

## คำนำ

การตั้งครุฑและการคลอตนามาซึ่งความ ปิติ ยินดี ความสมหวัง และความสมบูรณ์ของครอบครัว แต่ทว่าในบางครอบครัวมิได้ประสบกับรอยยิ้มและความสุขสมหวังเสมอไป ในแต่ละปีมี “แม่” จำนวนไม่น้อยที่ปราศจากโอกาสที่ได้โอบกอดลูกน้อยที่เฝ้าทะนุถนอมตลอดเก้าเดือนที่ผ่านมา และในขณะเดียวกันก็มีลูกน้อยจำนวนนับร้อยที่ไม่ได้สัมผัสคำน้ำนมหยดแรกของแม่ ไม่ได้ได้รับความรัก ความอบอุ่น จากอ้อมกอดของแม่ เนื่องจากการเสียชีวิตของมารดาระหว่างตั้งครุฑ คลอด และหลังคลอด จักเห็นได้ว่าการตายมารดาไม่เพียงส่งผลกระทบต่อชีวิตของลูกและครอบครัวที่อยู่เบื้องหลังเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมในอนาคต นอกจากนี้การตายมารดา ยังสะท้อนให้เห็นถึงมาตรฐานการดูแลและการบริการด้านงานอนามัยแม่และเด็ก สภาพสังคม และการสาธารณสุขไทย ตลอดจนด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย การตายมารดาถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรควบคู่กับการวางแผนครอบครัว

กรมอนามัยในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนไทย จึงได้จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดาระดับประเทศ เพื่อคอยเฝ้าระวัง และรายงานสถานการณ์การตายของมารดา สะท้อนถึงขนาด และความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ คอยเผยแพร่สถานการณ์และรายงานผลการดำเนินงานเชิงรุกให้แก่หน่วยงานในสังกัดได้รับรู้ รับทราบ เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทางการวางแผนเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการกำหนดมาตรการและนโยบายระดับภูมิภาค พร้อมทั้งวางแผนเพื่อบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กรมอนามัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะ เป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานตามภารกิจ ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ต่อไป

นายวิชาญ เฑ็งจันทร์  
อธิบดีกรมอนามัย

## บทนำ

การตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างก็ตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีและมารดา จุดเริ่มต้นของการวัดผลการวัดการตายมารดาเกิดขึ้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2530 มีการประชุมสัมมนาลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย (Safe Motherhood) ณ เมืองไนโรบี ประเทศเคนยา ได้ก่อให้เกิดการเริ่มต้นดำเนินงานในเรื่องลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยซึ่งนำไปสู่กิจกรรมในระดับนานาชาติเพื่อลดการตายของมารดาให้ได้ครึ่งหนึ่งของอัตราในปี พ.ศ. 2533 ภายในปี พ.ศ.2543 อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามเป้าหมายดังกล่าวมีปัญหาสองประการคือ การวัดหรือคาดประมาณอัตราส่วนการมารดาตายทำได้ยาก และ ประเทศต่างๆ ไม่มีตัวเลขข้อมูลพื้นฐานที่ดีของการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา

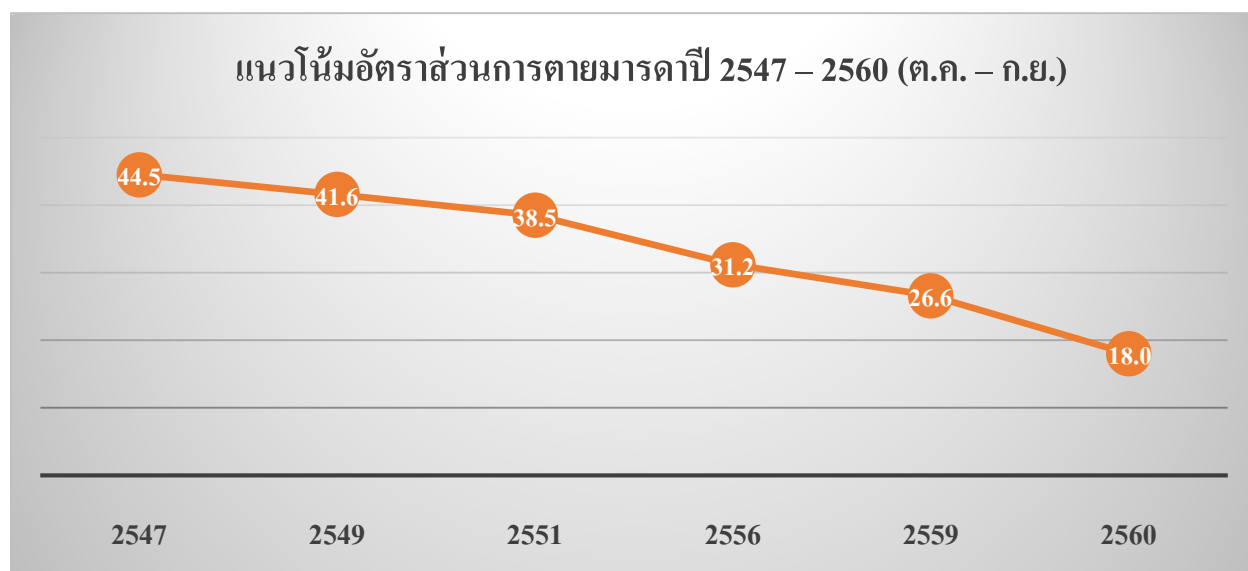
## การตายของมารดาในประเทศไทย (Maternal mortality in Thailand)

ในประเทศไทย อัตราส่วนการตายมารดาได้ถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุขในแผนงานสาธารณสุขโดยเฉพาะในส่วนของแผนงานอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมอนามัย ดำเนินงานเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีวิตภายในปี 2564 อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสถิติชีพที่มีอยู่ก็มีปัญหาความครบถ้วนของข้อมูลและการวินิจฉัยสาเหตุการตายเช่นเดียวกับต่างประเทศ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาด้านข้อมูล สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้ดำเนินการศึกษา “การตายมารดาของประเทศไทยโดยใช้วิธีการ RAMOS” ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าในปี พ.ศ.2547, 2549, และ 2551, อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีวิตแสนคนเท่ากับ 44.5, 41.6, และ 38.5 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการใช้วิธีการ RAMOS เป็นผลให้ได้ทราบขนาดของปัญหาที่แท้จริง

แต่อย่างไรก็ตามวิธีการ RAMOS เป็นงานที่ต้องใช้เวลา, มีความซับซ้อนในการดำเนินการ และมีค่าใช้จ่ายสูงสำหรับการนำไปใช้ในระดับประเทศ ด้วยเหตุนี้สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จึงได้คิดหาวิธีอื่นๆที่สามารถคาดประมาณการตายมารดาได้ถูกต้องครอบคลุมขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนและลดต้นทุนในการดำเนินงาน โดยในปี พ.ศ.2556 สำนักส่งเสริมสุขภาพ โดยความร่วมมือด้านข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ : สนย.) ได้ทำการเก็บข้อมูลการตายมารดาจากหลายแหล่งข้อมูล อันได้แก่ ข้อมูลการตายจากกระทรวงมหาดไทย ข้อมูลการรักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการดูแลการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จากสำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง อัตราส่วนการตายมารดาใช้การคาดประมาณจากการลงทะเบียนเกิดและการลงทะเบียนตายมาใช้ในการวิเคราะห์ผล ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าในปี พ.ศ.2556 และ 2559 อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีวิตแสนคนเท่ากับ 31.2 นอกจากนี้ในปี 2560 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้จัดทำระบบกำกับติดตามสถานการณ์การตายมารดารายเดือนขึ้น เพื่อใช้ในการกำกับติดตาม

การดำเนินงานที่ทันท่วงทีและมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์ได้อย่างทันเวลาเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ และจากการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560 พบว่า มีมารดาตายจำนวนทั้งสิ้น 112 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ 18.0 (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ซึ่งเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน แสดงว่าการดำเนินงานในช่วง 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560 ผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาเป็นตามเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงที่กำหนดไว้ ดังกราฟที่ 1 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน 2547 - 2560

กราฟที่ 1 แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน 2547 - 2560



ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ 21/12/60

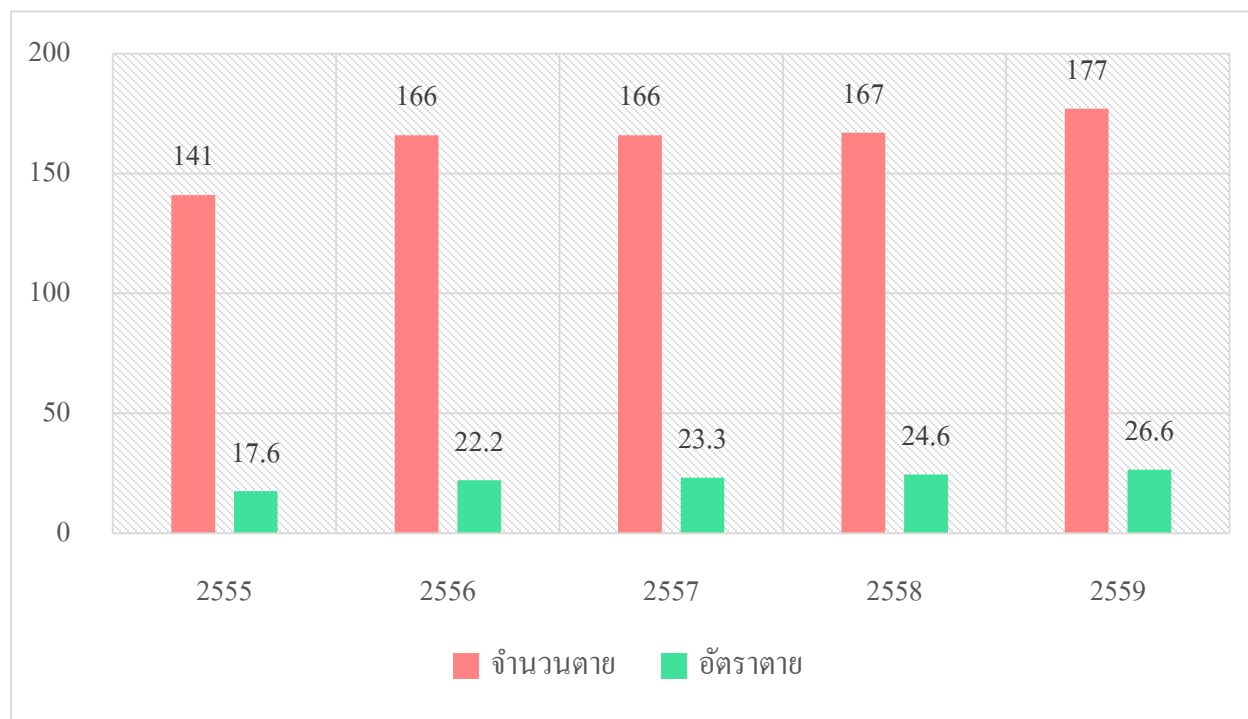
หมายเหตุ :

- ข้อมูลอัตราส่วนการตายมารดาปีงบประมาณ 2560 พบจำนวนมารดาตาย เท่ากับ 112 คน ( เดือน ต.ค.59 – ก.ย.60 ไม่รวม กทม.) : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย
- ข้อมูลเกิดมีชีพเดือน ต.ค. 2559 – กันยายน 2560 เท่ากับ 622,100 คน (ไม่รวม กทม.) :สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นการรายงานอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยในระดับประเทศมี 2 แหล่งคือ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ : สนย.) ได้คำนวณข้อมูลจากทะเบียนสถิติชีพของสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ.2537, 2538, 2539, 2540 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 10.8, 10.7, 16.4, 10.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และในรายงานสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ.2555, 2556, 2557, 2558, และ 2559 มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 17.6, 22.2, 23.3, 24.6, และ 26.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ

กราฟที่ 2 จำนวนและอัตราส่วนมารดาตายปี 2555 – ปัจจุบัน (มกราคม - ธันวาคม)

**จำนวนและอัตราส่วนมารดาตายปี 2555 – ปัจจุบัน (มกราคม - ธันวาคม)**



ที่มา : ปี 2555 – 2559 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ : สนย.)



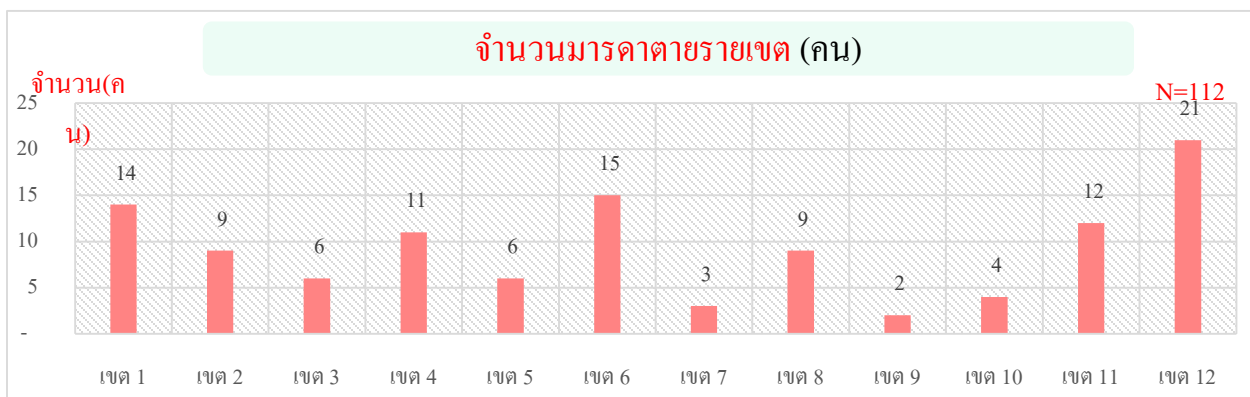
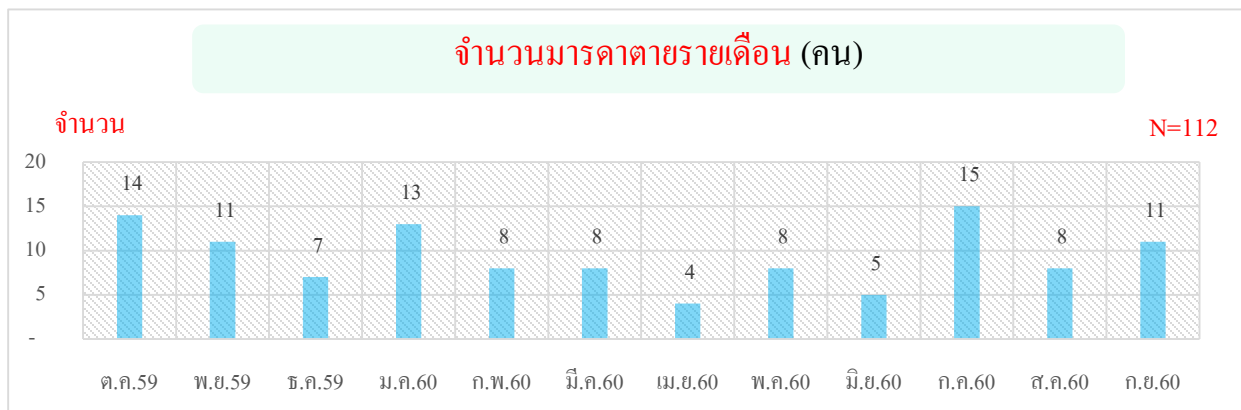
### ผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดา

ผลจากการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังการตายมารดา โดยระบบรายงานการตายมารดารายเดือน สำนักส่งเสริมสุขภาพพบว่า การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ในปีงบประมาณ 2560 (เดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2560) มีจำนวนทั้งสิ้น 112 คน โดยที่ในเดือน กรกฎาคม 2560 เป็นเดือนที่มียอดมารดาเสียชีวิตสูงสุดเป็นอันดับ 1 ได้แก่ 15 คน ส่วนเดือนที่มียอดการตายมารดาสูงเป็นอันดับที่ 2 และ 3 คือ เดือน ตุลาคม 2559 จำนวน 14 คน เดือนมกราคม 2560 จำนวน 13 คน ตามลำดับ ส่วนเดือนที่มียอดการตายมารดาต่ำที่สุดคือเดือน เมษายน 2560 จำนวน 4 คน

