

ผลงานด้านวิชาการและการวิจัย

กลุ่ม/งาน กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก งานมารดาและทารก

ชื่อ-นามสกุล : นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข

ชื่อผลงานวิชาการ/งานวิจัย : บทวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2562

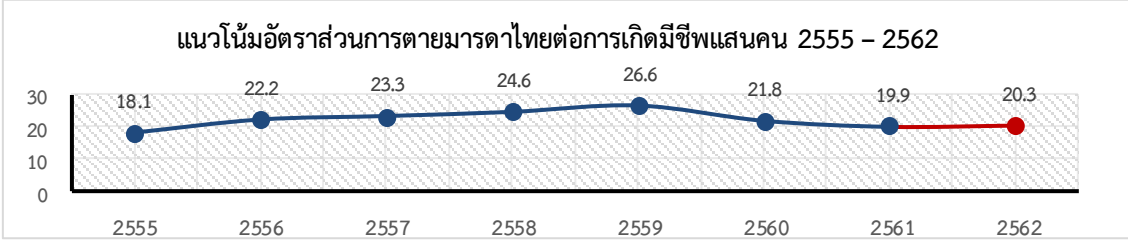
วันที่เผยแพร่/นำเสนอผลงาน : 2020-01-09

ช่องทางการเผยแพร่ : (1) เว็บไซต์กรมอนามัย <https://www.anamai.moph.go.th/>

(2) เว็บไซต์สำนักส่งเสริมสุขภาพ

[http://hp.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=2486&filename=1\\_1](http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2486&filename=1_1)

บทวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2562

KPI	อัตราส่วนการตายมารดา
Level	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน <sup>(1)</sup>
Trend	แนวโน้มลดลง ปี 2555 -2562 <sup>(2)</sup> 
Compare	อัตราส่วนการตายมารดาไทย (MMR Thailand) <sup>(3)</sup> ในปี 2015 ต่ำเป็นอันดับ 3 ของ ASEAN (26 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) รองจากประเทศ สิงคโปร์ (7ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) และมาเลเซีย (25 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)
Integrate	เป็นเครื่องชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย และเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลกในอีก 15 ปี ข้างหน้า (ลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573)
สรุปปัญหา	อัตราการตายมารดาไทยยังไม่บรรลุเป้าหมายของประเทศไทยที่กำหนด <sup>(4)</sup>
<b>Demand side</b>	
Time	ปีงบประมาณ 2562 เดือนกุมภาพันธ์ 2562 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 39.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งถือว่ามากที่สุดในปีงบประมาณ 2562 รองลงมาได้แก่เดือน ตุลาคม 2561 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 38.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเดือนที่มีอัตราส่วนการตายน้อยที่สุดได้แก่เดือน พฤษภาคม เท่ากับ 8.7 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
Place	ในปีงบประมาณ 2562 จำแนกอัตราส่วนการตายมารดาตามรายเขตบริการสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เขตบริการสุขภาพที่ 12 (41.9) รองลงมาคือ เขตบริการสุขภาพที่ 3 (25.4), เขตบริการสุขภาพที่ 8 (24.6) ตามลำดับ และเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายน้อยที่สุดคือ เขตบริการสุขภาพที่ 10 (5.4) <sup>(5)</sup>
สาเหตุ	1. ปีงบประมาณ 2562 Direct cause ร้อยละ 56 Indirect cause ร้อยละ 36 Unknown ร้อยละ 8 สาเหตุการตายหลัก ตกเลือด (กลุ่มที่ 3 Obstetric haemorrhage) จำนวน 26 รายจากการตายทั้งหมด (113 ราย) รองลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง (กลุ่มที่ 2 Hypertensive disorders in

	pregnancy, childbirth, and the puerperium) จำนวน 14 ราย จากการตายทั้งหมด (113 ราย) <sup>(5)</sup> 2. สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) พบมากที่สุด จากการติดเชื้อ จำนวน 8 ราย ในจำนวนนี้เกิดจากไข้หวัดใหญ่ 2 ราย รองลงมาคือโรคหัวใจ จำนวน 7 ราย โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ราย <sup>(5)</sup>
<b>Supply side</b>	
<b>การจัดบริการ</b>	ปัญหา 3 Delay Delay ที่ 1 เข้ารับบริการล่าช้า (Delay in seeking care) ร้อยละ 58.1 Delay ที่ 2 การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 5.4 Delay ที่ 3 การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ 83.6 แบ่งเป็น - เกิดจากศักยภาพบุคลากรร้อยละ 89.4 - เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือดร้อยละ 45.6
<b>ข้อมูล</b>	จากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR : Maternal Death Surveillance and Response)
<b>บุคลากร</b>	ศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่ แพทย์และพยาบาลจบใหม่ยังขาดทักษะในด้านภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
<b>เทคโนโลยี</b>	1. ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. CE Online 3. โครงการ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก 4. นิเทศติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง - กรมอนามัย - ตรวจราชการ
<b>การสกัดองค์ความรู้</b>	
Key message ต้องเป็นการประชุมเพื่อสกัดความรู้ทั้ง จาก Knowledge D + Knowledge E เพื่อให้ได้ Knowledge $\Sigma$ เพื่อนำ Key message มาเขียนข้อเสนอแนะ	
<b>ข้อเสนอแนะ</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดปัจจัยเสี่ยง สื่อสารสร้างความตระหนักรู้ของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ส่งเสริมการฝากท้องเร็ว / สร้างกระแสสังคมการดำเนินงานก้าวหน้าเพื่อสร้างลูก / ยกย่องความรู้ภาคประชาชน</li> <li>พัฒนาศักยภาพบุคลากร อบรม/ฝึกซ้อมสถานการณ์ทางสูติกรรมอย่างน้อยปีละครั้ง</li> <li>พัฒนาระบบบริการ คลินิกฝากครรภ์คุณภาพ ห้องคลอดคุณภาพ</li> <li>พัฒนาเครือข่ายและระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด Zoning &amp; Network</li> <li>พัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังมารดาตายที่มีประสิทธิภาพ</li> <li>ระบบบริหารจัดการทรัพยากรตามบริบท</li> </ol>	

หมายเหตุ:

- (1) เป้าหมายรอบ 6 เดือนแรก อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- (2) พ.ศ.2555-2561 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
พ.ศ.2555-2561 จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- (3) Compare some SDGs Goal among ASEAN Countries in the year 2015 : ASEAN Secretariat
- (4) เป้าหมายประเทศไทย : ลดอัตราส่วนการตายมารดาไทยให้ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนภายในปี 2565  
เป้าหมาย SDGs : ลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573
- (5) ระบบเฝ้าระวังการตายมารดาไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
- (6) Estimate of maternal mortality Ratio by statistic modeling : WHO , Unicef ,UNFPA ,World Bank ,UN Population Division and

## บทวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2562

### แนวโน้มการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยในปัจจุบัน (Trend)

ในปี พ.ศ. 2559 กรมอนามัย ได้จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดาเชิงรุกขึ้น และได้กำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาในระยะสั้นช่วง 5 ปีแรกขึ้น โดยมีการกำหนดมาตรการและเป้าหมายการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานดังนี้

ช่วงที่ 1 ปีงบประมาณ 2560-261 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

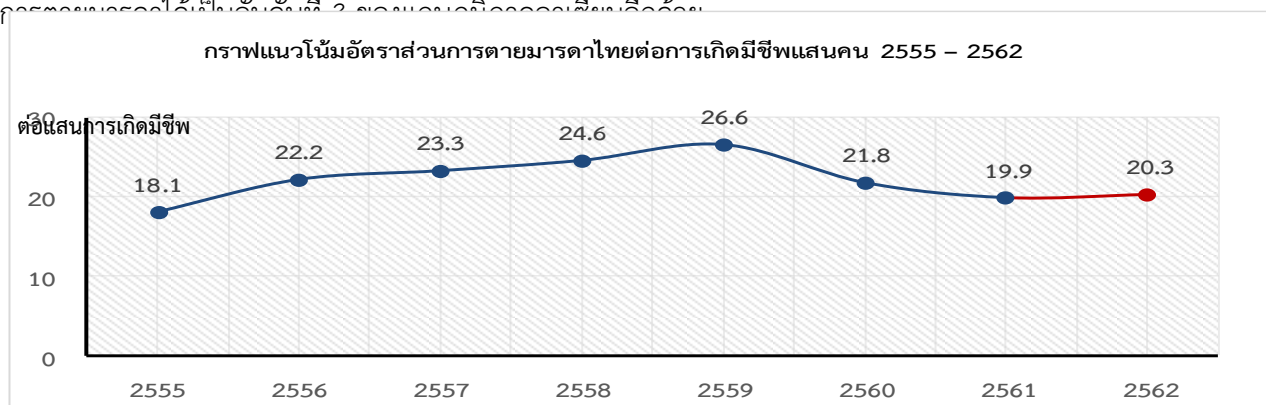
ช่วงที่ 2 ปีงบประมาณ 2562-2563 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ช่วงที่ 3 ปีงบประมาณ 2564 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ช่วงที่ 4 ปีงบประมาณ 2565 อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

และจากการกำกับติดตามงานอย่างเข้มข้นและมีระบบที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผลการดำเนินงานในช่วงที่ 1 อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมาอย่างเห็นได้ชัด

ถึงแม้ที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของประเทศไปได้ก็ตาม (อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) แต่ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาอัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มลดลง โดยอัตราส่วนการตายมารดาลดลงจาก 44.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 18.1 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี 2555 ซึ่งลดต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่กำหนดไว้เท่ากับ 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน นอกจากนี้เมื่อเทียบกับในระดับภูมิภาคอาเซียน ประเทศไทยสามารถป้องกัน



พ.ศ.2552 จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

Compare Some SDGs Goal among ASEAN Countries in the year 2015

	MMR/ 100,000 LB	Birth Attend%	Teenage Birth*	EBF % **	IMR / 1,000 LB	5UMR/ 1,000 LB	Forest Area %	Improved water %	Sanitation Facility %
Brunie	60	100	11.4	na	9	3	75	100	87
Cambodia	170	89	57.0	72	27	35	49	59	62
Indonesia	305	92	40.1	41	22	26	51	71	62
Lao	357	37	75.6	27	57	86	42	76	71
Malaysia	24	99	11.5	na	7	8	55	95	100
Myanmar	180	77	36.0	23	39	52	43	na	na
Philippines	221	87	57.0	na	23	31	23	86	94
Singapore	7	100	2.7	na	2	3	23	100	100
Thailand	25	100	51.0	12.3	6	9	32	97	100
Viet Nam	69	90	30.1	18	15	22	41	93	84
ASEAN	197	91	na	na	20	26	45	81	78

Source : ASEAN Secretariat

ตัวอย่าง MMR = อัตราแม่ตาย ,LB=Lived Birth ,IMR อัตราทารกตาย ,U5MR=อัตราตายเด็กอายุ < 5 ปี, Birth attend = Birth attend by skill health personnel ,Forest =พื้นที่ป่าไม้ ,Sanitation = Improved sanitation facility

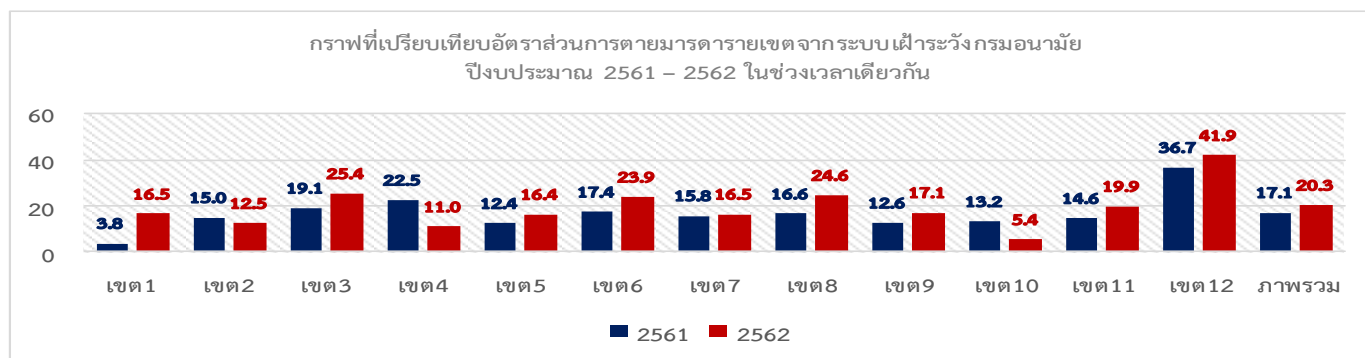
\* Teenage = Teenage Birth rate / 1,000 women 15-19 years in the year 2018 Source from WHO

\*\* EBF = Exclusive Breast Feeding in 6 month Source MICS Survey 2008-2012

## 1. Demand

### สถานการณ์การตายมารดาในประเทศไทยจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย (Distribution)

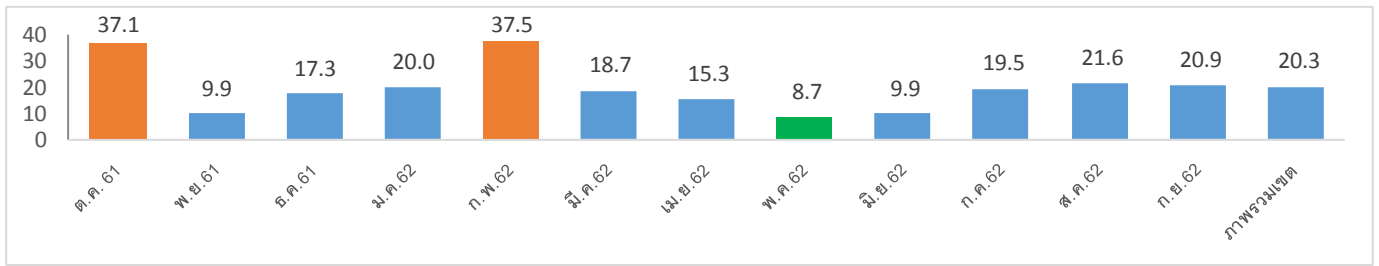
จากการติดตามข้อมูลและสถานการณ์การตายมารดาอย่างต่อเนื่องพบว่า ในปีงบประมาณ 2562 พบการตายมารดาจำนวนทั้งสิ้น 113 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 20.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเมื่อนำข้อมูลการตายมารดาปีงบประมาณ 2561 เทียบกับ ปี 2562 พบว่าเขตบริการสุขภาพที่ 1 2 4 5 7 และ 10 มีอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด แต่มีเพียงเขตบริการสุขภาพที่ 2 4 และ 10 ที่สามารถลดอัตราการตายมารดาลงจากปีที่ผ่านมาได้



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

และเมื่อนำข้อมูลการตายมารดาทั้ง 113 ราย ในปีงบประมาณ 2562 มาทำการวิเคราะห์แบบรายเดือนพบว่า ในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 เพียงเดือนเดียวอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 39.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงการตายมารดาสูงสุดในปีงบประมาณ 2562 รองลงมาได้แก่เดือน ตุลาคม 2561 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 38.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาน้อยที่สุดได้แก่เดือน พฤษภาคม เท่ากับ 8.7 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

กราฟอัตราส่วนการตายมารดาจำแนกรายเดือน ปีงบประมาณ 2562 (ต.ค.62-ก.ย.62)



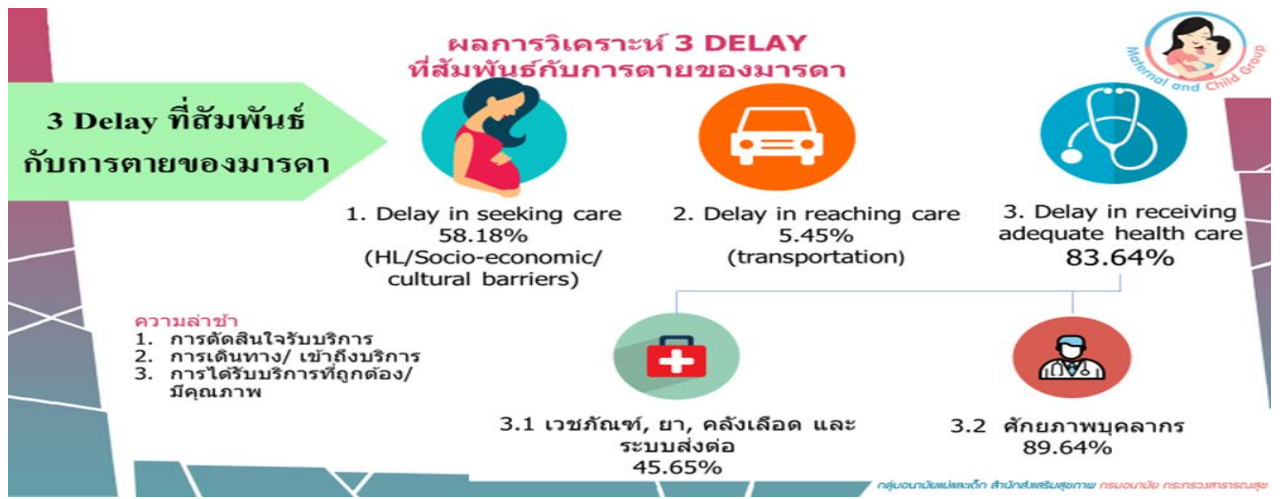
## ปัจจัยสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดการตายมารดา

### สาเหตุการตายมารดา

ผลจากการศึกษาและวิเคราะห์การวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาปีงบประมาณ 2562 (ต.ค.61-ก.ย.62) พบว่ามีมารดาตายจำนวน 113 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 20.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุการตายของมารดาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562 มารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรงร้อยละ 56 และจากสาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 36 นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นการตายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุ ร้อยละ 8 จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายมารดารายบุคคลพบว่าการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ยังคงเป็นสาเหตุจากการตกเลือด (กลุ่มที่ 3 Obstetric heamorrhage) จำนวน 26 ราย รองลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง (กลุ่มที่ 2 Hypertensive disorders in pregnancy, childbirth, and the puerperium) จำนวน 14 ราย และพบมารดาเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน 5 ราย Amniotic fluid embolism จำนวน 4 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด จากการติดเชื้อ จำนวน 8 ราย ในจำนวนนี้เกิดจากไข้หวัดใหญ่ 2 ราย สาเหตุรองลงมาคือโรคหัวใจ จำนวน 7 ราย โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ราย

### ปัจจัยสัมพันธ์กับการตายมารดาจากการวิเคราะห์ ปัญหา 3 Delay

- พบการตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า (Delay in seeking care) ร้อยละ 58.1 เช่นฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่ฝากครรภ์เลยเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ
- การเดินทาง/การเข้าถึงบริการ (Delay in reaching care) ร้อยละ 5.4 ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเดินทางอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี (transportation)
- การได้รับบริการที่ถูกต้อง/มีคุณภาพ (Delay in receiving adequate health care) ร้อยละ 83.6 ดังนี้
  - a. ร้อยละ 89.4 เกิดจากศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน ขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด การโยกย้ายบุคลากร หรือเปลี่ยนงานใหม่
  - b. 45.6 เกิดจากเวชภัณฑ์, ยา, คลังเลือด ปัญหาในการบริหารยา เวชภัณฑ์ ระบบเลือดสำรองและสารน้ำทดแทนที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งต้องใช้ถุงตวงเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว



จากการรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดา ข้างต้นได้สะท้อนถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ มีการคืนข้อมูลสถานการณ์และรายงานผลการดำเนินงานเชิงรุกให้แก่หน่วยงานได้รับรู้เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทางการวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ตลอดจนการกำหนดนโยบายและมาตรการ พร้อมทั้งวางแผนเพื่อบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การป้องกันและลดการตายมารดาจำเป็นต้องมีการทบทวนสาเหตุการตายมารดา เพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามบริบทของพื้นที่ เน้นการจัดการรายบุคคลโดยเฉพาะระบบคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม โรคทางอายุรกรรม และทบทวนระบบการดูแลรักษา พร้อมทั้งนำเสนอผลการเฝ้าระวังให้กับผู้บริหารกรมอนามัยทุกเดือน เพื่อรับรู้ รับทราบ และบริหารจัดการ ก่อให้เกิดการเรียนรู้สู่การปฏิบัติและพัฒนา อันนำไปสู่การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ให้ข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และให้การสนับสนุนตามภารกิจของกรมอนามัย

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยสัมพันธ์ด้านอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดการตายมารดา คือ ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จากการศึกษารายบุคคลมารดาในปีงบประมาณ 2562 พบว่าการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ล่าช้าถึงร้อยละ 58.1 ความล่าช้าดังกล่าวเกิดจากการเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง หรือไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความรู้ ความเข้าใจ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม ความเชื่อ คิดว่าการตั้งครรภ์ไม่ใช่ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ครอบครัวสามีไม่ตระหนักที่จะช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการ นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการเดินทางเพื่อมารับบริการซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการเดินทาง อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี เป็นต้น การเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาอาจจะมีตัวแปรที่สำคัญบางตัวขาดหายไป ปัจจุบันกรมอนามัยยังมีการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์สถานการณ์ และนำเสนอในเวทีผู้บริหารทุกเดือน และได้มีการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการตายมารดาเพิ่มเติมในปี 2563 อันจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการพัฒนาต่อไป