**บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ 2563 รอบที่ 1**

**ประเด็นที่ 3 : สุขภาพกลุ่มวัย หัวข้อ สุขภาพกลุ่มสตรี**

**เขตสุขภาพที่ 8**

**ประเด็นตรวจราชการ : สุขภาพกลุ่มวัย**

**หัวข้อ / ตัวชี้วัด 3.1 : สุขภาพแม่และเด็ก(ประเด็นสุขภาพกลุ่มสตรี)**

**1) เป้าหมาย และผลงาน**

เป้าหมาย : อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ**)**

ผลลัพธ์ : 22.49 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

**2) สรุปสถานการณ์**

อัตราส่วนการตายของมารดา เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2559-2563 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาเป็น 14.55 (7 ราย), 18.25 (9 ราย), 16.97 (8 ราย), 27.15 (11 ราย) ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ สำหรับการตายมารดาในปีงบประมาณปี 256๓ ข้อมูลตั้งแต่ เดือนตุลาคม 256๒ - 29 กุมภาพันธุ์ 256๓ พบว่าเขตสุขภาพที่ 8 มีมารดาตายทั้งหมด 5 ราย เป็นมารดาสัญชาติไทย 4 ราย สปป.ลาว 1 ราย คิดเป็นอัตรา 22.49 (4 ราย) ต่อแสนการเกิดมีชีพ สาเหตุการตายจาก Direct cause 1. ราย Eclampsia c Chronic HT c Intra Cerebral Hemorrhage 1 ราย และ Indirect cause 4 ราย จาก CA Breast with lung metastasis 1ราย ,Severe Sepsis c multiples organ failure 1 ราย ,Sepsis c Spleen abscess 1 ราย (สปป.ลาว) และCA Rectum c Liver metastasis 1 ราย พบว่าร้อยละ 80 จากสาเหตุ Indirect cause

จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาด้วยทฤษฎี 3 Delay พบว่า 1.Delay in seeking care หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองและเข้ารับบริการทันท่วงที 70 % 2. Delay in reaching care ไม่พบปัญหา มีระบบการจัดโซนส่งต่อทั้งในและนอกเขตบริการ 3. Delay in receiving adequate health care มีความล่าช้าในระบบบริการ การวินิจฉัย และตัดสินใจรักษา 85 % การสื่อสารความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์น้อยขาดการเชื่อมโยงและวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงร่วมกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพ 85 % รพช. มีการคลอดน้อยกว่า 100 รายต่อปี 40 % ซึ่งส่งผลให้บุคลากรขาดความชำนาญในการทำคลอดกรณีฉุกเฉิน และยังพบว่าบุคลากรขาดประสบการณ์,ความรู้,การแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉิน 85 % เมื่อมีมารดาตายพื้นที่ รพ.ที่มีมารดาตายทุกรายไม่มีรายงานการตายแก่สสจ.ภายใน 24 ชั่วโมง และสสจ.มีการรายงานการตายมารดาถึงศูนย์อนามัยที่ 8 ภายใน 24 ชั่วโมงร้อยละ 80 เกิดความล่าช้าในการทบทวนสาเหตุการตายมารดา ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์มารดาตายซ้ำในจังหวัดและในเขตสุขภาพที่ 8

จุดแข็งของเขตสุขภาพที่ 8 มีผู้บริหาร และทีมนำ MCHB เข้มแข็งตระหนักถึงปัญหาจึงได้มีการกำหนดนโยบายเขตสุขภาพต้องผ่านการประเมินมาตรฐานเครือข่ายบริการสุขภาพแม่และเด็ก (PNC) ทุกจังหวัด และมี 2 จังหวัดที่ผ่านการประเมินแล้วคือจังหวัดอุดรธานี และจังหวัดสกลนคร มีบทเรียนที่ดีจากอุดรโมเดล

**3) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือความเสี่ยงต่อความไม่สำเร็จของงาน**

-ภาระงานมากบุคลากรหมุนเวียนบ่อยส่งผลให้บุคลากรขาดความชำนาญในการทำคลอดกรณีฉุกเฉิน

-Delay in receiving adequate health care มีความล่าช้าในระบบบริการ การวินิจฉัย และตัดสินใจรักษา

-ขาดการเชื่อมโยงและวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงการดูแลร่วมกันจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

**5) ปัจจัยความสำเร็จ**

-มีผู้บริหาร และทีมนำ MCHB เขตที่เข้มแข็ง

**6) ประเด็นที่ควรกำกับติดตามการตรวจราชการ รอบ 2**

-คุณภาพการให้บริการตามมาตรฐาน ANC คุณภาพทุกระดับสถานบริการ

-ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (one patient many doctors)

ผู้รับผิดชอบ/ผู้เขียนรายงาน นางสาวดวงใจ กันธิยา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี