

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รอบ ๑
 เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัด จันทบุรี
 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 ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม อัตรา ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๑) เป้าหมาย และผลงาน

ประเด็นตัวชี้วัด/กำกับติดตาม	เป้าหมาย	ผลงาน
คลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)	- ร้อยละ ๕๐ - ร้อยละ ๖๕	- รพ.ชุมชนทั้ง ๑๑ แห่งในบริการระดับ MD Level ๑ ร้อยละ ๑๐๐ และ รพ.พระปกเกล้า สามารถเปิดให้บริการ (UI) - ร้อยละ ๙๓.๕๙
ส่งเสริมการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพเพื่อลดการตายมารดา ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	- ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	- ๐ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ
สาขาทารกแรกเกิด (Newborn) ๑. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม	- < ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	- ๔.๙ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๒) สรุปสถานการณ์

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
 อัตราการเกิดของจังหวัดจันทบุรี ๓ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) เท่ากับ ๘.๖ ๗.๙๙ และ ๘.๖ ต่อพันประชากร และอัตราการเจริญพันธุ์รวมจังหวัด ปี ๒๕๖๕ (เทียบจากประชากรกลางปี) เท่ากับ ๑.๒๕ ในด้านการ

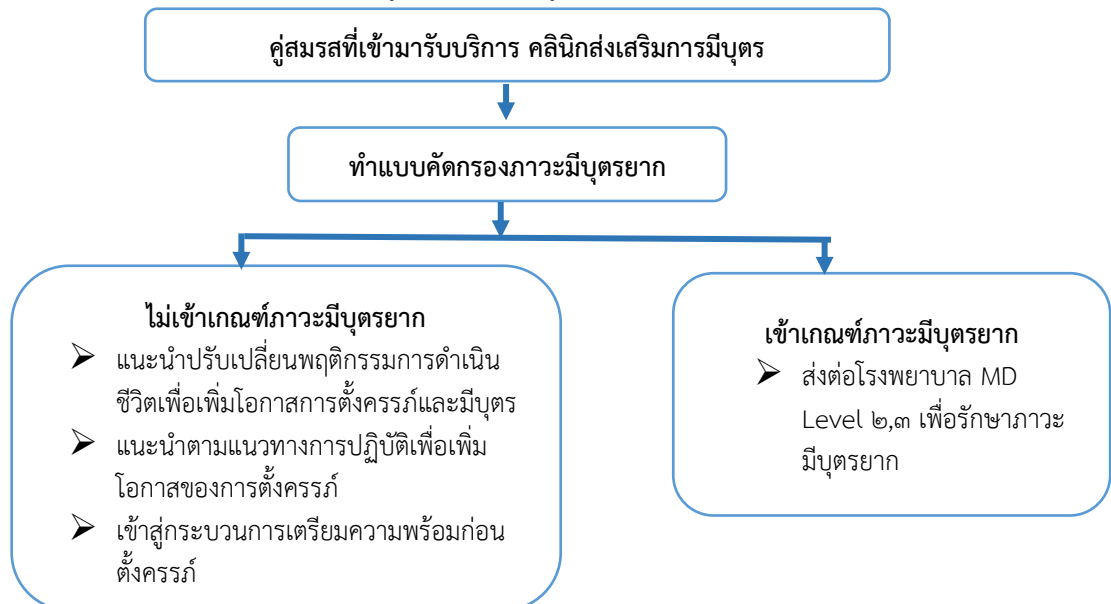
ดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดจันทบุรี พบว่า ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ จัดบริการดูแล รักษาภาวะมีบุตรยากตามศักยภาพ คือ รพ.ชุมชน จำนวน ๑๑ แห่งมีจัดบริการด้านการให้คำปรึกษา การคัดกรองและการส่งต่ออย่างเหมาะสม(MD Level ๑) ทั้ง ๑๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) และรพ.พระปกเกล้า (รพ.ศูนย์) สามารถให้บริการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกได้(IUI) และมีผู้รับบริการแล้ว

ด้านการจัดการบริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๑)

๑. มีสถานที่ในการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร มีการแจ้งบริการที่ชัดเจน มีการจัดกิจกรรม ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

๒. องค์กรประกอบด้วย บุคลากร ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (MD Level ๑)



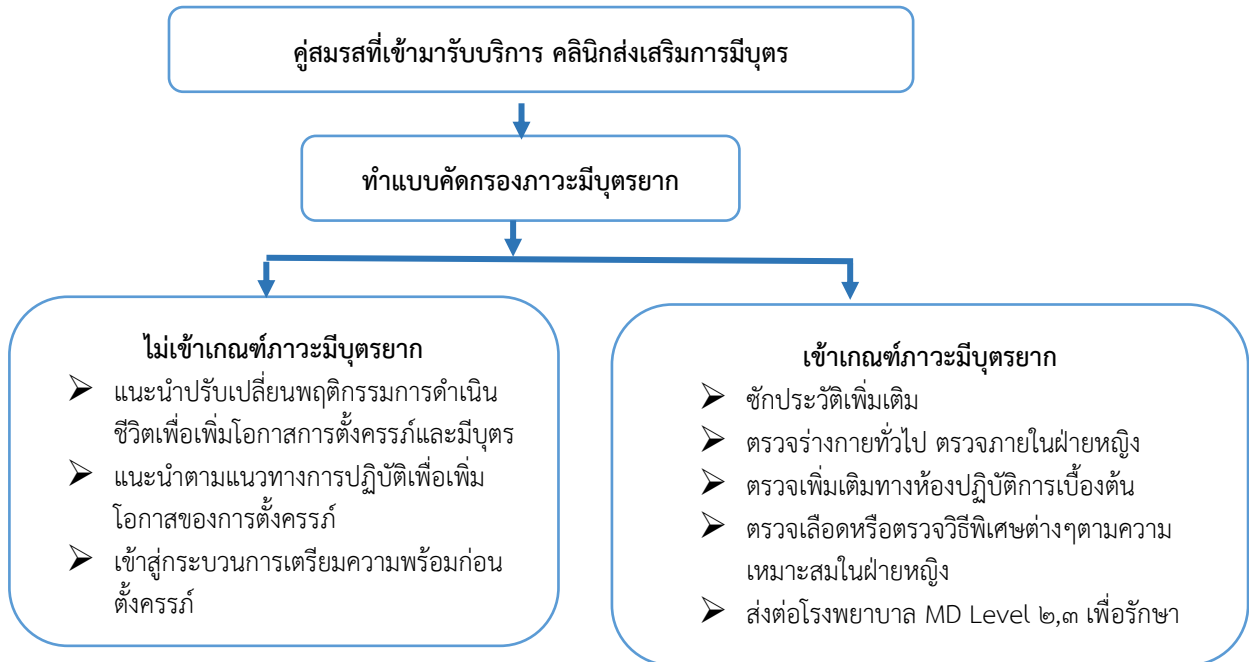
การจัดการบริการในโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์และแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์(MD Level ๓)

๑. มีการจัดบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะ มีระบบการทำงานร่วมกับคลินิกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการ

๒. การให้บริการ มีการให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร การวางแผนครอบครัว ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ การประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะมีบุตรยากและรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ การฉีดอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก(IUI : Intrauterine insemination)

๓. องค์กรประกอบด้วย บุคลากร ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และมีการดูแลร่วม อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ (MD Level ๒,๓)



๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

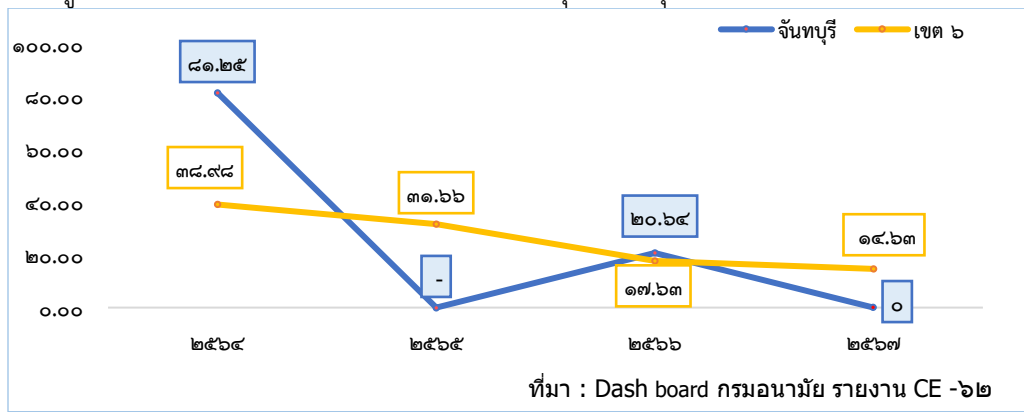
โรค IEM เป็นโรคทางพันธุกรรมหายาก (Rare genetic disease) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มโรค หลายชนิดที่มีการป้องกันและการรักษาที่จำเพาะ แต่การรักษาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อได้เริ่มรักษาก่อนมีอาการ อาการของโรค IEM คล้ายกับโรคอื่น ๆ ในเด็ก เช่น ซึม ไม่ดูดนม อาเจียน ชัก ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับ การวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน 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

สำหรับจังหวัดจันทบุรีได้เริ่มดำเนินการส่งการตรวจวิเคราะห์ โรคหายาก (IEM) ในรพ.ทุกแห่งตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นมา พบว่า ทารกแรกเกิด จำนวน ๑,๙๙๘ ราย ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๑,๘๗๐ คน ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรอง เท่ากับ ร้อยละ ๙๓.๕๙ (สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๕) โดยพบว่า จังหวัดได้มีการดำเนินงานตามมาตรการ คือมีการเข้าร่วมประชุมชี้แจงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อรับทราบนโยบายและทำความเข้าใจถึง แนวทางในการเก็บส่งตรวจ การบันทึกข้อมูล การกำกับติดตามรายงานผล มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการสื่อสารและ เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมในการตรวจของจังหวัด สำหรับระบบการส่งตรวจคัดกรองนั้นใช้ตามแนวทางของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ การตรวจคัดกรองพบทารกที่มีความเสี่ยงและต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ จำนวน ๒ ราย ได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำและผลปกติทั้ง ๒ ราย

๓. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดจันทบุรี พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ จำนวน ๘ ราย แบ่งเป็นมารดาไทย ๗ ราย ต่างชาติ ๑ ราย อัตราตายมารดาไทย ๘๑.๒๕, ๐, ๒๐.๖๔ และ ๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุการตายทางตรง (Direct cause) ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕ สาเหตุการตายมารดาทางอ้อม (Indirect cause) ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕ Coincidental causes ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕ และจำแนกการตายของมารดาตาม ICD-MM องค์การอนามัยโลก ดังนี้ **กลุ่ม direct** : Hypertensive disorders in pregnancy : ๑ ราย (Eclampsia) Obstetric hemorrhage : ๑ ราย (PPH) และ Other obstetric complications : 1 ราย (Pulmonary embolism) **กลุ่ม indirect** : Non-obstetric complications : ๓ ราย (Neoplasm, Acute immune disorder, Infected with Covid- ๑๙) และ Coincidental causes : ๒ ราย (แผนภูมิที่ ๑)

แผนภูมิที่ ๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย จ.จันทบุรี เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗



ที่มา : รายงาน CE สสจ. และ Dash Board กรมอนามัย

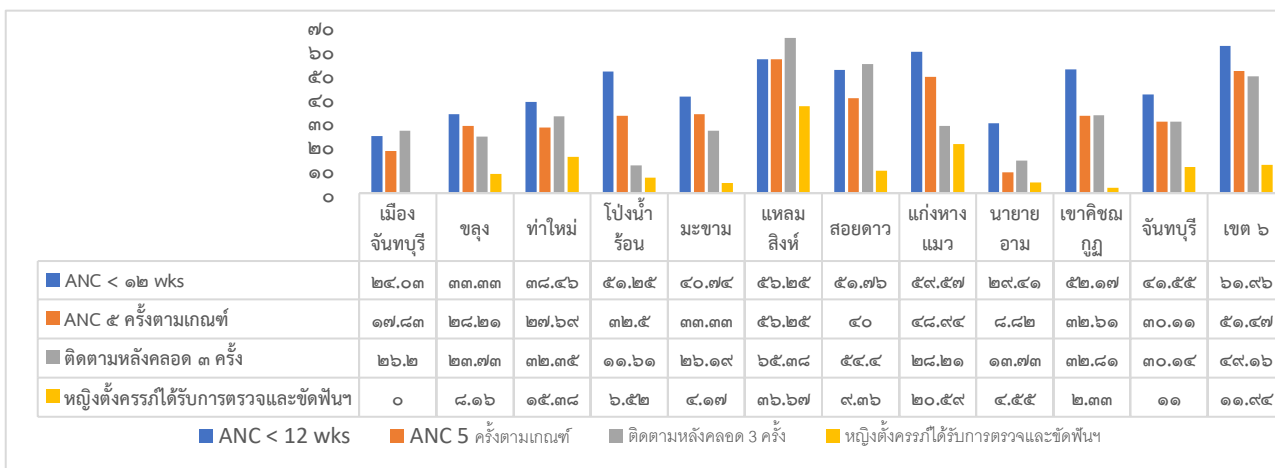
ในการดำเนินงานทบทวนการสาเหตุการตายมารดา ตามแนวทางของ WHO พบว่า จังหวัดจันทบุรี มีการทบทวนการตายมารดาโดยเมื่อเกิดมารดาตายจากสถานพยาบาลทุกแห่ง ทุกรายและเป็นไปตามขั้นตอน คือ โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการรพ. นายแพทย์สสจ. และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดภายใน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

จากการรวบรวมข้อมูลมารดาตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดจันทบุรี พบว่ามารดาที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ ๒๐ -๓๕ ปี ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๓ ประกอบอาชีพแม่บ้านและอาชีพรับจ้างรวม ๖ ราย ร้อยละ ๗๕ มารดาตายระยะหลังคลอด ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗ ได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ ๗๕ พบมีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗ โดยพบความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือความเสี่ยงทางสูติกรรม ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑ ได้แก่ Twins, GDM Grand multiparity เสียชีวิตที่โรงพยาบาลทั้งหมด ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗ การเดินทางมารับบริการพบว่า ส่วนใหญ่มารับบริการเอง ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๔ รองลงมาคือระบบส่งต่อ (Refer) ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๘๖ อาการแรกรับที่หน่วยบริการส่วนใหญ่พบมารดารู้สึกตัวดี (Stable) ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๔ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า

๓ ประการ ที่ส่งผลต่อการตายมารดา (๓ Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหานั้น พบว่า มารดาที่เสียชีวิตเกิดจาก ปัญหาความล่าช้า จากการได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ ๕๐ โดย เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลัง คลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ ร้อยละ ๘๐ และ เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการ บริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือด ที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว ร้อยละ ๒๐ ด้านการเดินทาง/การเข้าถึง บริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ ๓๐ และ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ ๒๐

ด้านคุณภาพการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๔๑.๕ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) ฝากครรภ์คุณภาพ (ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๓๐.๑ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๓๐.๑๔ (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕) และประเด็นติดตามการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ ๑๑ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) (แผนภูมิที่ ๒)

แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละ การฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพ(๕ ครั้ง) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้งและ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ปี ๒๕๖๗ จ.จันทบุรี



ที่มา : HDC ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

๔. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

ไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ต.ค.๒๕๖๖ – ม.ค. ๒๕๖๗) จังหวัดจันทบุรี พบทารกแรกเกิดตาย ภายใน ๒๘ วัน หรือทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๔.๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (๖/๑,๒๒๓ ราย) อัตราคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๓ สูงกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๙) สาเหตุการตาย ทารกแรกเกิด ปี ๒๕๖๗ จากสาเหตุ Anomaly+PPHN ๓ ราย Preterm+LBW ๒ ราย และ Sepsis ๑ ราย ทั้งนี้ จังหวัด มีการดำเนินงาน ดังนี้

- พัฒนาการดูแลฝากครรภ์ การคัดกรองสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และทารกแรกเกิด การส่งต่อแม่และเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- พนฟูศักยภาพบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งมารดาและทารก เป็นประจำทุกปี
- มีการทบทวน perinatal conference

- ควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค) และทบทวนแนวทางการส่งต่อการคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

- การทบทวนแนวทางการส่งต่อสำหรับทารกแรกเกิด และการจัดส่งข้อมูลการตรวจคัดกรองทารก

- รพศ.จัดการอบรมตาม STABLE Program รพ.ทุกแห่งเข้ารับการอบรมครบถ้วน และจัดทำแนวทางการส่งต่อภายในจังหวัด (รพศ. รพช.) และการดูแลที่เข้าใจง่าย

- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลเข้าร่วมประชุมในการจัดระบบบริการคัดกรองโรคหายากรวมกับสวนกลาง กำกับติดตามให้ได้อุณหภูมิตามเกณฑ์

๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือปัจจัยความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. ยังไม่ได้กำกับติดตามผลการดำเนินงาน การให้บริการ และสำรวจปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. ยังไม่มีการกำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันซ้ำ เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา

๒. ยังไม่มีการ UP Date รายชื่อผู้ประสานในแต่ละรพ.ที่มีการเจาะตรวจเพื่อติดตาม

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. กรณีเสี่ยงหรือมีภาวะฉุกเฉินในรพ.ชุมชน มีการส่งต่อมารที่รพ.พระปกเกล้า เพียงแห่งเดียว

ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมามีน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

๑. มีจำนวนการคลอดแนวโน้มลดลง

๒. สิทธิการรักษาของต่างด้าว และระบบรับส่งต่อข้ามประเทศ (ญาติประสานการส่งต่อเอง)

๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. จัดทำรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การปรับพฤติกรรมการบริโภค ฯลฯ

๒. กำกับติดตาม และรายงานข้อมูลการให้บริการ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. กำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันซ้ำ เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา

๒. ปรับปรุง รายชื่อผู้ประสานในแต่ละรพ.ที่มีการเจาะตรวจเพื่อติดตาม

๓. สื่อสารให้ผู้รับบริการได้รับทราบช่องทางในการส่งต่อเพื่อการรักษาที่รวดเร็วขึ้น

๔. อัปเดตผู้ประสานงานในทุกกระดับ ตั้งแต่ต้นทางที่ส่งแล็บ ระหว่างการส่งแล็บ การติดตามเด็กมาตรวจซ้ำ

จนถึงจบกระบวนการ

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. ซ้อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมร่วมระหว่างรพ.แม่ข่ายและรพ.ชุมชน

๒. การจัด Node ทางด้านสูติกรรมเพื่อรองรับกรณีฉุกเฉินจากรพ.ชุมชนและรพ.ในจังหวัดอื่นๆที่ใกล้เคียง

ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ ๒๘ วัน ที่รอดออกมามีน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม

- คลินิก High risk Pregnancy วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน จัดกิจกรรม

- ติดตามมารดาในกลุ่มเสี่ยง Preterm มีการคืนข้อมูล ระดับปฐมภูมิ เพื่อติดตามดูแล และลงทะเบียนมารดาครรภ์เสี่ยงระดับต่ำบล (แนวทางโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด กระทรวงมหาดไทย ๑/๑/๒๕๖๖)
- การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์เร็วลดป่วย การลด preterm delivery : การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์และจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆ
- ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้แก่บุคลากร

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การขับเคลื่อนงาน ด้านส่งเสริมการมีบุตร การคัดกรองโรคหายาก การลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกตายปริกำเนิด มีการติดตามผ่านคณะกรรมการ MCH Board จังหวัด
๒. การดำเนินงานทบทวนการตายมารดาเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานเพื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ของ WHO
๓. การสำรวจสาเหตุเสียชีวิต ๕ อันดับแรก Newborn และวางแผนป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุ
๔. การจัดระบบการส่งต่อคุณภาพ
๕. การวางระบบการคัดกรองเด็กแรกเกิดคุณภาพ จัดบริการคัดกรองโรคหายาก เครือข่ายส่งต่อ
๖. ฟื้นฟูศักยภาพบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งมารดาและทารก เป็นประจำทุกปี
๗. รพศ.จัดการอบรมตาม STABLE Program รพ.ทุกแห่งเข้ารับการอบรมครบถ้วน และได้ดำเนินการทำแนวทางการส่งต่อให้ไขงายๆ ทั้งในรพช.และรพศ.เพื่อการ ดูแลเด็กที่มีปัญหา

๖) ประเด็นที่จะดำเนินการหรือควรกำกับติดตามการตรวจราชการในรอบต่อไป / ปีต่อไป

๑. ติดตามการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน
๒. รายงานการติดตามทารกที่ผลผิดปกติได้รับการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน และเด็กที่ผลยืนยันว่าเป็นโรคได้รับการรักษาที่ทันท่วงที
๓. แนวทางการดำเนินงาน One Province One Labor Room และการใช้แอปพลิเคชัน PPK - ๑ ของจังหวัด
๔. รายงานสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกันดูแล แก้ไข ตามสาเหตุการเสียชีวิตของทารกตามบริบทในเขตสุขภาพนั้นๆ
๕. การส่งต่อทารกป่วยให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน STABLE program เพื่อลดอัตราการตายทารกในเขตสุขภาพ

นายแพทย์ปวิวัติ วงศ์งาม
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลสมุทรปราการ
วัน/เดือน/ปี ๗ มีนาคม ๒๕๖๗