



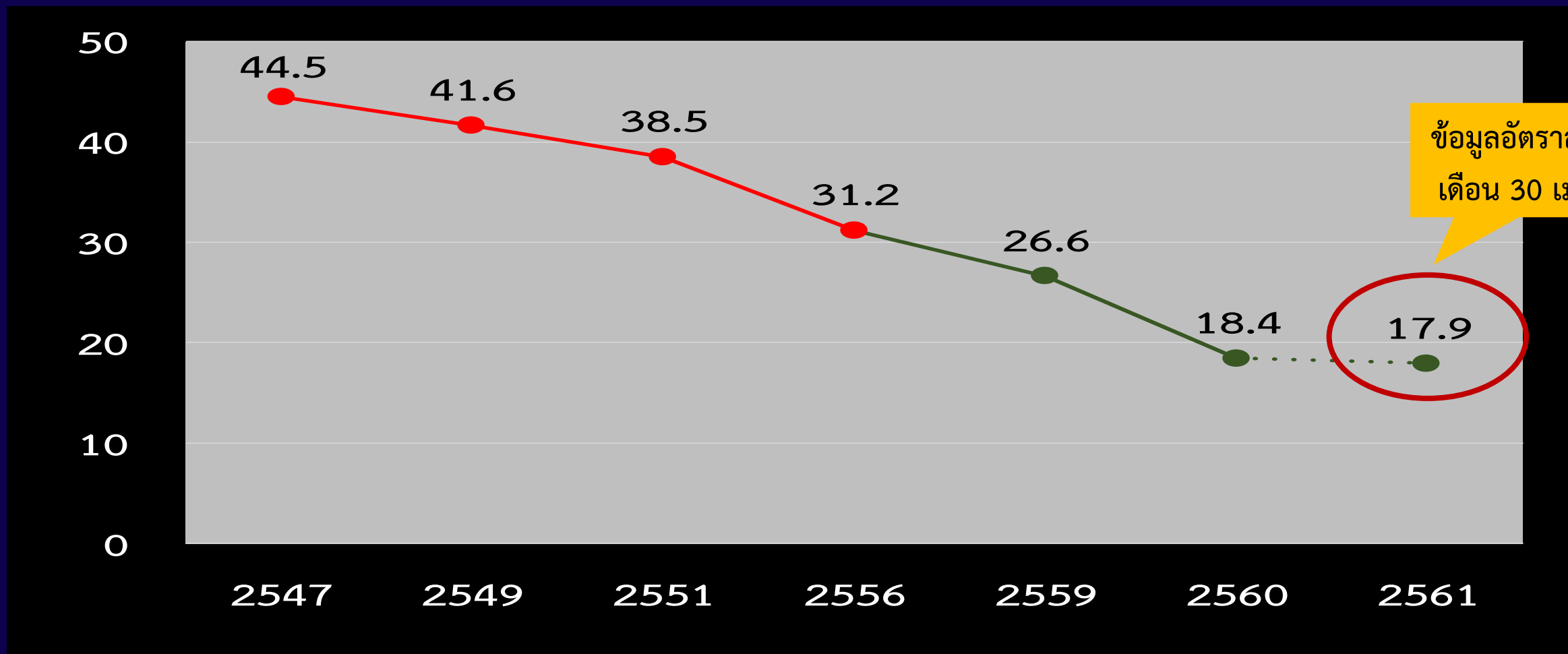
# ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา

วันที่ 22 พฤษภาคม 2561

โดย สำนักส่งเสริมสุขภาพ



# แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดา



## แหล่งข้อมูล

\* เกิดมีชีพ ต.ค.60 - เม.ย.61 เท่ากับ 352185 คน (ไม่รวม กทม.) : กลุ่มงานทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

\* จำนวนมารดาตายเดือน ต.ค.60 - เม.ย.61 เท่ากับ 63 คน (ไม่รวม กทม.) : ศูนย์อนามัยที่ 1-12

