

## การศึกษาวิเคราะห์นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ปี 2557-2564 แปลงสู่การปฏิบัติ

PUBLIC POLICY ANALYSIS: THE REDUCING OF THE MORTALITY OF CHILDREN  
UNDER 5 YEARS OF AGE, OCCURRING IN 2014-2021, THAILAND  
BY CONVERTING ANALYTICS INTO ACTION

ลำพูน อิงคภากร<sup>1,\*</sup> และนิลุบล คุณวัฒน์<sup>2</sup>  
Lumphun Inkapakorn<sup>1,\*</sup> and Nilubon Kunnavattana<sup>2</sup>

Received : 17 January 2023, Received in revised form : 15 March 2023, Accepted : 20 March 2023

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ผ่านมา การวิเคราะห์การแปลงนโยบายการลดการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยสู่การปฏิบัติ รวมทั้ง การพัฒนาระดับการดำเนินงานเสริมลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป โดยแหล่งข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ ส่วนเครื่องมือที่ใช้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาจัดทำเป็นแนวทางประเด็นที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อในการนำเสนอผลการศึกษาในแต่ละส่วนต่อไป โดยใช้ตัวแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบบูรณาการ (Integrate Model)

ผลการศึกษาพบว่า 1) สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ผ่านมา ก่อนปี พ.ศ. 2557 พบว่า ส่วนใหญ่การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่มีความแตกต่างกัน และสาเหตุการตายทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดมากที่สุด รองลงมาคือ การคลอดก่อนกำหนด 2) กระบวนการนำนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 สู่การปฏิบัติ พบว่า กรมอนามัย เป็นหน่วยงานหลักและหน่วยงานอื่นๆ ร่วมในการผลักดันนโยบายลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการปฏิบัติโดยการชี้แจงนโยบายดังกล่าวให้หน่วยงานที่รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ได้รับรู้และเกิดการยอมรับนโยบาย และแปลงนโยบายสู่การจัดทำแผนลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะต้องมีสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานและบุคลากรต้องมีความพร้อมทุกด้าน รวมทั้งจะต้องมีหน่วยงานภายนอกและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงาน ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 พบว่า สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลง จาก 8.8 ในปี 2557 ลดลงเหลือ 7.0 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ทารกแรกเกิดตายลดลง จาก 3.7 ในปี 2557 เหลือ 3.0 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และ 3) การพัฒนาระดับและสถานการณ์การดำเนินงานเสริมในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า มีการยกระดับเดียวกับแนวทางการพัฒนา

<sup>1-2</sup> กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 11000

<sup>1-2</sup> Strategy and Planning, Office of The Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000

Corresponding author; E-mail: oeishi.fc@gmail.com \*



การจัดระบบบริการสำหรับลดการตายของเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี และการยกระดับการปรับปรุงคู่มือการสำรวจและการวินิจฉัยการตายมารดาที่มีผลกระทบต่อ การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายลดการตายของเด็กอายุ 5 ปี ทำให้มีความชัดเจนมอบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามารับผิดชอบผลักดันให้สู่เป้าหมายเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุข ควรแต่งตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามารับผิดชอบในการจัดทำฐานข้อมูลการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และการวินิจฉัยการตายของแม่ที่มีผลกระทบต่อ การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีงบประมาณมาสนับสนุนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** นโยบาย, การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี, การแปลงสู่การปฏิบัติ

### ABSTRACT

This qualitative research. The purpose of this study was to study the situation of child mortality under 5 years ago, to analyze the conversion of Thailand's policy to reduce child mortality under 5 years into practice. Including the development of additional operations to reduce the death of children under 5 years of age in order to make further policy recommendations. The source of information in this study was based on a review of relevant literature and research. and then categorized by purpose. As for the tools used from the review of relevant documents and research, they were used to create guidelines for relevant issues in line with each objective in presenting the study results in each section. using the Integrated Model

The results of the study showed that I) The situation of death of children under 5 years ago, before 2014, it was found that most of the deaths of children under 5 years old were not different. and the most common cause of infant mortality is lack of oxygen during childbirth, followed by premature birth. II) The process of implementing the policy to reduce the mortality of children under 5 years in Thailand during the years 2014-2021, it was found that the Department of Health is the main agency and other agencies. Participate in pushing for the policy to reduce the death of children under 5 years of age. The policy has been communicated to responsible agencies and staff at all levels to acknowledge and accept the policy. and transform the policy into a plan to reduce the mortality of children under 5 years old. There must be an environment conducive to operations and personnel must be ready in all aspects. In addition, there must be external agencies and communities to continuously participate in solving the problem of deaths of children under 5 years of age. From the performance during 2014-2021, it was found that the mortality rate of children under 5 years old decreased from 8.8 in 2014 to 7.0 per thousand live births. Neonatal deaths decreased from 3.7 in 2014 to 3.0 per thousand live births, and III) the development and the situation of supplementary operations to reduce the deaths of children under 5 years old were found to be raised. The same level as the guidelines for developing a service system for reducing the mortality of children under 5 years



of age and enhancing the improvement of the survey and diagnosis of maternal mortality that affects the mortality of children under 5 years of age. Policy recommendations government by the Ministry of Health There should be a policy to reduce the deaths of children aged 5 years, making it clear. Assign relevant agencies to take responsibility for pushing forward to achieve goals comparable to developed countries. and practical suggestions Ministry of Public Health Relevant agencies should be appointed to be responsible for creating a database of child mortality under 5 years of age and diagnosing maternal mortality that affects mortality of children under 5 years of age with financial support. earnestly and continuously.

**Keywords:** Policy, The mortality of children under 5 years, Converting analytics into action

## บทนำ

สืบเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพดีขึ้น อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยที่เปลี่ยนไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของสตรีให้พร้อมการเป็นแม่และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เต็มที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพที่ดี

จากนโยบายดังกล่าวข้างต้น ที่ผ่านมามีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นแกนหลักในการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี เช่น การส่งเสริมให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาสมวัย เป็นต้น (พรสิณี อรรถวิเศษ และคณะ, 2542) แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าสถานการณ์การรอดชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารก) ในประเทศไทย ช่วงปี 2557-2563 พบว่า อัตราการตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ที่ 3.7, 3.5, 3.5, 3.2, 3.3, 3.1 และ 2.9 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับองค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายให้ทุกประเทศลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ลงให้ต่ำกว่า 25 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ภายในปี 2573 ซึ่งถือได้ว่าประเทศไทยได้ดำเนินการบรรลุเป้าหมายตามที่องค์การสหประชาชาติกำหนดไว้ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วพบว่าอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทยก็ยังสูงกว่า 6-7 คนต่อการเกิดมีชีพพันคน ซึ่งคิดว่าประเทศไทยสามารถดำเนินการได้ในอนาคต แต่ต้องแก้ไขปัญห่อีกหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรผู้ให้บริการ แม่ผู้ให้กำเนิดลูก และการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการในทิศทางเดียวกัน ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ พบว่า ที่ผ่านมานโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติจะเน้นการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กมากกว่าการแก้ไขปัญหาการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยตรง ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่ตรงประเด็น นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาที่ยังคงอยู่มาจากการดำเนินงานที่ผ่านมาที่ยังไม่มีแนวทางหรือยกระดับการดำเนินงานที่ชัดเจนที่จะแก้ไขปัญหาการลดการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าจำเป็นที่ควรทบทวนสถานการณ์ ที่ผ่านมามีการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีปัญหาและสาเหตุมาจากอะไร ถ้าจะยึดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2567) ควรจะดำเนินการอะไรเสริมเพื่อลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้จริง



รวมทั้งถ้าจะพัฒนาระดับการดำเนินงานอะไรได้บ้าง เพื่อลดปัญหาดังกล่าวได้จริง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา วิเคราะห์นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ปี 2557-2564 แปรสู่การปฏิบัติขึ้น โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาคั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในปี 2566 และในปีถัดไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ผ่านมา การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงนโยบายการลดการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการพัฒนากระบวนกรดำเนินงานเสริมลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยที่ผ่านมา ก่อนปี พ.ศ. 2557 เกี่ยวกับการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและสาเหตุการตาย

ระยะที่ 2 เพื่อวิเคราะห์นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 แปรสู่การปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด คู่มือการสำรวจ

ระยะที่ 3 เพื่อพัฒนาระดับการดำเนินงานในการลดการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ คู่มือการสำรวจ และการวินิจฉัยการตายของแม่และเด็ก

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ เป็นรูปแบบวิธีการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากแหล่งข้อมูล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

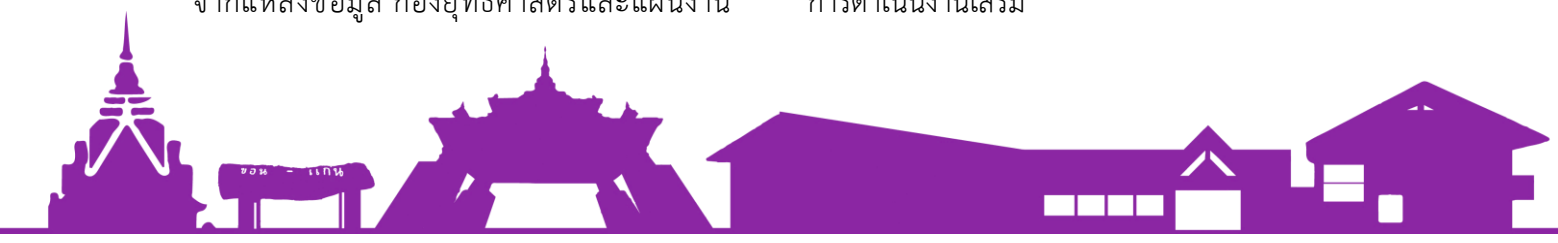
สำนักงานปลัดกระทรวง จากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย และกรมการแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก หน่วยงานกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบบูรณาการ (Integrate Model) เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาแทนการสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ก่อนปี พ.ศ. 2557 เกี่ยวกับการตายและอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สาเหตุการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ส่วนที่ 2 กระบวนการนำนโยบายลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกี่ยวกับนโยบายการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 และการนำนโยบายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สู่การปฏิบัติ โดยใช้ตัวแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบบูรณาการ (Integrate Model) ประกอบด้วย ประสิทธิภาพของแผนการยอมรับ การนำสู่การปฏิบัติ (สภาพแวดล้อมสมรรถนะองค์กร การนำและการมีส่วนร่วม และการเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อม)

ส่วนที่ 3 การพัฒนาระดับและสถานการณ์การดำเนินงานเสริมในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกี่ยวกับ แนวทางพัฒนาการจัดระบบบริการสำหรับการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พัฒนาปรับปรุงคู่มือการสำรวจและการวินิจฉัยการตายที่มีผลกระทบต่อ การตายของเด็ก และแนวทางการวินิจฉัยมารดาตายและสาเหตุการตาย และสถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หลังสิ้นสุดการยกระดับการดำเนินงานเสริม



## 2. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสาร ดังนี้

2.1 ความถูกต้อง (Authenticity) คือ เป็นเอกสารที่มาจากแหล่งเชื่อถือได้ มีความถูกต้อง สมบูรณ์ สอดคล้องกับบริบทของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

2.2 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) คือ เป็นเอกสารที่ปราศจากข้อผิดพลาดและการบิดเบือนข้อมูล

2.3 ความเป็นตัวแทน (Representativeness) คือ เป็นเอกสารที่สามารถแสดงรายละเอียดแทนเอกสารประเภทเดียวกันได้ รายละเอียดสามารถเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรตัวอย่างได้

2.4 ความหมายชัดเจน (Meaning) คือ เป็นเอกสารที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนัยสำคัญของการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ ไม่เคยมีการศึกษามาก่อน การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขั้นตอน ดังนี้

3.1 การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากอินเทอร์เน็ตจากหน่วยงานกรมการแพทย์ กรมอนามัย และสำนักงานปลัดกระทรวง เป็นต้น

3.2 ขอสนับสนุนข้อมูลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้แนวคิดจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอสนับสนุนข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ

นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังเข้าในระบบอินเทอร์เน็ต เพื่อค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาเพิ่มเติมทั้งในไทยและต่างประเทศ

3.3 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ภายหลังจากได้ข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาทบทวนทำความเข้าใจเนื้อหาแล้วแยกเป็นหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

4. การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ได้จากแหล่งข้อมูลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงได้จัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์แล้ววิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในลักษณะเชิงพรรณนาด้วยเหตุและผล

## สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ผ่านมาก่อนปี พ.ศ. 2557

1.1 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารก) พบว่า ในปี พ.ศ. 2538 อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารก) เท่ากับ 20.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ จากจำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมด 103,764 ราย และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารก) ตาย 2,116 ราย และอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารก) ในปี พ.ศ. 2539 เท่ากับ 20.7 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ จากจำนวนการเกิดมีชีพ 106,962 ราย และทารกตาย 2,216 ราย อัตราตายของทารกในปี พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2539 ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงอัตราตายทารก จำแนกตามปี พ.ศ. 2538-2539

ปี พ.ศ.	จำนวนการเกิดมีชีพ	จำนวนทารกตาย	อัตราตายทารก (ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)
2538	103,764	2,116	20.4
2539	106,962	2,216	20.7
รวม	210,726	4,332	





1.2 สาเหตุการตายทารก พบว่า สาเหตุการตายส่วนใหญ่ของทารกในปี พ.ศ. 2538 คือ ตายจากภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth asphyxia) ร้อยละ 23.3 หรืออัตราตายเท่ากับ 4.75 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ สาเหตุที่รองมาคือ การคลอดก่อนกำหนด (Prematurity) ร้อยละ 16.2 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 3.30 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ, ปอดบวม (Pneumonia) ร้อยละ 9.3 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 1.89 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ, โรคหัวใจ ร้อยละ 7.9 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 1.60 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ รูปร่างผิดปกติมาแต่กำเนิด (Congenital malformation) ร้อยละ 4.3 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 0.87 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ. 2539 รูปแบบของสาเหตุการตายของทารก ไม่แตกต่างไปจากปี พ.ศ. 2538 มากเท่าใดนัก โดยเฉพาะสาเหตุการตาย 3 ลำดับแรก ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด มีการตายร้อยละ 22.3 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 4.63 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ ร้อยละ 15.6 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 3.23 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ โรคหัวใจเท่ากับ ร้อยละ 8.8 หรืออัตราตายเท่ากับ 1.7 รูปร่างผิดปกติมาแต่กำเนิดเท่ากับ

ร้อยละ 3.8 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 0.79 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ และสาเหตุจากการติดเชื้อ เท่ากับร้อยละ 2.7 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 0.55 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ของแต่ละสาเหตุ การตายทารกระหว่างปี พ.ศ. 2538 และ 2539 พบว่า อัตราตายทารกเกิดทุกสาเหตุมีอัตราที่ลดลง โดยเฉพาะตายจากมาลาเรีย ยกเว้นการตายจากสาเหตุต่อไปนี้ที่มีอัตราเพิ่มขึ้น ได้แก่ การติดเชื้ออื่น ๆ (จาก 0.93 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เป็น 1.21 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ) สาเหตุจากโรคหัวใจ (จาก 1.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เป็นเท่ากับ 1.8 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ) สาเหตุจากเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบ ลมชัก (จาก 0.17 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เป็นเท่ากับ 0.28 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ) และสาเหตุจากการติดเชื้อ (จาก 0.42 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เป็นเท่ากับ 0.55 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ) มีอัตราที่เพิ่มขึ้น ยังมีสาเหตุการตายทารกที่ยังคงมีอัตราเท่าเดิม คือ สาเหตุจากอาการเฉพาะอุบัติเหตุ การเป็นพิษและความรุนแรง โรคเลือด และอวัยวะสร้างเลือด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุการตายของทารก จำแนกตามปี พ.ศ. 2538-2539

สาเหตุการตาย	พ.ศ. 2538			พ.ศ. 2539		
	จำนวน	ร้อยละ	อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ	จำนวน	ร้อยละ	อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ
รูปร่างผิดปกติมาแต่กำเนิด (Congenital malformation)	90	4.3	0.87	84	3.8	0.79
คลอดก่อนกำหนด (Prematurity)	343	16.2	3.31	346	15.6	3.23



ตารางที่ 2 (ต่อ)

สาเหตุการตาย	พ.ศ. 2538			พ.ศ. 2539		
	จำนวน	ร้อยละ	อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ	จำนวน	ร้อยละ	อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ
ภาวะการขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth asphyxia)	493	23.3	4.75	495	22.3	4.63
อาการเฉพาะ (Specific conditions)	24	1.1	0.23	23	1.0	0.22
การติดเชื้อ (Sepsis)	44	2.1	0.42	59	2.7	0.55
ปอดบวม (Pneumonia)	196	9.3	1.89	184	8.3	1.7
อุบัติเหตุ, การเป็นพิษ และความรุนแรง	52	2.5	0.50	57	2.6	0.53
มาลาเรีย (Malaria)	7	0.3	0.07	17	0.8	0.16
โรคของระบบทางเดินอาหารและลำไส้	14	0.7	0.13	12	0.5	0.11
โรคหัวใจ	167	7.9	1.6	194	8.8	1.8
โรคเลือด และชนิดอวัยวะสร้างเลือด	20	0.9	0.19	19	0.9	0.18
เยื่อหุ้มสมอง และไขสันหลัง โรคลมชัก	18	0.9	0.17	30	1.4	0.28
การติดเชื้ออื่น ๆ	97	4.6	0.93	129	5.8	1.21
สาเหตุอื่น ๆ	505	23.9	4.87	524	23.6	4.9
ไม่ทราบสาเหตุ	46	2.2	0.44	43	1.9	0.40
รวม	2,116	100	21.11	2,216	100	21.22

ระยะที่ 2 กระบวนการนำนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สู่การปฏิบัติ

2.1 นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข ช่วงปี 2557-2564 (ตารางที่ 3)



## ตารางที่ 3 นโยบายที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ปี	นโยบาย
2557-2558	- ยกระดับคุณภาพสตรีและเด็ก เพื่อให้แม่และเด็กมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสังคม - อัตราการตายทารก - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2559	- นโยบายลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก - อัตราการตายทารก - พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
2560-2561	- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตร ย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ - อัตราการตายทารก - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2562	- พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 มาตรา 5(1) ให้มารดาได้รับการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อให้บุตรที่อยู่ในครรภ์มีสุขภาพและพัฒนาการที่ดี - อัตราการตายทารก - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2563	- นโยบาย One province One MCH team (Provincial Network) : เน้นพัฒนาบุคลากร “พี่ช่วยน้อง” /มีเครือข่ายดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่ได้มาตรฐาน /ประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก - อัตราการตายทารก - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - นโยบาย “ทุกท้องต้องได้รับการดูแลโดยเครือข่ายที่มีมาตรฐาน” หญิงตั้งครรภ์ทุกรายลงทะเบียนประเมินความเสี่ยง Safe MOM
2564	- อัตราการตายทารก - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - ลดการตายมารดาคลอด

