

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รอบ ๑  
เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัด ตราด  
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 อัตรา ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ประเด็นตัวชี้วัด/กำกับติดตาม	เป้าหมาย	ผลงาน
<b>คลินิกส่งเสริมการมีบุตร</b> ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร  ๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)	- ร้อยละ ๕๐  - ร้อยละ ๖๕	- ร้อยละ ๘๕.๗ (รพ.ชุมชนทั้ง ๖ แห่งในบริการระดับ MD Level ๑ ร้อยละ ๑๐๐ และ รพ.ตราด อยู่ระหว่างดำเนินการ) - ร้อยละ ๘๖.๓
<b>ส่งเสริมการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพเพื่อลดการตายมารดา</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	- ๐ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๒) สรุปสถานการณ์

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร  
อัตราการเกิดของจังหวัดตราด ๓ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) เท่ากับ ๗.๗๗ ๗.๗๑ และ ๗.๑๑ ต่อพันประชากร และอัตราการเจริญพันธุ์รวมจังหวัด ปี ๒๕๖๕ (เทียบจากประชากรกลางปี) เท่ากับ ๑.๐๖ ในด้านการ

ดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดตราด พบว่า ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ จัดบริการดูแล รักษาภาวะมีบุตรยากตามศักยภาพ คือ รพ.ชุมชน จำนวน ๖ แห่งมีจัดบริการด้านการให้คำปรึกษา การคัดกรองและการส่งต่ออย่างเหมาะสม( MD Level ๑) ทั้ง ๖ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) และรพ.ตราด (รพ.ศูนย์) ยังไม่สามารถให้บริการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกได้(IUI) ซึ่งอยู่ในระหว่างดำเนินการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดซื้อ วัสดุ ครุภัณฑ์ และการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรของจังหวัดตราด ในภาพรวมทั้งจังหวัด เป็นการจัดบริการในระดับ ( MD Level ๑)

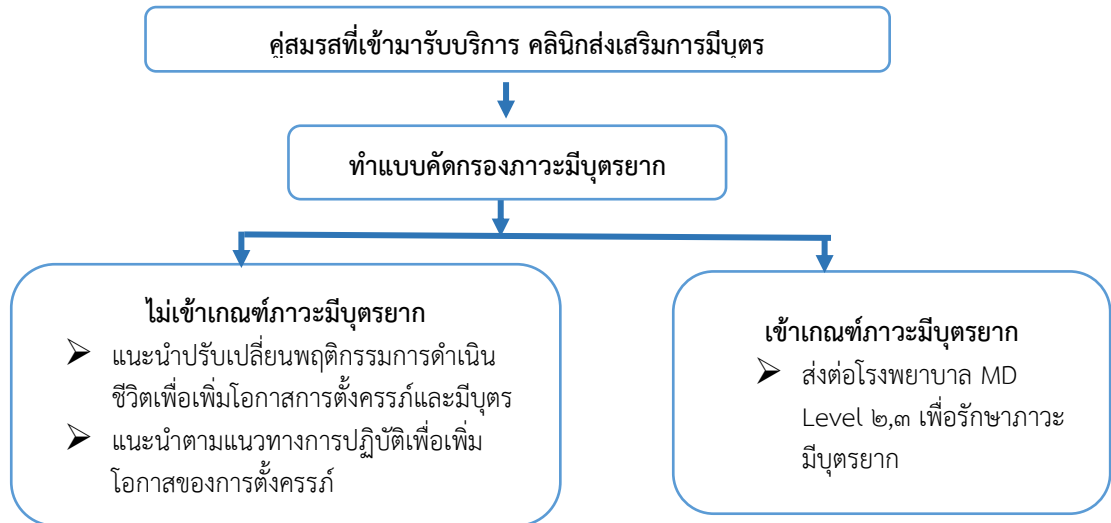
ด้านการจัดบริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๑)

๑. มีสถานที่ในการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร หรืออาจเป็นบริการในคลินิกเดิมแต่มีการแจ้งบริการให้ชัดเจน ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

๓. องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

(MD Level ๑)



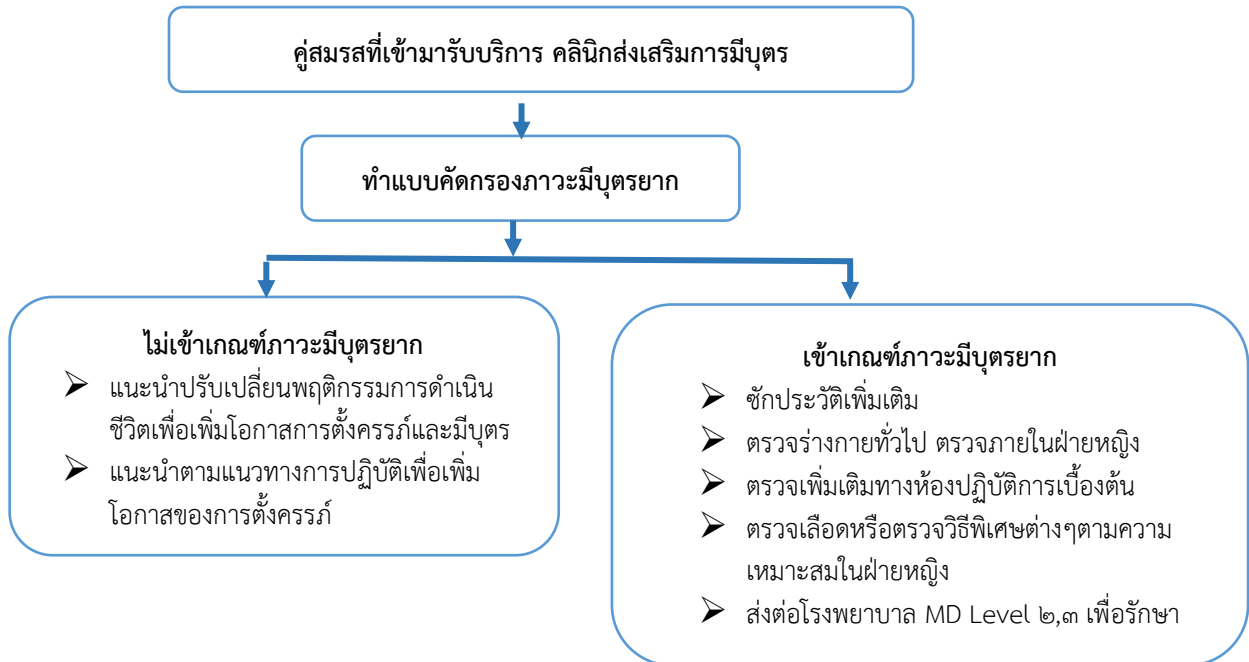
การจัดบริการในโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๑ )

๑. มีการจัดบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะ มีระบบการทำงานร่วมกับคลินิกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

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

๓. องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และมีการดูแลร่วม อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ (MD Level ๑ )



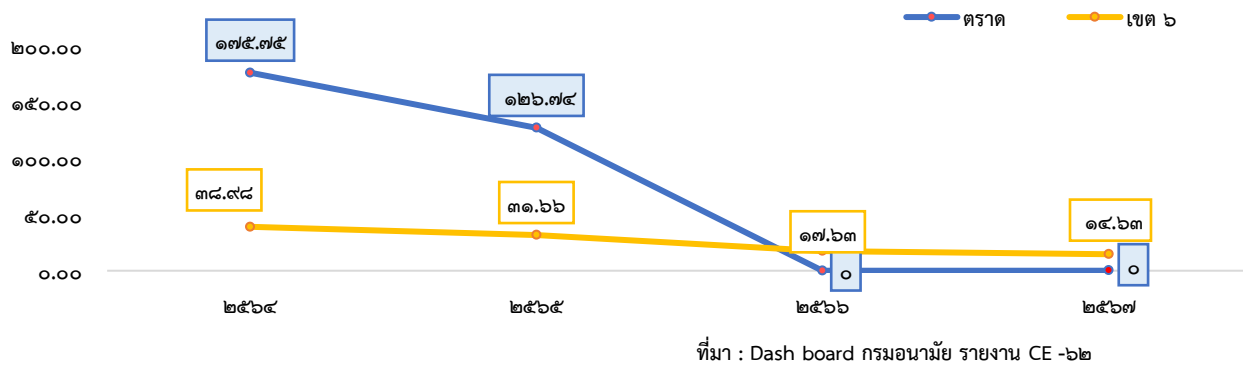
๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

โรค IEM เป็นโรคทางพันธุกรรมหายาก (Rare genetic disease) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มโรค หลายชนิดที่มีการป้องกันและการรักษาที่จำเพาะ แต่การรักษาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อได้เริ่มรักษาก่อนมีอาการ อาการของโรค IEM คล้ายกับโรคอื่น ๆ ในเด็ก เช่น ซึม ไม่คูดนม 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

สำหรับจังหวัดตราดได้เริ่มดำเนินการส่งการตรวจวิเคราะห์ โรคหายาก ( IEM ) ในรพ.ทุกแห่งตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นมา พบว่า ทารกแรกเกิด จำนวน ๕๙๘ ราย ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๕๑๖ คน ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรอง เท่ากับ ร้อยละ ๘๖.๓ (สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๕) โดยพบว่า จังหวัดได้มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน คือมีการเข้าร่วมประชุมชี้แจงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อรับทราบนโยบายและทำความเข้าใจถึง แนวทางในการเก็บส่งตรวจ การบันทึกข้อมูล การกำกับติดตามรายงานผล มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการสื่อสารและ เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมในการตรวจ สำหรับระบบการส่งตรวจคัดกรองนั้นใช้ตามแนวทางของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่าไม่พบทารกที่มีความเสี่ยงและต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ

๓. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดตราด พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ จำนวน ๕ ราย อัตราตายมารดาไทย ๑๗๕.๗๕, ๑๒๖.๗๔, ๐ และ ๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุการตายมารดาทางอ้อม (Indirect cause) ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๐ Unknow ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ยังไม่พบสาเหตุการตายทางตรง (Direct cause) สาเหตุการเสียชีวิตมารดาจังหวัดตราด เมื่อจำแนกการตายของมารดาตาม ICD-MM องค์การอนามัยโลก ดังนี้ กลุ่ม indirect : ๔ ราย เป็นกลุ่ม Non-obstetric complications : Covid - 19 with Pneumonia, Infection that are not direct result pregnancy, Covid - 19, PCP with TB lung HIV) และ กลุ่ม Unknown/undetermined ๑ ราย (แผนภูมิที่ ๑) แผนภูมิที่ ๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย จ.ตราด เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗



ที่มา : รายงาน CE สสจ. และ Dash Board กรมอนามัย

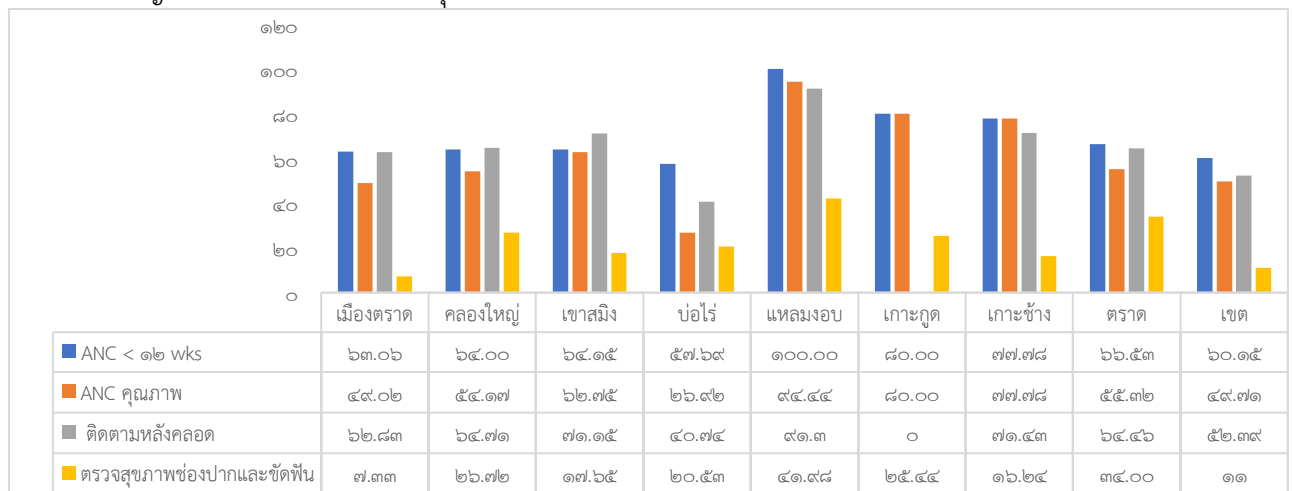
ในการดำเนินงานทบทวนการสาเหตุการตายมารดา ตามแนวทางของ WHO พบว่า จังหวัดตราด มีการทบทวนการตายมารดาโดยเมื่อเกิดมารดาตายจากสถานพยาบาลทุกแห่ง ทุกรายและเป็นไปตามขั้นตอน คือ โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย แจ้งข้อมูลมาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการรพ. นายแพทย์สสจ. และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดภายใน ๒๔ ชั่วโมง มีการดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา (ศูนย์อนามัยที่ ๖) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เมื่อมีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาแล้วจัดส่งรายงาน CE-๖๒ และรายงานการทบทวนมารดาตาย/แนวทางการจัดการความเสี่ยงแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตาย

จากการรวบรวมข้อมูลมารดาตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดตราด พบว่าเป็นมารดาไทยทั้งหมด ช่วงอายุที่พบมารดาตายส่วนใหญ่พบช่วงอายุ ๒๐ -๓๕ ปี ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ และอายุมากกว่า ๓๕ ปี ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ระยะการตายมารดาส่วนใหญ่พบมารดาตายระยะหลังคลอด ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ และระยะก่อนคลอด ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ โดยได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ ๑๐๐ ของมารดาตาย ส่วนใหญ่พบฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์ ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ รองลงมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ มารดาตายพบมีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๐ โดยพบความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือความเสี่ยงทางสูติกรรม ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๐ ได้แก่ อายุมากกว่า ๓๕ ปี และ BMI เกิน, GDM และ BMI เกิน รองลงมาคือความเสี่ยงด้านอายุกรรม ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ใช้สารเสพติด ส่วนความเสี่ยงทั้งสูติกรรมและอายุกรรม ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ได้แก่ อายุมากกว่า ๓๕ ปี เป็น GDM และ HIV first ANC เสียชีวิตที่โรงพยาบาลทั้งหมด ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ การเดินทางมารับบริการพบว่า ส่วนใหญ่มารับบริการเอง ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐ รองลงมาคือระบบส่งต่อ (Refer) อาการแรกรับที่

หน่วยบริการส่วนใหญ่พบมารดาอาการหนัก (severe) ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๐ รองลงมาพบมารดารู้สึกตัวดี (Stable) ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า ๓ ประการที่ส่งผลต่อการตายมารดา (๓ Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหานั้น เกิดจากปัญหาความล่าช้าจากการได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ ๔๔.๔๔ โดยร้อยละ ๑๐๐ เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ และทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ ๖๐ เช่น ผ่าครรภ์ล่าช้า หรือไม่ผ่าครรภ์ และการเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ ๔๐ เช่น ขาดยานพาหนะระหว่างสถานพยาบาล การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลล้มเหลว

ด้านคุณภาพการผ่าครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๖๖.๕๓ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) ผ่าครรภ์คุณภาพ (ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๕๕.๑๒ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕)ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๖๔.๔๖ (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕) และประเด็นติดตามการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ ๓๔ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) (แผนภูมิที่ ๒)

แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละ การผ่าครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ การผ่าครรภ์คุณภาพ(๕ ครั้ง) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้งและ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ปี ๒๕๖๗ จ.ตราด



ที่มา : HDC ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

#### ๔. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

ไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ต.ค.๒๕๖๖ – ม.ค. ๒๕๖๗) จังหวัดตราดยังไม่พบการตายของทารกแรกเกิดตายภายใน ๒๘ วัน ทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม อัตราคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๖๕ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๙) นอกจากนี้ยังพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๖.๕๓ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๗๕) และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๕๕.๓๒ ผ่านค่าเป้าหมาย(ร้อยละ๕๕) ต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ ปัญหาและสาเหตุ พบ Anomaly ยังเป็นปัญหา บุคลากรทางการแพทย์ EFM ปัจจุบันย้ายไปที่อื่นและจำนวนการคลอดมีแนวโน้มลดลง

แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

- การดูแลทารกแรกเกิดได้มีการวางแผนพัฒนาระบบ จากที่มี Node ในการดูแลทารกวิกฤต ๒ แห่งที่ โรงพยาบาลคลองใหญ่ และโรงพยาบาลแหลมงอบ

- พัฒนาเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยการ พัฒนางาน ANC ให้มีคลินิก ANC ทุกวัน (สูติแพทย์ ๔+MFM ๑) มีการให้ progesterone เพื่อยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทำให้ในมารดาที่มีประวัติคลอด preterm และประเมินภาวะเสี่ยงจากการวัด cervical length ให้ยา Dexamethasone+ampicillin แก่มารดาที่คลอดก่อนกำหนด การคัดกรองภาวะเสี่ยงของทารกในขณะตั้งครรภ์ (Quad test, amniocentesis, PND thalassemia HIV ซีฟิลิซิสและไวรัสตับอักเสบบี)
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแล/คัดกรองสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ แม่หลังคลอด และทารกแรกเกิด และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ high risk และแม่หลังคลอดให้ครอบคลุม

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือปัจจัยความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

#### ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. โรงพยาบาลตราด ยังไม่สามารถจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกได้ ( IUI ) โดยพบว่า ยังไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งสูติแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ ขาดความพร้อมด้านจัดเตรียมวัสดุ ครุภัณฑ์ ( อยู่ระหว่างพิจารณาดำเนินการ) แต่อย่างไรก็ตาม รพ.ตราดได้มีการจัดทำแนวทางในการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร และการส่งต่อหากต้องมีผู้รับบริการที่ต้องการรักษาด้วย วิธี IUI โดยการส่งต่อที่รพ.พระปกเกล้า จ. จันทบุรี

๒. ยังไม่ได้กำกับติดตามผลการดำเนินงาน การให้บริการ และสำรวจปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

#### ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก ( IEM ๔๐ โรค)

๑. ขาดข้อมูลการตรวจยืนยันและการรักษา IEM ที่ต้องประสานติดตามข้อมูลจากศูนย์การดูแลรักษาโรคหายาก

๒. ยังไม่ได้มีการรวบรวมรายงาน เด็กกลุ่มเสี่ยงของจังหวัด

#### ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. การซ่อมแผนฉุกเฉินด้านสูติกรรมระหว่างรพ.ชุมชนและรพ.ตราด

๒. กรณีไม่พบมารดาตาย จะขาดความต่อเนื่องของการติดตามมาตรการหรือแนวทางหลังจากดำเนินการ ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา

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

๑. อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่เพียงพอ ต่อการใช้งาน

### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

#### ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. จัดทำรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร เช่น การปรับการนอน การปรับพฤติกรรมการบริโภค ฯลฯ

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 ปรับปรุงแนวทางการให้บริการที่เหมาะสมกับศักยภาพและบริการของพื้นที่หรือการเปลี่ยนแปลงแนวทางการส่งต่อข้ามจังหวัด

๒. ซ้อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมร่วมระหว่างรพ.แม่ข่ายและรพ.ชุมชน

๓. มุ่งเน้นระดับปฐมภูมิ และการสร้าง Health Literacy เพื่อลดความเสี่ยงในมารดาที่เป็นการตั้งครภ์เสี่ยง

### ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ $\leq ๒๘$ วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก $\geq ๕๐๐$ 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 เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่าง ๆ

๔. ลดอัตราตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากร

### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การขับเคลื่อนงาน ด้านส่งเสริมการมีบุตร การคัดกรองโรคหายาก การลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกตายปริกำเนิด มีการติดตามผ่านคณะกรรมการ MCH Board จังหวัด

๒. การดำเนินงานทบทวนการตายมารดาเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานเพื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ของ WHO

๓. โรงพยาบาลวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของทารกและมีการวางแผน ป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุการเสียชีวิตของทารกตามบริบทของพื้นที่

๔. โรงพยาบาลจัดทำแผนและซ้อมแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารก

๕. ให้โรงพยาบาลจัดให้มีพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด อย่างน้อยแะละ ๑ คน ทุกเวรขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดกระทรวงมหาดไทย

- แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของ ๗ ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคศาสนา ภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคสื่อมวลชน

- สื่อสารประชาสัมพันธ์เผยแพร่ผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของคู่รัก หรือคู่สมรส การเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร การปฏิบัติตัวขณะตั้งครภ์อย่างมีคุณภาพ

- จัดเก็บสถิติการคลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบและรายงานการดำเนินงาน

### ๖) ประเด็นที่จะดำเนินการหรือควรกำกับติดตามการตรวจราชการในรอบต่อไป / ปีต่อไป

๑. ติดตามการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน

๒. รายงานการติดตามทารกที่ผลผิดปกติได้รับการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน และเด็กที่ผลยืนยันว่าเป็นโรคได้รับการรักษาที่ทัน่วงที

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 ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