

Pre-Congress Workshop

Strengthening Regional MCH / Ob-gyn Network

(Enhancing Maternal and Child Health and
Obstetric-Gynecologic Services at the Regional)



Tuesday, October 28, 2025

🕒 09:00 – 12:00 hrs

📍 Dusit Resort Pattaya, Thailand

Hosted by. Regional Subcommittee
of the Royal Thal College of Obstetricians
and Gynaecologists (RTCOCG)

Agenda Highlights:

- 09:00 – 09:15** Opening Remarks
Executive Committee Representative, RTCOCG
- 09:15 – 09:40** Regional Committee Structure & Role
Dr. Suthit Khunpradit
- 09:40 – 10:00** 4-P Strategy & 'One Province, One Labor Room'
Dr. Suthit Khunpradit
- 10:00 – 10:30** Seamless Referral System Design
Assoc Prof: Dr. Dennoporn Sudial
- 10:45 – 11:15** Emergency Obstetric Care Training Needs
Assoc Prof. Dr. Demoporn Sudjai
- 11:15 – 11:45** Integrating Local Innovations
Dr. Nualpun Tanmuan & Dr. Peeranan Kaewsuksai
- 11:45 – 12:00** Summary & Next Steps

Join us for insightful discussions, shared experiences, and strategies to strengthen maternal and reproductive health

๗



Pre-Congress Workshop

Strengthening Regional MCH / Ob-gyn Network

(Enhancing Maternal and Child Health and Obstetric-Gynecologic Services at the Regional Level)

วันอังคารที่ 28 ตุลาคม 2568

Tuesday, October 28, 2025

เวลา 09.00 – 12.00 น.

สถานที่

ห้องประชุมดุสิต 11 โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จังหวัดชลบุรี

จัดโดย คณะอนุกรรมการภูมิภาค ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

Regional Sub-committee of the Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOG)

กำหนดการ / Agenda
Pre-Congress Workshop
Strengthening Regional MCH / Ob-gyn Network

เวลา	กิจกรรม
09.00 – 09.15 น.	พิธีเปิดและกล่าวต้อนรับ (<i>Opening Remarks</i>)
09.15 – 09.40 น.	โครงสร้างและบทบาทของคณะกรรมการระดับภูมิภาค (<i>Regional Committee Structure & Role</i>) โดย นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์
09.40 – 10.00 น.	กลยุทธ์ 4-P และโครงการ “หนึ่งจังหวัด หนึ่งห้องคลอด” (<i>4-P Strategy & “One Province, One Labor Room”</i>) โดย นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์
10.00 – 10.30 น.	การออกแบบระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (<i>Seamless Referral System Design</i>) โดย รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิงเด่นนพพร สุดีใจ
10.30 – 10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง (<i>Coffee Break</i>)
10.45 – 11.15 น.	ความต้องการด้านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม (<i>Emergency Obstetric Care Training Needs</i>) โดย รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิงเด่นนพพร สุดีใจ
11.15 – 11.45 น.	การบูรณาการนวัตกรรมในท้องถิ่น (<i>Integrating Local Innovations</i>) โดย แพทย์หญิงนวลพรรณ แทนม้วน
11.45 – 12.00 น.	สรุปและแนวทางการดำเนินงานต่อไป (<i>Summary & Next Steps</i>)

Strengthening Regional MCH / Ob-gyn Network

บรรณาธิการ นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิงเด่นนพพร สุดีใจ
แพทย์หญิงนวลพรรณ แทนม้วน

คณะอนุกรรมการภูมิภาค ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

คำนำ

การจัดการอบรม Pre-Congress Workshop หัวข้อ “Strengthening Regional MCH / Ob-gyn Network (Enhancing Maternal and Child Health and Obstetric-Gynecologic Services at the Regional Level)” ในวันอังคารที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2568 เวลา 09.00 – 12.00 น. ณ โรงแรมดุสิตธานี พัทยา จังหวัดชลบุรี จัดโดยคณะอนุกรรมการภูมิภาค ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบอนามัยแม่และเด็กในระดับภูมิภาค

อนามัยแม่และเด็กถือเป็นรากฐานสำคัญของระบบสาธารณสุขเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและความมั่นคงทางสังคมของประเทศ การดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่มีประสิทธิภาพ ไม่เพียงแต่ช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของประชากรในระยะยาวซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ

การอบรมในครั้งนี้มุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และแนวทางปฏิบัติที่ดีในการบริหารจัดการระบบอนามัยแม่และเด็ก ในระดับภูมิภาคโดยครอบคลุมประเด็นสำคัญหลายด้าน ได้แก่ โครงสร้างและบทบาทของคณะกรรมการระดับภูมิภาค กลยุทธ์ 4-P และโครงการ “One Province, One Labor Room” การออกแบบระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ ความต้องการด้านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรม และการบูรณาการนวัตกรรมในท้องถิ่น

เอกสารประกอบการอบรมฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแหล่งความรู้ และข้อมูลอ้างอิงสำหรับผู้เข้าร่วมอบรมครอบคลุมทั้งเนื้อหาทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติและตัวอย่างการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของท่านต่อไป

ขอขอบคุณวิทยากรทุกท่าน ที่กรุณาแบ่งปันความรู้และประสบการณ์อันมีค่า ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมอบรมทุกท่านที่สละเวลามาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขอขอบคุณคณะทำงานทุกท่านที่ช่วยเหลือจัดเตรียมการอบรมครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการอบรมในครั้งนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นของความร่วมมือที่แน่นแฟ้นและต่อเนื่อง นำไปสู่การพัฒนาระบบอนามัยแม่และเด็กที่มีคุณภาพ สร้างความปลอดภัยให้แก่มารดาและทารกทุกคน และบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพในระดับภูมิภาคต่อไป

คณะอนุกรรมการภูมิภาค
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
ตุลาคม 2568

สารบัญ

บทบาทหน้าที่ และโครงสร้างคณะกรรมการในประเทศและระดับภูมิภาค.....1
 (Regional Maternal and Child Health Committee: Structure & Role)

มาตรการ 4 Plan (4P) เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย.....18

One province, One Labor room.....27

ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อทางสูติกรรม.....34
 (Obstetric Seamless Referral System)

ความต้องการฝึกอบรมการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม.....44
 (Emergency Obstetric Care Training Needs)

การบูรณาการนวัตกรรมในท้องถิ่น (Integrating Local Innovations).....50

บทบาทหน้าที่ และโครงสร้างคณะกรรมการในประเทศและระดับภูมิภาค (Regional Maternal and Child Health Committee: Structure & Role)

นพ. สุจิต คุนประดิษฐ์
ประธานอนุกรรมการภูมิภาค
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

1. บทนำ

1.1 ความสำคัญของอนามัยแม่และเด็กต่อระบบสุขภาพโลก

อนามัยแม่และเด็กเป็นองค์ประกอบหลักของระบบสาธารณสุขที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตและความมั่นคงทางสังคมของประชากร ความสำคัญนี้ปรากฏชัดเจนในบทบาทการลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด การลดอัตราการเจ็บป่วยและความพิการที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของมารดาและเด็กในระยะยาว⁽¹⁾ การดูแลอนามัยแม่และเด็กที่มีประสิทธิภาพ ยังส่งผลโดยตรงต่อพัฒนาการทางกายและสมองของเด็ก ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของศักยภาพทางการศึกษาและการทำงานในอนาคต มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประชากรทั้งในระดับชาติและระดับโลก

ความก้าวหน้าในด้านอนามัยแม่และเด็กในระดับโลกได้รับการบันทึกไว้อย่างชัดเจนในเอกสารวิชาการต่างๆ ข้อมูลแสดงให้เห็นถึงการลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลงถึงร้อยละ 53 ระหว่างปี 1990-2015⁽¹⁾ สะท้อนถึงความสำเร็จสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) และความพยายามในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) การดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จนี้เป็นผลมาจากการส่งเสริมแผนงานและนโยบายอนามัยแม่และเด็กที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละสังคมอย่างต่อเนื่อง⁽²⁾

องค์การระหว่างประเทศต่างๆ โดยเฉพาะ UNICEF มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ยากจะเข้าถึง เช่น เด็กที่มีความเปราะบางในพื้นที่เสี่ยงภัยหรือพื้นที่ห่างไกล ซึ่งช่วยสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ⁽³⁾ การทำงานเชิงบูรณาการดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการมีโครงสร้างองค์กรและกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพในทุกกระดับ

1.2 วิวัฒนาการของอนามัยแม่และเด็กในระดับสากล

พัฒนาการของอนามัยแม่และเด็กในระดับสากลมีจุดเริ่มต้นที่สำคัญในสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้ก่อตั้ง Children's Bureau ในปี ค.ศ. 1912 ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็น Maternal and Child Health Bureau (MCHB)⁽⁴⁾ หน่วยงานนี้เป็นองค์กรของรัฐบาลกลางแห่งแรกที่มีภารกิจเฉพาะด้านในการยกระดับสุขภาพของมารดาและเด็กทั่วประเทศ MCHB มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข การส่งเสริมโปรแกรมที่ช่วยลดอัตราการตายและป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมารดาและเด็ก และเป็นต้นแบบสำคัญของการจัดตั้งหน่วยงานในระดับชาติอื่นๆ ทั่วโลก

ในช่วงเวลาเดียวกัน มีการพัฒนาแนวทางและนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็กในหลายประเทศที่มุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมและมีการปรับปรุงให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและเศรษฐกิจของแต่ละประเทศอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ การพัฒนาองค์ความรู้และข้อมูลเชิงนโยบายในระดับรัฐและท้องถิ่นมีส่วนสำคัญในการยกระดับการวางแผนและการจัดการระบบอนามัยแม่และเด็กในประเทศต่างๆ⁽⁶⁾

วิวัฒนาการของอนามัยแม่และเด็กประกอบด้วยทั้งการตั้งเป้าหมายสาธารณสุขที่ชัดเจน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการวิเคราะห์นโยบายที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็กในระดับโลกจนถึงปัจจุบัน การติดตามความก้าวหน้า ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของนโยบาย บริการ และโครงสร้างทางองค์กรที่เกี่ยวข้องกับอนามัยแม่และเด็ก ช่วยระบุช่องว่างของข้อมูลและปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข อันจะนำไปสู่การกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายและแผนงานในอนาคตอย่างตรงจุดและเหมาะสม

การวิเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบยังเชื่อมโยงกับความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะในบริบทของประเทศกำลังพัฒนาที่มีปัจจัยซับซ้อนหลายด้านทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพ⁽⁷⁾ ข้อมูลเชิงลึกเหล่านี้ช่วยในการวิเคราะห์แนวโน้มและผลลัพธ์ รวมทั้งเสนอนวัตกรรมและกลยุทธ์ใหม่ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับประเทศและภูมิภาค

2. ความเป็นมาและพัฒนาการด้านอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทยและระดับภูมิภาค

2.1 การพัฒนาด้านอนามัยแม่และเด็กในประเทศไทย

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยภาครัฐและองค์กรสุขภาพต่างๆ มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและดำเนินโครงการที่สนับสนุนสุขภาพแม่และเด็กอย่างครอบคลุม การดำเนินงานประกอบด้วยการจัดตั้งศูนย์อนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัดและอำเภอ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการดูแลก่อนและหลังคลอด รวมทั้งการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในด้านอนามัยแม่และเด็กเพื่อรองรับความต้องการของประชาชน⁽⁸⁾

นอกจากนี้ บทบาทขององค์กรระหว่างประเทศและโครงการความร่วมมือภายในประเทศช่วยสนับสนุนและยกระดับมาตรฐานบริการและการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มเปราะบาง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพในประเทศไทย⁽⁹⁾

การดำเนินงานในประเทศไทยได้รับผลดีจากการบูรณาการนโยบายและการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพแม่และเด็กที่ตอบสนองต่อประเด็นความเสี่ยงและสภาพปัญหาทางสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค ด้วยการนำแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลมาประยุกต์ใช้และพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในบริบทท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾ แนวทางการทำงานแบบบูรณาการนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีโครงสร้างองค์กรที่เหมาะสมและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานต่างๆ

2.2 พัฒนาการในระดับภูมิภาค

ในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และอาเซียน การพัฒนาอนามัยแม่และเด็กเป็นผลมาจากความร่วมมือระหว่างประเทศที่เพิ่มขึ้นเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพที่ครอบคลุมพื้นที่หลายประเทศ ภายใต้กรอบการทำงานขององค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และสำนักงานภูมิภาค WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO) ซึ่งส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลและประเมินผลด้านสุขภาพในภูมิภาค⁽¹¹⁾

ความร่วมมือดังกล่าวช่วยสร้างระบบการดูแลแม่และเด็กที่สอดคล้องกันทั้งในด้านมาตรฐานการบริการ ระบบข้อมูล และการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร ตลอดจนการรับมือกับความท้าทายทางสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละประเทศในภูมิภาค เช่น โรคติดเชื้อ การขาดแคลนบริการในชนบท และความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

2.3 ความเชื่อมโยงระหว่างระดับประเทศกับระดับภูมิภาค

การประสานงานระหว่างหน่วยงานในระดับประเทศกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับภูมิภาคถือเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันงานอนามัยแม่และเด็กให้เกิดผลสัมฤทธิ์ การเชื่อมต่อข้อมูลและนโยบายระหว่างประเทศสมาชิกในภูมิภาคช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และนวัตกรรม รวมถึงการถ่ายทอดเทคโนโลยีและวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾

การสนับสนุนนี้ยังรวมถึงการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้และบุคลากรในประเทศสมาชิกโดยองค์การระหว่างประเทศ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในระบบอนามัยแม่และเด็กและเพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองต่อเป้าหมายระดับภูมิภาคและระดับประเทศ การเชื่อมโยงแนวตั้ง (vertical integration) และแนวนอน (horizontal integration) ระหว่างระดับต่างๆ จึงเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จของการดำเนินงาน

3. บทบาทและหน้าที่สำคัญของอนามัยแม่และเด็กในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

3.1 การส่งเสริมและป้องกันในอนามัยแม่และเด็ก

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในอนามัยแม่และเด็กมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังคลอด การจัดบริการดูแลก่อนคลอด (antenatal care) เป็นจุดเริ่มต้นของการติดตามสุขภาพมารดาตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก และการแนะนำพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ

การดูแลคลอดอย่างปลอดภัย (safe delivery) และบริการดูแลหลังคลอด (postnatal care) ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของมารดาและการส่งเสริมพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสม ส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาและเจริญเติบโตของเด็กในระยะยาว⁽¹²⁾

บทบาทนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนการสร้างความรู้และทักษะให้แก่ครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างยั่งยืน การดำเนินงานในระดับชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างความยั่งยืนของระบบอนามัยแม่และเด็ก

3.2 การพัฒนาและจัดการระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก

ระบบอนามัยแม่และเด็กที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับการบริหารจัดการอย่างครอบคลุมโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งรวมถึงการวางแผนทรัพยากร การจัดสรรงบประมาณ และการกำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพ หน่วยงานด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการประสานงานและการจัดการระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้บริการครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับโรงพยาบาล และตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹³⁾

การประเมินและตรวจสอบคุณภาพของบริการเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้ระบบสามารถปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง การใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการวัดประสิทธิภาพการดำเนินงานทำให้เกิดการบริหารที่โปร่งใสและมีหลักประกันในด้านคุณภาพบริการที่มุ่งหวังผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น⁽⁷⁾

ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพสูงต้องมียุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ ความเป็นเลิศทางคลินิก (clinical excellence) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centeredness) และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (efficiency) องค์ประกอบเหล่านี้ต้องได้รับการบูรณาการในทุกระดับของระบบบริการ

3.3 การสร้างความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำ

หนึ่งในบทบาทสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็กคือการสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ประชากรในชนบท ชนกลุ่มน้อย และผู้ที่อยู่ชายขอบของสังคม ซึ่งมักประสบปัญหาอุปสรรคทางเศรษฐกิจ สภาพภูมิศาสตร์ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน⁽¹⁾

การจัดอุปสรรคเหล่านี้เป็นเป้าหมายสำคัญที่ส่งเสริมให้ทุกคนได้รับบริการที่เหมาะสมและมีคุณภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่ใด นโยบายที่เน้นความเสมอภาคในสาธารณสุขแม่และเด็กจึงต้องมีกลไกสนับสนุนทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากร การบริหารจัดการบริการ การฝึกอบรมบุคลากร ตลอดจนการเสริมสร้างความรู้และตระหนักรู้ในชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สามารถลดความไม่เท่าเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁴⁾

การบรรลุความเสมอภาคในสุขภาพต้องอาศัยการดำเนินงานแบบองค์รวมที่คำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (social determinants of health) เช่น การศึกษา รายได้ สภาพแวดล้อม และการเข้าถึงบริการ การแก้ไขปัญหในระดับต้นน้ำ (upstream interventions) จึงมีความสำคัญไม่น้อยกว่าการแก้ไขปัญหในระดับปลายน้ำ (downstream interventions)

4. โครงสร้างคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กในระดับประเทศ

4.1 การจัดตั้งและองค์ประกอบของคณะกรรมการระดับชาติ

ในระดับประเทศ การจัดตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยกำหนดทิศทางและนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็ก คณะกรรมการเหล่านี้มักประกอบไปด้วยตัวแทนของหน่วยงานรัฐหลัก เช่น กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานวิชาการ และองค์กรภาคเอกชน รวมถึงผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขา โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการวางแผนและควบคุมการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กในประเทศ⁽¹⁵⁾

โครงสร้างการทำงานของคณะกรรมการระดับชาติมักมีลักษณะเป็นคณะทำงานย่อยที่รับผิดชอบในด้านเฉพาะ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานบริการ การวิจัยและประเมินผล เพื่อให้การดำเนินงานเป็นระบบและมีประสิทธิภาพสูงสุด โครงสร้างแบบเมทริกซ์ (matrix structure) ที่ผสมผสานระหว่างการจัดการตามหน้าที่ (functional management) และการจัดการตามโครงการ (project management) มักถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและประสิทธิภาพในการทำงาน

4.2 บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการระดับประเทศ

คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กในระดับประเทศมีหน้าที่หลักในการกำหนดนโยบาย สร้างกรอบแผนการดำเนินงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงานและสนับสนุนการเผชิญกับปัญหาสุขภาพในแต่ละช่วงเวลา รวมถึงการบริหารจัดการงบประมาณและทรัพยากรที่ใช้ในโครงการและแผนงานอนามัยแม่และเด็ก

การประสานงานที่มีประสิทธิภาพกับหน่วยงานราชการและองค์กรภาคเอกชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดการซ้ำซ้อนของทรัพยากรในการให้บริการแก่ประชาชน⁽¹³⁾ นอกจากนี้ คณะกรรมการยังรับผิดชอบการรายงานผลและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

บทบาทสำคัญของคณะกรรมการระดับชาติประกอบด้วย:

1. การกำหนดวิสัยทัศน์และทิศทางยุทธศาสตร์
2. การจัดทำและปรับปรุงมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติ
3. การจัดสรรและบริหารทรัพยากร
4. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
5. การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกประเทศ
6. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและองค์กร