จากการศึกษานโยบายข้างต้น ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 พบว่า ไม่มีนโยบายในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยตรง แม้องค์การสหประชาชาติจะกำหนดตัวชี้วัดในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals (SDGs) ในเป้าหมายย่อยที่ 3.2 “ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกลงให้ต่ำต่อการเกิดมีชีวิต

1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573” ก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจาก ประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมายแล้ว แต่หากเปรียบเทียบกับประเทศที่ร่ำรวยหรือประเทศสิงคโปร์ข้างต้น ประเทศไทยยังมีอัตราการตายที่สูง

2.2 การน่านโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สู่การปฏิบัติ ดังนี้





1) ประสิทธิภาพของแผนพบว่า ความชัดเจนในการแปลงนโยบายเป็นแผนงานและยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการรองรับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ เป็นหลัก

จากนโยบาย “รัฐบาลสนับสนุนและส่งเสริมการเกิดเพิ่มขึ้นด้วยความสมัครใจ เพื่อเพียงพอสำหรับทดแทนประชากรและการเกิดทุกรายมีการวางแผน มีความตั้งใจและมีความพร้อมในทุกด้าน นำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” มีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ และกลุ่มเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีเป้าประสงค์ (1) เพื่อให้การเกิดทุกรายมีการวางแผน มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และได้รับการช่วยเหลือในการมีบุตร (2) เพื่อส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโต และมีการพัฒนาสมวัย

มีการวางกลไกการผลักดันติดตามประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์ เช่น (1) ผลักดันเป็นนโยบายแห่งชาติ โดยผ่านคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (2) ประสานนโยบายและยุทธศาสตร์ไปยังกลไกในทุกระดับ โดยเฉพาะคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ ระดับจังหวัด คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ และคณะกรรมการอื่นที่มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (3) จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับนโยบายและยุทธศาสตร์ (4) สร้างความรู้ ความเข้าใจในทุกภาคส่วน (5) วางระบบการติดตามประเมินผล เป็นต้น

2) การยอมรับ พบว่า กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ทำการประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ครึ่งแผน เมื่อปี 2564 พบว่าการรับรู้ของหน่วยงานและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในเรื่องที่เกี่ยวข้องตามบทบาทหน้าที่ยังมีการรับรู้ไม่ทั่วถึง แม้หน่วยงานที่รับผิดชอบจะมีการสื่อสาร ถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ข้างต้น โดยมีแผนปฏิบัติการฯ เพื่อให้การนำไปปฏิบัติชัดเจนแล้วก็ตาม

3) การนำไปปฏิบัติ พบว่าสภาพแวดล้อม การนำและการมีส่วนร่วม ยังไม่สามารถเอื้อต่อการนำไปปฏิบัติให้เกิดผลอย่างจริงจัง ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 รวมถึงมีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในส่วนสมรรถนะองค์กรและการเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อม พบว่า มีการดำเนินการในลักษณะเป็นงานประจำที่ยังมิได้เร่งรัดแก้ไขปัญหาย่างจริงจัง

2.3 สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยหลังนำนโยบายมาใช้

1) อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

จากสถิติ สาธารณสุขกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2565) พบว่า การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในช่วงปี 2557 - 2564 มีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีข้างต้น พบว่า กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จะมีจำนวนการตายมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จากจำนวนการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งหมด ส่วนการตายทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน) มีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี (ดังตารางที่ 4)



**ตารางที่ 4** จำนวนและอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพพันคน ปี พ.ศ. 2557-2564

ปี	กลุ่มอายุ					
	ต่ำกว่า 5 ปี		ต่ำกว่า 1 ปี		ทารกแรกเกิด ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน)	
	จำนวน (คน)	อัตรา/ร้อยละ	จำนวน (คน)	อัตรา/ร้อยละ	จำนวน (คน)	อัตรา/ร้อยละ
2557	6,277	8.8/ 1.5	4,615	6.5/ -	2,667	3.7/ -
2558	5,841	8.6/ 1.4	4,221	6.2/ 0.9	2,374	3.5/-
2559	5,860	8.8/1.2	4,233	6.4/0.9	2,364	3.5/-
2560	5,352	8.8/1.2	3,861	5.9/1.2	2,124	3.2/-
2561	5,302	8.4/1.1	3,800	6.0/0.8	2,044	3.3/-
2562	4,690	7.9/0.9	3,393	5.7/0.7	1,842	3.1/-
2563	3,960	6.6/0.8	2,876	5.1/0.6	1,648	2.9/-
2564	3,706	7.0/0.7	2,718	5.2/0.5	1,601	3.0/-

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2) สาเหตุการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า กลุ่มโรคที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิต ได้แก่ ภาวะบางอย่างที่ผิดปกติในระยะปริกำเนิด ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิดและโครโมโซมผิดปกติ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ: โรคปอดบวม กลุ่มโรคติดเชื้อและปรสิต : อาการท้องร่วง ภาวะขาดน้ำ อักเสบ: ติดเชื้อ/ โลหิตเป็นพิษ กลุ่มสาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย: อุบัติเหตุจากการขนส่ง/ อุบัติเหตุทางน้ำ: การจมน้ำ กลุ่มโรคมะเร็ง: ลิวคีเมีย (Leukemia)

สาเหตุการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 พบว่า ในภาพรวม ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ส่วนใหญ่ตายมาจากสาเหตุระยะปริกำเนิดมากที่สุด รองลงมา จากสาเหตุความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด เมื่อพิจารณาในแต่ละปีก็พบว่า ตายจากสาเหตุเหมือนกับภาพรวม

ส่วนการตายของเด็กอายุ 1-4 ปี ในภาพรวมพบว่า เด็ก 1-4 ปี ตายมาจากสาเหตุภายนอก เช่น อุบัติเหตุทางบกและทางน้ำ

มากที่สุด รองลงมา ตายของเด็ก 1-4 ปี มาจากโรคทางเดินหายใจ ปอดบวม เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาในแต่ละปีก็พบการตายของเด็ก 1-4 ปี ทำนองเดียวกับภาพรวม

### ระยะที่ 3 การยกระดับการดำเนินงานเสริมเพื่อลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมของปัญหาการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะทารกแรกเกิดในประเทศไทยที่สำคัญคือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนแต่กำเนิด ทารกความพิการแต่กำเนิดโดยเฉพาะโรคหัวใจพิการ รวมถึงปัญหาอื่น ๆ ในทารกแรกเกิด ทารกเหล่านี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ อาจเลี้ยงเสียชีวิตได้ ซึ่งเห็นว่าควรได้พัฒนาระดับการดำเนินงานเสริมเพื่อลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีโครงการเสริม ดังนี้

