

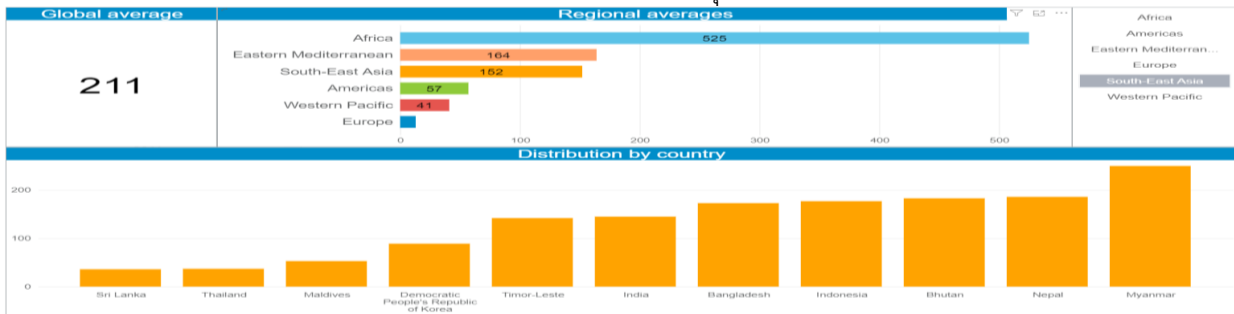
**วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงานตัวชี้วัด**  
**ตัวชี้วัด “อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อแสนการเกิดมีชีพ”**  
**ผลการดำเนินงานเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖**  
**สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย**

๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
๒. สรุปลสถานการณ์การดำเนินงานเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖

**๒.๑ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายประเทศไทยกับต่างประเทศ**

จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.๒๐๒๐ (World Health Statistics monitoring health of the SDG ๒๐๒๐,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ อันสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันทั่วโลก ในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.๒๐๒๐ พบอัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลก ๒๑๑ ต่อการเกิดที่มีชีวิตแสนคน ซึ่งภูมิภาคที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุดคือแอฟริกา ส่วนภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๕๒ รายต่อการเกิดมีชีพแสนคน

เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาตามกลุ่มประเทศสมาชิกซีเออาร์ (SEARO)



เมื่อจัดอันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกซีเออาร์ (SEARO) พบว่าประเทศไทยมีการตายมารดาเป็นอันดับ ๒ โดยอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยอยู่ที่ ๓๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ รองจากประเทศศรีลังกา (ต่อแสนการเกิดมีชีพ) และเมื่อเปรียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทย (MMR Thailand) ในปี ๒๐๑๗ ต่ำเป็นอันดับ ๔ ของภูมิภาคอาเซียน (๓๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) รองจากประเทศ สิงคโปร์ (๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) มาเลเซีย (๒๙ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) และ บรูไน (๓๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาตามกลุ่มประเทศอาเซียน (ASEAN)



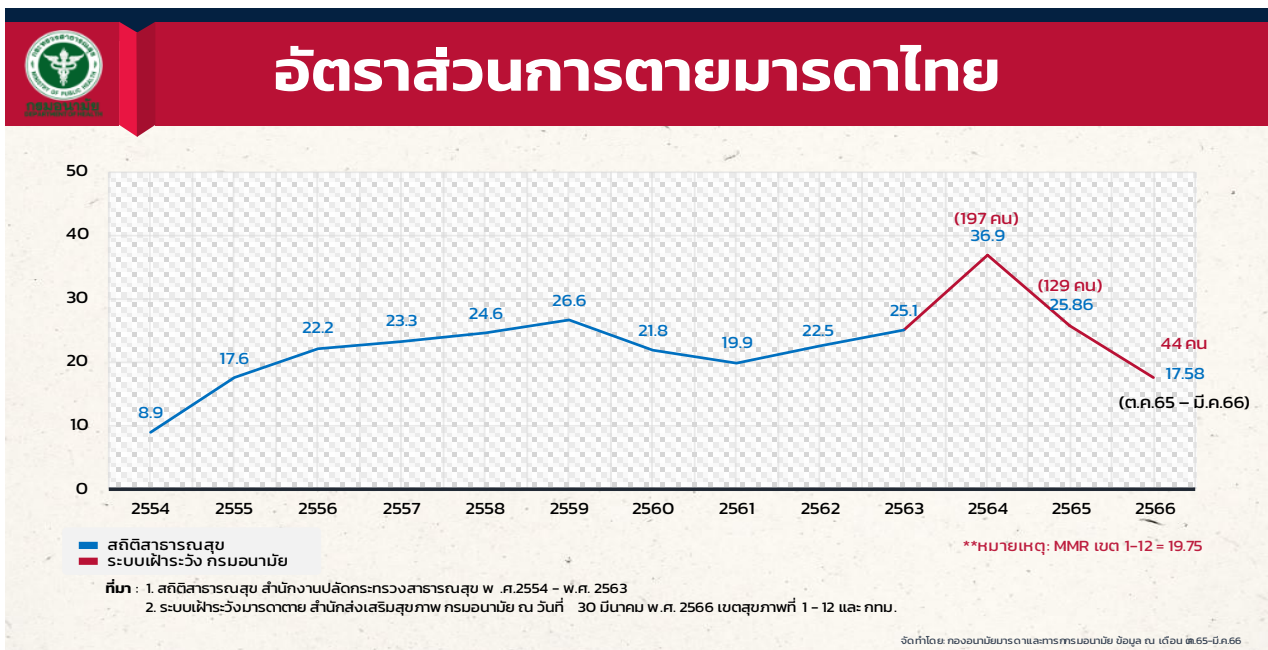
ที่มา: World Health Statistics ๒๐๒๐,WHO

กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมอนามัย เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานเพื่อลดการ ตายมารดา กรมอนามัยจึงได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดการตายมารดาได้ตามค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยได้พัฒนาระบบเฝ้า ระวังการตายมารดา (MDSR System) จนสามารถเฝ้าระวังเก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคล ได้ทุกรายอย่างรวดเร็ว แม่นยำ และสามารถใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานแก่ผู้บริหารและภาคีเครือข่าย เพื่อนำไปใช้วางนโยบาย มาตรการ และแผนพัฒนางานได้อย่างทันท่วงที ส่งผลให้อัตราส่วนการตายมารดามี แนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และสามารถลดได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

### ๒.๒ สถานการณ์การดำเนินงานเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖

ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้ดำเนินงานลดการตายมารดาอย่าง เข้มแข็งและจริงจัง พร้อมทั้งได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) จนสามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกรายอย่างรวดเร็ว แม่นยำ และสามารถใช้ในการกำกับติดตามผลการ ดำเนินงานแก่ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายเพื่อนำไปใช้วางนโยบาย มาตรการ และแผนพัฒนางานได้อย่างทันท่วงที ส่งผลให้อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และสามารถลดได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งผลการดำเนินงานรอบ ๕ เดือนแรกปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๑๗.๕๘ ต่อแสน การเกิดมีชีพ ซึ่งถือว่าผ่านตามค่าเป้าหมายที่กำหนดคืออัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยระหว่างปี ๒๕๕๔ - ๒๕๖๖



กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพพบว่า อัตราส่วนการตายมารดาในรอบ ๖ เดือนแรก (เดือน ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖) บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ และมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปี ที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ในช่วงเวลาเดียวกัน) ถึงร้อยละ ๓๙ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่ามีเพียง ๔ เขตสุขภาพเท่านั้น ที่มีอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน ได้แก่เขตสุขภาพที่ ๒ (๘.๘๑), ๗ (๖.๘๑), ๑๐ (๑๓.๐๒) และ ๑๓ (๘.๕) เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด ๓ อันดับแรกได้แก่เขตสุขภาพที่ ๓ (๓๕.๕), ๘ (๒๗.๕๖), และ ๑ (๒๗.๓๙) ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกับปีที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เขตสุขภาพมีอัตราส่วนการตายมารดาลดลงจากปีที่ผ่านมา มีเพียง ๒ เขตสุขภาพเท่านั้นที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มสูงขึ้นได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๓ และ ๘ ซึ่งอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเท่าตัวเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖)

ศูนย์อนามัย	จำนวนมารดาตาย	เกิดมีชีพ	อัตราส่วนการตาย
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	๕	๑๘,๒๕๖	๒๗.๓๙
ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	๑	๑๑,๓๕๐	๘.๘๑
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	๓	๘,๔๕๐	๓๕.๕๐
ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	๔	๑๘,๔๗๕	๒๑.๖๕
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	๔	๑๘,๙๓๒	๒๑.๑๓
ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	๖	๓๐,๗๔๘	๑๙.๕๑
ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	๑	๑๔,๖๙๐	๖.๘๑
ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี	๕	๑๘,๑๔๓	๒๗.๕๖
ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	๕	๒๑,๘๒๗	๒๒.๙๑
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	๒	๑๕,๓๖๓	๑๓.๐๒
ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	๑	๑๘,๗๙๙	๕.๓๒
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	๗	๒๗,๗๒๕	๒๕.๒๕
ศูนย์อนามัยที่ ๑๓ กทม.	๐	๒๗,๕๒๙	๐.๐๐
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>๔๔</b>	<b>๒๕๐,๒๘๗</b>	<b>๑๗.๕๘</b>

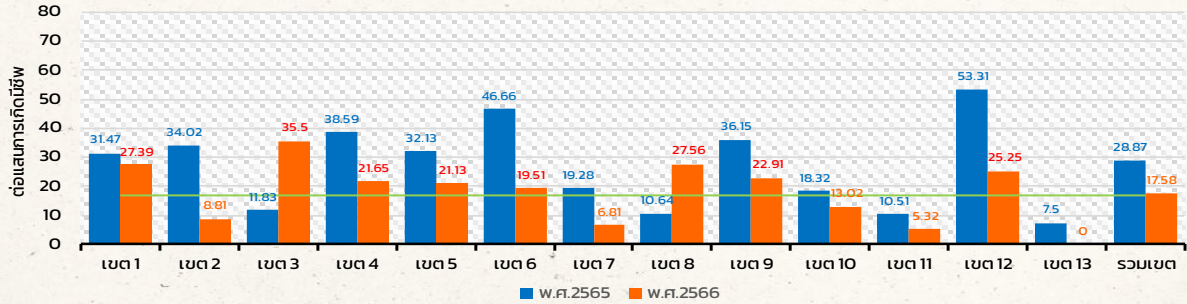
กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖



## ตารางเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตในเวลาเดียวกัน ระหว่างปีงบประมาณ 2565 กับ 2566 (ตุลาคม - มีนาคม)

**2565** มารดาไทย 73 ราย เด็กเกิด 252,820 คน MMR = 28.87/100,000 LB  
มารดาต่างด้าว 3 ราย เด็กเกิด 13,234 คน MMR = 22.67/100,000 LB

**2566** มารดาไทย 44 ราย เด็กเกิด 250,287 คน MMR = 17.58/100,000 LB  
มารดาต่างด้าว 4 ราย เด็กเกิด 15,183 คน MMR = 26.35/100,000 LB



\*\*หมายเหตุ: MMR เขต 1-12 = 19.75  
จัดทำโดย กองอนามัยการสาธารณสุขอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ๓.65-๓.66

กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖

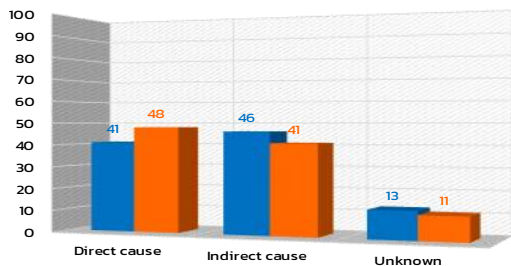
เมื่อจำแนกสาเหตุการตายมารดาตาม ICD-MM WHO พบว่าสาเหตุการตายหลักของมารดาจากสาเหตุทางสูติกรรมได้แก่ ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ถึงร้อยละ ๒๑ ของสาเหตุการตายทั้งหมด และยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมถึงร้อยละ ๔๑ ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรคหัวใจถึงร้อยละ ๑๒ ของสาเหตุการตายทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามการตายมารดาจากกาติดเชื้อโควิด ๑๙ ในปี ๒๕๖๖ ลดลงเหลือเพียง ๑ ราย เท่านั้น ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มของประเทศที่การระบาดของโรคลดลงอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด ๑๙ อย่างครอบคลุม ทัวถึง และได้รับการยอมรับเรื่องความปลอดภัยจากประชาชนมากยิ่งขึ้น



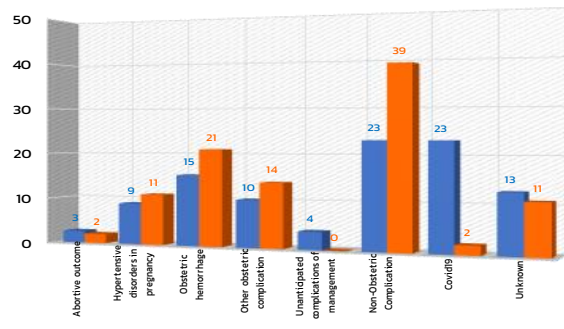
## ร้อยละสาเหตุการตายมารดาไทย จำแนกตาม ICD-MM : WHO

2565 N = 73  
2566 N = 44

### ร้อยละสาเหตุการตายมารดาไทย



### ร้อยละจำนวนสาเหตุการตายมารดาไทย จำแนกตาม ICD-MM : WHO

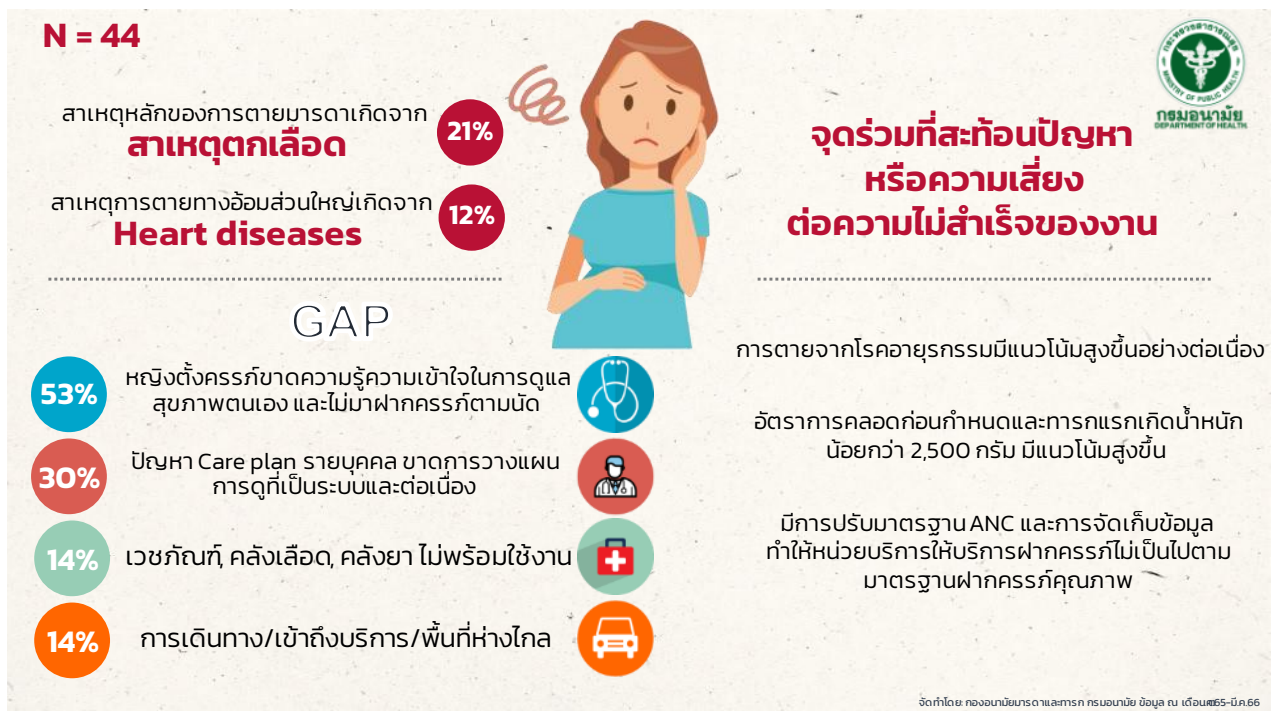


จัดทำโดย กองอนามัยการสาธารณสุขอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ๓.65-๓.66

กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย ข้อมูล ณ เดือน ต.ค.๖๕-มี.ค.๖๖

๓. วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปัญหา / สาเหตุ / สิ่งสะท้อนความสำเร็จ

- ๑) สาเหตุหลักของการตายมารดาเกิดจากสาเหตุตกเลือด ติดต่อกมาเป็นเวลามากกว่า ๑๐ ปี
- ๒) ความล่าช้าในระบบการบริหารจัดการหญิงตั้งครรภ์และการเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
- ๓) การตายส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น ตกเลือด ความดันโลหิตสูง อันเนื่องมาจากความพร้อมของทรัพยากร ทักษะบุคลากร และระบบส่งต่อ
- ๔) การตายจากโรคอวยกรกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- ๕) อัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้น
- ๖) หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวยุคใหม่ ขาดความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
- ๗) การค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกให้เข้าสู่บริการฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ wks รพ.สต.ในพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจไป อบจ. ทำให้บางพื้นที่ขาดการประเมินและจัดทำ Care Plan pregnancy ในระดับพื้นที่
- ๘) ตัวชี้วัดฝากครรภ์คุณภาพปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดใหม่ ระบบ HDC ไม่ประมวลผลข้อมูลทำให้การติดตามผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างยากลำบาก
- ๙) ระบบรายงานและการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก MPDSR system ไม่เสถียรอันเนื่องมาจากมีผู้เข้าใช้งานจำนวนมาก อาจทำให้ระบบข้อมูลประมวลผลล่าช้า
- ๑๐) การเข้าถึง โทรศัพท์ ระบบไอที ระบบอินเทอร์เน็ตยังไม่ทั่วถึง และการใช้งานผ่านช่องทาง Digital platform ไม่ตอบโจทย์บริบทของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่มีชุมชนเมือง



#### ๔. ข้อเสนอแนะ

##### ๔.๑ ข้อเสนอเชิงนโยบาย

**ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา**

**มาตรการป้องกันการ ตกเลือด**

- **Zoning สูติแพทย์** จัดระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและภาวะวิกฤตแบบเครือข่ายระดับจังหวัด
- **Mapping Blood Bank** บริหารจัดการคลังเลือด คลังยาแบบเครือข่าย
- **ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสู่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า**

**วางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยอายุครรภ์เรื้อรัง/ร้ายแรง Contraception NCD**

- **ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ คัดกรองและจัดการความเสี่ยง แบบเชิงรุก**
- **บูรณาการค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคร่วมอายุครรภ์เรื้อรังหรือโรคร้ายแรงเข้าสู่ระบบบริการวางแผนเรื่องการตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัว**

**ติดตาม**

- 1) กำกับติดตามการกบฏและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามกระบวนการของระบบ MDSR system ทุกрай ในรายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ต้องส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาสาเหตุการตาย
- 2) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาและยกระดับการบริการอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
- 3) ส่งเสริมการเข้าถึงยา Progesterone และหาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลการคลอดก่อนกำหนด

จัดทำโดย : กองงานบริหารการสาธารณสุข กรมอนามัย กรุงเทพฯ ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖

##### ๔.๒ ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา

- พัฒนาระบบส่งต่อและระบบให้คำปรึกษาระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย วางระบบที่มิดูแลแบบสหวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ อายุรแพทย์ สูติแพทย์ ศัลยแพทย์ วิสัญญี ร่วมดูแลอย่างเหมาะสม ชัดเจน และสามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่
- บูรณาการร่วมกับ อปท/อบจ และเครือข่ายในพื้นที่ เร่งรัดการดำเนินงานค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนให้เข้าสู่ระบบการฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ สัปดาห์ และได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและดูแลส่งต่ออย่างเหมาะสม
- บูรณาการค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคร่วมอายุครรภ์เรื้อรังหรือโรคร้ายแรงเข้าสู่ระบบบริการวางแผนเรื่องการตั้งครรภ์และการวางแผนครอบครัว
- ส่งเสริมการเข้าถึงยา Progesterone และหาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลการคลอดก่อนกำหนด
- ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาทุกรายตามแนวปฏิบัติของกรมอนามัย เพื่อออกมาตรการป้องกันเหตุเกิดซ้ำ และทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการตายทารกปริกำเนิดตามแนวปฏิบัติกรมอนามัยทุก ๓ เดือน เพื่อลดการตายมารดาและทารกในพื้นที่
- เร่งรัดการปรับปรุง/พัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกที่สมบูรณ์หรือพร้อมใช้งาน
- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาและยกระดับการบริการอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

๕. ประเด็นท้าทายและการดำเนินงานในระยะต่อไป สู่การบรรลุเป้าหมายตามแผนฯ

ประเด็นท้าทายและการดำเนินงานในระยะต่อไป สู่การบรรลุเป้าหมายตามแผนฯ

ประเด็นท้าทายในการบรรลุเป้าหมาย

- 1 ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพตาม “มาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพ พ.ศ.2565”
- 2 ลดการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ได้แก่ ตกเลือด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
- 3 ลดการตายจากโรคอายุรกรรม เช่นโรคหัวใจ โรคติดเชื้อ มะเร็ง
- 4 ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 g
- 5 หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดการเฝ้าระวังสุขภาพ ฝากครรภ์ช้าและไม่มาตามนัด

การดำเนินงานในระยะต่อไป

- 1 สร้างความเข้มแข็ง MCH Board บูรณาการการดูแลรักษา ร่วมกับ Service plan สตรีกรรม อายุรกรรม กุมาร และจิตเวช
- 2 ยกระดับการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเช่น มหาดไทยค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ พม.จัดสรรสวัสดิการแห่งรัฐให้แม่และเด็ก รรสร้างอาชีพสามารถฝากครรภ์ได้โดยไม่นับเป็นวันลาไม่หักเงิน
- 3 พัฒนาระบบ Care plan รายบุคคล มีระบบส่งต่อเพื่อการดูแล รักษาแบบเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ
- 4 สร้างความรู้ ความเข้าใจ แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวให้เฝ้าระวังสุขภาพตนเองให้มาฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์และมาฝากครรภ์ตามนัดต่อเนื่อง

๖. แผนการติดตามการดำเนินงานรอบ ๖ เดือนหลัง (เม.ย.-ก.ย.๖๖)

- เร่งรัดให้หน่วยบริการทุกแห่งจัดบริการตามมาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย
- ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เชิงรุกให้เข้าสู่บริการฝากครรภ์เร็วก่อน ๑๒ wks (ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยงโดยเร็วที่สุด)
- กำกับติดตามการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาตามกระบวนการของระบบ MDSR system ทุกราย ในรายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ต้องส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาหาสาเหตุการตาย
- ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาและยกระดับการบริการอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
- ส่งเสริมการเข้าถึงยา Progesterone และหาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด

๗. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี ในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์อนามัย	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่	<p>นวัตกรรมที่สอดคล้องกับการลดการตายมารดาโดยตรง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— แนวทางการดูแล Lampang ANC Premium plus smart Child</li> <li>— แนวทางการดูแล เบื้องต้นก่อนส่งต่อผู้ป่วยทางสูติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง</li> <li>— คลินิกNCDsไม่มีห้อง โรงพยาบาลน่าน</li> </ul> <p>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— คู่มือแนวทางปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแพร่ ปี๒๕๖๖</li> </ul>

ศูนย์อนามัย	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<ul style="list-style-type: none"> <li>— เชียงกลางโมเดล “ลูกเกิดรอด (สุขภาพแข็งแรง พร้อมมีพัฒนาการสมวัย) แม่ปลอดภัยอย่างมีคุณภาพ”</li> <li>— “Pregnancy Plan” โรงพยาบาลเชียงใหม่ เป็นการออกแบบบันทึก Check list การตรวจคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์(ซึ่งเป็นกระดาษขนาดเท่ากับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและจะเย็บติดด้านในของปกสมุดบันทึกฯ) เพื่อนำไปวางแผนการดูแลรักษาตั้งแต่ First ANC จนถึงระยะคลอด รวมถึงสามารถใช้เป็นช่องทางสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงานผลการใช้เอกสารดังกล่าว</li> </ul>
ศูนย์อนามัยที่ ๒ พิษณุโลก	Home ANC ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเปราะบาง จ.เพชรบูรณ์
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์	<b>นวัตกรรมที่สอดคล้องกับการลดการตายมารดาโดยตรง</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— การ ปรับ Triage ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ในกรณีที่ไม่กรณีที่ไม่มีความเสี่ยง</li> <li>— การจัดตั้งทีม PPH ที่เฉพาะในการดูแลในกรณีตกเลือดหลังคลอด</li> </ul>
ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี	<ul style="list-style-type: none"> <li>— CPG แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และผู้คลอดให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย จ.สิงห์บุรี</li> <li>— “น้องมด” สื่อการสอนป้องกัน Preterm (รพ.พระนารายณ์มหาราช) จ.ลพบุรี <ul style="list-style-type: none"> <li>● “Tik Tok โภชนาการ” (รพ.สต.นิคมชัย อ.สระโบสถ์)</li> <li>● อสม.บัดดี้ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ – ลูกอายุ ๖ ปี</li> </ul> </li> <li>— จ.สระบุรี <ul style="list-style-type: none"> <li>● สมุดคู่มือโรงเรียนพ่อแม่ โรงพยาบาลสระบุรี</li> <li>● ใบเฝ้าระวังการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จ.สระบุรี</li> </ul> </li> <li>— จ.อ่างทอง <ul style="list-style-type: none"> <li>● คัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมที่ไม่สมควรตั้งครรภ์ หรือได้รับยา Category X ให้มารับการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ โรงพยาบาลอ่างทอง</li> <li>● นมเย็น ช่วยแก้ปัญหาหัวนมแตก ในหญิงให้นมบุตร</li> </ul> </li> </ul>
ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี	- MCH Board เขตสุขภาพที่ ๕ <ul style="list-style-type: none"> <li>● CPG ๔ เรื่อง PPH, PIH, Preterm, DM</li> </ul>
ศูนย์อนามัยที่ ๖ ชลบุรี	<b>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— พื้นที่ต้นแบบดาเนินงาน"มหัศจรรย์๑๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒๕๐๐ วัน “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน หนองบอนบ้านฉางจังหวัดตราด”</li> </ul>



ศูนย์อนามัย	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<ul style="list-style-type: none"> <li>— พื้นที่ต้นแบบการดำเนินงานมหัศจรรย์๑,๐๐๐ วันสู่ ๒,๕๐๐ วัน ต.ดอนฉิมพลี อ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา</li> </ul>
ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Line OAแม่และเด็กเขตสุขภาพที่๗: @mch๗ ฝึกอบรมหญิงตั้งครรภ์ให้ใช้Line OAแม่และเด็กเขตสุขภาพที่๗</li> <li>— กล่องยามหัศจรรย์ รักษาภาวะครรภ์ เป็นพิษ PIH box และตกเลือดหลังคลอด PPH box จังหวัดขอนแก่น</li> <li>— ระบบการสื่อสารในระบบการส่งต่อและให้คำปรึกษาแบบเครือข่าย (Network) กำหนดโซนบริการ (Zoning) โดยมอบหมายให้โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ดูแลโรงพยาบาลลูกข่ายแบบกัลยาณมิตร พี่ดูแลน้อง มีสายด่วน/สายตรงเพื่อปรึกษากรณีที่มีปัญหา และเมื่อมีการส่งต่อจะมีการเปิดไลน์กลุ่มเฉพาะผู้เกี่ยวข้องแบบรายบุคคลจนถึงสิ้นสุดการดูแล</li> </ul>
ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี	<p><b>นวัตกรรมที่สอดคล้องกับการลดการตายมารดาโดยตรง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— นวัตกรรมเครือข่าย PPH Box/PIH Box</li> <li>— ๓ หมอพิทักษ์ครรภ์</li> <li>— DOT Iodine</li> <li>— มีการระบบ Fast Track ครอบคลุมกลุ่ม MCH และ Newborn</li> <li>— NB model</li> <li>— Nongkhai ROBER ๒๐๒๑ (ปรับปรุงจาก Udon ROBER ๒๐๒๐)</li> <li>— NKPH PPH Model</li> <li>— sakonnakon classify model</li> <li>— ระบบ Risk MCH SKN</li> <li>— Line LR เพื่อทบทวนปัญหาและส่งต่อข้อมูล</li> <li>— ระบบ Tele medicine ปรึกษา ( Node รพ.สกลนคร)</li> </ul> <p><b>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— NKPH Preterm Model</li> <li>— Nongkhai Unity MCH Network</li> <li>— แนวทางการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ระดับจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย</li> <li>— การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเชิงรุกโดยใช้ warning signs (สัญญาณเตือนภัย)</li> <li>— Digital health platform</li> </ul>
ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	<p><b>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— โครงการมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน พลัส เขตสุขภาพที่ ๙</li> </ul>

ศูนย์อนามัย	นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี
	<ul style="list-style-type: none"> <li>— การดำเนินการ Preconception care clinic ครบทุกโรงพยาบาล Node สูติกรรม และ F๑</li> </ul>
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	<p><b>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— สสจ.อุบลราชธานี โครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยจัดสรรยา Proluton depot ให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์</li> <li>— ภาวะคลอดก่อนกำหนดโดยจัดสรรยาให้กับโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์และโรงพยาบาลชุมชนแนวทางการดูแลส่งต่อผู้ป่วย และการกำกับติดตาม</li> <li>— ระบบการดูแลอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้ระบบ Node (แม่ข่าย-ลูกข่าย)</li> </ul>
ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	<p><b>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— ชมรมจิตอาสาแม่และเด็ก รพ.วชิระภูเก็ต</li> <li>— ทีมแกนนำระบบคลังข้อมูลสุขภาพด้านแม่และเด็ก อ.ถลาง</li> </ul>
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา	<p><b>นวัตกรรมที่สอดคล้องกับการลดการตายมารดาโดยตรง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— ๓ Strategy ยุทธศาสตร์แก้ปัญหาการตาย โดยคณะอนุกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) เขตสุขภาพที่ ๑๒ ดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์แก้ปัญหาการตายปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖</li> <li>— โครงการ Audit refer ทุก ๔ เดือน ภาพเขต และดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบ Seamless refer ด้วยระบบ One Province One Labor room ทุกจังหวัด และ ระบบ Smart Telemedicine OB-GYN</li> </ul> <p><b>นวัตกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— โครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการฝากครรภ์โดยหมอคนที่ ๑ (อสม.) โดยมีการดำเนินการอบรมพัฒนาศักยภาพ “อสม. หมอคนที่ ๑” ในการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่ ๗ จังหวัด เขตสุขภาพที่ ๑๒</li> <li>— จังหวัดนราธิวาสมีการใช้ Smart Continuum Of Care program ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด</li> <li>— การพัฒนาระบบข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดยะลา Yala health Alert เพื่อ Monitor หญิงตั้งครรภ์ทุกคน</li> <li>— โรงพยาบาลพัทลุง Training in Obstetrics and Gynaecology สำหรับแพทย์/พยาบาล สำหรับโรงพยาบาลฯ ละ ๒ สัปดาห์</li> </ul>

ผู้ให้ข้อมูล/ตรวจสอบข้อมูล : นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์

ตำแหน่ง : ผู้อำนวยการกองอนามัยมารดาและทารก

หน่วยงาน : กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย

E-mail : Dr.olarik@gmail.com

ผู้ประสานงาน : นางวรรณชนก ลี้มัจจุญ

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

E-mail : loogjun.ph@hotmail.com

Tel. ๐๒ ๕๙๐ ๔๔๓๘