4.3 การเชื่อมโยงและประสานงานกับคณะกรรมการระดับภูมิภาคและท้องถิ่น

คณะกรรมการในระดับประเทศมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวกลางส่งต่อนโยบายและแผนงานสู่องค์กรในระดับภูมิภาคและท้องถิ่น โดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดประชุมสัมมนา การจัดทำรายงานผลประจำภาคและจังหวัด รวมถึงการสนับสนุนการประเมินผลแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้แต่ละพื้นที่สามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของตนเองได้อย่างเหมาะสม

การทำงานอย่างใกล้ชิดกับคณะกรรมการระดับภูมิภาคเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในเรื่องข้อมูลและทรัพยากร พร้อมทั้งส่งเสริมการทำงานร่วมกันของหน่วยงานระดับท้องถิ่นเพื่อยกระดับคุณภาพและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึง⁽⁷⁾

กลไกการเชื่อมโยงที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย:

1. ระบบการสื่อสารสองทาง (two-way communication) ที่ช่วยให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะไหลจากระดับท้องถิ่นสู่ระดับชาติและในทางกลับกัน
2. กลไกการรายงานที่เป็นมาตรฐานและสม่ำเสมอ
3. การสนับสนุนทางเทคนิคและการพัฒนาศักยภาพ
4. การจัดสรรทรัพยากรที่เป็นธรรมและตอบสนองความต้องการในพื้นที่

5. โครงสร้างคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กในระดับภูมิภาคและนานาชาติ

5.1 คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับภูมิภาค

ในระดับภูมิภาคมีการจัดตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กขึ้นเพื่อรับผิดชอบและประสานงานระหว่างประเทศสมาชิกในภูมิภาคต่างๆ เช่น ภูมิภาคอาเซียนและสำนักงานภูมิภาค WHO EMRO โครงสร้างของคณะกรรมการเหล่านี้ประกอบด้วยตัวแทนจากประเทศสมาชิก รวมถึงผู้แทนจากองค์กรระหว่างประเทศและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันวางแผนยุทธศาสตร์และประสานงานการดำเนินงานในกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ⁽¹¹⁾

พลวัตและหน้าที่ของคณะกรรมการระดับภูมิภาคเน้นการส่งเสริมให้เกิดการประสานงาน การบูรณาการมาตรฐาน และการพัฒนาศักยภาพของระบบอนามัยแม่และเด็กในขอบเขตภูมิภาค โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อสนับสนุนประเทศสมาชิกในการบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ

โครงสร้างระดับภูมิภาคมักมีลักษณะเป็นเครือข่าย (network structure) ที่เน้นการแลกเปลี่ยนความรู้และการเรียนรู้จากกันและกัน (peer learning) มากกว่าการสั่งการแบบลำดับชั้น (hierarchical command) ซึ่งช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วมกัน (ownership) ของประเทศสมาชิก

5.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของคณะกรรมการระดับภูมิภาค

บทบาทหลักของคณะกรรมการระดับภูมิภาค ได้แก่:

1. **การวางแผนนโยบายร่วมกัน** - การกำหนดทิศทางและเป้าหมายระดับภูมิภาคที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประเทศสมาชิก
2. **การประสานงานการฮาร์โมนิเซชัน (harmonization)** - การสร้างมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้เกิดความสอดคล้องและสามารถเปรียบเทียบได้ระหว่างประเทศ⁽¹⁰⁾
3. **การติดตามประเมินผล** - การติดตามการดำเนินงานของประเทศสมาชิกผ่านระบบการเก็บข้อมูลและการรายงานผลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
4. **การพัฒนาศักยภาพ** - การช่วยเหลือและเสริมสร้างศักยภาพของประเทศสมาชิกผ่านกิจกรรมการอบรม การจัดเวิร์คช็อป และการแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและองค์กรด้านอนามัยแม่และเด็กทั่วภูมิภาค
5. **การระดมทรัพยากร** - การประสานงานในการหาแหล่งทุนและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในประเทศสมาชิก
6. **การสร้างเครือข่าย** - การส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์และการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ปฏิบัติงานในภูมิภาค

5.3 ความท้าทายและแนวทางการพัฒนาคณะกรรมการภูมิภาค

คณะกรรมการระดับภูมิภาคต้องเผชิญกับอุปสรรคในการประสานงานระหว่างประเทศซึ่งมีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน ความท้าทายหลักประกอบด้วย:

1. **ข้อจำกัดทางทรัพยากร** - งบประมาณและทรัพยากรบุคคลที่จำกัด
2. **ความแตกต่างทางบริบท** - ประเทศสมาชิกมีระดับการพัฒนา ระบบสุขภาพ และความต้องการที่แตกต่างกัน
3. **การแลกเปลี่ยนข้อมูล** - การขาดข้อมูลหรือความคล่องตัวในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศส่งผลต่อความล่าช้าและประสิทธิภาพในการทำงาน⁽⁷⁾
4. **ความซับซ้อนทางการเมือง** - ความแตกต่างทางนโยบายและผลประโยชน์ระหว่างประเทศ

แนวทางการพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ได้แก่:

1. **การปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร** - ให้มีความยืดหยุ่นและส่งเสริมการตัดสินใจเชิงบูรณาการ
2. **การพัฒนาเครื่องมือและระบบสารสนเทศ** - เพื่อการติดตามประเมินผลแบบเรียลไทม์และการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
3. **การจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม** - โดยคำนึงถึงความต้องการและศักยภาพของแต่ละประเทศ
4. **การเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย** - ที่หลากหลาย เพื่อให้การดำเนินงานระดับภูมิภาคมีความเข้มแข็งและสอดคล้องกับเป้าหมายอนามัยแม่และเด็กในบริบทโลกยุคปัจจุบัน

6. ตัวอย่างโครงสร้างและบทบาทของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กในประเทศต่างๆ

6.1 โครงสร้างคณะกรรมการในสหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกา Maternal and Child Health Bureau (MCHB) เป็นตัวอย่างการจัดตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานระดับชาติ MCHB จัดตั้งขึ้นเพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กในทุกมิติ รวมถึงกำหนดนโยบายและสนับสนุนการดำเนินการของรัฐและองค์กรภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง โดยมีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับองค์กรพัฒนาเอกชนและสถาบันวิชาการ เพื่อขยายผลและสร้างเครือข่ายการดูแลรักษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ⁽⁴⁾

นอกจากนี้ MCHB ยังมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลและวิจัย เพื่อเป็นฐานข้อมูลสนับสนุนการพัฒนานโยบายและโปรแกรมด้านอนามัยแม่และเด็กที่สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ (13) โครงสร้างของ MCHB แบ่งออกเป็นหลายส่วนงานที่รับผิดชอบด้านต่างๆ เช่น:

1. Division of Maternal and Child Health Workforce Development
2. Division of State and Community Health
3. Division of Research, Evaluation and Analysis
4. Division of Child, Adolescent and Family Health

โครงสร้างนี้ช่วยให้การทำงานมีความชัดเจนและมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในขณะที่เดียวกันก็สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 โครงสร้างและบทบาทในภูมิภาคเอเชีย

ในภูมิภาคเอเชีย ประเทศต่างๆ เช่น ไทยและจีนได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กที่มีโครงสร้างและบทบาทแตกต่างกันตามบริบทและนโยบายของประเทศ โดยทั้งสองประเทศเน้นการบูรณาการภาครัฐและองค์กรระหว่างประเทศเพื่อเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาระบบการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเชื่อมโยงกับองค์การอนามัยโลกและภาคีเครือข่ายในระดับภูมิภาค เพื่อรับข้อมูล เทคโนโลยี และแนวปฏิบัติที่ดีที่จะช่วยเร่งรัดการพัฒนาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน⁽¹⁾

การวิสาหกิจร่วมกันในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สะท้อนผ่านการประชุมและการวางแผนนโยบายอนามัยแม่และเด็กระดับภูมิภาคที่เป็นระบบ เพื่อรับมือกับความท้าทายร่วมกันในเรื่องทรัพยากรบุคคล การขาดแคลนข้อมูล และการบูรณาการบริการสุขภาพ⁽¹¹⁾

ในประเทศไทย โครงสร้างการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงจากระดับกระทรวงสาธารณสุข ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพในระดับอำเภอและตำบล โดยมีราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการและการพัฒนามาตรฐาน

6.3 ตัวอย่างในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ

สำหรับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ นอกจากไทยและจีน พบว่ามีรูปแบบและแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละประเทศในการจัดตั้งและบริหารคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก โดยมุ่งเน้นการสร้างรากฐานของความร่วมมือทางสังคมและภาคีเครือข่าย เช่น การรวมกลุ่มชุมชน ภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อร่วมสนับสนุนและดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก⁽¹²⁾

การบริหารจัดการนี้จำเป็นต้องมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมและการสนับสนุนด้านความรู้และเทคโนโลยีเพื่อยกระดับคุณภาพบริการแม้ในสภาพแวดล้อมที่ท้าทาย นอกจากนี้ ยังต้องเผชิญกับความท้าทายเรื่องการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะและความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของประชากรอย่างเพียงพอ⁽¹⁶⁾ ซึ่งต้องการแนวทางการพัฒนาและบริหารจัดการที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบอนามัยแม่และเด็ก

ประสบการณ์จากหลายประเทศแสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของระบบอนามัยแม่และเด็กไม่ได้ขึ้นอยู่กับทรัพยากรทางการเงินเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องอาศัยความมุ่งมั่นทางการเมือง (political commitment) การมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

7. กลไกการบริหารจัดการและการรายงานของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก

7.1 ระบบการบริหารจัดการและการตัดสินใจ

ระบบบริหารจัดการและการตัดสินใจของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กเป็นกระบวนการที่มีมาตรฐานและเน้นความโปร่งใส โดยมุ่งเน้นการกำหนดเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมและมาตรการประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ตรงกัน วัตถุประสงค์และตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพแม่และเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾

กลไกการตรวจสอบและประสานงานระหว่างหน่วยงานถูกออกแบบให้มีการติดตามการดำเนินงานเป็นระยะ โดยใช้ข้อมูลและหลักฐานที่เป็นระบบในการตัดสินใจและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อสร้างการบริหารที่สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและความต้องการในแต่ละช่วงเวลา

หลักการสำคัญในการบริหารจัดการประกอบด้วย:

1. **การตัดสินใจโดยอาศัยหลักฐาน (evidence-based decision making)** - การใช้ข้อมูลและหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ
2. **การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder engagement)** - การให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ
3. **ความโปร่งใสและความรับผิดชอบ (transparency and accountability)** - การเปิดเผยข้อมูลและกระบวนการตัดสินใจ พร้อมทั้งมีกลไกตรวจสอบและรับผิดชอบต่อผลการดำเนินงาน
4. **ความยืดหยุ่นและการปรับตัว (flexibility and adaptability)** - ความสามารถในการปรับเปลี่ยนแผนและกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

7.2 การจัดทำรายงานและการติดตามประเมินผล

การรวบรวมข้อมูลสุขภาพและจัดทำรายงานผลการดำเนินงานเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการติดตามประเมินผลที่ช่วยให้คณะกรรมการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถติดตามความก้าวหน้าและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโครงการได้อย่างรอบด้าน การนำข้อมูลมาใช้ประกอบการตัดสินใจช่วยเพิ่มคุณภาพและความสม่ำเสมอของนโยบายและโปรแกรมอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนเป็นการรับผิดชอบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผ่านการสื่อสารผลการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและตรงเวลา⁽¹⁷⁾

การประเมินผลยังช่วยระบุจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบสุขภาพ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพควรมีองค์ประกอบดังนี้:

1. **ตัวชี้วัดที่ชัดเจนและวัดผลได้ (clear and measurable indicators)** - การกำหนดตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย
2. **การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ (systematic data collection)** - การมีระบบการเก็บข้อมูลที่มีมาตรฐานและสม่ำเสมอ
3. **การวิเคราะห์และตีความข้อมูล (data analysis and interpretation)** - การใช้เครื่องมือทางสถิติและการวิเคราะห์ที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก
4. **การสื่อสารและการใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน (communication and utilization)** - การนำเสนอผลการประเมินในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและนำไปใช้ปรับปรุงการดำเนินงานได้จริง

7.3 เทคโนโลยีและข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการดำเนินการ

เทคโนโลยีสารสนเทศและฐานข้อมูลวิจัยที่ทันสมัยมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนภารกิจของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระบบข้อมูลเหล่านี้ช่วยในการติดตามสถานการณ์สุขภาพแม่และเด็ก รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก เพื่อสนับสนุนการวางแผนและประเมินผลเชิงนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

เทคโนโลยีที่นำมาใช้ไม่เพียงแต่ทำให้การจัดการข้อมูลรวดเร็วและแม่นยำขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยในงานด้านการสื่อสารและการจัดการองค์ความรู้ระหว่างหน่วยงาน ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับภูมิภาค เป็นการพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจและการบริหารจัดการที่ตอบสนองต่อโลกยุคดิจิทัล

การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในงานอนามัยแม่และเด็กประกอบด้วย:

1. **ระบบบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (electronic health records)** - เพื่อการบันทึกและติดตามข้อมูลสุขภาพของมารดาและเด็กอย่างต่อเนื่อง
2. **ระบบข้อมูลเฝ้าระวังทางสาธารณสุข (public health surveillance systems)** - เพื่อติดตามแนวโน้มและระบุปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น
3. **แพลตฟอร์มการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ (knowledge sharing platforms)** - เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ระหว่างหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงาน
4. **เครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูล (data analytics tools)** - เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกและการคาดการณ์แนวโน้ม
5. **ระบบการสื่อสารผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile health applications)** - เพื่อการให้บริการและการสื่อสารกับมารดาและครอบครัว

8. บทบาทขององค์กรระหว่างประเทศในงานอนามัยแม่และเด็ก

8.1 บทบาทขององค์การอนามัยโลก (WHO) และสำนักงานภูมิภาค

องค์การอนามัยโลก (WHO) มีบทบาทสำคัญในการจัดทำแนวทางและมาตรฐานระดับสากลที่ใช้เป็นหลักในการพัฒนาบริการอนามัยแม่และเด็กทั่วโลก ผ่านสำนักงานภูมิภาค WHO Regional Offices WHO ได้สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในประเทศสมาชิก โดยจัดทำแนวทาง ปรับปรุงมาตรฐาน และเสริมสร้างความร่วมมือด้านวิชาการและเทคนิคต่างๆ เพื่อรองรับความต้องการในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กในแต่ละภูมิภาค⁽¹⁰⁾

บทบาทหลักของ WHO ประกอบด้วย:

1. **การกำหนดบรรทัดฐานและมาตรฐาน (setting norms and standards)** - การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกและนโยบายที่อิงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
2. **การสนับสนุนทางเทคนิค (providing technical support)** - การให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือทางเทคนิคแก่ประเทศสมาชิก
3. **การสร้างศักยภาพ (capacity building)** - การจัดอบรมและพัฒนาบุคลากรในประเทศสมาชิก
4. **การประสานงานและเป็นตัวกลาง (coordination and convening)** - การรวบรวมและประสานงานระหว่างประเทศสมาชิกและองค์กรพันธมิตร
5. **การเฝ้าระวังและการวิจัย (surveillance and research)** - การติดตามสถานการณ์สุขภาพและสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่

8.2 หน้าที่ขององค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศอื่นๆ

นอกจาก WHO แล้ว องค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงานอนามัยแม่และเด็กในหลากหลายรูปแบบ:

UNICEF เน้นการทำงานในพื้นที่ที่ยากลำบากเพื่อช่วยเด็กและมารดาที่มีความเปราะบางและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

(3) องค์กรมีบทบาทสำคัญใน:

- การจัดหาวัคซีนและเวชภัณฑ์สำหรับแม่และเด็ก
- การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การสนับสนุนโภชนาการของแม่และเด็ก
- การคุ้มครองสิทธิเด็กและแม่

HRSA (Health Resources and Services Administration) รับผิดชอบการบริหารโครงการต่างๆ ที่ครอบคลุมประชากรหลายล้านคนในสหรัฐฯ และสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพแม่และเด็กที่มีประสิทธิภาพ⁽¹⁸⁾

American Public Health Association มีบทบาทในการส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ด้านสาธารณสุขแม่และเด็กผ่านงานวิชาการและการสร้างเครือข่ายองค์ความรู้⁽¹⁹⁾

องค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศอื่นๆ เช่น:

- **Save the Children** - มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพเด็กและการศึกษา
- **Population Council** - สนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพการเจริญพันธุ์
- **PATH** - พัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
- **Family Care International** - ส่งเสริมสุขภาพมารดาและการเจริญพันธุ์

8.3 การประสานงานร่วมกันระหว่างองค์กรต่างๆ

การประสานงานระหว่างองค์กรระหว่างประเทศหลากหลายเหล่านี้มีบทบาทในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่แข็งแกร่งและขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กในระดับโลก โดยมีกลไกต่างๆ ที่ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล การวางแผนนโยบายและการ

ดำเนินงานร่วมกัน รวมทั้งการถ่ายทอดเทคโนโลยีและวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดโมเดลความร่วมมือที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืนในระดับประเทศและภูมิภาค⁽²⁰⁾

กลไกการประสานงานระหว่างองค์กรประกอบด้วย:

1. **แพลตฟอร์มการประสานงาน** - เช่น Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH) ที่รวบรวมองค์กรต่างๆ เข้าด้วยกัน
2. **โครงการความร่วมมือเฉพาะเรื่อง (thematic partnerships)** - การจัดตั้งพันธมิตรเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะ เช่น Every Woman Every Child initiative
3. **กลไกการประสานการระดมทุน (financing coordination mechanisms)** - เช่น Global Financing Facility ที่ช่วยประสานการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ
4. **ระบบการติดตามและรายงานผลร่วมกัน (joint monitoring and reporting systems)** - การพัฒนาตัวชี้วัดและระบบรายงานที่ใช้ร่วมกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพ

การประสานงานดังกล่าวช่วยขยายขอบเขตของการเข้าถึงบริการและเพิ่มคุณภาพของงานอนามัยแม่และเด็กอย่างครอบคลุม ในขณะเดียวกันก็ช่วยลดความเสี่ยงการทำงานที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัด

9. ความท้าทายและแนวทางการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กในอนาคต

9.1 ปัญหาด้านคุณภาพบริการและความเสมอภาค

การพัฒนาอนามัยแม่และเด็กยังเผชิญกับปัญหาคุณภาพบริการที่ไม่เท่าเทียมและไม่ครอบคลุมกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มประชากรในพื้นที่ชนบทหรือชายขอบของสังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม⁽⁷⁾

ความท้าทายเหล่านี้เกิดขึ้นจาก:

1. **ข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์** - พื้นที่ห่างไกล ภูมิประเทศที่ทุรกันดาร ทำให้การเข้าถึงบริการมีความยากลำบาก
2. **การขาดบุคลากรที่เพียงพอ** - โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล
3. **การบริหารจัดการที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ** - การจัดสรรทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม ระบบส่งต่อที่ไม่ราบรื่น
4. **อุปสรรคทางเศรษฐกิจและสังคม** - ความยากจน การศึกษาที่จำกัด ความเชื่อและวัฒนธรรมที่เป็นอุปสรรค
5. **คุณภาพบริการที่ไม่สม่ำเสมอ** - มาตรฐานการให้บริการที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงต้องใช้มาตรการแบบองค์รวมที่เน้น:

1. **การปรับปรุงคุณภาพบริการ** - การพัฒนามาตรฐานและกลไกการตรวจสอบคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ
2. **การขยายการเข้าถึง** - การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การใช้เทคโนโลยีเพื่อเชื่อมโยงบริการ
3. **การสร้างความตระหนักรู้ของสังคม** - เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพและความสำคัญของการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก
4. **การพัฒนาาระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** - เพื่อลดภาระของระบบรักษาพยาบาล

9.2 การขาดแคลนทรัพยากรมนุษย์และการบริหารจัดการ

ความท้าทายสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็กคือการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและเพียงพอต่อความต้องการของประชากร โดยที่หลายประเทศกำลังพัฒนารายงานปัญหาการบริหารและวางแผนบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁶⁾

ประเด็นสำคัญที่ต้องแก้ไข:

1. การกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสม - บุคลากรส่วนใหญ่รวมตัวกันในเมืองและพื้นที่ที่มีความสะดวกสบาย
2. การขาดแรงจูงใจ - ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ไม่เหมาะสม โอกาสในการพัฒนาที่จำกัด
3. การสูญเสียบุคลากร (brain drain) - การอพยพไปทำงานในพื้นที่ที่ดีกว่าหรือประเทศที่พัฒนาแล้ว
4. ทักษะและความสามารถที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ - การขาดการฝึกอบรมที่เหมาะสมหรือการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง
5. ภาระงานที่มากเกินไป - ส่งผลต่อคุณภาพบริการและความพึงพอใจในการทำงาน

การพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพวิธีการจัดการทรัพยากรมนุษย์จึงเป็นสิ่งจำเป็น ได้แก่:

1. การวางแผนและผลิตบุคลากรอย่างเป็นระบบ - การคาดการณ์ความต้องการและวางแผนการผลิตให้สอดคล้องกัน
2. การพัฒนาระบบการฝึกอบรมที่มีคุณภาพ - ทั้งการศึกษาพื้นฐานและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. การปรับปรุงสภาพการทำงาน - ค่าตอบแทน สวัสดิการ สภาพแวดล้อมในการทำงาน
4. การสร้างแรงจูงใจ - โอกาสในการพัฒนา ความก้าวหน้าในสายอาชีพ การยอมรับในความสามารถ
5. การพัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล - ที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

9.3 แนวโน้มและนวัตกรรมในการดำเนินงาน

เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนานามัยแม่และเด็กให้ตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมและเป้าหมายสากล มีแนวโน้มในการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ มาใช้:

1. ระบบสารสนเทศสุขภาพ - การใช้ระบบบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลออนไลน์ การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (big data analytics) และปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) เพื่อการวินิจฉัยและการคาดการณ์ความเสี่ยง
2. การสื่อสารผ่านมือถือและสื่อดิจิทัล - การใช้แอปพลิเคชันมือถือสำหรับการให้คำปรึกษา การติดตามสุขภาพ การนัดหมาย และการให้ความรู้แก่มารดาและครอบครัว
3. การแพทย์ทางไกล (telemedicine) - การให้บริการปรึกษาทางการแพทย์ทางไกลโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ช่วยเพิ่มการเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญ
4. นวัตกรรมทางการแพทย์ - การพัฒนาอุปกรณ์และเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัยและรักษา เช่น อุปกรณ์ตรวจคัดกรองที่ใช้งานง่ายและราคาถูกลง
5. การมีส่วนร่วมของประชาชน - การใช้เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง การสร้างชุมชนออนไลน์เพื่อการสนับสนุนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์
6. การดำเนินงานเชิงรุก - การนำบริการไปให้ถึงชุมชน การใช้หน่วยเคลื่อนที่ การทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

การปรับตัวเข้ากับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ยังเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมความสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ⁽⁷⁾ โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3: สุขภาพและความปลอดภัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายย่อยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับอนามัยแม่และเด็ก เช่น:

- ลดอัตราการตายของมารดาให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย
- ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

10. สรุปและข้อเสนอแนะ

10.1 สรุปความเป็นมาบทบาทและโครงสร้างคณะกรรมการ

งานอนามัยแม่และเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาสุขภาพและสังคมทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค โครงสร้างของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กในทั้งสองระดับช่วยเสริมสร้างการจัดการและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ โดยผ่านการกำหนดนโยบาย การวางแผนและการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก

บทความนี้ได้นำเสนอการวิเคราะห์ครอบคลุมตั้งแต่ประวัติความเป็นมาของการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กในระดับสากล โดยเฉพาะการก่อตั้ง Children's Bureau ในสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 1912 ซึ่งเป็นต้นแบบสำคัญของการจัดตั้งหน่วยงานในระดับชาติทั่วโลก จนถึงระบบการทำงานร่วมกันในปัจจุบันที่มีความซับซ้อนและครอบคลุมหลายระดับ

โครงสร้างคณะกรรมการทั้งในระดับชาติและภูมิภาคมีบทบาทสำคัญใน:

1. การส่งเสริมความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ
2. การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ
3. การสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งในประเทศและระดับนานาชาติ
4. การกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนา
5. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

10.2 ความสำคัญของการประสานงานและการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

การประสานงานระหว่างคณะกรรมการในระดับชาติกับภูมิภาคและหน่วยงานท้องถิ่น รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นกุญแจสำคัญในการเพิ่มขีดความสามารถและการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืน การบริหารจัดการที่มีระบบและความโปร่งใสช่วยให้:

1. เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงาน
3. ตอบสนองความต้องการของประชากรได้อย่างตรงจุด
4. เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประเทศที่มีระบบการประสานงานที่ดีระหว่างระดับต่างๆ มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพแม่และเด็กที่ดีกว่า มีการลดอัตราการตายของมารดาและเด็กได้มากกว่า และสามารถบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพได้เร็วกว่า

10.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืน

เพื่อการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืน ควรให้ความสำคัญกับประเด็นต่อไปนี้:

1. การพัฒนาโครงสร้างและการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการในทุกระดับ

- เสริมสร้างความเข้มแข็งของโครงสร้างองค์กรให้มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่
- ส่งเสริมการเชื่อมโยงและการประสานงานระหว่างระดับต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
- พัฒนากลไกการตัดสินใจที่รวดเร็วและยืดหยุ่น

2. การส่งเสริมความรู้ ความสามารถ และการจัดสรรทรัพยากรมนุษย์อย่างเหมาะสม

- พัฒนาระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้เพียงพอและมีคุณภาพ
- สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทำงานในพื้นที่ที่ขาดแคลน
- ส่งเสริมการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาผู้นำและผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์และความสามารถ

3. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการข้อมูลและติดตามผลอย่างมีประสิทธิภาพ

- พัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่บูรณาการและเชื่อมโยงกัน
- ใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและคุณภาพการดูแล
- พัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ
- สร้างความมั่นคงปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

4. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม

- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชนในการวางแผนและดำเนินงาน
- สร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนและภาคประชาสังคม
- พัฒนากลไกการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ
- สร้างความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก

5. การประสานงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง

- เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในระดับภูมิภาคและนานาชาติ
- แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ
- ร่วมกันพัฒนานวัตกรรมและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
- สร้างความเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมกัน

6. การมุ่งสู่ความเสมอภาคและความครอบคลุม

- จัดสรรทรัพยากรให้เข้าถึงกลุ่มเปราะบางและพื้นที่ห่างไกล
- พัฒนาศูนย์บริการที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่น
- ขจัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ
- สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพ

7. การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา

- สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม
- นำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ
- ประเมินผลและเรียนรู้จากการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ด้วยการดำเนินการตามข้อเสนอแนะเหล่านี้อย่างบูรณาการและต่อเนื่อง จะช่วยให้การพัฒนานาแม่และเด็กบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ ทารกมีชีวิตรอด มารดามีความปลอดภัย เด็กพัฒนาการเหมาะสม และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและวิสัยทัศน์ร่วมของประชาคมโลกในการสร้างอนาคตที่ดีกว่าสำหรับมารดาและเด็กทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Equity in maternal and child health care utilization. Geneva: WHO; 2019.
2. UNICEF, World Health Organization. Community-Based Care to Improve Maternal, Newborn, and Child Health. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. Washington DC: National Academies Press; 2018.
3. UNICEF. Maternal and Child Health [Internet]. New York: UNICEF; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.unicef.org/health/maternal-and-child-health>
4. U.S. Department of Health and Human Services. Over a Century of Leadership for Maternal and Child Health in the United States: An Updated History of the Maternal and Child Health Bureau. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration; 2015.
5. Maternal and Child Health Library. MCH History [Internet]. Washington DC: Georgetown University; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.mchlibrary.org/history>
6. Maternal and Child Health Library. The History of Maternal and Child Health Bibliography [Internet]. Washington DC: Georgetown University; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.mchlibrary.org/bibliography>
7. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1196-e1252.
8. Maternal Health Task Force. Thailand [Internet]. Boston: Harvard Chan School of Public Health; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.mhtf.org/countries/thailand>
9. Chulalongkorn University. Faculty of Medicine maternal and child health programs [Internet]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.chula.ac.th>
10. World Health Organization. Maternal Health Unit [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health>
11. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. Maternal and child health [Internet]. Cairo: WHO EMRO; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.emro.who.int/health-topics/maternal-and-child-health>
12. Yang H, Kim S, Lee J. Role of Maternal and Child Health Handbook on Improving Maternal, Newborn, and Child Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(6):3223.

13. Health Resources and Services Administration. Maternal and Child Health Bureau [Internet]. Rockville, MD: HRSA; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://mchb.hrsa.gov>
14. American Hospital Association. About the Maternal and Child Health Committee [Internet]. Chicago: AHA; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.aha.org/maternal-child-health-committee>
15. American Hospital Association. Maternal and Child Health Committee Structure and Governance. Chicago: AHA; 2023.
16. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved health outcomes. Hum Resource Health. 2013;11:16.
17. Health Resources and Services Administration. Maternal and Child Health Bureau Performance Measurement [Internet]. Rockville, MD: HRSA; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://mchb.hrsa.gov/programs-impact/performance-measurement>
18. Health Resources and Services Administration. Factsheet: Maternal and Child Health [Internet]. Rockville, MD: HRSA; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.hrsa.gov/about/news/factsheets/maternal-child-health>
19. American Public Health Association. Maternal and Child Health [Internet]. Washington DC: APHA; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.apha.org/topics-and-issues/maternal-and-child-health>
20. Maternal Health Task Force. About [Internet]. Boston: Harvard Chan School of Public Health; 2024 [cited 2025 Jan]. Available from: <https://www.mhtf.org/about>

มาตรการ 4 Plan (4P) เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย

นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์
ประธานอนุกรรมการภูมิภาค
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

มาตรการ 4 Plan (4P) เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มารดาและทารกมีความปลอดภัยสูงสุด การลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพระบบสาธารณสุขไทย ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาอย่างชัดเจนทั้งในระดับประเทศและระดับสากล

การดูแลสุขภาพแม่และเด็กเป็นภารกิจสำคัญที่สะท้อนคุณภาพระบบสาธารณสุขของประเทศ เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วยพื้นที่ที่มีทั้งเมืองใหญ่และชนบท รวมถึงพื้นที่ชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน มีบริบทที่หลากหลาย ทั้งด้านภูมิประเทศ การเข้าถึงบริการ และสถานะทางเศรษฐกิจสังคมของประชาชน ส่งผลให้ยังคงพบปัญหาอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกในระดับที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

จากบทเรียนและข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่า การเสียชีวิตของมารดาและทารกส่วนใหญ่มักเกิดจากปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ หากมีการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมและทันเวลา ดังนั้น เขตสุขภาพที่ 1 จึงได้พัฒนากรอบสำคัญภายใต้แนวคิด “4 Plan” เพื่อพัฒนาและบูรณาการการดูแลหญิงตั้งครรภ์แบบต่อเนื่องและรอบด้านตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด จากการวิเคราะห์สาเหตุของการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่าปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การขาดการวางแผนล่วงหน้า การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่ไม่เพียงพอ การส่งต่อที่ล่าช้า และการขาดการเตรียมความพร้อมของสถานบริการและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนด มาตรการ 4 Plan (4P) ขึ้น โดยมีแนวคิดสำคัญในการวางแผนล่วงหน้าครอบคลุมทุกขั้นตอนของการดูแลครรภ์และการคลอด ดังนี้ในปี 2561 นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์ ขณะดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 1 ได้ทบทวนการตายของมารดา พบว่าการตายของมารดาเกิดขึ้นใน ระหว่างการตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด จึงได้ ดำเนินการด้านการพัฒนาระบบบริการในการดูแลการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด โดยได้กำหนดมาตรการ 4 Plan (4P) เพื่อมุ่งเป้าหมายให้เกิดการวางแผนการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด ขึ้นในปี 2561 ซึ่งประกอบด้วย 1. การวางแผนการตั้งครรภ์ (Plan of pregnancy) 2. การวางแผนฝากครรภ์ (Plan of ANC) 3. การวางแผนการคลอด (Plan of delivery) 4. ระบบติดตามมารดาหลังคลอด (Plan of postpartum follow up) ในเขตสุขภาพที่ 1



1. การวางแผนการตั้งครรภ์ (Plan of pregnancy)

เน้นการเตรียมความพร้อมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น มีโรคเรื้อรัง ประวัติตั้งครรภ์ผิดปกติ หรือมีปัจจัยทางพันธุกรรม ให้สามารถเข้าถึงการให้คำปรึกษาและตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

การวางแผนการตั้งครรภ์ (Plan of pregnancy) กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุข 103 แห่ง ได้แก่ รพศ.รพท. รพช. มีการจัดระบบบริการวางแผนป้องกันการตั้งครรภ์ คุณกำเนิด ในสตรีที่มีโรคทางอายุรกรรม และโรคยังไม่เหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ สร้าง Health literacy ของสตรีให้ทราบ ก่อนตั้งครรภ์

(Heart disease, SLE, Thyrotoxicosis, Chronic Hypertension, DM, Auto-immune disorders, Current/past mental illness และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้)โดยให้มีการป้องกันการตั้งครรภ์ทุกรายกรณีพบว่า โรคยังอยู่ในระยะ ไม่เหมาะสมที่จะสามารถตั้งครรภ์ สำหรับในกรณีที่จะวางแผนการตั้งครรภ์ ให้อายุรแพทย์ประเมินความเหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ก่อนทุกครั้ง และเมื่อตั้งครรภ์แล้วต้องได้รับการดูแลในคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง (High-risk Clinic) โดยสูติแพทย์และอายุรแพทย์ทุกราย เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดมีความปลอดภัย ลดการเสียชีวิตของมารดาจากโรคทางอายุรกรรม ต่อมานำมาสู่การขับเคลื่อนนโยบาย “NCD ท้องเมื่อพร้อม” และเกิดแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ในเขตสุขภาพที่ 1 และขยายผลไปในระดับประเทศ

มาตรการสำคัญ

- ส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ (Preconception Counseling)
- คัดกรองความเสี่ยง เช่น โรคเรื้อรัง (DM, HT), ธาลัสซีเมีย, โรคทางพันธุกรรม
- สนับสนุนให้มีการวางแผนครอบครัว และตรวจสุขภาพก่อนมีบุตร

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม
เมื่อลดอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์จากโรคอายุรกรรม เขตสุขภาพที่ 1

โรค	IGWG	IGWG	IGWG
Heart	WHO class I	WHO class II-III	WHO Class IV illness • NYD, class IV (heart failure) • Marfan syndrome with aortic involvement • AF + NYD
SLE + APS	SLE + APS without SLE + APS + 2 or more	SLE (moderately controlled)	• Active SLE • Active nephritis • PVT • Stroke and organ damage
DM	DM10 + S.S.	DM10 + S.S.	• GAD stage V (GAD + 10) • Diabetes • Kidney transplant • Active glomerular disease (SBU) (nephritis)
Thyroid	-	Active Graves' disease	Recent (12) radiation within 6 mo
Psychiatry	-	Nonacute severity illness MDD, bipolar, psychosis, MA includes any psychotic symptoms, delirium and/or dementia, severe depression and/or anxiety, severe personality disorders, severe personality disorders, severe personality	-
Malignancy	-	Any CA	Any CA / GA stage IV
Liver disease	-	Chronic liver disease Child-Pugh class A or MELD Fatty liver	Child-Pugh class C
Obesity	-	Severe obesity Monitor obesity (BMI>35)	-
Metabolic syndrome	-	Metabolic syndrome	-
Neurology	-	Epilepsy	Neurology seizure & on multiple antiepileptics
Lung	-	Controlled asthma, controlled COPD	Chronic lung disease, uncontrolled asthma, uncontrolled COPD Pulmonary arterial hypertension Pulmonary embolism
Hematology	-	Transfusion-independent Thrombocytopenia, RBC transfusion or other hematologic disease	Active thrombocytopenia Splenomegaly Lymphoma ITP (I or non-immunoglobulin drug) Other hematologic abnormalities
Infectious	-	HIV	Active HIV + opportunistic infection eg. PCP
Rheumatology	-	Scleroderma with lung involvement	-

1. การวางแผนฝากครรภ์ (Plan of ANC) มุ่งให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการฝากครรภ์เร็ว โดยเฉพาะภายใน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ พร้อมจัดระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการตรวจและติดตามตามแนวทาง ANC คุณภาพ เพื่อให้สามารถวางแผนการคลอดที่เหมาะสมได้ตั้งแต่ระยะแรก

มาตรการสำคัญ

- แบ่ง Level ของ ANC ตามศักยภาพโรงพยาบาล
- Early ANC
- Prevent Preterm
- Prevent IUGR
- Health literacy ของสตรีตั้งครรภ์ให้มีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม

Very low รพสต.	Low รพช.	Medium M1 M2	High A S	Very high โรงเรียนแพทย์
<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีทุกข้อ 2. แพทย์พิจารณา refer กลับดูแลที่ รพสต./PCU 3. ดูแลฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teenage pregnancy 2. Elderly gravida 3. Previous C/S หรือเคยผ่าอวัยวะระบบสืบพันธุ์ เช่น มดลูก รังไข่ 4. Bleeding per vagina ที่อาการดีแล้ว 5. มารดาสูงน้อยกว่า 145 ซม. 6. เคยคลอดบุตรน้ำหนัก < 2500 gm ที่ไม่เกิดจาก Preterm 7. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม 8. BMI < 18.5, >25 kg/m2 9. ตั้งครรภ์เสี่ยงต่ำทั้งหมด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีประวัติแท้งติดต่อกัน 3 ครั้งขึ้นไป 2. Twin 3. GDM 4. PIH 5. ดิตยาเสพติด/สุรา 6. มีเลือดออกช่องคลอดที่ยังมีอาการ 7. เคยมีทารกตายในครรภ์/ตายคลอด 8. มีประวัติเสี่ยงทางสูติกรรม เช่น ตกเลือด, คลอดติดไหล่ 9. Pregnancy with myoma, ovarian tumor 10. SGA/IUGR 11. มีประวัติ Preterm/ CL<2.5 cm 12. โรคทางอายุรกรรมร่วม เช่น CHT, DM, Thyroid, HIV, Anemia, SLE ที่ระยะสงบอาการน้อย ไม่มี complication ร่วม 13. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ครรภ์แฝด 3 ขึ้นไป 2. Pregnancy ที่มีก้อนขนาดใหญ่ เช่น large myoma, ovarian tumor ขนาดใหญ่ที่ยังไม่ได้ผ่าตัด 3. โรคทางอายุรกรรมที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ, SLE(Active) 4. ส่งตรวจ PND 5. RH negative - Preg c thyroid - Preg c heart - Preg c medical disease เช่น DM, severe eclampsia - Preg c thalassemia - จิตเวช 	

การฝากครรภ์ นัดตรวจ ในกรณี LOW RISK		
1	ครั้งแรก (<12 สัปดาห์) (Lab 1 นัดฟังผลเลือด / โรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Urine Culture, Multiple Dipstick
2	ครั้งที่ 2 (20 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Calcium + Ultrasound
3	ครั้งที่ 3 (26 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Calcium
4	ครั้งที่ 4 (30 สัปดาห์) (Lab 2 นัดฟังผลเลือด / โรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Calcium
5	ครั้งที่ 5 (34 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Calcium
6	ครั้งที่ 6 (36 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Calcium + ประเมินท่าเด็ก/สวนน้ำ
7	ครั้งที่ 7 (38 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Calcium + ประเมินท่าเด็ก/สวนน้ำ
8	ครั้งที่ 8 (40 สัปดาห์)	Ferous+ Iodine + Folic acid + Calcium + ประเมินท่าเด็ก/สวนน้ำ
ถ้ายังไม่เจ็บครรภ์คลอด นัดมาคลอดอายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์		

2. การวางแผนการคลอด (Plan of delivery) สร้างระบบสนับสนุนการคลอดที่ปลอดภัยทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้ระบบ One Province One Labor Room และการประเมินความเสี่ยงล่วงหน้า ผ่านเครื่องมือและเกณฑ์มาตรฐาน เช่น Partograph, CPD Score, FHS เพื่อให้เกิดการส่งต่อที่เหมาะสมและทันเวลา ลดการคลอดที่มีความเสี่ยงโดยบุคลากรไม่พร้อม

มาตรการสำคัญ

การวางแผนการคลอด (Plan of delivery) ประกอบด้วย

1. แบ่ง Level ของการ คลอด ตามศักยภาพโรงพยาบาล
2. Risk Assessment และการบริหาร จัดการการคลอด
3. การพัฒนาห้องคลอดคุณภาพ
4. มาตรการ Labor /PIH/standing order
5. No Home birth Delivery Policy
6. การดำเนินการ One Province One Labor Room(One LR)
7. Fast Track Obstetrics (ALSOP)



3. Plan of Delivery

1. แบ่ง Level ของการ คลอด ตามศักยภาพโรงพยาบาล
2. Risk Assessment และการบริหารจัดการการคลอด
3. ห้องคลอดคุณภาพ
4. มาตรการ Labor /PIH/standing order
5. No Home birth Delivery Policy
6. One Province One Labor Room(One LR)
7. Fast Track Obstetrics(ALSOP)



Plan of Delivery

แบ่ง Level ของการ คลอดตามศักยภาพโรงพยาบาล

3. Plan of Delivery**Risk Assessment และการบริหารจัดการการคลอด**

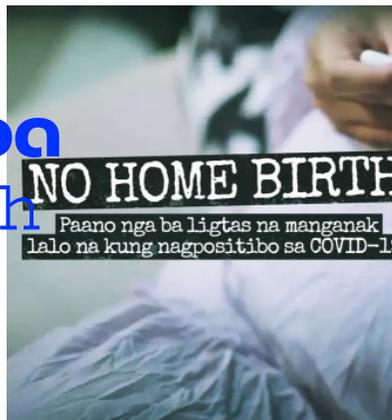
Safety Delivery in Hospital

Low คลอด รพช.	Medium คลอด M1 M2	High คลอด A S,	โรงเรียนแพทย์
No previous uterine surgery	Prior cesarean or uterine surgery	Placenta previa/low lying placenta	
Singleton	Multiple gestation		Suspected placenta accrete, increta, percreta
≤ 3 previous vaginal deliveries	≥ 4 previous vaginal deliveries	Hematocrit <30 and other risk factors	
No known bleeding disorder	Chorioamnionitis	Platelets <100k	
No history of PPH	History of PPH	Active bleeding	

No Home birth Delivery Policy

คลอด स्वत्.
บ้านพักคลอด
Skill Birth
Attendance

Plan of Delivery



Fast track in obstetrics

ALSOP

Advanced
Live
Support in
Obstetrics and
Paediatric



Postpartum Hemorrhage



First10EM.com

3. ระบบติดตามมารดาหลังคลอด (Plan of postpartum follow up) เน้นการติดตามหญิงหลังคลอดในระยะวิกฤต โดยเฉพาะ 7-42 วันหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น การตกเลือดหลังคลอด ภาวะซึ่มเศร้า ฯลฯ ควบคู่กับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการดูแลพัฒนาการทารกอย่างใกล้ชิด มีระบบ การติดตามหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ 7,14, 30 วัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์หญิงหลังคลอด ปกติ และ ที่มีภาวะเสี่ยง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกราย (Close follow up postpartum care in high risk group) และสร้าง Health Literacy มารดาหลังคลอดให้ทราบอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ อย่างทันที่

มาตรการสำคัญ

- เยี่ยมหลังคลอดทุกราย ภายใน 1-2 สัปดาห์หลังคลอด
- ตรวจสอบประเมินสุขภาพจิตมารดา และพัฒนาการทารก
- คัดกรองภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น PPH, ภาวะซึ่มเศร้า
- ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 100% อย่างต่อเนื่อง

4. Plan of follow-up postpartum care

7,14, 30 วัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ หญิงหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกราย (Close follow up postpartum care in high risk group)

Health Literacy อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

**Telemed ูร่วมกับสหวิชาชีพ
นัดหญิงหลังคลอดที่มีความเสี่ยงสูง**



การวางเป้าหมาย

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมได้รับการวางแผนการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมครบ 100%
- หญิงตั้งครรภ์ทุกรายฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อเข้าคลินิกครรภ์เสี่ยงสูงครบ 100%
- อัตราการตายของมารดา (MMR) ลดลงให้ต่ำกว่า 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย
- มารดาหลังคลอดได้รับการติดตามสุขภาพหลังคลอดไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- อัตราการคุมกำเนิดระยะยาวหลังคลอด (LARC) เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ตัวชี้วัด

- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมได้รับการวางแผนการตั้งครรภ์ก่อนตั้งครรภ์
- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลที่คลินิกครรภ์เสี่ยงสูง
- อัตราการตายของมารดา (Maternal Mortality Ratio: MMR) ในเขตสุขภาพที่ 1
- ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการคุมกำเนิดระยะยาว (LARC)
- ร้อยละของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการติดตามสุขภาพครอบครัวตามเกณฑ์

ผลลัพธ์ของมาตรการ 4P ในเขตสุขภาพที่ 1

การดำเนินมาตรการ 4P เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยในเขตสุขภาพที่ 1 ได้ขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทั้งในระดับพื้นที่และระดับเขต โดยมีผลลัพธ์ที่สำคัญ ดังนี้

1. การลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio: MMR) และอัตราตายทารกแรกเกิด (Neonatal Mortality Rate: NMR) ลดลงเมื่อเริ่มดำเนินมาตรการ
2. การเพิ่มสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Plan of Pregnancy) หญิงตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับการประเมินความเสี่ยงและมีแผนการดูแลเฉพาะรายมากขึ้นกว่าร้อยละ 95 ของกลุ่มเป้าหมาย
3. การยกระดับคุณภาพบริการในสถานพยาบาล (Pan of ANC, Delivery) โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 มีการจัดระบบบริการฝากครรภ์ คลอด และการส่งต่อที่มีมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต (One Province One Labor Room) และสามารถตอบสนองต่อภาวะแทรกซ้อนได้ทันทั่วทั้งที่
4. การเพิ่มความพร้อมของบุคลากรและระบบตอบสนองภาวะฉุกเฉิน บุคลากรสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางและการซ้อมแผนรับมือภาวะฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การดูแลกรณีความเสี่ยงสูง เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือตกเลือดหลังคลอด มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน
5. การบูรณาการเครือข่ายบริการในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ เกิดการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลเครือข่าย และหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้การส่งต่อและการให้บริการในระดับเขตสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
6. การสร้างระบบข้อมูลสารสนเทศที่สนับสนุนการวางแผนและติดตามผล มีการพัฒนาระบบข้อมูลแม่และเด็กที่ทันสมัย สามารถติดตามสถานะหญิงตั้งครรภ์และการคลอดแบบเรียลไทม์ นำมาใช้ในการวางแผนบริการและติดตามคุณภาพผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ

มาตรการ 4 Plan จึงเป็นกลไกเชิงระบบที่มีเป้าหมายสำคัญคือ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย พัฒนาการเด็กสมวัย” โดยผ่านการบูรณาการเครือข่ายสาธารณสุขในทุกกระดับ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ พร้อมสนับสนุนระบบข้อมูลและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพบริการและลดการเสียชีวิตของแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 1 อย่างยั่งยืน

Reference

1. เขตสุขภาพที่ 1. (2561). *มาตรการ ๔ Plan* เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และการลด MMR/NMR.*
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2565). *รายงานสุขภาพแม่และเด็กประจำปี.*
4. World Health Organization. (2019). *Strategies toward Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM).*

One province One Labor room

นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์
ประธานอนุกรรมการภูมิภาค
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

โครงการ One Province One Labor Room

เป็นแนวคิดและนวัตกรรมที่ริเริ่มโดย นพ.สุจิต คุณประดิษฐ์ มีเป้าหมายสำคัญเพื่อ ยกกระดับความปลอดภัยในการคลอด โดยการพัฒนาห้องคลอดของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดให้มีมาตรฐานเดียวกัน ภายใต้ระบบให้คำปรึกษาจากสูติแพทย์อย่างทั่วถึง

การคลอดเป็นช่วงเวลาวิกฤตที่สุดในกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนสามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและรุนแรง หากไม่มีระบบที่สามารถเฝ้าระวัง ป้องกัน และจัดการความเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที อาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาและทารกที่สามารถป้องกันได้ ในจังหวัดลำพูนซึ่งประกอบด้วย 7 โรงพยาบาลชุมชน พบว่ายังมีความแตกต่างด้านศักยภาพของโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่ขาดแคลนสูติแพทย์ และบุคลากรบางแห่งต้องดูแลผู้คลอดโดยลำพัง โดยประชากรส่วนใหญ่ จังหวัดลำพูน อยู่ในอำเภอเมืองร้อยละ 40 ประมาณร้อยละ 60 อยู่ในอำเภอ อื่นๆ โรงพยาบาลชุมชนขาดสูติแพทย์ การคลอดในโรงพยาบาลชุมชนมีความเสี่ยง การพัฒนาระบบให้มีการดูแลการคลอด ในภาพจังหวัด มีความสำคัญเพื่อป้องกันอันตรายจากการตั้งครรภ์ และการคลอดในโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาระบบ **One Province One LR** ของจังหวัดลำพูน เพื่อให้การคลอดในโรงพยาบาลทุกแห่ง ในจังหวัดลำพูน มีความปลอดภัย สูติแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลลำพูนมีการเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นใน รพ ลำพูน และ รพช ทุกแห่ง สูติแพทย์ และพยาบาลของโรงพยาบาลลำพูน เสมือนเป็นสูติแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนด้วย

จากการทบทวนกรณีความเสี่ยงของมารดาและทารกในครรภ์ พบว่า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด เช่น การตกเลือดหลังคลอด ภาวะ Fetal distress และ shoulder dystocia เป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ หากมีระบบการเฝ้าระวังและการสนับสนุนแบบ real-time รวมถึงการส่งต่ออย่างรวดเร็วในเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น จึงได้พัฒนาแนวคิดและดำเนินโครงการ “One Province One Labor Room (OPOL)” เพื่อสร้างระบบเครือข่ายดูแลการคลอดที่ปลอดภัยครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยเน้นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย กับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเดียวกัน ให้สามารถให้คำปรึกษา สนับสนุน และรับการส่งต่อได้อย่างทันท่วงที

หลักการสำคัญของโครงการ OPOL คือ “คลอดในโรงพยาบาลไหนในจังหวัด ก็ต้องปลอดภัยเหมือนกัน” โดยมีการดำเนินงาน 3 ระดับ ดังนี้:

1. ระบบสื่อสารทันที (Real-time Communication): ตั้งกลุ่มไลน์ “ห้องคลอดจังหวัด” เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลรายงานเคสที่อยู่ในห้องคลอด และขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ทันทีตลอด 24 ชั่วโมง

2. ระบบเฝ้าระวังด้วยข้อมูล (Data-based Surveillance): พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง (เช่น IHIM หรือ Web-based form) ให้โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลผู้คลอด เช่น Hct, estimated fetal weight, CPD Risk score, FHS, Progress ฯลฯ เพื่อช่วยในการตัดสินใจส่งต่อ (Auto Refer) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ระบบส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ (Smart Referral): กำหนดเกณฑ์การส่งต่อที่ชัดเจน เช่น FHS < 110 bpm, BP > 150/100 mmHg, CPD Risk Score \geq 10, PPH > 300 ml ฯลฯ พร้อมการ consult ก่อนส่งต่อทุกเคส เพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม

การดำเนินงาน:

1. มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด
 - ห้องคลอดทุกแห่งในจังหวัดมีมาตรฐานด้านโครงสร้าง อุปกรณ์ บุคลากร และแนวทางการดูแล
 - สนับสนุนให้แม่คลอดในโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านที่สุด โดยมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัย
2. ระบบการให้คำปรึกษาจากสูติแพทย์
 - จัดให้มีช่องทางการให้คำปรึกษาระหว่างบุคลากรในห้องคลอดกับสูติแพทย์ทุกกรณี โดยเฉพาะกรณีที่มีความเสี่ยงหรือซับซ้อน
 - เชื่อมโยงโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลศูนย์
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - จัดอบรมและฝึกทักษะการดูแลการคลอดตามมาตรฐานสากล
 - เน้นการดูแลแบบทีม (Team-based Care) ที่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจน
4. ระบบข้อมูลและการติดตามประเมินผล
 - มีระบบติดตามผลลัพธ์ เช่น อัตราการส่งต่อ อัตราการผ่าคลอด อัตราป่วยตายของแม่และทารก
 - ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงกระบวนการบริการอย่างต่อเนื่อง

รายละเอียด ของการดำเนินการ

นายแพทย์สุจิต คุณประดิษฐ์ เป็นผู้ริเริ่มคิดค้นพัฒนาระบบบริการ “one province one labor room” ในปี 2557 29 กุมภาพันธ์ 2559 ดำเนินการตั้ง Line group LPN Labor Room โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดลำพูน มีระบบ line ห้องคลอดที่ active โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดลำพูนมีการรายงาน case ที่อยู่ในห้องคลอดในห้องคลอดทุกแห่ง เพื่อให้ รพท/รพศ/รพช. ทราบสถานการณ์การคลอดในแต่ละวัน ให้ รพ ลำพูน รับทราบสถานการณ์การคลอด ใน รพช ทุกแห่ง ในแต่ละวัน เพื่อช่วยให้ รพช. ไม่ดูแล case คลอด โดยลำพัง เพื่อให้การคลอดในจังหวัด มีความปลอดภัยอย่างแท้จริง

One Province One Labor Room (OPOLr) 29 กุมภาพันธ์ 2559





ระบบ line ห้องคลอดที่ active



one province one labor room ที่ช่วย รับทราบสถานการณ์การ คลอดในแต่ละวัน เพื่อ ช่วยให้ น้องๆ รพช. ไม่ ดูแล case โดยลำพัง



มีการรายงาน case ที่อยู่ ในห้องคลอดในห้อง คลอดทุกแห่ง เพื่อให้ รพท/รพศ/รพช. ทราบ สถานการณ์การคลอดใน แต่ละวัน เพื่อให้การ คลอดในจังหวัดที่มี 10-20 ราย/วัน มีความ ปลอดภัยอย่างแท้จริง



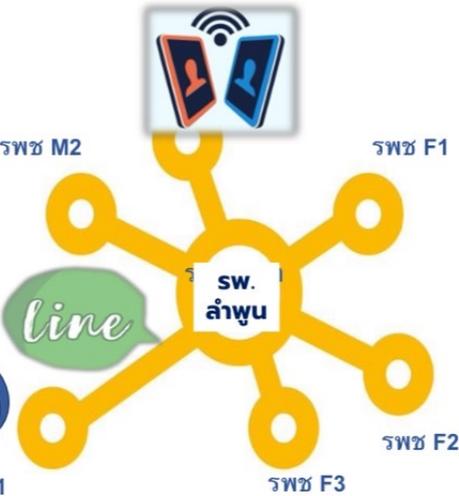
ข้อจำกัด ไม่ real time ไม่รู้ status ข้อมูลคนไข้

ภายหลังการดำเนินการ One Province One Labor Room (OPOLr) จังหวัดลำพูน ต่อมาได้มีการพัฒนา ให้เป็น Digital MCH ด้วย program “One Labour” โดยในวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 มีการพัฒนา ระบบ OPOL จากระบบ Line group LPN Labor Room พัฒนาเป็น การ Key ข้อมูลการคลอดทุกราย ใน web IHIM <https://onelr.lphis.org> โดยมีข้อมูลการ Admit ,Hct แรกรับ,BP มารดา,CPD Risk Score, Estimate fetal weight จาก U/S, Partograph, Progression , FHS, BP, การ เสียเลือดหลังคลอด และมีข้อบ่งชี้ที่ต้องส่งต่อจาก IHIM 7 ข้อ

One Province One Labor Room (OPOL) 1 กรกฎาคม 2566

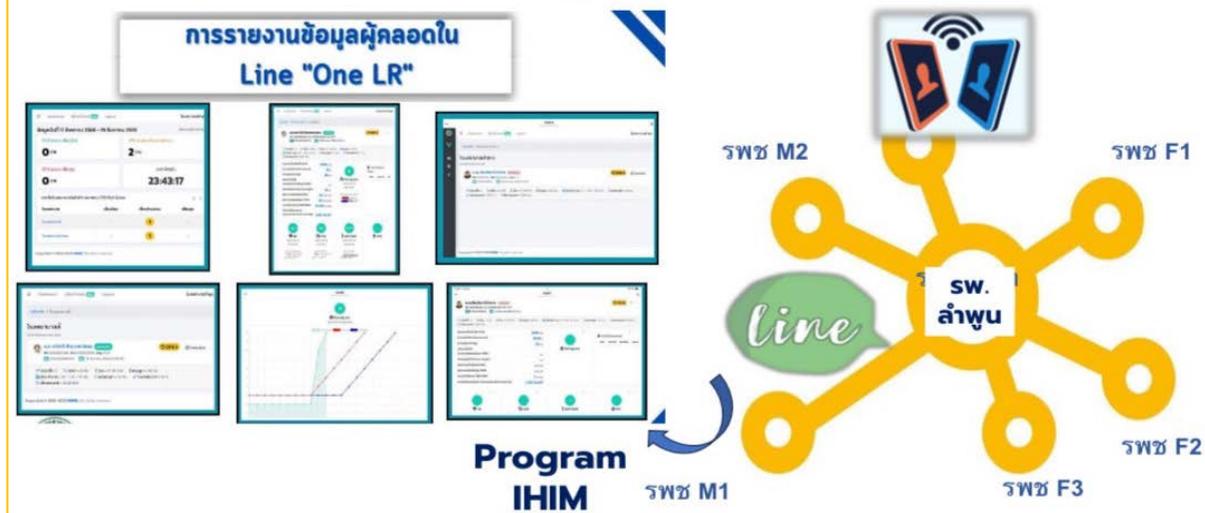
**พัฒนา
One Province One Labor Room**

- นำระบบ ihims มาใช้ ร่วมกับ One LR Line
- Monitor Case รอคอดใน รพช. โดยสูติแพทย์ และพยาบาลห้องคลอด รพ.ลำพูน
- มีมาตรการส่งต่อ ตาม MOU เขตสุขภาพที่ 1



Program IHIM

One Province One Labor Room (OPOL) 1 กรกฎาคม 2566



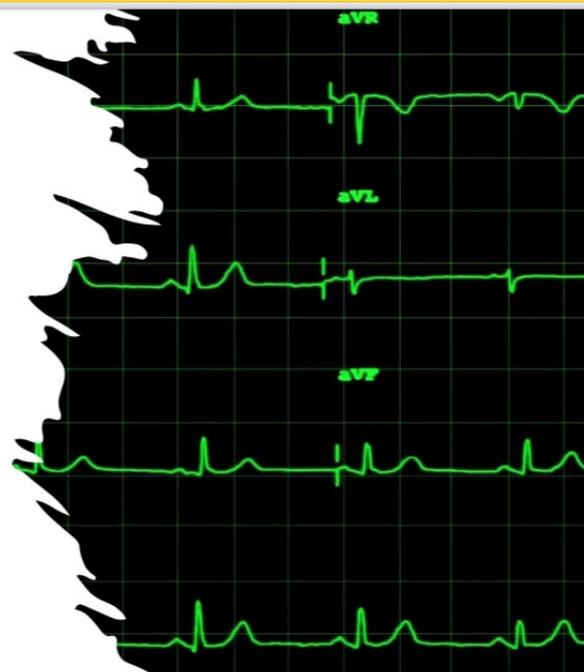
การดำเนินการเพื่อพัฒนาเป็น One Province One Labor Room (OPOL) จังหวัดลำพูน

3. ขอบ่งชี้การส่งต่อ **Auto Refer Case** รอคloud จากโรงพยาบาลชุมชน
มาโรงพยาบาลลำพูน จากการประเมินเบื้องต้น ใน Program IHIM

1. ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (Hematocrit) $\leq 30 \%$
2. ประเมินน้ำหนักเด็ก มากกว่าเท่ากับ ≥ 3500 กรัม
3. CPD Risk Score ≥ 10 คะแนน
4. Maternal BP $> 150/100$
5. Progress ช้า < 1 cm ใน 2 ชั่วโมง
6. FHS Drop < 110 beat/minute
7. PPH > 300 ml, HR >100 BP Systolic drop > 30 Diastolic drop > 20



**Digital
MCH**



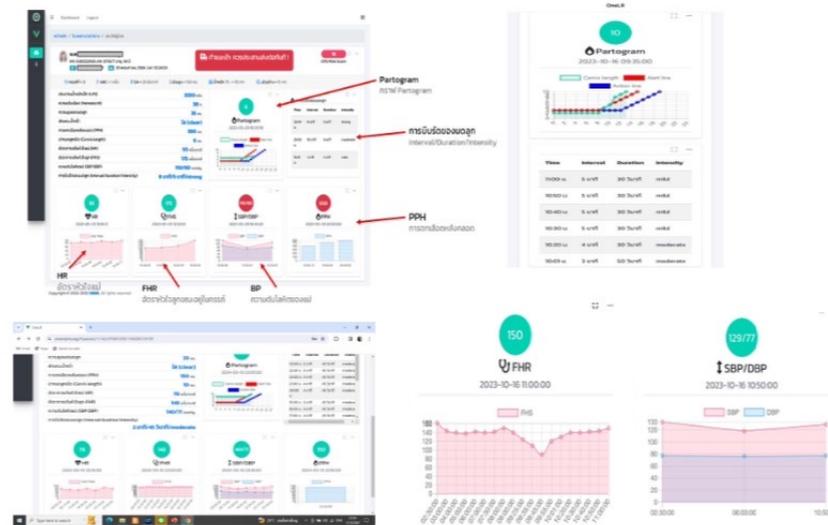
การดำเนินการเพื่อพัฒนาเป็น One Province One Labor Room (OPOLr) จังหวัดลำพูน

ข้อบ่งชี้การส่งต่อ Auto Refer Case รอคอย จาก โรงพยาบาลชุมชน มาโรงพยาบาลลำพูน จากการประเมินเบื้องต้น ใน Program IHIM

1. ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด (Hematocrit) $\leq 30\%$
2. ประเมินน้ำหนักเด็ก มากกว่าเท่ากับ ≥ 3500 กรัม
3. CPD Risk Score ≥ 10 คะแนน
4. Maternal BP $> 150/100$
5. Progress ช้า < 1 cm ใน 2 ชั่วโมง
6. FHS Drop < 110 beat/minute
7. PPH > 300 ml, HR >100 BP Systolic drop > 30 Diastolic drop > 20



Digital MCH Network



ห้องคลอดให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1 โดยมีเป้าหมาย ให้มีระบบให้คำปรึกษากับสูติแพทย์ทุกราย ในมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด ทำให้การคลอดในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด มีความปลอดภัยอย่างแท้จริงจนพัฒนาเป็นโปรแกรม “One Labor” ที่ทำให้การดูแลการคลอดแบบหนึ่งเดียว ที่เชื่อมโยงข้อมูลการคลอด ของโรงพยาบาลชุมชน (ไม่มีสูติแพทย์) และ โรงพยาบาลจังหวัด รวมถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ สามารถดูแล เฝ้าระวัง การคลอดในทุกโรงพยาบาล ในจังหวัด แบบ real time ได้ โดยให้ สูติแพทย์ พยาบาล ช่วยเฝ้าระวัง monitor การคลอดของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัด ทำให้การ

คลอดในจังหวัด มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น และส่งผลต่อระบบการส่งต่อที่รวดเร็วขึ้น และได้ขยายผลไปยัง ทุกโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 103 โรงพยาบาล ในเดือนมิถุนายน 2567

ตัวชี้วัด

- ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ OPOL ได้ครบ 100%
- ร้อยละของเคสคลอดที่มีการรายงานผ่านระบบ Real-time Communication อย่างน้อยร้อยละ 90
- ร้อยละของภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการตอบสนองและการส่งต่อภายในระยะเวลาที่กำหนด (ไม่เกิน 30 นาที)
- อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกจากภาวะฉุกเฉินระหว่างคลอด ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายใน 3 ปี

ผลลัพธ์:

- ทำให้ การคลอดปลอดภัยอย่างแท้จริงในทุกโรงพยาบาล ในจังหวัด
- ลดความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการ
- ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกลดลง

ผลลัพธ์โดยรวม:

- เกิด ระบบดูแลการคลอดแบบเครือข่ายทั้งจังหวัด
- ลดการคลอดโดยลำพัง ของบุคลากรใน รพช.
- ส่งต่อผู้คลอด ตามเกณฑ์มาตรฐาน ในระบบ IHIM
- ช่วยให้ คลอดอย่างปลอดภัยในทุกโรงพยาบาล ของจังหวัด

ความสำเร็จ

- โครงการ OPOL เริ่มดำเนินการต้นแบบที่จังหวัดลำพูน และขยายผลสู่ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 ครอบคลุม 8 จังหวัด
- กระทรวงสาธารณสุขประกาศรับรองโครงการ OPOL เป็นนโยบายการดูแลแม่และเด็กในระดับประเทศ
- พัฒนาระบบเครือข่ายห้องคลอดที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ
- แพทย์ พยาบาล และบุคลากรมีความชำนาญเพิ่มขึ้นในการจัดการภาวะฉุกเฉินขณะคลอด

การประเมินผล

- การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเป็นประจำทุกปี ผ่านการนิเทศติดตาม เยี่ยมเสริมพลังและการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง
- การสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ
- การประเมินตัวชี้วัดสำคัญ เช่น อัตราการเสียชีวิตของมารดา ทารกแรกเกิด และอัตราการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน
- การวิเคราะห์แนวโน้มการลดลงของภาวะแทรกซ้อน และการปรับปรุงมาตรการอย่างต่อเนื่อง

แผนพัฒนาต่อเนื่อง:

- บันทึก Partograph, FHR และ PV Print ลงในเวชระเบียน
- รายงานผลแบบรายเดือน
- ขยายระบบเฝ้าระวังไปยังโรงพยาบาลอื่น

References

1. โรงพยาบาลลำพูน . (2559). มาตรการ one province one labor room เพื่อการคลอดที่ปลอดภัย
2. เขตสุขภาพที่ 1. (2566). การพัฒนา Digital MCH ด้วย program “One Labour” เพื่อการคลอดที่ปลอดภัย

ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อทางสูติกรรม (Obstetric Seamless Referral System)

รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิงเด่นนพพร ลุดใจ

นายแพทย์สุจิตต์ คุณประดิษฐ์

1. บทนำ

การเสียชีวิตของมารดาและทารกยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างกว้างขวาง โดยผลกระทบทางเศรษฐกิจทำให้เกิดการสูญเสียแรงงานสำคัญในครอบครัวและชุมชน รวมถึงค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงในการดูแลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด นอกจากนี้ การเสียชีวิตของมารดา ยังเป็นการสูญเสียบุคคลที่มักเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลเด็กและครอบครัว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและโอกาสของคนรุ่นถัดไป การแก้ไขปัญหานี้จึงมีความสำคัญในระดับสากล โดยองค์การสหประชาชาติ (UN) ได้นำเสนอเป้าหมาย Millennium Development Goals (MDGs) และต่อมาคือ Sustainable Development Goals (SDGs) ซึ่งเป้าหมายที่ 3 คือ สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย โดยหนึ่งในเป้าหมายหลักที่ 3 คือ ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกให้ได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁾

2. สถานการณ์และแนวโน้มการตายของมารดาและทารกในไทย

สถานการณ์ปัจจุบันของอัตราการตายของมารดาและทารกในประเทศไทยแสดงแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการตายของมารดาและอัตราการตายของทารกมีการลดลงอย่างชัดเจนในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2568) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (maternal mortality rate; MMR) เท่ากับ 18.11 (เป้าหมาย คือ 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) และอัตราการตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (neonatal mortality rate; NMR) คือ 4.61 ต่อทารกเกิดมีชีพหนึ่งพันคน (เป้าหมาย คือ 3.6 ต่อทารกเกิดมีชีพหนึ่งพันคน) สาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาที่เป็นผลโดยตรงจากการตั้งครรภ์และการคลอด คือ hypertensive disorder of pregnancy และ obstetric hemorrhage ส่วนการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วง 7 วันหลังคลอดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจน และการติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุเหล่านี้สามารถให้การป้องกันได้โดยอาศัยการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างทันท่วงที่⁽²⁾

มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาและทารก โดยอาจจะเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือหลายปัจจัยร่วมกัน หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญคือความล่าช้าในการรับบริการ (Three Delay Models) ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระยะ⁽³⁾ ได้แก่

- ระยะที่ 1 ความล่าช้าในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวผู้ป่วยและญาติ ลักษณะการเจ็บป่วย ระยะทางจากสถานพยาบาล ต้นทุนทางการเงิน ประสบการณ์ก่อนหน้ากับระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น
- ระยะที่ 2 ความล่าช้าในการเข้าถึงสถานพยาบาลที่เหมาะสม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การกระจายตัวของสถานพยาบาล ระยะทางและเวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานพยาบาล สภาพของการคมนาคม เป็นต้น

- ระยะที่ 3 ความล่าช้าในการได้รับการดูแลที่เพียงพอในสถานพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อ การขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม เป็นต้น

นอกจากนั้น ความแตกต่างในระดับภูมิภาคและกลุ่มประชากรบางกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น การเข้าถึงบริการที่ยังไม่ทั่วถึง การปฏิเสธระบบส่งต่อ และความไม่พร้อมของระบบบริการ ส่งผลให้จำเป็นต้องมีการปรับปรุงและพัฒนา ระบบส่งต่อเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความครอบคลุม องค์ความรู้จากสถิติและการวิเคราะห์เชิงลึกในบริบทประเทศไทยถือเป็น ข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การออกแบบระบบส่งต่อที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้การตั้งครุภัณฑ์และการคลอตมีความปลอดภัย⁽⁴⁻⁶⁾

3. แนวคิดและทฤษฎีของระบบส่งต่อเพื่อสุขภาพมารดาและทารก

ระบบส่งต่อในบริบทสุขภาพมารดาและทารก หมายถึง กระบวนการและกลไกที่เชื่อมโยงและสนับสนุนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากจุดให้บริการหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งที่มีความพร้อมและความเชี่ยวชาญสูงกว่า เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา โดยระบบส่งต่อเป็นตัวกลางสำคัญที่เชื่อมต่อระหว่างชุมชน ศูนย์บริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ไปจนถึงระดับตติยภูมิขั้นสูง นอกจากนี้ การส่งต่อยังเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนในช่วงที่เกิดวิกฤตการณ์ของการตั้งครุภัณฑ์ และช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตของมารดาและทารกด้วย อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ความล่าช้าในการส่งต่อ การขาดแคลนทรัพยากรในระบบ ความไม่สอดคล้องเชื่อมโยงของข้อมูลและกระบวนการสื่อสาร⁽⁷⁻⁹⁾ จึงเกิดแนวคิด “Seamless Referral System” ระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ คือ การส่งต่อที่รวดเร็ว และมีการสื่อสารข้อมูลที่ครบถ้วน เป็นการเชื่อมโยงบริการในทุกระดับอย่างเป็นระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อทำให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการส่งต่อที่รวดเร็วและตรงจุดจะสามารถป้องกันความล่าช้าในการรับบริการในภาวะฉุกเฉินได้ เช่น การแลกรักษาภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครุภัณฑ์และคลอต รวมถึงการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยง ดังนั้นระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของมารดาและทารกได้

3.1 หลักการออกแบบระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Seamless Referral System Design)

การออกแบบระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ หมายถึง การสร้างความเชื่อมโยงที่ไม่สะดุดและต่อเนื่องในการดูแลรักษาตั้งแต่ระดับชุมชน ระบบปฐมภูมิ ไปจนถึงโรงพยาบาลขั้นสูง ซึ่งต้องเน้นที่ความต่อเนื่องของข้อมูลและการสื่อสาร รวมถึงการบูรณาการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ระบบต้องสามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างรวดเร็ว ลดเวลาการรอคอยและความล่าช้าในขั้นตอนต่างๆ โดยอาศัยเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันมือถือ ระบบสารสนเทศสุขภาพ และการสื่อสารผ่านเครือข่ายโทรศัพท์เคลื่อนที่เป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการส่งต่อ นอกจากนี้ การออกแบบต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการทรัพยากร ความพร้อมของบุคลากร และนโยบายสนับสนุนเพื่อให้ระบบทำงานได้จริงและครอบคลุมทุกระดับของบริการสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ⁽¹⁰⁻¹²⁾

3.2 องค์ประกอบหลักของระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อในทางสถิติกรรม

- ข้อมูลครบถ้วน – Continuity of Information
- ความต่อเนื่องของทีมดูแล – Continuity of Care
- ชัดเจนในการส่งต่อที่ชัดเจน – Clear Referral Indication

- แผนการดูแลร่วมกัน – Shared Care Plan
- ระบบส่งต่อที่มีความชัดเจน – Clear Referral Pathway

3.3 แนวทางการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ

1. ก่อนคลอด
 - ประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ ANC ครั้งแรก
 - บันทึกกลสมุดแม่และเด็ก และระบบ HDC/ThaiRefer
 - นัดหมายล่วงหน้าในระบบ หากพบความเสี่ยงสูง เช่น โรคหัวใจ ครรภ์แฝด คลอดก่อนกำหนด
2. ระหว่างคลอด
 - โทรแจ้งทีม refer พร้อมสรุปเคส
 - One Province-One Labor Room
 - แนนเอกสาร refer + ส่งแบบ real-time ผ่านระบบออนไลน์
 - ติดตามผลการรับเคสของโรงพยาบาลปลายทาง
3. หลังคลอด
 - นัดเยี่ยมหลังคลอดภายใน 1 สัปดาห์
 - หากมารดา/ทารกมีปัญหา ส่งต่อ PNC Clinic หรือพัฒนาการเด็ก
บูรณาการร่วมกับทีมระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System; DHS) และ อสม.

3.4 แนวทางสำหรับการแก้ไขอุปสรรคในระบบส่งต่อมารดาและทารก

ระบบส่งต่อในบริบทสุขภาพมารดาและทารกพบอุปสรรคหลากหลายมิติ ทั้งทางวัฒนธรรม สังคม และภายในระบบบริการสุขภาพ เช่น ความไม่เข้าใจหรือไม่ยอมรับความจำเป็นของการส่งต่อในชุมชน ความเชื่อและความกังวลเกี่ยวกับการดูแลในโรงพยาบาล รวมถึงข้อจำกัดในด้านทรัพยากรบุคคลและระบบบริหารจัดการ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนโยบายสุขภาพชี้ให้เห็นว่าการแก้ไขอุปสรรคเหล่านี้ต้องอาศัยแนวทางที่ครอบคลุม ทั้งการสร้างความตระหนักรู้กับผู้รับบริการและชุมชน การจัดฝึกอบรมบุคลากร และการพัฒนานโยบายที่เอื้อต่อการเชื่อมประสานบริการอย่างไร้รอยต่อ ข้อสำคัญคือการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับ เพื่อสร้างความเข้าใจและความเชื่อมั่น พร้อมทั้งสนับสนุนการบริหารจัดการที่เหมาะสมในระดับท้องถิ่นและโครงสร้างนโยบายสาธารณะ^(7,8,13)

3.5 ตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพของระบบส่งต่อ

การประเมินประสิทธิภาพของระบบส่งต่อจำเป็นต้องมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนและครอบคลุม ทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ จำนวนการส่งต่อที่สำเร็จและอัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำการส่งต่อ (referral compliance) ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจและการยอมรับของผู้รับบริการ การวัดระยะเวลาตอบสนองตั้งแต่เริ่มการส่งต่อจนถึงการได้รับบริการ และการประเมินคุณภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่องในระหว่างส่งต่อ ทั้งนี้ ระบบต้องมีเครื่องมือและกลไกในการเก็บข้อมูลอย่างแม่นยำและสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(14,15)

4. เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการสนับสนุนระบบส่งต่อ

มีการพัฒนาแอปพลิเคชันและระบบโทรคมนาคมที่สนับสนุนการส่งต่อ เพื่อให้สามารถตรวจสอบและติดตามสถานะผู้ป่วยได้แบบเรียลไทม์ นอกจากนี้ยังมีการเสริมสร้างความรู้และทักษะให้แก่บุคลากรในระบบการส่งต่อผ่านการฝึกอบรมและเวิร์คช็อปอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชนได้เปิดโอกาสให้เกิดนวัตกรรมและการบูรณาการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดระบบส่งต่อที่ตอบสนองความต้องการของประชากรได้ดีขึ้นและส่งผลดีต่อการลดการเสียชีวิตของมารดาและทารกในประเทศ

4.1 การใช้แอปพลิเคชันมือถือในระบบส่งต่อมารดาและทารก

แอปพลิเคชันมือถือในระบบส่งต่อเป็นนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแจ้งเตือนและติดตามการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบเหล่านี้ช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถสื่อสารข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย และติดตามสถานะได้แบบเรียลไทม์ตลอดจนแจ้งเตือนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการนัดหมายและการปฏิบัติตามคำแนะนำ การศึกษาในอินโดนีเซียและไทยแสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันเหล่านี้ช่วยลดความเสี่ยงในการคลอดและเพิ่มโอกาสการดูแลที่เหมาะสมและทันที่ นอกจากนี้ การใช้งานง่ายและความเข้าถึงอย่างกว้างขวางของสมาร์ทโฟนในชุมชนชนบทช่วยให้เทคโนโลยีนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ⁽¹⁰⁻¹²⁾

4.2 ระบบสารสนเทศเพื่อสุขภาพ (Health Information Systems: HIS)

การบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อสุขภาพเป็นหัวใจของการพัฒนาระบบส่งต่อ ปัจจุบันมีการบริหารจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วย และข้อมูลการส่งต่อผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่รองรับการแจ้งเตือนอัตโนมัติและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก การใช้ระบบช่วยการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Support System: CDSS) ได้รับการยอมรับว่าช่วยเพิ่มความแม่นยำและความเป็นมาตรฐานในการส่งต่อ รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบสุขภาพ ทำให้การจัดการส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสารสนเทศสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ ผู้บริหารระบบสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้วางแผนและตัดสินใจในภาพรวมได้ดีขึ้น^(9,13,14)

4.3 การประยุกต์ใช้อุปกรณ์ขนส่งและสื่อสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อ

อุปกรณ์ขนส่ง เช่น รถพยาบาลที่มีการติดตั้งเครื่องมือช่วยชีวิตและความพร้อมของถนนที่ดีเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดเวลาการส่งต่อ นอกจากนี้ เครื่องมือสื่อสารที่เชื่อถือได้ในพื้นที่ห่างไกล เช่น วิทยุสื่อสารและโทรศัพท์เคลื่อนที่ ช่วยสนับสนุนการสื่อสารฉุกเฉินระหว่างหน่วยบริการ ส่งผลต่อความรวดเร็วและคุณภาพการดูแลระหว่างการส่งต่อ ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในด้านการลงทุนและการจัดการเครือข่ายเหล่านี้เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้การส่งต่อเกิดประสิทธิภาพและครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น^(7,9,13)

4.4 เครื่องมือสนับสนุนระบบไร้รอยต่อ

เครื่องมือ	รายละเอียด
ThaiRefer	ระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบ real-time พร้อมข้อมูลทางคลินิก
ANC High-Risk List	รายชื่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในแต่ละอำเภอ
MCH Board	ประชุมทบทวนเคสร่วมกันระหว่างระดับบริการ
Line Group / Telemedicine	สำหรับสื่อสารด่วนระหว่างทีม Refer
Individual Birth Plan (4P Plan)	วางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกัน 4 ฝ่าย

5. ความท้าทายและอุปสรรคในการออกแบบระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

5.1 อุปสรรคด้านโครงสร้างพื้นฐานและระบบสุขภาพ

หนึ่งในอุปสรรคสำคัญคือการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญพร้อมให้บริการแก่มารดาและทารกในพื้นที่ชนบท อีกทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์และระบบขนส่งที่จำเป็นมักไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ การขาดเครือข่ายการสื่อสารที่เชื่อถือได้และการบริหารจัดการงบประมาณที่ไม่เหมาะสม ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบส่งต่อในหลายประเทศและหลายพื้นที่ การบริหารจัดการทรัพยากรมีบทบาทสำคัญในการจัดสรรและคงความพร้อมของระบบ ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการส่งต่อและโอกาสของมารดาและทารกที่จะได้รับการรักษาอย่างทันที่และมีคุณภาพ^(7,8,14)

5.2 ปัญหาด้านวัฒนธรรมและความเชื่อในชุมชน

ปัญหาทางวัฒนธรรมและความเชื่อในชุมชนส่งผลโดยตรงต่อการยอมรับและปฏิบัติตามระบบส่งต่อ หลายครั้งพบว่าหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวไม่มีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพบางประเภท หรือมีความเชื่อว่าการรักษาในโรงพยาบาลอาจไม่ปลอดภัยหรือไม่จำเป็น ความเข้าใจผิดและความกลัวเหล่านี้ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อ นอกจากนี้ บทบาทของครอบครัวและผู้นำชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการส่งต่อได้ การทำงานร่วมกับชุมชนและการเสริมสร้างความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมายจึงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับความสำเร็จของระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ^(7,8,16)

5.3 อุปสรรคเทคโนโลยีและการบูรณาการข้อมูล

ในส่วนของเทคโนโลยี พบว่าระบบสารสนเทศสุขภาพยังขาดความเชื่อมโยงและบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้ข้อมูลผู้ป่วยไม่สมบูรณ์หรือกระจัดกระจาย ปัญหาการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและความรู้ทางเทคโนโลยีของบุคลากรในบางพื้นที่ ยังเป็นข้อจำกัดสำคัญในการใช้งานเทคโนโลยีสนับสนุน นอกจากนี้ความไม่สอดคล้องของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการต่างๆ ส่งผลให้การติดตามและการประเมินประสิทธิภาพระบบส่งต่อทำได้ยากขึ้น การศึกษาพบว่าการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมและการอบรมให้บุคลากรสามารถใช้ระบบได้อย่างเต็มประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อก้าวข้ามอุปสรรคเหล่านี้⁽¹¹⁻¹³⁾

6. นโยบายและกรอบการบริหารจัดการเพื่อรองรับระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ

6.1 นโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อมารดาและทารก

การสนับสนุนระบบส่งต่อมารดาและทารกจำเป็นต้องมีกรอบนโยบายที่ชัดเจน ประกอบด้วยกฎหมายและข้อกำหนดเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย ที่มุ่งควบคุมและส่งเสริมการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมถึงนโยบายการจัดสรรงบประมาณทรัพยากรเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน นโยบายเหล่านี้มีกฎเกณฑ์แบบให้สอดคล้องกับกลยุทธ์สุขภาพระดับชาติและท้องถิ่น โดยต้องเน้นการสร้างระบบบริการที่มีความผสมผสานและบูรณาการ เพื่อสนับสนุนการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับของระบบสุขภาพ^(13,15,17)

6.2 การบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์และการฝึกอบรม

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จของระบบส่งต่อ การฝึกอบรมที่เน้นทักษะการส่งต่อและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจน ช่วยให้บุคลากรมีความมั่นใจและความรู้เพียงพอในการดำเนินงาน นอกจากนี้ การสร้างแรงจูงใจและระบบติดตามผลการปฏิบัติงานช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความรับผิดชอบในการส่งต่อ อีกทั้งการประเมินประสิทธิภาพและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยรักษามาตรฐานและตอบสนองความเปลี่ยนแปลงในการให้บริการสุขภาพ^(7,13,14)

6.3 การส่งเสริมชุมชนและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยสนับสนุนระบบส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ การสร้างความเข้าใจผ่านกิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเองในระดับชุมชน ตลอดจนการสนับสนุนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม ทำให้สามารถจัดอุปสรรคทางวัฒนธรรมและสังคมได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน ยังเสริมสร้างความแข็งแกร่งแก่โครงสร้างระบบสุขภาพในชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบส่งต่อที่ครอบคลุมและยั่งยืน^(7,16,18)

7. การวัดและประเมินผลระบบส่งต่อในบริบทการลดการตายของมารดาและทารก

7.1 ตัวชี้วัดหลักในการประเมินระบบส่งต่อ

การประเมินผลระบบส่งต่อควรมุ่งเน้นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงถึงความสำเร็จทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ โดยเฉพาะอัตราการปฏิบัติตามคำแนะนำการส่งต่อที่สามารถวัดการยอมรับและประสิทธิภาพของระบบ การวัดเวลาตอบสนองและระยะเวลาระหว่างรับบริการเป็นมาตรวัดความเร็วและความต่อเนื่องของการดูแล ส่วนผลลัพธ์สุขภาพ เช่น อัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จสูงสุดของระบบส่งต่อ การเก็บข้อมูลเหล่านี้ถือเป็นหัวใจของการพัฒนาและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง^(4,14,15)

7.2 วิธีการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมิน

การวิจัยเพื่อประเมินผลระบบส่งต่อควรรวมทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น สถิติการส่งต่อและเวลาการให้บริการ และข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น บทสัมภาษณ์และการสังเกตการณ์เพื่อเข้าใจประสบการณ์ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การเก็บข้อมูลในพื้นที่ชนบทและเมืองมีบริบทและอุปสรรคทางเทคนิคที่แตกต่างกัน จึงต้องเลือกวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม นอกจากนี้ การใช้

เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในกระบวนการติดตามและประเมินผลแบบเรียลไทม์ ส่งเสริมความถูกต้องและทันเวลาของข้อมูล ซึ่งสนับสนุนการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบ^(4,13,14)

7.3 ปัญหาและข้อจำกัดของการประเมินผลระบบส่งต่อ

การประเมินผลระบบส่งต่อพบข้อจำกัดหลายด้าน เช่น ข้อจำกัดของข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์หรือบันทึกไม่ครบถ้วน การขาดมาตรฐานในการเก็บข้อมูลและตีความผลลัพธ์ ทำให้การเปรียบเทียบและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงทำได้ยาก รวมถึงความท้าทายในการตีความข้อมูลในบริบทที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การขาดเครื่องมือและเกณฑ์ประเมินที่เหมาะสมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระบบส่งต่อไม่สามารถพัฒนาตามเป้าหมายได้อย่างเต็มที่ ความท้าทายเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและแก้ไขเพื่อให้การประเมินผลมีความน่าเชื่อถือและส่งผลต่อการปรับปรุงระบบ^(4,13,14)

8. ช่องว่างการวิจัยและโอกาสในการพัฒนาระบบส่งต่อ

8.1 ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการศึกษาวิจัยที่มีอยู่

แม้ว่าจะมีงานวิจัยและข้อมูลจำนวนมากเกี่ยวกับระบบส่งต่อในระดับนานาชาติและระดับประเทศ งานวิจัยยังขาดข้อมูลเชิงลึกที่เฉพาะเจาะจงในบริบทภูมิภาคต่างๆ รวมถึงข้อมูลเชิงเทคนิคและผลลัพธ์ที่ครบถ้วนในด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ใช้สนับสนุนระบบส่งต่อ การขาดแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ในบางพื้นที่และข้อจำกัดด้านการเก็บข้อมูลก่อให้เกิดช่องว่างทางวิชาการที่สำคัญ การศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์และการประเมินประสิทธิภาพจริงของระบบส่งต่อยังมีจำนวนน้อย ข้อมูลเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนานโยบายและการออกแบบระบบที่เหมาะสมและยั่งยืน^(4,7,13)

8.2 โอกาสในการปรับใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม

ในยุคดิจิทัล การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบตรวจสอบและติดตามแบบเรียลไทม์ การวิเคราะห์ big data และปัญญาประดิษฐ์ (AI) มีโอกาสสูงในการยกระดับประสิทธิภาพการส่งต่อ ซึ่งสามารถช่วยทำนายและจัดการส่งต่อได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว ระบบเหล่านี้ยังช่วยปรับปรุงการบริหารจัดการและลดความล่าช้าในการให้บริการ อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้สร้างระบบส่งต่อที่มีศักยภาพและตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมในอนาคตได้ดียิ่งขึ้น การวิจัยและพัฒนาที่ยั่งยืนไปที่การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ในบริบทประเทศกำลังพัฒนาอย่างเหมาะสมและคำนึงถึงข้อจำกัดในพื้นที่^(11,12,13)

8.3 การส่งเสริมความร่วมมือเชิงนโยบายและชุมชน

อีกหนึ่งโอกาสสำคัญคือการพัฒนาและส่งเสริมความร่วมมือระดับนโยบายที่มีการประสานงานระหว่างรัฐบาลกลาง ท้องถิ่น และชุมชน การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกๆ ระดับ การส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการสนับสนุนระบบส่งต่อ และการตระหนักรู้ในประเด็นสุขภาพมารดาและทารก จะช่วยสร้างพลังในการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติงานอย่างทรงประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทางสุขภาพและผู้ปฏิบัติงานภาคสนามเป็นเรื่องจำเป็น เพื่อให้นโยบายและการบริหารจัดการสอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของประชาชน^(7,17,18)

9. สรุปผลและข้อเสนอแนะ

9.1 สรุปประเด็นสำคัญของการออกแบบระบบส่งต่อเพื่อป้องกันการตายของมารดาและทารก

สรุปได้ว่าระบบส่งต่อที่ออกแบบมาอย่างไร้รอยต่อมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญ โดยระบบส่งต่อเหล่านี้ต้องมีการบูรณาการทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารจัดการทรัพยากร และการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและชุมชนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ ยังต้องพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ระบบสามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงและความต้องการในบริบทที่หลากหลายและซับซ้อนได้อย่างเหมาะสม^(7,10,13)

9.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

เพื่อพัฒนาระบบส่งต่ออย่างแท้จริง ควรมีการพัฒนากรอบนโยบายที่ส่งเสริมการสร้างระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ รวมถึงการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศและระบบสื่อสารที่มีความยั่งยืนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การฝึกอบรมและเสริมสร้างศักยภาพแก่บุคลากรทั้งในระดับชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพยังเป็นหัวใจของความสำเร็จ พร้อมทั้งต้องมีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนอย่างเต็มที่ เพื่อให้ระบบส่งต่อนั้นเป็นกลไกสำคัญในการลดการเสียชีวิตของมารดาและทารก^(12,13,15)

9.3 แนวทางศึกษาในอนาคตเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และประสิทธิผล

งานวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนการส่งต่อ พร้อมทั้งการติดตามและประเมินโครงการส่งต่ออย่างเป็นระบบเพื่อสร้างฐานข้อมูลที่แข็งแกร่งและน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ การศึกษาเปรียบเทียบระบบส่งต่อระหว่างประเทศและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประเทศยังจะช่วยเพิ่มศักยภาพการออกแบบและบริหารจัดการระบบส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือและเกณฑ์ประเมินในบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ที่จะเป็นการเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการและนำไปสู่การปรับปรุงระบบส่งต่อที่ครอบคลุมและยั่งยืน^(11,13,14)

References

1. <https://www.sdgmovement.com/sdg-101/>
2. <https://dashboard.anamai.moph.go.th/>
3. <https://www.unfpa.org/resources/setting-standards-emergency-obstetric-and-newborn-care>
4. Chandoevhit W, Phatchana P, Sirigomon K, Ieawsuwan K, Thungthong J, Ruangdej S. Improving the measurement of maternal mortality in Thailand using multiple data sources. *Popul Health Metr.* 2016;14:16.
5. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Equity in maternal and child health in Thailand. *Bull World Health Organ.* 2010;88(6):420-7.
6. <https://www.unfpa.org/maternal-health>.
7. Radovich E, Banke-Thomas A, Campbell OMR, Ezeanochie M, Gwacham-Anisiobi U, Ande ABA, et al. Critical comparative analysis of data sources toward understanding referral during pregnancy and childbirth: three perspectives from Nigeria. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):927.
8. Mengist B, Semahegn A, Yibabie S, Amsalu B, Tura AK. Barriers to proper maternal referral system in selected health facilities in Eastern Ethiopia: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):376.
9. <https://www.exemplars.health/topics/neonatal-and-maternal-mortality>
10. Indriani D, Damayanti NA, Teguh D, Ardian M, Suhargono H, Urbaya S, et al. The maternal referral mobile application system for minimizing the risk of childbirth. *J Public Health Res.* 2020; 9(2):1813.
11. Harahap NC, Handayani PW, Hidayanto AN. Barriers and technologies of maternal and neonatal referral system in developing countries: A narrative review. *Informatics in Medicine Unlocked* 2019;15:100184.
12. Indriani D, Damayanti NA, Teguh D, Ardian M, Suhargono H, Urbaya S, et al. The maternal referral mobile application system for minimizing the risk of childbirth. *J Public Health Res* 2020; 9(2):1813.
13. Angelina SR, Putri LP, Trisnantoro L. Strengthening maternal referral systems: A policy qualitative analysis in Indonesia. *medRxiv* 2025.03.27.25324569.
14. Pembe AB, Carlstedt A, Urassa DP, Lindmark G, Nyström L, Darj E. Effectiveness of maternal referral system in a rural setting: a case study from Rufiji district, Tanzania. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:326.
15. Betri A, Henni F, Yandrizaral Y. The role of public health centers (Puskesmas) as the gatekeeper of national health insurance. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 2016;12(1):76-89.
16. Awor P, Nabiryo M, Manderson L. Innovations in maternal and child health: case studies from Uganda. *Infect Dis Poverty.* 2020;9(1):36.

