

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รอบ ๒  
 เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัด จันทบุรี  
 ประเด็นที่ ๗ : ส่งเสริมการมีบุตร

ประเด็นตามนโยบาย / ประเด็นตรวจราชการ : ส่งเสริมการมีบุตร

ตัวชี้วัดภายใต้นโยบายที่เกี่ยวข้อง :

๑. ร้อยละของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร(ร้อยละ ๑๐๐)
๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหยากร (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
<b>คลินิกส่งเสริมการมีบุตร</b> ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร  ๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหยากร (IEM ๔๐ โรค)	- ร้อยละ ๑๐๐  - ร้อยละ ๖๕	- รพ.ชุมชนทั้ง ๑๑ แห่งในบริการระดับ MD Level ๑ ร้อยละ ๑๐๐ และ รพ.พระปกเกล้า สามารถเปิดให้บริการ (UI ) - ร้อยละ ๘๘.๕๕
<b>ส่งเสริมการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพเพื่อลดการตายมารดา</b> ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	- ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	- ๐ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ
<b>สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)</b> ๑. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ $\leq ๒๘$ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก $\geq ๕๐๐$ กรัม	- $< ๓.๖ : ๑,๐๐๐$ ทารกเกิดมีชีพ	- ๔ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (ที่มา : รายงาน ก๒ สสจ.จันทบุรี) - ๕.๑๓ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (ที่มา : HDC วันที่ ๒๙ พ.ค. ๖๗)

## 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 ในด้านการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดจันทบุรี 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)

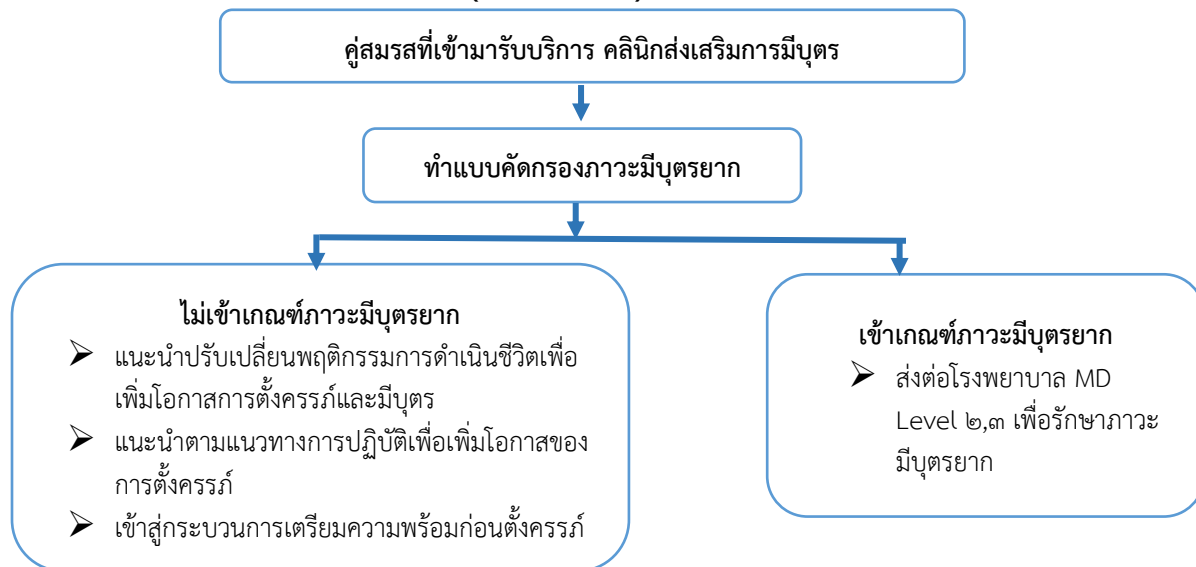
### ผลการดำเนินงาน

#### ๑. ด้านการจัดบริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๑)

๑. มีสถานที่ในการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร มีการแจ้งบริการที่ชัดเจน มีการจัดกิจกรรมประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ

๒. องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน (MD Level ๑)



