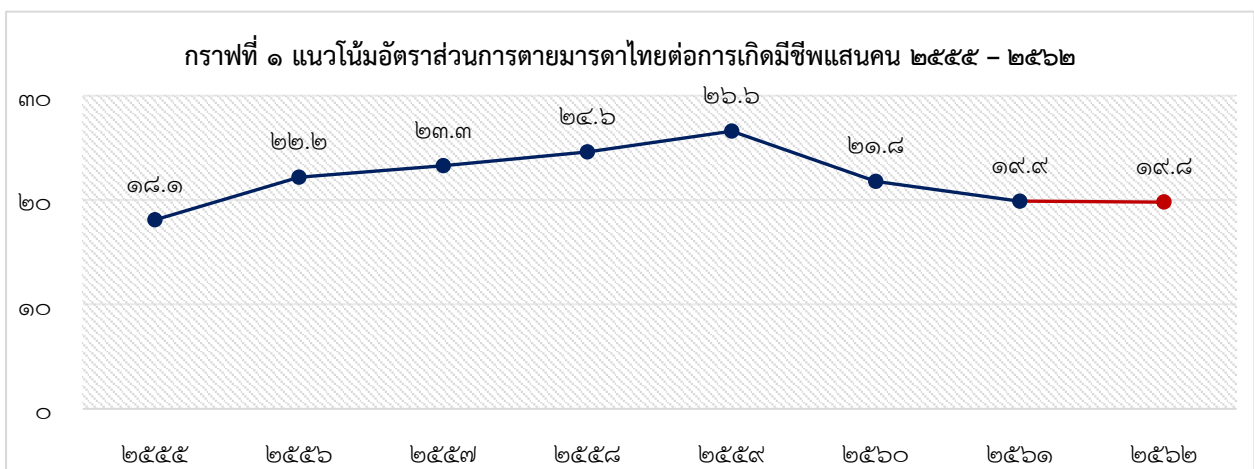


วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยปีงบประมาณ ๒๕๖๒

สถานการณ์การตายมารดาในประเทศไทย (Maternal mortality in Thailand)

จากข้อมูลสถานการณ์การตายมารดาไทยจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย พบว่า ผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – กันยายน ๒๕๖๒ อัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ ๑๙.๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งถือว่าค่าอัตราส่วนการตายมารดาไม่แตกต่างจากปีที่ผ่านมา แต่เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ แสดงให้เห็นว่าในปี ๒๕๖๒ การดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดายังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายเท่ากับ อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ซึ่งในปี ๒๕๖๒ กรมอนามัยมีการดำเนินงานลดการตายมารดาผ่านเฝ้าระวังการตายมารดาเชิงรุกที่ต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๖๐ เป็นต้นมา โดยมีการกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาที่ชัดเจน พร้อมทั้งประกาศนโยบายและมาตรการที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่มากยิ่งขึ้น โดยมาตรการทั้ง ๗ ข้อมีดังนี้

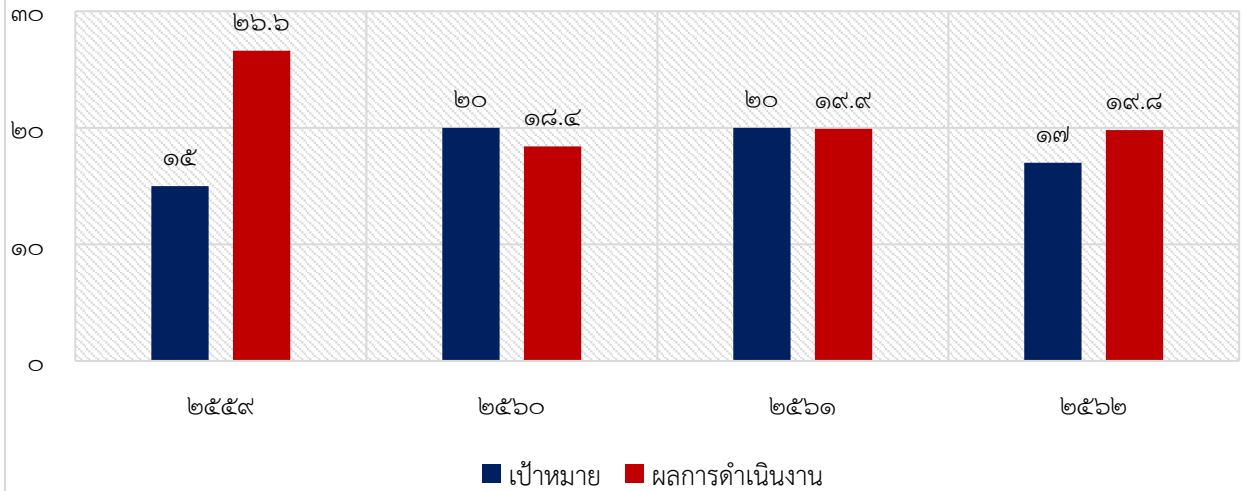
1. มาตรการเร่งด่วน
 - ลดการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือด และความดันโลหิตสูง
 - การคัดกรองความเสี่ยง/โรคอายุรกรรม ในหญิงตั้งครรภ์
 - นโยบาย One province One MCH team (Provincial Network)
2. สร้างความรอบรู้ภาวะแทรกซ้อน/โรค ที่เสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และวิธีปฏิบัติตัวแก่ภาคประชาชน
3. พัฒนาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังหญิงวัยเจริญพันธุ์/หญิงตั้งครรภ์ ที่มีโรคเรื้อรังและโรคทางอายุรกรรมอย่างมีคุณภาพ ร่วมกับสาขาชีพ และnon - health sectors โดย
4. พัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน ในด้านบุคลากร ทรัพยากรและการบริหารจัดการเพื่อลดการตายมารดา โดยการ
5. พัฒนาระบบ High risk pregnancy fast tract ระดับจังหวัด โดย
6. ระบบรายงานการเฝ้าระวังการตายมารดา
๗. ปรับเปลี่ยนการรายงานและสรุปลักษณะการตายตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก (The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM)



ที่มา : พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๑ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. ๒๕๖๒ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

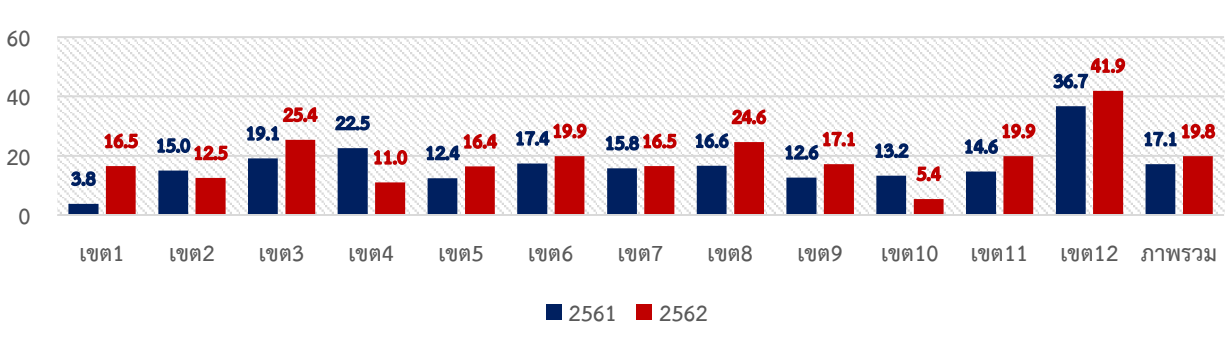
กราฟที่ ๒ ผลการดำเนินงานอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน
เทียบกับเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๒



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

เมื่อนำข้อมูลผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เปรียบเทียบกับ ปี ๒๕๖๒ ตามรายเขตบริการสุขภาพ พบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เขตบริการสุขภาพที่ ๑ ๒ ๔ ๕ ๗ และ ๑๐ มีอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ทั้งนี้มีเพียง ๓ เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ ๒ ๔ และ ๑๐

กราฟที่ 3 เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดารายเขตจากระบบเฝ้าระวังกรมอนามัย
ปีงบประมาณ 2561 - 2562 ในช่วงเวลาเดียวกัน

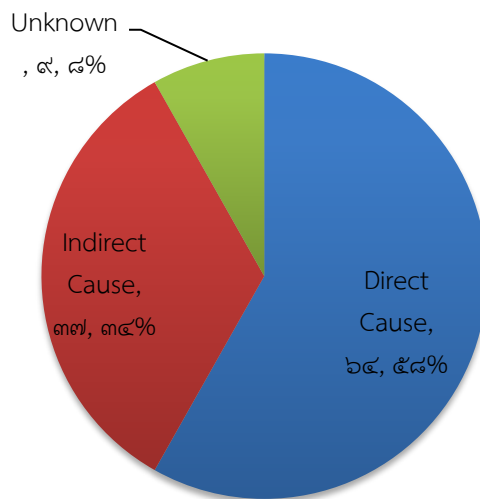


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

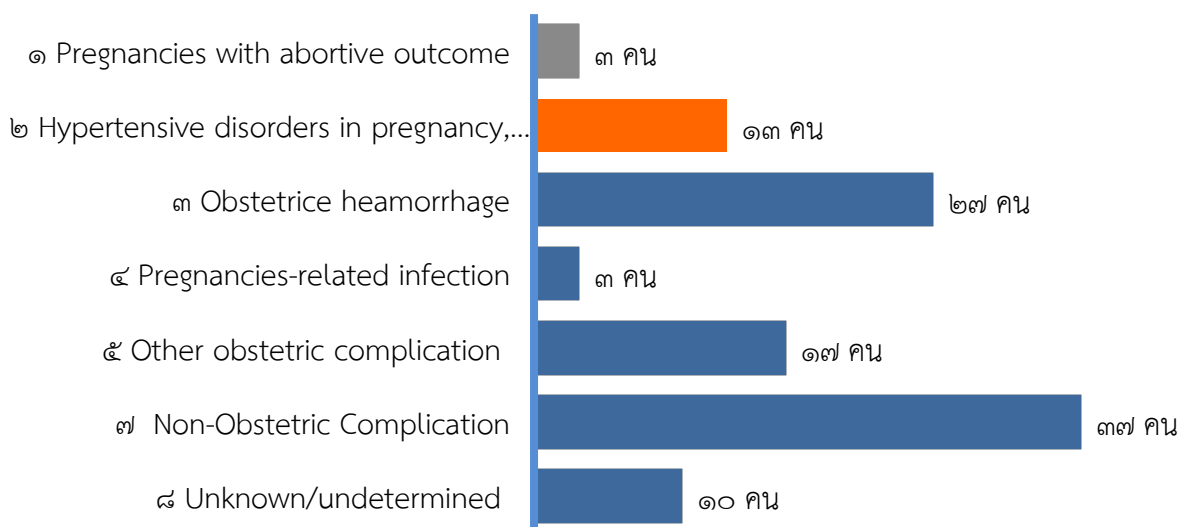
เมื่อนำข้อมูลผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดารายเดือน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย มาทำการวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตพบว่า สาเหตุการตายของมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง กันยายน ๒๕๖๒ มารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรงร้อยละ ๕๘ และจากสาเหตุทางอ้อมร้อยละ ๓๔ นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นการตายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ร้อยละ ๘ จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายมารดา รายบุคคลพบว่า การตายหลักของมารดาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ยังคงเป็นสาเหตุจากการตกเลือด จำนวน ๒๗ ราย รองลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๓ ราย และพบมารดาเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน ๕ ราย Amniotic fluid embolism จำนวน ๔ ราย นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด จากการติดเชื้อ จำนวน ๘ ราย ในจำนวนนี้เกิดจากไข้หวัดใหญ่ ๒ ราย สาเหตุรองลงมาคือโรคหัวใจ จำนวน ๗ ราย โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๕ ราย (ดังกราฟที่๔) (เอาข้อมูลสาเหตุการตายในระบบเฝ้าระวัง ๘ กลุ่มมาใส่) มีการรายงานแม่ทุกรายแต่มีการแยกรายงานจากอัตราส่วนการตายมารดาไทย

กราฟที่ ๔ สาเหตุการตายมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง กันยายน ๒๕๖๒

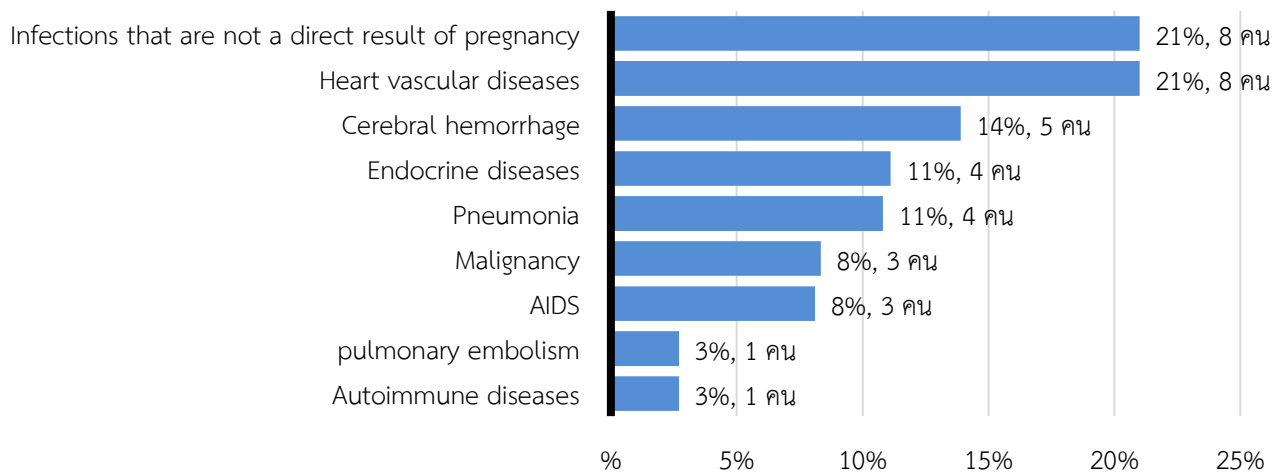
๔.๑ ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางตรง ทางอ้อม



๔.๒ จำนวนสาเหตุพื้นฐานของการเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด จำแนกตาม WHO (ICD-MM)



กราฟที่ ๔.๓ ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางอ้อมตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง กันยายน ๒๕๖๒



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

หมายเหตุ :

- (๑) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ต.ค. ๖๑ – ก.ย. ๖๒) มีแม่ตายทั้งสิ้น ๑๑๐ ราย
- (๒) แผนภูมิที่ ๔.๑ แสดงร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางตรง ทางอ้อม
- (๓) แผนภูมิที่ ๔.๒ แสดงจำนวนสาเหตุพื้นฐานของการเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด จำแนกตาม WHO (ICD-MM)
- (๔) แผนภูมิที่ ๔.๓ แสดงร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางอ้อมตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ ถึง กันยายน ๒๕๖๒

บทสรุป

การรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดา ได้สะท้อนถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ มีการเผยแพร่สถานการณ์และรายงานผลการดำเนินงานเชิงรุกให้แก่หน่วยงานได้รับรู้ เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทางการวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ตลอดจนการกำหนดนโยบายและมาตรการ พร้อมทั้งวางแผนเพื่อบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การป้องกันและลดการตายมารดาจำเป็นต้องมีการทบทวนสาเหตุการตายของมารดา เพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามบริบทของพื้นที่ เน้นการจัดการรายบุคคลโดยเฉพาะระบบคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม โรคทางอายุรกรรม และทบทวนระบบการดูแลรักษาในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด ได้มีการนำเสนอผลการเฝ้าระวังให้กับผู้บริหารกรมอนามัยทุกเดือน เพื่อผู้บริหารทราบและสั่งการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้สู่การปฏิบัติและพัฒนา อันนำไปสู่การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และให้การสนับสนุนตามภารกิจของกรมอนามัย

สรุป จากการเฝ้าระวังการตายมารดาไทยปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒) พบมีมารดาเสียชีวิต ๑๑๐ ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๑๙.๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน มารดามากกว่าครึ่งหนึ่งเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรง สาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๑ ได้แก่ ตกเลือด (กลุ่มที่ ๓ Obstetric hemorrhage) รองลงมาได้แก่ รongลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง (กลุ่มที่ ๒ Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium) สาเหตุทางอ้อมที่พบมากที่สุดคือ การติดเชื้อต่างๆ (Infections that are not

a direct result of pregnancy และ Heart vascular diseases) รองลงมาได้แก่ หลอดเลือดสมอง (Cerebral hemorrhage) เขตสุขภาพที่สามารถลดการตายมารดาเสียชีวิตมากที่สุดได้แก่เขตสุขภาพที่ ๑๒, ๓ และ ๘ ตามลำดับ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาอาจจะมีตัวแปรที่สำคัญบางตัวขาดหายไป ปัจจุบันกรมอนามัยยังมีการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์สถานการณ์ และนำเสนอในเวทีผู้บริหารทุกเดือน และได้มีการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการตายมารดาเพิ่มเติมในปี ๒๕๖๓ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการพัฒนาต่อไป

ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อเสนอแนะ และช่องว่างที่ต้องพัฒนา

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดาในระดับประเทศขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เป็นต้น เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและกำกับติดตามสถานการณ์การตายของมารดาไทยในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนทุกสังกัดทั่วประเทศ ทำให้กรมอนามัยทราบถึงสถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและทันที่ ซึ่งสามารถเร่งดำเนินงานเชิงรุกร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ได้อย่างตรงจุด และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทางการวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ เจาะพื้นที่เพื่อแก้ปัญหารายเขต ออกแบบการดำเนินงานและมาตรการเชิงรุกตามบริบทของแต่ละเขตบริการสุขภาพ นอกจากนี้ กรมอนามัยยังสนับสนุนงบประมาณลงสู่พื้นที่ภายใต้การดำเนินกิจกรรมโครงการตั้งครรภ์คุณภาพเพื่อลดการเกิดรอดแม่ปลอดภัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เพื่อให้เครือข่ายมีการจัดการระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน โดยมีกิจกรรมในการดำเนินงานประกอบด้วย (๑) กำหนดมาตรการและนโยบายระดับภูมิภาคและประเทศ (๒) การสร้างความเข้าใจในการรายงานตามระบบเฝ้าระวังกับพื้นที่ (๓) การถ่ายทอดองค์ความรู้ แผนงานและ แนวทางการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (๔) พัฒนาศักยภาพบุคลากร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ สรุบทบทเรียน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การดำเนินงานผ่านระบบเฝ้าระวังอย่างเข้มแข็งและจริงจังโดยมีผู้บริหารระดับสูงคอยให้การช่วยเหลือ สนับสนุน สร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับและภาคีที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี ทำให้การรายงานการตายมารดาอย่างรวดเร็ว ว่องไวและแม่นยำยิ่งขึ้น แต่ก็ยังพบ**ปัญหาของระบบดังนี้**

๑. ความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนงานละความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ความเข้มแข็งของแต่ละภาคีเครือข่ายที่ไม่เท่ากัน จังหวัดที่มีเครือข่ายที่เข้มแข็งจะสามารถดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังและลดการตายมารดาในพื้นที่ได้ดี
๒. ขาดการถ่ายทอดขั้นตอนการดำเนินงานให้กับผู้รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เช่นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานห้องคลอดของโรงพยาบาล /เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กมีการเปลี่ยนหน้าที่ ผู้รับงานใหม่ไม่ได้รับการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน/แนวทางการรายงาน ทำให้ไม่เข้าใจเนื้อหาและไม่เข้าใจระบบการรายงาน เกิดการรายงานล่าช้าหรือไม่รายงานตามขั้นตอนที่กำหนด
๓. การแจ้งข่าวหรือการรายงานการตายมารดาในหลายแห่งยังไม่เป็นไปตาม time line ที่กำหนด ทำให้ไม่มีการแจ้งข่าวเหตุการณ์การตายมารดาโดยทันทีที่เกิดเหตุ
๔. ขาดมาตรการที่หนักแน่นในการเรียกเก็บแบบรายงานการตายมารดา (CE-๖๒)
๕. การจัดทำรายงานการวิเคราะห์สาเหตุการตายรายบุคคล Conferece case ล่าช้าไม่เป็นไปตาม Time line หรือไม่มีการจัดทำแบบรายบุคคลทุกราย
๖. ในรายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายที่แท้จริงได้ ไม่มีการชันสูตรเพื่อยืนยัน
๗. ปัญหาการปกปิดข้อมูล การตายมารดาเป็นเรื่องที่อ่อนไหวต่อครอบครัวและสังคม ทำให้มีการปกปิดใน เรื่องการตายและ/หรือสาเหตุการตาย รวมถึงมีการโทษหรือตำหนิผู้ปฏิบัติงาน
๘. ขาดข้อมูลการตายในบางพื้นที่เช่น โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งและ กทม.

จากปัญหาดังกล่าว สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาในประเด็นข้างต้น จึงได้จัดประชุมเพื่อขอคำปรึกษา และความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อหาทางแก้ปัญหาและพัฒนาระบบข้อมูลดังกล่าว และหาทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา ให้มีรูปแบบและกลวิธีที่สามารถรายงานสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที สามารถส่งข้อมูลของหน่วยบริการและแสดงผลข้อมูลเข้าสู่ส่วนกลางในรูปแบบ web data base โดยแสดงผลข้อมูลผ่าน Web Browser บนหน้า DOH Dashboard และเพื่อขึ้นความลับเพื่อรักษาสิทธิ์ของผู้เสียชีวิตและครอบครัว ตาม พรบ.คอมพิวเตอร์ ฉบับเพิ่มเติมปี ๒๕๖๒ อันจะช่วยเป็นข้อมูลสนับสนุนสำหรับผู้วางนโยบายและผู้ทำงานด้านสาธารณสุขสามารถพัฒนาบริการสาธารณสุข จึงมีการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการตายมาราดังนี้

ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑. สัมมนาวิชาการอนามัยแม่และเด็กและการประชุมวิชาการสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กระดับนานาชาติ ครั้งที่ ๑๑

ภายใต้หัวข้อ “ มหัทศจรย์ ๑,๐๐๐ วัน แรกของชีวิต เพื่อเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยมีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเป็นเครื่องมือสำหรับครอบครัว ” จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๒-๑๔ ธันวาคม ซึ่งในปีนี้กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพร่วมกับคณะกรรมการสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กระหว่างประเทศ โดยในปีที่กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย ในฐานะหน่วยงานหลักที่ส่งเสริมการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กได้ร่วมกับเครือข่ายประเทศต่างๆ ประกาศรับรอง “ปฏิญญากรุงเทพฯด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก” ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับครอบครัวในการส่งเสริมความมหัทศจรย์ของ ๑๐๐๐ วันแรกแห่งชีวิตต่อไป

๒. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ MCH Board ระดับประเทศ เพื่อลดการตายมารดา

ประธานในการประชุม นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ MCH Board ระดับประเทศ เพื่อลดการตายมารดา โดยมีรายงานผลการเฝ้าระวังการตายมารดา ปี ๒๕๖๑ การสรุปสาเหตุการตายมารดาและการลงรหัส ICD การอภิปรายการสืบสวนการตายมารดาเป็นรายเขต เพื่อเรียนรู้และวิเคราะห์เรื่องบริบท ข้อจำกัด การให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กและงานป้องกันการตายมารดาในพื้นที่ รวมถึงการหาข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ปัญหาจากผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งหาแนวทางในการดำเนินงานพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กต่อไป

๓. การประชุมปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด เพื่อลดระดับการตายมารดา

มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบและกระบวนการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดำเนินงานระดับเครือข่ายเพื่อลดการตายมารดา และการแบ่งกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาตรฐานระหว่างศูนย์อนามัยและจังหวัดเพื่อค้นหาจุดแข็งและโอกาสพัฒนาเพื่อยกระดับการพัฒนาผ่านมาตรฐานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด

๔. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ให้การรักษาทางพันธุศาสตร์เพื่อป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ (ครู ก.)

ในการประชุมครั้งนี้ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในการรักษาทางพันธุศาสตร์ เพื่อป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ และมีความมั่นใจในการขยายต่อการจัดบริการการป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ และมีการวางแผนเครือข่ายการดำเนินงานและขยายการดำเนินงานต่อไปในพื้นที่ และมีแผนแนวทางการดำเนินงานและการกำกับติดตามในพื้นที่ โดยมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๒ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๐๐ คน

๕. เยี่ยมเสริมพลังงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดการตายมารดา ณ จังหวัดอุบลราชธานี

นพ.ชัยพร พรหมสิงห์ ผู้ทรงคุณวุฒิ นพ.สราวุธ บุญสุข ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ พร้อมด้วยคณะ ได้ไปเยี่ยมเสริมพลังอนามัยแม่และเด็กเพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนงานเพื่อลดการตายมารดา โดยมีประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก เครือข่าย รพช.พิบูลย์มังสาหาร คณะกรรมการบริหารและเจ้าหน้าที่ให้การต้อนรับ ผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่า ปัจจัยสำคัญในการลดการตายมารดา ได้แก่ ๑. ทีมนำผู้บริหารให้ความสำคัญและมีการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน ๒. การสร้างทีมงาน รพช. ที่เข้มแข็ง ๓. การพัฒนาเครือข่ายทั้งแม่ข่าย-ลูกข่ายและมีความสัมพันธ์ที่ดี

๖. โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ร่วมกับกองทุนที่ปึงกรณภัทรบุตร

ในพระราชูปถัมภ์ มีจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๑๐ จังหวัด ประกอบด้วย กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี นครปฐม สุพรรณบุรี ร้อยเอ็ด ขอนแก่น สงขลาและยะลา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและกำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กิจกรรม

๑. การวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์บริบทเชิงลึก ข้อมูลการคลอดก่อนกำหนด ของแต่ละจังหวัด (ระดับโรงพยาบาลอำเภอ, เครือข่าย รพ.สต.)

๒. การวิเคราะห์ระบบการสร้างเสริมสุขภาพงานอนามัยแม่และเด็ก ของอำเภอ จังหวัด, การเก็บข้อมูลและนำผลที่ได้ มาวางแผนหาแนวทางการแก้ไขตามบริบทพื้นที่ และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในระดับจังหวัด

๓. การประชุมประชุมสรุปรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับแกนนำ วันที่ ๒๐ และ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๒ ณ โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร

งบประมาณ ๑.๗๔๒,๘๐๐ บาท ใช้งบประมาณไปแล้วทั้งสิ้น ๑,๐๖๖,๘๔๗ บาท

๓. โครงการการสนับสนุนนมผสมสำหรับทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ เอชไอวี งบประมาณ ๑๘.๘ ล้านบาท โดยส่วนกลางมีการจัดสรรและกระจายนมผสมไปยังศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ดังนี้

๑. นมดัดแปลงสำหรับทารก (แรกเกิด - ๖ เดือน) จำนวน ๘๐,๐๐๐ กิโลกรัม ภายในวงเงิน ๓,๖๐๐,๐๐๐ บาท

๒. นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (อายุ > ๖ เดือน - ๑๘ เดือน) จำนวน ๑๖๐,๐๐๐ กิโลกรัม ภายในวงเงิน ๑๕,๒๐๐,๐๐๐ บาท