด็กวัยเรียนวัยรุ่นเข้มแข็ง แข็งแรง และฉลาด
 - ๓.๑ ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
 - ๓.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free)
 - ๓.๓ ร้อยละเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก
 - ๓.๔ ร้อยละของเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และทันตสุขภาพ
 - ๓.๕ อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๐ -๑๔ ปี
 - ๓.๖ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕- ๑๙ ปี
 - ๓.๗ ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี
 - ๓.๘ ร้อยละวัยรุ่น ๑๕-๑๘ ปี สูงดีสมส่วน
๔. เป้าประสงค์ : วัยทำงาน สุขภาพแข็งแรง ฉลาดรอบรู้ และเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ
 - ๔.๑ ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ
 - ๔.๒ ความชุกของภาวะอ้วน (BMI \geq ๒๕ กก/ม^๒ และหรือภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวเกิน ชาย ๙๐ ซม. หญิง ๘๐ ซม.))
 - ๔.๓ อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี
๕. เป้าประสงค์ : ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
 - ๕.๑ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
 - ๕.๒ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
 - ๕.๓ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๖. เป้าประสงค์ : ประชาชนทุกกลุ่มวัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
 - ๖.๑ ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
 - ๖.๒ ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ
 - ๖.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital

**แบบวิเคราะห์ข้อมูลรายเขตสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตรวจราชการ
Cluster/หน่วยงาน สตรีและเด็กปฐมวัย**

๑. ชื่อตัวชี้วัด อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
๒. เป้าหมายและผลการดำเนินงานย้อนหลัง ๓ ปี และผลงาน ณ ปัจจุบัน

เขต	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
เป้าหมาย	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ การเกิด มีชีพ แสนคน
ผลงาน ๖๐	๒๗.๐	๒๗.๑	๒๖.๘	๒๑.๘	๑๐.๒	๑๘.๖	๗.๕	๑๘.๒	๓.๕	๑๐.๑	๒๒.๐	๓๐.๔
ผลงาน ๖๑	๓.๘	๑๕.๐	๑๙.๑	๒๒.๕	๑๒.๔	๑๗.๔	๑๕.๘	๑๖.๖	๑๒.๖	๑๓.๒	๑๔.๖	๓๖.๗
ผลงาน ๖๒	๑๖.๕	๑๒.๕	๒๕.๔	๑๑.๐	๑๖.๔	๑๙.๙	๑๖.๕	๒๔.๖	๑๙.๑	๕.๔	๑๙.๙	๔๑.๙
ผลงาน ต.ค.๖๒	๒๓.๒	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๐.๐	๑๔.๘	๐.๐	๐.๐	๒๑.๘	๓๐.๔	๒๓.๖	๕๔.๗

ที่มา : ข้อมูลปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

๓. ช่องว่าง (Gap) ที่ทำให้ไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

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
 - a. ศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่
 - b. เวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำ ที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว

๒. ระบบบริหารจัดการ

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

๓. ความร่วมมือจากชุมชน/หญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้าและการฝากครรภ์คุณภาพต่ำ เนื่องจากไม่ทราบว่าตนตั้งครรภ์ ไม่มีเวลาฝากครรภ์ ปิดบังข้อมูล ไม่ให้ความร่วมมือ ย้ายถิ่นฐานบ่อย และความเปลี่ยนแปลงด้านสภาพสังคมเมืองที่ขาดความสนใจซึ่งกันและกัน

๔. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง

๔. มาตรการในการปิด Gap และกิจกรรมสำคัญ

มาตรการระดับกรม	มาตรการระดับพื้นที่	กิจกรรมสำคัญ
<p>๑. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ</p> <p>๒. บูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยผ่านกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก และภาคีเครือข่ายในทุกระดับ (MCH Board, PNC)</p> <p>๓. สนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพดำเนินการตามมาตรฐานอนามัยอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๖. พัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังการตายมารดา</p> <p>๗. สนับสนุนการขับเคลื่อนทางสังคมและรณรงค์สร้างกระแสในการเฝ้าระวังการตายมารดา</p> <p>๘. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๑๐. พัฒนาระบบข้อมูล ระบบเฝ้าระวัง และระบบกำกับติดตามของเครือข่ายสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในทุกกระดับ</p> <p>๑๑. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาต้นแบบ</p> <p>๑๒. พัฒนางานองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีในการเฝ้าระวังและลดการตายมารดา</p>	<p>เขตสุขภาพที่ ๑</p> <p>มาตรการที่ ๑ : ระยะเวลาก่อนคลอดเต็มหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีโรคเรื้อรังไม่ได้พบอายุรแพทย์ เน้นกรณีสตรีมีโรคเรื้อรังเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องส่งต่อพบอายุรแพทย์และสูติแพทย์เพื่อวางแผนดูแลรักษาให้การมีการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (Hi-risk Pregnancy Plan) ตลอดจนการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างต่อเนื่อง</p> <p>มาตรการที่ 2 : ทดลองทำนวัตกรรม 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 องค์ประกอบ โดยสังเขปดังนี้ 1) Healthy MUM : คัดกรองภาวะเสี่ยง (ปกติพบร้อยละ 30) โดยเฉพาะด้านอายุรกรรม เพื่อวางแผนการดูแลแบบมีส่วนร่วมระหว่างสามี/ครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 2) Healthy Womb : ดูแลมดลูกให้พร้อมต่อการตั้งครรภ์ (ตรวจหาความผิดปกติของมดลูกและคอมดลูก) 3) Healthy literacy : ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ 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>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. ทดลองทำนวัตกรรม ANC Premium เขตสุขภาพที่ ๑ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑ ปี ๒๕๖๓</p>
	<p>มาตรการที่ ๓ :</p> <p>๓.๑ กระบวนการโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๓.๒ สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามความร่วมมือระหว่างกระทรวง</p> <p>๓.๓ บูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กผ่านกลไก MCH Board</p> <p>๓.๔ พัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>๓.๕ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๓.๖ สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาต้นแบบพัฒนาความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>๑. การประกาศมาตรการเขตสุขภาพที่ ๑ ให้ทราบโดยทั่วกันในที่ประชุม MCH Board</p> <p>๒. ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและสามีเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๓. สนับสนุนพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้และทักษะในการใช้คู่มือ DSPM</p> <p>๔. หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและสามีได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๕. ประสานความร่วมมือขับเคลื่อนการดำเนินการร่วมกับ ๔ กระทรวงหลัก และภาคีเครือข่าย</p>

	<p>มาตรการที่ ๔ : การป้องกันและลดแม่ตายกรณีคลอดที่บ้าน (Home Birth) ในความเป็นจริงเนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าการคลอดในสถานบริการ ในทางปฏิบัติจึงมีมาตรการให้เจ้าหน้าที่ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์คลอดในสถานบริการทุกราย ในกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงให้ส่งต่อพบแพทย์เพื่อวางแผนการคลอดร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ในพื้นที่ห่างไกล ทูรกันดาร ควรจัดให้มีบ้านพักรอคลอดก่อนส่งมายังโรงพยาบาล</p>	<p>เกี่ยวข้อง</p> <ol style="list-style-type: none"> มีมาตรการ No Home Birth ในเขตสุขภาพที่ ๑ และหากมีความจำเป็นในถิ่นทุรกันดารอย่างน้อยต้องคลอดที่รพ.สต. เพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ให้เจ้าหน้าที่/อสม.ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายให้มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ และให้คลอดในรพช./รพท./รพศ.แทนการคลอดที่บ้าน เพื่อป้องกันและลดมารดาตาย
	<p>มาตรการที่ ๕ : การใช้มาตรการป้องกันมารดาตายในระยะคลอดอย่างจริงจัง โดยใช้มาตรการ LABOR Strategy PPH & PIH, Strategy Correct anemia Plan, delivery Fast tract OB รวมถึงการใช้ standing order และช่วยให้แม่โอบกอดลูก เริ่มให้ลูกตูดนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดทุกราย</p>	<ol style="list-style-type: none"> การประกาศมาตรการเขตสุขภาพที่ ๑ ให้ทราบโดยทั่วกันในที่ประชุม MCH Board มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์แนวปฏิบัติร่วมกันผ่านกลุ่มไลน์ (line group) MCH เขตสุขภาพที่ ๑ มีการจัดทำแนวปฏิบัติ CPG MCH region๑ มีการจัดทำ standing order ให้กับรพช. เพื่อให้แพทย์นำไปใช้ได้ทันเวลาที่ มีการจัดทำโปสเตอร์แนวปฏิบัติมอบให้รพช. รพท. รพศ.
	<p>มาตรการที่ ๖ : ปัญหาเดิมยังไม่มีการวางระบบการดูแลหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง ดังนั้นมาตรการใหม่ให้สถานบริการสุขภาพทุกระดับบูรณาการวางแผนดูแลและติดตามเยี่ยมหญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงด้านอายุรกรรมทุกราย โดยบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพให้ได้ครบตามเกณฑ์ คือ หลังคลอด ๗ , ๑๔ , ๓๐ วัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์หญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกราย</p>	<ol style="list-style-type: none"> การประกาศมาตรการเขตสุขภาพที่ ๑ ให้ทราบโดยทั่วกันในที่ประชุม MCH Board นิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลังทั้งจากทีม MCH Board เขตสุขภาพที่ ๑ และโดยทีมMCH Board จังหวัด (เยี่ยมรพช. รพสต.) ให้ข้อเสนอแนะในเวทีประชุมเครือข่ายการทำงาน
<p>เขตสุขภาพที่ ๒</p> <p>มาตรการที่ ๑ : สร้างกระบวนการพัฒนาโดยใช้ ๖ โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ</p>		<ol style="list-style-type: none"> การประชุม MCH Board มาตรการ ๖ โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ การคืนข้อมูลความเสี่ยง การติดตามกลุ่มเสี่ยง/คำแนะนำ นิเทศ/Coaching
	<p>มาตรการที่ ๒ : เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายทุกระดับใช้ ๖ โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> บริการเชิงรุก = PP&P การจัดการความเสี่ยง (HL & RM) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การเชื่อมโยงข้อมูลและบริการ การเฝ้าระวังสถานการณ์ การจัดการสภาพแวดล้อม การบูรณาการเครือข่าย
	<p>มาตรการที่ ๓ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก</p>	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาการทำ MM conference ให้มีคุณภาพตามระยะเวลาที่กำหนด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนางาน

		<p>อย่างต่อเนื่อง (KM & CQI) ผ่านทุกรูปแบบ</p> <p>๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการทักษะการดูแลภาวะวิกฤติฉุกเฉินในหญิงตั้งครรภ์/หญิงคลอด/มีการซ้อมแผนการดูแลภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน</p> <p>๔. ฝึกทักษะบุคลากรในประเด็นที่เป็นปัญหาของแต่ละพื้นที่</p>
	<p>เขตสุขภาพที่ ๓</p> <p>มาตรการที่ ๑ : ปรับระบบ Seamless Refer และจัดทำระบบส่งต่อและระบบ Consult ของทั้ง ๕ จังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๓</p>	<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
	<p>มาตรการที่ ๒ : พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมวิเคราะห์มารดาตายในภาพเขตสุขภาพที่ ๓ - จัดประชุมป้องกันมารดาเชิงรุกของ ๕ จังหวัดในเขต
	<p>มาตรการที่ ๓ : พัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวังด้วยโปรแกรม Save Mom ครอบคลุม ๕ จังหวัดของเขตสุขภาพที่ ๓</p>	<p>นำโปรแกรมมาใช้เดือนมกราคม ๒๕๖๓</p>
	<p>เขตสุขภาพที่ ๔</p> <p>มาตรการที่ ๑ : พัฒนาระบบบริการ</p> <p>๑. Set Zero No ANC</p> <p>๒. High risk pregnancy care</p>	<p>๑. ค้นหาเชิงรุก/ เชิงรับ</p> <p>๒. ดูแลแบบ Man to Man</p> <p>๓. Re-Design โรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๔. ซ้อมแผนกรณีฉุกเฉิน</p> <p>๓. เชื่อมโยงระบบส่งต่อข้อมูล และการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ให้เป็นวงเดียวกัน</p>
	<p>มาตรการที่ ๒ : พัฒนาศักยภาพบุคลากร สร้าง Health Literacy ให้ ประชาชนและชุมชน</p>	<p>๑. กำหนดผู้รับผิดชอบหลัก : Case Manager</p> <p>๒. การดูแลร่วมสหสาขา (Family Planning, CPG high risk)</p> <p>๓. พัฒนาทักษะการสร้าง HL</p> <p>๔. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน</p>
	<p>มาตรการที่ ๓: พัฒนาระบบข้อมูล และการกำกับติดตาม สร้างทีม Coaching (หัวหน้าส่งเสริม +CPM +IT)</p>	<p>๑. พัฒนาทักษะการบันทึกส่งออกข้อมูลแม่และเด็กใน HDC</p> <p>๒. นิเทศ/ กำกับติดตามทุกระดับ</p> <p>๓. เยี่ยมเสริมพลัง</p>
	<p>เขตสุขภาพที่ ๕</p>	<p>๑. ถ่ายทอดนโยบายต้นปีงบประมาณกำกับติดตาม</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>ต่อเนื่อง 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 เสี่ยง 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 เพิ่มความรอบรู้ด้านอนามัยแม่และเด็กตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่แบบ 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 มีการจ่ายยาและกำกับกรกินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 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. สนับสนุนสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๓. จังหวัดจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันแม่ ๑๒ สิงหาคม ของทุกปี และมีการเฝ้าระวังเชิงรุกไตรมาสละ ๑ ครั้ง</p>	<p>๑. ผู้รับผิดชอบใน พท./อสม. ติดตามกำกับปรับปรุงแบบ/ส่งเสริมการอ่าน/การใช้ประโยชน์สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p> <p>๒. จัดอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ เรื่อง พรบ . Milk Code และจัดการเฝ้าระวังการละเมิด</p> <p>๓. กำกับติดตามสถานการณ์ และเฝ้าระวัง การละเมิด Code (Emergency response) ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง</p>

	<p>๔. หน่วยบริการสาธารณสุข มีระบบการติดตาม กำกับการจ่ายยา/การกินยาไทรเฟอรัดิน</p> <p>๕. พัฒนาสื่อให้ความรู้ ทั้งรูปแบบเอกสาร /Application และเผยแพร่ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผ่านเครือข่าย 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. ติดตามกำกับการทำงานผ่านเครือข่าย PM MCH ระดับจังหวัด/อำเภอ</p> <p>๕. จัดตั้งคณะทำงานสืบสวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาเขตสุขภาพที่ ๕</p>	<p>๑. ส่วนกลางและศูนย์เขตบูรณาการแผนฯ ดำเนินงาน และศูนย์เขตชี้แจงนโยบายและแนวทางปฏิบัติให้จังหวัดในเขตรับผิดชอบ</p> <p>๒. ประสานงานกับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และพร้อมสนับสนุนด้านวิชาการ</p> <p>๓. จัดประชุมคณะกรรมการ MCH.Board/ Case Dead Conference/พัฒนาศักยภาพทีมประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กระดับเขต และร่วมประชุมในระดับจังหวัด</p> <p>๔. ประชุมวิชาการงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร</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 มหัศจรรย์ 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 โดยเน้น Prenatal Management และมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิต</p>
	<p>มาตรการที่ ๓ พัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็ก</p>	<p>๑. สนับสนุนระบบการสื่อสารสาธารณะ และความรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ผ่านช่องทางต่าง ๆ (สนับสนุนการสื่อสาร)</p> <p>๒. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน Best Practice (การจัดการความรู้และพัฒนาระบบ IT)</p> <p>๓. วิจัยและพัฒนา ได้แก่ ขยายผลโปรแกรม ANC Hpc (โรงเรียนพ่อแม่ใน ANC)</p>
	<p>เขตสุขภาพที่ ๗</p> <p>มาตรการที่ ๑ : ขับเคลื่อนนโยบายและการบริหารจัดการ</p>	<p>๑. MCH Board ทุก ๓ เดือน</p> <p>๒. บูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกับ Service Plan</p>

ดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา

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 และการคัดกรองคุณภาพใช้ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงและจัดระบบบริการ 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 เพื่อการรักษาต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลผ่านเข้าห้องคลอดและห้องผ่าตัดได้

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. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track)

๗. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track)

มาตรการที่ ๒ : ระบบบริการที่มีคุณภาพ

๑. พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานห้องคลอดตามเกณฑ์กรมการแพทย์

-พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ Classifying Model) พัฒนาสมรรถนะทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน มีระบบให้คำปรึกษา ส่งต่อ (Fast track) และมีคู่มือในการดูแล/ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกแห่ง

๒. มีแผนพัฒนาระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC)

๓. พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อ Consult ผ่าน line application และพัฒนาระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเป็นทางด่วน (Fast Track) เพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลผ่านเข้าห้องคลอดและห้องผ่าตัดได้ทันที จังหวัดมหาสารคามมีการบริหารจัดการ One Labor Room One Province พัฒนาเป็น

๑. การสุ่ม/ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลังตามมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐานห้องคลอดตามเกณฑ์กรมการแพทย์

๒. การใช้แนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามประเภทความเสี่ยง (Health Area ๗ classifying Model) และมีคู่มือในการดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

๓. สนับสนุนระบบเฝ้าระวังและลดมารดาตายระดับประเทศ (PNC)

๔. มีระบบการบริหารจัดการ One Labor Room One Province พัฒนาเป็น One Province One MCH Team

๕. การฝึก Obstetric Crisis

๖. การพัฒนาระบบการกำกับติดตามข้อมูลเช่น จังหวัดมหาสารคาม พัฒนาระบบส่งต่อและเยี่ยม

	<p>One Province One MCH Team</p> <p>๔.การฝึกปฏิบัติภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Obstetric Crisis) เช่น คลอดติดไหล่/Breech assisting/ NCPR และ CPR อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๕.มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและวินิจฉัยโรคควินโรครายที่ตรวจมีประวัติสัมผัสโรค และมีอาการทุกราย ให้ตรวจวินิจฉัย Gene Expert ทุกราย</p> <p>๖.มีการพัฒนาระบบการกำกับติดตามข้อมูลเช่น จังหวัดมหาสารคาม พัฒนาระบบส่งต่อและเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์รายปกติและที่มีภาวะเสี่ยง (COCr๔) จังหวัดร้อยเอ็ด พัฒนาระบบสื่อสาร Nemo care เพื่อส่งต่อและส่งกลับข้อมูล และจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดกาฬสินธุ์ กำลังพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวัง ติดตามหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง (GIS</p>	<p>บ้านหญิงตั้งครรภ์รายปกติและที่มีภาวะเสี่ยง</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 ในพื้นที่ที่มีการประสานงานและวางแผนร่วมกันเพื่อใช้รธ 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.การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงแก่หญิงตั้งครรภ์ โดยการสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้เกิดประโยชน์สูงสุด</p> <p>๓.อบรมเชิงปฏิบัติการ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด สำหรับครู ก จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ครู ก ระดับอำเภอ ถ่ายทอดความรู้ลงสู่รพ.สต.และนำไปสู่การปฏิบัติ และแนวทางเดียวกันเดียวกันทั้งจังหวัด</p>	<p>การสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้เกิดประโยชน์สูงสุด</p>

	<p>เขตสุขภาพที่ ๘ 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. ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูงถ้ามีการตั้งครรภ์ ๒. คัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ 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.ประชุมเชิงปฏิบัติการทักษะการดูแลภาวะวิกฤตฉุกเฉินในหญิงตั้งครรภ์/หญิงคลอด/มีการซ่อมแผนการดูแลภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ๔.ฝึกทักษะบุคลากรในประเด็นที่เป็นปัญหาของแต่ละพื้นที่
	<p>เขตสุขภาพที่ ๙ มาตรการที่ ๑ : การใช้กลไก MCH board / MM conference และทบทวนสาเหตุการตายของมารดา ได้ แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีไข้ และ ที่มีอาการของ Sepsis 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 ในมารดาย้อนหลัง 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 ในมารดาย้อนหลัง ๕ ปี ๒. การจัดการความเสี่ยงการป้องกันการเสียชีวิตด้วย PPH PIH ด้วยการใช้อนุทวงเลือด การใช้ Balloon temponade การใช้ PPH Box และ PIH Box
	<p>เขตสุขภาพที่ ๑๐ มาตรการที่ ๑ : พัฒนาคุณภาพในการคัดกรองและการ</p>	<p>พัฒนาแนวทางพัฒนาแนวทางการดูแลหญิง</p>

	จัดการความเสี่ยง ความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์	ตั้งครรภ์แบบมีส่วนร่วม ผู้เชี่ยวชาญ/ stakeholders (รพสต./รพช) เพื่อพัฒนา เครื่องมือในการ ANC ให้มีประสิทธิภาพ (ทบทวนแบบประเมินความเสี่ยง/ เกณฑ์การ จำแนกการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ทางสูติกรรม/มาตรฐาน ANC คุณภาพ ใน รพ. สต)
	มาตรการที่ ๒ : พัฒนาระบบการส่งต่อ Fast track / ระบบ Consult แม่ข่าย-ลูกข่าย	พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
	มาตรการที่ ๓ : การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการ ดูแลและจัดการภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลัง คลอด	๑. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การ จัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม สำหรับ แพทย์และพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๓” ๒. การพัฒนาองค์ความรู้และฝึกทักษะ บุคลากร ANC LR PP ในการจัดการภาวะ เสี่ยง
	เขตสุขภาพที่ ๑๑ มาตรการที่ ๑ : ถ่ายทอดนโยบายและพัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครือข่ายครบทุกเขต	ขับเคลื่อน MCH Board ให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่
	มาตรการที่ ๒ : ประสาน Service plan สูติฯจัดระบบ Fast tract ระหว่างจังหวัดในเขต ๑๑	ส่งเสริมสุขภาพมารดาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงหลัง คลอดอย่างมีคุณภาพ
	มาตรการที่ ๓ : ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ MCH Board เขต - มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดาระดับเขต - เชิดชูเกียรติ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ Bird’s eye view เพื่อเป็นนวัตกรรมเป็นที่เรียนรู้ ,up to you เพื่อให้ ความรู้กับประชาชน	๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลด้วย เทคโนโลยีและนวัตกรรม ๒. สร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพแก่ครอบครัว ชุมชน
	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 กำกับ ติดตาม Action Plan หลังทบทวน ๔. จัด near miss Conferences prehos ๕. สร้างตัวชี้วัด การส่งต่อ

	<p>มาตรการที่ ๓ : ระบบการกำกับติดตาม</p> <p>นโยบายการ เข้าถึงยาฝัง</p>	<p>๑. กำหนดนโยบาย โดย MCH Board ดูแลANC High Risk ต่อเนื่องถึงหลังคลอดในชุมชนจัดทำแนวทางระดับความเสี่ยง</p> <p>๒. จัดระบบการให้ความรู้ Health literacy Promotion ในชุมชน</p> <p>๓. พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา BP โดยสูติแพทย์ แพทย์ผู้ดูแล มีผลต่อการ ตัดสินใจรับบริการเว้นช่วงระยะการมีบุตรในหญิงตั้งครรภ์ High Risk</p> <p>๔. เพิ่ม ทักษะคิดเชิงบวกให้กับจนท.ติดตามหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ได้รับ BS</p>

๕. Small Success (ที่เป็น Key Result ในมุมของจังหวัด)

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
<p>เขตสุขภาพที่ ๑</p> <p>๑. มีมาตรการลดมารดาตายของเขตสุขภาพที่ ๑</p> <p>๒. มีการประกาศมาตรการลดมารดาตายของเขตสุขภาพที่ ๑ ผ่านการขับเคลื่อนกลไก โดย MCH Board</p> <p>๓. มีคณะทำงานสืบสวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา เขตสุขภาพที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๓</p>	<p>๑. มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง</p> <p>๒. รพ.ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอนามัยและเด็ก ได้รับการประเมินครบร้อยละ ๑๐๐</p>	<p>๑. มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ANC คุณภาพ / LR คุณภาพ / PP / WCC คุณภาพ ของ MCB Board จังหวัด/เขตสุขภาพที่ ๑</p> <p>๒. อัตราส่วนการตายของมารดาไทยจากสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ Direct Cause ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด และ ความดันโลหิตสูง เท่ากับ ๐</p>	<p>๑. อัตราส่วนการตายของมารดาไทยจากสาเหตุการตายที่ป้องกันได้ Direct Cause ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด และ ความดันโลหิตสูง เท่ากับ ๐</p> <p>๒. อัตราส่วนการตายของมารดาไทยลดลง < ๑๗ : ๑๐๐๐๐๐ การเกิดมีชีพ (Direct Cause / Indirect Cause)</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๒</p> <p>๑. ประกาศนโยบายระดับเขตถ่ายทอดและขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>๒. MCH Board ทุกกระดับประชุมวางแผนติดตามงานทุก ๓ เดือน</p> <p>๓. รพศ./รพท./Node มีและปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการดูแลภาวะเสี่ยงทุกระยะ</p> <p>๔. นิเทศ กำกับ Coaching</p>	<p>๑. ระดับความสำเร็จการเตรียมปัจจัยนำเข้า การดำเนินการตาม กระบวนการ ผลลัพธ์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข</p> <p>๒. ความครอบคลุมการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ด้วย ๖ โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ (Six Value MCH Program) ใน รพศ. รพท. รพช.รพ</p>	<p>๑. Coaching on the job training</p> <p>๒. MM Conference ,CQI</p>	<p>๑. อัตราส่วนการตายมารดา ๑๓.๘๙ ต่อแสน LB</p> <p>๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤๒๘ วัน ๓.๖๗ ต่อแสน LB</p> <p>๓. การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ<๒๐ ปี ๑๕.๘๙%</p> <p>๔. ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการ ๘๘.๘๓% พัฒนาการสงสัยล่าช้า ๒๐.๕๙% ติดตาม</p>

<p>๕. ซ่อมแผนปฏิบัติการ ดูแลภาวะวิกฤตมารดา และทารก</p>	<p>สต.</p>		<p>กระตุ้น ๗๙.๙๖% พัฒนาการสมวัย ๙๕.๙๕% TEDA๔1 ๓๙.๐๖% ๕. เด็กปฐมวัยสูงตีสม ส่วน ๕๐.๖%</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๓ ๑.มีแผนปฏิบัติการ/แผนการ ดำเนินงานที่สอดคล้องกับ สถานการณ์ในพื้นที่เขต สุขภาพที่ ๓ ๒.มีการถ่ายทอดนโยบายและ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและ เครือข่าย ๓. มีการจัดตั้งศูนย์/ทีม วิเคราะห์มารดาตายของเขต สุขภาพที่ ๓</p>	<p>มีการสืบสวนมารดาตายทุก รายและมีการออกมาตรการ เพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบ พร้อมรายงานภายใน ๑ เดือน</p>	<p>วิเคราะห์ผลการทำงาน</p>	<p>- ติดตามประเมินผล ๑. MMR ๑๗ : ๑๐๐๐๐๐ LB ๒. ลดการตายจาก PPH = ๐</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๔</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>อัตราส่วนการตายมารดา ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการ เกิดมีชีพ</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๕</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>อัตราส่วนการตายมารดา ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการ เกิดมีชีพ</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๖ ๑.บุคลากรสาธารณสุขได้รับการ พัฒนาศักยภาพเพื่อการ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ๒.สนับสนุน และขับเคลื่อน กลไกคณะกรรมการMCH Board, คณะอนุกรรมการสตรี และเด็กปฐมวัยจังหวัด ,คปสอ.,พขอ. ๓.พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ค้นหาความเสี่ยง</p>	<p>เยี่ยมเสริมพลัง ติดตาม ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>๑.รณรงค์/สื่อสาร ประชาสัมพันธ์โครงการ เตรียมความพร้อมก่อนดาร์มี บุตร ได้แก่ สวแก้มแดง ๒.สนับสนุนการจัดการ นวัตกรรม/Best Practice รวบรวม สื่อสาร และขยายผล ๓. ติดตามการบูรณาการ ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน</p>	<p>อัตราส่วนการตายมารดา ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการ เกิดมีชีพ</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๗</p>	<p>๑. มาตรฐานงานอนามัยแม่</p>	<p>๑.มีระบบการประเมินผล</p>	<p>๑.อัตราส่วนการตาย</p>

<p>๑. มีข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่การ แก้ไขปัญหา</p> <p>๒.วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทย</p> <p>๓. มีแผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ ช่างต้นได้</p> <p>๔. มีมาตรการ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดา ในพื้นที่</p> <p>๕. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ และใช้มาตรการ/ข้อเสนอเชิง นโยบายในการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานเพื่อป้องกันและลด การตายมารดา</p> <p>๖. การบริหารจัดการเพื่อลดการ ตายมารดา</p> <ul style="list-style-type: none"> - การป้องกันการเกิด ๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer - จัด Zoning ผู้เชี่ยวชาญและจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือ มารดาเสี่ยง - มีStanding Order - มีคู่มือ/แนวทางในการป้องกัน การตายมารดาจากการตกเลือด และความดันโลหิตสูง - ประชุม MCH board อย่างน้อย ๓ เดือนครั้ง /ประชุม MMR conference - ระบบค้นหา คัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ ANC&LR - ส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ด้านโภชนาการ เช่นได้รับอาหารครบถ้วน เพียงพอ ไม่หวาน มันเค็มจัด ตามหลักโภชนาการ ติดตามการกินยา 	<p>และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> -สนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่จัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก -เยี่ยมเสริมพลังมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก <p>๒.มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองและจัดการหญิงตั้งครรภ์/หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง/การส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉิน</p> <p>๓. ร้อยละ ๒๐การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงจากปี ๖๒</p> <p>๔ ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูงจากปี ๖๒</p> <p>๕ ร้อยละ๒๐ การตายจากสาเหตุทางอ้อมลดลงจากปี ๖๒</p> <p>๖.ร้อยละ ๙๐ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง</p> <p>๗. ร้อยละ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง</p> <p>๘.ร้อยละ ๑๐๐ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการจัดการและส่งต่อดูแลรักษา</p> <p>๑๐ ร้อยละ ๔๐ มีการประเมินและรับรองมาตรฐานผ่านระบบออนไลน์</p> <p>๑๑.สืบสวนมารดาตาย/ MMR conference ทุกราย</p>	<p>มาตรการและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนสถานการณ์ <p>ปรับปรุงมาตรการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากBest Practice <p>๒.มีแผนการดำเนินงานที่ปรับปรุงสอดคล้องเพื่อแก้ปัญหา(Action Plan) ๕ เดือนแรก</p> <p>๓.HL โดยใช้สื่อโครงการ ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก</p> <p>๔.เยี่ยมเสริมพลังมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๕. ส่งเสริมการใช้ early warning signs เพื่อค้นหาคัดกรองและ จัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงในชุมชน</p> <p>๖. สนับสนุนการขับเคลื่อน PNC /Save Mom</p> <p>๗. ร้อยละ ๕๐ มีการประเมินและรับรองมาตรฐานผ่านระบบออนไลน์</p>	<p>มารดาไม่เกินร้อยละ ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>๒. ร้อยละ ๒๐การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลงจากปี ๖๒</p> <p>๓. ร้อยละ ๓๐ ของการตายมารดาจากความดันโลหิตสูงจากปี ๖๒</p> <p>๔. ร้อยละ๒๐ การตายจากสาเหตุทางอ้อมลดลงจากปี ๖๒</p> <p>๕.ร้อยละ ๙๐ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง</p> <p>๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง</p> <p>๗.ร้อยละ ๑๐๐ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการจัดการและส่งต่อดูแลรักษา</p> <p>๘ ร้อยละ ๖๐ มีการประเมินและรับรองมาตรฐานผ่านระบบออนไลน์</p>
--	--	--	---

<p>เม็ตเสริม ไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก ของหญิงตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการใช้ early warning signs เพื่อค้นหา คัดกรองและ จัดการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงในชุมชน - ส่งเสริมการใช้สมุดสีชมพู - ประชาสัมพันธ์ โครงการ ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก - สนับสนุนการขับเคลื่อน PNC /Save Mom - ขับเคลื่อนการประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กผ่านระบบออนไลน์ 			
<p>เขตสุขภาพที่ ๘</p> <p>๑. ประกาศนโยบายระดับเขตถ่ายทอดและขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>๒. MCH Board ทุกระดับ ประชุมวางแผนติดตามงานทุก ๓ เดือน</p> <p>๓. รพศ./รพท./Node มี และปฏิบัติตามข้อตกลงร่วมระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการดูแลภาวะเสี่ยงทุกระยะ</p> <p>๔. นิเทศ กำกับ Coaching</p> <p>๕. ซ้อมแผนปฏิบัติการดูแลภาวะวิกฤตมารดาและทารก</p>	<p>๑. นิเทศ กำกับนโยบายการใช้ Warning signs สู่ การปฏิบัติ</p> <p>๒. นิเทศ กำกับ การปฏิบัติตามแนวทาง Region ๘ Model</p> <p>๓. Coaching on the job training</p> <p>๔. MM Conference ,CQI</p> <p>๕. เยี่ยมเสริมพลัง</p>	<p>๑. Coaching on the job training</p> <p>๒. MM Conference ,CQI</p>	<p>๑. อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๕ ราย (ลดลง ๕๐%จากปีที่ผ่านมา)</p> <p>๒. อัตราทารกตายจาก BA ลดลง ๕๐%</p> <p>๓. จังหวัดในเขต ผ่าน PNC MCH ปีละ ๒ จังหวัด(ปี ๒๕๖๒ จังหวัดสกลนครและจังหวัดหนองบัวลำภู/ปี ๒๕๖๓ จังหวัดนครพนมและจังหวัดเลย)</p> <p>๔. อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง ๑๐%</p> <p>๕. MM Conference ,CQI</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๙</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>อัตรามารดาเสียชีวิตไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๐</p> <p>๑. ทบทวน ระบบข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม</p> <p>๒. ทบทวนแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน ANC คุณภาพ ใน รพช./รพ.สต</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพช.ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมารดาเสียชีวิต</p> <p>๒. พัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม</p>	<p>๑. จังหวัดมีระบบการคัดกรองและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม</p> <p>๒. มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>๑. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการคัดกรองและดูแลทุกราย</p> <p>๒. อัตรามารดาเสียชีวิตไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ</p>

<p>เขตสุขภาพที่ ๑๑</p> <p>๑. มีแผนปฏิบัติการ/แผนดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ และมีระบบประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อกำหนดมาตรการ MCH Board จัดระบบ Fast tract ในจังหวัด</p> <p>๒. ถ่ายทอดนโยบายและจัดทำแผนสู่การปฏิบัติ ในระดับจังหวัด /รพ.</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพทีมงาน ทบทวนทักษะ องค์ความรู้ เน้น ANC Risk ,CPG ในระดับจังหวัด</p> <p>๔. Pre นิเทศถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อเป็นข้อมูลในการนิเทศครั้งที่ ๑</p>	<p>มีการสอบสวนการตายมารดา และมีการออกมาตรการเพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบ พร้อมรายงานภายใน ๑ เดือน</p>	<p>๑. ANC คุณภาพ ๕ ครั้ง เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖</p> <p>๒. ร้อยละ ๕๗ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำ ความสะอาด</p> <p>๓. นิเทศติดตามและรับฟังปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อเป็นข้อมูลในการนิเทศครั้งที่ ๒</p>	<p>อัตราการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๒</p> <p>๑. ประชุมจัดระบบ Refer ในระดับเขต</p> <p>๒. วางระบบรายงานและ ทบทวน</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราการปฏิบัติตาม CPG - อัตราการชะลอการรับ refer <p>๓. สนับสนุน ยาฝังคุมกำเนิด</p> <p>๔. อบรมทีมนำขับเคลื่อน เครือข่าย PNC</p>	<p>๑. ดำเนินงานและติดตามการทบทวนเวชระเบียน</p> <p>๒. ติดตามตัวชีวิต</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพ แพทย์ พยาบาล training</p> <p>๔. ประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>๑. ประเมินรับรอง MCH /PNC</p> <p>๒. นิเทศเสริมพลัง</p> <p>๓. วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน</p>	<p>- ติดตามและประเมินผล</p> <p>๑. MMR < ๓๔:๑๐๐,๐๐๐ LB</p> <p>๒. ลดการตายจาก PPH =๐</p> <p>๓. ตายจาก PIH ลดลงจากเดิม ๒๕%</p>

๖. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

๑. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยง โดยการสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ส่งเสริมการฝากท้องเร็ว / สร้างกระแสสังคมการดำเนินงานเก้าย่างเพื่อสร้างลูก / ยกระดับ HL ภาคประชาชน
๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากร อบรมและฝึกซ้อมการช่วยชีวิตเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ (CPR) ฝึกซ้อมเมื่อเกิดภาวะวิกฤติทางสูติกรรมแบบบูรณาการทั้งระบบ อย่างน้อยปีละครั้งโดยเน้นภาวะตกเลือดและความดันโลหิตสูง
๓. พัฒนาระบบบริการ
 - คลินิกฝากครรภ์คุณภาพ แก้ไขภาวะซีด โภชนาการ น้ำหนักทารก การติดเชื้อ
 - ห้องคลอดคุณภาพ Standing Order, ลดการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ PPH, PIH ,ระบบส่งต่อ On time refer, ทีมช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติทางสูติกรรมตลอด ๒๔ ชม. ready team
๔. พัฒนาเครือข่ายและระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด Zoning & Network

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

๕. พัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังมารดาตายที่มีประสิทธิภาพ

๗. ผู้รายงาน..... หน่วยงาน.....
โทรศัพท์..... e-mail

ส่งกองแผนงานทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ evaluation.a@anamai.mail.go.th
ภายในวันศุกร์ที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๒