

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ รอบ ๒  
 เขตสุขภาพที่ ๖ จังหวัด ชลบุรี  
 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
<b>คลินิกส่งเสริมการมีบุตร</b> ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร  ๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)	- ร้อยละ ๗๕  - ร้อยละ ๖๕	- รพ.ชุมชนทั้ง ๙ แห่ง เปิดบริการระดับ MD Level ๑ ร้อยละ ๑๐๐ และรพ.จังหวัด จำนวน ๑ แห่ง วางแผนเปิดบริการ IUI อีก ๒ แห่ง(รพ.บางละมุง และรพ.พนัสนิคม)  - ร้อยละ ๙๓.๓๔
<b>ส่งเสริมการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพเพื่อลดการตายมารดา</b> ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	- ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	- ๑๔.๘๙ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ
<b>สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)</b> ๑. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ $\leq ๒๘$ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก $\geq ๕๐๐$ กรัม	- < ๓.๖ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	- ๓.๕๘ : ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

## ๒) สรุปสถานการณ์

### ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

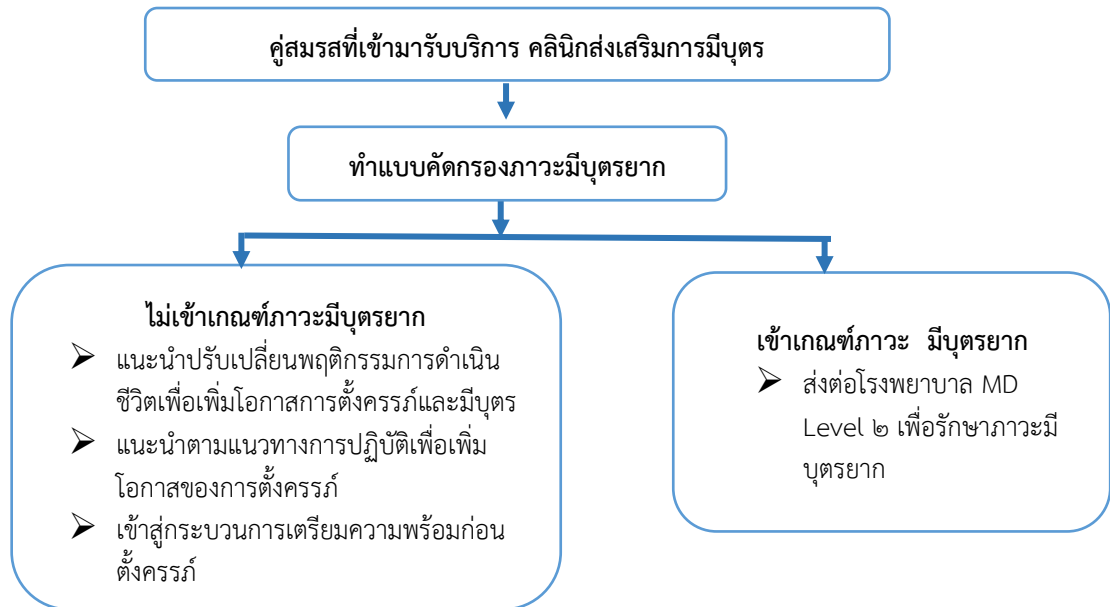
การดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของจังหวัดชลบุรี พบว่า ได้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ จัดบริการดูแล รักษาภาวะมีบุตรยากตามศักยภาพ คือ รพ.ชุมชน จำนวน ๙ แห่งมีจัดบริการด้านการให้คำปรึกษา การคัดกรองและการส่งต่ออย่างเหมาะสม( MD Level ๑) ทั้ง ๙ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) และ มีการพัฒนาศักยภาพบริการรพ.ทั่วไป ๒ แห่ง คือ รพ.บางละมุง และรพ.พนัสสนิคม ให้สามารถรักษาภาวะมีบุตรยากโดยสามารถฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกได้ (IUI) ทั้งนี้ รพ.ชลบุรี (รพ.ศูนย์) สามารถให้บริการ ฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกแล้วจำนวน ๑๗ ครั้ง ในผู้รับบริการ ๑๕ ราย โดยในการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกจำนวน ๑๖ ครั้งนั้นตั้งครรรภ์ไม่สำเร็จ อยู่ระหว่างรอผล ๑ ราย ในภาพรวมจังหวัดมีผู้รับบริการ การให้คำปรึกษา จำนวน ๑๕๘ ราย

ด้านการจัดการบริการในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ (MD Level ๑)

รพ.เกาะจันทร์ รพ.บ่อทอง รพ.หนองใหญ่ รพ.เกาะสีชัง รพ.วัดญาณสังวราราม มีการจัดบริการคัดกรองเบื้องต้นและให้การปรึกษา พร้อมทั้งส่งต่อเมื่อคัดกรองพบภาวะมีบุตรยาก โดยพบว่าการจัดบริการขั้นพื้นฐาน คือ มีสถานที่ในการจัดการบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร มีการแจ้งบริการที่ชัดเจน มีการจัดกิจกรรมประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรรภ์ และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ตามความพร้อมและความสะดวกของผู้รับบริการ องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ

แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน

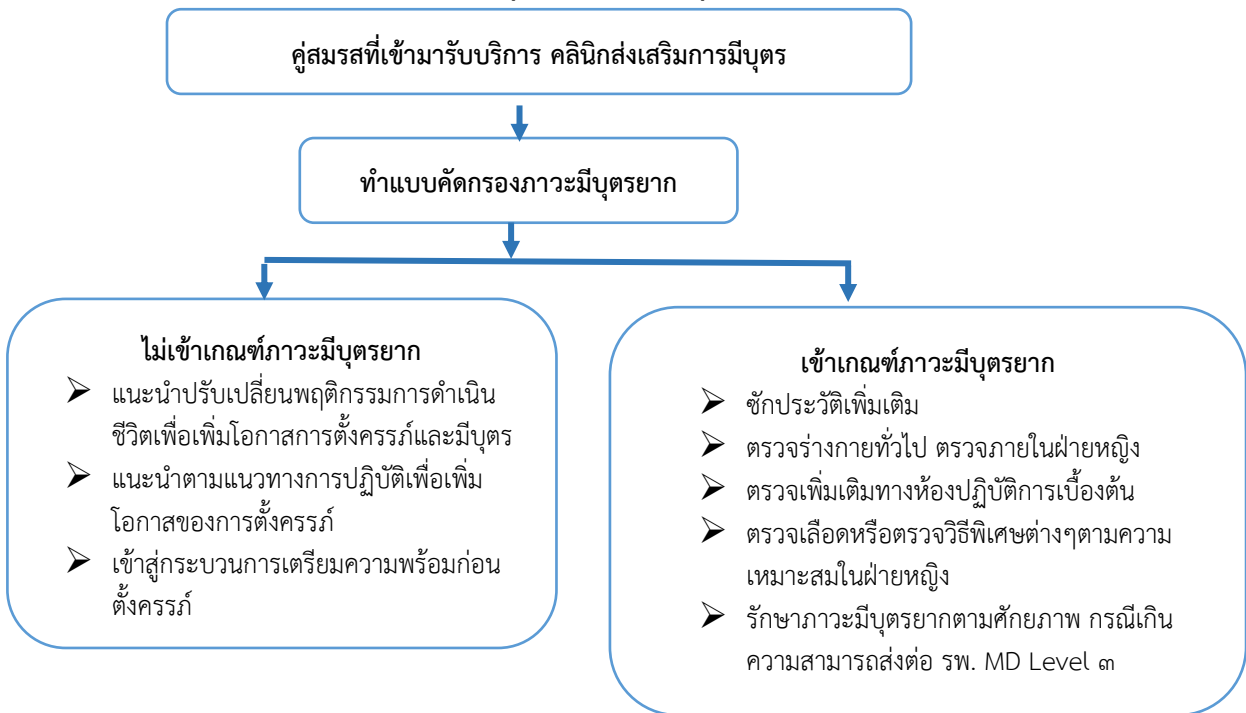
(MD Level ๑)



## การจัดบริการในโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ ( MD Level ๒ )

รพ.พนัสนิคม รพ.บางละมุง รพ.บ้านบึง รพ.พานทอง รพ.แหลมฉบัง มีการจัดบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะ มีระบบการทำงานร่วมกับคลินิกอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ การให้บริการ มีการให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร การวางแผนครอบครัว ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ การประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะมีบุตรยากและรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ และส่งต่อเพื่อ การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ การฉีดอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก(IUI : Intrauterine insemination) ที่รพ.ชลบุรี องค์ประกอบด้านบุคลากร ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และมีการดูแลร่วม อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รพ.ชลบุรี ให้บริการพื้นฐานเช่นเดียวกับ MD Level ๑ และให้บริการ การกระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ การฉีดอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก(IUI : Intrauterine insemination) และเป็นหน่วยรับส่งต่อจากรพ.ชุมชนและรพ.ทั่วไปเพื่อรักษาภาวะมีบุตรยากที่เกินศักยภาพของรพ.ชุมชน รพ.ทั่วไป

## แนวทางการดำเนินงาน คลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ (MD Level ๒ )



## ๒. ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

ในการส่งตรวจคัดกรองโรคหายาก(IEM ๔๐ โรค) พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในสังกัดอื่นๆ รวมทั้ง โรงพยาบาลเอกชน ของจังหวัดชลบุรี มีความครอบคลุมตามการเจาะส้นเท้าเพื่อส่งตรวจภาวะพร่องไทโรอิดฮอร์โมนแต่กำเนิด (TSH) จังหวัดชลบุรี โดยได้เริ่มดำเนินการส่งการตรวจวิเคราะห์ โรคหายาก ( IEM ) ในรพ.ทุกแห่งตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ – พฤษภาคม ๒๕๖๗ พบว่า ทารกแรกเกิดตามข้อมูลทะเบียนราษฎร จำนวน ๑๓,๗๖๗ ราย ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๑๒,๘๕๐ คน ความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองเท่ากับ ร้อยละ ๙๓.๓๔ (สูงกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๕) ยังไม่พบทารกแรกเกิดได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหายาก โดย การตรวจคัดกรองพบทารกที่มีความเสี่ยงและต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ จำนวน ๕๙ ราย ได้รับการตรวจคัด

กรองซ้ำและผลปกติทั้ง ๔๗ ราย เสียชีวิต ๒ ราย ส่งต่อศูนย์รักษาโรคหายากรพ.จุฬาฯ สังเกตอาการและรอการยืนยันจำนวน ๘ ราย ส่งต่อ ต่อรพ.รามมา, ศิริราช ๒ ราย และจังหวัดได้มีการติดตามการดำเนินงาน การบันทึกข้อมูล ผ่านกลุ่มไลน์ของจังหวัด

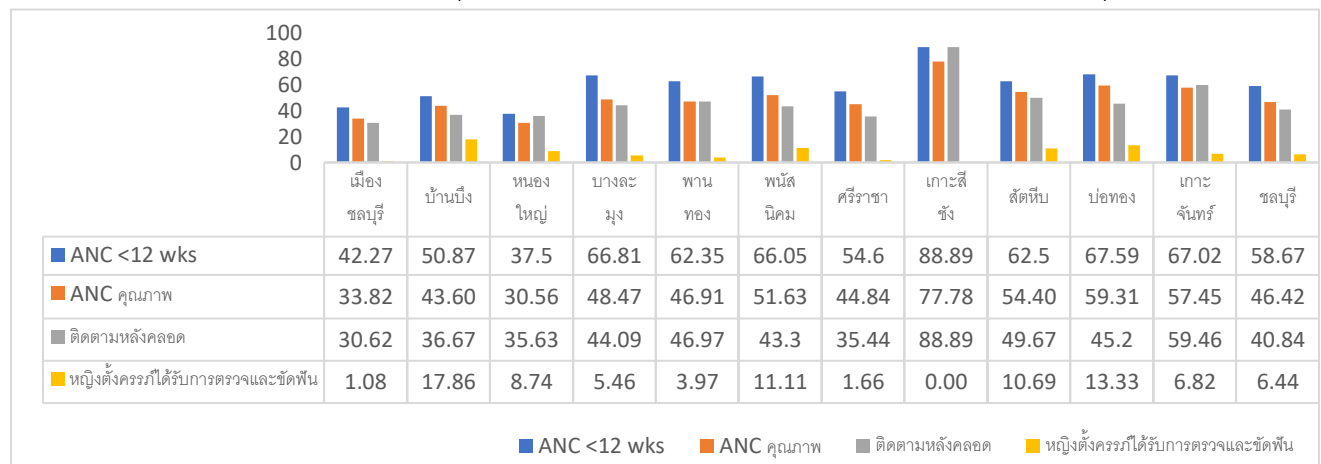
### ๓. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จังหวัดชลบุรี(ตุลาคม ๒๕๖๖ - พฤษภาคม ๒๕๖๗) พบมารดาตาย จำนวน ๓ ราย เป็นมารดาไทย จำนวน ๒ ราย และต่างชาติ ๑ ราย อัตราตายมารดาไทย 14.89 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM ด้วย สาเหตุทางตรง (Direct cause) 1 ราย (Amniotic fluid Embolism) สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) 2 ราย (Pulmonary TB, Dengue Hemorrhagic Fever shock )

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า ๓ ประการ ที่ส่งผลต่อการตายมารดา (๓ Delay Model) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหานั้น พบว่า เกิดจากปัญหาความล่าช้าของระบบบริการ (Delay in receiving adequate health care) โดย เกิดจากศักยภาพบุคลากร การตรวจคัดกรอง การตัดสินใจเปลี่ยนการรักษาล่าช้า และการสื่อสารระหว่างบุคลากรและองค์กร และมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงและพัฒนา คือ การประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และควรปรึกษาหรือส่งต่อในกรณีที่เกิดขีดความสามารถของตนเองในการรักษา ควรมีแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด กรณีที่ไม่ได้อยู่ในห้องคลอด และควรเฝ้าระวังเด็กทารกแรกเกิดในเรื่อง congenital TB ที่อาจจะได้รับจากแม่ในกรณีที่มีการติดเชื้อ TB

ในด้านการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันการตายมารดา พบว่า การฝากครรภ์เร็วและการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เป็นปัจจัยที่ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดา โดยมีตัวชี้วัดและกำกับติดตาม คือ การฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๕๘.๖๗ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕) ฝากครรภ์คุณภาพ(ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๔๔.๖๒ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๔๐.๘๔ (ค่าเป้าหมายร้อยละ ๗๕) และประเด็นติดตามการได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ร้อยละ ๖.๔๔ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕) (แผนภูมิที่ ๑)

แผนภูมิที่ ๑ ร้อยละ การฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพ(๕ ครั้ง) ติดตามตรวจหลังคลอดครบ ๓ ครั้งและ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน ปี ๒๕๖๗ จ.ชลบุรี



ที่มา : HDC ๗ มิถุนายน ๒๕๖๗

#### ๔. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ $\leq 28$ วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก $\geq 500$ กรัม

สถานการณ์ อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (neonatal mortality rate; NMR) ของจังหวัด ชลบุรี ปี ๒๕๖๗ (รายงาน Service Plan ทารกแรกเกิด จังหวัดชลบุรี เดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ - เมษายน ๒๕๖๗) เท่ากับ ๓.๕๘ ต่อพันการเกิดมีชีพ มีจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ จำนวน ๗,๘๑๘ ราย เสียชีวิตจำนวน ๒๘ ราย สาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด ๕ อันดับแรก ปี ๒๕๖๗

๑. Preterm ๑๑ ราย
๒. Congenital anomaly ๘ ราย
๓. PPHN ๕ ราย
๔. Sepsis ๒ ราย
๕. Birth asphyxia ๒ ราย

#### ๓) ปัญหา/จุดร่วมที่สะท้อนปัญหา หรือปัจจัยความเสี่ยงต่อความสำเร็จของงาน

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก(IUI) มีความสำเร็จน้อยมาก ยังไม่มีการทบทวนการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนหรือแต่ละกระบวนการ เช่น คุณภาพในการการเก็บและคัดอสุจิ

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. ไม่ได้ติดตามผลตรวจยืนยัน การดูแลรักษาในกลุ่มโรค IEM (คืนข้อมูลจากศูนย์ RD)
๒. ปัญหาการกำกับติดตามเด็กที่ผลการตรวจผิดปกติของรพ.นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. การซ่อมแผนร่วมกันของ รพ.แม่ข่ายและรพ.ที่เป็น Node เพื่อเตรียมความพร้อม ในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉินและรพ.ที่เป็น Node ต้องรับไว้เป็นการเร่งด่วน

ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม

๑. ในกรณี เด็กคลอดก่อนกำหนด ส่วนหนึ่งเป็น Spontaneous preterm และยังไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ ในภาพรวมของจังหวัด

๒. Congenital anomaly ส่วนหนึ่งเป็นความผิดปกติ ด้านโครโมโซม Trisomy ๑๘ พบในรายที่มาฝากครรภ์ช้า และอายุเกินกำหนดในการคัดกรองด้วย Quad test

#### ๔) ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร

๑. กำกับติดตาม และรายงานข้อมูลการให้บริการ รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ประเด็น ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค)

๑. การคืนข้อมูลเด็กที่อยู่ในการดูแลเพื่อเฝ้าระวังติดตามการวินิจฉัยเพิ่มเติมของศูนย์โรคหายาก

ประเด็น อัตราส่วนการตายมารดาไทย

๑. ซ่อมแผนฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมร่วมระหว่างรพ.แม่ข่ายและรพ.ชุมชน
๒. ติดตามการดำเนินงานตามแผนพัฒนา One Province One labor Room

ประเด็น อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่รอดออกมา น้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม

๑. เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่างๆ

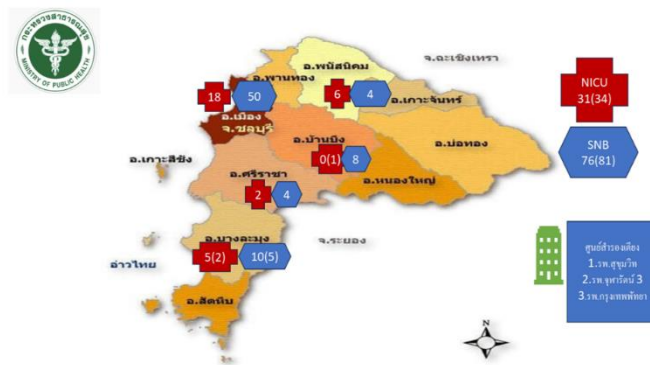
๒. ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากร

### ๕) ปัจจัยความสำเร็จ

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

๒. การดำเนินงานทบทวนการตายมารดาเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานเพื่อทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ของ WHO

๓. การจัดทำ Service Mapping และ ระบบศูนย์สำรองเตียงโดยการทำ MOU กับโรงพยาบาลเอกชนในเขต



๔. มีการพัฒนานระบบ Intrauterine transfer GA  $\leq$  ๓๔ wks

- Preterm :Intrauterine transfer GA  $\leq$  ๓๔ week

๕. ลดการเกิด preterm (progesterone)

๖. Congenital anomaly : Early screening Fetal anomaly

๗. จัดทำแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยง

- PPHN : ให้บริการรักษา ด้วย inhale nitric oxide

- Early transfer

- การดูแลทารกแรกเกิด ELBW (การทำ INSURE และการใช้ Non invasive respiratory support)

- การดูแลทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการรักษาด้วย Therapeutic Hypothermia (Fast tract)

- การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ที่ไม่ได้รับหรือได้รับการรักษาด้วยแก๊สไนตริกออกไซด์

- การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย (Early warning signs Sepsis and Sepsis protocol)

### ๖) ประเด็นที่จะดำเนินการหรือควรกำกับติดตามการตรวจราชการในรอบต่อไป / ปีต่อไป

๑. ติดตามการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน

๒. ประเด็นติดตามการ Monitor ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การฝากครรภ์เร็ว การฝากครรภ์คุณภาพ การได้รับการดูแลทางสุขภาพ

๓. รายงานการติดตามทารกที่ผลผิดปกติได้รับการตรวจซ้ำเพื่อยืนยัน และเด็กที่ผลยืนยันว่าเป็นโรคได้รับการรักษาที่ทัน่วงที่(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 ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๗