

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รอบ ๑
 เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัด ระยอง
 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 ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 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.ชุมชนทั้ง ๘ แห่ง เปิดบริการระดับ MD Level ๑ ร้อยละ ๑๐๐ และ รพ.ระยองยังไม่สามารถเปิดให้บริการ (UI) ได้ - ร้อยละ ๑๐๓.๐๗
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	๑. อัตราตายทารกไทยแรกเกิด อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน = ๕.๐๕ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ ๒. จำนวนเตียง NICU มี ๑๐ เตียง ๓ .Neonatologist ๑ ท่าน

๒) สรุปสถานการณ์

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

อัตราการเกิดของจังหวัดระยอง ๓ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) เท่ากับ ๑๐.๙ ๑๐.๒ และ ๙.๓ ต่อพันประชากร และอัตราการเจริญพันธุ์รวมจังหวัด ปี ๒๕๖๕ (เทียบจากประชากรกลางปี) เท่ากับ ๑.๒๖ ในด้านการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดระยอง พบว่า ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ จัดบริการดูแล รักษาภาวะมีบุตรยากตามศักยภาพ คือ รพ.ชุมชน จำนวน ๘ แห่งมีจัดบริการด้านการให้คำปรึกษา การคัดกรองและการส่งต่ออย่างเหมาะสม(MD Level ๑) ทั้ง ๘ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) และรพ.ระยอง (รพ.ศูนย์) ยังไม่สามารถให้บริการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกได้(IUI) แต่ได้มีการพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรเพื่อเตรียมความพร้อมการให้บริการ และอยู่ระหว่างในการวางแผนจัดซื้อ ยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล ในภาพรวมจังหวัดมีผู้รับบริการ การให้คำปรึกษา จำนวน ๓ ราย

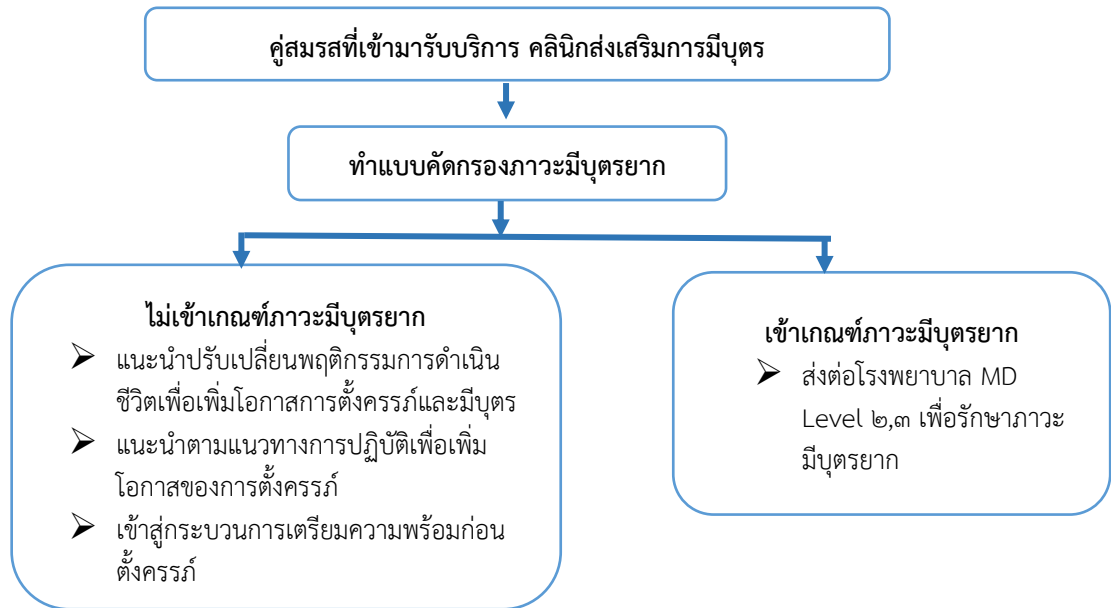
ด้านการจัดการบริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๑)

