

แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗
(Inspection Guideline)

ประเด็นที่ ๓ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ (กลุ่มวัย)

หัวข้อ สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มสตรีและเด็กแรกเกิด)

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

คำนิยาม การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่ เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิด ความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่ จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๑			
๑.ลดการตายมารดาไทย น้อยกว่า ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	๑.ฝากครรภ์คุณภาพ	๑. คัดหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เน้น Early ANC โดย อสม./แกนนำชุมชน/ FCT / คปสอ. ๒. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการประเมินคัดกรอง และจัดการความเสี่ยง สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้รับการดูแล รักษา ติดตาม โดยสูติแพทย์ และแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ตามข้อบ่งชี้ ๓. ฝ้าระวัง PPH เช่น การตรวจร่างกายและซักประวัติอย่างละเอียด เช่น ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าคลอดหรือผ่าตัดมดลูก Previous C/S, U/S Placenta adherents & uterine atony ฝ้าระวังเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่ ๓ ๔. ฝ้าระวัง PIH : ครรภ์เป็นพิษ ติดตามวัดความดัน ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ วัดการไหลเวียนของเส้นเลือดที่เลี้ยงมดลูก หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบครรภ์เป็นพิษ	๑. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์ ๒. ร้อยละ ๓๐ ของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ ๓. ร้อยละ ๕๐%ของ สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้รับการดูแล โดยแพทย์เฉพาะทาง
	๒. มาตรการลดการตายมารดาจาก PPH & High risk pregnancy (medical complication) การ	๑.๑ ยกระดับทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาในระดับเขต โดยใช้๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer ๑.๒ Set Zero PPH System - มีคลังเลือดพร้อมใช้	๑. ร้อยละ ๑๐๐ มารดาตาย มีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุ โดยใช้๓D ในระดับ

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	ตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมที่รุนแรง เช่นโรคหัวใจ SLE เอคส์ มะเร็ง)	<ul style="list-style-type: none"> - มีคลังยาพร้อมใช้ Oxytocin, Methergin, Cytotec, Nalardor, Transamine, Haemacel - ใช้ถุงตวงเลือดทุกราย - มี Uterine tamponade ทุกโรงพยาบาล - เครื่องมือที่จำเป็น เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ Infusion pump, Defibrillator - Stop bleeding ให้ได้ภายใน ๓๐ นาที สามารถผ่าตัดมดลูกหรือ fast tract Refer ให้ได้ภายใน ๓๐ นาที (Timing ในการดูแลให้เลือดหยุดต้องไม่เกิน ๑๕ นาที) <p>๑.๗ แผน Re-skill and Up-skill ฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓. แผนการปรับปรุงระบบ Fast tract ทุกจังหวัด</p>	<p>เขตสุขภาพ</p> <p>๒. มีแผน Re-skill and Up-skill ฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓. มีแผนการปรับปรุงระบบ Fast tract ทุกจังหวัด</p>
	๓. Contraception NCD ร้ายแรง	<p>๑. ค้นหาสตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้ในชุมชน เน้น Early ANC โดย อสม./แกนนำชุมชน/ FCT / คปสอ.</p> <p>๒. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว และการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้ (ตามความสมัครใจของผู้รับบริการ)</p> <p>NCD ร้ายแรง: Heart, HT, DM, อายุรกรรม ร้ายแรง, CA, Autoimmune, โรคพันธุกรรมที่ควบคุมอาการไม่ได้, ติดสารเสพติด</p>	<p>๑. มีแนวทางการค้นหาสตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเสี่ยง</p> <p>๒. มีแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว และการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้</p>
๒. ลดการคลอดก่อนกำหนด	๑. Preterm prevention	<p>๑. แนวทาง Preterm prevention</p> <p>๑.๑ คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>๑.๒ วัดความยาวปากมดลูก ตามแนวปฏิบัติ</p> <p>๑.๓ ให้ยา Progesterone</p> <p>๒. ประเมิน UTI โดยใช้ urine dipstick ทุก visit ANC</p> <p>๓. แนวทางการเสริมสร้าง HL ในโรงเรียนพ่อแม่</p>	<p>๑. มีแนวทาง Preterm prevention</p> <p>๒. ทุกโรงพยาบาล มียา Progesterone</p> <p>๓. มีแนวทาง ประเมิน UTI โดย</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
		แม่	ใช้ urine dipstick ๔. มีแนวทางการเสริมสร้าง HL ในโรงเรียนพ่อแม่
	๒. แนวทางการยับยั้งการคลอด	๑.มีแนวทางการยับยั้งการคลอด ๒. เป้าหมายการคลอดเมื่ออายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ขึ้นไป	๑. อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงร้อยละ ๔

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ ๒			
๑.ลดการตายมารดาไทย น้อยกว่า ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	๑.ฝากครรภ์คุณภาพ	๑. คัดหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เน้น Early ANC โดย อสม./แกนนำชุมชน/ FCT / คปสอ. ๒. หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการประเมินคัดกรอง และจัดการความเสี่ยง สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้รับการดูแล รักษา ติดตาม โดยสูติแพทย์ และแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ตามข้อบ่งชี้ ๓. ฝ้าระวัง PPH เช่น การตรวจร่างกายและซักประวัติอย่างละเอียด เช่น ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าคลอดหรือผ่าตัดมดลูก Previous C/S, U/S Placenta adherents & uterine atony ฝ้าระวังเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่ ๓ ๔. ฝ้าระวัง PIH : ครรภ์เป็นพิษ ติดตามวัดความดัน ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ วัดการไหลเวียนของเส้นเลือดที่เลี้ยงมดลูก หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบชี้ครรภ์เป็นพิษ	๑. ร้อยละ ๘๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์ ๒. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์คุณภาพ ๘ ครั้ง ๓. ร้อยละ ๘๐% ของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้รับการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง
	๒. มาตรการลดการตายมารดาจาก PPH & High risk pregnancy (medical complication การตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมที่	๑.๑ ยกระดับทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาในระดับเขต โดยใช้ ๓D : Delay Detection, Delay Decision, Delay Refer ๑.๒ Set Zero PPH System - มีคลังเลือดพร้อมใช้ - มีคลังยาพร้อมใช้ Oxytocin, Methergin,	๑.อัตราส่วนการตายมารดา PPH & High risk pregnancy ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	รุนแรง เช่นโรคหัวใจ SLE เอ็ดส์ มะเร็ง)	<p>Cytotec, Nalardor, Transamine, Haemacel</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ถุงตวงเลือดทุกราย - มี Uterine tamponade ทุกโรงพยาบาล - เครื่องมือที่จำเป็น เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ Infusion pump, Defibrillator - Stop bleeding ให้ได้ภายใน ๓๐ นาที <p>สามารถผ่าตัดมดลูกหรือ fast tract Refer ให้ได้ภายใน ๓๐ นาที (Timing ในการดูแลให้เลือดหยุดต้องไม่เกิน ๑๕ นาที)</p> <p>๑.๓ Re-skill and Up-skill ฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>๑.๔ ปรับปรุงระบบ Fast track ทุกจังหวัด</p>	<p>๒.ร้อยละ ๘๐ ของจำนวนโรงพยาบาลมีการจัดซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม</p> <p>๓. มีผลการปรับปรุงระบบ Fast tract ทุกจังหวัด</p>
	๓. Contraception NCD ร้ายแรง	<p>๑. ค้นหาสตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้ในชุมชน เน้น Early ANC โดย อสม./แกนนำชุมชน/ FCT / คปสอ.</p> <p>๒.มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว และการมีบุตร แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้ (ตามความสมัครใจของผู้รับบริการ)</p> <p>NCD ร้ายแรง : Heart, HT, DM, อายุรกรรม ร้ายแรง, CA, Autoimmune, โรคพันธุกรรมที่ควบคุมอาการไม่ได้, ตัดสารเสพติด</p>	<p>๑.ร้อยละ ๕๐หญิงวัยเจริญพันธุ์เสี่ยงสูงรุนแรงได้รับการปรึกษาการวางแผนครอบครัว</p> <p>๒. ร้อยละ ๕๐หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรุนแรงได้รับการยุติการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ๕๐%</p>
๒. ลดการคลอดก่อนกำหนด	๑. Preterm prevention	<p>๑. แนวทาง Preterm prevention</p> <p>๑.๑ คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>๑.๒ วัดความยาวปากมดลูก ตามแนวปฏิบัติ</p> <p>๑.๓ ให้ยา Progesterone</p> <p>๒. ประเมิน UTI โดยใช้ urine dipstick ทุก visit ANC</p> <p>๓. แนวทางการเสริมสร้าง HL ในโรงเรียนพ่อแม่</p>	<p>๑. ร้อยละ ๑๐๐ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง UTI ทุกครั้งของการฝากครรภ์</p> <p>๒. ร้อยละ ๕๐หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้รับ</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
			การดูแลตามแนวทาง Preterm prevention
	๒. แนวทางการยับยั้งการคลอด	๑. มีแนวทางการยับยั้งการคลอด ๒. เป้าหมายการคลอดเมื่ออายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ขึ้นไป	๑. อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงร้อยละ ๕

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>๑. มีผลการวิเคราะห์สถานการณ์มารดาตายและการคลอดก่อนกำหนด ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข</p> <p>๒. มีมาตรการ /แนวทาง การขับเคลื่อนการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันและลดการตายมารดา (PPH PIH Contraception NCD</p> <p>๓. Set Zero PPH & High risk pregnancy</p> <p>๔. มีการดำเนินงานตามแนวทางการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการมีบุตรแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยโรคเรื้อรัง/รุนแรงที่ไม่สามารถคุมโรคได้</p> <p>๕. มีแผนการจัดซื้อสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม</p> <p>๖. มีแผนผังแสดงศักยภาพ</p>	<p>๑. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์</p> <p>๒. ร้อยละ ๓๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ๘ ครั้ง</p> <p>๓. ร้อยละ ๕๐% ของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้รับการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง</p> <p>๔. ร้อยละ ๑๐๐ มรดาตายมีการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุโดยใช้ ๓D ในระดับเขตสุขภาพ</p> <p>๕. มีแนวทางการค้นหาสตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเสี่ยง</p> <p>๖. มีแนวทาง Preterm prevention</p> <p>๗. ทุกโรงพยาบาลมียา Progesterone</p> <p>๘. มีแนวทางประเมิน UTI โดยใช้ urine dipstick</p> <p>๙. มีแนวทางการเสริมสร้าง</p>	<p>๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของการตายมารดาได้รับการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา</p> <p>๒. มาตรการป้องกันการตายมารดาเหมาะสมในพื้นที่ และป้องกันเหตุเกิดซ้ำ</p> <p>๓. ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลมีการใช้แนวทาง Preterm prevention</p>	<p>๑. ร้อยละ ๘๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์</p> <p>๒. ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ๘ ครั้ง</p> <p>๓. ร้อยละ ๘๐% ของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้รับการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง</p> <p>๔. ร้อยละ ๘๐ ของจำนวนโรงพยาบาลมีการจัดซื้อสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม</p> <p>๕. มีผลการปรับปรุงระบบ Fast tract ทุกจังหวัด</p>

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>คนเงินของ (จำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด ผดุงครรภ์ในภาวะวิกฤต และเสียงสูง เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์จำเป็น)</p> <p>๗. มีแผนการปรับปรุงระบบ Fast tract ทุกจังหวัด</p> <p>๘. มีแผนการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</p>	<p>HL ในโรงเรียนพ่อแม่</p>		<p>๖. อัตราส่วนการตายมารดา PPH& High risk pregnancy ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ</p> <p>๗. ร้อยละ ๕๐ หญิงวัยเจริญพันธุ์เสียงสูงรุนแรงได้รับการปรึกษาการวางแผนครอบครัว</p> <p>๘. ร้อยละ ๕๐ หญิงตั้งครรภ์เสียงสูงรุนแรงได้รับการยุติการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ๕๐%</p> <p>๙. ร้อยละ ๑๐๐ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรอง UTI ทุกครั้งของการฝากครรภ์</p> <p>๑๐. ร้อยละ ๕๐ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ได้รับการดูแลตามแนวทาง Preterm prevention</p> <p>๑๑. อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง ร้อยละ ๔</p>

หน่วยงานที่รับผิดชอบ:

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นายแพทย์วีรพล ศรีนิล	ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ เขตสุขภาพที่๗ สาขาสูตินรีเวชกรรม	Tel. ๐๘๑ ๕๔๔ ๘๕๒๐ e-mail : vsrinil@hotmail.com	ตัวชี้วัดภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๗
นางฉายวสันต์ คุณอุดม	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ เขตสุขภาพที่๗ สาขาสูตินรีเวชกรรม	Tel. ๐๘๑ ๕๔๔ ๙๑๐๙ e-mail : chaywasankhunudom@gmail.com	ตัวชี้วัดภาพรวมเขตสุขภาพที่ ๗

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์/e-mail address	ประเด็นที่รับผิดชอบ
นางฉายวสันต์ คุณอุดม	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น	Tel. ๐๘๑ ๕๔๔ ๙๑๐๙ e-mail : chaywasankhunudom@gmail.com	ตัวชี้วัดจังหวัดขอนแก่น
นายสังจาพร ไชยรัตน์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	Tel. ๐๘๘ ๗๗๒ ๑๔๖๘ e-mail : tiaaran@gmail.com	ตัวชี้วัดจังหวัดร้อยเอ็ด
นางสุภาพร สุภาทวีวัฒน์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม	โทร ๐๘๑ ๖๓๔ ๒๖๔๔ e-mail :	ตัวชี้วัดจังหวัดมหาสารคาม
นางศมนยา ฤทธิสุวรรณ	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	โทร ๐๙๑ ๘๖๑ ๖๙๗๐ e-mail : samonya๒๘๐๙@gmail.com	ตัวชี้วัดจังหวัดกาฬสินธุ์