



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การป้องกันการตายของมารดา
ด้วย 6 Building Blocks Plus

จัดทำโดย นางสาวทิพา ไกรลาศ
รหัส 9779

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 97
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.

ประจำปี 2566

ลิขสิทธิ์ของสำนักงาน ก.พ.



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การป้องกันการตายของมารดา
ด้วย 6 Building Blocks Plus

จัดทำโดย นางสาวทิพา ไกรลาศ
รหัส 9779

หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 97
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.
ประจำปี 2566

รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



สำนักงาน ก.พ.

เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้โอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักรับบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม ของสำนักงาน ก.พ.

ลงชื่อ.....

ปัทมา เรียรวิศิษฏ์สกุล
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

เชิดศักดิ์ สันติวรวุฒิ
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

อารักษ์ พรหมณี
อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชนไทยเปลี่ยนไป คนรุ่นใหม่มีค่านิยมที่จะเป็นโสด แต่งงานลดลง ชะลอการมีบุตร ส่งผลให้อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศลดลง โดยคาดการณ์ในปีพ.ศ.2570 จะมีจำนวนการเกิดที่ต่ำกว่า 500,000 คน ส่งผลให้ประชากรไทยลดลงเหลือ 64.1 ล้านคนภายในปีพ.ศ.2593 ประกอบกับ ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุไทย พบว่าปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 20 ถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Aged-Society) และคาดการณ์ว่าพ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 28 จึงเป็นความท้าทายของประเทศ ในการส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพโดยการปรับปรุงและยกระดับรากฐานการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ด้วยการส่งเสริมสนับสนุนหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้มีความพร้อมและเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ เข้าถึงการฝากครรภ์อย่างมีคุณภาพและคลอดอย่างปลอดภัย ตลอดจนถึงการดูแลเด็กให้เติบโตอย่างเต็มศักยภาพ

การตายของมารดาเป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัดระดับนานาชาติ เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) เป้าหมายที่ 3 : สร้างหลักประกันว่า คนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกวัยทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดประเด็นที่ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคนภายในปีพ.ศ.2573 พ.ศ.2564 อัตราการตายมารดาทั่วโลกเท่ากับ 158.5 ต่อการเกิดมีชีพ 1แสนคน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ โดยในพ.ศ. 2563-2565 อัตราส่วนการตายมารดา เท่ากับ 20.29 34.68 และ 25.86 ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตาย ในปีพ.ศ.2565 พบว่า เกิดจากสาเหตุโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมร้อยละ 56.59 สาเหตุจากโรคอายุรกรรมหรือภาวะอื่นนอกเหนือจากทางสูติกรรม ร้อยละ 43.41 แม้ว่าในปัจจุบันมีกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการฝากครรภ์ การคลอดและการดูแลหลังคลอด รวมทั้งมีการนำไปใช้ในระดับพื้นที่ แต่ยังคงพบปัญหามารดาตายเพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบป้องกันการตายของมารดา ด้วยกรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks) เป็นแนวคิดพื้นฐาน อันประกอบด้วย ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ผู้นำและธรรมาภิบาล โดยการศึกษาข้อเสนอแนะการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เป็นอีกหนึ่งเสาหลักในการดำเนินงาน และเรียกว่า “6 Building Blocks Plus” และใช้กระบวนการวงจรรวบรวมหรือวงจรคุณภาพ P D C A (Plan, Do, Check, Act/Adjust) โดยที่ภายใต้ P D C และ A นั้นใช้กลยุทธ์ PIRAB ในแนวทางของการดำเนินงาน ประกอบด้วย Partnership (ชักชวนพันธมิตร) Investment (สรรหาแหล่งทุน) Regulate (พัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและการติดตาม)

Advocacy (ชูประเด็น สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและสนับสนุนให้การเมืองทุกระดับให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ) และ Building Capacity (พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะ) โดยใช้หลักคิดชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้การนำของผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายร่วมกันดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะเตรียมตัวตั้งครรภ์จนถึงคลอดอย่างปลอดภัยและมีบุตรที่สมบูรณ์แข็งแรง กิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชนได้แก่ 1) ระยะก่อนตั้งครรภ์กลุ่มสตรีและอสม. ค้นหาคู่วัดหรือคู่มิตรที่มีความพร้อมจะมีบุตรเพื่อให้คำแนะนำและเข้าคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ 2) ระยะตั้งครรภ์กลุ่มสตรี อสม.แนะนำและดูแลให้เข้าสู่อการฝากครรภ์ จัดหาสิ่งสนับสนุนให้กับหญิงตั้งครรภ์ในครัวเรือนเปราะบาง จุดLocationที่อยู่ของหญิงตั้งครรภ์เพื่อกรณีมีภาวะฉุกเฉินจะสามารถนำส่งโรงพยาบาลได้รวดเร็ว 3) ระยะหลังคลอด นายกเทศบาล นายกอบต.หรือผู้นำชุมชน อสม.และเจ้าหน้าที่รพ.สต.ติดตามเยี่ยมเพื่อมอบของขวัญที่ใช้ในการเลี้ยงดูบุตรและแสดงความยินดีกับครอบครัว รวมถึงจัดให้มีแม่อาสาในชุมชนคอยดูแลให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่อาจประสบปัญหาเช่น แม่เลี้ยงเดี่ยว แม่วัยรุ่น โดยมีการกำกับติดตามและวัดผลลัพธ์ด้านผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ได้แก่ การอบรมความรู้ด้านแม่และเด็กแก่อสม.และแม่อาสา การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์จากครัวเรือนเปราะบาง การจุดLocationที่อยู่อาศัยของหญิงตั้งครรภ์ การติดตามเยี่ยมหลังคลอดโดยผู้นำชุมชน การลงข้อมูลเยี่ยมหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด การเบิกงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล และด้านผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ได้แก่ สตรีมีการเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ฝากครรภ์คุณภาพ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อัตราส่วนการตายมารดาและต้องมีการวิเคราะห์สาเหตุการตายทุกราย

ภาวะผู้นำที่จำเป็นต้องมีในการขับเคลื่อนข้อเสนอ ได้แก่ ผู้นำเชิงกลยุทธ์ สามารถกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์จนเกิดนโยบายที่แปลงสู่การปฏิบัติ เพื่อทำงานร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการโดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด มุ่งผลสัมฤทธิ์ สามารถสร้างแรงจูงใจและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและรองรับการเปลี่ยนแปลง

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล เรื่องการป้องกันการตายของมารดาด้วย 6 Building Blocks Plus ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ดร.ปัทมา เขียววิศิษฐ์สกุล ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์เชิดศักดิ์ สันติวรวุฒิ และอาจารย์ อารักษ์ พรหมณี ทำให้รายงานมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมอนามัย นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนา ยิ่งเจริญชัย และรองอธิบดีกรมอนามัยทั้ง 4 ท่าน ที่พิจารณาให้ผู้ศึกษาได้เข้าอบรมหลักสูตรนักบริหารระดับสูงของสำนักงาน ก.พ. ขอขอบคุณบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ขอขอบคุณสมาชิกกลุ่มGP7 และเพื่อนนบส.1 รุ่น 97 ที่คอยให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณสำนักงาน ก.พ. ที่จัดหลักสูตรเพื่อช่วยพัฒนาผู้ศึกษาให้มีศักยภาพในการก้าวไปเป็นผู้บริหารที่เก่ง ดี มีคุณธรรม ขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยนักษัตร อาจารย์อริยะ สกุลแก้ว และคณะเจ้าหน้าที่ ก.พ. ที่ดูแล และอำนวยความสะดวกตลอดการฝึกอบรม ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรการแพทย์และการสาธารณสุขรวมถึงผู้สนใจในการนำไปดำเนินการเพื่อป้องกันการตายของมารดาและพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพมารดาและเด็กปฐมวัย ด้วยความร่วมมือของพลังชุมชนและเครือข่าย ส่งผลให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และชุมชนมีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”

ทิพา ไกรลาศ

30 พฤษภาคม 2566

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ	ฎ
1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	1
1.1 การวิเคราะห์บริบทและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ของส่วนราชการ	1
1.2 ตำแหน่งรองอธิบดีที่เป็นเป้าหมาย	6
1.3 กำหนดวิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	8
2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ	10
2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา	10
2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย	19
2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ	29
3. แผนพัฒนาตนเอง	31
3.1 การวิเคราะห์ตนเอง	31
3.2 การวางแผนพัฒนาตนเอง	32
3.3 ผลการพัฒนาตนเอง	41
บรรณานุกรม	43
ภาคผนวก	45
ประวัติผู้เขียนรายงานการศึกษาส่วนบุคคล	61

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนตัวชี้วัด/กลยุทธ์แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์/เป้าประสงค์ของกรมอนามัย	5
ตารางที่ 2 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย	11
ตารางที่ 3 กิจกรรมที่ดำเนินการโดยชุมชน	25
ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ตนเอง	31
ตารางที่ 5 ความรู้ ทักษะ ความสามารถและคุณลักษณะที่ต้องการพิจารณา	32
ตารางที่ 6 แผนพัฒนารายบุคคล : ระยะเวลา 2 ปี	34
ตารางที่ 7 แผนพัฒนารายบุคคล : ระยะเวลา 2 เดือน (ระหว่างการฝึกอบรม นบส.1)	39

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงจากแผนแม่บทประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต กับแผนรμονามัย	3
ภาพที่ 2 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)	10
ภาพที่ 3 ยุทธศาสตร์ชาติ 6 ด้าน	12
ภาพที่ 4 วิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข	13
ภาพที่ 5 4 Excellences Strategies จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข	13
ภาพที่ 6 นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560 – 2569)	14
ภาพที่ 7 กรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก	20
ภาพที่ 8 Six Building Blocks Plus เพื่อป้องกันการตายของมารดา	21
ภาพที่ 9 กระบวนการและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและแนวทางในการขับเคลื่อน 6 Building Blocks Plus	22
ภาพที่ 10 แนวทางการประสานเพื่อขับเคลื่อนแนวทางการป้องกันการตายของมารดาด้วย Six Building Blocks Plus	23
ภาพที่ 11 เอกสารสำหรับลงข้อมูลเยี่ยมดูแลหลังคลอดสำหรับเจ้าหน้าที่รพ.สต.และอสม.	27

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างอายุประชากรกลางปี พ.ศ. 2565 ของประเทศไทย	15
แผนภูมิที่ 2 แนวโน้มอัตราการส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปีงบประมาณ 2559 - 2565	15
แผนภูมิที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคนรายพื้นที่ ปีงบประมาณ 2564 - 2565	16
แผนภูมิที่ 4 อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขต รวมจากสาเหตุติดเชื้อ Covid - 19 และไม่รวมติดเชื้อ Covid - 19	17
แผนภูมิที่ 5 จำนวนมารดาตายแยกสาเหตุ ปีงบประมาณ 2565	17

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

การตายของมารดา (Maternal mortality rate, MMR) หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์เท่าใดหรือตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง หรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาระหว่างตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จาก อุบัติเหตุ

อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Growth Fertility Rate) หมายถึง จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่อสตรีในวัย เจริญพันธุ์ในช่วงเวลาหนึ่ง แสดงในรูปของอัตราส่วนต่อสตรี 1,000 คน

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึง การคลอดของทารกที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม

คปสอ. หมายถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สสอ. หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สสจ. หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

อบต. หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล

อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อพม. หมายถึง อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ครัวเรือนเปราะบาง หมายถึง ครัวเรือนที่มีบุคคลเปราะบางซึ่งเป็นบุคคลในภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับความช่วยเหลือและดูแลจากครอบครัว เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น และ/หรือเป็น ครัวเรือนที่มีรายได้น้อย (ครัวเรือนที่มีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปีไม่เกิน 100,000 บาท)

1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

2.1 การกำหนดประเด็นศึกษา

การตายของมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์เท่าใดหรือตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาาระหว่างตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ

การตายของมารดาเป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัดระดับนานาชาติ ที่สะท้อนปัญหาด้านสุขภาพของประเทศนั้นๆ เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) เป้าหมายที่ 3 : สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกวัย ทุกประเทศทั่วโลกตกลงร่วมกันในการกำหนดประเด็นที่ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคน ภายในปีพ.ศ.2573 ซึ่งในปีพ.ศ.2564 อัตราการตายมารดาทั่วโลกเท่ากับ 158.5 ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคน

ภาพที่ 2 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs)



ตารางที่ 2 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับกรมอนามัย

SDGs Targets	เป้าหมายหลัก/ เป้าหมายย่อย/ ตัวชี้วัด	เจ้าภาพร่วมขับเคลื่อนการดำเนินการ
3.1	ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573	กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)
3.1.1	อัตราการตายของมารดา(ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)	กรมอนามัย (ส่งเสริมสุขภาพ)
3.1.2	สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ	กรมอนามัย (ส่งเสริมสุขภาพ)
3.2	ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกลงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573	กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)

ที่มา : แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570)

อัตราการตายของมารดาเป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน บ่งชี้ถึงคุณภาพของระบบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศและบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ของผู้หญิง ตลอดจนความเพียงพอของสถานบริการด้านสุขภาพ ข้อมูลการตายของมารดาและสถานการณ์บอกถึงปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการคลอด และชี้ให้เห็นสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรงและสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม ทั่วโลกต่างตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารก สำหรับประเทศไทยอัตราส่วนการตายของมารดาถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก โดยเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักในแผนงานสาธารณสุข

ภาพที่ 3 ยุทธศาสตร์ชาติ 6 ด้าน



กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) โดยวางกรอบแนวคิดให้มีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) แห่งสหประชาชาติ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี โดยกำหนดยุทธศาสตร์ชาติที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ แผนแม่บทภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 11 การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต และประเด็น 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยแผนปฏิบัติราชการ ประกอบด้วย 4 เรื่อง คือ

1) ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

2) พัฒนาและส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มีคุณภาพ

3) พัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพในการให้บริการที่เป็นเลิศ

4) การพัฒนาการบริหารจัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล

ถ่ายทอดเป็นแผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ของกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 4 วิสัยทัศน์ พันธกิจและเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข



ภาพที่ 5 4 Excellences Strategiesจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข



สำหรับกรมอนามัยมีพันธกิจ อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม และเป็นเจ้าภาพหลักตัวชี้วัดแผนงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัยสตรีและเด็กปฐมวัย จึงได้ดำเนินงานเพื่อลดการตายของมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

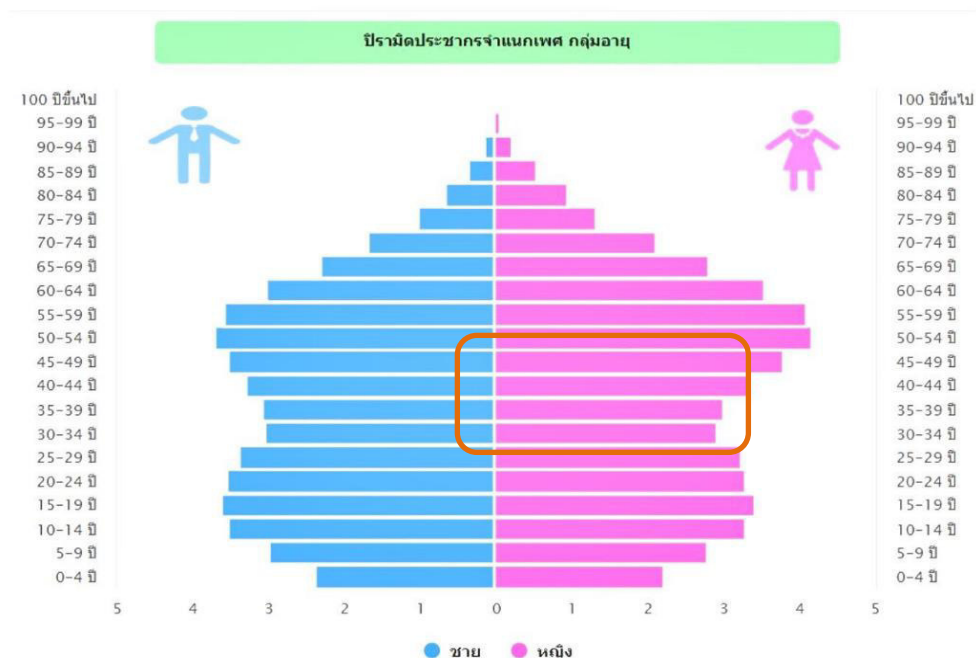
ภาพที่ 6 นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560 – 2569)



ที่มา : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พ.ศ. 2564

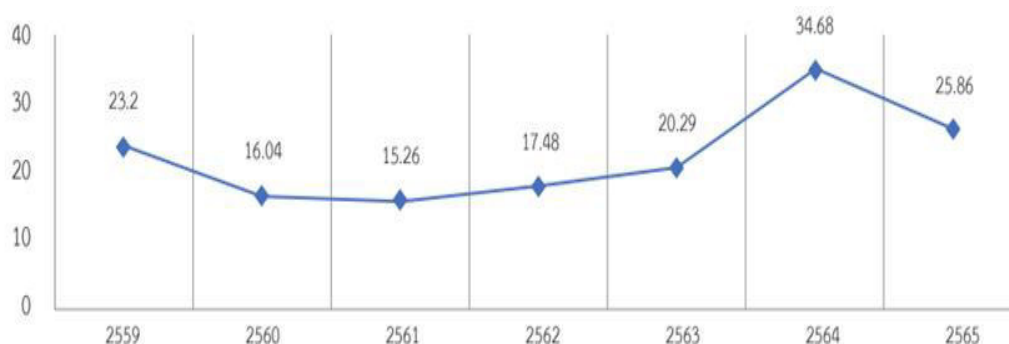
กรมอนามัยและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการได้รับมอบหมายจากคณะรัฐมนตรี จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ เกิดเป็นแผนปฏิบัติการด้านการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพแห่งชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ขับเคลื่อนโดยการประสานนโยบายไปยังกลไกทุกระดับ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัด คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก และคณะกรรมการอื่นที่มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดแผนงานโครงการและแนวทางการร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ มี 2 เป้าประสงค์ คือ 1) เพื่อให้การเกิดทุกรายมีการวางแผน มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และได้รับความช่วยเหลือในการมีบุตร 2) เพื่อส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย โดยการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและสร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม

แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างอายุประชากรกลางปี พ.ศ. 2565 ของประเทศไทย



จากสถิติประชากรไทยของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง พบว่า พ.ศ. 2565 ประชากรสตรีวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 20 - 45 ปี) มีจำนวน 11,763,083 คน คิดเป็นร้อยละ 17.79 ของประชากรทั้งหมด เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์เพื่อให้ตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ และคลอดอย่างปลอดภัย

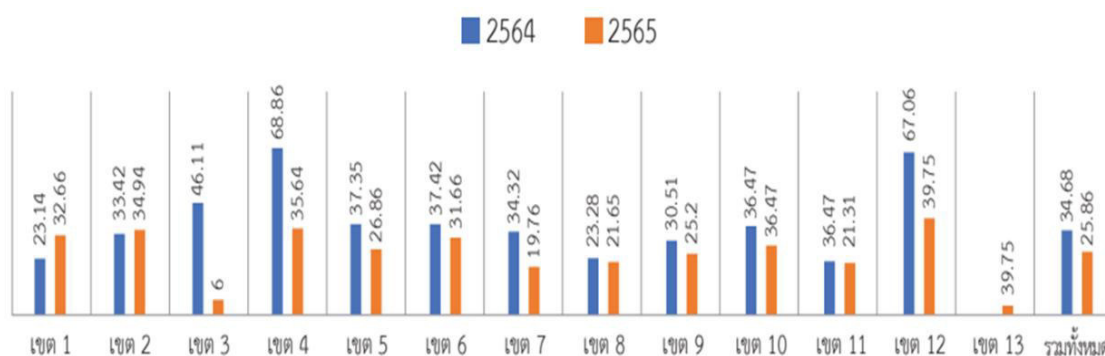
แผนภูมิที่ 2 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ปีงบประมาณ 2559 - 2565



ข้อมูลจากระบบสารสนเทศด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (DOH Dashboard) ได้กำหนดเป้าหมายให้อัตราส่วนการตายมารดา ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

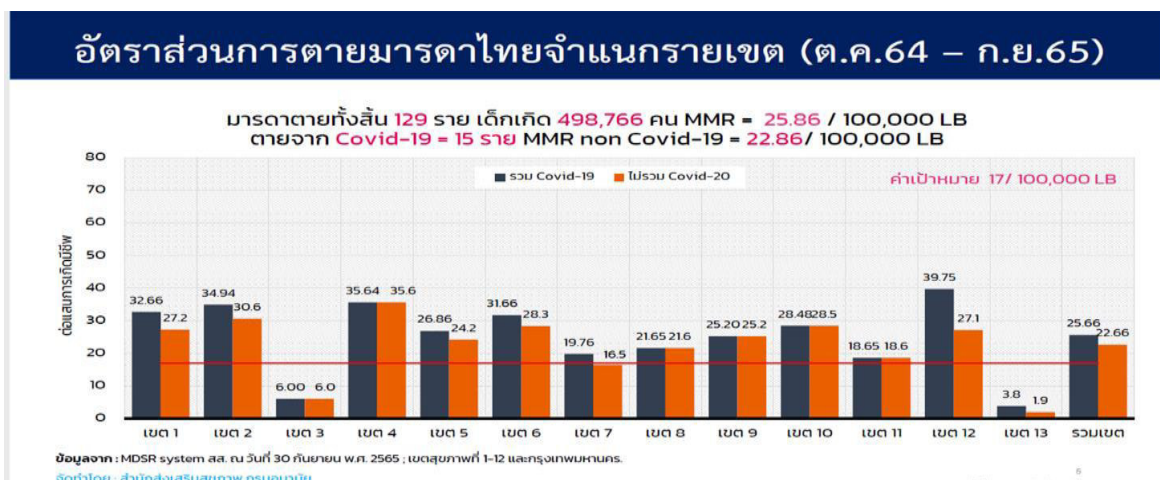
จากข้อมูลรายงานพบว่าในปีพ.ศ. 2563 - 2565 อัตราส่วนการตายมารดา เท่ากับ 20.29 34.68 และ 25.86 ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายในปีพ.ศ.2565 พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาเกิดจากสาเหตุโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ร้อยละ 56.59 สาเหตุจากโรคอายุรกรรมหรือภาวะอื่นนอกเหนือจากทางสูติกรรม ร้อยละ 43.41 ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้

แผนภูมิที่ 3 เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคนรายพื้นที่ ปีงบประมาณ 2564-2565



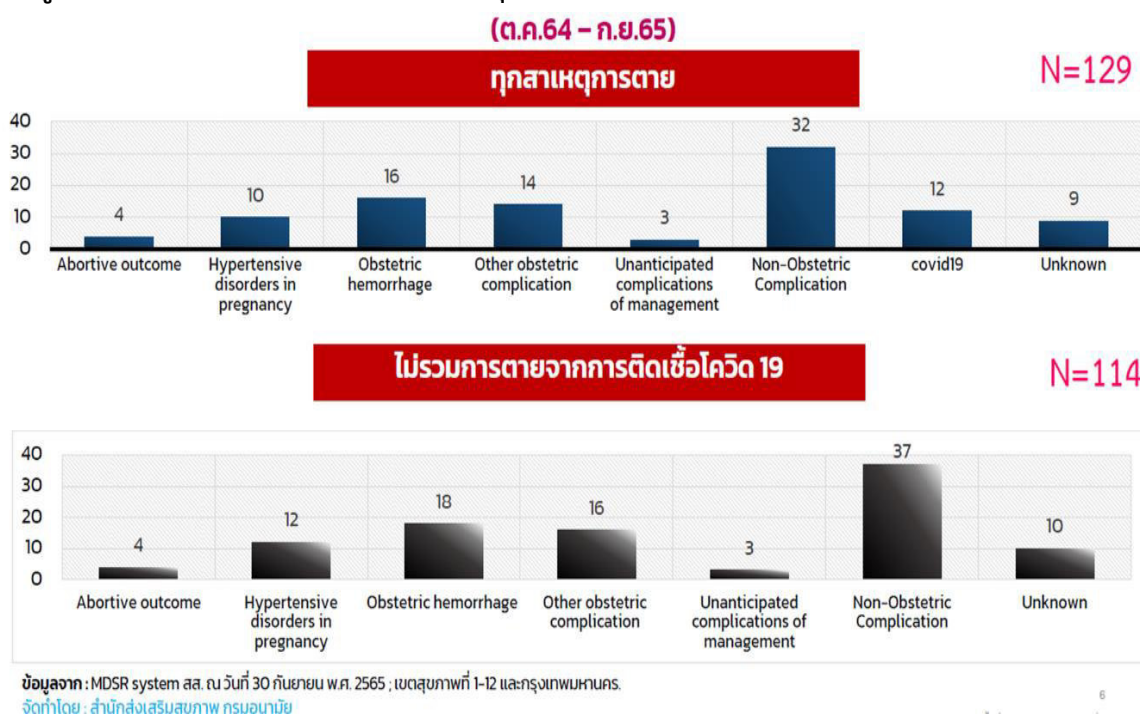
จากแผนภูมิที่ 3 จะพบว่าในปี 2565 เขตสุขภาพที่มีอัตราการตายของมารดาสูง คือเขตสุขภาพที่ 12 และเขตสุขภาพที่ 4 และเขตสุขภาพ 2 ตามลำดับ สาเหตุการตายเกิดจากสาเหตุทางตรงและทางอ้อมในสัดส่วนไม่แตกต่างจากภาพประเทศ แต่พบปัญหาการฝากครรภ์นอกพื้นที่แล้วเดินทางกลับมาคลอดโดยไม่มี การวางแผนก่อน และปัญหาความล่าช้าในการส่งต่อ สำหรับเขตสุขภาพที่มีอัตราการตายของมารดาต่ำที่สุด และไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่เขตสุขภาพที่ 3 เนื่องจากมีการดำเนินงานของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขตและจังหวัดที่เข้มแข็ง มีการกำกับติดตามงานอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระบบการส่งต่อได้มีประสิทธิภาพ

แผนภูมิที่ 4 อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขต รวมจากสาเหตุติดเชื้อ Covid - 19 และไม่รวมติดเชื้อ Covid - 19



ในช่วงปี 2563 - 2565 มีการระบาดของโรค Covid - 19 อย่างรุนแรงไปทั่วโลก สำหรับประเทศไทยในปี 2565 พบการตายของมารดาจากการติดเชื้อ Covid - 19 จำนวน 15 ราย คิดเป็นอัตราตายของมารดา 25.66 ต่อแสนการเกิดมีชีพ จากแผนภูมิที่ 4 จะพบว่า หากไม่นำสาเหตุการตายจากสาเหตุติดเชื้อ Covid-19 มารวม จะมีอัตราการตายของมารดาอยู่ที่ 22.66 ต่อแสนการเกิดมีชีพซึ่งยังสูงเกินเกณฑ์

แผนภูมิที่ 5 จำนวนมารดาตายแยกสาเหตุ ปีงบประมาณ 2565



เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาไทยในปี 2565 รวมทั้งสิ้น 129 ราย หากไม่รวมการตายจากการติดเชื้อ Covid - 19 จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.6 การตายของมารดาโดยที่ไม่รวมจากการติดเชื้อ Covid - 19 เป็นจำนวน 114 ราย พบว่า สาเหตุการตายเกิดจากการแท้ง 4 ราย (ร้อยละ 3.5) ความดันโลหิตสูง 12 ราย (ร้อยละ 10.5) ภาวะตกเลือดหลังคลอด 18 ราย (ร้อยละ 15.7) สาเหตุจากโรคทางสูติกรรมอื่นๆ 16 ราย (ร้อยละ 14) การจัดการที่ไม่เหมาะสม 3 ราย (ร้อยละ 2.6) จากโรคที่ไม่ใช่สูติกรรม 37 ราย (ร้อยละ 32.4) และไม่ทราบสาเหตุ 10 ราย (ร้อยละ 8.7) สำหรับมารดาตายที่เป็นชาวต่างชาติ เริ่มมีการเก็บข้อมูลในปี 2565 พบเป็นการตายของมารดาต่างชาติ จำนวน 3 รายจากการคลอด 13,234 ข้อมูลในเดือนตุลาคม 2565-มีนาคม 2566 จำนวน 4 รายจากการคลอด 15,183 ราย คิดเป็นอัตราตายของมารดาต่างชาติ 22.67 และ 26.35 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลปี 2565 พบว่าอัตราตายของมารดาต่างชาติต่ำกว่าการตายของมารดาไทย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กให้โรงพยาบาลทุกแห่งใช้มาตรฐานดังกล่าวเป็นแนวทางการปฏิบัติอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีปัญหาการตายของมารดาที่ยังไม่สามารถลดให้บรรลุตามเป้าหมาย เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาเกิดจาก 2 สาเหตุ ดังนี้

1) สาเหตุทางตรง (Direct cause) ได้แก่ สาเหตุอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ การตกเลือดหลังคลอด ป้องกันด้วยการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์หรือขณะตั้งครรภ์อ่อนๆ เช่น การรับประทานยา Aspirin ในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่จะเกิดแทรกซ้อนซึ่งพบได้ในการฝากครรภ์ และส่วนหนึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหรือหลังคลอด การเตรียมตัวหญิงตั้งครรภ์ให้มีความพร้อมตั้งแต่เนิ่น ๆ จึงมีส่วนช่วยในการลดการตายของมารดาได้ การเตรียมเวชภัณฑ์และส่วนประกอบของโลหิตให้เพียงพอ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึง การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

2) สาเหตุทางอ้อม (Indirect cause) ได้แก่ การเสียชีวิตจากโรคทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคติดเชื้อ ซึ่งทวีความรุนแรงขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดหรือหลังคลอดจึงส่งผลให้เสียชีวิต ป้องกันโดยการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์ การตรวจโรคประจำตัวที่อาจมีแฝง ในสตรีที่ตั้งครรภ์หากมีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวางแผนการตั้งครรภ์โดยควรตั้งครรภ์เมื่อโรคสงบ และรับประทานยาน้อยที่สุด การชั่งประวัติและการตรวจร่างกายเพื่อหาโรค การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการหาโรคประจำตัวและโรคที่ติดต่อทางพันธุกรรมไปยังลูกในครรภ์ เช่น โรคดาวน์ โรคธาลัสซีเมีย โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โรคติดเชื้อซิฟิลิส รวมการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ตามภาวะเสี่ยงที่พบ

เมื่อพิจารณาข้อมูลตัวชี้วัดสนับสนุนด้านสตรีตั้งครรภ์และทารก ในปี 2565 ได้แก่

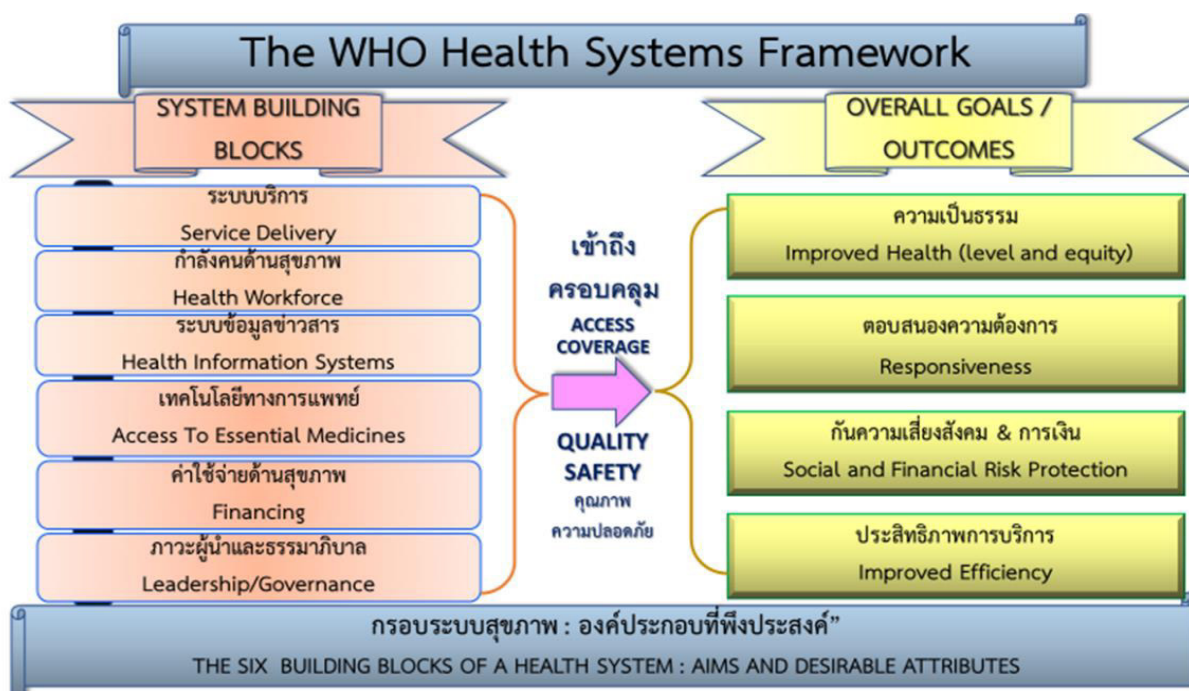
- การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80.70 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 75)
- การฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 73.03 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 75)
- ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 15.47 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 16)
- ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ร้อยละ 10.33 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7)
- การติดตามเยี่ยมหลังคลอด ร้อยละ 71.66 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 75)

เห็นได้ว่า ผลลัพธ์การดำเนินงานสำหรับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขได้ทั้งหมด และผลลัพธ์เหล่านี้ล้วนมีผลกับคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และส่งผลให้เกิดความเสี่ยงเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด

2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากข้อมูลสถานการณ์การตายของมารดาจะพบว่า การตายของมารดาในแต่ละปียังมีแนวโน้มที่ไม่ลดลง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมีการกำหนดมาตรฐานการฝากครรภ์ การคลอดและการดูแลหลังคลอด และมีการนำไปใช้ในระดับพื้นที่ แต่ยังคงพบปัญหามารดาตายเพิ่มขึ้นโดยส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ และสามารถนำการมีส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันการตายของมารดา ผู้ศึกษาจึงให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบป้องกันการตายของมารดา โดยใช้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks of A Health System) ตามแนวทางระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) เป็นแนวทางหลักโดยเสนอการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เป็นอีกหนึ่งเสาหลักในการดำเนินงาน เรียกว่า “6 Building Blocks Plus” และใช้เครื่องมือกระบวนการวงจรนโยบายหรือวงจรคุณภาพ P D C A (Plan, Do, Check, Act/Adjust) โดยที่ภายใต้ P D C และ A นั้นใช้กลยุทธ์ PIRAB ในแนวทางของการดำเนินงาน ประกอบด้วย Partnership (ชักชวนพันธมิตร) Investment (สรรหาแหล่งทุน) Regulate (พัฒนากระบวนการกำหนดนโยบายและการติดตาม) Advocacy (ชูประเด็น สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจร่วมกันและสนับสนุนให้การเมืองทุกระดับให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ) และ Building Capacity (พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะ) อันเป็นกลยุทธ์สำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อมุ่งหวังให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง พึ่งพา กัน และดูแลตนเองได้ ภายใต้การนำของผู้นำชุมชน อันได้แก่ นายกเทศบาล นายกอบต. และความร่วมมือของชุมชนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้คลอดอย่างปลอดภัยและมีบุตรที่สมบูรณ์แข็งแรง

ภาพที่ 7 กรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขององค์การอนามัยโลก



กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks of A Health System)

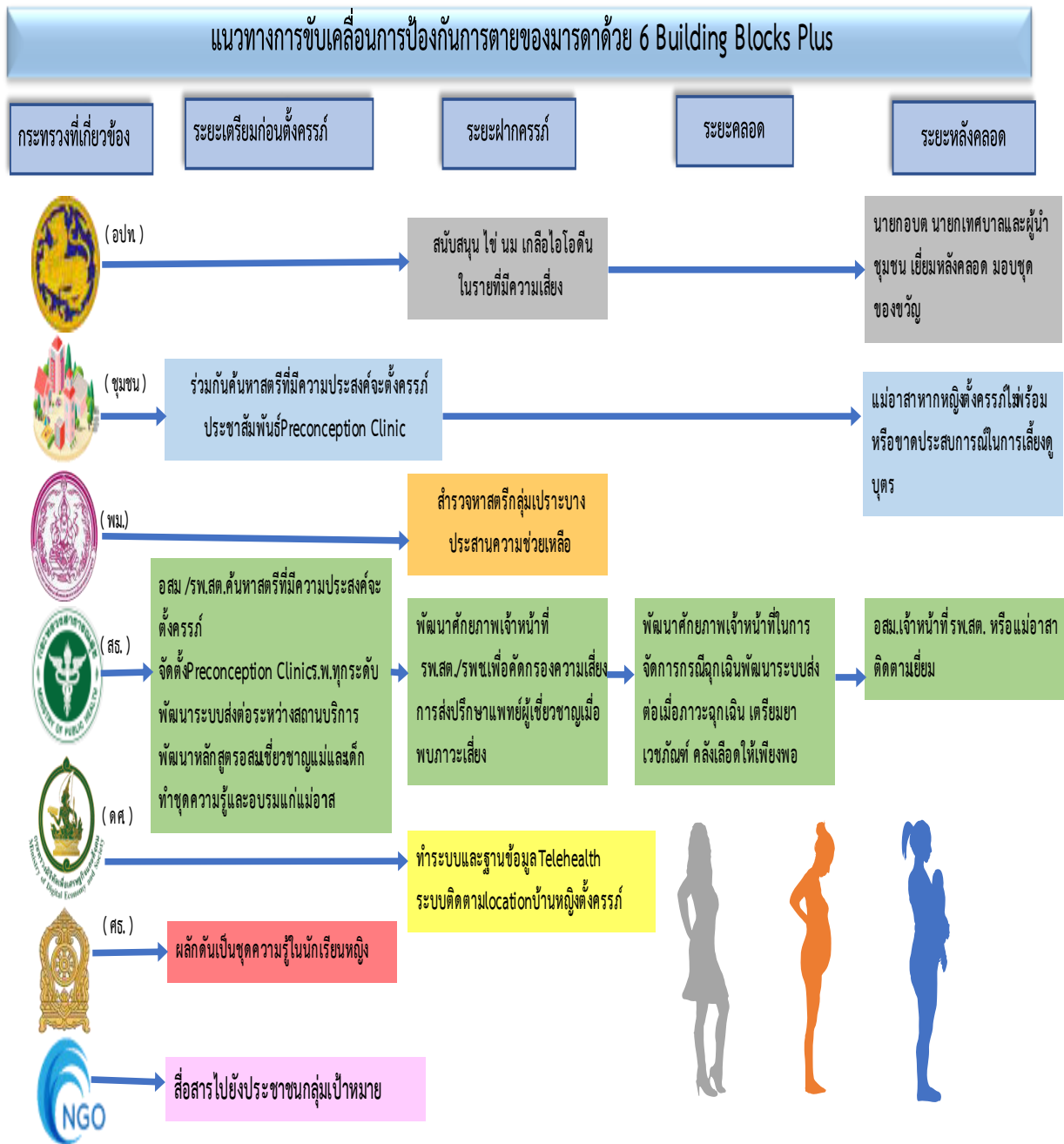
ประกอบด้วย ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยผู้รับบริการต้องสามารถเข้าถึง มีความครอบคลุม มีคุณภาพและความปลอดภัย โดยวัดผลผลิต คือความเป็นธรรม การตอบสนองความต้องการ การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน และประสิทธิภาพการให้บริการ โดยผู้ศึกษาได้เสนอการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เป็นอีกหนึ่งเสาหลักในการดำเนินงาน เรียกว่า “6 Building Blocks Plus”

ภาพที่ 8 Six Building Blocks Plus เพื่อป้องกันการตายของมารดา

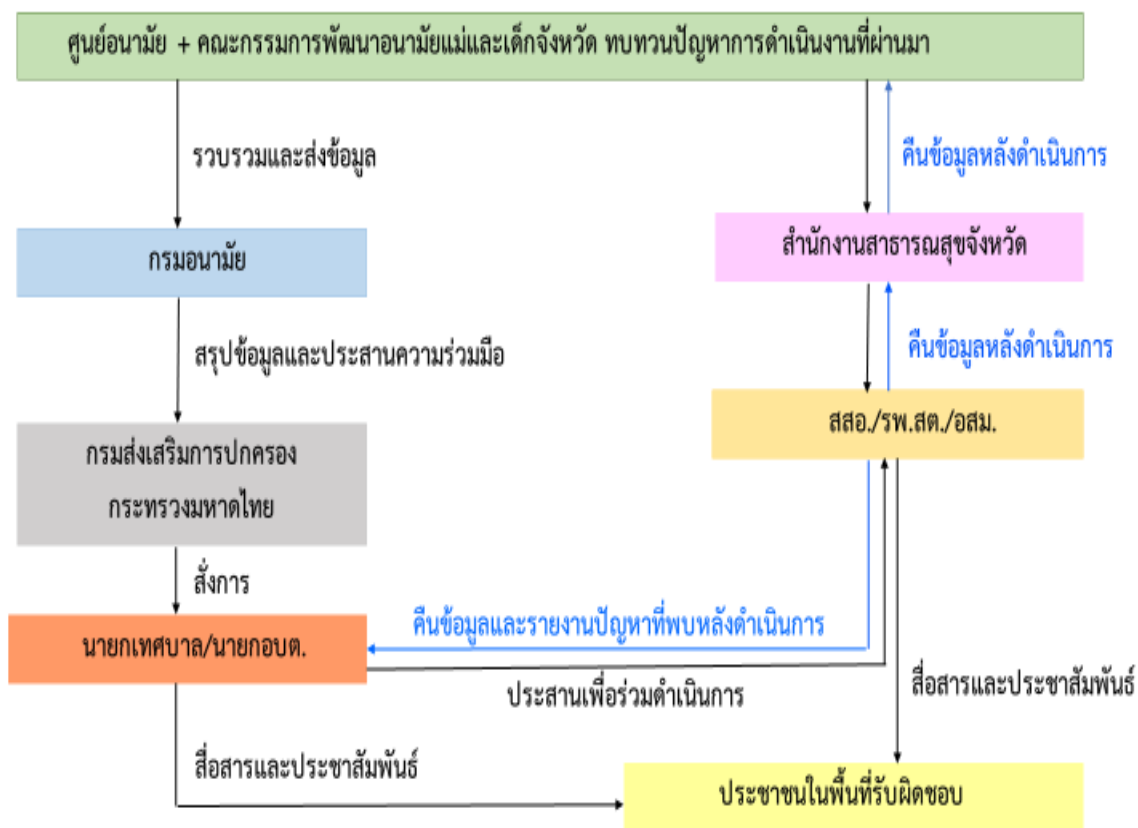


จากภาพที่ 8 ได้มีการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอีกหนึ่งเสาหลักในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับกลยุทธ์ PIRAB ในประเด็น Advocate (ชี้ชวน เสนอแนะให้เห็นประโยชน์ในการทำงานร่วมกัน) โดยผู้นำชุมชน อสม. แม่อาสา และประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ

ภาพที่ 9 กระทรวงและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและแนวทางในการขับเคลื่อน 6 Building Blocks Plus



ภาพที่ 10 แนวทางการประสานเพื่อขับเคลื่อนแนวทางการป้องกันการตายของมารดาด้วยSix Building Blocks Plus



เครื่องมือ Plan-Do-Check-Act/Adjust (PDCA) นำมาใช้ในกระบวนการดังนี้

Plan การวางแผนจากการระบุและวิเคราะห์ปัญหา

ศูนย์อนามัยร่วมกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการตายของมารดา ปัญหาการคัดกรองโรคก่อนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ คลอดและหลังคลอด รวบรวมข้อมูลไปยังกรมอนามัย โดยกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดทำแผนและรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดเพื่อวางแผนการดำเนินงานโดยใช้กลยุทธ์ PIRAB จาก Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World ประกอบด้วย

P : Partnership ชักชวนพันธมิตร ได้แก่เครือข่ายในกระทรวงสาธารณสุข (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ) เครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย (นายกเทศบาล นายกอบต.) กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) กระทรวงกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงศึกษาธิการ รวมถึงเครือข่ายภาคประชาชน ให้ความสำคัญและร่วมทำงานส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยกรมอนามัยเป็น

เจ้าภาพหลักในการรวบรวมข้อมูล กำหนดแนวทาง และประสานงาน รวมถึงรับผิดชอบเป้าหมายในการลดการตายของมารดา

I : Investment สรรหาแหล่งทุน และงบประมาณจากระดับนโยบาย เพื่อจัดการปัจจัยกำหนดด้านสุขภาพ

R : Regulate พัฒนาระบบการกำหนดนโยบายและการติดตาม

A : Advocacy ส่งเสริมและสนับสนุนให้การเมืองทุกระดับให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ สร้างการทำงานร่วมกันกับทุกภาคส่วน

B : Building Capacity พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกภาคส่วนให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและทักษะ

Do พัฒนาทางออก/แนวทางแก้ปัญหา และดำเนินการตามแผน ได้แก่

1) คืบข้อมูลสภาพปัญหา และประสานความร่วมมือโดยกรมอนามัยประสานไปยังไปยังกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเพื่อสื่อสารไปยังนายกเทศบาล นายกอบต.

2) พัฒนาหลักสูตรหลักสูตรในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ สำหรับ อสม.และแม่อาสา โดยกรมอนามัยร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโดยกรมอนามัยไปยังศูนย์อนามัยแต่ละเขตสุขภาพ

4) สื่อสารแนวทางการดำเนินงานโดยศูนย์อนามัยแต่ละเขตสุขภาพไปยังคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด และรพสต. สื่อสารแนวทางการดำเนินงานไปยังนายกเทศบาล หรือนายกอบต. และนายกเทศบาล หรือนายกอบต. สื่อสารไปยังประชาชนในพื้นที่

5) ขอใช้งบประมาณการดำเนินการจากกองทุนสุขภาพตำบลโดยรพสต.

กิจกรรมที่ดำเนินการ มีดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กิจกรรมที่ดำเนินการโดยชุมชน

ระยะ	ผู้ดำเนินการ	กิจกรรม	จุดประสงค์	งบประมาณ
ระยะก่อน ตั้งครรภ์	กลุ่มสตรีใน ชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่รพ. สต.	ค้นหาคู่รักหรือคู่ สมรสที่มีความพร้อม จะในการตั้งครรภ์ และประชาสัมพันธ์ ในคลินิกเตรียมความ พร้อมก่อนการ ตั้งครรภ์	-เพื่อให้คำแนะนำ ใน การวางแผนการ ตั้งครรภ์ เตรียมตัว รับประทานยาวิตามิน ก่อนตั้งครรภ์ -ตรวจสอบสุขภาพเพื่อ เตรียมความพร้อมก่อน การตั้งครรภ์ครรภ์	ยาเป็นชุดสิทธิ ประโยชน์ ของสปสช.
ระยะตั้งครรภ์	กลุ่มสตรีหรือ แม่อาสา/ อสม./อพม.	-ดูแล แนะนำให้เข้าสู่ การฝากครรภ์ให้เร็ว ที่สุด -สนับสนุนอาหาร ได้แก่ ไข่ นม เกลือ ไอโอดีน ในหญิง ตั้งครรภ์ในครัวเรือน เปราะบาง	-เพื่อให้ได้รับบริการ เพื่อการค้นหาความ เสี่ยงในการตั้งครรภ์ และให้การรักษาอย่าง รวดเร็ว	-ฝากครรภ์ทุกที่ฟรี ทุกสิทธิ์ -งบประมาณจาก กองทุนสุขภาพ ตำบล
ระยะใกล้คลอด (อายุครรภ์ 7 เดือนขึ้นไป)	อสม. เจ้าหน้าที่รพ. สต.	-จุดLocationที่อยู่ ของหญิงตั้งครรภ์ และส่งข้อมูลให้กับ รพ. และกักขังในพื้นที่	-เพื่อเตรียมพร้อมใน การนำส่งรพ. หากมี ภาวะฉุกเฉินหรือมี ปัญหาในการเดินทาง	-เบิกจ่ายจาก ระเบียบ กระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยค่าใช้จ่าย เพื่อช่วยเหลือ ประชาชนตาม อำนาจหน้าที่ของ อปท.พ.ศ.2560

ระยะ	ผู้ดำเนินการ	กิจกรรม	จุดประสงค์	งบประมาณ
ระยะหลังคลอด	นายกเทศบาล หรือนายก อบต. ผู้นำ ชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่รพ. สต.หรือแม่ อาสา	-ติดตามเยี่ยมแสดง ความยินดีกับ ครอบครัวและค้นหา ปัญหา	-เพื่อให้กำลังใจ และ มอบของขวัญในการ เลี้ยงดูบุตร เช่น สมุนไพรสำหรับกระตุ้น น้ำนม ของเล่นเพื่อ กระตุ้นพัฒนาการเด็ก อาหารเสริมสำหรับแม่ ให้นมบุตร -สำหรับครอบครัวเดี่ยว และมารดาไม่มี ประสบการณ์ เช่น แม่ วัยรุ่นหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว ใช้วิธีแม่อาสาได้แก่ ผู้ที่ มีประสบการณ์ใน ชุมชนช่วยเหลือให้ คำแนะนำ	งบประมาณจาก กองทุนสุขภาพ ตำบล
ระยะหลังคลอด	อสม. เจ้าหน้าที่รพ. สต. หรือ อพม.	ติดตามเยี่ยมหลัง คลอดและลงข้อมูล ตามเกณฑ์สังเกต อาการที่บ่งถึงความ ผิดปกติ เช่น ภาวะ ซีมีเศร้าหลังคลอด การปฏิบัติตนที่ผิดวิธี	ติดตามให้รับทราบ ยาบำรุงหลังคลอดและ แนะนำการสังเกต อาการตนเองและการ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	-ไม่ใช้งบประมาณ

ภาพที่ 11 เอกสารสำหรับลงข้อมูลเยี่ยมดูแลหลังคลอดสำหรับเจ้าหน้าที่รพ.สต.และอส.

เยี่ยมดูแลหลังคลอด โดยทีมหมอครอบครัว

อาการผิดปกติหลังคลอดที่ต้องมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที
ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่มีอาการ



อาการผิดปกติหลังคลอด	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
ตกเลือดหลังคลอด เป็นก้อน ลิ่มเลือด			
ตัวร้อนเป็นไข้ติดต่อกัน 2 วัน			
น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น ชุ่มชื้น หรือมีสีแดงนานเกิน 2 สัปดาห์			
บัสสาวะแสบ ขัด กระปริดกระปรอย หรือบัสสาวะไม่ออก			
ปวด บวม บริเวณฝีเย็บหรือแผลแยก			
หัวนมแตก หรืออักเสบ			
การคุมกำเนิด			
	ผู้ประเมิน		
	วันที่		

ที่มา : สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 2565 กรมอนามัย

Check ประเมินและสรุปผล

วัตถุประสงค์ดำเนินการ 6 เดือนและ 1 ปี โดยติดตามเป้าหมาย 2 ประเภท คือ

เป้าหมายเชิงกระบวนการ ได้แก่

- 1) อสม.และแม่อาสาทุกคนได้รับการอบรมความรู้ด้านแม่และเด็ก
- 2) หญิงตั้งครรภ์จากครัวเรือนเปราะบางได้รับการสนับสนุนทุกราย
- 3) จุด Location ที่อยู่อาศัยของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย
- 4) ผู้นำชุมชนมีการติดตามเยี่ยมหลังคลอดทุกราย
- 5) อสม.และรพ.สต. มีการลงข้อมูลเยี่ยมหลังคลอดทุกราย
- 6) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้หลังคลอด
- 7) เบิกงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อเยี่ยมหลังคลอดหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

เป้าหมายเชิงคุณภาพ ได้แก่

- 1) สตรีมีการเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ มากกว่าร้อยละ 75
- 2) ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ มากกว่าร้อยละ 75

- 3) ฝากครรภ์คุณภาพ มากกว่าร้อยละ 75
- 4) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ 16
- 5) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ไม่เกินร้อยละ 7
- 6) อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคน และมีการวิเคราะห์สาเหตุการ

ตายทุกราย

โดยรพสต.ร่วมกับอสม. ประเมินและสรุปผลการดำเนินการ รวมถึงประเด็นปัญหาและปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการทำได้ดีในพื้นที่ และนำเสนอกับนายกเทศบาล หรือนายกอบต. ในที่ประชุมของสภาเทศบาล หรือสภาอบต. ทุกเดือน รวมถึงการคืนข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อรวบรวมส่งไปยังศูนย์อนามัย และกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักในการกำกับติดตามผลลัพธ์เชิงคุณภาพเพื่อใช้ในการพัฒนานโยบายต่อไป

Act/Adjust ปรับปรุงแก้ไขเพื่อดำเนินงานต่อไป

- 1) รพ.สต. รวบรวมผลลัพธ์การดำเนินการรายตำบล นำเสนอกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด และแลกเปลี่ยนเพื่อให้ข้อเสนอแนะ
- 2) ศูนย์อนามัยแต่ละเขตวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด เพื่อหาโอกาสพัฒนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน
- 3) กรมอนามัยนำผลลัพธ์ที่รวบรวมจากศูนย์อนามัยมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานและพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมต่อไป
- 4) เชิดชูเกียรติผู้นำชุมชนในชุมชนที่สามารถดำเนินการได้ดีจากผลลัพธ์เชิงกระบวนการและคุณภาพ โดยมอบรางวัลในการประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ/จังหวัด/เขต
- 5) สร้างขวัญและกำลังใจแก่อสม.และแม่อาสา ที่สามารถดำเนินการได้ดี โดยพิจารณาค่าตอบแทนที่เหมาะสมเพื่อความยั่งยืนในการดำเนินงาน

ปัจจัยที่อาจมีผลกระทบต่อความสำเร็จและแนวทางการบริหารจัดการ

- 1) ด้านการประสานงานเครือข่าย อาจพบปัญหาเครือข่ายไม่พร้อมในการดำเนินการ เช่น
 - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อาจมีหลักสูตรสำหรับอสม.ที่มากเพียงพอแล้ว
 - ผู้บริหารเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลมีภารกิจมาก

แนวทางการบริหารจัดการ

- ผสมผสานความรู้ด้านแม่และเด็กในหลักสูตรการพัฒนาอสม.ที่มีอยู่เดิม
- สร้างความเข้าใจร่วมกันกับเครือข่ายให้เห็นประโยชน์ของการดำเนินการแบบบูรณาการ เน้นประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก โดยกรมอนามัยเป็นแกนนำในการรับผิดชอบหลักเพื่อการผลักดันและขับเคลื่อน

- ปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็นผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน ติดตามเยี่ยมหลังคลอด โดยในบางพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะเช่น ภาคใต้อาจใช้ผู้นำทางศาสนาที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน หรืออาจใช้ผู้นำชุมชนที่ได้รับความนับถือและไว้วางใจจากประชาชนในชุมชน

2) ด้านการกำกับติดตาม

- การรายงานผลการดำเนินการ อาจไม่ต่อเนื่องหรือขาดการกำกับติดตามเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

แนวทางบริหารจัดการ

- พิจารณากำหนดผลลัพธ์การดำเนินงานเป็นตัวชี้วัดสนับสนุนของประเด็นอัตราตายของมารดา ซึ่งเป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต. โดยกรมอนามัยกำกับติดตามในการตรวจราชการ

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำกับติดตามให้รพ.สต.เป็นหลัก ในการรวบรวมข้อมูลการดำเนินการ ปัญหาที่พบและผลลัพธ์ เพื่อนำเสนอในการประชุมสภาเทศบาลหรือสภา อบต.

2.3 ภาวะผู้นำเพื่อขับเคลื่อนข้อเสนอ

ผู้นำต้องสามารถสร้างวิสัยทัศน์เพื่อใช้กำกับทิศทางขององค์กรในอนาคต จากนั้นจึงจัดวางคน พร้อมทั้งสื่อความหมายให้เข้าใจวิสัยทัศน์และสร้างแรงจูงใจแก่ทีมงาน ให้สามารถเอาชนะอุปสรรคเพื่อไปสู่วิสัยทัศน์ดังกล่าว ภาวะผู้นำที่จำเป็นต้องมีในการขับเคลื่อนข้อเสนอ ได้แก่

1) ผู้นำเชิงกลยุทธ์ สามารถกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์จนเกิดนโยบายที่แปลงสู่การปฏิบัติ เพื่อทำงานร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการและร่วมมืออย่างเต็มที่จากทุกภาคส่วน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด

2) ผู้นำมุ่งผลสัมฤทธิ์ สามารถกำหนดวิสัยทัศน์ จนเกิดการปฏิบัติการ เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากการทำงาน และสามารถประสานสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง

3) ผู้นำที่สามารถสร้างแรงจูงใจ ทำให้ทีมงานทำตามอย่างเต็มประสิทธิภาพ เต็มใจเพื่อสร้างสรรค์ ทุ่มเทให้กับงานราชการอย่างเต็มที่ ดำรงตนเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านความซื่อตรง (Integrity) มีเจตนารมณ์มุ่งมั่นที่จะสร้างงาน มีศักยภาพ ประกอบไปด้วย Talent (ความสามารถพิเศษ) Attitudes (ทัศนคติ) Skills (ทักษะ) Knowledge (ความรู้) และ Style (รูปแบบเฉพาะ) มุ่งสร้างผลงานให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ จึงจะสามารถสร้างความน่าเชื่อถือให้กับทีมงานและผู้เกี่ยวข้องได้ รวมถึงสามารถสอนงานและสร้างผู้สืบทอด (Successor) เพื่อให้การดำเนินงานต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง

4) ผู้นำการเปลี่ยนแปลงและรองรับการเปลี่ยนแปลง ด้วยภาวะโลกปัจจุบันมีความผันผวนสูง ผู้นำจึงต้องมีวิสัยทัศน์ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ สามารถคาดการณ์ถึงสถานการณ์ใน

อนาคตที่จะเกิดขึ้นกับองค์กร งานที่องค์กรรับผิดชอบ เครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงกลุ่มเป้าหมาย จะต้องมีการทำความเข้าใจกับทีมงาน มีความชัดเจนในการสื่อสารและการทำงาน และมีความไว้วางใจในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

3. แผนพัฒนาตนเอง

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

บรรณานุกรม

กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ 2566

กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ฉบับปรับปรุง ณ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565

Natetida Bunnag.(2565).อัตราการเจริญพันธุ์ทั่วโลกลดลง และ 39 ประเทศรวมไทยจะมีประชากรในปี 2050 น้อยกว่าปัจจุบัน.ค้นเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2566.

เข้าถึงจาก <https://www.sdgmovement.com/2021/08/19/world-population-data-sheet-2021-declining-global-fertility-rates/>

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย บริการสถิติข้อมูลผู้สูงอายุไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565. ค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2566.เข้าถึงจาก

<https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>

จำนวนประชากรกลางปี 2565.ค้นเมื่อวันที่ 18 เมษายน 2566 เข้าถึงจาก

<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>

อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน.ค้นเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2566 เข้าถึงจาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1409> ความหมาย

Global Progress and Projections for Maternal Mortality.ค้นเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2566.เข้าถึงจาก <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2022-report/progress-indicators/maternal-mortality/>

กลุ่มรายงานมาตรฐาน/ส่งเสริมป้องกัน/อนามัยแม่และเด็ก/โภชนาการ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 6 Building Blocks.World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: WHO Document Production Services, 2010.

กลยุทธ์ PIRAB. ค้นเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2566.เข้าถึงจาก <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter>

กลุ่มครัวเรือนเปราะบาง. ค้นเมื่อวันที่ 15 เมษายน 2566. เข้าถึงจาก <http://nscr.nesdc.go.th/pelcd-glossary/>

ภาคผนวก

ประวัติผู้เขียนเอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคล

ชื่อ – นามสกุล นางสาวทิพา ไกรลาศ

ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี แพทยศาสตร์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2543

วุฒิปัตร์ สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา แพทยสภา พ.ศ.2549

อนุปัตร์ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ แพทยสภา พ.ศ.2558

ประสบการณ์การรับราชการ

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย พ.ศ.2562-2565

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย พ.ศ.2565-ปัจจุบัน

ผลงานทางวิชาการ

ผลจากการใช้แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 10 วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม Vol.41 No.2 April - June 2018 ปีที่ 41 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2561

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

เลขที่ 177 หมู่ 6 ตำบลโคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา