

การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ

ประเด็นหลัก : การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

สถานการณ์

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอัตราส่วนการตายมารดาของจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง จากการข้อมูลฐาน HDC พบว่า ปี พ.ศ.๒๕๕๕ – ๖๐ อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ ๓๐.๙๒, ๒๓.๒๓, ๑๕.๔๓, ๐, ๔๕.๐๐ และ ๒๒.๗๕ ตามลำดับ และจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขรอบ ๒ ประจำปี ๒๕๖๐ (๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐) พบว่า มีรายงานมารดาตาย จำนวน ๒ ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๒.๗๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และข้อมูลไตรมาสแรกของปี ๒๕๖๑ (ณ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๑) ยังไม่มีรายงานมารดาตาย แสดงให้เห็นว่า สถานการณ์มารดาตายในปี ๒๕๖๑ ลดลงเมื่อเทียบกับอัตราส่วนการตายมารดาในช่วงเวลาเดียวของปี ๒๕๖๐ ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังและขับเคลื่อนมาตรการป้องกันที่มีคุณภาพ และเมื่อพิจารณาสาเหตุการตายของมารดาส่วนหนึ่งมาจากภาวะแทรกซ้อนช่วงระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ได้แก่ ภาวะ PPH และ PIH อีกส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากสาเหตุโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น โรคหัวใจ, Sepsis, HIV เป็นต้น จึงต้องมุ่งเน้นการทบทวนสาเหตุการตายของมารดาเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์และหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงหรือโรคทางอายุรกรรมและการจัดการรายบุคคล และทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการคลอดและหลังคลอด

สำหรับผลการจัดบริการตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก จำนวน ๑๔ แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด ๑๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๘ นอกจากนี้งานบริการฝากครรภ์คุณภาพ ได้แก่ การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ เท่ากับ ๕๕.๓๕ (ตามแผนภูมิที่ ๑) ซึ่งผลการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ ๖๐) และยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ๕ ครั้ง (เกณฑ์ร้อยละ ๖๐), การดูแลหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง (เกณฑ์ร้อยละ ๖๕), หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (เกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐), เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (เกณฑ์ร้อยละ ๗) ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ตามแผนภูมิที่ ๒, ๓, ๔ และ ๕) คือ ร้อยละ ๓๙.๕๙, ๒๒.๗๖, ๖๓.๙๒ และ ๕.๕๓ ตามลำดับ ซึ่งมีผลต่อภาวะการเจริญเติบโตที่เต็มศักยภาพและพัฒนาการที่สมวัยของเด็กปฐมวัยในภาพรวม ดังแผนภูมิที่ ๗ และ ๘ ที่เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ ๕๔) คือ ร้อยละ ๔๘.๖๒

อย่างไรก็ตามในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มีตัวชี้วัดกระบวนการในประเด็นการแก้ไขปัญหาการตายมารดาในระดับจังหวัด คือ จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาการตายมารดาในพื้นที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ พบว่า โดยภาพรวมสามารถดำเนินการได้ ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้ถึงแม้ว่าจังหวัดจะสามารถดำเนินการได้ครบทั้ง ๕ องค์ประกอบ คือ ๑) มีคณะกรรมการ MCH Board ๒) มีการดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ๓) มีการจัดโซนนิ่งและระบบส่งต่อ ๔) มีการสืบสวนสาเหตุการตาย และ ๕) รวบรวม วิเคราะห์และส่งกลับ แต่เมื่อนำเงื่อนไขผลการดำเนินงานของจังหวัดในการลดอัตราการตายมารดาให้ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐ เทียบกับปี พ.ศ.๒๕๕๙ พบว่ามีหลายอำเภอที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้

สำหรับประเด็นที่ ๓ การจัดโซนนิ่งและระบบส่งต่อ จังหวัดกาฬสินธุ์ได้มีการจัดประชุม MCH Board ครั้งที่ ๑ / ๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม รพ.กาฬสินธุ์ ซึ่งมีข้อสรุปตามเอกสารแนบท้าย

ทั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยง (RCA) ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ไม่ครอบคลุม ,ไม่สามารถเข้าถึงผู้รับบริการ ,การค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ในพื้นที่ยังไม่เข้มข้น (เชิงรุก) ,หญิงตั้งครรภ์ไม่เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์,

ครอบครัวยังไม่ตระหนักเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ,ทักษะความรู้ของการฝากครรภ์ของเจ้าหน้าที่ยังไม่ครอบคลุมความเสี่ยง ,หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถประเมินตนเองในภาวะเจ็บครรภ์คลอด และระบบส่งต่อ (EMS อปท.) ขาดทักษะในการทำคลอดฉุกเฉิน รวมถึงประสิทธิภาพในการส่งต่อระบบ Fast track โดยภารกิจเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ (ธ.ค.๖๐ - ม.ค.๖๑) ได้แก่ การคืนกลับข้อมูล /กำหนดเป็นวาระอำเภอ ขับเคลื่อน “มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต ,การประชุม MCH /WCC BOARD เพื่อทบทวนประสิทธิภาพระบบ Fast track /ทบทวนระบบบริการในคลินิกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (High Risk Clinic) และการอบรม ครู ข ตำบลส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยครบทุกตำบล

ทั้งนี้ ประเด็นการขับเคลื่อนเพื่อดำเนินงานป้องกันการตายมารดาที่มุ่งเน้นสำคัญในทุกพื้นที่และทุกหน่วยบริการ ได้แก่

๑. ระบบบริหารจัดการและขับเคลื่อนการดำเนินงาน
๒. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดปัจจัยเสี่ยง
๓. การสร้างภาคีเครือข่าย
๔. ระบบบริการที่มีคุณภาพ

และประเด็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่

๑. ร้อยละของความครอบคลุมอย่างน้อย ร้อยละ ๙๐ : ครอบคลุมความครอบคลุมในเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพและสังคม
๒. ร้อยละของพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ : ครอบคลุมการสร้างสมรรถนะ/ศักยภาพ และเสริมกำลังใจของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
๓. ร้อยละของการติดตาม : ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ครอบคลุมการติดตามให้ครอบคลุมเด็กสงสัยล่าช้าทุกคน

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่

๑. ใช้กลไกในพื้นที่
 - คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกระดับ
 - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
 - MCH Board ผ่าน Child Project Manager กำกับ ติดตามการดำเนินงาน และจัดบริการที่ได้มาตรฐาน เข้าถึงบริการเท่าเทียม
๒. สร้างการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน
 - สนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่/ครูพี่เลี้ยง และพ่อแม่ ผู้ปกครองในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)
 - เยี่ยมเสริมพลังโครงการเฉลิมพระเกียรติฯ
๓. ประสานแหล่งเงินทุนภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น สปสช., สสส. เป็นต้น
๔. กำกับ ติดตามการดำเนินงาน ในเรื่อง การกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามเด็กสงสัยล่าช้ากลับมาประเมินซ้ำ ภายใน ๓๐ วัน

ผลลัพธ์ที่ต้องการในการป้องกันมารดาตาย

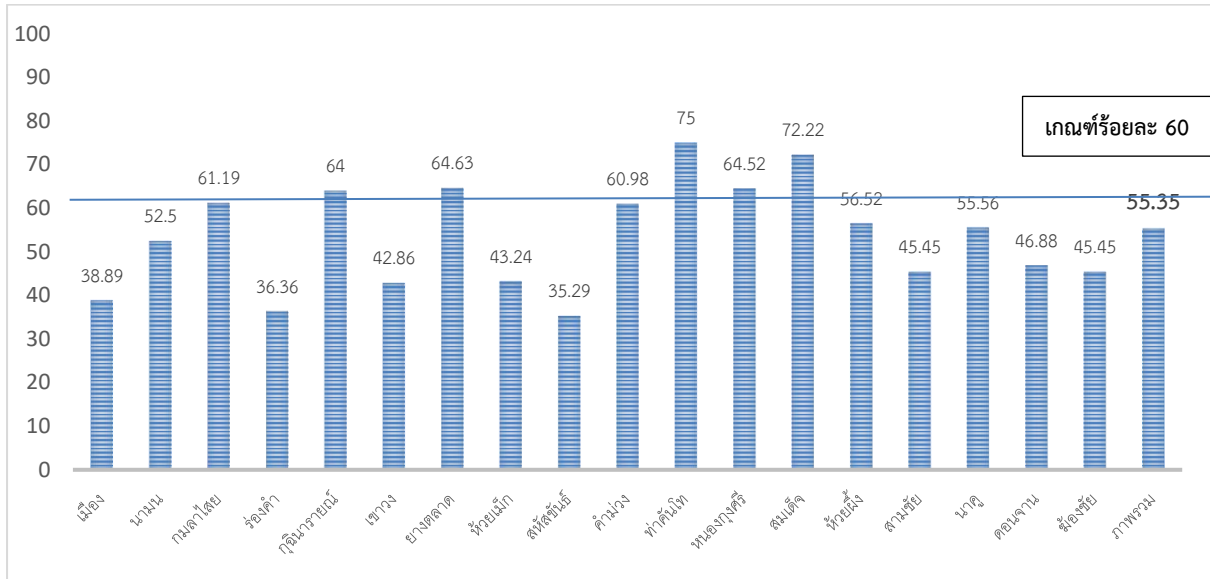
๑. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข
๒. มีมาตรการ /แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันและลดการตายมารดา
 - มีการจัด Zoning ผู้เชี่ยวชาญและการจัดการระบบส่งต่อช่วยเหลือมารดาเสี่ยง
 - มี Standing Order ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อป้องกันมารดาตายจากสาเหตุการตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

๓. มีกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งมีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการและมาตรการในการป้องกันการตายมารดาสู่ผู้ปฏิบัติ
๔. มีระบบเฝ้าระวังการตายมารดาทุกอำเภอ และรายงานจำนวนมารดาตายรายเดือน
๕. มีแผนการประชาสัมพันธ์ สื่อท้องถิ่น สื่อบุคคล เน้น เรื่อง ผ่าท้องเร็ว โภชนาการ ภาวะเสี่ยงฯ
๖. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และ ทักษะในการดำเนินงาน
๗. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามี หรือญาติเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบ แพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
๘. โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ,ห้องคลอดผ่านเกณฑ์คุณภาพ และมีการคลอดมาตรฐาน
๙. หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ,ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้งตามเกณฑ์ มีภาวะโลหิตจางน้อยกว่าร้อยละ ๑๖ และหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์
๑๐. การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือด และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงจากปี ๒๕๖๐
๑๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน ๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต

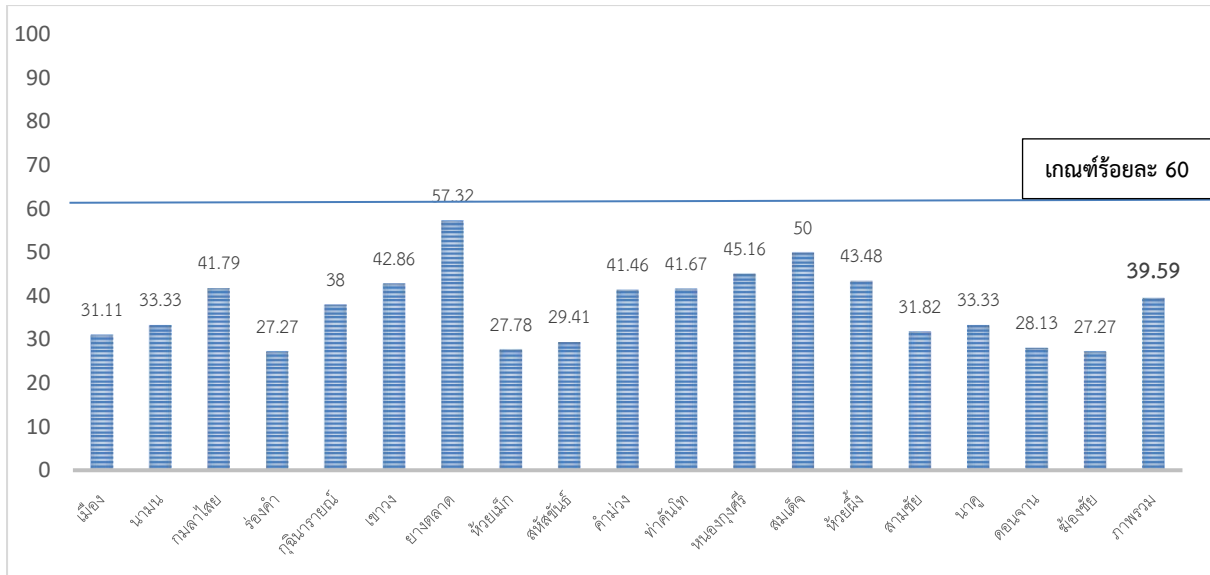
ผลลัพธ์ที่ต้องการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

๑. มีความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ MCH Board อย่างเป็นรูปธรรม
๒. ความครอบคลุมการคัดกรองอย่างน้อย ร้อยละ ๙๐ ,เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ,การกระตุ้นติดตาม ร้อยละ ๑๐๐
๓. พ่อแม่ ผู้ปกครองตระหนักและให้ความสำคัญต่อการคัดกรองพัฒนาการเด็ก และพาเด็กกลับมาประเมินซ้ำ ภายใน ๓๐ วัน
๔. เจ้าหน้าที่/ครูพี่เลี้ยงมีความเข้าใจและปฏิบัติงานในการค้นหาเด็กสงสัยล่าช้าเพิ่มขึ้น

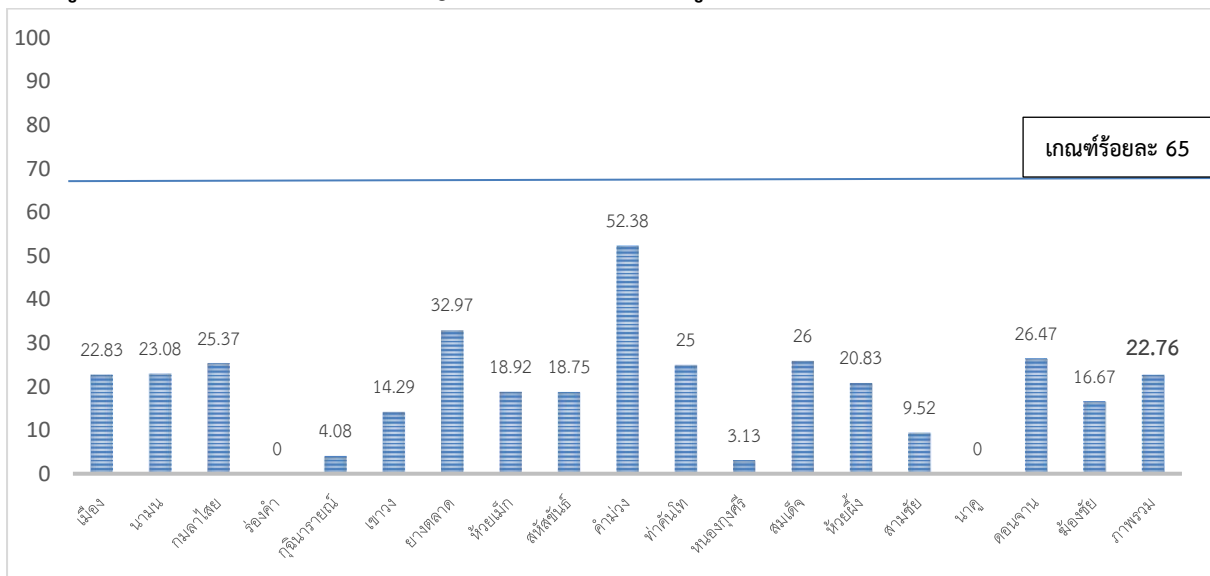
แผนภูมิที่ 1 กราฟแสดงร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์



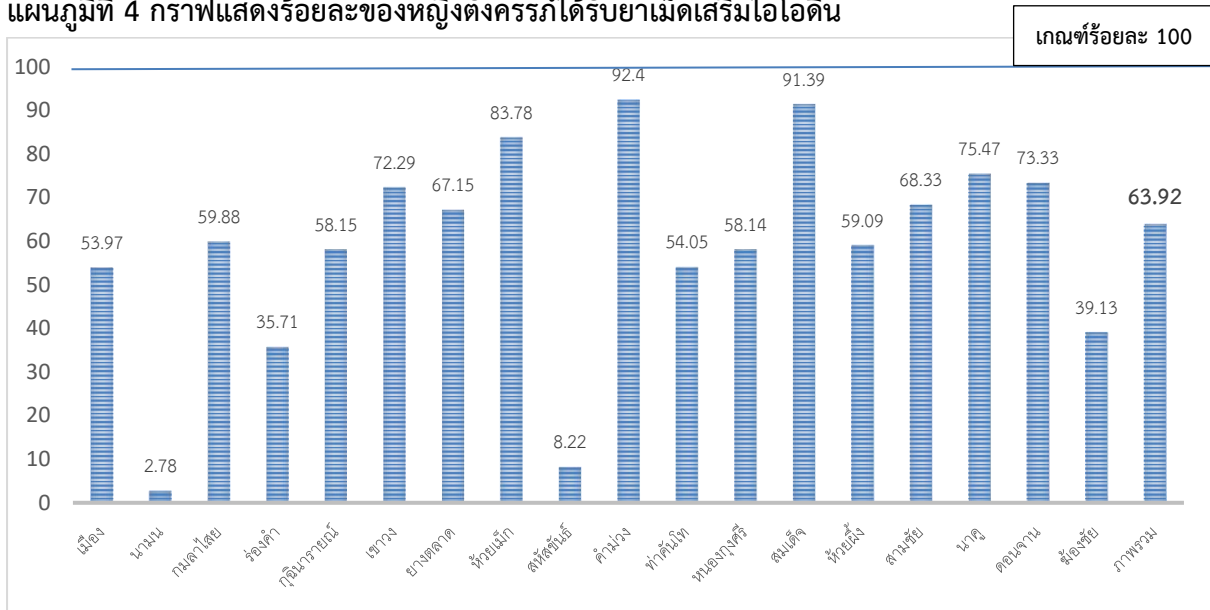
แผนภูมิที่ 2 กราฟแสดงร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ



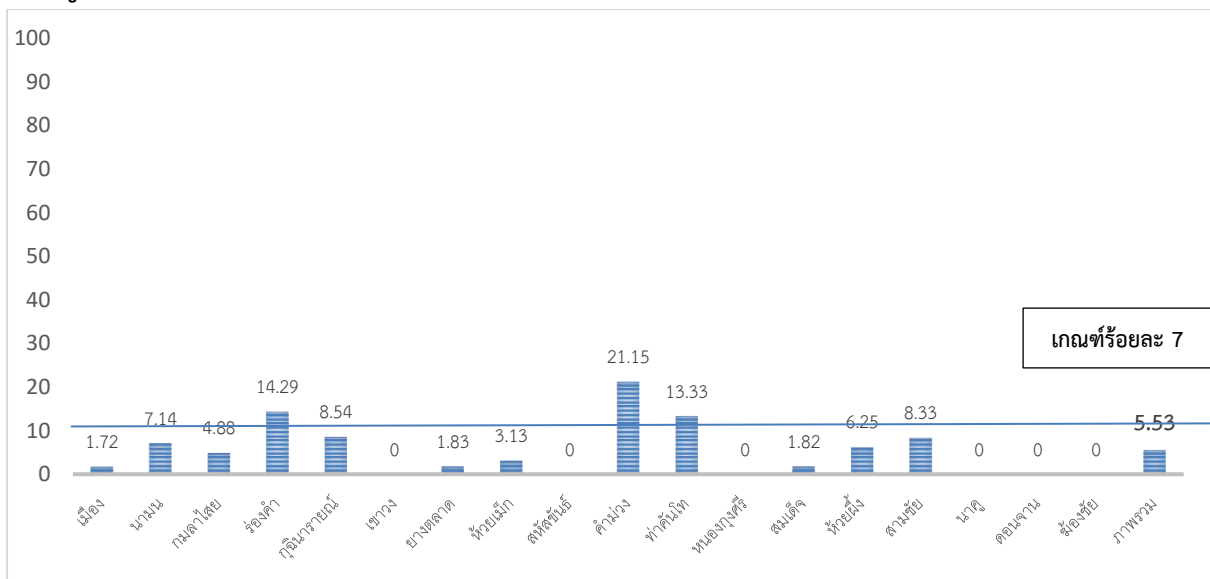
แผนภูมิที่ 3 กราฟแสดงร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์



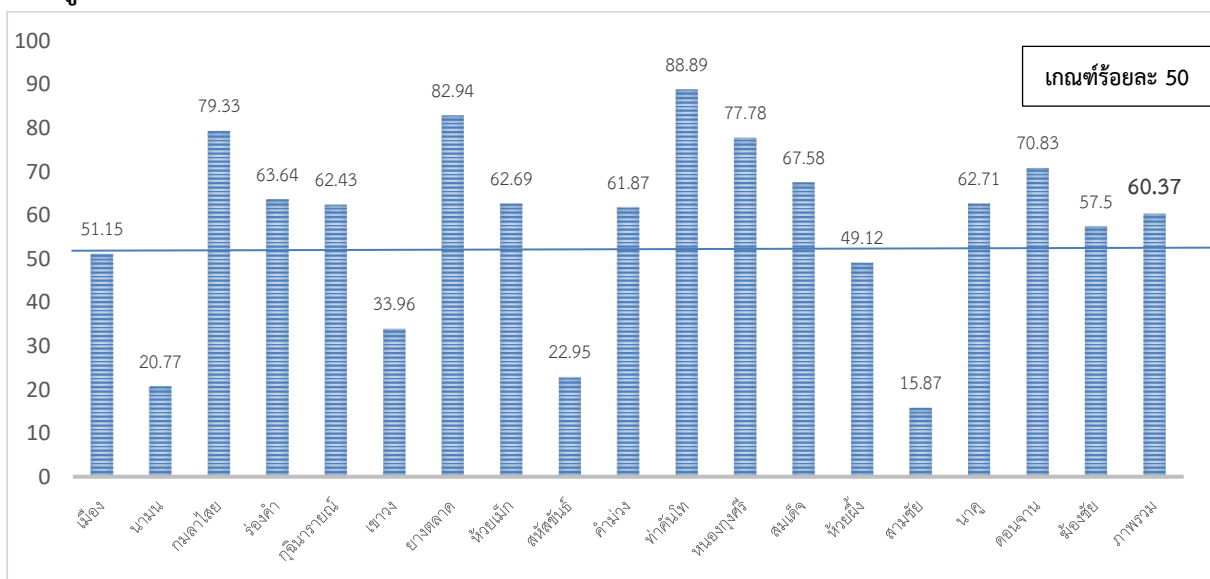
แผนภูมิที่ 4 กราฟแสดงร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน



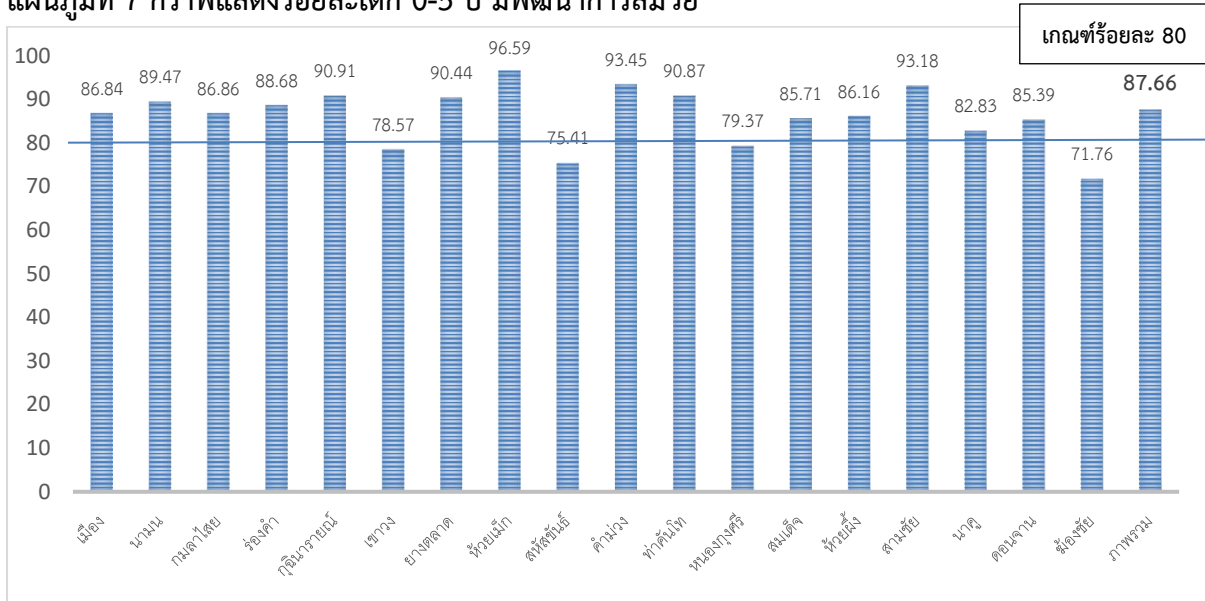
แผนภูมิที่ 5 กราฟแสดงร้อยละเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม



แผนภูมิที่ 6 กราฟแสดงร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว



แผนภูมิที่ 7 กราฟแสดงร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย



แผนภูมิที่ 8 กราฟแสดงร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