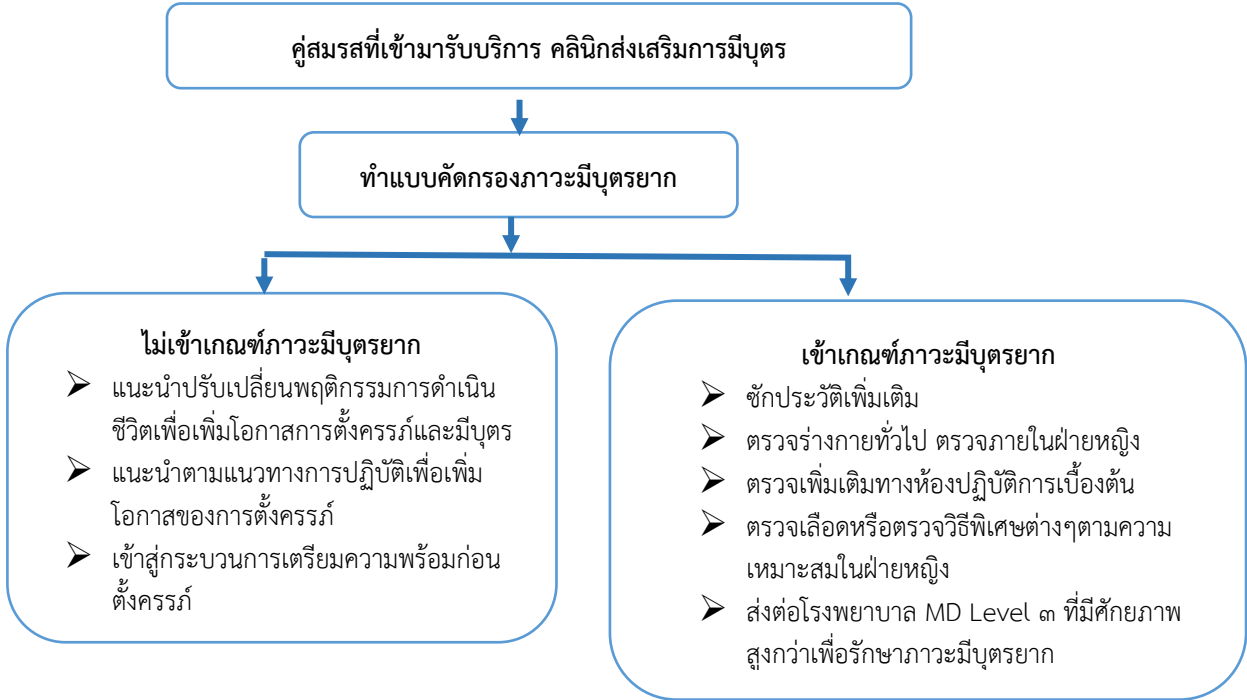
การจัดบริการในโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์และแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์(MD Level ๓)

๑. มีการจัดบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะ มีระบบการทำงานร่วมกับคลินิกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ

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

๓. องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และมีการดูแลร่วม อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

**แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ (MD Level ๒,๓)**



**๒. จำนวนผู้รับบริการ**

๑. ผู้รับบริการให้คำปรึกษา จำนวน ๘๐ ราย

- ส่งต่อผู้รับบริการเพื่อรักษาภาวะมีบุตรยาก จำนวน ๘ ราย
- ตั้งครรภ์จำนวน ๑ ราย

๒. ผู้รับบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก

- ผู้รับบริการฉีดยากระตุ้นไข่ตก จำนวน ๗ ราย
- ผู้รับบริการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก(IUI) จำนวน ๔ ราย
  - IUI ไม่สำเร็จ ๓ ราย
  - อยู่ระหว่างรอผลการตั้งครรภ์ ๑ ราย

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

โรค IEM เป็นโรคทางพันธุกรรมหายาก (Rare genetic disease) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มโรค หลายชนิดที่มีการป้องกันและการรักษาที่จำเพาะ แต่การรักษาจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อได้เริ่มรักษาก่อนมีอาการ อาการของโรค IEM คล้ายกับโรคอื่น ๆ ในเด็ก เช่น ซึม ไม่ดูดนม อาเจียน ชัก ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้า เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน ความพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง และต้องมีผู้ดูแลตลอดชีวิต รวมทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในช่วงวัยทารกหรือวัยเด็ก ซึ่งคาดการณ์ผู้ป่วยรายใหม่โรค IEM จำนวน ๗๐ - ๑๐๐ รายต่อปี และมีรายจ่ายในการรักษาสูงถึง ๒๕๔ - ๖๑๐ ล้านบาท ต่อปี ปัจจุบันการตรวจกรองโรค IEM ในทารกแรกเกิดอย่างแม่นยำสามารถทำ

ได้โดยใช้เทคโนโลยี Tandem Mass Spectrometry (TMS) หรือ LC-MS/MS ซึ่งในประเทศไทยได้มีการพิจารณาบรรจุการตรวจกรองทารกแรกเกิดดังกล่าวเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ โดยกำหนดให้ขยายการตรวจคัดกรองนี้ในทารกแรกเกิด (Expanded Newborn Screening) รวมถึงการรักษาโรค IEM และเริ่มมีการตรวจคัดกรองตั้งแต่ปี ๒๕๖๖ เป็นต้นมา

### ผลการดำเนินงาน

๑. มีการเข้าร่วมประชุมชี้แจงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อรับทราบนโยบายและทำความเข้าใจถึงแนวทางในการเก็บส่งตรวจ การบันทึกข้อมูล การรายงานผล และกำกับติดตามกลุ่มที่ได้รับการตรวจซ้ำ

๒. มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อใช้ในการสื่อสารและ เพื่อควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมในการตรวจของจังหวัด

๓. มีการสื่อสารให้ผู้รับบริการทราบช่องทางในการส่งต่อหากผลผิดปกติและต้องได้รับการรักษา

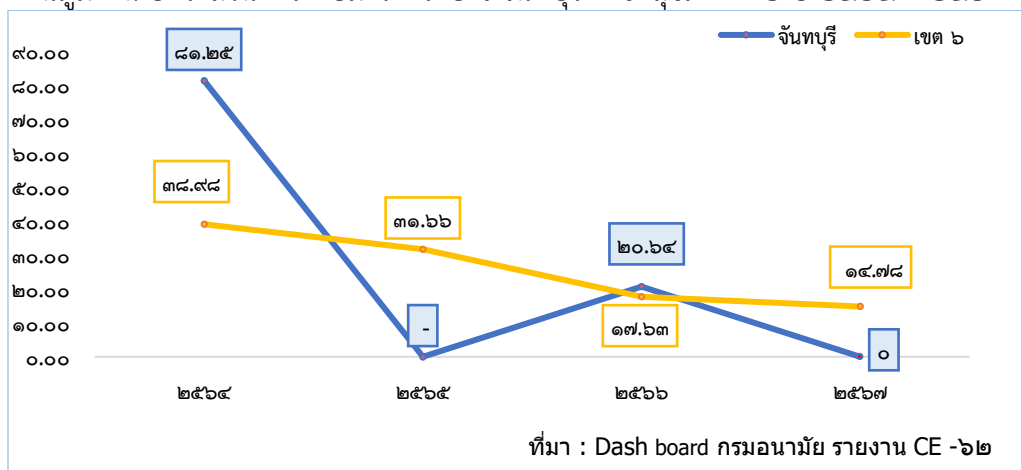
๓. ปรับปรุงรายชื่อผู้ประสานงานในทุกระดับให้เป็นปัจจุบัน

๔. ผลการดำเนินงาน คัดกรองโรคหายาก ( IEM ) ในรพ.ทุกแห่ง ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ – มีนาคม ๒๕๖๗ พบว่า ทารกแรกเกิด จำนวน ๒,๓๘๗ ราย ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๒,๑๓๙ คน ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรอง เท่ากับ ร้อยละ ๘๘.๕๕ (สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๕) จากการตรวจคัดกรองครั้งแรก พบทารกที่มีความเสี่ยงและต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ จำนวน ๓ ราย และผลปกติทั้ง ๓ ราย

### ๓. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๖๗ (ตุลาคม ๒๕๖๖ – เมษายน 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 : ๑ 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

### ผลการดำเนินงาน

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานและการกำกับติดตามการดำเนินงานตามมาตรการผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (MCH Board) จำนวน ๒ ครั้ง

๒. จังหวัดมีการทบทวนการตายมารดา ทุกราย โดยในปี ๒๕๖๗ พบมารดาตายจากอุบัติเหตุ จำนวน ๑ ราย และเป็นไปตามขั้นตอน คือ โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการรพ. นายแพทย์สสจ. และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดภายใน ๒๔ ชั่วโมง มีการดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการจัดการความเสี่ยง (Risk management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตายมารดา (ศูนย์อนามัยที่ ๖) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เมื่อมีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาแล้วจัดส่งรายงาน CE-๖๒ และรายงานการทบทวนมารดาตาย/แนวทางการจัดการความเสี่ยงแก่ศูนย์เฝ้าระวังการตาย

๓. จากการรวบรวมข้อมูลมารดาตาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ จังหวัดจันทบุรี จำนวน ๗ ราย (ไม่รวมอุบัติเหตุ) พบว่า

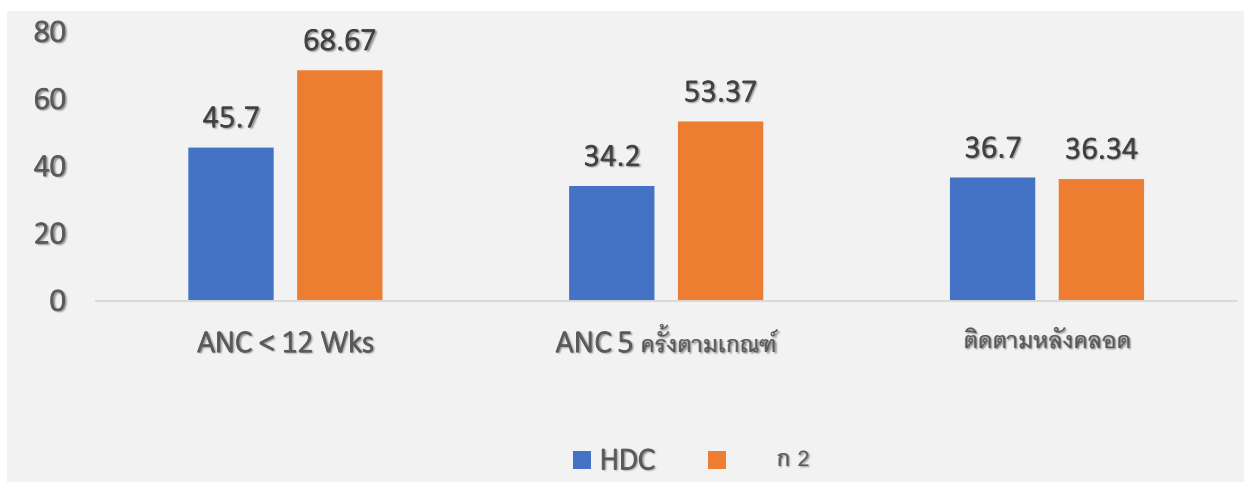
รายละเอียด	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ช่วงอายุ ๒๐ -๓๕ ปี	๕	๗๑.๔๓
อาชีพแม่บ้านและอาชีพรับจ้าง	๖	๘๕.๗
มารดาตายระยะหลังคลอด	๖	๘๕.๗
ได้รับการฝากครรภ์	๖	๘๕.๗
มีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์	๖	๘๕.๗
เสี่ยงด้านสูติกรรม	๔	๕๗.๑
เสี่ยงด้านอายุรกรรม	๑	๒๐
เสี่ยงทั้งสูติกรรมและอายุรกรรม	๒	๒๒.๙
เสียชีวิตที่รพ.	๖	๘๕.๗
การเดินทางมารับบริการ		
ระบบการส่งต่อ(Refer)	๓	๔๒.๘
รถ EMS	๒	๒๘.๖
มาเอง	๒	๒๘.๖
ช่วงระยะเวลาที่เสียชีวิต		
ระยะหลังคลอด	๔	๕๗.๑
ระยะก่อนคลอด	๒	๒๘.๖

แหล่งที่มา: รายงาน CE - ๖๒

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

๕. ระบบการให้บริการและการดูแลในขณะตั้งครรภ์ ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมายเป็นส่วนใหญ่ทั้งนี้ ได้มีการ เปรียบเทียบ การรายงานข้อมูล คือ ข้อมูลจาก Health Data Center และ การรายงาน ก๒ พบว่ามีความต่างกัน ใน ด้านข้อมูล โดยด้านคุณภาพการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๔๕.๗ (HDC) ร้อยละ ๖๘.๖๗ (รายงาน ก๒) ยัง ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) ฝากครรภ์คุณภาพ(ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๓๔.๒(HDC) และ ร้อยละ ๕๓.๓๗ (รายงาน ก๒) ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๓๖.๗ (HDC) และ ร้อยละ ๓๖.๓๔ (รายงาน ก๒) ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕) (แผนภูมิที่ ๒)

แผนภูมิที่ ๒ ร้อยละ การฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพ(๕ ครั้ง) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ปี ๒๕๖๗ (ตุลาคม ๒๕๖๖ – พฤษภาคม ๒๕๖๗) จ.จันทบุรี



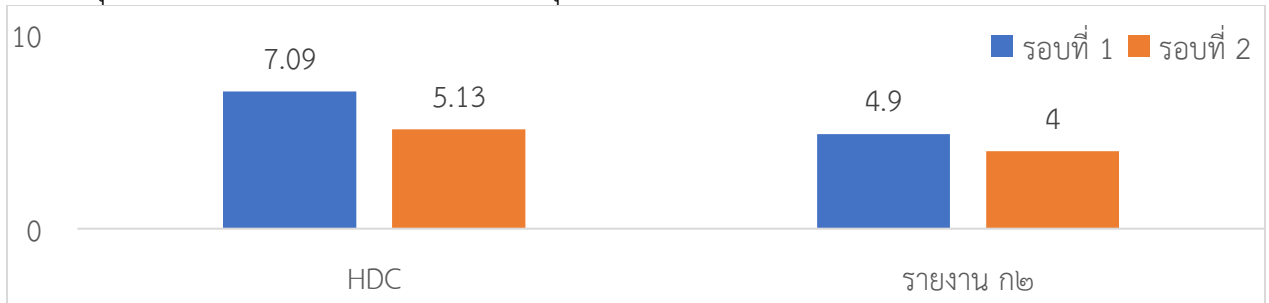
ที่มา : HDC ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗

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

ไตรมาสแรกของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ต.ค.๒๕๖๖ – มีนาคม ๒๕๖๗) จังหวัดจันทบุรี พบทารกแรกเกิดตาย ภายใน ๒๘ วัน หรือทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอด มากกว่า ๕๐๐ กรัม เท่ากับ ๕.๑๓ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ ( HDC : ๙/๑,๗๕๓ ราย) และ ๔.๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (รายงาน ก๒ : ๙ /๒,๒๕๒ ราย) สาเหตุการตายทารก

แรกเกิด ปี ๒๕๖๗ จากสาเหตุ Anomaly ๓ ราย Preterm ๓ ราย PPHN ๑ ราย Gastrochisis+VAP ๑ ราย BA+Post arrest ๑ ราย (แผนภูมิที่ ๓)

แผนภูมิที่ ๓ อัตราทารกแรกเกิดตายภายใน ๒๘ วันหรือทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอด มากกว่า ๕๐๐ กรัม ปี ๒๕๖๗ ( ตุลาคม ๒๕๖๖ - มีนาคม ๒๕๖๗) จ.จันทบุรี



### ผลการดำเนินงาน

จังหวัดมีการขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการอนามัยและเด็กระดับจังหวัด(MCH Board) และ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาทารกแรกเกิด(Service Plan ทารกแรกเกิด) ดังนี้

๑. พัฒนาการดูแลฝากครรภ์ การค้นหาหญิงตั้งครรภ์และแนะนำให้ฝากครรภ์เร็วโดยระดับปฐมภูมิให้ อสม.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน
๒. ดำเนินการตาม มาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิด และการส่งต่อแม่และเด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ประเด็น หน่วยบริบาลทารกแรกเกิดป่วย (NICU)
๓. มีการพหุศักยภาพบุคลากรในการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งมารดาและทารก เป็นประจำทุกปี
๔. มีการเฝ้าระวังการตายของทารกแรกเกิด โดยมีการทบทวน perinatal conference ทุกรายผ่านคณะกรรมการคณะกรรมการอนามัยและเด็กระดับจังหวัด
๕. ควบคุมกำกับ ติดตามความครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค) และทบทวนแนวทางการส่งต่อการคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย
๖. มีการทบทวนแนวทางการส่งต่อสำหรับทารกแรกเกิด และการจัดส่งข้อมูลการตรวจคัดกรองทารกของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลลูกข่าย โดย รพศ.จัดการอบรมตาม STABLE Program รพ.ทุกแห่งเข้ารับการอบรมครบถ้วน พร้อมทั้งจัดทำแนวทางการส่งต่อภายในจังหวัด (รพศ. รพช.) และการดูแลที่เข้าใจง่าย
๗. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลเขารวมประชุมในการจัดระบบบริการคัดกรองโรคหายากรวมกับสวนกลาง กำกับติดตามให้ได้อุณหภูมิตามเกณฑ์

### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือปัจจัยความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

#### ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. ยังไม่ได้กำกับติดตามผลการดำเนินงาน การให้บริการ และสำรวจปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร

#### ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. ยังไม่ได้ตรวจสอบข้อมูล การได้รับการตรวจจริง ยังไม่รวบรวมข้อมูลระยะเวลาในการส่งตรวจ

(ตามแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่แจ้งใน MCH Board เขต)

๒. พบการระบุ ID ๑๓ หลักของทารกสัญชาติไทย ในการยืนยันสิทธิ ลำช้า  
ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. กรณีเสี่ยงหรือมีภาวะฉุกเฉินในรพ.ชุมชน มีการส่งต่อมาที่รพ.พระปกเกล้า เพียงแห่งเดียว

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

๑. มีจำนวนการคลอดแนวโน้มลดลง

๒. ความครอบคลุมในการคัดกรองและค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด

#### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. จัดทำรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การปรับพฤติกรรมครอบครัว ฯลฯ

๒. กำกับติดตาม และรายงานข้อมูลการให้บริการ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ความคุ้มค่า คุ้มทุนในการจัดบริการ

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. ตรวจสอบข้อมูล การได้รับการตรวจจริง (ตามแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลที่แจ้งใน MCH Board เขต)

๒. โรงพยาบาลเร่งรัด การระบุ ID ๑๓ หลักของทารกสัญชาติไทยเพื่อยืนยันสิทธิการตรวจ

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. ซ้อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมร่วมระหว่างรพ.แม่ข่ายและรพ.ชุมชน

๒. พัฒนา App PPK ๑ เพื่อ ต่อยอด One Province One Labor Room

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

๑. พัฒนาศึกษา High risk Pregnancy วิเคราะห์ข้อมูล วางแผน จัดกิจกรรม

๒. ติดตามมารดาในกลุ่มเสี่ยง Preterm มีการคืนข้อมูล ระดับปฐมภูมิ เพื่อติดตามดูแล และลงทะเบียนมารดาครรภ์เสี่ยงระดับตำบล (แนวทางโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด กระทรวงมหาดไทย ๑/๑/๒๕๖๖)

๓. การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์เร็วลดป่วย การลด preterm delivery : การรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์และจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆ

๔. ลดอัตราตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้แก่บุคลากร

๕. การใช้ App PPK ๑ เพื่อติดตามการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

#### 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. การจัดระบบการส่งต่ออย่างมีคุณภาพทั้งมารดาและทารก
๕. มีการพบนุ้ศัภยภพบุคคลกรในการช่วยพนคีนชีพทั้งมารดาและทารก เปนประจำทุกปี
๖. รพศ.จัดการอบรมตาม STABLE Program รพ.ทุกแห่งเขารับการอบรมครบถวน และดเำทำแนวทางการส่งต่อ  
โหเสดวกและง่ำยต่อกรปฏิบัติงำนเพื่อกรดูแลเด็กที่มีปัญหาทั้งในโรงพยาบาลศูนย์และเครือข่ำยโรงพยาบาลชุมชน
๗. มีการใช้นวัตกรรม สร้างโปรแกรมในการจัดการและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ( App. PKK ๑)

**๖) ประเด็นที่จะดำเนินการหรือควรกำกับติดตามการตรวจราชการในรอบต่อไป / ปีต่อไป**

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

นายแพทย์ปฏิวัติ วงศ์งาม  
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์  
โรงพยาบาลสมุทรปราการ  
วัน/เดือน/ปี ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