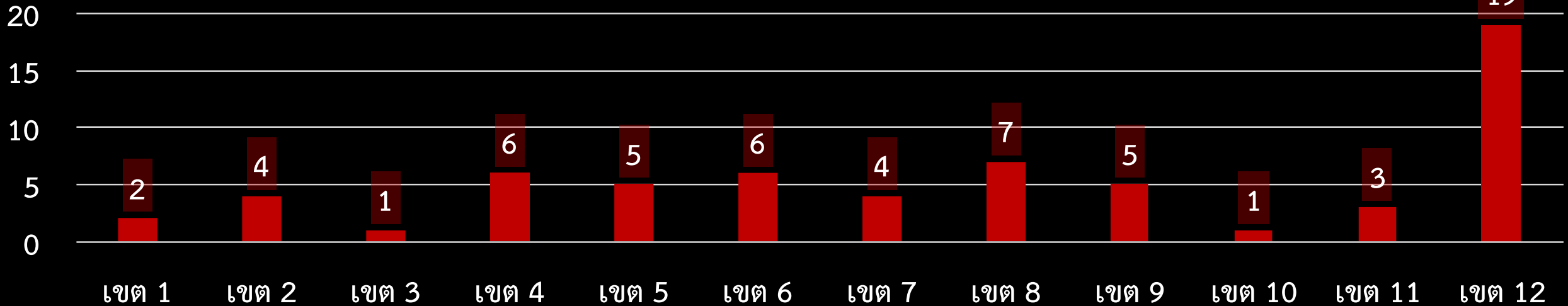
(MMR ประเทศ = 17.9)

## อัตราการตายมารดาเดือน ต.ค.60 - เม.ย.61

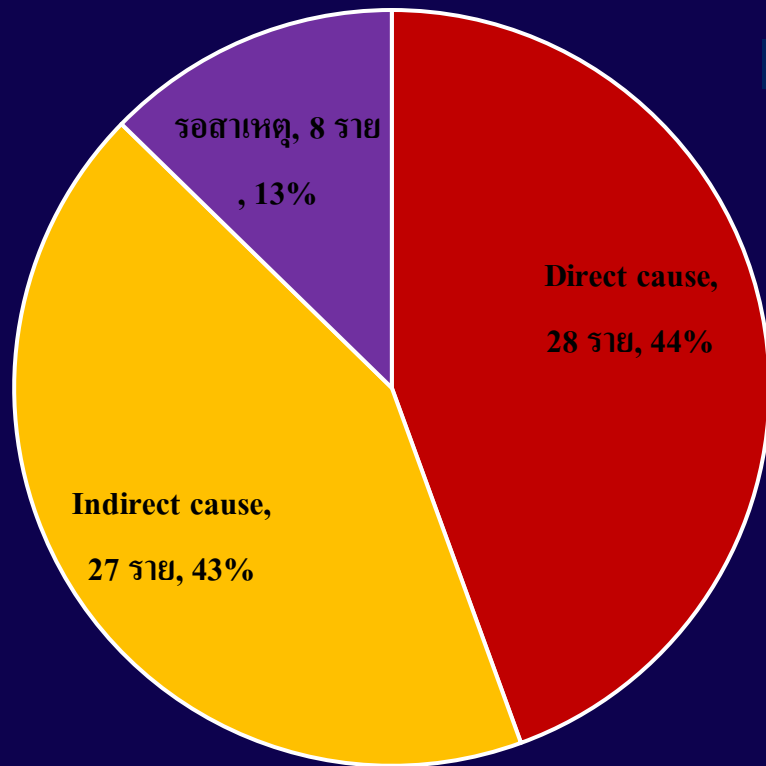


(N=63)

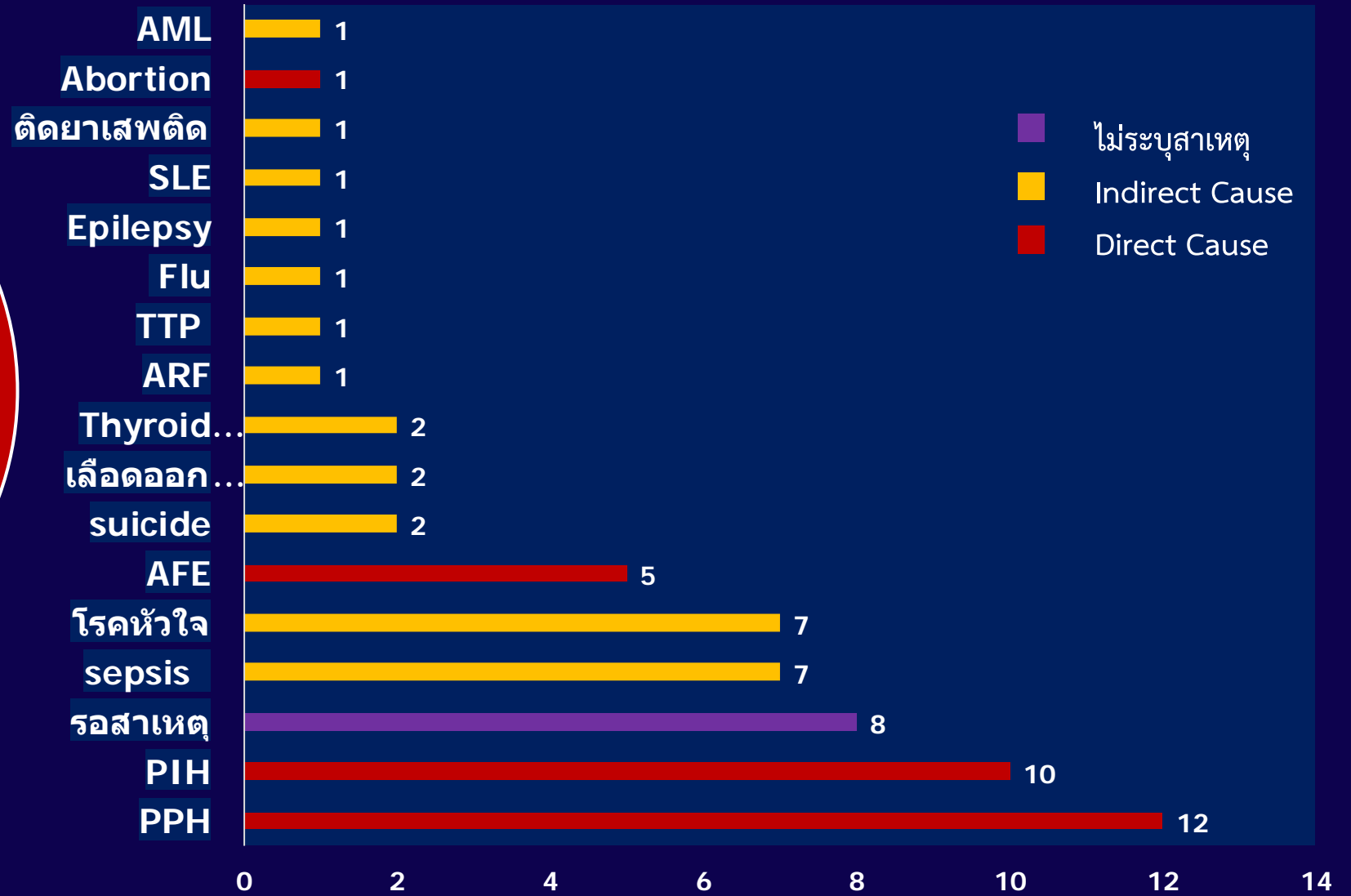
## จำนวนมารดาตายเดือน ต.ค.60 - เม.ย.61



# Cause of maternal mortality (N=63)



■ Direct cause
 ■ Indirect cause
 ■ รอสสาเหตุ



# วิเคราะห์การดำเนินงานรอบ 6 เดือน

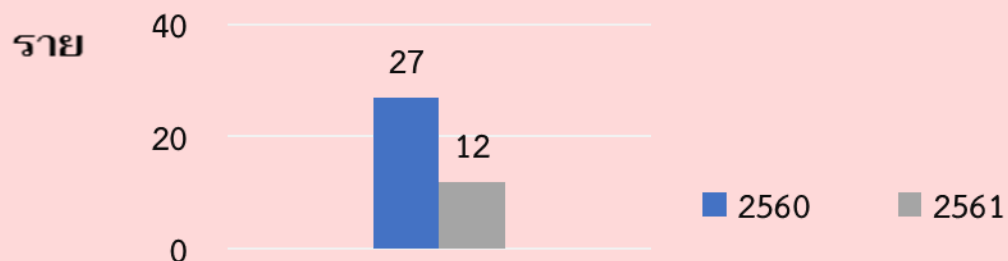
ตัวชี้วัดที่ 1 : อัตราส่วนการตายมารดาไทย ค่าเป้าหมายไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย

เปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดารายเขต ปี 2560 กับ 2561 ในช่วงเวลาเดียวกัน

เป้าหมาย : การตายจากสาเหตุ PPH ลดลงจากปี 2560 ร้อยละ 30

ผลการดำเนินงาน : การตายจากสาเหตุ PPH ลดลงร้อยละ 55.5

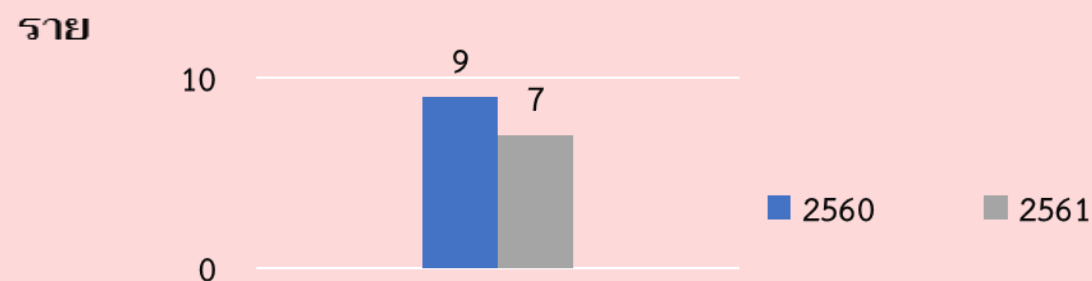
(ตุลาคม 2560-มีนาคม 2561)



เป้าหมาย : การตายจากสาเหตุ PIH ลดลงจากปี 2560 ร้อยละ 30

ผลการดำเนินงาน : การตายจากสาเหตุ PIH ลดลงร้อยละ 22.2

(ตุลาคม 2560-มีนาคม 2561)



เป้าหมาย : การตายจากสาเหตุ PPH ลดลงจากปี 2560 ร้อยละ 30



ผลการดำเนินงาน : การตายจากสาเหตุ PPH **ลดลงร้อยละ 55.5** (ตุลาคม 2560-มีนาคม 2561)

PPH



เป้าหมาย : การตายจากสาเหตุ PIH ลดลงจากปี 2560 ร้อยละ 30



ผลการดำเนินงาน : การตายจากสาเหตุ PIH **ลดลงร้อยละ 22.2** (ตุลาคม 2560-มีนาคม 2561)

PIH

ปัญหา / ความเสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง/พัฒนา
1. ศักยภาพและสมรรถนะของบุคลากร ทักษะ/ประสบการณ์/การตัดสินใจ/ภาระงาน/ทีม	1. นโยบาย “การฝากครรภ์คุณภาพ” ต้องครอบคลุมคุณภาพทางสูติกรรม อายุรกรรม และจิตเวช เร่งรัดการดำเนินงานนโยบาย one province one maternal and child team พัฒนา Provincial network
2. การวางแผน การดูแลรักษาไม่เหมาะสมกับโรคขาดการดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพ	2. แพทย์ใช้ทุนฝึกทักษะการดูแลภาวะวิกฤตทางสูติกรรมก่อนลงปฏิบัติงานใน รพช. และ watching โดยสูติแพทย์อาวุโส
3. ระบบส่งต่อ ส่งต่อไม่ได้ การประสานข้อมูลผู้ป่วยไม่ดี การรักษาก่อนการส่งต่อไม่เหมาะสม เกิดภาวะวิกฤตระหว่างเดินทาง	3. เพิ่มพูนทักษะการคัดกรองภาวะเสี่ยง และการบริหารจัดการการตั้งครรภ์เสี่ยงอย่างเป็นระบบ และประสิทธิภาพทีมกู้ชีพ มีการฝึกปฏิบัติสม่ำเสมอ
4. ระบบข้อมูลข่าวสารขาดข้อมูลจากภาคเอกชนและ กทม. การส่งรายงานก1 และ CE ได้รับเพียง 40% การกรอก CE ไม่สมบูรณ์	4. เน้นระบบส่งต่อ fast tract ดำเนินการโดย Provincial network
	5. ภาครัฐต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังมารดาตาย ให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน ดำเนินการอย่างจริงจังและมีคุณภาพ ภาคชุมชนท้องถิ่นประสานผู้นำชุมชนในท้องถิ่น เพื่อเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซีมเศร้า ภาคประชาชนสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเน้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีโรคทางอายุรกรรม และเสี่ยงต่อการตกเลือดขณะคลอด

# สวัสดี

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก

