

การเฝ้าระวังการตายมารดาไทย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

นางวรรณชนก ลิ้มจํารูญ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ

กรมอนามัย

๑. ชื่อผลงาน การเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓

๓. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ ๙๐ %

๔. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี) นางจุฬารรณ เขมทอง ๑๐ %

๕. บทคัดย่อ

๕.๑ หลักการและเหตุผล

แผนภาพที่ ๑ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals :SDGs)



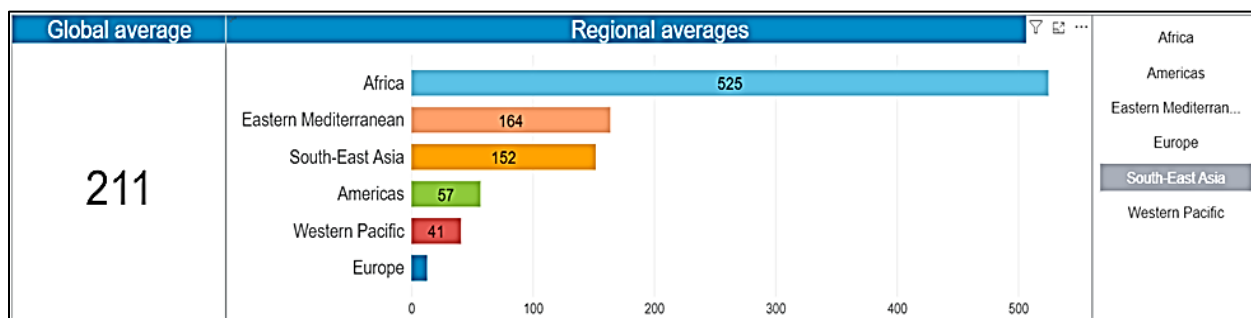
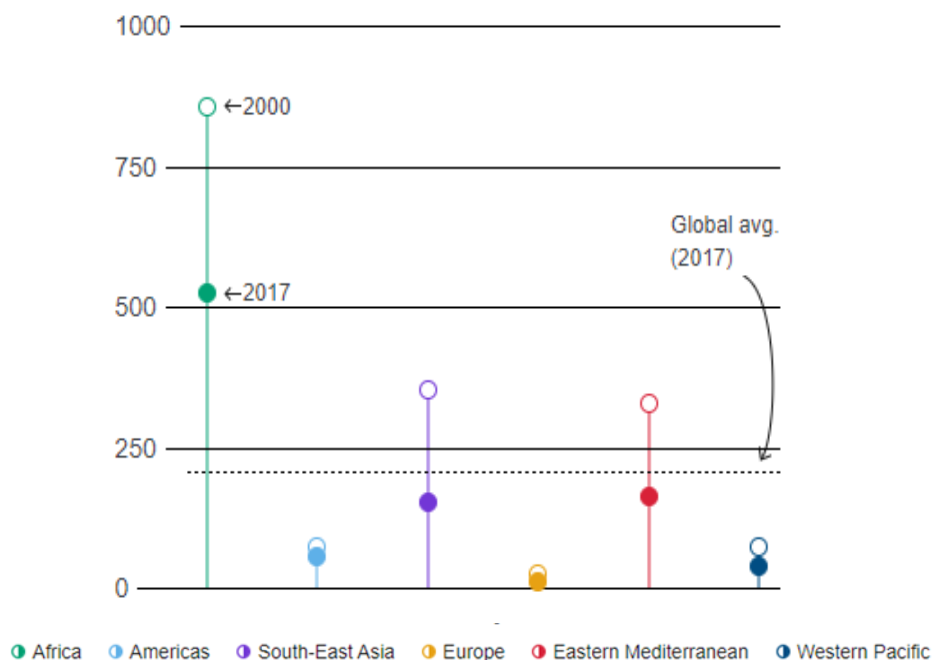
ที่มา : เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

Source: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/sdg-banner.jpg?ua=1>

การตายของมารดามีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ของโลกในอีก ๑๕ ปี ข้างหน้าต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า ๗๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี ๒๕๗๓ ประเทศไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าอัตราการตายมารดา จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายมารดาตั้งแต่ ปี ๒๕๕๘ จนถึงปัจจุบัน พบว่าอัตราการตายมารดาไทยมีแนวโน้มลด

แผนภาพที่ ๒ เปรียบเทียบการลดลงของอัตราส่วนการตายมารดาจำแนกตามภูมิภาค

Maternal mortality ratio, per 100 000 live births

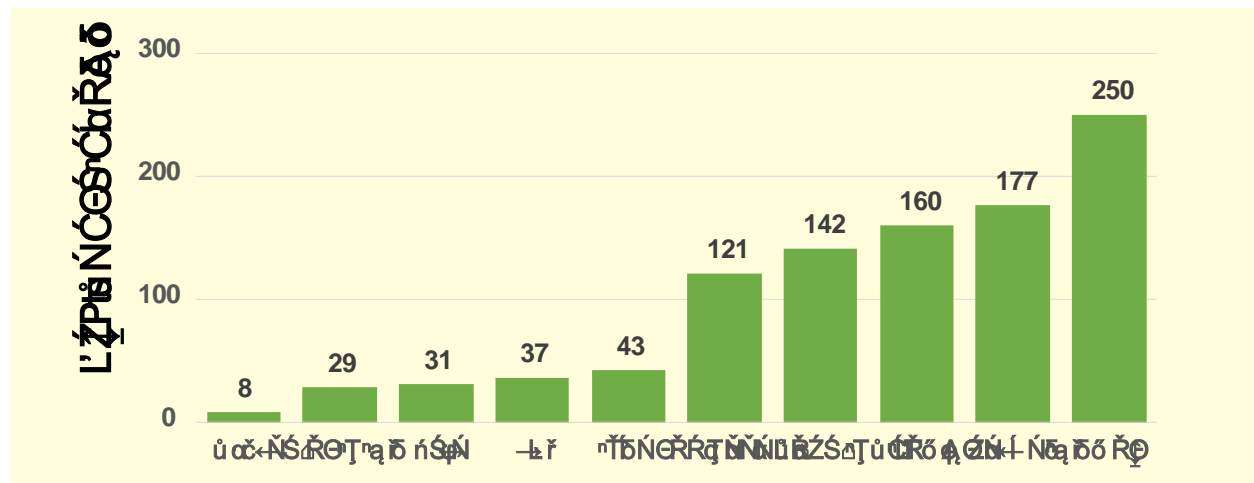


ที่มา : <https://www.who.int/data/gho/whs-๒๐๒๐-visual-summary>

จากข้อมูลแผนภาพที่ ๒ ขององค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์การตายมารดาในภาพรวมของโลกมีแนวโน้มลดลงเมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาพบว่าระหว่างปี ๒๐๐๐ ถึง ๒๐๑๗ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นทวีปที่ประสบความสำเร็จในการลดอัตราส่วนการตายมารดามากที่สุด กล่าวคือสามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ถึงร้อยละ ๖๐ (จาก ๓๘๔ ต่อแสนการเกิดมีชีพ เหลือ ๑๕๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ส่วนเอเชียกลาง เอเชียตะวันออก ยุโรป และแอฟริกาเหนือ สามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ร้อยละ ๕๐ และ sub-Saharan Africa ก็ประสบความสำเร็จในการลดอัตราส่วนการตายมารดาได้ถึงร้อยละ ๔๐% นับตั้งแต่ปี ๒๐๐๐ เป็นต้นมา จากรายงานสถิติสุขภาพโลกประจำปี ค.ศ.๒๐๒๐ (World Health Statistics monitoring health of the SDG ๒๐๒๐,WHO) พบว่าการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ซึ่งมีผลมาจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอด จนถึงหลังการตั้งครรภ์ อันสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการ

เข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพในบางประเทศ จากข้อมูลทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. ๒๐๑๔ ถึง ๒๐๑๙ ร้อยละ ๘๑ ของการเกิดทำคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะ แต่ก็ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างภูมิภาคที่เห็นได้จากแผนภาพที่ ๒ ซึ่งเป็นแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าในการลดอัตราการตายของมารดาและยังแสดงให้เห็นว่าในแต่ละภูมิภาคยังคงต้องใช้ความพยายามให้มากขึ้นในการลดการตายมารดาทั่วโลกให้ลดลงตามเป้าหมายของ SDGs เป้าหมายที่ ๓.๑.๑ ลดอัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกให้น้อยกว่า ๗๐ ราย ต่อการเกิดที่มีชีวิต ๑๐๐,๐๐๐ คน ภายในปี ๒๕๗๓ ซึ่งภูมิภาคที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุดคือแอฟริกา ซึ่งมีอัตราส่วนการตายมารดาถึง ๕๒๕ รายต่อการเกิดมีชีวิต ๑๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายถึงเจ็ดเท่า

แผนภาพที่ ๓ อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกตามกลุ่มประเทศสมาชิกในทวีปเอเชีย



ที่มา: World Health Statistics ๒๐๒๐,WHO

ในปี ๒๕๖๐ องค์การอนามัยโลกได้ทำการพยากรณ์อัตราส่วนการตายมารดาในประเทศอาเซียนว่ามีอัตราส่วนการตายมารดาเฉลี่ยเท่ากับ ๑๕๒ ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน และแผนภาพที่ ๓ อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกตามกลุ่มประเทศสมาชิกในทวีปเอเชีย องค์การอนามัยโลกได้ทำการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับ ๓๗ ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน ซึ่งจัดอยู่ในลำดับที่ ๔ รองจาก สิงคโปร์ มาเลเซีย และบรูไน ที่มีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๘, ๒๙, และ ๓๑ ต่อแสนการเกิดมีชีวิตตามลำดับ ถึงแม้ว่าในหลายประเทศ โดยเฉพาะทางแถบทวีปเอเชียประสบความสำเร็จในการลดการตายมารดา แต่การดำเนินการเพื่อลดการตายมารดาก็ยังมีปัญหาในการวัดหรือคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา ประเทศต่างๆ ไม่มีตัวเลขข้อมูลพื้นฐานที่ดีของการคาดประมาณอัตราส่วนการตายมารดา

ประเทศไทยได้กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักทางด้านสาธารณสุข เพื่อวัดสถานะสุขภาพประชากรและการพัฒนาของประเทศที่สำคัญและเป็นสากล แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ คุณภาพของการฝากครรภ์ การดูแลระหว่างคลอด และหลังคลอด ซึ่งให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรงและสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม กระทรวงสาธารณสุขได้ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงได้บรรจุตัวชี้วัดอัตราส่วนการตายมารดาลงใน

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๖ (พ.ศ.๒๕๓๐-๒๕๓๔) และฉบับที่ ๗ (พ.ศ.๒๕๓๕-๒๕๓๙) กำหนดเป้าหมายที่ลด อัตราส่วนการตายมารดาคลอดเมื่อสิ้นแผนฯ ให้เหลือ ๔๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และ ๓๐ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๘ (พ.ศ.๒๕๔๐-๒๕๔๔) กำหนดอัตราส่วนการตายมารดาคลอดเหลือ ๒๐ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๕) ลดลงเหลือไม่เกิน ๑๘ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) ลดลงเหลือ ไม่เกิน ๑๕ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) ลดลงเหลือ ไม่เกิน ๑๕ : ๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ และมอบหมายให้กรมอนามัยดำเนินงานเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาตั้งแต่ปี ๒๕๓๐ เป็นต้นมา จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าข้อมูลสถิติชีพที่มีอยู่มีปัญหาความครบถ้วนของข้อมูลการวินิจฉัยสาเหตุการตาย และการได้ข้อมูลล่าช้า การแก้ปัญหาไม่ทันต่อสถานการณ์ ในปี ๒๕๓๘-๒๕๓๙ กรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพได้พยายามแก้ไขปัญหาด้านข้อมูลเพื่อให้ทราบสถานการณ์จึงต้องคาดการณ์การตายของมารดาด้วยวิธีการสำรวจโดยใช้วิธี RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการวัดการตายของมารดาในที่ไม่มีระบบรายงานสถิติชีพ คือ การค้นหาและสอบสวนหาสาเหตุการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งเรียกว่า “การสำรวจการตายของกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์” (RAMOS) อย่างไรก็ตามวิธีการสำรวจดังกล่าว ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงกับสาเหตุอย่างรวดเร็วและทันที่วงที่ สำนักส่งเสริมสุขภาพ จึงได้เริ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาที่เป็นรูปแบบและชัดเจนมากขึ้นทำให้ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๘ มีการรายงานกรณีมารดาตายเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าข้อมูลจากการรายงานมารดาตายนั้น ได้มาเพียงข้อมูลเชิงปริมาณ ยังขาดคุณภาพ เนื่องจากมีปัญหาอุปสรรคมากมายในการทำงานเพื่อหาสาเหตุการตาย การระบุการตายที่ไม่ถูกต้อง การจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ ไม่ได้ได้รับความร่วมมือในการแจ้งเหตุและให้ข้อมูลเนื่องจากกลัวการถูกฟ้องร้อง และอาจเป็นคติความการวิเคราะห์ข้อมูล เกิดอคติ (Bias) ทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ได้มีความบิดเบือนไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งจะมีผลต่อการกำหนดนโยบายของประเทศ ต่อมาในปี ๒๕๖๒ สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงได้ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ขึ้น โดยยึดหลักตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาแม่และเด็กและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ยึดถือเป็นแนวทางในการทำงานเพื่อแก้ปัญหาและลดการตายมารดาของประเทศไทย สามารถเฝ้าระวัง เก็บข้อมูล และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกราย เพื่อความต่อเนื่องในการพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขปัญหา งานอนามัยแม่และเด็ก และเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในงานแม่และเด็ก การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ ขอเสนอเชิงนโยบายบนฐานของข้อมูลและองค์ความรู้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการเฝ้าระวังการตายมารดาในครั้งนี้

๕.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาไทยปี พ.ศ.๒๕๖๓
๒. เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๕.๓ วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

ประชากรและพื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายได้แก่มารดาไทยที่เสียชีวิต ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๒ ถึง ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ในพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒ โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาการตายของมารดาในประเทศไทยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ นี้ เป็นการศึกษาการตายมารดา ย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงสถานการณ์การตายของมารดาไทย ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ

แหล่งข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ระหว่าง เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ – เดือนกันยายน ๒๕๖๓ ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัย ได้แก่

๑. แบบรายงานการตายมารดา (CE-๖๒)

๒. รายงานสรุปการทบทวนการตายมารดา

ผู้ศึกษาวิจัยได้นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และความซ้ำซ้อน ก่อนนำมาวิเคราะห์ และจัดกลุ่มสาเหตุการตายโดยได้ปรึกษานายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรีเวชกรรมเพื่อการยืนยันความถูกต้องทางเนื้อหา

การวิเคราะห์

ใช้สถิติ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ นำเสนอในรูปแบบ ตาราง กราฟ และการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการศึกษา

- จำนวนการตายรายจังหวัด
- สาเหตุการตาย
- ปัญหาความล่าช้า ๓ ประการ (๓ delay)

กรอบแนวคิดการศึกษาการตายมารดาไทย ปีพ.ศ. ๒๕๖๓

INPUT	PROCESS	OUTPUT
<p>๑. ข้อมูลหญิงที่เสียชีวิตทั้งหมดของเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒ จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัย</p> <p>๒. ข้อมูลการเกิดมีชีพจากสำนักทะเบียนราษฎร</p> <p>๓. นำข้อมูลจากข้อ ๑ มาทำการตรวจสอบข้อมูลเพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของข้อมูล และจัดกลุ่มจะได้หญิงในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดที่เสียชีวิตทั้งหมด</p> <p>๔. นำข้อมูลในข้อ ๔ ที่ได้มาทำการคัดกรองสาเหตุการตายโดยจะต้องเสียชีวิตขณะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด หรือแท้งไปแล้วไม่เกิน ๔๒ วัน (ไม่รวมสาเหตุการตายจากอุบัติเหตุ) ออกมาเป็นข้อมูลแม่ตาย ปี๒๕๖๓</p>	<p>ข้อมูลแม่ตาย ปี ๒๕๖๔</p> <p>๑. Review literature ข้อมูลแม่ตาย ปี ๒๕๖๓ ที่ได้จาก จากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) กรมอนามัยและจัดเรียงข้อมูลเป็นรายเขตสุขภาพและจังหวัด</p> <p>๒. ส่งข้อมูลให้ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒ และจังหวัดเพื่อทำการตรวจทานข้อมูลและทบทวนสาเหตุการตาย</p> <p>๓. พื้นที่ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและรวบรวมข้อมูลส่งกลับกรมอนามัย</p> <p>๔. กรมอนามัยจัดกลุ่มสาเหตุการตายตาม ICD-MM WHO</p> <p>๕. นำข้อมูลมาวิเคราะห์และแปลผล</p>	<p>๑. อัตราตายมารดาปี ๒๕๖๓</p> <p>๒. สาเหตุการตายมารดา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทางตรง - ทางอ้อม <p>๓. ปัญหาความล่าช้า ๓ ประการ (๓ delay)</p>

คำจำกัดความ

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ ขณะตั้งครรภ์ คลอด หรือ หลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ

ข้อจำกัด

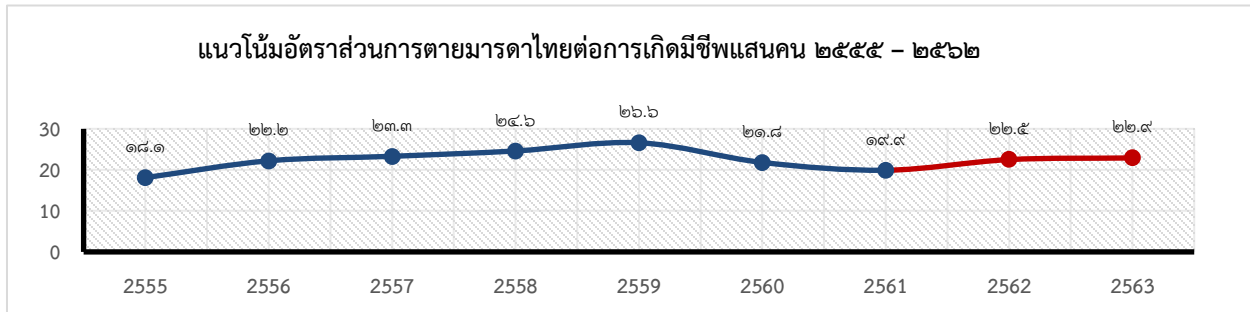
ข้อมูลระบบเฝ้าระวังการตายมารดา เป็นข้อมูลที่ได้จากการรายงานของหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัดทั่วประเทศเท่านั้น ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาการเฝ้าระวังการตายมารดาไทยปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เท่านั้น

๕.๔ ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

แผนภาพ ๔ แนวโน้มอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ๒๕๕๕ - ๒๕๖๒



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย; (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

จากรายงานการเฝ้าระวังการตายมารดา กรมอนามัย ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ (ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓) พบว่าเด็กเกิดมีชีพจำนวน ๕๑๐,๘๑๗ คน มารดาตายจำนวน ๑๑๗ คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๒.๙๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

แผนภาพที่ ๕ อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเดือน (ต.ค.๖๒-ก.ย.๖๓)

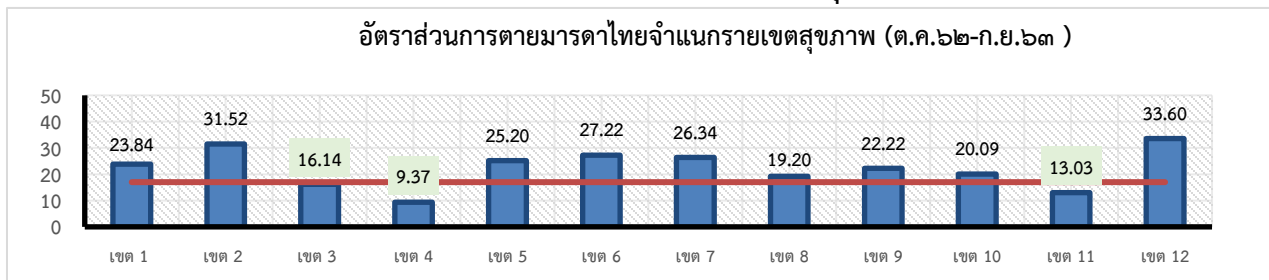


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย; (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

เดือนมิถุนายน ๒๕๖๓ เป็นเดือนที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุดเป็นอันดับ ๑ เท่ากับ ๓๒.๙๗ (๑๔ ราย) ต่อแสนการเกิดมีชีพ ส่วนเดือนที่มียอดการตายมารดาสูงเป็นอันดับที่ ๒ และ ๓ คือ เดือนมกราคม เดือนกรกฎาคม และเดือนสิงหาคม ๒๕๖๓ ซึ่งอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๓๑.๙๒ (๑๕ ราย) และ ๒๗.๒๕ (๑๒) ต่อแสนการเกิดมีชีพตามลำดับโดยที่เดือนกรกฎาคมและเดือนสิงหาคมมีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากัน ส่วนเดือนที่มียอดการตายมารดาต่ำที่สุดคือเดือนกันยายน ๒๕๖๓ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๑๕.๐๔ (๖ ราย) ต่อแสนการเกิดมีชีพ จากการจำแนกการตายมารดาแบบรายเดือนพบว่าเดือนที่มีจำนวนมารดาตายสูง ได้แก่ เดือนมิถุนายน กรกฎาคม และสิงหาคม เป็นช่วงที่แพทย์จบใหม่หมุนเวียนไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากแพทย์จบใหม่ยังมีประสบการณ์และทักษะในงานแม่และเด็กน้อย ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้าส่ง การรักษาล่าช้า แพทย์จบใหม่จึงควรได้รับการฝึกปฏิบัติการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน และเหตุการณ์ที่จำเป็นทางสูติกรรม ในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ก่อนลงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และต้องมีการ Coaching แพทย์จบใหม่ในช่วงแรกของการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังพบว่าช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน ของทุกปี จะเริ่มมีการโยกย้ายบุคลากร และเปลี่ยนงานใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ประจำห้องคลอดที่ต้อง

รับผิดชอบสูงและมีภาระงานที่หนัก แต่ไม่ได้รับการพิจารณาผลงานจึงทำให้มีการขอย้ายงานบ่อย ทำให้บุคลากร ผู้ปฏิบัติงานขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด พยาบาลห้องคลอดต้องมีการศึกษาภาพในการคัดกรองความเสี่ยงและการประเมินสถานการณ์ความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างน้อยปีละครั้ง นอกจากนี้การตายมารดาอาจจะเกี่ยวเนื่องกับการระบาดของโรคในช่วงฤดูกาลต่างๆ ที่อาจจะมีผลต่อการเจ็บป่วยหรือสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เช่น การติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ใช้หวัดใหญ่ ใช้เลือดออก ซึ่งข้อมูลเท่าที่มียังไม่สามารถอธิบายได้ถึงการระบาดของโรคในแต่ละช่วงเวลาในภาพรวม จะต้องมีกรเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการศึกษาในแต่ละพื้นที่

แผนภาพที่ ๖ อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ (ต.ค.๖๒-ก.ย.๖๓)

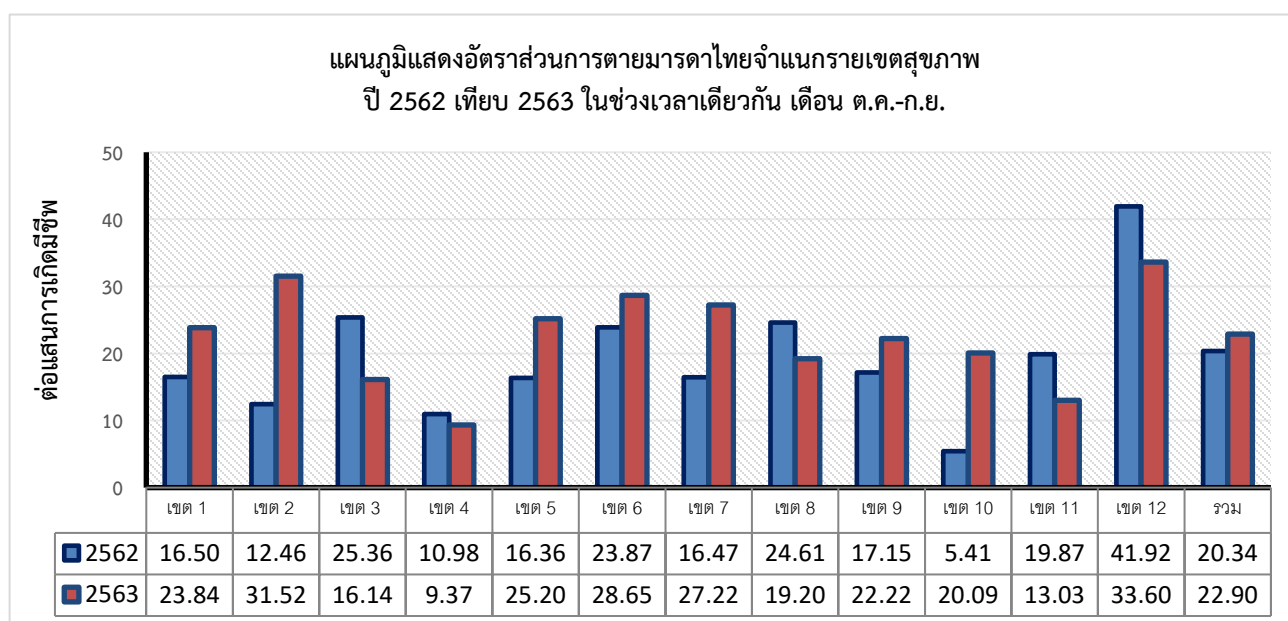


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย; (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

เมื่อวิเคราะห์การตายมารดาตามรายเขตสุขภาพจากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย พบว่าผลการดำเนินงานรอบ ๑๒ เดือนในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (ต.ค.๖๒-ก.ย.๖๓) อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๒.๙๐ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทยในภาพรวมประเทศไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดคืออัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตบริการสุขภาพพบว่ามีเพียง ๓ เขตบริการสุขภาพเท่านั้นที่อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ ๓ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๑๖.๑๔ ต่อแสนการเกิดมีชีพ, เขตสุขภาพที่ ๔ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๙.๓๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพและเขตสุขภาพที่ ๑๑ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๑๓.๐๓ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ ๑๒ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๓๓.๖ ต่อแสนการเกิดมีชีพ, เขตสุขภาพที่ ๒ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๓๑.๕๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ และเขตสุขภาพที่ ๖ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๗.๒๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่มีการตายมารดาน้อยที่สุดคือเขตสุขภาพที่ ๔ อัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๙.๓๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ เขตสุขภาพที่มีการตายมารดาสูงส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น เขตสุขภาพที่ ๑๒ ยะลา ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนใต้ ๕ จังหวัดที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงที่สุดมาตลอดอันเนื่องมาจากวิถีชีวิตซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวไทยมุสลิมที่ความเชื่อทางศาสนาที่เคร่งคร่ามีประเพณีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะพื้นที่และยังคงผูกครรรักกับผดุงครรรักโบราณ หรือโต๊ะบีแดเพื่อทำพิธีกรรม (พิธีแฉง) ในครรรักแรกโดยการบอกกล่าวคาถาและตรวจท้องเพื่อขอให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูกในท้องร่วมกับฝากครรรักกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเหตุผลที่ยอมฝากครรรักกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพราะว่าทางราชการกำหนดการฝากครรรักเป็นเงื่อนไขในการออกไปรับรองการเกิดและสุติบัตรให้ แต่ไม่ได้ตระหนักหรือเห็น

ความสำคัญของการฝากครรภ์ที่แท้จริงว่าเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และเพื่อประโยชน์อันสูงสุดแก่หญิงตั้งครรภ์และทารก นอกจากนี้เขตสุขภาพที่ ๑๒ ยังเป็นพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความรุนแรงทำให้การเข้าถึงบริการไม่สะดวกและถูกกำหนดระยะเวลาการเดินทางเข้าออกพื้นที่ตามนโยบายความโปรดปรานของพื้นที่อีกด้วย เขตสุขภาพที่ ๒ พิชณุโลก เป็นเขตที่มีภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่ตามแนวชายขอบของประเทศที่ติดกับภาคเหนือตอนบนมีลักษณะภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูง ท่างไกล และเข้าถึงยาก การคมนาคมไม่สะดวก และเขตสุขภาพที่ ๖ ชลบุรี อยู่ภาคตะวันออก มีลักษณะพื้นที่เป็นแหล่งนิคมอุตสาหกรรมของประเทศ มีแรงงานย้ายถิ่นจำนวนมากและมีการเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้การบริการสุขภาพไม่บรรลุตามเป้าหมาย

**แผนภาพที่ ๗ อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขตสุขภาพ
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เทียบ ๒๕๖๓ ในช่วงเวลาเดียวกัน (เดือนตุลาคม-เดือนกันยายน)**

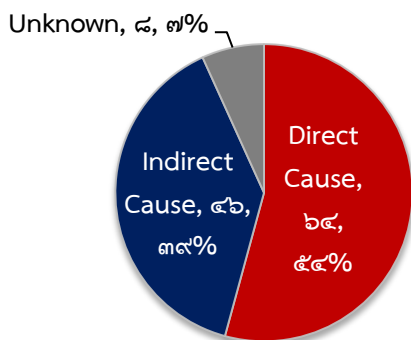


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย; (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นเมื่อนำผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เปรียบเทียบค่าผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของปี ๒๕๖๒ พบว่าในภาพรวมประเทศอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา และเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานเป็นรายเขตบริการสุขภาพพบว่าเขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงกว่าผลการดำเนินงานของปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกันได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ ๑, ๒, ๕, ๖, ๗, ๙ และ ๑๐ ส่วนเขตบริการสุขภาพที่สามารถลดอัตราส่วนการตายมารดาลงจากปีที่ผ่านมาได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ ๓, ๔, ๘, ๑๑ และ ๑๒ แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ที่สามารถวิเคราะห์และทบทวนการตายมารดาและสามารถออกมาตรการเพื่อเฝ้าระวังปัจจัยที่ส่งผลต่อการตายในระดับพื้นที่อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องมีการกำกับติดตามและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อการลดการตายมารดาในระยะยาว ในขณะที่เขตบริการสุขภาพที่ ๒, ๗ และ ๑๐ กลับมีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่า

มาตรการระดับพื้นที่ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาการตายมารดาในระดับเขตได้ และต้องมีการวิเคราะห์และกำหนดมาตรการเพิ่มเติมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ต่อไป

แผนภาพที่ ๘ ร้อยละสาเหตุการตายมารดาทางตรง ทางอ้อม

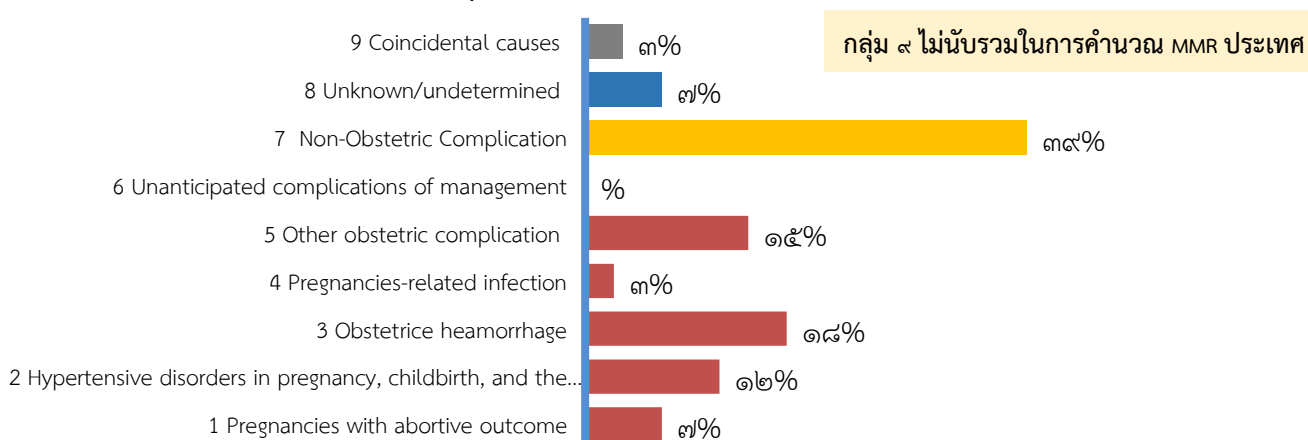


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย; (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เป็นต้นมา กรมอนามัย จำแนกสาเหตุการตายของมารดาแบ่งออกเป็น ๙ กลุ่มตาม ICD-MM ขององค์การอนามัยโลก สาเหตุการตายกลุ่มที่ ๑-๖ เป็นสาเหตุทางตรง กลุ่มที่ ๗ เป็นสาเหตุการตายทางอ้อม และกลุ่มที่ ๘ คือสาเหตุที่ไม่สามารถระบุได้ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายมารดาในกลุ่มที่ ๑-๘ ตาม ICD-MM จะถูกคำนวณอัตราส่วนการตายมารดา ส่วนการตายมารดาในกลุ่มที่ ๙ เป็นสาเหตุการตายมาจากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ซึ่งเป็นการตายที่อยู่นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก จึงไม่นำมาใช้คำนวณอัตราส่วนการตายมารดา จากผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดาปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ร้อยละ ๕๔ ของมารดาตายจากสาเหตุทางตรง (กลุ่มที่ ๑-๖) ร้อยละ ๓๙ ของมารดาตายจากสาเหตุทางอ้อม (กลุ่มที่ ๗) และร้อยละ ๗ ของมารดาตายจากสาเหตุที่ไม่สามารถระบุได้ (กลุ่มที่ ๘) ข้อมูลดังแผนภูมิที่ ๕ สรุปได้ว่าสาเหตุการตายหลักมาจากสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ซึ่งเป็นการตายจากสาเหตุทางสุติกรรม

แผนภาพที่ ๙ ร้อยละการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM : WHO

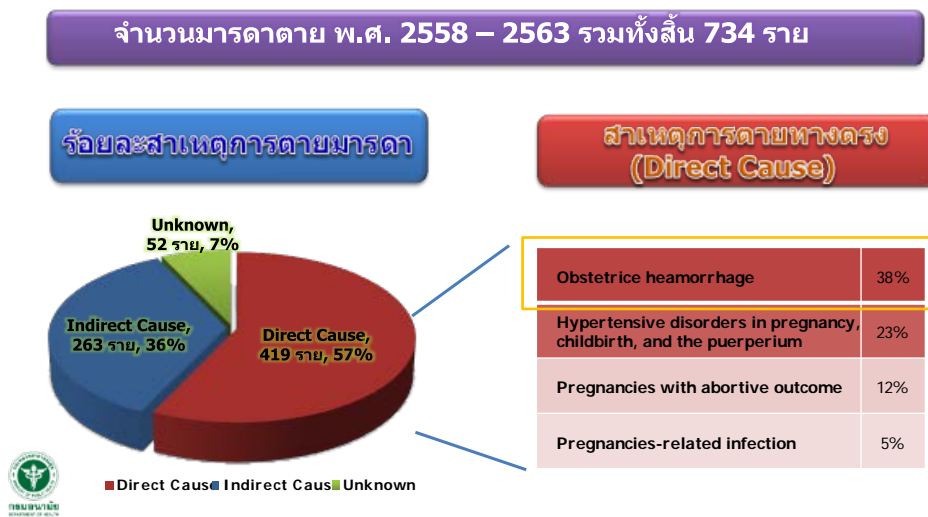
ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ - สิงหาคม ๒๕๖๓



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย; (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

มารดาส่วนใหญ่ตายเนื่องจากสาเหตุทางตรงซึ่งเป็นการตายจากสาเหตุทางสูติกรรมได้แก่ ตกเลือด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสาเหตุการตายขององค์การอนามัยโลกปี 2558 ที่พบว่าสาเหตุการตายหลักของสตรีทั่วโลกได้แก่ตกเลือด ครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อและการแท้งที่ไม่ปลอดภัย จากแผนภูมิที่ 6 สาเหตุการตายทางตรงที่พบมากที่สุดมาจากกลุ่มที่ 3 คือเลือดออกในระหว่างการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของรก การตกเลือด และนอกจากนี้ยังพบว่าการตายมารดาในกลุ่มที่ 5 คือการตายที่เกิดจากความผิดปกติอื่นๆของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และระหว่างคลอด เช่น ภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือดในปอด การฆ่าตัวตาย ยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มีร้อยละการตายที่สูงรองจากการตกเลือด ส่วนสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อม (Indirect Cause) ส่วนใหญ่พบสาเหตุมาจาก มะเร็ง โรคหัวใจ และติดเชื้อ นอกจากปัจจัยทางด้านสุขภาพแล้วยังพบอีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุการตายมารดานั้นคือ อุบัติเหตุ และ การฆาตกรรม ซึ่งจากการเก็บข้อมูลผ่านระบบเฝ้าระวังการตายมารดาปี 2562-2563 พบแม่ตายจากอุบัติเหตุ 7 ราย และฆาตกรรม 3 ราย แสดงให้เห็นว่านอกจากโรคร้ายด้านสุขภาพแล้วแม่อังคังต้องเผชิญความเสี่ยงด้านอื่นๆ นอกเหนือจากสุขภาพไม่ว่าจะเป็นความไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัว ความไม่ปลอดภัยจากท้องถนน และความไม่ปลอดภัยจากอาชญากรรมอีกด้วย

แผนภาพที่ 10 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาปีงบประมาณ พ.ศ.2558 – 2563 (จำนวน 734 ราย)



ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ; (30 กันยายน 2563)

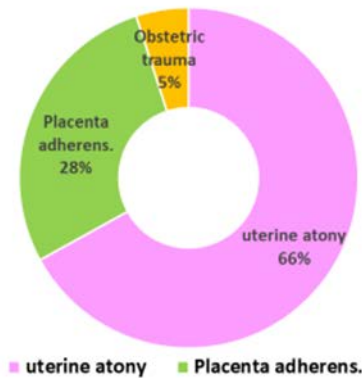
ผลจากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดา ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ -๒๕๖๓ โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบมีมารดาตายรวมกันจำนวนทั้งสิ้น ๗๓๔ คน เมื่อนำมาจัดกลุ่มการตายตาม ICD-MM พบว่าร้อยละ ๕๗ (๔๑๙ คน) ของมารดาตายจากสาเหตุทางตรง, ร้อยละ ๓๖ (๒๖๓ คน) ของมารดาตายจากสาเหตุทางอ้อม และร้อยละ ๗ (๕๒) ของมารดาไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ หากพิจารณาเฉพาะสาเหตุทางตรงจะพบว่าเกิดจากการตกเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๓๘ รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๓

แผนภาพที่ ๑๑ ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจากการตกเลือด

สาเหตุการตายมารดาที่พบบ่อยที่สุด
เกิดจาก **Obstetric haemorrhage**



Set Zero PPH System



1. คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดในทั้ง 2 กรณี Placenta adherens&uterine atony

2. ฝึกอบรม Uterine atony ใน LR เช่น ให้ synto ตั้งแต่คลอดในล้นบน (ตาม CPG)

3. Early detection placenta adherens และวางแผนการผ่าคลอดใน รพ.ระดับตติยภูมิ หรือโรงเรียนแพทย์

ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ; (30 กันยายน 2563)

จากการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายรายบุคคลพบว่าสาเหตุหลักของการตายมารดาจากการตกเลือดคิดเป็นร้อยละ ๓๘ ของการตายจากสาเหตุทางตรง ซึ่งเกิดจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกไม่หดตัวและภาวะรกเกาะติดอันมีสาเหตุมาจากการผ่าตัดคลอดซ้ำจากที่เคยผ่าตัดคลอดในการตั้งครรภ์ก่อนซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มพบได้มากขึ้น และสาเหตุการตายรองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ ๒๓ ของการตายจากสาเหตุทางตรง ดังนั้นการจะลดการตายมารดาให้ได้ผลสำเร็จ ต้องมุ่งเน้นที่มาตรการป้องกันการตายจากการตกเลือด และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดให้ได้ ผลจากการเฝ้าระวังการตายมารดากรมอนามัยจึงได้ขับเคลื่อนมาตรการเร่งด่วน ลดการตายมารดาจากการตกเลือดและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด โดยจัดทำแนวทางการดูแลรักษาภาวะตกเลือดและการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ให้กับสถานบริการทั่วประเทศ มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับประเทศเพื่อถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อนมาตรการ เน้นการพัฒนาคุณภาพบริการการฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด การบริหารจัดการความเสี่ยงและการเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อเป็นการสนองต่อการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการลดการตายจากการตกเลือด นอกจากนี้ยังพบหญิงตั้งครรภ์ฆ่าตัวตายในภาคเหนือตอนบนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นชนเผ่าที่มีความเคร่งครัดในเรื่องวัฒนธรรมประเพณี และด้วยสภาพเศรษฐกิจสังคมของไทยที่เปลี่ยนไปทำให้มีการท้องไม่พร้อมมากขึ้น มีการปิดกั้นการตั้งครรภ์ และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย นอกจากสาเหตุการตายทางตรงแล้วยังว่า สาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมที่มากที่สุด ได้แก่ กลุ่มของโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจมีอัตราการตายมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติถึง ๑๐๐ เท่า ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากทั้งแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ สูติแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ รวมถึงวิสัญญีแพทย์ และการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งในห้องคลอด และต่อเนื่องไปจนกระทั่งภายหลังการคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ในระบบบริการการคัดกรองความเสี่ยงด้วยการตรวจร่างกายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อคัดกรองโรคหัวใจอาจจะเกินกว่าศักยภาพของเจ้าหน้าที่ ดังนั้น การตรวจร่างกายหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย ๑ ครั้ง โดยแพทย์จึงเป็นความจำเป็นและเมื่อพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงแล้วต้องมีการ

ติดตามเฝ้าระวัง และในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีประวัติป่วยด้วยโรคหัวใจจะต้องมีการคุมกำเนิด นอกจากนี้การปฏิบัติงานของแพทย์ โดยเฉพาะสูติแพทย์และอายุรแพทย์ ต้องร่วมมือกันในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ จะช่วยลดการตายมารดาจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมได้ดีขึ้น

แผนภาพที่ ๑๒ การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดาด้วย ๓ Delay Modal



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย; (๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

เมื่อนำข้อมูลการตายมารดาวิเคราะห์ผ่านแบบจำลองความล่าช้า ๓ ประการที่ส่งต่อการตายมารดา (๓ delay Modal) เพื่อจัดกลุ่มของปัญหาพบว่าร้อยละ ๔๓.๗๕ ของมารดาที่เสียชีวิตตัดสินใจเข้ารับบริการล่าช้า ผิดครรภ์ไม่ครบ ๕ ครั้ง และในบางรายไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์เลย อันเนื่องมาจากขาดความรู้ด้านสุขภาพ วัฒนธรรม และความเชื่อ (Delay in seeking care : Health literacy / Socio-economic/ cultural barriers) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ ๖.๒๕% ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตไม่สามารถเดินทางเข้ามารับบริการได้อย่างทันท่วงที อันเนื่องมาจากเป็นพื้นที่ห่างไกล ปัญหาการเดินทาง ขาดระบบขนส่งสาธารณะที่ดี แรงงานย้ายถิ่นที่เข้าไม่ถึงสิทธิ์ในการบริการ (Delay in reaching care : transportation) และร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตเกิดจากระบบบริการและศักยภาพของบุคลากร (Delay in receiving adequate health care) โดบแบ่งออกเป็นด้านบุคลากร ร้อยละ ๔๑.๒๕ ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตเกิดจากการได้รับการดูแลรักษาล่าช้า บุคลากรขาดประสบการณ์ ทักษะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด และร้อยละ ๘.๗๕% ของหญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตเกิดจากเวชภัณฑ์ คลังเลือด คลังยา ที่ไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งาน รวมทั้งขาดการใช้ถุงตรวจเลือดที่ได้มาตรฐานในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว ระบบส่งต่อในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ล่าช้า การตัดสินใจส่งต่อล่าช้า ระบบส่งต่อที่ต้องติดต่อและประสานงานหลายขั้นตอน (แผนภาพที่ ๑๒)

การรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังการตายมารดาได้สะท้อนถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ที่มีการเผยแพร่สถานการณ์และรายงานผลการดำเนินงานเชิงรุก พร้อมทั้งคืนข้อมูลแก่หน่วยงานใน

รูปแบบของ Dash board แบบรายเดือน เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดทิศทางการวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ตลอดจนการกำหนดนโยบายและมาตรการ พร้อมทั้งวางแผนเพื่อบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้การป้องกันและลดการตายมารดาจำเป็นต้องมีการทบทวนสาเหตุการตายของมารดาทุกรายเพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลมารดาตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามบริบทของพื้นที่ เน้นการจัดการรายบุคคลโดยเฉพาะระบบคัดกรองภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม โรคทางอายุรกรรมและทบทวนระบบการดูแลรักษา ในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด นอกจากนี้สำนักส่งเสริมสุขภาพยังได้มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์การเฝ้าระวังให้กับผู้บริหารกรมอนามัยทุกเดือน เพื่อผู้บริหารได้สั่งการสู่การปฏิบัติและพัฒนาในระดับเขตและประเทศ อันนำไปสู่การติดตามเยี่ยมเสริมพลังการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมและให้การสนับสนุนตามภารกิจของกรมอนามัยต่อไป

สรุป จากการเฝ้าระวังการตายมารดาไทยพบมีมารดาเสียชีวิต ๑๑๗ คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ ๒๒.๙๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ มารดามากกว่าครึ่งหนึ่ง (๕๔%) เสียชีวิตจากสาเหตุทางตรงและสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๑ ได้แก่ การตกเลือด รองลงมา ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด สาเหตุทางอ้อมที่พบมากที่สุดคือ โรคหัวใจ รองลงมาได้แก่การติดเชื้อในกระแสเลือด เขตสุขภาพที่มีมารดาเสียชีวิตมากที่สุดได้แก่เขตสุขภาพที่ ๑๒, ๒ และ ๖ ตามลำดับ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดาอาจจะมีตัวแปรที่สำคัญบางตัวขาดหายไป กรมอนามัยมีกรดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์สถานการณ์ และนำเสนอในเวทีผู้บริหารทุกเดือนอันนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาต่อไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตายมารดาจากระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR System) กรมอนามัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ๑.๑ ประกาศนโยบาย Zero PPH เป็นเป้าหมายตัวชี้วัดหลักในการกำกับติดตามการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการดำเนินการตามมาตรการอย่างจริงจังในปีงบประมาณ ๒๕๖๔
- ๑.๒ ขับเคลื่อนมาตรการลดการตายมารดาจากสาเหตุหลัก ได้แก่ การตกเลือดและความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด
- ๑.๓ ประกาศมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพที่ครอบคลุมคุณภาพทางสูติกรรมอายุรกรรมและจิตเวช

๒. การบริหารจัดการเชิงระบบเพื่อลดการตายมารดา

- ๒.๑ ฝากครรภ์คุณภาพเร่งดำเนินการให้มีการฝากครรภ์เร็ว ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนโดย อสม. ผู้นำชุมชน/ทีมหมอครอบครัว
- ๒.๒ การคัดกรองความเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทุกรายจะต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงในคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดทุกครั้ง

๒.๓ การบริหารความเสี่ยง

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงทุกรายได้พบสูติแพทย์ และในรายที่มีความเสี่ยงรุนแรงหรือมีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรมต้องทำคลอดโดยสูติแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม
- ในกรณีที่มีภาวะตกเลือด ต้องกำหนดเวลาตั้งแต่การวินิจฉัยการรักษาจนเลือดหยุดไม่เกิน ๓๐ นาที ถ้าเลือดไม่หยุดต้องส่งต่อแบบ Fast tract ไปยัง รพ.ท./รพ.ศ. เนื่องจากการตายมาจากการตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นใน ๒ ชั่วโมงหลังคลอด

๒.๔ การบริหารยา เวชภัณฑ์

- ใช้ถุงตวงเลือดในการคลอดทุกรายเพื่อการวินิจฉัยการตกเลือดอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งมีระบบเลือดสำรองและสารน้ำพอเพียง พร้อมใช้งาน
- มียารักษาภาวะตกเลือด Oxytocin, Ergometrine หรือ Methylergometrine (Methergin), Cytotex ครบถ้วน

๒.๕ การฝึกอบรม

- แพทย์จบใหม่ก่อนออกโรงพยาบาลชุมชน ควรเพิ่มหลักสูตรการฝึกอบรมทักษะด้านการดูแลภาวะวิกฤติทางสูติกรรม ชี้แจงระบบให้คำปรึกษา และการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง
- สูติแพทย์จบใหม่ ต้องได้รับการ Coaching โดยสูติแพทย์อาวุโสในช่วงแรกของการปฏิบัติงาน
- พยาบาลประจำห้องคลอด รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะเพื่อการคัดกรองภาวะเสี่ยงและประเมินสถานการณ์วิกฤติในห้องคลอด
- กำหนดให้มีการซักซ้อม/การจำลองสถานการณ์ฉุกเฉินและภาวะวิกฤติทางสูติกรรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความคล่องแคล่วรวดเร็ว ทำงานเป็นทีมได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์

๒.๖ ระบบการให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อ (Consult/refer) พัฒนาระบบส่งต่อ High risk pregnancy Fast tract และมีระบบให้คำปรึกษาเป็นแนวทางที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร

๒.๗ ระบบข้อมูล ข่าวสาร สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนเน้นให้เกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีโรคทางอายุรกรรม โดยมีผู้นำชุมชนในท้องถิ่นเป็นผู้นำในการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

๕.๕ การนำไปใช้ประโยชน์

๑. ทราบสถานการณ์การตายมารดาไทยปี พ.ศ.๒๕๖๓
๒. นำข้อมูลที่ได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๕.๖ ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

๑. ความครอบคลุมของข้อมูลซึ่งเป็นข้อจำกัดในการศึกษา ข้อมูลที่ได้ไม่รวมกรุงเทพมหานคร
๒. กรณีการตายของมารดาในสถานพยาบาล : ในการปฏิบัติงานจริงพบว่าแบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (CE-๖๒) ถูกเก็บและรวบรวมข้อมูลโดยงานห้องคลอด ดังนั้นการตายของมารดาที่เกิดขึ้นนอกห้องคลอด อาจมีข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนในบางรายงานหรืออาจไม่ได้รับการรายงานในบางราย
๓. กรณีการตายของมารดานอกสถานพยาบาล : ในการปฏิบัติงานจริงข้อมูลส่วนนี้อาจไม่ครบถ้วนตามที่รายงาน เนื่องจากการรายงานส่วนใหญ่เป็นข้อมูลแบบ hospital-base ในรายที่ตายนอกสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวบรวมข้อมูลจากสื่อต่างๆ จากการระบุงสาเหตุการของหน่วยแพทย์ที่ทำการรับรองการตายนอกสถานที่ และจากการชันสูตรศพเมื่อมีการตายผิดธรรมชาติ
๔. ความสามารถในการการวินิจฉัยสาเหตุการตาย ในบางพื้นที่วินิจฉัยสาเหตุการตายมารดาที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้การวางแผนแก้ไขปัญหามุ่งตรงกับสาเหตุที่แท้จริง

๕.๗ ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

๑. งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อให้ได้สาเหตุการตายที่ถูกต้องจึงจำเป็นต้องมีพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการวินิจฉัยสาเหตุการตายอย่างสม่ำเสมอเพื่อคุณภาพถูกต้องและความเหมาะสมว่าข้อมูลน่าเชื่อถือมากน้อยอย่างไร
๒. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป
 - ๒.๑ ศึกษาการตายมารดาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิทุก ๓ ปี เพื่อดูแนวโน้ม สาเหตุการตาย และเป็นวิธีที่ประหยัดกว่าการสำรวจด้วยวิธีการทำ RAMOS และสุมสำรวจการตายมารดาในระดับประเทศทุก ๑๐ ปี เพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องของข้อมูล
 - ๒.๒ การวิจัยพัฒนาระบบบริหารจัดการปัญหาการตายของมารดา ศึกษาเฉพาะกรณี (สาเหตุการตายที่พบมากที่สุด) เพื่อระบุประเด็นวัตถุประสงค์ของวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีความเป็นไปได้ที่จะแก้ไขปัญหานั้นๆ