17. Taylor J, Novoa C, Hamm K, Phadke S. Eliminating racial disparities in maternal and infant mortality. Center for American Progress 2019.
18. Elmusharaf K, Byrne E, O'Donovan D. Strategies to increase demand for maternal health services in resource-limited settings: challenges to be addressed. BMC Public Health. 2015;15: 870

ความต้องการฝึกอบรมการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Emergency Obstetric Care Training Needs)

รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิงเด่นนพพร ลุดใจ

นายแพทย์สุจิตต์ คุณประดิษฐ์

บทนำ

การดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (Emergency Obstetric Care; EmOC) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทต่อการลดอัตราการตายของมารดาและทารกอย่างมาก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งยังคงประสบ ปัญหาอัตราการตายสูงจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และคลอด เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ครรภ์เป็นพิษ และทารกขาดออกซิเจน เป็นต้น EmOC จึงเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดและกลไกหลักที่รัฐบาลและ องค์กรระหว่างประเทศให้ความสำคัญเพื่อบรรลุเป้าหมายการลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด ในระดับโลก⁽¹⁾

การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ EmOC เพราะบุคลากรที่มีทักษะและความรู้ ที่เหมาะสมสามารถรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลเชิงบวกต่ออัตราการรอดชีวิตของมารดาและทารก อย่างไรก็ตามการฝึกอบรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการโดยเฉพาะในบริบทประเทศกำลังพัฒนายังมีช่องว่างและความจำเป็นในการศึกษาวิจัย เพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด⁽²⁾

บทความนี้จะทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการฝึกอบรมทาง EmOC เพื่อวัตถุประสงค์ลดการตายของมารดาและทารกอย่างละเอียด พร้อมทั้งวิเคราะห์ความสำเร็จของการฝึกอบรมประสิทธิผลและข้อจำกัดที่พบในงานวิจัยปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นข้อมูลจากประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตรา การตายสูงเป็นหลัก

1. ความสำคัญและแนวคิดของการฝึกอบรม EmOC

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางสุขภาพผ่านการฝึกอบรม competency-based training โดยใช้วิธีการ แลกเปลี่ยนความรู้และเทคนิคทักษะด้วยกิจกรรมปฏิบัติจริง (skills-and-drills) เป็นวิธีการ ที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อการบริการ EmOC อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ โปรแกรมฝึกอบรมลักษณะนี้ยังสามารถพัฒนาความมั่นใจและความเชี่ยวชาญในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ที่ซับซ้อนได้ดี⁽³⁾

การฝึกอบรม EmOC ที่มีคุณภาพสูงจำเป็นต้องรวมถึงการรู้จักวินิจฉัยและการรักษาภาวะที่เป็นสาเหตุ สำคัญของการเสียชีวิตของมารดาและทารก เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะช็อก และครรภ์เป็นพิษ พร้อม ทั้งการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือและการบริหารจัดการทรัพยากรในสถานบริการควบคู่ไปด้วย⁽⁴⁾

ในหลายประเทศ การฝึกอบรม EmOC ถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสุขภาพมารดาที่เน้นการเข้าถึงบริการฉุกเฉินที่มีคุณภาพ โดยมีผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมฝึกอบรมที่เหมาะสมช่วยลดอัตราการตายของ มารดาและทารกได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามยังขาดหลักฐานที่แข็งแรงพอสำหรับการลดอัตราการ เสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดหรือภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยตรงเนื่องจากความแตกต่างในตัวแปรของแต่ละสถานที่และความต่อเนื่องของการติดตามผล⁽²⁾

2. ความต้องการเฉพาะของการฝึกอบรม EmOC ในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา

แนวทางการฝึกอบรมในประเทศกำลังพัฒนายังต้องเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ ทั้งในแง่ของการขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและความไม่พร้อมของสถานที่ฝึกอบรม อุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ รวมถึงการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีข้อจำกัด⁽¹⁾ การขาดแคลนทีมงาน และผู้เชี่ยวชาญที่ชำนาญในกรณีฉุกเฉินทำให้การฝึกอบรมมีความจำเป็น ต้องขยายไปยังบุคลากรรูปแบบต่าง ๆ เช่น พยาบาล และผู้ช่วย ทางด้านการแพทย์ (task shifting) เพื่อให้การดูแล EmOC เข้าถึงชุมชนมากขึ้น⁽⁵⁾ นอกจากนี้ งานวิจัยใน แอฟริกา เช่น การศึกษาในเคนยาและมาลาวี บ่งชี้ว่าการฝึกอบรมของบุคลากรที่มีอยู่แล้วและการสนับสนุนแบบต่อเนื่อง (mentorship) สามารถรักษาระดับความรู้และทักษะได้ในระยะยาวและมีโอกาสเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงาน ให้ดีขึ้น ส่งผลต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ⁽⁶⁾ ในแง่เนื้อหาของการฝึกอบรมที่จำเป็น มีข้อเสนอแนะให้โฟกัสการจัดการภาวะฉุกเฉินหลัก เช่น การวินิจฉัยและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดและครรภ์เป็นพิษ รวมถึงเทคนิคการทำคลอดที่ปลอดภัยและเหมาะสมในแต่ละบริบท⁽⁷⁾ การรวมองค์ความรู้ ด้านการให้เกียรติและมั่นใจในความเป็นมนุษย์ของสตรีระหว่างคลอดยังถูกเน้นว่าเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพ การดูแลซึ่งส่งผลต่อการใช้บริการและผลลัพธ์ในระยะยาว⁽⁸⁾

3. ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการฝึกอบรม EmOC

งานวิจัยหลายชิ้นได้สะท้อนว่าการฝึกอบรม EmOC มีผลทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้และ ทักษะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในระยะสั้นถึงระยะกลาง ส่งผลให้วิธีปฏิบัติในการดูแลมารดาและทารกดีขึ้น⁽⁹⁾ ตัวอย่างเช่น โครงการ "Making It Happen" ซึ่งเน้นฝึกอบรมเชิงทักษะพบว่าช่วยเสริมสร้างความสามารถในการรับมือภาวะฉุกเฉิน และยังเป็นตัวอย่างของการประเมินผลการฝึกอบรมแบบใช้กรอบวิธี Kirkpatrick Model เพื่อดู ผลในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง⁽³⁾

การศึกษาแบบ systematic literature review โดย Ameh CA⁽²⁾ และคณะพบว่า การฝึกอบรมระยะสั้นตามสมรรถนะ (short competency-based training) ในการดูแลสูติรีเวชฉุกเฉิน ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการแพทย์ และมีการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการฝึกอบรมระยะสั้นตามสมรรถนะส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ในเชิงอัตราการตายของมารดาและทารก รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดยังไม่ลดลงอย่างชัดเจนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพโดยรวม และความต่อเนื่องของการประเมิน⁽²⁾ นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า การฝึกอบรมด้วยการบรรยาย ร่วมกับการฝึกฝนทักษะ (skill and drill) ทำให้เพิ่มศักยภาพของผู้เข้าอบรมทั้งในด้านความรู้ ทักษะและความมั่นใจมากกว่าการฝึกอบรมโดยการบรรยายเพียงอย่างเดียว ส่วนความคงอยู่ของความรู้และทักษะในระยะยาว พบว่าความรู้และทักษะสามารถจะคงอยู่ยาวนานถึง 1 ปีหลังการฝึกอบรม โดยปัจจัยที่จะช่วยให้ความรู้และทักษะอยู่ได้ยาวนาน คือ ประสบการณ์ทางคลินิกที่มีมาก่อน มีการอบรมซ้ำๆ และโอกาสในการฝึกฝนทักษะใหม่ๆ⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม การฝึกอบรมเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาทั้งหมดได้ แต่ต้องประกอบไปด้วยการ สนับสนุนระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร นอกจากนี้ มีงานวิจัยแสดงพบว่าการฝึกอบรมประเภท multi-professional training ที่รวมทีมบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์และ พยาบาล ช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการดูแลภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนเพิ่มความสอดคล้องของทีมใน การปฏิบัติงาน ทำให้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินทำได้รวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น⁽¹⁰⁾

4. ความสำคัญของการฝึกอบรม EmOC

โดยสรุป การฝึกอบรม EmOC มีประโยชน์ต่อการดูแลรักษามารดาและทารกในหลายด้าน ได้แก่

- ช่วยชีวิตมารดาและทารกในภาวะวิกฤต
- เสริมทักษะที่มึนสุขภาพให้ปฏิบัติได้จริงภายใต้ความกดดัน
- ลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลในระดับปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ

ทั้งนี้ เพื่อให้การฝึกอบรม EmOC เกิดประสิทธิภาพ ควรมีองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นการพัฒนาแบบองค์รวมซึ่งต้องคำนึงถึงดังต่อไปนี้

1. เนื้อหาและทักษะที่จำเป็นในหลักสูตร
2. วิธีการฝึกอบรมที่เหมาะสม
3. กลุ่มเป้าหมายของการอบรม

4.1 เนื้อหาและทักษะที่จำเป็นในหลักสูตร

หัวข้อการเรียนรู้	รายละเอียด
การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์	การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวางแผนการคลอด
ภาวะฉุกเฉินในระยะคลอด	PPH, shoulder dystocia, uterine rupture
ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง	การวินิจฉัย การให้ magnesium sulfate, การส่งต่อฉุกเฉิน
การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด	การใช้ถุงลม-หน้ากาก, การให้ความอบอุ่น, การดูแลทางเดินหายใจ
การทำงานเป็นทีมและการสื่อสาร	SBAR, การแบ่งหน้าที่, การจำลองสถานการณ์
ทักษะหัตถการ	Manual removal of placenta, Bimanual compression, AMTSL

4.2 วิธีการฝึกอบรมที่เหมาะสม

- การฝึกเชิงปฏิบัติ (Hands-on workshop)
- Simulation-based Training
- การสาธิตและสอนแบบโค้ช (Coaching)
- การติดตามหลังอบรม (Post-training mentoring)

4.3 กลุ่มเป้าหมายของการอบรม

- สูติแพทย์ / แพทย์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด
- พยาบาลผดุงครรภ์ / พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหญิง
- บุคลากรปฐมภูมิที่ต้องดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง
- นักศึกษาแพทย์ / พยาบาล / นักเรียนผดุงครรภ์ในระดับก่อนจบ

5. ข้อจำกัดและช่องว่างในการฝึกอบรม EmOC

แม้ว่าการฝึกอบรม EmOC จะถูกยอมรับและแสดงผลในหลายแง่มุม แต่ยังคงประสบกับข้อจำกัดในเรื่องของความครอบคลุมและคุณภาพของการฝึกอบรมในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่เปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาที่ทำนายเกี่ยวกับการขาดแคลนเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ทันสมัย และการสนับสนุนด้านโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม⁽¹¹⁾

การประเมินผลการฝึกอบรมยังพบว่ามีข้อจำกัดในการวิจัยต่อเนื่องเพื่อตรวจสอบว่าการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากรแปรเปลี่ยนเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพของมารดาและทารกได้จริงหรือไม่⁽⁶⁾ ในบางประเทศยังพบปัญหาเรื่องการฝึกอบรมที่ไม่สม่ำเสมอ การขาดการติดตามผล และขาดแรงจูงใจสำหรับบุคลากรในการรักษาความสามารถที่ได้เรียนรู้มา

อีกประเด็นสำคัญคือ ต้องเน้นการฝึกอบรมในแง่มุมของการสื่อสารและการให้ความเคารพในสิทธิมนุษยชนของสตรีระหว่างคลอด เพราะพฤติกรรมของผู้ให้บริการและวัฒนธรรมในสถานบริการส่งผล ต่อความเชื่อมั่นของผู้รับบริการและความสมัครใจในการเข้ารับบริการ⁽⁸⁾

6. แนวทางพัฒนาการฝึกอบรม EmOC ในอนาคต

เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการฝึกอบรม EmOC ในบริบทของประเทศกำลังพัฒนา ควรให้ความสำคัญ กับการสร้างโปรแกรมฝึกอบรมในรูปแบบ Competency-Based Education (CBE) เพื่อเพิ่มสมรรถนะและพัฒนาผู้เรียนทั้งในด้านความรู้และทักษะโดยเน้นให้ผู้เรียนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและมี การประเมินผลอย่างครบวงจร รวมทั้งใช้วิธีการสอนที่มีความหลากหลาย เช่น การเรียนรู้ผ่านรูปแบบการจำลองสถานการณ์จริง (simulation) การฝึกปฏิบัติจริง และการให้คำปรึกษาแบบโดยผู้มีประสบการณ์ (onsite mentoring) นอกจากนี้ ควรประกอบด้วยการเสริมสร้าง การทำงานเป็นทีมและการสื่อสารระหว่าง บุคลากร⁽¹⁰⁾

การส่งเสริมการถ่ายทอดหน้าที่ (task shifting) ไปยังบุคลากรที่ไม่ได้เป็นแพทย์โดยตรง แต่ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องเฉพาะด้านก็เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ได้รับการพิสูจน์ว่าเพิ่มการเข้าถึงการรักษาฉุกเฉินได้โดยไม่ลดทอน คุณภาพของการดูแล⁽⁵⁾ ภายใต้การสนับสนุนของรัฐบาลและองค์กรระหว่างประเทศ จำเป็น ต้องเสริมสร้างระบบสนับสนุนที่ครอบคลุม เช่น การวางแผนแรงงาน การจัดหาอุปกรณ์ และการจัดสรร งบประมาณ

สุดท้าย ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมของภาคชุมชนควรได้รับการส่งเสริมควบคู่ไปกับการฝึกอบรมเพื่อสร้างความตระหนักและส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกที่ช่วยให้อัตราการเข้าถึงบริการ EmOC สูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการลดอัตราการตายของมารดาและทารก⁽¹²⁾

สรุป

การฝึกอบรม Emergency Obstetric Care (EmOC) เป็นปัจจัยสำคัญในการลดการตายของมารดา และทารกในประเทศกำลังพัฒนา โดยการฝึกอบรมที่มีคุณภาพสูงและเหมาะสมกับบริบทประเทศ เป็นกุญแจสำคัญ ที่ช่วยเสริมสร้างทักษะและความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมส่งผลดีต่อความสามารถและพฤติกรรมปฏิบัติงานของบุคลากร แม้จะยังมีข้อจำกัดในแง่ของการ เปลี่ยนแปลงอัตราการตายที่ไม่ชัดเจนนักก็ตาม เพื่อขยายผลให้เกิดการลดการตายอย่างมีนัยสำคัญในวงกว้าง จำเป็นต้องเน้นพัฒนาระบบฝึกอบรม ที่มีความต่อเนื่องและเข้มแข็ง มีความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอย่างครบวงจร โดยมีนโยบายสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพ มีแผนพัฒนาอัตรากำลังใน พื้นที่ที่เน้นกลุ่มเสี่ยงสูง

มีความเชื่อมโยงกับระบบส่งต่อและ MCH Board อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่ง ของแผนพัฒนาคุณภาพบริการ (Service Plan / PP&P Excellence) นอกจากนั้น ต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและเน้นการเคารพสิทธิมนุษยชนในการบริการดูแลสตรี นอกจากนี้ ยังต้องสนับสนุน ให้เกิดการวิจัยและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป

References

1. Dogba M, Fournier P. Human resources and the quality of emergency obstetric care in developing countries: a systematic review of the literature. *Hum Resour Health*. 2009;7:7.
2. Ameh CA, Mdegela M, White S, van den Broek N. The effectiveness of training in emergency obstetric care: a systematic literature review. *Health Policy Plan*. 2019;34(4):257-70.
3. Ameh CA, van den Broek N. Making It Happen: Training health-care providers in emergency obstetric and newborn care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;29(8): 1077-91.
4. Otolorin E, Gomez P, Currie S, Thapa K, Dao B. Essential basic and emergency obstetric and newborn care: from education and training to service delivery and quality of care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;130 Suppl 2:S46-53.
5. Dawson AJ, Buchan J, Duffield C, Homer CS, Wijewardena K. Task shifting and sharing in maternal and reproductive health in low-income countries: a narrative synthesis of current evidence. *Health Policy Plan*. 2014;29(3):396-408.
6. Tang JH, Kaliti C, Bengtson A, Hayat S, Chimala E, MacLeod R, et al. Improvement and retention of emergency obstetrics and neonatal care knowledge and skills in a hospital mentorship program in Lilongwe, Malawi. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;132(2):240-3.
7. Jayanna K, Mony P, B M R, Thomas A, Gaikwad A, H L M, et al. Assessment of facility readiness and provider preparedness for dealing with postpartum haemorrhage and pre-eclampsia/eclampsia in public and private health facilities of northern Karnataka, India: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:304.
8. Mgawadere F, Shuaibu U. Enablers and barriers to respectful maternity care in low and middle-income countries: A literature review of qualitative research. *International Journal of Clinical Medicine*. 2021;12:224-49.
9. van den Broek N, Ameh C, Madaj B, Makin J, White S, Hemming K, et al. Effects of emergency obstetric care training on maternal and perinatal outcomes: a stepped wedge cluster randomised trial in South Africa. *BMJ Glob Health*. 2019;4(6):e001670.
10. Bergh AM, Baloyi S, Pattinson RC. What is the impact of multi-professional emergency obstetric and neonatal care training? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;29(8):1028-43.
11. Prata N, Passano P, Sreenivas A, Gerdtz CE. Maternal mortality in developing countries: challenges in scaling-up priority interventions. *Womens Health (Lond)*. 2010;6(2):311-27.
12. <https://www.publichealth.columbia.edu/research/programs/averting-maternal-death-disability-amdd/action/emonc>

การบูรณาการนวัตกรรมในท้องถิ่น (Integrating Local Innovations)

แพทย์หญิงนวลพรรณ แทนม้วน

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดมีโอกาสเสียชีวิตและพบภาวะแทรกซ้อนทำให้ทารกมีความพิการในช่วงหลังคลอด บางรายมีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่งผลต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัย จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า ปี พ.ศ. 2563 มีทารกคลอดทั้งหมด จำนวน 134.7 ล้านราย เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 13.4 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 9.9 สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี พ.ศ. 2567 มีทารกคลอดทั้งหมด จำนวน 265,983 ราย เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 265,881 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.99 (ข้อมูลจากระบบ HDC ปี พ.ศ. 2567) นอกจากนี้ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2562 พบการตายของทารกแรกเกิด ประมาณ 9 แสนรายมีสาเหตุจากการคลอดก่อนกำหนด โดยในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยพบอัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุภายใน 7 วัน (Early Neonatal Mortality Rate) เท่ากับ 0.39 ต่อการเกิดมีชีวิตพันคนและพบอัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุตั้งแต่ 7 วัน แต่ไม่เกิน 28 วัน (Late Neonatal Mortality Rate) เท่ากับ 4.36 ต่อพันการเกิดมีชีวิต ซึ่งภาวะคลอดก่อนกำหนด (Prematurity) ยังเป็นสาเหตุหลักการตายของทารกแรกเกิดใน 5 อันดับแรกของประเทศไทย

ปัจจุบันยังพบปัญหาหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นจำนวนมาก และจากข้อมูลที่ผ่านมาพบการคลอดในประเทศไทย ประมาณ 50,000 ราย พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 10 ถึง 15 โดยเฉพาะหญิงวัยทำงานที่มีช่วงอายุ 20 ถึง 35 ปี ซึ่งมีสาเหตุจากการขาดความรู้ในเรื่องการป้องกันดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เนื่องจากขาดการศึกษา ไม่ตระหนักถึงอันตรายของการคลอดก่อนกำหนด ขาดประสบการณ์ในการดูแลตนเอง หรือเป็นกลุ่มหญิงวัยทำงานที่ต้องทำงานหนักระหว่างการตั้งครรภ์ บางรายอาศัยอยู่ในท้องที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล

โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร มีเป้าประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะคลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กไทยและครอบครัว โดยมีการจัดทำโครงการฯ มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 ในระยะเริ่มต้นเป็นการดำเนินงานเชิงรับโดยการเพิ่มจำนวนเตียงทารกป่วยในหออภิบาล จัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ที่ช่วยดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนด ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดรอดชีวิตเพิ่มขึ้น แต่อัตราการคลอดก่อนกำหนดยังไม่ลดต่ำลงและกลับเพิ่มสูงขึ้นในบางพื้นที่ เมื่อได้เข้าไปทำวิจัยในเขตภูมิภาคเพื่อค้นคว้าและรวบรวมองค์ความรู้สำคัญที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาภาวะคลอดก่อนกำหนดของประเทศพบว่า การสร้างเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะคลอดก่อนกำหนดเริ่มต้นที่ชุมชน ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบป้องกันดูแลรักษาหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสถานพยาบาลจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการลดภาวะคลอดก่อนกำหนดของประเทศ คณะกรรมการอำนวยการโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ประจำปี พ.ศ. 2567-2570 จึงมีมติให้จัดทำ "โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด" ในทุกพื้นที่ของประเทศ โดยมีภาคีเครือข่ายสำคัญ 3 ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยและ กรุงเทพมหานครทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลัก โครงการดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จตามพระราชประสงค์ขององค์อุปถัมภ์ได้นั้น แต่ละภาคีเครือข่ายต้องกำหนดเป้าประสงค์ แผนงาน

โครงการและตัวชี้วัดผลสำเร็จที่สอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกัน ทุกภาคีเครือข่ายมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ต้องมีการจัดทำระบบงานที่ประสาน เชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ โดยถือเอาความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และบุตรเป็นที่ตั้ง การที่บุคลากรต่างสังกัดจะปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในแผนงานของตนเองแล้ว การจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน (Standard operating procedures, SOP) นับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ถูกนำมาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารระบบและกระบวนการทำงานของแต่ละภาคีเครือข่ายในทุกระดับของการปฏิบัติงาน

นับจากปี พ.ศ. 2567 คณะกรรมการอำนวยการโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก เพื่อครอบครัวไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ได้เปลี่ยนผ่านการบริหารจัดการใหม่ไปอยู่ภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการอำนวยการฯ ขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดและมีภาคีเครือข่ายที่สำคัญ คือ กระทรวงมหาดไทยและกรุงเทพมหานคร เพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะคลอดก่อนกำหนดของประเทศให้ต่ำกว่าหรือไม่สูงเกิน ร้อยละ 8.0 ภายในปี พ.ศ. 2570

โดยมีแผนเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก สำหรับมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ตั้งแต่ก่อนคลอดและระยะหลังคลอดเพื่อพัฒนาระบบและกระบวนการติดตามภาวะสุขภาพมารดา และติดตามทารกหลังคลอดจนถึงอายุ 2 ปี เพื่อเฝ้าระวังและติดตามภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขจะมุ่งเน้นการดำเนินงานตามแผนงานการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการ (hospital based prevention) และ การพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (Community-based prevention) ดังแผนภาพ

ขอบเขตการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย
2. ยกระดับวิธีการสอนในคลินิกฝากครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ามารับการรักษาก่อนปากมดลูกเปิดไม่เกิน 2 เซนติเมตร
3. เพื่อพัฒนาระบบการรักษาภายในสถานพยาบาล รวมทั้งระบบส่งต่อเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับยาอย่างยั้งและ/ หรือการรักษาเร็วที่สุด
4. เพื่อพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลมารดาในระยะตั้งครรภ์/ หลังคลอดและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะแรกเกิด ถึง 2 ปี

กลุ่มเป้าหมายสำคัญ

- หญิงตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนด อายุ 0-2 ปี
- ครอบครัวและชุมชนของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย
- ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานชุดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- บุคลากรสาธารณสุข/ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ใน 24 จังหวัด

พื้นที่เป้าหมาย

การขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการในพื้นที่ 24 จังหวัด: จังหวัดเชียงใหม่ อุตรดิตถ์ อุทัยธานี พิจิตร กำแพงเพชร นครสวรรค์ ปทุมธานี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรปราการ ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด นครพนม สกลนคร หนองคาย ชัยภูมิ ศรีสะเกษ นครศรีธรรมราช สงขลา สตูล พัทลุง มีระยะเวลาดำเนินงาน ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2570 ดังภาพที่ 2

เขตสุขภาพเป้าหมาย 24 จังหวัด

1. เชียงใหม่
2. อุตรดิตถ์
3. อุทัยธานี *พิจิตร*
- กำแพงเพชร* นครสวรรค์
4. ปทุมธานี
5. สุพรรณบุรี* นครปฐม*
- สมุทรสาคร
6. สมุทรปราการ
7. ขอนแก่น* มหาสารคาม*
- กาฬสินธุ์* ร้อยเอ็ด*
8. นครพนม* สกลนคร*
- หนองคาย
9. ชัยภูมิ
10. ศรีสะเกษ
11. นครศรีธรรมราช
12. สงขลา* สตูล* พัทลุง

หมายเหตุ * พื้นที่ดำเนินการเดิม

แผนการดำเนินงาน

การดำเนินงานโครงการฯ มีรูปแบบตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน สำหรับกระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการ (hospital-based prevention) โดยมีกลไกขับเคลื่อนผ่าน คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ (MCH board) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สาขาสูติ-นรีเวชกรรม สาขาทารกแรกเกิดและเด็ก เพื่อกำกับทิศทางและติดตามการดำเนินงานแบบบูรณาการ ลงสู่หน่วยบริการ ทั้งนี้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ดำเนินการ ต้องรายงานผลการดำเนินต่อผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้ตรวจราชการและปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามลำดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้:

1. มาตรการ/ แผนงานสำคัญ

กระทรวงสาธารณสุข ใช้มาตรการ "4P" เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการลดภาวะคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย:

P1: Plan of pregnancy การดูแลระยะก่อนตั้งครรภ์

P4: Plan of ANC การดูแลระยะตั้งครรภ์

P3: Plan of delivery การดูแลระยะคลอด

P4: Plan of postpartum follow-up การดูแลระยะหลังคลอด

ซึ่งมาตรการดังกล่าวมุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์และทารก มุ่งหวังที่จะลดอัตราการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ การคลอดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ภายใต้โครงการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดฯ ทั้งนี้ได้จัดทำแผนงานการพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขในหน่วยบริการให้ขับเคลื่อน

การดำเนินงานภายใต้มาตรการ 4P ดังนี้:

1. พัฒนาระบบตรวจคัดกรองความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดและรักษาโรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะและช่องคลอดให้ได้มาตรฐานสูงขึ้น
2. ยกกระดับวิธีการสอนในคลินิกฝากครรภ์ของสถานพยาบาล เพื่อให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเข้ามารักษาเมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร
3. พัฒนาระบบการให้ยา progesterone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด/ ให้ยาคorticosteroid ในหญิงอายุครรภ์ <34 สัปดาห์ ให้ครบตามมาตรฐาน
4. พัฒนาระบบการรักษาในสถานพยาบาล รวมทั้งระบบส่งต่อ เพื่อให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับยาที่ยับยั้งคลอดและ/ หรือการรักษาเร็วที่สุด
5. พัฒนาศักยภาพ NICU และ Sick NB เรื่องการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนด
6. สนับสนุนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างเป็นรูปธรรม
7. ติดตามและประเมินการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ/โรคจอประสาทตาเจริญผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด

แนวทางการดำเนินงานของโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด แบ่งเป็น ระยะเวลา ประเด็นสำคัญและตัวชี้วัดการดำเนินงาน ดังนี้:

ช่วงเวลาประเด็นสำคัญตัวชี้วัด (ค่าเป้าหมาย) ก่อนตั้งครรภ์เตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์

- สื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักรู้ถึงอันตรายของการคลอดก่อนกำหนดและให้ความรู้เรื่อง สัญญาณเตือนของอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องมาโรงพยาบาล

- ส่งเสริมให้หญิงที่มีคู่สมรสได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยจัดให้มีการบริการ ดังนี้:

- ให้คำปรึกษาวางแผนการตั้งครรภ์
- ให้ความรู้เรื่อง อันตรายของการคลอดก่อนกำหนด
- ให้อาหารบำรุงเลือดและโพลีก่อนตั้งครรภ์
- ส่งเสริมวัคซีนก่อนตั้งครรภ์ เช่น influenza, MMR, HPV, Tdap
- ส่งต่อไปรับการรักษาเพื่อควบคุมโรคประจำตัวให้สงบก่อนอนุญาตให้ตั้งครรภ์อัตราหญิงที่มีคู่สมรสได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 80)

ตั้งครรภ์

- เชิญชวนให้มาฝากครรภ์เร็วภายใน 12 สัปดาห์เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์
- ยกกระดับวิธีการสอนในคลินิกฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายตระหนักถึงอันตรายของการคลอดก่อนกำหนด และเข้ามารักษาทันทีเมื่อมีสัญญาณเตือนของอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น อาการท้องแข็ง ท้องบวม ปวดหน่วงท้องน้อย มีน้ำใส หรือเลือดออกจากช่องคลอด เป็นต้น
- ตรวจสอบคัดกรองความเสี่ยง 5 โรคสำคัญ ที่อาจพบเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด ดังนี้:
 - โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และครรภ์เป็นพิษ
 - ภาวะโลหิตจาง
 - โรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
 - โรคติดเชื้อในช่องคลอด
- พัฒนาระบบตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะและช่องคลอดให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น
- พัฒนาระบบบริหารยาโปรเจสโตโรนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด
- พัฒนาการตรวจภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ชัดและทำความสะอาดฟัน รวมถึงชุดหินน้ำลาย
- บริหารยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในหญิงอายุครรภ์ต่ำกว่า 34+0 และ 34+0 - 36+6 สัปดาห์ ให้ครบตามมาตรฐานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
- จัดทำ Individual care plan 5 โรคสำคัญเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
 1. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ภายใน 12 สัปดาห์ (มากกว่าร้อยละ 80)
 2. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ตระหนักถึงอันตรายของการคลอดก่อนกำหนด และมีความรู้เรื่อง สัญญาณเตือนของอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องมาโรงพยาบาล (ร้อยละ 100)
 3. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง/ประเมินความเสี่ยง ภายใน 28 สัปดาห์ (ร้อยละ 80)

4. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ อย่างน้อย 2 ครั้ง ตามเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย (ร้อยละ 80)
5. อัตราการได้รับยาโปรเจสเทอโรนในหญิงที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 80)
6. อัตราหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ต่ำกว่า 34+0 สัปดาห์ ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ครบ 4 โดส ตามมาตรฐาน (ร้อยละ 80)
7. อัตราหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ามารับการรักษาเมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 2 ชั่วโมง (มากกว่าร้อยละ 80)

ก่อนคลอด - พัฒนาระบบบริการรักษาหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสถานพยาบาลเพื่อให้ได้ย่ายับยั้งคลอดใน 30 นาที เมื่อมาถึงสถานพยาบาล (Fast track preterm/ One stop preterm service)

- พัฒนาระบบส่งหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปรักษาต่อในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพ (One province one labor room)
- ประสานงานและนำส่งโรงพยาบาลเมื่อหญิงมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรืออาการผิดปกติอื่น ๆ

1. อัตราหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับย่ายับยั้งคลอดภายใน 30 นาที เมื่อเข้ามาถึงสถานพยาบาล (ร้อยละ 80)
2. อัตราความสำเร็จของการยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด(มากกว่า ร้อยละ 80)
3. อัตราคลอดก่อนกำหนด (เท่ากับหรือต่ำกว่า ร้อยละ 8) ในปีพ.ศ. 2570

หลังคลอด - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนนอนในทารกเกิดก่อนกำหนด เช่น โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โรคจอประสาทตาเจริญผิดปกติในทารก เกิดก่อนกำหนด เป็นต้น

- ป้องกัน ตรวจคัดกรองและรักษาโรคจอประสาทตา เจริญผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด
- ส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยนมแม่ในห้องคลอด หออภิบาลทารกแรกเกิดและหอทารกแรกเกิดป่วย
- ติดตามเยี่ยมมารดาในระยะหลังคลอด
- พัฒนาศักยภาพในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในห้องคลอด หออภิบาลทารกแรกเกิดและหอทารกแรกเกิดป่วย

1. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย (มากกว่าร้อยละ 50)
2. อัตราการติดเชื้อจากการใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (<3 ครั้งต่อ 1,000 วัน ที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง)
3. อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจใน NICU (<5 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยในที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ)
4. อัตราหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์(มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 75)
5. อัตราการตรวจคัดกรองโรคจอตาเจริญผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนดครั้งแรกภายในอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (ร้อยละ 100)
6. อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด อายุ 7-28 วันหลังคลอด (ต่ำกว่าร้อยละ 4 ของทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย)

แรกเกิด -2 ปี

- ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด
- ติดตามและประเมินการเจริญเติบโต/พัฒนาการ/ โรคจอประสาทตาเจริญผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด

1. อัตราทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนเกิดก่อนกำหนดได้นมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย(มากกว่า ร้อยละ 50)
2. อัตราทารกอายุ 0-2 ปี เกิดก่อนกำหนดได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการและการเจริญเติบโตตามระยะเวลาที่กำหนด โดยกรมอนามัย (ร้อยละ 100)

3. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดที่ตรวจพบโรคจอประสาทตาเจริญผิดปกติได้รับการตรวจรักษา(มากกว่า ร้อยละ 80)
4. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการในช่วงแรกเกิด -2 ปี

รายการตัวชี้วัดผลสำเร็จโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด

จำนวน 31 รายการ

ลำดับตัวชี้วัดผลสำเร็จ (ค่าเป้าหมาย)

ระยะก่อนตั้งครรภ์

1. อัตราหญิงที่มีคู่สมรสได้รับคำแนะนำก่อนตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 75)

ระยะตั้งครรภ์

2. อัตราหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 24+0-36+6 สัปดาห์ (น้อยกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 8.0)
3. อัตราหญิงคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 24+0-36+6 สัปดาห์ (น้อยกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 9.0)
4. อัตราหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (มากกว่า ร้อยละ 80)
5. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เรื่อง อันตรายของการคลอดก่อนกำหนดและสัญญาณเตือนของอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องมาโรงพยาบาลภายในอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ (มากกว่า ร้อยละ 80)
6. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงภาวะคลอดก่อนกำหนดภายในอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ (มากกว่า ร้อยละ 80)
7. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยง 5 กลุ่มโรคภายในอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ (มากกว่า ร้อยละ 80)
8. อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดได้รับยาโปรเจสเทอโรน (มากกว่า ร้อยละ 80)

ระยะอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ ที่มีอาการผิดปกติ

9. อัตราหญิงอาการผิดปกติเข้ามารักษาใน รพ. ตรวจพบปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 2 เซนติเมตร (มากกว่า ร้อยละ 80)
10. อัตราหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยาขยับยั้งคลอด (มากกว่า ร้อยละ 80)
11. อัตราหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ยับยั้งคลอดสำเร็จ (มากกว่า ร้อยละ 75)
12. อัตราหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ที่ได้รับยาคอร์ติโคสเตอโรยด์ ครบตามมาตรฐาน (มากกว่า ร้อยละ 80)

ระยะคลอด

13. อัตราคลอดหญิงที่มีอาการผิดปกติเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (น้อยกว่า ร้อยละ 50)
14. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีคะแนนแอฟการ์ นาที่ที่ 5 น้อยกว่า 3 (น้อยกว่า ร้อยละ 10)
15. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ น้อยกว่า 32 สัปดาห์ (น้อยกว่า ร้อยละ 20)
16. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักแรกเกิด น้อยกว่า 1,500 กรัม (น้อยกว่า ร้อยละ 20)
17. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 24+0-36+6 สัปดาห์ ที่เสียชีวิต (น้อยกว่า ร้อยละ 20)

ระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

18. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับน้ำนมเหลือง (colostrum) ภายใน 24 ชั่วโมงแรก (ร้อยละ 60)
19. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับนมแม่อย่างเดียว 24 ชั่วโมง ก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 100)
20. อัตราการเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ น้อยกว่า 32 สัปดาห์ หรือกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุครรภ์ มากกว่า หรือ เท่ากับ 32 สัปดาห์ ได้รับการตรวจคัดกรองโรคจอประสาทตาเจริญผิดปกติ ครั้งแรกก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 100)
21. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ที่ได้รับการประเมินภาวะเจริญเติบโตครั้งแรกก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 80)
22. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์ น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ได้รับการประเมินพัฒนาการครั้งแรกก่อนจำหน่าย (ร้อยละ 80)
23. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดเสียชีวิต น้อยกว่า 7 วัน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย (ต่ำกว่าอัตราเดิม)
24. อัตราภาวะแทรกซ้อนของทารกเกิดก่อนกำหนดต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย

ได้แก่ RDS, ROP, BPD, NEC, IVH, Hearing impairment, clinical sepsis (ต่ำกว่าอัตราเดิม)

ระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

25. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดที่เสียชีวิต 7-28 วัน (ต่ำกว่าร้อยละ 4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย)
26. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่จำหน่ายจนถึงอายุ 6 เดือน (ร้อยละ 50)
27. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ (ตามเกณฑ์ที่กำหนด)
28. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการตรวจคัดกรองการเจริญเติบโต (ตามเกณฑ์ที่กำหนด)
29. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีพัฒนาการผิดปกติ (ตามเกณฑ์ที่กำหนด)
30. อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ (ตามเกณฑ์ที่กำหนด)
31. อัตราทารกที่มีโรคจอตาเจริญผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการแก้ไข (ร้อยละ 80)

ในเขต 5 อัตราการคลอดก่อนกำหนดเคยสูงมาก่อน โดยเฉพาะจังหวัดสุพรรณบุรี ในปีพ.ศ. 2558- 2560 มีอัตราคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 16-18

- โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก ประชาชนสสจ.สุพรรณบุรี ให้เข้าร่วมโครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- สสจ.เชิญ รพ./ รพ.สต.ทุกแห่งมาร่วมรับฟังการประชุมชี้แจงจาก อ.ธราธิป โคละทัด ผู้จัดการโครงการ และมีการประชุมร่วมกันเพื่อระดมความคิดเห็นในการป้องกัน Preterm ในบริบทของ จ.สุพรรณบุรี โดยทุกสถานบริการได้รับภาพพลิกป้องกัน Preterm แห่งละ 1 ชุด เพื่อสอนหญิงตั้งครรภ์ให้รับมา รพ.เมื่อมีอาการ เจ็บครรภ์หรือน้ำเดิน
- ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน MCH Board ระดับจังหวัด โดยผลักดันให้ รพ.ทุกแห่งใช้ Progesterone ในการป้องกัน Preterm
- สสจ.จัดทำสติ๊กเกอร์ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแจกให้ รพ.ทุกแห่งใช้ติดหน้าสมุดสีชมพูของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย เพื่อสื่อสารการดูแลกับรพ.สต. และสอนหญิงตั้งครรภ์ให้ทราบว่าไม่ควรคลอดก่อน วันที่....เดือน.... ปี.....
- รพ.สต.กำกับติดตามการใช้ Progesterone ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา และสอนการดูแลตนเอง เช่น การรักษาความสะอาดร่างกาย หลังลงไร่นา การหลีกเลี่ยงการขับขีรถจักรยาน/ สตาร์ทรถจักรยานยนต์ การหิวหรือแบกของหนัก การยืนเป็นเวลานาน เป็นต้น
- สสจ.กำกับติดตาม รพ./รพ.สต.โดยประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กทุกปี

- ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านตำบลหัตถกรรม 1,000 วันแรกของชีวิต ร่วมกับภาคีเครือข่าย
- กรมอนามัยร่วมกับโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก คืบข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงานทุกปี
- ห้องคลอด รพ.ทุกแห่ง บันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มา รพ.ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโปรแกรมบันทึกข้อมูลของโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก และมีการคืนข้อมูลกลับให้ทุกไตรมาส และเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกมาสะท้อนผลลัพธ์ที่ จ.สุพรรณบุรีทุกปี
- ผลงานการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2562-2565 ร้อยละ 7.25, 7.03, 6.70 และ 6.49 ตามลำดับ

ในปี พศ. 2566 รพสต.ทุกแห่งในจังหวัดสุพรรณบุรีมีการถ่ายโอนไป อบจ. สังกัดกระทรวงมหาดไทย ทำให้การดำเนินการตามโครงการไม่ต่อเนื่อง และการคลอดก่อนกำหนดไม่ได้เป็นตัวชี้วัดของ อบจ. ทำให้แนวโน้มการคลอดก่อนกำหนดเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พศ. 2566-2568 เป็นร้อยละ 8.86, 8.61, 7.89 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุหลักเกิดจากมาโรงพยาบาลช้า ปากมดลูกเปิดมากกว่า 3 เซนติเมตร ทำให้การยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จ จึงมีการสานต่อโครงการนี้ในปี พศ. 2568-2570 ซึ่งได้รับความร่วมมือจากโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกกับกระทรวงมหาดไทย ให้ อบจ. ขับเคลื่อนงาน และกำหนดการคลอดก่อนกำหนดเป็นตัวชี้วัด

ในการดำเนินงาน และได้มีการ kick off ไปแล้ว คาดว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดจะลดลง และสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นต่อไปในอนาคต