



รายงานระบบเฝ้าระวัง การตายมารดา ประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

**Annual Report : Maternal Death Surveillance
and Response system in Thailand 2021**



คำนำ

การตายของมารดาสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการบริการด้านสุขภาพแม่และเด็ก สภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงระบบสาธารณสุขของประเทศ เป็นตัวชี้วัดสุขภาพของมารดา จากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDG) ที่ประชาคมโลกตกลงร่วมกันที่จะใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานด้านการพัฒนา เป้าหมายที่ 3.1 ระบุว่า ให้ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนภายในปี พ.ศ. 2573 สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าเป้าหมายลดอัตราการตายของมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2564

กรมอนามัย ได้จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 มีการจัดเก็บข้อมูลสถานการณ์และวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาเป็นรายเดือน เพื่อใช้ในการกำกับติดตามและแก้ไขปัญหา รวมถึงการออกมาตรการต่าง ๆ โดยมุ่งหวังลดการตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ในปี พ.ศ. 2560 – พ.ศ.2564 ได้มีการพัฒนาแนวทางการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา การจำแนกสาเหตุการตายโดยใช้รหัสโรคตาม ICD-MM สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานใช้เป็นกรอบแนวทางในการทำงานให้เป็นทิศทางเดียวกัน การรายงานข้อมูลผ่านโปรแกรมออนไลน์ทำให้ได้รับข้อมูลที่เป็นปัจจุบันสามารถนำมาวิเคราะห์ปัญหาและนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อกำหนดนโยบายและแผนในการพัฒนางาน

การจัดทำรายงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดาฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้อง กับงานอนามัยแม่และเด็ก ได้รับทราบข้อมูลและสถานการณ์การตายมารดาของประเทศไทย ขนาดและความรุนแรงของปัญหาในแต่ละพื้นที่ ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 ได้มีการรวบรวมสถานการณ์การตายมารดา ในเขตกรุงเทพมหานครเข้ามาด้วย ขอขอบคุณ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 1 – 12 และ ศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 ที่มีส่วนสนับสนุนด้านข้อมูลประกอบการจัดทำรายงานฉบับนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนงานเพื่อการดูแลสุขภาพแม่และเด็กต่อไป



(นายสุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)
อธิบดีกรมอนามัย

สารบัญ

	หน้า
1. สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก	1
2. ผลการดำเนินงาน	3
3. การวิเคราะห์	4
4. การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก	7
5. ความท้าทาย (Challenges)	9
6. สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป	9
เอกสารอ้างอิง	11
ภาคผนวก	
การจัดระบบบริการฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอด ภายใต้สถานการณ์ การแพร่ระบาดของ COVID – 19	13
การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ภายใต้สถานการณ์ การแพร่ระบาดของ COVID – 19	18
ประกาศแนวปฏิบัติ การฉีดวัคซีน COVID – 19 ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร	21
ประกาศ เรื่อง การฉีดวัคซีนโควิด 19 ในผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค และหญิงตั้งครรภ์	23
ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง ขอความร่วมมือนายจ้างดูแลสุขภาพลูกจ้าง ซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์	24
คณะผู้จัดทำ	25

รายงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดา ประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

Annual Report : Maternal Death Surveillance and Response system in Thailand 2021

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้จัดทำระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (Thailand Maternal Death Surveillance and Response system : MDSR system) ขึ้นเพื่อใช้กำกับติดตามสถานการณ์และการดำเนินงานลดการตายมารดาแบบรายเดือน ทำให้มีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุและออกมาตรการเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำได้อย่างทันทั่วทั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ได้เริ่มมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการตายมารดาและทารกขึ้นมาเป็นลำดับเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกที่ให้รวมเอาการตายทารกปรีกำเนิดเข้ามาอยู่ในระบบเฝ้าระวังด้วยกัน ซึ่งการเฝ้าระวังการตายทารกปรีกำเนิดยังอยู่ในระหว่างการนำร่องในบางพื้นที่ จากระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมงานอนามัยแม่และเด็กที่มีอยู่ ทำให้ได้รับข้อมูลผลการดำเนินงานที่ทันต่อเหตุการณ์ และสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อใช้ในการกำกับติดตามรวมทั้งการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารเพื่อนำไปกำหนดมาตรการและแผนพัฒนางานต่อไป

1.สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก

ภาพที่ 1 ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระบบเฝ้าระวังงานอนามัยแม่และเด็ก

รายการ	ความถี่	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ผลงานเทียบเป้าหมาย
			ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ทุกเดือน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	21.8	19.9	22.5	22.9	39.0	
2. อัตราทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth)	3 เดือน		NA	4.3/1000	4.5/1000	4.4/1000	4.5/1000	
3. อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR)	3 เดือน	ไม่เกิน 3.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	4.5/1000	4.6/1000	4.5/1000	4.2/1000	4.7/1000	
4. อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate : ENMR)	3 เดือน	-	NA	4.1/1000	4.1/1000	3.9/1000	4.3/1000	
5. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	3 เดือน	ร้อยละ 75 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์	53.77	58.42	70.15	75.00	73.8	

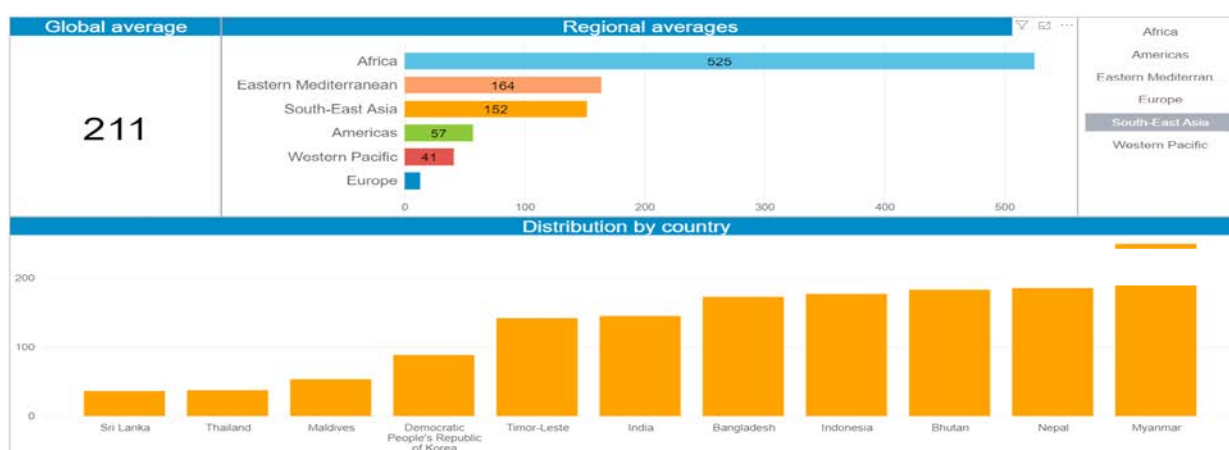
รายการ	ความถี่	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน					ผลงาน เทียบ เป้าหมาย
			ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	
6. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	3 เดือน	ร้อยละ 75	66.71	70.86	80.28	87.24	81.5	
7. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	3 เดือน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	51.8	53.34	65.04	68.49	71.01	
8. อัตราตายทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	3 เดือน	-	8.1/1000	7.2/1000	6.9/1000	6.2/1000	6.8/1000	
9. ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	3 เดือน	ไม่เกินร้อยละ 7	NA	10.7	9.9	9.5	9.8	

ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 เขตสุขภาพที่ 1-12

 = ไม่ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมาย
 = ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมาย

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2020 พบการตายมารดาทั่วโลก 211 ราย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งภูมิภาคเอเชียมีการตายมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ 152 ราย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อจัดอันดับตามกลุ่มประเทศสมาชิกในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR) พบว่าประเทศไทยมีการตายมารดาต่ำเป็นอันดับ 2 โดยอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยอยู่ที่ 37 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน รองจากประเทศศรีลังกา (36 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

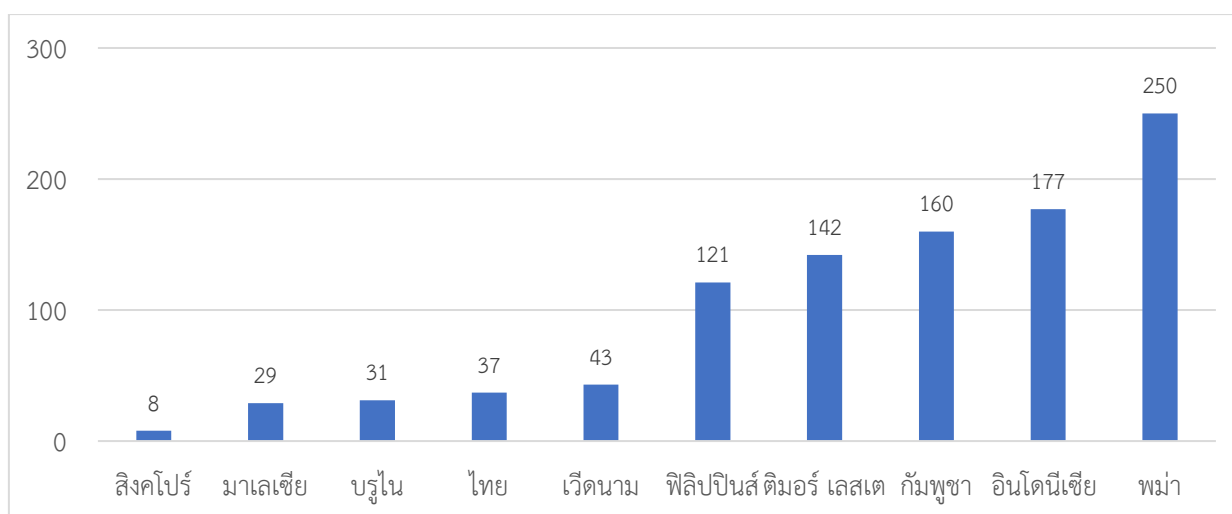
ภาพที่ 2 อัตราส่วนการตายมารดาในกลุ่มประเทศสมาชิก SEAR



ที่มา : World Health Statistics 2020,WHO

และเมื่อเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมารดาไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) พบว่า อัตราส่วนการตายมารดาไทยในปี ค.ศ. 2017 ต่ำเป็นอันดับ 4 ของประเทศในภูมิภาคอาเซียน (37 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) รองจากประเทศสิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไนซึ่งมีอัตราส่วนการตายมารดาอยู่ที่ 8, 29 และ 31 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ

ภาพที่ 3 อัตราส่วนการตายมารดาของประเทศในภูมิภาคอาเซียน ปี ค.ศ. 2020

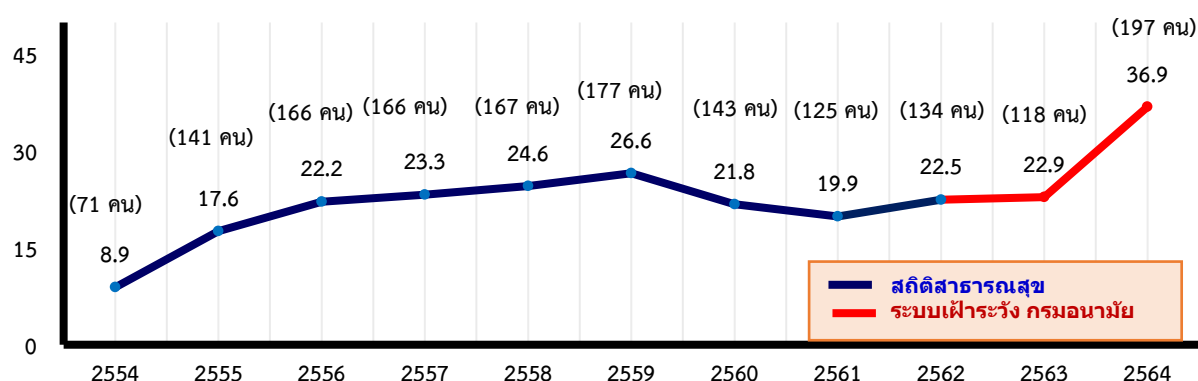


ที่มา: World Health Statistics 2020, WHO

2. ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาอย่างต่อเนื่อง กรมอนามัยสามารถจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดารายบุคคลได้ทุกรายที่มีการรายงานเข้ามา จากข้อมูลตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา อัตราส่วนการตายมารดามีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าค่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ซึ่งทุกประเทศทั่วโลกต้องลดอัตราส่วนการตายมารดาให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573 แม้ว่าประเทศไทยจะสามารถลดการตายมารดาได้บรรลุตามค่าเป้าหมายของโลก แต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 อัตราส่วนการตายมารดาไทยเพิ่มขึ้นเป็น 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2563 ซึ่งสาเหตุหลักของการตายมารดาจากการติดเชื้อโควิด 19 ถึงร้อยละ 38.6

ภาพที่ 4 อัตราส่วนการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 - พ.ศ. 2564



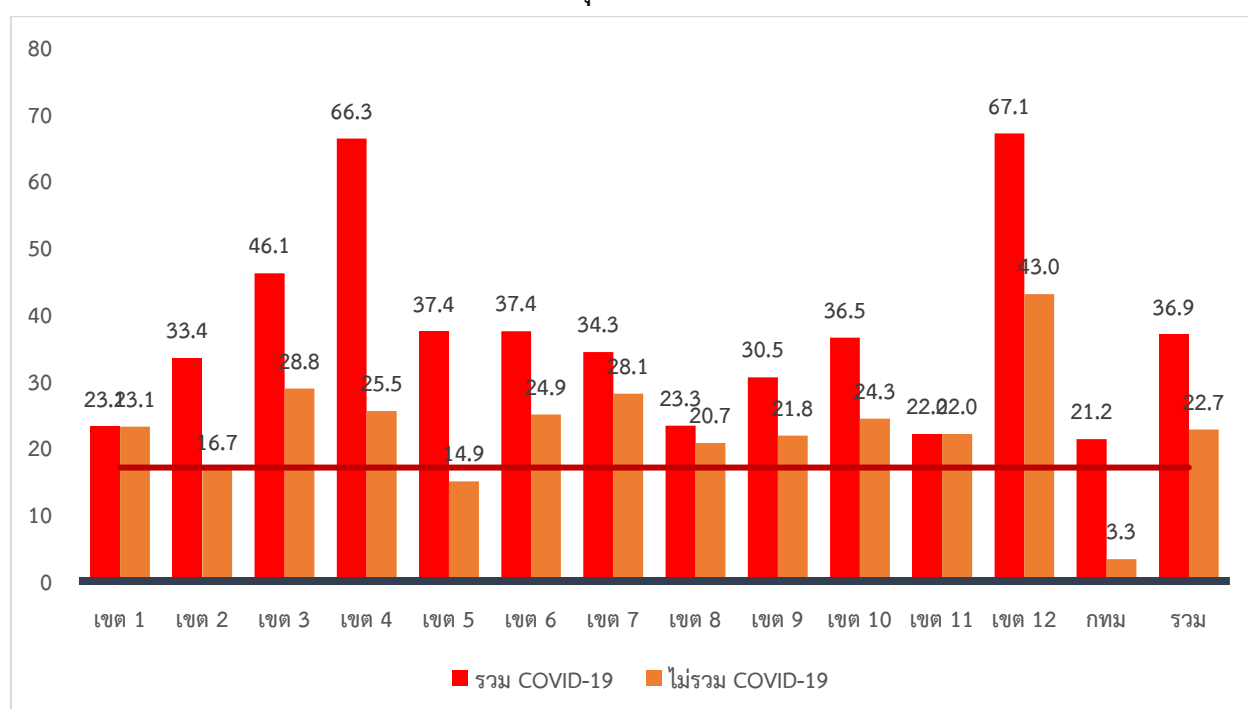
ที่มา : 1. สกิดสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2554 - พ.ศ. 2562

2. ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ณ วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2564

เขตสุขภาพที่ 1 - 12 และ กทม.

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบมารดาตายจากทุกสาเหตุจำนวน 197 คน (ต.ค. 63 - ก.ย. 64) คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 36.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานแบบรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 (67.1), 4 (66.3), และ 3 (46.1) ตามลำดับ และหากพิจารณาเฉพาะมารดาตายจากสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด 19 มีจำนวนทั้งสิ้น 121 คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 22.7 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งไม่แตกต่างจากปี พ.ศ. 2563 ซึ่งมีอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 22.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เขตสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 (43.0), 3 (28.8) และ 7 (28.1) ตามลำดับ

ภาพที่ 5 อัตราส่วนการตายมารดาจำแนกรายเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564



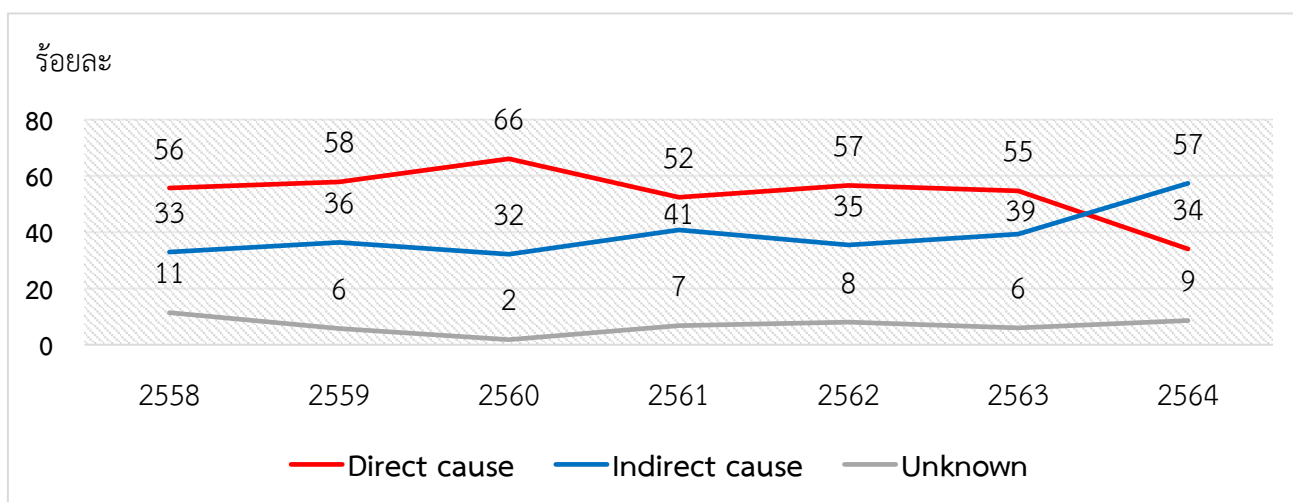
ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2564 : เขตสุขภาพที่ 1 - 12 และ กทม.

3. การวิเคราะห์

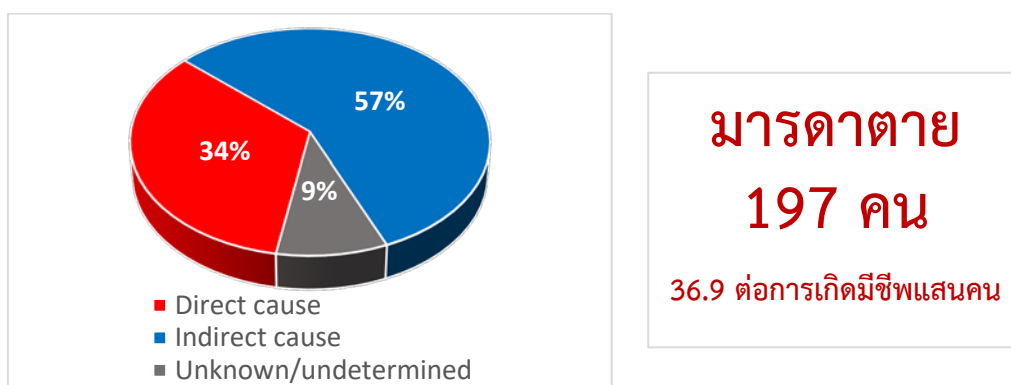
ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 มีแม่ตายทั้งสิ้น 197 คน คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 36.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายมารดา พบว่า ร้อยละ 34 มาจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 57 มาจากสาเหตุทางอ้อม และร้อยละ 9 ยังไม่สามารถระบุสาเหตุได้ เมื่อเปรียบเทียบกับในปีที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ. 2558 - พ.ศ. 2563 ซึ่งสาเหตุหลักของการตายมารดาจากสาเหตุทางตรง จะเห็นว่า ในปี พ.ศ. 2564 การตายจากสาเหตุทางอ้อมกลับมีสัดส่วนมากกว่า ทั้งนี้ เป็นผลจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทุกกลุ่ม รวมทั้งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ด้วย

ภาพที่ 6 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาไทยจากทางตรงและทางอ้อม ปี พ.ศ. 2558 - พ.ศ. 2564



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2564 : เขตสุขภาพที่ 1-12 และ กทม.

ภาพที่ 7 ร้อยละสาเหตุการตายมารดา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

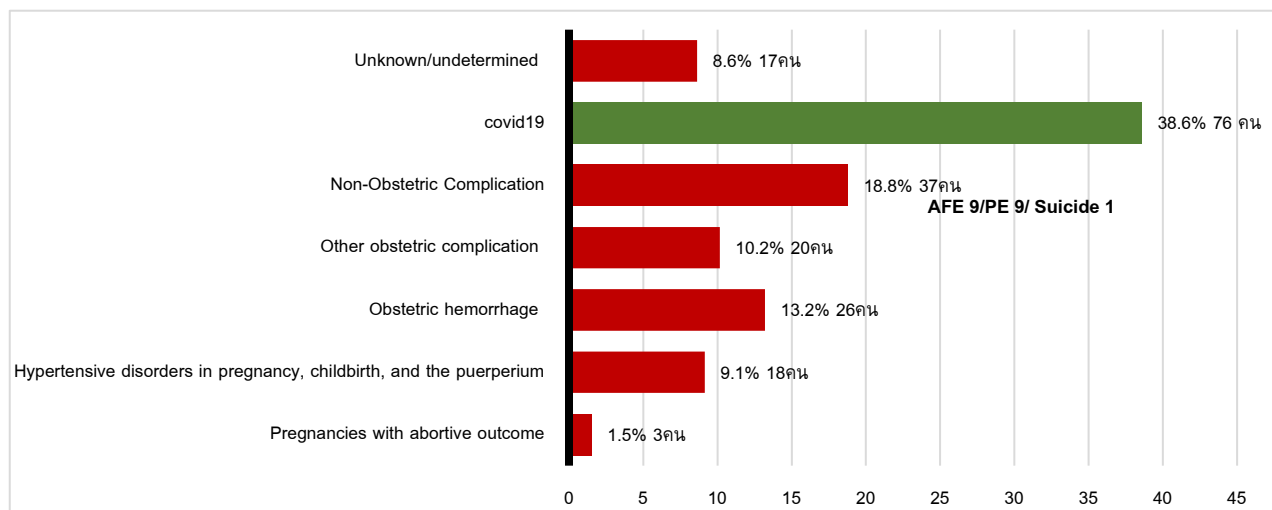


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ; เขตสุขภาพที่ 1 -12 และ กทม.
สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ วันที่ 15 ตุลาคม 64

เมื่อจำแนกโรคที่เป็นสาเหตุการตายมารดาตาม ICD - MM จะเห็นว่า สาเหตุการตายของมารดา สูงสุดอันดับแรกมาจากการติดเชื้อโควิด 19 พบมากถึง 76 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 นอกจากนี้ยังพบว่าแม่ที่ติดเชื้อโควิด 19 แต่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นอีก 4 ราย ได้แก่ ตกเลือด 1 ราย ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 1 ราย ภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นหลอดเลือดที่ปอด 1 ราย เบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1 ราย สถานการณ์มารดาตายจากการติดเชื้อโควิด 19 เกิดขึ้นกับหลายประเทศทั่วโลก มีการศึกษาแบบ Meta-analysis ในประเทศกลุ่มรายได้ต่ำถึงปานกลาง พบว่า มีอัตราส่วนการตายมารดาเพิ่มขึ้น 1.37 เท่า⁽¹⁾ ประเทศเม็กซิโก รายงานว่า ในระยะเวลา 1 ปี ที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าอัตราส่วนมารดาตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 และร้อยละ 25.4 มีสาเหตุจากการติดเชื้อโควิด 19⁽²⁾ ประเทศบราซิล รายงานว่า ร้อยละ 13 ของการตายมารดาในปี ค.ศ. 2020 มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อโควิด 19⁽³⁾ หากพิจารณาสาเหตุตกเลือดซึ่งเป็นสาเหตุการตายหลักของทุก ๆ ปี และเป็นประเด็นมุ่งเน้นที่ทุกเขตสุขภาพเร่งขับเคลื่อนเพื่อลดมารดาตายจากภาวะตกเลือดนั้น ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีมารดาตายจากสาเหตุตกเลือด 26 คน (ร้อยละ 13.2) แต่เนื่องจาก

ในปี พ.ศ. 2564 มีมารดาตายจากการติดเชื้อโควิด 19 เป็นสัดส่วนที่มากถึงร้อยละ 38.6 หากไม่นับรวมมารดาตายจากการติดเชื้อโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2564 จะพบว่ามีการดาตายทั้งสิ้น 121 คน และในจำนวนนี้ 26 คน ตายจากสาเหตุตกเลือด คิดเป็นร้อยละ 21.5 ซึ่งสูงกว่าปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2563 มีมารดาตายจากสาเหตุตกเลือด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0) ดังนั้น จึงยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกันคือ “ไม่มีมารดาเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหรือลดลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา”

ภาพที่ 8 ร้อยละสาเหตุการตายมารดาจำแนกตาม ICD-MM ปีงบประมาณ พ.ศ.2564



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการตายมารดา (MDSR System) ; เขตสุขภาพที่ 1-2 และ กทม.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ ณ วันที่ 15 ตุลาคม 64

จากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ได้แพร่ระบาดในประเทศไทยตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2563 และทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อเช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคประจำตัว และมีโอกาสเสียชีวิตสูง นอกจากนี้การระบาดของเชื้อโควิด 19 ที่เพิ่มมากขึ้นยังส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการเข้ารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเดินทางตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 และในสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด 19 ระลอก 3 ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน ได้มีจำนวนประชากรติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระบบสาธารณสุขเริ่มประสบปัญหาผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล เต็มเตียงเต็มและขาดกำลังคน หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้ารับบริการทำคลอดในสถานพยาบาลใกล้บ้าน ทำให้เกิดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (Delay in reaching care and delay in receiving adequate health care)

ข้อมูลจากระบบรายงานการติดเชื้อโควิด 19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิดของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2564 มีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อจำนวน 4,360 คน คลอดแล้ว 2,515 คน (ร้อยละ 57.7) อัตราฆ่าตัวตลคลด ร้อยละ 52.4 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 16.1 สูงกว่าอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด (ร้อยละ 9.8)⁽⁴⁾ ทารกติดเชื้อจำนวน 214 คน (ร้อยละ 8.5) มีมารดาเสียชีวิตจากการติดเชื้อสะสม 92 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 2.1 ในจำนวนมารดาที่เสียชีวิต มีผู้ได้รับวัคซีน 1 เข็ม จำนวน 2 ราย ปัจจัยเสี่ยงที่พบได้แก่ ภาวะอ้วน อายุ 35 ปีขึ้นไป เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคธาลัสซีเมีย หญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่สัมผัสเชื้อมาจากบุคคลในครอบครัว สถานที่ทำงาน ตลาด และงานเลี้ยง

นอกจากนี้ยังพบทารกเสียชีวิต (perinatal death) 41 ราย จำแนกเป็นทารกตายในครรภ์ 24 ราย คิดเป็น stillbirth rate 9.5/1,000 births ซึ่งสูงกว่า stillbirth rate ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด (4.5/1,000 births)⁽⁴⁾ และทารกตายภายใน 7 วันหลังคลอด 17 ราย (early neonatal death rate 6.7/1,000 livebirths สูงกว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดเช่นกัน (4.3/1,000 livebirths)⁽⁴⁾

ภาพที่ 9 สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด

 สถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และการรกแรกเกิด ระหว่างเดือน 1 ธันวาคม 2563 – 30 กันยายน 2564				
ผู้ติดเชื้อ 4,360 ราย	คนไทย	2,953 ราย	คลอดแล้ว	จำนวน (คน) ร้อยละ
	คนต่างด้าว	1,407 ราย	ผ่าคลอด	2,515 57.68
			คลอดทางช่องคลอด	1,317 52.37
การติดเชื้อ	ผู้ติดเชื้อเคยรับวัคซีน		คลอดทางช่องคลอด	1,198 47.63
214 ราย	160 ราย		แม่ตาย	92 2.11
มารดาเสียชีวิต 92 ราย	การเสียชีวิต 41 ราย		Stillbirths	24 0.95
• คนไทย 78 ราย	• Stillbirths 24 ราย		Early neonatal death	17 0.67
• คนต่างด้าว 12 ราย	• ENND 17 ราย		ลูกติดเชื้อ	214 8.51
• ไม่ระบุสัญชาติ 2 ราย			Low Birth Weight	404 16.06

ที่มา : ระบบรายงานสถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และการรกแรกเกิด
กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ที่มา : ระบบรายงานสถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

4. การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก

4.1 การปรับระบบบริการ

- ปรับรูปแบบการบริการฝากครรภ์ มีการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เข้ามาช่วยในการนัดหมาย การให้คำปรึกษา และการแจ้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ มีการปรับให้เป็นแบบ One stop service เพื่อลดการสัมผัสและลดเวลาอยู่ในสถานพยาบาล (ดูรายละเอียดในภาคผนวก)
- สร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อในเครือข่ายบริการสุขภาพ ผ่านกลไก MCH Board โดยใช้ระบบการให้คำปรึกษาทางไกล (Teleconsultation)
- การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อการรายงานการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด⁽⁵⁾ ซึ่งหน่วยบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อตรวจสอบสถานการณ์แยกเป็นรายเขตและรายจังหวัดได้ มีฐานข้อมูลมารดาตายของสำนักส่งเสริมสุขภาพ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและออกมาตรการเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ

4.2 การสื่อสารสาธารณะ

- มีการจัดทำสื่อความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเอง เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ในรูปแบบ infographic คลิปวิดีโอ แผ่นพับ หนังสือคู่มือ เผยแพร่ผ่านสื่อในช่องทางต่าง ๆ
- รณรงค์และขอความร่วมมือจากสถานประกอบการอนุญาตให้หญิงตั้งครรภ์ทำงานที่บ้าน (Work from home) โดยเฉพาะในรายที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะอ้วน หรือมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอด เป็นต้น รวมทั้งในรายที่อยู่ในระยะไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์และยังไม่เคยได้รับวัคซีน

4.3 การให้วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 แก่หญิงตั้งครรภ์

ในระยะแรกๆ ที่เริ่มมีการฉีดวัคซีนและมีวัคซีนในปริมาณจำกัด ประเทศไทยจึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของผู้ที่ควรได้รับวัคซีนก่อน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและผู้มีโรคประจำตัวใน 7 กลุ่มโรค ซึ่งหญิงตั้งครรภ์และเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นกลุ่มยกเว้นเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาที่มากพอ เมื่อมีการระบาดของเชื้อโควิด 19 แพร่ขยายในวงกว้าง เริ่มพบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อมากขึ้น พบการเสียชีวิตเป็นรายแรกตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2564 และมีรายงานเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มาจากระบบรายงานข้อมูลการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์และทารกแรกเกิด ที่กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนาขึ้นตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2563 พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีอัตราป่วยตายสูงกว่ากลุ่มประชากรในวัยทำงานซึ่งเป็นช่วงอายุเดียวกัน ในวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ.2564 กรมอนามัยร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้จัดทำคำแนะนำการให้วัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์ นำเสนอต่อคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติเพื่อประกาศเป็นนโยบายให้เพิ่มหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับวัคซีนเช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์มารับวัคซีน รวมทั้งสิ้น 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยกลุ่มเป้าหมายคือบุคลากรสาธารณสุข ครั้งที่ 2 วันที่ 13 กันยายน พ.ศ.2564 เน้นสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ และมีการให้บริการฉีดวัคซีนแก่หญิงตั้งครรภ์อีกด้วย มีการตั้งเป้าหมาย “1 เดือน 100,000 ราย” และแจกแจงค่าเป้าหมายลงในรายเขต/จังหวัด เพื่อให้พื้นที่เร่งติดตาม แต่จากผลการดำเนินงานหลังการรณรงค์ พบว่ายังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

กรมอนามัยได้ทำการสำรวจการรับรู้และทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์ต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในระหว่างวันที่ 15 - 29 กันยายน พ.ศ.2564 โดยสอบถามกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 1,165 คน จากทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ตอบแบบสำรวจ ร้อยละ 50 ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน และในจำนวนนี้ ร้อยละ 60 ตั้งใจจะฉีดวัคซีน ส่วนที่เหลือยังคงลังเล เนื่องจากกังวลในเรื่องความปลอดภัยต่อทารกในครรภ์และประสิทธิภาพของวัคซีน อย่างไรก็ตาม กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดทำฐานข้อมูลรวบรวมอาการไม่พึงประสงค์และผลลัพธ์ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวัคซีน ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่า หญิงที่ได้รับวัคซีนขณะตั้งครรภ์และคลอดแล้ว จำนวน 1,215 คน ยังไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงใด ๆ อุบัติการณ์ของการแท้ง ทารกตายในครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือการเกิดความพิการแต่กำเนิดไม่แตกต่างจากคนทั่วไป

ภาพที่ 10 ผลของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวัคซีน 1,215 ราย	
N=1,215	
ได้รับวัคซีน	
1 เข็ม	49.7% (AZ 49.2%)
2 เข็ม	50.3% (AZ 54.3%)
อาการไม่พึงประสงค์	
ไม่มีอาการ	54.6%
มีอาการ	45.4%
• อาการไม่พึงประสงค์ทั่วไป	96.4%
• อาการที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์	3.6%
ผลการตั้งครรภ์และการคลอด	
Abortion	5 (0.4%)
DFIU	5 (0.4%)
คลอด	1,205 (99.2%)
LBW	8.9%
Congenital anomalies	6 (0.5%)

***การกักการแต่กำเนิด 6 ราย**

- Limb defect 2 au
- severe hydronephrosis 1 au
- Cleft lip, Cleft Palate 2 au
- ไม่ระบุ 1 au

ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2564

ที่มา : ระบุรายงานอาการไม่พึงประสงค์และผลลัพธ์ของการคลอดจากการฉีดวัคซีนโควิด - 19 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

การรณรงค์ครั้งที่ 3 ในวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จัดร่วมกับองค์การอนามัยโลก และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย โดยเน้นสื่อสารและเผยแพร่เนื้อหาและข้อมูลที่เป็นจริงผ่านสื่อในหลายรูปแบบ ได้แก่ หนังสือพิมพ์ หนังสือพิมพ์ออนไลน์ โทรทัศน์ รวมทั้งสื่อออนไลน์ด้านสุขภาพแม่และเด็ก ด้านวิชาการแพทย์ รวมกว่า 30 ช่องทาง เพื่อสื่อสารสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นจริงแก่หญิงตั้งครรภ์

5. ความท้าทาย (Challenges)

5.1 ความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูล

ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติต้องบันทึกข้อมูลหลายระบบ การขาดแรงจูงใจในการบันทึกข้อมูลเนื่องจากมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงานและไม่มีค่าตอบแทน

5.2 ขาดในแง่ลบเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีน

ทำให้สังคมเกิดความเข้าใจผิด ขาดความเชื่อมั่นและหญิงตั้งครรภ์เกิดความลังเลที่จะเข้ารับวัคซีน รวมไปถึงบุคลากรสาธารณสุขบางกลุ่มยังไม่มั่นใจที่จะสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในความดูแลของตนได้รับวัคซีน

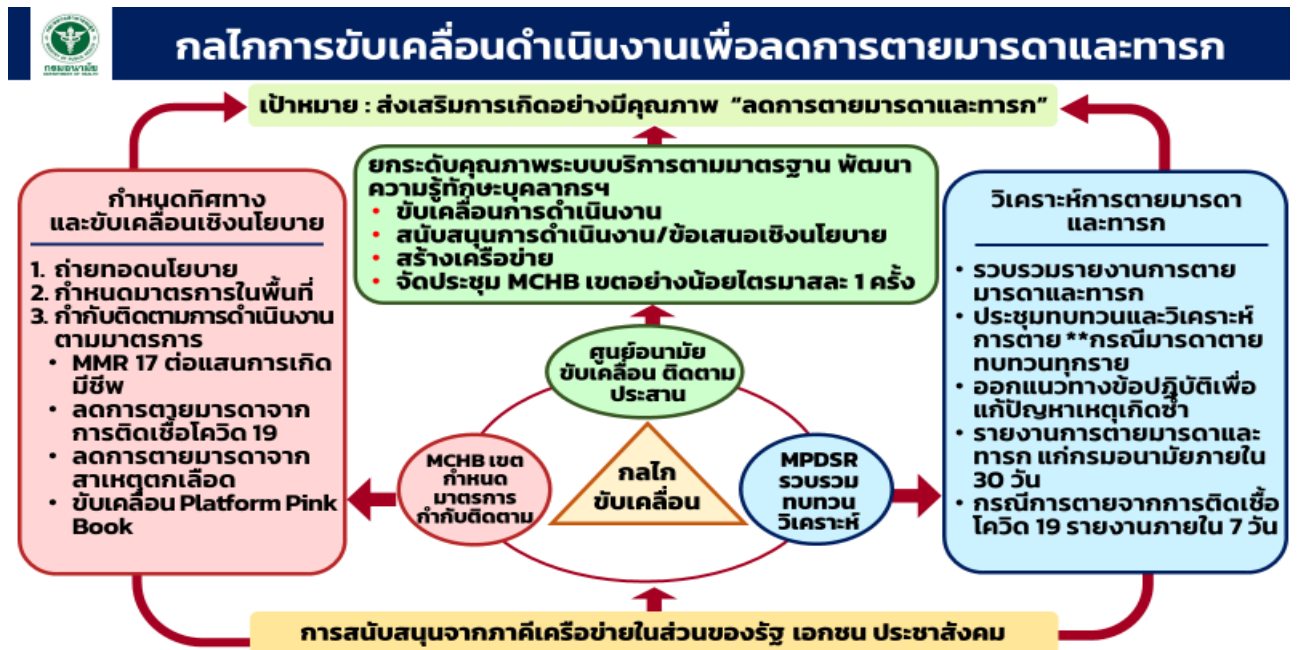
5.3 ความไม่เท่าเทียม

หญิงตั้งครรภ์เป็นประชากรกลุ่มน้อยที่ไม่มีบทบาทสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ การจัดสรรทรัพยากรให้กับการบริการที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการจัดสรรวัคซีนไปยังหน่วยบริการฝากครรภ์เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่หญิงตั้งครรภ์ยังไม่สามารถทำได้ในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ การลดการให้บริการที่เห็นว่าไม่เร่งด่วนและจัดสรรบุคลากรให้ไปปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด

6. สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

6.1 สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการสุขภาพและระบบส่งต่อผ่านกลไก MCH Board โดยมีกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งมีศูนย์อนามัยที่ 1- 12 เป็นศูนย์กลางการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ และมีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต และคณะทำงานทบทวนการตายมารดาและทารกเป็นเครือข่ายการดำเนินงาน

ภาพที่ 11 กลไกการขับเคลื่อนดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาและการก



ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

MPDSR : Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response

โดยมีประเด็นมุ่งเน้นการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ดังนี้

i. ลดอัตราป่วยตายของมารดาจากการติดเชื้อโควิด 19 (ไม่เกินร้อยละ 1.55 ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข)

ii. ลดการตายจากสาเหตุตกเลือด ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ในปี 2565 ร้อยละ 40 ในปี 2566 และร้อยละ 60 ในปี 2567

iii. ลดการตายทารกปริกำเนิดในพื้นที่นำร่องและเตรียมการขยายผลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

6.2 การจัดรูปแบบการบริการแบบวิถีใหม่ (New normal) ในคลินิกฝากครรภ์ให้มีความยั่งยืน เพื่อรองรับการแพร่ระบาดที่อาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต รวมถึงการประกาศนโยบายการฝากครรภ์คุณภาพปี พ.ศ. 2565 โดยกำหนดให้มีการฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้งในรายที่เป็นครรภ์เสี่ยงต่ำ และมีการกำหนดกิจกรรมบริการที่จำเป็นในแต่ละครั้ง สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก มีการประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อบรรจุเข้าเป็นชุดสิทธิประโยชน์แก่หญิงตั้งครรภ์

6.3 การรณรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีน โดยสร้างความรอบรู้และความตระหนักถึงความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ และความรุนแรงของโรค การสื่อสารกับบุคลากรให้เกิดความเชื่อมั่นในการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับวัคซีน โดยบูรณาการร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สถาบันวัคซีนแห่งชาติ องค์การอนามัยโลก และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ

6.4 การขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการตายทารกปริกำเนิดในพื้นที่นำร่องควบคู่ไปกับระบบเฝ้าระวังมารดาตายที่มีอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง ประสานความร่วมมือกับศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HDC Service) ในการพัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาพมารดาและการกให้มีความน่าเชื่อถือ และเตรียมความพร้อมในการขยายผลเพื่อดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งในหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน

เอกสารอ้างอิง

1. The Lancet Global Health 2021. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis [Online] แหล่งที่มา <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X21000796> [31 ตุลาคม 2564]
2. BMC Pregnancy and Childbirth. Maternal mortality during the COVID-19 pandemic in Mexico : a preliminary analysis during the first year, 2021 [Online]. แหล่งที่มา <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11325-3> [31 ตุลาคม 2564]
3. BMC Pregnancy and Childbirth. Impact of COVID-19 pandemic on time series of maternal mortality ratio in Bahia, Brazil: analysis of period 2011–2020, 2021 [Online]. แหล่งที่มา <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03899-y> [31 ตุลาคม 2564]
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย MDSR system พ.ศ.2564
5. ระบบรายงานสถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด แหล่งที่มา <https://forms.gle/VhpdCVfvT8ziAu2YA>

ภาคผนวก



การจัดระบบบริการฝากครรภ์ ตรวจหลังคลอด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID - 19

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยมีการขยายไปในวงกว้าง ทั้งกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และต่างจังหวัด รัฐบาลได้ประกาศ พระราชกำหนดการบริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 ขณะนี้มีผู้ติดเชื้อ COVID-19 มีจำนวนเพิ่มขึ้น และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเหตุให้มีผู้ป่วยจำนวนมากในโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการ บริการด้านอื่น ๆ ของโรงพยาบาล รวมทั้งการบริการฝากครรภ์ด้วย

ผลกระทบของ COVID - 19 ต่อการตั้งครรภ์

แม้ว่าผลกระทบของ COVID - 19 ต่อการตั้งครรภ์ ยังสรุปไม่ได้ชัดเจน เนื่องจากข้อมูลที่มีจำกัด แต่อาจคาดการณ์ได้ ดังนี้

1. ผลกระทบทางตรง

- | | |
|-------------------------|--|
| ต่อหญิงตั้งครรภ์ | - การติดเชื้อ COVID - 19 ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงไม่แตกต่างจากคนทั่วไป คือ ไข้ ไอ เหนื่อยหอบ และ อาจนำไปสู่อาการปอดอักเสบได้ |
| ต่อทารก | - การแท้งและการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
- ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย
- Fetal distress
- Low apgar score
- Stillbirth, neonatal death
- เสียโอกาสในการได้กินนมแม่ |

2. ผลกระทบทางอ้อม

- เนื่องจากสถานพยาบาลอาจมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นจากจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID - 19 ที่เพิ่มขึ้น และการขาดแคลนทรัพยากรที่ยังไม่อาจคาดเดาได้ การเดินทางเข้ารับบริการไม่ได้รับความสะดวกทำให้หญิงตั้งครรภ์ ขาดการติดตามฝากครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายครรภ์เสี่ยงสูงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยไม่ได้รับการดูแลรักษา

แนวทางการจัดการบริการฝากครรภ์

การจัดบริการในคลินิกฝากครรภ์

1. หญิงตั้งครรภ์และผู้ติดตามต้องสวมหน้ากากอนามัยและเข้าสู่ระบบคัดกรองของหน่วยงานทุกครั้ง
2. บุคลากรมีการป้องกันตนเอง ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ
3. ทำความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ตามเกณฑ์มาตรฐาน
4. จัดสถานที่ที่นั่งรอตรวจให้มีระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร
5. การนัดหมายมารับบริการเป็นช่วงเวลาและจำกัดจำนวนผู้ติดตามหญิงตั้งครรภ์ไม่เกิน 1 คน เพื่อลดความแออัด
6. ลดเวลาขณะรับบริการของหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาล โดยพิจารณาปรับกิจกรรมการให้บริการรายบุคคล ให้ครบภายในครั้งเดียว ปรับลดบางกิจกรรมบางอย่าง เช่น โรงเรียนพ่อแม่ อาจเปลี่ยนใช้ช่องทางสื่อสารอื่นแทน
7. ให้บริการฝากครรภ์แบบ ONE STOP SERVICE
8. จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์และช่องทางการติดต่อ
9. นัดหมายการส่งยาบำรุงครรภ์ตามช่องทางที่สะดวกในกรณีเลื่อนนัด

การพิจารณานัดหมายการฝากครรภ์ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงหรือผู้ติดเชื้อ COVID-19 แต่อาการไม่มาก

1. ในราย Low risk pregnancy ควรเลื่อนนัดฝากครรภ์ไปก่อนจนกว่าจะพ้นช่วงกำหนดเวลากักตัว (Isolation) โดยให้อยู่ภายในที่พักอาศัยเป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน
2. ในราย High risk pregnancy ที่จำเป็นต้องนัดติดตาม ให้พิจารณาระหว่างความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ หากจำเป็นที่ต้องได้รับการตรวจให้ใช้การป้องกันการแพร่เชื้อตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
3. ให้จัดบริการแยกห้องจากการฝากครรภ์ปกติ
4. กรณีฉุกเฉินให้มาตรวจที่คลินิกแยกโรคโดยเฉพาะ แพทย์และทีมผู้ดูแลใส่ชุดและอุปกรณ์ป้องกันตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล

กรณีสถานการณ์รุนแรงมากขึ้นวิกฤต หน่วยบริการไม่สามารถให้บริการฝากครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ได้ทุกราย (ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ติดเชื้อที่อาการไม่มาก)

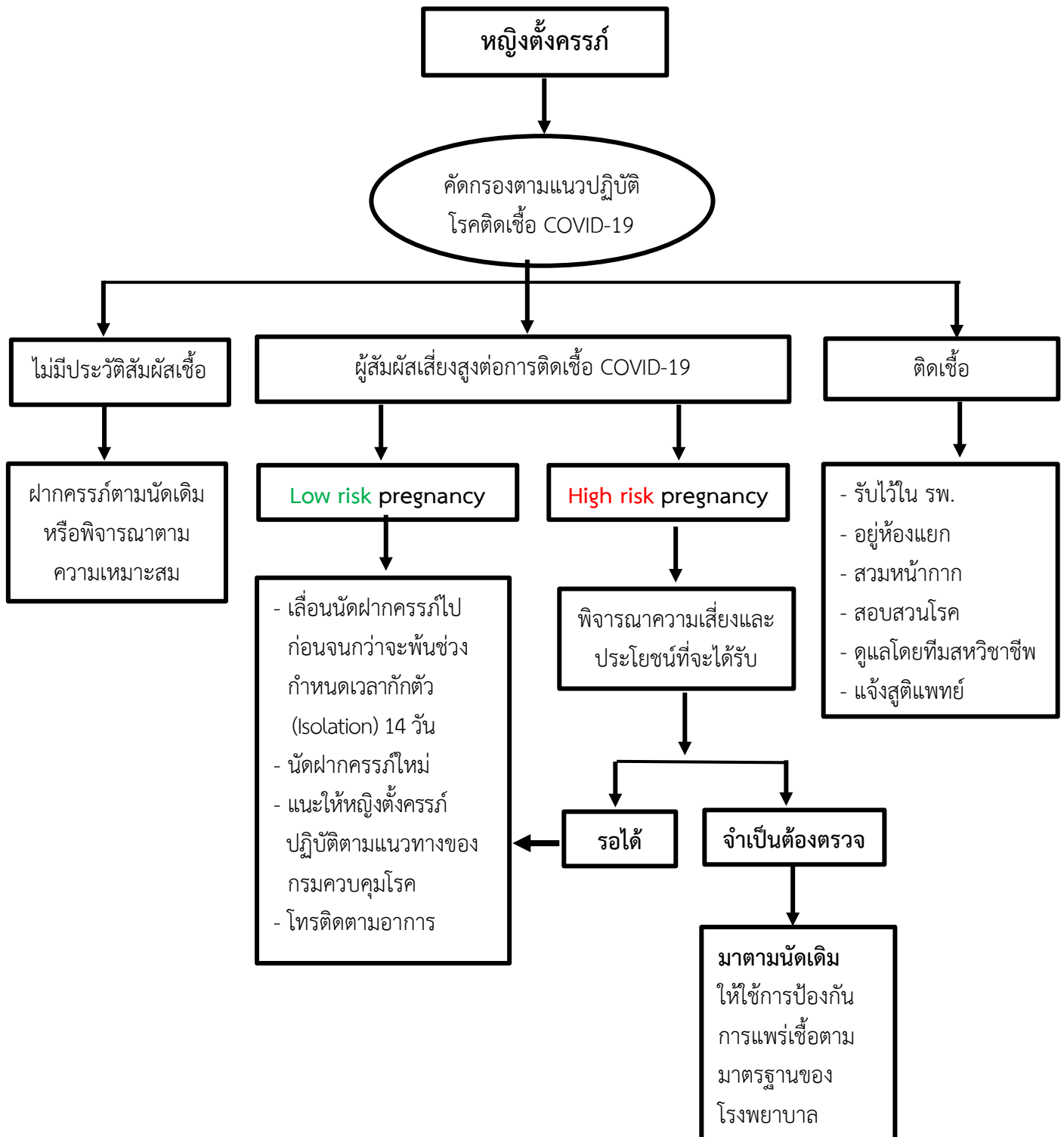
1. กรณีหญิงตั้งครรภ์ Low risk pregnancy มีแนวทางลดการมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล โดยโทรสอบถามอาการสำคัญ เช่น
 - ลูกดิ้น
 - อาการบวม
 - ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว
 - เจ็บครรภ์คลอด
 - น้ำเดิน
 หากมีอาการผิดปกติดังกล่าวจึงนัดหมายมาโรงพยาบาล

2. กรณีหญิงตั้งครรภ์ High risk pregnancy ให้โทรติดตามอาการสำคัญก่อนพิจารณาการนัดหมาย โดยคำนึงถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ
3. กรณีฉุกเฉินให้มาตรวจที่คลินิกแยกโรคโดยเฉพาะ แพทย์และทีมผู้ดูแลใส่ชุดและอุปกรณ์ป้องกันตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล
4. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการฝากครรภ์ได้ ให้โรงพยาบาลบริหารจัดการตามแนวทางของแต่ละพื้นที่

แนวทางการตรวจหลังคลอด

1. กรณีมารดาหลังคลอด Low risk pregnancy มีแนวทางลดการมารับบริการตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาล โดยโทรสอบถามอาการสำคัญ เช่น
 - ไข้
 - น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น
 - แผล ผื่น เย็บ ปวดบวมแดง
 - เต้านมคัดตึงมาก บวมแดง และกดเจ็บ
 - อาการเครียด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
 - ทารกมีตัวเหลือง สะดือแฉะ บวมแดง
 หากมีอาการผิดปกติดังกล่าวจึงนัดหมายมาโรงพยาบาล
2. กรณีมารดาหลังคลอด High risk pregnancy ให้โทรติดตามอาการสำคัญก่อนพิจารณาการนัดหมาย โดยคำนึงถึงความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ
3. กรณีฉุกเฉินให้มาตรวจที่โรงพยาบาลตามปกติ

ผังการจัดระบบบริการฝากครรภ์ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID - 19



หมายเหตุ : ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ COVID-19 หมายถึง ผู้สัมผัสที่มีโอกาสสูงในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วย ประกอบด้วย

- ผู้สัมผัสใกล้ชิดหรือมีการพูดคุยกับผู้ป่วยในระยะ 1 เมตร นานกว่า 5 นาที หรือถูกไอ จาม รดจากผู้ป่วย โดยไม่มีการป้องกัน เช่น ไม่สามารถสวมหน้ากากอนามัย
- ผู้ที่อยู่บริเวณที่ปิดไม่มีการถ่ายเทอากาศ เช่น ในรถปรับอากาศ ห้องปรับอากาศร่วมกับผู้ป่วยและอยู่ห่างจากผู้ป่วย ไม่เกิน 1 เมตร นานกว่า 15 นาที โดยไม่มีการป้องกัน

เอกสารอ้างอิง

1. CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy & Breastfeeding [online] 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.htm>
2. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563]. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19, 20 มีนาคม 2563. เข้าถึงได้จาก : URL: <https://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/03/CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf>
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 21 มีนาคม 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : URL: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/G2_new3.pdf

ข้อมูล ณ วันที่ 30 มีนาคม 2563



การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องจากเชื่อเป็นไวรัสชนิดใหม่ ยังไม่มีข้อมูลว่าหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสติดเชื้อ COVID-19 มากกว่าคนทั่วไปหรือไม่

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด กลุ่มปกติ

กลุ่มปกติ คือ กลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ

ใช้หลักการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้ออย่างเคร่งครัด โดย

1. หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการไอ เป็นไข้ หรือผู้ที่เดินทางมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง และในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด หรือรวมกลุ่มกันจำนวนมาก
2. รักษาระยะห่าง ในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นด้วยการอยู่ห่างกันอย่างน้อย 1-2 เมตร
3. หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณดวงตา ปาก และจมูก
4. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ หรือปรุงอาหารให้สุกร้อนทั่วถึง
5. แยกภาชนะรับประทานอาหารและงดใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น
6. ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำสะอาดนานอย่างน้อย 20 วินาที ทุกครั้งที่มีการไอจาม สัมผัสสิ่งแปลกปลอม ก่อนรับประทานอาหาร หรือออกจากห้องน้ำ หากไม่มีสบู่ ให้ใช้ 70% alcohol gel
7. ในขณะไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย ถ้ามีอาการไอ จาม ให้ใช้ต้นแขนด้านบนปิดปากทุกครั้ง
8. แม้ทุกคนที่อยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบหรือมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หากมีอาการป่วย เล็กน้อย ควรพักผ่อนอยู่ที่บ้าน ถ้ามีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจเหนื่อย ควรรีบไปพบแพทย์
9. หญิงตั้งครรภ์สามารถฝากครรภ์ได้ตามนัด

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติเดินทางมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง หรือสัมผัสหรือใกล้ชิดผู้ป่วย COVID-19

1. แยกตนเองออกจากครอบครัวและสังเกตอาการจนครบ 14 วัน งดการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น
2. งดการออกไปในที่ชุมชนสาธารณะโดยไม่จำเป็น และงดการพูดคุย หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในระยะใกล้กว่า 2 เมตร
3. กรณีครบกำหนดนัดฝากครรภ์ ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบว่าตนเองอยู่ระหว่างการเฝ้าระวัง 14 วัน เพื่อพิจารณาเลื่อนการฝากครรภ์ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่
4. กรณีเจ็บครรภ์คลอดต้องไปโรงพยาบาลทันที และแจ้งเจ้าหน้าที่ให้ทราบว่าตนเองอยู่ระหว่างการเฝ้าระวัง 14 วัน

การดูแลทารกแรกเกิด ในกรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยติดเชื้อหรือติดเชื้อ COVID 19

1. ยังไม่มีหลักฐานการติดต่อผ่านทางรกหรือผ่านทางน้ำนม
2. ทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 จัดเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง จะต้องมีการแยกตัวออกจากทารกอื่น และต้องสังเกตอาการ เป็นเวลา 14 วัน
3. บุคลากรทางแพทย์ควรอธิบายถึงความเสี่ยง ความจำเป็นและประโยชน์ของการแยกแม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้แม่เข้าใจและเป็นผู้ตัดสินใจเอง
4. แนวทางการปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เมื่อคำนึงถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการในการแพร่เชื้อไวรัสผ่านทางน้ำนม ดังนั้น ทารกจึงสามารถกินนมแม่ได้ โดยปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ขอแนะนำการปฏิบัติสำหรับแม่ ในกรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ หรือแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 แล้ว

1. กรณีแม่เป็นผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ หรือแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 แต่อาการไม่มาก
 - สามารถถอดลูกและให้นมจากเต้าได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของแม่และครอบครัว
 - ต้องปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด
2. กรณีแม่ที่ติดเชื้อ COVID-19 มีอาการรุนแรง หากยังสามารถบีบน้ำนมได้ ให้ใช้วิธีบีบน้ำนมและให้ผู้ช่วยเป็นผู้ป้อนนมแก่ลูก หากไม่สามารถบีบน้ำนมเองได้ อาจพิจารณาใช้นมผงแทน

ข้อปฏิบัติในกรณีให้ทารกกินนมจากเต้า

1. อาบน้ำหรือเช็ดทำความสะอาดบริเวณเต้านมและหัวนมด้วยน้ำและสบู่
2. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและ สบู่ นานอย่างน้อย 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์เข้มข้น 70% ขึ้นไป
3. สวมหน้ากากอนามัย ตลอดเวลาทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้นมลูก
4. งดการสัมผัสบริเวณใบหน้าของตนเองและทารก เช่น การหอมแก้มทารก

ข้อปฏิบัติในการบีบน้ำนม และการป้อนนม

1. อาบน้ำหรือเช็ดทำความสะอาดบริเวณเต้านมและหัวนมด้วยน้ำและสบู่
2. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและ สบู่ นานอย่างน้อย 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์เข้มข้น 70% ขึ้นไป
3. สวมหน้ากากอนามัย ตลอดการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมนม การบีบน้ำนม และการให้นม
4. งดการสัมผัสบริเวณใบหน้าของตนเองและทารก เช่น การหอมแก้มทารก
5. หาผู้ช่วยเหลือหรือญาติที่มีสุขภาพแข็งแรงที่ทราบวิธีการป้อนนมที่ถูกต้องและต้องปฏิบัติตามวิธีการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด โดยวิธีการนําน้ำนมมาป้อนด้วยการใช้ช้อน หรือถ้วยเล็ก
6. ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์เช่น ที่ปั้มนม ขวดนม ด้วยน้ำยาล้างอุปกรณ์ และทำการนึ่งเพื่อฆ่าเชื้อหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

References

1. CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy & Breastfeeding [online] 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from: URL:<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/pregnancy-breastfeeding.htm>
2. Unicef [online] 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from : URL: <https://www.unicef.org/thailand/th/stories/>
3. WHO, World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance 13 March 2020 [online] 2020 [cited 2020 Mar 17]. Available from:URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331446/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-eng.pdf>.
4. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2563].แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19, 20 มีนาคม 2563. เข้าถึงได้จาก : URL: <https://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/03/CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf>

ข้อมูล ณ วันที่ 3 เมษายน 2563

กรมอนามัยร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ประกาศแนวปฏิบัติการให้วัคซีนโควิด 19 ในสตรีตั้งครรภ์



ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์
แห่งประเทศไทย

การฉีดวัคซีน COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดโรค COVID-19 มีความเสี่ยงที่โรคจะรุนแรงกว่าคนทั่วไป มีโอกาสต้องรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive care unit, ICU) เพิ่มขึ้น 3 เท่า การใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) เพิ่มขึ้น 2.9 เท่า⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อผลการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ เลือดแข็งตัวผิดปกติ คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ มีโอกาสเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า และน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้น 9 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ติดเชื้อ⁽²⁾

แม้ว่าข้อมูลด้านความปลอดภัยของวัคซีน COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ยังมีจำกัด และชนิดของวัคซีนที่มีใช้ในขณะนี้ มี 2 ชนิด คือ Sinovac และ AstraZeneca แต่จากข้อมูลเบื้องต้นของวัคซีนทั้งสองชนิด ไม่มีหลักฐานที่จะบ่งชี้ว่าวัคซีนจะเป็นอันตรายในหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จึงควรได้รับโอกาสในการป้องกันโรค COVID-19 ด้วยวัคซีน การให้วัคซีนจึงควรคำนึงถึงประโยชน์และความเสี่ยงของการติดโรค ทั้งนี้ก่อนเข้ารับการฉีดวัคซีนหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน ความเสี่ยงที่จะติดโรค COVID-19 และความรุนแรงของโรค COVID-19 ก่อนการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีน

คำแนะนำ

- ให้ฉีดวัคซีนในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่โรคจะรุนแรงหากติดเชื้อ โดยมีข้อใดข้อหนึ่งดังนี้
 - มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หอบหืด โรคปอดเรื้อรัง โรคไต ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภัยโรค
 - อ้วน หรือน้ำหนักตัวมากเกินไป (ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกิน 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)
- ควรฉีดวัคซีนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อได้สูง ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือมีคนที่อยู่รวมบ้านเดียวกันเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือทำงานในสถานที่ต้องดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ เรือนจำ
 - อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคสูง
 - ต้องติดต่อหรือสัมผัสกับคนอื่นนอกบ้านบ่อย ๆ
 - ไม่สามารถเว้นระยะห่างจากผู้อื่นได้
 - อาศัยอยู่ในบ้านหรือสถานที่ที่มีผู้คนแออัด
- การฉีดวัคซีนในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ไม่ใช่ ข้อ 1 และ 2 ให้เป็นทางเลือกได้

ระยะเวลาที่ควรฉีดวัคซีน

หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อหลีกเลี่ยงช่วงที่อาจจะมีผลต่อความพิการแต่กำเนิดของทารก

ชนิดของวัคซีน

ปัจจุบันในประเทศไทยมี vaccine 2 ชนิด ได้แก่ Sinovac และ AstraZeneca ซึ่งใช้ได้ทั้งสองชนิด โดยวัคซีน Sinovac มีอัตราการเกิดไข้หลังการฉีดน้อยกว่า AstraZeneca แต่ทั้งสองชนิดปลอดภัยในการฉีดให้คนทั่วไปและมีประสิทธิภาพที่ใกล้เคียงกัน ในอนาคตอาจจะมีวัคซีนอื่น ๆ ให้เลือกเพิ่มขึ้น

ข้อมูล ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2564

ผลข้างเคียงของวัคซีน

อาจเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกับในผู้ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ กรณีที่มีไข้แนะนำให้ยาลดไข้ เช่น พาราเซตามอล กรณีที่มีอาการอื่น ๆ ให้ปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ

หญิงที่ให้นมบุตร

หญิงที่ให้นมบุตรสามารถรับการฉีดวัคซีนได้

หญิงที่วางแผนจะตั้งครรภ์

1. ไม่จำเป็นต้องตรวจการตั้งครรภ์ก่อนฉีดวัคซีน
2. ไม่ห้ามตั้งครรภ์หลังฉีดวัคซีน
3. หากพบว่าตั้งครรภ์ภายหลังฉีดวัคซีนไปแล้ว ไม่จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ แต่ให้เลื่อนการฉีดเข็มที่ 2 ออกไปหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์
4. ไม่มีหลักฐานว่าวัคซีนจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการมีบุตร

กรณีที่ต้องการคำแนะนำหรือข้อมูลเพิ่มเติม โปรดสอบถามหรือติดต่อ ที่ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย โทร 02 590 4437 หรือ 1422 สายด่วน กรมควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง :

1. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, et al. CDC COVID-19 Response Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-October 3, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020 Nov 6;69(44):1641-7.
2. Jafari M, Pormohammad A, Sheikh Neshin SA, et al. Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis. Rev Med Virol 2021 Jan 2:e2208. doi: 10.1002/rmv.2208.

ข้อมูล ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2564

ประกาศให้ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ (608) เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เป็นอันดับแรก

ด่วนที่สุด

ที่ สธ (สปค) ๐๒๔๘/๕๐๐



ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์
และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การฉีดวัคซีนโควิด 19 ในผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ผู้มีโรคเรื้อรัง ๗ กลุ่มโรค และหญิงตั้งครรภ์
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

ตามที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center: PHEOC) กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ครั้งที่ ๒๗๓ เมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีข้อสั่งการให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ผู้มีโรคเรื้อรัง ๗ กลุ่มโรค และหญิงตั้งครรภ์ นั้น

ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19 ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เร่งรัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ผู้มีโรคเรื้อรัง ๗ กลุ่มโรค และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ขึ้นไป เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด ตลอดจนลดความรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั้งนี้ ให้รวมชาวต่างชาติในกลุ่มดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

กรณีโรคติดเชื้อโควิด-19

ฝ่ายเลขานุการฯ

โทร. ๐ ๒๕๔๐ ๒๔๕๔

โทรสาร ๐ ๒๕๔๑ ๘๑๔๑

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงแรงงาน
ประกาศขอความร่วมมือนายจ้างดูแลสุขภาพพนักงานซึ่งเป็นผู้มีครรภ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19



ประกาศกระทรวงแรงงาน
เรื่อง ขอความร่วมมือนายจ้างดูแลสุขภาพลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์

ด้วยปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นและยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ เช่นเดียวกับลูกจ้างทั่วไปแต่อาจมีความเสี่ยงของโรคที่จะรุนแรงกว่า

กระทรวงแรงงานเห็นว่าเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ของลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์ที่มีหลักฐานทางการแพทย์รับรองว่าตั้งครรภ์ จึงขอความร่วมมือให้นายจ้างดำเนินการ ดังนี้

ข้อ ๑ จัดให้ลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์ทำงานที่บ้าน (Work Form Home) หรือมอบหมายให้ปฏิบัติงานที่ลดความเสี่ยงในการสัมผัส หรือลดการพบปะผู้คนจำนวนมาก โดยคำนึงถึงสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของลูกจ้างเป็นสำคัญ หรือ

ข้อ ๒ จัดให้ลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์หยุดงานในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) โดยได้รับค่าจ้างและวันให้นายจ้างให้ลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์หยุดงานไม่ถือเป็นวันหยุด หรือวันลา และให้นับอายุงานต่อเนื่อง

ทั้งนี้ การดำเนินการตามข้อ ๑ หรือข้อ ๒ นายจ้างจะต้องดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายสุชาติ ชุมกลิ่น)
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน

คณะผู้จัดทำ

แพทย์หญิงพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม)
นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
88/22 ม.4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร 02 – 590 – 4427
Email : maternal.2564@gmail.com