3.1 แนวทางการพัฒนาการจัดระบบบริการสำหรับลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี



### ประเด็นปัญหา

1) ทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

2) ระบบการรับและส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างสถานบริการยังไม่ได้มาตรฐานสากล

3) ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia)

3.2 แนวทางการจัดระบบบริการ พบว่า ควรดำเนินการดังนี้

1) ส่งเสริมให้ความรู้ให้เด็กผู้หญิงยุคใหม่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ตั้งครรภ์ในวัยที่เหมาะสม

2) ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ (Antenatal care) ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามเกณฑ์

3) สามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy) และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

4) ให้การดูแลเบื้องต้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

5) สามารถตรวจครรภ์โดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมระยะสั้นจากสูติแพทย์ (หรือมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน) เพื่อประเมินอายุครรภ์ ส่วนน้ำ ต่ำแหน่ง รวมทั้งลักษณะของรก และปริมาณน้ำคร่ำ

6) สามารถให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ทำคลอด และให้การดูแลหลังคลอดได้ตามมาตรฐาน

7) สามารถประเมินให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงขณะคลอดได้ เช่น Prolonged labor, Premature ruptured of membrane, Preterm labor เป็นต้น

8) สามารถให้การช่วยเหลือ (Neonatal resuscitation) ทารกแรกเกิดทุกรายได้อย่างเหมาะสม

9) สามารถตรวจติดตามทารกแรกเกิดอายุครรภ์ครบกำหนดเมื่ออายุครบ 7 วัน (Seven day) คัดกรองความผิดปกติ ให้คำแนะนำ รวมทั้งส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

10) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทารกที่ป่วยหนักหรือทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ <35 สัปดาห์ และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

11) สามารถตรวจหาความผิดปกติในทารกกลุ่มเสี่ยงได้ เช่น ROP, Hearing screening, Head ultrasound เพื่อประเมินภาวะ Intraventricular hemorrhage (IVH), periventricular leukomalacia (PBL)

12) ให้การดูแลเบื้องต้นทารกที่สงสัยว่ามีปัญหาโรคหัวใจและอยู่ในภาวะวิกฤต

3.3 พัฒนาปรับปรุงคู่มือการสำรวจและการวินิจฉัยการตายมารดาที่มีผลกระทบต่อทารกอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า อัตราการตายมารดา เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทารก 0.5 ปี เช่นกัน อีกทั้งยังสามารถแสดงถึงสถานการณ์ด้านการให้บริการสาธารณสุขอีกด้วย แต่เป็นที่ทราบกันดีว่ารายงานการตายมารดามักจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากในการวินิจฉัยสาเหตุการตายของหญิงในวัยเจริญพันธุ์ ยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่มาก ทำให้อัตราส่วนการตายมารดาต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ยังพบว่าการตายที่สำรวจได้ทั้งหมดเป็นการตายที่มีใบมรณบัตร แต่การวินิจฉัยโรคยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นการตายของมารดาสำหรับประเทศไทยจึงมีความเป็นไปได้ที่แต่ละจังหวัดสามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้งบประมาณหรือเวลายาวนาน แต่ในการที่แต่ละจังหวัดทำ อาจมีการดำเนินการที่แตกต่างกัน รวมทั้งอาจมีการตีความที่แตกต่าง กรมอนามัยจึงพิจารณาที่จะได้ทำ โดยนำวิธีการสำรวจข้อมูล



การตายตามแบบของ RAMOS (The Reproductive Age Mortality Survey) ซึ่งนับว่าเป็นวิธีการวัดการตายมารดาที่ดีที่สุดในการสำรวจอัตราส่วนมารดาตาย โดยการพิสูจน์และสืบสวนสาเหตุการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งจัดทำคู่มือสำหรับการศึกษากการตายเพื่อให้จังหวัดต่าง ๆ สามารถดำเนินการเองได้ อีกทั้งยังสามารถนำผลของทุกจังหวัดมารวมเป็นผลงานรวมของประเทศ และเป็นสากลที่สามารถนำไปเปรียบเทียบในระดับสากลได้ มีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

### 3.3.1 ขั้นตอนในการสำรวจ

พบว่า ณ ที่ว่าการอำเภอ/เขต หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือเทศบาล ควรมีผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1) ผู้แจ้งนับข้อมูล/ผู้รวบรวมข้อมูล เป็นผู้ตรวจสอบใบมรณบัตรทุกใบที่เป็นการตายระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2540 ถึง 31 ธันวาคม 2541 ไม่ว่าจะเป็นคนที่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดใดก็ตาม คัดมาเฉพาะเป็นการตายของหญิงอายุ 15-49 ปี ทุกคน ไม่ว่าจะแต่งงานแล้วหรือเป็นโสดก็ตาม แล้วคัดลอกข้อมูลชื่อนามสกุล อายุ วัน เดือน ปีที่ตาย ที่อยู่ สถานที่ตาย สาเหตุการตาย ลงในแบบสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี หลังจากนั้นจึงนับจำนวนการตายทั้งหมดเป็นจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ตายของจังหวัดนั้นๆ ส่วนแบบสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-19 ปี (MMR 1) แต่ละใบตรวจสอบสาเหตุการตาย ถ้าเป็นการตายจากอุบัติเหตุฆ่าตัวตาย หรือ ถูกฆ่าตาย มีอายุ 45-49 ปี และเป็นมะเร็งตาย ให้คัดออกเนื่องจากไม่ใช่แม่ตาย

- 1.1) ส่วนแบบสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี (MMR 1) ที่คัดการตายจากสาเหตุออกแล้วแยกสถานที่ตายเป็น 2 กลุ่มคือ ตายในสถานพยาบาลกับตายนอกสถานพยาบาล โดยถ้าเป็นการตายในสถานพยาบาลให้แยกตามสถานพยาบาลแต่ละแห่ง และส่งไปคืนข้อมูล

เพิ่มเติมจากสถานบริการ/โรงพยาบาลที่มีการตายเกิดขึ้น ถ้าเป็นการตายนอกสถานบริการให้ส่งแบบสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี (MMR 1) ให้ทีมผู้สืบค้นข้อมูลดำเนินการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติม

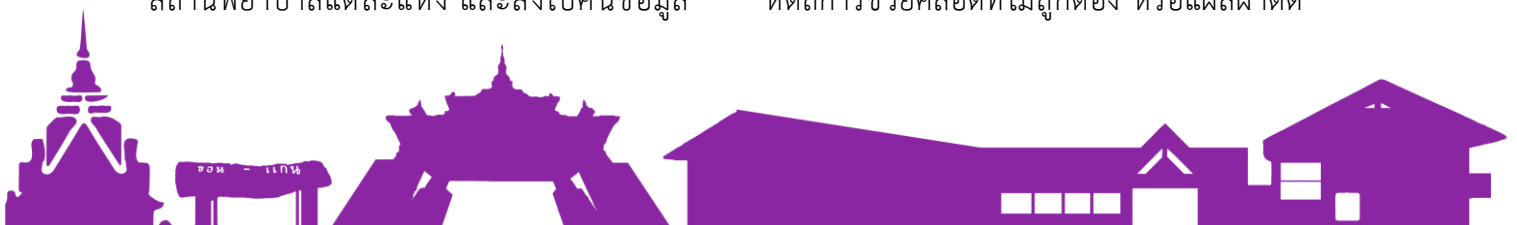
- 1.2) เมื่อได้รายชื่อชื่อนามสกุล ที่อยู่ อายุ ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สงสัยว่าเป็นมารดาตาย จากผู้แจ้งนับข้อมูล/ผู้รวบรวมข้อมูล ให้ติดตามไปที่บ้านผู้ตาย และสอบถามผู้ใกล้ชิดกับผู้ตายและทราบรายละเอียดอาการก่อนตาย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ MMR 2/1.6

- 2) ทีมผู้บริหาร ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทั้งจำนวนและรายละเอียดของข้อมูลที่ได้จากผู้เก็บข้อมูล และผู้สืบค้นข้อมูล เพื่อนำส่งให้สูติแพทย์วินิจฉัยต่อไป

### 3.4 แนวทางการวินิจฉัยมารดาตายและสาเหตุการตาย

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งสาเหตุการตายมารดาเป็นหลายสาเหตุ แต่ยังขาดรายละเอียดวิธีการจำแนกและบางสาเหตุยังซ้ำซ้อนกันอยู่ เพื่อให้การจำแนกสาเหตุการตายได้ถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงจัดทำรายละเอียดเพิ่มเติม การจำแนกสาเหตุการตาย ดังนี้

- 3.4.1 สาเหตุการตายโดยตรงทางสูติกรรม (Direct obstetric death) คือ การตายที่มีสาเหตุจากการตั้งครรภ์โดยตรง ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ได้แก่ ตกเลือดทางสูติกรรม (Obstetric hemorrhage) คือ การตกเลือดทั้งก่อนคลอดหรือหลังคลอดก็ได้ จนทำให้มารดาตาย ได้แก่ การตกเลือดจากการแท้งเอง การตกเลือดจากท้องนอกมดลูก (Ectopic pregnancy) การตกเลือดจากมดลูกไม่แข็งตัวหลังคลอดโดยไม่มีสาเหตุ (Uterine atony) รวมทั้งมดลูกแตก (Uterine rupture) ซึ่งไม่ใช่เป็นผลจากการคลอดติดขัด (Obstructed labour) เช่น จากการกระตุ้นคลอดอย่างรุนแรง การใช้หัตถการช่วยคลอดที่ไม่ถูกต้อง หรือแผลผ่าตัด



คลอดทางหน้าท้องจากครรภ์ก่อนแตก หรือแยก โดยมารดายังไม่รู้สึกเจ็บครรภ์ (Previous cesarean section wound rupture of dehiscence without labour)

3.4.2 การติดเชื้อ (Sepsis) ได้แก่ การติดเชื้อภายหลังการแท้งเอง หรือหลังคลอดก็ได้ ยกเว้นการติดเชื้อเป็นผลจากการทำแท้ง หรือเป็นผลจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดอย่างมาก หรือรุนแรง ซึ่งเป็นผลจากการคลอดติดขัด (Obstructed labour)

3.4.3 ความดันโลหิตสูง สาเหตุนี้ทำให้มารดาตายได้หลายรูปแบบ เช่น ชักจนหมดสติ ตกเลือดในสมองบวมมาก ตกเลือดจาก Coagulation defect หมดสติ การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ บางครั้งอาจจะไม่ชัดเจนเหมือนการชักจากการตั้งครรภ์ (Eclampsia) แต่ก็คงต้องยึดหลักคำนิยามของโรค ก็คือ ตรวจพบความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท มากกว่า 1 ครั้ง ขณะตั้งครรภ์หรือเมื่อมาฝากครรภ์ รวมทั้งระยะหลังคลอด

3.4.4 การคลอดติดขัด (Obstructed labour) สาเหตุนี้มักจะทำให้มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือด โดยเฉพาะมดลูกไม่หดตัว (Secondary uterine inertia) หรือการฉีกขาดของช่องทางคลอดอย่างมากจนกระทั่งมดลูกแตก ซึ่งเป็นผลจากการดูแลการคลอดอย่างละเลย (Neglected) หรือไม่ถูกต้อง รวมทั้งการใช้หัตถการช่วยคลอดอย่างยากลำบาก (Difficult operative delivery)

3.4.5 แท้งที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe abortion) สาเหตุนี้ทำให้มารดาตายได้จากการตกเลือดมากหรือการติดเชื้อได้ โดยมีประวัติมารดาไปทำแท้งมาก่อน

3.4.6 สาเหตุโดยตรงทางสูติศาสตร์อื่น ๆ ได้แก่ สาเหตุการตายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดโดยตรง ที่ไม่สามารถ

จัดไว้ในสาเหตุโดยตรงอื่น ๆ ได้แก่ สาเหตุจากผลแทรกซ้อนจากการให้ยาสลบ เป็นต้น

3.4.7 สาเหตุการตายโดยอ้อม (Indirect obstetric death) ได้แก่ การตายมารดาที่มีสาเหตุจากโรคที่มารดาเป็นมาก่อน หรือเป็นขึ้นขณะตั้งครรภ์ หรือขณะคลอด หรือหลังคลอด และมีอาการรุนแรงขึ้นจากสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ ที่พบบ่อยได้แก่ มารดาเป็นโรคหัวใจ

### อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่า การนำนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงได้เรื่อย ๆ ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วก็ยังถือว่ายังไม่ได้ตามเป้าหมายที่ควรจะเป็น ซึ่งอาจพบบ้างบ้างและต้นเหตุหลายๆ ประเด็น ผู้วิจัยเห็นว่าประเด็นที่สำคัญในการอภิปรายผล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ผ่านมา (ก่อนปี พ.ศ. 2557)

สำหรับการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า อัตราการตายของทารก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในช่วง พ.ศ. 2538-2539 มีอัตราการตายของทารกต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เท่ากับ 20.4 และ 20.7 ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกัน หรือปี 2539 มีการตายมากกว่าเล็กน้อย ซึ่งในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สามารถลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญการตายของมารดามากกว่าการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า การตายของมารดาจะส่งผลกระทบต่อ การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เช่นกัน จึงให้ความสำคัญการตายของมารดามากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะให้ความสำคัญการฝากครรภ์ของมารดาหรือวัยเจริญพันธุ์เป็นอันดับแรก ๆ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ (2565)





ได้ศึกษาสถานการณ์แนวทางการฝากครรภ์ในประเทศไทย พบว่า การฝากครรภ์จะช่วยทำให้อัตราการตายมารดาตกลงจาก 26.6 ลงมาเป็น 22.90 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในช่วงปี 2559-2563 และพบว่า จากการฝากครรภ์ 468 ราย ไม่พบทารกหรือเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดโริ่ชีพ ซึ่งตรงประเด็นนี้ผู้วิจัยเห็นว่า สิ่งที่ได้ดำเนินการที่ผ่านมา ให้บริการฝากครรภ์ 5 ครั้ง ยังไม่เป็นไปตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ และไม่สอดคล้องกับการแนะนำขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง เพื่อลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า ควรให้มีการพัฒนาระดับการให้บริการที่มีคุณภาพ มีความชัดเจนที่จะมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการอย่างจริงจังต่อไป

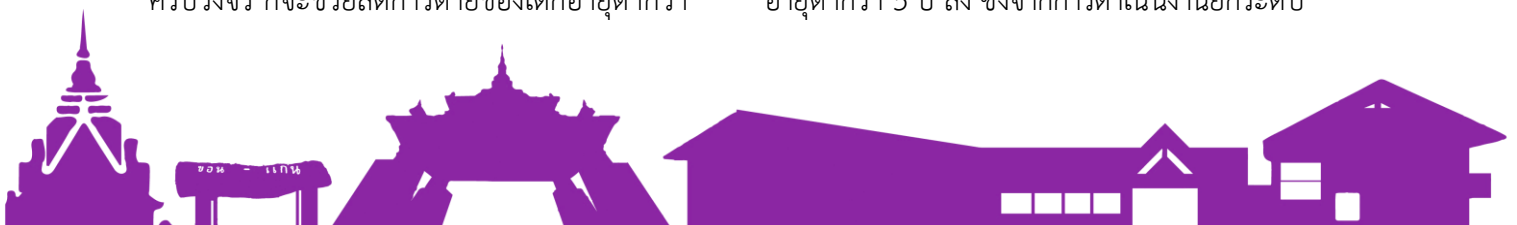
2. การนำนโยบายการลดการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สู่การปฏิบัติ

สำหรับนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 พบว่า นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 จะเน้นให้ความสำคัญการตายของทารกเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ได้เน้นที่ชั้นลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยตรง เช่นเดียวกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นโยบายเหล่านี้ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่าเป็นนโยบายส่งเสริมระบบบริการให้มีคุณภาพ และผู้มาใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน จะส่งผลให้การคลอดทุกรายเกิดรอดปลอดภัยทั้งแม่และลูก สิ่งเหล่านี้ผู้วิจัยเห็นว่า ถ้าสามารถให้บริการแบบครบวงจรตั้งแต่ระยะก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และที่สำคัญบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรได้รับการอบรมการให้บริการแบบครบวงจร ก็จะช่วยลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า

5 ปี ลงได้แน่นอน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีบุคลากรบางส่วนยังไม่เข้าใจทิศทางการบริการแบบคุณภาพ ยังให้บริการแบบเดิม ๆ อาจทำให้แม่มีความเสี่ยงเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำผึ้ง กลิ่นดั่ง (2557) ที่ได้ศึกษาข้อมูลมารดาและทารกกำเนิดในเขตสุขภาพที่ 4 และ 5 ปี 2554 พบว่า สาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่มาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และจะส่งผลให้ทารกตายแบบปริกำเนิด ส่วนใหญ่มาจากการตายเป็อยยู่ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และคณะ (2552) ได้สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับทารกคลอดตายจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2548-2550 พบว่า การตายของทารกปริกำเนิดเกิดจากการตายเป็อยยู่เป็นอันแรกถึงร้อยละ 35.47, 35.53 และ 41.56 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์ส ลิ้มทองนพคุณ (2546) ที่พบว่า การตายของทารกเป็อยยู่ คิดเป็นร้อยละ 37.44 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของทารกเกิดมีชีพ มีสาเหตุมาจากผู้ให้บริการทำคลอดขาดความรู้ความเข้าใจในการนับลูกด้น และแม่ไม่สามารถประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ได้ เป็นผลให้ทารกตายในครรภ์จนกระทั่งเป็อยยู่ ดังนั้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้บริหารควรให้ความสำคัญคือ เน้นนโยบายอย่างเคร่งครัด โดยการให้บุคลากรทุกคนที่ให้บริการในห้องคลอดได้มีความรู้ ให้ความสำคัญของการด้นและการปฏิบัติตัวของมารดาเมื่อจำนวนการด้นลดลง การสังเกตการด้นแล้วบันทึกข้อมูลลงบนแผ่นบันทึกในสมุดสีชมพู ซึ่งจะช่วยลดการตายของทารกหรือเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงได้

3. การพัฒนาระดับการดำเนินงานในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

สืบเนื่องมาจากการดำเนินงานตามนโยบายสู่การปฏิบัติ ยังพบปัญหาอุปสรรคหลาย ๆ ด้าน ทำให้ต้องดำเนินการเสริมในประเด็นที่ยังมีปัญหายู่ เพื่อลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลง ซึ่งจากการดำเนินงานยกระดับ





การให้บริการทำคลอด เช่น คู่มือการฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข แนวทางเฝ้าระวัง มารดาเสียชีวิต หรือปรับระบบบริการคุณภาพ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้บ่งชี้ให้เห็นว่า นโยบายต่าง ๆ ที่นำมาสู่การปฏิบัตินั้นอาจเป็นแก่นามธรรม ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในทางปฏิบัติได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยมองว่าควรยกระดับการให้บริการโดยการ พัฒนาระบบบริการห้องคลอดให้มีการบริการที่ จับต้องได้ เช่น จัดทำโครงสร้างห้องคลอดเสริม ทักษะให้กับบุคลากรห้องคลอด จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ให้เพียงพอและเหมาะสมกับการให้บริการ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้ทีมบุคลากรเหล่านี้มีแนวทางการ ให้บริการทำคลอดแบบมีอาชีพ ลดความเสี่ยง การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงได้ ก็สอดคล้อง กับการศึกษาของประพนธ์ เครือเจริญ (2551) และ อนุวัฒน์ ศุภชุตikul พบว่า การปรับโครงสร้าง ห้องคลอด ประกอบด้วย ทรัพยากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรที่มีคุณภาพ งบประมาณ รวมทั้งรูปแบบการจัดการ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยช่วยให้การทำคลอดดีขึ้น เป็นการปรับนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอดให้เหมาะสมและมีคุณภาพ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ ท่าน เช่น การศึกษาของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (2541) การศึกษาของบุญเอื้อ ชมบุญ (2546), พรณี อีระบุญชัยกุล (2545) วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (2545) พรเพ็ญ วิระ รังสียากรณ์ (2544) และพิริยา ศุภศรี (2546) เป็นต้น พบว่า ผู้ทำคลอดดูแลผู้คลอดที่เหมาะสม ตามระยะการคลอด รวมทั้งการพัฒนาแนว ทางการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ให้ได้ มาตรฐาน มีคุณภาพ ตามนโยบายดังกล่าว ผู้วิจัย จึงเห็นว่า รัฐบาลควรประกาศเป็นนโยบาย สาธารณะที่ชัดเจนและปฏิบัติได้ เพื่อให้ ประชาชนเป้าหมายได้รับสิทธิและเข้าถึงบริการ อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งเพิ่มมาตรการลดการ ตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างต่อเนื่องและ

จริงจัง ซึ่งเรื่องดังกล่าวเป็นการวัดดัชนีการพัฒนา ประเทศและการลงทุน

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

##### 1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) รัฐบาลควรแสดงเจตนารมณ์ และมุ่งมั่นในการประกาศนโยบายการลดการตาย ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้จริง และมอบหมายให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการต่อไป

2) รัฐบาลควรมอบหมายให้ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนหลัก ผลักดัน นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ชัดเจน และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็น เครือข่ายเข้ามารับผิดชอบร่วมผลักดันไปสู่ เป้าหมายเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว

3) กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมอนามัย ควรทำกรอบแนวทางการดำเนินงาน ในลักษณะแผนแม่บทแบบบูรณาการผสมผสานให้ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการขับเคลื่อนให้เป็น รูปธรรมชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละ หน่วยงานในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้จริง อย่างต่อเนื่อง

##### 1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) กระทรวงสาธารณสุข ควร แต่งตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบในการจัดทำ ฐานข้อมูลการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และ การวินิจฉัยการตายของแม่ที่มีผลกระทบต่อ การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีการสนับสนุน งบประมาณ สนับสนุนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2) กระทรวงสาธารณสุขและ หน่วยงานภายนอก เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของ มนุษย์ เป็นต้น ควรจัดทำคู่มือหรือแนวทางการ ดำเนินตามนโยบาย โดยการประชาสัมพันธ์และ ร่วมชี้แจงให้กับบุคลากรทุกระดับได้รับรู้ นำไปสู่ การปฏิบัติได้จริง



3) ควรให้กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งรายงานความก้าวหน้า สถานการณ์และ ปัญหาอุปสรรค เสนอให้ทุกหน่วยงานได้รับรู้เพื่อ เป็นบทเรียนในการแก้ไขปัญหาการตายของเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ได้จริง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

1) ควรมีการประเมินผลการดำเนินงาน ในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และ ปัญหาอุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขการ ตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้จริง

2) ควรให้ทุกหน่วยงานทั้งในและ นอกกระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการ จัดการฐานข้อมูลการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่น่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับของทุกหน่วยงาน

### เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *นโยบายและ ยุทธศาสตร์ การพัฒนาอนามัยการเจริญ พันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2560-2569) ว่า ด้วย การส่งเสริมการเกิดและการ เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ*. นนทบุรี: ไม่ได้ตีพิมพ์.
- คำรัส ลิ่มทองนพคุณ. (2546). การตายของ ทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ปีงบประมาณ 2542-2546. *วารสาร การแพทย์เขต 6-7*, 23 (12) : 99-105.
- น้ำผึ้ง กลิ่นดวง. (2557). การศึกษาข้อมูลการตาย ของมารดาและทารกปริกำเนิดในเขต สาธารณสุขที่ 4 และ 5 ปี 2554. ศูนย์ อนามัยที่ 4 ราชบุรี กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข.

บุญเอื้อ ชมบุญ. (2546). *การสร้างมาตรฐานการ พยาบาลผู้คลอดปกติ*. (ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลแม่และเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประพนธ์ เครือเจริญ. (2551). การประเมินผล การพัฒนาระบบบริการห้องคลอด โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(2) : 1253-1264

พรเพ็ญ วิระรังษิยาภรณ์. (2544). *การสร้าง มาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดปกติใน ระยะที่ 2, 3 และ 4 ของการคลอด*. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) บัณฑิต วิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรรณี อีระบุญชัยกุล. (2545). *การสร้าง มาตรฐานการวางแผนจำหน่ายทารก คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา*. (ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ และคณะ. (2565). การ วิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการฝาก ครรภ์ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข*, 31(5) : 809-825

พริยา ศุภศรี. (2540). *การพยาบาลในระยะคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาการ พยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิไลพรรณ สวัสดิพานิชย์. (2545). *การพยาบาล มารดาหลังคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี : โรงพิมพ์ศรีศิลป์การพิมพ์.



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

(2541). *Simplicity in a Complex System*

*แนวคิดและประสบการณ์สำหรับโรงพยาบาล.*

(ม.ป.ป.). นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและ

รับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล และคณะ. (2552).

*การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและ*

*ทารกแรกคลอด. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

*และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.*

นนทบุรี : ไม่ได้ตีพิมพ์

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.

(2543). *คุณภาพของระบบสุขภาพ.*

(ม.ป.ป.). นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข.