๑. มีสถานที่ในการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร มีการแจ้งบริการที่ชัดเจน มีการจัดกิจกรรม ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อม และความสะดวกของผู้รับบริการ

๒. องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

(MD Level ๑)



การจัดการบริการในโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๒)

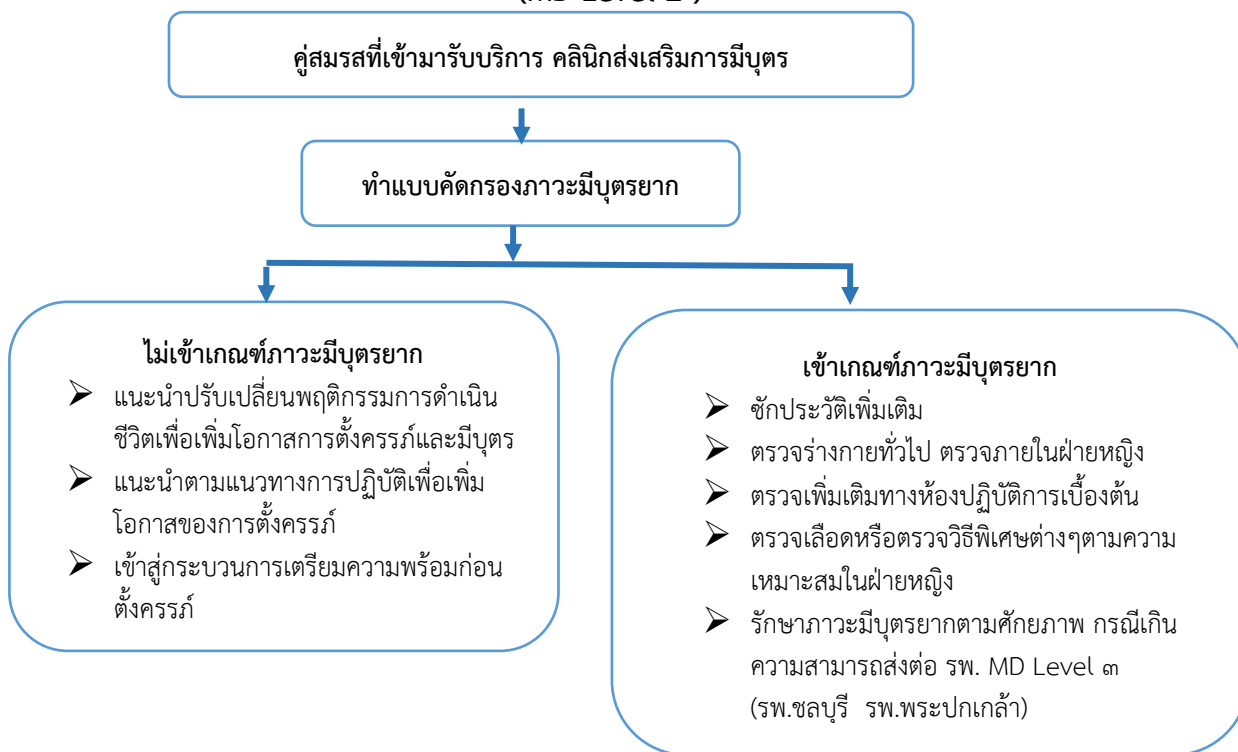
๑. มีการจัดการบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะ มีระบบการทำงานร่วมกับคลินิกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการ

๒. การให้บริการ มีการให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร การวางแผนครอบครัว ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ การประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะมีบุตรยากและ

รักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ การฉีดอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก(IUI : Intrauterine insemination)

๓. องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และมีการดูแลร่วม อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ (MD Level ๒)



๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

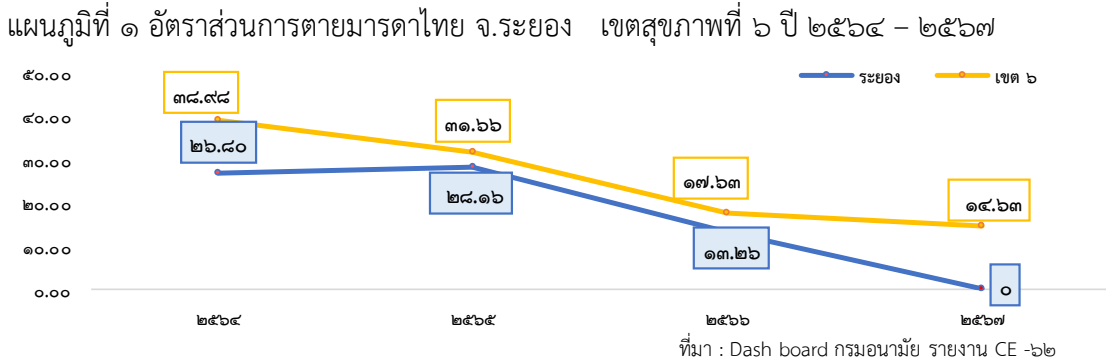
โรค IEM เป็นโรคทางพันธุกรรมหายาก (Rare genetic disease) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มโรค หลายชนิดที่มีการป้องกันและการรักษาที่จำเพาะ แต่การรักษาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อได้เริ่มรักษาก่อนมีอาการ อาการของโรค IEM คล้ายกับโรคอื่น ๆ ในเด็ก เช่น ซึม ไม่ดูดนม อาเจียน ชัก ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับ การวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน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

สำหรับจังหวัดระยอง ได้เริ่มดำเนินการส่งการตรวจวิเคราะห์ โรคหายาก (IEM) ในรพ.ทุกแห่งตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นมา พบว่า ทารกแรกเกิด จำนวน ๓,๒๒๕ ราย ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๓,๓๒๔ คน

ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรอง เท่ากับ ร้อยละ ๑๐๓.๐๕ (สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๕) โดยพบว่า จังหวัด ได้มีการดำเนินงานตามมาตรการ คือมีการเข้าร่วมประชุมชี้แจงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อรับทราบนโยบาย และทำความเข้าใจถึง แนวทางในการเก็บสิ่งส่งตรวจ การบันทึกข้อมูล การกำกับติดตามรายงานผล มีการจัดตั้งกลุ่ม ไลน์เพื่อใช้ในการสื่อสารและ เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมในการตรวจของจังหวัด สำหรับระบบการส่ง ตรวจคัดกรองนั้นใช้ตามแนวทางของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ การตรวจคัดกรองพบทารกที่มีความเสี่ยงและต้อง ได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ จำนวน ๑๑ ราย ได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำและผลปกติทั้ง ๑๐ ราย และเสียชีวิต ๑ ราย ทั้งนี้ในส่วนของจำนวนเด็กเกิดมีชีพตามทะเบียนราษฎรน้อยกว่าจำนวนการตรวจคัดกรอง พบว่า มีการแจ้งเกิดล่าช้า มากกว่า ๑๕ วัน

๓. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดระยอง พบมารดาตายจากทุกสาเหตุ จำนวน ๗ ราย แบ่งเป็นมารดา ไทย ๕ ราย ต่างชาติ ๒ ราย อัตราตายมารดาไทย ๒๖.๘, ๒๘.๑๖ , ๑๓.๒๖ และ ๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุการ ตายทางตรง (Direct cause) ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ สาเหตุการตายมารดาทางอ้อม (Indirect cause) ๑ ราย คิด เป็นร้อยละ ๑๔.๒๙ และจำแนกการตายของมารดาตาม ICD-MM องค์การอนามัยโลก ดังนี้ **กลุ่ม direct** : Hypertensive disorders in pregnancy : ๑ ราย (PIH) Obstetric hemorrhage : ๓ ราย (PPH PPH with Uterine atony, Intraabdominal hemorrhage due to Rupture uterus due to Placenta Percreata) และ Other obstetric complications : ๒ ราย (PPH with Uterine atony, Intraabdominal hemorrhage due to Rupture uterus due to Placenta Percreata)) **กลุ่ม indirect** : Non-obstetric complications : ๑ ราย(Cardiorespiratory failure with Acute respiratory failure) (แผนภูมิที่ ๑)



ที่มา : รายงาน CE สสจ. และ Dash Board กรมอนามัย

ในการดำเนินงานทบทวนการสาเหตุการตายมารดา ตามแนวทางของ WHO พบว่า จังหวัดระยอง มีการทบทวนการตาย มารดาโดยเมื่อเกิดมารดาตายจากสถานพยาบาลทุกแห่ง ทุกรายและเป็นไปตามขั้นตอน คือ โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย แจ้ง ข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการรพ. นายแพทย์สสจ. และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับ จังหวัดภายใน ๒๔ ชั่วโมง มีการดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) และ แก้ปัญหาเบื้องต้น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา (ศูนย์อนามัยที่ ๖) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เมื่อมีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาแล้วจัดส่งรายงาน CE- ๖๒ และรายงานการทบทวนมารดาตาย/แนวทางการจัดการความเสี่ยงแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา

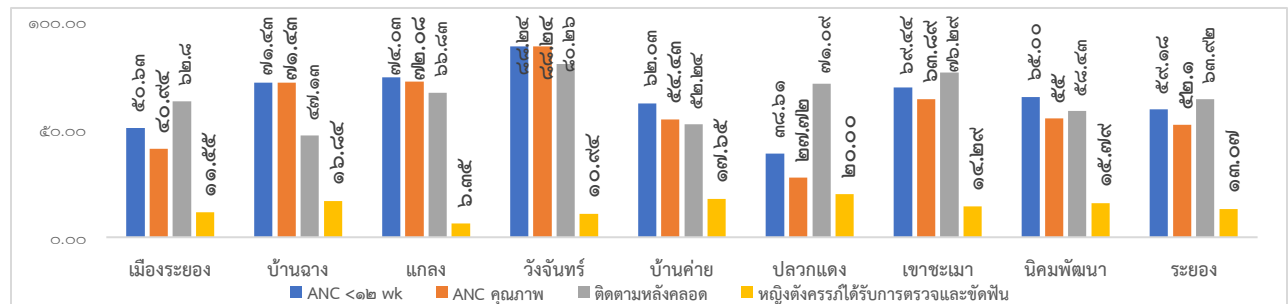
จากการรวบรวมข้อมูลมารดาตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดระยอง จำนวน ๗ ราย พบว่าเป็น มารดาไทย ๕ ราย ต่างชาติ ๒ ราย ช่วงอายุที่พบมารดาตายส่วนใหญ่พบช่วงอายุ ๒๐-๓๕ ปี ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ

๔๒.๘๖ ส่วนการประกอบอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๓ ระยะการตาย มารดาส่วนใหญ่พบมารดาตายระยะหลังคลอด ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๓ และระยะก่อนคลอด ๒ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๒๘.๕๗ โดยได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ ๑๐๐ ส่วนใหญ่พบฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่า ๑๒ สัปดาห์ ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ มารดาตายพบมีความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ โดย พบความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือความเสี่ยงทางสูติกรรม ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๓ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะ ตั้งครรภ์, anemia, BMI=๓๗.๗๓ กก./ตรม., อายุมากกว่า ๓๕ ปี+ previous C/S รองลงมาคือความเสี่ยงทั้งสูติกรรม และอายุครรภ์ ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๗ ได้แก่ รกเกาะต่ำ + ใช้สารเสพติด, G๕Am Twin + ซีด และไม่มี ความเสี่ยง ๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๙ เสียชีวิตที่โรงพยาบาลทั้งหมด ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ การเดินทางมารับ บริการพบว่า ส่วนใหญ่มารับบริการเอง ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๑๔ รองลงมาคือระบบส่งต่อ (Refer) ๒ ราย คิด เป็นร้อยละ ๒๘.๕๗ และ EMS นำส่ง ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๒๙ อาการแรกรับที่หน่วยบริการส่วนใหญ่พบมารดา รู้สึกตัวดี (Stable) ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๔๓ รองลงมาพบมารดาอาการหนัก (severe) ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๗

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า ๓ ประการ ที่ส่งผลต่อการตายมารดา (๓ Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหานั้น พบว่า มารดาที่เสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ ๑๐๐ ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากปัญหาความล่าช้าจากด้าน คุณภาพบริการ (Delay in receiving adequate health care) โดย ร้อยละ ๘๗.๕๐ เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ ร้อยละ ๑๒.๕๐ เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว รองลงมาพบการ เดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ ๔๒.๘๖ เช่น ฝากครรภ์ล่าช้า หรือไม่ฝากครรภ์ และ การตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay decision to seek care) ร้อยละ ๒๘.๕๗ เช่น ขาดยานพาหนะระหว่าง ระหว่างสถานพยาบาล การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลล้มเหลว

ด้านคุณภาพการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๕๙.๑๘ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) ฝากครรภ์คุณภาพ (ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๕๒.๑ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๖๓.๙๒ (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕) และประเด็นติดตามการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ ๑๓.๐๗ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) (แผนภูมิที่ ๒)

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



ที่มา : HDC ๑ มีนาคม ๒๕๖๗

๔. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม

การวิเคราะห์สาเหตุการตายทารกแรกเกิดในภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด ๖ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๕๔.๕๔ แยกตามน้ำหนักน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม ๑ ราย ร้อยละ ๙.๐๙, ทารกน้ำหนัก ๑,๕๐๐-๒,๔๙๙ กรัม ๒ ราย ร้อยละ ๑๘.๑๘ และทารกน้ำหนักมากกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๘ ราย ร้อยละ ๗๒.๗๓ สาเหตุการตายเรียงตามลำดับ เป็น PPHN ๓ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๒๗.๒๗, Sepsis ๒ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๘.๑๘ อุบัติเหตุภายนอกโรงพยาบาล ๒ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๘.๑๘, Birth Defect ๑ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๙.๐๙, RDS ๑ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๙.๐๙ congenital Syphilis ๑ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๙.๐๙ และ Severe Birth Asphyxia ๑ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๙.๐๙

ก) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือปัจจัยความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. รพ.จังหวัดยังไม่ได้เปิดบริการ การฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก และขาดการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน การให้บริการ รวมถึงการสำรวจปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. ยังไม่มีการกำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันซ้ำ เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. กรณีเสี่ยงหรือมีภาวะฉุกเฉินส่วนใหญ่เกิดในรพ.ชุมชน มีการจัดทำแนวทางในการดูแลส่งต่อร่วมกับรพ.แม่ ช่ายแล้วแต่ยังขาดการกำกับ ติดตาม การฝึกปฏิบัติ ทบทวนและซ้อมแผนฉุกเฉินร่วม

ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม

๑. มารดามีโรคประจำตัว โดยเฉพาะ DM HT และ Syphilis ซึ่งจังหวัดระยองสูงเป็นอันดับ ๑ ในเขตสุขภาพ ที่ ๖ และเป็นอันดับ ๒ ของประเทศ และในไตรมาสนี้พบว่าเป็นสาเหตุหลักในการทำให้เสียชีวิต

๒. อัตราการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยเกินเกณฑ์ ส่วนใหญ่ ผ่าครรภ์ที่คลินิกเอกชน และรพ.ทั่วไป/ รพ.ชุมชน

๕) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. จัดทำรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การปรับพฤติกรรมครอบครัว ฯลฯ

๒. กำกับติดตาม และรายงานข้อมูลการให้บริการ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. กำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจยืนยันซ้ำ เพื่อยืนยันการได้รับการรักษา

๒. ปรับปรุง รายชื่อผู้ประสานในแต่ละรพ.ที่มีการเจาะตรวจเพื่อติดตาม

๓. อัปเดตผู้ประสานงานในทุกระดับ ตั้งแต่ต้นทางที่ส่งแล็บ ระหว่างการส่งแล็บ การติดตามเด็กมาตรวจซ้ำ จนถึงจบกระบวนการ

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. ซ้อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมร่วมระหว่างรพ.แม่ช่ายและรพ.ชุมชน

๒. ติดตามการดำเนินงานตามแผนพัฒนา One Province One labor Room

ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม

- คลินิก High risk Pregnancy วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน จัดกิจกรรม
- ติดตามมารดาในกลุ่มเสี่ยง Preterm มีการคืนข้อมูล ระดับปฐมภูมิ เพื่อติดตามดูแล และลงทะเบียนมารดาครรภ์เสี่ยงระดับต่ำ (แนวทางโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด กระทรวงมหาดไทย ๑/๑/๒๕๖๖)
- สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เพียงพอ เช่น และ nitric oxide
- การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์เร็ว
- สิทธิการรักษาของต่างด้าว
- เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆ
- ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากร
- การให้สุศึกษาการดูแลทารกแรกเกิด ก่อนจะ Discharge

๕) ปัจจัยความสำเร็จ

๑. การขับเคลื่อนงาน ด้านส่งเสริมการมีบุตร การคัดกรองโรคหายาก การลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด และทารกตายปริกำเนิด มีการติดตามผ่านคณะกรรมการ MCH Board จังหวัด และคณะกรรมการ Service Plan

๒. การดำเนินงานทบทวนการตายมารดาเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานเพื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ของ WHO

๓. โรงพยาบาลวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของทารกและมีการวางแผน ป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุการเสียชีวิตของทารกตามบริบทของพื้นที่

๔. โรงพยาบาลจัดทำแผนและซ้อมแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารก

- แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของ ๗ ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคศาสนา ภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคสื่อมวลชน
 - สื่อสารประชาสัมพันธ์เผยแพร่ผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของคู่รัก หรือคู่สมรส การเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ
 - จัดเก็บสถิติการคลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบและรายงานการดำเนินงาน
 - ฟื้นฟูความรู้/ทบทวนมาตรฐานการดูแลร่วมกันในทีมดูแล สูติกรรมและกุมารเวชกรรม
 - การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทารกจังหวัดระยองโดยใช้เทคโนโลยี “โครงการเครือข่ายระยองร่วมใจแก้ไข ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ Application Preterm ร่วมกับเครือข่ายสูติกรรม.” ให้มีความเข้มแข็ง
- ในรพ.แม่ข่ายและเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนเพื่อวางแผนขยายไปในลูกข่าย

๖) ประเด็นที่จะดำเนินการหรือควรกำกับติดตามการตรวจราชการในรอบต่อไป / ปีต่อไป

๑. ติดตามการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน
๒. ประเด็นติดตามการ Monitor ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การฝากครรภ์เร็ว การฝากครรภ์คุณภาพ การได้รับการดูแลทางสุขภาพ
๓. รายงานการติดตามทารกที่ผลผลิตปกติได้รับการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน และเด็กที่ผลยืนยันว่าเป็นโรคได้รับการรักษาที่ทันท่วงที(แบบรายงานการติดตามเด็กที่ตรวจพบความเสี่ยงต่อโรค TSH และ IEM)
๔. แนวทางการดำเนินงาน One Province One Labor Room ของจังหวัด

๕. รายงานสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกันดูแล แก้ไข ตามสาเหตุการเสียชีวิตของทารกตามบริบทในเขตสุขภาพนั้นๆ

๖. การส่งต่อทารกป่วยให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน STABLE program เพื่อลดอัตราการตายทารกในเขตสุขภาพ

นายแพทย์ปฏิวัติ วงศ์งาม
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
โรงพยาบาลสมุทรปราการ
วัน/เดือน/ปี ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๗