

วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาของประเทศไทย รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2568 เดือนตุลาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

โดยกลุ่มอนามัยมารดาและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย

หญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งการตายส่วนใหญ่สามารถป้องกันหรือรักษาได้ โดยภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจเกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์และแยกลงในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่ได้รับการดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง จักส่งผลให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา อาทิเช่น ภาวะตกเลือดซึ่งทำให้มารดาเสียชีวิตได้ภายในไม่กี่ชั่วโมงหากไม่ได้รับการดูแลที่ทันท่วงที การติดเชื้อหลังคลอดที่สามารถป้องกันได้หากแม่หลังคลอดรักษาสุขอนามัยที่ดีหรือสามารถตรวจพบสัญญาณการติดเชื้อในระยะเริ่มต้นและทำการรักษาอย่างทันท่วงที ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือภาวะครรภ์เป็นพิษหากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมก่อนที่จะเกิดอาการชัก (eclampsia) ก็จักสามารถป้องกันการเสียชีวิตของมารดาได้ ดังนั้นการฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและจัดการความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ได้ อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ทุกรายจำเป็นต้องเข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะ เพื่อจัดการกับปัญหาได้อย่างรวดเร็วและสามารถช่วยชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดได้

จากการสำรวจแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของมารดาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึง 2566 โดย WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division ในปี พ.ศ.2566 พบว่าในทุกวันนี้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดมากกว่า 700 รายเสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งหมายความว่า มีหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดเสียชีวิตประมาณ 1 รายในทุก 2 นาที ในระหว่าง พ.ศ. 2543 ถึง 2566 อัตราส่วนการตายมารดาในภูมิภาคเอเชียกลางและเอเชียใต้ลดลง 72.9% จาก 397 รายต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 รายใน พ.ศ.2543 เป็น 112 ราย ใน พ.ศ. 2566 แม้เป้าหมายในการลดอัตราการตายมารดาให้ต่ำกว่า 70 ต่อแสนการเกิดมีชีพภายในปี พ.ศ. 2573 จะเผชิญกับความท้าทายและยังไม่สามารถลดอัตราการตายได้ตามเป้าหมาย แต่ทั่วโลกก็ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาและสามารถลดอัตราการตายมารดาลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และจากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบันส่งผลให้ประเทศไทยมีอัตราการตายมารดาลดลงและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและสามารถลดได้ต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) จึงถือได้ว่า ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราการตายมารดาตามค่าเป้าหมายของโลก (SDGs Target 3.1)

วิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกในประเทศไทย

ปีงบประมาณ 2568 (เดือน ตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568)

การส่งเสริมประชาชนให้สามารถมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี ส่งผลดีต่อประเทศในหลายด้านเช่น ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ชุมชนเข้มแข็ง สังคมและเศรษฐกิจสามารถพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพ คุณภาพการดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพตลอดช่วงชีวิตประเทศ การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสะท้อนถึงศักยภาพและคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข นอกจากนี้การมีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและครบถ้วนถูกต้องยังสามารถพยากรณ์สุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ตลอดจนถึงคลอดได้อีกด้วย ประเทศไทยได้กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุขเพื่อวัดสถานะสุขภาพประชากร อันจะแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการคุณภาพของการฝากครรภ์ การดูแลระหว่างคลอด และหลังคลอด ซึ่งให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรงและยังสะท้อนให้เห็นถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม นอกจากนี้สำนักส่งเสริมสุขภาพยังกำหนดตัวชี้วัดกระบวนการ/KPI Proxy ขึ้นเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายและการแก้ปัญหาตั้งที่กล่าวมาข้างต้น และมีผลการดำเนินงานดังต่อไปนี้

ตารางแสดงผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก

ปีงบประมาณ 2568 (เดือน ตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568)

รายการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (เดือน ต.ค. 67 - ก.พ. 68)
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	21.54 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
2. อัตราตายทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth)	5 ต่อพันการเกิดทั้งหมด	4.28 ต่อพันการเกิดทั้งหมด
3. อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate : ENMR)	เทียบผลการดำเนินงานกับปีที่ผ่านมา	4.02 ต่อพันการเกิดมีชีพทั้งหมด
4. อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR)	ไม่เกิน 3.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	4.83 ต่อพันการเกิด
5. อัตราตายทารกอายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	เทียบผลการดำเนินงานกับปีที่ผ่านมา	ไม่สามารถดูข้อมูลได้เนื่องจากระบบไม่พร้อมใช้งาน
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ	\geq ร้อยละ 50	ร้อยละ 7.73

รายการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน (เดือน ต.ค. 67 – ก.พ. 68)
6.1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq 12 สัปดาห์	\geq ร้อยละ 75	ร้อยละ 72.91
7. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	\geq ร้อยละ 75	ร้อยละ 53.34
8. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	\leq ร้อยละ 7	ร้อยละ 6.75
9. ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	\geq ร้อยละ 50	ร้อยละ 59.52

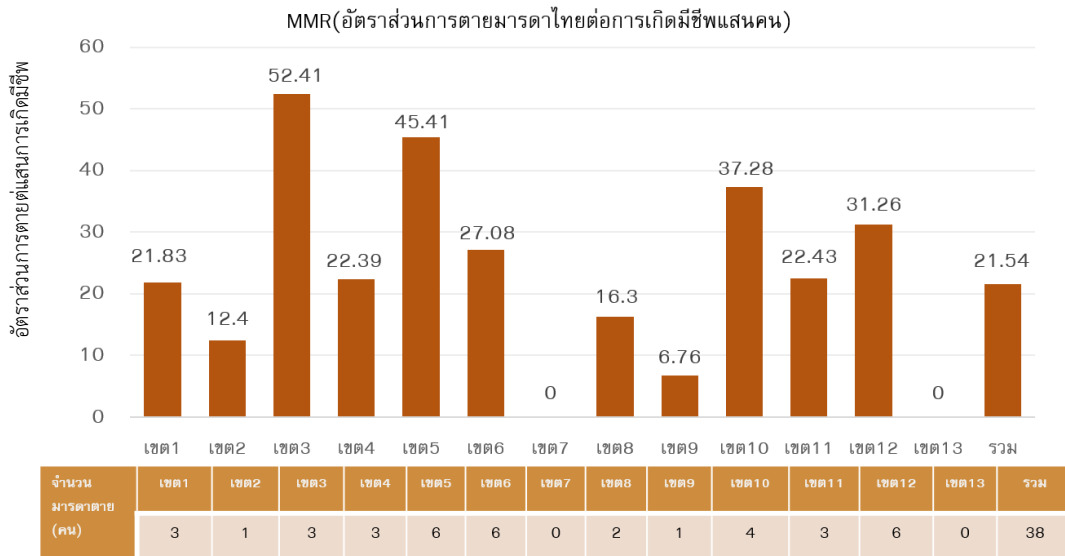
ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารก ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

จากสถานการณ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ในภาพรวมพบว่าสุขภาพของแม่และเด็กมีแนวโน้มที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพครบทุกกิจกรรมการ เมื่อหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์เพื่อติดตามสุขภาพของมารดาและทารก เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารก พร้อมทั้งส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและส่งเสริมอาหารตามวัยควบคู่กันจนถึง 2 ปี นอกจากนี้ยังพบทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมค่อนข้างสูงซึ่งสัมพันธ์กับทารกเกิดไว้ชีพ (Stillbirth) และทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR) โดยสาเหตุการตายทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เกิดจาก Preterm cause of death Congenital or Chromosomal anomalies และน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2500 กรัม

ถึงแม้้อัตรส่วนการตายมารดาจะสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกิน 16 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือนแรก (ต.ค.67-ก.พ.68) เท่ากับ 21.54 ต่อแสนการเกิดมีชีพ แต่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกันกลับพบว่าอัตรส่วนการตายมารดา 5 เดือนแรก (ต.ค.67-ก.พ.68) **ลดลง** สาเหตุการตายหลักคือ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และครรภ์เป็นพิษ และยังพบว่ามารดาฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในรอบ 5 เดือนแรกพบมารดาฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 3 ราย นอกจากนี้ยังพบมารดาที่เสียชีวิตทางอ้อมถึง 52% สาเหตุการตายทางอ้อม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเรื้อรัง โรคทางเดินหายใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น รวมถึงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพเช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด

ตารางแสดงอัตราส่วนการตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2568

(เดือน ตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568)



ที่มา : MDSR System สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568

จากข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่าผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.67 - ก.พ.68) เมื่อจำแนกอัตราส่วนการตายมารดาตามเขตสุขภาพ พบว่ามีเพียง 4 เขตบริการสุขภาพเท่านั้นที่อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 16 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 2 7 9 และ 13 ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 3 5 และ 10 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่มีการตายมารดาสูงเป็นพื้นที่ห่างไกลมีภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่ตามแนวชายขอบของประเทศ ลักษณะภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูง ห่างไกล และเข้าถึงยาก การคมนาคมไม่สะดวก มีวัฒนธรรมหลากหลาย มีความเชื่อทางประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะส่งผลให้การเข้าถึงระบบบริการยากลำบาก นอกจากนี้ประชากรส่วนใหญ่ค่อนข้างยากจน ไม่สามารถมาฝากครรภ์ตามนัดได้ ส่งผลให้ขาดการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาข้อมูลการตายมารดาสามารถจำแนกสาเหตุการตายมารดาได้ดังนี้:

- 1) สาเหตุการตายทางตรง พบ 35% จากการตายทั้งหมด เช่น ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด การตั้งครรภ์นอกมดลูก โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ตกเลือด การคลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อหลังการคลอด การติดเชื้อในระหว่างการตั้งครรภ์
- 2) สาเหตุทางอ้อม พบ 52% จากการตายทั้งหมด เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคโทรนโตส (Thromboembolism) โรคเรื้อรัง โรคทางเดินหายใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น รวมถึงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพเช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด

3) การตายโดยไม่ทราบสาเหตุ พบ 13% ซึ่งเกิดจากยังไม่สามารถทำการทบทวนสาเหตุการตายได้ ปัจจุบันแนวโน้มการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุทางอ้อมเพิ่มมากขึ้น สาเหตุการตายที่พบมากที่สุดในประเทศไทยประกอบด้วยหลายปัจจัย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้:

- 1) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่มีการออกกำลังกาย และอาหารที่ไม่เหมาะสม
- 2) โรคติดเชื้อเช่น โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย ที่ยังคงมีผลกระทบต่อชีวิตประชาชน เช่น โรคไขเลือดออก

และยังพบว่าสาเหตุการตายทางตรง (แบ่งกลุ่มการตายตาม ICD-MM:WHO) ที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิต เช่น การฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมากจนทำให้เด็กเกิด 5 ปีย้อนหลังมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่องจนทำให้อัตราการตายมากกว่าอัตราเกิดในปัจจุบัน (ข้อมูลสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย 2567) นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติเหตุทางถนนยังเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจำนวนมากในประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ดังนั้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพโดยการลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการตายในประเทศไทยได้.

ซึ่งการสนับสนุนในด้านการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ การตรวจสอบและวินิจฉัยอย่างเหมาะสม รวมถึงการดูแลสุขภาพจิต จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงการตายของมารดาได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การเข้าถึง การบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและการรับรู้ในการดูแลสุขภาพที่ดี ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์และบุคลากรจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพและความรู้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง พร้อมทั้งการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง และการมีระบบสารสนเทศและการสื่อสารสังคมเพื่อให้เกิดการติดตามหนุนเสริมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ถูกต้อง เข้าถึงง่าย และทันต่อสถานการณ์ เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กอย่างมีศักยภาพ นอกจากการพัฒนาหญิงตั้งครรภ์แล้ว บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพและความรู้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีระบบสารสนเทศและการสื่อสารสังคมที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดการติดตามหนุนเสริมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม

วิเคราะห์ปัจจัยของปัญหาการดำเนินงานลดการตายมารดา การดำเนินงาน ปี 2568 (เดือน ตุลาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568)

ประเทศไทยยังมีอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เช่น ตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงรุนแรง สาเหตุหลักคือ ความล่าช้าในการดูแลรักษา (Delay in receiving quality care) และ ความล่าช้าในการตัดสินใจมารับบริการ (Delay in decision to seek care) มีความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการระหว่างเขตเมืองและชนบท **ปัจจัยของปัญหาคือ**

1. Delay in receiving quality care: 1) human error บุคลากรมีการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการส่งต่อล่าช้า 2) ทักษะของบุคลากรขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินความเสี่ยงที่ ANC, LR Under estimate blood loss ล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา 3) คลังเลือดไม่พร้อม
2. Delay in decision to seek care หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการดูแลและสังเกตความเสี่ยงด้วยตนเอง เข้ารักษาไม่ต่อเนื่องล่าช้า กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย/สิทธิในการรักษา

แนวทางการแก้ไขปัจจัยของปัญหาการเสียชีวิตของมารดา (Maternal Death)

1. Delay in Receiving Quality Care

ปัญหา:

- Human Error – การวินิจฉัยและการส่งต่อล่าช้า
- ทักษะบุคลากรไม่เพียงพอ – ขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินความเสี่ยง
- คลังเลือดไม่พร้อม

แนวทางแก้ไข:

1.1 พัฒนาระบบการดูแลรักษาที่มีมาตรฐานและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จัดทำ Clinical Pathway สำหรับภาวะฉุกเฉินของมารดา เช่น PPH (Postpartum Hemorrhage), Eclampsia ส่งเสริมให้มีการใช้ Early Warning Score ใน ANC และ LR เพื่อป้องกันการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง สร้างระบบ Rapid Response Team หรือ OB Code เมื่อเกิดภาวะวิกฤต พัฒนาแอปพลิเคชัน/ระบบดิจิทัลเชื่อมโยงโรงพยาบาลเครือข่ายให้สามารถ “ส่งต่ออย่างรวดเร็ว” (One Province. One Labor Room)

1.2 ยกระดับทักษะบุคลากรทางการแพทย์ จัดอบรม Simulation Training เป็นประจำ (ทุก 6 เดือน) โดยเน้นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ตั้งเครือข่าย Mentor/Coach โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลแม่ข่าย บรรจุเนื้อหา “การวินิจฉัยและดูแลภาวะวิกฤตทางสูติกรรม” เป็นหลักสูตรบังคับในการฝึกงานแพทย์ พยาบาล

1.3 ปรับปรุงระบบคลังเลือด พัฒนา Blood Alert System โดยเชื่อมต่อกับคลังเลือดระดับจังหวัดและสภากาชาด ส่งเสริมการตั้งคลังเลือดย่อยในโรงพยาบาลชุมชนที่เสี่ยงสูง จัดตั้ง Blood Buddy Campaign รณรงค์การบริจาคเลือดในพื้นที่สีแดง

2. Delay in Decision to Seek Care

ปัญหา:

- หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ในการสังเกตความเสี่ยง
- การเข้ารับบริการไม่ต่อเนื่อง/ล่าช้า
- ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย สิทธิการรักษา

แนวทางแก้ไข:

2.1 พัฒนาเครือข่าย “แม่อาสา – MCH Volunteer” จัดตั้ง อาสาสมัครแม่ตั้งครรภ์ ในแต่ละหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาเบื้องต้น/แจ้งเตือนความเสี่ยง ใช้โมเดล “แม่ช่วยแม่” หรือ Peer to Peer Support ร่วมกับ รพ.สต. ให้รางวัลชุมชนที่ไม่มีการตายของมารดาในปีงบประมาณ

2.2 พัฒนาเทคโนโลยีเพื่อให้ความรู้แบบเข้าถึงง่าย สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ แอป “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ที่ให้ข้อมูลอาการเสี่ยง ความรู้ พร้อมระบบแจ้งเตือน ทำคลิป Tiktok/YouTube สั้น ๆ เรื่องอาการเสี่ยง เช่น ปวดหัว ตาพร่าหลัง 20 สัปดาห์, เลือดออก ฯลฯ ณรงค์ผ่านอินฟลูเอนเซอร์สายแม่และเด็ก

2.3 เพิ่มความมั่นใจในสิทธิการรักษา รวมข้อมูลการฝากครรภ์และสิทธิการรักษาแบบเข้าใจง่ายร่วมกับ สปสช. เพิ่มช่องทางปรึกษาเรื่องสิทธิผ่าน LINE OA/Call Center ลดขั้นตอนระบบการย้ายสิทธิบัตรทอง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ย้ายถิ่น

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดการเสียชีวิตของมารดา เพื่อลดการตายแม่ไทยอย่างยั่งยืน

1. พัฒนาระบบการดูแลรักษาและการส่งต่อที่รวดเร็วและแม่นยำ
 - กำหนดให้ทุกโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป มี OB Emergency Protocol และ Rapid Response Team
 - พัฒนา ระบบส่งต่ออัจฉริยะ ผ่าน Digital Platform ที่เชื่อมโยงทุกเขตสุขภาพ
 - บูรณาการ OB Early Warning Score เป็นเครื่องมือประจำ ANC และ LR ทั่วประเทศ
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการประเมินและดูแลภาวะเสี่ยง
 - จัดอบรม Simulation-based training อย่างน้อยปีละ 2 ครั้งให้กับทีมสูติ-นรีเวช พยาบาล ห้องคลอด และห้องฉุกเฉิน
 - สนับสนุนงบประมาณและระบบ Mentoring Network ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับลูกข่าย
 - เพิ่มเนื้อหา “ความเสี่ยงทางสูติกรรม” ในหลักสูตรแพทย์-พยาบาลก่อนสำเร็จการศึกษา
3. พัฒนาระบบคลังเลือดและจัดการภาวะวิกฤต
 - จัดตั้ง คลังเลือดย่อย (Blood Satellite) ในโรงพยาบาลอำเภอที่มีการคลอดมากกว่า 300 ราย/ปี
 - เชื่อมคลังเลือดระดับเขตผ่าน Blood Alert System ใช้ AI พยากรณ์ความต้องการเลือดล่วงหน้า
 - ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัด “เทศกาลบริจาคเลือดแม่ปลอดภัย” ประจำปี

4. นวัตกรรมสร้างพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมรับมือภาวะเสี่ยง
 - ส่งเสริม MCH Smart Card พร้อมระบบแจ้งเตือนความเสี่ยงผ่านแอป LINE Official
 - ร่วมมือกับ อสม./อาสาแม่ตั้งครรภ์ สร้างเครือข่าย “แม่ช่วยแม่” ครอบคลุมทุกตำบลภายในปี 2569
 - ผลิิตชุดความรู้ดิจิทัล (Tiktok/Youtube) ด้านการสังเกตอาการเสี่ยง เช่น เลือดออก ปวดหัว ตาพร่า บวม ฯลฯ
5. ยกระดับความมั่นใจในสิทธิการรักษา
 - พัฒนา ศูนย์ช่วยเหลือสิทธิรักษาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ผ่าน Call Center และ LINE OA
 - ลดขั้นตอนการย้ายสิทธิบัตรทองหญิงตั้งครรภ์ภายใน 7 วัน
 - ทำ MOU กับ สปสช./กองทุนประกันสังคม ให้อำนวยความสะดวกเรื่องสิทธิแบบเชิงรุก