เมื่อวิเคราะห์การตายมารดาตามรายเขตบริการสุขภาพพบว่า ผลการดำเนินงานรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ 2560 เขตบริการสุขภาพที่มีการตายมารดามากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 12 จำนวน 21 คน, เขตบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 15 คน และเขตบริการสุขภาพที่ 1 จำนวน 14 คน ตามลำดับ ส่วนเขตบริการสุขภาพที่มีการตายมารดาน้อยที่สุดคือเขตบริการสุขภาพที่ 9 จำนวน 2 ราย

กราฟที่ 3 จำนวนการตายมารดาไทย เดือนตุลาคม 2559 – กันยายน ปีงบประมาณ 2560 โดยจำแนกเป็นรายเดือนและรายเขตบริการสุขภาพ

#### การตายมารดาไทย เดือนตุลาคม 2559 – กันยายน ปีงบประมาณ 2560



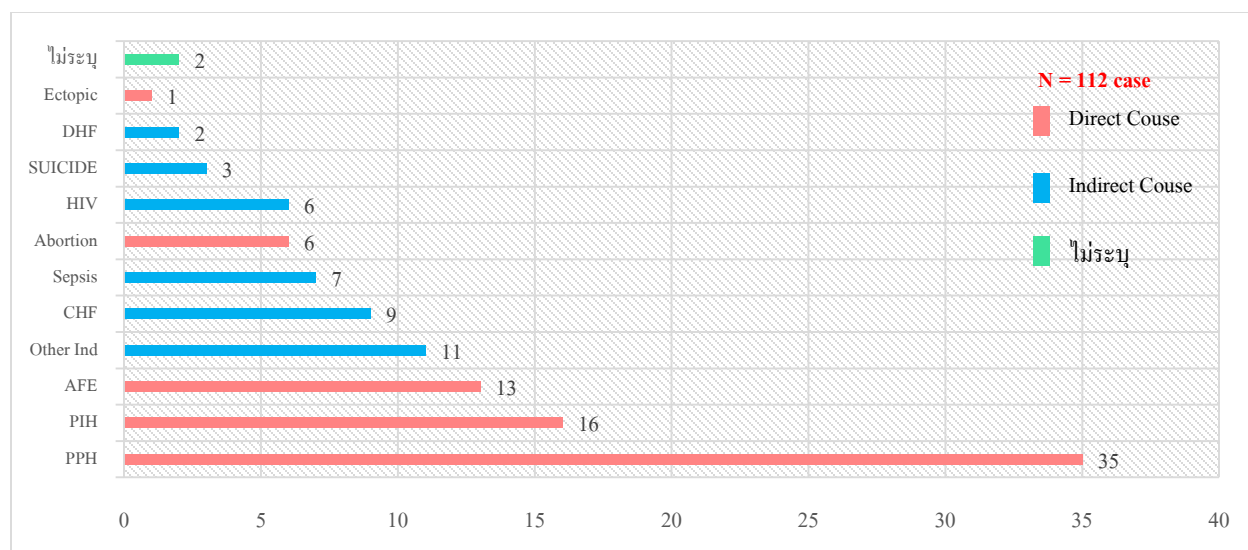
## สาเหตุการตายมารดา

จากผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดารายเดือน สำนักส่งเสริมสุขภาพ พบว่าสาเหตุการตายของมารดาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2560 การตายมารดาส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุทางตรงร้อยละ 64.3 และเกิดจากสาเหตุทางอ้อมร้อยละ 33.9 นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นการตายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ร้อยละ 1.8 (ดังตารางที่ 4 สาเหตุการตายมารดาปี 2560)

นอกจากนี้เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ยังพบว่า สาเหตุการตายของมารดาจากสาเหตุทางตรงส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือด จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 32.1 ของการตายมารดาทั้งหมด รองลงมาคือความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด จำนวน 16 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.3 ของการตายมารดาทั้งหมด 3) น้ำคร่ำอุดหลอดเลือด หรือน้ำคร่ำหลุดเข้ากระแสเลือด หรือน้ำคร่ำอุดกั้นปอด (Amniotic fluid embolism) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.6 ของการตายมารดาทั้งหมด (ไม่ปรากฏรายงาน Autopsy) 4) ภาวะแท้ง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ของการตายมารดาทั้งหมด

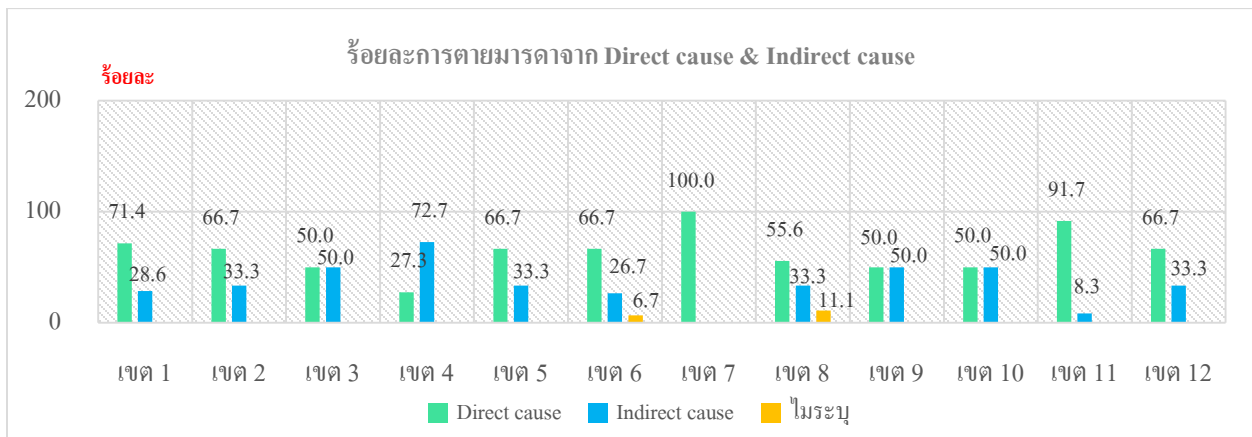
ส่วนสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคอายุรกรรม โดยสาเหตุการตายมารดาทางอ้อมที่พบมากที่สุดคือ โรคหัวใจ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 ของการตายมารดาทั้งหมด รองลงมาคือ การติดเชื้อจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ของการตายมารดาทั้งหมด 3) การติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ของการตายทั้งหมด 4) อากาทางจิตเวช (การฆ่าตัวตาย) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ของการตายมารดาทั้งหมด 5) ใช้เลือดออกจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.8 ของการตายมารดาทั้งหมด

ตารางที่ 4 สาเหตุการตายมารดาปี 2560 Cause of maternal mortality 2560 (Case)

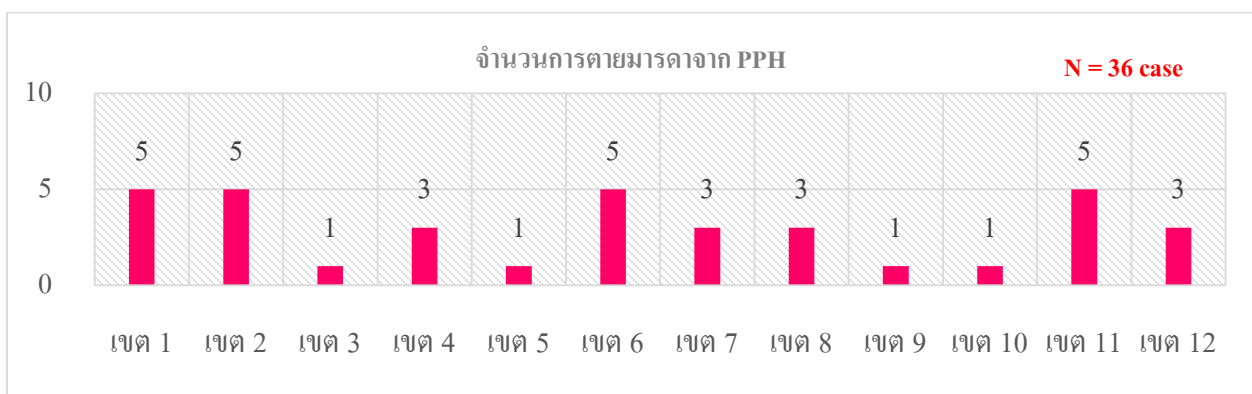


เมื่อนำข้อมูลสาเหตุการตายมารดาทั้งหมดมาวิเคราะห์เป็นรายเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตบริการที่ 1-12 มีการตายมารดาเกิดจากสาเหตุทางตรงมากกว่าสาเหตุทางอ้อม และมีสองเขตบริการสุขภาพที่มีการตายมารดาที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ ได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ 6 และเขตบริการสุขภาพที่ 8 เขตละจำนวน 1 ราย นอกจากนี้ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจอีก 1 ข้อมูลคือเขตบริการสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น สาเหตุการตายมารดาหลักเกิดจากการตายด้วยสาเหตุตกเลือดซึ่งเป็นสาเหตุการตายมารดาทางตรงทั้งสิ้นจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ของการตายมารดาทั้งหมดในเขตบริการสุขภาพ อาจเป็นไปได้ว่าในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ขอนแก่นมีการจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยด้วยโรคอายุรกรรมได้เป็นอย่างดี จึงทำให้ไม่มีการตายมารดาจากสาเหตุอายุรกรรมเลย ส่วนเขตบริการสุขภาพที่มีการตายมารดาจากสาเหตุตกเลือดมากที่สุดคือ เขตบริการสุขภาพที่ 1, 2, 6, และ 11 จำนวนเขตละ 5 ราย รองลงมาได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 4, 7, 8, และ 12 จำนวนเขตละ 3 ราย และเขตบริการสุขภาพที่ 3, 9 และ 10 จำนวนเขตละ 1 ราย

ตารางที่ 5 สาเหตุการตายมารดาไทย พ.ศ. 2560 จากสาเหตุทางตรงเทียบกับสาเหตุการตายมารดาทางอ้อมรายเขต



ตารางที่ 6 สาเหตุการตายมารดาไทย พ.ศ. 2560 จากสาเหตุตกเลือด





## ปัญหาอุปสรรค

1. ผู้บริหาร ให้ความสำคัญกับการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กค่อนข้างน้อย ซึ่งต่างจากการประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)
2. บุคลากร
  - ขาดทักษะ ประสบการณ์ในการทำหัตถการและการตัดสินใจโดยเฉพาะแพทย์ใช้ทุน รวมทั้งสูติแพทย์จบใหม่
  - ภาระงานมาก มีความเสี่ยงสูง ด้วยภาระงานที่มากบุคลากรหนึ่งคนต้องรับหน้าที่หลายอย่างเช่น ประจำห้องคลอด ประจำห้องฉุกเฉิน
  - ขาดทีมงานที่ดี โดยเฉพาะกรณีเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินทางสูติกรรม เหตุวิฤติในห้องคลอด ขาดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายใน ขาดการซักซ้อมภาวะวิฤติทางสูติกรรม
3. ระบบงาน
  - ขาดการประสานงานระหว่างสหวิชาชีพ เช่นในการวางแผนดูแลระยะก่อนตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดร่วมกับอายุรแพทย์ จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
  - การปรึกษาอายุรแพทย์เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ดำเนินการล่าช้า ขาดการติดตามต่อเนื่อง
4. ระบบส่งต่อ
  - ระยะทางไกลใช้เวลาเดินทางมากกว่า 1 ชั่วโมงหรือระยะทางไกลเกิน 50 กิโลเมตร
  - การประสานข้อมูลกับแพทย์ปลายทางที่จะรับผู้ป่วย
  - การประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อพิจารณาส่งต่อ ตัดสินใจล่าช้า
  - ขาดการดูแลที่เหมาะสมก่อนการส่งต่อ ก่อให้เกิดภาวะวิฤตระหว่างเดินทาง
5. ระบบข้อมูลข่าวสาร
  - ขาดข้อมูลการตายของภาคเอกชนและกรุงเทพฯ
  - การนำสาเหตุการตายมาวิเคราะห์ยังขาดคุณภาพ เนื่องจากมีการรายงานแบบสอบสวนการตาย (ก1 หรือ CE) เพียงร้อยละ 10 ของการตายมารดาทั้งหมด
  - ประชาชนขาดความรู้และความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ / ความเสี่ยง/ ขาดการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยอายุกรรมบางรายไม่ควรตั้งครรภ์

## ข้อเสนอแนะ

### 1. นโยบายเชิงนโยบาย/ผู้บริหาร

- 1.1 ประกาศนโยบาย Zero PPH เป็นเป้าหมายตัวชี้วัดเพื่อให้เกิดการดำเนินการตามมาตรการอย่างจริงจัง
- 1.2 ประกาศมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพที่ครอบคลุมคุณภาพทางสูติกรรม อายุรกรรม และจิตเวช
- 1.3 นโยบาย One province one maternal and child team พัฒนา Provincial network

### 2. บุคลากร

#### 2.1 พัฒนาศักยภาพ

- แพทย์ใช้ทุน เพิ่มหลักสูตรการฝึกอบรมทักษะด้านการดูแลภาวะวิกฤติทางสูติกรรมก่อนลงปฏิบัติงาน  
ในโรงพยาบาลชุมชน

- สูติแพทย์จบใหม่ ต้องได้รับการ Coaching โดยสูติแพทย์อาวุโสในช่วงแรกของการปฏิบัติงาน
- พยาบาลประจำห้องคลอด รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะเพื่อการคัดกรองภาวะเสี่ยงและประเมิน

สถานการณ์วิกฤติในห้องคลอด

- ทีมกู้ชีพ ประกอบด้วย สหวิชาชีพ กำหนดให้มีการซักซ้อม/การจำลองสถานการณ์ฉุกเฉินและภาวะ  
วิกฤติทางสูติกรรมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ปีครั้ง

#### 2.2 สร้างแรงจูงใจและเยี่ยมเสริมพลังแก่บุคลากรด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างสม่ำเสมอ

### 3. ระบบงาน

3.1 วางมาตรฐานการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และขณะตั้งครรภ์ ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน  
ทั้งเครือข่าย มีการวางแผนดูแลขณะตั้งครรภ์และวางแผนการคลอดร่วมกันของสหวิชาชีพ

#### 3.2 มีระบบให้คำปรึกษาเป็นแนวทางที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร

### 4. ระบบส่งต่อ

#### 4.1 สร้างระบบส่งต่อแบบ Fast track ดำเนินการโดย Provincial network

#### 4.2 ประชาสัมพันธ์ระบบส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์และเครือข่าย (RSA)

#### 4.3 จัดสรรทุนสูติแพทย์เพื่อประจำโรงพยาบาลทุกระยะ 50 กิโลเมตร

### 5. ระบบข้อมูลข่าวสาร

#### 5.1 พัฒนาระบบเฝ้าระวังมารดาตายให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน ดำเนินการอย่างจริงจังและมีคุณภาพ

5.2 สร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนเน้นให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ใน  
หญิงที่มีโรคทางอายุรกรรมและเสี่ยงต่อการตกเลือดขณะคลอด

#### 5.3 ประสานผู้นำชุมชนในท้องถิ่นเพื่อเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

## การดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาในปี 2561

1. สร้างการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ MCH BOARD และภาคีเครือข่าย อื่นๆ เช่นจัดประชุม สืบสวนการตายมารดาประจำปี 2561, สัมมนาวิชาการอนามัยแม่และเด็กครั้งที่ 10 ,พัฒนาทีมประเมิน มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กระดับเขต
2. พัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาแบบทันต่วงที รายงานทันทีเมื่อเกิดเหตุ พร้อมทั้งวิเคราะห์ สถานการณ์รายเดือน เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ สนับสนุนหน่วยบริการให้พัฒนาบริการตามมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก
3. บูรณาการการดำเนินงานความร่วมมือระหว่างกรมอนามัยกับอนามัยแม่และเด็กร่วมกับสถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ผ่านกระบวนการ PN (Provincial health care network) โดยขับเคลื่อน การดำเนินงานมาตรฐานแม่และเด็กเพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ให้สัมฤทธิ์ผลในภาพรวมเป็นการดูแล แบบเชื่อมโยงผ่านเครือข่ายเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม
4. เยี่ยมเสริมพลัง ติดตามการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาเชิงรุก โดยการสำรวจพื้นที่เกิดเหตุ/สุ่ม ประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กภาคละ1จังหวัด



## ผู้จัดทำ

1. นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. นางพิมพ์พรณ ต่างวิวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
3. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
4. นางวรรณชนก ลิ้มจรัสญญ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย