

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รอบ ๑  
 เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัด ปราจีนบุรี  
 ประเด็นที่ ๗ : ส่งเสริมการมีบุตร

ประเด็นตามนโยบาย / ประเด็นตรวจราชการ : ส่งเสริมการมีบุตร

ตัวชี้วัดภายใต้นโยบายที่เกี่ยวข้อง :

๑. ร้อยละของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร(ร้อยละ ๑๐๐)
๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค) ร้อยละ ๙๕

ตัวชี้วัดกระทรวงฯ เกี่ยวข้อง :

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย(ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ประเด็นตัวชี้วัด/กำกับติดตาม	เป้าหมาย	ผลงาน
<b>คลินิกส่งเสริมการมีบุตร</b> ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)	- ร้อยละ ๕๐  - ร้อยละ ๖๕	- รพ.ชุมชนร้อยละ ๑๐๐ - รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไป ร้อยละ ๕๐ - ร้อยละ ๙๕.๖๙
<b>ส่งเสริมการตั้งครรรภ์อย่างมีคุณภาพเพื่อลดการตายมารดา</b> ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	- ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	- ๐ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ
<b>สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)</b> ๑. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ $\leq 28$ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก $\geq 500$ กรัม	- < ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	- ๔.๓๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๒) สรุปสถานการณ์

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

อัตราการเกิดของจังหวัดปราจีนบุรี ๓ ปีซ้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) เท่ากับ ๙.๒๘ ๘.๗ และ ๘.๐๑ ต่อพันประชากร และอัตราการเจริญพันธุ์รวมจังหวัด ปี ๒๕๖๕(เทียบจากประชากรกลางปี) เท่ากับ ๑.๓๘ ซึ่งสูงเป็นอันดับสองของเขตสุขภาพที่ ๖ ในด้านการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ จัดบริการดูแล

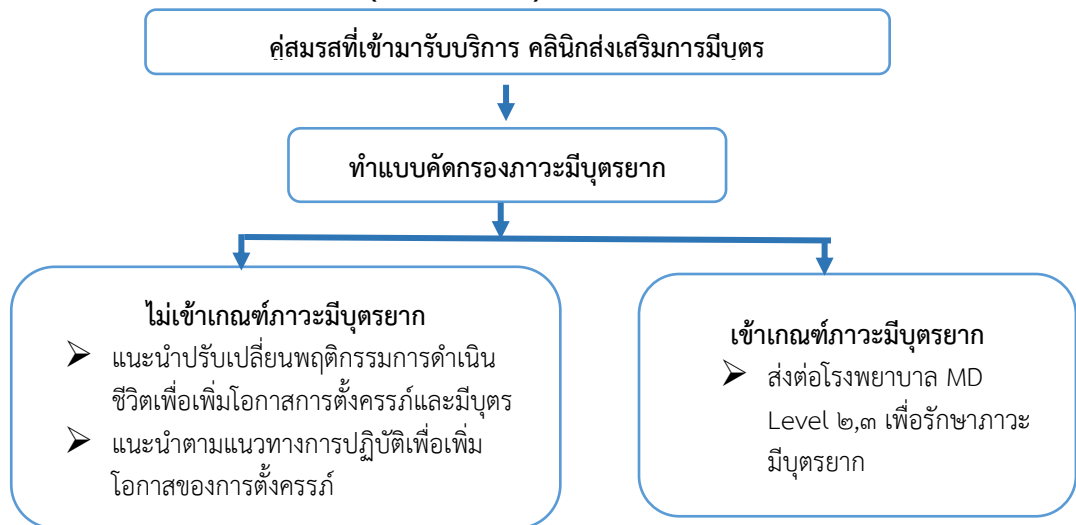
รักษาภาวะมีบุตรยากตามศักยภาพ คือ รพ.ชุมชนทั้ง ๕ แห่งมีจัดบริการ (ร้อยละ ๑๐๐) และรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร(รพ.ศูนย์) รพ.กบินทร์บุรี(รพ.ทั่วไป) ร้อยละ ๕๐ ดังนี้

ด้านการจัดบริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๑)

๑. มีสถานที่ในการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร หรืออาจเป็นบริการในคลินิกเดิมแต่มีการแจ้งบริการให้ชัดเจน

๒. การให้บริการ มีการให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร ให้บริการวางแผนครอบครัว ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

๓. องค์กรประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ  
แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน  
(MD Level ๑)



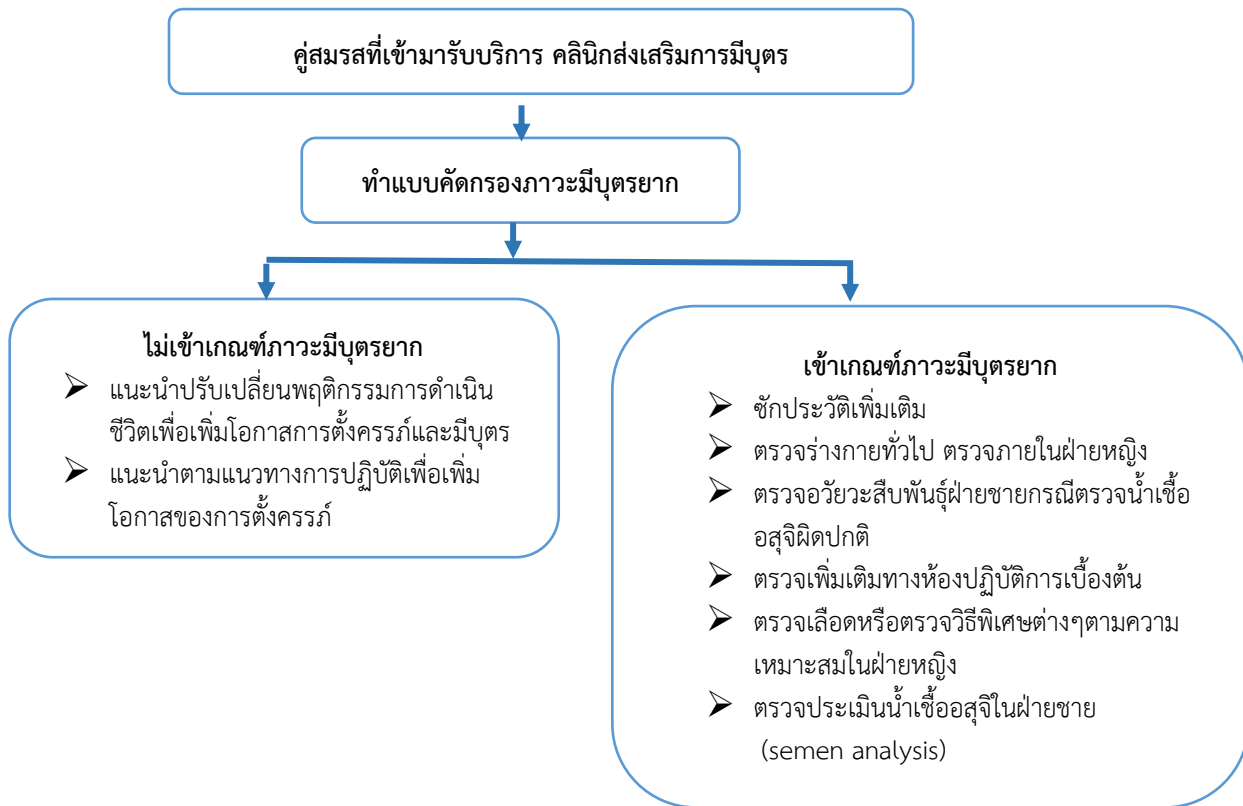
การจัดบริการในโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๒)

๑. มีการจัดบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะ มีระบบการทำงานร่วมกับคลินิกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

๒. การให้บริการ มีการให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร การวางแผนครอบครัว ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ การประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ การฉีดอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก(IUI : Intrauterine insemination) และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

๓. องค์กรประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และมีการดูแลร่วม อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/รพ.ทั่วไป  
(MD Level ๒ )



สรุปผลการดำเนินงานในไตรมาสแรก จังหวัดปราจีนบุรี สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย(ร้อยละ ๖๕ ) โดยมีรพ.ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด ๗ แห่ง ดำเนินการได้ทั้งหมด ๖ แห่ง เท่ากับร้อยละ ๘๕.๗ โดยมีรพ.กบินทร์บุรี ยังไม่สามารถทำ IUI ได้จำนวน ๑ แห่ง แต่อย่างไรก็ตามรพ.สามารถให้บริการได้ในระดับ MD Level ๑

**๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)**

โรค IEM เป็นโรคทางพันธุกรรมหายาก (Rare genetic disease) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มโรค หลายชนิดที่มีการป้องกันและการรักษาที่จำเพาะ แต่การรักษาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อได้เริ่มรักษาก่อนมีอาการ อาการของโรค IEM คล้ายกับโรคอื่น ๆ ในเด็ก เช่น ซึม ไม่ดูดนม อาเจียน ชัก ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับ การวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน ความพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง และต้องมีผู้ดูแลตลอดชีวิต รวมทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในช่วงวัยทารกหรือวัยเด็ก ซึ่งคาดการณ์ผู้ป่วยรายใหม่โรค IEM จำนวน ๗๐ - ๑๐๐ รายต่อปี และมีรายจ่ายในการรักษาสูงถึง ๒๕๔ - ๖๑๐ ล้านบาท ต่อปี ปัจจุบันการตรวจกรองโรค IEM ในทารกแรกเกิดอย่างแม่นยำสามารถทำได้โดยใช้เทคโนโลยี Tandem Mass Spectrometry (TMS) หรือ LC-MS/MS ซึ่งในประเทศไทยได้มีการพิจารณาบรรจุการตรวจกรองทารกแรกเกิดดังกล่าวเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ โดยกำหนดให้ขยายการตรวจคัดกรองนี้ในทารกแรกเกิด (Expanded Newborn Screening) รวมถึงการรักษาโรค IEM และเริ่มมีการตรวจคัดกรองตั้งแต่ปี ๒๕๖๖ เป็นต้นมา

จังหวัดปราจีนบุรีได้เริ่มดำเนินการส่งการตรวจวิเคราะห์ IEM ในรพ.ทุกแห่งตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นมา พบว่า ทารกแรกเกิด จำนวน ๑,๑๓๘ ราย ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๑,๐๘๙ คน ความครอบคลุม

ในการตรวจคัดกรอง เท่ากับ ร้อยละ ๙๕.๖๙ โดยพบว่า จังหวัดได้มีการดำเนินงานตามมาตรการ คือมีการเข้าร่วมประชุมชี้แจงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อรับทราบนโยบายและทำความเข้าใจถึง แนวทางในการเก็บส่งตรวจ การบันทึกข้อมูล การกำกับติดตามรายงานผล มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการสื่อสารและ เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมในการตรวจ สำหรับระบบการส่งตรวจคัดกรองนั้นใช้ตามแนวทางของกรมวิทย์ การแพทย์ และในไตรมาสแรกยังไม่พบว่าทารกแรกเกิดได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค IEM

สรุปผลการดำเนินงานความครอบคลุมในการคัดกรองโรคหายาก IEM ในทารกแรกเกิด จังหวัดปราจีนบุรี สามารถดำเนินการได้สูงกว่าเป้าหมาย(ร้อยละ ๖๕) เท่ากับ ร้อยละ ๙๕.๖๙

### ๓. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

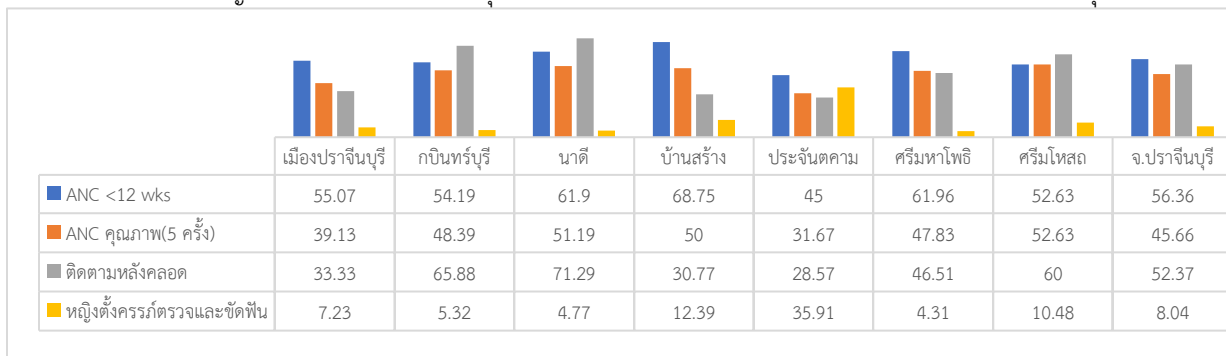
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดปราจีนบุรี พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ จำนวน ๘ ราย แบ่งเป็น มารดาไทย ๗ ราย ต่างชาติ ๑ ราย อัตราตายมารดาไทย ๖๐.๘๔.๘๒๐ และ ๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุ การตายมารดาทางตรง (Direct cause) ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕ ทางอ้อม (Indirect cause) ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕ Unknown/undetermined ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕ สาเหตุการเสียชีวิตมารดาจังหวัดปราจีนบุรี เมื่อ จำแนกการตายของมารดาตาม ICD-MM องค์การอนามัยโลก พบว่าเป็น กลุ่ม ๓ Obstetric hemorrhage : ๑ ราย (Postpartum Hemorrhage with Covid-๑๙) กลุ่ม ๕ Other obstetric complications : ๑ ราย (Amniotic fluid embolism) กลุ่ม ๗ Non-obstetric complications : ๕ ราย (Post cardiac arrest / Bilateral Pneumothorax, Acquire factor VIII inhibitor with sepsis, Rheumatic heart disease s/p mitral valve replacement with prosthetic valve dysfunction, PCP with ARDS, Heart vascular diseases ) กลุ่ม ๘ Unknown/undetermined : ๑ ราย (ที่มา : รายงาน CE - ๖๒ สสจ.ปราจีนบุรี)

จากการทบทวนการสาเหตุการตายมารดา ตามแนวทางของ WHO พบว่า จังหวัดปราจีนบุรี มีการทบทวนการตายมารดาโดยเมื่อเกิดมารดาตายจากสถานพยาบาลทุกแห่ง และมีการดำเนินงานไปตามขั้นตอนที่กำหนด และการรวบรวมข้อมูล (Collecting information) มารดาตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดปราจีนบุรี ทั้งหมด จำนวน ๘ ราย เป็นมารดาไทยจำนวน ๗ ราย มารดาต่างชาติ ๑ ราย **ช่วงอายุ**ที่พบมารดาตาย พบว่าช่วง อายุ ๒๐ - ๓๕ ปี ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ และอายุมากกว่า ๓๕ ปี ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ เท่ากัน **ส่วนการ ประกอบอาชีพ**พบว่า ประกอบอาชีพรับจ้างทั้งหมด ๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ **ส่วนระยะการตายมารดา**พบ มารดาตายระยะก่อนคลอด ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕๐ และระยะหลังคลอด ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕ โดย **ได้รับการฝากครรภ์** ร้อยละ ๑๐๐ และฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์ ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕๐ และไม่ทราบข้อมูลการฝาก ครรภ์เนื่องจากฝากที่คลินิกเอกชน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕๐ **พบมีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์** ๘ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ โดยพบ**ความเสี่ยงด้านสูติกรรม** ได้แก่ Previous c/s GDM B-thalassemia/HbE อายุมากกว่า ๓๕ ปี และตั้งครรภ์มากกว่า ๓ ครั้ง placenta previa totalis **เสี่ยงทั้งสูติกรรมและอายุครรภ์** ๓ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๓๗.๕๐ ได้แก่ อายุมากกว่า ๓๕ ปี แท้งมากกว่า ๒ ครั้งและ เป็น dermatomyositis PCP HIV Premature contraction และเป็น ลิ้นหัวใจรั่ว และ Rheumatic HD with Severe MS with Mod TR S/P Mitral valve replacement ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า ๓ ประการ ที่ส่งผลต่อการตายมารดา (๓ Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหานั้น พบว่า ร้อยละ ๔๑.๑๘ ของมารดาที่ เสียชีวิตเกิดจากปัญหาความล่าช้าจากการ**ได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ** (Delay in receiving adequate

health care) โดย ร้อยละ ๘๕.๗๑ เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ และร้อยละ ๑๔.๒๙ เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งการใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว รองลงมาพบ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ ๔๑.๑๘ เช่น ผ่าครรภ์ล่าช้า หรือไม่ผ่าครรภ์ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ ๑๗.๖๕ ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการสื่อสารโรงพยาบาลลุ่มเหลว และ สถานการณ์ด้านการฝากครรภ์คุณภาพ พบว่า ในไตรมาสแรก (ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖) จังหวัดปราจีนบุรี มีการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๕๖.๓๖ ฝากครรภ์คุณภาพ(ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๔๕.๖๖ ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๕๒.๓๗ และ ประเด็นติดตามการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ ๘.๐๔ (แผนภูมิที่ ๑)

แผนภูมิที่ ๑ ร้อยละ การฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพ(๕ ครั้ง) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง และ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ปี ๒๕๖๗ จ.ปราจีนบุรี



ที่มา : HDC ๑๙ มกราคม ๒๕๖๗

#### ๔. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ $\leq ๒๘$ วัน ที่รอดออกม่าน้ำหนัก $\geq ๕๐๐$ กรัม

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน รวบรวมจาก ร.พ.รัฐบาลทุกแห่งในจังหวัดปราจีนบุรี ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ เรียงตามลำดับ ดังนี้ ร้อยละ ๔.๒๕, ๒.๖๗ ต่อพันการเกิดมีชีพและไตรมาส ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มีทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ที่รอดออกม่าน้ำหนักมากกว่า ๕๐๐ กรัม เสียชีวิต ๗ คน จากจำนวนทารกเกิดมีชีพ จำนวนทั้งสิ้น ๑,๑๔๘ คน เท่ากับ ๖.๑๐ ต่อพันการเกิดมีชีพ ข้อมูล HDC ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ พบอัตราคลอดก่อนกำหนดร้อยละ ๑๑.๙๑, ๑๒.๙๕, ๑๑.๖๙ (เกณฑ์ร้อยละ ๙) ตามลำดับ ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานและค่อนข้างคงที่ สำหรับทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมพบอัตรา ๕.๒๙, ๓.๘๕ และ ๔.๙ ตามลำดับ ซึ่งไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดร้อยละ ๗ ทั้งนี้ ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ MCH Board จังหวัดอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุการตายของทารกแรกเกิด ปี ๒๕๖๗

๑.PPHN ๔ ราย

๒.ELBW severe RDS ๒ ราย

๓.Anomaly ๑ ราย

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือปัจจัยความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

#### ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. โรงพยาบาลทั่วไปยังไม่พร้อมในการจัดบริการในระดับที่เหมาะสมตามศักยภาพ คือยังไม่สามารถจัดบริการฉีดเชื้อสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกได้ ( IUI ) โดยพบว่า ยังไม่ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งสูติแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ รวมถึงการจัดเตรียมวัสดุ ครุภัณฑ์

๒. ไม่พบ การวางระบบในการส่งต่อระหว่างรพ.ชุมชนและรพ.ศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร(จะมีการประชุมคกก. MCH Board ของจังหวัด)

๓. ยังไม่ได้กำกับติดตามผลการดำเนินงาน การให้บริการ และสำรวจปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตร

#### ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก ( IEM ๔๐ โรค)

๑. กรณีที่ผลเลือดผิดปกติและต้องได้รับการตรวจซ้ำของจังหวัด ช่องทางการสื่อสารเพื่อติดตามเด็กมาตรวจซ้ำเป็น ระบบ Alert ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กับหน่วยบริการโดยตรง ดังนั้นจึงยังไม่มีข้อมูลภาพรวมของจังหวัด

๒. ขาดข้อมูลการตรวจยืนยันและการรักษา IEM เพราะนอกขอบเขตการให้บริการของ เครือข่ายห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ต้องประสานติดตามข้อมูลจากศูนย์การดูแลรักษาโรคหายาก

๓. ข้อมูลรายงานความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง ปัจจุบันได้จาก สปสช. ที่หน่วยบริการส่งมา claim ซึ่งต่ำกว่า รายงานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

#### ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. การวางระบบการดูแลร่วมทั้งระหว่าง สูติแพทย์ อายุรแพทย์ และระบบการส่งต่อระหว่างรพ.ชุมชนและรพ.แม่ข่าย ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยง ตามนโยบาย One Province One Labour room

๒. ไม่ได้วางแผนการซ่อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมในระดับจังหวัด

#### ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ $\leq ๒๘$ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก $\geq ๕๐๐$ กรัม

๑. จำนวนเตียง NICU ๑๖ เตียง ยังไม่เพียงพอ

๒. ไม่มี Neonatologist มีแต่กุมารแพทย์

๓. ยังพบปัญหาการส่งต่อข้อมูลไปยังระบบ HDC ยังไม่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน

๔. พบอัตราการตายทารกแรกเกิดที่มี ภาวะ PPHN เพิ่มสูงขึ้น

### 4) สิ่งที่ต้องดำเนินการ/มาตรการในการดำเนินงาน

#### ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. การวางระบบ การดูแล ส่งต่อ กรณีพบผู้มีภาวะมีบุตรยากจากรพ.ชุมชนไปยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า

๒. การประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ สิทธิการรักษาตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์และการรักษาภาวะมีบุตรยาก

๓. การวางแผนพัฒนาศักยภาพรพ.ทั่วไปให้สามารถรองรับการเข้าถึง โดย การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และเตรียมความพร้อมด้าน วัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์

#### ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก ( IEM ๔๐ โรค)

๑. กำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันซ้ำ เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา

๒. ปรับรายชื่อผู้ประสานในแต่ละรพ.ที่มีการเจาะตรวจเพื่อติดตามให้เป็นปัจจุบัน

๓. สื่อสารให้ผู้รับบริการได้รับทราบช่องทางในการส่งต่อเพื่อการรักษาที่รวดเร็วขึ้น
- ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย**
- พัฒนา แนวทาง One Province One Labor Room
  - ซ่อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมร่วมระหว่างรพ.แม่ข่ายและรพ.ชุมชน
  - ติดตามการดำเนินการตามแนวทางที่เสนอแนะหลังจาก RCA (RCA คุณภาพ)อย่างต่อเนื่อง
- ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม**
- ลด preterm โดยการรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์และจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ
  - ค้นหาสาเหตุการตาย PPHN ที่เพิ่มขึ้น

**๕) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา**

พื้นที่ ขาดข้อมูลการตรวจยืนยันและการรักษา IEM ในรายอำเภอ ควรให้มีการวางระบบรายงานที่สามารถกำกับติดตามได้ในระดับอำเภอ

**6) ประเด็นที่จะดำเนินการหรือควรกำกับติดตามการตรวจราชการในรอบต่อไป / ปีต่อไป**

- ติดตามการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
- รายงานการติดตามทารกที่ผลผิดปกติได้รับการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน และเด็กที่ผลยืนยันว่าเป็นโรคได้รับการรักษาที่ทันท่วงที
- แนวทางการดำเนินงาน One Province One Labor Room ของจังหวัด
- แผนการดำเนินงานเพื่อลด PPHN ของจังหวัด

นายแพทย์ปวิวัติ วงศ์งาม  
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์  
โรงพยาบาลสมุทรปราการ  
วัน/เดือน/ปี ๒๙ มกราคม ๒๕๖๗