

## แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

## ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย และยกระดับบริการผู้สูงอายุ

## หัวข้อ มารดาและทารก

## เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดตราด รอบที่ 1/2566

## 1. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก: กรมอนามัย

## 2. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

## สถานการณ์ด้านมารดาตาย

ปีงบประมาณ 2563 – 2566 เขตสุขภาพที่ 6 พบอัตราการตายมารดาไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น 28.65, 38.98, 31.66 และ 19.17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ สำหรับจังหวัดตราด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 – 2566 อัตราตายมารดาไทยเท่ากับ 44.72, 0, 175.75, 126.74 และ 0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ มารดาตายรวม 7 ราย โดยเกิดจากสาเหตุทางอ้อมทั้งหมด (ตารางที่ 1) และสาเหตุการตายมารดาเมื่อจัดกลุ่มการตายของมารดาตามระบบ ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก พบว่า เป็น กลุ่ม 7 Non-obstetric complications 7 ราย

## ตารางที่ 1 สาเหตุการตายมารดา จังหวัดตราด ปี 2562 - 2565

ปีงบประมาณ	วันที่	สาเหตุการตาย	หมายเหตุ
2562 1 ราย	11 ต.ค. 2561	Hyperthyroid with cardiac arrest	มารดาหลังคลอด 41 วัน (รายงานปี 63)
2563 1 ราย (ต่างชาติ)	20 ก.ค.2563	Suspected myocardial infarction	มารดาหลังคลอด 34 วัน
2564 3 ราย	18 ส.ค.64	Covid-19 pneumonia	
	22 ส.ค.64	BBA with sepsis	มารดาหลังคลอด 9 วัน
	10 ก.ย. 64	GDM, Covid-19 pneumonia	มารดาหลังคลอด 22 วัน
2565 2 ราย	13 ม.ค.65	PCP with ARDS	อายุครรภ์ 14 สัปดาห์
	26 มิ.ย. 65	PCP with hypoglycemia	มารดาหลังคลอด 16 วัน
รวม			6 ราย

ที่มา : รายงาน CE จ.ตราด

จากการรวบรวมข้อมูลมารดาตายปีงบประมาณ 2562 – 2565 จังหวัดตราด จำนวน 7 ราย มารดาไทย 6 ราย ต่างชาติ 1 ราย โดยพบสาเหตุทางอ้อม 7 ราย ร้อยละ 100 มารดาที่เสียชีวิตมีช่วงอายุ ระหว่าง 20 - 35 ปี ร้อยละ 57.14 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.14 ได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 100 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 42.86 มีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ 7 ราย ร้อยละ 100 พบความเสี่ยงด้านสูติกรรม 2 ราย และเสี่ยงด้านสูติกรรมและอายุครรภ์ 5 ราย ร้อยละ 71.43 เสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ 2 ราย และเสียชีวิตในระยะหลังคลอด 5 ราย ร้อยละ 71.43 มารับบริการโดยการส่งต่อมารักษาและ EMS นำส่ง ร้อยละ 57.14 แรกรับอาการรุนแรง ร้อยละ 100 และชีวิตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 71.43 จากการวิเคราะห์ 3D พบปัญหา Delay decision to seek care ร้อยละ 71.43, Delay in receiving adequate health care ร้อยละ 57.14, Delay in reaching care ร้อยละ 42.86 ปี 2566 ยังไม่พบมารดาตาย

ข้อค้นพบจากการแลกเปลี่ยน/ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา

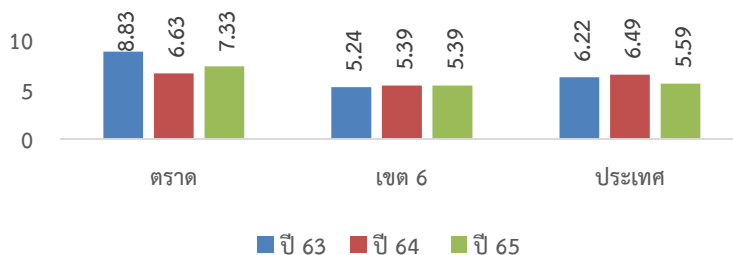
## 1. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังคลอด

- การส่งต่อข้อมูลผู้คลอด
  - การติดตาม Postpartum period ให้รวดเร็วมมากขึ้น
  - การเยี่ยมติดตามผู้คลอดที่ไม่มีที่อยู่หลักแหล่ง
2. แนวทางการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังติดเชื้อ Covid-19
    - มาตรการคัดกรอง Covid-19 ในหญิงตั้งครรภ์
  3. การวินิจฉัย การค้นหาสาเหตุ และความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย (severity HIV)
  4. การวางแผนการป้องกันโรคติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์
  5. การซ่อมแผนและฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพ
  6. การวางแผนคุมกำเนิดอย่างเหมาะสมในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคร่วม
  7. เมื่อไม่สามารถวินิจฉัยโรคผู้ป่วยได้ ณ ขณะนั้น ควรรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเพื่อเฝ้าระวัง และติดตามอาการที่จะสามารถวินิจฉัยโรคและดูแลผู้ป่วยต่อไปได้
  8. ถ้าในพื้นที่มีประวัติการใช้สารเสพติด แนะนำให้มีการตรวจสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ทุกราย
  9. จัดทำแนวทาง - แนวปฏิบัติในการติดตามหญิงตั้งครรภ์
    - การติดตามมาฝากครรภ์ ในกรณีที่ไม่มาฝากครรภ์
    - การติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง
  10. การเฝ้าระวังทางด้านสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด
    - การประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression)

### สถานการณ์ด้านอัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

การตายทารกแรกเกิดสะท้อนให้เห็นถึงมาตรฐานการบริการด้านแม่และเด็ก สภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงระบบสาธารณสุขของประเทศ เป็นตัวชี้วัดสุขภาพมารดาและทารก วัดความสูญเสียด้านการเจริญพันธุ์ ในปี ค.ศ. 2014 WHO และ UNICEF ได้ร่วมกันจัดทำแผนงานเพื่อลดการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิด ที่เรียกว่า Every Newborn Action Plan (ENAP) ได้กำหนดค่าเป้าหมายไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 อัตราตายทารกแรกเกิด (neonatal mortality rate) ของทั่วโลกไม่เกิน 12 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ และอัตราทารกเกิดไร้ชีพ (stillbirth rate) ไม่เกิน 12 ต่อการเกิดทั้งหมด มีการพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็กภายใต้ความเท่าเทียม (universal health care coverage) ใน 3 ประเด็น ได้แก่ การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์และการคลอด มีแนวทางการดูแลต่อเนื่อง สถานการณ์ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเขตสุขภาพที่ 6 ตั้งแต่ปี 2563 - 2565 พบว่าประเทศไทยมีอัตรา Perinatal mortality rate เท่ากับ 6.22 ,6.49 และ 5.59 ต่อพันการเกิดมีชีพ เขตสุขภาพที่ 6 เท่ากับ 5.24,5.39 และ 5.39 ต่อพันการเกิดมีชีพ จังหวัดตราด เท่ากับ 8.83,6.63 และ 7.33 ต่อพันการเกิดมีชีพ (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 อัตรา Perinatal mortality rate ประเทศ เขตฯ จังหวัดตราดปี 2563 - 2565



### การดูแลสุขภาพมารดา

ปี 2563 - 2565 พบว่าผลการดำเนินงานที่ผ่านมา การดูแลสุขภาพมารดาที่ส่งเสริมต่อการเกิดคุณภาพจังหวัดตราด ภาพรวมผลการดำเนินงานของจังหวัดยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายและมีแนวโน้มลดลงในปี 2565 เนื่องด้วยรายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เท่ากับ ร้อยละ 73, 72.94 และ 73.85 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 75) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละที่ 67.48, 63.88 และ 64.25 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 75) หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 74.5, 67.9 และ 67.13 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 75) การจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนและธาตุเหล็ก ร้อยละ 74.29, 74.82 และ 74.54 ตามลำดับ (เป้าหมาย ร้อยละ 100) และภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 17.55, 18.43 และ 19.69 ตามลำดับ ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายจากระบบเฝ้าระวังฯ กรมอนามัย ร้อยละ 14) (ที่มา: HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 17 มกราคม 2566)

สถานการณ์การคลอดในวัยรุ่นจังหวัดตราด พบว่าอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10 - 14 ปีพันคน เพิ่มขึ้นจากอัตรา 2.22 ในปี 2561 เป็น 5.90 ในปี 2565 และปี 2566 ไตรมาสที่ 1 อัตรา 0.63 ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย อัตรา 1.06) ผลงานอยู่ในลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 6 ส่วนอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน แนวโน้มลดลง จากอัตรา 43.48 ในปี 2561 เป็นอัตรา 29.55 ในปี 2565 และปี 2566 ไตรมาสที่ 1 อัตรา 18.84 ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย อัตรา 28.92) ผลงานอยู่ในลำดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 6 สำหรับการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ลดจากร้อยละ 16.69 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 11.11 ในปี 2565 และปี 2566 ร้อยละ 16.67 เพิ่มขึ้นและไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย ร้อยละ 12.73) ผลงานอยู่ในลำดับที่ 8 ของเขตสุขภาพที่ 6 การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่และวิธีกึ่งถาวร ในปี 2561 - 2565 แนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2566 การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ ร้อยละ 88.24 ผ่านค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 71) การคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร ร้อยละ 75.56 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 80) ซึ่งการคุมกำเนิด โดยเฉพาะการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรเป็นมาตรการสำคัญในการลดปัญหา และผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน
1. ระบบการเฝ้าระวังการตายมารดาของจังหวัด - อัตราการตายมารดาไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 100 2. ระบบการเฝ้าระวังการตายทารกแรกเกิด - Perinatal mortality rate สูงกว่าค่าเป้าหมาย - ยังไม่ได้นำข้อมูลการตายมาวิเคราะห์และวางแผนกำกับติดตาม 3. อัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าค่าเป้าหมาย 4. สถานการณ์ด้านสุขภาพแม่ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย	1. ประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด 2. การประชุมวิเคราะห์และทบทวนกรณีมารดาตาย 3. พัฒนาระบบบริการดูแล/คัดกรองสุขภาพหญิงตั้งครรภ์/ทารกแรกเกิด - พัฒนาศักยภาพบุคลากร - ส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการในเด็กปฐมวัย - ยกระดับและพัฒนาให้มีต้นแบบและ Best Practice ในชุมชน 4. การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 5. การขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - การขับเคลื่อน พ.ร.บ.การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพ.ศ. 2559 - การขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับอำเภอ	1. มีการประชุม MCH Board ระดับจังหวัด 2. พื้นที่ต้นแบบมหัศจรรย์ 1,000 วัน สู่ 2,500 วัน ต.บางบอน อำเภอบ่อไร่ 3. ติดตามการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวังและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและรายงานความก้าวหน้าในระดับเขตต่อเนื่อง 4. การดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - ประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด ครั้งที่ 1/2566 วันที่ 1 ธ.ค. 65

5. ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ใน วัยรุ่น	- การพัฒนาและ ยกระดับบริการสุขภาพ สำหรับวัยรุ่น	เพื่อติดตามแผนการดำเนินงาน และขับเคลื่อนกลไกการดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่น - บูรณาการแผนป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ วัยรุ่นร่วมกับ 5 กระทรวงหลัก - ประชุมชี้แจงแนวทางการ พัฒนาตามมาตรฐานบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และเยาวชน ฉบับพ.ศ.2563
--------------------------------------	--	--

3. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี) :

1. พื้นที่ต้นแบบมหัศจรรย์ 1,000 วัน สู่ 2,500 วัน ต.บางบอน อำเภอบ่อไร่
2. ห้องแห่งความลับ คือ ห้องที่วัยรุ่นในโรงเรียนสามารถแจ้งปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาสุขภาพกาย  
สุขภาพจิต สุขภาพทางเพศ และอื่นๆ โดยเขียนใส่กล่องรับความคิดเห็น

4. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

- กำกับ ติดตามการดำเนินงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กของสถานบริการมุ่งเน้น คุณภาพการฝาก  
ครรภ์ การคลอด และติดตามหลังคลอด
- กำกับ ติดตามเยี่ยมหลังคลอดของพื้นที่ การใช้เทคโนโลยีสื่อสารช่วยในการติดตาม
- การสร้างความรอบรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ การให้ความรู้ถึงความเสี่ยงของการตั้งครุภัณฑ์ การวางแผน  
การมีบุตรในช่วงเวลาที่เหมาะสม การดูแลรักษา โดยเฉพาะความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายที่  
ต้องรับมาโรงพยาบาล
- การทบทวนและติดตามการดำเนินงานตาม CPG และ standing order ของ PPH, PIH ตามมติ  
คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสาธารณสุข (อคม.)
- ติดตามการดำเนินงานตามมาตรการระดับเขตในการลดการคลอดก่อนกำหนด
- ติดตาม กำกับการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น

ผู้รายงาน นางปานิสรา สิทธินาม  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
วัน/เดือน/ปี: 25 มกราคม 2566  
โทร : 094 545 2495  
E-mail: panizze789@gmail.com

ผู้ตรวจรายงาน: นางศิริพร จริยาจิรวัดนา  
ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
วัน/เดือน/ปี: 25 มกราคม 2566  
โทร: 089-4088711  
E-mail: ptana07@gmail.com