

ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน ๕ เดือนแรก ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๔. Output ผลผลิต : การขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กผ่านคณะกรรมการ MCH Board ระดับเขต ดังนี้
สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก MCH Board ระดับเขต ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘

วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสุขสุด ชั้น ๕ อาคารชลนุสรณ์ ๑๐๐ ปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑.	นายแพทย์โสภณ	เอี่ยมศิริถาวร	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖	ประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖
๒.	นายแพทย์สุทัศน์	ไชยยศ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๓.	แพทย์หญิงจรรยา	ธารงวุฒิกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖
๔.	แพทย์หญิงฐานันดา	ศิริพร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	ประธาน Service Plan สาขา ทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ ๖
๕.	นายแพทย์กฤษณ์	สกุลแพทย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	นายแพทย์สสจ.ชลบุรี
๖.	นายแพทย์กสิวัฒน์	ศรีประดิษฐ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	รองนายแพทย์สสจ.ฉะเชิงเทรา
๗.	นางศิริพร	จริยาจิรวัดนา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๘.	นางปานิสรา	สิทธินาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๙.	นางนงลักษณ์	สุขเอี่ยม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๑๐.	นายวสุรัตน์	พลอยล้วน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๑๑.	นางสาวทองม้วน	ศรไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๑๒.	นางสาวดวงนภา	ปงกา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๑๓.	นางสาวสุวิณา	พละศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๑๔.	นายจิรภัทร	ไชยพิมพ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๑๕.	นางสาวแสงระวี	สุทัศน์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๑๖.	นางสาวนวียา	ธรรมดี	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๑๗.	นางอารียา	วชิรานวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๑๘.	นางสาวสุภาศิณี	นิลคำ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๑๙.	นายธนาพล	กิตติสิทธิโชค	นักประชาสัมพันธ์	ศูนย์อนามัยที่ ๖
๒๐.	นางสาวพัทตร์วิภา	สว่างพร้อม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖
๒๑.	นางสาวอภิญญา	เปี่ยมวัฒนาทรัพย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖
๒๒.	นางสาวจรรยา	ภูกลิ่น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖
๒๓.	นางสาวคณินิจ	วัฒนวีรพงษ์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖
๒๔.	นางสาวชนิสรา	ธรรพ์คำ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖
๒๕.	นางอรพินท์	กันประดับ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสจ.ตราด
๒๖.	นางสาวสุชินี	เอี่ยมศิริพรรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลตราด

๒๗.	นางสาววิวัลย์	กลิ่นซ้อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลตราด
๒๘.	นางจันทร์ฉาย	ท่าพริก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลตราด
๒๙.	นางสุภาวดี	ชัยอรรถ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลตราด
๓๐.	นางสาวปิ่นมณี	เสนาะสันต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลตราด
๓๑.	นางเปรมกมล	ชวนชวาย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.สระแก้ว
๓๒.	นางสาวศิริลักษณ์	ด้วงนางรอง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สสจ.สระแก้ว
๓๓.	นางสาวภัทรพร	กัลยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลอรัญประเทศ
๓๔.	นางสาวสุทธดา	บุญอินราทาการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลอรัญประเทศ
๓๕.	นางฉวีพร	จันลี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลอรัญประเทศ
๓๖.	นางสาวนิรชา	เหล่าอวยพร	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลอรัญประเทศ
๓๗.	นางสาวไกล่รุ่ง	เพียนผักแว่น	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โรงพยาบาลอรัญประเทศ
๓๘.	นางสาวจุฑามาศ	อยู่พินิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลอรัญประเทศ
๓๙.	นางสาวสุดตดา	ระห้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลอรัญประเทศ
๔๐.	นางสาวชพรรณณ	บำรุงรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสจ.ระยอง
๔๑.	นางสาวศิริดา	เตียนพลกรัง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สสจ.ระยอง
๔๒.	นายไพบูลย์	โสภณนารักษ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลระยอง
๔๓.	นางสาวสุคนธา	ผาสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลระยอง
๔๔.	นางปิยฉัตร	ประธานราชฎร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลระยอง
๔๕.	นางสาวสุทนต์	เพ็ชรรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลระยอง
๔๖.	นางสาวสุธาสิณี	สุขเกษม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลระยอง
๔๗.	นางสาววาสนา	มิ่งคั่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลระยอง
๔๘.	นางใจทิพย์	พร้อมดิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสจ.จันทบุรี
๔๙.	นางปองกานต์	นยะเนตร	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี
๕๐.	นางสุภาพรรณ	วรผล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี
๕๑.	นางสาวปทุมยง	จำปาพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี
๕๒.	นางสุวรรีย์	ดำเนินวุฒิ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.สมุทรปราการ
๕๓.	นางสาวสุนิดา	เบ็ญปริง	นักวิชาการสาธารณสุข	สสจ.สมุทรปราการ
๕๔.	นางสาวธารกมล	เชาว์สมุทร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๕๕.	นางสาวหญิง	แทนรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๕๖.	นางสุนิสา	คนธรัตน์กุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๕๗.	นางพิมพ์กมล	กิตติพงษ์วรกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๕๘.	นางสาวนวพรรษ	โพธิ์แก้วสุกใส	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๕๙.	นางสาวอุบลรัตน์	พรหมรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๖๐.	นางสาวประภัสรา	สีมะสิงห์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๖๑.	นางกมลนันท	วุฒิสาร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลบางบ่อ
๖๒.	นางสาวเอื้อมพร	ศรีไถ่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลบางบ่อ
๖๓.	นางจามรี	เชาะมัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ

๖๔.	นางนพพร	เจนภูมิใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๖๕.	พญ.ธรรณัส	พราหมณี	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลบางบ่อ
๖๖.	นางสาวฉนิชภา	อ่ำสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสจ.ฉะเชิงเทรา
๖๗.	นางสาวสกุณฑลา	สุดเสนาหา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธโสธร
๖๘.	นางสาวจุฑารัตน์	เกิดเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธโสธร
๖๙.	นางเกศอุไร	วรรณศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพุทธโสธร
๗๐.	นางจินตนา	วชิรดุสิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ปราจีนบุรี
๗๑.	นายแพทย์โอฬาริก	มุสิกวงศ์	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
๗๒.	นางสาวสุวรรณา	อู่แก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
๗๓.	นางสาวชนิตา	กิตติวีราพัชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
๗๔.	นางภัศรา	ราชมิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
๗๕.	นางประภาศิริ	ศิราแรง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
๗๖.	นางนงลักษณ์	ไพเราะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
๗๗.	นางสาวสัมพันธ์พัย	พิลา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
๗๘.	นางวิลาวัลย์	พันภัยพาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ชลบุรี
๗๙.	นางสาวธิดารัตน์	สิงห์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ชลบุรี
๘๐.	นางฉวีธัญญา	วัฒนา	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	สสจ.ชลบุรี
๘๑.	นางสาวชญานา	อินทร์นอก	นักจัดการงานทั่วไป	สสจ.ชลบุรี
๘๒.	นางสาวยลธิดา	อู่อ้น	นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ	สสจ.ชลบุรี
๘๓.	นางวันเพ็ญ	ชั้นเงิน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สสจ.ชลบุรี
๘๔.	นางชินนันทน์	บุญสนอง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	สสจ.ชลบุรี
๘๕.	นางสาวจารุวรรณ	แดงศรี	เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน	สสจ.ชลบุรี
๘๖.	นางสาววิไล	วิริยะรัตน์พร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสจ.ชลบุรี
๘๗.	นางสาววิยะดา	ศรีสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.ชลบุรี
๘๘.	นางสาวชนิษฐา	บุญกาลกุล	นักจัดการงานทั่วไป	สสจ.ชลบุรี
๘๙.	นางสุรีย์พร	กระแสรชล	นักจัดการงานทั่วไป	สสจ.ชลบุรี
๙๐.	แพทย์หญิงฐิติวรรณ	ลมดี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลชลบุรี
๙๑.	แพทย์หญิงสิริพร	ไตรนาถ	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลชลบุรี
๙๒.	แพทย์หญิงณภัทร	ศรีมุสิกโพธิ์	แพทย์ประจำบ้าน	โรงพยาบาลชลบุรี
๙๓.	นางสาววรรณภา	รัตนากร	รองประธานกรรมการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขากุมารเวชกรรม	โรงพยาบาลชลบุรี
๙๔.	นางสาวพัชชา	ชินธนาวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลชลบุรี
๙๕.	นางสาวกมลชนก	จันทร์อาร์ักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลชลบุรี
๙๖.	นางสาวรัตนาวดี	ศิริสังวรณ์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลพัทยาศึกษา
๙๗.	นางสาวศิริพร	รัตนธรรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพัทยาศึกษา
๙๘.	นางธัชศรีณพร	พรหมเศรณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพัทยาศึกษา

๙๙. นางเอื้องฟ้า	อุตราครี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพัทยาบ่ทมคุณ
๑๐๐ นางสโรชา	เศวตมาลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลพัทยาบ่ทมคุณ
๑๐๑ นายแพทย์พรพงษ์	ลัก্ষมีสถาพร	ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลเมืองพัทยา
๑๐๒ นางสาวประภาพร	เทพโสภณ	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลเมืองพัทยา
๑๐๓ นางพิมพ์ชฎาณ์	สุรวฒนาวรรณ	หัวหน้าศูนย์คุณภาพ	โรงพยาบาลเมืองพัทยา
๑๐๔ นางสาวกัญทิยา	สารวิงศา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลเมืองพัทยา

เริ่มประชุมเวลา ๐๘.๔๕ น.

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖

กล่าวเปิดการประชุมและให้มอบนโยบายในการทำงาน :

ประธานกล่าวขอบคุณคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก MCH Board ในการจัดประชุมในวันนี้ ขอคุณ นพ.สุทัศน์ ไชยยศ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖ ที่รายงานถึงความเป็นมาและความสำคัญของคณะกรรมการชุดนี้ ซึ่งการประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ซึ่งเป็นไปตามทิศทางของกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายพัฒนาสุขภาพของกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐ และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน โดยเน้นการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่ทารกในครรภ์สู่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เรามีเป้าหมายให้คนไทยมีอายุเฉลี่ย ๘๕ ปี ภายในปี ๒๕๘๐ การที่จะมีอายุเฉลี่ยที่ยาวนานได้ เด็กที่คลอดมาต้องมีสุขภาพที่ดีและเติบโตสมวัย แข็งแรงสมบูรณ์ ก็จะเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ คณะกรรมการ MCH Board ทั้งระดับเขตและระดับจังหวัดเป็นกลไกสำคัญขับเคลื่อนให้ภารกิจต่างๆ บรรลุเป้าหมายและมีการดำเนินงานทั้งด้านนโยบายและการปฏิบัติงานที่สอดคล้องทั้งระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย เช่น การตายมารดา การคลอดก่อนกำหนด และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และปัญหาโรคติดต่อจากแม่สู่ลูก

จึงขอให้การจัดประชุมในวันนี้เป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานของจังหวัดต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ ๖ โดยนโยบาย one province one labor room จะเป็นส่วนสำคัญในการที่จะช่วยให้การแก้ไขปัญหาประสบความสำเร็จนอกเหนือจากมาตรการอื่นๆ ที่จะมีการหารือในวันนี้ และมอบหมายให้แพทย์หญิงจรรยา อารังวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ ดำเนินการประชุมต่อไป

วาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

แพทย์หญิงจรรยา อารังวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : แจ้งร่างคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) เขตสุขภาพที่ ๖

เอกสารประกอบการประชุม :

<https://drive.google.com/file/d/๑cjovkEm--GVRF๘itWXWLi๕KFzuapcswN/view>

มติที่ประชุม : รับทราบ



วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

แพทย์หญิงจรรยา อารังวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : แจ้งการรับรองรายงานการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) เขตสุขภาพที่ ๖ ครั้งที่ ๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๗

นางสาวทองม้วน ศรีไชย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๖ นำเสนอ : สรุประเด็นเพื่อรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ ดังนี้

๑. ตัวชี้วัดสุขภาพด้านแม่ที่ไม่ผ่านเป้าหมาย ทำงานแล้วช่วยคีย์ข้อมูลในระบบด้วย เน้นการฝากครรภ์คุณภาพ และการเฝ้าระวังป้องกันมารดาตาย
 ๒. ตัวชี้วัดสุขภาพด้านทารกแรกเกิด ลดการเกิด Preterm ขับเคลื่อนผ่าน One Province One Labor Room แผนการดำเนินงานแต่ละจังหวัด
 ๓. ติดตามพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อเนื่อง ถ้าเด็กเกิดคุณภาพส่งผลให้เติบโตและมีพัฒนาการที่ดี
 ๔. รวบรวมข้อมูลเตรียมความพร้อมแผนก NICU (รพ.ม๑) ให้มีเครื่องมือ อาทิ Radiant warmer, Cooling, High frequency ventilation
 ๕. การประชุม MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จัด ๓ ครั้ง/ปี เป็น Onsite ๑ ครั้ง และ Online ๒ ครั้ง
- เอกสารประกอบการประชุม :

<https://drive.google.com/file/d/๑๒VeJW๙L๔Hsk๙hwGrR๑๖MYTELU-ES&mc๒/view>

ข้อซักถาม/ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

แพทย์หญิงจรรยา อารังวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : ขอปรับกำหนดการประชุม MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จัด ๓ ครั้ง/ปี เป็น Onsite ๒ ครั้ง และ Online ๑ ครั้ง
มติที่ประชุม : รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๗

วาระที่ ๓ เรื่องเสนอให้ที่ประชุมทราบ

๓.๑ สถานการณ์และแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ นางสาวทองม้วน ศรีไชย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๖ นำเสนอสถานการณ์สุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ให้ที่ประชุมทราบ ดังนี้

เป้าหมายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก ปี ๒๕๖๘

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ≤ ๑๖ ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน
๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๙
๓. อัตราทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ≤ ๓.๖ ต่อการเกิดมีชีวิตพันคน
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๗
๕. ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๗๐
๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ร้อยละ ๗๖

สถานการณ์ด้านสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (ไตรมาสแรก) เขตสุขภาพที่ ๖

(ข้อมูล HDC ๓ ธ.ค. ๖๗)

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ๑๙.๘๘ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ๑๖ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต)
 - ๑.๑ ฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๓.๕ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕)
 - ๑.๒ ฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๔๐.๖๒ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕)
 - ๑.๓ หญิงหลังคลอดได้รับการตรวจและติดตามครบ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๒๐.๗๔ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕)
 - ๑.๔ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ ๓๙.๓๔ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๑๒)
 - ๑.๕ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจและขีดฟัน ร้อยละ ๘.๑๗ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๕)
 - ๑.๖ หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๑๔.๙๙ (ค่าเป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ ๙)
๒. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๒๕.๕๖ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๗)
 - ๒.๑ เด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ ๒๙.๖๔ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐)
 - ๒.๒ ตรวจคัดกรองพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๒.๖๔ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๒๐)

- ๒.๓ เด็กที่ตรวจพบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๓๙.๖๒ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐)
๓. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงตีสมีส่วน ร้อยละ ๖๑.๓๙ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)
- ๓.๑ เด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ ๓๓.๘๘ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐)
- ๓.๒ เด็ก ๐ - ๕ ปี พบภาวะเตี้ย ร้อยละ ๑๐.๒๕ (ค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ ≤ ๑๐)
- ๓.๓ เด็ก ๐ - ๕ ปี พบภาวะอ้วน ร้อยละ ๙.๓๐ (ค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ ≤ ๙)
- ๓.๔ เด็ก ๐ - ๕ ปี พบภาวะผอม ร้อยละ ๕.๒๕ (ค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ ≤ ๕)
๔. เด็ก ๖ เดือน-๕ ปี ได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ ๗๔.๗๖ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๔)
- ๔.๑ เด็ก ๖-๑๒ เดือน พบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ ๒๒.๘๐ (ค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ ≤ ๒๐)
- ๔.๒ เด็ก ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ ๖๑.๗๑ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๐)
๕. เด็กอายุ ๓ ปี ฟันไม่ผุ ร้อยละ ๗๔.๘๐ (ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๖)
- ๕.๑ เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๔.๒๓ (ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๕๐)

แผนการดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๖๘

๑. โครงการส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากร และทุนมนุษย์ เขตสุขภาพที่ ๖

๑.๑ Smart family ส่งเสริมการสร้างครอบครัวคุณภาพ ได้แก่ การสำรวจความต้องการมีบุตรในกลุ่มคู่สมรส ให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิประโยชน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร

๑.๒ Smart services การพัฒนาการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรและการรักษาภาวะมีบุตรยาก ได้แก่ การพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อเข้าถึงบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรและรักษาภาวะมีบุตรยาก

๑.๓ Smart Regulations การกำกับ ติดตาม ประเมินผลและหนุนเสริมการดำเนินงานในทุกระดับ ได้แก่ ติดตาม ประเมินผลการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรตามแนวทางการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ของ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กรมอนามัย และกรมการแพทย์

๒. โครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เขตสุขภาพที่ ๖

๒.๑ ยกระดับการตั้งครรภ์คุณภาพ (๒๗๐ วัน)

- สนับสนุนระบบเฝ้าระวังสุขภาพแม่และเด็กแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย
- ส่งเสริมและสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ ทารก และครอบครัว เข้าถึงระบบบริการที่ได้มาตรฐาน
- ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก
- ประเมินผลระยะสิ้นสุดแผนของโครงการส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ
- ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก

โครงการมุ่งเน้น : โครงการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดภายใต้โครงการเครือข่ายสุขภาพ มารดาและทารกเพื่อครอบครัวไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร

๒.๒ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (๑๘๐ วัน)

- เฝ้าระวังเชิงรุก พรบ.นมผง ไตรมาสละ ๑ ครั้ง
- เสริมสร้างทักษะ ความรู้การให้บริการในการส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- รณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สัปดาห์นมแม่โลกและเดือนวันแม่แห่งชาติ
- ถ่ายทอดแนวปฏิบัติการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (BFHI)
- เสริมสร้างความร่วมมือยกระดับชุมชนนมแม่รอบรู้แบบบูรณาการเพื่อเด็กไทยสุขภาพดี

๒.๓ ส่งเสริมเด็กปฐมวัยคุณภาพ (๕๕๐-๒,๕๐๐ วัน)

- บูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในทุกกระดับ
- พัฒนาศักยภาพแกนนำขับเคลื่อนการดำเนินงานยกระดับมาตรฐาน ๔D
- หนุนเสริมพลังสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ต้องปรับปรุงตัวบ่งชี้ตามมาตรฐาน ๔D ระดับพื้นที่
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice การดำเนินงานยกระดับ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

ด้านสุขภาพ (๔D) ระดับ พื้นที่

- พัฒนาศักยภาพ Child Project Manager ในระดับพื้นที่
- ขับเคลื่อนการเปิดบริการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี

โครงการมุ่งเน้น : โครงการการจัดการและแก้ไขปัญหาภาวะเตี้ย ผอม และอ้วนในเด็กปฐมวัยไทย เพื่อยุติภาวะทุพโภชนาการทุกรูปแบบตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG๒)

๓. โครงการเฝ้าระวังภาวะขาดไอโอดีนในเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ ๖

๓.๑. ติดตามการศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการและเฝ้าระวังระดับไอโอดีน ในปัสสาวะของเด็กอายุ ๓-๕ ปี

๓.๒. สำรวจและเก็บข้อมูลตัวอย่างปัสสาวะเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์สารไอโอดีนใน ๓ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชลบุรี จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดสมุทรปราการ

ข้อซักถาม/ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

แพทย์หญิงจรรยา อารังวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : ขอให้แจ้งที่มาของตัวชี้วัด ในเล่มตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ ปี ๖๘ ของกระทรวงที่เกี่ยวกับแม่และเด็ก ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข มี ๓ ตัวชี้วัด ได้แก่ มารดาตาย ทารกแรกเกิดเสียชีวิต และพัฒนาการสมวัย

ผู้แทนศูนย์อนามัยที่ ๖ : เป็นตัวชี้วัดปี ๒๕๖๘ ของกระทรวงสาธารณสุขและService Plan สาขาสูติกรรมและทารกแรกเกิด โดยมีตัวชี้วัดหลัก ๓ ตัวชี้วัดและมีตัวชี้วัดย่อยของกรมอนามัยอีก ๓ ข้อ ซึ่งเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่อง และติดตามประเด็น การคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ และการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

แพทย์หญิงจรรยา อารังวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : สรุปว่า ใช้ตัวชี้วัดของกระทรวงและกรมอนามัย โดยนำประเด็นที่เป็นปัญหา เช่น คลอดก่อนกำหนดมากกว่าเขตอื่น โดยเฉพาะจังหวัดชลบุรี และชลบุรี ปัญหาพัฒนาการ ปัญหาฟันผุ

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๖ : ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ในการประชุมที่ผ่านมา ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการปีงบประมาณ ๒๕๖๘ กับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการเลือกตัวชี้วัดร้อยละเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยเป็นตัวชี้วัดหนึ่ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ ทั้งนี้ตัวชี้วัดถูกถ่ายทอดไปยังผู้ตรวจราชการ รวมถึงเขตสุขภาพที่ ๖ ด้วยและมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการแต่ละเขตฯไปดำเนินการต่อ เพราะฉะนั้นการเร่งรัดผ่านคณะกรรมการเขตสุขภาพ จะเป็นอีกหนึ่งกลไกที่ให้ท่านผู้บริหารของทุกจังหวัดขับเคลื่อนงานต่อไป

แพทย์หญิงจรรยา อารังวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : สอบถามเพิ่มเติม ถึงประเด็น แผนการดำเนินงานเรื่องไอโอดีนมีเพียง ๓ จังหวัดที่มีการดำเนินการ

นางปภาณิสรา ลีธินาม ศูนย์อนามัยที่ ๖ : ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากโครงการสำรวจไอโอดีนในปัสสาวะของเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ มีการเก็บข้อมูลมาแล้วใน ๕ จังหวัดและ ในปีนี้ มีจังหวัดชลบุรี สมุทรปราการและปราจีน เป็น ๓ จังหวัดสุดท้าย และจะปิดโครงการวิจัย ที่เป็นโครงการระยะยาวของสำนักโภชนาการ พร้อมทั้งรายงานผลให้กับพื้นที่ต่อไป

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : ขอความร่วมมือในการบันทึกข้อมูล เนื่องจากข้อมูลในระบบรายงานยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย และแลกเปลี่ยนประเด็นเรื่องบริการการส่งเสริมการมีบุตร โรงพยาบาลที่ทำ IUI ต้องรายงานรับรองเป็นสถาบันทำ IUI ได้ ขอให้โรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานรายงานส่งตามแบบฟอร์ม

นางปภาณิสรา สิทธินาม ศูนย์อนามัยที่ ๖ : ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องการรายงานภาวะมีบุตรยาก เป็นข้อมูลในปีที่ผ่านมา สิ้นสุด ณ เดือนกันยายน ๒๕๖๗ โดยต้องรายงานภายใน ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ ผ่านเว็บไซต์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เพื่อขึ้นเป็นหน่วยบริการ ทั้งนี้ข้อมูลเดิม ทางศูนย์อนามัยมีข้อมูลการให้บริการ IUI จำนวน ๔ รพ.ที่ส่งรายงาน ได้แก่ รพ.พระปกเกล้า รพ.ชลบุรี รพ.พุทธโสธร และรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร

นายแพทย์สุทัศน์ ไชยยศ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๖ : ขอเพิ่มเติมการดำเนินงานของกรมอนามัย ประเด็นโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติฯ และมีการประชุมของกรมอนามัยในวันที่ผ่านมาโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีการคัดเลือก ๒๕ จังหวัด ทั้งประเทศ และในเขตสุขภาพที่ ๖ มี ๑ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ โดยจะมีการลงพื้นที่ต่อไป

มติที่ประชุม : รับทราบ

๓.๒ สถานการณ์และแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตสุขภาพที่ ๖

นำเสนอโดย นางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ ๖

๑. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นส่วนหนึ่งของการตั้งครรภ์วัยรุ่นเจริญพันธ์ ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะมีความเสี่ยงมากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ ในการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมุ่งเน้น ๔ ประเด็นหลัก คือ Delay Sex, Safe Abortion, Safe Sex และ Safe Mom โดย สถานการณ์อัตราคลอดมีชีพในวัยรุ่นอายุ ๑๐-๑๔ ปี ตั้งแต่ปี ๔๖ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สูงที่สุดในปี ๕๕ และหลังจากนั้นมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเรื่อง การป้องกันในวัยรุ่น มีรพ.การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการแก้กฎหมายในการทำ Safe Abortion ให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ซึ่งผู้ให้บริการรับทราบถึงกฎหมายใหม่นี้แล้ว แนวโน้มลดลงจนถึงปี ๖๕ พอถึงปี ๖๖ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย เมื่อเทียบกับประเทศเราจะสูงกว่าประเทศ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี (เป้าหมาย ๐.๗ ต่อประชากรพันคน) เขตสุขภาพที่ ๖ อัตรา ๑.๒๘ ประเทศอัตรา ๐.๙๓ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (เป้าหมาย ๒๑ ต่อประชากรพันคน) เขตสุขภาพที่ ๖ อัตรา ๒๒.๔๔ ประเทศอัตรา ๑๘.๗๓ และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงวัยรุ่น รายจังหวัด ปี ๒๕๖๗

๒. การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

เขตสุขภาพที่ ๖ มีหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ภาครัฐ/เอกชน จำนวน ๗ แห่ง ๔ จังหวัด (ชบ./สป./จบ./รย.) กำลังดำเนินการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ๑ แห่ง คือ โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง มีรพ.ปลายทางดูแล Post Abortion Care ทุกจังหวัด ทั้งหมด ๗๓ แห่ง ๘ จังหวัด

ข้อซักถาม/ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : เรื่องของ Safe Abortion ไม่ได้ส่งเสริมให้มีการทำ Abortion แต่จะให้ความช่วยเหลือคนที่มีปัญหาไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ ขอความร่วมมือให้ทุกจังหวัดให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการในรายที่มีความจำเป็น เช่น อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่ควรให้มีการ refer และให้มีการทำได้โดยถูกกฎหมาย

นายแพทย์ไอฟาริก มุสิกวงศ์ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร : ตอนนี้อยู่ในเขตฯ ๖ ยังมีไม่ครบทุกจังหวัด จ.ปราจีนบุรี ในหน่วยงานรัฐ เรื่องของ IUI การส่งเสริมการมีบุตร มีป้าย แต่เรื่องของ Safe Abortion ยังไม่มีป้าย หลายๆ ครั้งผู้ให้บริการไม่ได้สะดวกใจที่จะบอกผู้รับบริการว่า อายุกฎิการตั้งครรภ์หรือไม่ จึงเกิดคำถามว่าควรจะมีป้าย ๑๖๖๓ ในรพ.หรือไม่

เพราะอย่างน้อยเวลามารพ.เพื่อฝากครรภ์อาจไม่ได้ต้องการฝากครรภ์แต่จำใจว่าตั้งครรภ์แล้ว การให้ข้อมูลโดยที่บุคลากรไม่ต้องพูดโดยมีป้ายอยู่หน้าห้องตรวจจะช่วยเรื่องนี้หรือไม่ จึงเรียนปรึกษาที่ประชุม

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : ยังไม่มีเป็น standy เหมือนส่งเสริมการมีบุตรที่ไปวาง เนื่องจากจะเด่นชัดเกินไป

นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร : เพราะบางรายมาฝากครรภ์ ๘ สัปดาห์ มีโรคประจำตัวเล็กน้อยตามสามี มาเจาะเลือดไม่ได้ ส่วนตัวไม่กล้าถามผู้รับบริการว่า ยุติการตั้งครรภ์หรือไม่ ไม่ทราบว่ามีผู้รับบริการคิดอย่างไร หากเรามีป้ายประชาสัมพันธ์อาจจะเป็นหนึ่งในทางเลือกในการให้ข้อมูล

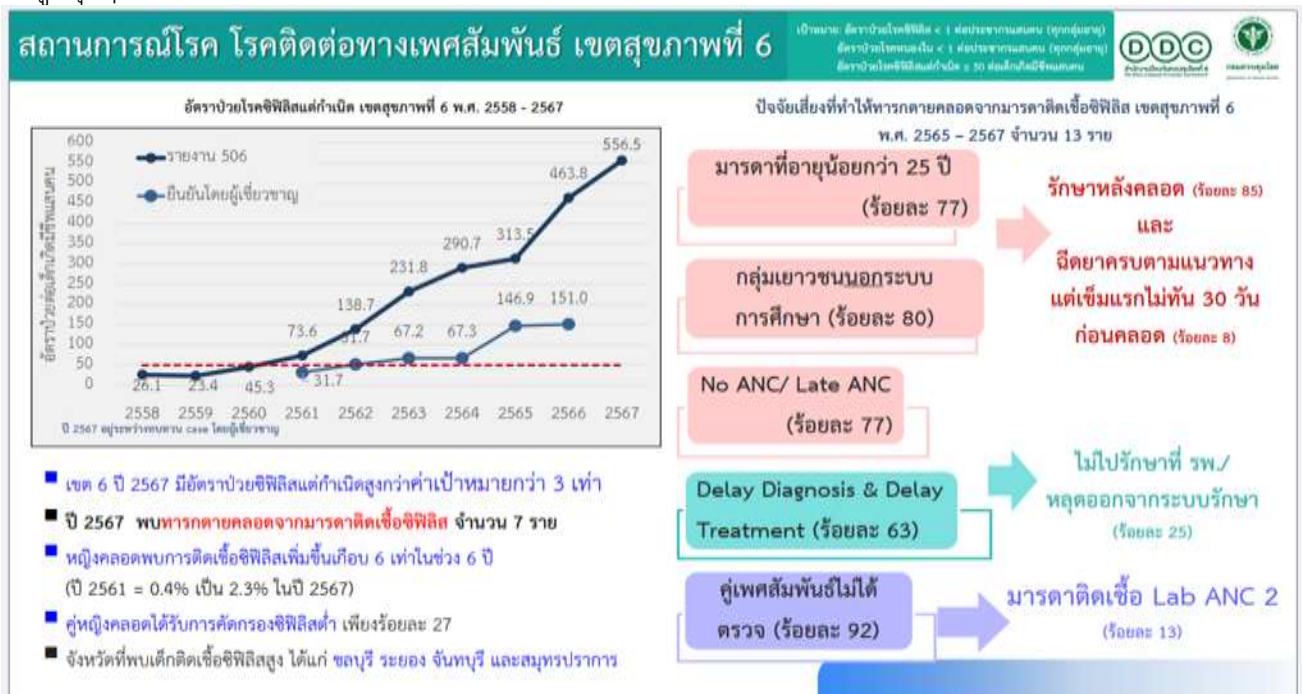
นางนงลักษณ์ สุขเอี่ยม ศูนย์อนามัยที่ ๖ : สำหรับเรื่อง ๑๖๖๓ กรมอนามัย สนับสนุนเป็นสติ๊กเกอร์ ถ้าทพ.ยินดีจะช่วยเหลือประชาสัมพันธ์ ทางศูนย์อนามัยจะจัดสรรสติ๊กเกอร์ฝากไปทางสสจ.แต่ละจังหวัด แต่ละรพ.ไปติดประชาสัมพันธ์ โดยเราไม่ต้องพูด ให้สื่อพูดเอง เป็นอีกทางเลือกให้กับผู้รับบริการ

มติที่ประชุม : รับทราบ

๓.๓ สถานการณ์ แผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

นำเสนอโดย นางสาวชนิสรา ธุระคำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ถือเป็นสถานการณ์ค่อนข้างรุนแรงของสาธารณสุขอย่างหนึ่ง เดิมทีได้รับการรับรองจาก WHO การกำจัดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิส เอชไอวี จากแม่สู่ลูก แต่ปัจจุบัน WHO ไม่รับรองการจัดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิส เอชไอวีจากแม่สู่ลูก และให้เวลาในการปรับปรุงเป็นเวลา ๓ ปี แล้วจะมาดูข้อมูลหรือประเมินการรับรองอีกครั้ง สถานการณ์การถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิส เอชไอวี จากแม่สู่ลูก จากการรายงานข้อมูลฝั่งควบคุมโรคจะมีการรายงานข้อมูลทุกๆ สัปดาห์ จากโรงพยาบาล โดยอธิบายได้ตามภาพ



ทั้งนี้ WHO กำหนดค่าเป้าหมาย congenital syphilis ไม่เกิน ๕๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน แต่ปี ๒๕๖๑ สถานการณ์เริ่มเกินค่าเป้าหมายจึงเริ่มมีการทำแบบสอบถามโรคในแม่ และพ่อ มีประวัติอย่างไรบ้าง และอาการของลูกที่คลอดเป็นอย่างไรบ้าง ผู้เชี่ยวชาญจึงให้ทุกเคสที่มีการรายงานเข้าสู่ระบบจะต้องส่งแบบสอบถามโรคร่วมด้วยทุกราย เมื่อพิจารณาแบบสอบถามโรคแล้วพบว่า รายที่เข้าเกณฑ์ congenital syphilis ตาม WHO น้อยกว่าในระบบรายงาน

ในระบบ แต่สถานการณ์ปัจจุบันก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวังและปฏิบัติตามมาตรการ มีการดำเนินงานร่วมกันมากขึ้น และตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นต้นมา สถานการณ์ เขตสุขภาพที่ ๖ เริ่มมีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากพบเด็กที่ตายคลอดจากแม่ที่ติดเชื้อซิฟิลิสสะสมทั้งหมด ๑๓ ราย โดยในปี ๒๕๖๗ พบเด็กเสียชีวิตไปแล้ว ๗ ราย ซึ่งพบมากที่สุด จากการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา

ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ มารดามีอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี แต่กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังมากเป็นพิเศษ คือกลุ่มที่อยู่นอกระบบการศึกษา ทำงานร้านอาหาร สถานบันเทิงและกลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์ช้า ซึ่งทั้ง ๓ ปัจจัยนี้ส่งผลต่อการรักษา หรือการป้องกันโรคติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากได้รับการรักษาไม่ทันก่อนคลอด ดังนั้น จะเห็นได้ว่ามีช่องว่างที่พบในคลินิกฝากครรภ์ ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งพบการวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากไม่ฝากครรภ์ หรือ ฝากครรภ์ช้า จึงส่งผลให้ได้รับการรักษาล่าช้า หรือเมื่อวินิจฉัยแล้วส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ผู้รับบริการไม่ไป หรือไม่สะดวกไปรักษาและหลุดหายไปจากระบบการรักษา และคู่ของหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ ๙๒ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งแรก ไม่พบการติดเชื้อซิฟิลิส แต่ส่วนใหญ่จะพบผลว่าติดเชื้อในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ครั้งที่ ๒ จึงส่งผลต่อการรักษาทำให้ไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษา

ข้อค้นพบจากการสอบสวนโรค

๑. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากคลินิกเอกชน เข้าสู่ระบบการรักษาที่ รพ.
๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ยังไม่เป็นไปตามการตรวจ Reverse Algorithm กรณีผลตรวจ Test ที่ ๑ และ ๒ ให้ผลขัดแย้ง ยังไม่มีแนวทางสำหรับการส่งต่อตรวจยืนยันด้วย Test ที่ ๓ (TPHA, TPPA)
๓. มีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยในครั้งเดียว (ครั้งละ ๓ Doses) ให้ผู้ป่วยเก็บรักษา อาจทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ เนื่องจากการเก็บรักษา และอุณหภูมิอาจสูงกว่ามาตรฐานการเก็บรักษา
๔. คู่ของหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการคัดกรองทุกราย
๕. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไม่ได้รับการรักษาครบทุกราย
๖. หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้ตรวจติดตาม RPR titer เมื่อครบกำหนดตามแนวทาง

แนวทางการดำเนินงานปี ๒๕๖๘

๑. ขอรายชื่อสูติแพทย์ และกุมารแพทย์/ID เด็ก จังหวัดละ ๒ ท่าน เพื่อจัดทำทำเนียบผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาและตรวจสอบความถูกต้องของการรายงานเคสของจังหวัด พื้นที่เขตสุขภาพที่ ๖ ผ่านทาง สสจ. และรวบรวมส่งให้ สคร. ภายในวันที่ ๒๕ ธ.ค. ๒๕๖๗
๒. ขอความร่วมมือหน่วยบริการ บันทึกรหัส ICD-๑๐ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ด้วยรหัส O๙๘.๑+ ระยะของโรค
๓. ขอความร่วมมือหน่วยบริการตรวจซิฟิลิส same day test and treat ในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้การตรวจแบบ Reverse Algorithms
๔. ขอความร่วมมือหน่วยบริการ กรณีพบทารกตายคลอดจากมารดามีประวัติติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด ให้รายงานเหตุการณ์และส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
๕. ขอความร่วมมือหน่วยบริการติดตามลูกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อซิฟิลิสตรวจซิฟิลิสด้วย Treponemal Test ที่อายุ ๑๘ เดือน
๖. ขอสนับสนุนข้อมูลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดปี ๒๕๖๘ ตามแบบฟอร์ม Excel รวบรวมส่งให้ สสจ. ทุกเดือน ภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป
๗. ขอความร่วมมือคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด จัดทำคำสั่งให้สอดคล้องกับระดับเขตสุขภาพที่ ๖ เพื่อให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๘. ศูนย์วิชาการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสคร. ศอ. และ สปส.

ข้อซักถาม/ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : การดำเนินงานเดิมมีใครเป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันการวินิจฉัย รวมถึงปัจจุบันด้วย

นางสาวชนิสรา ธุระคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ : การดำเนินงานเดิมใช้ผู้เชี่ยวชาญจากกรมควบคุมโรค โดยขอให้ทางพื้นที่ได้มีการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนรายงานมาที่กรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : แบบเดิมมอบหมายให้พยาบาลรายงาน แล้วต่อไปนี้ไม่ให้รายงานแล้วใช่หรือไม่ และกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญ จังหวัดละ ๒ ท่าน ๘ จังหวัด สอบถามเพิ่มเติม ที่กำหนดเป็น ๒ ท่าน คนที่จะ verify congenital syphilis และจะต้องเป็นหมอดีกใช้หรือไม่ และ Flow ต่อไปที่จะให้พื้นที่รายงาน ควรจะเป็นพยาบาลรายงานหรือแพทย์รายงานหรือฝ่ายเวชกรรมสังคมรายงาน

นางสาวชนิสรา ธุระคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ : มี ๒ ส่วน คือการตรวจแล้วเจอและให้การรักษจะเป็นงานฝากครรภ์ ซึ่งจะลงบันทึกประวัติแม่ทั้งหมด ระยะเวลาในการฝากครรภ์ การรักษาเข็มแรกเมื่อไหร่ สามีได้รับการตรวจหรือไม่ และการบันทึกข้อมูลของลูก ณ วันที่คลอด โรงพยาบาลนั้นๆ

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : ยังมีประเด็นว่าแบบฟอร์มนี้เวชกรรมสังคมเป็นคนทำรายงานไม่ใช่ งานฝากครรภ์

นางสาวชนิสรา ธุระคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ : โรงพยาบาลบางแห่งจะร่วมกันแบบฟอร์มนี้จะอยู่ที่งานฝากครรภ์แล้วจะลงข้อมูลแม่ไว้ก่อนเพื่อจะได้ไม่ต้องกลับไปย้อนดูภายหลัง และบางแห่งก็ไม่ได้คลอดที่เดียวกับฝากครรภ์ เรื่องการรายงานพบว่า โรงพยาบาลไหนที่ทำคลอดจะต้องเป็นผู้บันทึกรายงาน

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : ตอนรายงานให้รายงานรหัสอะไร ทำไม่ยอดถึงเป็นห้าร้อยกว่า แล้วยอดที่ออกมาเป็นหนึ่งในร้อยห้าสิบห้ามันคืออะไร ตรงส่วนไหนที่ผิด และได้วิเคราะห์หลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบหรือไม่ว่ารายที่หายไปส่วนใหญ่คือเป็นกรณีอะไร

นางสาวชนิสรา ธุระคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ : ส่วนใหญ่แพทย์จะวินิจฉัยว่า ลูกที่คลอดออกมาเป็น pre-exposure แล้วจะสรุปวินิจฉัยเป็น congenital syphilis ซึ่งไม่ถูกต้อง คือจะต้องเป็น code ที่สัมพันธ์ คือ Z๒๐.๒

แพทย์หญิงฐานัดดา ศิริพร ประธาน Service Plan สาขาทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ ๖ : จะต้องแยกเป็น ๒ ส่วน คือแม่ที่เป็นโรครักษา ลูกจะไม่นับ อันนี้คือไม่ต้องรายงาน แล้วแม่ที่รักษาครบ จะมีการวินิจฉัยซีฟิลิสอยู่ ๔ แบบ ได้แก่ Proven congenital syphilis อันนี้คือต้องรายงาน อันที่ ๒ Probable congenital syphilis ต้องรายงาน เพราะเด็กจะต้องได้รับการรักษา กลุ่มที่ ๓ คือ Congenital syphilis less likely กลุ่มที่รักษาครบ แต่ลูกต้องได้รับ Benzathine อันนี้คือไม่เป็นโรคและไม่ต้องรายงาน และ Congenital syphilis unlikely เพราะฉะนั้นการที่จะมีการวินิจฉัยควรจะต้องเป็นกุมารแพทย์ และคนที่ทำหน้าที่รายงานจะไม่ใช้สติ แต่จะเป็นหน้าที่ของเด็ก เพราะถ้าเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Proven หรือ probable congenital syphilis สองอันนี้จะต้องรายงานและจะต้องสืบสวนโรค และคนไข้กุมนั้นจำนวนไม่มาก ดังนั้นจึงควรเป็นส่วนของกุมารแพทย์ ส่วนสติแพทย์น่าจะเป็นอัตราส่วนการเกิดโรคมากกว่าว่ามีมารดาติดเชื้อแล้วได้รับการรักษา เด็กที่เกิดมาเป็น Congenital syphilis เท่าไหร่ พอถึงตรงนี้ตัวเลขจะน้อยลงมากๆ เพราะฉะนั้น คนที่จะดูแล แพทย์คิดว่าเป็นแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด และถ้าจะติดตามก็คือกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ เพราะจะมีการ Follow up titer หลังจากทารกเกิด และจะติดตามไปจนถึง ๒ ขวบ เพราะฉะนั้นเด็กกลุ่มนี้จะต้องอยู่ในความดูแลของกุมารแพทย์ และคนที่ต้องเก็บ แพทย์คิดว่าจะต้องเป็นกุมารแพทย์ และคนที่รายงานเคสก็จะเป็นเวชกรรมสังคม ฉะนั้นเวชกรรมสังคมจะต้องมา coordinate ร่วมกับกุมารแพทย์ว่าเป็นเคสที่วินิจฉัยว่าเป็น congenital syphilis จริงหรือไม่ ถ้าพบว่าเป็นก็ให้เวชกรรมสังคมรายงาน

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : สรุปก็คือ การรายงานขึ้นอยู่กับระบบของโรงพยาบาล แต่สุดท้ายก็คือจะมีกุมารแพทย์เป็นคนดูแลทุกจังหวัดซึ่งจะเป็นคนสรุปการวินิจฉัย และการรายงานจะขึ้นอยู่กับ ๒ กรณีเท่านั้นคือ Proven congenital syphilis และ Probable congenital syphilis แล้วต้องไปดูว่าทำไมตอนนี้รายงานเกิน เพราะมีการเข้าใจผิดอะไรหรือไม่อย่างไร

นางสาวชนิสรา ธุระคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ : ส่วนใหญ่จะเกิดจากข้อที่ ๒ ที่มีการวินิจฉัยมาก่อน เช่น less likely กับ unlikely และได้รับยา จึงรายงานกลุ่มนี้ไป ดังนั้นจึงต้องการขอความร่วมมือถ้าเป็น ๒ กลุ่มนี้ไม่ต้องรายงาน และมีกุมารแพทย์เซ็นรับรองว่าไม่ใช่กรณี congenital syphilis

แพทย์หญิงฐานัดดา ศิริพร ประธาน Service Plan สาขาทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ ๖ : ดังนั้นในแต่ละจังหวัดจะต้องมีการตกลงกัน ซึ่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จะต้องมีการชี้แจงการดำเนินงานนี้

นางสาวชนิสรา ธุระคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ : ดังที่ได้ขอรายชื่อ จังหวัดละ ๒ ท่านข้างต้นนั้น ก็เพื่อที่จะเป็นตัวแทนในการรับฟังการชี้แจงจากกรมควบคุมโรค เพราะโรงพยาบาลบางแห่งไม่มีกุมารแพทย์จึงอยากขอตัวแทนผู้เชี่ยวชาญระดับจังหวัด และจัดประชุมช่วงเดือนมกราคม ๒๕๖๘

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : ไม่จำเป็นต้องเป็นกุมารแพทย์เฉพาะทางติดเชื้อมาก็ได้

แพทย์หญิงฐานัดดา ศิริพร ประธาน Service Plan สาขาทารกแรกเกิด เขตสุขภาพที่ ๖ : เป็นกุมารแพทย์ได้ แต่ทุกจังหวัดจะต้องไปดูเครือข่ายของตนเอง

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : บางที่ไม่ได้รักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ดังนั้นจะต้องมีแนวทางว่าจะต้องรายงานไปที่ใคร แล้วใครเป็นคนดูแลทั้งจังหวัด แล้วตกลงจะไปลงทุกจังหวัดใช่หรือไม่

นางสาวชนิสรา ธุระคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ : เบื้องต้นจะขอรายชื่อผู้เชี่ยวชาญจังหวัดละ ๒ ท่านก่อน ว่าใครจะมาดูแลรับผิดชอบเรื่องนี้ เพราะถ้าเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค ผู้เชี่ยวชาญ หรือกุมารแพทย์ หรือสูติแพทย์ หรือผู้รับผิดชอบจะต้องเป็นผู้ยืนยันผลการวินิจฉัย

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : สิ่งที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัยคือได้ผลการตรวจที่เร็ว และได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ต้องมา ANC เร็ว พอวินิจฉัยก็ต้องรีบให้การรักษาทันที แต่ที่มีประเด็นน่าจะเป็นเคสที่ คลินิก หรือรพ.สต. ข้อมูลไม่ถึงคนไข้หรือไม่มารับการรักษา และตามสามมีมาตรวจให้ได้น่าจะสำคัญมากกว่า

นายแพทย์กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา : เนื่องจากทางสสจ.ฉะเชิงเทราปีที่แล้วพบกรณีที่เป็น congenital syphilis และ Hydrops fetalis แต่เด็กยังไม่เสียชีวิต ซึ่งจะต้องได้รับการติดตามไปจนถึงอายุ ๑๘ เดือน ซึ่งจะต้องขอความร่วมมือจากทางกุมารแพทย์ที่ช่วยในการติดตามและรักษา เพราะบางรายมารับการรักษาช้า อาจส่งผลให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยแบบ Reverse Algorithm จะเป็นวิธีการที่ตรวจและวินิจฉัยได้เร็ว แม่นยำ ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และสคร.ก็พยายามจะทำให้เกิด STIs คลินิกคุณภาพ ซึ่ง congenital syphilis ก็เป็นอีกหนึ่งตัวตัวชีวิตเพื่อใช้ในการประเมิน และทั้งเขตก็ยังผ่านไม่ครบ จึงอยากจะประชาสัมพันธ์ให้ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ ได้ทำคลินิก STIs คุณภาพ เพราะจะทำให้ครอบคลุมการติดตามในส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ด้วย ซึ่งมีความเชื่อว่าจะมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และปัญหาอีกอย่างคือ การติดตามคู่มารับการตรวจถือว่าเป็นปัญหาใหญ่เลย เนื่องจากว่าหากต้องการควบคุมการระบาดของซิฟิลิสในระยะยาวไม่ได้หากติดตามคู่มารับการตรวจและรักษาไม่ได้ และคิดว่าการที่แพทย์ที่มีส่วนร่วมใน

การดำเนินงานจะทำให้ทำงานได้ง่ายขึ้น จึงอยากให้มีคณะกรรมการมาร่วมกันวางแผนในการทำงานในเขตสุขภาพ ระยะยาวและนโยบายของจังหวัดฉะเชิงเทราถ้ามีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจให้แจ้ง แล้วผมเป็นคนจัดการให้ แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : การรักษาคู่สมรสมีความสำคัญ ควรมีนโยบายของแต่ละโรงพยาบาลในการตรวจ ติดตามรักษาคู่สมรส และโรงพยาบาลระยองก็มีระบบจัดการซิฟิลิสที่ดีอีกหนึ่งโรงพยาบาล

แพทย์หญิงปองกานต์ นยะเนตร รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี : ขอเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องการรักษานอกจากจะให้คนไข้เข้ามาใช้บริการในระบบได้เร็วแล้วควรเพิ่มข้อมูลในการ monitor คือ complete course น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์ และ interval ไม่ควรเกิน ๙ วัน

นางสาวชนิสรา ฐระคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ : ขอความร่วมมือเมื่อพบทารกตายคลอดจากการดาที่ตรวจพบเชื้อหรือไม่เคยตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส โดยจะไม่มีค่าใช้จ่ายเมื่อได้ดำเนินการแจ้งกับ สสจ. และสคร. และถ้าหากต้องการให้สคร.สนับสนุน UTM เพื่อส่งตรวจก็ให้แจ้งทางสคร.๖ ได้เลย

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : เสนอแนะเพิ่มเติมให้ทาง สคร. ๖ ทำหนังสือชี้แจงแนวทางการตรวจเฉพาะให้ทางโรงพยาบาลทุกจังหวัดรับทราบ

นางสาวชนิสรา ฐระคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ : ขอความร่วมมือแผนกฝากครรภ์ทุกโรงพยาบาลสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยซิฟิลิสและการรักษาทุกเดือนและจะตัดข้อมูลทุกวันที่ ๒๕ ทุกเดือน และส่งข้อมูลภายในวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป และจะทำหนังสือชี้แจงและขอความร่วมมือไปยังพื้นที่ในลำดับถัดไป

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : ขอเสนอให้ทางสคร. เพิ่มเติมคำอธิบายหรือนิยามในการบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดเพื่อให้เข้าใจและเป็นแนวทางในการปฏิบัติเดียวกัน

นางสาวสุชนี เอี่ยมศิริพรรณ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลตราด : ขอเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องการบันทึกข้อมูลที่ทางสคร.ขอมา ควรจะมีผู้รับผิดชอบหลักเป็นคนที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคหรือเวชกรรมป้องกัน แล้วค่อยมาขอข้อมูลสนับสนุนจากแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น แผนกฝากครรภ์ แผนกห้องคลอด แผนกหลังคลอด

แพทย์หญิงจรรยา อารงวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : การติดตามข้อมูลให้เป็นไปตามระบบของแต่ละจังหวัด

นางสุวรรีย์ ดำเนินวุฒิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.สมุทรปราการ : ขอเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นการทำหนังสือชี้แจงมาตรฐานการตรวจคัดกรอง และการรักษาซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ควรทำถึงสถานพยาบาลเอกชนร่วมด้วย เพื่อที่จะได้รับทราบและเป็นแนวทางในการปฏิบัติเดียวกัน

นางสาวชนิสรา ฐระคำ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ :

ชุดสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองซิฟิลิส (คนไทยทุกสิทธิ์)

- การตรวจคัดกรองซิฟิลิสในเยาวชน วัยรุ่น และประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ฟรี ไม่เกิน ๒ ครั้ง/ปี
- คู่ของหญิงตั้งครรภ์สามารถตรวจคัดกรองซิฟิลิสฟรี ๑ ครั้ง/การตั้งครรภ์

มติที่ประชุม : รับทราบ

การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

นำเสนอโดย นางสาวคณินิจ วัฒนวิระพงษ์ พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ :

นโยบายและการดำเนินงานการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก

นโยบาย

ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกดูแล รักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและลูก

เป้าหมาย สำเร็จภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓

- ๑) ความชุกการติดเชื้อในเด็กอายุ ๕ ปี So.๑%
- ๒) อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ๑๒.๐%

มาตรการ

- ๑) ตรวจ HBSAg ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย (๑๐๐%)
- ๒) หญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไวรัสสูงได้รับยา TDF (๒๙๕%)
- ๓) ทารกแรกเกิดที่แม่ติดเชื้อได้รับ HBIG (๙๕%)
- ๔) คงระดับความครอบคลุมวัคซีน HBV (๒๙๐%)

เครือข่ายหลัก

MCH board, Service plan สาขาแม่และเด็ก, กรมอนามัย, กรมควบคุมโรค, กรมสนับสนุนฯ, กรมการแพทย์, สสจ., กทม., สปสช., หน่วยบริการ (รพ.&ปฐมภูมิ), สมาคม & ราชวิทยาลัย

สถานการณ์

- ๑) ANC ๑ coverage = ๙๘.๔๐% (PHIMS พ.ศ. ๒๕๖๖)
- ๒) คาดประมาณจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HBV = ๑๖-๒.๔% (HBV testing survey report ๒๕๖๒-๒๕๖๕ (Ia: Posuwan, ๒๐๑๖)
- ๓) คาดประมาณจำนวนเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อต่อปี ๗,๖๕๐ - ๑๑,๕๐๐ คน
- ๔) ความครอบคลุมการได้รับ HBIG = ๗๙.๙๓% (HB-EMTCT survey report ๒๕๖๒-๒๕๖๕)
- ๕) ความครอบคลุมวัคซีน HBV แรกเกิด = ๙๓.๑๔% (HDC พ.ศ. ๒๕๖๖)
- ๖) ความครอบคลุมวัคซีน HBV๓ = ๘๗.๗๖% (HDC พ.ศ. ๒๕๖๖)
- ๗) อัตราการถ่ายทอดเชื้อ HBV จากแม่สู่ลูก = ๑.๐๗% (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๕)
- ๘) ความชุกการติดเชื้อ HBV ในเด็กอายุ ๕ ๐ = ๐.๐.๐๔% (Posuwan, ๒๐๑๖)

ประเด็นเร่งรัดการดำเนินงาน

- ๑) ตรวจ HBeAg/HBV viral load ในหญิงตั้งครรภ์ที่ผล HBSAg บวกทุกทุกราย
- ๒) ให้ยา TDF ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้
- ๓) ให้ HBIG ในลูกที่เกิดจากแม่มีผล HBSAg บวก
- ๔) ติดตามลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อมารับวัคซีนให้ครบ และตรวจ HBSAg & Anti-HBs เมื่ออายุ ๑๒ เดือน
- ๕) บันทึกข้อมูลในระบบ HIS และรายงานผลใน PHIMS ให้ครบถ้วนถูกต้อง

กำกับติดตามการดำเนินงาน

โดย MCH board, Service plan สาขาแม่และเด็ก, กรมควบคุมโรค, กรมอนามัย, สสจ.

การบันทึกข้อมูลการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก

- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)
- โปรแกรมสุขภาพของโรงพยาบาล (HIS)
- โปรแกรมรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก (PHIMS)
- โปรแกรมบันทึกข้อมูลการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก (HB-EMTCT)

แนวทางการดำเนินงานการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ได้ดำเนินการโดยจัดทำหนังสือชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการกำจัดการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก ปี ๒๕๖๘ ไปยังทุกจังหวัดเพื่อให้รับทราบเรียบร้อยแล้ว และหนังสือขอความ

ร่วมมือโรงพยาบาลรวบรวมและส่งข้อมูลผลการตรวจ HBsAg และ Anti-HBs ในลูกที่เกิดระหว่าง ๑ ม.ค. ๖๕ ถึง ๓๑ ธ.ค. ๖๕ ที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ HBV กลับให้ทาง Google form เพื่อ “การประเมินอัตราการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก ของ พ.ศ. ๒๕๖๖” ภายในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๗ เพื่อทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ช่องว่างและแนวทางการดำเนินงาน

ช่องว่างการดำเนินงาน

- การได้รับ HBIG ของเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะในเคสต่างด้าว (๑,๓๒๒ ราย : ร้อยละ ๗๙.๑, PHIMS ข้อมูล ม.๖๖-พ.๖๗)
- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง HBSAg ไม่ถึง ๑๐๐% (๘๘,๓๓๐ ราย : ร้อยละ ๙๓.๖, PHIMS ข้อมูล ม.๖๖-พ.๖๗)
- หญิงตั้งครรภ์ที่ผลคัดกรอง HBSAg+ ไม่ได้รับการตรวจยืนยัน (HBeAg/HBV viral load) ทุกราย ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับยา TDF (๑,๔๕๓ ราย : ร้อยละ ๘๔.๐, PHIMS ข้อมูล ม.๖๖-พ.๖๗)
- ข้อมูลไวรัสตับอักเสบบี แม่สู่ลูก ใน PHIMS ไม่ครบถ้วนและถูกต้อง
- การติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มาตรวจ HBsAg และ Anti-HBs เมื่อเด็กอายุ ๑๒ เดือน ยังไม่ครอบคลุม

แนวทางการดำเนินงาน

- รพ. หรือขอความร่วมมือเขตสุขภาพจัดซื้อ HBIG
- รพ. ตรวจคัดกรอง HBSAg หญิงตั้งครรภ์ทุกรายในรายที่ผล HBSAg+ ตรวจยืนยัน (HBeAg/HBV viral load) ทุกราย ถ้าผล HBeAg+ / HBV viral load > ๒x๑๐^๕ IU/ml ให้ยา TDF ตามแนวทาง
- รพ. ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วนก่อนบันทึกใน PHIMS สสจ. ตรวจสอบข้อมูลรายเดือนใน PHIMS ถ้าไม่ถูกต้องแจ้ง รพ. ให้แก้ไข และ รพ. รายงานข้อมูลไวรัสตับอักเสบบี แม่สู่ลูก ของ สคร. ภายในวันที่ ๕ ของทุกเดือน
- ขอความร่วมมือ อสม., รพ.สต., รพ. ติดตามเด็กอายุ ๑๒ เดือนที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มาตรวจ HBsAg และ Anti-HBs ทุกราย

มติที่ประชุม : รับทราบ

๓.๔ สถานการณ์ แผนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาสูติกรรม สาขาทารกแรกเกิด สาขากุมารเวชกรรม

นำเสนอโดย นางสาวสุวิณา พลศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๖

การดำเนินงานคณะกรรมการ SP สาขาสูตินรีเวชกรรม ปี ๒๕๖๗

- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อน One Province One Labor Room
- คัดเลือก Best Practice/นวัตกรรม เพื่อร่วมประกวดในงาน SP Sharing เขตสุขภาพที่ ๖
- ประชุมวิชาการสูตินรีเวชส่วนภูมิภาค ครั้งที่ ๙ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ)
- Kick Off คลินิกส่งเสริมการมีบุตร เขตสุขภาพที่ ๖
- อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อส่งเสริมการมีบุตร
- โครงการการส่งเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร เขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ผลการขับเคลื่อนงานนโยบายเร่งด่วน Quick Win ส่งเสริมการมีบุตร

๑. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ร้อยละ ๑๐๐

๒. จำนวนผู้รับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร เป้าหมายเขตรอบ ๑๒ เดือน ๔๓๘ ราย

๓. ร้อยละของ รพศ. มีการจัดบริการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI) (ร้อยละ ๗๕)

การจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	รพ.ทั้งหมด		จำนวนบุคลากร (คน)					ระดับบริการ	
	รพช.	รพศ. รพท.	Medical			Nurse case manager	นักเทคนิคการแพทย์	Level ๑	Level ๒
			M๑	M๒	M๓				
สมุทรปราการ	๓	๑/๒	>๓๑	๒๒	๐	๘	>๓๘	๗	๑
ชลบุรี	๙	๑/๒	>๓๑	>๑๖	๐	๑๒	>๓๕	๑๑	๑
ระยอง	๖	๑/๒	>๒๔	>๑๓	๐	๙	>๒๓	๘	๑
จันทบุรี	๑๑	๑	>๔๑	๑๑	๑	๑๒	๒๕	๑๑	๑
ฉะเชิงเทรา	๑๐	๑	>๑๓	>๑๐	๐	๑๒	๑๑	๑๐	๑
ปราจีนบุรี	๕	๑/๑	>๒๔	๘	๑	๗	๕๗	๖	๑
สระแก้ว	๗	๑/๑	๗	๒	๐	๙	๙	๙	๐
ตราด	๖	๑	๑๕	๔	๐	๑๗	๑๑	๘	๐
เขตสุขภาพที่ ๖	๕๗	๑๖	๑๘๖	๗๕	๒	๘๖	๒๐๙	๖๗	๖

จำนวนผู้รับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

จังหวัด	จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด (ราย)	จำนวนบริการ IUI (ราย)		ให้คำปรึกษา/ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	
		ทั้งหมด	ตั้งครรภ์	ทั้งหมด	ตั้งครรภ์
สมุทรปราการ	๒๑๘	๐	๐	๒๑๘	๐
ชลบุรี	๑๕๘	๒๒	๐	๑๓๙	๐
ระยอง	๔๐	๐	๐	๔๐	๐
จันทบุรี	๑๓๗	๑๒	๐	๑๒๒	๐
ฉะเชิงเทรา	๘๒	๓	๐	๘๒	๕
ตราด	๕	๐	๐	๕	๐
ปราจีนบุรี	๔๗	๑๓	๐	๓๖	๐
สระแก้ว	๔๔	๐	๐	๔๔	๐
รวม	๗๓๑	๕๐	๐	๖๘๖	๕

ที่มา: รายงานการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๖ รอบ ๑๒ เดือน ปี ๒๕๖๗

งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด

(PP Area based : PPA) จำนวนเงิน ๗๙๖,๘๐๐ บาท (เจ็ดแสนเก้าหมื่นหกพันแปดร้อยบาท)

วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตรและเข้าถึงบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรมากขึ้น

๒. เพื่อคัดกรองและให้การดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ที่ต้องการเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร

เป้าหมาย : ประชาชนกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ที่วางแผนการมีบุตร จำนวน ๘๐๐ ราย

ผลการดำเนินงาน : ๕๕๖ ราย ร้อยละ ๖๙.๕

สมุทรปราการ จำนวน ๑๕๐ ราย

ชลบุรี จำนวน ๒๑๔ ราย

ระยอง จำนวน ๖๗ ราย

จันทบุรี จำนวน ๔๘ ราย

ฉะเชิงเทรา จำนวน ๓๕ ราย

สระแก้ว จำนวน ๔๒ ราย

เป้าหมายตามตัวชี้วัด Service Plan สาขาสูตินรีเวชกรรม ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๑. ลดอัตราการตายมารดา : ๑๖ ต่อการมีชีพประชากรแสนคน

๒. ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด : ร้อยละ ≤ ๘

๓. ยกระดับคลินิกส่งเสริมการมีบุตรและการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก

แผนการดำเนินงานสาขาสูตินรีเวชกรรม ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

- การดำเนินงาน One Province One LR เขตสุขภาพที่ ๖

- การดำเนินงานเพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดเขตสุขภาพที่ ๖

- การดำเนินงานการฝากครรภ์คุณภาพ และติดตามการคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

- การดำเนินงานส่งเสริมการมีบุตร /สนับสนุนการรักษาภาวะมีบุตรยากและยกระดับหน่วยบริการรักษาภาวะมี

บุตรยากเขตสุขภาพที่ ๖

การกำกับติดตาม

- การประชุม SP OB-GYN เขตสุขภาพที่ ๖

- การประชุม MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖

- การตรวจราชการและนิเทศงาน เขตสุขภาพที่ ๖

มติที่ประชุม : รับทราบ

ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองแบบเพิ่มจำนวน (ENBS) ในทารกไทยแรกเกิดประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เขตสุขภาพที่ ๖

นำเสนอโดย ศูนย์ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติสถาบันชีววิทยาศาสตร์ทางการแพทย์
ข้อมูลจังหวัด/โรงพยาบาล ที่ส่งตรวจคัดกรอง ENBS ในเขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัด	สังกัด		รวม
	รัฐบาล	เอกชน	
สมุทรปราการ	๕	๑๗	๒๒
ชลบุรี	๑๕	๙	๒๔
ระยอง	๙	๔	๑๓
จันทบุรี	๑๒	๒	๑๔
ตราด	๖	๑	๗
ปราจีนบุรี	๘	๒	๑๐
ฉะเชิงเทรา	๑๐	๓	๑๓
สระแก้ว	๗	๑	๘

สรุปผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองแบบเพิ่มจำนวน (CHT-IEM) ในทารกไทยแรกเกิด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เขตสุขภาพที่ ๖

จังหวัดสมุทรปราการ

จำนวนการเกิด = ๑๐,๘๗๑ สังกัดกรอง(ไทย) = ๑๑,๑๒๖ ความครอบคลุมร้อยละ ๑๐๒.๓๕

TSH > ๒๕ mU/L = ๕๙ ราย

- ติดตามได้ ๕๕ ราย (ยืนยันป่วย ๘)
- ติดตามไม่ได้ ๔ ราย

IEM พบความเสี่ยง ๑๘ ราย

- สังกัดกรองซ้ำปกติ ๗ ราย
- ยืนยัน RD ๘ (ป่วย ๓)
- ติดตามไม่ได้ ๑ ราย
- แพทย์ประเมินปกติ ๑ ราย
- เสียชีวิต ๑ ราย

จังหวัดชลบุรี

จำนวนการเกิด = ๒๐,๕๑๔ สังกัดกรอง(ไทย) = ๑๘,๗๔๒ ความครอบคลุมร้อยละ ๙๑.๓๖

TSH > ๒๕ mU/L = ๗๗ ราย

- ติดตามได้ ๗๔ ราย (ยืนยันป่วย ๑๕)
- ติดตามไม่ได้ ๓ ราย

IEM พบความเสี่ยง ๙๙ ราย

- ติดตามได้ ๗๙ ราย (คัดกรองซ้ำปกติ ๗๐)
- ยืนยันจาก RD ๙ (ป่วย ๑)
- แพทย์ประเมินปกติ ๕ ราย
- ประสาน RD ๙ ราย
- ติดตามไม่ได้ ๔ ราย
- เสียชีวิต ๓ ราย

จังหวัดระยอง

จำนวนการเกิด = ๗,๗๕๒ สังกัดกรอง(ไทย) = ๗,๖๓๒ ความครอบคลุมร้อยละ ๙๘.๔๕

TSH > ๒๕ mU/L = ๔๓ ราย

- ติดตามได้ ๓๙ ราย (ยืนยันป่วย ๘)
- แพทย์ประเมินปกติ ๒ ราย

- ติดตามไม่ได้ ๒ ราย

IEM พบความเสี่ยง ๑๘ ราย

- ส่งคัดกรองซ้ำปกติ ๑๑ ราย
- ติดตามไม่ได้ ๑ ราย
- เสียชีวิต ๓ ราย
- ตรวจยืนยัน RD ๑ ราย
- กำลังติดตาม ๒ ราย

จังหวัดจันทบุรี

จำนวนการเกิด = ๔,๖๘๘ ส่งคัดกรอง(ไทย) = ๔,๔๔๒ ความครอบคลุมร้อยละ ๘๑.๗๕

TSH > ๒๕ mU/L = ๙ ราย

- ติดตามได้ ๘ ราย (ยืนยันป่วย ๔)
- ติดต่оไม่ได้ ๑ ราย

IEM พบความเสี่ยง ๕ ราย

- ส่งคัดกรองซ้ำปกติ ๕ ราย

จังหวัดตราด

จำนวนการเกิด = ๑,๖๐๐ ส่งคัดกรอง(ไทย) = ๑,๕๑๒ ความครอบคลุมร้อยละ ๙๔.๕๐

TSH > ๒๕ mU/L = ๑ ราย

- ติดตามได้ ๑ ราย (ย้ายไปศิริราช)

IEM พบความเสี่ยง ๓ ราย

- ส่งคัดกรองซ้ำปกติ ๒ ราย
- ยืนยัน RD ๑ (ป่วย ๑)

จังหวัดฉะเชิงเทรา

จำนวนการเกิด = ๕,๕๕๑ ส่งคัดกรอง(ไทย) = ๕,๕๑๗ ความครอบคลุมร้อยละ ๙๙.๓๙

TSH > ๒๕ mU/L = ๒๓ ราย

- ติดตามได้ ๒๓ ราย (ยืนยันป่วย ๑๑)

IEM พบความเสี่ยง ๑๕ ราย

- ติดตามได้ ๑๑ ราย (ยืนยันปกติ ๑๑)
- ติดตามไม่ได้ ๑ (ย้ายไปกัมพูชา)
- ประสาน RD ๑ ราย
- เสียชีวิต ๒ ราย

จังหวัดปราจีนบุรี

จำนวนการเกิด = ๔,๒๗๗ ส่งคัดกรอง(ไทย) = ๓,๖๙๗ ความครอบคลุมร้อยละ ๘๖.๔๔

TSH > ๒๕ mU/L = ๘ ราย

- ติดตามได้ ๘ ราย (ยืนยันป่วย ๘)

IEM พบความเสี่ยง ๑๖ ราย

- ส่งคัดกรองซ้ำปกติ ๑๒ ราย
- ติดตามไม่ได้ ๑ ราย
- ยืนยัน RD ๑ (ป่วย ๑)
- เสียชีวิต ๒ ราย

จังหวัดสระแก้ว

จำนวนการเกิด = ๔,๑๔๖ ส่งคัดกรอง(ไทย) = ๓,๑๘๑ ความครอบคลุมร้อยละ ๗๖.๗๒

TSH > ๒๕ mU/L = ๓ ราย

- ติดตามได้ ๓ ราย (ยืนยันป่วย ๓)

IEM พบความเสี่ยง ๔ ราย

- ส่งคัดกรองซ้ำปกติ ๒ ราย
- เสียชีวิต ๒ ราย

ปัญหาและอุปสรรค

๑. โรงพยาบาลไม่ระบุเลขบัตรประชาชนมารดา และบางครั้งใส่เลขบัตรประชาชนของมารดาท่านอื่นมา
๒. กรณีบิดาไทย มารดาต่างชาติ: โรงพยาบาลระบุบิดาไทย แต่ไม่แจ้งเลขบัตรประชาชนบุตรมา
๓. กรณีต่างชาติ: ประสงค์ขอตรวจ IEM แต่ไม่เขียนระบุตรวจ IEM มาในหมายเหตุ (มักแจ้งขอตรวจย้อนหลัง)
๔. บางโรงพยาบาลติดต่อยาก และไม่มีผู้รับผิดชอบสำรอง
๕. กรณีส่งตรวจทั่วไป ที่ทางศูนย์ RD แนะนำทางโรงพยาบาลมักสะดวกตรวจ Out Lab มากกว่าส่งตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ตามที่ศูนย์ RD แนะนำ
๖. โรงพยาบาลบางแห่งจากส่งเคส refer ไปรพ. จุฬาฯ โดยยังไม่ได้รับการปรึกษาหารือ

ประเด็นจากการตรวจราชการ “ส่งเสริมการมีบุตร”

๑. หน่วยบริการตรวจคัดกรอง IEM ต้องใช้ข้อมูล PID ของมารดาหรือทารกในการให้บริการตามสิทธิของชุดสิทธิประโยชน์

- พบว่าหน่วยงานส่งต่อตรวจไม่ระบุ PID ให้ชัดเจนยากต่อการตรวจสอบ ส่งผลต่อการตรวจคัดกรอง IEM ทันเวลาหรือทำให้ไม่ได้รับการตรวจ IEM
- การระบุตัวตนของทารก ควรเร่งผู้ปกครองทารกแจ้งเกิดโดยเร็ว โดยเฉพาะกรณีที่แม่ต่างด้าว พ่อคนไทย
- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบสิทธิ์

๒. การรวบรวมข้อมูลการตรวจคัดกรอง IEM

- คัดจัดหาระบบเพื่อรวบรวมข้อมูลทั้งหน่วยงานภาครัฐ-เอกชนในภาพรวมของประเทศ
- บูรณาการร่วมกันระหว่างสปสช.และระบบคัดกรอง N-Connect (กรมวิทย์) และ HDC ในการตรวจสอบสิทธิ ยืนยันบุคคล, ติดตามการรักษา ; อยู่ระหว่างดำเนินการ

๓. แนวทางการคัดกรอง-ยืนยัน-รักษา กรณีพบเคสเสี่ยง IEM

- การติดตามทารกเพื่อส่งต่อหรือรักษา IEM หน่วยงานส่งตรวจยังไม่เข้าใจแนวทางการปฏิบัติ
- ทบทวนแนวทางปฏิบัติหรือคู่มือการปฏิบัติงาน (Guideline) เป็นประจำทุกปี
- มีหน่วยงานกระบวนการติดตามทารกที่ชัดเจน

แพทย์หญิงจรรยา อารังวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖ : เนื่องจากมีต่างด้าวจำนวนมาก ดังนั้นเราจึงควรเร่งรัดในเด็กที่มีโอกาสหรือเป็นบิดาไทย ก็พยายามให้ได้ใช้สิทธิ์ หรือถ้ามีกำลังในการจัดการค่าใช้จ่ายก็ให้จ่ายเองได้เลย ซึ่งมีอัตราค่าใช้จ่ายทั้งค่าตรวจไทรอยด์และ IEM อัตรา ๖๓๕ บาท (กรณีต่างชาติ)

มติที่ประชุม : รับทราบ

ประเด็นติดตามครั้งต่อไป

๑. ติดตามประเด็นการขับเคลื่อนตัวชี้วัดร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย
๒. ทีมเลขาจะ update ข้อมูลระบบรายงานให้กับรพ.ที่ทำ IUI และรพ.ที่ทำ IUI ต้องส่งรายงานเพื่อรับรองเป็นสถาบันทำ IUI
๓. สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ ๖ ชลบุรี จัดทำหนังสือชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและกำกับติดตามผลการดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก

ปิดการประชุม ๑๖.๓๐ น. โดย แพทย์หญิงจรรยา อารังวุฒิกุล รองประธานคณะกรรมการ MCH Board เขตสุขภาพที่ ๖

นางสาวทองม้วน ศรีไชย/ นางสาวนวีญา ธรรมดี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ/พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
ผู้สรุปรายงานการประชุม ฯ

นางปาณิสรา สิทินาม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ผู้ตรวจรายงานการประชุม ฯ