

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

ประเด็นตามนโยบาย / ประเด็นตรวจราชการ : ส่งเสริมการมีบุตร

ตัวชี้วัดภายใต้นโยบายที่เกี่ยวข้อง :

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

ตัวชี้วัดกระทรวงฯ เกี่ยวข้อง :

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย(ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ \leq ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก \geq ๕๐๐ กรัม อัตรา ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ประเด็นตัวชี้วัด/กำกับติดตาม	เป้าหมาย	ผลงาน
คลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)	- ร้อยละ ๕๐ - ร้อยละ ๖๕	- รพ.ชุมชนร้อยละ ๑๐๐ - รพ.ศูนย์ฯ อยู่ระหว่างดำเนินการ - ร้อยละ ๙๔.๑๖
ส่งเสริมการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพเพื่อลดการตายมารดา ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	- ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	- ๙๑.๗๔ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ
สาขาทารกแรกเกิด (Newborn) ๑. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ \leq ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก \geq ๕๐๐ กรัม	- < ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	- ๓.๖๕ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๒) สรุปสถานการณ์

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
 อัตราการเกิดของจังหวัดสระแก้ว ๓ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) เท่ากับ ๘.๔๔ ๗.๙๙ และ ๗.๓๗ ต่อพันประชากร และอัตราการเจริญพันธุ์รวมจังหวัด ปี ๒๕๖๕ (เทียบจากประชากรกลางปี) เท่ากับ ๑.๐๖ ในด้านการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้ว พบว่า ได้มีการดำเนินงาน

ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ จัดบริการดูแล รักษาภาวะมีบุตรยากตามศักยภาพ คือ รพ.ชุมชน และรพ.ทั่วไปรวมจำนวน ๘ แห่งมีจัดบริการด้านการให้คำปรึกษา การคัดกรองและการส่งต่ออย่างเหมาะสมทั้ง ๘ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) และรพ.สระแก้ว (รพ.ศูนย์) ยังไม่สามารถให้บริการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกได้(IUI) ซึ่งอยู่ในระหว่างดำเนินการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จัดซื้อ วัสดุ ครุภัณฑ์

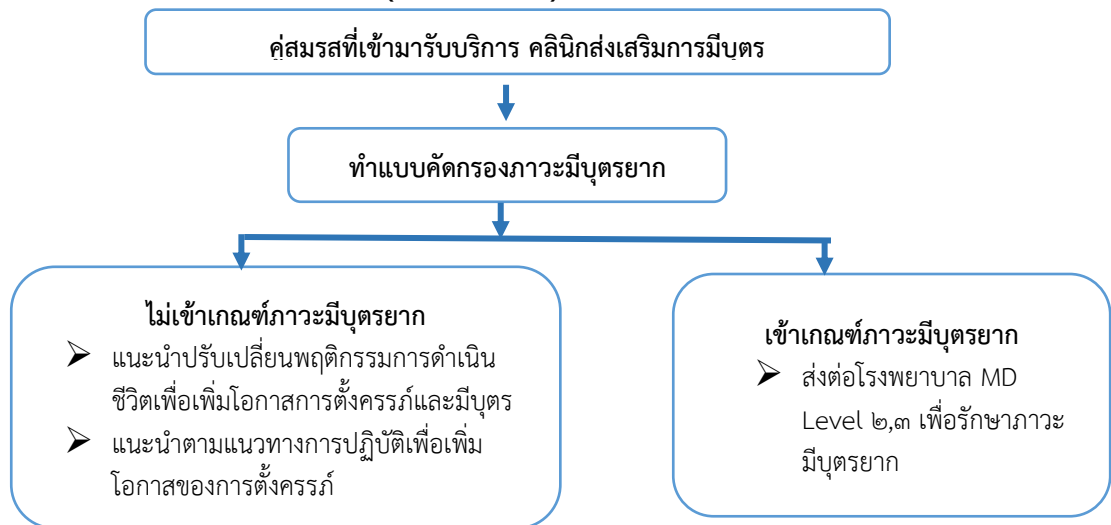
ด้านการจัดบริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๑)

๑. มีสถานที่ในการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร หรืออาจเป็นบริการในคลินิกเดิมแต่มีการแจ้งบริการให้ชัดเจน ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

๓. องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

(MD Level ๑)



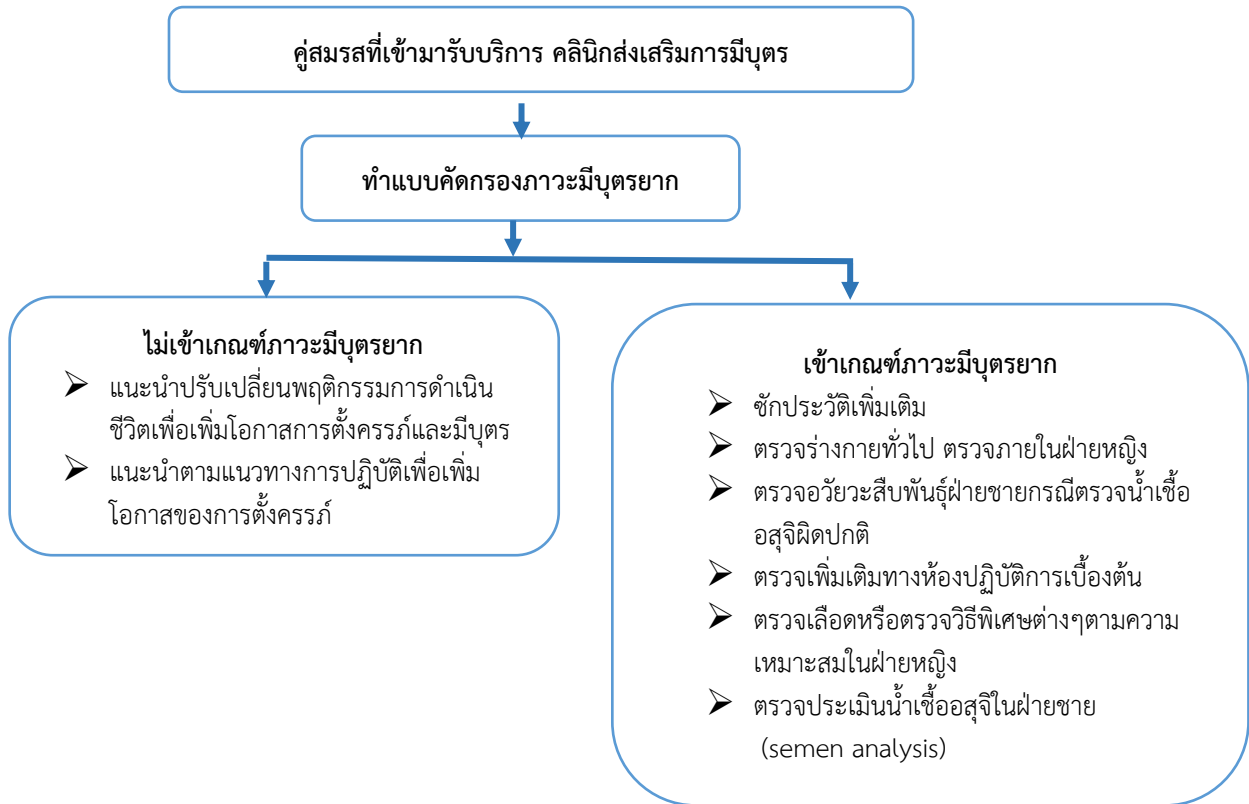
การจัดบริการในโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๒)

๑. มีการจัดบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะ มีระบบการทำงานร่วมกับคลินิกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

๒. การให้บริการ มีการให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร การวางแผนครอบครัว ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ การประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะมีบุตรยาก เบื้องต้น การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ การฉีดอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก(IUI : Intrauterine insemination) และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

๓. องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และมีการดูแลร่วม อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

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



สรุปผลการดำเนินงานในไตรมาสแรก จังหวัดสระแก้ว สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ ๑๐๐) โดยมีรพ.ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๙ แห่ง ดำเนินการได้ทั้งหมด ๘ แห่ง เท่ากับร้อยละ ๘๘.๘๘ โดยมีพร.สระแก้ว (รพ.ศูนย์) ที่มีศักยภาพสามารถทำ IUI ได้ แต่อยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการ และการจัดซื้อ ยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

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

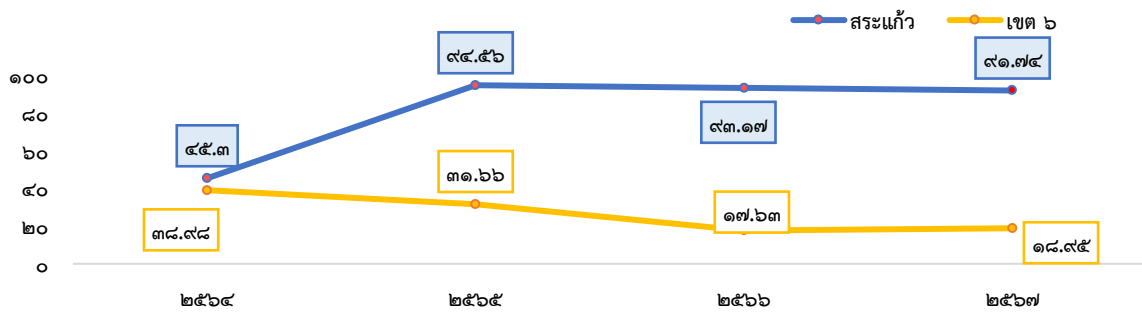
จังหวัดสระแก้วได้เริ่มดำเนินการส่งการตรวจวิเคราะห์ โรคหายาก (IEM) ในรพ.ทุกแห่งตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นมา พบว่า ทารกแรกเกิด จำนวน ๑,๔๗๓ ราย ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๑,๓๘๗ คน ความ

ครอบคลุมในการตรวจคัดกรอง เท่ากับ ร้อยละ ๙๔.๑๖ โดยพบว่า จังหวัดได้มีการดำเนินงานตามมาตรการ คือมีการเข้าร่วมประชุมชี้แจงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อรับทราบนโยบายและทำความเข้าใจถึง แนวทางในการเก็บส่งตรวจ การบันทึกข้อมูล การกำกับติดตามรายงานผล มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการสื่อสารและ เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมในการตรวจ สำหรับระบบการส่งตรวจคัดกรองนั้นใช้ตามแนวทางของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่าทารกที่มีความเสี่ยงและต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ จำนวน ๓ ราย และได้รับการติดตามตรวจครบทั้ง ๓ ราย ทั้งนี้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางของศูนย์โรคหายาก รพ.จุฬาสภากาชาดไทย ได้พิจารณาจากผลเลือดและอาการแสดงของทารกแรกเกิดแล้วพบว่า ทั้ง ๓ รายไม่เป็นโรค IEM

สรุปผลการดำเนินงานความครอบคลุมในการคัดกรองโรคหายาก IEM ในทารกแรกเกิด จังหวัดสระแก้ว สามารถดำเนินการ เท่ากับ ร้อยละ ๙๔.๑๖ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๖๕)

๓. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปีงบประมาณ 2564 – 2567 จังหวัดสระแก้ว พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ จำนวน ๑๑ ราย แบ่งเป็นมารดาไทย ๑๑ ราย อัตราตายมารดาไทย ๔๕.๓๐, ๙๔.๕๖, ๙๓.๑๗ และ ๙๑.๗๔ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (แผนภูมิที่ ๑) แผนภูมิที่ ๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย จ.สระแก้ว เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗



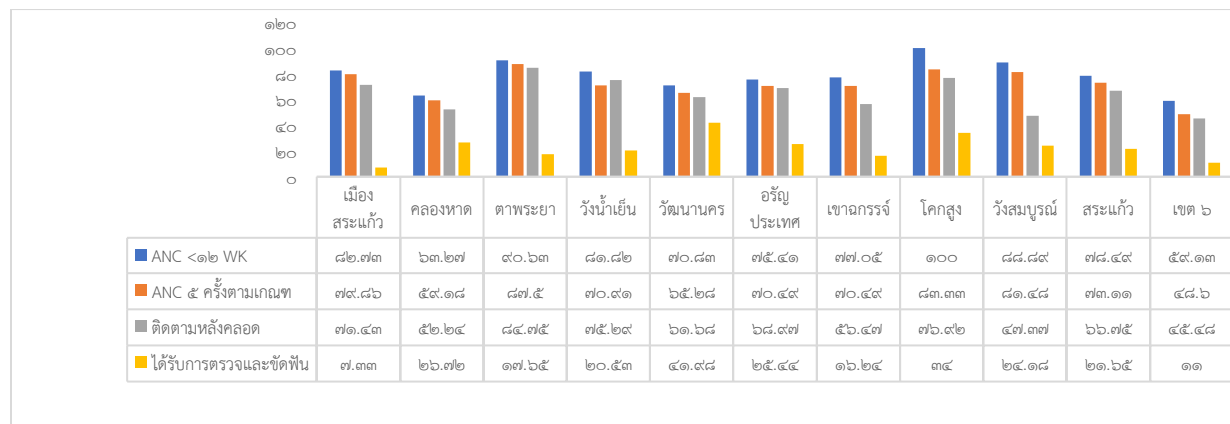
ที่มา : Dash board กรมอนามัย รายงาน CE -62

ที่มา : รายงาน CE สสจ. และ Dash Board กรมอนามัย

สาเหตุการตายมารดาทางตรง (Direct cause) ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๖๔ ทางอ้อม (Indirect cause) ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๓๖ เมื่อจำแนกการตายของมารดาตาม ICD-MM องค์การอนามัยโลก คือ กลุ่ม ๒ Hypertensive disorders in pregnancy : ๒ราย(Eclampsia,Pre-Eclampsia) กลุ่ม ๓ Obstetric hemorrhage : ๒ ราย (Placenta Accreta, PPH with Uterine inversion) กลุ่ม ๕ Other obstetric complications ๓ ราย : (Amniotic Embolism, Pulmonary Embolism, Amniotic Fluid Embolism) กลุ่ม ๗ Non-obstetric complications : ๔ ราย (Postpartum cardiomyopathy, Heart disease, Covid-๑๙, Congestive heart failure in pregnancy) ในการดำเนินงานทบทวนการสาเหตุการตายมารดา ตามแนวทางของ WHO พบว่า จังหวัดสระแก้ว มีการทบทวนการตายมารดาโดยเมื่อเกิดมารดาตายจากสถานพยาบาลทุกแห่ง ทุกรายและเป็นไปตามขั้นตอน คือ โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการรพ. นายแพทย์สสจ. และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดภายใน ๒๔ ชั่วโมง มีการดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา (ศูนย์อนามัยที่ ๖) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เมื่อมีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาแล้วจัดส่งรายงาน CE-๖๒ และรายงานการทบทวนมารดาตาย/แนวทางการจัดการความเสี่ยงแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตาย

จากการรวบรวมข้อมูลมารดาตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดสระแก้ว พบว่าเป็นมารดาไทยทั้งหมด ระยะการตายมารดาพบมารดาตายระยะหลังคลอด ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๙๑ โดยได้รับการฝากครรภ์ร้อยละ ๘๑.๘๒ และไม่ได้ฝากครรภ์ ร้อยละ ๑๘.๑๘ ส่วนใหญ่พบฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์ ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๕๕ มารดาตายพบมีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๘๒ โดยพบความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือความเสี่ยงทางอายุครรภ์ ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๕.๔๕ ได้แก่ ลิ้นหัวใจรั่ว ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจมาติก ซีด และติดเชื้อโควิด-๑๙ ส่วนใหญ่เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๙๑ การเดินทางมารับบริการพบว่า ส่วนใหญ่มารับบริการเอง ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๕๕ อาการแรกรับที่หน่วยบริการส่วนใหญ่พบมารดาอาการหนัก (severe) ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๖๔ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า ๓ ประการ ที่ส่งผลต่อการตายมารดา (๓ Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหานั้น พบว่า มารดาที่เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ ๕๘.๓๓ ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากปัญหาความล่าช้าจากการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) รองลงมาพบการได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ ๓๓.๓๓ โดย ร้อยละ ๕๐ เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากรหรือเปลี่ยนงานใหม่ และร้อยละ ๕๐ เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว รองลงมาพบ ร้อยละ ๓๖.๓๖ เช่น ฝากครรภ์ล่าช้า หรือไม่ฝากครรภ์ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ๘.๓๓ เช่น ฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ ๕ ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์เลยเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ

ด้านคุณภาพการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๗๘.๔๙ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) ฝากครรภ์คุณภาพ (ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๗๓.๑ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕)ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๔๕.๔๘ (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕) และประเด็นติดตามการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและซัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ ๒๑.๖๕ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) พื้นที่ที่ดำเนินการได้ดี และผ่านค่าเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอโคกสูง (แผนภูมิที่ ๒) แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละ การฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพ(๕ ครั้ง) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้งและ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและซัดทำความสะอาดฟัน ปี ๒๕๖๗ จ.สระแก้ว



ที่มา : HDC ๐๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

๔. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม

สถานการณ์ทารกจังหวัดสระแก้ว ย้อนหลัง ๕ ปี ปีงบประมาณพ.ศ. ๒๕๖๓ – ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๖) พบว่าอัตราตายทารกไทยแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน เป้าหมายน้อยกว่า ๓.๖๐ ต่อพันการเกิดมีชีพ มีแนวโน้มสูงขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และ ๒๕๖๗ โดยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ – ๒๕๖๖ พบ ๔.๗๖, ๖.๓๔, ๓.๘๓, ๗.๒๑, ๗.๘๖ และ ๙.๗๘ ตามลำดับ สาเหตุการเสียชีวิตปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ๓ อันดับแรกได้แก่ ๑. Preterm ๒. PPHN ๓. Birth asphyxia ๔. Cystic heart disease ทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยกว่า ๒,๕๐๐กรัม พบร้อยละ ๓.๙๐, ๒.๗๙, ๓.๑๐, ๔.๔๔ และ ๔.๓๑ ตามลำดับ ซึ่งผ่านค่าเป้าหมายในทุกปี แต่ ควรเฝ้าระวังและส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักไม่น้อยกว่า ๒,๕๐๐ วันด้วยโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus ๒,๕๐๐ วัน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ๔D จังหวัดสระแก้ว โดยสาเหตุการตาย แบ่งเป็น

Term (๔ ราย)

- Neonatal sepsis ๓ ราย
- BA ๑ ราย

Preterm (๖ ราย)

- RDS ๑ ราย
- Anomaly ๑ ราย
- neonatal sepsis ๔ ราย

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือปัจจัยความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ยังไม่สามารถจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกได้ (IUI) โดยพบว่า ยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งสูติแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ ขาดความพร้อมด้านจัดเตรียมวัสดุ ครุภัณฑ์ (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

๒. ยังไม่ได้กำกับติดตามผลการดำเนินงาน การให้บริการ และสำรวจปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. ขาดข้อมูลการตรวจยืนยันและการรักษา IEM ที่ต้องประสานติดตามข้อมูลจากศูนย์การดูแลรักษาโรคหายาก

๒. ยังไม่ได้มีการรวบรวมรายงาน เด็กกลุ่มเสี่ยงของจังหวัด

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. มีการจัด Node รับส่งต่อของรพ.ชุมชนใหม่ และยังไม่ได้วางแผนร่วมในการซ่อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมในระดับจังหวัด

๒. ขาดความต่อเนื่องในการติดตาม มาตรการหรือแนวทางหลังจากดำเนินการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา

ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม

๑. อัตรากำลังทางการแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอกับภาระงาน

๒. การค้นหา ติดตามหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนให้มาฝากครรภ์เร็ว เพื่อให้ได้รับการบริการตามการฝากครรภ์คุณภาพ ยังดำเนินการได้ล่าช้า ไม่ครอบคลุม

๓. อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่เพียงพอ ต่อการใช้งาน

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. การวางระบบ การดูแล ส่งต่อ กรณีพบผู้มีภาวะมีบุตรยากจากรพ.ชุมชนไปยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า

๒. การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการ สิทธิการรักษาตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์และการรักษาภาวะมีบุตรยาก

๓. กำกับติดตาม และรายงานข้อมูลการให้บริการ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. กำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันซ้ำ เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา (ตามแบบฟอร์มการรายงานของเขตฯ)

๒. สื่อสารให้ผู้รับบริการได้รับทราบช่องทางในการส่งต่อเพื่อการรักษาที่รวดเร็วขึ้นเมื่อพบกรณีทารกแรกเกิดเป็นโรคกลุ่ม IEM

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. พัฒนา แนวทาง One Province One Labor Room อย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงแนวทางการให้บริการที่เหมาะสมกับศักยภาพและบริการของพื้นที่หรือการเปลี่ยนแปลง Node รับส่งต่อ

๒. ซ้อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมร่วมระหว่างรพ.แม่ข่ายและรพ.ชุมชน

๓. กำกับติดตามพัฒนาหลังจาก RCA มุ่งเน้นระดับปฐมภูมิ และการสร้าง Health Literacy

ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

๑. คลินิก High risk Pregnancy วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน จัดกิจกรรม

๒. ติดตามมารดากลุ่มเสี่ยง Preterm มีการคืนข้อมูล ระดับปฐมภูมิ เพื่อติดตามดูแล และลงทะเบียนมารดาครรภ์เสี่ยงระดับตำบล (แนวทางโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนดกระทรวงมหาดไทย ๑/๑/๒๕๖๖)

๓. การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์เร็วลดป่วย การลด preterm delivery : การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์และจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆ

๔. ลดอัตราตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากร

๕. จัดทำแนวทางการวิเคราะห์บททวนสาเหตุการตายของทารกแรกเกิดและจัดระบบการเก็บข้อมูลและการรายงานข้อมูลในภาพรวมทั้งรายจังหวัด รายเขตและระดับประเทศ

๖. วางกลไกในการดำเนินงานเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น การคลอดก่อนกำหนด ร่วมกับระดับปฐมภูมิ และเพื่อติดตามในระดับชุมชนผ่าน แอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การขับเคลื่อนงาน ด้านส่งเสริมการมีบุตร การคัดกรองโรคหายาก การลดอัตราคลอดก่อนกำหนด และทารกตายปริกำเนิด มีการติดตามผ่านคณะกรรมการ MCH Board จังหวัด

๒. การดำเนินงานทบทวนการตายมารดาเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานเพื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ของ WHO

๓. โรงพยาบาลวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของทารกและมีการวางแผน ป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุการเสียชีวิตของทารกตามบริบทของพื้นที่

๔. โรงพยาบาลจัดทำแผนและซ่อมแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารก

๕. ให้โรงพยาบาลจัดให้มีพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด อย่างน้อยเวรละ ๑ คน ทุกเวร

๖. ขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดกระทรวงมหาดไทย

- แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของ ๗ ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ภาครัฐ ภาค

วิชาการ ภาคศาสนา ภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคสื่อมวลชน

- สื่อสารประชาสัมพันธ์เผยแพร่ผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของ คู่รักหรือคู่สมรส การเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ

- จัดเก็บสถิติการคลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบและรายงานการดำเนินงาน

๖) ประเด็นที่จะดำเนินการหรือควรกำกับติดตามการตรวจราชการในรอบต่อไป / ปีต่อไป

๑. ติดตามการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน

๒. รายงานการติดตามทารกที่ผลผิดปกติได้รับการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน และเด็กที่ผลยืนยันว่าเป็นโรคได้รับการรักษาที่ทันท่วงที

๓. แนวทางการดำเนินงาน One Province One Labor Room ของจังหวัด

๔. รายงานสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกันดูแล แก้ไข ตามสาเหตุการเสียชีวิตของทารกตามบริบทในเขตสุขภาพนั้นๆ

๕. การส่งต่อทารกป่วยให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน STABLE program เพื่อลดอัตราการตายทารกในเขตสุขภาพ

นายแพทย์ปฏิวัติ วงศ์งาม

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วัน/เดือน/ปี ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